臨床心理・精神科臨床研修最終報告書　　H26 年 3 月

研修内容

平安病院の精神科医臨床実務研修とは、精神科医療における実務研修の機会を提供することを目的とした、心理修士課程を修了したものを対象とした研修である。期間は 2 年間。主な内容としては、病棟業務研修、関連業務研修、心理実務研修、精神医学研修などである。

病棟業務

病棟業務研修とは、精神科救急病棟、亜急性期病棟、精神科病棟、医療療養病棟における患者様の状態、家族背景、治療経過などを学ぶ機会となっている。精神科病院に入るのも初めての私にとって、精神科救急病棟を見るのももちろん初めてである。ベッドマットとトイレしかない保護室のガランとした感じや、外から鍵がかけられるときのガチャという音に寂しさを感じたのを覚えている。症状に影響され、自分自身や他者を傷つけないよう患者様を守るための環境だとはいえ、他者から断絶されている圧倒的な孤独を感じた。

一方、患者様に対して恐怖心は不思議とわかなかった。多くの看護師に指導・見守ってもらったからだと思う。病棟の機能や、患者様の特徴など丁寧に説明してもらった。患者様と直接お話をしたり、患者様のカルテで治療経過をさかのぼったりした。

精神科の患者様は、なんだかどこか私たちと違う人。アブナイひと、というのが一般的な印象なのではないかと思う。私の両親も、精神科病院で働くと言うと、開口一番「大丈夫ね？危なくないの？」と聞いてきた。しかし、精神科病院に入院、通院している患者様は私たちとそう変わらない。もちろん、出生時より困難な環境で育ってきた患者様もいるが、なかには学生時代は学級委員長をしていた女性や、サラリーマン、公務員など様々な背景を持つ人たちが生きにくさを感じ、精神科医療を利用しているのだ。

関連業務

病棟で治療にあたるのは医師や看護師だけではない。作業療法士や薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種が関わっている。それぞれの役割も違えば、患者様のアセスメントも違う。作業療法士は塗り絵や楽器の演奏、カラオケなどを通して患者様に日中の活動を提供するだけでなく、患者様が集団のなかでどう他者と関わるか、集中できているか

などをよく観察している。また、無為自閉に過ごしてしまいがちな入院患者様をうまく活動に誘う。

薬剤師は処方薬の内服を定着させるだけでなく、飲み心地を気にしたり、他科から処方された薬との飲み合わせなどを確認したりするなど、症状の緩和だけでなく、安全な治療を提供する上で重要な役割を担っている。

先進国のなかでも人口あたりの精神科病床が多いとされている日本だが、その背景には、精神障害者に対する社会の根強い偏見と保護者制度、社会支援の不備があったと思われる。家族に精神疾患を持つものが出た場合、そのものの行動の責任は家長が負うという歴史が日本にはあった。現在、日本の精神科医療も「治療し、地域に帰す」ことが目指されている。そこで必要不可欠なのが、ソーシャルワーカーである。ソーシャルワーカーは、患者様の病状、家族関係、地域との関わりなどをアセスメントし、患者様と社会を結んで行く。主治医、患者様本人、家族、学校や会社などの地域社会が同じ意向を持つことは、むしろ稀かもしれない。その間をソーシャルワーカーは調整する。本当に頭が下がる思いがした。

心理実務研修

病棟研修が終わると、心理検査や心理面接のオーダーが出た患者様のこれまでの経緯を調べる「オーダー調べ」を行う。目的は、カルテになにを記入するのか、記録の中でも目的にあった情報はなにかを知ることである。「オーダー調べ」を通して、多くのカルテに目を通すことになり、様々な症例に間接的に触れることができた。

予診を何度か陪席したあとは、いよいよ自ら予診をとる。予診で大切なことは、①常に疑問の姿勢でいる、②心理的なことばかりでなく、身体の健康についても聞く、③予診は事実を収集する場である、④主訴を確認するということである。

常に疑問の姿勢でいるということは、「わかった気にならない」ということである。患者様の言いたいことを汲み取ったつもりでいたら、私の勘違いだったり、程度が違っていたりということがあった。患者様が訂正してくれる場合もあるが、患者様のなかには言語コミュニケーションが苦手なかたもいる。せっかく精神科病院に来てくれたのに、「わかってくれない」という気持ちにさせてしまったら、治療の妨げになってしまう。

また、やもすると患者様の心理的なことや家族関係にばかり目がいきがちであるが、身体的な健康状態を把握することはとても重要である。一見、精神疾患に見えるような症状でも、背景に身体的疾患がある場合もあるし、他科から処方薬をもらっていれば、その情報も重要になってくる。

このように、様々な事実を収集する場が予診であり、主治医が診察に足る最低限の情報を収集する。気をつけなければいけないのは、予診は治療の始まりとはいえ、治療関係を結ぶ場ではないということ。予診をとったものが検査や面接を担当するとは限らない。無用な混乱を避けることも大切である。

最後に主訴の確認について。精神科病院には、患者様が自ら望んで来院する場合もあれば、家族に説得されて来院される場合もある。しぶしぶ来院した患者様と家族の「主訴」は当然一致しないことが多い。もしくは、言語化された主訴とは全く別の主訴が隠れている場合もあり、主訴の確認は容易ではない。表面的に主訴を理解すると、治療を遅らせることになり、とても危険であることを学んだ。

心理査定には、心理検査と心理面接による情報収集が含まれる。

心理検査は、信頼性や妥当性を担保するため、マニュアル通りに実施することが重要である。しかし、患者様に教示を聞き返されたり、患者様が難しそうな顔をしていると、ついつい教示を繰り返したり、易しく言い換えてしまうことがあった。心理検査の目的は診断の補助や経過観察である。信頼性や妥当性が担保されなければ、その目的は果たせない。

また、知的機能や人格特徴など、患者様を多角的に理解するために心理検査をいくつか組み合わせることがあるが、検査は多ければ多いほど良い訳ではなく、患者様の精神的負担も考慮し、目的を果たすために効率の良い組み合わせを考えなくてはならない。これを「バッテリーを組む」という。そのためには、それぞれの検査が測ろうとしていることを理解する必要がある。

マニュアル通りに実施したり、心理検査のバッテリーを組んだりすることは、経験値が増えれば次第にできてくる。しかし、心理査定は心理査定がはじき出す統計的な数字だけではない。検査中の患者様の様子や、会話のなかから、数字を裏付けるまたは数字か

らは見えてこない患者様の姿が浮かび上がる。観察する力や面接技術が必要になってくるが、これは終わることのない鍛錬だと思っている。

研修 2 年目からは、面接を担当する。高次脳機能障害と生きる患者様の認知リハビリテーションや双極性障害の女性や育児や夫婦関係に悩む女性のカウンセリングを担当した。面接の目的や構造はそれぞれ違うが、共通していえることは、治療関係の重要性と、支援につながるような査定、疾患の理解、面接技法の訓練である。

主治医の指示をうけ、認知行動療法を実施した。私にとって初めての継続的な個人面接であるばかりでなく、認知行動療法を使うことも初めてである。認知行動療法を専門にトレーニングを受けたわけではない。本で読んだことを参考に、見切り発車した感じは否めない。ケーススタディや研修生ミーティングでいただいたアドバイスにはずいぶん助けられた。

この 1 年で、認知行動療法を習得したとは決して言えないが、刺激と反応だけに注目し、あまり人間的ではないと感じていた認知行動療法に対する印象が大きく変わったこと、さらに認知行動療法を学びたいと思ったことが収穫かもしれない。しかし、この面接で学んだことは、認知行動療法のやり方というよりも、むしろ患者様が果敢にも人生の課題に直面し続ける姿勢だったように思う。

このように、病院全体の機能や目的、それぞれの職種の役割から、心理臨床の実務など、実に多くのことを学んだ 2 年はあっという間に過ぎてしまった。このような貴重な機会を与えてくれた平安病院に感謝し、今後も患者様の伴走者として少しでも役に立てる心理士として精進していきたい。