

# 子どものターミナルケアに従事する臨床心理士への 協働的なコンサルテーション — PAC 分析を用いた事例研究 —

平 岡 篤 武

A Collaborative Consultation to a Clinical Psychologist who Involves in Terminal Care for Children

— A Case Study by PAC Analysis —

Atsutake HIRAOKA

2015年11月19日受理

## 抄 録

小児ターミナルケアに従事する臨床心理士へのコンサルテーションを、PAC（個人別態度構造）分析を用いた協働的なスタイルで実施した。協働的なスタイルとは、PAC分析で得られたコンサルティの不安クラスターのデンドログラムを見ながらコンサルティが語った言葉について、コンサルタントが質問しコンサルティが答えるという、コンサルティ自身が分析、解釈に参加するというものである。

コンサルティの表現した不安が、デンドログラムという俯瞰的、全体的な枠組みとして視覚的にフィードバックされ、クラスター化された「不安」に命名する2回の面接過程で、コンサルティは洞察、自己理解を得た。PAC分析という特性に加え、コンサルテーションの分析、解釈を協働的なスタイルで行うことにより、侵襲性少なく、主体性が確保された中でコンサルティの自己内対話が進行し、自分に関する認知の修正が図られ、自己肯定感の向上にもつながったと考えられた。

キーワード：ターミナルケア，臨床心理士，コンサルテーション，PAC分析，専門家の鑑

### 1 問題と目的

近年、臨床心理士がターミナルケアに参加するようになったが、CiNii等を検索する限りでは論文のほとんどが医療・看護系のものであり、臨床心理士の参加の現状は未だ一部に限られていると考えられる。荒川（2011）は、子どもの死に遭遇したこと

のある看護師 12 名（経験 6 年以上）を対象として半構造化面接を行い、内容を質的に分析した結果、6 つのカテゴリーを抽出し、その 6 つのカテゴリーを支えていることとして「看護師が子どもの死を心に受け止める際に関係したことの中で最も影響を及ぼすことは、自分自身と向き合うことである。」と考察している。患者・児、家族への支援スキル、支援体制に関する論文が多い中、重要な指摘と言える。

今回、子どものターミナルケアに従事する臨床心理士から依頼があり、内藤（2002, 2008）によって開発された PAC 分析を用いたコンサルテーションを実施した。PAC 分析は、当該テーマに関する自由連想（アクセス）、連想項目間の類似度評定、類似度距離行列によるクラスター分析、被験者によるクラスター構造のイメージや解釈報告、実験者による総合解釈を通じて、個人ごとに態度やイメージの構造を分析する方法である（内藤, 2002）。井上（1998）は、PAC 分析の特徴として①クライアントの主観的世界から出発し、②統計的アルゴリズムによる客観性を保持しつつ、③表出された意味の共同作業による再構成と対話の過程での解釈による意味の共存、を挙げつつ、カウンセリングの事例研究法と結びつくことにより、下山（1996, 1997）のいう“循環的仮説生成 - 検証過程”をとおした“実践型研究”の可能性が開かれることが期待されると述べている。

本研究では、コンサルタントとして解釈を極力控え、コンサルティが連想したことに対して質問し、明確化することで、コンサルティ自身が課題に向き合い、自己内対話が進むことを期待した協働的なスタイルで PAC 分析を用いた。このような方法により、本来コンサルテーションの場では扱わない個人課題に（Caplan, G., 1964; 山本, 1986）、コンサルティが無理なく向き合い、自己理解を深めることが可能であることを検討する。

## 2 方法

### 1) コンサルティ

総合病院精神科勤務の男性臨床心理士で、これまでの臨床歴は 10 数年ある。「最近他科から子どものターミナルケア参加を求められ従事するようになったが、この分野での経験が乏しく不安を感じるので気持ちを整理したい。」という依頼があった。

### 2) 手続き

連想刺激として次の文章をコンサルティのニーズに合致しているか確認後、PC 画面に提示し、コンサルタントが想起順に入力を行った（PAC 分析支援ツール（土田義郎 2008）によって実施した）。

「死の可能性がある子どもたちとそれを支える家族の心理ケアに取り組む上で抱える困難感、に関して頭に浮かんできたイメージや言葉を、思い浮かんだ順に教えてください。」

次に、想起順位と重要順位の一覧表を作成し（表 1）、類似度距離行列を作成するために、類似度比較フォーム（図 1）による一対比較を PC 画面上で操作してもらう。

連想刺激文(テーマ)			
死の可能性がある子どもたちとそれを支える家族の心理ケアに取り組む上で抱える困難感、に関して浮かんで来たイメージや言葉を、思い浮かんだ順に数えてください。			
番号	自由連想語(文) 想起順に上から記入	重要度	備考
1			
2	自分の実母との違い	1	
3	自分の実母とは別な母	2	
13	医学的専門性の高さ	2	
3	声を聞かせるサイン	4	
10	治療場でスタッフが集まること	5	
11	スタッフとの関係性が十分なかでは患者達のみ必要があること	6	
6	死の不安	7	
1	技術がほしい	8	
5	治療のサイン	9	
3	母親が来るサイン	10	
4	他のスタッフの期待	11	
7	親子が子どもへの期待	12	
12	治療士へのアドバイスをする立場にあること	12	
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
重要度が1位から順に並べ替え		ロー対比較を2回行わない	比較開始

表1 自由連想語一覧表

図1 類似度比較フォーム

事例検討結果については、プライバシー保護を配慮した上で学会発表、学術誌上での公開について許可を得た。

### 3) 類似度評定の教示と尺度

PC画面上に類似度比較フォーム(図1)を表示して、以下を読み上げ、スクロールバーを左右に移動させることで類似度を比較してもらう。「あなたが、死の可能性のある子どもたちとそれを支える家族の心理ケアに取り組む上で抱える困難感、に関して関連するものとしてあげたイメージや言葉の組み合わせが、言葉の意味ではなく直観的イメージの上でどの程度似ているかを判断し、その近さに関してスクロールバーを左右に動かして決めてください。」

### 4) クラスタ分析、コンサルティによる解釈の方法

類似度比較フォームにより得られた類似度評定から作成された類似度距離行列に基づき、SPSSを用いてクラスタ分析(Word法)を行った(表2、3、図2)。次に、デンドログラム(図2)をコンサルティに示して、まとまりのあるクラスタや連想項目に関するイメージ、他のクラスタや連想項目との違い、解釈を尋ねた。最後に、各連想項目に関するイメージを、+、-、0(どちらでもない)に分類してもらった。

表2 クラスタ凝集経過工程

段階	結合されたクラスタ		係数	クラスタ初出の段階		次の段階
	クラスタ1	クラスタ2		クラスタ1	クラスタ2	
1	1	2	1279.780	0	0	10
2	5	6	3400.780	0	0	7
3	4	9	6453.110	0	0	5

4	11	12	10052.875	0	0	8
5	4	10	14260.298	3	0	9
6	7	8	18646.948	0	0	10
7	3	5	23998.382	0	2	9
8	11	13	3314.357	4	0	11
9	3	4	46173.213	7	5	11
10	1	7	61687.068	1	6	12
11	3	11	97399.745	9	8	12
12	1	3	163582.151	10	11	0

表 3 類似度距離行列

ケース	類似度距離行列												
	自分と家族との なり												
自分と家族との なり	.000	2692.950	47882.120	40997.390	69348.980	69169.840	12626.220	21902.720	60064.700	49276.620	39778.420	46617.710	21389.890
自分と家族との なり	2692.950	.000	60981.950	44629.890	67944.950	69700.000	16740.900	22418.440	64391.260	61446.070	27462.120	46744.230	22914.800
自分と家族との なり	47882.120	60981.950	.000	13106.720	7626.470	10669.920	24071.170	24694.270	10141.460	10208.840	16862.120	22892.620	26449.210
自分と家族との なり	40997.390	44629.890	13106.720	.000	17018.120	20702.620	22827.360	18106.440	6134.960	7696.090	20200.760	40867.170	40327.280
自分と家族との なり	69348.980	67944.950	7626.470	17018.120	.000	4242.000	36140.700	26222.160	7677.260	13220.920	16206.260	16912.920	22972.240
自分と家族との なり	69169.840	69700.000	10669.920	20702.620	4242.000	.000	37944.920	26662.940	12024.840	16140.060	16464.240	17071.920	31869.730
自分と家族との なり	12626.220	16740.900	24071.170	22827.360	36140.700	37944.920	.000	8772.300	26922.240	36646.410	27642.140	36064.000	21292.620
自分と家族との なり	21902.720	22418.440	24694.270	18106.440	26222.160	26662.940	8772.300	.000	22061.700	26264.760	22917.200	30771.390	24758.100
自分と家族との なり	60064.700	64391.260	10141.460	6134.960	16740.900	16140.060	26922.240	22061.700	.000	8116.610	18771.480	27216.990	24281.140
自分と家族との なり	49276.620	61446.070	10208.840	7696.090	16206.260	16140.060	36646.410	26264.760	8116.610	.000	22126.410	30770.600	40147.260
自分と家族との なり	39778.420	27462.120	16862.120	20200.760	16206.260	16464.240	27642.140	22917.200	18771.480	22126.410	.000	7192.620	16768.200
自分と家族との なり	46617.710	46744.230	22892.620	42867.170	16912.920	17071.920	32064.000	30771.390	27216.990	30770.600	7192.620	.000	16288.200
自分と家族との なり	21389.890	22914.800	26449.210	40327.280	22972.240	31869.730	21092.620	24768.100	34281.140	40147.260	16768.200	16288.200	.000

### 3 結果と考察

1) コンサルティによるクラスター (図 2) に関するイメージ、解釈

クラスター A (1, 2, 7, 8): 『臨床心理士として御家族や患者さんの役に立てるだろうか』

(Q: 「御家族」が「患者さん」よりも先に来たのは?) 最初のケースがご家族へのサポートという面が強く、インパクトが強かったからだと思う。

クラスター B (11, 12, 13): 『周囲のスタッフから見られていることに対する不安』

(Q: 見られているというのは?) 精神科以外の病棟に入ったのは初めて。臨床心理士がこういう仕事をしている、役立つと思ってもらう必要があったので。精神科と身体系他科では文化が違うので、どんな風に情報を提供するか、ということの難しさがある。特に、電子カルテ上では文字だけの情報になるので。例えば家族の不安の表現 (スタッフへの愚痴等) をあまりストレートに書くと、読んだスタッフの陰性感情を引き出してしまうのではという心配。精神科では、スタッフが抱きがちな陰性感情を現場でオープンに話題にできる、という文化があるので。

クラスターC (4, 9, 10/ 5, 6, 3)『あまりよく知らないスタッフとの共働への不安』

C 1 (4, 9, 10)：『情報のタイムラグに対する不安』

(Q：精神科と比較している?) 比較しているというよりは、患者さんとのものもあるし、なんて言ったらいいのかな…。医師が臨床心理士を必要としているというニーズと、患者さんや家族が持っているニーズとの不一致もあるし、日々病状が変化してくることもあるので。例えば、臨床心理士が入ること＝ターミナルの段階と、とらえる患者さんとどうラポールを作るかという難しさがある。他には、患者さんと面接する段階で自分は既に主治医から「予後が厳しい」という情報を得ていて、一方で患者さんはそんな風には聞かされていない場合。そういう状況で家族から「最近調子が良いです。」と聞いた時、カウンセラーとして自己一致できない大変さがあります。

(Q：タイムラグは時間だけでなく、情報の質という面もある?) そうですね。

C 2 (5, 6, 3)：『一緒に仕事をするスタッフのことが分からない不安』

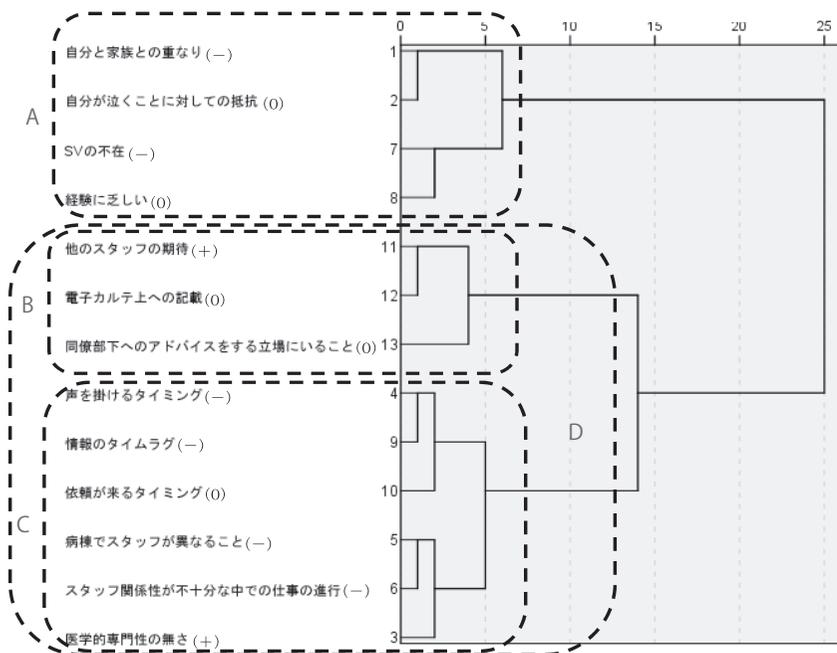


図2 コンサルティのデンドログラム

項目のうしろ、( )内の符号は項目のイメージ、数字は重要度

(Q：何か連想することは?) 病院に入って最初に思ったことでもあるんです。職種によりユニフォームが違い業務も違うことで、初めは一人ひとりの人間性が分からない。ユニフォームのない前にいた職場と比べ、特に感じますね。付き合っていけば分かるのですが。職種毎に考え方が違うし、病棟毎でも違う。同じ情報を伝え

でも、職種、病棟毎に受け取り方が違う、ということ。逆も然りで、医師と看護師で当たり前のように使っている専門用語が、臨床心理士には全く分からないということがある。少しずつ分かってきていますが。

(Q:前にいた職場と比べてというのは?)前にいた職場ではこの人はこういう人、という人間味が強く感じられる。フロアも広い。病院は移動範囲が狭く、意図的に動かないと色々な人と触れ合えない。

(Q:人間味というのは?)前にいた職場の人たちは、一人ひとりが何かを気にして発言している印象はなかったが、今の同僚はどこか自分の職種に縛られながら発言しているのかなという印象があります。

#### C (C1 + C2) 『あまりよく知らないスタッフとの共働への不安』

(Q:連想することは?)一人職場という感じです。

(Q:同じ職種と一緒にでも?)いざ、他科に出かけて行く時は一人なので。そういう時に、自分が何とかしなければと感じます。

#### クラスターD (B + C): 『職場環境、職場役割に関する不安』

(Q:コメントありますか?)確かにそうだな、という感じです。

(Q:個人と職場で分かれた、ということについては?)その辺のことはごっちゃになっていたんで、分けて考えることができそうですね。SVの時もそれを分けて話をしていなかったんで、これからは分けて相談できそうです。

#### クラスターA、クラスターD (B + C) の比較

(似ている点)自分の不安なんだなあ、ということ。

(異なる点)個人のことと、職場のことという点。

#### 全体を振り返って

違いについて言いましたが、今改めて確認のためにフィードバックされたら、それ程違いはないのかと思いました。専門性を発揮する時は、そこに患者さんやスタッフがいる訳で、そう考えると一人ひとりのケースを臨床心理士との間だけでなく、病院全体の中での治療関係を整えるという役割を臨床心理士が担っているということです。

目の前の患者さんのことを、1回1回一生懸命やることが臨床心理士の専門性を示すということ。それが、スタッフの理解や、スタッフや患者さんにとって意味あることにつながると思います。

大変当たり前のような結論ですが、ステップを踏んで見てきた上でのことなので、今までと感覚が違います。

(Q:ステップを踏んで、と言いましたが?)以前は、目の前の患者さんと言う時、目の前の患者さんしか浮かばなかったのですが、ステップを踏んで考えてきたら、患者さんだけでなく周りのスタッフ、家族という全体性を意識して、皆の中で仕事

していると思えました。

(Q: 視野が広がった?) そうです。

(Q: 死ということが出てこなかったのが印象的でしたが) そうですね。現実には、自分たちには病状を変えることはできないので、臨床心理士の方では悲しい時に悲しめたり、楽しい時に楽しめたり、という心の流れの通りが良くなるようにしてあげられたらいいな、と漠然と思っていました。臨床心理士がターミナルケアに入ることが始まった時は、自分の心の流れが悪くなっているという感覚があって、それは経験不足もあって、1人でやっていると思うこともあり、心理として何か成果を示さなければという変なプレッシャーがありました。今、これをやることで目の前の患者さんにちゃんとスポットを当てる、集中することが他のスタッフにも役立つ、ということを考えることができました。そういう意味で、余分なことを考えずに、目の前の患者さんのことを一緒に、ちゃんと伴走して行けるんじゃないかと思えます。

(Q: 不安の源泉は「死」を扱うことではなかった?) そうです。全然気づいていなかったです。

(Q: それに気づいていなかった?) ビックリ、意外でした。先程言われるまで気づきませんでした。「死」について、患者さん、家族、スタッフと率直に話し合えないということの不安だ、ということに気づきました。

(Q: 「死」について率直に話し合う、というのは?) 嘘をついていない、自己一致と言ってしまおうと簡単なのですが。浮かんだのは、先程言った「人間味」というフレーズです。

(Q: 嘘をついていない、自己一致はあなたにとってどんな意味がありそうですか?) 自分の仕事に対して誠実でいられるということでしょうか。

(Q: 誠実であるということへの思いは?) 患者さんが余命を知らない状況で、家族から「最近元気になっているんです。」と言われた時のしんどさ、があります。

(Q: その「しんどさ」と、今、まとめられたことと関連して何かコメントがあったらお願いしたいのですが。) 患者さんが持っている情報より、臨床心理士が持っている情報が多いというのは、本来あってはならないことかな、ということと、周りのスタッフに臨床心理士の仕事を分かってもらうために臨床心理士の仕事をもっとスタッフに理解してもらえたらいいのかな、と思います。

(Q: 全体的感想は?) 「死」のことじゃなかったんだということですね。気づきがたくさんありました。グルーピングだけでなく、質問ポイントのおかげもあります。いろいろ考えました。最初はあれこれ不安だと思っていたけれど、こうやって話してみると、不安について語っていたんだけど、不安というより、そんなにあれこれやる必要はなく、やることははっきりしている、と思いました。「目の前の患者さんのことを一生懸命やろう」ということです。

(Q: それにはどんな意味がありますか?) 日々の仕事をこなしていく上でのモチベーションにつながります。最初のケースでは、自分がこの分野では右も左も分か

らないということは十分承知していたので、とにかくやれることは全部やろうと思いきやっていました。臨床心理士というよりは、自分の心がいろいろガタガタするのは当然だと思ってやっていました。精神科以外の所での仕事は、精神科の仕事のように面接はこうして紹介され、週1回面接して、という構造化されたものではなく、先が見えない中で、やり続けることで何かが見えてくるのだろうと思ってやってきました。でも、実はケースバイケースで、その時の患者さんに一生懸命向き合うことが大事、と思うようになりました。単にすっきりしただけではなくて、守られている感じ、強くなった感じです。以前SVで感じた不安でなく、鎧兜をまとったような。

## 2) コンサルティによる連想項目に関するイメージ

全13項目中、プラスイメージは2(15.4%)、マイナスイメージは6(46.1%)、中立的イメージは5(38.5%)だった(表4)。プラスイメージは「分からないことが聞ける」、「期待があるから頑張れる」という『医療領域における専門性に関すること』で、一見マイナスのようなことが自分にとってのプラスになるイメージを抱いていた。マイナスイメージは「個人的なこと」、「声をかけるタイミングの難しさ」、「スタッフ関係が不十分な中での仕事を進める必要があること」、「SV(スーパーバイ

表4 連想項目のイメージ分類

イメージ	項目(番号は想起順)	コンサルティのコメント
+	13 医学的専門性の無さ	分からないことこそ聞けるメリット
	4 他のスタッフの期待	期待があるから頑張れることがある
-	2 自分と家族との重なり	面接の邪魔をするので
	3 声を掛けるタイミング	面接がし難い
	10 病棟でスタッフが異なること	立ち位置が分かりづらい
	11 スタッフ関係が不十分な中での仕事を進める必要があること	立ち位置が分かりづらい
	6 SV(スーパーバイザー)の不在	客観的なアドバイスがもらえない
	5 情報のタイムラグ	自己一致できない
0	8 自分が泣くことに対する抵抗	抵抗することでのストレスの一方で、抵抗がかかっていることで分かることがある。
	1 経験に乏しい	十分できない面と全てが初体験なので、慣れない中で友人、家族と同じような感覚を持てる
	9 依頼が来るタイミング	ズれるのはよくないと思うが、いろいろなタイミングで依頼が来ることで個々の病棟 Dr. が求めていることが分かる
	7 電子カルテ上への記録	難しさはあるが、難しいからこそ直接行って話し合おうという気になる
	12 同僚部下へのアドバイスをする立場にいること	いろんなケースを聞くこと知ることができるということ、それに対する責任が伴うという難しさ

ザー)不在]、「情報のタイムラグ」という『業務遂行への悪影響』のイメージを抱いていた。中立的イメージは、「自分が泣くということに対しての抵抗」、「経験に乏しい」、「依頼が来るタイミング」、「電子カルテ上への記録」、「同僚部下へのアドバイスをする立場にいること」という『業務遂行上の葛藤』で、プラス・マイナス両面を認識していた。

連想イメージについて想起、重要度の継列順に並べ、イメージの流れを比較したものが表5である。想起順のイメージは、最初にプラス・マイナスの「経験に乏しい」、2～3番目がマイナスの「自分と家族の重なり(ケースに接している中で自分の家族のことを連想してしまうこと)」、「声を掛けるタイミング」、4番目がプラスの「他のスタッフの期待」、5～6番目がマイナスの「情報のタイムラグ」、「S V (スーパーバイザー) の不在」、7～9番目がプラス・マイナスの「電子カルテ上への記録」、「自分が泣くことに対しての抵抗」、「依頼が来るタイミング」、10～11番目がマイナスの「病棟でスタッフが異なること」、「スタッフ関係が不十分な中での仕事を進める必要があること」、12番目がプラス・マイナスの「同僚部下へのアドバイスをする立場にいること」、最後がプラスの「医学的専門性の無さ」である。

表5 連想イメージの継列による比較

想起順	イメージ	重要度順	イメージ
1	0	3	-
2	-	8	0
3	-	13	+
4	+	3	-
5	-	10	-
6	-	11	-
7	0	6	-
8	0	1	0
9	0	5	-
10	-	9	0
11	-	4	+
12	0	7	0
13	+	12	0

重要度順のイメージは、最初にマイナスの「自分と家族の重なり」、2番目はプラス・マイナスの「自分が泣くことに対しての抵抗」、3番目は「医学的専門性の無さ」4～7番目はマイナスの「声を掛けるタイミング」、「病棟でスタッフが異なること」、「スタッフ関係が不十分な中での仕事を進める必要があること」、「S V (スーパーバイザー) の不在」、8番目はプラス・マイナスの「経験に乏しい」、9番目はマイナスの「情報のタイムラグ」、10番目はプラス・マイナスの「依頼が来るタイミング」、11番目はプラスの「他のスタッフの期待」、12～13番目はプラス・マイナスの「電子カルテ上への記録」、「同僚部下へのアドバイスをする立場にいること」である。

想起の順をクラスターで見ると、A、D、A、D (A 1, 2, C 3, 4, 5, 6, A 7, 8, C 9, 10, B 11, 12, 13)、重要度順においてもA、D、A、D、A、D (A 2, 8, B 13, C 3, 10, B 11, C 6, A 1, C 5, 9, 4, A 7, B 12) と、いずれも『個人的な不安』、『職場に関係する不安』というコンサルティの主題が交互に出現していることが分かる。

### 3) コンサルテーションの結果（総合解釈）

コンサルティの反応や応答をまとめた後、コンサルティの「感じている不安」について更に分析するため、メールを用いて明確化を行った。総合解釈の主体をコンサルティに置いたのは、コンサルティの希望が、「不安を感じるので気持ちを整理したい。」という点にあったため、コンサルティ自身による主体性の回復が重要と考えることが理由である。クラスターに関するイメージ、解釈についてコンサルタントが質問し、コンサルティが答える、という協働スタイルによって、コンサルタントからの解釈を提示するのは最小限に留め、コンサルティの解釈をもってコンサルテーションの成果（総合解釈）としてシェアすることが適していると考えたのである。以下がそのやりとりの概要である。

Q:「鎧兜をまとえた感じ」というのは、不安の対極にある感覚かと思いますがそれがSVでの体験と一緒に語られた、という点が興味深かったです。今回の取組は、SVでなくコンサルテーションですが、短時間で、侵襲性少なく、実施できることが確認できて良かったです。

A:「鎧をまとえた感じ」は、まさに不安の対極にある感覚です。PAC分析面接については、すごく“協働作業”という感覚でした。分析結果を一緒に眺めながら、2人で分析している感覚がありました。

Q:確認したいのですが、私のこれまでの理解だとSVはバイジューの個人的なもの（例えば、転移、逆転移）まで扱い、コンサルテーションでは個人的なものは触れない（「専門家の鎧」を尊重する、とG. キャプランは表現しています）、という区別でした。この区別に Yさんの言った「鎧兜をまとえた感じ」は合うのでしょうか？だとすると、対極にある「不安」とは、SV本来の個人的問題を扱う作業に伴う、バイジューの体験する不安、脅威であり、PAC分析によるコンサルテーションは、鎧を十分生かしながら、尚且つ個人的な問題もある程度扱い得る、と言えるのでしょうか、それとも、コンサルテーションの機能を効果的に果たす、に留まるのでしょうか？

A:先日のPAC分析の経験を振り返ってみると、おっしゃるように私があの時感じていた“不安”は、SVに伴って浮かんでいたある種の不安（自己に対する誤った信念）でした。具体的には、以前、職場外の今回と同じテーマに関するSVで、「Y君が、死に対してこんなに敏感だとは知らなかったよ。」というコメントをいただき、自分で勝手に“死に対して躊躇しているのではないか”というある種の自己認識がありました。それが、今回PAC分析を通じて、それは「死」に対してではなく、“死を患者さんと語れないことへの不安”であったのだと認識でき、それがまさに「鎧兜をまとえた感じ」でした。そのため、PAC分析に伴う不安はなく（そこは、G. キャプランの表現通りだと思います）、コンサルティ側のコンサルテーションを受ける際の準備段階によっては、個人的な問題もある程度扱い得るのだと思います。今回、ご質問いただいてイメージしたのが、面接トレーニングでの面接過程

(Hill,C.E.,(2014)の自己探索段階から洞察段階)でした。新たな情報(コンサルテーション)が、コンサルティのペースに沿って提供され、特に俯瞰的な全体的な枠組みが提供されるので、場合によっては洞察から自己理解が促進されるのではないかと思います。しかも、今回のPAC分析で個人的なものに直接アクセスされたという感覚はなく、結果的に、個人的な問題も解消された(その結果、事前の不安が消失し、適応機制としての防衛が獲得できた)というニュアンスでした。

Q:①SVによって浮かんできた不安とは、自己に対する誤った信念であり、それは「自分は死に対して躊躇している」ということであった、で良いでしょうか?それとも、もう一步踏み込んで、「死を躊躇してはならない」または「死を躊躇すべきではない」なのでしょうか?

②PAC分析によって得られた洞察は、「自分は死をクライアントと語れないことへの不安があった」というもので、そう認識したこと自体が、あたかも「鎧兜をまとえた感じ」を得た、ということでしょうか?

A:①後者です。「死を躊躇すべきではない」です。

②説明が不十分(不正確)でした。確かに、そう洞察したこと自体も「鎧兜をまとえた感じ」の一部なのですが、それはむしろ「強くなれた」という能動的な感覚に結びついています。それに対して、防衛的な意味合いは分析の後にジェスチャーでやっていた感覚なのですが、PAC分析を進めていく上で見せていただいた、あのグルーピングのまとまっていく流れの図が、「いろいろ不安があると思っていたけれど、結局それは自分が何とかしようと思っていることであって、目の前のクライアントのことを一生懸命に考えて取り組めばいいんだなあ」と、不安が目的化したような感覚でした。そのように考えると、自己認識に対する不安(誤った信念)と、業務上の不安の2種類の不安があり、前者が解消されて能動的な感覚に、後者は、リフレーミングされたような、そんな感じだったと思います。

Q:①は、私から提案したのですが、ちょっと不明瞭なので、自己に対する誤った信念は

「死(を話題にすること)を躊躇すべきではない」の方が正確でしょうか?

②の、「鎧兜をまとえた感じ」とは、一つは誤った自己認識が修正されることで得られた能動的な感覚と、業務に関するリフレーミングのような新しい視点を得る感覚なのですね。これらは、自分への肯定感が強まった感覚でもあるのですね。

A:①はい、おっしゃる通り「死(を話題にすること)を躊躇すべきではない」の方が正確です。

②こちらも、おっしゃるとおりです。

PAC分析によって得られたコンサルティの不安の自己分析とそれへの対応は、次のようにまとめられる。

- ア ターミナルケアに従事することで体験している不安は、『臨床心理士として、御家族や患者さんの役に立てるだろうか』という個人的なもの、『職場環境、職場役割に関する不安』という職場に関するものに分類することができた。
- イ スーパービジョンをきっかけに生まれた誤った自己認識（“死を（語ることを）躊躇すべきではない”）の修正が得られた（“死”を患者さんと語れないことへの不安がある）。
- ウ PAC分析を使って不安を分析、俯瞰することで、対処の方向性（目の前のクライアントのことを一生懸命に考えて取り組めばいいんだなあ。）の明確化につながった。

#### 4) PAC分析をツールに用いた協働的なコンサルテーションについて

PAC分析の開発者である内藤は、「自己を外在化し、自己の下位部分が次第に統合されてくるプロセスを探索するトーナメント方式（筆者注：SPSSでの出力図）では、命名という作業をするために感覚を用いて自己を表示するのを促すことになるので、理知的な説明を求める傾向の強い対象者に対しても、カウンセリングでの「明確化（自己理解）を生じさせるのに有効であると感じている。」（内藤，2008）と述べている。

今回、筆者はコンサルタントとして解釈を極力控え、コンサルティが連想したことに対して質問し、明確化することで、コンサルティ自身が課題に向き合い、自己内対話が進むことを期待して、協働的なコンサルテーションを行った。このことはターミナルケアという困難で、更に先導する同じ職種の上司、先輩不在の中、手探りで臨床現場に従事しているコンサルティにとって、主体性や自己肯定感の涵養が重要との認識があったからである。

コンサルティによる分析、解説の経過で明らかのように、このような取り組みは、職業的客観性が機能していない主題妨害（Caplan,G.1964）の状態にあったコンサルティが、「鎧兜をまとえた感じ」と述べたように、専門家の鎧（支援者自身を守る専門性、専門家としての立場を安定してとれる状態を保障するもの）を得て、コンサルティ本来の力を発揮できるような支援につながったと考える。

コンサルティはクラスターに命名する過程で、「自分に関すること」であるクラスターA以外の「職場に関すること」である、C1:「情報のタイムラグに対する不安」、C2:「一緒に仕事をするスタッフのことが分からない不安」、C:「あまりよく知らないスタッフとの共働への不安」、D:「職場環境、職場役割に関する不安」には、「不安」という言葉を使っているが、クラスターA:「臨床心理士として御家族や患者さんの役に立てるだろうか」には使っていない。これは、クラスター命名の初期時点では、職場水準の「不安」より、個人水準での「不安」の方に何らかの抵抗があったことが考えられる。しかし、クラスターAとクラスターDの類似点を比較する段階では、「自分の不安なんだなあ、ということ」と、述べる事ができている。これが、その後の、「死」について、患者さん、家族、スタッフと率直に話し合えないということ

の不安だ、ということに気づきました。〉につながっていく。

このように、PAC分析を用いた協働的なコンサルテーションは、専門家の鑑を尊重しながら個人的（人として弱みをもつ存在としての）課題をもある程度扱い得る、ということが確認できた。

#### 4 まとめと今後の課題

小児ターミナルケアに従事する臨床心理士へのコンサルテーションを、PAC分析を用いた協働的なスタイルで実施した。協働的なスタイルとは、PAC分析で得られたコンサルティの不安クラスターのデンドログラムを見ながらコンサルティが語った言葉について、コンサルタントが質問しコンサルティが答えるという、コンサルティ自身が分析、解釈に参加するというものである。

コンサルティの表現した不安が、デンドログラムという俯瞰的、全体的な枠組みとして視覚的にフィードバックされ、クラスター化された「不安」に命名する2回の面接過程で、コンサルティは洞察、自己理解を得た。PAC分析という特性に加え、コンサルテーションの分析、解釈を協働的スタイルで行うことにより、侵襲性少なく、主体性が確保された中でコンサルティの自己内対話が進行し、自分に関する認知の修正が図られ、自己肯定感の向上にもつながったと考えられた。

課題として、今回はターミナルケアに従事する臨床心理士1事例の分析を行ったが、複数事例についての態度構造分析を行い、比較検討することで、ターミナルケアに従事する臨床心理士の共通構造抽出の課題に取り組む必要がある。

〈付記〉事例研究をまとめるにあたり、このような形で公表することを了承していただき、本原稿へのコメントをいただいたYさん、並びにPAC分析支援ツールを御提供いただきました金沢工業大学土田義郎教授に深く感謝します。

#### 文献

- 荒川まりえ (2011). 看護師が子どもの死を心に受け止める際に関わったこと. 日本小児看護学会誌. 20 (1), 9-16.
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books. 新福尚武 (監訳) (1970). 予防精神医学. 朝倉書店.
- Hill, C.E. (2014). Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight, and Action (4th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- 井上孝代 (1998). カウンセリングにおける PAC 分析 (個人別態度構造) 分析の効果. 心理学研究, 69 (4). 295-303.
- 内藤哲雄 (2002). PAC 分析実施法入門 [改訂版]. ナカニシヤ出版.
- 内藤哲雄 (2008). PAC 分析を効果的に利用するために. 内藤哲雄・井上孝代・伊藤武彦・岸太一 (編). PAC 分析研究・実践集 1. ナカニシヤ出版.
- 下山晴彦 (1996). 心理学における実践型研究の意義—臨床心理学研究法の可能性を

めぐって－. 心理学評論, 39 (3), 315-337.

下山晴彦 (1997). 臨床進学研究の理論と実際－スチューデント・アパシー研究を例として－東京大学出版会

土田義郎 (2008). P A C 分析支援ツール (ver. 20080324) .

山本和郎 (1986). コミュニティ心理学. 東京大学出版会 .