

□原著論文□

## 高齢者の病院退院時における多職種・諸機関間連携への クライアントの参加と意思決定についての現状と課題

磯 玲子<sup>1</sup> 飯島 節<sup>2</sup>

### 抄 録

目的：高齢者介護分野における医療機関より在宅への移行時を中心とした多職種・諸機関間連携へのクライアントの参加や意思決定の現状と課題を、連携の展開過程に沿って明らかにする。

対象：医療機関または介護保険事業所に勤務する様々な専門職者と利用者本人・家族の合計23名を対象とした。

方法：クライアントの連携への参加の現状と課題について半構造化面接を行い、グラウンデッド・セオリーアプローチに基づき分析した。

結果：クライアントの連携への参加や意思決定を困難にしている連携の阻害要因として、『連携目的の不一致』、『連携対象についての認識不足』、『情報共有困難』および『レベル・態度・姿勢』の4要因が示され、専門職者とクライアントとの間の情報の非対称が認められた。

結論：クライアントの連携への参加と主体的な意思決定を促すためには、専門職者との間の情報の非対称を克服する取り組みを行うことが最も重要であり、連携におけるクライアントの位置づけや参加について専門職者側の意識を高めてゆくことが必要である

キーワード：多職種連携、情報の非対称、クライアント

## Current situations and issues in the involvement of elder clients moving from hospital to home in multidisciplinary and inter-agency collaboration and the decision-making process

ISO Reiko and IJIMA Setsu

### Abstract

Aim: To clarify current situations and issues in the decision-making process and the involvement of elder clients who are moving from hospital to home in multidisciplinary and inter-agency collaboration according to a collaborative process.

Participants: Twenty-three people, i.e., various professionals working in hospitals or long-term care agencies, clients and their families.

Methods: Semi-structured interviews were conducted regarding current situations and issues in the involvement of clients in the collaborative process. The interview data were analyzed based on the grounded theory approach.

Findings: Four factors, "Mismatch in the purpose of collaboration," "Poor identification of clients," "Difficulty in sharing information" and "Level, behavior and attitude," were identified as factors inhibiting the involvement of clients in collaboration and decision-making processes, and information asymmetry was revealed between professionals and clients.

Conclusion: Initiatives to overcome the asymmetry of information between professionals and clients are most important in encouraging clients to participate in the decision-making process. Increasing the awareness of professionals regarding the role of clients in collaboration is necessary.

**Keywords** : multidisciplinary collaboration, asymmetry of information, client

受付日：2015年3月9日 受理日：2015年8月4日

<sup>1</sup>国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健医療学専攻医療福祉学分野 博士課程

Division of Health and Social Service, Doctoral Program in Health Sciences, Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare

reico.i@iuhw.ac.jp

<sup>2</sup>国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局

Rehabilitation Services Bureau, National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities

## I. はじめに

近年、保健医療福祉サービス提供の基盤となる知識や技術の高度化と多様化が進むとともに、関係職種の専門分化が進み、役割分担してサービスを提供する方向に進んでいる<sup>1)</sup>。その一方で、分業による専門化を進めると、それを調整・統合する必要が出てくる<sup>2,4)</sup>ために、「連携」の必要性が強調される。専門分化の背景として、クライアントのニーズが多様化・多元化しており、単一の専門領域による援助では効果的な解決を導くことができないことが挙げられる<sup>5)</sup>。

このように、保健医療福祉サービスにおける専門職者や機関間の連携はクライアントの多様なニーズに適切に対応するための手段として重要とされている。そして、クライアントは保健・医療・福祉などの各サービスを使う利用者であり、サービス利用にあたっての意思決定を行う主体である<sup>3)</sup>。例えば、病院を退院して在宅へ移行し介護保険サービスを利用する際には、病院と在宅のスタッフ間の連携が必要であり、意思決定のためのサービス担当者会議にはクライアントの参加が原則必須とされている。しかし、連携に限らず対人援助職全般において「個別性」や「利用者主体」といった処遇理念は以前から強調されてきたが、結局のところは理念の枠を超えることができず、「援助者はこのように考えるが、利用者は本当はどのように考えているか」といった援助者と利用者との考え方の差は解消されていないと指摘されている<sup>6)</sup>。また、わが国の高齢者介護関連文献において「連携」として論じられている内容は、多職種・諸機関間の連携に関するものが多く、クライアントとの連携について検討したものは少ない<sup>7)</sup>。つまり、「連携」に関する論議は本来主体となるはずのクライアントの存在が認識されないまま、もっぱら援助者側の論理のみで語られており<sup>6)</sup>、連携が単に専門職同士の業務遂行手段となる可能性が指摘されている<sup>8)</sup>。連携や協働におけるクライアントの位置づけを明確に示すとともに、連携の主体、援助過程とクライアントの参加の関係を整理する必要がある<sup>9)</sup>。

この検討を行う上では、連携とは具体的にどのよう

なことを行うのかをプロセスとして捉える必要がある。連携の有効性に関する実証研究において、連携は、様々な活動の総体として認識することが必要であり、連携を評価する際に、「連携」それ自体についてスケールを作成して評価することは困難である<sup>10)</sup>と示唆されている。つまり、「連携」は単体の手段としてではなく、プロセスとして検討する必要がある。吉池ら<sup>9)</sup>は、先行文献を検討した上で、連携のプロセスを7段階の展開過程に整理した。すなわち、①単独では解決できない課題の確認、②課題を共有しうる他者の確認、③協力の打診、④目的の確認と目的の一致、⑤役割と責任の確認、⑥情報の共有、⑦連続的な協力関係の7段階である。この中で吉池ら<sup>9)</sup>は、連携におけるクライアントの位置づけについても意識していることから、本研究においては以下に示す、吉池ら<sup>9)</sup>による「連携」の定義を採用した。

「連携」とは、共有化された目的を持つ複数の人および機関（非専門職を含む）が、単独では解決できない課題に対して主体的に協力関係を構築して目標達成に向けて取り組む相互関係過程である。

以上より、本研究では、高齢者介護分野における医療機関より在宅への移行時を中心とした多職種・諸機関間連携へのクライアントの参加や意思決定の現状と課題を、連携のプロセスに沿って明らかにすることを目的とした。

## II. 方法

### 1. 対象

医療機関からの退院時に在宅サービス利用に向けた調整を利用した経験のある利用者本人またはその家族（3名）、およびそうした調整に関わったことのある医療機関や介護保険事業所に勤務する様々な専門職者（病院専門職者8名、在宅専門職者12名）の合計23名を対象とした（表1）。北関東地区の施設等を中心に機縁法により募った。

### 2. 調査方法

半構造化面接法により、医療機関退院時における医

表1 対象者の基本属性

	ID	機関・職種等	性別	年齢(歳代)
病院	A	医師 リハビリテーション科	M	50
	B	医師 脳神経外科	M	50
	C	看護師 一般病棟	F	20
	D	看護師 療養型病棟	F	50
	E	作業療法士	M	30
	F	言語聴覚士	F	20
	G	医療ソーシャルワーカー	F	50
	H	医療ソーシャルワーカー	F	30
在宅	I	医師 外科 開業	M	50
	J	医師 内科 有床診療所勤務	M	50
	K	看護師 訪問看護ステーション	F	50
	L	看護師 訪問看護ステーション	F	40
	M	理学療法士 訪問看護ステーション	M	20
	N	理学療法士 通所リハビリテーション	F	30
	O	介護支援専門員 元職：看護師	F	50
	P	介護支援専門員 元職：看護師	F	50
	Q	介護支援専門員 元職：ヘルパー	F	30
	R	介護福祉士 通所介護	F	20
	S	ヘルパー 訪問介護	F	20
	T	ヘルパー 訪問介護	F	40
クライアント	U	本人	F	60
	V	家族 (本人との続柄：妻)	F	50
	W	家族 (本人との続柄：妻)	F	50

療保険と介護保険領域間の多職種間連携の課題について、上記の吉池ら<sup>9)</sup>による基本的概念整理に基づく7段階の連携の展開過程に沿って質問を行った。さらに、「本人・家族(以下クライアント)の参加」についても質問を行った。

インタビューの内容は、対象者の同意を得た上でICレコーダーに録音した。

専門職用とクライアント用のインタビューガイドを、表2に示す。

インタビューの逐語録を作成し、抽出された記述データをグラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下GTA)にて分析した<sup>11-13)</sup>。本研究における分析の流れを以下に示す。

まず、①データを1内容ずつに区切り(データの切片化)、②切片化されたデータのプロパティとディメンションを抽出し、そのプロパティとディメンションの検討により、切片化されたデータの内容を適切に表現する簡潔な名前をつける(ラベル名をつける)。③このラベルを、同一職域の同一職種ごとに似たラベル

同士にまとめて上位概念を作り名前をつける(カテゴリにまとめる)。④複数のカテゴリをプロパティとディメンションによって関係づけて、同一職域の同一職種ごとの各現象の構造とプロセスを表す(現象の把握)。⑤次に、全職域・職種のカテゴリをプロパティとディメンションにより結びつけ、統合し複数の現象を包括する理論を作成した(理論の生成)。

本研究では、多職種・諸機関間連携へのクライアントの参加や意思決定の現状と課題について分析を行った。

### 3. 結果の妥当性の検討

GTAの結果として得られたラベル・カテゴリ・現象の適切性と論理の妥当性について、医療・福祉の専門職5名(高齢者医療を専門とする医師：経験年数約30年、行政機関に勤務する保健師：経験年数約10年、介護保険施設に勤務する理学療法士：経験年数約20年、介護保険施設に勤務する作業療法士：経験年数約10年、居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専

表2 インタビューガイド (主な質問内容)

専門職へのインタビューガイド	クライアントへのインタビューガイド
① 連携が必要な課題について ・どのような時に他職種との連携が必要だと感じますか？	① 専門職の援助が必要であると感じたこと ・現在かかわっている専門職だけでは十分ではない、他の専門職の援助が必要だと感じた出来事はどのようなことですか？
② 連携対象 (相手について) ・連携して課題を解決していく相手 (職種・機関) はどこであるのか確認できていますか？	② 必要な援助を提供する専門職の認識について ・誰に相談すれば良いかわかりましたか？
③ 連携の打診・相談について ・連携の相手はあなたの期待通りの対応をしてくれていますか？ ・あなたは他職種・機関からの相談にすぐに対応できていますか？	③ 相談の窓口について ・相談をする時に困ったことはありますか？
④ 連携目的について ・連携をして何を行おうとしているのか、理解・納得できていますか？ ・お互いに発言し合っていますか？	④ 内容の理解について ・希望を伝えることはできましたか？ ・内容については理解できましたか？
⑤ 職種間の役割・責任の認識について ・自身が行うことや他職種・機関が行うことはわかっていますか？ ・自身や他職種・機関の役割・専門性は理解できていますか？	⑤ 各職種・機関の役割について ・どの職種・機関が何をしてくれるかわかっていますか？
⑥ 情報共有の方法 ・情報の共有で重要なことは何ですか？ ・情報を共有するために有用な方法は何ですか？ ・他の職種の話す用語・内容を理解できていますか？ ・情報を得ることが困難だったことはありますか？	⑥ 個人情報の取り扱いについて ・個人情報が守られていないと感じたことはありますか？ ・個人情報の取り扱いについて大変だったこと (あなた自身が対応しなくてはならなかったこと) はありますか？
⑦ 連携強化に必要なこと ・今後も連携を継続していくためには何が必要だと思いますか？	⑦ 連携の結果および評価 ・専門職の援助を得る中に自分も参加することは必要でしたか？ ・専門職の援助を得る中で、大変なこと、良かったことはどのようなことですか？ ・沢山の職種や機関の関わりでの調整は必要でしたか？
⑧ クライアント (本人・家族) の連携の参加について ・クライアントの参加は必要だと思いますか？ ・クライアントが参加することで大変なことはありますか？ ・クライアントの参加について気をつけていることはありますか？	

門員：経験年数約 20 年) で検討した。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学人間総合科学研究科倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号：22-15)。対象者および施設関係者には、研究の目的と方法について文書および口頭で説明し、文書での同意を得た。

### Ⅲ. 結果

#### 1. インタビューの概要

インタビューの逐語録の総文字数は 212,405 文字、総インタビュー時間は 12 時間 34 分 22 秒であり、対象者 1 人あたりの平均文字数は 9,235 文字、平均インタビュー時間は 32 分 48 秒であった。

なお、以下の GTA の結果記述においては、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは < >, 理論や概念名は『 』, 発言内容および言葉の強調は「 」、補足は ( ) で示す。

2. クライアントの連携への参加を阻害する要因（理論）の抽出

連携のプロセスにおいて、クライアントの連携への参加や意思決定を困難にしている連携の阻害要因として『連携目的の不一致』、『連携対象についての認識不足』、『レベル・態度・姿勢』、『情報共有困難』の4要因の存在が認められた(図)。

『連携目的の不一致』とは、連携のプロセスにおいて、病院側・在宅側・クライアントそれぞれの考える連携の目的が一致していないままで連携を押し進めようとしている状況である。

『連携対象についての認識不足』とは、連携の対象の専門性や役割に対する認識が不足していることや、役割分担がうまく行えないという状況である。

『レベル・態度・姿勢』とは、専門職やクライアントの能力レベル、他者に対する態度、連携に対する姿勢の違いなどが連携に影響する要因となっていることを示す。そして、『情報共有困難』とは、専門職種間や専門職とクライアントとの間などにおいて、情報が十分に共有できていない状況を指す。

以上の連携を阻害する4要因において、クライアントの参加や意思決定の現状と課題に関する主なカテゴリー・サブカテゴリーを示す(図)。

3. 『連携目的の不一致』について

病院側は、連携して解決すべき問題として「入院期間をどんどん短くさせよう(病院Ns:C162)」というように、【退院や転院がスムーズに行われる】ことであると考えていた。また、在宅側は退院時に【サービス導入や医療に関する調整】を行うために連携が必要であると考えていた。それに対し、クライアントは、専門職と連携が必要な場面について、「入院してリハビリもしたいとかさ、まだちょっと入院したい(クライアント:U31)」というように、医療やリハビリテーション、実際の介護などの専門的なケアであると考えていた(【ケアに対する専門職の支援の必要性】)。このように、病院側・在宅側・クライアントの3者間において連携の目的が一致していない状況がみられた。

また、専門職とクライアントとの間において、連携の目的となるべきクライアントのニーズの確認自体が十分に行えていないことにより、連携の目的が一致しない状況につながっていた。専門職側がクライアントの意向を「家族は、本当はここまで良くなるだろうって勝手な希望だったり、けど現実はどうだから…(病院MSW:H121)」というように、現実的ではないと捉えていた(〈クライアントの現実と乖離した希望〉)。

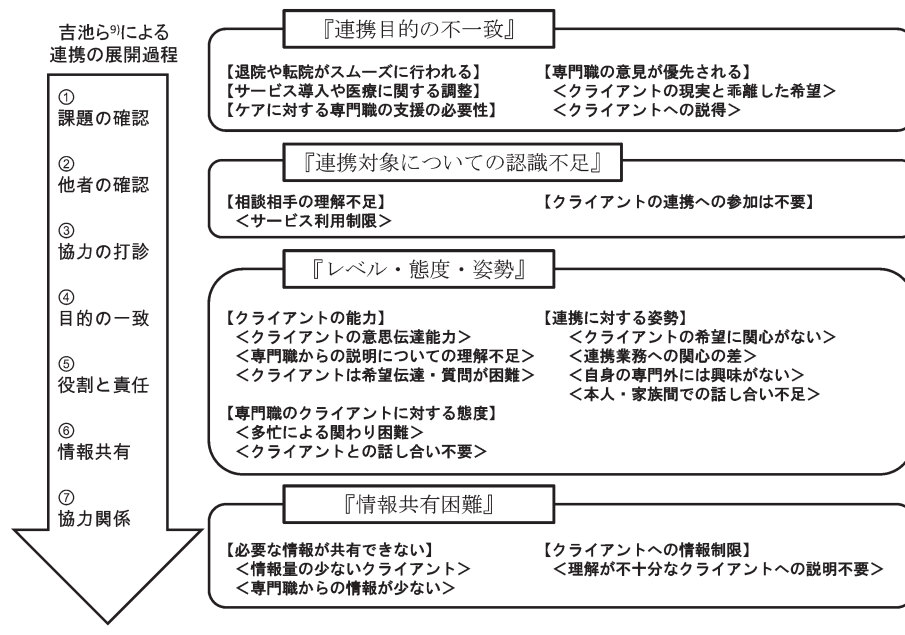


図 クライアントの連携への参加を阻害する要因

そして、そのような〈クライアントの現実と乖離した希望〉に対して、「(前略)結構、家族に、無理やりって、無理やりではないんですけどね、結構こう、押しつけていく場合があるんですよ(病院MSW:G153)」や「その患者さんにとっては、これが一番良いんじゃないかということをお話しさせてもらって(病院Ns:C137)」,「家族を説得するね、まず、家族を説得しますね、呼んで、ガンガン言いますね、私なんか(在宅Ns:K061)」などというように専門職側が決めた方針をクライアントに対して提案することや説得することにより方針を決定していくことが示された(〈クライアントへの説得〉)。

その一方で、クライアント側は専門職に対し「なんか(わからないことを)言いづらい(クライアント:U75)」というように〈クライアントは希望伝達・質問が困難(『レベル・態度・姿勢』)〉であり、「(専門職側で方針が)こうに大体決まったんだから、(自分が違う意見を)言ったって(方針が)ひっくり返るわけない(クライアント:U105)」というように【専門職の意見が優先される】と認識しており、ニーズ自体がくみ取られないと感じる状況が生じていた。

このように、専門職とクライアント間において連携の目的の一致が図られていないという状況が生じていた。

#### 4. 『連携対象についての認識不足』について

クライアントは、〈相談窓口が縦割り〉であることなどから、「(相談先は)わからなかったですね(クライアント:W023)」というように、誰(どこ)に相談したら良いのか認識できていないという状況が生じていた(【相談相手の理解不足】)。また、病院から退院の勧告がなされた際に、施設入所や転院を希望しても、「病気が沢山あるっていう、薬沢山飲んでる、それでうち(老健)ではちょっと見きれないのでって…(クライアント:V77)」,「もう慢性扱いで、(リハビリテーションには)診療報酬がでない(クライアント:W13)」,「長期療養型って言うけれども(中略)すごい数は足りない(クライアント:W67)」というように、利用できる

施設自体が少ないことや医療依存度の高さ、診療報酬上の制限などによる〈サービスの利用制限〉が行われていることも、適切な相談相手は誰(どこ)なのかという理解を困難にしていた(【相談相手の理解不足】)。

一方で、専門職側は「連携の中では、必ずしもそう(クライアントの参加は必要)ではない(病院Rh:E115)」というように、専門職側は意向の確認や意思決定を行う連携場面へのクライアントの参加自体が必ずしも必要ではないとも考えられていた(【クライアントの連携への参加は不要】)。このように、本来、意思決定の主体であるクライアントの役割について専門職が認識していない状況がみられた。

#### 5. 『レベル・態度・姿勢』について

クライアントの能力や専門職のクライアントに対する態度や連携に対する姿勢により、連携の状況は左右されると考えられている状況がみられた。

専門職は、「家族とか本人の、先生たちに伝える力とか(在宅CM:P116)」や「自宅に帰るんですよってPTさんに(在宅への退院という方針を)言われて、実際はホント、家族は無理なのに、無理って言えないまま(病院MSW:G155)」というように、クライアントが意見や希望を伝えることが難しいこと(〈クライアントの意思伝達能力〉)により連携が困難であると感じており、クライアント自身も、〈クライアントは希望伝達・質問が困難〉であると感じていた。そして、専門職からの説明についてクライアントは、「うーん、意味が分からない(クライアント:U055)」というように、〈専門職からの説明についての理解困難〉な状況もみられていた。このように、連携において【クライアントの能力】が十分でないことが認識されていた。

また、【専門職のクライアントに対する態度】についても示された。クライアントは専門職に対して、「そういう担当者、みんな自分の役割で忙しそうでしょう(クライアント:U110)」というように専門職が忙しそうであるため関わりを持っていないと感じていた(〈多忙による関わり困難〉)。また、「(分からないことを)言いづらい、なんか色々言うとさ、目をつけられるって

いう感じ(クライアント:U057)」というような、あたかも〈クライアントとの話し合い不要〉といった専門職の態度などに不満を感じていた。これは、『連携対象についての認識不足』において示された、クライアントの連携への参加は必ずしも必要ではない(【クライアントの連携への参加は不要】)と考えられているような、意思決定の主体であるべきクライアントの役割についての専門職側の理解の不足ということからも示された。

そして、専門職やクライアントの【連携に対する姿勢】についても示された。クライアントは専門職に対して、「そういうこと(クライアントの希望)に(専門職が)全く興味がないと言いますか(クライアント:W037)」というように、〈クライアントの希望に関心がない〉ことや、「それ(専門)以外のところだと、わからないってことになってしまいますよね(クライアント:W057)」というように〈自身の専門外には関心がない〉ことにより専門職との連携が難しいと感じていた。これは、専門職側からも、「(連携の必要性は)感じているんだろうけど、興味がない(病院Dr:A085)」というような〈連携業務への関心の差〉や、「リハビリ(専門職)には、あまり関係がない感じがしてしまって(病院Rh:E099)」というように〈自身の専門外には関心がない〉などとして示されていた。

また、専門職は、「本人と家族で、自分たちが思っている、お互い伝えなかつたりすることが多い(在宅CM:P130)」というように〈本人・家族間での話し合いが不足〉しているというクライアント側の連携への取り組み姿勢も方針決定を困難にすると考えている状況がみられた。

#### 6. 『情報共有困難』について

クライアントと専門職との間において【必要な情報が共有できない】状況がみられた。

そもそも、クライアントは「自分の頭の中で不十分な情報の中で、もっと情報を得たい、もっと良い施設があったら、もっと良い病院があったら、もっと良い先生がいたら(中略)、知りたいっていうのはすごく

思っていました(クライアント:W051)」というように、医療や制度などの情報が少ない状況がみられた(〈情報量の少ないクライアント〉)。また、「でもそれ(知りたい情報)は、なんて言ったら良いんですかね、ホント、専門職の人が言ってくれる訳じゃなくて(クライアント:W047)」というように、〈専門職からの情報が少ない〉と感じられていた。その上、専門職側から〈クライアントとの話し合い不要〉といった態度をとられ、専門職に対して〈クライアントは希望伝達・質問が困難〉となることや、説明を受けたとしてもその内容を十分に理解できない(〈専門職からの説明についての理解困難〉)ことにより(『レベル・態度・姿勢』)、【必要な情報が共有できない】状況がみられていた。

また専門職側からは、「(クライアントが)ちょっと話がわからないなっていう場合は、あまり(説明を行うことは)実用的ではないというか(病院Rh:E119)」というように、〈理解が不十分なクライアントへの説明不要〉というような状況がみられたり、「本人には直接伝えない方が良いものについては、本人を除いた状況でとか(在宅Rh:M099)」というように、予後や現状などの専門職がクライアントに対して伝える内容を専門職側が制限するような状況がみられた(【クライアントへの情報の制限】)。

#### IV. 考察

医療機関より在宅への移行時を中心とした連携のプロセスにおいて、クライアントの連携への参加や意思決定を困難にしている連携の阻害要因として、『連携目的の不一致』、『連携対象についての認識不足』、『レベル・態度・姿勢』、『情報共有困難』の4要因が明らかになった。

まず、専門職とクライアントの間で連携の目的が一致していないという状況(『連携目的の不一致』)がみられたが、これは、連携することで何を実現するのかという点において、それぞれが違う効果を期待しているために、連携が阻害されているということである。病院側の連携の目的は、退院や転院をスムーズに行う

ことであり、在宅側の連携の目的は、自身の提供するサービスが円滑に準備することができるよう、必要な情報の交換や専門職種間の調整を行うこととなっていた。医療保険下においては、診療報酬のインセンティブにより平均在院日数の短縮が進められており、診療報酬が減額算定されないよう退院をスムーズに行うことへの取り組みが病院側の重要な課題となっている。また、介護保険下においては医師などの医療職が不在の中でケアを行う場面もあるために、退院の機会に医療の情報を得ておきたいと考えられていることが背景にあると推察される。このように、病院側も在宅側も制度的な課題を背景として連携を行っていることにより、連携の目的がそれぞれの課題に対応するものになっていたと考えられる。しかし、このように、専門職側の連携の目的が自身の業務の遂行や効率性を重視するものとなっていることは、「連携」に関する論議は本来主体となるはずのクライアントの存在が認識されないまま、もっぱら援助者側の論理のみで語られている<sup>6)</sup>という状況を示したものと考える。

また一方で、クライアントは、リハビリテーションを継続したい、良くなりたいとの思いから、入院の継続を希望しているにもかかわらず、利用できる施設自体が少ないことや医療依存度の高さ、診療報酬上の制限などの〈サービスの利用制限〉といった制度的な要因により、専門職（機関）とクライアントの間において連携の目的が共有できないという状況につながっていたと考える。

このように、専門職主体の連携や制度的な問題により、専門職種間やクライアントとの間で連携の目的を共有することが困難な状況となっていた。連携とは主体間で目的を共有することが起点となっており、それぞれが考える連携の目的が異なっていることは、連携の過程全体に影響する阻害要因となると考える。

また、それ以前の問題として、方針の決定などについて必要な情報が専門職とクライアントとの間で共有されていないという問題がある（『情報共有困難』）。これは、クライアント側が、本人の治療や予後、制度などといった方針決定のために必要な情報を専門職から得

られにくいということである。そもそも、クライアントは、医療的な内容や制度についての知識が少ないために必要な情報を得たいと考えているが（〈情報量の少ないクライアント〉）、専門職からの説明が十分に理解できない（〈専門職からの説明についての理解困難〉）という問題がある。このように、医療保健福祉などの専門性の高い領域においては、サービスを受ける側の当事者と提供する側の専門家には、圧倒的な情報の非対称が存在しており、このような情報の非対称が原理的になくなることは困難である<sup>14)</sup>。さらに、インタビューの分析から、専門職側からクライアントに提供される情報が制限されるような状況がみられた（【クライアントへの情報制限】）。クライアントに伝えるべき情報の内容を専門職が制限している理由としては、クライアントが情報を理解する能力や、クライアントが自身の病状や予後についての情報を知ることに対する気遣いなどであった。先行研究でも、病状の説明をするにあたり、とくに悪い知らせを伝えるときに、患者の心を察すると称して十分な説明が行われ<sup>15)</sup>ことや、「本人のプライドを傷つける」との理由で医師は認知症の告知に消極的になっている<sup>16)</sup>との報告がある。しかし、このようなクライアントのためにとという一方的な気遣いや、クライアントの情報を理解する能力など様々な理由により、クライアントに提供する情報を制限することは、クライアントの意思決定のために必要な判断材料を提供しないということであり、多職種あるいは諸機関のコラボレーションにおいて最も重要とされるクライアントの主体性<sup>17)</sup>を阻害することにつながるものと考えられる。

一方では、専門職側はクライアントの希望や意向などを十分に共有・認識できていないという状況もみられた。表出されたクライアントの希望については現実的ではないと判断し（〈クライアントの現実と乖離した希望〉）、専門職側の価値観に沿った方針の決定が行われていた（【専門職の意見が優先される】）。また、そもそも、専門職側は、意思決定の主体となるはずのクライアントの連携への参加自体を必ずしも必要ではないと考えていた（【クライアントの連携への参加は



不要】)。このように、クライアントの希望を専門職側が十分に理解できていないことや認識しようとしていないことは、連携の目的の共有を困難にしている。クライアントの希望を理解しないまま、いくら説明を行い同意を得たとしても（〈クライアントへの説得〉）、その結果、専門職側の免責としか思われえない一方的な説明<sup>16)</sup>となる危険性が高い。そして、専門職側がいくら献身的に活動したとしてもクライアントは少しも満足しない<sup>14)</sup>という状況につながる。

このように、専門職側が医療内容や制度などの専門的な情報を圧倒的に多く持っているという情報の非対称と、クライアントが持つ様々なニーズを専門職側が認識していないというもう一方の情報の非対称が生じていた。このような2通りの情報の非対称性により、専門職はクライアントに対して専門家としての判断を押し付けて、サービスを一定の枠内に固定してしまうという一種のパターナリズムと思われる対応を行うことが指摘されている<sup>18)</sup>。このような専門職の対応が、クライアントからは独断的で自身の意向を伝えにくいと感じられるという、専門職とクライアント間の上下関係の形成につながると考える。情報が一般に普遍化されず提供者側の一方独占状態であるため、本来対等であるはずの提供者と消費者（医療機関と患者）の力関係が提供者である医療機関側に圧倒的に有利な状況で働く<sup>19)</sup>と指摘されている。情報を適切に共有することは専門職とクライアント間の対等な関係の構築には前提になるということである。医学的な知識を持つ医療者と、患者の個人的な情報や知識においては専門家と言える患者の関係は、どちらが上にくるでも下にくるでもないことを認識するべきである<sup>20)</sup>。

社会保障基礎構造改革がいう、“利用者における選択の確保”あるいは“サービス提供者と利用者の対等性”はコンシューマーコントロール（現状において可能な最大限の選択肢が、本人の理解できる形で示されるとともに、本人がそれを納得できるまで試行錯誤することが認められ、かつ最終的に本人の責任で選択することを保証すること）のシステムがあってこそ可能であると指摘されている<sup>21)</sup>。情報の非対称という

ギャップを埋める努力をすることが、専門職とクライアントとの間における連携の目的共有を可能にするとともに対等性の確保につながるものと考えられる。専門職とクライアントとの情報の不均衡の問題への対応として、クライアントに対する適切な説明と同意を連携の場で確立することが必要である<sup>6)</sup>。

しかし、日本では一般的に、言葉を尽くした自己表現や、それを前提としたコミュニケーションは不要、場合によっては排除されるべきものという考え方がある<sup>22)</sup>。さらに、「福祉のお世話になる」的な意識を色濃く残した遠慮がちな福祉サービス利用者や高齢者は、常に自己の意思を問われ、自己責任によって契約するという行動様式になじんでいない<sup>23)</sup>。複数のサービスを利用することにも慣れておらず<sup>24)</sup>、「私は素人でよくわからないのでお任せします」、と答える患者もいまだに少なくない<sup>19,25)</sup>というように、クライアント側にも専門職に対してパターナリズム的な対応を期待する意識がみられる場合もある<sup>17,26)</sup>。

このように、日本人のコミュニケーションにおいては、専門職とクライアントとの間で情報の共有を図ろうとしても、クライアント自身が自己の希望や意見を主体的に表出することや、必要な情報を得るための専門職とのコミュニケーションが十分に行えないことが考えられる。日本人の生活における文化的状況の中で、クライアントの主体性や自己決定を、いかに導いていくかということが<sup>27)</sup>、クライアントに対する専門職の態度や連携に対する姿勢として求められると考える。

以上のように、連携のプロセスにおいて、『連携目的の不一致』、『連携対象についての認識不足』、『情報共有困難』、『レベル・態度・姿勢』の4要因は、それぞれ独立して存在しているわけではなく、相互に影響し合いながら連携におけるクライアントの参加を阻害する状況を形成していた。つまり、それぞれの阻害要因を単独に捉えて解決を図るのではなく、連携のプロセス全体に影響を与える連続性のある課題として考える必要があると考える。すなわち、連携におけるクライアントの参加を促すためには、『連携目的の不一致』を解消できるよう、情報の非対称（『情報共有困難』）

を克服する努力をすることが重要である。これには、専門職側のクライアントに対する働きかけ（『レベル・態度・姿勢』）が必要である。そして、このことが専門職とクライアントの間で対等な関係性を形成し、クライアントの意思決定を行う主体としての役割を尊重する（『連携対象についての認識不足』）ことにつながるものと考えられる。

連携におけるクライアントの参加を促すために最も重要なことは、専門職とクライアントとの間の情報の非対称を克服する取り組みであると考えられる。連携の主体間での同一の目的とは、クライアントの利益の実現であり、それはクライアントの希望の実現と合致するものである<sup>9)</sup>。多職種・諸機関間の連携がクライアントのニーズに対応するものである以上、連携の目的を検討するにはクライアントの連携への参加が必要である。利用者側の参画を保障することや、サービス消費者としての意識形成によって、より対等に近づくことが可能になると考える<sup>28)</sup>。専門職側とクライアントとの間における情報の非対称により、上下関係が構築されることや、クライアントの連携への参加や意思決定が阻害されることがあってはならない。クライアントが必要とする情報はどのようなものか、また、クライアントはどのようなニーズを持っているのかを理解し、クライアントの連携への参加を意識していく必要がある。

本研究においては、連携の展開過程に沿って半構造化面接を行い分析したことにより、クライアントの連携への参加や意思決定の課題について、連携プロセス全体に亘る体系的な検討が行えた。しかし、本研究は限られた範囲の少数の対象に対する面接の分析のみにより構成されており、データの偏りが考えられ、一般化には量的な研究が必要である。

## V. 結論

高齢者の病院退院時における多職種・諸機関間連携へのクライアントの参加と主体的な意思決定を促すためには、クライアントと専門職者の間の情報の非対称を克服することが最も重要であることを示唆する結果

を得た。連携の展開過程において、「連携」の本来の目的を認識し、その中心であるクライアントの位置づけや参加について援助者側の意識を高めてゆくことが必要である。

## 謝辞

本研究に快くご協力くださいました対象者の方々は心より感謝申し上げます。

なお、本論文について開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 1) 吉本照子. インタープロフェッショナルワークにおける専門職の役割遂行. *Quality Nursing* 2001; 7(8): 4-11
- 2) 菊池和則. 多職種チームの構造と機能—多職種チーム研究の基本的枠組み—. *社会福祉学* 2000; 41(1): 13-25
- 3) 菊池和則. 多職種チームとは何か. *リハビリテーション看護研究 4 リハビリテーション看護におけるチームアプローチ*. 東京: 医歯薬出版, 2002: 2-15
- 4) 菊池和則. チームアプローチ. *Nursing Selection* ①リハビリテーション看護. 東京: 学習研究社, 2003: 41-50
- 5) 松岡千代. 「チームワーク」認識に関する研究—自記式質問用紙を用いた専門職間比較—. *香川県立医療短期大学紀要* 2000; 2: 17-24
- 6) 久保元二. 保健・医療・福祉領域の連携についての概念整理とその課題. *社会福祉援助と連携*. 東京: 中央法規出版, 2000: 108-123
- 7) 磯玲子, 小松崎愛美, 真田育依ら. 高齢者介護関連文献における「連携」の内容分析. *リハビリテーション連携科学* 2010; 11(2): 152-157
- 8) 新井利民. 英国における専門職連携教育の展開. *社会福祉学* 2007; 48(1): 142-152
- 9) 吉池毅志, 栄セツコ. 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—. *桃山学院大学総合研究所紀要* 2009; 34(3): 109-122
- 10) 長竹教夫, 青木恭子, 廉内信行. 「連携」の評価方法に関する研究—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* 1995; 3(1): 16-23
- 11) 戈木クレイグヒル滋子. *ワードマップ グラウンデッド・セオリー・アプローチ 理論を生み出すまで*. 東京: 新曜社, 2006: 179p
- 12) 戈木クレイグヒル滋子. *質的研究法ゼミナール グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ 増補版*. 東京: 医学書院, 2008: 219p
- 13) 戈木クレイグヒル滋子. *実践 グラウンデッド・セオリー・アプローチ 現象をとらえる*. 東京: 新曜社, 2010: 152p
- 14) 西山賢一. 人間関係と連携. *リハビリテーション連携科学* 2000; 1(1): 6-18
- 15) 大坪殺人. インフォームドコンセント（〈特集〉外科とリスクマネジメント）. *日本外科学会誌* 2010; 111(3): 166-169
- 16) 品川俊一郎, 山中和彦. 認知症患者の早期受診・介入障

- 害となる要因に関する検討—一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より—。老年精神医学雑誌 2007; 18(11): 1224-1233
- 17) 渋谷田鶴子. 対人援助における協働—ソーシャルワークの視点から—. 精神療法 2002; 28(3): 270-277
- 18) 飯島節. チーム医療の形成とCGA. 高齢者総合的機能評価ガイドライン. 東京: 厚生科学研究所, 2012: 59-62
- 19) 大坪勇. 医療費抑制政策と医療福祉. 大垣女子短期大学研究紀要 2002; 43: 15-27
- 20) 高山智子. チーム医療における患者医療者関係. チーム医療論. 東京: 医歯薬出版, 2002: 11-24
- 21) 北野誠一. 障害当事者の役割とコンシューマーコントロール—障害当事者主導のサービスと本人自立支援計画—. 社会福祉研究 1999; 74: 35-44
- 22) 服部裕. プレゼンテーションとディベートの方法に関する諸問題—日本におけるコミュニケーションのありかたとその文化的背景—. 秋田大学教育学部研究紀要(人文科学・社会科学部門) 1997; 52: 89-93
- 23) 野中猛. 多職種連携の原則. リハビリテーション連携科学 2011; 12(1): 37-38
- 24) 池田恵利子. 「契約」時代の権利保障としての成年後見制度を考える. 社会福祉研究 1999; 73: 13-20
- 25) 小川妙子, 湯浅美千代, 石塚敦子ら. 認知症高齢者の専門病棟における入院長期化の要因: 退院支援に向けた事例分析. 医療看護研究 2007; 3(1): 43-49
- 26) 刀川眞, 内藤孝一. 医療消費者の自己責任意識と, 主体的健康管理支援に向けた社会的情報システムの課題. 情報処理学会研究報告. 情報システムと社会環境研究報告 2003; 2003(63): 39-46
- 27) 空閑浩人. 日本人の文化とソーシャルワーカー受身的な対人関係における「主体性」の把握—. 社会福祉学 1999; 40(1): 113-131
- 28) 小野真由美, 奥野英子. 介護サービスにおける対等な関係についての一考察. リハビリテーション連携科学 2001; 2(1): 55-66