

地域包括ケアシステムにおける臨床心理士の役割の検討

岩手県スクールカウンセラー 阿 部 真 之

要 約

厚生労働省は、2025年をめどに「地域包括ケアシステム」（主に介護を目的に、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるもの）の構築実現を目指している。臨床心理士の専門性の一つに「臨床心理的地域援助」があるものの、地域包括ケアシステムに関する臨床心理学的視点から論じた研究は少ない。本論文では筆者が取り組んだ事例などを紹介し、地域包括ケアシステムにおける臨床心理士の役割について検討した。

その結果、①カウンセリングによる潜在的な心理支援ニーズの把握、②臨床心理学的な見立て、③コンサルテーション、④他職種間での情報共有・連携の促進、⑤研修等による地域コミュニティの成長促進、の5点を役割として提示した。特に、「臨床心理学的な見立て」が、地域包括ケアシステムにおいて臨床心理士の役割として重要な点であり、独自性を発揮するものであると考えた。

キーワード：超高齢社会、地域包括ケアシステム、臨床心理士、臨床心理的地域援助、地域コミュニティ、連携

I. はじめに

日本は、諸外国に例を見ないほどのスピードで超高齢社会に向かっている。2025年には、いわゆる団塊の世代が後期高齢者と呼ばれる75歳を迎え、2030年まで75歳以上人口が急増する。さらに、WHOや日本の統計調査上『高齢者』とされる65歳以上では、総人口に占める割合が2055年まで上昇し続けると予想されている（飯島、2014）。そこで厚生労働省は、2011年度の介護保険制度改正において、2025年をめどに「地域包括ケアシステム」の構築実現を目指すことを打ち出した。「地域包括ケアシステム」とは、加齢で心身の変化による重度の要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるものである。

地域包括ケアシステム構築に向けて、地域包括ケア研究会の報告書（2016）には、“本人の身体状態、精神状態（意欲）、住環境、家族の状況、

経済状況等、総合的なアセスメントを行なって生活上の課題を発生させている要因（複数の因子の関連を含めて）を明らかにする”“各専門職に詳細なアセスメントおよび解決策の提示”“多職種が総合的に支援する”ことが、必要であると記されている。飯島（2014）は、在宅医療の視点から地域包括ケアシステムを「生活圏において、『住まい』、『生活支援』、『医療』、『介護』、『予防』という5つの取り組みが、利用者のニーズに応じて適切に組み合わせられて、入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目なく一体的にサービス提供されるというもの」とし、医療と生活圏の連携強化を図る重要性について述べている。

藤崎ら（2016）は、地域福祉における心理支援の視点から地域包括ケアシステムを、「ニーズの発見から支援、さらには地域づくりに至るまでの取り組みを一貫して進めていく仕組み」と述べ、地域を巻き込んだ協働のあり方について検討している。また、地域に住む者同士の助け合い（互助）

について、地域包括ケア研究会の報告書（2016）では、「（地域に対して）『はじめからそこにあるもの』としてのインフォーマルサポートを強く意識することも、適切なケアマネジメントを考える上で重要」であると、地域での互助の活用と協働に向けた連携の重要性を述べている。

臨床心理学の分野では、専門性の第3の柱として「臨床心理的地域援助」があり、多くの活動や研究が積み重ねられてきた。窪田（2009）は、学生相談やスクールカウンセラー、精神障害、被害者支援など、臨床心理的地域援助の構築に向けた取り組みについて整理している。そのなかで、社会の変化に伴い臨床心理士への要請が広がるなか、「専門性としての臨床心理的地域援助の重要性」が注目され、「個からネットワーク、支援システムを一体的に視野に入れたアプローチは、領域を問わず医療、産業、福祉、教育、司法・矯正いずれの領域においても効力を発揮する」ことが期待されると述べている。

前述したように地域包括ケアシステムにおいては、住まい・医療・介護・予防・生活支援といった領域の各機関が連携しながら一体的に提供されることが望まれるが、それは臨床心理的地域援助に期待されているアプローチとよく似ている。また、身体的な衰えという現実と向き合いつつ“自分らしい”暮らしを望む時、物理的な支援は勿論のこと、精神的な支援に対する希求もかなり大きいことが想像できる。近い将来、そういった心理支援が大いに必要とされるだろう。

そこで、臨床心理士は、地域包括ケアシステムの中でどのような働きが出来るのか、その構築にどれだけ貢献できるのか、臨床心理学的視点で検討してみたいと考えた。しかし私見の限り、そのような視点で地域包括ケアシステムを論じた研究は数少ない。

本論文では、筆者の体験した事例をあげながら、医療と地域との連携や地域住民同士の互助に向けた活動を整理し、地域包括ケアシステムにおける臨床心理士の役割について検討し、若干の考察を加えていきたい。

Ⅱ. 高齢者を対象に健康増進を目的とした活動

1) 医療機関について

筆者は、平成20年4月から平成27年10月まで統合医療を取り入れた医療機関に勤務していた。ここでは一般外来のクリニック（後述する事例のBクリニック）に加え、相補・代替医療の徒手療法（鍼灸・指圧）、食事療法、エネルギー療法、芸術療法、カウンセリングを取り入れていた。

統合医療とは、近代西洋医学と伝統医学や相補・代替医療を組み合わせ、一人ひとりに最も適切なオーダーメイド医療を提供するものである。また、相補・代替医療とは、「一般に大学の医学部で教育されている主流の現代西洋医学以外の医学」（今西、2003）であり、非常に多種多様な治療法が含まれている。日本統合医療学会では、相補・代替医療の例として食事療法や徒手療法（鍼灸・指圧、カイロプラクティックなど）、エネルギー療法（気功、レイキ、呼吸法など）、心理療法（カウンセリング、芸術療法など）などをあげている。

勤務していた医療機関でのエネルギー療法は、統合医療学会の認定施設で実施されている岡田式浄化療法である。岡田式浄化療法とは、心身の不調は必ずしも悪化作用ではなく、病気などの原因となる毒素を排除する「浄化作用」と捉え、体の表面から「熱」「コリ」として確認できる毒素の部位に向けて、掌からエネルギーを放射することで自然治癒力を高め、心身の健康を増進しようとするものである。

また、この医療機関では、厚生労働省が地域包括ケアシステムを打ち出す以前から、医療と地域コミュニティが連携した新たな医療システムづくりに取り組んでいた。医師、看護師、栄養士、相補・代替医療の各資格者、臨床心理士の専門職が関わり、様々な相補・代替医療の資格を有するボランティアと協力していた。

2) 利用者について

筆者は、65歳以上の男女23名（最高齢87歳）と関わってきた。本論文では、この23名のことを『利用者』と呼ぶこととする。利用者は、医療機関と地域コミュニティが情報を共有することに承諾

し、統合医療を継続的に受けていた。

3) 地域コミュニティについて

本論文では、利用者の近隣に住み、医療と連携して取り組んでいる地域集団のことを『地域コミュニティ』と呼ぶことにする。地域コミュニティの構成メンバーは、様々な相補・代替医療の資格を有するボランティアである。筆者は、7年間で12市町村・15の地域コミュニティに関わった。ボランティアは、20代～70代の男女で、取り組む地域や時期によって、一人の利用者に関わる人数は変動した。ボランティアの年齢層に幅はあるが、ほとんどが60歳以上の女性であった。

4) 臨床心理士の業務内容について

① カウンセリング

一対一の面接で1回50分を基本に実施していた。利用者の状況に合わせて、一般外来クリニックもしくは利用者の自宅でカウンセリングを行なった。なお、一般外来クリニックでは、利用者以外にも、一般外来患者を対象にカウンセリングを行なっていた。

② アセスメントとコンサルテーション

利用者の状況と利用者に関わる環境について、総合的にアセスメントし、家族やボランティアに対してコンサルテーションを行なった。

③ 多職種との情報共有・連携

臨床心理士が、利用者の状況に加え家族や地域コミュニティからの情報を集約し、主治医に報告した。他の専門職とは、日常的なコミュニケーションのなかで適宜情報を共有し、彼らが地域コミュニティと連携して利用者に関われるように努めた。また、主治医・専門職・地域コミュニティというメンバーで症例検討会を開き、支援について話し合った。

④ 研修の実施

地域コミュニティは、利用者の支援に際し、関わり方についての悩みや疑問を生じることが度々あった。そのため、ボランティア一人ひとりのコミュニケーションスキルの向上や心のサポートを学ぶことを目的に、傾聴セミナーやゲートキーパー研修などを実施した（28回）。また、他の専

門職と協力して、ボランティア人材の充実を目的に相補・代替医療の紹介・体験セミナーを開催した（月平均1～2回）。

Ⅲ. 事例概要

本事例は、発表に際して匿名性に十分に配慮をすることを書面で本人に説明し、協力への同意を得ている。しかし、プライバシー保護の観点から事実関係については本筋を損なわない程度の変更を行なった。

【事例】 Aさん（女性、60代後半）

【主訴】 家族関係の悩みと慢性的な抑うつ状態。長年に渡り、頭痛や腹痛などの身体症状も有り。

【既往歴】 入院歴無し。受診当時、診断を受けている病名も無し。

【家族構成】 夫（60代後半）、長男（40代）、長女（30代）、次女（30代）

【受診経緯】：

X年1月、知人の勧めで統合医療に興味を示したAさんは、Bクリニックに来院した。主治医より統合医療についての説明を受け、エネルギー療法および食事療法を体験した。Aさんは、エネルギー療法や食事療法の指導の継続を希望したが、諸事情により頻回な来院は難しい状況だった。主治医から、Aさんの自宅近くにBクリニックと連携可能な地域コミュニティがあるという説明を受け、自宅でのエネルギー療法および食事療法の継続を希望するに至った。また、主治医による診察は、2か月に一度の頻度で、来院する形で行われた。

Ⅳ. 援助過程

経過①（X年1月～）

Aさんの了解のもと、主治医とコ・メディカルおよび地域コミュニティの代表者が集まり、症例検討会を行った。今後の方向性として、①3日に一度ボランティアが自宅を訪問し、相補・代替医療のエネルギー療法を受ける②ボランティアが訪問した際、食事療法に基づく毎日の食事について確認する③臨床心理士が週に一度訪問し、カウンセリングを行う④Bクリニックと地域コミュニティ間の情報の橋渡しを臨床心理士が担う⑤症例

検討会を3か月に一度開く⑥AさんはBクリニックに継続して受診する⑦日本語版POMSとPILテスト(The Purpose In Life test: 生きがいテスト 佐藤文子, 2008)の2つを継続して実施し、変化を確認する、などのことが決定された。

経過② (X年3月～)

Aさんは、3日に一度エネルギー療法が効果的であったのか、当初訴えていた身体症状(頭痛、腹痛)は徐々に消失し、ほぼ認められなくなっていた。また、食事療法の継続により体重は標準的な値となり、それを維持していた。

カウンセリングは、主にAさん宅にて実施した(Bクリニックでの実施も有り)。Aさん宅を訪問した際、ボランティアのメンバーとも話し合いの時間を持ち、適宜、情報共有やコンサルテーションを行った(情報共有・コンサルテーションはAさんが同席しない環境で行った)。

カウンセリングでは、2つのことがテーマになっていた。一つは対人関係である。周囲の人々との接し方を振り返りながら、Aさんのこれまで抑圧していた感情が少しずつ表出されはじめた。そして、自分自身の接し方が抑うつ的な気分を招いている、という可能性について気づき始めた。

もう一つのテーマは、これからの人生をどのように過ごしていくかということである。Aさん宅を訪問するボランティアの表情がいつも明るく充実していることに気づいたAさんは、「どうしていつもいい表情をしているのか」、「誰かのために何かをするっていいのかな」などと話されるようになった。筆者には、Aさんが、生きがいを感じる何かを得たいと思っているように感じられた。

主治医や各専門職メンバー間では、随時、集約した情報やアセスメントを共有し、支援方針について話し合う機会をもつよう努めた。

2度目の症例検討会では、Aさんの現状を改めて確認し、家族関係や対人関係改善のために本人ができること、医療や地域コミュニティの支援のあり方について検討した。その結果、今のAさんには生きがいもてるサポートが必要であり、ボランティアとの関わりを通じて生きがいを見つめられる機会を設けていくこととなった。

地域コミュニティからは、Aさんの抱える悩みを理解し、より良いサポートをしたいと要望があり、臨床心理士が適宜、傾聴セミナーなどの研修を行なった(2回実施)。

Aさんの調子が改善され始めたことから、ボランティアの訪問を3日に一度から週に一度に変更した。

経過③ (X年5月)

この頃には、抑うつ状態を訴えることがほとんど無くなった。Aさんは家族関係の修復に向けて自ら工夫し始め、家族との関わりを積極的にもつようになった。また、ボランティアは研修での学びを生かし、Aさんと共に「どんなことをやりたいか?何ができるか」について考えた。Aさんが希望されたのは、「生け花を通して見る人に喜んでもらいたい」というものであった。ボランティアは早々に環境を整え、Aさんに生け花の機会を提供した。その後、Aさんはボランティアの一員として、様々な活動に参加するようになった。「新しい仲間として受け入れてもらい、人と支え合えることや人に喜んでもらえることが嬉しい」と語られるようになった。

経過④ (X年6月)

3度目の症例検討会を行った。Aさんの状態が安定してきたことや、Aさんと家族の関係が改善されていること、活動の範囲が広がり良い人間関係を築けていること、地域コミュニティの関わりが充実し、Aさんの心の支えとして機能していること等が確認された。そこで、地域コミュニティをAさん支援の中心に据え、医療的介入は一旦終了することとした。

Aさんへの取り組みを経て、地域コミュニティは成長していた。故に、新たにサポートを必要とする人にも、十分に機能するコミュニティが形成されたように見えた。

心理状態の変化 (POMS, PILの結果から)

1月から6月までのPOMSの結果を図1に記載する。1月の時点では、「抑うつ」「困惑」でカットオフポイントを超えている状態だった。しかし、

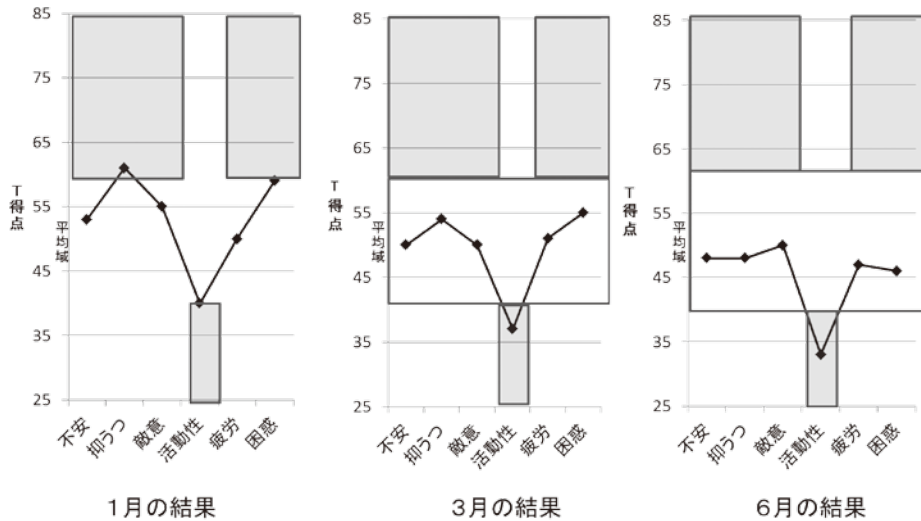


図1 心理検査 (POMS) の結果から

表1 PILの結果 (1月～6月)

1月の結果 Part-A = 83点 (低群) Part-B, C = 27点 (低群)	➔	6月の結果 Part-A = 82点 (低群) Part-B, C = 51点 (中群)
----------------------------------------------------	---	----------------------------------------------------

※Part-A = 低群 (20～84.5), 中群 (84.6～103.5), 高群 (103.6～140)

※Part-B・C = 低群 (11～43.5), 中群 (43.6～57.5), 高群 (57.6～77)

Part-Bの結果から (人生の目的に関する文章完成法から主な内容を抜粋)

1月の結果 病気を苦しみとらえている。 「私が今、成し遂げつつあるのはない」と、 人生の目的、生きがいに関する記述はない。	➔	6月の結果 「家族が苦しんでいるのを見ると辛い」と病 気の辛さに関する記述がされている。 しかし、「過去を振り返れば辛いですが、今は人 のためにボランティア活動をしたい」と、過去 を整理し、前向きさがでてきている。また、ボ ランティア活動にやりがいを見出している。
------------------------------------------------------------------------	---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3月、6月では平均域を維持し、心理状態の改善が見られている。また、「活動性」では、1月から6月にかけて徐々に強くなっていることが示された。

また、PILの結果について表1に整理した。Part-Aの『人生の意味・目的』をどの程度体験しているかの指標では、変化は見られなかった。しかし、文章完成法や自由記述からなる『人生の目的は何か』等を問うPart-B, Cでは、半年間で低群から中群へと変化し、1月には見られなかった人生の目的や生き甲斐についての記述が6月に見られるようになった。

V. 考 察

1) Aさんの支援に連携が果たした役割

経過②、③にあるように、Aさんは抑うつ的な気分の原因が自分自身の接し方にあると気づき、対人関係という課題と向き合った。さらに、これからの人生について、ボランティア活動に自らの生きがいを見出すことができた。

地域包括ケアシステムでは“潜在的な心理支援ニーズを掘り起こし、柔軟な形で支援活動を展開していく必要性”があると、藤崎ら(2016)は述べている。本事例で言えば、「潜在的な心理支援ニーズ」はAさんの『対人関係の課題』と『生きがいに関する気づき』だったと言えるだろう。

『対人関係の課題』は、主にカウンセリングを通して明確になったものである。他方、『生きがいに関する気づき』は、カウンセリングに加えてボランティアとAさんの関わりの中で生まれてきたものである。

臨床心理士は情報を集約し、日常的に他職種間や地域コミュニティと情報共有していた。また、定期的に症例検討会を開いて心理士としての見立てを伝えたり、意見交換をすることで、Aさんの抱える課題や必要なサポートへの理解が深められ、支援へと結びついていた。例えば、傾聴の研修を受けたボランティアが、それを活かしてAさんと共に生きがいについて探索し、生け花の機会を提供する、といった様なことである。前述した様々な働きによって、Aさんについての共通理解が、支援メンバーの間に浸透したからこそ出来た支援ではないだろうか。医療機関と地域コミュニティの連携は、ニーズに対する支援を具体的にスムーズなものにするために、重要な役割を果たしていたと考えられる。

2) 地域コミュニティに連携が果たした役割

医療機関と地域コミュニティの連携は、Aさんへの支援だけでなく、地域コミュニティのサポート資源としての成長、自律に貢献していたと考える。

本事例の地域コミュニティは、Aさんへの取り組みを経て、その後、新たにサポートを必要とする人にも十分に機能するコミュニティとして形成されたように見えた。窪田(2009)は、“各層への支援を有機的なつながりのもとで行なうことでコミュニティの自律性が高められる”と述べている。本事例では、まず情報共有を通して地域コミュニティに必要なスキルを知ることができた。そして、医療機関が研修を企画・実施することでボランティアを支援し、ボランティアはそこでの学びをAさんの支援へと活かしていた。

医療と地域コミュニティの連携強化により、地域コミュニティはサポート資源として成長し、自律的に機能するようになったと言える。このことは、地域包括ケアシステムにおいて地域の互助を活用する際に、「連携」が重要な要素となること

を示していると考えられる。

3) 地域包括ケアシステムにおける臨床心理士の役割

本論文の事例を踏まえて、地域包括ケアシステムにおける臨床心理士の役割について提示すると、①カウンセリングによる潜在的な心理支援ニーズの把握、②臨床心理学的な見立て、③コンサルテーション、④他職種間での情報共有・連携の促進、⑤研修等による地域コミュニティの成長促進、の5点となる。このような役割が、地域包括ケアシステムの円滑な働きのために好影響を与えると推察される。しかし、これらはケアマネジメントの要素を含むなど、他の専門職の役割と重なる点もある。その中で臨床心理士の役割の独自性とはなんであろうか。

窪田(2009)は、コミュニティ・アプローチの際に臨床心理士がとるべき姿勢として、“臨床心理学的な見立てに基づいて、クライアントの変容を目指している”ことが重要だと指摘している。筆者も窪田の指摘と同様に、「臨床心理学的な見立て」が重要だと感じている。その理由の一つとして、筆者は、本事例のAさんや他の22名の利用者に対して、常に上記の視点をもって接していたのだが、考察1)で述べたように、臨床心理学的な見立てがサポートメンバー間で共有されることで、適切な支援に繋がりがやすかったという実感があるからである。

しかし、多くの機関や専門職と関わりをもつことになる地域包括ケアシステムでは、臨床心理学的な見立てを活かそうと試みてもうまくいかない場合もある。言うまでもないが、協力し合うのは、それぞれが多様な考えをもつ人々から成る「集団」である。よって患者個人についての見立てだけではなく、サポートする側の人々についての見立ても重要となる。各メンバー成員の考え方、かつ集団力動について、どれだけ理解できるかが、協働できる環境を作り出せるか否かに関わってくるように思う。

小野沢(2015)は、“患者の幸せのために協働できる環境を作り出すことが最も難しく重要な作業”であり、“地域包括ケアの要はこれに尽きる”

と述べている。この環境を作り出すために筆者も尽力し、本論文の事例では、それを作り出すことに成功したように思う。しかし、その他22名の事例では、そのような環境を作り出すことが難しいものもあった。それらのうまくいかない事例を思い返すと、サポートする側のメンバーに臨床心理学的な見立てを十分理解してもらえなかった、という印象が残っている。特に地域コミュニティの場合は、心理学に馴染みがない人が大多数であっただろう。ここでは、筆者の見立てが足りず、理解してもらうための工夫が十分ではなかったことが伺える。

以上のことから、「臨床心理学的な見立て」を常にもちながら、地域包括ケアシステムにおける利用者の支援を考えることが、臨床心理士の独自性ではないかと考える。また、各機関との連携や多くの専門職と関わりをもつ地域包括ケアシステムでは、「臨床心理学的な見立て」を活かして型にはまりすぎない柔軟な支援に繋げていくことが、臨床心理士の役割として重要な点であると考える。

VI. おわりに

今後も、超高齢社会という社会構造の変化に伴い、求められるニーズや役割も変化していくと思われる。地域の文化やニーズを把握し、柔軟に対応していくためにも、臨床心理的地域援助の専門性を高めていく必要がある。また、実践的な検討を重ね、超高齢社会における臨床心理的地域援助のより良い在り方を明確にしていくことが望まれていくと考える。

文 献

藤崎真知代・清水良三・伊藤拓・横澤直文・金子健（2016）：心理学部附属研究所の近隣地域における実践的地域包括ケアシステムに関する探索的研究—2012-2014年度特別研究プロジェクト報告— 明治学院大学心理学部附属研究所年報 2016.5 45-57

飯島勝也（2014）：在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの必要性 渡辺浩（編） 地域包括ケアのすすめ 東京大学出版会 PP3-16

窪田由紀（2009）：臨床実践としてのコミュニティ・アプローチ 金剛出版 PP9-22 PP171-212

今西二郎（2003）：医療従事者のための補完・代替医療 今西二郎（編） 金芳堂 PP3-9

小野沢茂（2015）：地域包括ケアの課題と未来 小松秀樹、小松俊平、熊田梨恵（編） ロハスメディア PP99-108

佐藤文子（2008）：PILハンドブック（改定版）第I部PILテストの全体像と分析法 佐藤文子（編） システムパブリカ PP5-15

地域包括ケア研究会（2016）：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 2016.3

介護保険法（2014）：厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>

統合医療、相補・代替医療について：日本統合医療学会ホームページ <http://imj.or.jp/general>

臨床心理士の専門業務について：臨床心理士資格認定協会ホームページ <http://fjcbcp.or.jp/rinshou/gyoumu/>

Abstract

Investigation of role of clinical psychologist in The Integrated Community Care System

The Ministry of Health, Labor and Welfare aims to realize the construction of “The Integrated Community Care System” (mainly for the purpose of nursing care, in which housing, medical care, nursing care, prevention and living support are integrally provided) in 2025. Although one of the expertise of clinical psychologists there is a “clinical psychological regional assistance”, research is less discussed from a clinical psychological point of view on The Integrated Community Care System. While examining the examples of the authors' efforts, I examined the role of clinical psychologists in The Integrated Community Care System.

As a result, ① grasping the potential psychological support needs by counseling, ② Clinical psychological approach, ③ Consultation, ④ Promotion of information sharing and cooperation among other occupations, ⑤ Promoting growth of local communities through training etc, 5 points were presented as roles. In particular, I thought that “clinical psychological perspective” is an important point as a role of clinical psychology in the regional psychology system, and it demonstrates its originality.