

## 第 105 回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## 医療心理師の国家資格化を早急に実現してほしい

羽 藤 邦 利 (特定非営利活動法人メンタルケア協議会, 代々木の森診療所)

## はじめに

筆者は昭和 58 年に東京の JR 山手線沿線の駅前に小さな精神科診療所を開設し、それ以来今日まで 26 年余り、併設している心理カウンセリングセンターの臨床心理技術者 (心理士)、常勤と非常勤を合わせて約 13 名と協働して仕事をしてきた。また、筆者は平成 14 年以来特定非営利活動法人メンタルケア協議会の経営に携わっているが、この協議会には常時約 60 名の臨床心理技術者が相談員として勤務していて、東京都より委託された「精神科救急医療情報センター」、「東京夜間こころの電話相談」などの業務を、精神保健福祉士、看護師、精神科医とともに担っている。たぶん臨床心理技術者と協働してきた経験の量は普通の精神科医より多いと思う。筆者の個人的な経験も踏まえながら、医療における臨床心理技術者の必要性、現状、臨床心理技術者への期待について述べてみたい。

## I. 臨床心理技術者の必要性

## ① 「遷延うつ」の人への心理社会的支援と臨床心理技術

精神科診療所の通院患者で最も多いのは気分障害圏の患者である。気分障害圏の“治療”成績で個々の精神科診療所の医療機関としてのレベルは決まると言っても過言ではない。気分障害の“治療”成績は、治るものは短期間に治るので、「遷延うつ」の“治療”成績次第である。その「遷延うつ」の“治療”成績を引き上げるのには臨床心理技術の活用が鍵になる。

「遷延うつ」は大変に深刻な事態である。例えば家庭の主婦が「遷延うつ」になってしまった場合、育児・子育てに支障を来す、夫との関係も冷え込むなど、家族全員を巻き込み、家庭崩壊に至る例も少なくない。現状では、「遷延うつ」の“治療”成績は芳しくはない。だから「遷延うつ」であるわけだが、明らかなことは「診察室での診療、処方工夫」だけでは限界があり、「それ以外にできること」をする必要がある。例えば、育児の負担を軽減する、家事の負担を軽減する、夫婦関係の調整などである。「それ以外にできること」は“治療”とは言えないだろう。“支援”と表現するのが適切であろう。

「遷延うつ」の“支援”を本格的に取り組む場合は、本人との“関係作り”に始まり、「遷延うつ」による生活障害の程度や支援の緊急性について“アセスメント”した上で、どのようなサービスをどのように組み合わせるか“支援計画”を立てて、サービスを“実施”していくことになる。要介護高齢者の支援と相似した支援スタイルになっていく。実施するサービスの中身は、ある人には、相談・助言指導だけで十分かもしれないが、他の人には育児支援や家族調整などが必要である。ケースによっては、ショートケア、デイケアでの集団療法、集団認知行動療法、個人カウンセリング、個人認知行動療法が有効である。

こうした“支援”には、支援対象者との関係作り、気持ちの受け止めなど、必ず心理的な側面への配慮が必要である。しかし、単なる心理的な支援では支援にはならず、併せて、具体的な社会的

な支援（育児支援など）が求められる。そこで、こうした支援は、最近では「心理社会的支援」と呼称されるようになっていく。

昨年度にメンタルケア協議会で、6医療機関が参加し、女性の「遷延うつ」への「心理社会的支援」についての研究調査を行った<sup>1)</sup>。何らかの「心理社会的支援」を3ヶ月間行うことによって社会機能の改善（SASSの評点の上昇）が見られた。それだけではなく、うつ症状（HAM-Dの評点の低下）の改善も見られ「心理社会的支援」が“治療効果”も持っていることがわかった。この研究調査で心理社会的支援の主役を担ったのは臨床心理技術者であった。支援対象者との関係作り、気持ちの受け止めのための面接技術、心理学的アセスメント、グループワークや認知行動療法などの心理技法、支援の殆どの局面で臨床心理技術者はなくてはならない職種であった。

現在、全国の精神科診療所に通院中の気分障害圏（F3）の人のうち、65歳未満で6ヶ月以上、就労、就学、通所、あるいは主な家事ができない人が12.6%～16.4%いると推計される。全国では9.3万～12.3万に上る。「遷延うつ」は膨大な数である<sup>2)</sup>。この人たちには、“治療”、即ち「診察室での診療と処方」だけでなく、「心理社会的支援」が必要である。これまで気分障害圏の人に対しては、“治療する”ことばかりが考えられ、「心理社会的支援」の必要についてはあまり考えられてこなかった。膨大な数の「遷延うつ」の人たちがいて、その人たちは心理社会的支援を必要としている。そのためには臨床心理技術者が相当な数必要である。

## ②統合失調症圏の人への心理社会的支援と臨床心理技術者

これまで殆ど注目されてこなかったことだが、統合失調症圏の人で、通院中で、65歳未満、6ヶ月以上、就労、就学、通所、あるいは主な家事ができない人、いわゆるニート状態の人が27.5%～35.0%に上る。全国では12.3万～15.8万人と膨大である<sup>2)</sup>。通所授産施設などに通所し

ていないので、障害者自立支援法の恩恵を殆ど受けていない。つまり社会的支援を殆ど受けていない。日本の精神科医療の重大な欠陥である。この膨大な数の人たちにも、やはり「遷延うつ」の人と同じように、診察室での診療と処方の工夫だけでなく、心理社会的支援が必要である。その心理社会的支援の内容は、「遷延うつ」の場合とは相当異なる。例えば、統合失調症を対象としたデイケアは、気分障害圏を対象にしたものとは著しく異なる。しかし心理社会的支援の「基本の構造」、即ち、関係作りに始まり、アセスメント、助言指導、ケースワーク、ケアマネジメント、それぞれに適した特別な訓練プログラムを実施するといったことは「遷延うつ」の場合と全く同じである。ニート状態にある統合失調症への心理社会的支援に臨床心理技術者が加われば、支援の質が大いにレベルアップする。臨床心理技術者は、特に、関係作り、アセスメント、特別な訓練プログラムで重要な役割を担える。支援の質が上がることで救われる人が増加するだろう。

統合失調症圏の人については、さらに、社会的入院患者7万人の退院促進や、発病早期の支援が重大な課題になっている。こうした課題に取り組むにも、臨床心理技術者の専門性を必要とする場面がとて多いのではないか。

## ③その他の精神疾患への心理社会的支援

「遷延うつ」、統合失調症だけではない。小児の精神障害、神経症性障害、摂食障害、パーソナリティ障害、発達障害、薬物依存、認知症、などすべての精神疾患で、“治療”と併せて「心理社会的支援」が必要である。その心理社会的支援に臨床心理技術者の専門性が役立つはずだ。

## ④精神保健医療福祉の領域での臨床心理技術者の必要数の推計

精神保健医療福祉の領域で、現状ではあまり行われていない心理社会的支援を行うためには、相当な数の臨床心理技術者が必要である。どのくらいの数が必要なのだろう。精神疾患毎に必要な数を

表1 精神科診療所に勤務する臨床心理技術者の数

精神科診療所勤務の 臨床心理技術者の数	常勤	非常勤
デイケアあり	0.09	0.8
デイケアなし	0.68	1.49

平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所の社会参加サポート機能に関する研究」報告書（日本精神神経科診療所協会）から

表2 精神科病院に勤務する臨床心理技術者の数

精神科病院勤務の臨床心理技術者の数	常勤	非常勤
1病院当たりの臨床心理技術者数	1.09	0.49
臨床心理技術者一人当たりの在院患者数	178.6	393.5
臨床心理技術者一人当たりの延べ外来患者数	1360.9	2997.6

厚生労働省平成18年度630調査

推計し、それらを積算すると数万という数になりそうである。残念ながら現時点では根拠になるデータが乏しいので明確な数字を出すことは難しい。明確な必要数は、臨床心理技術者を臨床場面に実際に導入し、その実績から徐々に明らかにしていくしかないだろう。

#### ⑤精神科領域以外でも臨床心理技術者が必要

ところで、心理社会的支援を必要としているのは精神科領域だけではない。癌センターでは臨床心理技術者がチーム医療の一員になることが当たり前になってきている。さらに、糖尿病などの慢性疾患、HIV、ホスピス、身体疾患で入院している子供と家族、脳外科などでの高次脳機能障害、不妊治療などで、臨床心理技術者はチーム医療に必要不可欠なメンバーとして認知されてきている。

すべての診療科に必要な臨床心理技術者の数を合計するとどのくらいになるのか。推計の根拠になるデータは乏しいが、とにかく膨大な数の臨床心理技術者が必要なことは間違いない。

## II. 医療現場で働く臨床心理技術者の数

ところで、医療現場で、“現在”働いている臨床心理技術者の数はどのくらいなのだろう。

#### ①精神科領域で働く臨床心理技術者の数

精神科診療所の数は平成18年の630調査によると2804である。これは主たる標榜科目が精神科、神経科である診療所の数である。精神科診療所の中には、心療内科、内科、神経内科などを“主たる”標榜科目として保健所に届け出ているところも多い。様々なデータから全国精神科診療所の数は約5000箇所と推計される。この数字から、精神科診療所に通院している外来患者数は精神科病院の約2倍、気分障害圏に限ると約3倍と推計される。今や外来精神科医療で中心的な役割を担っている精神科診療所だが、そこに勤務する臨床心理技術者の数はどのくらいだろう。平成19年度に日本精神神経科診療所協会が行った調査によると表1のようになる。デイケアを持たない診療所が9割を超えていることを考えると、常勤の臨床心理技術者の数がいかに少ないかがわかる。

次に、「精神科病院」に勤務する臨床心理技術者の数を見てみよう。厚生労働省の調査によると、表2のような数字になる。臨床心理技術者一人当たりの在院患者数、延べ外来患者数の多さには驚かされる。

「精神科の社会復帰施設」に勤務する臨床心理

表3 精神科社会復帰施設に勤務する常勤臨床心理技術者の数

精神科社会復帰施設の 臨床心理技術者の数	施設数	臨床心理技術者	
			うち精神保健 福祉士の資格 を持つ者
生活訓練施設	291	22	5
福祉ホーム	126	1	0
入所授産施設	29	0	0
グループホーム	1542	9	3
福祉ホームB型	117	3	0
通所授産施設	299	3	1
小規模通所授産施設	436	1	1
福祉工場	18	0	0
地域生活支援センター	504	20	6
合計	3362	59	16

厚生労働省平成18年度630調査

技術者の数はどうだろう。同じく厚生労働省の調査によると、表3のような数字になる。全国で僅かに59名である。

このように、日本では、精神科領域で勤務する臨床心理技術者の数は極端に少ない。それも、常勤が少なく、多くは非常勤である。しかも、常勤であっても非常勤であっても、臨床心理技術者として雇用されているのではなく、受付、事務などの業務を兼務している例が少なくない。

#### ②精神科以外の診療科で働いている臨床心理技術者の数

「精神科以外の診療科」で働いている臨床心理技術者の数はどうなのだろう。残念ながらデータがない。しかし精神科領域以上に少ないと思われる。

### III. 「臨床心理技術者の国家資格」が必要

何故に、医療現場に臨床心理技術者がこれほどに少ないのだろう。

#### ①医療現場で働く臨床心理技術者の数が少ない理由

理由は明白である。臨床心理技術者が行う業務に対して、精神科「医療」では「診療報酬付け」が行われていない、精神科の「保健福祉」では

「配置を義務付けられていない」ためである。何故に、診療報酬付け、配置の義務付けが行われないのか、直接的な理由は国家資格化されていないからである。何故に、国家資格化されてこなかったのか。

#### ②国家資格化を阻んでいるもの

国家資格化が実現しなかった原因は、臨床心理技術者を取り巻く関係者の間で合意形成ができなかったことであろう。何故に合意形成ができなかったのか。最大の理由は、精神科医、看護師、精神保健福祉士などの専門職の中に、臨床心理技術者に対してネガティブなイメージがあるためではないか。

精神科医をはじめとする他の専門職の問題を棚上げにして言えば、臨床心理技術者のネガティブなイメージは、次の二つである。一つは、臨床心理技術者の中に統合失調症などの精神疾患に対する知識と経験に乏しい者が少なくないことである。もう一つは、チームの一員として行動しようとし、行動スタイルへの反発である。患者（クライアント）と1対1でカウンセリングルームに籠もり、他の専門職とコラボレートしようとし、臨床心理技術者が未だに少なくない。この二つのこと以外に、“〇〇療法”に固執する“方法フェテ

イズム”や、流行の心理用語を用いての“心理学的解釈”なども他の職種からの反発を招く理由になっている。現状の臨床心理技術者の養成課程には重大な欠陥があるのではないか。

周囲のネガティブなイメージから、臨床心理技術者は孤立しがちで、孤立から対立感情が醸成され、ますます孤立するという悪循環が起きている。

#### ③ネガティブイメージを払拭する必要がある

臨床心理技術者の多くは能力が高い。臨床現場で十分な経験を積んでもらえば、精神疾患についての基礎的な知識と経験のなさは克服される。チームに加わろうとしない傾向も、臨床心理技術者を医療チームに積極的に誘い込むことで、変えられる筈だ。臨床現場で臨床心理技術者を積極的に活用すれば必ずネガティブなイメージは払拭されるだろう。臨床心理技術者の方も、周囲の批判に積極的に応えるように、懸命に努力して欲しい。

他の専門職と臨床心理技術者との良好な協働関係が作られ、ネガティブなイメージが払拭されて、初めて国家資格化は力強く推進されることになるだろう。

但し、国家資格化が実現されるまでは、臨床現場で臨床心理技術者を活用することは、即、費用が嵩むことである。臨床現場は持ち出しを覚悟しなくてはならない。そのため、直ちに大々的に臨床心理技術者を活用することは難しい。

#### ④どのような国家資格にするのか

臨床心理技術者の国家資格化の仕方については二つの考えがある。一つは医療分野だけでなく、教育分野にも、その他の領域にも共通したオールマイティな資格を導入するという考え、もう一つは医療分野（保健福祉も含む）に限定する資格を導入するという考えである。

医療保健福祉の現場にとっては、国家資格が作られて「診療報酬付け」「配置の義務付け」が実現すること、資格化された後も、その2点について適宜に改訂が行われることが最も肝心なことである。そのために、国家資格は、厚生労働省管轄

にして、医療保健福祉の分野に限定した資格にするのが適切であろう。いわゆる「医療心理師」である。

オールマイティな資格を望んでいる人もいる。しかし、果たして、そのような能力をひとりの心理師が持ちうるのか。オールマイティな資格は、複数省庁にまたがる資格になるが、そうになると、導入が難しいだけでなく、導入後の管理も、改訂も難しい。オールマイティな資格は“制度として”欠陥が多い（註。複数省庁にまたがる資格を作るためには、省庁毎に異なる「資格を必要とする根拠」をすべて満たすように作られなくてはならないが、それは至難の業であろう）。

#### ⑤「医療心理師」の認定の要件

例えば“工学部などを出て第一種指定大学院（註。指定は日本臨床心理士資格認定協会による）に入学し、2年間課程を修了、実習は児童中心、うつ病や統合失調症の知識と実習経験がない”といった貧弱な養成課程で医療心理師になれるということでは困る。

医療心理師になるためには最低要件として次の二つは欠かせない。

1. 心理学部で心理学の基礎を学んでいる
2. 精神疾患についての知識と実習経験を有する

さらに小児科や様々な診療科で医療チームに加わるために身体医学や医療制度の基礎的な知識も必要になるだろう。

2008年8月28日に出された日本学術会議の提言「医療領域に従事する『職能心理士（医療心理）』の国家資格法制の確立を」には上記とほぼ同じ内容が示されている。医療心理師の国家資格はこの学術会議の提言を叩き台にして具体化していけば良いのではないか。

#### ⑥国家資格化に当たって避けるべきこと

数年前に「2資格1法案」が議員立法で国会に上程されそうになった。医療界の反対で頓挫したが、頓挫して良かったと思う。もし法案が上程可

決されていたら、医療現場に同じ職種なのに二つの資格の人がいることになった。そうなっていたら、二つの資格の間で必ず争いが起きて延々と続くことになっただろう。周囲の者も巻き込まれて医療現場が混乱させられただろう。一つの職種に二つの国家資格を設けるといった愚かしいことは絶対に避けるべきことだ。

#### IV. 最後 に

国家資格化を巡っては、これまで長年にわたって争いが続いている。その争いは、関係者がお互いの立場をわかり合うプロセスでもあったかもしれないが、それよりも対立を強めたように見える。関係者の内部で対立がある限りは、国家資格化の実現は不可能である。今、なによりも必要なことは関係者の合意形成である。そのために関係者が

互いに懸命に努力することを期待したい。

とにかく、医療保健福祉の現場には、臨床心理技術者が必要不可欠な職種であり、臨床心理技術者を本格的な導入にすれば、日本の医療保健福祉は大きくレベルアップする。関係者の、利害得失にとらわれない誠実な努力によって早急に国家資格化が実現することを切望する。

#### 文 献

- 1) 平成 20 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業障害者自立支援研究プロジェクト「うつ病からの社会復帰支援のための通院・在宅医療、福祉連携強化モデル事業」報告書（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
- 2) 平成 19 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所の社会参加サポート機能に関する研究」報告書（日本精神神経科診療所協会）