

特集 心理職とのこれからの協働を考える

一般医療の現場における心理臨床研修のあり方について

中嶋 義文

一般医療の現場で働く医師は疲弊している。一般医療の現場におけるメンタルケアプロバイダーとして心理職は必要とされている。施設の差異にとらわれない心理臨床研修プログラムを紹介する。参加要件としては Stoltenberg & McNeil の IDM レベル 2 以上が必要である。7 つの領域 (I. 対人能力, II. 知識, III. 心理学的評価の能力, IV. 介入のスキル, V. コンサルテーションのスキル/他職種との協働, VI. 倫理, VII. 研究を活用する能力) の達成目標が設定された。一般医療の現場で特に求められる能力 (コア・コンピテンス) としては (1) 多角的理解力, (2) 力動理解と協働能力, (3) 疎通困難な患者との疎通能力, がある。継続可能な研修方略として, ①知識 (症例に関するレポート作成, 推薦図書の提示), ②技能 (観察学習, ロールプレイ, AV 機器を用いた内容分析), ③態度 (日常的/定期的スーパービジョンにて形成的評価), が必要である。評価方法としては内省 (レポート) やチェックリスト (ログブック) による自己評価と同僚, 上司, 協働する他職種, クライアントによる第三者評価を形成的評価 (コミュニケーション), 達成的評価 (形式的評価), 面接場面の AV 記録などで行うが, その際には侵襲的にならないような配慮が必要である。苦手意識の強い一般医療の知識を獲得する方法として, NHK の「きょうの健康」は PC 上オンデマンドで利用可能な学習素材として有用である。

<索引用語：一般医療, 心理臨床研修, 達成目標, 研修方略, 評価方法>

1. 一般医療における勤務医の疲弊

警察庁発表の平成 21 年自殺者数は 32,845 名で 2016 年までに自殺死亡率を 2005 年比で 20% 減少させるという自殺対策基本法に基づく自殺総合対策大綱に謳われた数値目標達成は不可能に見える。この 32,845 名のうちの 1% (338 名) は医師を含む医療保健従事者である。平成 20 年末の医師数は 286,699 名で精神科医の数は 13,534 名, およそ 5% にすぎない。我々や心療内科医のみで 30,000 人を超える自殺者, 7,636 の一般病院にある 906,518 床の一般病床 (平成 22 年 2 月) のケアをやることには無理がある。

平成 21 年 2 月, 我々は日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会として日本医師会会員で勤務医の区分に属している約 8 万人から無作為に抽出した 1 万人 (男性勤務医 8,000 人,

女性勤務医 2,000 人) を対象に郵送法にて質問票調査を行い, 勤務医の疲弊が明らかとなった⁶⁾。その内容を表 1 に示す。

メンタルヘルス面でのサポートが必要と考えられた勤務医の割合は抑うつ尺度 QIDS-SR-J で 11 点以上 (中等度以上) の 8.7% であったが, 1.9% の勤務医は 16 点以上 (重度以上) であり, これは日本の一般企業における治療の必要なレベルのうつ病の割合 (2%) に相応している。一般医療における勤務医の疲弊はこのように強い。

2. 一般医療の現場のニーズ

中嶋 (2006, 2008)^{4,5)} による一般医療におけるメンタルケア (コンサルテーション・リエゾン・サービス: CLS) の四象限モデルを図 1 に示す。全体は病院の病床とそこに入院している患者を

表1 日本医師会勤務医会員1万人に対するアンケート結果 (平成21年2月施行)

- 3,879人から回答があり, 176人が回答に不同意と返答 (計4,055人, 有効回答率40.6%)があった。回答者の年齢は40代と50代がそれぞれ約30%であった。90%が常勤の医師であり, 96%が病院に勤務していた。勤務している医療機関は100~499床が57%, 500床以上が26%であった。
- 2人に1人が, 休日が月に4日以下であった。月に8日以上のお休みが取れていたのは, 男性で18%, 女性で32%であった。20歳代では76%が月に4日以下の休日であった。500床以上の施設では, 61%が月に4日以下の休日しか確保できていなかった。病床数が多くなるほど月の休日4日以下と回答した者が多くなる傾向がみられた。
- 平均睡眠時間は6時間未満が41%を占めた。20歳代では睡眠時間6時間未満が63%を占めた。病床数が増えるにつれ, 睡眠時間6時間未満の回答者の数が増加する傾向が見られた。病床数が増えるにつれ, 平均睡眠時間が減る傾向があり, 休日も少ない傾向があった。
- 自宅待機が月に8日以上が20%であった。自宅待機の日数は年代があがるにつれ, 減少する傾向があったが, 50歳代でも30%の医師が月に5日以上のお自宅待機があった。
- 100床未満では当直回数はやや多かったが, 仮眠できる時間は多い傾向がみられた。仮眠時間は20歳代で少ない傾向があった。
- 2人に1人は半年以内に1回以上患者からの不当なクレームの経験があった。病床数が多いほど経験した人の割合が増えた。
- 2人に1人は自身の体調不良を他人に相談しないと答えた。
- 5人に1人が「不健康である, どちらかという健康ではない」と回答した。
- 14%の医師が喫煙していた。
- 4人に1人がほぼ毎日飲酒していた。
- 62%が汗をかくような運動をまったくしていなかった。
- 悲しいと思うことが半分以上の時間があるという回答者が5%いた。
- 7%が自分自身を否定的に見ていた。
- 6%が1週間に数回以上, 死や自殺について考えていた。
- 9%に興味の減退がみられた。
- 9%の回答者がメンタルヘルス面でのサポートが必要と考えられた。男性では8%, 女性では11%の回答者がメンタルヘルス面でのサポートが必要と考えられた。年代別では, 20代で12%, 30代で10%, 40代で9%, 50代で10%, 60代で4%, 70代で9%がメンタルヘルス面でのサポートが必要と考えられた。60代は他の年代と比較して少なかった。

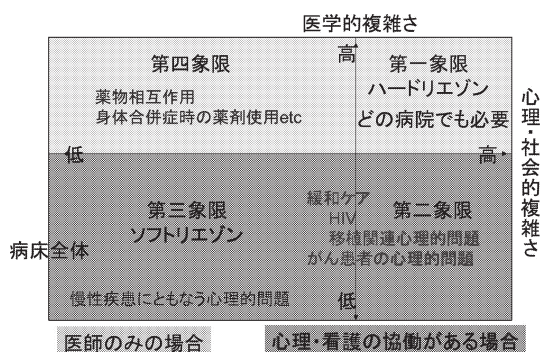


図1 CLSの四象限モデル

表す。すべての事例は医学的複雑さ（治療内容や病気の取り扱いにおいてより医学的専門判断が要求される）と心理・社会的複雑さ（心理状態や病院内外の生活状況の問題がより医療の妨げになる）の高低によって四象限に分かれる。医学的複雑さと心理・社会的複雑さが共に高い第一象限（医学的専門判断が要求され治療の妨げとなる心理・社会的問題がある）の事例は一般に困難度が高く、どのような病院でもある一定割合（我々は全入院患者の2%と見積もっている）で出現する。この第一象限をハードリエゾンと呼んでいる。このような事例への対処は医学的専門判断が要求されるため、医師でなければ取り扱うことはできない。

次にニーズがあるのは医学的複雑さは低いが心理・社会的複雑さは高い第二象限（医学的専門判断よりも治療の妨げとなる心理・社会的問題への対処が要請される）である。この象限の事例は医師のみの場合は医師が対応しなければならない。第一象限の事例に対応して、余力がある場合は第二象限も取り扱っている、というのがリエゾン医療の実情であろう。医師の立場からは何も医師である必要はなく、適正な医学的知識を有した心理・看護・医療福祉の専門職によって取り扱われた方がよい場合も多い。緩和ケアや HIV、移植関連の心理的問題やがん患者の心理的問題（サイコオンコロジー）などのような国によって取り組みが後押しされている医療領域（政策医療とよばれる領域）のほとんどはこの第二象限に属すると考えられる。したがって、このような領域での活動には、医師だけでは不十分であり、心理・看護・福祉の協働があることが必要である。

第三象限は医学的複雑さも心理・社会的複雑さも共に低い事例である。大多数の患者はつつがなく入院生活を終える。慢性疾患にとまなう心理的問題などはこの領域にあり、心理・看護・福祉の専門職によって取り扱われるべきニーズがある。ハードリエゾンに対比してソフトリエゾンと呼んでいる。

最後の第四象限は医学的複雑さは高いが心理・社会的複雑さは低い領域である。ここでは純粋に医学的専門判断が要求される。薬物総合作用や身体合併時の薬剤使用法などは医師の専門領域であり、この領域は医師でなければ取り扱うことはできない。

リエゾン医療の実践であるコンサルテーション・リエゾン・サービスの展開は第一象限から第二象限へと進展するが、心理・看護・福祉の協働がなければ拡大しない。心理・看護・福祉の協働があることによって、サービスの質が向上し、医師は本来医師のやるべきことに専念できるようになるのである。

一般医療の現場のニーズは圧倒的に第二・第三象限にあり、それは精神科医や心療内科医のみで

は対応できないのである。

3. 一般医療の現場における心理臨床研修が必要な理由

したがって、一般医療の現場における心理臨床研修が必要とされる理由は、現場の勤務医の立場からは 1) 一般医療に従事する勤務医の疲弊を軽減し、2) 一般医療の現場のニーズに対応するため、と考える。

4. 一般医療の現場における心理臨床研修の要求水準

一般医療の現場における心理臨床研修では、心理学、精神医学のみならず、より幅広い知識が要求される。臨床系大学院においては、医学・医療への教育は現状では不足している。また、医療現場の心理職への研修プログラムは未整備である。実習形態が見学のみであったり、心理職にどこまで裁量を持たせるかによって研修内容が異なり、その内容は現場のスタッフ任せになっているのが実情であろう。また、ケースの状況によって、学習・指導内容に差異が生じるなどの実態もある。医療分野で働くことを志向する心理職の数は少ないため、我々は施設の差異にとらわれない研修プログラムについて検討した。

研修におけるスーパーバイザーの発達を示した有名なモデルである Stoltenberg & McNeil⁷⁾らの IDM (Integrated Developmental Model: 統合発達モデル) を表 2 に示す。

一般医療における心理臨床研修の要求水準を表 3 に示す。

IDM は一般的な心理職の発達について示したものであるが、一般医療における心理臨床活動は応用的な活動であるため、研修開始時点でレベル 2 以上の段階にあることが望まれる。また、精神科領域または心療内科領域において一定数以上の予診経験があり、医療の構造において患者と出会うことについてある程度慣れていることが望ましい。一般医療の幅広い知識を獲得するための工夫については後述するが、精神医学的知識について

表2 Stoltenberg & McNeil の
統合的発達モデル

レベル1 (初心者の段階)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 高い不安 ・ 高いモチベーション ・ スーパーバイザーに依存 ・ 自分自身に注意が集中する ・ 評価されることをおそれる
レベル2 (試行錯誤と試練の段階)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「施行と苦難」の時期をくぐりぬける ・ モチベーションが揺れ動く ・ 依存と自立で葛藤 ・ 治療的自己を用いる ・ 自らの限界への理解が増す
レベル3 (チャレンジと成長の段階)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 職業的自我を保つ ・ 安定的なモチベーション ・ 安定的な自立性 ・ 高い共感性と理解 ・ 自らの強み、弱みを受け入れる

は向精神薬に関する最低限の知識、すなわち薬剤名とその薬剤の属するカテゴリー、カテゴリー別の代表的な副作用に関する知識があればよい。

5. 一般医療の現場における 心理臨床研修の達成目標

我々は Hatcher and Lassiter (2007) の The Practicum Competencies Outline³⁾ に沿って能力要件を分類・整理し、一般医療の現場における心理臨床研修における達成目標を作成した。また、インターンシップ経験者計 20 名を対象に、質問紙法を用いて、達成目標の到達度自己評価を行った。

一般医療の現場における心理臨床研修における 7 つの達成目標を表 4 に示す。

I. 対人能力, II. 知識, III. 心理学的評価の能力, IV. 介入のスキル, V. コンサルテーションのスキル/他職種との協働, VI. 倫理, VII. 研究を活用する能力, の 7 つの能力要件に分類された。

インターンシップ経験者への調査結果から (有効回答数 13), 心理学的評価の能力や対人能力の

表3 一般医療における心理臨床研修の
要求水準

参加条件
<ul style="list-style-type: none"> ・ IDM レベル 2 ・ 一定数以上の予診経験 ・ 向精神薬に関する最低限の知識 <ul style="list-style-type: none"> — 薬剤名とカテゴリー — カテゴリー別副作用

向上や医学的知識の不足がうかがえた。一般医療の現場における心理臨床研修において特に求められる能力 (コア・コンピテンス) を表 5 に示す。

一つは問題を多角的に理解する能力である。心理学的評価の能力は心理臨床研修によって向上した。心因に限らず、身体因、社会的因子も含めて統合的に理解する能力は医療で重要である。医学的知識は最大の問題である。医学の高度専門化の現代においては医師であっても自分の専門科以外の知識を十分に獲得することは困難である。医師でない専門職にあってはさらに困難であろう。我々は作業仮説として看護職の国家試験問題レベルの医学知識が最高要求水準であろうと考えている。

二つ目の重要な能力は、患者や家族を含め、問題を取り巻くチームを力動的に理解する能力と多職種チームの一員として有効に機能する能力である。心理学的評価の能力においても力動関係理解の能力が向上し、コンサルテーションのスキル/多職種との協働の能力が向上している。

最後の重要な能力はコミュニケーション困難な患者とコミュニケーションをとる能力である。対人能力においては、特に重症、終末期患者とのコミュニケーション能力が向上した。これらが一般医療の現場における心理専門職のコア・コンピテンスと考えられる。

一般医療の現場における心理臨床研修においては、これらの重要な点に主眼を置いたプログラム作成が必要である。

表4 一般医療の現場における心理臨床研修の達成目標

I 対人能力	<ol style="list-style-type: none"> 1) 患者や家族との面接を行う上で、有益な技法や方策を用いることができる 2) 患者や家族と作業同盟を効果的に結ぶことができる 3) 患者や家族との葛藤や対立を理解し、取り扱うことができる 4) 患者の問題に心因が関係しているときに、その障害の原因や治療について説明することができる 5) 重症、または終末期の患者や家族と適切なコミュニケーションがとれる 6) 患者や家族の信念や価値、文化的背景など個々の相違を理解することができる
II 知識	<ol style="list-style-type: none"> 1) 必要最低限の精神薬理学的知識を有しており、それに基づいた臨床的判断ができる 2) 必要最低限の身体疾患に関する知識を有しており、それに基づいた臨床的判断ができる 3) 医療全般に関して基本的な理解をしており、それに基づいた臨床的判断ができる
III 心理学的評価の能力	<ol style="list-style-type: none"> 1) 患者に会う前に、依頼の経緯を確認し、評価のために必要な情報を集めることができる 2) 様々な患者や家族に沿った評価の方法や手段を選択、実行できる 3) 患者の病歴を聴取することができる 4) 様々な精神症状の評価を行うことができる（せん妄や認知症、不安、抑うつなど） 5) 依頼された問題全体の評価を行うことができる 6) 依頼された問題に含まれる医療者や患者間の力動関係を理解することができる
IV 介入のスキル	<ol style="list-style-type: none"> 1) 様々な心理社会的側面に配慮してケースフォーミュレーションを行うことができる 2) 身体的要因、心理社会的要因を理解した上で治療目標を設定することができる 3) 身体的要因、心理社会的要因を理解した上で治療計画を立てることができる 4) 心理療法の理論や実践に関する全般的知識を有し、活用することができる 5) 状況にあった心理療法の技法や方策を適用することができる 6) 治療の進展状況や結果を評価することができる 7) スーパービジョンやカンファレンスを効果的に利用することができる
V コンサルテーションのスキル/他職種との協働	<ol style="list-style-type: none"> 1) 他職種の役割を理解し、適切なコミュニケーションがとれる 2) コンサルタントとしての役割を理解しており、それに基づいた臨床的判断ができる 3) 依頼者との間で効果的なやりとりを行うことができる（気づいた点の指摘や助言などを含む） 4) 患者のケアにおいて、多職種チームの力を最大限発揮できるように働きかけることができる 5) 守秘義務を守りながら、他職種にもわかりやすい言葉で必要な情報や心理士としての見立てを伝えることができる 6) コンサルタントとして、簡潔で、適切かつ有用な助言を含んだ記録を作成することができる
VI 倫理	<ol style="list-style-type: none"> 1) 臨床活動に関わる倫理綱領や法律に関する基本的な知識を有しており、それに基づいた臨床的判断ができる 2) 臨床心理の専門家として倫理綱領を遵守しており、それに則った臨床的判断ができる
VII 研究を活用する能力	<ol style="list-style-type: none"> 1) 臨床実践に必要な文献を検索したり、活用することができる

表5 一般医療の現場で特に求められる能力（コア・コンピテンス）

<ol style="list-style-type: none"> (1) 多角的理解力 (2) 力動理解と協働能力 (3) 疎通困難な患者との疎通能力
--

6. 一般医療の現場における心理臨床研修の研修方略

一般的な心理職の研修においては、面接や検査

などクライアントとの関わりが中心となり、相談室内における臨床が基本となっている。研修機関により内容は異なり、医療機関における研修は必修ではない。これに対して一般医療の現場における心理研修はより専門性の高い研修であるため、参加には先に述べたような前提条件が必要である。コミュニティ援助技法を学ぶ意欲と素質も重要である。研修の構成要素は知識、技能、態度の3つであるが、態度は対人援助を行う上の基本である

表6 継続可能な研修方略

①知識
症例に関するレポート作成, 推薦図書 の提示
②技能
観察学習, ロールプレイ, AV 機器を用いた内容分析
③態度
日常的/定期的 SV にて形成的評価

ため, 研修においては知識と技能に対するものが中心となる。施設の状況や研修者のレベルに応じて, 知識と技能のバランスは個別に設定されるべきであろう。継続可能な研修方略について表6に示す。

知識ドメインではケースレポートや推薦図書による自己学習などが挙げられる。技能ドメインでは指導者や同僚の面接場面の観察学習, クライアント役やセラピスト役を演じるロールプレイ, AV 機器を用いて面接場面を振り返る内容分析(自己学習の場合も, スーパービジョンの場合もある)などが挙げられる。態度ドメインでは後に述べる形成的評価としてのスーパービジョンが最も効果がある。

一般医療の現場における心理臨床研修においては, 相談室内でそつなく活動できる心理職が病棟に出るといきなり自らのペースで面接を進められなくなることがよく見られる。いくつかの理由が考えられるが, 当該の事例の医療状況についての理解が不足していることも大きな理由の一つである。入院中に行われる予定である医療の流れや, 予定されていた医療を妨げている現在の問題が理解されていれば, 面接の深さや長さをコントロールすることができる。医療に対する苦手意識が患者理解の足かせとならないように, 医療に関する知識習得に力点を置いた研修方略が必要である。

特にスーパービジョンは重要であり, 日常のスーパービジョンと定期的なスーパービジョンを相補的に行うことが望ましい。日常のスーパービジョンにおいては事例毎の理解の確認や事例に即したレポート作成や推薦図書の提示を行う。定期的なスーパービジョンは定期的な構造そのものが研

修者に安心を与える。月1回程度で1回30分から1時間程度が理想だろう。

7. 一般医療の現場における 心理臨床研修の評価方法

評価は研修において重要であるが, 一般の心理臨床ではクライアントの限界を認め, 各自の目標を尊重する態度が基本であるため, 指導者にとっても苦手意識をもつことが多い。Campbell²⁾は正当な評価の条件として,

- ・研修開始時より研修の達成目標が明示されていること
 - ・評価基準と評価様式があればそれを受け取っていること
 - ・特定の行動目標に関して望ましい行動などについて例示されていること
 - ・事前目標に対する進捗状況についてフィードバックを受けること
 - ・成功する機会を十分に与えられ改善のための提案を得られること
- を挙げている。

評価方法には形成的評価と達成的評価の2種類がある。形成的評価はいまこで行われ, 指導者から研修者へのフィードバックを重ねることによって成長を促す。この方法は評価よりもコミュニケーションのニュアンスが強くより自然な形式となる。一方達成的評価は一定期間後に行われ, 基準に照らして研修者の達成度を評価する。この方法は評価のニュアンスがコミュニケーションよりも強くよりストレスフルとなる。構造と基準と協働関係はどちらの方法においても基本となる。

ストレスフルな達成的評価の際に侵襲性を下げ方法について Bernard & Goodyear¹⁾は,

- ・評価者と被評価者は対等ではあり得ないことを認識すること
- ・評価者からポジティブな点を明白にフィードバックすること
- ・被評価者の防衛が言明されやすいように配慮すること
- ・個別性を強調すること

表7 評価方法

自己評価
内省（レポート）
チェックリスト（ログブック）
第三者評価（同僚，上司，協働する他職種，クライアント）
形成的評価（コミュニケーション）
達成的評価（形式的評価）
面接場面の AV 記録

- ・評価を一方的でその場限りのものにしないこと
 - ・予断を持った中途半端な評価をしないこと
 - ・評価者が被評価者から学んでいる所をみせること
 - ・評価者と被評価者の関係性の変化に敏感になること
 - ・評価のプロセスを楽しむこと
- などを勧めている。

評価の手法を表7に示す。

評価の方法には自己評価と同僚，上司，協働する他職種，クライアントなどによる第三者評価とがある。自己評価の方法としてはレポート作成などを介した内省とログブックなどの形式によるチェックリストがある。第三者評価としては，コミュニケーションを介した形成的評価，ある基準に達しているかを評価する達成的（形式的）評価，面接場面の AV 記録などの方法がある。

一般医療の現場における心理臨床研修においては医学的知識の獲得機会を増やし，他職種とのコミュニケーションを強化する目的から他職種による第三者評価の機会を相互レクチャーという形式で行うことも望ましい。

我々のインターンシップでは【日常業務に習熟しており，上級業務での現場での指導が必要であるが，時に自発的に遂行することも可能であるレベル】を達成目標として掲げている。

8. 一般医療の現場に必要な 医学的知識の獲得方法

先に述べたように優秀な心理職が一般医療の現

場において機能不全に陥る一つの理由は現場に必要な医学的知識が不足していることである。精神科医である我々が一般医療の知識に熟達しているかと自問自答してみれば自ずとこの問題に対する解決策は発見できる。医学・医療は日々変化していることを考えれば，出版日の古い本に頼らないこと，他職種とのコミュニケーションを強化する目的もあり他職種から最新の情報や最近のトピックなどを教えてもらうことなどがよい。広く利用できるものとしてはNHKの「きょうの健康」は情報の内容が最新で妥当であるだけでなく，NHK オンデマンド (<https://www.nhk-on-demand.jp/>) でPC上で見ることもできるとありよい教育素材となっている。

文 献

- 1) Bernard, J.M., Goodyear, R.K.: Fundamentals of Clinical Supervision, 4th ed. Pearson, Upper Saddle River, 2009
- 2) Campbell, J.M.: Essentials of Clinical Supervision. Wiley, Hoboken, 2000
- 3) Hatcher, R.L., Lassiter, K.D.: Initial training in professional psychology: The practicum competencies outline. Training and Education in Professional Psychology, 1; 49-63, 2007 (Full text of 'The Practicum Competencies Outline' [http://www.adptc.org/public_files/Practicum%20Competencies%20FINAL%20\(Oct%20'06%20Version\).pdf](http://www.adptc.org/public_files/Practicum%20Competencies%20FINAL%20(Oct%20'06%20Version).pdf))
- 4) 中嶋義文，富岡 直，満田 大：コンサルテーション・リエゾン・サービスの量と展開を決定する要因—四象限モデルによる説明。心身医学，46；527，2006
- 5) 中嶋義文：無床総合病院精神科における精神疾患の診療。専門医のための精神科臨床リユミエール2。精神科プライマリ・ケア。中山書店，東京，13-23，2008
- 6) 日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告書。2010
- 7) Stoltenberg, C.A., McNeil, B.W.: IDM Supervision: An Integrative Developmental Model for Supervising Counselors and Therapists, 3rd ed. Routledge, UK, 2009

Training Program for Clinical Psychologists in General Hospital Settings

Yoshifumi NAKASHIMA

Department of Psychiatry Mitsui Memorial Hospital

Physicians in hospitals are so exhausted that mental healthcare providers other than physicians, such as psychologists, might be necessary. A clinical education program for psychologists in general hospitals has been developed. Applicants should be at Level 2 of Stoltenberg & McNeil's IDM (Integrated Development Model) model. Seven domains of objectives are introduced. Core competencies are multi-dimensional knowledge, understanding dynamics and collaborating, and communication skills with challenging patients. Sustainable education strategies and evaluation methods are discussed. A TV-based education program is useful for the purpose of acquiring general medical knowledge.

<Author's abstract>
