

チーム支援における異分野の専門家間の関係性についての一考察 —コミュニケーションの相互作用に着目して—

奥野雅子

I はじめに

身体的心理的問題を抱える人に対し、専門家は自らの専門領域に関与する部分でそれぞれが個別に支援を行ってきた。このように一人の患者に対して支援を分けて行うことは、二元論的枠組みに基づく近代西洋科学の立場である。ところが、20世紀半ばに米国の病院ではチーム医療が行われるようになった。近年になり「患者中心医療」という視点から米国を中心に統合的支援が実施され日本にも導入された。現在、日本の医療現場でも、患者が身体的かつ精神的の両方の症状を呈する場合、複数の専門職が同時に関わっている。特に、心身症の治療や終末期医療、HIVや遺伝カウンセリングの際は、医師・薬剤師・看護師・臨床心理士などが合同会議を実施し、チーム支援が行われるようになった。このような支援体制が教育現場でも普及し、児童生徒の不登校や学校不適応の問題について、教員とスクールカウンセラーによるチーム支援が必要不可欠となっている。さらに、児童相談所や発達支援センター、病院などの関係機関も注目され、学校との連携が求められている。

このように医療や教育、心理臨床の現場でチーム支援が行われる際、その効果が向上するような専門家間におけるコミュニケーションのやりとりが必要になる。チーム支援では、専門性が異なる立場で自らの専門性を表現し、アセスメントや見解を述べていく。このとき、同一の支援方針に関するコンセンサスに至らなければならない。このコンセンサスに至るプロセスにおいて異分野の専門家間の関係性やコミュニケーションのあり方に着目することが必要になる。

本稿では、クライアントに対し効果的なチーム支援を提供するために、異分野の専門家間の関係性やコミュニケーションのあり方について理論的検討を加え、考察を行う。

II チーム支援

1. チーム支援とは

近年、クライアントや患者をチームで支援することの重要性が示され、専門家はどのように具体的な行動をするかについてさまざまな報告がなされてきた。しかし、現在のところ統一的な見解には至っていない。「チーム支援」という言葉は医学領域における「チーム医療」から派生してきたといえるが、津川・岩満(2011)によれば「チーム医療」もまた学術的な定義はさまざまであり、その概念は十分論議し尽くされていないわけではないとしている。また、これらの定義は時代背景の中でも変化していることが指摘されている。これまでのチーム医療では、

医師と医師以外の職種の間には存在する従属関係が前提になっていたという長い歴史が存在したが、現在では他職種がお互いに連携を取り共通の目標に向かって主体的に関わっていく方向にある(津川・岩満, 2011)。チーム医療は、医療現場で行われるチーム支援であり、今日では心理臨床、教育、産業界などのさまざまな臨床現場で異分野の専門家によるチーム支援が実践されている。

チーム支援において各専門家に求められる行動として「連携」や「協働」という言葉が頻繁に用いられている。中村ら(2012)によれば、「連携」や「協働」という概念も捉え方がさまざまであり、同一ではないことが指摘されている。したがって、連携や協働できる専門家間の関係性や具体的なコミュニケーションのあり方を検討することが必要である。

2. チーム支援の効果

チーム支援は「包括的支援」あるいは「統合的支援」と呼ばれているが、その支援の提供がクライアントや患者にメリットをもたらさなければ意味がない。津川・岩満(2011)は、異分野の専門家間で協働が上手くいった場合、そこで発揮できる力は各職種間が連携なく個別に患者にアプローチした場合とは比べ物にならないと強調している。つまり、クライアントにとって、その支援の効果はおのおのの支援の効果の総和より大きいこと、さらに相乗効果を生み出すことに意義がある。

一方、チーム支援の効果はクライアント側だけではなく、支援者である専門家側にもある。黒須(2010)はチーム支援における支援者側のメリットについて、問題をチームで共有することで、各専門家がその問題を一人で抱え込むことにより生じるバーンアウトを予防することができる」と述べている。また、チーム支援を行うことは支援に対して全体的視点を持つことを促し、他の専門領域に関することもある程度理解できるように導く。これらによって専門家のコミュニケーションスキルが向上し、異分野の専門家間の関係性が良好になっていくことが予想できる。以上より、チーム支援を行うことは支援者にも被支援者にもポジティブな効果をもたらすことが推測できる。

3. チーム支援の現況

これまでのチーム支援では、異なる専門家による支援をどのように立ち上げ稼働させるかに焦点が当てられた。たとえば、チームのメンバー構成をどうするか、その中でコアメンバーは誰なのかというような、チームシステムの境界のあり方が検討されている。その際、秘密保持のガイドラインの作成などの守秘義務の問題についてどのように対処するかが論議されている。たとえば、臨床心理士は守秘義務を遵守する立場でありながら、異分野の専門家と協働することがさまざまな心理臨床現場で求められている。それを可能にするために「集団守秘義務」という概念が最近になって提唱されるようになり、チームで秘密を守る姿勢が打ち出されるようになった。この集団守秘体制の下、カンファレンスの実施を介し異分野の専門家が「情報の共有」を行うことの必要性が高まっている。この際、情報共有を促進させるリーダーあるいはコーディネーターの機能も重要視され、専門家それぞれの役割分担などが中心的トピックとなっている。

チーム支援は開始されてまだ歴史は浅いが、その効果は事例研究を中心に報告されている。たとえば、発達障害をかかえる児童を支援するために、校外の専門家が来校して児童の活動参加を行動観察し、担任教師にコンサルテーションを行うなどのチーム支援が行われた。その結果、集団活動場面からの退室という不適応行動が減少したことが確認されている(長岡・瀬戸

内・藤原, 2008)。このような報告はチーム支援の効果についてのエビデンスとなるが、医療や教育現場の実践事例における知見の累積は十分とはいえず、事例研究に留まっている観がある。また、チーム支援に関する先行研究では、チーム支援の効果を対象にした研究は散見されるが、実際の現場で生起している異なる専門家間のコミュニケーションや関係性の問題には焦点が当てられていない。

現在、チーム支援にはさまざまな障壁や課題が存在する。たとえば、実際の臨床現場における主従関係の問題がある。“看護師は医師または歯科医師の包括的な指示の下、診療の補助のうち、特定行為を省令によって明確化する”（厚生労働省, 2013）という報告書にもあるように、看護師は医師から指示を受ける法的立場である。さらに、専門家が主観的に認知する権威勾配や、専門家間で葛藤を回避するための同調行動などによってもチーム支援が妨げられる。一方、特定の心理的障害を抱えるクライアントの問題行動がチームワークを混乱させることがある。たとえば、境界性人格障害者は、あるチームメンバーについて否定的な発言を別のチームメンバーに訴えることが多い。このような振る舞いはメンバー間の関係性を乱し、チームワークを壊すように作用してしまう。チーム支援における問題を解決するためには、現象をシステム的に視なければいけない。そこで、専門家間の関係性やコミュニケーションについて、システム理論を基盤にしたコミュニケーション理論の視点からアプローチする必要がある。

Ⅲ システム理論に基づくコミュニケーション理論

1. システム理論

チームとは、クライアントを支援するという目的のためにおのおのの要素で構成された一つのシステムと捉えることができる。この要素が専門家であり、システム内において要素同士の相互作用が存在し全体として機能している。この相互作用が異分野の専門家間で用いられるコミュニケーションを指す。そのコミュニケーションの累積が対人関係、つまり、専門家間の関係性となる。このように、二者以上の専門家間の相互作用や関係性に着目する視点が以下の理論的立場である。まず、現象を相互作用的視座で捉える理論的基盤として、「システム理論」(Hall & Fagen, 1956; Bertalanffy, 1968; 長谷川, 1997) が挙げられる。この理論では、現象を原因から結果へと直線的には捉えず、原因と結果は循環している、というひとつのシステムと捉える立場を取る。したがって、仮にチーム支援がうまくいかないという問題が生じた場合、特定の専門家の特定の行動を原因として排除するのではなく、専門家間でどのようなコミュニケーション行動の連鎖に悪循環が存在するかに焦点を当てることになる。

長谷川 (1997) によれば、システムには「全体性」、「自己制御性」、「変換性」という三つの性質があるとされた。「全体性」とは、システムが独立した要素の単なる複合体として動くのではなく、凝集し、かつ分離できない全体として振る舞うということ (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967)。「自己制御性」は、問題が生じた時にシステム自体で解決しようとする動きがあるということを示す。また、「変換性」は、外的な条件の変化に合わせてシステム自体を変化させていく能力を意味する。長谷川 (2001) は、「自己制御性」と「変換性」を合わせ持つことを「自己組織性」とし、システムの性質を特徴付けた。奥野 (2005) は生体システムにおける「自己組織性」を「自然治癒力」に置き換え、生体は病気という問題に対しホメオスタシスを保つよう自律的に働く力があると述べた。以上のことより、チーム支援を効果的に行うためには、システムが本来持っているこれらの性質を活用することになる。

2. 人間コミュニケーションの語用論

「システム理論」について概観したが、このシステム理論がコミュニケーション研究に導入され「人間コミュニケーションの語用論」(Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967)としてコミュニケーション理論の体系化が完成した。「人間コミュニケーションの語用論」の見解を踏まえると、コミュニケーションを送り手から受け手への影響という直線的な因果関係として認識するのではなく、循環的回帰的な現象としてみることになる(Bateson, 1972; Bateson, 1979; Hoffmann, 1981)。このような円環的認識論を援用すれば、異分野の専門家同士はコミュニケーション行動で結びついている一連のシステムと捉えられ、円環的な相互作用過程に着目することになる。「人間コミュニケーションの語用論」では、コミュニケーションに関する5つの公理が提示されているが、本稿ではその第2公理と第5公理について言及し論述する。

(1) コミュニケーションのマネージメント的側面

「人間コミュニケーションの語用論」の第2公理では“全てのコミュニケーションは「内容」と「関係」の側面を持つ”と記述されている。Hasegawa, Kodama & Ushida (1996)は、第2公理を“コミュニケーションの「内容的側面」と「マネージメント的側面」と置き換え、コミュニケーションを2種類に分類した。内容的側面とは、まさに話されている内容であり、マネージメント的側面とは、会話の内容とは比較的独立し、その場のやりとりを指示するコミュニケーションに相当する。会話のマネージメントとは、会話を継続し対人関係を維持する上で必要不可欠であり、会話や対人関係を調整する役割を担うことである。具体的に、会話マネージメントで用いられるコミュニケーションは、体や頭の動き、顔の表情などの非言語がある。また、言語では相槌が多く用いられ、動詞や名詞、形容詞といった自立語ではなく接続詞や助詞といった付属語的な助辞などが含まれる(長谷川, 2003)。これらは会話の内容ではなく、会話の相互作用過程に影響を与える「マネージメント・コミュニケーション」(長谷川, 1998)と呼ばれている。専門家間のコミュニケーションにおいても、自分の専門領域に関する内容を伝えるものと、専門家間の関係性に関わるマネージメント・コミュニケーションの両方が用いられていることになる。

(2) 相称的關係と相補的關係

「人間コミュニケーションの語用論」の第5公理に“全てのコミュニケーションの相互作用は「相称的」か「相補的」のどちらかであり、前者は同一性、後者は差異に基づいている”と提示されている。ここでいう「相称性」とは相手と同じ行動をすることであり、競争的な関係である。一方、「相補性」は相手と異なる行動をする相互補完的な関係である。相称性と相補性を異分野の専門家間コミュニケーションに適用すると以下ようになる。相称性は、チーム支援の合同会議においてある専門家が自分の専門分野に関する知識に基づいた発言すると、別の専門家も同様に別の専門性を主張するという状況である。相補性では、一方の専門家が自分の専門性を主張すると、他方の専門家はその見解に賛同し、自分の専門性の表現を抑制するという現象になる。専門家間の関係性が良好な場合は、この相称的あるいは相補的関わりはバランスよく両方が存在すると考えられる。しかし、どちらか一方に偏るような行動パターンが定着してくると、相称的あるいは相補的關係性の程度がエスカレーションとなっていく。相称的關係のエスカレーションでは、治療方針についての合意形成をする上で異分野の専門家間で対立や葛藤が強化され続け、最終的に関係性は崩壊の方向に進む。また、相補的關係のエスカレーションで

は、一方の専門家は他方の専門家の意見にすべて従属し、従属され続ける専門家は自分の意見をさらに押し通していくという行動パターンとなる。ある時、従属に堪え切れなくなった専門家は攻撃的言動に転じる、あるいはその関係性から退くことになる。この現象もまた関係性の崩壊である。相称的關係及び相補的關係の悪循環が生起すると、専門家間の関係性が悪化しチーム支援は機能しなくなってしまう。チーム支援では、専門家は自分の専門性をいつ、どのくらい、どのように表現するかという専門性、つまり「メタ専門性」が求められる。

IV チーム支援の構造への介入

システム理論及びコミュニケーション理論について概説してきたが、本節ではそれらの理論を援用し、実際のチーム支援の構造に介入を試みる。

(1) システムの境界—メンバー構成—

チームを一つのシステムとみなすと、そのシステムの大きさ、あるいは境界については支援の目的に応じて決定しなければならない。つまり、チーム支援のために異分野の専門家の誰と誰がメンバーに入るかということである。たとえば、教育現場であれば、担任、養護教諭、スクールカウンセラー、精神科医などが考えられるが、場合によっては児童生徒の家族をチームメンバーとして参与してもらうときもある。栗原(2006)によれば、学校カウンセリング独自の目標設定や方法選択が重要であるため、コアチームのメンバー構成が重要であると述べられている。

医療現場では医師、看護師、薬剤師の他にもさまざまな職種がチームメンバーに入ることが多い。チームメンバーに関する研究では、チーム支援の会議に参加させるメンバーを変化させて会話内容を検討したのがある(Wittenberg-Lyles, Oliver, Kruse, Demiris, Gage & Wagner, 2013)。そこではホスピスのケアスタッフの会議に家族の介護者を参加させることで会議の質や会話内容に影響したことが示された。具体的には、家族介護者が参加しない通常会議ではその持続時間が短くなり、会話内容は仕事に焦点づけられた。またこのとき、ソーシャルワーカーと牧師はほとんど参与しなくなるという結果が得られた。一方、家族介護者が参加する会議では、生物医学的教育や参加者の間の関係構築が強調され、ソーシャルワーカーと牧師から社会的感情的な会話が増えることが報告された。このように、チーム支援を目的とするメンバー構成の枠組みによってメンバー間の相互作用に影響を与えるため、支援のあり方や効果も変化することが考えられる。

(2) システムの強化—異分野の専門領域を理解するための教育—

有効なチーム支援を行うために、自分とは異なる専門領域についてある程度理解することが求められる。そのためには実際の臨床現場でチームメンバーを対象とした教育研修を実施する必要性が高まってきている。たとえば、緩和ケアは必ずチームで行われるため、緩和ケアに関わる精神医学的知識やコミュニケーションスキルを向上させる研修が必要とされる(Hatano, Tsuda, Maebayashi, Shima, Kawase, & Fukui, 2009)。竹林(2007)は、近代西洋医学だけではなく補完・代替医療(complementary and alternative medicine: CAM)も積極的に取り入れる統合医療の実践を提案した。そこでは、医師とCAMの専門家とのチーム医療が行われることになる。CAM専門家は医師や看護師などの医療従事者とのコミュニケーションを推進させるた

めに解剖生理学や病態生理学などの基本的医学知識を要求されることが指摘された。このように、異分野の専門家と効果的なコミュニケーションを行うために他の領域に関する知識を教育研修によって学ぶことはチーム支援を促進することにつながるといえる。教育研修の他にも、異分野の基本的専門知識に関する文献を読んで自ら積極的に学ぶ姿勢も、チームというシステムを強化することになるだろう。

異分野に関する知識の内容だけではなく、仕事の仕方や暗黙のルールなどを理解することがチーム支援に役立つといえる。White & Featherstone (2005) は、専門家の「ナラティブ」に注意を向けることが望ましいと述べている。「ナラティブ」は通常の場合「物語」を意味するが、ここでは仕事を遂行する上での儀式的なものや専門家の境界を強化しているような仕事のスタイルを指している。異分野の専門家や専門性についての構造や背景を理解することは、専門家間のコミュニケーションをより発展させるといえる。

さらに、Louw & Myburgh (2007) は、一方の専門家が他の専門について知識をどのくらい持ち、それを肯定的に受け止めているかどうか専門家間の関係性に影響を与えると述べている。こういった肯定的な認知が他の専門家にリファーすることを可能にし、それが連携につながっていく。そして、連携することによってさらに関係性が良好になることも示唆されている (Louw & Myburgh, 2007)。このように、異分野の専門家や専門領域についての理解が、専門家間のコミュニケーションの相互作用に良循環を生み出し、チーム支援が促進されると考えられる。

(3) システムを媒介するもの—文書を活用する—

チーム支援では、支援のあり方について文書や表に記述して構造化する方法がある。小西 (2003) は、「クリニカルパス」を基にした医療がチーム支援を促進すると述べている。クリニカルパスとは入院患者の治療スケジュール表であり、横軸を時間軸とし、縦軸には行う予定の治療や検査が記されている。チームのメンバーは、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、臨床検査技師、作業療法士、放射線技師、介護福祉士、病院管理者、医療事務担当者、行政に関わる者および患者であり、全てのメンバーが、いつどのような行動を取るかが示されている。クリニカルパスは病院によって異なり、それを作成するために様々な病院スタッフに関わるため、作成すること自体がチーム支援を始めることを意味する。クリニカルパスを用いての患者ケアには、その質的向上と効率化という、一見相反するような二重のメリットが存在する。また、クリニカルパスからの逸脱はリスクを増加させることになるので、リスク管理に関する意識も向上することになる (小西, 2003)。このように、様々な利点からクリニカルパスへの関心が高まっている。クリニカルパスの効果的な運用によって専門家間の関係性は明確化され、専門家それぞれが全体を見る視点を持つことが可能となり、チーム医療の遂行がよりスムーズになることが考えられる。

医療現場では、クリニカルパスの他に「電子カルテ」の存在がある。鈴木 (2011) は、チーム支援の安全性を高める目的で「電子カルテ」を用いる情報伝達を提案している。つまり、文字として目に見える形で情報共有することでリスクマネジメントを行っている。病識が希薄である患者は精神症状に基づくコミュニケーション障害を伴うため、チーム医療における連携でトラブルが起こることがある。このような事態を予防するためにも、電子カルテを用いて専門家間で情報を共有し、常に治療方針を統一させておく必要がある (鈴木, 2011)。また、学校現場でも同様なリスクマネジメントが求められる。栗原 (2006) は、学校現場におけるチーム支援の安全性という観点から、秘密保持のガイドライン作成が必要であると述べている。以

上より、チーム支援のあり方を文書の形で明示することは、文書を媒介として専門家間の関係性を強化し、システムの機能を向上させていることが考えられる。

V 異分野の専門家間の関係性とコミュニケーション

専門家間の関係性やコミュニケーションについて、これまでに行われてきた研究をレビューし、システム論的観点から理論的に検討し、考察を加える。

(1) 専門性の表現—アセスメントを伝える—

チーム支援を遂行するプロセスにおいて専門家それぞれが自分に特化した専門性を表現することが求められる。つまり、専門家は専門的見解を述べる必要がある不可欠である。専門的見解の表明として最も重要なことの一つは、自分の専門領域に関する知識から事象を捉えた「見ため」を伝えることである。河合(2003)によれば、「見ため」と「診断」は異なり、「診断」は近代医学において病気の原因が明らかになったところで確定するのに対し、「見ため」は現状のみならず、クライアントに関わる人物の介入を含めた潜在的可能性を示す。よって、「見ため」はより全体的状況を見渡すニュアンスがある。心理臨床の現場では、「見ため」を「アセスメント」という言葉を用いて表現する。学校現場におけるチーム支援では、スクールカウンセラーが心理学的な立場から児童生徒についてのアセスメントを教師に伝えることが重要である。たとえば、登校する際に腹痛や頭痛などの身体症状が発生してしまうような神経症的不登校の子ども場合、教員や保護者の立場としてはそれらの症状を克服して登校してほしいと考える。しかし、登校を励ますような刺激を与えると症状が悪化してしまうことが多い。子どものことを思って行った援助がこの場合は逆効果となってしまうのである。しばらくは身体や心を休息させて神経症から回復させることが登校への近道になることをスクールカウンセラーはアセスメントとして伝えなければならない。

医療現場においても、手術室から病棟に患者を引き継ぐ際、チームによるコミュニケーションで重要なことは、今後の予測や予期される問題などについてアセスメントを伝えることである(Manster, Foster, Flin & Patey, 2013)。また、佐藤(2008)によれば、アメリカの医療体制ではエビデンスに基づいて意見を述べることで専門性を発揮することが、他職種とのコミュニケーションにおいて重要視されているという。このようなアセスメントを伝えるという行動は、専門家によるコミュニケーションの内容的側面であるといえる。

(2) チーム内コミュニケーション—内容的側面とマネージメント的側面—

これまでのチーム内コミュニケーションに関する研究では、コミュニケーションの「内容的側面」と「マネージメント的側面」(長谷川, 2003)の両方に相当する観点から行われてきたといえる。まず、チーム内コミュニケーションの内容的側面に焦点を当てた研究では、会話分析による検討が行われた(Lingard, Whyte, Espin, Baker, Orser & Doran, 2006; Bang, Fuglesang, Ovesen & Eilertsen, 2010)。手術室で手術が開始される前に、看護師、麻酔科医と外科医の3つの異なる専門家が携わるチーム内コミュニケーションを会話分析したところ、「情報の有用性」と「機能的有用性」という、ふたつのコミュニケーションモデルが得られた(Lingard, Whyte, Espin, Baker, Orser & Doran, 2006)。情報の有用性とは情報を効果的に用いてチームの気づきが促進される状態である。新しい情報を供給したり、確認や合図を送ることで促進される。一

方、機能的有用性はチームの目的がうまく遂行される状態を示す。これは問題の同定や意思決定、行動化することによってなされることが示されている。他の研究では、8回の重役会議から56件の議題について会話分析が行われた。そこで「目標の明確さ」と「焦点を絞ったコミュニケーション」がチームの有効性に正の影響を与えることが示唆された (Bang, Fuglesang, Ovesen & Eilertsen, 2010)。また、目標の明確さは焦点を絞ったコミュニケーションによって部分的に仲介されることも示された。さらに、目標が明確ではない時にそれを指摘することは焦点を絞ったコミュニケーション、課題遂行、関係性の質を向上させるが、議論が本筋から逸れている時にそれを指摘することは関係性の質に負の影響を与えることが明らかになった (Bang, Fuglesang, Ovesen & Eilertsen, 2010)。この結果より、コミュニケーションの内容的側面のみ焦点を絞ることは必ずしもメンバー間の関係性にポジティブな影響を与えるわけではないことがわかる。

Abu Baker, Mustaffa & Mohamd (2009) は、チーム内コミュニケーションには仕事内容に関することと、お互いの関係性に関することの両側面があり、その双方がチーム機能に関与することを示唆した。つまり、後者はマネージメント的側面に相当すると考えられる。Lewin & Reeves (2011) は、専門家間のコミュニケーションはフォーマルなものインフォーマルがあり、インフォーマルなコミュニケーションの相互作用が専門家間の協働の一助になることを示唆した。このインフォーマルなコミュニケーションは関係性に影響を与えるようなマネージメント的側面を含むことが考えられる。彼らの研究では、病棟で仕事をする49人の異分野の専門家へのインタビュー調査が行われた。その結果、異分野の専門家によるチーム支援は、計画された前面に出るような活動より、そのバックになるような計画されていない、その場限りの会話に影響を受けることが示された (Lewin & Reeves, 2011)。

また、Boerner & Schäffer (2012) は、公式のチーム会議で用いるコミュニケーションと職能上の枠を超える打ち解けたコミュニケーションの2種類があるとし、双方のコミュニケーションを補完的に使用することを提案した。公式の会議で用いるコミュニケーションは知識的統合を高めるが知識の創出を抑え、他方、職能の枠を超える打ち解けたコミュニケーションは知識創出を育成するが知識統合を妨げることから、チームの課題遂行のためにはこれらのコミュニケーションが相互に使用される必要があることが示唆された (Boerner & Schäffer, 2012)。このことから、会議で用いるコミュニケーションは職能上の枠内のものと考えられ、仕事内容に関する会話である。これはコミュニケーションの内容的側面と捉えられる。一方、枠を超える打ち解けたコミュニケーションは関係性に関する会話である。よってコミュニケーションのマネージメント的側面といえる。有効なチーム支援を行う上で異分野の専門家の会話は、専門家が自分の専門について語ることで、専門以外のことについて語ることのバランスが求められると考えられる。

さらに、Kratzer, Leenders & van Englan (2004) は、チームの創造性に対するコミュニケーションの影響について検討したところ、チーム内のコミュニケーションが頻繁であることと、サブグループができることがチームの創造性に負の影響を与えることを示唆した (Kratzer, Leenders & van Englan, 2004)。このことから、すでに構造化された軌道にのったチーム支援ではなく、新たなアプローチを模索する場合、チームのメンバー間にある程度の心理的距離が必要であることが考えられる。また、チームメンバーの心理的距離にばらつきが大きい場合、距離の近い専門家間でサブグループが形成してしまうことが考えられ、そうなるとチーム内の創造性は低下してしまうと推測される。

(3) リーダー／コーディネーターの役割

チーム内コミュニケーションについて述べてきたが、チームリーダーによるコミュニケーションがメンバーのチーム適応やチーム貢献に影響を及ぼすことも確認されている (Abu Baker, Mustaffa & Mohamd, 2009)。よって、リーダーシップのあり方がチームの機能を左右することになると考えられる。また、チーム内を調整するコーディネーターの役割も注目され始めている。

まず、医療現場では医師がリーダーの役割を担うことが多い。チーム支援では患者にとってキーパーソンとなる主治医がイニシアチブを取って全体を把握し、他の部門に支援を依頼することが求められる (鈴木, 2011)。同様に、渡辺・稲葉 (2005) によれば、医師は診断や手術などの侵襲を伴う医療行為以外で、さまざまな業務に特化したコ・メディカルスタッフに対し、積極的な参画を求めることができるとされ、医師の果たすべき役割が強調されている。また、同じ医師の中でも、診療や手術に関わり病院に所属する医師と在宅を専門とする医師が存在する。もし、終末期患者が在宅医療を選択する場合には、急性期病院医師が院内外の他職種とのチーム医療をリードする必要がある (Numata, Nagai, Otori, Shino, Marutani, Shirota, Toma & Shimizu, 2006)。また、アメリカの医療体制では各職種がエビデンスに基づいた援助や治療を行うことでリーダーシップを発揮できることが報告されている (佐藤, 2008)。このように、医療チームにおいて求められる医師のリーダーシップは依然として大きい (渡辺・稲葉, 2005)。しかし、そのチーム医療の中に存在する従属関係が、他職種の間での対等な議論を妨げるおそれもある。そうなれば、チーム医療の機能は低下してしまう。たとえば、医師による薬の処方に疑問がある場合に薬剤師は医師に対して疑義紹介をする責任があり、それを躊躇することは医療事故を引き起こすリスクとなる (飯岡・大西, 2012)。あくまでも医療の中心に患者とその家族を置くことが必要である。

一方、学校現場におけるリーダーは学校長になるが、児童生徒へのチーム支援では調整役、パイプ役としてコーディネーターの役割が重要視されている。この役割では、異分野の専門家がそれぞれの専門性を活かせるようにマネジメントすることが求められる。実際の学校現場におけるコーディネーター的役割はスクールカウンセラーが担っていることが多い。その際、スクールカウンセラー自身も心理の専門家として専門性を発揮しながら、教育の専門家である教師と連携し、必要があれば養護教諭や管理職の教員にも参与を依頼することになる。さらに、児童相談所や病院、児童養護施設や警察などの関係機関と学校との連携も必要であり、他職種と協働しながら児童生徒の問題解決を支援している。

また、最近の教育現場では「特別支援教育コーディネーター」と呼ばれる教員が学校内で任命され、その主な役割として発達障害を抱える児童生徒への支援の中心となるよう依頼されている。曾山・武田 (2006) によれば、特別支援教育コーディネーターは異分野の専門家間の連絡や調整、役割分担を担うとされている。このような役割を持つ教員の導入は、軽度発達障害の問題が次第に注目されるようになってきたからであるといえる。軽度発達障害には注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit Hyperactive Disorder: ADHD) や学習障害 (Learning Disorder: LD)、自閉症などがあるが、それらを抱える子どもたちは普通学級に在籍していることが多い。その理由は学校教育法が一部改正されたことによって2007年度より特殊教育から特別支援教育へ転換され、障害のある児童生徒一人一人のニーズに応じた教育的支援を長期的な視点に立つて行うことが求められたからである。その後、特別支援教育コーディネーターの役割に関する事例研究報告がなされるようになり、関係機関と連携した支援を実施することで生徒の問題行動が軽減する成果が得られたこと (佐藤・武田・内海, 2007)、チーム支援における支援方法など

について共通認識を深めることができたことなどが報告されている（山岡, 2007）。

このように、チーム支援におけるリーダーやコーディネーターの役割について論じてきたが、チーム支援の機能は、リーダーあるいはコーディネーターによるコミュニケーションのみによって決定されるような一方向的なものではなく、リーダー及びコーディネーターとメンバー間のコミュニケーションの相互作用として捉える必要がある。よって、次にチーム支援を行う際の専門家間の関係性について焦点を当てる。

（４）専門家間の関係性

チーム支援の構成メンバーである異分野の専門家間の関係性はチーム支援のあり方や効果に影響することが推測される。これまでチーム内においてメンバーの関係性に着目した研究は少ない。その少ない研究の中で、まず、チームで仕事を行う場合、その初期の段階で仕事に関する葛藤が生じるとその後の段階で関係性に関する葛藤にエスカレートする可能性があることが示唆されている (Martinez-Moreno, Zornoza, Gonzalez-Navarro & Thompson, 2012)。これよりチーム支援を開始する際に初期の段階で良好な関係性を構築する必要があると考えられる。また、Drach-Zahavy (2004) は、チームの「凝集性」、「勢力格差が低い」ことがチーム支援を促進すると述べた。一方、Thylefors (2012) は、チームの凝集性をチーム内の「相互依存性」という言葉を用いて検討を行った。その結果、チーム内の相互依存性はミーティングやコンサルテーションに割かれた時間との間では相関がみられないことが報告された。また、チーム内の相互依存性はこれまでに形成されたチームの風土によって決定されるものであり、チームメンバーの自己規制やチームの調整役の影響を受けていることが示された。異分野の専門家間の協働を強化するにはチームの風土やコミュニケーションを発展させ、メンバーの自己規制と調整役によるマネジメントの機会をより多く持つことであるとされている (Thylefors, 2012)。

Pfaff (2012) は、チーム内の関係性とチーム内の気づきに焦点を当て、危機管理の状況におけるメンバーの感情状態とストレスの影響を検討した。制限時間があるというストレス条件下では、情報のやり取りが増加し、コミュニケーションの効率が向上することが報告された。また、悲しい気分の際は承認するといったコミュニケーション行動が増え、他方、幸福な感情状態では、行動の予測が増えたことから、ポジティブな感情状態がチーム内における気づきを促進することが示唆された。逆にネガティブな感情状態は「これは彼の仕事、これは自分の仕事」というように、注意を向けられる認知的領域が狭くなることで、チーム内の気づきは減少した。さらに、時間制限というストレス条件では、情報を尋ねるといったコミュニケーションの割合が増加していくにつれて視点が次第に狭まっていき、チーム内の気づきは抑制されることが示唆された (Pfaff, 2012)。このようにチームの状況やメンバーの気分がチームの関係性や機能に影響を与えることから、メンバーにストレスが少なくポジティブな感情状態にあることがチームの機能を促進することが明らかになったといえる。

また、チームメンバーの感情状態のひとつとして仕事満足度がある。Malik (2013) は、チーム内で自分の意見を重要視されることが仕事満足度に影響を与えることを示した。したがって、自分とは専門領域が異なる専門家の立場を尊重するといった相補的關係を構築することが重要であるといえる。なぜならば相補的行動は専門家メンバーの感情状態にポジティブな影響を与えることが考えられるからである。その上で自分の見解をお互いに表現するといった相称的關係を形成することで専門家としての自己実現もなされるのではないかと考えられる。

チーム支援の質を向上させるためには、チームメンバーが関係性やチームワーク、モラルに関する「変化」を受け入れることが必要であると指摘されている (Hilts, Howard, Price, Risdon,

Agarwal & Childs, 2013)。チーム支援を行う中で回復し変化していくクライアントに伴い、異分野の専門家間のコミュニケーションや関係性、支援のあり方も変化していかなければならない。

VI 今後の展望

チーム支援における異分野の専門家間の関係性やコミュニケーションについて、システム理論や人間コミュニケーションの語用論の見解を踏まえて論じてきた。今後のチーム支援をより向上させるための課題と展望を以下の3つにまとめる。

第一に、異分野の専門家間で生起している問題点を整理して精緻化することである。そのためには、実際に様々な立場でチーム支援を行っている専門家にインタビュー調査を行い、質的な検討を行う必要がある。第二に、チーム支援の成果が上がった事例とうまくいかなかった事例を比較し、問題解決のためのコミュニケーションのあり方を検討することである。最後に、インタビュー調査を基に専門家間のコミュニケーションの特徴を量的分析によって抽出し、クライアント支援により効果的なコミュニケーションのあり方について提言を行うことが必要である。チーム支援の歴史はまだ浅く、研究における知見の累積はまだ少ないが、今後はシステミックな視点で、質的量的両観点からの検討が求められる。

(2013年11月1日受理)

引用文献

- Abu Baker, H., Mustafa, C. & Mohamd, B. (2009). LMX quality, supervisory communication and team-oriented commitment: A multilevel analysis approach. *Corporate Communications*, 14(1), 11-33.
- Bang, H., Fuglesang, S.L., Ovesen, M.R. & Eilertsen, D. E. (2010). Effectiveness in top management group meetings: The role of goal clarity, focused communication, and learning behavior. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 253-261.
- Bateson, G. (1972). *Step to an ecology of mind*. N Y: Brockman Inc. (佐藤良明訳 (2000). 精神の生態学 改訂第2版 新思索社)
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature*. N Y: Brockman Inc. (佐藤良明訳 (2001). 精神と自然—生きた世界の認識論— 新思索社)
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory —Foundation, Development, Application*. New York: George Braziller. (長野敬・太田邦昌訳 (1973). 一般システム論—その基礎・発展・応用— みすず書房)
- Boerner, S. & Schäffer, M. (2012). The complementarity of team meetings and cross-functional communication: Empirical evidence from new services development teams. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 19(2), 256-266.
- Drach-Zahavy, A. (2004). Exploring Team Support: The Role of Team's Design, Values, and Leader's Support. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8(4), 235-252.
- Hall, A. D. & Fagen, R. E. (1956). Definition of system. *General Systems Yearbook*, 1, pp.18 - 28.
- 長谷川啓三 (1997). 家族内パラドックス—逆説と構成主義— 彩古書房
- 長谷川啓三 (1998). 家族療法と治療言語—コミュニケーションのマネジメント側面について— 家族療法研究, 15(3), 175-179.
- 長谷川啓三 (2001). 透析における解決志向看護に向けて— 臨床透析, 17(11), 7-13.
- 長谷川啓三 (2003). コミュニケーションのマネジメント側面— 東北大学大学院教育学研究科臨床心理相談室紀要, 創刊号, 3-9.

- Hasegawa, K., Kodama, M., & Ushida, Y. (1996). Interactinal gestures. MRI International Conference in Vienna, Manuscript.
- Hatano, Y., Tsuda, M., Maebayashi, Y., Shima, Y., Kawase, M. & Fukui, K. (2009). Nationwide survey on the need for psychiatric training in palliative care education: the psychiatrist standpoint. *Palliative Care Research*, 4(1), 101-111.
- Hilts, L. Howard, M., Price, D., Risdon, C., Agarwal, G. & Childs, A. (2013). Helping primary care teams emerge through a quality improvement program. *Family Practice*, 30(2), 204-211.
- Hoffman, L. (1981). *Foundation of Family Therapy*. NY: Basic Books Inc. (亀口憲治訳 (2006). 家族療法の基礎理論—創始者と主要なアプローチ— 朝日出版社)
- 飯岡緒美・大西弘高 (2012). 医療者間コミュニケーションについて—薬剤師の立場から疑義紹介場面における医師と薬剤師のコミュニケーションを考える—. *日本内科学会雑誌*, 101(6), 1720-1726.
- 河合隼雄 (2003). 臨床心理学ノート 金剛出版
- 小西敏郎 (2003). 外科領域におけるセーフティマネージメント：クリニカルパスによるリスク管理. *日本外科学会雑誌*, 104(1), 23-28.
- 厚生労働省 (2013). チーム医療推進会議報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002yovv-att/2r9852000002yoxe.pdf> (2013年3月29日)
- Kratzer, J., Leenders, R. A. J. & van Englan, L. L. (2004). Stimulating the Potential: Creative Performance and Communication in Innovation Teams. *Creativity and Innovation Management*, 13(1), 63-61.
- 栗原慎二 (2006). 学校カウンセリングにおける教員を中心としたチーム支援のあり方—不登校状態にある摂食障害生徒の事例を通じて—. *教育心理学研究*, 54, 243-253.
- 黒須依子 (2010). ロサンゼルス郡モデル事業における精神障害者地域統合事業の現状—専門支援員の役割を中心に—. *九州保健福祉大学紀要*, 11, 1-8.
- Lewin, S. & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science & Medicine*, 72(10), 1595-1602.
- Lingard, L., Whyte, S., Espin, S., Baker, G.B., Orser, B. & Doran, D. (2006). Towards safer interprofessional communication: Constructing a model of "utility" from preoperative team briefings. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 471-483.
- Louw, J. & Myburgh, C. (2007). The knowledge and perception of general practitioners about chiropractic as a factor that may influence inter-professional communication: A South African perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 21(2), 221-224.
- Malik, T. (2013). Positive effects of opinion-count on job satisfaction of team members in business enterprises. *Journal of Communication Management*, 17(1), 56-74.
- Manster, T., Foster, S., Flin, R. & Patey, R. (2013). Team communication during patient handover from the operating room: More than facts and figures. *Human Factors*, 55(1), 138-156.
- Martinez-Moreno, E., Zornoza, A., Gonzalez-Navarro, P. & Thompson, L. F. (2012). Investigating face-to-face and virtual teamwork over time: When does early task conflict trigger relationship conflict? *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 159-171.
- 長岡里実子・瀬戸内裕二・藤原義博 (2008). 知的障害特別支援学校における自立活動担当者の学級支援—不適応行動を示す児童のコンサルテーションを通して—. *筑波大学特別支援教育研究*, 3, 37-46.
- 中村誠文・岡田明日香・藤田千鶴子 (2012). 連携と協働の概念に関する研究の概観—概念整理と心理臨床領域における今後の課題—. *鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科紀要*, 7, 3-13.
- Numata, K., Nagai, H., Otori, Y., Shino, S., Marutani, H., Shirota, N., Toma, H. & Shimizu, S. (2006). Coordination Issues for Incurable Patients between Home Care Physicians and Acute Care Physicians. *Journal of Tokyo Women's Medical University*, 76(1), 53-60.
- 奥野雅子 (2005). 服薬指導とは何か？薬も含めて語用論である！ 長谷川啓三編 臨床の語用論Ⅰ—行為の方向を決めるもの— pp.28-37.
- Pfaff, M.S. (2012). Negative affect reduce team awareness: The effects of mood and stress on computer-mediated team communication. *Human Factors*, 54(4), 560-571.
- 佐藤仁美 (2008). M.D.アンダーソンがんセンター Japanese Medical Exchange Program 研修報告. *青森県立保健大学雑誌*, 9(2), 153-158.
- 佐藤圭吾・武田篤・内海淳 (2007). 養護学校の特別支援コーディネーターがはたす新たな教育的支援—「個別の教育支援計画」を活用したチーム支援の実践—. *秋田大学教育文化部教育実践研究紀要*, 29, 45-54.

- 曾山和彦・武田篤 (2006). 通常学級に在籍する軽度発達障害生徒への支援—特別支援教育コーディネーターがリードするチーム支援—. 秋田大学教育文化学部研究紀要, 61, 27-33.
- 鈴木真理 (2011). 摂食障害の治療におけるチーム医療と医療連携. 心身医学, 51, 692-700.
- 竹林直紀 (2007). チーム医療とバイオフィードバック—臨床バイオフィードバックセラピストの提言—. バイオフィードバック研究, 34(1), 20-25.
- Thylefors, I. (2012). Does time matter? Exploring the relationship between interdependent teamwork and time allocation in Swedish interprofessional team. Journal of Interprpfessional Care, 26(4), 269-275.
- 津川律子・岩満優美 (2011). チーム医療/他職種協働/臨床心理士の役割と専門性. 臨床心理学, 11(5), 762-765.
- 渡辺博・稲葉憲之 (2005). 医療者間, 患者とのコミュニケーション, チーム医療. 日本産婦人科学会雑誌, 57(11), 493-497.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: W.W.Norton & Company. (山本和郎(監訳) (1998). 人間コミュニケーションの語用論—相互作用パターン, 病理とパラドックスの研究— 二瓶社)
- White, S. & Featherstone, B. (2005). Communicating misunderstandings: multi-agency work as social practice. Child and Family Social Work, 10, 207-216.
- Wittenberg-Lyles, E., Oliver, D.P., Kruse, R. L., Demiris, G., Gage, L. A. & Wagner, K. (2013). Family caregiver participation in hospice interdisciplinary team meetings: How does it affect the nature and content of communication? Health Communication, 28(2), 110-118.
- 山岡修 (2007). 特別支援コーディネーターに期待すること—保護者との連携を中心に—. 特別支援コーディネーター研究, 1, 25-31.