



## 医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2009-08-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山中, 京子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.24729/00003218">https://doi.org/10.24729/00003218</a>

# 医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成

大阪府立大学社会福祉学部

山中京子

## I はじめに

近年医療・保健・福祉の複合領域では、一人のクライアントに対して単独の専門職や援助者のみが援助を提供するのではなく、多様な専門職あるいは非専門的な援助者ら複数が援助を提供することが一般的になっている。そして、それら異なった職種や立場の複数の援助者によって実施される援助形態は「連携」と呼ばれ、この言葉は援助の実践現場においてごく日常的に用いられている。また、この領域の援助に関するさまざまな種類の記述（事例研究<sup>(1)(2)(3)</sup>、論文<sup>(4)(5)</sup>、テキストなど<sup>(6)(7)(8)</sup>）においても、この言葉は頻繁に出現し、すっかり受け入れられ定着した概念として扱われている。

このように「連携」は一般化し、この領域における重要な援助形態として広く認識されているが、はたして「連携」という概念はいままで丁寧な検討や分析が積み重ねられた上でこのように一般化し定着してきたのだろうか。

「連携」とはいったいどのような状態を呼ぶのか、「連携」にはどのような行為が含まれるのか、複数の援助者が「連携」することがクライアントの援助全体にとってどのような具体的な利点や効果があるのか、「連携」は実際にはどのような段階を踏んで形作られるのか、また、その段階を促進したり、阻害したりする要因にはどのようなことが作用しているのかといった事柄についてわれわれは明確な答えを持っているのだろうか。事実「連携」そのものを主題に据え、まとまった理論的検討を展開している日本の文献を探索してみると意外にその数が少ないことに気づく。「連携」の意義あるいは課題・問題点、「連携」の効果測定、「連携」を形成するための具体的方法、「連携」形成の促進あるいは阻害要因といった諸点を深く探究し、詳細に分析している研究は実践における「連携」の認識度と比較してまだまだ不十分であると

言わざるを得ない。

本論の目的は、このように「連携」に関する実践と研究がはなはだ不均衡な状態にあるという認識に基づき、研究の基盤整備に貢献するため「連携」概念をめぐる基本的諸問題を改めて検討することである。本論では、初めにすでに複数の論者らによって提示されている「連携」の定義を吟味し、そこに共通する基本要素を整理した上で、本論における「連携」の定義を確認する。次いで「連携」のプロセスに関する二人の論者の提案を紹介し、その提案を基礎としつつも異なった視点も含む本論なりの「連携」の形成プロセスを提案する。さらに、「連携」の有効性と弊害について考察し、最後に今後の「連携」研究の課題について若干の提言を行う。

## II 「連携」の定義

現在までに欧米あるいは日本の論者らによって提示された「連携」の定義をまとめ、表1に示した。これらの定義を吟味してみるとどの定義も以下に記す3つの基本的要素を含んでいることがわかる。それは、「連携」の①主体、②目的、③行為と活動、に関する基本的要素である。各定義におけるこれら要素を比較検討し、最後に本論における「連携」の定義を提示したい。

### 1 「連携」の主体

これらの定義に共通してみられる基本的要素として、まず「連携」を行う主体に関する要素が指摘できる。表1では多くの定義が主体として専門職を示している。実際日本で「連携」という言葉が用いられる場合、この言葉が単独で用いられることももちろんあるが、「専門職」という言葉と一緒に「専門職間連携」や「専門職連携」という複合語として用いられることが多い。それほど「連携」は専門職間のみで展開する援助形態であるという認識が広まっている。しかし、現在では一人のクライアントの援助は専門家のみならず、非専門的な援助者、たとえばボランティアや同じ立場にある他の当事者などによっても担われており、これらの人々からの援助は専門家の援助と同時に並行して行われる場合が多い。この現状を考慮すれば、「連携」の主体を従来の

表1 欧米および日本の論者による「連携」の定義

Germain (1984) <sup>(9)</sup>	連携とは、単独の分野（あるいは個人）だけでは達成できないあるいは充分には達成できないヘルスケアに関連した特定の目標や職務を遂行するために、二つあるいはそれ以上の分野（また、場合によっては同じ分野の二人あるいはそれ以上の個人）がコミュニケーション、計画、行動を交換する協力的プロセスである。
Andrew (1990) <sup>(10)</sup>	専門職間連携は、異なった専門職が共通の目標を達成するために、独自の知識・技術・組織の展望・個人的態度を駆使して問題解決を行う時に起こる。
Abramson & Rosenthal (1995) <sup>(11)</sup>	連携とは、多様だが各自自立した行為者（組織あるいは個人）で構成されたグループが、共同主導権を持ちながら、共有された問題を解決するあるいは共通の目標を達成する流動的なプロセスである。
高山 (1993) <sup>(12)</sup>	保健・医療・福祉に関連する専門職および施設機関が従来の自己完結的な支援に留まらず、より一貫性の高い、総合的な支援を実施する目的で協力体制を築くこと
前田 (1990) <sup>(13)</sup>	異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をするものである。（中略）別々の組織に属しながら、違った職種の間でとる定期的な協力関係である。その時々いくつかの組織間の単なる連絡よりは、業務のうえで確立された協力関係といってよい。
久保 (2000) <sup>(14)</sup>	保健・医療・福祉の各専門職ないしは各機関がある共通の目標に向けて互いに協力しながら業務を遂行すること

（この表は、松岡<sup>(15)</sup>が作成した表を原案とし、その原案からチームワークに限定した定義を除き、さらに日本の論者による定義を加えて、山中が修正・加筆して作成したものである。なお、英文は山中が必要に応じて訳出し直した。）

ように専門職と狭く捉えるのではなく、Abramson & Rosenthalが定義の中で明確に提示した「多様だが各自自立した行為者（組織あるいは個人）」というより包括的な概念で捉えるほうが援助の現状をより正確に反映しており妥当であると考えられる。

また、主体の条件として共通してあげられているのは、お互いが異なった分野、領域、職種に属していることである。「お互いが異なった分野、領域、職種に属している」主体といった場合、その範囲は同一組織内の多職種を含むが、大半の定義は同一組織の枠を超え、異なった組織、機関、団体に所属する専門職や実践家である規定している。医療観が治療中心から予防をも含む包括的ケアへと変遷し、福祉における援助観も施設収容から在宅・地域生活の援助へと変化している現在、一つの組織の枠を越えた異なった組織間の「連携」がますます求められている。そのため「連携」の範囲を幅広く捉える視点の重要性をここで再確認したい。

## 2 「連携」の目的

次に共通してみられる基本的要素は、「連携」の目的に関する要素である。多くの定義で、この要素はおよそ簡略に説明されている。それは目的が主体間で共通であること、言い換えれば、目的が主体間で共有されていることである。主体は、各々独自の目的を達成するために連携するのではなく、同一の目的を実現するために連携するのである。定義の中では、その目的がどのようなものなのかを示唆する記述は多く見られない。ただし、Germainはその定義のなかで「単独の分野（あるいは個人）だけでは達成できないあるいは充分には達成できない（中略）目標や職務」であると形容し、また高山は「自己完結的な支援に留まらず、より一貫性の高い、総合的な支援を実施する目的で」と表現している。両者の記述は「連携」が単独援助者の限界性の認識を前提とすること、そしていままでの援助よりさらに多様で総合的な援助の実現を目指していることを示唆している。

## 3 「連携」の行為・活動

また、「連携」の行為や活動そのものに関する基本的要素はすべての定義で言及され、その記述は「目的」の記述とは対照的に非常に多彩である。しかし、整理すると二つの概念が抽出できる。一つ目は、行為・活動のプロセスという概念である。特に欧米の論者らは「連携」の「行為・活動のプロセス」という側面により強く着目しているように思われる。具体的な行為や活動とし

て「問題解決」と「コミュニケーション、計画、行動の交換」などを挙げている。またそれらの行為・活動は単発で起こるのではなく、継続性、連続性、時系列性、発展性、双方向性などを特徴とするプロセスの中で起こると指摘している。

二つ目は関係性という概念である。日本の論者らの定義ではプロセスという言葉は見あたらず、具体的な行為や活動の記述もない。その代わりに「協力体制」、「協力関係」、「互いに協力しながら」という表現が頻出している。このことより日本の論者らは、「連携」を主体間の「関係性」という側面から捉えようとしていることがうかがえる。また彼らはその関係性は「協力」という状態にあるとしている。協力とはお互いがお互いの力を借り合い、助け合う、つまり相互に促進的な交流を行う状態と言えるだろう。日本の論者らは「連携」では相互促進的な協力関係が重要な要素であると判断している。

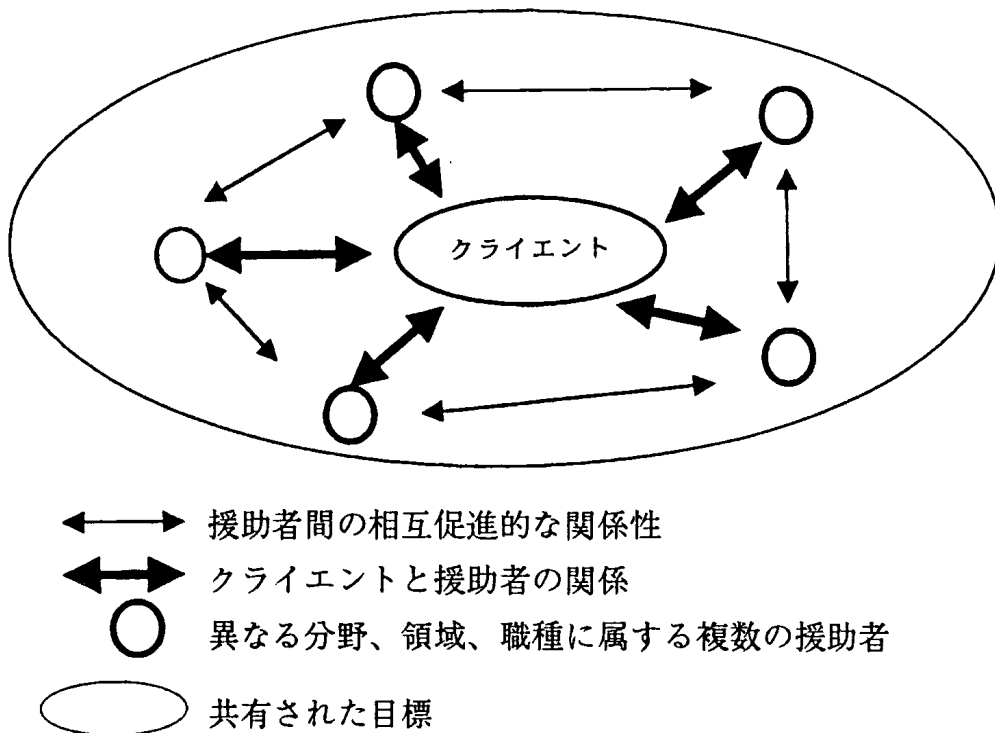
いままでの基本的要素の検討を踏まえ、現時点での本論における「連携」の定義をここに提示したい。「連携」とは、「援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて行為や活動を展開するプロセスである」。

図1は、クライアントを中心に各専門職や非専門的援助者が「連携」して援助にあたっている状態をいままで検討してきた基本的要素を用いて図示したものである。また、図2は、それに対比して、一人のクライアントの援助に多くの援助者が関わっているが、「連携」していない状態を表したものである。

### Ⅲ 「連携」の形成プロセス

#### 1 Germainと前田による形成プロセス

「連携」とは「相互促進的な協力関係を通じて行為や活動を展開するプロセス」である。では、「連携」に特徴的な行為や活動とは具体的にどのようなものを指すのだろうか。まず二人の論者の提案している「連携」のプロセス



(注：目標を共有していることが援助活動の基盤となるという状態をこの図形を用いてあらわしている)

図1 複数の援助者が関わっている「連携」の状態

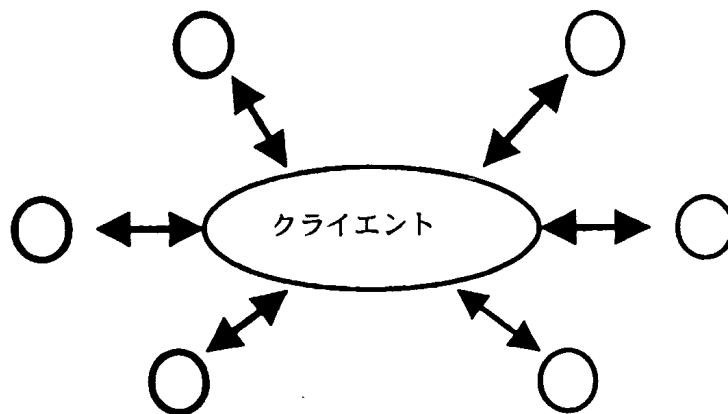


図2 複数の援助者が関わっているが非「連携」の状態

を紹介したい。

はじめに、Germain<sup>(16)</sup> はヘルスケア領域にある専門職間の「連携」に関し

てその著書の中で以下のような具体的な行為や活動を含んだプロセスがあると指摘している。

①打ち合わせ (conferring)

多職種間のインフォーマルな話し合いを示す。ここでは、クライアントに関する情報や判断、援助の方針や計画等が交換される。相互性が高い。

②専門的助言 (consulting)

ある分野の専門家がその専門性に基づく知識や判断を他の分野の専門家に提供することを示す。相互性は比較的低い。

③協力 (cooperating)

特定の問題を解決するため、多職種がお互いの活動を調整しながら、共に働くことを示す。

④チームワーク (teamwork)

共に働くことを目的に組織され、その組織化が継続的に維持されている状態。また、その組織が多職種間で認知されている点で、フォーマルな側面が強い。

松岡<sup>(17)</sup>はこの形態を分析し、形態の特徴を示す概念軸として「公式性」と「相互関係性」を見いだしている。さらに、松岡は「相互関係性」を相互利益性、相互依存性、相互作用性をまとめる概念として説明している。つまり、言い換えれば、「相互関係性」とは「連携」の行為・活動がお互いにとってどの程度利益となっているか、また連携によってどの程度助け合い、支え合いが起こっているか、あるいはお互いが影響しあっているかという程度を測る概念ということになるだろう。松岡は「公式性」に関して詳しい説明を行っていないが、Germain<sup>(18)</sup>の記述からその意味を直接読みとると、「公式性」とは援助者間でその連携行為や活動がどれほど認知されているか、あるいは一つの形式としてどれほど定着しているかの程度を表す概念と言えるだろう。この概念軸を用いて「連携」の形態を見れば、「打ち合わせ」は「相互関係性」は比較的高いが、「公式性」は低く、チームワークは「公式性」も「相互関係性」も高いという特徴をもっていると言える。

また、前田<sup>(19)</sup>は、連携には3つの発展段階があると説明している。各段階



に関する前田の説明をまとめると以下のようなになる。

### ①連絡

別個の組織の間で情報交換とその共有化をしている。しかし、それはあくまでその時々が必要に応じての臨時的な関係である。ケア提供者間の穏やかな結びつきである。

### ②連携

異なった組織間で、いままでの臨時的なつながりを目的意識化し、定期的な会合にしていく。定期的な業務提携が生まれる。しかも、ここでは各職種によって個別に行われていたケアがチームワークとして再編成される。ケアの対象者につながる職種間の常時の援助態勢ができる。

### ③統合

地域内にあるすべての社会資源が必要に応じてチームに加わり、各社会資源の活動と組織が一体化される。社会資源のネットワーク化が起こる。

前田<sup>(20)</sup>は、「連携を連絡から統合に橋渡しをする一つの移行段階である」と規定しており、連絡と統合を連携に含めていない。しかし、実際には連絡によって提供あるいは交換された情報が一方あるいはお互いの援助活動を促進させる方向で機能していること、また情報交換自体が送付・授受という一連のプロセスから成り立っていることを考慮すると、「連絡」も本論における「連携」の定義にあてはまり、連携の一形態に含まれると考える。また、同じく統合も、高度に組織化された連携状態と解釈できると思われる。したがって、前田の指摘した「連絡」「連携」「統合」は本論ではすべて「連携」の諸形態として扱って議論を進めたいと思う。

## 2 形成プロセスの再構成

Germainと前田は、主に「連携」が開始され、進展していく過程に焦点づけて、その行為・活動を分析している。しかし、筆者は、「連絡」や「打ち合わせ (conferring)」が始まるにはそれ以前にそれらの行為を促す前駆条件があると考え、Germainと前田の提案に基づきながらも、それらの「連携」

が芽生える以前の条件も視野に入れ、「連携」の形成プロセスを本論なりに再構成してみたい。一人あるいは一つの分野・領域の援助者が単独でクライアントと一対一の援助を行っている場合、つまり、これは非「連携」の状態と言えるわけだが、この状態から、どのような条件が作用することで「連携」が開始し、進展するのだろうか。

#### (1) 援助者自身の限界の認識

援助者が自分一人の活動で充分クライアントのニーズを実現できると認識していれば、たぶん他の援助者と「連絡」を取ることに積極的な意味は見いださないだろう。援助者が別の援助者と「連絡」を取ってみようと思いつくには、その前提となる条件が必要である。それは以下のような場合であると考える。

- ①援助者がクライアントのニーズを自分では充分把握できないと悩む場合
- ②援助者はクライアントのニーズを充分把握してはいるが、自分の援助方法や力量がはたしてそのニーズを充分に実現できるかどうか疑問や不安を感じている場合
- ③援助者が自分の援助方法や力量ではクライアントのニーズを実現する事ができないとはっきり自覚した場合、など

上記のいずれの場合でも、援助者が自分の援助方法、力量、知識、経験に疑問をいだくあるいはその限界を認識することが前提条件となる。

社会心理学の領域では、自分の力では解決できない困難な場面や問題に直面した個人が他者に援助を求める行動を「援助要請行動」(help-seeking behavior)と定義し、その生起過程を分析している<sup>(21) (22) (23)</sup>。その生起過程を分析している研究者である相川は、実際に援助要請を行うまでにはいくつかの判断を含んだ認知過程があることを指摘し、その認知過程における第2番目の判断として、「問題が自分の能力で解決できるか否かを自己の能力や過去の経験などから判断する」過程をあげている<sup>(24)</sup>。

筆者らはこれまで日本のHIV感染症医療における多職種間「連携」をテーマに研究を重ねてきた<sup>(25) (26) (27)</sup>。その研究の一環として、HIV感染症の診療医

と専門カウンセラーの「連携」に関する促進・阻害要因を明らかにするため、医師の様々な意識および経験とカウンセラーへの援助要請行動の関係をアンケートにより調査した<sup>(28)</sup>。その調査結果では、自分の役割について「医療専門型役割意識」（医師の主たる役割を医学的治療の提供と限定的に捉えている意識）の強い医師ほどカウンセラーに対して援助を要請する行動が生起する傾向が強いことが明らかとなった。この結果は、相川の「連携」行動の前提に自己の能力に関する限界の判断があるとする指摘を支持していると思われる。

また、相川は、その自分の能力に関する判断は「自分の能力の低さ、不適切さ、失敗や劣等性などを示すサインとして機能する」<sup>(29)</sup>と説明を加えている。つまり、他者に援助を要請することによって、自分への全能感や自信が揺らぐリスクがあることを指摘しているのである。実践現場では、あるクライアントについてそのニーズに充分応えるためには「連携」が必要であることを多くの援助者が認識しており、実際に援助者が協働可能な環境にあるにもかかわらず、「連携」が形成されないという現実におつかることが多くある。そのような状態が生じる原因としていろいろな事柄が考えられる。その一つの原因として、すでに組織内や地域内である権威や地位を獲得している援助者の場合、「連携」の一步を踏み出すことが自分の権威や地位を揺るがすのではないかとの恐れを抱き、そのために「連携」への拒否的態度や忌避感につながるのではないかと推察される。初期プロセスでは援助者の組織内や地域での立場や地位あるいはそれに伴う自己認識が「連携」形成の促進・阻害要因として作用する可能性があることが指摘できるだろう。

## (2) 他の援助者に関する情報への接触

自分の活動への疑問や限界を認識した後、「連携」の進展に作用する次の条件は、他の援助者の活動や専門性に関する理解が形成されているかどうかである。相川は前述した援助要請に至る認知過程で起こる第3の判断として、「適切な援助者は誰かという、援助者の選定に関する判断」<sup>(30)</sup>をあげている。「適切さ」を判断するためには他の援助者の専門性や具体的な活動に関する知識や情報が獲得されている必要がある。では実際にこれらの知識や情報はどのように獲得されるのだろうか。その方法は知的な学習から直接的経験まで多様であるが、大別すると次のような方法が考えられる。それは、①文献・資料

等からの知的学習、②パンフレットなどからのより具体的な情報への接触、③同僚、上司などすでに知り合っている援助者から得られた彼らの評価を含んだ情報への接触、④他の援助者の活動の直接的観察あるいは接触、⑤他の援助者からの彼らの活動に関する直接的説明などである。

筆者らは、前述した調査のなかで医師のカウンセラーに関する知識・情報の獲得方法と援助要請行動の関係についても分析した。この分析から、「連携」開始以前の「カウンセラー活動に関する何らかの直接的観察あるいは接触経験」が最も援助要請行動の生起に影響を与え、次いで「同僚、上司などすでに知り合っている援助者から得られた評価を含んだ情報への接触」が影響を持っているとの結果が統計的に導き出された<sup>(31)</sup>。知識・情報の獲得には、「連携」以前に援助者間にすでにできあがっているなんらかの人間関係が基盤として機能していることが示唆された。久保も「連携」に「最低限含まれるべき構成要素」として「他職種との関係性」<sup>(32)</sup>をあげている。「連携」の前提となる援助者間の人間関係については今後詳細な分析が必要であろう。

### (3) 援助者間の目標の共有

前提条件が整うと、実際に他の援助者に「連絡」をとるという行為が起こる。しかし、「連絡」という「連携」の段階では、実際にどんなことが起こっているのだろう。例を用いてやや詳しく説明したい。たとえば、病院のソーシャルワーカーが看護職から紹介されて退院後の職場復帰について相談に訪れた入院患者に対して、話をきいても本人の考えや気持ちがじっくり理解できないとしよう。ワーカーは入院患者を担当するナースの活動や専門性については、理解があったため早速ナースステーションを訪れて患者に関する自分が知り得ない情報を得ようとした。「情報を得ること」がワーカーの目の前の目的ではあるが、その前提にはクライアントが安心して職場復帰することを望んでおり、そのニーズを達成するために援助するというワーカーの援助に関する目的意識がある。まずこの目的意識が看護職との間で共有される必要がある。もし、看護職が退院後の職場復帰は病状からみて難しいという判断を持っていれば、共有された目標という基盤に乗ることはできない。本論では「連携」の基本的要素として「共有された目標の達成」をあげているが、目標の共有は「連携」が始まるどこかの早い時点で行われる必要がある。

近接領域で働く援助者の場合、専門性の重なりも多く、目標を共有することは難しくないかもしれない。しかし、本質的に各援助者は専門性や立場が異なるのであるから、その専門性や立場を形成している援助の目的やその目的を達成するための方法論が異なるのは当然のことである。しかし、そのように援助の専門性や立場の違いから生じる援助の目的や方法論が異なる場合、どのように目標を共有することが可能なのであろう。それは、各々の単独目標を統合して、クライアントの援助全体を包括してとらえる視点を共有することなのではないだろうか。自分の援助を自分の視点からのみ捉えるのではなく、多くの援助者の関わりの中でその意味を捉え直すことではないだろうか。目標を共有するとは実はこのような意味を持っていると考える。

#### (4) 情報や判断の単発的な交換

さて、目標の共有が行われて、次にはいよいよ情報や判断の交換が始まる。しかし、この例を考えると、厳密には情報や判断は担当ナースからワーカーに一方的に流れ、その情報によってワーカーがクライアントの状態をより理解できたなら、そこにはGermainの指摘した「専門的助言」が成立したと言えるだろう。ただしここでは交換の相互性は低い。しかし、ワーカーの関わりからナースの方もいままで得ていなかった情報や判断をワーカーから得ることができれば、そこには相互利益性がすでに生じることになり、前田のいう「連絡」という「連携」の段階に至っていることになる。情報や判断の交換によって両者のクライアント理解が深まり、ニーズの達成に向けて両者の援助がより効果的に機能できたとしたら、そこにはすでに相互作用性が芽生えたと言えるだろう。

#### (5) 情報や判断の交換の定着化

この一回の「連絡」や「専門的助言」という「連携」活動によって、相互利益性や相互作用性の肯定的経験をした援助者は、この活動を一人のクライアントにとどめず他のクライアントにおいても活用しようとするかもしれない。その結果、必要に応じてだが頻繁な「打ち合わせ」が実施されるようになり、それがさらに定期的な会合となって定着したり、各自が援助活動を行っているときにも他の援助者の関わりを意識しながら自分の援助を行うという意識における相互作用性を生むようになると、チームワークが生まれる

素地ができたと言える。

#### (6) 相互性の深化

さまざまな援助者が一同に会して定期的なカンファレンスを行うことは、チームワークを象徴する活動である。しかし、カンファレンスを行うことは、チームワークにおける一つの活動に過ぎない。チームワークではその組織性や継続性によって、メンバー間でお互いの援助活動の相互補完性、相互作用性がしだいに増す。単独の援助では時間がかかったり、実現がかなり困難であるニーズも、多様な援助者が各々のアプローチを相互補完的に行うことで、実現できる。チームワークの本質は、そのメンバーである各援助者がチームの中で、相互的な利益を得、相互的な影響を受けることで、各々の援助活動が促進され、その結果クライアントに対する援助がチーム全体としてより効果的に機能することである。

しかし、実践現場では時に多くの援助者が参加するチームの形はできあがっているが、チーム内で各援助者の専門性に基づく援助の見解や意見が率直に表明されない結果、相互性が充分発展せず、ただ形のみが存在する「チームの形骸化」が起こっている場合がある。形ではなく、その関係性の中にある「連携」の本質に改めて注目する必要があるだろう。

### Ⅳ 「連携」の有効性および弊害

「連携」の有効性は、自明のことであるかのように扱われることが多い。そのために有効性の丁寧な検討やましてや弊害の考察は充分には行われてこなかったと考える。Abramson & Rosenthalも「(連携における) 目的の達成と(連携の) 成功は同一視されているが、連携のアウトカムや結果についてはほとんど知られていない。」と指摘している<sup>(33)</sup>。そこで、本論では、「連携」の有効性と弊害について改めてできるだけ中立的な立場で検討することを試みる。

#### 1 有効性

##### (1) クライアントからみた有効性

### ①多様なニーズの実現可能性

「連携」の有効性をクライアントの立場から考えると、まずあげられることは、多様な専門性や立場をもった援助者が援助に関わることで、クライアントの持っている多種多様なニーズにきめ細かく対応することが可能となることである<sup>(34)</sup>。たとえば、医療機関において、人材の不足によって各職種が一人一人の患者に関われない状態がある時には、看護職がすべてのケアを担わねばならないかもしれない。しかし、さまざまな援助者が一人一人のクライアントに関われるなら、たとえば食生活や栄養に関しては栄養士が、服薬に関しては薬剤師が、心理的な悩みに関しては心理職が、社会復帰に関する悩みはソーシャルワーカーがとそれぞれの専門性を駆使して、クライアントのニーズに応えることができる。各々のニーズが各援助者によって丁寧に充足されるだろう。また、何人かの援助者が協力して集中的に一つの問題や課題を解決することで、問題解決が迅速に実現できる可能性もある。

### ②密室化によって生じる支配的援助関係の緩和

クライアントが特定の援助者としてしか援助関係を結んでおらず、その援助者との関係に、援助者側からの支配的な権力構造が生じている場合、クライアントからの自己主張やニーズの表明ができず、クライアントの権利が十分に保証されないという事態が起こりうる。しかし、もしクライアントが、様々な援助者と異なった質の関係を持っていれば、特定の援助者との関係は相対化され、クライアントの中にその支配的関係を批判し、問い直す視点が生まれる可能性がある。また、「連携」によって多くの援助者がお互いの援助の内容を共有するということは、自分の援助内容が他の援助者に開示されることであり、そのことによって援助者間でお互いの援助を評価したり、批判したりする基盤が準備される。つまり、「連携」は援助の密室化を防ぎ、支配的な権力構造によってクライアントの権利が充分保証されないという事態を避ける方向で機能するのである。

### ③援助利用過程の煩雑さの緩和

さらに、各援助者が「連携」していないと、クライアント自身が各援助者にかかわる手続きなどを自分でそれも繰り返し行わねばならないことも起こるが、「連携」していることで、一度誰かの援助を受ければ、その次に別の援

助者から援助を受ける際に援助者間の情報伝達や情報交換があることで、手続きが簡略化されたり、説明の手間が省けるなど、クライアントの負担が軽減される。

## (2) 援助者からみた有効性

### ①各援助者の役割の明確化

多くの専門性や立場を持つ援助者が関われば、援助の役割分担が起こり、援助活動を自分の専門性に限定・特化させて行うことが可能となる。つまり、自分をもっとも自信を持って行える部分だけを分担し、不得意な専門外の部分を担当せずに済む。これによって援助者の負担感やそれから生じるストレスを軽減させることができるだろう。役割分担の実施は、また一方で各々の援助者に他の援助者に対して自分の専門性や立場の独自性や特徴を表現することを要求する。このことは結果として各援助者の専門性や立場をより明確化させる方向に寄与すると思われる。

### ②新しい役割・思考の発見

「連携」の過程で他の援助者から自分の援助に関して判断や意見を提示してもらうことで、自分の援助を客観視することができ、自分だけでは気づかない問題や課題を発見することができる。また、異なった立場の援助者が持つ、自分とは異なった視点に触れることで、思考の柔軟性が養われる可能性もある。

### ③援助者間の相互援助の獲得

さらに、援助者自身が、介入の硬直化や失敗に直面して不全感や困難感に苛まれたり、クライアントの問題状況の深刻化や複雑化が進行した場合無力感に襲われた時、クライアントとのいままでの援助経験を共有している他の援助者との間ではこれらの感情は理解されやすく、そのことが援助者自身の支えとなる。つまり「連携」の特徴である相互関係性は、クライアントに対する援助をめぐる機能するだけでなく、援助者自身の「援助」となっても機能するのである。その結果、援助者のバーンアウト防止にも貢献しうる<sup>(35)</sup>。

## (3) 医療・保健・福祉のシステム全体からみた有効性

### ①重複援助領域のスリム化

「連携」していないと、各援助者が他の援助者の活動を把握していないため、複数の援助者が同一の内容の援助を重複して提供していることがある。「連携」



によって、システム全体で、重複している援助活動の整理とスリム化が可能となる。

また、「連携」がうまく機能していない状態で少ない援助者で多様なニーズに応えようすると、ある援助者が自分の専門性とは異なる援助を提供しなければならなくなる。そうすると本来の専門的援助者の知識や技術には及ばないとしても、ある程度の新しい知識や技術の獲得を行わねばならず、そのために労力も時間も割くことになる。そうなる则自分の本来の専門性に関わる活動が縮小される。つまり、これはシステム全体からみると経済効率が悪いと言えるだろう。

## 2 弊害

### (1) クライアントからみた弊害

#### ①プライバシー保護との葛藤

まず考えられる弊害は、クライアントの個人情報が多く援助者によって共有されることで個人情報漏洩する不安が高まることである<sup>(36)</sup>。そもそも厳密に言えば、援助者がクライアントの援助を通して知り得たクライアントの個人情報は、クライアントとその援助者のみで開示されたものであり、原則的にはその二者間で保持されるべきものであろう。しかし、実際にはクライアントの記録、ファイル、カルテなどを例にとれば、これらは一つの組織に所属する多くの援助者にアクセスが可能である場合が多い。つまり、最初にクライアントが自分の情報を開示した以外の援助者に対しても、一回一回クライアントの了解を取らずに個人情報が開示されていることになる。ただし、現実的にはクライアントが一人の援助者に情報を開示するとき、クライアントはその情報が組織内で共有されることを前提として受け入れて開示していると思われる。そのため現状では情報は組織内では共有されるが、組織の外部には決して漏らさないことが援助者の「倫理」となっていることが多い。そうなる則組織外の援助者と「連携」し、クライアントの個人情報を共有する場合、厳密に言えば組織外に情報を開示することについてクライアントに許可を得ることが倫理上では必要となる。現在行われている複数の組織にまたがる「連携」では、クライアントの情報が一つの組織を越えて共有

されることの許可がとられているだろうか。とられていないとしたら、それは個人情報の保護の倫理に抵触するとの解釈も成り立ちうる。

同一組織内であっても、クライアントは援助者への信頼感や関係によって自分の情報をどの程度だれにいつ開示するか判断しながら開示しており、援助者によってクライアントから知り得る情報の程度はさまざまである。「連携」により組織内で情報を共有することになれば、それはこのようなクライアントの自己決定とコンフリクトを起こすことになる。本来なんらかの形でクライアントの許可を得ることが必要である。「連携」における情報の共有の問題は現在まであまり詳しく検討されて来なかったが、今後はクライアントになんらかの許可を得る方法を検討し、各援助者の職業倫理をさらに確立する努力を行い、情報共有のルールを作る必要がある。

### ②援助の分断化

「連携」によって援助者間の役割分担が進むことを有効性として上述した。しかし、役割分担が各々の援助の独立性を強める方向で作用してしまうと、援助の分断化につながりかねない。自分の領域には責任を持つが、他の援助者の領域に関しては無関心になったり、無責任になる危険性もある。「連携」は各援助者が重層的にクライアントを支えることにその意義があるのである。各援助者は自分の援助だけでなく、クライアントの援助全体を考える包括的な視点を獲得する必要があるだろう。

### ③援助の「過剰」な一体化

「連携」におけるチームワークは、本来異なった援助方法や考え方を持つ援助者の多様性の上に成り立っている。その多様性がクライアントに利益をもたらすのである。しかし、チームワークの相互作用性によって、チームワーク内の一体化が進めば、場合によっては多様性が後退することも起こり得る。そうなるとチームワークがクライアントに対して、「一枚岩」のような強さを持つようになり、これはクライアントの自己主張やニーズの自由な表明を妨げる危険性も生じてしまう。

### ④援助関係の拡大による煩雑さ

「連携」によって関わる援助者が増えることは、クライアントにとってそれだけ人間関係が増えることである。そのことで援助を受ける際の煩雑さを

感じるクライアントもいるだろう。また、多くの人間関係を形成し、それを維持していくことを好まないクライアントにとっては、精神的な負担を強いることになる。

## (2) 援助者からみた弊害

### ①「連携」活動の増加による多忙化

「連携」の具体的な活動には、連絡、打ち合わせ、カンファレンスなどがあるが、これらを行うには各援助者本来の活動以外の時間を準備する必要がある。組織内のみならず、組織外の援助者と「連携」すれば、複数のチームワークを両立させる必要も生じ、そうすると「連携」活動に要する時間はさらに多くなる。「連携」のためには独自の時間が必要である。医療・保健・福祉現場の多忙さが指摘されているが、そこでさらに活動を増やすことは援助者の負担を増すことにつながる。

### ②チームへの同調の圧力

「連携」の特徴は援助者間の相互作用性が増すことである。しかし、相互作用性がお互いの個性や多様性を押さえる方向に向かえば、つまり連携しているグループ内に同調への圧力を生じれば、クライアントのための問題解決が回避されたり、抑制されることも起こりうる。「連携」によって生まれたグループ内に起こるグループダイナミックスがクライアントにとって不利益に働く危険性がある。前述した各論者の定義の吟味において、日本の論者らは「連携」における「協力的な関係」を重視している点を指摘した。この「協力的関係」の重視は、時にできあがったチーム内の「協力的関係」を維持することをクライアントのニーズの実現という「連携」の目的よりも優先させてしまうという危険性をはらんでいると思われる。

## (3) 医療・保健・福祉のシステム全体からみた弊害

### ①管理の困難さ

多くの組織を包括するシステム全体からみたというより、一つの組織の管理面から考えると、「連携」における活動が組織の枠を越えて、他の組織の援助者や地域の援助者とともに展開するようになると、組織の内部の管理者にとって各援助者の活動が見えにくくなり、そのために管理しにくくなる面がでてくる。なにか事故が起こったときなど複数の援助者が関わっていることで、

どの援助者にその責任があるのか判断するのがむずかしいこともあるだろう。組織の管理者にとっては、いままでのやりかたを踏襲するだけでは対処できない事態が生じることが予測される。

「連携」には有効性とともにも弊害も存在している。まずこの認識を持つ必要があるだろう。その上で、連携は「良いもの」と単純に捉えるのではなく、各クライアントにとって、あるいは各援助者や組織によって、連携の有効性と弊害を吟味する必要がある。弊害が多少あっても、有効性が充分認められるならば、「連携」を積極的に進めるべきだろう。しかしその際には弊害を予防する手だてを準備する必要がある。また、場合によっては多くの弊害が予測されたり、すでに実際弊害が起こっている場合には、「連携」の開始を見合わせたり、いままでの「連携」活動を解消することも考慮すべきである。

## V 今後の「連携」研究の課題

本論では、「連携」研究を進めるにあたって有用と思われる定義の確認、「連携」の形成プロセスの分析、「連携」の有効性と弊害に関する指摘を行ってきた。最後に今後の研究の方向に関して若干の提言を述べて本論を締めくくりたい。

### 1 「連携」の有効性に関する実証研究

「連携」の有効性については、いままで充分とは言えないまでもいくらかの議論はすでに行われてきた。にもかかわらず有効性に関する実証研究は長竹らの研究<sup>(37)</sup>を除いてほとんど実施されていない。その原因に有効性を測定する上での研究手法の確立の難しさが指摘できるだろう。ただし、近年量的研究方法に加えて、質的研究方法の応用が、医療・保健・福祉分野の研究でも進んできている。クライアントや援助者が「連携」から得られた経験を質的に分析する研究は有効性の議論に対して有用な知見を提供するだろう。

有効性を実証する研究は弊害を実証する研究と連続するものである。有効性と弊害が実証的に解明されることで、連携を「良いもの」と単純にとらえ、実際には実践の現状から乖離した「連携」を押し進めようとするのではなく、「連

携」の利用に柔軟な視点が持ち込まれるだろう。

このように有効性に関する実証的研究とその結果に基づく「連携」の実施は、近年医療・保健・福祉の領域で提唱されている「根拠に基づく実践 (Evidence-based practice)」の流れにも沿うものである。

## 2 「連携」の促進・阻害要因の解明

クライアントのニーズの実現にとって、「連携」が有効であると判断され、組織内や地域内にニーズに見合った援助者が資源として存在していても、「連携」の行為や活動が容易に始まらない場合があると前述した。「連携」を促進するためにはどのような要因がうまく機能する必要があるのだろうか。「連携」の前提には他の援助者の専門性や具体的な活動に関する知識が獲得されていなければならないが、その獲得にはどのような手段や方法が最も有効なのだろう。また、「連携」の成立を阻害する要因として、所属機関の理解不足や非協力の問題も指摘されている。これらはどのように連携を阻止する方向で作用し、この阻害要因を解決するには何が必要なのかについても、これからの研究課題と言える。

筆者も今後は上述した研究課題に関する実証的な研究を進めていくことに貢献したいと考える。医療・保健・福祉の複合領域で「連携」研究が深められ、その成果が実践にフィードバックされることを期待したい。

### 【引用文献】

- (1) 副田あけみ『在宅介護支援センターのケアマネジメント』中央法規出版、1997、132～189頁、
- (2) 浅野茂隆、谷憲三朗、大木桃代（編）『ガン患者ケアのための心理学－実践的サイコオネコロジー－』真興交易医書出版部、1999、140-219頁
- (3) 矢永由里子（編）『医療のなかの心理臨床－こころのケアとチーム医療－』新曜社 2001、
- (4) 堀越由紀子「保健医療と福祉のネットワーク－「医療ソーシャルワーク」が経験してきたこと－」『ソーシャルワーク研究』第25巻1号、1999、17-27頁

医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成(山中)

- (5) 北村愛子ら「各病院での連携の実態」『病院』第44巻5号、1985、373-378頁
- (6) 久保絃章ら(編)『ケースワーク 社会福祉援助技術各論。－理論的アプローチと技法を中心に－』川島書店、1998、6-20頁、52-53頁
- (7) 北島英治ら(編)『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣、2002、245-247頁
- (8) 外口玉子ら『精神看護学(2) 精神保健看護の展開』(系統看護学講座専門)医学書院、2002、250-263頁
- (9) Germain, C., *Social Work Practice in Health Care*, Free Press, 1984, p.199
- (10) Andrews, A., “Interdisciplinary and Interorganizational Collaboration”, In L. Ginsberg, et al. (Eds.) *Encyclopedia of Social Work* (18<sup>th</sup> edition), NASW Press, 1990, pp.175-176
- (11) Abramson, J. & Rosenthal, B., “Interdisciplinary and Interorganizational Collaboration”, In R. L. Edwards (Ed.) *Encyclopedia of Social Work* (19th edition), NASW Press, 1995, p.1479
- (12) 高山忠雄「保健・医療・福祉の連携」、京極高宣(監)『現代福祉学レキシコン』雄山閣出版、1993、76-77頁
- (13) 前田信雄『保健医療福祉の統合』頸草書房、1990、13頁
- (14) 久保元二「保健・医療・福祉の連携についての概念整理とその課題」、右田紀久恵ら(編)『社会福祉援助と連携』中央法規出版、2000、111頁
- (15) 松岡千代「ヘルスケア領域における専門職間連携－ソーシャルワークの視点からの理論的整理－」『社会福祉学』第40巻2号、2000、21頁
- (16) Germain, C., *ibid.* pp. 204-214
- (17) 松岡 前掲論文 19-20頁
- (18) Germain, C., *ibid.* pp.201-207
- (19) 前田 前掲書 13-15頁
- (20) 前田 同掲書 15頁
- (21) Gross, A. E. & McMullen, P.A., “The help-seeking process” In V. J. Derlega & Grzelak (Eds.) *Cooperation and Helping Behavior: Theories and Research*, Academic Press, 1982, pp.305-326
- (22) Stiffman, A.R., Earls, F., Robins, L. N. et al., “Problems and help seeking in high risk adolescent patients of health clinics”, *Journal of Adolescent Health*, Vol. 9, No.1,

- 1988, pp.305-390
- (23) Bland, R.C., Newman, S.C. & Orn, H., "Help-seeking for psychiatric disorders", *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 42, No. 2, 1997, pp. 935-941
- (24) 相川敦「被援助者の行動と援助」、中村陽吉・高木修（編）『「他者を助ける行動」の心理学』光生館、1987、138頁
- (25) 山中京子、松本智子、「派遣カウンセラー事業の実施方法に関する実態調査」、『平成9年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業・HIV感染症の疫学研究・研究報告書』、厚生省、1998、pp.519-526
- (26) 松本智子、山中京子、芦沢正見、「HIV感染者のフォローに関する研究—東京都専門相談員の役割・そのコンサルテーション機能について—」、『平成9年度東京都エイズ研究班・研究報告書』、東京都、1998、pp.127-158
- (27) 山中京子、松本智子、高田知恵子、磯本明彦、「HIV感染者・エイズ患者の心理・社会的援助に関する医師の意識とカウンセリングの利用に関する研究」、『平成10年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業・HIV感染症の疫学研究・研究報告書』、厚生省、1999、pp.559-581、
- (28) 山中京子、松本智子、磯本明彦、高田知恵子「HIV感染者の心理・社会的援助に関する医師の意識とカウンセリング依頼行動およびHIV感染者による相談資源認知と利用に関する研究」『平成11年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業・HIV感染症の疫学研究班・報告書』、厚生省、2000、645-652頁
- (29) 相川 前掲書 140頁
- (30) 相川 同掲書 138-139頁
- (31) 山中ら 前掲論文 648頁
- (32) 久保 前掲論文 112頁
- (33) Abramson, J. & Rosenthal, B., *ibid.* p.1486
- (34) 久保 前掲論文 120頁
- (35) Abramson, J. & Rosenthal, B., *ibid.* pp.1480-1481
- (36) 副田 前掲書 30頁
- (37) 長竹教夫、青木恭子、簾内信行、「「連携」の評価に関する研究—ソーシャルワーク実践における地域保健福祉機関との連携を省みて—」『医療社会福祉研究』第3巻1号、1995、16-23頁