

医療領域での多職種協働における臨床心理職の課題

—臨床心理職に対するアンケート調査から—

臨床心理学コース・日本学術振興会

東京大学学生相談ネットワーク本部学生相談所

臨床心理学コース

同上

同上

同上

檜 原 潤

川 崎 隆

高 木 郁 彦

羽 澄 恵

能 登 眸

下 山 晴 彦

Examining Issues of Clinical Psychologists in Multidisciplinary Medical Teams:

From a Survey on Clinical Psychologists

Jun KASHIHARA, Ryu KAWASAKI, Fumihiko TAKAGI, Megumi HAZUMI,

Hitomi NOTO, and Haruhiko SHIMOYAMA

This study aimed to clarify issues faced by clinical psychologists in multidisciplinary medical teams. It examined three points: 1) the difficulties faced by clinical psychologists in multidisciplinary medical teams; 2) the skills and knowledge required in such teams; and 3) the areas in which graduate school education could be improved. The data used in the study was open data from surveys of clinical psychologists (N = 731). First, we conducted qualitative analysis of answers given to an open-ended question asking why collaboration among clinical psychologists remains undeveloped. Second, we conducted quantitative analysis of subjects' responses to questions about the knowledge and skills useful for collaboration, and how they acquired these skills. The results indicated that 1) the personal characteristics of clinical psychologists, such as how flexible and sociable they are, can cause difficulties in multidisciplinary collaboration, so these "non-professional" skills need to be specifically taught, 2) "assessment" and "psychotherapy" are useful skills, but are mainly acquired through practice, and 3) education on skills application needs to be provided in graduate school.

目 次

- 1 はじめに
- 2 データソース・分析対象
- 3 分析 1
 - A 目的
 - B 分析方法
 - C 結果
 - 1 〈非専門性〉
 - 2 〈専門性〉
 - 3 〈社会的背景〉
- D 考察
- 4 分析 2
 - A 目的
 - B 分析方法
 - C 結果

D 考察

5 総合考察

- A 臨床心理職がチーム医療に貢献する上での課題についての示唆
- B 限界と今後の展望

1 はじめに

近年、我が国における精神医療では多職種協働によるチーム医療の実践が基本とされるようになり、臨床心理職もまた心理の専門家として、医療領域を中心とした多職種協働に寄与することが期待されている^{1, 2)}。臨床心理職が多職種協働の実践において貢献できることは、心理療法・心理検査のみにとどまらず、生活を中心とした問題の機能分析や、専門職種間ある

いはクライアントと専門職間をつなぐ役割など、多岐に渡って挙げられており³⁾、臨床心理職を育てる大学院においても、多職種協働に関わるスキルとその教育の重要性が認識されつつある^{1, 4, 5, 6)}。

しかし、医療領域を中心に多職種協働の重要性についての認識が高まる一方で、多職種協働に必要なスキルや知識が臨床心理職に不足しているとする指摘も多く存在しており^{1, 7)}、同様の指摘は精神科医と心療内科医を対象とした近年のアンケート調査においてもなされている²⁾。こうした知識やスキルを補う機会として期待される大学院教育に目を転じて、多職種協働に関する卒前教育が不足していることや¹⁾、医療領域の多職種協働の現場に参入する実習が存在したとしても、ほとんどの学生が体当たりに実習を行い、協働に関する確固としたスキルや知識を得るに至っていないことが指摘されている⁸⁾。これらのスキル・知識の不足、それらを補う教育の不足を背景としてか、多くの臨床心理職が協働を行ううえでの困難を抱えていることを示唆するデータも存在する。臨床心理職1397名を対象とした下山(2012)のアンケート調査^{9, 10)}では、質問項目2-2「他の専門職との間で連携や協働が困難と感じる場合、その理由と思われるものを選んでください(9項目、複数回答可)」に対して、1341名がなんらかの選択肢を回答したことが示されており、高い割合の臨床心理職が協働になんらかの困難を感じていることがうかがえる。

以上を踏まえれば、臨床心理職が医療領域を中心として多職種協働により貢献できるようになることを目指す上では、多職種協働に必要なスキルや知識を拡充すること、その前提として大学院における多職種協働に関する教育を充実させること、の2点が重要な課題であると考えられる。しかし、これらの課題を具体的にどのように解決していくべきかという方向性は、先行研究から十分に示されているとはいえない。臨床心理士が身につけていくべきスキルや知識として先行研究で指摘されたものは、病院臨床で求められる心理療法のスキル¹⁾、医療者への教育を行うスキル²⁾、チームの構造を理解し機能的に働くスキル¹²⁾、疾病や病態などに関する医学的知識^{1, 13)}など非常に多岐にわたるが、これらの指摘はいずれも理論的考察や、トップダウン的に項目を設定した質問紙調査に基づいたものにとどまっている。また、上述した下山(2012)のアンケート調査⁹⁾における質問項目2-2(連携や協働が困難と感じる理由)においても、「自分の能力や知識の不足」「臨床心理職の役割が不明確」「連携

や協働のための体制が整っていない」という選択肢に40%以上の回答者数が集中してはいたものの、それらの回答からは困難の具体的内容や詳細(例えば、どのような能力や知識の不足が困難を招いているのか)を知ることはできない。そのため、臨床心理職が実際にどのような点に困難を抱えているか、先行研究で指摘されたスキルや知識が困難の解消に確かに結びつくものであるか、という点は明らかとなっていない。また、多職種協働に関する大学院教育が不十分だとする指摘も、理論的考察や特定の事例に基づいたものにとどまっている^{1, 8)}。

以上の問題意識に基づき、本研究は臨床心理職に対するアンケート調査⁹⁾から得られた自由記述・量的データを用い、医療領域を中心とした多職種協働の実践に臨床心理職が貢献する上での課題を探索的に明らかにすることとした。①臨床心理職が実際にどのような点に困難を抱えているか、②多職種協働に関して具体的にどのようなスキル・知識が必要なのか、③大学院教育についてどういった点に改善の余地があるのか、という3点を、現場の臨床心理職の観点に根ざしたデータから明らかにする。

2 データソース・分析対象

日本心理臨床学会特別課題研究「医療領域の多職種協働チームにおける臨床心理専門職の役割に関する研究」のウェブサイトにおいて、二次分析のために一般に公開されているデータ⁹⁾を用いた。このデータは、2012年3月に臨床心理職を対象として実施されたウェブアンケートに基づいたものであり、参加者は1397名(男性388名、女性1009名)であった。アンケートは、事前に研究の目的についての記載が提示され、上記ウェブサイト上に設置された回答フォームを通じて完全無記名・任意で行われ、回答者が不利益を被らないよう十分な倫理的配慮のもと実施されていた。アンケートの全体的構成は以下の通りである。フェイスシート(1.性別、2.年齢、3.活動する地方、4.臨床心理士資格有無)、1)現在の活動(1.資格取得後年数、2.所属機関の領域、3.現在臨床活動する領域、4.組織の構成)、2)連携や協働の現状(1.連携・協働の有無、2.連携・協働の困難な理由、3.連携・協働の難しさに対する対処)、3)協働に関する意見(1.臨床心理職の活動において多職種による協働チームの活動が発展しない理由、2.他職種から期待される臨床心理職の役割、3.他職種からどのように評価され

ていると思うか), 4) 今後の発展にむけての課題 (1. 連携・協働において役立った知識・技能, 2. 連携・協働で最も役立った技能をどこで学んだか, 3. 連携・協働の能力を発展させるため今後学びたいこと), 5) 現状に関する意見と将来にむけての要望 (1. 連携・協働の現状に関して思うこと, 2. 連携・協働の発展にむけて望むこと)。

下山 (2012) のアンケート⁹⁾ の参加者1397名について, 質問項目 1-3 「現在臨床活動する領域」の回答の内訳は, 「医療・保健領域」が739名, 「教育・学校領域」が330名, 「福祉領域」が147名, 「産業・労働領域」が75名, 「司法・法務・警察領域」が19名, 「その他」が60名, 「臨床活動をしていない」が21名, 無回答が6名であった。本研究では, 医療領域において臨床心理職が多職種協働の実践に貢献する上での課題を探索する, という目的を果たすために, 「現在臨床活動する領域」として「医療・保健領域」を挙げた739名のうち, 質問項目 2-1 「連携・協働の有無」において「連携も協働もしていない」と回答した8名を除く731名 (男性212名, 女性519名) のデータを分析対象とした。分析対象となった731名のうち, 85.23%が50歳未満であり, 84.27%が臨床心理士の資格取得後15年未満であると回答していたことから, 分析対象者のなかで中心となる層は中堅以下の年代の臨床心理職であると考えられた。

3 分析 1

A 目的

分析 1 では, 臨床心理職に対するアンケート調査⁹⁾ の自由記述データを用いて, 上記①を目的として質的分析を実施した。これにより, 上記①, ②, ③の目的に応じる考察を得ることを期待した。

B 分析方法

多職種協働の実践に関して臨床心理職が実際にどのような点に困難を抱えているかを, 現場で活動する臨床心理職の体験に根ざして検討するため, 下山 (2012) のアンケート⁹⁾ 内の質問項目 3-1 「一般的に, 臨床心理職の活動では多職種による協働チームの活動は発展していません。その理由と考えられることを選んでください (6項目, 複数回答可)」において「その他」の回答として記入された自由記述データを分析に用いた。この設問に対する回答分布は, 多い順に「チーム内における臨床心理職の役割が不明確 (63.34%)」「協

働のための知識やスキルの不足 (60.88%)」「個人療法の重視 (44.87%)」「臨床心理職の国家資格がない (46.51%)」「臨床心理学に協働のためのモデルがない (30.78%)」「その他 (10.53%)」となっていた。「チーム内における臨床心理職の役割が不明確」「協働のための知識やスキルの不足」といった, 他職種の視点から課題として指摘されてきたもの⁷⁾ と同様の内容に回答が集中していたことがわかるが, それと同時に分析対象者数の1割以上にのぼる77名 (男性31名, 女性46名; 50歳未満77.9%; 資格取得後15年未満85.7%) が「その他」の自由記述を記入しており, 設定された回答項目の範囲を越えた意見が相当数示されていることがうかがえる。これらの自由記述の平均文字数は80.32字 (SD=71.61; 合計6185字) と比較的に長いものであることから, これらの自由記述には, 協働において臨床心理職が抱える困難の詳細や, 従来の指摘, 設定された回答項目では説明しきれない内容が数多く表されていることが期待できる。

上記の自由記述77件を対象に, グラウンデッド・セオリー法¹⁴⁾ と合議的質的研究法¹⁵⁾ を援用したカテゴリ分析を行った。個人の分析作業を合議で検討することによって, 分析の質の向上を図った。分析は, 臨床心理学を専門とする5名¹⁶⁾ が3ヶ月間, 毎週1回のペースで研究会を行い, 合議による分析に基づいてモデルを生成した。分析上の問いは「心理職の活動において協働が発展しない理由としてどのようなものが挙げられているか」とした。分析の手順は, ①事前に各自が分析対象の記述を読み込む, ②事前に各自が記述にコードを付す, ③分析者全員で各自の作成したコードを共有し記述をよく表現するコード名を合議, コードを決定する, ④分析者全員で決定コードを意味内容で分類し下位概念を生成する, ⑤分析者全員で下位概念の関係から上位概念・カテゴリを生成する, という5段階からなる分析を行った。さらに, これらの段階を経て生成されたコード, 概念, カテゴリについて, 臨床心理学を専門とする3名¹⁷⁾ で, 上位の生成物は下位をよく表しているか, 下位は上位を構成するものとして妥当か, 同レベルのそれぞれは独立して生成されるのが妥当か等, 理論的整合性を検証し, 精緻化を行った。

C 結果

上記方法を用いて分析した結果, 130のコードが生成され, 11の概念, 3つのカテゴリに分類された (表1)。表1はカテゴリ, カテゴリを構成する概念, カ

表 1. 多職種協働における心理職の位置づけ・発展の阻害因

カテゴリ	概念	回答例
非専門性 (43)	社会性不足 (13)	臨床心理士に社会性や常識の低い者が多い／社会性やバランス感覚の不足などが目立つ／社会人としての基本、謙虚さもかけていると思う／まずは人としての社交性、社会性が大事…／臨床心理士のプライドが高い／不適切なプライド (特に若手)
	非柔軟性 (14)	積極性の圧倒的な不足。引っ込み思案／隙間、あるいはオーバーラップする仕事に関して、心理の仕事ではないととらえる人が多い／心理職は密室で狭量な仕事をする人が多い／協働や連携の場合は、精神療法などの基本的な枠組みに柔軟性を持たせる必要があり、それらにとらわれ過ぎないことも必要と考えています
	説明不足 (9)	臨床心理士のコミュニケーション能力の不足／コミュニケーション能力の欠如／対人関係能力／他職種と上手く連携しようとする気持ちやコミュニケーション能力の不足／「心を専門的に扱うこと」についての他の専門職の理解が少なく、我々の説明も足りない
	無関心 (7)	他職種の専門性への理解が臨床心理士にも少ないような気がします／様々な職種の人が関わっている事に無関心な面が心理士にあるのではないかと感じます／心理士の仕事だけが特別と思い、他職種に学ぼうとする姿勢が少ないこと
専門性 (35)	個人志向 (6)	個人療法や心理アセスメントをやっているとどうしても一人仕事になる／個人療法一辺倒になって、協働の機会や発想自体が足りない
	説明困難 (11)	臨床心理士の仕事内容を伝えるのが難しい／どのようなことをやっている職種なのかということが、他職種からは見えにくいと思う／心理士が医療領域において、何をどこまでできるのか、というところが、自身も雇用主も曖昧になっている／共通の言語で話ができない
	知識不足 (13)	福祉や病気についての知識の不足／一般病院では医学の基礎知識がかなり必要とされるが、それに乏しい／他職種の役割や専門性に関する知識の不足／ある意味「協働のための知識」は必要
	守秘義務観 (5)	意味が明確でない「守秘義務」の考え／守秘義務の存在と、その正確な認識の不足／守秘義務とチーム内での情報の共有のバランスの取り方／開示と非開示の線引きをしにくい
社会的背景 (48)	教育 (14)	大学院教育課程で十分に学ぶ場がない／臨床心理士養成大学院での教育内容が質量ともに不足／大学院教育で協働について具体的に示されることがないため／臨床心理職側の受けている教育や問題意識の差異が激しく、知識やスキルがきわめて不均等／研修期間がない／学部で協働について学ぶ機会が少ない／大学院教育で、協働について教えることのできる教員が不足している
	社会システム (16)	診療報酬上で経営に反映・貢献できない／経済性も効率も悪いので、権限を与えられない／非常勤掛け持ちの場合が多い。決まった仕事以外のことに手を広げられない／国家資格でないことで、専門職として、他職種と対等にかかわることが難しい／臨床心理士の人数が少ないので…十分な人数の配置が必要
	組織 (18)	組織そのものに、協働という明確なビジョンがまだない／所属する組織の一部に、連携や協働を図る土壌や文化が形成されていない／(他職種) それぞれ「患者の心理」に対峙するスキルをもってれば、臨床心理士がいなくてもよいからでは／他職種が…臨床心理士の機能について基本的な理解ができていない／心理職への理解がないため、他職種が敬遠する
その他 (4)	その他 (4)	特に困難を感じていない／一概に病院といっても、それぞれの病院が持つ雰囲気、風土、その中での人間関係、価値観、考え方などによっても、協働チームのしやすさなどが左右されてしまうと思う

テゴリ¹⁾の回答例を示したもので構成されている。カテゴリ²⁾, 概念の後ろにある数字はそれらを構成するコードの総数を表している。なお, 回答には「困難は感じない」等のように問いへの直接的回答でないものもあり, それらは「その他」としてまとめた。〈 〉で表記されたものはカテゴリ, 【 】で表記されたものは概念, 「 」内の斜字体で表記されたものは具体例を表している。

1 〈非専門性〉

このカテゴリは社会性の不足や柔軟性の不足等, 専門性以前の「他者と関わる能力」に関連し, 以下の4つの概念から生成した。

第1の概念である【社会性不足】は, 「*臨床心理職に社会性や常識の低い者が多い*」, 「*まずは人としての社会性, 社交性*」等のように, 精神科医療領域や多職種協働等の特異性の前段階となる, 人と人が協力する上で不可欠な性質または経験の不足を示す概念である。「*プライドと学歴だけが高*」い, 「*お高くとまっている*」等のように, 不適切なプライドの高さを挙げている回答も散見された。「社会性」という言葉は極めて多義的であるが, ここでは, 挨拶を怠らない等に代表される尊重や礼節に関連する語義であると推察される。

第2の概念である【非柔軟性】は, 「*密室で狭量な仕事をする*」「*隙間やオーバーラップする仕事に関して, 心理の仕事ではない*」と, 専門の仕事に固執し非専門の仕事に関して消極的であることを示す概念である。狭間の仕事に関する消極性は「*引っ込み思案*」という印象を他職種に与えかねない。

第3の概念である【説明不足】は, 「*どのようなことをやっているのか (中略), そこに発信する臨床心理職も少ない*」と, 仕事内容の説明不足を示す概念である。その理由として, 伝える内容が難しいことと伝える能力に乏しいことが考えられるが, ここでは, 「*コミュニケーション能力の不足*」「*心理職自体のコミュニケーション能力の欠如*」というように, 後者の能力不足を示すものとする。

第4の概念である【無関心】は, 「*様々な職種の人が関わっていることに無関心な面が心理職にある*」「*心理職の仕事だけが特別*」と思い, *他職種に学ぶとする姿勢が少なく*」と, 心理職の他職種に対する無理解・無関心を示す概念である。

2 〈専門性〉

このカテゴリは守秘義務の観念や個人志向等, 協働の困難性に関わる臨床心理職の専門性に関連し, 以下の4つの概念から生成した。

第1の概念である【個人志向】は, 「*個人の内面を重視しすぎ*」, 「*面接ひとつとっても一人ではできないはずだが, 一人でできるという*」思いこみがあるといったように, 心理職の専門性の一つでもある個人療法の固執がかえって協働の阻害となっていることを示す概念である。個人療法そのものに問題があるのではなく, 個人療法と協働的活動の乖離が問題であり, 個人療法を協働に活かす視点が足りていないことを指摘する回答もあった。

第2の概念である【説明困難】は, 「*何をどこまでできるのか, というところが, 自身も雇用主も曖昧になっている*」, 「*仕事内容を伝えるのが難しい*」と心理職の職務内容が不明瞭あるいは行動として他職種に伝えづらいことを示す概念である。協働において各専門家はどのような専門性を以てチームに貢献するのかを明示し理解されることが必要であり, 例えば医者や看護師なら「*～という処置を実施した*」, 作業療法士なら「*～というプログラムを行った*」等の報告, 自身の役割を他職種へ伝えることが可能である。対して心理職は利用者の心理的側面にアプローチするという職務内容の性質上, 説明は困難である。

第3の概念である【知識不足】は, 「*他職種の役割や専門性に関する知識の不足*」, 「*医療領域の学びの質・量の乏しさ*」と, 近接領域の知識の不足を示す概念である。心理の専門性に関する知識の習得に拘泥してしまうと, これらの知識の習得が後手になることが推察される。

第4の概念である【守秘義務観】は, 「*守秘義務の存在と, その正確な認識の不足*」, 「*専門職チームのメンバーとの間ですら, 守秘義務を優先させる*」, 「*守秘義務とチーム内での情報の共有のバランスのとり方*」等, 守秘義務の不明確さ, 過遂行, 情報共有とのバランスなど, 守秘義務観念の取り扱いを誤ると, それが協働を妨げる一因となりうることを示す概念である。

3 〈社会的背景〉

〈非専門性〉及び〈専門性〉は心理職個人に関するものであるのに対して, 〈社会的背景〉は, 心理職をとりまく環境に関するカテゴリである。本研究で生成したもののうち48のコードは, 協働が発展しない理由を環境に帰属させている性質を有していた。〈社会的背景〉は, 【教育】, 【社会システム】, 【組織】の3つの概念で構成されている。

第1の概念である【教育】は, 「*大学院教育で協働について具体的に示されることがない*」, 「*受けてきている教育や問題意識の差異が激しく, 知識やスキルが*

きわめて不均等である」等、専門性を育てる大学院において協働が必須のものとして教えられていない、あるいは、大学院間でばらつきのあることを示唆する概念である。結果として臨床心理職全体に対する信頼を失墜させているものになっていると推察される。

第2の概念である【社会システム】は、「国家資格でないことで、専門職として、他職種と対等にかかわることが難しい」、「業務が、診療報酬上に反映されないため、経営的に、必要と判断されない」等、国家資格の未整備や、心理職を医療領域における多職種協働に位置づける法律の不在等の、現行の社会システムが困難のひとつとなっていることを指摘している。多職種協働場面における心理職の権限の低さの説明として、保険点数のつかない心理職を雇用することの診療報酬上のデメリットが、勤務時間の制限や、人員不足を導き、チーム内における心理職の権限のなさにつながっている、という仮説を挙げる回答もあった。

第3の概念である【組織】は、勤務する組織システムのレベルにおける困難を指摘している。「心理職に限らず、現職場では協働チーム活動の環境が整っていない」、「心理職への理解がないため、他職種が敬遠する」等、組織全体にチーム医療の意識がない場合には協働の実践が困難になると考えられる。また仮に協働の意識があったとしても、組織に心理職というものの知識やその利用方法を把握していない場合や、組織の取り組むタスクに心理職の有用性が見出せていない場合は、心理職としては協働のしづらさを感じることにすると推察される。

D 考察

分析1では、「心理職の活動において協働が発展しない理由」に関して、〈非専門性〉、〈専門性〉、〈社会的背景〉の3つのカテゴリが生成された。

〈非専門性〉は、【社会性不足】・【非柔軟性】・【説明不足】・【無関心】から構成される、専門性以前の、「他者と関係をもつ能力」に言及したカテゴリであった。多職種協働に求められる知識やスキルを考える際、先行研究では「心理の専門職として」どのような知識やスキルが必要かを調査し考察する研究がほとんどであった。しかし実際の現場においては〈非専門性〉が、専門職のスキルに並行あるいは先行して、改善が必要であることが示唆された。菊地（2013）は、「優れた専門職」であると同時に「優れたチームプレーヤー」であることの重要性を唱えている¹²⁾。〈非専門性〉は「優れた専門職」や「優れたチームプレーヤー」であ

ることの前提となる条件、「チームの一員となる」ための必要条件である。現場の心理職たちは自身の職能集団においてはこの大前提が不足していると考えていることが推察された。

〈専門性〉は、協働を困難にしている臨床心理職の専門性に言及したカテゴリであった。特に、医学的知識の不足や守秘義務の取り扱いが阻害因となることは先行研究でも指摘されることであり、本研究でも同様の視点が示唆された。医学的知識の不足も守秘義務の取り扱いも、チームにおける情報共有・情報交換を阻害する側面があると考えられる。医学的知識に関していえば、【教育】において指摘されたように、協働に関する教育の程度にはばらつきがあり、多職種協働での実践において必要とされる程度の協働の意識・知識を心理職が習得していない場合がある。これは、医療領域における共通言語は医学であることを踏まえると、協働を妨げる要因となっていると考えられる。臨床心理学的な視点や知識のみで、医学的視点や知識がないということはチーム内において一人異なる言語を使用しているようなものであり、協働を困難にさせる要因になると推察される。守秘義務に関していえば、守秘義務の観念が協働を困難にさせかねないのは、その概念そのものであるというより、他職種にも情報を伝えてはいけないのだという曲解された、柔軟性を欠いた【守秘義務観】であると推察される。岩満他（2009）の調査¹⁸⁾では、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」に対して医師が危惧を抱いていることが示唆されている。

しかしここで指摘される医学的知識の不足や守秘義務の取り扱い等の〈専門性〉は、協働の困難に即した文脈で生成された概念であり、協働を円滑にするためにはどのような知識・スキル、専門性が求められるのかに関しての直接的示唆とはなっていないことには留意が必要である。

〈社会的背景〉は、心理職を取り巻く環境的な協働の阻害因に言及したカテゴリであった。国家資格の未整備や、雇用時間の短さ、臨床心理職間の知識・スキルのばらつきは、確かに協働における権限の弱さを生み、協働を困難にさせているものであると考察される。しかし、〈社会的背景〉から臨床心理職に求められる知識・スキルやそのために大学院教育でできることを考察するのは、少なくとも本研究では、困難であると推察される。

以上分析1では、自由記述データを用いて、臨床心

理職の現場における協働の困難を検討し、困難から敷衍して、必要とされる知識・スキル、大学院教育における改善の提案に関して考察を行った。しかし、あくまでも困難を基点とした考察であり、必要とされる知識・スキル、大学院教育における改善を直接的に検討したものではないことには留意が必要である。

4 分析 2

A 目的

分析 2 では、②多職種協働に関して具体的にどのようなスキル・知識が必要なのか、③大学院教育についてどういった点に改善の余地があるのか、という目的 2 点について、量的データの分析に基づき詳細な検討を行う。

B 分析方法

下山 (2012) のアンケート⁹⁾内の質問項目 4-1「あなたが、他職種との連携や協働で役立ったと感じた知識や技能はどのようなものがありますか (10項目、複数回答可)」と質問項目 4-2「あなたは、連携や協働で最も役立つ技能をどのように学びましたか (7項目、1項目のみ回答)」の回答データを分析対象とした。

上記の回答データをもとに、以下の 3 段階による分析を行った。①質問項目 4-1 において、他の選択肢と比較して選択する人数が特に多かった選択肢を、Cochran の Q 検定と McNemar 検定による多重比較を用いて明らかにし、多くの臨床心理職にとって他職種との協働に特に役立つと捉えられている知識や技能を特定する。②質問項目 4-1 において、①で特定した「協働に特に役立つと捉えられている知識や技能」を挙げた回答者のデータに限定し、質問項目 4-2 の回答分布を求める。③②で求めた回答分布について 1 変数の χ^2 検定を実施する。「協働に役立つ技能を学んだ場所」として、「大学院の授業」「大学院のときの現場研修」の項目を挙げる回答者数が、他の項目を挙げる回答者数と比較して多いのか少ないのかを明らかにする。以上の 3 段階に基づく分析により、協働に特に役立つと捉えられている知識や技能は何であるか、大学院教育 (授業・現場研修) がそうした知識や技能を学んだ場として認識されているかどうかを検討した。

C 結果

他職種との協働に役立った知識・技能を尋ねる質問項目 4-1 についての回答分布は、図 1 のようになり、回答者の半数以上が選択した知識・技能は「心理アセスメントの技能 (88.92%)」「心理療法の技能 (63.89%)」の 2 種類のみであることが明らかとなった。Cochran の Q 検定の結果、選択肢間で回答率に有意差が存在することが確認された ($Q(9)=2755.93$, $p<.001$)。Bonferroni 補正を用いて McNemar 検定による多重比較を実施した結果、「心理アセスメントの技能」は他のどの項目と比較しても回答率が有意に高いこと、「心理療法の技能」は「心理アセスメントの技能」以外のどの項目と比較しても回答率が有意に高いこと、の 2 点が明らかとなった。

質問項目 4-1 で上記の「心理アセスメントの技能」と「心理療法の技能」のうち少なくとも 1 つを挙げていた回答者 681 名のデータに限定し、最も役立った知識・技能を学んだ場を訊ねる質問項目 4-2 の回答分布を求めた (図 2)。この回答分布について 1 変数の χ^2 検定を行った結果、項目ごとの回答率に有意差があることがわかった ($\chi^2(6)=1704.97$, $p<.001$)。Bonferroni 補正を用いた下位検定の結果、知識・技能について「実践をする中で習得」とする回答の割合は他のどの項目と比較しても有意に高いこと、「大学院の授業」「大学院のときの現場研修」の各項目を選択した割合は、「スーパービジョン」を選択した割合よりも有意に低かったこと、の 2 点が明らかとなった。

D 考察

質問項目 4-1 の分析結果では、協働の場面で「役立った」として対象者の半数以上に挙げられた知識・技能は「心理アセスメントの技能」と「心理療法の技能」であったこと、その 2 項目が他の項目と比較しても有意に高い頻度で選択されていたことが明らかとなった。このことから、「多職種協働に関して具体的にどのようなスキル・知識が必要なのか」ということを考える上でも、「アセスメント」と「心理療法」の技能という、臨床心理学的援助における両輪であると従来いわれてきた¹⁹⁾ 技能が役立つと捉えられていることがうかがえる。多職種協働に携わる臨床心理職に必要な技能として、他職種の視点からは、疾病や病態などに関する医学的知識など、臨床心理職独自の専門性を越えたスキルの必要性が指摘されてきた^{1, 13)} のは既述の通りである。しかし、本研究の結果が示唆しているのは、多職種協働では臨床心理職の専門性を越

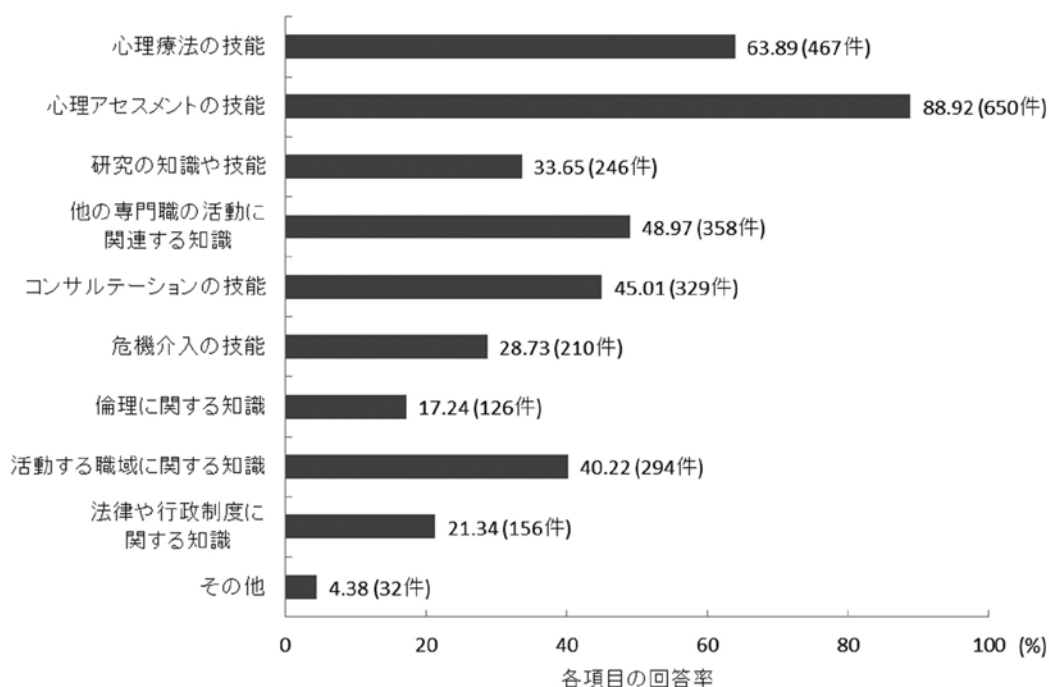


図 1. 質問項目 4-1 (協働に役立った知識・技能) の回答分布

注) () 内は回答件数を表す。

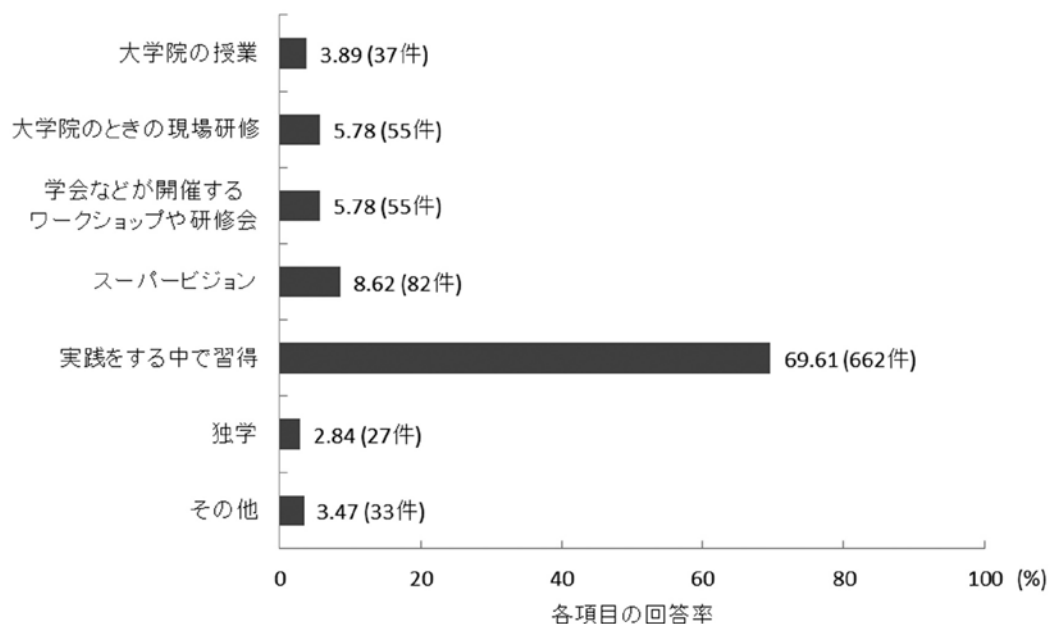


図 2. 質問項目 4-2 (役立った知識・技能を学んだ場所) の回答分布

注) 質問項目 4-1 で「心理アセスメントの技能」「心理療法の技能」のうち少なくとも 1 つを挙げた回答者を分析対象とした。() 内は回答件数を表す。

えたスキルさえあれば良いのではなく、実践の場で役立つのは「アセスメント」と「心理療法」という臨床心理職が従来重視してきた部分にあると認識されていることである。

しかし、「アセスメント」と「心理療法」についての教育内容には改善の余地がありうることも分析2の結果は示唆している。協働に役立った技能として「心理アセスメントの技能」と「心理療法の技能」のうち少なくとも1つを挙げた回答者の中では、「最も役立った知識・技能を学んだ場」として「大学院の授業」や「大学院のときの現場研修」の回答を挙げた割合は、「スーパービジョン」を挙げた割合（9.1%）よりも低いものにとどまっており、それらを「実践をする中で習得」とした回答が大多数（69.5%）であった。この分析結果からうかがえるのは、大学院教育において「アセスメント」と「心理療法」というテーマ自体は確かに扱われてきた一方で、そうした技能を実践場面で生かせるレベルまでは教えられてこなかった、結局は現場で学んでいった、という意識が臨床心理職の間で強く持たれているということである。

また、「アセスメント」「心理療法」が協働の場面で役立ったとする回答が多かった理由としては、その他の知識・技法について回答者が精通しておらず、典型技法である両者を消極的に選択したことも考えうる。大学院教育の期間で教育できる内容には限度があるが、「アセスメント」「心理療法」といった技能を現場でどう活用するのかという意識を強める、その他の知識・技能の習得をより充実させる、といった改善の余地はありうる。

5 総合考察

A 臨床心理職がチーム医療に貢献する上での課題についての示唆

本研究における分析1は医療領域を中心とした多職種協働における心理職の「不足・困難」、分析2は「充足・促進」に関する研究であり、ゆえに、目的に関して複眼的な示唆を得ることができたと思われる。

分析2で明らかにしたように、臨床心理職が多職種協働の場面で役立つと評価しているのは「アセスメント」と「心理療法」という、臨床心理学が従来から大切にしていた部分であり、他職種もまた「心理士ならではの専門性」についての期待を抱いていたと考えられる¹⁾。しかし、分析1が明らかにしたように、こうした〈専門性〉に関わるスキルを協働の文脈で実際に

「運用する」という面について、臨床心理職は社会性や柔軟性等の〈非専門性〉に基づく困難を抱えており、この点に臨床心理職が多職種協働の場面において活躍する上での課題があると考えられる。分析1において臨床心理職の困難の〈社会的背景〉の1つとして「教育」が挙げられていたこと、分析2において協働に最も役立つ技能を学んだ場所として「大学院の授業」や「大学院のときの現場研修」の回答を挙げた割合は高くなかったことの双方を踏まえれば、重要となる〈専門性〉に関わるスキルを運用するための、〈非専門性〉に関する知識・スキルの教育を充実させていくといった方向性が今後は求められる。

「〈非専門性〉の教育」と考えるとそれは個人的特性の領域への関与であり教育の対象でないように思われるが、例えば、協働場面におけるコミュニケーションの仕方、【非柔軟性】や【説明不足】の解消の方略や技能であると考え、教育や成長が可能であるといえる。協働におけるコミュニケーションの重要性に関しては、我が国において、情報交換に時間を取ることの重要性²⁰⁾、知りえた情報を他職種に伝達することの重要性²¹⁾などが論じられていた。米国においても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、STEPPS）²²⁾がトレーニング可能なスキルの一つにコミュニケーションを挙げている。ただし、STEPPSの提案するコミュニケーション方法は情報交換のための枠組み（状況、背景、アセスメント、提案の順で共有する）のようなものであるが、実際の臨床場面においては情報を共有するためのコミュニケーションから雑談に至るまでコミュニケーションは連続線的に展開されており雑談のほうに寄るにつれてトレーニングは困難になることには留意が必要である。一方で、【非柔軟性】や【説明不足】の解消の方略の一つとしてチームとしての役割の明確化、そのための他職種と自身の役割の明確化で解決できるものであると考えられる。チームとしての目標、共通認識を持つことはチームの成功の重要な因子の一つであると示唆されている^{12, 23)}。例えば、ある課題を設定してチームとしての目標はなにか、そのための個々人の役割はなにかを明確化するトレーニングは大学院においても可能ではないだろうか。〈非専門性〉の強調は、おそらく大学院教育においてなされていない。スキルとしてどのように教育されうるのかという問いに本論は一つ仮説を提示したものの、今後さらなる議論が必要とされるもの

と考えられる。年限の限られた大学院教育の中では、他職種の活動に関する知識や医学的知識などのすべてを習得することは困難であろうが、〈非専門性〉に関わるスキルを少しでも教育内容に盛り込み、自己の専門性を他者との協働関係の中で調整して発揮することを意識付けていくことが今後は重要であろう。

B 限界と今後の展望

本研究の限界の1つとして、分析対象となった質問項目に関する限界が挙げられる。分析1で分析対象とした自由記述項目は、多肢選択式の項目のうち「その他」を挙げた回答者のデータに限られており、また記述の量についても回答者の間でばらつきが大きいと考えられることから、「臨床心理職の意見をくまなく反映したもの」とみなすことは難しい。また、分析2が対象とした、連携や協働で最も役立つ技能を学んだ場所を1つ挙げる質問項目4-2についても、質問項目中にある「最も役立つ技能」が何を指すのか明確ではなく、さらに回答で挙げられた場所以外が果たした役割が存在する可能性（例えば、技能を「実践をする中で習得」したが、その際に「大学院の授業」で学んだことが基盤として役立っていた、という可能性）についてうかがい知ることにはできないことから、本データから大学院教育についての改善可能性を詳細に論じることが難しい。本研究は、臨床心理職が多職種協働に貢献する上での課題を、臨床心理職の観点から、質的・量的双方の分析を用いて複眼的に考察した点に一定の価値があると考えられるものの、本研究で得られた考察の妥当性については今後の検討を通して明らかにしていくことが求められる。

また、本研究が分析対象とした下山（2012）のアンケート⁹⁾は「協働が不十分であること」を大きく前提とした側面があり、その前提からもたらされるバイアスも考慮すべきであろう。下山（2012）のアンケート⁹⁾は臨床心理職の多職種協働の促進を全体のテーマとしていることから、臨床心理職の中でも特に多職種協働への高い問題意識をもつ者が回答者の多くを占めていた可能性がある。そのため、本研究で示された知見が臨床心理職全体にどの程度一般化可能なかは、今後の研究を通じて慎重に判断していく必要があるだろう。

今後の研究においては、上述した質問項目の限界を克服するために、調査対象となる臨床心理職の全員から一定量の自由記述を収集した上で質的分析を行うこと、特定の技能を学ぶ上で大学院が果たした役割につ

いてより詳細な質問項目を設けたアンケート調査によって明らかとすること、これらの分析・調査の結果についてより複眼的に捉えるためにインタビュー調査を実施すること、といった方法が活用しうると考えられる。また、上述した回答者の偏りの可能性を考慮すると、無作為抽出に近い形での追試を実施する、多様なサンプルを対象に調査を実施するなどして、本研究で得られた知見の一般化可能性を検討していくことが求められる。これらの研究手法を通し、チーム医療において臨床心理職が抱える困難や、多職種協働に必要なスキル・知識、大学院教育の改善可能性という点に関する本研究の考察をより深めていくことが期待される。

引用文献・注

- 1) 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』第42巻、第7号、pp. 427-431.
- 2) 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』第21巻、第3号、pp. 278-287.
- 3) 下山晴彦 2012.「多職種との連携—心理職の立場から—」 < <http://cp-japan.net/docs/201204/20120401tashokushu-renkei.pdf> > (2014年3月2日取得)
- 4) 川崎隆・能登眸・砂川芽吹・矢野玲奈・下山晴彦 2013.「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—」『東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要』第36巻、pp. 59-66.
- 5) 下山晴彦 2015.「大学院カリキュラムと研修プログラム」『臨床心理学』第15巻、第1号、pp. 54-58.
- 6) 高橋美保 2011.「大学教員として臨床心理学の発展を考える(2)」『臨床心理学』第11巻、第1号、pp. 50-55.
- 7) 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』第12巻、第3号、pp. 152-157.
- 8) 平野真理・川崎隆・高柳めぐみ・羽澄恵・榎原潤・野津弓起子・下山晴彦 2012.「病院集団療法に心理士が参入する際の困難と工夫—デイケア実習での体験から—」『東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要』第35巻、pp. 104-114.
- 9) 下山晴彦 2012.「臨床心理職と他専門職との連携や協働を発展させるためのアンケート基本データ」 < http://cp-japan.net/docs/2013/questionnaire_2012-0525_pub_a.xls > (2014年3月2日取得)
- 10) 下山（2012）のデータ⁹⁾を分析した関連研究としては、羽澄・能登・川崎・榎原・高木・下山（印刷中）¹¹⁾が存在する。羽澄他（印刷中）¹¹⁾は、多職種協働の現状に関する臨床心理士の認識が、資格取得後の経過年数に応じてどのように異なるかを検討したものであり、本研究とは異なる質問項目を分析に用いていた。
- 11) 羽澄恵・能登眸・川崎隆・榎原潤・高木郁彦・下山晴彦 印刷中.「多職種協働の現状に対する臨床心理士の認識—資格取得後経過

- 年数ごとの特徴に注目して—』『心理臨床学研究』。
- 12) 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向けて—」『臨床心理学』第13巻, 第1号, pp. 72-84.
 - 13) 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』第44巻, 第7巻, pp. 509-512.
 - 14) Strauss, A., & Corbin, J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998. (操華子・森岡崇 訳『質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順—第2版』医学書院, 2004.)
 - 15) Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. 1997. “A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research.” *The Counseling Psychologist* 25: 517-572.
 - 16) 博士後期課程大学院生1名, 博士前期課程大学院生2名, 学部生2名(第2著者, 第3著者含む)。なお分析者は, 1名が臨床心理学の専門教育を受けかつ医療領域における多職種協働の経験者, 2名が臨床心理学の専門教育を受けているが医療領域における多職種協働は未経験, 2名が臨床心理学の専門教育を未だ受けておらずかつ医療領域における多職種協働も未経験であった。
 - 17) 博士後期課程大学院生2名, 博士前期課程大学院生1名(第1著者, 第2著者, 第3著者含む)。
 - 18) 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*』第42巻, 第2号, pp. 228-234.
 - 19) 下山晴彦 編『よくわかる臨床心理学 改訂新版』ミネルヴァ書房, 2009, pp.16-17.
 - 20) 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』第51巻, 第4号, pp. 322-323.
 - 21) 渡辺洋一郎 1998.「精神科医療における心理士との連携—大精神学会員へのアンケート調査を通して—」『日本医事新報』第3882号, pp. 28-32.
 - 22) Agency for Healthcare Research and Quality 2013. “Pocket Guide: TeamSTEPPS” < <http://www.ahrq.gov/teamstepstools/instructor/essentials/pocketguide.htm> > (2015年1月18日取得)
 - 23) West, A. M. *Effective Teamwork: Practical Lessons from Organizational Research* (3rd ed.). Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

(指導教員 下山晴彦教授)