

医療系専門職の学部養成課程における多職種連携教育 (Interprofessional Education: IPE)の課題

一言語聴覚士と公認心理師の IPE のための教材作成の試み

松森 久美子¹・井上 直美²

(1:東海学院大学 心理学科, 2:弘前大学大学院 保健学研究科)

要 約

医療系専門職においては医療提供体制の中で複数の職種が関係する業務も多く、チームアプローチの質を向上することが求められている。特に2018年に心理職として初の国家資格として誕生した公認心理師や、1997年に国家資格化された言語聴覚士においても、医療関係者との緊密な連携が法制度の中で明記されている。しかし、言語聴覚士および公認心理師の学部養成課程での連携教育については、具体的な学修アウトカムも定められておらず、単なる学びの場の共有にとどまっている。そのため、今後のわが国における多職種連携教育(Interprofessional Education: IPE, 以下 IPE)の実施に向けた教材作成のために、言語聴覚士と公認心理師の養成コースの教員が、日常起こり得る典型的な事例を協働で作成し、各専門職の立場からケースフォーミュレーションを試みた。結果を比較検討したところ、言語聴覚士の立場からは、言語表出場面への心理的不安を緩和することを目的に、言語表現にこだわらない箱庭療法などによる代替的コミュニケーション方法を用いて不安を軽減させ表出を促していく治療計画が立てられた。一方、公認心理師の立場からは、特定場面に対する恐怖から、緘黙が生じているという症状維持メカニズムが想定され、エビデンスに基づき曝露療法を用いて段階的に発話を促す治療計画が立てられた。本模擬事例の検討を通じて、まずは教員同士が互いの専門的立場やアプローチの特徴について知ることにより、実際の IPE にて、学生に指導すべきポイントや注意点を学ぶきっかけとなった。

キーワード: 多職種連携教育, IPE, 言語聴覚士, 公認心理師, 教材作成, ケースフォーミュレーション, 選択性緘黙

はじめに

わが国では2018年に初めて心理職の国家資格である公認心理師が誕生した。それに伴い、これまで独立して単独で業務に当たることの多かった心理職が、多職種連携によるチーム医療の中で働くことの必要性が高まっている。一方、言語聴覚士の国家資格は1997年に言語聴覚士法が制定され、1993年3月に第1回言語聴覚士国家試験が実施された。

言語聴覚士の業務に関しては、言語聴覚士法第2条において「音声機能、言語機能または聴覚に障害のあるものについて、その機能の維持向上を図るための、言語訓練やその他の訓練、これに必要な検査および助言をするもの」と定められており、連携については、「医師、歯科医師その他の医療関係者との緊密な連携を図ること」とされている。

厚生労働省の「チーム医療推進会議会」(2013年)が示

した基本的考え方によれば、「チームアプローチの質を向上するためには、互いに他の職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率良く提供することが重要である」とされている。また、「様々な業務について特定の職種に実施を限定するのではなく、関係する複数の職種が共有する業務も多く存在することを認識し、患者の状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応することが重要である」と述べられている。

欧米では、将来、実地に出た際の連携業務に役立つよう、専門職の学士教育課程のうちから、近接領域の学生が共に学び、互いの専門性について知ることが奨励されており、そのような教育カリキュラムの構築が重要視されている。

わが国でも、医療系専門職の養成課程が「心理学部」や「医学部」などの一つの学部の下に置かれ、IPEの素

地は出来つつある。しかしながら、現段階では、単なる学びの“場の共有”といった観を否めず、互いの専門性について、どのような違いや共通点を認識するのかといった具体的な学修アウトカム（コンピテンシー）は定められていない。

東海学院大学においては、人間関係学部心理学科において、2014年より言語聴覚士、救命救急士および臨床検査技師、臨床工学技士の養成コースを設置し、2018年より、救命救急士、公認心理師の国家資格の受験資格を得るための学部カリキュラムを導入している。学生達は、心理学研究法、心理学実験、心理検査実習などの科目を共通の同じ教室内で学ぶが、心理学科の教員による通常の授業を、言語聴覚士コースの学生も履修することが可能だけであり、特にIPEを意識した内容が教授されているわけではない。

目的

今後のわが国におけるIPEの実施の具体化に向けた教材作成の試みとして、日常で起こり得る典型的な事例を想定し、各専門職による評価の観点、アセスメント・ツールの選択方法、見立て、介入方法、および治療ゴールの設定の仕方について、共通点や相違点を明確にすることにより、学生たちが授業を通じて、互いの専門資格の特徴を知り、将来的な連携業務に役立つことが期待される。

方法

言語聴覚士（以下ST）の有資格者である教員と、公認心理師（以下CPP）の有資格者である教員とが協働して教材となる症例を作成した。症例の設定は、STとCPPとが協働して担当することが多いと想定される「選択性緘黙児」の典型例を教員の自験例から合成して作成した。

作成した架空症例をもとに、各専門職の立場によるインテーク項目、評価方法、支援方法、治療ゴールについて事例定式化（ケースフォーミュレーション、治療計画の策定）を行い、比較検討した。

症例 選択性緘黙の女子中学生

症例 Aさん（13歳、中学2年生）

主訴 小4より続いている不登校について

家族 父：40代（会社員）、母：40代（看護師）、兄：16歳（高校1年生）、本人の4人家族

成育歴 母のインテーク情報より、0歳時より保育園で、よく泣く子で集団になじみにくかった。小学校に入学後も、なかなか友達もできず、学校ではほとんど話さなくなった。自宅では年齢相応に話している。1,2年生では、学校で授業中に泣くことが多く、欠席日数は月5日程度であったが、朝は行きたくないとぐずることも多かった。4年生になった頃より休みはじめ、別室登校になり、5月以降登校していない。友達は、一人程度はいる時もあったが、「友達といて楽しいことはなかった」という。家では、動画を見たり、絵を描いたりしている。中学2年生になった時、「小学校から不登校で、これからのことが心配だ」ということで、本人自ら相談室に相談した。

結果

各専門職養成コースの教員が作成したケースフォーミュレーションの要点を表1に示した。

STによる支援の特徴

STの臨床において主訴は重要視する項目であり、インテークでは何を目的に来たか、あるいは困っていることは何か等を明確にする。STの養成課程において、主訴に関しては本人の述べた言葉そのままを記載するよう指導される。共同の目標を設定する際、その訴えに対し妥当性があるか、調整が必要かについて検討する。

アセスメントでは、例えば選択性緘黙の場合では、知的な弱さを伴って言語表出が少ない症例などもあるため、可能であればラポールがついた段階でウェクスラー式知能検査（Wechsler Intelligence Scale for Children: WISC, 以下WISCと表記）等を実施する。初期の段階で検査の実施が困難であれば、絵画語彙発達検査（Picture Vocabulary Test-Revised: PVT-R, 以下PVT-Rと表記）等、指差しだけで応答が可能な検査に変更する。検査実施に際し、言語表出ができない場合はその他の手段を用いて書いてもらうことで参考値とする。教研式読書力検査、日本版K-ABC心理・教育アセスメントバッテリー（Kaufman Assessment Battery for Children; K-ABC, 以下K-ABCと表記）ないしDN-CAS認知評価システム（Das-Neglieri Cognitive Assessment System; DN-CAS, 以下DN-CASと表記）等を用いて言語的理解や語彙力、構文生成力を査定する。また、必要に応じ、情報処理やワーキングメモリ、特異的な偏りがないかを確認する。可能であれば、絵画欲求不満テスト（Picture Frustration

Study: P-F スタディ, 以下 PF スタディと表記) や文章完成法テスト (Sentence Completion Test: SCT, 以下 SCT と表記), 日本語版スペンス児童用不安尺度 (Spence Children's Anxiety Scale ; SCAS-JR) 等, 掘り下げた検

査を実施する。

目標設定は, 本人の主訴とアセスメントから導かれる総合評価と, そこから得られる予想可能な結果への段階的アプローチを提案し決定することになる。

表 1 ST および CPP のケースフォーミュレーションの要点

	ST	CPP
インタビュー ク面 接 (情 報収 集)	<p>①「今、なにに困っていますか？」 「どうしたいですか？」等本人に聞く。 音声言語での表出が困難であれば、Yes・No や指差し等を活用する。</p> <p>②SMQ-R (Selective Mutism questionnaire-Revised: 場面緘黙質問票) 保護者への質問票を実施する。</p>	<p>①関係性の構築に努め, 本人から援助希求行動を起こしたことを称賛する。また, カウンセリングの枠組みについて説明を行い, 本人と合意に至った場合に契約を結ぶ。</p> <p>②応用行動分析理論に従い, どのような場面において緘黙が起こっているのかについて, 本人, および関係者へのインタビューから情報収集をする。</p>
アセ ス メ ン ト	<p>①WISC-IV (新版が実施施設で導入済みであれば WISC-V) により知的レベル, 認知処理特性の確認。実施が困難であれば PVT-R (絵画語彙発達検査) 等, 指差しだけで可能なものを実施。</p> <p>②数研式読書力検査, K-ABC II ないし DN-CAS による言語的理解や語彙力, 構文生成力の査定。必要に応じて情報処理やワーキングメモリ, 特異的な偏りがないかを確認する。</p> <p>③P-F スタディ (Picture Frustration Study: 絵画欲求不満テスト) や SCT (Sentence Completion Test: 文章完成法テスト), SCAS-JR (日本語版スペンス児童用 不安尺度) 等の掘り下げ検査を可能であれば実施する。</p>	<p>①WISC-IV (新版が実施施設で導入済みであれば WISC-V) による知的レベル・認知処理特性の把握。</p> <p>②症状を測る質問紙等の実施 BDI-II, STAI 等を用いて, 抑うつレベルや, 状態不安, 特性不安についてアセスメント。</p>
目標 設定	<ul style="list-style-type: none"> ・伝えたいことを iPad でメッセージを書くことができる。 ・自分の気持ちを表現する手段を見つける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・話すことが必要な場面において, 話せるようになること。
介入	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の状況や好きなことを聞きながら, iPad による伝達を試し, やり取りを重ねる。 ・コラージュや箱庭療法などに取り組めるか誘導し可能なら実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・選択性緘黙に対してエビデンスのある曝露療法を実施していく。
終結	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が楽に何らかの方法で, 周囲とのコミュニケーションが取れるようになり, 心理的安定を得られた時とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療目標として設定した「話す必要がある場面で話せるようになること」が達成できた場合に終結とする。

ST の視点としては、アセスメントから知的な課題や語彙力、読解力の確認をした上で、日常生活で緘黙により伝達できず困っていることがあれば、伝達可能な方法を考え使用可能にする。この際心理的に困難な点より、コミュニケーション面での困難な点へアプローチすることを考える。

介入は、音声言語での表出を急がせずに他の伝達手段による表出方法を探りながら、表出や、やり取りの楽しさから生じる安心感を育みつつ、表現することの抵抗感が減じていくことを目指す。例えば、箱庭療法のような非言語的な表出を重ねる中で、自然治癒的な自己との対面や総括が可能になることが期待される。これらの経過の中で、簡単なやり取りであれば、音声や返事といったコミュニケーションが可能になることも多い。

終結は、周囲とのコミュニケーションが何らかの形で抵抗感なくとれるようになった段階で、心理的安定も高まった時とする。

CPP による支援の特徴

CPP の学部養成課程においては、基本的に認知行動療法的なアプローチを中心に心理的支援を修得するよう授業内容が組まれている。本症例のような選択性緘黙は、DSM-5¹⁾においては不安症群に含まれる疾患であるため、まずは不安症に対してエビデンスのある曝露療法（エクスポージャー療法）を中心とした支援方法を考える。

認知行動療法的アプローチは、問題の起こっているメカニズムを生物—心理—社会的側面から分析し、ケースフォーミュレーション（問題に対する仮説を立て、治療計画を策定すること）を重視する。次に、患者（クライアント；CI、以下 CI と表記）に分かりやすい言葉で問題の成り立ちを説明し、どのようにすれば治るのかというメカニズムを伝える心理教育から開始する。そして、CI との協働作業により治療目標を設定し、治療のゴールに向かってセラピストは伴走するという立場を取る。認知行動療法におけるセラピストの基本的な態度については、よく中国の故事を引用して「夕食の魚を与えるよりも、魚の釣り方を教えよ」と言われる。これは、一時的な応急措置を施すのではなく、CI 自らが問題への対処法を身に付け、その後の生活において持続的に用いていけるよう、セラピストが導いていくという意味である。

認知行動療法的アプローチのもう一つの特徴は、短期間のセラピーであるという点である。不安症に対する認知行動療法を、医療機関において一定の条件を満たした

上で実施した場合、診療報酬の対象となるのは最大 16 回迄である。もちろん CI のペースにより、多少の長短は有り得るが、治療者は常に終結を見据えて、セラピーをマネジメントしていく必要がある。

考察

本論では、わが国における IPE の実施に向けて、教員側が指導のポイントや課題について認識するために、模擬事例に対して、双方の専門的な立場からケースフォーミュレーションを試み、比較検討を行った。

初回面談は、CPP では関係性の構築に努め、本人から援助希求行動を起こしたことを称賛する。また、カウンセリングの枠組みについて説明を行い、本人の希望と合致した場合には、契約を結ぶことにする（カウンセリングを開始することを決定する）。このように、CPP が実施する心理的支援においては「枠組み」ということを重要視する。なぜなら、心理的支援（＝心理療法、サイコセラピー、カウンセリング）においては、投薬や医療器具を用いず、主に言語的・非言語的な対人交流を通じて心の問題を解決したり、悩みを軽減したりすることを目指すため、他の日常的な友人同士における“相談”や“〇〇カウンセリング”のような商業的サービスとは、明確に区別すること（すなわち、限界・境界を設定すること）が必要だからである。

ST では、ラポールの形成に留意しつつ、何が困っているのか、どのような目的で来室したのかについて、何らかの形で確認する。音声での応答は求めず、うなずきや指差し等、無理のない反応を探す。

アセスメントに関しては、ST と CPP とともに CI とのラポールが形成され、実施可能になった段階において WISC-IV ないしは WISC-V）を用いて、知的レベルと認知処理特性を査定することは共通している。

その後、ST では読書力検査等を通し、言語理解や語彙力および読解力についてアセスメントを実施することが多い。CPP では、生物—心理—社会的な観点から、問題がどのように維持されているかをアセスメントする。ST における掘り下げた検査では、必要に応じて、情報処理やワーキングメモリの偏りについて確認するために、K-ABC II ないしは DN-CAS、親子関係検査等を用いることもある。CPP の支援においても、このような掘り下げ検査、すなわち、表面的な症状レベルではなく、心理的な特性やパーソナリティ特性をみる検査を実施することもある。しかし、実際のところ、医療機関にお

ける連携業務の中で心理療法を実施する場合には、前述の保険診療による回数制限の問題もあるため、個々の患者にじっくり時間をかけてパーソナリティの改善を促すような関わりを持つことは難しい。

ST と CPP の各専門的観点によるケースフォーミュレーションを比較すると、治療前のアセスメントとしては、「選択性場面緘黙」がどのような場面で起こるか、と評価しようとする点は同じであるが、第一義的に用いようとするツール（方法）が異なることが明らかとなった。ST が最初に実施しようとする場面緘黙質問票 (Selective Mutism questionnaire-Revised: SMQ-RR) は、CPP の養成コースにおいては、殆ど取り上げられることが無い質問紙である。²⁾ また、ST が可能であれば掘り下げて実施するとした P-F スタディや SCT は、公認心理師のブループリント、すなわち、専門職として身に着けるべきコンピテンシーとしては「投影（映）法」に含まれる検査であるが、学部段階では実施法や解釈まで詳しく教えられていない場合が多く（時間的に余裕が無いことが大きな要因であるが）、大抵の場合は、臨床心理士の養成カリキュラムにおいて教えられるような検査である。

また、共通に挙げられていた検査として、WISC-IV があるが、ST と CPP とが協働して支援にあたる場合、どちらの専門職も実施が可能であるため、分業についても課題になってくるかと思われる。

治療の目標設定に関しては、ST の場合には、「周囲とのコミュニケーションが取れること」を目標とするが、CPP の立場からは、「話す必要がある場面で話せるようになること」とされている。「選択性緘黙」という、DSM-5 においては不安症群に分類される症状を呈する CI に対して、エビデンスの高い曝露療法のアプローチを取る CPP の立場では、最終目標とするのは、必要場面における言語の表出（＝障害されている機能の回復）である。一方、ST の立場からは、言語の表出は第一の目標ではなく、箱庭療法や遊戯療法のような間接的方法によって、言語への心理的抵抗感を減じ、言いたいことの表現を促しコミュニケーションに重点を置く場合が多い³⁾。

このような目標設定の差異については、今回、共通の症例に対するケースフォーミュレーションを各専門職の立場から実施した試みによって、はじめて明らかにされたことであり、我々にとっても興味深い点であった。

老松 (2020)⁴⁾ は、公認心理師の業務について「DSM や ICD を使いこなし、エビデンスに基づいて考え、ガイドラインやプログラムに沿って効率的に仕事を進めよ

うとする。極端な言い方をすれば、長期に及ぶケースに腰を据えて関わることはあまり想定されていない」と述べている (p.603)。公認心理師と臨床心理士の双方の資格を持つ著者 (N.I.) も、もし、臨床心理士養成のための大学院カリキュラムにおいて、学生に対して高度な技術を要するパーソナリティ・テストの実施・解釈法について教授している立場であれば、本症例に対して違ったアセスメント法や、他の支援アプローチも含めて提示するような指導方法を取っていたであろう。教員自身も、公認心理師として効率的なアプローチを考えるという風潮に染まってしまっていたのかもしれない。

ST 養成においても同様の実情は存在し、今回のようなケースフォーミュレーションを養成場面で想定しても、医療現場における臨床においては十分な時間をとれることは少なく、小児施設や教育施設においてのみ可能であることが想定される。ST が言語を取り扱う時、ことばによる表出が可能になって欲しいという願いがあるのは当然のことである。しかしながら、学生の養成においては、言語表出が身体の安全や心理的安心の上でなければ成り立ちえないことを、発達の観点から教授していく必要がある。本論で作成した選択性緘黙の症例では、不安の強さが根底にあるという見立ては共通しているが、ST の関わりにおいては「発語を強要しないことで発語への不安を低減させる」というアプローチが提唱されている⁵⁾。一方、CPP は、前述の老松 (2020) が指摘するように、まずはエビデンスに基づき、ガイドラインに沿って支援を進めるよう、教員側も指導しているため、学部レベルの学生では「発語を強要しない」という発想は考えつかないと思われる。

本模擬事例を作成することを通じて、まずは教員同士が互いの専門的領域について知り、事例の見立てや治療目標の設定が異なることを知るきっかけとなった。さらに、CPP の立場からは言語表出を最終目標とし、一方の ST においては言語表出を強要しないという、一見アンビバレントな目標が設定されたことに、それぞれの立場へのより深い理解と尊重の基盤の形成が期待される。今後は、こうした教材を用いて、互いの専門性の具体的な相違点を IPE の学修アウトカム（＝コンピテンシー）として落とし込むことが、将来的な臨床現場における、より効果的な連携を可能にする鍵であると考えられる。

引用・参考文献：

- 1) American Psychiatric Association, (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth ed. (DSM-5), American Psychiatric Publishing. (日本精神神経学会日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野裕監訳, (2014) DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院)
- 2) 角田圭子, (2012) 場面緘黙のアセスメントについて, 日本保険医療行動科学会年報 27.68-73
- 3) 矢沢久史, (2008) 場面緘黙に関する研究の展開, 東海学院大学紀要 2,179-187
- 4) 老松克博, (2019) 公認心理師の養成カリキュラム (大学院) の概要, 臨床精神医学 48(5),599-603.
- 5) Klein ER, Armstrong SL, Skira K, Goldon J (2017) Social Communication Anxiety Treatment (S-CAT) for children and families with selective mutism: A pilot study, Clinical Child Psychology and Psychiatry 22(1),90-108

Implementing Interprofessional
Education (IPE) in the
Undergraduate
Training of Allied Healthcare
Professionals:
Development of Teaching
Materials for Speech-Hearing
Therapist and Certified Public
Psychologist Courses

MATSUMORI Kumiko¹
and INOUE Naomi²

Department of Psychology Tokaigakuin
University¹ /Graduate School of Health
Sciences, Hirosaki University²