

研究に関する質問などがされる。インタビュー時間は1時間半などの時間が確保されている。上記からわかるように、臨床心理サイコロジストを目指す時点で、すでに研究や臨床実践をしている必要がある。

カナダ、米国においても、学部時代の成績、臨床・研究の経験は同様に重視される。そのため、大学院の受験を目指す学生は、学部時代から、心理学プログラムに関する様々な経験を積むことが推奨されている。例えば、まず臨床経験、特別なプログラムを受ける、他の領域（例：神経科学）との連携ができるかどうかを考え、できる限りそれらの経験を積むようにする。また、成績（Graduate Point Average：GPA）を上げるように努力する。大学院の受験では、GPAと学部時代の活動内容の両方が重視される。学部生のためのAPAリソースを確認するとよい。

(<http://apa.org/about/students.aspx>)

さらに、学部生のための研究の機会（例：研究補助）を探す。APAには、学部生向けの研究インターンシッププログラムを行っている機関のリストがある。

(<http://www.apa.org/education/undergrad/research-ops.aspx>)

一部の選抜された学生は、サマーフェローシップを受けることができる。心理学関連領域での研究を行う選抜プログラムである。これらの機会を得ることは、大学院プログラムの受験を有利にする。最後に、Graduate Record Examinations (GRE)の準備をする。

カナダ、米国の大学院プログラムへの一般的な入学要件は以下のとおりである：①心理学領域で学士号を有していること、②最低限の累積GPA (grade point average)、③GRE (Graduate Record Exam) をパスしていること（語彙、論理的思考、分析的な表現力などを問う）、④特定の心理学領域の入学試験に合格していること（特定の心理学領域の知識を問う）、⑤申請するプログラムに特定の科目を履修していること、⑥公的申請書、⑦申請料、⑧成績証明書、⑨推薦状

(複数)、⑩申請を後押しするその他の書類。

このように、欧米では、大学院プログラムへの入学を目指して、学部時代から、成績はもちろんのこと、目的的に臨床・研究両面の経験を積むことが求められている。

現在、日本には、医療領域における心理職として、例えば臨床心理士や臨床発達心理士があるが、いずれの資格も学部で心理学を学んでいる必要はない。指定大学院での教育カリキュラム（実習経験含む）を修了し、修士号を取得した後、臨床心理士あるいは臨床発達心理士の資格試験を受けることができる。今後、医療領域における心理職のサービスの質をさらに高めるためには、欧米の制度に倣い、学部から修士までの一貫した心理学部での教育は必須と考えられる。さらに、大学院を目指す学生に対して、授業内容以外にどのような経験を求めるかについても丁寧に検討する必要がある。

注1) 2.1以上

英国は、学期ごとの成績が出るのではなくて、卒業時に一回しか成績が出ない。1（ファースト）が最も優秀で学部で数名しか取れない。次に2.1（アッパーセカンド）で、上位1割ほど。平均が2.2（ローワーセカンド）で、3（サード）、fail（フェイル）と続く。

注2) Aレベル

General Certificate of Education, Advanced Level の略。

英国の学部には一般教養がないため、英国の大学入試として認められる統一試験。大学進学を希望する高校生は、2年間3～5教科のAレベルの専門科目を集中的に勉強する。

3-2) 教育歴と大学院プログラム

英国、カナダ、米国では、臨床心理サイコロジストになるためには、いずれも臨床心理学の大学院プログラムを修了し、博士号の取得が求められる。しかしながら、大学院の教育年数は国によって異なり、英国では、有給の臨床実践経験を含めた3年間の専門職大学院のプログラムを修了する必要がある。カナダ、米国では、修士課程および博士課程のプログラムを修了す

る必要があり、その後約 1 年間の有給の臨床実践経験を含め、最短でも計 5 年間に要する。英国では、大学院の教育年数は相対的に短い、大学院に入学した段階で、すでに有給で臨床実践を実施できる知識、経験、技量を備えている。したがって、大学院での教育年数を検討する際には、大学院と学部における教育カリキュラム内容のバランスを考慮する必要がある。

英国において、専門職大学院の教育カリキュラムは、授業、実習、研究の三本柱である。中でも実習は、週 3 日ほど占める。大学院課程を終えた際に身につける 9 つの能力が規定されている。それは、①多様な障害に対応する能力を身につけておく、②心理検査、③ケース・フォーミュレーション、④心理的介入、⑤評価、⑥研究、⑦個人、専門家としてのスキルと価値観、⑧コミュニケーションと教えること、⑨組織やシステムへの影響とリーダーシップ、である。授業は、週 1~2 日程度で、内容は上記の 9 つの能力に沿って、実習先で出会う多様な精神障害や年代とその治療に関する理論、心理検査、研究法、倫理、多職種協働、スーパーヴァイズの仕方、文化や性別差、法律、マネジメントなど多岐にわたる。研究論文は、将来的に書籍となるような高度な内容が期待される。

カナダ（オンタリオ州）では、大学院では、下記の指定授業（1 セメスター13 回授業）の中から 3 つ以上を修了させること、および、下記の指定授業の中から少なくとも 4 つの授業において、6 単位以上得ることが求められる：① 行動に関する生理学的知識（生理心理学、比較心理学、神経心理学、感覚や知覚論、精神薬理学など）、②行動に関する認知/心理学的知識（学習、認知、動機付け、感情）、③行動に関する社会学知識（社会心理学、心理学、集団形成、コミュニティ心理学、環境心理学、組織論）、④各々人の差異に関する知識（パーソナリティ理論、発達心理学、異常心理学）、⑤心理学の専門職としての倫理と基準、⑥ 研究デザインと方法論（研究デザイン、実験手続、実験室手法）、⑦統計

手法（統計、多変量解析）、⑧心理アセスメント（評価、テスト構築、妥当性の知識）、⑨専門的な実習：アセスメント（アセスメント技法の実習）、⑩専門的な実習：介入技法（心理療法、カウンセリング、行動変容理論の実践）。特に近年カウンセリング心理学でも、Basic Interview Skill のコースは、共感的な傾聴の仕方だけでなく、基本的に認知行動療法の聞き方（例：ソクラテス式、下向き矢印法など）、そして Basic Assessment Skill のコースでもケース・フォーミュレーションの組み方がベースとなってきている。修士課程で認知行動療法の視点を身につけた上で、+ α として博士課程でより専門的な技法（弁証法的行動療法、動機付け面接、子どもに対する治療技法など）を習得することがカリキュラムに組み込まれている。

米国（アリゾナ州）では、アリゾナ州資格認定協会が認めた臨床心理学の分野で博士号を取得しなければならない。APA が指定した博士課程のプログラムは、要件を満たすと考えられる。資格認定協会が発行した基準を満たせば、他のプログラムも認められる。大学院のプログラムに含まれる内容は以下のとおりである：①プロフェッショナルと科学の基準および倫理、②研究方法と統計、③行動の生物学的バイアス、④行動の社会的バイアス、⑤個人差、⑥介入技法、⑦倫理。介入技法に関しては、認知行動療法と精神力動学的精神療法の 2 つのアプローチについて、必須で習得することが求められる。

3-3) 実習/インターンシップ経験

臨床実践経験を確保するためのシステムに関しては、英国とカナダ・米国では大きく異なる。

英国の場合、3 年間の博士課程の中で、有給で NHS の臨床機関（地域のセンターや病院等）において実習する。3 年間の中で 300 日以上という規定があり（BPS が規定している）、多くのプログラムでは、週 3 日ほど実習に費やされる。1 回の実習期間は 5 ヶ月で 3 年間の間で 6 回行

う。実習先は、NHS 内、あるいは関連施設で行い、詳細なポートフォリオを作成する。ポートフォリオは 4 種類作る。一つは、臨床経験に関するものである。これは、全てのケースを記録する。内容は、日にち、性別、年齢、簡潔に見立て、検査に関する要約、介入に関する要約、回数と時間、コンサルテーションの時間数などである。二つ目は、心理療法の能力に関するものである。認知行動療法は必須であるが、その他のアプローチも実践し記録する。例えば、認知行動療法の場合は、認知行動療法の説明、認知の偏り、協働作業によって導き出された仮説、治療計画など認知行動療法の必須の要素がチェックポイントとして含まれている。三つ目が、心理検査の能力に関する記録である。これも全てのケースにおいて要約し、記録する。4 つ目が実習の累積記録である。クライアントの特徴、実習場所、アプローチの種類、心理検査に関することなど経験を重ねるごとに該当する項目を塗りつぶし、一目瞭然で何を経験したか分かるようになっている。

カナダ（オンタリオ州）および米国（アリゾナ州）では、臨床実践経験は計 3000 時間が必要とされ、そのうち 1500 時間以上は、博士課程プログラム終了後に有給の臨床実践（インターンシップ）を行う必要がある。なお、臨床実践経験に関する規定は、州によって異なり、カナダのブリティッシュコロンビア州では、計 2000 時間（有給のインターンシップ 1500 時間以上）、米国ニューヨーク州では計 3500 時間（有給のインターンシップ 1750 時間以上）などと幅があるが、3000 時間が一般的である。また、有給のインターンシップ時間の内訳も細かく規定されている。例えば、実際の心理サービスに従事する時間は、カナダ（オンタリオ州）では全体の 30%以上、米国（アリゾナ州）では、インターンシップ 1500 時間のうち、少なくとも 600 時間と規定されている。インターンシップ時間数に関しては、記録の提出が求められ、厳密に管理される。記録には、介入経験、心理学的アセスメント経験、

スーパービジョンを受けること、補足的な活動、実習／インターンシップ経験に関する付加的な情報を記入する。インターンシッププログラムは、APA 公認、あるいは心理学協会やポストクインターンシップセンターのメンバーとなっている施設で行われることが推奨され、少なくとも 2 人のサイコロジストがいる施設でトレーニングを受ける必要がある。トレーニングは、十分に深く広く学ぶことができるやり方で計画される。

3-4) スーパーヴァイジー経験

英国の場合、実習先と大学内と最低一人ずつのスーパーヴァイザーがいる。実習先のスーパーヴァイザーは臨床サイコロジストではない BPS が定める他の 6 分野の専門家の可能性や、心理学ではない専門家である可能性もある。また、スーパーヴァイザーの形態は、1 対 1、1 対 2、グループなどがあるが、十分な 1 対 1 の SV が行われる。予定されている公式な SV は、必ず週に 1 回 1 時間以上行われ、週に合計 3 時間以上はスーパーヴァイザーと話をする時間をとる。SV は、口頭のみならず、実習に関してはスーパーヴァイザーが記述して渡し、実習生はそれにコメントを書く。実習生は、スーパーヴァイザーの実践を観察する機会もある。

カナダ・米国では、少なくとも 2 名のサイコロジストが在籍し、インターンシッププログラムの認定を受けている施設において、定期的にスーパーヴァイザーを受ける。カナダ（オンタリオ州）では、毎週 2 時間、全体で 300 時間と規定されている。米国（アリゾナ州）では、20 時間につき 1 時間の個別スーパーヴァイザーに加え、毎週 2 時間の研修時間を確保すること（集団でもよい）と、細かく規定されており、インターンシップ期間の 1 年間だけではなく、2 年間受ける必要がある。スーパーヴァイザーを受けた時間数は記録される。

米国では、スーパーヴァイザーになるためには、博士号を有しており、サイコロジストの資

格を取得してから3年経過していることが求められる。大学院プログラムで授業を取り、理論を学ぶことができるが、必修科目ではない。インターンシップ期間中には、基本的に必ずスーパーヴァイズするという経験も積む。

3-5) 資格試験

英国は、指定大学院のプログラムを修了した時点で専門職サイコロジスト (practitioner psychologist)としての資格を得られるとの考え方なので、資格取得のための試験はない。

一方、カナダおよび米国には試験制度がある。カナダ、米国いずれも、試験には、筆記試験と口述試験がある。筆記試験は、国の試験 (EPPP) とメンタルヘルスの専門職の倫理と法律に関する問題 (Written Jurisprudence Examination) を扱う州の試験の2種類があり、前者はいずれの州でも必須であるが、後者は州によって必要な場合と不必要な場合がある。合格基準もまた、州によって異なる。カナダ (オンタリオ州) では、両方の試験に合格する必要があるが、EPPP が 500/800 点以上 (粗点で 140/200 点以上)、メンタルヘルスの専門職の倫理と法律に関する問題 (Written Jurisprudence Examination) 40/50 点以上が必要である。一方、米国 (アリゾナ州) では、州の試験はなく、EPPP が 500/800 点以上が求められる。

3-6) 資格更新

英国は、専門職大学院を修了したのちに HCPC に登録し、2年ごとに再登録をする。その際、提出資料には、クリニカルサイコロジストとしての能力の維持に関することと、健康に関する確認がある。一方、カナダおよび米国には資格更新制度があり、カナダ (オンタリオ州) では毎年、米国 (アリゾナ州) では2年毎の更新が求められる。

カナダでは、資格更新のためには、A-D までの4つの全領域 (計最低 40 時間) について収める必要がある。

A: 公式研修プログラムへの参加 (最低 12 時間)。目的: 新たな技法の習得、例: 学会参加、トレーニング機関による学術会議、コース、ワークショップなど、提出書類: 参加証など。

B: 自己学習 (最低 11 時間)。目的: 専門職としての規則、専門的な理論を維持する。例: 倫理規定、メンタルヘルスに関する法律、学会誌や専門書を通読し、技術研鑽を積む。提出書類: 読んだ雑誌や書物の要約。

C: 構造的な相互学習 (最低 12 時間)。目的: 指定校でまとめられた学習会やピアレビューなどで、フィードバックを活用し、新しい知見を獲得し、実践に活かす。例: 定期的なピアレビュー、ピアコンサルテーション、事例検討会 (スタッフミーティングは含めない)。提出書類: 開催した内容、参加者名、学んだ内容などの記載。

D: 倫理 (最低 5 時間)。目的: 領域 A-C の中から、専門職として倫理規定を遵守するために学んだ事を明確にする。例: The code of Conduct や倫理的な問題解決の振り返り。提出書類: 領域 D 倫理に関係する内容に関して学んだ内容を、トピック、参加者名などを記載。

米国 (アリゾナ州) では、カテゴリーI (後述) から 40 時間、カテゴリーII (後述) から 20 時間、計 60 時間の研修が求められる。そのうち、カテゴリーI では、倫理に関して 4 時間、児童虐待および家庭内暴力に関して 4 時間の研修を受ける必要がある。カテゴリーI には①大学が認定するコース、セミナー、ワークショップ、修了証明書を伴う家庭学習、②認定協会主催の研修会への参加。更新のために認められる参加合計時間は 10 時間まで。③コンプライアントコンサルタントを務めること。認定協会のコンプライアントをレビューし、報告書を書くこと、所要時間に応じて研修時間に換算される。最大 20 時間まで。カテゴリーII: ①サイコロジスト、専門家として研鑽を積むための自己学習あるいはグループ学習、②出版物 (心理学関係の書籍、ピアレビュージャーナルなど)、③州、国、海外の心理学関係の学会や集会への参加、④ケースカンファレ

ンスへの出席、⑤サイコロジスト、専門家として研鑽を積むために研修会、ワークショップ等への参加。上記の研修を証明するために、参加証明書、参加証、公的印刷物、自己学習については課題、日時、所要時間等の記録等の提出が求められる。

このように、サイコロジストの資格取得後も実践の質を高めるため、引き続き研修、研鑽が求められている。カナダ、米国で更新に必要とされる継続研修には、公式の研修プログラムへの参加、自己学習、相互学習、倫理についての研修などが含まれ、共通している。

3-7) 海外の大学院で教育を受けた場合の措置

英国では、クリニカルサイコロジストの専門職大学院のカリキュラムの中で有給の実習があり、英国に住民権があることが大学院受験のための条件となるため、外国人を受け入れていない。

カナダでは、カナダまたは米国以外で教育を受けた場合は、州が求める要件を満たしているかどうか証明する必要がある。その際に、出身大学からの直接の修了証及び成績証明書等の英語版（あるいは公的な翻訳家による英語版）を提出し、Comparative Education Service (CES) または World Education Services (WES) の第三者機関による大学間評定を受ける。その結果を基に審査基準が個別に審査される。

米国（アリゾナ州）では、外国で教育を受けた場合は、クリニカルサイコロジストとして公認されるためには、以下の要件を満たす必要がある：教育プログラムの内容の詳細を示す追加書類を提出する必要がある。資格認定協会に博士課程修了証明書の原本を見せ、またコピーも提出する。成績証明書も提出する。資格認定協会に、博士論文が“心理学”のものであることを証明する必要があり、資格認定協会はその博士論文を直接見せるよう求める場合もある。すべての書類は英語に翻訳される必要がある。

D. 考察

本稿では、英国、カナダ、米国の医療分野における心理職の教育研修システムを概観した。これらを比較しながら、日本の医療分野における心理職のサービスの質を高めるための教育研修システムについて考察する。

まず、英国では、クリニカルサイコロジストを養成するための専門職大学院が設置されている。専門職大学院は、分野別（臨床、カウンセリング、教育、法、健康、職業、スポーツ）に7つのプログラムが用意され、クリニカルサイコロジストを目指す場合は、臨床心理学（クリニカルサイコロジー）のプログラムを専攻する必要がある。つまり、大学院入学時点ですでに専門分野に分かれることになる。そのため、大学院のプログラムだけで完結しており、それを修了することにより、クリニカルサイコロジストとして認定される。一方、カナダ、米国では専門職大学院ではないため、大学院を修了しただけではクリニカルサイコロジストと名乗ることはできない。その後、臨床心理学分野におけるインターンシップを規定時間修了し、資格試験に合格して初めてクリニカルサイコロジストとしての免許を取得する。このように、英国のように大学院の入学時点で厳しい選抜試験をするか、カナダ、米国のように大学院修了後に資格試験を実施するか、国によってシステムは異なるが、学部から一貫して心理学を学ぶこと、博士号を取得する必要があること、スーパーヴァイズ下の濃密な臨床実践経験を積む必要があることは共通している。

これらクリニカルサイコロジストが、カウンセラーと異なる点は、受ける教育のバックグラウンドや求められる教育歴であり、また業務内容では、クリニカルサイコロジストは診断アセスメントが実施でき、認知行動療法をはじめとして、多様なアプローチ方法に精通している点である。また、カウンセラーが研究よりも実践が重視されている一方、クリニカルサイコロジストは、研究と実践を行う両方の能力が求めら

れる。このことは、臨床心理学における実践性と科学性の統合に関して米国心理学会（APA）では、1949年に臨床心理学の大学院教育プログラムのモデルとして科学者－実践者モデル（scientist-practitioner model）を採用することを宣言していることから明らかである。

欧米の臨床心理学者の科学者－実践者モデルおよび教育研修システムを参考にして、日本における医療分野における心理職の教育研修システムについて考察する。英国、カナダ、米国では、教育歴に関しては、学部から大学院まで一貫して心理学を修めていることに加え、博士号の取得が必須である。日本の臨床心理士を例にあげると、その教育歴は、指定校において修士課程のプログラムを修了し、修士号を取得していることが求められるが、学部は心理学および関連分野を修めている必要はない。つまり、修士課程のみで基本的な研究および実践力を培う必要があるが、わずか2年間という短い期間では、いずれも欧米のレベルには遠く及ばないことは明白である。したがって、学部から一貫して心理学を学ぶような教育プログラムが強く求められる。また、欧米では、スーパーヴァイズ下での濃密な臨床実践経験を積むことも心理学者の質の向上に資していると考えられる。さらに驚くべきことに、欧米では認知行動療法をはじめとして、複数の心理療法を使いこなすことが求められる。これにより、特定の心理療法に偏重することなく、クライアントの状態に即したアプローチ方法を選択できることにつながっていると考えられる。日本の医療領域における心理職のサービスの質を向上させるためには、この臨床実践経験は特に重要な教育研修プログラムの1つとなり、理想的には複数の心理療法を使いこなせるようになることが望ましい。一方で、日本では心理職がフルタイムで勤務する施設数が少ないという現状を鑑み、臨床心理学者と目指す者の臨床実践経験の必要時間数（あるいは年数）、その施設認定（およびその要件）等をどう計画し

ていくのか、慎重な検討が必要である。また、これまで以上にスーパーヴァイズを受ける機会を十分に確保するのが重要となってくるであろう。欧米では、大学院プログラムの中でスーパーヴァイザーとなる授業を履修したり、臨床実践経験中にスーパーヴァイズを行うための研修を受けたりする。このように、スーパーヴァイザーとなる現職者である臨床心理学者の教育研修、および、認定制度についても丁寧に検討していく必要がある。

臨床心理学者として認定された後は、継続的な研修が求められる。欧米では、資格更新が毎年あるいは隔年で行われ、更新のための条件も細かく設定されている。アセスメントや介入技法について学びを深めることは当然であるが、特筆すべきは、倫理規定を遵守するための研修を義務付けている点であろう。例えば、日本の臨床心理士のように5年毎の更新では、その間の研鑽が不十分と判断せざるを得ないだろう。

欧米の臨床心理学や臨床心理士は安定した地位を確立しているが、これまで述べてきたように、その背景には、綿密で高度な教育プログラムおよび継続研修があり、日本のそれとは比べるべくもない。日本の臨床心理士の英名は Certified Clinical Psychologist であるにも関わらず、欧米のような科学者－実践者としての臨床心理学者になりえているだろうか。日本の医療分野における心理職のサービスの質を高めるためには、学部や大学院の教育研修プログラムを見直し、充実させるだけでは不十分と言えよう。臨床心理学者を目指者が質の高い臨床実践経験を積むためのプログラム内容を再検討する必要があり、それを提供するだけの現職者のスキルアップが求められる。現職者は、現在の臨床実践の有効性に関するエビデンスを不断に検証し、スーパーヴァイズを適切かつ的確に行うためのトレーニングを積む必要がある。つまり、心理職を目指者だけではなく、現職者においてもドラスティック

な意識の転換およびレベルアップが迫られている。その第一歩は、本稿で述べてきたような欧米の臨床心理士の教育研修システムを知ることにより、自身の研修歴と日々の臨床実践の質を問い直すことであろう。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

H. 主な参考文献

英国の教育研修システム : The British Psychology Society : Careers-Education-Training (<http://www.bps.org.uk/careers-education-training/careers-education-and-training>) (最終更新日 : 2015年3月31日)

カナダ (オンタリオ州) の教育研修システム : Registration Guidelines : Psychologist supervised practice Requirement and Registration Process Retrieved (<http://www.cpo.on.ca/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=286>) (最終更新日 : 2015年3月31日)

米国 (アリゾナ州) の教育研修システム : Psychologist License Requirements in Arizona (<http://www.psychologist-license.com/states/arizona-psychologist-license.html#prefilter>) (最終更新日 : 2015年3月31日)

表1 英国、カナダ、米国の心理職になるための要件

内容		要件		
		イギリス	カナダ (オンタリオ州)	米国 (アリゾナ州)
サイコロジスト	学位	博士号 D Clin Psy	博士号 Ph.D., Psy.D.	博士号 Ph.D., Psy.D.
	授業時間数	専門職大学院 3年相当 (週 1~2日)	大学院 3年相当	大学院 3年相当
	実習時間	300日以上	1500時間	1500時間
	インターンシップ時間数		約1年間 (1500時間以上)	約1年間 (1500時間以上)
	スーパーヴァイズ時間数	週1時間以上 (非公式週3時間以上)	最低300時間	2年間 (1時間/20時間毎)
	資格試験	無 ^{注)}	有 (筆記※+口述) ※EPPP500/800点以上 メンタルヘルスに関する倫理と法律 40/50点以上	有 (筆記※+口述) ※EPPP500/800点以上
資格更新	有 (2年毎)	有 (毎年)	有 (2年毎)	
準サイコロジスト	学位	修士号 (Psychological Wellbeing Practitioner)	修士号	
	授業時間数	25日/45日間	2年間相当	
	インターンシップ時間数	20日/45日間	約1年間 (1500時間)	米国では、準サイコロジストの制度の有無が州によって異なり、アリゾナ州は当該制度がない
	スーパーヴァイズ時間数	具体的な時間数はないがSVを受ける	最低300時間	
	資格試験	—	筆記+口述※ ※EPPP500/800点以上	
資格更新	有	有 (毎年)		
カウンセラー	学位	修士号	修士号	修士号
	インターンシップ時間数	3年以上の実践経験	2年間	2年間
	スーパーヴァイズ時間数	3~6年間で450時間以上	不明	不明
	資格試験	無	無	有
	資格更新	無	有 (詳細は不明)	有 (4年毎)

注) 英国では資格試験はないが、専門職大学院のプログラムへの入学試験 (書類、筆記、口述) に条件がある。英国で働ける、英語力 IELTS7.0~8.0以上、高校・心理学部での優秀な成績、推薦状、実習経験、研究、業績など

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
黒木 俊秀	心理職による精神科医療の底上げに期待する	日本臨床心理士会雑誌	23 (2)	15-17	2015

IV. 研究成果の刊行物・別刷

心理職による 精神科医療の底上げに 期待する

黒木 俊秀◎九州大学大学院人間環境学研究院

はじめに

長く精神科医療に携わるなかで、多くの臨床心理士と職場をともにしてきた。幸運にも、いずれも力のあつた方々ばかりであり、いつも助けられてきた。私にとって、心理職との連携は自明のことであり、彼らは臨床の現場に欠かすことのできないフェローであると信じてきた。

ところが、私のこうした考えが世の中では通用しないこともあるようだ。とくに心理職の立場から見ると、精神科医と一緒に仕事をすると、なにかと不愉快な思いをすることが少なくないらしい。それどころか、所詮、心理職と精神科医とは対立する職種同士とする見方もある。私が世間知らずなだけで、両者の関係は意外にややこしくめんどうくさいものだというのである。

事情は我が国に限ったことではないかもしれない。20年ほど前に米国の大学に留学していた時、自己紹介すると、決まって“サイコロジスト？ サイカトリスト？”と訊ねられたものである。階級を尋ねられているようで、戸惑った記憶がある。確かに彼の地では心理職と精神科医とが競合してきた長い歴史がある。もっとも、熾烈な緊張関係のなかで、互いにストレスフルな影響を与えつつ、ともに発展を遂げてきたこともまた事実である。

もし我が国の精神科医療において未だに心理臨床と心理職が過小評価されているとすれば、諸外国にもみられるような心理学と精神医学の対立の図式に加えて、我が国特有の事情も絡んでいるだろう。その点を分析することが、今後の心理職との連携の在り方を考える上で有意義ではないかと思う。とはいえ、以下は

私の個人的な所感にすぎないことをあらかじめ断っておく。

1 ドイツ精神医学の弊害

まず我が国の精神医学は、明治以来、ドイツ精神医学を主流とし、第二次大戦後も長くその伝統を堅持してきたという特異な歴史がある。私は、このことが我が国の精神科医療における心理職の活動を制限してきた一因であるような気がしてならない。もちろん、戦後は米英に学んだ精神科医らにより力動精神医学が紹介され、1970年代には土居健郎、中井久夫、木村敏、神田橋條治といった人々の活躍によって我が国の精神病理学はかつてない高みを迎えた。しかし、DSM-IIIが世界の精神医学を席卷しはじめた1980年代頃までは、なおドイツ精神医学が標準であった。隣国の韓国のように力動精神医学を基調とする米国の精神医学教育が浸透することは遂になかった。これは、世界的に見ても異例のことであり、我が国では本国のドイツ以上にカール・ヤスパースやクルト・シュナイダーらの精神病理学のテキストが精読されてきたのである。

ドイツ精神病理学の特色を一言で述べるならば、ともかく緻密な症候学である。すなわち、徹底した観察により精神疾患の本質を直観しようとするものである。そもそもドイツ医学の基幹は病理学にあった。ところが、ほとんどの精神疾患の生物学的病因と病態は不明のままである。それゆえ、精神病理学は詳細な症候学的観察により、その本質を直観しようとしたのである。反面、治療論、ことに心理療法に対する関心は後退していた。これらは、20世紀を通じて米英で発展した心理学の方法論、および心理臨床の治療論とは

相容れなかった。実際、我が国の精神科医は現代心理学についてほとんど教育されていない。多少、心理検査について学びはしたが、それは観察による本質直観のための補助的な手段と位置付けられてきた。それゆえ、医療機関においては、心理職は臨床検査技師と同じ部署に配置され、「テスター」などと呼ばれることがあった。

いまひとつ、ドイツ精神病理学には脳器質的疾患（認知症）を最下層に置き、順に統合失調症、躁うつ病、神経症と積み上げてゆく診断の階層性（ヒエラルキー）の前提があった。なかでも統合失調症は最重度、かつ最重要な精神疾患と位置付けられた。統合失調症の病因解明と治療こそが、精神医学の最大のテーマであり、「精神科は統合失調症科である」とさえ言われた（事実、かつては「精神病科」を標榜していた）。このことは、精神科医をして統合失調症の臨床に直接タッチしない心療内科医や心理職の能力を低く見積もる風潮を生じる遠因となった。私よりも少し上の世代の心理職が精神科医に不当に扱われた経験があるとすれば、背景はそのあたりにあるのだろう。

精神科病院において心理職が統合失調症患者と接する機会が増えたのは、デイケアの診療報酬点数化がなされた1970年代半ば以降のことではないだろうか。統合失調症ばかりか、うつ病（いわゆるメランコリア）に対する心理療法も禁忌とされ、伝統的に「休養と薬物療法」のみが是とされてきたことも、その臨床から心理職を遠ざけてきただろう。そもそもうつ病を、「責任感強く、生真面目、几帳面、仕事熱心、かつ他者配慮的」な人物が無理を抱え込み、過労の挙げ句に発症する病ととらえる従来の考え方も、実は我が国に特有のものである。そのことを私たちが知ったのもつい最近のことすぎない（北中、2014）。

2 魅力乏しい精神科医療の市場性

日本の精神科医療の特徴として、1970年代以降に先進国の多くが精神科病床の削減を進めてきたことと対照的に、むしろ精神科病院の建設が増え、今日に至っても全国35万床もの病床が存在していること、平均在院日数が300日近くに及び、長期入院患者が多いことなどが指摘されている。もっとも、今日、既に実質の入院患者数は徐々に減りつつあり、急速にはいえないにせよ、外来医療と地域生活支援が中心となりつつある。

しかし、私はこのことよりも我が国の精神科医療の

市場規模が小さく、かつひどく保守的であることが、より多くの問題を含んでいると考えている。民間経営の精神科病院が多い我が国では、診療報酬の改定によって、国の政策へ誘導されてきた。長期入院を余儀なくされている重症精神障害者を多く抱える旧来の精神科病床の評価は引き下げられる傾向にあり、市場価値は衰退するばかりである（このことは日本に限らない）。

当然ながら、他の機能を有する病床へ転換することにより、市場価値を創出するほかないが、認知症治療病棟への転換は、他の診療科も着手しており、競争を生じている。他方、クリニックや一般病院との連携強化や包括型地域生活支援プログラム（ACTなど）は魅力的な領域に見えるが、医療費全体を一貫して抑制する政策（過去10年間の国民医療費の対前年度増減比が+4%以下）が続いているため、市場規模の成長には自ずと限界がある。このような我が国の精神科医療の動向は、市場性の観点から眺めればおよそ保守的である。新自由主義を掲げるグローバル化社会では、市場として魅力の乏しい分野は、外部からの参入が乏しく、畢竟、活力も生れず、閉鎖されてしまう。心理職の目にも、我が国の精神科医療は魅力に乏しいものと映っているのではないか。

3 米国の軌跡に学ぶ

米国のクリニカル・サイコロジストに我が国の心理職の地位をめぐる問題を話すと、20、30年前の私たちと同じねと言われる。彼の地では、DSM-III（1980年）の発表と相前後して、さまざまな医療改革が進められてきた。その新しい流れのなかで、心理職が徐々に力を付けてきたのである。DSM-IIIが発表された同じ年に、連邦巡回区控訴裁判所は、家庭医の監督のもとでも心理職による対話療法が医療保険の対象になるという決定を下している。その結果、診療の上で、精神科医と心理職とが対等に競争するようになった。医療費抑制を目的に、マネジドケア（管理型医療）が本格的に開始されたのも、その頃である。

かつて心理療法の名門病院として知られたチェスト・ナット・ロッジ・クリニックが、その治療方針をめぐって訴えられた事件（オシエロフ事件）が、全米の精神科医に衝撃を与えたのが1982年であった。いかにも精神分析学の凋落を象徴する事件であった（その後、チェスト・ナット・ロッジ・クリニックは、経営破綻から2001年に閉鎖、2009年に焼失した）。こ

れ以降、精神科医の診療は力動的心理療法より薬物療法主体へとシフトし、多くの精神分析医がアカデミックな地位を失うことになった。治療効果を患者が知ることの権利や心理療法の有効性のエビデンスが求められるようになり、薬物療法と同水準のランダム化統制試験（RCT）が可能な認知行動療法や対人関係療法が主流となった。当然ながら、心理学研究の方法論が威力を発揮した。標準化を促す操作的な手法をサイコロジストたちは戦略的に開発していったのである。結果的に、米国の心理学と精神医学が世界を牽引する地位を盤石のものとした。彼らの軌跡は、私たちの参考になるのではないだろうか。

おわりに

我が国でも、全国の医療観察法病棟に勤務する臨床

心理士たちは、ネットワークを組んで、触法精神障害者臨床における標準化を戦略的に展開しており、注目を集める集団となっている（壁屋、2012）。発達障害児・者臨床の領域でも、心理職が率先して国際的にも標準化された評価方法の紹介と普及を進めている（辻井、2014）。

彼らの活躍は本当に目覚ましい。もはや、精神科医の出る幕ではない。というか、旧態依然とした既存の精神科医療ではなく、新しく拓かれる領域にこそ、心理職にとって真の活躍の場が見出せるような気がする。新しい心理職の活躍が、結果的に我が国の精神科医療全体の底上げにつながることを期待している。そう考えると、心理職と精神科医が対立し、競合することも、必ずしも悪いことばかりではないかもしれない。

◎文献

- 北中淳子（2014）うつ病の医療人類学。日本評論社
 壁屋康洋（2012）触法精神障害者への心理的アプローチ。星和書店
 辻井正次監修（2014）発達障害児者支援とアセスメントのガイドライン。金子書房

後記

本研究において、わが国の高等教育における心理学教育の実態とともに、医療・保健、福祉、教育、司法、産業等、様々な領域で活躍する心理職の職務実態をわが国で初めて明らかにできました。本研究の成果から、心理職育成の基本となる教育カリキュラム作成と体制整備のための行動計画を提言することが可能になると考えられます。

同時に、今日のわが国で求められる心理職の役割が明確となりました。こころの問題は時代や社会の変化につれて複雑困難性を増しており、心理職に対するニーズと期待は高まっています。この期待に応えるためには、これまで心理学の教育・研修が目標としたものに加えて、こころの健康それぞれの領域におけるチームアプローチや多職種連携を促進する役割期待など、さまざまに広がりつつある心理職務に対応するべく、より充実した研修教育体制の整備が喫緊の課題であると思われまます。

今回の研究では、単年度という限られた研究期間であったこと、心理職が国家資格化されていないことも一因となって、雇用状況の実態把握などが容易ではありませんでしたが、当初の目的を凡そ達成できたのは、ひとえに文部科学省、厚生労働省の本研究担当部署の皆様の研究方向を支えるご高見と、さまざまな形でのご支援を戴いたこと、また資料収集、分析などの作業を進めるに際しましては、本研究の目的に深いご理解をお持ち下さり、ご厚情を持ってご協力下さった多くの関係機関、施設、団体、大勢の個人の方々のお陰でございます。厚く御礼申しあげます。

なお、恙なく会計業務を進めて下さった千広敦子氏（北翔大学総務課）、調査研究の進行をさまざまな面から支え、共に進めて下さった大塚聡氏（日本臨床心理士会研修部長）に深い謝意を表します。

研究代表者 村瀬嘉代子

