

## 講演会

# 保健医療におけるコラボレーション — 看護にとっての意味 —

井 上 郁\*

「コラボレーション」というキーワードで今年の学会を開かれるということで、コラボレーションに関して概論的な話をしてほしいとのご依頼をいただきましたが、なかなかいいアイデアが浮かばず、何を概論としてお話しすればいいのだろうとさんざん悩みました。コラボレーションという言葉がカタカナですので、“またカタカナ語か”と思われる方が結構いらっしゃるのではないのでしょうか。最近やたらにカタカナ語が多くて、私自身も混乱することがあります。例えば「アセスメント」という言葉が入ってきた時には最初「査定」という言葉で表現されていましたが、今は査定という言葉はほとんど使われなくなっています。「コラボレーション」という言葉は、先ほど医師会長さんのお話にありましたように、「協働」と訳されている場合と、「コラボレーション」というカタカナのままで言われている場合とあるように思います。最初の頃は「協働」と言い、最近ではカタカナのままで雑誌などには出始めたのかなと思います。

抄録のところにもちょっと書かせていただいたのですが、私が大学4年生の時にこの学会が始まりました。その時期にすでに総合看護だとか、協力だとか、連携だとか、実習の中でも継続看護として病院の中から患者さんの家庭訪問に行ったりしておりました。その頃でも地域と病院との連携という発想はたくさんあったように思います。でも、それは今言われている協働とはちょっとニュアンスが違うのかなと思います。

もう一つ、日本では看護システムとしてチームナースングを長い間使ってきました。業務分担制も行われていますが、チームナースングが一番全国に広がっていると思います。で

すから、チームで動くということは今までやってきたことではないかという考えをお持ちの方もいらっしゃるのではないのでしょうか。

ということで、今日は、連携や継続と、あるいはチームで働くということとコラボレーションとがどんなふうに違うのかという視点でお話できたらと思います。

## I. コラボレーションとは

「コラボレーション」という言葉が英語ですので、英語の辞書で引いてみました。辞書には「協力・共同・合作・共同研究」という言葉が出ておりました。今日私たちが、コラボレーションの日本語訳として使っている協力の協に働くという「協働」という文字は、ワープロやパソコンで「きょうどう」を漢字に変換する時に最初には出てきません。たいていは「共同」という文字がでてきます。その次あたりには「協同」あるいは「共働」という文字がでてきます。でもここでわざわざ、協力の協に働くという字を当てているということに意味があるのだと考えています。コラボレーションの訳を「協働」とした方の考え方が色濃く反映されているように思います。

コラボレーションと似たような言葉に、「コレボレート」という動詞形があります。それも調べてみましたが、「協力する・共同研究する・合作する」という意味が出ていました。「コレボレーター」となると「編者・共著者」という「本を作る」という意味も追加されていました。

次に、コラボレーション (Collaboration) という綴りがどのようなになっているかを見てみました。Collaborationの「co」というのは、

\*高知女子大学看護学部

「共に」という意味で、「共同・共通・同等」という意味を持っている接頭語です。Collaborationの「labor」は「労働・仕事・働く・努める」という意味です。働くという意味の「labor」に共にという「co」が接頭語としてつくことで、「共同して働く」という意味になります。そういう意味ではコラボレーションが、「協力」や「共同」、もしくは共に働く「共働」と辞書に訳されているのは当然で、これがもともとの意味をそのまま表しているということだろうと思います。

### 1. コラボレーションの定義

現在コラボレーションという言葉が共通理解のもとで使われているかという、必ずしもそうではないようです。コラボレーションを明確に定義しているものはほとんどないのですが、いろいろなかたちでこの言葉を使っておられる方がいらっしゃいます。その中には、「分野を超えた対話、分野を超えた意見交換」という意味で使っておられる方、「共同で計画をしたり、何らかの決定をしたり、それからいろいろな行動を共にしたり、あるいは考えを出し合い、共に思考過程のプロセスを踏む」という時にコラボレーションを使う方もいらっしゃいます。問題解決をするにあたって、あるグループが共同で責任を負うときにコラボレーターという表現を使っている場合もあります。非常に複雑で多様な形式をとるので、形式はいろいろだとか、単に共同の関係をコラボレーションといい、その内容はいろいろだという、定義なのか定義じゃないのか分からない説明をしている方もおられます。このように、コラボレーションにはいろいろな形式があって、必ずしも明確な定義があって使っているわけではないということです。その中で、看護では、「協力して働く」というふうに定義づけをしようとしているということだと思います。

東京大学の教育学の亀口先生がコラボレーションを「所与のシステムの内外で、異なる立場に立つ者同士が、共通の目標に向かって、限られた期限内に、互いの人的・物的資源を活用して、直面する問題の解決に寄与する対話と活動を展開すること」と定義しておられ

ます。

“システムの内外において”とは、皆さんが働いている病院という中でも起こるでしょうし、その組織の外でも起こるでしょうし、あるいは逆に病院とかという組織ではなくて、地域システムの中でも外でも起こるということです。つまり、同一職種の中でも起こるし、同一職場の中でも起こるし、同一コミュニティの中でも起こるし、その外でも起こるし、誰との間でも起こるということです。

“異なる立場に立つ者同士”というところはコラボレーションの大きな部分だと思います。同一の立場の人たちの集合体ではなく、違う立場の人たちが何かを一緒にする時に使われる言葉だと思います。“システムの内外において”では、どこにおいてもということになるので、あまり規定するということではないのですが、“異なる立場の者同士が”ということになると、必ず違うグループの人たちが入ってくるということになります。

“共通の目標に向かって”とは、立場が異なるし、所属が異なるし、違う集団に属する人たちが持つ、何をしたいのかという方向性が同じであり、共通の目標を持っているということです。

“限られた期限内に”とは、共通の目的によって、ある種の違う立場の人たちが集まって、それにずっと取り組んでいくわけではないということだろうと思います。例えば、課題に向かって、共通の目標に向かって人たちでするので、問題が解決されれば、それで解散するかもしれないし、新たな目標があれば、また集まるかもしれないのです。

“互いの人的・物的資源を活用して”とは、異質な人たちが持ち寄る異なった人的・物的資源を生かしていくということだと思います。互いに持っている人的・物的資源を活用しながら、単に1+1が2になるということではなく、1+1が2になって、その2が新たなものを見つけてくることで3になったり4になったりして広がっていくから、わざわざコラボレートすることが有効だと考えているのだと思います。

“直面する問題の解決に寄与する”とは、共通の目標に向かっていくために、それを阻

むものは何なのかを考え、それを取り除いて問題を解決することがコラボレーションの目指すものだということを示しています。

最後に“対話と活動を展開すること”としていますが、この部分は教育学の先生ですので、特に強調されています。対話があって活動が共にされてこそコラボレーションだということです。

## 2. コラボレーションの原則

以上のことから考えると、コラボレーションの原則は、「相互性」「目標の共有」「資源の共有」「広い視野での思考」「対話」であることができます。対話というのは相互性の基となるものです。相互性がある中で、目標が共有されていきます。私が持っているものは私がいる時だけちょっと貸してあげるけど、私が参加できないときは貸してあげないというような資源の共有ではなく、それぞれが持っているものを持ち寄って共有するという意味での資源の共有です。そのことによって、資源が有効に使われたり、広がったりします。広い視野での思考と関連させて考えても、“私の”、“あなたの”という視点で見ているだけでは、互いの資源を使うことはできません。“私の領域ではこうです”というように“私の”というのが続く限りは、他の人の持っている資源を共有することはできませんし、こちら側の資源を提供することも難しくなるでしょうし、共有の可能性は阻まれていきます。自分の立場以外の人たちのことが見える広い視野での取り組みができなければ、コラボレーションは成立しないのです。そして、対話が必ず必要で、お互いに他の人との対話があって、初めてコラボレーションが成り立つということです。

## 3. コラボレーションと協働

このように、コラボレーションの定義を考えていきながら、どうして私たちが協力して働くという言葉を使おうとしたかということを考えました。平成10年に、高知女子大学の看護学科は、それまで所属していた家政学部から看護学部として独立しました。その時、改学記念行事として、「協働を考える」とい

うテーマで講演会とシンポジウムを開催しました。コラボレーションというカタカナ語も考えましたが、当時は、5年前ですけど、今のように雑誌などでカタカナのコラボレーションという言葉があまり使われていませんでしたので、日本語でということになりました。企画を話し合う中で、「共に働く」ではコラボレーションの意図するところを表すことが困難ではないかという意見が出され、協調して働くという「協働」の方がぴったりくるんじゃないかということになって、この漢字を使うことになりました。「共同して」というよりは「協調して」働くこと、お互いがお互いに対話をし、共同性を持って、協調して、お互いの資源もわかり、こちらの資源も理解してもらい、広い視野での思考もでき、共通の目標をたて、協調して働いていくこと、これがコラボレーションなのではないかと考えました。

コラボレーションについて研究しているクラーク氏は、コラボレーションの中心には対話を位置づけるべきだと述べています。お互いの仕事を理解し合うことがまず第一段階で、その上で、専門性の向上を促すためには対話を中心になってきます。そうすることでコラボレーションが互いの可能性を高めていく役割を果たすのだと述べています。私たちが普段協働という言葉を使う時に、ケアの質を高めるためにということではあっても、自分自身の専門性を高めるというかたちでは使っていないと思います。教育学の中で使われているコラボレーションをみていくと、教育者の教育者としての資質を高めていく、専門性を高めていくというようなどころでもよく使われています。単に一緒に働くということではなくて、役割とか活動を相互性の中で、支え合いながら働くという意味だということでコラボレーションを理解していただければよいのではないかと思います。

## II. コラボレーションが強調される背景

### 1. 保健・医療を取り巻く状況の変化

このようにコラボレーションを捉えて、次は、それで何で今コラボレーションなのかと



いうことになってきます。これには保健・医療を取り巻く状況の変化が関連していると考えています。コラボレーションが強調されるようになってきた背景には、高齢者人口の増加や疾病構造の変化などの医療社会・保健医療の状況の変化があると思います。

社会のニーズが多様化してきたということがよく言われますが、対象者の人のニーズだけではなく、保健医療の中で、あるいは福祉の中で働いている人たちのニーズも多様化してきています。組織としての病院も、昔は治療する場所だったのが、今では必ずしも治療するだけではなく、保健医療あるいは福祉がかかわる施設へと多様化してきています。地域の中でも、戦後ずっと行われてきた公衆衛生的な活動だけを中心としていた地域のニーズに対応できなくなってきました。個人のレベルでも、それからシステムとしても多様化してきていますし、地域としても施設としても多様化してきています。また、制度としても法的にも多様化してきています。社会全体のニーズがいろいろなレベルで多様化してきているのです。

それから、施設からホームケアへと制度やサービス全体が動いていて、脱施設化ということもよく言われています。ただ施設をどういうふうに定義するのかということは必ずしも明確になっていなくて、集合住宅は施設かということの答えは詰められていないんです。たとえば、老人ホームは施設だと言われますが、ケア付きマンションは施設だとは言いません。老人ホームとケア付きマンションとの違いは、対象者の健康レベルの違いだけではないかと私は思いますが、どちらが施設であるいは施設ではないのかということは明確にされていません。ただ、老人ホームは国としてお金を出不さいといけないうところで、ケア付きマンションは国民が自分でお金を出していかないといけないうところだという差がありますので、国が制度としてお金を出不さいといけないうところが施設とよばれているのかなと思ってみたりしています。国からお金が出なくなっている状況の中ですます脱施設化ということが起こってきています。

それから、急性期医療が本当に急性期医療

になってきつつありますので、病院の在院日数も短くなってきています。現在の急性期病院の指定は平均在院日数17日以下ですが、たぶんすぐに2週間以下くらいに変更されるのではないかと思います。米国やカナダあたりに比べるとまだまだ長いのですが、だんだん短くなってきていることは確かです。でも、数年前には、高知県の国公立病院の平均在院日数は30日ぐらいだという話を聞きましたし、急性期医療施設として指定されている施設は、県内にそんなにいくつもないのではと思います。それがいいか悪いかはまた別のレベルになりますが、米国やカナダでは急性期病院の平均在院日数は1週間以下ですし、日本もその方向に進んでいることだけは確かです。

脱施設化だけでなく施設の脱集中化も起こってきています。脱集中化とはいろいろな施設がそれぞれ違う役割をとるということです。昔だと一箇所の病院で重症の人も軽傷の人もすべてOKでした。それが、重症の人がかかる病院、軽傷の人がかかる病院というふうに、それぞれの役割がどんどん分化していつていきます。

そうなる断片化が起こってくると言われています。断片化とは、ここでは1週間しかいられない、その次のところでは1ヶ月、その次のところでは3ヶ月、次は自宅というように、細切れに、看護ケアを違う場所で受けるということが起こってくるということです。ICUとか非常に重度のところでは医師がたくさんいて、看護師もたくさんいて、ケアが展開されます。それが、療養型の施設にいくと、今度はケアワーカーさんと言われる介護職の方達がたくさんいたり、リハビリスタッフの人たちがいたり、栄養士さんがいたりします。それから家に帰って生活するとなると、保健師さんやヘルパーさん、あるいは近所の薬局の薬剤師さんとかかわるようになったりします。こういった人たちがたくさん出てこられて、療養上のお世話だとか療養上の準備ができるようにいろいろとかかわりを持つようになります。それを家族の人たちも巻き込んでやろうとします。そうしていかないと家に帰るという方向には動いていきません。今までいなかった人たちとどうやってケアを行っ

ていけばいいのか考えないといけなくなりました。それがうまくできなければ、断片化が起こって、ケアの細切れの間で、患者さんたちが受けられるケアと受けられないケア、受けられる人と受けられない人が出てくるということになります。このような状況の中で、継続だとか連携だとか、そういう言葉が目されるようになり、コラボレーションという言葉も出てきたんだと思います。

また、最近ではケアの社会化ということが言われるようになってきました。地域に行くとボランティアの人たちがおられますし、病院とか施設にも医療者だけではなくてボランティアが入っておられます。医療職ではない人たちが社会全体が医療や福祉や保健に対して手を差し伸べて、協力をして支援をして、お互いに役割をとっていくこと、支え合いをすることを考え始めています。それは資源の問題から起きてきたことでもあり、また人々のニーズの変化によって起きてきたことだとも考えられます。そうすると、専門職だけではなく、もっとたくさんの人たちがケアの場にかかわってくることになります。そうすると連携のレベルではなくて、本当にコラボレーションというレベルで活動することが必要になってくると考えられます。

## 2. 看護ケアチームと医療チーム

最初のころは、看護師は看護師同士でどうチームを組むかということだけを検討していたと言っても言い過ぎではないと思います。次に、病院だとすぐそばにいたのは医師でしたので、医師とうまくやっていく方法を検討しました。例えば、看護師さん達が集まってケアカンファレンスをします。そこで「どうしても主治医の判断や治療方針が納得できない、ここの治療方針がわからない。少し聞いてみないと私たちが動けない。」という話になると、初めてそのケアチームのリーダーさんか師長さんが主治医のところに行って、「すみません先生ちょっと時間とっていただけませんか。私たちがするカンファレンスに来ていただけませんか。」という交渉をして医者と連携をとるというかたちで動いていくのではないのでしょうか。それが一つのチー

ムとして動いていくということだと考えてきたように思います。

看護ケアチームとして考えた時には、患者さんに対して、看護師さん達が連携をしながら、チームとして一緒に働いて、時々医師とやり取りをしながら、ケアをしていくという図式になります。つまり、医師は医師で患者さんにケアを提供し、看護師は看護師で患者さんにケアを提供していた。家族は病院の外側にいて患者さんにサポートを提供し、看護師は、家族に対しても患者さんの家族という視点で多少アプローチをするというようなかたちで、チームとして動いていたのだと思います。この特徴は単一職種としてのチームということです。

私たちは医療の両輪は看護と医学ですと学習してきましたので、両輪でなければいけないと思い、一生懸命両輪であろうとがんばってきました。そう考えると対立するものは医師だったわけです。車の車輪の二つのうちで、私が右だと、主治医が左、そうすると右から左を見て私が動いている時は一緒に動いてねと言わないといけませんし、相手が動いているのを見ながらそのスピードにあわせて走らなければ車は真直ぐ前には進みません。そういうかたちの動き方が多かったわけです。ここでは、ケアの対象者としての患者さんで、患者さんは私たちがケアを提供する相手で、ケアを受ける人が患者さんで、ご家族の方は、患者さんの背景としてのご家族です。

同一職種内でのこの活動をコラボレーションと呼んでいいのかわかりませんが、お互いにコミュニケーションを持ちながら、相互関係を結びながら、それぞれに、新人は新人でベテランの看護師はベテランの看護師で、お互いに持っている資源を提供し合いながら、話し合っただialogをしながら、一つの目標に向かって、患者さんのケアを行っていました。健康や生活を取り戻していくこと、あるいは退院することに向けてサポートを提供するという一つの目標に向かって活動していたという意味では、同一職種内でのコラボレーションなのではないかと思います。チームメンバーとしては、看護師同士だったり、保健師同士だったり、助産師同士だったり、いろ

いろですが、このようなかたちで動いておりました。

それが、例えば、看護師と保健師、あるいは助産師と保健師、他の病棟、他の施設、地域だとかといった話になった時には、コラボレーションではなくて、連携とか継続というかたちで考えてきました。この場合でも、一つの共通した目標をあげているわけですし、お互いに資源をやったりとったり、共同で使い合ったりしています。だけど、相手のことをある程度理解して、それで次につないでいくということですから、「次はあなたたちですよ」というかたちで渡すわけです。つまり、継続を考えるという発想だったのではないかと思います。

これがもう少し広がっていった、医療チームという話になってきた時に、看護だけということにはならなくなってきました。連携や継続という「私たちがやっていたことをお渡ししますのでこの後よろしく」というレベルではなくて、「私がやっていること」と「あの人がやれること」を協働の中で「一緒に」というところまではいかないまでも、まだ患者さんが動いていない時に、連絡をとったり対話をしたり、情報を入手したり提供したりというかたちで、もう少し近くで一つのグループとして活動していこうという医療チームの発想が出てきたのだと思います。病院という組織の中でとか、看護師とか他の職種とか、それぞれに互いのグループはグループでありながら、頻回に情報を交換し、一つの医療チームとして患者さんに対応していくというかたちで専門職者間のコラボレーションが始まりました。ただ、この場合は同一組織内だという感触が強くて、同一組織ではない他組織にということになると、先ほどの継続という感覚が非常に強くなってくると思います。

この状況の中で、おもしろいと思ったのは専門看護師の活動です。例えば専門看護師が一つの病棟に入ってきたとします。看護職なのですが、専門看護師が専門看護師として動いている時というのはフリーで動いているんです。フリーというのはどこの病棟にも所属していないということです。必ずしも看護部に所属しているとは限りません。どの病棟

に対してもどのスタッフに対しても等間隔でいるということで、基本的には「フリー」なんです。本来の専門看護師の位置づけはそういうことだと思います。そうすると、専門看護師は看護ケアチームには入らないんです。当然医師の中にも入りませんので、2者の外側にいるということになります。ですから、看護ケアチームに対しては、外から連携をしたり、継続をしたり、あるいはアドバイスをしたりするという関係性があつたとしても、チームメンバーとして存在するという感覚ではないんです。逆に医療チームになると、看護職と違って、他職種と言われる人たち、もちろん医師も含めてですが、PTやOT、ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師といった単独あるいは少数で活動している職種の人たちがたくさんメンバーとしていらっしゃいます。その人たちと同じように専門看護師も単独で存在しています。看護というバックグラウンドを持ちながら、他の看護師のように看護ケアチームの中には含まれずに、他職種の人たちとも間隔を保ちながら一緒に活動していくわけです。ただ、看護ケアチームに含まれないことには、利点と欠点の両方があるとは思いますので、それぞれの状況によって動き方が変わってくるということはあると思います。

そういうふうな1人でやっていく、少人数でやっていく、あるいは病棟とか外来とか施設とかそういうもともとある物理的なグループの中に所属しないかたちで、あるいは物理的なグループを超えて幾つかの物理的なグループに関わるという専門職の人たちがだんだん増えてきていると思います。そうすると、一緒に働いている人たちが物理的なところで組むチームということではなくて、さっきのコラボレーションの定義の時に出てきましたけど、ある一定の期間、あるいはある一つの目標に向かってというチームの組み方というのが成り立つようになります。つまり、本当の意味でのコラボレーションに近づいていくということになると思います。既存の組織に依存せずに、コラボレーション活動という一つの活動によって、チームを作って動いていくという方法での専門的なコミュニティの作り方というのもありえるのだと思います。その



ことによって、新しいコミュニティが構築されると専門職の人たちが孤立せずに、繋がって、チームとして動きながら、それぞれの人の持っている資源を十分に活用して、能力を発揮できるという場が設定できるのかなと思います。こうなってはじめて、単に連携ということではなくて、コラボレーションという考え方が導入されていくのだと思います。

### 3. 医療チームとチーム医療

コラボレーションが強調されるようになってきた背景の一つとしてケアの場が多様化してきたことが挙げられます。今までの病院⇔家という単純なカタチではなくなったのです。それぞれの病院においても目標が違う病棟が出てきました。一つの病院の中で、療養型をとっている病棟もあれば、回復期リハビリテーション病棟として指定されている病棟もあれば、急性期病棟もあるという施設も出てきています。それから、看護師が働く場所も多様化してきています。私は老人看護が専門なので、老人看護の施設しか知りませんが、例えばグループホームでも看護師が働いていますし、看護師たちが始めたものもあります。デイケアも、大きな施設がやっている病院のようなデイケアもありますし、老人保健施設がやっているデイケアもありますし、老人ホームがやっているところもありますし、それから、地域で宅老所のようなカタチで独立してやっているところもあります。それぞれのところで看護師が働いていますし、他のいろいろな職種の人たちも働いています。今の介護保険下だとあまりこれらのデイケアの間に差が見えにくくなってきていますが、それぞれの施設にはそれぞれに対象者がいて、それぞれに目標があって、またそれぞれのサービスの内容によって、受けられる人と受けられない人がいるというカタチになってきています。同じ看護職でも、さっきの専門看護師とは別に、ある看護ケアの領域で認定を受けた認定看護師も出てきていますし、それぞれの場や対象者に適した専門職がいろいろいるということです。そしてそれらの人たちが自分の専門領域や関心に応じていろいろなところで活動するようになってきています。

看護職の中でも専門性を追求していくと、ある種のケアは深まっていくんですけども、全部を一般的に見られるというゼネラリストという人が、少なくなってくるかもしれません。高知県が保健師の駐在制をやっていた当時、誰かが、脳卒中で倒れると、『あそこにはこんなこんな状態のおじいちゃんがいる、あそこのお嫁さんは何とかかんとかで、あそこには小学生の子どもがいる、まだちっちゃい子がいて大変だから…』というようなことまでも保健師さんはご存知なんですね。当時の保健師さんはそれぞれの家族がどんな状況でいるのかということをつかんでいたんですが、現在はなかなかそういうカタチにはなくなってきているのではないのでしょうか。このような状況から、単に連携というカタチでつながるということではなくて、一つの家族に対して共通の目標を持ってケアを提供するというコラボレーションをベースにしたサービスをするチームというのが必要になってきているのだと思います。

皆さんご承知のように、ケア対象者もますます多様化してきていて、昔は想像もできなかったような人たちが家庭で生活をしておられます。これは、看護師や医師の価値観の変容があっただけでなく、患者さんたち、ケアを受ける人たちが、自分の価値観を表現するようになってきたということでもあるでしょうし、同時に医療技術が非常に発達してきたということでもあるでしょう。それ以上にケアに関わる人が多様化してきているということだと思います。私が学生時代に地域実習に行った頃は、地域にはリハビリのスタッフはいませんでした。栄養士さんもしませんでした。薬剤師さんは近所の薬局にしかいませんでした。もちろんソーシャルワーカーさんもしません。ですから、保健師さんたちが全部やっていたんですね。制度をどうやって使うかというようなことも、保健師さんが全部手配をして、脳卒中で病院から帰ってきた人にリハビリをするのも、家庭訪問をしてやっていて、1人の人が全部やらざるを得ない状況だったんです。今はいろいろな人たちがたくさんかわるという状況になってきているんです。例えば、老人看護の領域でいうと、歯

科衛生士が病棟に入ってきて、口腔ケアをしているというところまで来ています。急性期でないところであれば、看護師だけでなく、介護士も入ってきているわけです。介護福祉士と准看護師と看護師と一緒にケアを提供している。それに医者がいて、PTがいてOTがいて、病院によってはSTがいて、ソーシャルワーカーがいて、薬剤師がいて、栄養士がいて、歯科衛生士がいて、という話になります。そのような状況下では、例えば今まで看護師が栄養指導していたところに栄養士が入ってくると、栄養士が持っている資源と、看護師として持っている食に関する資源とをどう出し合って、お互いに対話をベースに一つの目標に向かってどのように一緒にやるのかということになってきます。そういう意味ではいろいろな人たちがでてくればでてるだけ、コラボレーションという考え方が生まれてくるのだと思います。

現在「チーム医療」という時には、看護師と医師や他の専門職が患者さんと家族を囲んでいるというかたちで示されることが多いのではないかと思います。チーム医療とこれまでの看護ケアチームや医療チームの大きな違いは何かというと、一つは医療スタッフがコ・メディカルというかたちで横につながっている、コラボレートするグループとしてチームとして存在するということです。もう一つは、家族と高齢者などの対象者が、そのチームの中に入ってきたということではないかと思っています。

### Ⅲ. 看護にとってのコラボレーション

#### 1. 誰とのコラボレーションか

チーム医療を考える時には、患者さんご家族もそのチームの一員なんだというふうを考えられています。ですから、コラボレーションを考える時には、誰とのコラボレーションかということを考えていかなければならないんじゃないかと思っています。それで、誰とのコラボレーションなのかと考えると、一つは専門職とのコラボレーションというのがもちろんありまして、同一職種としての専門職のコラボレーションも当然あります。他職種の専

門職者とのコラボレーションというのもあると思います。

二つ目は組織、システムとのコラボレーションです。これは、私たち看護師、少なくとも私の中では最近まであまりぴんとこなかったものです。というのは、組織というのは組織としてそこにあって、システムというのもそこにあって、それはすでに人とつながっているという感覚が非常に強くて、組織とかシステムを相手としてコラボレートするというのにはなんとなく違和感があったんです。しかし、あるシステムと協働して何かをしていくということも、ひとつのコラボレーションのかたちなのだろうと思います。

それから、三つ目にケアの対象者とのコラボレーションがあります。でもこれは、考え方としては理解できても、多分まだ具体的なところではあんまり入ってきていないのではないのでしょうか。今の状況だと、医療チームの中ではコラボレーションが進んでいても、高齢者と家族、あるいは患者さんと家族というのはその医療チームの外に出ていて、その医療チームと高齢者とかご家族とかとの間でのやりとりがあってという、医療チームのもうちょっと進んだバージョン、チーム医療との中間というレベルで、患者さんやご家族との関係が成り立っているのではないかというふうに思います。

先ほどお話しした、平成10年の改学の時、アメリカからお招きした先生に、患者さんご家族とのコラボレーションというテーマで特別講演をしていただきました。その講演の中で、車の絵を書かれて、「昔は患者さんが、後ろのお客さんの乗るところに乗って、医療者がハンドルを握って、患者さんは乗ったらタクシーの運転手にお任せでどこかいい所に連れて行ってくださいと言っていました。この病気を何とかしてください、手術してくださいというようなことは言いますが、それから後はタクシーの運転手さんの立場にいる医療者にお任せですよというかたちでした。それが、患者さんたちと協働していくということは、逆に患者さんやご家族がハンドルを握っているということなのです。医療者が後ろのシートに座るのです。」と先生は言うておら



れました。同じ車には乗るんです。患者さんに勝手にどうぞ、運転して帰ってくださいと言うということではありません。医療者である私たちも一緒に乗ります。でも、最終的にハンドルを右にきるか左にきるかということを決めるのはハンドルを握っている人ですよという、そういう意味だと思います。対象者とのコラボレーションといった時に、誰が最終的にその人のケアを決定するのかというあたりは、専門職者とのコラボレーションあるいは組織やシステムとのコラボレーションとは、少々意味合いが違うように思います。

もう1つは、その時にはあまり大きな話にはならなかったのですが、対象者とのコラボレーションとして考えた時に、私たちが考えなくてはならないことは、ケアの受け手が持っている資源のことです。患者さんやそのご家族は、それぞれに特有の知識、特有の知恵を持っていて、それは私たちがまるっきり知らないもので、彼らでなければわからないものだと思います。それが彼らが提供できる資源であるということです。専門職である私たちが提供できる資源は、専門的知識や情報などです。それらの資源をお互いに提供し合って、利用し合って、共通の目標に向かって、展開していくというのがご家族、あるいは患者さんとのコラボレーションではないかと思います。

## 2. 保健医療サービスにおけるコラボレーション

### 1) コラボレーションの基本はチームとしての活動

コラボレーションの基本はチームとしての活動と書きましたが、グループを作るということとチームを組むということとの違いがたぶんコラボレーションを成功させるかどうか

の鍵になってくるのではないかと思います。ある種の仕事を分担して、それぞれの役割を果たすのがグループだろうと思います。それに対して、チームを組むということは、お互いが役割交叉しながら、その時その時の目標に向かって、資源を交叉しながら相互性の中で成り立っていく活動ということだと思います。私自身はこんなふうに分けて使っています。そして、コラボレーションというのはグループでやるというレベルでは発揮できないというか、成り立たないもので、チームを組んでいかないと成り立っていかないのがコラボレーションだろうと考えています。

### 2) コラボレーションの条件

チームを組んで活動していく時に最低限何が必要かを考えてみたいと思います。それがコラボレーションの成立条件ということになるわけですが、情報が共有されて、課題が共有されて、活動が共有されないとコラボレーションというのは進まないだろうと思います。相互性の中で相手が何をする人でどういう資源を持っているのかを理解しなければなりませんし、自分のことも理解してもらわなければなりません。そのためには、それぞれのメンバーが持っている情報が共有される必要があります。また、課題が共有されないと、その目標が達成されることはありません。だから、課題を共有することによって、共通の目標が立てられていくのだと思います。最後に、活動が共有され、その時その時に違う人が違う役割をとります。ある部分ではある人が一つの役割を担っていて、違う状況では違う人が同じ役割をとるかもしれません。このように、情報と目標としての課題と、それから活動内容というのを共有していくというこ

#### 保健医療サービスにおける コラボレーション

\* コラボレーションの基本は  
チームとしての活動

\* コラボレーションと連携

#### 保健医療サービスにおける コラボレーション

\* コラボレーションの条件

- ・情報の共有
- ・課題の共有
- ・活動の共有

とで初めてコラボレーションが成り立っていくのだと思います。

こうなると、結構難しいのが、お互いが異文化だということです。それをどうするかということは結構大きな課題です。どのような言語を共有するのか、例えば情報を共有するといった時に全く違う言葉を使っている、違う領域の人にはわからないわけです。あるいはコラボレートしようとするチームの他のメンバーが誰一人理解できない、看護職だけにしかわからない言葉を使っていたとしたら、情報の共有はできないと思います。また、相手の価値観というのは、必ずしも自分の価値観と一致しないかもしれません。特に、患者さんとかご家族といった医療職者ではない人の価値観は必ずしも私たちのそれとは一致しないことがあります。一致しないことを理解できず、柔軟な思考性がないとチームは組んでいけないだろうと思います。言語を共有して、相手の価値観を理解するというのが、異文化コミュニケーションの第一歩です。これは別に、医療職だけではなくて、他の国の人たちと話す時も、他の地域から来られた人達と話す時も同じだろうと思います。共通の言語があって、相手の価値観を認めるという柔軟性があって、初めて異文化間のコミュニケーションができるのではないかと思います。それができて初めてコラボレーションの条件が揃うのだと思います。

### 3) コラボレーションを行うために必要とされる能力

では、私たちはどうすればいいんだろうかという話になるのですが、対話がなければならぬし、情報の交換がなければならぬし、資源の理解がなければならぬということ

#### コラボレーションを行うために必要とされる能力

- \*コミュニケーション能力
- \*対人関係構築能力
- \*柔軟な思考力
- \*他者の能力・価値観の尊重
- \*ネットワーキング能力

すので、コラボレーションを行うために必要とされる能力として、コミュニケーションの能力というのは絶対的に必要なものになると思います。それから、対人関係を構築していく能力というのも重要です。新しい人たちと、新たなチームを組むわけですから、たぶん、あ・うんの呼吸でわかってくれるだろうということにはならないでしょう。異文化間のコミュニケーションというのは、言語化しなければ、誤解が生じます。言語化の仕方でも誤解が生じないような方法が選択できて実施できなければならないということになりますので、コミュニケーション能力が高くないといけないということですし、言語化をしていくという私たちには普段あまりなじみがないような対人関係の構築の仕方をしないといけないということにもなると思います。

柔軟な思考力も必要です。次の他者の価値観の尊重というところとも重なってきますが、相手の人の価値観を認めること、それに自分が同調するかどうかということは別にして、違う思考の仕方があるんだということを含めて考えられるという柔軟性が必要です。それらを通して、ネットワーク化していくという能力を私たち自身が育んでいかないと、本当の意味でのコラボレーションは発達していきにくいかなと思います。

先ほど、定義のところに出てきた亀口先生は、コラボレーションを成功させる必須条件は、自分にとって異質なものを取り入れる寛容さと忍耐力だとおっしゃっています。異質なものというのは、おさまりが悪いので、何となくすっきりとしません。同質性の中というのは安定しますし、安心しますし、わかり合えばいいという感覚で安心感を得ることができますが、異質なものが入ってくると、非常に不安定になります。その不安定さを認めて、受け止めていく寛容さと忍耐力が求められるのだと思います。そこで、そういうことが求められるコラボレーションは、どんなふうにやっていけばいいだろうと考えた時、いくつかの課題がでてくるように思います。

### 3. コラボレーションへの課題

コラボレーションへの課題の一つとして、

多様性を力に変えるということを挙げました。異質なものを受け入れるというのは確かに非常に不安定で、エネルギーを消費します。だけど、異質なものが増えれば増えるだけ、多様性が広がっていきます。多様性が広がれば広がるだけ、そこに、出てくる資源は、人的にも物的にも増えていきます。増える資源をどう有効に使っていくかで、その多様性が力になるか、マイナスになるかが決まってくるのだと思います。だから、メンバーの多様性をチームの力として、どれだけ使っていけるのかということになるのです。

先ほどチーム活動とグループ活動のお話をいたしました。チーム活動をしていく時に、誰が正しいかとか、だれが変わらなければいけないかとか、「あなたが違っている、これはこうならなきゃいけないのよ」ということで、じゃあ、誰が誰に合わせるのか、誰が変わればいいのかというようなディスカッションで答えを探そうとすると、コラボレーションはつぶれていきます。コラボレーションの目標が何だったのかということを明確にして、その目標に向かって、一人一人が何をするのかという発想を常にしていかなないと、なかなか続いていかないということだと思います。

メンバーの成熟とチームとしての成熟についてですが、メンバーの成熟というのは、専門職としては当然、専門の知識とか技術とか経験というものが求められるわけで、それは、看護師が看護師としての役割や専門性を発揮することができるという部分だと思います。これは社会的にというよりは、自分自身の中で、チームの中で、専門的能力をどう明確にしていけるかということになると思います。だから、国家資格を持っているから看護師です

ではないということです。国家資格を持っていて、看護師であれば、コラボレーションのチームに入れるという、そういうものではありません。その人が、個人として、コラボレートできる人材なのかどうかという評価をされますので、自分自身の専門職としての能力、知識、技術、経験が問われるのです。

もう一つは、混成チームの中での活動ができるかどうかということです。看護師はどちらかというとグループとしての活動をいろいろやってきている方だと思いますし、同じ職種の人たちと、同じ資源を持った人たちとのグループ活動をたくさん経験してきているのは看護師ですし、そういったグループ活動に関してはたぶん他のどんな専門職よりも看護師が一番トレーニングされていると思います。しかし、異質な人たちと一緒にやるということにはあまり慣れていないのではないのでしょうか。違うグループの人たちと何かを一緒にすること、異質・混成チームの中で、異質な人たちがいっぱい入っている中でグループ活動をするということはどういうことなのか、同職種の人たちとのそれとどう違うのかということの理解を深めることが必要ですし、それを実践していくことが個々のメンバーが成長するという意味でも問われているんだろうと思います。

チームとしての成熟という点で重要なのは、チームとしてのシステムの柔軟性です。多くのチームでは、この人はこういう役割、この人はこういう役割、というかたちでそのまま固まってしまっていることが多いのではないのでしょうか。でも、目標が変わればチームリーダーが変わることは当然であり、常に医者やチームリーダーになるというものでもないと思います。何が目標だから、誰がチームリーダーで、どうしてその人がチームリーダーかということを考えることが必要です。いろいろな状況によって、あるいは状況が変わった時点で、役割を変えていくことができる、つまり、そのチームにおいての役割やリーダーシップというのがどれだけ柔軟に動いていけるかという変更の自由さが、チームとしての成熟度だろうと思います。このように、メンバーが成熟し、チームが成熟し、そして初め

### コラボレーションへの課題

- \* 多様性を「力」に変える
- \* メンバーの多様性とチームとしての「力」
- \* チーム活動とグループ活動
- \* メンバーの成熟とチームとしての成熟



てコラボレーションが成功していくのだと思っています。

当然のことですが、最初からこれらの条件が全部そろっていなければコラボレーションに手を出してはいけないということではありません。ただ、目標として、コラボレーションというのはそういう意味を持っているんだということを理解していただきたいということです。ご自分たちがチームの中でコラボレートしながらいろいろなことを行っていく時には、最低限、共通の課題は何なのかということをつつも問い直しましょう。そしていつも、対話が続いているかどうか情報が交換されているかどうかを確認しましょう。自分が提供できるものは何だろう、あの人はどういうふうに考えてるのだろう、何がもらえて何が提供できるのだろうということを、お互いに、切磋琢磨しながら、考えていきましょうということです。その中でコラボレーションが育っていくし、チーム医療が育っていくのだと思います。

#### 4. 専門職として「できる」ケアと「する」ケア

そうすると、専門職としての看護に問われるのは自立性です。私が看護師としての教育を受けた時期は、点滴が看護師の仕事かどうかという大きなディスカッションがされていた時代でした。公衆衛生看護実習として家庭訪問に行ったときには、訪問の対象者以外の人に血圧を測ってほしいと頼まれたら血圧を測るかとか、測った血圧の値を告げるかなどということが、非常にまじめにディスカッションされていた時代でした。それから何年かして、アメリカ看護協会が70年代の後半に出版した本で、看護とはどういう仕事なのかということがとうとうと書いてあるものを読んだ時に、私は非常に大きなショックを受けました。何にショックを受けたのかというと、看護とは何かということを明確にする仕方の視点の違いにショックを受けたのです。私が育ってきた時代にも、看護の仕事をどうやって明確にしていくかということは非常に大きな命題でした。日本では、一つ一つの仕事について、これが看護の仕事かどうかというのを考

えて、明確に看護の仕事だというものの以外は、これは違うというかたちで整理をしていって、切っているという感じがしていたんですね。最終的には、できる限り自分たちの専門の中心となるものだけを明確にしていこうとしていたイメージがあります。例えば、療養上の世話は看護の中心的な役割だけど、診療の介助というのは、医者のできないところを助けてあげることだから、それはできるだけ小さくして、看護の仕事ではないというようなかたちで切っていくという方法で看護の役割を明確にしていこうとしていたというイメージがとても強かったんです。ところがアメリカ看護協会の文献を見ると、看護師はこ

#### 看護にとってのコラボレーション

- \* 問われる自立性
- \* コラボレーションを阻む専門職の壁

#### 専門職として 「できる」ケアと「する」ケア

- \* 専門職の役割の視点から
- \* 個人としての技量の視点から
- \* 法的視点から

#### 専門職として 「できる」ケアの拡大

- \* 価値観の変容
- \* 知識・技量の向上
- \* 実績の蓄積と社会へのアピール
- \* 専門職としての権利と義務

れもできます、これもできますって書いてあるんです。「これはできます。だからこれもやります。これもやります。」とどんどんどんどん広げていって、看護が扇型のように大きくなっているんです。「これだけのトレーニングはしてきています。これだけの知識は持っています。だから、これだけ独立して動いてもいい存在だから、これぐらいのことはできます。」と主張しているんですね。これも、一つの明確化の仕方なのだとその時思いました。

ただ、法的な問題だとか、いろいろなことがあるので、必ずしもどっちがいいとかいけないとかということではないのですが、わざわざ自分たちの活動エリアを狭くする必要はないのではと思います。もちろんどうしても免許がなければできない仕事というのも当然あります。どんなに言ったって、手術は医者にしかなれないのです。そういう意味ではそれぞれの職種の人が、職種の持つ国家資格を使ってしか行えない仕事もあります。でも、そうではない、特定の免許を持っていないでもできる仕事、例えば、PTにもできるし、OTにもできるし、看護師にもできるという仕事が山のようにあるんです。その部分をどのように考えていくかということが一つ大きな課題かなと思います。法的にはやってもいいし、やらなくてもいいという仕事に対して、「私はこの仕事がこういう理由でこの範囲でやっていける。だから私にやらせてほしい。」というかたちで取り込んでいくのか、あるいは、私の資格でやるべき仕事はここまでなので、これ以外のところは違う人がやるべきなんだというかたちで線引きをしていくのかというのは、それぞれの考え方だろうと思いますが、どのようにして、明確にしていくのかということだと思います。

もう一つ、特に看護職にとっては、他の職種とのボーダーラインが不明瞭で、ぼかしになっている部分が非常に大きいので、自分たちの専門性がはっきりしない感じがするという事です。コラボレーションが広がっていけばいくだけ、チーム医療が広がっていけばいくだけ、これだけ専門職が増えていけば、グレーゾーンのところが大きくなってきます。

看護師はどの職種よりもグレーゾーンをいっぱい持っているんじゃないかと思います。だから、非常に何でも屋のような感じがして、いろいろなことをやらされるという部分があったし、よく使われてきたという感覚がなきにしてもあらずです。新しい専門職ができると、ここは私たちのものといって取っていったら、残るところを全部看護師が埋めているという状況も、確かにあるんだろうと思います。でも、逆に考えれば、グレーゾーンがたくさんあるということは、私たちが手を広げることができる範囲が非常に広いということではないでしょうか。いろいろなところに入っていけるということではないかと思います。

先ほどお話ししたチーム医療について考えた時に、個人が「私の専門職の仕事はこれ。私の価値観はこれ。私の考え方はこれ。」というかたちで、自分の専門職の壁の中にしかいなければ、それ以上、ものは動かないと思うんですね。一緒にやっていくというベースの中で、自分自身の価値観をどのように変えていくのか、自分自身をどう変えていくのか、看護の中だけで動いていた自分と違う自分として、他の職種の人たちと、一つのチームの中で動いていけるのかということが問われているわけです。チームメンバーの一人一人がこのような自己改革を積極的に行っていくというのが、コラボレーションをすすめていくことだとすれば、専門職の壁を打ち破っていくことが必要なのではないかと思います。それぞれの専門職が私の価値観はこれで、私の専門職はこれですというふうに壁の中にいるようではコラボレーションはすすまないと思います。どんどん対立が激しくなっていくだけで、逆に一緒には何もできないようになってくると思います。コラボレーションを考えていくということは、専門職の役割という視点から、何が私たちに「できるケア」で、何が私たちが「しようとしているケア」か、個人としての技量の視点から何が私には「できるケア」で私が「しようとしているケア」なのか、法的な視点から何が私には「できるケア」で私が「しようとしているケア」なのかを積極的に考えていくチャンスでもあるのだと思います。

専門職の役割としても、個人的にも、法的にも、必ずしも「できるケア」＝「するケア」ではないと思います。状況によって、「できるケア」の中で、自分が「しないケア」が出てくるかもしれません。「できるケア」や「するケア」を自分で決めることができるわけですが、でも、「できるケア」の範囲が狭ければ、私たちの選択肢は非常に狭くなります。どう「できるケア」の範囲を広げていくのか、その中で、自分自身の専門職としての役割として、個人の能力として、現在の医療状況の中で、どこまでが自分にとって「するケア」なのかを考えて、今回のこのチームの中で自分はここまですると判断するのかということだと思います。「するケア」を考えていくためにも「できるケア」をどう拡大していくかということが必要になってくると思いますので、そのためには価値観を変えていかなければならないかもしれません。

例えば、今話題になっている点滴をどうするかということですが、看護職としては「できるケア」の中に入れていこうとしています。だからといって看護職であれば全員が「するケア」だというふうには考えていません。誰にとって「するケア」で、誰にとっては「しないケア」なのかは看護職が決めるのです。でも、看護職として「できるケア」は「するケア」として位置づけていこうとしていると私自身は考えています。どこにラインを引いて「できるケア」と「できないケア」を分けていくかという判断が必要ですし、看護の役割についての価値観を変えていく必要もあるでしょう。また、自分自身の価値観の変容というのもおこると思います。それは、個人としてもそうですし、看護ケアチームとしてもそうですし、看護界という意味でもそうです。

それから、自分たちの教育を自分たちがどう考えるかということもあると思います。それを基礎教育でどう位置づけるか、卒後教育でどう位置づけるか、その後のトレーニングをどうするかということにつながっていきます。例えば今の専門看護師だと認定看護師は、何年か毎に再申請になっていますが、あれも一つの専門職としてのレベルの向上のやり方だと思います。国家試験は一回ですので、

法的には再申請はないけれども、そういうことを含めてどう考えるかということでもあります。基礎教育がどの部分で、継続教育がどの部分で卒後教育がどの部分で、それぞれの人が知識や技術を継続して向上させていくことが、「できるケア」を広げていくことにとって絶対的に必要なのだと思います。

その中で実績が蓄積されていって、社会へのアピールにつながっていくのだと思います。点滴の問題にしても、良い悪いという問題を別にしても、実質的に3分の2以上の看護師が点滴をやっているのです。しかも、看護師がやっているからこういう事故がおきて、医者がやったら事故がないというそういう問題ではないというデータがきちんとあるからアピールしていけるのです。そのように、グレーゾーンのところで、どれだけきちんと成功の実績を積み上げていけるかということで、社会に認められて、「できるケア」の範囲が広がっていくことになるんだと思います。

最後に、専門職としての権利と義務というふうに書きましたが、これは最終的には法的に、クリアにしていかなければならないこともたくさんあるだろうということです。看護師がどんな役割をとるのかについて、法的に認められている範囲が決まっていることによって、何かあった時にはどういうふうに対処するのかということが違ってきます。保健師助産師看護師法にはそんなに詳しく書いていませんので、例えば点滴にしても、吸引にしても、いろいろなことが一つずつ出てき始めています。それらは専門職としての権利として主張できることですが、それに従ってどういう義務がおこってくるかということも考えていかなければなりません。「できるケア」の範囲を広げていくということは、それだけ義務も責任も大きくなるということです。そして「できるケア」の範囲が広がっていくということは、チームメンバーとして、コラボレートしていく中で、看護師としての存在を明確にしていこうということにもつながっていくのではないかと思います。ということで、今日の私の話は終わらせていただきます。ありがとうございました。