

医療機関における地域貢献活動と公認心理師の役割

岡 村 香 織

1. 問題の背景

(1) 長寿化する日本の課題

「高齢化社会」や「少子高齢化」がメディアで取り上げられるようになって久しい。戦後のベビーブームに生まれた団塊の世代が、2025年には75歳以上の後期高齢者となり、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上という、かつてない超高齢社会を迎える。一方、20～64歳の現役世代は減り続け、2025年には現役世代1.8人で高齢者1人を支えなければならない。いわゆる「2025年問題」は後期高齢者の増加により医療費が膨れ上がり、医療経済が破綻するという懸念である。しかし、これはわが国の超高齢社会の始まりにすぎず、2040年には過去最大の高齢者人口、そして最大の死亡者数に到達すると予想される「2040年問題」が待ち受けている。

人口減少高齢化社会において社会保障体制を持続させる戦略として辻（2015）は、人口の量より質を維持する、または社会保障の給付を切り下げるという二点を挙げ、前者を推奨している。つまり、国民一人ひとりの健康レベルや生産性を高めることにより、国民所得を増やし、かつ医療費や介護費といった社会保障のニーズを減らすということである。しかし、ここにも健康寿命の伸びが平均寿命の伸びに追いついていないという課題がある。健康寿命とは平均寿命のうち健康で自立して暮らせる期間で、健康日本21（第二次）における健康寿命は「日常生活に制限のない期間の平均」とされている。厚生労働白書（2020）でも、健康日本21が始まった直後の2001年から2016年までの15年間で、平均寿命は男性が2.91年、女性は2.21年伸びたが、健康寿命は男性が2.74年、女性は2.14年の伸びにとどまっている。平均寿命と健康寿命の差は縮まりつつあるが、それでもまだ両者が逆転しない実状がある。

国民一人ひとりの健康レベルや生産性を高めるという課題と関連する問題に認知症がある。2012年の65歳以上の高齢者における認知症有病率は15%（462万人）と推計され、各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定であると仮定した場合に推定認知症有病率は2025年に18.5%（675万人）、2040年に20.7%（802万人）に達するとされている。また、65歳以降、5歳ごとに倍増し、80歳以降では推定認知症有病率が男女ともに30%を超えると報告されており、わが国の平均寿命の延長が有病率の増加に影響を与えていると考えられている。

厚生労働省は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援という目的のもと、可能な限り住

み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を、2025年を目途に推進している。地域包括ケアシステムには「本人・家族の選択と心構え」「住まいと住まい方」「生活支援」「医療・介護・予防の一体的な提供」という4つの構成要素がある。江澤（2022）は「医療・介護・予防の一体的な提供」において、介護予防、重症化予防、急性疾患への対応、入院・退院支援、看取りなどにおいて、医療と介護の連携が特に求められると述べている。その際、介護職が「医療マインド」を、医療側は「生活を支える視点」をもって連携することの重要性を指摘している。また、田中（2022）は地域包括ケアシステムの3つの側面として、「ケアの統合」「日常の暮らしの支援」「地域共生社会と社会的包摂」を挙げ、急性期や高度急性期の入院医療を除いた医療が「ケアの統合」において大切な要素と位置付けられている点を日本の進展だと評価している。

地域包括ケアシステムの構築を含め、2025年問題、そして2040年問題への取り組みにおいて医療は大きな期待を背負っている。2010年以前の人口増加・経済成長期に日本は約140万床の入院病床を全国に整備するなど、大規模なインフラ投資をした。人口減少が見込まれる今後、これらは徐々に必要なくなるため縮小していかねばならない。わが国の財政や社会保障を取り巻く環境が変化するなか、従前の医療を継続しては課題は山積するばかりである。

（2）医療領域における心理職・公認心理師が抱える課題

わが国における心理職の国家資格化の動きは1960年代に始まったが、各所の意見対立や相違によりなかなか実現できないでいた。しかし、2017年9月に公認心理師法が施行となり、国家資格としての心理職・公認心理師が誕生することとなった。公認心理師は一資格5領域（保健医療、福祉、教育、司法犯罪、産業）の汎用資格である。

厚生労働省は2010年に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書を出し、「入院医療中心から地域生活中心へ」をモットーに政策転換を進め、多職種協働のチーム医療を採用する方針を打ち出している。2011年にはアウトリーチ推進事業が開始され、精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等を中心にした多職種チームによって精神科訪問看護制度が運用されている。このようにメンタルヘルス関連諸領域において多職種協働が求められるようになったことも、心理職の国家資格化を後押しした。公認心理師法第42条には、「公認心理師は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に対し、保健医療、福祉、教育等が密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらを提供する者その他の関係者等と連携を保たなければならない」と定められている。

医療領域における公認心理師は、そのニーズが強調される半面、常勤職が53.0%と少ない（2021）。この要因について丹野ら（2022）は、公認心理師の業務に保険点数が付くものが少なく、医療機関が公認心理師を常勤雇用する財政基盤が弱いことを指摘している。「入院医療中心から地域生活中心へ」と政策転換され、多職種協働でのアウトリーチが展開されるなか、その仕組みのなかに公認心理師が十分に組み込まれていない現状がある。

患者を医療と日常生活の支援の両面で支えていく動きが加速するなか、医療領域の公認心理師は自らの立ち位置や役割を考える必要性に迫られている。

2. 医療機関による地域貢献活動 ―A病院における認知症予防啓発活動について―

(1) A病院における地域貢献活動の背景

先に述べたように、超高齢社会の問題と並行して認知症有病率の増加が懸念されている。2019年に公表された認知症施策推進大綱では「共生」と「予防」が柱になっており、予防に関しては「ならないように」ではなく、「発症や進行を遅らせる」と定義されている。

認知症予防の取り組みに関する研究はさまざまあるが、いずれもあまり明確な効果が得られていない。そのようななか、画期的な成功例として注目された研究がFINGER研究である。FINGER研究はフィンランドの地域住民2,654名を対象にスクリーニングを実施し、軽度認知障害（mild cognitive impairment: MCI）と診断された1,260名を対象にした認知症予防の大規模な介入研究である。MCIは日常生活に支障がない程度のもの忘れがある状態で、およそ半数が約5年後に認知症に移行するといわれている。この研究は、認知症発症の前段階から生活習慣への多因子介入（運動指導、食事指導、認知トレーニング、血管リスク管理）を積極的に行うことで、認知機能の改善効果が得られることを初めて実証したランダム化比較試験（randomized controlled trial: RCT）である。また、Livingston（2017）によれば認知症の危険因子のうち、約35%は修正可能な要因だとしている。65歳以上における修正可能な要因には、糖尿病、運動不足、喫煙、社会的孤立、抑うつなどが、45～65歳まででは、肥満、高血圧、難聴などが挙げられている。近年ではアルツハイマー型認知症は発症のおよそ25年前、つまり発症を65歳と仮定すると40歳から脳内の病変が始まっていることがわかっている（徳田, 2017）。このように、認知症は対策によって予防可能な側面があり、高齢者に限ったことではなく、40代から取り組む必要があるといえる。

このような知見に基づき、大阪府の精神科病院であるA病院では、街かどデイハウスBや民生委員と連携し、地域における認知症予防啓発活動を実践している。大阪府独自の福祉施策である街かどデイハウスは、介護保険サービスを使わずに高齢者が自立した生活を送れるよう、市と府が支援するボランティア団体が介護予防や認知症予防といったサービスを提供するものである。地域住民の熱意と厚意で運営されている部分が少なくなく、街かどデイハウスBでは専門的な知識を活用した取り組みに試行錯誤していた。一方、A病院では多くの病院がそうであるように治療医学に基づく実践が中心で、診療の対象は認知症に「なった人」であった。しかし、認知症に「なった人」を対象とする治療医学を実践するだけでは超高齢社会に待ち受ける諸問題を乗り切るのは難しい。病院経営の観点からすると後回しになる側面は否めないが、喫緊の社会的な課題として予防医学的アプローチを検討する必要があった。そこで、業務ではなく、院内の有志がボランティアとして認知症予防や介護予防に関する知識およびその活用方法を、街かどデイハウスBを通じて地域に還元する目的で、チーム「project A」（以下、project A）を立ち上げることに

なった。チームメンバーは、医師、看護師、薬剤師、栄養士、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師、事務職員の8名で、筆者は公認心理師として参加した。ミクロ単位ではあるが、community based care（地域を基盤としたケア）の一端を担った地域包括ケアシステムの構築に寄与することを目指した活動を行ったので、以下に報告する。

（2）A病院における地域貢献活動 ― 認知症予防啓発活動の実践 ―

2015年、A病院において認知症予防啓発活動を地域で展開する職員有志のチームであるproject Aが発足した。地域の民生委員を中心に運営されていた街かどデイハウスBと連携し、2017年から年4回日曜日に認知症予防を目的とした各種活動を行っている。街かどデイハウスBに通っているのは介護保険を利用していない地域の高齢者である。project Aが認知症予防啓発活動で対象とするのは、高齢者のみならず、認知症予防に取り組み始める必要がある40代も含んでいる。このため、街かどデイハウスBの利用者にproject Aの活動を広報する際は、子どもや孫とともに参加することを推奨し、40代にも参加を促した。

これまでの年4回の活動は表1のとおりである。各回の参加者数は40～50名ほどで、参加者の年代は70～80代が9割を超えており、その子ども世代である40代は数名であった。

表1 年間活動の概要

	テーマ	内 容
春季	認知症予防ウォーキング	地域の桜街道をウォーキング
夏季	ミニレクチャー	各回のテーマ「笑いと健康」「禁煙」「血圧」など
秋季	体力測定会	文部科学省新体力テスト実施要項（65～79歳対象）に基づく体力テスト
冬季	ミニレクチャー	各回のテーマ「低栄養」「運動療法」「若返りトレーニング」など

年4回の活動内容は、大規模観察研究であるFINGER研究（Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability）の知見を参考に構成した。FINGER研究では、運動、食事、認知トレーニング、血管リスク管理の4つが認知症予防に奏効するとしている。年4回の活動の内、ミニレクチャーでは認知症予防に重要な4つのポイントを参加者が情報として取り入れ、健康行動への動機づけを高めることを目的とした。そして、春季や秋季のように気候がよい時期にはミニレクチャーの内容を実践する身体的プログラムを行った。各活動はいずれも参加者の負担を考慮して2時間程度、午前中に実施した。

ミニレクチャーでは毎回1～2テーマを取り上げ、それを専門とするproject Aのメンバーが講義を行った。高齢者の認知面に配慮して、講義は1テーマ20分程度と短めに設定し、不足分はグループディスカッションで補完するようにした。認知症予防ウォーキングは約3kmのウォーキングを、体力測定会では文部科学省新体力テスト実施要項（65～79歳対象）に基づく体力テストを行った（写真1）。ウォーキングおよび体力測定はいずれ



写真1 認知症予防啓発活動の様子

も、前年度の結果と比較ができるように記録し、適宜フィードバックした。

参考資料として、脳トレをテーマにしたミニレクチャー「若返りトレーニング」の参加者内訳および参加後のアンケート集計結果の一部を表2～表7に示す。

表2 参加者の年齢

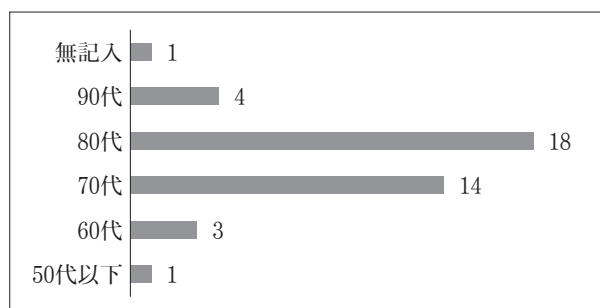


表3 「今回のテーマ『若返りトレーニング』に関心がありましたか」

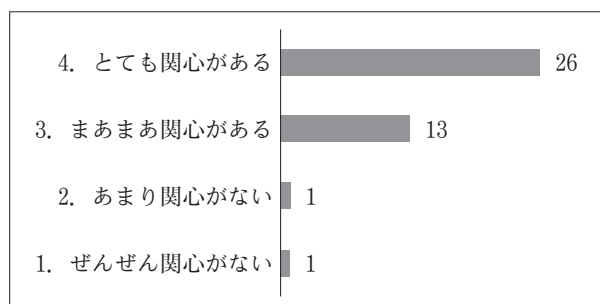


表4 「今日の感想を教えてください」

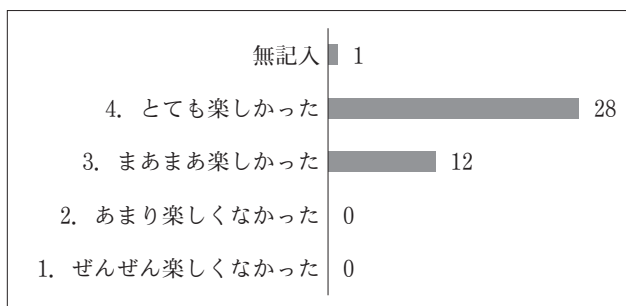


表5 「普段の生活で脳トレをしていますか」

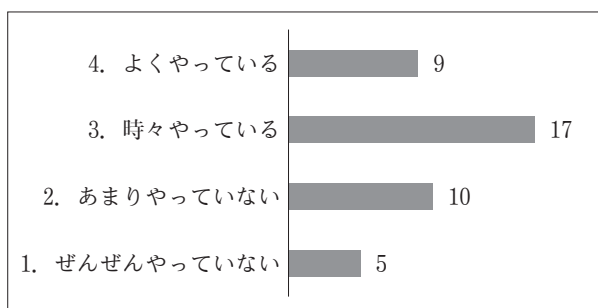


表6 「今日のようなトレーニングを家でもやってみようと思いますか」

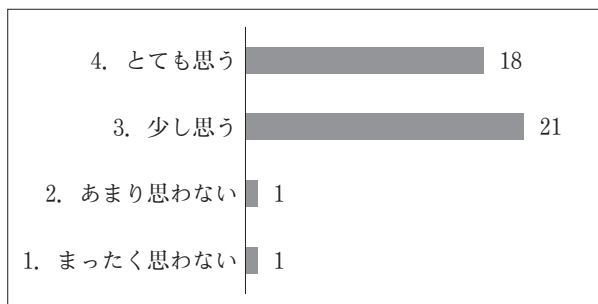


表7 「ご自由にご感想をご記入ください」(回答は原文ママ)

1	老いて行く上での気持ちの整理といふか覚悟みたいな事の講演があってほしい
2	今日は楽しく参加させていただきました。ありがとうございました。
3	これからも時々もおしをしてほしいです
4	今後もこのようなことをしてください
5	今後もプロジェクトAのプログラムを楽しみにしています
6	たのしい一時でした
7	楽しかった
8	楽しかった。参加してよかった。
9	付き添いで参加しましたが、とても勉強になり楽しかったです
10	できれば参加したいが他の曜日と重なることもあるので
11	母がアルツハイマーだったので比較的早くから脳トレに取り組んでいます

(3) A病院における地域貢献活動の成果

A病院の project A における地域貢献活動は、極めて小規模な実践である。それでも毎回40～50名の参加者を確保できたのは、地域のなかに活動への一定のニーズがあることを示唆している。参加者に実施したアンケートの結果も概ね高評価で、認知症予防や介護予防に対する意識の高さがうかがえた（表3，4）。

人が行動（生活習慣）を変える場合、変化ステージモデル（stage of change model）（Prochaska & DiClemente, 1983）では5つの段階を経るとされている（図1）。そして、各ステージの特徴に応じた支援をすることで行動変容に結びつくといわれている。project A のミニレクチャー「若返りトレーニング」実施後のアンケートをみると、脳トレを日頃から行っている者が半数以上いた一方で、「あまりやっていない」「ぜんぜんやっていない」者が3割以上を占めていた。しかし、ミニレクチャーに参加した後は大半の者が普段の生活でもトレーニングを取り入れようと思うと回答していた。参加者の多くは、企画に参加している時点で少なくとも変化ステージモデルでいうところの無関心期ではなく、関心期あるいは準備期にあると考えられる。支援の方法として、関心期では生活習慣を変えることに対する不安や抵抗の要因に気づいてもらうような情報提供が、また、準備期ではソーシャルサポートが奏効するとされている。「若返りトレーニング」をはじめとしたミニレクチャーでは情報提供を行った後、行動変容にまつわる体験や不安をグループディスカッションで共有した。このように、参加者のステージに応じたプログラム構成が、行動変容に対する動機づけを高めることに寄与したとも考えられる。

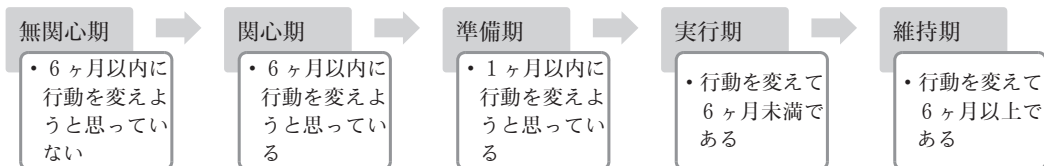


図1 変化ステージモデル（Prochaska & DiClemente, 1983 をもとに作成）

参加者の多くは街かどデイハウス B の利用者であったが、そこでは挨拶を交わす程度の関係であったり、通所日が異なると面識さえなかったりと、つながりはあまり深くなかったようである。project A のミニレクチャーでは、グループディスカッションを積極的に取り入れたが、その中で生活面や身体面などにおいて同じような悩みを持つ参加者と交流したことについて「楽しかった」という感想が多くみられた。地域の高齢者同士の関係が希薄になり、単身者の孤立が危惧されるなか、こうした活動がつながりの一助となる可能性が示唆された。

McMillan & Chavis (1986) によると、コミュニティ感覚は「メンバーシップ」「影響力」「ニーズの統合と充足」「情緒的つながりの共有」の4つで構成される。地理的空間の共有がコミュニティの必要条件ではなく、そこに集う人々が集団に対してコミュニティ感覚を有しているかどうかが重要とされる。project A の活動を契機に、地域住民がそのつなが

りに所属感を持ち、関係を維持・発展させたいと感じるようになれば、コミュニティとしての発展があるといえるだろう。身体機能の低下や家族や友人との死別などにより、行動範囲や人間関係が狭くなった高齢者にとって、コミュニティの存在はいっそう価値を有するものと考えられる。

(4) A病院における地域貢献活動から見た課題

成果の半面で実践から見えてきた課題もあった。課題は主に二つの側面から考えられる。

一つは、対象者に関連した課題である。project Aが認知症予防としてターゲットにしたのは、高齢者はもちろん、アミロイド β の蓄積という脳内の病変が始まる40代であった。しかし、実際のところ40～50代の参加者は数名程度であった。ターゲット層の参加が少なかった要因として、ライフサイクル上の課題が関係していると考えられる。エリクソンは誕生から死に至るまでの人の一生をライフサイクルと見立て、8つの発達段階にまとめている。それぞれの発達段階には達成すべき発達課題と、それに相対する心理社会的危機がある。このライフサイクル論でいえば、40代は壮年期にあたり、その発達課題と心理社会的危機は「生殖性対停滞」とされている。エリクソンは生殖性を *generativity* という造語で表現し、次世代に継承することへの関心を意味するとしている。鑑(2002)は生殖性を「次の世代を生み、育み、世話をし、導くことへの参与」とし、次世代のために仕事をすることが課題と述べている。昨今の晩婚化や、これに伴う出産の高齢化などがあり、子育てに追われる40代も少なくない。40代では生活に占める仕事や子育ての比重が大きく、多忙を極めている。加えて身体的にもある程度安定しており、認知症予防が視野に入ってくるにくいと考えられる。核家族化が進むなか、介護がまだ必要になっていない親に付き添って project Aの活動に参加するほどの時間的余裕がないということはあるだろう。

この課題に対しては、もう少し視野を広げた取り組みが必要になってくるかもしれない。認知症予防を掲げても、当事者としての感覚を持ちにくいのが40代である。それならば、認知症予防につながる、運動、食事、認知トレーニング、血管リスク管理の4つポイントを健康行動として推奨し、多忙な40代がこれらを無理なく生活に取り込めるような仕組みづくりをすることが重要になるだろう。大阪府では「おおさか健活マイレージ アスマイル」といった無料のスマートフォンアプリを製作し、歩く、朝食を摂るなど、毎日の簡単な健康づくり活動を「アスマイル」に記録することでポイントを貯め、貯めたポイントに応じて特典がもらえるというサービスを提供している。40代のような若い世代が認知症予防への動機づけを高めるには、行政との連携を含めた、地域により密着した取り組みを展開することが必要だろう。

project Aの活動から見えてきたもう一つの課題は、活動を提供する側に関連したものである。project Aの活動は病院内の有志が行っていた。活動の必要性は組織のなかで理解されていたが、業務として組み込めない背景には、深刻な人手不足や、費用対効果において十分なメリットが見込めないことなどがあった。病院内で活動を広報して毎回10名ほどの協力参加が得られたことにより、運営はある程度円滑に行えたが、今後さらに活動を

拡充するうえで課題になってくるだろう。

病院が行う地域貢献活動はさまざまである。健康づくり教室や介護予防教室、住民が集う認知症カフェなど、すでに多くの医療機関が行っている。江澤（2022）は「今後の地域包括ケアシステムの深化・推進において、地域貢献活動は、自助・互助を支える重要な役割を担う」と指摘している。そして、この活動が住民との信頼関係を構築することとなり、経営環境が厳しくなる状況下において重要性がより高まるとも述べている。project A の活動は徐々に地域に浸透しつつあるようで、地域の行事に呼ばれたり、認知症予防に関する相談を受けたりする機会が増えた。活動を通じて知り合った参加者と道ですれ違えば挨拶をするような馴染みの関係にもなった。仰々しく予約をして相談するような関係ではなく、立ち話で困ったことを軽く相談できるような関係こそ、地域住民が期待する医療機関のあり方ではないだろうか。地域貢献活動を業務に組み込んで展開していくためには、地道な実践を積み重ねることが必要なのかもしれない。

3. 医療機関における公認心理師の役割

（1）A 病院の地域貢献活動における公認心理師の役割

公認心理師法第 2 条に定められた公認心理師の業務として、①心理的アセスメント、②心理支援、③関係者への支援、④心の健康教育の 4 つがある。公認心理師は、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、①～④に掲げる業務を行うとされている。④心の健康教育は、心の健康に関する知識の普及を図るための教育および情報の提供であり、心理支援を要する者に限らず、国民全体を広く対象とするものである。

A 病院で地域貢献活動を始めるにあたって、公認心理師として心の健康教育を地域のなかでどのように展開するかについて病院内の執行部と検討し、認知症予防啓発活動を行う運びになった。まず、地域貢献活動に関心がある職員を募ったところ、医師、看護師、薬剤師、栄養士、作業療法士、精神保健福祉士、事務員などさまざまな職種から賛同が得られ、チームとして project A を立ち上げることができた。

project A の実動における公認心理師の役割は、病院の「うち」と「そと」、二つの面から考えることができる。病院の「うち」では、チームミーティングの内容や日程の調整、情報管理、また、院内各部署への活動報告やポスター等での広報を行った。「そと」では、街かどデイハウス B に訪問し、地域における認知症予防の現状や課題、project A への要望などを聴取し、「うち」に持ち帰って検討した。「うち」と「そと」の活動をつなぐ窓口となって各種の調整も行った。

「うち」における project A と院内の各部署、「そと」における病院と地域という具合に、公認心理師はシステムとシステムをつなぐ役割を担っていた（図 2）。そして、そこでのあり方はプレイング・マネージャーであり、チームメンバーの役割の調整や機能の向上などを図るマネジメントと、企画を実際に行い、院内外に活動を広報するといったプレイヤーとしての役割を併せ持っていた。

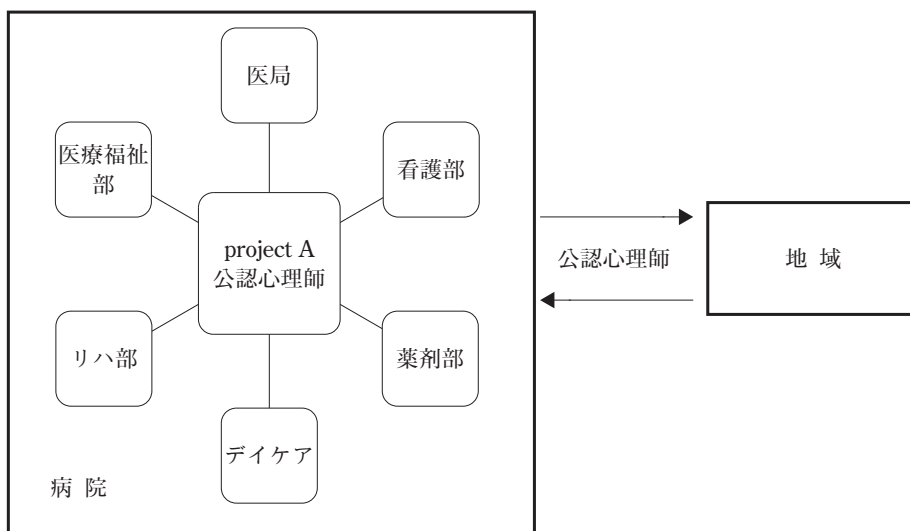


図2 project Aにおける公認心理師の役割イメージ

(2) 医療機関の公認心理師に求められるもの

公認心理師法第2条に定められた公認心理師の4つの業務は基本業務とされており、医療領域に特化した調査結果では、心理的アセスメントの比重が大きい（厚生労働省, 2020）。一方で、医師や看護師などの他職種からは院内の業務にとどまらず、院外連携や地域支援などに積極的に参画することが期待されている（厚生労働省, 2021）。この一例として、医療と福祉を統合したコーディネーターとしての機能や、地域包括ケアとして社会的フレイルの状況にある高齢者への支援などが挙げられている。

2011年度から開始されたアウトリーチ推進事業は、自らの意思で受診したり、通院を継続したりするのが困難な精神障害者の生活に支障や危機的状況が生じないようにきめ細かな訪問や相談対応を行うことを目的としている（福山, 2014）。厚生労働省（2017）による「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことを新たな理念として挙げており、精神障害者に対しても、医療と日常生活の両面から支援することが必要と考えられるようになっている。精神科医療のなかで診療報酬制度として位置づけられているアウトリーチ活動に精神科訪問看護があり、そこでは精神科医、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士などがそれぞれの専門性を発揮して協働する、多職種チームによる支援が有効と考えられている。

公認心理師の基本業務である心理的アセスメントと心理支援は、心理職のアイデンティティにおいて中核的な要素である。ただし、こうした業務は要支援者との個別の関わりが中心であるため、支援の中身が他職種には見えにくく、職能集団のなかで心理職を孤立無援な専門職に化したという指摘がある（吉川, 2014）。アウトリーチ活動の重要性が高まるなか、公認心理師は多職種チームの一員となって機能する自らのあり方を考えなければ

ならない。

それでは、チームワーカーとして公認心理師に何が求められているのだろうか。一つに、要支援者の心理や、家族・学校・会社といった集団と要支援者のダイナミクスなどのアセスメントが挙げられる。このような役割は心理職が最も専門とするところであろう。もう一つは、チームのマネジメントである。多職種連携の難しさに、職種間で支援方針に齟齬が生じるということがある。林（2014）は、心理職がチームリーダーになることを求める流れがあるとし、これを「心理士の集団管理能力や人間関係を広く理解する力、他の職種のメンバーの役割を理解し、それをサポートする能力を期待してのこと」と述べている。力動的な集団理解の視点を活用し、職種間の相互コミュニケーションや相互作用の調整を図る機能を担うことが期待されているといえる。

岩満ら（2009）の調査によると、医師や看護師など他職種が心理職に望まないことの一つに「情報の抱え込み」が挙げられている。職業倫理における守秘義務との兼ね合いがあり、他職種との情報共有に一定の限界があることはやむを得ない。一方で、他職種から抱かれる懸念の背景には、心理職という存在の不透明さも関係しているのではないだろうか。多職種協働について keeping（2010）は、自身の「専門性と限界の両方を他職種にわかりやすく伝えるコミュニケーション能力が求められる」としている。オープンで正直なコミュニケーションを他職種と積極的に図ることがチームワークスキルとして公認心理師にも求められる。

4. 今後の課題

要支援者を医療のなかに囲い込むのではなく、地域で支えるという支援のパラダイムシフトや、少子高齢化を含めた社会文化的な変化に伴って生じるさまざまな問題は、多職種チームでの対応が望まれるものである。心理職が行ってきたこれまでの支援は、二者関係を重視したプライベート・プラクティスモデルが主流であったが、今後はチームアプローチの占める比重が大きくなると考えられる。チームアプローチを有用に展開するためには、公認心理師がどんな専門性を有しているかを他職種に知ってもらうことが重要だろう。公認心理師として何ができるか、できないかについて、他職種が理解できる言葉で説明しなければならない。チームリーダーとしての役割が期待される立場として、高度な社会性をもったコミュニケーションを実践する力を涵養する必要があるだろう。

心理職が国家資格化され、公認心理師が運用されてもなお、医療領域で心理職が行う治療的活動は診療報酬との結びつきが弱い。病院内外において広くチームアプローチに参入して実績を積み上げることが、医療のなかでその存在を確かなものとするための足掛かりになるのかもしれない。

【文献】

青柳由則（2016）. 認知症は早期発見で予防できる 文藝春秋

江澤和彦（2022）. 住まいと病院の一体化 田中滋（監修） 地域包括ケアシステムの深化と医療が支えるまちづくり 東京大学出版会, 165-179.

- 福山和女 (2014). アウトリーチの未来像—地域におけるソーシャルサポートと協働— 精神療法, 40(2), 195-197.
- 林直樹 (2017). 公認心理師とチームワーク論—今後の発展に向けて— 精神療法, 43(6), 851-853.
- Ikejima C, Hisanaga A, Meguro K, Yamada T, Ouma S, Kawamuro Y, et al. (2012). Multicentre population-based dementia prevalence survey in Japan: a preliminary report. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 12, 120-123.
- 岩満優美・平井啓・大庭章, 他 (2009). 緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究—フォカスグループインタビューを用いて— *Palliative Care Research*, 42(2), 228-234.
- 日本公認心理師協会 (2021). 厚生労働省令和2年度障害者総合福祉推進事業 公認心理師の活動状況等に関する調査 Retrieved from https://www.jacpp.or.jp/document/pdf/00-all-FY2020_mhlw_shogaifukushi_research_final.pdf (2022年12月28日)
- 日本公認心理師協会 (2021). 厚生労働省令和3年度障害者総合福祉推進事業 医療機関における公認心理師が行う心理支援の実態調査 Retrieved from https://jacpp.or.jp/document/pdf/pdf20220530/00_20220530.pdf (2022年12月28日)
- Livingston G, Sommerlad A, Orgete V, et al. (2017). Dementia prevention intervention, and care. *Lancet*, 390 (10113), 2673-2734.
- 松原悦朗 (2020). 認知症の予防戦略 日本内科学会雑誌, 109(8), 1552-1557.
- McMillian, D.W., & Chavis, D.M. (1986). Sense of community: A Definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.
- 厚生労働省 (2017). 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougai-hokenfukushibu-Kikakuka/0000151159.pdf> (2022年12月28日)
- 厚生労働省 (2019). 認知症施策推進大綱 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2022年12月28日)
- 厚生労働省 (2020). 令和2年版厚生労働白書—令和時代の社会保障と働き方を考える— Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/backdate/01-01-02-06.html> (2022年12月28日)
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stage and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- 首相官邸 (2019). 認知症施策推進のための有識者会議 (第2回) 認知症年齢別有病率の推移等について Retrieved from https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/yusikisha_dai2/siryou1.pdf (2022年12月28日)
- 田中滋 (2022). 政策論としての地域包括ケアシステム 田中滋 (監修) 地域包括ケアシステムの深化と医療が支えるまちづくり 東京大学出版会, 3-21.
- 丹野義彦・石垣琢磨 (2022). 公認心理師にとって診療報酬はなぜ生命線か 季刊公認心理師, 2(4), 4-9.
- 鑪幹一郎 (2002). アイデンティティとライフサイクル論 ナカニシヤ出版
- 徳田隆彦 (2017). アルツハイマー型認知症のバイオマーカーの現状と課題 老年期認知症研究会誌, 21(4), 39-45.
- 辻一郎 (2015). 健康長寿社会を実現する 大修館書店

吉川 悟 (2017). チーム医療における公認心理師への期待—システム論の観点から— 精神療法, 43(6), 854-855.