

日本心理臨床学会第 34 回秋季大会

国際交流委員会企画シンポジウム

『医療・保健領域における臨床心理職の役割と課題：日英比較を通して』

2015 年 9 月 19 日（土）

司会（金沢） 皆さん、おはようございます。本日は、日本心理臨床学会の大会 2 日目になります。遠方から来られた方々もいらっしゃると思います。どうぞ 2 時間、よろしく願いいたします。

このシンポジウムは、『医療・保健領域における臨床心理職の役割と課題：日英比較を通して』と題して、10 時から 12 時まで開催させていただきます。私、司会を仰せつかっております、本学会国際交流委員で明治学院大学の金沢と申します。よろしく願いいたします。

私たち臨床心理職にとって、目の前のクライアントに対して援助をするということだけでなく、広く国民の皆さま一般の健康と福祉に寄与するということが重要な役割であると思います。その私たちにとって、何をすることが大事で、何が求められているのか、それについて英国の状況と比較して、日本でこれからわれわれに課せられている課題はどういうことがあるのだろうかということ、後半のシンポジウムで、皆さまとディスカッションできればと思います。

まず、最初はイギリスから、オックスフォード大学の David Murphy 先生に、『英国における医療・保健領域の臨床心理職のスタンダード』と題して、ご講演をいただきたいと思います。その後、『日本の医療・保健領域の臨床心理職の発展に向けての課題』と題して、東京大学の下山晴彦先生、早稲田大学の鈴木伸一先生に話題提供をいただき、フロアの皆さまとのディスカッションに進んでいきたいと思います。

まず David Murphy 先生に 1 時間ほどご講演をいただきます。Murphy 先生のご紹介を、国際交流委員会委員長の東京大学、下山晴彦先生にお願いします。よろしく願いいたします。

下山 おはようございます。東京大学の下山です。現在、本学会の国際交流委員会の委員長を務めております。その立場で、今回の企画を考えました。皆さんもご存じのように、日本では、心理職の国家資格化というのが、ここ数年、大きな動きになっております。そういうことで、日本がどういう形で今後発展をするのが望ましいかということを考えております。そういう中で、きょうは Murphy 先生にお話をさせていただくわけですが、イギリスというのが、おそらく世界で一番、臨床心理学あるいはもっと幅広くいえば心理職の活動のシステムや方法が進んでいるといえると思います。そういうことで、イギリスについて学ぶことが多くあるだろうということで、今回、David Murphy 先生をご招待しました。

簡単に David Murphy 先生のご紹介をさせていただきます。Murphy 先生は、現在、オックスフォード大学の臨床心理学コースの博士課程、あとからお話があると思いますが、イギリスは専門職大学院になっていまして、博士課程、Doctor of Psychology の3年間のトレーニングコースになっています。ですから、専門職の臨床心理士の育成にオックスフォードで責任者として、訓練部長として、ディレクターとして関わっておられます。もちろん、オックスフォード大学で責任者としてトレーニングをされているということもありますが、それ以上に、Murphy 先生をお呼びした理由としましては、Murphy 先生はこの10年以上、イギリスの BPS という心理学協会の中の臨床心理学部門において、臨床心理学の専門性の発展、それから専門職としての訓練、さらには制度（レギュレーション）の開発といったらいいんでしょうか、その制定に向けて中心になってこられました。委員会の代表として、さまざまな職種と交渉をし、政府の役員を務め、きょうお話しになられるイギリスの臨床心理職の制度をつくってこられた中心の先生です。そういうこともありまして、今日は Murphy 先生をお呼びしました。

簡単に経歴をご紹介しますと、Murphy 先生は、イギリスのレディング大学の学部を卒業され、そのときには心理学と動物学を専攻されました。その後、ロンドン大学の臨床心理学のコースを出られています。有名なモーズレイ病院の精神医学研究所で専門を学ばれました。同時に、ここが Murphy 先生の非常に多面的なところで、ロンドン大学の経済のほうの大学院も出られていて、MBA も持っておられる、多才な先生です。

そういう社会的な視点もあるということだと思いますが、さまざまな委員会の委員長を務められ、政府の諮問委員もされています。その後、ロンドン地区の臨床心理士として仕事をされると同時に、ロンドン大学のインペリアル・カレッジで教鞭をとられ、特に医療領域での仕事をされ、そしてロンドン大学等の医師、メディカルドクターに心理学を教えることを専門にしてこられました。そういう意味でも、医療との関係、医療における心理学や心理職の役割等について非常にお詳しい方です。そういうことで、今日はお話いただくこととなります。先生、よろしく願いいたします。

David Murphy 下山先生、ありがとうございます。皆さま、おはようございます。ここに来てお話しできますことを、大変うれしく思っています

まず日本心理臨床学会に対し、招聘いただきましたことを、あらためて御礼申し上げます。また、下山先生、同僚の先生方から、今回の来日、発表のさまざまなお手伝いをいただきました。あらためて御礼申し上げます。

今回お話しできますことを、大変光榮に思っております。特に日本の臨床心理学の非常に大事な時期にお招きいただいたということは光榮です。下山先生もおっしゃいましたように、臨床心理学、心理療法に関しては、この15年、イギリスでは発展が見られました。大きな動きがいろいろありました。その中で、私が大きな役割を果たすことができたということで、今日はその点についていくつかご紹介したいと思っています。

日本の皆さまに直接関連のあることではないかもしれませんが、皆さんにとって、アイデアとして日本に役に立つものもあるかもしれません。今日お話しするのは、決してこれが最善の方法、唯一の方法という意味ではなく、皆さんの経験や脈略を踏まえてお役に立つようなものを考えていただければと思います。

最初に、簡単に私の背景ですが、下山先生がきちんと説明してくださいましたので、細かくいう必要はないと思います。次に、英国における臨床心理学のバックグラウンドをご説明したいと思います。昨日、この話を聞いた方がいらっしゃったら申し訳ないのですが、先の話の役に立つと思いますので、英国における臨床心理学というものを分かっていたくために少しお話しさせていただきます。さらに、イギリスにおける心理学の規則・規制について、6年前にどういうものができたかという話をします。そして現在、ヘルスケアや臨床心理が直面している将来的な課題について、それに対して臨床心理としてどのように対応できるかを述べたいと思います。

下山先生が私の背景をよく説明してくださいました。いろいろな経験を積んできたということです。そして英国心理学会で、いろいろな役割を務めてきました。さまざまな人の考え方をまとめるという経験を、特に英国心理学ではやってきました。英国心理学会においては、例えばさまざまな心理士を集めた部門の中で会長を務めましたが、さまざまな意見を持つ人たちが一堂に会して、その中で一致点を見つけていくという仕事をしてきました。これはいい経験になったと考えています。

また、保健省における政府顧問グループのメンバーにもなりました。さまざまな組織に入る活動、そしてサービスユーザー、患者さんの団体などにも関わりを持った経験があります。そして **National Collaborating Centre for Mental Health** という組織があります。これはあとで説明しますが、精神科学会とも協力をして、心理療法についての開発などにも当たってきました。

簡単に、英国における臨床心理学の背景説明からしたいと思います。臨床心理学とは何かということで、本当はきちんとした答えを私が申し上げられればいいのですが、この本

は、私が最近、共同編集者として出した本です。この中で、臨床心理学とは英国では何かということを書いています。イギリスにおいてというのが、その前提です。そこから約 40 マイル離れたフランスでは、臨床心理学というのはやはり違います。臨床心理学は、国によって異なってきます。今回出ましたのは、第 5 版です。1986 年に第 1 版が出ましたが、内容としては今回のものと大きく異なっています。当時は制度的な役割の中における心理士について大きく章が割かれていました。しかし、今はそうした章がなくなっています。そのように本の内容も変わってきています。したがって、臨床心理学とは何かといわれたときには、まず、国によって違うということを念頭に置かなければなりません。また臨床心理学というのは、時期によって大きく違います。たとえば英国においても、この 20 年、大きく変わってきたということも忘れてはなりません。

これについては、昨日詳細に話しましたので、今日は話ませんが、イギリスにおいては、心理学実践は七つの分野に分かれています。法律によって七つの領域が規制されていて、そのうちの一つが臨床心理です。例えばそれ以外としては教育心理学など、それぞれトレーニングされる内容というのは、類似点もありますが、脈絡的には違うものも多く含まれています。

比較のために参考の数字を出しています。これは英国における心理実践家の今年 1 月時点の数です。2 万人が登録されています。イギリスの人口はだいたい日本の半分くらいです。そして心理実践家の半分くらいが、イギリスでは臨床心理士となっています。次に大きいグループが教育心理学の専門家です。男女の比率ですが、多くの国と同様、イギリスにおいては 80 : 20 ということで、男性が 20、女性が 80 というのがイギリスにおける臨床心理士の内訳です。これは七つのどの領域でもだいたい同じ。しかし実際、男性が多いのが、スポーツ・エクササイズ心理学です。領域としては、これは小さい新しい領域なので、これから大きくなると変わってくると思います。

それでは簡単に、臨床心理士はどこで働いているのかというお話をしたいと思います。主な情報としては、すべての臨床心理士というのは、国営の保健サービス、NHS (National Health Service) で雇用されています。この国営保健サービスがわれわれのトレーニングの支払いもしてくれています。ですから、その保健サービスの中で仕事をしてもらいます。詳細については退屈ですので話ませんが、一つ有用な情報としては、この NHS には **provider organizations** という四つの組織があり、そのうちの三つにコミュニティサービス、病院、メンタルヘルスのサービスがあります。これらが **provider**

organizations あるいは信託と呼ばれています。

そして二次的なケアとプライマリ・ケアは GP が提供します。GP というのは、それぞれの患者さんが地元で行くところです。プライマリ・ケアについては、身体的、あるいはメンタルのケア、両方とも最初に GP のほうへ行く。そして必要に応じて、今度は紹介があるというものです。NHS のゲート・キーパーの役割を果たします。

心理療法に対しては、自己申告 (self referral) というものがあります。これはおそらく最初の経路だと思います。これは緊急のケアではありませんが、自分たちがローカルの心理療法ではなくて、自己申告で直接専門のところへ行くというものです。これについては、あとで話します。

こちらは臨床心理士がどういうところで働いているかということで、詳しくは話しません。最大のエリアというのは、成人のメンタルヘルス。20%の心理士がここで働いています。印象としては、日本とは少し違うかもしれません。日本は小児のサービスが多いのかもしれない。

こちらは伸びている分野の臨床心理士で、フィジカルヘルスのほうです。例えば慢性的な痛みや脳の障害があって、そのリハビリというような領域で働いている人がだんだん伸びてきています。

下山先生がおっしゃいましたが、UK におけるトレーニングのルートということで、昨日詳細は話しましたので、ここでは詳しくは話しません。ここで話したいのは、現在のところ、だいたい 1990 年以降、すべてのコースが 3 年間のフルタイムの博士課程になっています。現在はこれで十分だと思います。全体的にですが、学位のコースも含めて博士課程までの期間は 7 年から 12 年くらいになります。

これは非常に広範なものです。詳細は昨日お話ししました。主な要素として実習、臨床の経験ですが、これは最小限、全部の時間の 50%はなければなりません。3 年間の間に 50%ですが、直接的な実習が必要になります。日数でいうと、だいたい 400 日です。病院の設定と監督の下で実習をするというものです。

もう一つの重要な要素は研究です。すべての研究者はサービスの評価のプロジェクト、あるいは研究のプロジェクトに対して論文を書くというものです。そして、理論についてあるいは実際のテクニックについて教えます。

これに関しては、昨日詳しくお話ししました。昨日いらっしゃった方は、もっと細かい話をお聞きになったかもしれません。今日はそれほど詳しくはお話ししませんが、これは

コア・コンピタンスと呼ばれるものです。臨床心理学において、どのようなトレーニングをするかという内容について記述してあります。

下のほうに、参考文献として協会のウェブサイトを挙げています。このサイトの中に、心理学的な介入というのが 4 番目にありますが、たとえば治療に関して、その要件というのは技量を学ばなければなりません。認知療法、それから実証に基づいた（エビデンス・ベースド）治療を学ばなければならないということで、コースに関してはいろいろなものがあります。コースによっては一つのモデルにフォーカスを当てたもの、それからもう一つの違ったモデルにフォーカスを当てたものということで、たとえば認知療法、あるいは systemic 療法、あるいはそのほかのコースでは心理、精神力学的なモデルがあります。ですから、コースによって多様性があります。それぞれのキー・コンピタンスを教えてくれるようになっていきます。

臨床心理職には、かなりの変化がありました。私がトレーニングをしたときは、だいたい 1980 年代ですが、この臨床心理職というのは小さな職業でした。心理学あるいは心理職の傘の下で仕事をしていました。これは非常に影響を及ぼすようなレポートで、心理職の役割についてのさまざまな勧告をしています。これに関しても、やはり昨日詳しくお話ししたので、今日は簡単にしますが、主な勧告として **shared care model** というものがあります。心理学的なケアの責任を持つということ。ケアを提供する、またその他の専門家が提供したものに関しても責任を持つというものです。そして臨床心理士の数、それからインパクトについても書いてあります。新しいトレーニング場所の数を増やすようにということで、心理士の数も増やすように、また法的登録制度を設立すべきなどの勧告をしています。

このレポートは、かなりの熱意を持って保健省で行っています。これは新しいトレーニングの場所ということで、毎年どれくらい入っているかということを示しています。1988 年は 200 くらいでしたが、だんだんと増えてきています。数年前には 600 に増えています。新しい臨床心理士をトレーニングするということで、新しい職が NHS で作られています。ですから、このように臨床心理職がだんだんと増えています。だいたい 3 倍くらい増えていることが、このグラフで分かります。

トレーニングの場所を 300 にまで増やすことという勧告ですが、現在は 600 になっています。また、臨床心理士の従業員の枠を増やす。4000 と言われていましたが、現在は倍になっています。また、州の登録制度ですが、これに関してはまたあとで話しますが、

少し時間がかかりました。

この BPS ですが、これは任意の登録ということで、1987 年に始めました。これは国の記録ですが、2009 年にやっと初めて制度化されたということがいえます。国の制度ができるまで、どうしてそんなに時間がかかったのかということですが、臨床心理士はわれわれ自身の協議会があるべきだということでした。これは保健省において、既に存在していた regulator という、たとえば理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT) などが存在していた。そしてその他の保健に関する専門家がいたということで、そんなものは必要ないという話でした。しかし実際にこういう新しい制度を設けようということで、時間がかかったわけです。

かなりの抵抗がありました。こちらは HCPC、医療専門家協議会と呼ばれているものです。ソーシャルワーカーの規制ができたあとにできました。かなりの workforce で、HCP といわれていましたが、HCPC になりました。これが担当責任者の方です。簡単に規制の内容ですが、法律によって議会を通過しました。そしてこの保健専門職の指令が 2001 年に出て、登録者のサービスを必要とする、あるいは知ろうとする人々の健康を守るためにできました。これは政府が設定して資金も出しました。政府専門機関、職業別の組合とは独立しているということがいえます。法律によって守られており、権限も保護されています。UK において、clinical psychologist と言っていて、登録していない場合は犯罪となります。

それからもう一つ、ほとんどの心理士が公的なセクターで仕事をしていますが、もちろん民間でも仕事をしています。トータルで 32 万余りの人が登録をしています。ソーシャルワーカーは、このグループの中のだいたい 1/4 くらいを占めています。それから、そのほかのグループを見てみますと、だいたい 1/3~1/4 くらいが臨床心理士ですが、トータルで 6%を占めています。

ですから、最初、HPCP の下になったときは、かなりの不安がありました。特定の心理士ということですが、そのほかの専門家がいる中で、きちんと守られないのではないかという懸念がありました。

HCPC ですが、まず基準を設定する。そしてそれぞれの専門家は、いったいどういう人なのかという定義付けをしています。そして、コースやトレーニングですが、それらを満たすコースの承認もします。ですから現在では臨床心理士として、この HCPC によって 4 年に 1 度、監査が行われます。トレーニングをして、臨床の現場へ行くまでに登録

をしなければいけません。

新しいトレーニングを受ける人は、申請してこういうカードをもらいます。臨床心理士の登録済というカードがもらえます。もう一つ、このようなトレーニングを受けると、基準への順守を維持しなければなりません。行動基準というものがあります。それから、専門的な職能開発に関しても維持しなければなりません。またあとでお話をします。

一つずつご説明します。一つ目が一番重要だと思います。熟練度の基準ということで、心理士実践家のまさに定義に関わる部分です。言いましたように、いろいろ不安もありました。われわれは英国心理学会の基準に慣れていて、心理士が何をするか、そしてどういふ訓練を受けるべきかということが決められていて、これは非常によかったから、なぜ変えなければいけないのかという不安が非常にありました。HCPC が自ら基準の中に心理士の部分を統合するという点に関して懸念もありました。

基準に関する文書ができて、これは HCPC の規制となるすべての職種に当てはまります。そして職種ごとに基準がつくられています。たとえば心理学においては、すべての臨床心理学をやっている人だけに当てはまるもの、またはすべての実践家に当てはまる心理士に対する基準など、こうした分け方もされています。たとえば臨床心理士だけに当てはまるものというのは、臨床心理士独自のもと、心理療法のタイプ、どのようなアセスメントが必要であるとか、どういう母集団を対象にしてわれわれは能力を高めなければいけないかといった内容です。

これは全部で 14 ある詳細にわたる基準で、これを一つ一つ説明していくと、皆さん、眠ってしまうかもしれないので割愛します。ここには色分けをしており、全部に当てはまる全般的な部分は赤色とか、あるいは心理学に当てはまるものは緑、そして臨床心理に当てはまるものは何色というように色付けしてあります。興味深い点として、HCPC の基準の非常に多くは、心理学にも大きく関わっているということです。そして臨床心理学にも、そういう意味で大きく関わっています。

と言いますのも、これらの多くは一般的な基準ですから、例えば安全に実践ができるとか、効果的に実践ができるとか、非差別的な形での実践をするとか。さらには異なる背景の人たちに平等なアクセスを提供するといった、ごく一般的な内容も入っています。これは医療専門職のどれにも当てはまる内容といえます。コミュニケーションというところでは、効果的にコミュニケーションする能力ということでは七つあるわけですが、心理学ではさらに二つ増やして、心理学に関するコミュニケーションの基準は、九つのコミュニケ

ーションスキルということで特定されています。興味深いことに、これらはすべての心理士に当てはまります。さまざまな心理士が同じコミュニケーションスキルを必要とすると定義されています。

最後の二つは基礎的な知識に関するものです。基礎的な知識の主要なコンセプトを理解する、そして適切な知識からスキルを用いて実践するというのが心理士に関連する基準です。たとえば基礎のベースに関しては一般的なものが五つ、心理職全般に関わるものが三つ、そして臨床心理士だけに限定されるものが九つとなっています。このかっこの中の数字です。

詳細は退屈なので、全部は申し上げませんが、例えばどのような評価のテクニックを使うか、どんな **formulation** のスキルを身に付けるべきかといったことが説明されます。そしてこれらは、だいたい、英国心理学会の中核となるコンピテンスと一致している部分があります。われわれの専門職の部分を取ってきて、ここに当てはめているというところが多くあります。

HCPC では教育の基準というものも設定しています。どういうトレーニングが必要かという、基本的なパラメータが設定されています。これはすべての医療職にも当てはまるものです。例えばトレーニングをどういう形で組織立ったものにするのか、そして学習のアウトカムを明確にするといった内容が入っています。

もう一つ大事なものは、さまざまな行動の基準です。トレーニングを受けてスキルを身に付けたあと、どういう行動をとるのか、どうやって役割を果たすかという内容に関わります。これもすべての医療職に関わる一般的なものです。詳細には申し上げませんが、ここに書かれているのは、医療職の HCPC 登録を受ける人がすべて守らなければいけない基準です。これをきちんとできていなければ、最悪の場合は資格を剥奪され、登録抹消になります。例えば秘密保持であるとか、患者情報を適切に使うといった内容も入っています。専門職としての知識を常に新しいものにしておく。記録を正しくとる。身体的、あるいはメンタルヘルスの障害を持った場合には、それについての対応をまず自ら行う、あるいは誠実に行動するといったことも定義されています。

英国心理学会は専門職のモニタリングをやっていましたが、いまは HCPC がモニタリングをしています。ここに書いているのは、最初の数年間、登録されている臨床実践家に対するクレームがあったかという内容です。トレーニングを受ける人たちに、どういうクレームが来そうかと聞いたら、例えば患者さんとの間にロマンティックな関係が生まれる

とか、そうしたことをいう人もいました。これは境界を越えるといったものになるかと思いますが、それは全体から比べればそれほど大きな割合にはなっていません。クレームとして一番多かったのが、記録保持に関連するものでした。

これは昨年とったものですが、登録抹消となった人は、登録開始から 6 名です。そのうちの 3 名は記録保持が十分に行われていなかったという理由でした。2 人はクライアントとの適切な関係が構築できていなくて、不適切な関係。そして専門職としての能力、コンピテンスが理由で登録抹消になったのは 1 名だけでした。

HCPC の最後の領域としては、私たちが専門職としての開発を常に更新しているかどうかの確認にあります。2 年ごとに HCPC に対して再登録をするときに、無作為に 2% の心理士に対して監査をします。つまり、CPD を行っているかどうかということについての確認が、そこでなされます。

私は HCPC のために、いろいろな貢献をしてきました。そこでちょっとびっくりしたのは、私自身が「あなたは監査の対象となりました」という文書を受け取りました。これは、いかに無作為かということです。専門職としての継続的な発展をきちんとしているかどうかを示す情報を出してくださいといわれ、もちろんそれには従っています。幸いなことに、私は合格となりました。

以上、簡単にですが、英国における規制の現状をご紹介します。物事はずいぶん変わってきました。時間がたちステップごとに進み、またトレーニングの仕方も少しずつ変わってきています。日本では現状、いろいろな動きがあって、もちろんそういう状況とイギリスの状況には当然違いがあります。一般的に言いまして、医療という領域において、私たちは先を見越していくことが重要です。昨日もお話しましたが、例えば心理士のトレーニングをするときには、現状の要求に対応するだけでなく、将来の要求に、そして、彼女たちのキャリア全体の要求に対応してトレーニングが必要です。

研修を受ける人たちは、私たちのコースを来週終えて、新しいトレーニングが月曜日から始まります。残念ながらそのために、明日の朝、早く帰らなければいけないのですが、月曜日から新しいプログラムに新しい生徒さんがいらっしゃるので迎えることになっています。こうした研修を受ける人たちは、医療制度に今後 30 年、あるいはもっとずっととどまるわけですから、その人たちが身に付けなければならないスキルというのは、将来の要求に対応できていなければなりません。したがって、どういう需要が将来あるかを考えていくことが必要です。

エビデンスとして、いまの要求と過去の要求と、将来大きく変わるということも、よくいわれています。きのう、将来の話をしたときにいいましたが、世界経済フォーラムで2013年に行われた調査結果について言及しました。これはワークショップで、世界各地の医療のリーダーたちが集まって、医療の将来の需要がどうなるかを検討した議論でした。これは身体的疾患とメンタルヘルスの両方です。皆さんも関心があれば、ぜひこれを見ていただきたいと思いますが、興味深いアイデアが将来に目を向けた形で集められています。

これはその一つですが、どのような医療制度に対する需要が将来各国であるかを見たものです。現状と将来を見通しています。色の薄いところが2007年の状況、より黒いところが2040年の控えめな見積もり。そしてこちらの色が2040年の高めに見積もった場合です。各国で、どのくらい医療に対する支出が出るかというものを見通しています。例えば日本と英国は非常によく似ていることが分かります。予測については、ほぼ同一ともいえます。

したがって、医療のリーダーたちがいっているのは、医療支出が今後約25年で2倍になると考えられます。これは非常に大きな数字です。経済も25年で倍増すれば、それで問題ないわけですが、日本経済は英国経済とそれほど違わないわけで、世界各地、ほとんどの経済はこれほど大きく伸びない。したがって医療制度について、かなりの圧力が考えられます。課題は大きいわけで、医療制度への需要がどんどん伸びるということが一方にあって、そして疾患に対する負担もどんどん高まり、期待も増えます。同時に資源は制約されてきます。医療のコストも上がりますし、資源の不効率的な配分が問題です。ある方法で資源を使って、本当はもっと違ういい方法があるのに、ということがあったりします。さらに、いろいろな国で当てはまることですし、医療制度、保険であってもあるいは公的なものであっても、課題は同じです。

精神衛生においては、大きな挑戦ということがあります。つまり、実際にこのような医療を受けている人と、そして必要としている人との間にギャップがあるということです。フィジカルヘルスケア、身体的なヘルスケアは、がんの治療などもそうですが、ほとんどの人がもう実際に医療を受けているわけです。その制度を知っている。しかし、精神的なものというのは、ほんの数%の人たちがそのような制度を知っているにすぎないということで、まだまだ治療を受けている人の割合が低いということです。大きなギャップがあるというのは、そういう意味です。全体から見て、実際に治療を受けている人は、まだまだ少ないということがいえます。

どのような規模でそのギャップがあるのかということですが、疫学的な調査を行うことがあります。一般的な精神病あるいは精神疾患というものが、いったいどの程度診られているのかということで、ご存じだと思いますが最大のサーベイがアメリカで行われました。このたくさんの母集団の人たちのうち、過去 12 カ月において精神衛生の問題があるという人たちの 30%しかこの診断基準に合っていないということを示しています。これは非常に多くの人たちです。これを、実際に治療を受けている人たちの数と比べてみますと、UK においては 1/4 の人たちだけが、一般的な精神衛生の問題があって治療を受けている。つまり治療を受けているのは、たった 24%ということです。この中で何らかの治療を受けている人たちというのは、実際に臨床心理士によってのインプットがあるのは、ほんのわずかであるということがいえます。

日本ではこのようなギャップというのは、どういうことかということで、このような情報については皆さま方もお持ちかもしれません。このようなギャップを比較してみるということは、興味深いことかと思えます。日本でも精神疾患の罹病率に関してということで、大規模な調査が行われております。現在、これが発表されています。こちらを見てみますと、かなりの差が見えています。日本においても、いろいろな精神疾患がありますが、このような状況になっているということです。たとえば不安障害であるとか気分障害。アメリカ、フランス、オランダ、日本と見てみますと、他の国々に比べて日本はかなり低いという状況になっています。同じデータを年齢群で見ると、18~34 歳の若い人たちが、障害のある機会が大きいということが分かります。これはオッズ比を示しています。65 歳以上と比べると、65 歳を 1 とすると、相対的にどれくらいの機会あるいは可能性があるのかということで、これは日本だけに限ったことではありません。

若い人たちというのは、可能性として、精神疾患の問題というのは高齢者よりも罹患する機会が多いといえます。二つ可能性が考えられます。一つは若いということで、非常にストレスがかかる。そしてだんだんと年をとるに従ってストレスは低くなる。それほど疾患は多くならないということがいえます。もう一つの解釈というのは、コホート効果 (cohort effect) というものです。若い人たち、このような世代というのは、この問題に対して非常に脆弱である。そして 65 歳以上になると、もちろん脆弱であることは変わりませんが、その率は下がってくるということがいえます。これを見てみると、若い人たちというのは、だんだんと大きくなるに従い、メンタルヘルスの問題も維持されていくのではないか。それも続けてあるのではないかという可能性も考えられます。

現在の割合を見ています。日本において罹患率は 7.6%になっています。これは 970 万人に相当します。ここでも実際に何らかの治療を受けているかというのを見ております。どのような治療に関しても、その治療の率が少ないということがいえます。だいたい 80%未満くらいです。ほんのわずか、心理的な治療を受けている人は、さらに少ないということがいえます。

これは時間がなくなってきたので、進めていきます。

これは精神科の病床数です。皮肉なことに日本の病床数は他の国々と比べて非常に高くなっています。これは 10 万人の母集団に対しての、精神科の病床数の日本のレベルです。少なくともはなっているかもしれませんが、平均的に見て OECD と比べて高くなっています。

こちらは簡単にですが、皆さま方もよくご存じだと思います。一つの問題として、メンタルヘルスの問題である罹患率。その人たちの問題だけではなくて、経済的にもどのようなインパクトがあるかということに言及しなければなりません。このような調査は日本でも行われております。コストを見る。経済的なコストがどのくらいかかっているかということで、感情的に関わるコスト。これは数年前に行われました。これは不安障害に関して、どれくらいのコストがかかるかということを示しています。年間 2 兆 4000 億円となっています。ほんの少しだけが、これはヘルスケアのコスト。医療費というのはほんの 2%です。ほとんどのコストというのは、失業であるとか、失業のみならず、例えば時間に踊らされて、あまり生産的でない常習欠勤であるとか、居残ってもあまり仕事をしないといった状況になっています。

このような経済的なコストが非常に大きな問題になっています。英国においても、できるだけ心理療法を増やすという方向に向かっています。

こちらのほうですが、精神的な健康管理ということを考えて、治療のギャップがあるということで、このようなシナリオが考えられます。

資源が限られているということで、ちょっとスピードアップさせていただきます。

われわれのフォーカスというのは、ヘルスケアの価値、患者さんに対してのサービスを最大限にしようというものです。限られたコストで、どのような最大限の治療を提供することができるかというものです。心理療法において、いったいどのような効果があるかということで、両方に関しての文献が出ています。これは 1900 年から 2015 年くらいまでを示しています。

ご覧のように、多くのエビデンスが増加していることが分かります。この心理療法が有

効であるということを示しています。しかし、このエビデンスだけでは十分ではありません。私どもは、やはりそれを実際に、制度の中に取り込まなければなりません。実際に効果的な医療を提供できるようにしなければなりません。

英国において、われわれのシステムは劇的に変わりました。いくつかの事実、そのようなものに貢献したものについて、お話ししたいと思います。最初のものですが、政府は国立臨床評価機構（National Institute for Health and Clinical Excellence、NICE）を創設しました。いろいろなヘルスケアに対して行っています。がんの治療やすべての医療ですが、NICE あるいは国立臨床評価機構と呼ばれているものを創設しました。

いろいろなことをやってきましたが、その中の最もすばらしいこととしては、大きな機会であるということで、先ほども申し上げましたが、地元の心理士でサポートしようということでガイドラインを作りました。これは National Collaborating Centre for Mental Health、精神衛生の共同センターというものをつくっています。ここで著しいのは NICE の作業ですが、いくつかのメンタルヘルスケアに関するガイドラインも作りました。

これは最初の 24 のガイドラインです。2002 年からスタートした、NICE が作成したものです。このような携帯電話でアクセスできます。ガイドラインの最初のところは統合失調症に関して。その次は感染管理になっています。したがって、メンタルヘルスというのは、これを見ていただいても、非常にたくさんあるということが分かります。それから主なガイドラインには、不安に関して、あるいはうつに関してもあります。

これがあっても、システムを変えることには十分ではありませんでした。不安、うつがあっても、そして心理療法が必要である。それをファーストラインの治療としてやらなければいけないと推奨しているのですが、これでも変更を刺激するには十分ではありませんでした。そこで、次のものができました。

David Clark は臨床心理学者で研究者でした。いまはオックスフォード大学で教鞭をとっていらっしゃいます。たまたま非常に有名な経済学者のリチャード・レイヤード教授と会う機会を得ました。二人で一緒にレポートを作成しました。保健と経済的なベネフィットに関して、心理療法をすることによって、どのようにベネフィットがあるかということ、効果的な心理治療をすることによって、困難あるいは問題を軽減するだけでなく、メンタルヘルスの問題で経済が失われたということを取り戻すことができる。非常に有効であるという話をしました。そしてこの論議を政府に報告しました。その結果、Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) と呼ばれるプログラムができました。

いくつかの主な特徴です。この 6 年間でいろいろ出来上がったものですが、その特徴としては、以下のようなものがあります。一つには、段階ごとのケアモデルとなっています。患者さんがこのシステムに入ると IAPT のサービスに入ります。まず、Low Intensity のセラピー。グループの治療をまず受けます。疾患によっては、Low Intensity Therapy というのが適応でない場合があります。例えば非常に重篤なものに関しては、Low Intensity グループの治療というのは適応でない。Low Intensity の治療というのは、自助であり、グループベースの介入である。一対一の心理的治療ではないものを、Low Intensity と呼んでいます。詳細は申しあげませんが、考え方としては Low Intensity の治療からやります。そしてそれが有効でなければ、High Intensity のほう、一対一の心理療法のほうにいきます。段階ごとに行くというものです。それが有効でない場合は、もう一つ次のステップに行きます。より集学的な介入、あるいは入院というところに入っていきます。

もう一つの側面として、Stepped Care モデルと関わっていますが、スキルミクスということがあります。いろいろなレベルの人たち、いろいろなトレーニングを受けた人たちが入ってくるということです。IAPT には特定の心理アプローチを勉強した人たちも入ってきます。そして、最初のトレーニングの波というのは、認知行動療法の治療ということで、CBT が特に入ってきています。それからもう一つ別のエビデンス・ベースドのアプローチがあります。これは精神的、あるいは systemic なアプローチ、あるいは心理、分析的なアプローチなどをとります。それからもう一つ、簡単な標準化したモニタリング、アウトカムをモニタリングするということを、各セッションごとに行います。たとえば不安、それから PHQ (Patient Health Questionnaire) ですが、気分の問題ということで、日本語にまだ翻訳されていませんが、ご存じかと思います。こういう測定方法があります。

標準化されたこのような測定方法、あるいはアウトカムを使うことには、いくつかの懸念事項があると思います。例えば、これが本当に患者さんの状態を反映しているのか。同じような懸念は UK でもあります。しかし、いまのところ非常に標準的な測定方法を使うことによって、そして大きなスケールでアウトカムを測定するということで、ベネフィットもあります。明らかに、もちろんすべてのものを捉えるということではできません。

アクセスしやすさというところも改善しています。かかりつけ医を介さずに、自ら直接受診をする。ある特定の心理療法を受けたいということであれば、ウェブサイトから詳細を入力し、予約を取ることができます。この点ですが、もともと私たちはこのとき、たく

さんの人が来るのではないかと、重症でもない人が自ら受診に来るのではないかとということで、少し懸念がありました。適切な人だけが直接受診するわけではないのではないかとという懸念があったわけです。しかし実際は、まったくそうではありませんでした。自ら受診する人というのは、それぞれ多くの症状を抱える人でした。しかし興味深いことに、回復率が高かったんです。こういう人たちのほうが、より高い回復率を示しました。非常に興味深い観察結果といえます。

時間が限られておりますので、すべてをお話しできませんが、ここに書いているのはプログラムのもう一つの特徴で、効果があった内容です。現在、こうした有病率の調査結果からデータがあって、どのくらいの人が IAPT のサービスを使っているかが分かります。人口のどのような割合の人を対象にしているかが、結果として分かるわけです。そしてそれぞれのアウトカムに注目することによって、回復率を見ることができます。そのデータは地域ごとに公表されています。ウェブサイトを見ていただければ全部載っています。

これは少しごちゃごちゃしていますが、こちらのほうをご覧ください。基本的にはこの地区です。グロスターと書いてありますが、これはパーセンテージで実際にうつがあるというものです。このような、サービスにアクセスできる。ここが 20%となっています。ですから、それほど大きなものではありませんが、20%が不安あるいはうつがあるサービスを提供を受ける。ダークブルーになっているこの地域においては 12%となっています。また、下のほうではアウトカムも見ることができます。いったい何%の人が、信頼できる改善を見ているかということで、こちらのライトブルーですが、高いですね。この地区においては 75%の人がサービスに入って改善を見えています。このような場合ですが、それほどよくない。これはだいたい 50%ということですが、でも、50%が信頼性の高い改善を見ているということで、これは RCT と非常によく似た結果を得ています。現在、これは非常に有効であるということで、このようなデータを公的に見ることができます。非常に有効なものです。いったいどのようなものがうまくいっているのか、最もいい方法は何かということが分かるようになっていきます。

まとめです。プログラムですが、最初の 4 年間、100 万人の人が治療を受けています。回復率は 45%ということで、これは臨床試験で見られる数字と非常に類似しています。

まとめですが、臨床心理職の英国における成功ですが、われわれはいろいろな能力を開発してきました。また、この保健サービスの制度も変えてきました。健康に対する支払い増加も寄与しているということがいえると思います。また、新しい挑戦課題、日本にお

いても英国においてもそうですが、われわれは新しいシステムを考えなければなりません。価値を最大限にするには、どのようにしたらいいかということを考える必要があります。

臨床心理職は、このような課題に対応するのに非常にいい職業だということがいえます。先ほどいいましたように、保険制度に関しては脅威になるかもしれませんが、しかしながらこのようなチャレンジですが、外を向きながら、そしてまたわれわれが置かれている医療制度というものに非常に積極的に関わるということ。そして、われわれが見ている母集団の必要性にフォーカスを当てるということに対して、非常にいい職業だということがいえます。

最後のあたりは、非常に大急ぎでご説明しましたが、どうもご清聴ありがとうございました。質問をお受けする時間は、今はないと思っております。あとでまたディスカッションに参加させていただきます。

司会（金沢） Murphy 先生、ありがとうございました。イギリスでの状況について、いろいろ教えていただいたと思います。私なりに、簡単にまとめをさせていただきたいと思います。

イギリスでは 2009 年に、われわれの名前でいえば名称独占の資格ができ、教育課程を修了するに当たって、さまざまな具体的な基準が定められており、その資格を取得する上でも基準が具体的に細かく定められていまして、それを継続研修という形で満たすということを求められています。そして、ヘルスケア全体でのいろいろな問題について、どうしてもその問題を抱えた人に対して提供できるサービス、これはどうしても少なくなってきましたので、それをどう改善するかということで、メンタルヘルスの問題に関わる経済的なコスト、これをデータとして明確に示す。それが臨床心理学サービスの増加にぜひ貢献してきたというお話もありました。そして、最終的に臨床心理の立場から、ヘルスケアのシステムをどう変えていくか、アクセスをどう改善していくか、そして、メンタルヘルスのギャップをどう改善していくかということに対して、データを提示しながら科学者、実践家モデルを実践してきたというところが、大変印象的なお話であったと思います。

司会（金沢） それでは、Murphy 先生のお話を受けまして、日本ではこれからどんな課題があるだろうかということで、第 2 部、シンポジウムとして、『日本の医療・保健領域の臨床心理職の発展に向けての課題』のほうに移らせていただきたいと思います。最初に東京大学の下山晴彦先生に指定討論をいただき、次に早稲田大学の鈴木伸一先生に指定討論、話題提供をいただいて、その後、フロアの皆さまとディスカッションができればと思っています。

まずは下山晴彦先生、お願いいたします。

下山 たぶん今の Murphy 先生の発表に驚いて、パソコンがフリーズしてしまいました（笑）。この画面が消えないので、ちょっとお待ちください。今、エンジニアの方も見てくださっているのですが、やはり日本と行われていることが違うので……。

それでは、私の発表をさせていただきます。Murphy 先生の発表を受けて、私のほうでは、『日本の医療・保健領域の臨床心理職の発展に向けての課題』ということで考えてみたいと思います。

今、金沢先生におまとめいただいたように、イギリスの臨床心理職がこの 20 年で大きく発展を遂げていることは、皆さまもご理解いただけたと思います。当初は、それほど大きな専門職としてのパワーを持っていなかったということですが、この 15 年、大きく変化をしました。いまのお話ですと、社会のニーズに応じて臨床心理学が変化し、そしてこの臨床心理学が今度は逆に社会に対して大きなメンタルヘルスのシステムの変更といえますか改善を提案し、そして社会全体がメンタルヘルスの改善に向けて動き出しているというのがイギリスの状況だと思っています。

それに関しては、日本でも、どういう方向でいくかは分かりませんが、少なくともメンタルヘルスの問題は非常に大きいわけで、社会のニーズに応じていかなければいけないというところが、われわれの課題だと思っています。それについて、お話をさせていただこうと思います。

ご存じのように、公認心理師法が成立しました。まだ、できたてはやほやの、ベビーの状態ですが、これからどう育つか、あるいは育てるのかということが、われわれの課題だと思っています。悲願が実って国家資格ができた。それによって心理職の専門性が向上できると期待をする。たぶん皆さん、そう思っておられるのではないかと思います。しかしこれは本末転倒ではないか。できたからといって、何かが天から降ってくるわけではないと思います。むしろ、専門性を向上し、社会的評価が得られて、そして国家資格となってい

くということが本来の在り方です。しかし私の見る限り、日本の臨床心理やメンタルヘルスの活動が、そんなに発展しているとは思わない。社会的評価がひどく高いとは思いません。しかし、国家資格が得られました。

これはどういうことかということ、日本の社会というのは、豊かな消費社会ではありますが、さまざまな心の問題を持っている。先ほど、Murphy 先生も数字を挙げて日本の状況をお話しになりましたが、かなり深刻であろうと思います。ここにありますように、先ほどお話に出ましたように、うつの経済損失は 2.7 兆円ぐらいありますし、それ以上のことがあると思います。それから日本独特のひきこもりが、15 歳から 34 歳では 60 万人を超えているというような状態。うつの患者さんも 100 万人を超えて、しかもそのうち来談をされているのは 1/4 くらいであって、潜在的にはもっといます。自殺者も少し減りましたが、14 年連続で 3 万人を超えていました。子どものうつ、いじめ。いじめは大変な状況にあるわけです。不登校も相変わらず高い。

こういう状況の中で、単にこれは個人の問題ではない。社会的な問題になっています。この社会的な問題を何とかしなければというので、専門的心理支援サービスが必要とされてきて、国家資格になったということだろうと思います。臨床心理が発展したから認められたということではないと思います。今は、そういう状況にあるのだろうと思います。

そういう意味では、これからの課題というのは、社会の中で役立つ専門活動をどう作っていくかということが重要になります。ここに書きましたように、実践活動だけではなくて研究活動、専門活動をさらに高めて貢献する。これは臨床心理学の狭い世界でやることではなくて、今、まさにイギリスがそのように進んでいるように、社会システムの中に活動を組み込み、そして最後に Murphy 先生が強調されていたように、市民が利用しやすい体制を整えるという専門活動が必要になってきます。

日本はこれが非常に弱いと思います。それから、上の専門活動も弱いですが、研究活動も非常に弱いと思います。最後に、金沢先生がまとめられた **Scientist-Practitioner Model** というモデルがありますが、日本ではほとんど機能していないのではないかと思います。

そういう問題を抱えている中で、果たしてわれわれは、どういう専門職として発展をするのかということが大きな課題であろうと。国家資格ができたからと喜んでいる場合ではないと思います。いかにして市民の方が有効性を享受できるシステムをつくっていくのか。あるいはそういう実力をわれわれが付けていくのかということが、重要であろうと思いま

す。

各領域では、どんどん多職種のチーム支援が進んでいます。イギリスではまさに、それの中で動いているということです。biopsychosocial といわれる、生物心理社会モデルの中で、心理士職もその役割を担い、心理部門だけでなく社会的なところ、それから生物的なところにも関わっていく必要が出てくるだろうと。それを通して、問題行動、病や障害をどのように問題解決に向けていくのかということを考えていかなければいけません。

実際、厚生労働省のホームページを見ますと、このようなものが明確に出ております。もう既に、医療・保健領域ではチーム医療ということが最低の条件になってきている。これはもうほかでも、スクールカウンセリングでもそうでしょうし、福祉でもそうでしょうし、産業領域でもそうであろうと。こういう社会システムの中で、われわれの活動をどう発展させるのか、あるいは位置付けるのかということが、いま、大きなテーマになっています。

そう考えると、われわれはどんな心理職を目指したらいいのかということ、あらためて考えなければなりません。この中には学生さんもいらっしゃると思いますが、実は日本では心理職の迷い道というのがあると思います。専門職の制度が整備されている国。これは、世界的に見るならば英米圏の国だと思えますが、そこでは臨床心理学、カウンセリング、心理療法というのが明確に分かれていて、この三つの区別が明確にされています。いま、Murphy 先生がお話しされたのは、臨床心理学の話であって、カウンセリングとか心理療法とは基本的に違う話であったと思います。どこの専門を学ぶのかということは、学生は大学院に入るときに決めるわけです。臨床心理学をやるのか、カウンセリングをやるのかでは、全然学部も違ってきますし、その後のキャリアが違って来る。心理療法をプロパーでやるなら、また違う道があるわけで、こういう中で専門性を高めて、臨床心理学がリーダーシップを取っているわけです。

ところが日本の場合には、どうもこれがはっきりしない。日本ではカウンセリング、心理療法、臨床心理学の区別が非常に不明確であって、学生が混乱しています。この学会も心理臨床学会ですが、カウンセリングと心理療法が重なっていて、さまざまな学派の寄合所帯でもあるわけです。ですから学生がよく嘆くのは、大学院に入っても、大学院にいるいろんな先生がいるけれども先生ごとにいうことが違うというような。ほかの先生のいうことを聞くなという話をする大学院もあるみたいです。それだと学生にとって、いったい何を目指したらいいのかということ自体が、もう混乱をしてしまうという。そういう状況に

あるというのが実際だろうと思います。

カウンセリング、心理療法、臨床心理学、これは細かく、私がいま申し上げることではないと思いますが、このように定義が違ってしますので、ここはぜひわれわれも意識しないといけない。いま **Murphy** 先生がいわれたのは、この臨床心理学というところでお話をされているということを知らないと、話が非常に混乱してしまうといえますか、われわれが十分理解できないということがあると思います。

表面だけの話で、ああ、イギリスはすばらしいな、こんなふうな社会組織の中に入っているんだなということを知ることはいいと思いますが、それがなぜ起きたのかという背景の臨床心理学のモデルということも分からないと、なぜ社会と連携してできたのかということが見えてこないと思います。ですからきょうは、表面的なものだけではなくて、その背景にある活動のモデルというようなことを、私のほうでかいつまんでお話ししたいと思います。

臨床心理学の定義ですが、アメリカの心理学会では、科学、理論、実践を統合して、人間行動の適応調整や人格成長を促進するとともに、不適応、障害、苦悩の成り立ちを研究し、問題を予測し、そして問題を軽減、解消することを目指す学問である。このように定義されているわけです。ここで重要なのは、この最初にもあるように、科学というところ。科学性というのが重要になってくる。人間行動がどのように維持発展されているかについての、科学的探究と実践性です。苦悩を生み出す状況を改善し、問題解決、臨床実践に関わるという、この研究の部分、リサーチの部分、科学性の部分と実践が上手にかみ合っている。科学者実践者モデルということが、この欧米の臨床心理学の基本的なベースになっています。これが非常に重要なわけで、今日、**Murphy** 先生にとっては当然のことなので、あまり強調されていなかったかと思いますが。昨日のコンピテンシーの話です。技能の話のときには、かなりお話しされていましたが、このような研究が、実はとても重要になってくるということを確認していきたいと思います。

今の日本の状況といえますのは、どちらかというと、心理療法の考え方がリーダーシップを取って、多くの方はカウンセリングをしているという状況。スクールカウンセリングというのもそうですね、という状況です。

実際、先ほどのアメリカの臨床心理学という定義に当てはまる臨床実践をしている方は非常に少ないのではないかと。そういう意味では非常に皮肉なことですが、日本には臨床心理学がないともいえます。それはイギリスやアメリカでいうような意味での、臨床心理

学であるわけです。日本の心理学の現状ですが、1980年代以降は、どちらかという**Psychodynamics**な、心理力動学派が大きな比重を占めていると思います。

個人心理療法が、心理臨床学の理想モデルになっているだろうと思います。最近は変わってきたかと思いますが、つい数年前までは、この学会でも事例検討というのと個人心理療法がほとんどを占めていたのではないかと思います。心理療法というのはモデルではありませんが、実際にやっているのはカウンセラーとして総合的な援助活動を行っているというのが実態ではないかと思います。おそらくイギリスやアメリカでいう、臨床心理学がほとんど機能していないのが日本の状況だろうと思います。

日本の中でも、ずいぶん変化はしてきていると思います。しかし、いわゆる欧米の臨床心理学に比べて、日本の場合はアセスメントが軽視されていると思いますし、研究活動が非常に軽視されていると思います。それから学問としての発展過程というものが十分進んでいないと思いますし、基礎的な訓練システムも十分ではありません。そういう意味では、実は問題が山積みであるというのが、日本の臨床心理学の現状であろうと思います。

こう考えたときに、これからの臨床心理学、特に日本はどうなっていったらいいかということですね。今日の **Murphy** 先生のお話のような形で、社会のニーズに合わせて、われわれが発展していくためには、ここまで発展してきた日本の心理臨床学にプラスするならば、こういうところが必要だろうということです。

学派の理論。何々学派というセクショナリズムから、まず社会への説明責任ということを第一に重視する。利用者に役立つ根拠、エビデンスをしっかりと示すことが重要になってくると思います。そのためには、研究をしっかりとしておく。効果研究の結果による学問や活動の再構築をしていく。つまり、私は何々学派ですというよりも、この問題には何が役に立つのかということをしつかりと研究し、それを使っていかなければいけない。これは先ほど実践の有効性ということで、**Murphy** 先生がそれぞれの地域の有効率を出されていましたが、そのようにしっかりと **evaluation**、評価をして、いったいどれだけ役に立っていくのかということを見ていかないと、これはしっかりと説明責任を果たしていないということですね。そのためには、エビデンス・ベースド・アプローチをしっかりと、本当に役に立っているかの証拠を示していくという、そういう科学者実践モデルというのが非常に重要になってくるだろうと思います。

特にこれから、国家資格になってきた場合には、税金を使うということになれば、しっかりと根拠を示すことが、われわれの倫理にもなってくると思います。われわれがそ

れを出さないならば、ほかの専門職がその活動をしていくことになるというのは当然のことです。国家資格になったからよかったということでは、まったくないと思います。われわれは、むしろ責任を問われることになるということです。ですから、本当に役立つ方法を提供できているのかというところでいいますと、エビデンス・ベースド・アプローチはどうしても取り入れなければいけない。有効な実践を評価する研究の充実ということが必要なわけです。私たちが、いいことをやっているよといっても、それを社会は認めるわけにはいかないのです、身内の褒め合いをしてもしょうがないという話です。

それからもう一つは、社会の中で役立つ方法を提供していかなければならない。今日の **Murphy** 先生のお話の全体を通してありましたのは、社会の中で、どのように活動を位置付けていくかというのが徹底的に考えられていたと思います。最後の **IAPT** はまさに、いかにアクセスしやすいかということを考えていくということ。コミュニティ・アプローチが重要になってくる。実践を社会に位置付ける専門性の充実ということです。

日本の現在のモデルといいますか、実は資格認定協会などがいっている、よく試験に出る臨床アセスメント、臨床心理面接、臨床心理的援助、地域援助、調査研究というのが 4 本柱とっていますが、実は日本の場合は 4 本柱がばらばらで、どうつながっているの。たぶん、認定協会としてもあまり説明できないのではないかと思います。それはなぜかといいますと、基本的に日本の心理臨床学のベースになっているのは、やはりフロイトもそうですし、ユングもそうでした。 **Private Practice** のモデルが中心になっていて、 **Intrapsychic** なサイコセラピーモデルですね。内観心理療法。これは非常に有効な場合もありますが、19 世紀を中心に発展して、20 世紀の最初だったわけで、それが、われわれが今大学院で教えているトレーニングのシステムのベースになっています。部屋の中で一生懸命面接をする。そういうモデルです。

結局のところ、現場に行ってそれは役に立たないよということを大学院で教えているのが現実ではないか。この中で現場の方もいると思いますが、大学院でちゃんと教えてくれよということを思っている方が大勢いらっしゃるのではないかと思います。このような乖離が起きてしまっている。これが日本の現状だろうと思います。

これからどうしていかなければいけないかといいますと、基本的にはやはりコミュニティの中で、どう活動を展開するか。さらにいえば、イギリスの話で、きのう詳しくやりましたが、イギリスではコミュニティの中で訓練を受けます。大学院でも週 3 日とか、あるいは 4 日とかは、 **placement** と呼ばれる現場で活動をして、その臨床心理士に教育

を受ける。大学院では理論を教えたり、研究を教えたりするというような形で、現場と大学院が協力をして育てる。そして現場で働ける人を育てるということになっていますから、まずコミュニティ・アプローチをしっかりと取らなければいけないと思います。

そしてその成果をしっかりと評価する。能力を育てていくという意味では、エビデンス・ベースド・アプローチ。少なくとも研究が得意でない方、私も統計が得意ではないのですが、そういう人はしっかりとした研究が必要である、エビデンスが必要であるという認識を持って、支援をしていくことが必要だと思います。そのもとにアセスメントをし、しっかりとした介入をしていく。役立つ介入をしていく。この問題にはこういうものが役立つから、このアセスメントをし、この介入をしていくということが必要です。それを支えるのが、ケース・フォーミュレーション (Case Formulation) というもので、こういう問題にはおそらくこういう考え方が有効であるということが分かってきていますので、それを使ってアセスメントや介入を適切に行っていくということが必要になる。イギリスはこれがかなり進んでいるわけで、日本でも考えていかなければいけないということです。

このような形で、やはり専門職心理学というものをこれから作っていくことにもなると思います。心理職ですから、こんな形でしっかりと心理学をベースにした専門職心理学というものを、今後作っていくことが必要になるだろうと思います。

以上、少し時間が押してしまいましたので、早めにお話をさせていただきました。こんなことを、Murphy 先生のお話を聞きながら考えたということでもあります。以上です。

司会 (金沢) 下山先生、ありがとうございます。現在、公認心理師法案が可決成立をしましたが、本来専門性が確立されるということが、先になければならないというお話でスタートされて、現代の日本がさまざまな心の問題の課題を抱えていると。それに対して日本では、科学者実践家モデルに根付く臨床心理学というものがまだ構築、確立されていないのではないかという問題を提起されて、たとえばアセスメントや研究が軽視されている。あるいは基礎的なトレーニングがまだ不十分であるといった問題を指摘されて、そしてわれわれは今後、学派的な視点ではなく、社会に対する説明責任をきちんと果たしていく。

そのためには、効果研究の結果を蓄積していったって、そして学問を再構築し、そこにエビデンス・ベースド・アプローチを重視する、そういった臨床心理学の確立と、一方ではまた社会で役立つ方法を提示するという視点から、コミュニティ・アプローチ、これも重視すべきである。そしてその両者を、研究、アセスメント、介入という視点で統合していく。

ケース・フォーミュレーションはそのために大変有益であるというお話をされました。そして専門職心理学をこれからきちんと作っていく必要があるということ、下山先生はご指摘いただいているというふうに思います。ありがとうございました。

続きまして、早稲田大学の鈴木伸一先生に話題提供をお願いしたいと思います。

鈴木 よろしくお願ひします。早稲田大学の鈴木です。

先ほどから公認心理師の話が出ていますが、国家資格になったからといって、われわれの臨床が 180 度変わるわけではないのですが、明らかに社会の目は変わるであろうことが予想できます。つまり、われわれの仕事自体が変わるというよりは、われわれが仕事をするに当たって、社会からどう見られているのかということ、これを常に意識していかなければいけない時代が来るのだと思っています。そういった意味で今日はパラダイムシフトという言葉がキーワードに、少し問題提起させていただければと思います。

Murphy 先生のお話の中で、日本がこれから取り組むべき課題としていろいろな視点があったと思います。一つはやはり、われわれの社会的な位置付けをどのように高めていくとか、あるいは教育の問題、それから職域ですね。やはり働き場が増え、かつそれが充実しなければ、われわれの仕事も充実しませんので。それから何よりも大事なものは、われわれの仕事自体がどれだけ高いクオリティを維持しながら発展していけるのか。それが社会のいわば制度なり、社会的な評価の中で、きちんと認められるものとなっていくのかということ。ここらへんが、今日の大事なポイントなのではないかと思っています。

このようなことを考えると、われわれは、やはりイギリスは恵まれているとか、日本はそこまではいけないだろうとか、どうしても法制度の問題や、あるいは政策の問題といったところで、考えがフリーズしてしまうことが多いわけです。しかしこれを、よくよく考えてみると、それはわれわれの日々の臨床の意識、あるいは業務の進め方と表裏の関係であるということです。先ほど下山先生もおっしゃっていましたが、例えば政策あるいは法制度がいかに整っていったとしても、先ほども申しましたように、われわれの仕事自体が社会から見て、「何だ、心理師さんって国家資格になったけど、大して役に立たないじゃないの」という評価になれば、制度が整ったことが意味のないことになってしまいます。逆にイギリスのような恵まれた制度に今後充実させていくには、われわれの日々の臨床や意識の持ち方が成熟してこないといけないということになります。ですから政策のところ、フリーズせずに、われわれは積極的に日々の臨床のことを考えていくべきだと思います。そういった意味で、今日はこちらの話を中心に進めさせていただければと思います。

あらためて、パラダイムシフトですが、これは字面を読めば、それまで自分が常識と考  
えていた認識や価値観といったようなものが、大きく変革をもたらされる、劇的に変化す  
ることを言っているわけです。だからここは、やはり大きな転機を迎えているわけですか  
ら、われわれの中で「変わるんだ」「変えていくんだ」という、心の中に転換期という意  
識を強く持つことが大事だろうという気がします。では、どんなパラダイムシフトが必要  
なのか。まず一つ目は、「たこつぼ」と書きましたが、いわゆる自分の専門の中に閉じた  
仕事の仕方から、本当の意味での共働ですよね。共に働く連携の在り方というものを、積  
極的に考えていかなければいけないのではないかと思うわけです。

ややもすると、心理臨床はいわゆる専門的な仕事を専門家がしっかりやっていく。つま  
り、個別の技量の役割分担の中で、自分の専門性を発揮するというような意識が、どちら  
かといえば高かったように思います。ただ、特に今日の話は保健・医療領域ですので、  
チーム医療という観点からすると、やはりサッカーのイメージでしょうか。つまり、それ  
ぞれみんな技量を持ったスペシャリストなんだけれども、攻撃するときもあれば守るとき  
もある。あるいは自分は右のポジションにいるけれども、ボールの動きによっては真ん中  
に出ることもある。そのような、まさに技量を生かしながらも、一つの目標に向かってみ  
んなで補完しながら仕事を進めていくというようなことが必要だと思います。

それはなぜかといえば、いわゆるそれぞれの専門家がそれぞれの自分の専門性のところ  
に目を向けるというような考え方は、一見、合理的で、役割分担としては機能しそうなわ  
けです。しかし実は、自分の専門性に閉じるというのはどういうことかということ、要は  
「餅は餅屋」という発想が起りやすいですよね。だから何となく、そこに壁や遠慮が生  
じやすい。つまり、例えば医療・保健領域でいえば、「いやあ、体のことだからわれわれ  
が口を出すのもね。主治医の先生にそこまでいうのは行きすぎかもね」というようなこと  
が、日常よく起こるわけです。でも一方で、医療・保健領域でずっと仕事をしていると、  
たとえばドクターやナースから、「心理士さんとチームの中でコミュニケーションをとる  
のって、なかなか難しいですよ」というふうに素朴にいわれることが、たくさんありま  
す。もしかすると、心理の側に壁をつくってしまって、周りのコメディカルは、もっとも  
っと自分の領域に入ってきてよということを求めているのかもしれない。だからそれを、  
こうした一つの問題をみんなで見えていく。もちろんそこには、それぞれの専門家としての  
視点というものはあるわけですが、そこには問題の区切れ目はないのだというような、こん  
なコラボレーションを考えていくことが、やはり本当に周囲のいろいろな人たちから求め

られる心理士の力の発揮の仕方なのかなと思っているわけです。

それから二つ目は、内輪に閉じない社会の目です。例えば今回のこの国家資格に関して、いろいろな心理の学会で喧々諤々やられたわけです。もちろん、それぞれの心理の世界の中では、これが大事だとか、これが大問題だとかといわれていたわけで、もちろん私もその認識はありますが、そういったようなことが、社会の目、あるいはヘルスサービス全体から見たときにどう見えていたのかというようなことは、あまり議論されてこなかったと思うわけです。きょうの Murphy 先生のお話の中でも、あれだけ制度が整っていくプロセスの中で、あるいはそれが整ったいまの現実の中で、どれだけ心理の活動が社会全体の目にさらされているか、あるいは国や制度という、心理の中に閉じない、いわば非常にパブリックな視点の中にさらされているかということがよく分かると思います。

だからやはり、先ほどのパラダイムシフトの話ですが、われわれはここで大きく価値観や意識の転換を図って、こういった全体の中での心理というものがどうなのかということ価値観の中心に置けるような専門家になっていければいいなど、素朴に思っております。

それから三つ目は、結果にこだわるというところです。誤解を恐れずにいえば、やはり心理臨床はサービス業ですので、クライアントのニーズに応じてなんぼの仕事になります。そういった意味で、ここをより意識する時代が来たと思っています。私は認知行動療法を専門にしていますので、このエビデンス・ベースドということ、どちらかといえばアピールする側にいるわけです。

実はこのエビデンス・ベースドの言葉には危うさがあるというふうに、自己批判的な目で見ればそう思います。それはどういうことかということ、いわばいろいろな RCT をはじめ、効果検証によって、こういう技法、こういうプログラムが有効ですよ。それに従って臨床をやりたいというムーブメントそのものは、いいことだと思います。しかし、それを使えば本当にエビデンス・ベースドなのかということに対する問いが少ない。

つまり、それを参考にしてあるセラピストがある治療法をやりました。では、その治療のエビデンスはどうなんですか。つまりこれを使ったところでエビデンス・ベースドが達成されているように、みんな勘違いしているわけですが、自分のセラピーがこれだけの効果を挙げられるようなセラピーになっているかということが、やはり最終的に大事なところですので、自分のセラピーに対する効果評価というところを、本当にしっかりしていないといけないというのは、もちろん自分のことも含めて、すごく強く思っています。だからそういう意味では、このエビデンス・ベースドという概念も、日本においては、よ

り成熟していかないと、今のままではとても中途半端だと思います。

なぜこういうことをいうかというところ、先ほど下山先生のお話の中にもありましたが、国家資格になる、イコール、少なくとも医療・保健領域においては、医療・保険制度の範疇の中に入る仕事ということに位置付けられるわけです。とすれば、薬物の効果も含めて、もうすべてやはりそういうものは質保証の問題、それから効果の立証責任の問題がつきまとうわけですので、この価値観を素通りしては、われわれ、少なくとも医療・保健領域の中では仕事ができないということになりますので、とても大事なことだと思います。

さて、そのようなパラダイムシフトを念頭に置いたときに、われわれはどんなふうに分たちの仕事をより高めていかなければいけないのかというところをお話しできればと思います。まず、クライアントの問題、悩み、苦しみをどういう視点から見ていくかということです。あらためていま、ここでいうのも少しおこがましいですが、強調したい点は、先ほどの壁をつくらないという話です。どうしてもわれわれ、心の問題やその人の実存的な問題が大事であり、そこが自分たちの見立ての焦点だというふうに考えがちですが、実は当たり前ですが、クライアントの心の中は分断できなくて、そこには体の症状やあるいは年齢に伴うさまざまな体の変化、あるいは時には精神疾患を背景とするような、さまざまな、心の問題とは少し切り離して考えなければいけないような精神症状もあったりします。さらには社会的ないろいろな困窮という状態も含めて、全部が合わさっているわけです。だから、これらを全部われわれの中で心理という目から見ていく。つまりそこに、他の専門家に委ねるという発想を捨てて、心理の視点から全体的な目を持っていくということが、まず必要だと思います。

それからもう一つは、これもこの心理臨床学会でもよくテーマになることかもしれませんが、疾病性と事例性という問題を、やはりどうバランスよく自分の目として持つことができるかということが大事です。たとえば、先ほどのようなエビデンス・ベースド、あるいは **Scientist-Practitioner Model** に基づく視点なのかということですが、こちらの疾病性の問題はすごく強調されます。一方で、そういったようなものは、クライアントの問題に目を向けていないというような、事例性の問題の重要性を指摘させることかもしれません。でもこれは、どちらが重要だという議論ではなくて、問題を構造的に見ようという視点と、問題をその人の生活や文脈や歴史に沿って理解しようとする側面の、目的と狙い、あるいはその活用方法が違うわけです。だから、どちらもなければ、現実的には見立ては成立しないということになると思います。

さらに先ほど言いましたように、もし自分の仕事がこの心理的な問題や実存的な問題の解決にあるのだとするならば、それはもしかしたら、表面的な心理的な側面への役割行動をしているにすぎないのかもしれない。むしろ連携ということから言えば、さまざまな領域の背景にある、あるいはそこに内在される心理的な問題を、われわれはケアしていくんだ。あるいは、例えば体の問題にアプローチするようなドクターへの後方支援として、心理の専門性を生かすのだというような、要するにこういう、さまざまな領域の中の、すべての心理的な側面に手を伸ばすということを、常に意識して仕事をするということが、やはりチームの中での心理士の仕事ということになるのかなと思います。

ということになると、当然、心理が持つべきコンピテンスはメンタルマネジメントだけではなくて、その人の生活や治療や療養といったような、あるいはリハビリテーションも含まれるかもしれませんが、そういったことに関わるさまざまな行動的要素、生活支援ということも大事になるかもしれませんし、医療・保健とはいいながらも、とどのつまりは人と人のお付き合いですので、そこで生じるさまざまな対人的なコンフリクトやすれ違い、あるいはトラブル。時にはその人を取り巻く周囲の人たちへの問題解決的な支援のようなものも必要になってくると思います。

どうしてもチーム医療というと、こういう図が頭に浮かびやすいです。これはまず、もちろんチーム医療の一つの仕事の仕方かもしれませんが、時には、基本的には他のスタッフが仕事をするために、患者さんあるいはクライアントでもいいですけども、その間に立つことで、ここが非常にスムーズに向かうような、いろいろな橋渡しをする。そんな媒介者としての仕事も大事になるかもしれません。あるいは自分は表に出ないけれども、表に出ている人たちのコンサルタント、参謀役として仕事をするということも、もちろん大事になるかと思います。

これが先ほどのサッカーの図にあるように、いろいろなポジションを動きながら、例えばクライアントのニーズ、時には医療スタッフのニーズ、あるいはご家族のニーズに対して、どういう立ち位置が一番自分の心理士としての仕事を有効に活用できるかというふうな。要するに自分の仕事をコンサルティングするような目を持てるかというふうな。要するに自分の仕事をコンサルティングするような目を持てるかというふうな。

最後に、やはり社会的な目という点からいえば、セラピーの効果というものを、印象として「元気になりましたよね」ではなくて、何によってそれがよくなったというふうな、誰からも見える形で表現できるのかというふうな、ここはやはりこだわらべきだと思います。

す。もちろん、心理の立場として、表面的には元気になっていないように見えるけれども、こういう点でいえば成長しているのだということをアピールする必要があることもあるかもしれません。でも、その成長というのは、何をもってほかの人たちから理解できるのかというような、それを何かで示す必要が必ずあります。

だとすれば、それはいろいろな、尺度の特定の変化だけでなくでもいいのですが、観察所見であるとか、生活状態であるとか、そのクライアントの主訴に応じた具体的な目標達成のようなものであるとか、何かそういったようなものを、これからは。つまり心理から見なくても、どの領域の人たちから見ても、なるほどと思えるようなものを示していかなければ、この国家資格あるいは心理の社会的な地位というものを、もう維持していくことができない時代になっているように思います。

なぜ私がそんなことをいうか、ちょっと自己批判的にまた一つ資料をお見せします。いわゆるうつ病の方たちに、認知行動療法、グループ療法を行いました。会社を休職されている方たちが多いですから、復職支援のためにやろうということで始めたわけですが、プログラムをやっていくと、確かにうつ症状は大変よくなるんです。でも、実際に職場に戻るに当たっての、困難さのようなもののデータを測ってみると、ここはなかなか変化しない。だから実は、復職支援なんて言うてはいけないプログラムだったのかもしれない。つまり、うつ病の治療には、認知行動療法が非常に役立つわけですが、復職支援というためには、それに加えて復職に向けたより具体的な、あるいはより職場との橋渡しになるような工夫が必要だということ、この研究から分かりました。

そういった意味では、先ほどお見せしたように、一見よくなったように見えるわけですが、主訴に応じたアウトカムという点では、われわれの研究は不合格だったということです。こうしたことも含めて、われわれは何か自分に対しても批判的な目を持ちながら、セラピーなり臨床心理学をより成熟させていく責任を持たされているのだということを感じております。そういった意味で、くり返しになりましたが、このような視点から新しいパラダイムシフトの扉を開けられたらと思っております。

以上です。ありがとうございました。

司会（金沢） 鈴木先生、ありがとうございます。いま、私たちに求められている事柄をパラダイムシフトということでご説明いただきました。狭い専門領域に閉じこもるのではなく、多職種・多領域との連携、そしてきちんと効果を目指すという姿勢に、やはりシフトしていく必要があるのではないか。そのようなご指摘のあと、そのために何が必要か

ということで、アセスメントの仕方、それから問題を理解するための複合的な視点、そしてチームへの貢献として、他の職種、他の専門職の方々への心理的な援助、その在り方をいくつかお示しいただきました。そして最後に、クライアントだけではなく社会全体として、システム全体から見た私たちの効果について、その社会的妥当性も含めてきちんと提示していくことが、われわれの今後にとって必要であるというご意見だったと思います。

以上、Murphy 先生のご講演を受けて、下山先生、鈴木先生から日本の課題について指定討論をいただきました。残り 10 分弱になりましたが、フロアの皆さまとディスカッションができればと思います。下山先生、鈴木先生へのご質問、ご意見をお願いしたいと思います。

アリトウ サクライ病院に勤務しております、アリトウと申します。

下山先生の話をお伺いしまして、米国の『ヒューマニスティック・サイコロジー』という本を拝見しますと、エリクソンのストレスから自我防衛することを受け入れて、自己同一性を形成する療法などはアメリカでは臨床心理学として理解されているように、私は思いました。それからエビデンスの話ですが、たとえば禅療法といわれているような森田療法は自己療法ですが、自己療法を行った場合に患者さん自身が、エビデンスがあるかどうかは実証できるわけですか。治ったか治らないかということ。

それからパラダイムシフトのお話は、脳の病気でもありますが、心理的な病気でもあるわけですね。臨床心理士の方は、心理的観点から病気を考えていただいて治療していただければよいので、患者さんと提携することは大事ですけれども、ほかの人と提携する必要はほとんどないのではないかと思います。

それから認知行動療法によって治せなかったということを正直におっしゃいましたが、健康血圧が得られる程度まで治っていないから仕事にも就けない。根本的に治っていないということの意味しているのではないかと思います。

それから、臨床心理士の方が、法律ができたということですが、精神病を治す自信を、どれくらいの方が持って治していらっしゃるかということをお調べいただくのも大切ではないかと思います。

司会（金沢） 下山先生と鈴木先生へのご質問ということでよろしいですか。

アリトウ 質問というか、コメントのようなものだと思いますけれども。

司会（金沢） コメントをいただければということですか。

アリトウ コメントでも。何かお話しして下さることがあれば。

下山 ご意見をいただき、ありがとうございます。エビデンスのことに关しましては、認知行動療法に限るといふわけでは全然ないわけで、うつ病なんかでも、精神分析が役に立つといふエビデンスが出ていふわけです。それから森田療法に关しても、マインドfulnessとかアクセプタンス&コミットメント・セラピーといふようなものが出てきていて、まだかなり近いものエビデンスが出ていふと。これについては Murphy 先生に少しイギリスの状況なども含めてお話しいただければと思ひます。

Murphy おっしゃるとおり、私たちはますます多くのタイプの治療方法がエビデンスとともに出てきています。たとえば、理想的な形である特徴、状況と治療法をマッチングさせるといふことが出てきています。また患者さんの選択権といふものもあります。イギリスでは、患者さんがどう選ぶかといふことに優先順位が置かれています。患者団体においても、患者さんがエビデンスをもとにして、どの介入を選択するかといふことになりまふ。たとえばうつでは、先ほどいいました NICE のガイドラインでは、四つの異なるエビデンス・ベースドの介入が挙げられています。それぞれの中から、患者さんが自分に適切なものを選ぶといふことがいわれています。

実践勘がある特定の治療法を、ある特定の特徴に合わせたものを選ぶ、あるいは示唆するといふことも、もちろんその問題が特定の環境を持っているといふことであれば重要でふ。Psychodynamics な精神分析ベースの治療法が、またある特定の条件下では適切とか、いろいろあるわけです。おっしゃいましたように、たとえば森田療法もそうですが、どんどんいろいろなエビデンスが出てきています。そういう意味では、日本が主要な役割をエビデンス・ベースドの中で果たすことができると思ひます。

下山 森田療法のエビデンスといふのは、日本ではなかなか、そういう文化もなく出ていないんです。いま、エクセター大学が、森田療法のエビデンスを出そうと思つて一生懸命頑張っているといふ話は聞いています。

アリトウ イギリスにおいては、統合失調症の閉じこもり症候群を治すことが難しいといふような報告があるようですが、その点はいかがですか。認知行動療法を統合失調症の方に行つても、閉じこもり症候群を治すのは難しいところがある。

鈴木 個別の質問は時間もあるので、ちょっと割愛させていただきますが、先ほど Murphy 先生のお話にありましたように、いわゆるヘルスサービスといひますか、医療・保健領域のその他のさまざまな支援ですね、あるいは治療のスタンダードと同じ土俵の上で、いわゆる臨床心理学あるいは心理臨床といふものを語るということが、

おそらく下山先生の話にも私の話にも共通する、きょう皆さんと議論したいキーワードのような気がします。

アリトウ 適切な治療を患者さんが選択することは非常に大事なことだと私も理解しております。ただ認知行動療法では治せないところがあるのではないかとこのことを質問したかっただけです。

司会（金沢） はい、恐れ入ります。もう時間も迫っております。あともう一人、お願いできればと思います。

イヌイ 心理臨床研究室のイヌイと申します。Murphy 先生のお話も、それから下山先生、鈴木先生のお話も、大変示唆に富むお話でした。

しかし、一つやはり問題があるのは、医療制度です。イギリスと日本との関係は、やはり違うと思うんです。特に鈴木先生と下山先生にコメントしたいのですが、つまりどういうことかということ、きょうの最初のお話は、お二人ともこの資格ができた。公認心理師法案ができたことが、バラ色ではないとおっしゃっていただきました。私もそのとおりだと思いますし、今後、下山先生のおっしゃるように、臨床心理学、あるいはカウンセリング、心理療法、それぞれきちんと分かれていかなければならない。あるいはそれを明確にしていかなければならない。鈴木先生のようにパラダイムシフトをしていかなければならない。これも了解できます。

しかし、やはり医療制度の違いで、特に日本においては医師の力が非常に強いわけですから、実はこの資格ができたこの 2 年間の間に、医師との関係性や、まさにいま附帯決議の中にさまざま出ておりますので、それらをいかにして方向付けていくか、これについて、できれば下山先生と鈴木先生にコメントしていただきたいと思っています。

司会（金沢） ありがとうございます。医療制度ですね。

下山 医療制度に関しては、確かに NHS がイギリスの制度で、あれは国家がコントロールしています。そういう意味では、日本のように医師会が強いということではないと思います。国家が、これが必要だと判断すれば医療をコントロールするというものがある。その点で違いがあると思います。ただ、医師の力が強かったのは、確かに歴史的には同じだったかと思います。

その中で、イギリスの臨床心理学もかなり戦略的にやってきた。その戦略というのは、エビデンス・ベースドであったと思います。うつ病に関しても、特に子どもはそうだと思いますが、薬よりもサイコセラピーのほうが役に立つというエビデンスも出ていますし、

同時にもうイギリスでは 5 年かもっと前から、薬の副作用が非常に国民の間で問題視されてきていて、精神医療にメンタルヘルスを任せられないという動きも出てきています。そういう中で、数字もしっかり示していくということで、戦略的に変えてきたというところもあります。ですからわれわれとして、どう戦略を使っていくかということが非常に重要だろうと思います。

医師、精神医療が今回の資格を認めたというのは、もう彼らだけではやっていけなくなっているというのも事実だと思います。先ほど Murphy 先生が示されたような、収容施設が異常に多いというのは、もう WHO から批判されていて、彼らも何とかしなければいけないという、精神医療は実は大きな問題を抱えているわけです。そこをわれわれが、どのように変えていこうという人たちと手を握っていくかという、それはもう政治的な問題、政治的な戦略の問題だと思います。そういうことをやっていくためには、仲間割れをしてもしょうがないというのが私の意見です。

司会（金沢） では鈴木先生、最後をお願いします。

鈴木 医師の力が強くて、心理が従属的な立場に置かれているという話ですが、歴史的に、あるいはプロパガンダとしては、そのお話は納得できますが、今の日本の医療の現状としては、そのお言葉はたぶん当てはまらないと思います。私もこの 20 年ずっと医療の中で仕事をしてきましたが、医療の中にさまざまなコメディカルがチームとして入るようになっていて、ドクターもその周囲のコメディカルの専門性を生かさなければ、主治医としての自分の仕事が成り立たないということは痛感していると思います。ですから、むしろわれわれのほうから歩み寄りながら、そのチームの中に参加していくということが、やはり何を置いてもすごく大事なことだと思います。

そして仮にもしそういう従属的な状況に置かれている心理士さんがまだいるということであるとするならば、なおのこと、われわれがチームの中でこのように役に立てるのだということをアピールしない限りは、これ以上の進展はないと思います。ですからいずれにしても、心理は弱い立場に置かれているというわれわれの被害者意識は払拭すべきだと私は思います。

司会（金沢） ありがとうございます。フロアの皆さまから、ほかにもご意見、ご質問がおりかと思いますが、規定の時間を過ぎましたので、これで国際交流委員会企画シンポジウム『医療・保健領域における臨床心理職の役割と課題：日英比較を通して』をお開きとさせていただきます。ありがとうございます。

さまざまな課題が挙げられたと思います。新たなステージに向かって進んでいくことができると思っております。本日はご参集いただき、ありがとうございました。先生方、ありがとうございました。（拍手）