

# がん医療現場の心理士の業務と研修に 関する調査（第二報）

— 自由記述の質的分析 —

兒玉憲一・栗田智未<sup>1</sup>・品川由佳・中岡千幸

(2008年10月2日受理)

A Qualitative Study on Services and Training Systems of Clinical Psychologists  
Working with Cancer Patients in Japan

Kenichi Kodama, Tomomi Kurita, Yuka Shinagawa and Chiyuki Nakaoka

**Abstract:** The purpose of this study was to clarify clinical psychologists' practical problems of services and training in working with cancer patients and their family members. In 2007, a questionnaire on services and training systems was sent to 205 clinical psychologists in palliative care, for which 66 respondents (32.1%) returned completed questionnaires. The two open questions of the survey were qualitatively analyzed. The main results were as follows: (a) Asked about any problems of the services and training, 27 (40.9%) respondents mentioned some practical problems, and most respondents emphasized the difficulties of working alone and the importance of their collaborative efforts in interdisciplinary teams. (b) Asked about any requests for our research project, 25 (37.9%) respondents answered. Most requested a feedback of the results of this survey, the online/offline networks of clinical psychologists, and the lists of reliable supervisors. Finally, several methods to solve those problems were proposed and discussed.

Key words: cancer patient, palliative care, clinical psychologist, qualitative study

キーワード：がん患者、緩和ケア、臨床心理士、質的研究

## 背景と目的

わが国のがん医療及び緩和医療（以下、がん医療）が大きく変わりつつある。1年に33万人ががんで死亡するなか、がん患者やその家族の強い要望を受け、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、2007年4月に「がん対策基本法（以下、本法）」が施行され、同年6月に「がん対策推進基本計画」が閣議決定され、医師はもちろん、看護師をはじめとするコメディカルスタッフの教育研修が国家的な規模で開始された。全国どこでも高い水準のがん医療を提供するため、国立

がんセンターを中心に全国360を超える地域がん治療連携拠点病院（以下、がん拠点病院）が指定され、なおその数は増えている。従来、緩和ケアは、ホスピス、緩和ケア病棟を中心に行われていたが、がん拠点病院の多くに緩和ケア病棟はなく、急きょ編成された緩和ケアチームが全科の患者の緩和ケアを主治医とともにやっている。しかも、こうした病院は入院期間が10日前後の急性期病棟がほとんどであり、緩和ケアがどこまで浸透するか危ぶむ声もある。

こうした状況で、この分野の臨床心理士及び心理士（以下、心理士）の業務や研修機会の実態を明らかにし、2004年の同様の調査（兒玉・内野・磯部, 2004, 2005, 2006, 兒玉, 2007a）と比較するため、2007年秋に質

<sup>1</sup> 保健管理センター

問紙調査を行った(兒玉・品川・内野, 2007)。ただ、前稿では、量的分析を中心に報告し、自由記述回答の分析はできなかった。そこで、本稿では、量的分析の要約と補遺を行うとともに、自由記述回答の質的分析を行い、がん医療現場の心理士の意識をより具体的に明らかにすることを第1の目的とする。また、筆者らが立ち上げた「がん医療現場の臨床心理士支援のための病学連携の試み」と題するブリッジプロジェクト(以下、本研究プロジェクト <http://home.hiroshima-u.ac.jp/r740532/bridge/>)が、2007年秋から2008年秋まで関与した活動を通して、この分野の現状と課題について考察することを第2の目的とする。ちなみに、「病学連携」とは、がん医療現場の心理士と臨床心理士養成大学院教員による連携のことである。

## 量的分析の要約と補遺

### 目 的

がん医療現場の心理士の業務と研修の実態を質問紙を用いて明らかにする。

### 方 法

**対象及び手続き** snowball sampling 法。第26回日本心理臨床学会(2007年9月28-31日)の会場で、がん医療現場の心理士100名に質問紙を配布し、郵送及びインターネットで回収(学会経由)。また、2007年10月に、がん拠点病院のうち105病院に郵送法で配布回収(拠点病院経由)。**質問紙の構成** ①所属、雇用形態等を聞く質問6項目、②業務内容とその満足度を聞く質問15項目、③研修機会とその満足度を聞く質問5項目、④大学院教員とのかかわりを聞く質問8項目、⑤性別、年齢、臨床経験など属性を聞く質問5項目、⑥本調査への意見を聞く1項目(自由記述)、計40項目。

### 結 果

**分析対象者の属性** 有効回答者は66名(有効回答率32.2%)。学会経由40名、拠点病院経由26名。男性11名(16.7%)、女性55名(83.3%)。年代別には30代と40代で4分の3を占めた。臨床経験の累計年数は10年未満が7割を占めた。がん医療での臨床経験は5年未満が9割を占めた。過去3年間でのがん担当事例数は10事例未満が4割、30例以上が3割と2極化傾向が見られた。**所属別内訳** 所属する病院は、総合病院6割、大学病院2割。所属病院の7割弱が拠点病院であった。所属する科は精神科・心療内科所属と全科対応の新たな組織所属に二分された。雇用形態は、常勤6割、非常勤3割。回答者の8割の病院に緩和ケアチームがあり、4分の3が自らもチームの一員だった。チーム内で役割や業務が明確と応えたのは4分の3だった。

**業務内容** スタッフからの患者家族に関する相談80.1%、患者本人カウンセリング78.5%、家族カウンセリング64.6%、スタッフ自身の悩み相談66.1%、教育研修37.1%、心理査定26.7%、患者家族会21.3%、研究16.1%の順だった。**研修機会** 参加する学会は、日本心理臨床学会35.6%、日本臨床心理士会20.0%、日本サイコオンコロジー学会17.0%、日本緩和医療学会13.3%、死の臨床研究会11.9%の順だった。がん事例についてスーパービジョンを受けているのは27.4%に過ぎなかった。4割が相談相手がおらず孤立していた。また、7割近くが研修機会に恵まれていないと答えた。**大学院教員とのかかわり** 4割が大学院の教員と仕事上かかわりがあり、そのうち、「メールや電話で相談」、「定期的にスーパービジョン」、「不定期にスーパービジョン」の順に多かった。(以下、補遺。)教員名(敬称略):磯田雄二郎(静岡大学)、笠井仁(筑波大学、現静岡大学)、吉川吉美(いわき明星大学)、佐方哲彦(武庫川女子大学)、山下景子(徳島文理大学)、服巻豊(鹿児島大学)。また、大学院教員にかかわっていない理由は「専門の大学院教員が身近にいるかどうかかわからない」が半数を占め、「現場で支援が得られており大学院教員を活用する必要がない」は1割だった。もし近くにごがん医療専門の大学院教員がいたら、「不定期のセミナーに参加する」、「不定期にスーパービジョン」、「定期的にスーパービジョン」の順に多かった。かかわりたい教員:小池真規子(目白大学)、皆藤章(京都大学)、岸本寛史(京都大学)、岩満優美(北里大学)、乾吉佑(専修大学)。**臨床経験と業務内容等との関連** がん患者家族事例の担当数が多くなると、スタッフや患者からの相談も増え、研修機会も増え、自らも研修に励むようになる(表1)。**雇用形態と業務内容等との関連** 非常勤群よりも常勤群の方が、スタッフから個人的な悩みを相談され、学会出張などの研修機会にめぐまれている(表2)。**所属科と業績内容等との関連** 精神科所属群よりも非精神科所属のいわゆる全科対応の組織所属群の方が、がん患者家族、さらにはがん医療スタッフの相談を受けやすく、がん医療に関する研修意欲が高い(表3)。

### 考 察

**3年半の変化** この3年半の間に、常勤の割合が35.9%から62.1%に大幅に増加した。また、がん医療チームの中で「役割が明確」と回答した割合が45.4%から75.6%に増えた。臨床心理士の相談相手がいる割合が35.7%から59.7%に増えた。しかし、研修機会に恵まれている割合は、31.1%と低迷している。**業務内容の特徴** 心理士が緩和ケアの専門スタッフとして常勤採用され、患者家族とのかかわりを深めれば深める

ほど、緩和ケアチームはもちろん緩和ケア病棟、さらには一般病棟のスタッフから「こころの専門家」として相談をされるようになることがわかった。ところで、がん電話相談、患者家族会やサポートグループ支援などの業務は、緩和医療科、緩和ケア病棟・ホスピス、がん支援センターなど緩和ケア専門の組織に所属するごくわずかな心理士しか担当していなかったが、今後こうした業務を担当する心理士も増えることも予想される。**大学院教員とのかかわり** かかわる必要がないというのはごく少数で、もし身近にがん医療専門の大学教員がいれば、スーパービジョン、セミナー、研究会などへの出席を希望していた。総じて、がん医療現場の心理士の大学院教員に対する期待は大きい、その期待に応じてくれる教員が身近にいない、あるいはいるのかどうかさえわからないと答えていた。したがって、現場の心理士を支援する大学教員に関する情報を収集し、公開する必要があることがあらためて明らかになった。

## 業務に関する自由記述の分析

### 目的

自由記述回答の質的分析を通して、がん医療現場の

心理士の業務と研修に関する意識を明らかにする。

### 方法

質問の②業務に関する質問の最後に、「現在の業務内容全般についてとくに思うことがありましたら、自由にお書きください。」と自由記述で回答を求めたところ、27名（40.9%）から回答を得た。

### 結果と考察

27個の回答は内容によって、6個のグループに分け、表4に示すように、各グループにタイトルを付け、多い順にG1-1からG1-6までに並べ、各グループごとに量的分析結果も踏まえて考察を試みた。なお、各回答の末尾の（ ）内に、回収経路（学会経由か拠点病院経由）と、それぞれの回収順の通し番号を付した。

#### G1-1：一人職場、非常勤では限界がある（6名）

以前から精神科等で心理臨床に携わっていた心理士にとって、緩和ケアはトップダウンの業務命令である。所属病院ががん拠点病院の指定を受け、緩和ケアチームが立ち上がったために、業務の1つとして緩和ケアにかかわるようになった（拠点11, 12, 20）。一人職場の場合、従来の業務に緩和ケアが加わり、「手一杯」という嘆息が聞かれる。ましてや、非常勤雇用の場合（学会32, 40）、緩和ケアに意欲と関心があってもできることには大きな限界があり、その限界を超

表1 臨床経験と業務内容との関連

		経験事例年数	
		10 例未満群	30 例以上群
スタッフの悩み相談	受けている	10(50.0)	18(94.7)*
	受けていない	10(50.0)	1(5.3)
家族カウンセリング	担当している	8(42.1)	18(94.7)*
	担当していない	11(57.9)	1(5.3)
教育研修	担当している	2(9.0)	14(73.7)*
	担当していない	20(91.0)	5(26.3)
研修機会に恵まれている	恵まれている	2(9.0)	10(55.6)*
	恵まれていない	20(91.0)	8(44.4)

数字は回答者数、( )内は% \*: $p < .01$  (検定・Pearsonの $\chi^2$ 検定)

表2 所属科と業務内容との関連

		所属科	
		精神科	非精神科
SVを受けているか	受けている	2(7.1)	15(44.1)*
	受けていない	26(92.9)	19(55.9)

数字は回答者数、( )内は% \*: $p < .01$  (検定・Pearsonの $\chi^2$ 検定)

表3 雇用形態と業務内容との関連

		雇用形態	
		常勤	非常勤
スタッフの悩み相談	受けている	31(81.6)*	8(42.1)
	受けていない	7(18.4)	11(57.9)

数字は回答者数、( )内は% \*: $p < .01$  (検定・Pearsonの $\chi^2$ 検定)

えるためには院内他職種や院外心理士と連携するしかない。もちろん、これは緩和ケア独特というより、わが国の病院、とくに総合病院心理臨床に共通した困難といえよう(野田, 2007)。

#### G1-2: チーム内の他職種との連携はむずかしいが大切(6名)

緩和ケアチームは、多くの医療専門職からなる interdisciplinary team (Haley, Larson, Kasi-Godley, & Neimayer, 2003) で、疼痛ケア専門医、リエゾン精神科医、緩和ケア認定看護師、緩和ケア専門薬剤師など、緩和ケアのプロが結集している(長谷川, 2007)。心理士にも、総合病院心理臨床のプロであるとともに、緩和ケアのプロであることを要求される。緩和ケアには、どの職種にも「こころのケア」や「スピリチュアルケア」が求められ、心理士には他職種のできない「こころのケア」が求められる。ただ、緩和ケアチームが立ち上がったばかりの病院では、チーム内の心理士の役割が不明確で、それゆえ他のコメディカルとの連携もむずかしい(拠点4, 26, 学会13, 31)。ただ、職種との連携のむずかしさを嘆くだけでなく、学会30のように、心理士に独自の「立ち位置」を見つけ、連携のプロとして他職種と積極的に手を組んで仕事をしていく姿勢が不可欠である。

#### G1-3: 他職種の期待に応えるべく自分の課題に取り組む(6名)

がん医療の現場では、医療従事者から臨床心理士への強い期待がある(佐伯・高石・田妻・横崎・溝岡・菅野・生田・鈴木・松田・山脇, 2008)。その一方で本調査で明らかになった教育訓練や臨床経験の不足、制度上の不備があり、心理士として重荷を感じることも少なくないが、専門職としての自らの課題を見据え、積極的に取り組んでいる(学会15, 22, 35, 36)。終末期の患者に深くかかわることで本領発揮する、ラウンド(病室回診)が加わり他の独自の業務とのバランスを再構築する、がん患者家族に広く深くかかわるなど多様な活動において、自他とどうバランスを保っていくか課題は多い(学会39)。

#### G1-4: 緩和ケアチームの立ち上げ間もなく暗中模索(3名)

本調査を実施した2007年は、がん対策基本法が施行された年であり、がん拠点病院の指定も前年に始まったばかりである。回答者が所属する病院の多くで、法律の制定に伴いトップダウンの形でがん医療体制や緩和ケアチームが立ち上がったばかりである。したがって、緩和ケアチームとしてどのように活動したらよいか、多くのがん拠点病院ではまさに手探りで模索している段階である(拠点22, 学会8, 29)。それだけに、

病院を超えた連携がきわめて重要な段階といえる。

#### G1-5: 自分自身の知識不足、経験不足を痛感(3名)

がん医療体制や緩和ケアチームも立ち上がったばかりだが、そこに参入した心理士の半数は、臨床経験も浅くがん患者家族をほとんど担当したことがない、大学院を修了したばかりの駆け出しの心理士であった。わが国の臨床心理士養成大学院では緩和ケアに関する教育はほとんど行っていないので、彼らには予備知識もない。一方、彼らを採用した病院の多くで心理士の常勤採用は初めてで、彼らに漠然とした期待はあるものの、彼らをどのように育成していくか具体的な方針もない。拠点2, 14, 学会37には、心理士と病院の双方のとまどいが反映されている。

#### G1-6: 国家資格制度に期待(3名)

わが国の病院心理臨床においては、雇用の不安定さに加え、業務上の制約も少なくなく、こうした問題を改善するためには、国家資格の創設など制度面の改善を求める声がある(学会38)。これについては、多くの人々が法制化の努力を続けているが、現時点ではそのめどは立っていない。

## 本調査への自由記述の分析

### 目的

本調査への意見感想に対する自由記述回答の質的分析を通して、がん医療現場の心理士の業務や研修、さらには本プロジェクトに関する意識を明らかにする。

### 方法

質問の⑥「本調査へのご意見ご感想などがございましたら、ご自由にお書き下さい」と、自由記述を求めたところ、25名(37.9%)から回答を得た。

### 結果と考察

25個の回答は内容によって、6個の群に分け、表5に示すように、各グループにタイトルを付け、多い順にG2-1からG2-6までに並べ、各グループごとに考察した。前節同様、各回答の末尾の( )に、回収経路と、それぞれの回収順の通し番号を付した。

#### G2-1: 結果のフィードバックとネットワークづくりを希望する(10名)

このグループは自由記述回答の4割を占め、本プロジェクトに調査結果のフィードバックとネットワークづくりを要望する声が多かった(拠点18, 学会12)。自由記述のG1-1でも考察したように、この分野の心理士が一人職場で相談相手もいない状況にいることを考えると、きわめて切実な要望と受け止めた。

本プロジェクトでは、こうした要望に応えるため、調査を行った2007年秋から2008年の現在まで以下のよ

表4 業務に関する自由記述の分類

<p><b>G1-1：一人職場，非常勤では限界がある（6名）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>多くの診療科がある病院で、心理士は一人ですから、関わる気持ちがありながらお呼びがかからないと、他のことで手いっぱいでは気が回らないのが現状です。（拠点 11）</li> <li>総合病院の中で、心理臨床のニードが高まっていることは感じていますが、その期待の高さや、人数・能力に限界を感じています。（拠点 12）</li> <li>精神神経科内の業務と、一部の他科との連携で手いっぱいの状態。院内に安定した雇用形態の臨床心理士が増えることを願っています。（拠点 23）</li> <li>身近に相談できる先輩がおらず、わからないことがあってもすぐに聞くことができない。精神科医とは観点が異なるため、知りたいことが教えてもらえない。心理士はどこでも少ないのもっともっと院を越えて横のつながりがほしいと思っています。（学会 20）</li> <li>緩和ケア領域で、心理士の関わることのできる内容についての可能性を、このアンケートを回答して実感しましたが、実際、私の行なっている業務が、その一部でしかないという現実、そして、週2の非常勤での業務の限界を考えると、心理士（緩和ケア領域専門）の必要性を改めて感じました。でも、どのように上層部に訴えていけばよいのか……。実績と研究なのでしょうか。（学会 32）</li> <li>週3日という勤務形態の中で、どのような役割を担えるのかCPとしての立場を模索中です。（学会 40）</li> </ul>
<p><b>G1-2：チーム内の他職種との連携はむずかしいが大切（6名）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自分の業務全般の中でがん医療に関わる割合はそれほど大きくない。緩和ケアチームの中で緩和ケア専門のNsやMSWとの役割分担が難しい（どちらの職種もPtさんへのメンタルケアに力を入れようとしているので）（拠点 4）</li> <li>院内のコメディカルスタッフが臨床心理士の役割を周知しておらず、またこちらもどのように説明しているのか困ることもある。心理士の役割について曖昧である部分が大きいように思う。（拠点 18）</li> <li>大学院の組織上、主治医やNsとの連携が難しい。緩和ケアへの理解、認識も十分でないため、精神的サポートが軽視されやすい。（拠点 26）</li> <li>業務ということもあるが、今ひとつ立場がはっきりしない感じがある。緩和ケアチーム内では、役割が理解されているようだが、チーム以外の人には精神科Drとの役割の違いがはっきりしていないよう。どう広報していけばよいのか考え中です。（学会 13）</li> <li>院内・外全体で緩和ケアに関する知識が乏しく、心理サポートのみならず、医療・看護・ソーシャルワークetc.緩和ケアよろずりけたまわり相談に従事することを余儀なくされている。心理以外の相談から心理サポートの必要性がみえてくることもあり、私が相談を受けてよかったと思える反面、各々の専門については各々がもっと勉強してほしいと思うしんどさがある。（学会 31）</li> <li>どの業務も現場で必要性を感じてくれる医師や看護師がいてこそできている。心理臨床家の立ち位置をしっかりとさせつつ、他職種と組んでいくことが、業務内容を充実させレベルを高くしていくのにもっとも大事と感じる。（学会 30）</li> </ul>
<p><b>G1-3：他職種の期待に応えるべく自分の課題に取り組む（6名）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者対応に比べ、アセスメントをチームに還元できていない。（学会 15）</li> <li>終末期の患者本人に心理士としてどう関わっていいかが自分の中で特に大きな課題です。（学会 22）</li> <li>当院はPETと免疫療法を行っております。大学で心理を教えていただいた先生が現在患者様です。とてもつらいですが勉強になります。（学会 27）</li> <li>Dr.の回診（他病棟コンサルPtも）に付いていますが、これをすると、面接の時間が限られてきますので、将来的には必要と思われる方の回診にだけ一緒に行く方が良いのか、あるいはTeamとして行くべきか…など考えているところです。（学会 35）</li> <li>緩和ケア病棟に所属となっているが、他病棟のラウンド、患者支援相談室の相談員としての活動など、上手くバランスがとれず、どこかに偏ってしまうことが、一番の悩みです。（学会 36）</li> <li>緩和ケアのスタッフとして、十分に認識していただいております、活動もある程度任されていますので、活動はしやすいです。但し、精神科の仕事も最近要望が多く、バランスに苦慮しています。（学会 39）</li> </ul>
<p><b>G1-4：緩和ケアチームの立ち上げ間もなく暗中模索（3名）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>チーム立ち上げから携わっていますが、本格的に活動をし始めて、まだ1年ぐらいなので、手さぐりでやっている状況です。（拠点 22）</li> <li>緩和ケアチームの一員として、病棟をまわるようになったのは8月頃より（チーム結成も）なので、ケアチームとしては手さぐりな状況の中にあり。（学会 8）</li> <li>4月（本年）からの新しい取り組みなので、試行錯誤の段階で、システムが整っていないため、そのケースごとに出会いの方法が紹介され方、カウンセリングの導入の仕方etc.一貫しない点が、悩みの一つです。（臨機応変にケースバイケースでという良い意味でなら良いと思うのですが…）（学会 29）</li> </ul>

表4 (続き)

<p>G1-5：自分自身の知識不足，経験不足を痛感（3名）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療の知識がもっとあれば…と痛感しています。（拠点2）</li> <li>比較的CPとしての働きをさせてもらっており，その点では本当に感謝しています。ただ自分自身の経験不足，知識不足などもあり，「やや満足」～「やや不満」のチェックになってしまうのが現状です。（拠点14）</li> <li>自分もまだころもとないに，後輩心理士（新卒だったり，がん医療や緩和ケアに全くだったり）に業務（と臨床）の指導をしなければならないのが難しいというカムリだ。上司がいないのが大変。（学会37）</li> </ul>
<p>G1-6：国家資格制度に期待（3名）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>いずれ何らかの形で心理の仕事が診療報酬に反映されればいいと思う。（学会10）</li> <li>とても奥深い仕事です。けれども，給与面があまりにも低く（時給1000円ちょっと）他の仕事をしないと生活できません。心理士の待遇保証を求めます。（学会11）</li> <li>精神科を通しての心理面接だが，スタッフからは直接心理カウンセリングにという声がある。国家資格になれば可能かと思う。（学会38）</li> </ul>

うな活動を試みてきた。

本調査結果を回答者にフィードバックすることは、当初からの約束であった。そこで、まず量的分析の結果を第1報としてまとめ、2008年3月発行の学内紀要に掲載し、学内ポータルサイトに掲載されてインターネットでも読めるようになった（兒玉他、2007）。先述した本プロジェクトのHPにもリンクした。また、2007年10月から筆者の一人が管理者となりメーリングリスト（Palliative Care for/by Clinical Psychologists; PCCP）を立ち上げたところ、学会経由の回答者の多くがPCCPに参加してくれたので、そこでも調査結果を報告した。ちなみに、PCCPのメンバーは、2008年9月の時点で220名である。拠点病院経由の回答者には、調査を依頼した105の病院の院長宛に論文のコピーを送付した。さらに、2008年2月の日本臨床心理士会主催第14回医療領域における心理臨床ワークショップ（立正大学）及び同年9月の第27回心理臨床ワークショップ（つくば国際会議場）でも結果の一部を紹介した。本稿も、当初から予定されたフィードバックの一環であり、第一報と同様の方法で回答者やその周辺の心理士に届ける予定である。

もうひとつの要望は、ネットワーキングの促進である。先端医療のなかでもがん医療のネットワーキングは立ち遅れており、緊急の課題である（兒玉・内野・磯部、2005）。ネットワーキングの方法のうち、上記のPCCPのようなonline meetingは情報ネットワークが普及したわが国では有効な方法である。また、offline meeting, すなわち対面研修として、東京、大阪、和歌山、徳島、広島、福岡などで臨床心理士によるパリアティブケア研究会が開催されている。2008年6月28、29日には、上記研究会合同の事例検討会を広島で開催したところ、全国から40名が集まった。こうした研究会の様子は、参加できなかったメンバーにも

PCCP上で報告された。一方、ネットワーキングに果たす学会の役割は大きい。日本心理臨床学会、日本緩和医療学会、日本サイコロジック学会を舞台とした心理士によるがん医療に関する研究発表、シンポジウム、ワークショップがこの数年活発になっている。第27回日本心理臨床学会では、PCCPメンバーによる心理臨床ワークショップ、自主シンポジウム、準備委員会企画シンポジウム、10題の個人研究発表が行われた。このように、この分野の心理士のネットワーキングが着実に進められている。

#### G2-2：スーパーバイザーリストと事例検討会の情報提供を希望する（6名）

本プロジェクトで「病学連携」を提案したところ、がん・緩和医療を専門とする大学院教員に関する情報提供及びスーパーバイザーリストの公表の要望があった（学会11, 39）。残念ながら、この要望には現時点ではほとんど応えられていない。なぜならば、本プロジェクトに協力してくれる大学教員のリクルートが進展していないからである。2007年秋に大学院教員対象の質問紙調査を試みたが、回収率も低く、回答した大学教員のほとんどが多忙でスーパーバイザーを引き受ける余裕がないことがわかった。そこで、当初の方針を変更して、まずは各地のパリアティブケア研究会ごとに最寄の大学院教員のリクルートを進めてもらい、各研究会や事例検討会、さらには学会などの場において、現場の臨床心理士と大学院教員が出会う機会を増やし、そのなかでバイザー・バイジー関係が新たに生まれるように促していきたいと考えている。

#### G2-3：臨床心理士の緩和ケアへの関与度はさまざま（3名）

このグループは、G1-2「チーム内の他職種との連携はむずかしいが大切」と関連する回答である。所属病院ががん拠点病院に指定され、心理士が緩和ケア

チームの一員に選ばれたとしても、すべての心理士が緩和ケアの実践に深くかかわられているわけではない。緩和ケアチームの中での心理士のアイデンティティを積極的に構築しようとしている者もいれば（拠点4，学会20），意欲や関心があっても病院の事情で臨床実践に参加させてもらえない者もいる（拠点23）。病院によって心理士の緩和ケアの関与度はさまざまで、そのことが本調査への期待となったり、申し訳なさを生じさせている。いずれにしても、今後心理士の緩和ケアへの関与のあり方がどのように変化したか、継続的に調査していく必要がある。

#### G2-4：大学院で医学・医療の教育をしてほしい（2名）

「病学連携」では、がん医療や緩和ケアに関して大学院で院生にどう教育するかが重要な課題である。「大学院カリキュラムに盛り込んでほしい」と現場からの要望があった（学会10）。また、大学院教員からは、緩和医療を含めた医療全般に関する教育を大学院で行いたいという回答があった（学会15）。大学院のカリキュラムはきわめて過密で、新たな科目を設けること

は困難であるが、新たな科目を設けなくても、この分野に関心を持つ大学院教員が担当する授業の中で総合病院に心理臨床について積極的に取り上げ、学生たちに早くからがん医療をはじめとする先端医療に関心を持たせることはできる（三木，2002，2006；兒玉，2007b）。

#### G2-5：研究への批判

拠点24，26は、本調査および本プロジェクトへ批判的懐疑的な回答である。拠点病院経由の回答者の中には、日本心理臨床学会を舞台としたパリアティブケア研究会の活動に参加していない者が少なからずいた。そのため、本調査や本プロジェクトの趣旨が十分理解されておらず、こうした意見があったと思われる。このこと自体が、この分野でのネットワークングが不十分であることを示唆している。

#### G2-6：回答遅れのお詫び（2名）

これは期限までに返送できなかったお詫びであるが、以下の事情も反映している。本調査の進行中にPCCPが立ち上がったので、PCCP上で回収の督促を

表5 本調査に関する自由記述の分類

G2-1:結果のフィードバックとネットワークづくりを希望する（10名）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今年のバリ研事前検討合宿ほかでは、大変お世話になりました。今後、関東地方でも緩和で働くCP（や関連職種）が集まり、気軽に相談をしたり、ケース検討が出来る場をつくれたらいいなど考えております。これからも、よろしくお願ひ申し上げます。（拠点14）</li> <li>・ メール等で相談できる人はいるが、身近に困ったことを相談できる心理士が少ない（がん領域に携わっている方で）。なので、ぜひ調査結果をフィードバックしていただき、今後はネットワークなど作っていただきたいです。（拠点18）</li> <li>・ 教育、福祉の心理士は、概ね業務が確立しつつあり、精神科臨床では、心理への「なんとかコストを稼げ」というプレッシャーが増す中、次に心理士が力をいれるべきは、がん医療やメタボリックシンドローム対策、性病対策といった分野であると思う。しかし、知識やスキルを身につけたくても、なかなか研修先が見つからなかったため、貴プロジェクトが情報発信やネットワーク作りも視野に入れた活動を実施なさることを希望します。（学会12）</li> <li>・ チームの一員となって3年ですが、私が個人的にケース（患者・家族）に関わることはほとんどありません。定例会・デスカンファ等に参加したり、中心的に活動している専任ナースへの支援といった形で動いています。身近で開催される研修会は、ナース・医師向けのものがほとんどで、心理臨床家向け、というものがありません（知らないだけかもしれないですが…）。地方にも、もう少し研修の場が広がってくれたらいいと思っています。（学会28）</li> <li>・ 県内に相談できる人がいないことが残念です。地方のため、研修会もないのが残念です。（学会14）</li> <li>・ 勉強会などありましたら、知りたいです。心理士の中でも、免疫療法などにかかわる方がとても少なく、指導を受けることができません。毎日シビアな現状の中において、免疫だけの仕事だと、とても気持ちもたないような気がします。子どもさん方にいやしてもらっているなあと感じます。（学会27）</li> <li>・ がん医療・緩和医療に関する心理士は、まだまだフロンティアの立場であり、かつ一人職場で周辺の医療機関に仲間がどの程度在職しているのかの情報を得ることすら厳しいのが現状です。本調査がフィードバックされ、ネットワークが広がれば幸いに存じます。今後、在職の心理士が、緩和ケア専任であるか兼任であるか、相談室以外（併設でも可）に独立した部屋を持たせてもらっているのか否か等がわかればいいなと思いました。（学会31）</li> <li>・ 調査結果など、是非教えていただくと助かります。また、協力できることがあれば、お手伝いさせていただきます。宜しくお願いします。（学会35）</li> <li>・ 小規模での事例検討会、情報交換の場があれば…と希望しております。そのような機会がある時にはまた教えてください。調査頑張ってください。（学会36）</li> <li>・ 学会も含め、研修とかでベテランCPの実践（ケース報告）が聞きたい。（学会37）</li> </ul>

表5 (続き)

<p><b>G2-2:スーパーバイザーリストと事例検討会の情報提供を希望する(6名)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ひとり職種で迷った時、ケースを整理したい時、事例について聞いてもらいたい時、大学教員からのサポートがあると心強いです。ただ、大学教員の方でも、緩和のことを知った方でないと不安です。通常の心理療法とは共通点もありますが、異なる部分もあるので。バイザーのリストがあり、こちらから選べたり、勉強会、少人数での事例検討会の情報を流してもらい、自由に参加できたらいいと思います。(学会11)</li> <li>・指導教員が現場にも関わっていらっしゃるのとはとても心強いです。研修は緩和ケアに限定せず、卒後でもご指導いただいています。(学会17)</li> <li>・臨床心理士を大学の教員のマッチングをコーディネートしてもらえるとというのはとても有難いプロジェクトだと思います。私の場合は、一番近いのは信州大学なので、そこで緩和ケアに関わりのある先生がいれば一番いいのですが、どこかの病院のベテラン心理士か近県の心理士などでも自己研鑽につながるようなかわりかもてれば心強いと思っています。(学会22)</li> <li>・現場で働く者にとっては大変ありがたい、元気の出る取り組みだと思います。一人職場の心細い状況の中で、病学連携というのは、現場の心理士の質はもとより、病院の質、医療の質、患者さんの生活の質を高める上でとても役立つと思います。今後も協力させていただきたいです。(学会30)</li> <li>・身近にがん医療専門の大学院教員がいるかどうかかわからないので、大学院教員には、どこの大学院にこのような教員がいらっしゃるというようなリストがあれば、関わりについても広がっていったように思います。また、大学教員ではなく、大学院教員と大学院に限定されたのはどうしてなのかわかりませんでした。大学院時代から、身近にがん医療専門の教員がおられず、研究(修論)時も、自分で何でもやってきたので、身近でなくても、どのような先生がどこの大学院におられ、どんな研究をされているのか、わかればコンタクトをとりたいです。心理臨床学会以外で学会に入会していないこともあります。今回の自主シンポで、笠井先生の存在を知ることができました。自分で探そうと努力していないだけかもしれませんが・・・。(学会32)</li> <li>・今後、スーパービジョンを受けていきたい希望はありますが、先生方の情報が得られず困っています。緩和医療におけるスーパービジョンに力を注いでおられる先生方の情報が得られると幸いです。(学会39)</li> </ul>
<p><b>G2-3:臨床心理士の緩和ケアへの関与度はさまざま(3名)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心理士としての仕事の間口が広いために、どうしても緩和ケアチームの一員としてのかかわりは中途半端になっている気がしています。他のスタッフは薬剤師もNsもがん医療のスペシャリストなので、気がひける部分もあり、患者さんへの関わりとっかかりをどう求めるか一こちらの活動でそのことをPRしつつ、依頼待ちであり、スタッフ間コミュニケーションの難しさを感じている日々です。(拠点4)</li> <li>・当院はがん医療現場ではありますが、規模が大きいので、私自身は生の臨床実践に携わっておりません。お役に立てない回答ばかりで申し訳なく思います。(拠点23)</li> <li>・私の病院では、緩和ケアチームの中に、麻酔緩和科(麻酔医、緩和医、緩和専門Ns)と精神科(精神科医、リエゾンNs、心理療法士)があります。主に精神科で活動していますが、他の皆さんがどのような方々と仕事をされているのか、精神科医、リエゾンNs、心理療法士との仕事の線引きはどのような点かなどについても知りたいと思いました。完全にclearになることは無くても、もう少し心理療法士としてのアイデンティティがはっきりすると、仕事がしやすくなる点もあるかと思うので、今後もこのような調査を続けていただきたいと思います。(学会20)</li> </ul>
<p><b>G2-4:大学院で医学・医療の教育をしてほしい(2名)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の大学、大学院のカリキュラムには、がん医療について(または医学的なことについて)十分教育される機会がなく、現場に出て、何も知らない、分からないという人は多いのではないのでしょうか?これからがん医療の現場、または医療の現場に行く人が増えていくと思うので、ますます心理の教育内容について問われてくると思います。このような調査、プロジェクトがあるのは、現場の人間としてとても心強いです。宜しくお願いします。(学会10)</li> <li>・大学院においては、緩和医療を含めた、「総合医療」について講義、研修する機会があればと考えています。このようなリサーチが今後益々増えることを切に願っています。(学会15)</li> </ul>
<p><b>G2-5:研究への批判(2名)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・正直なところ、大学院の先生が現場以上にがんの心理臨床についてご存知だとは思えません。現場から研究データがほしいだけではと深読みします。(拠点24)</li> <li>・緩和ケア領域では、スピリチュアルで怪しげなCPも多いイメージ。もっと具体的で実践的な講義を受けたい。そのため、ただ橋渡しがあっても無意味な気がする。(拠点26)</li> </ul>
<p><b>G2-6:回答遅れのお詫び(2名)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・返信が遅くなり、申し訳ございません。(学会16)</li> <li>・アンケート資料を頂いてから、返信が遅くなり、申し訳ありませんでした。(学会29)</li> </ul>

行い、回収率を高めることができた。質問紙調査を実施する側にとって、便利な時代となった。いずれonline上の調査が主流となるであろう。

## 【注】

- 1) 本研究は、日本学術振興会平成20年度科学研究費補助金基盤研究(C)「がん医療現場の臨床心理士支援のための病学連携の試み」(研究代表者 兒玉憲一)の一環として行われた。
- 2) 稿を終えるにあたり、調査にご協力いただいた心理士の方々やがん拠点病院関係者の皆様、データ分析等にご協力いただいた広島大学大学院教育学研究科の蒲池和明、木時慶也、小林知良子、館野一宏の4氏に、感謝の意を表す。

## 【引用文献】

Haley, W. E., Larson, D. G., Kasl-Godley, J., & Neimeyer, R. A. (2003). Psychologists in End-of-Life Care: Emerging Models of Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 626-633.

長谷川有子 (2007). 緩和ケアチームにおける臨床心理士の役割 並木昭義・川股知之(編) すぐに役立つ緩和ケアチームの立ち上げと取り組みの実際 真興交易(株) 医書出版部 pp.131-140.

兒玉憲一・内野悌司・磯部典子 (2004). 先端医療に関する臨床心理士の意識調査 広島大学大学院教育学研究科紀要第三部, 53, 185-191.

兒玉憲一・内野悌司・磯部典子 (2005). 先端医療に関する臨床心理士の意識調査(第2報) —第二次調査結果の概要— 広島大学大学院教育学研究科紀要

第三部, 54, 173-181.

兒玉憲一・磯部典子・内野悌司 (2006). 先端医療が生み出す心の問題への臨床心理学的援助の研究 平成15・16・17年度文部科学省科学研究補助金基盤研究(C) 研究成果報告書, pp.1-84.  
<http://ir.lib.hiroshima-u.ac.jp/metadb/up/kaken/15530453.pdf>

兒玉憲一 (2007a). 先端医療に従事する臨床心理士の現状と課題 心理学ワールド, 36, 5-8.

兒玉憲一 (2007b). HIV カウンセリングの過去・現在・未来 木之下隆夫(編) 日本の心理臨床の歩みと未来 人文書院 pp.53-68.

兒玉憲一・品川由佳・内野悌司 (2007). がん医療現場の心理士の業務と研修に関する調査(第一報) 広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター紀要, 6, 129-137.  
[http://ir.lib.hiroshima-u.ac.jp/metadb/up/kiyo/AA11849207/shinririnsho6\\_129.pdf](http://ir.lib.hiroshima-u.ac.jp/metadb/up/kiyo/AA11849207/shinririnsho6_129.pdf)

三木浩司(監) (2002). 死をみるころ生を聴くころ 木星舎

三木浩司(監) (2006). 死をみるころ生を聴くころII 木星舎

野田麻里 (2007). 総合病院精神科臨床で働くために 渡辺雄三・総田純次(編) 臨床心理学にとっての精神科臨床—臨床の現場から学ぶ 渡辺雄三・総田純次(編) 人文書院 pp.283-291.

佐伯俊成・高石美樹・田妻進・横崎典哉・溝岡雅文・菅野啓司・生田卓也・鈴木高宏・松田聡介・山脇成人 (2008). がん緩和医療における精神的ケアの担い手としての臨床心理士に対するニューズ医療従事者2000人アンケートの結果から— 第31回日本緩和医療学会学術大会抄録集, 285.