

多職種協働における臨床心理職の役割II

— 近接領域からみた協働の位置づけ —

博士課程 1年	羽	澄	恵
博士課程 1年	高	柳	めぐみ
修士課程 1年	高	木	郁彦
修士課程 2年	檜	原	潤
博士課程 2年	川	崎	隆
教授	下	山	晴彦

問題意識

近年、わが国の精神科医療の領域では、医療の質の向上を目指して、多職種協働によるチーム医療を推進することへの関心が高まっている(中島ら, 2012)。厚生労働省(2009)の報告でも心理職の積極的活用が検討されたことも考慮すると、心理職がチーム医療において役割を果たすことへの期待も高まっていることが考えられる。

しかしその反面、医療領域における心理職に対しては、その役割が不明確だとする指摘もある(川村・天保, 2004)。また、診療や医療行為のできる特定看護師の導入が検討される(厚生労働省, 2012)など、医療の領域全般で、従来の専門職の垣根を越えた新しい協働が模索され始めている。これらを踏まえれば、今後のチーム医療に心理職が寄与するためには、心理職の側で協働のあり方を捉え、自身の果たすべき新たな役割を積極的に検討する作業が必要になるだろう。菊地(1999)の概念整理に基づくならば、従来のような他の専門職とのコミュニケーションを重視しないマルチディシプリナリーな治療モデルでなく、専門職間の役割の一部を共有しコミュニケーションも積極的にとるインターディシプリナリーな協働の中で、今後心理職としてどのような役割が果たせるかを検討する必要があると考えられる。

上記の問題意識から、本論考では、インターディシプリナリーな協働の中で心理職が果たすべき役割および専門性の発揮の仕方を検討することを目的として、精神科医療に関わる心理職以外の専門職(精神科医・精神科看護師・精神保健福祉士(PSW)・作業療法士(OT)・薬剤師)がチーム医療で果たす業務について知見を概観することとした。心理職の専門性と関連する部分を中心とした概観を通し、今後の多職種協働の現場において、心理

職がどのように専門性を発揮すべきかについての展望と課題を得ることが本論考のねらいである。

精神科医との協働

精神科医は、医師の資格に加えて日本精神神経学会の発行する精神科専門医や厚生労働省の発行する精神保健指定医などの資格をもっていることが非常に多い。業務としては、患者の適切な診断と治療計画の設定やそれらにもとづいた適切な向精神薬の選択および薬効判定、それらを実施するための患者や家族との関係構築などを行うことである(日本精神神経会, 2012)。精神科専門医は支持的精神療法の教育も受けており、医療面接には症状や治療に関する情報交換だけでなく、患者の不安を和らげるなど関係形成の側面もあり、共感的なやりとりによる感情共有が推奨されている(西垣, 2005)。この点を鑑みると、心理職は、ただ“患者の話聞くだけ”では専門性は不十分であり、更なる技術の習得が必要だろう。

では、どのような技術が必要となるか。中島ら(2012)によると、精神科医を対象とした調査では、心理士に求める業務として、リラクゼーション法や認知行動療法(以下CBT)の希望が9割を超えている。実際、精神科医療において薬物療法とCBTなどが併用されることもあり、両者を併用した場合の治療効果が最も高いことも指摘されている(Andrew et al., 2003)。蓄積されてきたエビデンスや医療保険点数も考慮すると(厚労省, 2013)、CBTが実施できることは心理職として必須と言えよう。特に、医師と異なり十分に時間を取って対応できることなども考慮すれば、心理士がCBTを実施することは意義深いといえる。

次に、医師から心理士に求めることの一つに薬物の知

識が挙げられる（江花，2005）。このような要求が生じる理由として、例えば宮岡（2005）は、医師の視点から見たとき、心理職は精神療法を実施しているクライアントに対し薬物療法の必要性の判断が十分にできていないことや、向精神薬の影響がクライアントにどのように影響しているかの把握ができていない問題点を指摘している。また、村山ら（2005）は、向精神薬の影響の把握に加え、クライアントに接する時間が長いことから服薬率や服薬中の生活態度について聴取し医師に伝達する、あるいは医師患者間の緩衝作用としての役割を心理職が担う必要があると指摘している。このことから、精神科医と心理職とが互いの領域に干渉しないというかつての治療構造ではなく、医師による薬物療法の影響も考慮した心理療法を進めていく技術が心理職にとって必要と考えられる。

この現状に対し、今日ではいくつかの試みがなされている。吉里ら（2010）は、薬物治療における非薬物要因である医師-患者関係や薬物治療への動機づけを心理職が調整することでクライアントが薬物治療に主体的に取り組めるようになることを目標にした心理的支援を報告している。服薬行為に対する認知や動機づけを心理面接で扱う、クライアントが医師に直接伝えにくい服薬行為に対する考えや心配を聴取して薬物療法に反映させるといったものである。これにより、薬物治療を促進することができるかと主張している。また、睡眠薬の減薬・中止を目的としたCBTもなされている。本来は服薬せずとも眠れる可能性があるにもかかわらず服薬を継続している、臨床容量依存に陥っている患者に対し、服薬量を減らす行動実験を行い、睡眠状態の変化の少なさへの気づきや服薬に対する認知の変容を促すことで、睡眠薬への依存心を低減させていくものである（宗澤ら，2010）。これを実施することで、減薬・中止は70%が可能であったという報告もなされている（Morin et al., 2004）。以上のように、薬物療法の知識を十分に獲得したうえで、服薬行動や服薬に対する認知、あるいは医師患者関係に焦点を当てた心理的介入を行うことも、医療現場で精神科医と協働を行う上で今後求められることになるのではないかと。

精神科看護師との協働

看護の目的には、全ての人本来持つ自然治癒力を発揮しやすい環境を整え、健康の保持増進や苦痛の緩和等を行って、身体的・精神的・社会的に支援することが挙げられている（日本看護協会，2007）。看護の独自性とし

ては「心のケア」と「身体のケア」を共に行うことができる点があり（武井，2013）、精神的支援においては、看護職が時間的・物理的に対象者に近いことから、対象者にとって親しみを持ちやすい存在となるという特徴がある。精神科看護については、精神的健康について援助を必要とする人を対象に、その人らしい生活を送ることができるよう支援することが掲げられており（日本精神科看護技術協会，2004）、その活動としては、自らが主体となって行うデイケアや入院生活技能訓練の他に、他の専門職と連携して行う心理療法や作業療法、心理教育等があり、集団療法を行っている者もいる（山根，2005）。

精神科看護師の活動の機会が広がる中で、これまで精神科医や心理職が中心となってきたCBTにおいてもその役割は大きくなっている。2008年の日本認知療法学会では、CBTにおける看護師の役割が今後重要となることが強調され、ワークショップも開催されている（白石，2009a）。また、CBTが精神科看護実践に応用されることは、合理的で能率的な効果と理論的根拠に基づく看護の可能性が広がることにもつながると期待されている（三上，2008）。実際に精神科看護におけるCBTの実践報告もなされるようになっており、徐々に導入が進んでいるようである。CBT的なアプローチを実際に行った例としては、佐々木（2012）が挙げられる。ここでは、思考記録等を用いて心理教育とCBTを導入した看護面接を行い、その有効性を示唆しており、従来の積極的介入を行わない立場からの脱却の可能性を示している。その他、境界性パーソナリティ障害やうつ病に対するCBT的な看護も報告されている（井上ら，2012；齋藤，2012など）。

これら精神科看護師がCBTを行うことの利点としては、患者の日常場面とリンクさせることができる点にあるだろう。患者の日常の生活場面での支障をセッションで具体的に取り上げること（佐々木，2012）や、逆にセッションの補完を日常生活場面で行うこと（井上ら，2012）などが報告されているが、これらは看護師としての特性を生かした短期的かつ円滑な介入の促進につながると考えられる。しかし、看護師によるCBTの研究はほとんどが事例報告であり（岡田，2011）、その効果に関する研究はあまり進んでいない。岡田（2011）はこの点を踏まえ、女性のうつ病患者を対象とした集団CBTプログラムを作成し、継続的な効果を見出すとともに、うつ病患者個人へのCBTの継続的效果を検証するためにランダム化比較試験を行っている。こうした動向はあるが、やはり看護実践においては活用法が個人の判断に任せられる（齋藤，2012）など、看護場面での具体的な応用方法が未確立

な状態である（三上，2008）。

また、報告されている CBT の実践が奏功した要因の一つに、連携や協働がある。たとえば、臨床心理士をスーパーバイザーとした勉強会の実施や他職種の記録を用いた情報収集、チームカンファレンスの活用など、チームでの情報交換や連携について述べられており（齋藤，2012；佐々木，2012）、その有効性が示唆されている。

多職種間での協働について、藤田（2011）は、「チームは横につながるもの」としているが、美濃ら（2012）は、システムの未整備や臨床心理士等の不足、看護師の力量不足など多職種チームの現状を指摘している。多職種連携については、効果的な方法ではあるものの、役割分担や負担の違い、職種間の専門性に対する認識の不足やチーム医療への意識の不足など課題も見出されている（石山ら，2012）。

カウンセリングと看護学の鍵概念であるケアリングが類似していることもあり（宮本，2011）、精神科看護師も心理面での役割を担うようになってきているが、まだ充実しているとは言い難い。では心理職が精神科看護師と協働する際にすべきことは何だろうか。まずは患者の心理的葛藤に関する知識や CBT などの心理的介入の専門的な知識を有していることが必要である（岩満ら，2009）。また、CBT を採用する際には、心理職が適切にアセスメントを行い、その必要性や有効性を判断することも重要である（吉田ら，2012）。さらに、看護師による日常的・表面的な技法だけでは効果が得られない患者に対しては、心理職がより精緻なアセスメントと介入を行うことや、看護師に対してスーパービジョンを行うことが考えられるだろう。看護師に向けた CBT の情報や研修が少ない（白石，2009 b）ことも踏まえると、看護師に対して介入の質を保証すること（齋藤，2012）は心理職の重要な役割となる。また、看護師が枠組みのある面接を行うことは実務上困難である（齋藤，2012）ため、その必要性がある場合は心理職が枠組みを持った対応を行う必要がある。そのためには情報共有を適切に行わなければならない。加えて看護師のバーンアウトの予防（忽滑谷・中山，2007）にも目を配ることが求められている。精神科看護師と円滑に協働をするためには、心理の専門職という立場を自覚し、適切な形でその知識及び見解を伝えていくことが必要になるだろう。

精神保健福祉士との協働

精神保健福祉士は、精神保健福祉士法によれば、「精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を

もって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと」を職務としている。社団法人日本社会保険福祉士協会によれば、職場は多岐に渡り、単科の精神科病院、総合病院の精神科、精神科診療所、医療機関併設のデイケアなどの精神科医療機関、小規模作業所やグループホーム、ケアホーム等の生活支援施設、精神保健福祉センターや福祉事務所等の福祉行政機関などがある。更に、近年は矯正施設や保護観察所等の司法施設、ハローワークや企業にまで活動を広げている。2005 年から施行された「心神喪失者医療観察法」では保護観察所に設置されている社会復帰調整官のほとんどを精神保健福祉士で占めており、精神障害者の社会復帰と地域生活支援に向けたケアマネジメント業務に深く関与している（大野，2007）。

精神保健福祉士の業務は、社会福祉学を学問的基盤として、精神障害者の抱える生活問題や社会問題の解決のための援助や、社会参加に向けての支援活動を通じた、その人らしいライフスタイルの獲得を目標としている（社団法人日本社会保険福祉士協会 HP）。その業務は大きく 4 つに分類され、①受診援助や入院援助、退院援助等のケースワーク業務②デイケアや患者・家族のグループワークのようなグループワーク業務③精神保健や医療福祉普及活動のような地域活動業務④社会資源開拓やクライアント処遇会議のような関連業務がある（東京都衛生局病院管理部開発指導課，1987）。

精神保健福祉士が国家資格として制度化された意図のなかには、医師との関係が医師からの指示でなく、指導であるということがある（小柴，2000）。それゆえ、入院援助業務の中で、対象者の生活状況や社会状況を判断して、生活史等の情報から心理・社会的診断をして医師や看護師などに情報提供し、チーム医療が展開できるように協力する、というチーム医療の展開への協力が重要とされる（小柴，2000）。医師との関係が指導であるというのは一つの大きな特徴であり、例えばイギリスの PSW 制度では、強制入院時の人権擁護対策として認定ソーシャルワーク制度があり、入院判定に際して、特別資格のある PSW は医師の決定に反対する裁量権が与えられている（助川，1999）。光岡（2012）も、多職種連携における PSW のコンピテンシー（ある職務または状況に対し、効果的あるいは卓越した業績を生む要因として関わっている個人の特性、及び、それらの特性を組み合わせる有効な行動パターンを生み出すための統合的な能

力)の重要性を指摘している。

そして、近年では、PSWがかかわる利用者は、精神保健福祉法に規定している精神障害者の範囲を超え、いじめや自殺予防、虐待、社会的ひきこもりのような、心の健康、不健康の領域にまで広がりをもつようになってきている。そこでは、例えば、危機介入や心理教育、ロールプレイング技法、SST、家族療法、精神障害者ケアマネジメント技法などの援助法が組み合わされて使用されるようになっており(大野, 2007)、精神科における予診をまかされることも出てきている(田中, 2011)。しかし、前記のように、PSWの専門性は、「精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術」にあり、その学問的基盤は「福祉学」である。田中(2011)は傾聴のスキルや、質問の仕方についても言及しており、情報聴取の促進や共感においては利用できるものの、その情報をもとに行うアセスメントや継続的な心理面接は傾聴スキルのみでは行えないことから、やはり「心理学」を基盤とする心理職による実施、やコンサルテーションが望まれるだろう。

更に、地域との連携による広がりも指摘されており(多田, 2012)、地域関係機関の特性をよく理解し、日々の情報共有などを重ねて信頼関係を築き、切れ目のない医療と支援を提供することが必要とされている。金井ら(2012)は、近年、脱施設化、入院治療から地域生活支援へと支援事業の移行が勧められてきた流れを受けて、アウトリーチ活動が展開されつつあり、医療中断したケースに包括型地域生活支援プログラム(Assertive Community Treatment: ACT)のチームの一員としてPSWが介入したことで、治療拒否から就労にまで至ったようなケースもあることを紹介している。だが、木太(2012)も指摘しているように、地域生活を支える多職種チーム医療においても、あくまで社会福祉を理念とするPSWとは別に、心理学的な知見に基づくアセスメントを行い、それを多職種に提供するという心理職の強みを生かすことによって、クライアントに対するチーム間の共有理解が促進され、より充足したアプローチが可能となるのではないかと。

精神科作業療法士との協働

精神科における作業療法では、精神障害や発達障害、知能障害などを抱える者を対象に、生活技能の獲得や環境調整、社会資源や諸制度の活用を促進を目的とし、日常生活でなされる作業活動に焦点を当てた援助や指導をする(日本作業療法士協会HP)。活動現場である精神科

デイ・ケアでは、心理職とともに家事などの日常生活技能の習得や、症状や再発サインへの対処スキルの獲得などを目的の中心に据え活動している(厚生労働省, 2009)。

近年は、作業療法を実施するに当たり、技能習得の援助として心理的側面の相互影響が指摘されている。クライアント中心療法に基づいた作業療法の理念であるカナダ作業遂行モデルでは、援助者とクライアントとの協働関係を重視すること、クライアントの作業に対する本能的欲求や動因、意志を考慮することの必要性が指摘されている(Polatajko et al., 2007)。また、人間作業モデルでは、作業に対する個人的原因帰属と価値づけ、興味が作業遂行に影響を与えていることが指摘されている(Keilhofner, 2012)。このように、作業療法を進めるうえで内発的動機付けが重要となると考えられている。

また、作業療法の従事によって精神病症状の軽減やポジティブ感情の発現、有能感や自己効力感の獲得がなされることも述べられており(石井ら, 2008)、作業遂行が行動活性化的作用を果たしている側面があると思われる。ただし、作業遂行には達成感だけでなく、苦しさや不安感、空虚感といったネガティブ体験も同時に伴う(美和ら, 1999)ことも留意すべきだろう。クライアント自身の作業への興味や動機付けがなければ作業療法は有意義な役割を果たさないことが実証されているため(石井ら, 2008)、作業療法を実施するにあたっては、ネガティブ体験も含まれることを認識したうえでの動機づけを行うことが重要であると考えられる。

しかし、今日の作業療法では動機づけの向上に焦点を当てた介入を検討した例の蓄積は未だ少ない。このような現状に対し、心理的視点を持った援助を協働的に実施することでOT作業がより円滑に進むのではないかと考えられる。例えば、行動分析の理論を生かしたチェイニングや、遂行した作業の評価の検討も可能であろう。実際に塩原ら(2002)は、統合失調症患者における認知機能の改善を目的とした作業療法を実施するに当たり、強化刺激をコントロールすることで作業能力の向上を促すことに成功したことを報告している。あるいは、動機づけに特化した心理的介入を用いることも提案できる。また、CBTとOTを併用することにより自己効力感の向上を促す介入の効果も示されている(梶島ら, 2012)。このことから、心理職は、現行どおり作業療法士とともに心理学的側面を考慮した作業への取り組みを行うだけでなく、作業への参加動機づけが低い、特にドロップアウトした患者を対象とした心理的介入をすることが作業療法士と協働するうえでの重要な役割となると考えられ

る。

精神科薬剤師との協働

薬剤師は、薬剤師法によれば、「調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する」ことを職務としている。厚生労働省の調査（2010）によれば、薬局の従事者が145603人（52.7%）、病院・診療所の従事者が52013人（18.8%）である。

今日の精神科医療において薬剤師に求められている専門性には、以下の8項目が掲げられている（吉尾，2007）。①精神疾患の病態と患者特性を十分理解していること②向精神薬の薬理作用を十分理解していること③高度な薬物療法に関する知識と多くの臨床経験を持ち、患者個々の症状や状況にあった薬物療法を、医師、患者の双方に提案できること④向精神薬による副作用の予測ができ、その解決方法を熟知し、医師、患者の双方に提案できること⑤精神疾患患者との良好なコミュニケーションができ、薬物療法について話し合うことができること⑥適切な薬物療法の提供による精神疾患患者の社会復帰を支援し、地域においても薬学的管理ができること⑦精神科薬物療法に関する研究ができること⑧精神科医療及び精神保健福祉を十分理解していること、である。

日本においても、1970年代より、医師を頂点とするパラ・メディカルの発想をくずし、患者を中心に据えた医療職のチーム連携を重要視する考えが導入されはじめ、1990年代から実動されはじめているが、こうした機運は薬剤師の役割についても同様である（武田ら，2007）。松本（2012）も、薬剤師が今後身につける必要のあるスキルとして、医療情報について関係者とのコミュニケーションを指摘している。かねてから、臨床心理士の役割として、多職種をつなぐことがあげられていたが（宇留田，2006）、薬剤師もその役割を担いつつあると言える。服薬アドヒアランスの向上についても、薬剤師は医師に次ぐセカンドオピニオンとして患者－医療者間の人間関係の調整役となることが求められている（吉尾，2007）。

また、精神科医療が病院中心の治療モデルから地域中心のモデルへ変化していることも、精神科チーム医療における各職種の役割を大きく変化させている（武田ら，2007）。2000年の介護保険制度の施行を機に、薬剤師は在宅医療へも参加するようになっていく（三宅ら，2012）。これはACTと言われるもので、重度精神障害者の生活を支えるための包括型生活支援の1つのモデルであり、多職種（看護師、PSW、OT、精神科医等）によって構成

されたチームで訪問活動を行い、利用者のニーズに応じた多様なサービスを24時間365日体制で提供することを特徴としている。三宅ら（2012）は、ACTでの薬剤師の役割に、利用者信頼関係を築くこと、利用者や過ごす時間の中で得た情報をもとに、利用者の辛さや困りごとを理解するように努めること等をあげている。松本（2012）も、薬剤師が薬学部6年間の教育課程で身につけるべき技能として「医療情報について関係者とのコミュニケーション」を挙げている。しかし、特に精神科に特有の服薬についての問題として、そもそも薬物への抵抗感が強いことと、病識が乏しい場合も多いこと等から、服薬アドヒアランスが低い場合が多い（武田ら，2007）。そうした場合に、信頼関係を築き、アセスメントや共感を行うことは、臨床心理士の職務と共通しているところであり、宮脇（2007）も指摘しているように、臨床心理士もACTに参加し、服薬への抵抗に共感を示すこと、心理教育や、服薬アドヒアランスの向上等、心理士の専門性を生かしながら協働することで、更に利用者に資することが可能となるように思われる。

結論

本稿では、精神科医療において他職種と協働を行う上で、心理職がより効果的な専門性の発揮の仕方を明らかにすることを目的とし、各他職種の業務特性および心理職の業務に関連する理論や活動などについて概観した。

各専門職の活動及び示唆された心理職の専門性を概括するに、どの専門職であっても、援助対象が人間である限り心理的側面への配慮や関連した問題は生じるものであり、それに対応する技術を積極的に習得していく方針となっているだろう。この現状を考慮すると、従来通りの働き方では心理職の専門性は縮小され無用の職となる恐れがある。心理職は、他職種との協働に対応した新たな知識及び技能の習得が急がれる。そのためには、精神科医療全般に関する基本的知識の習得はいうまでもなく必要だろう。さらに、「精神科医との協働」「精神科作業療法士との協働」「精神科薬剤師との協働」で行った概観を踏まえば、従来の症状焦点型の心理的介入だけでなく、治療を継続する中で次第に生じる二次的問題、すなわち服薬アドヒアランスや作業遂行の苦痛をはじめとした、各専門職が援助や治療を進めていく中で新たに生じるクライアントの心理的問題も考慮した多面的なアセスメントを行えることが重要なのではないか。そしてそのアセスメントをもとに、動機づけや心理的苦痛のケア、

ドロップアウトの防止をより計画的に実施していくことが必要と考えられる。また、「精神科看護師との協働」で行った概観を踏まえれば、援助対象をクライアントのみにとどめず、他職種も視野に入れることも不可欠と思われる。つまり、患者－援助者関係の調節や、他職種が患者の心理的側面への介入を実施する際のコンサルテーションやスーパーヴィジョンの技術が求められるであろう。

本稿の限界としては、本稿がチーム医療における二者関係や専門性の共存に焦点を当てたものにとどまっている点であろう。そのため、今後はチーム全体としての活動や運営の仕方についても検討していくことが不可欠である。また本稿はあくまで心理職の立場から他の専門職を考慮した専門技術の向上を検討したものであるため、本稿をもとにした他職種からの要望を検討すること、そして逆に心理職が他の職種に介入をしてもらう際のビジョンを検討することも必須である。これから心理職が他職種と協働していくうえで、従来の固定観念や枠を崩し、援助対象や援助体系、援助場面を広げていくこと、その上で必須となる知識と技術を身につけていくことが、われわれ心理職の課題であり、そのためには上記のような検討を今後実施していくことが求められる。

文献

- 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— 心身医学, **45**, 655-661.
- 藤田幸子 (2011). 精神看護の専門性と今後の展望：オーストラリアでの精神看護の経験から (精神看護の先進的実践を求めて—精神看護の専門性と看護業務の拡大のあり方に焦点をあてて— 第21回日本精神保健看護学会学術集会) 日本精神保健看護学会誌, **20**, 73-74.
- 井上奈弓・中西由佳・本城さやか・武藤教志 (2012). 境界性パーソナリティ障がい患者に対する弁証法的行動療法を用いた看護面接の実施とその効果 日本看護学会論文集. 精神看護, **42**, 64-67.
- 石井良知・佐々木奈奈 (2008). 精神科作業療法の治療的要因に関する研究 秋田大学医学部保健学科紀要, **16**, 40-45.
- 石山隆司・内海陸・西上床慎子・塩見慶子 (2012). 児童精神科病棟における多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 日本看護学会論文集. 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— Palliative Care Research, **4**, 228-234.
- 梶島敬行・原口健三・福田千代 (2012). リカバリー志向の作業療法による自己効力感の回復：認知行動療法的手法を用いて 作業療法, **31**, 194-399.
- 金井浩一・石川三絵・橋本東代子・高木俊介・三品桂子 (2012). アウトリーチで精神保健福祉士に求められること～ACTにおける医療中断介入のケースを通じて～ 精神保健福祉, **43**, 208-209.
- 川村直子・天保英明 (2004). 医療における心理士の役割—精神科の立場から— 心身医学, **44**, 509-512.
- 木太直人 (2012). 心理職への期待—精神保健福祉士国家資格化の経験から— 日本精神神経医学会総会特別号第107回日本精神神経医学会学術総会シンポジウム, 405-407.
- 菊地和則 (1999). 多職種チームの3つのモデル：チーム研究のための基本的概念整理 社会福祉学, **39**, 273-290.
- 小柴順子 (2000). 精神保健福祉士に期待するもの 川崎医療福祉学会誌, **10**, 9-15.
- 厚生労働省 (2009). 精神科デイ・ケア等について <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7b_0001.pdf> (2013年3月7日)
- 厚生労働省 (2009). 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて (今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書). <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>> (2013年2月3日)
- 厚生労働省 (2010). 「医師・歯科医師・薬剤師調査」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>> (2013年1月28日)
- 厚生労働省 (2012). 特定行為及び看護師の能力認証に係る試案 (イメージ)に係る論点整理 (案). <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002qgzmm-att/2r9852000002qh39.pdf>> (2013年2月26日)
- 厚生労働省 (2013). <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/2-11.pdf>> (2013年3月7日)
- 松本修一 (2012). チーム医療の担い手として—安全で安心な医療提供を目指す薬剤師— 国立医療学会誌, **66**, 382-385.
- 三上勇氣 (2008). 看護介入としての認知・行動的アプローチ 愛知県立看護大学紀要, **14**, 105-112.

- 美濃由紀子・高橋直美・宮本真巳 (2012). 既存の精神科病棟における多職種連携の可能性：司法精神医療を一般精神科医療へ還元するための試み 日本精神科看護学術集会誌, **55**(2), 316-320.
- 光岡美里 (2012). 精神保健福祉士の多職種連携に係るコンピテンシーの一考察 精神保健福祉, **43**, 207.
- 美和千尋・杉村公也・杉浦友美 (1999). 作業療法活動がヒトに与える心理反応 作業療法発表論文集, **18**, 107.
- 三宅友佳・橋本束代子・高木俊介・和多田裕・安里順子・福山敦子・佐藤純・岡田愛 (2012). ACT における薬剤師の役割について 病院・地域精神医学, **54**, 16-18.
- 宮本真巳 (2011). 心の働きをどう測れば援助は成立するか：ケアリング, 自己一致, 異和感の対自化 (シンポジウム：精神看護のアウトカム—測れるもの・測れないもの—第 20 回日本精神保健看護学会学術集会) 日本精神保健看護学会誌, **20**, 68-70.
- 宮岡等 (2005). 医師は心理士に何を求めるか—日本心身医学会認定医療心理師制度に向けて— 心身医学, **45**, 675-678.
- 宮脇稔 (2007). 医療心理士が果たしてきた役割と今後の期待 臨床精神医学, **36**, 157-160.
- Morin, C.M., Bastien, C., Guey, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallieres, A. (2004). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Psychiatry*, **161**, 332-342.
- 宗澤岳史・三島和夫 (2010). CBT-I を用いた睡眠薬の減薬・中止 大川匡子・三島和夫・宗澤岳史 (編) 不眠の医療と心理援助 金剛出版 pp.167-169.
- 村田和香 (2000). 作業行動理論・人間作業モデルにおける作業 作業療法ジャーナル, **34**, 18-22.
- 村山浩由・芦原睦・佐田彰見 (2005). 心理士の立場から心身医学, **45**, 679-683.
- 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— 日本社会精神医学会雑誌, **21**, 278-287.
- Nierenberg, A.A., Petersen, T.J., & Alpert, J.E. (2003). The role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy journal of clinical psychiatry, **64**, 13-15.
- 日本作業療法学会 (2012). 作業療法とは <<http://www.jaot.or.jp/ryohoshi/ryohoshi/>> (2013 年 3 月 7 日)
- 日本精神神経学会 (2012). 精神科専門医制度規則 <https://www.jspn.or.jp/residents/specialist/rule/files/h240526_kisoku.pdf> (2013 年 3 月 7 日)
- 西垣悦代 (2005). 関係性の視点からみた日本の医師患者コミュニケーション 日本保健医療行動科学学会年報, **20**, 157-172.
- 岡田佳詠 (2011). 看護師のうつ病患者への認知行動療法の効果 (シンポジウム：精神看護のアウトカム—測れるもの・測れないもの—第 20 回日本精神保健看護学会学術集会) 日本精神保健看護学会誌, **20**, 62-65.
- 大野和男 (2007). 精神保健福祉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**, 139-148.
- Polatajko, H.J., Townsend, E.A., & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being & justice through occupation, 23.
- 齋藤めぐみ (2012). 予期不安が強い老年期うつ病患者の看護：認知行動療法的かわりをめざして (第 19 回日本精神科看護学術集会専門II 看護研究論文) 日本精神科看護学術集会誌, **55**(3), 124-128.
- 佐々木法広 (2012). 看護師が取り組む認知行動療法的アプローチ 認知行動療法における幻覚・妄想への取り組み 日本精神科看護学術集会誌, **55**(3), 271-275.
- 塩原直美・長雄真一郎 (2002). 作業療法における精神分裂病患者の機能障害の可変性について—行動分析学的交流 茨城県立医療大学紀要, **7**, 193-199.
- 白石裕子 (2009 a). 「看護実践における認知行動療法」ワークショップセミナー報告 南九州看護研究誌, **7**, 37-41.
- 白石裕子 (2009 b). 日本における認知行動療法の看護実践の現状と展望 日本行動療法学会大会発表論文集, **35**, 83.
- 社団法人日本看護協会 (2007). 看護にかかわる主要な用語の解説：概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈 <<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/yougokaisetu.pdf>> (2013 年 3 月 9 日)
- 社団法人日本精神科看護技術協会 (2004). 精神科看護の定義 <http://www.jpna.or.jp/info/j_teigi.html> (2013 年 3 月 9 日)
- 社団法人日本社会保険福祉士 <<http://www.japsw.or.jp/psw/index.htm>> (2013 年 1 月 28 日)
- 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

- (特集 コンサルテーション・リエゾン精神医療の実践) 臨床精神医学, **36**, 721-724.
- 助川征男 (1999). 「行政の立場から」 こころの科学, **88**-18, 77.
- 多田弘美 (2012). 医療ソーシャルワーカーの業務と視点 (特集 救急医療と薬剤師—多職種連携を目指して) 薬事, **54**, 451-455.
- 武田雅敏・田中稔久・神野晃人・福永知子・竹内直子・工藤喬 (2007). 精神科チーム医療のあり方とコメディカル専門職への期待 臨床精神医学, **36**, 125-131.
- 武井麻子 (2013). この本で伝えたいこと 武井麻子(編) 系統看護学講座 専門分野II 精神看護学1 精神看護の基礎 第4版 医学書院 pp.2-17.
- 田中和彦 (2011). 精神保健福祉士 (PSW) が行う精神科予診のポイント—経験論的实践マニュアル 瀬木学園紀要, **5**, 54-59.
- 谷口浩朗・秋本義雄 (2011). 在宅精神疾患患者に対する精神科病院薬剤師の取り組みの必要性～アウトリーチの一例から～ 日本医療薬学会年会講演要旨集, **21**, 171.
- 東京都衛生局病院管理部開発指導課編 (1987). 医療におけるソーシャルワーク確立のために—業務分類と統計に関する報告— 東京都情報連絡室情報公開部都民情報化
- 藤川麗 (2006). 職域と社会的連携 下山晴彦 (編) よくわかる臨床心理学 ミネルヴァ書房 pp.260-261.
- 山根寛 (2005). 関連技法とは：関連技法概論 坂田三允 (総編集) 山根寛 (編) 精神看護エクスペール第13巻 精神看護と関連技法 中山書店 pp.2-13.
- 吉尾隆 (2007). 薬剤師に求められる精神科医療における専門性 臨床精神医学, **36**, 161-166.
- 吉田統子・新明一星・野田隆政・堀越勝 (2012). 多職種が連携し実践する病棟患者へのCBT—心理アセスメントがCBTのアプローチにどのような示唆をもたらさうるか 第12回日本認知療法学会抄録集 129.
- 吉里恒昭・丹生聖治・小川慶太・有吉祐・小手川勤・今井博光・関口愛・大橋京一・中野茂行 (2010). 薬物治療におけるコ・メディカルスタッフとしての心理士の役割—患者・薬物・医師の相互関係へのアプローチ—心身医学, **50**, 753-760.

(指導教員 下山晴彦教授)