

厚生労働省
チーム医療推進方策検討WG
座長 山口 徹 先生

平素、チーム医療に関して多大なご尽力を賜り、感謝申し上げます。

さて、第3回WG（2010年12月4日）におきましてヒアリングの機会をお与えくださりまして、誠に有り難う存じました。その際、時間の関係もあり、事例は1つだけを提供して、チーム医療における臨床心理士の実際の活動を紹介させて頂きましたが、たった1つでは、委員の先生方にとって具体的なイメージを十分にもちにくいのではないかと考え、今回、ガンなどの身体疾患を中心に、A～Fまで6つの事例をまとめました。また、事例Dのみをサンプルとして経過表と多職種チームにおける臨床心理士の役割を図示しました。最後に、総合考察をできるだけ端的に加えてございます。

どうか、提出資料としてご査収くださりますとともに、この現実を鑑みて、チーム医療推進方策検討WGでまとめられる予定の「チーム医療の取組の指針となるガイドライン」のなかで、他の多くの職種とともに臨床心理職が存在することを明記していただきますよう、改めてお願い申し上げます。

平成23年1月24日

オブザーバー
日本大学文理学部心理学科
(一般社団法人日本臨床心理士会 副会長)
津川 律子

事例A 10歳 男子 急性辺縁系脳炎

1. 概要

情緒不安定等の精神症状を主訴とし、極めて軽度の意識混濁を呈した急性辺縁系脳炎と診断、入院加療を行った男子例である。

2. 経過

入院1週間前より、発熱、頭痛、嘔気のため、近医を受診し、内服加療を行っていた。その後、家族に対する暴言、机上の物を落とす、床に倒れてベッドの脚を蹴るなどの興奮した状態が認められたため、近医にて向精神薬の投与を受けた。その後も、異常行動と傾眠傾向が持続したため、大学病院小児科へ紹介受診となった。

診察時、場所や人に対する見当識は保たれていたが、視線は定まらず、常同的に鼻を触る動作が認められ、軽度の意識障害と診断された。急性脳炎を疑い、入院加療とし、急性脳炎に対する支持的療法とともに、経過観察を行った。入院時の血液・尿検査、画像検査、脳波検査上はとくに異常所見は認められなかった。

入院後、傾眠傾向と、時々開眼しては、鼻を触る動作、突然起き上がり母を呼ぶ、ベッド柵を乗り越える、点滴を抜くなどの行動が交互に認められた。そばに人がいることを好み、抱きつく、おんぶをせがむ、手を握るなどの甘えた行動が見られた。家族とともに、医師、看護師、病棟保育士、臨床心理士が協働して行動観察を行った。

2度目の脳波検査上、徐波の混入が明らかとなり、その後の髄液検査でも、軽度の細胞数増多と蛋白増加が認められ、急性辺縁系脳炎との確定診断に至った。

徐々に、傾眠傾向は改善を認め、発語の増加とともに、周囲の認識も少しずつ高まり、入院1週間後には、意識障害は完全に回復し、家族も元の状態に戻ったとの認識であった。退院時には、臨床心理士がWISC-IIIを実施し、認知機能は正常と評価された。退院後、後に本例との関連なく発症したてんかんとともに、医師と臨床心理士が外来にて経過観察を行ったが、とくに行動面、学業面でも問題は認められず、現在は大学生活を送っている。

3. 考察

一般に、急性脳炎においては、けいれんなどの神経症状や昏睡などの重篤な意識障害を呈することが多いが、一方で、精神症状と軽微な意識混濁とを呈する急性辺縁系脳炎も存在する。本例では、当初、近医で精神科的疾患を疑われ、向精神薬の投与も行われたことから、家族の不安も強く、病像に関する多角的な評価を行うために、医師とともに臨床心理士が病歴聴取ならびに経過観察を行う必要があったと考えられる。

意識障害下における精神症状は、一見多彩かつ羅列的な印象を与えるが、乳幼児の心理学的発達過程の視点から捉えると、「退行」として矛盾はなく、その回復過程も一定の方向性が認められた。本例では、経過観察に、医師、看護師、病棟保育士とともに、臨床心理士も加わり、日常的に情報交換、カンファレンスを行った。

退院後も、他の精神科疾患との鑑別の必要もあり、医師とともに臨床心理士が経過観察を行い、順調な回復過程を認めた。

なお、本例の経過については、日常診療を行う小児科医に対する啓発意義も認められたため、医師とともに臨床心理士が経過報告をまとめ、「小児科臨床」雑誌に投稿した。

事例B 12歳 女子 1型糖尿病 母による虐待

1. 概要

7歳発症の1型糖尿病の女子であり、発症時より大学病院小児科外来で経過を見ていた。小6の夏以降、血糖コントロールがとくに不良となり、コントロールを目的に入院となった。入院後、本児の生活環境が明らかになるにつれて、母による本児への心理的虐待、身体的虐待、ネグレクトが問題となり、各種関係機関による調整を必要とした。

2. 経過

7歳時に、1型糖尿病を発症。インシュリン療法導入後外来で医師が定期的に経過を見ていた。元々、多動傾向があり、医師とともに臨床心理士も外来で不定期に面接を行ったが、母からの情報では学校では問題はない、とのことであったため、積極的な対応は実施してはいなかった。父は別居しており、音信不通の状態であったため、母がフルタイムで就労し、生計を維持していた。本人は低学年までは学童保育を利用していたが、高学年になり、施設の都合で退所していた。近隣に親戚などはなく、母が不在の間は、食事面などでかなり不規則な生活を送っていた。

小6の夏には、低血糖によるけいれん発作があり、秋には高血糖の状態が続いたため、本人の手技の確認、インシュリン量の調整を目的に入院となった。また、発症以来ずっと主治医を務めていた医師が退職する予定となり、今後の治療環境について相談する必要もあった。

入院後、血糖コントロールは速やかに改善したが、本人より母による虐待の訴えが医師と看護師にあり、退院を嫌がる言動があった。母は、仕事の都合上面会に来ない日もあり、面会時には本人の態度に対して、医療者の前でも厳しく叱責することがあった。医師、看護師、臨床心理士より、母に対して、今後の治療環境について、病弱児学級のある病院への長期入院なども選択肢に入れることを提案したが、この提案は受け入れられなかった。そして、これを機に母は医療者にも攻撃的な態度をとるようになった。母からは、夜間の母不在時に本人の様子観察の希望があり、当院MSWから、地域の保健師と訪問看護ステーションに支援の提供について問い合わせを実施した。

本人の生活環境把握のため、医師が学校に連絡をしたところ、学校は以前から母による虐待事例とみなしており、児童相談所への通告も行っていたことが判明した。そこで、地域の保健センターにて、市の子ども相談センターの担当者、保健師、小学校の教頭、担任教諭、養護教諭、進学予定の中学校の養護教諭、病院の医師、臨床心理士による個別支援会議を開催し、情報交換、今後の方針についての話し合いを行った。話し合いの結果、身体面での虐待は現時点では明らかなものはないが、医療ネグレクトを含めたネグレクトと言葉の暴力はあることを確認した。当院退院後は、新たに建設されたより自宅に近い大学病院へ転院し、訪問看護サービスの導入を検討することとなった。今後も継続的に見守り、心理的な支援を行う必要があり、本人に対してはスクールカウンセラー、母親に対しても定期的な相談機関の紹介を行うこととなった。

3. 考察

本例では、母の攻撃的な言動に、医師も看護師も翻弄されてしまう部分があり、臨床心理士によるコンサルテーションを行った。母子ともに幼さを感じさせる部分が目立ち、とくに母親は心身ともに余裕がなく、問題に対して適切な行動が困難であったと考えられる。また、これまで心身両面で依存していた担当医の退職という状況もあり、一挙に問題が顕在化した印象であった。はじめは、長期入院という形で医療機関のみの対応で対処しようとしたが、最終的には、地域の福祉機関、保健機関、教育機関との連携を強化するなかで、経過を追った事例である。

1. 概要

単身生活の女性。水商売を転々としている。実母は健在だが交流はなく、結婚と離婚を繰り返して3人の子どもをもうけているが、血縁者の誰からも援助が受けられない状態にある。泥酔状態で転倒することや、行きがかりで喧嘩をするなどの行為が普段からあった。足の痛みを訴えて整形外科を受診し、人工股関節術を行ったが、病棟規則に不満を訴えて退院した。その約1年後に「手術した脚が痛い」との主訴で来院。再手術を受けた。

2. 経過

看護師たちは前回の入院時のトラブルを覚えており、Cが入院した直後から病棟中がピリピリしていた。手術は成功するが、Aは術後、自由に動けないイライラを新人看護師にぶつけ、「痛くて動けないのに看護師がすぐ来ない」と洗面器に排便や排尿をし、さらに看護師を強く叱責するなど問題行動が多発した。看護師も対応に苦慮する状態で、ますますCの不満はエスカレートするという悪循環に陥った。リハビリでも投げやりな態度で、担当の理学療法士も困惑していた。

前回の入院時に「精神的に不安定」「パーソナリティ上の問題があるのでは」という病棟医からの依頼で精神科にコンサルトがあったが、Cと精神科医の関係が良好にならなかったため、今回は「精神科依頼はするが、そのあと臨床心理士が関わって欲しい」と整形外科の主治医より依頼があり、臨床心理士が関与することになった。ベッドサイドにCを訪ねると、最初は「何しに来た!」「わたしは頭がおかしいのではない」「看護師が悪い」と語気強く話した。会話時の様子や他の情報を総合して、知的にやや制限があるという見立てをもった。何度か病棟に出向いてCの話を聴き、身体的不自由さからくるイライラに共感した上で、<今まで気持が高ぶった時はどうしてきたの?>と訪ねると、「今までじっくり私の話を聞いてくれる人はいなかった。何かあっても一人でやってきた、つらかった」と泣きながら自分のことを話し、人懐こくて寂しがり屋の面を見せ、頑なな態度は消失して行った。タイミングをみてCに対し「寂しがり屋なのに突っ張ってしまうからトラブルになりやすい」「つらくなる前に人に助けを求めてね」と示唆したところ、Cも納得してリハビリに積極的になり、理学療法士との関係も良好になった。退院後すぐに就労できる身体状態ではなく、主治医や病棟スタッフと相談の上、Cに生活保護受給の相談をMSWにするよう勧めた。

病棟カンファレンスではMSW、臨床心理士、理学療法士も加わった上で、知的にやや制限されている可能性と、パーソナリティ上の特性、そうならざるを得ない生育歴があること、今後は福祉の支援を受けていくことなどを全員で共有した。Cの全体像がわかり、多職種の関わりが始まったことで病棟スタッフは安心し、心理面の支援に関する看護師からの質問に臨床心理士が応じる体制で支援全体が強化された。C自身も同室者とトラブルを起こす前に臨床心理士に相談してきた。無事退院し、整形外科も精神科も通院は中断した。

3年後、糖尿病を指摘され再び来院し、内科に教育入院したところ同室者とトラブルを起こし、栄養指導の管理栄養士や、服薬指導の薬剤師が対応に苦慮することになった。以前、整形外科病棟にいた看護師が臨床心理士に相談して、精神科医のコンサルトと心理カウンセリングを再開した。病棟カンファレンスで管理栄養士や薬剤師に対しても、Cの特徴について臨床心理士が説明して共有した。Cは「前も同じようなことが起きた」と振り返り、「むかつと来てもすぐ相手に言わず、まず医療スタッフに相談」ということが実行でき、その後は定期通院が実現できた。

3. 考察

Cの知的特徴およびパーソナリティ特徴について臨床心理士がアセスメントし、それを病棟スタッフが共有したこと、また、臨床心理士が対応していることで病棟スタッフ全体の安心感が増し、各々のスタッフが自分の業務に専念できるようになった事例である。

1. 概要

30代半ばで卵巣がんと診断され、手術を行ったものの、切除しきれない部分があり、抗がん剤投与を行っていたが、リンパ節転移による痛みがひどく疼痛コントロール目的で手術後に2回入院した。疼痛コントロールによる1回目の入院時に、寂しい気持ちや、やりきれない気持ちを看護師にぶつけることがあり、大人しく自分の気持ちを言わないこれまでの様子と違ってきたため、主治医である産婦人科医と病棟看護師長が相談の上、緩和ケアチームに相談し、臨床心理士につながったケースである。多職種が関わり、自宅へ退院し、その後再入院中に、家族の見ていない前で肺塞栓にて死亡したため、家族ケアおよび遺族ケアも必要となった。

2. 経過

30代半ばの女性で、不妊治療中に卵巣がんが見つかり手術を行い、その後自宅に退院し、化学療法を行っていたが、腹膜播腫、リンパ節転移となり、「足のしびれるような痛み」の訴えが強くなり、疼痛コントロール目的で入院治療となった。主治医である産婦人科医からは、病名および今後の根治療法は無理であることなどが本人に告知された。「痛いし、つらく、何も出来ず、みなに迷惑をかけている。いなくなってしまいたい」と看護師に泣きながら話すなど情緒不安定になり、食事量も低下したため、主治医と病棟看護師長が話し合いを行い、本人の同意を得た上で、緩和ケアチームに相談があった。

緩和ケアチームのカンファレンスの結果、疼痛コントロールに関しては、オピオイドの投与を本人がコントロールできるように、麻酔科医が持続硬膜外ブロック、硬膜外カテーテルのポート留置を行い、薬剤師が鎮痛補助薬の提案と薬剤指導を行い、管理栄養士が食事内容について指導することになった。精神的不安定については、精神科医と臨床心理士が関与することになった。精神科医はうつ状態と診断し、抗うつ薬を少量処方し、その上で臨床心理士が定期的にベッドサイドで面接を行った。

面接開始当初は「結婚を前提に不妊治療をしていたのにこんなことになった、結婚式は無期延期だと思う」「なんで病気になってしまったんだろう」と泣きじゃくり、病気そのものを受け入れられない心理状態であったが、抗うつ剤の効果と心理面接の支えで次第に病状に関する受容が進み、「今の自分に出来ることをしたい、家に帰りたい、でもお金が心配」と話すようになった。退院調整をMSWが行い、訪問看護ステーションの紹介も行った。その後、自宅での生活をはじめて1ヶ月ほどで歩行が難しい状態になり、再入院となった。再入院時も前回同様に緩和ケアチームのメンバーが関与して、Dは穏やかに過ごしていたが、急に息が苦しいと訴え、面会に来ていた家族の目の前で死去した。家族の精神的な動揺が激しかったため、病棟看護師が霊安室で家族と話すうちに落ち着きを取り戻し、帰宅された。後日、遺族は「お世話になりました」と病棟を訪れ、その後、臨床心理士も訪ねてこられ、カウンセリングへの感謝の思いとDの思い出を話して行かれた。「残されたご家族が辛いときにはお話しにおいで下さい」と伝えた。

3. 考察

本例では、がんに伴う精神的苦痛、身体的苦痛、社会的な苦痛、実存的な苦痛に関して、産婦人科医、病棟看護師に加え、麻酔科医、薬剤師、管理栄養士、精神科医、臨床心理士、MSWが関与した事例である。各専門職の関わりと、地域の資源の援助もあって自宅に帰ることができ、2回目の入院もスムーズに進んでいたが、急に状態が悪化して亡くなり、家族も心の準備ができていない状態での別れとなった。Dご本人へのケアはある程度、達成できたと思われるが、家族ケアや遺族ケアは十分とはいえなかった。医療機関内で家族ケアおよび遺族ケアが十分に行えるような体制を整備して行く必要がある。

1. 概要

母方に糖尿病をもつ者が多く、母が食事に気をつけてくれたため、20歳前半の結婚前頃までは特に問題なく過ごした。20代後半の2度の出産頃から太り始め30代前半で身長150cmに対して、体重が68kgであった。一時、体重51kgまで減量したがリバウンドし、30代後半で70kgを超え40代前半で当院糖尿病内分泌代謝センターを受診、糖尿病と診断された。2週間の教育入院と、多職種によるケース検討会議（月1回のObesity Conferenceであり、構成メンバーは、内科医、看護師、管理栄養士、精神科医、心療内科医、臨床心理士、薬剤師、理学療法士である）にて検討後、肥満外来（主治医、臨床心理士、栄養士）での通院診療を中心に、以後複数年に渡りフォローした。

2. 経過

教育入院時のルーティンとして精神科を受診、臨床心理士による心理アセスメントを実施（TEG、描画テスト、ロールシャッハ法）した。ケース検討会議において主治医および看護師から「糖尿病は遺伝負因もあり、睡眠時無呼吸症、高脂血症もあることから、肥満のコントロールがまず必要であるが、入院中に不安感を訴え主治医に手を握るよう何度も求める等がみられ、病棟でも対応に不安を感じるの、心理面からのアドバイスを」との要望が出された。臨床心理士からパーソナリティ所見を説明し、Eの特徴として自己表現がスムーズにいかないため、E自身が自覚している以上に慢性的ストレスを抱えているが、そうした自分のあり方を否認していることを説明した。また、そうした日常の状態、食生活だけでストレスの発散になり、肥満につながっている可能性を報告した。したがって、減量治療のためには、1)自分の気持ちを適切に表現することが大切であり、周囲の期待に縛られすぎない生き方を少しずつ身につけてゆく心理支援を中長期的に図る必要があること、2)計画的に物事を進めていくことはEの不得手な領域であり、医療者側から具体的な減量方法の提案をし、その成果も失敗も共に考えながら支援していくこと、などの方向性も提案した。会議により肥満外来でのフォローが望ましいと判断され、以後数年にわたり、数週に1度、肥満外来に通院した。

3年後に主治医の交代があり、その時、2度目のケース検討会議に諮って状態像の変化の確認と対応方法をチームで共有した。糖尿検査値は6.0前後を推移していたが、その後体重が増え、検査値7を超えて落ちなくなったため、再度の教育入院となった。入院中の肥満外来では、固い防衛の殻に隙間が生じ、自分の親子関係や嫁姑の確執、夫との関係などを臨床心理士に話しはじめた。それと同時に、それまでの人任せのような態度がなくなり、自分から積極的に減量に取り組むようになった。その後も、臨床心理士を中心に心理面の支援を継続した。肥満外来の場が生活上の問題を考える場ともなり、徐々に自分から幼く依存的な側面に気づき、姑にきちんと断りが言え、過保護かつ過干渉すぎる親子関係に適度な距離を保とうとするなど、変化が見えるようになった。基本的な減量のための食事のとり方や運動の習慣化も図れていたが、減量治療は一進一退で、血糖値も6台が続いて落ちず、慎重なフォローが必要であった。

3. 考察

糖尿病治療では食事コントロールが必須であるが、Eにとって「食生活」は身近で手取り早いストレス発散手段となっており、生活のありかたのみならず、Eの人生そのものと強く結びついてきた。そのため、食事コントロールを指示するだけでは、一時的なコントロールは可能でも、すぐにさらなる体重のリバウンドを引き起こしてしまう事例であった。

従って、Eの糖尿病治療には、本人の精神的な課題と生活上のアンバランスをおさえた上で、ストレスマネジメントの視点から教育的な関与が必要であった。そのために臨床心理士がチーム医療のなかで貢献することができた事例と考えられる。

1. 概要

パニック障害にて通院中の男性で、妻と2人暮らしである。頻回に救急車を要請していたが、狭心症も併せもつことがわかり、治療を行った。治療後は、「また心臓がおかしくなるのではないか」と退院に対して不安を呈したため、臨床心理士によるカウンセリングとリラクゼーション指導を経て退院となった。

2. 経過

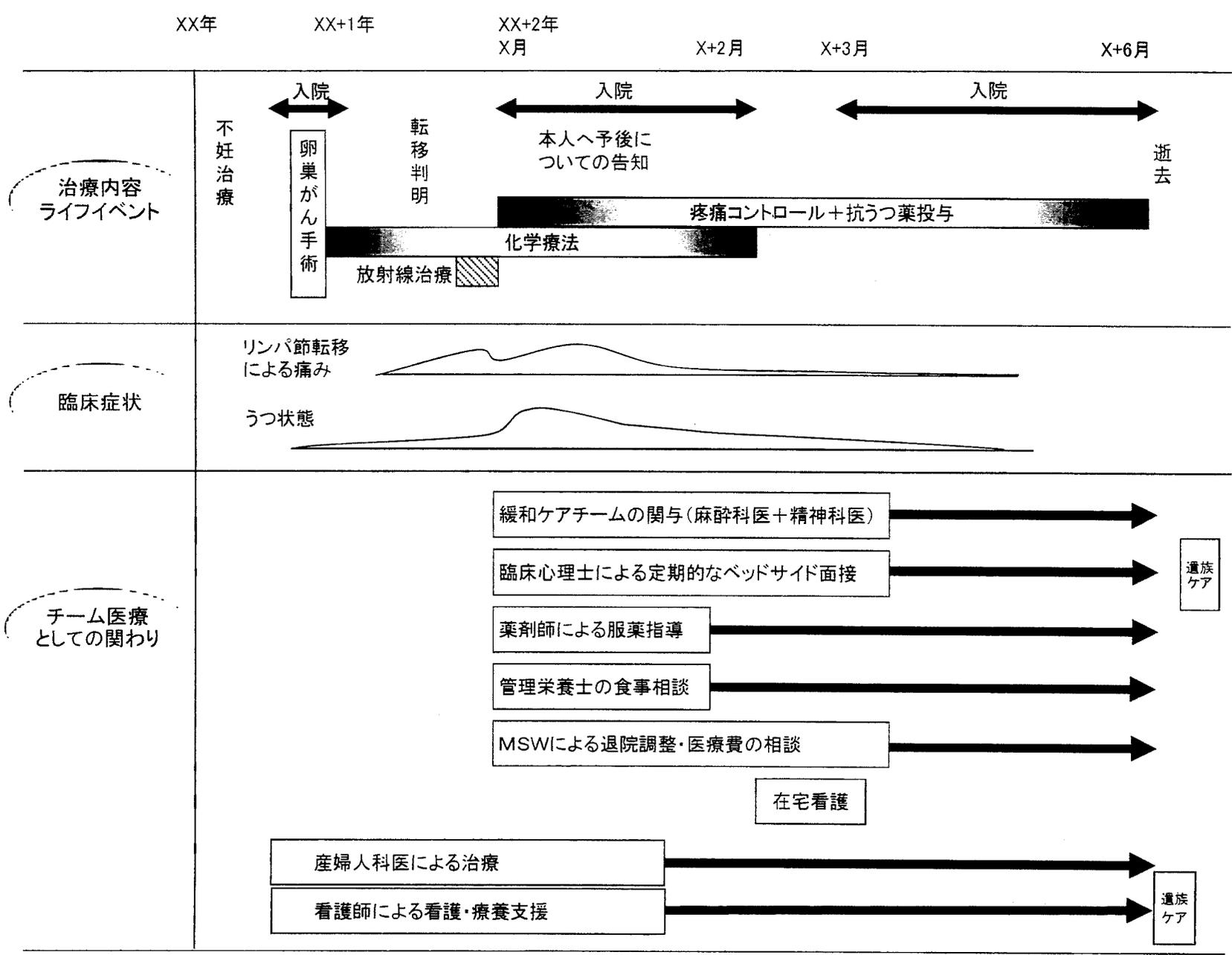
会社員として定年退職後、自宅で過ごす時間が増えたが、妻がパートで働きに出た頃から息苦しさを訴えて内科を受診した。心電図や呼吸器機能に異常所見なく、精神科を紹介されパニック障害と診断された。Fの希望で入院治療も行ったが、病棟看護師の態度や食事の内容など些細なことに対して不満を強く述べ、人前で苦しいと言って倒れるなどの行動があり、パーソナリティ障害傾向であった。医師には小心な面を見せるが、医師以外のメディカルスタッフには強気な態度を見せていた。定年前は「働いて妻を養っている」という自信をもっていたFが、妻が働きだして家での立場が逆転したと感じた頃から不安が高まり、パニック発作が起きるようになったという流れであった。心理検査も行ったが、「これで何がわかるんだ！」と積極的に取り組もうとしなかった。この態度も、尊大に見せることで自分の内面を知られることを恐れての行動であると理解して対応した。

退院後も救急車を頻回に要請して時間外に受診するという行動は続き、その度に心電図は異常なしという結果であった。心電図をとる臨床検査技師にも「おまえに何がわかるんだ！」と怒声を放つことがあった。臨床検査技師から、精神科医師や臨床心理士に対して「どういう方なのか？対応に困る」との相談があった。「尊大にみえるが、自尊心が傷つけられており、不安を不満の形でしか表出できない状態である」と臨床心理士より説明した。初診より1年後、負荷心電図を行った際に異常波が出現し、心臓カテーテル検査で狭心症と判明し、カテーテルによりステント術を行ったが、その場にいた初対面の臨床工学技士にも病院の診療体制についての不満や、医療全般に対する不信を述べた。

その後、理学療法士の指導によりリハビリテーションを行うが、恐怖心を訴えて歩こうとせず、食事指導の管理栄養士に対しても退院への不安を示した。不安に対して看護師が励まそうとすると「俺の気持ちがわかるか！」と怒鳴ることもあった。臨床心理士がベッドサイドで面接すると、「パニック発作なのか、心臓の発作なのかわからず怖い」と述べ、みんなに迷惑を掛けているとも述べた。面接で「心臓がまたおかしくなるのでは」という不安には十分に共感するとともに、呼吸法およびリラクゼーションを取り入れた指導を続けた。また、内科病棟でカンファレンスを行い、パーソナリティ障害傾向や本来は不安が高いことなどを臨床心理士から説明してメディカルスタッフ一同で共有し、チームとしての一貫した関わりを全員で心がけた。循環器内科医師がニトログリセリンを服用するタイミングをFに指導して、病棟看護師、内科主治医、臨床心理士が退院に向けての指導面接を同席で行って退院となった。「リラックスしないといけないとわかった。不安はあるが、田舎でのんびりやろうと思う」と述べ、生まれ故郷に転居し、終診となった。

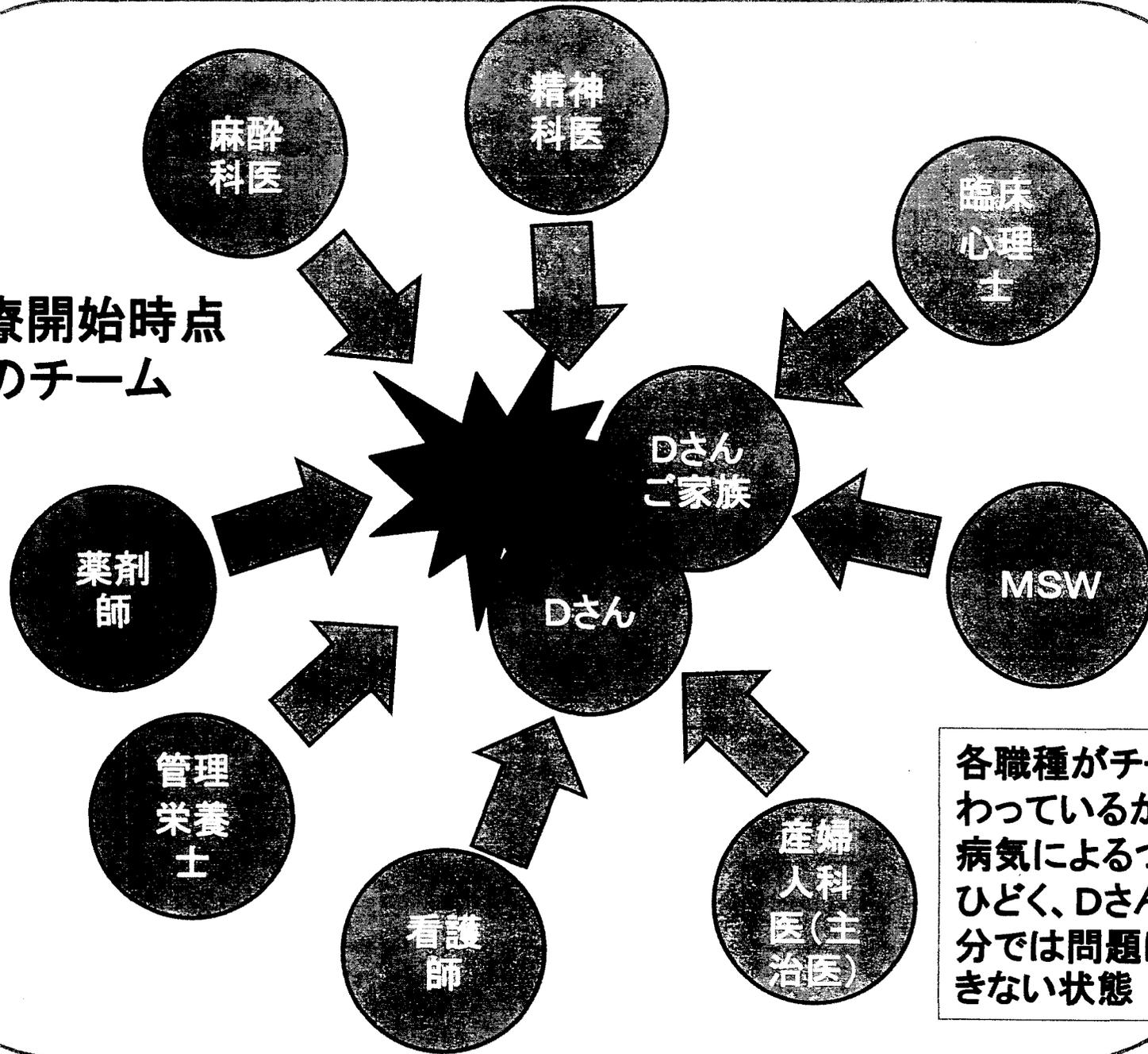
3. 考察

院内の各部署で課題が発生したが、その都度、精神科に連絡が入り、臨床心理士が主たるつなぎ手となって、院内各科の連携により本人の不安を支え、終診に到った事例である。



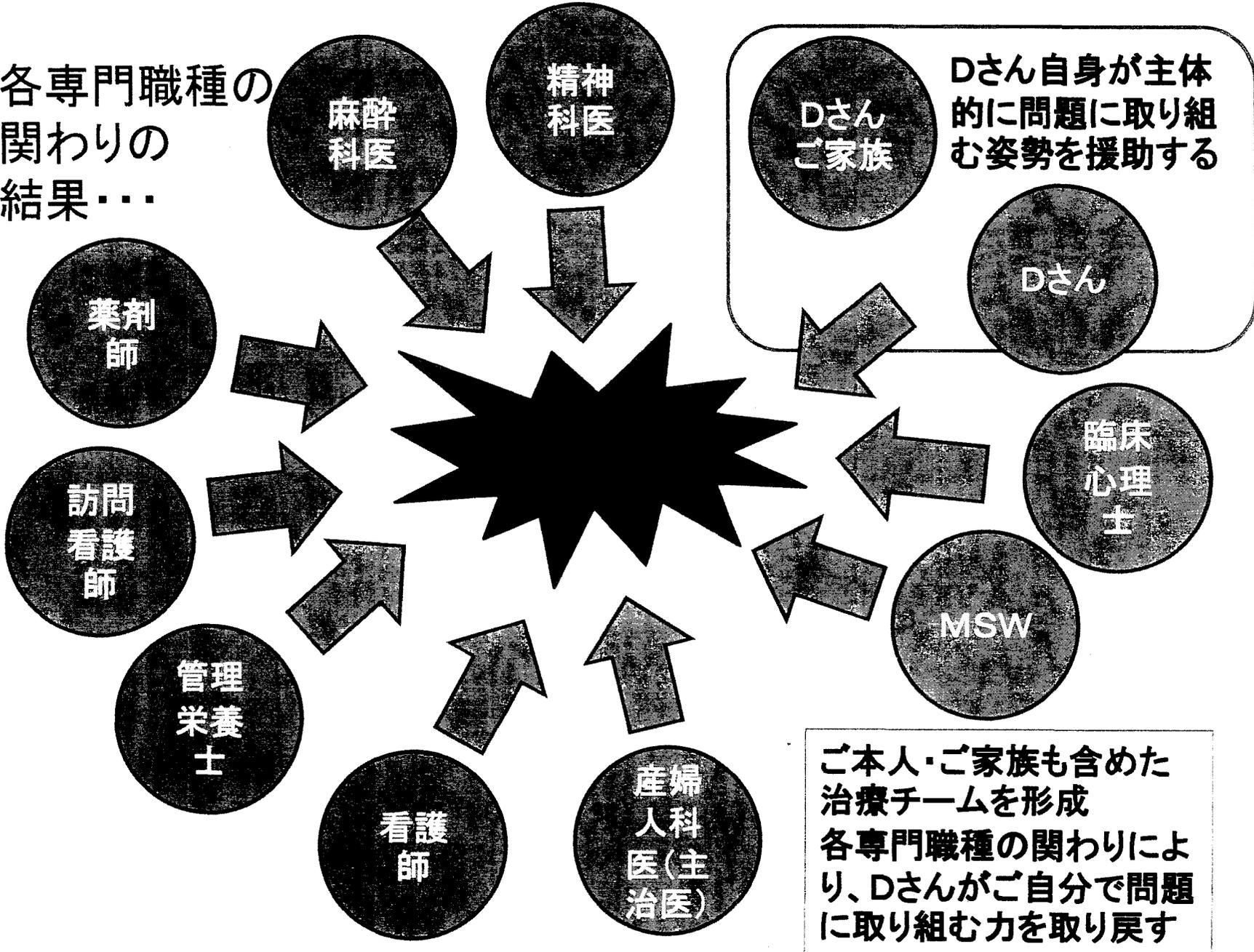
事例 D 経過表

治療開始時点
のチーム



各職種がチームで関わっているが、現在病気によるつらさがひどく、Dさんがご自分では問題に対処できない状態

各専門職種の
関わりの
結果...



Dさんの場合

主治医の治療、
看護師の療養支援、
家族のサポートが常にあり

身体的な痛み

- ・脚のしびれ
- ・脚の痛み
- ・食べられない

麻酔科医や病棟薬剤師による
関与・神経ブロックや鎮痛
補助薬の調整

管理栄養士による栄養相談

心理的な痛み

- ・「皆に迷惑を
かけている」
- ・何もできないという思い
- ・痛みの恐怖、死の恐怖
- ・「いなくなって
しまいたい」という思い

精神科医による
抗うつ剤投与

臨床心理士による
定期的なベッドサイド面接

トータルペイン を抱えるDさん

- ・なぜ私が病気になったのか
- ・これでも生きている意味が
あるのか

実存的(人間存在にかかわる)な痛み

社会的な痛み

- ・医療費をどうするか
- ・職業の喪失
- ・疎外感、孤独感
- ・単身生活の維持を
どうするか

MSWによる相談、
退院調整、訪問看護
ステーションの紹介

事例A～Fの総合考察

「全人的医療」という考え方がある。これは、生物学的側面や疾患のみにとらわれず、社会面・経済面・心理面などの様々な視点からも捉えて、個々人に合った医療を行おうとするものである。医療保健領域における臨床心理士の役割は、このような医療の考え方と、社会からの現実の要請とを真摯に受け止め、人々のこころの安寧に寄与するために臨床心理援助を行うことである。

臨床現場における臨床心理士の活動は、こころの問題を専門に扱う精神科や心療内科領域に限らず、病を持つ人全般のこころに関わる幅広い領域に及んでいることは、事例A～Fをみれば明らかである。臨床心理士の主たる活動は、面接や行動観察、心理検査といった手段を通して、系統的に情報収集を行い、的確な心理アセスメントを行うこと、その上で心理的な問題の克服や困難の軽減にむけてクライアントが自分自身の問題に主体的に取り組む気持ちになっていけるよう支援する心理面接を行うこと、さらに個人だけではなく、その人を囲む環境への働きかけや情報整理、関係の調整、他の専門機関連携など、ケースバイケースで多職種と十分なコミュニケーションを取りながら役割分担、連携を行って患者・家族の信頼を得ていくことであろう。さらに、今回の事例には含まれなかったが、医療人のメンタルヘルスを支える存在としての役割も現場では求められている。

2011年1月24日

一般社団法人 日本臨床心理士会 医療保健領域委員会
(委員長：津川律子)