

『認定心理師の教育訓練カリキュラム試案①概説』

下山晴彦・森田慎一郎・高橋美保・袴田優子・石丸徑一郎

第1章. 趣旨説明

現在、日本の臨床心理学においては、心理職の国家資格化に向けての動きが急となっている。臨床心理学の真の発展を考えるならば、教育カリキュラムを明示していくことが緊急の課題となっている。それと関連して、日本心理研修センターが設立され、心理学全体として心理学の専門職としての心理師（仮称）の国家資格化が検討されている。

日本心理研修センターにおいては、研修及びカリキュラムのモデルとして「科学者—実践者モデル」に準拠することを明言している。しかし、現代のメンタルヘルス活動においては、多職種協働が重要なテーマとなっており、その前提として「生物—心理—社会モデル」の重要性が指摘されている。したがって、心理職の教育訓練カリキュラムを開発していくうえでは、「科学者—実践者モデル」では十分といえない。心理職が多職種協働チームにおいて心理支援を担っていくうえでも、「生物—心理—社会モデル」を前提としたカリキュラム開発が必要となる。

そこで、以下において、心理職が「実践者—科学者モデル」及び「生物—心理—社会モデル」に基づき、うつ病の治療に関わる場合には、その前提としてどのような知見と技能を身に付けておく必要があるのかという観点から、心理職の教育訓練カリキュラム試案を提出し、その概要を説明する。

第2章. 心理的視点の学習の重要性 —うつ病を例として

1. はじめに

本章では、臨床心理学の発展に向けた臨床心理士の教育訓練カリキュラムを考える際に重要となる、生物、心理、社会の3つの視点のうちの心理的視点の重要性について、うつ病を例として論じる。

具体的には、冒頭でうつ病の症状について概説した上で、架空の事例を紹介する。そして、その事例をもとに、うつ病のアセスメントとうつ病の心理的介入について説明しながら、心理的視点の重要性を論じることとする。

2. うつ病の症状

うつ病は、ICD-10によれば、気分（感情）障害のなかの一つであり、気分が正常に機能しなくなった状態といえる。ただし、うつ病の症状は気分面の不調だけに留まらない。DSM-5によれば、「大うつ病性障害」の診断には、9つの症状（①抑うつ気分、②興味・喜

びの喪失、③食欲の異常、④睡眠の異常、⑤焦燥または制止、⑥易疲労性や気力の減退、⑦無価値感や罪責感、⑧思考力や集中力の減退や決断困難、⑨自殺念慮)のうちの5つの症状が2週間(ほぼ毎日)続くこと、さらに、その5つの症状のなかに①もしくは②が入っていることが必要となる。このことから、うつ病における症状は、①や②などの気分面の不調、すなわち、心理的側面との関連が強いものが中核的な位置づけにあるものの、それ以外にも、生物学的側面との関連の強いもの(③、④、⑥など)や、本人を取り巻く社会的(文化的)側面との関連の強いもの(⑦、⑨など)もあることが理解できる。

したがって、うつ病のアセスメントでは、生物、心理、社会の3側面を意識した情報整理と、それに基づくその後の展開が有効であると推測される。そこで、架空の事例を用いて、当該3側面を意識したアセスメントの一例を、情報の整理、症状の把握、文脈の理解という3つの段階に分けて論じることとする。

3. 本章で用いる事例(架空)

Mさん(35歳、女性)は、夫と3人の子供と暮らしている。不況の中、夫の給料が下がったため、1年前に食品工場で働き始めた。しかし、3か月前に人員整理のため雇い止めとなり、家計状況が悪化した。Mさんは、眠れなくなり、食欲が低下し体重が減少した。気分が晴れず、趣味の園芸への興味も失せ、すぐに疲れるため、家事もできなくなった。夫は、「ごめんなさい」と謝るだけのMさんに、当初は「気合が足りない」と応じていたが、1ヶ月経っても改善が見られないため、臨床心理士のもとにMさんを連れてきた。

4. うつ病のアセスメント

1)情報の整理

まず、本章の事例の情報を、生物-心理-社会モデルの枠組を用いて整理したものが図1である。社会的側面として、不況による夫の賃金カットと本人の雇い止めがあり、心理的側面として、自らが無収入の状態であることから生じる罪責感や、気分が晴れないという抑うつ気分、趣味の園芸への意欲さえ湧かないという興味関心の喪失があり、生物学的側面として、不眠、食欲低下、易疲労性がある。

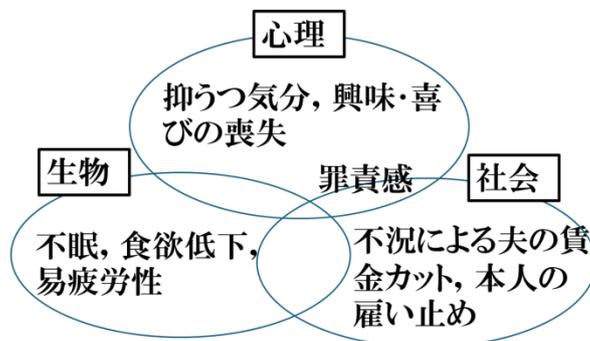


図1 生物、心理、社会の3側面から整理された情報の例

2)症状の把握

次に、主に心理的側面と生物的側面の情報を用いて、症状の把握、具体的には、うつ病の重症度の把握を行う。目的は介入方法の大枠を決めることにある。軽症の場合は、心理的介入のみの対応も可能であるが、重症の場合は、心理的介入と生物的介入（薬物療法等）との組み合わせが望ましいことが明らかになっており（Thase et al.,1997; NICE,2009c）、その見極めが重要となる。この際は、面接で得られる情報のみならず、質問紙（BDI-IIなど）を用いた評価なども参照する。

3)文脈の理解

次に、主に心理的側面と社会的側面の情報を用いて、文脈の理解、具体的には、いかに問題が生じ維持されているかについての理解を行う。このように、心理的側面の情報は、症状の把握と文脈の理解の双方において重要な位置づけにあり、生物的側面の情報と、社会的側面の情報をつなぐ要のような役割を果たしているともいえる。

文脈の理解の目的は、心理的介入の具体的内容を決めることにある。ここでの理解の方法は、セラピストの指向する心理療法によって異なるが、本章では、うつ病に関して、他の心理療法と同等もしくはそれ以上の介入効果があるといわれている認知行動療法の考え方をを用いて、以下を論じることとする。

まず、認知行動療法の考え方を要約すれば「心理的問題は、環境（社会の一部）と人間の相互作用の中で形成される。すなわち、環境からの刺激を受けて、人間の「認知」や「気分」や「身体」や「行動」がさまざまな反応を示す。そして、そのような反応が重なった結果、問題がさらに悪化し維持される。」というものである。この考え方に基づき、本章の事例の文脈を理解したものが図2である。

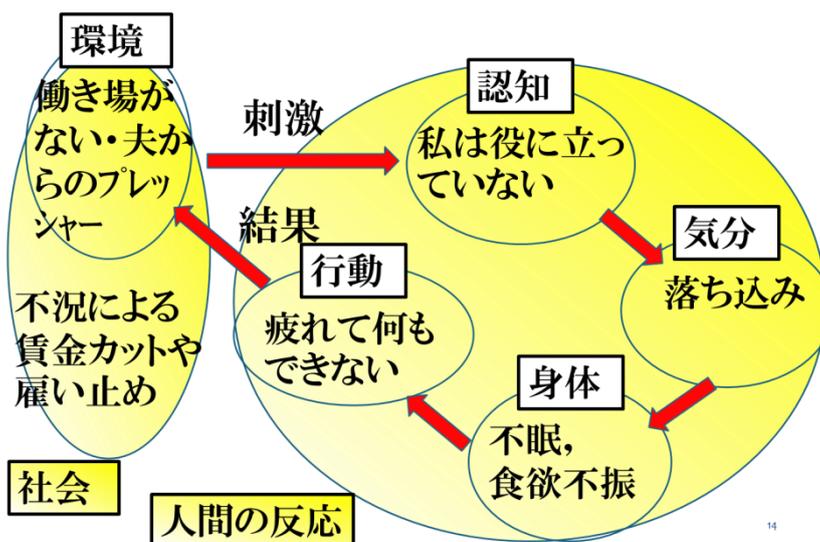


図2 認知行動療法の考え方に基づく文脈の理解の例

図 2 では、環境を取り巻く社会的要因としての「不況」があり、それに端を発する夫の賃金カットや M さんの雇い止めによって、収入が必要だが働き場を失うという状況に直面し、夫からは「早く別の仕事を見つけてほしい」というプレッシャーが生じている。そのような刺激を受けて、M さんの認知としては「私は役に立っていない」が強まり、それによって気分としては「落ち込み」が顕著になり、それをきっかけに身体面では不眠や食欲不振などが現れ、そのような身体面の不調が、行動における「疲れて何もできない」状態を生み出し、その結果、夫からは、「(何もできない M さんを目の当たりして) 気合が足りない」等の一段と強いプレッシャーが新たな刺激として生じている。このような悪循環を想定することによって、問題が悪化し維持されるという文脈の理解が可能となる。

なお、図 2 のなかの矢印は因果関係を説明するものであるが、悪循環を分かりやすく説明するために主要なものだけを掲載している。実際には、これ以外にも多くの因果関係や相互作用関係があることを付記しておく。

5. うつ病の心理的介入

上述のアセスメントにおける文脈の理解に基づき、心理的介入の具体的内容を決定する。本章の事例では、以下の 3 点が心理的介入として考えられる。なお、介入の後は、介入効果の検証を行う。方法としては、アセスメント時に実施した質問紙を再度実施し、うつ病の重症度を示す指標に変化が見られるかどうかを確かめることなどが挙げられる。

(1)環境調整

これは、環境から生じている刺激を弱めることを目的とする。環境調整の方法は多様であるが、本章の事例では夫への心理教育が有効と考えられる。それによって、夫のうつ病への理解、例えば、M さんが動けないのは気合の問題ではないという認識が形成されれば、刺激の一部である夫からのプレッシャーを弱めることができる。刺激が弱まれば、それに続いて生じる反応も弱まるため、悪循環全体の勢いも弱まることが期待できる。

(2)認知への介入

これは、否定的な認知への気づきの促進とその修正を目的とする。本章の事例では、M さんが、自身の認知（例えば「私は役に立っていない」）が否定的な方向に偏っていることに気づけるよう働きかけ、さらに、その修正を図っていくというものである。これによって、例えば「少し前までは確実に役に立っていた」「稼がなくても家族には貢献できている」などの認知に変化したとすれば、気分の落ち込みの程度は弱まることが予想され、悪循環全体の勢いも弱まると考えられる。

(3)行動への介入

これは、何事にも消極的、回避的になっている行動パターンに変化をもたらすことを目的とする。よく行われるのは、楽しみを得る機会を設けることである。本章の事例では、M さんが、以前は毎日のように楽しんでいた園芸を、無理のない範囲で、例えば 1 日 5 分から再開するという方法が考えられる。これによって、落ち込みで占められていた気分のな

かに「楽しい」という部分が少しでも生じれば、気分の落ち込みの程度は弱まり、悪循環全体の勢いも弱まると考えられる。

6. まとめ

うつ病のアセスメントにおいて、心理的側面の情報は、生物的側面の情報と、社会的側面の情報をつなぐ要のような役割を果たしている。具体的には、心理的側面と生物的側面の情報を中心にして、うつ病の重症度を把握し、介入方針の大枠を決める。一方、心理的側面と社会的側面の情報を中心にして、文脈を理解し、介入方法の具体的内容を決める。したがって、うつ病のアセスメントと介入を行うためには、生物-心理-社会モデルの枠組を用いた情報整理を行うことに加え、とりわけ、心理的側面の情報を的確に処理することが必須であり、その意味でも、心理的視点の学習が極めて重要であるといえる。

第3章. 社会的視点の学習の重要性 —うつ病を例として

1. はじめに

本章では、今後、臨床心理学がさらに発展するため、臨床心理士の教育訓練カリキュラムはどうあるべきかについて、社会的視点から検討する。心理的問題と社会との関係は、以下の3つの視点から論じることができる。第一は、心理的問題を単に個人の問題として理解するのではなく、社会情勢の中で理解するという視点である。これは、問題をとらえる視点の一つとして、社会文化的背景、経済情勢など、特定の社会の時代性や地域性を視野に入れる必要があるということである。第二は、心理的問題の理解と援助のために社会的関係を活用するという視点である。これは、心理的問題を抱える当事者が持つ人間関係の持ち方や(ミクロな関係)、当事者を取り巻く周囲の人々や社会との関係(マクロな関係)である。第三は、心理的問題に対する援助を円滑に進めるために心理士が社会的スキルを獲得することの必要性である。これらは、同じ社会的視点でも、その切り口はいずれも異なる。以下、うつ病を例に各々の社会的視点について詳述する。

2. 問題を理解するための社会情勢の把握

日本国内のうつ病など気分障害の患者数は1996年には43万3千人であったのが、2008年104万1千人であり、15年で3.4倍に増加している(厚生労働省, 2012)。また、WHO(2012)によれば、世界のうつ病の患者数3億5千万人に上っており、うつ病は世界的にも大きな問題となっている。したがって、うつ病は個人が発症する精神疾患ではあるものの、うつ病自体は日本だけでなく、世界においても社会的問題であるといえる。

また、うつ病は自殺に至る精神疾患でもある。日本では自殺者の約2割がうつ病が原因(警察庁, 2013)とされており、海外でも毎年100万人近くの自殺者のうち、うつ病患者の占める割合は半数を超える(WHO, 2012)と言われている。さらに、日本では、自殺やう

つによる社会的損失は約2.7兆円と推計されており（厚生労働省, 2009）、うつ病は社会・経済的にも大きな問題であるといえよう。

3. うつ病の理解と援助のための社会的関係の活用

以下では、うつ病の理解と援助のための社会的関係について、うつ病の発症の理解、うつ病体験の理解、うつ病に対する社会的支援に分けて論じる。

1) うつ病発症の理解

はじめに、うつ病が発症する原因について社会との関係性から検討する。うつ病は個人の生物学的要因、心理的要因によって発症するが、その人の置かれた社会的な状況が関係することも多い。一つは、比較的身近なミクロな社会環境から受ける影響によるものである。例えば、職場や家庭の状況など個人の間人間関係である。職場であれば仕事量や作業内容、家庭であれば家族がサポートタイプかどうか、生活状況などである。もう一つは、会社や社会の価値観といったマクロな社会の影響である。例えば、能力主義、成果主義等働くことに関する価値観は、頑張る人、できる人に価値を置く評価システムであり、逆にそうでない人に対する価値下げが生じる。これは心理社会的バリアといえる。このように、うつ病発症の背景には、ミクロ、あるいはマクロな社会環境における社会的価値観があり、それが症状発症のトリガーとなると考えられる。

なお、うつ症状によって意欲が低下し、会社や学校に行かないなど社会的活動性が低下する。そのために事態は改善されず、2次的に社会的な問題が生じると悪循環が生じる。つまり、うつ病によって活動性が低減することで社会的関係自体が減退してしまうのである。

2) うつ病体験の理解

うつ病の症状そのものだけでなく、うつ病に罹患したという体験によっても、ストレスが高まることがある。うつ病者の際たる苦痛は、身体症状や能力・機能の低下による生物学的苦痛、マイナス感情にさいなまされる心理的苦痛など症状そのものに起因するものであろう。しかし、それ以外にも社会的苦痛も生じうる。例えば、うつ病に対するスティグマによって、援助要請に抵抗を感じる人も多い。事実、うつ病で必要な治療を受けている人は半数以下（WHO, 2012）との指摘もある。また、社会的評価の中で自信喪失を喪失し、自己否定をするために、社会の中でうつ病者として生きることが辛くなる。このように、うつ病体験においては生物・心理的側面だけでなく社会的な辛さがある。

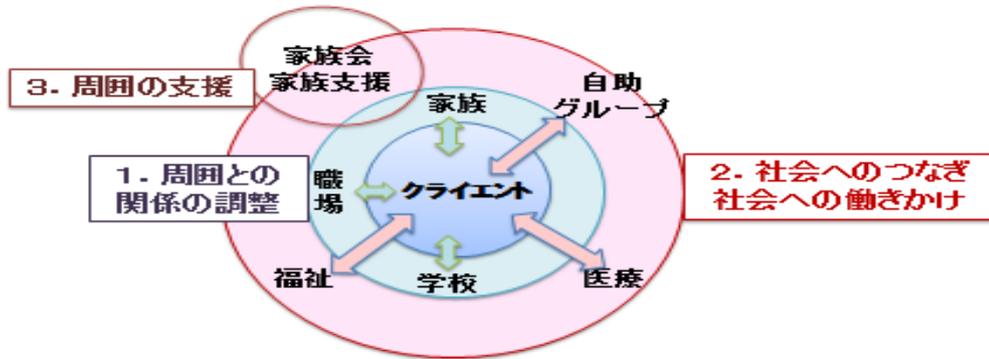


図1. うつ病支援のための社会的アプローチ

3) うつ病支援のための社会的アプローチ

上記のうつ病理解の元、うつ病支援についても社会的な視点からどうあるべきかを検討する。その際、以下の3つのアプローチがあると考えられる。第一は、うつ病者本人に対するミクロな個人的アプローチ、第二はうつ病者のためのマクロなコミュニティアプローチ、第三はうつ病者の周囲の人に対する心理的援助である（図1参照）。

第一のうつ病本人に対する個人的アプローチでは、まずはアセスメントが必要である。ここでは、病状だけでなく対人関係、発症の経緯、サポート資源、うつ病体験の理解とアセスメントを含む。このアセスメントを元に、心理的援助を行う。具体的には、発症のメカニズムと病理を理解するための心理教育、服薬支援による症状管理、また認知・行動面の特徴の把握に基づいた対処が行われる。後者では、人間関係の改善、対人スキルの獲得、価値観の見直しが行われる。その際、疾患としては完治が望まれるが、生活人としての援助のゴールは社会で生きることができるだけ機能回復となる。また、罹患によって、スティグマや実際の機能や能力の低下により、社会に生きる人としてのアイデンティティを失う人も少なからずいる。そのため、病者としてだけではない社会に生きる人としての心理的な回復も必要となる。

第二のうつ病者のためのコミュニティアプローチについては、三つのLifeを支援の視点がある。一つは、命（Life）を守る支援である。これは医療と連携することであり、薬物に

についての正しい知識を持ち、アドヒアランスを持つことが必要となる。うつ病者は受診に対する不安や抵抗を持つことがあるため、臨床心理士は不安によりそうとともに、必要に応じて社会的支援につなげる役割を担う。つまり、臨床心理者には社会のゲートキーパーとしての自己認識が求められる。もう一つは、生活（Life）を整える支援である。生活人としては、日々の生活を安定的に営むための日常生活支援が重要となる。そのために、わかりやすい心理教育を行うこと、さらには日々の活動を把握するための行動記録の指導を行うなど生活管理をすることが必要となる。さらに、生きやすい環境（Life）を作る支援も必要となる。これは、うつ病者が社会で生きるための環境を整えることである。福祉と連携して、セルフヘルプグループなど地域で利用可能なサポート資源の情報を得ること、法律や社会制度・福祉制度についての情報を提供し、少しでも楽に生活するための理解と選択肢を増やすことである。また、社会資源に限界がある場合には、組織やコミュニティ、社会に対する働きかけが必要になる。これはアドボカシーといわれる社会的活動である。

第三はうつ病者の周囲の人に対する心理的援助である。これも三つの種類に分けられる。一つは、うつ病者にとって援助資源となる周囲の人への支援に対して、心理教育やコンサルテーションを行うことである。周囲の人にも病気や援助方針について理解してもらうことで、うつ病者の支援はよりスムーズに展開する。もう一つは、周囲の人を巻き込んだ支援である。これは本人を組む夫婦、家族単位でカウンセリングを行うものである。さらに、うつ病者とは独立して、周囲の人自身を対象とした支援が必要になることもある。例えば、うつ病に罹患した夫を支える妻のストレスが高まり、妻自身もうつ病に罹患することもあるため、周囲の人自身に対するメンタルケアが重要となる。また、個々の家族成員を対象とするだけでなく、家族会の設立など環境やコミュニティを整える支援が重要となる。

4. 援助を円滑に進めるための社会的スキル

最後に、心理的援助をより有効に行うための社会的スキルについても言及する。うつ病など多くの精神的、心理的問題の援助では、多くの関係者を巻き込んだチームによる支援が有効である。そこで必要となるのが、援助者自身の社会性である。援助専門職にとって、病気についての知識や、個人を援助するためのカウンセリングスキルなど専門職としての知識やスキルは当然必要であるが、それらの知識やスキルを活かすためには、うつ病者個人を支援するためのサポートシステムの中で自身の専門性を活かすことが重要である。そのためには、うつ病者を支援するチームの仲間として、そして社会人としての関係性を築くスキルが重要となる（図2参照）。

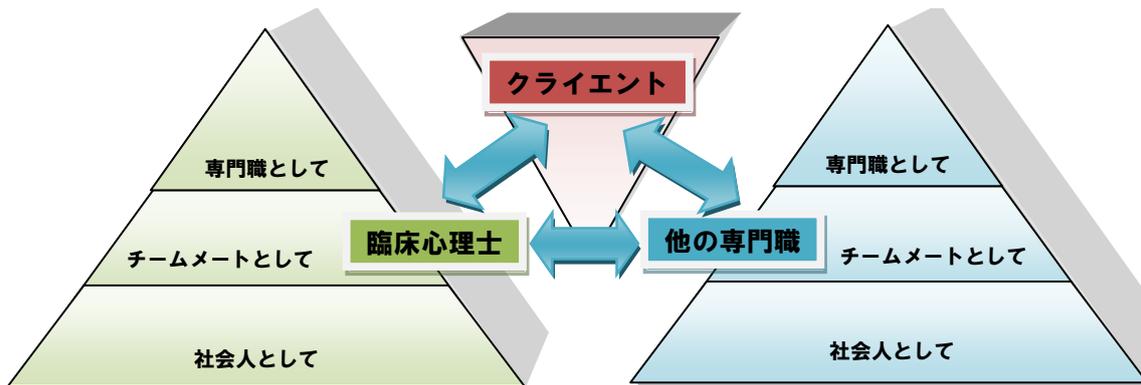


図2. 援助の根底にある関係性構築スキル

5. うつ病支援において臨床心理士が学ぶこと — 社会的視点から

最後に、これまでの議論を踏まえて、臨床心理士は何を学ぶべきかを整理する。第一に、専門職としては、病理や文脈、環境、社会情勢、組織を理解するためのアセスメント力、薬物や治療法の知識など症状を理解・管理する力、さらには、心理教育や研修などにより専門的な知識を伝える力を身につけることが必要である。第二は、うつ病者を社会につなぐ力の獲得であり、サポートネットワークの中で協働するためのスキルである。例えば、心理教育、コンサルテーションにより周囲を援助する力、コラボレーション、連携、チームワークなど連携・協働する力、サポートネットワークの構築、法律・制度の理解、アドボカシーなど社会的支援につなぎ、働きかける力である。最後に、援助専門職である前に、社会人としての一般常識、マナーなど援助者自身の社会性を高めることが必要となる。

第4章. 生物学的視点の学習の重要性 — うつ病を例として

1. はじめに

長期経済低迷や雇用の不安定化、東日本大震災をはじめとする度重なる災害等、深刻な社会問題を抱えるわが国において精神的な問題を呈する人々は年々増加し（2011年厚生労働省調査）、心理的なサポートやケアを求める動きが活発になっている。しかしながら、この高まる需要に相反し、良質な心理的援助を提供できる専門職は不足している。こうした背景には、現在の日本において、心理専門職を養成する体系立ったカリキュラムが未だ整備されていないという問題がある。

本章では、うつ病への介入を例に挙げながら、とりわけ心理援助職が生物学側面における知識を深めることの重要性について考察し、「生物-心理-社会モデル」と「科学者-実践者モデル」を核とする教育訓練カリキュラムの発展可能性について検討する。

2. 心理援助職に対する体系的教育訓練カリキュラムの必要性

現在の日本において最も深刻化している精神的問題の一つに、うつ病がある。うつ病は、5人に1人が生涯のうちに一度は経験するといわれ (Blazer et al., 1994; Kessler et al., 2005)、治療により症状が改善しても、その約8割近くの人々が再発し慢性的な経過を辿るとされる (Nutt, 2010)。他の主要な身体・精神疾患とも併存しやすく、本人の苦痛はもちろんのこと、社会経済的な損失も大きい精神障害である (Kessler et al., 2009)。

うつ病の主要な治療方法として、新規抗うつ薬をはじめとする薬物療法および認知行動療法 (CBT) をはじめとする心理療法の挙げられる (National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE guideline)。とりわけ CBT は薬物療法と同等の効果を上げるばかりでなく、症状寛解後、薬物療法を中止した場合の再発率は約76%であるのに対し、薬物療法を中止しても CBT を3回継続した場合には31%にまで抑制されるという報告もある (Hollon et al., 2005)。また、薬物療法に対する副作用に懸念を示す患者も少なくなく、心理的ケアに対する需要はますます高まっている。

しかし、上述の通り、うつ病は再発しやすい特徴を持ち、治療の難しい精神障害である。うつ病の病態は多様性に富み、一言にうつという病に一括りすることが難しくなっている。例えば、従来から良く知られる典型的なメランコリー型うつに加え、最近では治療に反応し難い非定型うつ病の増加も指摘されるようになった (特に日本では非典型的なうつ症状を新しいタイプのうつ病として区別しようとする臨床家もいる。樽見・神庭 2005)。まさに、うつ病は千差万別であり、この多様性に対しガイドラインに則り紋切り型の治療を行うことが良いとは必ずしも言えない。心理専門職として、エビデンスに基づいた種々の心理的技法・技術に精通することはもちろんのこと、多様な問題をよりの確に見立て、その時々で最善と思われる介入を柔軟に行ってゆく必要があるのである。そのためには高度な臨床技能が必要であり、それを習得するためには包括的かつ徹底した訓練プログラムが求められるのである。

3. 新しい教育訓練カリキュラムの提案—生物学的側面を中心に—

1) 生物-心理-社会モデル

人の心に対する多面的な問題理解力を養うためには、幅広い知識の習得が必要である。その核となるのが「生物-心理-社会モデル」である。では、なぜ心理援助職の養成において生物学的側面を考慮したカリキュラムが必要なのか。それは、精神的問題の発現を考えるとき、心理的要因だけでなく生物学的要因の関与も無視することができないためである。

うつ病を例にとれば、その発症は必ずしもストレスによって誘発されるわけではない。例えば、うつ症状を惹起する身体疾患に、脳卒中やパーキンソン病、ハンチントン病、認知症などが挙げられる。こうした疾患の有病率は若年層でこそ低いものの、年齢を重ねるごとに増加する。65歳以上の人口が既に21%を超え、超高齢社会となった日本では (2011年総務省調査)、こうした疾患に罹患した患者に出会う機会も少なくない。また、うつ症状

を引き起こす物質として、身近なものに降圧剤がある。現在、日本では高血圧を抱える患者は約 800 万人近くにも上るといわれ（2008 年厚生労働省調査）、降圧剤を定期的に服用している人も数多くいる。こうした人々がうつ症状について心理相談に訪れた際に、その原因を心理的要因に求め、闇雲に心理的介入を行うことが最適な選択とは言い難い。

2) 科学者-実践者モデル

一方、精神症状が改善した後でも、心理専門職によるサポートが必要とされる場合もある。例えば、うつ病は認知機能低下を伴うが、たとえ抑うつ症状が寛解しても、認知機能障害が残遺することが報告されている（Hammar and Ardal, 2009; Hammar et al., 2003）。こうした認知機能障害は個人の生活の質（Quality of life）に大きな影響を与え、苦痛やストレスの要因となる。最近では、統合失調症に対して開発された認知機能訓練がうつ病患者の認知機能低下にも有効であったとする報告もあり（Elgamal et al., 2007; Naismith et al., 2010）、今後の研究の発展が待たれている。

この例から示されるように、医療によるケアが終了した後でも、個人が心理社会的により良く生活するために継続的なサポートが必要とされる場合もある。心理援助職として、単に精神症状にとどまらず個人を生活全般にわたってサポートしてゆくためにはどのようなことができるかについて、実践者としてはもちろん、科学者としても模索してゆく必要がある。そこに心理援助職の教育訓練カリキュラムにおいて「科学者-実践者モデル」が考慮されることの意義がある。

4. まとめ

心理援助職は、あくまでも臨床心理学の専門家である。しかし、臨床心理学が人の心の悩みや問題を取り扱う学問である以上、人の心に関わる様々な学問領域と深く関連している。本章では身体と心との密接な関係に基づき、生物学的観点からの学習の大切さについて重点的に考察した。この生物的視点の学習は、他の心理および社会的視点の学習と相まって（生物-心理-社会モデルに基づく学習）、初めて包括的な知識となり、臨床実践に役立つものとなることは言うまでもない。

また、「社会的視点の学習の重要性」の章にもある通り、よりよい心理援助を提供するうえでは、医師や看護師、精神福祉士、ケアワーカー等、一人の人間を取り巻くあらゆる専門家と協調しながら、問題に取り組んでゆく必要がある。生物-心理-社会モデルに根ざした知識を習得していることで、この専門職間の連携がより円滑に進められるだろう。

これからの心理専門職には、個人の生活全般にわたり幅広く心理社会的にサポートしてゆくためにはどうしたらよいのかについて、包括的で盤石な知識・技能に基づき、実践者として科学者として、絶えず模索してゆくことが求められている。

第5章. 生物－心理－社会モデルに基づくカリキュラム案

1. はじめに

これまでに、生物・心理・社会のそれぞれの観点から、心理職の教育訓練カリキュラムに必要なものが論じられてきた。本章では、これまでの議論を受けて、今後の日本において活躍できる心理職を育てるために、どのような教育内容が必要なのかということについて総合的に論じ、包括的な教育訓練カリキュラムを提案したい。

2. 生物－心理－社会モデルと科学者－実践者モデルを軸としたカリキュラム

これまでの議論において、これからの心理職に必要な技能を包括的に捉える軸として、生物－心理－社会モデル(Engel, 1977)と、科学者－実践者モデル(Shakow et al., 1945)の2つが提示された。この2つの軸に沿って、心理職として必要とされる知識と技能をまとめる。それぞれの知識・技能は図1のような同心円上に配置して考えるとわかりやすい。



図1 生物－心理－社会モデルと科学者－実践者モデル

1) 科学者として必要な知識・技能

心理職としてよりよいサービスを提供するためには、クライアントの状態についての正確な理解や、心理援助技法の作用メカニズム・エビデンスレベルについての理解が不可欠である。そのため、心理職には、科学者としての知識と技能が必要とされる。ここでは、科学者として必要な知識・技能を、生物－心理－社会モデルの各観点からまとめる。

Bio すなわち生物の領域として、まず、医療の領域で協働する時に必要となる精神薬理の知識が挙げられる。心理職はメンタルヘルスの問題や精神疾患を持つクライアントへの対応をする機会は非常に多い。精神疾患に対しては、心理療法とともに薬物療法が実施されることが多い。薬物療法が奏効するメカニズムや最新のエビデンス、どのような研究手法によって効果と副作用に関するエビデンスが得られているか等に関する知識が必要となる。また、精神疾患やその他の心理的状态を深く理解するには、脳科学や神経科学、特に脳画

像研究の概要についての知識もあることが望ましい。さらに、人間の行動はホルモンとの関連も大きい。ストレスホルモンと呼ばれるコルチゾールや、性に関連する行動に大きく影響する男性ホルモン・女性ホルモン、うつ症状と関連の深い甲状腺ホルモンなど、ホルモンと行動に関する知識も必要となるだろう。

Psycho すなわち心理の領域としては、心理アセスメント技法や、面接・質問紙による心理測定尺度に関する知識・技能が必要である。このようなツールの信頼性・妥当性、カットオフポイント、感度・特異度等がどのような研究によって検討されるかを知っていること、またそのような研究を実施できる技能が必要である。また、個人の心理的反応、心理的症状に関する基礎研究の知識技能も含まれる。

Social すなわち社会の領域としては、大規模な社会調査研究を読んで理解する能力、また実施できる技能が必要である。社会的なテーマを扱う科学者としては、家族関係や友人関係のようなミクロな対人関係、そして社会の価値観や文化といったマクロなものの影響についての基礎的な実証研究を理解したり実践したりできることが望ましい。

Psycho と **Social** には、臨床実践に関する研究テーマはすべて含まれるが、ここでは特に基礎的な事項を挙げることにした。

2)実践者として必要な知識・技能

心理職としてはもっとも重要なことの1つであるが、実践や応用についての科学的な知識・技能を身につける必要がある。ここでは、実践者として必要な知識・技能を、生物-心理-社会モデルの各観点からまとめる。

Bio すなわち生物の領域の実践者としての知識・技能は、特に医療の中での協働を行う時に重要となる。実際的な薬物療法の知識、薬の使い方やその効果、副作用に関する知識を身につけることが望ましい。心理職の行う心理療法を、薬物療法と並行して行うことも非常によくあるし、また薬物のアドヒアランスを保つための心理的関わりを心理職が担うこともある。さらに、薬物以外での生物学的な精神疾患の治療である修正版電気けいれん療法や、経頭蓋磁気刺激法の概要に関する知識もあることが望ましい。そして、ストレスやうつ症状と関連する身体疾患の知識、心身相関に関する知識も必要である。

Psycho すなわち心理の領域としては、効果が多少なりとも実証されている個人心理療法の知識と技能が必須である。現在では非常に数が多くなった認知行動療法に属する心理療法は、ひと通りの知識を身につけ、いくつかは実践ができることが必要である。さらに、その心理職のオリエンテーションによっては、力動的心理療法や支持的心理療法に関する知識と技能を高めていくのもよいだろう。そして、知能検査や構造化面接などの各種心理検査が適切に実施できる技能も必要である。

Social すなわち社会の領域としては、人間関係をベースとした心理療法、具体的には対人関係療法や、カップル・家族療法についての知識と実践の技能が挙げられる。さらによりマクロな社会との関わりという意味で、コミュニティ・アプローチ、復職支援（リワーク）の知識・技能も身につけることが望ましい。そして、弱い立場に置かれがちなクライ

エントや患者の権利を守る活動であるアドボカシーに関する知識や経験もあれば望ましい。

さらに上記 3 領域に分けがたく、生物学的な基盤を持ちながら臨床場面で精神症状や心理的反応として現れるという意味で、Bio と Psycho の両領域にまたがる分野として、臨床精神医学や異常心理学の知識、神経心理学や認知リハビリテーションの知識・技能が挙げられる。

3)日本の心理職が苦手とする知識・技能

おそらく、現在の日本の心理職が得意とする知識と技能は、図 2 の通り、実践者としての、それも個人心理の領域（そして一部は社会の領域）に偏っていると考えられる。現場で必要とされる知識・技能をバランスよく身につけさせ、さらに活躍の場を広げられる心理職を育てるには、実践者としての生物の領域、それから科学者としての教育を強化することが必要である。

理想的には、生物・心理・社会／研究・実践の各領域に幅広く強い心理職を育てられるカリキュラムが必要とされている。具体的には、スクール・カウンセラー等のニーズに応えるために、Social 領域（人間関係、コミュニティについての知識）を強化、医療機関・福祉施設などの職域でのニーズに応えるために Bio 領域（薬物の副作用、身体疾患、神経心理アセスメント、認知リハビリテーションについての知識）を強化、さらには、国民や行政への普及啓発を充実させるために、Scientist 領域（心理職の信頼獲得、利用の敷居を下げる、保険点数化などの活動）を強化することが、将来的には必要になるだろう。

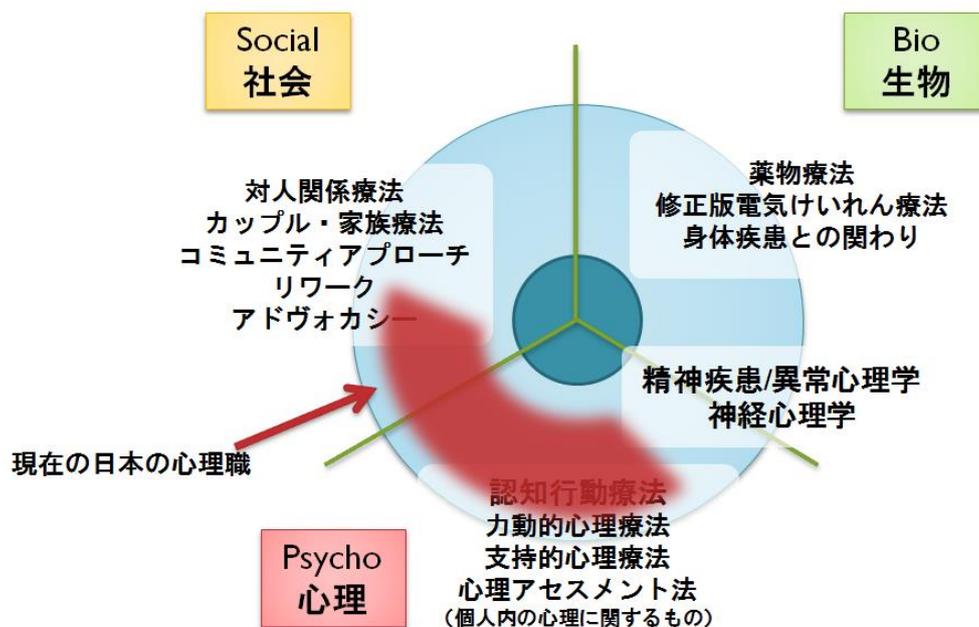


図 2 実践者として必要な知識・技能と日本の心理職の現状

3. 対人援助職としての基本技能

さて、ここまで、生物－心理－社会モデルと、科学者－実践者モデルという包括的な 2 つの軸で整理しながら、心理職に必要な知識と技能をまとめた。ただし、心理職としての必要な知識と技能は、さらにもう少しあるように思われる。次のような架空の事例から考えてみたい。

事例 1 若い心理職が認知行動療法やフォーカシングなどわかりやすい技法を振りかざす。尚早に何らかの「技法」を繰り返そうとする。自信の無く、そして全体を見わたす余裕がない。クライアントの動機づけや信頼関係は十分か？

事例 2 「私は（エビデンスのない）箱庭はやりたくありません」と言う学生。悩みについて話すのがつらいが、話はせずに箱庭ならできるというクライアントもいる。

事例 3 うつ症状で来院した 50 代女性。「ストーマなんです、みんなの前で失敗して」（ストーマ？）「人工肛門です」（みんなの前で失敗とは具体的には？）「…（無言）」世間知らずとも言うべき、一般知識や身体疾患の知識の不足。

事例 4 PTSD に対するエクスポージャー療法のプログラム説明中にクライアントが過呼吸発作を起こし、セラピストは発作を止めることができない。エクスポージャー療法は PTSD に対して最も強い効果があり、詳細なマニュアルがあるが、実施するためには心理職としての基本技能（ラポール形成、クライアントを安心させる、不安が高まった時の適切な対応等）が必要。

このような事例を考えると、生物－心理－社会モデルと科学者－実践者モデルだけでは微妙にカバーしきれない、心理職としての基本技能のようなものがありそうである。具体的には、社会的スキル、幅広い一般常識、共感能力、ケースのマネジメント能力などが挙げられるだろう。

4. 現代日本で活躍できる心理職を育てるカリキュラムの提案

最後に、これまでの議論を総合して、現代日本で必要とされる知識・技能を備えた心理職を育てるためのカリキュラムを提案する。カリキュラムは、基礎的な知識を身に付ける学部教育、心理専門職としての最低限の知識と技能を身に付ける修士課程教育、研究者やリーダーとしての深い知識と技能を身に付ける博士課程教育、さらに現場に出た後に知識や技能をアップデート、または深化するためのリカレント教育の 4 つに分けて述べる。

学部教育として必要なカリキュラム案を表 1 にまとめた。学部段階ではこのような内容について、講義や視聴覚教材により、最新の知見について教育する。学部段階では本格的

な実践はできないが、見学や実習を積極的に活用する。

表 1 学部教育のカリキュラム案

	生物	心理	社会
科学者	身体科学概論	臨床心理学 異常心理学 心理学概論 量的研究法 質的研究法 卒業論文	社会科学 隣接諸分野
実践家		心理検査実習	施設見学
その他	一般知識		

修士課程教育として必要なカリキュラム案を表 2 にまとめた。修士課程では本格的な実習を通して、これまで習得した知識を実践に即した形で再体制化していき、心理職として現場で最低限の仕事ができるような状態を目指す。ただし、幅広い知識と技能を身に付ける必要のある修士課程のカリキュラムは、時間的に飽和状態になると考えられ、バランスの良い取捨選択が必要である。

表 2 修士課程教育のカリキュラム案

	生物	心理	社会
科学者	脳神経科学	心理測定法 心理学研究法 修士論文	
実践家	精神薬理 身体疾患・障害	心理アセスメント 基本的なCBT等 の個人心理療法 プレイセラピー	援助機関・組織 での実習 関連法制度・倫理
その他	共感面接のロールプレイ、ケースマネジメント、 陪席、専門職アイデンティティ形成、個別SV		

博士課程教育として必要なカリキュラム案を表 3 にまとめた。博士課程では、その分野でリーダーとなる研究者=実践者の養成のため、科学者としての知識・技能に重点を置いたカリキュラムとなる。既存の知識を吸収するだけでなく、現状の技法の改良、新しい技法の開発を行うことができる人材を育てる。

表 3 博士課程教育のカリキュラム案

	生物	心理	社会
科学者	脳神経科学 精神薬理 ホルモンと行動 睡眠 性行動	心理測定法 効果研究 博士論文	
実践家		CBTやその他の 心理療法の 改良・開発	大学外の機関で の臨床職の非常 勤勤務
その他	システム・組織に心理職を位置づけるための オーガナイズに参画、個別SV		

リカレント教育として必要なカリキュラム案を表 4 にまとめた。リカレント教育では、研究よりも臨床能力の向上を主な目的として、幅広い知識・技能の修得を目指す。さらに、バーンアウトを起こしやすい職業のひとつであるが、心理職として健康に働き続けるための教育も積極的に含める。

表 4 リカレント教育のカリキュラム案

	生物	心理	社会
科学者	研究論文の読み方、研究チームの一員として参画する		
実践家	精神薬理 身体疾患・障害	疾患・問題別の CBT 対人関係療法 力動的心理学療法 家族療法	多職種協働
その他	心理職のストレスマネジメント		

引用参考文献

- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M.S., 1994. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 151, 979-986.
- Engel, G. L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Elgamal, S., McKinnon, M.C., Ramakrishnan, K., Joffe, R.T., MacQueen, G., 2007.
- Hammar, A., Ardal, G., 2009. Cognitive functioning in major depression--a summary.

- Front Hum Neurosci 3, 26.
- Hammar, A., Lund, A., Hugdahl, K., 2003. Long-lasting cognitive impairment in unipolar major depression: a 6-month follow-up study. *Psychiatry Res* 118, 189-196.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B., Gallop, R., 2005. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 62, 417-422.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T.B., Wang, P.S., 2009. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 18, 23-33.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E., 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62, 593-602.
- 厚生労働省 精神障害患者数 (<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>)
- 厚生労働省 主要な疾患患者数 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/05.html>)
- 厚生労働省 2009. 自殺・うつ対策の経済的便益 (自殺やうつによる社会的損失)
- 厚生労働省 2012. 患者調査
- Naismith, S.L., Redoblado-Hodge, M.A., Lewis, S.J., Scott, E.M., Hickie, I.B., 2010. Cognitive training in affective disorders improves memory: a preliminary study using the NEAR approach. *J Affect Disord* 121, 258-262.
- National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE guideline (<http://www.nice.org.uk/>)
- NICE 2009. Depression: The treatment and Management of Depression in Adults. Retrieved 25 January 2010 from NICE website: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEGuidline.pdf.
- Nutt, D.J., 2010. Rationale for, barriers to, and appropriate medication for the long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 71 Suppl E1, e02.
- 総務省 高齢者の人口統計 (<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi720.html>)
- Shakow, D., Brotemarkle, R. A., Doll, E. A., Kinder, E. F., Moore, B. V. & Smith, S. (1945). Graduate internship training in psychology: Report by the Subcommittee on Graduate Internship Training to the Committees on Graduate and Professional Training of the American Psychological Association and the American Association for Applied Psychology. *Journal of Consulting Psychology*, 9, 243-266.
- Successful computer-assisted cognitive remediation therapy in patients with unipolar depression: a proof of principle study. *Psychol Med* 37, 1229-1238.
- 樽味伸・神庭重信, うつ病の社会文化的試論-とくに「ディスチミア親和型うつ病」について-, *日本社会精神医学会雑誌* 13:129-136, 2005.

Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, et al. 1997. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. Archives of General Psychiatry, 54, 1009-1015.

World Health Organization 2012. Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment WHO marks 20th Anniversary of World Mental Health Day