

David Murphy Osaka Workshopからの学び : 日本のPCTの今後について

著者	中田 行重, 上西 裕之, 斧原 藍, 小野 真由子, 本山 智敬, David Murphy
雑誌名	関西大学心理臨床センター紀要
巻	11
ページ	57-66
発行年	2020-03-15
URL	http://hdl.handle.net/10112/00019922

David Murphy Osaka Workshop からの学び

～日本のPCTの今後について～

関西大学臨床心理専門職大学院 中田 行重

関西大学臨床心理専門職大学院 上西 裕之

関西大学心理臨床センター 斧原 藍

関西大学心理学研究科博士課程後期課程 小野真由子

福岡大学人文学部 本山 智敬

The University of Nottingham David Murphy

要約

筆者ら（第1～5筆者）は2019年8月25日に、英国Nottingham大学のDavid Murphy先生を関西大学梅田キャンパスにお迎えし、PCTのワークショップを行った。Murphy先生は英国のPCTの状況について、National Institute for Health and Care Excellence (NICE)との関連、医療および生物学的モデルとの関連でお話しされたほか、PCTの訓練やPCTが今後、生き延びるための方策、特に教育的営みとしてのPCT、という先生独自のお考え等についてもお話して下さった。本稿はMurphy先生がお話して下さった内容を紹介する。加えて、先生は日本のPCTの現状をどう考えるか、について特別寄稿していただいたので、それも併せて掲載する。その上で、日本のPCTの実践家・研究者が今後何をすべきかについて若干の考察を行いたい。

キーワード：NHS, NICE, 医療モデル, 資格, 教育

I. 日本のPCTの現状とワークショップ 開催の経緯

西欧ではPerson-Centered Therapy（以後、PCT）は非常に厳しい立場に置かれている。国によって事情は異なるものの、共通しているのは認知行動療法（以後、CBT）および医療からメンタルヘルス業界を追放される危機である。PCTは保険診療を受けられず、セラピスト（以後、Th）の仕事はCBTが独占する。そのため、PCTのThは廃業に追い込まれたり、PCTのThであってもCBTや医療的方法の実施を強制されたりする。中田（2014）は、同じ危機的状況が本邦でも起こる可能性を示唆している。し

かし、実際にはその危機は予測よりも早く近づいていると思われる。それは公認心理師資格の成立を契機とした、心理学カリキュラムへの干渉、“主治医からの許可”の条項等、医療側が心理臨床を傘下に置こうとする動きや、心理臨床におけるCBTを優遇する動きの中に見て取れる。一旦、CBTと医療が支配的になればPCTの不利が悪循環的に増加することは西欧の経過が示しているので、本邦のPCTは今、非常に重要な時期にあると言えよう。

こうした危機感を感じていた筆者ら（中田ら）のところに第5筆者である福岡大学の本山智敬先生から、英国Nottingham大学のDavid Murphy先生が来日されるので大阪でワークショッ

プ(以後、WS)を開きませんか、というお誘いを受けた。是非、英国でのPCTの現状と対応についてお聞きしたいと来日前に先生にメールでお伝えすると、大変前向きなお返事を頂いた。WSでは期待以上に重要な話を聞くことが出来た。本稿はその内容の概略を紹介し、本邦のPCTの実践家・研究者が今後何をすべきかを考察するものである。まず、Murphy先生のWSの講義内容を紹介し、テーマごとに考察を加える。加えてMurphy先生がWSを通してお考えになった日本のPCTの現状に関して、特別寄稿していただいたので併せて掲載する。そして最後に総合考察を行う。本稿の筆者は全員が当日のスタッフであり、テーマごとに文責者を決めた。 【文責 中田】

II. WS実施の概要

WSの概要は以下の通りである。

- (1) WS名: David Murphy OsakaWS (主催: PCA Kansai 研究会)
- (2) 講師: David Murphy 先生、ファシリテーター兼通訳; 中田行重 (第一筆者)
- (3) 対象: PCTに関心のある心理臨床家
- (4) 開催日時: 2019年8月25日(日曜日)、13時～18時
- (5) 参加人数: 24名(内、女性11名、男性13名)
- (6) 構成: 前半に師による講義、後半にグループワークとディスカッション 【文責 斧原】

III. WSにおけるMurphy先生の講義内容

講義内容は次の4つのテーマから成る。Murphy先生の講演は、です・ます調で記した。なお、第1のテーマに出てくるNICEとは英国の国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Care Excellence: 以後、NICE)の略称であり、NHS(National Health Service)の一部をなし、国民の健康増進、疾病予防や治療に関する助言(ガイダンス)を提供する独立

機関である(斎藤・児玉・安倍ら, 2013)。NICEは臨床の効果や公衆衛生上の効果、費用対効果の双方からの評価を行っており、心理療法もその対象としている。 【文責 上西】

① NICEの制度とPCTについて

2019年現在、英国では新しいNICEガイドラインを作成中です。NICEガイドラインは特定の心理学的診断ごとに効果のある心理療法を検討してEvidence Basedな心理療法を指定しています。Evidenceとはメタアナリシスやランダム化比較試験(Randomized Controlled Trial; 以後、RCT)によって効果が検証されていることを意味します。利用者は指定されている心理療法であれば無料で利用することができます。現行の2009年のガイドラインでは、PCTはうつ病に対してのみ適応を得ています。しかし現実には、PCTが対応するのはうつ病だけではありません。例えばCBTには反応しない、あるいはリスクが有る場合、PCTが使われることがあります。また、PTSDはCBTやEMDRが適応ですが、奏功しない場合にもPCTが使われることがあります。¹⁾その意味では、PCTセラピストは様々な疾患に対応しなければなりません。

PCTの有効性についてはBarkham et al (2017)がその効果を検証し、CBTに対しても非劣等性を示しています。しかし、現在、改訂作業中の新たなガイドラインからは、PCTは完全に外されてしまう可能性もあります。一方でNICEに対するロビー活動もあり、ガイドラインの出版も遅れており、改訂版にPCTが含まれるか懸念が残るところです。

NICEは元々、例えば癌や脳腫瘍等の身体の病気を対象とした機構で、公的資金で運営され

1) ただし、NICEのガイドラインでPTSDに対してPCTが適応を得ているわけではなく、PCTを利用する場合には、個人の保険や学校や大学などでの支援という形であり、有料になる。

ています。人々はそのガイドラインに沿って同質の医療を受けることができます。NICE ではメンタルヘルスに関しても、人々がどこでも同じように Talking Therapy を受けられるようにとガイドラインを作っています。確かに、身体の病気に関する最良のやり方はガイドラインを作ることでしょうが、同様のシステムを心理的苦悩に関して持つためには心理的苦悩を医学的問題として扱わなければなりません。果たしてそれは正しいことでしょうか。例えば、「失恋して苦しい」というのは医学的問題でしょうか。勿論、それは神経科学的な問題とも言えますが、同時に、社会環境など他の要因の結果とも言えます。

英国の心理実践家は NICE の枠組みで働いていても、自分は医学モデルで働いていると思いません。彼らにとって「医学モデル」は生物化学的モデルを意味します。そのため、NICE ガイドラインの枠組みの中にいる心理実践家の 90% は「自分は医学モデルではない」と言うだろうし、「医学モデルでやっている」と言うのは時に侮辱にさえなります。しかし NICE ガイドラインの枠組みで働いているのであれば、それは実のところ医学モデルで働いているのです。

【文責 上西】

② NICE の現状と資格制度について

クライアント（以後、CI）目線からこのシステムを見ると、CI が治療を受けるには医学モデルに乗る必要があります。それは、換言するとステップケアモデルに沿って治療を受けることを意味します。ステップケアモデルとは、介入を最小限にすることを指すものであり、深刻な問題や強い不安や恐怖症、トラウマ、精神病や人格障害が疑われる人は精神科医に、不安やうつ状態の人は心理学者（Psychologist）につながるように、症状レベルごとに受けるケアを分別するモデルです。

例えば、治療費を払うことのできる裕福な人、雇用保険で治療を補償される人は有料の治療機

関に通うことができ、学生は所属する学校で心理資格を持ったスクールカウンセラーに相談できるなど、初めから心理資格を持つ高いレベルの専門家の治療を受けることができます。一方で、その他一般の人は NHS などの無料システムに従って治療を受けざるを得ません。つまり NHS の無料サービスしか選択できない人は、ハイレベルな資格を持つ心理の専門家に簡単にアクセスが出来ないということが起きているのです。

このステップケアモデルで治療を受けるには、人はまず NHS のコールセンターに電話し、悩んでいることを 20 分程度話します。すると、コールセンターで話を聞いている人が電話で CI の問題を判断し、CI が受ける治療法を決定します。ところが、驚くべきことにこのコールセンターで話を聞いている人は、セラピーを行えるような高レベルの資格を有している訳ではありません。辛うじて心理的健康の実践家（Psychological wellbeing practitioner）としての訓練は受けていますが、教育や訓練をあまり受けていない殆ど素人に近い人が CI の悩みを分類しメデイカルモデルに乗せる役割を担っているのです。

そのため、このシステムでは CI の悩みに比して低いレベルのセラピーを勧められ、結果的に CI は状態が悪化し、より高いレベルの専門家のセラピーを求めることで費用も嵩むというケースも起きています。なお、このシステムでは大抵、CBT が提供されますが、本当に CI が受けるべきセラピーではない場合もあります。

このシステムの背景には資本主義モデルのヘルスケアという問題があると自分は考えています。これは心理に限った話ではなく、看護師やソーシャルワーカーなど資格が整備された専門家が現場で働こうとすると、費用が高くなるのです。例えば、英国では看護師をサポートするために、ヘルスケア・アシスタントという新しい専門家が考案され、実際には専門家のその下に作られたポジションの者が現場に向かうという現状があります。専門家が地位を追い求めると、地位の格下げが起り、活動の質が低下す

るという矛盾が起きてしまうのです。

【文責 小野】

③ PCT のトレーニングについて

CI と良好な関係を築くには、先ず自分の「human nature (人間観)」を考へることがとても大事です。PCT ではセラピストの態度を重視しますが、どのような態度が重要かを考へる前に、「自分は、人間をどういふ存在だと思つてゐるのか」を繰り返して考へることが大事です。人間に対する見方が違へば学派選択も違つてくるので、その意味では、例へばPCT と精神分析など、他学派との統合といふのは成り立ちにくいと思ひます。

PCT のトレーニングでは自分がTh として何ができるか、自分のどういふ面がセラピーの役に立つのか、を考へることから始まります。イギリスにはPCT 専門のトレーニング機関が幾つかあり、どこも2～4年間トレーニングを受けることになつてゐます(ディプロマや学位の取得が可能なコース)。そこでは、PCT の在り方そのものをその教育に導入してゐます。Nottingham 大学もそのうちの一つです。つまり、セラピーでTh がCI の目標を決定しないのと同様に、学生のアジェンダ(取り組むべき課題や授業)を教員が作るといふことをしません。学生たちから出てきた意見を元に話し合つて、1年間のカリキュラムを決めていきます。他にも、個人セラピーを40時間受けることが義務付けられていたり、PCT トレーニングコースとは別の分野で心理学を学んでゐる学生も含めて全員でエンカウンター・グループが行われたりします。“自分が何を知りたひのかを知つてゐるのは、自分自身でしかない”といふ考へが、PCT にはあるのです。 【文責 斧原】

④ 教育モデルとしてのPCT

現在、メンタルヘルスは医療モデルに支配されてゐます。英国では個人開業する以外にセラピストが働く職場の殆どでは医療モデルの言葉

や考へ方を用いずには仕事ができません。つまり、PCT のセラピストとして生きていくことは難しい、といふ状況です。

そこでPCT の実践を「social pedagogy (ソーシャルペダゴジー)」²⁾ としても捉え直したいと思つてゐます。PCT をこのように捉えるならば、もはや医療モデルに縛られる必要はなくなります。デンマークでは子ども達は学校で共感の仕方を学んでゐます。1970年代～1980年初期のイギリスの教育でもsocial relationship を取り上げてゐました。私も自分のセラピーを教育的なプロセスと考へてゐます。CI はセラピーの中で自分の内側に目を向けながら、自分について学んでゐるのですから、それはまさに教育です。

教育の領域でPCT が生きていけるか、つまりPCT の態度や哲学を教育にどう活かすかは、将来の大きな挑戦であり、かつ希望でもあります。現在の医療モデルでは、苦悩は個人のものであり、社会のものではないと思へますが、Rogers が私たちは社会的な存在である、といふように、社会的な状況によつて自分を満足させようとする欲求を私たちは持つてゐます。問題を個人のものとして捉える現在の医療パラダイムでは、PCT のそのよふ意義が生み出せません。医療パラダイムに代わるどのよふな世界を志向するかを、我々は自分自身に問う必要がありまひます。 【文責 本山】

IV. Murphy 先生の講演内容に つひての考察

Murphy 先生の講義のテーマごとに、日本の現状および今後につひて考察を行う。

2) 2 ソーシャルペダゴジーは、「社会教育」「社会における子育て」などと訳され、子ども福祉と教育を横断する概念である(日本ソーシャルペダゴジー学会ホームページより)。

① NICE と日本の公的健康保険制度との比較 における PCT のあり方

NICE は NHS の公的資金で運営されているため、英国ではその疾患に最も適切と考えられる治療を無料で受けられる。現行の NICE では PCT はうつ病に対する治療選択肢の一つとして指定されている。では本邦ではどうか？ 2019 年現時点での医療診療報酬点数表をみると、公認心理師は精神科専門療法において集団精神療法、入院生活技法訓練療法、依存症集団療法、精神科ショートケア、救急患者精神科継続支援料の項目で構成員として挙げられている。その他の部門でも、重度アルコール依存症入院医療管理加算、精神科リエゾンチーム加算、摂食障害入院医療管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理料などの項目で心理師がチームやカンファレンスに参加することが挙げられている。

精神科医療における精神療法や標準型精神分析は「医師」に、認知療法・認知行動療法は「医師」および「専任の看護師」に限定された行為であり、公認心理師の職名は記載されていない。また、心身医学療法では自律訓練法や行動療法、催眠療法のほか、一般心理療法及び簡便型精神分析療法など様々あり、そこに「カウンセリング」も挙げられている。PCT はこの「カウンセリング」に該当する可能性が高いが、いずれも医師に限定された行為である。このように現行の診療報酬制度の枠組みは心理師がカウンセリングを含む心理的な療法を行うことを認めていない。しかし、医療現場で心理師は精神科医等から依頼を受け、心理的な療法を行っている。精神科医の精神療法と一緒にいたり、実費で行ったり、二重診療になることを懸念して無料のサービスとして実施されている場合がある。今後、保険診療として認められるかは分からない。しかし、実際には今後も当面は、心理師が精神科医との互恵的協力の基に心理的な療法を依頼される機会が増えると予想される。

このような現状を踏まえた上で、NICE の例を鑑みると、現在の日本の PCT が診療報酬制

度の中で活躍できるためには、疾患単位ごとに RCT やメタ解析を用いてその効果のエビデンスを積み上げることが求められる。しかし、そもそも本邦では RCT を用いた心理療法の研究は非常に少ない。原田（2015）によれば 2011 年から 2014 年の間に学会誌『心理臨床学研究』に掲載された RCT を用いた論文は 0 本であるという³⁾。勿論、本邦でも疾患や状況を限定した幾つかの分野では RCT による検証が始められているが、未だ少なく分野的にも限られている（例えばうつ病への気晴らしの効果（銅島・田中，2013）、高齢者の不眠（田中・池内・松木ら，2018）など）。PCT について言えば、Rogers（1954）は 1950 年代から待機群を用いた研究を行っており、もし彼が今生きていたら、きっと RCT やメタアナリシスに参画していたのではなかろうか。本邦では RCT 等による心理療法研究が発展途中である今こそ、対象となる状態を見定めた上で、RCT や待機群等を用いたデザインで比較検討し、PCT の効果を検証していくことが期待されよう。 【文責 上西】

② NICE の現状から考える日本の資格制度

資格制度の整備により、その分野における専門家に階級が生まれ、専門家がサービスを提供するにはコストが高くなるという現象は本邦においても見られる。例えば、いのちの電話は 2 年間の訓練を受けたボランティアの人たちにより賄われている。希死念慮を抱くハイリスクな CI に対して、ボランティアの方々が誠心誠意で対応しているとは言え、非専門家の行う電話相談によってかえって傷つき、状態が悪化し、カウンセリングが困難になったケースがあることなども報告されている（遠藤，2014）。このような問題に鑑みると、心理的支援を必要とする

3) なお、原田（2015）によれば、同期の Journal of Consulting and Clinical Psychology では RCT が 118 本、メタアナリシスが 11 本であったという。

あらゆる現場において心理の有資格者が配置されるようなシステムの再構築と共に、今、現場で働いている人に向けたトレーニング体制の整備が必要である。その中で、PCTとしては、ただ顔くだけ、という専門家にさえ広がっている誤解をなくし、本来の傾聴の意義や哲学を身につけ伝えるトレーニングや、それを草の根的に心理職以外にも伝える方策が必要である。

また、本邦における公認心理師の質に対する懸念がある。公認心理師が今度どういう経緯をたどるか分からないが、国家資格ということで心理の勉強をしていない人が受験している、という状況に鑑みると、資格の制度設計や運営という行政レベルの方針によって、その質が低下する可能性も考えられる。公認心理師は英国の資格制度とは異なるが、資格のランクや分化が進むことが、Murphy先生が言うように資格の資本主義化が起り得る。心理の専門家が幅広い現場で必要とされる分、それがビジネスのツールになり得る危険がある。PCTだけでなく他の学派や領域の心理の専門家と手をつないで、資格の今後の経緯を厳しく注視していくことが求められる。 【文責 小野】

③ PCTのトレーニングについて

Murphy先生はその人が人間性をどう考えるかが、学派を選択する上で重要である、と言う。しかし、それはPCTを選択した後も考え続けていくことが成長する上で重要である。Murphy先生のNottingham大学のほか、PCTの旗を掲げている英国のトレーニング機関が、自己理解を深める体験的環境を提供するのはそのためであろう。

その点、本邦でもエンカウンター・グループや傾聴練習など幾つかの種類の体験学習がなされており、その目的の大きな一つが自己理解であることは言うまでもない。しかし、本邦の体験学習における自己理解とは、自分がどのような人間であるのかの理解に重点が置かれ、自分が人間をどのように捉えているのかと“人間観

を問う”という観点は重視されてこなかったように思われる。この観点は今後、組み入れる必要がある。

人間観は誰かに教えられるものではない。学習者が内省や自己理解のプロセスの中で、自分なりのものを見つけていくものである。人間観を明確にする誰にでも適用可能な具体的なトレーニング方法は示しにくい。かと言って、その重要性を忘れてはいけないことをMurphy先生は教えてくれた。自分の人間観を問い、自分が選択した理論の繋がりを問い続けて姿勢を持つこと、それがPCTを学ぶことの重要な一部であるということ、学びを提供する側・教える側が伝えていく必要があるのではないだろうか。

【文責 斧原】

④教育モデルとしてのPCT

Murphy先生のWSで最も刺激的であった内容の一つが、PCTを従来の医療モデルではなく、教育的なプロセスとして捉え直すという提言である。一見ラディカルにも思えるこの提言はPCTの本質を突いている。PCTのセラピストはCIの問題を「治そう」としているのではない。CIが自身の困難を語り、体験を振り返ることを通して、自分自身をより理解しようとするのを援助している。セラピーの中でCIが得たその学びは次の困難に直面した際に活かされるであろう。また、セラピストはCIとの人間関係を通してCIの人生そのものに向き合っている。これらはまさに教育的な営みであると言えよう。

文部科学省(2010)は『生徒指導提要』の中で、生徒指導を「将来において社会的に自己実現ができるような資質・態度を形成していくための指導・援助」とみなし、そのための日々の教育活動の一つに「共感的な人間関係を育成すること」を挙げている。つまり、子ども達に共感的な人間関係を体験できるような場の提供が、日本の教育現場で求められているのである(本山, 2017)。こうした流れを見ると、デンマークやかつての英国と同様、現在の日本の教育にも

PCT の態度や哲学を活かすことは可能である。

ただし、ここで留意すべきは、いわゆる狭義の教育モデルに存在する「未熟な者に熟達者が教える」というパラダイムに陥らないことである。ロジャーズ自身も「知識や訓練に頼ったり、教えられた何かを受け入れさせることに頼ったりするアプローチでは、結局のところ役に立たない」と述べている (Rogers, 1961/2005)。先の生徒指導提要も (同上, 2010) にも生徒指導は『「与える」、『導く』、『型にはめる』』ものではなく、「自らの人格の完成を自ら希求する児童生徒を育てる」もの、つまり児童生徒自身の「自己指導能力を育成」する行為と明記しているのである。

今の日本の教育は、組織の中で機能する人材を育成するという考え方から、本人の自己実現を図っていくための資質や能力を育む方向へと少しずつシフトしている。また、一般社団法人日本ソーシャルペダゴジー学会が2018年に発足している。こうした潮流の中で、PCTの実践を医療モデルではなく、教育モデルとして捉え直すことは、PCTの現代的意義を再確認することにつながるであろう。【文責 本山】

V. Murphy 先生による特別寄稿

筆者ら (第1～5著者) は Murphy 先生に、本WS経験で考えたことを、日本の今後のPCAを考える参考にしたいので書いてほしい、とお願いした。それに応えてくださったのが以下である。

Recently it was my pleasure to visit Japan as visiting scholar at the Fukuoka University providing an opportunity over a two-week period to engage be connected to the PCA in Japan. One major event was to facilitate a workshop in Osaka at which there were around 30 people gathered. The aim was to dialogue about the PCA in the UK and to consider some import related recent devel-

opments in Japan. These were largely concerned with the advancement of the medical model ideology and changes in both psychotherapy provision in the health service and systems for the licensing and regulation of the psychotherapy profession in the UK. The workshop provided an opportunity for us to engage in thoughtful reflection on the state and future of the PCA in Japan and the UK. Through this workshop, four key points for Japanese psychologists practicing and dedicated to the PCA came to the fore and, it is these that I shall discuss below to consider the potential impact on the future of the PCA in Japan in light of similar issues having arisen in the UK.

The first issue that came to the fore was concerned with how the PCA is often misrepresented by the psychotherapy profession in Japan as a relatively superficial and simple approach and as a consequence rarely features in academic or research discourses. A similar criticism has also been levelled at the PCA in the UK where it is often considered as either outdated or more often reduced to a set of 'common factors'. This means that all approaches believe they contain the PCA but then 'add in' the 'real' ingredients for change. These 'real' ingredients are often considered to be the techniques that define more symptom oriented approaches that adopt the medicalisation of distress. This presents a real problem in that the power of the PCA is 'downgraded' to a mere common factor so that it makes way for the real work of techniques.

The second issue is related to this and highlights the dominance of CBT in all areas of psychological practice. It became clear that in Japan, much like the UK, CBT is fast

becoming the therapeutic approach of choice. In the UK, this has been the case since the advent of the National Institute for Clinical Health and Excellence (NICE) developed guidelines for services providing psychotherapy. These guidelines adopt a reductionist approach to their understanding of psychotherapy, one that is firmly rooted in the medical model ideology that operates through ‘techno-rationalist’ methods to determine both therapeutic and cost effectiveness. The medical model system of psychodiagnosis-treatment-outcome/evaluation has created something of a monoculture in a once diverse ecology of therapeutic practices. For use in the National Health Service (NHS) we have developed a textbook that describes the process of person-centred experiential therapy for working with clients that experience depression. However, there is a serious question to ask about whether engaging in dialogue with the medical model system serves to validate their practices. Also, does this articulation with the medical model also surrender the radical aspect of the PCA? This matter is of great importance in the UK and is also one that seems equally pertinent to followers of the PCA in Japan.

The third issue is concerned with the process of how the two issues above have fast become the status quo. That is, there is a real risk that radical progressive therapies (such as the PCA) will be consigned to history and we will see the continued advance of the medical model and therapy monoculture dominated by CBT? The mechanism through which this is being achieved is use of State regulation of practitioners and providers of counselling by the protection of

professional titles. In the UK, the statutory regulation of the psychological professions has enabled an advance of the medical model of psychological distress and techno-rationalist approaches to practice. Psychologists in Japan have recently commenced and undergone a similar process to that which happened in the UK around a decade ago. So what can the psychologist who follows the PCA do under these ‘developments’ in our field?

This question leads us neatly into addressing the fourth and final issue; what action is needed? I used to hold the view that if, in the UK, we are to face fully the onslaught and hegemony of the medicalisation of distress it must be challenged on all fronts. That is, psychologists, psychotherapists and counsellors (and remember these are related but distinct professional groups in the UK) can opt to challenge the medicalisation of distress by engaging with the medical and psychiatric system and do what some refer to as bringing ‘change from within’ in addition to rejecting the medical model entirely and working in parallel to it. I have invested not an insignificant amount of time and energy in pursuing action aimed to bring change from within. However, I am now not so convinced of the benefits of so doing. Engaging with the system that one is trying to deconstruct is counterproductive. It ends, in my view, in giving legitimacy to a system that one does not consider valid or legitimate. Working in the system will never result in the end of the system. Alternatively, one can work outside of the system to bring new thinking to areas of social life and present the radical theory of PCA in to work towards social change; creating new spaces

for human development. This could, in the most radical configurations, involve ‘giving away’ the term counselling and move on to alternative forms of helping. This would enable practitioners to be free from the pressures of diagnostics and the techno-rationalist outcome obsessed medical model who have co-opted counselling as a quasi medical practice. I propose we reposition counselling as a form of radical education. One in which the client is no longer a patient but is instead a learner, free to discover their authenticity, take hold of this newly formed inner knowledge and lead themselves and others into a transformed society.

【文責 Murphy】

VI. 総合考察

Murphy 先生の講義からは、英国における PCT の危機的状況は、NICE によるうつ病患者に対する効果的な心理療法のガイドラインの設定が決定的な影響を及ぼしていること、また、それが NICE ガイドラインの改定段階の今も続いていることが分かる。その点、本邦では今後、当面は心理的な療法が医師から依頼されると予想されるので、PCT のエビデンスを積み重ねることが、将来、NICE のようなガイドラインが出来た場合も含め、PCT の生き残りのために重要であると考えられる。

しかし、特別寄稿で Murphy 先生は、医療分野に生き残ろうとすることで PCT が、techno-rationalist method として扱われる可能性を指摘している。そこで、Murphy 先生は講義でも特別寄稿でも PCT が教育領域で生きることを提言しているのであるが、本邦では文部科学省が生徒指導に PCT のエッセンスともいえる方針を掲げていることや、当面は心理師が心理的な療法の依頼を医師から受けるだろうと予測される点では英国とは事情が異なる。つまり、講

義内容の①と④、そして特別寄稿からは、医療分野で生き残ることと教育領域で生きていくことは、Murphy 先生にとっては背反的な位置にあるのだが、本邦の事情はそうではない。したがって、そのどちらかを選ぶのではなく、どちらも視野に入れることを目指すべきではないか、と思われる。後者については、PCT のエッセンスを活かす道は教育以外にもあるかもしれないので、Murphy 先生のようなエッセンスから考える姿勢を持ち、その道を見つけ続ける努力が必要である。ただし、特別寄稿で Murphy 先生が書いているように、医療領域に残ろうとする努力が却って非生産的と思われる時が来たら、本邦 PCT にとって大きな分岐点である。その場合も想定して、教育を含めた別の道を PCT の関係者が全体で議論しなければならない。

同じく特別寄稿に指摘されている「診断—治療—成果」の医療モデルが独占支配する可能性についても、本邦は保険診療でないことが NICE のようなガイドラインに沿う義務を課さないことになっていると思われる。医師からの心理的な療法の依頼が、英国より相対的には緩やかであるように思われるのはそのためであろう。これは個々のセラピストの実務に影響する。PCT が何をすべきかは現状とガイドライン的なのが出来る場合、また状況次第で異なる。これも PCT の業界全体として考える問題であろう。

講義内容の③に関して、人間観を問うことは個人で取り組むべきことと考察したが、その人間観として内省すべきは純個人的な内容だけでなく、この難しい時代の PCT のセラピストとしては援助とは何か、資格とはどうあるべきか等の、援助者としての社会的なテーマが含まれるべきだろう。例えば、②の心理的援助は資本主義化していいものか、というテーマは、①の効果と経済のテーマにつながっている。このような社会的な問題意識性を育むことも、現代の PCT にとって重要な人間観のテーマであろう。

【文責 中田】

文 献

- Barkham, M., Moller, N.P. & Pybis, J. (2017). How should we evaluate research on counselling and the treatment of depression? A case study on how the National Institute for Health and Care Excellence's draft 2018 guideline for depression considered what counts as best evidence. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(4), 253-268.
- 遠藤野ゆり (2014) 電話相談の受け手ボランティアの抱える課題と倫理的な高まりヒアリング調査の予備的分析, 法政大学キャリアデザイン学部紀要, 11, 229-243.
- 原田隆之 (2015) 心理職のためのエビデンス・バイスト・プラクティス入門—エビデンスを「まなぶ」「つくる」「つかう」, 金剛出版.
- 文部科学省 (2010) 生徒指導提要, 教育図書.
- 本山智敬 (2017) 生徒指導の意義と原理を体得する学習方法の開発—『生徒指導提要』における「共感的理解」に焦点を当てて—, 福岡大学教育開発支援機構年報平成29 (2017) 年度, 115-125.
- 銅島裕子・田中輝美 (2013) 気晴らしを中心とした認知行動療法の効果—うつ病を対象とした無作為化比較試験—, 行動療法研究, 39(1), 13-22.
- 中田行重 (2014) わが国におけるパーソン・センタード・セラピーの課題, 心理臨床学研究, 32(5), 567-576.
- 斎藤信也・児玉聡・安倍里美・白岩健・下妻晃二郎 (2013) 英国国立保健医療研究所 (NICE) における社会的価値判断: NICE ガイダンス作成のための諸原則 (第二版) (特集 保健医療における費用対効果の評価方法と活用), 保健医療科学, 62(6), 667-678.
- 田中美加・池内真弓・松木秀明・谷口幸一・沓澤智子・田中克俊・兼板佳孝 (2018) 簡易型睡眠認知行動療法の高齢者の睡眠改善および睡眠薬減量に対する効果—無作為化比較試験, 日本公衆衛生雑誌, 65(8), 386-398.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*, Houghton Mifflin Company. 諸富祥彦・末武康弘・保坂亨 (共訳) (2005) ロジャーズが語る自己実現の道, 岩崎学術出版社.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (Eds.). (1954). *Psychotherapy and personality change: Coordinated research studies in the client-centered approach*, Chicago: University of Chicago.