

多職種協働における臨床心理職の役割 I

— 協働に関する論文レビューから —

博士課程 2年	川	崎	隆
修士課程 2年	能	登	眸
修士課程 1年	砂	川	吹
修士課程 1年	矢	野	玲
教授	下	山	晴彦

問題

近年我が国における精神医療では、多職種が治療に対して有機的かつ効率的に協働して関わること（坂梨ら、2004）、チーム医療の実践が基本となっている。「臨床心理学にもとづく知識や技術を用いて、人間の“こころ”の問題にアプローチする（日本臨床心理士資格認定協会、2009）」臨床心理士もまた、心理の専門家として、チーム医療に寄与することが期待されている（松野、2002）。中島ら（2012）の調査では、実に対象者の92.4%が心理士との連携を望んでいた。チーム医療において心理士が期待されていることは、心理学的見立てや心理療法・心理検査（松野、2002）、患者や家族の望みや力を明らかにする対話の提供（井上・黒田、2003）、家族教室・生活技能訓練・集団精神療法・復職プログラム等（中島ら、2012）、極めて多様である。

しかし同時に、松野（2002）が医師を対象に行ったアンケート調査によると、医療で求められる心理士としての治療的自我の問題、チーム医療に慣れていない等が心理士の問題として認識されており、専門的技術の向上や、チームワーク・強調性の向上が今後の期待として寄せられていた。また、渡辺（1998）は、医師を対象に調査を行い、心理士と仕事をしていく上での危惧として、「医師その他のスタッフとの連携に関して」が最も件数が多かったことを報告している。

以上を踏まえると精神医療における臨床心理士は、チーム医療において必要とされている一方で、専門的技術もさることながら、協働・連携の技能を懸念されており、心理士が他職種と効果的な協働を実践できているとは言い難いのが現状であると推察される（中島ら、2012）。

チーム医療において専門職は、専門性の向上だけでな

く、チームにおいて機能的に働くための協働のスキルを高めることが求められ、それは臨床心理士においても同様である（菊地、2013）。しかし多くの臨床心理士は、協働に関する十分なスキルや知識がないままに、困惑しつつも体当たりで臨床実践にあたることが多いようである。医療領域において臨床心理士が協働に困難を感じる際の原因の一端には、チーム医療に関する卒前教育の不足（松野、2002）、大学院課程において協働を学ぶ素材、機会、意識がなかったということがあると推察される。協働に関する知見は散見されるのだが、これまで集積されてこなかった。そこで本論考では、協働に関する知見をテーマに即して集積的に把握することを目的とした。協働に関する知識やスキルに関する論文を「協働の理念」「協働のバリア」「協働の実践報告」「他職種が望む心理士の役割」「協働のトレーニング」という4つのテーマに即して概観し、多職種協働と臨床心理士について考察した。

本論

1. 協働の理念、協働のバリア

本節ではチーム医療の必要性、および多職種医療チームの中に心理職を含める必要性を考察し、心理職の持つべき協働の理念について記述する。その上で、協働するにあたりバリアとなる要因について考察する。

<概要>

WHO（1948）は健康を“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”と定義する。健康を規定するのは身体的な状態だけでなく、心理的、社会的な状態も等しく重要な要因であり、あらゆる疾患を取り扱う医療現場において心理的側面への介入は不可欠であ

る。

医療現場に訪れる患者の問題は、生物学的あるいは心理的な問題として明確に区別できない形で表れる (Blount, 1997)。Wickramasekera (1989) によると、米国でプライマリケア医師を訪れる患者の50%は心理的問題の身体化である。日本での疫学調査(川上, 2006)では、精神障害を患った人の受診・相談先に一般診療科と精神科の区別はない。精神科での心理職への期待は高く、精神科および心療内科に勤務する医師が心理療法を依頼したい患者は、精神遅滞および広汎性発達障害や気分障害といった回答が80%を超える高い値であった(中島ら, 2012)。しかし、実際に医療現場で心理職が関わるのは精神疾患をもつ患者だけでなく、がんや糖尿病等の身体疾患を持つ患者も含まれる(日本臨床心理士会, 2011)。Kainz (2002) によれば、米国の多職種医療クリニックの一般診療科の医師は、繊維筋痛症や癌、不妊症等の身体的問題に対して心理的介入の恩恵が大きいと考えている。医療現場においては精神科に限らず、各診療科で心理的介入が必要とされているのである。

また、チーム医療における心理職は、他職種への教育や他職種の心のケアを担う役割としてもニーズがある(臨床心理士会, 2011)。精神科と心療内科の医師の多くは、心理職に対して精神科研修医や実習生への指導、看護師や他コ・メディカル職への指導、医療者のメンタルヘルスケアの役割を期待している(中島ら, 2012)。岩満(2009)による調査でも緩和ケア病棟の医師・看護師が心理職に他コ・メディカル職へのコンサルテーションや心理教育、医療者の心のケアを求める声が聞かれ、いずれもチーム医療で働く心理職に求められる役割であることが窺える。

このようにチーム医療において心理職が多くの役割を求められ、協働して働く必要性が見出されている。しかし、効果的に協働するにあたっては様々なバリアが存在する。まず初めに、心理的介入に対する医師の知識不足が挙げられる。Kainz (2002) は、米国の多職種医療クリニックの一般診療科の医師のうち、どのような場合に患者を心理職に見てもらべきなのかわからない医師は、殆ど心理職にリファーしないことを明らかにした。更に、多くの医師は医師養成教育課程を通して、心理的介入について多少もしくはわずかな知識しか教わっておらず、患者は心理職にリファーされることを拒むと考えていることがわかった(Kainz, 2002)。一方で、心理職の医学的知識不足も多くの医師から指摘されている(天保, 2008; 村山, 2005; 宮岡, 2005)。医療現場で働くためには疾患・病態・患者行動・薬物療法等の基本的医学知識

の充足が必ず求められる(川原ら, 2009)。しかしながら臨床心理士養成の教育課程においては医学的知識に関する教育は卒前・卒後共に非常に少なく、その知識は十分ではないといえる(村山ら, 2005)。

次に、健康保険や診療報酬の観点も重要である。Kainz (2002) によると、米国の医師が心理職へのリファーを判断する際、心理職の介入に患者の健康保険が適用できるか否かが重要な要因となる。しかし日本の医療保険制度では医療行為でない介入は保険請求の適用範囲外であり、心理職の行う心理的介入は保険適用ではない(厚生労働省, 2012)。結果、医師の心理職へのリファーは減少し、医療現場で心理職が協働するバリアとなる。更に、チーム医療に参加する他コ・メディカル職の看護師、作業療法士、精神保健福祉士等が国家資格であるにも関わらず、日本では心理職が国家資格ではない。そのため専門性を発揮しにくい、責任の所在がはっきりしない、保険請求がしにくい等の弊害を生んでいる(江花, 2004)。中島(2012)によれば、殆どの医師は「医療機関の心理士に国家資格が必要」、「医療機関での心理士実施の心理療法に診療報酬が必要」と答え、医師が心理職の国家資格化と心理職の心理的介入への診療報酬を求めていることがわかる。そして多くの心理職は経済性の観点を持っておらず、病院収益の観点を加味すべきとの指摘がなされている(宮岡, 2005)。

最後に、協働における情報共有の困難さを挙げる。他職種と協働する際には情報の共有が必要であり、心理職からのフィードバックは医師のリファー行動を促す(Kainz, 2002)。心理職の業務において守秘義務は重視されるが、協働における情報共有の妨げにもなりうる。岩満ら(2009)によると、医師は心理職の「情報を抱え込むこと」「独自に情報管理すること」「医療者に患者や家族の必要な情報を提供しないこと」を問題視しており、心理職は守秘義務を盾に情報を抱え込む傾向がある。また、情報共有の際に心理職が専門用語を多用することも情報共有の妨げであり(川原ら, 2009)、協働においては他職種との共通言語を用い積極的に情報共有することが求められている。

<小察>

包括的な患者理解と治療のために、各診療科においてチーム医療が求められ、心理的介入へのニーズが高まっている。加えて、心理士には他職種への心理教育や他職種の心のケアの役割も求められている。現在医療現場において心理士が協働して働くにあたり、専門性への知識不足と教育の欠乏、国家資格未整備と健康保険適用外、守秘義務意識と情報共有、経済性がバリアとなっている。

国家資格整備と保険適用の制度を推進し、心理士一人一人が医学的知識や効率的な情報共有、経済性の観点等協働のためのスキルを身につけることが肝要である。

2. 実践報告から考察する協働

様々な状況・場面で心理職の専門性が注目され始めた昨今、心理士の活躍の場は多岐に渡っている。井上・黒田(2003)によれば、HIV 医療、遺伝相談、周産期医療、移植手術、ターミナル医療といった多様な領域において実践され始めた臨床心理士の援助は、各々の状況に応じた援助方法が今なお模索されているという。こうした領域は、いずれも医療現場において殊更心理的関わりが重要視される現場であると考えられる。そのため各現場で行われている心理士の関わりや求められている役割を把握し、医療の現場における協働の実態を論じる必要があるだろう。そこで本論考では、心理士として医療現場に従事した複数の実践報告を紹介し、患者や医療スタッフ、ひいては家族との協働の在り方について言及する。

<概要>

作田・金谷・田副(2010)は摂食障害児の入院加療を例として、小児心身医療における多職種協働の重要性について言及した。心理士による患児への関わりは、主に身体症状が落ち着いた入院中期から退院にかけて行われるという。心理士は疲弊した母親を支えると同時に、母親から得られた情報を主治医に伝え、医師の治療方針の決定や家族と医療スタッフ間の摩擦を中和するコーディネーターとして機能する。また、医師と心理士が協力して外来診療にあたることで、いち早く患児の問題を同定し解決への方針を打ち出すことを可能にしたと報告した。作田ら(2010)は結語として小児心身症治療における心理士の貢献を強調し、医師との連携の基で診療を進める重要性を指摘している。

井上・黒田(2003)は産婦人科病棟において心理士が行った末期癌患者への介入を検討し、一般病棟における有効な心理的援助について考察した。患者や家族は、心理的エンパワーによって医療スタッフの治療・看護を活用するとともに、自身の価値の実現や目標の達成に取り組む。したがって心理士は患者や家族が持つ強さや内的・外的リソースに目を向け、彼らの望みやこれまで達成してきたことを丁寧に話し合うことが有効であるとされた。また、心理士は患者と家族の持つ力や望みを医療スタッフに情報提供し、スタッフはそれを基に自らの専門性を駆使して積極的に援助に取り組んだ。すなわち心理士と医療スタッフの協働が、患者や家族と医療スタッフの協働へと発展し得ることが示唆された。

辻(2010)によれば、こうした婦人科における心理的援助は、薬物療法だけでは十分に改善しない更年期障害の女性に対し心理社会的ストレスの緩和を図った試みから始まるという。更年期の課題にグループで取り組むというこの介入は、次第に婦人科における他の症例にも応用され、サポートの幅を広げていった。辻(2010)はこうした実践の中で、「医療関係者や患者のニーズを的確につかみ、誠意をもってそれにこたえること」を心がけてきたと報告している。医師から心理士への依頼に対してはフローチャートを作成して具体的手順を示し、患者への案内ではわかりやすい説明と同意に努めた。こうした相手の尊重とニーズの把握は、相互交流の中で培われたという。

また、永田(2009)は女性にとって妊娠・出産の時期は思春期・更年期と並んで最も精神不安定に陥りやすい時期であるとし、周産期医療における心理臨床の取り組みを紹介している。心理士は周産期医療の現場において両親と子どものやりとりを援助するだけでなく、家族と赤ちゃんの関係を心理学的に分析しながら両親の想いをスタッフに代弁する役割を担う。山田・稲森・今井ら(2006)が入院中あるいは入院経験のある家族に行ったアンケート調査では、彼らが産科入院中から退院後に渡る長期の心理的ケアを望んでいることが明らかとなった。とりわけ情緒面で不安定になりやすい出産直後は、心理スタッフのさりげない自然な関わりを希望していた。また、竹内・井上・田中ら(2001)が医療スタッフに行った調査では、彼らが心理士に対して両親の心理的サポートや非医療者という立場からの支援を求めていることがわかった。しかしながら永田(2009)は臨床心理士の資格制度といったテーマに言及し、周産期医療の現場に臨床心理士が常駐し、長期的支援を行える体制を確立するには未だ様々な課題が残っていると指摘した。

<小察>

本論考では医療の領域で心理ケアに携わった臨床心理士の実践報告を紹介し、現場において生じる様々な協働の在り方を論じた。病院臨床の場においては、未だ心理士の立場の曖昧さが指摘される(高橋, 2001; 川村・天野, 2004)。このような状況下においては、患者やその家族、連携する医療スタッフといった様々な立場から心理士へのニーズを募り、現場における自身の立ち位置を明確にしていく必要があるだろう。また、心理士が医療の現場に参入する過程では、心理士自身が協働の担い手であると同時に、医師、患者、その他医療に携わる様々な人々がチームとして問題解決にあたる際のファシリテーターとしての役割を求められていることが窺えた。こう

した実体験に基づく提言は、各々の現場における心理士の位置づけや課題を改めて問い直すことに繋がるだろう。同時に心理士が協働において求められる役割を明示したことは、医療現場全体の士気向上とより良い援助体制の構築に寄与するものと考えられる。

上述の報告は現場の実体験に根差した見解を提示したという点で、いずれも示唆に富む提言であると言えるだろう。したがって現場に応じたより具体的なニーズの把握と、多職種協働の実践がもたらす治療効果についての実証的検討が期待される。また、各々の実践報告は未だ各臨床現場における特殊性や課題を個別に報告し、考察するにとどまると考えられる。今後は実践報告もまた集約され、より包括的な協働の実態を検討・実践するシステムの確立が必要であると考えられる。

3. 他職種が望む心理士の役割

近年医療保険分野に従事する臨床心理士は約7000人に上り(日本臨床心理士会, 2011)、医療領域で働く心理士の役割について宮脇(2007)は、心理相談・心理アセスメント・心理療法・心理学的地域援助という4つの業務実践に加えて、精神医学関連知識および全人的視野に立ったチームアプローチの知識と技能の研鑽が必要であると述べている。更に、日本臨床心理士会(2011)は、「組織の中で、いま自分に求められている役割は何かを考え、臨床心理士として提供できる支援を提案・展開できるような、広い視野と柔軟な姿勢および行動能力が望まれる」として、他職種と協働して心理的支援の実践が心理士の役割であるという。

一方で、田中(2012)が指摘するように、チーム医療にまつわる情報や知識については職種毎に独自で検討されることが多く、職種間で情報を共有して発展的に協議することが十分ではなかったという現状がある。他職種が心理士に期待する役割について知ることは、心理士がよりチームのニーズに合った役割を担うことを可能にするだろう。そこで、以下ではチーム医療において、他職種が心理士に期待する役割について実証研究を行っている2つの論文を取りあげる。

<概要>

(1) 岩満ら(2009)は、がん緩和ケアチームが心理士に求める役割を明らかにすることを目的に、医師4名と看護師3名に対して、フォーカスグループインタビューを行った。分析の結果得られたカテゴリーをまとめた結果が図1である。

緩和ケアチームの心理士は、患者・家族に対する心理的介入の実施と十分な知識やスキルが望まれている。更

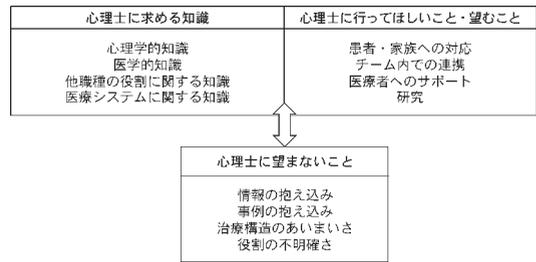


図1 心理士に求める役割(岩満ら(2009)を参考に作成)

に、チームにおいて心理士がうまく機能するためにも、医学や多職種協働についての知識を持ち合わせることが求められている。加えて、チーム内の医療者の心理的なケア、臨床実践を通じた研究についても心理士の役割として期待されていた。一方で、他職種とのコミュニケーション不足から心理士の役割が共有されておらず、独りよがりになりかねないという指摘もあった。心理士は他職種よりも患者について様々な情報に触れる機会が多いため、チームのメンバーとの適切な情報共有や、心理士としての役割や限界の提示が必要である。

(2) 中島ら(2012)は、精神医療において医師が心理士に依頼したい仕事の内容とその程度について検討することを目的とし、精神科医および心療内科医120名に対して質問紙調査を行った。その結果が図2である。

精神医療において心理士に求められる役割として、身体・環境・実存的状況における患者の体験の意味を捉えるという心理学的視点からの援助が挙げられ、心理の独自性を主張できるとしている。全体の92.4%の医師が心理士との連携を望み、認知行動療法を始めとする心理療法や心理士との連携に肯定的な評価や期待があった。また、国家資格化等体制への要望が認められる。一方で、心理士の意識や技量の問題点も指摘された。医学的・医

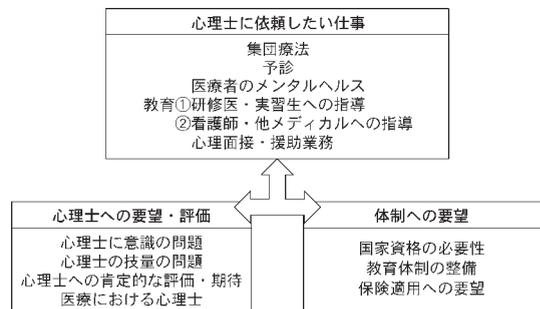


図2 心理士に期待される役割(中島ら(2012)を参考に作成)

療的な基礎知識に加え、心理学的知識とそれに基づくスキルを身につける必要があることが示唆された。

<小察>

以上の2論文から、チーム医療において心理士に求められる役割を検討すると、第一に専門的な心理学の知識と技能が挙げられる。患者を生物-心理-社会モデルで捉えて治療を行う上で、心理的側面への介入は心理士の独自性と専門性を発揮する分野である。医療現場においては、インテーク面接から始まる一連の心理的介入を心理士が担うが、その際に種々の心理検査に精通し、更に結果を他職種に分かりやすい言葉で伝えていくことが求められる。また、こうしたチーム内でのコミュニケーションを円滑にするための知識や技能、最低限の医療知識は必須であろう。これらは心理士側が認識する、チーム医療での役割とも通じる。

更に、他職種側から心理士に求められていることの一つは、その役割や能力の明確化であろう。岩満ら(2009)は「緩和ケア領域で働く心理士に求める役割が現在のところ明らかではなく、心理士自身も自分の役割があいまいなまま仕事を行っていることが少なくない」と述べている。また石山ら(2012)も、児童精神科における多職種連携において、各職種が自身の専門性を見出せないことや職種の専門性に対する認識の違いがあると指摘しているように、チーム内における心理士の役割が他職種に十分に理解されていない現状が窺える。心理士との協働を望む声がある一方で(中島ら, 2012)、チームのメンバーが心理士の役割や業務内容を具体的に認識していないという指摘もなされている(忽滑谷, 2007; 馬場, 2008)。その一因は、心理士自身が自らの専門性や独自性に対する意識や認識に疎く、またチーム内のコミュニケーションを通して自分の専門性とその限界についても十分に提示していないためであると考えられる。チーム医療においては、それぞれの立場を明確にしつつ一人の患者の治療に当たることが必要である(川原, 2010)。医療分野における医師や看護師の役割に比べて、心理士は国家資格化が整備されていないといった理由のために、社会的位置づけがあいまいになりやすい。しかしそうした障害はあるにしろ、役割・業務量・知識・技能の分析を行い、グレーゾーンを明確にして、心理士としての役割および専門性を再認識する必要がある(田中, 2012)。そして心理士は明確にその専門性を提示して、積極的に

チームに関わることが望まれるだろう。

4. 協働スキルのトレーニング

協働スキルの習得・向上については複数の報告がある。チーム医療の実践では、コミュニケーション、役割や価値観の相互理解、各専門職が共通の認識を持つこと等が重要な協働スキルとして挙げられている(例えば渋沢, 2002、坂梨, 2004、岩満ら, 2009)。

この点を踏まえ本論考では、協働におけるコミュニケーション技能とそのトレーニングに言及しているものとして、米国の Agency for Healthcare Research and Quality(以下 AHRQ)が提唱する教育プログラム Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety(以下 TeamSTEPPS)(AHRQ, 2008)を、役割や価値観の相互理解及びチームの共通認識に関連して、菊地(2013)と West(2012)のワークを紹介し、考察する。

<概要>

■コミュニケーション

AHRQが提唱する TeamSTEPPS は、ヘルスケア専門職のチームワーク向上を図るエビデンスベースドな教育プログラムである(AHRQ, 2008)。

STEPPSでは、トレーニング可能な4つのスキルとして、①リーダーシップ②コミュニケーション③状況モニタリング④相互扶助を挙げており、それらの習得によって、①パフォーマンス②知識③態度という3種のチームワークの成果を高めることができると主張している。図3は、上記を表現した STEPPS のロゴである。4つのスキルの内コミュニケーションは、他の3つのスキルとも直接関連し、機能的なチームワークのライフラインとなり得るものでもあるため、特に重要視されると考えられる。我が国においても、情報交換や対話の時間を十分にとることの重要性(馬場ら, 2009)、自分の役割において知り得た情報を他職種に有効に伝達することの重要性(渡辺, 1998)等、協働におけるコミュニケーションの重要性は強く意識されている。

■コミュニケーションのトレーニング

STEPPSは効率的でミスが少ないコミュニケーションを実践するためのトレーニング法として、Situation-Background-Assessment-Recommendation(以下、SBAR)等を提唱している。

注1) ここでいうコミュニケーションとは「送り手受け手間の情報の交換」を意味しており、したがってそのトレーニングによって向上するのは、成員間の親密感のようなものではなく、いかに情報がもれなく正確に伝わるか、即ち「情報交換」に力点のあるものであることには留意が必要である。



図3. TeamSTEPPSの枠組み (AHRQ, 2008)

SBARとは、チームメンバー間で患者の状態を共有する基本的な枠組みを提供するテクニックのことであり、下記4点で情報交換することを提唱している。即ち、

1. 状況—その患者に何が起きているか
2. バックグラウンド—臨床的バックグラウンドは何か
3. アセスメント—自分は問題は何と考えるか
4. 提案—何を提案したいか

である。簡便のため利用しやすくかつ、あらゆる対話に役立つ枠組みであることが利点と考えられる。枠組みが規定されているため、何がどのようにコミュニケーションされるのかを予測できることも強みである。

■役割・価値観の相互理解

協働における役割・価値観の相互理解の重要性は、多くの先行研究で指摘されている（例えば坂梨ら（2004）、中島ら（2012））。

役割・価値観の相互理解を考える上で重要となる概念としては、共有メンタルモデルが挙げられる。共有メンタルモデルとは、チームメンバー各々がもつメンタルモデル（即ち状況について人が持つモデル）が互いに類似した状態を指し、チームプレーの成否に大きな影響を与えるものである（菊地，2013）。即ちある状況への参入時に、チーム全体の目的と、自身を含めたチームメンバー全員がとるべき対応の予測がどの程度メンバー間で一致するかによって、成果が変化するということである。

共有メンタルモデルには、チーム全体に関するものとメンバー間のものと2種類があるとされるが、役割・価値観の相互理解は後者と直接的関連があるものと思われる。心理士と協働相手の双方がもつ役割の期待が相手の

能力や意識と十分に一致すれば、メンバー間の共有メンタルモデルが獲得された状態となり、より良い協働の実践に繋がってくるだろう。

■役割・価値観の相互理解のトレーニング

チームメンバー間の期待の一致度を上げるトレーニングとして、菊地（2013）は「チームマップ」というトレーニング法を提案している。チームマップは複数の他職種で一つのマップを生成するトレーニングで、マップの縦欄には、「職種Aが」、「職種Bが」と記載されており、横欄には「職種Aに期待する具体的な連携の内容」「職種Bに期待する具体的な連携の内容」と書かれている。例えば参加者が4人の場合は16マスのマップを作ることになる。各参加者は他の参加者であるチームメンバーに期待する具体的な連携の内容を付箋に記し、該当する箇所に張り付けてマスを付箋で埋める。そして、マップにおいて期待の一致しているところ、していないところに関して話し合い、期待の調整を図るのである。

■共通認識

チーム全体の共有メンタルモデルを獲得する、即ち共通認識を持つために重要なことは、チームの目標が明確であるということである。目標を明確にする重要性は多くの先行研究で指摘されており、チームの成功の最も重要な予測因子であることが示唆されている（West, 2012）。

West（2012）は目標の明確化のキーポイントとして明確さ、やりがい、測定可能性、共有度、設定への参加等を挙げており、これらからチーム目標の明確化に寄与するワークが考えられる。

■共通認識のトレーニング

まずチームの目標設定の際にチームメンバー全員が参加することである。全員の参加は目標達成へのコミットメントを大きく上昇させるため（West, 2012）、時間的コストを考慮しても実現の価値はあると考えられる。そして、チームの目標についてどのメンバーが応えても、おおよそ同じリストが作れるよう訓練するのである。この程度までにチーム全体の目標が身近なものとなれば、共通認識は十分に高いと言えるのではないかと推察される。

<小察>

協働のために必要なスキルは非常に多彩で、基本的スキルでさえ未だ整理されたものは、筆者の知る限りない。ましてそのトレーニングとなると整備と充実化はより困難なものとなる。本節では、協働のために求められるスキルを、コミュニケーション、相互理解、共通認識の3つに絞り、スキルのトレーニング法について具体的かつ

実践的に言及した論文をいくつか紹介した。今後の協働のトレーニングにおいては、基本的スキルの整理、効果を検証することを通じてのトレーニング法の確立等が求められるだろう。

結語

本稿では、「理念」「バリア」「実践報告」「他職種が望む役割」「トレーニング」にわけて協働に関する先行研究を概観した。「協働」は、今後益々重要とされる領域である。関連する先行研究が集積され、多職種において心理職がより機能的に働けるよう、今後の協働分野の発展が期待される。

引用文献

Agency for Healthcare Research and Quality (2008). Pocket Guide: TeamSTEPPS <<http://www.ahrq.gov/teamstepstools/instructor/essentials/pocket-guide.htm>> (2013年2月27日現在)

天保英明(2008). 精神科から見た心療内科における医療心理士の特異性 日本心療内科学会誌, **12**(3), 152-157

馬場知晴・南澤文恵・大原紀江 (2009). 精神科領域の他セクションにおける臨床心理士の業務や役割の理解について—効果的な連携のために— 病院・地域精神医学, **51**(4), 322-323.

Blount, A. (1997). Introduction to integrated primary care. In A. Blount(Ed.). *Integrated primary care; The future of medical and mental health collaboration*. New York: Norton. pp 1-43.

江花昭一 (2005). 医師が心理士に求めるものは何か—チーム医療の観点より— 心身医, **45**(9), 655-661.

井上直美・黒田小百合 (2003). 一般病棟における患者、家族、医療スタッフ、臨床心理士の協働 心理臨床学研究, **21**, 68-79.

石山隆司・内海睦・西上床慎子・塩見慶子 (2012). 児童精神科病棟における他職種受け持ち体制についての考察—看護師, セラピスト, 保育士へのインタビューを通して— 精神看護, **42**, 206-209.

岩満優美・平井啓・大庭章・塩崎麻里子・浅井真理子・尾形明子・笹原朋代・岡崎賀美・木澤義之 (2009). 緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究—フォーカスグループインタビューを用いて— Pal-

liative Care Research, **42**(2), 228-234.

Kainz, K. (2002). Barriers and enhancements to physician-psychologist collaboration. *Professional psychology: research and practice*, **33**(2), 169-175.

川原律子・松野俊夫・石風呂素子・金外淑・青木絢子・三輪雅子・村山ヤスヨ・中村晶子・村上正人 (2010). 心理士が活動するにあたっての検討課題 心身医, **50**(2), 103-108.

川上憲人(2006). こころの健康についての疫学調査に関する研究 こころの健康科学研究事業 (厚生労働科学研究費補助金)

川村直子・天保英明 (2004). 医療における心理士の立場—精神科の立場から— 心身医学, **44**(7), 509-512.

菊地和則 (2013). チーム医療という仕組み: チームトレーニングの導入にむけて(特集 対人援助職の必須知識 精神医療をやる) 臨床心理学, **13**, 72-84.

厚生労働省 (2012). 平成24年度診療報酬改定について <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/iryuuohoken15/index.html> (2013年3月10日現在)

松野俊夫(2002). 心身医療で求められる心理臨床家の資質は何か—卒前・卒後教育の視点から— 心身医学, **42**, 427-431.

宮岡等 (2005). 医師は心理士に何を求めるか 心身医, **45**(9), 675-678.

宮脇稔(2007). 医療心理士が果たしてきたこれまでの役割と今後の期待 臨床精神医学, **36**(2), 157-160.

村山浩由・芦原睦・佐田彰見 (2005). 心理士の立場から心身医, **45**(9), 679-683.

永田雅子 (2009). 他職種との協働—臨床心理士(特集 明日の周産期医療への提言—若手スタッフの未来のために)—(周産期医療の現状と問題点) 周産期医学, **39**(9), 1282-1286.

中島香澄・岩満優美・大石智・村上尚美・宮岡等 (2012). 精神医療において期待される心理士の役割—精神科医・心療内科医を対象としたアンケート調査— 日社精医誌, **21**(3), 278-287.

日本臨床心理士会 (2011). 第1期医療保険領域委員会「医療保健領域における臨床心理士の業務」.

日本臨床心理士資格認定協会(2009). 臨床心理士とは? 日本臨床心理士資格認定協会<<http://www.fjcbcp.or.jp/about.html>> (2013年2月27日現在)

忽滑谷和孝・中山和彦 (2007). チーム医療によるコンサルテーション・リエゾン精神医療—臨床心理士の役割— 臨床精神医学, **36**(6), 721-724.

- 坂梨薫・中村裕美子・山中道代・半田陽子・鷹野和美・木森紀美子 (2004). 専門職の職種、職位別にみたチーム医療の認識に関する研究 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 4, 47-59. 85-91. (指導教員 下山晴彦教授)
- 作田亮一・金谷梨恵・田副真美 (2010). 小児心身医療における心理士と小児科医の連携の重要性について (合同シンポジウム：心身医療における心理士の活動と責務, 2009年, 第1回日本心身医学5学会合同集会(東京)) 心身医学, 50(2), 109-114.
- 渋沢田鶴子(2002). 対人援助における協同—ソーシャルワークの観点から 精神療法, 28(3), 10-17.
- 高橋美保(2001). 信州大学医学部附属病院における心理士の役割の実際と今後の課題 ～約1年間の業務を振り返って～ 信州医誌, 49(5), 249-256.
- 田中信一郎(2012). チーム医療を効果的に実践するための職種連携—権限と責務— 医療, 66(8), 372-374.
- 竹内敏雄・井上美鈴・田中大介・齊川紀子・佐藤弘之・岩崎順弥・井上真理・松岡孝・阿部祥英・飯倉洋治 (2001). NICUにおける臨床心理士に関する実態調査 (1) —NICU病棟における現状 新生児誌, 37, 161-168.
- 辻裕美子(2010). 女性心身医療における心理士の活動と責務 —産婦人科および外科での経験から— (合同シンポジウム：心身医療における心理士の活動と責務, 2009年, 第1回日本心身医学5学会合同集会(東京)) 心身医学, 50(2), 115-121.
- 渡辺洋一郎(1998). 精神科医療における心理士との連携 —大精診会員へのアンケート調査を通して— 日本医事新報, 3882, 28-32.
- West, A. M. (2012). *Effective Teamwork: Practical Lessons from Organizational Research* 3rd ed. Wiley-Blackwell.
- World Health Organization. (2003). WHO definition of Health. World Health Organization <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>> (2013年3月10日現在)
- Wickramasekera, I. (1989). Somatizers, the health care system, and collapsing the psychological distance that the somatizer has to travel for help. *Professional Psychology Research and Practice*, 20(2), 105-111.
- 山田美穂・稲森絵美子・今井絵美・永田雅子・岩山真理子・宇野知子・岡田由美子・橋本洋子・側島久典・堀内勤(2006). MICUのケアにおける心理スタッフの役割と雇用 日本周産期・新生児医学会雑誌, 42(1),