心理支援
連携の実践例集

一般社団法人 日本心理臨床学会

本実践例集について

心理職は2022年現在、約5万人ほどがさまざまな分野の機関で活動しています。本実践例集はこれらの分野における他機関や他職種等との連携の実際について、分野別の32の実践例を収載しています。今回、日本心理臨床学会の資格関連委員会からの依頼に快く原稿をお寄せくださいました執筆者の皆様に厚く御礼申し上げます。

目　次

本実践例集作成の趣旨 …… 3
「心理支援　連携の実践例集」の発刊にあたって …… 4
分野別実践例
保健医療分野 …… 5
福祉分野 …… 31
教育分野 …… 53
司法・犯罪分野 …… 72
産業・労働分野 …… 90
私設心理相談分野 …… 100
総合コメント：公認心理師の各分野における連携について …… 107
執筆者一覧 …… 109
各分野コメント執筆者・第6期資格関連委員会委員一覧 …… 110
資料（公認心理師法第42条の運用に関する連携の考え方） …… 111

本実践例集作成の趣旨

一般社団法人 日本心理臨床学会
第6期資格関連委員会 委員長 奥村 茉莉子

公認心理師法は2015年9月に国会を通過し、受験資格やカリキュラムの検討を経て、2017年9月に施行されました。資格登録者数は2022年3月末現在54,248人で、公認心理師の国家試験は2022年7月に行われた第5回を最後に、正規の養成課程を経ていない、施行時の現任者に受験資格を付与するいわゆる経過措置は終了しています。法は制定時に5年後以降の見直しを行うこととされており、本実践例集は、各分野の心理支援における連携の必要性とその実践を共有する資料として、また法の見直しに向けて心理支援の現状を伝える資料として作成されました。

公認心理師法には第42条に連携に関する条項が設けられ、その第2項には「公認心理師は、その業務を行うに当たって心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治の医師があるときは、その指示を受けなければならない」とされています。また、この第2項の運用に関しては、「公認心理師法第42条第2項に係る主治の医師の指示に関する運用基準（29文科初第1391号／障発0131第3号平成30年1月31日）」が発出されております。

心理支援の実践に際して、医師の指示に関するこの条項へ対応については、医療以外の分野における実務者からも多くの戸惑いが表明されたので、実務者における共通認識が重要であろうと思われました。そこで、一般社団法人日本心理臨床学会では2020年8月に「公認心理師法第42条の運用に関する連携の考え方（以下、「連携の考え方」）」（資料）を一般社団法人日本臨床心理士会及び一般社団法人日本公認心理師協会と連名で策定しました。本学会資格関連委員会ではこの「連携の考え方」を策定する過程で、連携がさまざまな分野において実際に行われており、それが要支援者の福祉にとって必要である実践例の提示も必要であろう、との認識に至りました。

本実践例集は以上のような経緯のもとに企画され、保健医療、福祉、教育、司法・犯罪、産業・労働及び私設心理相談における連携実践例集として作成されました。前述の「連携の考え方」文書の冒頭にあるように、公認心理師法の立法は、法案起草の資料に記載のとおり、以下のことが前提となって成立しています。

・国民のための心理に関する支援の必要性が社会的に先行してある。
・広がる多様なニーズと多様な支援場所がある。
・このような支援は、連携を抜きには考えられない。

心理支援ニーズに対応する際に要する実務の幅の広さ、そのための連携対象が多岐にわたること、それぞれの現場における連携の選択と方法には積極的な工夫が必要であることなどについて、本実践例集が具体的な例の提示として活用されることを期待します。

「心理支援 連携の実践例集」の発刊にあたって

一般社団法人 日本心理臨床学会
理事長 藤原　勝紀

一般社団法人日本心理臨床学会は、1982年（昭和57年）に創設され、現在、会員数2万9千名に及ぶ斯界随一の学術団体として40周年になります。ひとえに学協界はじめ国民ユーザーの方々とともに歩み、育てていただいた賜と心より御礼を申し上げます。

この学会は、心理臨床という実践活動を営む会員、つまり心理支援として対人援助の業務に直接に携わる心理の実践者が集って、その技能の研修と研究に励み、社会的にも実際的に貢献する活動と実績を備えてきました。その代表的な成果を象徴する事柄が、臨床心理士の誕生（1988年）に中心的な役割を果したこと、そして2015年に国会での立法化により施行（2017年9月）された公認心理師の誕生に寄与したことです。

もとより誕生は未来への希望と期待であり、そこから実際に具体的な「専門性の形と実像」を実践的に育み、創出して、人々と社会的な要請に応えていく出発点と心得ます。

学会創立当時の記録には、心理臨床の業務に携わるもの相互の連携協力によって心理臨床科学の進歩と、会員の資質向上、身分の安定を図ることを目的として、心の問題をもった人に直接取り組んでいる者、つまり、『心の専門家』と呼ばれる心理臨床家の集まりとして出発したことが記されています。そこから今日まで、臨床心理士の誕生から育んできた実践経験も踏まえて、新たに誕生した公認心理師についても、まさに「連携」をキーワードに、国民の心の健康に貢献する安心・安全な心理実践家を育むために、連携と協働を必然とする心理支援ニーズに十全に応えていく社会的要請と責務を自覚するところです。

その端緒として、『心理支援 連携の実践例集』を発刊する運びとなりました。現場実践の身近な連携にご活用いただけると幸いです。最後に、資格関連委員会の奥村委員長はじめ第6期委員、執筆者各位の並々ならないご尽力に心から感謝を申し上げます。

2022年8月吉日

心理支援
連携の実践例集

保健医療分野

総合病院における連携の実際

がん医療における連携の実際

緩和ケアにおける連携の実際

単科精神科病院における連携の実際

精神科クリニックにおける連携の実際

総合病院周産期医療における連携の実際

高齢者医療機関における連携の実際

保健センターにおける連携の実際

総合病院における連携の実際

活動の背景

当院は400床規模、2名の常勤心理職が勤務する精神科医不在の総合病院である。本稿では当院における他職種連携の在り方について紹介する。

連携の基本的考え方

医療機関が提供するサービスは疾患や症状の治療と療養であり、身体科においては当然身体疾患に対するアプローチが主目的となる。しかし、罹患すること、病を抱えて生きること、治療の過程それぞれで心理的な問題が生じることもよく知られており、そうした問題が治療・療養へも影響することから、心理的支援の重要性は強く認識されるようになってきている。

例えば、緩和ケアは身体的苦痛の軽減のみでなく、患者と家族の精神的苦痛や社会的苦痛、スピリチュアルペインといった全人的苦痛に対処しQOLを改善することを目的とするが、この中で精神的苦痛については精神腫瘍学での検討が進んでおり、精神症状（うつ病やせん妄など精神医学的介入が必要となる問題）と心理的問題（病との取り組み方やコミュニケーションの問題など、情緒的サポート・心理的支援の対象となる問題）とを明確に意識して対応することが求められる（小川，2010）。また、スピリチュアルペインに関して、病の意味や死生観、人生の意味づけなど、個別性の非常に高い問題として現れることが多く、患者（あるいはその家族）が自らそれらを意味づけする（あるいは意味づけし直す）過程を支援する手段としても心理学的アプローチは必要である。

上記のように、精神医学的介入が必要となる「精神症状」と、心理的支援の対象となる「心理的問題」を分けて意識することは、緩和ケア以外の領域においても、多職種連携の中で心理職が担う役割を明確にする上で非常に重要な視点と考えられる。

また、患者にとって医療資源を活用するというのは、よりよく生きるための手段の1つであり、医療に望むのは当該疾患の治癒や快復、症状の緩和である。心理的問題を自己の課題として明確に意識されていない場合も多い。心理的問題が治療・療養のうえで大きな問題となる場合もあるが、そうでなければ無理に意識化して取り扱うことは侵襲的となる。身体疾患の治療を1つの目標とするならば、心理的問題に焦点を当てるだけでなく、その治療が円滑におこなわれるよう、多職種の中でできることを柔軟に模索する視点も必要である。

実践例

●連携する職種・機関

〔施設内〕医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション職、管理栄養士、歯科衛生士、認知症看護認定看護師、認知症ケアチーム、地域医療連携室、外来科学療法室看護師、感染管理認定看護師

〔他施設〕

〔その他〕

●連携の実際

①システムとして連携が行われているもの

1）医師からの依頼

心理職が患者へ直接支援に関わる際は、基本的には主治医からの依頼を受ける形をとっている。これは、現在の制度上、診療上の責任は医師に帰属されるため、心理職の支援について主治医が把握しておく必要があるためである。依頼の際には、どのような問題が起こっているのかを聞き、初回面談後に心理職からはアセスメントと今後の支援方針についてフィードバックしている。

2）緩和ケアチーム

緩和ケアチームも主治医からの介入依頼を受けて対応する。当院では主に治療期での身体症状緩和に関する依頼が多いが、心理的支援の必要があれば適宜心理職も担当する。週1回の回診は医師・薬剤師・心理職で行い、月に1度の総合カンファレンスは病棟看護師・リハビリテーション職・管理栄養士・歯科衛生士も参加し、各職種で介入している患者についての情報共有を行っている。

3）認知症ケアチーム

診療報酬表に認知症ケア加算が新設される際に、認知症看護認定看護師と共に認知症ケアチーム設立の準備を行った。心理職側のマンパワー不足やスケジュール調整の困難により、チームメンバーとしては参加せず、チームと協同して適宜認知機能検査などを実施することとなった。

MMSE、HDS-R等が診療報酬表に収載される際には、認知症の疑われる患者に対して、各科より依頼を受けられる体制を整え、必要に応じて認知症ケアチームと連携できる体制を整えた。週1回認知症看護認定看護師と心理職とで情報共有のための時間を設け、認知症ケアチームの介入適応や脳神経内科へのコンサルテーションを含めた適切なケア・サポートについて検討し、検査結果と併せて依頼科へフィードバックを行っている。

4）カンファレンス

それぞれ週1回おこなわれている血液内科、外科のカンファレンスには心理職も参加している。特に血液内科のカンファレンスは、医師の他、病棟看護師、退院支援看護師、薬剤師、リハビリテーション職、地域医療連携室、外来化学療法室看護師、感染管理認定看護師など多くの職種が参加し、それぞれの専門的視点から問題点などを挙げて検討を行っている。

②システムとして確立していないが必要に応じて連携しているもの

上述したある程度連携のためのシステムができているところ以外でも、必要に応じて連携して業務にあたっている。身体疾患の治療・療養においては、心理職が単独でその一端を担えるところは限られており、治療・療法が円滑に行われるように支援をするといったスタンスが重要になるとも考えられる。その意味においては常に他職種との連携を念頭に置いた関わりが必要となる。

治療中あるいは療養中に患者が経験する心配や不安は多岐にわたる。使用する薬剤やそれについての副作用に関する不安が主であれば、薬剤師から説明を受けることが役に立つだろう。体力やADLの低下に関する心配であれば、リハビリテーションの介入状況を確認し、リハビリテーション専門職と目標や内容について相談することが役に立つと考えられる。食欲や喫食量の低下がみられる場合、抑うつ症状としての意欲低下を視野に入れてアセスメントをすることも必要であるが、管理栄養士による嗜好調査を経て病院給食の献立の工夫が役に立つ場合もある。

多くの患者は医療の専門家ではなく、また患者役割を担うことにも不慣れである。医療機関にどのような職種が働いているのか、それぞれの役割や専門とする領域について知らない事も多い。患者が治療・療養するにあたり、どのような資源を活用可能であるか、それぞれ専門の部門・職種についての情報提供を行うことが、患者の不安や心配を和らげることにつながることは多い。

まとめ

以上のような働き、特に前項②の働きは心理職に特異な専門性ではく、病院職員として多職種に共通する部分であるが、現在の医療現場においては、各職種がそれぞれの専門分野において、疾患・症状等の医学的問題とその対応にエフォートを割かれがちであり、介入対象以外の問題について十分関わるだけの時間が確保しにくいという課題がある。公認心理師や臨床心理士は医療以外の職域でも働くことを想定した汎用性のある資格であり、その教育訓練を受けた心理職ならば、対象を「患者」としてではなく「医療を利用する生活主体」として捉えることは基本であり、対象者が経験する多岐にわたる問題を扱いやすい位置にいる。

患者の個別的な心理的問題を扱う視点と、医療をより良く活用できるように支援する視点との双方をもつことで、柔軟な関わり方ができるようになり他職種との連携もやりやすくなる。

引用文献

小川朝生（2010）．心のケアの考え方　精神心理的苦痛のアセスメント．小川朝生・内富庸介（編）．精神腫瘍学ポケットガイド　これだけは知っておきたいがん医療における心のケア．財団法人医療研修推進財団，pp.36-52

がん医療における連携の実際

活動の背景

当院は、地方の県庁所在地に位置する500床規模の公立病院で、がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療連携病院等に指定されている。筆者は、公認心理師／臨床心理士としてがん相談支援センターに専従スタッフとして配属され、がん医療を中心に患者・家族への幅広い支援を提供している。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕担当医師、病棟看護師、外来看護師、医師事務作業補助者

〔他施設〕中小企業労働相談所

〔その他〕妻

●連携の実際

①システムとして連携が行われているもの

当県では、がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターと県が外部委託設置している中小企業労働相談所とのがん患者の就労問題の支援を患者・医療者・労働相談所三者で院内実施するワンストップサポート体制を構築している。労働相談所では、職場での様々な疑問や困りごとに対して、解決に向けたアドバイスや幅広い情報提供を行っている（賃金・労働時間、休日・休暇、解雇・退職、労働保険・社会保険、セクハラやパワハラなど人間関係の悩み、キャリア相談等）。

事例は60歳代前半の男性。建設業に従事し、X-3年に日々雇用職員として勤務開始。X-1年10月に正職員となり、健康保険証を取得した。X-1年11月に肝細胞がんの診断をうけ、X年3月に予定していた肝動脈化学塞栓療法を実施した。退院後早期に職場復職したが、数日後予定外での緊急入院となり2週間の入院加療を行った。退院後、職場へ復帰すると一方的に3月末での解雇通告を受けた。離職票には自己都合退職と記載されており、納得できないとX年3月がん相談支援センター公認心理師の元へ来室された。

相談内容の詳細を伺った結果、職場とのがん罹患を契機とした雇用トラブルの問題が主な相談内容となり、労働相談所と連携し、患者・公認心理師・労働相談員の3者で病院内でのワンストップサポートを実施することとなった。相談の結果、解雇権濫用の可能性、実質正職員同様の雇用であったにも関わらず健康保険未加入時期が長い点、健康保険加入期間が短いために退職後の傷病手当金の支給は制度上困難である点、離職票の退職理由など労使間で協議が必要な多くの問題が明らかとなった。まずは公認心理師より肝細胞がんに対する一般的ながん治療の今後の見通しに対して説明を実施。患者の病気に対する理解の向上を促した。また、労働相談員からは不適切な職場の対応に関して円滑な交渉ができるように情報支援を行った。さらに、職場との再度の話合いを実施し、和解困難であれば、「個別労働紛争のあっせん」を実施す

ることが検討可能であると情報提供し相談終了とした。その後、相談者は職場との再協議を経て解雇予告手当の支払いと離職票の退職理由の変更を行ったうえで、円満退職を行う方向となった。一方で、退職後も就労意欲は高く、ハローワークを通じて早期に転職することができ、今後もがん治療と仕事の両立を行いながら療養を継続できた症例である。また、一連の支援の間において、肝臓がん治療を担当する主治医とは、患者の了解を得て、治療と仕事の両立に関する問題が発生していること等についての情報共有をおこない、必要時には医師の見解や診断書等の作成依頼を行う可能性があることの了解を得るなど、円滑な連携に努めた。

②システムになっていないが連携が必要となって実施しているもの

当院は、がんゲノム医療連携病院に指定されており、がん遺伝子パネル検査の実施が可能な施設である。がん遺伝子パネル検査の実施にはがんゲノム医療コーディネーターという役割を持つスタッフの協力が重要であり、当院では公認心理師もがんゲノム医療コーディネーターの一員として活動している。

事例は、60歳代前半の根治不能な前立腺がん患者とその家族。X-7年に根治的前立腺全摘除術を施行。X-5年に再発し、以後がん薬物療法を実施してきたが、標準的な治療の選択肢がなくなったため、今後は緩和医療中心の治療にシフトしていかざるを得ないと説明を受けている。緩和治療に関してや、治療の選択肢が無いと告げられた以降の積極的がん治療についてなど、X年がん相談支援センター公認心理師の元へ患者妻が来室された。

公認心理師からは地域における一般的な緩和医療提供体制や緩和ケアで実施可能な医療について情報提供を実施し理解は良好であった。一方、積極的がん治療に関する思いに対しては、当時保険診療におけるがん遺伝子パネル検査の開始直後で医療従事者間でも十分にはゲノム医療に関する理解が進んでいない現状と、当院ががんゲノム医療連携病院に指定されており、がん遺伝子パネル検査を実施可能であること、検査実施後の治療の可能性について、がんゲノム医療コーディネーターを兼務している公認心理師の立場から情報提供を実施した。

妻からは、「同内容を入院中の患者本人にも聞かせてやってほしい」との強い希望があり、患者本人へも同様の情報提供を実施した。後日、患者夫婦両者より、「がん遺伝子パネル検査の実施を検討したいがどのように進めたらよいかわからない」と相談をうけ、入院中の病棟受持看護師と連携。看護師とのカンファレンスの結果、看護師としても患者の意向をサポートしたいとの希望あり。病棟看護師の調整で担当医も含めた多職種カンファレンスを実施する運びとなった。公認心理師には、患者夫婦の治療に関する意向やがん遺伝子パネル検査に関して院内の実施状況・準備状況を説明してほしいと依頼を受け、カンファレンスで情報提供を行った。結果、担当医も患者・家族の希望があるのであれば、がん遺伝子パネル検査にチャレンジしてみたいとの方針となった。担当医から患者夫婦への病状説明のタイミングに公認心理師も同席し、改めて院内におけるがん遺伝子パネル検査の検査実施に至るまでの手続きに関して情報提供した。検査の実施に関しては、外来通院中のみ実施可能であるため、同様の説明を外来看護師や医師事務作業補助者とも共有し、外来で円滑にがん遺伝子パネル検査を提出することができた。検査の結果、未使用保険適用薬の使用可能性と臨床試験への参加の可能性が提示された。臨床試験の詳細情報については、公認心理師で情報収集を行った。今後の治療に関して、どちらの治療方法を選択するべきか、患者夫婦の思いを傾聴し、意思決定支援を行い未使用保険適用薬にて、治療実施する方針となった。その後、新規治療の導入により長期間良好な経過で療養を継続することができている。

まとめ

事例①に関しては、がん領域で専門的に活動している公認心理師は、がん治療の一般的な見通しや心理面のサポートに関しては専門的支援を実施可能であるが、労使間トラブルなどの問題についての知識については十分とはいえず、外部の労働問題の専門機関と円滑な連携を行うことで、患者の労働問題の解決並びにがん治療と仕事の両立に至ることができた事例である。このように、公認心理師には相談者の状況を適切にアセスメントし、必要な外部資源への橋渡しといった他

機関連携の視点も重要な役割の一つと考えられる。

事例②に関しては、本事例では、公認心理師が治療困難と宣告されたがん患者とその家族に対する相談支援をきっかけに、その辛さを受け止めるだけにとどまることなく、患者家族の真のニーズを拾い上げ、最新のがん医療情報について適切に情報提供をおこなった。さらに、公認心理師が拾い上げた相談者のニーズに対して、医師・看護師・医師事務作業補助者といった他職種との連携を中心となって行うことで、がん遺伝子パネル検査の実施並びに新たな治療選択に結びつき、長期に渡ってのがん療養を継続することができた事例である。多様な専門性を持った多職種が働く総合病院内においては、公認心理師は常に多職種連携を意識した関わりを行いながら、患者・家族の支援を行っていくことが重要であると考えられる。

緩和ケアにおける連携の実際

活動の背景

緩和ケア領域における公認心理師と他職種との連携について述べる。まず活動の背景をお伝えしたい。私は同僚の公認心理師と計3名（全員常勤勤務）にて、3次救急を担う急性期総合病院に勤務している。当院は500床ほどを有し、平均在院日数9日前後の忙しい病院である。また地域がん診療連携拠点病院（高度型）に指定されおり、地域のがん医療の中核を担っている。我々公認心理師3名は精神科やがんセンター緩和ケア室など多部署に兼任辞令が発令されており、様々な部署の業務として患者さんやご家族と関わっている。

当院の緩和ケア領域における連携であるが、まずがん医療がチーム医療で行われている。担当する医師や看護師もチームが組まれており、さらに薬剤師、栄養士、リハビリ技師などの他職種への依頼が高頻度で行われ、それぞれが専門性を持った関わりを行っている。主科チームから患者さんのアセスメントや心理療法の依頼があり、患者さんに最も近い所に位置するチーム医療の一員として連携することがある。

また、公認心理師は緩和ケアチームにも所属している。緩和ケアチームのメンバーは身体科医師、精神科医師、緩和ケア認定看護師、がん放射線療法看護認定看護師、薬剤師、メディカルソーシャルワーカー、公認心理師で構成されている。緩和ケアチームの活動目的は主科チームが最大限機能できるようサポートすることであり、いわば主科チームの一段外側の円のように主科を支えることである。チーム内はそれぞれが専門職であるため、患者さんのニーズに沿ったメンバーが小チームを組んで対応にあたる。具体的には依頼内容により、身体面の苦痛がメインであれば看護師が、精神面の苦痛がメインであれば公認心理師が初動し、患者さんやご家族、医療者のもとへアセスメント面接に伺う。ニーズを確認した後は、その内容を緩和ケアチーム内で共有し、最も適したメンバー編成を考え、多職種で小チームを編成し、その後の対応を行う。関わり方は、緩和ケアに関する専門的な診察を行ったり、公認心理師であれば心理療法を行うなど、患者さんに直接関わりながら主科を支えることもあるが、患者さんに直接関わらず、コンサルテーションのみの場合もある。また、主科チームのカンファレンスに参加したり、退院時に在宅医療を行うクリニックとのカンファレンスに参加し、心理的な見立てを共有し、関わり方の助言を行うこともある。これらはシステムとして連携を行っているものである。

さらにはシステム化していない連携もある。公認心理師が病棟に患者さんの面接に行った際に、違う患者さんへの対応に悩む医療者から相談を受けることがある。緩和ケアチームに正式に依頼するほどではないが、患者さんになんとなく関わりづらい、関わったけれどもこれで良かったのか不安な気持ちがあるなどを背景に、心理的な見立てや関わりの助言を求められることが多い。

また、よく言われることであるが、医療の場では医療者間の意見の相違が生じやすい。軸とする背景や価値観が異なるため、それぞれの視点で見れば腑に落ちる考えが、他の視点では理解できないためである。公認心理師は俯瞰して物事を見て、それぞれの視点を理解しようとするようトレーニングを受けている。閉塞し、ある種対立的となった状況を打開するために、声をかけられることも多い。公認心理師は立ち話のように、その話を聞き、俯瞰してみられるよう、それとなく働きかける。それらの働きかけを通して、医療者側が気付きを得て、誰かの自尊心が傷つくことなく緩やかに事態が変容していくことも多い。こういったことが起こると、また次の機会に声をかけられるということが生じる。カンファレン

スというシステム的な形式ではなく、いわば非公式的なミーティングのような連携が繰り返し行われていると感じる。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕主科チーム、医療者間カンファレンス

〔他施設〕

〔その他〕親族

●連携の実際

事例を紹介したい（本事例は筆者が経験した複数の患者さんとの関わりを1事例の形式としたものであり、個人が特定されない形に改変している）。30代女性、3人の小さなお子さんのいるシングルマザーの方が突然歩行困難となり当院受診された。精査の結果、乳がんを患っており、多くの骨に転移した状態であった。歩行困難も転移の影響であり、また首の骨にも転移があったことから、体動による骨折のリスクが高く、ベッド上安静を保持した生活を行う必要があった。また全身状態から抗がん剤治療の適応にはならず、緩和医療を行うこととなった。病状説明を受けた患者さんの動揺は勿論強く、また小さなお子さん達がいたことからお子さんのケアだけでなく、子育てを急遽担っていくことになったご親族のサポートも必要であった。

私は緩和ケアチームとして依頼を受け、主科チームと連携しケアを行った。具体的には、患者さんやご家族と面談したり、主科チームとの定期カンファレンスに参加し心理的な見立てを共有するなどを行っていた。患者さんとの心理療法においては、患者さんのもっと早く受診していればという後悔、今、育児ができないつらさ、子ども達の成長を見届けられない無念さなどの語りを聴き続けた。子ども達の成長を見たい気持ちは勿論であるが、受診を後回しにしたことも育児が多忙だったためであり、母役割を全うしたいという気持ちから生じていることを伝え、実際の育児ができない中でも、母として生きていることを患者さんと共有し続けた。

医療者間のカンファレンスを通した連携も多く行われた。医療情報の共有は勿論だが、その時々の患者さんやご家族の様子を共有することで、各々の関わりを調整しながら最善を模索していた。ただ、時に感情をあらわにする患者さんに対し、医療者の気持ちも揺れ、何もできないと罪悪感を抱いたり、足が向きにくくなる医療者もいた。私はそういった医療者と立ち話として話す中で、そのような気持ちを非公式に扱い、自己愛的や回避的になるのではない関わりを医療者が持ち続けられるよう、エンパワーメントし続けることを意識していた。また、患者さんの無念さを前に私自身も共感疲労を抱くこともあり、緩和ケアチームのメンバーと感情を共有することで自分の気持ちがフラットになるのを感じ、メンバーに支えられていることを実感しながら関わっていた。

患者さんは子ども達の育児を担うことになった親族を母と思えるよう、子ども達から自分の記憶を消すことが母として最期にできることと、話す時期があった。このため子ども達の面会を拒んだ日もあった。私からは、身体がなくなっても子ども達の心の中で生き続けること、新しいお母さんと、今目の前にいるお母さん（患者さん）は心の中でどちらも大事な対象として共に存在できるのではと伝えると、ほっとしたように泣かれていた。それ以降、ベッド上で沢山のぬいぐるみを作られた。子ども達は面会に来るたびに持ち帰って、共に寝ていると教えてくれた。旅立たれる際には、主科チームの配慮で子ども達が病室で寝泊まりし、患者さんを見送った。

まとめ

公認心理師はその役割として心理療法に焦点が当てられることが多いが、適切な心理療法を行うためには、それが行え

る土壌が必要なのだと思う。そのためにはシステム的な連携、システム外の連携を、患者さんごとの適切な濃度で適切な時期に行う必要があると考える。今後も研鑽を積み、質の高い臨床ができるよう取り組んでいきたい。

単科精神科病院における連携の実際

活動の背景

精神科医療が、その治療・支援対象とするクライエント（本分野では患者と呼ぶため、以下では基本的に患者と記す）が抱える精神疾患・障害は比較的軽症のレベルから重篤なものまで幅広いことが本分野の特徴とも言える。特に後者の場合、単一職種によるアプローチのみでは十分な治療や支援を提供できないようなケースも少なくない。そのため精神科病院では従来から多職種連携によるチーム医療が行われてきている。

さらに今日では地域の関連機関・職種を含めた多機関連携、そして患者・家族も含めた協働に取り組んでいるところである。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕主治医、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、デイケアスタッフ（含む、心理職）
同部署の外来担当心理職
〔他施設〕通院先のクリニック、就労支援機関
〔その他〕家族

●連携の実際

①院内連携

各種心理検査・心理療法をはじめとした心理職が行う業務は、主治医の指示のもと行われるのはもちろんのこと、それに限らず、医師をはじめとした多職種で開催する病棟カンファレンスなどの場で心理職、あるいは他職種からの提案によって実施や導入が決定することもある。それはまた、心理教育など多職種で運営する治療プログラムにおいても同様である。

そしてチーム医療の実践においては、心理職に限らず、いわゆる‘包括的な指示’のもと、職種ごとで基本的には業務分担しながらも、時には役割を相互乗り入れしたり、おたがいに補完しあいながら治療にあたっていくことも珍しくはない。

それゆえ方針・方法の決定後、それにもとづいて行われる実践経過や結果についても、担当スタッフ間や病棟カンファレンスなどの場で定期的、あるいは随時共有・検討される。その上で必要に応じては最初に共有された方針・方法の修正や見直しもチーム全体の中で行われていく。

このようにして多職種が平素から連携・協働していく中で、心理職の実践も含めた多職種による治療や支援がなされていくのが精神科医療の日常とも言えよう。

②院外連携

地域包括ケアが掲げられる昨今、精神科医療も院内にとどまらず、地域連携の中での実践が求められている。また、そこでの連携は、診療報酬算定上に定められていたりシステム化されたものから、各地域の現状や関係機関同士のつながり等に拠るかたちでインフォーマルかつ緩やかに行われるものまで、じつに多様である。

また連携が行われる際には、必ずしも心理職が直接その業務にあたる訳ではないことが多いものと思われる。その場合には医師や精神保健福祉士をはじめとした他職種に、自分たちの実践報告などを託すことになる。そのため前項で述べたような日ごろからの院内連携において、心理職の実践がいかに他職種に理解・共有されているかが重要となってくるであろう。

それと同時に心理職が業務を通して知り得た情報に関して、患者の尊厳や権利が損なわれることがないよう、院内外たがわず、その連携の中で責任を持って取扱いに関わっていく必要がある。

連携の実践例（模擬事例）

Aさん（20代前半）：治療中断により医療保護入院に至った統合失調症のケース

大学在学中に不眠と不安を主訴として初めて精神科クリニックを受診。そこにて診断・治療が進められていく中で、やがて統合失調症の発症が疑われて投薬が開始されたが、その後、受診は不定期となっていき、最終的には通院中断。そして自宅にひきこもり状態となり、部屋の中での独り言や、さらに家族への暴言も聞かれるようになっていった。ある時とうとう近所の通報から警察が介入する事態となり、その後、精神科病院に医療保護入院となった。

入院当初は保護室での隔離から治療が開始されたため、家族の同意のもとで初診のクリニックに診療情報提供（鑑別診断目的で行われた心理検査結果を含む）を依頼。そこからの情報と今回の入院に至るまでの経緯を元に、あらためて主治医からAさんと両親に病名が告知される。そして本人・家族それぞれを対象とした心理教育の導入が提案された。

最初は診断名に否定的なAさんであったが、医師や看護師らと共に行う心理教育プログラムに参加して、他患の入院前のエピソードや病気に対する思いに触れていく。そしてAさんも少しずつ自分の病的体験について語るようになっていった。そこで続けて、心理職が行う集団心理療法にも参加。その中でAさんより「以前、飲んでいた薬の副作用が辛く、でもそれを当時の主治医に言い出せなかった」との振り返りがあり、それが最終的には治療中断の一因になっていたことが窺えた。そこで心理職より、まずAさん自身にも「薬に限らず、治療の中で不安や疑問なことは遠慮なく医師に聞いてほしいこと」を伝えると共に、Aさんに承諾を得て主治医にも報告。それを受けた主治医が診察時に現在の服薬内容や副作用などについてあらためてAさんと話をした上で、さらに薬剤師による個別の服薬指導も実施されることとなった。

一方、入院当初、Aさんの混乱状態に戸惑いを隠せなかった家族も、家族教室で他家族の経験を聞いて深く頷いたり、終了後にはAさん自身のプログラム参加の状況を心理職に尋ねて安堵する様子などが見られるようになった。そしてAさん、家族ともに退院後の精神科リハビリテーション利用の希望が聞かれたため、そのことを心理職が病棟の多職種カンファレンスで伝達。それを受けて精神保健福祉士が、地域生活で利用できる社会資源についての情報提供のため、家族同席のもと、Aさんとの面談を行った。

そして退院が検討される段階となり、外来通院と共に精神科デイケアの利用が検討される。そこで入院治療チームと院内デイケアスタッフとの間で退院前カンファレンスを開催。さらに入院治療を担当した心理職とデイケア所属の心理スタッフの間でも、現時点でのAさんの疾患受容やリカバリー目標などについての引き継ぎや情報交換が行われた。

退院後Aさんは定期的に外来通院を続け、やがてデイケアで就労支援プログラムに参加。その中でハローワークとの共催で行われた就職セミナーを受けて、一般企業への障害者雇用を目指すようになる。その途中に行われたデイケアの心理スタッフとの定期個別面談の中で、「現在の自分の‘強み’と、周りにサポートをお願いできると良いことを知る」目的で心理検査の受検を希望。そこで外来担当の心理職が心理検査を実施し、その結果はAさんはもちろんのこと、デイケアスタッフ、さらにはAさんからの要望により、Aさん自身も出席する就労支援機関のスタッフとのカンファレンスにおいても共有が図られた。

その後、就労支援を経てAさんは障害をオープンにしたかたちで仕事に就き、たまに外来で顔をあわせる心理職に「なかなか業務を覚えるのは大変だけど、上司やジョブコーチに相談しながらやっています」と元気そうな笑顔で近況を報告している。

まとめ

最後に精神科医療、あるいは医療保健領域での連携にとどまらず、今後、心理職が取り組むべき連携の課題について述べたい。

たとえば発達障害を抱える方への治療や支援を例にとって考えると、領域横断的な多職種連携・多機関協働が望まれることに異論はないだろう。それがある時期インテンシブに行われる必要が生じるような状況もあれば、その人のライフステージに応じたかたちで柔軟に、けれども必要な支援が途切れてしまうことはないよう、関係職種・機関が縦断的に連携していくような在り方も求められる。

そのような場面において、多分野に渡り、さらにはさまざまな年代のクライエントを対象として働く心理職同士が、その連携実践の要となったり、あるいは‘つなぎ’役割が果たせるようになると良いのではないだろうか。

そのような多職種、そして同職種連携における実践能力を身に付けていくための専門職種連携教育（IPE）が今後、卒前・卒後教育として取り入れられていくことを期待したい。

精神科クリニックにおける連携の実際

活動の背景

当院は、地域密着型の精神科クリニックである。診療は、精神科医による診察の他に、外来処置ベッド4床、個別の相談・カウンセリング、デイケア・外来グループ等の集団療法など、多職種による様々な治療を行っている比較的規模の大きなクリニックである。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕主治医、看護スタッフ、デイケアスタッフ

〔他施設〕保健センター、要保護児童対策地域協議会、児童相談所

〔その他〕夫

●連携の実際

①システムとして連携が行われているもの

1）主治医からの依頼により、心理カウンセリングのオーダーが出されると、診察と並行して心理カウンセリングを行う。オーダーが出されるケースは、10代のケース、親子関係や家族問題があるケース、複雑性PTSDなどトラウマをかかえているケース、発達障害があるケース、コミュニケーションがとりにくいケース（対人緊張が高い、しゃべらない、ものすごくしゃべるなど）、対人関係や感情コントロールの問題があるケース、などが多い。

2）主治医からの依頼により、心理検査のオーダーが出されると、心理検査を使用し心理アセスメントを行う。目的としては、診断の補助、（医師以外のコメディカルスタッフに対しても含め）治療の方向性やかかわりの工夫を検討、患者の自己理解の援助、関係性の構築など、に検査結果を活かしている。結果は主治医に直接伝えるが、外来看護やデイケアスタッフなど多職種スタッフがかかわっているケースに関しては、毎朝行っている申し送りで共有する。

3）主治医からの依頼により、デイケアや治療グループに導入するためのオリエンテーションを行う。集団療法は多職種チームで協働しており、職種かかわらず連携しながらデイケア運営、プログラムの実施、メンバーの個別相談等を行っている。定期的に開催されるスタッフミーティングでは、心理職としての視点ももってカンファレンスに参加する。

4）毎朝15分～30分の申し送りを行っており、共有しておくべきケースや連絡事項、前日のデイケアの申し送り、ケース・カンファレンスなどを、その日勤務の全スタッフで行っている。

②システムになっていないが、連携が必要となって実施しているもの

1）医師が診察において時間的にやりきれないことについて、「システムとしての連携」では十分に対応しきれない場合

に、その日その場で可能なかかわりを補助的に行う。例えば、発達障害の患者が診察での治療的提案を十分理解できないときに補助的に説明を加えたり、治療プログラムに関心をもった患者に診察直後に声をかけプログラムの説明をしたり、質問や問い合わせの電話を聴いて医師につないだりするなどである。また、心理カウンセリングの担当者が、その日が予約日でなくても、安全にかかわることや環境的に危機的な場合は、必要に応じて診察に同席するなどして補助的に動く。

2）外部の関係機関との連携が必要なケースについて、関係機関と連絡をとり、支援者会議に出席したりする。主治医が支援者会議に出席するのは時間的に難しい場合が多いので、主治医の見立てや治療方針などを伝達したり、関係機関との窓口になったりする。

3）患者の家族に必要に応じて対応する。家族や子どもにも問題が発生している場合、必要な支援につないだり、受診につなげるサポートをしたりする。特に子どものケースは心理が受けることが多く、初診時から声をかけるなどして関係をつくったり、インテークに入ったりする。

4）外来やデイケア患者のクレーム対応、主治医やスタッフへの不満、待合室で泣いたり怒ったりしている患者さんへの対応、などは、外来看護師だけでなく、時間があいていれば心理士も柔軟に対応している。

5）心理カウンセリングで話された、治療にかかわるが主治医に言いにくい問題、医師と共有すべき処方の問題などに対して、主治医に話しやすいように整理して橋渡しをする。たとえば、「○○をまず一番に先生に伝えられるといいですね」「先生に私からも一言伝えておくので、話してみてくださいね」などのはたらきかけをする。

6）担当患者の支援において、外来看護師や精神保健福祉士などとも連携をとっている。外来処置の際にかかわる看護師の視点、かかわりの内容などを教えてもらったり、訪問看護（以下、訪看）やヘルパーの支援が必要な場合、また、年金など経済的な支援が必要な場合などにおいて、精神保健福祉士と連携したりしている。

●連携の実際（実践例）

Aさん（30代　女性）

診断名は双極Ⅱ型、ASD傾向あり。こだわりと強迫性、完璧主義で苦しくなることが多く、心理カウンセリングを診察と併用して開始。開始に先立って、主治医より「こだわりが強く、柔軟性に欠けるところがある。ご本人の自己理解を高めるために、心理検査も実施してほしい」との依頼があった。心理検査の結果は、ASD傾向が強く、診察では語られていなかった過去の軽躁エピソードが認められた。検査の結果を主治医に伝え、ご本人とも結果の共有をした上で、診察と並行して心理カウンセリングを開始した。検査の結果である「思考や行動のASD特性」は、「思考のくせ」という理解を本人がもち、対処法を考えていくことで強迫性やこだわりが徐々にゆるめられ落ち込みも減ってきた。また、時々軽躁状態が起こることを診察でも話されたため処方の調整がなされ、安定した生活が送れるようになってきた。

その後、結婚し妊娠した。夫や実家の喜びと対照的に、本人は出産への不安は強く「全くうれしさなんてない。でも主人にそんなことは言えないので産むつもり」と泣かれていた。主治医と相談し、妊娠早期から保健センターへつなぎ支援体制を作った。日中の孤立を防ぐためにうつ病のデイケアにも参加し、デイケアスタッフからもサポートを受け、無事に男児を出産した。しかし、半年後に症状は悪化。気分の波が激しく、不安の訴えや薬の確認など、強迫的に問い合わせの電話が増え、担当心理士が主治医とのつなぎとなって対応した。時折情緒的に混乱すると、話が要領を得ず診察が長くなるので、処方の調整にかかわる気分の状態をカウンセリングで聴取して主治医に伝えるなどの連携もとった。要保護児童対策地域協議会のケースとして、子育ての不安については保健センターが主に介入し、支援課や家庭児童相談室などとも連携をとり、子の安全を共有しつつご本人の支援にあたった。

ある日の診察で、待合から本人が不穏になり、看護師が対応するも泣いて動揺が激しくなったため、担当心理士が診察に同席した。診察では子へのネガティブな感情と夫に対する不満、時折希死念慮があることなどが語られたため、入院の選択肢が提案された。入院中の子どもをどうするかの対応として、児童相談所への相談にもつなげ、夫とも協力体制を

とった。短期の入院であったが、退院後は以前より安定し、子育てのストレスや夫への不満をため過ぎないようカウンセリングでのサポートも再開した。子への愛情をもてないつらさ、自責感を安心して言語化できるようかかわりを続け、話せることで、子への陰性感情は少しゆるめられてきた。院内ケース・カンファレンスで他職種スタッフより訪看を入れたらどうか、との提案が出され、週2回の訪看も開始した。

まとめ

よい連携の実践には、多職種、他機関との間で、よいコミュニケーションをとっていくことが必要である。皆が多忙な中で、コミュニケーションの時間をとるのは困難さもあるが、そのような「話し合える場・時間」を作っていくこと、普段から話しやすい関係を作っておくこと、そして、心理士がコミュニケーションの力をつけていくことなどが求められる。それらを土台に、ケースの支援に他職種と協働しながら柔軟に取り組んでいけると、心理が力を発揮できる心理支援の幅も拡がっていくのではないかと考える。

総合病院周産期医療における連携の実際

活動の背景

現在筆者が心理職として勤務する施設は、生活保護受給、入院助産制度利用などの経済的困窮者を受け入れるという役割も併せ持っている。さらに精神科病棟を併設しているという特性上、精神疾患を合併している妊婦を近隣の一般産科病院やクリニックから紹介されることも多くある。このような特徴をもつ症例を多く受け入れていることもあり、2011年度からペアレンティング・サポート委員会を設置し、院内・院外の多職種連携システムを開始した。委員会活動の目的は、妊娠期から子どもが生まれた後の生活をイメージし養育環境の整備をするなど、新しい家族がスムーズに形成されることをサポートすること。そして最終的には、医療がかかわれる期間内においては切れ目無く、家族が成長する過程に寄り添い、対象者が生活する地域へ、その見守る体制を引き継ぐことを目指している。構成メンバーは、産婦人科、新生児科、精神科各診療科の医師と看護職、薬剤師、ソーシャルワーカー、公認心理師、事務職員となっている。また2013年7月からは年2回、病院主催での地域連携会議を開催し、関係行政機関、地域クリニック、産後ケア事業を担う助産院の方々と集い、その時々の周産期メンタルヘルス関連のトピックスを提供し合い、ケースカンファレンスを通してお互いの困り感を伝え合うなど、院外連携促進と顔の見える関係づくりにも努めている（**図1**）

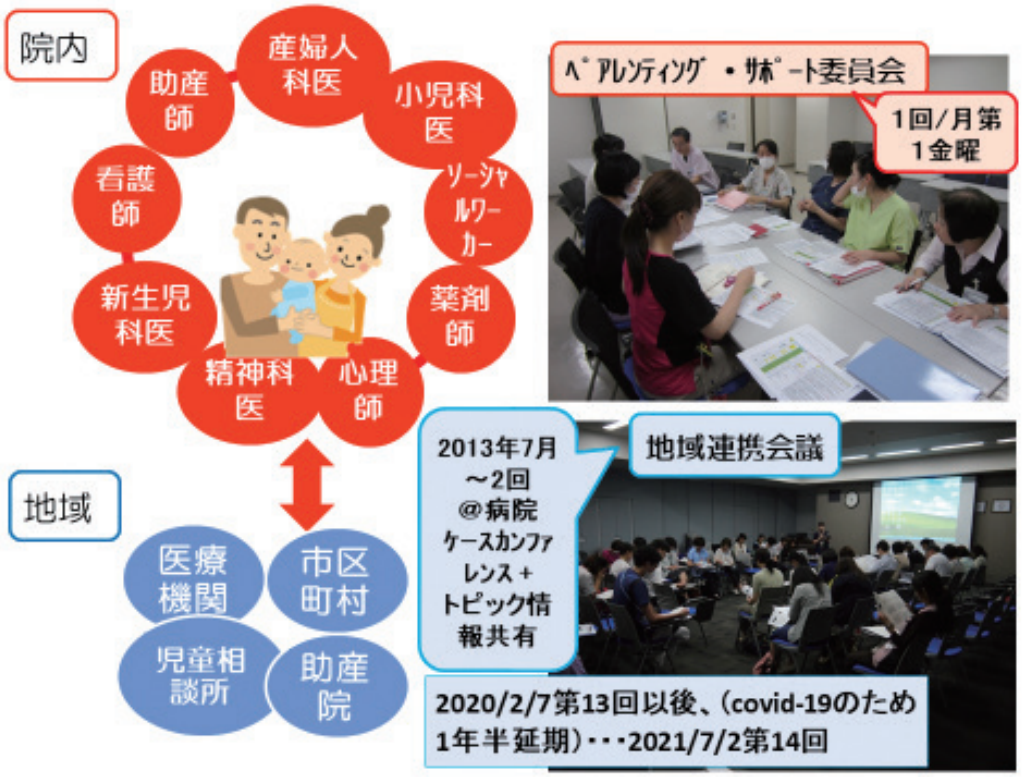


図１　院内・院外連携の様子

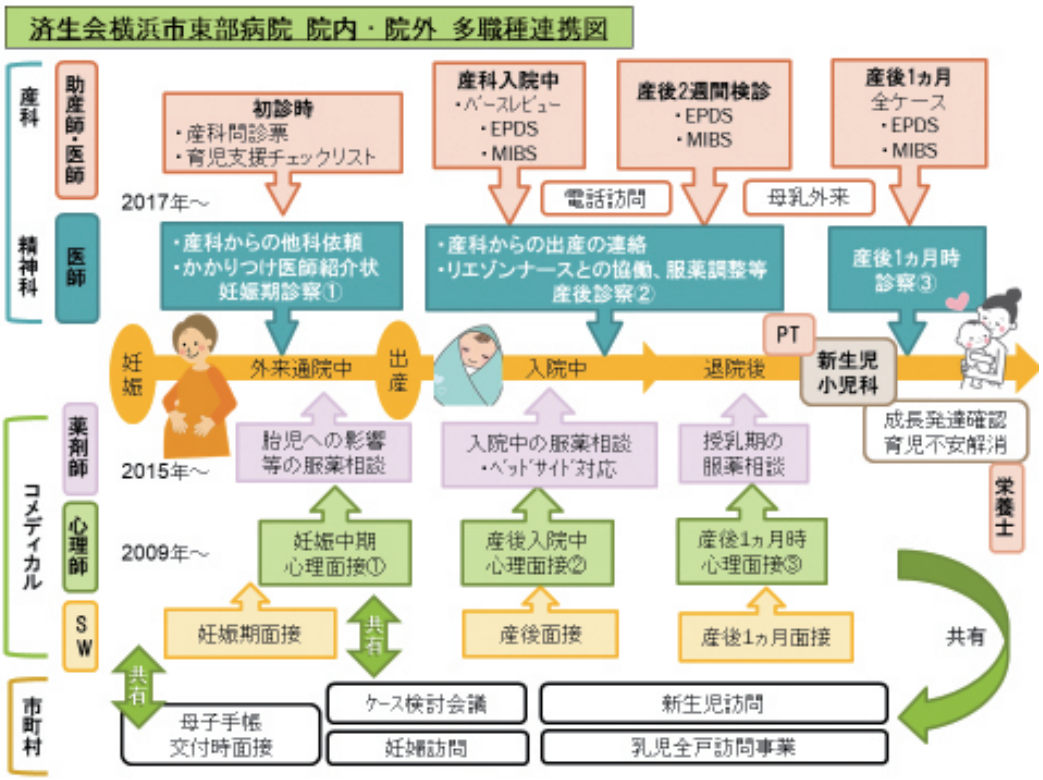


図２　ペアレンティング・サポートにおける多職種連携

出典）相川祐里：妊娠期からの途切れない子育て支援．小児看護 ,39；31 － 38,2016 に掲載している図を引用 , 一部改変）

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕ペアレンティング・サポートチーム、助産師、薬剤師、SW、精神科医師

〔他施設〕かかりつけ医、助産師

〔その他〕家族

●連携の実際

①システムとして連携が行われているもの

当院産科外来で分娩予約を取った全ての妊婦に対し、初診時に「育児支援チェックリスト」（精神科現病歴・既往歴、情緒的サポートの不足など、産後うつ病と関連のあるハイリスク因子項目から構成されている自己記入式質問票）を実施し、精神科既往歴・現病歴、母子を取り巻くサポート状況および経済状況等の把握をし、その結果をもってペアレンティング・サポート委員会登録ケースとしている。産後は「エジンバラ産後うつ病質問票」（Edinburgh Postnatal Depression Scale以下EPDS）と「赤ちゃんへの気持ち質問票」（Mother-to-Infant Bonding Scale 以後MIBS：母親から子どもへの愛着形成の状態や程度を表す自己記入式質問票）を使用し、この①育児支援チェックリスト、②EPDS、③MIBSの「3つの質問票」を活用した対象者を多面的に把握する試みにより、院内・院外多職種が連携した途切れない見守りが必要とされる対象者を抽出し、妊娠期からの継続対応をマネジメントしている。

2009年発足時のペアレンティング・サポートチームは、産科・小児科・心理の3職種のメンバーで始めた。対応に苦慮したケースをひとつずつ丁寧に見直し、今後どうすれば良いのかという意見を出し合った。そして出来るだけスムーズに育児生活を始めるには、妊娠期からサポートを開始する必要性があるという認識を共有。更にその必要性をそれぞれの

科や関連部署へ周知し、志を同じくする仲間を少しずつ増やしていった。チーム活動から3年が経過した2011年には、院内の正式な活動と認められ、勤務時間内での委員会開催が可能となった。また2013年10月より薬剤師の病棟常駐体制の整備を機に、精神科薬物服用中の妊婦、褥婦への薬剤師による個別相談対応を開始。2017年からは、他医療機関・クリニックの精神科・心療内科を受診しながら当院での出産を希望する方は、出産前後に当院の精神科担当医も柔軟に対応できるよう、妊娠期間中にかかりつけ医師からの紹介状を持参し、当院精神科での診察を一度は受けることを勧めている。院内各部署・各職種での共有すべき情報は、月1回のペアレンティング・サポート委員会で確認し、必要に応じて妊娠中からの地域連携を検討・実施。更に無事出産した後の1ヵ月健診で病院診察が全て終了した以後も、引き続きの支援が必要と判断された場合は、SWを通じて地域と連携した見守りを継続している。

②システムにはなっていないが、連携が必要となって実施しているもの

連携チームに家族が参加したケース

【モデル事例】

Aさんは30代後半の初産婦。20代の頃からうつ病の加療を続けており、望んだ妊娠ではあったが妊娠中も精神状態は不安定であった。そのため妊娠期よりペアレンティング・サポート委員会登録ケースとし、多職種でサポートを開始していた。出産前後は心身共に落ち着かれていたが、産後2週間健診で助産師に「子どもが何をやっても泣き止まなくて、もうどうしたらいいのか分かりません」との訴えがあった。児の体重増加、授乳量の確認をしたところ、医療的には必要十分な母乳量であった。ただエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の結果は日本人の区分点9点以上の13点であったため、助産師より心理師へ対応依頼あり。各項目について心理師が聞き取りをしながら母自身の体調を確認したところ実母が食事の準備をしてくれても、「あまりお腹も空かないし食べていない」と、気になる発言があった。また服薬について確認したところ「先生には言いにくくて言えていないが‥、実は子どもに影響が出ることが怖くて、精神科から処方されている薬をしばらく飲んでいない」との打ち明けがあった。そのため本人了解の上で精神科主治医と薬剤師へ状況を申し送り、精神科診察には妊娠中からかかわっていた薬剤師が同席できるよう準備し、医師とともに服薬に関する情報提供を改めて丁寧におこなわれる場面設定をした。また担当SWを介して家族を交えた話し合いを持ち、確実な服薬が母子の安全には必要であることを共有した。合わせて妊娠中から情報提供が既になされていた地域担当保健師へも2週間健診の状況を報告し、本人や家族の希望に合わせて訪問看護を導入し、服薬管理のサポートも得ることとなった。

まとめ

当事者や家族を含む包括的なチーム形成は、周産期メンタルヘルスケアにおいても重要である。ただ時間的物理的制約も多く、一律に家族の参加を求めることは困難が伴うのも現状である。そのため上記モデルケースのように、本人だけでは乗り越えにくい場面となった場合等が、周囲の家族や地域資源の活用が望ましくなる。全てのケースで登場人物を多くするのではなく、必要に合わせた柔軟で臨機応変にサポーターを増やすなどのマネージント作業も、心理職に求められる能力と考える。

高齢者医療機関における連携の実際

活動の背景

88床の運動器専門病院（急性期病棟43床、地域包括ケア病棟45床）。診療科は全6科（整形外科、リハビリテーション科、麻酔科、ペインクリニック整形外科、内科、形成外科）。手術実績は年間2,659件（2021年度）。医療スタッフは271人（常勤医師36人、看護師105人、医療技術者130人）。心理は常勤換算で4人。外来は平均392人／日。入院患者平均年齢：約66歳。平均在院日数：一般科7.0日。

実践例

●連携している職種・機関

〔施設内〕医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士

〔他施設〕介護老人保健施設　介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士

〔その他〕家族

●連携の実際

①システムとして連携が行われているもの

当院では医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、管理栄養士などの他職種と連携した業務として、認知症・せん妄サポートケアチーム（Dementia&Delirium Support care Team：DST）が挙げられる。対象は認知症・せん妄・精神症状のある身体合併疾患者、入院後に廃用性症候群の疑いがある患者。介入として、せん妄や認知症に関するコンサルテーション、身体合併症や認知症の行動・心理症状への対応、手術前後において抑うつや意欲低下などの精神症状への心理的支援などを多職種連携のもとで実施している。また、DSTによる多職種カンファレンスを毎週1回60～90分、急性期病棟と地域包括ケア病棟にて開催している。教育連携としては、せん妄をテーマとした定例勉強会を月1回の頻度で開催している。他職種との討論や事例検討会を通じて、専門職同士の視点や考え方の共有、せん妄対策の知識や技術の研鑽を図っている。

認知症支援の連携に関する実践例を挙げる。対象は、レビー小体型認知症（以下、DLB）の診断を有する80代の女性。独居で要介護2の介護認定を受けており、既往にパーキンソン病、不眠症、うつ、頻尿、2型糖尿病があった。認知機能評価であるHDS-Rは30点満点中14点、遅延再生は6点満点中1点と全般性認知機能および記憶の低下がみられた。転倒し、右大腿骨転子部骨折し、当院へ入院される。入院前より理解力などの認知機能の低下がベースにあり、入院後もせん妄状態や転倒に関する危険行動のリスクが高いと判断され、主治医より心理職に介入依頼が出た。骨折部分の手術前より、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、管理栄養士などの他職種と連携したDSTでのカンファレンスを実施し、術後のせん妄状態の動向予測や対応について協議を行った。術後、意識や覚醒状態が保持されていること

を確認し、各専門職が介入した。心理職は病棟で個別に面接できる時間を設け、せん妄における状況の混乱に対しては見当識支援を行い、術後の落ち込み気分に対しては本人の不安を認めながら、病棟で安心感を保持できるように支持的傾聴を行った。毎日の介入を続けることで、本人もせん妄に関する自覚が生まれ、リハビリテーションへの回避姿勢も緩和されてきた。一方で「もうダメ、死にたい」「退院後は介護施設に行かされる」「施設は監禁されるようなもの」と希死念慮や退院後の施設入所に関する予期不安は強く残存。心理職は悲観的な発語を遮らず、本人が自発的に不安や恐怖を言語化するように努めた。必要に応じて、病室での面接だけでなく、散歩をしながらの介入や景色の見える窓があるフロアへ移動するなど、本人の心理面に応じた環境調整を図りつつ、介入を継続。その結果、術後にみられた漠然とした状態不安を共有することで、術後にみられた身体面の苦痛の緩和やせん妄状態からの離脱がみられた。また、心理職による心理面や機能面の分析や報告を電子カルテやDSTカンファにてリアルタイムで共有することで、医師は抑うつや不安の緩和を見計らい、デパスの処方量を減らすことができた。理学療法士は平行棒を用いた機能訓練で本人の注意が持続できる時間が増加した。看護師は本人の心情を理解した上で、声掛けの統一が図られることで本人の安心や居場所感の増大につながった。一方、予期不安としてみられていた介護施設への予期不安や被害妄想についても、せん妄が離脱していく段階を見計らって、論理療法による認知の歪みを修正し続けていくと共に、介護支援専門員が本人の状態に配慮した施設を紹介することで「昔の施設の印象が悪かった」「今時の施設に行くのも悪くないね」と拒否姿勢は減り、介護施設への入所に承諾された。入院中のDSTの介入内容は介護施設の関係者にも情報共有を行った。入院から34日後に退院、介護施設へ入所となった。

②システムになっていないが連携が必要となって実施しているもの

当法人は医療機関以外に介護老人保健施設やデイサービスなどの入所・在宅に関する各介護サービス施設、健常者や地域在住高齢者向けの健康増進・疾病予防施設を併設している。心理チーム内で医療機関と介護施設の担当者を住み分けし、各現場で必要な役割分担を実施している。具体的には、整形外科の手術後にリハビリテーション目的で介護老人保健施設へ入所される高齢者や、自宅退院後にデイサービスを利用される高齢者など、心理チーム内で毎日の申し送りと週1回の事例検討を実施し、関係する看護師や介護福祉士にフィードバックを行っている。

システムとして連携を構築している最中の取り組み例として、医療機関での手術や介入後、介護施設へ入所される患者に対して、医療機関での手術前後の介入および入所後の介護施設への介入が行われている。医療機関でのアセスメントや介入、本人に則したケア内容を分断させることなく、患者の状態に応じた支援を生活の場でも継続できることに大きな利点がある。以下、連携の実践例を挙げる。

対象は肺炎の治療目的で入院した要介護5の70代の女性。DLBの診断があり、既往にパーキンソン病、水頭症、誤嚥性肺炎、慢性気管支喘息があった。認知機能評価であるHDS-Rは30点満点中14点、遅延再生は6点満点中0点と全般性認知機能および記憶の低下がみられた。入院前、夫と2人で在宅生活を送っていた。当院へ入院後、妄想様発言が頻出し、主治医より心理職に介入依頼が出た。心理職はDSTにてせん妄の離脱および認知症による行動・心理症状（BPSD；Behavioral and Psychological Symptom of Dementia）の緩和を目指して介入。心理職の介入時、「部屋に人がいる」などのDLBによる幻視と、「夫が浮気している」などの夫への嫉妬妄想が強くみられた。幻視や嫉妬妄想に対して、BPSDを助長しないように幻視を誘引する物品の除去などの認知行動療法的な介入を行いつつ、漠然とした状態不安に対して支持的傾聴を行い、情緒の安定に努めた。毎日20～60分の介入を継続することで、幻視や妄想は緩和傾向がみられた。一方で、退院後に入所予定の介護老人保健施設（以下、老健）に対しては「夫と死ぬまで一緒にいたい」「家に帰りたい」など、流涙や悲哀状態がみられ、入所への拒否姿勢が強くみられた。心理職はリハビリテーション目的での入所や夫の想いなども共有しつつ、本人の不安に寄り添い続け、ラポールを築いた。心理職より入所予定の老健の介護支援専門員、看護師、介護士、リハビリ職へ病院での介入経過を報告し、老健での関わり方やケアの上で注意すべき点などについてコンサルテーションを行った。心理面接での介入時、本人に対して老健の様子やスタッフの声を伝えることで安心感は

増加し、老健への入所姿勢は柔和に変化した。老健への入所後も、関係するスタッフへ心理職がコンサルテーションを行い、カンファレンスなどにも出席して意見交換を行った。その結果、入院時に見られた幻視や妄想は緩和され、帰宅願望や立ち上がりなどの危険行動も消失した。

まとめ

超高齢社会である日本において、医療機関では高齢者の受診・入院が増加し続けており、高齢者の心身に配慮した介入が現場で求められている。WHOがCureからCareへの方針転換を示したように、高齢者は在宅生活時より複数の疾患を抱えていたり、認知症の診断はないものの認知機能の低下をベースに抱える方も多い。また、手術前や治療の開始前より、多職種連携により本人の既往歴や生活歴を把握し、現在の心理面や機能面を包括的に理解することで、術後に起こりうるであろうせん妄や混乱の状態を予測し、積極的な介入を行うこともできる。その際、難聴や白内障などの身体機能の低下、記憶や見当識などの認知機能の低下を抱えた高齢者と1対1の対面で向かい合う時間を持つことができる心理職は多職種連携の上で有益な潤滑油となりうるであろう。

以上

保健センターにおける連携の実際

活動の背景

本実践例を担当した当時の筆者の所属は、人口約35万人の自治体行政組織で、1保健所3保健センター体制である。保健所、保健センターでの筆者の主な業務は精神保健福祉業務全般であった。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕保健センター地区担当保健師、他心理職、福祉事務所

〔他施設〕クリニック（医師・PSW）、就労継続支援B型事業所（作業所）、共同生活援助事業所（グループホーム）、指定特定相談支援事業所、地域自立支援協議会（精神関係機関連絡会議）

〔その他〕両親

●連携の実際（本事例は複数の実例を基に創作した架空事例である。）

十代後半の男性Aについて両親からAの家庭内暴力で困っていると相談があり、保健センターの地区担当保健師Bの依頼を受け、心理職C（現公認心理師・臨床心理士）も同席した。聴取した内容からは精神障害の可能性が想定されたが、未受診であった。両親との相談を通じて、Aとの面談の道筋を模索し、ようやくAの同意を得ることができた。保健師Bと心理職Cが家庭訪問し、Aの訴えに耳を傾けるうちに徐々にAの態度は軟化していった。やがて、Aが保健センターに来所して心理職Cが相談を受けるようになった。Aとの面談を通して、Aは知的障害には該当しない境界知能である可能性が想定された。

心理職Cは両親に、保健センターで定期開催している心の健康に関する家族教室の情報なども伝えていった。家族教室では心理職Cは担当スタッフとして心理教育を取り入れたミニレクチャーなどをしていた。やがて、両親は時々家族教室に参加するようになり、少しずつ精神障害等についても理解を深めていった。

Aは当初、精神科受診を拒否していたが、心理職Cから「不安が少し楽になれるかもしれないから、ものは試しで受診してはどうか？」「私も一緒に行くから、嫌だったのなら無理に次は行かなくてもよいから」「どういうことで困っているのか、どういうことは嫌なのか、私からも医師に説明するから」など話すうちに同行受診に同意するようになった。両親とAの同意も得た上で、受診する旨の概要をクリニックDの医師Dに伝え、Aと心理職Cで同行受診をした。心理職Cは診察場面でも同席し、Aがうまく伝えられない困りごとや医師に伝えておいた方が良いエピソードなどを補足して主治医Dに説明をした。

数回の同行受診を経て、ひとりで受診するようになった頃に、主治医Dの意見も聞いたうえで、心理職CからAに、保健センターで週1回実施しているデイケアへのお試し参加を提案した。心理職Cはデイケアの担当スタッフであった。やがて、Aは毎週デイケアに参加するようになった。保健センターのデイケアは週1回だけということもあり、しばらく後

にはクリニックDのデイケアにも参加するようになった。通院服薬の継続、家族の対応の変化、通所の安定などに伴って、家庭内での両親への暴言暴力はほぼなくなっていった。

数年後、Aが20代になった頃、デイケアの他参加者から話を聞いていたこともあり、Aから就労継続支援B型事業所（いわゆる作業所）Eにも「行ってみたい」との希望があった。心理職CはAに同行して事業所Eの見学に行った。Aの同意を得て、両親、主治医DにもAの状況や意向を伝え意見を聞き、事業所Eとも支援方法の擦り合わせを行い、事業所Eへの通所を開始した。（以降もAに生活状況の変化が生じる際には同様に連携・対応している。）Aは些少の工賃が得られること（初めて自分で働いて収入を得られること）を喜んでいた。

更に数年後、Aの状態には波があり、不安や焦燥感が高まり不安定になることもあったが通院、通所は継続していた。両親からは老後の心配（親亡き後の心配）などが語られていた。Aが30歳頃、近くにグループホーム（共同生活援助事業諸）Fが開設された機会に、心理職CからAに、グループホームでの一人暮らしについて話をしてみた。Aは当初心細そうであったが、デイケアや事業所Eで一緒の仲間も入居することを知り、「グループホームに行こうかな」と言うようになった。先ずは、グループホームFが週1回開催している食事会に、心理職Cと同行参加してみた。Aは「食事も美味しかったし」と語り、グループホーム入居に前向きになっていった。また、NPOボランティアが開催する「憩いの場」（安価にランチも提供している）にも時々参加するようになった。

グループホーム入居に向けて、Aや両親の意向、主治医Dや関係機関の意見なども聞き取り、生活保護の申請を検討することになった。心理職Cは福祉事務所に連絡の上、Aの福祉事務所への相談に同行し、状況の説明などを行った。そして、単身生活保護受給のめどが立ったタイミングでグループホームに入居することになった。

この頃には、各関係機関における他利用者との交友関係も広がり、Aから「○○さん、最近××で悩んでいるみたいなんだよね」とスタッフに相談があったり、逆に他利用者から「Aさん、最近××が心配らしい」と相談があったり、一緒に何かできることがないか考え合うというフォーマル・インフォーマルなサポートネットワークができていった。

30代後半になった頃、Aはグループホーム退所後の単身アパート生活に向けて準備を始めた。保健センターデイケア、クリニックD、事業所E、そしてグループホームF等は、Aのアパート暮らしに向けて、相互に必要な連携を継続し、Aはアパート暮らしを開始した。グループホームFは定期的にアパートを訪問し、Aの生活上の課題などへの支援を行いつつ、必要時にはクリニックDとも連絡を取って対応していた。この頃には、心理職CはAとの継続的な接触はなくなっていたが、地域の精神関係機関連絡会議のスタッフとして、各機関とのお互いの顔が見えるネットワークづくりに関わっており、関係機関訪問の際などにAと話す機会があり、近況を聞いたりしていた。

その後、指定特定相談支援事業所Gが開設されてからは、相談支援専門員GがAのサービス等利用計画を作成するようになった。精神関係機関連絡会議の関係機関は徐々に増え、定期的に連絡会議を開催している。連絡会議では各機関の現状や課題なども語られ、相互の理解を深める機会となっている。相互理解が深まることで、個々のケースへの連携支援がよりタイムリーにより適切に進められるようになった。そして、地域課題が浮き彫りになっていくことで、今後目指すべき地域づくりの方向性（地域包括ケアシステムなど）を語り合う場ともなっていった。

精神関係機関連絡会議は、障害者総合支援法第89条の3に規定されている地域自立支援協議会の一部会に位置付けられ、「地域における障害者等への支援体制に関する課題について、情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議」を行なっている。

まとめ

20年以上にわたる経過をまとめた。この間、法制度の改正や地域状況の変化、また筆者の異動などがあった。法制度改正では、心身障害者対策基本法が障害者基本法に、保健所法が地域保健法に、障害者自立支援法が障害者総合支援法に改正されるなど大きな制度改正が相次いだ。この間に国の障害福祉サービス等予算は3倍以上に増え、支援サービスを提

供する地域資源が次々に増えていった時期と重なる。筆者の関わりも、個別支援からチーム支援（多職種連携）へ、チーム支援からネットワーク支援（多機関連携・地域づくり）へと広がっていった。

保健医療分野の連携について

保健医療分野は、保健領域と医療領域に大別される。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」によれば、保健医療分野を活動分野としている現任の公認心理師は約44%であり、教育分野の約46%と並んで公認心理師が多く勤務する分野となっている。医療機関勤務者の所属科・部署等は精神科が約44%、診療科から独立した心理相談部門等が約25%であったが、いわゆる身体科も含めて幅広い活動が行われている。

本実践例集の保健医療分野のセクションでは、保健と医療、病院と診療所、精神科単科の病院・診療所と総合病院の組み合わせを設定し、また、心理職のさらなる活躍が期待されている医療サービスとして、がん・緩和ケア、周産期、高齢者医療についての例を加え、以下のような計8例をご提示いただいた。

1-1	総合病院における連携の実際	医療	病院	総合病院	
1-2	がん医療における連携の実際	医療	病院	総合病院	がん・緩和ケア
1-3	緩和ケアにおける連携の実際	医療	病院	総合病院	がん・緩和ケア
1-4	単科精神科病院における連携の実際	医療	病院	単科精神科	
1-5	精神科クリニックにおける連携の実際	医療	診療所	単科精神科	
1-6	総合病院周産期医療における連携の実際	医療	病院	総合病院	周産期
1-7	高齢者医療機関における連携の実際	医療	病院	総合病院	高齢者医療
1-8	保健センターにおける連携の実際	保健	保健センター		

保健医療の現場では、生活形態の多様化、医療の高度化・複雑化に伴い、その業務も拡大・複雑化している。国民に良質な医療サービスを適切に提供するには、各スタッフが目的と情報を共有し、専門性を発揮しつつ連携・協働するチーム医療が必須である。チームの中では、心理職が要支援者やその関係者に直接的に関わる支援だけでなく、コンサルテーションでの専門性の発揮や、チームの成員に目を配りチームそのものをサポートする役割も担っている。

また、疾病・傷害に対応するだけでなく、要支援者の生活の質（Quality of Life）に配慮した全人的医療を提供し、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現するためには、自施設外の施設やサービスとの横断的かつ縦断的で有機的な連携が欠かせない。

さらに、要支援者の家族等は、支援の対象であると同時に、重要な連携・協働対象であることも、これらの実践例において示されている。

支援のネットワークや良好な連携は、外的現実として提供されるだけでなく、要支援者の心的世界の中でも連結し、内在化されて安心感の源となっていく。もちろんこれは、関わる人数やサービスの数が多ければ多いほどよい、ということではない。心理職の専門性は、アセスメントに基づいて、そのような内的世界の構築にも留意し、ほどよい関係性をマネジメントしていくことにも発揮されるといえよう。

心理支援
連携の実践例集

福祉分野

乳児院における連携の実際

子ども家庭支援センターにおける連携の実際

児童相談センター宿泊治療部門における連携の実際

児童相談所における連携の実際

児童養護施設における連携の実際

児童自立支援施設における連携の実際

市町村心理職の地域援助における連携の実際

自治体福祉部のひきこもり支援における連携の実際

乳児院における連携の実際

活動の背景

筆者の勤務する乳児院は定員40名で、虐待や保護者の様々な事情により、家庭で養育することが困難なお子様をお預かりして、24時間365日養育にあたる、入所型の児童福祉施設である。生後5日目程度～3歳程度の子どもが在籍しており、1ユニットあたり5名定員、8ユニットあり、日常の養育は主に保育士、看護師が担っている。その他に、家庭支援専門相談員、里親支援専門相談員、心理職、栄養士が連携して子どもの育ちを支えている。

心理職としては、子どもの育ちや子どもと大人の関係性を見立てたり、関係機関に繋げたりする必要がある。中でも、入所時、入所中、退所前後の節目における連携は特に重視しており、心理職はケースのニーズに合わせた支援を行っている。入所から退所までの経過に沿った3時点での連携の在り方について、4事例を紹介する。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕担当養育者、ユニットのリーダー、ケースワーカー

〔他施設〕児童相談所、児童養護施設

〔その他〕父母、里親

●連携の実際

①入所時の連携

アタッチメントの問題により、一時保護入所から措置入所に繋げたケース

Aは、父母が薬物使用により逮捕され、1歳4ヶ月の時に入所した。入所当初、Aは人見知りもなく、目線も全く合わない子どもだった。当施設では、入所後1か月を目途に、心理職が生活場面に入りながら、担当養育者との関係構築の様子から、子どもがそれまでの環境で培ってきたアタッチメントの安定性をアセスメントしている。特に養育担当者との分離・再会場面での反応を行動観察した際、Aの特徴的な行動が出現した。これを捉え、現場職員は具体的なケアを検討する機会となり、担当養育者とのアタッチメント関係をしっかり構築するという支援方針に繋がった。また、児童相談所は当初、Aが一時保護の状態で、家庭引き取りの方向性も示唆していたが、安定したアタッチメント形成を目指した手厚い育て直しが必要という観点で、支援方針を修正し、措置入所に繋ぐことになった。

②入所中の家庭支援における連携

メンタルヘルスに問題を抱える親との面会交流の支援

Bは母の精神疾患が悪化し、入所となった。父母は家庭引き取りの希望が強く、攻撃的な態度もみられたため、ケースワーカーと共に心理職が面会に同席し、支援することになった。心理職が父母の関係性をアセスメントし、父から母への

支配性があることを児童相談所と共有し、母子1対1での面会を設定した。母子面会では、心理職が母に対して具体的なBへの声掛けや遊びかけの仕方を示しながら関係構築を促した。そして、面会ごとに、母と振り返りを行い、母の自信に繋げていった。定期的に児童相談所に対しても、母子の関係性についての進捗状況を共有した。

③入所中の里親支援における連携

里親委託を控えた里親への支援

Cは4ヶ月で入所した。Cは入所した頃は臆病で、1歳児の頃は指しゃぶりをして耳を触り、陰から他者をじっと観察するような子どもだった。施設全体として、子どもが主体的に遊ぶことが出来るように環境を整えていったところ、Cはしっかりと意思を持ち、自己選択ができるまでに成長した。2歳を過ぎてからCは里親委託の方針となった。施設内でカンファレンスを実施し、心理職はCの成長を動画で提供するとともに、Cは環境に慣れるまでに時間がかかるが、しっかり自分で選択し、行動に繋げることができるという見立てを打ち出した。里親との交流が始まったが、Cは感情表出が薄く、里親が自身との関係性について心配する一面があった。その時にも、児童相談所を含めてカンファレンスを実施し、心理職はCの成長ビデオを共有しながら、Cは表情には表さないものの、しっかり意思を持っていることや里親との交流への拒否がないことを伝え、関係性の維持につながるように支援した。

④退所前後の連携

育ちの共有と新たな養育者との関係づけの支援

Dはネグレクトにより生後1ヶ月弱で入所してきた。当施設では新生児期より入所した子どもと担当する養育者の関係構築を心理職が支援するシステムができている。心理職は毎月、担当養育者が行うDへの授乳や遊び場面、分離と再会場面をビデオで撮影し、アタッチメントの観点からフィードバックしてきた。そして、1歳6ヶ月頃に担当養育者との関係構築ができていることをアセスメントによって確認した。また、Dは2歳過ぎより、様々な問題行動と身体症状を呈するようになり、施設内でカンファレンスを実施し、心理職がプレイセラピーを行うことになった。児童養護施設への措置変更が決定した際は、児童養護施設でDを担当する職員、児童相談所とカンファレンスを実施し、心理職は施設での子どもの育ちを動画で示し、本児の育ちを共有した。また、措置変更後、乳児院で担当していた養育者とともに、措置変更先へ出向き、児童養護施設の職員との関係性が築かれていることを確認し、両者に対して関係性の移行がしっかり行われたことをフィードバックした。

まとめ

以上のように、当施設では、入所時、入所中、退所前後のポイントで、心理職が子どもについての見立てを現場職員や関係機関と共有している。現在、行われている医療との連携は、月に2回、嘱託医による往診と、児童相談所の小児科医が、主として該当する相談所の子どものフォローに入っているが、身体的な診療と見立てが主となっている。それとは独立に、心理職は関係性やアタッチメントなどにも着目したアセスメントを行い、家庭や里親、児童相談所、あるいは地域への連携を行っている。

今後、家庭や里親、児童相談所等との連携にあたり、心理職が象徴的な場面に対する意味づけを的確にするとともに、自らの洞察力を磨きながら、コミュニケーション力を培うことが課題である。

子ども家庭支援センターにおける連携の実際

活動の背景

子ども家庭支援センター（以下、子家セン）は、子どもとその家庭に関するあらゆる相談に応じるとともに、「要保護児童対策地域協議会」の調整機関として、児童相談所、保健医療機関、教育機関、民生児童委員など地域のさまざまな関係機関と連携協働しつつ、子どもが地域で安心して暮らしていくための支援をする役割を担っている。

以下に、子どもも保護者も多くの課題を抱えていた家庭に対し、さまざまな関係機関と連携協働することで、子どもと保護者が本来持っていた力を取り戻し建て直して行った事例を報告する。10年以上にわたる長い経過を辿るため、関わった全ての機関を上げることができなかったが、ここに上げた以上の公的私的含めた様々な機関や人たちの連携協働があったことを記しておく。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕

〔他施設〕保健センター保健師、保育園、児童福祉司、小学校、中学校、養護教諭、スクールソーシャルワーカー、児童精神科、児童精神科クリニック、大学生（支援者）
大学附属心理相談室、適応指導教室、無料塾（生活福祉課）

〔その他〕両親

●連携の実際

実践例の一家は、父母、小学生2人（A、B）保育園児Cの5人家庭であった。父母は、慢性疾患、身体障害を抱えるとともに、Cが生まれた頃より、精神的不調になり養育がままならなくなっていた。Cには、保健センター保健師が関わっていたが、就学後を見据えて相談があった。同じ頃、保育園からも、発達や養育状況を心配する相談があった。困難を抱える保護者は自分たちの不足を指摘され傷ついた経験により、拒否感を持ち、相談に繋がりにくいことが多いが、それまで丁寧に関わっていた保健師、保育園が、相談の下地を作り繋いでくれた。

両親との相談関係の成立、関係機関の拡がり

連絡を取り家庭訪問をすると、室内は乱雑、大量の衣類等に埋まる中敷きっぱなしの布団に父母が寝ており起き上がる気力もない。こどもの心配事について尋ねると、他人事のようで相談にはならないものの、拒否はなかったため、週1の訪問を開始した。訪問する中で、子どもたちとも仲良くなり、父母も起き上がって話をする様になっていった。自分自身への苛立ちや辛い心情を吐露するなど思いのやりとりができるようになった頃、改めて、保育園での心配を話し合い、就学相談や医療機関に繋ぐことになった。初診日に、父親が所在不明になり、母親から初めて助けて欲しいと連絡があり医療機関に付き添った。そこで児童精神科医の求めに応じて児童相談所の関わりも開始され

た。児童福祉司からは、充分な養育状況ではないものの、家族関係が良好であることや支援に拒否がないことから、環境整備のため家の中の掃除を行う提案があった。個人の領域に踏み込みすぎるのではと躊躇しつつ両親に伝えると、中学生になるAのためにもやりたいとなり、児童相談所、子家セン、不登校のAも巻き込みながら大掃除を行なった。その後も、父母の要望に応じて訪問や来所での相談を行う形での相談を継続していった。紆余曲折ありつつも、母親は資格を活かした仕事を始め、父親も、就労支援事業所を経て企業就労に就いた。

子ども達への支援

子どもたちもそれぞれ不登校、身体症状など不適応が表面化し始めていた。

Aが、登校途中にいなくなった際には小学校とともに捜索し、自殺企図が生じた時には、通院していた児童精神科に連絡を取り、情報提供と助言を受け小学校に伝えた。中学入学時には、関係者会議を開催したことで、養護教諭を中心に校内チームができ、スクールソーシャルワーカー（以下SSW）も介入を開始した。しかし、父の自殺企図をきっかけに不安が強まり家庭内で荒れたため、児童精神科に入院することとなった。筆者は、親子に受診同行し、退院時の説明にも同席、退院後は、クリニックに転院したため、その受診にも付き添った。高校に行けなくなった時には、主治医が本人に相談を勧めつつ、筆者にも連絡を取るなど、医療と地域が連携し関わった。Aと相談した結果、高校を再受験し、アルバイトをしながら無事卒業。精神保健福祉手帳を取得し、就労支援機関に通い就労することとなった。Aは、人への警戒心が特に強く、訪問時に何度顔を合わせても1年近く「あんた誰？」と聞いてきたが、高校を再受験するために願書を二人で書いている際に、そのことを振り返ると「自分は本当に人に恵まれている。いろいろな人が助けてくれた」と語った。

Bは、友人も多く学校の適応も比較的良かったが、学年が上がるにつれて勉強についていくことが厳しくなり欠席が増えた。中学校入学時には、関係者会議を開催し、中学校での支援体制を確認した。入学直後は頑張っていたが、1学期ぐらいから、死にたいと言い出し、急に乱暴になり、抑鬱状態になった。Bの変化に父母は戸惑い相談があったため、状況を整理し、手当が必要だと話し合い、児童精神科を受診することになった。医師からは入院を勧められたが、Bが拒否したため、外来で様子を見ることになった。しかし自力での改善は難しいことをBと話し合い、覚悟を決めて約半年間入院した。病棟では、学力と生活力を身につけるための訓練指導を行うとともに、病棟医の要請もあり筆者が病棟訪問を継続した。中学校も、入院中もSSWを中心にしたチームで関わりを続けた。退院時には関係者会議を開催し、方針と役割分担を確認。退院後は適応指導教室に通い、無料塾に通うことで、学力をつけ、不登校に配慮のある希望の高校に合格。入学と同時に始めたアルバイトをしながら高校を卒業し、企業に就職した。

Cは、父母の精神不調の影響が特に大きく、落ち着かず無目的にひとりふらふらし、話すことは、アニメの話ばかりなど空想の世界にいるような子だった。保育園園長に、両親に余裕がなく関わりが乏しいことを伝えると、読み聞かせなど個別ケアが行われた。小学校入学後に不適応が顕著になり、家から夜飛び出したCを捜索し見つけた時に、ひとりぼっちでやり場のない思いを抱えているとCが語った。そこで地域の大学に依頼し、学生が小学校で学習支援を通して本人と情緒的関係を作っていった。その後、子家センに場所を移動し、小学校卒業後は、大学での心理相談に移行した。教室で過ごす時間も増え、友人もできた。中学は支援学級に進学したが、不登校となり、友人たちのいる地域の中学への転校を切望。再度知能検査を受けたところ、低学年の時は境界知能水準だったが普通知能水準まで上がっており地域の中学に転校した。そこでも不登校になり、上二人と同じ児童精神科での入院で生活リズムを立て直して復学、Aと同じ高校に入学した。この頃には、父母の精神状態も回復してきており、筆者は関係機関の調整と母親と子どもたちの相談対応をし、父母が子どもの課題に主体的に取り組み、行動するようになっていった。

まとめ

関わりを開始した当時、両親は、現実に向き合えず、日々を無為に過ごすのみであったため、関係機関は無力感や苛立

ちを感じていた。また、関係機関の立場や考え方の違いから、機関間でのすれ違いにより軋轢も生じていた。そこで、父母や、子どもたちのどうにもならない気持ちを拾い、少しでもよりよく生活していくためにどうしたら良いかを相談していった。同時に、関係機関との話し合いを重ねることで、当事者の抱える状況を理解し、すれ違いを修正し支援の方向を確認し、それぞれができることを実践していく中で、一家は少しずつ動き出し、本来の力を取り戻していった。また、ここでできた関係機関との繋がりは、その後の他のケースでの連携協働の際にも生かされていくこととなった。

児童相談センター宿泊治療部門における連携の実際

活動の背景

私たちの職場は児童相談所の宿泊治療部門である。そこには心理職をはじめ、福祉職、医師、看護師、各療法の講師等の職員が勤務している。対象の児童は、在宅、施設、養育家庭等で生活している小1から中3までの子供たちで、生活の場で何らかの困りごとや心配事を抱え、その結果として行動の問題（暴力、不登校、対人関係不調等）を抱えている。利用は児童相談所の児童福祉司指導として決定され、平日に4泊5日を上限として宿泊し、安心安全の環境の中、担当の職員や他児と触れ合うことで現在起きている問題の改善を目指すことを目的としている。心理職は、心理に特化したものではなく、交代勤務をし、ケアワーカー的役割も担っている。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕心理、福祉、児童精神科医師

〔他施設〕児童精神科、学校、子ども家庭支援センター、児童相談所（相談部門）

〔その他〕父母

●連携の実際

関係者間での連携の事例について紹介する。（この事例は何例かの事例を組み合わせた架空事例である）

小5、男子

主訴：多動、かんしゃく

家族構成：実母、養父、異父弟、本人の4人家族

当所の利用開始は児童養護施設から家庭引き取りになった小1からである。児童養護施設には母の養育困難で入所していた。家庭引き取り前には、親子再統合に向けたプログラムやPCITなどの家庭復帰プログラムを両親に実施し、引き取りとなった。利用はおおむね月に1回、4泊5日で利用していた。当初の本人の利用の目標はあいまいで、両親の希望はレスパイトとアセスメント、専門家からの子育ての助言であった。児童精神科には通院しており、当初は服薬していたが、本人が嫌がることもあって最近は服薬中断していた。

利用当初は、父が送迎し、母はほとんど姿を見せることはなかった。父は利用中にどんな問題行動を起こし、どう対応したかを担当者に聞きたがり、本人の良い所や頑張っているところを伝えても関心は薄かった。本人は来てしまえば楽しめていたが、切り替えが悪く、来るときに行き渋りがあることから、母は本人よりも自分たちの都合で利用させることに罪悪感があり、「本当は利用させたくない、ここに通っている子と自分の子は違う」などと言うこともあったが、本人がいない間は本人以外の3人で穏やかに過ごせることもあって利用を止められないようであった。両親それぞれの本人に対する養育に対する考えと対応には大きな違いがあり、いつもお互いの対応を批判しては喧嘩しており、当所の利用を巡っ

ても対立し、二人で迎えに来た時などは、待合室で本人の前であろうとも言い争い、担当が仲裁に入ることもあった。本人は利用当初は幼いこともあり、多動や切り替えの悪さはあったが、おっとりしており大きなトラブルもなかったが、父母の意見の違いが顕在化する頃からイライラが目立ち、他児に対する口出しや年下の子への意地悪、わざと注目を浴びるような行動（わざと転ぶ、大きな声で独り言を言うなど）が多発し、他児と遊ばず、一人で好きな電車の絵を描いて過ごすことが増えた。心理面接では、他児と距離を取ろうと頑張っていることをほめつつ、困りごとを抱えた子は、人に意地悪をすることがあるので、本人にも悩み事があるのではないか、そのことを話して欲しいと折に触れて話をするが、言語化することはなかった。利用時は担当と二人で遊ぶ時間を取り、本人はその時間をとても楽しみにしていたようであった。

児童相談所との連携は、以前から担当していた児相担当者がしばらく休んでいた間は連絡が滞っていたが、担当者が交代してからは本人の送迎時に両親と話をしてくれ、利用中にも本人とも面接するようになり、些細なことでもお互いに情報を交換するようになった。薬を中断していることもあり、病院を交えた関係者会議を提案し、児童相談所、学校、子ども家庭支援センターなど関係者と話し合いを持った。両親にもその話し合いをすることを伝え、関係者が本人も含めて家族を支えていることを理解してもらった。その話し合いでは、本人の状態が以前より憎悪していることを共有し、服薬は入院しないと効果を判断できないので、入院を働きかけるという結論に至った。両親にもその結果を話したが、入院に関しては抵抗があり、特に父は「自分がやらせればどうにかできる。母が協力してくれないだけだ。」と積極的ではなかった。しかし、徐々に両親ともに本人のことで喧嘩が増え、疲弊するようになり、送迎時の面接の際には、絶えずお互いへの不満と本人への困り感が止まらなかった。その後、父より、両親をまじえて関係者で集まって話し合いをして欲しいと要望があった。児童相談所、学校、子ども家庭支援センター、両親で集まり、家族への支援体制について話し合った。父は、率直に自分たちの対応について意見が欲しいと言い、関係者へも協力的であり、会議での入院を勧める助言も快く受け入れてくれた。

まとめ

この事例でよかった点は、些細なことでも児童相談所と連絡を密に取れたことである。送迎時に両親が話した内容は児童相談所に伝え、本人、両親が現在進行形でどのような状態であるのか共有した。そのことでタイムリーに関係者会議を行うことができ、さらに会議を行うことを両親に伝えることで関係機関が自分たちのことをサポートしてくれているという安心感をもたらしたと考えられる。そのことをきっかけに父が自発的に両親を交えた話し合いを持ちたいという希望に繋がり、その話し合いの場面で母との喧嘩の内容や現在行っている対応を偽りなく話すことができ、本人の支援も一歩前進することができたと考えられる。

連携とは、お互いの情報を共有し、一つの目標に向かって協力していくことが第一義であるが、情報を共有することでお互い自身を知ることにより、信頼関係や安心感などを持てることも大事であると考える。人間関係の良い循環の歯車が回りだすと、職場環境や支援にも良い影響をもたらすと思われ、些細な情報でもよいので、お互いの情報を共有し、意見を伝え合えるようなコミュニケーションを今後も心掛けていきたい。

児童相談所における連携の実際

活動の背景

児童相談所は児童福祉法で各都道府県と政令指定都市に設置が義務付けられている機関であり、業務は18歳未満の児童に関わるあらゆる相談に応じることとされている。中でも児童虐待が深刻な社会問題となってからは、児童虐待から児童の生命や身体を守る最前線として位置づけられている。児童相談所で働く職種は各自治体によって若干の違いはあるが、相談におけるケースワークを担当する児童福祉司と、児童の心理アセスメントや心理療法を担当する児童心理司が互いに連携して支援を行うことが多い。ただし、児童福祉司はどの自治体においても非常に多数の担当ケースを抱えている。そのため、時として後に大きな問題に至るような兆候を見落としそうになることが多い。その際、同じ職場の他職種として児童心理司が児童福祉司と異なる視点からケースを眺め、気づいた点を児童福祉司に伝えた結果、重大な結果に至ることを予防できることが少なくない。児童相談所ではこのような児童心理司と児童福祉司の連携が不可欠であるため、多職種、他機関による連携が功を奏した事例を以下に紹介することとする。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕児童福祉司

〔他施設〕学校、学校医

〔その他〕父母、母方祖母、異父妹

●連携の実際

A（9歳　小3男子）

主訴：地域で度重なる暴力行為、いたずらがあり、対応に困っている。

事例の経過

家族は養父、実母、異父妹の4人世帯

妊娠中、出産時に問題や指摘はなし。Aが3歳の時に実父母が離婚する。Aと実母は母方実家で祖母と3人で暮らす。母方実家で生活を始めた際に保育園の利用を開始する。友人との喧嘩はあったが、特段乱暴という指摘はなく「やんちゃな子」という評価であった。 Aが5歳の時実母が職場で知り合った養父と再婚し翌年に異父妹が誕生する。就学相談においても特に指摘されることなく小学校は普通学級に入学する。小学校では学童保育を利用していたが、学童保育内で他児との喧嘩が頻繋にみられるようになる。喧嘩のたびに父母が呼び出されていたために仕事にも支障をきたすことになり、Aが2年生なる時に母が仕事を退職し、Aも学童保育の利用をやめることになった。2年生になると下校中や放課後に石を投げて民家の窓ガラスを割ったり、車に傷をつけたりといった問題を起こすようになる。　問題を起こすたびに父母で謝罪に行き、Aを叱るが、その場では泣いて謝るもののしばらくするとまた問題を起こしてしまう。Aが3年生になっても

状況に変化が見られず、困り果てた母が児童相談所に相談することとなった。

児童相談所では児童福祉司（以下福祉司）が母の担当となり、Aのアセスメントと支援の担当として児童心理司（以下心理司）がAの担当となった。心理司はAと面接を行う。視線は合い、心理司の質問にもよく答え、笑顔も見られる。人懐こい印象である。ただし心理司の質問の途中で話を遮るように答え始めることがありその都度話を止めて落ち着かせる必要があった。後日知能検査を実施したところ、知的な遅れは見られないものの発達のばらつきがみられた。検査中も時間が経つとせわしなく体を動かし、落ち着きのない様子が見られた。その後Aは母とともに児童相談所に通うことになる。

児童相談所に通っている間もAの問題行動は繰り返されており地域でも問題となっていた。そのような中、Aが顔に痣を作って面接に訪れる。話を聞くと、面接の前日に地域の子どもと喧嘩をして怪我をさせたことで父から暴力を振るわれて痣を作ったことがわかる。福祉司と面接していた母からも同様のことが話されており、母は連日Aの起こす問題への対応に迫られることに限界を訴えた。Aはその日から一時保護となった。

一時保護となって以降、一時保護所の中でAの生活の様子が明らかになる。初対面の子どもたちに対しても人見知りすることなく接しており、まるで以前からいるように振舞っていた。しかし、ふざけ合いから取っ組み合いの喧嘩になったり他の子どもの喧嘩に口を出してAも喧嘩に加わってしまうこともあった。学習の時間には積極的に学習に取り組むが飽きやすく、すぐに周囲の子どもにちょっかいを出すということがあった。Aの生活について一時保護所からの報告を受けた心理司は、自身が実施した知能検査の結果と合わせて、Aの問題行動の背景に発達障害等器質的な要因の関与を疑ったが、生育歴や学校での生活からそれを裏付けるエピソードが乏しいと感じた。そこで福祉司を通じて学校での様子を調査するとともに母から生育歴についてより詳細な調査を行うこととした。

学校からAの生活について様子を聞くと小学校入学直後から離席や教室からの飛び出しが見られていることがわかった。しかし、学校では同様の行動を示す生徒の対応をしていた経験があったことから学校全体で対応を行ってきた経験があり、教室から飛び出した生徒に対しても手の空いた教員が付き添い面倒を見ていたため大きな問題になっていなかったことがわかった。ただし、Aの飛び出しはさほど頻度が多くなかったことと教室を飛び出して図書室や校長室で過ごすAはおとなしく過ごしていたことから大きな問題とは考えておらず、Aの他にもっと手がかかる生徒がいたため家庭への連絡を行っていなかったことが分かった。また、Aが地域で様々な問題行動を起こしていることについては母が学校へ連絡をしていなかったことから学校は把握をしておらず驚いているとのことであった。

母からAの生育歴の聴取を詳しく行うと母は実家で生活をしている際、保育園でのAの様子についてあまり注意を払っていなかったことがわかる。そこで母方祖母に相談に同席を求め詳しく話を聞くと、保育園でも部屋からの飛び出しや他児との喧嘩はかなり頻繁に起こっていたことがわかる。しかし保育園が児童を管理するよりも自由に過ごさせるという方針で運営されており、できる限り児童の興味関心に合わせて職員が対応するという姿勢でいたため一見問題とされる行動も「元気がある」という表現で済まされていたことが分かった。

以上の結果から心理司がAに感じた行動上の特徴は複数の場面において長期にわたって観察されていたことが明らかとなりAの問題行動には発達障害等器質的な要因が関与しているおそれが高いと判断した。そこでAの医療機関受診を勧めると父母ともに同意をしたためAの受診先を探すこととなる。Aの居住している地域に診察可能な医療機関が少なく受診先を確保することに難航していたが、偶然小学校の校医を務める医師が児童の発達についても診察を行っていたことが分かり、当該医療機関の受診を行うこととなった。数回の診察の後Aには発達障害の診断が下され投薬治療が開始された。服薬開始後Aの生活全般は落ち着きを見せ、一時保護所内での問題行動も目立って減ってきた。並行して父母や異父妹との面会を重ねた結果一時保護を終了して家庭へと戻ることが決まった。Aが家庭へ戻るにあたって医療機関（医師）、学校、母、児童相談所にて家庭に戻った後の支援について話し合いを行った。Aが地域での生活を再開するにあたり学校、医療機関、母は情報交換を行いながら見守りを続けていくことを確認するとともに、Aと母は引き続き児童相談所へ通い、Aには学校や地域であったことを振り返るとともに母にはAとのかかわり方について助言を行っていくことが確認さ

れた。

Aは地域に戻った後、医療機関、学校、児童相談所はAとその家族の支援を継続した。それとあわせて関係機関が定期的に集まり報告を行った。その中であらたに課題が生じることもあったが、その都度各機関の役割や支援の内容を検討、修正を行って対応した。その結果Aの問題行動は目立って減少し、1年間経過したところで児童相談所のかかわりは終了となった。

まとめ

人の行動は本人の特性のみならず他者や社会との相互作用の結果為されるものである。よって問題を示す人の支援においても一部分を切り取って単独の機関の支援によって完結するものではない。本児例のようにAにかかわる様々な機関が情報を共有し、それぞれの専門性を活かした役割分担を行いながら支援をしていくことが有効な支援に不可欠であると考える。

児童養護施設における連携の実際

活動の背景

児童養護施設での連携は、日々の積み重ねであり、心理職も施設内外の援助ネットワークを繋ぐ役割を担っている（中釜ら、2008）。連携には、良き聞き手が必要であり、それぞれの声を拾い、受け取っていかないと、組織はすぐに不満や疑心暗鬼に陥りやすい。その意味でも、日々のやり取りは重要であり、その積み重ねが下地となり、困難な事例を支え続けることが出来る。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕精神科嘱託医、児童指導員、保育士

〔他施設〕児童福祉司、入院先医療機関医師、中学校、児童相談所

〔その他〕家族

●連携の実際

心理職としての業務日誌を基に日々の関わりを描き、援助ネットワークにどのように事例が乗って動いていくのかを追ってみた。

4月1日

新体制初日。施設長より職員へ「子どもたちの育ちをみんなで担う、尊い仕事だと思っている」と挨拶。新しくリーダーになった職員にも〈よろしくね〉と声をかける。「頑張ります」と少し誇らしげ。

4月2日

職員、子ども全員で近所の大きな公園にお花見。厨房さんが恒例のお稲荷さんや太巻きを作ってくれる。新人職員が挨拶、新入所の子もみんなの前で自己紹介をする。一人でいる子に声をかける。「俺、人がいっぱいいるの苦手だから」〈そう。学校とかではどうしているの？〉「一人でいるよ。どうしてもの時は我慢している」〈それが出来るのは偉いね〉と話す。

4月3日

児童相談所へ新入所児のインテークに行く。子どもは初対面でも屈託なくよく話す。一緒に行った若い職員に「インテークの時、どんなことを意識しているんですか？」と聞かれたので〈初対面の人にどんな反応をする子かなと言うことと、少しでも安心して来てもらえるように〉と答える。帰りがけ、以前別の児相にいた児童福祉司に出会い「今年度からこちらの児相に移りました」とご挨拶頂く。以前一緒に担当したケースは随分助けてもらったので〈心強いです〉と伝える。

4月5日

暴力が酷くなり児童精神科に入院させて貰っていたA君の退院日。担当職員と共に迎えに行く。Drより入院生活で行っていた構造化と落ち着く時のポイント（自室に戻る）を教わり「病院でも出来たんだから学園でも出来るよ」と話して貰い、帰ってくる。薬が効いて、ポヤンとしている。事務所に顔を出して「お帰り」と言ってもらう。担当職員と「1週間ごとに振り返りだね」と共有する。

高校1年男子個別心理：クラス替えが嫌だなと話している。〈今まではどうやって乗り越えてきたの？〉「まあ最初から飛ばし過ぎない。地味目にスタートして、慣れてきたら自分と合いそうな人と話す」〈完璧だね〉と話す。

4月7日

児童精神科から退院してきたA君について、中学校へ情報共有に行く。病院で教えて貰ったことを、学校とも共有する。学校より「今度通院に同行させて貰うことは可能でしょうか？」と言って頂く。〈お忙しいでしょうが、是非〉と話す。

4月12日

退院から1週間。暴力なくやれたことを担当職員と心理職とA君で振り返り。がんばったねと伝えると嬉しそう。施設長にも本児と一緒に報告に行き「嬉しいなあ。職員みんな喜んでいるよ」と伝えて貰う。

4月18日

3月に家庭復帰したご家族に電話。「友達も出来て、元気に学校行けています」と明るい声。本人とも話す。GW明けに家庭訪問に伺う約束をする。

月1、2回来てくださっている精神科嘱託医の先生にA君に会って貰う。「かなり薬が効いているね。それだけ大変な子だということなんだろうね」とコメント。

4月23日

A君がイライラして物に当たっていると内線があり、呼ばれる。若い女性職員が電気屋さんに連れて行ってあげる約束をしていたのだが、他の対応をしなくてはならなくなり、「ちょっと待ってね」と伝えたところ「待てねえんだよ！」と怒り出したとのこと。リビングで物を投げており、小さい子は怖がって固まっている。他の子たちは部屋に戻っているように伝える。本人に〈どうした？〉「うっせえ。来るなよ」〈大丈夫。落ち着けるよ。とりあえず部屋に行こう〉と声をかけ、冷たい水を飲ませて、側で静かにしていると少し落ち着く。〈小さい子たちに直接暴力しなかったのは偉かった。我慢したんだね〉と声をかけると泣き出す。落ち着くのを待って〈あとでみんなに怖い思いさせてゴメンと言えると良いよ〉と話す。若い職員の話も聞き、困ったらいつでも呼んでねと伝える。

8月9日

A君定期通院。1学期学校での暴力もなく、施設でも暴力を何とかコントロールしながらやっていることをDrに報告。相談の上、減薬となる。〈気を付けておいた方が良いこと？〉Dr「コントロールできないことが増えてきたら教えてください」

X＋1年2月

暴力は随分とコントロールできるようになってきていた所、女児の胸を強制的に触ったことが分かる。嘱託医にも相談。「笑顔が増えたり、関心の幅が広がるなどエネルギーの高まりもあったが、同時に抑制が効きづらくなったのだろう。副作用が出ていたので、あのまま沈静がかかった状態で大人になるのが良いとは思えない。少しずつ薬を減らしたいと医師なら考えるだろう」とコメント頂く。個別面接で振り返りをすると、最初は「知らねえ」「忘れた」と話したがらないが、〈相手がどう思うかは考えなかった？〉には「うん」と素直に反応する。絵を描いて「被害児はどう思っている？」「お父さんは？」「きょうだいは？」と聞いていくと、少しずつ話し始め、泣き始める。〈悔しい？〉「うん」〈僕も悔しいよ。暴力はコントロールできるようになった。きっとこれもコントロールできるようになるよ〉「うん」「謝りたい」〈相手がごめんなさいを聞いてくれるかは分からない。でも謝りたい気持ちは紙に書いてごらん〉と話す。

児童相談所とも協議の結果、加害児と被害児を分離する意味もあり、A君は一時保護となる。施設長、担当職員、心理職で送る。A君「頑張ってきます」と挨拶していく。担当職員「暴力は随分コントロール出来てきていたから少し安心していましたね。衝動性が性に出てくる可能性も考えておければ良かったですね。申し訳ないです」〈その学び、全体で共有しよう〉と話しながら帰ってくる。

通常、被害児童がいる限り、加害児童と一緒に生活をさせることが難しくなることが多いが、被害児童が年度末で家庭復帰予定だったこともあり、もう一度引き受けて支援するチャンスが残っていた。もう一度引き受けるか、より枠組みの強い児童自立支援施設に措置変更をお願いするかは施設内でも意見が分かれている。

X＋1年3月16日

施設長、担当職員と心理職で一時保護所へ会いに行く。担当職員が面接最後に「これだけはきちんと答えてほしい。学園に戻ってくるとみんなの目もあるし、君にとって厳しい選択になるかもしれない。それでももう一度学園でやっていく覚悟があるか？」と尋ねると「頑張る」と答える。

それから4年が経過し、X＋5年3月21日　壮行会

A君も学園を卒業し自立する日。担当職員が「色々なことが思い出されますが、僕が真っ先に思い出すのは、あの日児童相談所で君に尋ねた、あの場面です。覚えている？あの時、君はもう人を傷つけるようなことはしないと約束してくれたね。小さなことはいくつもあったけど、でも君は約束を守ってくれたと思っています。ありがとう」と挨拶する。泣きながら花束を受け取るA君を見て、報われた気持ちになる。担当職員と「あの時、粘ってよかったですね」と労をねぎらう。

まとめ

児童福祉領域において、子どもの育ちを支えるということは、決して1人で出来ることではない。と同時に、誰かが覚悟を持って引き受けなければならない場面もある。そのために、日ごろから子どもに携わる多くの人と援助の物語を共有し、相互に尊重し合い、子どもを支えていくネットワークを維持する必要がある。心理職は、その一翼を担い、そのネットワークの中で専門性を発揮していくことが求められている。

引用文献

中釜洋子・高田治・齋藤憲司（2008）『心理援助のネットワークづくり』　東京大学出版会

児童自立支援施設における連携の実際

活動の背景

当施設は、児童福祉法第44条に基づく児童福祉施設として全国58か所に設置されている児童自立支援施設のうちの一つである。多少の増減はあるものの、20名前後の児童が、男子寮2、女子寮1の3つの寮に分かれて生活している。敷地内には、小中学校の分校、事務室、相談室、体育館等のある学習棟、農場、グラウンドがあり、児童の基本的な生活は施設内で完結するようになっている。

施設自体は110年以上の歴史を持ち、長年、児童と起居を共にする児童自立支援専門員や児童生活支援員ら（以下、寮職員）による生活指導・学習指導・作業指導を中心とした日々の生活そのものが心理的なケアの役割も担い、児童の成長を支えてきた。常勤の心理療法担当職員（以下心理職）が配置されるようになってからはまだ10年に満たない。また公立の施設ではあるが、寮職員の多くが当施設のみで勤務するのに対して、心理職は数年で児童相談所（以下児相）や公立病院等他の公所へ異動となる。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕施設内中学校（分校）教員、寮職員、栄養士

〔他施設〕児童相談所、精神科外来、実習機関、就業・生活支援センター、グループホーム

〔その他〕父母

●連携の実際

このような位置づけの中での心理職の取り組みや連携について、事例を通して紹介する。

事例は、中学校3年生の秋に入所した男子児童Aである。Aの主な入所理由は家庭内暴力であったが、中学校入学後にあるゲームに没頭したことをきっかけとする昼夜逆転生活、不登校状態、極端な偏食による肥満等、複数の課題を持っていた。母は、乳幼児期からのAの「育てにくさ」によって疲弊し、父は、Aを怒鳴ったり叩いたり、時には戸外に出したりしてしつけようとしていたとのことで、家族関係不良も課題の一つであった。中学校入学後に母の主治医からの紹介で精神科外来を受診、自閉スペクトラム症と注意欠陥多動症の診断を受けたが、Aへの診断告知はされていない。

Aの入所を決定した児相からは事前に、児童調査票や援助指針書を用いての説明があった。それらに加えて、入所後に行われた学力検査、スポーツテスト、心理面接など、当施設での初期アセスメントの結果が個別支援検討会議で共有され、Aに対する当面の支援目標が立てられた。

学齢児であるAには、分校の授業を中心とした学習指導が行われたが、Aは学習への苦手意識が強く、実際の学力もかなり低かった。児相での知能検査の結果と分校の教員が前の中学校から得た学習の状況を照らし合わせ、授業や宿題に対してAの特性や現在の学力に応じた配慮を行うこととした。また、放課後に受験予定の児童が受験対策の課題に取り組ん

でいる時間、Aは中卒の児童と一緒に施設内の作業に参加したり、クラブ活動に参加したりして、ゲーム以外の好きなことを見つける機会とした。

中学校卒業後は、寮生活と実習が主となった。寮生活では、毎日のきまった日課に従うことはできていたが、行事や他児の事情によって予定が変更になると、頻繁にトイレに行って遅れたり、その「言い訳」を長時間話し続けたり、変更の理由を作った他児を責めたりしていた。実習では、不器用さと作業スピードの遅さから注意を受けることが多く、落ち込みやすい一方で、「こんな作業、意味がない」「先生の言い方が悪いからわからなかった」と反抗的になることもあった。心理面接で聞いてみると「ちょうどいいところまで土を入れる」「言われなくても自分で仕事を見つけて動く」といった従来の指示の仕方では、何をしていいのかわからず周りを見ているだけになってしまったり、力加減がわからず道具を壊してしまった経験から特定の作業を避けたりしていることがわかった。その時期に開かれた定期支援検討会議の場で心理職から、再度Aの発達的な特徴を説明し、具体的な指示の仕方の例やAの言葉の意味するところを伝えた。会議の場では、Aの肥満解消に向け、栄養士と一緒に作成した栄養指導資料や指導効果も報告した。

Aは、入所後も在宅時と同じ精神科外来への通院を継続した。毎回受診の前には、寮職員との1か月の振り返りを行い、それを基に心理面接で医師への報告や相談事項をまとめ、寮・心理職員が受診に同行した。「ちゃんとやっているのに他の人みたいにできない」とAから話されるようになっていたある時、待合にあった発達障害に関する啓発ポスターを目にしたAが「これって僕のこと？」と尋ねてきた。事前に主治医との相談や母との面接を行った上で、医師からAに診断名が告げられた。Aはその後しばらく、夜になると宿直の寮職員に「今日○○がうまくいかなかったのは障害のせいか、努力が足りなかったせいか」と尋ねることを繰り返した。心理面接でも同様の話が出され、一緒に資料を見ながらA自身が自分の特性を考え、それに対する意見を寮職員と主治医に求める、といった流れが数か月続いた。

父母は、行事への参加、施設内での面会と段階を踏んでAと交流し、成長を喜んでいた。しかし、自分達の関わり方は間違っていない、Aが何も問題を起こさないことが家庭復帰の条件であるとの姿勢は父母共に変わらなかった。Aも次第に、「ずっといるのは無理な相手」と父母を評するようになった。

入所後1年が経過し、Aが取り得る進路について、児相職員との検討を行った。Aは実習を通して就労への意欲と自信を高めていたが、施設外の実習先の評価を見ても、一般就労は難しいと思われた。児相職員と共に地域の就業・生活支援センターへ出向き、可能なサービスや必要な手続きを確認し、Aには心理職から、父母には児相職員から情報を提供した。父母は高校進学を希望していたが、数回の面接の後、最後はAが「僕をわかってくれるところに行く」と半ば宣言し、グループホームへ居住しながら障害福祉サービスを受けての就労という方針が決定された。

退所までは、精神保健福祉手帳の取得のための手続き、グループホームや就労先への訪問等、たくさんの新しい体験があったが、職員達と一緒にカレンダーに予定を書き込む、ホームページを見るなどしながら、Aは一つずつこなしていった。退所後も、当施設のアフターケアとして、Aへの訪問支援が継続されている。

まとめ

この事例にもあるように、当施設での心理職の業務のうち、心理職が単独で行っているものはむしろ少なく、多くは施設内の他職種との直接的な連携の下で行われている。その中には、定期的な会議や行事への参加、記録の回覧等、施設内の通常業務として組み込まれているものもあれば、問題行動が起こった後の緊急の対応、事務室での雑談からの事例検討等、その時々の状況によって発生するものもある。他機関とも、児相のように入所前から退所後まで連携が必然とされる機関に加え、Aの事例で示した医療機関、障害福祉に関する機関の他、教育機関、就労先の企業、福祉事務所等と、その都度児童の自立に向けたオーダーメイドの支援ネットワークを作って連携が図られる。「後付け」である心理職が施設内で機能するために、それぞれの職種や機関の専門性や文化を尊重し、お互いがわかりやすい言葉で児童の情報を共有し、これまでになかった考え方や関わり方を受け入れてもらえる土壌を作ることを心掛けて支援にあたっている。

市町村心理職の地域援助における連携の実際

活動の背景

令和4年4月1日時点で、全国における市区町村は1,747ある。そのうち特別区や、政令指定都市、中核市の要件を満たさない「人口20万人未満の市町村」は全国の市町村の8割以上を占める。本稿では、「相談支援部門」「児童発達支援センター」「児童相談支援事業所」「（幼児）言語通級指導教室」の機能を有する相談機関における、幼児期から成人期までの発達障害児・者支援に携わる市町村自治体の正規職員として勤務する心理職（以下、市町村心理職とする）の連携について述べたい。

市町村心理職は身分が公務員となり、その業務は法的に規定された支援を担うことが多くなる。特に福祉行政の領域は、児童福祉法や社会福祉法、生活困窮者自立支援法、子ども若者育成支援推進法、発達障害者支援法、障害者総合支援法等の規定に基づく業務を行うことになる。なかでも、発達障害児・者支援は、福祉・教育・医療保健・司法・労働の各領域と、ライフサイクルをまたぐ領域横断的・縦断的な性質を有する。よって、その地域生活支援では多種多様な生活課題への支援が求められるが、その最前線の役割（第一次支援）の一端を担うのが市町村心理職といえる。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕市役所の他部署

〔他施設〕社会福祉協議会、少年センター、医療機関、特別支援学校、中学校、障害者相談支援事業所

〔その他〕母親

●連携の実際

①システムとして連携が行われているもの

市町村心理職は、公認心理師法（以下、法）の第2条の1～4号に基づく「アセスメント」「相談」「コンサルテーション」「地域啓発」のほか、法第42条第1項の「多職種連携」は、市町村心理職の役割において重要な位置を占めている。多岐にわたる生活課題への支援は多職種連携が必須となる。また、個別ケースの課題を地域課題とすることは類似性の高いケースへの支援に寄与したり、支援の隙間を埋めたりすることに繋がる。したがって、地域支援体制のシステム化が重要となる（下図を参照：横軸に発達段階、縦軸に実務者会議等を配置）。

乳幼児健診後の調整をはかるため「支援対象児処遇検討会議」を設置し、療育の提供や巡回相談でのフォローアップ等の方針を検討している。「市障がい児・者自立支援協議会」では、発達障害児・者支援に特化した課題検討の場として「発達支援部会」を運営している。「発達支援連絡会」では、発達支援システムの整備について庁内関係課と協議している。

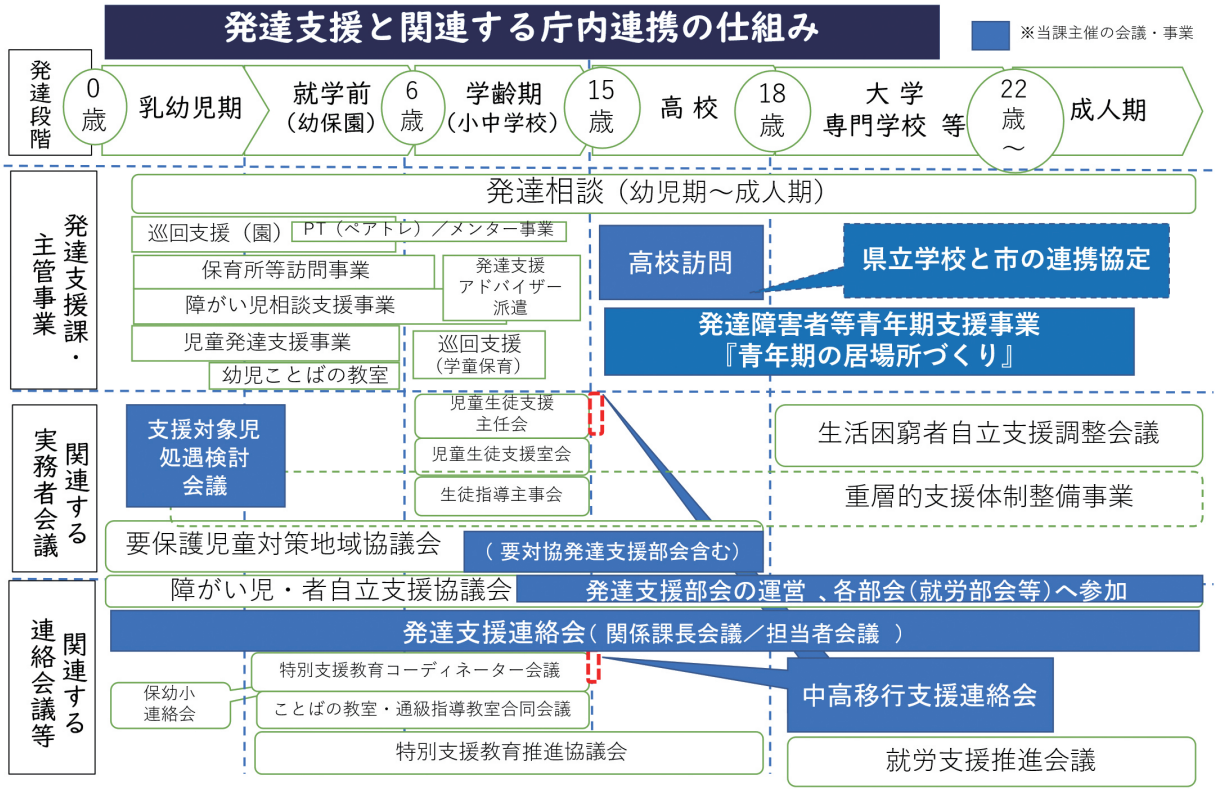


図１　発達支援と関連する庁内連携の仕組み

児童虐待や経済的困窮の課題は、発達障害児・者の地域生活支援で密接な関わりを持つ。よって、「要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）」の構成機関として実務者会議へ参加するとともに、月1回定例の「要対協発達支援部会」を設置し、特に相談支援部門や児童発達支援事業所等で関わるケースの情報共有を密に図っている。また、「生活困窮者自立支援調整会議」の構成機関となり、特に8050問題を含む複合的な課題を抱えた成人期ケースの連携を図っている。社会福祉法の改正で、属性を問わない相談支援、参加支援、地域づくりの展開を目的とする「重層的支援体制」の整備が各市町村で進む流れにある。地域では、今後一層の多職種連携が求められている。

情報共有にかかる本人や家族の同意が原則であるが、緊急時には迅速な対応が求められる。そのため、要対協や生活困窮者自立支援および重層的支援体制では、構成機関に守秘義務を課すことで、同意なしでの情報共有が法的に保障されている（児童福祉法や生活困窮者自立支援法、社会福祉法等）。こうした個人情報保護の例外規定を活用した連携を図ることもある。

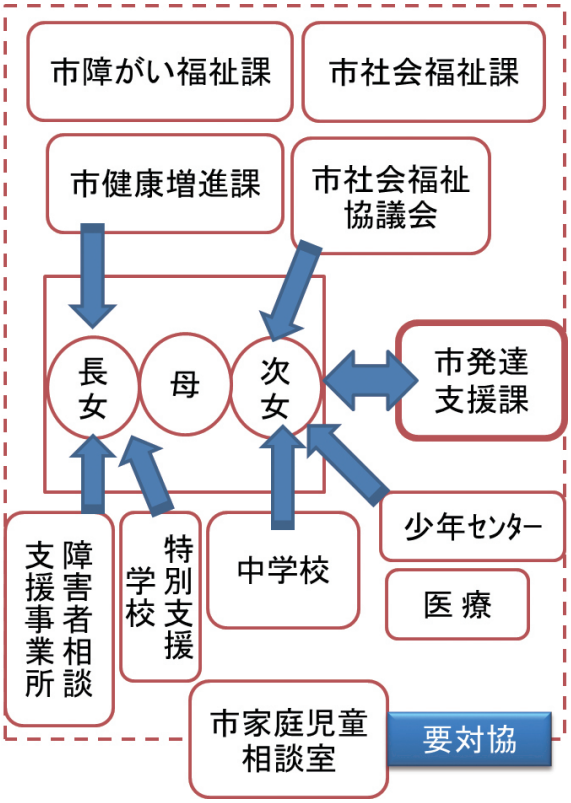
教育分野との連携も必須である。市教育委員会が主催する不登校や非行の児童生徒の状況や方針の確認を行う月例会議や、適応指導教室と教育相談室との週1回の定例会議に参加し役割分担を図っている。また、特別支援教育関連の会議へ参加し地域課題の検討を行うなかで、義務教育修了後の切れ目のない支援のため、「中高移行支援連絡会」や引継同意が得られた生徒の進学先への「高校訪問事業」を立ち上げた。さらに、県立学校と市の連携協定を締結し、不適応の早期支援が可能となるよう相互連絡を促進する取り組みを行っている。

②システムになっていないが連携が必要となって実施しているもの

人口規模の小さな市町村の強みは、「顔の見える関係性」の築きやすさにある。日頃から各機関の強みや、担当者の人となりを知るように心がけている。同時に、連携先にもこちらの特徴を知ってもらうため、実務者会議や協議会等の場で取組紹介を行うことも有効である。他機関との繋ぎの場への同席や、繋がった後もしばらく伴走する「リレーゾーン」を設けることは、当事者や家族にとって安心を保障する上で重要と感じている。

また、研修会等の機会を活用し心理職同士のネットワークを広げるよう心がけている。職場内でも自分の仕事を理解し、代弁してくれる人を得ておくことも大切である。

医療連携ではクライエントが受診する時には紹介状や心理検査所見を作成し、生育歴や症状経過、受診で希望されること等を書面でも伝達し、指示事項や配慮すべき点についても確認している。また初診時の同伴や、支援経過でクライエントの同意を得て主治医等と連絡を図るよう配慮している。



③ある姉妹の家族支援にかかる連携実践例

3人きょうだいの末子である長男が療育通園を始めたことから、支援を開始。長女は特別支援学校に進んでいたが、自身の障害受容について葛藤が強く、学校に馴染めず夜間外出などを繰り返していた。長男や長女の問題行動の増加と対応しきれない両親、経済的困窮等、ストレスフルな家庭状況で、次女はそれまで手がかからない子であったが、思春期に入り周囲とのギャップにも気づき始め、小6時期に不登校となった。

母親への発達相談を契機にして、姉妹がそれぞれ相談場面に訪れるようになった。市要対協の要支援家庭として、多方面と繋がり支援ネットワークを構築していった（図を参照）。筆者は、家庭状況と姉妹の見立てをケース会議で伝えていった。医療機関の繋ぎ役も担当し、学校関係者と長女と次女の主治医のもとへ訪れ、医療的な見立てと地域支援の方針を確認した。

筆者は母親の不安を受けとめ、具体的な提案をこころがけていった。長女は相談支援事業所にも繋がり、出産後は保健師のサポートを受け、育児や就労に向かっていった。次女の相談場面では支持的に関わり、ストレス状況と支援について中学校教員やSC等と検討した。次女は中学校教員の熱意ある関わりで、生活困窮者自立支援・学習支援事業や少年センターにも繋がり、定時制高校へ進学しバイトとの両立に励むようになっていった。

まとめ

地域生活支援の臨床では、複合的課題を抱えていても援助要請が乏しい「つながりの弱い人たち」の支援に携わることも多い。市町村心理職の活動ではジェネラリストの役割も果たしつつ、つながりの弱い人たちへの多職種連携による支援で、心理職としてその背景と状況等をアセスメントすることで貢献できることは多いと感じている。

連携は人と人が繋ぐものと考える。一方、支援者が動きやすくなり、似た性質の課題を抱える人へのアプローチを構築する上で、連携をシステム化することがさらなる調整の機会に発展することを実感している。社会情勢の変化で制度が変わったり、担当者交代で阿吽の呼吸でできていた連携が困難になったりすることもある。しかし、個別ケースを軸に据えた連携のシステムを常に更新していくことで、心理職の着眼点からソーシャルワークの一端が担えるのではないかと感じている。

自治体福祉部のひきこもり支援における連携の実際

活動の背景

A自治体福祉部では、社会のなかでの適応や、他者とのコミュニケーションをもつことが難しく、中学や高校を卒業した以降、あるいは高校や大学を中退した以降、進学や就労もせず何もしていない、就労したとしても続かない、または不登校といった中学3年生から29歳を対象に、社会的自立を目的とし、訪問、面談、居場所でのグループ活動（以下、居場所）による支援（自立支援事業）を行っている。生活保護受給世帯においては、生活保護法上、就学や就職状況を福祉事務所が把握していることから、年2回、事業対象年齢にある一人一人の現状を、事業担当者（以下、担当者）がケースワーカー（以下、CW）から聞き取る機会を設けている。これは潜在的な対象者を洗い出す目的である。加えて、必要があれば随時、CWから担当者へ支援を依頼し、対象者の紹介をするというシステムが構築されている。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕ケースワーカー複数

〔他施設〕クリニック医師、特定相談支援事業所の精神保健福祉士、福祉事務所、グループホーム職員

〔その他〕家族、ひきこもり居場所利用者

●連携の実際

以下に、実践例を紹介する。Bさん（以下、B）は中学生で不登校になり、その頃より精神科受診を開始、現在は抑うつ状態で薬を服用している。当事業との関わりはBが19歳のときから10年間に渡る。X年に、高校不登校で進級できず、中退して以降もひきこもりがちの生活、福祉事務所に呼びだしても来ないBに関わってほしい、とCWから依頼されたことから始まった。

Bは、母、異父きょうだいの弟との3人暮らしであり、母は精神疾患で長年就労していない。7つ下の弟は、Bが24歳のとき、7年暮らした施設から無断で家に戻ってきており、同時に高校を中退、ひきこもりがちとなり、当事業で関わることになっている。母は、心理的な要因で急に倒れることがあるため一人での外出が難しい。福祉事務所の家庭相談員の支援を提案されているが、母の意向でつながっていない。母は自分のたばこ代と寄付に生活保護費の多くをあてるため、Bが残りのお金で食費や小遣いをやりくりする生活であった。母には「家族3人で夕飯は必ず一緒に食べたい」という希望があり、それに沿うために（やらないと母が激怒するとBは言う）、三者三様かつ日ごとに異なる生活リズムをどうにか合わせ、例えば、一昨日は23時、昨日は19時、今日は夜中の2時に“夕飯”を3人で囲むという生活をしていた。使ってもいない何十年も前のブラウン管のテレビなども、母は捨てたがらないため、Bの家は物であふれ、玄関先から足の踏み場もない状態であった。担当者は、Bのこうした暮らしぶりを見聞きする度に、「ちょっとやそっとで抜け出せないなあ、Bとの関わりも長くなるだろうなあ」と感じていた。そして、同僚とは「Bの家はブラックホール（光でさえも脱出

できないほど重力が強いとされる天体）だからね」と、あえて軽口をたたいたものだった。

最初の1年間は、元野球部のBに、家の近くの広場で月1回キャッチボールしようと誘った。Bは「起きられなかった」、「今日は体調が悪くて…」と、約束が空振りに終わることもしばしばあった。キャッチボールの後には面談を行い、次第に月2回程度は会えるようになった。X+5年、Bは生活リズムをつけるためにも就労したいと語り、Bが主治医とも相談し、まずは週3日の午前中に作業所へ通うことを決めた。作業所通所を開始するにあたり、特定相談支援事業所の精神保健福祉士がサービス等利用計画を作成、その後もモニタリングという精神保健福祉士との定期的な面談も行われるようになった。Bには、精神保健福祉士とCW、担当者が連携することの了解を得ていた。精神保健福祉士の話では、Bは朝起きられず、週1日1時間の通所で精一杯であること、主治医からは、作業所に拘らず、外に出て家族以外と関わる機会を持つようにと言われているとのことであった。そこでBを含めて四者で話し合い、Bは体を動かすことが好きなことから、作業所に加え、居場所で行っているバドミントンに参加してみることを決めた。Bは次第に、居場所利用者とゲームなどの共通の話題で楽しむようになり、バドミントン以外の活動にも参加するようになった。Bは、「いろいろなことに挑戦し、自分でやれるようになりたい」と言い、自分の好きなゲームを居場所利用者に紹介する企画では、プレゼンのための資料作りを熱心に行い、宿泊キャンプ企画の準備段階から積極的に参加した。しかし、こうした活動への参加には波があり、続けて来られるときもあれば、体調不良や家庭事情を理由に月1回しか来られないこともしばしばあった。

Bには「体調不良」と「家庭事情」という大義名分があり、Bが動かないでいられる現状が保障されている。それは他者（社会）と関わることへの怖さや不安から、家族全員で安心してひきこもれる、「家」というシェルターに居続けたい、そして、そのような「動けない自分」を直視しないで済むというのもあるだろう。一方で、かすかなBの挑戦も、家庭に引っ張られてしまうという見方もできる。確かにBが宿泊キャンプの参加費として貯めていた工賃を母が使ってしまうこともあった。Bが自分のためだけにエネルギーを使えたなら、もう少し動けるのかもしれない。Bは居場所活動を通して、動ける自分や動きたい自分を感じ、家庭の価値観から離れ、他者と交わることの楽しさを感じている部分は確かにあるだろう。しかし、こうしたBのわずかな「光（変化の兆し）」は、「ブラックホール（家庭）」に吸い込まれ、Bの意欲はこれまでも殺（そ）がれ続けてきたというのがあるのだろう。

そのようなBに対して、X+7年、家を出ることについてどう考えているかを問いかけてみた。「家を出たいなとは思うけど、いきなり一人暮らしは自信がない」との返答であった。その後もBとはこの話をし、時には、既に一人暮らしをしていたり、いつか家を出たいと言う他の居場所利用者も交え、話をし続けた。X+8年8か月、Bは主治医に家を出ることについて意見を聞き、「家を出るならグループホームからが良いのでは」と言われたこと、Bはそれを聞いて、「自分もそれなら安心だし、やってみようかな」と思ったと伝えてきた。そして、CWからもBの自立助長の観点から、グループホームへの転居は福祉事務所として適当な処置と判断すると伝えられた。精神保健福祉士からグループホームをいくつか紹介され、担当者と一緒に見学に行き、X+9年、グループホームへの入所が決まった。家を出たことで、Bの生活リズムは整い、作業所への通所や居場所活動への参加頻度は増えたが、やはり波はあった。

X+10年、Bが当事業の対象年齢制限を迎えた。Bとも話合い、Bは自立に向けて次の段階へ動き始めたこと、Bには今後もCW、精神保健福祉士、グループホーム職員、作業所職員による支援体制があることから、当事業の関わりは終了とした。

まとめ

この10年間、BのCWは異動に伴う変更により、担当となったCWは複数名にわたる。当事業の担当者はCWに対して、Bの言動が単なる甘えではなく、また担当者の甘やかしでもなく、Bにとっては必要な支援であることを繰り返し説明してきた。その理解をもとに、Bの自立という目標を共有し続けることが重要であると考えている。

福祉分野の連携について

福祉分野においては、支援の対象者が現実に生活していくための、自立に関する具体的支援が柱となる。歴史的に、福祉サービスの多くが行政処分によりサービス内容が決定される措置制度で提供されてきたこともあり、行政との関わりが強いこともこの分野の特徴でもある。社会福祉基礎構造改革以降、全体としては措置制度から、利用者自身がサービスを選択・契約する契約制度への移行が推し進められてはいるものの、要保護児童に関する制度などについては、措置制度が継続されている。

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」によれば、福祉分野を活動分野としている現任の公認心理師で最も多かった機関等は児童相談所であり、児童発達支援センター（児童福祉施設等）、障害児通所支援事業所・障害児相談支援事業所がそれに続いたが、児童福祉施設に限らず幅広い活動が行われていた。本実践例集ではその全体を網羅することはできなかったが、乳児院、子ども家庭支援センター、児童相談所、児童養護施設、児童自立支援施設のほか、自治体の心理職の活動における連携の実践例についてもご提示いただいた。

福祉分野では、施設内だけでなく、自施設外との連携・協働を求められる場面が非常に多い。本実践例集でも、福祉分野の心理職は、社会福祉職者（保育士、グループホーム職員等を含む）のほか、医師や保健師などの保健医療専門職、教員や養護教諭などの教育職、栄養士、寮職員、行政職員、ボランティア等の他職種や他心理職と施設等内で連携しており、また、自施設外の福祉施設、医療機関、保育園、学校その他の教育機関、少年センター、就労支援機関、相談機関等とも連携・協働していた。要支援者の生活自発性、自己決定力、就労選択、自己キャリア開発など広範な支援が行われることが、福祉という生活に密着した分野では重要であることが示された。

福祉分野では、要支援者だけでなく、要支援者にとって重要な環境である家族や支援機関の職員も含めて支援対象に含み込んでいく。対象者が自らの心理的特性に気づき、自己と向き合い、自分自身の力を生活に活かしていけるようエンパワーメントするには、心理職は要支援者を取り巻く環境を把握するとともに、本人がその環境とかかわる力、自己の基盤となる環境での自己の位置づけ方、成長や自立に向けた力をその環境に対して如何に発揮できるようになるかについてもアセスメントしていく必要がある。心理検査等による狭義のアセスメントにとどまらず、施設内外での多職種・多機関と連携・協働のなかで要支援者の生活全体を見渡す視点を持ち、要支援者の行動と生活様態についての情報を共有することが極めて有用である。このような情報共有を実現するには、自立等に向けたアセスメントを多職種・多機関で共同構築する姿勢が重要であった。

心理支援
連携の実践例集

教育分野

小学校でのスクールカウンセリングにおける連携の実際1

小学校でのスクールカウンセリングにおける連携の実際2

中学校でのスクールカウンセリングにおける連携の実際

高等学校でのスクールカウンセリングにおける連携の実際

大学での学生相談における連携の実際1

大学での学生相談における連携の実際2

小学校でのスクールカウンセリングにおける連携の実際1

活動の背景

スクールカウンセリングにおいては、必要に応じて医療や福祉の関係機関および職種と連携して対応することが求められている。昨今複雑化しつつある学校現場での事例について、学校のみでは対応が困難な場合がある。また、教師は学校教育の専門家であり、連携の必要性は理解していても、関係諸機関について詳しく知らないことも多い。そのため、公認心理師がスクールカウンセラー（以下SC）として勤務する場合には、心理職の専門家として関連機関につなぎ、連携して対応することと同時に、教師らが対応可能な形へ支援することも求められる。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕教頭、担任教諭、学習支援員

〔他施設〕精神保健福祉センター、医療機関・地域連携室ソーシャルワーカー、療育機関

〔その他〕母親

●連携の実際

本実践例は、着任1年目のSCとして、小学校からの依頼で対応した小学1年生男子A、発達障害疑いの事例である。（＊注1）

【相談に至るまでの概要】

Aは入学後から立ち歩き等で目立っていた児童であった。多くの児童が学校での集団生活に慣れてきても、立ち歩きや担任教師（以下担任）の指示が通らず、学級集団から外れた行動をしてしまう、他の児童に手を出しトラブルになってしまうことが度々見られた。そのため、小学校から中学校配置のSCへ対応依頼がなされた。

【支援の経過概要】

担任と同席した教頭から「Aは発達障害の傾向があるのではないか」「保護者はやや拒否的である」「保護者への対応とともに、医療機関へ繋いで欲しい」と話があった。SCが授業観察をした際には、Aは落ち着きがなく隣の児童へ話しかける、担任が注意すると一時的に従うもののすぐに気になったことをし始める、課題が解き終わるとすぐ立って他児童にちょっかいを出し始める、といった行動が見られた。担任から保護者である母へ「Aの今後の学校生活のための相談」としてSCとの面接依頼をし、母が了承した。

母との面談において、母は「保育園でも同様に落ち着かず、先生が一人付きっ切りで対応してくれていた」「発達障害は知っているが、うちの子に当てはまるのか」「まだ小学1年であり、成長していけば変わるのではないか」と語った。SCは「Aの学校生活のために、Aの得意不得意を把握し、今後の支援につなげる」ことを目的とし、知能検査の実施を提案すると（＊注2）、母は「Aのことが分かるのであれば知りたい」と語り、了承した。

WISC知能検査の実施時、Aは人懐っこい様子でSCに好きなこと等話しかけた。しばし応じた後、SCは「先生から注意されたりするか」と尋ねると、Aは「怒られる」「なんでかよくわからない」と答えた。SCは「Aが怒られないようにするために、Aのことを知るために検査する」ことを伝え、Aが了承した。検査結果は、全体としては平均域であったが、視覚的に理解する方が得意であること、耳から聞いたことを覚えておくことが苦手であること、検査時に検査者からの指示を待てずに行動したり、思いつきで回答しケアレスミスをするといったおっちょこちょいな行動が見られた。

結果のフィードバック面接において、SCから上記の結果と特性を説明し、「思い当たるところがないか」と尋ねると、母は「買い物等で、勝手にお菓子売り場へ行くなどしてしまう」「注意しても、いったんは従うが、すぐ忘れてしまう」「下の子と比べて、おっちょこちょいな面がある」といったことが語られた。SCは発達的な特性の可能性を示唆し、「医師に専門的に判断してもらうことも一案としてある」と伝えると、母は「障害となると、特別支援学級に行かなくてはならないのか」と抵抗を示した。SCは「特別支援学級に移るかは保護者の意向によってであり、決して学校側が決められることではない」と伝えると、母は「それであればハッキリさせたい」と語り、医療機関への受診をすることとなった。受診について、SCは「母が医療機関を探して自ら情報を伝えるか、SCから医療機関へ情報を伝え橋渡しをした方がいいか」と尋ねると、母は「難しいことは分からないので」とSCへ一任することとなった。検査結果について、発達障害か否かではなく、特性に合わせた支援につなげるための学校側との共有についてSCが提起し、母が了承した。

SCは教頭、担任らに、医療機関への受診の報告をすると、教頭は「良かった」と安堵した。また、医療機関への受診には時間を要することを伝えた上で協議し、担任らがAの特性として理解すること、Aが言われたことを忘れても目で確認しやすいようにする等工夫して対応することとなった。

医療機関への受診については、SCが着任1年目であり、当該地域に詳しくなかったため、都道府県の精神保健福祉センターへ連絡し相談した。教えてもらった医療機関とその窓口となる地域連携室の医療ソーシャルワーカーにSCが連絡をとり、SCによる簡単な所見（A4で2枚以内）と知能検査の結果を、母が持参して受診する運びとなった。3か月後に母とAで受診し、医師の問診と発達障害用の追加の心理検査が実施され、5か月後の診察において「注意欠如・多動症（AD／HD)」と診断された。

医療機関での結果を受けて、SCと母で面接を行った。母は「医師から『発達障害かどうかよりも、その子どもの特性を踏まえて支援し成長していくことが重要』と言われて納得した」「自分の育て方を責められている気がして抵抗があったが、Aの特性と分かり、ハッキリさせて良かった」と語った。なお、服薬については医師より勧められたものの、母が抵抗を示したので、しばらく様子を見ること、一か月に一度の受診を続けていくこと、紹介された療育機関に通ってみるとの報告があった。SCは母を労いながら、学校で情報を共有し支援につなげる了承を母から得た。また、医療機関や療育機関などから必要に応じて情報共有をしていくこととなった。

SCは担任と教頭らに報告し協議を行った。学校側として、明確に診断名が出たことにより、特別な支援と配慮がしやすくなったことが語られた。その後は、学校としてのAへ対応について協議がなされ、学習支援員が必要に応じてAをサポートするといった学校内での支援体制が形成された。また、母の拒否的な態度が変わり、必要に応じて担任が母と連絡し、対応を協議するといった保護者と学校との協力体制ができるようになった。時には、Aが忘れ物をしたり、他児童とトラブルになるといった問題が生じるものの、支援・協力体制が形成されたことにより、適宜支援を行いながら、Aが学校生活を大きな問題なく送れるようになった。

まとめ

本事例は、公認心理師としてのSCが、学校と保護者、医療機関と橋渡し役を担いながら、支援体制の形成へと働きかけたものである。それぞれの立場や認識の違いを理解しながら、役割に応じて支援へとつながること、発達障害か否かにかかわらず、その「子どもの成長のため」に心理支援をすることが重要である。ただし、「障害か否か」といった複雑な

問題の場合には、それにまつわる心情に配慮しながら了承を得て、一つずつ進めていくことが求められる。

注1：当該地域では、SCは勤務する中学校区の小学校から依頼があった場合に対応することになっている。
注2：知能検査の実施は都道府県によってはSCが実施しないこともあるが、当該地域では支援機関が乏しいこともあり、SCが担当して実施することになっている。

小学校でのスクールカウンセリングにおける連携の実際2

活動の背景

小学校では医療機関との連携は小児科や内科等で広く行われている。先天性疾患や慢性疾患を持つ児童も多く、授業や行事での配慮が必要な場合が多々あるからだ。そのため、学校には心臓疾患やアレルギー等で主治医に記入してもらう「学校生活管理指導表」等があり、家庭と医療機関と学校で情報を共有している。(「学校生活管理指導表」には教職員全員への情報共有の可否に関する保護者の記入欄がある)

入学前からなんらかの発達的課題が懸念されている児童の場合、入学時に「就学支援シート」という保育園・幼稚園や医療機関・療育機関、保護者で作成する申送り書類が提出されることが多い。

「就学支援シート」が提出されなくとも、入学時に保護者から申し出があったり、保護者が記載する個人連絡票などの中にかかりつけ医として児童精神科系の医療機関が記載されていたりすることがある。

「就学支援シート」が提出されたり、保護者からの申し出があったりする場合は、「学校生活支援シート」(旧・個別の教育支援計画書)を保護者とともに小学校で作成し、検査結果や療育機関・医療機関からの情報なども添付し「学校生活支援ファイル」として活用する。児童が卒業し中学へ入学する際には、小学校での情報を追加し、保護者の同意のもとそのファイルを中学校へ提出し申送りすることになっている。この資料は中学から高校へ、高校から大学へと申し送られることを前提としている。

入学時に既に児童精神科等にかかっている児童は少ない。多くの場合、在学中に何らかの問題が生じて、児童精神科等にかかることになる。それはてんかん疑いや不登校や自傷行為などの場合もあるが、最近多く見られるのは発達障害が疑われる場合である。

スクールカウンセラー(以下SCとする)は、児童生徒や保護者からの相談、教職員とのコンサルテーションを主な仕事としている。加えて、相談がなくとも上記のような情報を把握し、問題の未然防止や予防にも専門性を求められている。

実践例

●連携した職種、機関

〔施設内〕担任

〔他施設〕前小学校、医療機関

〔その他〕保護者

●連携の実際

以下、発達障害が疑われる児童が医療機関を受診したケースについて報告する。

小学校5年生男児A。小4の4月に他県より転入してきた。前小学校から就学支援シートを含む申し送りがあり、それに

よるとAは保育園時から他児を叩くなどのことが多かったようである。保護者が転勤族で転居を繰り返していることもあり、医療機関の受診や療育機関の利用の記録はなかった。

転入してしばらくはAもおとなしく過ごしていた。成績も目立って悪くはなかった。二学期半ばから、友達とのトラブルが増えてきて、衝動的に暴力を振るい、他児にけがをさせることが複数回あった。保護者に連絡すると相手に丁寧に謝罪してくださったが、その反面「Aはああいう子なので」とAの衝動性や乱暴さに慣れて諦めている様子も伺われた。

5年生になり、クラスと担任が変わり、Aも4月は落ち着いていたが、やはりゴールデンウィーク明けから周囲とのトラブルが増えてきた。Aは調子のいい時は担任を手伝ってくれることも多く、運動が得意なので体育は積極的に参加していた。しかし、授業中の立ち歩きは増え、廊下の棚の上で飛び跳ねるなどの危険行為も増え、グループ活動の時に「つまんねーからオレやらねー」と雰囲気を悪くする発言なども増えてきた。クラスの児童らは、Aの乱暴さを恐れているところもあり、Aが危ないことをすると「危ないよ」と1、2回は声をかけてくれるが、Aが聞かなかったり「うるせぇ」と反発したりするので、自然にAとは疎遠になっていた。

担任や学年の教諭らは個別に指導したり、クールダウンを試みてみたりしたが、Aはクラスから離れたがらず、あまり成果は上がらなかった。

Aのトラブルが頻回になり、担任とSCと保護者で面談を行った。面談してわかったのは、保護者はAに発達障害の傾向があるとは思っていたが、今まで保育園や学校から明確に言われたことがないため、判断のつかないグレーゾーンと思い込んでいたということだった。家庭でもAは衝動的に気分が変わることが多いが、学校ほど激しくはないとのことだった。また習っているサッカー教室でも友人とのトラブルで手が出ることがあった。Aはどこに行っても対人トラブルが起きるため「俺友達ができないんだ」と保護者にこぼしており、友達が欲しい気持ちと「どうせみんな俺のことなんかわかってくれない」という気持ちがせめぎ合っていることもわかった。担任とSCはAの発達の偏りの可能性を示唆し、医療機関での精査を提案した。保護者もAの衝動的な部分に困っていたため医療機関受診を了承し、SCが提示した複数の医療機関から保護者が受診先を選択し、受診の運びとなった。

医療機関の受診が決まったので、学校と家庭とで相談し「情報提供書」を用意した（学校から情報提供書を出すときは必ず校長の許可が必要である）。情報提供書は保護者が医療機関初診の際に持参した。

後日、受診先の医師より、情報提供書に対する返事が学校へ送られてきた。それには、現時点でのAへの対応の仕方の例が細かく書かれており、今後精査をして治療方針を確定していく方向であることも書かれていた。

担任もSCも医師からの返事を参考にAへの対応をしていった。また、保護者に了解を得て、Aへの対応の仕方を学年で共有していった。

Aにどう対応していったほうがいいのか悩んでいた担任や学年は、医師からの指示があったことで、対応に具体的な目安を持つことができ、Aに対し学年で統一した対応を行うことができた。医療機関の受診をきっかけに、それまで距離があった担任とAの保護者との距離も縮まり、多忙な保護者ではあったが、担任と連絡する回数が増えていった。

小学校では宿泊行事があり、その際のAの行動も心配された。学校は保護者と医療機関と連絡を取り、事前に必要な配慮について主治医から意見をもらい、学校と保護者はその意見をもとに対策をいくつか用意することができた。宿泊行事でAはトラブルを起こしたものの大きなトラブルには至らず、無事に宿泊行事を終えることができた。

まとめ

学校現場では医療機関と連携する事例も少なくない。SCは学校や相談者に求められ、医療機関情報の提供や情報提供書作成へのアドバイスを行うことがある。また、学校と医療機関は専門性が異なるため、SCが橋渡しの役目を担うことも多い。児童生徒が医療機関を受診する場合、情報提供書があるとこのケースのように学校への助言も付記された返信がいただける場合がある。詳細な返信はなくとも、緊急時には主治医に連絡することができる。医療と連携できることは児

童生徒にとっても学校やSCにとってもとても心強いものである。SCや学校にも主治医への配慮は必要で、診療報酬につながらない電話連絡は極力控える、場合によっては受診に同席する形で主治医訪問するなどして、医療機関とも良好な関係を持ち、かつ情報共有に務める必要がある。

中学校でのスクールカウンセリングにおける連携の実際

活動の背景

職場は、1学年3～5学級の小・中規模校である。要支援者は、主に担任教諭の紹介でSCにつながることが多いが、本人や保護者からの直接申し込まれる場合もある。校内で毎月開かれる教育相談部会等に出席し、生徒の課題や対応経過を共有しながら活動している。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕副校長、養護教諭、担任教諭、校医

〔他施設〕担当医

〔その他〕保護者

●連携の実際

①システムとして連携が取れているもの

筆者の勤務先は中学校であり、スクールカウンセラー（以下、SC）として週1日（8時間相当）勤務している。相談室と保健室は隣接し、常に情報共有を図りながら協働している。当自治体は小児科で児童精神にも詳しい医師と校医契約を結んでおり、医療機関受診が必要と思われる事案等については、副校長か保健室を通して校医に連絡を入れ連携を図っている。

＜実践例1＞激しい腹痛に襲われ、教室にいられないという症状を抱える中学生Aの事例。

Aは、中学2年生の11月頃から激しい腹痛を訴えるようになった。初期は感染症等による腹痛の疑いであったが、症状が長引くにつれ原因が特定できないままに保健室で過ごすことが多くなり、学校を時々欠席するようになった。ただし、学校を欠席する事に関しては、父親が強く反応し本人に厳しく当たるために、本人はとりあえず登校するも、保健室や相談室で過ごすという状況であった。担任教諭が保護者（母親）から話を聴くと、やや複雑な家族関係であることがわかり、SCが紹介された。

SCは母親面談を継続するなかで、以前は父親から母親への暴力もあり、その当時、弟は小学校で落ち着かずパニックを時々起していた。また、あるきっかけで母親が金銭問題を起こしたことから、父母の関係が悪化し、父親は折に触れて母を責めるような生活が続いていることもわかった。SCは、Aとは保健室などでさりげなく話すことを続け、その中で、「教室に入ると何となく不安でお腹が痛くなる。吐き気もある。」と話してくれた。Aの学業成績は中程度で、物静かで、友達とトラブルになるようなことはなく、数名の親しい友人もいた。またその後、「父親が高校進学を認めず、制服も買ってくれないかもしれない」など、Aは高校進学に対しても不安が強いことがわかってきた。

まずは、副校長が校医と連携を図り、校内にて校医と関係教員との情報共有が行われた。そのなかで、校医より身体

表現性障害の疑いが指摘された。その後、校医の勧めで医療機関に通院するようになり、治療薬としては整腸剤などが処方された。しばらく保健室登校や相談室登校の日々が続いたが、SCは保護者面談を継続しながら環境調整を図り、そのなかで徐々に状況は改善した。また、本人から父親へ「高校に行かせてほしい」と言葉に出して頼むことを支援した。腹痛は次第に治まり、高校受験を経て無事に卒業した。

②システムにはなっていないが連携が必要となって実施しているもの

医療機関との連携は、とくにシステムにはなっていないが、担当医と連携を図りながら対応した事例である。医療機関受診の際には、保護者と相談の上、学校での様子等を記した「情報提供書（ご依頼）」を用意した。

＜実践例2＞愁訴が次々に変わり、最終的に入院加療をして回復した事例B。

「授業中に起きていられない」、「数学がわからない」、「クラスに居場所がない」、「どこにいても、嫌な声（あっちへ行けなど）が聞こえてくる」、「通学途中に気持ちが悪くなる」、「授業中にふらふらする」、「身体のいろんなところが痛い」など、Bはさまざまな症状を訴え、保健室利用が増えていた。校内で倒れたこともあったため、専門医を受診することになった。受診に際しては、SCと担任教諭で「情報提供書」を作成し、校長名で発行した。診察の結果、起立性調節障害の診断が出され、昇圧剤の投薬が始まった。しかしながら、症状はなかなか改善せず、教室の椅子から崩れ落ちるように倒れることが頻発するようになり、主治医より入院を勧められ、1月半ほど入院加療が行われた。

SCは、入院の前後、両親との面談とB本人との面談を継続した。Bは生育過程において、幼い頃から大人が集まるなかで育ち、夜遅くまで外で過ごすことも多かった。そのためか、言葉数は多く世間話のようなことはうまくできるが、落ち着いて机に向かって勉強することや、同年齢の子供たちとの雑談が苦手な面があった。小学校時代は教室から無断で抜け出し、校庭で過ごすこともあった。中学校では部活に入るも、ルールにうまくなじめず短期間で退部していた。また、「新しい部を立ち上げたい」というものの、仲間を集めることができず断念していた。主治医によると、入院の目的は「落ち着いた環境のなかで生活リズムを整え、これからの自分を考える機会を作ること」であった。退院後は、授業への苦手意識は残るも、Bの体調は徐々に回復し、親しい友人もできて、安定した学校生活を送るようになった。両親も、生活リズムの改善について理解を示し協力的であった。

月　日

情報提供書（ご依頼）

○○先生御侍史

○○中学校　校長

本人の氏名
ご高診の程宜しくお願い申し上げます。

1. 主訴
　・本人が抱えている困難等
2. 受診の理由や目的
　・親の思い　・受診に至った理由等
3. 入学後から現在までの学校での様子

（以上を1枚以内に収める）

まとめ

外部機関との連携については、学校組織として、まずは学校管理職を通して行うが、その後は、「チーム学校」として、支援における各役割と対応状況を共有しながら進めるよう心掛けている。教職員間の情報共有から確実な行動連携へつながるよう、つねに意識しながら活動しているが、SCは週1日勤務という時間的制約があり、日常的な支援が難しい場面があることは課題と感じている。

以上

高等学校でのスクールカウンセリングにおける連携の実際

活動の背景

筆者がスクールカウンセラー（以下、SC）として勤務するX高校は、男女共学の私立高校である。生徒数2,000名の大規模校で3名のSCが常駐している。生徒や保護者面接、教職員へのコンサルテーション、相談室便りの発行といった基本業務に加え、医療系コースの授業や新任教員への研修も担当している。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕担任、生活指導教員、養護教諭、他のSC、学年主任

〔他施設〕児童相談所、総合病院精神科主治医、ソーシャルワーカー、心理師

〔その他〕母

●連携の実際

ここでは、背景に家庭の問題を抱えた女子生徒Aの支援において、担任および生活指導教員との学内連携、医療機関および児童相談所との学外連携を行った例について提示する。

①担任および生活指導教員との連携

高1の6月、Aは校則違反（友人間のトラブル）を犯し生活指導面接を受けることになった。「Aは真面目で学級委員も引き受けてくれています。何か事情があるのではと思うのですが、Aは謝罪するばかりで何も話さないんです。生活指導の面接に同席してもらえませんか。」と、Aの行動に違和感を覚えた担任と生活指導教員からSCに相談があった。Aの気持ちが出やすいように同席ではなく生活指導面接後に筆者が母親、他の女性SCがAと面接することにした（カウンセラー間の並行面接による影響は取り上げないため、母子共に対応はSCと記載する。）。

Aは、SCがカウンセラーだと分かると「最近イライラして情緒不安定になることが多いんです。」と話し出した。イライラの原因は多分クラスの友人の事。小、中学校と友人がおらず、高校で初めて色々と話せる友人が出来た。はじめは嬉しかったが、友人等の生活や家族の話を聞くうちに周りの子の生活が幸せに思え「自分はこの子達と違う。」と感じ、それから友人等の言動にイライラするようになったと言う。今回の事は反省していると言い、SCとの継続カウンセリングに同意した。母親からは、当初、担任の対応への不満が中心に語られたが「Aにどのように接したらよいか困っている」と子育てに対する悩みも語られた。SCが学校との関係調整をすること、定期的に母親からAの様子を教えてもらうことに母親も同意した。

【その他、教員との連携】生活指導以外に「担任による3者面談」、「養護教諭の健康相談」の際に、SCへ同席の要請がある。要請を受けた場合は、本事例のように“同席と別途面接どちらがよいか”、“生徒にSCとの面接理由をどのように伝

えるか”等を事前に話し合い実施している。平素SCは生徒や保護者と面接を行った際には、必ず担任に生徒の様子を報告している。担任からも、数日間欠席が続いた生徒がいると、それまで問題のなかった生徒であってもSCに情報提供がある。このような日頃の連携の積み重ねが、各種面談への要請に繋がっていると思われる。

②緊急時の学内連携

数日後、Aは授業中に体調不良を訴えた。保健室で休養することになったが、その際、養護教諭がAの手首に自傷痕を見つけた。Aは「母親から校則違反のことでずっと叱られて辛くなって…」と自傷行為を認め、また、希死念慮も語られた。SCより母親への連絡と医療機関への受診を提案、Aは同意した。母親に連絡すると「自傷のことは気づいていなかった、自分のせいだろうか？」と混乱と落胆が見られたが、最終的に医療機関への予約を約束してくれた。

【関係者会議】校長が必要と判断した際に関係者会議が開かれる。本事例でも、当日中に校長に情報が報告され、関係者が集まり対応を協議した。メンバーは固定ではなく必要な教職員が招集される。Aの事例では、SCはAの自傷の頻度や程度の確認と医療機関受診のための母親サポートを行うこと、担任はAの出席状況確認と定期的な声掛けを行うこと等、それぞれの役割分担と今後の対応について話し合われた。

【緊急時対応の共有】自傷や虐待など緊急性が高く迅速な対応が必要とされる相談ほど、教員は“何とか解決しなければ”との気持ちから抱え込んでしまいやすい。その予防として、職員会議や初任教員研修等の場で自傷や虐待相談を受けた際の具体的な対応方法について、SCから周知している。

③医療機関との連携

7月、母親から「Aが自宅で多量服薬し、数日間入院した。専門病院での入院治療を勧められたが、Aは登校できなくなることを嫌がり帰宅した。」との連絡があった。担任、SCがAと面談したところ不眠と希死念慮、入院時の学習の遅れ等の不安が語られた。担任が「しっかりと治療して元気になって学校に来て欲しい。」と熱心に説得した結果、Aは入院も含めた医療機関受診に同意した。後日、本人、母親、SCで受診先を検討し、入院のできる総合病院精神科に受診を予約した。受診前にSCから病院のソーシャルワーカーに電話で経緯を伝え、後日“相談情報提供書”を送付した。Aは受診後、即日、入院となった。本事例のように「相談情報提供書」による情報共有以外にも、直接電話でのやりとりや保護者、本人を通して主治医に確認する等、ケースに合わせた方法で情報提供を行っている。また、医療機関に受診しながら登校している又は受診予定の生徒にカウンセリングを行う場合には、主治医にカウンセリング継続の可否や学校生活上の注意点等の助言を受けている。

Aは2カ月間入院した。退院時、主治医から“Aの退院後の生活に関する合同会議“の提案があった。会議は病院で行われ、主治医、A担当の心理師、担任、学年主任、SCが参加した。会議ではA担当の心理師から心理テストの結果と入院中の状態について、学校から、進級に必要な要件や学校で可能なサポートについて共有された。主治医からは、退院後の生活や学校への登校頻度、Aの状態に変化が見られた際の対応についての助言があった。会議前、参加した学年主任と担任から「Aの行動が更にエスカレートしたら、このまま学校でAを見てあげられますかね…」と就学継続をサポートへの不安が語られていたが、会議が行われたことで「何とか抱えられそうです。」と安心した様子が見られた。

④児童相談所との連携

12月、Aは母親と喧嘩し家を飛び出し深夜徘徊しているところを警察に保護され、そのまま児童相談所（以下、児相）一時保護となった。本校では、守秘の適切な保持、共有範囲の設定を行うことを目的に、児相対応の窓口がSCに一本化されている。本事例においても、SCが窓口となり児相職員から状況を確認、保護期間の目安や保護解除後のAへのサポート方法について関係教員に共有した。保護は1ヶ月ほどで解除され、Aは自宅に戻った。帰宅後のサポートとして、担任による補習、SCによる母子面接の継続、児相職員による定期的な家庭訪問を実施した。医療機関受診と児相職員に

よる家庭訪問は2年終了時まで、SCとの母子面接は卒業まで継続した。その後、2、3年時は大きな問題を起こすことなく登校し卒業に至った。

まとめ

本事例では、1年時の担任がAの問題行動の背景にいち早く気が付き早期にと学外機関による手厚い支援によりAの就学継続がサポートされた。また、病院での合同カンファレンスによって担任の安心感が増したように、連携はクライエントの支援のみならず支援者を支えるものであると感じた。

本事例を通して良好な学内連携がスムーズな学外連携につながると感じられた。SCがチーム学校の一員と認められ、学校と学外相談機関とのつなぎ役として引き続き活用されるように日々の学内連携を丁寧に行い“SCと教職員の良好な関係”を構築していきたい。

大学での学生相談における連携の実際1

活動の背景

筆者が勤務する学生相談室は保健センターの一部門であり、診療部門では内科医や心療内科医、精神科医による診療も行われ（保険診療）、必要に応じて連携を図っている。学生相談室ではカウンセリングのほか、教職員や保護者へのコンサルテーション、啓発活動、学外医療機関や就労支援機関との連携等を行いながら学生を支援している。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕精神科医師、発達障害支援部署

〔他施設〕医療機関

〔その他〕

●連携の実際

①システムとして連携が行われているもの

学生相談室を利用する学生に生活リズムの乱れや精神症状等が認められた場合は医療受診を勧め、本人が希望した場合に学内の診療部門または学外の医療機関を紹介している。また、学生が精神症状を自覚して精神科を受診した結果、通院と並行してカウンセリングを勧められ、学生相談室につながるケースもある。学内の診療部門とは同じ施設内にあるため、主治医や医療スタッフ（保健師、看護師）との情報共有がしやすい環境にある。

上記のほかに、発達障害の確定診断ある学生の修学支援（合理的配慮の調整）を行う支援部署、診療部門（常勤精神科医師、医療スタッフ）、学生相談室の3部署で概ね月1回のミーティングを実施している。学生の中には3つの部署を利用する者もおり、また、発達特性だけでなく精神疾患を併せもつ学生もいるため、それぞれの部署での支援状況や今後の支援方針や役割分担について検討・共有が行われている。その際、精神科医の助言を得られることはたいへん有用である。

実践例として、診療部門との連携について紹介する。

【実践例】大学2年生。X年11月末、人との交流は求めているが対人関係に不安を抱いており、他の人の反応が気になり緊張しやすいことを主訴に来室。気分の落ち込みや睡眠の質の低下など、日常生活への支障が認められたため、センター内の精神科受診を勧めた。学生相談室からは本人承諾のもと、本人の状況や今後も相談を継続する予定である旨を記した依頼状を医師に提出した。受診の結果、うつ病と診断され、服薬治療が開始された。主治医からは依頼状に対する返信があり、まずはうつの改善を目指し、対人関係の過敏さが続くようであれば他の対応も検討したいとの返信があった。こうして通院と学生相談を並行し、本人をフォローアップすることとなった。対人関係の悩みは変わらずあるものの、服薬によって睡眠が安定し、「以前よりも楽しいと思う時間が長くなった」との報告もあり、症状の改善がみられた。学期末試験やレポート課題は科目によって苦労したが、なんとか取り組むことができた。

新学期（X＋1年）となり、専門科目の履修が増え内容も難しくなってきたことで、授業の予習復習やゼミでの発表準備などで時間を要するようになった。また、コロナ禍による対人交流の制約などもあり、ストレスが溜まりやすい状況になっていた。学生相談では勉強の取り組み方やスケジュール管理について検討し、気分転換の方法なども整理した。

秋学期に入り、授業やゼミでの発表準備に加えて卒業後の進路に関する取り組みも始まり、本人にとってはさらに負荷が加わることになった。その頃、気分の落ち込みやイライラ、入眠困難などうつ症状が強まり、主治医によって処方の調整が行われた。冬休みに休養できたことで体調は安定したが、休み明け（X＋2年）から再び負荷がかかってきた。「最近つらいことばかりで、話しているとつらくなるので相談はしばらく休みたい」との申し出が本人からあった。話すことが本人にとって負担になっていることから、通院と休養を優先し、学生相談は一旦休止することとした。主治医には、カウンセリングの経過と相談の一旦休止について文書で報告した。主治医からは、診察は継続していること、今後本人の状況に応じて再度相談を依頼することもある旨の返信があった。

②システムになっていないが連携が必要となって実施しているもの

【実践例】大学1年生。本人所属学部からの紹介で来室。大勢の人の中にいることが苦手で、音が気になるために体調が悪くなる。また、臨機応変で即時的なコミュニケーションが苦手とのこと。大学以前にも同様の状況で精神科受診歴はあり、最近通院を再開したという。大学の環境に慣れ、生活リズムや授業のペースをつかむため、週1回の対面相談実施を提案したところ本人希望。コロナ禍の影響で、授業はオンライン形式のものを中心に時間割を組み立てた。本人の状況を把握するため、本人を通じて主治医に診療情報提供書の発行を依頼した。後日、診療情報提供書とアセスメント結果が共有された（診断：自閉スペクトラム症、ADHD）。学生相談室からは、本人の大学での状況と支援方針、対応に関する留意点があればご教示いただきたい旨を記した文書を主治医宛に送付した。学生相談室の面談では、生育歴聴取、生活の様子や授業の取組み状況を確認していった。

5月下旬より、自己理解促進を目的として質問紙等を実施し、本人の特徴について一緒に整理していった。そのなかで、本人が診断名をはっきりと承知していないことが判明した。相談担当者は診療情報提供書によって診断名を把握しており、本人に伝えることは容易なことだった。しかし、主治医のお考えもあるかもしれないと考え、伝えることは控えた。授業については、「ディスカッションがきつい」「学部が合わない」「自分が怠けているだけ」といった発言があり、取り組みに苦労している科目もあったが、なんとか春学期を終えることができた。

秋学期に向けては、所属学部に対して修学上のサポート（合理的配慮）をお願いする選択肢もあることを本人に示したところ、本人が希望した。相談担当者は、合理的配慮申請手続きを進めるにあたり、本人が自分の状態を主治医から聞き取り、理解を深めておくことが大切であると伝えた。この合理的配慮の提供を求めるためのプロセスをきちんと経験しておくことは、修学面のみならず社会に出る準備に取り組む際にも重要と考えたためである。そこで本人の承諾を得て、相談担当者より主治医に対して、本人受診時に診断について質問がある旨とその理由を記した文書を送付した。その後の本人との面談で、主治医から説明を聞くことができたとの報告があった。本人が自分の状態について理解し、修学上の支援を受けることを改めて希望したため、学生相談室の利用に加えて、発達障害の確定診断のある学生の修学支援を行う部署につないだ。その後、支援部署、学部、本人が参加した支援会議を経て合理的配慮の提供がなされ、秋学期も無事に単位を取得することができた。

※事例については、本質を損なわない範囲で改変を行ったものを提示した。

まとめ

大学生の年代は精神疾患の好発時期でもあり、また、対人関係や学業、就職・進路関係などのストレスから精神症状が出現し、医療のサポートを必要とする学生も多い。さらに、修学上の支援を受けるために診断書が必要なケースもあるた

め、学生相談にとって医療との連携は不可欠である。

学内に主治医がいる場合は、支援を必要とする学生に関して書面での情報共有はもちろん、直接話すこともできる。外部医療機関通院中の学生には、本人を通して主治医に診療情報提供書の発行を依頼している。このことによって、医師の診断、治療方針、経過、処方内容を知ることによって、本人の状態に合った支援を行うよう心がけている。精神障害は、症状そのものが修学面や学生生活に影響を与えるだけでなく、修学面の負荷が症状の増悪を招くことにもなりかねない。そのため、医師の判断がたいへん重要になってくる。発達障害のある学生の修学支援体制はかなり整ってきたが、状態像が変化しやすい精神障害のある学生の修学支援体制をどのように整えていくかが目下の課題となっている。

大学での学生相談における連携の実際2

活動の背景

A大学学生相談所と連携部門の構造

A大学学生相談所での実践を紹介する。A大学学生相談所では複数名の心理職が学生への個人カウンセリングや教職員・保護者のコンサルテーションなどを行っており、主訴や問題に応じて学内の複数の連携部門と対等な関係性のもとに連携を取り、対応に当たっている。主な連携部門としては、医療機関であり精神科医が複数名所属する保健センター、発達障害関連の支援を行う専門部署、様々な相談のワンストップ窓口である総合窓口部門などがある。連携の主な内容を以下に示す。

実践例

●連携する職種・機関

〔施設内〕精神科医、学内支援機関、保健センター

〔他施設〕学外主治医、所轄警察

〔その他〕両親

●連携の実際

①システムとしての連携

上記連携部門は一つの部局の中に属しており、いずれの部署とも書面による情報提供のやり取りや、緊急度に応じて電話やメールも活用し、日常的に情報を共有しながらケース対応を行っている。また、総合窓口部門にはセンター業務を統括する精神科医が常駐しているため、緊急時などは直接相談しながら対応を検討している。

ケース対応以外にも、平時から月に数回、学内の支援機関全体で運営面や企画面での会議や、事例検討会を共同で開催している。また新入生の健康診断や講義なども分担して受け持っている他、コロナ禍の現在は難しいが、様々な懇親会の機会もある。これらを通じて顔が見える関係性が生まれ、お互いの信頼関係の醸成につながっており、日々の連携がスムーズに行われているという実感がある。

②システム外での連携

学外に主治医がいる場合は、原則的に主治医にカウンセリングの許可を確認してもらうようにしており、直接主治医と紹介状や電話でのやり取りによって連携を取ることもある。これまでの実践の中では医師の指示によりカウンセリングが拒否されたり、無理な指示が出されたりということはなく、現場の心理職の方針が尊重されることがほとんどである。

同様に、自傷他害等の危機対応時には、所轄警察と電話や対面で対応を協議することも毎年数件ある。

●連携の実際

事例で見る連携の実際

次に、この連携体制が実際の事例対応でどのように機能しているかを紹介する。なお、本事例はいくつかの典型例からエッセンスを取り出した架空の事例である。

事例は、ASD特性のある20歳男子大学生Bさんである。Bさんは中学生の頃から周囲から孤立気味で、漠然とした希死念慮があった。大学入学後、「周囲の人のように物事を要領よくやれない」「将来社会の中で生きていける気がしない」と悩みを深め、やがて不眠、抑うつ状態、希死念慮が高じていった。一人暮らしで、親とは年に数回連絡を取る程度で、誰にも悩みを相談できず、一人で抱え込んで鬱々とした日々が続いていた。

2年生の春に、心配した親の勧めで学内の保健センターを受診することとなった。しかし本人は薬物療法への抵抗があり、投薬は拒否するばかりであった。主治医のX先生からは、「自分自身の性格や傾向を知り、学生生活や今後の生活に生かしていくために」「悩みが高じてしまう時の特徴や対処を一緒に考えていく場があるといい」とカウンセリングを勧められ、後日自発的に学生相談所に来談することとなった。相談開始時にはX先生から知能検査結果と詳細な治療経過が書かれた紹介状が届き、保健センターでは主治医が医療面から心身の状態管理を、学生相談所では担当カウンセラー（以下、Co）が継続カウンセリングによる心理的支援を、と役割分担を行っていくことを確認した。

どうにか学生生活を低空飛行で送っていた中、就職活動の面接が全く通らないことが続き、徐々に希死念慮が強まっていった。追い詰められたBさんは、電車のホームから飛び降りようとしたが、怖くて足がすくみ、寸前の所でどうにか踏みとどまった。その時は何とか自宅に帰宅したものの、そこから引きこもりがちとなり、以後主治医の診察はキャンセルが続いた。そして、学生相談所の予約日にも電話があり、「もういいです。すべてが嫌になった。社会の中でこんな自分が生きていく場所はない」と言い放ち、そこから一切連絡がつかない状態となった。

自殺行動の危険が疑われる状態だったため、すぐにCoからX先生に電話で連絡し、状態を説明し、危機対応の方針を話し合った。保健センターからも何度かBさんに電話を入れたがつながらなかったため、総合窓口で全体を統括する精神科医のY先生とも相談しながら、Y先生とCoで緊急対応をすることとした。念のため警察にも連絡し、緊急の場合はすぐに動いてもらえるように相談した上で、Bさんの自宅が大学付近であったこともあり、まずはY先生とCoで安否確認のために自宅を訪問することとした。幸い、Bさんは自殺行動には及ばず、泣きながら暗い部屋で憔悴しきった様子であった。その場で話を聞き、本人の身の安全を確保するために遠方の両親にも事情を伝えることを説得し、Coから親に電話を掛けた。合わせて、精神科治療の必要性についてもY先生から本人と親に説明してもらい、理解を得た。

どうにか危機的状況を乗り越え、Bさんは保健センターの受診を再開した。X先生の診察に一度親にも来てもらい、精神科治療について親子ともに心理教育的説明を行い、投薬治療も開始した。学生相談所でも継続面接を再開し、どのような時にストレスが高じやすいかを一緒に振り返り、万が一ストレスによる希死念慮が高じた場合に実施できそうなストレスコーピングを一緒に考え、得られるソーシャルサポートを改めて確認した。さらに発達障害関連部署にも紹介し、本人の特性に合わせた様々な就労の仕方や学外の支援機関の利用などについても情報収集をしていくこととなった。

その後、知能検査結果も参照しながら自身の強みを理解し、対人摩耗が強い仕事や、マルチタスクを素早く処理するような仕事ではなく、一つの物事にじっくり時間をかけて取り組むことができると能力を生かせることを確認し、自分の適性にあった就労や生き方を時間をかけて模索していくこととした。そして、これらの見立てと方針を適宜Coから主治医や発達障害関連部署の担当者に伝え、互いに情報を共有し、支援者間で方針がずれないよう、対応や目標を確認しながらそれぞれの立場から支援を行った。

時間はかかったものの、最終的に納得できる形で就職先が決まり、Bさんは少しずつ落ち着きを取り戻していった。時折希死念慮に襲われることはありつつも、どうにか自分なりに波に飲み込まれずに対処できるようになったことから、学生相談所での継続カウンセリングは終結となった。その後も、不眠についてだけは加療を続けることを希望したため、保健センターには月に1度ほど通院しながら、無事に卒業となった。

まとめ

今回のケースは典型例であるが、A大学学生相談所では医師と心理職が対等な立場で適宜方針を確認しながら、ケース対応を行っている。医師からの一方的な指示ではなく、心理職はケースの内面の動きを丁寧に見て支援する専門職として尊重されており、その見立てと支援方針を共有しながら一緒に最適な対応を検討している。

今後も対等で良好な連携を維持するためには、心理職が専門性に基づく見立てと対応を他職種に納得してもらえる形で伝え、理解してもらうことは重要である。そのためにも、我々心理臨床家は心を扱う専門家としての姿勢と力量を磨き続けていくことが不可欠と言えよう。

教育分野の連携について

教育分野の連携では、小中高等学校と大学とで課題に違いがみられる。

小学校、中学校、高等学校の児童生徒の心理支援にかかわる連携先について全体の構造を図1に示した。

学校では児童生徒は通常学級ないしは特別支援学級に在籍し、担任教師をはじめ学年団の教員や養護教諭やスクールカウンセラーなどの教職員の支援を受けている。対人関係のトラブル（孤立や暴力など）や行動上（立ち歩き・過敏・こだわり）あるいは情動（落ち込みやイライラ）の問題に対して学校内の連携が必要とされている。特別支援教育では、文部科学省は特別支援教育コーディネーターが連携の要となって機能する対策を示している。しかしながら、そうした新たな教員の増員配置はなく、スクールカウンセラーや養護教諭が連携して特別支援教育を推進する役割を果たしている実態が実践例からもうかがわれる。

また、児童生徒本人は地域社会の中の家庭できょうだいとともに父母の養育を受けている。家族に金銭問題があったり、父母の関係が悪化して家庭内暴力があったりする場合や、親自身が子どもの衝動性や問題行動にどのように対処してよいか悩んでいたり、発達障害と特別支援教育を正しく理解していなかったりする場合に、連携の必要性が示されている。

教育委員会との連携では、就学相談や特別支援教育に関わる巡回相談あるいは不登校などの児童生徒に対する教育相談と適応指導教室などがある。さらに、その他の支援機関として、不登校生徒のフリースクールや健康問題での医療機関との連携、発達障害に関する発達障害支援センターや児童相談所との連携、そのほか児童福祉施設、警察や少年鑑別所、ハローワークなどとの連携も想定される。なお、教育委員会やその他の支援機関との連携に当たっては家庭の父母や本人との連携と合意のもとで行われることが必要と考えられる。

一方、大学における心理支援での連携では、親元を離れてアパート等で1人暮らしだったり、家庭にあっても父母の養育による影響が次第に少なくなったりして、自分の生活スタイルの意思決定が重みをもってくる。そのため、誰にも悩みを相談できず一人で抱え込んで鬱々とした日々が続いているような場合、希死念慮や自殺が課題となっている。そこでは、健康と安否確認のために医療を含む関係者で連携して自宅を訪問することや家族による支援と関係を深める対応なども行われている。

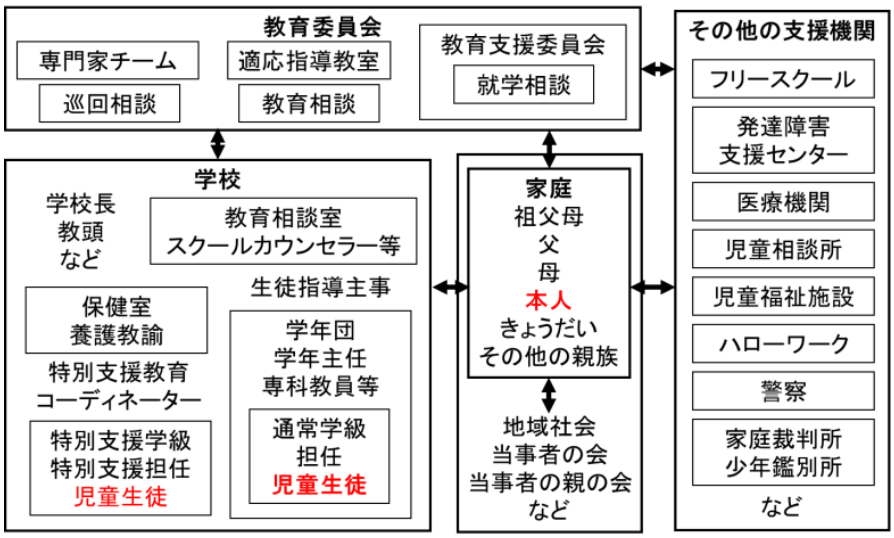


図1　教育分野の心理支援における連携の全体構造

心理支援
連携の実践例集

司法・犯罪分野

警視庁における連携の実際

少年鑑別所における連携の実際

家庭裁判所における連携の実際

薬物事犯者に対する保護観察所と地域における連携の実際

情状鑑定における連携の実際

警視庁における連携の実際

活動の背景

警察で心理職は、少年部門、被害者支援、職員の精神衛生管理、捜査支援等の業務に従事しているが、本稿では少年部門について概説する。

少年警察活動は各都道府県警察少年担当課と各警察署少年担当部門で実施されており、心理職の多くは本部少年課の少年サポートセンターに所属している。少年サポートセンターは各都道府県警察が設置している非行防止対策の拠点で、街頭補導・少年相談・非行防止教室等の活動を行っているが、活動内容は地域の実情に合わせて多様であり、ここで紹介するのは東京の例である。

警察は司法犯罪臨床の入り口に位置する機関だが、他の司法機関との連携は少ない。警察の少年相談はあくまで本人および家族の希望による任意の相談であり、何らか法令で強制力を持って実施しているものではない。家庭裁判所以降の機関の活動は法令に基づく強制力のもとに実施されており、処遇の必要上、少年の個人情報を共有するシステムが構築されている。そのシステムの中に少年サポートセンターは入っておらず、個人情報保護の観点から警察の心理職は少年の情報を共有できず、連携が困難になっている。

少年サポートセンターの目的は少年の健全育成をはかることであり、関わる少年は非行に至る前の不良行為少年やその更に手前の生活が乱れてきた少年、家庭内で金品持ち出し・ひきこもり・家庭内暴力等の問題のある少年が多い。そのために連携先は、少年が社会で暮らしている中で関わっている機関になる。

実践例

●連携する職種・機関

〔施設内〕

〔他施設〕学校、教育委員会、教育相談所、児童相談所、子ども家庭支援センター、病院、保健所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センター、ひきこもりサポートネット、若者総合相談センター、法務少年支援センター、保護観察所

〔その他〕家族、雇用主

●連携の実際

システムとして連携がはかられているものは

○　児童虐待について要保護児童対策地域協議会

○　学校長の要請により招集されるサポートチーム会議

がある。

個別事例の必要に応じて連携する主な機関としては

○　教育関係…学校・教育委員会・教育相談所
○　福祉関係…児童相談所・子ども家庭支援センター
○　医療関係…病院・保健所・精神保健福祉センター
○　地元自治体関係…発達障害者支援センター、ひきこもりサポートネット、若者総合相談センター
○　司法関係…法務少年支援センター、保護観察所

等があげられる。

●連携の実際（実践例）

最後に、多くの機関の連携により解決が図られた事例を紹介する。なお、事例は個人情報保護の観点から、本質を失わない程度に改変している。

対象少年　　Aさん（17歳・女性・高校2年生）
家族　　父・母・姉の4人家族

来所の経緯

S美さんが繁華街で深夜徘徊していたところを少年サポートセンター職員が補導し、家庭連絡した際に母親から「養育に困っている」と相談があり、継続相談に導入した。

問題歴

おとなしく一人遊びの多い子で、小学校卒業までは特に問題はなかった。

中学校では勉強についてゆけなくなり、成績が低迷した。また、クラスの活発な男子たちからいじりの対象となり、不登校気味になった。

単位制高校に進学したものの、ここでも欠席が多い。ネットのTikTokやSNSにはまり、TikTokの人物にリアルに会うために繁華街に出かけるようになり、そこで交友関係が広がり、深夜徘徊するようになった。

両親共働きで、父親は子どもへの関心が薄く、母親は普段は放任しているが、時折感情的に手をあげることがある。そのため長年子ども家庭支援センターの援助対象となっているが、母親がこども家庭支援センターからの連絡を嫌がり、支援が困難とのことである。

相談の経緯

Aさんと面接した結果、学校や家庭に居場所がない、友人がいなくて寂しいなどからSNSや繁華街での夜遊びに傾倒しており、その背景には発達障害があることが疑われた。

母親と面接すると、努力しても子どもは変わらず、周囲からは「母親のせい」と責められてきた苦しさ・虚しさが語られ、養育の意欲を失っていた。

母親の許可を得て学校・子ども家庭支援センターの担当者と連絡をとり、情報を共有するとともに役割分担を明確にし、少年の不良行為に歯止めをかけるとともに少年の居場所づくりに努めた。

また、家族に病院の受診を勧めたところ、Aさんはアスペルガー障害の診断を受け、母親は自分の大変さが何であったかを理解して安心するとともに、対応の指針を得て養育の意欲を取り戻した。

その後も繁華街に出入りすることは続いたが、深夜徘徊はなくなり、少しではあるが学校で友達ができ、無事高校を卒業し、就職した。

高校卒業後も長期にわたる支援が必要と考えられたため、成人後も引き続き利用できる東京都発達障害者支援センターに相談を引き継いだ。また、若年成人の相談先として若者総合相談センターを紹介し、継続相談を終結した。

まとめ

少年サポートセンターの心理職の活動はシステム化されておらず、地域の実情に合わせ、個々のケースに必要な連携を個人の努力によって構築している面が大きい。そのためには、普段から地域にどのような関係機関があるかを把握し、良好な協力関係を構築する努力が求められる。

少年鑑別所における連携の実際

活動の背景

少年鑑別所は、非行（犯罪）があって収容された20歳未満の者について、面接や心理検査、行動観察を通して、非行（犯罪）に影響を及ぼした資質や環境上の問題を明らかにし、その改善のために必要な処遇の指針を立てること（これを「鑑別」と呼んでいる）を主な業務とする国の施設である。

少年鑑別所への収容や、鑑別の結果等を踏まえて審判で処分を決定するのは家庭裁判所であり、処分が決定し、保護観察となれば保護観察所が、少年院や児童自立支援施設に送致されればそれぞれの施設が処遇を担うことになる。鑑別を行うに当たっては、家庭裁判所と情報を共有しながら進めていくほか、処遇機関には鑑別の結果をはじめ、処遇の参考となる事項を引き継ぐとともに、処遇が進む中で、依頼を受けて再び鑑別を行ったり、処遇効果の検証を行ったりしており、これらは全て法律に基づいて実施している。

また、平成27年6月からは、少年鑑別所は法務少年支援センターという名称で、非行・犯罪や逸脱行動のある者やその家族のほか、学校等の教育機関、福祉関係機関、警察等からの依頼、医師からの紹介に応じ、非行・犯罪等の防止に向けて心理査定や面接相談、治療教育、コンサルテーション、研修・講演等についても業務として行っている。こうした活動を行うこと自体は、法律に根拠を持つが、具体的な支援の内容や方法についての定めはない。機関同士であらかじめ協定を結ぶなど、連携の枠組みをある程度明確に定めている場合もあるが、ほとんどは個々の対象者の必要に応じて、対象者や保護者の同意を得た上で、必要な機関と連携を開始し、情報共有や役割分担をしながら、柔軟に支援を行っている。なお、医師からの紹介による場合や、医師の下で治療を行っている場合は、医師に連絡し、当センターに期待する支援の内容や方法を確認したり、当センターが実施を考えている支援について伝えたりして、治療の方針と齟齬が生じないように

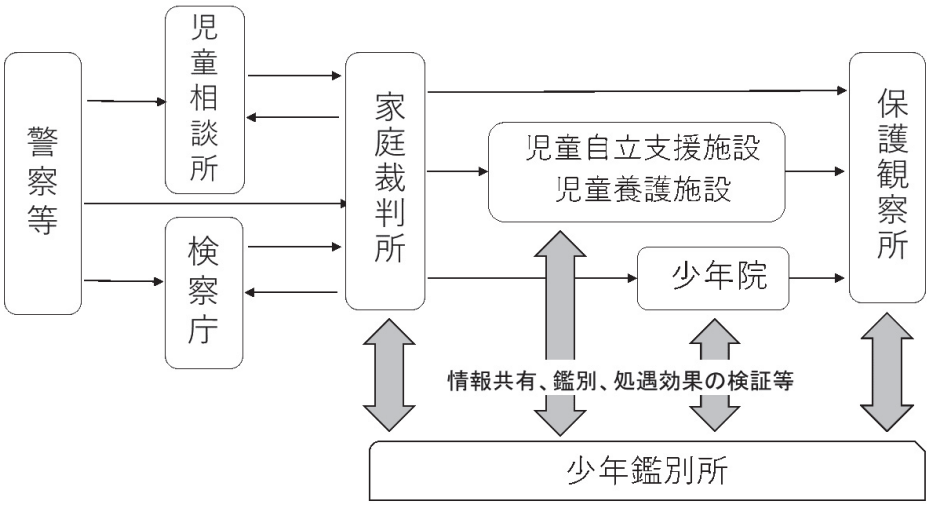


図　非行少年処遇の概要

している。

非行・犯罪を専門とした相談機関は少なく、相応のニーズはあるものの、上記のような活動を広く行うようになったのは比較的最近であること、また、職員は数年ごとに全国各地を転勤するため継続的な関係を築くことが難しいことなどから、地域における認知度や活用度はまだ低く、学校、警察、児童相談所などによってすでに構成されている地域のネットワークに参加するという形で連携が始まることが多い。そのほか、昨今、高齢や障害を抱える犯罪者について、立ち直りのためには刑罰よりも福祉が必要であるとの視点から、福祉的支援が行われることが増えているが、その要否の判断や、必ずしもそれだけでは再犯を防げない場合に、連携を求められることが少なくない。

求められる支援の内容としては、これまで少年鑑別所として長年行ってきた心理査定、具体的には知能や性格等を踏まえた問題行動の見立てと処遇に関する助言のほか、性的問題行動や家庭内暴力、盗みなどに関する治療教育が多い。児童相談所や児童自立支援施設などの児童福祉機関からは、対象者の危機感や問題意識を高めることを目的に、法的枠組みやルールについて指導してほしいといった依頼も多く、児童福祉機関による支援・指導の一環やその補足として位置付けて実施している。心理査定については、結果のフィードバックを受けたことで、対象者の欠点や短所ばかりでなく、強みや長所に目が向くようになり、処遇の糸口を見つけられたとか、支援者間で問題を明確化・共有できたといった感想が聞かれることが多く、問題を俯瞰し、リフレームする視点を提供できるのは、第三者的な立場ならではと言える。また、他機関からの依頼に応じて行う治療教育や各種指導については、他機関が行っている支援・指導と結び付いてこそ効果を発揮できるものであり、事前に綿密な打ち合わせをしたり、支援者に同席してもらったりして一貫したものとなるよう留意している。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕法務教官

〔他施設〕保護観察官（保護観察所）、社会福祉士（福祉関係機関）

〔その他〕保護者

●連携の実際

【実践例】再非行が心配された自閉スペクトラム症及び軽度知的障害の青年

子どもへのわいせつ事案により少年院に送致され、仮退院後、保護観察の指導及び福祉的支援を受けながら、本人の能力や特性を踏まえた就労を目指したものの、その枠組みに乗らず、家庭では母親や祖母への暴言等が続いていた。不適応感や疎外感を強め、再非行に及ぶことを心配した保護観察所の依頼により、就労を含めた生活改善への意欲を高めることを目的に、対象者に性格検査や職業適性検査を実施して結果のフィードバックを行うとともに、対象者を支援している福祉関係機関に対しても処遇についての助言を行った。その後も、社会から孤立しがちな対象者にとっての居場所や相談場所の一つとして機能することを期待して、対象者と継続的に関わることを依頼され、社会性やコミュニケーション能力の伸長をねらいとして、面接やSST等を行った。対象者の現状や今後の展望については、対象者と保護者、福祉関係機関、保護観察所との間で定期的に共有し、切れ目のない一貫した支援を続けるように努めた。こうした連携に基づく継続的な支援・指導によって、対象者と保護者の信頼を得ることができ、それが対象者の社会生活への意欲を保つことにつながったと考えられる。低調な生活ぶりが大きく改善することはなかったものの、支援の枠組みから逸脱したり、再非行に至ったりすることなく保護観察期間の満了を迎えた。

まとめ

最後に、連携において重要と思われる点及び今後の課題について述べる。

再犯や再非行を防ぐためには社会への再統合が鍵となり、連携において目指すところもそれである。対象者に対して変化や成長を促す働きかけを行うとともに、受け皿となる地域社会において居住や就労を支える支援が必要となる。犯罪者や非行少年を自分たちとは異質な人たちと捉え、ことさら恐れ、忌避したり、逆に無暗に同情し、庇護したりするのではなく、彼らが孤立することなくコミュニティの一員としての立ち位置を確保し、社会の中で責任ある行動がとれるよう配慮することが重要である。そのためには、保護司や協力雇用主などの民間の協力事業者、BBS会（Big Brothers and Sisters Movement：青年のボランティア組織団体）などを始めとした民間ボランティアの参加も望まれるし、支援の検討会に対象者やその家族を加え、意思決定の過程に参加させることを積極的に考える必要もあろう。

さらに、加害者の社会復帰に関わる者として、非行・犯罪の一方の当事者である被害者を忘れてはならないことも銘記しておきたい。被害者が加害者を恐れることは容易に想像できるであろうが、加害者も被害者を恐れていることはあまり知られていないように思われる。加害者の多くに被害体験があり、トラウマの視点をもって対応し、加害者に自らの被害体験に目を向けさせながら被害者への理解を深めるような働きかけを行うことが必要である。従来、支援者は、加害者と被害者との直接的な接触には、それによって生じる困難を恐れて避けてきたが、慎重な準備が必要なことは言うまでもないものの、ケースによっては、加害者が被害者に接することで再犯防止への動機づけを高め、一方で被害者にとっては加害者への感情も含め、被害に関わるさまざまな思いを吐露する機会となることも考えられる。いわゆる修復的司法の実践が可能かつ適切な場合には、それを試みることにも意義があると考える。

家庭裁判所における連携の実際

活動の背景

家庭裁判所は、離婚や親権者の争い等の家庭内の問題を扱う家事事件と少年非行を扱う少年事件を取り扱い、その処理を通じて親族間の紛争や少年の非行問題を解決し、家庭の平和と少年の健全育成を図ることを目的に設置された機関である。家庭裁判所で扱う事件には、背景に家族が長年抱えてきた問題があり、表面化している争いに法的判断を下したり、単に少年を処罰したりするだけでは、適切な解決につながらないことが多く、背景にある人間関係や環境を考慮した解決が求められる。そのため、裁判官の命令を受け、行動科学の知見を用いて、事件の調査や調整等を行うために、配置されているのが家庭裁判所調査官（以下「調査官」という。）である。

家庭裁判所が行う「連携」については、関係機関に援助や協力を求めることができることや、必要に応じて関係機関との調整を行うことができる旨の規定が定められており、実務上も、様々な形での連携が行われている。裁判所が行う連携は、主に、①法的な決定を行うための情報収集、②問題のより良い解決を目的とした調整活動に大別できると思われるが、それぞれが独立して行われている訳ではなく、同時並行で行われている。

少年事件では、少年のアセスメントのため、通常、少年、保護者に面接するほか、少年が日常を過ごす学校、処分歴がある場合は処遇機関（保護観察所、少年院や児童相談所等）等から情報提供を受ける。また、少年が、心身鑑別のために少年鑑別所に入所した場合は、担当者間の情報交換も活発に行われる上、鑑別所は、鑑別結果を書面で裁判所に提出することとなっている。これらの情報交換と並行し、調査官は、必要に応じ、処遇上参考となる事項を、少年の更生に関わる機関や人に伝えるなどして、環境調整を行っている。

家事事件では、児童相談所、母子支援施設、老人ホーム、学校、保育園や面会交流の支援機関など、その家庭に関与している様々な関係機関から、審理の各段階で、情報提供を受けることが中心である。同時に、その家庭の問題の解決、中でも、父母間の紛争に巻き込まれる子の福祉のため、必要な機関に援助や協力を求める形での調整が行われることもある。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕裁判官、精神科医（裁判所技官）

〔他施設〕学校、弁護士、保護観察所保護司

〔その他〕母

●連携の実際

家庭裁判所での連携の実情について、少年事件の架空事例を通じて紹介してみたい。

中学3年生の少年Aは、中学入学後、教室で落ち着けず、校内を徘徊する、大声で騒いで授業を妨害するなどの行動が

見られるようになった。それを教師に注意されると、反発して大声を出したり、暴れたりするようになり、ついには教師を殴って暴行事件で逮捕され、少年鑑別所に入所した。家庭は、Aの幼少時に父母が離婚して、母子二人きりであった。なお、鑑別所入所時、Aには、弁護士である付添人が選任された。

調査や心身鑑別の結果、次のようなことが判明した。Aには、ADHD傾向が見られたが、小学生時のAは、その特性をよく理解する担任の関わりによって強い不適応感は感じず、逸脱行動もなかった。しかし、中学入学後は「困った生徒」として扱われることが重なって不適応感を強め、思うようにいかない劣等感を刺激される度に、暴力的な行動に出ていた。学校は、母にもAの指導への協力を求めたが、母は学校の対応が悪いと主張するばかりであった。

学校は、Aの対応に苦慮していたが、Aの今後を心配し、指導を諦めてはいなかった。調査官は、学校からAの日常の様子を聞きつつ、Aの行動傾向等について学校と話し合い、受入れ態勢を確認した。さらに、調査官から、Aに、担任がAを心配していたことを伝えたところ、Aは教師への自身の態度を振り返り始めた。一方、付添人は、母に対し、Aが落ち着いた学校生活を送るには、母と学校の協力態勢が必要であることを上手に説き、母の理解を促した。

審判で、裁判官は、Aの反省を確認し、直ちにAを少年院等への収容処遇とせず、状況をしばらく観察した上で処分を決める「試験観察」決定とした。

試験観察当初、学校は、調査官と相談の上、はじめからAに無理させてもすぐに限界となるだろうと考え、まずは午前中のみ登校させ、気持ちが落ち着かず教室にいられない場合は、別室で過ごしてもよいこととした。調査官と付添人は、Aと母に定期的に面接しながら状況を把握した。また、AのADHD傾向については、これまで手当がされないままであり、A自身もイライラした時の自制の難しさを訴えたため、調査官が裁判所技官である精神科医との面接を設定し、医師から母子に通院の必要性を丁寧に説明してもらった。

これらの関係者各々の関わりは、関係者間で、随時風通し良く情報交換されていた。しかし、A本人、母も含め、皆で情報を共有しながら進めた方がより効果的と思われたため、調査官がコーディネーターとなり、試験観察の中盤と終盤の2回、A及び母を含む関係者全員が学校に集まり、会合を持った。母は、参加に後向きだったが、付添人が必要性を説明し、母の参加を促した。

1回目の会合では、その少し前に、Aが教室で机を蹴飛ばして暴れる一件があった。会合では、その一件の経過を丁寧に振り返り、「また先生を叩くのはだめだと思った。」とAが自分を抑えようとした努力を理解すると同時に、次回同じことがあればどうすればよいかを話し合い、A自身の危機場面での対処方法、そこで周囲ができる具体的援助を検討する機会となった。母も、学校がAに懸命に対応する様子を聞き、学校への見方が変化したようであった。

2回目の会合時は、Aの通院が開始しており、一定程度服薬の効果も見られ、学校生活は、低調ながらも維持されていた。折しも、Aは、同じ市内で大工をしている父との交流を始めており、毎日登校するよりは父の仕事についていくことを希望した。ちょうど進路選択の時期であり、Aの就職希望という進路を考える上でも必要なことと思われたため、ある程度登校を維持しつつ、父の仕事にも時々ついて行くこととなり、その具体的な方法、今後の進路選択に至る道筋や課題などが話し合われた。

そして、迎えた最終審判で、Aは「失敗しても怒られるだけじゃなくて、皆にいろいろ一緒に考えてもらって支えになった。」と述べ、母も涙ぐみながらAの言葉に頷いていた。その後、今後の指導を保護観察所に引き継ぐ形で、家庭裁判所の関与は終結したが、学校では、Aの卒業まで、調査官以外の関係者に担当保護司が加わり、引き続き会合が持たれた。

まとめ

家庭裁判所でも、他領域と同様に、様々な形で日常的に連携が行われているが、中でも、連携が功を奏したケースを振り返ると、立場の違う関係者の間で、目指すべき方向性が共有されており、それに向けて各者ができることを出し合い、

協力する態勢ができていたように思われる。家庭裁判所は処遇機関ではないので、関与はどうしても短期間に限られるが、その間の課題を、少年、当事者本人も含め、関係者間の良好なコミュニケーションの中で共有することが必要である。そして、より良い連携を促進するために調査官ができることとしては、その後につながるように関係者同士のつながりを作ること、次の機関にバトンタッチする際に残された課題を明確に伝えることであろうと筆者は考えている。

薬物事犯者に対する保護観察所と地域における連携の実際

活動の背景

保護観察所は、法務省の地方部局であり、全国50か所に設置されている。保護観察所における主な業務は、裁判所で保護観察の決定を受けた対象者に対する指導監督、矯正施設に収容されている者についての帰住先の調整、矯正施設から仮釈放及び仮退院になった者に対する保護観察の実施などである。

保護観察所では、覚醒剤取締法違反等の薬物犯罪により保護観察を受けることになった対象者に対しては、アメリカ合衆国において、認知行動療法を用いて開発された外来治療アプローチである「Matrix Model」を参考にして作成された「せりがや覚醒剤再乱用防止プログラム（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program；SMARPP）」を基盤とした「薬物再乱用防止プログラム」を実施しており、多くの保護観察所では集団で行っている。その目的は、薬物依存に関する理解を促し、回復への動機付けを高め、新しい生き方を獲得して、薬物を再使用しない生活の継続を目指していくものである。しかしながら、薬物依存からの回復は想像以上に困難なものであり、司法機関のみで解決できる問題ではなく、医療・保健・福祉等の関係機関との連携体制をより緊密に構築する必要があることから、平成27年11月に法務省及び厚生労働省との共同で「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域ガイドライン」が策定された。この指針に基づき、保護観察所においても、地域における関係機関と連携しながら、薬物事犯者に対する処遇を進めている。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕

〔他施設〕精神保健福祉センター

〔その他〕保護司、兄、協力雇用主

●連携の実際

精神保健福祉センターと連携した事例

本節では、精神保健福祉センターと連携した事例を紹介するが、本事例は、事例の本質を損なわない程度に改変したものであることをあらかじめお断りしておく。

Aは保護観察開始時43歳の男性である。本件は覚醒剤取締法違反で、覚醒剤の所持と自己使用により逮捕され、起訴された。Aは、弁護士の勧めにより、保釈中に精神保健福祉センターに何度か通所し、薬物依存回復プログラムを受けた。その後、地方裁判所において、懲役1年6月うち6月につき執行猶予2年保護観察付きという刑の一部の執行猶予の判決を言い渡され、受刑することとなった。

Aは、35歳の頃に友人に勧められて、好奇心から覚醒剤の使用を開始し、月に1回程度断続的に使用するようになり、

37歳の時に逮捕され、懲役1年6月執行猶予3年の判決を受け、それ以降は断薬を継続して執行猶予期間が経過した。本件当時は、配送関係の仕事に従事しており、会社での残業時間が100時間を超えたときに、Aは、「誰にも気付かれずに疲れを取るには、覚醒剤を使うのが一番いいのではないか。」と考えるようになった。また、「忙しいのだからもっと頑張らなければいけない。弱音を吐いている場合ではない。」などと考え、周囲の誰にも相談しなかった。そして、知人の薬物関係者に連絡し、売人の携帯電話番号を聞いて覚醒剤を購入した。Aは、「眠気覚ましとして、1日1回、計画的に使用すればばれないだろう。」と考えて使用を再開し、数か月が経過した頃に再び逮捕された。

Aは、受刑中に薬物に関する特別改善指導を受け、ワークブックには今後の対処法として、「仕事上のストレスは一人で抱え込まない。自助グループに行き、他の人の意見も聞きながら断薬を続ける。」と記載した。また、出所後の帰住先として、実兄の下での同居を希望したため、刑務所から連絡を受けた保護観察所は、保護観察官及び担当保護司が実兄宅を訪問し、Aと同居することの可否や、仮釈放になった場合の協力が得られるかの調査をしたところ、問題はないと判断して、刑務所に「実兄の下への帰住は可能である。」と通知した。

Aは、実刑部分が終了する2か月前に仮釈放となり、保護観察が開始された。そして、保護観察開始時の担当保護観察官との面接で、「保釈中に通所していた精神保健福祉センターに通って、回復プログラムを受けたい。」と述べた。担当観察官は、保護観察所と精神保健福祉センターが、相互のプログラムでの情報を共有しながら、薬物依存からの回復を支援していく制度があるが、それには本人の同意が必要であることを説明したところ、Aは、「ぜひお願いしたい。」と申し出たため、Aの同意を得て連携を開始することとなった。連携方法については、定期的な電話連絡により、保護観察所からは薬物再乱用防止プログラム受講時の様子や、Aの生活状況に関する情報を提供し、精神保健福祉センターからは回復プログラム参加時の発言等に関しての情報の提供を受けるなどにより相互に共有した。また、精神保健福祉センターの職員が、保護観察所で実施するプログラムの実施補助者として、定期的に来庁していたことから、その機会を利用して、今後の方針等を協議した。

Aは、保護観察所でのプログラムにも前向きに取り組み、グループの中でも積極的に発言したほか、他のメンバーの発言や進行役の保護観察官の助言なども熱心にメモしていた。また、Aは解体工としての就労も開始しており、就労先もAが保護観察中であることを承知している協力雇用主であったことから、保護観察所及び精神保健福祉センターでのプログラムを受ける際に休暇を取得することにも理解が得られた。

2か月間の仮釈放期間が終了し、2年間の一部猶予期間が開始されたが、Aは遅刻や欠席をすることなく、プログラムの受講を続けた。そして、保護観察開始から1年が経過した頃に、地元の祭りで久しぶりに先輩に会い、連絡先を交換したことから、「手元にネタ（覚醒剤）があるけど、やらないか。」などと連絡が入るようになった。Aは、そのことを担当保護司や保護観察官に正直に打ち明け、その後は着信拒否をするようにした。また、精神保健福祉センターのプログラムでもそのエピソードを話し、他のメンバーからも助言を受けた。

その後も、仕事でのストレスが高まったり、腰痛のひどいときなどに、覚醒剤のことが頭によぎることはあったものの、薬物を再使用することもなく、無事に保護観察期間を終了した。保護観察所でのプログラムの最終日には、「自分にとっては、これでもう大丈夫ということはないので、今後も精神保健福祉センターのプログラムに通い続けていこうと思う。」と決意を述べ、他のメンバーからも大きな拍手をもらった。

本事例においては、本人の断薬への強い決意をベースに、保護観察所だけでなく、関係機関と連携を取りながら進めたことが、結果的に本人の断薬を支えたものと言える。また、本人も薬物への欲求に蓋をすることなく、正直に保護観察官や担当保護司に相談しており、それに対して、保護観察官や担当保護司が、欲求の存在を否定することなく、適切に対処するように指導を継続したことも、再使用を抑止する要因となったものと思われた。

まとめ

薬物事犯者の再犯防止と回復支援について、保護観察所で実施しているプログラムは、受講を義務付けることで、自ら地域支援につながろうとしない動機付けの乏しい人に対しても受講の機会を提供できることは大きなメリットである。一方で、保護観察期間しか関わることができないという大きな制約があるため、期間終了後を見据えて、いかに地域の支援機関や団体に本人をつないでいくかが課題となっている。本事例は、こうした観点から、地域との連携が非常に功を奏した事例と言えるであろう。

情状鑑定における連携の実際

活動の背景

司法・犯罪領域の鑑定は、精神鑑定、情状鑑定、供述鑑定、筆跡鑑定など様々であるが、本稿では裁判員裁判制度が導入されてから特に注目されている情状鑑定を取り上げる。鑑定とは、専門性の高い分野について、裁判所が特別の学識経験を有する第三者に意見を求める手続であり、情状鑑定は、裁判所が刑の量定を考慮するうえで参考にするために行われる。具体的には、犯行に至る心理過程や動機、そうした背景にある資質、成育歴及び家庭環境上の問題、処遇の留意点などについて、心理学を中心とした人間行動科学の知見に基づいて分析するものである。鑑定人は被告人、被告人の家族、その他参考人に面接するとともに、被告人には知能検査や各種心理検査も行う。情状鑑定には、裁判所が鑑定命令を下して行う「公的鑑定」と弁護人から依頼される「私的鑑定」に大別できるが、いずれの鑑定にしても、前記の内容について鑑定人の専門性に立脚した知見を提供することに変わりはない。また、裁判員裁判では、証人として法廷に立ち鑑定結果を平易な言葉で分かりやすく説明することも求められる。情状鑑定は、いわゆるアセスメントが柱であり、治療や機関との連携は基本的に行わない。しかしながら、刑事裁判を単なる刑罰を課すだけではなく、犯罪に至った人の心理・社会的な躓きをどのように解決していくのかといった治療的法学（Therapeutic Jurisprudence）としてとらえると、鑑定結果は付随的に他の専門職や機関との連携を生じさせる可能性を内在しているといえる。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕

〔他施設〕社会福祉施設、指導員

〔その他〕

●連携の実際

本稿では社会福祉施設との連携が生じた事例を紹介する。なお、事例は本質を失わない程度に加工してある。

実践例の概要

被告人は、25歳の男性である。本件の2年前から社会福祉施設で生活していたが、将来を悲観して自室に放火し、約10㎡焼損させた。過去に精神病院への入院歴があったため精神鑑定に付されたが、精神病は否定され責任能力にも問題なかったことから起訴されるに至った。裁判所は、放火の前科があることから、本件の動機や処遇上の留意点を中心とした情状鑑定の必要があると判断し、筆者に鑑定を依頼した。

鑑定事項

①被告人の知能

②資質、性格

③犯行に至る心理過程

④再犯防止に必要な方策

⑤その他処遇上の参考意見

鑑定結果の概要

(1) 本件までの生活状況

被告人は同胞3人の第2子次男。父母は被告人が中学生の時に離婚し、被告人のみ父に引き取られた。被告人は、23歳時に父との口論を契機とした自宅への放火未遂で逮捕された。幸い、焼損程度が軽く、執行猶予付き判決となったが、精神的に不安定な面があったため、精神科のある総合病院に入院した。軽度な知的障害以外の精神疾患はないとの診断を受けたため1か月で退院し、退院後は社会福祉施設で生活を送っていた。

母とは没交渉。父は被告人と面会するために施設を訪れることはなく、関わりは消極的である。被告人は、幼少期から不登校を重ね、家族関係も極めて希薄であった。

(2) 知的能力、性格・行動傾向

日本版WAIS-Ⅲ（当時）を実施したところ、全検査IQ55、言語性IQ60、動作性IQ57で、軽度の知的障害が疑われた。

性格面では、各種心理検査から、集中力や意欲が持続せず、落ち込みやあきらめが早いこと、気分の変動や不安感が強く、時にパニックになってしまうことが特徴として認められた。また、聴覚過敏や独特のこだわりが幼少期から見られ、自閉性の障害が被告人の不安定さの背景にあると思われた。概して対人関係も苦手だが、施設内のA指導員に対しては、自分のことを分かってくれる人という思いは強く、依存的な側面を見せていた。

(3) 本件に至る動機や心理過程

就労先で仕事のミスをし上司から叱られた被告人は、施設に帰宅後、話を聞いてほしい気持ちからA指導員に声を掛けた。A指導員はたまたま急ぎの用事があり、「今、時間がないから後で」と応じた。被告人は、A指導員の素っ気ない態度に「自分のことなどどうでもよいと思っているんだ」とがっかりし、それから鬱々した気持ちが続いた。何とかそうした気分から脱したいと考えていたが、夜になってますます強くなり、発作的に自室にあった新聞紙に火をつけたものの、燃え上がる炎を見て怖くなって逃げだした。これが本件に至る経緯や動機である。

放火の背景には、被告人の家族関係における見捨てられ体験、就学、就労を通じての成功体験の欠如に伴う自尊心、自己肯定感の低さ、気分の変動に対するコントロール不全といった問題があると考えられた。一方、これまでにも何度か放火したくなる衝動にかられたが、A指導員からのちょっとした一言でそうした気持ちを抑えられていたことも語られていた。この点は、今後の再犯抑止を図るうえで重要なポイントとなった。

鑑定結果は、書面で裁判所に提出されたが、鑑定人は公判において以下のような説明をしたので一部紹介する。

「被告人は軽度な知的障害であることに加え、発達障害の問題も抱えており、些細なことで不安に伴う抑うつ感情に支配されがちです。その背景には、おそらく家族関係に端を発する根深い対人不信や傷つきがあると思われます。そうしたなかでも、頼れる人、依存できる人に励まされたいという気持ち（対象希求性）は持っており、それは彼が生活していた社会福祉施設における体験、特にA指導員を通じて暖かい人間関係を結ぶことができたことができたためと思われます。そうした体験がなければ、被告人はおそらくもっと早い段階で放火等の事件を起こしたのではないかと思われます。したがって、今後の社会復帰を考えたとき、被告人の支える環境をどのように構築できるかが予後を左右することになります。被告人の更生に関しては、①再犯予防の方策、②ソーシャルスキルの獲得、③生活の自己管理（就労支援、金銭管理、生活リズムの管理）の3点から考える必要があり、具体的には…（以下略）」

(4) 社会福祉施設との連携

鑑定では、社会福祉施設関係者と面接し、これまでの生活状況を聴取するとともに、被告人が放火に至るメカニズムや対応策について鑑定人の見立てを伝えた。A指導員は、「被告人とある程度信頼関係が構築できていると思っていたた

め、軽い気持ちで“今、時間がないから”と言ってしまったが、彼の特性を踏まえるともっと丁寧にすべきということがよく分かりました。」と述べていた。また、当初、社会福祉施設は被告人の引き受けには消極的だったが、裁判までに検討しておきたいとのことであった。

後日行われた公判を傍聴し鑑定結果を聞いたA指導員らは、「私たちは、彼のためにと一生懸命に関わってきたつもりだったので、今回の放火はショックでした。徒労感、無力感に苛まれていましたが、本日の説明の中で、私たちの取組みも評価していただけたし、今後の指針を得られたと思います。判決がどうなるかわかりませんけど、彼の戻る場所は私たちの施設しかないので、しっかりと支えていきたい。」と今後も被告人の更生に協力していく姿勢を示していた。

一週間後の判決では、検察官の求刑を大幅に減軽した懲役2年となった。

まとめ

本事例は、情状鑑定が刑の量定を決める上での知見を提供するといった本来の趣旨だけにとどまらず、社会福祉施設が被告人の社会的受け皿になってくれるという効果も生み出した。その他、情状鑑定で知的障害があることが分り、それを踏まえて弁護人の支援で障害者手帳を取得でき、社会福祉の援助を受けられるようになった事例もある。

情状鑑定が求められる事例には、虐待等による過酷な成育環境、発達障害、精神障害など様々な問題が背景にある。こうした問題に対して、飽くまでも付随的ではあるが、被告人の語りというナラティブな視点に立った治療的側面、治療的司法の観点に立った多職種連携、機関連携などが模索されていることを最後に付しておきたい。

司法・犯罪分野の連携について

司法・犯罪分野は、法律や制度の枠組みが明確であり、自ずから連携の在り方も規定されてくる。捜査及び防犯を任務とする警察から始まり、処遇を決める裁判所、裁判所の決定に基づく執行機関である少年院、刑事施設、保護観察所といった各機関がその役割に基づいて必要な連携を行っており、この分野で働く心理専門職の多くは公務員である。一方、非行や犯罪の背景には、精神病理、発達障害、逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experiences：ACEs）といった看過できない心理・社会的な問題があり、また、施設内処遇を受けた人の社会復帰（社会的再統合）の在り方が問われていることから、民間の機関や人の関与が求められるようになっている。海外に比して、“官民協働”という点では、まだまだ模索・発展段階ではあるが、今回示されている事例を通じて、司法・犯罪分野の各機関において、様々な形で連携を図られていることが理解していただけると思う。以下、各事例について簡単にコメントする。

〈警察少年サポートセンターにおける連携事例〉

少年サポートセンターでは、様々な問題行動の相談に応じている。ただし、事件化された手続ではなく、あくまでも本人や家族の希望によってかかわりが生じるのであり、その点で、他の事例とは性質を異にするといえよう。提示された事例は、学校や家庭に居場所がなく、また、少年に発達障害が疑われたことから、学校や医療機関との連携を図るとともに、終結に当たっては、発達障害者支援センター、若者総合相談センターに引き継いでいる。相談内容に応じて社会内のリソースを活用し、支援が途切れない工夫をしていることが分かる。

〈少年鑑別所における連携事例〉

少年鑑別所は、家庭裁判所からの依頼による心身鑑別だけではなく、平成27年6月から設置されている法務少年センターにて、非行相談や研修・講演などの地域援助活動も行うようになっている。提示された事例は、保護観察所の依頼によって性格検査や職業適性検査を実施して、本人に結果をフィードバックするとともに、本人とかかわっている福祉機関に対してコンサルテーションを行っている。対象者が社会的に孤立せず、社会の一員としての居場所を確保し、責任ある主体として行動できるように援助するという基本的視座がある。

〈家庭裁判所における連携事例〉

家庭裁判所は、非行をした少年の処遇を決める決定機関である。ただし、そこに至る調査―審判のプロセスにおいて、アセスメントに基づく教育的働きかけが行われ、必要に応じて医療機関その他との連携が図られている。本事例は、社会内での生活状況その他を数か月間観察したうえで最終的な処分を決めるという「試験観察」に付されたものである。ADHDの特性を持った少年へのかかわりで、医師、保護者、学校と共通理解を図りつつ、問題行動を頻発する少年を支えたことが一定の成果を生み出している。

〈保護観察所における連携事例〉

保護観察所では、犯罪をした人または非行のある少年が、社会の中で更生するように、保護観察官及び保護司が指導と支援を行う。遵守事項を守らせるなど、行動面への指導・監督をするほか、対象者が自立した生活を送るための援助・助言もしている。保護観察官のもつ専門性と保護司のもつ地域性・民間性を組み合わせている点に特徴がある。最近では、本事例で示されているように薬物依存のある対象者への指導・支援に力を入れている。ただし、保護観察は期間的な制約を伴うため、事例のように精神保健福祉センターと連携することで、薬物からの離脱に向けた継続的支援体制を構築した点に連携の工夫がみられる。

〈情状鑑定における連携事例〉

情状鑑定は、刑事裁判に当たって、裁判所が軽の量定を考慮するうえで参考にするために行われる。裁判所の鑑定命令若しくは弁護人の依頼を受けた精神科医や心理専門職が鑑定人となる。比較的馴染みのない言葉であるため、犯罪心理鑑

定と呼んだ方がイメージしやすいかもしれない。鑑定であるから、治療的なかかわりや支援が前面に出てくるものではない。ただし、提示された事例のように、鑑定結果に基づいて関係者が対象者への支援に向けて動きだすことは生じるのである。特に、昨今では成人の処遇に関して応報罰の限界および社会・心理的な支援の必要性が認識されており、情状鑑定への期待は高まっていると思われる。

心理支援
連携の実践例集

産業・労働分野

外部EAPにおける連携の実際

院内健康管理室における連携の実際

会社内健康管理室における連携の実際

外部EAPにおける連携の実際

活動の背景

産業領域の心理職は、ハローワークなどの公的機関、あるいは就労支援機関などで働くほか、企業に直接雇用され自社の従業員に対して相談業務や人事施策に携わる内部EAP（Employee Assistance Program）、法人と契約し契約企業の従業員への対応を行う外部EAPとして働く場合がある。ここでは、外部EAPの視点から心の健康問題により休業した労働者に対し、①職場復帰支援における連携をシステム化して行なったもの、②システム化していないが連携が必要となって実施したもの2点から連携の実際を紹介したい。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕上司や人事、健康管理スタッフ

〔他施設〕障害者職業センター、発達障害者支援センター

〔その他〕

●連携の実際

①連携がシステム化しているもの

ある事業所は、職場復帰した従業員が再び体調を崩し再休職に至ることが多かったため、外部EAPと連携し、休職期間中の取り組みをカウンセラー、産業保健スタッフ、人事労務担当者間で把握できる体制を構築した。カウンセラーは相談者との定期的な面談の中で体調や生活リズムの確認、不調に至った要因の振り返り・再発予防策の検討などを行い、その経過を相談者の同意のもと、キーパーソンとなる人事労務担当者に伝える。担当者は社内の産業保健スタッフや上司等と情報共有を図り、職場側が相談者にクリアしておいて欲しいと考えている課題、復帰職場の受け入れ準備状況等を確認、カウンセラーとも共有するようにした。そして復職する際は、産業医や人事労務担当者、産業保健スタッフ、従業員本人が協働して復職プランを作成し主治医に確認してから最終的な職場復帰の決定を行うようにした。この仕組みを取り入れて以降、この事業所では復職後に再び休職してしまう事例が少なくなっていった。そこでいくつかポイントになる点を考えたい。

まず、企業のメンタルヘルス対策を進める上では、従業員が安心してケアを受けられることが大切である。相談によって不利益が生じることを心配する従業員は多い。特に心の健康情報は取り扱いに注意が必要な機微な個人情報でもある。この事業所では、相談窓口の利用に不安を覚えないよう、最初に人事労務担当者から個人情報保護の仕組みを説明するようにした。例えば「カウンセラーには守秘義務があり、『会社に言わないで欲しい』と話した内容は会社側には伝わらない」と伝え、①利用の目的、②相談室への事前連絡の可否、③伝えて欲しくない情報の有無等も確認した上で、外部EAPにリファーするようにした。連絡を受けたカウンセラーも共有内容はリファーした担当者の個人情報になることを

念頭に置き、「事前連絡や話の内容を相談者と共有して良いか」担当者に確認するようにした。相談開始時は事前検討した内容をもとに相談を進め、会社との連携については口頭、可能であれば書面の形でも同意を取って支援を行うようにした。こうした丁寧な情報共有のあり方は相談者・人事担当者の安心感につながり、その後の円滑な連携につなげやすいと考える。

次に、相談が始まると会社側も知っておいた方がよい内容、知っておくべき内容が出てくる。休職の要因にハラスメントなどの問題があれば復帰先を人事に検討してもらう必要もあるだろう。あるいは、復帰への焦りから体調が整わない中「復帰可能」という診断書を書いてもらった結果、復職後に再び体調を崩して勤怠不良となれば、職場側が対応に困ることも予想される。「伝えて欲しくない内容は伝えない」という連携では、本人の満足は得られても業務管理や人事労務管理の視点が抜け落ち、会社が求める働き方と本人が考える働き方のバランスを欠いてしまう。

この事業所では「復職可能」の診断書を根拠に復職させていたが、復帰後の勤怠が不安定になる事例が散見された。現場も「復帰してくれたのはよいが、どの程度負荷をかけて良いのか分からない」と困惑することが多かった。そこで、カウンセラーは相談者と「主治医とどのように治療に取り組んでいるか」「働けることをどう示すか」、人事担当者とは「現状で復帰した場合はどのようなことが考えられるか」「リスクが想定できるとしたらどう回避できるか」などを話し合い、休職中から双方の考えを擦り合わせていった。この事業所では「職場は働く場所であり、8時間勤務を週5日継続可能な体調であること」「復職後半年程度で通常勤務を目指してもらいたい」という会社の考え（ルール）を事前に説明するようにしたことで、相談者は共有した目標に向けて復職準備を行なうようになった。また、産業保健スタッフはカウンセラーからの情報をもとに定期的に産業医面談を設定したり主治医に情報提供したりして従業員の状態を把握するようにし、職場も本人のニーズを踏まえつつ、できる配慮・できない配慮を見極めながら復職者を迎え入れるようになった。このように、カウンセラーが相談者・事業所双方のニーズを踏まえ、それぞれが役割や責任を果たしていけるようにコンサルテーションを行うことは全体最適につながっていくと考えられた。

最後に、相談者本人が語る情報は主観的な色合いが強いが、上司や人事、健康管理スタッフなどの複数の視点が入った情報は、客観性の強い相談者情報にもなり得る。この事業所では、関係者同士で必要な情報を共有できる仕組みを取り入れたことで、相談者理解に繋げることができた。カウンセラーや人事労務スタッフにはそれぞれ役割があり、また上司にも違う役割がある。誰がキーパーソンになるのかを見定めて、支援が円滑に進むように情報共有のあり方をコーディネートしていくこともカウンセラーの務めであり、連携の際は、何のために、どのような情報を、誰が誰と共有するのか。各担当者の立ち位置と役割を意識した対応が重要になると考えられる。

②連携がシステム化されていないが必要となって実施したもの

休職制度は、業務外の事由により一時的に労務提供ができなくなった際に解雇を一定期間猶予する制度であり、会社ごとに社内規程を定めて運用される。そのため就業規則で定められた日数内で働ける状態になる必要があるが、復職に向かう中で「このまま復帰するのが良いのか、他の道もあるのではないか」と自身のキャリアについて考え、転職を決断することもある。

ある相談者は、事務作業を中心に業務を行っていた時は職場適応に問題はなかったが、窓口業務を担当するようになって以降、顧客への応対がうまくいかず休職に至った。復帰に向けて相談を続けていく中で、「親の意向もあって今の会社に就職したが、自分が本当にやりたい仕事だったのか」「窓口業務のような臨機応変さが求められる仕事は自分に向いていないのではないか」との悩みを打ち明けるようになった。

外部相談窓口の性質上、退職に至った場合は相談を継続できないため、カウンセラーは相談者の同意のもとで地域の障害者職業センターや発達障害者支援センターに連絡を取った。本人の状態や会社で生じていた状況などを共有し、本人のニーズと支援内容が沿うこと、利用を申し込む際の担当者などを確認した上で相談者に情報提供したところ、利用希望があったため、改めて支援機関に連絡を取り、相談者から連絡を入れてもらいサービス利用につなげた。

このケースでは、転職に伴う相談終結が考えられたため、相談者の状態をアセスメントしたうえでそれを連携先に伝え、本人の同意のもと情報提供を行った。事前に地域資源と連携していたことで相談者の安心感につながり、退職後も支援の手が途切れない結果となった。

まとめ

職場復帰支援では相談者本人を中心に、主治医をはじめ関係者がスムーズに情報連携できるようハブ役として対応することが多い。産業医等の健康管理スタッフは医学的な知見と職場の理解を兼ね備えた立場として、人事労務担当者や上司は現場を知る人として、関係者との情報共有をどのように行なうかを常に考え、連携相手の意見や思いを理解しながら対応していく姿勢が望まれる。

院内健康管理室における連携の実際

活動の背景

労働安全衛生法第69条の1において「事業者は、労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなければならない。」とされ、国はその指針として「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」(1988)を示した。これは、労働者の心身両面の総合的な健康保持増進を図ることを目標とし、産業医による健康測定と全般的な指導、次に必要に応じて、運動指導、保健指導、メンタルヘルスケア、栄養指導を対応するスタッフが行うというものである。メンタルヘルスに関してはさらに、近年の労働者の業務上のストレスや心身の負担の現状から、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(2000)、「事業場における労働者の心の健康の保持増進のための指針」(2006)が示された。この指針では「心の健康づくり計画」に基づき、「セルフケア」「ラインによるケア」「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」「事業場外資源によるケア」という4つのケアを継続的かつ計画的に実施し、メンタルヘルス不調者に対する「一次予防(未然防止)」「二次予防(早期発見)」「三次予防(職場復帰支援等)」が円滑に行われるようにすることとされた。ここでいう「メンタルヘルス不調」は、精神及び行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活及び生活の質に影響を与える可能性のある精神的及び行動上の問題を幅広く含んでいる。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕健康管理室会議、復職判定委員会、健康管理医、事務長、精神科部長、看護部副部長

〔他施設〕クリニック、病院

〔その他〕

●連携の実際

筆者の勤務していた大規模な総合病院では、1990年代には健康管理室はなかった。医療現場であるだけに、それぞれの部署の上司の采配で院内の資源を使いながら支援されていたといえるだろう。身体的な疾患の検査や治療において、内部ならではの良さがあったことは否めない。しかし、メンタルヘルス不調を上司や人事と院内の精神科スタッフでケアすることには困難も多かった。メンタルヘルス不調の一因に職場環境(労働環境、労働条件、人間関係など)が関わっている場合に、上司や人事が直接そのケアに係ることの難しさというどの業種でも見られる問題のほかに、院内精神科スタッフによる治療となった場合の困難という医療現場特有の問題が見られた。精神科的治療において治療構造そのものが非常に重要であることは周知のことであろう。特にボーダーライン水準の問題を抱える人にとって、現実原則に則って社会で活動していく自分を治療者とともに育てなおしていくための過程には、欲求充足的でなく報復的でもない、揺るぎなくしっかりと守られる構造が不可欠だが、「同じ職員同士」「食堂でもトイレでもロッカーでも顔を合わせる」場でその構造

を維持することには非常な困難が伴う。実際に、院内でご本人の希望で入院し、その方の現実的な場面での適応水準よりかなり退行した状態でデイルームで大暴れをして、転院し改善した職員がいた。職場内ですべき支援と、職場外にリファーすべき支援の違いを考えさせられた事例であった。

2000年代に、院内に産業医が常駐、健康管理室を立ち上げ、専任の臨床心理士を置き、健康管理室会議や復職判定委員会などが組織された。筆者は臨床心理士としてその過程に関わった。健康管理医、事務長、精神科部長、看護部副部長と専任の臨床心理士で定期的に話し合い、連携を取りながら院内健康管理室は運営された。当初は健康管理室の物品の準備、健康管理医や臨床心理士の面談の場所・予約方法・記録の保存・面談を処遇にどのように生かすか・全体的な健康管理としての予防を、職員のプライバシーと人権を守りながら、どのように実施していくのかという構造づくりを試行錯誤で行っていった。現在は院内メールで予約や連絡が取りやすくなっているが、当初は面談申し込みポストをタイムカード脇や職員食堂や更衣室のどこに置くのがいいのか、周囲に知られず、しかし安全な面接室はどこなのか、健康管理室で抱えるのはどこまでで、リファーのタイミングやリファー先はどこにするのか、復職フォローアップは勤務時間内か外かなど、手探りで作り上げていった。メンタルヘルスの問題の場合、精神科部長の意見を仰ぎつつ対応をし、精神科主治医が必要なケースには信頼できるいくつかのクリニックや病院に臨床心理士から直接お願いの連絡をするラインを確保した。健康管理室の職場環境や労働条件に関わる問題に関しては、健康管理室会議の場で健康管理医や事務長や精神科部長や看護副部長とも共有し、対象者への具体的な援助とともに、労働環境整備のためのデータとしても活用した。

院内の職員がメンタルヘルスを担当することには、院内の雰囲気や人事構造がわかっていたり、直接職場に行って様子を見ることができたり、業務について想像がしやすいという良い面がある。一方で職員が職場に大きな不満を抱えている場合の対処には注意が必要なところであろう。ハラスメント防止の観点を常に持ち、必要に応じて人権を守るための行動をできる立場であり、大切な役割の一つである。しかし、職員の不満や不調が、個人のストレス対処パターンや能力、体質的な適応の問題（気分障害、統合失調症、甲状腺疾患）、ライフサイクル上の問題などによるものである場合も多い。現在の困りごとを、傾聴し、整理し、ご本人に解決可能な事か、職場の手助けを要請できることか、主治医を持って精神科治療を受けた方がご本人に利益があるかを判断して、つないでいくことが必要とされている役割だろう。

院内のメンタルヘルス担当として、これらの面談を繰り返し、健康管理室会議で情報を共有するうちに、新入職員研修でのメンタルヘルスオリエンテーションやプリセプター研修などで予防的なかかわりをすることを求められることが増えた。院内にいる仲間として、おかれている状況を理解しつつ、ちょっと不満やしんどさを語りにいっても漏れ出てしまわない場所として使ってもらえるようになり、当初は看護師がほとんどだった利用者が、医師や検査技師、作業療法士、栄養士、寮の管理人などにも広がっていった。

医療事故の当事者となったある医師は大きな重圧の中、入眠困難と早朝覚醒、頭痛などを抱えていたが、医療事故の調査の予定も入るタイトな予定の中で、自ら医療機関を受診する余裕もなく健康管理室を予約された。傾聴し、体験と気持ちの整理に併走しながらも、うつ病への進展の予防や睡眠状態の改善や院外にも支援者を持つ必要を考えて、他院の医師へつないだ。健康管理室にも定期的に来室され、気持ちの整理をしながら、医師になった理由なども振り返りながら勤務を継続。研修医同期の医師の支え、家族の支え、病棟スタッフの応援も受けて回復された。その医師とはその後院内で会っても会釈をする程度の関わりであったが、後日、周囲に不調の同僚がいた際に、健康管理室を勧めてくれており、継続した実際の人間関係とは違う不思議な使える場所と認識してくれたようである。これは院外の医師との連携により、体に起きてくる反応や処遇への具体的関与と、気持ちの整理を支援することを分け持つことができたことによるものだろう。

ある時、職員独身寮で失恋を引き金とした自殺があった。すぐに看護副部長から要請があり、看護チームでのチーフによるミーテイングに同席をした。その後、チームの希望者全員と面談。また、寮生で発見につないだ同僚と、発見し対処した寮管理人とはしばらく面談を継続した。これも、院内の健康管理室として会議や研修を通して周知していたことによる連携が実現したものといえるだろう。

まとめ

事情や背景がわかるからこそ理解しやすいこともあるが、だからこその困難もある。組織の要請と個人の認識にずれがある場合に、それが知識や経験によるものであれば情報提供や話し合う機会の設定など具体的にできることがある。しかし、そのずれに組織側の不文律や個人側の特殊な事情が絡み、組織と個人の利害に対立点がある際には困難が大きい。その際、心理職として利用者が直面している困難に対して、人権的な見方、倫理的な見方、身体や精神の疾患の可能性を考慮する見方を持って、それぞれの専門家にリファーすることが必要となってくるだろう。その職場やその利用者が置かれている場に事実としてある現実的限界や使える資源を認識しておくこと、そのために連携できる先を確保しておくことが心理職の仕事の一つだろう。そして、現実的な限界を現実に支える専門家を外に確保した上で、その現実に対面した利用者の心理的な反応（反発、絶望、喪失、落胆、恐れなど）に付き合っていくことが、心理職のもう一つの仕事だろう。

会社内健康管理室における連携の実際

活動の背景

社内の健康管理室として、産業医や産業保健師がいる中でのカウンセリング、予防的な面接をしている健康管理室の良さはあるだろう。復職する際にも職場との連絡を取りやすいだろう。一方で、EAPの様に外の組織として利用者と関わることで、構造がはっきりとし、合理的な判断がしやすいということもあるだろう。しかし多くの会社が、社内に産業保健スタッフを擁する財力を持つものでもなく、EAPは相談者のバックにある会社の文化風土などを理解するのにまずは時間を必要とすることもあるだろう。

ここで紹介するのは、グループ会社を複数有する会社が、人事ともはっきりと連携している産業医とは別に、社員向けのカウンセリングルームを擁している例である。本社はもちろん全国のグループ会社社員も、カウンセリング（対面、ビデオ会議システム、電話）を受けることができる。週に4日、それぞれ4時間ずつカウンセラーが在室し、社員とその家族だけが匿名で申し込むことができ、面接料は会社が全額負担する。人事部とのつながりは基本的に一年間の統計として利用者の所属、年齢、主訴を把握しているだけで、人事部とカウンセラーのつながりは年に一回あるミーティングのみである。本社もグループ会社も、規模に応じて産業医や産業保健師を擁しており、それとは全く無関係の部署としてこの形ですでに25年以上存続している。

実践例

●連携する職種・機関

〔施設内〕会社人事課、上司、産業医

〔他施設〕主治医

〔その他〕

●連携の実際

このカウンセリングルームで制度として連携があるといえるのは、年に一回の人事とのミーティングであろう。統計としての利用者数や、利用者の主訴の傾向、グループ会社や部署に関して利用者から思うところを共有し、今後の全体的な人事戦略に活かしていただいている。

利用者は、多くの場合主治医はいない状態の方が、職場の人間関係やキャリア形成の悩み、家族や夫婦の悩み、健康問題などで来室され、多くの方は1回から3回程度で終結する。時に、人生の悩みや長時間勤務等の職務上の過負荷で身体的精神的健康を害する可能性がある方に、それぞれの社員の方にあった紹介先を考えながら、それぞれのカウンセラーが個人的つながりをもとに紹介をすることが必要となることもある。また、近年増えたのが障碍者枠採用で、気分障害や統合失調症や発達障害の診断名で医療にかかっている社員の方が訪室されるケースである。精神障碍者の方々が、特例子会社という形ではなく、一般社員の中に混じって働く形式をとっており、管理者も配慮をしているのだが、離職率が高いと

いわれる。これらの方は障碍者手帳を持ち、主治医という中心的な支援者がいる方である。原疾患を踏まえた支援をすることにより、離職率を下げ、会社の一員として力量を発揮していただくことを目的とするカウンセリングとなることが多い。そのために、カウンセリング開始時に必ずすることが、主治医に会社のカウンセリングルームでカウンセリングを受けていることを報告し、許可を得ていただくことである。カウンセラーの名前や所持している資格、本務先などもお伝えするようにしている。そのことにより利用者の方が、服薬している処方薬の増減について語ってくれることで主治医の見立てが伝わって、職場カウンセラーとしての支援が確実になったり、カウンセリングルームでの攻撃的な発言（ご本人は記憶を失ってしまい自覚できず面接室の外でも同じことをして社内での評価を落とす原因となる）を、観察としてご本人から主治医の先生に伝えていただくことで処方を加減してくださるということが起きている。直接リファーをしあうわけではないが、連携がなされている例と考えることができるだろう。

グループ会社の人事担当役員で、社員がメンタルダウンしたり、社員同士のもめごとがあるごとに、カウンセリングルームに来室されコンサルテーションを希望される方がいる。関東と関西を飛び回りながら、役員ご自身が来室されたり、工場長や新人社員を本社研修のついでにカウンセリングルームに送り込んでくる。メンタルダウンした社員の休職や復職に際して、産業医と主治医からの書面や、当該社員とその上司のメールのやりとりなどを持参されて、一緒に対策を考える場としてカウンセリングルームを活用されている。これも、働く人のメンタルヘルスを支える連携の一つの形であるといえるだろう。

まとめ

25年以上の歴史を有するこの社内カウンセリングルームは、元々は会社所有の診療所が別にある組織のなかで、産業保健とは差別化した形で「語る」治療の場として継続してきた。現在は、それぞれのグループ会社がそれぞれの産業医と契約をする状態となっており、ときにはカウンセリングルームが産業保健スタッフのようにつなぐ役割をすることが必要な場面もあり、それは国家資格としての公認心理師の役目として担うことができるものである。

産業・労働分野の連携について

産業・労働分野の心理支援は、かつては雇用する企業の立場と要支援者の状況との間に挟まれる立場にあり、両者の間で時に緊張感をかかえることもあると認識されていた。現在では労働安全衛生法が改正され、2015年12月より、常時使用する労働者数が50人以上の事業場ではストレスチェックを年に一回実施し、その結果によって支援の対応も行われることとされている。

制度として労働者のメンタルヘルスの確保の必要性が明確にされたことで、一定規模の事業場において労務管理の一環に産業保健スタッフが参加することになった。こうした状況の中で、カウンセラーが相談者の復職とその継続性の確保に向けて適切に機能できるための連携の工夫が、所収の一つ目の原稿に詳説されている。企業側スタッフと、産業医、カウンセラーが相談者との情報の共有も重視しつつ、それぞれの立場で率直に情報交換し、その際の情報共有のコーディネートを心理職の務めと捉える。そうした関係者のネットワークの中で相談者の復職継続の可能性が補強されるという経験は相談者の健康度を信頼できる場合の今後の産業・労働分野の心理支援の作業として貴重と思われる。

二つ目の原稿には医療機関で職員のメンタルヘルスを扱う組織をゼロから立ち上げた経験が述べられている。ここでも関係するスタッフそれぞれの立場を前提としたコミュニケーションの重要性が示される。そして個別の事情にかかわる実践例が示されているが、ここでは組織の中で個別の問題に心理的にかかわりつつ、組織内、組織外の関係者との連携の中で支援が進む経緯が示されている。制度の大枠の中ながら、心理職が担う活動の機微を読み取っていただけるだろう。

三つ目の原稿には企業の中で独立したカウンセリングルームがどのようなニーズを受け止めているかについて示されている。

産業・労働分野の心理支援は制度としても、その枠組みとしても、まだ新たな課題が加わる現在進行形の分野である。そしてそこに携わる心理職には、トータルな健康問題への関与と相談者の福祉的支援を両軸としつつ、組織内の様々な役割を持つ関係者との連携、組織外の資源との連携など、柔軟で広い視野と相談者のみならずそれぞれの関係者とのコミュニケーションの機微に対して、体験的に開かれた資質と積極的な工夫が求められる。なお、組織内の連携という場合、立場の上下のある関係や専門職どうしの関係の中の心理職として、相談者の支援に携わる立場が時に抱える多重関係の問題にどのようにバランスをとってゆくかの苦慮もまた仕事を構成する内容となるであろう。

心理支援
連携の実践例集

私設心理相談分野

私設心理相談機関における連携の実際1

私設心理相談機関における連携の実際2

私設心理相談機関における連携の実際1

活動の背景

当室は、面接室が2室あり、公認心理師・臨床心理士の資格を持つセラピスト2名（男性1名、女性1名）で運営されている相談室である。ご相談の内容は、心理支援が必要と考えられる問題、精神症状、自身についての悩みなど様々で、年齢も児童から高齢者までと幅が広い。また、当室が、家族療法・システムズアプローチを専門とすることから、ご家族・ご夫婦関係、対人関係の悩みのご相談も多い。

これまでどのような連携を行って来たかについて思い返すと、病院・クリニック（保健医療分野）、児童相談所、福祉施設、作業所（福祉分野）、大学、高校、中学校、小学校（教育分野）、弁護士、警察（司法･犯罪分野）、保健師、会社員（産業･労働分野）などがあり、5分野すべてで連携を行っている。開業で臨床を行っていることを考えると、当然のことと言えるかもしれない。

その時その時で来談経緯の割合に変動はあるが、総数としては医師からの紹介による来談が最も多い。その連携の概要を述べると、主治医がいるクライエントは、ほとんどの場合、医師から紹介を受けて来談される。紹介状がある場合とない場合があるが、いずれの場合でも、来談されたのちに、報告書を作成して主治医に郵送で送る。内容は、相談内容と見立ておよび今後の方針など（初回の段階でわかる範囲で記載する）である。報告書送付は、最初の1回の場合が多く、その後は、主治医が言われていることをクライエントに確認し、主治医も心理士から何を言われているかを聞かれたりするようであるが、そのような形で、クライエントを通して主治医の方針を確認し対応することが多い。ただ、クライエントの状態が変化した時やカウンセリングの方針が変わった場合、また、終了した時には、報告書を作成し送付する。紹介状がないケースは、これまでの連携で私どものことをよく知って下さっている場合が多いように感じる。何かの折に、こちらからの報告書を読まれて問題ないと考えて下さっていたのだと確認できたことがある。主治医の紹介がなく、クライエントの判断で来所された方には、必ず主治医にカウンセリングを受けてもいいかどうかの許可をいただくことをお願いしている。これはクライエントさんから主治医に尋ねてもらう場合もあれば、私から報告書の中で許可について伺う場合もある。ただ、これまで主治医からカウンセリングを許可しないと言われたことは一度もない。病院やクリニックに受診することなく（つまり、主治医がおられない状態で）来談された方については、クライエントの希望を聞き、クライエントの状態を判断し、必要な場合は病院やクリニックの受診をお願いしている。

実践例

●連携する職種・機関

〔施設内〕

〔他施設〕医師、学校の担任教師、弁護士、警察、児童相談所、会社上司、保健師

〔その他〕両親

●連携の実際

① 医師との連携の例として、20代の方でうつ病との診断を受けて来談されたケースを挙げる。紹介状の中には、『クライエントは漠然とした不安がある』と記載されていた。初回面接で、状態が悪くなった理由について考えていくと、家族との関係が挙がってきたので、不安については家族との関係の中で生じているとの見立てを立て、それに基づく方針も記載しご報告した。数回の面接の後に、その間の面接で家族との関係が整理されたせいか、家族のことではなく、クライエント自身の考え方や行動についてこれまで本人が気づいていなかったテーマが浮き彫りになってきた。そこで、カウンセリングの方針を、個人の考え方に焦点を当てて取り組むことに変更したため、それを報告書にまとめ主治医に送付した。それに対して、主治医からは、『漠然とした不安から具体的な不安に変化している』と書かれた診療情報提供書が届いたので、クライエントが不安と考えている現実的な課題への対応を考えていくことでクライエントのテーマとなる問題が解決されるような変化が起きるように面接を進めていった。クライエントの状態は回復し、それに合わせて投薬が減っていくという過程をたどった。

② その次に連携することが多いのは学校である。子どもさんの不登校のご相談で訪れたご両親のケースであるが、ご両親は担任とは定期的に面談をして子どもの対応を決めている体制をとられていたが、ご両親は、決めたことをなかなか担任に実行してもらえないとの感じを持たれ、それは、子どものことやご両親のことを担任が理解してくれてないところから来ると考え、先生に不信感を抱いておられた。ご両親が不信を抱かれているために先生の対応がよいと感じられず、ますます不信が募るという悪循環が起こっていることが考えられた。ご両親の許可を得て、担任の先生に連絡を取らせてもらった。担任からお話を伺うと、担任は懸命に取り組みをしているが、よい結果が出ないために、いろいろ考え過ぎて対応に躊躇しているところがあるようで、結果的にかかわりのタイミングや強さがご両親の要望とずれていることがわかった。担任の先生には、ずれの部分が合う形になるよう助言をさせていただいた。それを何度か繰り返し、ご両親から「担任の先生が決めたことを実行してくれるようになった」との報告があり、ご両親の担任への不信はなくなっていった。その後、徐々に子どもが登校できるようになった。担任の先生からは、対応について迷いが少なくなくなったこと、対応についての私からの助言以上の工夫も考えられるようになったことなどが報告された。このケースは、ご家族と先生がうまく有機的にかかわれるように支援することでよくなったと考えられる。その他、先生と役割分担して取り組んだり、学校の問題対応への協力体制について一緒に考えたり、子どもの理解を伝えて対応の参考にしてもらったりなどの形もある。

これら以外の分野で述べると、離婚の問題や親権の争いがあるようなケースで、弁護士さんは法的なところでの対応、私の方ではクライエントの心理的ケアーについて対応するというような取り組みであったり、警察と被疑者の理解を共有して法の立場と心理の立場での役割分担で面接を行ったり、児童相談所からの紹介で、虐待ケースの家族の関係改善についてお引き受けすることもある。産業では、上司が部下と一緒に来所され、部下の理解と対応について助言するとか、保健師さんと連絡を取り合い、企業の中ではルールを順守する形での対応を行い、私の方ではクライエントの気持ちを受けて行動について改善を支援するというような役割分担で取り組むというような形もある。

まとめ

具体的に述べるときりがないほど様々な形の連携があるが、連携において大事なことは、クライエントの問題や連携する方の立場やクライエントとの関係や関係者を含むそれぞれのニーズによって、心理士に求められる役割が変わってくることである。臨機応変にいろいろな役割を担うことができるところが心理士の良いところであり、それこそが心理士ならではの務めではないかと考えている。

私設心理相談機関における連携の実際2

活動の背景

筆者の所属機関では、盗撮や痴漢等の性犯罪加害者への心理支援を行なっている。性犯罪加害者への心理支援において、連携先として必須になってくるのが弁護士である。弁護士との連携における特徴としては次の3点である。

1．書類のやり取りが中心になる

2．不起訴が確定する、あるいは裁判が終わるまでの期間限定の連携になりやすい

3．クライエント（以下Cl）の同意を直接得ることができずに情報提供を行う必要性が発生することがある

Clが来室するまでの典型的なプロセスとして、次のようなプロセスを経ることが多い。事件を起こし逮捕される。その後、警察・弁護士・家族等の勧めがあり来室に至る。Clの要望により（背景には弁護士からの指示がある）、裁判所等に提出するための書類作成を行う。書類は一旦弁護士に提出され、弁護士により確認が行われる。ケースによっては加筆修正を求められることがある。その際の弁護士との連絡はClを介した間接的な連絡になる場合が多い。そして、可能と判断される限り加筆修正を行う。このように弁護士との連携は書類のやり取りを中心に行われ、それはClの不起訴が確定するか裁判が終わって判決が下るまで続くこととなる。ただし、その後、Clが再犯に至ってしまった場合には再度連携が必要になる。時には、Clが勾留されている等、心理士が直接Clと連絡をとることが不可能な状態で弁護士から連携を求められる場合がある。このような事態に備えて、初回面接時に、「Clと連絡が取れない状況で弁護士（警察から情報提供を求められる場合もあるので、警察も含む）から連携（情報提供）を求められた場合、必要と判断される内容について情報提供を行う」ことについてあらかじめ同意を得ておくことが望ましい。

以上が、性犯罪加害者への心理支援において弁護士と連携する際の概要である。次に、事例を提示しつつ、連携の実際を概説したい。なお、実践例は紙面とテーマの都合上、連携が生じた場面を抜粋して記述させていただく。

実践例

●連携した職種・機関

〔施設内〕

〔他施設〕弁護士（相談者を介して）

〔その他〕

●連携の実際

30代男性、主訴は「盗撮を止められない」。弁護士から「条件反射制御法」を実施する機関として紹介された。

初回面接時に、「これからどうなるのかが心配でたまらない」ことを訴える。セラピスト（以下Th）はそのような気持ちに共感を示しつつ、「弁護士先生に聞いてみると解決できそうなことはどんなことですか？」と質問をしたところ、Clはカバンからパソコンを取り出して、メモを打ち込みながら状況を整理していった。

その後、数回のカウンセリングの中で、弁護士から今後の見通しなどについて説明を受けたことで、これからのイメージを持つことができるようになり、それに伴い、不安は減少していったようであった。Clは「事件を起こしてしまってから、『自分などに価値はないから、もうどうにでもしてください。全て受け入れます』といった気持ちでした。だから、弁護士の先生と話す時にも、質問されたことに答えるだけだったのですが、カウンセリングの話の中で、自分の不安を解消するには弁護士の先生に聞くのが良いのだということに気づきました。そして弁護士の先生に聞いてみたら、丁寧に説明をしてくださってすごく安心できました」と語られた。

【考察】

このように、自分の起こした事件がどのように扱われていくのかについての不安は、弁護士に説明を受けることで解消できると推測されるのであるが、そのことに気づき、弁護士に聞いてみるという行動を起こすためのきっかけになったのがカウンセリングであったと言えるだろう。

さて、ではこれを「連携」と呼んで良いのかはわからない。というのも心理士と弁護士は直接連絡を取り合っていないからである。しかし、Clがカウンセリング中に得た気づきによって弁護士からの説明を引き出したのである。つまりClが介在したことで心理士と弁護士の両者のアプローチが補い合う（交互作用のような）効果が生まれたことは「連携」の一つのありようとして理解しても良いのではないかと考えた。

【実践例（つづき）】

裁判所に提出する書類が必要だとClから依頼があった。確認してみると弁護士が裁判所に提出する書類として心理士の意見書のようなものがあった方が良いとのことであった。Thからは弁護士に「どのような内容が書いてあると良いか」「どのような項目が必要か」を確認してほしい、必要があればThが直接弁護士に確認することも可能だと伝えると、Clは「（自分で弁護士に）確認をしておきます」と返答された。なお、書類は次回カウンセリングの時までに書き上げ、カウンセリング時にClに内容を確認してもらった上で封をすることを伝えた。

【考察】

このように、機関内のルールとしては、作成した書類は原則本人に確認をしてもらうこととしている。情報のやり取りにおいて、本人不在で密談・密告のような形にしたくないという考えがあるからである。

【実践例（つづき）】

Clからメールが届き「弁護士から加筆修正を求められた」とのことであった。裁判所に提出するまで時間がないとのことで、やむなくメールでのやりとりを行うこととした。弁護士からのコメントをメールで送ってもらい、それを元に書類を作成した。完成した書類そのものを確認したいかどうかの意向を伺ったところ、「確認したい」とのことであったので、メールで完成した書類を送った。

※完成した書類をメールで送る際には氏名等、個人情報を消去した上でパスワード保護をかけて送るようにはするが、リスクはゼロにならないことを了承していただいている。

書類についてClから承認を得られたので、簡易書留にして郵送で弁護士に書類を郵送した。

その後、事件としては不起訴ということで決着したが、弁護士からは「カウンセリングを続けるように。条件反射制御法を最後までこなすように」と伝えられたようで、Clは「弁護士からもそう言われました。自分でも最後まで取り組みたいと思っています」と語っていた。正直なところ、事件が決着した途端に来室しなくなるClが少なからずおり、残念な気持ちになることもあるので、Thにとってこの弁護士からのアシストは非常にありがたいものとして受け止められたのである。

【考察】

「連携」を考えるにあたり、心理士と弁護士が直接連絡を取り合う方法は、Clを仲介とした間接的な連携方法と比べて、正確な情報伝達が可能だというメリットがあるだろう。しかし、Clが不在の状況下で情報がやりとりされることで、Clが置き去りにされてしまうリスクにも配慮しなければならないものだと思われる。筆者の経験上、書類のやり取

りの際、弁護士との間に立っていただくか、心理士と弁護士と直接やり取りをした方が良いかを聞いてみるとほとんどのClは、（労力がかかるはずなのに）弁護士との間に立つことを希望されるのである。すなわち、「自分についての情報は労力がかかっても知っておきたい」と思う人が多いということだと理解されるのである。

まとめ

私設心理相談機関は対象者もアプローチ方法も機関によって様々であり、連携先や連携のあり方も他領域と比べて多様性があると言えるだろう。本稿では、連携先として弁護士との連携の実際を取り上げた。弁護士との連携においては、①書類のやり取りが中心になる、②不起訴が確定する、あるいは裁判が終わるまでの期間限定の連携になりやすい、③Clの同意を直接得ることができずに情報提供を行う必要性が発生することがある、などの特徴があり、これらの特徴を踏まえた上で、個人情報の取り扱いへの注意やインフォームドコンセントを行いながら連携を進めていく必要がある。事例においては心理士と弁護士は直接連絡を取り合うことはなかったものの、クライエントを介することにより、両者のアプローチが補い合うような効果が生まれ、これも一つの連携の形であると理解された。

私設心理相談分野の連携について

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」報告書（2021年3月）によれば、私設心理相談機関（以下、私設相談機関）に勤務すると回答した者は常勤非常勤併せて685名おり（有効回答率38.7%）、回答率から全体数を推定すると約1,800名となる。また、2020年度日本臨床心理士会会員動向調査によれば私設相談機関の開設者を含め、勤務するものは推定約2,000名である。これらの機関は大小さまざまであり、活動も活発なものから一人で営むものまでが含まれるであろう。

私設相談機関が行う連携については、相談者のニーズが明確な場合と、他機関や関係者に連携を求めない場合もあるだろう。しかし精神科医療機関を併用している相談者は多く、公認心理師法第42条第2項は「公認心理師はその業務を行うに当たって心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治の医師があるときは、その指示を受けなければならない。」としている。掲載原稿の実践においてはその対応について以下のように詳説している（一部短縮して再掲）。

「主治医がいる来談者は、医師から紹介を受けて来談される。紹介状の有無いずれの場合も、来談後に報告書を作成して主治医に郵送する。」「相談内容と見立て、方針などの報告後は、来談者を通して主治医の方針を確認することが多い。」「来談者の状態が変化した時、カウンセリングの方針が変わった場合や終了時には報告書を送付する。」「主治医の紹介なく来談者の判断で来所の方には、必ず主治医にカウンセリングの許可をいただくことをお願いしている。」以上は多くの私設相談機関が実施しているスタンダードであろう。

第42条第2項はその具体的な運用を運用基準(巻末資料参照)が以下のように解説している。(一部略して再掲)「公認心理師は、要支援者に対し、当該主治の医師による診療の情報や必要な支援の内容についての指示を文書で提供してもらうよう依頼することが望ましい。また、公認心理師が、主治の医師に直接連絡を取る際は、要支援者本人（要支援者が未成年等の場合はその家族等）の同意を得た上で行うものとする。」「要支援者が主治の医師の関与を望まない場合公認心理師は、要支援者の心情に配慮しつつ、主治の医師からの指示の必要性等について丁寧に説明を行うものとする。」運用基準は基準であるが、具体的作業としての連携はケース毎の個別の事情に対応する必要があり、その作業のあり方は携わる公認心理師の臨床専門性の質が問われるポイントでもある。

私設相談機関に向けられる連携の範囲は、医師のみならず、学校の担任教師、弁護士、警察、児童相談所、会社上司、保健師、そして家族も含まれる。地域の福祉支援機関も含まれるだろう。来談者の問題の内容に沿ったあらゆる形の連携が俎上にある。実践例2つめの原稿は性犯罪のからむ事例に関わり、法曹関係者からの依頼を受けることもある例である。場合によっては来談しない対象を文書で支援するといった役割も向けられる。それでも要支援者の意思を常に念頭に置くことが述べられている。私設相談機関の心理臨床は要支援者を囲む広い視野に立ち、とるべき役割の多様な自由度の中で、来談者の福祉の実現、向上の目的を見誤らないことが重要である。

総合コメント：公認心理師の各分野における連携について

1．何のための連携か？

公認心理師法の第1条には、「この法律は、公認心理師の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とする」と記載されている。連携も国民の心の健康の保持増進に寄与することが目的と考えられる。

「健康」の概念について、WHO（世界保健機関）は1946年に「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」と提唱している（厚生労働省健康日本21より）。また、WHOはこうした健康の保持増進のよりよい意思決定のために、疾病、異常、健康状態の診断分類であるICD-11と共に、心身機能と身体構造ならびに活動と参加を含む生活機能を健康状態と環境因子や個人因子との相互作用で考える国際生活機能分類（ICF）を定めている。専門の異なる職種間や要支援者とその家族と連携を行う際には、連携の目的である健康ニーズをこうした共通言語を使って表現することでより効果的に連携の目的を共有することが大切になる。

2．誰が誰と連携を行うのか？

公認心理師が連携を行う場合の全体像を示したのが図1の連携の枠組みである。左列は連携を発信する保健医療、福祉、教育、司法・犯罪、産業・労働、私設相談・大学相談室である。上の行は連携先を示しており、そこには専門家ではない家族やコミュニティが含まれる。色の濃いセルは同一組織内の連携や同一分野内の別組織との連携である。色の薄いセルは、他分野や家族・コミュニティとの連携を示している。本実践例集ではこれらすべてのセルをカバーすることはできなかったが、こうした全体像を背景として、典型的と考えられる実践例を収録した。

連携は、通常は要支援者からの要望に応じてインフォームドコンセントのもとで行われる。しかしながら、医療分野における措置入院や福祉分野における虐待対応の一時保護、司法・犯罪分野における少年の保護や犯罪者の逮捕など、要支援者が求めたというよりも社会的な要請によって連携が行われる場合もある。そのような場合でも、要支援者の「身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態」を目指した連携が重要である。

から ⇒ へ	保健医療	福祉	教育	司法・犯罪	産業・労働	私設心理相談 大学相談室	家族 コミュニティ
保健医療	■	○	○	○	○	○	○
福祉	●	■					
教育	●		■				
司法・犯罪	●			■			
産業・労働	●				■		
私設心理相談 大学相談室	●					■	

他分野との連携　　同一組織内、同一分野内

●印　第42条第2項「当該支援に係る主治の医師があるとき」の医師に求める連携

○印　医療からの連携（医師の指示を含む）

図1　連携の構造：誰が誰と連携を行うのか

３．どのような課題が連携されているのか？

この実践例集において連携が行われた課題は多岐にわたる。国際生活機能分類（ICF）を参考にすれば、知能や発達の状態や気質と人格の機能などの個別の精神機能（b140-b189）と心理療法を含む心理支援に関する心理学的情報という心身機能の側面とともに、関連する活動と参加ならびに環境について次のような課題が多くあげられている。

セルフケアの「健康に注意すること（d570)」では、服薬をきちんと行ったり健康上の助言に従うこと（d57020）や養育者や専門家の助言や助力を求めること（d57021)、薬物やアルコールの乱用のリスクを回避すること（d57022)、希死念慮の問題などの安全に注意すること（d571）の課題で連携の例が示されている。

対人関係（d710-d750）では、衝動的な暴力などの対人関係における行動の制御（d7202)、校則違反や非行や性犯罪加害などの「社会的ルールに従った対人関係」(d7203)、教師の指示が通らないことやパワハラなど権限のある人との関係（d7400)、友人からのいじりの対象や孤立気味など友人との非公式な関係（d7500）などの課題で連携の例が示されている。

家族関係（d760）では、妊婦の出産への不安や子どもへの愛情をもてない育児のつらさなどの子どもとの関係(d7600)、子どもが親と喧嘩することや家庭内暴力などの親との関係（d7601）などの課題で連携の例が示されている。

仕事と雇用では、キャリア相談や就労継続支援B型事業所の利用などの見習い研修（職業準備）(d840)、仕事の獲得・維持・終了（d845）における転職を含む職探し（d8450)、休職や復職などの仕事の継続（d8451)、解雇など退職(d8452）における課題で連携の例が示されている。

また、環境要因では次のような例が示されている。

支援と関係（e310-e399）では、メンタルヘルスや金銭問題や夫婦関係の問題を抱える家族（e310)、児童虐待や連携協力を拒否する家族の態度（e410)、個別の心理支援やチームでの支援の工夫と共有などの保健の専門職（e355）の連携に関する例が示されている。

保健サービス・制度・政策（e580）では、医療における緩和ケアや認知症・せん妄サポートケアやペアレンティング・サポートや総合カンファレンス、福祉分野における児童福祉法や社会福祉法、生活困窮者自立支援法、子ども若者育成支援推進法、発達障害者支援法、障害者総合支援法等の規定に基づく連携や要保護児童対策地域協議会などの連携、教育における特別支援教育などの教職員チームによる連携、産業・労働分野での健康管理室会議や復職判定委員会などの組織的取り組みの例が紹介されている。なお、司法・犯罪分野では、家庭裁判所が行う連携では関係機関に援助や協力を求めることができるが、警察の心理職は個人情報保護の観点から少年の情報を共有できないことが示されている。

執筆者一覧

相川 祐里（社会福祉法人恩賜財団　済生会横浜市東部病院）
石川 悦子（こども教育宝仙大学）
井谷 詠夢（運動器ケア しまだ病院）
井口 由美子（警視庁）
今村 有子（仙台少年鑑別所）
上野 綾子（小学校・中学校SC）
浦野 弘美（東京都児童相談センター）
大塚 尚（東京大学）
大塚 斉（武蔵野児童学園）
河西 有奈（白峰クリニック）
樫木 啓二（早稲田大学保健センター学生相談室）
木村 久仁子（秋田大学教育文化学部）
桑田 直弥（運動器ケア しまだ病院）
三枝 将史（埼玉県総合リハビリテーションセンター）
里見 有功（千葉保護観察所）
須藤 明（文教大学）
陶山 大輔（浦和学院高等学校）
清野 俊充（ジャパンEAPシステムズ）
舘野 一宏（広島西医療センター）
中野 真也（東京福祉大学）
萩谷 克子（至誠大空の家）
久持 修（やまき心理臨床オフィス）
藤松 義人（鳥取県立中央病院　がん相談支援センター）
淵上 奈緒子（平川病院 心理療法科）
松井 宏樹（栗東市発達支援課）
松嵜 友紀（運動器ケア しまだ病院）
水谷 孝之（一般社団法人 日本臨床心理士会）
満山 かおる（小石川東京病院）
村上 雅彦（広島ファミリールーム）
屋代 久美（自治体福祉部）
山本 良子（白百合ベビーホーム）
渡部 かずみ（東京家庭裁判所立川支部）
渡辺 晋吾（運動器ケア しまだ病院）
渡邉 裕美（大崎市民病院　現所属　こころの総合診療室 Canal 勾当台）

コメント執筆者一覧

保 健 医 療 分 野 ：藤城 有美子
福　祉　分　野：藤城 有美子、清水 良三
教　育　分　野：宮﨑 昭、野島 一彦
司法・犯罪分野：須藤 明
産業・労働分野：江口 昌克
私設心理相談分野：奥村 茉莉子
公認心理師の各分野における連携について：宮﨑 昭

第６期資格関連委員会委員　一覧

委員長：奥村 茉莉子（一般社団法人 日本臨床心理士会）
委　員：江口 昌克（静岡大学）
清水 良三（明治学院大学）
東畑 開人（白金高輪カウンセリングルーム）
野島 一彦（NPO法人 はぐくみ心理相談所）
藤城 有美子（駒沢女子大学）
宮﨑 昭（立正大学）

資 料

2020年8月22日

公認心理師法第42条の運用に関する連携の考え方

一般社団法人日本心理臨床学会
一般社団法人日本臨床心理士会
一般社団法人日本公認心理師協会

はじめに

公認心理師法は2015年9月16日に公布され、2017年9月16日に施行された。本法の立法は、法案起草の資料に記載のとおり、以下のことが前提となって成立した。

国民のための心理に関する支援の必要性が社会的に先行してある。
広がる多様なニーズと多様な支援場所がある。

このような支援は、連携を抜きには考えられない。ちなみに、本法の目的、定義、連携について、公認心理師法（以下、法）の条文（第1条、第2条、第42条）には以下のように記載されている。

公認心理師法

平成27年法律第68号

（目的）
第1条　この法律は、公認心理師の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とする。

（定義）
第2条　この法律において「公認心理師」とは、第28条の登録を受け、公認心理師の名称を用いて、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、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。
一　心理に関する支援を要する者の心理状態を観察し、その結果を分析すること。
二　心理に関する支援を要する者に対し、その心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。
三　心理に関する支援を要する者の関係者に対し、その相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。
四　心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供を行うこと。

（連携等）
第42条　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の連携を保たなければならない。
2　公認心理師は、その業務を行うに当たって心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治の医師があるときは、その指示を受けなければならない。

1. 本「連携の考え方」について

1-1 本「連携の考え方」の策定

公認心理師法に基づく公認心理師の業務の行い方に関して、前掲の法の目的、立法の経緯及び立法事実、要支援者の心情に丁寧に寄り添うという心理専門職の専門性、要支援者に最適な支援を行うという基本的姿勢から導かれる連携の必要性を踏まえ、公認心理師がその業務において、法第42条を運用する際の連携の考え方を以下のように策定した。

1-2 本「連携の考え方」の目的

法第42条には、連携に関して、「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の連携を保たなければならない」と示されている。公認心理師は、「国民の心の健康の保持増進に寄与する」ことを目的として、公認心理師の定義にある4項目の業務を行うに際し、今後も拡大する多用なニーズを受けて、拡がってゆく可能性のある多様な支援場所で、これを行う必要がある。そのような業務の性質上、法が示すように、多様な場における心理支援においては、それぞれの場で関係する専門職の人々との連携が不可欠である。

そうした支援業務の中には、支援対象によっては医師との連携を図ることが必要となる場合もある。このことを受けて、第2項には「公認心理師は、その業務を行うに当たって心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治の医師があるときは、その指示を受けなければならない。」と規定されている。そのような場合に関する業務の実施方法については、公認心理師として認識の共有化を図ることが、支援を受ける人々にとっての安心と安全を提供することにつながると考えられる。すなわち本連携の考え方は、個別の支援対象に個々の公認心理師がさまざまな場で必要な連携のもとに心理支援を行う際の視点をまとめたものである。

なお、この「連携の考え方」は、業務においてこれに従うことを必須とするような意図を含むものではなく、それぞれの公認心理師が要支援者の状態や価値観、意向、連携先との関係性なども踏まえて判断する際の参考としていただき、また、努力することが望まれる内容を示したものである。

以上のような考えに基づいて、本連携の考え方は策定されている。

2. 諸分野に共通する公認心理師の連携について

2-1 連携における留意点

全ての支援を1人の公認心理師で担おうとすることは、公認心理師の専門性を充分に発揮できない事態に繋がったり、ひいては、要支援者の不利益に繋がったりするケースもあり得る。要支援者が抱える問題の背景要因が単一であることはむしろ稀であり、問題解決には多面的、複合的な支援が有効である場合も多い。例えば、医療機関内でのチーム医療のように、同一機関内で多職種が連携して支援に当たることもあれば、学校と療育施設の連携のように、自分が所属している機関の分野とは異なる分野の他機関との連携が行われるケースもあるだろう。また、自分が得意とする支援でない心理支援が必要な場合には、他の公認心理師の力を借りることもある。公認心理師は、そのような支援ネットワークの中で自らが果たしうる役割と責務について、普段から意識的であることが望まれる。あるいは、その時点では公認心理師の業に依る支援のみであることが適切かつ充分であったとしても、将来的に他職種との連携やリファーの必要が生じるかもしれない可能性と、その必要性を見極められる知識やスキルが、公認心理師には求められている。

さて、このような連携を効果的に行うためには、多方面への配慮や工夫が必要となる。

まず、連携する他職種や複数機関が支援の目的を共有できていなければ、支援の方向性もバラバラになって効果が上がらないばかりか、「船頭多くして船山に上る」の喩えのように要支援者を混乱させてしまう。真の協働に至る連携を実現

するには、連携する支援者間で目的が共有され、その実現のためにそれぞれが果たす役割を互いに認識している必要がある。つまり、このような大きな共通の支援方針と、そこに至るために役割分担された支援方針という2種類の支援方針の設定と、経過の中でそれらの支援方針を互いに確認し、必要であれば更新していく作業が必要となる。

このような支援方針の設定は、要支援者の理解と同意抜きには考えられない。連携を秘密保持義務とどのように併存させていくかということが、公認心理師の専門性にとって重要な意義を持つ。インフォームド・コンセントはどんな支援においても土台となるもので、連携についても例外ではない。多くの支援者が関わることでかえって要支援者を混乱させてしまうことがないよう、連携の目的とその方針について、要支援者と共有できることが、実効性のあるよりよい支援に繋がっていく。インフォームド・コンセントを得ることは、本人の自由意志と自律性に基づく自己決定を尊重した関わりである。なかには、年齢や状態によって理解力や判断力が充分でなく、自己決定が難しい対象を支援する例もあり、その場合は従来、保護者などの代諾者からのインフォームド・コンセントを得ていたが、その要支援者の状態に応じた説明を行い、同意を得るインフォームド・アセントの取り組みも広まりつつある。

連携の際には、各支援者間での良好なコミュニケーションと情報の共有が欠かせない。しかし、得られた情報をただ単に共有することは、秘密保持義務に反する行為となり得る。とりわけ、要支援者のセンシティブ情報に触れることが多い公認心理師にとって、秘密保持義務の課題は大きい。連携に拒否感を示す要支援者の心理として、自分のごくプライベートな情報が随所に広まってしまうことへの怖れも大きいと推察される。秘密が守られるということが、公認心理師との信頼関係構築の基盤となり、要支援者が安心して相談したり自己を探究したりするためにその場を使えるようになっていく。どのような情報を共有する必要があるかは、先述のような要支援者からの同意が得られた支援の目的によって判断し、必要以外の情報は漏らさないという態度が求められる。また、情報共有の際にはその内容だけでなく、どのような手段で共有するかにも細心の注意を払いたい。たとえば、メールやFAXで情報を共有する場合には、誤送信などのヒューマン・エラーがあっても個人が特定できないような工夫が必要であり、また、FAXの受信側の機器が関係者外も使用する共用設備になっていないかにも気を付けたい。なお、金沢（2006）は秘密保持の例外的状況として、以下の8項目を挙げている。

1. 明確で差し迫った生命の危機があり、攻撃される相手が特定されている場合
2. 自殺など、自分自身に対して深刻な危害を加えるおそれのある緊急事態
3. 虐待が疑われる場合
4. そのクライエントのケア等に直接関わっている専門家同士で話し合う場合（相談室内のケース・カンファレンスなど）
5. 法による定めがある場合
6. 医療保険による支払いが行われる場合
7. クライエントが、自分自身の精神状態や心理的な問題に関する訴えを裁判などによって提起した場合
8. クライエントによる明示的な意思表示がある場合

出典）一般財団法人日本心理研修センター監修（2018）公認心理師現任者講習会テキスト 2019年版．金剛出版の「Ⅰ 公認心理師の職責　5 情報の適切な取扱い」の「表1 秘密保持の例外状況」より（金沢吉展（2006）臨床心理学の倫理を学ぶ．東京大学出版会　を元に作成されたものである）

以上のように、各支援者の責任の所在を明確にしつつ、要支援者との信頼関係、さらに各支援者間の信頼関係に基づいた適切な支援が実現できるように心がけたい。

2-2　連携における「指示」

2-2-1　主治の医師との連携

法第42条については特にその第2項をめぐり、2014年4月に議員連盟より関係団体あてに法案が示された段階からさまざまな議論があったが、2015年9月2日衆議院文部科学委員会、及び、2015年9月8日参議院文教科学委員会において、次のように附帯決議されている。

五　公認心理師が業務を行うに当たり、心理に関する支援を要する者に主治医がある場合に、その指示を受ける義務を規定する同法42条2項の運用については、公認心理師の専門性や自立性を損なうことのないよう省令等を定めることにより運用基準を明らかにし、公認心理師の業務が円滑に行われるよう配慮すること。

六　同法附則5条の規定による施行後5年を経過した場合における検討を行うに当たっては、保健医療、福祉、教育等を提供する者その他の関係者との連携等の在り方についても検討を加えること。

公認心理師法案に対する附帯決議（平成27年9月8日　参議院文教科学委員会）より

法第42条第2項の運用については、この附帯決議を受けて、文部科学省初等中等教育局長及び厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長名で、各都道府県知事あてに、パブリックコメントを経た以下のような内容を骨子とする「公認心理師法第42条第2項に係る主治の医師の指示に関する運用基準」（以下、運用基準）が、2018年1月31日付で出された。

公認心理師法第42条第2項に係る主治の医師の指示に関する運用基準
（29文科初第1391号／障発0131第3号　平成30年1月31日）の要約

1. 本運用基準の趣旨

公認心理師法においては、第42条第1項で関係者との連携の義務について定め、第2項で「心理に関する支援に係る主治の医師」（以下単に「主治の医師」という。）からの指示について定めている。

本運用基準は、公認心理師が法第2条各号に定める支援行為を行うに当たり、心理に関する要支援者に主治の医師がある場合に、その指示を受ける義務を規定する法第42条第2項の運用について、公認心理師の専門性や自立性を損なうことのないようにすることで、公認心理師の業務が円滑に行われるようにする観点から定めるものである。

2. 基本的な考え方

公認心理師が行う支援行為は、診療の補助を含む医行為には当たらないが、例えば主治の医師の治療方針とは異なる支援行為を行うこと等によって、結果として要支援者の状態に効果的な改善が図られない可能性があることに鑑み、要支援者に主治の医師がある場合に、その治療方針と公認心理師の支援行為の内容との齟齬を避けるために設けられた規定である。

本運用基準は、従前より行われている心理に関する支援の在り方を大きく変えることを想定したものではない。

3. 主治の医師の有無の確認に関する事項

公認心理師は、把握された要支援者の状況から、要支援者に主治の医師があることが合理的に推測される場合には、その有無を確認するものとする。

4. 主治の医師からの指示への対応に関する事項

⑴ 主治の医師からの指示の趣旨

公認心理師は、合理的な理由がある場合を除き、主治の医師の指示を尊重するものとする。

⑵ 主治の医師からの指示を受ける方法

当該要支援者の状況に関する情報等を当該主治の医師に提供する等、当該主治の医師と密接な連携を保ち、その指示を受けるものとする。その際、公認心理師は、要支援者に対し、当該主治の医師による診療の情報や必要な支援の内容についての指示を文書で提供してもらうよう依頼することが望ましい。また、公認心理師が、主治の医師に直接連絡を取る際は、要支援者本人（要支援者が未成年等の場合はその家族等）の同意を得た上で行うものとする。

⑶ 指示への対応について

公認心理師が、心理に関する知識を踏まえた専門性に基づき、主治の医師の治療方針とは異なる支援行為を行った場合、合理的な理由がある場合は、直ちに法第42条第2項に違反となるものではない。ただし、この場合においても、当該主治の医師と十分な連携を保ち、要支援者の状態が悪化することのないよう配慮することとする。

⑷ 主治の医師からの指示を受けなくてもよい場合

・心理に関する支援とは異なる相談、助言、指導その他の援助を行う場合

・心の健康についての一般的な知識の提供を行う場合

また、直ちに主治の医師との連絡を行うことができない状況下においては、必ずしも指示を受けることを優先する必要はないが、後日、適切な情報共有等を行うことが望ましい。

⑸ 要支援者が主治の医師の関与を望まない場合

公認心理師は、要支援者の心情に配慮しつつ、主治の医師からの指示の必要性等について丁寧に説明を行うものとする。

2-2-2　医師の指示とは

さて、本法が公布される以前においては、「医師の指示」は医療行為による診療への補助行為に付随する言葉として、通例では理解されていた。医療行為は医療法のもとに医療機関（在宅診療を含む）で行われるものであり、本法第42条第2項の規定のように医療以外の分野における支援行為にも適用される場合があるような言葉ではなかったと理解される。

この2種類の「指示」という用語の整合性に関する議論は、公認心理師法の立法過程において、十分に行われてはいない事情がある。

また、時代の流れの中で医療現場の状況も変化してきた。チーム医療の推進と共に、「診療補助職」と呼ばれてきた各医療職種の在り方も含めて、さまざまに変化する中で、医療行為という言葉の輪郭もまた、かつてほど明確ではないと理解される。

これらのことについてはさまざまな立場からの議論が可能であろうが、「本連携の考え方の目的」にも記したとおり、個別の支援対象に個々の公認心理師がさまざまな場で必要な連携のもとに心理支援を行う際の視点の一端を提示することが、本連携の考え方の焦点となる。

2-2-3 「心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治の医師があるとき」という条件

標記の主治の医師がある場合、公認心理師はその指示を受けるということであるが、実際には、そのような主治の医師があるかどうかの確認をどのように行うかという課題が、まず実務的なこととなる。

この点について、運用基準「3. 主治の医師の有無の確認に関する事項」には、以下のように述べられている。

公認心理師は、把握された要支援者の状況から、要支援者に主治の医師があることが合理的に推測される場合には、その有無を確認するものとする。

「公認心理師法第42条第2項に係る主治の医師の指示に関する運用基準」より

多くの相談現場ではこれまでも、受け入れ時に医療機関にかかっているかどうかの情報を相談者から自然な形で受け取り、相談者の了解のもとに医師との連携を図り、主治の医師の治療方針と心理支援との齟齬が生じないよう、その確認を含む必要な情報を受け取り、相談の経緯においても相談者の了承のもとに主治の医師とやりとりしながら進めることが適切と考えられている。

このような医師とのコミュニケーションが必要になることに鑑み、要支援者との間の相談記録のみならず、連携にかかわる事項について記録を残すことが、重要になる。

2-2-4　主治の医師からの「指示」への対応

運用基準「4. 主治の医師からの指示への対応に関する事項」には、「(1) 主治の医師からの指示の趣旨」として、具体的に想定される主治の医師からの指示の内容の例について、以下のように述べている。

・要支援者の病態、治療内容及び治療方針について
・支援行為に当たっての留意点について
・直ちに主治の医師への連絡が必要となる状況について　等

「公認心理師法第42条第2項に係る主治の医師の指示に関する運用基準」より

これらは一例であって、実際には要支援者の同意の有無や指示を受ける公認心理師と主治医との日頃の関係性によって、柔軟に行われることになる。

公認心理師が要支援者の了承のもとに主治の医師より指示を受けた場合は、その日時や内容等を記録する。また、その後の経過を報告するなどして、要支援者に資する主治医との連携体制を作るように取り組みたい。状況によって指示の内容と実際の対応に違いが出てくる場合は、それらも含めて主治医との情報共有に務める。または、「今はこういう状態であるので、指示のこの部分については経過を見てからその実施の進捗を報告できればと存じます」等といった内容を伝えることも考慮したい。そして、これらの経緯は記録に残すことが推奨される。

指示関係は主治の医師と公認心理師の所属が同一医療機関内か、あるいは別分野の組織等の場合かによって状況は異なる。後者の場合、主治の医師の存在の確認の問題にはじまり、公認心理師が医師と連絡をとることについての要支援者からの了承の得方、指示を受けるプロセス、指示の受け取り方、その後のコミュニケーションのあり方等も多様となり、また日頃からの主治の医師と当該組織との関係性によっても多様なものとなることが予想される。

特に主治医の意見と、公認心理師が勤務する組織（たとえば学校や企業など）の方針にすり合わせが必要な場合は、公認心理師は要支援者の意思の尊重と安全の確保という観点から、組織間の方針の調整が進むよう関係者との連携に務めたい。

連携する医師とのコミュニケーションの内容は要支援者と共有すべきであるが、状況によっては工夫が必要になる場合も想定される。そのような場合でも、要支援者の利益、人権の尊重、尊厳への配慮等を優先する対応が、本来の支援の目的にかなうものである。

2-2-5　医師との連携におけるコミュニケーションの取り方

運用基準「4. 主治の医師からの指示への対応に関する事項」には、「⑵ 主治の医師からの指示を受ける方法」として、以下のように述べられている（再掲）。

⑵ 当該要支援者の状況に関する情報等を当該主治の医師に提供する等、当該主治の医師と密接な連携を保ち、その指示を受けるものとする。その際、公認心理師は、要支援者に対し、当該主治の医師による診療の情報や必要な支援の内容についての指示を文書で提供してもらうよう依頼することが望ましい。また、公認心理師が、主治の医師に直接連絡を取る際は、要支援者本人（要支援者が未成年等の場合はその家族等）の同意を得た上で行うものとする。

「公認心理師法第42条第2項に係る主治の医師の指示に関する運用基準」より

公認心理師として要支援者の利益と信頼関係の優先を基本としつつ、主治の医師との連携を図るコミュニケーションの取り方は、その専門性の一部でもあると理解される。また、要支援者の利益等と状況全体を考慮して業務を行うにあたり、公認心理師は、その専門性と責任において一定の見地をもつ必要がある。

心理職の職業倫理においても「自分自身の専門家としての知識・技術の範囲と限界について深い理解と自覚を持ち、その範囲内のみにおいて専門的活動を行うこと」という倫理綱領が共有されている（一般社団法人日本臨床心理士会倫理綱領）。

このことは公認心理師においても同様であり、こうした職業倫理の観点からも主治の医師との連携において、要支援者の安全と適切な改善のためには、その指示を必要とする局面が存在することを十分に認識しておく必要がある。その際にも、職業倫理として、要支援者の同意を丁寧に得ながら、連携を進めることも重要である。

また主治医と要支援者との間で築いている関係性を尊重し、その関係性がよい方向に進むことを促進するような役割をとることも、公認心理師には求められることもあろう。公認心理師は、要支援者本人に、主治医の治療方針についての態度や反応を丁寧に確認しながら、主治医の治療方針を要支援者がどう理解しているかを推察し、その結果も参照しながら、主治医からの指示の意味する内容について考察を進めたい。

2-2-6　主治の医師との連携における例外的状況での対応

多くの支援は上述のように進めることができるであろうが、要支援者の中には、運用基準において望ましいとされている「当該主治の医師による診療の情報や必要な支援の内容についての指示を文書で提供してもらうよう依頼すること」（「4. 主治の医師からの指示への対応に関する事項」の「⑵ 主治の医師からの指示を受ける方法」）が困難である例や、公認心理師が主治の医師に連絡することに自ら「同意する／しない」といった、当事者としての自己決定が困難な状態も考えられる。また、運用基準には、年少者を例に家族に依頼することが示唆されているが、実際の状況は多様であると推測される。さらには、医師との連携に同意しない要支援者の例も生じ得る。

医師との連携がにわかには同意されない場合は、公認心理師は要支援者との信頼関係を尊重し、心理支援の提供とその効果にとってマイナスとならないよう、要支援者の尊厳に配慮した工夫が必要である。その際には、「指示が必要」という説明を一義的に適用する前に、要支援者の問題の改善のためには医師の治療方針と心理支援の方法に齟齬がないことが必要であるという認識を、要支援者と担当する公認心理師の間で共有することが望まれ、それを目指せるかどうかがキーポイントとなるであろう。

運用基準では、要支援者が主治の医師の関与を望まない場合には、「公認心理師は、要支援者の心情に配慮しつつ、主治の医師からの指示の必要性等について丁寧に説明を行うものとする」（「4. 主治の医師からの指示への対応に関する事

項」の「⑸ 要支援者が主治の医師の関与を望まない場合」）と解説されている。この場合について、心理支援においては前述のように要支援者と担当公認心理師との間の信頼関係が基本的に重要であり、そこが損なわれては心理支援が成立しがたいことにもなりかねない。法の立法理念に沿い、要支援者の利益を中心に据えるという観点に照らしつつ、信頼関係が損なわれないことと医師の指示を受けることをどのような形で業務に反映するかは、公認心理師が事例に応じて工夫を要する問題である。そうした意味で、運用基準にある「要支援者の心情に配慮しつつ」という記述は重要である。またこうした取り組みにおいても、医師とのやりとりが確認できる記録を残しておくことが肝要である。

なお、運用基準の4⑷には主治の医師からの指示を受けなくてもよい場合として以下のように述べられている。（再掲）

・心理に関する支援とは異なる相談、助言、指導その他の援助を行う場合
・心の健康についての一般的な知識の提供を行う場合
また、直ちに主治の医師との連携を行うことができない状況下においては、必ずしも指示を受けることを優先する必要はないが、後日、適切な情報共有等を行うことが望ましい。

「公認心理師法第42条第2項に係る主治の医師の指示に関する運用基準」より

これらの記述は、「心理に関する支援」とは異なるとされる「相談、助言、指導」は、継続的な心理支援の契約のない関係において行われる、単発的な助言や情報の収集、関係者への助言、指導等であると考えられるであろう。また、直ちに主治の医師との連携を行うことができない状況とは、例えば災害時の心理支援等が考えられる。

おわりに

法第42条2項の規定は、心理支援の場が多様になり、ニーズも多様になる中で、要支援者の利益を目的とした連携の一項目として位置づけられる。

公認心理師は生涯研修において、こうした多様な状況の中で、主治の医師のある要支援者への支援が全体として効果を上げるよう自己の専門性を磨くことが求められる。

さまざまな状況に対応できる専門性の自立、判断と責任に関するマインドの確立を目指してこの連携の考え方が役立つことが願われる。

心理支援連携の実践例集

2022年8月発行