

今回経験した2年間の臨床心理・精神科臨床研修は、昨今の精神科病院の任務やそこで働く心理士の役割を知るうえで非常に有意義な機会であったと感じている。

平安病院での臨床心理・精神科臨床研修がどのような流れで行われてきたか、どのような技術と見識を養ううえで必要だったか、さらに、研修プロセスの進んでいく中で研修生自身がどのような理解や課題をもつようになってきたかについて、研修の流れを概観しながら詳述していきたい。

1. 研修の内容とそこから学んだこと

研修の概要は次のようになっていた。

【研修内容】

- | | |
|-----------------------|--------------|
| ①病棟実習 | ⑦認知リハビリテーション |
| ②オーダー調べ（心理オーダーの経過の要約） | ⑧心理面接 |
| ③予診 | ⑨スーパーヴァイズ |
| ④心理検査（知能検査等） | ⑩院内医学会発表 |
| ⑤心理検査（人格検査等） | ⑪研修報告 |
| ⑥心理検査（神経心理学検査） | |

大きな流れとしては、精神科病院の業務の概要を知ることから始まり、患者やその背景にあるご家族、あるいはその関係性への理解の仕方、治療につなげるにはどのような視点をもって問題や主訴をききとっていくか、そして心理検査や心理面接を通してどのように患者さんを見立ててアプローチしていくかといった、精神科臨床における治療の流れや医療者としての考え方を身につけてきた。これより心理臨床・精神科臨床研修の内容を詳しく振り返っていききたい。

まず『病棟実習』では、実際に患者とふれ合いながら他職種スタッフの働きをみるという経験を通し、精神科病棟の機能と患者、あるいはそこで行われている治療について学んだ。急性期病棟、治療病棟、医療療養病棟、療養病棟、生活訓練施設、就労訓練施設等で各一日業務を体験し、それまでの精神科病院に関する認識が覆された。精神科病院と聞くとどうしても幻覚や妄想、それに伴う行動化、派手な症状や疎通のとり難い方に対して、閉鎖的な病棟のなかで鎮静や病状の安静を図るといったイメージが先行する。そのため患者一人一人の人間性や生活というところまでは想像が及び難い。確かに対人交流が極めて難しい状態の患者も中にはおり、隔離や拘束を用いる必要がある場合もある。しかし一方、上記のような激しい精神症状は見られないがそれまでと同じ生活を続けていては症状が悪化していく見込みのある患者には休養を目的に入院治療が行われていたり、症状は安定しているものの社会的

な理由で地域での生活のかなわない患者が長期入院されているケースも多い。このように多様な患者層のなかで、病棟スタッフは患者一人一人の病状や特徴、あるいは退院後の生活を踏まえて治療目標を立て、それに応じた個別的な関わりを工夫し、申し送り等で共有しあっている。病棟研修ではそのような様子を間近で観察することができ、患者を「精神疾患者」としてではなく、「精神疾患を持っているが一人の個性のある人間」としてとらえることが治療の始まりであること、また治療は病院内で完結するものではなく患者が退院後に身をおく地域社会での生活を見越したうえで行われていることを知った。

患者像を人間味の帯びた個人としてとらえる体験をしていながら、次は病院を受診してきた患者の訴えをどのように治療に結びつけるか、治療方針を立てるうえで最初にどのような情報をききとる必要があるかということを考えさせられた。その契機となったのが『オーダー調べ』と『予診』であった。オーダー調べを補足すると、医師から心理検査や心理面接の指示が出た際にそれをどの心理士が担当するかを決めるためのガイド材料として、カルテから患者やご家族の主訴、疾患、問題の経過、家族構成や生活史などの様々な情報を収集して要約し、翌朝係ミーティングで報告する作業である。オーダー調べを通して精神科治療のために必要な情報とは何かの基礎を学びながら、併行して実際に予診をとることも行っていた。このような経験を経ることで、病院を受診して間もない患者の訴えをどのような枠組みをもってきいていくと良いかを実践的に学び、またその患者に有用な治療はどのようなものを想像しながらきいていくことを感覚的に習得してきた。

このように患者さんの人間像をふくらませながら治療に結びつける話のききかたを身に付けることと併行して、『心理検査』の担当も担っていった。心理検査というと単純にマニュアルに沿って順序良く行っていくものと捉えられやすいが、できる限り患者の臨床像に近い検査結果を得るためには、心理面接と同じように最初に検査の目的や回数等の基本的なガイダンスを行いながら患者と関係性を築いていくことが不可欠である。また実際に心理検査を実施する際は、患者が検査に対するモチベーションを保ち続けられるように色々工夫しながらすすめていく技能が求められる。研修中は各種知能検査、人格検査、神経心理学検査、発達障害スクリーニングなど様々な心理検査を経験したが、いずれにも共通して言えると思われるのは、検査からどのような臨床像が推察できるか、またそれが現在の問題とどのように関連しているかは、回答の内容や結果の数値からだけではなく、実施時の患者の様子や検査者との関係性、服薬の状況などの質的な情報を加味して考察していく必要があるということである。心理検査の結果が同じ患者が複数人いたとしても、検査時の当人の印象や、検査者との間の雰囲気といった数値化できない情報で多少解釈が異なることは避けられないし、そのような情報こそが後の治療にとって大切な所見になることも少なくないように思う。

他方、検査をしながらその場で患者さんの病態像を見立てたりその検証を行う、また治療上有用である場合はその見立てを本人にフィードバックしていくといったやりとりも必要であると考えようになった。最初にそう感じたのは『認知リハビリテーション』を行っている時であった。その前に認知リハビリテーションについて補足すると、平安病院では、高次脳機能障害支援普及事業拠点病院として脳損傷で高次脳機能障害をおった方が受傷前の家庭

や仕事に復帰しやすいシステムを広く構築していくため、当事者やご家族、あるいは地域社会を対象に障害や支援に関する普及活動が行われている。具体的には、講演会の開催、関係機関との連携、当事者やご家族を対象にした家族会などが行われており、認知リハビリテーションはその活動の一貫であり、当事者の社会復帰後の生活の向上を図る実践的な取り組みである。高次脳機能障害と一口に言っても受傷後問題となってあらわれる症状は十人十色であり、認知リハビリテーションではまずその様相をアセスメントする。障害を受けている機能だけでなく、残存している機能や回復の見込まれる機能などを神経心理学検査バッテリーで多角的に評価していく。そしてその結果をもとに一時的に低下している認知機能には回復を促す訓練を行い、慢性的に欠損してしまい回復の見込みの薄い機能については、それをどのように補うか、例えば記憶力が損傷されている場合は有効なメモの使い方を検討するといった代替手段を患者と一っしょに探っていく。ただし高次脳機能障害を持つ患者は「事故後から何かいつもと調子が違うと感じるけれど誰に言ってもわかってもらえない」、「周囲に理解してもらえず手さぐりでいろいろな病院を受診したり民間療法を試している」、あるいは「本人は全然問題ない、何にも困っていないと感じているが周囲は本人の性格変化や能力の衰退を認識している」といった状態であることが多い。このように認知機能障害の概念が周知されていないために障害をうまく捉えられない当事者やご家族に対しては、先述したように心理検査などから垣間見えた患者の障害の特徴をその場でフィードバックしていくことが、日常生活での問題と検査場面で確認された脳の機能不全とをマッチングさせながら確認し、「だから何だかおかしかったのか」と実感を伴って障害を理解していくことにつながると思われる。またさらに次の段階の訓練や代替方法の検討への動機を高めるきっかけにもなるのではないだろうか。

このように心理検査や認知リハビリテーションの実践を通して患者を見立て、治療の方向性まで考えてみる、そして必要に応じてそれを患者と共有していくという習慣を身につけた上で、次は『心理面接』の担当を任されるようになった。私にとって心理面接は精神科臨床における研修の大きな柱の一つであった。詳細は後述するが心理面接の実践から学んだことと今後の課題として浮かび上がってきたことは今後臨床活動を続けるうえで非常に重要なポイントを示唆していると考えている。このような見解に至れた背景には、定期的に上級心理士や先輩心理士からスーパーヴァイズを受け、同輩からの意見を受ける機会があったことが大きいように思われる。平安病院では心理面接の経過についてグループ形式でスーパーヴァイズを受けるシステムがあり、逐語録をもとに助言やコメントを受けることができた。そのプロセスを経ることで面接者が一人で担当するだけは気付けなかった患者の側面や、暗に伝えたかった思いに気づかされると同時に、自身が表面的な理解にとどまっていたことを痛感しながら患者理解を深めることができた。

また研修2年目には、年に一度行われている院内医学会や、研修生の所属する心理療法係主催の研修報告会に参加し心理士業務の成果を全病院スタッフに向けてプレゼンテーションする機会があった。その会ではスーパーヴァイズのように単に研修生が担当したケースを報告し助言を受けるだけでなく、心理療法の意味や有用性を他職種にアピールするという目

的を持って発表する必要があった。このような機会が設けられたことで、昨今チーム医療の意識が高まっている医療現場で心理士が求められている仕事とは何か、あるいは心理士がコメディカルに主張できる専門性とはどのようなものかについて考えるきっかけになった。

2. 臨床心理研修を通しての課題

以上のように2年間の研修プロセスを通して精神科臨床における基礎的な知識と実践力を身に付けてきたのであるが、それと同時に研修生自身の課題にも気づくようになった。次は、その一部である『心理面接』の実践を経て気付かされた今後の課題について詳述していきたい。

心理面接は精神科病院における心理士業務の中で比較的自由度の高い仕事であり、心理士はそれまでに得た知識や技能を総動員しながら患者と向き合っていく。心理面接においてまず難しいと感じたのは、患者の訴えから心理面接の役割を判断することであった。患者の話される内容はその時点での問題や苦悩に関する訴えが大半であるが、その中から心理面接が有効にはたらく部分を見つけ、同時に心理面接以外の援助が有用な部分を見定める判断力が求められる。心理面接以外の援助としては病院内では服薬治療、病院外では福祉制度やネットワークの利用などが考えられる。薬は精神科臨床における治療の要であり治療薬の作用や副作用は患者の状態に大きく影響する。良い意味でも悪い意味でも服薬によって患者の状態像が180度変わると言っても大げさでないように思う。例えば薬の作用で活動性が低下している状態の患者と防衛が働いて積極的に話せない状態の患者では有用なアプローチが異なる。薬を適切に服用していないために精神症状が悪化している状態や、場合によっては薬が患者に適していなかったり副作用が強すぎることもあるかもしれない。薬の作用や患者の服薬状況を考慮せずに患者の臨床像を捉えようとする心理面接は有効に働かないばかりか害になる恐れもある。心理面接の中でも時には薬の有用性を疾病教育的に伝えていくことや、患者が医師に薬について相談する流れと一緒に検討することが必要な場合もある。服薬治療を受けている患者とお会いする機会がある限りは、患者のアセスメントを的確に行うためにも薬に関する知識を常にアップデートしていく作業は欠かせない。

また、精神科臨床でお会いする患者は精神疾患ばかりでなく、高次脳機能障害、発達障害をお持ちの方などさまざまであるが、それらは大抵完全に治癒するものではなく病院での治療終了後も地域社会で何らかの援助や支援を受けることが望ましいケースが多い。つまり患者の生活全体を支えるには医療支援だけでは不十分であるため、病院心理士が心理面接を行う際は、院内でできることと病院外で担ってもらうことをすみ分け、心理士が担う範囲を判断し、さらに外部関係者との連携も想定しながら進めていく必要がある。精神科病院には大抵精神保健福祉士スタッフがいて外部との連携は担ってもらえるが、その連携を円滑に行うためには心理士も患者に適用され得る様々な制度や福祉ネットワークなどに精通している必要がある。地域によってシステムが異なるうえに、刻々と改訂されていく制度やネットワークを把握し続けることは非常に難しいが、院内の福祉スタッフと連絡をとりながら密に情報を共有していくことと、お互いに役割を分担していくことで補われていくと考えている。

次に心理面接を行う上で課題と思われたのが面接の目標設定についてだった。クライアントの一番の治療者はクライアント自身であるというのは確かであるが、それは心理療法の流れをすべて患者に任せるということではない。患者の自分で何とかしなければという思いをエンパワメントし、自分で問題に気づいて解決していくプロセスを促すためには、心理士の側でも患者の病態と健康な状態をイメージし、どのようにして健康な状態に近づけていくかを考えながら面接を進めることが大切である。その過程で特に重要であるのが患者の健康な状態とはどういうものかを推測することであり、患者の生活の価値を見出していくこと、あるいはまだ気づかれていない可能性を探していくことであると考えている。ただし心理士がよいと思うスタイルが患者に適していないことは多分にあり得るし、患者本人も（もちろん心理士も）気づいていない秀でた能力がないとは限らない。そのため決して心理士の価値観を押し付けないことが大前提であるが、面接の目標を心理士側でも設定し続けることは大切でありその内容を誤ると心理面接はうまくいかない。しかし面接の目標設定のスキルは2年間経験したくらいでは十分身についたとは思えず、自分以外の他者の生活の価値を柔軟に想像していくことは容易でないと感じている。それを補うには多様化している価値観の中に身をおき、多彩な経験を経ながらその中で色々なことを感じていく経験も一つの大切な方法であると考えている。

またもう一つ難しいと感じた点は、心理士の見出した目標に対して患者からコンセンサスを得ることであった。高次脳機能障害に自身の症状を自覚されないケースがあることは先ほど述べたが、精神科臨床では高次脳機能障害以外にも、医療者が患者の問題を見出しているが患者自身はその問題を認識しておらず困ってもいないというケースに出会うことが多い。患者が本当に困っていないのか、防衛が働いて問題を認められていないのかを見極めることは重要であると思うが、その如何によらず心理面接の必要性や方向性を共有できない場合はどんなに的確な目標が設定できたとしても治療関係は成立しない。心理面接の目的に対し患者のコンセンサスを得ること、どのようにお互いの認識をすり合わせていくか、あるいはどの時点で一旦終了すればその後の治療に結びつきやすいかなどを考えていくことも非常に難しく、研鑽していく部分であると感じている。

そして最後の課題として考えていることは、患者を診断名などによって既存の枠に当てはめるのではなく、障害の部分を持つが一人の個性のある人間として捉えて関わり続けることである。精神科臨床に限らず心理士としての経験を積むにつれ、対象者を一定の基準で分類したり既存の知識に当てはめて療法を進めていくようになると予想される。その方が所要時間が短縮されて経済的で、自ずと対象者の負担も軽減されるというメリットがあるからである。しかしそれでは対象者の本来の問題や能力を見落としてしまう恐れがある。また次々と打ち出される新たな理論や見解に目を向けず既存の枠に固執することも望ましくない。それまでの経験から得た一定の基準を持ちながらも、そこから逸れた特徴を持つ対象者と出会った場合は関心を持ってお話をうかがい、新しい情報には常にアンテナを張りめぐらせながら、絶えず自身のなかの基準を更新していく柔軟さを持ち続けたいと思う。

3. おわりに

以上、2年間の研修を通して、どのような研修が行われてきたのか、そこでどのような学びの意図があったのかを概観し、さらには、学びを通して見えてきた自身の課題を振り返ることができた。

大まかに概観すると研修の1年目では精神科病院の任務やコメディカルとの役割分担や連携を意識した動きを学びながら患者の理解の仕方を考え、研修2年目には見立てた患者像をもとにさらに治療的に関わる技能や、心理士の仕事だけでなく病院内外の関係者との連携を意識しながら治療終了後の患者の生活を見据えた関わりを考える習慣を身に付けてきたように感じている。このように、2年間の精神科臨床実践の中で心理士としての技術を高めるだけでなく、医師や福祉士ほかコメディカルスタッフとの役割の線引きと共同で行うべき仕事というものを意識しながら、より効果的な治療について考えることを習慣化することができた。またそうすることでより柔軟な心理士としての土台を築くことができたのではないかと感じている。そして、この研修プログラムを概観したときに、プログラムの流れがうまく組み合わさっていたからこそ獲得しやすかったものと思われ、平安病院の研修プログラムが実践力をもった心理職を育てるための良質なプログラムと環境を整えていたことを改めて感じさせられている。