



英国で体感した 国民のための心理臨床 の実現をめざして

インタビュー

一般社団法人公認心理師の会
理事長 丹野義彦

略歴

丹野義彦（たんの よしひこ）

- 1978年 東京大学 文学部 心理学科 卒業
- 1981年 東京大学 大学院 人文科学研究科
心理学専攻 修士課程修了
- 1985年 群馬大学 大学院 医学研究科
生理学系専攻 博士課程修了（医学博士）
- 1985年 群馬大学 医療技術短期大学部 講師
- 1991年 東京大学 教養学部 助教授
- 2002年 文部科学省在外研究
ロンドン大学精神医学研究所
客員研究員（～2003年1月）
- 2006年 東京大学 大学院総合文化研究科 教授
- 2018年 公認心理師養成大学教員連絡協議会
（公大協）会長 2018年 公認心理師 取得
- 2018年 一般社団法人公認心理師の会 理事長
- 2020年 東京大学 名誉教授

公認心理師の会・広報委員の谷口です。突然ですが、会員のみなさんは、公認心理師の会に入会された時のきっかけや動機を覚えていらっしゃるでしょうか？

当会は「科学者－実践家モデルに基づいて、高度専門職業人として活躍できる公認心理師を養成する」ことを目指して活動しているわけですが……。 「なんで科学者－実践家モデルをそこまで推し進めるのか？」について、伝えてこられていなかったのかもしれない。

私自身、日々の臨床実践の中で、科学者－実践家モデルの大切さを感じてきたわけですが「そういえば、当会の理事長である丹野先生は、なんで推し進めてきたのかな？」という疑問から、今回、丹野理事長のインタビューを企画しました。広報委員長の熊先生と一緒に、ふだんはあまり語られない丹野先生ご自身の体験を伺いながら、なぜ科学者－実践家モデルを重要視するに至ったのか、そのストーリーを聞いてみました。

自身のクライアント体験が、臨床心理の道に進む大きな契機に

一（谷口）本日は、お時間いただきありがとうございます。さっそくですが、丹野先生のご経歴を拝見すると、東京大学で学部時代から心理学を専攻されていますよね。

実は学部の時は、臨床をそんなにやりたいと思っていただけではないんです。周りも外国文学を学んでいる友人ばかりで、私も夜な夜なタバコを吸いながら小説を書いて、文学同人誌をみんなで作っていました。そんな生活をしていたので、進路を考える時も、サラリーマンみたいに毎朝起きるといふより、夏休みも長そうな研究者の方が楽かな、くらいに思っていました。実際は全く違ったんですが……。

一つの転機は、卒論の指導教員になった町山幸輝先生の幻覚剤実験に参加したことです。自分の中でもこんなに大変なことが起こるんだ、と体感したので、統合失調症などの精神病への関心が強くなりました。当時の選択肢としては、心理学を勉強しようとする、動物実験を中心とした行動主義、ロジャースのクライアント中心療法、精神医学の3つしかありませんでした。

一（谷口）そういう経緯で、その後修士・博士と医学科にて研究をなさってたんですね。

ええ、そうこうしているうちに町山先生が群馬大学に移ることになったので、私もついて行って統合失調症の研究をしました。医局員として精神科のケース検討なんかに出たので、それがとても勉強になりましたね。

一（谷口）病院では、どのような臨床をなさっていたんですか？

病院には、本格的に心理療法を行う指導者はいなかったんです。ケース検討会で心理的な分析やアセスメントが行われたり、私自身はロールシャッハを1000人くらいとったり、他の病院でも知能検査をやったりしたのはとても良い経験でしたけど。当時はもちろん臨床心理士の制度もないし、認知療法だって普及していません。病院勤めのカウンセラーと知り合うこともありましたが、「結局自分が何をやっているか分からない」とおっしゃる方もいました。

一（谷口）今のこの状況でも、かなり制度が整備されてきているってことなんですね。

はい。今の若い人はとても羨ましいですね。だから私の場合は、むしろ修士時代のクライアント体験の方が大きかったです。精神的な不調に陥ったとき、学生相談でカウンセリングを3か月くらい受けてみて、割と良くなったというか、胸のつかえがとれて、心の中にすーっと風が吹くような体験をして、これはすごいなっていう風に思ったんです。

「ハードな」臨床から「ソフトな」臨床へ、そして認知行動療法との出会い

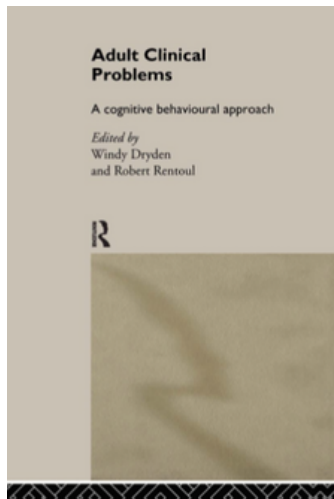
一（谷口）丹野先生にもクライアント体験がおありとは驚きでした。その後、東大に移るとがらっと環境が変わったのではないのでしょうか。

群馬大学での白衣を着て患者さんに接する「ハードな」臨床から、東大駒場キャンパスでのうつ病や不安障害といった学生が抱えている「ソフトな」臨床へと大きく転換しましたね。

当時はオウム真理教による地下鉄サリン事件が起きて、信者にも教養学部の学生が多くいたということで、東大もけっこう叩かれたんです。キャンパスを見渡すと、メンタルヘルスの問題を抱える学生がたくさんいることに気づき、今でいう心の健康教育を始めました。大教室で毎年1000人くらいの学生に講義を行って、20年は続けたので、のべ2万人くらいじゃないですかね。

ー（谷口）2万人！それは大きな数ですね。

また学生相談所の体制を整えて、自分自身でも30年間学生のカウンセリングを行ってきました。自分の大学院時代に学生相談所にお世話になったので、その恩返しの意味もあります。これを私は「キャンパスの臨床心理学」と呼んでいます。研究も、もとの「ハードな」臨床から、抑うつ・不安といった症状や質問紙を用いたアナログ研究にシフトしていき、院生の指導も始めるようになりました。そこで、院生にも分かりやすい本を探した中で出会ったのが、英国のドライデンが編集した本です（左下図）。認知行動療法について疾患別に詳細に書かれており、皆で翻訳しました。これが私には非常に面白かった（右下図）。



（左）Dryden, W., & Rentoul, R. R. (1991).
Adult clinical problems: A cognitive-behavioural approach. Routledge.



（右）W.ドライデン・R.レントウル（編）
丹野 義彦（監訳）（1996）.
「認知心理学入門—認知行動アプローチの
実践的理解のために」東京大学出版

ー（谷口）先生が今まで医療モデルに基づいて臨床や研究を行った中で、キャンパスの臨床心理学を通して、各疾患に対応する心理療法に出会ったということですね。

そうです、そうです。今までは行動療法やクライアント中心療法しか知らなかったこともあり、やっぱり認知行動療法ってすごいんだ、世界ではこれが主流になってきているんだということを知りました。それに、認知を変えると感情が変わるという考え方ならば、アナログ研究でも扱いやすいので、病院の臨床心理学とキャンパスの臨床心理学を結びつける、非常に分かりやすいモデルだなとも思いました。この本との出会いがなければ、今のような方向には進まなかったかもしれないですね。

ー（谷口）すごく貴重な一冊との出会いですね。

本当に、1990年代当時は、認知療法をやっている先生は周りにいなかったんですよ（注1）。この本がきっかけで、英国での臨床実践と研究をこの目で見てみたいと思うようになり、実際に在外研究に申し込んで半年間ロンドンに滞在することができました。

エビデンスの重要性と出会った、英国での在外研究

ー（谷口）英国ではどのような研究をなさっていたんでしょうか。

100年前に同じくロンドンに滞在していた夏目漱石は、『最も不快な2年間なり』という言葉を残しているくらい、言葉もうまく通じない国で読書三昧の日々を送って『夏目発狂セリ』とも噂されていたそうです。そこで『丹野発狂セリ』とならないよう、書を捨てて外に出て、なるべく多くの英国の先生方に会うことに決めました。

ー（谷口）先生方というのは、研究者でしょうか？それとも現場の臨床家でしょうか。

いろんな先生方50人に会いましたね。大学の教員で臨床を非常に熱心に行っている先生方も多かったです。研究室が病院の中であって、病院で学生を指導できる環境がすごく羨ましかったです。

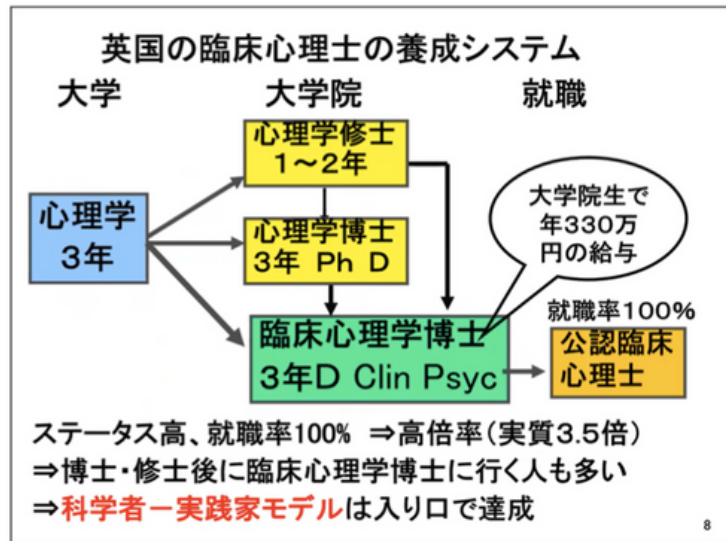
また、ちょうど私が滞在していた2000年頃に、もともとはオックスフォード大学に在籍していたクラーク（Clark, D.M.）やサルコフスキス（Salkovskis, P.M.）、エーラーズ（Ehlers, A.）といった不安障害を中心に扱う臨床家がロンドン大学の精神医学研究所に移ってきたことも幸運でした。それまでは、ヘムズレイ（Hemsley, D.R.）やワイクス（Wykes, T.）、ガレティ（Garety, P.A.）などの統合失調症の研究をしている先生方が中心でした。この頃の英国では、エビデンスベースの臨床実践がすでにかなり確立されていました。ちょうど各疾患に対する認知行動療法の治療効果も明確にされて、「静かな革命」が起こっていた時期に立ち会えたんですね。

ー（谷口）英国といえば、心理専門職の国家資格制度や国の政策レベルでも先進的な取り組みをしているイメージです。

英国では国家資格取得の手前で、大学院で取得できる個別の専門資格があります。たとえば臨床心理士になるための博士課程のコースに入るまでに、修士を出ている人がほとんどで、最低でも学部で実験心理学などの基礎的なトレーニングを受けているんです。学部を出てすぐに現場に出る人は少ないです。臨床心理士になる前に、すでに科学者－実践家モデルが達成されていると言えるんですね。また、このコースに在籍している間は、大学院生で年間330万円（注2）相当の給与が出たり、心理職としての就職率は100%だったり、とても制度として成熟しています。

（注1）1998年3月、現在の日本認知療法・認知行動療法学会の前身である日本認知療法研究会を設立することが、京都府立医科大学での第1回研究会において承認された（日本認知療法・認知行動療法学会HPより）。

（注2）丹野先生が現地学生に調査し、2001年当時のレート（1ポンド＝200円）による換算をした金額。1年生の場合：約15000ポンド（約300万円）、3年生の場合：16500ポンド（約330万円）



また、心理療法アクセス改善政策（Improving Access to Psychological Therapies; IAPT）は、認知行動療法を代表とした心理療法を社会に広くいきわたらせることを目的とした国レベルでの施策で、治療を受けた人数は2008年の1万人から2012年の38万人へと拡大し、患者の回復率まで追跡しています（注3）。

IAPT: Improving Access to Psychological Therapies
心理療法アクセス改善政策

IAPTの治療効果

	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
サービスに来た人数	4万人	18万人	38万人	53万人	60万人
治療を受けた人数	1万人	9万人	25万人	33万人	38万人
うち回復した人の割合		38%	39%	44%	46%

レイヤードとクラーク
『心理療法がひらく未来: エビデンスにもとづく幸福改革』
丹野義彦(監訳)、ちとせ書房

在外研究では多くのワークショップに参加してその威力を体感したので、日本でも認知行動療法やエビデンスベースドの考え方を定着させたいと思い、いろいろな学会でワークショップの企画に携わりました。もともと日本では、1つの学会につき、せいぜい2~3本しかワークショップが実施されていなかったのですが、帰国後の2004年世界行動療法認知療法会議を皮切りに、通算で527本は企画してきています。

(注3) R.レイヤード・D.M.クラーク 丹野 義彦(監訳) (1996) .「心理療法がひらく未来-エビデンスにもとづく幸福政策」ちとせプレス

ー（谷口）かなりバイタリティ溢れる研究生活にギャップを感じています…。

僕もそんなにやる気のある人ではなかったのに、不思議に思います(笑)。とにかく英国での体験って、すごいやる気がでたんです。だからぜひ、若い先生には海外に出ることをおすすめします。

ー（熊）その原動力はどこから来るのでしょうか？

やっぱり英国で患者さんが治っていく様子を現場で見せていただいて、エビデンスベースの心理療法が国民にとって役立つし、効果があるっていうことを実感できたことが大きいですね。治療の場に陪席したり、治療を行うセンターを見学したりもしました。自分の中で心理臨床ってなんだろうと考えてみて、たしかにクライアントに寄り添ってサポートすることは非常に重要なことだけれども、それを超えて、プラスになることをしてあげることが重要なんだと思うようになりました。

帰国後からの20年間のあゆみと科学者－実践家モデル

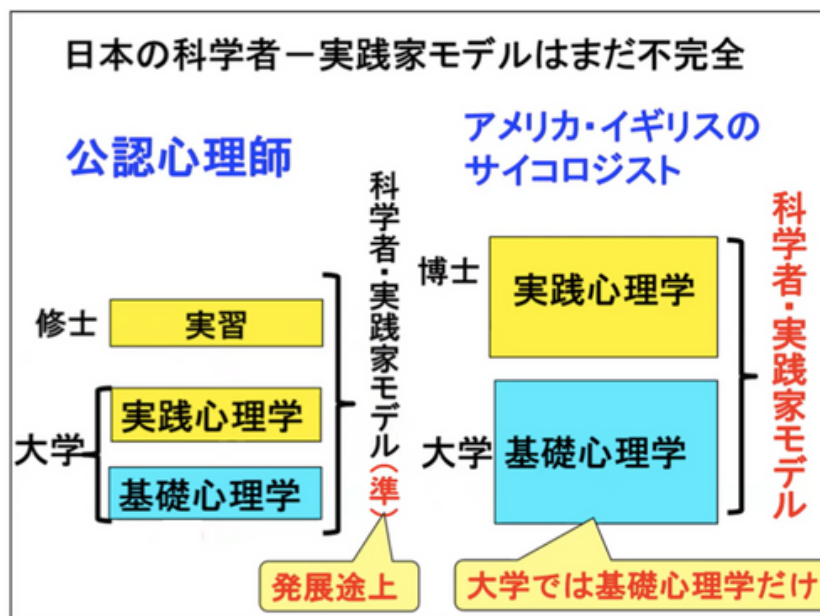
ー（谷口）一方で、日本の臨床家資格の制度やエビデンスに対する意識は大きく遅れをとっていますね。

日本で臨床心理士資格が作られたことは、若い人にルートを提示できたという点ですごいことだったと思います。ただ、それが国家資格ではなかったという点が難しいところですよ。私も2003年にロンドンから帰国して、その後10年間の目標設定をいくつかしていました（下図）。20年間でみれば、今振り返ってみると、認知行動療法の定着やワークショップの開催などはかなり達成されてきていて、なんといっても公認心理師制度ができたんですよ。厚生労働省でカリキュラム検討会の委員になって、制度づくりに一から関わることができたのは大きな経験です。ワーキングチームでは毎回激論となって、意見のすり合わせには大変苦労して、血糖値や血圧の数値が上がりましたけど……。

2003年 ロンドンでの目標設定		
10年でこうしたい	2003年	2023年
認知行動療法が日本に定着する	×	○
認知行動療法の本格的ワークショップが開かれる	×	○
ワークショップのできる人材が育つ	×	○
スーパービジョンのできる人材が育つ	×	○
日本での認知行動療法のRCTがおこなわれる	×	○
認知行動療法が保険点数化される	×	△
日本行動療法学会と日本認知療法学会が統合される	×	×
心理師の国家資格ができる	×	○

公認心理師の基本概念である科学者－実践家モデルが端的に表されているのは、学部での必修25科目の内容です。まずは統計や実験といった科学的な考え方を身に付け、その上に基礎心理学、そして実践心理学があるのです。

ただし、米国や英国でいう科学者－実践家モデルは、学部から修士課程までをかけて基礎心理学を、博士課程で実践心理学を学ぶことをいいます。日本では大学時点で実践心理学も行われていたり、修士課程までの学びにとどまっていたりと、まだまだ発展途上です。ここから10年20年かけて成熟していく過程にいるんです。



ー（谷口）そんな現状を、丹野先生はどのようにご覧になっていますか。

危機感の方が強いです。公認心理師の会に入っている先生方は、エビデンスが重要だということは理解していただいていると思うのですが、まだまだ普及しているとは言いがたいかなと思います。

公認心理師の会の共通コンピテンスにおいても、「科学者－実践家モデルおよびエビデンスにもとづいた実践ができる」という項目がありますが、ケースフォーミュレーションや心理的介入がエビデンスに基づいてできるかという点、日本ではまだまだですよね。どうしても自分が得意なものを介入として使ってしまうのが、日本の臨床がなかなか変わらない一つの要因かなと思うので、今後私たちも力を入れていきたい点です。

あとは修士論文の執筆についてですが、現状の制度だと国家試験の勉強と修士での研究の両立が難しいという意見が多いのは確かです。短期的にはそうかもしれないけど、長期的には研究もしっかりとできるように整える方向になっていくと思います。お医者さんと一緒に研究していると、医師は卒業論文がないので、意外と私たち心理職が統計について指導することもありますよね。だから研究も現場では武器になります。

当会の倫理綱領第8項にある「学術的研鑽を怠らない」ことについては、究極の目標かなと思います。エビデンスを軽視した結果、クライアントに害を及ぼす可能性も十分あり得ます。Lambert（1992）は、個別の技法よりも共通要因が重要だと円グラフや数字を用いて主張しているように思われていますが、実際には根拠はありません（注4）。論文をちゃんと読めば、本人も科学的根拠はないと言っていることが分かるので、”エビデンスっぽい”ことを無批判に受け入れることはないようにしたいですね。

キャッチコピーは「エビデンスは怖くない」「現場がエビデンスを作る」！？

ー（谷口）どのようなエピソードから、日本でのエビデンスに基づく実践はまだ道半ば、と思いますか？
いろいろな場面で感じます。特に、エビデンスに対する反発ってありますよね。現場からすると、エビデンスは理想ばかり言っているだけで、現場には現場の理論がある、というような意見を耳にします。そういう意味では、今まで人間性心理学や精神分析といった理論が多数派だった日本において、認知行動療法が広まり、公認心理師制度がスタートしたことで、今後長い目で見ると世代が入れ替わっていくことに期待しています。また、新型コロナウイルスの世界的な流行に伴って、趨勢としてはエビデンスが重視されるようになってきたと思います。

ー（熊）広報委員会としては、どうなったら科学者－実践家モデルが広まったといえるか、を定義し、定点観測していきたいと思います。たとえば「エビデンスは怖くない」のようなキャッチフレーズがあると広まりやすいのかなと思うのですが……。

「エビデンスは怖くない」、いいですね(笑)。これをきっかけに現場の若手の人たちがエビデンスについて勉強してみようと思えるといいですね。エビデンスって上から降ってくるようなイメージがあるかもしれないですが、実際には現場が作っているわけです。そう、「現場がエビデンスを作る、エビデンスが現場を変える」みたいな。それこそ、エビデンスでは現場は動かないっていう意見を持っている先生方も多いので。普段思っていることが標語になると広まりやすいですね。

ー（谷口）僕も現場で働いている時、現場が論文通りにいかないという話をしていたら、「現場からその論文が違うんだ、と示すのがあなたの役割でしょ」と言われたことをよく覚えています。広報委員会でも数値目標や施策を考え、科学者－実践家モデルの定着に力を入れていきたいです。丹野先生、長時間にわたるインタビューにご協力いただきありがとうございました！



（注4）詳しくは、丹野先生のHP（<https://tannoy.sakura.ne.jp/lambertresume.pdf>）を参照。