

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

心理職への個人認知行動療法教育の留意点
- 臨床心理士養成課程に着目して -

研究分担者 中野有美 梟山女学園大学人間関係学部心理学科 准教授

研究要旨

心理的支援の方法として認知行動療法の価値が認められ普及が進む中で、心理職の最上級とされる臨床心理士の分野において認知行動療法はそれほど急速な広まりを見せていない。その理由の一つとして、我が国の臨床心理士の養成カリキュラムを決定し資格を認定している側が、臨床心理士の専門性を発揮する場所として、医療現場をその職域の一部にすぎない、という捉え方をしているという点に着目した。臨床心理士をはじめとする心理職に認知行動療法が普及し、真に実践的な力が発揮されるようになるには、その養成課程で医療現場に心理職が積極的に参入していくことの重要性を心理職側が認識することが、まず重要である。

A. 研究目的

医療現場での心理的支援として認知行動療法 (cognitive behavioral therapy; CBT) を用いることが日常茶飯事になる時代が近づきつつある。しかし、心理的支援を生業とする臨床心理士の間には、それほどその価値や技術が広まっていないのが現状である。考えられる原因と解決方法について探求することを目的とした。

B. 研究方法

本稿では、臨床心理士の養成課程に着目し、まず、日本の状況を客観的に把握するために、比較対象として、米国で臨床心理士になるために受ける教育システムと其中での CBT 教育の状況について調査した。次に、我が国で臨床心理士の養成カリキュラムを決定し資格を認定している日本臨床心理士資格認定協会の理念や方針を中心に日本の状況について調査し、その結果をもとに心理職への CBT 普及の道を考察した。

C. 研究結果

1. 米国における臨床心理士養成課程

米国で clinical psychologist になるには、日本と同様、大学院まで進学することが必須となる。学部では心理学を専攻する者が多いが必須ではない。大学院生を積極的に受け入れている大学の場合、臨床心理学を目指す熱心な学部生は、心理的支援法の研究をしている研究室のリサーチ・アシスタントとして、その部屋に出入りし、治療の見学をするなどして実際の臨床現場を体感する機会も、まれならずある。また、米国は日本に比べて学生のボランティア活動が盛んであり、熱心な学生は、

月単位の期間で精神疾患に関するボランティア活動に参加するなどして見聞を広めることも容易に叶うようである。そして、重要な点は、これらの経験が、大学院入試の合否判定に大きくかわるといえる点である。

clinical psychologist になるための大学院は、研究が中心の PhD (Doctor of Philosophy) コースと、臨床が中心の PsyD (Doctor of Psychology) コースがあり、PhD コースは更に Clinical science model と Scientist-Practitioner mode に分かれる。いずれも博士課程で、卒業するのに最低 5-6 年必要である。臨床プログラムに関しては、各大学によって様々だが、トップクラスの大学院 (UCLA 等) の多くはキャンパス内に精神疾患の様々な患者を診るクリニックを併設している。大学院生の臨床教育は、大学教授らが supervisor となり 1 対 1 で行ういわゆる supervised training がメインである。この時期は、supervisor の専門性により、基本的に様々な心理的支援法を学ぶことが目的となる。そして最後の 1 年は internship と呼ばれ、1 人で臨床を行うことのできる臨床心理士になることを目標としてプログラムが組まれている。この 1 年間で supervisor と大学院生との個人プログラムの他に、様々なセミナー、ケース会議、ワークショップなどに参加することが必要で、大学院生は平均 1500 時間/年を費やして様々な心理的支援法を肌で感じ実践する。大学院卒業後の次の 1 年は、postdoctoral fellowship と呼ばれ、個人が志す臨床心理士像に合うような supervision と参加するセミナー等を選び、やはり平均 1500 時間/年を臨床経験で費やす。これらを終えて、

初めて、clinical psychologist の資格試験を受ける資格が得られる。資格は公的なもので、試験の方法や合格基準は州単位で定められている。米国の精神科医養成のレジデンシープログラムのように、研修期間中に身につけなければならない必須の心理的支援法が定められているわけではなく、また、大学によって差はあるものの、今日では、CBT は、学部や大学院での心理的支援法に関する講義としても、internship や postdoctoral fellowship の 2 年間で学ぶ心理的支援法としても主要なものひとつとなっている。

2 . 現在の日本における臨床心理士養成課程
現在、わが国の心理職において最上級とされる資格は臨床心理士と呼ばれる。日本における臨床心理士に対する教育養成システムがどのようであるかを簡単にまとめてみたい。
臨床心理士になるには、日本臨床心理士資格認定協会が実施する資格試験に合格する必要がある、免許第 1 号の公布は 1988 年であった。1996 年には資格審査規定が改正され、協会の指定を受けた臨床心理士養成に関する大学院修士課程の修了が必須となった。2012 年度の合格者を含めると、累計 26,329 名に免許交付がなされている。なお、臨床心理士養成のための指定大学院は、2013 年 8 月現在で全国で 162 校に及ぶ。
日本で臨床心理士になるには、米国と同じように心理学部を必ずしも卒業する必要はなく、修士課程の 2 年間で修士論文を仕上げながら、心理学、査定、面接などの講義や演習を受け、大学付属の心理相談室や大学院から委嘱された関連施設で実習する。実習先で、通所者、相談者を単に見学しているだけの時間も含まれば、2 年間のあいだに、生の対象に接する機会は 500 時間にはなるであろうか。しかし、実習先は医療機関であるとは限らず、様々な施設や一般的な小中学校やなども含まれており、また、たとえ医療機関へ実習に出たとしても、そこで病院を受診する患者を本格的に担当し、本格的な指導を受ける、という学習体験は、まず得られないといってよいだろう。
ここで、日本の臨床心理士の養成システムを、米国のそれと比べて、まず圧倒的にいえることは、資格認定を受けるまでの日本の臨床心理士に課された臨床経験、受ける臨床指導が圧倒的に少ないということである。

3 . 医療機関が遠い存在であること
日本臨床心理士資格認定協会の専務理事を務める大塚義孝氏は、臨床心理士の専門業務として、次の 4 つ、すなわち、1 . 心理査定、2 . 心理面接、3 . 心理的地域援助、4 . 調査・研究・発表、を挙げている。1 については、査定を医療モードで行う“診断”と区別する観点を大切にし、例えば、学校に行きたくない子どもに医療機関で“う

つ病”という“診断”がついた場合、なぜその子供が学校へ行きたくないか、その子供の立場から現象を理解することが“査定”である、と説明している。2 については、心理臨床の中核的行為であるとしており、臨床心理士が相談者に関わり影響を与え、改善効果をもたらす行為である、と説明し、それは、医学モードでの“治療”に相当するものであるとしている。3 については、その代表的活動として 1995 年から文部省の委託事業として始まった“スクールカウンセラー”の派遣を、4 については、相談者への関わりをまとめた詳細な事例研究を挙げている。

資格認定協会は、このように専門業務の根幹を、臨床心理士がかかわることで相談者に“改善”をもたらすことであるとしながらも、該当する職域として、教育、福祉、医療、司法、産業と幅広く挙げており、具体的な支援活動として、スクールカウンセラー、子育て支援、高齢者支援、犯罪被害者等支援、個人開業を通じた支援などがあるとしている。この説明からも分かるように、何らかのこころの“改善”を目指しながら、疾患の治療、体調不良の改善を本来の目的としている医療や病院臨床は、いくつかある職域の一つに過ぎないといったとらえ方をしており、医療機関で、医療臨床レベルの相談者への関与を積極的に進めるといった発想が希薄であることがうかがわれる。

実際、日本の臨床心理士は、様々な歴史や経験から、心情的に医師の指示のもとで臨床をすることを快く思っていない者も少なくないようだ。しかし、医療臨床レベルの相談者を前にした時、それに責任を持てるだけの経験や技術が伴わなければ、実際には精神科医など責任者のいる医療機関で医師の指示と責任のもとで治療を実施せざるを得ない、ということになる。そして、多くの臨床心理士に、医療臨床レベルの相談者に責任をもつだけの経験や技術が伴わない理由として、臨床心理士の教育・養成プロセスで、割り当てられた臨床教育の質と量が圧倒的に不十分なことと、そのような環境の中で教育を受け大学の教授職に就いた臨床心理士が、新たに養成課程に入った大学院生の臨床指導に当たる以外のシステムが整備されていない、という 2 点が挙げられる。これらの点が、心理学部の教育カリキュラムは米国と大差はないにも関わらず、養成課程で臨床心理士の治療者としてのレベルに大幅な遅れと個人差が生じさせてしまう原因になっている。

以上より、臨床心理士が、現在の日本の医療機関を訪れるレベルの問題を抱えた相談者を扱うことができるようになるには、医師や看護師その他の医療関係者と同様、医療機関の仕事に携わることを積極的に勧めることが問題解決の近道であることは、第 3 者から見れば明らかであることであり、

逆に、そのレベルの相談者を扱うことができるようになることを目指せば、自ずと、医療臨床研修に費やす時間が増えることになるであろう。そして、医療機関との連携、参入を積極的に進めることに気乗りがしないのであれば、臨床レベルの相談者については、彼らを相談業務の対象とすることをあきらめて、臨床レベルの手前の相談者を対象とし、相談者が臨床レベルと判断された場合に速やかに適切な医療機関を紹介することができる、といった判断力を養う教育と、紹介業務に精通することで医療機関との連携を考えることが一つの道であると考えられる。

4. 医療機関で親和性の高いCBT

一方で、日本では、この数年、医療現場を中心に、CBTによる心理的支援の波が急速に広がりつつある。CBTという心理的支援法は、もちろん、認知と行動の観点から相談者の問題を浮き彫りにするのだが、疾患毎、症状毎、問題毎に、どこに強調点を置くとより改善が進むか、というように支援のあり方を模索しながら発展を遂げてきた。すなわち、精神科医療関係者が常日頃おこなっている患者の見立て(診断)や治療方針の組み立てと根本的に類似しており精神科医療と親和性が強いといえる。

さらに、CBTの性質についてもう一步踏み込んで考えると、資格認定協会が、医学モードでの“診断”や“治療”と差異をつけようとしている“査定”や“面接”は、それぞれにほとんど差がなくなってくる事に気が付く。すなわち、CBTは、医学モードから判断した診断や症状について、それらがその疾患や症状を抱えた患者にとってどのような意味があるのかという質的な共通項について調査研究して得られた知見を利用しながら、そこに、目の前の相談者の個性を加え、彼/彼女が、毎日の生活の中で主観的に陥っている悪循環を浮き彫りにし、その悪循環を解除することをターゲットにして、相談者のペースに合わせて、症状緩和、疾患の改善に向けて進んでいくものだからである。

D. 結論

心理的支援を本格的に学ぶことを志し、それを職業的専門としている者であれば、是非、CBTを用いて医療臨床レベルの相談者の悩み、症状を緩和、改善できるほどの経験と技術を持つことを目指し、心理的に問題を抱えている相談者への支援の量と質を、近隣領域を専門としている医療従事者、すなわち、医師、看護師、社会福祉士、作業療法士、言語聴覚士などと力を合わせてベースアップ、レベルアップしていくことに貢献すべきである。

一方で、これらの努力、貢献をしたとしても、臨

床心理士の職域が医療に限定されてしまうわけではもちろんない。難しい問題や症状を抱えた相談者への心理的支援の技術をもてば、その他の職域、- それぞれに特徴的な問題の在り方はあるだろうけれども、どちらかといえば相談者の抱えている問題が比較的解決しやすいものである職域 - への転向は、その逆向きの転向に比べれば、十分可能であることは言うまでもない。そして、CBTは、医療臨床レベルまでには至っていない悩める相談者に対しても、非常に有用であることが経験上からも調査研究レベルからも明らかにされつつあり、支援の技術としてCBTを選んだ場合、医療以外の職域でもおおいに活用できるのである。

ここで、日本の臨床心理士の中にCBTが普及する、すなわち、臨床心理士自身が提供する心理支援として進んでCBTを用いるようになるための、一つの方略が浮かび上がってくる。それは、臨床心理士が、現在の日本の医療システムに積極的に参入することによって、

医療臨床レベルの相談者に多く接し臨床経験を深める

医療現場でさかんに行われている、CBTを学び医療現場で実践して経験を積む
ということである。

養成大学院のカリキュラムには、現在のところ、必須の心理的支援法は指定されていない。しかし、CBTがこの10年間で急速に価値が認められ使われるようになったことに伴い、養成大学院そのものが先見の明を持つ場合、もしくは、時代の流れを把握している熱心な大学院生らに後押しされて、大学院生がそれらを修士課程で学べるように、配慮し始めている大学院は確実に増えている。この動きが、実際に現場で出会う相談者への質の良い支援につながっていくようことを願ってやまない。

E. 謝辞

本調査に当たり、関東圏、中部圏の臨床心理士養成大学院で教鞭をとる先生方、並びに米国のclinical psychologistを目指す大学院生の皆さんに貴重な意見を頂きました。ここに深く感謝の意を表し、ますますの発展とご活躍をお祈り申し上げます。

F. 研究発表

F1. 論文発表

1. Furukawa TA, Nakano Y, Funayama T, Ogawa S, Ietsugu T, Noda Y, Chen J, Watanabe N & Akechi T (2013) Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in

- routine clinical practices. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 139-147.
2. Kawaguchi A, Watanabe N, Nakano Y, Ogawa S, Suzuki M, Kondo M, Furukawa TA & Akechi T (2013) Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 267-275.
 3. Funayama T, Furukawa TA, Nakano Y, Noda Y, Ogawa S, Watanabe N, Chen J & Noguchi Y (2013) In-situation safety behaviors among patients with panic disorder: descriptive and correlational study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 332-339.
 4. Nakano Y, Akechi T, Furukawa TA & Sugiura-Ogasawara M (2013) Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 37-43.
 5. 精神療法の理論と技法の発展と時代精神の変化 認知療法 精神療法 Vol 39, No2, 219-225, 2013
- F2 . 学会発表
1. 中野有美、認知行動療法教育研究会、大野裕 ころのスキルアップ教育 ~ 心理学科に所属する大学生への試み~, 日本認知療法学会 2013.8.23-25
 2. 吉川 愛里、中野有美、認知行動療法教育研究会中学生のレジリエンス、情緒の安定に対する「ころのスキルアップ教育」の有用性、日本認知療法学会 2013.8.23-25

参考文献

1. 新・臨床心理士になるために 平成25年度版 公益財団法人 日本臨床心理士資格認定協会 監修 誠信書房 2013.
2. Graduate Program in Psychology Handbook 2013-2014, UCLA, <http://www.psych.ucla.edu/graduate/current-students/academics/handbook/handbook-2013-2014/Handbook2013-14WEB.pdf/view>