

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

——臨床心理士団体にみる国家に対する二元的戦略——

丸山 和昭

はじめに 問題の所在

「我々は奇跡を生みだした」。日本心理臨床学会のシンポジウムに関する資料において、乾 (2003, 213頁) は上記のように臨床心理士の急成長を評している。日本における「臨床心理士」は第一号の認定が1988年であり、アメリカのそれが50年以上の歴史を有することに比較すればまだ誕生して間もない若い資格である。その短い歴史の中で臨床心理士は1600人から一万人以上にまで膨れ上がり、「心の専門家」としての社会的な認知を広く獲得した。「奇跡」と称される所以である。

しかし、臨床心理士を構成する職域は戦前において既に存在している。児童相談所・少年鑑別所・家庭裁判所調査官・精神病院といった各職域の心理職従事者はまとまった専門職資格を求め1960年代にも組織的な活動を試みているが実現には至らなかった。臨床心理士の奇跡的な急成長は、社会的地位の確立を求める臨床心理士集団の専門職化戦略と挫折の歴史の上に生まれたものである (佐藤達哉・溝口元1997)。

臨床心理士の職域拡大と社会的認知の獲得において文部省によるスクールカウンセラー事業が果たした役割が無視し得ない。1995年に学校現場に導入されたスクールカウンセラー (以下、SC) は、2005年までには全中学校 (一万校) 配置が計画されている。臨床心理士はその担い手として抜擢され、全SCの八割近くを占有しながら事業の拡大とともに「心の専門家」としての認知を獲得していったのである。また、1990年に資格認定機関の財団法人としての管轄を受ける際には文部省が選択さ

れている。臨床心理士は集団として教育分野に接近することで社会的な認知を獲得したといえる。

しかし、資格認定における文部省への接近は医療分野における心理職の国家資格化において厚生省及び医師団体との軋轢を生むことになる。臨床心理士側の求める資格要件は医師・厚生省サイドから認められておらず、臨床心理士資格とは別個に「医療保健心理士」国家資格法案の年内提出も議員立法の形で検討されている。一方、教育分野における臨床心理士は勤務形態が原則として非常勤である。臨床心理士の中には常勤化を望む声強いが教師・養護教諭からは必ずしも望まれてはいない（藤田 1997）。

したがって臨床心理士団体は、結果的に医療分野における身分保障を切り捨て不安定な雇用の伴う教育分野へと市場獲得の場を移したことになる。しかし、臨床心理士を構成する職域においてもっとも大きな割合を占めるのは医療分野における心理職である。臨床心理士団体は構成員の身分安定という点において矛盾しながらも資格保有者の獲得に成功し「奇跡」を達成した。その「奇跡」の内実とはいかなるものなのか。本稿は臨床心理士の専門職団体としての特性に矛盾的戦略をあえて実行する要因があるとして、このような専門職化戦略のモデル抽出を試論的に試みたものである。つまり、身分の安定に捕われない専門職化戦略の背景とは、専門職団体の中核が職業団体ではなく学術団体であったためなのではないだろうか。

1. 先行研究と方法論

臨床心理団体の専門職化戦略に関する先行研究としては、臨床心理学的知の学校への導入における政治的努力の過程に注目した保田（2001）の研究と、専門職の科学性基準の変遷に注目した保田（2003）の研究が参考となる。保田によると60年代から80年代にかけて、政治的働きかけの対象は厚生省を中心としたものから文部省を含むものへと変化している。また科学性基準の発展の方向性も医療分野よりもむしろ教育分野に適合するものへと遷移している。しかし臨床心理団体が医療分野における職域を危うくしてまで教育分野へ接近を図った経緯については明らかではない。

これに対し専門職研究の伝統的な枠組みから、二つの立場のアプローチが検討される。一つは専門職化をすべての職業が歩むべき過程として機能主義的にとらえる立場である。例えば看護婦は医師に比して十分に専門職足りえていない職種の代表であるが、その専門職化の研究は看護婦が専門職の特質をどの程度備えているかの

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

現状を診断し看護が目指すべき方向を模索するスタイルをとることが多い（新藤・黒田 1999, 67-70頁）。もう一つの立場では専門職化をクライアントや隣接職種に対する支配力を強める過程として批判的にとらえる。本論では後者の立場から医療・教育の各職域において生じた臨床心理士団体の支配力の増減に関わる戦略の解明が目指される。ただしこれら二つの立場の根底にある専門職観は矛盾するものではなく、例えば医師を公共サービスを担う聖職として考えるのと、医師会が医療行政に強い支配力を持つと認めることは論理的に別の事柄である（新藤・黒田 1999, 50頁）。一方、両アプローチは専門職が「自律性」を有しているという前提に立つ点においても共通している。これに対し、ヨーロッパ大陸型の専門職は国家からの強い自律性を前提としない、といった比較歴史的な知見が国家からの強い自律性を求める専門職の伝統的なモデルに対して存在する。しかし、国家間による程度の差を考慮しても自律性が専門職を捉える際の重要な概念である点に変わりはない（伊藤 1996）。

専門職の自律性と支配力の関係に注目した研究者の代表として Freidson (1970) の専門職論が参考となる。彼は自律性を「他者の指示からの自由と仕事の遂行における自由を示すもの」と定義し、雑多な従来の専門職要件は自律性からの演繹によって導かれるとしている。Freidson によると専門職の自律性は次の四要素からなるとされる。①国家によって公的に認知されたライセンスに基づく「組織化された自律性」、②他の職種の規制からの自由だけでなく、分業体制において「支配的」地位を占めることによって、規制への自由をもつこと、③成員補充の自足性をもつこと、④クライアントを規制する正当な権利を与えられていること。このような自律性が専門職にとって他者を支配する上での最も重要な構造的要因となり、専門的知識や道徳的優越性は自律性に基づく支配力を正当化する手段として位置づけられる。このような Freidson の論に従い専門職を自律性のもとに規定すると専門職化とは、専門職団体が国家や隣接職域に対してより高い自律性を獲得し、他者に対する支配力を増すことで特権的な地位を安定させる過程として捉えられる。

以上より本稿では、支配力の増大を根本に据える考え方にしたがって、臨床心理団体が専門的知識や道徳的優越性をいかに位置づけ、厚生省や医師、また文部省に対してどれほどの自律性を獲得したのか、といった視点から、臨床心理団体の専門職化戦略を分析する。また、臨床心理団体の二度の組織化は両方とも臨床心理士資格の立ち上げを契機としたものである。したがって具体的な考察は①臨床心理士資格がいかに自律性や専門的知識・道徳的優越性を位置づけているか、②そのような

臨床心理士資格がどの程度受け入れられたのか、といった点が中心となる。また、最終的には臨床心理士資格の形成過程を隣接する職域の資格と比較することによって、臨床心理士における専門職化戦略の特徴の抽出を試みる。

しかし、臨床心理団体の職域は非常に広くその全てを対象とすることはできない。1999年の臨床心理士の職域を参考にすると、①医療保険関係（31%）②大学・研究所（22%）③教育関係（15%）④福祉関係（13%）⑤開業（5%）⑥司法矯正関係（5%）といった割合となり医療と教育関係者が7割近くを占めていることがわかる（塩山 2000）。また、福祉や矯正に関わる心理職は1950年前後には公務員としての身分を確立しているためその後の資格形成活動においても積極的な姿勢を見せていない。したがって、本稿では医療・教育分野を中心に考察を行なう。

具体的な調査においては、まず新聞・書籍・学術雑誌など臨床心理士に関連すると考えられる資料の全体的な把握を行なった。その上で①1960年代における臨床心理士資格形成において中心的な役割を担った日本臨床心理学会の『臨床心理学研究』、②1980年代における資格形成の先導的な役割を担い、現在も臨床心理士団体の中核を担う日本心理臨床学会の『心理臨床学研究』、における臨床心理士資格に関する記述を重点的に検討した。また、精神科医療領域における歴史背景については、最大規模の精神医学関係学術団体である日本精神神経学会の学術雑誌『精神神経学雑誌』を主に参考とし、教育領域における隣接職域の例示にあたっては、日本教育心理学会の学術雑誌『教育心理学研究』『教育心理学年報』を中心に検討を行なう。なお、文章中の省庁の記述に関しては「文部科学省」及び「厚生労働省」についてもそれぞれ「文部省」「厚生省」で統一する。

2. 「臨床心理士の専門職化過程」

2.1. 第一次専門職化

日本の臨床心理士にあたる Clinical psychologist (CP) が世界に先駆けてアメリカにおいて制度化されたのは1945年である。CPは19世紀末に心理学者が始めた実践活動を歴史的な起源としていたためアメリカ心理学会が制度化・専門職化の主要な担い手であった。そのため、日本における心理技術者の資格検討も「アメリカ式に学会が音頭をとって」応用心理学会の先導のもとに1950年から始められている。その後、資格検討の動きは日本教育心理学会や日本心理学会へと拡大し、1963年には関連14団体を含めた心理技術者資格設立準備会が創設される。設立準備会は1967年に心理技術者資格認定委員会へと発展し、1969年12月からの「臨床心理士」認定

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

を予定するまでに至っている（日本臨床心理学会 1967）。

このような応用心理学会の資格検討開始のきっかけは心理業務の専門化を求める心理職従事者の声を反映したものであった。ただし心理職従事者の置かれた状況は職域ごとに異なっており、福祉・司法の分野の心理職が1950年前後に児童福祉法・少年法などの制定を受け公務員としての身分が安定したのに対し、医療心理職は「全国的にも心理臨床家を雇っている病院は少なく（中略）十名ほどであった」といった状況に置かれていた（松永 1985, 73頁）。これは、医療心理職の主な職域である精神医療病床が大戦のダメージによって2万床から4千床にまで激減したことが影響している。

その後、精神医療体制の整備や民間精神病院の急増によって1960年代には「精神病院ブーム」と称されるまでに病床が増加するが、過剰な患者の抱え込みをも引き起こし、医療環境や労働条件を著しく悪化させた。その結果、1962年には厚生白書において「医師・看護婦のほか機能訓練士・職能療法士・言語療法士・心理療法士・社会事業担当者などの確保」が求められるなど医療心理職の職域もまた成長していった。しかしその身分は、民間病院が80%を占めるといった日本の精神医療の特徴から（昼田 2000）、制度的な保障のない、極めて不安定なものであり続けた。1970年に行なわれた精神科領域における臨床心理担当者の実態調査では、多くの臨床心理担当者が給与や自らの業務に不満を持っており、資格や教育制度の整備を望んでいることが示されている（藤土他 1970）。

1964年、このような不安定な身分を抱える医療心理職の職能団体と、大学に身を置く研究者の組織が発展的に解消する形で日本臨床心理学会が発足する。臨床心理学会は地位の安定を求める医療心理職の資格制定の要求に強く動機づけられており、会報において「心理技術者認定機関設立準備会の推進力になる方針を確認」するなど次第に資格認定運動の中心となっていった。この臨床心理学会と資格認定協会の役割の違いについて臨床心理学会員であった渡部は、前者が現任の心理職従事者を中心として構成されているのに対し後者は学生の教育・訓練の体制づくりを目的とする、としている。当時、臨床心理系の教員はわずかであったため、心理職従事者の養成の大部分は他の心理学術団体によって担われていた。臨床心理学会は資格形成について教育機関としての受け皿ではなく、職業従事者の受け皿としての役割を果たしていたことになる。両者は車の両輪のような専門職化の運動体として、認定委員会が教育・知識基盤を受け持ち、臨床心理学会が職能問題を解決する関係にあった（日本臨床心理学会 1988, 11-13頁）。

このような協働の図式によって進められたのが1960年代における臨床心理士制度化の試みであり、第一次の専門職化戦略であったといえる。それは、比較的安定した身分を持つ心理職と安定した資格を求める医療心理職が、心理学の専門性のもとに統合されていく過程であった。

しかし「臨床心理士」の資格要件は厚生省や医師側の要求と対立する。そのため臨床心理士の資格は「明確な法律にもとづき、名称及び業務の独占ができるような資格になれば、最も望ましい形であることはいうまでもない」とされながらも最終的には将来の問題として見送られている。当時の臨床心理学会に所属していた玉井は「臨床心理士」が法制化されない理由として、①諸官庁の問題、②医行為との関係、③教育の問題、を挙げている（日本臨床心理学会 1967）。

①の諸官庁の問題については、「臨床心理士」の職場が厚生省や法務省、裁判所、文部省などに分かれている点によるものである。比較的多数を占めるのは厚生省の管轄職域であったが、厚生省の下で国家資格では1966年に資格制度化されたOT（作業療法士）、PT（理学療法士）のように医師の指示の下に業務を限定されてしまうのではないかと、との危惧が示されている。②は、「臨床心理士」の行なう心理療法と医行為の関係である。「臨床心理士」が行なう心理療法については、医療行為に含めて医師の監督下で行なうよう精神神経学会が認定委員会に勧告している。しかし「臨床心理士」側は心理療法を医行為と区別し、独立した業務が行なえるように求めている。③は「臨床心理士」の学歴要件に対する問題である。臨床心理学会に招かれた国会議員の黒木は、当時の臨床心理職従事者のほとんどが資格の求める修士レベルの学歴を有していない点に触れ国家資格化に難色を示している（日本臨床心理学会 1966）。これに対し「臨床心理士」側は現在の大学における学部段階の教育課程の不備を主張し、あくまで高度な学歴要件にこだわっている。

このように、1960年代の「臨床心理士」専門職化は国家資格化の問題において国家や医師との葛藤を抱えていた。特に上記の三点は医師との自律性をめぐる関係からまとめられる。①は医療関係に職場を限定されることを避ける立場である。②については自らの業務を医師から独立させようとする立場である。③は、医師に比す教育要件の獲得を目指す立場である。1960年代の専門職化は、これら医師からの自律性を獲得するために高度な専門職性を有する「臨床心理士」資格が形成される過程であったといえる。

しかし、このような自律性の獲得を目指す資格の設定は身分安定を求める医療心理職にとって望ましくないものであった。また当時、臨床心理学会内部において多

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

数を占めていた児童相談所の判定員グループは「公的機関に勤務しており、それ程 CP 士資格問題は重要視してはいない」（日本臨床心理学会 1988, 45頁）との見解を示しており、心理資格に積極的な関わりを持つとはしていなかった。そのため、臨床心理学会員において判定員に次ぐ多数派であった医療心理職が資格問題に対する臨床心理学会の立場を左右することになり、臨床心理学会の認定委員会に対する対立姿勢が明確になった。国家資格化と高度な専門性との二者択一において、認定委員会が教育・訓練を重視する立場から高度な専門性を選んだことにより、臨床心理学会と認定委員会の存立基盤の違いが顕在化したのである。

認定委員会は職域のニーズがない限り存在できない。臨床心理学会及び、医療心理職の反対を覆すほどのニーズは判定員など他職域には存在しなかった。認定委員会は「まず資格を必要とする人々を代表する組織から原案を提出させて—今回でいうなら臨心（臨床心理学会）が原案を出してということになります」として、臨床心理学会の資格案が出るまで「臨床心理士」を凍結することになる（日本臨床心理学会 1988, 14頁）。第一次専門職化は国家資格化に先導して高い専門性・自律性を具現化した学会認定資格を発足させる戦略を用いたが、現場の医療心理職の同意を得られずに挫折したものとしてまとめられる。

2.2. 専門職組織の崩壊と再生

臨床心理士資格が問われていた1960年代後半、精神医学界では改革の気運が高まっていた。その背景には大学紛争の流れと「収容所としかいいようのない」劣悪な精神病院の環境に対する危機意識が存在した（小澤 1989, 919頁）。これらは1969年における精神神経学会での専門医制批判や、PSW (Psychiatric Social Worker) 職能団体における資格運動の見直しなど、精神医療に携わる専門職の専門性に対する議論へと焦点化し、臨床心理学会にも波及する。それは病院心理職の専門性を「クライアントをうらぎることによってのみ保障されるもの」と自己批判する議論へとつながり、「『資格』とはそのうらぎりのライセンスである」との見解を生み出すことになる（臨床心理学会 1988, 53頁）。

このような臨床心理士資格に対する批判は国家資格化されない資格制定に対する医療心理職の不満と結びつき、次第に資格制定を先導した臨床心理学会の上層部に対する批判へと発展していった。1971年、臨床心理学会では理事への不信任が決議され、学会改革委員会が組織されることになる。改革委員会は上記の議論を引き継ぎ、患者の人権問題に取り組む学会改革を進めるとともに、臨床心理職の知識・技

術・業務を自己批判的に捉え続け、専門職化の推進力となることを否定した。だが、このような学会改革の方向性は現場の臨床活動のあり方をも強く批判したため、多くの現職者・研究者の学会離れを引き起こすことになり、ここに臨床心理士の専門職団体はいったんの消滅を迎えることになる（日本臨床心理学会 1975）。

しかし、その一方で精神医療の拡大は1970年代においても継続し、危機的な病院の経済難とスタッフ不足が問題とされていた。これらの問題は、医療心理職を医療体制のなかに制度として位置づけることで解決が図られることになり、厚生省や精神科医の主導の下に医療心理職の制度化が進められていくことになる。しかし、このような当事者団体不在の制度化は心理検査を、「医師が自ら検査・分析を行う場合のみ算定するものであること」（佐藤他 1982, 27頁）と定めるなど医療心理職にとって望ましいものではなかった。また、同様の背景からST（聴覚療法士）・PSWなど隣接職域の資格制度化に向けての検討会が厚生省と各職能団体との間に持たれているが、両者とも教育年限についての意見の一致が見られず実現には至らなかった（佐藤 1983）。

以上のような医療状況のもと、臨床心理士の資格問題の検討は臨床心理学会ではなく日本心理学会にて1978年に再燃する。そのシンポジウム「心理臨床家の資格問題をどうするか」の場において、医療心理職の代表は「資格の法制化の積極的推進が困難な道程をふむとしても、公的資格が緊要である」との立場を述べる。これは、1960年代の挫折やST・PSWと医師・厚生省との交渉過程から学んだ結果、医療心理職の立場が国家資格化に対する一定の留保を抱えるものへ変化したことを示す。同シンポジウムにおいて公務員系心理職が資格に対する切迫感を持っておらず、教育・養成の立場は教育課程の充実を求めるなど1960年代と同様の意見を示すのに対し、医療心理職の変化は顕著である（佐藤 1983, 85頁）。また、心理学会の動きを受けて臨床心理学会においても資格問題に関するシンポジウムが開催されているが、その提案者発表の趣旨は医師会や精神病院協会の働きかけのもとに厚生省が教育年限や業務範囲について不十分な資格を制定することへの危惧と、それに対抗して資格問題に取り組む組織の必要性を訴えるものであった（佐藤他 1982）。

このような心理学会や臨床心理学会の一部における資格問題への再検討の結果を受け1982年に日本心理臨床学会が発足する。心理臨床とは「医学モデルからの脱出を指向したなかでの新しい臨床心理学的パラダイム」を求める立場をあらわす（大塚 1983, 2頁）。また心理臨床学会は「資格は欲しいが低い資格では困る」といった医療心理士の立場変化を踏まえた上で臨床心理職の資格問題解決の受け皿として

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

の役割も担っていた。職能団体と学術団体としての性格を併せ持つ心理臨床学会の発足は専門職団体の再組織を意味しており、1970年代における専門職団体の崩壊から再組織に至る過程は、専門性の高度化について臨床心理職域全体の意見の一致が獲得されていく過程であったといえる。

2.3. 第二次専門職化戦略

発足当時の心理臨床学会は、1000名程であった会員のうち医療関係者が26.5%、学校関係者が20.3%と他分野に比べ多数であった。そのため、心理臨床学会の主導により始められた資格問題への具体的取り組みは、医療従事者の同意の元に教育体制の整備を重視するものであった。まず、心理臨床学会は「卒後二年以上、または大学院卒以上」など資格の最低基準の設定を行なっている。しかし、当時の臨床心理職従事者の半数以上が基準に達していないため、この資格は現状よりも目指すべき教育水準を重視していたと考えられる。また、「心理臨床専門家教育を実施できているとみなされる大学院をもつ大学は、甘くみて21校で、厳しくみると11校である」との判断の下に高等教育機関の制度上の整備が急務とされている（日本心理臨床学会 1985a, 83頁）。このような教育重視の背景のもと、1985年には常任理事会において「単に厚生省関係のみならず文部省などにも働きかける」ことが確認され、厚生・文部の双方への継続的な働きかけが開始される（日本心理臨床学会 1985b, 92頁）。

さらに心理臨床学会は、医療界に限られない資格を目指す立場から横断的な国家資格制定の困難さを踏まえ、公的な団体による資格の権威のもと、関係する専門性を適正に維持・発展させること（大塚 1988）を目的として財団法人としての資格認定機関設立を計画する。その後、1988年に関連12団体の協賛のもと日本臨床心理士資格認定協会が設立され、同年には1595名の臨床心理士が誕生、1989年には医師会を模した「日本臨床心理士会」が発足した。認定協会、臨床心理士会の発足によって学会の職能機能の大部分は引き継がれたが三団体は人材の大部分を共有しており、三位一体の臨床心理士団体としてその専門職化にあたっていくことになる。

1990年にはかねてより目標とされていた認定機関の財団法人化が実現する。財団法人の管轄官庁について当初は厚生省が考えられていたのだが結果的に文部省に落ち着くことになる。臨床心理士団体のこのような方向転換の背景として、厚生省と文部省のカウンセラー養成に対する反応の違いが注目される。まず、厚生省はカウンセラー養成にたいして臨床心理士側の案を受け入れがたいものとしている。厚生

省との渉外にあたった心理臨床学会の岡部(1987)は、「例外を除き受験資格はこれまでの慣習(高卒後3年程度)を踏襲しようとしている」と厚生省の方針について報告している。また、臨床心理士資格の問題に対応した厚生省医事課の意向の中には「教育よりも業務が先にある」、「職業選択の障壁は高くすべきではない」などの意見がみられる。

一方、文部領域では臨時教育審議会において「カウンセラーの資格制度等について、関係団体の動向を踏まえ関係機関が協力して早急に検討を進める。」(文部時報1987)との記載を得るに至っている。また、文部省による「大学院の拡充と高度の専門職業人の養成機能の重視」を目指す大学改革の方向性も大学院修士レベルの資格を求める臨床心理士の目的と合致していた。その結果、教育重視の構造であった臨床心理士団体はカウンセラー養成構想に理解を示した文部省を選択したと考えられる。

また、このような文部省への接近によって臨床心理士は学校現場における市場を獲得する。当時、いじめや不登校の増加に対して効果的な対策を模索していた文部省は1994年にSC事業を臨床心理士に委託した。これに対し、「単発的ではない常設の社会的な心の問題についての支援事業を組織化する試み」を模索していた臨床心理士団体は、全国的な臨床心理士派遣案を整備している(乾 2003, 208頁)。

その後、154名の派遣から始められたSC事業は1994年のいじめ自殺事件などに付随する世論の高まりを受け三年目には派遣対象が1000校にまで拡大する。しかし、このような急速な事業拡大は臨床心理士の不足に基づくSC市場の開放につながることはなかった。これはSCが週二日の非常勤勤務を前提とした事業であり、かつ臨床心理士団体がそれに対応できる他分野の現職者を大量に有していたためである。臨床心理士は1996年の段階ですでに5000人以上が他職域で働いていた。彼等を組織的に把握し派遣したからこそ臨床心理士団体は急速に拡大するSCの需要に応えることができたと考えられる。

だが、SCの拡大は経験の浅い臨床心理士の派遣も必要としたため、養成制度の整備によってSC全体の質の低下を防ぐ必要が発生した。そのため認定協会は、認定委員会からの指定を受けた大学院の卒業生にのみ臨床心理士の資格試験の受験許可を与える、といった「大学院指定制」を1996年に定めている。大学院指定制は心理臨床学会が準備してきた大学院カリキュラム案を目標として実際の大学院を臨床心理士のために変革する役割を果たすことになる。したがって、臨床心理士は大学院指定制によって真の意味での専門職としての自律的な養成機関を獲得したことになる

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

(大塚 1999)。

一方、1998年には派遣校が1661校にまで拡大し人材の供給が追いつかなくなる。これに対し SC の需要の高まりを受けた文部省は臨床心理学科、心理学科の設立の規制を緩め、臨床心理士の養成機関の増加を支援した。このような文部省による後押しを受け、1998年当初29校であった指定大学院は2002年には85校にまで増加している(乾 2003)。大塚(1999)は60大学院1200名の修了者を前提とした「臨床心理士」供給を策定していたが、それを大きく上回る形で養成体制は確立されたことになる。

このような SC 供給体制の確立に並行して、事業は2000年に2250校配置に拡大、2001年には「スクールカウンセラー活用補助事業」として制度化されることになる。これにより、臨床心理士は SC の担い手として他心理資格に対する優位性を明記され(保田 2003)、はじめて公的な制度のもとに位置づけられることとなった。一方、臨床心理士優位の SC 制度に対し日本教育カウンセラー協会など他心理資格を有する団体は市場の開放を求め、大学院指定制の廃止を文部省に求めている。しかし、文部省は「民間団体である同協会(資格認定協会)が自発的に実施しているものであり、国が廃止を命じることは適切ではない」(文部科学省 2003)としている。

以上のように、臨床心理士団体の教育分野における専門職化戦略は、他職域における人材の保有や文部省の支援を武器に他の職種からの自由・成員補充の自足性といった専門職制の獲得に一定の成功を収めたものとしてまとめられる。特に養成体制については、大学院指定制の廃止に対しての文部省の態度からもわかるように国家に対しても自律性を有しており、それ故に臨床心理士は急速な拡大を遂げたといえる。このように、臨床心理士の急成長は、急速な養成体制の確立と、その自律的發展に対する文部省の同意と支援の獲得に基づいていた。

しかし、文部省への接近、具体的には文部省管轄の財団法人化は医療関係資格を管轄する責任を負っていた厚生省、及び日本医師会との対立を生む。その結果、厚生省は「臨床」の管理のため臨床心理士とは別個に「臨床心理士」国家資格を検討し始める。このような医療領域における動きは心理職内に混乱を及ぼすことになり、臨床心理団体とは異なる職能団体として「全国保健・医療・福祉心理職能協会(全心協)」が1993年に発足することとなった。その結果、隣接職域である PSW・ST は1997年に国家資格化するが、心理職内部の分裂によって資格制度化の作業は難航する(手林 1994、宮脇 2004)。対立の争点は次のようにまとめることができる。こ

のうち、全心協は早期の国家資格化を目指す立場上、厚生省・医師側の求める資格要件に合致する。

- ① 資格の及ぶ領域：医療分野に限定（全心協）—他領域も含む横断資格（臨床心理士）
- ② 心理業務の位置づけ：医行為である（全心協）—医行為ではない（臨床心理士）
- ③ 医師との関係：医師の指示に従う（全心協）—医師の指示からは独立（臨床心理士）

医療心理職が「医師の指示」のもとに心理業務を行なわなければならないとする主張の根拠は「医師でなければ医行為を行ってはいけない」とする医師法の規定である。医行為とは「医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は及ぼす虞のある行為」とされる（手林 1994, 91頁）。そのため、心理業務が医行為であるならば医師の指示を受けなければならなくなり、また、教育などの他領域において心理業務を行なう者にも規制が及ぶことになる。しかし、心理業務がまったく医行為にあたらぬのであれば医師の指示を受けない協同作業が可能となり、厚生省が心理職の国家資格を定める必然性もなくなるため、横断資格を他省庁に求めることができる。このように上記3つの対立点は「心理業務は医行為か」といった点に集約される。

また医行為が医行為たる根拠は「医学的判断及び技術」に基づくかどうかにあるので、心理業務、特に臨床心理業務を医行為ではないとする根拠は学問基盤が臨床心理学である点に求められる。したがって、「医師の指示からの自由」「厚生省の監督下（医療分野）からの自由」を獲得するためには臨床心理学の専門性を医学とは異なる、もしくは同等に高度なものとしなければならない。高度な学歴を要する資格、養成制度の設定は、医療心理職にとって医師からの自律性を獲得するために必要であったのである。

以上から医療分野における臨床心理士の専門職化戦略とは、臨床心理学の専門性を確立し、医師や厚生省からの自律性を獲得しようとするものとしてまとめられる。このような戦略は心理臨床学会成立当初、医療心理職の同意の元に成立したものであった。しかし厚生省・医師からは専門性を認められず、職域内において専門職化戦略が分裂する結果となったといえる。

3. 他専門職集団との比較に基づく学会主導モデルの抽出

以上のように、臨床心理団体は厚生省・医師からの自律性を獲得すべく専門性の

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

高度化や養成体制の確立を求め教育分野へと「矛盾する戦略」を展開したのである。その中核となったのは医療・教育といった職域にとらわれることのない学会組織であった。そこで、隣接職域である OT・ST・PSW・学校心理士それぞれにおける専門職化戦略を専門職化の主導団体に注目して比較をおこなう。具体的には①主導団体、②職域、③資格の管理機関、④教育年限、⑤身分の確保、⑥養成機能の自律性、⑦働きかけた省庁、を比較項目として、それぞれの資格要件を概観する。これらの項目は臨床心理士資格における医療分野での争点、及び教育分野において臨床心理士が獲得したと考えられる自律性要件をもとに設定を行ったものである。

まず OT は厚生省主導の下に1966年に法制化が行われている。また ST は当初、日本聴能士協会が4年の教育を要する専門職としての資格化を進めていたが、後に協会内に意見の対立が起こり分裂してしまう。その後、多様な関連団体が ST 資格に対して働きかけていたが、1997年に厚生省の主導によって合意が形成され法制化が行われる。その結果、両者とも職域は医療・保健分野に限定され医師の指示の下に働くことが義務付けられることになるが、その反面、身分が保証されている。資格は高卒後三年が基本となっており、養成制度は厚生労働省の管轄下にある。一方、PSW は精神保健福祉士協会が職能団体として資格の法制化を提唱してきた。職域は精神医療・保健分野である。資格は保健福祉系大学4年の課程が基本となり、精神医学のカリキュラムも義務付けられているため、成員補充に対する明確な自足性は有していないと判断される。職域は保護され、医師の指導の下に働くこととされている。また、社会福祉学を専門性の基盤においており、社会福祉系の横断的資格を最終的な目標としている（佐藤 1983, 手林 1991）。

最後の学校心理士は、臨床心理士と同様に学会が先導した資格である。1997年に教育心理学会が創設し、現在は複数の心理学会の連合による学校心理士認定運営機構が認定業務を行っている。職域は学校をはじめ教育の分野であり、教員免許状を持ち大学院修士において所定の課目を修めた者に与えられる。スクールカウンセラー制度の開放要求を文部科学省に対して行っているが芳しくなく、公的な身分の保護などはない。また養成カリキュラムは認定運営機構の規定に基づくものであり、成員補充の自足性を有している（日本教育心理学会 1997）。

以上のような各資格の特徴をまとめたものが、下記の表【1】である。尚、CP は臨床心理士を意味しており、臨床心理士の第二次専門職化戦略については文部領域と厚生領域を分離して表記した。

まず、主導団体が学会である4ケースをみると、資格は法制化される前に団

表【1】	CP(60'S)	CP(文部)	CP(厚生)	学校心理	OT	ST	PSW
主導	学術団体	学術団体	学術団体	学術団体	国家	職能→国家	職能団体
領域	横断	横断	横断	教育	医療・保健	医療・保健	医療・保健
資格	学会連合	財団法人	財団法人	学会連合	国家	国家	国家
教育	修士	修士	修士	教職・修士	高卒三年	高卒三年	保健福祉大
身分	保障なし	若干保障	保障なし	保障なし	保障あり	保障あり	保障あり
養成	自足性あり	自足性あり	自足性あり	自足性あり	自足性なし	自足性なし	自足性なし
国家	厚生	文部	厚生	文部	厚生	厚生	厚生

体認定として形成されている。一方、PSW、STの職能団体は、国家資格形成のため厚生省に直接働きかけている。これは、教育手段を有する団体である学会が職業の形成、あるいは専門職化を先導する場合、団体資格の形成が戦略の一つとなるためである。実際に、教育心理学会において学校心理士が考案された背景には学校心理学の実践者を養成するという目的が存在した。また、学会主導の場合、資格が国家認定ではないため医療関連職種に比べると身分が保証されていない。これは学会認定資格が高度な学歴要件を特徴とする点と関係している。また、臨床心理士についていえば横断的な資格を目指している点も国家認定を阻む要因である。PSWは法制化した上で資格を社会福祉士などに連動させようとしているが、臨床心理士ははじめから横断的な資格を主張している点が特徴的である。

このような背景には、学会主導により専門職化が行われた場合、身分安定にはプラスに働かないこともありうるという事実がある。実際、1969年の資格認定委員会はその典型であろう。認定委員会は当時、各段に高い学歴要件を設定し、また、医師からの独立や多領域への進出を目指していた。しかし、1969年の段階では、高度な資格よりも身分の安定が求められ、資格認定は実行されない。一方、心理臨床学会は、低い資格を国家に作らせまいとする医療心理職たちの願いの受け皿として発足したため、現状から乖離した高度な資格でも内部的には問題がなかったと考えられる。

身分の安定に優先して臨床心理士が求めるのは高度な専門性の保有である。1994年に出された臨床心理士団体による厚生省への要望書の中では、望ましい臨床心理職のあり方として「欧米諸国での資格と同様、高い専門性を有し、医療の場で独自の立場で医師に協力するもの」とされている。このような、専門性の高度化を重視する専門職のモデルとして、アメリカのCPに見られる「Scientist-Professional Model」がある。このモデルについて心理臨床学会の村山(1990, 2頁)は「科学者

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

としての訓練が、職業専門家としての訓練よりも優先されている」としている。

終章 日本における学会主導による専門職形成モデルについての検討

以上の考察より、臨床心理士に見られるような専門職化の学会主導モデルとは、科学者の精神をもった専門職従事者たちを多く生み出し現場に送ることで実践活動を通して専門知識を発展させ、その付属物としての自律性を獲得していく過程であると定義できる。その専門性の高度化を第一の目標に据える姿勢は資格要件の中に顕著に現れる。すなわち、現場の実情にはそぐわない資格が用意されることになる。現状と著しく乖離した資格は簡単に国家資格化することはできないものであるが、学会が組織の中核にある場合、養成機関を整備することができるため法人資格として認定作業をはじめることが可能となる。しかし、単なる学会資格では人材を有効に集めることはできない。実際、学校心理士の資格は初期には職域を持たなかったため、あまり劇的な増員は望めていない。

したがって、学会資格は法人資格として成立し実存する職域を取り込むことではじめて機能すると考えられる。その点において臨床心理学の専門性発展のために「science-profession」を集め教育する必要があった心理臨床学会は高度の資格、つまり臨床心理行為の確立という点において医療心理職と意見を一致させることで実存する職域を取り込み人材の獲得に成功したといえる。しかし、ここで集められた人材は必ずしも資格要件を充たすような専門性を備えているわけではない。臨床心理士資格では現場の人材の持つ学歴と資格の示す学歴のギャップを埋めるため、受験資格について一定の経過措置を設定することで人材の取り込みを可能にした。臨床心理士の初期の人材は、高度な資格に彩られたステータス・イメージは保有していたが、資格の示す学歴は身につけてはいなかったのである。

このイメージと現実の差が、そのまま文部省と厚生省の態度の違いとなってあらわれる。すなわち、既に医療心理職が大卒の身分で働いてきた医療分野では厚生省・医師にとって臨床心理士の資格のステータス・イメージは何の意味もなさなかったのである。一方、教育の領域において臨床心理専門職は未知のものであったため、資格の学歴要件が現実との間において異なっていたとしてもステータス・イメージが揺るぐことはなかった。したがって、臨床心理団体は医療心理職を文部省に対してコーディネートすることによって市場を開拓し、養成体制への支援を獲得したのである。

臨床心理士はこのような戦略を、厚生省と文部省の両分野にまたがる位置に専門

職団体を位置づけることで成立させたといえる。すなわち臨床心理士は、医療や福祉といった厚生領域に職域を保有することで教育領域の外側から人材を供給できたという点で文部省の支配から自由であった。また、一方では文部省管轄のもとに市場と養成体制を獲得したことにより、厚生省の支配に関わらず「science-profession」の大量育成に成功したのである。このような二元的な自律性の保有こそが臨床心理士の専門職性を保証するものであり、臨床心理士の「奇跡」を支えた要因である。したがって、臨床心理士の専門職化とは国家に対する「二元的戦略」にもとづく「学会主導モデル」であり、下のような過程としてまとめられる。

①養成機関の保有に基づく高度な資格の形成→②既存職種の新規開拓地へのコーディネート→③市場の獲得・拡大→④養成体制の自律的拡大→⑤「science-profession」の大量育成→⑥専門性の高度化、及び専門職の確立

しかし、この国家からの自律性については一定の留保が必要である。まず、厚生領域での職域の保有については厚生省による国家資格化の動きにより医療心理職内部での分裂が起こるなど危うさが目立つ。さらに「医療保健心理士」の立法化の形式によっては臨床心理士資格は医療分野における職域を全く失ってしまう可能性もある。一方、学会主導モデルに対する文部省の支援と同意は臨床心理士養成の自律性を保証するかのように見える。しかし、SC 需要が頭打ちになったとしても文部省が支援と同意の姿勢を維持するという保証はない。臨床心理士の成長を支えた養成体制の自律的拡大は、文部省の態度によっては容易に崩れ去る紐付きの自律性なのである。学会主導モデルは職域に捕われない学会組織を中核とすることから国家に対し多元的な戦略をとることで新規市場の開拓や養成体制の自律的発展を期すことができるが、それ故に他職域の動向や国家からの影響を受けやすく極めて不安定な専門職化の道筋を辿る危険性を有する。冒頭のシンポジウム資料において乾は「臨床心理バブル」とかつては陰口をきかれることが多く、淡く脆い活動だと言われて20年経った」と述べているが、学会主導の下に二省庁のバランスをとることで成立させた「奇跡」は、それを支える自律性の二元的な所在ゆえに“淡く脆い”ともいえる。

以上、臨床心理士の専門職化過程から抽出された学会主導モデルは従来の専門職モデルに対して、職域内における利益追求を相対化する科学組織を主体とした専門職団体像を提示する。専門職としての地位確立を目指すにせよ、支配力の増大を求

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

めるにせよ、機能主義的・批判的アプローチは両者とも専門知識の発達を目標達成の「手段」とする専門職団体像を前提としている。しかし、臨床心理士団体の分析によって明らかになるのは、科学者の養成や専門的知識の発達を「目標」とする学会中心の専門職団体が、職域内部の要求を呑みこむことによって拡大していく過程である。専門職化戦略は職域内部だけでなく、それを支える科学組織の地位上昇・支配力の増大への志向に影響される可能性を有している。しかし、学会主導モデルの成長の基盤である国家に対しての多元的戦略は極めて不安定な性格を持つものであった。ただし、学校心理士が文部領域のみを対象としているように、学会主導モデルが多元的戦略においてのみ有効性を持ちえるのかどうかについては明らかではないため、今後、他の学会資格についても検討が加えられる必要がある。

〈参考文献〉

- Freidson, E. (1970) Professional Powers: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York: Dodd and Mead
- 藤土圭三 野島寛子 平野美汐 1970,「精神科領域における臨床心理担当者の実態調査」『臨床心理学研究 第9号第3号』169-179頁, 日本臨床心理学会
- 藤田和也 1997,「養護教諭と学校カウンセリング」『教育』69-79頁, 国土社
- 昼田源四郎 2000,「日本の近代医療史」『精神神経学雑誌 第102巻第9号』754-758頁, 日本精神神経学会
- 乾吉佑 2003,「日本における臨床心理専門家養成の展望と課題」『心理臨床学研究 第21巻第2号』201-214頁, 日本心理臨床学会
- 伊藤了 1996,「プロフェッション社会学の研究動向—「自律性」の次元での若干の考察—」『東北大学教育学部研究年報 第44集』115-129頁
- 日本教育心理学会編 1997,「シンポジウム-学校心理学とスクールカウンセリング」『教育心理学年報 第36集』45-50頁
- 日本臨床心理学会 1966,「臨床心理学者の社会的責任と法制化の諸問題」『臨床心理学の進歩 1966版』315-351頁, 誠信書房
- 日本臨床心理学会 1967,「心理技術者資格認定機関の発足をめぐって」『臨床心理学の進歩 1967版』366-387頁, 誠信書房
- 日本臨床心理学会 1975,「〈第1期運営委員会総括〉臨床心理学・心理臨床の点検」『臨床心理学研究 第13号第2巻』1-29頁
- 日本臨床心理学会 1988,「日臨心の文書等」〔「資格問題」特集〕『臨床心理学研究

- 第25巻第3号] 4-54頁
- 日本心理臨床学会 1985a, 「心理臨床家の教育・研修と資格をめぐる諸問題」『心理臨床学研究 第2巻第2号] 77-93頁
- 日本心理臨床学会 1985b, 「会報」『心理臨床学研究 第3巻第1号]
- 松永一郎 1985, 「書評「病院心理臨床」」『心理臨床学研究 第2巻第2号] 73-75頁, 日本心理臨床学会
- 宮脇稔 2004, 「臨床心理職の資格制度を巡って」『臨床心理学研究 第41巻第3号] 15-27頁, 日本臨床心理学会
- 文部科学省 2003, 「(財) 日本臨床心理士資格認定協会の大学院指定制度の廃止」『文部科学省ホームページ [http://www.mext.go.jp./](http://www.mext.go.jp/)]
- 文部省大臣官房 編 1987, 「臨教審答申総集編」『文部時報 臨時増刊号] pp8-309,
- 村山正治 1990, 「心理療法家養成の“Scientist-Professional Model”をどう考えるか」『心理臨床学研究 第7巻第3号], 1-4頁, 日本心理臨床学会
- 大塚義孝 1983, 「心理臨床学の独自性—そのあかしの背景にあるもの—」『心理臨床学研究 第3巻第1号] 1-5頁, 日本心理臨床学会
- 大塚義孝 1988, 「心理臨床家の資格認定制度の確立—日本臨床心理士資格認定協会の発足に寄せて」『心理臨床学研究 第6巻第1号] 84-89頁, 日本心理臨床学会
- 大塚義孝 1995, 「平成6年度事業報告と今後の動向」『臨床心理士会会報 第11号] 6-11頁, 臨床心理士会
- 大塚義孝 1999, 「臨床心理士養成と大学院体制」『心理臨床学研究 第17巻第3号] 307-314頁, 心理臨床学研究
- 岡部祥平 1987, 「厚生省所管の資格法制化その後の経緯をめぐる」『心理臨床学研究 第5巻第1号] 73-76頁, 日本心理臨床学研究
- 小澤勲 1989, 「金沢学会以降の20年—臨床現場からの報告」『精神神経学雑誌 第91巻11号] 919-922頁, 日本精神神経学会
- 佐藤達哉 溝口元 1997, 『通史 日本の心理学], 北大路書房
- 佐藤忠司 1983, 「心理学専攻者の資格問題について」『心理臨床学研究 第1巻第1号], 日本心理臨床学会
- 佐藤忠司 手林佳正 山本和郎 馬場礼子 1982, 「心理臨床家の資格問題を考える—その1—」『臨床心理学研究 第19巻第4号] 3-49頁, 日本臨床心理学研究
- 新藤雄三 黒田浩一郎 1999, 『医療社会学を学ぶ人のために], 世界思想社

専門職化戦略における学会主導モデルとその構造

- 塩山二郎 2000, 「臨床心理士」〔特集 医療専門職の需要と供給〕『病院』933-935
頁, 医学書院
- 手林佳正 1991, 「急ピッチで進む臨床心理技術者の国家資格化の動きと「医療福祉
士」法制化の動きの紹介」『臨床心理学研究 第28巻第3号』78-124頁, 日本臨
床心理学会
- 手林佳正 1994, 「国家資格化, その後(2)」『臨床心理学研究 第31巻第4号』91-102
頁, 日本臨床心理学会
- 保田直美 2001, 「戦後日本における学校への臨床心理学的知の導入過程」『大阪大
学教育学年報 第6号』13-23頁
- 保田直美 2003, 「臨床心理学における科学性基準の変遷」『教育社会学研究第72集』
131-149頁

ABSTRACT

**A Professional Society-Led Model in a Strategy of Professionalization and Its Structure:
Dual Strategy Toward the State in the Organization of Clinical Psychologists**

MARUYAMA, Kazuaki

(Graduate School, Tohoku University)

1-15 Shihei-cho, Aoba-ku, Sendai, Miyagi, 981-0944 Japan

E-mail: hyouryu_manekin@yahoo.co.jp

Organizations of clinical psychologist were organized on two occasions in Japan at the initiative of professional societies. The move toward professionalization in the 1960s used a strategy which gave priority to the acquisition of specialist status and autonomy than to obtaining a state-granted qualification. As a result, it failed to obtain the support of professionals working in the clinical field. However, in the 1970s, the whole clinical mental occupation reached consensus on the need to promote specialist status, from a sense of crisis brought about by the unwillingness of the Ministry of Health and Welfare and doctors to create a qualification. In the second professionalization in the 1980s, calls were made for the advancement of specialist status and the establishment of a training system. Thanks to a strategy of professionalization aimed at developing an educational field, it came to attain "miraculous" growth.

This professionalization of clinical psychologists was based on the leadership of professional societies, which developed specialist attributes for the cultivation of a "science-profession" core based on a "dual strategy", to gain professional status. The clinical psychologists used a dual strategy toward the Ministry of Health and Welfare and the Ministry of Education, expanded the market autonomously and produced a great deal of "science-profession." However, it can be said that the professional society-led model has the danger of following the route of very unstable professionalization, which can be easily influenced of many domains although it has the potential for expanding new markets and the development of an autonomous training system.