

ドイツ・バーデン＝ビュルテンベルグ州精神療法家協会 (Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg)について

伊原千晶

1. はじめに

精神療法家協会 (Psychotherapeutenkammer) は、ドイツにおける心理学的精神療法家 (Psychologische Psychotherapeuten) および児童・青少年精神療法家 (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) の職能団体であり、全体を統括するドイツ連邦共和国精神療法家協会 (Bundes Psychotherapeuten Kammer) のもとに、ドイツの各州ごとに地方協会が設置されている。

ドイツでは1998年に精神療法家資格が国家資格として認められたが、現在日本で検討が進められている国家資格の形式とは全く異なり、治療者の学派・流派によって国家資格を取得できたりできなかったりするシステムである。医師資格を持ちながら、一方で心理療法の訓練を受けて資格を取得した人以外の、臨床心理学分野の勉強をして国家資格を取得する、いわゆる心理療法家(正式には心理学的精神療法家あるいは児童・青少年精神療法家、以下はまとめて精神療法家と記載する)は、ある特定の学派・流派に属さないことには、国家資格は取得できない。具体的には「精神分析」「深層心理学に基づいた精神療法」「行動療法」の3技法の養成課程修了者のみが国家資格を取得できる。したがってこれら3技法に基づいて実施された精神療法のみが公的保険制度の対象とされており、家族療法、ゲシュタルト療法、催眠療法などについては、公式の養成機関や学会などで資格認定されても、修了者は国家資格としての「精神療法家資格」は取得できず、その治療は私的な保険制度でしか利用できない(詳細は参考文献1および2参照のこと)。精神療法家協会は、国家資格を持った心理療法家の職能団体であ

り、会員の質の管理、研修の実施、会員への情報提供、心理療法を求めてアクセスするクライアントへの情報提供などを実施している。

本稿においては、2010年10月に京都学園大学共同研究助成の援助により訪問インタビューを実施できた、筆者の留学先の Heidelberg 大学がある Baden-Württemberg 州の精神療法家協会 (Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 以下 lpkBW) について紹介するとともに、日本の心理臨床のあり方との差異について論じる。

2. 精神療法家協会の役割

どの州の協会もそれぞれきちんとした HP を備えているが、lpkBW の HP もかなりの情報量を備えている。以下に、HP から得られる情報をまとめ、それによって協会の機能を概観する。

まず組織については、40人の精神療法家代議員、養成機関代表2人、大学代表1人からなる代表者委員会の下に、理事長・副理事長、各種専門委員などが選任されていて、協会の運営を担っている(図1)。公的組織として、外部の職業裁判所や州医師会などとの連携が取られると共に、内部の会員への教育・研修、あるいは職務規程の制定や精神療法家の質の管理など、社会の中で自らが認められ、その地位を保ち続けられるためのシステムを構築していることが組織図から窺える。

次いで、心理療法を求めて来られるクライアントさんたちに向けたページにも、協会の姿勢が見て取れる。まず、情報量が多い。たとえばクライアントへの情報(Patienten-Info)という項目を開いてみると、「心理療法とはどんなことなのか(はじめに)」「どのような場合に心理療法が適用となるか」「公的な保険制度による心理療法」「私的保険制度による心理療法」の説明が、3ページにも及んで書かれている。「はじめに」では「心理療法は心理学的な治療技法であり、心理学的手段を用いた疾患の治療である」

「心因によって生じた疾患が対象として含まれる頻度が高いが、身体的疾

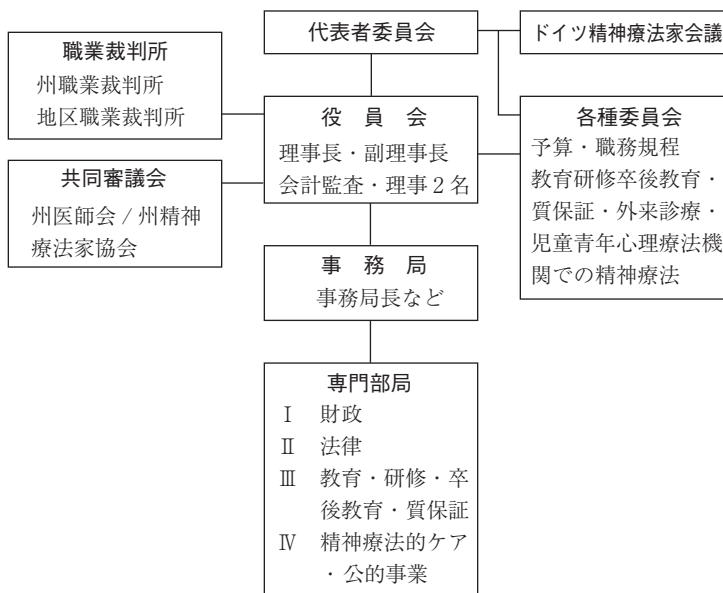


図1 Baden-Württemberg 州 精神療法家協会 組織図

患など、他の病気に罹ったことに伴う精神症状も心理療法によって治療できる」と述べられており、これによって心理療法の対象が、いわゆる精神科領域の疾患に限らないことがきちんと示されていると言える。また保険制度との兼ね合いにも触れ、公的保険が適用される治療法、私的保険しか適用されないものがあることや、保険の利用法なども簡単に触れられている。前述の、精神療法家に関する法律の性格上仕方ないというものの、公的保険の範囲内では「精神分析・深層心理学に基づいた精神療法・行動療法」が実施され、「対話療法や家族療法などの他の治療法は、私的保険の範囲内でのみ実施される」ことが明記されている。従って、このHPにアクセスするクライアントは、原則としてその療法にかんする知識を持っていると仮定されている(これは以下に述べるサーチ・エンジンの利用の場合でも同様で、クライアント自ら治療方法を選んで検索する形になっている)。

表1 精神療法適用表

適用	例
予防的	ハイリスクグループ
治療的	神経症, 心身症, 機能的障害, ト라우マ急性反応, 発達障害, 人格障害
リハビリ的	精神病, 嗜癪, 神経心理学的リハビリテーション
緩和的	慢性あるいは進行性の経過を辿る疾患

適用症を説明した項目では、連邦共和国医師—健康保険委員会がガイドラインを定めていることもあり、ドイツの公的保険制度では以下の3領域が心理療法の適用対象であることが明示されている。

1. 「知覚・行動・体験の処理・社会的関係・身体機能の病的な障害」(不安, 抑うつ, 強迫症状, 摂食障害, 行為障害, 該当する身

体所見のない慢性疼痛, 心因によって引き起こされた性機能障害および血圧・内臓・運動器などの身体機能の障害, 心身症を含む)

2. 「身体疾患あるいはトラウマの結果生じる心理的問題」(重篤な身体的疾患罹患の際のフォローアップ・リハビリテーション・サポート, 深刻なトラウマ(事故・虐待・レイプなど)の後の急性あるいは慢性的障害の治療, 人生早期の情緒の欠如から生じる情緒的障害(いわゆる人格障害)あるいは幼児期における重篤な病気やトラウマによって引き起こされた障害の治療)
3. 「(精神科的治療に続いた)精神病から生じる障害あるいは嗜癪」(主に離脱後の安定期)

これをHPでは、表1のような形で整理している。

後述するが、日本の臨床心理士会のHPとは全く異なり、クライアント自らも自身の病気や障害のことを少なくとも知っている、できれば理解していることを期待していることが窺える。

一方データベースに登録しているBW州内の精神療法家のうちから、自分の居住地に近い所で開業している人を探すサーチ・エンジンも設定されていて、自分の住所以外にも、成人か子供のいずれが専門か、治療方法の希望、公的・私的保険の利用、治療者が得意とする分野の希望(摂食障害、

ドイツ・バーデン＝ビュルテンベルグ州精神療法家協会 (Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg) について

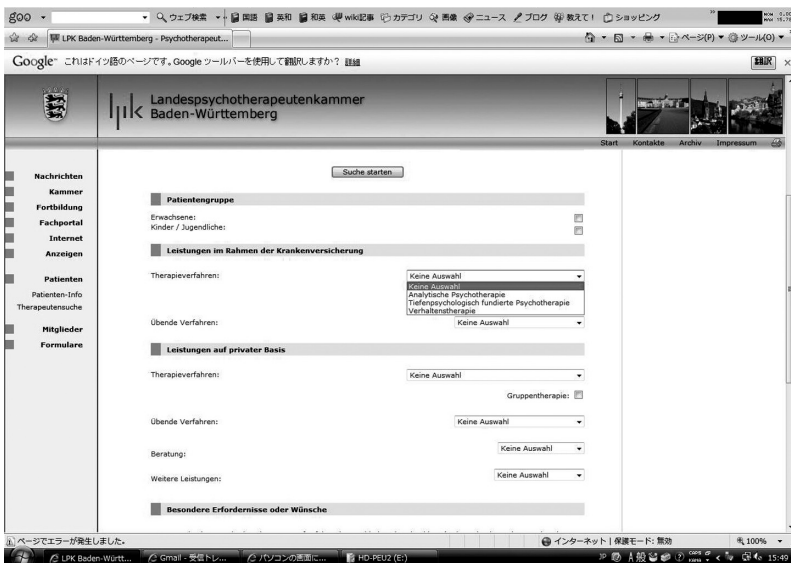


図2 lpkBW の HP 内にある、精神療法家検索エンジンのページ
(公的保険が適用される3つの治療法の中から選択)

人格障害などが挙げられている)、治療者の性別の希望、外国語に堪能であることの希望などを入力して、該当者を検索することができる(図2参照)。HPには、協会全体の約4000人の会員のうち、外来治療を実施している人の約75%にあたる1612人がデータベースに登録している、と記載されている。例えば住所欄にHeidelbergと入力し、他の選択肢を無指定で探すと、「100名以上候補者があり、表示できません」と出る。そこで「成人対象」「公的保険が利用できる治療」「深層心理学に基づく治療」「英語が話せる人」という選択をすると、12名の候補者の一覧が出される(図3)。それぞれの候補者に詳細情報ページの表示があり、そのページを開くと、開業場所や連絡先の電話番号以外にも、持っている資格や重点的に取り組んでいる治療方法などが記載されていて、クライアントが自分の希望に合致しているか検討して、申し込みができるようになっている。

こういったシステムの設計は、クライアント自身が治療者の情報を十分

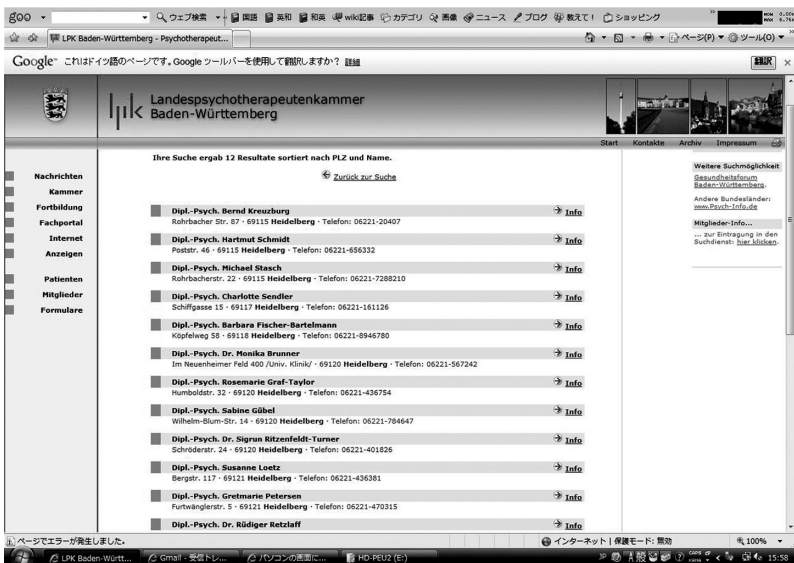


図3 検索結果

に把握し、まさに自らの自由意思に基づいて治療契約することを、クライアント側にも求めていると言える。保険制度が適用される治療法であれば、患者は自分が通っている病院以外の開業精神療法家のところで治療を受けても、同額しか支払わなくてよい。また、日本と異なり(筆者が留学中に聞いた話でも)病院も自分のところに精神療法家を抱えるのではなく、心理療法が必要だと判断される患者に対しては、市内で開業している精神療法家のリストを渡して、自ら精神療法家を探すように促しているようであった。こういったシステムは、クライアントの自律と自己決定を促すと思われる。

こういった外部に向けた機能以外に、教育・研修・卒後教育などに関するプログラムの整備、職務規程や治療の質の管理などについても、協会は様々な機能を発揮している。またHPには、会員向けに仕事の紹介や開業場所の紹介などを掲載したページもあり、まさに様々な側面から会員のサポートをしていることが見て取れる。

ドイツ・バーデン=ビュルテンベルグ州精神療法家協会(Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg)について

一方、日本臨床心理士会には倫理綱領が制定されているが、ドイツにおいては「職務規程」の形で、精神療法家が遵守すべき項目が挙げられている。筆者の共同研究のテーマは心理臨床の倫理に関することであるので、以下にこれについて詳述する。

3. 職務規定(Berufsordnung)

ドイツ連邦共和国精神療法家協会が定める精神療法家のための職務規程を雛型としながら、Baden-Württemberg州では独立した職務規程を制定している。ここ以外でも、その内容は概ね同様であるが、Berlin, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz など、多くの州で個別に職務規程が制定されている。

2009年9月1日発効の、Baden- Württemberg 州精神療法家協会制定による職務規程(新版)は、前文および第一部～第四部に分かれており、項目内容は以下の通りである。

第一部 職務の実施に関する基本方針

1. 適用範囲
2. 職業の使命
3. 職業名称
4. 全般的職務内容

第二部 職務実施に関する諸規程

5. 精神療法的治療の枠組み
6. 説明義務
7. 秘匿と守秘義務
8. 禁欲
9. 未成年の患者との仕事(面接)における特別な諸側面
10. 行為能力がない、あるいは能力の制限がある患者との仕事(面接)
11. 記録
12. データ保護
13. 情報
14. 職業に関する表示
15. 宣伝
16. 同僚との互助と協働
17. 利益相反
18. 研修
19. 質の保証
20. 謝礼の支払いと決済
21. 法的責任の保証

第三部 精神療法家の職務実施に関する特別な諸形式

22. 開業
23. 連絡可能性と代理人
24. 権限の移譲
25. 診療

所の名称および診療所情報の様式 26. 診療所あるいは外来給付施設に雇われた精神療法家の雇用 27. 助手および職業訓練生の雇用 28. 診療所の閉鎖 29. 共同して職務を遂行するための提携のあり方 30. 雇用関係における職業の実施 31. 鑑定者としての精神療法家 32. 研究における精神療法家

第四部 最終的な諸規程

33. 精神療法家協会に対する義務 34. 違反の際の懲罰 35. 発効

この目次を見ただけでも、細部にわたる規程を持っていることがわかる。以下にその内容を概観する(原文が Patienten となっているため、クライアントではなく、患者と記載している)。

「2. 職業の使命」では「精神療法家の仕事は営利活動ではなく、その性質に従えば士業である」と謳っている。そのため、職業倫理と呼べるものについても、細かい規定が存在する。たとえば「重点を置いている仕事内容については、協会へ書面で届け出なければならない」し、「法律に基づいた資格と仕事の重点は区別して表示されなければならない」(3)。また精神療法家は「患者の自己決定権を尊重」し「自らの使命と両立し得ない、あるいはそれに対して責任を負えないような原則を承諾したり、規定や指示を順守しない」し、「治療結果に関して、不適切に言質や落胆を与えないようにする義務がある」(4)。「患者の配偶者・パートナー・家族メンバー・親戚に対する同時並行的な、あるいは引き続いた治療を引き受けるに際しては、特別な細心の注意をもって検分されなければならない」し、「患者の意思に反して治療を継続してはならないし、患者が他の治療の可能性を探ることを支持すべく義務付けられている」(5)。

説明義務に関しては(6)「治療開始前に患者および法定代理人に対して、所見・診断・治療計画・起こり得る治療の危険性について説明しなければならない」し、「治療の経過においてこういった事項に関する変更が生じ

た場合、あるいは治療方法の重大な変更が必要な場合には、患者に説明されなければならない」。同時に「その他の可能な治療法」の情報の提供も説明義務に含まれる。「何らかの機関で働いている精神療法家は患者に、その機関の治療の枠組みに関する条件や、自分の治療に関係している人たちの権限や機能について情報を提供しなければならないし、精神療法家が第三者や機関の指示のもとで仕事をしている場合も、その情報を提供しなければならない」。

守秘義務(7)に関しては、精神療法家は「患者が亡くなった後まで」職業上知り得た、患者自身や第三者に関することを守秘する義務があること、しかし「より価値の高い法益を守るためには開示も不可欠」であり、法的な証言義務および通報義務は守られなければならないことが記されている。また患者の自殺の可能性がある場合には、守秘義務を破ることは正当であること、「第三者の生命および健康を患者が現実的に危険にさらしてしまうという示唆を得た場合には、いかなる手段をもってしてこの危険が回避され得るかを細心の注意をもって考慮」し、「患者に対して直接に働きかけることによって、この危険を間違いなく回避できない場合は、その第三者あるいは所轄官庁に秘密を開示することは許容される」ことも明記されている。

「禁欲」(8)の項では、「精神療法家は自分に自らを委ねた患者およびその個人的関係者に対する、特別な責任と特別な影響力を考慮する」こと、「精神療法業務から生じた患者や関係者の信頼関係を、自らの欲求の充足や学問的興味のために利用してはならない」ことが明記されている。また「精神療法家と患者の間のいかなる性的接触も認められない」こと、「性的接触を慎むことは、治療の必要性あるいは、精神療法家への患者の依存関係が存在する限り、治療の終了後も義務付けられ」、「治療終了後1年以内は、依存関係が存続していることは反論の余地がない」と記載されている。また性的接触の禁止は「患者のパートナーや、患者が児童・青少年である場合には両親や養育者に対しても適用される」こと、そして「職業的

に欠陥のない行動を取る責任は、(患者ではなく)治療者側にある」ことも明記されている。

一方未成年者に対しては(9)「未成年者に対しても自己決定権を尊重しなければならない」し、「患者とその法的代理人、あるいは法定代理人間の葛藤の際には、精神療法家は患者の福祉を優先する義務がある」との記載がある。また「原則として未成年の患者は治療に関連した認識能力を行使できるならば、治療への同意をすることが可能であり」必要とされる認識能力を持つ「15歳以上の法的に被保険者である患者は、両親に知らせることなく精神療法を受けることができる」。また両親などに対して、治療上有益と考えられる場合に、治療内容や過程を適切に伝える必要性を認めながらも、「守秘義務は法定代理人、家族および患者の教育に携わっている人々に対しても効力がある」と明記している。

既往歴や診断・見立て、心理アセスメントの結果などは書類として残さなければならないし、その記録や治療記録は治療終了後10年間以上保存しなければならない(11, 記録)。

また「利益葛藤」(17)では「患者の担当を割り当てることに金銭の授受が伴うことは違法で」あり、「協会はメンバーの自由な職業の実施を守る」ので、「精神療法家の自己責任による仕事を制限したり、当該機関外の治療者への紹介を排除したり、協会メンバーが職業上の義務に注意を払うことを制限したりするような私的機関にメンバーが関与することは違法である」とされている。

治療の「質の保証」(19)においては、質の保証に関する基準に従って業務を行うことが義務付けられていること、「診療所の設備を整え、必要な面接時間を守り、適切に記録を取り、治療結果について振り返ること」が最低条件であることなどが記されている。

一方、法的責任としては(21)「精神療法家は自らの職業的行為の範囲における法的義務の請求に対して、それを保証する義務を負う。対人・財産・経済的損失の補償の最低金額は100万ユーロである」と規定されている。

「開業」に関しては(22)外来における精神療法的な仕事は、原則的に診療所において行われるべきであり、その設えは精神療法の実施に適したものでなければならないこと、またその場所は精神療法家の個人的な生活圏から切り離されているべきであることが謳われている。そして開業場所や時間、分室の開設などは全て、変更あるたびに協会に届け出なければならないことになっている。

また「精神療法家は自分の居場所と連絡先を適切にコントロールし」「継続治療中の患者については、緊急事態の場合、遅滞なく問い合わせに応えなければならない」し、「長期にわたって診療所を閉じる場合には、責任者は適切な代理的ケアを用意することが義務付けられている」(23)。

「精神療法家の雇用」に関する項目(26)では「精神療法家は個人で診療所を運営しなければならない」し、雇われる場合は開業した精神療法家が診療所を運営していることが前提である。「もしも他の医療専門職によってその場所が設置されているならば、精神療法家はその雇用契約を協会での審議に掛けなければならない。」

また「診療所を閉鎖あるいは譲渡する場合、患者に関する書類は、当該患者の書面による同意がある場合のみ次の治療者に引き継ぐことができる」(28)と規定されている。

これら以外にも、日本臨床心理士会の倫理綱領に記載があるものは、文言は多少異なっても、全て網羅して記載されている。

一方職務規程に関連する項目として、HPにはクライアントの自殺企図の危険性が予想される時に精神療法家として書面に記載すべき(すなわち、検討すべき)項目の一覧が挙げられている。

「自殺可能性」についての書面では、患者名とともに、表2のような形で、個々の内容を検討し、結果を記述することを求めている。同時に「精神医学的所見」として、意識状態・見当識(時間・場所など)・理解力・注意力・記憶・形式的思考・妄想的思考・知覚・気分状態(抑うつ・高揚・不安)・感情変調・衝動・行動及び精神運動・対人接触・ラポール・知能・

表2 自殺可能性評価シート

所見	なし	自殺のファンタジー(いつかある時、私はするかもしれない)	あり
	なし	自殺念慮(私は、…の場合には死ぬだろう)	あり
	なし	自殺衝動(具体的な用意に関する描写は?)	あり
	なし	自殺企図(自傷行為の程度の記述)	あり
判断	いいえ	関係の中で、患者が実行する可能性は?留まる可能性は?	はい
	いいえ	行動してしまう切迫性は存在するか?	はい
	いいえ	患者はまだ自分をコントロールできる状況か?	はい
	いいえ	「契約する能力」は存在するか?患者と協定を結ぶことは可能か?	はい
手続 き	いいえ	患者と協定は結ばれたか?「はい」の場合、その内容	はい
	いいえ	監視することは、必要不可欠か?「はい」の場合、その内容と密度	はい
	いいえ	患者は自身で電話に出られるか	はい
	いいえ	患者は面倒を見てもらわなければならないか	はい
	いいえ	監視に関する書面はあるか	はい
	いいえ	投薬は指示されたか?「はい」の場合、その内容	はい
	いいえ	危機的状況の場合のみの一回限りの投薬か	はい
	いいえ	頓服薬か	はい
いいえ	定期的な投薬か?	はい	

批判力・自傷傾向・他害傾向という項目が挙げられていて、その一つについて、問題がないのか、障害があるならどの程度か、どういった内容かなどを記載することになっている。

個々の項目は極めて細部に亘っており、実に詳細にクライアントの自殺の可能性や、精神状態を精神療法師が把握することを要求していることがわかる。そしてこういった内容をきちんと書面として残しておくことも、精神療法師の義務だと考えられている。

4. 精神療法師協会(Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg)における聞き取り調査より

Baden-Württemberg 州の精神療法師協会は、州都 Stuttgart にある。イエーガー通りに面したビルの2階にオフィスを構えており、理事長など



写真1 イェーガー通りに面した、精神療法家協会の建物（2階）

の執務室以外にカンファレンスルームなども備えている(写真1)。筆者は2010年10月、そこの代表者である Dietrich Munz 氏と面談することができた。事前に心理療法に関する法と倫理に関心があることを伝えてあったので、研究会で話題に上がった点を中心に、約1時間話を伺った。以下は面談の内容である。

〈精神療法家の倫理について〉

心理療法の倫理問題の歴史は長くない。1990年代になってから心理療法における性的虐待が問題になってきて、そこから議論が起きてきた。

治療者との性的関係の後にクライアントはひどく障害を負う (strongly disturbed)。法的には「両者の合意の有無」が問題にされるため、成人間で合意して関係を持ったのならば、何ら法的に問題はない、ということになる。法律家にとっては、両者が成人で精神病ではなく、自由意思で決定する能力があったのならば、問題ないとされる。しかし「その後何が起きるのか」というリスクを知っているのは治療者側だけで、クライアントは

起こり得る結果を知らない。その非対称性が問題なのだが、なかなか法律家には理解されない。

しかし最近法律が改正されて、治療者とクライアントが性的な関係を持った場合、刑務所に2年行かなければならなくなった。だが、クライアントはそういった訴えや申し出をしていくことを躊躇う。心理療法家協会や弁護士の所に行くのに何年もかかる。しかし時効の問題で、事が起きてから5年のうちに申し出ないと、治療者は有罪にならない。実際は申し出るまでに10年から20年かかることもある。

さまざまなトラブルに関して、治療者を訴える手続きとしては、クライアントが協会に申し出てくると、まず当該治療者を呼んで話を聞き、その治療者の弾劾をやるかどうか、協会が委託している法律家が決定する。この際、弁護士の他に心理療法家が2人入って、不正かどうかを決定する。不正であるとみなされた場合、BW州では精神療法家協会に罰金を払う。しかし他の州では福祉関係にお金を払うことを決めている所もある。

また、調停というやり方もあるが、この場合は、治療者一患者間で合意できるかどうか、最初の段階になる。

こういった問題が起きる最大の理由は、治療者がきちんと精神療法家資格を持っていないことにある。現在資格を持った治療者の治療と持たない治療者の治療は半々。資格がない場合は保険が使えない。資格がない場合をカウンセリング、と呼んでおり、心理療法とは別。例えば、Stuttgartには、両親のためのカウンセリングセンターがあり、そこでは資格のないカウンセラーが働いている。しかし、カウンセラー相手では上述のような場合でも、訴訟を起こすことは無理である。子供の相談に来ている母親と男性治療者が性的関係を持った、という場合でも、カウンセリングの場合、訴訟は無理。精神療法家資格のある心理療法家の場合は、協会が処分する。

しかし協会は同業者として規制や管理をするのみで、当該の治療者から資格を剥奪することはできない。またその人の経済的基盤を破壊してしま

うことになるので、治療の停止を命令することはできない。しかし国に対して示唆はする。裁判となった場合、協会はその結果待ちで、結果が有罪の場合は協会は関与しない。無罪の場合も協会は問題があることは弁護士に言うし、弁護士から政府に言うことになる。

復帰のプロセスとしては、5年間定期的にスーパーヴィジョンを受けて、それを記録に残す、といったことを命令する。しかし(アメリカのように)処分を受けた治療者の名前を公表したりはしない。

一方ドイツにおいては「クライアントは弱い立場なので、カウンセラーに対して嫌と言えなかった」という考え方は通らない。

〈子供のカウンセリングに親の承諾は要るか〉

普通15歳を過ぎると、全ての医療行為について、子供自身で決定できる。子供自身が決めれば、親の承認は要らない。しかし、「子供が自分で判断できるかどうか」は治療者が決めなければいけない。

またドイツにおいては、基本的に子供に対する医療行為については、両親の承諾が必要で、両親が離婚していても、一緒に住んでいる親の承諾だけではダメである。両方の承諾が要る。

〈(HP上にある)自殺可能性の記録シートについて〉

これは、実際に心理療法家が使うことを考えて作成されたものである。きちんと記録・書面化(documented)していたら、たとえクライアントに自殺されても、心理療法家の罪にはならない。自殺の可能性がある場合、心理療法家は最終的に警察に言わなければならない。まずは病院受診を勧め、自分が直接一緒に付いていく場合もある。しかし、クライアントが「自分はそんなことはしない」と言った場合、治療者が大丈夫かどうかを判断しなければならない。判断の結果、それではこの方法で、ということで治療者と患者が同意したならば、そのやり方に治療者も従う。

〈守秘義務について〉

法廷での証言については、クライアントの同意なしに心理療法家は証言できない。大人の場合は本人、子供の場合は親の同意が必要。ただ裁判所

は、当該治療者ではなく、他の治療者を呼んで話を聞くことが多い。

近年テロに関連して、政府は全ての電話やメールを傍受し書類にできる、という新しい法律ができた。例えば全ての電話を録音できる。しかし法律家・宗教家・議会関係者からは情報を取れないと決められていた。医師・精神療法家からの情報は自由に取れる、と内容だったため、訴訟が起きて、連邦の最高裁判所が医師と精神療法家についても、情報を取ることはできない、と判決した。法律がそのうち改正になるだろう。しかし、その除外者の中に精神療法家資格を持たない、カウンセラーは含まれていない。

〈虐待が疑われる場合の対応について〉

ドイツの場合、第二次世界大戦以前は国家の権力が強かったため、戦後はその反動で両親の権利が再認され、強くなったという歴史的な流れがある。しかし虐待については、州あるいは連邦政府の、全ての子供達のための機関(Institute)があり、虐待の兆候があればこの機関に通報し、そこから子供の家に行く。法律家が判断して、子供を家庭から引き上げてくることができる。

しかし子供を親から離すことが必要かどうかを、心理療法家が決めることはできない。また Institute に言うまでに、心理療法家は虐待が起きていることを証明しなければならない。そのため、そういう場合に心理療法家はスーパーヴィジョンを受けて、確かにそうであることを確認しなければならないし、またその虐待が過去の話ではなく、現在起きているものであることも確認しなければならない。

筆者が日本における様々な問題について話すと、ドイツにおいても事態は同様であると Munz 氏は述べていた。しかし、法的に規定された資格を維持するという理由もあり、日本に比べて形式的にも内容的にも、様々な点においてきちんと整備されている印象を持った。

5. 日本とドイツの差

lpkBW の HP にはニュースページがあるが、その2010年11月24日付け記事の見出しは、以下のようである。

「Rheinland-Pfalz 州病院法修正案可決—精神療法家の専門職としての地位改善図られる

Rheinland-Pfalz 州は新しい病院法を採択した。本法は精神療法家が指導的な役割を取ることを可能にした。加えて、州精神療法家協会は正式に、州の病院の将来計画に関与することになる。以下に我々は、Rheinland-Pfalz 州精神療法家協会代表 Alfred Kappauf 氏からのメッセージを掲載する。」

この記事によると、2010年11月17日に可決され、2011年1月1日に発効する Rheinland-Pfalz 州病院法では初めて、当該法律上、精神療法家の地位は医師と同等であると定義された。さらに病院計画委員会に精神療法家協会からメンバーを入れることができるようになり、州の病院計画に対して直接的に関与できるようになった。これは、精神療法家協会が病院協会、公的健康保険協会、私的健康保険協会、州医師会などと同様の立場になったことを意味している。また各病院は「(病院以外の)外来で診療をしている医師・歯科医・薬剤師・精神療法家と協力して仕事をする義務がある」とも規定されていて、いわゆる「師業」の医療関係者と同等の立場に置かれたことが理解される。

ドイツにおいては、国家資格は元々、公的保険制度を利用できる心理療法という観点から制定された。その点、lpkBW の HP の内容を紹介した項目で述べた通り、「医学的治療の一環としての精神療法」という位置づけが明確である。

一方比較のために日本臨床心理士会の HP を見てみると、「援助の方法」というページには、実に簡単に「臨床心理士は、臨床心理学など心理学の

知識や諸技法を生かして、専門的に援助します」と書かれているだけで、適応症の記載は一切ない。臨床心理士の仕事の内容としては心理アセスメント・心理面接・臨床心理的地域援助・研究活動が挙げられているが、各50～60字の解説に過ぎず、また心理面接の項に様々な技法が挙げられているものの、「心理的な問題の克服や困難の軽減にむけて支援します」としか記載はない。

日本においてもインフォームド・コンセントの重要性は強調され始めているが、上述の差について検討してみると、日本においては、HPに精神的な疾患や障害の名称を挙げて、クライアント自身がそれを見て考える、あるいは心理療法の諸技法の差異や特質について、クライアント側も理解していることを前提に話を進める、という状態は、必ずしも受け入れられておらず、もう少し曖昧な形の方が望ましいと考えられているのではないかと推測される。この理由の一つには、精神的な疾患・障害への偏見が未だに強くあるため、心理療法を受けている人は「病人」だとは規定したくない、ということ、それと関連して、臨床心理士の業務を「治療(あるいは予防)」に限定していないということがあるだろう。スクールカウンセラーが面接している不登校の子供は、名前を付ければ「適応障害」ということになるだろうが、現場では「少ししんどくなっている」という表現で、病気ではない、ということを強調している。日本の場合、健康保険は病院以外では使えないので、国家資格＝保険適用とはならず、ドイツの状況と単純に比較することはできない。しかし日本においては、心理療法あるいはカウンセリングはどこか(病気でなくとも)、もう少し気軽に受けられるものだという印象形成をしたいという動きがあるように思われる。

それと共に、日本の心理療法において、治療者が自らが用いている技法を明確にし、上述したような事細かな説明と契約をクライアントに対して実施しているケースは、ごく少数だと推測できる。この状況には、物事をあまり明確にせず、曖昧なままに処理する方が治療者側・クライアント側共に受け入れやすく、またクライアント側も、所謂「おまかせ」で平気だ

という、日本の文化的特性が関係していると考えられる。全てのやり方を欧米流に変える必要はない。しかし心理療法が、「クライアントの自己決定」を重視し、クライアントの自立を促すことを目標とするならば、日本における情報提供や契約のあり方についても今後再検討が必要なかもしれない。

次いで職業倫理に関して比較すると、日本とドイツの大きな差は2点ある。一つ目は、職務規程の冒頭に「精神療法家は士業である」と謳われている通り、ドイツにおいては、精神療法家の自由な業務遂行、すなわち専門職としての独立性と自己責任性が極めて重視されている点である。従って精神療法家は「自らの使命と両立し得ない、あるいはそれに対して責任を負えないような原則を承諾したり、規定や指示を順守しない」し(4)、「精神療法家の自己責任による仕事を制限したり、当該機関外の治療者への紹介を排除したり、協会メンバーが職業上の義務に注意を払うことを制限したりするような私的機関にメンバーが関与することは違法」(17)だとされる。何処においても心理療法家を雇っている雇用主の利害と、心理臨床上の義務とが相反する事態は発生し得るが、ドイツにおいては、その場合には精神療法家としての職業倫理に遵った行動をとることを義務付け、またそういう行動を取ったメンバーを協会が守るという姿勢が明白である。こういったことから、精神療法家の雇用主は精神療法家であることが前提で、「もしも他の医療専門職によってその場所が設置されているならば、精神療法家はその雇用契約を協会での審議に掛けなければならない」(22)と言うことになるのだと考えられる。

また精神療法の治療関係はクライアントに対して「特別な影響力」を持つものであり、したがって「特別な責任」を持たなければならないこと、また治療者への「依存関係」が存在し、それが治療終了後も一定期間持続することについても、踏み込んだ記載がなされている(8)。Munz氏との面談で彼が述べた通り、これこそが心理臨床の本質であり、業務の遂行において高い倫理性が求められる理由である。日本臨床心理士会の倫理綱領⁴⁾

では「会員と対象者との関係は、援助を行う職業的専門家と援助を求める来談者という社会的契約に基づくものであることを自覚し…」(第2条)としか記載がないが、今後は日本においても心理臨床業務の特殊性について議論し、それを明確にしていくことが必要だと考えられる。

もう一点は、クライアントへの説明同様、精神療法家が負う義務に関する記載内容が明確であり、また細部に亘ることである。このことは、以下に述べる精神療法の質の保証についての記述においてもはっきりしている。

治療の質保証に関連して IpkBW では、Niedersachsen 州の精神療法家協会が出している、質の保証、あるいは管理に関する指針⁵⁾(Qualitätsrelevante Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis - Orientierungshilfe zum Qualitätsmanagement -)にリンクを張っている。これによると、1989年以来医療機関における質保証が義務付けられたが、保険契約に基づいて医療を行う医師および精神療法家に対する質の管理については、2005年にドイツ連邦共和国によってガイドラインが制定されている(2006年1月1日発効)。Niedersachsen 州の指針はこういった流れに基づいて「total quality managements」の観点から質の保証の過程を説明しており、「質の保証は一つの過程として理解されるべきであり」、結果の評価が実行過程へとフィードバックされる必要性から稿を起している。

保証されるべき「質」には構造・過程・結果の3側面があるが、指針ではそれを精神療法の実践に適用して、以下のように具体化している。

「構造」面にはどんな治療者が何人居て、どのように治療しているか、また他のスタッフはどんな人か、といった人員の面と、治療構造上の物理的条件、すなわち部屋や図書室がどうか、といった要因が含まれる。「過程」の側面には診断と治療の実施条件が含まれ、スーパーヴィジョンや理論的反省、研修や卒後教育など、精神療法の過程において高度な質を確実なものとするような、全ての条件を含んでいる。さらに「結果」の面は、どの程度まで、期待された治療目標が達成されたのか、という問いに関するもので、治療を通じての回復や障害の減少、QOLの改善などが指標と

なる。

こういった観点からその後の指針が書かれているため、たとえば「診療所の場所とアクセスのしやすさ」の項では「公共交通機関によるアクセスが可能であることが望ましい」と書かれているし、部屋の設定についても、待合室は、患者が治療に臨む気分になれるような設定に、とか、面接室は専門的な設定であると同時に、親和的な雰囲気を持つように、とか、一々細かい指示が書かれている。また「過程」に関する項では、「初回面接においては多くの患者が期待と不安の入り混じった、不確実な感じを持っているので、治療者は親和的でリラックスした雰囲気を醸し出すように努力すること」といった、心理臨床の初心者向け教科書に書かれているような内容が記載されていたりする。

日本においては大学院入学後の教育課程において、こういった内容は心理臨床の基礎として学習される。しかしそれは拘束力を持つものではなく、単に努力目標として提示されているに過ぎない。それが精神療法家の最低水準であり、全ての精神療法家がクリアすべきものだ、そしてそれをクリアしていることが精神療法家に対して倫理的に求められているのだ、といった認識にはまだ至っていないと思われる。

最後に、ドイツの国家資格取得者には精神分析に基づく治療者と、行動療法に基づく治療者の両方が含まれることを考えると、ここまで述べて来たような協会としての共通見解を出すまでに、出自も理論も全く異なる学派間において、互いの共通言語・共通の地盤を見出そうとする、地道な努力がなされたことが推察されるが、現在の日本において同様の努力がなされているとは言い難い。

医療裁判においては、当該の医療行為が、その当時の「医療水準」に照らして如何であったのか、ということが問われる。その意味においては、今後心理療法・カウンセリングにおいても同様の裁判が起こされた時には、当該カウンセラーの行為は「カウンセリング水準」に照らして妥当であったのか否かが問われることになるだろうが、現在、そのような共通の水準

を制定しようという動きは日本においては見られない。しかし今後、学派に関わらない共通の国家資格を展開していくためには、各流派・学派が互いの共通点を探し、対外的に打ち出していく必要があると考えられる。

6. 終わりに

職業倫理は、ある職業の従事者が共通して持つ、一つの価値の基準である。それは職業人集団をまとめ、一定の質を維持するために必要なものであり、また社会におけるその職業の価値を広く知らしめる役割も持つ。

本論文は心理臨床の職能団体の役割を紹介したものであるが、その中から、ドイツにおける心理臨床の現状が浮かび上がる。それはまた、日本の心理臨床がどのような方向に進むべきなのかを示唆するものでもある。

臨床心理士の活動領域が広がり、社会的影響力が大きくなっていくにつれて、日本においてももう一段深いレベルでの職業理解、もう一段高いレベルからの業務の把握、さらにはその意識化が必要とされるだろう。

参考文献

1. 伊原千晶 2007 ドイツにおける精神療法家の国家資格(1) “精神療法家法”および“心理学的精神療法家の養成および試験規定” 心理臨床学研究 24(6), 736-745
2. 伊原千晶 2007 ドイツにおける精神療法家の国家資格(2) 精神療法ガイドライン 心理臨床学研究 24(6), 746-752
3. Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg の HP <http://www.lpk-bw.de/>
4. 一般社団法人日本臨床心理士会 倫理綱領(平成21年4月1日施行)
5. Psychotherapeutenkammer Niedersachsen Ausschuss Qualitätssicherung (ニーダーザクセン州精神療法家協会 品質保証委員会) 2009 Qualitätsrelevante Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis — Orientierungshilfe zum Qualitätsmanagement —