

〔共同研究：精神科ソーシャルワーカーの精神保健福祉実践活動〕

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——

吉 池 毅 志
栄 セツコ

1. 研究の背景と目的

今日、ヒューマンサービスを提供する多様な領域で、相互連携の推進はその実践にとって不可欠な課題として取り組まれている。精神保健福祉領域においても、医療チーム内の専門職種間連携や、地域にある機関等との連携の必要性は今に始まったことではない。1993年3月17日の公衆衛生審議会意見書「今後における精神保健対策について」では、社会復帰対策として「いわゆる2次医療圏を中心として、保健・医療・福祉の連携を確保したきめ細やかな社会復帰対策を計画的に推進するよう徹底すること」、地域精神保健対策として「特に、地域において、きめ細やかな保健ニーズに的確に対応できるよう、精神保健センター及び保健所間の連携を確保すること。また、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、医療施設、社会復帰施設、行政機関等の有機的な相互連携体制を強化すること」が当面の課題として明示されている¹⁾。

利用者の支援や援助を展開していく過程で、一つの職種・機関・組織・立場などで担えない限界を認識することを起点として、「連携」は推進されてきた。その目標を達成するために、他の機関・組織・立場の救援・協力を要請し、相互に補完し合って目標を成し遂げることを試みる性質を「連携」はもっている。例えば、「精神疾患の治療」という課題から、精神疾患による「生活のしづらさ²⁾」を支援するという課題へ、ヒューマンサービスの目標が

1) 同意見書では、「精神医療サービスを個々のニーズに応じてきめ細かく提供していくため、医師、看護職員及び作業療法士のほか、臨床心理技術者、精神科ソーシャルワーカー等が相互に連携を確保して医療にあたる、いわゆる『チーム医療』を確立し、精神医療におけるマンパワーの充実を図ることが重要である。このため、臨床心理技術者及び精神科ソーシャルワーカーの国家資格制度を創設し、その資質向上を図ることが必要である」と盛り込まれ、1997年の精神保健福祉士法、つまり精神保健福祉士の国家資格化への布石となっている。谷野亮爾編『解説と資料 精神保健法から障害者自立支援法まで』精神看護出版、2005、pp. 106-109。

2) 谷中輝雄「生活のしづらさをめぐって」『谷中輝雄論稿集 I 生活』やどかり出版、1993、pp. 132-165。

単一的課題レベルから総合的課題レベルに発展するなら、自ずと要請されるサービスも単一的なものから複合的・総合的なものへと変化が求められる。今日あらゆる場面で「連携」が求められる背景には、このような①ニーズの多元的な全体像の認識と、それに伴う②単一的サービス提供における限界の認識、さらには③協働型サービス提供における目標達成可能性の認識、といった三つの認識が援助実践者にとって自明のものとしてあると考えられる。

ヒューマンサービスの細分化は、高度な技術を育む一方で、特化された技術とサービスのみでは一人の生活者のもつ重層的、複合的なニーズに応えることができない状況を拡大させた。それに伴い、細分化された資源を再構築し、有機的に機能させる連携が必然的なものとなったと考えられる。そのような背景のなかで、ソーシャルワークにおける連携機能は、社会的なニーズに応えるものとして発展した。ソーシャルワーカーはニーズをもつ人々とニーズを満たす社会資源の調整や媒介だけでなく、社会資源の欠損を補完し合う、社会資源と社会資源の仲介により新たな社会資源を生み出す開発機能を果たし、連携の接点に立つ人的資源となってきた。このような「連携」を主たる業務の一つとして実践してきた我が国のソーシャルワーカーは、その根拠法³⁾および職能団体の示す倫理綱領⁴⁾において「連携」を責務として言及している。

精神保健福祉領域のソーシャルワーク業務の変遷に目を向ければ、精神科ソーシャルワーカーは精神科臨床チームの一員としての「社会事業婦」という立場から出発し、住む場・食べる場・働く場を始めとする社会生活を直接的に支える支援者としての立場を経て、多様な資源を創出し、繋ぎ、地域をつくる立場へと変遷してきた⁵⁾。これは、連携の実践に着眼すれば、単一機関内の専門職間連携から地域にある多機関の多専門職による連携への変遷と重なっているといえよう。

このように、精神保健福祉領域の実践現場において、連携は実践者の共有する事項として援助実践に浸透している。しかし、援助や支援において連携実践が展開されているのに比べて、「連携」概念に関する研究は多くはなく、その理論化は近年の研究によるものが主である。従って、未だ実践現場で語られる「連携」という用語には、共通基盤となりうる概念理解は定着していないと考えられる。筆者らは、この「連携」概念を精査することを通して、

3) 『社会福祉士及び介護福祉士法』第4章「社会福祉士及び介護福祉士の義務等」において、第47条（連携）「社会福祉士及び介護福祉士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との連携を保たねばならない」と明示されている。また、『精神保健福祉士法』第41条（連携等）では、「精神保健福祉士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との連携を保たねばならない」と明示されている。

4) 社団法人日本社会福祉士協会の倫理綱領においては、倫理基準「実践現場における倫理責任」の中で、（他の専門職等との連携・協働）「社会福祉士は、相互の専門性を尊重し、他の専門職と連携・協働する」と明示している。また、社団法人日本精神保健福祉士協会の倫理綱領においては、その「目的」の中で、「他の専門職や全てのソーシャルワーカーと連携する」とし、倫理原則の中で「連携の責務」として「精神保健福祉士は、他職種・他機関の専門性と価値を尊重し、連携・協働する」としている。

5) 社団法人日本精神保健福祉士協会編『日本精神保健福祉士協会40年史』へるす出版、2004、pp. 17-84.

今日求められている連携実践の促進の一端を担いたいと考えている。

そこで、本稿では、1900年代から「連携」が必要視されてきた医療保健領域の連携研究を踏まえて、「連携」に関する基本的概念整理を行うことを目的とし、精神保健福祉実践における連携の課題を検証することにした。

II. 研究方法

文献研究の方法について、我が国における保健医療福祉領域における「連携」の概念整理（定義、構成要素、展開過程など）を行っている主要な文献を選定し、共同研究者（精神保健福祉領域における実践者と研究者）によって考察を行うことにした。本研究の文献において、和文献に焦点をあてた理由として、文献の選定にあたって、洋文献では「連携」を示す際に、“linkage” “coordination” “cooperation” “collaboration”などの用語が明確に区別なく用いられていたからである。しかし、ヘルスケア領域における協働（collaboration）の発展過程について言及した Germain（1984）の“Social work Practice in Health Care”は、我が国の連携に関する文献で数多く引用されていた。そこで、本研究においても、Germainの示した協働概念を参考としながら、我が国の主要な「連携」に関する文献をもとに、協働とは異なる「連携」概念について再検討することにした。本研究の基礎資料とした主な文献は下記のものである。

- ① 仲村優一編『社会福祉研究 ソーシャル・サポート・ネットワーク』42, 鉄道弘済会, 1988.
- ② 菊地和則「多職種チームの3つのモデル——チーム研究のための基本的概念整理——」『社会福祉学』39(2), 1999, pp. 273-290.
- ③ 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』(40)2, 2000, pp. 17-38.
- ④ 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, pp. 108-123.
- ⑤ 長谷川俊雄「『連携』の実際と課題——社会福祉援助方法としての『連携』の具体的指針——」『明治学院大学大学院社会福祉学』25, 2001, pp. 201-217.
- ⑥ 渋谷田鶴子「対人援助における協働——ソーシャルワークの観点から——」『精神療法』28(3), 2002, pp. 270-277.
- ⑦ 山中京子「医療・保健・福祉領域における『連携』概念の検討と再構成」『社会問題研究』53(1), 大阪府立大学, 2003, pp. 1-22.
- ⑧ 菊地和則「多職種チームのコンピテンシー——インディビジュアル・コンピテンシーに関する基本的概念整理——」『社会福祉学』44(3), 2004, pp. 23-31.

III. 「連携」の概念整理

1. 「連携」の諸定義における焦点の差異

「連携」という用語は未だ多様な定義がなされている。「『連携』に関する実践と研究がは

なはだ不均衡な状態である」⁶⁾と指摘する山中は、松岡が整理した諸論者による連携の定義に関する比較⁷⁾に基づき、各論者の定義に共通している基本的要素を①主体、②目的、③行為と活動、に整理している⁸⁾。松岡が整理した「連携」の定義においては、「連携」を「(協力的) プロセス」として捉えるもの、「問題解決を行う時に起こる」といった自然発生的なもの、「協力体制を築くこと」「互いに協力しながら業務を遂行すること」といった援助専門職による意図的なもの、「一緒に仕事をすること」といった実態を示すもの、「協力関係」といった関係性を意味するものといった特徴がみられる。

このように、これらの定義は山中の指摘する共通した基本要素をもつ一方で、「連携」を捉える枠組みがさまざまであり、プロセスや協力関係といった構造、現象、意図的な手法(方法論)を示す概念等に整理することができる。したがって、「連携」概念はそれを比較検討する上でも、定義の前提となっている抽象度の差異を整える必要があると考えられる。

これは、実践現場における用語の用いられ方も同様である。「連携」「チームワーク」「協働」といった用語を用いながら、同様の概念を意味している場合があり、一方で「連携」という用語を用いながら、異なるものを指摘している場合もある。これは訳語としての「連携」という用語についても同様である。野中によれば、海外の研究者が用いる“linkage”“coordination”“cooperation”“collaboration”などの用語は、いずれも「連携」と訳されることがあり、野中は構成員相互の関係性の密度に着眼して、第一段階の「linkage=連結」、第二段階の「coordination=調整」、第三段階の「cooperation=連携」、第四段階の「collaboration=協働」と訳し分けられるのではないかと提案している⁹⁾。そこで、筆者らも、「連携」を“cooperation”，協働を“collaboration”として用い、各論者の定義する焦点の共通項と差異を再検討し、「連携」の定義を試みることにしたい。

2. 「連携」概念の諸定義

1) 社会福祉実践方法論としての定義(久保、長谷川による定義)

久保と長谷川は利用者・クライアントの参加を意識し、その課題を指摘している点が共通している。生活保護分野における「連携」の実際に即して、社会福祉援助方法としての「連携」の具体的指針を論じた長谷川は、社会福祉援助活動形態の一つとして「連携」を手段概念に位置づけている¹⁰⁾。また、主として高齢者ケアにおける連携を踏まえて、保健・医療・福祉の「連携」概念についての整理を試みた久保は、「連携」について、「保健・医療・福祉

6) 山中京子「医療・保健・福祉領域における『連携』概念の検討と再構成」『社会問題研究』53(1), 大阪府立大学, 2003, p. 2.

7) 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』40(2), 2000, p. 21.

8) 山中, 前掲論文, p. 3.

9) 野中猛『図説ケアチーム』中央法規出版, 2007, pp. 14-15.

10) 長谷川俊雄「『連携』の実際と課題——社会福祉援助方法としての『連携』の具体的指針——」『明治学院大学大学院社会福祉学』25, 2001, pp. 201-217.

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」と定義している¹¹⁾。両者は「連携」概念についての具体的な論理展開を示していないものの、「連携」の実際面における利用者・クライアントの参加の課題を指摘している点は重要なことである。

2) Germain による定義

先述のように、単独では解決成し得ない課題に対して、多様な人々が協力して達成を図る協働活動について、先駆的に概念整理を行ったのが Germain である。Germain は、ヘルスケア領域における協働の重要性を指摘し、20世紀以降の米国における協働とソーシャルワークの歴史的発展過程を整理している¹²⁾。そして、ヘルスケア領域における協働は、健康や病気を包括的な視点で捉えた広範囲で質の高いケアを提供する実践であると指摘した。加えて、単一の学問領域あるいは個人では達成できない困難な課題を、複数の学問領域及び複数の個人による協力によって達成可能にしていると協働の意義を評価している¹³⁾。「連携」に関する概念定義の多くは、Germain の指摘する「一学問領域及び個人では達成困難な課題」と「協力過程」が含まれるものとなっている。

3) 松岡による定義

ヘルスケア領域における専門職間「連携」を再検討した松岡は、欧米および日本の各論者の示した定義から共通項目として、「二人以上」の「異なった専門職」が、「共通の目標達成」をするために行われる「プロセス」であるという点を抽出している¹⁴⁾。「連携」概念は動詞によって表現されることによって最も理解されるとする Graham & Barter の主張に依拠し、松岡は「連携」を構造・形態としてではなく、動的な側面、すなわち動きや機能に焦点を当てるように主張している。その上で、専門職間「連携」とは、「主体性を持った多様な専門職間にネットワークが存在し、相互作用性、資源交換性を期待して、専門職が共通の目標達成を目指して展開するプロセスである」と定義している¹⁵⁾。

また松岡は、Abramson & Rosenthal の指摘する「連携」の特徴（相互利益性、相互依存性、相互作用性、協定行動、協同生産）を援用して、相互利益性、相互依存性、相互作用性の3つを相互関係性として整理している。そして、「連携」の方式（やり方）を①打ち合わせ（conferring）、②協力（cooperating）、③専門的助言（consulting）とした Germain と、チ

11) 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、p. 111.

12) Germain, C., *Social Work Practice in Health Care*, Free Press, 1984.

Germain は、医療サービスの複雑多様化に伴い多忙な医師との協働が目指される中でソーシャルワーカーの配置が進展し、当初の協働が医師に指示される未成熟なものであったことを指摘している。60年代、精神医学領域で患者と専門家の話し合いにおいて、治療コミュニティとしての協働が試みられ、70年代には個人・環境の全体的視点をもつ協働の実践が成熟し制度化、地域化され、80年代においてケアの協働は、チーム管理、チームの効力や価値といった原則そのものの発展に展開していった。

13) Germain, 前掲書, p. 199.

14) 松岡, 前掲論文, p. 20.

15) 松岡, 前掲論文, pp. 18-22.

ームワーク (teamwork) を「連携」における純粋な方式と位置付けた Dana の定義を援用し、相互関係性の強弱と公式性の高低を二軸に、最も公式性が強く、相互関係性の強い専門職連携をチームワークとして整理している¹⁶⁾。この分類によれば、相互関係性が強く公式性の低いものが打ち合わせとなり、相互関係性が弱く公式性が高いものは専門的助言と整理される。したがって、専門職間連携の発展プロセスにおいて最終段階にあたるものがチームワークであると考えられる。

専門職間連携の一方式としてのチームワークについては、Wieland らの示したマルチディシプリナリ (multidisciplinary) モデル (以下、マルチモデル)、インターディシプリナリ (interdisciplinary) モデル (以下、インターモデル)、トランスディシプリナリ (transdisciplinary) モデル (以下、トランスモデル) の3モデルと、Mailick & Jordon による「権威モデル」「コンセンサスモデル」「マトリックスモデル」を対応させ、更には菊地の指摘した相互依存性・相互作用性の程度という軸、役割の開放性の程度という軸¹⁷⁾に、Germain, Wieland らの指摘する階層性についての言及を踏まえて、チームワークモデルの特徴を松岡は明らかにした (表1)¹⁸⁾。

表1 チームワークモデルの特徴

	相互作用性	役割の開放性	階層性
マルチモデル (権威モデル)	〈小〉 独立実践が基本	〈無〉 専門職の役割の明確化 高度な専門性の駆使	〈有〉 医学モデルに基づく課題は専門職別に達成
インターモデル (コンセンサスモデル)	〈大〉 専門職相互の意思決定	〈一部あり〉 役割の重複・平等主義	〈無〉 異なるスキルを用いて専門職が協働
トランスモデル (マトリックスモデル)	〈大〉 他専門職の知識技術の相互吸収	〈有〉 役割の代替可能性 高度な技術使用の可能性は低い	〈無〉 意思決定過程における専門職の知識技術の寄与・相互依存性と平等性

註) 本表は、松岡¹⁹⁾の作成した表をもとに、松岡による論説を筆者らが加筆したものである。

4) 山中による定義

山中は Germain らによる概念整理を踏まえ、医療・保健・福祉領域における連携概念を再検討し、「連携」を次のように定義した。

16) 松岡, 前掲論文, pp. 19-20.

17) 菊地和則「多職種チームのコンピテンシー——インディビジュアル・コンピテンシーに関する基本的概念整理——」『社会福祉学』44(3), 2004, pp. 23-31.

18) 松岡, 前掲論文, pp. 24-25.

19) 松岡, 前掲論文, pp. 24-26.

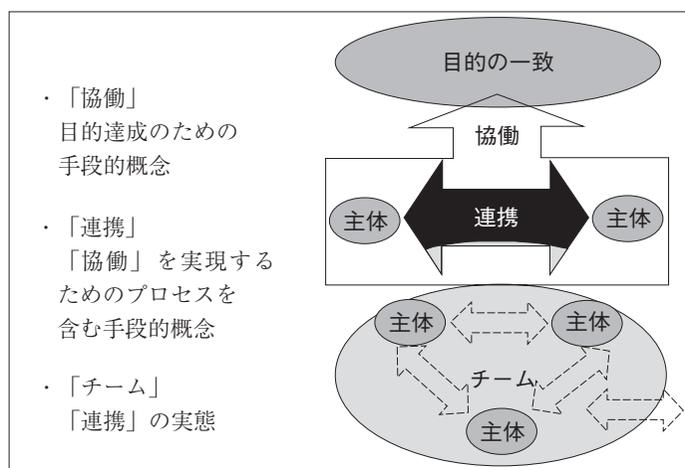
「援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス」²⁰⁾

山中による定義では、援助という枠組みを前提に、専門職だけでなく非専門的な援助者が含まれていることから、多様な立場にある人びとが連携に参画することを明示している。そして、連携によって個々の活動が更に促進されるという要素を「相互促進的な協力関係」と整理している。山中による定義は、Germain の示した協力過程や、Abramson & Rosenthal の指摘する相互利益性等に依拠しつつ、より「連携」概念を一般化している。この定義は、今日の専門職だけでなく非専門職も巻き込んだ多様な連携実践を抽象化して検討する際、従来の定義では合致し得なかった実践を包括できるものとなっている。

3. 「連携」「協働」「チーム」の各概念の関係

各論者による概念定義を踏まえ、「連携」「協働」「チーム」の関係性についてみておきたい。久保、長谷川が指摘するように、筆者らは「連携」そのものは目的を達成するための手段的概念であると考え。そして、Germain の指摘する「協力過程」および、山中の指摘する「行為や活動を含むプロセス」を包括する手段的概念であると考え。また、最も公式性が高く、相互関係性の強い専門職間連携をチームワークとした松岡の指摘からは、「連携」過程の最終的な段階がチームワークと考えられ、このことから、「連携」概念の可視化された実態として「チーム (team)」があると整理した。

図1 「連携」「協働」「チーム」の各概念の関係



註) 筆者ら作成.

20) 山中, 前掲論文, p. 5.

以上のことから筆者らは、同じ目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むことを「協働 (collaboration)」として、協働を実現するための過程を含む手段的概念が「連携 (cooperation)」であり、協働における「連携」の実態として「チーム」を位置づけた。協働は目的達成のための手段的概念であり、連携は協働を実現するための更なる手段的概念である。つまり、協働には連携が必要条件であり、二つの概念は階層性のある手段的概念であると考えている (図1)。このように、協働と連携を手段的概念と定義し、同じ目的をもつ主体という条件で概念を捉えることにより、そこに参画する主体は従来の定義より多様な主体を含むといえる。

4. 「連携」の構成要素

協働 (collaboration) の要素について Daka と Mulwanda が示した要素は、①共通の目標の設定と同意、②目標達成の責任の共有、③それぞれの専門知識を駆使した行動、の3点である²¹⁾。久保は、①「連携」に対する知識の向上・能力の向上、②日常的な援助業務における「連携」の具体的手段、③他職種との関係性、④情報の共有、の4要素を示した²²⁾。山中は「連携」の基本的構成要素を、先述のとおり①主体、②目的、③行為と活動の3点で示し、①主体は、専門職に限らず、多様な分野、領域、職種に属しており、②目的は、主体間で共

表2 連携・協働の構成要素に関する諸定義

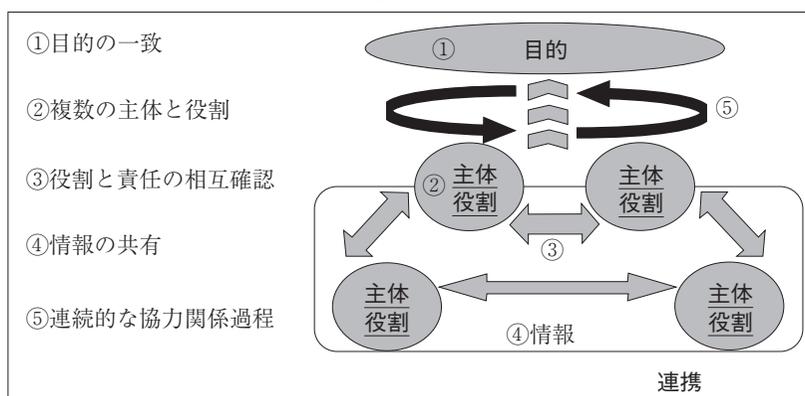
構成要素	Daka-Mulwanda (1995)	久保 (2000)	山中 (2003)	筆者ら (2007)
目的	共通の目標設定と同意		主体間で共有化された同一の目的	同一目的の一致
主体			専門職に限定せず多様な分野・領域に配属	複数の主体と役割
役割と責任の確認	目標達成の責任の共有			役割と責任の相互確認と共有
情報共有		情報の共有		情報の共有
相互関係過程	各専門知識を駆使した行動	他職種との関係性	行為と活動：プロセス概念と関係性概念を含む	連続的な相互関係過程
具体的手段		日常的な援助業務の連携の具体的手段		連続的な相互関係過程の具象化の一要素
知識と能力の向上		連携に対する知識の向上・能力の向上		「連携」促進に関する要素

註) 筆者ら作成。

21) Daka-Mulwanda, V., Thornburg, K.R., Filbert, L., et al., Collaboration of services for children and families: A synthesis of recent research and recommendations. *Family Relations*, 44(2), 1995, pp. 219-225.

22) 久保, 前掲書, p. 112.

図2 「連携」の構成要素



註) 筆者ら作成。

有化された同一の目的, ③行為と活動は, 「プロセス概念」と「関係性概念」という二つの側面がある, と指摘している²³⁾。上記の各論者の示した構成要素を整理しておく(表2)。

各論者の定義から, 7項目の主たる構成要素を整理することができる。その中で, 抽象度が同等なものについて, 構成要素の重なりと漏れを精査し, 再定義を試みた。そして, 筆者らは, ①同一目的の一致, ②複数の主体と役割, ③役割と責任の相互確認, ④情報の共有, ⑤連続的な相互関係過程, の5要素によって「連携」は構成されると整理した(図2)。

そして, 「連携」とは, 「共有化された目的をもつ複数の人及び機関(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, 目的達成に向けて取り組む相互関係の過程である」と定義することにした。

5. 「連携」の展開過程

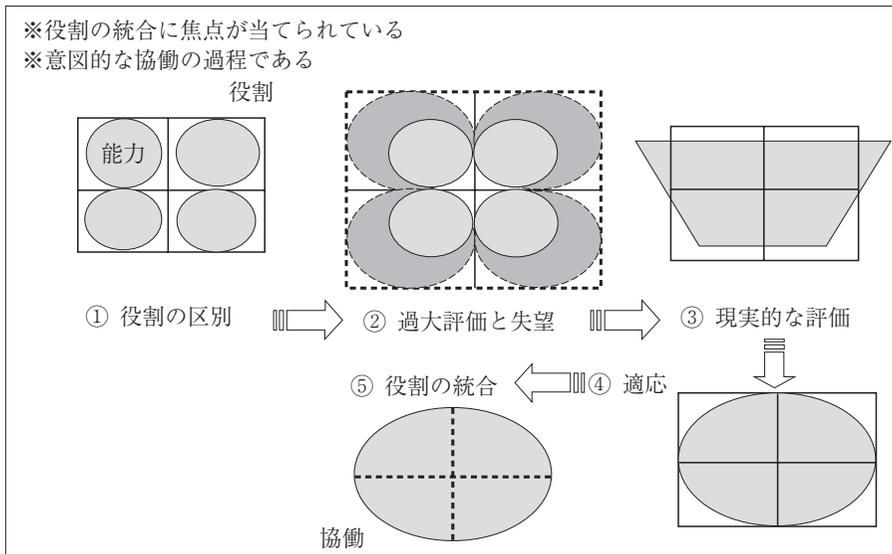
協働の過程について Germain は, ①役割の区別, ②過大評価と失望, ③現実的な評価, ④適応, ⑤役割の統合, といった5つの発展段階を示している²⁴⁾(図3)。ここで整理されたものは自然発生的な過程ではなく, 意図的に構成された協働体制の中での役割統合過程に限定したものと考えられる。このことから, Germain のいう協働概念は, 協力者が自然発生的に集まり課題を達成する過程をも含む「連携」という広義の概念の範疇に包括されるものであると整理することができる。ただし, 筆者らはこの Germain による協働過程が「連携」過程の核となると認識し, 試案の基盤としている。

山中は, Germain, 前田の定義を援用して, 「連携」形成の展開過程について, ①打ち合わせ, ②専門的助言, ③協力, ④チームワーク, の4段階に示している(図4)。ここでは,

23) 山中, 前掲論文, pp.2-5. 山中は, 問題解決やコミュニケーション, 計画, 行動の交換などを含む「プロセス概念」という側面により強く着目しているのが欧米の論者らで, 協力体制や協力関係といった「関係性概念」という側面により強く着目しているのが日本の論者であると指摘している。

24) Germain, 前掲書, pp.200-204.

図3 Germain による「協働」の展開過程

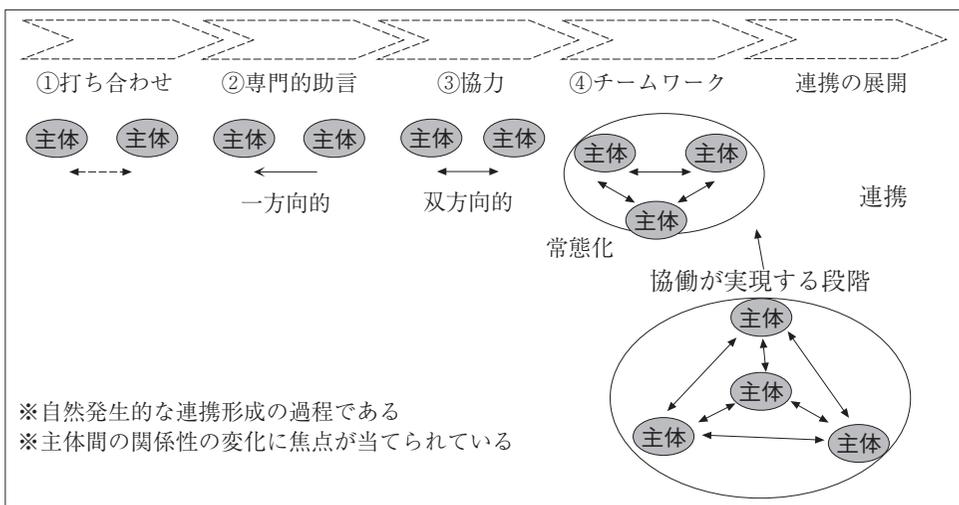


註) 筆者らが Germain の文献に依拠して図式化した。

②の専門的助言において一方向的関係であり，③の協力において双方向的関係となり，④のチームワークにおいて常態化した関係に展開し協働が実現する。主体間の関係性の変化に焦点が当てられ，自然発生的な「連携」形成の過程を示している（図4）。

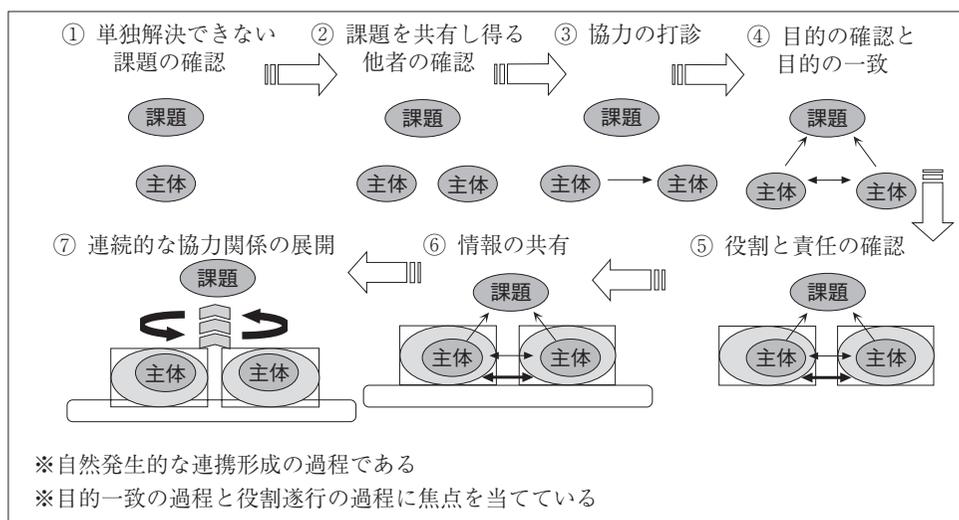
また，「連携」の展開過程においては，評価や失望といった「認識」レベルのものと，打ち合わせや助言といった「行為」レベルのものが含まれると考える。つまり，筆者らは自然発生的な「連携」発生過程，目的一致の過程，役割確認の過程，協力関係への発展過程

図4 山中による「連携」の展開過程



註) 筆者ら山中文献に依拠して作成した。

図5 「連携」の展開過程



註) 筆者ら作成。

といった、複数の段階を「連携」の展開過程は包含していると考え、①単独解決できない課題の確認、②課題を共有し得る他者の確認、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展開、の7段階を試案することにした(図5)。

IV. 今後の課題

近年、ヒューマンサービスをはじめ、精神保健福祉実践において、連携は不可欠なものとなっているにもかかわらず、「連携」という言葉は「協働」や「チームワーク」と明確な区別がなく使われている感がある。精神保健福祉領域では、疾病と障害をあわせもつ精神障害者の地域生活を支援するには、単一機関の専門職が担うには限界があり、さまざまな人々や機関による支援が必要であり、それらの連携が不可欠である。そこで、本稿では、1960年代から連携が必要視されてきた医療保健福祉領域における「連携」の先行研究に基づいて、「連携」概念の定義、構成要素、および展開過程について整理を試みることにした。以下、それらを踏まえて、精神保健福祉領域における「連携」に関する課題を3点提示する。

1. クライエントの参加の位置づけの明確化

精神科ソーシャルワーカーの実践の手段的価値の一つに、クライエントの自己決定の原則がある。この原則は、個人の尊重という中核的価値に基づき、クライエントの生活の主人公はクライエントであり、支援者はクライエントの自己決定を尊重することが自明の理として掲げられてきた。また、近年にみられる当事者主権や当事者によるオルタナティブサービス

の台頭などの風潮を背景に、実践レベルにおいて、それらに価値をおく連携や協働のあり方を提示することが求められている。精神保健福祉領域で実践・研究している筆者らは、本稿において、連携の構成要素の一つに「同一目的の一致」を設定した。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り、援助の主体はクライアント本人であることを確認した。また筆者らは、同じ目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むことを「協働 (collaboration)」とし、協働を実現するためのプロセスを含む手段的概念を「連携 (cooperation)」と考え、二つの概念は階層性のある手段的概念であると考えた。そして、同じ目的をもつ主体という条件で概念を整理することにより、そこに参画する主体は専門職に限らず多様な主体が含まれることを提示した。しかし、連携の主体というとき、その主体にクライアントも含まれるのかということである。従来の専門職の連携を超え、クライアントが自身の課題解決を目的として、その過程に自身が参画するとき、「協働」という言葉が使われることがある。長谷川や久保が連携におけるクライアントの参加を意識する重要性を指摘し、当事者参加の連携のあり方を課題にしていたように、従来、「連携」は「専門職間連携」として捉えられていることが多かった。それは、誰のための連携なのかを常に意識しておかなければ、クライアント不在の援助が展開されやすいことを示唆している。精神障害者の場合、その疾患と障害の共存という特性から、自ら援助を求めない場合や援助を拒否する場合もあり、より一層、実践においてクライアントの意思や、課題解決過程におけるクライアントの参加を意識する必要がある。このように、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、連携の主体と援助の主体、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。

2. 連携の関連要因の検証

本稿では、「連携」に関する概念整理として、その定義、構成要素、展開過程について明示してきたが、実践レベルにおける「連携」について検討を深めることはできなかった。精神保健福祉領域で実践・研究している筆者らは、連携に関して、その促進要因と阻害要因、有効性と弊害性についても議論を交えた。たとえば、連携を図る個人の力量や裁量が連携の促進要因や阻害要因に関連することが明らかになった。また、この個人の力量や裁量は個人の活動を規定する環境要因や連携が行われるシステム要因に影響を受けることが考えられることから、連携の促進要因や阻害要因として、環境要因、システム要因も視野に入れて検討する必要があるといえる。さらに、多職種・多機関間の連携がクライアントにとって有効的であるといわれているが、筆者らの議論のなかで、連携の実践において、クライアントのプライバシー保護、援助の分断化や過剰な一体化、連携を図るための煩雑な業務と業務量の増大、連携を図るチームの形骸化などの課題も列挙された。このことから、今後、連携の有効性ととともにその弊害性についても検討していく必要があるといえる。これらに加え、連携の展開過程における各段階の具体的な基準や、連携の効果尺度などについても、今後実証的研

究を重ねていく必要があるといえる。

3. 連携教育の導入の必要性

本稿で確認したように、効果的な連携を図るには、個々人の力量や裁量が大きく影響する。しかし、連携を担う支援者や援助者が増大するにつれ、成員間の価値観の相違、教育の相違、共通言語の有無、社会の階層の有無などにより、個々人の力量だけで連携を図ることは困難なことといえる。今后、保健医療福祉領域の実践において、ますます連携や協働が求められるなかで、英国を中心として、大学等における専門職の養成課程に連携やチームワークに関する実務的教育が導入されつつある。英国では、サービス提供における国と地方自治体との役割分担における非協働性への対応、医療過誤・児童虐待などの事件の増加、効率的・効果的なサービス供給の必要性などを背景として、1990年代より保健医療福祉領域の専門職養成過程に専門職連携教育を試行的に実施している²⁵⁾。サウザンプトン大学では、専門職連携教育として、クライアント中心の理念を重視した連携に関する知識や技術、価値、および能力の習得を目指し、職種混合のグループ学習を段階的に設定している。また、米国でも細分化された医療システムによる医療ミスの増加やケアの質の低下が喫緊の課題となっており、医療チームの専門職連携の重要性とともに、専門職養成課程に連携教育の必要性が強調されるようになってきている。ミシガン大学では、実践で連携ができる人材養成として、多職種の研修生で構成されるチームを対象とした実習のカリキュラムが設定され、その効果が報告されている²⁶⁾。英国や米国とは背景は異なるものの、我が国においても保健医療福祉領域における専門職養成課程に連携教育を位置づけることが急がれる。『精神保健福祉士法』の第41条、『社会福祉士及び介護福祉士法』の第47条には連携の義務が規定されていることから、実務レベルにおける多職種連携教育の検討が必要といえる。

本論文は、桃山学院大学地域連携研究プロジェクト「精神科ソーシャルワーカーの精神保健福祉実践活動——連携に着目して」の成果の一部である。共同研究者は郭麗月（桃山学院大学）、辻井誠人・富澤宏輔（大阪人間科学大学）、中本明子・田部篤太郎（サポートセンターむ～ぶ）、吉川郁子・高橋健太（社会福祉法人 萌）、山内はるひ（山本病院）、川乗玲子（和歌山市保健所）である。

25) 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』48(1), 2007, pp. 142-152.

26) 阿部まり子「ケアマネジメントに必要な連携の視点と技術」日本福祉大学国際学術交流事業の講演会, 2006年10月28日, 日本福祉大学にて。

Cooperation in Mental Health Care: Definition, Components and Process

Takashi YOSHIKE

Setsuko SAKAE

Cooperation in mental health care is becoming increasingly important to support persons who live on their own and to provide high quality care that such people expect. However, the concept of “cooperation” is somewhat ambiguous, and is often not distinguished from other terms such as “collaboration” and “coordination”. The aim of this article is to clarify the definition, components and process of cooperation by reviewing the literature on cooperation in Japan. A discussion of cooperation follows, including results.

We define cooperation as a process that persons and organizations with similar purposes go through to build a collaborative relationship, and that enables them to then act together to achieve the defined goals. The main purpose of cooperation is to achieve specific goals and tasks that cannot be achieved by one discipline or entity alone. Cooperation consists of five factors: (1) tasks that cannot be achieved by one discipline alone, (2) finding out clients’ needs and solving problems, (3) having the same purpose, (4) information sharing, and (5) confirmation of responsibilities and roles.

Seven progressive stages in cooperation can be identified: (1) goals and tasks that cannot be achieved by one discipline alone, (2) identifying others who want to achieve the same goals and tasks, (3) linkage and coordination, (4) purpose confirmation, (5) role separation, (6) information sharing, and (7) continuation of the relationship.

From now, it is necessary to discuss factors related to cooperation, such as client involvement and inter-professional education.