

ケーションの質のテーマが多分に含まれている印象もある。つまり、多忙な医師の外来において、医師の意図が十分伝わらず、やや一方的に不本意なことを決めつけられた、という患者の思いである。そうした思いの受け皿として精神科等の診療科という場合も実際にはあろうし、その場合、精神医学的なテーマがなければ、医療現場での考え方を共有しているのかもしれないが、ここに臨床心理士等が担うべき領域があると言えないだろうか。「臨床心理士等のみかた」に示唆されるように、臨床心理士等には、従来の医療現場に組み込まれきれない利点と難点がある。利点は前述の通りだが、難点は十分に体系的な医学的な知識のない点であろう。しかしだからこそ、医療現場に半ば足を踏み入れつつもその領域を少し相対的に観る目を持ち得るのではないだろうか。精神科等にリファーされた身体疾患が心配で受診した患者の例に戻れば、医学や医療の考え方を踏まえて、医師が精神科などの受診を勧めた理由を患者と共有でき、そしてこれは、医師ではないが医療について多少は知っている人間と共有することで、より説得感が得られるのではないだろうか。すなわち、医療に携わりつつも医療や医学に対して少し距離を保って状況の意味を考える視座である。

違った観点からも臨床心理士等の活用に利点がある。身体科の医師は患者に「精神科」受診を勧めるよりは、「心療内科」への受診を勧めることが多い。そこには、心療内科という名称のものの方が患者に受け入れられやすいという配慮やその医師にとってのそれまでの経験があるからであろう。西日本では精神科と心療内科をしっかりと分

けがちな印象があるが、筆者の勤務していた病院等のある東京近郊では、とくに診療所では、精神科と心療内科をともに標榜していることが多く、結局のところ近似のものであるなら、患者のトータルでのメリットを考慮して「心療内科」への受診を勧めるのであろう。これと同様に、精神科・心療内科と言われるよりは、カウンセラーやよくわからないが“〇〇心理なんとか”と会うことを提案されることに抵抗感が少ない患者もいる。筆者の臨床経験でも、精神科でなくて心理カウンセラー（と会うこと）を勧められたからまだ安心だった、という患者の声が聴かれることもあった。もちろん、臨床心理士等に会うことを勧められてショックだった、と筆者の人となりやアプローチを知った後で、率直に話してくださった患者もいた。いずれにしても、身体科のある医師の専門家としての判断に精神科等の受診という選択肢があり、それについての患者の意思決定がその選択肢そのものの検討によってなされるのではなく、その選択をしたかしないかが周囲や社会にとってどう捉えられるのか、という思い巡らしによって、不合理であったり、患者にとって利益を得られにくい意思決定になるようなら、ワン・クッション置く意味でも、患者の意思決定の際に、良質な補助自我のように、意思決定のプロセスを臨床心理学の知見を踏まえ臨床心理士等がサポートすることに意義は大きいのではあるまいか。（患者等の）感情を踏まえて理（論理）を活かし、患者等に貢献しようとする姿勢だろうか。

《ケース 3》は、患者が本来の通院時その日に、医師から臨床心理士等へ依頼のあるケースである。前述のように、身体科の医師が精神・心理的なものを想定して(広く「心因・ストレスケース」と言えようか)、依頼するケースである。時にはあるであろう患者の不本意な気持ちにも留意しながら、状況を整理し、患者にとっての最善を目指したい。その際、臨床心理士等が一人しかいない医療・臨床現場なのか、複数いるのか、精神科医もいるのか、といった環境や条件は非常に大切である。筆者にとって後半の医療・臨床現場は臨床心理士等が完全に一人であった。この点、患者とかがわっていく際の「体力」はあまりない状況であると言ってよかろう。一人で、責任をもってできることはやはり限られていた。総じて仕事というものは、一人で完結することはないものであろうが、そのため、月単位・年単位でその患者に定期的に会い続けるといった従来のカウンセリングのようなことはせず(経過の確認の意味で、次回の身体科の受診に合わせて患者と会うことはあった)、重大な精神疾患の可能性や抑うつ、神経症的な不安などについて、臨床心理士等として気づける限りは検討し、状況や患者の思いを整理し、患者の意向を確認し、病院外の精神科等へのリファーや様子を見る、という選択を、それに伴う患者とその家族にとってのメリット・デメリットについて共有した上で支えることが目指した単回でのかわりがほとんどであった。他に、後述するが「物覚え」についての相談や家族との死別体験でのテーマで臨床心理士等に依頼されることが多かった。いずれも単回のかかわりに適用しやすかったのではないかと今にしては思う。反対

に実施しにくかったのは、たとえば抑うつをターゲットにした認知行動療法のプログラムや心気や身体化に焦点をあてる続けるような、継続的なかわりは難しく感じ、筆者がその医療・臨床現場で何人に対しても実施し続けるといったことには至らなかった。この背景には、筆者の力量不足の他に記録などの点での心配があった。すなわち、筆者の勤務していた身体科の病院では臨床心理士等のかかわりや相談に金銭的な患者負担を求めない方針であった。実際、相談等そのものに何らかの診療報酬の加算は難しかった。身体科の診察に際しては、それに伴う診療料等が必然としてあろう。診察の日での臨床心理士等との相談があり、その記録が残っている。支払い等の記録も患者、医療機関の双方に残っている、という状況は社会的にも適切なものであろう。しかし、その患者の診察のない日に、病院という場に来て受付された記録は残っているかもしれないが、支払いなどの費用の記録はなく、臨床心理士等との相談の記録はかろうじて残っているという状況はどうなのだろうか。あるいは相談の記録はカルテに記載せず、私的なものに留めるとすべきという臨床心理士等との考えもあると聞く。そうした時、患者の権利はどこまで守られるのか、不安であった。極端な話だと、ふらっとその人がやってきて、しばらく留まっていたらしいが知らないうちに帰っていた、というように社会的には見られるのではないか…。ただ、これは公認心理師資格ができる前の考えであり、最近はまだ少し、患者や社会のニーズに応えられるような、工夫の余地があろうか。筆者としては及ばず、学術的な議論に期待したい点である。



外来での、診察その日の医師からの依頼として、先述の通り、最近物忘れが心配で…、という診察時での患者の不安に対して臨床心理士等への依頼がくるケースがままあった。筆者は、循環器内科での協働経験が長いですが、脳神経関係の科や精神科などに敢えて受診するよりも、血圧等でふだん通院している病院等で、患者からすれば関係が薄いと思っているかもしれないが、医学に関係することを医師に相談したい、ということもあるだろう。そうした患者のニーズに応えるのはやはり大切であると筆者は考えている（「それは、うちの専門とは違うから、専門の病院に行って…」や「ここは〇〇専門の病院だから、そんな症状で来るような病院じゃないよね」と言われる患者がいるのも耳にするし、一理あると思う。他方、「風邪の時、こちらにうかがってもいいですか」とはコロナ禍以前では、患者からそっと筆者に尋ねられることがままあった。患者はどこの病院等を受診するか、真剣に悩むことが多いのだろう）。物忘れの不安についての依頼については、「物覚え」の不安として、様子をうかがい、負担の少ない心理検査等を行った上で、認知的な特徴や対応について共有した上で、認知症等の専門機関への受診についての患者本人と家族の意向についての確認や情報提供を行っていた。完全にワンストップとは言えないが、臨床心理士等がいることでできる、患者にしてみれば利点ではないだろうか。また、診察で、精神科・心療内科への受診を検討している患者や家族に受診についての考え方などをお伝えすることもあった。その日行って何とか診てもらえるだろうと考える患者やあまり一般的ではない考えを持っている患者や家族

も一定数いて、スムーズに受診し、患者も医療機関も妙なわだかまりがなく、治療につながってもらいたい、そんな願いがある。文化的な架け橋となる臨床心理士等という一面であろうか。

ここでも、再度実務的な点に触れておきたい。筆者は臨床心理士等が一人勤務の職場で、30分を一つの時間枠（予約枠）を設定し、同僚スタッフ等からの依頼を受ける体制を取っていたが、当日の依頼は極力、依頼後早めの時間に、他の予約の合間に受けていた。医療・臨床現場の雰囲気にも拠ると思われるが、循環器内科は比較的早回しに診療を進められる特徴があろうか。筆者の勤務していた病院では、当日患者が来院し、ほとんどの諸検査をその日に行い、その結果説明を診察室で受けた後、臨床心理士等に依頼されることが多かったため、その日にできるだけ依頼に応え、患者に還元できることは還元しようと考えていたが、臨床心理士等も気忙しいだったことは否めない。これとは反対に、敢えて別の雰囲気、時間の流れがあって良いだろうと思う。当日、依頼を受けることなく、次回の診察日など別日に臨床心理士等との相談を予約するというやり方も決して間違いではないだろう。それぞれの臨床現場次第だろうと考えている。筆者が別の病院等でこれまでのことを行うことが許されるとすれば、やはり、その臨床現場に合ったやり方をするだろうと思う。

また、臨床心理士等がかかわるのに必要となる時間について、身体科の医師が精神・心理的なものを想定して、依頼するケースでも30分程度、「物覚え」についての依

頼で、負担の少ない検査等を施行した上で相談し 60 分弱といったあたりが筆者の実感であるが、従来の 50 分枠の感覚からすると気忙しい感じがあろうが、患者自身が、予め抱いている主訴をもってカウンセリングなどの心理的なサービスを望んでいるというわけではないことも関係してか、そうした時間の枠組みでも可能であった。あるいは、日本の医療全般に指摘される「3 分診療」の雰囲気にも飲まれていたのかもしれない（「30 分カウンセリング」とも言われるのだろうか）。こうした 30 分の時間枠（予約枠）であることを考慮すると、1 日 8 時間が所定労働時間として、《ケース 4》のような予診も含め最大で 16 人程度の患者を外来だけで受けられる計算となる。多いのか少ないのか、立場によって感じ方が変わりそうであるが、筆者の経験上、“満員”やそれに近い状況が予めわかっている時は、多少の覚悟と緊張感を必要とした。

《ケース 4》は、特定の身体疾患で治療中の患者に対する予診のケースである。定期的な受診の際に、診察の前にまず臨床心理士等と面接し、診察に向けて、患者の思いや情報を整理して、円滑な診察につなげていく。とくに、慢性的な疾患で治療が長期に及ぶ場合、患者の治療へのモチベーションは時間の経過とともに低下するのがむしろ自然である。治療の意義をともに再確認したり、治療のメリット・デメリット（患者からすれば、通院や治療費などにデメリットを感じている場合がある）を支持的に検討したりして、患者目線でのモチベーションを喚起することもある。概して、患者からすれば本番の診察前に聞きたいことなどが整理されるし、そのことが予めカルテに記載されてい

ることで、医師の側も患者のニーズを踏まえながら、診察ができていたようであるが、そうした事前の情報を望む医師とそうでない医師がいるようであった。この点は患者のニーズと医師のやり方との間で個々に対応を変えるのが適切であろうと思われる。また、他の医療職がこうしたかかわりを担う場合もあると思われるが、カウンセリングに近いものとして、同一の人間が一貫してかかわり続けるという点は要員の少ない臨床心理士等でむしろ自然に行える利点であろうかと思われる。筆者の実感としては、事務スタッフの手違いなどで臨床心理士等の予診が飛ばされるケースに、患者自らが受付など申し出て診察後に「予診」を行うことが多くあり、医師と話せばよい、とにかく病院にいる時間を少なくしたい、という患者の方が稀であった。臨床心理士等との予診が患者自身が自分の治療について主体的にかかわれ、複数からの視点が得られるという利点があったのではないかと筆者は考えている。

この点、改めて検討したい。筆者は臨床心理士等が身体科の病院等で患者にかかわる意義を「1.5 番目の軸」であるからこそと考えている。医師の診察が1つ目の軸であれば、それに対する対等の、場合によっては対立することもあるもう一つ別の軸ではなく(2つ目の軸ではなく)、少し異質だが同質性を孕んだ、つまりは診察とは対立しないが、少し違った点から患者が診察をより自分のものとして享受できる0.5程度の距離がある軸、「1.5 番目の軸」という意味である。これは、外来で「臨床心理士等のみかた」を活かす方法であるようにも思われる。

筆者は、睡眠時無呼吸症候群で、CPAP（持続陽圧呼吸療法）の機器を使用している患者の予診を担っていたが、そこではCPAP機器の使用状況や主要項目などを患者とともに共有し、あまり使えなかった時などはその事情をうかがっていた（医師に対して言い訳じみたことを話すより、話しやすかったかもしれない）。また、一般論として、睡眠というものの特質を不眠の認知行動療法（CBT-i）を踏まえて<sup>4</sup>、相談を受けていた。もともと筆者に睡眠時無呼吸患者の予診を提案した医師の心情は不分明であるが、臨床心理士等は睡眠に多少詳しいだろう、という認識から提案されたのではないかと考えている。また、禁煙外来での予診も行っていたが<sup>5</sup>、依存という視点はやはり心理学と関係が深く、将来は禁煙外来の何らかの診療報酬上のインセンティブとして、公認心理師等の臨床心理技術者の介入を規定すべきかもしれない。こうした予診は、それぞれの科の特質に合わせて、いろいろと可能性があろう。筆者の場合、CPAPの機器使用に限らない睡眠の問題についてや禁煙外来以前のタバコについての考え方などについてのかかわりもあったが、たとえば糖尿病の治療経過を医師とともに、「臨床心理士等のみかた」、「1.5番目の軸」として患者をサポートすることも考えられるし、他の生活習慣病や慢性的な経過を辿る疾患について、すべて可能性があるといって良い。とくに、いわゆる「心のケア」も望まれる最近の風潮にあって、どちらかというと指示的で強制性のある診察場面で、支持的で受容的であることが多い心理面へのケア等を

---

<sup>4</sup> 不眠の認知行動療法の研修を受講済みである。

<sup>5</sup> 認定指導者であった。

実践することに、身体科の医師は役割の点からも時間的な制約からも難しいのが実情ではあるまいか。そうした場に隣接して「1.5 番目の軸」があっても良いのかもしれない。こうしたかかわりは、毎回必ず診察前に予診を行う、というものもあるが、そうでないものでもあろう。CPAP 機器の使用については、1~2月に1回の受診が必要であり、その期間のデータが重要であるが、数カ月から半年、1年といったスパンで指導や検査などで経過を評価されることも医療・臨床現場では珍しくない。そうした指導や検査に準じて、臨床心理士等とのかかわりがあっても良いかもしれない。また、ACP（人生会議）のように、早めにどこかでかかわり、その後は患者やその家族の必要に応じて構わない、というケースもあろうか。突然の外科術や心臓ペースメーカ等の治療の意思決定支援というのも——《ケース 4》というよりは《ケース 3》寄りではあるが、移植医療などでは必須と聞く——患者のニーズに応じてあってしかるべきであろうか。こうした予診の際、大学院等で事前にひと通りの睡眠時無呼吸症候群など特定の疾患等について教育を済ませておく、というのは現実的でなく、実習やあるいは勤務開始後に必要に合わせて個々が学んでいくことになるだろうが、この点は教育課程からの課題と言えるのかもしれない。ガンや遺伝、移植などの分野で個々に学び活躍している先任の臨床心理士等は後進の範となろう。

ここで空間の点についても触れておきたい。臨床心理士等は後発の資格であるがゆえに、後から医療現場に入っていくことになる。病院等の建てかえ時に、前述のような実

践を踏まえて意見を聴かれることがあれば良いが、スクールカウンセラーの黎明期がそうであったように、たいていは余剰の空間だったり、あまり使われていない空間・部屋をあてがわれることが多いのが実際ではあるまいか（医局に机を用意されたり、事務室に用意されるケースなどさまざまなようである）。臨床心理士等に会うのに、薄暗い渡り廊下を通して別の棟に行くというのも、患者の気持ちの切り替えに奏功することもあるが、《ケース 4》の予診のように診察と連動性の高いものは、診察室の近くに臨床心理士等と会える空間がある時代になって欲しい。そこに、他の患者の目を忍んでというようではなく、自然と患者が出入りする姿が誰の目にも自然にうつることがやはり良さそうである。筆者は、幸い診察室近くに業務や作業もすることができる場を持つことができ（「相談室」という中立的な名称が掲示された部屋だった<sup>6</sup>）、面接などを行っていない時間は扉を開け放し、そんな時に患者がのぞき込んで筆者の在室を確認し、患者自身の経過を報告してくださったり、二言三言、言葉を交わしたり、といったことがままあった。個人的には、病院等の奥の方に居る臨床心理士等でない方が良いのではないかと、考えている。そこに行けば臨床心理士等に会えると知られているほどに身近にいれば、患者が主体的になって（主訴をもって）ちょっとした不安の解消をしようとする行動となろう。侵襲に留意しながらも、折々に病室にうかがうのも同様で、そこに臨床心理士等がいるから、主訴を解決したいと行動につながることもある。たんにニーズがな

---

<sup>6</sup> よく言われる「逃げ道」が確保されていない部屋であったが、とくに危険な思いはしなかった。しかし、医療に限らず、会社の応接室などでも、リスク・マネジメントの点でも本来はあってしかるべきなのではないかと思う。

いのではなく、知らないし接点がないからニーズが生じない、というビジネスや経済活動という人間行動の視点とも通じるものもあろうか。受動から能動に転換する瞬間でもある。ただ、こうした時に、主治医の了解など検討すべき点もある。

これまでの提示した対象はいずれも患者であるが、いずれの場合にも患者のことに関する患者家族とのかかわりも想定される。筆者の場合それほど多くはなかったが、それぞれの医療・臨床現場での臨床心理士等に期待される役割やニーズに拠って変わる点であろうか。他の医療・臨床現場では、患者家族等によくお会いする臨床心理士等も多いようである。social working の要素が大きくなると患者家族との接点が増える印象があるがどうだろうか。

改めて、診察と連動性の高い外来での臨床心理士等への依頼やかかわりについて、敢えて分類してみたい。一つには、心因・ストレスを念頭に置くものがある。さらに、「物覚え」の対応もあろうか。他を受診する際のコツや情報提供のようなことを共有することもあり、幅広くできることはあろうか。医療・臨床現場によっては、抑うつなどの患者の他の特定の状態への対応もあろうと考えられる。さらに、予診としてのかかわりがあり、これは医療・臨床現場でのニーズによってさまざまに応用できるだろう。後述するが、定期的な心理検査の施行も可能だし、何らかの医療チームの中での限定した業務



(たとえば研究や治験での決められた心理検査<sup>7</sup>や構造化面接など)を担うこともある。

《ケース 5》はリハビリ室でのかかわりの様子である。分類としては、外来での臨床心理士等の活動となる。本稿では、筆者に経験のある心臓リハビリテーションに限って検討するが、リハビリ室に専属の臨床心理士等であれば、そこでのやり方はまた多様であろう。リハビリテーション中の有酸素運動時に話しかけられる心臓リハビリテーションはおそらく例外的で、一般的なリハビリテーションではわずかな小休止か、リハビリテーションの開始前、開始後しか患者と接点を持ってないこともあろうか。そう考えると、リハビリ室でのかかわりは、特異なケースと考えられるが、臨床心理士等がそうした臨床現場に赴ける事例のあることは大切にしたい。これまでの事例と大きく違うのは、もっともオープンな空間での臨床心理士等のかかわりであるという点である。病棟の大部屋でのかかわりもオープンな空間という一面はあるが、カーテンで仕切られ、隣のベッドの患者は多くの場合、イヤフォンをしてTVを見ていたり、読書をしていたり、あるいは午睡であったり、検査で不在であったり、と一体的に一つの部屋で行動しているわけではない。一方、心臓リハビリテーションは集団ごとに、一体的に行動しており、ある集団が有酸素運動をしている時、同時に何人かが同じことをしているという状況である。筆者の場合は、不安や気がかりは何も診察室や相談室で表明されるものではないと考

---

<sup>7</sup> 筆者の経験では、認知機能についての評価が多かった。

え、有酸素運動中の支持的な声掛けを主に行っていたが、運動中ということもあり身体やその改善していく経過をともに喜ぶという立ち位置になりがちではあった。もし私的で心理的にデリケートな話に至るようならその必要に応じて、リハビリテーション後に個室で対応する心積もりを抱きながらでもあった（「相談室」などを活用できた）。リハビリテーション中の患者の中には、不安などの臨床心理学的なテーマに限らず、医学よりは医療事務的な聞きたかったことなどをなかなか聞けないでいる患者もあろう。そうした事柄に応えるのは前述の情報提供等の重要さにも通じるものがあり、一つの援助である。さらに、オープンな場では社会的な参照の意味もあろう。つまり、リハビリテーションに参加する、似た時期に似た疾患になり、回復に向け、リハビリをしているという同質性があると想定され、似た疑問などを抱いてることが考えられるのである。そうした同質性を持つ一人からの問いやそのやり取りは周囲にも活きることもある、ということである。これは、集団精神（心理）療法に通じる援助と言えようか。そして、一回の声掛けやかかわりは短くても、たとえば毎週リハビリテーションに通う患者とは短いが接点が多くなり、前述のような援助をどちらかというと継続的に、「いつも」されているように患者は受け取るのではないだろうか。リハビリ室に常駐しているスタッフ以外の者などの他の多くの職種が自分たち患者の回復にかかわってくれているという患者の信頼や安心を贈れる意味もあり、リハビリテーションの効果を底上げするのではないかと筆者は考えていた。近似の別の視点から考えると、臨床心理士等がいることで患者満足度へ

の貢献できると考える立場もあるだろう。治療や医療機関に対する患者の信頼感や満足感が向上し、結果として治療効果が上がるのであれば、それは患者にとっても医療機関にとっても望ましいことであり、臨床心理士等がいる意義があると言えるだろう。

リハビリテーションでの協働に関して、身体の定期的な諸検査のタイミングで、質問紙の心理検査を医師の指示のもと施行していた時期もあった。ここで、心理検査の意義について触れておきたい。臨床心理士等が自覚しているように、心理検査は、患者との対面でのかかわりだけでは気づきにくい患者の一面を示唆するものであり、心理検査の結果を返し、患者と共有することはすぐれて面接的なものでもある。対面と心理検査を合わせて患者の100%を知れるものではないが、診察などの対面や構造的な定期的な患者アンケートではすくい切れない特質を示唆し得るものでもある。患者自身の振り返りにも有用で、リハビリテーションはもとより、一般的な長期の外来通院でも、検体検査と同様に定期的に施行できるとよいのでは、と筆者は考えている。

また、定期的な集団指導や(心理)教育の一部を担うことも珍しくないだろう。その際、講義や講演のようにかかわるのか、集団精神(心理)療法のようにかかわるのか、あるいは臨床動作法をなどの何らかの体験も提供するのか、で幅を持った対応が可能である。

筆者のように臨床心理士等が一人の医療・臨床現場では、リハビリ室でのかかわりは、入院や診察室に関係する外来での業務に次ぐものとしての位置づけにならざるを

得なかった。時間的な制約もあるが、リハビリテーションの経過での心理面でのサポートは重要で、「臨床心理士等のみかた」が活かされる場でもある。臨床心理士等がかかわる目標もこれまでと同様である。また、リハビリ室では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などが主体となって活躍している臨床現場であり、医師-臨床心理等の関係でなく、理学療法士等-臨床心理士等という関係での協働という可能性に開かれた場である<sup>8</sup>。このように、他の医療職との協働ももちろん可能である点は付言しておく。どうしても、医療・臨床現場では、医師がかかわらないものはインフォーマルなものになりがちであるが、次に検討するように、スタッフとのかかわりとしても臨床心理士等が担うべき役割の一つとなろうか。

### Ⅲ スタッフや組織へのかかわり

《ケース 6》は、患者でも医療の資格職とでもない臨床心理士等の協働のあり方である。社会での臨床心理士等の一般的なイメージの受容には、いくつか特徴があるようである。ひとつは物腰の柔らかさであろうか。さらに、言葉を丁寧に扱う点であろうか。こうした特徴から、医療機関で受付業務を担う臨床心理士等も珍しくないし、接遇について、業務を担うこともあろう。また、医療機関にいる臨床心理士等が外部の接遇講師と相談し、講師による接遇教育の内容を検討することもあるかもしれない。組織や

---

<sup>8</sup> 臨床心理士等が自分たちのメンタルヘルスのためにも組織の中で「横のつながり」を持ちうる関係になりやすいだろうか。同期入社のようなものが得にくい際には、こうした「横のつながり」が大切である。

場、風土についてのアセスメントも臨床心理士等の役割の一つであり、そうした知見を活かすことが望まれる。それは、患者とスタッフと組織を守ることになる。

臨床心理士等の受容的な雰囲気から、同僚として、私的な話題を相談されることもあろうが、同じ職場のスタッフの話をどこまで、臨床心理士等として聴くのか、という倫理的なテーマについては、判断が難しい。医療機関内でのコンサルテーションとして、患者のことについて意見交換等するのは当然としても、臨床心理士等がたとえば（安全・）衛生委員会の委員に任命され、スタッフの精神・心理面での健康などについて協力と知見を求められ、労働安全衛生法等に規定されるストレス・チェックの実施にかかわるようになり、切迫したスタッフからハラスメントという人権に関する相談を受けたり、あるいは同僚などからその種の相談を受けた他のスタッフがどこに相談して良いかわからないまま、（安全・）衛生委員会の委員たる臨床心理士等に相談を持ちかけられたり、といったケースもあろう（その時、臨床心理士等として、信頼されていたからこそ相談相手として思いつかれたのではないだろうか）。制度がしっかり運用されている組織であれば、手順がわかりやすいが、それでもあまり起こらない組織内の不祥事や不正、事故、未知の感染症発生時などスタッフや組織が動揺している時に、面接構造などを重視する以前のルール通りに判断し行動することが相談者を守ることや社会に貢献することにつながっているのだろうか。そもそも臨床心理士等は中立性を脅かす可能性のある業務を担うべきでない、とするのか。公人としては…、私人としては…、という言い方

に類似した発想で処すべきなのだろうか。筆者の私見ではあるが、職業人である以上に、一市民として、侵害される人権を擁護する側に立てるようでありたいし、スタッフや組織を正当に守ることに協力すべきなのではないかと思う。「臨床心理士等のみかた」はここでも活かされるべきであろう。職員のメンタルヘルスに尽力する臨床心理士等も珍しくなく、こうした臨床心理士等のかかわりは、病院等という医療・臨床現場でのとうかかわりを超えて、産業領域のものとの共通点が増えていくようにも思われる。

言葉を丁寧に扱くと受容されている点からだろうか、文書の文言について相談されることがある臨床心理士等も一定数いるのではないだろうか。校正というレベルでなく、校閲に近い水準で協力できるような力量があると良いのではと思うが、臨床心理士等の個々人の特性に委ねられる範疇のものであろうか。ただ、組織に対して、文書作成協力のよう、臨床心理士等がその特性から担いやすく貢献できる業務は存外ある点は強調しておきたい<sup>9</sup>。最近で言えば、オープン・ダイアログの視点は、医療・臨床現場でのカンファレンス等のあり方を変える可能性もある。臨床心理士等の特性のうち周縁にあたるものに注目したり、あるいは何らかの他の資格など付加することであったりして、広がりを持たせられるものでもあろう。

## 【まとめ】

---

<sup>9</sup> 筆者は職員採用時に応募者の心理面についての評価を担っていた。

身体科の医療・臨床現場で臨床心理士等の協働について見、考えてきた。これらは、特別な援助技法を前景させてはおらず、言わば「普通の心理療法」であり、Lambert (1992) の効果研究が示唆するように、患者等-臨床心理士等という援助関係を丁寧に築くことを心懸け、臨床心理士等としてのアセスメント(「臨床心理士等のみかた」)をした上で、患者の主訴や主体的な相談動機があいまいになりがちな分、侵襲には十二分配慮しながら、「すぐれた聴き手」として必要な援助を提供しようとする実際の・現実的なかかわりであった。それは、治療の経過を円滑にし、患者自身が自身の生活上の転機に医学などの助けを借り、みずから乗り越えられた体験としてサポートする一面があり、生活上、誰しもにあるだろう困難等への援助であり、漫然としがちな経過に都度ごとに新風や意味を吹き込もうとするものでもあり、医療・臨床現場で医療チームに貢献しようとするものでもあった。さらに、医療・臨床現場たる組織にも応用し、必要に応えていこうとするものであった。実際の・現実的なかかわりは、ともすれば重い主訴をもった患者と行なう面接室での心理療法と較べると浅めであると考えられることがあるが、臨床心理士等が深いかかわりこそすべきというものでもないだろうし、患者等を生活や人生といった時間軸でも考えていこうとする姿勢とは、たとえば入院環境での身体科との協働においては、身体の病気という事実や元の通りにはならないかもしれないという不安ばかりでなく、それぞれの病気に伴い生じやすいとされる心理面での変化・精神症状にいかに対応していくか考え、その上でその患者や家族の生活や人生という空

間的・時間的な広がりをもって考えることでもあり、これは決して「浅い」かわりではないし、むしろ傷つきからの「癒え」であり、「自己実現」そのものであるとは言えないだろうか。さらに、これを臨床心理士等が一人で担わなければならないと気負うのではなく、チームや組織の布置をも考えながら行う広範な視野の必要な援助であると言える。

これらについて、やや抽象的過ぎるとの指摘があるかもしれない。しかし、こうした定型性がないようで緩やかにはある、応用が可能な点が身体科の医療・臨床現場での臨床心理士等のかかわりの特徴であろう。一人ひとりの臨床心理士等がそれぞれの医療・臨床現場で、その現場の特性に合わせて、柔軟に協働を模索している姿は間違いなくある。そして、ある臨床心理士等が改めて他の医療・臨床現場で同様のことをしようとする時、きっと同じものにはなるまい、そういうものでもあろう。しかし、本質は変わらず、状況や社会、時代の移り変わりに合わせながら、必要に応じていく営みなのであろう。そして、成田(1999)が指摘するように、「臨床心理学の方法論を少しずつ、医学、医療の中に浸透させ医療を深いところから再構成していくこと」につながるようなものでありたいと胸に秘めつつ日々、臨床の場に立っているのではないだろうか。

最後に本稿の限界について述べたい。やはり、個人の経験という誇りは免れえない点は明らかである。その環境のそのタイミングだからできたこと、ということは、それが臨床心理士等の身体科での活動・かかわりの特徴と言いつつも厳然とある。また、こうした



かわりに対して否定的な考えをもつ患者や医療従事者もあろう。そうした立場からの意見は貴重であり、多くの示唆に富むものであろう。それらの意見を踏まえ、述べてきた事例とその意義について再考できれば、真に患者や社会が必要とする身体科という医療・臨床現場での臨床心理士等の活動・かわりに近づくのではないだろうか。一方、実務に役立てられるよう、従来はあまり明らかにされにくい実数や仕組みについても触れられた点は一例としてはせめてもの意義があっただろうか。

#### references

- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). Basic Books.
- 箕浦康子. (1999). フィールドワークの技法と実際: マイクロ・エスノグラフィー入門. ミネルヴァ書房.
- 村瀬嘉代子. (2000). 心理療法の基本: 日常臨床のための提言. 金剛出版.
- 成田善弘. (1999). 病院における臨床心理士の役割と貢献. *臨床精神医学*, 28, 1073-1077.

## 参考文献

村瀬嘉代子, & 青木省三. (2004). 心理療法とは何か. 金剛出版.