

〔博士論文概要〕

『日本の総合病院のがん医療における心理職の活動モデルに関する研究』

平成29年度

津 村 麻 紀

筑波大学大学院人間総合科学研究科
生涯発達科学専攻

本論文は三部構成である。I部は文献研究であり、4つの章から構成される。第1章ではがん医療における心理職の活動をめぐる諸問題が説明されており、がん対策基本法の制定、がん医療における心理的支援の現状、日本の心理職の資格と臨床心理学研究に関する問題、日本の緩和ケアとサイコオンコロジー研究に関する問題、総合病院の臨床心理士を始めとする心理職（以下、心理職）の活動モデルに関する問題について述べられている。

2007年のがん対策基本法の施行以降、日本全国の地域がん診療連携拠点病院を中心に急速に心理職の介入が求められるようになったが、課題は山積している。心理職の資格制度や研修制度は個人心理療法のようなクリニックモデルの訓練を中心としたものであり、身体医療におけるチーム医療を念頭に置いた心理的介入に対応し得るものではない。精神医療に対する偏見の問題もある。近年になってようやく日本で精神医療に対する敷居は低くなってきているものの、身体医療では依然として精神科医や心理職の介入に抵抗がある患者も少なくない。身体医療に携わる医療従事者においても精神医療に対する理解が十分ではない。また、研究面においても問題がある。事例報告を中心として発展してきた日本の臨床心理学研究は科学的実証性という点で課題が残ること、またサイコオンコロジー研究は専門病院でのがん患者の治療やケアを中心としたものであり、総合病院の心理職のコンサルテーション・リエゾン(Consultation Liaison: 以下、CL)活動の実態にフォーカスを当てたものはほとんどないことが挙げられる。

このような問題を背景として、第2章では研究史を紹介し、サイコオンコロジーに関する研究、心理職の活動モデルに関する研究、日本のがん医療における心理的支援に関する研究、それぞれの文献レビューが報告されている。文献研究から明らかになったことは、①日本ではがん医療における臨床心理士の活動に関する先行研究が少なく、症例報告を中心に語られてきた。海外では多くの研究がなされているが、必ずしも日本の医療構造・心理臨床に合ったものではない。②心理職のがん医療における活動は個別性が高く、特に知識や経験のない心理職のがん医療でCL活動を展開し研究することは難しいということである。今後はまず質的研究から臨床現場の知

を積み重ねつつ、全国の心理職の実態調査を行っていく必要性、さらに、それらの知見から日本独自の心理職の活動のあり方をモデル化する必要性があると考えられる。

第3章は本研究における用語の定義であり、がん医療と緩和ケア、連携と協働、心理職の用語について述べられている。

第4章は本研究の目的と意義である。心理職のがん医療における活動実態を明らかにし、次に心理職の活動モデルを臨床現場における実践研究から構築し、そのモデルを一般化するための検証を行う。そして最終的に、心理職が自ら活用できる活動モデルの自己評価のためのチェックシートを開発することを目的としている。本研究の意義として、これまでの専門病院を中心とした患者介入モデルとは異なり、総合病院ならではのCL活動という枠組みで心理職ががん医療に関与する際の活動モデルを本邦で初めて構築することの重要性と独自性が挙げられる。また、初心の心理職や一人職場で研修機会に恵まれない心理職でも、チェックシートを活用することで、活動モデルに沿って自らの活動を振り返り評価することが出来るという教育ツールとしての意義もある。

Ⅱ部は実証的研究であり、第5章の研究1から第9章の研究5までのがん医療における心理職の活動モデル構築のための5つの研究を通して、がん医療における心理職の活動モデルの提案およびチェックシートの開発を行っている。研究1は「がん医療における心理職の活動実態に関する研究」として2つの研究から構成されている。ここでは、総合病院のがん医療に携わる心理職を対象にインタビュー調査と質問紙調査を実施して、心理職の活動実態を明らかにした。まず、日本の現状下でどのような属性の心理職がどのような体制で、どのような内容の活動を行っているのかを明らかにし、心理職の属性と活動内容との関係を分析した。その結果、心理職は多職種と一緒に行動する「協働」よりも連絡を取り合いながら独立して活動する「連携」の体制を有意にとっていた。また、活動内容は「活動評価、アセスメント、教育」の3因子で構成されていること、経験ある心理職と経験の少ない心理職の活動の内容には差異があることが認められた。医療チームの中で活動していくためには心理職の心理検査や心理療法といった臨床心理学的な専門性だけでなく、多職種とのコミュニケーション能力や教育能力が活動の質に大きく関わってくるが、経験の少ない心理職は求められる役割以上に活動の幅を広げることは難しく、まずは受身的に支持的介入をすることが多いことを考察した。一人の人間としてのがん患者を支える時、患者を取り巻く周囲の人や環境といった資源にも目を向けることが重要であり、患者とそれらの資源との関係を的確にアセスメントし、いかにエンパワメントして患者を支援していくかが心理職のスキルの要となることが明らかとなった。

研究2は「がん医療における心理職の活動モデルに関する研究－アクション・リサーチ」として3年間にわたるアクション・リサーチのプロセスを明らかにし、総合病院のがん医療における心理職の活動モデルが構築された。活動モデルは5つの心理職の機能(精神医療従事者の機能、サイコオンコロジストの機能、臨床心理学の専門家の機能、リエゾンサイコロジストの機能、アントレプレナー的機能)と4つの活動ステージ(第1ステージ:ニーズアセスメント、第2ステージ:関係基盤の構築、第3ステージ:連携協働体制の構築、第4ステージ:臨床心理学的介入)の関係からなる。この活動モデルのロジックモデルとして、即自的には依頼者のサポートを目的としながら

も、中・長期的には身体医療の現場ひいては病院全体に心理療法文化を根付かせ、医療従事者が心理的ケアができるようになることをアウトカムとして想定するモデルを構築した。

研究 3 は「がん医療における心理職の活動モデルに関する研究—その課題—」として活動の依頼者と提供者の双方の視点から、研究 2 で構築された活動モデルを評価し、課題について検討した。心理職の活動の依頼者である看護師は、活動によって患者に対する見方やケアの仕方が変化した、精神的に安定したといったポジティブな評価を行っている一方で、コンサルテーションのアドバイスが実現できないというネガティブな評価があり、さらに心理職が直接患者に介入してほしいといった要望を持っていた。しかし、コンサルタントである活動提供者の視点からは、そのような看護師の葛藤を含めた情緒を支援するような関わりを持ち、心理教育を行う必要性も指摘した。

研究 4 は「がん医療における心理職の活動モデルに関する研究—その解決方略—」として、熟達した心理職の課題解決の方略を調査し、活動モデルの再構築を行った。活動モデルの課題としては初心の心理職を想定した分かりやすさの不足、チーム医療の視点の不足が挙げられ、解決方略としてモデルに具体性を持たせることと多職種との関係の明確化を示す必要性が考えられた。そこで、ロジックモデルを見直して具体的な項目例や活動目標をモデルに追加した。

第 9 章では、これらの 4 つの研究を受けて、心理職が自発的に行っている活動と今後行ってきたい活動のデータを参考にモデルを修正した。最終的に、ケースに応じてステージや機能を柔軟に変えながら巡ることのできる循環型のモデル図を作成し、心理職の 5 つの機能(精神医療従事者の機能、リエゾンサイコロジストの機能、サイコオンコロジストの機能、臨床心理学の専門家の機能、アントレプレナー的機能)の頭文字から Mental PsyCLE モデルと命名した。また、このモデルを元にした自己評価のためのチェックシートを開発し、初心の心理職向けの自己振り返りと教育支援のツールとして提案した。

Ⅲ部は総合的考察である。Mental PsyCLE モデルが構築されるまでのプロセスを振り返り、がん医療に携わる医療者を支援の対象として中核に据えたこのモデルは、総合病院のがん医療における CL 活動の実態を捉えたモデルとして機能しうると考えた。そして、心理職が各臨床現場で個別に行っている複雑な活動内容や機能を明らかにすることで、現場で脈々と受け継がれてきた臨床知を客観的にモデル化したこと、具体的な活動目標として初心の心理職に提示しうる教育的な意味を持ったモデルであることの意義を考察した。本研究の限界と課題として、臨床での心理職の活動要素を全て含有したモデルとするには限界があり、ケースバイケースで構成される実際の心理臨床の醍醐味を描き切れていない面があることに言及した。例えば活動では多職種との関わりを原則としながらも、モデルでは活動の依頼者である看護師のみにフォーカスを当てた点を挙げた。一方で、臨床の醍醐味を表現するためにアクション・リサーチ等の質的研究の手法では心理職としての主観的な側面も取り入れたため、客観性や実証性という点で課題が残った。

また、開発されたチェックシートについて、今後は実際に心理職がチェックシートを活用したデータに関する研究や、臨床現場での調査を通して信頼と妥当性を検討していく必要性について示唆した。