The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

| | |
|---|---|
| Title | 臨床心理学知識の制度化と学校での受容 |
| Author(s) | 保田, 直美 |
| Citation | 大阪大学, 2009, 博士論文 |
| Version Type | VoR |
| URL | https://hdl.handle.net/11094/27596 |
| rights | |
| Note | |

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

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

The University of Osaka

# 臨床心理学知識の制度化と学校での受容

保 田 直 美

大阪大学大学院人間科学研究科
博士学位論文

2009年6月

入庫 13780

# 目次

はじめに …… 1

1. 戦後日本における学校への臨床心理学知識の導入過程…… 9
1-1. 臨床心理学知識の学校への導入をめぐる動き…… 9
1-2. 1度目の試み：学会の未整備…… 10
1-3. 2度目の試み：関心の食い違い…… 12
1-4. 3度目の試み：関心の一致…… 15
1-5. 1980年代以降変化した臨床心理学者の関心…… 19
1-6. 日本における先行研究とその問題点…… 21
1-6-1. 心理主義化の議論とその問題点…… 21
1-6-2. 専門職論の立場からの説明とその問題点…… 24

2. 〈知識の制度化〉過程における知識の役割…… 35
2-1. 科学社会学における〈科学の制度化〉の議論…… 35
2-2. 〈知識の制度化〉とアクターネットワーク理論…… 38
2-2-1. ネットワークの結果としての科学的事実…… 38
2-2-2. インスクリプション理論…… 41
2-2-3. アクターネットワーク理論における〈制度〉…… 43
2-3. 専門職化過程における知識の役割
—科学志向・標準化志向による職務管轄の獲得—…… 47
2-4. アメリカの精神医学における特殊な専門職化…… 50
2-5. 知識の役割の検討方法…… 53

3. 臨床心理学における科学性規準の変化
—脱科学化による〈知識の制度化〉—…… 57
3-1. 教科書に示される科学性規準…… 57
3-2. 教科書の内容分析の方法…… 58
3-3. 臨床心理学の教科書にみる科学性規準の変化…… 58
3-3-1. 科学性に対する考え方の分類…… 58
3-3-2. 分類の分布にみる変化の概要…… 61
3-3-3. 具体的な記述内容にみる教科書知の変化…… 63
3-4. 学校における柔らかい事実の志向…… 64

4. 臨床心理学におけるインスクリプションの変化
—脱標準化による〈知識の制度化〉— …… 71
4-1. 〈知識の制度化〉とインスクリプション …… 71
4-2. 臨床心理学のインスクリプション① 研究方法の変化—事例研究へ— …… 72
4-3. 臨床心理学のインスクリプション② 技術の変化—選択的視覚化へ— …… 74
4-3-1. 臨床心理士の技術と標準化 …… 74
4-3-2. 既存データにみる臨床心理士の技術変化 …… 75
4-3-3. 『心理臨床学研究』の一事例報告にみる現在の技術の使用傾向 …… 78
4-3-4. 『臨床心理学研究』の一事例報告にみる 1960 年代の技術の使用傾向 …… 95
4-4. 臨床心理学のインスクリプションの患者中心性 …… 101
4-5. 患者中心的客観性の提示による〈知識の制度化〉 …… 103

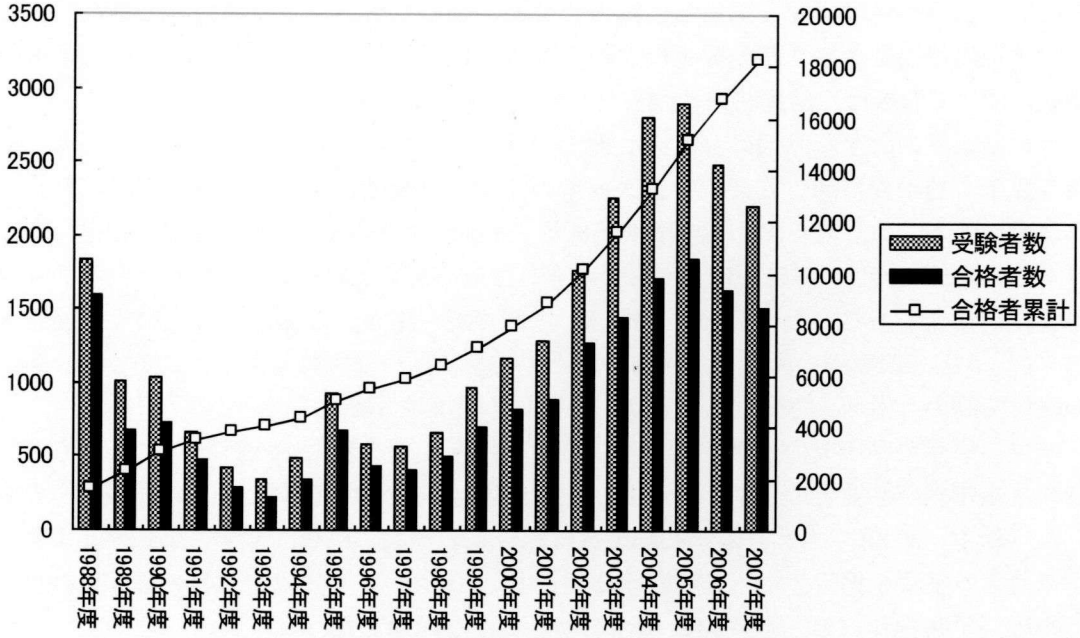
5. 臨床心理学知識の学校での受容—子ども中心主義との親和性— …… 111
5-1. 臨床心理学知識はなぜ学校で制度化したか …… 111
5-2. 受容の意味の再検討の必要
—「心理学の知識があること」は何をもたらすのか— …… 112
5-3. 先行研究と分析課題 …… 113
5-4. データの概要と分析方法 …… 117
5-5. 分析結果 …… 118
5-5-1. 2 変数のクロス表による分析
—心理学の知識と心情主義・心理／家庭還元主義との結びつき— …… 118
5-5-2. 心理主義の 3 要素の対数線形モデルによる分析
—3 要素の相互連関— …… 120
5-5-3. ロジスティック回帰分析
—心理学知識と心理還元主義の擬似相関の可能性— …… 120
5-5-4. 追加の分析
—学歴による擬似相関—心理学の知識と心理還元主義の無関連— …… 122
5-6. 子ども中心主義として学校に受容される心理学知識 …… 123

おわりに：臨床心理学知識の制度化と学校での受容
—知識の検討の必要性と今後の課題— …… 127

引用・参考文献 …… 135

## はじめに

近年、臨床現場では、「心のケア」や「癒し」といったことが衆目を集めている。そのような中、「心の専門家」として注目されているのが臨床心理士である。臨床心理士は、1988年に日本臨床心理士資格認定協会により認定が開始された民間資格にすぎないが、急激にその数を増やし、現在では、数多く存在する臨床場面で心理学の知識を用いるための資格の中で最も取得者数の多い、有力な資格となっている。




日本臨床心理士資格認定協会 Web サイト内にある「臨床心理士」資格審査データより作成。
http://www4.ocn.ne.jp/~jcbcp/siken.html（「「臨床心理士」資格審査データを見る」をクリックで別ウィンドウが開く）

**図 0-1　臨床心理士資格審査　受験者数および合格者数**

これら数多くの臨床心理士は既にさまざまなフィールドで活躍しているが、上のグラフ（図 0-1）に見られるような、有資格者数急増の主要な背景となっているのは、中学校におけるスクールカウンセラーの全校配置である。文部科学省は、平成 7 年度（1995 年度）に「スクールカウンセラー活用調査研究委託事業」を開始し、平成 13 年度（2001 年度）からは、都道府県・指定市に対して国が半額補助する形で全国の公立中学校に配置することとした。その後、およそ 5 ヵ年計画で、中学校 1 校当たり 1 人ずつ、スクールカウンセラーを配置することが目指され、2006 年度には全国の公立中学校の 76.0%（7,692 校）・公立小学校の 7.6%（1,697 校）の計 10,158 校への配置が完了した（朝日新聞社, 2007）。臨床心理士は、スクールカウンセラーの主力と考えられており[1]、事業開始時点（1995 年 6 月）から 2007 年度までの間におよそ 4 倍、その数が増加し[2]、増加分の多くがスクールカウンセラーとして、教育現場で活躍している。

一方、学校以外の領域においては、臨床心理士の資格の制度化は順調とは言えない。学校では臨床心理士の資格の制度化はスクールカウンセラー制度という形で進展しているが、国家資格化は、臨床心理士資格認定協会による認定が 1988 年に開始されておよそ 20 年経つにもかかわらず、未だ果たされていない。この国家資格化難航の主な原因は、医療領域での資格化に関する議論の行き詰まりにある。

元来、臨床心理学や心理学の知識を背景とした専門職は、病院を主なフィールドの1つとしてその実践を行ってきた。そのため、関係者の間では長年、病院内でのポジションの国家資格による保証が望まれてきた。厚生省は、1990年頃から、各種パラメディカルの法制化に関する厚生科学研究を開始し、臨床心理職についてもたびたび検討がなされた。しかし、精神保健福祉士や言語聴覚士などの国家資格化は果たされたものの、臨床心理職の資格化に関する議論は、結局暗礁に乗り上げてしまっている[3]。

行き詰まりの大きな原因は、臨床心理士関連団体（日本臨床心理士会・日本心理臨床学会・臨床心理士資格認定協会）と、医療系の団体（医師団体及び医療系の職場に勤務する心理職の団体である全心協（「全国保健・医療・福祉心理職能協会」））の見解の相違にある。日本臨床心理士会は、臨床心理士が行う業務（臨床心理行為）には医行為[4]と同等の独自性および自律性があるとし、医師の「指導」は仰ぐが「指示」は受けないという立場をとった[5]。しかし、医療系の団体は、臨床心理士の業務には一部医行為が含まれるため、臨床心理職は医師の「指示」を受ける必要があるという考えを示している[6]。

結果、厚生科学研究の最終的な報告書では、臨床心理業務には医行為が含まれるので医師の「指示」が必要との見解がとられ、主に全心協が主張する形での国家資格化が提案された（鈴木，2002）。当然、臨床心理士会は報告書の提案には賛同せず、公式サイトに報告書に対する反論を掲載した（日本臨床心理士会，2002）。さらには、独自の国家資格創設のための要望書を作成し、国会議員等への働きかけも開始した（日本臨床心理士会，2003a，2003b；宮脇，2004）。続いて、全心協サイドも国会議員への働きかけを強め、議員立法による国会上程を目指した（宮脇，2004）。結果的に、全心協および医師団体は、医療領域で医師の「指示」のもと働く「医療心理師」を、臨床心理士会は、医療領域に限定せず領域横断的に働く、医師の「指示」を必要としない、より自律的な「臨床心理士」資格を、国家資格化することを目指して、それぞれ政治的活動を進めていくことになった。

2005 年 7 月には、医療心理師資格と臨床心理士資格を一本化し、国会に「臨床心理士及び医療心理師法案」法案を上程する方向に向かいかけたが、議員らによって一本化された法案が、臨床心理士は医療施設での業務については医師の「指示」を受けるが、その他の領域では医師の「指示」を受けず活動することができるものとなっていたため[7]、再び医師団体から強い反対が生じた[8]。反対の主な理由は、臨床心理行為が明確に規定されておらず、医行為との関連が不明確なことにある。その根底にあるのは、臨床心理士が医師の「指示」なしに心理療法を行うことについての不信感である。医師団体は、臨床心理士は医学的知識を十分には持たないため、身体疾患に由来する心理症状とそうでないものを鑑別することができないとして、懸念を表明している。また、心理療法そのものの効果についても一部を除き実証されていないとしている。（日本精神神経科診療所協会，2005）

心理学関係の諸学会は、この法案を支援する形でまとまりつつあるが、医師団体の反対は以上のように根強い。翌 2006 年の秋には、再び「臨床心理士及び医療心理師法案」上程

を試みる動きが見られたが、日本精神神経学会など、医師団体が集まった精神科七者懇談会は、2006年10月26日、上程しようとする動きの再開に懸念と反対の意思を表明している。2007年に入ってからも、日本心理学諸学会連合と日本精神病院協会の代表者が話し合いを行うなどしているが、それほど事態は展開していない。関係議員連盟における検討も行われておらず、関係者の合意形成も進んでいない(9)。また、伊吹文部科学大臣（当時）は、2007年2月の国会答弁で、〈文部科学省としてはいつでも国家資格化を進めることができるが、厚生労働省の方での話がまとまっていない。いっそ臨床心理士の団体側も、医療の分野と学校の分野を分けて資格化を進めることにしたらどうか〉という主旨の発言を行っている(10)。

このように、臨床心理士資格の制度化は、教育領域ではスクールカウンセラー制度として進んでいるものの、医療領域ではあまり進展していない。臨床心理士資格の制度化は、主に教育領域で進んでいると言えるだろう。学校は、臨床心理学の知識を積極的に導入し、そして、ある種の制度として確立してきた。本論は、なぜこのように、特に学校で、専門職という形での臨床心理学の知識の制度化が進んだのかを考察するものである。それにより、学校の特性そのものや、臨床心理士という専門職の導入が学校に与えた影響について明らかにしたい。スクールカウンセラーは中学校を中心に、既にかなりの数の学校に配置されており、その影響について社会学的に考察することは、特に教育社会学にとっては、重要な課題の1つであると言えるだろう。

これまで日本の社会学においては、一般に、このような現象は、社会の「心理主義化」や「心理学化」といった概念で説明されてきた。詳しくは2章や5章で述べるが、「心理主義化」・「心理学化」とは、端的には、社会において心理学の知識が広まり、人々が心理学の知識を用いて現象や問題を解釈する傾向が強くなることを指している。本論は、そのような議論に対する素朴な2つの違和感から出発している。

まず、1つ目の違和感は、制度的なレベルでの実際が、社会の「心理主義化」・「心理学化」というような一括した観点で説明できる状況にない、ということである。「心理主義化」や「心理学化」の研究は、一般向けの書籍に見られる言説に注目し、そこに心理学的な考え方が見られるようになってきたことを根拠に「心理主義化」・「心理学化」を主張することが多い。そしてその延長で、スクールカウンセラーや臨床心理士の増加といった制度的なレベルの現象も、社会の「心理主義化」・「心理学化」の一例として説明してきた。しかし、先にも見たように、制度的なレベルでは、教育領域では資格の制度化が進んでいるが、医療領域では進んでいないという不均衡が存在する。なぜ、特に学校で、臨床心理学知識のスクールカウンセラーという形での制度化が進んだのか、「心理主義化」や「心理学化」では答えることができない。

また、これらの研究は、スクールカウンセラーの導入が学校に与える影響についても、違和感の残る説明を行っている。これらの研究は、「心理主義化」・「心理学化」の帰結について、一般書や一部の専門書に見られる任意の言説を分析することで、心理学の知識は、問題を心理的なものに限定し、社会における問題やリスクの個人化を助長してしまうと批判していることが多い。そして、学校にスクールカウンセラーを導入したことの影響も、そのような文脈で考察しがちである。しかし、実際には、現場の専門家は、心理的な視点だけでなく、もっと幅広い観点から問題を捉えている。たとえば、スクールカウンセラー

も、学校の相談室で心理的な側面に注目した考察を深めるだけでなく、むしろ積極的に相談室から出て調整的役割を担おうとしている。学校で制度的に導入されたのは、あくまで臨床心理学の専門家の集団が実際に全体として共有している知識である。一般書や一部の専門書に書かれた任意の知識ではない。制度的な配置によって学校にもたらされる影響については、専門職集団が実際にどのような知識を持って活動しているかを踏まえた上で考察する必要があるだろう。

本論では、このような、「心理主義化」・「心理学化」の議論への違和感をベースに、①臨床心理学知識の制度化がなぜ学校で進んだのか、②それは学校にどう受容され、どのような影響を及ぼしていると考えられるのか、この2点について議論を行う。

まず、1章（[1-5]まで）では、考察の対象とする現象の整理を行う。学校への臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入は、戦後日本でどのように展開してきたかのか。学校に臨床心理学知識を導入する試みの主体であった文部省と臨床心理学者集団それぞれの動きを追い、現在のスクールカウンセラー制度がどのような歴史的経緯の下成立したのかを明らかにする。ここで、①文部省は学校に臨床心理学知識を導入する試みを戦後3度行っているが、制度的なレベルでの結実をみたのは、1980年代半ば以降のみであること、②1980年代半ば以降になって初めて制度化したことの背景には、臨床心理学者集団の関心の変化があると予想されること、③学校で主に制度化の対象となったのは、臨床心理学知識を背景とする臨床心理士であるということ（他の心理学系の資格は臨床心理士に準ずる扱いとなっていること）が示される。2章から4章は、これらの事実を踏まえて、「なぜ特に1980年代半ば以降の学校で、臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入が進んだのか」を考察する。

[1-6]では、このような臨床心理学の知識の学校への導入が、日本の社会学でどのように検討されてきたかを簡単に整理し、その問題点を示す。先にも述べたとおり、日本における議論の多くは、「心理主義化」・「心理学化」に関する議論であるが、それは制度的なレベルでの諸事実とはかみ合わない。また近年、臨床心理士の急増を、専門職化の成功として捉え、専門職が自律性を獲得するために行う社会的な活動に注目した議論も見られるが、この議論も残念ながら1980年代半ば以降の臨床心理学者集団の資格をめぐる活動方針の変化を十分には説明できていない。そこで、これら共通の問題点は、おそらく、臨床心理学者集団の関心の変化が重要であるにもかかわらず、専門職集団の知識そのものについて考察してこなかったことにあるのではないかということを指摘する。

2章では、知識に注目するべきだとした1章を踏まえて、「なぜ特に1980年代半ば以降の学校で、臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入が進んだのか」という問いを考察するための理論的枠組みの提示を行う。本論では、専門職がどのように知識を構成しているかに踏み込んで議論するために、科学社会学の一理論であるB. Latourらのアクターネットワーク理論の考え方を参考に、学校における臨床心理学知識の専門職としての制度化を、〈知識の制度化〉の一形態として捉える。その上で、専門職論の先行研究を参考に、〈知識の制度化〉に対して知識そのものがどのような役割を果たすとされているかを整理し、本論で検討する仮説とする。専門職論においては、職業集団と仕事の結びつきは本質的には不確実であるが、専門職は資格などを作ることで、その結びつきを確たるものであるかのように正当化すると考えられている。この結びつきは、職務管轄権といった言葉で表わさ

れるが、職務管轄権を専門職が獲得していく上で、知識は象徴的な意味で、一定の役割を果たす。特に、社会的な権威の基盤が弱い専門職の場合、その知識を科学を志向し標準化したものにしていくことで、人々の機械的なルールや数字への信頼をもとに、職務管轄権を獲得していくと言われている。このような専門職論の知見に基づくなら、資格が確立せず社会的権威の基盤が弱かった1980年代以前の臨床心理学者集団も、その知識を科学を志向し標準化したものにしていくことで、学校での職務管轄権を獲得することができたのではないかと考えられる。

そこで3章ではまず、臨床心理学知識が科学を志向する方向に向かっていたのかを、戦後に発刊された臨床心理学の教科書45冊の内容分析から明らかにする。教科書に示されるフォーマルな知識は、専門職が実践を行う上で参照される倫理的な規準となる。教科書で「何を科学的だと考えるか」についてどのように記述されているかを見ることで、臨床心理学の科学に対する姿勢の変化を見る。

次に4章では、臨床心理学知識が標準化に向かっていったのかを、臨床心理学の代表的な学会誌である『臨床心理学研究』や『心理臨床学研究』に掲載されている論文を分析することで調べる。臨床心理士の使用する研究方法や技術は標準化の方向に向かったのか。どのようなタイプの研究方法や技術が用いられてきたかを詳しく分析し、3章の結果と併せて、研究方法や技術の変化が学校での臨床心理学知識の制度化に果たした役割を考察している。結果的に、臨床心理学は、科学を志向し標準化するのとは異なる方向に、1970年代を境に変化しており、それが特に1980年代半ば以降、学校で臨床心理学知識が制度化していく上で積極的な役割を果たしたのではないかということが考察されている。

5章では、ここまでの議論とも関連するが、このような特徴をもって学校で制度化してきた臨床心理学が、学校にどのようなインパクトをもたらしうるかを考察する。臨床心理学知識が学校で制度化されることのインパクトは、通常「心理主義化」の帰結として考察されてきた。しかし、これまでの議論からは、学校での展開は、心理主義化の表れとしては解釈できないことが示されている。本当に臨床心理学知識の導入は、心理主義化がもたらすような帰結を、学校にもたらしているのだろうか。全国調査データを用いて検討する。具体的には、一般の人々において、「心理学知識があること」が、子どもや学校に関する他のどのような考え方と結びついているかを探ることで、臨床心理学知識がどのように人々に受容されているかを明らかにし、学校にとっての臨床心理学知識の導入の意味を推察する。

「おわりに」では、ここまでの議論のまとめとして、なぜ学校で臨床心理学知識の制度化が進んだのか、そしてそれはどのような影響を学校にもたらしたのか、最終的な考察を行う。それを踏まえて、今後の課題についても延べ、本論を終えたい。

ではまず、1章で、学校に臨床心理学知識を導入する試みが戦後日本でどのように展開してきたかを確認することから始めよう。

**〈注〉**

(1)　スクールカウンセラーに該当する者として第一に臨床心理士有資格者があげられて

いる。

(2) 合格者累計が4,361人（平成6年度）から18,251人（平成19年度）に増加。

(3) 1990年12月の「保険医療にかかわる心理臨床業務についての資格（臨床心理技術者の資格）」の検討に始まり、1995年度・1996年度には厚生科学研究として「精神科ソーシャルワーカーにおよび臨床心理技術者の業務と資格化に関する研究」が、1997年度から2001年度にかけて「臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究」が行われた（齋藤，2004）が、議論がまとまることはなかった。

(4) 「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険を及ぼすおそれのある行為」を指す。

(5) 「指示」は医師の法的責任を伴うため、指示された側は最終的に従う必要があるが、「指導」は必ずしも従う必要はない（鈴木，2002）。なお、他に大きな対立点としては、臨床心理職の国家資格を、日本臨床心理士会が目指す横断的なものにするか、それとも医療分野に限定したものにするかという点があった。

(6) 日本臨床心理士会の見解は、日本臨床心理士会（2002）・乾（2004）、全心協の見解は宮脇（2004）、分担研究者の見解は鈴木（2004）、議論のまとめとしては鈴木（2002）を参照のこと。

(7) 法案要項では、補則において、臨床心理士及び医療心理師の義務として以下のことがあげられている。

「3　関係者との連携等

①臨床心理士は、その業務を行うに当たっては、教員、医師その他の関係者との連携を保たなければならないこと。

②臨床心理士は、病院、診療所その他の主務省令で定める医療提供施設において、医師が医療を提供する傷病者に関してその業務を行うに当たっては、医師の指示を受けなければならないこと。

③医療心理師は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に資するよう努めなければならないこと。

④医療心理師は、その業務を行うに当たっては、医師の指示を受けなければならないこと。」

（「臨床心理士及び医療心理師法案要項骨子（案）」
http://www.jsccp.jp/ippan/osirase/siryo/sikaku/20050705giren_soukai.pdf
（2006年1月23日閲覧）より引用。）

(8) 2005年7月20日には、医師団体の1つである日本精神神経科診療所協会が、衆参厚生労働委員会委員あてに「臨床心理士及び医療心理師法案」の上程に反対する見解を表明している。日本医師会も同日法案の修正を要求した（日本医師会，2005）。続いて、7月21日には日本精神神経学会が法案への懸念を表明（日本精神神経学会，2005）、7月22日には日本精神科病院協会も反対を表明している。なお、日本精神科病院協会

の公式サイトには、2007年9月28日現在、反対声明のファイルが存在しない。日本心理学諸学会連合（「日本心理学諸学会連合」（http://jupa.jp/index.php）/「日本心理学諸学会連合略史」）によると、2006年1月中旬に日本心理学諸学会連合と日本精神科病院協会の代表間で話し合いがもたれており、その際、日本精神科病院協会は声明の一部に矛盾点があることを認めている。そのため以前は存在していたらしいファイルが取り下げられたと思われる。内容については、要約的かつインフォーマルなものであるが、個人サイト「A Forward-looking Child Psychiatrist」/「医療心理師と臨床心理士　反対諸団体のその後の動き」（http://homepage3.nifty.com/afcp/B408387254/C819714657/E717483182/index.html）で見ることができる。

(9) 2007年2月28日、第166回国会衆議院予算委員会第四分科会にて、臨床心理士の国家資格化をめぐる状況について、衆議院議員の糸川正晃氏が質問し、それに答えて、文部科学省スポーツ・青少年局長の樋口氏が、関係議員連盟における検討は開催されず、関係者の合意形成も進んでいないと答弁した。

(10) 2007年2月28日、第166回国会衆議院予算委員会第四分科会にて発言。

# 1. 戦後日本における学校への臨床心理学知識の導入過程

## 1-1. 臨床心理学知識の学校への導入をめぐる動き

本章では、戦後日本で、学校への臨床心理学知識の導入がどのように進んできたかを整理する。学校にカウンセリングなどの臨床心理学知識を取り入れようとする動きは、戦後すぐから見られた。文部省[1]は、どう取り入れるかの形は変化させているものの、戦後一貫して臨床心理学知識を学校に、特に生徒指導領域に、導入することに関心を持ち続けている。本章では、文部省がカウンセリングをめぐってどのような施策を展開してきたかを、3度の局面に分けて整理している。文部省の主導で学校に心理学知識を導入するという試みは、大きく見れば3度行われている。1度目は1950年代前半に、2度目は1960年代半ば～1970年代半ばに、文部省は心理学知識の学校への導入を試みたが、知識の導入という意味では中途半端な結果に終わっている。3度目の試みは、1980年代半ばから始まり、現在にまでつながるもので、2000年にスクールカウンセラーの制度化（中学校への全校配置）として一応の結実をみている。心理学知識は、この専門職としてのスクールカウンセラー（臨床心理士）を通して広く学校に定着しつつある。以下、これら3度の試みについて詳しく見ていく。

また、それぞれの局面で、臨床心理学者集団[2]がどのような活動をしていたかについてもあわせて整理する。主に取り上げるのは、それぞれの時期に形成されていた臨床心理学者集団（学会など）の資格化をめぐる活動である。戦後、日本の臨床心理学界の中心は、おおまかには次のように変化してきた。まず、1950年代の様々な集まりが持たれた時期を経て、1964年に日本臨床心理学会が設立された。しかし、臨床心理学会は、1971年には早くも、学生運動のあおりで学問的な共同体としての機能を事実上喪失してしまった。結果、1970年代は中心的な学会が存在しないまま過ぎ、1982年にようやく日本心理臨床学会が設立され、現在まで同学会が臨床心理学界の中心的存在となっている[3]。そして、これらの学会は、臨床心理学が応用科学であるがゆえに、常に「資格」の確立に関心を持ってきた。臨床心理学会も心理臨床学会も、ともに資格認定制度の確立を学会設立当初から目的の1つとして挙げ、臨床心理学会は職能局を、心理臨床学会は職能委員会を設け、活動していた。戦後の臨床心理学関係諸学会の資格化に向けての動きを整理すると、これも大きくは3つの局面に分けることがきる。1つは、1960年頃までの細かい活動が繰り返された時期。1つは、1960年から1970年にかけての臨床心理学会を中心とした心理技術者資格認定委員会の活動とその中断（終結）までの時期。最後は、1980年ごろから現在まで続いている臨床心理士にまつわる活動と、その他の学会認定資格乱立の時期である。このような、関連学会の資格化をめぐる活動を、文部省の3度の試みの時期ごとに整理して記述する。

文部省の学校への心理学知識の導入をめぐる活動と、臨床心理学者集団の資格化をめぐる活動を、文部省の3度の試みに沿って整理するのは、各時期における各集団の関心（interest）の所在およびその一致度合いを明らかにするためである。関心に注目するのは、心理学知識が学校に定着するには、集団的な水準から個人的な水準まで、様々な水準で定着に対する合意が形成される必要がある――つまり、様々な水準で参加者の利害関心がある程度一致する必要があると考えるからである。特に、制度的なレベルでの学校への

導入の成否は、集団レベルでの関心の一致度合いに左右されると思われる。そこでここでは、特に、3度の試みの主体である文部省と、心理学知識の中でも、特に文部省が導入しようとしている臨床心理学知識の担い手である臨床心理学者集団という2つの集団について、集団的な水準で関心がどうであったかを大まかに把握したい[4]。

それでは以下、順を追って歴史的経過を見ていこう。

### 1-2. 1度目の試み：学会の未整備

まず、文部省の1度目の試みは、ガイダンス運動が盛り上がった時期（1950年前後）に行われている。第一次アメリカ教育使節団の来日とともに始まる「新教育」の気運にのって進められた、このガイダンス運動は、流行といってもいいほどの広まりを見せた。と同時に、心理学的な知識をもとに進路相談や問題相談を行うことを意味する「カウンセリング」や、それを行う人を意味する「カウンセラー」といった言葉が、教育界で多用されるようになっていく。ただし、この時期の「カウンセラー」とは、生徒指導を担当する教師がカウンセリングを行う「相談教師カウンセラー」を指しており、専門職としてのカウンセラーを学校に導入するという試みはまだ見られなかった。

さて、このような背景を踏まえ、文部省もカウンセラーの設置構想を進めていった（時事通信社，1950）。「生徒指導主事」という名称で、生徒の学校内外に渡る行動と生徒活動の指導を行うカウンセラーを設置しようとしたのである。もちろん、そこでは現在のスクールカウンセラーのような専門職としてのカウンセラーではなく、教師が兼任する形での教師カウンセラーが期待されていた。1950年11月27日には、中等教育課の提案で教育刷新審議会にて審議が行われ[5]、賛成派の委員によって「小・中・高等学校に（生徒指導を専任する教師が）各一名ないし二名必要」「責任教師を計画的に養成するために、各国立大学に生徒指導教師養成課程を設置すべき」「年一回の指導者講習を開き養成するべき」などの提案が行われている。しかし、同審議会の委員長は「大学でさえうまくいってない」と反対、結局その議題についての審議はすぐに終了している。全体として、教育刷新審議会が取り上げる問題ではないという雰囲気だったようである。

だが、同様の主張は文部省以外の集団からも繰り返された。1952年2月、都道府県指導部課長会議が陳情書（文部大臣宛）を、同年9月、都道府県教育長協議会が研究結果報告書として教員へのカウンセリングの普及とカウンセラー配置の法的措置要求を出している（井坂，1954）。また、カウンセラーの養成や設置が法制化していないにもかかわらず、各都道府県では、自主的に実質的なカウンセラーがおかれ始めていた（井坂，1954）。特に神奈川県は、1951年から県教育委員会が生徒指導実験校を決め、カウンセリングに専任する教師を設置していた。1952年には早くも、ある実験校における成果報告がなされている（広田，1952）。このような状況の後押しもあって、文部省は、1954年の段階では、一旦反対されたとはいえ、教師カウンセラーの養成・設置をあきらめてはいなかった。井坂（1954）も、初等中等教育局中等教育課を中心に法制化を急ぎつつあるとしている。

では、この時期臨床心理学者たちはどのような活動を行っていたのだろうか。当時、日本には「臨床心理学」の学会はなく、臨床心理学知識を学校に広めようとする活動を盛んに行っていたのは、主に日本応用心理学会であった。この日本応用心理学会の活動を見る

前に、まず当時の臨床心理学者集団の組織化の状況を見ておこう。[6]

1951年に初めて学会を冠した集まりが誕生した。大阪大学医学部精神医学研究室を中心とした「臨床心理学会」である[7]。しかし、「やはり地域的な偏りをまぬがれなかった点と、精神医学者からの提唱になる学会であっただけに、心理学者の側からの十分な参加と協力が得られなかったうらみがあ」った（村上，1968，p. 23）ようである。日本応用心理学会の臨床心理学部会も1953年に設立されているが、「いろいろの事情もあって、その活動はあまり活発ではなく、やはり東京地区を中心とする地方活動にとどまり、若い、そして広い領域にわたる臨床心理学者たちの期待に十分こたえるものとはならなかった」（村上，1968，p. 23）。これらと同様の臨床心理学の研究会的なものは全国各地で開かれていたが、まだ臨床心理学全体をまとめあげるような学会の設立までには至っていなかった。

のちに、日本臨床心理学会へと発展的解消する京都大学教育学部を中心とした「関西臨床心理学者協会」は、このような同人組織としての研究会や既存の学会に対する不満から生じたという。「臨床心理学における学問的研究・理論的体系の確立をめざすのみならず、職能団体としての意味もこめて、クリニカル・サイコロジスト自身の、地位の確立、待遇の改善、資質の向上を目標にしての活動を意欲的にすすめていこうと意図した」（村上，1968，p. 23）ようである。しかし、いずれにせよ、1950年代前半の段階では、どの集まりもまだ活動が開始したばかりであった。

さて、このように学会が整備されていない状況の中、日本応用心理学会は、文部省が抱いていた関心と同様の関心を抱いていた[8]。日本応用心理学会は、1951年の第10回国会で衆参両院の文部委員会に「指導教諭設置に関する請願」を提出したのを皮切りに、1953年の第16回国会まで、両院あわせて計6回、同様の請願を出している。その内容は毎回ほぼ同じである。例えば、請願番号1359号、応用心理学会会長・盛永四郎が文部委員会に提出し、1951年3月12日受理された「指導教諭設置に関する請願」の内容は以下の通りである。

> 「中学校および高等学校の教育においては、教科の教授以外に生徒指導が極めて必要とされている。とりわけ、戦後の混乱した社会、経済機構と教育制度の急変下においては、生徒の不良化傾向が大きく、指導誘益の必要が痛感されているから、生徒に適切な教育的助言と指導を与えるため、この方面の専門的教養を備えた教師即ち指導教諭を設置せられたい」（第10回参議院請願文書表（全），p. 18，国立国会図書館法令議会資料室所蔵：旧字体・旧仮名遣いは筆者が直した）

この内容から見る限り、完全に文部省の関心と一致しているが、特に文部委員会で省みられた様子はない。委員会では専ら法案レベルの審議が行われるので、請願はほとんど審議されず、当時の議事録を見ても記録は残っていない。ただ、請願でも社会的に関心を集めているテーマの場合は、議事録が残っていることもある。よって、指導教諭設置という問題は当時それほど重要視されていなかったと考えられる。関係者は熱心だが、一般にはそれほど心理学知識の必要性は感じられていなかったというのが実情だったのだろう。学会の未整備の状況と合わせると、まだ臨床心理学者は政治的に弱い立場であったことがうかがえる。なお、日本応用心理学会は、その後、1950年代後半には、専門職カウンセラーの設置に傾き、1955年には「心理技術者養成教育課程案」と養成に関する「意見書」の各

大学への送付を、1959年には専門家のカウンセラーを学校に置くカウンセリング制度の設置を要望する「高等学校の道徳教育に関する意見書」の文部大臣への提出を行っているが、特に注目されることはなかった。

結局、当時集団として組織化され切っていなかった臨床心理学者の動きは何の影響を及ぼすこともなく、文部省が進めていた教師カウンセラーの法制化は果たされなかった。自治体によってはカウンセラーを取り入れたが、全国的な展開にまでは至らなかった。

後の資料（田中教育研究所，1964）は、この当時、生徒指導主事の法制化が実現にまで至らなかった理由として「技術が未熟であった」「資格や養成機関に難点があった」「従来の現場の教員定数に余裕が無かった」の3つを挙げている。どの理由ももっともではあるが、1950年代後半から、ガイダンスなどに代表される新教育への反動ともとれる考え方が台頭してきたことも、背景にある理由として無視することはできない。その反動とは、1950年頃に当時の文相が修身科復活・道徳教育の必要性を表明し始めたことから、次第にそのような雰囲気が高まり出したこと、そしてそのような流れに反発して日教組が「生活指導」を展開したこと、この2つである。生活指導においては、生活綴方運動に基づく指導や集団主義的生活指導・学級づくりなどが、実践として報告された。道徳教育と生活指導というこれら2つの考え方は、対立しあっているもののどちらにしろ、占領下における新教育の反動であったと考えられる。このような中、1950年代後半には既にガイダンスブーム的な状況は収束し、学校への「カウンセラー」（生徒指導教師）という形での臨床心理学知識の導入は、全体的には果たされずに終わってしまったのである。

### 1-3. 2度目の試み：関心の食い違い

続いて2度目の試みは、1964年頃に行われている[9]。当時「急速に増加してきた非行少年対策として、あるいは学業不振児の対策として打ち出された」（田中教育研究所，1964）文部省の生徒指導構想が、生徒指導主事を中心に進められることになったのである。田中教育研究所（1964）は、今まで進まなかったカウンセラー設置の動きが今回進展した理由として、①生徒数の減少とともに教員定数を上回る余剰教員が出てきたこと、②青少年の非行が社会問題としてクローズアップされたことの2つを挙げている。この時期の臨床心理学会の公聴会（日本臨床心理学会，1966）でも、新聞記者が「今日のように世相が一見平和に見えて、しかも嫌悪で不安に見える時代は、ほとんど一度も経験したことがないように思います」と述べたうえで、「最近われわれを驚かしましたライフル少年とか、古くはライシャワー事件の少年とか、ごく最近では吹田の団地での人妻殺人事件、それから神戸の中学で遅刻をして先生を殴った少年たち、あるいは高知では集団でもって、体育祭の時に鶏を人の前で丸焼きにしたこども、同時に皮を向いて喜んだと言う少年たちがいます」と複数の少年犯罪を例にあげている。この頃はカウンセリングブームでもあり（野島他，1965）、多少1990年代の「心理学ブーム」（佐藤・溝口，1997，pp. 511-512.）と状況が似ていたものと思われる。

文部省中等教育課教科調査官・飯田芳郎も、生徒指導が教育界の問題となった直接のきっかけは、明らかに、青少年問題の激増であると述べている（飯田，1964）。と同時に、「この方面の関係者の多年の要望であった生徒指導の専任教師（学校カウンセラーなど）の配

置などの課題にこたえようとする配慮でもあった」(p. 9) とも続けている。その飯田の言葉どおり、心理学的な専門知識を身に付けた教師を学校に配置するという希望はかなえられつつあった。文部省は、①研究推進校の指定、②資料の作成、③講習会の開催の3点から構想を推進し、生徒指導の予算として、1964年度の800万円から一挙に約3倍の2,334万円を1965年度には要求した。具体的には、生徒指導研究推進校として、1964年度62校、1965年度170校を指定し、2年間の継続研究が行われた。また、文部省内に「生徒指導調査研究会」を設置し、手引き書等の作成を行った。「精神衛生」や「面接相談の理論と技術」のような臨床心理学的な科目などを学ぶ講習会も２つ開かれた(10)。これらの結果、「専任の生徒指導主事、つまりカウンセラーが、少数ではあるが、ようやくのことで誕生する」。(田中教育研究所, 1964)

しかし、「生徒指導担当者（専任の）は生まれているのに、その資格を規定する―したがって、養成を基礎づける法律も規定も今のところない」(井坂 1964, 14頁) のが実情であった。これに関して東京教育大学助教授（当時）の井坂行男は、生徒指導担当者の最低教養として、日本応用心理学会や日本教育心理学会が作成したカウンセラー養成や心理技術者養成のカリキュラム試案が十分に参考になると述べている（井坂, 1964)。井坂は、文部省の生徒指導主事向け講習会の講師であった(11)。この当時、文部省は、生徒指導主事の教養として心理学の知識が必要だとは考えており(12)、両者の関心が一致することも十分あり得た状況であったと考えられる。

その頃、日本応用心理学会や日本教育心理学会など心理学関係の諸学会では、心理技術者養成とその認定機関の発足を計画し始めていた。つまり、「専門家」としての地位獲得のため、資格認定制度の確立を目指し始めたのである。1962年には日本教育心理学会・日本心理学会・日本応用心理学会の3学会が合同で「心理技術者認定案起草委員会」を設立した。1964年に、関西臨床心理学者協会が発展的に解消して設立された日本臨床心理学会も、設立当初から資格制度確立のための業務を中心的に担う「職能局」を設け、資格問題に関して熱心に取り組んだ。起草委員会から発展した「心理技術者資格認定機関設立準備会」に、この日本臨床心理学会も参加し、養成と資格化のために尽力した。

その結果、1966年7月31日には、心理技術者資格認定機関設立準備会最終報告（心理技術者資格認定機関設立準備会, 1966）が提出されている。それによれば、心理技術者の資格名称は「臨床心理士」が第一候補で、資格要件としては大学院卒業後ほぼ1年に相当する臨床経験が求められており、ほぼ現在の臨床心理士と変わらない条件になっている。さらにその最終報告を踏まえて1967年11月25日には、心理技術者資格認定委員会設立総会が開催され、1969年10月1日の同委員会の業務開始と1969年12月1日の「臨床心理士」の資格認定の受付開始が既に計画されていた。よって、当時の臨床心理学関係諸学会は、生徒指導主事の養成カリキュラムや業務内容に口を挟むことも可能ではあった。さらに踏み込めば、専門職カウンセラーの学校への配置という現在と同じ形態も可能だったのかもしれない。しかし、結果として資格認定業務開始は延期・中断されることとなり、学校との強い関わりを持つことは不可能となってしまった。資格認定業務中断の理由としてはいくつか挙げることができるが、資格認定の中心的役割を果たすようになっていた日本臨床心理学会での学会改革の動きと資格制度自体が抱えていた問題が特に大きかったと考えられる。

1960年代末、日本臨床心理学会では、学会改革派の会員を中心に、「国又はそれに認めら

れる団体によって与えられる資格制度は、ほんとうに『病者』『障害者』のためのものか、又は『病者』『健常者』が同じ土俵で共に生きることに役に立つのか」[13]という疑問をベースに、専門性と資格の問題を分けて考えることが訴えられ始めた。そして心理技術者資格認定問題を契機に、1969年の第5回日本臨床心理学会名古屋大会で学会の基本姿勢をめぐり一部会員と理事会の対立が表面化する。「心理臨床の『充実』のための国家資格を求める動きの中で、心理臨床、臨床心理学そのものがどうなのか、クライエントと言われる"される側"に本当に役立っているのか、根源的な疑問が出されてきた。そして、『資格・専門性』の批判的とらえかえし、ということが改革の大きなテーマとなっていった」[14]。これは、当時の大学紛争や医療告発の流れの余波であったと考えられるが、結局、1971年には理事会が解散、学会改革委員会の発足を見ることとなった。

結果、1969年にほぼ資格化されることが関連学会で決定していた「臨床心理士」の資格認定の動きはストップし、日本臨床心理学会自体もアカデミックさを失っていくことになる[15]。実質的に、特に資格問題に熱心だった大学関係者を中心とする臨床心理学者は、活動の場を失うことになってしまった。

このような社会運動的な活動による資格批判・学会改革が始まったことに加え、心理技術者資格が一定の水準と実効力をもてなかったことも、中断へとつながる原因となった。まず、資格の水準を維持するための養成と審査の問題が十分に解決していなかったことが挙げられる。大学院卒業後の臨床経験におけるスーパーバイズの問題（スーパーバイザーを誰にするか等）でさえ、統一の見解には至っていなかった（日本臨床心理学会，1968）。しかも、その資格には社会での実効力がなかった。

病院で働く臨床家にとって、最も関心が高い「身分法の制定はいつになるのか」という問題だったが、そのことについて心理技術者（仮称：臨床心理士）の資格認定を進めていた臨床心理学会の職能局は、具体的な回答ができなかった。臨床心理士の資格認定と研修制度をめぐってのパネルディスカッションで、病院で働く臨床家にそのような質問をされた大塚義孝（当時の臨床心理学会職能局メンバー）は、身分法の制定はなかなか難しいということを暗に示した上で身分法の制定以外の、臨床心理士資格の実効性を高める解決策を述べている。

「一つの方法として、精神病院でベット数が50以上のところには、臨床心理学会の正会員以上の人ならばいいというような、次官通達のような形ででも、適用さすということも考えられます。もっとも、法制化以前の問題かもしれませんが……そういうことをやりますと、50ベット以上のところに、いわゆる日本臨床心理学会認定の臨床心理士をおかなくてはならないということになり、半歩でも前進するのではないかと考えております」（日本臨床心理学会，1968，p. 322）

しかし、この方法の実現も実際には難しかった。このような次官通達を狙うなら接触すべきは厚生省となるが、臨床心理業務は医師法に抵触する可能性があったうえ、前厚生省児童局長で当時参議院議員の黒木利克によれば「厚生省の内部でもこの（心理療法の）効果については、まだまだ疑問を持っている方が多」（日本臨床心理学会，1966，p. 322，カッコ内筆者）かった。結局、このような代案も実現できず、資格をとってもどうなるわけで

もないという、非常に実効性のない状態になってしまったのである。

ところで、大塚は、1980年代半ば以降の心理臨床学会における臨床心理士の資格認定関連業務やスクールカウンセラーの配置をめぐる文部省との折衝でも中心的役割を果たしており、ここで精神病院に対してとられようとしていたアイディアは、現在、対象を学校に変えて実行されているとも言える。今回の学校での成功を見れば、当時も学校でこのアイディアを進めれば良かったのかもしれないと思える。しかし、当時、資格化に際し臨床心理学会職能局がまず念頭に置いていたのはあくまでも病院での地位確立であった。学校を主な対象に教師カウンセラーあるいは専門職カウンセラーを目指していた1度目や、教育領域に関心を持ち、スクールカウンセラーの制度化に進んでいった3度目とは異なり、この時期の臨床心理学者集団にとっては、病院がまず関心の対象だったのである。

臨床心理学会などが資格問題に関してほとんど機能しなくなってしまったこと、臨床心理学会職能局の関心が病院に向いていたこと。そのようなことから結局、学校と臨床心理学の関係は曖昧なまま法制化は進んでいくこととなった。1975年には「学校教育法施行規則」改正（文部省令第41号）で、中学校及び高等学校に「生徒指導主事を置くものとする。ただし、特別の事情のあるときは、これを置かないことができる」旨が定められる。それは特別、大学や大学院での心理学的な養成カリキュラムを必須とするわけではなく、結果としてその性格も、教職員間の連絡調整などのリーダー的機能が強調され、臨床心理学との関係が弱いものになっていくのである。

### 1-4. 3度目の試み：関心の一致

3度目の試みは、1980年代半ばから始まる。当時の主要な教育課題である〈いじめ問題〉に対応するため発足した「児童生徒の問題行動に関する検討会議」[16]の提言を受け、文部省は学校への専門職カウンセラーの導入を検討し始める。1985年6月28日の同検討会議による緊急提言では、いじめについての「相談を受ける担当者として、教師の他外部カウンセラーの積極的な導入を図る」ことや「学校カウンセラーのような、専門家が学校へ適切な助言を行いうる方策」を導入することなどが訴えられていた（初等中等局中学校課，1985）。それを受けて翌6月29日、文部省は学校や教育委員会あてに、地域の実態に応じた教育相談体制の整備を行うことに留意して、管轄下の機関に指導するよう通知を出している（初等中等局中学校課，1985）。また、1985年11月21日の参議院文教委員会においても、文部省初等中等教育局長（当時）の高石邦男が、中学校・高等学校にカウンセラーを置くべきとの意見に対して、現在いる生徒指導主事の研修を積極的に進めるとしながらも、指摘はもっともであり、今後その方向で検討していくと答弁している（第103回国会参議院文教委員会会議録第1号，「国会会議録検索システム」（http://kokkai.ndl.go.jp/）より検索）。

このような文部省の動きと並行して、臨床心理士も、最終的にはスクールカウンセラーの制度化に至る対外的活動を開始する。1970年代に入って停滞してしまった「臨床心理士」[17]資格化に向けての活動が再開するのは1982年の日本心理臨床学会設立時からである。旧臨床心理学会の理事会のメンバーが中心となり設立された心理臨床学会は、その設立当初から職能委員会を設け、資格化に向けて努力した。

心理臨床学会は当初、1980年代初頭の病院関係者による精神科診療報酬改定を求める流

れに乗り、主に厚生省関係に対してアプローチを行っていた。しかし、あまりうまくは進まなかった[18]。そこで、1985年3月31日の臨時常任理事会で「今後は厚生省のみならず、文部省にも働きかけることが確認され」（日本心理臨床学会，1985，p. 92)、河合隼雄を中心に、文部省に対する働きかけを行うこととなった。河合は、同年7月24日には、臨時教育審議会第二部会家庭教育に関するプロジェクトチームのヒアリングに招聘され、「家庭教育について―今日の家庭教育の抱える諸問題」（臨時教育審議会，1985）というタイトルで話を行っている。その中で河合は、「家庭の問題について援助する専門家・カウンセラーを体系的に養成していくことと、また、このような専門家・カウンセラーを制度的な面からも検討し、カウンセリングの充実を図ること」の重要性を訴えた（臨時教育審議会，1985，p. 31)。その内容からすると、この時点では、心理臨床学会サイドの関心は専門資格化に集中しており、教育領域に関心は向いているものの、直接学校に専門職カウンセラーを導入するという発想は持っていなかったようである。また、河合は、1986年2月19日にも、臨時教育審議会「家庭・学校・地域の連携に関する分科会」第12回にて、ヒアリング講師として招聘されている。この時の話の内容は不明だが、「我が国におけるカウンセラーの現状と資格の問題点について」というタイトル（臨時教育審議会，1986a）であることから、やはり専門資格化が主題であったことがうかがえる。翌20日には、日本心理臨床学会の代表[19]が、臨時教育審議会会長代理石川忠雄氏（慶応義塾長）に面談し、「心理臨床学とその実践にかかわる諸制度の確立について、臨教審の答申に関する視点から考慮されるべきことを提言」（日本心理臨床学会，1986，p. 94）している。結果、1986年4月23日に発表された臨時教育審議会『教育改革に関する第二次答申』（臨時教育審議会，1986b）では、カウンセラーの資格制度について早急に検討をすすめることとの記載を得ている（日本心理臨床学会，1986)。

再び文部省の動きに戻ろう。先ほど見たように、「児童生徒の問題行動に関する検討会議」の提言を受けて、文部省は1985年11月の段階で既に、学校への専門職カウンセラーの導入を検討し始めていた。1986年の臨時教育審議会の第二次答申は、このような文部省の傾向をさらに後押ししたと考えられる。1987年8月25日の参議院文教委員会において、文部省教育助成局長（当時）の加戸守行は、生徒指導上の問題に対する「専門的なカウンセラーの活用」に向けて、中学校にカウンセリングルームを整備するという物的条件および教員免許がなくてもカウンセリング可能な者を非常勤講師として登用できるような人的条件の整備に努めているところであると述べている（1987年8月25日の第109回国会参議院文教委員会会議録第2号)。ただ、結局この時は、予算措置が不可能であったため、実現することはできなかった[20]。

しかし、もしこのとき実現されていると、現在のような展開はなかったかもしれない。1985～1987年の段階ではまだ、臨床心理士の養成体制が十分ではなかったからである。心理臨床学会が中心となって日本臨床心理士資格認定協会設立準備委員会を発足したのが1986年、実際に日本臨床心理士資格認定協会を設立し、認定業務を開始したのが1988年である[21]。また、資格認定協会は当初から財団法人化を目指し、会頭を置くことを決定していたが、その会頭が決定したのは認定業務が開始してから11日後の9月11日のことである（日本心理臨床学会，1987)。会頭には、元文部次官・木田宏が就任した。早くから、内外の関係者に打診していたにもかかわらず、業務開始に間に合わなかったことからすると、

それなりに人選が難航していたのであろう[22]。木田も、河合に依頼され、その際初めて臨床心理士について聞いたと述べている[23]。しかし、結果的に、木田を会頭とすることにより、臨床心理士と文部省とのつながりは次第に確たるものになっていく。翌1989年には、木田を設立発起人に加え、医師会を模した臨床心理士会が発足、続いて1990年には臨床心理士資格認定協会は、文部省の財団法人としての認可を受けることになる。ここにようやく学校への臨床心理士導入のための基盤となる養成体制が確立するのである。

なお、このように文部省とのつながりが強くなるにつれ、厚生省との関係は気まずくなっていく。1988年3月の認定協会設立の際のレセプションには厚生省関係者も参加していたが、次第に厚生省は臨床心理士資格への警戒感を強めていった[24]。1990年12月には、[はじめに]でも述べたとおり、厚生省は、医療現場での心理職の国家資格化をめざし、臨床心理士とは別に「臨床心理技術者」についての資格検討を開始する。

また、厚生省だけでなく、他の心理学関係の学会も、臨床心理士の資格認定開始を機に警戒感を強めた。結果、この時期以降、心理学系の資格が乱立されていくこととなる。たとえば、心理学界の中心的存在である、日本心理学会は、応用的な各心理学系資格の基礎資格として、学部卒で取得できる「認定心理士」資格を1990年から認定開始している（日本心理学会編，1999）。しかし、臨床心理士もその他の資格も、認定心理士を基礎資格とはしていない。他にも、日本教育心理学会が、1989年に「教育心理学専門家養成委員会」を設置し、専門家資格について検討し、1997年からは「学校心理士」の資格の認定を開始している[26]。学校心理士は、特定の学会の会員のみが取得できる資格であったので、認定開始当初は、1999年時点で750名と登録者は多くなかったが（日本心理学会編，1999）、2006 年からは学会の所属を問わなくなったため、現在は3,756名（2008年6月1日時点）に増加した。学校心理士は、「原則的に教員免許状を有し、学校心理学について大学院修士課程修了及び同等の識見と専門的実務経験のある方がなることができるもの」であり、学校心理士サイドは、この資格こそスクールカウンセラーとして適任であると考えている[26]。

しかし、このような混乱した状況下でも、日本心理臨床学会は着実に活動を重ね、臨床心理士の数も増え続ける。そして、1995年には、スクールカウンセラー活用調査研究委託事業が実験的に開始され、主に臨床心理士が派遣されることとなった。少子化の影響から、必要経費が減ったり、カウンセリングルームに転用できる余裕教室が増えたりしたため、1985年の段階では難しかった予算の都合もつきやすくなったと考えられる。1994年9月には、文部省から臨床心理士サイドに1995年度の新規事業としてスクールカウンセラー事業の紹介があり、心理臨床学会の理事会で臨床心理士会・臨床心理士資格認定協会ともども積極的に協力していくことが決定している[27]。その後、1994年11月末に愛知県で中学生のいじめによる自殺が起こる。それを機に、再びいじめは社会問題化し、1995年12月9日に開催された「いじめ対策緊急会議」の「緊急アピール」では、1985年に続き、再度、教育相談体制の整備が求められた（初等中等教育局中学校課，1995）。このような社会状況は、スクールカウンセラー事業を開始することの説得性を増すものであった。12月16日、文部省は、都道府県・指定都市教育委員会教育長会議を開催し、初等中等教育局長（当時）の野崎弘が文部省のいじめ問題への対応について説明を行っている。その中で野崎は、文部省の対応として、第一に、スクールカウンセラーを学校に導入することを明言している（初等中等教育局中学校課，1995）。結果、スクールカウンセラー活用調査研究委託事業は、154校

に配置することから開始される。人選は、「臨床心理士等、児童生徒の臨床心理に関して高度に専門的な知識・経験を有するもの」から行うよう都道府県教育委員会に指示されており（村山，1998，p. 74)、実質、多くは、各都道府県臨床心理士会からの推薦により選ばれ、最終的に臨床心理士は134名配置されることとなった。

1998年には、未だ医師や他の心理関係学会等からの反発があるものの、元日本心理臨床学会理事長の河合隼雄も委員を務めた中央教育審議会の答申（「幼児期からの心の教育の在り方について」）では、スクールカウンセラー事業の拡張／公立中学に対する「心の教室（カウンセリングルーム)」の整備／教員のカウンセリング研修のための予算計上などがうたわれ、それと同時に臨床心理士の国家資格化や大学院の拡充の必要が訴えられている（文部省，1998，pp. 124-126)。実際、当時、スクールカウンセラー配置校数は1995年度の154校から1998年の1,661校へとおよそ10倍に増加しており、全校配置に向けてのさらなる拡大のためにも、臨床心理士の養成は急務であった[28]。そこでさらに、2000年度からは、1996年から検討されていた大学院指定制が強行される。大学院指定制とは、一定の条件を満たした大学院を指定校とし、その大学院の出身者にのみ臨床心理士の受験資格を与えるという制度のことであるが、この制度は、実質一学会がカリキュラムを指定し、さらに、指定を受けるためには、専攻の担当教員に臨床心理士資格を有している者が一定数必要であることから、基礎心理学系の人々を中心に、心理学界で強い反発を受けた（春木（1997）の他、心理学界協議会の第1回（1996年12月27日）・第2回（1997年1月30日）の記録を参照)。しかし、結局、心理臨床学会側の十分な説明はないまま、大学院指定制は実行される。同時に、文部省は新学科抑制から「臨床心理学科」等を除外したため、その後、ますます学校における臨床心理士の活動は活発になり、2001年度には、ついに、スクールカウンセラー事業は、都道府県・指定市に対して国が半額補助する形で制度化されることとなった。

制度化に際しては、スクールカウンセラーの資格要件は以下のものとされ、臨床心理士は「準ずる者」とされる他の心理系資格より優先された。

［スクールカウンセラーの資格要件］

ア　財団法人日本臨床心理士資格認定協会の認定に係る臨床心理士
イ　精神科医
ウ　心理学系の大学教授、助教授、講師（非常勤を除く）
エ　このほか、スクールカウンセラーに準ずる者（心理臨床業務又は児童生徒を対象とした相談業務について一定の経験を有するもの）を配置することも可

その上で、2000年度の約2倍、3,750校の配置計画が設定されたが、達成率は約64％にとどまり、臨床心理士の不足（特に地方での不足）が問題となった（日本経済新聞社，2002)。このような状況を受けて、2002年10月1日、スクールカウンセラーに関連する心理学系の資格認定にかかわる14団体（たとえば、「学校心理士」の認定に携わる日本教育心理学会や「教育カウンセラー」の認定に携わる日本教育カウンセラー協会など）が、「カウンセラーになる条件を『臨床心理士』以外の有資格者にも開放して欲しい」とする要望書を文部科学省に提出したが（朝日新聞社，2002)、文部科学省は、「臨床心理士の養成過程はしっかりし

ている。他の資格に門戸を開いていないわけではないが、人数もまだ少ない。まずSCに準ずる者として実績をあげてほしい」（日本経済新聞社，2002）として要望を却下している。しかし、臨床心理士のような「正」資格者と、「準ずる者」では、実質報酬も異なっており[29]、「門戸が開かれている」とは十分言い切れない状況である。結果的に臨床心理士の優勢は変わらないまま、2006年度には、全国で10,158校（中学校7,692校（公立校の76.0%）、小学校1,697校（公立校の7.6%））にスクールカウンセラーが派遣され、国は当初予算で42億円を支出した（朝日新聞社，2007）。臨床心理学知識の学校への導入は、今のところ、この臨床心理士を通してなされていると言えるだろう。

### 1-5. 1980年代以降変化した臨床心理学者の関心

ここまで述べてきた歴史的経過を簡単にまとめたものが表1-1である。1度目・2度目と3度目の最も大きな違いは、文部省が専門職としてのカウンセラーを学校に導入しようとする関心を持つか否かという点にある。文部省は、1度目・2度目はあくまでも教師にカウンセリング技術を身に付けさせ生徒指導主事として配置するという形態を目指していた。しかし、3度目は、文部省は、当初から「児童生徒の問題行動に関する検討会議」や臨教審の答申に従い、教師をカウンセラーにするのではなく専門職としてのカウンセラーを学校へ導入することを意識していた。

**表1-1　歴史的経過のまとめ**

| 臨床心理学知識の学校への導入 | | 1度目：1950年代 | 2度目：1960年代半ば頃～1970年代半ば頃 | 3度目：1980年代半ば頃～2009年現在 |
|---|---|---|---|---|
| | | 導入されず | 導入されず | 導入される |
| 文部省の関心 | | ●教師をカウンセラーにする（「生徒指導教師」の設置を目指すがかなわず。） | ●教師をカウンセラーにする（「生徒指導主事」の設置を目指し、1975年に法制化した。臨床心理学知識との関連は弱い。） | ●専門職としてのカウンセラーの導入（臨床心理士を主な担い手としたスクールカウンセラー事業の制度化へ。） |
| 臨床心理学の学会 | | なし | あり<br>ただし1969年に事実上解体 | あり |
| 学会の関心 | 関心の主体 | （日本応用心理学会） | 日本臨床心理学会<br>（1964年設立） | 日本心理臨床学会<br>（1982年設立） |
| | 関心の対象 | 学校 | 病院 | 当初病院、<br>1985年以降は主に学校 |
| | 関心の内容 | ●教師をカウンセラーにする（1950年代前半）<br>●専門職としてのカウンセラーの学校への配置（1950年代後半） | ●専門職としてのカウンセラーの確立<br>●専門職としてのカウンセラーの病院への配置 | ●専門職としてのカウンセラーの確立<br>●専門職としてのカウンセラーの学校への配置 |

結果、1度目は自治体によってはカウンセラーを取り入れたところもあるが、全国的な制度としては成立しえなかった。2度目は1975年に生徒指導主事が法制化される形で結実した

が、主に臨床心理学者側の理由（学会の崩壊など）により、臨床心理学的な考え方がその職務や養成に十分反映されることはなかった。つまりどちらも、臨床心理学知識の導入という意味では、中途半端な結果に終わっている。しかし、3度目はスクールカウンセラー制度としてとりあえず臨床心理学知識の導入に成功し、専門職としてのスクールカウンセラー（臨床心理士）を通して臨床心理学知識は広く学校に定着しつつある。

もちろん、この3度目の成功にとって、文部省の関心と臨床心理士の関心が一致したということも重要である。臨床心理学者らは既に1950年代後半には、専門職としてのカウンセラーを養成していく方向に傾いているが、どの対象（場）に最も関心を持つかということは時期ごとに異なっている。1度目と3度目は学校という対象、2度目は病院という対象に関心を持っていた。そして3度目の今回、初めて、「専門職としてのカウンセラーを学校に導入する」ということで、文部省と臨床心理学者の関心が一致している。今回の臨床心理学知識の学校への導入の成功は、この両者の関心の一致によるところが大きい。

ただ、1度目の初期の段階でも、「教師をカウンセラーにする」という形で文部省と応用心理学会の関心は一時一致しており、関心の一致だけで事態の成否を説明するのなら、この段階で心理学知識を十分に備えた「教師のカウンセラー」が成立しないのはおかしい。しかし当時、臨床心理学の学会はまだできておらず、応用心理学会が臨床心理学者の関心を汲みきれていたかというと決してそうではない。集団レベルでの関心の一致を断言できるほど、臨床心理学者の集団はまとまりを持っていなかった。さらに、それゆえ文部省の関心を引くような魅力的な条件（例えば、生徒指導が十分にできる人材を安く大量に提供できるなど）を提示することもできず、結果的に臨床心理学知識の導入がなされなかったのではないかと考えられる。

また、2度目の試みの際にも、文部省は生徒指導担当者の最低教養として臨床心理学の知識に注目しており、「専門職としてのカウンセラーを学校に導入する」という今回と同じ方向で両者の関心が一致する可能性が全くなかったわけではない。臨床心理学者も学会ができ、資格認定業務も開始直前までこぎつけていた。しかしその時、臨床心理学者の関心は病院に向いており、またほどなく学会も解体してしまったことから、結局、両者の関心が結びつくことはなかった。

今回の3度目の試みにおいては、当初から文部省が専門職カウンセラーの導入に関心を抱いている。これは、「児童生徒の問題行動に関する検討会議」の提言に端を発しているが、この会議のメンバーには精神科医や心理学者が多く含まれていたようである。会議のメンバーは文部省が決定するので、既に文部省が問題行動に対応する手段として臨床心理学の知識に強い関心を持っていたことは確かだろう。ここで注目しておきたいのは、彼ら精神科医・心理学者自身が、「学校への専門職カウンセラーの導入」を主張したことである。応用心理学会も1959年に主張していたが、それは一部の発言にしかなりえなかった。応用心理学会の臨床心理学部会は東京を中心とした一部の臨床心理学者の活動に過ぎず、当時は他の地域にも同じように小さなサークルが存在している状態で、全国的な組織としての臨床心理学の学会はまだなかったからである。実際、臨床心理学者の中核となる日本臨床心理学会ができると、そのような主張は忘れられ、専門職としての中心的な地位確立の場は病院であるとの考えに移行している。重要なのは、1985年頃には、文部省の検討会議に召集されるような中心的メンバーが学校への導入を視野に入れるようになっていたというこ

とである。ほぼ同時期に、臨床心理学者の中核である心理臨床学会も、厚生省から文部省へとアプローチ先を変えている。結局のところ、専門職カウンセラーの配置という形での学校への臨床心理学知識の導入は、臨床心理学者たちの関心が学校に向かう形に変化したことが背景になっていたと考えられる。もちろんこのような臨床心理学者の関心の変化は1980年代半ばになって唐突に起こったわけではない。たとえば、1981年8月20日には、東京都青少年非行問題対策委員会の中間報告にて、対策としてスクールカウンセラーを1校1人、せめて数校に1人配置するべきことが提言されている（日本臨床心理学会運営委員会，1982）。少なくともその頃には、関心の変化が起こり始めていたと考えられる。

なお、ここで注目しておきたいのが、学校でスクールカウンセラーとして制度的に位置づいたのは、主に臨床心理学知識を背景とする臨床心理士であるということである。学校心理士など、他の心理関係の資格は、「準ずる者」として扱われている。1980年代半ば以降の学校で制度化されたのはあくまでも臨床心理学知識であり、心理学の知識全般が広く受け入れられたわけではない。

ここまでにわかったことをまとめると次のようになる。臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入の成功は、1980年代半ば以降の学校でのみ起こったこと。そして、その背景として重要なことは、おそらく、1980年頃から起こり始めた臨床心理学者たち自身の関心の変化であること。加えて、学校で主に制度化の対象となったのは、臨床心理学知識を背景とする臨床心理士のみであるということ。この3点である。では、なぜ、臨床心理学者は、1980年代に、病院を中心とする一対一のクリニックモデルの臨床ではなく、学校での活動に関心を向けるようになり、臨床心理学知識は、専門職として学校で制度化されるようになったのだろうか。

本論では以下、「なぜ特に1980年代半ば以降の学校で、臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入が進んだのか」という問題について考察していく（2～4章）。さらに、2～4章で行った議論を踏まえて、臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入が学校に与えるインパクトについても検討する（5章）。そのためにまず、次節[1-6]では、日本の先行研究でどのような議論がなされてきたかをまとめ、その問題点を指摘し、次に2章で、先行研究の問題点を乗り越えるために本論で行うアプローチについて述べる。

## 1-6. 日本における先行研究とその問題点

### 1-6-1. 心理主義化の議論とその問題点

スクールカウンセラー制度に代表される、学校における臨床心理学知識の制度化については、これまで日本の社会学では一般に、社会の「心理主義化」の一つの表れとして捉えられてきた。この種の研究は、方法としては言説研究の流れを汲んでおり、教育問題や社会問題に対してどのような言説が展開されているかを時系列的に追い、言説が次第に心理学的なアプローチを重視するものになりつつあること、つまり、社会が心理主義化しつつあるということ、を示すことが多い[30]。多くの論者が依拠する森（2000，p. 9）の定義によれば、心理主義化とは「心理学や精神医学の知識や技法が多くの人々に受け入れられることによって社会から個人の内面へと人々の関心が移行する傾向、社会的現象を社会から

ではなく個々人の性格や内面から理解しようとする傾向、および「共感」や相手の「きもち」あるいは「自己実現」を重視する傾向」を指す。森（2000）は、学校におけるスクールカウンセラーの導入を心理主義化を表す現象の一つとして捉え、教師らは学校で起きる問題を「こころ」の問題として捉えているため、スクールカウンセラーの導入に反対しないと述べている。

この「学校は心理主義化している」という解釈図式は広く受け入れられ、臨床心理学知識の学校における制度化についてその観点から説明しようとするだけでなく、学校にスクールカウンセラーが導入されることの影響についても、この観点から検討されることが多い。スクールカウンセラー制度は心理主義化の一つの表れであるため、問題を個人の内面から理解しようとする傾向が強まり、問題が持つ社会的な側面を見落としてしまうというのである。

しかし、本当に学校における臨床心理学知識の制度化は、心理主義化の表れとして解釈できるのだろうか。状況を細かく見ると、そのように解釈することは、実は難しい。臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入は、1980 年代半ば以降になって初めて起こっているが、文部省は、前節までで見たとおり、戦後一貫して臨床心理学知識の学校への導入に関心を持っている。学校関係者の「心理主義化」の傾向は、近年になって初めて起こったことではない。森（2000）も、学校教育に心理学の知識や技術を導入しようとする動きは戦後まもなくから存在するとしている。それをもって、森（2000）は、教育の領域は「心理主義の先進領域」（p. 35）であると位置づけているが、その過去の動きがなぜスクールカウンセラーのような制度的成功をみなかったのかについては特に言及していない。心理学的な問題解決方法へのニーズが継続してあったにもかかわらず、制度的なレベルでの導入が進まなかったのか、心理主義化の議論では説明がつかない。

また、現在についても、[はじめに]で見たとおり、臨床心理士は、教育領域ではスクールカウンセラーとして資格が制度的に位置づけられているが、医療領域では、資格は未だ制度的には位置づけられていない。心理主義化は、社会全体で進行している現象だと言われている。しかし、これでは、社会の各下位領域で生じている制度化の程度の不均衡を説明できない。この点についても、やはり、心理主義化ではない、別の角度から考える必要がある。

なぜ、このような実際の状況との食い違いが出てきてしまうのだろうか。それは、これまで行われてきた言説研究が、臨床心理学的な問題をめぐる言説には注目してきたが、専門的な臨床心理学知識そのものについては、それが日本で実際にどのように編成されているかを、ほとんど検討してこなかったことにあると考えられる。

言説研究は、「行政施策の方針や研究者の学説内容を真実で合理的なものであるとは見なさずに、一定の歴史的社会的状況の下で誰かによって語られたものに過ぎないという視点」（今津・樋田，1997，p. 261）を持っており、そのような視点は構築主義の考え方に通ずる[31]。構築主義的研究とは、「クレイムやそれをめぐる問題が定義され、再定義され、ある参加者のグループから他のグループへと引き継がれて、展開してゆく過程を描きだす」（Kitsuse & Spector，1977，p. 197）研究である。このような研究には、2 つの特性があると考えられる。1 つは、ある〈状態〉に対して人々がどのような定義を行っているか、その言説のみを研究の対象とすることである。実在する〈状態〉が言説にどのように組み込

まれているかを問題にすることはない。あくまでも人々の〈状態〉に対する定義（言説）を問題にするのである。そしてもう 1 つは、社会問題を構築していくクレイムの「一続きの糸」を見ていくことを重視していることである。ある〈状態〉に対する一連のクレイムの糸を追うことを目的とするため、ある〈状態〉をめぐる言説がどのような背景となる知的文脈を持っているかを、問題から離れて深く追っていくことはない。

このように、実在する〈状態〉と言説の関連を問わなかったり、言説の背景となる知的な文脈を問題から離れて深追いしなかったりするのは、それにより起こると彼らが考えている、以下のような弊害に対する警戒感ゆえである。

「(ある学者や議員が発したクレイムに）ぶつかったとき、社会学者は主張されていることは事実と照し合わせて真なのかどうか、そしてその主張に基づく推論は論理的に妥当なものかどうかを問おうとしがちである。こうした対応の結果、社会学者は超然とした、非関与の姿勢を保つことができなくなる。(中略）社会学者はもはや単なる社会問題の研究者ではなくなり、その研究対象であるはずの定義過程の参加者となる。」(Kitsuse & Spector, 1977, 訳書　p.110, カッコ内筆者)

このような警戒感の結果、〈真理の存在を前提とせず、知識を社会的な活動の結果生み出された、歴史的・文化的に見て相対化されたものとして理解する〉、社会構築主義研究者特有の研究態度（Burr, 1995）が生じるようになると考えられる。

確かに、敢えて専門的な知識・科学的な知識によって構成される言説と日常的な知識によって構成される言説とを区別しないことで、ある問題に対するクレイムの変遷が社会的要因から説明されうると指摘したことは、社会学的にみて重要であった。しかし、ある言説がクレイムとして力を持つか持たないかは、本来、社会的要素だけで決定するとは限らない。人は論争場面で社会的な利害にまつわる要素だけで説得されるわけではない。クレイムに内容としての強度が必要になることも十分にありえるはずである。言説の背景にある専門知識が、実在する〈状態〉とどれだけ強く結びつき、説得力を持つことができているか。そのような内容の強度を不問にするならば、確かにクレイムの勝敗は政治的な要因やレトリックとしての優秀さなど、社会的な要素に帰せられることになる。しかし、社会問題をめぐる論争には、多くの場合、初期の段階で専門的な知識が参入している。言説の背景にある専門知識がどのように〈状態〉と相互作用しているかが、クレイムの勝敗に全く影響を与えていないとは言い切れないだろう。

社会構築主義の問題点として指摘されている「存在論上のゲリマンダリング（Ontological Gerrymandering)」(Woolger & Pawluch, 1985）も、言説の背景にある知識と実在する〈状態〉の関連には踏み込まないという姿勢から起こってしまっていると考えられる。存在論上のゲリマンダリングとは、以下のような構築主義批判である。中河 (1999) も参考にすると次のようにまとめることができる。

構築主義は、ある〈状態〉とそれについての定義が同定された後、その〈状態〉を不変とみなし、〈状態〉が変わらないのだから、その定義が変遷してきたのは政治的な過程によるのだとし、専らそのような側面に注目して社会問題を説明する。例えば、「マリファナの性質には、この 30 年間のあいだに変化はなく、したがって、定義の変化の説明要因は他に

求められなくてはならない」(Kitsuse & Spector, 1977, 訳書 p. 68) という表現に、Ontological Gerrymandering として批判されている問題が端的にあらわれている。そこでは、構築主義は不変なある〈状態〉を勝手に想定してしまう。「一定の属性を示す社会の『状態』(や人びとの『行動』) が客観的に存在するという判断がそれについての特段の証拠を示すこともなく議論の筋道の中に密輸入されている」(中河, 1999) のである。つまり、何が構築物で何が実在するものなのかという線引きを議論上都合のいいように行ってしまっているのだ。これは一種の存在論上のゲリマンダー (自党に有利なように選挙区を改変すること) であると Woolger & Pawluch (1985) は批判している。

社会構築主義は、〈状態〉は変わらないと仮定することで、言説の背景にある専門的な知識が〈状態〉という実在に制約されながら構成されている可能性を消去し、あくまで言説を社会的な利害の問題として処理することを可能としていた。しかし、いかに仮定しようとも、実際には、背景にある専門的知識が〈状態〉をいかに組み込んで編成されているかは、言説の説得力に関わってくる。教育問題や社会問題についてのクレイムが心理主義的に変化してきたということについて議論するにしても、〈状態〉との関連も含めて専門的知識に言及する必要があるだろう。

なお、このオントロジカル・ゲリマンダリング問題に対して社会構築主義者は 2 種類の反応を示したという (平・中河, 2000)。1 つは、この問題は免れえないとして研究者が〈状態〉について説明することを肯定する「コンテクスト派」であり、もう 1 つは、社会構築主義者が追うべきは、各集団が言語的に生み出す〈状態カテゴリー〉であり、人々が〈状態〉について語る言説を記述することに徹することで、研究者が〈状態〉について説明することを免れることができるとする「厳格派」である。「厳格派」は、より社会構築主義的な立場を徹底していると言えるだろう。「厳格派」は、あくまでも〈状態〉そのものと言説の関連は切り離して、言説のみに焦点を合わすことを徹底している。実在する〈状態〉が言説に反映しているかどうかは考えない。結果的に、クレイムの差異は、〈状態〉ではなく、当該集団が持つ社会的な文脈とのみ、関連してくることになる。しかし、どのようなクレイムが優勢になるかということが、社会的な文脈からだけでは説明できないはずであることは、先に述べたとおりである。〈状態〉との関連も視野に入れつつ、言説の背景となっている専門的な知識について見る必要があるだろう。

もちろん、言説を中心にとり扱う研究でも、専門的知識に言及していることはある。しかし、その場合にも、言説を通して見えた任意の知識に注目するので、実際に日本の臨床心理学者集団が総体として構成している知識とズレが生じていることが多い。たとえば、森 (1999) は、心理学的な知識として「EQ」と A. マズローの「欲求階層説」の 2 つを検討したうえで、「このように、臨床心理学者やカウンセラー、精神科医らは「個性尊重・自己実現」言説を社会に普及させ、この価値への合意を人々から取りつけた」(p. 49) としている。しかし、「EQ」を心理学的な知識の中心として説明されても、多くの臨床心理学者は納得しないだろう[32]。

このような認識の下、スクールカウンセラー制度が学校に与えたインパクトを考察するのは問題がある。スクールカウンセラーとして学校に入る臨床心理士は、一般に流通するポップな心理学知識ではなく、専門的な臨床心理学知識に基づき行動するからである。実際の臨床心理学知識の展開について押さえないままでは、スクールカウンセラーの制度化

が学校に与えた影響についても見誤る可能性があると言えるだろう。言説研究を背景に提出された心理主義化という説明は、これまで十分な検討はなされてこなかったにもかかわらず、学校における臨床心理学知識の制度化を説明し、その帰結についても示唆するものとして多用されてきた。しかし、この概念は、ここでわずかに検討しただけでも疑問が生じる。心理主義化が、学校における臨床心理学知識の制度化の背景となっているとは考え難い。ひいては、スクールカウンセラー制度に代表される臨床心理学知識の制度化が学校に与えた影響についても、心理主義化の観点から述べることが妥当であるか、疑問が生じてくる。このことについては、臨床心理学知識の制度化がなぜ学校で起こったかを検討した上で（2～4 章）、それが学校に与えた影響を探る際に、より詳しく検討することとしたい（5 章）。

本論は、なぜ知識が制度化できたのかという点も問題にするが、その際にも、専門的な知識を考慮に入れないことは不自然な結末を招くだろう。次に専門職論の立場からの先行研究を紹介するが、そこでも、専門的な知識の変化を考慮しないがために説明できないことが起こっている。

### 1-6-2. 専門職論の立場からの説明とその問題点

さて、このような心理主義化という説明以外に、専門職論の立場から日本の臨床心理士の専門職化について検討する議論も、近年わずかながら登場している。たとえば、丸山（2004）はその代表的なものであると言える。専門職論の立場は、なぜ臨床心理学知識が学校で制度化したのかという点については、心理主義化の論者より強い関心を持ち、緻密に議論しているが、それが学校に与える影響については、あまり関心を持っていない。そこで、ここでは、知識の制度化の過程をどう説明しているかについてのみ注目して、その主張をまとめたい。

ここまでに見たとおり、近年の臨床心理士の急激な増加の主要な背景として、1980 年代半ば以降、臨床心理士が学校での活動に関心を向けるようになり、結果的に、スクールカウンセラーという大量の人材を必要とする職域を得たことは無視できない。丸山（2004）は、なぜ 1980 年代半ばに「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」（p. 86）のかに注目し、それを専門職の自律性を獲得しようとする社会的な活動に注目して説明しようとしている。また、渡辺（2008）は、丸山（2005）の議論を補うものとして、自論を位置づけ、スクールカウンセラー事業になぜ大量の人材が集まったのかを、個人的なインセンティブの高まりという観点から説明しようとしている。

しかし、残念ながら共に、1980 年代半ば以降なぜ学校で臨床心理学知識が制度化したのかについて、十分には説明し切れていない。まず、渡辺（2008）は、急増の原因はスクールカウンセラー制度にあると考えた上で、なぜそこに人が集まったのかを、「趣味的仕事」という観点から説明しようとしている。渡辺（2008）は、臨床心理士の資格要件が大学院修士課程修了とされ、高い社会的ステイタスを持ちながら、主な勤務形態が非常勤であることが、逆に、比較的難易度の高い大学を卒業し「趣味的仕事」を持ちたいと考える女性を引きつけ、それが、臨床心理士数の急増の背景となっているとしている。根拠となっているのは臨床心理士ではなく資格取得志望者の女性 3 名へのインタビューである。このよ

うに考えるなら、スクールカウンセラーの身分が非常勤であることはメリットとなっていると考えられる。しかし、実際に働く臨床心理士の多くは常勤化を希望していると考えられる。学校臨床心理士ワーキンググループ[33]代表の村山正治は、臨床心理士側からは、スクールカウンセラーの常勤化を希望する声が多く聞かれているが、その実現には国の財政状況なども絡んでくるので現状では見通しが立てにくいと述べている（村山，2002)。少なくとも集団レベルでは、非常勤であるスクールカウンセラーがこれまでの病院などの職場に比して金銭的・身分安定的に魅力あるものだとは位置づけられていないと言えるだろう。最近では、そのような待遇を改善しようとする活動も散見される。たとえば、渕上（2009）は、〈高度な専門性を求められる職業であるにもかかわらず、非常勤・臨時職員としての待遇が多く、収入も少ない。このままでは相談業務・サービスの質の低下を招きかねない〉と改善を訴えている。また、2009 年 3 月には、一部の臨床心理士により、雇用待遇改善を求める労働組合（「臨床心理士ユニオン」）も結成されている。これは、志望者と実際に働いている者の違いかもしれないが、ここでは実際に働いている者のインセンティブについて考えたい。

個人的なインセンティブの高まりの結果、専門機関での実践から学校での実践への関心の移動が始まったと考えることはできるだろうか。経済的な面でのインセンティブについて考えよう。スクールカウンセラー導入以前の主な職域であった病院や専門の相談機関などでの雇用より学校での雇用の方が金銭的なメリットは低いはずである。スクールカウンセラーとしての雇用は原則非常勤であり、いくら時給が高くとも、年収は低く社会保障も十分でない。もちろん、心理学にかかわる仕事は 1960 年代から「お嬢様仕事」と呼ばれることも多く、病院や専門の相談機関にも非常勤の雇用はあったが、ほぼすべてが非常勤のスクールカウンセラーとは異なり、一部である。経済的なインセンティブにより、個人の移動が起こったとは考えにくい。

いずれにせよ、実際には、移動はスクールカウンセラー事業開始後にしか起こっていない。そして、スクールカウンセラー事業の開始は、個人のインセンティブに基づく活動の集積により起こったことではない。集団レベルでの決定である。集団は、特に経済的な報酬の高さを事業開始の理由としているわけではなく、先の村山（2002）のように、むしろ雇用の状態に問題があることを認識している。なぜ、それでも、臨床心理士集団は、学校に関心を移動させ、特殊な専門職化を招くようなスクールカウンセラー制度に至ったのだろうか。専門職集団の活動に注目する必要がある。

丸山（2004）は、臨床心理学者を中心とした専門職集団がいかにして自律性を獲得していくかに注目する。丸山（2004）は、臨床心理士が学校に関心を移動させたのは、文部省からも厚生省からも自律して、二元的な自律性を獲得するためであり、その二元的な自律性を獲得できたからこそ、急激な数の増加という「奇跡的な成功」を果たすことができたとしている。専門職集団の活動を自律性獲得の動きとして捉えることで、臨床心理士の専門職化は十分に説明できるのだろうか。

丸山（2004）の説明をまとめると以下のようになる。

臨床心理士は、1985 年以降、医療分野での安定した身分（常勤雇用）を捨て、不安定な身分（非常勤雇用）の教育分野で市場を獲得した。このような身分の安定にとらわれ

ない戦略をとったのは、専門職団体の中核が職業団体ではなく学術団体だったからである。臨床心理士の専門職化戦略を主導した学術団体（日本心理臨床学会）は、学術団体であるがゆえに、専門知識の発達を目的とし、専門性の高度化（大学院修士課程修了の学歴要件）を目指した。そうすることで、国家および隣接領域からの自律性（特に、医療分野における医師や厚生省からの自律性）を確保しようとしたのである。そして、それは厚生省には認められず、その結果、教育（特に大学院での教育）重視であった臨床心理士は、文部省が大学院拡充政策を進めていたこともあり、文部省に接近した。

1990 年に文部省認可の財団法人となった臨床心理士会は、1994 年に文部省からスクールカウンセラー事業の委託を受ける。そして、事業開始により生じる莫大な量の需要を満たすだけの、有資格者の養成体制を文部省の支持のもと確立していく。その一方で、医療・福祉などの厚生領域で働いていた既存の人材をスクールカウンセラーにあて、人材供給の点で文部省の管轄下から離れ、自律する。結果的に、人材供給の点で文部省から自律し、人材育成の点で厚生省から自律する（文部省管轄下で市場と養成体制を確立する）、国家に対する「二元的戦略」がとられることとなった。この「二元的戦略」による自律性の確保が、現在の臨床心理士の成功を支えている。

しかし、以上のような丸山（2004）の説明には、大きく分けて 2 つの疑問が生じる。1 つは、専門職団体の中核が学術団体であったから、教育重視で、大学院拡充政策を進めていた文部省に接近したというなら、1960 年代の専門職団体の中核も学術団体（日本臨床心理学会）であったにもかかわらず、なぜその際は文部省に接近しなかったのかという疑問である。1960 年代も 1985 年以降と同じく、厚生省での交渉は行き詰まり、専門職団体は打開策を求めていた。しかし、専門職団体は文部省に接近しなかったのである[34]。そして、もう 1 つは、人材供給の点で本当に文部省から自律していたのか、という疑問である。本当に、それほど明確に「二元的戦略」が成立していると言いうる状況が現在あるのだろうか。

事実、臨床心理士は文部省のもと、新規の市場および人材養成体制を確立した。この点では、厚生省の管轄から離れ、自律していると言えるだろう。しかし、その一方、人材供給の点で本当に文部省から自律していたと言うことはできるだろうか。丸山（2004）は、文部省からの自律の根拠として、臨床心理士が教育領域の外側から人材を供給できたことを挙げている。しかし、スクールカウンセラーは厚生領域からのみ供給されたわけではない。むしろ、スクールカウンセラー開始時点での臨床心理士の主要な職域のひとつは文部領域である[35]。当時、都道府県および市町村の教育相談室や大学の学生相談室などは、臨床心理士にとって厚生領域と同程度に重要な職域であった。丸山（2004）自身も、1999 年の資料を参考に臨床心理士の主要な職域は医療と教育であるとしている（p. 88）。「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」（p. 99）というのは言いすぎであろう。現に、初期のスクールカウンセラーは特に慎重に選ばれた。スクールカウンセラーの派遣は、主に各都道府県の臨床心理士会に置かれたコーディネーターが担当したが、たとえば神奈川県のコーディネーターは、1995 年度の 3 校には、全てに「ベテランの、学校臨床に詳しい者」（p. 59）を派遣している（小林，1998）[36]。おそらく、臨床心理士の事例を通して考えることができる、学会主導モデルの成功のために重要であったことは、二元的戦略をとったことではない。二元的と言えるほど、臨床心理士は文部省の管轄下から離

れてはいないのである。

それでは、臨床心理士の専門職化過程が成功裏に終わっていることの要因として重要なことはいったい何なのだろうか。丸山（2004）は、「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」」であると特徴づけているが、臨床心理士の専門職化の過程については、二元的戦略に直接触れることなく、次のように図式化してまとめている。

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

おそらく、「②既存職種の新規開拓地へのコーディネート」が二元的戦略を意味していると思われるが、ここからは既存職種と新規開拓職域の管轄官庁の違いを読み取ることはできない。しかし、奇しくも、管轄官庁の違いを抜いた、この過程こそが臨床心理士の成功にとって重要な要素だと思われる。

学会主導資格が、最終的に専門職としての自律性を獲得するためには、第一に既存職種の取り込みを行う必要がある。そうしなければ、一種の職能団体として機能することができない。もちろん、新規の職域を作っていっても良いのだが、そうすることはなかなか難しい。さらに、既存なり新規なり、何らかの職域を獲得した上で、制度的にそれを確保する必要がある。そのためには、身分法を作ることが最も強力だが、一足飛びに身分法に至ることは難しい。そこで、1960 年代後半の臨床心理学会でまず同様の形態が目指され、のちにスクールカウンセラー制度として成功することとなったのが、具体的な配置基準の制度化である。その際、通常は、既存職種の職域で制度化を行おうとする。日本臨床心理学会も病院でそれを行おうとしていた。しかし、それは達成されなかった。日本心理臨床学会も、厚生領域での成功をまず目指すが、厚生領域では彼らの望む資格要件での制度化が難しいことが判明し、文部省への働きかけを開始する。そして、そのうちに全く「新しい」職域を獲得し、そこで制度化を果たす。臨床心理士の特殊な点はここにある。「新しい」というのは管轄省の区切りが変わることとは関連がない。これまでの病院や教育系の専門機関におけるクリニックモデルとは異なる、という意味で「新しい」。とにかく、臨床心理士は新しい職域を生み出し、そして、そこに既存の人材を供給した。供給することができた。臨床心理士会は既に、各県ごとに組織化し人材供給が可能な体制を整備していた。「大量に人材をコーディネート」できるには、このような整備がなされている必要がある。臨床心理士の成功を考える上で、この点は重要であろう。「既存職種の新規開拓地へのコーディネート」を行うには、〈新しい職域の獲得〉、〈大量の人材供給体制の整備〉、この 2 つの困難な課題をクリアする必要があったのである。

〈大量の人材供給体制の整備〉は、自律性の獲得を目指して組織化していく中で達成されていくことであり、その意味では、丸山（2004）がまとめたような専門職の自律性をめぐる動きは当然無視しえない。しかし、専門職が自律性の獲得を目指したというだけでは、既存の職域での安定的な拡大ではなく、新たな不安定な職域での拡大に関心を転じたかが説明し切れない。そこで、あくまで専門職の自律性から説明しようとする丸山（2004）は、

「二元的支配」という目的を見出したと思われる。しかし、その説明に無理があることは上述のとおりである。

そして、ここで議論は振り出しに戻る。なぜ臨床心理士は、そもそも「大量にコーディネート」しなければないような「新規開拓地」（スクールカウンセラー）を手にすることができたのだろうか。その点については、丸山（2004）はほとんど言及していない。文部省は「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」（p. 94）と述べるだけである。しかし、これでは、なぜ臨床心理士なのか、ということの十分な説明にはならない。また、そもそもなぜ臨床心理学者サイドが文部省に接近したのかについても、先に述べたとおり、学術団体だったからという説明は成立しない。高度な専門職化を目指す学術団体が、みな大学院政策を充実しているからという理由で文部省に接近すると考えることは不自然である。臨床心理学者たちがなぜ新規開拓地を獲得し、そこへの移動を開始したのだろうか。専門職集団の社会的な動きの背景にある、別の理由を探らねばならない。

日本の先行研究は、これまで見てきたように、「心理主義化」という社会変化や、個人の経済的なインセンティブ、専門職集団の自律性を獲得する動きに注目することで、近年の学校における臨床心理学知識の制度化を説明しようとしてきた。しかし、「心理主義化」や個人のインセンティブでは1980年代半ば以降の急激な制度化を説明することはできないと考えられた[37]。専門職集団の自律性に注目する説明については、大量の人材供給体制の整備がなされていたという意味では、専門職の自律性を獲得するための組織化が重要な要因となっている可能性があることが示唆されたが、自律性獲得という観点からだけで変化が説明し切れるわけではなかった。

では、どうすれば、1980 年代半ば以降の、学校における臨床心理学知識の制度化を説明することができるだろうか。それには異なる角度から考える必要がある。これまでの、日本の社会学における臨床心理士やスクールカウンセラーに関する研究は、社会経済的な要素に偏って説明を行おうとしてきた。丸山（2004）の専門職集団の活動についての分析も主に社会的な側面にのみ注目している。しかし、1980 年代半ば以降に臨床心理学者集団が学校で制度化していった背景にあるのは、その関心の変化であり、専門職の関心について考えるなら、そもそも忘れてはならない要素があるはずである。それが、先にもその重要性を指摘した、知識それ自体である。

〈注〉

(1) 2000年1月6日から省庁再編のため、文部科学省。ただし本稿では、省庁再編以前の資料も用いて論文を作成しているため、特に 2000 年以降の出来事に限定して用いる場合以外、文部省で名称を統一する。

(2) 便宜上、臨床心理学者には、大学等に所属する研究者だけでなく、病院等で実務を行う実践家など、臨床心理学を学ぶものを広く含めることとする。それらの人々の集合を臨床心理学者集団とみなしている。

(3) もちろん、このような一本化した流れしか存在しないわけではない。たとえば、日本臨床心理学会と同じ時期に活動を開始し、類似した活動を行っている学会として日本

相談学会（1967年設立：1987年に改称し現在は、日本カウンセリング学会）がある。また、その他にも多くの研究会や学会が存在する。特に、日本臨床心理学会が機能しなくなった後から1980年代にかけては、多くの専門分化した学会が設立されている。しかし、主流は、改革前の日本臨床心理学会→日本心理臨床学会の流れにある。現在、日本心理臨床学会は、諸学会の中でも圧倒的に大きな勢力となっている。その会員数は、19,042名（2006年12月末）を数え、日本の心理学関係の学会の中でも最大の会員数をほこるまでに至っている。

(4) なお、当然のことながら、本章で見ていく関心は、集団が持つ関心のうち、ある問題に関して切り取った一側面であり、当然、それぞれの集団は各々それ以外の関心も有している。

(5) 審議の内容については、教育刷新審議会第三十四回総会議事速記録（日本近代教育史料研究会 1996）参照。

(6) 学会設立以前の状況については、臨床心理学の学会前史について言及している佐藤・溝口（1997）を参考に、学会設立前の同人的集まりの成立とそれぞれの位置付けについて述べている村上（1968）の見解を加えてまとめている。

(7) 佐藤・溝口（1997）はこの名称が「臨床心理学会」であったとしているが、村上（1968）では「関西臨床心理学会」となっている。

(8) 日本応用心理学会の動向については、学会設立以降の歴史をまとめた日本応用心理学会（1998）を参考にしている。

(9) 文部省は、1962年には既に、以下で述べるような生徒指導構想を打ち出している。青少年非行の増大を受けて、福田（1962）は、「文部省としても、この問題については来年以降において、問題少年の多く出そうな学校には、専任のカウンセラーをおき生徒の指導に当たるものを漸次増加していきたい考えで、予算要求もいたしております」（p. 9）と述べている。

(10) 「生徒指導講座」（全 2 週間程度。各都道府県教育委員会推薦による指導主事・教頭クラスが対象）と「生徒指導主事講座」（全 2 ヶ月程度。研究推進校の生徒指導担当者が対象）。

(11) 井坂（1964）原稿が掲載されている『教育心理』12巻12号の「特集　生徒指導」は、〈文部省が行った生徒指導主事に対する長期研修の講師を中心に執筆を依頼した〉とある（編集後記記載）。

(12) 講習会の科目が心理学よりであることからそれは判断できる。

(13) 学会改革以来こだわってきたこととして、学会改革以降の主張を佐藤（1989）がまとめた。

(14) 当時を振り返っての改革側の山下（1995）の記述（p. 18）。

(15) 改革以降、日本臨床心理学会は病院を主なフィールドとした現場中心の学会へと変貌し、規模を縮小していく。

(16) 座長は間宮武（共立女子大学教授）、メンバーは稲村博（筑波大学助教授）・小此木啓吾（慶応大学助教授）・坂本昇一（千葉大学教授）・千石保（日本青少年研究所長）ほか10名（時事通信社，1985，p. 23.）。メンバーは心理学者・教育学者が中心であったようである。国会でもこのメンバーでは、「心の問題」に還元してしまうのではな

いかと質問が出ている。なお、後に、教育社会学者の鐘ヶ江晴彦（専修大学助教授）・佐藤親司（筑波大学講師）の2人を加えて、科学研究費補助金の特定研究として1985年度・1986年度に『児童生徒のいじめ問題に関する総合研究』を実施することが決定している（時事通信社，1985，p. 23.）。

(17) 1966年の心理技術者資格認定機関設立準備会最終報告の段階では仮称。

(18) 厚生省で資格化の問題を扱う場合、問題となるのが臨床心理士の職務が医師法に抵触する可能性があるということであった。

(19)「資格問題等に関する特別委員会」のメンバーである馬場禮子，大塚義孝，岡部祥平，小川捷之，山本和郎の各委員。

(20) 1996年当時文部省・大臣官房審議官だった富岡賢治は、河合ほか（1996）の鼎談の中で、1985年に専門職カウンセラーの導入が検討されたが、予算措置が不可能であったことなどにより実施できなかったと発言している。なお、富岡は、既に1975年頃の文部省の関係者の間でも、学校にカウンセラーを置く必要があるのではという考えはあったと述べている。しかし、「まずは、全部の教職員にカウンセリング・マインドの質を充実してもらおうというのが第一の柱だった」（p. 4）という。生徒指導主事が法制化された1975年頃の文部省は、まずは教師カウンセラーだったと言える。

(21) この臨床心理士資格は、旧臨床心理学会が考えていた仮称「臨床心理士」と同じく大学院修士課程の卒業を要件とする、ほぼ医師と対等な形での資格を目指したものであった。なお、認定協会が設立したのは1988年3月、認定業務を開始したのは同年9月である。そして、最初の臨床心理士が誕生したのは、その年の末、12月のことであった。

(22) 会頭は、当初1988年9月までに決める予定とされていた（日本心理臨床学会，1988）

(23) 1998年7月30日に行われた木田・河合・大塚の鼎談で、木田は、〈10年前に依頼され、そのとき初めて臨床心理士について聞いた〉と述べている（大塚，1998）。また、別のところでも、なぜ臨床心理士資格認定協会の会頭をすることになったのかと聞かれ、「それは、河合さんに引き込まれただけですよ。」と答えている（政策研究大学院大学，2003，p. 244）。

(24) 木田も、臨床心理士について、「一番「ギャーギャー」言っていたのは厚生省の関係」と述べている（政策研究大学院大学，2003，p. 244）。

(25) 学校心理士についての以下のまとめは、学校心理士ホームページおよび松浦ほか編（2004）参照。

(26) スクールサイコロジストであるとして、カウンセラーと区別している面もある。カウンセラーは病理モデルに従うが、スクールサイコロジストはそうではないという。

(27) 心理臨床学会の1994年9月21日の第60回常任理事会にて、大塚常任理事から、「平成7年度の新規事業として「臨床心理士」の社会的寄与を促進させるため、調査研究委託として立案された「仮称スクールカウンセラー（学校臨床心理士）」制度について紹介があり、種々の議論の結果、各都道府県臨床心理士会の関与に向けて、学会としても資格認定協会とも協力しつつ積極的にかかわっていくとの方向が確認された」とのことである。（日本心理臨床学会，1994，p. 288）

(28) 事業開始時の1995年6月時点では臨床心理士は4,361名おり、当初、人手は十分に

あった。しかし、1998年には6,384人であり、厳しくなってきていた。

(29) たとえば、三重県では、2006年度の賃金（時給）は、有資格者が5,390円、準ずる者が3,430円である。おおむね他自治体でもこの程度のようである。ただし、地方では賃金が高くなる傾向がある。たとえば、青森県（2007年度実績）では、有資格者・時給 7,260 円／準ずる者・時給 3,500 円（青森県教育委員会，http://www.pref.aomori.lg.jp/education/annai/counselor/index.html)、鳥取県では、有資格者・時給7,260円／準ずる者・時給7,000円（新日本海新聞社，2006）となっている。地方で賃金が高くなるのは、ひとえに人材不足によると考えられる。臨床心理士有資格者は、東京・大阪などの都市部に集中している。そのような地域では、スクールカウンセラーのほとんどを臨床心理士が占めているが、先の鳥取県（2005年度）では、スクールカウンセラー42 名のうち臨床心理士有資格者は、50%（21 名）で、「退職教員がほとんど」という状況だという（新日本海新聞社，2005)。

(30) 例えば、不登校問題に関する言説を検討した樋田（1997)、いじめ問題に関する言説を検討した伊藤（1996；1997)、総合的な生徒指導観に関する言説、特に「カウンセリングマインド」について検討した酒井（1997）などの研究が、心理学的なアプローチを推進する言説を検討したものとして挙げられる。森（2000）も、自己啓発書の言説を分析の対象として心理主義化を主張している。

(31) というよりも、言説研究は構築主義的研究のアプローチの1つとみなすことも可能である。中河（1999）は、構築主義的な社会問題研究の方法を、対象の範囲（タイムスパン）を基準に4つに分類している。中河（1999）の記述を参考にまとめた、4つの分類は以下のとおりである。

①社会問題をめぐるトークの研究。具体的な場面での会話や議論を記録し、「人びとが問題を成り立たせたり成り立たせなかったりする方法を細かく分析する」（p. 40)。

②エスノグラフィー的な研究。問題にかかわる特定の制度的場面を、より長い時間をかけて観察することで、「問題」を立ち上がらせるやりとりを分析する。

③「参与観察よりも、インタビューや文書記録の収集、メディアの記事など」（p. 41）を主要なデータ源とし、1つの問題に関する複数のクレイム申し立て集団の活動の展開を追う。

④「社会問題についての『人びとの定義と分類の歴史』の研究」（p. 42)。③よりもさらに大きなタイムスパンをとって、「特定の社会問題のカテゴリーと意味づけがいつごろどのようにして普及し、変化し、あるいは消滅していったか」（p. 42）について考察を行う。手法としては主に言説史のアプローチをとる。何が（問題として）語られ・何が語られなかったのか、そしてそれを背後で支えている規則性は何なのかを言説を追うことで探求するのである。

このうちの④に中河（1999）は言説研究を位置付けていると考えられる。

(32) 森（1999）自身も注釈の中で、「ここでいう心理学的知識は（中略）素人が接触・受容する可能性が高いものを主としてさす」（p. 51）としているのだから、この論の組

み立ては少し乱暴な気がしてしまう。

(33) 1995年に文部省が開始した「スクールカウンセラー活用調査研究委託事業」に対応するために、1994年12月に日本臨床心理士資格認定協会・日本臨床心理士会・日本心理臨床学会が設けた。

(34) 丸山（2004）は、1960年代の専門職化を目指す活動の中核となっていた日本臨床心理学会は、資格認定開始直前には医療系の心理職の利害を代表するものになっており、教育を重視する臨床心理士資格認定委員会と対立していたとしている。そして、医療系心理職は国家資格化を目指し、大学院修士課程修了を学歴要件とするような高度な資格（認定委員会が推進していたもの）は目指していなかったとしている。つまり、丸山（2004）は明言はしていないものの、中核であった臨床心理学会は一応学術団体であったとは言え、実質的には、教育を重視しない職業団体となっていた、だからこそ厚生省で交渉に行き詰っても文部省には接近しなかったということであろう。

しかし、この解釈には2点、疑問が残る。まず、資格認定開始が直前で中止した1969年当時、臨床心理学会の、少なくとも理事会は、資格認定委員会寄りの見解を示していた。1969年の理事会と一部会員との対立を経て、1970年に臨床心理学会が認定委員会に示した「臨床心理士資格認定」の問題点にも、高度な専門性を備えた資格化を求める姿勢が現れている。1970年6月5日、臨床心理学会は、当時の「臨床心理士資格認定」における問題点を提示した。問題点には、①臨床心理士資格の内容がはっきりしない（包括的すぎる）ことがまずあげられている。個々の領域ごとの専門性に基づいた明確な規定がなければ、将来混乱が予想されるし、これを回避して合意を得ようとすれば、「専門性を抜きにし、資格の水準を下げ、結局心理学関係学科出身者の権益擁護といった性格のものでしかなくなるだろう」（渡部，1988，p. 48）としている。そして、①とも関連するが、②個々の領域で果たすべき役割がはっきりしないことも挙げられている（渡部，1988，pp. 48-49）。さらに、③教育課程が不十分であること、④研修・訓練体制についての検討も不十分であることが挙げられている（渡部，1988，p. 49）。その上で、「以上のべてきたさまざまの問題点が整備されない以上、実質上、身分・地位向上などの役に立つ基盤がない」として、資格が何の役に立つのか、という改革後の臨床心理学会の問題提議につながっている。確かにこれは、医療分野に限定した資格を目指す動きの表れと読めるかもしれないが、それは〈低い学歴要件でも良いので国家資格化を〉という動きではない。気をつけねばならないのは、学会で合意されたのはこれらの点であり、学会は具体的に、医療領域に限定した低い学歴要件での国家資格化を目指していたわけではない。

また、医療心理職自体も、高度な専門性は、何らかの形で達成されることを期待していたといえる。実際、医療心理職にも高い学歴要件を支持する人々は存在した。たとえば、病院の代表者を含む資格認定に関する臨床心理学会の特別委員会（病院の代表も含む各職域の代表者から成る）の議論でも、学歴等の資格要件について「最終報告書の申請内容よりもさらに低い基準にすべきだとの意見は皆無」であり、特に病院領域は、専門医に相当する高度な水準のものを期待する傾向が強かった（日本臨床心理学会，1969）。他の領域からは、“高い水準にしたいというのは病院臨床の中での意見であり、他の領域では事情が異なる”と比較的低い水準を望む意見が出されたりも

している。「低い資格を作ると、資格がない現状より、さらに status は悪くなる」(p. 124) との危惧も出されている。一方で、おそらく「現場」といってよい一私立病院勤務の心理職は、臨床心理士が修士を資格要件とすることに反対している (根津, 1969, p. 30)。大学院に行きたくても経済的な理由により行けない者が資格をとれないことを問題にしている。しかし、根津 (1969) も、大学教育のみで良いとは考えていない。学部卒でも勉強ができるような組織づくりを提案している。つまり、学部卒では不十分というのは皆が感じていることであり、それ以降の教育を大学院で行うか、職場に入ってから並行して行う教育で補うか、という違いがあっただけと言えるだろう。

ただ、いずれにせよ、高度な専門性の獲得と国家資格化が全く別の問題だと気づかれるようになってきたのが、資格そのものの否定に通じる重要な趨勢であった。丸山 (2004) は、高度な専門化か国家資格化かの二者択一の中で、高度な専門化を選んだ認定委員会を医療心理職が拒否したという説明図式をとっている。しかし、当時、国家資格化は可能性の薄いものであり、高度な専門化か (低い学歴要件による) 国家資格化か、というような二者択一ができるほどの状況は存在しない。現場の医療心理職は、失望しただけである。医療系の心理専門職は、常勤か非常勤かという意味での「身分の安定」だけを求めていたわけではない。確かに、雇用が安定することは重要であったが、実際の仕事として、「単なるテスト屋」から脱し、勉強や研究を行う時間が欲しい、という希望は強くあった。それが、彼らにとっての「身分の安定」である。そのためには、高度な専門性の獲得は重要であった。大学卒でも救済措置が講じられることになっていたし、学歴要件の点ではそれほど不満はなかったと考えられる。不満は、臨床心理士資格認定制度が始まっても、何も現状が変わらない、という資格の実効性のなさにあったと考える方が妥当であろう。

このような事実からすると、専門職化戦略を主導したのが学術団体であるがゆえに、専門性の高度化を目指し文部省に接近したという丸山 (2004) の解釈は成立しない。1960 年代には、学術団体が主導し教育に関心を持っていても、文部省には接近しなかったのである。

(35) たとえば東京臨床心理士会の資料によると、1996 年の会員のうち、教育相談・学生相談・教育研究など文部領域で働く者の割合は、全体 (609 人) の 43.2% (263 人) にのぼる。1996 年はスクールカウンセラー派遣事業の最初期の段階であるので、そのうちの一部はスクールカウンセラーであると思われるが、その人数は東京都で 22 名であり (鵜養, 1998)、それをひいたとしても、およそ 40%程度は文部領域で既に働いていたと考えられる。

(36) ただし、すべての県で教育領域で働いていた臨床心理士が派遣されたわけではない。たとえば福岡県では、1995～1997 年度に掛けて、「病院勤務の臨床心理士、開業臨床心理士、大学教員、大学研究生 (オーバードクター) がそれぞれ志願して派遣」(p. 76) されている (林, 1998)。ここで重要なのは、人材供給の点で文部省から完全に自律していたわけではないということである。

(37) 個人のインセンティブについては、別種のインセンティブが影響している可能性はあるかもしれない。たとえば、学校での実践が知的な意味で魅力的に感じられるような変化が起こっているかもしれない。

## 2. 〈知識の制度化〉過程における知識の役割

1章では、今後考察していく問いを「なぜ特に1980年代半ば以降の学校で、臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入が進んだのか」「それは学校にどのような影響を及ぼすのか」の2つとした。その上で、日本の先行研究でそれらがどのように説明されているかをまとめ、これまで行われてきたように社会経済的な要因に注目するだけでは上記の問いにはうまく答えられないこと、答えるためには知識そのものにも注目する必要があることを指摘した。

では、どのような観点から、〈1980年代半ば以降の学校における臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入〉という現象を捉えればよいのだろうか。2章では、まず、「なぜ特に1980年代半ば以降の学校で、臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入が進んだのか」という問いに答えていくために、〈知識の制度化〉および、〈知識の制度化〉に対して知識そのものがどのような役割を果たしてきたかということに関して、どのような議論がなされてきたかを整理する。その上で、本論の3章以降の分析視点を示したい。

### 2-1. 科学社会学における〈科学の制度化〉の議論

知識はどのように社会の中で制度化されるのだろうか。社会学者の Abbott (1988) は、専門的な技術や知識 (expertise) は、近代社会においては、専門職という状態 (professionalism)・モノ (commodities)・組織 (organizations) などの形で制度化されうるとしている。近現代社会において支配的な知識は科学であり、私たちの身の回りには科学的な知識がモノとして具現化した機器があふれている。それゆえ、〈知識の制度化〉の問題は、主に科学社会学において、〈科学の制度化〉の問題として考察されてきた。

どのように科学は社会の中で制度化されているのだろうか。科学社会学における〈科学の制度化〉の捉え方は、1970 年代に科学知識も社会学的な分析の対象とする議論 (科学知識の社会学 (Sociology of Scientific Knowledge: SSK)) が登場したことを境に、変化している。科学社会学ではもともと、〈科学の制度化〉を、科学者集団の構造化の問題として捉えられてきた。しかし、1970 年代以降、社会と科学の関連がより強く意識されるようになってからは、〈科学の制度化〉を、(科学) 知識そのものの構造化の問題として捉え、科学者集団の構造化はその背景の 1 つと考える議論が現れるようになっている。その代表的なものがアクターネットワーク理論 (Actor Network Theory) である。アクターネットワーク理論は、科学的知識 (概念的内容) や技術が何らかの実体として成立し続けるために必要なリソースが持続的・安定的に供給され続けるような状態になることを「制度化」と呼び、注目した。本論における〈知識の制度化〉は、このアクターネットワーク理論の定義に基づくものである。

では、まず、科学社会学とはどのような広がりを持つ学問であるかを簡単に示した上で、それが〈科学の制度化〉についてどのように議論してきたかを詳しく見ていく。その後、本論で認識の基盤とするアクターネットワーク理論がどのような議論であるかを紹介し ([2-1-2])、それが〈科学 (知識) の制度化〉をどのように捉える視点を提示しているかを説明する ([2-1-3])。

科学社会学はどのような広がりを持つ学問で、そこでは、〈科学の制度化〉はどのように

議論されてきたのだろうか。松本（1998）は、既存の科学社会学・技術社会学の研究を次の3つに分類し、整理している。3つとは、科学者集団内部での科学者の行動とネットワークの様態を明らかにしようとする「内部構造論」、科学者集団・技術者集団が科学制度・技術制度にどのような過程を通して移行するかを明らかにしようとする「制度化論」、科学制度・技術制度が他の社会制度との関連を明らかにしようとする「相互作用論」である。「内部構造論」は、R. K. Merton およびその流れをくむ一派（マートン派）による科学者集団の規範構造の分析に、「制度化論」は、科学史的研究に、「相互作用論」は、T. Kuhn の『科学革命の構造』以降台頭してきた非マートン派の研究にあたる。

「内部構造論」と分類されている研究は、日本では主に、教育社会学の高等教育の研究者によって行われてきた（新堀編（1981），新堀編（1984）など）。それらは、R. K. Merton（1949, 再版 1957）が、近代科学のエートスとした、普遍主義（universalism）・公有性（communism）・没私利性（disinterestedness）・系統的懐疑（organized skepticism）の4つが、どの程度科学者集団の中で働いているかを明らかにするために、引用の研究や学界内での報酬の体系の研究、学界内でのコミュニケーションネットワークの研究などを行ってきた。そこでは、近代科学のエートスによって提示される状態に学界(科学者集団）があるなら、科学知識は中立であり、学問的な生産性もあがると仮定されている。

松本（1998）は、内部構造論は科学者集団が自律的な科学組織であることを前提としており、社会との科学組織の相互関連については考えないとし、その点を問題視している。ただ、教育社会学で展開されてきた上記の議論では、制度内部だけでなく、制度外部からの社会的影響についても考察する必要があるとしている（新堀編, 1984)。加えて科学が社会に与える影響についても言及してはいる。しかし、その最終的な関心は、学問的な生産性の高低が何によって規定されるのかにあり、科学が社会に与える影響については、その限りでしか議論されない。ある学問領域の科学的知識が有用と社会にみなされると（社会に貢献すると)、それにより当該学問に人・物・金が集まるようになり、さらに科学的な生産性が上がるようになるはずであると、社会的な有用性の指標として調査報告書の出版点数などを取り上げるだけであり、社会の中で科学的知識が実際にどのように位置づけられているかを明らかにすることに関心を持ってはいない。その意味では、確かに科学者集団内部の出来事に関心を集中させていると言えるだろう。分析の主題は、既に制度化された科学者集団の発達であり、社会における〈科学の制度化〉ではない。

〈科学の制度化〉については、1970 年代以前の科学社会学では主に、制度化論の中で議論されてきた。松本（1998）は、〈科学の制度化〉とは、科学者集団が科学者の行動をコントロールする規範と報酬を備えるようになることを指し[1]、その過程は、近代科学化と専門職業化という2段階に分けて捉えることができるとした（pp. 100-124)。近代科学化とは、17～18 世紀の、科学が制度として正当性を獲得し、他の社会制度の中に位置づけられていく過程（科学者集団が科学制度へと移行すること）を、専門職業化とは、19 世紀以降の、科学制度がさらに組織として発達し、自律性を備えていくことを指す。松本（1998）は、そのような科学者集団が近代科学化・専門職業化していく 17 世紀～20 世紀初頭の経緯を明らかにする歴史的研究を、「制度化論」として整理した。例えば、R. K. Merton が博士論文（"Science, Technology and Society in seventeenth century England"）で行ったプロテスタントの倫理が近代科学の生成に寄与したとする議論は、近代科学化についての研究

であるし、J. Ben-David（1971）の科学の中心地の移行を追うことで、科学がいかにして発達し、現在のような構造を持つようになったのかを明らかにしようとする議論は、近代科学化・専門職業化の双方についての研究であるとする。日本の教育社会学の高等教育研究に見られる、大学の発達についての研究は、専門職業化の研究の一部と考えることができるだろう。

これら制度化論で注目されているような科学者集団の制度化過程に影響を与える社会的要因は、臨床心理学の知識が専門職として制度化していくことを考える際にも、もちろん無視はできない。1章で見たとおり、臨床心理士がスクールカウンセラーとして制度的に位置づけられていく上で、大学院指定制の開始や学部設置基準の緩和措置などによる、臨床心理士資格受験可能者の急増は欠かせなかった。しかし、本論で特に問題にしたいのは、そもそもなぜ、そのような措置が行われるようになったのか、という点である。それには、臨床心理学者の関心がなぜ学校での実践へと変化したのかを、知識そのものを分析の対象として、見ていく必要がある。その際参考となるのが、松本（1998）では相互作用論と分類されている、T. Kuhn の『科学革命の構造』以降、科学社会学において展開した、科学と社会の相互作用に注目する一連の議論である。

従来、科学社会学は、内部構造論も制度化論も、科学知識の内容自体の分析には踏み込んでこなかった。しかし、T. Kuhn の『科学革命の構造』(Kuhn, 1962) によりパラダイム間の共約不可能性が指摘されて以降、科学社会学の中に、科学知識の内容自体を社会学的な分析の対象とする動きが見られるようになった。1970 年代以降見られるようになったそのような動きは、一般には科学知識の社会学（Sociology of Scientific Knowledge）と呼ばれている。Bloor（1976）は 1976 年に「ストロングプログラム」と呼ばれる研究指針を提唱し、特に、対称性の原理の徹底を主張した。Bloor（1976）は、一般に、正しい理論は自然がそうであるからと説明され、間違った理論だけが社会的原因によって説明されるが、そうではなく、正しい理論も間違った理論も、ともに対称的に説明されるべきだとした。つまり、正しい理論にもそれが正しいと認識されるに至る何か社会的原因があると考え、研究を行うべきだとしたのである。このような考え方を端緒に、以降、科学知識や技術についての社会構成主義[(2)]的な研究が行われるようになった。社会構成主義的な研究は特に 1980 年代に盛んに行われたが、その中に極端な社会決定論や科学の相対主義的な理解が見られたため、自然科学者の反発を買い、1990 年代半ばにいわゆるサイエンスウォーズとして激しい論争を招き、その後急速に下火となった。しかし、科学知識の社会学は、科学社会学に何も残さなかったというわけではもちろんない。ある科学的事実や技術が成立する上での社会の役割を分析する方法や、実際に自然科学者がどのように研究しているに注目する視点など、科学知識の社会学が残した遺産は多い[(3)]。

以下、本論で依拠する M. Callon や B. Latour らのアクターネットワーク理論（アクターネットワーク理論）も、その遺産の 1 つと言えるかもしれない。実際のところ、アクターネットワーク理論は、社会構成主義とは立場が異なるのであるが、その 1 つとみなされることが多い。アクターネットワーク理論の教科書的存在である『科学が作られているとき』(Latour, 1987) も、典型的な社会構成主義的研究とみなされ、サイエンスウォーズの際に批判を受けた。しかし、実際には、アクターネットワーク理論は単純な社会構成主義とは立場が異なる。アクターネットワーク理論は、科学知識が社会的要因によってのみ構

成されるとは考えていない。むしろアクターネットワーク理論は、対称性の原理をより徹底させたものである。アクターネットワーク理論は、正しいとされる科学知識も間違ったとされる科学知識も、自然も社会も、すべて対称に扱おうとする。科学知識を実在物としての自然によってのみ説明することを社会構成主義が拒否したように、科学知識を実在物としての社会によってのみ説明することも拒否している。自然と社会という抽象化された対立概念の中で観念的に考えるのではなく、フィールドで実際に科学者の活動の後を追うことで、具体物の関連の中で科学知識がいかにして制度化して安定的な実体となるかについて考えようとしたのである。

本論では、このようなアクターネットワーク理論の立場に従い、臨床心理学の〈知識の制度化〉を、臨床心理学者の社会的な行動の側面に限定して考察するのではなく、彼らが知識をどのように制作していくのかにまで踏み込んで考察したい。

次に、このアクターネットワーク理論をもう少し詳しく紹介しよう。

## 2-2. 〈知識の制度化〉とアクターネットワーク理論

### 2-2-1. ネットワークの結果としての科学的事実

アクターネットワーク理論のアプローチはつぎの3段階の仮定に基づいている。それは、①諸アクターはもともと混沌とした闘争状態にあるということ。そして、②ある問題関心や戦略という平面でその混沌状態を切ったとき、ある形態をもったアクターがその存在を一時的に決定するということ。③アクターの存在が確たるものになって初めて、アクターは境界を持ち、その特性を決定するということ、である。(Law, 1986, p. 15; Latour, 1987; Callon, 1980)

つまり、アクターとは、ある関心の平面において、一時的に形態を決定される行為主体であり、アクターには、一般的な用法とは異なり、人間も人間以外のものも、個人も集団も、ありとあらゆるものが含まれうる。例えば、アクターネットワーク理論の事例研究においては、「帆立貝」のような自然物でさえ、固有の関心を持つアクターとされる (Callon, 1986)。このような人間以外のアクターの振る舞いは、アクター同士の結びつきの様相を決定する上で非常に重要な役割を果たしうる。この点に注目することが、社会構成主義的な研究とは大きく異なる点の1つである。

このようなアクターは、一定の関心のもと、結びついたり離れたりして、特定のネットワークを形成する。そして、このネットワークがまた1つの新しいアクターとして振舞うようになることもある。当初のアクターが、より下位のアクターに細分化してしまうこともある。アクターネットワーク理論の目的は、このような考えのもと、科学的事実を1つのアクターと考え、そのアクターがどのような諸アクターの結びつきから成っているのかを、記述的に明らかにすることにある。

> 科学者の後を追うわれわれにとっての問題は、これらの結び付きのいずれかが「社会的」であり、いずれかが「科学的」であるのかを「決定する」ことではない。われわれにとっての問題は、われわれが後を追う者たちにとってと同様に、ただこれだけで

ある。「これらの結び付きの、いずれが保持され、いずれがほどけてしまうのか？」(Latour, 1987, 訳書 p. 304)

科学的事実がどのようなものであり、どのようにして成立しているのか。それらについて、アクターネットワーク理論の主唱者の1人であるLatourは、サイエンスウォーズを挟んで後年、より詳しい検討を慎重に行っている(Latour, 1999)。

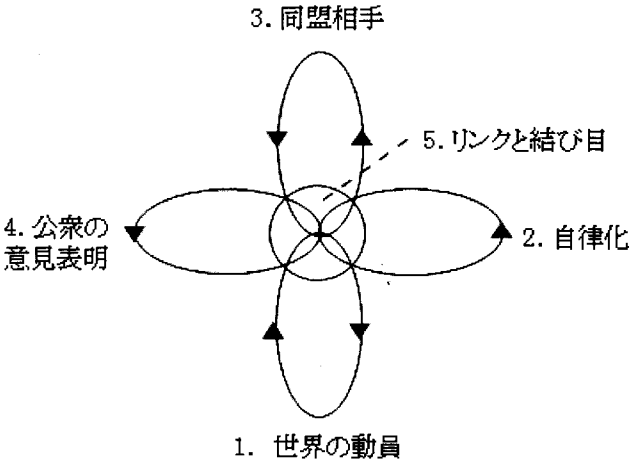
Latour (1999) によれば、科学的事実とは、循環する指示 (Circulating Reference) である。指示(reference)とは、「一連の変換を通じて定常ななにものか(something constant)を維持する方法」(訳書 p. 74) である。指示は、変換前の事物と変換後の事物に同一の意味を保ち続ける。ただし、変換前の事物と変換後の事物には、表面上類似性がなく、一般に変換後の事物はより永続的に、より移送しやすくなる[4]。たとえば、土壌学者は、ある特定の土地の土壌の状態をreferenceするために、マンセル・コード[5]と土壌サンプルを照合し、土壌の状態を「10YR3/2」といった文字で読むことを可能にする(訳書 pp. 75-78)。そしてその文字はまた、他のデータと結合して、論文の中において reference される。科学においては、この reference の連続がたどれる(最後の状態から最初の状態に復帰しうる)ことが重要なのである(訳書 p. 82)。

科学哲学では、言語(形式)と世界(物質)がどう対応するか、という問題について議論がなされてきた。これらの議論の多くは、言語と世界の間に断絶を想定しているとLatour (1999) はしており、このような考えを彼は跳躍進化論者的な考え(The saltationist's conception)としている。しかし、実際には、科学は世界の精密な模写を行っているわけではない(訳書 p. 99)。科学における言語は、世界との表面的な類似性を喪失しながらも、一連の変換を通していつでも世界に戻ることが可能なのである。Latour (1999) は、言語と世界が分断されて存在するという考えを否定し、連続した指示によって、両者は媒介されており、そして、真理値はその連鎖の中を循環していると考えた。この考えを、ラトゥールは、「双方向移動モデル(The deambulatory conception)」と呼んでいる。このように指示がよどみなく連鎖していく中を定常ななにものかが循環している状態、これをLatour (1999) は科学的事実ととらえているのである。

そして、このような一連の指示の流れを保証するために必要なのが、次の5つの活動である。「道具を作ること、同僚を集めること、同盟相手を集めること、公衆の支持を集めること、そして最後に、「概念内容」という言葉につきまとう歴史的負荷を免れるためにリンクまたは結び目と私が呼ぶものを作ることである。これら5つの活動はどれも同じくらい重要なものであり、その各々の働きはそれ自体だけではなく他の活動にもフィードバックする」(訳書 p. 125)。これを整理して示すと次のようになる。

「科学的事実の循環を理解するために科学論が考慮しなければならない 5 種類のループ」(訳書 p. 126)

1 世界の動員 (道具) Mobilization of the world (instrument)
2 自律化 (同僚) Autonomization (colleagues)
3 同盟関係 (同盟相手) Alliances (allies)
4 公衆の意見表明 Public representation
5 リンクと結び目 Links and knots ※概念的内容




(Latour, 1999, 訳書 p. 125 より作成)

**図 2-1 科学的事実の循環系**

「世界の動員 (道具)」とは、世界を不変で結合可能な持ち運びしやすい可動物 (次節で述べるインスクリプション) に変換する過程を指す。科学者は世界を、たとえば先に述べたマンセル・コードのような「道具」を用いて、二次元のテキストに落としこめる形に変換する。この過程がなければ、指示は循環できない。「自律化 (同僚)」とは、納得させるべき他者を存在させる過程である。誰かを納得させるためにはデータだけでなく、納得させる対象が必要である。データの信頼を高めるには、それを批判したり、利用したりできる能力を持った同僚がいなければならず、何らかの同等の能力を持ったグループが自律化される過程がない限り、誰も専門家になることはできない。従来の科学社会学における主要なテーマであった科学者集団の制度化における社会的な要因は、この「自律化」の過程について考慮する中で言及されうる。この意味で、アクターネットワーク理論の科学的知識 (「事実」) の制度化についての研究は、制度化論を含みうるものであると言える。「同盟関係 (同盟相手)」とは、世界の動員や自律化を進めていくためには必要不可欠なものである。科学の仕事を進め、より強くしていくためには、資金力があり有能な大きなグループ

を動員しなければならない。そのような人々に関心を抱かせる作業がこの過程である。そして、「たとえ道具が配備され、同等の能力を持った研究仲間が訓練され、設備の整った制度がこの素晴らしい同僚達とコレクションのために用意され、政府、産業界、軍隊、社会保制度、教育機関が科学に幅広い支援を与えていたとしても、やらなくてはならない仕事はまだある」(Latour, 1999, 訳書 p. 131)。結果生じた新しい客体(たとえば「原子、化石、爆弾、レーダー、統計、定理」(訳書 p. 131)など)を、人々の中に位置づけるための作業である。新しい客体は人々の生活を大きく変化させる。全ての人々の意見を変え、その上で全ての人々に受け入れてもらえるようにする過程が必要である。それが「公衆の意見表明」である。なお、ここまでの他の 3 つの過程は、この過程に大きく依存してもいる。たとえば、研究者が研究対象を選択する上での影響は大きい。他の 3 つの過程が一方向的に「公衆の意見表明」に影響するというわけではなく、両者は双方向的に影響しあっている。ある科学的事実というアクターを実体として成立させるために、そのアクターはこれら 4 種類のループに存在する数多くのアクターと結びつく。それぞれの過程で、できるだけ多くのアクターと結びつくことが科学的事実を強くする。「リンクと結び目」と称された概念的内容は、それらの結びつきがほどけないようにするためのものである。多数の異質なリソースを一つに結び合わせているがために、それは堅く強くなる。

この 5 種類のループには、いわゆる社会的な要素も含まれており、Latour (1999) が、科学と社会(特に政治)を分断して理解しようとすることを否定しているのは明らかである。しかし、これは単なる社会的構築主義の立場とは異なる。社会的構築主義も、科学を社会という要素からのみ考えようとしているという意味で、分断して理解しようとすることと変わらないからである。

> 確かに科学論は、社会の他の部分から切り離された科学という考え方を拒否するが、この拒否は、実在の「社会的構築」という対極的な立場や、「単なる」社会的な要因から「純粋」に科学的な要因を選り分けるというような中間的な立場に与することを意味しない。(訳書 p. 106)

ただし、それは、「科学と社会の間には「何らかの結び付き」があるのだとア・プリオリに主張するものではない」(訳書 p. 109)。「この結び付きが存在するかどうかは、それを確立するためにアクターたちが行ったことや行わなかったことに依存している」(訳書 p. 109)。アクターネットワーク理論は、「単に、この結び付きが存在するときに、それを究明するための方法を提供しているに過ぎない」(訳書 p. 109)のである。

### 2-2-2. インスクリプション理論

このように科学的事実を形作る結びつきを追っていこうとしたとき、重要となるのが、指示の循環の片方の端(形式)に表れてくるインスクリプションである。

科学的事実の本質を指示の循環とする Latour の考え方は、彼自身の初期のインスクリプションに関する議論に通じている。

「科学のテクストは、他のあらゆる形式の叙述とは異なっている。それは、散文以外の形式—図、ダイアグラム、方程式、地図、概略図—でテクストの中に存在している指示対象について語っているのである。内的指示対象（internal referent）を動員することにより、科学のテクストは自らの内部にそれ自身の証拠を有している。」(Latour, 1999, 訳書 p. 72)

インスクリプションとは、科学のテクストの中に存在しているあらゆる種類の視覚的表示を指す（Latour, 1987, 訳書 p. 115)。最終的な論文の中で根拠として用いられることになる指示対象である。インスクリプションの本質は、移動を可能にすること（mobilization）にある（Latour, 1990)。実験室や自然界、人間社会に存在していた何物かは、たとえば、土壌の色がマンセル・コードによって変換された先の例のように、紙の上の二次元のインスクリプションに変化することで、資本化される。二次元のインスクリプションの利点として、Latour（1990）は、次の9つをあげている。

1. 動くことができること
2. 動いたときに、変形しないこと
3. フラットであること（隠されたものがない）
4. 尺度を変形することができること
5. 別の時、別の場所でも、簡単に再生産できること
6. 他のインスクリプションとくっつけることができること
7. イメージ同士を重ね合わせることができること
8. テクストの一部とすることができること
9. 紙の中に幾何学的に溶け込むことができること

このようなインスクリプションをさまざまな道具によって生み出し、それを用いて計算を重ねることが、科学という営みの本質であると考えられる。Latour（1987）は、科学は「計算の中心」を作るとしている[6]。「計算の中心」とは、遠く離れている多数の場所を支配している中心となる空間のことを指している。「計算の中心」を成立させるためには、つぎの3つの条件を満たす手段を発明する必要がある（Latour, 1987, p. 378)。

(1) 可動性：持ち帰ることができるよう「動かせる」ものにする
(2) 安定性：変形、破壊、普及されることなく動かして持っていったり持ってきたりできるよう「安定した」ものにする
(3) 結合可能性：どんな材質からできたものであれ、蓄積され、まとめられ、カードのように並べ変えられるような「結合可能な」ものにする

つまり、計算の中心を作るためには、このような特徴を満たすインスクリプションを生み出す、何らかの道具を発明せねばならない。Latour（1987）は、地理学の例をあげて説明している。たとえば、航海用時計・四分儀・六分儀・記入欄が予め印刷してある航海日誌・それまでに作られた地図など様々なものを道具として動員することで初めて、緯度と

経度を測定して起こったことを海図上に記録することが可能になり、遠方の土地の形が計算の中心であるヨーロッパへと集まることとなる。そして、このように道具により不変で結合可能な可動物（インスクリプション）が得られることにより、遠く離れた土地を中心が支配することが可能となる。中心にとどまり、何も直接には見なかった人々は、どの現地人より、どの船長より、もっとも強くなっていき、多くの場所になじむようになるのである。

道具を用いて世界に存在する大量の要素をインスクリプションに変換することで、計算の中心にそれを運び込み、計算を重ね、要素同士を結びつけていく。その要素自体の数と要素の移動距離が極端に大きいことこそが、科学の特徴であるとインスクリプション理論（ひいてはアクターネットワーク理論）は考える。額賀（2002）のまとめによれば、インスクリプション理論は、他の視覚表象論と比べて、特に視覚データの二次的利用に焦点をおいている特徴を持つ。実験室で生まれた視覚データという表象が、無変形のまま、より大きなネットワークの中を移動し、発表や出版という形で縮約されていく、その過程にこそ、科学の構造と、その力を生み出す仕組みがあると考える。そのため「インスクリプション理論は、実験室の分析だけでなく、その流通する過程の研究を通して、公共における科学の信憑性や説明力の分析まで可能にする」（額賀，2002，p. 103）。

このインスクリプション理論は、先のアクターネットワーク論における科学的事実を保証するために必要な 5 つのループの一部（「世界の動員」）である。インスクリプションは指示の連鎖の一部を形成し、科学的事実の重要な要素の 1 つとなるが、科学的事実を成立させているのは、インスクリプションだけではない。Latour（1990）も、それは必要条件であるが十分条件ではないとしている。インスクリプションの側面だけでなく、社会的に論争されている側面についても両方見る必要があるとしている。それは先の 5 つのループ全てをたどることにより達成されると考えられる。

### 2-2-3. アクターネットワーク理論における〈制度〉

ここまでアクターネットワーク理論の考え方について詳しく見てきた。では、アクターネットワーク理論にとって制度とは何なのだろうか。アクターネットワーク理論においては、制度とは「アクターが持続的かつ継続的な実体を維持するために必要とするすべての媒介項を提供する」（Latour, 1999, 訳書　p. 400）ものであるとされている。媒介項とは、「インプットとアウトプットでは厳密に定義できない事象ないしアクター」（訳書　p. 402）を指す。つまり、知識の制度化とは、知識（科学的事実）というアクターが持続的かつ継続的な実体を維持するために必要とするアクターが提供され続けるようになることだと考えられる。具体的には、Abbott（1988）が言うように、専門職やモノや組織といった形でそれは実現されると言えるだろう。

この制度化の定義は、一見奇抜に見えるかもしれない。しかし、実際には、用語が独特なだけで、内容的にはそれほど特殊ではない。たとえば、盛山（1995）は以下のように「人々やその行動やさまざまなモノの意味的に関連づけられた秩序」として「制度」を定義しているが、これはアクターネットワークで言う「制度」が、諸アクター間の結びつきを維持し続けるものであると考えるならば、内容的に似通った定義であると考えられる。

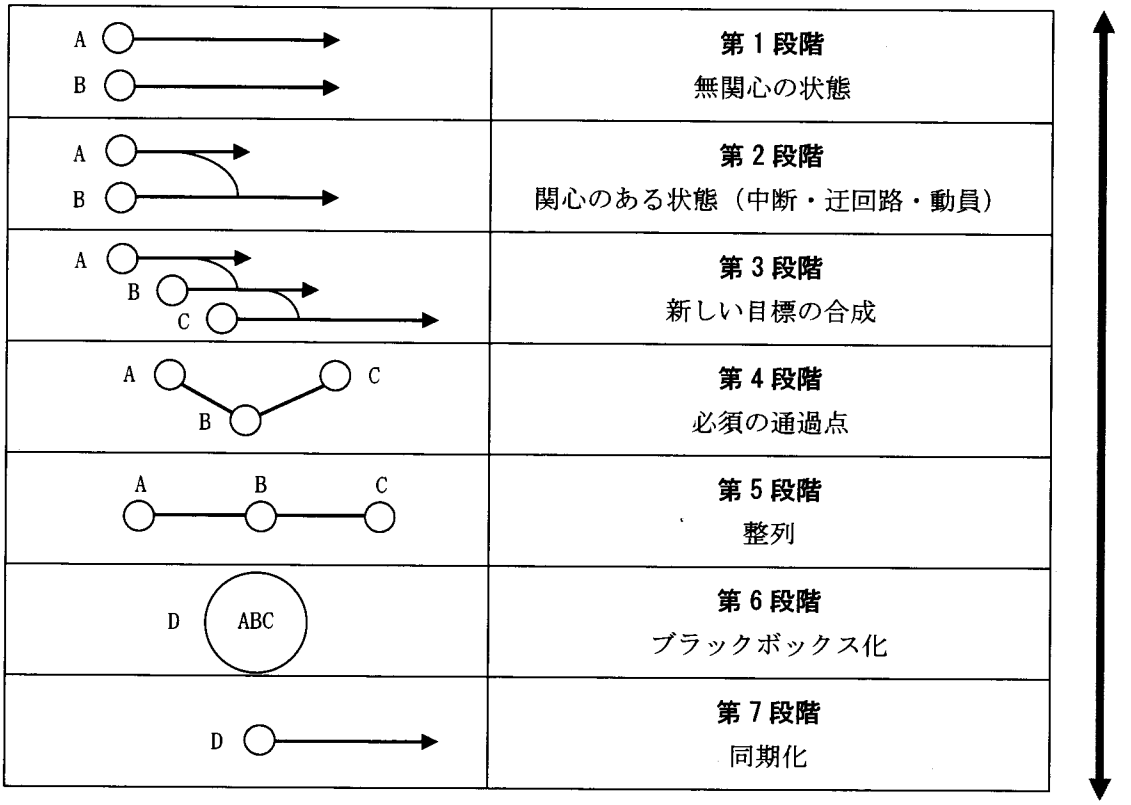
盛山（1995）は、制度（institution）は、社会学において一般的に「確立された行動様式」といった形で定義されるが（p. 4）、実際には、「理念的」な存在であり、「人々の行動や行為によって構成されているのではなく、人々やその行動やさまざまなモノの意味的に関連づけられた秩序として存在している」（p. 5）とした。制度とは、個々人が、具体的な個々人を超えて、等しく人々を拘束する何らかの集合的実在が存在すると想定していることによって、一次理論（「行為者自身が自らをとりまく世界について抱いている了解の内容」（p. 179））のレベルで実在している現象である（pp. 262-263）。これは、二次理論（社会的世界は一次理論によって構成されているが、その仕組みを、仮に想定される「どの社会的世界にも内属しないような超越的な視点」（p. 194）から探求しようとする理論）のレベルで制度が実在していると考えることとは異なる。制度はあくまで一次理論に基礎をおいている現象であり、人々が何らかの制度的な集合的実在をその個々の主観の中で仮定しなくなれば、仮定されなくなった制度はいずれ存在しなくなる（pp. 265-266）。制度は、基本的には、人々の思念の中においてのみ存在する意味および意味づけの体系なのである（p. 221）。しかし、意味だけが社会的世界としての制度を構成するわけではなく、現実には、制度は「意味」「行為」「モノ」という3つの体系から成っている（pp. 221-222）。制度は、制度的な意味を担う行為によって経験的な存在となり、制度を担う諸行為を媒介するモノによって時間的・空間的広がりを確保する（p. 226-236）。

また、盛山（1995）は、制度には「制度体」「ルール」「様式（モード）」という3つの基本型が存在するとしている（p. 243）。制度体とは、「諸個人ないし／および諸行為からなるある社会的空間をある共通の制度的秩序が支配している部分とそれ以外の部分とに区切るものとして自らを提示している」（p. 244）ものを指す。「組織」と「共同社会」とに分けられ、組織とは「(1) 制度体としての「共同決定」をなすルールとその決定を遂行するルールを具備しており、(2) 成員と非成員とのかなり明確な区別と成員補充手続きをもち、(3) そのようなルールと成員から構成された超個人的で本来的に永続的な一個の「行為主体」として概念化されている」（p. 244）ものであり、共同社会はそうした特性を必ずしも有しないものを指す。ルールは、意味の間の関連構造を定め、意味と行為・モノを関連付けるものである。規範的規則や手続き的規則などが存在する。様式（モード）は、制度化の度合いが弱い制度である。制度体のように制度的秩序が支配する部分とそれ以外というはっきりした境界を持つわけでも、明示化したルールを持つわけでもないが、「公共的な意味をもって人々の諸行為を拘束し、ある秩序を一定程度現実化するような制度」（p. 245）を指す。たとえば、差別、階級・階層、地位、流行などが具体例としてあげられている。

盛山（1995）は制度の基本型としてモノは考慮に入れていないが、モノを人と同様にアクターとして考えるなら、制度体の条件はモノにも当てはまる。このモノと人を区別しない点は、アクターネットワーク理論の独特な点であると言えるだろう。

また、アクターネットワーク理論は、科学的事実とモノ（技術的人工物）も区別しない（Latour, 1987, 訳書 pp. 227-228）。共に、複数のアクターが結びついた結果「1つ」として存在できるようになったアクターであり、通常その中身が問われることはない「ブラックボックス」である（Latour, 1987）。Latour（1999）は、モノ（技術的人工物）について、アクターが互いに連結していく過程を図 2-2 のように示している。アクターネットワーク理論では、このようにあるアクターが連結していく過程を「翻訳（translation）」と

呼ぶ。Latour（1999）ではこの図 2-2 についてほとんど説明がされていないので、帆立貝の養殖の事例をもとに「翻訳」を 4 段階にわけて詳述した Callon（1986）を参照しながら、図 2-2 の意味を説明しよう。




（Latour, 1999, 訳書 p. 236 より作成）

**図 2-2 アクターが人工物にブラックスボックス化する過程**

Callon（1986）は、フランスにあるセント・ブリュック湾での帆立貝の減少に対して、ある 3 人の海洋生物学者が、どのように帆立貝の数を維持するための戦略を進めたかを描いている。3 人の研究者は、幼生の帆立貝を湾内に定着させ、養殖を行うことを考えたが、当時は〈帆立貝の養殖〉はまだ当然のことではなかった。しかし、10 年後には、それは当然のことと考えられるようになっていた。それは一体どうしてか。Callon（1986）は、この過程の一部を〈翻訳〉の過程としてたどることで、知識の生産と関係のネットワークの構成が同時に行われることを示そうとした。Callon（1986）は、上述の 3 人の研究者による試み、つまり、研究員が行った状況の定義を他のアクターに押し付ける試みにそって、つぎの翻訳の 4 つの段階を見ていった。その呼び名は Latour（1999）の「ブラックボックス化」とは異なるが、考えられている過程はおおむね同じである。

①問題化（problematization）

まず、3 人の研究者は、自分の関心に従って問題を作り、そこに他のアクターを投入する。この場合、「帆立貝が湾に定着するかどうか」（養殖を行ううえで重要事項）という関心に、他のアクターを投入する。投入されるアクターは、〈帆立貝〉〈漁師〉〈科学者仲間〉の 3 つである。この段階では、それぞれのアクターはそれぞれ独立した関心を持っているだけであり、図 2-2 の第 1 段階の相互に無関心な状態にある。

②関心づけ（interessment）

投入されたアクターそれぞれが持っている関心（例えば帆立貝なら「種を保存し続ける」・漁師は「長期的な利益の獲得」）が、「帆立貝が湾に定着するかどうか」という関心を経由することによって達成されると、これらのアクターを自身（3 人の研究者）の関心に関連づけていく。これが、関心を持たせて、異なる新しい目標（この場合「帆立貝の湾への定着」）を合成していく、図 2-2 の第 2 段階・第 3 段階にあたる。そして、この必ず経由するべきとした関心は、必須通過点（obligatory passage point）となる。ここまでで、各アクターの役割が決定、それに基づく布置（アクターワールド）の構想が完成する。これが図 2-2 の第 4 段階にあたる。

③取り込み（enrolment）

関心付けで課されたアクターの役割を同定していく。もし、関心付けが成功していたら、取り込みは達成されるはずである。他のアクターも含めた調整作業を行う段階である。例えば、帆立貝を 3 人の研究者が①②の段階で想定してきたアクターワールド上での役割に同定するために、潮流等の海洋条件というアクターが、新たに追加されたりする。これが図 2-2 の第 5 段階にあたる。

④動員（mobilization）

具体的には、3 人の研究者によるアクターの動員の成功を意味する。成功したとき、3 人の研究者は仮のスポークスパーソンとなり、一連の現象を代表するようになる。この仮のスポークスパーソンが、様々な関心を結び付け、それらを代表することができている、そしてまた他のアクターに裏切られてもいないことを、保証するための方法が動員である。アクターの動員は、養殖（帆立貝の湾への定着）を当然行われるべきことにしていく。これが図 2-2 の第 6 段階のブラックボックス化および第 7 段階の同期化にあたる。〈帆立貝の養殖〉という技術はその中身の詳細が問われることなく、1 つのアクターとして動くようになるのである。

図 2-2 のポイントは、関心が連結されていくだけでなく、それがブラックボックス化するということにある。諸アクターの関連が要した時間と空間は、ブラックボックス化することで畳み込まれる。たとえば、OHP は多くのアクターがブラックボックス化された結果であり、それはうまく諸アクターが動員されている限り、OHP を利用した講義や発表の中で「1 つ」の存在として大人しく役割を果たす。しかし、何か部品が故障する（アクターの動員に失敗する）とそれは「1 つ」ではなくなる。この畳み込まれ、「1 つ」のものとして、さまざまなものを連結したまま維持するようになったものが〈制度〉である。

科学的事実と技術的人工物は同様に考えることができるとされていることから、ここまで見てきたような議論は、互いに当てはめ合うことができる。科学的事実は技術的人工物と同様、諸アクターを1つに畳みこむし、技術的人工物は科学的事実と同様、5種類のループによってその存在を成立させている。アクターネットワーク理論およびインスクリプション理論は、科学的事実についてだけでなく、モノについても適用することができるのである。さらに言うならば、モノよりアウトプットの不確実性は高まるとは言え、専門職も一種の技術をアウトプットするアクターであり、発想自体は拡張することができると考えられる。

本論は、アクターネットワーク理論の考え方をベースに、臨床心理学の知識が、いかにして諸アクターを「専門職」という形で連結し続けることができたのか（つまり制度化したのか）を、知識そのものに注目しながら考察する。考察の方法については後述するが、まず、考察を進めていく手がかりとして、専門職化論において、一般に知識はどのような役割を果たすと考えられているかをまとめる。

### 2-3. 専門職化過程における知識の役割—科学志向・標準化志向による職務管轄権の獲得—

専門職化論とは、そもそも、ある職業集団が「専門職」になっていく過程についての議論である。「専門職」の定義は、古くはCarr-Saunders & Wilson (1933) のものから、Freidson (1970a, 1970b) の「自律性 (autonomy)」を唯一の統一的な基準とするものまで、多様なバリエーションが存在する。専門職化論では、ある「専門職」がこれらの定義にどの程度当てはまるか、「専門職」になるためにどのような社会的活動を行っているか、ということが主に検討されてきた。

しかし、Abbott (1988) は、そのような研究は、専門職の定義をいかにして満たしていくかに注目するあまり、専門職の活動の中身よりその形式・形態（例えば、アソシエーションや免許下付や倫理基準など）に関心が偏っていたと指摘する。形式への関心は静態的な分析への偏りを招き、専門職としての活動が起こってくる動態的な状況は見過ごされてしまいがちであった。そこで、Abbott (1988) は、専門職化論に代わる、「専門職システム論」を提唱した。

Abbott (1988) は、まず、専門職をゆるやかな定義で捉えた。「専門職とは、多少要約的な知識 (abstract knowledge) を特定のケースに適用する個々人が集まった、多少排他的な集団である」(p. 318)。その上で、専門職が、特定の職務[7]についての管轄権 (jurisdiction) を持っていると仮定し、その専門職と特定の職務の結びつき（＝管轄権）がいかにして作られ、フォーマルあるいはインフォーマルな社会構造によって定着させられているかを分析するべきだとした[8]。このようにして確立される管轄権は、永続的なものでも完全なものでもない。よって、専門職は相互作用のシステムを作ると Abbott (1988) はしている。また、この管轄権は、多かれ少なかれ排他的な主張である。それゆえ、システム内のある専門職の管轄権が変化すると、他の専門職の管轄権にも影響を及ぼす。このような複数の専門職の相互作用を、Abbott (1988) は専門職システムとして捉え、専門職の分析の際には、個々の専門職ではなく、このシステムに注目する必要があるとした。

ある職業集団が仕事（職務のまとまり）との結びつきをいかにして正当なものとして確

保するかということが、専門職化のポイントであるという視点は、Freidson（1982, 1986）にも見られる。Freidson（1982）は、専門職と仕事の結びつきは本質的には偶然であるとし、なぜ結びついているかを正当化するために専門職が形成するのが、「労働市場シェルター（Labor Market Shelter)」であるとした。専門職は、市場の競争から保護される特別な形態をしており（Freidson, 1986, p. 35)、このような市場における独占の成功は、それまでにも、「社会的自閉（Social Closure)」(Parkin, 1979）や「非生産職（Sinecures)」(Collins, 1979)といった概念で捉えられてきた。しかし、Freidson（1982）は、このような階層論に議論の目的を焦点化した概念では、なぜ排他的な職業が、実際に長期に渡る訓練を行っているのかについて説明することができないとして、「労働市場シェルター」という概念で捉えることを提唱した。労働市場シェルターの代表的なものとしては、資格制度があげられている。資格制度は、特別なトレーニングとスキルを持つと公に主張することで、外部の精査から専門職を守っているとFreidson（1982）はしている[9]。

Abbott（1988）は、専門職と職務の結びつきの正当性（管轄権）がどのように確立されるかを、より体系だった形で示している。Abbott（1988）によれば、管轄権の強弱は、専門職の仕事（work）の中で確立される。まず、専門職の文化的な仕事の中で、職務（task）が定義される。専門職の実践は、診断・処置とそれをつなぐ推論で捉えることができるが、このような形で専門職がその知識を体系づける中、それぞれの側面について、ある職務の管轄権が主張されることになる。しかし、一方で、管轄権は社会構造でもある。文化的に主張するだけでなく、社会的に保たれるものである。特定の職務に対するコントロールは、公的メディアや法的な議論や職場での折衝の中で、競争的な主張を行うことで確立される。このように、専門職の管轄権は主に、専門職の文化的・社会的仕事の中で確立されていくが、専門職システム内部での個々の専門職の相違（個々の専門職の仕事場やクライエントの特徴などの違い）も、専門職間の管轄権をめぐる競争には影響を与える。また、専門職システムの外からの力も、重大な影響を及ぼす。外的な変化には、社会的変化と文化的変化がある。ここで言う社会的変化と文化的変化は、先に見た文化的・社会的主張の個別的な歴史事象とは異なる、より抽象化された専門職システム一般に対する変化である。社会的変化の例としては、官僚制の台頭や技術の台頭、新しい権力の台頭が、文化的変化の例としては、専門職の知識の量と複雑さの増加、新しいタイプの正当性の主張の台頭、大学の台頭などがある。

専門職化の本質は、労働市場シェルターや職務管轄権といった言葉で表される、ある職業集団と特定の職務の結びつきが正当性を持って保持されるようになるということにあり、それは、Abbott（1988）が述べるように、その結びつきは、あらゆる側面での活動の結果成立していると言えるだろう。このように考えると、アクターネットワーク理論における〈知識の制度化〉の議論との接合性も良くなる。専門職とは、ある職業集団と職務の結びつきが正当性あるものとしてブラックボックス化されたものであり、その結びつきはまた、様々な諸アクターの結びつき（あらゆる側面での活動）によって支えられている。そして、あらゆる側面での活動の中には、社会的な活動だけでなく、文化的な活動、つまり知識をめぐる活動も含まれていると考えられるのである。本論は、これまでの日本の臨床心理学知識の広がりについての議論では注目されてこなかった、専門職化過程に与える専門的な知識の役割に焦点を当てて考察する。

なお、専門職の知識には、専門家集団に流通している〈専門知〉と、専門家集団の手を離れ、一般に流通している〈民間知〉、また、教科書などの形で明文化された〈形式知〉と、それを学ぶ者・知る者が身に付ける態度といった〈暗黙知〉など、様々な形のものがありえる。本論では、主に、専門家集団に流通している形式知を専門職の知識と考えて議論を進める。

では、専門職の知識はどのように専門職化過程に影響を与えると考えられてきたのだろうか。専門職の知識は、実際に問題解決に役立つという実利的な側面と、役立つと人々に思わせることができるという象徴的な側面とを持っている（Torstendahl, 1990)。Parsons（1968）は、特に実利的な意味での知識の役割を重視し、専門職システムの核は、社会構造における知的なディシプリンの制度化と、ディシプリンの実践的な応用にあるとした。しかし、Freidson (1970a) が、訓練期間の長さや知識の専門性などがほぼ同一の職業でも、診断や処方に関して持つ権限が異なることがあるとして、それは専門職の本質的な特性ではないとしたことなどから、近年は、主に象徴的な側面に関心が集まっている。Freidson（1982）の労働市場シェルターの議論も、専門的知識の長期に渡る訓練の、実利的な側面ではなく象徴的な側面に注目したものである。

「専門職システム論」を唱えた Abbott（1988）も、専門職の教科書などに記される抽象的でフォーマルな知識が、専門職の実際の職務管轄に象徴的な影響を与えるとしている。Abbott (1988) は、フォーマルな知識の影響を「正当化（legitimate)」「研究（research)」「教授（instruction)」の 3 つに整理した（pp. 52-58)。まず、フォーマルな知識は、その専門職の基礎をはっきりさせ、合理性（科学性）という主要な文化的価値に沿わせることで、専門職の仕事を「正当化」する。これは、フォーマルな知識が実践につながっているという公衆の誤解があるからこそ、効果的に成立しているともいえる。この正当性は、明確なものであるべき職務管轄を守る。正当性は、専門職の管轄権の中心的な根拠であり、それがないと他職種からの攻撃に弱くなる。文化的価値の変動は、正当性を変化させるので、専門職システムを大いに変化させうる。また、フォーマルな知識は、「研究」を通して、働いている人々にとっての新しい診断・処置そして推論の方法を生み出す。フォーマルな知識は、抽象的な線に沿って構成されているので、精密な発明をすることに向いている。もし、これに失敗すると、専門的な職務管轄は次第に弱くなる。この影響は、普通、実践の場での職務管轄を失うことによって、二次的に見られる。そして、専門職のフォーマルな知識は、「教授」システムを通して、過度に合理化（hyper-rationalization）される。この「教授」システムは、他専門職の攻撃に対するもうひとつの拠点となる。その存在は支配の重要な手段である。抽象的な知識の形で分類されていない領域は、他の専門職によるその領域の侵略を促すことになる。支配的専門職で教授システムを持っていない専門職はない。

専門職の知識が、職務管轄権やシェルターの確立に象徴的な影響を与えることができるという議論の前提となっているのが、〈科学的であること〉が社会で持つ正当性である。専門職はもともと、外部の人々の専門家への社会的信頼により、その実践についての正当化の作業を免れている面がある。そのように、専門職の社会的な権威の基盤が強い時、専門家内部での相互信頼を前提に提示されている客観性を、Porter（1995）は「専門的客観性（disciplinary objectivity)」と呼んだ。しかし、専門家内部で合意に至ることが難しい

場合、あるいは外部の者を満足させるのが難しい場合、専門職の社会的な権威の基盤は弱くなる。そうなると、専門的客観性は成立せず、その実践の正当性は危うくなる。Porter（1995）は、その場合、専門職は、人々の機械的な規則や手続き・数字に対する信頼を基盤に、「機械的客観性（mechanical objectivity）」を提示する方向に向かうという。Abbott（1988）が述べているフォーマルな知識の象徴的な効果は、3つとも、人々の機械的な規則や手続き・数字に対する信頼があるからこそ成立していると考えられる。Abbott（1988）が想定する専門職システムの中で競争にさらされている専門職も、Freidson（1982）の労働シェルターを作る以前の職業集団も、共に社会的な権威の基盤が弱い「傷つきやすい専門職」（a vulnerable profession）である。そのような専門職は機械的客観性を提示することで実践の正当性を獲得していく。つまり、科学的・標準的であることを目指し、それを実現することによって、職務管轄権を獲得していくのである。

たとえば、Stevens（1999）は、アメリカの医学が、20世紀初頭には、報酬目当ての外科手術が多くの問題を引き起こしていたため一般の人々の信頼を得づらくなっていたが、1910年から1917年の間に急速に病院の標準化を進め、拡大していったことを明らかにしている。そして、その背景に、科学的医学への関心があったことを指摘している。19世紀後半には、病気の科学的な理解は大きく進んでいたため、人々の医師への信頼が揺らぐ中、科学的医学への関心が高まっていた。1910年に、アメリカ医師会（American Medical Association）の医学教育評議会のメンバーと共にアメリカの医学校を見て回ったフレクスナーが医学教育の改革を促す報告書を作成したことをきっかけに、実際の患者を見て学ぶ医学教育のために、医科大学が病院を必要とするようになった。さらに、患者から学ぶためには、患者の記録をつける必要があり、最終的にそれが病院の標準化へとつながっていった。つまり、科学的な医学への関心が、医科大学と病院との関連を強め、病院を標準化し、医学の興隆を招いたのである。少なくとも、アメリカの医学においては、専門職（医師）は、その知識を、科学的に、標準化した形にしていくことで、機械的客観性を提示し、職務管轄権を獲得していった（専門職化していった）と言えるだろう。

## 2-4. アメリカの精神医学における特殊な専門職化

ここまで、専門職化過程において、一般的に知識がどのような役割を果たすか見てきた。その結果、傷つきやすい専門職は、科学志向・標準化志向によって、職務管轄権やシェルターを獲得していくとされていることがわかった。しかし、そのような科学や標準化への信頼で正当性を獲得しているとは考えられない、例外的な専門職化の例もある。Abbott（1982）のアメリカの精神医学についての研究を見てみよう。

Abbott（1982）は、1880年から1930年のアメリカの精神医学について、その専門職化が特殊なものであったことを指摘している。Abbott（1982）によれば、アメリカの専門職は、一般に次のような変化の特徴を持つ（pp. 1, 5-6）。①個人的な実践からグループでの実践への移行（bureaucratization：官僚制化）、②合理化された、あるいは科学的な知識の育成（rationalization：合理化）、③特定のクライアントの創出と維持（clientele dominance：クライアント支配）の3つである[10]。そして、これに対して、1880年から1930年にかけてのアメリカの精神医学は、3つの傾向すべてにおいて、逆を行っている（Abbott, 1982, p. 7）。

①実践の場は、精神病院から単独のオフィスに移り、②知識は、体系化されたり合理化されたりせず、ルーズな折衷主義に移行し（Abbottはこのような傾向を「脱合理化（derationalization)」と呼んでいる)、③クライアントは、精神病の者から神経症の者へと変化している。これは、科学や標準化への信頼により、職務管轄権の正当性を獲得していない例と言えるだろう。

では、このような場合、専門職化の過程はどのように説明されるのだろうか。知識はどのような役割を果たすと考えられるのだろうか。Abbott（1982）は、専門職化に関する先行研究を参考に、アメリカの精神医学の特殊な変化を説明する観点を4つ取り上げ、それぞれについて仮説を立て、実証的に考察している[11]。Abbott（1982）が取り上げる専門職の変化を説明する4つの基本的なアプローチは以下のとおりである（pp. 12-22)。

①個人的なインセンティブからの説明
②専門職の自律性からの説明
③知識の帰結からの説明
④社会統制のニーズの変化からの説明

①は、専門職の変化を、個人の移動の集積によって説明しようとするものである。たとえば、Ben-David（1963）は、専門職の移動を「新しい人が新しい職に行くこと」の一種と捉えている。個人の移動は、個人的なインセンティブにより起こると考えられている。個人は、金銭的なインセンティブや、実践に魅力があることなどにより、移動する。

②は、専門職の変化を、組織化した専門職が、市場を独占し、自律性を獲得していく過程として説明しようとするものである。たとえば Larson（1977）は、専門職化とは、知識やスキルを社会的・経済的報酬に変えていく企みであるとし（p. xvii)、いかにして専門職と言われる職業が市場での力（独占）を獲得するために自らを組織していくかに関心を持っている（p. xvi)。そして、その際には、「自律性」(Freidson, 1970b）の獲得が重要となってくるという。このアプローチは、①と異なり、個人ではなく組織化された専門職の活動に注目するので、Abbott（1982）は「コーポレート分析」(the corporate analysis）とも呼んでいる。

③は、専門職の変化を、専門職が持つ知識によって規定されるスキルや役割の変化として説明しようとするものである。Parsons（1968）に代表されるこのアプローチは、専門職のクライアントに対する社会関係に関心があり、それは究極には専門職が持つ知識のタイプによって決定されるとする。専門職の変化は、専門職の基盤となる知識の変化によって起こると考える。

④は、専門職の変化を、社会統制のニーズの変化から説明しようとするものである。このアプローチは、専門職の社会的な機能に主に関心を持っている。それゆえに、専門職サービスに対する一般的な要求を決定する要因に集中して因果分析を行う。多くの論者が専門職と社会統制の関連に気づいており、社会状況の変化により、新しい社会統制のニーズが生じることで、特定の専門職が発達すると考える。

Abbott（1982）は、それぞれのアプローチの立場から、アメリカの精神医学の特殊な専門職化を説明する仮説を示し、それを検証した。結果、まず、④の説明はおおむね否定さ

れた。④のアプローチは、19 世紀末の社会状況の変化により、アッパークラスとミドルアッパークラスに、個人の人格統合という新しい社会統制のニーズが生まれ、それが特殊な専門職化を招いたとする仮説であったが、個人の人格統合の問題の取り扱い件数はその当時多くはなかったため、否定されている。

①のアプローチは、病院から単独のオフィスに移動が生じた以上、病院の外により良い報酬があることが仮定されるが、そのような事実はなかった。とはいえ、専門職としてのモチベーションは移動の決定的要因である。専門職たちがプライベートな実践に移ったのは、外来患者の実践に魅力があったからだとは言える。しかし、個人的なレベルに終始する①の議論では、どのような魅力があったのか説明することはできない。個人的なインセンティブは、集団としてのプロフェッションが持つ文脈によって決定される。つまり、②に注目しなければならない、と Abbott (1982) はしている。

結局、Abbott (1982) は、アメリカの精神医学の特殊な専門職化を、主に、②の専門職が自律的な集団となっていく動きと③の専門職としての知識を変化させていく動きの 2 つから成る複合的な過程として説明している。特に背景として重要だったとしているのが、精神医学のエリートたちの知的状況の変化である。一般には、1900 年前後のヨーロッパからの知識の大量輸入がこのような特殊な専門職化を招いたとされているが、実は重要なのは、輸入それ自体ではなく、エリートたちの輸入に対する反応であったと Abbott (1982, p. 373) はする。

以下、Abbott (1982) による説明をまとめよう。

知識の輸入が進むのと同じ頃、特に 1900 年以降、エリートの国家レベルでの組織化が進んでいた (p. 526)。定期刊行物やライセンスのコントロールなどによる効率的な知識の制度化は、輸入に対するエリートたちの知的な反応の分散を促進した。結果として、相互に排他的な学派が急速に発達し、精神医学のディシプリンは分化していった (p. 373)。たとえば、精神や神経の病を器質的な障害として位置づける神経学や、精神的な障害として位置づける S. Freud のサイコセラピーや、新しい折衷主義 (A. Meyer や E. E. Southard) などに分化していった。その結果、アメリカの精神医学は共通の言説空間を失うことになる (p. 398)。

さらに問題だったのが、それぞれの学派が、異なった思考パターンを教えはじめたことである (p. 399)。フロイディアンと E. E. Southard は、演繹的で類推 (analogy) を重視した (p. 399)。A. Meyer は、対照的に極端に帰納的であった (p. 400)。伝統的な知的システムにとってダメージだったのは、この演繹と帰納のバランスを欠いてしまったことであった。このような基礎となる科学的規範の多様化は、共通の言説空間を失わせ、アメリカの精神医学の脱合理化を招いた。

脱合理化は、単に器質から精神へのパラダイムシフトによって起こったプロセスではない (p. 404)。脱合理化の本質は、共通のタームと共通の科学規範の喪失にある (p. 404)。脱合理化は、異なった思考スタイルが混在することによって起こる深く複雑なプロセスなのである (p. 400)。そして、このような脱合理化の流れがあったがゆえ、広く普及していくこととなった少数のエリートの個人的な考え (折衷主義や S. Freud のサイコセラピー) は、神経症を中心とする外来患者に対する関心を高め (p. 527) [12]、外来患者の実践の魅力を高めた。それは、精神科医がプライベートな臨床に移動する動機となり、実際に移動

が起こった（p. 525）[13]。

もちろん、このような実践面での影響については、S. Freud の理論が果たした役割も大きい。特に 1910 年以降、フロイト派はアメリカで急速に広がっていく。新しい折衷主義のムーブメントのリーダーの知的支援を受け[14]、1920 年代半ばまでには、主要な精神科医のトレーニングセンターで受け入れられることとなった（p. 385）。ただし、この受容も、制度的な条件が整っていたからこそであると Abbott（1982）はする。S. Freud の著作は 1905 年にアメリカでも刊行されているが、それからしばらくは、フロイトは数多くの流派のひとつにすぎなかった。爆発的に普及し始めるのは、組織化が完了する 1910 年以降である。S. Freud の著作の内容自体が普及を促進した面があることも確かだが、そのような"great man" theory は、制度的条件が整っていなければ成立しなかった（p. 405）。

最終的に、Abbott（1982）は、アメリカの精神医学の独特の専門職化は、知的状況の変化から起こったと結論付ける。共通のタームと共通の思考スタイルの喪失という脱合理化は、一部の知的エリートの個人的考えから始まる。ただし、知的な制度が整備されていたからこそ、その普及は可能だったのである。

ここまで、長々と Abbott（1982）のアメリカの精神医学の特殊な専門職化についての説明を見てきた。確かに、なぜ最初に見たような 3 つの方向への変化をしたかということについては、専門職の組織化と知的状況の変化が重要なファクターだったということで十分に説明できる。しかし、ここで十分に明らかになっていないことがある。なぜ、知識が脱合理化したにもかかわらず、一定のシェルターや職務管轄権を保ち続けることができたのかという問題である。

### 2-5. 知識の役割の検討方法

専門職化論では、専門職の権威の社会的基盤が脆弱な時、専門職は、社会の中にある機械的なルールや数字への信頼を基礎に、科学や標準化を志向する方向に向かうとされてきた。しかし、このような専門職システム外部の文化的状況を前提とした説明だけでは、1880 年から 1930 年までのアメリカの精神医学のように、特殊な変化をしている場合の説明がつかない。そもそもなぜ、機械的なルールや数字への信頼があるのか、もう少し、知識自体に踏み込んで考察する必要があるだろう。科学が社会で力を持つのはなぜか、それを考える際に役立つと思われるのが、アクターネットワーク理論およびインスクリプション理論である。科学は世界を道具を使って動員し、インスクリプションを作り、計算の中心を作る。そうすることで、結びつくアクターの数を飛躍的に増やし、それをブラックボックス化し、強固に知識を制度化する。

日本の臨床心理学知識の制度化について考える際にも、そのような視点は重要である。日本の臨床心理学知識の制度化は、病院ではなく学校を中心に進んでいる。学校は病院に比べると科学や標準化を志向する傾向は弱い。また、スクールカウンセラーとしての学校での実践は、標準化されているわけでもない。日本の臨床心理士も 1930 年までのアメリカの精神医学と同様、特殊な方向に進んでいる可能性がある。なぜそのような形で知識をスクールカウンセラーとして学校で制度化させていくことが可能だったのか考えたい。

本論では、まず、通常の専門職化論の仮定に従い、特に資格というシェルターを形成で

きていたわけでもなかった1980年代以前の臨床心理学者集団は、社会的な権威の基盤が弱かったがゆえに、科学や標準化を志向する方向にその知識を向かわせていたのではないか、それにより、学校での職務管轄権を得ていったのではないかと仮定する。先にも書いたとおり、このような通常の方向とは異なる方向に進んだと予想されはするのだが、実際に、その科学に対する考え方や、標準化を進めていたかどうかなどを詳しく検討することで、臨床心理学知識がどのような形で変化し、それが学校での職務管轄権の獲得にどのような影響を与えたのか、インスクリプション理論の知見も踏まえながら検討したい。

3章では、戦後日本の臨床心理学において科学に対する捉え方がどのように変化したかを、臨床心理学の教科書の記述の内容分析を行うことで検討する。教科書に注目するのは、臨床心理学の場合、それが倫理的な基準として参照されやすいと考えられるからである。この3章で、臨床心理学知識が科学を志向する方向に向かっていたのか、そうではなかったのかを検討する。

4章では、臨床心理学においてどのような研究方法や技術が用いられているかを検討する。それらは標準化されているのだろうか。どのようなインスクリプションを生み出しているのだろうか。それらを検討することで、なぜ臨床心理学知識が1980年代半ば以降、学校で制度化したのかを考察する。

5章では、3章と4章の結果を踏まえて、臨床心理学知識の制度化が学校に与えた影響を考察する。学校への影響については、一般に心理主義化の観点から考察されているが、その考察が妥当かどうか、「心理学の知識があること」が人々にどのような考え方をもたらしているかを調査した結果から検討する。

〈注〉

(1) 松本（1998）は、「科学者、技術者の行動の適否を決め、それに沿う彼らの行動をコントロールする規範（norm）と報酬（reward）が科学者集団、技術者集団に存在し、規範と報酬によってコントロールされることが科学者、技術者によって正当とみなされるとき、そのようなしくみを備えた科学者集団、技術者集団を科学制度、技術制度と呼ぶ。」（p. 16）とした。

(2) Social Constructionism/Social Constructivismには、社会構成主義や社会構築主義といった訳語が当てられることが多いが、論者によってどちらを用いるかは異なる。おおむね同じものを指していることが多いが、キツセ＝スペクターの『社会問題の構築』を端とし、言語を重視し、ラディカルな研究というニュアンスが強い場合は「構築主義」、現象学的社会学の立場を端とし、知識の構成には社会的要素が重要であることを比較的ニュートラルに主張する場合は「構成主義」が好んで用いられているように見える。訳語の使い分けや社会構成／構築主義の範囲の問題については、詳しくは、中河（2001）参照。

(3) 1970年代以降の欧米の科学論の状況については、金森・中島編著（2002）参照。サイエンスウォーズについては、金森（2000）参照。

(4) ただしこれは、物質から形式に向かう指示の連鎖の場合。形式に向かっていくことで、

事物は次第に「互換性・標準化・テクスト・計算・循環・相対的普遍性」といった特性を獲得し、その一方で、「局所性・特異性・物質性・多様性・連続性」といった特異性を失っていく（Latour, 1999, 訳書 p. 90)。

(5) 似た色調の色をグループ化し、各色に番号を付した小冊子。

(6) 科学は固い事実を作ろうとし、普通はそうでないが、それは、科学者がより合理的であるからではなく、科学が動員する人員やリソースの規模が違うだけである。科学はより遠くまで行き、熱心に計算の中心を作る。

(7) 「専門職の職務とは、熟練したサービスによって扱うことができる、人々が抱える問題のことを指す。たとえば、病気や救済といった個人的問題や、資金調達や監査といった集団的問題のようなもの。」(Abbott, 1988, p. 35, 筆者訳)

(8) 専門職の発達を分析するということはそのような分析を意味するとした。さらに、専門職間の jurisdictional なリンクの相互作用が、どのように個々の専門職自体の歴史を決定するか、を分析することも、加えられている（Abbott, 1988, p. 20)。

(9) しかし、Freidson (1970a) は、訓練期間の長さや知識の専門性などがほぼ同一の職業でも、診断や処方に関して持つ権限が異なることがあるとして、それは専門職の本質的な特性ではないとしている。つまり、長期に渡る訓練があることは、専門職のシェルターとなりうるが、長期に渡る訓練を行えば、専門職になれるというわけではない。

(10) Abbott (1982, pp.6-7) は、アメリカの専門職の発達をこれら3つの傾向で特徴付ける方が、理念型に当てはめる理論（たとえばMillerson, 1964の専門職の定義）で特徴付けるより、有効であるとしている。実際、経験的にそうであるというだけでなく、理論的にも良いと Abbott はいう。理念型による議論は、不必要に1つの孤立した専門職が単線的発達をすると仮定するが、実際には専門職は他の専門職や職業との間の複雑な関係の中で発達し、変化していく。理念型では理論的にも考察しづらいのである。

(11) Abbott (1982) は、専門職の変化についての体系的な理論には2つあるが、共に単独ではアメリカの精神医学の特殊な変化を説明できないとしている。体系的な理論とは、Parsons (1968, 1971) らの、知識システムが歴史的に必然的に分化していくと仮定する理論と Larson (1977) らのモノポリー理論を指している。そこで、単独の体系的な理論で説明するのではなく、既存の研究をそれらの視点も含む4つのアプローチに整理し、総合的に把握しようとした。

(12) 「信念は、個人的に発達し、そしてそれゆえ、偶然社会的に、その分野のコースを形作った。脱合理化と精神神経症的なクライアントに導きながら。」(Abbott, 1982, p. 527、筆者訳)

(13) 専門職の移動の決定的な要因は、専門的な動機の存在であると Abbott (1982) は結論付けている。

(14) マイヤーは全面的に支援した。サウザードは、それほど魅力的だとは思わなかったが、全体の枠組みを参照して理論自体を否定することはなかった。

## 3. 臨床心理学における科学性規準の変化—脱科学化による〈知識の制度化〉—

### 3-1. 教科書に示される科学性規準

本章では、戦後、日本の臨床心理学が、「科学的であること」に対してどのようなスタンスをとってきたかを明らかにする。具体的には、戦後に発行された臨床心理学の教科書を分析し、臨床心理学の科学性に対する考え方がどのように変化してきたのか、そして、それは、学校での臨床心理学知識の制度化にどのような影響を及ぼしたのかを、特に職務管轄権の獲得という観点から考察する。仮に先行研究に従って考えるならば、臨床心理学は1970年代を境に、科学を志向する方向に変化し、それが、1980年代半ば以降の学校での職務管轄権の獲得を正当化していると予想できる。そのようなことが実際に起こったのか。臨床心理学の教科書に記載されている内容を分析することで考察したい。

ここでは、「科学」とはどのようなものであるべきかということについての考え方を、科学性規準と呼ぶ。心理臨床家[1] の科学性規準の変化を追うためには、教科書に記述されている知識—教科書知—の変化を追うことが最も有効な手段であると考えられる。教科書知は、専門知の中でも形式知を代表するものであり、フォーマルな場で学ばれるアカデミックな知の中心を占めるもので、従うべき規準を示す。Kuhn（1962）によれば、教科書とは「一連の定説を説明し、その応用を示し、さらにその適用例と観察・実験とを比較する」ものであり、それは「その研究分野の正当な問題と方法を定める役割」を担う（訳書　p. 12)。そして、そのような共通の所信を前提として、専門的な研究が進められていく。つまり、教科書は専門的知識の生産の出発点となるパラダイムなのである[2]。

また、心理臨床家にとっては、教科書知は特に重要な意味を持つ。Svensson（1990）は、心理臨床家と建築家とを対比しながら、専門職が実践場面で知識をどのように用いるかを考察しているが、その中で、心理臨床家は実践の際に、法律・経済・技術などのルールより倫理的なルールを、建築家に比べて、より多く参照する傾向があるとされている。教科書知は、共通の言葉や参照枠組みを明示しているので、倫理的なルールを多く参照しようとする傾向が強い心理臨床家は、教科書知を多く参照し、それにより集団としての凝集性を高めていく。ゆえに、教科書知は、心理臨床家にとっては特に、専門職としてどのような行動をとるべきかを決定する上で、重要な指針となっていると考えられる。

このように、教科書は、心理臨床家にとって、常に参照すべき学問的な規範・倫理的なルールが示されたものとして重要な意味を持つ。そこで、本章では、臨床心理学の科学性規準の変化を追う材料として、教科書を用いることとする。ここでいう科学性規準とは、より具体的には、心理臨床家がクライエント（対象者）にアプローチする際に持つべきとされる客観性あるいは主観性についての考え方のことである 。科学性についてどのような態度を取るべきだと考えているかを見る際に、特に主観／客観の問題に注目するのは、客観性が科学のエートスの根本を成すからである（Merton, 1949)。

また、この主観／客観の問題は、心理臨床家自身にも科学性に関する規準として重要視されている。実際、心理臨床家が、臨床心理学の科学性について議論するとき、議論の中心は主観／客観の問題にある。臨床心理学においては、臨床心理学が科学か否かということがしばしば問題になる。一般に、科学においては研究対象に客観的にアプローチするこ

とが期待されている。しかし、臨床心理学は、クライエントの経験の客観的事実ではなく、主観的経験（心的事実）を対象とする。さらにクライエントの主観を理解するにあたり、客観的な観察だけでは限界があるのではないかという危惧も一部の心理臨床家の間には存在する。そこには必然的に、主観的な見方と客観的な見方との間の葛藤が生じる。そのため、心理臨床家にとって、科学性の問題すなわち主観と客観の問題は避けて通ることができないのである。

## 3-2. 教科書の内容分析の方法

本章では、Krippendorff (1980) が示している計量的な内容分析の方法に依拠しながら、分析を行っている。具体的な分析の手順は以下のとおりである。

まず、1945 年から 2000 年までに日本で出版された臨床心理学の教科書をできるだけ多く把握することに努めた。「臨床心理学」あるいは「心理臨床」がタイトルに含まれる概論的内容のものを教科書と考え、検索・現物確認などを行った結果、単行本 53 冊・複数巻組 6 シリーズ 38 冊の計 91 冊を把握することができた。把握した全教科書のタイトル等の情報は付表 3-A に記載している。以下、分析結果を示す際に用いる文献番号はすべて、この付表 3-A の文献番号に対応している。

教科書知の変化を捉えるためには、これらの教科書のうち影響力の強かったものを重点的に調べなければならない。そこで、NACSIS Webcat の文献所蔵検索により出力される所蔵図書館件数を重要度の指標とした。分析対象としたのは、全教科書のうち各年代（1950 年代・1960 年代・1970 年代・1980 年代・1990 年代・2000 年代）の所蔵館件数上位 3 シリーズずつ、計 16 シリーズ 45 冊である[(3)]。

事前にいくつかの教科書を通読したところ、科学性についての考え方を抽出できる個所は、臨床心理学の定義やあるべき姿などについて記述している章・節に限られることが確認された。そこで、分析対象の 45 冊の中から、臨床心理学の定義やあるべき姿などについて記述していると思われる章・節を、実際の分析対象を抜き出すためのサンプリング単位として抜き出した。各教科書から抜き出された章・節は、付表 3-B の通りである。この表での章・節記号を、分析結果を示す際に用いている。

実際の分析作業としては、これらの章・節（サンプリング単位）を通読し、その中から「科学」「主観／客観」「主体」というキーワードに関して記述している個所を記録単位として抜き書きし、それぞれ科学性に対してどのような考え方を示しているかというコンテキストを分類して整理した。

## 3-3. 臨床心理学の教科書にみる科学性規準の変化

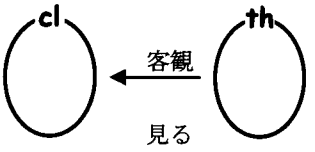
### 3-3-1. 科学性に対する考え方の分類

サンプリング単位から取り出したそれぞれの記録単位の記述内容を通読し、その文脈を比較検討した結果、以下のような分類を行うことが有効であると考えられた。まず、科学性に対する考え方について、客観性と主観性のどちらを重視するかに注目し、それにより

客観性を重視する立場、主観性を重視する立場、両者ともに重視する立場の 3 つを区別する。さらに両者とも重視する立場については、必然的に生じると予想される主観と客観の間の葛藤をどのように解決するかという方法によって分類すると、より変化が捉えやすいと考えられた。そこで、最後の立場については、主観と客観を分離させて考える解決法をとる立場と、主観と客観を同時的に成立させる解決法をとる立場にさらに分類した。

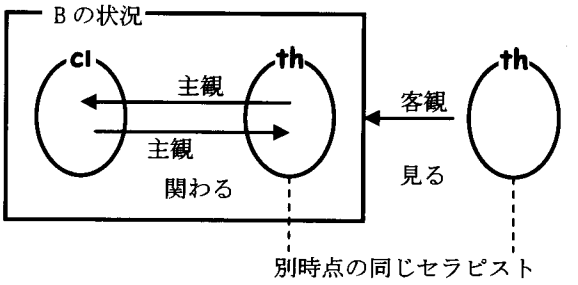
それぞれの分類の特徴を図で示したものが図 3-1 である。では、これらの図を参照しながら、各分類の内容の説明を簡単に行う。なお、結果を提示する上での便宜上、カテゴリの説明（[3-3-1]）および変化の概要の把握（[3-3-2]）を先に行い、それぞれのカテゴリに含まれる記述の具体例は、最後にまとめて挙げることとする（[3-3-3]）。

A. 客観重視の立場



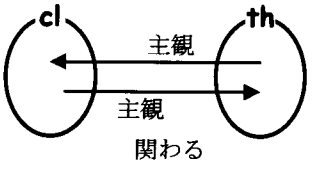

・客観的に見る

C. 主客分離型解決



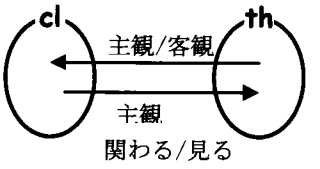

・主観と客観が同時に成立し得ない
（時間差がある）

B. 主観重視の立場




・主体的に関わる

D. 主客融合型解決




・主観と客観の同時成立

E. その他

・A～D の分類に当てはまらないもの

**図 3-1　臨床心理学の「科学性」に対する考え方の分類**

注：cl はクライエント、th はセラピストを表す。

〈A. 客観重視の立場〉

客観的にクライエントを観察し、普遍的な法則に至ることを重視する立場である。図 3-1 における「th」は臨床家（therapist）を表し、「cl」はクライエント（client）を表している。客観重視の立場（A）の図は単純であり、臨床家がクライエントを一方的に観察するのみで、クライエントが臨床家とどうかかわるかは重要ではない。このような立場は臨床心理学の教科書において「科学」と呼ばれることが多い。

〈B. 主観重視の立場〉

「人間を外側から対象化してながめたり、客体としてながめたりすることではなく、その人間自身の内面的な体験を重視し、その体験に即して共感的に理解しようとする立場である」（村上，1968，p. 7〔T10-b〕）。図 3-1（B）に示されているとおり、臨床家からのクライエントへの主観的なかかわりが重視されているだけではなく、クライエントから臨床家への主観的なかかわりが同時に重視されている。

主観重視の立場は、客観重視の立場とは真っ向から対立する。しかしながら、実際には両者共に重視する考え方を表明している教科書も多く見られた。その葛藤は、以下の 2 パターンで解決が示されていることが多く、それらが第 3、第 4 の分類である。

〈C. 主客分離型解決〉

主観と客観が同時的には成立しないとの想定のもとに、2 つの立場を使い分けることで解決をはかる立場である。臨床家は、クライエントに向かう場面（カウンセリング場面）では、主観重視の立場をとるが、対面場面を離れた記録、分析の場面では、客観重視の立場を取る。図 3-1（C）に示したように、主観重視（B）のカウンセリング場面を客観的に観察する別の視点が 1 人の臨床家によって担えると考えるのがこの立場の特徴である。主観と客観は同時的には成立しないと考える点が、D との相違点である。

〈D. 主客融合型解決〉

主観と客観が同時的に成立しうると発想を転換することで、主観と客観の葛藤を解決する立場である。図 3-1（D）に示したように、この立場の下ではクライエントに対して臨床家が主観的であると同時に客観的であることに何の問題性も見出さない。むしろ、主観的なかかわりから客観に通じることができると想定している。それは、科学の再定義であり、この立場を主張する教科書では、しばしば臨床心理学が「新しい科学」にあたると記されている。主観と客観が同時的に成立すると考える点が、C との大きな相違点である。

実際の分類作業では、以上の分類に収まりきらないものを〈E. その他〉とし、5 つのカテゴリに分類した。また、同じように科学性に対する考え方を記していても、その考え方が臨床心理学の現状を表すものとして記述されている場合もあれば、将来的、あるいは理想的に目指すべきものとして記述されている場合もあった。これらのいずれであるかによって、分析上の捉え方は大きく異なるので、区別した。

### 3-3-2. 分類の分布にみる変化の概要

以上の分類カテゴリに従って、科学に対する考え方の分布がどのように変化してきたのかを表した結果が表 3-1 である。この表では、分析対象となった教科書の各章・節での記述が、まずどの分類にあたるかを、記号で記している。先述のとおり、実際についての記述と理想としての記述は分けて示している。また、参考のために、記述の中でこれらの立場がどう呼ばれているかを、並置して記した。さらに、臨床心理学の立場と対比される考え方について記述があった場合は、これも参考のために記しておいた。

表 3-1 から、戦後の臨床心理学における科学性に対する考え方の変化は、大筋で次のようにまとめられる。戦後から 1970 年頃まで、臨床心理学は「科学」であることを理想とし、客観的に対象を見るという立場（A）をとることを目指す傾向が強かった。それは同時に、臨床心理学が現状として「そうではなかった」ことを示しており、実際には主観的にかかわっていかざるをえないことが多かった。そこで、脈々と主体的に対象にかかわることを重視する立場（B／C・D）は存在し、時折そのような立場をとる論考も出現した。1970 年以前でのそのような立場の典型は、1968 年の『臨床心理学講座』に見られる（B・D）〔T10-b/c〕が、同じ教科書内で、同時に客観的に対象を捉えようとする立場（A）〔T10-d/e〕や、できるだけ主観重視の立場を「科学的」に解決しようとする主客分離型の解決（C）〔T10-f〕も見られ、まだ、「科学」であることへの憧れが強かったことがうかがえる。

しかし、1970 年に入り、教科書における記述の流れは次第に変化し始める。星野（1972〔T13-b〕）の表現によれば、1970 年代初頭、科学性は「多様な社会的価値観の広い文脈の中では、明るい太陽の前の 1 つの星のように輝きを失っ」（p. 5）てしまった。そしてその頃から次第に、主客融合型の解決（D）を目指す記述が増加してくる。当初は「客観的科学」という名称を残しながら、そして次第に「新しい科学」という名称で、それは広く流通し始める。また、主客融合型解決が理想であるという考えが浸透するにつれて、次第に（特に 1990 年代以降）、そのような主客融合型解決（D）が、理想というより、実際として現状肯定的に記述されるようになる。臨床心理士にとって、臨床心理学は、「実際」に主観と客観のパースペクティブを同時的に用いることが可能な、つまりこれまでの「科学」を越える「新しい科学」となったのである。さらに、近年（下山, 2000〔T59-a/b/c〕；河合, 2000〔T59-e/f/g/h〕）では、「科学」という言葉さえ、臨床心理学を表す名称の中から消えている。もちろんその反作用として「実証的な科学」を唱道する動き（坂野, 1996〔T50-a/b〕）も存在するが、2000 年時点での大まかな趨勢としては、従来の「科学」への憧れはもうないといえるだろう(4)。

## 表 3-1　臨床心理学における科学性規準の変化

| 文献番号※1 | 執筆年 | 臨床心理学の実際 | | 臨床心理学の理想 | | 臨床心理学との対比物 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 分類 | 名称 | 分類 | 名称 | |
| T02-a/b | 1952 | — | | A | 科学 | |
| T04-b/d/e/f | 1956 | — | | A | 科学 | |
| T05-b | 1958 | A | 科学 | — | | |
| T05-c | | — | | C | 科学 | |
| T06-a | 1964 | — | | E | 人間の科学 | |
| T07-b/c | 1966 | — | | C | 科学 | |
| T10-b | 1968 | B | 現象学的立場 | B | 新しい科学性 | 既存の科学 |
| T10-c | | — | | D | 客観的科学的理解と現象学的主観的理解の統合 | |
| T10-d | | — | | A | 科学 | |
| T10-e | | — | | A | 科学 | |
| T10-f | | — | | C | 科学 | |
| T13-b | 1972 | E | 自我同一性の混乱※2 | — | | |
| T13-c | | — | | C | 主体的・献身的態度と同様に、客観的科学的裏づけをもった診断治療 | |
| T21-a | 1974※3 | — | | D | フィールド科学 | 実証科学・実験科学 |
| T22-c | 1979 | — | | D | 暖かい共感的な関わりを保ちながら同時に客観的な視点を失わないこと | |
| T25-c | 1980 | — | | D | 広い意味での科学 | 狭い意味での科学 |
| T31-d/e/f | 1986 | — | | D | 主体的・体験的な見方と、対象的・客観的な見方との統合 | |
| T41-b | 1991 | B | 「学問」／多分に「芸術」的な面も | — | | 自然科学 |
| T41-c | | D | ユング派の夢の研究 | — | | 近代科学 |
| T41-d | | A | 人格の科学研究 | — | | |
| T41-e | | — | | D | 新しい人間の科学 | |
| T41-g | | D | 主観的観察 | — | | 近代自我・近代科学（客観主義・客観的観察） |
| T41-h | | D | 臨床的知 | — | | 科学 |
| T44-e | 1992 | D | 新しい科学 | — | | 近代科学 |
| T44-b | 1995 | D | 新しい人間の科学 | — | | 近代自然科学 |
| T44-c | | D | 新しい科学（広義の科学） | — | | 近代科学 |
| T44-d | | D | 新しい人間の科学 | — | | 従来の自然科学モデル |
| T48-a/d | 1995 | — | | D | 新しいパラダイム | 自然科学 |
| T50-a | 1996 | — | | A | 実証的な科学 | 古い臨床心理学 |
| T59-a/b/c | 2000 | D | 心理臨床という学問 | — | | 自然科学 |
| T59-e/f/g/h | | D | シャーマニズムと類似 | — | | 自然科学的モデル・医学的モデル |

※1：文献番号は、付表 3-A、付表 3-B で示されている教科書およびその章節を表している。
※2：当時、臨床心理学会は、学生運動や反精神医学運動の波をうけて、実質解体してしまっており、この学会の混乱状態をうけて「自我同一性の混乱」と臨床心理学の現状が銘打たれていた。
※3：T21『臨床心理学の基礎知識：概念・技法・問題点の理解［新装版］』の発行年は 1979 年だが、初版である T16 との間に内容の変化はないので、執筆年は 1974 年としている。

※分類における「－」は、記述がなかったことを示す。なお、実際についても理想についても記述がなかったものは、表からはあらかじめ省いている。

### 3-3-3. 具体的な記述内容にみる教科書知の変化

教科書知にみられるこれらの変化を、つぎに具体的な記述内容から確認してみよう。先に見たように、1970 年頃までは「科学」への憧れが強く、客観重視の立場が強かった。例えば、客観重視の立場は、「できうる限り客観的普遍的な方式を守って、いかなる条件が加えられたときに、このような行動の変容が得られたかを克明に記録する」(村上, 1956, pp. 4-5〔T04-b〕) ことを目指していた。村上 (1956) はこのようなあり方を「科学的」であると言い、同時に「科学的」を「実験条件の透明であることと、検証可能であることと、この二つをかねそえたものである」としている (村上, 1956, p. 4〔T04-b〕)。しかし、臨床心理学においてはどうしても主観重視の立場にならざるを得ないことが多い。だが、当然のことながらそこでは「主観的接近を、個々の臨床心理学者の主観的な体験にとどめず、臨床心理学者一般につらなる公共的な体験たらしめようとする努力」が要求される (村上, 1968, p. 8〔T10-b〕)。つまり、客観的に対象を観察するのではないやり方で、いかにして個別的経験から何らかの普遍性を獲得するに至るのか、という問題が主観重視の立場には残るのである。「科学」であろうとする限り、この問題の解決は何らかの形で果たさねばならないと心理臨床家は考えた。

そこで登場する解決法が、主客分離型解決と主客融合型解決である。まず、1970 年代以前によく見られた主客分離型の解決法の記述から見ていこう。

> (インタビュー (クライエントとの面接) に客観性を持たせるためには)、インタビューの記録そのものを、一定の手続きにしたがって客観的に分析していくことを真剣に考慮せねばならない。インタビューを規定している条件があまりにも複雑なものである以上、これらの諸条件を統制することは至難であり、したがって客観性を別のところ、すなわち分析の仕方にもとめる以外にはないだろう。(中略) インタビューは、人間と人間とのふれあいにもとづくものであり、単なる技術に終わるものではないからこそ、われわれは科学的で客観的な分析法を確立しておかなくてはならない。さもなければ、臨床心理学そのものが、独断とひとりよがりのものとなり、科学ではなくなってしまう恐れがある。(片口, 1958, p. 267〔T05-c〕)

さらに、この解決は、できるだけ客観的に、クライエントとの主観的な相互作用—つまり「事例」の記録・分析を行おうとするため、「可能な範囲で、多くの出所から情報を手に入れ、事例史にふやしておくことは、未だ若い科学である臨床心理学の現状からみて、特に大切な努力」(細野, 1968, p. 298〔T10-f〕) と考えるのである。この引用中の表現からもわかるように、この解決は、B の主観重視の立場を比較的「科学」に近い形で解決しようとする方法であるといえる。

そしてこれと対照的なのが、1970 年以降に多く登場し始める主客融合型解決である。このような解決はやや理解するのが難しい。一体いかにして、そのような主観と客観の同時的成立がありえるのだろうか。代表的な説明は以下のようなものである。河合 (1991〔T41-g〕) は主に C. G. Jung の普遍的無意識 (collective unconscious) という概念を用いて、個人の追求からいかにして普遍にいたることが可能かを説明している。普遍的無意

識というのは、個人的な無意識のさらに「深い層」にある、「広くは人類に共通」(p. 264)の無意識である。「その心的内容は個人差がなくなり、万人に共通の様相を示す」(p. 264)。例えば、夢などで「自分の個人史とは何ら関係がないが、その内容に関しては世界の神話や昔話、宗教書などに述べられていることと、著しい類似性を示すものがある」(p. 264)が、これには普遍的無意識が関係していると考えられる。そして、「ユングはそのような普遍的無意識の層を、客観的な心と呼んでいる」(p. 265)という。そこから河合(1991〔T41-g〕)は以下のような見解にいたる。

> 客観的な心に生じていることでも、それは意識によって把握されているので、それを「主観」と呼ぶならば、主観と客観の一致とも考えることができる。(中略) つまり、主観・客観は思いのほかに一致していて、簡単に分けられないとも思えてくるのである。(p. 266)

この見解を言い直すならば、以下のように整理できる。つまり、個人の心の中にある普遍的無意識は、個人の意識で把握しうる主観でありながら、一定の客観性を備えているため、主観と客観は明確には分離できない。ゆえに、「個から普遍に至る」(河合, 1995, p. 24〔T44-b〕) ことが可能になるのである。

### 3-4. 学校における柔らかい事実の志向

以上の分析により、科学性についての考え方が、客観重視の立場から主客融合型解決の立場へと移行してきたことが明らかになった。心理臨床家は、1970 年代以降、従来の科学とは異なる方向を見出した。いわば、脱科学化したと言えるだろう。科学性規準のこのような変化は、学校における臨床心理士の職務管轄権の獲得と大いに関連していたとみなせるが、その意味を理解するには、先に 2 章でも見た、Latour (1987) の議論を参照する必要がある。Latour (1987) は、アクターネットワーク理論の考え方を基礎に、主張から自明の事実を構成していく際の戦略を一般化したが、この議論は、臨床心理士の学校での職務管轄権の獲得を検討する際に応用することができる。

Latour (1987) によれば、何らかの主張を広めていこうとする時、我々は予め 1 つのパラドックスを抱えている。それは、「主張を広めるためには行為に参加する人の数を『増やさ』なければならないが、同時に、主張を『そのままで』広めるためには行為に参加する人の数を『減らさ』なければならない」(訳書 p. 354) ということである。

客観を重視する立場は、このパラドックスへの一方の対処法と言える。Latour & Woolgar (1986) によれば、客観とは「(実験室においては) 実験室の中の記録器や実験室の外の研究者による論文から得られた幾つかのドキュメントを重ね合わせることによって完成されて」(p. 84) いるものである。したがって、客観を重視する立場では、多くのリソースが結びついた客観的な主張を『そのままで』—例えば、機械のようにパッケージングした形で—広める努力がなされる。Latour (1987) は、このような努力を「固い事実を作る」と呼んだ。

これに対して主客融合型解決の立場は、少ないリソースしか動員されていない主観的な

主張を許容する。少ないリソースで組み立てられた主張を、Latour（1987）は「柔らかい事実」と呼ぶ。柔らかい事実を作ることは、パラドックスのもう一方の対処法であり、この場合、『そのままで』という部分を犠牲にして、主張を広めることが優先される。つまり、主張に関連付けられているリソースの数を減らし、人々が都合のいいように解釈し直せる部分を主張の中に残しておくことにより、参加する人数を減らす必要なく、主張を広めていくことが可能になるのである。

科学性規準を主客融合型解決とすることで、臨床心理士は柔らかい事実を志向するようになったが、それは、次の2点で、学校での職域拡大に適合的であったと考えられる。第1に、個々の臨床心理士が個人の自由裁量で扱える範囲を広げた点である。柔らかい事実への志向は、学問的に規定された専門職としての自由裁量ではなく、あくまでも個人としての自由裁量で扱える範囲を広げる。現在行われているスクールカウンセリングは、場所や時間の構造が非常にゆるやかである。臨床心理学が1970年以前と同じように客観重視の立場でいた場合、これほどまで環境設定がばらばらであると、専門家の仕事として容認するのが難しかっただろう。しかし、柔らかい事実を志向する限り、このような状況でも問題は起こらない。例えば、臨床心理士は個人の主観的な好みで持ってきた本でもカウンセリングに利用することが許される。その本が場に固有の意味を持つのはもちろん、主客融合型解決の考え方により、それは客観的・普遍的にみても意味のあるものになりうるからである。カウンセリング条件の統制が難しくなりがちな学校現場において、多様な技術・道具・環境等の許容がなければ、スクールカウンセラー事業の進展は非常に難しいものになっていたはずである。

第2は、臨床心理士の科学性規準が、学校におけるほぼ唯一の専門職である教師の志向と親和的であったと考えられる点である。スクールカウンセラーの制度化の際に、教師と臨床心理士の間で職務管轄権争いが先鋭化することはほとんどなかった。伊藤（2000b）によれば、スクールカウンセラー配置校の89.7%が、現行より配置時間数を増やしてほしいと要望しており、スクールカウンセラーは配置校から「教師と異なった専門的な見方を知ることができる」という点で、特に高い評価を得ている。また、「異なった見方」と言っても、「カウンセラーと担任教師の考えが一致せず子どもに影響が及ぶ」ことはないと認識されており、対立するわけではないが、これまで知らなかった専門知識をスクールカウンセラーがもたらしてくれることが教師に評価されていると言えるだろう。この事実は、スクールカウンセラーが配置校で実際に効果を挙げているということと同時に、教師が臨床心理士と同じく柔らかい事実を志向する科学性規準を持ち合わせていることを示唆している。Latour（1987）によれば、柔らかい事実は他の主張（事実）と衝突しない。主張は、伝えられると同時に参加する人々の手によって変換されるため、主張間の対立構造が明確化しないのである。そのため、そのような場では、職務管轄権をめぐる激しい競合も、明確な分業も起こりえない。実際、「学級担任としての負担が軽減され授業に専念できる」という点では、配置校の教師はスクールカウンセラー導入の効果をあまり感じていない（伊藤, 2000a)。明確な分業にはならないのである。それぞれの主張は、曖昧に共存する。しかし、そもそもこのような形で場を同じくすることは、規準が同じだからこそ可能である。この点は、病院と比較すると分かりやすい。病院には、既に、医学という固い事実を志向する学問体系が強固に存在する。そして、その体系に従い様々な専門職が既に位置づけられて

いる。そこに、臨床心理士が柔らかい事実を志向したまま入り込む余地はない。[はじめに]で述べたとおり、病院での臨床心理士の制度的な保証は難航している。多様な専門職間の対立がある病院というフィールドにおいては、柔らかい事実の曖昧さはなかなかそのままの形では許容しえないのである。

なお、もちろん現在でも、臨床心理士は実際には病院でも数多く活躍しており、将来的には医療領域でも制度的に位置づいていくだろう。しかし、その際には、科学性規準に示されているような臨床心理学知識の独自の特徴も、既にある程度変化していると思われる。本章では分析の対象としていないが、2000 年代に入ってから、社会に対する説明責任を果たすという目的を強く意識しながら、データに基づいた実証的な研究を行うための方法を模索しようとする動きが、東京大学を中心に現れつつある（たとえば、下山編著（2004）など)。このような知識の変化の結果、医療領域で医師とうまく位置づけ合えるような資格化が成立することは十分にありえるだろう。

以上、教科書の分析から抽出された主客融合型解決という科学性規準が、柔らかい事実を志向するという特徴に注目し、それが、臨床心理学知識の学校での制度化をめぐる現状とどのように関連しているかを検討した。そこから、通常、専門職の職務管轄権の確保に役立つとは考えられない柔らかい事実を志向するという特性が、学校という特殊なフィールドにおいては有効に働いているのではないかと推論された。心理臨床家は、社会的な権威の基盤が弱かったにもかかわらず、科学を志向せず、脱科学化することで、学校で知識を制度化させていったのである。「なぜ特に 1980 年代半ば以降の学校で臨床心理学知識の制度化が進んだのか」を考察する上で、知識そのものに注目することは一定の意義を持つと言えるだろう。

## 付表 3-A　戦後日本の臨床心理学の教科書

| 文献番号※1 | 発行年 | 編著者・書名・出版社 | 所蔵図書館件数 |
|---|---|---|---|
| T01 | 1951-52 | 南博ほか著『臨床心理学叢書（全2巻）』（世界社） | 40 |
| ◎T02 | 1952 | 戸川行男編『臨床心理学』（金子書房） | 109 |
| T03 | 1954 | 日本応用心理学会編『臨床心理（心理学講座 7）』（中山書店） | 47 |
| ◎T04 | 1956 | 村松常雄編著『臨床心理学（現代心理学体系 7）』（共立出版） | 88 |
| ◎T05 | 1958 | 懸田克躬ほか著『臨床心理学（千輪浩監修・心理学叢書）』（誠信書房） | 93 |
| ◎T06 | 1964 | 竹内硬ほか編『臨床心理学（朝倉心理学講座 5）』（朝倉書店） | 104 |
| ◎T07 | 1966 訳 | J. B. ロッター著『臨床心理学（現代心理学入門）［初版］』（岩波書店） | 174 |
| T08 | 1967 | 岡堂哲雄著『基礎臨床心理学』（萩書房） | 10 |
| T09 | 1967 | 本明寛編『心理学臨床入門』（福村出版） | 52 |
| ◎T10 | 1968- | 佐治守夫ほか編『臨床心理学講座（全8巻・既刊7巻）』（誠信書房） | 97 |
| T11 | 1969 | 蛭川栄ほか著『臨床心理学：技法とその背景』（黎明書房） | 36 |
| T12 | 1971 | 戸川行男著『臨床心理学論考』（金子書房） | 90 |
| ◎T13 | 1972 | 星野命ほか編『臨床心理学』（新曜社） | 106 |
| T14 | 1972 | 高橋雅春著『臨床心理学』（文教書院） | 17 |
| T15 | 1974 | 氏原寛著『臨床心理学入門：カウンセラーを志す人のために』（創元社） | 62 |
| T16 | 1974 | 佐治守夫ほか編『臨床心理学の基礎知識：概念・技法・問題点の理解［初版］』（有斐閣） | 81 |
| T17 | 1975 | 村田正次ほか著『臨床心理学：子どものよりよい理解者となるために』（啓林館） | 6 |
| T18 | 1977 | 石井哲夫ほか著『臨床心理学（現代幼児教育シリーズ）［初版］』（東京書籍） | 27 |
| T19 | 1977 | 石井哲夫ほか著『臨床心理学　（現代幼児教育シリーズ）［第2版］』（東京書籍） | 15 |
| T20 | 1978 | 水山進吾ほか編『臨床心理学（シリーズ現代心理学 5）』（福村出版） | 57 |
| ◎T21 | 1979 | 佐治守夫ほか編『臨床心理学の基礎知識：概念・技法・問題点の理解［新装版］』（有斐閣） | 124 |
| ◎T22 | 1979 | 藤永保ほか編『臨床心理学（テキストブック心理学 7）』（有斐閣） | 103 |
| T23 | 1979 | 澤文治ほか著『臨床心理学（保育講座 11）』（医歯薬出版） | 37 |
| T24 | 1979 | 岡堂哲雄編『心理臨床入門［初版］』（新曜社） | 58 |
| ◎T25 | 1980 訳 | S. J. コーチン著『現代臨床心理学：クリニックとコミュニティにおける介入の原理』（弘文堂） | 140 |
| T26 | 1980 | 本明寛著『心理臨床入門：診断・治療の臨床心理学 』（川島書店） | 74 |
| T27 | 1980 訳 | J. B. ロッター著『臨床心理学（現代心理学入門）［新訂］』（岩波書店） | 115 |
| T28 | 1981 | 前田重治著『心理臨床：精神科臨床と心理臨床家（臨床精神医学叢書 9）』（星和書店） | 59 |
| T29 | 1981 | 水山進吾編『臨床心理学（保育叢書）』（福村出版） | 28 |
| T30 | 1983 | 橋口英俊編著『新臨床心理学入門 』（建帛社） | 48 |
| ◎T31 | 1986 | 水島恵一著『臨床心理学（人間性心理学大系 7）』（大日本図書） | 147 |
| T32 | 1986 | 井上肇ほか編『臨床心理学』（ナカニシヤ出版） | 49 |
| T33 | 1986 | 永野重史ほか編『臨床心理学（現代幼児教育シリーズ）』（チャイルド本社） | 16 |
| T34 | 1987 | 村瀬孝雄著『臨床心理学（放送大学教材）［初版］』（放送大学教育振興会） | 54 |
| T35 | 1987 | 依田明著『臨床心理学の基礎知識（精神衛生専門講座）』（安田生命社会事業団） | 32 |
| T36 | 1988 | 氏原寛ほか編『臨床心理学』（培風館） | 91 |
| T37 | 1988 | 田中富士夫著『臨床心理学概説』（北樹出版） | 50 |
| T38 | 1988 | 霜山徳爾編『臨床心理学（保育シリーズ 5）』（学術図書出版） | 13 |
| T39 | 1988-91 | 小川捷之編『心理臨床入門：臨床発達心理学の基礎 1・2』（山王出版） | 70 |
| T40 | 1989 | 岡堂哲雄編『臨床心理学［初版］』（日本文化科学社） | 56 |
| ◎T41 | 1989- | 河合隼雄ほか編『臨床心理学大系（全20巻・既刊19巻）』（金子書房） | 266※3 |
| T42 | 1990 | 台利夫ほか編『現代臨床心理学』（教育出版） | 65 |
| T43 | 1991 | 村瀬孝雄編著『臨床心理学（放送大学教材）［改訂版］』（放送大学教育振興会） | 63 |
| ◎T44 | 1991-95 | 河合隼雄監修『臨床心理学（全5巻）』（創元社） | 199 |
| T45 | 1994 | 竹中哲夫ほか編『臨床心理学［初版］』（エディケーション） | 1 |
| T46 | 1995 | 馬場謙一編『臨床心理学（弘文堂入門双書）』（弘文堂） | 76 |
| T47 | 1995 | 田畑治編著『臨床心理学：その発展と課題の広がり（放送大学教材）』（放送大学教育振興会） | 101 |
| ◎T48 | 1995 | 倉光修著『臨床心理学（現代心理学入門 5）』（岩波書店） | 243 |
| T49 | 1995 | 野島一彦編著『臨床心理学への招待』（ミネルヴァ書房） | 155 |
| ◎T50 | 1996 | 坂野雄二ほか著『臨床心理学（ベーシック現代心理学　8）』（有斐閣） | 183 |
| T51 | 1996 | 竹中哲夫ほか編『臨床心理学［増補］』（みらい） | 12 |
| T52 | 1996 | 岡堂哲雄編『心理臨床入門―臨床心理士をめざす人のために［新版］』（新曜社） | 94 |
| T53 | 1998 | 岡堂哲雄編『臨床心理学［第2版］』（日本文化科学社） | 50 |
| T54 | 1998 | 小林芳郎編著『臨床心理学』（保育出版社） | 9 |
| T55 | 1998 | 加藤義明ほか編著『入門臨床心理学（基礎心理学 6）』（八千代出版） | 4 |
| T56 | 1998 | 氏原寛ほか編『臨床心理学入門：理解と関わりを深める 』（培風館） | 83 |
| T57 | 1999 | 馬場禮子編著『臨床心理学概説（放送大学教材）』（放送大学教育振興会） | 120 |
| T58 | 1999- | 氏原寛ほか編『臨床心理学（全3巻）』（培風館） | 74 |
| ◎T59 | 2000- | 下山晴彦ほか著『心理臨床の基礎（全3巻・既刊2巻）』（岩波書店） | 97 |

※1：各行左の記号は、他表や本文中で各教科書を表すのに用いられている（◎はサンプリング対象の教科書）。
※2：複数冊のシリーズについての該当件数は、刊行分の平均値（小数点以下四捨五入）を取った。
※3：『臨床心理学大系』は全16巻で当初刊行されたが、後に追加4巻が決定された。当初刊行分の平均は307。

## 付表 3-B　各教科書のサンプリング単位およびその執筆者

| 文献番号※1 | 各論考の章節の表題 |
|---|---|
| T02 | (a)「序」<br>(b) 1章「臨床心理学の意義」　a～b＝戸川行男 |
| T04 | (a)「序言」＝村松常雄<br>(b) 1編1章「臨床心理学の動向／臨床心理学の意義」<br>(c) 1編2章3節「臨床心理学の動向／臨床心理学の実践／臨床心理学者の活動と養成」<br>(d) 3編1章1節「臨床心理学の方法／臨床心理学的診断／診断の意義」<br>(e) 3編1章2節「臨床心理学の方法／臨床心理学的診断／診断の場」<br>(f) 3編1章3節「臨床心理学の方法／臨床心理学的診断／診断の技術」　b～f＝村上英治 |
| T05 | (a)「序」＝懸田克躬<br>(b) 1章「臨床心理学と精神医学」＝加藤正明<br>(c) 14章「インタビュー」＝片口安史 |
| T06 | (a)「はしがき」＝竹内硬・松村康平<br>(b) 6章「相談者論」＝松村康平 |
| T07 | (a)「序」<br>(b) 1章「臨床心理学とは何か」<br>(c) 6章「臨床心理学の現状」　a～c＝J.B.ロッター |
| T10 | (a) 各巻共通「序文」＝佐治守夫・水島恵一・星野命<br>(b) 1巻序章「臨床心理学の沿革」＝村上英治<br>(c) 1巻8章「人格理論の総合的理解と臨床」＝水島恵一<br>(d) 1巻9章「臨床心理学における実験的方法」＝原野広太郎<br>(e) 1巻10章「臨床における調査統計的研究」＝大西佐一<br>(f) 1巻11章「臨床心理学におけるケース研究」＝細野照敏 |
| T13 | (a)「まえがき」＝星野命・詫摩武俊<br>(b) 序章「臨床心理学の現状と課題」＝星野命<br>(c) 6章1節「臨床の方法／臨床家の姿勢と心構え」＝田畑治 |
| T21 | (a) 10章3節「人間論／＜対談＞現在の臨床心理学の問題点」＝佐治守夫・水島恵一・星野命 |
| T22 | (a)「はしがき」<br>(b)「序論」　a～b＝空井健三<br>(c) 5章「人格理解の基本原則」＝片口安史 |
| T25 | (a)「読者に」<br>(b)「日本の読者へ」<br>(c) 2章「臨床心理学とは？」<br>(d) 20章「専門職としての臨床心理学」　a～d＝S.J.コーチン |
| T31 | (a)「序」<br>(b) 3章7節「パーソナリティの理解と理論／諸人格理論の着眼点と全体的位置づけ」<br>(c) 3章8節「パーソナリティの理解と理論／人格モデルの相対性と相補性」<br>(d) 3章9節「パーソナリティの理解と理論／人間の二面性の認識と直感的統合」<br>(e) 3章10節「パーソナリティの理解と理論／理論的構造モデルと体験的イメージ」<br>(f) 6章「臨床家の問題」　a～f＝水島恵一 |
| T41 | (a) 各巻共通「刊行のことば」＝河合隼雄<br>(b) 1巻Ⅲ-1章「基礎的人格理論の展望／無意識の科学」＝前田重治<br>(c) 1巻Ⅲ-2章「基礎的人格理論の展望／夢と象徴」＝河合隼雄<br>(d) 1巻Ⅲ-3章「基礎的人格理論の展望／人間行動の心理学」＝坂野雄二<br>(e) 1巻Ⅲ-4章「基礎的人格理論の展望／ヒューマニスティック心理学」＝村山正治<br>(f) 1巻Ⅲ-5章「基礎的人格理論の展望／現象学的人間理解への一試論」＝鯨岡峻<br>(g) 1巻Ⅶ章「主観と客観」＝河合隼雄<br>(h) 1巻Ⅷ章「事例研究法論」＝鑪幹八郎・名島潤慈<br>(i) 13巻Ⅰ章「心理臨床家とは」＝小川捷之 |
| T44 | (a) 1巻「まえがき」<br>(b) 1巻1章「臨床心理学概説」<br>(c) 1巻3章1節「基礎理論／原論―科学性の問題」　a～c＝河合隼雄<br>(d) 1巻4章1節「方法論／臨床心理学の発展―新しい人間の科学をめざして」＝村山正治<br>(e) 5巻9章「臨床心理学の将来」＝河合隼雄 |
| T48 | (a)「まえがき」<br>(b)「学習の手引き」<br>(c) 1章「臨床心理学とは何か」<br>(d) 7章「サイコセラピストをめざす人のために」　a～d＝倉光修 |
| T50 | (a)「まえがき」＝坂野雄二・菅野純・佐藤正二・佐藤容子<br>(b) 1章1節「臨床心理学の基本的発想／臨床心理学とは何か」＝坂野雄二 |
| T59 | (a) 1巻「はじめに」<br>(b) 1巻1章「心理臨床の社会的背景」<br>(c) 1巻2章「心理臨床の学問的背景」<br>(d) 1巻9章4節「システムマネンジメント／心理臨床を専門的な活動にするために」　a～d＝下山晴彦<br>(e) 2巻「はじめに　理論と実践」<br>(f) 2巻1章「心理臨床の歴史的パラダイム」<br>(g) 2巻2章「心理臨床の基礎の哲学的考察」<br>(h) 2巻3章1節「心理療法の諸学派／心理療法と学派の問題」　e～h＝河合俊雄 |

※1：文献番号は、付表 3-A の各教科書と対応している。

〈注〉

(1) 「臨床心理士」は 1988 年に認定が開始された資格であるため、それ以前には原則として存在しない。しかし、それ以前にも「臨床心理士」と同様の仕事を行う職業は存在している。そのため、以下では、臨床心理学を学び臨床現場での仕事に携わる者を総称して「心理臨床家」と呼ぶ。臨床心理士のみを指す場合は、臨床心理士と呼ぶが、文脈上明確に区別できない場合は心理臨床家と呼ぶ。

(2) Kuhn の議論はあくまでも自然科学についてのものであるが、臨床心理学の教科書の記述内容を見る限り、同様と見なせる点は多いと思われる。例えば、臨床心理学の教科書内で抽象的な言葉と共に示されている事例は、何が臨床心理学的であり何が臨床心理学的でないかを判断するための「見本例」として機能していると考えられる。また、もちろん、教科書の記述はあくまでも規範的なレベルのものであるが、ここではどうあるべきと志向されているかを考察しているので、それで問題はない。

(3) 2000 年代については、1 シリーズしか把握できていなかったので、それをそのまま採用した。しかし、所蔵館件数が十分に多く、影響力のある教科書であることは間違いない。

(4) ただ、臨床心理士が一つの資格として広く注目されていくにつれ、客観性重視の立場（A）も見直されつつあるようである。大量の臨床心理士の水準確保のためには、現在医療分野で盛んに言われている Evidence-based medicine のような実践形態が有効だからである。実際、この EBM 運動の発想に基づき書かれた坂野氏の別著書（坂野雄二編　2000『臨床心理学キーワード』有斐閣）は、臨床心理士になるために大学院受験を目指す人々の間では、そのわかりやすさゆえ、広く受け入れられている。

# 4. 臨床心理学におけるインスクリプションの変化
## —脱標準化による〈知識の制度化〉—

### 4-1. 〈知識の制度化〉とインスクリプション

先に見たように、戦後の臨床心理学の知識は、一般的に社会的な権威の基盤が弱い専門職の場合とは異なり、次第に脱科学化しつつある。これが新しい職域の獲得の背景となった可能性については3章で指摘したとおりである。

しかし、「新しい科学」だと主張するだけで、臨床心理士と新しい仕事との結びつきを正当化することが可能になるわけではない。現実の社会関係は獲得できない。臨床心理学の科学性の規準が一般的な規準（機械的客観性）と異なる以上、具体的になぜ力を持つことができるようになったのか、考えなければならない。なぜ、ある特定の専門的な知識が社会の中で力を持つのか。「力を持つ」というのは、知識の有効範囲を維持し続けることであり、つまり「制度化」を意味する。この章では、[2-2]で見た、アクターネットワーク理論、特にインスクリプション理論の知見を用いながら、「なぜ、ある特定の専門的な知識がある特定の社会において制度化するのか」、具体的には「なぜ臨床心理学知識が学校において制度化するのか」という問いについて、その研究方法と技術の変化に注目しつつ考察していきたい。

2章でも見たように、通常、社会的な権威の基盤の弱い専門職は、科学を志向し、研究方法や技術を標準化させることで、数量的なインスクリプションを生み出し、できるだけ多くのアクターを計算可能にしようとする（結びつけようとする）。科学を志向し、標準化することで、傷つきやすい専門職は、機械的なルールや数字への信頼をもとに機械的客観性を提示し、職務管轄権を獲得していくのである。標準化とは、「『誰がやっても』『同じ測定方法あるいは手続きで』『結果を再現し共有できる』ために必要な手続きを明記すること」（藤垣，2003，p. 147）を指す。科学志向に基づき、研究方法や使用する技術を実際に標準化していくことで、専門職は機械的客観性を提示するようになる。臨床心理学は、1970年代を境に柔らかい事実を志向し、従来の科学ではない方向に向かっていたが、研究方法や技術の標準化も行われていないのだろうか。本章では、臨床心理学において研究方法や技術が標準化されているのかどうかを、『臨床心理学研究』や『心理臨床学研究』といった代表的な学術雑誌を分析することで明らかにする。

臨床心理学は、柔らかい事実を志向し、科学ではない方向に向かったにもかかわらず、「新しい科学」として正当性を獲得し、職務管轄権を得ることができている。心理臨床家は、1980年代以前は未だ民間資格さえなく、専門的客観性を提示できるほど、社会的な権威の基盤は強くない。機械的客観性でも専門的客観性でもないとするならば、臨床心理士は、どのようにして客観性を提示し、「新しい科学」としての正当性を獲得したのだろうか。「新しい科学」と言いつつも、実際には、研究方法や技術の標準化を進め、機械的客観性を提示していたのだろうか。もし、そうでないとするならば、どのような方法で、客観性の提示を可能にしたのだろうか。それにはインスクリプションについての考察が不可欠である。科学的な知識は、「計算の中心」を作ることで様々なアクターの結びつきを維持し、制度となる。「計算の中心」を作る上で、インスクリプションの存在は欠かせない。臨床心理学が

どのようなインスクリプションを生み出し、それを用いて知識の制度化を果たしているのか。臨床心理学の研究方法と技術が生み出すインスクリプションがどのようなものであるかを調べた上で、その特徴について考察し、臨床心理士がいかにして客観性の提示を可能にしたのかを明らかにしたい。

### 4-2. 臨床心理学のインスクリプション① 研究方法の変化—事例研究へ—

4章では、最終的なアウトプットである論文において、どのような〈研究方法〉がとられているか、分析の根拠とされるインスクリプションを導くためのどのような〈技術〉が用いられているか、この2点について明らかにする。その上で、研究方法や技術は標準化に向かっていたのか、それらはどのようなインスクリプションを生み出していたのかを考察する。研究方法や技術にも、科学性規準と同じような1970年代を境とした変化は見られるのだろうか。変化の有無と1970年以降の状態について、まずは研究方法から見てみよう。

臨床心理学においては、どのような研究方法が用いられてきたのだろうか。日本心理臨床学会の学術雑誌『心理臨床学研究』に掲載された論文312本（発刊時1983年～1997年まで）を分析した丹野（2001a）によると、掲載されている論文の約8割は表4-1のような特徴を持つ、「事例研究」と「質問紙調査」の2タイプに分類される。

**表4-1 『心理臨床学研究』誌論文の主な2タイプ（丹野, 2001a, p. 34）**

| | 事例研究 | 質問紙調査 |
|---|---|---|
| **領域** | 臨床 | 非臨床 |
| **介入** | あり | なし |
| **回数** | 縦断 | 1回 |
| **例数** | 1-5例 | 多数例 |
| **定量** | なし | あり |
| **割合** | 62.8% | 16.0% |

領域：臨床現場（病院・相談書・カウンセリングルームなど）かそれ以外かを示す
介入：援助や治療などの介入を行っているかいないかを示す
回数：縦断的に調べた研究か1回だけの横断研究かを示す
例数：研究対象となった事例の数を示す
定量：量的な指標をとっているかとっていないかを示す

表4-1からわかるように、明らかに事例研究の割合が高い。中でも、雑誌を概観した時、特に目立つのは一事例報告の多さである。一事例報告とは、臨床事例を一例だけ取り上げ、その経過を報告し、考察を行う論文のことである。一事例報告の多くは、事例の経過を時系列に沿って紹介した後、それについて考察・解釈を加える形をとる。取り上げられる事例はほとんどの場合、論文執筆者による自験例である。丹野（2001a）の上記の分析でも、対象となる論文312本のうち、50%が一事例報告であった。医学系の雑誌でも特殊な事例などについて、一事例報告がなされることがあるが、雑誌に掲載される論文全体に占める割合はそこまで高くない。一事例報告は、質問紙調査法と比べると、量的な指標を使うこ

ともなく、標準化しているとはいい難い研究方法である。

このような傾向は以前から見られたのだろうか。1970 年の学会の事実上の解体まで、臨床心理学の中心的雑誌であった『臨床心理学研究』を見てみよう。筆者が調べたところ、1967 年の第 6 巻 1 号から、1970 年の第 9 巻 3 号に掲載されていた論文 69 本のうち一事例報告は 7 本、全体の約 10%であった(1)。つまり、臨床心理学においては、当初から一事例報告が研究方法の中心だったわけではなく、1960 年代には 10%程度であったものが、1980 年～1990 年代には 50%程度になるほどの変化が、1970 年代にあったと考えることができる。

1970 年の日本臨床心理学会の事実上の解体以降、1982 年の日本心理臨床学会の設立まで、1970 年代、臨床心理学の学問的な中心となる学会は存在しなかった(2)。特に大学関係者は 1971 年以降、臨床心理学単独の研究発表の場を失っていた。しかし、1960 年代半ばに海外から帰国した研究者（河合隼雄や鑪幹八郎など）が中心となって、1960 年代後半にはその成果が報告され始めており、1970 年代にもその学習や臨床活動・事例研究などが地道に進められていた。特に、「1970 年ころから、心理臨床に大きなインパクトを与えたのは、ユング派の精神分析の流れ」（乾, 1986, p. 226）であった。そして、その中心にいたのが、河合隼雄である。河合は、スイスでユング派の分析家資格を取得して 1965 年に帰国後、天理大学で箱庭療法の実践を開始し、1967 年には『ユング心理学入門』を出版、現在に至る形での臨床心理学の基盤を作った。1972 年に京都大学教育学部臨床心理学教室助教授に着任した河合は、臨床心理学において事例研究を推進する上でも大きな役割を果たした。1974 年に始まった京都大学教育学部・心理教育相談室紀要『臨床心理事例研究』を皮切りに、1977 年には河合隼雄・佐治守夫・成瀬悟策を編者に『臨床心理　ケース研究』が出版され、大学関係者の活動が再開され始めた。

> 「旧日本臨床心理学会の事実上の解体は、多数の会員にとっても、少なからざる打撃であった。（中略）。羅針盤を失ったかのごとき心理臨床家たちに対して、ノイエス（新しい知見の提出）よりも、むしろ、治療活動そのものを地道に 1 つずつ検討し、指導を受けることが先決として、河合隼雄らが中心となって、事例研究を公開する試みが展開された。この 10 余年の心理臨床の世界の動きをもっとも特徴づけているのは事例研究運動であるとすることに大きな異論はないと思われる」（村瀬, 1985）。

その頃から、新たな学会設立につながるような動きも出始めた。1978 年九州大学で開催された日本心理学会第 42 回大会で「心理臨床の夕べ」がもたれ、活動は活発になっていく。「心理臨床の夕べ」に集まった心理臨床家たちは、翌年から毎年「心理臨床家の集い」を開催することを決定、1979 年には名古屋大学で 200 名を超える参加者を得、1980 年（東京：八王子）・1981 年（京都：琵琶湖）と合宿形式で続けられていった（村上, 1986）。京都で行われた「心理臨床家の集い」の参加者は 600 名を超え、「こうした参加者の熱意と要望を受けて、この会を学術団体として発展させることになった」（梅岡編, 1986, p. 317）。1982 年 3 月、京都で心理臨床学会の母体として学会設立世話人会（26 名）がもたれ、学会の正式発足となった。そこから、1982 年 4 月 1 日づけで、全国の関係者に入会の呼びかけが開始された。1982 年 10 月には九州大学で第 1 回心理臨床学会大会が開催され、その時点で会員数は 1,277 名となった（日本心理臨床学会, 1983, p. 95）。初代理事長は、『臨床心理　ケ

ース研究』の編者にも名を連ねていた九州大学の成瀬悟策であった。この経緯からもわかるように、日本心理臨床学会は、事例研究を重視していた京都大学や九州大学など西日本を中心に設立に至ったと言えるだろう。そのため、設立当初から、学会大会においても事例報告を重視しており[3]、それが、学会誌に占める事例報告の比率の高さにつながっていると考えられる。

事例研究の重要性は、河合や成瀬などが強力に推進し始める以前から、臨床心理学領域で意識はされていた。そのような動向もあってのことだろう。文部省も、1971 年頃から既に事例研究の重要性を認識している。文部省は 1971 年度に初めて「中学校カウンセラー養成講座」を開講し、その内容を生徒指導資料第 7 集『中学校におけるカウンセリングの考え方』にまとめているが、その中で、全 7 章のうち 1 章を割いて、「事例研究会の方法と実際」が示されている。翌 1972 年に出された第 8 集『中学校におけるカウンセリングの進め方』においても、同じく「事例研究の進め方」に 1 章が割かれている。

臨床心理学で用いられている事例は、数量化・標準化を強く志向するものではないが、ある程度、何らかの現実を縮約した情報ではある。臨床心理士という道具を媒介に生み出された一種のインスクリプションであると言えるだろう。Latour（1987, 訳書　p. 428）は、世界の至る所で、簿記に使うことができる数字が記録されたレシートが生み出されたからこそ、会計学の拡大は可能となったとしている。レシートに書かれた数字はインスクリプションである。臨床心理学も、世界の至るところで、臨床心理士という道具によって、事例というインスクリプションを作りだし、学会誌に多数掲載していくことで、それらの事例を学んだ個々の臨床心理士が計算の中心を作り、経験していない事実についても、よく知ることになっていったと考えられる。

ただ、そのとき、事例が本当なのか、という疑いが生じる。事例を語るだけでは説得しきれないとき、その事例の語りを補強する、何かが必要となってくる。

## 4-3. 臨床心理学のインスクリプション②　技術の変化—選択的視覚化へ—

### 4-3-1. 臨床心理士の技術と標準化

Latour（1987, 訳書　p. 115）は、「科学のテクスト中のあらゆる類の視覚的表示を与える設定」を「道具（instrument）」ないしは「銘刻器（inscription device）」と呼んでいる。この定義は、最終的なアウトプットである論文の中で根拠として参照される表示を与えない限り、それを道具とはみなしていないため、道具は時代に依存した相対的なものとなる。また、道具にはハードウェア的なものだけでなく、ソフトなものも含まれる。たとえば、「数百人もの世論調査員、社会学者、コンピューター科学者を雇用して、ありとあらゆる類の経済に関わるデータを収集する統計機関は、たとえば月別や産業部門別のインフレ率のグラフを伴った経済学雑誌に書かれた論文に銘刻をもたらすのであれば、道具である」（Latour, 1987, 訳書　p. 117）。その中間的な手続きを問題とする論争が存在しない限り、機関全体が 1 つの道具とみなされうるのである。

先に見たように、事例は、ある意味で臨床心理士という 1 つの道具が生み出したインスクリプションであると捉えることができる。しかし、その事例は本当なのか、という論争

が生じる時、臨床心理士は、事例を補強する別のインスクリプションを必要とするようになる。クライエントの心という客観的に言及しがたいものに言及するために、道具、つまり一定の技術が開発されることになる。

臨床心理士は、技術の標準化により機械的客観性を提示することで、事例を補強したり、社会的な影響力を獲得したりしたのだろうか。先にも見たように、臨床心理学は「柔らかい事実」を志向しており、自らを従来の科学とは異なる「新しい科学」として定義している。従来とは異なる客観性の提示の仕方をしている可能性が考えられる。実際に、臨床心理士は、どのような技術を用いて、どのようなインスクリプションを提示しているのだろうか。具体的に見てみよう。

### 4-3-2. 既存データにみる臨床心理士の技術変化

まず、臨床心理学者が行った既存の臨床心理学の研究動向に関する調査報告をもとに、臨床心理士が用いる技術の傾向を大まかにまとめておきたい。臨床心理士（認定制度開始以前については心理臨床家と呼称する）の技術には、大きく分けて、クライエントの心理状態を検査するための検査技術と、検査結果を受けて何らかの治療的処置を行うための介入技術とがある。そして、既存の調査報告を見る限りでは、そのどちらも、1970 年頃を境に傾向が変化している。

1970 年以前の臨床心理学の研究動向から、当時の技術の使用状況は以下のようにまとめられる。まず、検査技術から見てみよう。倉石（1982）によれば、1945 年から 1955 年頃にかけては、知能検査・評定法や質問形式の性格テストが多数出現したが、1955 年以降は投影法（特にロールシャッハ・テスト）が台頭し、1965 年頃にロールシャッハ・テストの研究がその全盛期を迎える。本明・今井（1971）の分析でも、1951 年から 1955 年の時期にロールシャッハ・テストについての研究が出始め、次第に増加、1961 年から 1965 年の時期にロールシャッハ・テストを用いた研究論文の数が最高となっている。また、日本臨床心理学会会員など 622 名（回収率 68.1%）を対象として 1966 年に行われた調査（日本臨床心理学会研究局，1969）では、心理臨床家が主に用いる心理検査技術として、知能検査（73%）と投影法（70%）が挙げられている。

一方、介入技術の理論としては、C. R. Rogers の影響が大きい。その紹介は、Rogers の『相談助言と精神療法（Counseling and Psychotherapy)』を友田不二男が訳した『臨床心理学』という本から始まる。この頃、同じく「臨床心理学」と冠した教科書が登場し始めたが、「その実体は、異常心理学の入門的記述に心理検査と心理療法の紹介を加えたようなものであり、編者も精神医学者であることが多かった」（村瀬，1985）。当時、既に医者を中心としたドイツ精神医学やアメリカ精神分析学派に注目した研究の流れ（病院臨床・精神医学の系譜）が存在しており、その流れの方が理論として体系だっていたことが影響していると考えられる。しかし、そのような「人間不在の心理学」にあきたらない人たちにとって、「クライエントの自己実現を非指示的に援助していく姿を生き生きと示した」（倉石，1982）Rogers の著書は大変魅力的だったようである。精神分析の学会などは学会員のほとんどが精神科医で心理学者はそこに溶け込んでいくのが難しい状況であり（倉石，1982)、特に他に有力な理論も当時はほとんどなかったため[4]、Rogers の来談者中心療法は、

1960 年代には心理臨床家に広く関心を持たれる心理療法となった。先に挙げた臨床心理学会会員を対象に行われた 1966 年の調査（日本臨床心理学会研究局，1969）でも、関心のある介入方法として、圧倒的多数の者が来談者中心療法（77.7%）を挙げている。他の介入方法を挙げている者は、遊戯療法の 48.9%を除き、いずれも 30%以下であり、たとえば精神分析療法を挙げた者は 27.3%にすぎなかった。

1970 年頃を境にこのような傾向は変化を見せ始める。臨床心理学の研究動向から 1970 年以降の技術の使用状況は以下のようにまとめられる。ロールシャッハ・テストなどの診断法の研究は、1961 年から 1965 年の最盛期に比べると、1965 年から 1970 年には研究量がやや減少気味になってくる（本明・今井，1971）。しかし、学術論文の全体本数は増加している。では、代わりにどのような研究が増加したのかというと、行動療法や精神分析など、ロジャース派に代わる治療法の研究である。1965 年以降には、精神医学者の小此木啓吾の指導を受けた慶応大学医学部グループの人々が、精神分析的な技法による介入について発表を行うようになってきている（乾，1986）。行動療法も 1960 年代後半に発展し、内山喜久雄らが中心的な役割を果たした。しかし、中でも特に、1970 年頃から臨床心理学界に大きなインパクトを与えたのは、ユング派の精神分析（分析心理学）の流れである（乾，1986）。ユング派は夢やイメージの治療的側面に注目する特徴を持っているが、近年の芸術療法（絵画療法・箱庭療法など）の隆盛はこの影響が大きい。

さらに、その影響は介入技術だけに留まらず、検査技術にも及び、描画法[5]がアセスメントとして用いられることが増えている。1986 年から 1991 年までの心理臨床学会新入会員のうち描画法検査の実施経験者は 59.5%であり、「描画法検査は実施経験の有無をみると、31～35 歳台にピークが認められ、若い臨床家の間で関心が高いことがうかがわれる」（教育・研修委員会，1993）。『心理臨床学研究』の第 1 巻 1 号（1983 年 10 月）から第 9 巻 3 号（1992 年 3 月）までに掲載されている全 123 論文を対象とした津川・近藤（1993）のメタ分析においても、研究法として心理検査技術を用いている論文 47 本のうち 29.8%（14 本）が描画法を使用していたとされている。

この技術の使用状況の変化について、技術の標準化という観点から捉え直すと以下のように整理できるだろう。1970 年以前に優勢だった初期のロジャース派には、診断はむしろ有害であると極端に主張する傾向があった。また、そのカウンセリング技術は、態度の原則を最も重視しており、何らかの具体的な手続きの集積として技術を標準化していく指向は弱かった。そこでその反動として、診断技術としてのロールシャッハ・テストへの関心が高まっていたとされている。ロールシャッハ・テストは、現在でも一部においては診断のためのプログラムが作られ、コンピューター化が進んでおり、数量的な標準化を志向する傾向が比較的強い[6]。つまり、この時期の心理臨床家は、標準化を嫌うカウンセリング技術と数量的な標準化を目指す技術という両極端の狭間で、専門家としての方向性を決めかねていたと考えられる。

一方、1970 年以降は、イメージを想起させるものへの注目という形で、診断（検査技術）においても治療（介入技術）においても技術変化が起こる。クライエントの内的世界を何らかのモノ（絵や箱庭など）に投影させ、そのモノを介在させることで、より他者の心理を第三者にも「見える」形にして表現することが目指されるのである。絵や箱庭といったモノは写真に撮られ、事例報告などの中でインスクリプションとして提示される。これは

一種の技術の視覚化と言えるだろう。

しかし、このような臨床心理学の技術における視覚化は、視覚化の方向としては非常に限定されたものである。Myers (1990) は、視覚的な図表を、写真 (photographs)・挿絵 (drawings)・地図 (maps)・グラフ／モデル／図表 (graphs, models, tables)・模式図 (imaginary figures) の5種類のタイプに分け、先のものほど、余分な描写がより多い (more gratuitous detail) としている。つまり、見せるべき焦点以外の情報が、写真は多いと言える。

Lynch (1990, p. 153) は、科学的な出版物おける視覚的表象の特徴を「選択 (selection：研究の対象を単純化したり、概略化したりする視覚化の方法)」と「数学化 (mathematization：数字の序列を自然物に与える視覚化の方法)」という 2 つの観点から整理した。科学の視覚的表象はこのような特徴を持ち、両者は相互に強く関連しているというのである。Lynch (1990) は、「選択」が行われていることを説明するにあたり、2つ以上の画像を同時に並べる分割スクリーン法を使った図を取り上げている。そのような図では、写真とダイアグラムが一緒に並び、ダイアグラムはいわば写真の読み方を解説するものとなっている。そのとき、写真は「オリジナル」であり、ダイアグラムはそれを解釈し表現するものとなる。Lynch (1990) によれば、写真のように化学的転写を行っているものは、その手続きが機械的であるがために、アーティスティックに手作業で描かれているダイアグラムよりも、現実的な、それがオリジナルの実体であるかのような印象を与えるという。「数学化」は結果としては表やグラフのような形で表わされることが多い。Lynch (1990) 自身は、数学化が行われているという過程を捉えるために、写真やイラストの中に数字を示した図を取り上げて説明を行っている。

臨床心理学において多く用いられているのは、見せるべき焦点となる情報以外が多く含まれている写真というインスクリプションである。そしてその写真をどう読むべきかという解釈が文章中に提示される。時には、分割スクリーン法も用いられ、ダイアグラムが解釈すべき対象を明確に指示することもある。臨床心理学の論文で描画や箱庭に関するインスクリプションが提示される場合、「選択」という形で、写真やダイアグラムで示す以上に、「数学化」という強い情報の縮約が行われていくことはほとんどない。ここで、選択を行った結果としての視覚的表象を用いるようになることを「選択的視覚化」、数学化を行った結果としての視覚的表象を用いるようになることを「数学的視覚化」と呼ぶとするならば、近年の臨床心理学の技術は、数学的視覚化ではなく、選択的視覚化のみを志向しているといえるだろう。これは、両者に関連があると考える Lynch (1990) の考察からすると、一般的にはありえない特異な形態であると言える。

では、実際に、選択的視覚化を志向する、このような技術変化は起こっているのだろうか。まず、『心理臨床学研究』の一事例報告を調べ、現在の技術の使用状況を見てみたい。その後、サンプル数がかなり少ないので、補足的なものとなるが、1970 年代以前の状況についても、『臨床心理学研究』の一事例報告を用いて、簡単に確認しておきたい。

### 4-3-3. 『心理臨床学研究』の一事例報告にみる現在の技術の使用傾向

ここまで既存の調査から技術の歴史的趨勢をみてきた。次に、このように変化してきたとされる技術が、実際の治療プロセスの中でどのように使用されているのか、そもそも本当に使用されているのかについて、もう少し詳しく見ていきたい。

ここでは、実際の治療場面を観察するのではなく、治療プロセスにおける技術の用い方を大まかに知るために、臨床心理士が行う事例報告を対象とした探索的な分析を行う。用いるのは、日本心理臨床学会の学術雑誌『心理臨床学研究』に掲載されている一事例研究を報告する論文（以下、一事例報告）である。日本心理臨床学会は、日本の臨床心理士の多くが所属している学会で、日本の臨床心理士について考察する上でもっとも注目すべき学会である。なお、『心理臨床学研究』は 1983 年からの発刊であるため、この分析で得られる知見は 1970 年代以降の新しい流れに関するものである。実際の事例報告の中で用いられている技術を観察することで、現在臨床心理士が用いている技術の標準化および選択的視覚化の形態についてより詳しい考察を行いたい。

**[分析対象]**

まず、分析対象についてもう少し具体的に述べておく。ここで考察の対象とするのは、1983 年の発刊時から 2002 年まで計 20 年間の『心理臨床学研究』の原著論文および研究報告論文全 503 本である。この 503 本の論文全てを詳細に検討することは膨大な作業量となるので、ここでは各年からランダムに論文を抽出し、各年 3 本ずつの一事例報告を分析対象とした。ただし、図 4-1 のとおり、発刊当初は 1 年間に発行される号数も論文数も少なく、対象となる一事例報告が 1 年間に 3 本に満たないこともあったため、ここでは 7 本が欠けて 53 本が実際の分析対象となっている。

ここで一事例報告と呼んでいるのは、臨床事例を一例だけ取り上げ、その経過を報告し、考察を行う論文のことである。一事例報告の多くは、事例の経過を時系列に沿って紹介した後、それについて考察・解釈を加える形をとる。取り上げられる事例はほとんどの場合、論文執筆者による自験例である。ここで分析対象とした報告も全て自験例であった。丹野（2001a）によれば、1983 年から 1997 年までの『心理臨床学研究』に掲載された論文 312 本[7]のうち、50%が一事例報告である。

一事例報告のみを分析対象とするのは、「臨床心理学が臨床場面でどのような技術をいつ・どのように使用することを標準としているのか」を、一事例報告ならば詳しく追えると考えたからである。もちろん、2、3 事例の少数事例報告も論文としての形態は一事例報告と似ているが、どうしても紙幅の都合上、臨床場面についての記述が簡略化されてしまう。そこで、ここでは複数事例報告は除外し、一事例報告のみを対象とした。事例報告には実際に使用した技術が全て記録されるわけではないが、『心理臨床学研究』の一事例報告は同業者による審査を通過した論文であり、事例を理解するうえで学術的に必要と判断された技術は掲載されていると考えた。

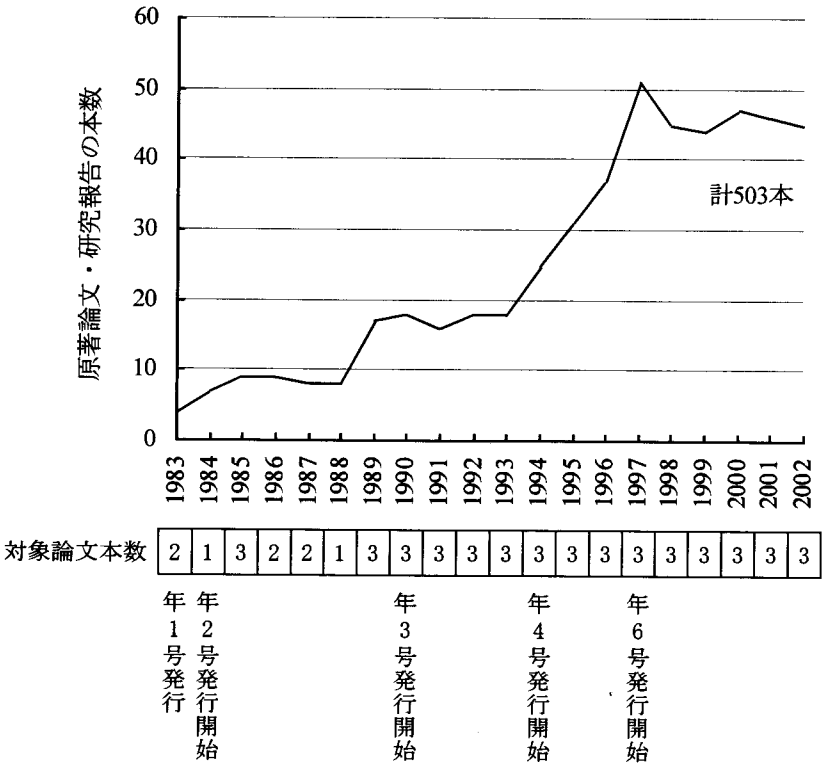



**図 4-1　『心理臨床学研究』対象論文本数**

**[分析方法]**

取り出された分析対象の細かな分析手続きは以下のとおりである。まず、53 本の事例報告から、各報告が使用している技術を論文中の表記のまま抜き出した。どのような表記を「技術」を示す表記と捉えるかには、さまざまな立場がありうるが、ここでは、目的に達するための複雑な手続きを一定程度具体的に固定したものを技術と考え、何らかの具体的な手続きを伴うもののみを技術として抜き出した。ゆえに、たとえば、「指導した」「共感した」「傾聴した」といった表記は、併せて何らかの技術としての具体的手続きが示されていない場合は単なる態度表明と捉え、「技術」として抜き出すことはしなかった。

論文中の表記のまま抜き出した技術の名称は、そのままでは把握しづらいので、検査や治療の内容ごとに大きく分類し整理した（分類の基準については、分析結果を示す際に説明する）。この分類された技術が何回使用されているかをカウントし、現在の臨床心理士が実際に用いている技術の特徴を確認することが、ここでの分析の中心的な課題である。

ただし、用いられているそれぞれの技術をただ全体的にカウントするのではなく、事例をさらに 2 側面から分類し、それぞれの項目で技術が何回用いられているかをカウントした。2 側面とは、ひとつは事例の中での「技術の使用場面」、もうひとつは「技術の使用場

所（以下、治療場所と表記）」である。「技術の使用場面」とは、事例を主に時間的経過に沿っていくつかの場面に切り分けることを意味する。ここで事例をいくつかの場面に切り分けるのは、治療プロセスが標準化しているかどうかを観察するためである。ここまでは主に、個別の技術の標準化に焦点を合わせて議論を進めてきたが、標準化には、実は、個別の技術の標準化だけでなく、「技術をいつどのように用いるか」というプロセスにおける標準化も存在する。そのような治療プロセスの標準化の程度を知るために、ここでは使用場面ごとに技術を分類することを行った。また、事例を「治療場所」で分けるのは、臨床心理士の技術および治療プロセスが、どの程度アカデミズムによって統制されているかを知るためである。臨床心理士は専門職であるから、その背景にはアカデミックな知識が存在する。そのアカデミックな知識による制約が強いほど、使用場所による違いはなくなり、技術および治療プロセスは標準化すると考えられる。

1つ目の側面である事例における「技術の使用場面」は次の4つに切り分けた。

(1) 診断期の検査場面
(2) 治療期の検査場面
(3) 治療期の介入場面
(4) 終結期の検査場面

操作的に定めたこの 4 つの場面を分析に用いることは、次のような考察にもとづいて決定している。まず、この区切り方は、1つの事例の過程をその時間的な経過に沿って診断期・治療期・終結期の 3 段階に分けている。事例を時間的経過に沿って何段階かの過程に分けることは、医師の行う事例報告やそれを模した臨床心理士の事例報告でしばしば行われている。Jenicek (2001) は、医学上のエビデンスとなりうる症例報告のまとめ方を指南した書の中で、どのような症例の管理も (1) 患者についてのデータ収集、(2) 診断手続き、(3) 治療・効果、(4) 患者の転帰、という時間的流れに沿うべきであるとしている（訳書　p. 96）。より簡略化するなら、それは、診断・治療・転帰という 3 段階の時間の流れに沿った過程であると考えられる。この過程が繰り返されたりある時点で終結したりすることによって症例は展開する。Jenicek (2001) が述べたのは、医学での一事例報告の場合であるが、そもそも医学をモデルに一事例報告を発展させてきた臨床心理学においても、事例というものがそのような流れに沿って進めるべきとの主張はなされている。たとえば、丹野 (2001b) は、アセスメント[8]を臨床実践の中に位置づけるために、(1) 受理面接、(2) 詳しいアセスメント、(3) 診断、(4) ケースフォーミュレーション[9]、(5) 援助介入、(6) ポスト・アセスメント、という援助の流れを提唱している。そして Jenicek (2001) と同様、ポスト・アセスメントの結果如何でフィードバック・ループが生じたり生じなかったりするという。つまり、臨床心理学における事例は、少なくとも理念的には、時間軸に沿って「アセスメント（診断）→介入（治療）→ポスト・アセスメント（転帰）」という流れで構成されると考えられる。そこで、ここでは、このような考え方をもとに 1 つの事例の時間的な流れをやや簡略化して切り分け、先に示した3段階の区分（診断期・治療期・終結期）を設けた。具体的には、何らかの治療方針を決定すると考えられるインテーク面接から 3 回目の面接

あたり[10]までの時期を「診断期」、診断の修正をしつつ方針に従って治療を行う時期を「治療期」、そして治療の効果の有無を判断し治療の終結を決定する最後3回程度の面接の時期を「終結期」とした。

臨床心理士は、これら 3 つの段階それぞれにおいて、専門職としての技術を使用すると考えられる。臨床心理士の技術は大きく分けて検査技術と介入技術の 2 つがあり、それぞれ、異なる目的の下に使用されている。検査技術は、クライエントの心理状態を検査する目的で、介入技術はクライエントの状態に介入し治療的変化をもたらす目的で使用されている。そこで、ここでは、事例を検査する目的で技術を使用している場面と、介入する目的で技術を使用している場面とに事例をさらに切り分けた。そもそもの使用目的から、検査を行う場面は、診断期・終結期に主に表れ、介入を行う場面は治療期に主に表れると考えられる。しかし、「アセスメント（診断）→介入（治療）→ポスト・アセスメント（転帰）」という流れがフィードバックすることもありうるという先の見解から、治療期にも検査にもとづく判断を行う場合はあるものと考え、結果、1つの事例を先にあげた4つの場面に切り分けた。なお、治療期について、それが介入を行っている場面なのか検査を行っている場面なのかは、事例の文脈から、臨床心理士がクライエントの状態に何らかの治療的変化を起こそうとしているか否かで判断した。

続いて、2つ目の側面である「治療場所」は次の4つに分類した。

(1) 病院
(2) 大学相談室
(3) 公立の相談機関
(4) その他相談室

分類の基準は以下のとおりである。病院あるいは診療所での事例は (1) に分類した。(1) に該当しないものの中で、大学（主に教育学系の学部）に併設されている相談施設および学内学生向けの大学併設の学生相談室での事例は (2) に分類した。(1) および (2) に該当しないものの中で、公立の教育相談所・療育相談所および児童相談所での事例は (3) に分類した。なお、家庭裁判所の調査官による事例1件[11]もここに加えている。(1) (2) (3) のいずれにも該当しないものは (4) に分類した。ここには、私立のカウンセリングルーム・企業や私立中学校に併設の相談室・治療者の自宅などで治療を行った事例が含まれている。

臨床心理士は専門職であるため、その業務は、理念的には、職場の都合によって規定されるのではなく、学界のアカデミックな制約の方に強く規定される。したがって、治療場所別にその技術を観察した場合、どの場所でも同様の技術および治療プロセスを観察しうることが期待される。しかし、実際には、専門職においても職場の違いが業務に与える影響は大きい。Abbott (1988) は、専門職の職務管轄権に関する議論の中で、専門職が実際に働いている職場—特に臨床心理士のように組織の中で働く場合には、その職場での他の専門職との関係—が職務管轄権に与える影響に注目している。専門職の職務は、実のところ現場レベルではそれほど固定的なものではなく、どのような形態でどのような人々が働いているかなどにより影響を受けうるからである。そしてそのような職場での状況は、公

式の職務管轄権をも変更しうる。Abbott（1988）は、ソーシャルワーカーや心理学者が精神科医の独占を破って個人的問題についての職務管轄権（具体的にはサイコセラピーという職務）を公式に獲得するに至った20世紀のアメリカの状況について、その過程を次のように述べている。Abbott（1988）によれば、早くから精神科医のもとで働いていたソーシャルワーカーや心理学者は、職場の中で精神科医の仕事であったサイコセラピーの技術や学識を習得し、その後、精神医学が薬物療法重視になるにつれて、次第に公式にサイコセラピーに関する職務管轄権を獲得していったという。このような職場の違い、ひいては他の専門職との関係の違いによる職務管轄権への影響は、当然、使用される技術の違いという形でも表れる可能性がある。臨床心理士が用いる技術は、職場の影響を受けないほどにアカデミックに統制され、標準化しているものなのだろうか。もし、そうではなく職場の影響を強く受けているならば、それはどのような影響なのだろうか。治療場所別に臨床心理士が用いている技術を観察することで、これらの疑問に部分的ながら応えることができるだろう[12]。

では、以下、『心理臨床学研究』の一事例報告の中で用いている技術について、特にその技術が用いられた場面と場所の違いに注目しながら分析を行う。分析はあくまで探索的なものである。そもそも本分析は任意の一雑誌を対象とした分析であるため、統計的処理を行って臨床心理学界を代表させることはできない。ゆえにここでは、いくつかの図表を参考にしつつ大まかな動向を示唆するに留める。なお、もとのデータは20年間という長いスパンで収集している。当然、何らかの傾向のずれが出てくることが予想される。そのため、それぞれの分析については、前半10年間（1983～1992）と後半10年間（1993～2002年）とに分けた分析を予め行っている。しかし、サンプル数が少ないため、一部を除き特記すべき違いを見ることはできなかった。そこで、以下では違いが見られた一部（診断期の検査技術）を除き、前半と後半に分けた分析結果は提示せず、20年分のデータを一括して検討した。分析対象となる53個の事例の簡単なプロフィールは表4-2のとおりである。

**表4-2　分析対象とした一事例報告の要約**

| | | 報告年代 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1983-1992 | 1993-2002 | 合計 |
| 治療場所 | 病院 | 8（3） | 12（4） | 20（7） |
| | 大学相談室 | 5（4） | 8（1） | 13（5） |
| | 公立の相談機関 | 6（5） | 6（6） | 12（11） |
| | その他の相談機関 | 4（1） | 4（1） | 8（2） |
| | 合計 | 23（13） | 30（12） | 53（25） |

注：()内の数値は、うち18歳未満のクライエントの報告数

**[分析結果]**

ここでは、先に示した 4 つの「技術の使用場面」ごとに分析結果を順に示し、最後に全体の分析結果についてまとめる。4 つの場面ごとの分析では、それぞれの場面でどのような技術が使用されているかを、主に標準化指向や選択的視覚化指向の有無という点に注目してまとめる。加えてそれぞれの場面での技術の使用については、「治療場所」による違いがあるかどうかについても留意する。「治療場所」による違いについては、最後にまとめて、アカデミックな統制が行われているか否かという観点から検討を行う。治療プロセスの標準化についても、最後に全体の分析結果を述べる際にまとめて検討を行う。

**①診断期の検査技術**

では、まず、診断期の検査場面において用いられている技術（以下、診断期の検査技術と表記する）について見てみよう。これについてのみ、前半 10 年（1983～1992 年）と後半 10 年（1993～2002 年）に分けた分析結果を示した。診断期に検査技術を幾つ使用するかを治療場所別に示したのが図 4-2 である。これを見ると、病院や公立の相談機関で比較的使用数が多く、技術の使用に治療場所による違いがあることが予想される。なお、先に述べたように何を技術とみなすかについてはかなり広義の定義を採用しているので、DSM[13]などの診断マニュアルを利用することについても、具体的な手続きを有しているという点から 1 つの技術とみなしカウントをしている。そこで、このように検査技術というには曖昧なものを除き、明確に心理検査のための技術と考えられるもののみをカウントした。すると治療場所による差異がよりはっきりと出た。図表には示していないが、病院における事例 20 件のうち 9 件が明確な心理検査技術を用いており、心理検査技術を使っている割合は他の治療場所に比して病院が明らかに高い（大学相談室は 3 件、公立の相談機関は 4 件、その他の相談室は 0 件である）[14]。このことから、病院で比較的多く検査技術が使用されていることがわかる。ただ、図 4-3 を見ると、前半 10 年（1983～1992 年）に比べて後半 10 年（1993～2002 年）では技術の複数使用が減っている。技術を 1 つだけ使用している事例は増えているが、全体的には使用数は減っている。病院で技術の使用数が多いとはいえ、全体的に見れば、近年、検査技術を使用しなくなりつつあると考えられる。

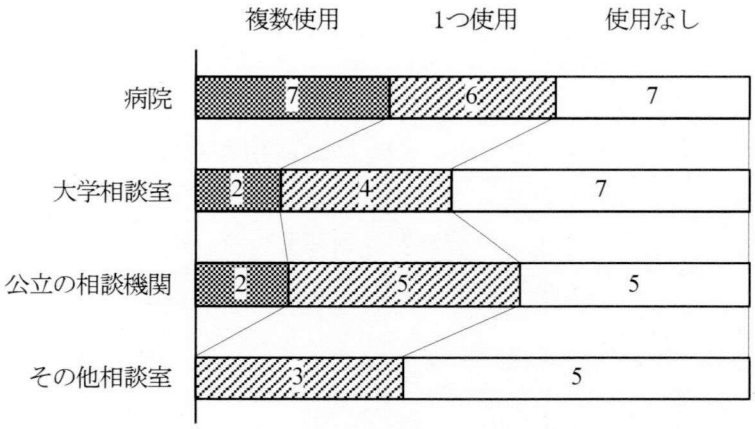



**図 4-2　診断期における検査技術の使用の有無（治療場所別）**

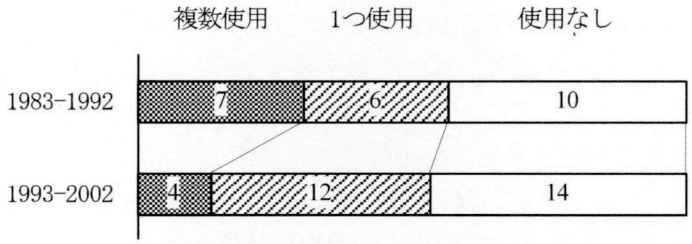



**図 4-3　診断期における検査技術の使用の有無（年代別）**

具体的にどのような技術が使用されていたかについては表 4-3 に示した。表 4-3 に示した技術名は報告の中で用いられていた名称をなるべくそのまま抜き出したものである。このままではその全体的な傾向がつかみにくいので、分析方法の説明の際に述べたように、これらの技術を適当な分類枠組みで大まかに整理した。分類は、松原編（2002）および山中（1992）を参考に、心理学的技術の標準的な分類に依拠しつつ、同時に、本章で注目している標準化指向の技術と選択的視覚化志向の技術を明確にできるよう行った。結果、以下の方式で、臨床心理士の検査技術を 9 つに分類した（表 4-4 参照）。

## 表 4-3　診断期に使用された検査技術の一覧（治療場所別）

| 治療場所 | 使用された技術名 |
|---|---|
| 病院 | a：田中・ビネー知能検査、b：MAS、c：バウム・テスト[2]、d：MSSM、d：自由な描画、e：SCT[2]、e：ロールシャッハ・テスト[5]、f：コラージュ、g：身体的検査結果の記載[4]、h：DSM による診断[4]、h：マニュアル（Zero to Three）による診断、i：麻酔（amytal）面接 |
| 大学相談室 | a：発達テスト（津守・稲毛式乳幼児精神発達検査）、c：総合的 HTP、c：風景構成法、f：箱庭[2]、g：身体的検査結果の記載、h：DSM による診断、i：P-C.S.R.T.（HU 式親子言語関係診断テスト）、i：吃音の発達軌跡（Van Riper による）、i：吃音の発達段階（Van Riper による）、i：神経質傾向（高木俊一郎の「いわゆる神経質傾向調査表」による）、i：母親に家族関係単純図式投影法を実施、i：夢を解釈 |
| 公立の相談機関 | c：バウム・テスト[2]、c：人物画、d：自由な描画、e：CAT、e：SCT、f：箱庭[2]、g：就学時，二次検診受診（IQ86）、g：身体的検査結果の記載、i：母親を対象に計 5 回予備面接 |
| その他の相談室 | f：箱庭[2]、h：DSM による診断 |

注：技術名の前の記号はその技術の分類記号を表しており、表 4-4 の分類と対応している。
技術名の後ろの[]は複数回使用されていた技術について、その使用回数を表している。

## 表 4-4　診断期に使用された検査技術の要約

| | 心理検査 | | | | | | 心理検査以外 | | | 合計 | 標準化指向の技術 | 選択的視覚化指向の技術 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | a 発達・知能に関する検査 *1 | 性格・人格に関する検査 | | | | | g 他所での検査結果の記載 | h 診断マニュアルの利用 | i その他 | | | |
| | | b 質問紙法 *1 | 投影法 | | | | | | | | | |
| | | | 描画 | | 描画以外 | | | | | | | |
| | | | c 課題画 *1*2 | d 自由画 *2 | e 課題型 *1 | f 自由型 *2 | | | | | | |
| 病院 | 1 | 1 | 2 | 2 | 7 | 1 | 4 | 5 | 1 | 24 | 11 | 5 |
| 大学相談室 | 1 | | 2 | | | 2 | 1 | 1 | 6 | 13 | 3 | 4 |
| 公立の相談機関 | | | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | | 1 | 11 | 5 | 6 |
| その他の相談機関 | | | | | | 2 | | 1 | | 3 | 0 | 2 |
| 合計 | 2 | 1 | 7 | 3 | 9 | 7 | 7 | 7 | 8 | 51 | 19 | 17 |

注：分類項目の後ろの*1 は標準化指向の技術と判断した項目であることを示している。*2 は選択的視覚化指向の技術と判断した項目であることを示している。なお、f には選択的視覚化指向ではない技術も含まれうるが、終結期に病院で使用されている 1 例（表 4-6 参照）を除き、他はすべて視覚化指向技術と呼びうるものであったので、f も選択的視覚化指向の技術とした。

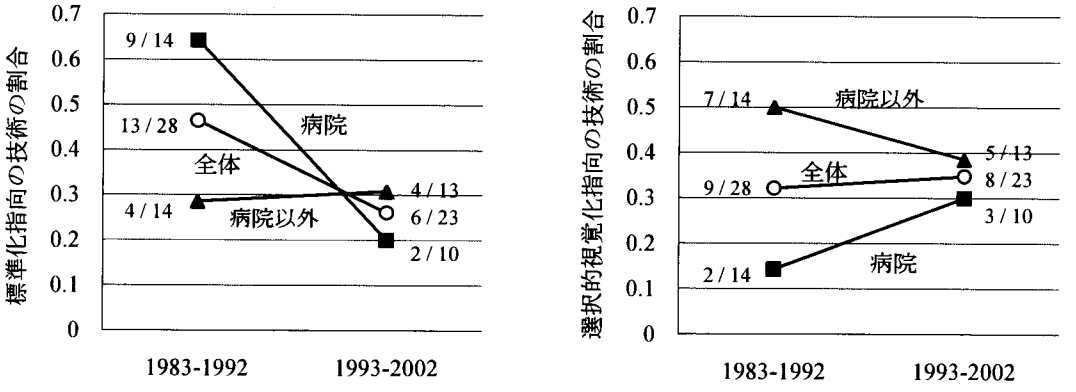
まず、全体を心理検査に該当するものとそれ以外に分類し、心理検査については検査の内容で「発達・知能に関する検査」「性格・人格に関する検査」の2つに分類した。さらに特に様々な形態の検査がある「性格・人格に関する検査」については、検査の種類に応じて、まず、質問紙法と投影法に、さらに投影法を描画させるものと描画させないものに分けた。そして描画させるもの／させないものをそれぞれ、課題で制約をつける傾向のあるもの（課題画・課題型）と比較的クライエントに自由に表現させるもの（自由画・自由型）とに分けた。一方で、心理検査以外の技術については、「他所での検査結果の記載」と「診断マニュアルの利用」というカテゴリを用意し、該当するものをまとめた。先にも述べたようにDSMなどの「診断マニュアルの利用」は、技術とは厳密には異なるかもしれないが、一応その診断マニュアルの手続きにのっとって診断を行うということを心理検査とは別ものながら技術として考え、マニュアルに言及のあるものは診断期にその診断をしたものと考えた。なお、「その他」は上のどれにも当てはまらなかったものである。

表 4-3 の使用された技術名の先頭についている英字は、これらの検査技術の分類をさしている。検査技術に関するこの分類の仕方は、治療期（表 4-5）・終結期（表 4-6）についても同様である。表 4-3 を見る限り、診断期の検査技術は、一事例でしか使用されていない技術が大半である。しかし、その中でも複数回使用されていたものは、心理検査技術に限れば、多い順に「箱庭」「ロールシャッハ・テスト」「バウム・テスト」「SCT」「自由な描画」となっている。「箱庭」「バウム・テスト」「自由な描画」は、何らかのイメージ（箱庭や絵）をクライエントに作成させそれを解釈するタイプの技法、つまり選択的視覚化指向の技術である。治療場所によらず、選択的視覚化指向の技術が多く用いられている可能性が読み取れる。一方、複雑な手続きを要し標準化指向が近年強まっている「ロールシャッハ・テスト」は病院だけで見られた。心理検査技術ではないが「身体的検査結果の記載」や「DSMによる診断」も多く見られ、これらも主に病院で使用されていた。他所で行われた標準化された検査結果を共有したり、精神医学の診断基準を用いたり、心理検査技術以外でも、病院における標準化した技術の使用傾向が見られることがわかる。

さらに、表 4-3 の検査技術の一覧を要約的に示した表 4-4 で、用いられている技術の特徴をもう少し整理した形で見てみよう。表 4-4 では、治療場所別にそれぞれの分類カテゴリに属する技術が延べ何回使用されていたかを表している。読み取りに際しては、治療場所によってそもそも事例報告数が異なることに注意する必要がある。事例報告数の総計は53件（内訳は表4-2参照）で、技術の延べ使用数は51個である。1つの報告で、技術を複数使用しているものも、まったく使用していないものも存在する（図 4-2）。表 4-4 では、技術の延べ使用数に注目しているが、報告数が治療場所によって異なることは、多少念頭におく必要がある。表4-4では各分類カテゴリに加えて、「標準化指向の技術」の使用数と「選択的視覚化指向の技術」の使用数についてもまとめている。標準化指向の技術とみなした分類カテゴリは、心理検査のうち自由なタイプの投影法（自由画・自由型）を除いた4カテゴリ（a・b・c・e）であり、選択的視覚化指向の技術とみなした分類カテゴリは、投影法のうち描画を行うもの（c・d）と描画は行わないがクライエントに自由にイメージを表現させるもの（f）の3カテゴリである。ここでもやはり治療場所によって使用される技術の種類が異なることが示唆される。例えば、病院においては、使用している検査技術の

延べ数 24 個に対して標準化指向の技術が 11 個と、標準化指向の技術が比較的高い割合で使用されている。公立の相談機関もほぼ同程度の割合である。病院と公立の相談機関では、診断期において、一事例あたりの技術の使用数が多い（先の図 4-2）だけでなく、標準化指向の技術の使用が多いといえる。ただ、表 4-3 で細かく見たとおり、ロールシャッハ・テストを使用するなど、特に病院で、標準化指向の強い技術を多く使用する傾向がある。つまり、公立の相談機関も標準化指向の技術を比較的多く使用するが、病院はより標準化指向の強い技術を使用する、特殊な傾向の療場所として注目に値すると考えられる。

そこでさらに、事例の報告年代を前半（1983～1992 年）と後半（1993～2002）に分け、病院の使用する技術における標準化指向の割合と選択的視覚化指向の割合が、それぞれ経時的に変化しているのかを確認してみる。その結果が図 4-4 である。後半の年代の方が、標準化指向の技術が減ったことがわかる。全体としてもそうであるが、特に病院においては、その変化が大きく表れている。選択的視覚化指向の技術については、全体・病院ともに微増であり、ほとんど変化していない。しかし、図 4-3 からもわかるように全体の技術の使用数が減っているため、標準化指向の技術も減っている中では、相対的に選択的視覚化指向の技術の重要性が高まっていると考えられる。




(a) 標準化指向の技術の経時変化　　(b) 選択的視覚化指向の技術の経時変化

**図 4-4　診断期における検査技術の経時変化（全体、病院）**

診断期の検査技術についてわかったことをまとめると次のようになる。そもそもここでの分析は、選択的視覚化指向の技術が台頭してきた 1980 年代半ば以降についての分析であるが、そのような近年においてでさえ、さらに全体的に技術の使用数が減少し、特に標準化指向の技術の使用が減少していることがわかる。そして、その結果として選択的視覚化指向の技術が次第に中心となる傾向が増していると考えられる。一方、治療場所別に技術の使用状況を見た場合、病院において標準化指向の技術を使用する傾向が強いことも読み取れた。ただし、標準化指向の技術の使用割合の減少および選択的視覚化指向の技術の重

要性の相対的な増大という全体の傾向は、むしろ病院における強い変化の表れである。病院以外での変化はほぼなく、病院が変化することで、次第に病院と病院以外の技術の使用状況が均質化しつつあると考えられる。

**②治療期の検査技術**

2番目に、治療期の検査場面で使用された技術（以下、治療期の検査技術と表記）について見ると、全体的に治療期にはあまり検査技術が使用されていないことがわかる（図4-5）。特に「その他相談室」で行われた事例では、今回見た限り、全く検査技術が使用されていない。それ以外では、1つ以上使用しているもので見た場合、あまり使用比率は変わらない。

具体的に使用されている治療期の検査技術は表4-5のとおりである。そもそもの技術の使用数が少ないのでその傾向を読み取ることは難しいが、診断期についてと同じく、バウム・テストやロールシャッハ・テストのような投影法の中でも比較的標準化を指向するものは病院で使用されている。また、図表は省略するが、先の診断期の検査技術と同じ基準で技術を分類し、同じく「標準化指向の技術」（分類記号がa・b・c・eのもの）の使用数をカウントすると、使用している検査技術の延べ数9個に対して7個と病院が最も多くなっている。大学相談室も一見、4個に対して3個と多めであるが、そのうち2個を占めている風景構成法は、ここでの分類では山中（1992）に従い課題画法としているが、実際には、治療的意味合いが強く、解釈法についても箱庭のそれを用いることが多く体系化されたものはまだない（皆藤，2000）。このやや自由画法よりの課題画法は、ここで分析の対象とした病院を治療場所とする事例では使用されておらず、やはり病院で標準化指向の技術の使用が多いことがうかがえる。

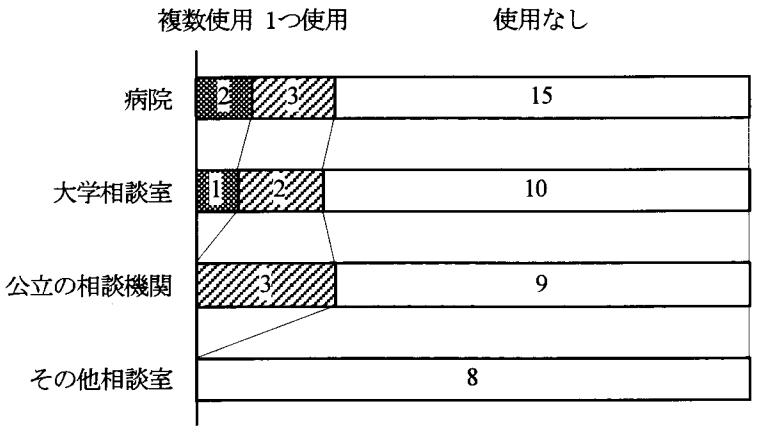



**図4-5　治療期における検査技術の使用の有無（治療場所別）**

**表 4-5　治療期に使用された検査技術の一覧（治療場所別）**

| 治療場所 | 使用された技術名 |
|---|---|
| 病院 | b：YG 性格検査、b：精研式パーソナリティ・イベントリー、c：バウム・テスト[2]、e：ロールシャッハ・テスト[3]、i：ベンダーゲシュタルトテストの一部、i：主観的運動強度（質問紙） |
| 大学相談室 | c：風景構成法[2]、e：ロールシャッハ・テスト、i：エゴグラム |
| 公立の相談機関 | a：知能検査（WISC-R）、e：CAT、g：職業適性相談所で諸検査（知能検査など） |
| その他の相談室 | なし |

注：技術名の前の記号はその技術の分類記号を表しており、表 4-4 の分類と対応している。
技術名の後ろの[]は複数回使用されていた技術について、その使用回数を表している。

なお、治療期については、「性格・人格に関する検査（投影法）」のうち、自由画と自由型に相当するもの（自由な描画や箱庭療法など）は、その治療的側面を重視して、介入場面の技術に分類した。そのため、それらは治療期の検査技術としては表れない結果となっている。

まとめると、治療期の検査技術については、そもそも使用数が少ないため、診断期の検査技術のような細かな検討は難しいが、大まかには以下の 2 点のことを読み取ることができる。第 1 に、全体的にこの場面では純粋な診断技術の使用がほとんどなされていないこと。第 2 に、ほとんどなされていない中での検討ではあるが、やはり病院で比較的標準化指向の検査技術が好まれていること。以上のことがわかった。

### ③終結期の検査技術

3 番目に、事例の終結期の検査場面で使用された技術（以下、終結期の検査技術と表記）について見てみよう。治療期と同じく、どの治療場所でも検査技術はほとんど使用されていない（図 4-6）。さらに、ここでカウントされている技術のうち「箱庭」の使用は、終結期の検査技術というよりは本来、治療期の介入技術とみなすべきものが混入したものと考えられる。終結期に箱庭を使用する場合は、たいてい治療期にも使用されており、終結期の診断のための検査というよりは、治療の継続という意味合いが強い技術だと考えられるからである。そこで箱庭を介入技術の延長として検査技術から除外し、加えて継続中や不明なども考慮すると、何らかの検査技術を使用している割合は、終結期で最も低くなる。このことから、理念どおりにポスト・アセスメントで治療者が終結の判断を下すという形態はなかなか取れていないことが示唆される。また、数値は省略するが、終結期に検査技術を使用しない傾向は 18 歳以上の大人のクライエントに対してより顕著に見られる。この事実は、終結に向かうクライエントは改めて検査を受けることを好まないという実践場面での都合がアカデミックな理念に基づいた技術の標準化よりも優先されていることを感じさせる。

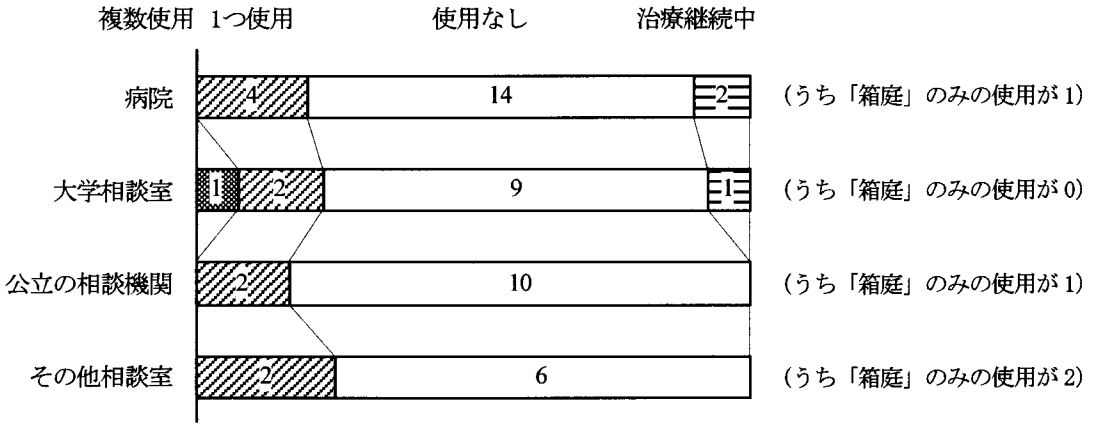



**図 4-6　終結期における検査技術の使用の有無（治療場所別）**

**表 4-6　終結期に使用された検査技術の一覧（治療場所別）**

| 治療場所 | 使用された技術名 |
|---|---|
| 病院 | d：Squiggle 紙芝居法、e：ロールシャッハ・テスト、f：相互物語作成法、f：箱庭 |
| 大学相談室 | c：バウム・テスト、e：ロールシャッハ・テスト、f：箱庭、i：P-C.S.R.T.（HU式親子言語関係診断テスト） |
| 公立の相談機関 | e：CAT、f：箱庭 |
| その他の相談室 | f：箱庭[2] |

注：技術名の前の記号はその技術の分類記号を表しており、表 4-4 の分類と対応している。ただし、相互物語作成法は f（描画以外の自由型の投影法）であるが、これは視覚的な技術ではないので、選択的視覚化指向の技術としてはカウントしない。
技術名の後ろの[]は複数回使用されていた技術について、その使用回数を表している。

終結期に使用している検査技術は具体的には、表 4-6 のとおりである。全体的には、治療期に使用していた技術がそのまま終結期に持ち込まれることが多い。治療的な意味合いの弱い技術は、CAT、P-C.S.R.T.、バウム・テスト、ロールシャッハ・テストであり、純粋に心理検査として何らかの技術を施行したのはこれらを用いた 5 事例のみと考えられる。少ない事例ではあるものの終結期に検査技術が使用されている場合については、診断期に行った検査と同じ検査を繰り返すことで治療期の介入の効果を測定するというポスト・アセスメントの理念が実践されていると考えることができそうである。

しかし、事例の診断期と終結期で同じ心理検査を使用している、いわば理念どおりの報告を調べたところ、1993 年以前には 6 件[15]存在したが、1994 年以降にはそのような報告は

1件も見当たらなかった。この事実は、ポスト・アセスメントが標準的な方法として定着するどころか、逆に失われつつある―つまり治療プロセスの標準化が指向されなくなりつつある可能性を示している。ただし、最後から 3 回以内という期間の取り方が短すぎた等、分析の操作的な不備によるのかもしれないので、この点は可能性の示唆に留めたい。

終結期の検査技術の使用状況についてまとめると、以下のようになる。そもそも、終結期には診断技術はほとんど用いられておらず、かつ幾つかあった純粋にポスト・アセスメントとして心理検査を行っていた例でも、最初のアセスメントと共通の技術の使用は、1993年以前に集中している。つまり、ポスト・アセスメントとして終結期に検査技術を用いることはあまり行われていないと言える。なお、全体の技術の使用数が少なすぎるため、これまでのように治療場所別の傾向（病院で標準化傾向が強いなど）を読み取ることはできなかった。

### ④治療期の介入技術

では、最後に治療期の介入場面で使用された技術（以下、治療期の介入技術と表記）について見てみよう。これまでと同様、まず、一事例あたりの技術の使用数を見る。ただし、ここでは、面接・心理療法を意味する表記（面接・心理面接・心理療法・治療セッション・カウンセリング・心理療法的面接・個人心理療法）を、技術の使用数のカウントから除外している。その理由は、これらの表記は、特に具体的な手続きを示しているわけではなく、事例において何らかの介入を行ったということを漠然と指しているに過ぎないからである。当然、全事例の介入場面に関してこれらの表記は登場している。これら面接・心理療法を意味する表記を除いて介入技術の使用数を治療場所別にまとめたものが図 4-7 である。全体的に介入技術が使用されている事例数は多い。面接・心理療法等以外の技術が使用されていなかったのは、ほとんど病院である。このことからすると、病院より他の場所の方が介入に関しては技術重視なのかと予想される。

それぞれの治療場所の事例で使用されている具体的な介入技術の詳細は表 4-7 のとおりである。表 4-7 の中に示された技術は、ほぼ事例報告中での表記のままである。データ化の際に、「箱庭」を「箱庭療法」、「絵を描く」を「自由な描画」、「プレイ」を「遊戯療法」にコーディングするといったことは行っているが、少しでも何か限定するような表現がついている場合、たとえば「Axline, V. M. 的な非指示的遊戯療法」のような場合には「遊戯療法」に含めずそのまま残すなど、ある程度表記のまま残す配慮は行っている。その上で、比較的数の多かったカテゴリをピックアップし、似た系統の技術をさらにまとめた。まとめた結果は表 4-8 のとおりである。

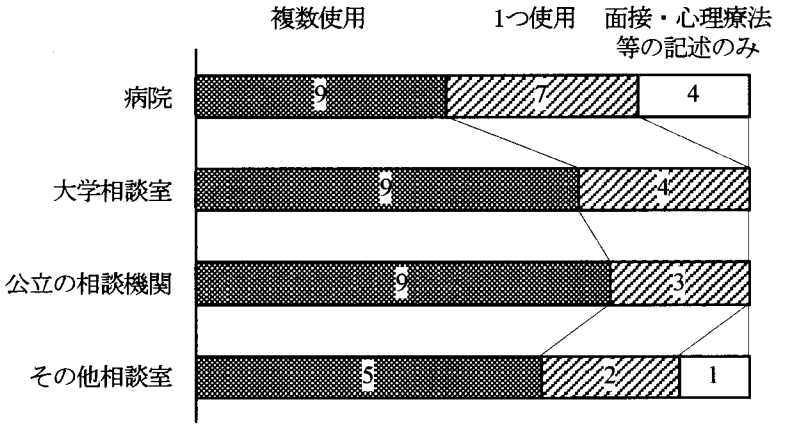



**図 4-7　治療期における介入技術の使用の有無（治療場所別）**

**表 4-7　治療期に使用された介入技術の一覧（治療場所別）**

| 治療場所 | 使用された技術名 |
|---|---|
| 病院 | a：家族面接、a：同一セラピスト母子並行面接、a：乳幼児-親心理療法、a：父親面接[3]、a：母親面接[3]、a：両親との面接、b：遊戯療法[2]、c：夢分析[2]、d：箱庭療法[4]、e：Squiggle 紙芝居法、e：自由な描画、f：精神分析的心理療法[2]、f：対面法[3]、g：運動療法、g：交換日記、g：催眠分析療法（映画法）、g：心理劇的ロールプレイング、g：相互物語作成法、g：来談者中心的カウンセリング |
| 大学相談室 | a：家族の同時並行面接、a：父親面接、a：母親面接[5]、b：遊戯療法[4]、c：夢分析[4]、d：箱庭療法[2]、e：自由な描画[3]、e：相互なぐり描き法、g：「父への手紙」という形で書く、g：Muss による「巻き戻し法」、g：Pendulum Hypothesis に基づく治療、g：Weiner による自我支持的面接、g：サイコエデュケーション、g：フォーカシングの間をおく技法、g：フォーカシング指向心理療法、g：絵物語療法、g：心理劇的ロールプレイング |
| 公立の相談機関 | a：家庭訪問、a：祖母面接、a：父親面接、a：母子並行母親面接、a：母親面接[7]、a：母親面接（グループ面接）、b：Axline, V. M. 的な非指示的遊戯療法、b：遊戯療法[6]、c：夢分析[2]、d：箱庭療法[2]、e：自由な描画、f：精神分析的心理療法[2]、g：Gardner の mutual storytelling technique に似たアプローチ、g：治療者的家庭教師をつける |
| その他の相談室 | a：母親面接[3]、b：遊戯療法[2]、c：夢分析[4]、d：箱庭療法[2]、e：自由な描画、g：コンサルテーション |

注：技術名の前の記号はその技術の分類記号を表しており、表 4-8 の分類と対応している。
技術名の後ろの[]は複数回使用されていた技術について、その使用回数を表している。

**表 4-8　治療期に使用された介入技術の要約**

| | a 家族との面接 | b 遊戯療法 | c 夢分析 | d 箱庭療法 * | e 絵画療法（自由画法） * | f 精神分析的心理療法・対面法 | g その他 | 合計 | 選択的視覚化指向の技術 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 病院 | 10 | 2 | 2 | 4 | 2 | 5 | 6 | 31 | 6 |
| 大学相談室 | 7 | 4 | 4 | 2 | 4 | | 9 | 30 | 6 |
| 公立の相談機関 | 12 | 7 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 28 | 3 |
| その他の相談機関 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | | 1 | 13 | 3 |
| 合計 | 32 | 15 | 12 | 10 | 8 | 7 | 18 | 102 | 18 |

注：分類項目の後ろの*は選択的視覚化指向の技術と判断した項目であることを示している。

表 4-8 を見る限り、比較的まとまって多くの使用が見られるのは、「家族との面接」「遊戯療法」といった技術である。これらの技術はどちらもその内部で様々な学派や方法が存在するため、理論的背景を特定しにくい技法である。また、「夢分析」や「絵画療法（自由画法）」といった次に使用が多い技術も、実のところ、特定の理論的背景を持つわけではない。これは本分析の分類法の所以でもあるが、治療過程でひとつでも夢の解釈を行っていたら「夢分析」に、また、特に手続きが踏まれていなくてもとにかくクライエントが描画を行っていれば「絵画療法（自由画法）」に分類したため、それぞれの技術に共通する理論的背景を見出すことは難しかった。

先に、治療期の介入技術は使用数が多く、また特に病院以外の方がその傾向が強いため、介入に関しては病院以外が技術重視である可能性を示唆したが、今見たように、どのような介入技術を使用しているかについて確認すると、実は、固有の理論的背景を持つ、具体的手続きが明確な技術はあまり使用されていない。また、病院より一事例あたりの介入技術の使用数が多い場合でも、そこで使用されている技術を再確認してみると、たとえば公立の相談機関での複数使用の大半は、「家族との面接」と「遊戯療法」の併用である。併用があるのは、全てクライエントが 18 歳未満の場合であり、特に低年齢のクライエントの場合、症状にかかわらず、自動的に（初回から）遊戯療法を行うためのプレイルームに案内され、並行して家族（特に母親）との面接が開始されることが多い。先にも述べたように、「家族との面接」と「遊戯療法」はともにそれだけでは理論的背景を特定しにくい。内容的にも、手続きが明確化され何らかの標準化が指向されているとは言いがたい技術である。

そもそも臨床心理学の事例報告においては、どのような理論的背景を持つ介入方法をとったのかということ（たとえば学派など）について明記されていることはあまり多くない（津川・近藤, 1993)。たいていは大まかな技法（「遊戯療法」「心理療法」など）の表記のみで、個別の具体的事実については詳述するものの、介入の理論的背景や立場については特に言及しない。もちろん、解釈を行う際には理論的な用語を多用するが、介入方法について記述する際に何らかの理論的背景を特定するような表現が出てくることは少ない。比較的病院で多く使われている「箱庭療法」や「精神分析的心理療法・対面法」といった技術は、それぞれ、分析心理学（ユング派）・精神分析（フロイト派）という理論的背景と比較的強く結びついていると考えられるが、しかし、これらでさえやはり、その技術を表記している報告者に共通の具体的な手続きが明確化されているわけではない。技術としてはどれも標準化の度合いは非常に弱いものとなっている。治療期の介入技術として抜き出された表記の多くは、ただ単に介入の際に用いるインストゥルメント（家族、遊具、夢、箱庭、描画）を示す程度の、ゆるやかなものであると考えられる。

診断期に使用された検査技術の要約（表 4-4）と同様、表 4-8 についても「標準化指向の技術」と「選択的視覚化指向の技術」についてまとめようとしたが、先に述べたように、表 4-8 にまとめられた介入技術の分類カテゴリには、特に標準化指向のある技術は見当たらなかった。そのため「標準化指向の技術」の欄は、表 4-8 には設けていない。一方、「選択的視覚化指向の技術」については、d の「箱庭療法」と e の「絵画療法（自由画法)」がそれにあたると考えられるため、表中に d と e の合計数を示した。診断期の検査技術と同様、ここでも「箱庭療法」や「絵画療法（自由画法)」などクライエントに自らの内界のイメージを表現させ選択的視覚化する技法が、圧倒的ではないにしろ使用されていることがわかる。

なお、治療期の介入技術については、診断期の検査技術に見られたような経時的変化（前半 10 年と後半 10 年との相違）は特に見られなかった。結局、介入技術は、どの治療場所においてもあまり標準化しておらず（少なくとも標準化度合いの強いものは記載されておらず)、多少選択的視覚化を指向する傾向が見られるのみであると読み取れた。

### ⑤全体的な分析結果のまとめ

ここまで事例を 4 つの場面に分けてそれぞれの場面において使用されている技術の分析結果を見てきた。[4-3-3]を締めくくるにあたり、これらの分析から分かったことを全体的にまとめておきたい。

まず、全体としての治療プロセスの中に、臨床心理士が用いる技術の標準化傾向は観察されただろうか。今回分析した事例では、どの治療場所においても、主に診断期に検査技術を使用し、治療期に治療技術を使用する（治療期と終結期に検査技術を用いることはしない）という傾向は変わらなかった。これは大きくは治療プロセスの標準化ととれるかもしれない。しかし、理想的な事例展開としては用いるべきとされていた効果確認のための技術（終結期の検査技術の使用）は、今回対象となった事例報告ではほとんど用いられていなかった。アセスメント―ポスト・アセスメントという事例の成立のさせ方、つまり厳密な意味でのプロセスの標準化はあまり進んでいないと考えられる。

では、治療プロセスの中で随時用いられる個別の技術については、標準化された技術の使用傾向は観察されただろうか。分析した場面のいずれでも、標準化指向の検査技術は主に病院で使用されていた。その点を見れば、病院においては技術の標準化が進んでいるようにも見える。しかし、図 4-4 で示したとおり、標準化指向の技術の使用は報告年代が後半（1993 年以降）の方が減っており[16]、この変化は病院において、むしろ強く表れている。そして標準化指向の技術が減少することによって、相対的にその割合を増すことになっているのが選択的視覚化指向の技術である。治療期の介入技術ではこのような経時的変化は表れなかったが、介入技術に比べより標準化しやすいであろう検査技術において、標準化指向が減り、選択的視覚化指向の技術が重要になってきている可能性があるというのは興味深い。

なお、治療場所によって使用する技術が異なるということは、当初の仮説からすると、アカデミックな制約による治療プロセスおよび個別の技術に対する標準化があまり強力ではなかったということを意味している。臨床心理士は、学界内でのアカデミックな知識による制約より、職場の影響を比較的強く受けていると考えられる。しかし、近年、病院で標準化指向の技術の使用数が減るなど、ある意味で各職場間の技術の使用状況は均質化してきており、逆説的ではあるが、少なくとも『心理臨床学研究』から見える限りでは、標準化指向の技術を使わない（選択的視覚化指向の技術を重視する）という方向でアカデミックな制約が強まっているとも考えられる。

Porter（1995）は、外圧がかかると専門職は機械的客観性を志向するようになるとしている。特に明確に（治療などの）行為について説明することが期待される場合、数学的・量的に根拠を示す形での標準化が価値を持つようになる。実際、臨床心理士は、現在さまざまな方向から説明を求められている。しかし、ここで行われた分析の結果からは、その技術は究極には数量化を目指す標準化という方向へは向かっていないということが示唆される。もちろん、臨床心理士が用いる技術の中に、標準化を志向する技術が一切ないわけではない。病院のように他職種との連携が期待される場では、標準化を指向する技術が比較的多く用いられることもある。しかし、検査技術・介入技術全体を通して見た場合、臨床心理士の技術は、標準化ではなく選択的視覚化という方向に向かっていると考えられる。臨床心理士は、客観性の提示を求められる中、病院では多少標準化指向の技術を用いつつも、全体としては次第に標準化指向の技術ではなく選択的視覚化指向の技術に重きを置き、それによって客観性の提示の要請に応えようとしているのである。

### 4-3-4. 『臨床心理学研究』の一事例報告にみる 1960 年代の技術の使用傾向

ここまで、臨床心理士の技術が選択的視覚化という方向での変化を見せ始めた 1970 年代以降、客観性の提示を要請される中で、臨床心理士はどのような技術を用いてきたかについて、一事例研究の分析を通して見てきた。結果、以下のことが示唆された。第 1 に、臨床心理士が用いる技術は客観性の提示の要請にもかかわらず標準化を指向する方向へは展開していないこと。なぜなら、用いられる技術に占める標準化指向の技術の割合は減りつつあり、さらには、用いられる技術が職場（治療場所）によって異なる、つまり学界の統制による標準化が強力ではないことが示されたからである。第 2 に、職場によって用いら

れる技術が異なる中で、病院においては比較的標準化を指向した技術が用いられる傾向が強いこと（ただし、ここ最近著しく減少しつつあるが)。そして第3に、技術の客観性を提示するための標準化に代わる手段として、臨床心理士は全体としては技術の選択的視覚化という方向性を辿っていること。以上の 3 点が本章の分析から示唆された。まとめると、プロセスの標準化はなされておらず、また個々の技術についても、病院で標準化傾向が見られるものの、全体としては選択的視覚化の傾向があることがわかった。

このような傾向は、以前からも見られたのだろうか。既存データ（[4-3-2]）によれば、1970年頃を境にそのような変化が見られるはずである。臨床心理学単独の学会は、1970年代には存在していないので、1970年代の動向を見ることは難しいが、1960年代の傾向は見ることができる。日本臨床心理学会の学術誌『臨床心理学研究』に掲載されている一事例報告を見ることで、1970年代以前からそうであったのかどうか判断したい。

分析は、先に『心理臨床学研究』で行ったのと同じ方法で行う。しかし、[4-2]で述べたとおり、『臨床心理学研究』が全国的に流通するようになった1967年から1971年の理事会解散・学会改革委員会の発足までのうちの約3年間程度（注(1)参照）で、同誌に掲載された一事例報告はわずか 7 本である。そのため、各期における「検査技術・介入技術の使用の有無」の図は、表の形で一括して情報を示すことにした。また、3年と対象とした期間が短いので、前半後半の時期に対象を分けて、それぞれの趨勢を確認することも行っていない。なお、7本の内訳は、治療場所が「病院」の事例が2本、「大学相談室」の事例が1本、「公立の相談機関」の事例が3本、「その他の相談室」が1本である。

**[分析結果]**

まずは、プロセスの標準化について簡単に見ておきたい。表4-9は、7事例全てについて、事例ごとに、各期に検査技術あるいは介入技術をいくつ使っているかを示したものである。病院や大学相談室で使用数がやや多い傾向にある。終結期に検査技術を使用しているのは病院の1例だけである。『心理臨床学研究』の分析結果でも述べたように、ポスト・アセスメントの理念を実現するには、終結期に診断期と同じ検査技術を使用せねばならない。この例ではそれが行われているが、結局、プロセスの標準化を指向しているのは、この病院の 1 例のみである。1960年代についても、プロセスの標準化が進んでいるとは言いがたいだろう。

**表 4-9　各期における検査技術・介入技術の使用数（個々の治療場所別）**

| | 診断期<br>検査技術 | 治療期<br>検査技術 | 終結期<br>検査技術 | 治療期<br>介入技術 |
|---|---|---|---|---|
| 病院① | 1 | 0 | 0 | 4 |
| 病院② | 4 | 2 | 4 | 3 |
| 大学相談室① | 3 | 0 | 0 | 7 |
| 公立の相談機関① | 1 | 0 | 0 | 4 |
| 公立の相談機関② | 3 | 0 | 0 | 2 |
| 公立の相談機関③ | 1 | 0 | 0 | 0 |
| その他の相談室① | 2 | 0 | 0 | 3 |

注：技術を複数使用している場合は濃い灰色を、1 つ使用している場合は薄い灰色を、セルに塗っている。公立の相談機関③は、鑑別所収容期間中の処分決定のための面接である。

次に、個々の技術がどうかを見てみよう。1960 年代は、標準化を指向する技術が多く使用されていたのだろうか。選択的視覚化を指向する技術が多く使用されていたのだろうか。

### ①診断期の検査技術

診断期に使用された検査技術は表 4-10 のとおりである。技術は表 4-11 の分類基準に従い分類されており、技術名の前にアルファベットで分類記号が示されている。技術名の抜き出しの基準およびその分類の基準は、『心理臨床学研究』の分析の際と同様である（以下すべて同じく）。

診断期に使用された検査技術を治療場所別・カテゴリ別に分類し、その使用数を示したのが表 4-11 である。先の分析と同様、「標準化指向の技術」と「選択的視覚化指向の技術」の数をカウントした。すると、標準化指向の技術は 7 個（46.7%）、選択的視覚化指向の技術は 1 個（6.7%）であった。診断期には、標準化指向の技術が多くを占め、選択的視覚化指向の技術はまだほとんど用いられていないことがわかる。治療場所では、病院と公立の相談機関においてのみ、標準化指向の技術が見られた。

**表 4-10　診断期に使用された検査技術の一覧（治療場所別）**

| 治療場所 | 使用された技術名 |
|---|---|
| 病院 | g：病院での身体的検査結果の記載、e：SCT、a：知能検査 WAIS の動作性、i：ベンダー・ゲシュタルト・テスト、e：P-F スタディ |
| 大学相談室 | g：身体的検査結果の記載、i：被催眠性テスト、i：症状のコントロール可能性のテスト |
| 公立の相談機関 | g：小学校で田中 B 式知能検査、a：WISC、e：ロールシャッハ・テスト、c：HTP テスト、a：鑑別結果（IQ、性格特性） |
| その他の相談室 | g：病院での身体的検査結果の記載、i：親子関係診断テスト |

注：技術名の前の記号はその技術の分類記号を表しており、表 4-11 の分類と対応している。

## 表 4-11　診断期に使用された検査技術の要約

| | 心理検査 | | | | | | 心理検査以外 | | | 合計 | 標準化指向の技術 | 選択的視覚化指向の技術 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | a 発達・知能に関する検査 *1 | 性格・人格に関する検査 | | | | | g 他所での検査結果の記載 | h 診断マニュアルの利用 | i その他 | | | |
| | | b 質問紙法 *1 | 投影法 | | | | | | | | | |
| | | | 描画 | | 描画以外 | | | | | | | |
| | | | c 課題画 *1 *2 | d 自由画 *2 | e 課題型 *1 | f 自由型 *2 | | | | | | |
| 病院 | 1 | | | | 2 | | 1 | | 1 | 5 | 3 | 0 |
| 大学相談室 | | | | | | | 1 | | 2 | 3 | 0 | 0 |
| 公立の相談機関 | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | | | 5 | 4 | 1 |
| その他の相談機関 | | | | | | | 1 | | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 合計 | 3 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 | 4 | 15 | 7 | 1 |

注：分類項目の後ろの*1 は標準化指向の技術と判断した項目であることを示している。*2 は選択的視覚化傾向の技術と判断した項目であることを示している。

### ②治療期の検査技術

治療期に使用された検査技術は表 4-12 のとおりである。病院で 2 つ使用されているだけである。表 4-11 の分類基準に従って分類すると、そのどちらもが標準化指向の技術である。

## 表 4-12　治療期に使用された検査技術の一覧（治療場所別）

| 治療場所 | 使用された技術名 |
|---|---|
| 病院 | a：WAIS の言語性、e：ロールシャッハ・テスト |
| 大学相談室 | なし |
| 公立の相談機関 | なし |
| その他の相談室 | なし |

注：技術名の前の記号はその技術の分類記号を表しており、表 4-11 の分類と対応している。標準化指向の技術が、2/2（100%）。全て病院。選択的視覚化指向の技術が 0/2（0%）。

### ③終結期の検査技術

終結期に使用された検査技術は表 4-13 のとおりである。病院で 4 つ使用されているだけである。表 4-11 の分類基準に従って分類すると、そのすべてが標準化指向の技術である。

なお、ここまで見た限り、病院で、診断期・治療期・終結期とも標準化指向の検査技術の使用が多いが、病院の 2 事例のうち 1 事例（表 4-9 の病院②）がそうであるだけである。もう 1 事例（表 4-9 の病院①）は、全く標準化指向の検査技術を使っていない。

**表 4-13　終結期に使用された検査技術の一覧（治療場所別）**

| 治療場所 | 使用された技術名 |
|---|---|
| 病院 | a：新制田中 B 式第 2 形式、b：矢田部ギルフォード性格検査、e：ロールシャッハ・テスト、e：P-F スタディ |
| 大学相談室 | なし |
| 公立の相談機関 | なし |
| その他の相談室 | なし |

注：技術名の前の記号はその技術の分類記号を表しており、表 4-11 の分類と対応している。標準化指向の技術が、4/4（100%）。全て病院。選択的視覚化指向の技術が 0/5（0%）。

### ④治療期の介入技術

治療期に使用された介入技術は表 4-14 のとおりである。『心理臨床学研究』の分析の場合と同様、表 4-15 の分類基準に従って記号を付与し分類を行った。ただし、今回は新規カテゴリとして「g. 行動療法」を加えている。「行動療法」は『心理臨床学研究』の分析の際には 1 つも使用例がなかったので独立した分類項目として挙げなかったが[17]、今回は複数個見られるので分類項目として加えた。行動療法はどちらかと言えば技術を標準化する指向を持つ。『臨床心理学研究』の事例報告の場合、公立の相談機関の 3 事例以外はすべて行動療法を行っている。大学相談室の 1 例は主に催眠療法に力点があるが、これも行動療法的な指向は持っている。なお、唯一行動療法を行っていない公立の相談機関では、『心理臨床学研究』の一事例報告と同じく、「家族との面接」「遊戯療法」に力点がおかれていた。

このような状況は、既存データから見た 1970 年代以前の動向と重なるところがある。既存データからは、標準化を嫌う技術（初期のロジャース派）と数量的な標準化を指向する技術（ロールシャッハ・テスト）との間で態度を決めかねていたと考えられたが、このような状況が、比較的標準化を志向する行動療法と標準化をあまり指向しない技術が、それぞれの治療場所で使用されていることに表れていると考えられる。行動療法は、1965 年ごろから病院系の臨床現場を中心に国内で発展し始めた当時新しい技法であったが

([4-4-2])、新しい技法を積極的に取り入れる必要がなく、また、来談者が子どもであることが多い公立の相談機関では、あまり取り入れられなかったのだろう。

**表 4-14　治療期に使用された介入技術の一覧（治療場所別）**

| 治療場所 | 使用された技術名 |
|---|---|
| 病院 | h：身体的な療法、f：精神分析的な精神療法（面接）、g：Skinner や Spiker らのオペラント条件づけ、h：朝食後体重を測定して患者が直接治療者に報告するように教示、g：脱感作による行動療法、h：説得療法、h：患者が興味を持っている英会話を一緒に勉強する |
| 大学相談室 | h：催眠面接、h：持続催眠法的な relaxation、h：症状転移法による症状除去の訓練、h：セルフリラクゼーション、h：排尿後充足感の mental rehearsal 法、h：A.T.簡便法、g：M. R. 法を用いて psychological desensitization |
| 公立の相談機関 | h：一時保護、a：父母との面接（家庭にて）、h：一時保護所の収容児と関わらせる、h：学校の児童を条件を指定して教師に連れてきてもらう、a：家族面接、b：遊戯療法 |
| その他の相談室 | g：系統的脱感作的に言語行動を学習させていく行動療法的アプローチ、b：遊戯療法、h：集団生活訓練、a：母親カウンセリング |

注：技術名の前の記号はその技術の分類記号を表しており、表 4-15 の分類と対応している。g のうち、行動療法であるものは下線をひいて示した。

**表 4-15　治療期に使用された介入技術の要約**

| | a 家族との面接 | b 遊戯療法 | c 夢分析 | d 箱庭療法 *2 | e 絵画療法（自由画法）*2 | f 精神分析的心理療法・対面法 | g 行動療法 *1 | h その他 | 合計 | 標準化指向の技術 | 選択的視覚化指向の技術 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 病院 | | | | | | 1 | 2 | 4 | 7 | 2 | 0 |
| 大学相談室 | | | | | | | 1 | 6 | 7 | 1 | 0 |
| 公立の相談機関 | 2 | 1 | | | | | | 3 | 6 | 0 | 0 |
| その他の相談機関 | 1 | 1 | | | | | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 |
| 合計 | 3 | 2 | | | | 1 | 4 | 14 | 24 | 4 | 0 |

注：分類項目の後ろの*1 は標準化指向の技術と判断した項目であることを示している。*2 は選択的視覚化傾向の技術と判断した項目であることを示している。

イメージの治療的側面に注目するユング派分析心理学の流れが登場してくるのは、1970年前後である。その流れの中心的存在であった河合隼雄は、1965 年にユング派分析家資格を取得して日本に帰国し、当時所属していた天理大学にて箱庭療法の実践を開始しているが、まだその段階ではその影響力はそれほど大きくはなかったと思われる。本格的に全国的に影響を及ぼしていくのは、1967 年の『ユング心理学入門』発刊、1972 年の京都大学への着任以降であっただろう。実際、表 4-15 からもわかるとおり、1960 年代後半の『臨床心理学研究』の一事例報告で選択的視覚化指向の技術を用いているものはひとつもなかった。

### ⑤全体的な分析結果のまとめ

ここまで『臨床心理学研究』の一事例報告を見てきた結果、1970 年代以前の臨床心理学は、次の特徴を持つことがわかった。①プロセスの標準化はしていないこと。②それほど強くはないものの、標準化を指向する技術が比較的多く使われていること。③一方で、選択的視覚化を指向する技術はほとんど使われていないこと。以上 3 つのことがわかった。

これを『心理臨床学研究』の一事例報告からわかる 1970 年以降の状況と比べると、①の点ではほぼ変化がないが、②③の点で異なっていることがわかる。つまり、1970 年代に、標準化を指向する技術の使用が減り選択的視覚化を指向する技術の使用が増えるような何らかの変化が起こった、と考えられるのである。1983 年以降の『心理臨床学研究』に見られる特徴は、1970 年代以前から見られるものではなく、1970 年代を境に起こった知識や技術の変化の結果であることが確認できた。

このような傾向は、[4-3-2]で既存データから予想された「標準化ではなく選択的視覚化に向かう傾向」が実際に起こっていたことを示している。Lynch（1990）では、科学的な視覚表象においては選択と数学化の双方が見られると考えられていたが、臨床心理学の場合、標準化を指向する技術は積極的には用いられず、選択的視覚化を指向する技術の台頭だけが起こっている。つまり、選択の結果を示す視覚表象だけが論文の中で多く見られるようになっている。数学的な視覚化がほとんど起こっていないことは、『心理臨床学研究』の論文（1983 年～1997 年）のうち量的な指標をとらないものが 73.1%を占めていることからもわかる（丹野，2001a，p. 33）。

では、なぜこのような形での特殊な変化が臨床心理学の技術に起こったのだろうか。研究方法の変化の結果と併せて、次で考察を行いたい。

## 4-4. 臨床心理学のインスクリプションの患者中心性

臨床心理学の知識は「新しい科学」として、なぜ正当性を獲得することができたのか。その背景について、ここまで、アクターネットワーク理論の立場から、インスクリプションに注目して分析を行ってきた。結果、1970 年代以降、研究方法としては事例研究の台頭が、技術としては選択的視覚化を指向する技術の台頭が起こったことがわかった。つまり、臨床心理学は 1970 年代以降、標準化を指向して量的なインスクリプションを蓄積していくのではなく、「一事例報告」や「選択的視覚表象」というインスクリプションを作っていく

ことで、素朴な計算の中心を作る方向に進んだと言える。

「一事例報告」や「選択的視覚表象」というインスクリプションは、どちらもカウンセリングルームで起こるクライエントとの相互作用に関わる情報を、ある程度縮約したものである。その結果、各カウンセラーが経験した個別の相互作用は、ある程度安定した形で動かせ、他のものとテクストの上で結合可能なインスクリプションとなることができる。それらは当然、個別の経験よりは抽象化されているが、数量化ほど抽象化はされていない。なぜこのような中途半端な段階で、インスクリプションの抽象化がとどまっているのだろうか。

この疑問を解く鍵は、おそらく、心理臨床学会を中心に展開されている臨床心理学の徹底した患者中心性にある。患者中心という言説は、医療現場を中心に、多くのケア専門職に重視されている。Armstrong (1984) によれば、患者の見方を重視することは、病気の定義が、外傷のような見える状態から心理社会的要因によって表現されるものに変化するにつれ広がっており、この広がりは、ヒューマニスティックな啓蒙の結果ではなく、技術としてそれが要請されるようになった結果であるという。患者中心の医療とは、疾患中心の診断と対比されるものであり、患者中心の思考に基づいて患者の訴えを理解しようとする「全体的診断」を行うものである (Balint ら, 1970)。医療における患者中心の技法は、配慮されるべき以下の6つの要素により成り立っているという(Stewart, 1995, 訳書 p. 32)。

①疾患と病い体験の両方を探る
②全人的に理解する
③患者と医師の間に共通基盤を探る（問題をお互いに定義する／治療の目標を互いに決める／互いに引き受けるべき役割を見出す）
④診療の場を、予防と健康増進の機会とする
⑤患者・医師間の信頼関係を強化する
⑥使える時間・資源・感情的・肉体的エネルギーなどについて現実的になる

このうち、本質的に重要なのが①と②であると考えられる。生物医学知識から患者を診るだけでなく、患者の話をよく聞き、患者にとっての病いの位置づけを知り、患者全体を理解することを重視する。これが患者中心であるということだと考えられる。

この患者中心という態度は、医療領域においては、古典的専門職である医師よりも、後発の対人援助専門職によって重視されることが多い。心臓病ケアに携わる専門職が仕事の境界を正当化するための言説を調べた Sanders ら (2008) によると、新しくその領域に参入した専門職ほど、多様な正当化の言説を用いる傾向がある。たとえば、心臓医は、ある仕事が自らの仕事であるのは「特別な専門知識がある」からと主張するが、心臓病専門の看護師はそれと同時に「能力がある」／「組織的にみて効率が良い」／「患者中心である」からとも主張する。このように、医療領域においては、圧倒的に優勢な医師の「専門知識がある」という言説に対抗するものとして、患者中心は位置づいている。

臨床心理士の場合、患者中心性は言説より、むしろ、インスクリプション（「一事例報告」「選択的視覚表象」）として表れている。『心理臨床学研究』の一事例報告は、ほとんどの場合、一定期間のクライエントをめぐる状況が、問題となる症状だけでなく、生活上の様々

な要素を含みながら描かれている（書くことと書かないことの論者ごとのばらつきも大きい）。また、「選択的視覚表象」は、主に写真である以上、様々なノイズを含んでいるが、そうであるからこそ、現実をそのまま切り取ったオリジナルの存在であるかのように立ち現れる（Lynch, 1990）。『心理臨床学研究』の一事例報告に登場する選択的視覚化指向の技術は、クライエント自身に描いてもらったり作ってもらったりするものである。写真に撮られるのは「クライエントの作品」であり、それはクライエントの心理状態が投影されたものである。つまり、写真としての「選択的視覚表象」は、クライエントの心理状態そのものとして扱われうるようになる。おそらく、どちらについても、その一部分だけを取り上げたり数量化したりすることはあまり好まれない。クライエントを全体的に把握することが重視されている、つまり、「患者中心であること」が重視されているからである。

### 4-5. 患者中心的客観性の提示による〈知識の制度化〉

患者中心のインスクリプションは、患者中心であるということへの人々の信頼を基盤とした客観性を生み出す。Porter（1995）は、人々の機械的な規則や手続き・数字に対する信頼を基盤にして提示される客観性を「機械的客観性」、専門家集団内部での相互信頼を基盤にして提示される客観性を「専門的客観性」と呼んだが、このような言い方にならうならば、患者中心のインスクリプションが生み出しうる客観性は「患者中心的客観性」と言える。

専門家は、外部の人々の専門家への社会的信頼により、主張についての正当化の作業を免れている部分がある。そのように成立している客観性が、Porter（1995）の言う専門的客観性であり、それは専門家集団内部の合意だけで成立するものである。しかし、専門家集団内部で合意に至ることが難しい場合、あるいは外部の者を満足させるのが難しい場合、機械的客観性を提示する必要が出てくる。Porter（1995）によれば、機械的客観性はより広く公共に強くアピールするものである。それは個人の制限、ひいてはルールに従うことを意味する。ルールとは主観に対するチェックである。ルールは、個人的なバイアスや好みを研究の結果に影響させることを不可能にする。ここで、Porter（1995）が言う客観性とは合意可能性である。近年の科学についての歴史的・社会的研究は、ある事実の客観性は独立して存在するのではなく、様々なものとの結びつきの中で存在すると考える（Bergら，2000, pp. 767-768）。アクターネットワーク理論に代表されるように、客観とはネットワークの結果なのである。

患者中心的客観性は、患者中心であるということで、専門家自身の主観の影響がないように見せる。そして人やモノなど様々なリソースを結びつけていく。もちろん、「患者中心である」という言説だけでは、具体的に様々なものを結びつけていくことは難しい。臨床心理学の場合、インスクリプションとして具体的に存在しているからこそ、その事例が経験された現場や、対象となったクライエントと結びついたり、他の事例と結びついたり、外部の一般の人々の関心に結びついたりすることができている。

臨床心理学の患者中心的なインスクリプションは、その患者中心性で人々の信頼を得るだけでなく、選択的なレベルの視覚であるという点で、一般の人々を説得する上での有利さも持つ。Latour（1987）は、表やグラフの形で示された図版（視覚データ）は、科学の

世界だけでなく、一般の社会においても強い力（説得力・人やモノを動員し結び付ける力）を持つとした。しかし、研究室で生み出された知識がいかにして社会に浸透していくかについて免疫学を事例にフィールドワークを行った Martin（1994）は、表やグラフの形でまとめられた数学的な形式の図版が、研究者や科学者の世界以外でもてはやされることはあまりないとした。一般の社会では、数学的な形式の図版よりも、もう少し具体的な写真やイラストなどの方が好まれるというのである。科学者は、観察や実験の過程に内在する複雑さをできるだけ単純な形式（たとえば数学的な形式）に縮約して表そうとする。そして、単純な形式として表す際に、しばしば用いられるのが表やグラフなど数学的な形式の視覚データである。科学者は、そのような数学的な形式の視覚データをもとに、説得を行ったり議論に決着をつけたりと、何らかの結論へ収斂していく。しかし、一般社会で科学的知識が紹介される際には、数学的な形式の視覚データよりもむしろ、写真やイラストといった視覚データの方が好んで用いられる。なぜなら、科学者でない人々は、科学的知識の受け入れを、科学の文脈から離れた様々な思考や感情を付随させながら行うからである。科学者でない人々は、そもそも視覚データが持っている科学的結論以外の多様な意味づけを、その視覚データに対して行いつつ、ある科学的知識を受け入れる。つまり、一般社会での科学的知識の浸透に際しては、数学的な形式の視覚データよりも、写真やイメージなど、様々な感情や思考を喚起しやすい視覚データの方が、重要な役割を果たしうるのである。本章での文脈に沿って言い換えるなら、数学化指向の強い視覚データよりも、選択的な視覚データの方が、一般社会に限っては、強い外部への説得力を持つ可能性があると言えるのである。たとえば、一丸ほか（2001）は、ある通り魔殺人事件の被害者が通っていた小学校の児童全員に対して「心のケア」として描画検査（S-HTP）を複数回実施したが、その際、「描画は専門家以外の人が見ても理解しやすく、内容の伝達において説得力があった」（p. 340）という。さらには「回を重ねるにつれ、現物を並べて呈示するだけで、教師自身が直感的に変化を適切に読み取れるようになっていった」（p. 340）とも述べている。

ただし、患者中心的客観性は、機械的客観性よりは、インスクリプションが根拠となるまでにとる手続き数が少ないので、結びついているものの数は少ない。Latour（1999）は、科学は、主張を広めようとする際に、主張に多くのリソースを結びつけたものを機械のようにパッケージングすることで広く流通させる方法をとるとしている。これを「固い事実」を作る、と Latour（1999）は呼んでいる。機械的客観性とはこのような事実が持つ客観性であり、これは、主張間の対立が激しい場合に、何らかの合意を重ねていく上で有効である。Latour（1999）は、主張を広める際にとることができる方法には、もう 1 つあるとしている。主張にあまり多くのリソースを結びつけず、多くの人々が自分の都合に合わせて解釈し直せる余地を残して広める方法である。これを「柔らかい事実」を作る、と Latour（1999）は呼んでいる。主張間の激しい対立がないとき、あるいは外部から客観性提示の要求がないときに用いられる専門的客観性は、このような事実に、専門職の社会的権威でもって完全な客観性があるかのように見せているものであると言える。患者中心的客観性は、リソースの結びつきの数からすると、機械的客観性ほどの強さはなく、専門的客観性に近いと考えられる。しかし、専門的客観性と決定的に異なるのは、専門職が持つ社会的権威でもって客観性を提示しているのではない、という点である。

臨床心理士資格は確かに大学院修士卒の高い学歴を必要とするが、移行措置段階では大

学卒でも可であったことも含め、その点は学校心理士と変わりはない。しかし、1章で見たように、臨床心理士は「スクールカウンセラー」であるが、学校心理士は「スクールカウンセラーに準ずる者」である。この事実は、臨床心理士が学歴威信や専門資格による独占の結果、学校に受け入れられているわけではないことを示唆している。おそらく重要なのは、患者中心のインスクリプションによって示される数多くの事例との結びつきである。臨床心理士以外の心理学系の資格は、その結びつきが十分でないがゆえに、「準ずる」扱いになっている可能性がある。たとえば、学校心理士は現在、文部科学省に「実績を積むこと」を求められている。そしてケース報告を資格希望者に義務付けるようになっている。[4-3]でも見たように、文部省自体も 1971 年ごろから事例研究の重要性は認識しており、患者中心であるというだけでなく、それをインスクリプションとして積み重ねていることが、文部省と結びつく上では重要であったと考えられる。そこで示されたのは、機械的客観性でも専門的客観性でもなく、患者中心的客観性と言うべきものであっただろう。

この患者中心的客観性の臨床心理士にとってのメリットはもう 1 点ある。一般に標準化が進むほど、専門家の判断の余地が次第に減少し、その自律性は損なわれるとされている。機械的客観性を指向することは、脱専門職化を招くのである。しかし、臨床心理士が用いる患者中心的なインスクリプションは、選択的視覚表象の特徴がそうであるように、それに解釈を加える専門家の存在を必要とする。臨床心理士の専門職としての自律性は維持されることになる。患者中心が専門職の自律性の維持に資する可能性があることは既に指摘されている。Berg ら（2000）は、近年ヘルスケアの領域で重要性を増しているガイドラインが、ヘルスケア専門職の自律性に与える影響について検討している。一般に、ガイドラインのような標準化は、専門職の自律性を低減させると言われている。しかし、Berg ら（2000）は、オランダの保険医の労働障害を評価するためのガイドラインについて分析した結果、専門職の自律性は逆に高まっていると指摘している。ガイドラインは、患者の見方や経験を中心にして構成されており、結果的に、労働不適合は様々な要因の絡んだ複雑な問題として理解されるようになる。このような方針で作られたガイドラインは、あるひとつのテストや質問を使うようにといった方向には進まず、むしろ、幅広いテスト・質問・方法が、医学的な障害の決定に関連しうると示唆する。つまり、患者中心という原理を持ち込むと、表面上ガイドラインとして標準化しても、個別具体的場面では自律的な判断が可能となってくるのである[18]。

まとめると次のようになる。患者中心のインスクリプションは、様々なリソースと結び付き、患者中心的客観性を作った。そして、それは、患者中心への人々の信頼をベースに、臨床心理学の知識の制度化の成功を導いた。患者中心のインスクリプションは専門家の存在を不可欠とするので、臨床心理士の技術は機械などの形で独立することなく、スクールカウンセラーという形で制度的に社会の中に存在するようになった。

しかし、とは言うものの、患者中心のインスクリプションは、患者中心を信頼する相手にしか通用しない。機械的な手続きほどには、対立する意見を説得する力は強くない。たとえば、資格の制度化という意味では、臨床心理学知識の受容がうまく進んでいない医療領域は、あくまでも生物医学的知識が強く、機械的客観性が優先される場である。患者中心主義が台頭したと言っても、それはあくまでも周辺的な要素に留まる。基本的には、「患者中心であること」は、医師を中心としたヒエラルキーの中で、下位の専門職に引き渡さ

れる要素に過ぎない。

一方で、学校は患者中心を強く信頼する場である。学校は、患者中心主義と類似した子ども中心（児童中心：child-centered）主義というイデオロギーが強い。子ども中心主義は、19 世紀末に欧米で広がった新教育運動が大正時代に展開されて以降、日本でも広がった。特に近年は、教育界においてますます力を強めている。苅谷（2002）は、2002 年の学習指導要領の改訂は、「生きる力」と「ゆとり」の獲得を目指すものであるが、その実現のための目玉となっていた「総合的な学習の時間」が、まさに子ども中心主義の教育を体現したものであるとしている。2002 年の学習指導要領改訂の基礎となっていた、子どもの個性を尊重しゆとりをもたせるという教育改革の方向性自体は、1977 年に「ゆとりと充実」をスローガンに掲げた学習指導要領が示され、1980 年代半ばに臨時教育審議会を中心に個性重視の原則が示された頃から、学力低下問題で学習指導要領が見直された 2008 年まで継続してきた。

患者中心主義と子ども中心主義の類似性は、次のように指摘できる。患者中心の医療は、先に見たように、生物医学知識から患者を診るだけでなく、患者の話をよく聞き、患者にとっての病いの位置づけを知り、患者全体を理解することを重視する。一方、子ども中心主義はつぎのような特徴を持つ。子ども中心主義理論の一典型としてプラウデン報告書をとりあげ、子ども中心主義理論がどのような考え方のもとにあるかを整理した小野（1982）によれば、子ども中心主義教育理論の中心的公理は「子どもから出発する」ことである。そして、この公理に基づいて「子どもは適切な環境が与えられれば「発達」する自然を持つ」という教育原理が示される。King（1978）は、イギリスの幼児学校を 3 年に渡って研究した結果から、子ども中心主義のイデオロギーは、「発達主義」「個人主義」「学習としての遊び」「幼年期の持つ無邪気さ」という 4 つの要素から構成されているとしている。これらの特徴のうち、患者中心主義と重なるのは、「子どもから出発する」ことと「個人主義」である。患者中心主義の立場も、子ども中心主義の立場も、専門職がその知識体系を用いて一方的に実践を行うのではなく、実践の対象となる患者や子どもの立場を尊重し、各個人の文脈を全体的に理解して、実践を行おうとする。

ただし、患者中心主義や子ども中心主義は、単なる個人主義ではない。個人を全体的に把握し、尊重しようとはするものの、個人を責任の主体とは考えない。実践の失敗が起こった場合、その責任は原則として、患者や児童ではなく専門職の側にある。これは、根本的には患者や児童といったクライエントと専門職の権力関係が非対称であることに由来する。特に子ども中心主義ではその傾向が強い。たとえば、子ども中心主義的な専門職のあり方の極端な例として、Schön（1983）が提唱する「反省的実践家」というあり方がある。Schön（1983）は、専門職の役割を技術的熟達者から反省的実践家へと定義しなおした。その上で、実践の成否は、知識ではなくクライエントを基準に判断されるべきだとした。たとえば、子どもが学習過程において何らかのつまずきに遭遇した際、教師は、教師自身が専門職として持っているある特定の教授方法に子どもが順応することができないという子どもの欠点として捉えるのではなく、子どもひとりひとりのつまずきは独自のものなので、これまで自身が持っている教授方法では十分ではないと考える必要がある（「技法をもつ（artful）教師は、子どもが読みを学ぶ時の困難を、子どもの欠点としてではなく、「自分自身の教授」の欠点としてみる」（Schön, 1983, 訳書　p. 114））としている。苅谷（2002）

は、子ども中心主義的な教育は、制度としての教育に困難をつきつけるとしている。子どもが自己発展するという見方をとる限り、「学習の失敗を子どもに帰すことができなくなるから」(pp. 152-153) である。また、子ども中心主義のイデオロギーを構成する要素の 1 つとして「幼年期のもつ無邪気さ」を挙げていた King (1978) は、プラウデン報告書ではこの要素は明白に表明されていないものの、この「幼年期のもつ無邪気さ」のイデオロギーこそが、幼児学校教師をジュニアスクールの教師と特に区別するものであるとしている (訳書 p. 23)。これは、子どもは教師が悪いことと定義したことをするが、それは、まだ自分をコントロールできないからであり、子どもは全面的に自分の行為に責任を持つことはできないとするイデオロギーである。

学校における臨床心理学知識の制度化には、学校がこのように子ども中心主義のイデオロギーが強い場である、つまり、患者中心であることを信頼する場である、ということが大きく影響していると考えられる。患者中心を信頼する場であったからこそ、患者中心のインスクリプションが客観性を提示することができたと考えられるのである。

〈注〉

(1) 『臨床心理学研究』は第 1 巻 1 号から 3 号までは『関西臨床心理学者協会会報』、第 1 巻 4 号から第 5 巻 4 号までは『臨床心理』というタイトルで発行されている。第 1 巻は年 6 号発行で、1963 年度の第 2 巻から年 4 号発行となった。タイトルからもわかるとおり、当初は関西地区の会員のための会報であったが、第 2 巻から次第に東京など他地域の会員も編集に加わるようになった。1967 年度の第 6 巻からタイトルが『臨床心理学研究』と変わり、医学書院から正式に発行されることとなった。1969 年の日本臨床心理学会大会以降、一部会員と理事会の対立が激しくなる中、理事会による通常の発行は第 9 巻 3 号まで続けられた。第 9 巻 4 号は、1971 年の理事会解散、学会改革委員会の発足後に、学会改革委員会の手によって編集されている。医学書院による発行は第 9 巻 4 号までとなっている。そこで、ここでは、正式に全国的な学術誌として発行されることとなった第 6 巻 1 号から、通常通りの編集を行っていた第 9 巻 3 号までを対象として、論文および一事例報告の数を数えた。なお、「原著」「資料 (のうち英文アブストラクトがあるもの)」「特集 (のうち英文アブストラクトがあるもの)」「ケースレポート」を論文としてカウントしている。

(2) 日本臨床心理学会は現在まで継続して存在しているが、社会運動体としての色彩が強く、学問的中心とは言い難い。

(3) 日本心理臨床学会 (1984) は、心理学関係の諸学会が連合して発行している雑誌『さいころじすと』の学会紹介において、自学会の学会大会の特色について以下のように述べている。「本学会大会の特色は、研究発表が、二三の例外を除いて、すべて事例研究であり、しかも一事例に 2 時間以上の発表および質疑の時間を与えられること、またすべての発表に対して指定討論者が配されていることである」(p. 12)。

(4) Rogers 以外の考えに基づいて治療を行っていた人も多くはないが存在する。「催眠療法の成瀬悟策・木村駿、心理劇を用いる村松康平・深山富男、グループセラピーを早

くから行っていた対馬忠など」(倉石，1982，p. 229)。

(5) クライエントに何らかの絵を描かせ、そこから心理状態を読み取る方法。バウム・テスト、家族画法、HTP 法など。

(6) たとえば、エクスナー（Exner，J. E.）の包括的システムなどは、標準化を比較的強く志向したものであると考えられる。しかし、その基準・信頼性・妥当性には問題があるとの指摘も存在する（Lilienfeld ら，2003)。ここでは、多少なりとも志向しているかどうかという点を重視して、ロールシャッハ・テストを標準化を志向するものに分類した。

(7) 本章では、「原著論文」と「研究報告」のみをとりあげ、「資料」や「巻頭言」などを含めていないため、1997 年までに全体の論文数は 276 本にしかならず、丹野（2001a）の数字と異なる。しかし、「資料」等を入れても、全体に占める一事例報告の割合はそれほど大きくは変わらないと思われる。

(8) 臨床心理学においては、知能や性格、心理状態などを査定するための検査（テストなど）をそのように呼ぶ。

(9) 丹野（2001b）によれば、ケースフォーミュレーションとは「個々の領域のアセスメントの結果をもとにして、それらをひとつの枠組みに総合し、そこから援助プランを立てること」、「クライエントの全体像を統合的に理解し、これにもとづいて介入法の仮説を立てること」をさす。

(10) 論文の著者により特に記載がある場合（5 回目までは診断面接だったなど）は、3 回目より長い期間を初期と捉えていることもあるが、多くは特に明記されていないため、機械的に 3 回目を目安と考えた。あと、極端に面接回数が少ない場合（例えば全 4 回のセッションの場合など）も、1 回目を初期、最後の回を終期と考えるなど、若干変更を加えた。ただこのような変更を加えたのは全体で 3 本のみである。

(11) この事例の面接の実施場所は、家庭裁判所内やクライエントの自宅など特定されていないが、著者が公立の機関の所属であることを重視して、このカテゴリに含めた。

(12) 治療場所による使用技術の違いは、来談するクライエントの違いによるものと考えられるかもしれない。そもそも治療は症状によって異なるものと考えられるからである。今回の分析では、臨床心理士自身がどのように症状を記録しているかを知るために、臨床心理士が症状に関して行っている表記についても抜き出している。しかし、そもそも臨床心理学には統一的な症状の分類体系が存在するわけではない。症状の表記の仕方はかなり分散していた。4 つ以上の事例で共通して記述されていた表記は「境界例」「摂食障害」「登校拒否・不登校」の 3 つだけであるが、これらについても症状別に治療過程の比較を行っても特に共通性は見られなかった。たとえば「摂食障害」と「境界例」の場合には、介入技術についてはたいてい「心理療法」や「カウンセリング」といった一般的な書き方しかされていないのでほぼ共通しているが、診断期および治療期の心理査定に注目すると、同じ症状でも異なる手続きを踏んでいた。全体的に、何らかのフォーマライズされたテストを使用するのは病院であり、他のところではそのようなテストがあまり使用されていなかった。もちろん、従来の症状分類の基準ではわからない事例の共通性が治療手続きを支えているのかもしれないが、それは現時点で明確に知ることはできない。そのため、ここでは症状別ではなく場所別に検

討を行った。

(13) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders の略。米国精神医学会（APA）による精神疾患の分類規準をまとめた診断マニュアル。本分析では、第3版を使用しているものも第4版を使用しているものも共にDSMの利用としてカテゴライズした。

(14) 純粋に心理検査技術とは言いがたい、DSMなどの「診断マニュアルの利用」のみ・「他所での検査結果の記載」のみ・心理検査技術というよりは治療技術の意味合いの強い「箱庭」の使用のみの事例を省いている。「箱庭」については、後の分類で心理検査の一種に分類しているが、治療技術としての意味合いが強いので、ここでのカウントからは除外している。

(15) 診断期と終結期で同じ心理検査技術が使用されていた事例は、そのうち2編が箱庭、2編がロールシャッハ・テスト、残りがそれぞれCATとP-C.S.R.T.（HU式親子言語関係診断テスト）を使用したものであった。

(16) 標準化は最も強くは数量化という形で現れる。数量化については丹野（2001a）において、初号から1997年第15巻第4号までの『心理臨床学研究』掲載論文の71.1%が量的な指標をとっていないと報告されている。なお、同じく丹野（2001a）によれば、『心理臨床学研究』においては、“臨床における1～5例の縦断研究で何らかの介入を行い、量的な指標をとっていない論文”が、全体の62.8%を占めている。

(17) Mussによる「巻き戻し法」はNLPの一種とのことから、行動療法とは考えなかった。

(18) Bergら（2000）は、この議論に、Porter（1995）の議論を加えて、オランダの保険医のガイドラインへの移行は、明らかに機械的客観性を指向しているはずなのに、むしろ専門的客観性を強めていると指摘している（p. 785）。しかし、Porter（1995）の言う機械的客観性概念の要点は、専門職の自律性ではなく、その社会的インパクトにある。Porter（1995）は、機械的客観性の理念は十分に達成できるものではないが、しかし、科学が客観的であるという信頼は、科学の機械的客観性から来ているとしている（p. 7）。ガイドラインはその内実がどうであれ機械的客観性として社会にインパクトを与えるのであり、専門的客観性としてインパクトを与えるわけではない。その意味で、Bergら（2000）の議論の全体には疑問が残る。

## 5. 臨床心理学知識の学校での受容—子ども中心主義との親和性—

### 5-1. 臨床心理学知識はなぜ学校で制度化したか

本論では、ここまで、なぜ病院で制度化が進まない臨床心理学が、学校ではスクールカウンセラーという形で制度化しているのかということについて検討してきた。まず、1 章で、戦後日本で、学校への臨床心理学知識の導入がどのように進んできたかを整理したところ、臨床心理学知識の制度的なレベルでの導入の成功は、1980 年代半ば以降の学校でのみ起こったこと、そして、その背景には 1980 年頃から始まる臨床心理学者たち自身の関心の変化があることがわかった。日本の社会学では、このような臨床心理学の知識の学校への導入について、心理主義化や専門職化（専門職が自律性を獲得するために行う社会的活動に注目する）の観点から主に議論してきた。しかし、いずれも、臨床心理学者集団の関心の変化が重要であるにもかかわらず、専門職集団の知識そのものについては検討してこなかったため、「なぜ、1980 年代半ば以降の学校でのみ制度化したのか」をうまく説明できていなかった。

そこで、2 章では、このような変化を、〈知識の制度化〉という観点から捉えることを示した。〈知識の制度化〉には、モノ・組織・専門職などいくつかの具現化の形が考えられる。アクターネットワーク理論では、それらを実体として成立させるために必要な諸アクターが持続的に提供され続けるようになることを〈知識の制度化〉と呼び、それをより「固い事実」とするためには、インスクリプションとしてより多くのアクターを結びつけることが重要になるとしている。そのような考え方を基礎とした上で、専門職論の先行研究を参考に、〈知識の制度化〉に対して知識そのものがどのような役割を果たすとされているかを整理し、本論で検討する仮説とした。専門職論においては、傷つきやすい専門職は、その知識を科学志向の標準化したものにし、機械的客観性を提示することで、職務管轄権を獲得していくと言われている。このような知見に基づくなら、資格が確立せず社会的権威の基盤が弱かった 1980 年代以前の心理臨床家も、その知識を科学志向の標準化したものに変えていった結果、学校での職務管轄権を獲得することができたのではないかと考えられた。

そこで、まず、3 章では、戦後の臨床心理学の科学観の変化について、その教科書の内容分析を行うことで調査した。結果、戦後の臨床心理学は、1970 年代を境に、次第に「柔らかい事実」を志向する「新しい科学」として一般的な科学とは異なる方向に変化していた（脱科学化）。しかし、これは、学校という新しい職域を獲得する上では効果的な背景となっていると考えられた。しかし、傷つきやすい専門職である臨床心理士の場合、「新しい科学」と主張しただけで、正当性を獲得できるわけではないはずである。そこで、4 章では、臨床心理学の研究方法と技術が標準化に向かっているのかどうかを、学術雑誌を通して確認した。具体的には、研究方法や技術は標準化しているのかしていないのか、それらはどのようなインスクリプションを生み出しているのかを分析した。結果、1970 年代を境に、「一事例報告」と「選択的視覚表象」という患者中心的なインスクリプションが多く使われるようになったことがわかった（脱標準化）。それにより、臨床心理士は、科学が示す機械的客観性とも、専門職が社会的権威をもとに示す専門的客観性とも異なる、患者中心的客観性ともいうべきものを提示できるようになっていると考えられた。しかし、それは患

者中心であることを信頼する場でしか通用しがたいものであったため、病院では制度的なレベルでの合意をみることは難しかった。一方、元来子ども中心主義的であり、患者中心であることを強く信頼する場である学校では、それは有効であったと考えられた。

1970年代を境に、「柔らかい事実」を志向するように、患者中心的インスクリプションを多く使うように、その知識が変化した臨床心理学であるが、これらの変化は、学校で実際に職域を獲得していく上で有効であっただけではなく、臨床心理学者自身の関心の変化も招いたと考えられる。これらの知識変化は病院よりもむしろ学校に適合的なものであり、また、このように考えるようになることで、教育上起こる問題に対して、クリニックモデルの立場から厳格に学校外の相談室（教育相談所など）でかかわろうとしなくとも、学校内で直接かかわればよいとの考えが生じてきたのかもしれない。

まとめると、臨床心理学の学校における制度化は、臨床心理学の知識の1970年代を境とした、〈「柔らかい事実」志向〉・〈患者中心的インスクリプションの多用〉という変化の結果、心理臨床家の知識が学校に対して説得力を持ったり、心理臨床家自身の関心が変化したりしたからであると考えられる。1970年代以降の知識の特殊な特徴ゆえ、学校でのみ制度化したのである。

以上の考察からすると、臨床心理学の知識が学校に入ってくることの意味は、「心理主義化」という観点からは説明できない可能性がある。2章でも簡単に見たように、日本の社会学ではこれまで、スクールカウンセラーの導入については、主に心理主義化という観点から、それが学校にもたらす意味（主に問題性）について検討がなされてきた。もし、臨床心理学知識の制度化が心理主義化の結果でないならば、学校における臨床心理学知識の制度化の帰結についても再検討する必要があるだろう。

では、実際に臨床心理学の知識は、学校でどのようなものとして受容され、どのような意味をもたらしているのだろうか。既存の研究が指摘するように、学校における臨床心理学知識の受容は、心理主義化の一側面として捉えることができるのだろうか。臨床心理学知識に限定されたものではないが、広く心理学知識がどのようなものとして受容されているかについての量的な調査データの結果を用いて、検討を行いたい。

### 5-2. 受容の意味の再検討の必要—「心理学の知識があること」は何をもたらすのか—

学校における心理学知識の受容は、一般的には、日本社会の「心理主義化」の一側面として捉えられている。多くの論者が依拠する森（2000, p.9）の定義によれば、心理主義化とは「心理学や精神医学の知識や技法が多くの人々に受け入れられることによって社会から個人の内面へと人々の関心が移行する傾向、社会的現象を社会からではなく個々人の性格や内面から理解しようとする傾向、および「共感」や相手の「きもち」あるいは「自己実現」を重視する傾向」を指す。この定義には大きく分けて3つの要素が含まれており、これらが三位一体となって関連しあいながら生起する社会現象が「心理主義化」という概念にまとめられている。

そして、そのような心理主義化に関する議論は、特に“心理学の知識が受容されること”と“人びとの関心が個人の内面に移り、物事の原因を個人の心理に帰す「心理還元主義」（psychological reductionism）的な傾向を強めること”との関連に注目して、「心理主義」

的な社会状況は、さまざまな問題やリスクを個人化してしまう危険性があると指摘することが多い。学校における心理学の知識の受容についても、そのような観点からの批判がなされている(1)。

しかし、次節で詳述するように、学校における心理学知識の受容を、心理主義化の一側面として捉えることには、疑問の余地がある。3つの構成要素が近年の学校現場にそれぞれ観察されることは確かだが、これらの事象が互いに関連しあって生起しているものかどうかは、実は自明ではない。

本章の以下の目的は、学校における心理学知識の受容が、心理主義化の一側面をなすという一般的な前提について、量的な調査データをもとに再検討を加えることにある。分析には、JGSS-2005のデータを用いる。このデータには、心理主義化の3つの構成要素の指標となる個人単位の変数がすべて含まれている。そのため、ミクロなレベルで、学校教育をめぐって三位一体の心理主義化という現象が成立しうるかどうかが検証できる。具体的には、対数線形モデルとロジスティック回帰分析を用いて、「心理学の知識をもつ人々は、子どもの教育に関してどのような志向をもつ傾向があるのか」を明らかにする。

本章の構成は次のとおりである。次の[5-3]では、特に教育にかかわる議論を中心としながら心理主義化をめぐるこれまでの議論について整理し、上に記した疑問点がもつ意味を示す。続く[5-4]では、データの概要とその分析方法を説明し、[5-5]でその分析結果を示す。[5-6]では、分析結果をふまえて、学校における心理学の知識の積極的な受容を、どのような社会現象として捉えるべきかについて考察する。

## 5-3. 先行研究と分析課題

近代社会における心への関心の高まりについては、これまで様々な論者が注目してきた。たとえば古くはBerger (1965) が、心理学主義 (psychologism) を社会学的な分析の対象とすることを提唱している。ここでBerger (1965) が言う心理学主義とは、「社会における当たり前の日常生活に心理学的なモデルが影響を及ぼしている現象」(p. 29) を指す。Berger & Luckmann (1966) によれば、心理学理論は、それがアイデンティティを語るための語彙であるがゆえに、他の理論に比べて、強力な現実化の力を持つ。アイデンティティを語るための語彙は、アイデンティティ獲得のために用いられ、現実のアイデンティティとなる。そのようにして、心理学的なモデルは、一般の人々の日常生活に影響を及ぼすのである。

このような「心理学の現実化」というBerger & Luckmann (1966) の議論を受けて、野口 (1999) は、「現実の心理学化」という造語を行っている。この言葉は、Berger & Luckmann (1966) の「心理学は一つの現実を創造し、この現実はまた心理学の正しさを立証するための基礎になる」(訳書 p. 303) という主張を受けてのもので、野口 (1999) はBerger & Luckmann (1966) の主張としてこの「心理学化」を紹介している。しかし、筆者が見るにその意味するところはBerger & Luckmann (1966) とは若干異なっている。Berger & Luckmann (1966) は「心理学の現実化」という言葉で、心理学が実際に現実の一部 (アイデンティティ) となること、そして、その現実の一部がまた心理学の正しさの証明となることに注目したが、「現実の心理学化」という言葉を使う論者 (野口, 1999; 斉藤, 2003; 樫村, 2003) は、心理学がいかにして現実となるのかにはほとんど関心を抱いてはいない。彼らの関心

は、〈心理学的な用語を用いて現実を解釈しようとする言説が社会の中に増加すること〉にあり、そのような現象を指して心理学化と呼び、分析の対象としている。

社会の心理学化は、人々の関心を個人の内面に移してしまうことにつながると言われている。少なくとも社会学ではこれまで、心理学的な言説が増加すること、ひいては、心理学の知識が広がることで、物事の原因を個人の心理に帰す「心理還元主義」(psychological reductionism) が広がり、それが社会の個人化を促進する面がある（また、逆に個人化がそのような現象を促進する面もある）と考えられてきた。

このような議論の背景には、欧米におけるセラピー文化の研究がある。人々がセラピーなどの影響によって、心理還元主義となり、共同体から切り離されつつあることを、インタビューで実証的に明らかにしたのは Bellah ら（1985）である。Bellah ら（1985）は、“人を欲求と満足の束としてとらえ、個人の利益と感情に基づいて偶発的に契約を取り交わすようになること”をセラピー文化と呼び、セラピー文化の浸透が功利的・表現的個人主義を促進するとした。また、Rose（1996）は、セラピー文化は、問題の解決を個人や家族が担うことを促すものであり、リスク管理の個人化の促進に重要な役割を果たしているとする。

日本社会についても、森（2000）を始めとして、このような立場から心理主義化を問題にする論稿は数多く存在する。山家（2003）は、日本におけるアダルト・チルドレンや共依存に関する言説にも、Rose（1996）が主張するようなリスク管理の個人化を促進する面があることを指摘した。また、心理学者ではあるが、小沢（2002）は、一般的な言説だけでなく、専門家が行う治療（特に C. Rogers のクライエント中心療法）についても、問題を個人の内面に還元することで脱政治化する「柔らかな管理」であると指摘し、学校へのカウンセラーの導入を批判している[(2)]。吉田・中井（2003）も、スクールカウンセラーについて、同じ主旨で警鐘を鳴らしている。

心理学の知識が広がることが心理還元主義の普及につながり、それがリスク管理や問題の個人化を促進すると考える、このようなタイプの心理主義に関する議論は、心理学の知識（特に S. Freud の精神分析以降に登場した何らかの心理療法の知識）から演繹的に導き出される結論として、心理還元主義を述べることが多い。たとえば、Rose（1996）は、ヒューマニスティック療法（C. Rogers のクライエント中心療法や F. Perls のゲシュタルト療法など）で、「あなたはできる」と個人の可能性を無限に信じる立場が打ち出されたことが、個人に責任を還元することに結果的につながっているとしている。

欧米のように多くの人々がカウンセリングに通い、それによって比較的深くある種の心理学知識を身に付けている場合には、このような、いわば理念型のような形での心理学知識の使用が行われているのかもしれない。たとえば、2004 年にアメリカで行われた General Social Survey (GSS) によれば、過去 1 年間に精神的・感情的な問題でカウンセリングを受けた経験があるのは全体の 7.8%にも上る（変数名[HLTH2]）。Bellah ら（1985）のインタビューデータも人々の心理学知識の深さを示唆している。しかし、日本では、カウンセリングを受けるという行動は、今のところ決してポピュラーではない。JGSS-2005 では、「あなたは、過去 5 年間に、精神科医やカウンセラーなどが行うカウンセリング（心理相談）を受けたことがありますか」（留置調査票 Q22-1）と、5 年間という長いスパンでカウンセリングを受けた経験があるかどうか尋ねているが、経験があるのはわずか 4.3%である。

むしろ、近年の日本社会は「心を大切にするべき」という規範は高まっているものの、いかに大切にすべきかについてははっきりしていない状況にある。このような傾向は、特に学校や子どもに関する領域で著しい。「心を大切にするべき」という規範の高まりについては、既に伊藤（1996）や酒井（1997）が教育的言説の分析をもとに指摘している。また、「心を大切にする」ことの内容の不明確さについては山田（2004, 2007）が指摘している。山田（2004）は、道徳の時間における、心理学の知識を用いた「心の授業」の観察を基礎に、「心」が道徳の象徴として聖化される一方で、単なるストレスマネジメントの対象としてその時々の外的刺激に応じて操作されるモノとして扱われていることを指摘した。この、社会との対峙の仕方という点では相容れないものである心理学の知識と道徳が結びつくことができるのは、心という言葉が多義的で、幅広い現象や事柄を一括りにできるマジックワードとして流通しているがゆえであると山田（2007）はしている。

このような日本の状況については、先に挙げた森（2000）においても既に意識されている。森（2000）は、「心理主義」を、それまで欧米を中心に議論されてきた“心理学の知識や技法を受容し、心理還元主義的な解釈枠組みを重視する立場”に、前段で見たような“自己と他者の「心」を大切にしなければならないという価値観を強調する立場”を加えて定義している（p. 14）。これまで紹介してきた議論は、結果的にこの定義に包括される。特に日本についての議論の場合、心理主義は、「心理学の知識があること」「心理還元主義であること」「心を大切にするという価値観を重視すること」（以下、便宜上、心情主義と略す[3]）という 3 つの経験的な事象からなり、かつ、この 3 つの事象はそれぞれ相互に関連しているとされてきた。相互の関連性については、それぞれの論稿で明言されているわけではないが想定されている。森（2000）および心理主義化という概念を用いる各論は、心理主義の定義からして 3 者の関連性が前提となっている。伊藤（1996）も山田（2007）も、心を大切にするという側面に注目しつつ、その帰結として問題の個人化による弊害を挙げている。また、心理学やカウンセリングに関する知識・技術の広がりをそれらの現象と結びつけている。つまり、これまでの研究の前提を整理すると図 5-1 のようになる。

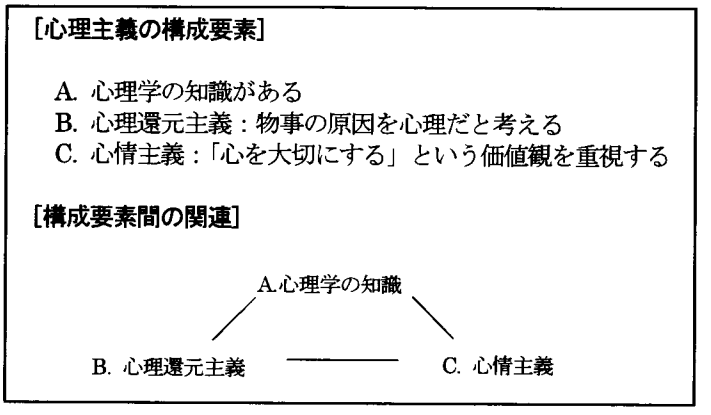



**図 5-1　心理主義の構成要素とその関連（既存の研究による仮定）**

これら心理主義の 3 つの構成要素は、本当に相互に関連しているのだろうか。これまでの研究は、たとえ日本における心情主義的な傾向の強まりに注目していても、心理学の知識と心理還元主義の関連は否定していない。確かに、心理学の知識の一部にはそのような側面がある。

しかし、日本における「心の専門家」、つまり臨床心理士の拠り所となっている臨床心理学について見ると、その知識自体、一概に心理還元主義的とは言いがたいものに変質している。3 章で行った分析によれば、臨床心理学の教科書に見られる科学性についての規準は 1970 年代以降、多様な実践を許容することが可能なものに変化している。その結果、これまでの一定の枠付けのもとでの個人臨床とは異なるスクールカウンセリングの「非専門的」な実践（伊藤, 2005, p. 8）が許容され、さらなる専門知識の変化を招いている。たとえば、スクールカウンセラーは「個人化したケアのみならず、関係やシステムを対象に調整的な役割を試み始めている」（伊藤, 2005, p. 15）。心理学の専門家も、決して個人の心理だけに焦点を合わせているわけではないのである。

また、そのような日本の臨床心理学の特質のせいか、実際に心理学の知識が専門家以外によって用いられる際も、厳格に心理学の知識が取り扱われるわけではない。保田（2003）は、教師が中学生の不登校について実際にどう診断・対処しているかを、教師向けの生徒指導雑誌に掲載されている報告事例を分析することで試論的に検討したが、それによれば、子どもの心を理解しようとしたときに教師が行うのは、家庭や学校への問題の還元である。その際、心 x 理学の用語は、家庭や学校について語るための手段として利用されているに過ぎない。学校や子どもという文脈で考えるとき、心理学の知識は、心理還元主義ではなく、むしろ、家庭や学校に問題の原因を還元する考え方と結びついている可能性がある。

このような日本の学校における心理学知識の曖昧さは、むしろ心理学知識があることと心情主義との結びつきを強めることにつながっている可能性もある。酒井（1997）は、心理還元主義やその弊害には言及せず、心理学知識と心情主義の関連にのみ限定した議論を展開している。酒井（1997）は、1980 年代半ば以降教育界で用いられるようになった「カウンセリング・マインド」という概念について、その背景に心理学の知識（C. Rogers の来談者中心の非指示的面接法）があると述べている。そして、そのようなカウンセリング・マインドによる児童生徒理解という考え方が学校教育に強い影響力を持つようになることの問題として、内面を理解すること自体が目的化し、教師の側が生徒に何を教えるのか・カリキュラムをいかに編成するのかという観点が希薄になることを指摘している。どちらかというと日本の心理学知識の受容は、このような問題性を抱える形で進んでいるのかもしれない。

では、実際に日本において、心理学の知識は、学校や子どもに関するどのような考え方と結びついているのだろうか。本当に心理還元主義と結びついているのだろうか。あるいは、家庭や学校に還元する考え方や心情主義と結びついているのだろうか。量的調査データを用いて、心理学の知識をめぐる人々の考え方の布置を明らかにしたい。

## 5-4. データの概要と分析方法

分析に使用するのは、2005年8月～11月に、全国の満20歳以上89歳以下の男女個人を対象に実施されたJGSS-2005のデータである。JGSS-2005は、層化二段無作為抽出法によって抽出された標本 4,500 人に、面接調査と留置調査を併用する形で行なわれ、有効回収数は2,023人、回収率は50.5%となっている。信頼性の高い全国調査データであり、分析に必要な心理主義の 3 つの構成要素や基本属性をすべて含んでいるので、本章の目的を満たすことができる。

分析は、「心理学の知識があること」が学校や子どもに関する人々のどのような考え方と結びついているかを明らかにすることを目的とする(4)。そこで、変数としては、まず、「あなたは、一般の人に比べて、カウンセリングや心理学についての知識がある方だと思いますか。」という問いに対する回答を「心理学の知識の有無」の指標として用いる(5)。

加えて、人々の子どもに関する考え方を示す変数として、人々が少年の問題行動の原因をどこに帰着させているのかを探る問いの回答を用いる。JGSS-2005では、少年の凶悪犯罪の原因として、「加害少年少女の心理状態」「加害少年少女の家庭環境」「加害少年少女の学校での生活環境」「少年法などの現行の法律制度」「社会における経済的な格差」がどの程度関係していると思うかについて、それぞれ4段階で尋ねている(6)。この問いへの回答を、それぞれ「心理還元主義」「家庭還元主義」「学校還元主義」「法律還元主義」「経済還元主義」の指標として用いる。さらに、それとは別に、「心情主義」の指標として「『これからの学校教育は、学力をつけることよりも心を育てることを、特に重視すべきだ』という意見があります。あなたはこの意見についてどう思いますか。」という問いへの回答を使用する(7)。

これにより、心理学の知識があることが、心理還元主義や心情主義といった心理主義の他要素とどう関連しているのかということ、及び、たとえば、保田（2003b）で示唆されていたような、個人の内面ではなく家庭や学校など、周辺に原因を求める考え方とは関連しているのかということを確認したい(8)。

手続きとしては、最初にこれらの考え方と心理学の知識との関連性の有無を、単純に 2 変数のクロス表で確認する（[5-4-1]）。その上で、心理主義の 3 要素（心理学の知識・心理還元主義・心情主義）間の関連について、対数線形モデルで確認する（[5-4-2]）。[5-4-1]と[5-4-2]の結果を先取りすると、心理学の知識は心情主義・心理還元主義・家庭還元主義とは有意な関連があり、さらに、心理主義の 3 要素のクロス表については相互に関連があるという、先行研究に適合するモデルが採択される。そこで、さらに、先に見た関連性が、基本的な属性等をコントロールしても変わらないのかを探るため、それぞれの考え方に対する心理学の知識の効果を多変量のロジスティック回帰分析で検討する（[5-4-3]）。本来、心理学の知識とそれぞれの考え方の間に明確な因果関係を想定することはできないが、ここでは、諸属性の影響を平易な形で探るため、仮に因果関係を想定する(9)。

ロジスティック回帰分析に用いる変数は表 5-1 のとおりである。すべてカテゴリ変数として投入している。参照カテゴリは[　]で示している。従属変数には、それぞれの考え方（「心情主義」「心理還元主義」「家庭還元主義」「学校還元主義」「法律還元主義」「経済還元主義」）が入る。独立変数には、「心理学の知識の有無」のほかに、以下を投入する。基

本属性として、性別・年齢を投入する。また、心理主義の要素である心情主義・心理還元主義は社会の個人化の動きと強く連動すると考えられるので[10]、個人化の指標となりうる先行変数もコントロールする。個人化に関する先行変数として、ここでは、配偶者の有無・15 歳未満の子どもの有無・1 人暮らしか否かを使用する。Beck（1986）は個人化の第一段階として、近代の産業社会で確立した生活様式・労働様式（社会階級・核家族・職業集団）から人々が解放される過程があることを指摘し、その具体例として、教育水準や可処分所得の全般的な上昇、女性の家事育児役割からの解放、労働働時間の弾力化・部分就業などを挙げている。ここでは、このうち、個人化の重要なメルクマールである核家族からの解放に関連する属性的な指標を取り上げ、独立変数として使用する。家族からの解放が進んでいると行動や思考が個人単位で行われるようになり、心情主義・心理還元主義になると予測されることから、配偶者がおらず、15 歳未満の子どもがおらず、1 人暮らしであるほど、心情主義・心理還元主義であると考えられる。また、基本的な属性変数と個人化に関する変数以外に、心理学の知識の有無に強く関連する、学歴・カウンセリング受療経験の有無・信仰している宗教の有無[11]も、統制変数として考慮する。加えて、物事の責任を個人的なものに帰するか社会的なものに帰するかを決める上で重要な役割を果たすと思われる政治意識（保守か革新か）も統制変数として考慮する。

**表 5-1　ロジスティック回帰分析に用いる変数**

| | |
|---|---|
| 従属変数 | ◆心情主義（そう思う，[それ以外]）」<br>◆心理～経済還元主義（ほとんどの事件で関係している，[それ以外]） |
| 独立変数 | ◆心理学の知識の有無（ある程度ある／少しはある，[それ以外]）　◆性別（[男]，女）　◆年齢層 4 段階（[20-34 歳]，35-49 歳，50-64 歳，65 歳以上）　◆配偶者の有無（[なし]，あり）　◆15 歳未満の子どもの有無（[なし]，あり）　◆1 人暮らしか否か（1 人暮らしである，[1 人暮らしでない]）　◆学歴 2 段階（[初等教育段階／中等教育段階]，高等教育段階）　◆信仰する宗教の有無（[ない／家の宗教はある]，ある）　◆カウンセリングの受療経験の有無（[ない]，ある）<br>◆政治意識 3 段階（保守寄り，[中庸]，革新寄り） |

それでは、以下、順に分析結果を示す。なお、分析の際、無回答は全て欠損値として扱った。

## 5-5. 分析結果

### 5-5-1. 2 変数のクロス表による分析
### ：心理学の知識と心情主義・心理／家庭還元主義との結びつき

まず、心理学の知識が「ある」人がどの程度いるのか、単純集計を示しておこう（表 5-2）。表 5-2 によれば、知識が「ある程度ある」人はわずか 5.2%である。「少しはある」という人を含めても、全体の約 4 分 1 にすぎない。そこで、以下では、分析をわかりやすくするため、「ある程度ある」／「少しはある」と答えた人を心理学の知識が「ある」人、それ以外を「ない」人として分析を行う[12]。

**表 5-2　心理学の知識の有無**

| | 人数 | % |
|---|---|---|
| ある程度ある | 104 | 5.2 |
| 少しはある | 387 | 19.3 |
| あまりない | 737 | 36.8 |
| まったくない | 776 | 38.7 |
| 計 | 2004 | 100 |

次に、この心理学の知識の有無と、それぞれの考え方との関連性を見る。それぞれの考え方も、知識と同じく 2 値変数に変換する。心情主義については「そう思う」とそれ以外、心理還元主義～経済還元主義については「ほとんどの事件で関係している」とそれ以外という形で 2 値化する。2 値化するのは、より強く心情主義的あるいは心理～経済還元主義的であることと心理学の知識との関連について明らかにしたいがためである。

心理学の知識の有無とそれぞれの考え方との関連は表 5-3 のようになる。紙幅の都合上、簡略化した形で各クロス表に含まれる情報の一部を提示している。表 5-3 は、それぞれの考え方で「そう思う」「ほとんどの事件で関係している」と肯定的に答えた回答者の割合を、心理学の知識が「ある」人・「ない」人で比較したものである。この表から、心理学の知識があることは、それほど強くはないものの、心情主義・心理還元主義・家庭還元主義と有意に関連していることがわかる。既存の研究の指摘どおり、心理学の知識と心情主義・心理還元主義は確かに関連しているのである。

また、心理還元主義と家庭還元主義がともに有意な関連を持つことも、既存の研究にとっては意外なことではない。心理学（というより精神分析）の知識に、心理だけでなく、過去や現在の家族関係に原因を求める傾向があるということは、既に指摘されている。たとえば、森（2000）も、心理学の知識は人々の関心を「もっぱら個人の内面かせいぜい家族関係に制限する」（p. 222）と指摘している。まさに既存の研究の指摘どおり、物事の原因をどこに求めるかという考え方については、心理還元主義と家庭還元主義にのみ有意な関連性が表れている。

**表 5-3　心理学の知識の有無と考え方の関連性**

| | | 心情 | 心理 | 家庭 | 学校 | 法律 | 経済 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 心理学の知識 | ある | 38.8% | 56.9% | 58.1% | 29.5% | 18.0% | 12.3% |
| | ない | 30.2% | 48.9% | 49.0% | 24.8% | 18.6% | 14.1% |
| $\chi^2$値(イェーツの連続修正) | | 11.905(df=1), p = .001 | 9.144(df=1), p = .003 | 11.559(df=1), p = .001 | 3.748(df=1), p = .053 | .052(df=1), p = .819 | .841(df=1), p = .359 |

### 5-5-2. 心理主義の3要素の対数線形モデルによる分析
### ：3要素の相互連関

つぎに、既存の研究で指摘されている、心理主義の 3 要素間の関連が存在するのかを確認する。表 5-4 は、心理学の知識・心理還元主義・心情主義の 3 変数のクロス表を、階層的対数線形モデルで分析した結果である。A が心理学の知識、B が心理還元主義、C が心情主義を指す。最も AIC（赤池情報量基準）が小さいのはモデル[AB][AC][BC]であり、3 変数は相互に関連していると考えるのが妥当であろう。

**表 5-4 心理学の知識・心理還元主義・心情主義の対数線形モデルの結果**

| モデル | | 尤度比統計量 | 自由度 | 有意確率 | AIC |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [AB][AC][BC] | 1.91 | 1 | 0.17 | -0.09 |
| 2 | [AB][AC] | 20.44 | 2 | 0.00 | 16.44 |
| 3 | [AB][BC] | 11.85 | 2 | 0.00 | 7.85 |
| 4 | [AC][BC] | 9.39 | 2 | 0.00 | 5.39 |
| 5 | [AC][B] | 29.87 | 3 | 0.00 | 23.87 |
| 6 | [AB][C] | 32.33 | 3 | 0.00 | 26.33 |
| 7 | [A][BC] | 21.28 | 3 | 0.00 | 15.28 |
| 8 | [A][B][C] | 41.76 | 4 | 0.00 | 33.76 |

(N = 1,912)

2 重クロス表および 3 要素の対数線形モデルの結果からは、既存の議論が前提としている仮説は正しいように見える。しかし、属性などの先行変数を統制しないままでは、ここまでに見出されたそれぞれの関連が擬似相関である可能性は否めない。そこで、つぎに多変量のロジスティック回帰分析を行い、擬似相関の可能性がないかを確認する。

### 5-5-3. ロジスティック回帰分析
### ：心理学知識と心理還元主義の擬似相関の可能性

ここでは、[5-4-1]で見た、それぞれの考え方との関連が擬似相関ではないかどうかを、ロジスティック回帰分析を用いて確認する。ロジスティック回帰分析の結果（回帰係数）は表 5-5 のとおりである。Hosmer & Lemeshow の適合度検定の結果は、5%水準で有意ではない。つまり、このモデルの回帰式から予測される期待度数と観察度数の間に統計的に有意な違いが見られず、このモデルは十分データに適合した予測を行っていると考えられる。

この分析結果からは、様々なことを読み取ることが可能であろう。たとえば、説明力（$R^2$ 値）は非常に小さいものの、それぞれの考え方が何によって規定されているかを大まかに読み取ることができる。しかし、本稿の目的は、考え方の規定因を探ることにはない。当初の関心に従い、心理学の知識の有無とそれぞれの考え方との関連が、その他の変数を統制しても変わらないのかのみに注目する。表 5-5 からわかるとおり、心理学の知識の有無は、心情主義・家庭還元主義・学校還元主義とは有意な正の関連を持つが、心理還元主義・法律還元主義・経済還元主義とは有意な関連を持たなかった。つまり、基本的属性などを

統制すると、心理学の知識は、心理還元主義には有意な影響を持たなくなり、また一方で、クロス表では有意な関連が見られなかった学校還元主義が有意な影響を持つようになることがわかった。

これらの結果は、既存の研究の仮説に疑問を呈する。心理学の知識と心理還元主義との無関連は、“心理学の知識があると物事の原因を個人の心理に帰するようになり、そしてそれが社会の個人化を促進する”という議論が成立しない可能性を示唆している。もちろん、多くの変数を投入した結果、関連が見られなくなっているとも考えられるが、心情主義・家庭還元主義・学校還元主義などでは、同様の分析をしても関連が見られるにもかかわらず、最も関連している可能性が高いはずの心理還元主義で無関連なのである。

また、心理学の知識が心理還元主義につながらず、家庭還元主義・学校還元主義にのみつながっているという事実は、個人の内面に原因を求求めることと家庭や学校など身近な周辺領域に原因を求めることが、非連続的であるということを示している。既存の研究が「リスクや問題の個人化」という際、当然、それは社会的に背負われるべきリスクや問題を私的な領域の問題に矮小化するという意味を含んでおり、家庭から、そして個人へと、その流れは連続的に考えられてきた。しかし、ここでの結果は、それに疑問を呈するものである。

**表 5-5　ロジスティック回帰分析の結果**

| | 心情 | 心理 | 家庭 | 学校 | 法律 | 経済 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 心理学の知識（あり） | .450** | .196 | .288* | .298* | .057 | -.082 |
| 性別（女） | -.318** | -.023 | -.045 | -.064 | -.097 | -.256 |
| 年齢（35-49 歳） | -.068 | -.212 | .096 | -.051 | -.248 | -.358 |
| 年齢（50-64 歳） | .304 | -.376* | -.026 | -.106 | -.082 | .364 |
| 年齢（65 歳以上） | .731** | -.617** | -.139 | -.052 | .286 | .346 |
| 配偶者（あり） | -.105 | .059 | .052 | -.266 | -.118 | -.134 |
| 15 歳未満の子ども（あり） | -.132 | .257 | .154 | .264 | .416* | .647** |
| 1 人暮らしか（1 人暮らしである） | .133 | .560** | .273 | .382 | .453 | .468 |
| 学歴（高等教育段階） | -.513** | .490** | .221* | -.065 | -.317* | -.138 |
| 信仰する宗教（あり） | .197 | .326* | .294* | .048 | -.276 | -.063 |
| カウンセリング受療経験（あり） | .534* | -.012 | -.344 | -.740* | -.413 | -.615 |
| 政治意識（保守寄り） | .065 | .225* | .168 | -.098 | -.019 | -.195 |
| 政治意識（革新寄り） | .081 | .163 | .109 | .046 | -.134 | -.083 |
| 定数 | -.820 | -.117 | -.228 | -.878 | -1.325 | -1.777 |
| N | 1897 | 1848 | 1864 | 1846 | 1821 | 1847 |
| -2 対数尤度 | 2272.572 | 2473.386 | 2550.293 | 2081.560 | 1703.859 | 1442.769 |
| Nagelkerke $R^2$ | .085 | .062 | .023 | .020 | .025 | .025 |
| Hosmer と Lemeshow の検定 | $\chi^2$=8.170 (df=8) p=.417 | $\chi^2$=6.681 (df=8) p=.571 | $\chi^2$=8.243 (df=8) p=.410 | $\chi^2$=6.214 (df=8) p=.623 | $\chi^2$=1.118 (df=8) p=.997 | $\chi^2$=6.366 (df=8) p=.606 |

**は 1%水準、*は、5%水準で有意であることを示す

### 5-5-4. 追加の分析
### ：学歴による擬似相関—心理学の知識と心理還元主義の無関連

[5-5-3]のロジスティック回帰分析の結果、心理学の知識の有無と心理還元主義の関連が擬似相関である可能性が示唆された。しかし、なぜ、心理還元主義に強く関連しそうな心理学の知識の有無が関連しなくなってしまうのだろうか。できれば、単純な形でその擬似相関の構造を示したい。追加の分析を行うことにしよう。

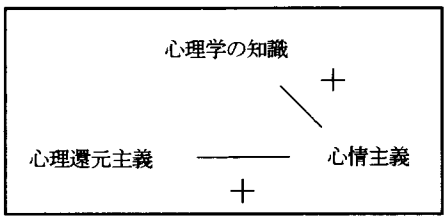
まず、関連を消す上で特に大きな影響を持つ変数を探るため、表 5-5 の「心理還元主義」のモデルから「心理学の知識の有無」以外の独立変数を 1 つずつ抜いたモデルをそれぞれ検討し、「心理学の知識あり」の回帰係数がどの程度変化するかを見た。結果、大きく「心理学の知識あり」の回帰係数が変化したのは、学歴を抜いた場合であった。学歴以外の変数を抜いた場合には、ほとんど変化は見られなかった。

そこで、次に学歴別にグループ分けし、心理主義の 3 要素について対数線形モデルを用いた分析を行った(13)。結果は表 5-6 のとおりである。表 5-4 と同じく A が心理学の知識、B が心理還元主義、C が心情主義である。AIC の値から、最終学歴が初等・中等教育段階の場合、モデル[AC][BC]が、高等教育段階の場合、モデル[AC][B]が採択される(14)。関連を図に表すと図 5-2 のようになる。

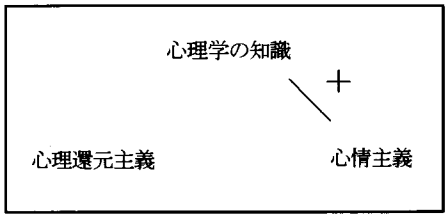
**表 5-6 心理学の知識・心理還元主義・心情主義の対数線形モデルの結果（学歴別）**

| モデル | | 学歴：初等・中等教育段階 | | | | 学歴：高等教育段階 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 尤度比統計量 | 自由度 | 有意確率 | AIC | 尤度比統計量 | 自由度 | 有意確率 | AIC |
| 1 | [AB][AC][BC] | 2.36 | 1 | 0.12 | 0.36 | 1.02 | 1 | 0.31 | -0.98 |
| 2 | [AB][AC] | 33.03 | 2 | 0.00 | 29.03 | 2.13 | 2 | 0.34 | -1.87 |
| 3 | [AB][BC] | 21.63 | 2 | 0.00 | 17.63 | 4.33 | 2 | 0.11 | 0.33 |
| 4 | [AC][BC] | 2.78 | 2 | 0.25 | -1.22 | 1.36 | 2 | 0.51 | -2.64 |
| 5 | [AC][B] | 34.91 | 3 | 0.00 | 28.91 | 2.57 | 3 | 0.46 | -3.43 |
| 6 | [AB][C] | 53.76 | 3 | 0.00 | 47.76 | 5.54 | 3 | 0.14 | -0.46 |
| 7 | [A][BC] | 23.52 | 3 | 0.00 | 17.52 | 4.77 | 3 | 0.19 | -1.23 |
| 8 | [A][B][C] | 55.65 | 4 | 0.00 | 47.65 | 5.98 | 4 | 0.20 | -2.02 |

初等・中等教育段階: N = 1,261, 高等教育段階: N = 640




[初等・中等教育段階]




[高等教育段階]

**図 5-2 心理主義の 3 要素の関連（学歴別）**

学歴で分けると、心理学の知識と心理還元主義は直接には無関連となる。表 5-5 のように多くの統制変数を投入しなくても、学歴で統制するだけで無関連となるのである。最終学歴が初等・中等教育の場合、心理学の知識が心情主義を介して心理還元主義につながっているが、高等教育段階の場合、心理還元主義とは全く結びつかない。大学等でアカデミックな意味での心理学の知識を身につけているほど、心理還元主義にはつながりにくいのかもしれない。一方で、両者とも心情主義との関連は直接残っている。心理学知識と心情主義の関連のみを扱った酒井（1997）の知見が妥当であることがうかがえる。そして、既存の 3 変数間に相互に関連があるという考え方には疑問が呈されることになる。なお、当然、家庭還元主義や学校還元主義では、このように心理学の知識と関連がなくなってしまうことは起こらない。

もちろん、これにより既存の研究が全て間違いだったと言い切れるわけではない。心理学の知識と心理還元主義は無関連なのであって、負の関連があるわけではない。心理学の知識が心理還元主義に影響を及ぼしている場合もあるだろう。それぞれの研究者が各フィールドで見出した事実は事実として、おそらく存在する。ただ、社会全体として見た時には、そうでない場合もあり、結果的に相殺されていると考えるのが妥当であろう。このことは、結果的に相殺しあうような相反する面を心理学の知識が持っていることを示していると考えられる。これは、[3-4]で行った臨床心理学の知識が多様な実践を許容するという指摘や、山田（2007）の「マジックワードとしての心」という指摘が妥当である可能性を示している。

なお、なぜ、学歴が心理還元主義に直接効果を持ち、結果的に心理学の知識と心理還元主義の無関連を招くのか。これについては、今後より詳しい検討が必要となる。たとえば、高い学歴を取得することで、個人的な選択の余地が広がった人びとは、物事を自己責任で考えるようになり、結果的に心理還元主義にもなっているといったメカニズムが考えられるが、そのような社会の個人化過程と連動した現象として考えることが妥当なのか、また別の分析が必要であろう。ここでの目的は、あくまで心理学の知識がどのような考え方と関連するかということにあるので、ここではこれ以上の考察は行わない。

## 5-6. 子ども中心主義として学校に受容される心理学知識

心理主義化の議論では、心理学の知識があると物事の原因は心理にあると考えるようになり、それが個人に責任を帰すことにつながってしまうとされてきた。しかし、今回の分析結果からすると、心理学の知識があることは、心情主義と家庭や学校に原因があると考えることには結びつくが、個人の心理に原因があると考えることには、直接には結びつかない。

確かに現在、社会全体に、個人の心理を原因と考えるような傾向があることは確かである。しかし、心理学の知識の普及がその背景にあるのかというと、そうではない。日本の場合、心理学の知識があることは、むしろ、学校教育において「心を大切にすること」、そして、子どもの問題に関して、個人ではなく家庭や学校のような中間的な集団に責任を帰すことに、より強くつながっていると考えられる。これは、日本における心理学の知識が、

学校や子どもに関しては、子ども中心主義的であることを示唆している。

子ども中心主義の理論的立場は、教師中心・教科書中心の教育方法とは異なり、教育過程で生じる問題について、子どもの責任を問わないことにつながる（苅谷，2002）。子どもは環境が与えられさえすれば正しく発達するはずなのである。King（1978）は、イギリスの幼児学校における観察の結果、子ども中心主義的な教師たちは、「無邪気さのイデオロギー」により子ども自身の責任を問わないだけでなく、子ども中心主義のイデオロギーから見てあるべき姿でない子どもは家庭背景に問題があるとする「家族-家庭背景理論」をとろうとするとした（訳書　pp. 168-177）。また、越智（1997）は、子ども中心主義的な教育コード[15]は、教育者側へ責任を帰属するというルールを持っており、このコードが広まるほど、「教育過程で生じる様々な問題の責任を子どもに帰属することは非人間的行為とされ、子どもを保護すべき立場にある教育主体を批判することが正義である」（p. 143）かのような印象を強めることになるとしている。そして、近年、このような子ども中心主義的な教育コードが台頭しつつあると指摘している（越智，1997）。

本章の分析結果は、これら子ども中心主義についての指摘に符合する。心理学の知識は、子どもの心を大切にし、問題の原因を家庭や学校に帰すことと関連を持つ。つまり、日本における心理主義は子ども中心主義と親和的な形で進んでいると考えられるのである。子ども中心主義は、先に見たように、個人の内面に問題を還元する立場とは異なる。日本における心理学の知識の広がり、ひいては、学校におけるスクールカウンセラーのインパクトは、「問題やリスクの個人化」より、むしろ、このような視点から分析されるべきであろう。その意味でも、酒井（1997）の“カリキュラムをいかに編成するかという観点が希薄になる”という弊害の指摘は重要である。このような、教えるべき知識の明確化が重視されないことの問題性は、子ども中心主義に関する議論でも、既に頻繁に指摘されている（Bernstein, 1978; 柴野，1989; 苅谷，2002）。心理学知識の受容が学校にもたらす意味は、このような観点から再度考え直されなければならない。

臨床心理士は、自らを「これまでの教育界とは異質のもの」と位置づけ（河合，1998）、スクールカウンセラー事業は「黒船の来航」であり、学校の閉鎖性に風穴をあけるものであるとした（村山，2000）。しかし、人々の意識の中ではそれは教育界に古くから脈々と息づく子ども中心主義と親和的なものであり、おそらく、だからこそこれほどまでの広がりを学校で見せることができたのだと考えられる。

## 〈注〉

(1)　例えば、小沢（2002）や吉田・中井（2003）など。

(2)　小沢（2002）によれば、クライエント中心療法は「あなたがどう感じているか」ということに常に焦点を当てるがために、問題の所在を周囲の状況から個人の内面へとすりかえる。結果的に、問題の原因は個人に求められるようになる。

(3)　「心情主義」という呼び方は古賀（2001）に倣った。松下（2002）は、「心情主義的道徳教育」を、判断や知識は、意欲や自覚といった心的エネルギーを与えられることによって初めて行為に移るという仮説に基づいた道徳教育法と説明している（p. 4）。

道徳教育論では、道徳教育の際に心情に訴えかけることで道徳的行為を行なわせることを、emotivism（情緒主義／情動説）と言うが、心情主義は、それより批判的なニュアンスが強い日本独自の表現だと思われる。

(4) 本章での分析は、心理学の知識がそれぞれの考え方にどのようにつながっているのかを個人レベルで考察するものである。もちろん、心理主義化の議論は、本来（日本社会という）グループレベルでの議論であり、個人レベルで分析を行うのは適切であるとは言えない。しかし、たとえば、森（2000）では、グループレベルで生じる創発特性についてわずかに述べてはいるものの、全体の議論は要素還元主義的な仮定にのっとっている。よって、ここでは、あくまで個人レベルの仮説を設定し、それについて検討を行う。

(5) 留置調査票 Q24。選択肢は、「ある程度ある」「少しはある」「あまりない」「まったくない」の4段階。

(6) 留置調査票 Q26。「少年少女が殺人などの凶悪犯罪をおかす場合、次にあげる A～E は、その原因としてどの程度関係していると思いますか。」という前文に、本文中の「加害少年少女の心理状態」ほか4つが並べられ、それぞれについて「ほとんどの事件で関係している」「多くの事件で関係している」「一部の事件で関係している」「ほとんどの事件で関係していない」の4段階で尋ねている。

(7) 留置調査票 Q25。選択肢は、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」の4段階。

(8) 考え方を1変数で示すことは適切でないだろう。しかし、JGSS は日本人の意識・行動全般を探ることを目的としているため、これ以上変数を増やすことは調査設計上不可能である。本稿での概観を元に、今後焦点を絞った量的調査を行う必要がある。

(9) 分析の一貫性を考えると、因果関係を想定せず、対数線形モデルで分析を行う方が望ましいかもしれない。理論的に検討すべき統制変数やモデルが絞られているならそうすべきである。しかし、心理主義化に関する先行研究は3変数間の関連を想定しており、これまでの議論から理論的に擬似相関を引き起こす可能性がある統制変数を絞り込むことは難しい。まずは、議論のたたき台として、可能性のある複数の変数について探索的に見る作業を行う必要がある。それには、心理学の知識とその他の変数の間に因果関係を仮定し、ロジスティック回帰分析を行う方が妥当である。従属変数が1つで2値変数である場合には、対数線形モデルはロジットモデルに対応させることができる（Agresti, 2003）。ロジスティック回帰分析の方が式の構造はより単純であり、より簡明に諸属性の影響を見ることができる。

(10) 社会の個人化との関連については、[5-3]で挙げた各文献参照。

(11) 宗教と心理学は、かつて宗教が担っていた役割を次第にセラピー文化が担うようになったという意味で、代替関係にあると言える。また、それだけでなく、精神医学・心理学の一部の領域（精神分析関連）は、宗教における new spirituality movement との関連も強い。詳しくは、島薗（2002）参照。

(12) 他の変数の回答の傾向が、「ある」と「ない」で二分できたのでそのような形で簡略化した。

(13) ここで、学歴で層化するのではなく、学歴を追加した4変数の対数線形モデルを分析

することもできるだろう。たとえば、学歴を変数Dとして、ABの関連を仮定しないモデル（[ACD][BCD]；G2 = 4.1604, df = 4）と仮定するモデル（[ACD][AB][BCD]；G2 = 3.2671、df = 3）を検討すると、G2の差は有意ではなく、連関を仮定しないモデルが採択される。しかし、図5-2に示したとおり、実際には、学歴の値によってBCの関連の有無も異なる。4変数の対数線形モデルでこれを示すことは煩雑である。そこで、ここでは3変数の対数線形モデルを学歴別に分析し、関係性を示した。

(14) JGSS-2005は対象者の年齢の幅が20歳から89歳と広いため、学歴の影響に見えるものは、実は年齢による影響かもしれない。しかし、年齢で層化しても、カウンセリングの知識と心理還元主義の関連は消えない。学歴の場合と同じく、20-48歳と49歳-89歳のそれぞれの集団について、対数線形モデルで分析を行ったところ、ともに〈カウンセリングの知識〉〈心理還元主義〉の間に連関を仮定するモデル（20-48歳は[AB][AC]、49-89歳は[ABC]）が採択された。

(15) 学校を観察・評価・解釈する際に人々が用いるルールや慣例。

## おわりに：臨床心理学知識の制度化と学校での受容
## —知識の検討の必要性と今後の課題—

1995 年度に活用調査研究委託事業として配置が開始されたスクールカウンセラーは、2006 年度には全国の公立中学校の 76.0%に配置されるようになった。その担い手の多くは臨床心理学を専門とする臨床心理士である。文部省が学校に心理学やカウンセリングの知識を導入しようとする動きは、第二次世界大戦後何度か見られたが、実際に知識が一定の制度として学校の中に位置づけられたのは、1980 年代半ば頃から関係者の活動が開始したスクールカウンセラー事業が最初であった。スクールカウンセラー事業はその後急速に拡大したが、一方で、医療領域における臨床心理士資格の制度化は停滞している。

本論では、なぜ臨床心理学知識の制度化が 1980 年代半ば以降の学校でのみ進んだのかを、知識そのものが果たす役割に注目して検討してきた。これまで学校における臨床心理学知識の制度化は、社会の心理主義化や、主に社会的要因に注目した専門職化論により説明されてきた。しかし、実際には臨床心理学知識の制度化の背景には、臨床心理学者自身の関心の変化（病院や学校外部の専門機関での実践から、学校内部での実践へ）があると予想された。この関心の変化は、これまで行われてきた議論ではうまく説明できない。そこで、臨床心理学者の持つ知識そのものに注目し、それが専門職という形での知識の制度化にどのような影響を与えたかを考察した。

通常、専門職は、その知識を科学化・標準化の方向に変化させることで、機械的客観性を獲得し、職務管轄権を獲得すると考えられている。しかし、臨床心理学の知識は、1970 年代を境に「柔らかい事実」を志向し、患者中心的客観性を提示しようとするものに変化していた。つまり、脱科学化・脱標準化しただけでなく、一事例報告や選択的視覚化表象などのインスクリプションを作成することで、「患者中心であること」に対する人々の信頼を基盤として実践を正当化するようになっていた。知識のこのような変化は、病院よりもむしろ、子ども中心主義的な学校に適合的なものである。結果的に、教育上起こる問題に対して、クリニックモデルの立場から、面接構造を守りやすい学校外の相談室で関わろうとしなくても、学校内で直接関われば良いとの考えが許容されるようになっていったと考えられた。専門家の関心の変化は、たとえば、1981 年の東京都青少年非行問題対策委員会の中間報告で学校にカウンセラーを配置することが提言されているなど、1980 年前後から見られるようになっており（日本臨床心理学会運営委員会，1982）、このような関心の変化が 1980 年代半ば以降の文部省や臨床心理士の制度化に向かう活動につながったと考えられた。本論で見てきた床心理学知識の制度化の経緯を整理すると、図 6-1 のようになる。

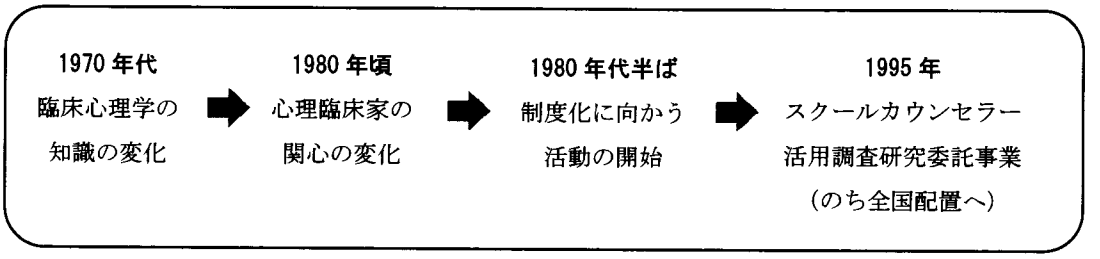



**図 6-1　臨床心理学知識の制度化に向けての経緯**

ただし、当然、知識の変化だけがこのような経緯をたどらせた唯一の要因というわけではない。たとえば、1980 年代の関心の変化には、大学における学生相談での実績の積み重ねが影響している可能性が高い。日本の大学進学率は 1960 年代から 1970 年代半ばにかけて急激に増加しているが、それに伴い各大学の学生相談室が整備されていき、その中でスチューデント・アパシーなど新しいタイプの心理的問題が注目されるようになった。1970 年代に臨床心理学の学会が事実上存在しなかった間にも、大学ではこの学生相談室を中心に研究が持続していたと考えられる。藤川（2007）によれば、日本の大学における学生相談は、第二次世界大戦後アメリカから導入された SPS（Student Personnel Service）モデルに基づいて始まっており、元来、理念としては学生に対して総合的な援助を行うものであったが、1960 年代以降は、クリニックモデルに基づく心理治療機能を主体としたものに変わっていったという。クリニックモデルに基づき学生相談室等で行った実践を、1970 年代に事例研究として蓄積していった結果（[4-2]参照）、心理臨床家は別の学校段階でもその手法が有効であると感じるようになっていったのかもしれない。

とはいえ、中学校を中心とした現行のスクールカウンセラー制度は、当時の学生相談とは異なり、基本的にクリニックモデルに固執しないことが推奨されている。これは、かなり初期から臨床心理士に意識されている。大学の学生相談においても、1980 年代後半からは、活動の範囲を「不適応学生を対象とした心理治療機能を中心とする活動から、大学の全学生を対象とした全人的・発達支援のための教育機能を含む活動へと発展させていくべきである」と提議されるようになり、学生相談活動の理念として全人教育を掲げる SPS の理念が再評価されるようになったという（藤川，2007）。このような、厳密な構造規定にこだわらず、児童生徒・学生のためにあらゆることを行おうとする方向への、全体的な関心の変化は、本論で見てきたような知識の変化を背景としていると言えるだろう。

1980 年頃から起こった関心の変化が、なぜ 1980 年代半ばから具体的な制度化の動きにつながり始めたかということについても、知識の変化以外の、社会的要因が関わっている。まず、最大の背景は、1982 年に日本臨床心理学会が設立されたことである。同学会が職能委員会を設け、資格制度化に向けて活動したからこそ、関心が制度として連結されていくことができるようになったと考えられる。また、1980 年頃から不登校が増加し始め、1983 年には少年非行が第 3 のピークを迎え、1985 年にはいじめが社会問題化するなど、第二次ベビーブーマーが学齢期を迎えるに伴い様々な教育問題が噴出するようになり、文部省も対策を模索し始めていた。従来、教師カウンセラーの養成が主な関心事であった文部省も、1975 年の生徒指導主事法制化後も問題が出続けたことから、他の対策も視野に入れるようになったと思われる。その時、「専門職カウンセラーの配置」という案を 1985 年の「児童生徒の問題行動に関する検討会議」で専門家から示されたため、その実現を考慮し始めたと思われる。文部省自体も重視していた「事例」を、心理臨床家たちが既に大学の学生相談などで実績として積み重ねていたことも、肯定的に影響しただろう。

ただ、この時期には結局スクールカウンセラー事業は開始されていない。[1-4]で見たとおり、事業を開始するための予算的余裕がなかったからである。事業の開始には、子どもの数が減少し、空き教室も増えてくる 10 年後を待たねばならなかった。文部省が事業開始を決めた直後、再びいじめが社会問題化したため、その対策としてスクールカウンセラー事業が前面に押し出されることとなった。ちょうど臨床心理士も認定を開始し（1988 年）、

日本臨床心理士会（1989 年）も組織化していたため、全国各地に散らばる配置校に、適切な人材を配置することが可能となり、スクールカウンセラー事業は拡大していくこととなった。このように、臨床心理学が学校で知識の制度化に至れたのは、知識の変化だけでなく、様々な要因が関与していたからだと言えるだろう。

そして、知識の変化それ自体にも、他の社会的要因が関連していた考えられる。知識が変化した 1970 年代、臨床心理学に最も大きなインパクトを与えていたのは、単独の学会の喪失である。日本心理学会の一部で発表を行うなどの活動は続いていたが、1970 年代、臨床心理学の単独の学会は存在しなかった。このことは、学問的な連続性の欠如を招いたと考えられる。もちろんある程度は継続しているのだが、臨床心理学の 1970 年代を境とした極端な知識の方向性の変化は、この断絶によるところが大きいだろう。もし、学会が正常な状態で継続していたとしたら、臨床心理士資格の養成の制度化にも進み、そうなると全国統一のプログラムで教える必要があるため、ここまで極端に知識が変化する展開にはならなかったはずである。患者中心主義は、医師の生物医学的知識に対する対抗言説的な意味合いも強い。「柔らかい事実」志向も、これまでの科学に対抗するものとして打ち出されている。長らく資格が制度化されなかったことで、医師に対して独自のアイデンティティを確立する必要が強まったため、このような方向に進んでいったとも考えられる。

また、このように極端に変化した知識が広がっていくことができたのは、すでに教育系の学部を中心に、大学である程度、臨床心理学の組織が成立していたことも大きい。組織が既にできていたからこそ、学会がなくとも研究を継続し、新しい考え方を広めていくことができたし、最終的に 1982 年の日本心理臨床学会の成立に向けて、全体をまとめていくこともできたと考えられる。大学の臨床心理学系の組織が教育学部や学生相談室中心であったことも、教育寄りの考え方に臨床心理学が傾いた理由の 1 つかもしれない。

このように、知識の変化だけでなく他の要因も、知識の制度化に対して、直接あるいは間接に関わっている。知識だけで説明ができるわけではない。しかし、たとえそうでも、臨床心理学の知識が学校と結びつき、そこで制度化していくことができた背景として知識自体の変化が重要であったことに変わりはない。もちろん、知識が同じタイプであれば、それだけで必ず成功するわけでもない。1970 年代より前の日本の心理臨床家は、従来の「科学」寄りで、しかも医療領域で制度化されることを望んでいたが、医療領域での何らかの資格の制度化には至らなかった。ただ、もし、1980 年代半ば以降の臨床心理士が、学校での実践を許容できるような科学観を持たず、事例など患者中心のインスクリプションも持っていなければ、そもそも文部省の関心をひくことはできなかっただろう。また、もし、学校に入ることができたとしても、教師に受け入れられることは難しかっただろう。

現在、学校でスクールカウンセラーは、実際に効果を上げる存在として肯定的に受け入れられている。[3-4]でも見たとおり、スクールカウンセラー配置校の多くは、スクールカウンセラーを肯定的に評価している（伊藤, 2000a・2000b）。また、安東（2000）が配置中学校長に行った質問紙調査でも、教職員の多くが配置に際し好意的な反応を示していたと校長が考えていること（非常に好意的・やや好意的で計 91.6%）、スクールカウンセラー制度が学校における問題の解決に「非常に効力があると思う」と 37.9%の校長が感じていることが、明らかとなっている。このようにスクールカウンセラーが学校で効果があると感じられ、肯定的に受け入れられるのは、臨床心理士が示す患者中心的客観性ゆえである。

臨床心理士が患者中心を言説として唱えるだけでなく、実際にインスクリプションとして蓄積してきたからこそ、学校現場で起こった問題に対して、少なくとも教師が「効果がある」と感じられる実践を行うことができているのである。スクールカウンセラーの制度化は、政治的・社会的行動だけで可能だったわけではない。事例等の患者中心のインスクリプションにより、実際に学校である種の「効果」を発揮することができたからこそ、可能だったのである。

本論では、これまでの議論ではあまり注目されてこなかった、知識そのものに注目することで、「なぜ臨床心理学知識が 1980 年代半ば以降の学校でのみ制度化したのか」という実際について説明することができた。知識の制度化あるいは専門職化について考察する際には、その基盤である知識の変化にも注目することが有益であると言えるだろう。また、アクターネットワーク理論の考え方を議論の前提とすることで、従来の専門職化論よりも、専門職化過程における知識の役割について、詳しく考察をすることが可能となった。社会における科学の正当性を背景とした機械的客観性とは異なる、よりソフトな、「患者中心であること」の正当性を背景とした客観性を、臨床心理学が提示するようになり、それにより職務管轄権を得ていることを示すことができた。これは、一般に言われる、社会的な権威の基盤が揺らいでいく時の専門職の変化とは異なる変化の仕方であり、専門職化の特殊なパターンの一例を示すことができたと言える。

このような本論の議論は、これまでなされてきた社会の「心理主義化」によりスクールカウンセラーの制度化が起こっているという見方への疑問も生んだ。そこで 5 章で、心理学の知識が人々にどのように受容されているかを調べたところ、心理主義の一環としてではなく、患者中心主義と類似した子ども中心主義として受容されていることがわかった。臨床心理学知識の制度化が学校に与える影響についても、その観点から考察し直す必要があると言えるだろう。学校での臨床心理学知識の制度化がもたらす問題があるとすれば、それは〈問題の個人化〉ではなく、学校が持つ〈子ども中心〉主義的な風土の助長である。〈子ども中心〉になるあまり、学校がいかにカリキュラムを編成するか、教育活動の目的をいかに定めるかといったことが軽視されてしまわないよう、留意しなければならない。知識そのものに注目することで、臨床心理学知識の制度化が学校に与える影響についても、より妥当な認識を持つことが可能となったと言える。

しかし、実のところ、このような、学校で臨床心理士が提示している患者中心的客観性が、いつまで成立し続けることができるかは、不透明な状況にある。昨今、スクールカウンセラー事業は、財務省から対費用効果について「数字」を出すよう迫られているという（大塚ほか，2007）。

スクールカウンセラーは、少なくとも 2004 年度までは、教師の意識面のみならず、実際に財務省が求める「数字としての効果」を出していた。スクールカウンセラーを配置した学校の方が生徒指導上の問題が発生しにくいとの調査結果が出ており（表 6-1）、それを根拠に全国的な配置の拡大は進んでいた。

表 6-1　公立小中学校における問題行動等の発生状況の比較

| 問題行動等 | 年度 | 2002-04 年度 SC 派遣校の発生状況 | | 全国の発生状況 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 増減率（%） | | 増減率（%） |
| 暴力行為発生件数（学校内） | 2001 | 12,595 件 | -13.3 | 31,018 件 | -9.5 |
| | 2004 | 10,924 件 | | 28,084 件 | |
| 不登校児童生徒数 | 2001 | 56,661 人 | -14.8 | 138,722 人 | -11.1 |
| | 2004 | 48,294 人 | | 123,358 人 | |
| いじめ発生件数 | 2001 | 7,887 件 | -21.4 | 22,841 件 | -14.8 |
| | 2004 | 6,203 件 | | 19,466 件 | |

（教育相談等に関する調査研究協力者会議（2007）表 10 より作成）

しかし、その後、2006 年度には全国の約 3/4 の公立中学校にスクールカウンセラーは既に配置されていたが、不登校児童生徒数は増加に転じ（前年比 3.8%増）、調査方法が 2006 年度に大幅に変更されたため比較のしようがないが、暴力行為やいじめも等閑視はしがたい状況となってしまった（文科省の各年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」参照）。

派遣校と非派遣校を比較したデータを得ることができないため、近年の正確な発生状況は不明だが、2008 年度には文科省のスクールカウンセラー等活用事業補助の予算が約 51 億円から約 34 億円に削減された。一方、2008 年度分予算の折衝過程で、財務省からの提案により「スクールソーシャルワーカー活用事業」の新規開始が決定され、そちらに 15 億円の予算が振り分けられることとなった。臨床心理士サイドは、数値で計れないものがあると訴えているが（大塚ほか，2007）、予算減少により補助率が 1/2 から 1/3 に下がった結果、地方自治体も財政難のため、全国的にスクールカウンセラーの事業規模は縮小せざるを得なくなりつつある。2009 年度予算では小学校の配置校数が大幅に増やされたが、補助率は変わっていない。

予算折衝は、政治力と同時に、機械的客観性が求められる場であると言える。患者中心を信頼する場である学校とは別の文脈で「効果」をあげることが求められる。もちろん、何を「効果」の指標とするかは難しい問題をはらんでいる。表 6-1 も当然「効果」と捉えるには疑問の余地がある。ともあれ、今後そのような方向での外部との交渉が増えるにつれ、機械的客観性を提示しようとする方向に知識が変化していくことも予想される。もしそうなれば、スクールカウンセラー（臨床心理士）が存在することが学校に与える影響も、再び変わってくるだろう。

今後は、実際に、学校現場のレベルで、スクールカウンセラーがどのような影響を与えているかを調査研究していきたいと考えている。臨床心理学の知識の特性が変われば、また異なるかもしれないが、現時点では、患者（子ども）中心主義的な特徴を持つ臨床心理

士は、学校で教師の専門性に影響を与えていると予想される。

これまで日本の教師は、自らの役割について独自の規定の仕方をする「指導の文化」のもと、多様な内容を等しく教育的に価値あるものとして「指導」すること、そして、そのための基礎として生徒や保護者との信頼関係を構築することが期待されてきた（酒井, 1999)。このような、児童生徒との情緒的きずなの形成を重視し、全人的・包括的な教育を行おうとする教師の役割意識は、患者（子ども）中心のケアを行うことを重視する臨床心理士のそれと重なる。2008 年度から小学校を中心に導入され始めたスクールソーシャルワーカー（社会福祉士）も、人間尊重の理念のもと、患者（子ども）中心に全人的・包括的な支援を行おうとする専門職である。教師およびこれら学校に導入されつつある専門職は、患者（子ども）中心であることを優先するため、フォーマルには自らの職務を広範囲に設定する傾向がある。日本の教師も、あらゆることを「指導」という言葉のもと自らの職務と考え、多忙を極めるようになっていると指摘されてきた。

しかし、そのような専門職が、同じ職場に複数存在する場合には、互いはその職務をどう規定しあうのだろうか。専門職論の立場からの、学校での実際の役割分担についての研究は、未だ十分には行われていない。しかし、他専門職の導入が学校に与えた影響を考える上で、このような研究は不可欠である。学校における、これら患者（子ども）中心の専門職の分業がどのように行われているのか、Abbott (1988) の専門職システム論および、そこから展開した職業的境界の研究を参考にしながら、その実際を明らかにしていきたい。それにより、日本の教師が持つ「指導の文化」や専門性がどのように変化しているのかを考察し、学校における複数の専門職の協働の可能性を探っていければと考えている。

[謝辞]

本論文は、筆者が大阪大学大学院人間科学研究科人間科学専攻博士前期・後期課程（教育環境学講座　教育社会学分野）に在籍中の研究成果を主にまとめたものである。同専攻教授の近藤博之先生には、指導教官として本研究の遂行に関して長年ご指導を頂いた。ここに深謝の意を表する。同専攻教授の井村修先生（臨床教育学講座　臨床心理学分野）・同専攻准教授の山中浩司先生（社会環境学講座　文化社会学分野）には、副査として本論文に関し大変貴重なコメントを頂いた。ここに深謝の意を表する。また、吉備国際大学社会学部教授の菊池城司先生・本専攻准教授の中村高康先生をはじめとする教育社会学講座の関係者各位には、研究遂行にあたり日頃より有益なご助言を頂いた。ここに記して感謝の意を表する。

なお、本論文の 4 章は、平成 12～13 年度科学研究費補助金基盤研究 C（1）「検査医療における「標準化」の社会学的分析―現代日本の状況と国際比較―」（課題番号：12610177、研究代表者：山中浩司）による研究成果の一部である。同プロジェクトでは、参加者各位に有益なご助言も数多く頂いた。また、5 章では、2005 年日本版 General Social Surveys のデータを、許可を得て使用した。日本版 General Social Surveys（JGSS）は、大阪商業大学比較地域研究所が、文部科学省から学術フロンティア推進拠点としての指定を受けて（1999-2008 年度）、東京大学社会科学研究所と共同で実施している研究プロジェクトである（研究代表：谷岡一郎・仁田道夫、代表幹事：岩井紀子、副代表幹事：保田時男）。東京大学社会科学研究所附属日本社会研究情報センターSSJ データアーカイブがデータの作成と配布を行っている。共に記して、感謝の意を表する。

## 引用・参考文献

Abbott, Andrew D., 1982, *The Emergence of American Psychiatry, 1880-1930*, Ph. D. Dissertation University of Chicago.

————, 1988, *The System of Professions*, The University of Chicago Press.

Agresti, Alan, 1996, *An Introduction to Categorical Data Analysis*, John Wiley & Sons. (=2003, 渡邊裕之ほか訳 『カテゴリカルデータ解析入門』 サイエンティスト社.)

安東由則, 2000, スクールカウンセラーの効果に関する研究—スクールカウンセラー配置中学校長を対象としたアンケート調査から—, 武庫川女子大学教育研究所研究レポート, 第24号, pp. 31-62.

Armstrong, David, 1984, "The Patient's View, Social Science & Medicine," 18(9): 737-744.

朝日新聞社, 2002, 「学校のカウンセラー 他資格に開放要望」『朝日新聞』(2002年10月2日朝刊).

————, 2007, 「小学校カウンセラー拡充 いじめなどに対処 専門家会議」 『朝日新聞』(2007年7月6日朝刊).

Balint, Michael, John Hunt, Dick Joyce, Marshall Marinker, and Jasper Woodcock, 1970, *Treatment or Diagnosis: A study of repeat prescriptions in general practice*, J. B. Lippincott.

Beck, Ulrich, 1986, *Risikogesellschaft Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp. (=1998, 東廉・伊藤美登里訳 『危険社会—新しい近代への道』 法政大学出版局.)

Bellah, Robert N., Richard Madsen, William M. Sullivan, Ann Swidler, Steven M. Tipton, 1985, *Habits of the Heart: Individualism and commitment in American life*, University of California Press. (=1991, 島薗進・中村圭志訳 『心の習慣：アメリカ個人主義のゆくえ』 みすず書房.)

Ben-David, Joseph, 1963, "Professions in the Class System of Present Day Societies," *Current Sociology*, 12: 247-298.

————, 1971, *The Scientist's Role in Society*, Prentice-Hall. (=1974, 潮木守一・天野郁夫訳 『科学の社会学』 至誠堂.)

Berger, Peter L, 1965, "Toward a Sociological Understanding of Psychoanalysis," *Social Research*, 32(1): 26-41.

Berger, Peter L. and Brigitte Berger, 1975, *Sociology: A Biographical Approach [second expanded edition]*, Basic Books, Inc. (=1979, 安江孝司ほか訳 『バーガー社会学』 学習研究社.)

Berger, Peter L. and Thomas Luckmann, 1966, *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Doubleday. (=1977, 山口節郎訳『日常世界の構成: アイデンティティと社会の弁証法』 新曜社.)

Berg, Marc, Klasien Horstman, Saskia Plass, and Michelle van Heusden, 2000,

"Guidelines, Professionals and the Production of Objectivity," *Sociology of Health & Illness*, 22(6): 765-791.

Bernstein, Basil, 1978, *Class, Codes, and Control Volume 3: Towards a theory of educational transmissions [2nd edition]*, Routledge and Kegan Paul. (=1985, 萩原元昭編訳 『教育伝達の社会学』 明治図書.)

Bloor, David, 1976, *Knowledge and Social Imagery,* Routledge and Kegan Paul. (=1985 佐々木力・古川安訳 『数学の社会学』 培風館.)

Burr, Vivien, 1995, *An Introduction to Social Construction,* Routledge. (=1997, 田中一彦訳『社会的構築主義への招待』 川島書店.)

Callon, Michel, 1986, "Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay," J. Law ed. *Power, Action, and Belief (Sociological Review Monograph 32)*, Routledge & Kegan Paul, pp. 196-233.

Carr-Saunders, Alexander M. and Paul A. Wilson, 1933, *The Professions*, Oxford University Press.

Charles-Jones, Huw, Joanna Latimer, and Carl May, 2003, "Transforming general practice," *Sociology of Health & Illness*, 25(1): 71-92.

Collins, Randall, 1979, *Credential Society*, Academic Press. (=1984, 大野雅敏・波平勇夫訳 『資格社会』 有信堂.)

渕上朝見, 2009, 「私の視点　心理臨床　不安定な雇用実態の改善を」 『朝日新聞』(2009年3月12日朝刊).

福田繁, 1962, 「初等中等教育の諸問題」『文部時報』昭和37年12月第1024号, pp. 7-18.

Freidson, Eliot, 1970a, *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge*, The University of Chicago Press.

————, 1970b, Professional Dominance: The social structure of medical care, Atherton Press. (=1992, 進藤雄三・宝月誠訳 『医療と専門家支配』 恒星社厚生閣.)

————, 1982, "Occupational Autonomy and Labor Market Shelters," Phyllis L. Steward and Muriel G. Cantor eds., *Varieties of Work*, Sage Publications, pp. 39-54. (Freidson Eliot., 1994, *Professionalism Reborn*, The University of Chicago Press.に再録)

————, 1986, *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, The University of Chicago Press.

藤垣裕子, 2003 『専門知と公共性―科学技術社会論の構築に向けて』 東京大学出版会.

藤川麗, 2007, 『臨床心理のコラボレーション』, 東京大学出版会.

春木豊, 1997, 「日本心理学界協議会について」 日本心理学会編 『日本心理学会ニューズレター』 No. 13 (1997年12月), pp. 2-3.

林幹男, 1998, 「福岡県の場合―二種の学校臨床心理士の活動」 大塚義孝・滝口俊子編『臨床心理士のスクールカウンセリング―その活動とネットワーク 1』 pp. 72-80.

広田富治, 1952, 「カウンセリングの実際」 『中等教育資料』1(11): 6, 9-11.

一丸藤太郎・倉永恭子・森田裕司・鈴木健一，2001，「通り魔殺人事件が児童に及ぼした影響―継続実施したS-HTPから」『心理臨床学研究』19（4）：329-341.

飯田芳郎，1964，「生徒指導の構想と体制」『教育心理』12(12)：6-11.

今津孝次郎・樋田大二郎，1997，「あとがき」今津孝次郎・樋田大二郎編『教育言説をどう読むか―教育を語ることばのしくみとはたらき』新曜社，pp. 261-264.

乾吉佑，1986，「臨床・相談（B精神分析）」梅岡義貴編『現代心理学の動向1981～1985』実務教育出版，pp. 224-227.

――――，2004，「臨床心理専門職の国家資格化についての意見」『精神医学』46（1）：6-9.

井坂行男，1954，「カウンセリング―中・高校を中心として」日本応用心理学会編『心理学講座第7巻（臨床心理学）』中山書房.

――――，1964，「生徒指導担当者の資質」『教育心理』12(12)：12-15.

石橋潔，2006，専門職化によって形成される専門領域と非専門領域，久留米大学文学部紀要.

伊藤美奈子，2000a，「スクールカウンセラー実践活動に対する派遣校教師の評価」，『心理臨床学研究』18(1)：93-99.

伊藤美奈子，2000b，「学校側から見た学校臨床心理士（スクールカウンセラー）活動の評価」，『臨床心理士報』11(2)：21-42.

伊藤茂樹，1996，「「心の問題」としてのいじめ問題」『教育社会学研究』第59集，pp. 21-37.

――――，1997，「「いじめは根絶されなければならない」―全否定の呪縛とカタルシス」，今津孝次郎・樋田大二郎編『教育言説をどう読むか』新曜社，pp. 207-231.

――――，2005，「学校教育における心理主義―批判的検討―」『駒澤大学教育学研究論集』第21号，pp. 5-18.

Jenicek, Milos, 2001, *Clinical Case Reporting in Evidence-based Medicine, second edition*, Edward Arnold.（＝2002，西信雄・川村孝訳『EBM時代の症例報告』医学書院.）

時事通信社，1950，「就職と生活指導に重点をおく　カウンセラー設置構想すすむ」『時事通信　内外教育版』第239号（昭和25年12月21日）.

――――，1985，「二年計画で量と質の両面から　文部省の『いじめの問題に関する総合的研究』」『内外教育』，第3651号（昭和60年6月28日）.

皆藤章，2000，「8章　アセスメント技法に関する研究　3節　描画法」下山晴彦編著『シリーズ・心理学の技法　臨床心理学研究の技法』福村出版，pp. 208-215.

金森修，2000，『サイエンス・ウォーズ』東京大学出版会.

金森修・中島秀人編，2002，『科学論の現在』，勁草書房.

苅谷剛彦，2002，『教育改革の幻想』筑摩書房.

樫村愛子，2003，『「心理学化する社会」の臨床社会学』世織書房.

河合隼雄・富岡賢治・村山正治・黒沢幸子・大塚義孝，1996，「【座談会】スクールカウンセラーの展開」大塚義孝編『スクールカウンセラーの実際』日本評論社，pp. 2-18.

河合隼雄，1998，「日本の教育改革と臨床心理士」，大塚義孝・滝口俊子編『臨床心理士

のスクールカウンセリング 1』 誠信書房, pp. 4-12.
King, Ronald, 1978, *All Things Bright and Beautiful?*, John Wiley & Sons, Ltd. (=1984, 森楙・大塚忠剛監訳 『幼児教育の理想と現実』北大路書房.)
Kitsuse, John I. and Malcolm Spector, 1977, *Constructing Social Problem.* Cumming Publishing Company. (=1990, 村上直之・中河伸俊・鮎川潤・森俊太訳 『社会問題の構築—ラベリング理論を超えて—』 マルジュ社.)
小林正稔, 1998, 「神奈川県の場合—多種多様な教育環境の中で」 大塚義孝・滝口俊子編 『臨床心理士のスクールカウンセリング—その活動とネットワーク 1』 誠信書房, pp. 54-62.
古賀正義, 2001, 「『心情主義』と『心理学主義』のアーティキュレーション」 日本教育社会学会第53回大会 (於：上智大学) 発表レジュメ.
Krippendorff, Klaus, 1980, *Content Analysis: An introduction to its methodology,* Sage Publications. (=1989, 三上俊治・椎野信雄・橋元良明訳 『メッセージ分析の技法：「内容分析」への招待』 勁草書房.)
Kuhn, Thomas S., 1962, *The Structure of Scientific Revolutions*, University of Chicago Press. (=1971, 中山茂訳 『科学革命の構造』 みすず書房.)
倉石精一, 1982, 「臨床心理学の動向」 日本の心理学刊行委員会編 『日本の心理学』 日本文化科学社, pp. 219-240.
教育・研修委員会, 1993, 「1986年から91年までの新入会員へのアンケート資料の分析」 『心理臨床学研究』 11(1): 66-78.
教育相談等に関する調査研究協力者会議, 2007, 『児童生徒の教育相談の充実について—生き生きとした子どもを育てる相談体制づくり—(報告)』 (http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/kyouiku/houkoku/07082308.htm).
Larson, Magali S., 1977, *The Rise of Professionalism*, University of California Press.
Latour, Bruno, 1987, *Science in Action*, Harvard University Press. (=1999, 川崎勝・高田紀代志訳 『科学が作られているとき—人類学的考察』 産業図書.)
————, 1990, "Drawing Things Together," M. Lynch and S. Woolgar eds., *Representation in Scientific Practice*, MIT Press.
————, 1999, *Pandora's Hope: Essay on the Reality of Science Studies*, Harvard University Press. (=2007, 川崎勝・平川秀幸訳, 『科学論の実在—パンドラの希望—』 産業図書.)
Latour, Bruno and Steve Woolgar, 1986, *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts, 2nd ed.*, Princeton University Press.
Law, John, 1986, "Editor's introduction: Power/Knowledge and the dissolution of the sociology of knowledge," J. Law ed. *Power, Action, and Belief (Sociological Review Monograph 32)*, Routledge & Kegan Paul, pp. 1-19.
Lilienfeld, Scott O., Steven J. Lynn, Jeffrey M. Lohr (eds.), 2003, *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*, The Guilford Press. (=2007, 厳島行雄・横田正夫・齊藤雅英監訳 『臨床心理学における科学と疑似科学』 北大路書

房.)

Lynch, Michael, 1990, "The External Retina: Selection and mathmatization in the visual documentation of objects in the life science," M. Lynch and S. Woolgar eds., *Representation in Scientific Practice*, MIT Press, pp. 231-266.

Martin, Emily, 1994, *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture From the Days of Polio to the Age of AIDS*, Beacon Press. (=1996, 菅靖彦訳 『免疫複合―流動化する身体と社会―』 青土社.)

丸山和昭, 2004, 「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―」 『教育社会学研究』 第75集, pp. 85-103.

松原達哉編著, 2002,『心理テスト法入門 第4版―基礎知識と技法習得のために―』 日本文化科学社.

松本三和夫, 1998, 『科学技術社会学の理論』 木鐸社.

松下良平, 2002, 『知ることの力―心情主義の道徳教育を超えて』 勁草書房.

松浦宏・市川伸一・堅田明義・新井邦二郎・杉原一昭・田島信元編, 2004, 『学校心理士と学校心理学』(講座「学校心理士―理論と実践」第1巻), 北大路書房.

Merton, Robert K., 1949, 再版1957, *Social Theory and Social Structure: Toward the Codification of Theory and Research (revised)*, The Free Press. (=1961, 森東吾・森好夫・金沢実・中島竜太郎訳 『社会理論と社会構造』 みすず書房.)

Millerson, Geoffrey, 1964, *The Qualifying Associations: A study in professionalization*, Routledge & K. Paul.

宮脇稔, 2004, 「国家資格はなぜ必要か」 『精神医学』 46 (1): 21-24.

文部省, 1997, 「まえがき」 『中等教育資料 [特集]平成7·8年度スクールカウンセラー活用調査研究委託研究集録』 12月号臨時増刊.

文部省, 1998, 『文部時報 10月臨時増刊号』, 第1466号 (平成10年10月).

森真一, 1999, 「心理学のヘゲモニー―社会のフレキシブルな編成と心理主義化」 『ソシオロジ』44(2): 37-53.

――――, 2000, 『自己コントロールの檻』 講談社.

本明寛・今井もと子, 1971, 「最近25年間の臨床心理学の展望」 『心理学評論』 14 (2): 282-294.

村上英治, 1968, 「わが国における臨床心理学の発展」 玉井収介・小嶋謙四郎・片口安史編 『臨床心理学の現状と活動 (臨床心理学講座第4巻)』 誠信書房, pp. 10-28.

――――, 2000, 「臨床心理士によるスクールカウンセラーの展開」 村山正治編 『臨床心理士によるスクールカウンセラー 実際と展望 (現代のエスプリ別冊)』 至文堂, pp. 9-22.

村松常雄, 1956, 『臨床心理学 (現代心理学体系7)』 共立出版.

村瀬孝雄, 1985, 「日本の臨床心理学」 内山喜久雄・河合隼雄・村瀬孝雄編 『心理療法家と精神療法』 金剛出版, pp. 57-74.

村山正治, 1998, 『新しいスクールカウンセラー 臨床心理士による活動と展開』 ナカニシヤ出版.

――――, 2002,「学校臨床心理業務の社会的意義」 村山正治・鵜養美昭編 『実践! ス

クールカウンセリング』 金剛出版, pp. 23-35.
Myers, Greg, 1990, "Every Picture Tells a Story: Illustrations in E. O. Wilson's Sociobiology," M. Lynch and S. Woolgar eds., *Representation in Scientific Practice*, MIT Press, pp. 231-266.
中河伸俊, 1999, 『社会問題の社会学—構築主義アプローチの新展開』 世界思想社.
中河伸俊, 2001, 「Is Constructionism Here to Stay? 」 中河伸俊・北澤毅・土井隆義編 『社会構築主義のスペクトラム』 ナカニシヤ出版, pp. 3-24.
根津進, 1969, 「資格認定制度に関して」 『クリニカルサイコロジスト』 第 50 号 (『臨床心理学研究』第 25 巻第 3 号, pp. 29-30, 再掲).
日本医師会, 2005, 『日医白クマ通信』 No. 171 (2005 年 7 月 21 日), (http://www.med.or.jp/shirokuma/no171.html 2009 年 5 月 19 日参照).
日本経済新聞社, 2002, 「スクールカウンセラー 専門家不足 配置の壁に」, 『日本経済新聞』(2002 年 11 月 5 日夕刊).
日本近代教育史料研究会, 1996, 「教育刷新審議会第三十四回総会議事速記録」 日本近代教育史料研究会編 『教育刷新委員会・教育刷新審議会会議録 第五巻』 岩波書店, pp. 357-370.
日本応用心理学会, 1960, 『第 26 回大会研究抄録』. (応用心理学論文集 第 12 集)
————, 1998, 『日本応用心理学会史』 応用心理学研究別冊.
日本臨床心理学会, 1966, 「公聴会 臨床心理学者の社会的責任と法制化の諸問題」 日本臨床心理学会編 『臨床心理学の進歩 1966 版』 誠信書房, pp. 313-351.
————, 1968, 「パネル・ディスカション—臨床心理士の資格認定と本学会の研修制度をめぐって—」 日本臨床心理学会編. 『臨床心理学の進歩 1968 年版』 誠信書房, pp. 311-322.
————, 1969, 「資格認定の基準に関する討論—職能委員会報告—」『臨床心理学研究』 8(2): 120-128.
日本臨床心理学会研究局, 1969, 「わが国における臨床心理学者の実態—日本臨床心理学会の調査集計による—」 『臨床心理学研究』8(3): 177-197.
日本臨床心理学会運営委員会, 1982, 「再び「資格問題」を批判的に考えよう」 『臨床心理学研究』 19(3): 62-69.
日本臨床心理士会, 2002, 「平成 13 年度厚生科学研究『臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究』報告書に対する意見書 (詳細)」(http://www.jsccp.jp/shikaku/pdf/shousai.pdf 2009 年 5 月 18 日参照).
————, 2003a, 「臨床心理職の国家資格創設の要望書」(http://webclub.kcom.ne.jp/ma/jsccp/ippan/osirase/siryo/sikaku/sikaku_youbo20030215.pdf 2004 年 6 月 29 日参照).
————, 2003b, 「要望書に対する賛同団体」(http://webclub.kcom.ne.jp/ma/jsccp/ippan/osirase/siryo/sikaku/sikakujoho4.html 2004 年 6 月 29 日参照).
日本精神神経学会, 2005, 「「臨床心理士及び医療心理師法案要綱骨子」に対する緊急見解」, (http://www.jspn.or.jp/04opinion/opinion17_07_21.html 2004 年 6 月 29 日参照).

日本精神神経科診療所協会，2005，「「臨床心理士及び医療心理師法案」の上程に反対する見解」（7月20日付）．

日本心理学会編，1999，『心理学ワールド』 6号，pp. 6-9.

日本心理臨床学会，1984，「1984年度／各学会活動状況」 日本心理学諸学会間連絡会 『さいころじすと』 No. 13（1984年6月5日発行），pp. 11-12.

————，1985，「会報」 『心理臨床学研究』 3(1)：90-96.

————，1986，「会報」 『心理臨床学研究』 4(1)：90-97.

————，1987，「会報」 『心理臨床学研究』 5(1)：80-86.

————，1988，「会報」 『心理臨床学研究』 6(1)：102-111.

————，1994，「会報」 『心理臨床学研究』12(3)：286-296.

野口裕二，1999，「サイコセラピーの臨床社会学」 大村英昭・野口裕二編 『臨床社会学のすすめ』 有斐閣，pp. 13-35.

野島寛子・倉永恭子，1965，「カウンセリングを学習する過程の一実態調査」 『臨床心理学研究』 4(2)：20-29.

額賀淑郎，2002，「科学論における視覚表象論の役割―視覚知・視覚化の学説研究―」『年報 科学・技術・社会』 第11巻，pp. 91-115.

越智康詞，1997，「学校組織の深層分析―「教育的／非教育的」コードの作用と機能に注目して」 『信州大学教育学部紀要』 第90号，pp. 135-146.

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って」 『心理臨床学研究』 5(1)：73-76.

小野由美子，1982，「現代における児童中心主義的教育理論の検討」 『日本デューイ学会紀要』 第23号，pp. 7-12.

大塚義孝編，1998，「巻頭鼎談」 大塚義孝編『臨床心理士入門［大学院編］』（こころの科学） 日本評論社，p. 2.

大塚義孝・村山正治・滝口俊子・藤原勝紀，2008，「座談会／教育支援における学校臨床心理士の意義を考える―スクールカウンセラー事業のさらなる展開を求めて」 藤原勝紀編『教育心理臨床パラダイム』（［現代のエスプリ］別冊） 至文堂，pp. 9-34.

小沢牧子，2002，『「心の専門家」はいらない』 洋泉社.

Parkin, Frank, 1979, *Marxism and Class Theory*, Columbia University Press.

Parsons, Talcott, 1968, "Professions," David L. Sills ed. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Macmillan.

————，1971，*The System of Modern Societies*, Prentice Hall.（＝1977，井門富二夫訳 『近代社会の体系』 至誠堂.）

Porter, Theodore M., 1995, *Trust in Numbers: The pursuit of objectivity in science and public life*, Princeton University Press.

臨時教育審議会，1985，「家庭教育について」 『臨教審だより』 11号（通巻第13号），p. 28-31.

————，1986a，「会議開催日誌」 『臨教審だより』 16号（通巻第19号），p. 28.

————，1986b，「第一 第二次答申編 1 教育改革に関する第二次答申」『臨教審だより』 昭和61年4月臨時増刊（通巻第20号），pp. 5-77.

Rose, Nikolas, 1996, *Inventing our Selves: Psychology, Power and Personhood*, Cambridge University Press.

齋藤慶子, 2004, 「「臨床心理技術者」の国家資格制度についての考え方」『精神医学』 46 (1): 15-19.

斎藤環, 2003, 『心理学化する社会』 PHP 研究所.

酒井朗, 1997, 「「"児童生徒理解"は心の理解でなければならない」—戦後日本における指導観の変容とカウンセリング・マインド」 今津孝次郎・樋田大二郎編『教育言説をどう読むか』 新曜社 , pp. 131-160.

————, 1998, 「多忙化問題をめぐる教師文化の今日的様相」 志水宏吉編著『教育のエスノグラフィー』 pp. 223-248.

————, 1999, 「「指導の文化」と教育改革のゆくえ」 油布佐和子編『教師の現在・教職の未来』 教育出版, pp. 115-136.

Sanders, Tom and Stephen Harrison, 2008, "Professional Legitimacy Claims in the Multidisciplinary Workplace: The case of heart failure care," *Sociology of Health & Illness*, 30(2): 289-308.

佐藤和喜雄, 1989, 「臨床心理士の資格制度について—業務独占は何としても阻みたい—」『「心の専門家」は必要なのか? (臨床心理学研究第 27 巻別冊)』27: 9-15.

佐藤忠司, 2003, 「準占有状態である臨床心理行為」 氏原寛・田嶌誠一編 『臨床心理行為—心理臨床家でないとできないこと』 創元社, pp. 226-240.

佐藤達哉・溝口元編, 1997, 『通史 日本の心理学』 北大路書房.

Schön, Donald A., 1983, *The reflective practitioner: how professionals think in action*, Basic Books. (=2001, 佐藤学・秋田喜代美訳 『専門家の知恵: 反省的実践家は行為しながら考える』 ゆみる出版.)

政策研究大学院大学, 2003, 『C. O. E. オーラル・政策研究プロジェクト 木田宏 オーラルヒストリー』, 平成 14 年度文部省科学研究費補助金[特別推進研究 (COE) ] 研究成果報告書[課題番号 12CE2002].

盛山和夫, 1995, 『制度論の構図』 創文社.

柴野昌山, 1989, 「幼児教育のイデオロギーと相互作用」 柴野昌山編 『しつけの社会学—社会化と社会統制』 世界思想社, pp. 33-66.

島薗進, 2002, 「セラピー文化のゆくえ」 田邊信太郎・島薗進編 『つながりの中の癒し—セラピー文化の展開—』 専修大学出版局, pp. 1-33.

下山晴彦, 2003a, 「編訳者あとがき」 ジョン・マツィリア/ジョン・ホール編 (下山晴彦監訳) 『専門職としての臨床心理士』 東京大学出版会, pp. 423-427.

————, 2003b, 「日本の臨床心理学の将来像—国際的視野を踏まえて」 氏原寛・田嶌誠一編 『臨床心理行為—心理臨床家でないとできないこと』 創元社, pp. 66-86.

下山晴彦編著, 2004, 『心理学の新しいかたち 第 9 巻 臨床心理学の新しいかたち』 誠信書房.

新堀通也編著, 1981, 『学者の世界』 福村出版.

新堀通也編著, 1984, 『学問の社会学』 有信堂高文社.

進藤雄三, 1990, 『医療の社会学』 世界思想社.

新日本海新聞社，2005，「臨床心理士 わずか半数 スクールカウンセラーの現状」『日本海新聞』(2005年5月18日)，(http://www.nnn.co.jp/tokusyu/wadai/050518.html 2009年5月18日参照)．

新日本海新聞社，2006，「県内スクールカウンセラー 報酬単価が全国最高」『日本海新聞』(2006年6月29日)．

心理技術者資格認定機関設立準備会，1966，『心理技術者資格認定機関設立準備会 最終報告』．

Stevens Rosemary, 1999, *In Sickness and In Wealth : American hospitals in the twentieth century*, The Johns Hopkins University Press.

Stewart, Moira, 1995, *Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method*, Sage Publications. (＝2002，山本和利監訳『患者中心の医療』診断と治療社.)

鈴木二郎，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・分担研究報告書』(http://webclub.kcom.ne.jp/ma/jsccp/ippan/osirase/siryo/sikaku/sikakuhoukoku.pdf 2004年6月29日参照)

————，2004，「臨床心理技術者の国家資格化について—厚生労働科学研究班の分担研究者として」『精神医学』46 (1)：29-34.

Svensson, Lennart G., 1990, "Knowledge as the Professional Resource: Case studies of architects and psychologists at work," R. Torstendahl & M. Burrage eds., *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, Sage Publications, pp. 51-70.

初等中等局中学校課，1985，「児童生徒の問題行動に関する検討会議緊急提言」『文部時報』第1300号（昭和60年8月），pp. 84-91.

初等中等教育局中学校課，1995，「いじめ問題への対応について」『文部時報』第1417号（平成7年1月），pp. 52-59.

平英美・中河伸俊，2000，「序」平英美・中河伸俊編『構築主義の社会学—論争と議論のエスノグラフィー』世界思想社，pp. 3-16.

田中教育研究所，1964，「教育ジャーナル：着々と進む文部省の生徒指導構想」『教育心理』12(12)：30-31.

丹野義彦，2001a，「臨床心理学研究の実証的方法」下山晴彦・丹野義彦編『講座 臨床心理学 2 臨床心理学研究』東京大学出版会，pp. 25-37.

丹野義彦，2001b，「臨床心理アセスメント学の成立に向けて」下山晴彦・丹野義彦編『講座 臨床心理学2 臨床心理学研究』東京大学出版会，pp. 127-142.

Torstendahl, Rolf, 1990, "Introduction: Promotion and strategies of knowledge-based groups," R. Torstendahl & M. Burrage eds., *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, Sage Publications, pp. 1-10.

津川律子・近藤幸子，1993，「『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」『心理臨床学研究』10：82-87.

氏原寛，2003，「臨床心理行為とは何か」氏原寛・田嶌誠一編『臨床心理行為—心理臨床家でないとできないこと』創元社，pp. 8-9.

鵜養美昭，1998，「東京都の場合—教育行政・コミュニティ理解の必要性」大塚義孝・滝

口俊子編 『臨床心理士のスクールカウンセリング—その活動とネットワーク 1』 誠信書房, pp. 72-80.
梅岡義貴編, 1986, 『現代心理学の動向 1981～1985』 実務教育出版.
渡部淳, 1988, 「第23回日本臨床心理学会特別報告Ⅲ「心理臨床家の資格と専門性をめぐって」・資料」 『臨床心理学研究』 25(3) (「資格問題」特集号) : 11-54.
渡辺恵里子, 2008, 「臨床心理士資格の「奇跡」はどのように起こったか」 『ソシオロジ』 52(3): 19-34.
Woolger, Steve and Dorothy Pawluch, 1985, "Ontological Gerrymandering: The Anatomy of Social Problem Explanations," *Social Problems*, 32(3): 214-227.
山田陽子, 2004, 「「心」の聖化と現代人の自己形成—「心の教育」における道徳と「心理学」の交錯」 『ソシオロジ』 48(3): 85-101.
———, 2007, 『「心」をめぐる知のグローバル化と自律的個人像—「心」の聖化とマネジメント』 学文社.
山家歩, 2003, 「依存を通じての統治—ACや共依存に関する言説についての検討—」 『ソシオロジ』 47(3): 71-86.
山中康裕, 1992, 「第2章 心理療法の技法論 八 芸術療法—絵画療法・音楽療法」 岡田康伸・田畑治・東山紘久編 『臨床心理学 (第3巻) —心理療法』 創元社, pp. 120-144.
山下恒男, 1995, 「第Ⅰ章 「臨床」の歴史性と社会性」 日本社会臨床学会編 『人間・臨床・社会 (社会臨床シリーズ4)』 影書房, pp. 11-43.
保田直美, 2002, 「フレキシブルな技術がもたらす非専門性の重視—病院勤務の臨床心理士へのインタビューを通して—」 『検査医療における「標準化」の社会学的分析—現代日本の状況と国際比較— (平成12～13年度 科学研究費補助金 基盤研究C (1) 研究成果報告書, 研究代表者 山中浩司)』 pp. 114-131.
保田直美, 2003, 「スクールカウンセラーと教師の態度の相似性に関する分析」 日本教育社会学会第55回大会 (於：明治学院大学) 発表レジュメ.
吉田武男・中井孝章, 2003, 『カウンセラーは学校を救えるか』 昭和堂.

NIHON Bunsho
Founding Since 1946
http://www.nihonbunsho.co.jp
TEL 03-3234-6141