

日本心理臨床学会第 33 回秋季大会、資格関連委員会企画シンポジウム、
平成 26 年 8 月 24 日、パシフィコ横浜

心理職の国家資格化の経緯と今後の課題

加藤勝信（衆議院議員、内閣官房副長官）

ご紹介いただきました衆議院議員、そして今内閣官房副長官もやらせていただいています。今日はまた主として議連幹事長の立場で、これまでの経緯、これからの行く末等についてお話し、皆様のご理解とご協力を是非ともお願いしたいという思いでおります。

野島理事長のお話から、政治の世界もそうですが、皆さんのところもなかなか容易ではないなあと感じました。先ほど、この学会が親で息子と孫のお話もありましたが、息子や孫は親やお爺ちゃんの言うことをきかないということがある中で関係者の皆さんが力を尽くされ、あきらめることなくやってこられたことが今日に至り、先般の通常国会に法案を提出することができ、衆議院文部科学委員会で趣旨説明まで行きました。一般にはこれがどういうことかご理解いただくことは難しいかもしれませんが、ここまでくれば国会で順調に審議が進めば成立に至る段階まで来たということです。この問題は長い歴史があり、医療系、教育系などいろいろな立場の関係者の方々の努力とあきらめない気持を継続されてきたことに敬意を表します。

遡ると国家資格化の議論は戦後すぐからずっとあったわけでありまして。それが途中でまず民間資格化から、ということで臨床心理士という形になって認定協会ができ上がり、昭和 63 年 12 月に第一号の臨床心理士の方がスタートした、今ではたぶん 3 万人近い方が臨床心理士の資格をもち、御活躍をいただいているわけです。また心理の関係では、様々な民間資格も背景に活躍していただいている。多岐にわたりすぎていて、一方でわかりにくくなっているねという状況もあるのではないかと思います。

そういった中で、平成 17 年に臨床心理士と医療心理師の二つの資格を国家資格化しようということになり、そこでも激論があり、どちらにくみするかで国会でも厳しいバトルがありました。そういう中でとりあえず 2 資格 1 法案でというコンセンサスができながら、法案の形にすることができずとん挫ということになりました。

その後、平成 23 年にいわゆる 3 団体のご要望書が出て参りました。私はそのころからこの流れにご一緒することになりまして、関係団体の方がまとまっているのだから簡単に行くのではないかと思いましたがそうでもありませんでした。しかし団体の方々が一本化されたことはこの流れに大きく寄与していただきました。

一昨年でありますか 3 団体の皆さんから国会議員に声をかけていただき、議員会館の院内集会が開かれました。大変大規模な集会で当時与党の民主党もわれわれ自民党、公明党

他ほとんどの政党の方が参加し、これは盛り上がったねという感じでしたがその後が停滞しました。その中でことを動かすためにはそれぞれの政党の中に議連を作ってやってゆこうと、24年の6月自民党、その後民主党で議連を設立したわけです。議員連盟の設立にもこれまで教育系でやってこられた河村先生を会長に、医療系の鴨下先生を会長代行にと言う形の二枚看板で、一緒にやってゆこうと、そして不詳私が幹事長をつとめさせていただき、活動を重ね、皆さんからヒアリングを重ねご意見をききながら進めてきました。

そして今年の春から一気にアクセルを踏み始め、この4月に私どもの議連で、法案の骨組みの要綱骨子を決めさせていただき、それをもって各党の理解もいただき、骨子だけでは提出できませんから法案の肉付け作業をしました。それから議連だけではだめで自民党の党内手続きに力がいりましたが、党内手続きを経て、各政党の理解をかなり得たのですが残念ながらちょっと時間がなくて全ての政党の理解には至りませんでした。しかし6月16日に今は政党名が変わりましたが、当時の自民、公明、みんなの党、結いの党、生活の党、社民党の6党で法案を提出しました。入っていない民主党、維新も共産党も党内で十分議論ができなかったということでありまして、反対ではないということでした。そうした各党の状況も背景にして6月18日に趣旨説明をさせていただきました。提出した法案、趣旨説明の内容についてはいろいろなホームページに掲載されていると思います。できれば質問まで行きたかったが、国会の方の事情等もありまして、継続審議になりました。継続審議になったということは次の国会での審議が担保されることになったということで、秋には臨時国会がございます。文部科学委員会にはそんなに多くの法案があるわけでないので、成立を図ってゆく時間的余裕はあるかと思っております。しかし中にはこんな法案ならもっと良いものかという意見もあるのではないかと思いますので最後までわかりませんしかし、この学会でも法案には賛成だということでもありますので、推進してきた私としてはこの段階で、私は今政府の立場にいるので直接国会での議論を左右することはできませんが、同僚の議員と協力して成立を図ってゆきたいところです。

私どもが国家資格化をやらせていただいている背景には少子高齢化を始めとして、複雑化した日本の社会で、国民の心の問題、発達や健康上の問題などが指摘され、大きな社会問題になっていることがあります。これらを解決するには医療という場もあるけれども今日おいでの皆さんの力に期待をしているところです。例えばいじめの社会問題化、DV、児童虐待などにはいろんな法律を作って手だてをしているがなかなか減少できない。心の傷を負った子どもがたくさんいる、発達障害、依存症、摂食障害への対応も必要であります。チーム医療の中でも皆さん方の専門性を発揮していただきたい。また今広島では大変な災害になっていますし、東日本大震災でも、被災者の心理的支援、被災地での学校支援、医療チームとの協働など、心理職の皆さんの活動の重要性は広く認識されています。さらに司法や矯正、実際の産業や企業分野でも相当幅広い活躍をいただいているわけです。安心して心理についての支援を受けたいという国民の需要には相当高まりがある、しかしどういう形で誰に相談したらいいかといった不安があります。そういうわけで心理師法案の

目的にもありますが、資格を定めてその業務の適正を図り、もって国民のこころの健康の増進に寄与していただくということで、この法律を作って皆さんの力を貸していただきたいと思っております。

(以下、公認心理師法案概要について[パワーポイント](#)を資料にしてお話された。)

法案の中身、さきほど概要のお話がありましたが、いくつか付言させていただきたいと思います。まず名称の話ですが、公認心理師という名称を使わせていただきました。これはいわゆる名称独占資格ということでありまして、具体的にいいますと法律の第44条に書いてありますが、「公認心理師」という名称を使ってはならない、それから名称の中において「心理師」という文字を使ってはならないということでもあります。

この名称の使用制限とは一般的には専門的資格業務を識別して頂き、国民側の信頼の保護や、いろんな意味で生じる被害を未然に防止してゆこうということで名称の使用制限をしてゆくということです。いろんな心理士の資格があるわけですが、「士」を使った名称はたくさんあり、類似資格の様子を見ても、類似の名称を禁止するというまでには至らないが、「公認心理師」ならびに「心理師」という言葉を用いることは禁止をすることになっています。この「心理師」という言葉をつかった資格はほとんどないと認識しています。「師」と「士」の使い分けですが、法律上具体的にどっちの場合にどうという決まりはないわけです。民間資格ではどちらかというとなら「士」が多いですが、医療の分野では医師がそうであるように師を使うことが多いです。どちらにしても一定の技術や技能、知識を必要とする職業に従事する者について法律で定める呼称を使うということで、これまで「士」を使ったさまざまな資格があるので、3団体から「心理師」でということもあり、一般に「士」を使った名称がさまざまなところで使われているので混乱がおこることを避けたいということで「公認心理師」としました。

これは名称の使用制限であって、業務独占ではないということです。業務独占は特定の者しかその業務はできない、もし業務独占という形にすると今みなさんがされている仕事自体が公認心理師しかできないことになり、今までやって来られた方の継続もできなくなり、混乱を引き起こすので業務独占という形はとっていないわけです。

それから業務としては医療、教育、などここにある業務をしていただくわけですが、基本的には活動されている皆さんがすでにやっている業務内容です。一番が心理に関する支援を要する者の心理状態を観察し、その結果を分析すること。2番が支援を要する者に対し、その心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。3番が支援を要する者の関係者に対する相談、助言、指導その他の援助を行うこと。4番がこころの健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供を行うこと。これらも既存の民間資格者が今やっているおられる業務をそのままいわば書いたということでもあります。

これからの議論だと思いますが、今回の資格をどうとらえていくのか、今回の資格はかなり専門性の高いものを要求しているわけですが、それも一種のプラットフォームと私ども

は考えています。その上に教育なら教育、医療なら医療で更に専門性の高い民間資格を載せていっていただく、医師の場合は専門医というのがありますが、そのように国家資格の上にそのような民間資格を乗せていっていただくとよりよく進んでいっていただけるのではないかと思うところです。

業務ですが、今もそうでありますが、今回の法律の中でもいわゆる診療補助行為は行わないということになっています。今の皆さんの仕事も診療補助行為ではないという形でやっていたいであります。この診療補助行為とは医師自らが行わなければならないような高度な行為以外の医療上の行為をさすわけですが、公認心理師のこの業務は直接身体に危険を及ぼすものではないと認識していますので、これは診療補助行為ではないと位置付けています。それで指示についても、診療補助行為である場合の医師から受ける指示というのは診療補助行為の世界の中のことですが、皆さんの場合には診療補助行為の外の行為ですから、医師との関係は医療上の行為の中での行為の関係、例えば医師と看護師の関係とは異なってゆくわけです。

医療の関係では診療報酬にどう反映してゆくのかという問題があります。専門性のある方等は医師の指示のもとに行う行為は診療報酬上評価されているわけですが、どういう場合に専門性があるかを特定するのが難しいことから適用しにくいと聞いています。国家資格となった場合、診療報酬を議論する場で検討することになるわけですが、国家資格になればそこの手当のされかたは当然変わってくると思うわけです。

どういう方が受験資格があるかということですが、1、2、3とありますがあくまで学部でかつ大学院で決められた課目を修めた方をメインで考えております。ただ、ここに等というのがありますが（PPTが表示した法案概要には「心理学等を」とあるが、法文ではこのくだりは第2章試験第7条で「学校教育法に基づく大学（短期大学を除く、以下同じ）において心理学その他の公認心理師になるために必要な科目として・・・を修めて卒業し・・・」となっている）、これはどういうことを考えているのかということ、例えば他の学部を卒業して、心理士になりたいと思って大学院に行く場合、また学部からやりなおすのかなという議論があります。これはカリキュラムとの関係でもありますが、他の学部を卒業して、本来大学で終了すべき課目はどこかで履修していただく必要はありますが、ここは議論してゆくことと思えます。

2番目は、大学でカリキュラムに則って履修していただいて一定期間実務の経験をしていただく、3番目ですが外国で臨床心理学の大学院等で勉強した実績のある方などがこの3番目の対象になるのではないかと考えております。

それから経過措置はここにはでていませんが、かなり細かく法律には書いております。一つ目は経過措置としては受験資格をどういう方に与えるかですが、全ての方はいずれにしても必ず試験を受けていただかなければ公認心理師にはなれないということです。ただし、これからの議論ですが、これまで勉強をされ実績をあげてきた方が新たに公認心理師として活動しようとする方と同じ試験を受ける必要があるのかという議論はあります。簡

単に言えば一部免除についての議論はありますが、いずれにしても試験を受けなければならないのが大前提にあります。

どういう方が経過措置の対象となるかです。この法律案は、今度の臨時国会で成立すればほぼ同時に公布となります。施行時期は法律ではそれから2年以内、平成29年ということになりますが、その前に大学院で履修し終わった方、29年前より前に大学院には入っていて履修している人、施設において5年以上の実務経験を積んでいる人で文科大臣と厚生労働大臣が指定した講習を終えた人、その前に大学で法律で求められている単位を履修した後一定の年限実務を積んだ方、あるいはその後で大学院に行かれた方、こういう方は特例で受験できます。

間に合わないこともあるので、施行後の最初の1年目は試験しなくていいという法律の建て方になっていますから、3年後に受ける人は特例受験の方ばかりとなります。学部で4年、大学院で2年、しかもカリキュラムが決まってからですので、法律に基づいた方が受験されるのは8、9年になるかと思う。試験機関については先ほどお話もあったかと思いますが。主務大臣は、文部科学、厚生労働、どちらが先ということに意味はなく、全くの同一、順番は建制順という役所の並びの順序になっているだけで、全くの共管です。教員免許で更新制が出ていますが、この法案では更新制は考えていません。施行して5年後の見直しでまた議論したいと思います。

一番大きな問題は先ほどありましたが医師の指示の問題であります。これは法律第42条に連携を保たねばならないというのがありまして、もうひとつ当該支援にかかる主治の医師がある場合はその指示を受けなければならないとあります。この場合主治の医師というのは外科や内科は全く対象外で、精神科ということになりましょう。この主旨は、公認心理師が主治医の医療方針に反する支援行為をすることでその支援者の状態を悪化することがないようにしようねという考えからです。今も重篤な疾患がある方への支援には医師と連携しながらやっておられると思う。今やっている業務のやり方を変えていこうとするものではないということをご理解いただきたい。

その場合、医療提供施設だけに限定してはどうか、という議論がありました。しかし、これは行為についての規制であり、在宅医療というのもあり、空間によって規制の在り方を変えることは法文上困難です。いろんなご懸念があり、皆さん方のご意見も聞いて、これから省令、ガイドラインも作ってゆくこととなります。しかも公明党からの指摘もあって政省令でしっかりと定める旨を法文にも盛り込んであります。公布後、施行までの間にしっかりとしたものを作り上げてゆきたいと思います。

いくつか申し上げておきますと、主治医がいるかどうかをどう判断するかの問題ですが、医療現場であれば主治医がいることは明らかだが、医療現場以外でどうするのか、相談を受ける時主治医がいるのかどうかを確認するのかということですが、皆さんも専門家なのでその方の症状が深刻な場合、医師がいるのではないかと判断できるので、そういう場合は連携をとってほしい、ということ。それ以外の場合、必ずしもいるのかどうかわからな

い、医療ケアを受けている方に聞くことがいいのかどうかということが当然あり、その場合確認しなくてはならないということにはなっていない。従って確認しなくても、指示を受けなければならないことへの違反にただちにはならないようになっている。どのくらいまでやればいいのかということにはこれから決めるガイドラインでしっかりと示していくことで皆さんが不安を感じなくて業務できるようにしたい。

医師と考え方が違うという場合がある可能性が何パーセントかあります。医療現場においては医師の下でやることになるだろうが、外においては医師と公認心理師のどちらが上、どちらが下という関係ではなく、指示には従ってもらいたいが、あくまで自発的に従っていただくと言うことです。独自の専門性の立場から対応して、医師の指示と違ったからといってただちに問題になるものではない。しかし支援が合理的にしっかりしているのか、ということは当然問われてゆくかと思えます。これからガイドラインで詰めてゆく必要があります。

医師の指示をどうするのか、試験機関、カリキュラム、経過措置はこれから法律成立後、2年程度の間で可及的速やかに議論する必要があるので、まずは成立させるのが先です。成立することが議論を一步踏み出したことになるということを確認していただきたいと思えます。

いろいろな人の思惑の中でバランスをとりながら進めている中身ですので問題の先送りをしている部分がないわけではありませんが、運用上の混乱が生じないよう、私どももしっかり文科省、厚生労働省庁に働きかけてゆきたいと思えます。

長い年月をかけて、多くの方々の念願が叶う直前にある状況で、学会でも生々しい議論もしていただいております、皆さんの関心の高いところであります。今一步のところが大変ですが、臨床心理職としての活躍を、国民の信頼に応える形で進んでほしいと思えます。われわれも政治の場でも精一杯努力して成立をめざしてゆくことをお約束して、私の話を終わらせていただきます。(拍手)