

わが国のがん医療現場の心理士による研究の展望

兒玉憲一・栗田智未・品川由佳・中岡千幸

A Review of Clinical Psychological Studies on Palliative Care in Japan

Kenichi KODANA, Tomomi KURITA, Yuka SHINAGAWA, Chiyuki NAKAOKA

The purpose of this study was to review practical reports and Journals written by clinical psychologists working in End-of-Life Care in Japan and discuss issues that clinical psychologists must address. We categorized clinical psychological studies conducted by clinical psychologists working with cancer patients into 5 psychological services: (a) psychological assessment; (b) psychological intervention; (c) consultation; (d) grief therapy; and (e) program development, and we clarified the features of each service. A result of this study showed that there were many studies in psychological assessment and psychological intervention while there was less study in grief therapy and program development. Finally, importance of exploring studies in End-of-Life Care was discussed in terms of that clinical practices were based on clinical psychological studies.

Keywords: cancer patient, clinical psychologist, End-of-Life Care, palliative care

背景と目的

わが国のがん・緩和医療（以下、がん医療）において、臨床心理士や心理職（以下、心理士）が全国にどのくらいおり、どこでどのような業務や研修を行い、どのような問題意識を持っているのだろうか。この疑問に答えるために、筆者らは実態調査を行い、量的及び質的分析を試みた（兒玉・品川・内野, 2007; 兒玉・栗田・品川・中岡, 2008）。その結果、彼らの多くは、がん診療連携地域拠点病院（以下、がん拠点病院）に指定された350余の大規模総合病院・国公立がんセンター・大学病院や、150近くのホスピス・緩和ケア病棟などに所属し、緩和ケアチームの一員として患者・家族の面接、コンサルテーション、心理教育など多様な活動に従事していることがわかった。その数は、実態調査や関連学会等の研修会参加状況から、2008年末の時点で常勤非常勤を含め300名以上と推計され、この数年で急速に増加している。

ところで、「医療現場の臨床心理士支援のための病学連携の試み」という筆者らの研究プロジェクト（以下、ブリッジ・プロジェクト <http://home.hiroshima-u.ac.jp/r740532/bridge/>）において、がん医療現場の心理士の研究支援は重要なテーマである。わが国のがん医療現場の心理士による臨床心理学的研究はどのようなテーマや方法で行われ、どのような成果が得られ、そこにどのような研究上の課題があるだろうか。この疑問に答える試みのひとつとして、本稿では、わが国のがん医療現場の心理士による臨床心理学的な研究を展望する。

Haley, Larson, Kasl-Godley, & Neimayer (2003)は、がんをはじめとする進行性難病の初期から提供される緩和ケア (Palliative Care) 及び余命半年の患者に提供されるホスピスケア (Hospice Care) から成るエンドオブライフケア (End-of-Life Care) における心理学者の役割に関する研究を展望している。米国では、この分野の多職種からなる医療チーム interdisciplinary team に所属している心理学者はソーシャルワーカーに比してかなり少ないという。その理由として、心理学者の業務は医療保険による診療報酬の対象にならないこと、この分野の心理学者の養成カリキュラムが少ないことなどを挙げている。しかし、彼らは、米国で HIV/AIDS で心理学者が縦横無尽に活躍してきたことを考えれば、この分野の心理学者の将来は大いに期待できる、と述べている。彼らは、エンドオブライフケアにおいて心理学的介入が必要な時期として、①発症前、②病気の診断と治療開始、③病気の進行と死にゆく過程、④患者の死と離別の4つの時期を挙げている。そのうえで、心理学者の主な業務として、①心理学的アセスメント、②患者・家族のための心理学的介入、③医療チームメンバーのコンサルテーション及びサポート、④グリーフセラピー、⑤研修プログラムの開発と評価、と5つを挙げ、それぞれに関する研究を紹介している。

そこで、本稿では、この5つの業務について、わが国ではどのような対象に、どのような目的や方法で臨床心理学的な研究が行われ、どのような成果が得られているかを展望するとともに、どのような研究上の課題があるかを明らかにすることを目的とする。

方 法

心理士が単著あるいは筆頭著者として執筆したがん医療、緩和ケア、ホスピスケアに関する臨床心理学的な研究論文（雑誌論文及び単行本）のうち、2000年以降に発表されたものを収集し、本研究の目的に沿ったものに限定して、分析の対象とした。なお、学会抄録集や発表論文集の論文、公開されていない卒業論文・修士論文・博士論文、さらに雑誌に掲載された論文でも技法や研究の紹介やエッセイ等は除いた。また、ブリッジ・プロジェクトの趣旨に沿い、日本心理臨床学会員でも、主たる立場が医師や看護師等の非心理士によるカウンセリングや精神療法の研究も分析から除いた。

結果と考察

心理学的アセスメント

心理士ががん患者・家族に対して臨床心理的援助を行うには、目の前の患者・家族がどのような心理的苦痛や心理的困難を体験しているかを正確かつ速やかに理解する必要がある。そのためには、がん患者・家族の苦痛や困難を理解する臨床心理学的な枠組みが求められる。この分野のパイオニアのひとり小池(2001, 2008)は、一貫して「がんの臨床経過と心理的問題」モデルを提唱している。患者・家族は、「がんを疑う」、「受診・精査」、「診断」、「初期治療」、「再発・転移」といった局面で、それぞれ特有の臨床心理的問題に直面する。したがって、心理士は、患者・家族ががんの臨床経過に沿って直面する一般的な心理的問題を熟知しておく必要がある。緩和ケアチームでは、心理学的アセスメントの他に、患者の身体医学的、精神医学的、看護学的、社会福祉的など総合的アセスメントが行われ、他職種も心理面に関心が深い。それだけに、心理士にはより高度な心理的アセスメント

ントを提供することが期待される。米国でオンコロジーソーシャルワーカー (oncology social worker: OSW) として活躍した後、静岡がんセンターで心理療法士として活躍している栗原 (2005b, 2008) は、「病気の経過と心理社会的危機」モデルを提唱している。栗原は、がん患者の病気の経過、すなわち「初診断」、「治療開始」、「治療終了」、「再発・転移」、「積極的抗がん治療の中止」といった病期、あるいは「がん治療中心の生活への突入」、「がん治療中心の生活」、「がん治療終了後の生活」、「サバイバーとしての生活」といった生活の変化に即して、患者・家族の心身のつらさや心理社会的課題を理解し、患者・家族とのカウンセリングを通して内なる対話の支援を行い、心理社会的アセスメントに基づいた生活の配慮や環境への働きかけを行うのが、心理士の役割だと述べている。この二つのモデルは、国立がんセンター東病院、静岡がんセンターといずれもがん専門病院での心理臨床の経験に基づいている。これに対し、がんセンター以外のがん拠点病院等で働く心理士によるがん患者・家族を理解する心理学的枠組みはまだ現れていない。がん専門病院でもなく、緩和ケア病棟もないがん拠点病院等で働く心理士にとって、おそらく小池や栗原のモデルとはかなり異なる枠組みが必要なのではないかと思われる。

がん患者の心理的アセスメントにおいて、精神科心理臨床と同様に知能検査や人格検査も用いられているが、患者が末期となり心身が衰弱すると心理検査の施行は困難になり、代わりに観察法や面接法によるアセスメントの比重が大きくなる。その際、面接関係の深浅によって見えてくる問題が異なってくる。そこで、アセスメントのためにも、患者と速やかに信頼関係をつくる高度な面接技術が心理士には求められる (三木, 2006)。

ところで、サイコオンコロジー (精神腫瘍学) の分野では、がん患者・家族のアセスメントのために質問紙の開発が試みられている。岩満・下田 (2003) は、がん患者に見られる「否定的感情の抑制傾向」を質問紙で測定し、この傾向と心理的苦痛の関連を明らかにし、この傾向を変容させるための心理療法を紹介している。平井・鈴木・恒藤・池永・茅根・川辺・柏木 (2001) や、平井 (2002)、平井・鈴木・恒藤・池永・柏木哲夫 (2002) は、ストレス心理学の立場から、末期がん患者の心理的適応に関連する心理的要因を明らかにするため精力的に実証的研究を進めている。とくに、がん患者のセルフエフィカシーを測定する尺度を、ホスピスの末期がん患者を対象とした質問紙及び面接調査で開発し、セルフエフィカシーを向上させることががん患者の心理的適応を向上させることを示唆している。大学教員である平井の一連の研究は、わが国の緩和医療のパイオニアのひとり柏木哲夫ら緩和ケア専門医たちとの共同研究として行われている。したがって、本稿で紹介するのはいささかためられるが、がんセンターや大学病院の心理士にとって、多職種の共同研究のひとつのモデルとして大いに参考になるだろう。

患者・家族のための心理学的介入

心理士の役割論 具体的な介入の研究に入る前に、がん医療における心理士の役割論を紹介する。他の医療分野と同じく、がん医療でも心理士の役割は、他の専門職と異なり多様でありまいである。小池 (2001, 2002) は、がん専門病院の緩和ケア病棟の「患者家族相談室」で電話相談と面接相談を担当した経験から、心理士は、①がんの臨床経過に即した患者心理を理解する、②カウンセリングを求めない患者にカウンセリングを行う技術や柔軟な対応を身につける、③家族の問題に対するた

めのソーシャルワークをはじめとする人間関係の援助技術も必要、と述べている。また、わが国の心理臨床の黎明期から現在まできわめて長い臨床経験を有する藤土(2002)も、心理士は「落穂拾い」、「隙間産業」、「黒子」などと呼ばれる、一見非専門的な役割を引き受ける柔軟な思考と態度が重要であることを強調している。大木(2000)は、サイコオンコロジーの立場から、心理士の特徴として、①患者家族と医療関係者の間で責任ある中間的立場で動くことができる、②精神医学的診断のつかない患者も様々な心理学的技法を用いて支援できる、③患者・家族にどう接していいか医師や看護師にアドバイスできる、などを挙げている。「責任ある中間的立場」が取れる心理士になるには、多くの経験を要するだろう。最近の心理士の多くは緩和ケアチームに属して活動しており、上記のベテラン心理士の時代よりもなお一層他職種と緊密な連携を求められているが、先輩たちの役割論を若い心理士はどのように受け止めるだろうか。ところで、長谷川(2007)は、大学病院の精神科所属の心理士として緩和ケアチームの一員となり、チームスタッフおよび患者・家族に心理士とは何をする者かを理解してもらうためにさまざまな取り組みをしたことを報告している。長谷川によると、精神科医による紹介ではなく、チームの一員として最初からかかわる方が患者・家族の抵抗が少な

いという。今後も、こうした実践的役割論が数多く報告されることを期待したい。

事例報告・事例研究 心理士同士で患者のアセスメントやカウンセリング・心理療法について学ぶ合うには、事例報告や事例研究に勝るものはない。緩和ケア病棟の専任心理士になって間もない頃の長友(2002)は、40代と70代の末期肺がんの女性患者との対話を紹介し、患者・家族から学んだことを率直に記述し、心理士として末期がん患者・家族を援助できるかどうか模索している。その4年後、長友(2006)は、脳・骨転移した50代末期肺がんの女性患者との面接経過を詳細に報告し、患者が訴えるスピリチュアルペイン、答えのない問いに心理士としてどうかわるかを考察しているが、この間の長友の心理的援助論の深まりを感じる。長谷川・待鳥(2002)では、40代末期結腸がんの男性患者に対する女性心理士の12回の面接課程が詳細に報告され、最後に、このケースのスーパーヴァイザーのコメントが付されている。そのコメントでは、末期がん患者の事例のスーパーヴィジョンでは、患者の語りをどのように理解するだけでなく、心理士の喪の作業を援助することが大切であると述べられている。この分野でのスーパーヴィジョンのあり方は、今後大いに論じられる必要があろう。飯田(2006)は、3歳白血病患儿が亡くなるまで毎日病室を訪問し、子どもが生きている証を両親とともに探し、希望を支えた親面接の経過を詳細に報告している。この分野の中でもがん患儿の親への心理的援助は死別後も含めてきわめて重要だが非常に困難な作業であり、このテーマに関する報告がもっと増えることを期待したい。ところで、ここで紹介した長友から飯田までの論文は、いずれも単行本に掲載された事例報告であり、学術雑誌の事例研究論文の形式にはなっていない。筆者らは、2008年からこの分野の心理士による事例検討会を合宿形式で始めたが、そこでは事例研究論文と呼ぶにふさわしい発表も見られる。また、日本心理臨床学会でも、本格的な事例研究が発表されている。したがって、特定のテーマに関して先行研究と比較検討した深い考察を伴う、いわゆる事例研究論文が学会誌をにぎわす日も近いだろう。

多様な心理療法の試み これまで紹介してきた事例報告や事例研究は、特定の立場を標榜しない臨

床心理面接が多かった。それに対し、他の分野で開発された特定の心理療法の技法をがん患者に適用し、その効果を検討した研究がある。渋谷・斉藤・菊池・高岡(2006)は、主に肺がんの末期患者36名に対してバイオフィードバック法を併用したサイモントンのイメージ療法を行い、その効果を質問紙調査に基づき、患者が最後まで病氣と闘い、精神の安定、症状の軽減をもたらしたと報告している。安藤(2005)は、末期子宮頸がん患者に対して回想法による認知療法を行った結果、ファイティングスピリットを持ち、感情表出や日常生活行動の活発化を促すなどの効果があったことを事例研究を通して明らかにしている。辻・廣瀬・平石・長谷川・木村・小牧(2005)は、50代の乳がん患者の個人心理療法において、未完結の感情を終結させ新しい生き方を確立させる再決断療法的なワークを取り入れた事例を報告し、その有効性を検討している。

今後、多様な心理士がこの分野に参入すればするほど、多様な技法ががん患者へ適用されるだろうし、こうした研究はこれからも数多く発表されるだろう。その際、その技法がそのがん患者のその問題にもっともふさわしい技法であるかが事前に十分検討されること、患者に対して十分な説明をしたうえで同意が得られていることなど倫理的な配慮を十分行ってほしい。また、効果評価研究においては、可能ならば単一事例ではなく、渋谷他(2006)のように統計的検定に耐えうる事例数で、しかも統制群を設定した研究デザインの基で行われることが望ましい。ただし、心理臨床の現場では、特定の心理療法が単独で治療効果をあげるというより、他職種を含めたいくつもの心理的介入の組み合わせによって成果があがる場合がほとんどである。とくに、緩和ケアチームの一員である臨床心理士が末期がん患者に対して心理的援助を行う場合は、そう考えた方が安全である。したがって、心理療法の効果研究も、他の心理的介入も考慮しながら、直線的因果論ではなく多くの要因を考慮した円環的思考で検討していくのが望ましいと思われる。

グループアプローチ 心理士による心理学的介入では、個人カウンセリング・心理療法だけでなく、グループアプローチも重要である。米国で生まれ、わが国でも全国規模で展開されているがん患者・家族のためのサポートグループ「がんを知って歩む会」の活動について、小池(2006)はファシリテーター研修のあり方について、藤土(2005, 2006)はグループを通しての患者・家族の理解のあり方について考察している。加藤(2006)は、地域の乳がん患者会の活動を紹介し、セルフヘルプグループにおいてメンバーのエンパワメントとグループの発展に心理士が果たすべき役割を考察している。小池・福井・神谷(2002)は、がん患者の精神的負担を軽減するための心理社会的介入として米国で開発されたグループ療法(Fawzyモデル)を日本人の乳がん患者に実施した結果、日本人の乳がん患者により適したFawzyモデルの修正版を提案している。小池・福井・神谷(2003)は、Fawzyモデルの修正版のグループ療法を初発乳がん患者対象に行い、精神的負担の軽減とコーピングの改善において効果があることを質問紙法で確認した。塗師・松原・原田・磯部・佐高・今川(2005)は、男性肺がん患者に対して心理教育プログラムと短期グループ精神療法を併用し、質問紙法でその有効性を確認している。これらは、グループアプローチの本格的な効果研究で、今後の効果評価研究のモデルとなるであろう。これほど本格的とはいえないが、若い心理士たちによって、グループアプローチに関する基礎的研究がいくつか報告されており、心強い(遠藤, 2005; 中村・河瀬, 2007; 都能・村山, 2005)。

医療チームメンバーのコンサルテーション及びサポート

兒玉他(2007)や兒玉他(2008)で示したように、緩和ケアチームの他職種からのコンサルテーションに応じたり、彼らをサポートすることは、わが国の心理士の重要な業務となっている。福澤(2002, 2005)は、総合病院の心理療法学科での臨床実践を通して、看護師の無力感、罪悪感、燃え尽きなどに言及しながら、心理士による看護師の後方支援のありかたとして、デスクカンファをグリーンワークに、また看護師のメンタルヘルスのために看護研修を活用するなど具体的に述べている。服巻(2002, 2006, 2008)は、コミュニティ心理学の観点も取り入れながら、心理士が緩和ケア病棟の看護師をはじめとする他職種スタッフを支える方法を個別的なスタッフケアや組織的なチームケアのあり方について具体的に紹介している。山田・野島(2002)は、ターミナルケアにおける看護師が患者と死別後に示す悲嘆と対処行動の関連を調査しているが、これも広い意味での心理士によるスタッフサポートであろう。岩満・和田・平山(2007)は、心理士の立場から、緩和ケアにおける患者・家族と医療者間の信頼関係に果たすコミュニケーションスキルの重要性について述べ、患者・家族との関係だけでなく、医療職種間のコミュニケーションを促すのも心理士の重要な役割であるとしている。実際、がん医療の現場では、医療従事者のコミュニケーションスキルの研修で、心理士が重要な役割を果たしていることも少なくない。

グリーフセラピー

緩和ケアでは、対象喪失の受容、死別に伴う悲嘆からの回復は重要な課題である(Humphrey & Zimpfer, 2008)。しかし、今回の検索では、親ががん患者でその子どもに親の死をどう伝えるかという問題についての論考(小池, 2002)以外に、本格的な研究が見当たらなかった。医師や看護師によるグリーフに関する研究が多いのに対し、なぜ心理士のこのテーマに関する研究は少ないのだろうか。その理由として、がん医療現場の心理士は所属する病院で患者の死別後も遺族と会い続ける機会が少ないことが考えられる。しかし、いくつかのがんセンターでは、遺族会を定例的に開いていると聞くので、いずれ長期的に遺族支援を行った実践報告やそれに基づく研究も現れるだろう。

研修プログラムの開発と評価 現在のところ、わが国の臨床心理士養成指定・専門職大学院あるいはその博士課程においては、がん医療現場の心理士を養成・支援するカリキュラムやプログラムは見当たらない。そこで、兒玉他(2007, 2008)の調査で明らかになったように、がん医療現場の心理士の多くは、日本心理臨床学会、日本臨床心理士会、日本サイコオンコロジー学会、日本緩和医療学会等が主催するワークショップや研修会が主な研修機会となっている。ただし、こうした研修機会は、相互のつながりがなく、決して有機的に機能しているとは言えない。今後、系統的な研修体制を構築していくためには、それぞれの研修機会の特徴と相互の連携を点検していく必要がある。その意味で、次の報告は貴重である。栗原(2004)は、ホスピス・緩和ケア施設における「心理社会的サポート専門職(コメディカル)を対象に相互サポートネットワークや研修へのニーズ調査を行った。その結果に基づき、栗原(2005)は、「心理社会的サポート・スタッフのための1日ワークショップ」を行った。主な参加者は、チャプレン、ソーシャルワーカー、心理士、音楽療法士であった。このワークショップは、平成17年度も行われたが、その後、上記学会等での研修活動が活発になったので、発展的に解消している。ただし、学会等での研修には、このような詳細な報告とそ

の成果の考察は加えられていない。研修機会をつねに冷静に分析し、参加者の刻々変わるニーズに合わせて修正していくために、こうした研究報告が地道に積み重ねられる必要がある。

結 語

本稿では、筆者たちのブリッジ・プロジェクトのターゲットであるがん医療現場の心理士が執筆した最近の論文に限定したために分析対象が少なく、いささか寂しい結果となったが、これもひとつの現実と受けとめたい。この分野に参入している心理士は年齢的にも若く臨床経験が浅い者がほとんどであり、日々の臨床実践に追われて研究論文を執筆する余裕がないのだろう。しかし、医療の領域で、実証的研究に基づかない臨床実践はありえず、公表された実証的研究が少ないことはその臨床実践に対する社会的評価にも影響を与えかねない。ただし、大学院で修士論文や博士論文を書いた多くの心理士がこの分野にいるということは、必ずや本格的な臨床心理学的研究が行われ、それを基に執筆された優れた研究論文が多くの学会雑誌に掲載される日が必ず来るに違いない。そうなれば、甲乙つけがたい良質の研究論文が多すぎてどれを紹介したらよいか展望論文の著者を悩ませるであろうし、ぜひそうなってほしいものである。

注1) 本研究は、平成20年度日本学術振興会科学研究補助金基盤研究(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」の一環として行われた。

注2) 大学大学院教育学研究科博士課程前期の木時慶也君、館野一宏君、同後期の蒲池和明君には文献収集等に協力いただいた。ここに記して謝意を表したい。

引用文献

- 安藤満代(2005). がん患者に対する回想法に基づいた認知療法の有用性の検討 健康心理学研究, 18, 53-64.
- 遠藤公久(2005). がん患者への社会的支援介入の試み ストレス科学, 19, 219-221.
- 藤土圭三(2002). 戦後の心理臨床と緩和ケアへの導入について 三木浩司(監) 死をみるころ生を聴くころ 木星舎 pp. 3-18.
- 藤土圭三(2005). がん患者とその家族へのグループ・アプローチについての一検討 広島文教女子大学紀要 40, 83-91.
- 藤土圭三(2006). がん患者とその家族へのグループアプローチ 三木浩司(監) 死をみるころ生を聴くころ II 木星舎 pp. 116-127.
- 福澤理香(2002). 緩和ケアのエントランス 三木浩司(監) 死をみるころ生を聴くころ 木星舎 pp. 33-44.
- 福原理香(2005). 緩和ケアチームにおける臨床心理士 臨床心理学, 5, 186-191.
- 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.

- 長谷川伸江・待鳥浩治司 (2002). ある末期患者との面接 三木浩司 (監) 死をみるころ生を聴くころ 木星舎 pp. 84-117.
- 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.
- 服巻 豊 (2002). スタッフを支える 三木浩司 (監) 死をみるころ生を聴くころ 木星舎 pp. 131-146.
- 服巻 豊 (2006). 緩和ケア病棟スタッフへの提案 三木浩司 (監) 死をみるころ生を聴くころ II 木星舎 pp. 23-34.
- 服巻豊 (2008). がん医療におけるスタッフのサポート 臨床心理学 8, 829-834.
- 平井 啓・鈴木要子・坂口幸弘・恒藤暁・池永昌之・田村恵子・柏木哲夫 (2001). 末期がん患者の心理的適応におけるソーシャル・サポートの影響に関する研究 ターミナルケア, 11, 292-296.
- 平井 啓・鈴木要子・恒藤 暁・池永昌之・茅根義和・川辺圭一・柏木哲夫 (2001). 末期がん患者のセルフ・エフィカシー尺度開発の試み 心身医学, 41, 19-27.
- 平井 啓 (2002). 末期がん患者の心理的適応に関する研究 人間科学研究, 4, 29-41.
- 平井 啓・鈴木要子・恒藤 暁・池永昌之・柏木哲夫 (2002). 末期がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応の時系列的変化に関する研究 心身医学, 42, 111-118.
- 平井 啓・保坂 隆 (2003). がん患者のグループ療法の現状と課題—総論 緩和医療学, 5, 1-7.
- 平田聖子・野島一彦 (2003). 緩和ケア病棟に入院する末期がん患者の心理過程に関する研究 九州大学心理学研究, 4, 335-342.
- Humphrey, G. M., & Zimfer, D. G (2008). *Counseling for Grief and Bereavement. Second Edition*. London: Sage Publication.
- 飯田昌子 (2006). 末期患児の親への心理的援助 三木浩司 (監) 死をみるころ生を聴くころ II 木星舎 pp. 91-104.
- 岩満優美・下田和孝 (2003). タイプCパーソナリティと感情抑制 保坂 隆 (編) サイコオンコロジー 現代のエスプリ 426 至文堂 pp. 47-52.
- 岩満優美・和田芽衣・平山賀美 (2007). 緩和医療におけるコミュニケーション 臨床心理士の立場から 緩和医療学, 9, 8-13.
- 加藤真樹子 (2006). セルヘルプグループの展開とエンパワメント 三木浩司 (監) 死をみるころ生を聴くころ II 木星舎 pp. 130-146.
- 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) 広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要, 6, 129-137.
- 兒玉憲一・栗田智未・品川由佳・中岡千幸 (2008). 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) 広島大学大学院教育学研究科紀要第三部 (教育人間科学関連領域), 57, 141-149.

- 小池眞規子(2001). 終末期医療といのちーがんと緩和ケア 成田善弘・矢永由里子(編) 医療の中の心理臨床 培風館 pp.125-162.
- 小池眞規子・福井小紀子・神谷昌枝(2002). 術後早期乳がん患者のためのグループ療法に関する研究 目白大学人間社会学部紀要, 2, 43-55.
- 小池眞規子(2002a). 医療現場における心理士の独自性 三木浩司(監) 死をみるころ生を聴くころ 木星舎 pp. 19-27.
- 小池眞規子(2002b). 子どもに死を伝える 三木浩司(監) 死をみるころ生を聴くころ 木星舎 pp.123-130.
- 小池眞規子・福井小紀子・神谷昌枝(2003). がん患者に対する心理教育的介入の有効性の検討 目白大学人間社会学部紀要, 3, 35-50.
- 小池眞規子(2006). 「がんを知って歩む会」 三木浩司(監) 死をみるころ生を聴くころ II 木星舎 pp.107-115.
- 小池眞規子(2008). がん医療での見立てとアセスメント 臨床心理学, 8, 789-790.
- 栗原幸江(2004). ホスピス・緩和ケア施設における「心理社会的サポート専門職(コメディカル)の相互サポートネットワーク作りと継続ニーズ調査 平成15年度笹川医学医療財団研究報告書, pp.1-15.
- 栗原幸江(2005a). ホスピス・緩和ケア施設における「心理社会的サポート・スタッフ」の啓蒙・育成 平成16年度笹川医学医療財団研究報告書, pp.1-16.
- 栗原幸江(2005b). 再発した乳がん患者へのケア 心理療法士の役割 臨牀看護, 31, 1057-1061.
- 栗原幸江(2008). がん患者の生活への配慮 臨床心理学, 8, 835-840.
- 三木浩司(2006). 緩和医療における心理療法の技法 三木浩司(監) 死をみるころ生を聴くころ II 木星舎 pp.11-22.
- 長友隆一郎(2002). 末期患者の心理的援助の可能性 三木浩司(監) 死をみるころ生を聴くころ 木星舎 pp.59-83.
- 長友隆一郎(2006). 様々な苦痛を訴えつづけた患者との関わり 三木浩司(監) 死をみるころ生を聴くころ II 木星舎 pp.68-90.
- 中村千珠・河瀬雅紀(2007). がん患者への心理的サポートプログラム作成に向けての基礎的研究 心身医学研究, 47, 111-121.
- 大木桃代(2000). サイコオンコロジーにおける患者支援 岡堂哲雄(編) 別冊現代のエスプリ 患者の心理 至文堂 pp.119-131.
- 渋谷節子・斉藤 巖・菊池浩光・高岡和夫(2006). 末期癌患者に対するイメージ療法の効果 心身医学, 46, 55-65.
- 塗師恵子・松原良次・原田眞雄・磯部 宏・佐高晶子・今川民雄(2005). 肺がん患者に対する短期グループ療法の効果 精神医学 47, 1277-1283.
- 辻 裕美子・廣瀬一浩・平石 守・長谷川重夫・木村武彦・小牧 元(2005). 再決断療法を取り入れたがん患者の心理療法の研究 交流分析研究, 30, 34-40.
- 都能美智代・村山正治(2005). がん患者の短期型サポートグループ活動に関する面接調査 九州産

業大学大学院心理臨床研究, 1, 27-35.

山田淳子・野島一彦 (2002). ターミナルケアにおける死別後の悲嘆と対処行動に関する心理学的研究 九州大学心理学研究, 3, 217-227.