The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	「HIV/AIDS カウンセリング」概念の軌跡 : 1990 年代の心理カウンセリングの政治性とHIV/AIDS 医療とのかかわりから
Author(s)	横田, 恵子; 大北, 全俊
Citation	臨床哲学. 2016, 17, p. 53-76
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/57567
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

「HIV/AIDS カウンセリング」概念の軌跡
――1990 年代の心理カウンセリングの政治性と HIV/AIDS 医療とのかかわりから――

横田 恵子・大北 全俊

1．はじめに

本論は、「エイズカウンセリング」の誕生を中心に、それまでの戦後日本における心理相談実践の定着を振り返りながら、心理カウンセリングが医療化していく経緯とその意味を明確にし、今後の医療とカウンセリングの関係性について考察することを目的とした試論である。

最初に次章で、戦後日本における心理相談実践の始まり、ならびに定着の経緯をたどる。これにより本論で扱うトピック、すなわち 1980 年代から 90 年代にかけてのエイズカウンセリングの誕生と実践の社会史的位置づけが明らかになる。続く第三章では、エイズカウンセリングの進展に伴い、具体的にどのような実践が「心の問題を身体の疾病と関わらせること」を促したのかを検証し、さらにはそれを足がかりとして「医療現場で『心のケア』の専門性を謳うこと」が受け入れられていく過程を、当時の公刊論文の内容を元に繙いていく。そして最後に、この一連の経緯が生み出した現況について記述し、今後、医療とカウンセリングの関係性について考察すべき論点を呈示する。

2．戦後日本における「心理カウンセリング」の導入経緯と現状

議論の前提として、まず現代の日本における「カウンセリング概念の多義性」とそれにともなう混淆した実践の実態について、その歴史的経緯を確認しておく必要がある [1]。その理解なくしては、(1) なぜ「エイズカウンセリング」という概念が 1990 年代に成立し、その中に多種多様な技法、療法、さらにはコミュニティアクションまで入れこむことが出来たか、ということを説明し得ないし、(2) 表向きエビデンス重視の価値観で運用されて

いる感染症医療の現場に、なぜ「エイズカウンセリング」が入り込めたのかも理解できない。

カウンセリング技法の混在に至るまでの経緯は、その科学性を巡るせめぎ合いの過程でもある。心理カウンセリングがHIV感染症をきっかけに医療や公衆衛生分野に入り込めたのは、混在するカウンセリングのレトリックを医療者相手に使い分けつつ、表面的妥当性のレベルで科学性を担保出来たことが一因である。

次節では、第二次世界大戦後の学校ガイダンス事業から始まった「カウンセリング」という概念とその実践を、C. ロジャーズ (Rogers, C.) の「来談者中心療法 (client-centerd therapy)」概念の移入に始まりアイゼンク (Eysenk, H.) 、スキナー (Skinner, B.) らを理論的支柱とした「行動療法 (behavioral therapy)」実践の時代を経て、さらにエリス (Ellis, A.) 、マイケンバウム (Meichenbaum, D)、ベック (Beck, A) などの影響を受けることによって「認知行動療法（cognitive-behavioral therapy)」へ変貌を遂げ、その後システム論やナラティヴ・アプローチと合流し、現在に至るハイブリッドな流れとなった経緯を追う[2]。

2-1. 日本におけるカウンセリングの導入と来談者中心療法の定着期

芳我明彦 (1991) は、日本に於けるカウンセリングが、GHQ（連合国総司令部）の主導により、まずは学校現場に導入されたことを指摘する。その目的は、自由主義・民主主義理念の根幹を市民レベルで定着させることにあった。特に個人の自己決定と自己覚知の尊重という理念を子どもたちに理解させる手段として、カウンセリングが勧められた。このような意図を持つカウンセリングは、まずは初等〜中等教育現場に，次いで大学における学生相談として導入されたのである。芳我はこれらの動きに専門雑誌の公刊時期や友田不二夫によるC. ロジャーズの著書翻訳などを重ね合わせ、1951年（昭和26年）を日本におけるカウンセリングの起源と同定している（前掲論文 , p.32)。これ以降、さまざまなカウセリング理論や技法が段階を踏んで主にアメリカから移入され、主たる国立大学で研究、臨床実践が重ねられて行く。この経緯は、芳我によって4期に分類・整理された。

第1期 (1951~1955年) を経て第2期 (1955~1960年) に至る時期は、大学の学生相談・教育現場が実践の中心であった。そこではロジャーズ理論の導入の可能性と精神力動論の援用がせめぎあいつつ、時とともにロジャーズ理論，中でも相談を受ける側の非指示的態度 (non-directive approach) を推奨する立場が伝播、定着して行く（前掲論文 , p.35-37)。続く第3期（1961~69年）は、ロジャーズ本人の来日から幕を開けた。当時の代表的な

日本人実践家は、ロジャーズの人柄に触れることで「クライエント中心療法の発展と普及」（前掲論文，p.39）を実感する事になったようでもある。芳我は、当時の河合隼雄の記述を参照しつつ、ロジャーズの影響によってカウンセリング概念が急速に広まった事を指摘している。

ロジャーズ理論の中核をなす「来談者中心療法」が急速に広まったのはなぜか。芳我は、河合隼雄とともに当時の代表的な臨床実践家であった畠瀬稔、村山正治などの記述にも基づき、その理由をまとめている。すなわち、(1) 技法の習得のしやすさ、(2) 期間の短さ、(3) 創始者であるロジャーズが医師ではなく心理学者であったこと、(4) 科学的、実証的であったこと[3]、(5) 理論が複雑ではなく実践的技法 (how to) であったこと、(6) カウンセラーが権威や権力に頼る必要がなく、ただ共感することが要請されているだけであること、などである[4]。中でも最大の要因は、複雑な理論を必要とせず医師や専門職者以外にも援用可能である（と思われた）ことである。その結果、手っ取り早く「すぐにでも役立ちそうな技法のみを会得すれば事足れり」（前掲論文，p.40）という風潮が生じて来たのもこの時期であった。

2-2. 心理カウンセリングの多様化、専門化：行動療法・行動変容法の隆盛を中心に

芳我は、続く第 4 期を 1970 ～ 1979 年とする。この時期は、顕在化・複雑化する問題行動への即時対応が社会的に要請されるようになって来た時期であり[5]、さらに海外で臨床心理実践を学んだ者たちが帰国し始める時期でもあった（前掲論文，p.41）。中でも行動理論に基づく行動療法・行動変容法は、アイゼンク（Eysenck, H.J.）からスキナー (Skinner, B.F.) にわたる理論や実践法の移入によって興隆を極めることになった。

筒井 (1986) や古賀（1990）の回顧的記述からは、この時期の実践の一端を垣間みる事が出来る。この時期の心理臨床カウンセリングは、未だ教育領域中心ながらも、心身症や神経症領域にも適応が見られるようになっている。同時代の資料としては「教育と医学」(1969, vol.17-9) 誌上で 75 ページにも渡って組まれた「行動療法」の特集があげられよう。実践技法としての行動療法が実用化されて 10 年ほどになる時期に組まれたこの特集は、精神力動論に対して「（精神分析を源流とする）理論上の偏り、治療者の思い上がりと思い過ごし」（成瀬，1969, p.773）と述べ、精神力動的アプローチへの対抗理論・技法として行動療法があるという高らかな宣言に続けて 14 論文が掲載されている。

これら行動療法家に通底する枠組み・主張は、第一に「哲学や教育、価値の問題など

を抜きにした人間の改造が一介の治療者に許されてよいものであろうか」（成瀬，1969, p.773）という倫理的疑義であり、それゆえに対象や方法において科学的アプローチを行う態度を標榜する。つまり「心を顕在化した指標で捉え・・(中略)・・直感的に全人的理解を行おうとする立場からは無味乾燥か我慢ならない感を抱かせるかもしれないが、それは科学の理論的姿として既知のものであり、甘受せねばならぬ」（梅津，p.775)、というものある。適応領域は小児自閉症、夜尿、社会的逸脱行動，嗜癖まで多岐にわたり、オペラント条件づけをベースにしたさまざまな技法が検討されている。

2-3. 多様な理論・技法が発展深化する時期

再び芳我によれば、1980 年以降は第 5 期と区切られる。この時期は、今に至るさまざまな技法の並立期である。カウンセリング実践はすでに社会に目新しいものではなく（前掲論文，p.44)、内実はさまざまなれど、数多くの実践報告が教育や心身医療を中心にさまざまな領域で見られるようになる。このことは時を同じくして、「誰が心の専門家か」をせめぎ合う動きともなった。それはケア職種間で生じるせめぎ合いであると同時に、「誰でも出来る（ように見える)」カウンセリング実践を、素人から臨床心理学徒の手に奪い返す時期の到来とも重なった。この時期に心理臨床学会（1982 年）および日本臨床心理士会（1988 年）と、今に至る基幹組織が心理学界において立ち上げられ、さらに技法や理論別の下位学会・研究会が林立したことは偶然の一致ではないと思われる。

以下の表は、総合的な臨床心理学専門誌である「心理臨床」（1988 年発刊)、後の臨床心理士資格立ち上げに大きく寄与し、臨床心理領域で最大の会員数を誇る日本心理臨床学会誌でもある「心理臨床研究」（1983 年発刊）に掲載された，精神力動的アプローチを除く事例研究報告のすべてである。その技法の移り変わりを概観してみたい（表 1 ）[6]。

表 1.「事例レベルで学術発表された論述における使用技法一覧」

掲載年	種別	タイトル（論じられている技法）	著者	発表雑誌情報
1984	資料	治療導入期における諸問題――行動療法における動機づけの手法（行動療法）	園田 順一	心理臨床研究, vol.2(1), p.57-60.
1985	資料	心因性の胸痛・呼吸困難を訴えた女児についての一考察（行動療法）	坂井 誠	心理臨床研究, vol.2(2), p.55-59.
1988	研究報告	クライエント中心療法の再検討 (来談者中心療法)	保坂 亨	心理臨床研究, vol.6(1), p.42-51.
	事例	「かつおぶし」になりそこねた IP —— システム・アプローチによる危機介入（家族療法）	吉川 悟 村上 雅彦	心理臨床, vol.1(4), p.365-373.
1989	特集 論文	行動集団カウンセリング (行動理論、モデリング理論)	中澤 次郎	心理臨床, vol.2(4), p.313-318.
1990	エッセイ	こころに思いをめぐらせる (行動理論)	坂井 誠	心理臨床, vol.3(2), p.140-141.
1991	情報	第９回大会「自主シンポジウム」についての報告 (来談者中心療法、遊戯療法、論理療法、家族療法)	田畑治 , 菅沼憲治 , 村山正治 , 長谷川啓三	心理臨床研究, vol.8(3), p.85-89.
	特集論文	心理臨床における記録について――家族療法における工夫（家族療法）	亀口 憲治	心理臨床, vol.4(4), p.254-256.
	特集論文	家族療法と自分 (家族療法)	堀之内 高久	心理臨床, vol.4(3), p.175-180.
1992	研究報告	「母親の死による家族システムの混乱とその後の秩序化」が治療者に教えたこと（家族療法）	川畑 隆	心理臨床研究, vol.10(2), p.39-51.
1992	特集論文	密室からガラス張りの治療室へ――システムズ・アプローチにおけるスーパーヴァイジーの経験からの一考察（家族療法）	坂本 真佐哉, 東豊, 和田 憲明, 児島 達美	心理臨床, vol.5(3), p.181-186.
1993	資料	『心理臨床学研究』にみる臨床心理学研究の現状――創刊号から８年半の掲載論文から (すべての技法のリストアップ)	津川 律子, 近藤 幸子	心理臨床研究, vol.10(3), p.82-87.
1994	研究報告	恐慌性障害への行動療法的介入について――自律訓練法とエクスポージャー法の適用（行動療法）	坂井 誠	心理臨床研究, vol.11(3), p.232-241.
	特集論文	家族療法からみた祖父母の役割 (家族療法)	亀口 憲治	心理臨床, vol.7(4), p.181-186.
	学会レポート	第４回日本ブリーフサイコセラピー研究会	高橋 幸治	心理臨床, vol.5(3), p.181-186.

精神力動論の概念枠組みに基づいて事例を記述することが一般的な総合臨床心理学誌においてでさえ、1980 年代半ばから行動理論に基づく論述が入り込み、1990 年代にはシステム論に依拠する家族療法の事例が重なって行く流れを見る事が出来よう。特に行動療法、行動変容法は、1980 年代末から 90 年代初頭にかけてエリス、ベック、マイケンバウムらの著作が翻訳書として流通したことで、本格的に認知行動療法への発展と標準化にシフトした[7]。エビデンス・ベースに乗りやすいこの領域の介入手続きは医療（身体疾患）や予防教育にも了解可能であり、汎用性が高い。

こののち、1980 年代末からのシステム理論に基づく家族療法の移入は[8]、すぐにナラティブモデルと合流して、さまざまな「問題解決療法」をアグレッシブに展開した。以後、医療などの専門性と距離のある C. ロジャーズの「来談者中心療法」と、医療などエビデンス・ベースの介入に親和的な行動療法・認知行動療法などは、混在することとなる。

2-4. 心理カウンセリングの専門性と資格の希求：専門的価値や技法の固有性をめぐって

前節で概説した経緯を経て、現在では多くの臨床心理的介入技法が並列・混在している。そしてその多くは、福祉・看護などの近接ケア領域でも援用されている。様々な職種を横断して使われる多種多様なカウンセリング技法において「誰が」「何に」秀でているかは、領域としても個人としても極めてばらつきが大きい。表 2 は、1983 年、すなわち国家資格としての心理士資格を視野に入れて設立された心理臨床学会の学術誌、『心理臨床研究』が臨床心理士資格を発動するまで、どのように資格問題を発信しているかをリスト化したものである。

表 2.『心理臨床研究』にみる初期の専門性・資格を巡る発言の推移

掲載年	論文種別	タイトル（論じられている技法）	著者	発表雑誌，号，ページ
1983	情報	心理学専攻者の資格問題について	佐藤 忠司	心理臨床研究，vol.1(1), p.85-94.
1984	情報	いわゆる「資格認定問題」をめぐって	日本心理学会常任理事会	心理臨床研究，vol.2(1), p.79-80.
1985	情報	私と心理臨床――病院心理臨床からみた資格・研修問題	児玉 憲一	心理臨床研究，vol.3(1), p.80-83.
	情報	私と心理臨床――ことに職能問題をめぐって	水谷 孝之	心理臨床研究，vol.3(1), p.87-89.
	情報	シンポジウム：心理臨床かの教育・研修と資格をめぐる諸問題	前田 重治 馬場 礼子 他	心理臨床研究，vol.3(1), p.77-93.
1986	情報	心理臨床と資格をめぐって――その１．私にとっての資格問題	武山 雅志	心理臨床研究，vol.4(2), p.39-51.
1988	巻頭言	資格認定協会設立に当って教育・研修を考える	鑑 幹八郎	心理臨床研究，vol.6(1), p.1-3.
1989	情報	臨床心理士第一号誕生――日本臨床心理士資格認定協会報告	大塚 義孝	心理臨床研究，vol.7(2), p.83-91.
1990	巻頭言	心理臨床家の独自性	氏原 寛	心理臨床研究，vol.8(1), p.1-3.
	巻頭言	心理臨床について思うこと――資格認定協会の財団法人認可に際して	山中 康裕	心理臨床研究，vol.8(2), p.1-3.
1991	情報	「臨床心理士」資格取得への道――筆記・口述試験実施元年に寄せて	大塚 義孝	心理臨床研究，vol.9(1), p.98-102.
1992	情報	「臨床心理士」資格認定制度続報――復習と予習	大塚 義孝	心理臨床研究，vol.9(3), p.92-95.
	特集論文	心理学と医学の架け橋――アメリカにおける心理士と医師との関係	遊佐 安一郎	心理臨床，vol.5(4), p.231-236
1995	情報	臨床心理士の妖精と訓練――専門性としての「臨床心理行為」（学会企画シンポジウム記録）	村山正治, 滝口俊子, 河合隼雄	心理臨床研究，vol.12(4), p.393-409.

初期より、医療現場で臨床心理実践を行う者（児玉 1985，水谷 1985，武山 1986）らは明確に資格を要求し、「他職種に了解可能な専門性・職能を」、「医師と同等のパワーを」と言明しているのに比べ、アカデミズムの場から発言する者は「多岐にわたるカウンセラー

の機能の保持」を前提に、一部の領域、特に医学領域を枠とした資格は臨床心理学という学問を分断する、という論を一貫して主張し続ける(佐藤 1983, 山中 1990)。このように、所属・立場によってその職能や固有性の主張にばらつきがあるのは、アカデミズムに対して、医療領域の実践者だけが異なるリアリティを持っていたからともいえよう。

1988 年に臨床心理士資格認定協会が設立されると、職能の認知と国家資格希求の議論はより政治的になり、現実味を帯びる。しかしこの時期でもなお、資格による実践への束縛を嫌う立場への共感や、人の生き方への介入を医学モデルに模した資格に託して良いのかというとまどいが語られ（鑑 1988, 氏原 1990)、1995 年にはついに「医学モデルではない臨床心理学の学問的独自性」(村山・滝口 , 1995, p.393）でなければならない、という主張に落ち着く。

このように、医療に近い立場の者による資格化の希求と、それに対するアカデミズムのためらいは、資格化の是非そのものよりも、むしろ心理カウンセリングの専門性の「医学モデル化」をめぐる議論へと集約されたと言ってよい。そして、当時の臨床心理士会幹部はおおむね「医学モデルではない」資格、専門性へと舵を切ろうとしていた[9]。　この時期、なぜ臨床心理士会幹部がこれほどまでに「医学モデルではない資格」にこだわったのか。以下の河合隼雄の言葉は、そのこだわりを支える「日常生活の医療化への懸念」の表明である。

> 「(厚生省の［資格］検討委員会に入っていたんで説明したいが、お医者さんがよく言われる医行為とはどういうことかというと、『このごろでは医者も家族の問題を扱うようになってきた、だから、家族問題は医行為です』。こう言われる。発想がぜんぜんちがう。(中略）つまり、少しでもお医者さんがやっておられることは医行為だという考え方で、(心理職の皆さんは不満そうに聞いておられるが）いくら不満な顔をもっていても、ポーンとやられたらおしまい。現状では医師法があるし、お医者さんの数から言っても持っておられるお金から言っても歴史から言っても、圧倒的。(中略）われわれがやっていることが、負けてしまうとは決して思っていない」(村山・滝口・河合 1995, p.399)。

河合のこの発言に代表されるように、当時の臨床心理士会幹部は頑に「医学モデルのヒエラルキーに入ること」を拒否し、カウンセリングの全人性と固有の価値を守ろうとした。

言い換えるなら、この時期に積極的に医学モデルを受け入れ、あえてその価値規範の中で自らの立ち位置を取ることで、心理カウンセリングの独自性と専門性を承認させる、というエイズカウンセリング実践者の実利的な提案は、臨床心理士会としては承服し難いものだったのである。

3.「HIV/AIDS カウンセリング」という概念が切り拓いた戦略：臨床心理学術文献から明らかになる心理社会的支援の枠組みと医療現場での機能

HIV 感染症が「エイズ」として日本社会で耳目を集めるようになったのは 1980 年代半ばであった。当時から 1997 年に至るまでの HIV 感染症は、治療法が模索されるも予後は極めて悪く、見通しも立たない状況であった。その後、抗 HIV 薬が開発され、延命—社会復帰が可能な慢性疾患となる。本章では 1990 年代を中心としたカウンセリング実践領域の学術文献を概観することで、今もって根治できない感染症において、誰がどのような心理社会的支援を必要としていたのか、加えて、それに対してどのように応答がなされたのかを、時期を追って臨床心理学（心理カウンセリング領域）の視点からひも解いていく。さらにそのことによって、心理カウンセリングがいかなる関係性を医療および公衆衛生と形成していったのかを明らかにする。

3-1. 1980 ～ 1990 年代における「エイズ」を巡る医学水準と社会事象

1980 年代から 1990 年代前半の「エイズを巡る社会事象」は、「マスメディアによる感染の事件化・繰り返し語られる定式化したストーリーが喚起する感染不安」「血友病感染者に対する現実の差別・偏見」とまとめられる [10]。

この時期の半ばにあたる 1989 年、渦中の血友病医療現場において、「カウンセリング」は半ば政策主導・半ば臨床医の実存的な要請によって唐突に登場した（横田 2009）。

後年、80 年代半ばの HIV 感染状況を回顧した血友病治療医は、当時、患者に対して行った HIV 抗体検査の結果を当人に告知すべきかどうかで悩み、医師たちの対応に混乱が生じたと証言する（稲垣 , 1990）。しかし同時期の患者側の証言は、医師側が、原則として検査結果の告知をしない方針を定めた、と振り返っている（石田 1990）。このように医師 / 患者という立場の違いによる事実認識の行き違いはあるにせよ、実際には概ね非告知という方針で対応されていた [11]。

しかし 1988 年に事態は一変する。この年の 8 月、厚生省（当時）は WHO の GPA (Global Programme on AIDS) 協力の一環として、「『血友病 HIV 感染者のカウンセリング』に関するワークショップ（エイズカウンセリング国際会議）」を東京で開催した（長尾 1989)。この会議に出席した血友病治療医たちは、ここで WHO が原則として HIV 抗体検査結果の告知を推奨し、その際に「教育とカウンセリング」を行うことを重視している、ということを初めて知る事になる。

時を同じくして医療・社会状況も変化を見せ始めていた。初の抗 HIV ウイルス剤 (AZT) の供給が開始され、さらに血液製剤による感染被害者に限り医薬品副作用被害者として保障・救済しようとする動きも始まったのである。医師たちは、世界的な趨勢のみならず国内の医療・社会状況からみても、今までの方針を 180 度転換して、患者に抗体検査結果や病名の告知を行うことを検討せざるを得なくなっていた。同年 11 月、再びワークショップに参加した同じ医師たちによって厚生省の研究班[12]が立ち上げられ、HIV 感染者・AIDS 患者への抗体検査結果や病名は当人への告知を前提とし、加えてその場面においてカウンセリングを援用する、との方針が出された。この決断は、ある意味では単に血友病 HIV 感染者を巡る小さな医療コミュニティで起こった動きに過ぎない。しかし心理カウンセリングが学生相談や心身症疾患を超えて、身体疾患を扱う医療現場や厚生省に初めてその存在が注目されたという意味では、全く新しい流れの端緒となった決断でもあった。

3-2. 血友病治療医たちの模索：カウンセリングとは何か、誰が誰に行うのか

いわばトップダウン的な医療へのカウンセリング導入の決断でもあり、当然、現場の医師たちには当惑もあった。カウンセリングには様々な期待が寄せられた。HIV 抗体陽性という悪い結果を知ることになる患者への心的サポートを期待する、というナイーブな賛意はもとより、カウンセリングという行為が従来の医師—患者関係に何らかの変質を迫るであろうという予感や、過酷なエイズ治療の現場に踏みとどまる医療者へのサポートを期待する感情なども含まれていたのである（横田，前掲論文)。このように百人百様の思惑がある中で、カウンセラーをエイズ診療の現場に呼び込む準備が始まった。

血友病治療医たちの意を受け、カウンセリングの専門家として初めて医師たちの前に立ったのは樋口和彦[13]である。神学者であり死生学者でもあるカウンセラーに最初の講演を依頼したことからも、血友病治療医たちが「カウンセリング」に期待したものが推し量られよう。当時の医師にとっては、HIV ウイルスに感染した患者とは、治癒・寛解が

望めないだけでなく、序々に落ちて行く免疫機能により次々と起こる日和見感染症に直面し、最終的にはその先にある「死」を見なければならない患者であった。しかも前述したように、マスコミによって定式化された性感染症としてのエイズの表象は、医療体制の中にさえ患者への差別や偏見を持ち込むことにつながり、病名告知や患者の受け入れを巡る葛藤やためらいが、社会事象として担当医師たちの周りに立ち現れたのである。

樋口 (1990) は、このような医師たちのおかれた状況や心情を鑑み、講演で以下のような言葉を差し出している。

> 「なぜカウンセリングが必要かというと、有効な治療法がないからです。将来改善がはかれれば別ですが」(樋口 1990, p.31)。

> 「これまでのところ全人的な患者に対するカウンセリングを中心とする取り組みが、WHO を初め、世界中で有用と認められ、行われて来ている」(樋口 前掲論文 , p.31)。

そして樋口は続けて、カウンセリングの「方法」を示す。それは前章で概観したところの来談者中心療法に基づくカウンセリングの基本理念であった。すなわち相手の語りの「傾聴」と「無条件の肯定」、そして「自己決定の尊重」に絞って伝えられたのである。さらにその直後、樋口は医師たちに向かってなおひとつを付け加えている。「(相手の) 訴えを聴けないとき、聴きたくないときは、誰かに相談する」(樋口 前掲論文 , p.34) と。

インフォームド・コンセントといった概念が定着していない当時の医師にとって、相談とは、医局主催のケースカンファレンスで医師同士が患者の症状・データを共有する以外の意味はおよそなかったであろう。このようなコミュニティに、あえて「患者の訴えを聴けない / 聴きたくない時には誰かに相談せよ」という助言をぶつけた樋口の誘いは、(患者の訴えを)「無条件で肯定し、自己決定を尊重する」という提案とともに、参加した医師の多くに、カウンセリングが従来の医師—患者関係を変質させる可能性を含むことを確信させたようだ (横田 , 前掲論文)。しかし、医師 - 患者関係の非対称性そのものの変容は決して容易なものではない。その後の医療現場でのインフォームド・コンセントをはじめとする医療倫理の議論が、それを物語っている。

参加医師たちは、主治医である自らがカウンセリングを行うのではなく、カウンセリング機能そのものを外部委託する、すなわちカウンセリングの「専門家」を治療チームに加

えるほうが妥当だと判断した[14]。

3-3. カウンセリングの専門家（臨床心理士）はどのように応答したのか

上記のような経緯で要請を受ける形になったカウンセリングは、どのように応答したのだろうか。本節では、当時の実践を記述し、報告している学術レベルの刊行文献を分析することで、事態を社会史的なまなざしで捉え直すことを試みる。

方法としては、当時の血友病 /HIV 感染症治療医からカウンセリング実践を託された、主たる実践研究者の名前を検索ワードとして手がかりにし、それに基づいて国会図書館に収納されている論文を抽出した。ヒットした論文は 19 本であり、原著・特集論文、調査報告書からエッセイ、学会シンポジウムのまとめ、さらには巻頭言に至るまで、さまざまなレベルの記述が見出された。発表年代は 1993 年から 2009 年に渡る（表 3 ～表 5）。以下、年次を追ってその内容の特徴と変遷を概観したい。

3-3-1. 1990 年代半ばの学術言説から読み取れること（表 3）

この時期は第一に、積極的に「カウンセリング」概念の多義性が主張され、これを「HIV 感染者にかかわるあらゆる人々が行う心理・社会的支援」と定めている。このような立場をとると、臨床心理学の専門性は曖昧になる危険をともなうが、心理専門職（臨床心理士が大半を占める）は、研修会やワークショップで「医師や看護師を指導する」という立場に立つことにより、限られた空間での優位性を確保し、その中において、医療の中で全人的関わりをもつ価値の固有性や、コミュニケ―ション技法に卓越した専門性を主張していく。

第二に、本領域で行われる「カウンセリング」に対して、当時は「致死性、予防不可能、性感染症」を表象していた「エイズ（もしくは AIDS）」「HIV」という言葉を冠につけたことである。当時は薬害被害問題としての血友病感染者が社会問題として世間の耳目を集めていた時期であり、カウンセリングの要請も血友病治療医からであった。前例（薬害スモンなど）にならえば「薬害カウンセリング」とする選択肢もあったであろう。あるいは、死に至る末期患者としての実存的痛みが中心であった当時のトピックの傾向に注目するなら、「医療カウンセリング」でもあり得たはずである。しかし、この領域での「カウンセリング」は「エイズカウンセリング」もしくは「HIV/AIDS カウンセリング」「HIV カウンセリング」と呼称され、今に至る。当時マスコミを中心に作り上げられた「エイズ」

「HIV」の表象が性的で扇情的であり、実際の血友病患者を中心とした感染者の実情とは合わなかったにもかかわらず、である。なぜこの呼称が選択されたのか。そこに、自らの営みを従来の学校教育相談を中心とする臨床心理学のディシプリン[15]から際立たそうとする、先駆的実践者の心理職たちの自負を見ることは穿ち過ぎであろうか。ちなみに医療領域で具体的な診療科名・領域名を冠として明示したカウンセリングは、この「エイズカウンセリング」創出後に頻出し、現在「先端医療カウンセリング」として総称される領域の下位カテゴリーを形成している[16]。

この時期の動向は、(1) カウンセリング概念，中でもその科学性や専門性を曖昧にしつつ、カウンセラーが医療者の中で指導的立場の「専門家」となる位置づけを明確にしつつあったこと、(2) 特定の疾患名「エイズ」を名称の冠につけることでカウンセリングを特殊化しつつも、その後の医療全般に受容しうる位置づけを行ったこと、の２点にまとめられよう。ちなみに、この時期の主な手法は先に言及した樋口の提案にも垣間みられるように、C. ロジャーズの「来談者中心技法」である。

表 3. エイズ・HIV カウンセリングに関わる学術文献リスト（1）
（ ～ 1997. 抗レトロウイルス剤発見以前、感染者の死を日常とした時期）

刊行年	書誌情報	概要
1993	児玉憲一「エイズ･カウンセリングの現状」『心理臨床』6(2), p.112-113.	WHO 勧告を根拠に HIV 医療におけるカウンセリングの必要性を主張、その概念を広義に取り、様々な医療関係者が感染者支援のために技術・方法を援用するとする。一方で、それらの職種を越える専門職として臨床心理士の参入を主張する。
1994	児玉憲一・一円禎紀「ロールプレイを用いた医療従事者対象の HIV カウンセリングの研修経験」『心理臨床研究』12(3), p.253-262.	カウンセリング概念を広義に取り、様々な医療関係者が援用可能なように、その技術や価値を教える研修指導者の立場に臨床心理士を据える実践的な提案がなされている。
1995	兒玉憲一「HIV および AIDS カウンセリングにおけるカウンセラー養成方法に関する研究」平成 5・6 年度科学研究費（一般研究 C）研究成果報告書	カウンセリング概念を広義に取り、様々な医療関係者が援用可能なように、その技術・価値を教える立場に臨床心理士を据える実践とともに、医療領域でチーム医療に参入するに耐えうる臨床心理士養成の実践も試みる。
1997	児玉憲一・一円禎紀「性的パートナー告知を促す HIV カウンセリングの技法と倫理に関して」『心理臨床研究』15(1), p.98-103.	性感染症としての HIV 感染症に注目し、(1) 相談の中で時期を見て感染当事者から性的パートナーに感染告知をすることを推奨、(2) 特定の性的パートナーとのセーファーセックスを推奨することを倫理的にも是とする主張が展開される。

3-3-2. 1998 年から 2000 年初頭：抗 HIV 薬出現による劇的な病態変化を経て（表 4）

1997 年以降、抗 HIV 薬の出現により感染者の病態と予後は劇的に変化した。生化学的なアプローチ（服薬）によって症状を寛解させることが前面に出てくるこの時期、医療チームにおけるカウンセリングの役割は「いかに患者がスムーズに服薬し、治療ベースに乗るか」という点に収斂していく。この時期の論文では「服薬アドヒアランス」概念が肯定的に論じられ、それに関わる相談機能を全職種が担うことが語られる。このような中で、「死に至る病」ゆえに医療への導入を要請されていたかつての心理専門職の固有性を、どこに見いだす事が出来るのか。――― 活路は公衆衛生部門に見いだされた。HIV 抗体検査を実施する保健所などの公衆衛生機関は、検査の実施と結果告知のみならず、その前後で教育と相談も行う。この時期の論文では、その場において行動変容法を援用しながら感染に関わる正しい知識を普及させて不安を低減させること、およびセーファーセックスを促すことを是とし、その伝達技法は心理専門職が卓越しているとする。このような「特定のパートナー / 不特定多数との性関係」「感染予防行動 / リスクの高い性行動」という二項分類による是非を暗黙裏に呈示し、結果的に性行動を仕分けしていく方法は、収集した論文の時期を問わず現れている。また、ここでも心理専門職は、保健師等（当時は保健婦）の公衆衛生の専門職ならびに必ずしも専門性を問わない市民ボランティアなどに技法の指導などをする立場として自らを位置づけようとする。そしてそこでは、C. ロジャーズの「来談者中心療法」に加え、行動変容技法も援用されるようになった。

表 4. エイズ・HIV カウンセリングに関わる学術文献リスト（2）
（1999 ～ 2001. 抗 HIV 薬開発による患者・感染者の脱ターミナル化が劇的に起こった時期）

刊行年	書誌情報	概要
1999	小島賢一「カウンセリング」『日本エイズ学会誌』1(1,2) p.54-55.	多職種によって展開される「相談」や「教育」が一般化し患者・感染者も社会復帰する現実の中、エイズ診療の中で心理専門職に何ができるのかを問う。
―――	浦尾充子　他　「保健所における HIV・エイズカウンセリング――心理職としての取り組み――」『日本エイズ学会誌』1(3) p.64-68.	HIV 抗体検査の実施と結果告知のみならず、教育と相談も行う保健所で、HIV 感染症やセーファーセックスに関する啓蒙と行動変容の重要性を指摘し、その技法は心理専門職固有のものである、とする。
2001	兒玉憲一「わが国の HIV/AIDS カウンセリングに関する研究上の課題」『日本エイズ学会誌』3, p.29-32.	1992-2000 までの HIV 感染症に関わる学術論文中で、タイトルにカウンセリング関連のキーワードを含む論文を抽出。分析の結果として、カウンセリング概念援用の多職種多様性、医師からの支持を得たことが指摘されている。反面、臨床心理学や福祉学界にはインパクトを与えていない点を問題としている。
―――	児玉憲一・内野悌司　他「HIV カウンセリング 11 年の話題分析」『広島大学大学院教育学研究科紀要』p.257-262.	抗 HIV 薬の開発によって様変わりしたカウンセリングの実際を検討し、かつての「共感的なコンテナ」から（突如としてターミナルを脱したことによる）自己の再定義、人生の軌道修正、希望と恐怖のジレンマの繰り返しに沿うことへと役割が変化し、そして薬害被害者中心の患者集団から性感染者患者へ患者がシフトしたことに対応すべきと指摘。心理専門職の固有の役割は､SHG 推進、性行為に関わる行動変容の促進とする。
―――	内野悌司・兒玉憲一・高田昇「HIV カウンセリングにおけるコミュニケーション技法の職種間比較の検討」『総合保健科学』17, p.63-70.	抗 HIV 薬の開発により、服薬アドヒアランスが注目される。医療系各職種が感染者に対する相談・教育を通してアドヒアランス実現を目標とする中、心理専門職の対話技術の卓越性を説く。
―――	浦尾充子「保健所における HIV/AIDS 対策――保健所カウンセラーからの提案」『生活教育』45(1), p.20-24.	公衆衛生部門で行われる HIV 抗体検査の前後に受検者に対してカウンセリングを行う必要性、特に予防教育とセーファーセックスを目指しての行動変容を説く。その役割は保健師で充当できるも、心理専門職が技法に卓越する、とする。
―――	花沢佳子・浦尾充子　他「保健所における HIV 抗体検査受検者に対するカウンセリングの意義について――抗体検査に伴う不安の検討から」『日本エイズ学会誌』3, p.10-13	特に感染不安を訴える受検者に関しては、心理専門職によるカウンセリングが不安の軽減に有効である、との主張を統計的手法により検証している。加えて、感染予防教育と性行動の変容にも効果がある、とする。

3-3-3. 00 年代以降の軌跡：生化学、遺伝子医療の席巻とカウンセリングの再定義（表 5）

公衆衛生部門では「不安を解消して合理的に判断し、検査を受けてその結果を理解し、認知・行動を変容して適切な性行動をとる」という方向性がより明確に表現されるようになったことに加え、さらに学校教育へのアウトリーチも見られる。性教育の中でセイファー（ノー）セックスを教えることも心理専門職の役割となったのである。

医療現場に眼差しを戻そう。2000 年代後半、HIV カウンセリングのように医療チームの一員として心理専門職を受け入れ始めた領域はいくつかあった。兒玉（2004）は、がん治療（緩和ケア）を筆頭に、NICU、不妊治療、遺伝相談、臓器移植の領域に注目し、それらを「先端医療 6 分野」と命名しているが、2004 年以降も繰り返しその可能性を述べる中で、HIV カウンセリングが、抜きん出て医療チームに受け入れられている分野であると主張する（表 4）。その要因の一つに、HIV カウンセリングには政治主導で研修を受ける機会が何度もあったことが大きいことを認め、心理専門職が行うカウンセリングが医療現場に根付くためには、心理専門職コミュニティの政治的文脈でのさらなる理解とその結果としての国家資格化が必須であると指摘する。

ここでも揺るぎなく主張されるのは、医療現場の専門職の中で、心理専門職が固有の価値と技法を備えている、という点である。しかしその内実が具体的に吟味・検討された形跡は, リストアップしたどの論文中にも見出せない。わずかに兒玉（2009）において「職業的責任感、使命感、ボランティア精神、情熱」を内実とする「心理士魂」いう記述が見られるに過ぎない[17]。

表 5. エイズ・HIV カウンセリングに関わる学術文献リスト（3）

（2004 ~ 2009. 感染予防教育への特化、および先端医療領域へのカウンセリングとしての位置づけ）

刊行年	書誌情報	概要
2004	浦尾充子「エイズ抗体検査に伴うカウンセリングを問い直す――わが国の HIV 予防カウンセリングへの行動科学の活用という視点から」『日本エイズ学会誌』6(1), p.24-29.	HIV 感染症に関わる問題がメディアに乗らなったことが感染増の一因とし、個人レベルでの性行動変容のために、HIV 予防カウンセリングを提唱。担い手として行動科学、心理学の背景を持つ専門家を推している。
―――	古谷野淳子・矢永百合子「女性と HIV――カウンセリングを通して考える」『日本エイズ学会誌』6(2) p.1-5.	主にジェンダー問題の視点から「女性と HIV 感染」に関わる事象が論じられる中、感染者の体外受精相談（夫婦間）を心理専門職が積極的に支援する事例が、肯定的に紹介されている。
―――	高田知恵子「予防・教育・地域――臨床心理士の視点からエイズ・性教育を考える」『日本エイズ学会誌』6(3), p.17-19.	HIV 感染予防のために、学校教育（性教育）の機会をとらえ、心理専門職がセクシャリティの理解とともに、具体的にはセイファー（ノー）セックスの勧奨を行うアウトリーチを提唱する。
―――	兒玉憲一　他　「先端医療に関する臨床心理士の意識調査」『広島大学大学院教育学研究科紀要』53, p.185-191.	先端医療 6 分野(HIV, がん、NICU, 不妊治療、遺伝相談、臓器移植）中、HIV カウンセリングに従事する心理専門職の意識が高いこと、臓器移植領域への参入率が低いことを示しつつ、合わせて心理職の国家資格が必要であることにも触れている。
2005	兒玉憲一　他　「先端医療に関する臨床心理士の意識調査（第 2 報）」『広島大学大学院教育学研究科紀要』54, p.173-181.	前論文に引き続き、先端医療分野における心理専門職の機能を具体的に検討した結果、がんおよび HIV 領域において、医療チームに参画している事が明らかになった。今後、心理職独自の専門性を高める必要がある事が強調される。
2007	兒玉憲一「先端医療に従事する臨床心理士の現状と課題」『心理学ワールド（日本心理学会誌）』36, p.5-9.	先端医療分野の中でもがんと HIV 領域では，心理職能団体内で多様なネットワークが存在することを明らかにし、中でも HIV は長年、国の支援を受けた研修機会があり、他領域に比して有意にネットワーク化がすすんでいる、とする。
2008	兒玉憲一・小島賢一「包括的 HIV カウンセリングにいま求められるもの」『日本エイズ学会誌』10(2), p.1-4.	医療機関内で多職種によって提供される心理社会的相談・支援を「包括的 HIV カウンセリング」と再定義し、多角的に論じている。
2009	兒玉憲一「HIV カウンセリング――世代を超えて引き継がれるもの」『臨床心理学』9(6), p.831-833.	新薬の開発が続き、先端医療に位置づけられるようになった HIV 感染症は、（政治的・社会的経緯から）心理職の受け入れが進み、心理職自身も医療やセクシュアリティに関わる研修を受ける機会に恵まれていた事を指摘。心理職の固有性・卓越性は「職業的責任感、使命感、ボランティア精神、情熱」であるとし、「心理士魂」と総称している。

このように AIDS/HIV カウンセリングの進展を概観すると、多種多様な技法の混在とその専門性科学性のあいまいさが逆説的に活用されることで、医療および公衆衛生の領域の中に根をおろし、かつ他領域への広がりを可能にした様が見て取れるであろう。臨床心理士は、かつてエイズが死に至る病としてあったときには傾聴を主とする C. ロジャーズの技法を、そして治療技術が進展し寛解する病となると、感染予防を主とする行動変容法をと、それぞれを柔軟に援用し、かつそれらを教えることで他職種を指導する「専門家」として立ち会ってきた。日本の心理カウンセリングは、いわばその「あいまいさ」を「柔軟さ」と暗黙のうちに読みかえつつ、そのときそのときの医療・公衆衛生の要請に無反省に呼応することで自らの立場を固めてきたと言って良いのではないか。

3-4. 医療専門職間の権威階層と承認欲求のはざまで：心理カウンセリングの専門性を巡って起こったこと・起こりうること

本論では、1980 年代末に突如現われた HIV/AIDS カウンセリングという実践を、公刊論文を元に独自に位置づけ直すことによって、心理専門職の固有性と職能が、医療専門職に応答する形で教育相談の域を越えて主張され始めた様子を概観した。

その経緯から、(1) 外側に向けて主張される心理専門職の固有性･職能が、一貫して「コミュニケーション技法に卓越していること」にあり、(2) 受容・傾聴などの基本的な技法を医療職に「教える」ことで医療専門職の中でヘゲモニーを取る方略が取られ、さらに (3) 行動変容法などの「(医療専門職や疫学者とって) 望ましい考えや行動を相談者に身につけさせる」技法の専門家として、公衆衛生部門においても感染予防教育の充実に寄与したことがわかる。

字数の関係上本論では扱わなかったが、前章でリストアップした論文などに見る限りにおいて、当時の心理専門職が抱くセクシャリティ観・家族観は、一見リベラルで、性的マイノリティや女性に共感的である。しかし公には多様性への共感を保ってはいても、事例記述中のミクロな記述の中にその時代の規範を内包していることは隠し得ない [18]。その例は､論文中で推奨される夫婦間の人工授精による妊娠という事例に見いだすことが出来る。あるいは「東南アジア女性と買春」「感染者を支える特定のパートナー」「セーファーセックスとリスクの高いセックスの仕分け」などの、論文中の事例設定から窺い知ることも出来る。これらの記述は一見、現在のセクシャリティ観やジェンダー観とかけ離れた過去のバイアスのようにも感じられる。しかし実際には、「感染予防」という社会疫学的眼差し

の中で繰り返される「正しい性知識」や「正しい性行動」の声高な推奨と、それに向けての行動変容の勧奨に今も変わらず含まれているのではないだろうか。

カウンセリングが専門職としての承認を求めて医療に取り込まれて行く過程を明らかにするのであれば、この側面、すなわち医療だけではなく現在の公衆衛生界で心理専門職が無自覚に果たしている機能をも含めた考察を行わなければならない。心理カウンセリングがいかに時代の価値と枠組みに沿い、人々を自発的に制度化することに寄与しているかについて、心理専門職自身が批判的に自覚しなければならない[19]。本論で試みた実践の社会史的分析が、心理専門職の自己批判の一助となれば幸いである。

HIV 感染症の医療現場においても同様である。服薬によって身体・生活など多層的に状況をコントロールすることが可能になって以来、この領域における心理専門職の役割はますます自律性を失っているともいえる。HIV カウンセリングの経験が、緩和ケアを筆頭に、生化学、遺伝子治療などの最先端医療にも受け入れられつつあることは事実であるが、HIV カウンセリングで起こったことを公刊論文レベルで辿って来た今、さらに先端医療領域で全人的価値を示し、ひとりひとりの患者の存在と共にあることが可能なのかと危惧を覚える。医療現場とは治療現場である。そこで起こる現実は、患者相手に理解と意思を確認しながら身体侵襲の手続きを次々とこなしていくこと、そしてそのすべてが「待ったなし」であるということだ。さらに、これらの有り様についての前提を問わないことが、埋め込まれた合意として存在する場でもある。

言い換えるなら、人はどのような属性・立場であろうとも、そこに参加した時点で，その場が「治療現場」であることを否定出来ないということだ。心理専門職が本当に全人的に医療現場に留まるならば、時と場合によってはそこが「治療現場である」という前提から問い直すことをしなければならない。――― たとえば「自分の病態を理解し、治療のコストーベネフィットもすべて了解した上で、医師の具体的な治療方針には沿わない。しかし引き続きこの医療チームの患者でありたい」という患者と出会ったとき、同じ治療チームの一員として、心理専門職はどう振る舞えるのか。一方でチームの同僚で権威を持つ医療専門職は、このような事態において心理カウンセリングに何を期待する / しないのか。

これから何度も出会うであろうこのような場面で、心理専門職は、HIV 医療現場で起こったことと同様に、先端医療技術の実際に飲み込まれ、再び無自覚に患者の治療に寄与する存在となる危惧はないのか ――― 自らの専門性の承認と引きかえに。

4. 結語

1995 年当時の臨床心理士会の幹部たちは、HIV/AIDS カウンセリングがその先鞭を切ろうとした運動、すなわち「医療に全人的な価値を持ち込む事」には共感し、期待を表明していた。しかし一方で、医療現場から専門性の承認を得ることで専門職としての自立の端緒を拓く、というその戦略には一定の距離をとっていた（日本臨床心理士会 , 1995）[20]。

本論を終えるにあたり、その一部を紹介する。筆者はそこに、「心理専門職が取り得たかもしれない別の可能性」を読むからである。2016 年の今、心理専門職が、自らの専門性の承認と引きかえに明け渡そうとしているものの重大さを考えさせられる言葉でもある。

「(HIV) 感染者の方々はスピリチュアルなレベルで応答可能であり、精神的に健康な対話関係の構築可能性を見いだせる、というものです。これは結果的に、感染に至った患者の生そのものを肯定的に受容することで聴き手（カウンセラー）が変容できるのではないか、という実存レベルでの期待の表明でもあり、そしてさらに踏み込んで既存の医療的な治療モデルそのものの変容もありうる、という考え方でした」(小川捷之)。

「この領域にかかわるカウンセラーは『二律背反』を生きねばならない。これは『極めて新しい課題』である。私たちはどういう立ち位置に立っているのか？」(滝口俊子)

参考文献

（注：本論中への引用・参照文献のみ。論文中、分析対象とした論文については、文中の表にて明記している。）

芳我明彦 1991「日本におけるカウンセリングの歴史」『鳴門生徒指導研究』vol.1, p.29-50.

稲垣稔 1990「HIV 感染症とカウンセリング」『エイズジャーナル』vol.3-1, p.30-35.

石田吉明 1990「血液製剤による損害賠償訴訟について」『エイズジャーナル』vol.3-1, p.42-47.

古賀愛人 1990「各地の動き紹介・関西行動療法研究会」『心理臨床』vol.3-1, p.80.

木原活信 2005「福祉原理の根源としての『コンパッション』の思想哲学」『社会福祉学』vol.46 (2), p.3-16.

長尾大 a）1989「エイズカウンセリング国際会議に出席して」長尾大　他編『明日の包括医療とカウンセリングシステムの確立にむけて（1)』昭和 63 年度厚生省科学研究「HIV 感染者の発症予防・治療に関する研究班」包括委員会報告書』p.3-7.

長尾大ｂ）1990 血友病・HIV・カウンセリング」長尾大　他編『明日の包括医療とカウンセリングシステムの確立にむけて（2)：平成元年度厚生省科学研究「HIV 感染者の発症予防・治療に関する研究班」包括委員会報告書』p.25-30.

成瀬悟策 1969「巻頭言　行動療法」『教育と医学』vol.17-9, p.2-3.

日本教育行政学会 2001『教育行政総合事典』p.2.

日本臨床心理士会 1995『第２回　エイズカウンセリングワークショップ　報告書』

品川由佳・兒玉憲一 2005「男性同性愛者に対する男性臨床心理士のクリニカル・バイアスの予備的研究」『エイズ学会誌』vol.7 p.43-48.

筒井末春 1986「わが国における心身症の行動療法の歴史と展望」『日本行動療法学会発表論文集』vol.12, p.17.

梅津耕作 1969「行動療法と心理療法」『教育と医学』vol.17-9, p.4-10.

横田恵子 2009「日本の医療現場におけるインフォームド・コンセントの経緯と現状――薬害（血友病）HIV 感染の告知問題から問い直す」『神戸女学院大学論集』vol.56-1, p.97-114.

注

1　臨床心理実践を狭義に記述するのであれば、「カウンセリング」と「心理療法」は似て非なる行為といえる。カウンセリングは「個人の自己覚知と自己決定を促す」傾聴行為であり、表層的な行動レベルの問題解決以上に、本人の実存的なレベルでの変容が視野に入る事も多い。一方で心理療法は、言葉や行動による、より積極的な介入が援助者によってなされ、その心身の変化は操作レベルで吟味される。しかし現実には「カウンセリング」という語は、上記双方を含んだ総称であることも多く、本稿では後者の立場、すなわち相談支援行為全般を含む語として「カウンセリング」を使用する。

2　同時に精神力動的アプローチの移入と発展の経緯もあり、こちらも広く実践されているが、本稿では扱わない。

3　当時の「科学的」という概念は、現在のエビデンス重視のそれとは意を異にする。この場合は、来談者中心療法におけるカウンセラーの非指示的態度がテクニカルな「技術」に落とし込まれて記述された事を、指すと思われる。

4　今に至るまで、ここに上げられた技法は「聴くことの基本」とされ、来談者中心アプローチは広く初心者向けに教えられている。しかし、実際には「共感」を初めとする数々のヒューマニスティックな概念は、技法を超えた個人の倫理と資質の問題であるし、カウンセラーとクライエントの間に権力関係は抜き難く存在する。また、期間の短さとは、精神分析に比べた場合に過ぎない。

5　たとえば「登校拒否」が社会問題化するのは、1970 年代初頭である（日本教育行政学会 , 2001, p.2）。

6　調査対象は、臨床心理学実践を総合的に扱う雑誌とした。これらの雑誌に掲載される事例の大半は精神力動的な枠組みを元にしているため、ここに挙げたような技法事例が（特に原著論文として）掲載されることはまれである。

7　ただし古賀（1990）は、80 年代末から行動療法に入り込んで来た認知心理学的枠組みについて、「不明確な変数やあいまいな構成概念をもたらし、（中略）（介入が自然治癒率以上のものであったかどうかの）分析を困難にする」（p.80）と懸念を示している。ちなみに、エリスは 1981 年、ベックは 1989 年、マイケンバウムは 1991 年に最初の学術書邦訳が流通している。

8　実は、技法レベルでは、家族療法は行動変容法ときわめて親和性が高い。したがって、初期の日本人家族療法家の多くが行動変容法も技法として使えたことは、偶然ではない。

9　一方で、『心理臨床』では「心理学と医学との架け橋」という特集が組まれ、「医師（主に精神科医）」が臨床心理士の資格を取得するケースなども紹介されている。

10　日本の場合、1980 年代におけるいわゆる「エイズ・パニック」が、主として血友病患者と女性の表象をめぐって発生し、ゲイ男性はあいまいなイメージのままであったことは、新ヶ江（2013）に詳しい（p.53-90.）。

11　ただし、1986 年に国際血友病会議席上にて「（HIV 抗体検査結果の）原則非告知」が再確認さており（長尾 1990, p.28）、俯瞰的に見た場合は患者側の認識に近いのかもしれない。

12　ここでは「HIV 感染症発症予防治療に関する研究班（班長：山田兼雄）」内に設けられた「包括医療委員会」の拡大委員会を指す。

13　樋口和彦（1927-2013）。神学者、宗教心理学者、ユング派精神分析家、臨床心理士。

14　この辺りの医師の心情や判断については、平成元年度厚生省科学研究「HIV 感染者の発症予防・治療に関する研究班」包括委員会報告書 (1990) の巻末に、本ワークショップに参加した医師たちの感想として、さまざまな記述を見ることができる。

15　臨床心理士が従う基本的なディシプリンは、今も変わらず学校教育相談を前提としたものであり、医療現場で前提とされるそれとは異なる点が多い。たとえば、相談者は（教師などに促されるにせよ）最終的には自発的に来談することが前提である。カウンセラーは守秘義務をリジッドに捉える傾向があり、関係者と相談内容の共有はしないことが多い。しかし医療現場では、身体を治しにくる患者が自発的に心理相談に来談することは殆どなく、患者本人の自己決定も状況（病状）依存的で必ずしも全幅のものではない。守秘義務に関しては、基本的に医師の指示のもとでのチーム医療でカウンセラーが活動する限り、情報の共有感覚とその範囲は、教育相談のそれとはかなり違ったルールとなる。

16　表 3 にあるように、兒玉（2005 a, b, 2007, 2009）は、HIV カウンセリングと同様の機能を発揮できる分野として、がん、NICU、不妊治療、臓器移植、人工授精、遺伝相談の 5 分野を挙げ、総じて先端医療 6 分野と称している。

17　いうまでもなく、これらのキーワードはケアにかかわるすべての人々に共通する理念であり、社会福祉学で古くから言い習わされている mission, passion, compassion などの基礎概念ともほぼ重なる。

18　カウンセラーが無意識に抱くクリニカル・バイアスに関しては品川・兒玉（2005）の研究を参照のこと。

19　教育相談分野において、スクールカウンセラー制度が同じ陥穽に陥って久しいが、寡聞にして正面切った議論をあまり目の当たりにしない。

20　1990 年代の日本臨床心理士会における資格と専門性の議論が誠実に継承され、運動として社会に問われていたなら、このたびの公認心理師資格に至るまでの経緯は全く違ったものになったのではないかという思いは拭えない。

【謝辞】

本研究は、以下の二つの基金より助成を受けたものである。

科学研究費助成事業（基盤研究（C））・平成 26 ～ 28 年度（課題番号：26502004）『健康リスクに向き合う人々の多様な生と＜ケアのコミュニティ＞の記述の試み』

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業・平成 26 年度（課題番号：26- エイズ - 指定 -002）『HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究』「HIV 医療における倫理的課題に関する研究」