

医療現場における心理士の役割に関する考察

A study on the role of psychologists in the medical field

坂 原 明

要旨

臨床的対人援助者の国家資格である公認心理師制度が 2015 年に誕生し、医療の場での活躍が期待されている。公認心理師法では、医療の場において公認心理師は、多職種連携を目指すという業務の基本姿勢が定められているが、実際に他の職種と連携する際に公認心理師が担う業務の内容が確立されているとは言い難い。本稿では、医療の場における公認心理師に対する制度上の位置づけと多職種連携における心理士の役割について緩和ケアにおける心理的・実存的問題への対応という視点から論考する。

キーワード：臨床的対人援助、公認心理師、緩和ケア、実存的心理療法

1. はじめに

対人援助は、医療、福祉、教育などの様々な分野において実践される対人行為であり、その援助の方法は、それらが依拠する学問に基づいている。例えば医療行為として行われる対人援助は医学に基づき、福祉サービスとしてのそれは社会福祉学に基づいている。本稿は、筆者が専門とする臨床心理学の立場からこの対人援助という行為を捉える。臨床心理学は、心理・行動面の問題を抱えたクライアントを援助する実践活動とそれを支える理論と技法の研究から成り立っている。この臨床心理学に基づく対人援助（以下、「臨床的対人援助」と略す）は「心理アセスメントに基づく援助技法の実施によってクライアントの心理・行動面の問題の解決・軽減を図る行為」と定義することができる。

そして、日本において、このような臨床的対人援助を長年にわたり担ってきたのは、民間資格である「臨床心理士」（公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会の資格認定）である。しかし、2015 年 9 月に公認心理師法が成立したことにより、心理学分野における初の国家資格である「公認心理師」が誕生した。そして、将来的には、この公認心理師が臨床的対人援助の主役になっていくと考えられて

いる（坂原，2019）。このような状況を踏まえ、本稿は今後の公認心理師に期待される臨床的対人援助の方向性について論考することを目的とする。なお、本稿において臨床的対人援助に言及する際、その内容が特定の資格または職名（「公認心理師」「臨床心理士」「臨床心理技術者」「医療心理士」「心理職」「セラピスト」）に関する場合はその名称を記し、それ以外の場合は臨床的対人援助を行う者を指すという意味で「心理士」と記す。

2. 医療における心理士の位置づけ

臨床的対人援助を実践する心理士は、保健・医療、教育、福祉等の様々な分野で働いている。例えば保健・医療分野では、主にチーム医療の一員である心理士として、教育分野ではスクール・カウンセラー、福祉分野では児童養護施設などの心理士として勤務している。このような中で、日本臨床心理士会が、2019年に会員（臨床心理士）に対して実施した就業状況に関する調査において就業者の割合が最も多かった領域は、保健・医療分野の42.4%であった（一般社団法人日本臨床心理士会，2020）。保健・医療分野で働く心理士という職種の配置は、臨床心理士の活動が認知されてきたことにより次第に広がってきた。そして、この流れは国家資格である公認心理師が誕生したことによりさらに加速している。次には、保健・医療分野における近年の国の心理士に対する制度上の位置づけ（職種の配置）から心理士の役割に対する国の施策の方向性を確認する。特に、ここでは保健・医療分野の中でも心理士に対する国の位置づけが明確な「がん医療（緩和ケア）」と「周産期医療」について見ていく。

1) がん医療における心理士の位置づけ

日本のがん対策は、がん研究をその基本に据え、10年単位で進められてきている（「対がん10か年総合戦略」（1984）、「がん克服新10か年戦略」（1994）、「第3次対がん10か年総合戦略」（2004）、「がん研究10か年戦略」（2014））。また、2006年には、がん対策のより一層の推進を図るため「がん対策基本法」が成立・公布され、さらには、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため「がん対策推進基本計画」（以下、「基本計画」と略す）が2007年6月に策定された。この基本計画では、その重点的に取り組むべき課題の一つとして「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を挙げ、そこでは「がん診療に関わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある」と記されている。

しかし、この2007年に策定された基本計画の実施にあたっては、その重点的課題である「精神心理

的な苦痛に対する心のケア」が実際の医療現場で十分に達成できていないという問題点があった。また、その他の問題点も明らかになったことから、それらの問題点の改善を目的として2012年に計画の見直しが行われた。そして、見直された第2期の基本計画では、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」の取り組むべき施策として「学会などと連携し、精神心理的苦痛に対するケアを推進するため、精神腫瘍医や臨床心理士等の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成に取り組む」という文言が追加され、がん医療に対する臨床心理士等の育成の必要性が示された。また、2018年に見直しが行われた第3期の基本計画では、取り組むべき施策として臨床心理士等の適正配置の検討の必要性が記された。

医療における心理士という職種配置の拡大傾向は、国が医療施設を何らかの機能を持った施設として指定する際の要件にも見ることができる。がん対策基本法に基づき、質の高いがん（悪性腫瘍）医療の全国的な均てん化を図ることを目的として整備される病院として「がん診療連携拠点病院」がある。この病院の指定要件に関して2018年7月に厚生労働省から各都道府県知事に対して出された通知（「がん診療連携拠点病院等の整備について」）では、「緩和ケアチームに協力する薬剤師、医療心理に携わる者及び相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい。（中略）また、当該医療心理士に携わる者は公認心理師又はそれに準ずる専門資格を有する者であることが望ましい。（後略）」と記載されている（厚生労働省、2018a）。このように緩和ケアチームには、心のケアを担う心理士の配置が望まれており、その第1の採用条件として公認心理師の有資格者であることが挙げられている。

2) 周産期医療における心理士の位置づけ

周産期とは、妊娠22週から出生後7日未満までの期間をいい、合併症妊娠や分娩時の新生児仮死など、母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性が高くなる期間である。この周産期を含めた前後の期間における医療は、突発的な緊急事態に備えて産科・小児科双方からの一貫した総合的な体制が必要であることから、特に「周産期医療」と呼ばれている。周産期医療における心理士の位置づけは、2020年に厚生労働省から通知された「周産期医療の体制構築に係る指針」に見ることができる。この指針において周産期に係わる高度な医療を提供する総合周産期母子医療センターの新生児集中治療室（Neonatal Intensive Care Unit：NICU）では「臨床心理士等の臨床心理技術者」の確保に努める、前者と同様の機能を持つ地域周産期母子医療センターの新生児病室には「臨床心理士等の臨床心理技術者」を配置することが望ましいと記載されており、周産期医療における心理士の必要性が示されている。

また、国家資格である公認心理師の誕生後、スクール・カウンセラーなど国が関わる臨床的対人援助に関する仕事（事業）の採用者の第1の資格条件は、それまでの臨床心理士に代わって公認心理師が挙げられるようになった。これらの採用条件の変更は、国が国家資格である公認心理師を軸として、

臨床的対人援助を進めていくという方向性を明確に示しているものと考えられる。なお、2018年度に行われた医療機関の診療報酬の改定において診療報酬上評価する心理職（臨床心理技術者）についても経過措置を設けた上で「公認心理師」に統一されている（厚生労働省，2018b）。

3. 緩和ケアにおける全人的アセスメント

上に見てきたように、医療の現場において心理士の必要性が高まっている。ここでは、その中でも特に心理士の専門性への期待が強いと考えられる緩和ケアについて見ていく。一般に、自身が何らかの疾病に罹患していることを知ることは、ストレス状態を引き起こす。とりわけ、死を連想させるがんの告知を受けることは、強いストレス状態を引き起こしやすい。そして、がんの告知に続く苦痛を伴う様々な治療（抗がん剤治療、放射線治療等）は、さらなるストレス状態を患者に生じさせる。厚生労働省の委託を受けて国立がん研究センターがん対策情報センターが実施した『がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業「患者が受けた医療に関する遺族の方々への調査（平成29年度予備調査結果報告書）」』では、亡くなる前の1カ月間の療養生活の質に関する質問において、身体的な痛みがある状態で過ごしていた患者は3割程度、気持ちのつらさを抱えている患者は3割程度おり、多くの患者が体の苦痛や気持ちのつらさ（ストレス）を抱えていることが示されている。このようなストレス状態が見られる緩和ケアにおいては、身体的治療とともに患者のストレス状態への対処が心理士を含めた医療スタッフに求められている。ここでは、そのようなストレスに対し、今後、心理士による実施が期待されるアセスメントツールについて見ていく。

緩和ケアの対象となる患者に対するアセスメントとしては、Fig.1に示す「包括的アセスメント」（Comprehensive Assessment for Psychiatric and Psychological Consultation for Cancer Patients）という考え方がある（小川，2010，2020；平井，2018）。このアセスメントは、Engel（1977）が提唱した患者へのアプローチ方法である「生物・心理・社会モデル」（bio-psycho-social model）の考え方に基いており、Fig.1に示されるように、アセスメントを患者の、①身体症状、②精神症状、③社会経済的問題、④心理的問題、⑤実存的な問題の順番に行っていくものである。

このアセスメントの考え方は、まず症状を緩和する確実な手段のある身体症状を対象とし、次に身体に起因する精神症状の緩和、そして社会的・心理的・実存

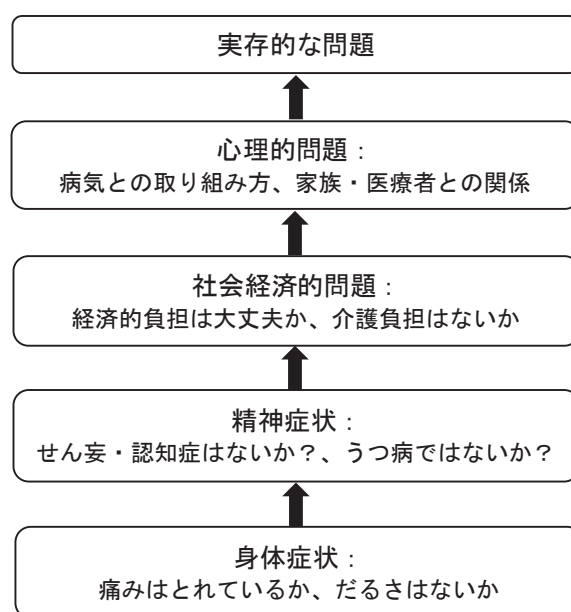


Fig.1 包括的アセスメント（小川，2010）

的な問題に焦点を当てていくというものである。この順番で評価を行うことにより医学的対応が可能な症状を見落とすリスクを小さくできること、またチーム医療における各職種が介入のゴールの設定と対応を容易にするというメリットがあると考えられている。

ところで、緩和ケアチームには、一般に精神症状の緩和に携わる精神科医と医療心理に携わる心理士が属しているが、精神心理的なケアをどちらが行うか判然としない場合のあることが指摘されている（小川，2020）。この点に関し、包括的アセスメントは「精神症状」と「心理的問題」を分けてアセスメントを行うことによって、医師（精神科医）が対応する身体に起因する精神症状か、それとも心理士が対応すべき心理的問題かを明らかにできるという特長がある。

なお、包括的アセスメントでは、評価に当たって身体的問題から実存的問題までの5つの領域をコラムにしたシートを用いて情報が集められるが、各領域についてより専門的な評価が必要な場合は、それぞれの領域で専門の評価ツールを使用することが望ましいとされている。そして、包括的アセスメントの5つの領域のうち、心理士が主に関わるのが求められるのは、心理的問題と実存的問題と考えられる。

以下、この心理的問題と実存的問題という2つの領域の評価を行う際に、その使用が考えられるアセスメントツールについて見ていく。最初に、現在、緩和ケアにおいて患者の心理的問題の評価に使用されているツール、「重篤な疾患をもつ患者へのケアプログラム」（Serious Illness Care Program：SICP）について概観する。SICPは、アメリカのHarvard Medical School、Dana Farber Cancer InstituteのRachell Bernacki博士ら、そしてBrigham and Women's Hospitalに設置されているAriadne Labsによって共同で開発され、2015年にBernacki(2015)が発表したケアプログラムである。

このプログラムは、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組である「アドバンス・ケア・プランニング」（Advanced Care Planning：ACP）を支援するプログラムである。竹之内（2020）によれば、SICPの目的は「重篤な疾患をもつすべての患者の苦痛を予防・軽減し、ウェルビーイングを向上させ、目標や希望に沿ったケアの提供を確実にすることを目指し、質の高い患者中心の話し合いの機会をいつでも誰にでも提供する」ことにある。SICPは、次の3つの要素で構成される。第1の要素は、医療者が患者・家族と話し合うための「コミュニケーション・ツール」、第2はSICPを実施するための医療者への「教育・研修」、第3はプログラム自体を円滑に進めるための手順等を含んだ「システム変革」である。そして、SICPにおける患者の心理的問題の評価は、第1の要素であるコミュニケーション・ツールの一つである「患者との話し合いの手引き（Serious Illness Conversation Guide：SICG）」を参考にしながら行われる。このツールは、患者の症状や予後の理解を確認し、患者の価値観や目標、不安、患者の支えなどについて話し合いを行うものである。SICGでは、患者との話し合いの始め方から途中の質問そして話し合いの締めくくり方まで構造化された内容となっている。そして患者の心理的問題は、「大切なこ

とについて聴く」というステップで訊く形となっている。

そして、Fig.1 に示されるように包括的アセスメントの最後の評価内容は、「実存的問題」の評価である。平井（2018）は、この実存的問題を霊的苦痛（Spiritual Pain）と記しているが、この「霊的」（Spiritual）という言葉の意味には、複数の捉え方がある。本稿の議論を進めるために、ここでは、緩和ケアで用いる際の霊的という言葉の意味を確認する。世界保健機関（1993）が発行した「がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア」では、霊的という言葉は、次のように定義されている。

「霊的」とは、人間として生きることに関連した経験的側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である。多くの人々にとって「生きていること」がもつ霊的な側面には宗教的な因子が含まれているが、「霊的」は「宗教的」と同じ意味ではない。霊的な因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の「生」の全体像を構成する一因子とみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念とかかわっていることが多い。とくに人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などに関連していることが多い。

一般に、「霊的」という言葉からは、宗教が連想されることが多い。スピリチュアルペインという言葉が日本へ導入された1970年代後半では、それは「宗教的痛み」と訳され、その後、80年代半ばには「霊的痛み」と訳された。そして、90年代半ばから現在までは、特定の宗教にとらわれない形でスピリチュアルペインという言葉が使用されている（神谷，2000）。しかし、世界保健機関の定義にも示されるように「霊的」とは「生きている意味や目的」にかかわる言葉であり、医療の現場では、それは特定の宗教を指す言葉ではなく人間の実存的問題を意味するものと捉えて差支えがないと考える。

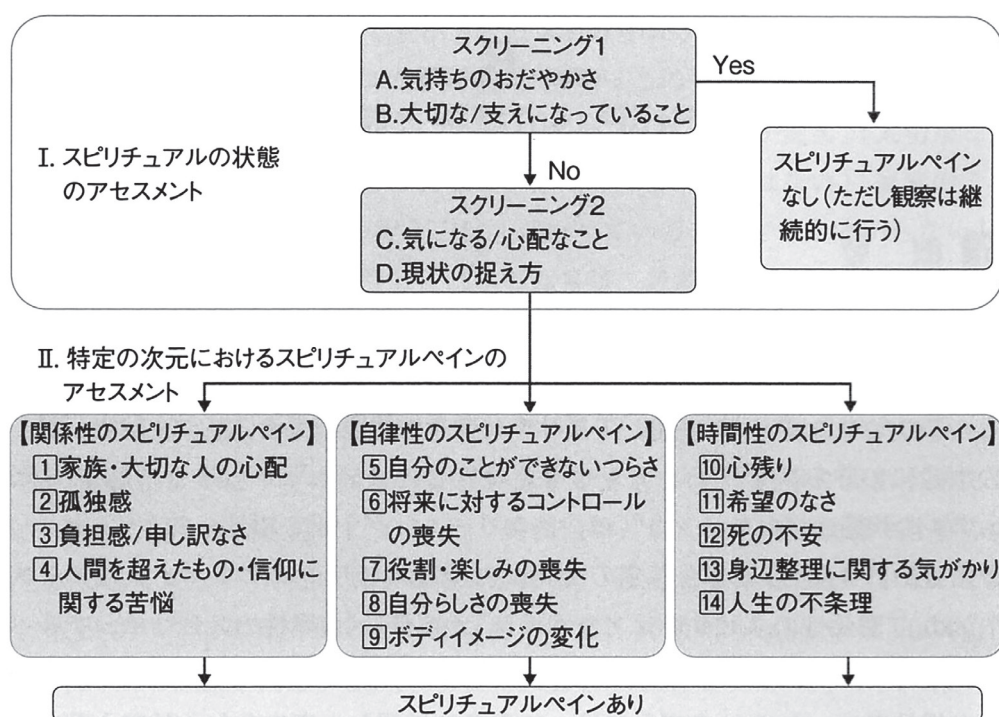


Fig.2 スピリチュアルペインアセスメントシート（田村他，2020）

そして、このような「実存的問題」の評価に対応するツールとして「スピリチュアルペインアセスメントシート」(Spiritual Pain Assessment Sheet : SpiPas) の使用が考えられる(田村ら, 2020)。SpiPasはFig.2に示されるように、ケア提供者が患者の“4項目のスピリチュアルペインの状態”と“14項目の特定の次元のスピリチュアルペイン”のアセスメントを行うものである。

面接では、「I. スピリチュアルの状態のアセスメント」から開始し、スクリーニング1で患者が「穏やかでない」「大切な/支えになっていることがない」と回答した場合は“スピリチュアルペインあり”と評価し、スクリーニング2でその内容を訊く。SpiPasにおけるスピリチュアルペインの定義は、村田(2003)が示した「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」を用い、それは死の接近によって人間の存在構造の本質的な要素を喪失(「他者との関係の喪失」「自律性の喪失」「将来の喪失」)することから引き起こされると考えられている。「II. 特定の次元におけるスピリチュアルペインのアセスメント」では、Iの患者の答えからスピリチュアルペインがどの次元(関係性、自律性、時間性)に現出しているかを尋ねていく。ところで、このような「スピリチュアルペイン」(実存的問題)は、評価して終わるものではなく、それに対するケアが必要となる。このようなケアは、「スピリチュアル・ケア」と呼ばれるが、SpiPasではアセスメントの結果を基にケア計画が策定される。田村ら(2020)のケア計画に関する説明では、日常のケアで活用しやすいような会話表現の質問例、患者をケアする際の注意点などが示されており、緩和ケアの対象となる患者の実存的問題へのケアを行う上で参考となると思われる。

4. 医療現場における心理士の役割

以上、緩和ケアの対象となっている患者の心理的問題と実存的問題へ対応するツールである「SICP」と「SpiPas」について概観した。ここでは、これらのツールの使用について注意が必要と考えられる点について述べる。「SICP」と「SpiPas」は、いずれもあらかじめ用意された質問を用いる面接用のツールである。このように構造化された面接は、実施者が簡便に実施できる、また実施者の主観やバイアスによって評価が左右されることを回避できるというメリットがある一方、得られる情報が限定されるという問題がある。このため用意された質問を聞くだけでは、患者の思いを見落とす危険性があるということが考えられる。実存的な問題から生じる「不安」や「孤独感」といった前景症状は、共通しているように見えてもその症状を生じさせている問題の個別性は高く、複雑な場合が多い。そのような個別性を十分に把握しなければ、適切なケアは困難であると考えられる。SpiPasの手引きにおいては、実際のアセスメントに当たって「質問の意図を変えない範囲で、適宜、言葉を付け加えるなど患者が理解しやすい表現を用いる」といった面接時の配慮の必要性が指摘されているが、用意された質問で患者の実存的な問題が適切にアセスメントできているか否かは、面接において十分に注意する必要がある。

あると考える。

市原（2020）は、現在、主に看護師が実施している SpiPas について「そのアセスメントとケアは、多職種によるチームアプローチが重要である」と述べ、看護師以外の他職種がこの SpiPas に関わることを推奨している。この他職種には、心理士も含まれると考えられるが、心理士がこの SpiPas を緩和ケアチームの一員として実施するメリットはどこにあるだろうか。

SpiPas は、チームの共通理解の基に実施されるものであり、心理士も当然、その枠内で関わることを求められる。心理士の専門性である臨床的対人援助は、上述のように「心理アセスメント」に基づく「援助技法」の実施によってクライアントの心理・行動面の問題の解決・軽減を図ることにある。SICP や SpiPas の実施に当たって心理士に求められる専門性は、用意された質問では収めることが困難な患者の実存的問題の内容を掴むことであろう。心理士は、対象者の心理的耐性に配慮しながら対象者自身がその内面を洞察する作業を援助する技術を習得しており、スピリチュアルペインのような実存的問題の把握にもそれは活かされると考える。

そして、心理士の実施する「援助技法」は、SpiPas ではケア計画の中で発揮されると考える。実存的問題を抱えた患者に対する援助技法としては、実存的心理療法がある（Yalom, 1980）。実存的心理療法では、直接的な解決が困難な苦悩に対してクライアント自身が深い自己洞察を通して「自分なりの答え」を出すこと、言葉を換えると苦悩の「意味」を見出すことが目指される。そして、そのようにしてクライアントが「意味（生きる意味）」を見出すとき、自身の問題を乗り越える可能性が開かれるとされる。諸外国では、医療現場における実存的心理療法は主にグループによって実施されているが（Spiegel et al., 1981; Linn et al., 1982; Kissane et al., 1997; Edmonds et al., 1999）、グループによる心理療法は、身体的に負担がかかる場合があり、重篤な患者には適さないこともあると考えられる。この点、SpiPas によるケア計画の中には、個別で行うスピリチュアルペインに対する具体的なケアが含まれている。そして、ケアの内容としては、スピリチュアルペインに対するケアの基盤となる「全般的なケア」が含まれており、その具体的内容として「生きる意味・心のおだやかさ・尊厳を強めるケアを行う」「信頼感を構築する」「現実を受け入れることをサポートする」「情緒的サポートを行う」などが示されている。田村ら（2020）では、このような全般的ケアについて、具体的な方法例が提示されているが、臨床的対人援助を専門とする心理士は、これらの全般的なケアにおいても、その心理・行動学的な知見を提供することができると思う。

ところで、このような実存的問題については、古くは、哲学のテーマとしても扱われてきたが、臨床心理学においては、実存哲学に基づいたケアの研究が行われている。本稿では、最後に、そのような臨床的対人援助における実存的問題へのケアの考え方について見ていく。

5. 実存的問題に対する臨床的対人援助の方法論

佐久川ら（2009）は、臨床的対人援助のあり方を「因果律」と「意味解明」という2つの原理が対置されるものとして捉えている。前者の因果律に対応する援助の方法論は、一般に医学モデルと呼ばれるもので、このような方法論では人間の精神を諸要素に還元し、それらを客観的に因果関係として捉えてその働きや仕組みを理解し、問題に対する解決策を提供する。この医学モデルの方法論に基づく代表的な心理療法としては、セラピーの対象を観察可能な不適応行動に限定し、その行動の分析を通じて不適応行動の変容を目指す行動療法や、「心」を自我、イド、超自我の構造として捉え、神経症などの不適応行動の発現を幼児期の経験や無意識の働きに求めた Freud の精神分析療法などを挙げることができる。このような因果律的な臨床的対人援助が有効なケースとは、“悩みの原因”と“現れている問題”との因果律的な説明が可能であり、クライアント自身が自己の問題が解決された状態にある程度イメージできるような場合である。例えば、「自分は高い場所や狭い場所が苦手だが、そのような場所でも不安や恐怖をあまり強く感じないようになりたい」といった類いの悩みである。このような恐怖症や習癖行動の改善には、因果律的方法論に基づく行動療法が効果をもつことが知られている。このように問題の原因や望ましいと考えられる状況がある程度分かっており、そのような望ましい状況に至る解決策が取れる場合は、因果律的な臨床的対人援助が有効となる。

そして、このような因果律に基づく医学モデルの方法論に対置されるのは、「意味の原理」に基づく実存哲学的な方法論である。佐久川ら（2009）によれば、「意味の原理」の意味とは、「生きる意味」であり「生きる目標」「生きていく価値」「生きていく理由」を指す。言葉を換えると、実存哲学的な方法論とは、人が人生の途上で出会う特異な経験の意味を明らかにすることと言える。このような意味への志向性は、人間存在にとって本来根源的なものであるが、その一方で生命を脅かすような疾病、死別や離別、不可逆的な身体機能の障がいなどを負った場合、つまり自らの根源的価値を揺さぶられる経験をした人間にとって、それは避けがたい実存的問題として出現する。ここでは、「生きる意味」「生きがい」「孤独」「死」などが問題として浮かび上がってくる。このようなケースでは、原因と結果（問題状況）を対応させることができても、その問題に苦しむクライアントにとっては意味をなさない。このような場合、クライアントは自分が置かれた状況が内包する意味を自分なりに捉え、その上で自分が行うべき選択を行うことが求められる。このように「生きる意味」などの実存的問題に対する援助方法の一つとして、上述した実存的心理療法がある。実存的心理療法を提唱した Yalom (1980) は、セラピストについて「実存というテーマにも反応できる感受性を持った人として訓練されるのがよい」と述べているが、筆者は心理士が緩和ケアに携わる中で、その専門性を発揮するためには、他の専門職よりも精深な実存的視点に立つ個人面接の技法を習得する必要があると考える。

6. 今後の課題

本稿では、公認心理師が医療の現場で多職種と連携しながら業務を行う際の専門性として実存的な手法の習得が必要であることを述べた。国家資格である公認心理師の受験資格を取得するための一般的なルールは、6年間（学部4年間、大学院2年間）の公認心理師の養成教育を受ける必要がある。この6年間の養成教育では、「公認心理師法施行規則」に定められた科目を修得する必要があるが、それらの科目の教授内容については、養成校に任されている。将来、医療現場での活躍が期待される公認心理師の養成教育においては、実存的視点に立った個人面接の技術を磨くことが重要であると考えられる。

引用文献

- Bernacki R, et al. (2015). Development of the Serious Illness Care Program: a randomized controlled trial of a palliative care communication intervention. *BMJ Open*, **5** (10), e009032.
- Edmonds, C. V., Lockwood, G. A., & Cunningham, A. J. (1999). Psychological response to long-term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*, **8** (1), 74-91.
- Engel, G (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science, New Series*, Vol. 196, No. 4286, 129-136.
- 平井 啓 (2018). がん患者への Bio-Psycho-Social Model によるケア (2017 年、第 58 回日本心身医学会総会 ならびに学術講演会 札幌), *Japanese journal of psychosomatic medicine*, 58 : 231-236.
- 市原香織 (2020). 病気の進行期から終末期における難しいコミュニケーション⑤ Spiritual Pain Assessment Sheet (SpiPas), 緩和ケア, Vol.30 No.4 JUL. 308-314.
- 一般社団法人 日本臨床心理士会 (2020). 第 8 回「臨床心理士の動向調査」報告書, 一般社団法人日本臨床心理士会.
- 神谷綾子 (2000). 「スピリチュアルケアということ」カール・バッカー編著『生と死のケアを考える』, 法蔵館.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., & Keks, N. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer-techniques and themes. *Psychooncology*, **6** (1), 25-33.
- 国立がん研究センターがん対策情報センター (2018). 『がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業「患者が受けた医療に関する遺族の方々への調査（平成 29 年度予備調査結果報告書）」』, 国立がん研究センターがん対策情報センター.
- 厚生労働省 (2007). 「がん対策推進基本計画」, 厚生労働省.
- 厚生労働省 (2018a). 「がん診療連携拠点病院等の整備について」, 厚生労働省.
- 厚生労働省 (2018b). 平成 30 年度診療報酬改定 II-1-4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価⑩ 公認心理師の評価,
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197998.pdf>(2020 年 8 月 31 日閲覧)
- 厚生労働省 (2020). 「周産期医療の体制構築に係る指針」, 厚生労働省.
- Linn, M. W., Linn, B. S., & Harris, R. (1982). Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer*, **49** (5), 1048-1055.

- 村田久行 (2003). 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア—アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築, *緩和医療学*, 5, 157-165.
- 小川朝生 (2010). がん患者をチームで診る. *現代のエスプリ*, 517, 136-147.
- 小川朝生 (2020). 第1章緩和ケアにおける心理士の役割③ 精神科医と心理士の違い, *緩和ケア*, Vol.30, No.2, MAR, 102-113.
- 坂原 明 (2019). 多職種連携における心理職の役割と課題 聖カタリナ大学『人間文化研究所紀要』, 第24号, 99～111.
- 佐久川肇・植田嘉好子・山本玲菜 (2009). 質的研究のための現象学入門, 医学書院.
- 世界保健機関編 (1993). がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア—がん患者の生命へのよき支援のため
に一, WHO 専門委員会報告書; 第804号.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group Support for Patients with Metastatic Cancer A Randomized Prospective Outcome Study, *Archives of general psychiatry*, **38** (5): 527-533.
- 竹之内沙弥香 (2020). 病気の進行期から終末期における難しいコミュニケーション② Serious Illness Care Program (SICP) 緩和ケア, Vol.30 No.4 JUL. 290-297.
- 田村恵子・河 正子・森田達也 (2020). 『看護に活かす スピリチュアルペインケアの手引き (第2版)』, 青海社.
- Yalom, D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.