

精神保健福祉領域における臨床心理士に 期待される役割

佐藤 純

1 はじめに

「こころの時代」といわれる現代、臨床心理学の専門家（profession）である「臨床心理士」の社会的期待と要請はますます大きなものとなっている。臨床心理士の活動の領域は、教育、司法・矯正、福祉、産業、保健医療、地域などさまざまな分野に広がり、新たなニーズに応えるべく専門的知識と技術を駆使しながら社会的責任を果たすべく努力している。

しかし、「臨床心理士のあり方」に対する疑問も散見するようになった。クライアントや社会からの期待と、現状の「臨床心理士のあり方」の差異はどこから来るのか、その差異とどう向き合うべきなのか、今一度考えてみたい。

なお、臨床心理学の専門家を指す名称として、本論では「臨床心理士」を使用する。

2 臨床心理士のあり方

(1) クライアントからの疑問

ある強迫性障害で悩むクライアントが、来所相談に訪れた。

まず精神分析療法を指向する臨床心理士に相談したところ、「精神分析療法の適用である」との答えであった。しかし、十分納得がいかなかったため、認知行動療法を指向する臨床心理士に相談したところ、「認知行動療法が最も良い」と言われた。さらにその方が、森田療法を指向する臨床心理士に相談したところ、同様に

「森田療法があなたに向いているの」との答えであった。いったいどれが今、自分に合う治療法なのかという相談である。

そのクライアントは、心理療法をかじったことがある友人にも尋ねてみた。すると、「一番信じられるものを受けた方がいい」と。「心理療法とは信じるものは救われるとでもいいいいのか」「当たるも八卦当たらぬも八卦ということなのか」と続けた。

それぞれの臨床心理士は、自分の志向する心理療法の適用であるとの判断であった。それ自体が問題なのではもちろんない。しかし、そのクライアントにどの心理療法が自分に一番適切な療法なのかという問いには答えたことにはならない。それでは、この問いに臨床心理士は答えうるのか。現状では残念ながら答えられない。なぜこうなってしまったのか。

これには、わが国の臨床心理学の発展の歴史が大きく影響してきている。わが国の臨床心理学は、海外の心理療法の理論や学説（特に深層心理に介入する心理療法）を導入して発展してきた。臨床心理学を学ぶ者は、その理論や学説の中で信奉する学派を選び、自分を「〇〇派」として呼んだ。研究は、自分の信奉する学派の有効性を主張する研究が並んだ。しかもその方法は他説との「比較」ではなく、自説の有効性を主張するスタイルであった。ここから導かれる視点は「目の前にいるクライアントにどんな療法が向いているか」ではなく、「この学派の療法はどんなクライアントに適切か」であった。

中心にあるのは「目の前のクライアント」ではなく「学派」であったといたら言い過ぎになるか。

しかし、医学、看護学などの他のヒューマンサービスは、この数十年の間に「利用者中心」主義、そして「実証に基づくサービス」へとパラダイムシフトしてきている。目の前にいるクライアントに専門家としての「見立て」を説明する。その「見立て」に対してとりうる「手だて」を提示し、その「手だて」をとることで考えられるメリットとデメリットを説明する。さらに専門家としての意見（「この手だてが最も良いと思う」）を添え、選択肢の決定を促す。

この考え方や手続きを導入するためには、例えば、実証に基づく臨床心理学（Evidence-Based Clinical Psychology=以下 EBCP）¹⁾の考え方を取り入れ、心理療法の比較研究及び実証的な効果研究などのデータを蓄積していかなければならない。そうすることで、臨床心理士は、「個人的な考え」や「勘」ではなく、そのデータに基づき説明や解説を行うことができる。

「EBCP を実践するためには、臨床現場において、①きちんとした診断をし、②症状を量的にアセスメントし、③症状別に治療を選択し、④その治療効果を量的にアセスメントするという実践が不可決になる。研究者はそうした治療効果研究をまとめ、メタ分析によって集大成したデータベースを作成する。現場の臨床心理士は、データベースにアクセスし、患者ごとに最適の実証を探し出し、それに基づいて治療技法を選択する。実証に基づいた臨床心理学が動き出せば、新しい有効な治療はどんどん現場で取り入れられるが、逆に効果のない理論や治療や、外国からの輸入で日本の文化に合わない理論や治療があれば、それらは淘汰されていくことになる」¹⁾。

確かに「心」を量的に評価することは困難な作業である。まして、効果を「症状や問題行動

の消失」で測ることへの異論もあるであろう。また、実証に基づいて推薦される治療法は、その3分の2のクライアントには効果的ではあるが、3分の1のクライアントには有益ではないという指摘もある。それでもこれまでの臨床心理学のあり方に EBCP のベースにある「実証」「科学的」という姿勢は加えられなければならない。そうすることで、全体を見ていこうとする総合的な視点が生まれる。さらには「標準的」な臨床心理学的技法も定まってくる。臨床心理士養成のために必要なカリキュラムも定まってくる。

今一度考えてみてほしい。臨床心理学的サービスというのは、クライアントの人生を大きく左右する。そのサービスに「実証」や「科学的証明」がないと聞いて、あなたはそのサービスを受けようと思うだろうか。先にあげたクライアントの「当たるも八卦当たらぬも八卦ということなのか」という発言は、今の臨床心理学のあり方の現状をみごとに言い当てているのではなかろうか。

（2）臨床心理士に対する疑問

また、臨床心理士のあり方について、チームとして働く他職種からも疑問を投げかけられている。

精神科クリニックの臨床心理士との連携の経験のある医師に対するアンケート調査では、臨床心理士に対して「連携を危惧する」(38.6%)、「心理学的観点を過大評価している」(17.5%)という回答であった²⁾。なぜ、各臨床心理士はそれぞれの役割に対し真摯に向かっているにもかかわらず、これらの疑問点を投げかけられることになるのか。

それには心理療法の性格が大きく影響しているように思われる。心理療法は、あえて社会的なコンテキストから離れた非日常の時空間を設定し、その特殊な時空間の中で「こころ」を扱

う療法である。そのため、臨床心理士側が意識しないと、職場の同僚ですら「見えない」「わからない」「閉鎖的」な治療となってしまう。さらに、臨床心理士が「面接室での面接」というその非日常的時空間に固執してしまえば、それに加えて「プライバシーの尊重」ということですべて秘密にしてしまえば、社会から大きく遊離してしまうことになる。

このことに無自覚なままでいると、いくら臨床心理士側がチームアプローチの一員として働きたいと思っても、共有する部分がほとんどなくなり、いつのまにかチームから孤立する。あるいは、いつまでもチームから依頼される立場であって、「協働」というチームの一員にはならない。

この「社会から遊離してしまうこと」が「連携を危惧する」「心理学的観点を過大視している」と回答される要因の一つではないか。臨床心理士も、他職種も、自分の方に近づけさせようとするのではなく、互いにそれぞれが歩み寄る姿勢がなければ、この溝は埋められない。

臨床心理士は「社会から遊離したセッティング」でないと支援が成り立たないのか。答えはもちろん否である。さまざまな応用や工夫は必要であるが、あらゆるセッティングでも臨床心理士の支援は成り立つ。臨床心理士側も柔軟性を持ちたい。

3 臨床心理士に対する期待に応えるために—精神保健福祉領域を中心に

クライアントや社会からの臨床心理士に対する期待に応えるために、どのような方向転換が必要であろうか。①既存の理論を適用する発想から、現実のクライアントや社会のニーズに対応して活動を構成する発想への転換、②多職種協働のための臨床心理士の姿勢、技術の柔軟さ、③実践の科学的実証のための研究であろう。

そのために、現在、臨床心理士が行っている業務には具体的にどのような応用や工夫が必要となるのか。筆者の所属する精神保健医療福祉領域の業務を中心に検討してみる。

(1) 臨床心理士独自の業務

臨床心理士の携わる業務は大きく分けると、①他の専門職と連携しながら臨床心理士独自の業務を行う、②他の専門職と同じスタンスで活動しながら臨床心理士独自の視点や考え方を提供するに分けられる。

表1 精神保健福祉領域における臨床心理士の業務

| 臨床心理士独自の業務 | 多職種協働の中で臨床心理士独自の視点等を提供 | | |
|------------|------------------------|--------|-----------|
| | 心理査定 | 集団精神療法 | SST |
| 心理療法 | デイ・ケア | アウトリーチ | ケースマネジメント |

①心理査定

心理査定とは、「面接、心理テスト、行動観察等を用いて、クライアントの人格特性や発達水準、さまざまな社会的能力等クライアント自身に関するものから、クライアントを取り巻く状況や家族力動、援助資源など外的環境に至るまでの情報を収集し、その分析を経て、クライアントの状態を理解し処遇方針を定めていくための方法と過程を指す」³⁾。

多職種が多様な視点でかかわるチームアプローチが中心である現在は、精神科医は医学的診断、看護師は看護診断というようにさまざまな視点からの見解を提供するように、臨床心理士は臨床心理学の見地から査定の見解を提供しなければならない。臨床心理士は、認知・知的機能、パーソナリティ、感情や思考、防衛機制や自我の強度など、心理検査や面接などから得られる心理的特徴を、チームが使える、わかりやすい「見立て」と「手だて」となるよう提供する工夫が求められる。

心理検査のコメントは、臨床心理学用語で記

載されている。しかし、臨床心理士が考えているよりはるかに伝わらない、あるいは誤解されていることすらある。そのためには、チームが共有できる「共通語」を使うことが重要であろう⁴⁾。

共通語を獲得するためには、精神医学・看護学・作業療法学・精神保健福祉学などの他職種のベースとなっている基本哲学や最低限の知識を理解することが必要である。そうすることで他職種の活動を尊重もできる。臨床心理士の養成のためには、周辺領域や職種を理解するカリキュラムを加えたい^{注1)}。

また、「利用者主導」の心理査定を行うためには、①それぞれの心理検査の特性をつかみ、そのクライアントに必要な、しかも心理的負担をかけすぎないような検査の組み合わせを考え得ること、②検査前に行う心理検査の目的とその方法を簡単に説明し、十分理解を得、同意を得て実施すること、③検査を行った結果については、クライアントにわかりやすい言葉で報告をし、それを援助や治療に役立てることなどが求められる。「説明と同意なし、結果が知らされない」検査であってはならない。

②心理療法

カウンセリングや心理療法を含むこれらの活動は、医師の行う精神療法や看護カウンセリング、ケースワークなど他職種の「治療援助」活動と大きく重なる領域であり、臨床心理士の専売特許では決してない。しかし、一般的には心理療法あるいはそれを含む周辺領域の専門的知識と技術のトレーニングを最も多く積んでいるのは臨床心理士である。ぜひとも専門性を発揮したい。他職種からアドバイスを求められたときには、「すべての職種が臨床心理士のように

活動する」ことを求めるのではなく、「それぞれの職種の立場を理解したコンサルテーションや助言」でありたい。

また、保健医療福祉領域では、さまざまな疾患や病態を抱えた方の心理療法を求められることになる。さらに面接室や、ベットサイド、生活場面など様々な状況での介入も必要となる。先述したとおり、「面接室に来所できるクライアント」に限定することなく、柔軟さと応用範囲の広さを持ちたい。

さらに、この領域で働く臨床心理士は、疾患や病態の幅広さを考えると、「一つの療法」にこだわるのではなく、基本的なカウンセリング技法に加えいくつかの療法を駆使したい。現場に近ければ近いほど、「折衷派」にならざるをえないのは当然のことである。

その上に、心理療法開始時には、クライアントに対し、①臨床心理士から見た「見立て」を伝える、②その「見立て」に対してとりうる「手だて」と考えられるメリットとデメリットをすべて伝え、当方でとりうる「手だて」はこれであるという情報を添える、③その上でどの選択肢を選択するかを共に考える、ことを原則としたい。「始めてみないと分かりません」「相性もありますからどの治療法がいいかは難しいです」という回答が、いかにクライアントや社会の要請と隔絶しているかについてももう少し自覚的になりたい。

(2) 多職種協働の中で心理独自の視点や技術を求められる業務

保健医療福祉活動は、以前の感染症などの急性期医療から生活習慣病などの慢性疾患への病態の変化、クライアントの消費者意識の変化により、主として疾病そのものに対する治療から、それだけではなく疾病や障害のある状態でもいかにその人の人生・生活の質(QOL)の向上が目標となってきている。

*注1) 協働のために必要なことは、①自分の職種領域に開く知識と技術の向上、②他職種領域を理解する素養と他職種の活動の尊重、③援助課題の共有である⁴⁾。

人生や生活はさまざまな因子で成立している。そのため、その人生や生活の向上を支援するためには、さまざまな領域の多職種の視点と技術を組み合わせることが必要となる。多職種協働チーム(multidisciplinary team)を組み、保健医療福祉領域を超えて、労働、教育等々さまざまな領域の専門家、ボランティア、そしてそのクライアントが協力して課題を解決していく。そこにある思想は、まず「クライアントのニーズや幸福ありき」である。中心は臨床心理士でも臨床心理士の業務ではない。「クライアントのために臨床心理士はチームの一員として何ができるか」という発想である。

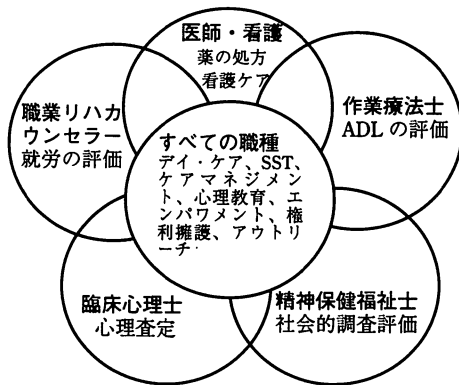


図1 多職種チームによる役割の区分・共有⁶⁾

①チームアプローチの視点

本来、チームとは、複数以上の牛または馬が力を合わせて鋤を引くという意味であった。すなわち、チームアプローチとは、「複数の人々の知恵と力を合わせて共通の目標に向かって作業すること」である⁷⁾

多職種がかかわることを強調する場合に、collaborationあるいはcooperationの用語が用いられる。さらに他職種の参加を次のように厳密に規定している場合⁸⁾もある。

① multidisciplinary=それぞれの職種が別個に

かかわっている

② interdisciplinary=共通の目標を持って調整されていること

③ transdisciplinary=もはや職種の役割に縛られないかかわり方

現在では、「職種にしばられず、行うことは同じ。しかし、職種の違いによる視点や技術を共に生かす」という transdisciplinary なアプローチが広がってきている。図1は、北米のコミュニティ・ケアとチームの考え方を示したもので、あくまでその職種の決まった役割はあくまで狭く、共有部分を広くという姿勢である。また、アメリカ・ニューヨーク州にあるサウスビーチ精神医療センターでも、ケアマネジャーの職種は、専門職であれば職種を問わない「ジェネラリストモデル (generalist model)」が採用されている⁹⁾。

わが国の現状はどうか。わが国でも① multidisciplinary から②interdisciplinaryへ、そして③transdisciplinaryに徐々に移行してきている。それに伴い、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の他職種の教育では、共有部分であるデイ・ケア、SST、ケアマネジメント、心理教育、エンパワメント、権利擁護、アウトリーチの教育に力を入れ始めている。

しかし、臨床心理士の教育はほとんどこの領域に手をつけられていない。そればかりか、臨床心理士は、「従来、臨床心理学の大学院における教育は、いくつかの理論とそこから導かれる心理療法に偏っていたのではないかと私は思う。だからそれ以外のこととなると、本質的でない仕事とか雑用に思えてしまってやる気が起きないか、本意と思いつつ仕方なくやることになってしまう¹⁰⁾ ことになってはいまいか。共有部分が増えつつあるのに、それが「臨床心理の仕事ではない」と思い始めると、ますます臨床心理士は孤立してしまう。

②チームアプローチの視点から見た臨床心理士の役割

a) 精神科デイ・ケア

精神科デイ・ケアは、通院医療の一形態で在宅の精神障害者の精神科リハビリテーションにおける重要な役割を果たしている。1974年に社会保険診療報酬のなかに精神科デイケア料が認められ、2000年現在1,000カ所を超えているが、その施設設置基準の専従職員の職種として「臨床心理技術者」と挙げられている^{注2)}。

精神科デイ・ケアには、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士のスタッフが従事し、それぞれの職種は、プログラムの運営はもとより、メンバー個々のケースマネジメント（インテーク、アセスメント、計画、介入、モニタリング）、主治医・家族・関係機関との調整、家族支援、ケース会議、フォローアップなど、個別、集団、地域などの多種多様な階層の介入を行っている。

デイ・ケアの運営は多職種のスタッフが同じことを協働し進める transdisciplinary なアプローチであり、各職種のスタッフのアイデンティティが揺らぎやすい。臨床心理士は、心理査定や心理療法の他に、多職種チームアプローチについての理念の知識と技術の習得が必要である。

b) SST

生活技能訓練(Social Skills Training)は、行動療法、社会学習理論、統合失調症の疾患モデルの理論を背景に発展してきた認知行動療法の一形態で、精神障害リハビリテーション技術とし

*注2) 社会保険診療報酬上「臨床心理技術者」が担当職種として認められているものは、「集団精神療法」「入院生活技能訓練療法」「デイ・ケア」「痴呆性老人入院精神療法」である。ちなみに心理検査及び精神療法は医師が行う場合に算定されることになっており「臨床心理技術者」が施行しても認められない。医療機関において治療・援助行為を行う職種で、国家資格を持たない唯一の職種は「臨床心理技術者」であり、社会保険診療報酬上も非常に限定されているため、採用が見送られたり、精神保健福祉士の採用に切り替えられたりするところも少なくないと聞く。

て大きく広がっている¹¹⁾。わが国では、その包括的治療パッケージとして開発したアメリカの Liberman, R. P が来日した1983年頃から導入され、1994年に社会保険診療報酬で「入院生活技能訓練療法」が認められ、急速に拡大してきた。

わが国では、この SST を 10 人前後のグループで行うことが多い。基本訓練モデルの流れは表のとおりで、まさに行動学習プログラムとよんでもよいパッケージである。

表2 SSTの基本訓練モデルの流れ

| | |
|---|-----------------------------|
| 1 | 目的・方法の説明、ウォーミングアップ |
| 2 | 宿題の報告 |
| 3 | 練習課題の設定・ロールプレイ |
| 4 | よいところをほめる（正のフィードバック）・改善点の明示 |
| 5 | モデルのロールプレイ |
| 6 | よいところをほめる（正のフィードバック）・改善点の明示 |
| 7 | 再度、練習課題のロールプレイ |
| 8 | 宿題の設定 |

この SST は、使いやすいようにさまざまな工夫がしてはあるが、熟練するには行動療法や学習理論、そして集団療法を理解することが必要になる。入院生活技能訓練療法に従事しているスタッフも、臨床心理士は46.9%（重複回答あり）で看護師(62.0%、重複回答あり)の次に多く¹²⁾、果たしている役割も大きい。臨床心理士の専門性を発揮できる技術である SST はぜひとも習得し、リーダーシップを発揮したい。

c) 家族支援

本人を取り巻く環境であり、最も身近なソーシャルサポートが「家族」である。家族はともすると、この「支援者」であり「協力者」である側面を強調されるあまり、指導や治療の対象とされていた。しかし、家族はさまざまな困難を抱え、指導や治療よりも「支援」を必要としている。家族を「支援」することで、家族が楽になり、もともと持っていた家族本来の力を発揮することができるようになる。まさにエンパ

ワメントの思想である。

わが国では、システムズアプローチなどに基づく家族療法を中心として、家族療法・家族支援が行われている。また、面接や訪問などによる家族介入も始められている¹³⁾。さらに集団による家族援助として後述する家族への心理教育も行われている。これらもちろん臨床心理士の専門性を発揮できる領域である。

d) 心理教育

わが国では、脆弱性—ストレス対処モデルや家族の感情表出 (EE) 研究¹⁴⁾ に基づいた家族に対する心理教育が活発に行われている。生物学的脆弱性を防御する意味での薬物療法と、心理社会的ストレスに対する対処技能を目指す心理教育的アプローチ¹⁵⁾ により、家族の高 EE 状態が改善することで、統合失調症の再発が優位に減少することが実証されてきている。まず、専門家の持っている統合失調症についての知識をわかりやすく伝えるとともに、治療に対する専門家の姿勢を伝える。そして、SST や解決志向アプローチを行い、適切な対応を学習し、孤立感や自責感の軽減を図れるように家族相互の交流やコミュニケーションを促進する。そのことにより、まず家族が楽になり、家族本来の持つ力を発揮してもらうことで、高 EE 状態から抜け出してもらうことを援助するのである。これも臨床心理士の専門的知識と技術を発揮できるプログラムである。

e) ケアマネジメント

「世界的には精神障害者の地域生活を支援する方法として誕生し、それが高齢者や児童への領域に拡大していった」¹⁶⁾ ケアマネジメントは、さまざまな理由から生活に困難さのある人々に対して、総合的かつ計画的に生活を支援するための体制と技術である¹⁷⁾。生活にはさまざまなニーズがあり、多領域の多職種がチームを組んで関わる必要があるが、実際にはサービスの専門化や断片化が生じていてクライアントの益に

つながっていない。そこで、あらためてサービスを調整し、統合するために工夫された技術がケアマネジメントである。1998年に厚生省（現在の厚生労働省）より公表された「精神障害者ケアガイドライン」にも、ケアマネジメント従事者の職種として、精神保健福祉士や保健師と並んで「臨床心理技術者」が挙げられている。

わが国の臨床心理士にとってはなじみの薄いものであろうが、英米のサイコロジストはケアマネジャー（あるいはケースマネジャー）として活躍している。コミュニティで働く臨床心理士にとって、クライアント中心のストレングスモデルや自己決定の尊重、エンパワメントの視点を持つケアマネジメント¹⁸⁾ は有用な技術である。

f) ACT (Assertive Community Treatment)

ACT は、重度で持続的な精神疾患のある人々への包括的な地域密着型トリートメントを提供するためのサービス供給モデルである。精神科入院病棟のように多職種のスタッフが 24 時間対応できる体制を維持しつつ、ACT スタッフはクライアントに、家庭や職場などのさまざまな社会的場面において、集中的なトリートメントやリハビリテーションやサポートサービスを行っている¹⁹⁾。

この ACT は、現在、わが国で試行研究事業が、国立精神保健研究所を中心に行われており、精神障害者の退院促進を図るプログラムとして注目されている。

英米では、この ACT をはじめ精神障害者の心理社会的介入については、臨床心理士がスタッフとしてはもちろんチームリーダーとして活躍している¹⁹⁾、²⁰⁾。わが国との格段の差を感じる。

4 わが国の臨床心理士の今後のあり方

クライアントや社会からの臨床心理士に対する期待に応えるために、これまでは、各業務の

応用や工夫を考えてきた。しかし、期待と現状の差を考えてみると、これらの小手先の応用や工夫では、もちろん限界がある。

臨床心理士の今後の発展や成長を図るためには、臨床心理士のおかれている状況、専門家教育のあり方、そして臨床心理学研究の方向性のパラダイムシフトが必要である。

(1) 国家資格化が急務

まずは、国家資格化が急務である。それはクライアントのためである。臨床心理士の知識と技術を必要としているクライアントは決して少なくない。しかし、国家資格化が遅れることによって臨床心理士のサービスが十分届かないままになっている。わが国の精神障害者の治療やケアは決して十分ではない。いまだ必要最小限のサービスでしかない。このケアの厚みと深みを重ねていくためにも、早急に国家資格化しなければならない。

そうすれば、社会診療報酬上臨床心理士の心理的査定や介入を認められることになり、この領域の臨床心理士の採用は確実に増加する。あわせて例えば急性期治療病棟などへの必置義務化されれば、ますます増加に拍車がかかる。臨床心理士の地位も向上する。

どのような資格が適当かは、さまざまな議論がある。横断的な資格を主張する者は、臨床心理士はジェネラリストであるというモデルを採用し、縦断的な資格を主張する者は、スペシャリストのモデルを採用している。

しかし、クライアントを中心に考えると、資格取得時点で最低限、①臨床心理士独自の業務、②他職種と肩を並べて行えるチームの一員としての業務の双方がこなせるようになっていなければならない。そうすると、各領域のスペシャリストとしてのモデルを採用することになる。

とすれば、現在、大学と大学院修士課程の6年間で学んでいる内容を、大学4年間で習得し

基礎資格を取得する。この基礎資格は臨床心理士独自の業務をこなせる証明である。そして、大学院修士課程2年間でスペシャリストとして特定の領域の技術や知識を習得し、専門資格を取得するということが筆者の提案である。英米の大学教育に比し、わが国の大学教育は圧倒的に学習量と実習量が足りない（授業の時間数のみのことではない）。医師、看護師をはじめとする他職種の教育（実習を含む）と比較してもそうである。

さらに、資格試験は「現場で生きる知識や技術」を習得しているかどうかを判断する資格試験にしなければならない。知識の有無で合否を決めるような資格試験にすると、大学や専門学校の教育も「現場で生きる知識や技術」よりも「資格に合格するための知識や技術」を教えることに注力することになる。これでは何のためか資格化したのか分からない。

とにかく、クライアントの方に良質の十分な量のサービスを提供するためにも早急に国家資格化を図らなければならない。「専門家の事情」でそのスピードを遅らせることはあってはならない。

(2) 専門家教育のあり方

現在は、心理学や社会福祉学が大学進学の人気分野になっている。臨床心理学を学ぶ学生は多く、さらに臨床心理士に対する社会の期待も高まっており、臨床心理士はまさに急増している。昭和63年に「臨床心理士」の資格認定が開始されて15年間で、2003年現在、10,083名(医師347名を含む)が認定されている。急増しているが、「急造」で質が十分確保できているとはいえない状況ではないか。多少時間がかかったとしても、質の良いサービスを提供できる臨床心理士を育てていかなければならない。それはもちろん「クライアント」のためである。

精神保健医療福祉領域に限定すると、まだまだ

だ大学教育にこの分野で活躍している教官が少ない。専門教育を充実するために、最近、医学教育の中で取り入れられてきた「臨床教授」制度を提案したい。実習を含めて「現場で生きる知識や技術」を総合的に習得する。専門教育の内容は、もちろん「心理査定」や「心理療法」はもちろん「チームアプローチ論」（精神医学、看護学、作業療法学、精神保健福祉学といった周辺領域も含む）や「精神科リハビリテーション学」、「精神医学」、そして「法学」、「身体医学」、「社会福祉学」を学習しなければならない。もちろん実習時間は最低でも精神保健福祉士程度（180時間）の実習が必要である。

また、卒後の現任教育もあわせて行う必要がある。スーパービジョンや研修システムの充実も必要ではある。こういったシステムを発展させるためには、大学等の教育機関と臨床現場がもっと身近にならなくてはいけない。臨床教授制度、有効な実習制度の確立、そして大学での臨床心理士の現任教育の充実、この相互システムの発展を考えなければならないだろう。

さらに、臨床心理士が勤務場所に複数配置されるようになることも大切である。一人職種は独りよがりになりやすい。複数配置はピアビジョンという最も身近な教育の土台を作る上で大切である。

(3) 臨床心理学研究のあり方

研究は、先に提案したように臨床研究を充実させる。これまであまり行われてこなかった①比較研究や実証研究を盛んにする。②その研究を現場にフィードバックする。③それを現場で応用し、④その結果をまた研究の場に戻す。こういう循環をすることで、大学にいる学生や研究者にとっても大きな刺激になり活力にもなる。現場でも研究に対する期待が大きくなるという好循環を形成することになる。

それにしても、大学における臨床心理学の研

究は、なぜ、被験者や事例が「大学生」という研究が多いのだろうか。あまりにも安易すぎないか。大学はもっとフィールドに出て行こう。臨床心理学が「臨床」を離れてしまったのは、本末転倒なのだから。

5 最後に

現在、大学を卒業して精神保健医療福祉領域に働くことになった臨床心理士は、本当にゼロからのスタートである。他職種との協働をどうしたらいいのか、他職種にどう臨床心理士を理解してもらったらいいのか、毎日迷いながら仕事をしている。それよりももっと問題なのが、臨床心理士としての最低限の知識と技術である「心理査定」と「心理療法」でさえ、どうしたらいいのか途方に暮れているという現実である。目の前のクライアントにどんなテストバッテリーを組んだらいいのか、どんな心理療法を施行したらいいのか。

臨床心理士は「5年から10年経験して一人前」と言われるが、本当にそれでいいのだろうか。それはあまりにも専門家として無責任であり、クライアントに失礼ではないか。国家資格化や教育のあり方などももちろん大切だが、本当はそういう臨床心理士やその周辺にいる者の「意識改革」が最も必要なのかもしれない。

引用文献

- 1) 丹野義彦(2001): エビデンス臨床心理学—認知行動理論の最前線、日本評論社、195-197
- 2) 渡辺洋一郎(1998): 精神科医療における心理士との連携、日本医事新報、3882、28-31
- 3) 巽岩秀章(1997): 心理査定、心理診断とは何か、平木典子他編、カウンセリングの

- 基礎・臨床心理学を学ぶ、北樹出版、96-99
- 4) 浦田英範(2001)：こころの問題と院内連携、成田善弘監修、医療の中の心理臨床—こころのケアとチーム医療、新曜社、71-96
 - 5) 渡嘉敷暁 (1998)：新時代の精神保健福祉を展望する、新時代の精神保健福祉の構築をめざして、全国精神保健福祉相談員会会報第21号、9-18
 - 6) D, LeCourt (1997): The city of Madison, U. S. A. The Madison model; Keeping the focus of treatment in the community. D. Goldberg and G. Thornicroft (ed.), In mental health in our future cities, Psychology Press Filey, North Yorkshire, 163
 - 7) 野中猛(1995): チーム医療とケースマネジメント、精神科治療学、10 (10); 1101-1107
 - 8) Baer R, Goebel G, Flexer RW (1993): An interdisciplinary team approach to rehabilitation. In Flexer RW & Solomon PL (eds), Psychiatric Rehabilitation in Practice, Butterworth-Heinemann, Stoneham, 63-78
 - 9) 遊佐安一郎 (1999)：アメリカの地域ケアにおけるチームアプローチ、精神障害とリハビリテーション、3 (2)、128-131
 - 10) 成田善弘 (2001)：医学・医療の全体を回復するために—臨床心理士に望む、成田善弘監修、医療の中の心理臨床—こころのケアとチーム医療、新曜社、271-281
 - 11) R. P. Liberman (1988): Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients, American Psychiatric Press, Inc. 安西信雄他監訳 (1990)、リバーマン実践的精神科リハビリテーション、創造出版
 - 12) 角谷慶子(1998)：SST の現況・第5回 SST アンケート調査から、SST 普及協会編、SST の進歩、創造出版、209-215
 - 13) L. Kuipers, J. Leff, D. Lam (1992): Family Work for Schizophrenia, A Practical Guide. Gaskell, London 三野善央他訳 (1995)、分裂病のファミリーワーカー家族を治療パートナーにする実践ガイド、星和書店
 - 14) J. Leff, C. Vaughn (1985): Expressed Emotion in Families, The Guilford Press, 三野善央他訳 (1991)、分裂病と家族の感情表出、金剛出版
 - 15) C. M. Anderson, D. J. Reiss, G. E. Hogarty (1986): Schizophrenia and the Family, A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management, Guilford Pr Published, 鈴木浩二他監訳(1988)、分裂病と家族—心理教育とその実践の手引き、金剛出版
 - 16) 三品桂子(2003): ケアマネジメントの基本的な考え方、利用者主導を貫く精神障害者ケアマネジメントの実践技術、へるす出版、19-36
 - 17) 野中猛(2003): ケアマネジャーに必要なチームワークの技術、老年精神医学雑誌、14(9)、1096-1100
 - 18) 佐藤純 (2003) 初回面接、三品桂子編、クライアント主導を貫く精神障害者ケアマネジメントの実践技術、へるす出版、110-129
 - 19) D. Allness, W. H. Knodler (1998): The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A Manual for PACT Start-Up, NAMI, 亀島信也他監訳、PACT モデル—精神保健コミュニティケアプログラム、メディカ出版
 - 20) 丹野義彦他 (2003)：本書のねらいと今後の展望、統合失調症の臨床心理学、横田正夫他編、1-14