

特集 心理職とのこれからの協働を考える

心理職の教育

加藤 匡宏

本稿は、臨床心理士資格と精神科専門医資格を有する臨床心理士養成1種校指定大学院の専任教員の心理師（職能）の国資格化に関する私見である。臨床心理士養成コース大学院修士課程の教育および就職（職能）における課題を明示・対比させることによって、心理師（職能）の大学および大学院での教育内容について提言した。筆者は、臨床心理士養成コースの大学院修了生の就職難を解決することを最重要課題と考えており、医療提供施設における心理職の「国資格化」を願う立場をとる。筆者は、現在、医療提供施設で勤務している臨床心理士に対しては、なんらかの移行措置もしくは日本精神神経学会指導施設での実務研修によって、国資格を与えていただきたいと考えている。また、医療提供施設においては、長時間の心理面接を臨床心理士が担う傾向があるので、精神科医師および臨床心理士で治療方針を共有しつつ、AT スプリットと言われるような形で役割分担して連携していく形が治療に有効に働さうことには、臨床心理士と協働している精神科医師の間では次第にコンセンサスが得られつつある。また、身体科医師（内科や小児科など）は、身体疾患に罹患した患者に対して、長時間患者や家族の「相談」にのることは不可能であり、ここでもまた心理師（職能）が医療に参画する良いチャンスと考えている。心理師（職能）においては、医学概論、解剖生理学、社会保障・福祉、公衆衛生学、精神保健、精神医学、精神薬理学、心身医学、小児保健など「生命科学としての医学」「社会科学としての医学」「臨床医学としての医学」系科目の開講が望ましい。

<索引用語：心理師（職能）、臨床心理士、日本精神神経学会指導施設、混合診療禁止規定、精神療法的アプローチ>

筆者は臨床心理士資格と精神科専門医資格をもち、臨床心理士養成1種校指定大学院の専任教員である。本シンポジウムにおいて、心理師（職能）（仮称：医療保健心理師）の大学学部および大学院教育について、臨床心理士養成コース大学院修士課程の教育および就職における課題を明示・対比させることによって、心理師（職能）の大学および大学院での教育内容について提言したい。

以後、臨床心理士との名称・用語の混乱をさけるために筆者は医療提供施設に勤務する「心理士」を「心理師（職能）」と定義し、「士」ではなく、「医師」「看護師」「保健師」と同様な「師」という漢字を使用する。

という漢字を使用する。

日本臨床心理士資格認定協会・臨床心理士養成指定大学院は、「臨床心理士資格」を教育・医療・福祉・矯正教育・産業保健など分野横断的な資格として、国民のこころの健康増進に恩恵をもたらすというパブリックイメージを形成してきた。筆者は臨床心理士諸兄ら先人の熱意・努力には深甚なる敬意を表すが、筆者は臨床心理士が医療提供施設で活躍できる十分な教育が臨床心理士養成大学院修士課程（2年間）で教育教授されているとは言い難いと考えている。

筆者は、「臨床心理士資格」が「臨床」という名称によって、心理学を応用することにより、精

神疾患に罹患した患者に対して精神科医師と同等に心理療法・心理査定を実施できるという印象を大学生（医学生を除く）や高校生に与えるとともに、一方、いわゆる「臨床心理学ブーム」にあやかり、大学院定員不足問題をかかえる大学や学部が大学院修士課程院生を確保する目的で臨床心理士養成大学院コースを設置した可能性は否定できないと考えている。

現在、162校の臨床心理士養成大学院が設置され、約2万人の臨床心理士が市井で活躍している。臨床心理士の約20%（4000人）が医療提供施設で働いており、筆者は医療提供施設に勤務する臨床心理士は、国資格〔心理師（職能）〕を取得し、安定した有資格職として医療提供施設において活躍することを願っている。

筆者は、大学院修了生の就職活動の一環として、修了する大学院生を引率し、県内外の病院や診療所を訪問するなどの就職活動にも長期間従事してきた。昨今、医療提供施設での常勤採用は皆無であり、非常勤職員での採用もままならない状況に陥っている。筆者は、大学院募集要項に「臨床心理士養成コースの大学院修了は臨床心理士としての就職を保証するものではない」と明記し、大学院が保護者への説明責任を明確にしなければならないと考えている。

また、臨床心理士資格試験は、大学院修了年（3月末）から6ヶ月経過した10月に実施され、12月下旬に合否判定が通知される。さらに、臨床心理士資格試験合格者の日本臨床心理士資格認定協会への登録は大学院修了年より1年後（翌年3月末）となり、大学院修了後1年間は、臨床心理士と名をのることさえもできない状態である。つまり、大学院修了学生は、最低1年間は無資格（一般社団法人臨床心理士資格のない状態）で、医療提供施設で勤務することになる。これは大学院生のみならず保護者にとっても看過できない問題である。心理師（職能）教育においては、教育カリキュラムとともに国資格試験時期も十分に考慮する必要がある。

筆者は、愛媛大学において、臨床心理士養成コ

ースの大学院学生のみならず、医学部医学科学生に対する講義も担当している。両者の教育を担当する際、臨床心理士養成コース大学院学生と医学生の講義において、ある種の教育教授にとまどいを覚える。資質や学力の差というよりも、Basic Science, Social Scienceの知識があるか否かによるものと考えている。

筆者は、臨床心理士養成コースの大学院学生の教育教授経験から、医療提供施設においては、臨床心理士の役割は医師の指示の下で、心理臨床技術者として患者ニーズに応じた精神的サポート（心理的支援）が臨床心理士の医療現場における職能の限界であると考えてきた。

日本臨床心理士資格認定協会は、臨床心理士は分野横断的な資格であると主張しているが、臨床心理士は（医療提供施設で対人業務をする場合）医療事務職と同様に無資格者である。医師法において、精神療法（心理療法）・心理査定の解釈は医師の業務独占行為であり、医師が実施しなければ健康保険での診療請求はできない。また、1人の患者に対して、医師が保険診療で5分以上精神療法を実施し、残り45分間、同じ施設内で臨床心理士が患者の自費負担で心理療法を実施した場合は混合診療となり、混合診療の禁止規定に反する。

医科点数表の解釈¹⁾では、入院精神療法、通院・在宅精神療法は精神科を標榜する保健医療機関の精神科を担当する医師が行った場合のみ算定できると定義されている。また、臨床心理士の実務教育において教育教授がなされる標準型精神分析療法・心身医学療法（自律神経訓練法・カウンセリング・行動療法・催眠療法・バイオフィードバック療法・交流分析・ゲシュタルト療法・生体エネルギー療法・森田療法・絶食療法・一般心理療法・簡易型精神分析療法）は、当該療法に習熟した医師によって行われた場合に算定できると定義されている。さらに、臨床心理・神経心理学検査は、医師自ら、または医師の指示により他の従事者が自施設において結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合

にのみ算定する。医師は診療記録に分析結果を記載するとされている。臨床心理・神経心理学検査の実施者の職能規定はないが、解釈は医師の業務独占行為である。

つまり、現在の保険診療において、臨床心理士が保険診療に参画できるのは、臨床心理士を臨床心理技術者であるとみなした場合、通院集団精神療法、入院生活機能訓練法のみとなる。このような背景から、医療提供施設では医師の指示の下に心理師（職能）の国資格化が検討され、将来的には医療現場で保険診療が可能となることが期待されている。

平成21年10月4日、日本臨床心理士会の国資格に対する考え方²⁾として、「医療提供施設においては医師の指示を受ける」「業務の内容として、心理的な問題を有する者とその関係者に対する心理アセスメント・心理相談・心理療法・心理臨床的援助を行う」を発表した。日本臨床心理士会の議決は、筆者の感覚と日本臨床心理士会の医療提供施設での感覚が一致してきたと歓迎している。

しかしながら、その拙速な結論に対して、日本臨床心理士資格認定協会から別の見解³⁾が提示されている。ここで、筆者は、全国の臨床心理士が所属する日本臨床心理士会と臨床心理士資格の授与・更新に携わる日本臨床心理士資格認定協会が別組織であるとともに、日本精神神経学会が中心となってすすめている国資格に対する両団体の「温度差」が存在するという点も勘案しなければならない。

筆者は、臨床心理士資格を授与・更新する団体（主として臨床心理士養成指定大学院の主任教授で構成されている）と臨床心理士資格の名称を用いて市井で働く臨床心理士の全国組織が、国資格化に別見解をもつことに戸惑いを感じている。他の心理学団体から「家元」騒動と揶揄されてもいたしかたない。

この事実は、筆者が本文で前述したように「臨床心理士」資格が大学院定員不足問題をかかえる大学が大学院修士課程院生を確保する目的で設立された「教育産業」である側面を露呈しているか

らではなかろうか。

筆者は、臨床心理士養成指定大学院教員であることから、拙速な「国資格化」に反対意見を述べるべき立場となるが、今かかえている大学院修士の就職難を解決することを最重要課題と考えており、医療提供施設における心理職の「国資格化」を願う立場をとる臨床心理士指定大学院教員であることを明記したい。筆者は、現在、医療提供施設で勤務している臨床心理士に対しては、なんらかの移行措置もしくは日本精神神経学会指導施設での実務研修によって、国資格を与えていただきたいと考えている。

筆者は、精神科医療において、①診断と薬物治療は精神科医師が実施し、②精神療法（心理療法）と心理査定は臨床心理士が実施する、という二分割の診療体系は患者にとってこのまじいことではないと考えている。つまり、精神科医師と臨床心理士間で治療方針が共有されていない場合などは、患者に対する治療者イメージが混乱することから、精神科医師と臨床心理士の二分割治療構造をとる場合は、基本的に十分な事前協議もしくは事後検討が必要である。

しかしながら、パーソナリティ障害や広汎性発達障害に罹患している患者の精神療法を精神科医師がすべて実施することは他の軽症患者の診療時間を失うことになり、コスト（タイム）ベネフィットを勘案して、今後、医師の指示の下に臨床心理士を含む心理師（職能）（臨床心理技術者）にパーソナリティ障害患者や発達障害患者の心理援助・相談を依頼する機会が増えると考えている。

現在でも、医療提供施設においては、長時間の心理面接を臨床心理士が担う傾向があるので、精神科医師および臨床心理士で治療方針を共有しつつ、AT スプリットと言われるような形で役割分担して連携していく形が治療に有効に働きうることには、臨床心理士と協働している精神科医師の間では次第にコンセンサスが得られつつある。

この点は心理師（職能）が医療に参画することができるチャンスと考えている。また、身体科医師（内科や小児科など）は、身体疾患に罹患した

患者に対して、長時間患者や家族の「相談」にすることは不可能であり、ここでもまた心理師（職能）が医療に参画する良いチャンスと考えている。

そのために、臨床心理技術者の名称および業務の国資格化が必要であると考えている。しかしながら、臨床心理士養成大学院での医療に関する受講科目を俯瞰すると、心身医学特論もしくは精神医学特論のどちらかがD群選択科目となっており、医療現場で働くには足りないカリキュラム構成になっている。これは、4年制看護大学での精神医学・精神保健など「こころの病気をあつかう」講義開講科目数よりも少ないという現実が存在する。

心理師（職能）においては、医学概論、解剖生理学、社会保障・福祉、公衆衛生学、精神保健、精神医学、精神薬理学、心身医学、小児保健など「生命科学としての医学」「社会科学としての医学」「臨床医学としての医学」系科目の開講が望ましいと考えている。臨床心理士養成コースでは、選択科目となっている心身医学特論、老年心理学特論、障害者（児）心理学特論、精神薬理学特論は、心理師（職能）の教育では必須科目となろう。

医療現場に限らず、臨床心理学コースの大学院2年間を修了した知識や経験のレベルでは教育・福祉・矯正教育・産業保健などどの現場でも充分というわけではない。したがって多くの大学院生は、在学中に「これでは足りない」と感じており、「身銭を切って」様々な研修に行き、自分の目指す領域について勉強している。

臨床心理学コースの大学院生が、医療提供施設での心理臨床を目指すのであれば、臨床心理士は最低限DSM-IVや薬物療法についての勉強が必要であり、医療従事者として求められる基本的な知識や態度を身につけていく努力は不可欠である。また、現場に出たての新人が臨床現場で苦勞するのは医師を含めて、すべての医療従事者に限ったことではなく、臨床心理士が医療従事者の一員として働く場合は、まず、医療提供施設での「医療

の心得」を身につけなければならない。

したがって、心理師（職能）の医療提供施設でのスーパーヴィジョンに関する実務教育は、重要な教育項目となる。医師間（指導医と研修医）のスーパーヴィジョンでは、指導医および研修医が2人1組で患者を診察し、研修医の診察状況や診断過程・治療方針を観察し指導医が実務指導をする。指導医と研修医間には金銭授受関係は発生せず、研修医が成長し指導医となったとき、過去に指導医からうけた「指導やご恩」を「新米研修医」に無償でお返しするというのが常である。しかし、臨床心理士教育においては、外部スーパーヴァイザー（指導者となる経験豊富な臨床心理士）が、来談者*を見立てることなく（来談者に会うことなく）、大学院生の面接状況を聞くという研修指導スタイルをとる場合が多い。その対価として、大学院生が、スーパーヴァイザー（外部指導者）に3000円から5000円の金銭を支払う行為がなされている。国立大学法人において、学生が授業料以外に教育に係る自己負担金を支払うことは許されることではない。愛媛大学では、大学院生教育経費を充当することによって規定回数のスーパーヴァイズ料金を大学院（臨床心理コース）が負担することで解決したが、規定回数をこえるスーパーヴァイズ料金は大学院生の自己負担となる。この金銭授受行為関係の発生に関して筆者は疑問に考えている。ただし、大学院生の中には、来談者がかかえる問題点や心理面接の視点ではなく、「大学院生自身の悩み（大学教員との関係や修士論文の進展など）」相談を外部指導者（スーパーヴァイザー）に求める場合があり、本来なら、大学教員が大学院生に指導すべき事柄を外部指導者に代替いただいている立場は頭をかかえる問題である。

筆者は、心理師（職能）教育におけるスーパーヴィジョンは、精神科専門医が、日本精神神経学会指導施設において「心理師（職能）」面接に同席するか、ビデオ録画などを用いて指導すること

* 来談者：臨床心理士が施行する心理臨床面接では患者とは言わず、来談者と呼ぶのが通例である。

が重要であると考えている。また、大学院卒業後の臨床研修期間は1年程度必要であると考えている。とくに、認知行動療法など、無作為マスク化試験で、抗うつ薬と同等もしくはそれ以上の効果が証明されている Evidence-based な精神療法や技法を学んでいただきたいと考えている。また、修士号獲得に必要な修士論文は、事例研究に特化し、職能教育色を明確にしたほうがよいと考える。

心理技術職の国資格をめぐる問題は半世紀以上も続いている。筆者自身は臨床心理士資格を有する精神科医師であることから、精神科医師としても反省すべき点は数多くある。今までともすれば忙しさを理由に薬物療法だけ行い、精神療法的アプローチを臨床心理士に丸投げしがちであった。岩瀬⁴⁾が、「精神科医師が積極的に精神療法を自分たちの重要な技術の一つとして勉強しなおし、取り戻す時期がきたといえる。精神科医師自身が精神療法と薬物療法を行えば、医療提供施設で実施する臨床心理士の心理臨床面接が医行為であるかどうかの問題も発生せず保険算定上の問題も発生しない」と報告しており、筆者も同意見である。

筆者は医療分野では医師の指示のもとに業務を行う心理師（職能）が臨床心理技術者の名称独占および業務独占を国資格として取得し、精神科医

師のみならず、他科の医師とともによりよい形で連携・協力ができ、患者に有益な国資格ができることを願ってやまない。

また、筆者自身の私見として、「心理職の国家資格化委員会」が中心となって、厚生労働省科学研究 鈴木二郎班「心理臨床技術者の国家資格化委員会」の継続研究を企画していきたいと考えている。その際には日本臨床心理士資格認定協会をはじめとした各種心理職能団体からの積極的な参加をお願いしたい。

なお、平成22年9月現在、心理師（職能）が国資格となった場合、名称として、「心理士」が使用される可能性があることを附記したい。

文 献

- 1) 医科点数表の解釈（平成20年4月）。社会保険研究所，2008
- 2) 一般社団法人日本臨床心理士会雑誌第63号（18巻3号）；4-6
- 3) 財団法人日本臨床心理士資格認定協会緊急資格問題ワーキンググループ（平成21年12月10日）。2009
- 4) 岩瀬利郎：総合精神科におけるブリーフサイコセラピー—不安性障害に対する論理情動行動療法（REBT）を中心として—。総合病院精神医学，18（1）；1-7，2005