

身体科の医療機関で臨床心理士等の
心理専門職が協働できることとその意義

小松 洋

2024年9月

【問題・目的】

「心のケア」という言葉が一般的なものとなって久しい。教育現場はもとより、世間の耳目を集める事件・事故で「心のケア」もなされている旨の報道がなされることも、むしろ当たり前である。病気やケガといった、その人（の生活）にとって、ある種の危機的な状況である医療・臨床現場では、精神の病気は当然のこと、身体の病気についても「心のケア」たる心理面へのケアの必要を強く否定する声は少ないだろうが、医療・臨床現場でどのような「心のケア」たる心理面へのケアがあり、その一端を担うであろう臨床心理士等の心理専門職が行う心理面へのケアが、どの疾患に対しても同様に早急に必要で、とりあえずでもできるところから実践しているという医療機関は多くはないのではあるまいか。医療・臨床現場ではたとえば、ガンや緩和ケアの領域での臨床心理士等の心理専門職が行う心理面へのケアについては、比較的進んでいようが、2ヵ月ごとに通院している生活習慣病で、臨床心理士等の心理専門職と、心理面に限らずとも何らかの相談が患者が望むときに為される体制や制度が整っているだろうか。医療・臨床現場での、とくに精神科以外の身体科における臨床心理士等による心理専門職によるコンサルテーション-リエゾン活動は、現在では珍しいものではないがかといって、やはりどこの医療機関でも、どの疾患に対しても行なっているものではなく、患者の立場からすれば望むときにそのサービスを受けられる状況とは言い難い。いずれの医療機関にも十分な数の臨床心理士等がいるわけではないという現状ゆえのことでもあ

るが、その前段階として、臨床心理士等が患者に対して、さらには病院等の組織の中で、あるいは組織に対して、どのようなかわり・活動ができ、それらが患者や組織にどう有効なのか評価されて初めて、臨床心理士等の心理専門職が病院等にいる、という社会になるのだろう。では、その臨床心理士等は何ができるのだろうか。臨床心理士等ができることは一般的には、面接や心理検査などを行う者と理解されているとしても、具体的な活動となると各々の医療・臨床現場による、というのが実情ではないだろうか。そこで本稿では、筆者の臨床上の経験という一例に過ぎないが、臨床心理士等の心理専門職が精神科等以外の身体科の医療機関で患者や病院等の組織に対するかわりや活動の意義を、——本稿は心疾患患者とのかかわりが主ではあるが、身体疾患患者全般に敷衍されるものとして——多面的・総合的である具体から探索的に検討し、帰納的に抽出することを目的とする。

【方法】

環境の中での「意味」を問うマイクロ・エスノグラフィーの視点から事例として記述する。リサーチ・クエスチョンを「身体科の医療機関で、臨床心理士等の心理専門職が患者やスタッフ、組織に対してどういった活動を為しえるのか」とし、筆者の過去の臨床経験での観察の結果を記述する。その際留意すべき点として、従来散見される、業務の部分的で特定の活動報告ではなく、全体像を描くために入院患者・外来患者・他すべて

について記述しようと強く意識し、臨床心理士等の活用の仕方としても理解されるよう事例を提示するようにした。フィールドワークそのものの記述ではないが、類似の医療現場で生じたものを筆者が見聞きしたものではなく、過去の筆者の経験からのみ事例化する。その意味で、観察者の役割や参与の深さとして、箕浦(1999)の分類に照らすと「完全な参加者 (complete participation)」としてのもののみが記述される。また、筆者の臨床経験上、臨床心理士等の心理専門職は単独で勤務していた期間が長かった。つまり他に臨床心理士等の心理専門職がないばかりでなく、精神科医師もいない勤務状況であることが多かった。この点、臨床心理士等が一人いることでできることといった意味合いも付与されるものであろうと考えられる。

【事例の記述】 筆者の言葉は< >で記した。記憶等により改変され、必然個人が特定されるものではない。

《ケース1》 ベッドサイドでのかかわり(心筋梗塞で救急搬送されたケースで、患者が臨床心理士等と初めて[改めて]顔を合わせる場面。)

入院患者への心理援助として、臨床心理士が身体科医師の指示の下、患者のもとへ赴く。<この病院の気分の係の小松と申します。おかげんはいかがですか?>。「来たときよりは少し楽になりました」。<それは何よりです。夜は少し眠れましたか?>。「…明け方、ちょっと眠れたくらい…。<みなさん、そんなふうであることが多くて…、昨日、治

療があって今日、というのもありますし、いろいろ落ち着かなかったこともおありでしょうし…、少し慣れてきたかな、といった頃には退院となることが多いようです。<ところで、この場所はどこだかわかりますか？>。「…連れてこられたから、よくわかっていなくて…」<そうなんです、救急車の中でもきっと伝えられているんですけど、それどころじゃなかったりするんで、よくわからないなんてことが珍しくないんです。ここは〇〇病院です。△△△駅からすぐのところにあります>。「ご自宅はどちらですか？」<◇◇◇>……(中略)……<少し変な質問になりますが、今日が何日だか、わかりますか？>。「◎日」。<そうですね。変な質問をして申し訳ございません。調子の良くないときには、ここがどこだかわからなくなってしまうたり、今日が何日だかあいまいになったりしてしまいます。入院生活自体が毎日が似た状況になりやすいので、日付など少し心に留めておかれると良いかもしれません。この病院のことやこれからのことで何か気になっていることはございませんか？>。「…う～ん、今のところは何もよくわからないから…」.<またうかがいますので、何かございましたらご遠慮なくおっしゃってください>。

《ケース 2》 ベッドサイドでのかかわり(入院中期～後期)

<〇〇さん、おかげんはいかがですか？>。「まあまあ…。昨日、夫が来てくれて…。来なくていいって言ってんのに…。(私の)顔見て、元気そうだなって言って帰っていききましたよ…」.<ご主人は、〇〇さんのことが心配なんですね>。「そうかしら…。ところで、この

私の病気はもう治ったってことなんですか」。<病名はなんて言われましたか?>。「〇〇
って言われました」。<ご病気のことはなんとなくイメージはできますか?>。「血管が詰
まって、風船で広げたとか、そんなこと(医師等は)言ってました」。<そうですね。ステン
トという金属の筒も入れたかもしれませんがどうですか?>。「そういえば新しいのを入
れたとか言ってたけれど、あとで取り出すの?」。……(略)……。

《ケース 3》 外来通院患者へのかかわり(1)

外来通院時に医師の指示の下、臨床心理士等によるかかわりがその場で設定される
ことがある。その場合、対象となる患者は医師がその必要を認めた患者であるが、CT
検査や超音波検査などで特段の異常が認められず、症状の背景に心因やストレスが
関与していると考えられる患者が多い。外来患者へのかかわりは、診察室近くの相談
室にて個室、個別に行なわれる。

<お困りのことはどういったことか教えていただけますか>。「昨日、夕方に急に動悸が
して、いつもはしばらくすると治まるのに、なんだかなかなか治まらなくて…。しばらく休
んでいたら、やっと 30 分くらいしてやっと治まって…。それで心臓の病気じゃないかっ
て心配になって今日来ました。<今日はこちらで超音波だとか、CT だとかいろいろな検
査を受けられたようですね。お疲れさまでございました。その検査の結果はいかがでし
たか?>。「とくに問題はないって言われました」。<それは何よりでした。まずはひと安心

でしょうか。身体と心は思っているよりも関係しているものです。最近、何かストレスに感じるような出来事はございませんでしたか？>

《ケース 4》 外来通院患者へのかかわり(2)

診察前に予診として、睡眠時無呼吸症候群の患者に対して、CPAP(持続陽圧呼吸療法)の機器使用データをプライバシーの守られる個室などの環境下で共有する。<最近、やっと涼しくなってきましたけれど、体調はいかがでしたか?>。「まあまあってとこですね」。<今月のデータはこんなふうでした、よく着けてくださって…。無呼吸の数値(AHI)は●●でした>。「これ(CPAPの機器)がないとやっぱり次の日が違うんで…。」。<何か、全般的に気になることはございますか?>

《ケース 5》 心臓リハビリテーションを実施している施設内リハビリ室でのかかわり

有酸素運動中の声懸けを行う。心臓リハビリテーションでの有酸素運動は息が上がらない程度の運動が推奨されており、話をするのに不具合はない。

<Aさん、おかげんはいかがですか?>。「調子いいですよ」。<だんだん寒くなってきていますから、お風邪に気をつけてくださいね。なにかございましたら、おっしゃってくださいね>

<Bさん, 調子はいかがですか?>. 「このあいだ, 血液検査やったら数値が良くなってたよ」.<良かったですね. 運動をしている成果かもしれませんね. この調子でがんばってくださいね>

<Cさん, おかげんはいかがですか?>. 「血圧が最近, 高くて… . 気候の所為かしらね」.<診察のとき, ふだん付けている記録をもって先生と相談してみるといいですね>

《ケース 6》 スタッフ間での相談

スタッフ D より「〇〇科の E さんから, 今朝, パワハラ相談受けたんだけど… ., Z さんからのパワハラじゃないかって… .」という業務上の相談を受ける.

<どんな?> 「… (略) …」

【考察】

筆者が関与していた医療機関で, 臨床心理士等の心理専門職が, 業務として接点を持つのは, ①患者, ②スタッフ, ③関係業者であった. ①患者はさらに, a) 入院患者, b) 外来患者, c) 患者家族等と考え分けることができ, 見方を変えれば, ①-b) はとくに, 診療所 (クリニック) でも実施が可能であろうか. 以下に, それぞれについて, I 入院患者とのかかわり (①-a), II 外来でのかかわり (①-b), III スタッフや組織へのかかわり (②・③) として検討していきたい.

I 入院患者とのかかわり

入院患者への臨床心理士等のかかわりの開始は医師からの指示によるが、クリニカル・パスに臨床心理士等が組み込まれ、かかわりを開始することもある。原則として医師が患者に臨床心理士等を紹介する形をとっていたが、タイミングが合わず、入院が長くなりそうだからなどの理由で「話を聴いてあげて」という類の依頼もなくはなかった（明確に電子カルテ上の指示となるのが将来的、本来的には必要だろう）。《ケース1》は臨床心理士等が患者と初めて個別に会う場面であるが、事前に紹介があってもなくても大きく変わることはなかった。

対象となる患者は、クリニカル・パスのようにしっかりとした基準で患者が選定されることもあるが、対象はすべての患者が原則であって、その中で医療・臨床現場によって基準のようなものが定められたり、医師が個別に検討したりする、というのが実情ではないだろうか。この意味で、すべての患者に開かれているものという点は強調したい。ただ、現在では、どんな場合も、患者からの明確な主訴があってかかわりが開始されるものではなく、医療側が積極的である点が特徴であろう。だからこそ、侵襲的なかかわりでなく、支持的なかかわりであることは大切である。また、入院患者へのかかわりの目標をどこに置くか、というのは非常に大切な点である。外来等で、心理検査の依頼がある時、心理検査を施行し、結果を評価し報告する、という業務行程は、依頼者と依頼を

受ける臨床心理士等で共有されやすいだろう（実施すべきことは何らかのコンピュータテストのように、心理検査をただ施行するだけでないが…）が、入院患者に対してはどうか。クリニカル・パスでは、不安の軽減などが想定されていようか。では、たんに「話を聴いてあげて」と医師等から依頼される場合はどうだろうか。話を聴いておきました、と結果報告すること/されることを目的としているわけではないだろう。その時、医師等は何を目的に、依頼しているのだろうか。そうした目的や目標を臨床心理士等は検討する必要がある。

“臨床心理士等→カウンセラー→話を聴く人”といった連想で「話を聴いてあげて」という依頼をしている一面はなくはないだろうが、それだけではないだろう。さらに言えば、「話を聴いてあげて」は、臨床心理士等を、慰みを与える者と見ているのではないだろう（と思いたい）。むしろ、患者へのケア（広く言えば治療の一環）として、自分たちがあまり馴染みのない一部を期待してはなかろうか。医療機関ではほとんどの場合、看護師等の専門職がおり、看護師等が丁寧に話を聴くことも看護専門業務では必須であろう。その時、看護師等と臨床心理士等で話を聴くという業務が被るのだろうか。たとえば、納税等をコンビニで行うのと郵便局で行うのと同じような、利用者として等価の交換可能なものなのであろうか。答えは否で、看護師等から「話を聴いてあげて」と依頼される経験からも、看護師等が話を聴くのと臨床心理士等が話を聴くという行為は類似であるかもしれないが、同一のものでないことは明らかであろう。では、依

頼する者は何を期待してるのか. 何をする者と理解しているのか. 看護師等と何が違うのだろうか.

視点を臨床心理士等の側に戻す. 臨床心理士等は, ただ話を聴いているのではないことは臨床心理士等からすれば明らかである. では, 何をしているのだろうか. 学術的な論点としては明示されていても, 臨床の場で, 多職種にそれらを十分伝えられているだろうか. 前章のケースに即して考えてみたい. «ケース1»では, 人と人としての出会いとして大切なあいさつや自分の立場の表明をした上で, 自然な会話が成立するかといった, 気づかれにくいせん妄などの可能性も念頭に置き医学寄りのアセスメントをしつつ, 見当識や睡眠の質など, 生命の直接の維持に次ぐ比較的緊急度が高い点を検討している. さらに, 精神・心理状態が悪化せず, 保ちやすいような予防的な意図もあろう. そして, ここにある通奏低音は, 病み戦おうとする人への敬意に裏打ちされる患者の入院中の不安の軽減であろうと筆者は考えている. 軽減されることが望ましい不安について, 生命に関すること, 入院生活についてのこと, 経済的なこと, 退院後の生活についてのことなど多岐にわたることは想像に難くない. そして, そうした不安は入院の経過とともにその質や焦点は移り変わっていくものだろう. この不安の質は, 生命に関する根源的な不安であろうし, 実生活に即した現実的な不安ということもあろう. 流動性があり, 当然個別性もある不安に留意し, 臨床心理士等は患者の傍に立つのであろう. その時, 臨床心理士等はふだんから一人の人間として考えるそれら不安についての見

解, 臨床経験から学びえた専門家としての理解, それまでの教育課程で学修した一般・基礎的な心理学としての知識を総動員し(「参照枠」とし)眼前の患者の不安に対応しようとしているのである。こうした「参照枠」を「臨床心理士等のみかた」と言うべきものであろう。

「臨床心理士等のみかた」とは, 臨床心理士等のもつ「参照枠」をもって診るみかたであり, この点こそが, 臨床心理士等がただ話を聴いているだけではない点であると言えまいか。つまり, 臨床心理士等は少なくとも3つの参照枠をもって, その人の話を聴いている。1つは, 大学・大学院等で学修した狭義の専門的な知識である。さらに, 専門家として積まれた臨床経験から紡ぎ出されている人間や心というものへの理解や知見であり, 3つ目は前二者に, 指導を受けたり, モデルとなったりした前任の者の臨床姿勢などが加味された——技法や知識の習得に留まらない直接の指導者はじめ先人たちの生き様に触れ, 学ぶことが臨床心理学等の教育課程に込められている(と筆者は感じている)がゆえの——専門家以前に一人の人間としての物事や世界についての見解である(ここに, 倫理観が含まれようか。倫理観はそれ自体で高く積み上げられるというよりは前二者を通して醸成されるものではないだろうか)。これらが融合して「臨床心理士等のみかた」は創られ, この「臨床心理士等のみかた」は, すでにある他の, とくに医療領域の専門職と少し切り口が違うものなのではないだろうか。だからこそ, 臨床心理士等への他の専門職からの依頼があるのである。「小精神科医」的な視点

と考える向きもあるようである。ここには、一成分としてではあるが、ビジネスや「会議論」の類にある参加者全員の賛否が一致する議案は採用しない、という哲学にも通じるものがあるようにも思われるがどうだろうか。たんに一つの診方(みかた)に収斂させない、多視点から理解しようとする姿勢である。筆者の経験ではあるが、臨床心理士等は「情報をもっている」と評されることがあった。それはおそらく、他の医療職とは少し違ったアプローチで、患者と他の職種とは少し違った関係性で会い続ける中、アナムネーゼのように医学が必要とする集められた情報ではなく、患者自らが提示した情報なのだろう。それが必要な医学的情報と相まって、患者理解を深みのあるものにしていただろう。それが必要な医学的情報と相まって、患者理解を深みのあるものにしていただろう。こうした臨床心理士等の話を聴くことの医療チームなどへの貢献は有益なものではないだろうか。

この点、付記しておくことがある。筆者はカルテ記載を重視していた。とくに、患者の病む人でない一面やカルテ記載を時系列に並べるとストーリーになるように、そして事実の箇条書きでなく、他のスタッフが読んだ時、何かを思い描いたり考えたり、それぞれの専門職の業務に役立ち活かせるような記述を心がけていたつもりである。何かを決め(つけ)るのではなく、流動的で多面的であるが、患者の味方、チームの味方であろうとする診方(みかた)である。こうした「臨床心理士等のみかた」をもって不安等へのサポートしようとし、心理面へのケアを行おうとするのであるが、その時何らかのプログラム

を実施するというよりは、患者のストーリーや認知への働きかけが多く、これはまさに狭義のカウンセリングとしてのものであろう。

《ケース 2》において、角度を変えて、もう少し詳しく考えていきたい。《ケース 2》では、その人の生活と病気という——広義には不安であるが一步踏み込んで——大切なテーマへの接近を念頭に置いている。ひとつは家族関係に少し違った点から光を当てることである。退院後の生活に家族などのサポーターが大きな役割を果たすのは総論では多くに首肯されることだろう。ソーシャルワークほどではないせよ、患者にとっての機能的な身近なネットワークの活用を喚起できるようでありたい。さらには、患者が主体的に自分の病気や治療に取り組むための知識についての問題がある。患者が主体的に治療に参加するにあたって、その病気についての実際の知識は不可欠である。臨床心理士等自身も、不安という少し抽象的な事柄を扱う一つ前にその病気・疾患について知っておく必要があろう。医療・臨床現場では、もちろん患者教育は為されるものの、熱心な医療従事者ほど説明が丁寧に、本格的に、そして難しくなっていく傾向があろうか。そうした趨勢を踏まえながら難しさやわかりにくさに配慮できることは大切で、正しい知識を臨床心理士等が習得していることが前提であるがその上で、難しさやわかりにくさに思い巡らせ、患者と医療・医学をつなぐ役割があると言えようか。医療従事者からの説明で、何となくよくわからない言葉が一つ、また一つ、これくらいの時はまだ何となくわかっていたけれど、そこからまたわかりにくい言葉が一つまた一つ出てき

て、最後に質問は？と聞かれて、どのことをどう質問していいのか答えられなかったという患者の思いは、私たちがあまり精通していない分野（一般的には税務や法律、行政の用語が多いだろうか）に接する時のことを思い起こしながら、かかわり贈りたいことの一つであるように思う。また、毎日その説明をしている臨床心理士等も含めて医療従事者がより効率的に（場合によっては早口に）説明や指導・教育をしてしまい、患者の理解が追いついていない場合もあることを忘れないでいたい。

その人と病気というのは、多くの場合、その人のその後の人生にかかわっていく非常に重大なテーマである。臓器という点では、自分のものでありながら、自分で触れられることがほぼなく、また自分の思う通りに動かしたり、思う状態にしたりすることのできにくいものがほとんどである。にもかかわらず、生命や生活を決定づける非常に重要なものであり、自分のものでありながら、自分のコントロールが及びにくく、結果を引き受けるのは自分という構図のものである。また、私たちは病気になった時、医学の恩恵を受ける一方で、時には身体の一部の喪失を伴うことがあろう。あるいは機能の喪失かもしれない。その人がそれまでしていた生活や行動、人間関係などの喪失があるかもしれない。あるいは、今後しようと思っていた夢や希望の喪失かもしれない。多かれ少なかれあるだろうそうした喪失への患者の思いは忘れずにいたい。あるいは、病気になって、苦しい思いをして、そして何か気づけた、生まれ変わったような体験をする人もあるかもし

れない¹。そうした思いを承り、伝え返して意味をともに考え、時にともに留まることが臨床心理士等の役割と言えようか。好きだったドレスが着れなくなりそう、目標だったあの山に登れるのか、子どもが成人するまでは…という思いや家族との関係性の変化など、医学という範疇にとどまらない、諸々種々が連動している患者それぞれのテーマが多かれ少なかれあるのがふつうである。それを私たちの社会では整理の仕方として、分野や領域に区切っているに過ぎない。医学が治すこと、一日でも一秒でも命を永らえさせることを臨床上の最大の目標に、人類に多大な貢献をした学問であるのなら、臨床心理学は、——医学も考えていたに違いないが——その人にとっての意味を少し広く範囲を広げ、最優先で、ともに考えていくことにあるか。患者という人が医学の助けを得て自分の人生を自ら歩む者になる時に、改めてこれまでを振り返ったり、考え直したり、希望や未来を再規定したり、それらを含め賦活される多くがある瞬間でもある。換言すれば、臨床心理士等は、患者が自らが引き受けざるを得なかった病い（病気や怪我、機能低下などを広義に含むもの）の意味を考えていく、その傍らに控える者と言えまいか。ただ、そうした大切なテーマを何も「赤の他人」の臨床心理士等に話さずとも、家族や友人等と共有し、何らかの「答え」にたどり着くのが第一ではあろう。臨床心理士等が輪の中心にいて、不安の発生から解決までのタクトを振るものではあるまい。しかし、患者の必要に応じて、喪失などについてまさに考えやすい病院等というその「場」

¹ 太宰治の『竹青』はそうしたことが描かれていようか。

で、そうした思いを受け留め、ともに感じ考える存在が——患者にしてみれば「知りつつ知らない人」が——あることが心理面へのケアの一部であるようにも思う。気安い励ましなどをする者ではないだろう。

別の視点から再考してみると、患者本人にとっても主訴とまでは不安等の思いが固まっていないような場合、臨床心理士等は良質な聴き手であることが期待されよう。それはたんに話を聴くだけなのではなく、患者自身が自分の中の疑問や感情を見つめ、言語化し、それについて考え、気づきが得られ、自分の課題が見えてくることを促すような「すぐれた聴き手」(村瀬, 2000)であることが要求されていると考えるべきであろう。

ところで、臨床心理士等の心理専門職は、相手の内面のテーマを重視し、関心も高いが、身体科との協働では、治療や入院生活という実際の・現実的な気がかりへの対応の上に(あるいは下に)、そうした内面のテーマがあるもので、実際の・現実的な気がかりを、内面のテーマを見据えながら、大切にすくい上げていくことが肝要だろうか。やはり、侵襲的ではなく、支持を基盤としたかわりであろうとすることが求められよう。病院ごとに見舞いのルールがあるかもしれない、比較的容易に為し得る暗黙の例外規定があるかもしれない、退院してからの通院についての考え方など、実際の・現実的な気がかりに関係する情報は、患者にとって価値あるものであることもある。そのことで家族とのつながりが生じ、前述の患者の思いなどを家族等と共有するかもしれないし、治

療と仕事・家庭の両立に希望を持てるようになるかもしれない。情報提供というと簡単なもの、誰でもできることと軽視されることもあろうが、タイミングの良い情報は大きな援助となり得るものである。筆者は個人的に、あらゆる業種・仕事で、その会社等の内部の人間というだけでできるサービスやサポートが多くあると信じている²。こうしたことは総じて、入院生活を円滑に進められるような情報提供を含めたサポートと言えようか。ここでもおそらく、「臨床心理士等のみかた」は活かされるはずである。また、当然のことながら、医療チームの一人として必要なら適切な多職種への適切なタイミングでのリファアのきっかけとなれるようにも、現実的な情報提供を行う者として臨床心理士等は患者にかかわっているとと言えるだろう。自分だけが解決すると妙な気負いではなく、患者のトータルのメリットのために、より適切な多職種へのリファアは、そのタイミングや患者のニーズに気づけるところから生じるのであろう。入院が長くなりそうな患者に対しても入院中の慰みとしての臨床心理士等と否定的に考えることなく、長くなりそうな入院期間の、前述の实际的・現実的な援助が期待されていると考えて良いのではないだろうか。

少し実務的な点に触れておきたい。医師等から、臨床心理士等のかかわりが依頼され、患者に直接臨床心理士等を紹介するような開始の場合にその場で患者が拒否することはなかったが、患者に拒否する権利もあろうし、どういふかわりなのか事前に説

² たとえば、トイレの場所をさっと教えてくれるのもありがたく感じる経験を私たちは持っているのではないだろうか。

明することが本来は必要で、将来はそうしたかわり（医療サービス）の同意を（他の医療サービスと包括的にであろうか）得る時代となるのか。以前はとくに、名札もなく、どういう人の（医師なのか看護師なのか、事務スタッフなのか）誰と何を目的に話をされている/しているのか不分明であることが多かったが、今後は身元や立場を確実に明らかにする必要がさらに高まるのではないだろうか³。名札をしていても見えにくいことはまあある。スクールカウンセラーが学校にいた世代が大人になっても入院した病院等で話しかけてくる医療従事者がスクールカウンセラーと同様の職種の間と認識することはまずないのではないか。また、筆者は「臨床心理士の〇〇」と名乗るよりは、「気分の係の〇〇」と自己紹介するようにしていた。その方がとりあえずでも、役割が伝わりやすい実感がある。中には、「気分の係？」と尋ねてくる患者もいたが、その時に「資格の名前で言うと臨床心理士で…」と説明することで収まった。「カウンセラーの〇〇」という伝え方はしなかった。カウンセラー、カウンセリングという言葉に対して患者がこちらでは把握しきれていないイメージをもっているかもしれないと懸念したためである。筆者の勤務していた医療・臨床現場では、良く言えば自然な形で、臨床心理士等が患者のもとにうかがえたが、誰しもが前述の不安などが前景するものでもなく、それらに留意し、「すぐれた聴き手」たろうとしながら、表面的には現実的な、入院生活のサポートということが多かった。また、薬剤等の処方のように、1日2回などの頻度や

³ 筆者は、宗教の勧誘の人と間違えられたことがある。

開始のタイミングなどが医師から指示されることはなく、指示の実際として、患者ごとに患者と臨床心理士等との接触に何らかの制限をかけることはなかった。一般にはどう
いう頻度等が適切か、有意差を生じさせるエビデンスはおそらくなく、それぞれの医療・
臨床現場の実情に合わせたものになろうが、一例として、筆者はこれまで述べたかか
わりを、次のように考え実践してきた。

1. 標準的には、2日に1回の頻度が心理的な侵襲度の点で妥当ではないか。ただ、
この点は、環境や臨床心理士等の考えなどによってさまざまであろうと思われる。
2. 入院期間が1泊2日の場合は、患者、医療従事者ともに忙しく、気忙しく、事前に
とくに心理面での何らかのテーマがない限り、臨床心理士等が病室に赴かなくて
も良いのではないか。また、依頼する医師等からもそういう認識でいたようではあっ
た。
3. できれば手術や治療の前から接点を持つことが大事で、それは術前の不安への対
処ということに留まらない。いわゆる心理的に深い話などなくても術後や治療後に、
知った顔が一つでもあることが安心やささやかではあってもせん妄等の予防に寄
与するのではないか。

臨床心理士等が入院中の患者と会う場所は、ベッドサイドが基本となり、大部屋でも
同様である。事情があつて、病棟内でのテーブル・椅子のある個室を利用することもあ

るが、多くの場合は大部屋などの病室でのカーテン内でのかわりであった。良くて一人部屋であった。実際点滴中であることも多く、移動には他のスタッフの協力が必要となることも多い。そう考えると、場所を変えることの患者の希望や必要、負担などを勘案して決めることになるのか。この点、臨床心理士等のオリエンテーションなどによっては抵抗感を持つ者もあろうが、臨床心理学の流派の理論はさておき、カウンセリングの類は、ふだんの人間関係のある部分を強調しているものと考えれば、ベッドサイドでの、少し声のトーンを落としたやりとりも否定されるべきことではないと考える。また、医師らの回診は、朝と夕の2回行われることが多いようだが、筆者は一日に一回、おおむね午前中に病室にうかがうことを意識していた。そして次回の訪室については、たとえば明日の10時にうかがうなどと患者やスタッフに事前に決め伝えるようなことは原則なかった（自分の思いを多く話される一部の患者に対しては、カウンセリングに近いものとして、次回の訪室予定日時を共有していた）。それは、医師等の回診をモデルとしていたことと電子カルテ上で予約と設定するとその時間にかかる検査予約などができなくなる弊害があるためであり、臨床心理士等との相談動機がリハビリテーションなどほど患者と明確に共有されにくい実情も関係していた。また、午前は検査などで忙しさがある反面、患者には前向きさなどの成分が少し多い印象で、そうした点をサポートできるようでありたい、と考えていた。1回あたりの時間もとくに決められるべきものではないが、たんなる顔見せあいさつよりは長く、2～3分から10分程度という実感がある。

「はい、はい、大丈夫ですよ」といった感じの患者の態度に流されず、かといって、秘めたいものを無理に絞り出させるようなかかわりではない感じであろうか。

こうしたことから、一日あたりにかかわれる患者数も見えてこよう。外来他の業務量と密接に関係するが、いろいろな業務をしながら病棟に力を入れて、臨床心理士等 1 人で、年間 300~400 患者、訪室回数で言うと年間 1500~2000 回が上限の目安となるだろうか。この点は多施設での実績などと合わせて検討されたい点である。

臨床心理士等との入院中のかかわりは、患者の退院とともに終了する。もう一回ベッドサイドでの心理面接が必要だから、と入院期間が延びることは筆者の臨床経験ではなかった。退院の調整などに臨床心理士等が深くかかわって、総合的な判断として入院期間が多少変わることがあるのかもしれないが、医療費削減の時代に、今後もあくまで身体の治療のスケジュールに合わせて、臨床心理士等のかかわりが望まれると考えるべきであろう（社会にとって税金等が適切に使われるべき、という視点も持ちたい）。また、退院という「ハレ」の場は多くの職種が一堂に会しがちであるが、そうした場では、少し離れたところから見守る存在くらいがふさわしいのではないだろうか。強く、患者の記憶に残らないが、適切にサポートできた専門家であれば良しとすべきという感覚が良いのではないだろうか。

臨床心理士等は何を目標に入院中の患者にかかわっているのだろうか。それは一つには、身体・心理についての臨床心理士等からのアセスメントであり、予防的な視点が

ある。そこには、患者が多かれ少なかれ抱くであろう不安を見据え、「すぐれた聴き手」として対応しようとしている営みが基盤にある(2つ目)。そしてこれらは「臨床心理士等のみかた」によって、他とはやや違って視点から検討されているものであり、さらにそうした少し違った接点として患者の変化に、より現実的に対応していこうという実務的な協働であり(3つ目)、新たな患者理解の視点である(4つ目)。そして、裏返せば、この点が臨床心理士等に期待される役割と言って良いのかもしれない。さらに、上に述べた入院中の予防的なかわりに何らかのプラスの影響があるとして、在院日数の短縮に貢献があるのであれば、医療経済的意義を認められるかもしれない。

II 外来でのかわり

医学では、まずは身体疾患の鑑別、その上で精神的な疾患を検討すべきという考え方があり、多くの場合、身体疾患と精神疾患を相並びにくいものと考えられがちである。諸検査で、身体疾患が否定されると、(身体疾患と関係のない)精神疾患の可能性が検討され、総合病院などでは精神科等への受診が勧められることがある。これはデリケートな問題をはらんでおり、身体のことと気になって病院に行ったのに、精神の病気に扱われたことへの不満を訴える患者は一定数いるのも現時点ではやはり事実である。その背景に、文化的・歴史的な精神医療上のテーマが関係していることもあるが、多くの場合は、精神の病気に扱われた不満は、そのこと自体よりも医師とのコミュニ