

医療現場におけるチーム支援についての態度形成プロセス —臨床心理士を対象としたインタビュー調査の検討から—

奥野雅子

I はじめに

医療現場には様々な専門家が従事し、チームを形成し支援を行っている。患者は医療従事者のそれぞれの専門性を介して多面的な治療を受けられる。医療従事者には、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーなど、多くの職種がある。その中で、本研究で取り上げる臨床心理士は、病院の文化としては比較的新しい職種であり、患者に対して心理的な側面から支援を行っている。臨床心理士になるためには、臨床心理士を養成する指定大学院に入学後、臨床心理学の専門的な知識の取得と臨床現場での実習を経験し、当該大学院を修了することが前提条件である。修了後に資格試験に合格して初めてライセンスの取得がなされる。最近では2019年から、同様な心理の専門家として公認心理師という国家資格も導入された。

実際の医療現場では、多くの職種が連携しながら患者に関わり、チームとして支援を行う中でそれぞれの専門性が交差することになる。そこでは異なる専門家のそれぞれの立場から患者の治療方針についてコンセンサスが必要になる。しかし、自身の専門的立場からの考えと他職種の意見がすりあわず、支援の方向性や専門家間の関係性において葛藤が生起することもしばしば起きる。したがって、医療現場において効果的なチーム支援を提供するためには、おのおのの専門家がどのような態度で支援に臨むのが重要になる。そこで、本研究では、医療現場に従事する臨床心理士を対象にインタビュー調査を行い、チーム支援においてどのような態度を形成していくのか、その変化のプロセスについて検討する。

II 問題と目的

チーム支援に専門家としてどのような態度で臨むべきかについての議論は現在も続いている。当然、他の専門家の立場を尊重した上で自身の専門性を発揮し、専門家間の「連携」や「協働」が求められている。しかし、連携や協働を具体的にどのように捉えるかといった問題がある(中村・岡田・藤田, 2012)。医療従事者の職種によっては連携や協働のスタイルが異なるといえる。一方、医療現場では、医師がそれ以外の他職種と従属関係にあることが前提になっていたという長い歴史が存在しているが、現在では他職種と連携し、共通の目標に向かっていく方向にある(津川・岩満, 2011)。それでは、チーム支援としての効果を上げるために、様々な職種が対等な立場で議論したうえで、支援方針を決めていくことは可能なのだろうか。

チーム支援の効果については受ける側と提供する側の両者にもたらされることが報告されている（長岡・瀬戸内・藤原, 2008）。異なる専門家がチームを組むということは「システム理論」（Hall & Fagen, 1956；Bertalanffy, 1968；長谷川, 1997）の観点からも、おのおのの専門家の支援の効果の総和より大きくなる。つまり、複数の医療従事者がひとつのシステムを形成することは、独立した要素の単なる複合体として動くのではなく、凝集し、かつ分離できない全体として振る舞うことになる（Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1967）。よって、患者側には支援の相乗効果が期待できる。また、医療従事者側も問題をチームで共有することで一人の専門家に負荷がかかりバーンアウトすることを防げることや、他職種について理解することで支援における全体的視点をもつことができる（黒須, 2010）。

実際のチーム支援の稼働については、まず、チーム支援の目的によってメンバーの構成をどのように決定するかが重要である（栗原, 2006）。また、チーム支援のための会議に参加するメンバーが変わると、そこで話される会話内容にも影響が及ぶことも報告されている（Wittenberg-Lyles, Oliver, Kruse, Demiris, Gage & Wagner, 2013）。一方、有効なチーム支援を行うためには、自身とは異なる専門領域についての知識も必要であるため、研修や教育の機会をつくることの重要性も指摘されている（竹林, 2007；Hatano, Tsuda, Maebayashi, Shima, Kawase & Fukui, 2009）。さらに、そういった他職種の専門領域に関する知識を肯定的に受け止めていることも求められる（Louw & Myburgh, 2007）。加えて、他の専門領域の知識だけではなく、仕事の仕方や暗黙のルールなどを理解していることも、チーム支援には役立つと述べられている（White & Featherstone, 2005）。このように、チーム支援を行うために構成されたメンバー間での相互理解が重要であり、そのためにも他職種間で十分なコミュニケーションを行うことが求められる。

そこで、チーム内の他職種間でどのようにコミュニケーションを行うことが効果的なのかについて会話分析を通して検討した知見がある。まず、情動的に有用な会話内容と機能的に有用な会話内容があること（Lingard, Whyte, Espin, Baker, Orser & Doran, 2006）、さらに、目標が明確であることと焦点を絞ることの有効性も指摘されている（Bang, Fuglesang, Ovesen & Eilertsen, 2010）。また、他職種間のコミュニケーションには、フォーマルなものと同様にインフォーマルのものがあり、後者が協働関係に役立つことも示されている（Lewin & Reeves, 2011）。加えて、フォーマルとインフォーマルといった2種類のコミュニケーションはチームの課題遂行のためには補完的に使用されることが望ましいことも提案されている（Boerner & Schäffer, 2012）。しかし、チームの創造性を向上する目的においてはチーム内のコミュニケーションが頻繁であることが負の影響を与えることが報告されているため（Kratzer, Leenders & van Englan, 2004）、チーム支援の機能を高めるためには他職種間が親密になることではなく、ある程度の心理的距離が必要であることも述べられている（奥野, 2014）。

一方、チームにはリーダーの存在が必要である。医療現場では医師がイニシアチブを取って他職種に対して支援を依頼することが求められるため、医師がリーダーシップを行使する責任は大きいといえる（渡辺・稲葉, 2005；鈴木, 2011）。また、アメリカの医療体制では、エビデンスに基づく支援を行うことでリーダーシップを発揮できることも報告されている（佐藤, 2008）。しかし、リーダーシップを取ることで、チーム支援の中で従属関係を強化させることにつながり対等な議論を妨げるリスクがあることも指摘されている（飯岡・大西, 2012）。

それでは、チーム内の他職種間の関係性をどのように構築したらよいのだろうか。異なる専門家の関係性に着目した研究は未だ十分とはいえない。チームで仕事を行う初期の段階で生じた仕事に関する葛藤は関係性に関する葛藤にエスカレートする可能性が大きいことが示されて

いる (Martinez-Moreno, Zornoza, Gonzalez-Navarro & Thompson, 2012)。チーム支援を促進するための他職種間の関係性としては、勢力格差が低いことや (Drach-Zahavy, 2004)、相互依存性があることも挙げられている (Thylefors, 2012)。チームの構成メンバーの関係性が良好になると個々のメンバーの感情状態もよくなることが予想される。メンバーがポジティブな感情状態の時にはチーム内での気づきが促進し、逆にネガティブな感情状態の時は気づきが抑制することが報告されている (Pfaff, 2012)。ここではチーム内での気づきはチーム支援の効果を高めることが予想されるので、チームメンバーの関係性と支援の効果の良循環が生起していることがうかがえる。さらに、チーム支援の質を向上させるためには、お互いの関係性に関する変化を受け入れることが必要であるとも述べられている (Hilts, Howard, Price, Risdon, Agarwal & Childs, 2013)。よって、チーム支援における異なる職種間の関係性は、患者に対する支援の内容や時期によっても変化することが予想される。

このように、実際のチーム支援のあり方や異なる職種間の関係性について述べてきたが、チーム支援には時間軸を考慮する必要がある、そのプロセスに着目することが重要である。奥野 (2015) は、チーム支援において問題が生起していくプロセスについて、臨床心理士を対象にしたインタビュー調査を通して検討したところ、他職種間理解への不安から始まり、支援の成果を焦ることで見解の相違による葛藤が生じること、また、他職種と情報共有がうまくいかない不全感から目標に対して動き方に迷いが出ることを示した。このように、チーム支援における異なる専門家間のコミュニケーションの悪循環から問題生起に至ることが示唆されている。逆に、異なる専門家間のコミュニケーションの相互作用が良循環となり、効果的なチーム支援を構築するプロセスでは、最初に連携の土台作りがなされ、臨床心理士が自身の専門性をチームの状況を見立てながら表出したり抑制したりすることを通して他職種に介入していくことが可能となり、最終的には相互信頼感が形成されることが示されている (奥野, 2016)。

しかし、チーム支援がうまく機能するために、チームメンバーの態度がどのように変化し形成されていくのかについては検討の余地がある。そこで、本研究では、医療現場において効果的なチーム支援を目指す際に、臨床心理士の態度形成について、その変化のプロセスに着目する。本研究で臨床心理士を取り上げた理由として、がん医療に関する緩和ケアチーム、糖尿病へのチーム医療、精神科臨床などの医療現場において、臨床心理士の独自の役割が求められているからである (岩満・平井・大庭・塩崎・浅井・尾形・笹原・岡崎・木澤, 2009; 吉津・東井・平井, 2012; 中村・多木, 2015; 巢黒, 2016; 福島・木戸・角田・萱間, 2017)。したがって、本研究ではチーム支援についての態度形成プロセスを明らかにするために、臨床心理士を対象にインタビュー調査を行い質的に検討することを目的とする。

Ⅲ 方法

1) 面接協力者

5年以上臨床経験のある医療現場でチーム支援に従事する臨床心理士11名 (女性5名, 男性6名) である。平均年齢は33.91歳 (SD=3.01)、臨床経験の平均年数は10.57年 (SD=3.11) であった。これらを表1に示す。

2) 調査時期

2016年3月から2017年3月である。

3) 調査手続き

対象者には事前に依頼状を送付し、調査の概要を伝えた。調査方法は、個別の半構造化面接であり、面接場所は面接者や対象者の職場などで実施した。面接の前に、対象者に調査目的などを説明し録音許可の同意を得た後に面接に入った。まず、“チーム支援において他職種との関係や関わりについての意識”を尋ねた。ここで意識について質問したのはこの意識のあり方が面接における臨床心理士のコミュニケーション行動のあり方に影響を与えると考えたからである。続いてチーム支援の過程で他の専門家との関わりの変化、および、チーム支援を行う上での困難を感じて問題が生起していく文脈やうまくいく文脈について尋ねた。質問項目を表2に示す。本稿では、チーム支援における態度形成のプロセスを中心にまとめた。面接に要した時間は90分～120分であった。

表1. 面接協力者一覧

No.	臨床心理士	性	年齢	経験年数	チーム支援の内容	用いている主な心理療法
1	A	女	29	6	小児科臨床 糖尿病チーム	ブリーフセラピー プレイセラピー
2	B	女	31	9	緩和ケア	ブリーフセラピー 来談者中心療法
3	C	男	35	13	HIVカウンセリング	来談者中心療法 家族療法
4	D	女	35	12	緩和ケア ICU	ブリーフセラピー 認知行動療法
5	E	女	30	8	緩和ケア 精神科臨床	ブリーフセラピー 来談者中心療法
6	F	女	36	12	精神科臨床	来談者中心療法 プレイセラピー
7	G	男	34	10	児童精神科臨床	精神分析 プレイセラピー
8	H	男	40	16	心療内科臨床 緩和ケア	精神分析
9	I	男	35	11	精神科臨床	精神分析 行動療法
10	J	男	31	8	精神科臨床	来談者中心療法 プレイセラピー
11	K	男	37	13	精神科臨床	ナラティブセラピー

表2. 面接調査質問項目一覧

1	他職種との関係や関わりについて、どのように意識していますか。
2	自身の専門性を他の専門家に対して、どのように表現していますか。
3	チーム支援の過程で他の専門家との関わり方にどのような変化がありましたか。
4	チーム支援を行う上で困難だったことについてお聞かせください。
5	チーム支援の際、支援がうまくいかなかった事例と成功した事例についてお聞かせください。

4) 分析方法

本研究では、医療現場におけるチーム支援についての態度が形成されていくプロセスを異なる専門家間のコミュニケーションの相互作用に焦点を当てて検討するために質的研究法を用いることが適切であると判断した。中でも、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(木下, 2007) (以下, M-GTA) を採用した理由として、面接協力者が意識していなかったことを表現する場合も多いことを推測し、実際に話された言葉の意味の解釈という観点から心理的プロセスを検討したいと考えたからである。さらに、理論的モデルを構築することによって、それを実際の医療現場におけるチーム支援の実践に活用できることを目指しているからでもある。分析テーマは「医療現場において他職種との関わりを通してチーム支援についての態度が形成されていくプロセス」と設定し、臨床心理士と他職種の相互作用および臨床心理士の感情や認知の動きについて着目した。分析焦点者は「医療現場においてチーム支援を行う臨床心理士」とした。

分析手順は以下のように行った。①面接の逐語記録について分析焦点者の視点に基づき、分析テーマを意識しながら関連箇所に着目し、一つの具体例として他の類似具体例も説明できる概念を生成した。②概念の生成の際には分析ワークシート(概念の名称、定義、具体例、理論的メモを記述)を作成した。③新たな概念の生成と既存の概念への具体例の追加を繰り返した。④概念生成が恣意的になるのを防ぐために類似例だけではなく対極例との比較を行い、具体例の十分な収集を試みた。⑤生成した概念と他の概念の関係を個々の概念ごとに検討した。⑥複数の概念の関係から成るカテゴリを生成し、カテゴリ相互の関係から分析結果をまとめた。11人目を分析した時点で新たな概念生成が成されなかったため、理論的飽和に達したと判断し、分析を終了した。

なお、分析方法の妥当性を担保するために、データの解釈や生成されたカテゴリに矛盾ないかについて2名の面接協力者によるメンバーチェックを行った。さらに、質的研究者にデータ収集と分析結果に至る道筋についてスーパーバイズを受け信頼性と妥当性の確保に努めた。

IV 結果と考察

分析の結果、32個の概念、6個のサブカテゴリ、6個のカテゴリが生成された。プロセスの結果図を図1に示す。なお、図1における1本線の矢印はサブカテゴリ間の影響、中抜けの矢印はカテゴリ間の影響を表している。また、相互影響を表す場合は曲線で表現した。カテゴリと概念、その定義とバリエーションを表3に示す。

以下、概念を【 】, サブカテゴリを< >, カテゴリを<< >>で表す。生成された各カテゴリにおける概念を含むプロセスを記述していく

1. ストーリーライン

チーム支援の態度が形成され、<<専門性の自己実現>>に至るストーリーラインについては以下のように考察する。まず、チーム支援の最初の態度として<<心理士として機能しようとする気負い>>がある。それは、他職種の仕事の内容を理解しようとして【他職種への関心】を向けると共に、臨床心理士としての専門性もわかってもらおうと自身の【専門性のアピール】も行っている。これらは<<チーム支援の積極性>>を示す態度である。一方で、臨床心理士としての自身の仕事他職種からどう思われるのかといった【評価への不安】も感じている。また、

チーム支援において自身の立ち位置が明確にならないと思い、【心理士としての不全感】をも意識している。こういった＜自信のなさ＞を抱えつつも、臨床心理士の専門性を最大限に活かしてチーム支援に取り組まなければならないと考えている。

このように臨床心理士は自身の最初の構えからスタートし、どのようにしたらチーム支援がうまく機能するかについて《試行錯誤》を行うことになる。たとえば、ナースステーションに向向いて看護師から患者の状況を訊こうとするなど、他職種から【積極的な情報収集】を始める。また、他職種に対して見立てを提示し、動き方に対して具体的に提案する【具体的な情報提供】や他職種と一緒にカンファレンスを企画することで【時間を共有しようとする試み】を行っている。さらに、実際のチーム支援としての仕事の場だけではなく、雑談などを通して他職種と【カジュアルな関係作り】にも努めている。

しかし、こういった試行錯誤がうまくいかなくなる場合が生じ《連携へのつまずき》を経験することになる。それは、臨床心理士としての専門性が他職種から【理解されていないという感じ】を受けることである。たとえば、患者の話を傾聴するだけが仕事だと誤解されていることなどが挙げられる。そこで、臨床心理士としての仕事内容について説明をしても【伝わらないという認知】が生じる。よって、自身がチーム支援を遂行する上での【無力感】を抱くことになる。また、医師との意見の相違が生じた際に医師の発言権が優先されることを体験しチーム支援の中で【権力勾配の壁を認識】することにもなる。さらに、医師以外の他職種とも【見解がずれる疲労感】をもつ場合もある。

そこで、《つまずきへの対処行動》をとることになる。まずは、臨床心理士としての意見をこの場面では控えようとする【専門性抑制の判断】がなされる。あるいは、臨床心理士としての見解を次の機会に述べようとするような【結論の先延ばし】も行われる。対処行動としてはこのようなくパッシブな態度がある。一方、＜アクティブな態度＞も存在する。それは、行われているチーム支援でイニシアティブを取っている専門家をアセスメントし、【キーパーソンへのアクセス】を行うことである。たとえば、看護師が中心となっていれば、看護師と積極的に情報共有を行うこともある。また、自身の意見が伝わりにくいと思っても他職種への【アプローチの継続】に努めている。他の専門家の言語に合わせて【表現の工夫】も行っている。さらに、チーム支援を遂行する上で【支援の枠組みの提案】を行い、臨床心理士の専門性が活かされるようにアイデアを提供する姿勢もみられる。

このように、連携のつまずきと向き合いつつ、それらへの対処行動を取ることを繰り返しながら、臨床心理士は自身の＜専門性の再構成＞をすることになる。それは＜チーム支援への認知が変化＞することに相当する。まず、多くの治療がなされる中で【心理的支援が一側面であると理解】することに至る。また、他職種が心理的支援を行うこともあることに気づき【役割のオーバーラップの理解】も促進される。自身が行うべきだと捉えていた支援を他職種に頼んでいいといった【他の専門家への信頼感】がもてるようにもなる。よって、自身がやりにくいことやできないとも言えるようになり、他の専門家による【評価への執着からの解放】が生じることになる。こういった認知の変化と同様に、＜行動変化＞も起こる。チーム支援において患者を支援するといった視点から、患者ではなく【苦悩する専門家にアプローチ】し、困っている他職種を助けるという行動を起こすといった変化である。また、他職種に自分からコミュニケーションを取りに行くような【歩み寄り】や他職種の陰の力となって支える【黒子になる】こともある。一方、他職種とのずれを感じつつも臨床心理士のペースで支援を続けるといった【他職種と距離を置く】という行動もある。

最終的には、臨床心理士がチーム支援において《専門性の自己実現》を可能とする態度が形

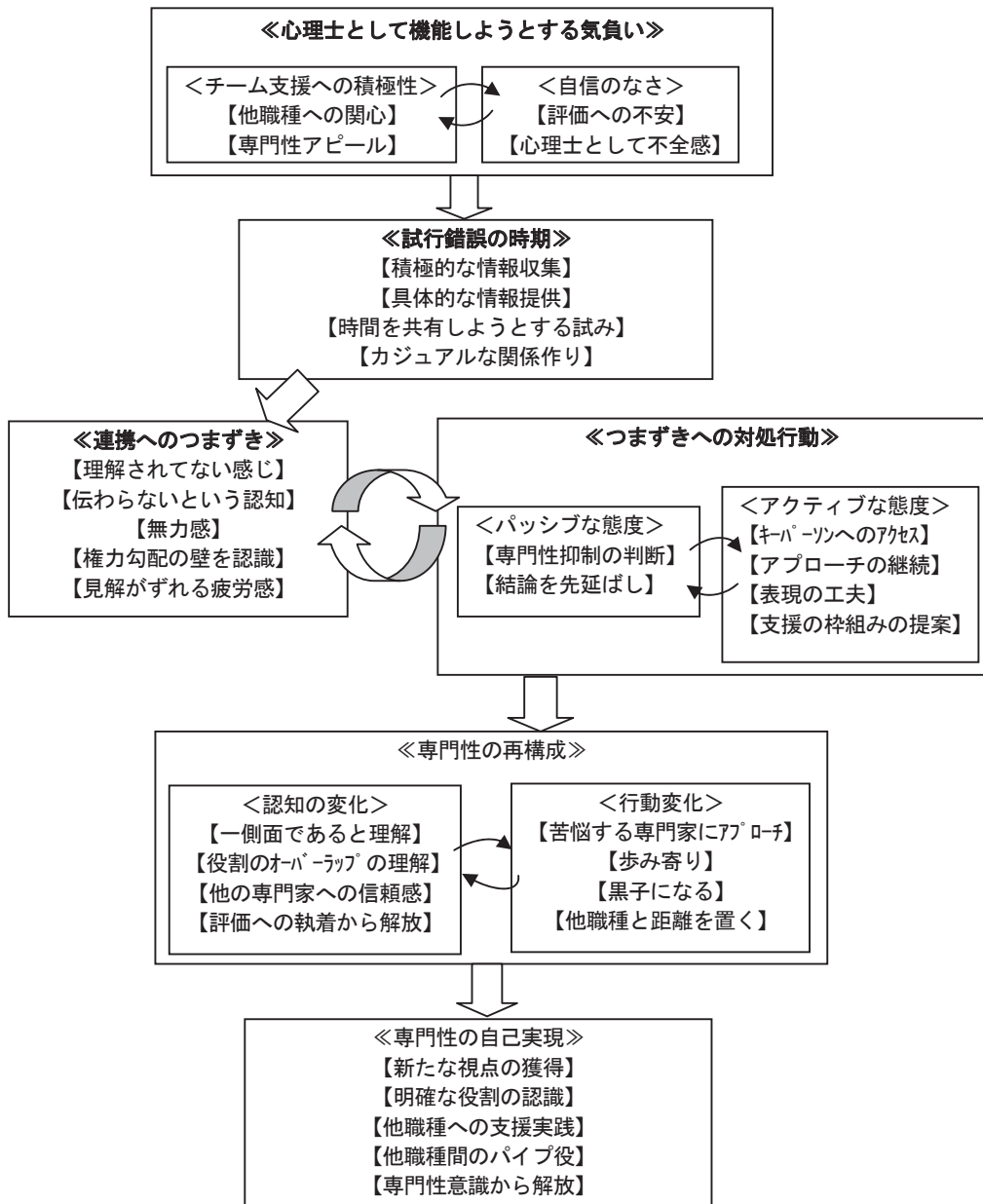


図1 医療現場におけるチーム支援についての態度形成プロセス 結果図

成されることになる。他の専門家とは異なる【新たな視点の獲得】を実感し、文脈を見据えた【明確な役割意識】が芽生えていく。また、チーム支援を俯瞰的視座で捉え、他職種をねぎらい【他職種への支援の実践】を行うこと、意見が割れている【他職種間のパイプ役】として務めるといった、臨床心理士としての特徴的な専門性を表現できるようになる。さらに、心理学の専門家としてこうあるべきという捉え方から、自身がチーム支援として機能することが最優先となり【専門性意識からの解放】がなされることになる。

2. 生成されたカテゴリ

1) <心理士として機能しようとする気負い>

臨床心理士がチーム支援の初期に、心理の専門家として機能しなければならないと気負っている姿勢を表すカテゴリである。それは<チーム支援の積極性>と<自信のなさ>の2つのサブカテゴリから成る。<チーム支援の積極性>は、他職種の仕事内容について興味関心をもつことを示す【他職種への関心】、専門性を他職種に向けてアピールすることを示す【専門性アピール】の2つの概念から成る。一方、<自信のなさ>は、他職種からどのように評価されているかについて不安を感じることを示す【評価への不安】とチーム支援においてうまく役割を果たせていないという思いを示す【心理士としての不全感】の2つの概念から成る。このように、チーム支援における初期の態度は、自身のなさを抱えつつ心理の専門家として役割を果たそうとすることから始まる。

2) <試行錯誤>

臨床心理士がチーム支援を有効にするために専門家として様々な行動を試みることを表すカテゴリである試行錯誤をする時期に移行する。チーム支援に役立つような情報を他職種から積極的に収集することを示す【積極的な情報収集】、逆に、他職種に対して見立てを提示し、動き方に関して具体的に提案することを示す【具体的な情報提供】という方向性の異なる概念が生成された。また、他職種と一緒にいる時間をつくろうと努めることを示す【時間を共有しようとする試み】という概念も生成され、それは、仕事以外の文脈で他職種とフランクに付き合えるような関係を作ることを示す【カジュアルな関係作り】を促進していることが考えられる。このように、臨床心理士はチーム支援において自身が役に立たなければという気負いから試行錯誤を繰り返す段階に移行することが考えられる。

3) <連携へのつまずき>

試行錯誤を繰り返しながらチーム支援のための連携を進める中でつまずきを体験することを表すカテゴリである。ここでは、他職種から臨床心理士の仕事内容が理解されていないように感じることを示す【理解されていない感じ】、臨床心理士の仕事について説明してもそれがうまく伝わらないと認識することを示す【伝わらないという認知】という概念が生成され、他職種間でのコミュニケーションがうまくいっていないことが示されている。よって、チーム支援の中で臨床心理士としての役割が果たせないという自身の無力を感じることを示す【無力感】という概念にもつながるといえる。さらに、チーム支援のメンバーの中でヒエラルキーを感じ仕事のやりづらさを認識することを示す【権力勾配の壁を認識】し、他職種との意見が合わないことで支援がうまくいかず疲労することを示す【見解がずれる疲労感】のように、次第に困難な状況に陥っていくことを表す概念が生成されている。こういった連携のつまずきは、臨床心理士の認知や感情として体験されるが、チーム支援についての試行錯誤が悪循環になることでつまずきという現象が生起することが推察される。

4) <つまずきへの対処行動>

チーム支援を進める上で経験したつまずきに対してさまざまな対処を行うことを表すカテゴリである。それらの対処行動は<パッシブな態度>と<アクティブな態度>の2つのサブカテゴリから成る。<パッシブな態度>は、臨床心理士の専門性を表現しないように抑制しようとする決めることを示す【専門性抑制の判断】、見解や判断をすぐ言わず、次回に先延ばしすること

を示す【結論の先延ばし】の2つの概念から成る。

一方、＜アクティブな態度＞は、チーム支援のキーになっている専門家に話をすることを示す【キーパーソンへのアクセス】、他職種に何度も繰り返し関わっていくことを示す【アプローチの継続】、他職種に対して用いる言葉を工夫することを示す【表現の工夫】、チーム支援の中のルールや枠組みを臨床心理士が提案することを示す【支援の枠組みの提案】の4つから成る。このように、臨床心理士による対処行動としては、受動的な態度と能動的な態度の2つの態度に分類されるが、それらの態度は状況を見立てて使い分けながら対応しているものと考えられる。

5) <専門性の再構成>

臨床心理士がチーム支援の中で捉える自身の専門性を認知し直し、行動を変化させていることを示すカテゴリである。それは、＜チーム支援への認知の変化＞と＜行動変化＞の2つのサブカテゴリから成る。＜チーム支援への認知の変化＞は、心理的支援がチーム支援の中にある多くの支援の一側面に過ぎないと理解することを示す【心理的支援が一側面であると理解】という概念があり、逆に、他職種と役割が重なることがあると理解することを示す【役割のオーバーラップの理解】という概念も生成された。また、チーム支援を遂行していく中で異なる専門家への信頼感をもつことを示す【他の専門家への信頼感】がありつつも、他職種から評価されていることにとらわれなくなることを示す【評価への執着からの解放】も起こる。

このように、チーム支援への認知は、自身の専門性が他職種と融合するような方向へと変化しているよううかがえる。一方、＜行動変化＞は、チーム支援において悩んでいる専門家に関わることを示す【苦悩する専門家にアプローチ】、他職種と見解が違っても話し合いによって着地点を見つけようとすることを示す【歩み寄り】、他職種を陰で助けることを示す【黒子になる】、他職種のことを気にしないでマイペースで支援を行うことを示す【他職種と距離を置く】の4つの概念から成る。このように、行動においては、他職種と心理的距離を近づける方向と遠ざける方向という反対方向のベクトルが共存していることが考えられる。

6) <専門性の自己実現>

臨床心理士がチーム支援の中で自身の専門性を自由に表現し、役立っているという認知が得られたことを表すカテゴリである。それは、臨床心理士の役割について新たな視点を得ることを示す【新たな視点の獲得】や、チーム支援の中で臨床心理士の役割や動き方が明確になることを示す【明確な役割意識】という概念が生成されている。このように、臨床心理士としてのスタンスの変化が確認できる。また、チーム支援を遂行していく中で他職種への支援を実践することを示す【他職種への支援の実践】、意見が異なり関係性がうまくいっていない他職種間の間を取り持つことを示す【他職種間のパイプ役】という概念も生成され、チーム支援という目的のために全体的な視野に立つと、患者ではなく他職種へアプローチが有効であることがうかがえる。

最終的には、臨床心理士の専門性を意識しなくなることを示す【専門性意識からの解放】に至ることになる。これらは、臨床心理士がチーム支援において形成される態度の最終段階である。心理の専門職としての独自性を発揮するとともに、逆に、チーム支援を行う中で自身の専門性を超越するような姿勢にも至ることが考えられる。

表3 M-GTA カテゴリ, 概念, 定義, バリエーション (具体例) の一部

概念	定義	バリエーション (具体例)
カテゴリ 1 <心理士として機能しようとする気負い> サブカテゴリ <チーム支援への積極性>		
他職種への関心	臨床心理士が他職種の仕事内容について興味関心をもつこと	他の職種とか、他のチームメンバーに興味を持つとか、他の分野のことを知りたいなと思ってますかね。(C) 他の専門家がどんなところを大切にしているのかな、どんなことが強みなのかなあと。(I)
専門性アピール	臨床心理士の専門性を他職種に向けてアピールすること	他の職種にない視点、アセスメントを伝える。(D) 話を聞いてくれる人なんだって患者さんには思われていと思うんですけど、他のスタッフには、話を聞くだけではいよっていうところは。(B)
サブカテゴリ <自信のなさ>		
評価への不安	臨床心理士が他職種からどのように評価されているかについて不安を感じる	他の職種の人から見られているみたいな面はすごくあるので、心理士がどのように思われているかですよね。(A) 他の医療者からの評価をすごく気にしていて、すごく目に見える評価を焦る感じ… (E)
心理士としての不安全感	臨床心理士がチーム支援においてうまく役割を果たせていないという思い	看護師さんがいけば私は要らないんじゃないかと思って、自分の必要性とか揺らいだ時ありました。(B) 自分の立ち位置がはっきりしないっていう、そういう不安とかは自分の問題だと思うんですよね。(C)
カテゴリ 2 <試行錯誤の時期>		
積極的な情報収集	チーム支援に役立つような情報を他職種から積極的に収集すること	こちらからナースステーションに行って患者さんの状況を訊きます。(F) これから心理として関わりたいから、日常どんなふうに通ってますかとか、ご飯食べてますか、他の患者さんと何しゃべってますかっていう情報を教えていただいで。(G)
具体的な情報提供	他職種に対して、見立てを提示し、動き方に関して具体的に提案すること	1回会っただけですけども、こういう印象を受けましたとか、こう思いましたっていうのを明確に具体的に伝えないと。(G) 何か具体的なことを言う人とかをすごく重宝しているとか。(I)
時間を共有しようとする試み	チーム支援のために他職種と一緒にいる時間をつくろうと努めること	私はどこで出でどこで引込んだらいいかの、まだわからないので、とにかく一緒にいるみたいな、定期的と一緒にいる時間をつくるみたいところですかね。(A) 定期的にカンファレンスを開きましょうって。そこで言いただしっぺなんで司会をすることになって。(C)
カジュアルな関係作り	仕事以外の文脈で他職種とフランクに付き合えるような関係を作ること	雑談モードになってるときのほうが一緒にやれることがある。そこで仕事の話をしてしまうわけではなくても、臨床心理士として得られるものは多いので。(A) 飲み会とか勉強会とか、廊下での会話みたいな… (D) 冗談言える関係がやはりいいなって思うんですよ。緩和ケアチームの立ち上げの頃、飲み会の幹事、私、ずっとやっついて。(E)

概念	定義	バリエーション (具体例)
カテゴリ3 <連携のつまずき>		
理解されていない感じ	他職種から臨床心理士の仕事内容が理解されていないように感じることに	心理士とかカウンセラーって何をするのかよくわからないというのがあると思うので。(C) 傾聴ボランティアと変わらないような雰囲気ですええられたり、魔法のつえみみたいなものを持ってると思われるところがあつて。(E)
伝わらないという認知	臨床心理士の仕事について説明してもそれがうまく伝わらないと認識すること	自分はこうする人なんですつて説明して通じたことがあつてなくて…(中略)…言葉で説明したときに、なかなか伝わらず…(A) 自分の仕事をどうやって説明すればいいかとか、そこはなかなか言葉にできない。そこは難しさを感じましたね。(C)
無力感	チーム支援の中で臨床心理士としての役割が果たせないという自身の無力を感じることに	心理士はよくわからないとか、あんまり頼りにならないつて思われていたこともちよつとあつたので。(D) 何もできないなつていうふうな思い悩んだ時期もすごく長かつたので。(E)
権力勾配の壁を認識	チーム支援のメンバーの中でヒエラルキーを感じ仕事のやりづらさを認識すること	心理士より絶対的に医師の発言権の方が上になりますね。(D) あくまで医療現場で、心理士つてすごいマイノリティじゃないですか。看護師さんや先生とかから「もう来なくていいよ」つて言われたら、患者さんと会えなくなるわけですよ。(E)
見解がずれる疲労感	他職種との意見が合わないことつて支援がうまくいかず疲労すること	看護師さんと意見が合わず、結局押し切られたつていう思いになりました。(G) 自分の見立てだけが根拠のときとかで、先生がそう思わないみたいな、一騎打ちになるとだめかもしれないですね。(A)
カテゴリ4 <つまずきへの対処行動>		
サブカテゴリ <パッシブな態度>		
専門性抑制の判断	チーム支援の中で臨床心理士の専門性を出さないように抑制しようつて決めることに	カンファとかではむしろ何も言わずに、難しいですつてねえとかばかり言つてました。(A) 勉強会も、私、「させてください」つて言つたことはないですつし、受動的な感じですね。(E) 自分が一番患者さんのことをわかっているんだよつていう、その姿勢を絶対出しちゃいけないつて思つてるんです。(G)
結論の先延ばし	臨床心理士としての見解や判断をすぐ言わず、次回に先延ばしすること	じゃあ1週間後に私また来てみますので、1週間どうだつたか教えてくださいつて、先延ばしして継続的に関わる。(B) ちよつとわからないので、もう少し患者さんに会わせてもらつていいですか?つて言います。(H)

概念	定義	バリエーション (具体例)
サブカテゴリ<アクティブな態度>		
キーパーソンへのアクセス	チーム支援のキーになっている専門家に話をする	看護師さんだと思うんですね…看護師さんが医者に言うことで、心理士から直接言うよりは…(中略)…看護師さんどう関係をつくるかのほうが。(B) キーになりそうな方に、ちょっと言ってみるとかはしましたね。(D)
アプローチの継続	他職種に何度も繰り返し関わっていくこと	なかなか時間取ってもらえないので、いまひとつ通じなかったなというときは、またあらためて出直して。もう一回言って話してみようかなと。(D) 時間をかけながら。たまには医局に行って、こんなかんじなんですけどって話に行くことをやりつつ。(K)
表現の工夫	他職種に対して用いる言葉を工夫すること	他の専門家の言語というか、捉え方に、合わせてやってみますね。(D) 看護師さんのところでイライラしてて、それは病気にに対する怒りなんだけれど、皆さんが優しくしてくれるから、家族みたいにな感じで看護師さんに当たっちゃうところがあるんだと思いますみたいなことを。(E)
支援の枠組みの提案	チーム支援の中のルールや枠組みを臨床心理士が提案すること	新しい患者さんが来た時のルーティンを提案して、流れを作ろうとしました。(C) カンファ必要って周りと話をしていて、先生を介してチーム開いてもらおうかっていうので「先生、チーム必要だと思うんですけども」って言う。(F)
カテゴリ5<専門性の再構成>		
サブカテゴリ<チーム支援へ認知の変化>		
心理的支援が一側面であると理解	心理的支援がチーム支援の中にある多くの支援の一側面に過ぎないと理解すること	看護師さんって患者さんの距離に近いところにいるんだなって、本当にいい意味で感じる場所があって…プロフェッショナルだなって感じますので、その辺はすごく頼りにしているところもあります。(H) それぞれの治療があって、その中のひとつが心理だと感じるようになりました。(J) 心理士は、病院文化では後進というか、後から入ってきたので。(I)
役割のオーバーラップの理解	チーム支援の中では他職種と役割が重なることがあると理解すること	看護師さんは患者さんの心理的なことをすごく理解していますね。(B) 看護師さんたちも「傾聴や受容は大事です」っていう部分は、かなりあるんだと思うんです。(H)
他の専門家への信頼感	チーム支援を遂行していく中で異なる専門家への信頼感をもつこと	自分から助けを求めたら、助けてくれる人がいるっていうか、頼ったほうがいいんだなって。たとえば、保健師さんにちゃんと電話して…(中略)…結果的に助けになった。(A) 自分自身はできなくても、看護師さんにこういうところを、次会ったときに質問して訊いていただいて…(G)
評価への執着からの解放	他職種から評価されていることにとらわれなくなる	やりにくい、できないと言えるようになって楽になった。(H) マイノリティなので、負い目とか入っていけないっていうのは、そこを多分超えていくと、もっと気楽にやれてくるんじゃないかと思えますけどね。(I)

概念	定義	バリエーション (具体例)
サブカテゴリ<行動変化>		
苦悩する専門家にアプローチ	チーム支援において悩んでいる専門家に関わること	誰が困っているのかをはっきりさせる… (中略) …困っているのは患者さんじゃなくて先生でしょみたいなことよくあるし…困っている人の話を聞きますね。(A) 看護師さんの愚痴を聞いて、受け止めたり… (H)
歩み寄り	他職種と見解が違っても話し合いによって着地点を見つけようとする	決めつけられて言われると反発があると思うので、こっちが問いかけるようなことをしながら、一緒に考えていくような感じだと思う。(J) ヒエラルキーを感じた場合、こちらからコミュニケーションを取りに行きますね。(K)
黒子になる	他職種を陰で助けること	認定薬剤師の方が学会発表しなくちゃいけない、データがないって、アンケートでこういう結果出てるんですけどどうですかって。(C) 緩和ケアの実績をまとめる業務とか、勉強会の予定とかをまとめるっていうのを、まとめ役を買って出ました。(E)
他職種と距離を置く	他職種のことを気にしないでマイペースで支援を行うこと	お互いがお互いの領域を侵さないの。(C) 他職種とのずれを気が付かないふりしてケアを提供し続けて、時間はかかりますけど、相手側が求めている状態に近づくことって、やっぱりあるんですよ。(E)
カテゴリ6<専門性の自己実現>		
新たな視点の獲得	チーム支援において臨床心理士の役割について新たな視点を獲得すること	患者さんがどんどん健康な方向に移行とすることだけ考えているといい仕事できないんじゃないかなと思って。チームの中において、チームから外れているところがあるみたいな。(C) 死が敗北じゃないという、違う水準のベクトルを挙げられるには心理士だけだよって精神科医に言われました。(E)
明確な役割意識	チーム支援の中で臨床心理士の役割や動き方が明確になること	患者さんの行動を変えようと動かしたりするのは、他の職種に恵まれていて、やってくれるんです。だから、自分は動かそうとしない。(C) 多分本当に求めている答えではないにしても、何かしら次に何をどう動いたらいいかっていうところを、僕の印象として持ったところを伝えるっていうか。(G)
他職種への支援の実践	チーム支援を遂行していく中で他職種への支援を実践すること	そのチーム自体が元気になるようなところをやったほうがいいんだなって。たとえば、カンファで専門的な意見言うよりも、その看護師さんの関わり素敵だなみたいな。(A) 俯瞰的視座で、みんなをねぎらったり、エンパワーしたり… (E)
他職種間のパイプ役	チーム支援を行っている中で意見が異なり関係性がうまくいっていない他職種間の間を取り持つこと	本当はそんな意図じゃないと思いますよとか、そんなこと入れていくようにして、気づくと仲たがいがちょっと和らいだぞとかって思う。(E) カンファで意見が割れているところを、お互いがどういう意味でそれを言っているのかを調整したりとか、表に立つことじゃなくて、うまく回していく力。(F)
専門性意識からの解放	チーム支援を行っていく中で臨床心理士の専門性を意識しなくなる	あうんの呼吸が出てきて。そうすると逆に、あんまり職種っていうことを意識しなくなってきたりもするんですよ。(I) 求められた時、必ずしも全部答えなくていい。一緒に考えればいいと感じるようになりました。(J)

Ⅳ 総合考察

1. 専門性の再構成とメタ専門性

医療現場に従事する臨床心理士のチーム支援についての態度形成プロセスは、専門性を表現しようと気負うことから出発し、つまづきを経て自らの立ち位置を再構成することになる。最初の段階では、自身の専門性をアピールし、他職種から評価されたいという思いもあるが、チームの中で連携や協働について試行錯誤を繰り返す中で、一度は挫折感を体験することになることが推察される。そこでは他職種との間で、理解されない、伝わらないといったコミュニケーションの悪循環が生起していることが考えられる。その段階では、チーム支援を遂行するためには他職種の専門領域に対して肯定的に受け止めていることが必要であるにもかかわらず(Louw & Myburgh, 2007)、そこに至らないことが予想される。また、本研究では権力勾配の壁を認識するといった困難な状況が示されたが、これは飯岡・大西(2012)が、従属関係を強く感じることで対等な議論を妨げるリスクがあると主張したことと一致する。

そこで、臨床心理士は自身の専門性の表出を抑制するという対処行動をとる。また、アセスメントを伝えることを先延ばしたりすることから、一見、専門家としての態度に積極性がみられなくなる。一方、チームのキーパーソンにアクセスし、あきらめずに他職種へのアプローチを継続し、表現を工夫することで他職種との関係を能動的に進めようとしていることも示された。このように、専門性を表現するのか抑制するのかといった判断や、専門性をいつ、どこで、どのくらい、どのように表現するのかは、論理階型を一段上がった「メタ専門性」と呼べるのではないかと考える。メタ専門性は、「専門性についての専門性」というように捉えられる。こういった捉え方にシフトすることで、臨床心理士の専門性が再構成されることにつながるのではないかと推察される。加えて、奥野(2016)は、異なる専門家のコミュニケーションとして、自身の専門性を表出したり抑制したりすることを通して他職種に介入していく可能性を示していることから裏付けられる。

臨床心理士が自身の専門性を再構成することは、医療現場において心理的支援がどういった立ち位置なのかを認知し、自身の専門性を患者に向けるだけではなく、他職種の支援を積極的に行うといった姿勢にもつながる。チームとして機能するために他職種を援助するとともに、親密にはならず一定の距離を置くといった態度でもあることが考えられる。これはチーム内のコミュニケーションが頻繁であることがチームの創造性を下げるという報告や(Kratzer, Leenders & van Englan, 2004)、心理的距離の必要性を述べた奥野(2014)の知見とも一致する。

2. 俯瞰的視座と臨床心理士のアイデンティティ

臨床心理士が自身の専門性を再構成することを通して、チーム支援において貢献できていることを実感すると共に自己実現がなされるといえる。それは他職種との関係性において俯瞰的視座に立ることであり、それが臨床心理士のアイデンティティであるとも考えられる。これまで他職種が臨床心理士に求める役割として、患者だけではなく患者の家族援助や医療従事者への支援、コンサルテーションなどが求められてきた(岩満ら, 2009; 吉津ら, 2012)。このような役割はチーム支援において全体的な視点が必要となる。チーム支援をスムーズに遂行するためには他職種を日頃からねぎらい、困っている専門家を援助することは重要な役割であるといえる。また、臨床心理士の関わりによって他職種の専門性が最大限に引き出されることも射程としていることが考えられる。さらに、関係性がうまくいっていない他職種のパイプ役と

なり、意識してチーム内の緩衝剤となることも重要な役割であるといえる。

医療現場は本来、患者の健康回復を目的としているため、臨床心理士は医療が身体の機能回復といった方向性が多くを占めていると捉えていることが本研究から示されている。よって、患者の心理に重点を置いて支援する臨床心理士は専門家としてマイノリティ感を抱いている。しかし、臨床心理士は、死が敗北ではないという、違う水準のベクトルを持つことが示された。医療という文脈の中で、臨床心理士の新たな視点を自覚することで自身のアイデンティティを確認することができると考えられる。また、患者が自身の健康と反対の方向に行動している際、たとえば、必要な服薬を拒否するといったことに対して、他職種はダイレクトに行動変容を求めがちなのに対し、臨床心理士は患者がそういった自分自身にも向き合えるよう働きかけることが役割意識として示唆された。医療現場における臨床心理士が自身の独自の視点や役割に気づき、それらを俯瞰的視座で捉えることは、チーム支援が全体として機能するためには重要であると考えられる。

このように、俯瞰的視座を保ち、臨床心理士の独自の専門性を認知しながらチーム支援に関わって行く中で、次第に専門性意識から解放されていくことが示唆されている。これは専門性を認知することでそれを意識しなくなるといった、パラドキシカルな現象であるといえる。本研究では、この現象は他職種と阿吽の呼吸になるといったことで専門性から解放されることが示されているが、臨床心理士としての専門性の表現のあり方がチーム支援の中で暗黙知となっているのではないかと推察される。暗黙知の例として、自転車に乗れるようになったらどのように乗っているのかが無意識となるといったことで説明される。このような専門性の表現の無意識化といった態度が最終ゴールであるといえるかもしれない。

3. 臨床への示唆

医療現場でチーム支援を行っている臨床心理士は、その初期の段階で他職種に関して専門性を表現しようとする気負いについて自覚的になる必要がある。特に経験の浅い臨床心理士はこのような態度が見られる可能性がある。こういった気負いはチーム支援を真摯に遂行しようという気持ちの表れであるといえるが、心理的負荷にもなりうる。自身の専門性を承認してもらいたいという焦りの気持ちに気付き、チームへの貢献に関しては時間をかけてゆっくり進むといった意識が重要であると考えられる。

また、チーム支援において臨床心理士の専門性が発揮できないという挫折感やつまずきは、チーム支援を遂行しているプロセスの中で誰しも経験することであると捉えられる。したがって、そのような体験はノーマライズすることが必要なのではないだろうか。そういった挫折を経験することで、自身の専門性を振り返り、俯瞰的視座に立つことに導かれる。他職種の苦悩に対して援助すること、あるいは他職種をエンパワーすることで他職種の専門性を最大限に引き出すといった役割がある。このような臨床心理士の独自の役割に気づき、チーム支援の実践につなげていくことが求められる。自身がいる医療現場の風土や文化にフィットする専門性の表現のあり方が獲得できるものと考えられる。

さらに、他職種との良好な信頼関係が構築され、チーム支援が効果的に機能することが定着すると、臨床心理士は自身の専門性の表現に関しては無意識となり、専門性を発揮しようという思いから解放される可能性があるといえるだろう。

4. 今後の課題

本研究では、医療現場における効果的なチーム支援がなされることを目的とし、その中で臨

床心理士の態度形成に関するプロセスについて検討を行った。しかし、このプロセスは臨床現場によって異なる可能性もある。たとえば、教育や福祉、司法の現場では、それらの現場に適した態度形成が存在する可能性がある。また、臨床心理士が用いる心理療法のオリエンテーションの要因も影響することが考えられる。今後は、そういった視点にも着目し検討を進めることが望まれる。さらに、チーム支援のあり方について事例研究の累積や、量的な分析を行うことも求められるだろう。

引用文献

- Bang, H., Fuglesang, S.L., Ovesen, M.R. & Eilertsen, D. E. (2010). Effectiveness in top management group meetings: The role of goal clarity, focused communication, and learning behavior. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 253-261.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory—Foundation, Development, Application*. New York: George Braziller. (長野敬・太田邦昌訳 (1973). 一般システム論—その基礎・発展・応用, みすず書房)
- Drach-Zahavy, A. (2004). Exploring Team Support: The Role of Team's Design, Values, and Leader's Support. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8 (4), 235-252.
- 福島鏡・木戸芳史・角田秋・萱間真美 (2017). 多職種アウトリーチが提供するケアの特徴—臨床心理士に焦点を当てた分析—. *聖路加看護学会誌*, 21 (1), 20-26.
- Hall, A. D. & Fagen, R. E. (1956). Definition of system. *General Systems Yearbook*, 1, 18-28.
- 長谷川啓三 (1997). 家族内パラドックス—逆説と構成主義—. 彩古書房
- Hilts, L. Howard, M., Price, D., Risdon, C., Agarwal, G. & Childs, A. (2013). Helping primary care teams emerge through a quality improvement program. *Family Practice*, 30 (2), 204-211.
- 飯岡緒美・大西弘高 (2012). 医療者間コミュニケーションについて—薬剤師の立場から疑義紹介場面における医師と薬剤師のコミュニケーションを考える—. *日本内科学会雑誌*, 101 (6), 1720-1726.
- 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*, 4 (2), 228-234.
- Kratzer, J., Leenders, R. A. J. & van Englan, L. L. (2004). Stimulating the Potential: Creative Performance and Communication in Innovation Teams. *Creativity and Innovation Management*, 13 (1), 63-61.
- 栗原慎二 (2006). 学校カウンセリングにおける教員を中心としたチーム支援のあり方—不登校状態にある摂食障害生徒の事例を通じて—. *教育心理学研究*, 54, 243-253.
- 黒須依子 (2010). ロサンゼルス郡モデル事業における精神障害者地域統合事業の現状—専門支援員の役割を中心に—. *九州保健福祉大学紀要*, 11, 1-8.
- Lewin, S. & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science & Medicine*, 72 (10), 1595-1602.
- Lingard, L., Whyte, S., Espin, S., Baker, G.B., Orser, B. & Doran, D. (2006). Towards safer interprofessional communication: Constructing a model of "utility" from preoperative team briefings. *Journal of Interprofessional Care*, 20 (5), 471-483.
- Louw, J. & Myburgh, C. (2007). The knowledge and perception of general practitioners about chiropractic as a factor that may influence inter-professional communication: A South African perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 21 (2), 221-224.
- Martinez-Moreno, E., Zornoza, A., Gonzalez-Navarro, P. & Thompson, L. F. (2012). Investigating face-to-face and virtual teamwork over time: When does early task conflict trigger relationship conflict? *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 16 (3), 159-171.
- 長岡里実子・瀬戸内裕二・藤原義博 (2008). 知的障害特別支援学校における自立活動担当者の学級支援—不応行動を示す児童のコンサルテーションを通して—. *筑波大学特別支援教育研究*, 3, 37-46.
- 中村菜々子・多木純子 (2014). 内科診療所での糖尿病腎症患者に対する行動医学チーム医療に臨床心理士を加える試み. *行動医学研究*, 21 (1), 31-38.

- 中村誠文・岡田明日香・藤田千鶴子 (2012). 連携と協働の概念に関する研究の概観—概念整理と心理臨床領域における今後の課題—. 鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科紀要, 7, 3-13.
- 奥野雅子 (2014). チーム支援における異分野の専門家間の関係性についての—考察—コミュニケーションの相互作用に着目して—. アルテス リベラレス (岩手大学人文社会科学部紀要), 93, 1-13.
- 奥野雅子 (2015). 病院臨床におけるチーム支援に関する問題生起のプロセス—臨床心理士へのインタビュー調査の検討から—. 日本家族心理学会第32回大会発表論文集, 52-53.
- 奥野雅子 (2016). 心理臨床家がチーム支援を構築するプロセス—異なる専門家間のコミュニケーションの相互作用に着目して—. 日本家族心理学会第33回大会発表論文集, pp45.
- Pfaff, M.S. (2012). Negative affect reduce team awareness: The effects of mood and stress on computer-mediated team communication. *Human Factors*, 54 (4), 560-571.
- 佐藤仁美 (2008). M.D.アンダーソンがんセンター Japanese Medical Exchange Program 研修報告. 青森県立保健大学雑誌, 9 (2), 153-158.
- 鈴木眞理 (2011). 摂食障害の治療におけるチーム医療と医療連携. *心身医学*, 51, 692-700.
- 栗黒慎太郎 (2016). 糖尿病・肥満へのチーム医療における集団および個人心理療法. *心身医学*, 56 (12), 1204-1209.
- 竹林直紀 (2007). チーム医療とバイオフィードバック—臨床バイオフィードバックセラピストの提言—. *バイオフィードバック研究*, 34 (1), 20-25.
- Thylefors, I. (2012). Does time matter? Exploring the relationship between interdependent teamwork and time allocation in Swedish interprofessional team. *Journal of Interprpfessional Care*, 26 (4), 269-275.
- 津川律子・岩満優美 (2011). チーム医療／他職種協働／臨床心理士の役割と専門性. *臨床心理学*, 11 (5), 762-765.
- 渡辺博・稲葉憲之 (2005). 医療者間、患者とのコミュニケーション, チーム医療. *日本産婦人科学会雑誌*, 57 (11), 493-497.
- Watzlawick, P., Bavelas, B. J. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: W.W.Norton & Company. (山本和郎 (監訳) (1998). 人間コミュニケーションの語用論—相互作用パターン, 病理とパラドックスの研究— 二瓶社)
- White, S. & Featherstone, B. (2005). Communicating misunderstandings: multi-agency work as social practice. *Child and Family Social Work*, 10, 207-216.
- Wittenberg-Lyles, E., Oliver, D.P., Kruse, R. L., Demiris, G., Gage, L. A. & Wagner, K. (2013). Family caregiver participation in hospice interdisciplinary team meetings: How does it affect the nature and content of communication? *Health Communication*, 28 (2), 110-118.
- 吉津紀久子・東井申雄・平井啓 (2012). がん医療において心理士に求められる役割について—大阪大学医学部付属病院心のケアチームの臨床実践データから—. *心身医学*, 52 (5), 405-412.