

医療サービスの中の臨床心理行為：行為の主体という観点から

菊池，義人
九州大学大学院人間環境学府

<https://doi.org/10.15017/3583>

出版情報：九州大学心理学研究. 5, pp.183-191, 2004-03-31. 九州大学大学院人間環境学研究院
バージョン：
権利関係：

医療サービスの中の臨床心理行為

—行為の主体という観点から—

菊池 義人 九州大学大学院人間環境学府

Clinical Psychology Act in the Medical Services —From the Viewpoint of The subject of Act—

Yoshito Kikuchi (*Graduate school of human-environment studies, Kyushu university*)

In this article, the author compares the clinical psychology act with some medical performances from the viewpoint of the subject of the act. It can be theoretically proved that clinical psychology act is different from medical act because it does not harm the human body, and the subject of treatment doesn't shift from patient to the expert. However, clinical psychology act might be secondarily harmful to the human mind, in case it is done without psychological competence. Clinical psychology act can be divided from medical act and can be performed in the medical services by the request from the psychiatrist (physician). The fundamental feature of clinical psychology act is to support the subject of patient. Therefore, three points should be taken into consideration in medical services; ① assurance of neutral position that is free from the relations such as directions or orders by the authority, ② assurance of mutual and equal relations with patients, and ③ assurance of the function of supporting the subject of client besides treatment.

Keywords: clinical psychology act, medical act, medical services, the subject of the act

I 問題と目的

わが国においては臨床心理学の発展にともなって心理臨床の実践領域はこの半世紀以上にわたり、医療、教育、福祉、司法・矯正、産業、一般開業と確実にその範囲を広げている。そのうち、日本臨床心理士会の1999年の動向及び意識調査からは、非常勤を含めると回答者の48パーセントが何らかの形で医療保健機関に勤めていることがわかる(津川・北島, 2002)。そして、特に医療の分野では臨床心理職の資質を担保する必要性から公的な資格が求められ、そのために既存の専門職の中で臨床心理職をどのように位置付けるのかが大きな課題となっている。日本臨床心理士会の調べでは、欧米諸国では臨床心理職は心理学に基づく独自の専門的な業種であるとされ、その一部が医行為であると議論された形跡はないという。ところが、本邦では臨床心理職の国家資格化の議論の中で、臨床心理行為が医行為に当たるかどうか大きな論点になっている(奥村, 2002; 乾, 2003)。

そこで、本稿では臨床心理行為を他の援助行為との比較を行うという比較援助行為論の立場から、医療サービスの中での臨床心理行為の機能を探求することを目的とする。その際、まず医師の業務や医行為、あるいは医療、診療などの概念を法令の記述を手がかりに整理する。次に、臨床心理行為の基本的な性質を明らかにした上で、人体への侵襲性ばかりでなく、精神への侵襲性という側

面からも検討する。さらに、行為の主体という観点から臨床心理行為と医行為との関係を論理的に整理・比較した上で、医療の中での臨床心理行為の分業のあり方を検討する。

II 医療と臨床心理行為

1 医療の行為について

(1) 医師の業務と医行為

いうまでもなく、人の生命と健康に直接関わるという意味で、医師は最も重要かつ普遍的な援助専門職のひとつである。法令によれば、医師の業務とは、医師の“名称を用いて”(医師法第18条)“医療及び保健指導を掌る”(同法1条)こと、“診察治療”(同法19条)、“死体の検案”(同法21条)、“診療をしたとき、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導”をすること(同法23条)、さらに“助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導”(保健師助産師看護師法第30条)などがあり、こうした医療と保健衛生の分野での医師の業務は広範に及ぶ。しかし、医師法は別に“医師でなければ、医業をなしてはならない”(医師法17条)ことを定めており、一般に医行為とは、この“医業”の“医”をさしている。法学上、医業とは一回の行為でも、あるいは報酬を得なくても、“医行為を反復継続する意思をもって行うこと”である。そして、

医行為については、判例から“医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼすおそれのある行為”（最判昭和56・11・17判タ459号55頁）とされている（大谷，1980；中平，1990）。

整理すると、医師の業務としては、まず①医師ならば行うことができる業務がある。つまり、医師の“名称を用いて”“医療及び保健指導を掌る”広い範囲の業務である。これは、行政上医師に「認可」された名称独占の業務と理解される。そして、その業務の中に、②医師でなければ行うことができない業務が含まれる。つまり、人体への侵襲性があるために一般国民には禁止されている“医行為”である。これは、医学的判断能力と技術をもった医師だけに特別に「許可」された業務独占の業務（行政上の医行為）と理解され、その行為によって医師が人体に傷をつけること（医学的侵襲）は、“正当な業務”（刑法35条）によるものとして傷害罪などが問われないという側面を持っている（違法性の阻却；刑法上の医行為）。当然、国内であればそれが行われる場所・領域を問わず、常にその行為自体が医行為とされる（林・辻・錦織，1986）。

（2）一般人にとっての医行為

以上が、法令上の医師の業務と医行為である。しかし、ここで具体的にどういう行為が医行為なのか結局医師以外にはわからないという問題がある。ということは、一般市民からすれば、自分の健康に関する最も身近な行為であるのに、不用意にそれを行えば事実上違法となるかもしれないような行為が存在することになる。万が一、医行為が拡大解釈されると、直ちに職業選択の自由など国民の基本的な人権が制限されることになるのである。したがって、その公共的な性格や国民の基本的な人権の擁護という観点からすると、医行為の範囲や内容は必要最小限度で、一般人にもわかるものでなければならないだろう。

そこでまず、医師法第17条を、「医師でなければ、反復して行う意思をもって医行為を行ってはならない」と言い換え、ここから「誰でも反復して行うことが認められるような行為は医行為ではない」という命題を取り出してみる。これをさらに、「誰もが行うことが認められる行為は医行為ではない」とした上で、医行為について次のように論理的に整理することができるだろう。

- a. 人体に危害を及ぼすおそれのない行為は医行為ではない。
- b. 誰もがやっている日常的な行為は医行為ではない。
- c. 一般に禁止・規制などができない行為は医行為ではない。
- d. 医学的判断および技術に拠らない行為は医行為ではない。

そして、ここからさらに具体的に表現すると、

- ①医師が医師と診療補助職以外の人に行わせることができる判断した行為は、医行為ではない。
 - ②一般に、患者が主体となって行う行為は医行為ではない。
 - ③医療の外で普通に行われている行為は医行為ではない。
 - ④コミュニケーション行為など、日常的な行為で成り立つ行為は医行為ではない。
 - ⑤医師よりも非医師（診療補助職を除く）の方が行うと期待されるような技術分布を示す行為は、医行為ではない。
- ということになる。

この判断基準からすると、“療養の世話”や介護行為、リハビリテーションなど基本的に患者自らが主体となって行う行為（側面的援助）は少なくとも医行為ではありえないはずである。

（3）医療と医行為

ところで、“医療”というのは医師の業務に含まれるが、医療と医行為の関係はどうであろうか。一般に医療行為というのは、“死体の検案”を除いた治療に関する行為をさし、事実上医行為と同義で使われることも多いようである。しかし、法律として医療という言葉在前面に掲げているのは、“医療を提供する体制の確保を図る”（医療法第一条）ことを目的とした“医療法”であり、本稿では、“医療”という用語をこの医療法に則して用いることにする。同法によれば“病院”もしくは“診療所”は“医師”が公衆又は特定多数人のために“医業”を行う場所で、その管理者は“医師”でなければならないとされる。この“医業”は明らかに医師法17条と重なる概念である。しかし、医療法では“医療を提供する場所”として、病院などのほかに、“医療を受ける者の居宅等”までも含めている（第一条の二）。しかもそれは、“国民自らの健康の保持のための努力を基礎”としており、医療の内容についても、“単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む”とされる。そうすると、“医療”の主体はあくまでも患者（国民）であるというのが医療法の立場であり、医療法の中でも“医療”は医行為に限定されていないことになる。

（4）診療と医行為

また、“診療”という言葉も医療に近い言葉である。国語的には“診断と治療”（広辞苑）を意味し、法令上も、診療は“診察治療”すなわち、最も具体的で実践的な臨床上の行為を指すようである。中でも、看護師の業務が“療養上の世話又は診療の補助”（保健師助産師看護師法第5条）と定義されており、この条文は医師の指示のもとに看護師が医行為を行うことができる根拠であり、当然ここでの“診療”は、医行為を含んでいる（中平，19

Table 1
治療行為の3レベルと医行為 (菊池, 2002a)

	治療主体	専門家の関与	専門家と患者との関係	具体例
レベルⅠ 患者が自ら治療を行う	患者	専門家の 関与がない	—	止血, 洗浄, 消毒, 休養, 温浴等
レベルⅡ 専門家の助言・指導をもとに患者が治療を行う		専門家の 関与がある	指導・助言 相互的	食事・運動療法, リハビリテーションなど
レベルⅢ 患者に代わって専門家が治療を行う (医行為)	専門家 (医師)		委託・介入 指示的	診察, 投薬, 手術, 処置など

90)。しかし、一方では診療行為という言葉は、健康保険法・国民健康保険法との関連でいわゆる“診療報酬”の対象となる行為をさしている。その際、診療報酬は“療養の給付”に含まれ、診察、薬剤、処置、手術その他の治療の他、居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話・看護、あるいはデイケア、作業療法、訪問看護などもこれに含まれるので、明らかに医行為には限定されないことになる。ただし、診療報酬の対象となる診療行為は“保険医療機関”において“保険医”が行うことが前提となっている。すなわち、診療報酬が支払われる条件は医行為かどうかではなく、保険医が保険医療機関にて診療報酬表に定められた診療行為を行う（あるいは処方する）ということなのである。

(5) 治療行為と主体

ところで、そもそも治療行為の主体は患者本人である。というのも、医師という専門職が現れるずっと以前から病気や障害は存在し、少なくとも患者本人とその家族は、病気についての判断と治療を自ら行っていたはずであるから、いわば自然法上の要請として治療行為の主体は患者でなければならないのである。患者の“自己決定権”や医師の“説明義務”も、そこに根拠を置くはずである。ところが、上記のように医行為は一般国民には禁止されているために、患者から医師へと治療の主体が完全に委託（移行）されることを特徴とし、民法上も患者から医師への“準委任”契約とみなされる。すると、治療行為というのは主体の移動と専門家の関与という観点から Table 1 のような3段階に分けて考えることができるだろう (菊池, 2002a)。

2 臨床心理行為について

(1) 臨床心理行為とその特性

では、臨床心理行為についてはどうであろうか。臨床

心理行為という概念は、臨床心理業務を職業や資格に基礎づける上できわめて重要な概念である。既に、日本心理臨床学会第13回大会の大会企画シンポジウムでは、その概念を明確にする必要性が説かれ(村山・滝口, 1995; 東山, 1998)、後に東京臨床心理士会が“人が主体性・自主性を確立する過程で、その状態の如何にかかわらず心理学の知識及び技術を持って行う心理的相談、援助、査定行為”と定義づけ、これは厚生科学研究班のレポートでも用いられている(鈴木ほか, 2002)。また、氏原(2003)は臨床心理行為を“心理臨床家でないとできないクライアントに不可欠のサービス”とし、山中(2003)は医学が“CURE”、看護が“CARE”であるの対比させて、臨床心理行為を人々の心の“COREに関わる”ことであるとしている。また、成瀬(2003)は“主体活動を援助しようとする独自の活動分野”、さらに田嶋(2003)は、“主体と環境との適切的な関係”から臨床心理行為を考えている。また、乾(2003)は、資格問題の議論の中で医行為との対比において臨床心理行為の“独自の専門性や方法論”が問われた経緯をまとめており、佐藤(2003)は、法的位置づけを意識して民法上の“準占有状態である臨床心理行為”を提唱している。このように、臨床心理行為については、医行為や医療とは別の対象、方法を持ったものとして、にわかには学問の対象として扱われるようになっている。

そうした中で、筆者は臨床心理行為を“施行者が心理的手段を用いて対象者の心理を理解し、また対象者を援助する一連の行為”と定義づけた上で、4つの基本的な性質を挙げた(菊池, 2001)。まず、臨床心理行為はその要素に分解してみるとほとんど心理面接など心理的手段を用いる日常的なコミュニケーション行為や玩具、教材を用いたテスト類である。つまり、①臨床心理行為は、誰もが行うことができる日常的な行為からなりたっ

ている。次に、一見すると誰もが行うことができる対話やテストなどが臨床心理行為となるのも、それは施行者が絶えず臨床心理学的な知識・技術を用い、専門的な判断と配慮をしているからであろう。つまり、②臨床心理行為がなりたつには臨床心理学の専門的な知識や技術、それに判断力が必要である。次に、③臨床心理行為は相互的な行為であり対象者が専門家と共にそれをやり遂げようとする意思をもつことが不可欠である。また、行為という水準で見ればコミュニケーション活動が行われているにすぎず、それ自体が人体に危害を及ぼすおそれもない。これらから、④臨床心理行為を第三者が禁止したり、強制したり、命令したりすることは原理的にできないといえる。さらに、筆者は、臨床心理行為を他の援助行為との比較において検討し、これが“純粋主体対面援助行為”として位置づけられることを見出している(菊池 2002a)。

(2) 臨床心理行為が行われるための社会的な条件

このように臨床心理行為は人の意思や主体性に直接関わる行為なので、それが行われるために、少なくとも基本的な権(言論やコミュニケーションの自由、健康や幸福を追求する権利、あるいは職業を選択する自由など)や心理的援助を求める自由が社会的に保障されている必要がある。そして、ここでいう心理的援助を求める自由とは、どのような身体的・精神的・社会的状態にあっても自ら希望して心の専門家に自己の心情を語り、そこで自分自身が理解され、また存在が受け止められることを求める自由と言い換えることができる(菊池 2002b)。

3 臨床心理行為が人に害を与える可能性

(1) 人体への侵襲性

ところで、医行為には医学的侵襲とよばれる“人体”への侵襲があることが業務を独占する根拠になっている。では、臨床心理行為はどうであろう。まず、本稿で定義した臨床心理行為については“心理学的な手段”を用いる行為であるので“人体”を侵襲する可能性はないと考えられる。例えば、精神的なストレスが何らかの身体疾患に結びつくのがいわゆる心身相関である。しかし、臨床心理行為が身体症状の治療や回復に影響を与えるのは、①ストレスへの対処能力を高める、②抑圧されて無意識となった葛藤や固着、あるいはコンプレックスを意識化させて本能的な欲求や生活意欲を高める、③生体がホメオスタシスなどのバランス作用、自然治癒力ひいては免疫力を取り戻すのを手助けする、あるいは④種々の心理的機能回復訓練をするというような意味においてであり、心理的な力が直接人間の身体を変化させるというようなことは未だ発見されていないと思われる。

(2) 精神への侵襲性

しかし、もしここで精神への侵襲という概念が成り立

つのなら、臨床心理行為という心理的手段の有害性も指摘される可能性がある。そこで、心理的手段が人の精神に害を与える可能性を検討してみる必要があるであろう。

i 客観的な事件・事故・行為が人の心に害をもたらす場合

a. 精神的な苦痛

まず、法令上すでに認められている精神的な打撃としては、“精神的な苦痛”という概念がある。これは他人の不法行為すなわち“故意又は過失によって他人の権利を害する行為”(民法709条)によって生じ、それに対する損害賠償がいわゆる慰謝料である。これは“財産以外の損害”(同710条)、すなわち精神面の損害を慰謝する点に特徴がある。

b. 心的外傷後ストレス障害(PTSD)

また、心的外傷については、もともと事故などが直接、人間の身体や精神に器質性の損傷を与えるという観点から研究され、次に過去の外傷的なできごとの記憶がヒステリーなどの症状の病因と考えられるようになり(Janet, Freud)、その後の戦争体験などの研究から現在ではPTSDという概念として確立している。すなわち、PTSDとは“ほとんど誰にでも大きな苦悩を引き起こすような例外的に著しく脅威的・破局的な性質をもつストレスの多い出来事・状況に対する遅延した反応”(ICD-10)であり、それが、“強い恐怖、無力感、または戦慄に関するもの”(DSM-IV)である。そうした体験が“瞬間凍結”(西澤, 1999)され、自己の体験の外の置かれる結果、その体験の“反復・侵入”としてのフラッシュバックなど、“覚醒の亢進”を意味する過敏さなど、そして、反対にその記憶の“回避・麻痺”としての解離なども出現するという事態である。すなわちPTSDとは、少なくとも“自分の生命や身体の統合性への脅威”(西澤, 1999)が前提になっている。なお、Herman(1992)は心的外傷の体験の中核とは、圧倒的な外力によって“無力化(disempowerment)”および“孤立無援化(他者からの離断disconnection)”されることであると指摘している。そして、強制収容・監禁、虐待、家庭内殴打、性的搾取などを含めて長期反復的な心的外傷を“複雑性PTSD”と呼ぶことを提唱している。

ii 無力な状態に置かれることが人の心に害をもたらす要因となる場合

そこで、次にHermanの複雑性PTSDの概念に則して検討する。

c. 監禁

憲法でも禁じられているように不当な拘禁、あるいは強制収容が人の精神を蝕むことは疑いを得ない。Hermannによれば、監禁を行うことで加害者は被害者に恐怖と孤立無援感を与え、加害者への“奇妙な依存”を

形成させるといふ。さらに、予見できない暴力、脅しと恩恵供与、被害者の生活を恣意的なルールで縛ること、さらにコミュニケーションの遮断と孤立無援化の徹底などによって通常のPTSDの症状以上に、身体の馴染みにくさ、フラッシュバックの残存、ダブルシンク、トランス、時間的連続性の切断、主動性の狭まり、加害者を取り込んだ外傷的きずな形成、自己システムの破壊、遷延うつ病、自殺衝動など深刻な精神的痛手、あるいは持続する人格の変容や疾患に被害者が苛まれるという。

d. 虐待

精神への影響は児童虐待においてさらに深刻である。Hermanは、虐待は“恐怖にすべてを支配された家庭の風土の中で起こる”としている。すでにわが国の法令では“児童虐待”について、①児童の身体への暴行、②わいせつな行為をすること（させること）、③著しい減食又は長時間の放置など、④著しい心理的外傷を与える言動を行うことなど4つを規定し、これを禁じている（児童虐待の防止等に関する法律第2条）。このうち、心理的虐待については“養育者の何らかの行動が子どもにトラウマを引き起こし、様々な精神症状や行動上の問題を生じさせているが、身体的虐待、ネグレクト、性的虐待のいずれにも当てはならない場合”（西澤、1999）というように消去法的な定義にならざるを得ないようである。

e. その他

洗脳・マインドコントロール、DV、セクシャルハラスメントなども以上と同じようなメカニズムとして精神への侵襲性が理解できる。いずれも何らかの権力関係、あるいは拘束関係を前提としている。

iii コミュニケーションそれ自体が人の心に害をもたらし場合

また、コミュニケーションそのものが他人に害を及ぼす可能性については“病理的なコミュニケーション”として研究が進んでいる。

f. ダブルバインド

統合失調症の患者とその家族のコミュニケーションの観察から Bateson (1972) らはその特徴的なシークエンスを見出し、それが病因にも影響すると考えた。その構成要件は、①二人あるいはそれ以上の人間、②繰り返される経験、③第一次の禁止命令、④第一の禁止と衝突するより抽象的なレベルの第二の禁止命令、⑤犠牲者が関係の場から逃れるのを禁止する第三の禁止命令である。

g. ハイ EE (Expressed Emotion)

Leffら(1985)はBrownらによって開発されたハイEE(批判的コメント、敵意、情緒的巻き込まれすぎ)の評価尺度を發展させ、統合失調症の再発に家族のハイEEが、不規則な服薬あるいは中断に勝るとも劣らない影響を与えることを見出している。

h. その他

“選択的不注意”(サリバン)、“相手を狂気に追いやる努力”(サールズ)、“接線的なコミュニケーション”(リュッシュ、J)、“相互交渉的限定否定”(スルツキ)“コメントのシャワー”(中井久夫)など、いずれもコミュニケーションの中にあいまいさや相手の存在を否定するメッセージや齟齬を生じさせる矛盾しあう内容や形式を含んでいることが特徴である(木戸、1976)。

(3) 精神への侵襲についての定式化

そもそも、コミュニケーションというのは、主体と主体との交流や意思疎通、つまり関係そのものを強化し、調和させる働きがあると考えられる。したがって、通常のコミュニケーションはそれ自体で人の争いごとを調和させ、また癒す働きをするだろうし、社会を活性化し、専制的・暴君的な権力作用を合理的で法治的な権力作用へと変化させる効果を持つであろう。反対に、コミュニケーションが有害なものになるのは、コミュニケーションがそれによりかえって意思疎通をできなくさせるものになっていたり、コミュニケーション自体が相手を支配・

Table 2
人の精神に害を及ぼす条件

以下の4つの条件が揃ったときに、人の精神に害を及ぼすおそれがあると考えられる。

- i ある個人が他に対して脅威を感じるような相対的に無力な状態に置かれる。(事件・事故・災害との遭遇、病気・障害・強い不適応感の存在、外的な暴力や脅迫の存在、社会的な地位の差、その他個人を相対的に無力にさせる客観的な要因がある。)
- ii その状態で人格の尊厳を保つのに必要な他者とのコミュニケーションが妨げられる。(他者との良好なコミュニケーションをとることが何らかの方法で妨げられている。不当な放置、はぐらかし、根拠のない一方的な非難、性的な誘惑や刺激、矛盾した・押し付けがましい・その場にそぐわないメッセージ、個人が許容できる範囲を超えた同時的な多水準のメッセージ、その他病理的なコミュニケーション)
- iii その個人にとって、その状態を回避したり、変化させることは困難である。
- iv その状態が一定時間続く、もしくは反復される。

コントロールする手段となる場合であると考えられる。ただし、コミュニケーションが人に害を与える場合でも、それが一定期間続き、地位や利害などによる権力関係や拘束関係があり、具体的な脅威となる行為をともなうなど、被害者が簡単にはそこから逃れられないという条件も必要であると考えられる。

以上を整理し、ダブルバインド仮説や、Hermanの定式化を参考に考えると、Table 2のような4条件がそろったときに、人の精神を害するおそれ、すなわち精神への侵襲性が生まれると考えられる。

(4) 臨床心理行為が人の精神に害を及ぼす可能性

では、臨床心理行為についてはどのように考えられるであろうか。通常、臨床心理行為は本人の申し出や第三者からの依頼に基づいて、対象者との契約によって始められる。また、臨床心理行為は比較的対等な関係の中で行われ、臨床心理学的によく配慮されたコミュニケーションを通じて心理学的な手段をもって行われるはずである。とすれば、臨床心理行為において上記4条件が揃うことは原則的にはないはずである。すなわち、臨床心理行為はそれが正しく行われる限り、それ自体で人の精神に害を与えることはない。

ただし、カウンセリングやサイコセラピーにおいてクライアントは本人の抱えている問題やウイークポイントを専門家にさらすことになる。このため、通常の状態より明らかに傷つきやすい状態、すなわち相対的には無力な状態で行為者と対面している。したがって、この状態で専門家がクライアントの援助希求を受け止めず、あるいは守秘義務を守らないならば、クライアントの精神を害することになるだろう。特に、心理テストからは知能の程度や衝動性の予測など本人の人格的・社会的な評価を左右しかねないほどの重要な情報が導き出されることから、臨床心理学の専門的な配慮なしに心理アセスメントが行われるのは危険である。さらに、臨床心理行為は日常的には意識しえない心の内面を露呈させ、心理的な退行を促進させることもある。そうしたことから、第三者の指示・命令(強制)によって行われたり、社会的・政

治的・宗教的な権力作用を背景に臨床心理行為が行われた場合にも臨床心理行為が変質し、それ自体で人の精神を害するおそれがあると考えられる。整理すると、Table 3のような場合に、臨床心理行為が二次的に人の精神に害を及ぼす可能性があると考えられる。

III 総合考察

以上、医療の行為と臨床心理行為とを記述し、それぞれの範囲や内容、その特性などを吟味してきた。ここでは、それらを総合し、比較検討を行うことにする。その際、これまで得られた行為の主体という視点を一つの手がかりとする。

1 臨床心理行為と医行為の関係

では、まず医行為と臨床心理行為との関係はどうなるだろうか。前述のように臨床心理行為は臨床心理学という学問に基づき、心理的な手段を用い、主にコミュニケーション行為を中心とした日常的な行為からなる。そして、臨床心理行為が治療行為となる場合、臨床心理行為の行為者は臨床心理職であるにしても、治療の主体が完全に行為者に移行することはない。すなわち、患者(クライアント)が絶えず治療の主体であり続ける。こうした点で、臨床心理行為は医行為とは根本的に異なるもので、むしろリハビリテーションに近い構造をもっているといえる。

また、そもそも医療の中ですでに臨床心理士等によって臨床心理行為が行われているのだとすれば、後でそれが医行為とされるのは論理矛盾である。というのも医行為かどうかは一義的には医師によって判断されているはずで、臨床心理行為が医療の中で行われているのだとすればそれはおびただしい数の医師によって臨床心理行為が医行為でないと判断されてきたことを意味するからである。つまり、もし医師によって医療の中での臨床心理行為が医行為だと判断されていたら、臨床心理業務そのものが医療の中では存在していなかったし、存在してい

Table 3
臨床心理行為が人の精神に二次的に害を及ぼす可能性

-
- ① 臨床心理行為において守秘義務が守られない場合
 - ② クライアントからの援助の求めが受け止められない場合
 - ③ 臨床心理学的な専門性とそれに基づく配慮なしに臨床心理行為が行われた場合
 - ④ 人格全体の情報を含む心理アセスメントが臨床心理学の専門家でない者によって行われた場合、もしくは本来の目的を離れて用いられた場合
 - ⑤ 第三者の指示・命令(強制)によって臨床心理行為が行われた場合、若しくは権力作用を背景に臨床心理行為が行われた場合
-

Table 4
臨床心理行為が医行為と異なることの証明

- I. 証明1：医行為であるためには、行為自体に少しでも人体への危険性（侵襲性）がなければならない。臨床心理行為は日常的な行為、特にコミュニケーション行為から成り立っていて、行為としてみるならば、それ自体で人体に危害を加えるおそれはなく、誰もが行いうるものである。よって、臨床心理行為は医行為ではない。（行為比較論による証明法）
- II. 証明2：医行為はこれを患者本人にも行わせることができないために、治療の主体が完全に医師に移行するのを特徴とする。ところが、臨床心理行為においては援助行為であろうと査定行為であろうと相互的な行為であり、患者も絶えず援助（治療）や査定の方の主体であり続ける。よって、臨床心理行為は医行為ではない。（行為主体論による証明法）
- III. 証明3：臨床心理行為が医行為であれば、これまでに医療の中で臨床心理職が行う業務としては存在しないか、厳密に診療補助職によって行われていたはずである。しかるに、わが国でも現に臨床心理業務はおよそ半世紀にわたって存在し、臨床心理職によって行われているのに、違法行為とされることはなかった。これは、臨床心理行為がおびただしい数の現場の医師によって医行為ではないと判断され、かつ、社会若しくは裁判所もそのことを容認してきたことを示すものである。よって、臨床心理行為は医行為ではないと判断される。（判例あるいは社会的な通念からの証明）
- IV. 証明4：もしある行為が医行為であるのなら、その行為が医学に基づく以上は、その行為を技術的に行うことが出来ると期待される行為者の集合は専門的な医学教育を受けた医師の集合に概ね含まれるはずである。ところが、臨床心理行為は心理学に基づくので、臨床心理行為を行うことができると期待される行為者の集合は、必ずしも医師の集合に含まれず、むしろ心理学を専攻し、そのトレーニングを受けた者の集合に多く分布すると期待される。よって、臨床心理行為が医行為である可能性は少ない。（技術の分布からの推計学的な証明）

たとしても看護師など既に存在する診療補助職によって行われていたはずなのである。

さらに、臨床心理行為にはそれ自体で人体への侵襲性がないこと、臨床心理学的な配慮のもとに行われれば原則として臨床心理行為自体に精神への侵襲性もないことを見てきた。こうしたことから、臨床心理行為と医行為は異なるもので、一般的には相互に重なることはない。これは、さしあたり Table 4 のような4通りの方法によって証明されうる。

2 医療サービスの中の臨床心理行為

(1) 医療サービスと臨床心理行為

このように、一般的に臨床心理行為は医行為と重ならないことが論理的には証明された。しかし、医療の中でまさに臨床心理業務が存在するという事は、臨床心理行為は医療とは重なることを意味する。ここで医療、診療、医師の業務などを医療サービスとした場合、医行為とは Fig.1 のような関係になると考えられる。そして、医療の中で行われる限り、医療を“掌る”のは医師であり、保険医の処方に基づかなければ診療報酬も発生しない。また、医師もサイコセラピーや心理査定を行っているので、どこまでが医行為で、どこからが臨床心理行為なのかという問題も依然として残る。

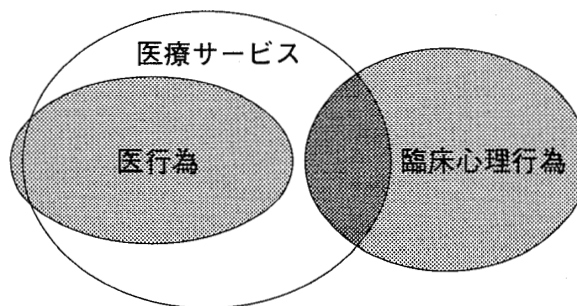


Fig.1 医行為、医療サービス、臨床心理行為の関係

(2) 医療の中の臨床心理業務の分業

これらの問題は、そもそも医療の中で臨床心理行為を分業化することがどのようにして可能なかということと関係していると考えられる。医師が医療の中でサイコセラピーや心理アセスメントなどを行う場合には、それが臨床心理行為であるかどうか問題にすること自体無意味である。というのも、通常の診療契約の中では、医師はたとえサイコセラピーだけを行っていても、患者に対して絶えず身体面を含む診察と治療を行う義務を負っているからである（医師法第19・22条）。しかし、医療の

中で臨床心理業務を切り離し、臨床心理職に業務委託するとき、医師は少なくとも臨床心理業務を分業可能で、かつ診療補助職以外に委託可能なものと判断したことになる。また、臨床心理業務については医師よりも臨床心理職が行う方が適切であると認識していることを示すであろう。これらは、医療の中で臨床心理業務が分業・委託可能であること（医心分業）の大きな根拠である。

（3）臨床心理業務を分業化することの意味

ただし、この分業化は単に臨床心理業務を切り離し、専門家に委託したというだけでなく、治療・援助構造を整え、その効率を上げる上で極めて積極的な意味もあると考えられる。というのも、様々な権限をもつ主治医は、純粋なサイコセラピーを行う関係を築くのが実はきわめて困難な立場にあると考えられるからである。かといって、クライアント（患者）の“主体”に関わる臨床心理行為を、他の診療補助行為のように主治医が臨床心理職に“指示・命令”するとしたら、前述のように臨床心理行為そのものが有害なものに変質する可能性もある。また、“自発性のパラドックス”（Watzlawick, 1983）と呼ばれる新たな矛盾を引き起こす可能性もあるだろう。これに対して、治療構造の観点から医師と臨床心理職との分業の合理的なあり方として発展したのが、いわゆるA-Tスプリットの方法である。この方法は、本来管理医と精神分析を行う分析医を分けることで精神分析療法をスムーズに行わせようとした分業の工夫から生まれたものだが、現在は精神分析に限らず主治医と臨床心理職などサイコセラピーのセラピストとの分業のあり方として発展している（Fromm-Reichmann, 1959；小此木, 2002）。そして、このようなA-Tスプリットで治療を行う意味としては、治療者と主治医双方の中立性を確保することが指摘されている（中村, 1990；岩崎, 1976・1978）。すなわち、中立性の確保ということが、臨床心理行為を医療の中で分業化することの積極的な根拠である。

（4）主体の援助と人権擁護

さらに、国際法律家委員会(ICJ)は精神科患者に法的な権利を教えることのできる第三者的な“患者のカウンセラー”を精神科病院に配置することを求めている（国際法律家委員会, 1992）。わが国では、精神保健福祉士が患者の権利を擁護する役割（アドボカシー）を担っているが、あくまでも社会福祉学の基盤に立つ専門家であり、心理的なカウンセラーではない。したがって、治療というよりも患者の意思の発動体としての「主体」を中立的な立場で援助する役割も、国際的には臨床心理職に期待されていることであろう。

IV 結 論

臨床心理行為を医行為、医療、診療、治療など対比

させて検討した。臨床心理行為は人体への侵襲性はなく、治療の主体の移動がないので、医行為とは異なると考えられる。また、臨床心理行為それ自体には精神への侵襲性もないが、臨床心理学の専門家によって適切に行われなければ、二次的にクライアントの精神を害する可能性がある。医師が“掌る”医療の中でも臨床心理業務の委託と分業は可能である。しかし、主体そのものを援助するという臨床心理行為の基本的な性質から考えて、次の3点は考慮される必要があるだろう。①指示・命令などの関係から自由であり、立場の中立性が保証される、②クライアントとの比較的对等で相互的な関係が保証される、③治療という目的に限定されない主体の援助という関わりも保証されるなどである。そして、そのためにA-Tスプリットの方法など治療援助システムあるいは構造上の工夫が今後さらに必要であろう。

〈付記〉

本稿の一部は、第21回日本心理臨床学会で発表したものであり、さらにそれを発展させたものである。本稿をまとめるに当たり、ご指導・ご校閲をいただきました野島一彦教授、並びに吉良安之教授に感謝いたします。

文 献

- ベイトソン G. 佐藤良明（訳）1990 精神分裂病の理論化に向けて。精神の生態学。思索社。
 (Bateson, G. 1972 *Toward a Theory of Schizophrenia: Steps to an Ecology of Mind*. Happer & Low Publishers inc.)
- フロムライヒマン F. 早坂泰次郎（訳）1963 人間関係の病理学。誠信書房。(Fromm-Reichmann, F. 1959 *Psychoanalysis and Psychotherapy*.)
- 林良平・辻正美・錦織成史 1986 医療行為とは何か。日本医事法学会編医事法学叢書2。日本評論社, 69-102.
- ハーマン J.L. 中井久夫（訳）1996 心的外傷と回復。みすず書房。
 (Herman, J.L. 1992 *Trauma and Recovery*. Basic Books, New York.)
- 東山紘久 1998 臨床心理行為の概念設定の必要性。サイコセラピーと臨床心理行為。創元社, 4-25, 2002.
- 乾 吉佑 2003 厚生科学研究班の議論と臨床心理行為について。氏原寛・田嶋誠一（編）, 臨床心理行為。創元社, 48-65.
- 岩崎徹也 1976 精神分析的病院精神医学 I, 基礎的な発展。精神分析研究, 20(5), 171-187.
- 岩崎徹也 1978 精神分析的病院精神医学 II, その後の展開。精神分析研究, 22(2), 41-57.

- 木戸幸聖 1976 面接入門. 創元社.
- 菊池義人 2001 資格法制化に向けて思うこと(2) — 臨床心理行為とは何か —. 日本臨床心理士会報, **29**, 31-33.
- 菊池義人 2002a 援助専門家としての臨床心理士. 久留米大学大学院心理教育相談室紀要, **3**, 3-13.
- 菊池義人 2002b 時代に逆行する「医療保健心理士」案, 一人の心に関わるすべての方へ —. 日本臨床心理士会報, **35**, 27-29.
- 国際法律家委員会編 1996 精神障害者の人権. 明石書店, 244-245.
- レフ J.・ヴォーン C. 三野善央・牛島定信 (訳) 1991 分裂病と家族の感情表出. 金剛出版.
(Leff, J., Vaughn, C. 1985 Expressed Emotion in Families. Guilford Press.)
- 村山正治・滝口俊子 1995 臨床心理士の養成と訓練 — 専門性としての「臨床心理行為」; 13回大会学会企画シンポジウム. 心理臨床学研究, **12**, 393-409.
- 中平健吉 1990 看護専門職. その法的基盤と職業倫理. 日本看護協会出版社.
- 中村留貴子 1990 入院治療における治療構造論的理解. 治療構造論. 岩崎学術出版社, 124-138.
- 成瀬悟策 2003 心理臨床の独自性. 氏原寛・田嶋誠一 (編), 臨床心理行為. 創元社, 26-46
- 西澤 哲 1999 ト라우マの臨床心理学. 金剛出版.
- 小此木啓吾 2002 わが国における開業セラピストの養成と認定. アディクションと家族, **19**(3), 314-321.
- 奥村茉莉子 2002 諸外国の心理学関連資格について. 日本臨床心理士会報, **32**, 10-12
- 大谷 実 1980 医療行為と法. 弘文堂法学選書, **11**, 4-13.
- 鈴木二郎ほか 2002 臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究. 平成11-13年度・分担研究報告. 厚生科学研究補助金精神疾患治療ガイドライン策定等に関する研究.
- 佐藤忠司 2003 準占有状態である臨床心理行為. 氏原寛・田嶋誠一 (編), 臨床心理行為. 創元社, 226-241.
- 田嶋誠一 2003 臨床心理行為の現状と課題. 氏原寛・田嶋誠一 (編), 臨床心理行為. 創元社, 242-269.
- 津川律子・北島正人 2002 第3回臨床心理士の動向ならびに意識調査結果報告. 日本臨床心理士会報, **33**, 77-83.
- 氏原 寛 2003 臨床心理行為とは何か. 氏原寛・田嶋誠一 (編), 臨床心理行為. 創元社, 8-24.
- ワツラウイック P. 長谷川啓三 (訳) 1987 希望の心理学. 法政大学出版局, 96-105.
(Watzlawick, P. 1983 THE SITUATION IS HOPLESS, BUT NOT SERIOUS-The pursuit of Unhappiness.)
- 山中康裕 2003 臨床心理行為とは何か — 精神科医の立場から考える —. 氏原寛・田嶋誠一 (編), 臨床心理行為. 創元社, 160-170.