監訳者 井上孝代
訳 者 伊藤武彦
石原静子

コミュニティ・カウンセリング

-福祉・教育・医療のための新しいパラダイム-

著者 Judith A. Lewis
Michael D. Lewis
Judy A. Daniels
Michael J. D'Andrea

ブレーン出版

Community Counseling: Empowerment Strategies For A Diverse Society, 3rd Edition
by Judith A. Lewis / Michael D. Lewis / Judy A. Daniels / Michael J. D'Andrea

Copyright © 2003 Brooks/Cole, a division of Thomson Learning, Inc.
Thomson Learning™ is a trademark used herein under license.
Japanese translation rights arranged with Thomson Learning Inc.,
A Delaware corporation, Stamford, Connecticut
through Tuttle-Mori Agency. Inc., Tokyo

献　辞

われわれの社会で社会正義を促進し
クライエントの心理的エンパワーメントと
個人の幸福をすすめるための実践に精力的に取り組んでいる
すべてのカウンセラーとメンタルヘルス専門家のために

目　次

まえがき
序文

第1章　コミュニティカウンセリングモデル ——— 1

1　より効果的なカウンセリングパラダイムとは　1

1－1　伝統的なカウンセリングパラダイム／1－2　パラダイムの転換／1－3　コミュニティカウンセリングの定義／1－4　コミュニティを築く：21世紀における課題

2　RESPECTFUL（人間尊重）カウンセリング　10

2－1　宗教的・霊的同一性／2－2　経済階層的背景／2－3　性同一性／2－4　心理的成熟度／2－5　民族的・人種的同一性／2－6　年齢・発達的な課題／2－7　トラウマ（心理的外傷）と幸福感への脅威／2－8　家族の背景と家族史／2－9　独特な身体的特徴／2－10　居住地域と言語の違い

練習問題1.1　RESPECTFULカウンセリングモデルを用いて自己評価してみよう　21

3　コミュニティカウンセリングモデル　23

3－1　概観／3－2　基本的仮定

4　コミュニティカウンセラーの役割　34

4－1　個人と環境／4－2　多文化社会における多面的な働きかけ／4－3　予防の促進

5　モデルの概念からモデルの計画へ　38

5－1　直接的コミュニティサービス：予防教育／5－2　直接的クライエントサービス：社会的弱者へのアウトリーチとカウンセリング／5－3　間接的コミュニティサービス：システム変化と公共政策／5－4　間接的クラ

イエントサービス：アドボカシー（権利擁護）とコンサルテーション（相談・助言）／5－5　統合アプローチ

6　コミュニティカウンセリングモデルの役割　45

6－1　マーサおばさんの青年サービスセンター／6－2　「私の未来」プログラム／6－3　職業倫理とコミュニティカウンセリングの枠組／6－4　カウンセラーはどうあるべきか

7　要約　62

練習問題1.2　評価能力を育てる　64

練習問題1.3　プログラムを開発する能力の獲得　65

第2章　予防教育——77

1　予防の合理性　77

1－1　個人カウンセリングの限界／1－2　予防への抵抗／1－3　カウンセリング実践に予防方略を取り入れる／1－4　多文化への考慮

2　ストレスについて　82

2－1　ストレス理論／2－2　ストレス反応の文化的特性／2－3　ストレス反応の普遍性

3　ストレスマネージメント介入　86

3－1　環境のコントロール／3－2　心理過程を変える／3－3　ライフスタイルを変える／3－4　ストレスに対する生理的な反応を変える／3－5　ストレスマネージメントワークショップ

4　健康増進プログラム　94

4－1　概観：包括的アプローチ／4－2　都会における健康増進活動：リスクの高い若者のためのヘルスセンター／4－3　地方での健康増進：マディソン郡健康プロジェクト

5　生活スキルトレーニング：個人的能力の促進　104

5－1　生活スキルの定義と重要性／5－2　生活スキル訓練プログラムの効果／5－3　個人的コンピテンス（能力）と対人的コンピテンス（能力）

の促進／5－4　Gazdaの生活スキル訓練モデル／5－5　準備カリキュラム：Goldsteinの問題解決プログラム／5－6　学校における予防的生活スキル・プログラム／5－7　暴力予防と葛藤解決

6　要約　114

練習問題2.1　ワークショップの作り方　115

練習問題2.2　予防教育について考えること　116

第3章　社会的弱者へのアウトリーチ活動 ——127

1　社会的弱者とは　128

1－1　心理的健康の式／1－2　クライエントの新しい対処方略獲得への援助

2　アウトリーチプログラムのモデル　135

2－1　家庭崩壊に対処する人々への援助／2－2　家族発達プロジェクト：妊娠した青少年への援助／2－3　ラテン系移民の精神保健ニーズへの取り組み／2－4　夫・恋人からの暴力を受けた女性の福祉を増進する／2－5　ドメスティックバイオレンスを目撃した子どもへのアウトリーチ

3　危機介入と自殺予防　157

3－1　危機の定義／3－2　危機の段階／3－3　自殺予防

4　要約　165

練習問題3.1　社会的弱者への介入方略づくり　166

練習問題3.2　社会的弱者にアウトリーチサービスを提供するために、自分自身ができる可能性をより広く考えてみる　166

第4章　コミュニティカウンセリングとカウンセリングプロセス ——173

1　直接的カウンセリングの役割　174

1－1　責任の4つのモデル／1－2　希望の理解と育成

2　個人的責任の促進　179

2－1　自己効力感／2－2　自己管理行動変容／2－3　社会的責任

3　能力と個人的責任を育成することによる社会的責任の促進　184

3－1　発達段階／3－2　多文化カウンセリング・心理療法

4　システム理論と環境の影響　195

4－1　家族カウンセリング／4－2　ポストモダニズムと家族カウンセリング／4－3　文脈主義／4－4　個人開放のためのカウンセリング

練習問題4.1　倫理的介入における家族・ポストモダン・文脈主義的思考の統合　202

5　コミュニティカウンセリングの実際的な適用　208

5－1　評価（アセスメント）／5－2　個人と環境を変える

練習問題4.2　インテーク面接スキルの向上　217

6　要約　227

練習問題4.3　個人―環境―文脈の観点から、問題を分析する　229

第5章　社会変革者としてのコミュニティ・カウンセラー――239

1　社会変革者の役割　242

1－1　障壁と挑戦／1－2　社会的活動を通じクライエントのエンパワーメント（主体形成）を促す

練習問題5.1　コミュニティに起こるべき変化に敏感になること　251

2　カウンセリングの実践における生態学的知見　253

2－1　生態学的アプローチを文化的に多様なクライエントに実施する／2－2　マイクロシステム：学校に基礎をおくプログラム／2－3　メゾシステム：学校の発展のためのプロジェクト／2－4　エクソシステム：地域の組織／2－5　マクロシステム：社会の形成と変革／2－6　マクロシステム：カウンセリングと心理学の分野における発展と変化

3　エンパワーメント方略としての間接コミュニティプログラムとサービス　282

4　要約　287

練習問題5.2　クライエントのために社会変革促進を計画してみよう　288

第6章　クライエントアドボカシー（権利擁護）——297

1　クライエントアドボカシーとカウンセリングとの違い　299

2　スティグマ（汚名）化　300

2－1　障害や欠損から起きるレッテル／2－2　人種的文化的ステレオタイプ化（画一視）／2－3　カウンセラーの役割

3　自助グループによるエンパワーメント　303

3－1　「ヘルパー・セラピー」原則（援助者療法）／3－2　自助グループのイデオロギー／3－3　自助グループにおける相互支援／3－4　自助と政治活動：障害者の権利／3－5　自助とボランティア精神

練習問題6.1　クライエントに自助グループを紹介する前の倫理的責任について　317

4　応答的な援助ネットワークの育成　323

4－1　クラスアドボカシー／4－2　多文化社会におけるアドボカシー／4－3　連携（コアリション）の構築／4－4　コミュニティに根ざした計画／4－5　コンサルテーション（専門家助言）

5　要約　345

練習問題6.2　あなたの仕事の中で間接的クライエントサービスを実施するための方略の発展　347

第7章　コミュニティカウンセリングモデルの適用——357

1　コミュニティカウンセリングモデルの概観　357

2　精神保健機関　358

2－1　直接的コミュニティサービス／2－2　直接的クライエントサービス／2－3　間接的コミュニティサービス／2－4　間接的クライエントサービス

3　キャリア発達機関　366

3－1　直接的コミュニティサービス／3－2　直接的クライエントサービス／3－3　間接的コミュニティサービス／3－4　間接的クライエントサービス

4　専門機関とプログラム　371

4－1　直接的コミュニティサービス／4－2　直接的クライエントサービス／4－3　間接的コミュニティサービス／4－4　間接的クライエントサービス

5　企業と産業　377

5－1　直接的コミュニティサービス／5－2　直接的クライエントサービス／5－3　間接的コミュニティサービス／5－4　間接的クライエントサービス

6　教育場面　381

6－1　小学校と中・高校／6－2　文化的な配慮／6－3　大学の学生相談

7　要約　402

練習問題7.1　コミュニティ機関、従業員援助プログラム、キャリア機関、学校、大学など特定環境における精神保健サービス効果の評価　403

練習問題7.2　あなたが作成した精神保健の仮説的プログラムについての考えの拡大　404

第8章　コミュニティカウンセリングプログラムの運営　—413

1　計画立案（プランニング）　414

1－1　ニーズアセスメント／1－2　目標（ゴール）の設定／1－3　意思決定／1－4　実行計画

2　予算編成　420

2－1　収入源

3　組織化　424

3－1　組織モデルの対比／3－2　組織の将来的課題
練習問題8.1　あなたの運営傾向を把握し、コミュニティカウンセリングプログラムに適用しよう　428
4　リーダーシップとスーパービジョン　429
4－1　リーダーシップスタイル／4－2　有効なリーダーシップの5要因／4－3　スーパービジョン関係／4－4　多文化スーパービジョン
5　評価　442
5－1　過程評価／5－2　結果評価
6　固有の運営課題　445
7　要約　446
練習問題8.2　あなたの運営スキルの評価　447

人名索引　453
事項索引　465
監訳者あとがき　479
訳者紹介

まえがき

人は社会の文脈の中で生きています。この単純だが深い事実は、個人指向のカウンセリングと心理治療の中で、伝統的に無視されてきました。その結果、我々は、3つの主な代表的理論（精神力動学派、認知行動学派、実存－人間性学派）に基づき、問題は個人の内に在ると信じてきました。本書の出版は、より洗練された社会－文脈的アプローチを提示します。Judith Lewis と Michael Lewis と Judy Daniels と Michael D'Andrea の 4 人は、永続する前向きの成果を作り出そうとするカウンセラーならば、コミュニティと文化関連の方へと努力を広げるべきだということを鮮明に示しています。

本書は、専門家と学生たちにとって重要な本です。より広い世界観を提供し、カウンセラーとセラピストに強力な諸方略を与え、個人、家族、集団を各自のコミュニティへと方向づけます。この本を読めば誰でも、未来への旅を企画することになります。

カウンセリングと心理療法は、「自己」の新しいモデルを欲しています。既成の古い自己モデルは、退屈で旧弊になってしまいました。かつては神聖な概念であった「自己実現」は今や誰かによって「利己実現」と皮肉られています。フェミニスト理論家 Jean Baker Miller（1991）は、「関係の中での自己」を語り、我々は皆関係の中で生きる－一人ではないことを思い出させます。自己から関係内自己へ移るとき、我々は家族内や周りの者に心を開きます。ジェンダー、人種、民族などの複合因子が、関係内自己概念に影響していることに気づきます。カウンセラーとセラピストは人間は複雑だという真理に気づき、クライエントと実践家を文脈内に位置づけている発達の諸要因を捜し求めるようになります。

第 1 章に出てくる心理的健康と幸福の概念は、文脈内自己という観点の要（かなめ）です。著者たちが伝統的な欠陥パラダイムではなくウェルネス－コンピテンシーモデルを用いたことに注意をしましょう。彼

らが言いたいのは、社会の大きな変化を問題とみるよりチャンスと考えよう、ということです。著者たちのイメージと洞察の両方をつなげましょう。つまり、治療より予防を重視し、過度の単純化より複雑さそのものに目を向け、個人のみ注目するのではなく、個人と環境の両方に目配りをすることです。

第2章では、予防教育と生活スキル訓練とを、有能な専門家に欠かせない活動として概説しています。コストと引き合う有効な援助は、コミュニティメンタルヘルスケアの主要成因だということが、ますます明らかになります。専門家たちは、ストレスマネージメントプログラムを作り、文化間スキル育成を推進し、リーダーシップ訓練に参加します。これらはすべて、メンタルヘルス専門家が十分に働く際に欠かせない重要な諸側面です。

第3章は、恵まれない人々、例えば暴力を受ける女性、経済上の敗け組、ホームレス、自殺を図る者などへの支援方策です。これらの事柄は私に、わが幸運をかえりみさせ、わが利点をほかに分かつ責任を思い起こさせます。著者たちは私に絶望しつつある人々のために専門的サービスの時間を増やすよう、工夫を促します。読者も、私と同じ示唆を受けるに違いありません。一緒にやれば、新しい変化を起こすことができるのです。

第4章は、発達モデルの強力なセットを提示します。カウンセリングが持つ新しく本質的な第4の力、すなわち多文化カウンセリングセラピー（MCT）です。MCTは、文化の周辺よりも中心部から出発し、例えばJane Loevingerのようなよく知られた発達モデルを、その文化に合うやり方で取り上げます。つまりMCTは、特定文化に属し、発達としてもよく知られた枠組を用いることによって、カウンセラーたちがそれと異なる背景を持つ人々と関わるときに、応用できるようにします。彼らは個人を社会・文化的背景の中で見るようになり、伝統的な個人中心の見方でなく、その人ごとにふさわしい丁重な対応をするようになります。当然ですが、多文化の人々の複雑さに思い至るとき、我々は自身の「関係の中の自己」

の真のダイナミクスに気づき始めるのです。

読者は、第5章の、クライエント権利擁護と関わる個人的挑戦の問題に注目するでしょう。カウンセラー、セラピストが保つ距離や中立性を好きな人にとっては、社会実践的活動のやり方は不愉快でしょう。私は大学院生の一人が最近私と語った話を忘れられません。彼女はインターン生で、ある女性が定期的な面接に来ていきなり泣き出したといいました。この人は、身の安全のために夫から逃げてきたところで、子どもと共にその夜行くところがなかったのです。学生は適切なやり方で、すぐ安全な場所を世話し、クライエントを連れていきました。しかし、翌日、そのインターンはスーパーバイザーから呼び出され、「逆転移」と「境界の侵犯」を叱られました。彼女の経験は、権利擁護には専門性の内容を転換させるだけでなく、個人の勇気が必要なことを示しています。

コミュニティカウンセラーは社会変革の担い手でもあることが、第6章のテーマです。クライエントのために隠れ家を探すことは、明らかに権利擁護の重要部分ですが、専門家はどのようにそのような幅広い変革に取り組んでいくのでしょうか。それは、コミュニティリーダーたちや役所に請願する連携づくりをも含み得ます。自分の面接室を出て、コミュニティに行き、摩擦を生じている民族・人種グループと接触し、積極的にコンサルテーションすることもあり得るし、借金の交渉に地域の銀行に行くこともあり得るのです。コミュニティ全体をよくするために、さらに総合的な対処を求めて危険をおかすこともあり得るのです。

第7章は、コミュニティカウンセリングモデルの4側面がどのように用いられるのかがテーマです。コミュニティのメンタルヘルス機関、キャリア発達サービス、特定機関、学校、ビジネスや労働産業の場などでどのように役立ち得るか、を示しています。直接間接のクライエントサービスが直接間接のコミュニティ活動と調和するとき、クライエント個人とコミュニティの両方が利益を得ます。この章は、前章までに述べてきた、様々な介入や活動が、広範な状況

でどのように用い得るかを理解するのに、特に役立ちます。またこの章は、読者が自身の熟練度、目標、方略を、「他者との」ネットワークを組んで学校やコミュニティ諸状況に有意義な変化を生じ得るかを試すための助けになります。「他者との」と強調したのは、何びとも一人ではなし得ないことが明らかだからです。

これらの様々なアイデアや概念を運用・運営すなわちマネージメントすることは容易ではありません。第8章によって読者は、教室から実際のコミュニティへと本書を持ち出していくのです。カウンセラー、セラピストは自身をマネージャーと思いませんが、このスキルは重要です。はっきりした方略と行動計画を伴うチームに彼らがいないと、変革は小さいのです。オフィスにこもってクライエントを待つのはやさしいことです。有効なマネージメントによってオフィスとコミュニティにいる時間のバランスが取れます。マネージメントを恐れてはならず、カウンセラー皆が敢行して、専門の能力と熟練を増すべきなのです。

Judith Lewis と Michael Lewis と Judy Daniel と Michael D'Andrea は、カウンセラー、心理学者、ソーシャルワーカーらの活動の中心となるべきたくさんの文献と諸方法を集め、提示しました。この専門分野の未来のために、我々は、伝統的な理論と、多文化的かつ発達指向のエンパワーメント活動とを統合しなくてはなりません。著者たちの着想と研究努力に、感謝し感嘆します。このアイデアに沿って活動して、我々自身と、コミュニティの生活のために、共に生かして行きましょう。

アレン．E．アイビイ　教育学博士　A.B.P.P.
マサチューセッツ大学アマースト校特別名誉教授
マイクロトレーニングアソシエーツ代表

序　文

本書「コミュニティカウンセリング」第3版「多様化した社会のエンパワーメント方略」は、この8年余り我々が、カウンセラー指導者、研究者、実践者として行ってきた様々な経験に基づいています。我々の考え方の本質的な枠組は不変ですが、新版は、多くの点で変化しています。社会の構造化に対応して、我々は、変化するコミュニティに生きる多くの人々の心理的健康と幸福を図るために、メンタルヘルスの専門家がとることのできる方策について、我々の考えを述べようと思います。それは、この領域における様々な新しい考え方に基づいています。ポストモダン思想家、人類学や人類生態学者、発達心理学、社会心理学、リハビリテーション・カウンセリングと多文化カウンセリング、ソーシャルワーク、女性学などから来る諸情報です。この新しい材料をもって、読者に人間発達の筋道を知らせるとともに、さらにクライエント、学生、そして我々自身の心理的発達を左右する様々にからみ合った環境要因の重要さを強調したいと思います。そうすることによって、我々は、メンタルヘルス従事者たちを助けて、(1)これまで50年もの間、カウンセリングの専門職を支配してきた伝統的な個人－精神内的治療モデルを乗り越えさせ、(2)クライエントの社会環境に前向きの変化を生ずるように意図し計画された介入方略を推進させることができます。

この本で示すコミュニティカウンセリングモデルは、精神保健従事者に新しく創造的で広範な考え方を促し、彼らのクライエントの生活に前向きの影響を与えるものです。我々の望みは、臨床家たちに、メンタルヘルスサービスの提供者、クライエントの権利擁護者、さらに社会変革者としての新しく統合された自覚を促すことにあります。そのために、我々は、予防教育、アウトリーチサービス、権利擁護、生態学的変革方略などが、これまで以上にこの社会で多くの人々の幸福を増すことができるという新しいたくさんの実例を

示すことにしました。

この本では、第2版よりも、多文化カウンセリングへの言及を増やし広げました。そうすることで、米国における多様な民族・人種集団の人々の心理的機能を妨げている障害物と、それへの独自の挑戦とに直接注意を促すだけでなく、そうした「文化的」諸要因がメンタルヘルス実践の内容とプロセスに常に影響していることの重要性を強調するためであります。このことはまた、人々が日常生活でぶつかる人間の多様性とも関わりがあります。ジェンダー、性同一性、宗教的霊的考え方、社会経済的要因、身体障害などです。これらの問題は、この本全体にわたって扱いますが、特に多文化カウンセリングの新しい統合的なモデルとして、第1章のRESPECTFULカウンセリングにまとめました。

この新版が、特に注意を注いだのは、コミュニティカウンセリングの枠組を多様なクライエントの状況で用いる際の倫理についてです。第1章で特に専門家の倫理を扱ったほか、続くどの章でも、メンタルヘルス専門家が変遷の早いこの社会で、コミュニティカウンセリングの枠組を用いる際の様々な倫理上の問題と責任について述べています。

カウンセリングを求める人々に希望を増させることの重要性についても、考えを広げ深めました。例えば、第4章では、心理学分野での新しい考え方である「ポジティブ心理学」に言及し、カウンセリングサービスを必要とする人々にその人たちの持つ力に基づいた見地を促すことの重要性を強調しています。

この新版は、読者が様々な集団からのクライエントに対し、より前向きに対応できる能力が得られるよう、工夫してあります。そのために章ごとに、「能力形成活動」と名づける練習問題を設けました。各章の最後においてあるので、この課題にはぜひとりくんで下さい。やれば面白いし、現場と直結した専門的能力の増大の感覚が身につくに違いないからです。

この本はまた、コミュニティカウンセリングモデルが様々な状況

で（例えばコミュニティカウンセリング機関、ビジネスの場、学校、大学、全米各地の都会・郊外・田舎でのリハビリカウンセリングなど）有効であることを示す最近の研究、新しい文献をたくさん読者に提供しています。つまり、このモデルがたくさんの人々のメンタルヘルスと幸福を増すことを示しており、この介入方略が人々に自らの可能性を自覚させる上で、単なる理屈以上のものだということを分かってほしいと思います。新しい研究成果が何十も並ぶのを見れば、この本にある援助方策が、広範なテストを経ることによって、多様な背景と志向を持つたくさんの人々の心理的幸福を増すのに有効だということがますます確かになることでしょう。

最後にいくつかの章では、コミュニティカウンセリングの枠組を用いることによって、カウンセラーは社会変革者（第5章）、クライエントの権利擁護者（第6章）となることができ、きわめて重要な役割を果たし得ることを改めて論じました。

この改版は、何人もの人の助力なしには完成し得ませんでした。初期の準備に始まり、たくさんの有用な助言、長期にわたる支援、尽力をいただきました。ここで名を挙げて皆様に厚く御礼を申し上げます（氏名略）。

我々が改版した「コミュニティカウンセリング：多様化した社会のためのエンパワーメント方略」が、21世紀のメンタルヘルス分野に新しいビジョンをひらき、さらにそれが、カウンセラー、心理学者、ソーシャルワーカーたちが各自の専門家としての役割を拡げるのに役立つことを、切に望んでいます。そしてまた実践家たちが、米国全土にわたり学校、大学、ビジネス、メンタルヘルスサービス機関、そしてコミュニティの多様な背景を持つたくさんの人々への影響力を強める新しい道となることを望んでいます。

ジュディス．A．ルイス
マイケル．D．ルイス
ジュディ．A．ダニエルズ
マイケル．J．ダンドレア

第1章
コミュニティカウンセリングモデル

1　より効果的なカウンセリングパラダイムとは

我々は日々変化する社会に住み、働いている。変化の多くは20世紀に始まり、その広がりとスピードは社会、心理、政治、経済に大きな衝撃を与えている。新世紀と共に起こった新しい変化は、世界の政治経済のグローバリゼーション、洗練された使いやすい技術の増加、米国人口統計における文化・民族的変容などである（D'Andrea, 1995a ; Locke, Myers, & Herr, 2001）。

これら現代社会生活を特徴づける諸要因は、多くの新しい課題とストレスを生じさせ、人々の心理的発達に影響を与えている。多くの人は、こうした急速な変化が目立つ環境の中でも、心理的健康を保ち、満足で生産的な生活を送ることができる。しかし、自分の健康を守ることができず、精神保健上の問題を経験する人が増えてきていることも、また明らかである。この本の各章・節では次のことについて述べる。

1．すでに心理的問題で苦しんでいる人々だけでなく、将来そうなる危険のある人々も増えている事実に注目する。
2．現代社会環境を特徴づける様々なストレス下で、精神的健康と幸福を失い

つつある子ども・青年・成人が増えている。その原因を追究する。

これらの人々と状況を記述するだけではない。この本で述べるカウンセリング理論は、カウンセラーのこれまでにない新しい役割を強調する。新しいカウンセラーは今後、多様な集団から来るたくさんのクライエントの心理的要望に有効かつ丁寧で倫理的に応じ得るような新しいやり方を考え、実行することが求められている。D'Andrea & Daniels (in press) によれば、この専門分野で新しい考え方と実行が求められているからといって、これまで確実に多くのクライエントの心理的健康を増進してきた理論とやり方をすべて捨てるべきだ、ということにはならない。そうではなく、将来多様多数のクライエント母集団に有効・積極的に応じていくことが必要である。そのためには、カウンセラーたちが長らく用いてきた理論と方法を急いで大いに拡張・発展させる必要がある。このことについてD'Andrea (1995b) は次のように述べている。

> 伝統的なカウンセリング理論と技法はさらに発展させていく必要があり、古いからといって捨てるべきではない。それによってカウンセラーは、21 世紀のアメリカで多様な集団と背景を持つたくさんの人々の精神的健康と幸福を高めるという大きな可能性を実現できる。必要なのは、この国で心理的健康増進をいっそう強めるためにカウンセラーたちはどうすればいいかについて、新しい見通しを持つことである (21 頁)。

この本で述べる理論は、そうした見通しを示している。以下のページでは、カウンセラーなど精神保健の実践者たちが、21 世紀のアメリカでたくさんの人々の心理的健康と幸福に大きな影響を与えるために何をすべきかを概説する。

カウンセリングの新しい視点を提示する主な理由は 3 つある。

第一に、カウンセラーは、取り組んでいる問題についてはっきりした見通しを持ち明確な目的と方向の感覚を持つべきである。Senge (1994) は、個人、組織、専門家集団が成功に至るのは、はっきりした見通しから来る目的と方向の感覚を持つことによる、と述べている。

第二に、専門家としての役割に新しい見通しを得るにつれて、カウンセラーは、変化が早く文化的に多様な技術社会に生きるクライエントのニーズに、よりよく応ずることができるようになる。古い視点を点検して新しく作りかえることによって、個人と組織が時間をかけて成しとげてきた成果がさらに良くなるのである（Senge, 1994）。

第三は、おそらく最も重要なことだが、多くの人が時代遅れと感じているカウンセリングの目的と方向を超越する必要が迫っていることである（Aubrey & Lewis, 1988 ; Sue & Sue, 1999）。ほかのカウンセリング理論家と研究者たちもこれに同意している。すなわち、21世紀のアメリカの精神保健と教育制度において実際的価値のある地位を持ち続けたいならば、カウンセリング実践者たちが自身の役割について包括的・総合的な見通しを持たなければならない、と強調している（Herr & McFadden, 1991 ; Locke et al., 2001）。伝統的なカウンセリングパラダイムの限界について認識が増せば、この専門職の新しい見通しもさらに開けてくるであろう。

1－1　伝統的なカウンセリングパラダイム

パラダイムとは、個人が、自身の経験を理解するのに用いる知的モデルあるいは枠組をいう（Szymanski & Parker, 2001）。歴史的にカウンセリングの専門家は、クライエントの精神内経験に焦点をあてた一対一の介入方略を強調する援助パラダイムを第一に考えてきた。この介入は概して時間と場所を限定し、治療に焦点をあてるものである（Atkinson, Morten, & Sue, 1998）。

伝統的なカウンセリングの考え方は、環境よりもクライエント個人の変化の促進を重視する。このカウンセリングのパラダイムは、数十年間、専門家の間で支持されてきた。しかし多くの研究者は、現代のアメリカの精神保健ニーズに応えていくにはもはや狭すぎる、と主張してきている。

この点に関してAlbee（1986）は、アメリカでは4,300万人の成人（全成人の19%）が年々専門家の助けを必要とする精神的健康問題を経験している、と述べている。この中には入院患者、精神を病むホームレスと子どもは含まれていない。さらにアメリカではほかに毎年2000万人もの若者がカウンセリングサービスを必要としているのである（Conyne, 1987 ; Vera, 2000）。

皮肉なことにこれほど多くのカウンセリングサービスが必要とされているにもかかわらず、心理的な援助を求める人のうちごくわずかな人しか実際に専門的なカウンセリングと心理治療を受けていないのが事実である。そうした悲惨な調査結果の一つはVandenBos（1996）によるもので、心理的なサービスを実際に受けている割合は1992年から1995年にかけてわずか18.6%、とある。Romano & Hage（2000）の報告によれば、「抑うつは米国で最も一般的な精神健康上の問題であり、他の問題も引き起こしているにもかかわらず、1997年に抑うつと診断された成人のうち、わずか23%しか治療を受けていない（USDHHS 2000）」（p. 735）。

他の研究者はまた、米国で年々何万人もの若者が経験する情緒障害の原因である多数の社会要因を明らかにした。それらは今後も無数の若者が直面する幅広い心理的問題の要因となる（McWhirter, McWhirter, McWhirter, & McWhirter, 1998）。生涯の早い段階でこうした困難を経験し、精神の健康の問題に晒されている若者を援助する努力がなされないならば、精神的治療を必要とする子どもと青年の60%から80%が、そうした援助を受け得ないことになる（Hoagwood & Koretz, 1996）。

援助が行き届かない状態に加えて、多くのカウンセラーが使い続けてきた伝統的な援助パラダイムは、この国の精神的・社会的健康の全般的質的な向上を促すことができずにいる。米国市民の精神的・社会的健康の衰退が1970年以来続いていると、報告した最近の研究もある。

例えば、Miringoff（1995）は、1970年から1993年にわたる米国の心理的・社会的健康の変化を17の指標で調査した。この調査結果はわずか5指標（乳児死亡率、薬物乱用者数、高校中退率、65歳以上の貧困レベル、貧困者への食料提供）でしか改善しておらず、ほかの12指標では有意に悪化していた。貧困状態の子どもの数、虐待数、10代の自殺、未成年の妊娠、失業者などははっきりと増加が見られた。ほかにも平均週給の減少、多くの家族での健康保険適用範囲の縮小、殺人およびアルコールと関連する高速道路での交通事故死、ホームレスとその家族の増加、65歳以上の人の健康悪化、貧富の差の広がりなどがあった（Miringoff, 1995）。

これらのうち、いくつかは個人の選択（児童虐待、殺人、アルコール関連の

死亡）と関わる問題だが、ほかのカテゴリーはより複雑でシステム的な問題（失業、貧困な子ども、貧富の差など）である。問題の原因はそれぞれだが、すべてがストレス因となり、この国の人々の精神的健康を悪化させ、年々その数は増しているのである（Romano & Hage, 2000）。

全体としてこれらの調査は、過去30年以上にわたる何万人もの精神保健の専門家の努力にもかかわらず、この国の精神的・社会的健康が悪化していることを示している。だからといってカウンセラー、心理学者、ソーシャルワーカーたちが無効で無意味な仕事をしてきたわけではない。現に伝統的なカウンセリングサービスから個人が受ける利益について報告した最近の研究は、いくつもある（Barlow, 1996 ; Beutler, 2000 ; "Mental Health : Does Therapy Help?," 1995）。しかし、伝統的なカウンセリングパラダイムに頼りすぎたために、米国全体の精神的健康と社会の幸福増進に必要な個人とシステムの変革に失敗してきたことを証明する十分な証拠がある。カウンセラーは、21世紀における精神保健の専門家としての責任について新しい見通しを持たなくてはならない。そうした視点は必然的に、伝統的なカウンセリングパラダイムからより包括的・効果的なパラダイムへの変化を必要とする。

1－2　パラダイムの転換

30年以上前にKuhn（1962）は、パラダイムの転換は科学的知識における新たな発展の必然的な結果である、という考えを広めた。Barclay（1983）は、専門的カウンセリングにおけるパラダイム転換の必要性を初めて公言した一人である。伝統的なカウンセリングパラダイムがカウンセラーの専門的力量を制約し、その将来を脅かすと気づいて、ほかの人々も最近新しい援助モデルの開発が重要と指摘している（Ivey, D'Andrea, Ivey, & Simek-Morgan, 2002 ; Pedersen, 1991 ; Rigazio-DiGilio, 1994 ; Sue & Sue, 1999）。

カウンセリングのパラダイムを変えるには、現在多くのカウンセラーが実施しているやり方を、根本から変える必要がある。伝統的な訓練を受けたカウンセラーたちには混乱と抵抗を引き起こすだろうが、カウンセリングという専門職が生き残るために必要な変化である（Daniels & D'Andrea, 1996 ; Locke et el., 2001）。

この領域にパラダイムの転換が生ずるダイナミクスについて、Newton & Caple（1985）は次のように指摘している。

> 古いパラダイムから新しいものへの変化は、単なる累積過程や、古いパラダイムの拡張ではない。長い間持ち続けてきた基本的信念と妥当性の多くを変えて、新しい考え方に基づいて認識を再整理することである。移行期には新旧パラダイムによる問題解決の混乱と重複が起こるかもしれない。しかし、新しいパラダイムと共に人間の諸問題の解決方法に決定的な違いが現れるだろう（p. 163）。

パラダイムの転換が実際にカウンセリングに起きていると信じ得る有力な理由がある。35年以上にわたって発展してきたいくつかの理論は、多様なクライエントと接する際にカウンセラーにその役割について再考させてきた。これらの潮流として、文脈主義（Steenbarger, 1991；Thomas, 1996）、生態学理論（Germain, 1991）、システム理論（von Bertalanffy, 1968）などが認められ受け入れられたこと、フェミニスト心理学の発展（Gilligan, 1982；Miller, 1987）、多文化主義の台頭（Locke, 1998；Sue & Sue, 1999）、ポストモダン思想の出現（D'Andrea, 2000；Gergen, 1992；Hayes, 1994）などがある。

これらが提起したアイデアと知識は、多くの重要な面で、人間発達の専門的理解を豊かにする。他方でこれらの理論は、伝統的なカウンセリングパラダイムに根づいている諸前提と相容れない新しい知識である。それは、カウンセラーたちに不協和感・不快感を引き起こす。この状況に関してRigazio-DiGilio & Ivey（1993）は、次のように述べた。「カウンセリングの専門家が直面する主な課題は様々な視点の増加が続くにまかせるのでなく、それらについて考え、諸理論を意味のある筋の通った枠組へと統合・編成することである」（p. 208）。

コミュニティカウンセリングモデルは、まだ十分実現していない新しいカウンセリングパラダイムへの転換を示す移行期の枠組である。この枠組はカウンセラーに様々な状況下で多様なクライエント集団に幅広い精神保健サービスを提供するための実用的なガイドラインを与える。このモデルは伝統的なカウン

セリング概念と方略を多く組み入れているため、額面通り新しいパラダイムとはみなしにくいかもしれない。しかしコミュニティカウンセリングモデルは、21世紀におけるカウンセラーの専門家としての目的と領域についてのより新しい考え方をもたらす包括的総合的な枠組なのである。

1－3　コミュニティカウンセリングの定義

我々はコミュニティカウンセリングを、すべての人々とコミュニティの発達と幸福を推進する介入方略とサービスの総合的な援助の枠組、と定義する。コミュニティカウンセリングモデルは4つのサービス側面で成り立っている。a）直接的クライエントサービス、b）間接的クライエントサービス、c）直接的コミュニティサービス、d）間接的コミュニティサービス、である。さらにこのモデルはカウンセラーに、実践的な介入の枠組を提供する。それは過去35年間に文脈主義、発達理論、生態学理論、フェミニスト理論、多文化理論およびポストモダン理論の各理論に基づき、諸事柄を統合したものである。

こうした理論の統合は、精神保健従事者に伝統的なカウンセリングと治療パラダイムの基礎にある、ヨーロッパ中心で個人主義的な原理の妥当性について疑問をいだかせた（Sue & Sue, 1999）。その結果、異なる文化・人種・民族的背景を持つ人々の心理的幸福（ウェルビーイング）を増進する際に、集団主義、相互依存性、多様な家族システムの重要な役割についてカウンセラーが多くを学ぶこととなった。また、クライエントの自律、独立、自尊（自己評価）、自己実現といった、時を超えて存続する正当なもののようにこれまで受け入れられてきた価値ですら疑われ、議論されるようになってきた（Atkinson et al., 1998 ; Ivey et al., 2002）。

多くの多文化カウンセリング理論家は、実践の中でこれらの問題を取り上げてきた。多文化主義はこうして、20世紀の大部分にわたりカウンセラーの考え方の主流であった伝統的な視点に挑む、主要な勢力の一つとなっている（Pedersen, 1990 ; Sue, Ivey, & Pedersen, 1996 ; Sue & Sue, 1999）。だからといって、伝統的なカウンセリングパラダイムに反映されるヨーロッパ中心主義と個人主義のすべてを非難するのではない。しかしカウンセリングの基本的な取り組み方としては、伝統的な援助枠組は急速に変化する社会の状況では、う

まく働かないことが多いのである。

1－4　コミュニティを築く：21世紀における課題

コミュニティという語は、人によって違う意味になる。ある人には特定の地理的範囲（例えば田舎と都会）に住む人々を指す。別の人にとってはアジア系アメリカ人コミュニティのような特定の文化・人種・民族的背景でつながる人々のグループを指す。さらにほかの人には、より広い「グローバルコミュニティ」の一員として互いに依存し合う、という意味で用いられる。この本では、コミュニティという言葉は、「同じ関心とニーズを持つ人々の集まり」とする（Paisley, 1996）。

コミュニティをシステムと見るとき、我々は、一体性・連続性があり予測可能なものとして捉える。コミュニティを構成する個人、グループ、組織は相互依存している。コミュニティは個人をほかのコミュニティへとつなぐ。コミュニティは個人を、より大きな社会へとつなぐ。コミュニティは個人が世界で活動する媒体である。この定義のもとでは家族や近隣も、学校・病院・企業と同様にコミュニティといえる。したがって個人は、同時に一つ以上のコミュニティに所属し得る。皆の幸福を実現しようとするとき、諸コミュニティの効果をカウンセラーなどの援助者は検討しなくてはならない、というような存在感と力を、コミュニティは持っている。

コミュニティという語に広汎な人間集団を含ませようとあえて広義にすることで、家族・学校に始まりゲイ・レズビアン、さらに北米コミュニティといった複雑で大きな社会的政治的システムまでを含むこととした。この定義は、コミュニティメンバーが直接・間接に影響し合うことを前提とする。したがって、人と人とのつながりはコミュニティカウンセリングモデルの基礎となる重要概念である。

人類生態学者は、人々はコミュニティへの所属欲求を共有する、と考える。Germain（1991）は、この欲求はほかの人と結びつきたい要求から生じ、それによって個人は情緒的に落ち着き必要な援助も得られる、としている。コミュニティでの個人の経験は、その心理的な健康と幸福にいろいろな形で影響する。カウンセラーは、個人への働きかけで重要な役割を果たし続けるが、その

最も重要な専門的貢献は、コミュニティをその将来にわたり、健全で力あるものにエンパワーしていく意志と能力とにある。

コミュニティ構築の重要さとそれが心理的幸福に関わることとは、カウンセラーが人間発達について新しい知識を得るにつれてますます明らかになってきた。フェミニスト理論（Amaro, 1995；Marecek, 1995；Miller, 1987）とポストモダン理論（Tierney, 1993）の理論家たちは、カウンセラーが人々の精神的健康を考える際に、コミュニティとのつながりの重要さを理解するようすすめてきた。これが分かると、カウンセラーは、「関係の中の自己」（Marecek, 1995；Miller, 1987）の持つ意味が分かり、幸福感全体にとって相互依存性が持つ不可欠の重要性も分かってくる（Gilligan, 1982；Jordan, Kaplan, Miller, Stiver, & Surrey, 1991）。

しかしたくさんの社会的・経済的・政治的圧力が、米国のコミュニティにおける生活の質を脅かし、人々の間の健康で長続きする心理的結びつきを支える相互依存性を脅かしてきた。Lator（1993）は、米国の長期的な生活の質に脅威となる要因のうち、国内政府支出、特にリスクの高い人々のための教育的および精神保健プログラムの削減が進行している、と指摘する。

これらの削減は、Lator（1993）が「欠乏モード」と呼ぶ個人的財政的危機に際して、必要な資源確保を困難にする状況を引き起こした。政府が人々へのサービス支出削減を続ければ、カウンセラーなど精神保健専門家にとっても大きな難題となる。なぜならMiringoff（1995）が近年の報告で明らかにしたように、こうしたプログラムはアメリカ全体の精神的・社会的健康の向上のために、切望されているからである。

カウンセリングの専門家が新しい視点に立つ必要性は、次に挙げる要因すべてと密接に結びついている。政府の精神保健サービスへの支援の縮小、人間発達における相互依存性とつながりの役割に関する認識の増加、伝統的なカウンセリングパラダイムが多文化社会の精神保健ニーズに応えることができないこと、などである。これらの状況から見て、新しいカウンセリングへの見通しは、従来の個人的治療中心の援助から大きく移行して、文化に敏感で、コミュニティ構築のイニシアティブを握る立場、そして何よりも予防を強調した援助でなければならない。コミュニティカウンセリングの枠組は、これらの課題に

応える道である。

キング牧師（King, 1963）は、国と世界のコミュニティの一員として健康で人間尊重に基づく相互依存感覚を発展させることは現代の最も重要課題だ、と主張した。この主張は35年以上も前だが、キング牧師の洞察は、21世紀の精神保健ニーズに応える新しい道を模索する今日のカウンセラーにも当てはまる。カウンセラーは、クライエントの精神的健康を高めるためだけでなく、全米にわたり受容的応答的でケアの行き届いたコミュニティづくりにも役立つ、とコミュニティカウンセリングを認めてほしいものである。そうなった場合精神保健従事者は、多様な集団・背景を持つ人々に有効・倫理的で丁寧な働きかけができる多文化能力を持つことが必要になる（Arredondo et al., 1996；Sue,Arredondo, & McDavis, 1992a, 1992b）。RESPECTFUL（人間尊重）カウンセリングの枠組について、次節に述べよう。精神保健実践への文化的に有能な取り組みへのあなたの考えを広げ深めてもらうために。

2　RESPECTFUL（人間尊重）カウンセリング

RESPECTFULカウンセリングの枠組は、(a)人間発達の多次元的特質を認め、(b)人間の多様性の包括的なモデルを求めるものである。それらは精神保健専門家の仕事にとって実践上有用である（D'Andrea, 1995b；D'Andrea & Daniels, 1997, 2001）。コミュニティカウンセリングモデルは、多文化主義者たちが数年間にわたって主張してきた多くの事柄と関連するため、文化の多様性が何を意味するのかを、この本の早い段階で明確に定義する必要がある。

文化の多様性の語をどう定義するか、については多くの議論がある。例えばFukuyama（1990）とMcFadden（1999）は、この定義を、幅広く包括的で普遍的なものにすることが重要だ、と強調する。幅広く普遍的な定義をするならば、ジェンダー、性指向、年齢、身体的特徴などはそれぞれ文化集団を作ることになる。そうなると例えば、聴覚障害者で構成される「聾者の文化」もあることになる（Ivey et al., 2002）。

Locke（D'Andrea & Arredondo, 1998に引用）は、多文化をこのように解してはあまりにも一般的になりすぎることを指摘して、文化の多様性の普遍的な

定義を試みている。彼はさらに議論を進めて、ある文化－民族集団は不適切で威圧的なカウンセリングを受け、システムの変化への努力は軽んじられている、と指摘する。北米における人種差別の歴史を考えると、Lockeは多文化カウンセリングはまず、アフリカ系アメリカ人、アジア系アメリカ人、ラテン系アメリカ人、そして先住民系アメリカ人の4つのマイノリティ文化に焦点をあてるべきだ、としている。

カウンセリング専門家の間で、「文化の多様性」という専門用語の定義については当分の間議論が続くだろうが、コミュニティカウンセリングの枠組では、広汎で包括的な定義を採用することにした。つまり、D'Andrea & Daniels（1997, 2001）が展開したRESPECTFULカウンセリングモデルの採用である。この包括的で多様な枠組は、10の要素から成り立っている。この要素は、様々な形で、クライエントの心理的発達と幸福に多くの重要な影響を与える点に着目して選ばれた。ただしつけ加えると、このモデルでの構成要素は、人間の成長を左右する全要素をもれなく示しているわけではない。

次に述べるのは、RESPECTFULカウンセリングの枠組が重視する具体的な諸要素である。

R－宗教的・霊的同一性
E－経済階層的背景
S－性同一性
P－心理的成熟度
E－民族的・人種的同一性
C－年齢・発達段階に応じた課題
T－トラウマ（心理的外傷）と幸福感への脅威
F－家族の背景と家族史
U－独特な身体的特徴
L－居住地域と言語の違い

RESPECTFULカウンセリングの枠組を構成するこの10の要素は、我々が重要と考える「文化の多様性」の諸側面を示している。つまり、要素の一つで

ある人種・民族的問題は、この本で述べるコミュニティカウンセリング理論の中心的存在である。しかし、ほかの諸要素も、カウンセラーが多様な集団からの人々と接する際に必要な「文化的」配慮を示唆している。この視点に立てば、女性は男性がこの社会に適応していくのとは異なる、独自の文化グループを構成する。また、使用言語、独特の生活状況、貧困、中流、上流階級の人が日々経験する違いは、これら集団の人々を分ける各々の文化差である。文化の違いはさらに、ゲイとレズビアン、両性愛と異性愛にもいえるし、身体障害者と今のところそうでない人、そしてアメリカの異なる地域で育った個人にもいえる。次に述べるRESPECTFULカウンセリングの10要素は、幅広く、普遍的な文化多様性の定義と関わる諸要因について、あなたの理解を深めるためのものである。

2－1　宗教的・霊的同一性　Religious/Spiritual Identity

RESPECTFULカウンセリングの第一要素は、個人が心を傾けている既成宗教や、非日常的な体験に基づく信念に焦点をあてる。それらの宗教心や信念は、西欧近代的な心理学的考え方の特徴である厳格客観的に経験・知覚される世界の境界線を超える（D'Andrea, 2000；D'Andrea & Daniels, 2001）。Kelly (1995)は、宗教と霊性は、日常的現実の境界を超えて広がる宗教的構図に代表される、超自然的経験の肯定に基づいている、と指摘する。RESPECTFULカウンセリングの枠組で用いる場合、宗教と霊性とは、物理的世界を超えて個人に「超現実的な」人生の意味と経験をもたらす本質的な信念を指す。

クライエントの宗教的・霊的同一性は、人生の意味を考えさせるような体験に出会ったときそれをどう組み込んでいくか、自分の直面する困難をどう解釈するか、ストレス場面にどう対処するか、などの場面で重要な役割を演じる。そのため、カウンセラーにとっても、カウンセリングの初期段階でこの宗教的・霊的要素がどの程度クライエントの心理的な発達に影響するかを見極めることが重要である。カウンセリングの中で個人を理解するだけでなく、異なる宗教的・霊的同一性（例えばユダヤ教やイスラム教の信者）を持つ人々が、アメリカ社会のキリスト教諸派の人々からステレオタイプ的偏見や差別を受けたり、圧迫されたりすることもしばしば見受けられる。

こうした偏見、差別、圧迫は独特のストレス因となり、異なる宗教・霊的集団の人々の心理的幸福に悪影響を及ぼす。したがって、この社会に生きるたくさんの人々に前向きな変化をもたらすような生態学的変化を目指して、心理学的介入方略を考え実行することが必要である。これには、現在学校教育を受けている子どもたちに行う予防的な心理教育的介入も含まれる。この心理教育的介入は、多様な宗教集団・背景を持つ生徒間に正しい理解と尊敬を促す。それだけでなく、彼らと共にやがて、コミュニティのプロジェクトを作り、法律と学校・大学・職場・コミュニティの規則づくりを提言して、異なる宗教的・霊的同一性を持つ人々の権利と尊厳を守ることを目指すものである。コミュニティカウンセリングモデルを用いる精神保健従事者は、この社会の人々の心理的幸福を進めるのにこうした介入が有効であることを理解するだけでなく、日々の活動の中でこの方略を使うことが大事である。

多様な宗教的・霊的同一性を持つ人々の精神的健康に有効な介入方略を考えるのと同時に、さらに、カウンセラー自身が、宗教的・霊的同一性が発達に重要な役割を持つ人々に対して、否定的な態度・見方を取りがちなことを認識する必要がある。このため、カウンセラーの持つ宗教的・霊的同一性と信念、あるいはそれらの欠如が、異なる宗教的・霊的同一性を持つクライエントとの関わり合いに正直どのような影響を持つかを、カウンセラー自身が熟考することが重要になる。この章の最後にあるコンピテンス（能力）育成活動である練習問題1.1は、RESPECTFULカウンセリングの枠組中の各要素に関して、あなたがどのような見方をして、どんな偏見を抱きやすいかを調べる助けになるように作ってある。

2－2　経済階層的背景　Economic Class Background

多くの研究者が、個人の経済的な階層と背景によって態度、価値観、世界観、行動が影響されることを実証している。クライエントの多面性の一つであるこの経済的背景が発達に影響する。このことを理解して、カウンセラーはカウンセリングと心理治療の中で現れるクライエントの問題に、この要因がどのように関わるかに注意する必要がある。アメリカでは数百万の人々が貧困によって明らかに心身の被害を受けている。カウンセラーが擁護（アドボカ

シー）のスキルを駆使して意図的に環境を変化させ、問題を軽減することが重要である。

Ivey et al.（2002）は、多くのカウンセラーが、自らの経済的背景と異なる階層のクライエントに対して、不適切で否定的な見方と偏見を持ちやすいことを指摘している。このために精神保健の専門家は、異なる経済的背景を持つクライエントと接する際には、経済的階層に基づく思い込み、固定観念、偏見を認識することが重要である。特に貧しいクライエントの場合、経済的要素が心理的健康と幸福に影響する。従来の伝統的なカウンセリング理論は、中流階級の人々によって発展してきたものであり、こうした問題に十分な配慮がないことを忘れてはならない。

2－3　性同一性　Sexual Identity

この社会で暮らす多様な背景・集団の人々の性同一性の発達は、最も複雑な問題の一つであるにもかかわらず、ほとんど研究されなかった。RESPECTFULカウンセリングモデルで用いられる性同一性という用語は、ジェンダー同一性と性役割、性指向などと関わっている。ジェンダー同一性とは個人がどのようなことを男性・女性と主観的に考えるかを指す。ジェンダー同一性は明らかに、その文化と人種的慣習の中で社会化された男女の役割に影響されている。

個人の性同一性はまた、性指向に影響を受けている。人の性同一性におけるこの側面は、様々に概念化される。一般的に性指向は、両性愛、異性愛、同性愛に分けられる。両性指向は、性的興味を男女両性も示す個人を指す。異性指向は対照的に、異性にのみ性的興味を向ける個人のことである。第三の面は同性指向で、性的関心が同性に向けられる個人を指す。歴史的に、ホモセクシャルの語は否定的な偏見を持たれてきた。性同一性のこの面を表現するとき、ゲイやレズビアンなどの単語の方がまだ受け入れやすく、丁重に響くと考えられている（D'Andrea & Daniels, 2001, 印刷中）。

カウンセリングの倫理的な実践に当たっては、クライエントの性同一性を敬意を持って認め、受容することが必要である。社会一般では、フェミニストの支持者とゲイ、レズビアン、両性愛の人々に対する強烈な否定的な見方と反応

が多くある。カウンセラーは、多様な性同一性を持つたくさんの人々の尊厳と健康な発達を促そうと思うなら、個人単位のカウンセリングの限界を越えなければならない。そのための努力には、予防教育、アウトリーチ、コンサルテーション、組織開発サービス、特に異なる性同一性を持つ人々を尊重する環境の改善などを含む。この社会には、反フェミニストと異性愛の人々が示す態度と信念があるので、カウンセラーは自身の性同一性に関わる自分の信念と偏見が、同一性の異なる人々を扱う仕事にマイナスの影響を与える可能性があることを、しっかりと見極める必要がある。

2－4　心理的成熟度　Psychological Maturity

カウンセラーはしばしば、似た同一性（例えば宗教的・霊的、人種・民族的、性的）と人口統計的特徴（年齢、性別、経済的背景など）を持ちながらも、心理的には全く異なる様相を呈するクライエントに出会う。こうした状況では我々は、あるクライエントについて、同じ年齢で同じ人種・民族で同じ性的・宗教的・霊的同一性を持つほかのクライエントよりも、「より心理的に成熟している」と表現する。精神保健の専門家が、心理的に「未成熟」なクライエントによく使う表現には、「彼は社会的相互関係の中で衝動を統制する能力が乏しい」とか、「彼女は自己への気づきをあまり持たない」などがある。心理的に「より成熟した」クライエントによく使うのは、「彼は自分の問題を深く洞察して語ることができる」とか、「彼女は自己への気づきが高い」、「ほかのクライエントと比べて、対人関係と見通しを立てる能力がある」といった表現である。

構造的発達理論では、心理的発達を、個人が自分についてまた生活経験について、単純な考え方からより複雑で多様な見方ができるようになるプロセスであるとみなす。この変化は、考え方・感じ方・行動の仕方などの質的な違いを表す一定の発達段階に沿って生ずる（Sprinthall, Peace, & Kennington, 2001）。この本で扱うコミュニティカウンセリング理論から見れば、前述の心理的段階にある人々は、それぞれ質的に異なる態度・信念・自身と世界についての見方を表す、独自の心理—文化的心的状態を示している。個々のクライエントの心理的な成熟度を査定することによってカウンセラーは、一人ひとりに

特有な心理的強度とニーズに合い、尊重し得るような介入方法を設計することができるようになる。また、カウンセラー自身が自分の発達段階を、時間をかけて内省することが大事である。それは、自分より心理的成熟度が高いクライエントと出会ったとき、援助プロセスがあっさりひっくり返らないためにも必要である。

2－5　民族的・人種的同一性　Ethnic/Racial Identity

同じ民族・人種集団の中でも、一人ひとりに大きな心理的な差異がある。こうした違いは「集団内差異」と呼ばれる。同じ民族・人種的集団内でもはっきりした差異があることにカウンセラーは留意して、正確に認定し有効で丁寧に対応できる知識とスキルを身につけることが必要である。また精神保健従事者は、自身の民族、人種経験がどのように自分の発達と世界観、仕事で得た他者への見方に影響してきたかを、把握することが重要である。

2000年度の国勢調査は、米国人口における人種・民族的構成の推移を強調している。多様なクライエント母集団の人々にサービスを提供する精神保健従事者は、人種・民族的集団の同一性と人間の多様性にまつわる幅広い問題の認識なしに、この多民族社会で効果的倫理的に仕事をしていくことは不可能なことを、ますます自覚しつつある。異なる人種・民族的集団の人々は現代社会において、様々な形を取って現れるステレオタイプ的偏見、差別、人種主義によるストレスを常時経験している。したがって、カウンセラーはオフィスを出て、周囲に拡がる社会毒を減らして、環境変化を進めることをますます期待されている。アメリカで起きている急速な人種・民族的変容を前にして、精神保健専門家は、個人とその背景にある環境の両方の変化を促進することを求められ続ける。これまでずっと周辺に追いやられてきた非白人集団の人々の権利と尊厳に対する敬意を育てなければならない。

2－6　年齢・発達的な課題　Chronological/Developmental Challenges

年齢による発達的変化は、生涯にわたる諸局面で出合う「年代の課題」といえる。精神保健従事者は、これらの発達的課題が幼児期、思春期、成人期と一貫した特徴を持つことを知っている。研究者たちは、幼児から成人に至る生涯

に、次の3つの変化が見られるとしている。身体的成長（身体の変化と運動能力の発達など）、認知能力の発達（知覚、言語、学習、記憶、思考力など）、そして心理的スキルの出現（感情を統御して対人関係をうまくやっていく能力など）の3つである（Shaffer, 1993）。

カウンセラーは人間発達の研究者に、個人の生涯にわたる諸課題に理解を深めるのを助けられてきた。そうした知識があれば臨床家は、年代的な困難にぶつかっているクライエントに対し、年齢に応じた適切な介入によって効果的な援助をすることができる。この配慮は、カウンセラーとクライエントの年齢がかなり離れている場合にいっそう役立つ。D'Andrea & Daniels（1997）はさらに、若いカウンセラーが自分よりはるかに年長のクライエントを担当した場合でも、その課題に配慮すれば、高い信頼と尊敬を得て専門性を発揮できる、と述べている。

異なる年齢の個人、小グループにカウンセリングをする場合、どんな介入をするとよいかについての我々の知識は、著しく増加している。にもかかわらず、多くの若者と年輩者は様々なストレスに晒されている。例えば、幼児の虐待と放置、身体的暴力、多くの老人が普通の生活を送るだけの財を得ていないなどである。これらが何百万人もの子ども、青年、高齢者の精神的健康と幸福を害している。彼らが直面する環境的障害に対して、個人的・治療的カウンセリングでは十分に対処できないことは明らかである。このような年齢と環境による不公平・不当・圧制的な状況に、前向きに立ち向かえる新しい介入方略が望まれる。コミュニティカウンセリングモデルは、こうした様々な環境ストレスの結果、精神的健康に問題のあるすべての年代、特に子ども、青年、高齢者など、傷つけられやすい人々に全面的な健康と幸福と尊厳をもたらすことを目指して、意図的に環境を変えようとする。そのために多くのサービスとプログラムを提供している。

2－7　トラウマ(心理的外傷)と幸福感への脅威　Trauma and Other Threats to One's Well-Being

ストレス状況にある人々が、心理的に危険な状態に追いやられていく複雑な過程を明らかにするために、RESPECTFULカウンセリングモデルの中にこの

項目を設けた。この危険状態は、ストレスの度合が人々の建設的な対処能力を超えた場合に生ずる。個人の持つ資源（対処スキル、自信、社会的サポート、属する文化集団から得られる個人的な力）は、その人が環境によるストレスに支配されると抹消されてしまう。個人が長期にわたってストレスにさらされると、傷つきやすく危険な状態になる。

カウンセラーは、こうした危険状態にある社会的弱者集団の人々の問題に取り組むことが、頻繁に求められる。貧困者、ホームレス、失業者、離婚に際しての大人と子ども、10代の妊婦、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染者、後天性免疫不全症候群（AIDS）発症者、ガン患者、年齢・人種・性などによる差別、文化的抑圧に苦しめられる被害者などである。現代社会における文化・人種・民族的な被圧迫集団の人々に対して、強力で長い歴史を持つストレスは、ますます深刻で有害な心理的結果を生じている（Salzman, 2001）。

精神保健従事者が効果的に働くために必要なのは、環境ストレス因が社会的弱者集団の健康や幸福を脅かし、将来にわたって心身の問題を生じることの認識と、こうした問題の改善に適した介入方略の実行とである。これまで米国の歴史で不当な扱いを受けてきた人種・民族集団の人々を対象とするとき、カウンセラーは彼らが世代を超えて心理的外傷（トラウマ）を受けてきた事実を認識し、クライエントの健康と幸福を脅かす要因を減らすように、カウンセリングと発達支援の方法を工夫しなければならない。また臨床家は、様々な生活上のストレス因と心理的に有害な出来事（トラウマ）が、自身の心理的発達に長期的な影響を持つ可能性についても、考慮する必要がある。

2－8　家族の背景と家族史　Family Background and History

アメリカにおける急速な文化多様化の中で、カウンセラーが「普通の家庭」「健康な家族の機能」と呼んでこれまで基準としてきた伝統的な「家族」と大きく異なる家族が増えている。様々な形の家族（例えば、一人親、再婚同士の家族、拡大家族、ゲイ・レズビアンの親を持つ家族など）とカウンセラーが出会うことが増えている。これまで家族の諸タイプと比較して核家族を標準としてきた伝統的な考え方は、見直しを迫られている。

21世紀のカウンセラーは、(a)様々な家族形態に育つ中で培われるクライエ

ント独自の強さを理解し、(b)それぞれの家族の健康な成長を図る心理学的介入を実行する必要がある。多様な家族システムから生まれる個人の強さを学ぶだけでなく、カウンセラーは、自身の家族史と経験の結果、家庭生活に抱くようになった偏見と思い込み（バイアス）を、振り返ることが大事である。もしそうしなかったら、カウンセラー自身と全く異なる家庭で育ったクライエントの援助過程で、これらの偏見と思い込みが悪い影響を生ずることになりかねない。

2－9　独特な身体的特徴　Unique Physical Characteristics

RESPECTFULカウンセリングの考え方は、次のことを強調する。現代社会における身体的な美の理想化が、この文化的主流による狭い美の定義に当てはまらない、たくさんの人々の心理的発達に悪い影響を与えていることに敏感でなければならない、と。身体的特徴がストレスと不幸の源になっていると考えられるクライエントと接するとき、理想化された身体的美の神話が、どれほど彼らに否定的な見方とステレオタイプ的偏見を内面化させているか、カウンセラーは十分に認識する必要がある。またこの神話が、クライエントの持つ人間的な強さへの正確な判断を妨げ、誤った解釈を導く可能性があることも、憶えておくといい。

D'Andrea & Daniels (in press) は、独特な身体的特徴のために心理的発達を妨げられているクライエントと接するとき、ジェンダーによる社会化がその自己価値観に不合理な誤りを生じさせる可能性を伝えて理解させる必要がある、と述べている。生活の中で様々な身体障害を持つ人々と接するときは、そのことに敏感で知識豊かであることが求められる。さらに身体障害者が持つ能力の発揮を環境的障害が阻んでいることを知り、能力を発揮させ幸福感を高める必要がある。これらの事柄に対処するためには、すべてのカウンセラーが、この本に述べるコミュニティカウンセリングの枠組のような包括的援助モデルを学ぶ必要がある。

2－10 居住地域と言語の違い Location of Residence and Language Differences

居住地域とは、どこに住んでいるかという地理的な場所を指す。D'Andrea & Daniels（2001）は、北東部、南東部、中西部，南西部、北西部という米国の主要な5地域を挙げている。これら地理的エリアによって、気候、地勢、人々が携わる職業・産業などが異なっている。

精神保健の専門家（カウンセラーなど）は、出身地と異なる地域に生まれ育ったクライエントと接するとき（都会か地方か、郊外かなど）、その人と地域に抱きやすいステレオタイプ的偏見と先入観（バイアス）を心に留めておくことが重要である。このことは、対人関係の中で方言や違う言語の人と共に問題に向き合うときに、とりわけ重要になってくる。RESPECTFULカウンセリングのほかの要素の場合と同様に、こうした自らの点検は非常に重要である。知らない土地から来て違う言葉を使うクライエントに対して、カウンセリングの間に無意識に偏った見方を持ち、非生産的で否定的な結果になることがあるからである。

コミュニティカウンセリングの枠組と関連する側面が、RESPECTFULカウンセリングモデルには3つ見受けられる。第一は、カウンセラーがその仕事の中で、人間発達の多面性に働きかけるよう繰り返し強調することである。すでに述べた通り、RESPECTFULカウンセリングの10要素は、カウンセラーがクライエントと接する際によくぶつかる多様性の要因をすべて尽くしているわけではない。しかし、多様な集団と背景から来た人々と仕事をするときに留意するべき重要な事柄を集めている。

第二は、このモデルがカウンセラーに、多様なクライエントの心理的健康と幸福を促進するために、多岐にわたる援助方法の使用を強調している点である。カウンセラーは、生活の中で様々なストレスを乗り越えようと苦しんでいるクライエントに、まず個人的カウンセリングを期待される。しかし研究の結果、米国で生活する人々の精神的健康へのニーズに応えるには、個人治療的カウンセリングだけでは不十分であることが分かってきた。そこでカウンセラーは、クライエントの環境に働きかけて前向きな変化をもたらすことが求められ

る（Neville & Mobley, 2001）。もしそうしないならば、カウンセラーはますます不適切で旧式な考えにこだわり、現代の制度、組織、コミュニティなどにひそむ環境の毒によって害されていく多くの人々の幸福のために寄与できなくなるだろう（Lockeら，2001）。

第三に、RESPECTFULカウンセリングの枠組は、このモデルの各構成要素について、カウンセラーが自らを点検することの重要性を繰り返し強調している。というのは、カウンセラーを含めて誰もが、自身の体験に基づく不確かな信念とステレオタイプ的偏見と偏り（バイアス）を、異なるクライエント母集団の人々に抱きがちだからである。そのまま放置するとこうした信念・偏見は無意識のうちに多様な背景を持つ人々に逆効果の働きかけをしかねない。したがって「カウンセラーよ、汝自身を知れ」という格言は、この本にあるカウンセリング理論を支える中心的な事柄である。それゆえ最初の練習問題1.1は、あなた自身の発達と人間的成長に影響した諸要因を振り返る内容にしてある。

練習問題1.1

RESPECTFULカウンセリングモデルを用いて自己評価してみよう

我々は皆、RESPECTFULカウンセリングモデルで挙げられている諸要因に影響され続ける「多面的」存在である。これらの要素はすべて我々自身、関わる人々、住む世界の意味づけに影響する。必然的に我々は皆、自分の発達に伴うこれらの要素の影響によって、誤った思い込みと偏り（バイアス）をほかの人々に抱いてしまう。これを心に留めてカウンセラーが、自分と異なる背景を持つクライエントに抱く決めつけと偏りについて、熟考することは非常に大切である。時にはそれらが、多様な集団と背景を持つクライエントのカウンセリングにかえって助けとなることもあるが、他方でそうした決めつけと偏りによってカウンセラーが不用意な発言をし、効果どころか悪影響を及ぼすこともある。

この能力育成のための練習問題1.1は、(a)あなた自身の持つ多面性に気づかせ、(b)異なる集団と背景から来た人々に持ちやすい、決めつけと偏見について

考えさせるように、作ってある。今まで読んできたRESPECTFULカウンセリングモデルの枠組に沿って、各側面ごとに、あなた自身を評価してみよう。各構成要素について熟考した上で、数分間かけてこのモデルにリストされた要素ごとに、あなた自身が成長過程でどのように影響を受けたか、書き出してみよう（構成要素は次のリスト参照)。この10要素の影響下で、人間的な強さと偏見とを培ってきたことを確認しよう。そして、あなたが最も効果的に力を発揮できそうなクライエントはどんなタイプの人かを、簡単に書いてみよう。最後に、あなたが持つ思い込みと偏り（バイアス）のせいでより難しいタイプのクライエントも、書いてみよう。

R－宗教的・霊的同一性
E－経済階層的背景
S－性同一性
P－心理的成熟度
E－民族的・人種的同一性
C－年齢・発達段階に応じた課題
T－トラウマ（心理的外傷）と幸福感への脅威
F－家族の背景と家族史
U－独特な身体的特徴
L－居住地域と言語の違い

こうして、コミュニティカウンセリング理論を採用するための第一段階とは、あなたが多様な集団と背景の人々に対して持ち続けてきた思い込みと偏りについて、自己評価することである。一緒にうまく問題に取り組めそうなクライエントと、あなたがこれまでに身につけてきた思い込みと偏りのために困難が生じそうなクライエントと、両タイプを覚えておくことは、重要である。本書を読み進むうちに分かるだろうが、コミュニティカウンセリング理論は、文化的に多様な現代社会で精神保健従事者としてのあなたの効力に限界を強いる

不正確な思い込みと偏りを克服できるよう、あなたを助けるものである。この意味で、本書に示すコミュニティカウンセリングの枠組は、あなたが人間としても専門家としても成長できるように配慮されている。

あなたの専門家としての成長を促すために本書は、幅広い集団と背景の人々の精神的健康を増進するのに効果的であると証明されたカウンセリングと発達の方略を、あなたが統合して理解できるように概説する。以下では、(a)この取り組み全体を概説し、(b)コミュニティカウンセリング理論の土台となっている基本的な仮定について述べ、(c)カウンセラーが実践場面でこのモデルを用いる際に取る多様な役割について論じる。

3　コミュニティカウンセリングモデル

3－1　概観

- 中西部の精神保健センターで一般向けワークショップに参加する人々は、失業への対処、慢性的ストレスを乗り切ること、変化への適応、休日うつ（holiday blue）に打ち勝つことなどを学ぶ。
- 東南部の大都市にいるカウンセラーは、コミュニティ内の10代の妊娠問題を解決するために、都会に住むアフリカ系アメリカ人の若者に包括的なカウンセリングサービスを提供する。
- 多民族・多人種の生徒が通う学校の子どもは、文化の多様性に気づき尊重するように作られたプログラムに参加する。
- 郊外の若者向けプロジェクトでは、思春期の青少年がコミュニティの問題について学び、学生としての自分の権利と責任について調べ、関係のある法律について検討し働きかけることを学ぶ。
- 西部の大きな大学では、多様な文化・人種など幅広い背景を持つ学生が、成功し満足な人生を送るのに必要な生活スキル習得に役立つ、様々なプログラムに参加する。
- ボストンのラテン系アメリカ人は、コミュニティメンバーが自らの可能性を理解し文化を誇りに思うようになるには、どんなサービスが必要かを相談して決める。

・ アメリカ全土の都市部でカウンセラーは、その地域のHIV・AIDSにかかるおそれが強い人々の間で感染を防ぐ教育的方略を考え、実行する。
・ 南西部の貧しい農村地域では、カウンセラーは先住アメリカ人とその家族のニーズに応えるために、ほかのヘルスケア提供者と協働する。

これらのプログラムは、それぞれ目的・方法・対象となるクライエントは異なるが、コミュニティカウンセリングモデルの土台となる共通の特徴を備えている。第一にすべてのプログラムは、カウンセラーがコミュニティの全メンバーに持つ社会的影響を認識している。第二に、クライエントを様々な人間的な強さと資源を持つと同時に限界をも持つ、全人的存在として捉えている。第三に、学校も含め、諸コミュニティ内で日々生じる、コミュニティを衰弱させるような問題を予防することに努めている。第四に、多様な文化・人種・民族的背景を持つ人々の経験と独特のニーズを、理解することに努めている。まとめると、クライエントが自分自身を援助することを学ぶ手助けをカウンセラーがするなら、個人とコミュニティが共に強くなるという考え方が、これらのプログラムに共通なのである。つまり、クライエントが責任ある満足のいく生活を送るのに必要な知識と能力を得るようにカウンセラーが手助けするなら、クライエントの自助を一部なりと助けることになる。

3－2　基本的仮定

コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、学校、企業、コミュニティ機関など様々な場で活動している。置かれた状況に関わりなく、次に述べる一連の仮定は仕事をする際の指針となる。

(1)環境は人を育てるが制約もする。
(2)カウンセリングの最終目的は、個人とコミュニティの両方に力を付けさせることすなわち両者のエンパワーメントである。
(3)多面的な援助活動は一面的なそれよりも効果的である。
(4)（RESPECTFULカウンセリングモデルを通して）クライエントの発達の多文化性に注目することは、カウンセリング計画と実施の中核である。
(5)予防は治療よりも効果的である。

(6)コミュニティカウンセリングモデルは、様々な人間サービス、教育、ビジネスなどの場で用いることができる。

これらの仮定一つひとつについて、以下に説明しよう。

(1) **環境：良い影響と悪い影響**　人は環境と相互作用を続けるが、それによって助けられることも害を受けることもある。人は発達するとき、学習と援助の資源として環境に頼り、主として他者との関わりを通してニーズを満たす。しかし環境は、人の成長を妨げ発達を制約するなど、悪影響を与える可能性もある。

コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、環境が人に大きな影響を与えるので、クライエントの属する社会システムを扱わずに心理的発達を促進しようとしても、効果が得にくいことを知っている。そこでコミュニティカウンセリングモデルは、クライエントの幸福を促進するには、本人たちが住む環境にも働きかけなければならないことを強調する（Thomas, 1996）。

環境要因は、クライエントが直面するほとんどすべての問題と明らかに関係がある。両者の関係がはっきりしていることがある。例えば制度的な人種差別や性差別によって職業選択が狭められるとき、虐待家庭で子どもが犠牲になるとき、前科や慢性精神的疾患を持つクライエントが社会の主流から排除されるとき、などである。

こうした場合は環境が問題の大部分を占めているにもかかわらず、多くのカウンセラーは基本的な帰属の誤りを続けている。この我々がおちいりやすい基本的な帰属の誤りとは、環境がクライエントの発達に与える影響を過小評価し、クライエント個人の持つ属性を過大評価することである。この定義はStrickland & Janoff-Bulman（1980）が20年以上前にしたもので、次のように述べている。

> 民族的・経済的・社会的不平等によって人々はある役割や状況を押しつけられ、しかもその原因を本来心理的なもの、個人の精神的欠陥から来るとして扱われることが不当に多い。「精神病患」という用語は、個人が改

善努力をしなくてはならない病気を意味している。伝統的に精神障害の原因をクライエント個人の性質に求めてきた心理学者は、無意識のうちに基本的な帰属の誤りを行う加害者なのだ（p. 105–106）。

クライエントが心理的に好ましくない環境で育っているにもかかわらず、カウンセラーが抑うつ、無力感、怒りといったクライエント個人の態度に注意を集中するとき、カウンセラーは意図せずにクライエントが持つ力を弱めてしまう。クライエントの生活に悪影響に与えている環境に立ち向かい変化させる援助をしないと、クライエントはますます無力感を感じ、カウンセリングの目的を見失い、非常に限定された役割、報いられることのない関係の中にからめとられたように感じ続ける。

環境は個人の成長を妨げ得る反面、その発達を助けることも確かである。生活ストレスに対処する能力には個人差がある。少なくともいくらかは、その人が利用できる社会的援助（ソーシャルサポート）の量と種類の違いから生じている。能動的支持的な社会環境は、ストレス対処への援助によって、その人の健康的な発達を促進する（Dakof & Taylor, 1990 ; D'Andrea, 1994 ; Tedeschi & Calhoun, 1993）。環境は様々な形で人に影響を及ぼす。個人と環境の力をエンパワーメントによって増すことを意図して計画を立てるなら、その第一歩として環境の影響を考えなくてはならない。

(2) エンパワーメント：システムと個人の変化の促進　エンパワーメントは1990年代から21世紀初頭にかけて、多くの精神保健専門家の間で合言葉になってきた。あいにくなことに、普及はされたが、曖昧さも伴っていた。しかし、コミュニティカウンセリングモデルの目標を説明するのにこの言葉を使うと、たいへん有用である。McWhirter（1994）の定義は、コミュニティカウンセリングの枠組のもとになるエンパワーメントについてうまく説明している。

エンパワーメントとは、力を持たず社会的に無視された人々、組織、集団が、(a)生活の中で働く力のダイナミズムを知り、(b)自分の生活を程よくコントロールできるスキル（技術）と能力を発達させ、(c)それを練習し実

践し、(d)他者の権利を侵害せずに、(e)コミュニティ内の他者の力をも積極的に支援するプロセスである（p. 12）。

この定義によれば、カウンセリングが個人とシステムの変化、つまり、クライエントの生活に影響を持つ集団、組織、システムの変化を促進するとき、そのカウンセリングはエンパワーメント（力づけ）を行っているのである。

コミュニティカウンセリングの枠組は、エンパワーメントを進める実践的方法を重視する。エンパワーメントはカウンセリング、心理学、ソーシャルワーク、コミュニティの組織化、公衆衛生、組織開発、多文化カウンセリングなど諸分野の知識を統合した豊かな理論に、しっかりと支えられている。これら諸分野の理論家たちの考えに基づいて、今後カウンセラーが果たし得る多様な役割について新しい見通しが作り出されてきた。コミュニティカウンセリングモデルの最終目的は、クライエントとその環境の両方に前向きな変化を生ずることである。この基本的な目的を達成するために、カウンセラーは多面的で文化に十分配慮した仕事をしなくてはならない。

(3) **多面的援助アプローチ**　コミュニティカウンセリングモデルは、援助の際に環境への多面的な働きかけを重視する。このアプローチは多くのカウンセラーが受けてきた専門的な訓練、つまり主に精神内界の経験に焦点をあてる一対一の方法とは大きく違ってくる。現代社会の急速な変化と、伝統的な一対一面接法の効果が少ないこととを考えると、カウンセラーはクライエントの幸福を促進するために、より包括的でシステム指向の方法を開発する必要がある。

伝統的アプローチの失敗　この領域に通じた人々は、伝統的なカウンセリングのやり方が1960年代以来の急速な社会変化の影響下、クライエントのニーズに応え得ないことについて述べている（Aubrey & Lewis, 1988 ; D'Andrea & Daniels, in press ; Sue & Sue, 1999）。個人と治療中心のカウンセリングが現在広く行われていることについて、Aubrey & Lewis（1988）は次のように指摘している。

個人と治療中心カウンセリングの視点は近視眼的で、精神内機能に焦点を限って環境の影響を無視している。このやり方は人々の置かれている状況を改善せず、自己発見と洞察に焦点を絞っている。必要なのは、見方を広げて多様な介入技術を用いることである（pp. 286-287）。

現在アメリカで起きている急速な人口統計上の変化を考えると、伝統的カウンセリングの限界はいっそう明らかである。この変化を考えに入れて、多くの多文化カウンセリング専門家は、一面的な一対一治療方式は環境からの抑圧を直接受けて心理的な問題に苦しんでいる個人に働きかけるには適当でなく、倫理に反する、と述べている（Atkinson et al., 1998 ; Locke, 1998 ; Parham,White, & Ajamu, 1999）。21 世紀にカウンセラーが直面する最大の課題は、多様な集団の人々に個人の健康と集団の幸福感を増すような新しい効果的な方法を見つけることである（Ivey et al., 2002 ; Lee & Richardson, 1991 ; Locke, 1998 ; Parham & McDavis, 1987）。

新しいアプローチ　この重要な課題に立ち向かおうと、精神保健従事者は、多様なクライエントのニーズに応える様々な形のグループカウンセリングと心理教育的介入を用い始めている。これらの新しい方法は、多様な文化・人種・民族的背景を持つ人々の心理的幸福（ウェルビーイング）を促進するのに、非常に有望という研究結果がある（Daniels, 1995 ; Vargas & Koss-Chioino, 1992）。しかし、こうした介入の有用性にもかかわらず、多くのカウンセラーは伝統的なアプローチに固執し続けている。この状況についてAubrey & Lewis（1988）は、次のように述べている。

多くのカウンセラーは、個人と同じように集団を扱うことに抵抗がなくなってきた。訓練をカウンセリングと協調するものとして捉えるようになった。新しい状況で新しい人々を扱うことを試みるようになってきた。グループを対象とする介入も増えてはいるが、カウンセラーの基本的認識には期待されるほどの変化が起きていない。カウンセラーは今なお、個人の機能への環境の影響を見過ごし、予防介入の効果を信じず、個人の心理

のみに注意を限定する傾向がある（p. 296）。

伝統的な援助パラダイムの狭い範囲を超えるために、コミュニティカウンセリングの枠組は、心理的発達を促進するために様々な働きかけとサービスを用いることを重視する。このモデルは、クライエントの身体的・精神的・文化的・霊的健康と幸福（ウェルビーイング）を促す環境変化の必要を重視する。このモデルはD'Andrea（1988）によれば、「カウンセラーがある種の建築家になるような多面的方法の枠組」をすすめる。彼は続けて、「この意味の建築家としてカウンセラーは、クライエントが心理的・情動的・認知的・道徳的・身体的に最大限に発達することを目指して様々な経験をすることができるよう、意識的に計画を立て構造化する。(p. 30)」と述べている。

倫理的観点でいうと、カウンセラーは、クライエントの文化的伝統、価値観、世界観に特に注意を向け、その独自の背景を強化するような介入計画を立てなくてはならないことが、米国カウンセリング学会とアメリカ心理学会の倫理として規定されている（American Counseling Association, 1995 ; American Psychological Association, 1991）。

(4) 多文化カウンセリングの考察　多様な背景の人々の心理発達を特徴づける文化の相違に十分に対応できないとして、カウンセリングの専門家は厳しく非難されるようになった（D'Andrea & Daniels, 2001 ; Ivey et al., 2002 ; Lee & Richardson, 1991 ; Locke, 1998 ; Pedersen, 1990 ; Sue & Sue, 1999）。この失敗の原因として、多様な文化のクライエントと関わる際に、カウンセラーが自分の価値観、世界観、好みに固執することが挙げられる。20年近く前にWrenn（1985）は、この問題について次のように述べている。このような専門家の押しつけは、カウンセラー自身がカウンセリングの文脈においてクライエントの文化的背景に鈍感で尊重しようとしなかったことに起因する、と。彼はさらにこの抵抗は、カウンセラー自身の「文化的閉じこもり」を表す、と述べた。

アメリカの民族・人種の統計的変化に気づいていながら、多くの精神保健従事者は、カウンセリングの際にクライエントの文化的独自性に取り組もうとはしない。こうした抵抗の悪影響を考えて、多文化カウンセリングの支持者は、

この専門分野にたくさんの理論的実践的変化を起こそうと努力してきた（Atkinson et al., 1998 ; D'Andrea et al., 2001 ; Lee & Richardson, 1991 ; Locke, 1998 ; Sue et al., 1996）。

次の3要因は、25年以上にわたり多文化カウンセリング運動の展開を導いてきた。第一は、アジア系、アフリカ系、ラテン系、先住アメリカ人の4つの代表的なマイノリティの人口が、入国管理の変化と出生率の差によって劇的に増えてきたことである（Atkinson et al., 1998 ; D'Andrea & Daniels, 2001）。2050年までには国民の様々な「マイノリティ（少数派）」グループが多数派を構成するという予想もある（Sue & Sue, 1999）。多くのカウンセラーは、自分と違う文化的背景、価値観、世界観の人々との関わりが増える中で、すでに人口統計上の変化を体験してきている。

第二に、研究者たちは、カウンセラーが文化的に多様な人々に働きかける際に、次第に効果が乏しくなってきていることを指摘している（Atkinson et al., 1998 ; Sue & Sue, 1999）。この低効果の原因を探ったところ、カウンセラーが文化への気づきと知識を欠き、これまで用いてきた技法（スキル）にも欠陥があることがわかってきた（Sue, Arredondo, & McDavis, 1992a）。

第三に、多くの人が従来の個人的精神内への治療援助方式は、多様な文化的背景のクライエントが持つ伝統、価値観、世界観と衝突することを挙げている（Ivey et al., 2002 ; Locke, 1998）。こうしたカウンセリングの低効果と伝統的カウンセリングモデルを用いることによる倫理的問題を克服するために、異文化の人々との関わりに、敏感さ柔軟さを求める多面的で予防的なアプローチを取り入れようとするカウンセラーが増えてきた（Atkinson et al., 1998 ; Lee & Richardson, 1991）。

多文化カウンセリングの展開は多くのカウンセラーに、伝統的なカウンセリングパラダイムを変える必要があることに気づかせてきた。多文化カウンセリングの強い影響力と精神保健実践を変える可能性とを理由に、Pedersen（1990）は、近年、多文化カウンセリングをカウンセリング領域における「第四の波」と呼んだ。アメリカ人口統計の変化と多文化主義への興味の高まりを考慮して、理論家たちは、伝統的な欧米式カウンセリング知識・技法と、多様な背景の人々の固有のニーズと価値観に対応する新しい方略とを橋渡しする、

包括的実践的なモデルが必要であると述べた（D'Andrea et al., 2001 ; Sue et al., 1996）。

コミュニティカウンセリングモデルは、この明白な要請への一つの解答である。このモデルは、従来のカウンセリング諸理論と多文化運動から知識を得た予防的カウンセリング理論とを合わせ、RESPECTFULカウンセリングモデルで略述したような人間の多様性・諸要因に向けて、実践的発展的な枠組へとまとめ上げていくものである。

(5) 予防の強調　これまで述べたように、カウンセラーは、クライエントへの個人カウンセリングサービスに莫大な時間をかけるのが普通であった。こうした一対一のカウンセリングだけでは、問題が起こる前に人々に手を差し伸べることはできない。そのように狭い視野では人的資源を無駄にし、援助を求める人々の増加には追いつけない。

多様な文化のクライエントによる精神保健サービスへのニーズの高まりがある。今やカウンセラーは、援助を求める人々が心理的負担によって衰弱する前に援助が届くような、新しい方法を考えるべきである。コミュニティカウンセリング理論は、予防カウンセリング技法をその枠組に不可欠なものとして取り入れることによって、この問題に取り組みつつある。

予防カウンセリングは、一定の人々の特定の問題による負担軽減に努める。精神保健の専門家は公衆衛生の分野から、一次予防、二次予防、三次予防を区分する用語を取り入れてきた。一次予防は、特に問題を持たない人々に関して情動的な問題の発生を防ぎ、その精神的健康向上に焦点をあてる。早い段階で問題を見定めてその人々に限って対処するのが二次予防である。障害による長期的な影響の減少に努めるのが三次予防である。つまり一次予防は、環境のストレスを減少させ人々の能力と生活スキルを養う活動である（Romano & Hage, 2000）。

一次予防は、コミュニティカウンセリングモデルの中心となる多次元的な構成概念である。Conyne（1994）は、一次予防を定義して、このモデルと密接に関連する 10 の性質を挙げている。

①一次予防カウンセリングの取り組みは、「事前」に行われる。つまり予防カウンセリングは心理的機能不全、病気、問題が起きる前の事前の対策である。

②一次予防は、健康な人々またはリスクの可能性がある人々に焦点をあてる。心理的な危機に将来陥りやすそうな人の例は、人種的文化的差別に苦しむ人、離婚家庭やアルコール中毒者の子ども、貧しく育った人、失業者の家族、HIV患者、最愛の人を最近亡くした人、などである。

③予防カウンセリングは、こうした特定の人々に新しい機能不全が起こるのを防ぐ、または減ずるために行われる。

④予防カウンセリングは集団指向であり、集団を単位とする。一人に対しても予防サービスは行い得る。しかし、グループ、近隣、学校、危機（リスク）の大きい母集団など多くの人に用いることが意図されている。

⑤一次予防の取り組みは、危機要因を減らすと同時に防護的要因の増大にも努める。危機要因には、崩壊的な家族のダイナミクス、情緒的問題、低い自尊心、学校関連諸問題、失業、貧困、個人間の問題、社会的スキルの発達の遅れなどが含まれる（Coie et al., 1993）。

⑥予防カウンセリングは、家族、学校、職場、ビジネス、コミュニティなどの個々の場面だけでなく、それらが、相互に影響し合う複雑な文脈で用いられるので、生態学的で体系的である。

⑦一次予防は、文化に感受性と妥当性を持つものである。大きな集団の人々とその自然な状況で接する場合、カウンセラーはその母集団の文化規範、信念、慣習などを尊重する必要がある。

⑧予防カウンセリングは社会正義に関心を持ち、これまでかえりみられなかった人々をも対象とする。多様な文化、人種、民族集団とコミュニティの人々が参加する包括的なプロセスである。問題の悪化を避けるとともに、人々の心理的機能を全般的に高めるように計画された方略を開発できるようにする。

⑨一次予防は協働的で教育的である。このモデルとプログラムへの洞察は、臨床経験から得た知恵に基づいていることもある。しかし、介入の基本的なやり方は教育的であって治療やリハビリテーションではない。

⑩予防カウンセリングはエンパワーメントである。教育と協働は、文化に敏感で敬意を払うやり方によって、個々人の人間的力と心理的資源を育て、活動に参加できる真の機会を与えるから、エンパワーメントを促進する。

予防カウンセリングは、個人に能力形成の経験の機会を与える直接サービスを含む。予防を目指すカウンセリングは間接サービスの提供にも特徴がある。それは、人々の生活に影響を与える社会環境の変化に焦点をあてる。

どちらのやり方にせよ、プログラムが特別に問題を持たず機能不全でない人へのサービスを目指すなら、治療というより予防と呼ばれる。コミュニティカウンセリングモデルは、カウンセラーの活動状況とは関係なく、対象となる人々のニーズに沿って直接・間接両方のサービスを兼ね備えることを重視する。

人間サービス計画の視点からいえば、問題の予防が援助者資源の合理的再配分であることは明らかである。そのためコミュニティカウンセリングの枠組は、目標を目の前の危機状況に置くのでなく、実践者とコミュニティメンバーが目的を決めて一緒に働き、それに必要な資源を見分けることをすすめるのである。

(6) 様々な状況への応用可能性　個人やグループに心理、社会、教育、職業に関するサービスを提供する人は、皆コミュニティに責任を持っている。このことは、カウンセラーがあるコミュニティの精神保健センターで仕事をしていて、クライエントも地理的に特定できる地域に住んでおり、センターが当地域固有の問題を見てとって取り組むような場合は、分かりやすい。しかしコミュニティがはっきり限定されていないところでは、この責任はあまり明らかでない。例えば、生徒とその環境（家族、友人、近隣、学級など）の相互作用に影響を与えようと努力している学校カウンセラーは、実はもうすでに「コミュニティカウンセラー」なのである。どんなカウンセラーや援助の専門家でも、次のことを行えばコミュニティカウンセリングモデルが有効と分かるだろう。

①個々のクライエントと環境とのダイナミックな相互作用を理解する。

②クライエントが環境から影響を受け続けていることを認める。
③個人と環境の変化を促す方法を計画し実行することによって、クライエントとコミュニティのエンパワーメントに努める。
④文化的に適切な介入を行う。

4　コミュニティカウンセラーの役割

コミュニティカウンセリングモデルは、実践家がクライエントへのサービスを計画し提供する新しい方法を開発することを求める。カウンセラーは、これまで援助の専門家が伝統的な訓練を受けて十分やりこなしてきたことを、超える役割を担わなければならない。しかも、この新しいモデルは、援助過程についての考え方を広げるものである。そのため第2章以降に述べる枠組は、カウンセリングの伝統的なやり方をぶち壊すのではなくそれを発展・拡張するものとして考えてほしい。このモデルは包括的である。コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、個人と環境の両方に注意を向け、クライエントの幸福を増すサービスを行う。

4－1　個人と環境

社会的環境が発達を促したり妨げたりしてすべての人に影響を与えることは、多くのカウンセラーがすでに認める比較的単純な事柄である。しかし、意見の一致にもかかわらずカウンセラーや援助専門家は今なお、クライエント個人の変化を促そうとするだけで、その環境に働きかけるために時間とエネルギーを費やそうとはしない。

コミュニティカウンセリングモデルは、クライエントに用いる方略とサービスを変えることによって、実践者が援助の専門家として視野を広げることをすすめる。伝統的なカウンセリングでは、クライエントが自らの行動を振り返り、行動に責任を持ち、変えやすいところは自分で変えるように援助してきた。コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、さらに進んで、環境をクライエントが適応すべき静止した現実として見るのではなく、クライエントと同様に変化させ得る力動的な構造と見て活動する。

こうした関係の中でカウンセラーとクライエントは、共に次の問いを探求する。

(1) クライエントは個人の変化によって、どの程度問題を解決できるか？
(2) クライエントの成長を助けるのは、どのような環境的資源か？
(3) 問題の解決はどの程度、個人よりも環境の変化に依存するか？
(4) カウンセラー、クライエント、もしくは両者は、どのようにして環境に必要な変化を起こせるか？

カウンセラーはまた、アフリカ系アメリカ人が直面する問題は何かというような、あるコミュニティのメンバー全体の観点からこれらの問いを考える。実践の中でカウンセラーは、ほかのクライエントや将来クライエントになりそうな人々にも影響するだろう要因を発見できる。多くのクライエントが共通の環境条件によって悪化したと分かる場合は、問題の要因に気づきやすい。より困難だが重要なことは、問題が起こる前に問題要因の潜在に気づき、被害者が出る前に行動を取ることができるよう、学校やほかのコミュニティ内で進行する事態に備えることである。

こうして環境の望ましい変化によって精神的健康の問題を予防することは、カウンセラーの活動の鍵といえる重要部分である。そのために実践者は、家族、学校、近所、コミュニティセンター、職場などクライエントの心理的発達と幸福に影響するコミュニティ諸面と親密な関係を築き、有用な存在とならなければならない。

クライエントの属するコミュニティに参加することは、多様な集団と背景を持つ人々と関わる場合、特に重要である。それによってカウンセラーは、次のことがしやすくなる。

(1) クライエントの文化・人種・民族的経験の理解。
(2) 問題の原因となっている環境要因と状況の観察。
(3) クライエント独自の強さと援助についての深い識別評価。

カウンセラーは、環境の重要性を認識した上で、コミュニティに望ましい変化を起こす計画を立てなければならない。この役割の実現のために、実践者はクライエントと共にする多面的な働きかけ方を開発し、実行しなければならない。

4－2　多文化社会における多面的な働きかけ

カウンセリングの実践で多面的な働きかけをすることは、実践者に否定的な環境要因と取り組んで健康を促進する条件を作り出す新しい技法（スキル）の開発を要求する。さらにいえば、カウンセリングのこのやり方は、実践者に大きな集団を個人同様に扱わせ、カウンセラーであるとともに教育者にもなるよう要求し、個人と環境の影響とを同時に扱うことを求める。しかし、慣れ親しんだ伝統的な方法を手放すことは容易ではないこともある。Lewis, Lewis & Souflee（1991）は次のように指摘している。

> 人間サービスの提供者には、その究極の目的よりもサービスの性質に注意をとらわれる傾向がある。コミュニティのニーズや機関の使命が変化してサービスを変えるべきときが過ぎた後でも、慣れ親しんだ方法が用いられてしまうことも少くない（p. 21）。

本書にあるコミュニティカウンセリング理論を用いるカウンセラーは、様々な資源、技術、役割が必要なことを知っている。クライエントの多様なニーズに応えるために、実践者はこれまでの伝統的な訓練の範囲を越えた領域の専門性を高めなければならない。実践にコミュニティカウンセリングモデルを用いる者は、常に学ぶ姿勢でいることが求められる。コンサルテーション、権利擁護（アドボカシー）、コミュニティ組織化、支援システム、治療法などに新しい能力を開発する必要があるからである。

Atkinsonら（1998）によれば、これらの技法は以前から提唱され、ある程度実践されており、特に新しいわけではないという。これまで多くのカウンセラーが取っていた役割から大きく外れた技法というより、「新しいボトルに入った年代物ワイン」（Pine, 1972, p. 35）と見る方が適切だろう。

しかし、人間サービス専門家に未だ広く受け入れられていないという意味では、これらは新しいといえる。クライエントアドボケート、コンサルタント、コミュニティの組織者、土着の援助システムと癒しの方法の促進者（ファシリテーター）の役割も受け入れる。それによって、カウンセラーは伝統的なカウンセリングパラダイムに固執するほとんどの実践者よりも、積極的にクライエントの生活経験に関わっていけるようになる。コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーはまた、治療の問題よりも予防に時間とエネルギーを向ける点で、ほかの援助専門家と異なっている。

4－3　予防の促進

コミュニティカウンセリングが健康促進と問題の予防を強調するのは、問題とその解決法に新しい観点を常に求めるからである。実践にあたりこのモデルを用いるカウンセラーは、問題それ自体よりもクライエントの環境がその問題をどう起こしているかに注目する。

カウンセリングの伝統的なやり方は、機能障害を個人に属するものとして扱う。しかし、コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、問題の渦中にいる個人に寄り添いつつも、この枠組の予防的視点に立って、より大きなシステムの中で機能障害を考える。予防とは、個人の診断よりもコミュニティにもたらす変化を重視するものなのだ。

予防を強調することで、コミュニティカウンセリングはさらに活発になる。次の課題、次の問題、次の危機が現れるのを受動的に待つのではなく、援助できる状況を模索し続け、クライエントとコミュニティのニーズに合う新しいプログラムを計画し実行する。予防の強調はまた、マイノリティ集団に働きかける際に、コミュニティカウンセリングモデルの枠組を伝統的なカウンセリングパラダイムよりもはるかに有用で適切なものにする。マイノリティ集団は、次のように定義できる。

> 身体的文化的な特徴のために社会のほかの人々からはじき出され、差別的で不公平な扱いを受け、自分でも皆に差別されていると思う人々の集団である。……マイノリティ集団の地位は、社会生活への全面的参加から排

除される（Wirth, 1945 をPonterotto & Pedersen, 1993, p. 7 で引用）。

人種・民族的マイノリティ集団は、ヨーロッパ系アメリカ人と同じように多くの精神保健上の問題を経験する。しかし、研究者たちは、彼らが伝統的なカウンセリングサービスを避ける傾向があると報告している（Atkinson et al., 1998 ; Cheung & Snowden, 1990 ; Sue, 1988）。自分や家族の面子を守るという独特の文化的価値観は、初対面の人（この場合は専門的カウンセラー）と個人的で微妙な問題について話すことに対するマイノリティ集団の人々の抵抗の一因となる（Esquivel & Keitel, 1990 ; Sue & Sue, 1999）。

しかも、マイノリティ集団のクライエントの多くが経験する問題は、外的な環境によって発生することが多い。彼らが生活の中で経験する精神保健上の問題と関わる環境ストレス因は膨大である。その中には偏見、貧困、差別があり、人種、性、老人、弱者、同性愛などへの差別も数多い。こうした構造的なストレス因が存在し続け、しかもマイノリティ集団の人々の多くが伝統的カウンセリングサービスには気が進まないという状況がある。コミュニティカウンセリングモデルの予防的な特質は、21 世紀において多様なクライエント集団を援助する、文化的に敏感で人道的なやり方といえる（Vera, 2000）。

5　モデルの概念からモデルの計画へ

コミュニティカウンセリングの枠組の根底にある考え方とカウンセラーの役割とを検証しようとするなら、具体的な言葉でモデルを定義しなければならない。我々はコミュニティカウンセリング理論を、コミュニティの人々がより効果的に生活することを援助し、サービスを用いる人々が度々直面する諸問題を予防するための、直接・間接の両サービスを結び合わせた多次元的な取り組み、と定義する。

この理論を実践の中で用いるカウンセラーは、創造的で柔軟であると同時に、行動上のガイドラインを無視することはできない。援助のための包括的なコミュニティカウンセリングアプローチを構成する諸活動は、いくつかのカテゴリーに分類できる。

第一に、この章ですでに述べた通り、我々は、直接サービスと間接サービス

を区別する。直接サービスは、コミュニティの人々がより有効に自立して生活できる新しい技能（スキル）と知識を学ぶ機会を持てるようにすることである。間接サービスは、人々の幸福に影響を与える状況に焦点をあてる。間接サービスを用いるとき、カウンセラーは状況に介入して人の成長に適した環境変化を起こそうとする。こうして直接サービスとプログラムは特定の人々を対象にしており、間接的な介入は環境に目を向ける。

第二に、我々はコミュニティサービスとクライエントサービスを区別する。コミュニティサービスは当のコミュニティの全員が利用できるよう、特に問題を持っていない多数の人々を援助する。逆にクライエントサービスはより集中的で、直接具体的な援助を要する人々を対象とする。

これらのカテゴリーを組み合わせると、コミュニティカウンセリングの取り組みは4つの側面を持つことが分かる。

(1) 直接的コミュニティサービス（予防教育）：住民全体が直接経験でき利用できるコミュニティ規模の教育プログラム。
(2) 直接的クライエントサービス（アウトリーチとカウンセリング）：クライエントや精神保健上の問題を生じそうな潜在的クライエントに直接援助を提供するプログラム。
(3) 間接的コミュニティサービス（システムの変化の促進と公共政策への働きかけ）：社会的環境を住民全体のニーズと合うようにしていく努力。
(4) 間接的クライエントサービス（権利擁護とコンサルテーション）：各人

表1．1　コミュニティカウンセリングの4側面とそのサービス様式

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	予防教育	カウンセリング 社会的に弱い立場にあるクライエントへのアウトリーチ
間接的	公共政策への働きかけ	クライエントの権利擁護（アドボカシー） コンサルテーション

のニーズを満たすために特定の個人やグループの環境に介入するプログラム。

包括的なコミュニティカウンセリングプログラムの各側面は、表1.1にある通り、それぞれのサービスの様式に関連する。真に包括的なプログラムを提供するには、カウンセラーは表にある4つのサービスすべてを提供しなければならない。

5－1　直接的コミュニティサービス：予防教育

直接的コミュニティサービスを提供するカウンセラーは、住民全体を対象に教育と訓練をする。このような介入では、専門の援助者があまり必要でなくなるように、心理学的知識やスキルの共有を目的とする。コミュニティの皆がこうした活動に参加して、生活の中で出合いがちな諸問題をうまく扱える新しい知識とスキルを学べることが理想である。

自発教育プログラムは、個人とグループがより効果的に生活し諸問題に有効に対応できるようになるための、気づきとスキルを高める機会を提供する。価値観を明確にするセミナーからアサーティブネストレーニング（自己主張訓練）へ、意思決定と生涯計画のコースから多文化理解ワークショップへ、成人対象のリラクゼーション訓練から青少年対象の偏見防止活動へ、など全領域に及んでいる。

可能性は無限である。これら多様なプログラムのために、カウンセラーは技法、概念、コースの大筋を開発してきた。実践者の仕事はむしろ単純で、幅広い人々と共に、これらのプログラム、技法、概念を実行することである。こうした予防教育プログラムによって、カウンセラーは人々の有能感経験を助け、効果的と感じるように援助することができるし、効果的な生活スキルが様々な問題の予防に役立つことを知ることができる。

5－2　直接的クライエントサービス：社会的弱者へのアウトリーチとカウンセリング

コミュニティカウンセリングの原理と価値観が援助過程に新しい知見をもた

らすとはいえ、カウンセリング自体はコミュニティカウンセラーの技法（スキル）のレパートリーの一つとして、やはり重要である（第4章参照）。その理由は簡単で、すべての問題を予防することはできないからである。しかし、特定の個人が機能不全になりやすい状況を見極めることによって、カウンセラーは適切な時期に、この社会的弱者に手を差し伸べることができる。つまり、問題が起こる前に介入できるのである。

一定の不適応行動と直結する前提条件を突き止める代わりに、研究者たちは当人の不適応行動のきっかけとなる生活中のストレス的出来事に注目し始めた。過去20年にわたり不適応を起こす集団から起こす状況・出来事へと、注意を移してきたのである（Price, Badger, & Keterer, 1980 ; Romano & Hage, 2000）。

ストレス状況は様々な身体的・心理的・社会的機能障害を発生させる。しかし、ストレス反応それ自体は一時的なものであり得る。Dohrenwend（1978）が20年以上前に指摘した通り、「即時的で一時的なストレス反応の後に何が続くかは、その反応が起こる文脈を決定している状況的・心理的要因による」（p. 4）。

人が強いストレスに抵抗できるか否かは、少なくとも一部、その人の幸福を守る緩衝材として働く要因の働きによる。そのような緩衝要因には次のようなものがある。社会的サポートシステム（Conyne, 2000 ; McCarthy & Mejia, 2001）、生活の出来事への統制感（Bandura, 1989 ; Vera, 2000）、認知的な問題解決技法（Baker, 2001 ; Wilson & Owens, 2001）などである。さらに人は、Kobasa（1979）が20年以上前に述べた心理的強さ（ハーディネス）を身につけることができる。心理的ハーディネスとは、当人がストレス状況に抵抗する強さのことである。

困難な状況に直面している人は、日々の生活の中で新しく実際的な問題解決方法を身につける必要がある。また、他者との親密な関わり、つまり支援し励ましてくれる人とのつながりを必要とする。

コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、このように助けを必要としながらも、現行の精神保健システムに乗れないか乗りたがらない人々に手をさしのべることによって、彼らのニーズに直接応じようとする。支

援を要する学校とコミュニティに働きかけることによって、様々なキャリア、家族、学業、そして個人のカウンセリングサービスを、リスク状態にある個人と社会的に弱い立場にある集団の人々に提供することができる。

5－3　間接的コミュニティサービス：システム変化と公共政策

個人への援助に加えて、コミュニティカウンセリング理論を用いる精神保健実践者は、恒常的意図的に環境に介入しようとする。これは環境諸条件が、学生、勤労者などコミュニティメンバー全員の心理的成長と幸福と自信を促すどころか制約している場合に、特に重要である。

環境条件が悪ければ誰でも苦しいだろうが、集団の中にはほかの人よりもそうした外からの力に弱い者がいる。研究者らによれば、女性（Worell & Remer, 1992）、子どもと青年（McWhirter, 1994）、有色の人々（Sue & Sue, 1999）、貧しい人々（Kozol, 1991）、老人（Waters & Goodman, 1990）、ゲイとレズビアン（Dworkin & Gutierrez, 1992）、身体障害者（Miller, 1992）といった人たちは、心身の健康に有害な影響を受けることが、ほかの人々より多い。

カウンセラーが、コミュニティの全メンバー、特に社会的弱者のニーズに応えようとするとき、環境の変化を図る必要が明らかになる。そうした活動は、貧困・人種・性・老人・障害者・同性愛者などの差別による被害者、政治的・経済的・社会的システムによって汚名を着せられ（スティグマ化され）無力感に陥った人々、無責任な政治体制と孤立を助長する社会規範の被害者たちに、カウンセラーを直面させる。これらの現実を前に、カウンセラーは、クライエントの心理的幸福を損ない過酷有害な状況の被害者を非難する社会システムを変えざるを得ない。

カウンセラーがコミュニティ活動に参加する重要な動機は、公共政策に働きかけて社会システムを変えたいということである。弱者が体験する重大な心身の健康問題の増加を防ぐ方法がほかに無いことが多いので、この積極性は重要である。

カウンセラーの多くは、クライエントに深く影響するこうしたシステムに積極的に挑んでいくことについて、訓練を受けたことも奨励されたこともなく、したがって努力もしていない。精神的健康を悪化させるストレスの多くは環境

から生じているので、これは困ったことである。

> 精神状態の多くは客観テストでは測定できないし、器質的な病気とも見られない。むしろ疫学的な研究が、精神病理学的諸症状と次の項目の一つ以上との間に明らかな相関を見出している。(a)幼児期・児童期に経験した情緒的ダメージ、(b)貧困と生活没落経験、(c)無力感と低い自尊心（自己評価）、(d)孤独、社会的孤立、社会的周辺感（Albee, 1986, p. 891）。

クライエントの幸福に及ぼす環境の影響力を考えると、カウンセラーは教育・産業・社会・政治的諸システムに関わらざるを得ない。カウンセラーは、クライエントに共通な問題について一般の認識を高め、政策立案者の支持を取りつけ、積極的なコミュニティ活動を促すことでこれを実行する。

教育責任者、経営者、政策立案者たちと直接に協働することで、コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、人間の発達と心理的な幸福に関するプログラムの開発と実行への助力を確かに得ることができる。伝統的カウンセリングがクライエントの状況認識を変化させることに重点を置くのと違って、コミュニティカウンセリングモデルはシステムの積極的変化を促し、政策に影響を与えることによって、心身の健康問題を予防し減らすことの重要性を強調する。

5－4　間接的クライエントサービス：アドボカシー（権利擁護）とコンサルテーション（相談・助言）

環境の影響は、カウンセラーが特別なニーズを持つ個人とグループに働きかけるときに、特に明確になる。こうしたニーズを満たすためには、カウンセラーは擁護者（アドボケイト）となってクライエントを弁護し、その環境に積極的に介入しなければならない。アドボカシーは、自らの力を増すことが利益となるような集団をみつけることから始まる。例えば社会は、民族、人種、身体、性、などの特徴が違うという理由で、ある人々の価値をおとしめる。社会的に蔑まれた母集団についてLocke（1998）によれば、彼らは自らの人間としての価値が他人によって低められている。したがって、コミュニティの主流の

人々から孤立化させられスティグマ化されている。

コミュニティカウンセリングモデルは、McWhirter（1994）が提唱する「社会的弱者へのエンパワーメント」（p. 4）の状況を作り出すことに努める。このモデルを用いるカウンセラーは、クライエントが自身を援助し、独立心と自己効力感を高めてコミュニティ資源を活用できるように励ます。

コミュニティ資源活用のために、カウンセラーは個々のニーズを満たす援助ネットワークについて情報を伝えなければならない。援助ネットワークには、人間サービス機関や成人教育講座、職業訓練と就職斡旋センター、年配者援助プログラムやAFDC（要保護児の家族支援）、WIC（女性・乳児・子どものためのプログラム）や食券配布サービスなどがある。

そうしたサービスを紹介（リファー）するだけでなく、カウンセラーは、積極的にクライエント擁護に取り組まなくてはならない。社会的弱者は、役所式で柔軟さのないシステムと個人の否定的な態度に直面することが多く、心身の健康な成長という権利が侵害される。基本的人権がこうした形で侵害されたとき、援助専門家はクライエントの擁護者（アドボケイト）として活動する必要がある。

例えば、10代で妊娠した女性が公立学校から閉め出されたとしよう。伝統的なカウンセラーは、彼女が個人の家庭教師をみつけたり、学歴があまり要らない職場を探すことを援助する。対照的にコミュニティカウンセリングモデルによれば、カウンセラーは彼女を追放した学校の方針に立ち向かうべきであるとする。こうした行動によってカウンセラーは、当事者だけでなく将来同じような障害にぶつかるであろう多くの人たちの権利擁護をもするのである。クライエントの擁護が、当事者だけでなく、より広い範囲を変え得る状況はたくさんある。後の章では、間接的な擁護サービスのほかの例を紹介する。

コミュニティカウンセリングモデルの4要素である直接的クライエント、直接的コミュニティ、間接的クライエント、間接的コミュニティの各サービスは、包括的な援助枠組の中で各要素が補完し合い相互依存している。このモデルを使うことに関心を持つカウンセラーは、クライエントの健康な発達を促すために、これらの構成要素をうまく統合する必要がある。

5－5　統合アプローチ

コミュニティカウンセリングの4要素を組み合わせて、統合した枠組にすることによって、カウンセラーは多数のクライエントに多大な影響を与え得る介入方略を理論的にまとめることができる。コミュニティカウンセリングモデルを用いる際に、カウンセラーは、個人の援助をするか社会変革の担い手として活動するかを選ぶ必要はない。その代わりに、生態学的視点を導入することが求められる。生態学的視点は、システムと個人の変容とをつなぐ。人と環境とが目に見える形または見えない形で相互作用していると見る。こうして、理解、成長、変容は生態学的相互作用の中にあり、またそこから生ずるのである（Conyne, 2000；Neville & Mobley, 2001）。

個人の発達を促し生態学的変化に影響する諸スキルはそれぞれ補完し合う。カウンセラーは、一人で多面的プログラムを実行することはできない。しかし、クライエントと環境の相互作用が連続する複雑なものであることを知って、ほかの人々と共に複合的なプログラムを開発して、適切な一連のサービスを目指す必要がある。

多面的な予防サービスというアイデアは、伝統的サービスをして来た人々には理想主義の印象を与えるだろう。しかし実は、ますます多くの学校、人間サービス機関、職場が、コミュニティカウンセリングモデルのプログラムを試みるようになっている。イリノイ州のパークフォレスト地域にある「マーサおばさんの青年サービスセンター」とテネシー州ナッシュビル市の「私の未来」プログラムは、どのようにコミュニティカウンセリングモデルが使われているかの実例である。

6　コミュニティカウンセリングモデルの実例

6－1　マーサおばさんの青年サービスセンター

「マーサおばさんの青年サービスセンター」は、イリノイ州のパークフォレストのコミュニティに住む子どもとティーンエイジャーのニーズに応え権利を守るため、1972年に設立された。現在、センターは、シカゴ近隣地域とイリノイ州周辺部の若者とその家族のための幅広いプログラムを提供する、若者の

ためのダイナミックなサービスセンターとして繁栄している。この人間サービス機関は、若者がコミュニティの積極的なメンバーとして参加し貢献できる、革新的なプログラムを作り出してきた。コミュニティは、センターを創り育てる重要な任務を持ち、若者と成人の両方がそれを担ってきた。

マーサおばさんの名は、利用者が近い親戚の家にいるように感じる温かさと心遣いを示している。まさにそれはコミュニティが、若者にここでみつけてほしいと望むものである。創立以来このセンターは、単一のカウンセリングセンターから、80以上のプログラムを持ち600人もの専門スタッフと500人以上の地域ボランティアを抱え、広範な地域に人間的ケアサービスを提供する高度に構成された機関へと成長した。このセンターは、地方と郊外の両方に住む幅広い人種・民族、経済的背景を持つ人々にサービスする。サービスの対象地域には、多くの都会的特質を持つ産業地域も入っている。2000年だけで、センターは12,286人もの若者とその家族を援助し、1972年以来9万人以上もの若者とその家族がセンターの提供する様々なサービスを受けてきた（Aunt Martha's Fact Sheet, 2001）。

この成功している機関の基本理念は、人々のコミュニティへの参加を強力に擁護することである。特に若者がプログラム立案と実行に参加することを特徴としている。コミュニティに住むすべての若者がサービスを受けることができるように、あらゆる努力がなされている。こうした莫大なサービス提供は、コミュニティボランティアに支えられてきた。この原則がセンタープログラムの成長をもたらした。青年と成人の両ボランティアはまさにセンターサービスシステムの心臓部である。このセンターは、コミュニティの、特に若者に援助を受けたり与えたりできるようにすると共に、アドボカシー（権利擁護）を自分たちのためにできる機会を与えている。

コミュニティと若者の参加は、この両ニーズに応えるプログラムづくりを確かなものにする。ボランティアは機関活動の全レベルで関与しており、サービスの提供、プログラム立案、方針づくりなどにあたる。ほとんどのスタッフは、このコミュニティに長い間住んでおり、ボランティア経験者が多い。ボランティアの教育とスーパービジョン（指導監督）は、センターのプログラムの重要な側面である。プログラムは7つのカテゴリーに分類できる。

(1) カウンセリング：伝統的な個人と家族のカウンセリング、初期の対応と危機介入、薬物乱用の治療、少年少女矯正。
(2) 教育：早期幼児教育、生活スキル訓練、学業と雇用のための訓練プログラム。
(3) 家族ケア：親族のケア、家族の再統合、家族の特定ニーズに応えるケア、養子縁組。
(4) 健康：子ども、10代、成人男女を対象とした生殖、出生前、小児科的、一次的なケア。
(5) 管理サービス：虐待、育児放棄、捨て子など、保護を必要とする子どもたちへの継続するケア。
(6) 予防とコミュニティ活動：コミュニティサービス、子どもの虐待・育児放棄防止サービス、10代の親のためのプログラム、若者対象のリーダーシップ訓練、自助グループと支援グループ。
(7) 居住施設：コミュニティのグループホーム、児童保護施設、緊急避難所（シェルター）、自立生活（IL）プログラム、療養ホーム。

マーサおばさんの青年サービスセンターの機関としてまたコミュニティとしての若者との関わり方は、コミュニティにおける若者の問題の大半が、疎外感と社会的に意味のある役割を持ち得ていないと思うことから生じている、という考え方に基づいている。そのため、センターの包括的な働きかけは、問題を抱えている者を支援するだけではない。若者が達成感、効力感、所属、可能性—どれも健康で生産的な成人としてコミュニティメンバーになっていけるために必要なもの—を経験できる媒介となることを目指している（Aunt Martha's Fact Sheet, 2001）。

多様な集団と背景から来た人々の精神的健康と幸福を促すために、このセンターが行っている包括的なやり方は、心理的幸福（ウェルネス）を育む非常に有能な方法であることが明らかになっている。こうしてセンターは、広大なシカゴ地域の多くの人々から支持を得てきた。この支持が明らかになったのは、1986年に、センターの理事会がプログラムへの資金提供の大幅な削減の危機に直面したときだった。予算削減の通告から数日のうちにセンターへの公的支

援が減らされ、理事会は対策を立てねばならなくなった。このときコミュニティで起こった象徴的な反応は、地元の15人の聖職者による陳情書への署名であった。その文面は次のようである。

> ここに署名した我々パークフォレストの聖職者は、当地域においてセンターの必要性が日増しに高まっていくのを強く認識しています。それゆえ私たちは、若者支援機関の資金を減らそうとする予算案が近く提出されることを非常に危惧しています。私たちは、予算の割り当てを減らさないよう強く求めます。センターの3年後のために、町の財政保管人に代わって。(町の牧師による「マーサおばさん」資金についての陳情書、1986)。

マーサおばさんの青年サービスセンター地域の幅広い個人、グループ、組織が、この陳情書と同様の意見を表明した。その結果、この時期にたくさんの機関が継続的な予算削減に苦しんでいたにもかかわらず、センターは30年にわたって存続発展し、強力なコミュニティ支援を続けることができた。その理由は、この機関がコミュニティと密接につながっていたこと、若い人々に常に門戸を開いて迎え入れる姿勢でいたこと、クライエントの真のニーズに責任を持って応えていたこと、そしてサービスが包括的であることなどから来ている。要するに、この機関がコミュニティカウンセリングの概念を様々な実践に生かしているからである。21世紀の始まった現在でも、センターは健全でかつ効果的に機能している。

このセンターは、こうしてコミュニティカウンセリングモデルがどのように効果的に実践できるかを例示している。この機関は、コミュニティカウンセリングプログラムのサービスのあり方を示している。その構成部分は、(a)予防教育の実践、(b)社会的弱者集団へのカウンセリングや働きかけ、(c)公共政策への提言、(d)クライエントのアドボカシーとコンサルテーション、の4つである。

(a) 予防教育（直接的コミュニティサービス） マーサおばさんの青年サービスセンターは、若い人々が直面しがちな問題を予防するプログラムを、伝統的に実施してきた。これらのプログラムは、すべて若者の能力を高め、彼らが問

題を明確化し計画を立て実行することを支援するものである。

例えば「プロジェクト・リッスン（Listen)」（傾聴プログラム）は、10代の人たちが重要と思う事柄について演劇的に表現し、それについて皆で語り合う場を提供する。例えば「変化」という10代が書いた脚本は、性に関する決定を扱ったものである。避妊、10代の妊娠、同性愛、また自分の行動に責任を取ることについて、などがテーマである。「異なる人、異なる時間」の脚本は著者の参加に焦点をあて、その才能と可能性にコミュニティの認識が増すように書かれている。「それを欲しいのは誰」の脚本は、即興劇のシリーズである。アルコールと薬物についての討論に観客を導くようにデザインされている。「プロジェクト・リッスン（Listen)」の作品群は、情報の提供と同時に、若者同士、親と子の間での気軽な話し合いを促している。

こうした活動は、問題を抱えているためにこのセンターに来る若者だけでなく、参加自体を楽しむことが目的の若者の参加を増やしている。機関は幅広い人々にとって魅力あるものになっている。参加者がセンターによる集中的な精神保健プログラムに助けを求めたくなったときにも、スティグマを感じないで済む。

(b) カウンセリングとアウトリーチ（直接的クライエントサービス）　コミュニティのボランティアをカウンセラーとして訓練することによって、マーサおばさんの青年サービスセンターは大きく開かれたカウンセリングサービスを提供している。それは普通のカウンセリングに加え、立ち寄りカウンセリング、薬物乱用の治療、24時間体制の危機介入などである。

このセンターが特定のクライエントグループのニーズに合わせて設計したプログラムに、「職業指向」と「成長経験」プログラム（EDGE）がある。それは経済的に恵まれない若者のための職業訓練プログラムである。ほかに「トラック・ストップ計画」というプログラムは、州を越えた家出人のためのアウトリーチプログラムである。「自立への移行」プログラムは、ホームレスの若者に宿泊施設を提供する。

(c) 公共政策への提言（間接的コミュニティサービス）　革新的な直接サービ

ス提供のほかに、センターはほかの同種の組織と連携して、若者の参加の機会を増やし、若者がコミュニティに関与する権利を持つことを明示してきた。「学生の市民権・権利と責任のためのセンター（CSCRR)」は、若者のリーダーシップを育て、地域参加を促し、権利を擁護するセンターのプログラムである。その活動内容は次の通りである。

- 若者の抱える問題について意識を高めるように書かれた本の出版。
- アドボカシー（権利擁護）プログラムに関心が高まるようにニュースレターを発行。
- 停学処分に対する代案を含む教育関連問題のセミナー。
- 若者自身が選んだ問題を扱う教育フォーラム。
- 学校を拠点にした勉強会の開催：生徒の権利と責任、生徒の在籍方針、各種教育委員会への生徒の参加、非行行為などを扱う。
- 交渉、紛争・対立解決法、公の場でのスピーチなどのスキル訓練プログラム。
- 法的委員会の設置：若者に関わる諸問題を整理し、10代の若者がどのように法的に関わればよいのか学ぶのを助ける（委員会メンバーによる、若者が立法議会に提出する文書の作成、法廷での証言、国会議員との面会、法案の作成を行う)。

このセンターはまた、高校中退について調査し、中退者を防ぎ個人的問題に悩む若者の求めにも応じ、報告書と勧告の形にした。学校の方針と実践に関する別の取り組みとして、教育改善に関わる法律制定を検討するために、学生とその親のチームを育成した。

(d) クライエントのアドボカシー（権利擁護）とコンサルテーション（間接的クライエントサービス） 学校の方針は、このセンターの利用者である若者の多くに影響を与える。しかし、少数であるが、より特殊で積極的な形でアドボカシーサービスを必要とする利用者もいる。そうした擁護サービスは個人的に行われる。例えばボランティアの弁護士が無料で初期的法律相談にのることもある。

このセンターとほかの若者サービス機関は、特別なニーズを持つ若者を公平に扱い、支援の質と妥当性を守るために、共同して働くことが多い。こうして、センターのスタッフやボランティアは、「アメリカ若者ワークセンター」「若者ネットワーク協議会」「イリノイ州若者協議会」「子どもを守る基金青年協議会」などいくつもの他機関と共同で仕事をし、積極的な役割を担う。センターの所長は、「若者の雇用を促進するイリノイ州知事特別委員会」などのたくさんの権利擁護関連の委員会と機関でも、責任ある地位を持ち中心となっている。

問題があると認識すると、センターのスタッフはその解決に適した組織の人々と共に活動する。若者に影響を与える他機関・組織と積極的に合議する。例えば、センターの担当地域で、家族と和解できずに困っている若者がいた場合、これまでは法廷でしか援助を得られなかった。今ではコミュニティの精神保健プログラムに紹介される。このことは、センターがサービス提供者であるだけでなく、権利を奪われた若者の権利擁護者であり、またコミュニティのコ

表1．2　コミュニティカウンセリングの4側面
—マーサおばさん青年サービスセンターの場合—

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	・プロジェクト・リッスン (Listen) ・10代の妊娠を防ぐプログラムと関わる学生たち	・カウンセリング ・物質乱用の治療 ・新しいチャンスプロジェクト ・「ヘッドスタート」プロジェクト ・EDGE ・「トラック・ストップ計画」プロジェクト ・「自立への移行」プログラム
間接的	・学生の市民権、権利と責任 ・イリノイ州学校連合への参加	・法的アドボカシー（権利擁護） ・以下の機関との連合 若者職業センター 若者ネットワークカウンシル イリノイ州の若者協議会 子どもを守る基金青年協議会 若者のための裁判代理システム

ンサルテーション資源ともなる、有用な機関であることを証明している。

(e) マーサおばさんの青年サービスセンターにおける統合的な取り組み　どのような場で働くにせよ、コミュニティカウンセリング理論を用いるカウンセラーは、統合的取り組みをするよう意識的に努力する。つまり、コミュニティへとクライエントへの両サービス、直接・間接両サービスを相補的に用いるのである。このようなセンターで働くカウンセラーは、個人への直接サービスと、新しい公共政策を作る間接的方法とを統合して生態学的変化を促すことの重要性を認識している。

表1.2は、このセンターのサービスが包括的で相補的であることを示している。センターは、コミュニティカウンセリングの枠組の多面性を示すよい例である。危機やトラブル状態にある若者個人に直接的に働きかける一方で、センタースタッフとボランティアは、問題が深刻にならないよう間接的に働きかける。そのために彼らは問題解決能力を育てるサービスと、より大きなコミュニティの有力者たちが原因となっている事柄に対して、積極的に権利擁護を行う。

6－2　「私の未来（I Have a Future）」プログラム

「マーサおばさんの青年サービスセンター」は、複眼的に発達の諸問題に関わる介入プログラムのよい例である。コミュニティカウンセリングモデルは特定の事柄に向けて適用することもできる。テネシー州ナッシュビル市の「私の未来 "I Have a Future（IHAF）"」プログラムは、この枠組がどのように思春期特有の問題に適用できるかを示す明確な例である。

IHAFプログラムはただ一つの問題、すなわち都会に住む貧しいアフリカ系アメリカ人青年の高い妊娠率に焦点をあてる。しかし、やり方は明らかに包括的である。それはクライエントの家族、学校教職員、教会指導者、地域の人間サービス機関の代表などを含む、コミュニティの幅広く多様な分野でのサービスを目指している。

IHAFプログラムは、思春期の妊娠が高い確率で起こる地域である都会の貧困地域の環境変化を促す。アウトリーチカウンセリングと予防教育をすると同時に、公共政策への提言、クライエントのアドボカシー（権利譲渡）の推進、

対象とする都会の貧しいアフリカ系アメリカ人コミュニティでのコンサルテーション（相談・助言）などをする。この包括的・統合的な10代の妊娠防止対策は、コミュニティカウンセリングの枠組を文化に配慮して用いるよい例の一つである（Burt, Resnick, & Novick, 1998）。

(a) アウトリーチとカウンセリング（直接的クライエントサービス） IHAFプログラムは、ナッシュビルにあるメハリー医科大学の産科婦人科のスタッフによって開発された（Burt et al., 1998 ; Foster, Arthur, & D'Andrea,1987）。ここ米国では数少ないアフリカ系アメリカ人用医療センターの一つである。ナッシュビルの貧しいアフリカ系アメリカ人家族が住むコミュニティで、ニーズに応えて心身の健康ケアを長く提供してきた。

都会の低所得地域で絶えず起こる10代の妊娠問題に対処するために、IHAFの設立者は、ある資金を得て、この地域の若者達を支援する包括的コミュニティプログラムを創始した。プログラム展開の第一歩は、対象とするコミュニティへのアウトリーチサービスを考えることであった。スタッフは、この取り組みの中で地域の家庭の少年少女とその両親を対象とするニーズ調査を行った。

500組の親の調査によって、IHAFのカウンセラーは、10代の妊娠を防ぐ包括的なプログラムは、どんな支援が必要かを知ることができた（D'Andrea, Foster, & Arthur, 1987）。IHAFプログラムの立案者は、1100人以上の思春期の若者を調査した。そして、このコミュニティで彼らがどんな健康と教育の状況にあるか、どんな問題に直面しているかを知った。こうした働きかけによって、プログラムの立案者は対象地域の住民についてたくさんの情報を得た。それだけでなく、調査チームのメンバーは、住民との接触によって、彼らが医療、精神的健康、社会的サービスを必要としていることを知った。

都会に住む貧しいアフリカ系アメリカ人が伝統的な精神保健サービスを受けたがらないことは、よく知られている（Atkinson et al., 1998 ; Parham et al., 1999 ; Surgeon General Report, 2001）。IHAFのスタッフは、意図的に取り組みを広げることによって、思春期の若者とその家族に関する有用なデータを集め得た。それで、特定のニーズを持つ人々に実質的に効果のあるカウンセリング

と専門医への紹介などのサービスを提供することが可能になったのである。

この調査が住民の自宅で行われたので、カウンセラーは個人的で信頼できる環境で援助と専門医紹介をできるよい位置を得た。このように自発的なコンサルテーション（相談・助言）のサービスが自然な形で行われたことは、IHAFプログラム発展の初期に、立案者が親の同意を得る助けとなった。

(b) 予防（直接的コミュニティサービス） コミュニティのニーズ調査で得たデータを用いて、IHAFのプログラム立案者は、アフリカ系アメリカ人の10代の妊娠を減らす支援サービス計画を立てた。この目標達成のために、IHAFのスタッフは、予防教育と訓練による介入に重点を置いた。これまでの取り組みは、すでに妊娠した10代の少女に焦点をあてたものだった（Burt et al., 1998 ; D'Andrea, 1994）。しかし、IHAFのプログラムは、青年たちのコミュニティに働きかけることによって、主として予防活動に力を注いだ。

予防の専門家たちは、若者が10代で早急に親になる以外の選択肢として、現実的・積極的な生きがいをみつけたときに思春期の妊娠率が下がることを指摘している。したがってティーンエージャーたちに教育、訓練、必要な支援を与えて、彼らが学業を全うしてきちんとした仕事に就けるようにすることこそが、若者の妊娠防止プログラムの本質的な要素である（McWhirter et al., 1998）。コミュニティのニーズ調査でも、親たちがコミュニティにおける10代の高い妊娠率を減らすために最も望ましいものとして、キャリアカウンセリングを挙げていた（D'Andrea, 1995a）。結局のところ初期の10代妊娠予防のプログラム開発の努力は、この危機（リスク）状態にある若者たちのための職業教育プロジェクトづくり、に注がれることになった。

IHAF職業開発プロジェクトは、次の4つの目的を持って計画された。

(1) 10代の若者の職業意識（気づき）の向上。
(2) 就職に必要な諸スキルを学ばせる。
(3) 参加者一人ひとりの訓練レベルを高める。
(4) 効果的な問題解決スキルを磨く。

これらの目標を達成するために、IHAFのカウンセラーは若者が住む低所得家庭地域に、文化に合わせた教育カリキュラムと初歩的な職業訓練のクラスを立案・実施した（D'Andrea, 1995a）。

IHAFのスタッフは、この職業訓練クラスで次のような教育・カウンセリングサービスを行った。

(1) 地元のビジネス界と経済的活動で成功したアフリカ系アメリカ人数名を招いて、助言を求めた。積極的役割モデルとして彼らは、職業のチャンスとコミュニティにおける将来の雇用見通しなどの知識を、進んで提供してくれた。
(2) 様々な「職業上の問題」を設定して、小グループで討論させ、若者の批判的思考能力を養うための計画的なグループ活動を行った。
(3) 就職面接のロールプレイを行い、こうした場面での効果的なコミュニケーション能力を発達させた。
(4) 職探しの諸方略を概説し、10代の若者が履歴書をうまく書けるように援助した。

(c) システムの変化と政策の変化（間接的コミュニティサービス） IHAFプログラムでは、直接の教育とカウンセリングが重要な役割を果たす。しかしその効果は、10代の妊娠が多発する地域の環境に大きく左右される。そこでIHAFのスタッフは、このコミュニティにおいて人生の積極的選択肢を増やすように、環境を変える努力をしてきた。この取り組みには、若者の生活に影響する公共政策に働きかけるといった様々な間接的カウンセリングサービスも含まれる。

IHAFのカウンセラーがこの方面で始めた特別の取り組みには、次のようなものがある。

(1) 地方議員や州選出の議員と会い、この州の都会に住むアフリカ系若者の福利厚生によい影響をもたらし得る審議中の法律について、働きかける。

(2) 対象地域にある人間サービス機関同士の交流を図るネットワークを作り、サービス提供の重複を防ぐためにコミュニティ機関の協働関係を作る。
(3) アフリカ系アメリカ人の教会の責任者と協働して、若者が成功し責任ある成人へと成長するように宗教面から助ける方法を探る。
(4) ビジネス領域から好ましい職業人モデルと思われるアフリカ系アメリカ人の成人数名を招き、IHAFの職業訓練プロジェクトに参加している若者たちと語り合ってもらう。
(5) 個人企業の社長に、IHAF職業訓練プログラムを無事修了した若者の優先雇用を働きかける。

(d) クライエントのアドボカシー（権利擁護）とコンサルテーション（間接的クライエントサービス） このように個人、組織と協働することによって、IHAFのカウンセラーは、思春期青少年の権利と福祉を積極的に守ってきた。プロジェクトにおけるこの面の方略は、基本的な3段階からなっている。

第一に、IHAFのカウンセラーは、対象地域の若者の生活に直接間接に影響するようなキーパーソンを特定する。議員は当然その中に含まれる。それは彼らの決定権がこの社会的弱者たちに直接影響を与えるからである。また、アフリカ系アメリカ人のコミュニティでは黒人教会が重要な役割を担うことを考えて、IHAFのカウンセラーは、当地域の思春期の妊娠問題を司教たちに相談する形で、外からの支援を得てきた。

第二に、カウンセラーが用いた方略は、コミュニティのキーパーソンたちに、10代若者のニーズと興味に、関心と知識を持ってもらうことである。そのためにIHAFのスタッフは、議員、司教を含むリーダー、親たちとの場を設けた。そこで、コミュニティでのニーズ調査の結果について話し合い、IHAFプログラムの目標を説明した。

第三に、効果的なアドボカシー（権利擁護）は結局、クライエントの生活をよいものに変えていける人々が集まって新しい援助ネットワークを作り出すことであると、プログラムのスタッフが理解した。

この段階の重要性を理解しているIHAFのスタッフは、議員、司教、対象地

域の親たちとの集会の場を設けた。そこで、青年たちの権利と福祉を守る努力をし、公式非公式の援助ネットワークづくりに行き着いた。このネットワークの集会では、IHAFのプログラムに参加しているアフリカ系アメリカ人の若者に人生の積極的な選択肢をたくさん提供できる方法の議論に、多くの時間が割かれた。

(e) 多文化カウンセリング的な考慮　IHAFのように、都会に住むアフリカ系アメリカ人の若者の精神保健ニーズに応えるためのプログラムは、当の集団特有の民族・人種的な背景に適切な配慮がなされたときに、最も効果を発揮する（Lee & Richardson, 1991 ; Parham et al., 1999)。過去20年にわたる発達的多文化カウンセリングの進歩によって、異なる文化・人種・民族背景を持つ人々が共に働くときに役立つ理論モデルが、数多く生まれた。IHAFプログラムがこれらのモデルを使用した様子を、簡潔に述べよう。

予防教育サービスの中で、IHAFのスタッフは、従来から行われてきた職業支援サービス（職業情報の提供、就職面接訓練など）を、アフリカ人の世界観を反映する文脈と統合させた（Asante, 1988 ; Parham et al., 1999)。この多文化的な物の見方はNguzo Sabaと呼ばれる7つの人生の原理に関する討論（Kunjufu, 1986）が深まるように、常に努力した。

例えばNguzo Saba原理の一つ、Niaと呼ばれるもので、「人生の目的」を意味する。アフリカ人の観点では、個人の目的は家族とコミュニティを培い強めることに直結する。そこでIHAFの職業支援クラスでは、カウンセラーは、青年たちの責任感と個人的職業的な達成をNiaとからめて話し合いを進めたのである。

人生の原理にはもう一つ、Kujichagulia というものがある。これは自己決定の重要性を意味する。アフリカ系アメリカ人たちは、他者のために何かを決定し創造し話すよりも、自分たちのためにそうする、ということである(Kunjufu, 1986)。

Kujichagulia を職業教育プログラムに生かすために、IHAFのカウンセラーはクライエントに自分にとって何が大切かを明確にさせ、自己主張の能力を伸ばすように援助した。

さらにほかのNguzo Sabaの原理でプログラムに生かされているものとしては、Umoja（共同体感覚）、Ujima（共同作業と責任の重要性）、Ujamaa（協同経済）、Kuumba（創造性の探求）、Imani（他者への信頼感の重要性）がある。これらを全部集めると、アフリカ系アメリカ人の若者の健康な発達を支える文化的価値が分かる。これらの原理をプログラムの予防教育に取り入れることによって、青年たちは自身の文化的背景の中でプライドと尊厳を強めながら職業能力を磨くことができた。

そのほかの重要な多文化的考察は、IHAFサービスが提供される環境と関わっている。多文化理論家は、有力な白人中流階級の地域で用いられたプログラムを、それとは文化的背景の異なる貧しい若者が参加を求められることが、支援の効果を減ずるたくさんの問題の原因ではないか、と述べている（Sue & Sue, 1999）。コミュニティカウンセリングモデルを用いて近隣地域への介入をすることは、アウトリーチとカウンセリング、予防教育、クライエントの権利擁護、コンサルテーションサービスを強調して、IHAFのプログラムをクライエントと環境の両方に積極的影響を与えるものにした。

表1．3　コミュニティカウンセリングにおける4側面の介入方略：「私の未来」プログラム

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	・アフリカ系アメリカ人の役割モデルのコクサルテーションとコミュニティのニーズの情報を求める ・ほかの精神保健機関とサービスネットワークを作り、ほかのコミュニティと協力して若者支援プログラムを作り上げる ・黒人宗教指導者とネットワークを作り、建設的なコミュニティのイニシアチブを取るようにする	・クライエントの評価・査定 ・クライエントを他専門機関へ紹介 ・キャリア発達の教育とカウンセリング
間接的	・州の議員に対する若者プログラムへの協力要請	・両親へのコンサルテーション ・学校教職員へのコンサルテーション

(f) IHAFにおける統合的アプローチ　IHAFプログラムによる、アウトリーチ的で教育的でコンサルテーションを用いるサービスは、本格的包括的で幅広い予防、介入、権利擁護である。その幅広さは、表1.3で明らかである。

マーサおばさんの青年サービスセンターと同様にIHAFプログラムも、コミュニティカウンセリングモデルの多面的取り組みを、実生活に適用できることを示している。プログラム評価方略を用いることによって、センターとIHAFのリーダーは今後問題を抱えそうな人々のニーズにこの多面的方法が効果的に働くことを、示すことができた。

6－3　職業倫理とコミュニティカウンセリングの枠組

専門家のアカウンタビリティ、すなわち説明責任に対する要求が高まっている。その中で、カウンセラーがコミュニティカウンセリングモデルのプログラムを評価することは重要である。この努力によって、実践者が多様なクライエント集団の人々の心理的なニーズに向けて行ったサービスの効果があったかどうかについて、有益で科学的なデータが得られるからである（Ivey et al., 2002)。

専門的な機関、例えばアメリカ結婚・家族療法学会（American Association for Marriage and Family Therapy ; AAMFT)、米国カウンセリング学会（American Counseling Association ; ACA)、アメリカ心理学会（American Psychological Association ; APA）などの専門組織はすべて、カウンセラーと心理学者が倫理上のマナーを守って仕事をすることの重要性を強調している。そのためにこれら専門組織は皆、細かな倫理基準と規則を作って、学会員メンバーがそれらを守って仕事をすることを求めてきた。本書に出てくるコミュニティカウンセリング理論は、AAMFT、ACA、APAが作った倫理基準と規則に基づいている。しかし、倫理的配慮がそう単純に割り切れるものでないことも明らかである。

専門的な倫理規則を、実践者が仕事をするとき文字通り厳密に守らなければならないとするのは、議論の余地のあることで、どうも正しくないようである。この国の歴史と共に制定された法律の多くと同じように、倫理基準は常に時と共に発展し変化・流動する。これは精神保健の専門領域に特に当てはま

る。この領域では、専門家の倫理が、知識の広がりと倫理問題をめぐる世論の変化に応じて次々と変わるからである（Remley & Herlihy, 2001）。倫理基準の変わりやすさは、1953年以降APAの倫理基準が9回も大きく変わった事実によっても裏づけられている（Canter, Bennett, Jones, & Nagy, 1994 ; Ridley, Liddle, Hill, & Li, 2001）。

コミュニティカウンセリング理論は、(a)社会的な変動(b)パラダイムシフトに応じて倫理基準が変わることを承知している。今日のアメリカ合衆国において、文化的人種的な人口統計学の推移と健康をケアするシステムで起こっているパラダイムシフトを考慮したとき，精神保健の専門家は、倫理基準と規則を改変することを目的とした努力を今後もすすんで行うだろう。

倫理問題の専門家たちは、我々が今日生活し働いている環境の急速な文化・人種的変化の中でそれまでの倫理基準をそのまま適用することは不適切だ、と厳しく批判している。例えばPedersen（1995, 1997）は、ACAとAPAの基準は特に変化の必要があると指摘していた。というのは、(a)アメリカにおける主流の文化グループから生じたモラルと倫理の視点に偏り、(b)倫理事項の決定に関して文化の役割を軽視しているからである。

Ridleyら（2001）は次のように言っている。

> 倫理的意思決定を些細なものとみなしたり極度に単純化したりすることは、深刻な問題である。……多文化カウンセリング場面においては極度の単純化は問題であるが、最も頻繁に生起する。この場面では文化的価値が対立したり、見慣れない行動、言語表現、カウンセラーとクライエントとの役割期待のズレが起こったりするからである。……多くの倫理問題は複雑であるので、倫理基準に立脚した批判的な反省と創造的な問題解決がより多く求められる。(p. 166)

6－4　カウンセラーはどうあるべきか

いずれにせよカウンセラーは皆、クライエントに接するとき倫理上の配慮をする責任がある。倫理的決定の複雑さと専門の倫理基準の変わりやすさの中で、仕事の上で重要な倫理的問題に直面したとき、カウンセラーはどうあるべ

きなのだろうか？カウンセラーが実際に倫理的な問題に立ち向かうやり方は、様々である。コミュニティカウンセリングモデルは、以下のような手順で倫理的な事柄をカウンセラーが決定していくように提案する。これらは、この複雑な問題についての我々の考えと、Ridley et al. (2001) の勧告とを併せたものである。

1．「倫理問題」というとき、何を指しているのかをはっきりさせること：非常に多くのカウンセラーが、倫理と倫理的実践という語を、一般的なあるいは間違った意味で使っている。例えば、倫理的実践と専門の倫理を道徳あるいは道徳性と混同していれば、混乱は避けられない。これらの言葉は確かに似た響きを持っているが、いくつかの重要な点で違いがある。このことについてRidley et al. (2001) は、道徳や道徳性という概念が「人間行動の一般的普遍的な原理、文化を超えて核となるような価値として理解される」(p. 167) のに比べて、専門家倫理は、専門団体ごとに制裁や処分も含めて承認されてきた実践の基準である、としている。

これを念頭に置いて、カウンセラーは、(a)専門職としての倫理の問題と普遍的な道徳とを区別すること、(b)各自が持つ倫理的関心とAAMFT、ACA、APAのような学会団体が提示する特定の基準や規定とを関連づけてじっくり考えることが重要である。

2．あなたの倫理上の視点を明らかにすること：あなたが多様なグループと背景を持つ人々と仕事をした経験と知識からいって、特定の専門職業団体が推進している倫理規則に疑問を感じ、意見を異にするかもしれない。そんなとき、あなたは特定の倫理基準に従うことが良心や分別からできないであろう。

また、もし倫理的な行動をどう取ってよいのか不確かな場合でも、あなたの考える全体的な倫理的観点を、自分自身にも仲間にも分かるようにできるだけ明確な形にしておくことが役に立つ。コミュニティカウンセリング理論を用いるカウンセラーは、次の4つの原則を自らの倫理的視点に取り入れることと、それをクライエント、同僚との関係の中で明確にすることとが必要である。これらの原則は、カウンセラーに実践の中で用いてほしい普遍的な倫理事項と考えて選んだものである。

(a) 善行：クライエントの精神的健康と幸福感を促進することを積極的に目指す働きかけであること。
(b) 無害：悪意がなく危害を加えないこと。
(c) 正義：倫理的矛盾を解決するとき、全当事者を公平に扱うこと。
(d) 誠実：クライエントとの約束に忠実であること。

(Herlihy & Remley, 2001)

3．健全な倫理的意思決定過程に従うこと：Ridley et al.（2001）は、「健全な決定過程によって実践者は、複雑な倫理的問題を分析し解決することができる。このプロセスなしでは、欠陥のある倫理的に不適切な決定が増えるだろう（p. 172）」と述べている。そうならないために、カウンセラーは次のようにするのがよい。

・自分がメンバーであるカウンセリングの専門学会団体（AAMFT、ACA、APAなど）で承認されてきた倫理規則と基準を熟読して十分に理解する。
・あなたが直面している問題状況について、ほかのメンバーと相談する。
・できればその状況に直接関わっている人々と、解決方法について自由に話し合う。
・この状況で「最善」の倫理的反応と思う行動を取り、それが前述した倫理的視点の基礎にある4原則と合致するかどうかを確かめる。

7　要約

コミュニティカウンセリングモデルは、人が満足度の高い生き生きした生活を送れるように直接間接に援助する、多面的な働きかけである。このモデルは、環境の悪影響のために生じた深刻な精神保健上の困難を経験しているクライエントを扱う。当人に焦点をあてるよりも問題の予防を重視する。

コミュニティカウンセリングモデルは、様々な状況に適用できる。しかし、そのどれにも共通な3つの哲学的原則がある。(a)予防活動への強い関与、(b)個人の発達に対する社会環境の影響についての気づき、(c)最も効果的な援助とは

人が自らを助ける自助能力と資源を持てるようにすることである、という明確な理解、の3つである。

さらにこの3原則は、コミュニティカウンセリングの基礎となる5つの前提に支えられている。

(1) 人々の環境は、発達可能性を拡げることも狭めることもある。
(2) 多面的支援は一方的支援より効果的である。
(3) 長期的に見れば、予防は治療よりも効率的である。
(4) 効果的な介入をするには、人間発達の多面性を認め尊重しなければならない。
(5) コミュニティカウンセリングモデルは、どんな人間サービスの場面にも適用可能である。

コミュニティカウンセリングモデルを実践する際、その枠組には、4つのサービス要素が含まれる。

(1) **直接的コミュニティサービス**：コミュニティ全体に教育経験を与える。カウンセラーは予防教育によって特にこれを行う。
(2) **直接的クライエントサービス**：クライエントの目下のニーズだけでなく、将来に精神保健問題を持ちそうな人々のニーズにも応える。その際に使われる特有のサービスは、社会的弱者集団へのアウトリーチとカウンセリングなどである。
(3) **間接的コミュニティサービス**：社会環境をコミュニティ全体のニーズに応えるものにすることを意図した取り組みである。こうした建設的な環境変化を促すために、カウンセラーは、対象地域のキーパーソンたちと協働してシステムに前向きの変化を起こし、公共政策にもしばしば影響を与える。
(4) **間接的クライエントサービス**：社会的弱者たちの特別なニーズに応ずる環境への介入である。クライエントが生活する地域の人々と機関にコンサルテーション（相談・助言）、アドボカシー（擁護）サービスをする

ことによって、新しい援助ネットワークを作り出す。

現代社会のストレスは明らかに、人々が対処できる範囲を超えている。このためにアメリカでは精神的健康に問題を持つ人の数と深刻さが著しく増加した（Miringoff, 1995）。

こうした問題は、米国公衆衛生局の報告にあるように、社会的弱者や将来危険ありとカウンセラーが見た人々にとりわけ頻繁に生じている（Surgeon General Report, 2001）。問題事態の悪化につれ、これら社会的弱者集団の人々が共通して経験している問題に、伝統的なカウンセリングモデルの多くが対応しきれていないという認識が、精神保健実践者たちの間で増している。

コミュニティカウンセリングモデルは、伝統的な援助パラダイムとは違う実用的な方法を提案する。「マーサおばさんの青年サービスセンター」と「IHAFプログラム」についての説明は、コミュニティカウンセリングの枠組が現実の中でどのように使われ得るかの実例である。

最後に、効果的なカウンセリングは、科学的である以上に、倫理的である。この章の最終節で、倫理的な意思決定過程をめぐる複雑な問題について述べた。倫理的な決定の3段階は、本書で扱うコミュニティカウンセリング理論が、本来倫理性を持つことを明らかにした。

練習問題1.2

評価能力を育てる

コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーが、関係する学校や機関がどの程度包括的な精神保健サービスを提供しているのかを評価できるかどうかは、重要である。それによってカウンセラーは、学校や機関が多様な集団と背景を持つ人々の心理的ニーズに効果的に応えるにはどうすればよいかを決める位置に立てる。この練習問題は、カウンセラーが自分の働いている機関が、どの程度コミュニティカウンセリングの枠組の包括的サービスを提供しているかを評価する。それによって、必要な評価能力を向上させようとする。

地域の機関や学校を訪れよう。コミュニティカウンセリングのモデルを用い

れば、次の質問にすぐ答が出るだろう。

1．どのような直接的でコミュニティ全体へのサービスが提供されているか。
2．この学校や機関は、間接的にコミュニティのシステムに変化を生じさせる努力をどの程度しているか。
3．どのような直接的クライエントサービスが提供されているか。その際どの程度、環境的要因が考慮されているか。
4．機関や学校は、間接的カウンセリングサービスを提供しているか。しているならスタッフはどんなサービスをし、どのようなプログラムに従ってしているのか。
5．機関や学校は、クライエントの独特な文化・人種・民族的背景をどう扱っているか。
6．コミュニティカウンセリングモデルの中のサービスで、この機関や学校が行っていないものが多分あるだろう。あるとしたら、あなたは機関や学校の効果を高めて目標に近づくために、どのような具体的なサービスを考えることができるか。

練習問題1.3

プログラムを開発する能力の獲得

この本にあるコミュニティカウンセリング理論は、多様なクライエント集団の人々のニーズに効果的丁重に応えることを目指している。そして、幅広い直接間接のカウンセリングサービスを含む包括的なプログラムを開発することの重要性を、強調している。この練習問題は、この社会で特定集団出身の人々のために包括的心理的プログラムを開発する際に不可欠なプログラム立案能力を、獲得しようとする際に役立つように設計されている。

このことを頭に置いて、特定集団の人々、例えば、身体障害者、児童虐待を受けた人、失業者、ゲイとレズビアン、女性、HIVの人々、高校生などを思い浮かべよう。どんな社会的・経済的・政治的・心理的圧力が、この人たちの幸福を損なっているだろうか。それらの要因を考慮に入れ、あなたが選んだ人々への適切な援助を考えてみよう。

あなたはおそらく、直接的カウンセリングサービスだけでは人々の援助ニーズに応えきれない、と気づくだろう。目標をはっきりと述べることから始め、この章で述べた4種のサービスに即して、コミュニティカウンセリングの仮説的なプログラムを考えてみよう。サービスの細かい点よりも、4種の領域ごとの要点に集中しよう。2章以降でコミュニティカウンセリングモデルをさらに知るにつれ、4種それぞれのサービスをいっそう理念に合うものにすることができるだろう。

参考文献

Albee, G. W. (1986). Toward a just society : Lessons from observations on the primary prevention of psychopathology. *American Psychologist*, 41, 891–898.

Amaro, H. (1995). Love, sex, and power : Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50, 437–447.

American Counseling Association. (1995). *Code of ethics and standards of practice*. Alexandria, VA : Author.

American Psychological Association. (1991). *Guideline for providers of psychological services to ethics, linguistic, and culturally diverse population*. Washington, DC : Author.

Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 42–78.

Asante, M. K. (1998). *Afrocentricity*. Trenton, NJ : Africa World Press.

Atkinson, D. R., Morten, G., & Sue, D. W. (1998). *Counseling American minorities* (5th ed.). Boston : McGraw-Hill

Aubrey, R., & Lewis, J. (1998). Social issues and the counseling profession in the 1980s and 1990s. In R. Hayes & R. Aubrey (Eds.), *New directions for counseling and human development* (pp. 286–303). Denver : Love Publishing.

Aunt Martha's Fact Sheet. (2001). Aunt Martha's youth service center : Haven today...Hope for tomorrow. Chicago Heights, IL : Author. [Available : www. auntmarthas.org]

Baker, S. B. (2001). Coping skills training with children and adolescents. *Journal for Specialists in Group Work*, 26, 219–227.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175–1184.

Barclay, J. R. (1983).Searching for a new paradigm in counseling. *Personnel and Guidance Journal*, 62, 2.

Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1050–1058.

Beutler, L. E. (2000). David and Goliath : When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*, 55, 997–1007.

Burt, M. R., Resnick, G., & Novick, E. R. (1998). *Building supportive communities for at-risk adolescents : It takes more than services.* Washington, DC : American Psychological Association.

Canter, M. B., Bennett, B. E, Jones, S. E., & Nagy, T. F. (1994). *Ethics for psychologists : A commentary on the APA ethics code*. Washington DC : American Psychological Association.

Cheung, E. K., & Snowden, L. R. (1990). Community mental health and ethics minority populations. *Community Mental Health Journal*, 26, 277–291.

Clergy asks Aunt Martha's funding. (1986, June 15). *Park Forest Star*, p. A3.

Coie, J., Watt, N., West, S., Hawkins, J., Asarnow, J., Markman, H., Ramey, S., Shure, M., & Long, B. (1993). The science of prevention : A conceptual framework and some directions for national research program. *American*

Psychologist, 48, 1013–1022.

Conyne, R. K. (1987). *Primary preventive counseling : Empowering people and systems*. Muncie, IN : Accelerated Development.

Conyne, R. K. (1994). Preventive counseling. *Counseling and Human Development*, 27(1), 1–10.

Conyne, R. K. (2000). Prevention in counseling psychology : At long last, has the time now come? *The Counseling Psychologist*, 28, 838–844.

Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support : What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80–89.

D'Andrea, M. (1998). The counselor as pacer : A model for revitalization of the counseling profession. In R. Hayes & R. Aubrey (Eds.), *New directions for counseling and human development* (pp.22–44). Denver : Love Publishing.

D'Andrea, M. (1994). The Family Development Project : A comprehensive mental health counseling program for pregnant adolescents. *Journal of Mental Health Counseling*, 16(2), 184–195.

D'Andrea, M. (1995a). Addressing the developmental needs of urban, African American youth : A preventive intervention. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 23, 57–64.

D'Andrea, M. (1995b, March). *RESPESTFUL counseling : A new, integrated model for the counseling profession*. Paper presented as the annual meeting of the American Counseling Association, Denver.

D'Andrea, M. (2000). Postmodernism, social constructionism, and multiculturalism : Three forces that are shaping and expanding our thoughts about counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 22, 1–16.

D'Andrea, M., & Arredondo, P. (1998, April). Defining the term "multicultural counseling." *Counseling Today*, 40.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1997, December). RESPECTFUL counseling : A new way of thinking about diversity counseling. *Counseling Today*, 30, 31, 34.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (2001). RESPECTFUL counseling : An integrative model for counselors. In D. Pope-Davis & H. Coleman (Eds.), *The interface of*

class, culture, and gender in counseling (pp. 417–466). Thousand Oaks, CA : Sage.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (In press). *Multicultural counseling : Empowerment strategies for a diverse society*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

D'Andrea, M., Daniels, J., Arredondo, P., Bradford Ivey, M. B., Ivey, A. E., Locke, D. C., O'Bryant, B., Parham, T. A., & Sue, D. W. (2001). Fosering organizational changes to realize the revolutionary potential of the multicultural movement : An updated case study. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed.) (pp. 222–253). Thousand Oaks, CA : Sage.

D'Andrea, M., Foster, H., & Arthur, C. (1987). *The quality of life needs assessment survey*. Nashville, TN : Meharry Medical College.

Daniels, J. (1995). Building respectful connections among culturally–diverse students in Hawaii. *Educational Perspectives*, 29(2), 23–28.

Daniels, J., & D'Andrea, M. (1996). MCT theory and ethnocentrism in counseling. In D. W. Sue, A. E. Ivey, & P. D. Pedersen (Eds.), *A theory of multicultural counseling and therapy* (pp. 155–174). Pacific Grove, CA : Brools/Cole.

Dohrenwend, B. S. (1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 11(2), 1–14.

Dworkin, S. H., & Gutierrez, E. J. (1992). *Counseling gay men and lesbians : Journey to the end of the rainbow*. Alexandria, VA : American Association of Counseling and Development.

Esquivel, G. B., & Keitel, M. A. (1990). Counseling immigrant children in the schools. *Elementary School Guidance and Counseling Journal*, 24, 213–221.

Foster, H., Arthur, C., & D'Andrea, M. (1987). *The "I Have a Future" (IHAF) program*. Nashville, TN : Meharry Medical College.

Fukuyama, M. (1990). Taking a universal approach to multicultural counseling. *Counselor Education and Supervision*, 30, 6–17.

Gergen, K. J. (1992). The postmodern adventure. *Family Therapy Networker*, 16 (6), 52, 56–57.

German, C. B. (1991). *Human behavior in the social environment : An ecological view*. New York : Columbia University Press.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice : Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA : Harvard University Press.（生田久美子・並木美智子（訳）1986 もうひとつの声：男女の道徳観のちがいと女性のアイデンティティ 川島書店）

Hayes, R. L. (1994). Counseling in a postmodern world : Origins and implications of a constructivist developmental approach. *Counseling and Human Development*, 26(6), 1–12.

Herlihy, B., & Remley, T. P., Jr. (2001). Legal and ethical challenges in counseling. In D.C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 69–89). Thousand Oaks, CA : Sage.

Herr, E., & McFadden, J. (1991). *Challenges of cultural and racial diversity to counseling*. Alexandria, VA : American Association for Counseling and Development.

Hoagwood, K., & Koretz, D. (1996). Embedding prevention services within systems of care : Strengthening the nexus for children. *Applied & Preventive Psychology*, 5, 225–234.

Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (2002). *Counseling and psychotherapy : A multicultural perspective* (5th ed.). Boston : Allyn and Bacon.

Johnson, J. H., & Sarason, I. G. (1979). Moderator variables in life stress research. In I. G. Sarason & C. D. Spielberg (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 151–167). Washington, DC : Hemisphere.

Jordan, J. V., Kaplan, A. G., Miller, J. B., Stiver, I. P., & Surrey, J. L. (1991). *Women's growth in connection : Writings from the Stone Center*. New York : Guilford Press.

Kelly, E. W. (1989). Social commitment and individualism in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 67(2), 341–344.

Kelly, E. W. (1995). *Spirituality and religion in counseling and psychotherapy :*

Diversity in theory and practice. Alexandria, VA : American Counseling Association.

King, M. L. (1963). *Strength to love*. New York : Walker. (蓮見博昭 (訳) 1968 汝の敵を愛せよ 新教出版社)

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health : An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1–11.

Kozol, J. (1991). *Savage inequities : Children in America's schools*. New York : Crown.

Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago : University of Chicago Press. (中山茂 (訳) 1971 科学革命の構造 みすず書房)

Kunjufu, J. (1986). *Motivating and preparing black youth to work*. Chicago : African American Images.

Lator, B. (1993). *We have never been modern*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Lee, C. C., & Richardson, B. L. (Eds.). (1991). *Multicultural issues in counseling : New approaches to diversity*. Alexandria, VA : American Association for Counseling and Development.

Lewis, J. A., Lewis, M. D., & Souflee, E. (1991). *Management of human service programs* (2nd ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Locke, D. C. (1998). *Increasing multicultural understanding : A comprehensive model* (2nd ed.). Newbury Park, CA : Sage,

Locke, D. C., Myers, J. E., & Herr, E. L. (Eds.). (2001). *The handbook of counseling*. Thousand Oaks, CA : Sage

Marecek, J. (1995). Gender, politics, and psychology's ways of knowing. *American Psychologist*, 50, 159–161.

McCarthy, C. J., & Mejia, O. L. (2001). Using groups to promote preventive coping : A case example with college students from migrant farm-working families. *Journal of Specialists in Group Work*, 267–275.

McFadden, J. (Ed.). (1999). *Transcultural counseling* (2nd ed.).Alexandria, VA : American Counseling Association.

McWhirter, E. H. (1994). *Counseling for empowerment*. Alexandria, VA : American Counseling Association.

McWhirter, J. J., McWhirter, B. T., McWhirter, A. M., & McWhirter, E. H. (1998). *At-risk youth : A comprehensive response* (2nd ed.). Pacific Grove, CA : Brooks / Cole.

Mental health : Does therapy help? (1995, November). *Comsumer Reports*, pp.734–739.

Miller, J. B. (1987). *Toward a new psychology of women* (2nd ed). Philadelphia : F. A. Davis.

Miller, J. E. (Ed.). (1992). *Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia : F. A. Davis.

Miringoff, M. L. (1995). Toward a national standard of social health : The need for progress in social indicators. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(4), 462–467.

Nevile, H. A., & Mobley, M. (2001). Social identities in contexts : An ecological model of multicultural counseling psychology processes. *The Counseling Psychologist*, 29, 471–486.

Newton, F. B., & Caple, R. B. (1985). Once the world was flat : Introduction and overview. *Journal of counseling and Development*, 64, 163–184.

Paisley, P. O. (1996, January). *Creating community : Group work and the arts*. Presentation made at the annual meeting of the Association for Specialists in Group Wok, Athens, GA.

Parham, T. A., & McDavis, R. J. (1987). Black men, an endangered species : Who's really pulling the trigger? *Journal of Counseling and Development*, 66, 25–27.

Parham, T. A., White, J. L., & Ajamu, A. (1999). *The psychology of blacks : An African centered perspective* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.

Pedersen, P. B. (1990). The multicultural perspective as a fourth force in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 64(5), 430–434.

Pedersen, P. B. (1991). Multiculturalism as a generic approach to counseling. *Journal of Counseling and Development*, 70(1), 6–12.

Pedersen, P. B. (1995). Culture-centered ethical guidelines for counselors. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 34–49). Thousand Oaks, CA : Sage.

Pedersen, P. B. (1997). The cultural context of the American Counseling Association Code of Ethics. *Journal of Counseling and Development*, 76, 23–28.

Pine, G. J. (1972). Counseling minority groups : A review of literature. Counseling Association Code of Ethics. *Counseling and Values*, 17, 35–44.

Ponterotto, J. G., & Pedersen, P. B. (1993). *Preventing prejudice : A guide for counselors and educators*. Newbury Park, CA : Sage.

Price, R. H., Badger, B. C., & Keterer, R. E. (1980). *Prevention in mental health : Research, policy, and practice*. Beverly Hills, CA : Sage.

Remley, T. P., Jr., & Herlihy, B. (2001). *Ethical, Legal, and professional issues in counseling*. Upper Saddle River, NJ : Merrill / Prentice Hall.

Ridley, C. R., Liddle, M. C., Hill, C. L., & Li, L. C. (2001). Ethical decision making in multicultural counseling. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed.) (pp. 165–188). Thousand Oaks, CA : Sage.

Rigazio-DiGilio, S. A. (1994). A co-constructive-developmental approach to ecosystemic treatment. *Journal of Metal health Counseling*, 16(1), 43–74.

Rigazio-DiGilio, S. A., & Ivey, A. E. (1993). Systemic cognitive-developmental therapy : An integrative framework. *Family Journal : Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1, 208–219.

Romano, J. L., & Hage, S. M. (2000). Prevention and counseling psychology : Revitalizing commitments for the 21st century. *The Counseling Psychologist*, 28, 733–763.

Salzman, M. B. (2001). Cultural trauma and recovery : Perspectives from terror management theory. *Trauma, Vilolence, & Abuse*, 2, 172–191.

Senge, P. M. (1994). *The fifth discipline : The art and practice of the learning organization*. NewYork : Doubleday. (守部信之ほか（訳）1995 最強組織の法

則：新時代のチームワークとは何か　徳間書店）

Shaffer, D. R. (1993). *Developmental psychology* (3rd ed.). Pacific Grove, CA : Sage.

Sprinthall, N. A., Peace, S. D., & Kennington, P. A. D (2001). Cognitive-developmental stage theories for counseling. In D. C. Locke & J. E. Myers (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 109–130). Thousand Oaks, CA : Sage.

Steenbarger, B. N. (1991). Emerging contextualist themes in counseling and development. *Journal of Counseling and Development*, 70, 288–296.

Strickland, B. R., & Janoff-Bulman, R. (1980). Expectancies and attributions : Implications for community mental health. In G. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer, & J. Sigal (Eds.), *Community Psychology : Theoretical and empirical approaches* (pp. 97–119). New York : Gardner Press.

Sue, D. W. (1981). *Counseling the culturally different : Theory and practice*. New York : Wiley.

Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992a). Multicultural counseling competencies and standards : A call to the profession. *Journal of Counseling and Development*, 70(5), 477–486.

Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. (1992b). Multicultural counseling and competencies and standards : A call to the profession. *Journal of Counseling and Development*, 20, 64–88.

Sue, D. W., Ivey, A. E., & Pedersen, P. B. (Eds.). (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy*. Pacific Groove, CA : Brooks/Cole.

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different : Theory and practice* (3rd ed.). New York : Wiley.

Sue, S. (1988). Psychotherapeutic services for ethnic minorities : Two decades of research findings. *American Psychologist*, 43(2), 301–308.

Surgeon General Report. (2001). *Mental health : Culture, race, and ethnicity*. Department of Health and Human Services. Washington, DC : U.S. Government Printing Office.

Szymanski, E. M., & Parker, R. M. (2001). Epistemological and methodological issues in counseling. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The*

handbook of counseling (pp. 455–466). Thousand Oaks, CA : Sage.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1993). Using the support group to respond to the isolation of bereavement. *Journal of Metal Health Counseling*, 15(1), 47–54.

Thomas, S. C. (1996). A sociological perspective on contextualism. *Journal of Counseling and Development*, 74, 529–536.

Tierney, W. G. (1993). *Building communities of difference : Higher education in the twenty-first century*. Westport, CT : Bergin & Garvey.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010* (Conference ed., Vols. 1 & 2). Washington, DC : Author. [Available : www. health.gov/healthypeople]

VandenBos, G. R. (1996). Outcome assessment of psychotherapy. *American psychologist*, 51, 1005–1006.

Vargas, L. A., & Koss-Chioino, J. D. (Eds.). (1992). *Working with culture : Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents*. San Francisco : Jossey-Base.

Vera, E. M. (2000). A recommitment to prevention work in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28, 829–837.

von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory : Foundations, development, applications*. New York : Braziller.（長野敬・太田邦昌（訳）1973 一般システム理論：その基礎・発展・応用 みすず書房）

Waters, E. B., & Goodman, J. (1990). *Empowering older adults : Practical strategies for counselors.* San Francisco : Jossey–Bass.

Wilson, F. R., & Owens, P. C. (2001). Group-based prevention programs for at–risk adolescents and adults. *Journal for Specialists in Group Work*, 26, 246–255.

Wirth, L. (1945). The problem of minority groups. In R. Linton (Ed.), *The science of man in world crisis* (pp.347–372). New York : Columbia University Press.（池島重信（監訳）1975 世界危機に於ける人間科学 上巻・下巻 新泉社）

Worell, J., & Remer, P. (1992). *Feminist perspectives in therapy : An empowerment model for women*. Chichester : Wiley.

Wrenn, G. (1985). The culturally encapsulated counselor revisited. In P. Pedersen

(Ed.), *Handbook of cross-cultural counseling and therapy* (pp.323–329) / Westport, CT : Greenwood Press.

第2章
予防教育

1　予防の合理性

米国では、予防意識が急速に高まっている。人々が日々の生活を改善する予防方略について学び、実行への意識を高めることは意味がある。肺がんになるよりもタバコへの依存をやめる方が、歯を失うよりもフッ素化合物で歯を磨く方が、ストレス関連の病気で悩むよりも規則正しく運動をする方が、経済的で楽しいことに多くの人が気づくようになった。

カウンセラーは、教育・雇用・ヘルスケアなどクライエントの発達によい影響を与える予防プログラムとサービスを始めるのに適した位置にいる。学校、大学、雇用相談所、人間サービス機関、産業関係などどんな場所で働いていても、カウンセラーは似た困難、問題を持つクライエントと出会うことが多い。ストレスにうまく対処できないために心理的な問題を持つ人々、心身の健康に知識を持たない人、複雑で急速に変化する21世紀社会の要求に応える生活能力（スキル）を持たない人、などである。

この章では、個人カウンセリングの限界について論ずると共に、カウンセラーが自分の仕事に予防教育を取り入れることによって、影響力を広げることの重要さを強調する。そして米国において、多様な集団と背景を持つ人々の健

康と幸福を促進するのに有効と分かってきた、予防カウンセリングと発達プロジェクトについて説明する。それは、RESPECTFULカウンセリングモデル（第1章参照）に関連して論じたように、多様な民族集団に属してストレスを経験している人々、都市に住んで危機状態にある若者、貧しい地域に住む人、多様な文化・民族の学校で学ぶ子どもの、それぞれのニーズに応えるプログラムである。

1－1　個人カウンセリングの限界

同じような悩みを抱える人々にカウンセリングと心理療法を行うことは、専門家にとって都合がよい。それは、(a)発生しやすい問題が分かっており、(b)人々が日常経験する心理的課題の扱い方に自信を持てるからである。

同じようなカウンセリングを繰り返すことは、特定の問題領域についてカウンセラーの能力と自信を増すかもしれないが、カウンセリングが冗長になったり、長時間かけても効果がなかったりしがちである。

一対一のカウンセリングをする専門家は、もしクライエントが早くに生活スキルを身につけていたら防げたであろう問題を、膨大な時間を費やして援助することが多い。伝統的なカウンセリング方式に頼りすぎることを批判して、Conyne（1987）は、個人カウンセリングを繰り返しても効果がないことについて理由を挙げている。

> 問題が起こってからの対処では、次々に起こる新しい問題を乗りきることができない。困ったことに、伝統的治療を受けることはますます難しく高価になってきており、ヘルスケア産業の独占を助長することにもなる。もっと困るのは、貧困層、失業者、文化の異なる人々、ホームレスなど最も援助を必要としている人々が援助を受けられないことである。しかもカウンセリングの専門家、心理学者、援助の専門家は、資格・登録制度で顧客（と援助提供者）の確保に努め、適任者を閉め出している。(p. 12)

これらの欠陥に気づいて、カウンセラーの多くは個人カウンセリングの効果を再検討し始め（D'Andrea et al., 2001 ; Sue & Sue, 1999）、クライエントの発

達を促す専門家としての新しい役割を考えるようになった。こうしてカウンセラーは、恵まれない人々の精神的健康と幸福を促進する心理教育者、生活スキルの訓練者という役割の方がふさわしい、と考える人が増えてきた(Donaghy, 1995 ; Goldstein, 1992 ; Robinson & Howard-Hamilton, 2000)。コミュニティカウンセリングモデルは、その基本的枠組の中で事前の対策と予防を尊重しているので、この新しい役割を強く支持する。

1－2　予防への抵抗

驚くことではないが、多くの行政関係者とカウンセラーまでもが、学校機関や職場で、予防サービスを行うことに抵抗する。この抵抗には3つの主な原因がある。第一は、カウンセラーの専門家としてのアイデンティティは、危機を経験しているクライエントに一対一の治療的カウンセリングを提供することとされてきたこと (Steenbarger & LeClair, 1995)。第二に、現在の精神保健サービスの資金は、個人の内面に焦点をあてて問題解決と個人の発達を促す治療的・個人的・小グループのカウンセリングへ投入されていること。第三に、カウンセラー養成訓練が予防カウンセリング方略に注目しなかったため、カウンセラーがそうした取り組みに必要な知識と能力（スキル）を持っていないことである (Romano & Hage, 2000)。

1－3　カウンセリング実践に予防方略を取り入れる

予防方略がカウンセラーの仕事に組み込まれるには、カウンセリングに2つの変化が起きなくてはならない。第一は、専門家養成プログラムがこの領域に新しい関心を示し関与すること (Conyne, 2000)、第二は、クライエントへのサービスを拡げるのに役立つものと理解して、実践者が予防カウンセリングを進んで用いるようになることである (Romano & Hage, 2000)。

この第二の変化は、個人的治療法から包括的効果的な介入方略への変更である。

多くの実践者にとってこの変更は、必然的に専門家としてのアイデンティティの再構成と拡大を迫り、コミュニティの健康教育者、精神保健コンサルタントという新しい役割と責任を持たせるものである (Albee, 2000)。

この本では、予防カウンセリングと予防教育とは、交換可能な単語である。どちらも、クライエントの発達を促し問題を予防する、意図的サービスである。第1章では3つの予防カウンセリングに触れたが、予防カウンセリングと予防教育はその一次予防サービスと関わっている。

コミュニティカウンセリングの枠組を構成する4つのサービス要素の中では、予防教育は直接的コミュニティサービスに含まれる。それは危機状況にある人々を力づけるように設計された予防介入であり、最近解雇された人の家族、離婚家庭の子ども、アルコール依存症の親を持つ子ども、貧困の中で育った人々、民族・文化差別に苦しむ人々などが含まれる。

1－4　多文化への考慮

予防カウンセリングは、人々が日常のストレスにうまく対処できるように援助する。満足できないとき、ストレスレベルが高いときは、誰でも同じようなニーズを持つ。マズローの欲求階層説は、すべての人に共通なニーズを概念化する有用な枠組である。

Maslow（1970）によれば、基本的な生存欲求（例えば食物を欲すること）が長期にわたって満たされないとき、その人はストレスを経験する。これは、長期にわたって個人の安全や自尊心が脅かされ続けたときにも当てはまる。普遍的なストレス因は明らかに存在する。しかし多くの人々が、例えば肌の色のために、様々な偏見と抑圧による特有のストレスを経験している（D'Andrea, Locke, & Daniels, 1997 ; McNeilly, 1996）。

有色の人々には、米国において抑圧、差別、排斥の長い歴史がある。カウンセリングで文化の多様性という言葉がよく使われる。多くのカウンセラーは、人種差別と偏見がたくさんの人々にとって常在するストレス因（ストレッサー）であることを、あっさりと認めるだろう（D'Andrea et al., 1997 ; Hwang, 2000）。

アメリカでこの10年間に起きた人種的な暴力は、特に有害なストレス因である（Boland, 1992 ; D'Andrea & Daniels, 1995 ; Harvey, 1991）。身体的暴力の脅威もだが、有色の人々は就職（Arbona, 1990 ; McWhirter, 1992）、教育（Carter & Wilson, 1993 ; National Research Council, 1991）、経済（Kozol, 1991）などの諸面で、能力実現を阻む環境の壁に日々直面している。人種差別社会で有色の

人々がストレスで苦しんでいる。それに対して伝統的なカウンセリングは有効でない。予防カウンセリングによる介入は、多様な文化集団の人々の幸福増進にとってはるかに有効で倫理的である（D'Andrea et al., 1997 ; Sue & Sue, 1999)。

予防か治療的かはとにかく、21世紀のカウンセラーは、多様な背景の人々に対して文化的能力を持つサービス提供者にならなくてはならない。このことを認識して、コミュニティカウンセリングモデルは、多民族社会において倫理的なカウンセリングを行うためには、米国多文化カウンセリング学会（Association for Multicultural Counseling and Development, AMCD）が定める特定の能力（コンピテンス）を持つことが必要であると強調している（Arredondo et al., 1996 ; Sue, Arredondo, & McDavis, 1992)。

この能力を身につけることで、カウンセラーは多様な背景の人々が処理技術のレパートリーを増やすなどして、生活上の問題を予防する方法をうまく学べるよう、援助することができる。期待できそうな予防方略のうち、幅広いクライエントに効果的と思われるのは、ストレス対処プログラム、健康増進プログラム、生活スキル訓練、子育て支援、偏見解消プログラム、リスクのある子どもと青年対象の学校介入プログラムなどである。表2.1は、コミュニティカウンセリングモデルにおけるこれら介入方法の位置を示している。

表2.1　予防教育の方略とコミュニティカウンセリングモデル

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	ストレスマネージメント 健康増進 生活スキルトレーニング 人生設計 親業教育 偏見低減プログラム 子どもの一次予防	
間接的		

2　ストレスについて

ストレスは生活の一部であり、避けられない。ストレスの加害面に注目しがちだが、ある程度のストレスは成長発達に必要である。コミュニティカウンセリングモデルは、「ストレスのない生活」をするためというより、様々な生活状況に役立つストレス対処能力の幅を、人々が共同して広げるよう援助する。

カウンセリングへのこの提言には、2つの基本的前提がある。第一は、人は生活ストレスの扱いを学ぶことによって、健康で幸福な快適状態を作り出せる、ということである。第二の前提は、身体の不調と心理面の問題は、個人やグループが環境ストレスと生活の危機をうまく乗り越える能力を高めることによって避け得る、ということである（Conyne, 2000 ; Romano & Hage, 2000）。

Romano & Hage（2000）は、ストレス対処プログラムが予防カウンセリングと教育的介入にたいへん適している、と述べている。精神保健実践者は、ストレス的な出来事と状況への対処法を人に教える前に、ストレスとは何かをよく理解する必要がある。

Ivancevich & Matteson（1980）によれば、ストレスは「順応反応である。それは個人の特徴や心理プロセスに基づくと共に、その人に身体的心理的要求をつきつける外的状況や出来事の結果である」（pp.8-9）。この定義に従って、次節では幅広いクライエントへの予防介入を計画するときに役に立つ、ストレス理論を3つ略述する。

2－1　ストレス理論

ストレスに関する知見は、過去35年間に急激に豊かになり、3つの理論モデルをカウンセラーが用いるようになった。(1)生理反応モデル（Selye, 1976）、(2)ライフイベントモデル（Holmes & Rahe, 1967 ; Romano, 1992）、(3)環境相互作用モデル（Lazarus & Folkman, 1984 ; Lewis, Sperry, & Carlson, 1993）の3つである。

生理反応モデルは、ストレスを外界の要求への身体反応、と定義する。Selye（1976）は、ストレスを順応できるものとできないものに区別することにも意味はあるが、身体は誰にでも分かる形で様々なストレス因に反応するものだ、

と述べた。この生理的共通反応は、「心臓がドキドキする」「肩がこる」「胃の中に蝶がいる」など、口語的に表現される。

このようにストレスへの身体反応に焦点をあてるモデルがある一方で、ストレス因（ストレッサー）となるライフイベントに目を向ける研究者もいる。このライフイベントモデルではストレスは、人間の発達の異なった時期に起きるライフイベントの結果として予測されるストレスとされる。こうして起こるストレスの度合を測定する尺度が、開発されてきた。HolmesとRaheの再適応評価尺度は、成人のストレス度を調べるのに使う有名な尺度の一つである（Holmes & Rahe, 1967）。同様の尺度は大学生向け（Marx, Garrity, & Bowers, 1975）、子どもと思春期向け（Coddington, 1972）にも開発されてきた。

主要な理論の3つ目は、環境相互作用モデルである（Lazarus & Folkman, 1984）。この理論では、ストレスによる影響の度合は、その人がストレス事態の潜在的な危険度をどう評価するかと、それへの対処能力とによって左右される（Romano, 1992）。さらにLazarusとFolkman（1984）は対処を、「その人の持つ資源に負担をかけ、時にそれを越えもする内外の要求に立ち向かう過程である」と定義する（p. 283）。この定義によれば、ストレス関連の問題は、人が出来事や状況を自分にとって脅威だと感じたときに起きることになる。状況をストレスと感ずる度合は、様々な要因による。ストレスに対処できるという自信や、同じような状況で以前成功した体験、状況をコントロールできると思う度合、荷が重い感じやほかのニーズ、ほかの人からのあるいは自分自身に対する期待、などの要因である（Ivey, D'Andrea, Ivey, & Simek-Morgan, 2002 ; Lewis et al., 1993）。

2－2　ストレス反応の文化的特性

多くの出来事と相互作用がストレス関連の問題を生じさせ、個人の幸福感にとっての課題となり得る。しかし普遍的なストレス経験は、あまりない。個人が脅威とみなす状況が、その人にとってストレスとなる。

ストレス因（ストレッサー）はジェンダー（Jordan, Kaplan, Miller, Stiver, & Surrey, 1991）、年齢（Craig, 1992）、社会階層（Bassuk, 1993 ; Knitzer & Aber, 1995）文化・人種・民族的背景（Slavin, Rainer, McCreary, & Gowda,

1991）などの社会文脈的要因と関連する。ストレス対処介入を考える際に、こうした要因への配慮が大切である。しかしカウンセラーは、残念ながらこれらの要因に注目しないことが多い（D'Andrea, 1995）。

研究者たちは、伝統的なストレスモデルが、ストレス状況を左右する文化・人種・民族的背景の役割を軽視するか完全に無視している、と述べている（Ivey et al., 2002 ; Slavin et al., 1991）。アメリカの急速な文化の多様化を考えると、カウンセラーは人種・民族的観点からストレスを理解するよう努めなければならない。

これまで精神保健専門家の考え方を支配してきた単一文化の枠組を広げようとして、Slavinら（1991）は、より広汎で文化の多様性に敏感なストレス理論を発展させた。有色の人々が生活の中で日々経験する文化関連諸問題を明らかにすることによって、研究者たちは、ストレスの源となる文化的・民族的要因について、より包括的で的確な知識を提供した。

これらの研究者は、ストレスレベルを高める白人のカウンセラーが気づかなかった4つの変数を明らかにした。第一に、アメリカで人口比率が少ない集団に属する人々は、ただ「マイノリティグループ」だというだけでストレスを経験する。例えば、

> アフリカ系の思春期の子どもたちはレストランや店や教室で同じ人種の人がいないことに気づく。髪をうまく整えてくれる美容院をみつけるのが難しく、教室での話し合いで自分の人種を説明するようにといつも指名されることに気づく（Slavin et al., 1991, p. 158）。

第二に、研究者たちは、肌の色への差別と偏見から生じるストレスにも言及している。差別は、民族中傷や警官の不当な尋問のような明白で意図的な行為でもあるし、白人の威張った態度のようにそれとなく行われるものもある（D'Andrea, 1996 ; Locke, 1998 ; Ridley, 1995）。

第三に、白人以外の文化集団に属する人々の多くが、社会的経済的に低い階層に位置づけられている。政治経済的な取り繕いを除いてみると、これら経済的に不利な人々は、十分な食費もヘルスケアの保障もない。政府の機関によっ

て不当に罪を着せられたり、家族の立ち退き、不法妨害などの苦しい出来事によって、いっそう社会的に弱い立場に置かれてしまう。これらの要因は関連し合っているので、Slavinら（1991）は出来事が一つ起こるとほかのストレス状況へとつながりやすい、と報告している。

第四に、ある文化集団の人々は、その慣習と直接関わる固有で独特なストレスを経験する。例えばカンボジア系アメリカ人の女性は、親が結婚を決める慣習的な期待のためにストレスが高まる（Slavin et al., 1991）。

コミュニティカウンセリングモデルは、環境との相互作用から生じるストレスを強調するだけでなく、ストレス状況をどう捉えるかは、しばしば文化に左右されると考える。そこで、特定の文化・人種集団はある出来事でストレスを感じるが、ほかの集団はそう感じないということが起こる。

コミュニティカウンセリングの枠組を、クライエントが人生の課題への対処法を学ぶ援助に用いようとするなら、カウンセラーはストレスを環境・文化相互作用および社会文脈的視点から考えるべきである。そうすれば、クライエントの文化・人種・民族的背景が、そのストレスとどのように関連しているのかについて、いっそうよく理解できるであろう。

2－3　ストレス反応の普遍性

文化的背景、ジェンダー、社会経済的地位、年齢は、どんな状況をストレスと思うかに影響する。しかし、人を脅かす出来事への身体的反応は普遍的である。つまり、脅威と感じた出来事があると、誰でも同じような身体反応を示す。

ストレス状況への対応として、人間の身体は自動的に生理的活動への準備をする。この不随意反応、「闘争か逃走か」の反応は、ストレス因の性質とは関係なく生じる。この複雑で普遍的な生理反応については、次のような記述がある。

> この反応はまず、脳の中心にある微細な神経細胞の束である視床下部から生じる。メッセージは司令部から発せられ、神経系全体に警告を発する。筋肉がこわばり、血管が収縮し、皮膚下の毛細血管が完全に閉ざされ

る。脳下垂体は、血流に乗って甲状腺と副腎を刺激する2つのホルモンを分泌する。副腎は、さらに30ものホルモンを生体の各器官に送る。この無意識のストレス反応によって、脈拍が速まり、血圧が上昇する。胃腸は消化活動を停止する。聴覚・嗅覚は敏感になる。そのほか何百もの生理反応が無意識に起こる（Veninga & Spradley, 1981, p. 11）。

これらの生理反応は、ストレス状況に直面したときに適応行動を取るように刺激する。しかし、ストレス反応が持続して緊張が強まると、エネルギーはどんどん消耗される。長期にわたると、心身の疲弊に至る。こうなると、ストレス反応はもはや適応的ではなくなり、問題の解決ではなく問題の原因となる。

慢性化したストレスの影響は、多様である。呼吸困難、背中の痛み、慢性高血圧、エネルギー全体の低下、心臓血管系の疾患などの身体的徴候が見られる。ストレスは心理的健康にも影響し、しばしば抑うつや不安を引き起こす。

3　ストレスマネージメント介入

ストレス関連の困難は、外界からの要求、個人の知覚、文化要因、生理反応がからみ合って生じる。したがって、これら諸点への介入によって、ストレスを軽減することができる。カウンセラーは、人々が生活ストレスを点検し、自身の反応について考え、起こりそうなストレスに対処し減らす有意義な選択ができるように援助する。

表2.2は、ストレスのサイクルを打ち破る方法のリストである。これらのカウンセリング方略は、クライエントが次のことをできるように援助する。

1．環境を改善する新しい方法を学べるように、洞察力を磨く。
2．外界の出来事を解釈するために、使っている心理過程を変える。
3．生活様式を健康的なものに変える。
4．ストレスへの自分の生理反応を修正する新しい方法を学ぶ。

表2．2　ストレスサイクルの打破：介入の方法

内的過程		
外的過程	心理過程	生理過程
環境を変える	心的過程を変える	生理過程を変える
意思決定と問題解決に焦点をあてたカウンセリング	認知的修正	リラクゼーション訓練
時間管理のカウンセリング	価値観の明確化	自己催眠訓練
対人スキルの訓練（アサーティブネス、リーダーシップ、援助行動）	目標設定訓練	瞑想訓練
自己管理訓練	生活様式の評価とカウンセリング	目標設定訓練
支援グループ	問題解決スキル訓練	バイオフィードバック訓練
		感覚的な気づきの訓練

注：J. C. BarrowとS. S. Prosenによる「ストレスに関するモデルとカウンセリングにおける介入」：Personnel and Guidance Journal. 60. p. 7. を改訂。

3－1　環境のコントロール

環境をうまく統御することを学べば、人々はストレスを減らすことができる。その第一歩として、カウンセラーはクライエントが変化させやすいストレス因をみつけるのを助ける。いつもあるストレスを経験するわけではないが、人は問題解決、時間管理、対人的なスキルを日々の生活の中で身につけることによって、環境的ストレスの統御を学ぶことができる。

また、ストレスに用いることができるもう一つの重要なやり方は、心理学者が社会的支援（ソーシャルサポート）システムと呼ぶものである（Koeske & Koeske, 1990）。人間の社会支援システムの典型は、家族、親戚、友人、教会仲間、同僚である。これらの人々は、生活ストレスを緩和するだけでなく、変化を促し強めることもできる（Ivey et al., 2002 ; Koeske & Koeske, 1990）。

クライエントがソーシャルサポート・ネットワークを広げるよう援助することは、個人主義ではなく集団中心の価値観を持つ人々を相手にするとき、特に重要である。ヨーロッパ系アメリカ人は個人主義を好む傾向があるが、非ヨーロッパ系の背景を持つ人々は集団志向を好む傾向がある（Carter, 1991 ; Sue &

Sue, 1999)。そのため、現在の支援ネットワークを強化し、人々に支援グループへの参加を促すことによって、文化的に多様なクライエントが環境関連のストレス状況を変えていけるように助けることができる（Parham, White & Ajamu, 1999)。

アフリカ系、アジア系、ラテン系、先住アメリカ人、太平洋諸島出身の人々は、米国のマイノリティ集団の一員であることからくるストレスをしばしば経験する。前述のように、民族・人種差別は、多くの人々にとって陰険なストレス因となる。

コミュニティカウンセリングモデルは、予防の観点から、文化に基づくこれらのストレスと取り組むことの重要性を強調する。例えばコミュニティ・州・国家レベルで変化を生み出そうと努力している文化関連の自助グループ、政治的社会的活動グループなどにクライエントを紹介することによって、迫害された人々への支援を拡大していく。クライエントがこのようなグループに参加することは、彼らが環境変革努力の一員となるよう援助する強力な方法である（McWhirter, 1994 ; Parham et al., 1999)。

3－2　心理過程を変える

外的な条件を改変することの学習と並んで、人々は自分の環境への反応様式を変えてストレス対処スキルを学ぶこともできる。例えばカウンセラーはクライエントに、生活場面におけるストレス状況の認識の仕方をどのように再構成するか教えることができる。

Ellis（1993）は、人々が自分でストレスを生み出してしまうような、よくない思考の仕方について記している。Ellisの認知感情行動理論によれば、人は状況と経験を正しく理解する考え方ができないと、自分でストレスを引き起こしてしまう。

Beck & Weishaar（1995）は、ストレス反応を起こす、よくない思考をいくつか述べている。

(1) すべてか無か（オールorナッシング）式思考は、人々に一元的な言葉、つまり状況や人間を正誤や善悪の二分思考で考えさせてしまう。そうな

ると中間の位置を考えることができない。
(2) 完全主義的思考は、人々に完全でないものはすべてダメと信じさせてしまう。
(3) 過剰な一般化は、他者についてあるいは経験したことについて、証拠不十分なまま広く一般化するときに生ずる。
(4) 破滅化（カタストロフィー）思考は、出来事と身体感覚を、妥当な情報が示しているよりも悪く考えてしまうことを指す。
(5) 自罰的思考は、物事が望むようにならなかったとき、自分だけを過度に非難することである。

それぞれのタイプのよくないな思考は、ストレスの高い状態を作ってしまう。それゆえカウンセリングは、生活において自分自身や他者や出来事について考えるときに、今まで使ってきたやり方を、クライエントが再構築できるように援助することを目的とする。そうする中で人々は、自分が経験しているタイプのストレスに対する内的なコントロール感を高め始める。この過程は認知的再構成（あるいは合理的再構成）と呼ばれる（Ivey et al., 2002 ; Neimeyer, 1993)。

クライエントが心理的過程を改めるのを援助するための認知的再構成の技法を使う際には、5つのステップがある。

(1) カウンセラーは、クライエントが、認知が感情の喚起を媒介するということを理解するのを助ける。
(2) クライエントは自分のよくない思考スタイルの非合理性を検討する。
(3) カウンセラーは、クライエントが、非現実的な認知がクライエントの非適応的な感情にどう影響し、ストレス反応をどう促進するかを理解できるよう援助する。
(4) クライエントは、自分の非適応的な思考を変化させる方法を探究する。
(5) カウンセラーは、クライエントが思考を再構成するための努力をしているとき、彼らを支持する。カウンセラーはクライエントが、これらの努力の結果を評価するのを援助する。

3－3　ライフスタイルを変える

ストレスマネージメントのもう一つの主な構成要素は、健康的なライフスタイルを維持する能力と関連している。クライエントに喫煙や薬物摂取、飲酒、不健康な食事をすること、運動から遠ざかってしまうことの危険についての情報を提供することは、多くのカウンセラーにとって新しくないかもしれない。しかし、健康なライフスタイルで生きることとストレスをマネージメントすることの間の関係を特定することは、新しいことかもしれない（Romano, 1992）。

心理教育的で生活スキル訓練的な介入は、リスクを抱えた多くの人々がストレスを効果的に管理する方法を学習することから利益を得るであろう、よい方法である。これらのサービスを提供するとき、カウンセラーは、不健康なライフスタイルの行動とは、例えば、社会的な不安を減じるためにアルコールを使用するような、ストレス管理における不利益な試みを表しているということを、クライエントが理解するように援助しなければならない（Romano, 1992）。幅広い健康促進的、ストレスマネージメント的な行動を発達させるよう励ます心理教育的な介入は、特に学校や企業、コミュニティの施設でうまく機能する。

クライエントが自分のライフスタイルを構造的に変えるように援助するタイプの心理教育的な介入の例として、禁煙プログラムや、体重を減少させ健康的な食事をすることに焦点をあてた授業、育児教育、自己主張（アサーティブネス）トレーニング、紛争対立解決の授業、小中学校における健康に関する包括的な授業、問題解決や意思決定スキルを促進することを目的とした授業、などが存在する。

3－4　ストレスに対する生理的な反応を変える

人はいつも環境要因や認知反応を、統御できるわけではない。しかしカウンセラーは、人々に生理的なストレス反応への介入を学習させることができる。バイオフィードバック・トレーニング、リラクゼーション・トレーニング、心的イメージ技法、自己催眠、瞑想などの技法によって、ストレスに前向きに対処し、身体的健康と心理的幸福に与える長期的な悪影響を避けることができるようになる。

バイオフィードバック・トレーニングは、人々がストレスを経験したときに生理機能を統御する方法を教える。人間の生理機能は、科学者が以前考えていたよりも自発性がある。その現状態を刻々知らせる道具を用いることによって、クライエントはストレス関連の身体症状を自分の統制下に置き、落ち着いた状態を作り出すことを学ぶことができる（Heil & Henschen, 1998 ; Wolpe, 1990）。

同様に弛緩（リラクゼーション）訓練は、人々が急性・慢性のストレスから生じた身体的緊張を統制できるようになるための援助をする。カウンセラーは、様々な訓練技法を駆使して、どんな年齢のクライエントでもストレスに対する生理的な反応を変えられるよう援助する（Forman, 1993 ; Taylor, 1998）。

心的イメージ技法は、人々が心地よさと安らぎのシーンを心に描くことによって、あるいは筋肉を緩めるような関連技法を用いて、リラックスすることを教える。この技法では、クライエントは、主な筋組織群を思い描き、心の中で緊張させたり弛緩させたりする。クライエントが緊張と弛緩の両状態を区別できるようになったら、筋組織に集中することによって、高ストレスの状況の中でも身体の弛緩を起こせるようになる（Forman, 1993 ; Gould & Damarjian, 1998）。

弛緩状態に達しようとするリラックスのための意図的な努力は、自己催眠への第一歩である。ただし、自己催眠では暗示されたことが実際に起こっていると思う点で、弛緩訓練とは異なる。

> 催眠をうまく行うには、被験者が文字通り通常でない心の状態へと移る必要がある。我々はふつう、自分の心理的過程を外界との対応に向け、自己との交互作用の中で外界を再構成するのだが、催眠では注意を客観的世界から引き離し、代わりに内的に構成した想像の世界に集中するのである。こうなると、文字通り「本当の世界」を忘れ、自ら作り出した常に変化する内的現実に集中して、暗示に従って考え感じ想像するようになる（Straus, 1982, p. 51）。

自己催眠訓練で使う暗示は、行動の変容、態度と知覚の修正、環境ストレス

マネージメントの学習を可能にする。自己暗示に必要なのは絶対的な静かさと完全なリラックス状態である。このような深い弛緩状態での暗示はたいてい、たった一人で目を閉じた状態で無言のうちに生ずるが、それはストレスと緊張を取り除き、心身両面の病を軽減するのに役立つ（Barber, 1982, p. v）。

ストレスと緊張を軽減するのに効果的なもう一つのやり方は、瞑想の使用である。瞑想は穏やかで清明な内的状態と呼ばれる意識レベルを作り出す。それは自分をエンパワーメントする楽しいものである。人はよく知られた呼吸瞑想、超越瞑想技法、もっと洗練されたものなど、様々なやり方で瞑想することができる（Jaffe & Scott, 1984 ; Wallace, D'Andrea, & Daniels, 2001）。

呼吸瞑想法は、クライエントがストレス関連の生理的反応を統御する、簡単な方法である。1日おおよそ10分から20分を要し、基本的な4段階がある。

第一にクライエントは、邪魔されることのない静かで安全な場所をみつけなければならない。

第二に、快適に座れる場所をみつけたら、目を閉じて意識的に注意を外界から自分の呼吸に移していく。空気が肺に入って再び出ることに注意を集中する。こうして数分間は呼吸のパターンに集中し続け、注意がそれ始めたら、もう一度優しく呼吸へ向け直せばよい。

第三に、呼吸に集中して数分経ったら、鼻と口で深く呼吸しながら静かに「1」と数え始める。深く息を吐き始めたら「そして」、次に大きく息を吸い込むときには「2」と数え、次の息を吐きながら静かに「そして」と言う。4まで数えたら、元へ戻って数え、これをおおよそ10分か15分の間、あるいはそうすることが快適と感じるまで、集中しながらリラックスしたやり方で続ける。

最後に、ゆっくりと目を開け、自分の内的な感情を吟味するために約1分間そのまま座っている。クライエント（特に初めて瞑想する人）がこの種の実践を始めるときはふつう気が散って考えが散漫になってしまうことを、知っておく方がよい。こうしたよくある混乱でくじけてしまわないように、カウンセラーがそれを受け入れて注意を呼吸へと戻させる励ましが必要である（Wallace et al., 2001）。

このような瞑想の技法は、東洋の宗教的集団と伝統にかなり由来している。

その結果、これらはアジア系の人々に特に効果的なことがあり得る。いろいろな瞑想法が、過去数十年の間にアメリカで受け入れられるようになった。カウンセラーにとっては、ストレスに対する生理反応を変える新しい方法を人々に学ばせる資源の追加を得た形である。

3－5　ストレスマネージメントワークショップ

学校、企業、コミュニティなどでストレスマネージメント生活のためのワークショップを行うことは、様々な年齢と背景の人々に重要なスキルを育成する、実践的な方法である。そこではふつう、予防教育方式で安全な助け合える環境を作り、その中でクライエントがストレスに対処する新しい洞察とスキルを学べるようにする。参加者各々の発達的文化的ニーズに合った、ワークショップを創ることが必要である。そのほとんどは次のような特徴を共有している。

1．ストレス因（ストレッサー）の特定：ストレスマネージメントは、生活の中で起こるストレスへの正確な認識から始まる。自己認識を促しグループ内の相互支援を進めるために、ワークショップのリーダーは参加者を小グループに分ける。職場、学校、社会でよく起こるストレスをリストにすることを求める。リスト作りが終わったら、それを皆の共有とする。参加者は出てきた問題の共通点と可能な解決法について、話し合う。

2．認知的再構成：ワークショップのリーダーは、参加者がストレス状況に対応する方法を模索するよう指示することで、彼らの自己認識を深める。そのためにリーダーは、参加者に不安を感じた最近の出来事を書き出すように指示する。不安な状況とそれへの反応を分析することによって、クライエントは、どんな出来事を脅威・ストレスと知覚しやすいのかを発見できる。短い講義と話し合いによって、彼らは生活ストレスに対処する新しい方法を考え得るようになる。

3．ストレスの軽減：ワークショップのリーダーは、人々がストレスに対して一致して示す生理反応について概説する。こうして参加者がストレスに対する身体的な「闘争か逃走か」反応について知識を得る。すると、彼らは特定の生

活ストレスに対処する新しい方法を学ぶよい位置に進む。自分をリラックスさせるスキルの促進など、不安を軽減する方法に目を向ける。それによってワークショップ参加者は、ストレス対処に最もよい方法を探求する機会を得る。

4．成功方略の発見：この演習では参加者に、これまでの生活でストレスにうまく対処した方法を話すよう求める。話し合ううち参加者は、ふつう使われるストレス軽減法が、環境問題の解決から思考の変化、身体的な弛緩法まで、広範囲にわたることに気づく。こうして、参加者に自分の問題よりも成功について話させる。ストレスや問題に焦点をあてていたワークショップの初期とは対照的である。

5．ストレスマネージメントプランの立案：個人ごとのストレスマネージメントプランを立てることは、このワークショップの成果を大きく長期なものにする。カウンセラーは、参加者たちがストレス関連状況を選んで、即応する方法を考え出すよう励ます。そしてクライエントが実際にうまくストレスをマネージメントできるか見守り助けるために、フォローアップする。

4　健康増進プログラム

4－1　概観：包括的アプローチ

現代の多くの健康問題は、予防可能である。しかし予防のためには、クライエントがよい状態に向けて新しい態度と行動を学ぶための援助が必要である。伝統的治療による健康管理サービスに多額の出費をしていても、年々米国で予防可能な健康問題を起こす人が何百人もいて一向に減らないのを見ると、予防教育的介入の重要性は明らかである。

1世紀前には伝染病が、米国における死因の代表であった。20世紀の間に健康状況は変わり、科学発展のおかげで、結核、麻疹、ポリオ、インフルエンザ、肺炎のような病気では以前のように死に至ることはない。これらの病気はほとんど克服された。しかし、人々の健康と幸福への別の脅威が増えてきた。生活習慣と関連して健康を損なう人が増え、肺ガン、心臓血管疾患、ドラッグとアルコール依存、バイク・薬物関連の交通事故なども増えている（Lewis et al., 1993；Romano & Hage, 2000）。一般人にも増えているAIDSのような伝染病

も、生活様式の多様化と関連がある。

今日では多くの死は、回避可能か少なくとも生活を変えることで苦痛を軽くすることができる（Conyne, 2000 ; Witmer & Sweeney, 1992）。心臓血管疾患だけでアメリカでの毎年の死の半数を占め、ガンと事故もまたこの国の主な死因である。予防可能なこれらの病気は、伝統的な治療介入ではあまり効果がない（Lewis et al., 1993 ; Romano & Hage, 2000）。

専門家たちは、個人がどのようにして自分の健康状態を改善し、生涯にかかる治療費を減らすかを述べている（Zimpfer, 1992）。この健康増進行動は、禁煙・禁酒、カロリーと脂肪分の摂取を減らすこと、日々の適度な運動、高血圧とガンなど主要な病気の早期発見のための定期検診、交通法の遵守、シートベルトの使用などである（Lewis et al., 1993）。

コミュニティカウンセリングモデルでは、カウンセラーは、対象の人々の健康増進を図るプログラムの開発によって、こうした行動を推進する。学校、コミュニティ諸機関、病院、ビジネスの場で活用されれば、健康増進プログラムは多くの人に影響を与える。

プログラムがどこで行われるかよりも大切なのは、健康増進のための包括的な援助計画が、2つの基本的な考えに基づいていることである。第一は、クライエントの健康に影響を与える生理・環境・心理・文化的要因について考慮することである。第二に、この包括的な働きかけの中には、クライエントが自分の健康に責任を持つようにすることが入る。つまり、予防的働きかけの鍵となる要因は、一人ひとりが自分の健康を十分に統御する意思とスキルを高める点にある。

ウェルネス（wellness）は人間全体の幸福を求める包括的な考え方である。Witmer & Sweeney（1992）は次のように主張している。

> ウェルネスの概念は、身体と精神とコミュニティの全体性に関わる、いくつかの主要なテーマと強く関連している。個人や家族が仕事、友情、愛情の関係における日々の責任と向き合うならば、ほどよい健康とはどういうものか、正常であるとはどういうことかを考えるだけでなく、最良の健康を実現するために何が必要で望ましいことかも、常に見通しておく必要

がある。(p. 140)

健康増進プログラムは、「最高の機能」の実現を目指す。カウンセラーは健康とは何かを十分に考えた上で、クライエントが病気を自分で予防できる力を持って、自らのニーズに応えることができるように援助する。こうしてカウンセラーは、Kobasa (1979) が「心理的ハーディネス (堅固さ)」と呼んだ、個人の力の感覚をクライエントが身につけることができるように援助する。

心理的ハーディネスは、慢性疾患にかからずに済む主要因の一つであると、多くの人が認めている (Lichtenberg, Johnson, & Arachtingi, 1992 ; Romano & Hage, 2000)。Kobasa (1979) によれば、同程度のストレスに直面する人々の間で健康な人と病気になる人とを分ける要因は、外界への積極的な態度、強い自己関与、人生に意味を感じているか、などである。

以来 15 年にわたって研究者たちは、Kobasaのリストに次のような要因を付加した。自分を信じること、自分で物事を処理できると信じること、コミュニティ内の相互扶助がストレスと不健康から人々を守る心理的ハーディネスを生んだ経験、などである。(Albee, 2000 ; Lewis et al., 1993)。

これらを見ると、健康増進計画が次の 2 つの目的を持つことがわかる。

1．クライエントが心理的ハーディネスを増すよう助ける。
2．クライエントが健康を最良の状態に保つのに必要な能力を獲得できるよう援助する。

健康増進計画は、禁煙・減量・運動グループなど特定の問題に焦点をあてたサービスである。しかし重要なのは、このプログラムが積極的な健康 (ウェルネス) の視点に基づくことである。心身に問題を抱える可能性が高い人々を対象に別々の地域で展開された 2 つのプログラムについて、次に述べよう。

4－2　都会における健康増進活動：リスクの高い若者のためのヘルスセンター

貧しい子どもたちは、質のよい医療を受けにくい。経済的困難と低額の予防サービス不足のために、親は子どもに初期治療、予防ヘルスケアをめったに受

けさせない。そのため健康が悪化してやっと緊急病院に駆け込み、結果的に費用も高くつくことになる。

子どもの心身の健康を高めるサービスの重要性を認めて「マーサおばさんの青年サービスセンター」（第1章参照）（SLHC）は、イリノイ州シカゴに住むリスクの高い子どもや若者のウェルネスを改善するために作られた。この革新的なコミュニティプロジェクトは、シカゴハイツと呼ばれる貧しい学校地区170番の生徒に焦点をあててきた。

広範囲にわたり生徒の健康ニーズを調査した後、SLHCプログラム計画者は生徒たちが多くの健康問題を抱えていることを知った。そこで初期の治療と予防サービスが受けやすくなれば、この問題を回避できると考えた。監督当局と共にニーズ調査に参加した学校看護師（スクールナース）、ソーシャルワーカー、カウンセラー、そして親たちは、生徒の健康ニーズについて情報が得られるように計画した。

その結果、シカゴハイツの青少年の心身の健康について、恐るべき全貌が明らかになった。次の節では、この調査によって明らかにされた健康への最優先事項について簡単に述べ、続いてSLHCプロジェクトで協働したカウンセラーやソーシャルワーカーやスクールナース（保健室の看護師）が、学校地区170番の生徒たちの心身の積極的な健康（ウェルネス）を高めるために行ったことについて述べよう。

メディカルケアへのアクセス　170番地区の多くの子どもは、メディカルケアを十分に利用できていなかった。シカゴハイツの健康ケアサービスの利用が可能にもかかわらず、学校の看護教員の見るところでは、外部のフォローアップ（継続）サービスを受けるようにと言われた生徒の20%が、そうしなかった。こうした事態の主原因として、低所得者医療扶助制度であるメディケアを受け入れる病院やクリニックなどのヘルスケア提供者が少ないことが挙げられる。対策としてSLHCプログラムは、1995年秋にコミュニティ対象の健康サービスを開始した。

プログラム計画者は、ワシントン小中学校と学校付属の行政オフィスの道向かいの建物の一画を借りた。その後すぐに、コミュニティ健康センター

（CHC）を開設し、様々な初期および予防ヘルスケアサービスを、低費用あるいは無料で学区の学生に提供し始めた。その上CHCのスタッフは、特別なニーズのある生徒に専門医への紹介も行った。

ニーズ調査の結果は多くの生徒が、自分のヘルスケアニーズを満たすためにスクールナースにかなり頼っていることを示している。この点についてスクールナースの主任は、スクールナース一人につき平均して1日30人の生徒を看ていると報告した。さらに生徒への様々なヘルスケアサービスを提供するために、例えば専門医への紹介、フォローアップサービスの提供、書類作成などを行い、そのためそれぞれの生徒に7分足らずしか関わることができないことも報告された。スクールナースの果たす役割について、SLHCのカウンセラーとソーシャルワーカーは、スクールナースとより密接に協働し、彼女らの義務や日々出合う重過ぎる責任から定期的に解放するよう援助した。

予防接種　ニーズ調査から見出されたそのほかの重要な点は、予防接種を必要としながら受けていない生徒の数である。ニーズ調査の結果は1年生および5年生のうち8%が予防接種を受けていないために、学校が予定通り始められないことを示していた。さらにこれらの子どもは、アメリカにおいて最も麻疹にかかりやすい地域であるシカゴハイツにおいて、最もリスクが高かった。

この問題を扱うために、SLHCカウンセラーは、(a)生徒の親に働きかけて子どもが予防接種を受けることの重要性を示すことと、(b)低費用あるいは無料の免疫を提供するプログラムを作ることを含めた実行プランを計画した。

思春期の妊娠　ニーズ調査は2ヵ月にわたって行われたが、8年生（中学2年生）の3人の少女がすでに妊娠していた。9年生でも5人の妊娠が報告され、その前年には12人の9年生が妊娠していた。思春期の妊娠に関する問題は新しくはないが、学校の教職員はさらなる妊娠予防サービスを求めた。教師や親の多くは強く性交の抑制の重要性を強調していて、より効果的な意思決定スキルの発達を促進するサービスを要求した。

この要求を反映して、SLHCカウンセラーとソーシャルワーカーは彼らの要求に応える教育的介入を発展させるために、予防教育者および家族計画コンサ

ルタントとしての幅広い経験を活かした。SLHCのナースは、一対一の健康サービスと性教育サービスを、妊娠のリスクの高い生徒へ提供することに同意した。包括的な出産前後および乳幼児ケアサービスを受けるべきだが受けていない妊娠中の生徒にも、専門医への紹介を行った。

個人の衛生と栄養　絶えず教員やスクールカウンセラー、スクールナース、ソーシャルワーカーによって要求されるもう一つのニーズは、生徒の衛生と栄養に関する知識の乏しさである。彼らは生徒の衛生と栄養状態が、よくある健康に関する日常的な訴えである、頭痛、腹痛、感染、吹き出物、毛ジラミなどと関連していると考えた。

そこでSLHCカウンセラーは、衛生・栄養関連の問題を予防するために、ほかの学校職員との協働に乗り出した。生徒の衛生・栄養への自覚を高めようと、個人またはグループに働きかける計画を立てた。ほかの地域の社会的諸資源も調べて、糖尿病や肥満、栄養失調、アレルギーなど特別な食餌療法の教育サービスを要する疾患を持つ生徒に、専門医を紹介した。

ストレス　学区の多くの子どもと若者は、貧困、犯罪、家庭内暴力、薬物乱用、劣悪な住居といった環境諸要因によって起こる情緒的・身体的ストレスに苦しんでいた。ある統計によれば、約10%の中学生が自発的に学校でのカウンセリングを受けていた。しかも自発的に求めてくる人よりずっと多くの生徒がそうしたサービスを必要とし、常に20人ほどの生徒がストレス関連のカウンセリングサービスリストに載っている、という報告もある。

SLHCのスタッフは生徒のカウンセリングへのニーズを満たすために、いくつかの対策を立てた。緊急な要請に応じて直接サービスができるよう学校カウンセラーと協働すること、神経科、精神医、心理学の専門サービスへの紹介、生徒とその家族への予防教育サービスなどである。

そのためにSLHCスタッフは、幼稚園から8年生までの生徒を対象とする月毎の予防計画を立て、学校職員と共に着手した。年齢にあわせたグループ活動の内容は、性感染症・HIV・AIDSの予防、アルコール・薬物・タバコ・栄養についての教育、個人の安全と紛争解決、怒りのコントロール、暴力予防、意

思決定、仲間からの圧力への拒否方略などである。

多文化問題　SLHCが関わる学校の生徒の80%が、多文化・多人種的な背景を持つことに気づいて、スタッフは文化に敏感なサービスが大切と考えた。学区の生徒の3分の1以上がラテン系であった。コミュニケーションの違いが、このコミュニティでのサービス効果に障壁を生じかねないことが分かった。そこで、スタッフとラテン系の親との意思疎通を増すために、パンフレットや保護者用の書類はスペイン語に訳すことになった。

スタッフの多文化カウンセリングへの気づきと知識とスキルのレベルも、障壁になる可能性があった（Arredondo et al., 1996 ; Sue et al., 1992）。スタッフ自身が、プロジェクトの効果は文化に敏感なカウンセリングを提供するスタッフの能力にかかっていることに気づき、2つの対策を立てた。まず2言語以上話せたり文化に詳しい人を、優先して雇った。第二に、スタッフは専門性向上活動の一環として、マーサおばさんの青年サービスセンターで定期的に行われる、文化的気づきの訓練を受けることになった。

学校連携健康センター（SLHC）は、貧困地域に住むリスクの高い若者を対象とする、包括的健康増進計画のよい例である。ニーズ調査は、生徒とその家族に最も必要なサービスについての有用な情報を、コミュニティカウンセラーにもたらすことの重要さを実証した。

これら都市への介入は有用だが、多くのカウンセラーは郊外と地方に住んでおり、住民の心身健康へのニーズは都市部とは異なっている。集団が違えばニーズも違うのだから、実践者は健康増進計画を立案・実施する前に、当の人々のニーズを調査しなくてはならない（Braucht & Weime, 1990 ; Heil & Henschen, 1998）。

アメリカの田舎に有効な健康増進サービスを提供することの緊急性を論じてHuman & Wasem（1991）は、多くのカウンセラーはその地域特有のニーズについて的確な理解を持っていない、と述べている。次に南アフリカで用いられた方略が、ノースカロライナの田舎で健康増進計画を発展させたケースについて述べよう。

4－3　地方での健康増進：マディソン郡健康プロジェクト

危機にある人々対象の地方健康増進計画のよい例は、マディソン郡のそれ（MCHP）である。この新しいコミュニティ健康プロジェクトは、1989年に始まった。ノースカロライナ西部の山間にあるこの郡は、456平方マイル6,514世帯に16,953人が住む（Landis, Trevor, Futch, & Plaut, 1995）農村地域である。ここは昔からタバコ栽培農家が多い。

1980年代に、マディソン郡を含む多くの農村地域に経済的打撃が起こった。タバコの需要が減り、アメリカの主要な煙草会社は安価な海外の供給者に乗り換えた。経済的チャンスが減ってマディソン郡の若い労働者は、よりよい職を求めて他地域へ移っていった。

その結果、学校に通う年頃の子どもや高齢者のいる貧しい家庭が、マディソン郡に残った。こうした人々を襲うであろう健康問題と、そのニーズに合う利用可能な資源の乏しさを考えて、マディソン郡健康プロジェクト（MCHP）は設立された。

5段階過程　MCHPの発展には5段階ある。

(1) 当地域に住む人々にとって「コミュニティ」とは何を意味するのかを調査し、コミュニティ内の人的資源、主要な援助者（ヘルパー）を探す。
(2) マディソン郡の住民に共通の健康諸問題を明らかにする。
(3) 健康へのニーズに優先順位をつける。
(4) 健康増進のための介入を計画し実行する。
(5) さらなる改善のために、健康増進計画の有効性を評価する。(Landis et al., 1995 ; Nutting, 1990)

この介入のおおよそは、南アフリカの農村地域で予防ヘルスケア推進に関わった2人の医師、Kark夫妻が用いた方略に従っている（Plaut, Landis, & Trevor, 1991）。

前述したシカゴのプログラムと同様にMCHPのコーディネーター（調整者）は、コミュニティのニーズ調査が当然の出発点だ、と考えた。地域住民の心身の健康について意味ある情報を集めるために、フォーカスグループの手法を用

いることにした。

コーディネーターがこの方法を選んだのには、いくつかの理由がある。第一に、MCHP計画委員は、地域住民の多くが過去にほかの研究者によって「うんざりするほど」調査を受けたことがあり、伝統的なコミュニティ調査に応じたがらない、と報告している（Landis et al., 1995）。

第二に、時間はかかるがフォーカスグループは、田舎の貧しい人々の調査に伴う多くの障壁を取り除く、有意義な方法である。障壁とは、伝統的な調査手続と未知の調査者への疑いと不信、自己開示への恐れ、自己卑小感、教養の低さ、調査過程への一般的な不安などである。

フォーカスグループという小集団調査法の特徴である安全感は、一対一で調査者に会うと傷つきやすく脅かされたと感じる人にとって、自分が考え感じたことを自由に話しやすいことから得られる（Crabtree, Yanoshik, Miller, & O'Conner, 1993）。MCHPスタッフは、参加者から疑いと時には反感も持たれはしたが、フォーカスグループは地域の人々の健康ニーズと彼らの好む介入方法について、価値ある情報をもたらした。

ニーズ調査　健康への関心のうち高率なのは、高齢者を悩ます病気、青年と成人のアルコール関連問題、農家の人々のストレスに関連した健康問題（例えば頭痛や腹痛）、コミュニティで若くして親になった若者たちへの不安・心配、卒業後に望みを持てない高校生の悩みなど（特に抑うつ）である（Landis et al., 1995）。ニーズ調査の結果を元に、MCHPの顧問委員会は次のようなマディソン郡介入に着手した。

高齢者　高齢者の健康への関心が高いのを見て、郡のヒューマンサービス諸団体代表者は、このニーズに応える方法の相談に取り掛かった。その結果、1991年から毎年1回、高齢者のための健康フェアが行われることになった。

この健康フェアの企画は65歳以上の人々にインフルエンザと肺炎のワクチン、血圧測定、視聴覚検査などのサービスを提供し、高齢者はストレスマネージメントワークショップにも参加できる。高齢者の安全への助言などを含めたコミュニティ資源案内は充実しており、このフェアで無料で提供される。

健康フェアは昔の友達に会う交際の場にもなり、コミュニティメンバーのソーシャルサポート（社会的支援）意識を強めている。毎年500人以上の人々が健康フェアに参加する。

青年　当地域の若者の健康ニーズに対応するために、カウンセラーと教育者は高校生向けに一連の集会を組織した。集会ではアルコール、薬物、タバコの乱用、AIDSなど性感染症、ストレス関連の健康問題など、幅広い10代の健康問題を検討した。

親になったばかりの人たち　これらのプロジェクトやサービスに加えて、新生児の親が予防教育と援助サービスを受けた。州の広域から女性が「コミュニティボランティア」として集まり、様々な家族サービスを提供する地域機関情報を親に伝える訓練を受けた。さらにボランティアは、親が乳幼児に予防健康サービスを確実に受けさせるように話し、郡の病院などでの予防接種日程・情報を伝えた。ボランティアは新婚カップルに、額に張る体温計、電気プラグカバー、煙探知機といった親自身のためにもなる家庭向け安全用品一式を贈った。

子どもたち　近年MCHPでは、郡に住む子どもの独特なニーズに応える予防プロジェクトを始めた。この地域で最も多く飲まれる水は、井戸と泉からで、フッ素化合物が含まれていないので、子どもの歯の健康によくなかった。深刻な問題にならないうちにと、生徒の歯にかぶせ物をするなど、学校での口腔健康予防計画が始まった（Landis et al., 1995）。

MCHPのサービスは、コミュニティカウンセリングモデルが、健康増進方略の基礎として推奨する予防教育の実現である。健康増進プロジェクトを自分の地域で始めればカウンセラーは、MCHP計画者が用いた5段階の展開過程の有効さに気づくはずである。

前述の通り、どんな健康増進計画でも、クライエントが自分の心身の健康について前向きの態度を取り続けるように援助できれば、成功である。それに加えて人々は、健康な生活習慣を維持するための幅広い技術を身につける必要が

ある。こうした能力形成の重要性に基づき、コミュニティカウンセリングモデルは生活スキル訓練計画に重きを置いている。

5　生活スキルトレーニング：個人的能力の促進

誰でも生活の中で、おびただしい数の困難・コンフリクト・混乱・難しい選択に直面する。このような困難に人々がどう立ち向かうかは、心身の健康に影響を及ぼす。発達の諸地点で出合う様々な環境からの要求とストレスをうまく処理するために、人々は多くの生活スキルを用いる。

5－1　生活スキルの定義と重要性

生活スキルは、困難でストレスの多いときに、満足で生産的な生活を実現する能力を高めるものである。そうしたスキルの獲得が、直ちに成功と満足を保証するわけではない。しかし、それを全く持っていないと、心理的ストレスによってどうしようもないほど不健康な状態に陥る（Danish, Nellen, & Owens, 1998）。

援助の専門家にとっては、人々が自己のエンパワーメント感覚と幸福感を増す生活スキルを獲得するのを助けるべきだという考えは、新しいものではない。実際、心理的健康を促す望ましい行動を教えることの重要性は、20世紀初頭にすでにアメリカの教育組織の多くが支持していた。1920年代の性格教育運動は、公立学校システムの中で若者に意思決定と問題解決技術といった重要な能力を獲得させる、組織努力の現れである（Goldstein, 1992）。

「性格教育運動」は、1970～80年代に公立学校で行われた、道徳教育と価値観明確化プログラムなどの先駆けであった（Kirschenbaum, 1975；Kohlberg, & Turiel, 1971）。これらのプログラムは、生徒たちが責任ある決定を下すのに必要な認知的推論能力を獲得するように作られていた（Ivey et al., 2002；Lickona, 1991）。

ほかの革新的な生活スキル訓練も、1970年代に広まった。「心理的スキルトレーニング」（Goldstein, 1992）「よく計画された心理教育」（Mosher & Sprinthall, 1971）と呼ばれるプログラムは、やがて人々が伝統的カウンセリン

グと心理療法の効果を真剣に疑問視し始めたとき、カウンセリングや心理学において強力な拠りどころとなった。

様々な生活スキル訓練プログラムが現在、米国中の公立学校、コミュニティカレッジ、大学、精神保健機関、病院、企業で行われている。その中には、家族計画（Pransky, 1991）、リーダーシップ訓練（Wallace et al., 2001）、スピーチと自己主張訓練（Powell & Collier, 1990）、キャリアプランニング（職業訓練）（Herr & Niles, 1994）、コンピュータ訓練（Gerler, 1995）、多様性の訓練（Lee, 1995 ; Salzmen & D'Andrea, 2001）などがある。

さらに、何十万人もの人々が、どのように自分の持つ潜在能力を発揮して健康なライフスタイルを作り上げ、効果的な対人関係スキルを身につけて優れた意思決定者、生活設計者になるかについて学ぶ、自助（セルフヘルプ）本を購入している。変化が早く複雑な技術社会からの要求が増し、大衆の間に生活スキル訓練への関心が高まるのに伴い、カウンセラーはこの大衆的で重要な領域についてはっきりと理解しなければならない。

5－2　生活スキル訓練プログラムの効果

生活スキル訓練のプログラム、特にクライエントの社会的能力と問題解決能力の促進を目指すプログラムが効果ありとする証拠は、着々と増えている。研究者たちは、予防と能力開発の強調――生活スキル訓練の中核――は、多様な背景と年齢の人々に成功と満足をもたらす、と述べている（Albee, Bond, & Monsey, 1992 ; Albee & Ryan-Finn, 1993 ; Bond & Compas, 1989 ; Commission on Prevention of Mental/Emotional Disorders, 1987 ; Salzman & D'Andrea, 2001）。

Bloom（1984）は、個人の能力レベル、特に社会的状況におけるそれは、ストレスに満ちたライフイベント（人生の出来事）の悪影響を緩和する、と述べている。彼は研究を通して以下のように結論づけている。

> 人々の不幸の多くは、コンピテンス（能力）の欠乏の結果と考えられる。つまり、生活制御力と効果的対処方略の欠乏、それらに伴う低い自己評価の所産である。こうした見方は、様々な分野での重要な研究の成果の

分析から得られたもので、こうした研究は、コミュニティにおける個人的社会的問題に対処する上で説得力のある予防方略の一つとして、能力形成に集中しつつあるように思われる。(p. 270)

こうして、特定の問題に関して、その生物的・社会的・心理的な原因を知らなくても、まだ障害を起こすに至っていない人々の対処スキルと一般的能力を高めることによって、問題を予防することができるのである。効果的と分かっている予防介入方法は、ストレスマネージメント(Baker, 2001 ; Romano, 1992)、健康増進 (Gebhardt & Crump, 1990 ; Winett, 1995)、育児 (D'Andrea, 1994)、偏見の低減 (Ponterotto & Pedersen, 1993 ; Salzman & D'Andrea, 2001)、学校での生活スキル訓練 (Baker, 1996 ; McCarthy & Mejia, 2001)、およびコミュニティにおける生活スキル訓練 (Danish et al., 1998 ; Goldstein, 1992 ; Wilson & Owens, 2001) などである。

5 - 3 個人的コンピテンス (能力) と対人的コンピテンス (能力) の促進

生活スキル訓練の観点は、何よりも理論と実践両面での予防である。生活スキルの促進を目指す介入は、個人をクライエントとは見ず、様々な個人的・対人的コンピテンスを育てる機会で成長し得る学習者とみなす。

個人的コンピテンスとは、建設的で責任を持ち、自己主張もして社会的環境と折り合いをつけることのできる態度とスキルを指す (Kieffer, 1984 ; McWhirter, 1994)。これは、前向きな自尊感情 (Bowman, 1992)、自己効力感 (Bandura, 1982)、自己統御能力 (Jaffe & Scott, 1984 ; Wallace et al., 2001) などの促進だが、それらに限るのではなく、ストレス状況で用いることができる様々な意思決定スキルと対処方略の獲得も含むのである。

一方、対人的コンピテンスは、他者とうまく意思疎通できる能力を増すスキルを意味する。そのためには相手が持つ他者への見方を尊重すると同時に、自身のそれをもよく考えて互いに交流することを学ばなければならない (Salzman & D'Andrea, 2001 ; Selman, 1980)。McWhirter (1994) は、多様な文化的背景を持つ人々の対人的コンピテンス獲得への援助を目的とした介入について述べている。それは、「自己の方向づけ、有能感、コントロール感と共

に他者と交流し関わり共働する力を増させる技術である」(p. 51)。

こうした介入は、文化的に多様な生徒のいる学校でのリーダーシップ訓練(Fertman & Long, 1990)、学校での多様な人種的背景の若者対象の紛争解決・調停・暴力予防のための訓練(D'Andrea & Daniels, 1996 ; Larson, 1994)、文化的に多様な成人のための話し方教室(Powell & Collier, 1990 ; Wallace et al., 2001)、アジア系アメリカ人への自己主張(アサーティブネス)訓練(Sue & Sue, 1999)がある。ここ数十年に心理的な生活スキル訓練モデルがたくさん出てきているが、発達への取り組み(Gazda, 1984 ; Ivey, 1993)は特に、コミュニティカウンセリングの枠組と合致する。

5－4　Gazdaの生活スキル訓練モデル

Gazdaら(Danish et al., 1998 ; Gazda, 1984 ; Gazda, Childers, & Brooks, 1987)が「生活スキル訓練」と呼んでいるスキルは、発達理論を個人の能力育成の課題とうまく結びつけている。このモデルは4つの基本スキルを強調する。(a)対人的コミュニケーションと人間関係、(b)問題解決と意思決定、(c)身体の健康と維持、(d)アイデンティティ発達、である。

仮説　Gazdaらは、300以上の生活スキルを検討し、対象年齢と発達領域に基づいてカテゴリー化した。次にこのモデルの基本仮説を要約しよう。

(1) 発達の7領域すなわち心理社会的、身体性的、職業キャリア的、認知的、自我的、道徳的、情緒的の各領域にわたって、よりよい生活を送るために、すべての人が通る段階がある。いくつかは年齢と関係するが、関連のないものもある。
(2) 各段階で十分な発達ができるか否かは、その段階特有の発達課題をうまく達成できたかどうかによる。
(3) 発達課題の達成は、その段階と課題に合った生活スキルをどれくらい身につけているかによる。
(4) 人は多くの人々、例えば、両親、兄弟姉妹、教師、仲間、社会的に知られた人物などに出会い、それらの人々を通して生活スキルを学ぶ。
(5) ある生活スキルを最も容易に学べる年齢の範囲がある。

(6) 人は学習能力を遺伝で受け継ぐ。どこまでそれを伸ばせるかは、環境と経験による。

(7) 人は、基本的生活スキルを十分に獲得していれば、その機能を最大限に発揮できる。

(8) 神経症と機能性精神病は、生活スキルを発達させ得ないことから起こる。そうした機能不全を経験する人々は、通常いくつもの生活スキル欠如に苦しんでいる。

(9) 生活スキルは、小集団で最も効果的に教えることができる。それはメンバーに発達への準備ができている場合である。したがって、精神的健康を確かなものにし心理的機能不全を回復させる最もよい手段は、生活スキルを直接教え訓練することである。これは特に同時に2つのあるいはそれ以上の生活スキル欠如がある場合に有効である（Gazda, 1984, p. 93)。

4つのステップ　これらの一般原則に従ってGazdaの生活スキル訓練プログラムは、前述の仮説にある発達の7領域にわたって、ある年齢段階の課題への対処行動を分析することによって、様々なコンピテンスを伸ばそうとするものである。Gazdaらは、参加者一人ひとりのニーズと強さ（strength）に合った生活スキルを教えるために、小集団を用いた。同様のやり方は、予防と治療にも用いられている。対象者の機能不全の程度とは関係なく、訓練の目標は同じで、参加者を、訓練を受ける立場から次第にコンピテンスを増して自分が訓練者になれるところまで、一連のグループ指導によって導くのである。この訓練方式には4ステップある。

ステップ1：一般的な生活スキル訓練

(1) 話す：訓練者は、これから教える生活スキルの目的を説明する。

(2) 見せる：訓練者は、これから学ぶ行動の手本を見せる。

(3) やってみる：参加者はグループで、そのスキルを練習する。

(4) 日常生活に移す：参加者は宿題をもらい、日常生活で新しいスキルを試みる。

(5) フィードバック：訓練者と参加者がスキル獲得の進歩具合を査定する。

ステップ2：参加者は、グループで訓練を受ける間に、うまくやれるようになったスキルを仲間に教える。また「熟練者」（普通、スタッフの一人か訓練を受けてステップ4を「卒業」した人）との共同訓練もある。

ステップ3：「熟練者」の監督の下で、参加者を訓練する。

ステップ4：集団訓練セッションを単独で遂行する（Gazda, 1984, p. 95）。

5－5　準備カリキュラム；Goldsteinの問題解決プログラム

体系的な生活スキル訓練のもう一つの例は、準備カリキュラム（Prepare Curriculum：PC）である（Goldstein, 1992）。準備カリキュラム（PC）は、子ども・青年の心理的能力と向社会行動の促進を目指した、20年以上も前の研究に基づいている（Spivack & Levine, 1973；Spivack & Shure, 1974；Salzman & D'Andrea, 2001；Strain, 1981）。元々準備カリキュラム（PC）は、対人関係が不十分な若者に向社会スキルを教えるためだったが、それは有効な予防教育枠組ともなっている。

準備カリキュラム（PC）には、若者の認知的・対人的・道徳的発達を促進するための構造化された学習活動が10コースある。それは、問題解決、対人関係、状況知覚、怒りのコントロール、道徳的推論、ストレスマネージメント、共感、協調的学習と行動、グループへの理解と参加、である（Goldstein, 1992）。どのコースでも、次のことへのスキルの熟練を目指している。

(1) 個人的・対人的な目標を達成するための現実的な方法を考え、希望と目標だけでなく自己概念・感情、葛藤（コンフリクト）についても理解できるように援助する。
(2) 個人的キャリア目標を達成するために、他者からの助力・協力を引き出す効果的な方法を学習することを援助する。
(3) 自分にとって重要な他者に、個人的魅力をアピールする方法の学習を援助する。
(4) 他者の持つ自己概念、感情、葛藤、問題、希望目標を理解できるよう援

助する。

(5) 適切に建設的な変化を提案して、他者の役に立つようになることを援助する。

(6) 自分と他者の間にある問題を理解し、建設的かつ忍耐強いやり方で解決できるように――それは、感情面を含めたすべての現実を考慮に入れ、全関係者を満足させる近道である――援助する。

(7) 自分にとって重要な人々との関係を、愛情・仕事・遊びなどの中で豊かにする能力を育てる――そうした関係で得られる喜びと生産性を増す方法をたくさん見つけられるようにする。

(8) これらのスキルを日常生活に移し広げ、維持していけるよう援助する。

(9) これら9つの目標を達成するのに必要なスキルを、重要な他者に教える能力を高めるよう援助する。

準備カリキュラム（PC）の枠組におけるよい生き方は、他者を理解し共感し、相手からも共感を得る能力によると考える。つまりこの訓練モデルは若者に、他者とよりよく交流する仕方を教えるものである。そのために、認知と行動両面の教示が次のように組み合わされる。

(1) 自己理解を深める表現スキルと、それをうまく他者に伝える能力。

(2) 他者と同じように外界を見、他者の感情を感じ取って尊敬と同情を示せるようになる共感スキル。

(3) 表現スキルと共感スキルを適切に使えるようにするモードの切り替え。

(4) 人間の多様性への寛容、理解、尊敬を育むために、対人的な葛藤と問題を解決するスキル。

(5) 自分の人間的成長に役立つと同時に、他者との関係を豊かにするような反応を、他者から引き出す能力。

(6) 新しく学んだ行動を生活の中に統合していけるようにする一般化と維持。

伝統的なカウンセリングと心理療法は、これらの態度と行動の多くを育むこ

とができる。しかしGoldstein（1992）は、この種の訓練は臨床的医学的モデルよりも教育的モデルに基づくべきだと述べている。そうなればカウンセラーは、訓練者として次のことを行う。(a)動機づけ、(b)説明し、(c)やってみせ、(d)模倣を促し、(e)練習させて監督し、(f)宿題を出してうまくやれるよう準備させ、(g)宿題の出来を点検し、(h)学習者が日常生活で進んでスキルを使うよう促し、(i)生活へのスキルの転移・応用を見守り、(j)スキル維持の学習を監督（スーパーバイズ）する。

5－6　学校における予防的生活スキル・プログラム

一次予防に関心を持つ人々は、プログラムが、子ども・青年の発達的文化的ニーズに焦点をあてるべきだと考えるようになった。となると、学校は、コミュニティカウンセリングの枠組を用いるのに理想的な環境である。

学校では若者が、多様な生活スキルの理論的根拠について話し合い、練習し、スキル獲得の努力を評価されるなどの機会がたくさんある。生活スキル学習をクラスでやることが望ましいのは、生徒たちがカウンセラーとの比較的稀な交流よりも、グループでの交流の方に魅力を感じるからである（Baker, 1996）。

教育的状況で予防介入を行うことの利点について、Weissberg & Allen（1986）は次のように説明している。

> 学校での予防教育は、生徒が問題視される可能性を減少させる。訓練を受けている若者は、情緒的障害や精神病とみなされる必要がないからである。適応的な対人行動を促す直接介入がなければ、社会的関係に問題を抱える多くの子どもたちの適応は、悪くなるか、せいぜい変化しないかであろう。このような介入を受けていない子どもたちは、後で起こる問題によって傷つけられ続けるだろう。(p. 157)

学校プログラムによってカウンセラーは、子どもたちに特定の生活スキルを最も適した時期にうまく学ばせることができるようになる。さらに重要なのは、まだ問題を抱えていない若者をも対象とするため、こうしたプログラムは

コンピテンス形成を促すことである。

変化が目まぐるしく多元的なこの社会で必要な生活スキルを生徒に学ばせるために、カウンセラーたちは学校で発達的指導とカウンセリングを実施してきた。これらのプログラムは、予防教育的な方略を重視している（Baker, 1996；Muro & Kottman, 1995；Myrick, 1987）。焦点は学校によって異なるものの、そのほとんどは、次のような内容に取り組んでいる。自尊感情、行動への動機づけ、意思決定と目標設定、対人問題と葛藤の解決、多文化認識などである。

学校プログラムにおける多文化主義　第1章で述べた通り、21世紀に精神保健専門家が直面する主要課題の一つに、多様な文化・人種・民族的背景を持つ人々と共にコミュニティづくりを進めることがある。将来の繁栄と社会の平和は、この課題をうまく達成できるか否かにかかっている。学校はますます生徒たちが、文化的な多様性を受け入れ、偏見と思い込み（ステレオタイプ）にとらわれないよう援助することを求められている。

こうした望ましい発達を促すために、ハワイのカウンセラーは、小学生に文化の多様性への認識と尊重を育てる革新的な学校プログラムを実行した。3年生の4クラスにいる200人以上のアフリカ系・ヨーロッパ系・日系・中国系アメリカ人、ハワイ、フィリピン、韓国、サモアからの子どもたちが、この多文化ガイダンスプログラム（MGP）に参加した（Daniels, 1995；Salzman & D'Andrea, 2001）。このプログラムは10の学級セッションから成る。生徒は、自身と級友の文化的背景のよい面に焦点をあてた様々な学習活動に、積極的に参加した。研究者たちは、MGPに参加した結果、子どもたちが共感性と社会的スキルを有意に発達させた、と報告している（D'Andrea & Daniels, 1995；Salzman & D'Andrea, 2001）。

別の学校の一次予防プログラムでは、Locke & Faubert (1993) が、心身の問題を起こす危険があると判断できる生徒を対象に、一連の心理教育的な授業を行った。「真実一路計画」と名づけて、ノースカロライナの田舎に住むアフリカ系アメリカ人の高校生を対象とした。

このプロジェクトのカリキュラムを考えるに当たって、カウンセラーたちは小集団で話し合ってアフリカ人の観点を採用した。その結果、プロジェクトに

参加した生徒たちは、文化的背景に誇りと自覚を高めて成績が向上し、新しいリーダーシップと社会的スキルを示すようになった（Locke & Faubert, 1993）。

5－7　暴力予防と葛藤解決

アメリカでは、暴力行為が蔓延している。これは、殺人と暴行の報告数（Federal Bureau of Investigation : FBI, 2000）、家庭内暴力の増加（Browne, 1993 ; Kilpatrick, Edmunds, & Seymore, 1992）、多様な民族・人種的背景の人々を憎む犯罪の増加（D'Andrea & Daniels, 1994）、中学生さらには小学生による暴力行為の増加（Elliott, Hamburg, & Williams, 1998 ; Johnson & Johnson, 1995）として現れている。

暴力犯罪には厳しい罰を、という意見への公衆の支持は多い。しかし、そのような事が起こってから対処するやり方は、学校とコミュニティにおける破壊的事態を減少させるのにほとんど役に立たない。そこで別の方法を探求し実行する必要がある。暴力の予防と対人紛争の効果的な解決法として、一連の複雑な生活スキルの使用がある。それは、小学校年齢から成人までの一生を通して育まれなければならない。

暴力的な傾向を減らすために、カウンセラーの多くは、公立学校で紛争解決と仲間による仲裁プログラムを始めている。それらは多くの点で、コミュニティカウンセリングモデルを取り入れている。第一に、それらは、あらゆる年齢の生徒が、将来対人紛争を平和的に相手を尊重して解決するのに必要な生活スキルを発達させるのを援助する。第二に、若者の社会的道徳的発達を促すために教育的な方法を用いる。第三に、これらのプログラムは、子ども・青年が後の生活で起こり得る対人紛争への対処として非暴力的な方法を学習するのを援助する意味で、元来予防的である（D'Andrea, 2001）。

Johnson & Johnson（1995）は、紛争解決訓練によって暴力を減少させることを目指す学校プログラムの枠組について述べている。このモデルは、次の3つの要素から成っている。

1．教師と生徒が、教室と学校に協力的な雰囲気を作る方法を学ぶことを援

助する。
2．生徒に交渉と調停の技術を教える。
3．学校で仲間による調停プログラムを実行する。

D'Andrea & Daniels（1996）は、学校での暴力予防プログラムを企画する際に、生徒たちの独特な発達的文化的ニーズに配慮することが重要だと強調している。また、紛争解決の能力はほかの重要な生活スキルと密接に関係するので、それらを同時に扱うべきだと述べている。これによってカウンセラーは、生徒たちがストレスと怒りのマネージメントスキルを発達させ、効果的な問題解決と意志決定スキルを身につけ、協力して仕事を進める方法を学習し、攻撃的ではなく自己主張的にコミュニケートするやり方を身につけるよう、援助することができる（D'Andrea & Daniels, 1996）。

6　要約

コミュニティカウンセリングの中心的な構成要素は、カウンセラーが働くコミュニティや学校のニーズを明らかにすることと、今のところ問題行動を起こしてはいないたくさんの人々を対象とする予防プログラムを実行することである。予防教育プログラムは、すべての年齢の人々がストレスの悪影響を防ぐ生活スキルと能力（コンピテンス）を獲得して、心身の健康を維持するのを助ける。

そうしたプログラムは、カウンセラーが働く学校やコミュニティの人々にとって、個人的・文化的に特有のニーズに合わせて実践されたときに、最も効果を発揮する。その一方で、一般的な予防の方法もまた、リスクの高い集団に大いに有効である。幅広い層のクライエントに最も有効な介入方略は、ストレスマネージメント訓練、健康と幸福増進プログラム、生活スキル訓練、学校での精神保健プログラムなどである。

練習問題2.1

ワークショップの作り方

コミュニティカウンセラーは、身体的健康と心理的幸福を促進するために、ワークショップを計画し実行しなければならない。これは段階を追って立案すると最も効果的である。本章では、様々な状況で生活スキル訓練のワークショップを行うときに念頭に置くべき一般的な方略について述べてきた。また、ストレスマネージメントワークショップの構成要素についても、詳しく説明した。これらを踏まえて、対象にしたい人々と課題を考え、次に述べる各ステップに沿って、ワークショップの計画を立ててみよう。

(1) 取り組む対象の人々を想定し、その発達的・文化的特徴とニーズに注意を向けてみよう。

(2) ワークショップの目的を述べてみよう。例えば、そのワークショップに参加することで、どんな影響を受けるのか、どんな新しいスキル、態度、知識を与えたいのか、自問自答してみよう。

(3) あなたの目的に最も合っている活動を選んでみよう。参加者の発達的・文化的ニーズに合う講義、討論グループ、ケースカンファレンス、コンピュータなどメディアの活用、ロールプレイング、シミュレーション、予防教育、などについて考えよう。参加者が積極的に関わることができ、興味を持つのはどの活動だろうか。

(4) ワークショップを計画する際は必ず、あなた自身のスキルも含めて活用できる資源を確かめよう。

(5) ここまでの分析に基づき、ワークショップの細かい立案に取り掛かろう。

(6) ワークショップの目的が達成できたかを判断できるよう、おおよその評価方法を考えてみよう。

練習問題2.2

予防教育について考えること

第1章の最後に、特定の母集団のニーズに応えるコミュニティカウンセリングプログラムの大要を考えるように勧めておいた（練習問題1.3を参照）。そこで、コミュニティや学校で対象とした特定の母集団の人々にとって重要だと考えられる予防教育サービスについて、詳しく考えよう。そして別紙に、練習問題1.3であなたが対象とした人々が、より高い心理的健康と幸福（ウェルネス）を将来得ていくのに必要な知識とスキルを獲得できるよう、あなたがコミュニティや学校で、個人的に発展させ実行したい予防教育活動を列挙してみよう。

参考文献

Albee, G. W. (2000). Commentary on prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28, 845–853.

Albee, G. W., Bond, L. A., & Monsey, T. V. C. (Eds.). (1992). *Improving children's lives: Global perspectives on prevention*. Newbury Park, CA: Sage.

Albee, G. W., & Ryan-Finn, K. D. (1993). An overview of primary prevention. *Journal of Counseling and Development*, 72, 115–123.

Arbona, C. (1990). Career counseling research and Hispanics : A review of the literature. *The Counseling Psychologist*, 18(2), 300–323.

Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling and competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24(1), 42–78.

Baker, S. B. (1996). *School counseling for the twenty-first century* (2nd ed.). New York : Merrill Macmillan.

Baker, S. B. (2001). Coping-skills with children and adolescents. *Journal for Specialists in Group Work*, 26, 219–227.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147.

Barber, T. X. (1982). Foreword. In R. G. Straus (Ed.), *Strategic self-hyponosis* (p. v). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Bassuk, E. (1993). Social and economic hardships of homeless and other poor women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(3), 340–357.

Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1995). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Ed.), *Current psychotherapies* (5th ed.) (pp. 229–261). Itasca, IL : Peacock.

Bloom, B. L. (1984). *Community mental health* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks /Cole.

Boland, M. L. (1992). "Mainstream" hatred. *The Police Chief*, 59, 30–32.

Bond, L. A., & Compas, B. E. (Eds.). (1989). *Primary prevention and promotion in the schools*. Newbury Park, CA : Sage.

Bowman, J. (1992, March). *Empowering black males through positive self-esteem*. Paper presented at the annual convention of the American Association for Counseling and Development, Baltimore.

Braucht, S., & Weime, B. (1990). Establishing a rural school counseling agenda : A multi-agency needs assessment model. *The School Counselor*, 37, 179–183.

Browne, A. (1993). Family violence and homelessness : The relevance of trauma histories in the lives of homeless women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(3), 370–384.

Carter, D. J., & Wilson, R. (1993). *Minorities in higher education*. Washington, DC : American Council of Education, Office of Minorities in Higher Education.

Carter, R. T. (1991). Cultural values : A review of empirical research and implications for counseling. *Journal of Counseling and Development*, 70(1), 164–173.

Coddington, R. R. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the

disease of children-II : A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 205–213.

Commission on Prevention of Mental / Emotional Disorders. (1987). National Health Association report. *Journal of Primary Prevention*, 7(4), 175–241.

Conyne, R. K. (1987). *Primary preventive counseling : Empowering people and systems*. Muncie, IN: Accelerated Development.

Conyne, R. K. (2000). Prevention in counseling psychology : At ling last, has the time now come? *The Counseling Psychologist*, 28, 838–844.

Crabtree, B. F., Yanoshik, M. K., Miller, W. M., & O'Conner, P. J. (1993). *Successful focus groups : Advancing the state of the art*. Newbury Park, CA : Sage.

Craig, G. J. (1992). *Human development* (6th ed.). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

D'Andrea, M. (1995, April). *RESPECTFUL counseling : An integrative framework for diverisity counseling*. Paper presented at the annual meeting of the American Counseling Association, Denver.

D'Andrea, M. (1996). White racism. In P. B. Pedersen & D. C. Locke (Eds.), *Cultural and diversity issues in counseling*. (pp. 55–58). Greensboro, NC : ERIC/CASS Publications.

D'Andrea, M. (2001). *Comprehensive school-based violence prevention training : Testing the effectiveness of using a developmental-ecological training model*. Unpublished manuscript, University of Hawaii.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1994). The different faces of racism in higher education. *Thought and Action*, 10(1), 73–89.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1995). Helping students learn to get along : Assessing the effectiveness of multicultural developmental guidance project. *Elementary School Guidance and Counseling Journal*, 30(2), 143–154.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1996). Promoting peace in our schools : Developmental, preventive, and multicultural considerations. *School Counselor*, 44(1), 55–64.

D'Andrea, M. & Daniels, J., Arredondo, P., Ivey, M. B., Ivey, A. E., Locke, D. C., O'Bryant, B., Parham, T., & Sue, D. W. (2001). Fostering organizational changes to realize the revolutionary potential of the multicultural movement : An updated case study. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural cousenling* (2nd ed.). (pp. 222–254). Thousand Oaks, CA : Sage.

D'Andrea, M., Locke, D. C., & Daniels, J. (1997, March). *Dealing with racism : Implications for counseling*. Paper presented at the annual meeting of the American Counseling Association, Pittsburgh, PA.

Daniels, J. (1995). Building respectful connections among culturally-diverse students in Hawaii. *Educational Perspectives*, 29(2), 23–28.

Danish, S. J., Nellen, V. C., & Owens, S. S. (1998). Teaching life skills through sport : Community-based program for adolescents. In J. L. Van Raalte & B. W. Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology* (pp. 205–228). Washington, DC : American Psychological Association.

Donaghy, K. B. (1995). Beyond survival : Applying wellness interventions in battered women's shelters. *Journal of Mental Health Counseling*, 17(1), 3–17.

Elliott, D. S., Hamburg, B. A., & Williams, K. R. (Eds.). (1998). *Violence in American Schools*. New York : Cambridge University Press.

Ellis, A. (1993). *Fundamentals of rational-emotive therapy*. Newbury Park, CA : Sage.

Federal Bureau of Investigation. (2000). *Uniform crime reports*. Washington, DC : U. S. Department of Justice.

Fertman, C. I., & Long, J. A. (1990). All students are leaders. *School Counselor*, 37, 391–396.

Forman, S. G. (1993). *Coping skills interventions for children and adolescents*. San Francisco : Jossey–Bass.

Gazda, G. M. (1984). Multiple impact training: A life skill approach. In D. Larson (Ed.), *Teaching psychological skills : Model for giving psychology away* (pp. 87–103). Pacific Grove, CA : Brooks/ Cole.

Gazda, G. M., Childers, W. C., & Brooks, D. K. (1987). *Foundations of counseling and human services*. New York : McGraw-Hill.

Gebhardt, D. L., & Crump, C. E. (1990). Employee fitness and wellness programs in the workplace. *American Psychologist*, 45(2), 262–272.

Gerler, E. R. (Ed.). (1995). Applications of computer technology [Special issue]. *Elementary School Guidance and Counseling Journal*, 30(1).

Goldstein, A. P. (1992). *The prepare curriculum : Teaching prosocial competencies* (5th ed.). Champaign, IL: Research Press.

Gould, D., & Damarjian, N. (1998). Assessment in sport and exercise psychology. In J. L. Van Raalte & B. W. Brewer (Eds.), *Exploring sports and exercise psychology* (pp. 25–50). Washington, DC : American Psychological Association.

Harvey, W. B. (1991). Faculty responsibility and racial tolerance. *Thought and Action*, 7(2), 115–136.

Heil. J., & Henschen, K. (1998). Assessment in sport and exercise psychology. In J. L. Van Raalte & B. W. Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology* (pp. 229–255). Washington DC : American Psychological Association.

Herr, E. L., & Niles, S. G. (1994). Multicultural career guidance in schools. In P. Pedersen & J. C. Carey (Eds.), *Multicultural counseling in shools* (pp. 177–194). Boston : Allyn and Bacon.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–239.

Human, J., & Wasem, C. (1991). Rural mental health in American. *American Psychologist*, 46(3), 232–239.

Hwang, P. O. (2000). *Other-esteem : Meaningful life in a multicultural society*. Philadelphia : Accelerated Development.

Ivancevich, J. M., & Matteson. M. T. (1980). *Stress and work : A managerial perspective*. Glenview, IL : Scott, Foresman.

Ivey, A. E. (1993). *Developmental strategies for helpers : Individual, Family, and network interventions*. North Amherst, MA : Microtraining Associates.

Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (2002). *Theories of*

counseling and psychotherapy (5th Ed.). Boston: Ally and Bacon.

Jaffe, D. T., & Scott, C. D. (1984). *Self-renewal : A workbook for achieving high performance and health in a high-stress environment*. New York : Simon & Schuster.

Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (1995). *Reducing school violence through conflict resolution*. Alexandria, VA : Association for Supervision and Curriculum Development.

Jordan, J. V., Kaplan, A. G., Miller. J. B., Stiver, I. P., & Surrey. J. L. (Eds.). (1991). *Women's growth in connection : Writing from the Stone Center*. New York : Guilford Press.

Kieffer, C. H. (1984). Citizen empowerment : A developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3(2/3), 9–30.

Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. S., & Seymore, A. K. (1992). *Rape in America : A report to the nation*. Arlington, VA: National Victims Center and Medical Unierisity of South Carolina.

Kirschenbaum, H. (1975). Recent research in values education. In J. R. Meyer, B. Burnham, & J. Chotvat (Eds.), *Values education : Theory, practice, problems, prospects* (pp. 207–241). Waterloo, ON : Wilfrid Laurier University Press.

Knitzer, J., & Aber, J. L. (1995). Young children in poverty : Facing the facts. American *Journal of Orthopsychiatry*, 65(2), 174–176.

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health : An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1–11.

Koeske, G. F., & Koeske, R. D. (1990). The buffering effect of social support on parental stress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(3), 440–451.

Kohlberg, L., & Turiel, E. (1971). Moral development and moral education. In G. S. Lesser (Ed.), *Psychology and educational practice*(pp. 18–45). Chicago : Scott, Foresman.

Kozol, J. (1991). *Savage inequalities : Children in America's schools*. New York: Crown.

Landis, S., Trevor, J., Futch, J. & Oluayt, T. (1995). *Building a healthier tomorrow :*

A manual for coalition building. Asheville, NC : Mountain Area Health Education Center.

Larson, J. (1994). Violence prevention in the schools : A review of selected programs and procedures. *School Psychology Review*, 23, 151–164.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York : Springer. (本明寛・春木豊・織田正美（監訳）1991　ストレスの心理学：認知的評価と対処の研究　実務教育出版)

Lee, C. C. (Ed.). (1995). *Counseling for diversity : A guide for counselors and related professionals*. Boston: Allyn and Bacon.

Lewis, J. A., Sperry, L., & Carlson, J. (1993). *Health counseling*. Pacific Grove, CA : Brooks / Cole.

Lichtenberg, J. W., Johnson, D. D., & Arachtingi, B. M. (1992). Physical illness and subscription to Ellis' irrational beliefs. *Journal of Counseling and Development*, 71(2), 157–163.

Lickona, T. (1991). *Educating for character : How our schools can teach respect and responsibility*. New York : Bantam.

Locke, D. C. (1998). *Increasing multicultural understanding : A comprehensive model* (2nd Ed.). Newbury Park, CA : Sage.

Locke, D. C., & Faubert, M. (1993). Getting on the right track : A program for African American high school students. *School Counselor*, 41, 129–133.

Marx, M. B., Garrity, T. F., & Bowers, F. R. (1975). The influence of recent life experiences on the health of college freshmen. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 87–98.

Maslow, A. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York : Harper & Row. (小口忠彦（訳）1987　人間性の心理学：モチベーションとパーソナリティ　産業能率大学出版部)

McCarthy, C. J., & Mejia, O. L. (2001). Using groups to promote preventive coping : A case examples with college students from migrant farm-working families. *Journal for Specialists in Group Work*, 26, 267–275.

McNeilly, E. (1996, March, 18). Stress of racism may kill, study finds. *Honolulu*

Advertiser, p. A7.

McWhiter, E. H. (1992). *A test of a model of the career commitment and aspirations of Mexican American high school girls*. Unpublished doctoral dissertation, Arizona State Univeristy, Tempe.

McWhiter, E. H. (1994). *Counseling for empowerment*. Alexandria, VA : American Counseling Association.

Mosher, R. L., & Sprinthall, N. A. (1971). Deliberate psychological education. *The Counseling Psychologist*, 2(4), 3–82.

Muro, J. J., & Kottman, T. (1995). *Guidance and counseling in the elementary schools : A practical approach*. Dubuque, IA : Brown & Benchmark.

Myrick, R. (1987). *Developmental school guidance and counseling : A practical approach*. Minneapolis : Educational Media.

National Research Council. (1991, June). *Doctorate records file.* Washington, DC : Author.

Neimeyer, R. A. (1993). Constructivism and the congnitive psychotherapies: Some conceptual and strategic contrasts. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(3), 159–171.

Nutting, P. A. (1990). *Community-oriented primary care in the United States : A status report*. Albuquerque: University of New Mexico Press.

Parham, T. A., White, J. L., & Ajamu, A. (1991). *The psychology of blacks* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.

Plaut, T., Landis, S., & Trevor, J. (1991). Combining sociology with epidemiology : Community-oriented primary care in a rural mountain country. *Clinical Sociology Review*, 7, 87–105.

Ponterotto, J. G., Pedersen, P. B. (1993). *Preventing prejudice : A guide for counselors and educators*. Newbury Park, CA : Sage.

Powell, R., & Collier, M. J. (1990). Public speaking instruction and cultural bias. *American Behavioral Scientist*, 34(2), 240–250.

Pransky, J. (1991). *Prevention : The critical need.* Springfield, MO : Burrell Foundation and Parkadigm Press.

Ridley, C. R. (1995). *Overcoming unintentional racism in counseling and therapy*. Newbury park, CA : Sage.

Robinson, T. L., & Howard-Hamilton, M. (2000). *The convergence of race, ethnicity, and gender : Multiple identities in counseling*. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.

Romano, J. L. (1992). Psychoeducational interventions for stress management and well-being. *Journal of Counseling and Development*, 71(2), 199–202.

Romano, J. L., & Hage, S. M. (2000). Prevention and counseling psychology : Revitalizing commitments for the 21st century. *The Counseling Psychologist*, 28, 733–763.

Salzman, M., & D'Andrea, M. (2001). Assessing the impact of a prejudice prevention project. *Journal of Counseling and Development*, 79, 341–346.

Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. Orlando : Academic Press.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York : McGraw-Hill. (杉靖三郎ほか (訳) 1988 現代社会とストレス 法政大学出版局)

Slavin, L. A., Rainer, K. L., McCreary, M. L., & Gowda, K. K. (1991). Towarda multicultural model of stress process. *Journal of Counseling and Development*, 70, 156–163.

Spivack, G., & Levine, M. (1973). *Self-regulation in acting out and normal adolescents* (Report No. M–4531). Washington, DC : National Institute of Mental Health.

Spivack, G., & Shuren M. B. (1974). *Social adjustment of young children*. San Francisco : Jossey-Bass.

Steenbarger, B. N., & LeClair, S. (1995). Beyond remediation and development : Mental health counseling in context. *Journal of Mental Health Counseling*, 17 (2), 173–187.

Strain, P. (Ed.). (1981). *The utilization of classroom peers as behavior change agents*. New York : Plenum. (佐々木雄二 (監訳) 1993 自分に気づき自分を変える：創造的自己催眠プログラム 実務教育出版)

Straus, R. G. (1982). *Strategic self-hyponosis*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies : A call to the profession. *Journal of Counseling and Development*, 70, 477–486.

Sue, D., & Sue, D. W. (1999). Counseling the culturally different : Theory and practice (3rd ed.). New York : Wiley.

Taylor, J. (1998). Intensity regulation and athletic performance. In J. L. Van Raalte & B. W. Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology* (pp. 107–132). Washington, DC : American Psychological Association.

Veninga, R. L., & Spradley, J. P. (1981). *The work/stress connection : How to cope with job burnout*. Boston : Little, Brown.

Vera, E. M. (2000). A recommitment to prevention work in counseling psychology. *The counseling Psychologist*, 28, 829–837.

Wallace, R., D'Andrea, M., & Daniels, J. (2001). *The rainbow circle of excellence : Lessons from a championship season*. Honolulu : Watermark.

Weissberg, R. P., & Allen, J. P. (1986). Promoting children's social skills and adaptive interpersonal behavior. In B. A. Edelstein & L. Michelson (Eds.), *Handbook of prevention* (pp. 153–175). New York : Plenum.

Wilson, F. R., & Owens, P. C. (2001). Group-based prevention programs for at-risk adolescents and adults. *Journal for Specialists in Group Work*, 26, 246–255.

Winett, R. A. (1995). A framework for health promotion and disease prevention programs. *American Psychologist*, 50(5), 341–350.

Witmer, J. M., & Sweeney, T. J. (1992). A holistic model for wellness and prevention over the lifespan. *Journal of Counseling and Development*, 71(2), 140–148.

Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4th ed.). Elmsford, NY : Pergamon Press. （内山喜久雄（監訳）1987 神経症の行動療法：新版行動療法の実際 黎明書房）

Zimpfer, D. G. (1992). Psychosocial treatment of life-threatening disease : A wellness model. *Journal of Counseling and Development*, 71(2), 203–209.

第3章
社会的弱者へのアウトリーチ活動

第2章で述べた予防カウンセリングは、コミュニティカウンセリングモデルの中核部分であるが、カウンセラーが、様々な原因でストレス下にある人々のニーズを扱うことに倫理的責任を持つことは明らかである。したがって、コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、対象の人々の生活能力を高めて問題の予防に励むと同時に、さらなるサービスを必要とする人の存在も明確に意識する。貧困のような慢性ストレスか、家族の崩壊といった一時的危機によるストレスかを問わず、深刻なストレス下にある人はそうでない人よりも、心身の健康問題を抱える傾向がある。

本章では、次のことに焦点をあてる。(a)社会的に弱い立場にある人々のニーズ、(b)そうした人々が、自らの心理的健康と幸福の可能性を実現する際に、カウンセラーがやれる助力についてである。そのために我々は、RESPECTFULカウンセリングモデル（第1章参照）の中で述べた、多様な集団からの人々のニーズを扱うよう設計されたプログラムとサービスについて論じていく。多様な集団の人々とは、離婚家族の成人や子ども、都会で妊娠する青少年、ラテン系の人々、虐待を受ける女性、家庭内暴力を目撃する子ども、心的外傷（トラウマ）や生存と幸福を脅かす出来事を経験して危機カウンセリングを必要としている人々などである。

1　社会的弱者とは

長期にわたって同種のストレスに晒される人たちをまとめて、社会的弱者という。カウンセラーはふつう、こうした人々と接して働く。貧困者、ホームレス、無職の人、離婚家庭に暮らす大人や子ども、10代の妊娠者、暴力の犠牲者、HIV感染者やAIDS患者、年齢・人種・性などの差別による被害者である。こうした社会的に弱い立場にある人々は、それぞれ事態は異なるが、皆、個人の持つ資源と対処能力を超える強度の環境ストレスに、恒常的に晒されている。

長い間深刻なストレスに晒されている人々が、心身の健康を損なう危険が大きいことは、多くの研究で確認されている（Stokols, 1992；Surgeon General Report, 2001）。このことはストレスの源が、青年期の予期しない妊娠のような差し迫った危機であろうが、人種差別や性差別のような微妙で有害な慢性ストレスであろうが、真実なのである。

1－1　心理的健康の式

精神保健問題が生じる際に、人が持つ資源とその人を取り巻く生活環境との間にある微妙なバランスを概念化するには、次のような方程式を用いることができる。

$$\text{心理的健康} = \frac{\text{対処技術（コーピングスキル）} + \text{自己評価} + \text{社会的支援（ソーシャルサポート）} + \text{個人のパワー}}{\text{器質的要因} + \text{ストレス} + \text{無力感}}$$

この方程式は、George　Albeeが考え出し、全国精神保健協会（NMHA）の精神障害予防委員会が引用した式（1986, p. 13）を修正したものである。Albeeの元の式に、無力感と個人の持つ力の両要素が付け加えられた。

各部分の定義　前章では、この方程式の諸要素、ストレス、コーピングスキル、社会的支援（ソーシャルサポート）や自己評価などについて論じてきた。しかし、器質的要因、無力感、個人の力についてはまだ定義していないし、これらの要素が精神的健康と幸福にどのように影響するかについても、まだ述べ

ていない。

器質的要因とは、心身機能を脅かす生物的条件のことである。先天性欠損症や脳損傷を持って生まれる場合などが、その例である。これらの器質的要因と、非生産的で不適切な環境の作用とが結びつくと、人の心理的幸福に悪影響を与え、絶望感・無力感を助長するストレスが生じるのである。

McWhirter（1994）は、社会的状況や、社会の中でその人の価値をおとしめる力動のせいで、生活の道筋を方向づけることができない状態のことを無力感と呼んだ。そうした力動のために、満足できる建設的な生活を送るのに必要な生活スキルを獲得することができなくなり、よくない状況を防ぐのに必要な自身のコンピテンスへの信頼を損ねてしまうこともしばしば生じる。

最後に、この方程式にある個人のパワーは、2つの重要なプロセスを指している。第一は、自分の生活を制御して前向きで健康増進的な成果を生むことができる、という信念である。Bandura（1989）は、この側面を「自己効力感」と呼んでいる。

第二に、個人のパワーは、発達上環境上の課題をうまく乗り越えるのに使える生活スキルの獲得によって、大きく左右される（Salzman & D'Andrea, 2001）。

環境諸要因は、広範な生活スキルを発達させて、社会の中でそれを生産的に使用する能力に影響を与える。例えば貧しい生活に伴う諸要因は、その人の職業、経済、教育、社会、心理的諸面の可能性を伸ばす力に悪影響を与える（Langston, 1995 ; Persell, 1993）。

リスク集団を援助する　コミュニティカウンセリングモデルによると、アメリカでの生活を特徴づけている文化・経済・政治・心理・社会的諸状況は、すべての国民に影響を与える。しかし、多文化カウンセリングの専門家たちが指摘してきたように、歴史的に西欧的社会構造によって最も利益を得てきたのは白人男性である（Banks & McGee Banks, 1997 ; Scheurich, 1993 ; Scheurich & Young, 1997 ; Sue & Sue, 1999）。

さらに2つのグループ、有色の人々と女性はアメリカの経済・教育・政治・社会各面の制度によっておとしめられ、社会の周辺に追いやられてきた

(Banks & McGee Banks, 1997 ; Ivey, 1995)。そのために、これらの人々は、個人の持つ力の感覚を損ない、無力感が増し、様々な心身の健康問題の影響を受けやすくなっている (McWhirter, 1994)。

コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、2つの基本的な方法を用いて、クライエントが個人の持つ力の感覚を高めていけるように援助する。第一は、クライエントの自己効力感を増し広範な生活能力を育成するように設計された、様々な直接カウンセリングをすることである。この直接サービスには、クライエントが効果的なコーピングスキルを獲得できるよう援助すること、自己主張訓練の実施、意思決定と問題解決能力の促進、大学進学や仕事探しの援助、紛争解決技術学習プログラムの開発、大きな生活ストレスを経験して移行期にある人々に支持的なアウトリーチサービスを提供すること、などが含まれる。大きな生活ストレスと移行期とは、家庭崩壊、一人親になること、失業、様々な差別と偏見、不公平な社会政策と社会慣行などである。

第二の方法としてカウンセラーは、クライエントの生活に直接影響するシステムそのものに働きかけることもできる。このシステムとは、家族、学校、職場、大学、教会、近隣の機関、リクリエーションセンターなどのことである。第5章で、システム変化をもたらすカウンセラーの役割について検討するが、本章では社会的弱者たちが力の自覚を高めていける直接的クライエントサービスに焦点をあてる。

1－2　クライエントの新しい対処方略獲得への援助

人が最も傷つけられやすい立場にあるときに、カウンセラーは彼らのストレス状況を把握し、アウトリーチ活動によって問題の予防と軽減につなげることができる。このアウトリーチ活動とは、カウンセラーが自分のオフィスを離れ、クライエントの家、学校、教会、近隣、職場に行って、彼らが新しいストレス対処のやり方を獲得できるよう、直接サービスを提供することを指している。表3.1は、社会的弱者へのアウトリーチプログラムとサービスが、コミュニティカウンセリングの枠組にどのように当てはまるかを示したものである。

この表にあるように、アウトリーチプログラムは直接的クライエントサービ

スに属しており、特定の時期にストレスに弱い立場にあって、そのため集中的なプログラムを必要とする個人とグループを対象とする。

予防アウトリーチは、カウンセラーがある状況を高ストレスと認定し、まだ問題を示すまでには至っていない人々に働きかけて、対処のための資源開拓を助けるやり方である。予防できず、慢性的な問題や危機が生じたときは、適切な支援のためにアウトリーチサービスをする。

カウンセラーは、クライエントが新しい難局へのよい対処ができるように働きかけて、彼らが自らの幸福を増すのを助けることができる。個人に負担をかける状況はすべて、ストレスの原因となり得る。しかし、ある状況がストレスを起こすかどうかは、新しい負担への対処能力の自覚、以前似た状況にうまく対処できた経験、現況を統御可能と思う度合、過度の負担や相反するニーズの知覚、行動を取るときの基準などの諸要因によって違ってくる（Lewis, Sperry, & Carlson, 1993）。

表3.1　アウトリーチ活動とコミュニティカウンセリングモデル

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的		社会的に弱い立場にあるクライエントへのアウトリーチ ハイリスク状況 危機
間接的		

Lazarus（1980）は、人がストレスと認める状況3タイプについて述べている。(a)損害・損失、(b)幸福を脅かす状況、(c)引越す、子どもができる、新しい仕事を始めるといった生活の前向きな変化である。

> 損害・損失・脅威とチャレンジとを区別することは、対処過程そのものとその社会的効用に影響するだけでなく、道徳と健康に異なる結果を生む点でも重要である。状況が不利かつ危険で、それを乗り越える力が不足していると思うとき、脅威と感じる度合が高まるが、環境からの要求は難題だが対処不可能ではなく、手持ちのあるいはこれから手に入れ得るスキル

をうまく使えば何とか対処できる、と思えるときがある（Lazarus, 1980, pp. 47-48）。

Stensrud & Stensrud（1983）は、社会的弱者たちが「自らの生活を支配し、ストレスを損害・損失・脅威としてよりもチャレンジと捉え、ストレス状況に意義を見出し」（p.216）ていくためには、カウンセラーが前述の区別を念頭に置いて働きかけなくてはならない、と強調している。こうした態度を養うことによってクライエントは、難しい問題や生活の移行期に直面しても希望を持ち続け得る（Snyder, 1995）。

クライエントの前向きな対処能力を高め、ストレスによる機能不全を減らす方法を選ぶにあたって、カウンセラーは、将来起こり得る危機の影響を緩和する要因について考える必要がある。どんな個人の特徴と状況が有効な対処を導いたかを、精神保健従事者が知っていれば、似た状況をクライエントと共に作り出すカウンセリング方略を、設計することができる。

研究者たちは、つらい状況にうまく適応できる人の特徴として、いくつかの要因を挙げている。

1　ストレス状況にうまく対処できる人は、しっかりした社会的支援（ソーシャルサポート）を持っている。応援してくれる仲間がいると、ストレスの影響への緩衝要因となるのである。こうした人間関係は心の支えになり、実際に役に立つ援助も得られる。例えば困難な状況に直面したとき、うまく対処できる人は家族・友人・仲間に情報、助言を求めて具体的な資源兼心の支えとする。

2　ストレス状況にうまく対処できる人の多くは、環境への統御力を持っている。「自己効力感」とか「内的統制」と呼ばれるもので、自分の行動が外界を変え得るという信念の賜物である。信念を持っていて必要なときに統制力を使えるかどうかは、一人ひとり違っているし、ある状況下のストレスへの見方と個人的環境的資源の有無に左右される。

3　ストレス状況にうまく対処できる人は、問題解決に必要な情報と手段を持っている。うまくいくかどうかは、目下の問題を解決し適切な新しい行動を取れる能力に左右される。これには、一般的な生活上の能力（コ

ンピテンス）と状況特有の知識の両方が含まれる。

4　ストレス状況にうまく対処できる人は、新しい状況に適応できると信じている傾向がある。つまり個人的・経済的資源を持つことと、以前に似た状況にうまく対処できた経験とによって、現実的な自信を持つのである。自信形成の一方法は、現状況と過去の経験との共通点を見て取ることである。例えば、失業した人はそれまで失業経験を持っていないとしても、うまく仕事を得た経験は持っている。だから過去に職を得るのに用いた計画立案能力は、現在の状況でも有効・有用であろう（Ivey, D'Andrea, Ivey, & Simek-Morgan, 2002 ; Lewis & Lewis, 1986 ; Sue & Sue, 1999）。

これらの要因は、相互に関連しあっている。サポートシステムは、問題の解決に役立つと同時に統御感覚と自信を強め、自信を持つ人はより強固な社会的支援システムを持ちやすく、自分の問題解決スキルをうまく使える傾向がある。

社会的支援システムが緩衝要因となって環境ストレスの悪影響を減らすことが分かれば、カウンセラーは「緩衝形成者」となるよう努力できる（Aubrey & Lewis, 1988, p. 298）。それは、クライエントがストレス期を切り抜けて成長に必要な社会資源を得る新しい機会を、カウンセラーが作ることによってである。例えば、カウンセラーがクライエントの仲間支援グループづくりを助けたとすると、それは同時に新しい社会の支援システムを作り、能力向上の場を提供して、クライエントに生活統御感覚が高まる経験をさせているのである。こうしてカウンセラーは、クライエントが現在と将来のストレスへの緩衝を自ら作り維持できるように、働きかけることができるのである（Aubrey & Lewis, 1988）。

緩衝形成の努力によって、予測された変化、思いがけない危機、現在のストレスのどれかに対処する人すべてを支援することができる。しかしこの種のアウトリーチサービスを提供する際に鍵となるのは、大きな危機へと発展しそうなストレス状況を見分ける能力である。例えば、どんな出来事が大きな負担を生ずるかの研究があり、その古典的な例として、Holmes & Rahe（1967）によ

るストレス因一覧とランクづけがある。

配偶者の死
離婚
夫婦の別居
刑務所で受刑
近親者の死
けがや病気
結婚
失業
夫婦間の和解
退職
家族の健康状態の変化
妊娠
性生活上の問題
新しく家族が増えること
経済状態の変化
親友の死
職場の配置転換
配偶者との口論数の変化
抵当やローンの抵当流れ・差し押え
仕事上の責任の変化
息子や娘が家を出ること
義理の家族とのトラブル
個人のめざましい業績
配偶者の就職や退職

学校の始まりと終わり
個人的習慣の変化
上司とのトラブル
労働時間、労働条件の変化
転居
転校
余暇の変化
社会活動の変化
睡眠習慣の変化
一家団欒するときの家族数の変化
食習慣の変化
休暇の計画
軽度の法律違反

Reprinted with permission from "The Social Readjustment Rating Scale," by T. Holmes and R. Rahe, *Journal of Psychosomatic Research* 1967,11 を改変した。

最高ランクの出来事は、ほかのストレスをも生じさせることが多い。例えば、配偶者との別居、服役、けが、定年、家族数の増加などによって、新たな財政負担が生じ、それが予期しなかった危機への引き金となり得るのである。

2　アウトリーチプログラムのモデル

コミュニティカウンセリングの枠組に沿う援助プログラムがうまく機能するのは、そのプログラムが危険度の高い状況および対処できる資源などについての知識に基づいているときである。理念としては、社会的弱者へのアウトリーチプログラムは、次のような基本事項に沿う必要がある。

1．クライエントが使える援助はすべて使う。クライエントの家族、近親、友達、同僚、教会仲間、カウンセラー、そのほか上手な対処モデルにな

り得る人々である。

2．クライエントに自助と相互支援の機会を与える。

3．クライエントに新しい役割や状況についての情報を与える。

4．クライエントがその状況を乗り切っていくのに必要な対処スキルを獲得できるよう助ける。

5．クライエントが周りの状況と生活へのコントロール感覚を高めるようにする。

6．クライエントの文化的統一性とニーズについて、正確な理解と真の敬意を示すサービスを提供する。それによってクライエントは、生活課題にうまく対処するやり方を学び、自信と高い統御感覚を持てるようになる。

多様な人々を対象とするプログラムの多くは、クライエントがハイリスク状況にうまく立ち向かえるよう支援してきた。これらプログラムの共通点は、社会的弱者を力づけるアウトリーチサービスを用いることである。

次の節では、特定のリスク集団の人々をエンパワーしていくよう設計されたプログラムについて論ずる。対象者は、離婚家庭の大人と子ども、10代の若者、ハイリスクの高校生、虐待されている女性などである。

しかしこうしたプログラムについて論ずる前に、本章で前に述べた方程式を思い出してほしい。そうすれば、分母の持つ負の力を打ち消す「分子の値」（対処スキル、自尊心、ソーシャルサポート（社会的支援）、力を持っているという感覚）を強めるのに必要なすべてのことに注意を向けることになるだろう。つまり、次に述べるプログラムに共通でそれらを成功させている要因は、分子の価にはっきりと適切に焦点をあてた介入を行っていることである。

まず、社会的弱者のニーズを扱ういくつかの介入モデルについて述べよう。しかし、コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、クライエントの特定ニーズと特性にプログラムを合わせていくことを忘れてはならない。

2－1　家庭崩壊に対処する人々への援助

別居と離婚は、大人の生活の最もストレスの高い出来事の一つと考えられて

いる（Sprenkle, 1990）。家庭崩壊によって、心身の健康が脅かされることに疑いの余地はない。結婚が破綻するとき、家族は深刻な生活の変化に対処せねばならず、しかも彼らへの社会的支援システムは大きく損なわれてしまう。多くの疫学的臨床的研究を調べた上でBloom（1984）は、別居と離婚に共通な問題を次のようにまとめている。

> これらの研究が見出したことは、家庭崩壊の経験者が直面する少数だが重要な問題に集中している。問題のリストには、全般的な支援システムの弱化、家庭崩壊に対する様々な心理的反応を克服する必要、子育て、社会復帰、財政、教育と就職の計画、住居と家事などの問題、法律的権利の保護などがある（p. 272）。

別れたばかりの人は共通して、怒り、うつ、孤独、経済問題、不安、配偶者への断ちがたい未練などを訴える（Sprenkle, 1990）。そのため心身の健康に、様々な問題が生じやすくなる。Cherlin（1992）の研究によれば、別・離婚者は結婚生活を続けている人と比べて、精神病理的疾患、体の病気、事故、アルコール依存、自殺、他殺の発生率が高くなる。

大人へのプログラム　家庭崩壊は危険な状況だと広く認められており、カウンセラーは崩壊へと進みつつある人を対象とするプログラムの開発によって、予防的に介入することができる。理想を言うと予防プログラムは、(a)「現在の支援体制の維持」(b)「状況に即した現実的な問題解決スキルの形成」に焦点をあてるべきである（Cowen, 1985, p. 36）。Bloom, Hodges & Caldwell（1982）はそうしたプログラムを20年以上前に作っており、それ以降の同種のカウンセリングとプログラムの原型といえる。

Bloomら（1982）は、コロラド州ボールダーに住む最近別れた人々に、6ヵ月にわたり予防プログラムを施した。マスメディアと関係情報源に基づく郵便を用いて、プログラム開発者たちは153人を選び、うち101人にこの介入プログラムを実施し、52人を統制群とした。プログラム参加者には、2種類のサービスが提供された。準専門的援助者（パラ・プロフェッショナル・ヘルパー）

による個人的援助と、最近別れた人が関心を持つ問題の勉強会である。

参加者各人に準カウンセラーがつき、情緒的支援をし、危機に介入するなど、その人をプログラムの諸要素と結びつけた。準カウンセラーは「プログラム代行者」と呼ばれ、定期的に参加者と接触し、グループと個人の両方で社会的交流の機会を作り、プログラムの他部門と適切なコミュニティ機関に紹介し、プログラムに参加期間中ずっとクライエントを見守るなど、積極的な支援の役割を果たした（Bloom et al., 1982）。

前述の通りプログラム参加者は、別居・離婚者が共通に直面する実際的な問題を扱う定期的な勉強会に参加するように、勧められた。次のようなグループである。

- キャリアプランニングと就職：この勉強会は、参加者の就職や転職、長期的キャリアプランと仕事に有利なスキル訓練などを援助する。
- 法的財務的問題：弁護士の指導でクレジットやローンの組み方、親権と面会権、子どもの支援、離婚訴訟などについて勉強する。
- 子育てと一人親の問題：参加者は子どもたちの反応、面会、子どもの行動問題、別居・離婚への子どもの適応を助ける方法などについて話し合う。
- 住居と家事：ホームエコノミストの指導で新しい住居を捜し、家の修理、家計のやりくり、買い物と料理、時間の管理などを勉強する。
- 社会化と自尊心：この勉強会は、参加者が孤独、傷ついた自己概念、社会的・個人的欠陥の感覚などを克服するように援助する。

プログラムの評価研究によると、参加者が抱える心身の健康問題は別居・離婚後約6ヵ月の時点で、統制群より有意に少なかった。さらに、介入を受けた人は時間と共に心理的苦痛、不適応、不安など一般的な心理的問題の有意な減少を示した（Bloom et al., 1982）。

プロジェクト参加が終了した2年半後に、長期的な影響を知るための研究が行われた。その結果、「当初の効果は時間が経っても維持されるか大きくなっていた。このプログラムは一次予防の目的を果たした。つまり、家庭崩壊に

よって生じる心理的悪影響を予防することが分かった」(Cowen, 1985, p. 36)。

子どもへのプログラム　これまで研究者たちは、親が離婚した子どもたちに共通して見られる数多くの認知・感情・行動・心理的諸問題を取り上げてきた（Amato, 1993 ; Behrman & Quinn, 1994 ; Carbone, 1994)。健全だった家庭が崩壊するまでの間に子どもたちが経験する特有なニーズを考えて、カウンセラーはいくつかの予防アウトリーチプロジェクトを開発してきた。

離婚適応プロジェクトはこうした介入の一つで、「離婚家庭の子どもたちの向社会能力の育成と、貧しい自己概念や学業不振の出現予防とを意図する2部構成の一次予防プログラム（Stolberg & Garrison, 1985, p. 113)」である。精神保健サービスを受けたことのない心理的に健康な子どもたちに合わせて作ってあり、学校での子ども支援グループ（CSGs）と、コミュニティの一人親支援グループ（SPSGs）とがある。

CSGsは、7歳から13歳までの子どもたちに親の離婚に適応できるように、認知と行動のスキルを教え、情緒的支援を与えた。構造化された12週のプログラムで、子どもたちは離婚と直接関係する問題を話し合い、問題解決、怒りの統制、コミュニケーション、リラクゼーションなどの訓練を受けた。

SPSGsは補完的なもので、子どもたちの適応能力は親の育て方と離婚後養育者の適応改善によって間接的に高めることができる、という前提に基づいている。この12週間にわたる支援と能力育成プログラムは、親権を持つ離婚した母親が、一人親であることからくる困難を乗り越え得る新しい能力と態度を学ぶのを助ける。勉強会をし、個人の発達と関わる話として、「社会的な私」「働く私」「性的な私」「私の気持ちの制御」などを話し合い、子育ての話題は「子どものコミュニケーション」「しつけ」「子育てに関して前の配偶者と話し合う」などがある（Stolberg & Garrison, 1985)。

このプロジェクトの成果は、4つの子どもグループで評価研究された。(a)子どもだけがCSGに参加したグループ、(b)子どもたちはCSGに、その親がSPSGに参加したグループ、(c)親だけがSPSGに参加したグループ、(d)子ども親ともにどれにも参加しない統制群である。調査者は、子どもだけCSGに参加した第一グループの子どもたちの自己概念と社会能力が有意に改善したと報告してい

る。

さらに、親だけがSPSGに参加した第三グループの子どもたちは、ほかのグループと比べて心理的適応が高かった。つまり、CSGとGPS両介入の併用は期待されたほど大きな改善を生じなかった。

CSGの修正版が、Pedro-Carroll & Cowen（1985）の子どものための離婚介入プログラム（Children of Divorce Intervention Program）で用いられた。子どもが親の離婚への対処力を高める新しい能力を得るよう助けると共に、このプログラムは子どもの情緒的適応と発達を促す活動計画も含んでいた。活動にはグループ討議とロールプレイなどがあり、子どもたちが親の離婚に対する感情的反応を自ら探るよう励ました。

最初の3週で子どもたちは、お互いに知り合い、経験を共有し、離婚に伴う不安そのほかの感情について話し合い、4〜6週では問題解決と認知的能力の獲得に集中した。これらのグループ活動は、子どもの対人問題の解決と親の離婚に関わる負の感情への対処法を教えることに力を入れた。

こうした活動の中でカウンセラーは、親が離婚したのは自分のせいではないと子どもに分からせることに、特に注意を注いだ。カウンセラーはまた、子どもたちがやれる範囲を超えた、従って解決できない問題（例えば両親の和解など）とやれる範囲内の問題（例えば自分の感情をうまく伝える）とがあるということを子どもが理解するよう、力を注いだ。子どもたちは親のもめ事と関わらないことが重要と悟ると、熱心に自らの怒りを表現したり制御したりし始めた。最後の週に子どもたちは、それまでのグループでの経験を振り返り、それが終わることへの感情について話し合った。

プログラムの評価研究によると、グループに参加した子どもたちは、統制群より有意に高い適応を示した。Pedro-Carroll & Cowen（1985）は、こうした高い適応はおそらく、子どもたちの孤独感を取り除き、親の離婚について自分の感情を話したりできた支持的グループでの体験による、と考えた。また彼らは、プログラムにおける能力育成の側面も、こうした前向きの結果にとって重要であるとし、次のように指摘している。

子どもたちが親の離婚にあたって湧き出た感情を認め、表現し、対処で

きるように援助するのに支持的な環境は重要だが、それだけでは十分ではない……親の離婚によって生じる具体的な問題に取り組んでいく特別な能力の獲得が同じくらい必要である。このプログラムが提供するコミュニケーションと怒りの制御技術など対人関係問題解決方略は、解決できる問題とできない問題の区別を重視し、後者として親の不仲に関わらないやり方を重視する。つまり、支援と能力育成の両者が組み合わさったとき、介入に前向きの効果が生ずるのである（p. 609）。

継親・継子のいる家庭へのプログラム　父親か母親、あるいは両方の再婚で生じる新しいストレスに取り組んでいくには、また違う効果的な対処能力が必要になる。複合家族、つまり再婚によってできた家族の研究は今のところ少ないが、介入が期待される分野である。

子どもを伴った再婚家族は家族史を作る時間がまだないので、出発時に持っている力で成熟家族に必要な課題に取り組まなくてはならない。家族としての共通経験がないために、限定されたあるいは非現実的な期待を持ってしまい、その結果、不活動になったりよく知らない人や出来事に対して反発したりする（Hayes & Hayes, 1988, pp. 473-474）。

このような複合家族では、家族一人ひとりの役割と関係をはっきりさせ、安定させること、根拠のない期待を現実的なものに変えていくこと、子どもに適切な制限をすること、親権を持たない方の親に子どもの愛着がどう影響するかを知っておくこと、が必要である。Hayes & Hayes（1988）の提案によれば、カウンセラーは次の方法によって、複合家族がこうした課題を達成するよう手助けできる。

- 家族一人ひとりが持つ再婚家族についての神話を明らかにし、それを放棄できるよう助ける。
- 複合家族のメンバーが、新しい家族システムおよびそれと過去の家族との違いを理解し、今まで家族でなかった人たちを包みこんでいける

ように助ける。

- メンバーに効果的なコミュニケーションスキルを教える。
- 複合家族の一人ひとり、特に子どもたちが、以前の関係の喪失を嘆き悲しむことができるように援助し、その上で新しい関係を作っていけるように助ける。
- 複合家族のメンバーが新しい家族との関係の違いと対応し、別れた方の親への感情を探ることができるように話し合いの場を設ける。
- 親向けの訓練プログラムを提供し、また自分たちで学べるように本のリストを渡す。
- 複合家族の再建過程に助けとなりそうな、最近の研究と臨床的事実について情報を与える。
- 子育てと親の役割遂行に必要な関係と課題を明らかにする。
- 再婚した親のグループ活動をコミュニティで、また継子たちのためのそれを学校で行う（Hayes & Hayes, 1988, pp. 474-475）。

複合家族へのこうした広範囲にわたる働きかけは、予防アウトリーチの適切なモデルである。

2－2　家族発達プロジェクト：妊娠した青少年への援助

アメリカでは、毎年ほぼ100万人の10代の少女が妊娠する（U. S. Bureau of the Census, 2000）。高校時代の妊娠に伴う様々な悪影響が、調査によって明らかになっている。学校を中退し、若くして政府の援助に頼るようになり、乳幼児を四六時中世話しながら自分の個人的社会的発達にも取り組まなくてはならない（Center for Disease Control and Prevention, 2001 ; Hanson, 1992）。

コミュニティカウンセリングモデルはアウトリーチと予防サービスを重視するので、特にこの社会的弱者に適している。若い親が新しい対処スキルを獲得する援助は、積極的な予防に当たるからである。こうしたサービスは、危機が起こってから回復のために介入するのではなく、クライエントのスキルとコンピテンスを高めることに焦点をあてる。

そこで、コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、10

代の妊娠を個人の欠陥や心理的問題と見るのではなく、正負両様の結果を生じ得る特有の発達的危機と考える（Brodsky, 1999）。家族発達プロジェクト（the Family Development Project : FDP）による次の論は、コミュニティカウンセリングモデルが都市の貧困地区に住むアフリカ系10代妊娠者の幸福を守るのに、どのように用いられたかを示している。

FDPはテネシー州ナッシュビルのメハリーコミュニティ精神保健センターの後援を受けた民間の運営で、プログラム開発者たちはコミュニティカウンセリングモデルに基づき、次のような前提に立っていた。

1　環境との相互作用は、若者の精神的健康と発達に正負両様の影響を与える。
2　多面的な働きかけは、単一のそれよりも効果的である。
3　10代の母親の発達を促すためにアウトリーチ、予防、教育的サービスを行うことは、治療サービスよりも適切である。
4　社会的弱者にカウンセリングサービスを提供する場合、カウンセラーは当の集団にいる人の文化・人種・民族的特性に敏感でなくてはならない（D'Andrea, 1994, p. 186）。

(1) 家族発達プロジェクト（FDP）による直接的コミュニティサービス　サービス対象地域にある学校とコミュニティのキーパーソンから様々な情報と支援を得ることが、FDPプログラム計画の第一歩であった。このことを頭に入れて、プログラムのカウンセリング構成者は、当地域の要人たちが妊娠した若者のための一次予防プログラムを必要と思うかどうかを知るために、彼らとの「コミュニティ集会」を何回か開いた。産婦人科の医師、臨床心理学者、有資格の看護助産師、ソーシャルワーカー、3人の学校カウンセラー、4人の高校教員とFDPのカウンセリング関係者が、集会に出席した（D'Andrea, 1994）。

この集会で参加者たちは、こうしたプログラムがぜひ必要と述べただけでなく、FDP計画にも意欲を示した。コミュニティ調査とプログラム立案に重点を置いた何回かの話し合いの後、予防コミュニティカウンセリングプログラムはコミュニティにおける妊娠した10代のニーズを最もよく満たすであろう

と、全員が合意した。

予防プログラムとしてFDPは、人生の危機の真只中にいるが目立った心理的問題を示していない青少年を支援する必要を重視した。プログラムの開発者は、高いリスクを持つ若者たちに子育ての基礎的スキルを学ぶ機会を提供することによって、若い親が子どもを世話し健康に育てて、将来生じ得る問題を避けることを期待した。

プログラム立案集会に出席した人々は、FDPの予防重要視に一致して賛成しただけでなく、妊娠した10代の多くが妊娠中と出産直後に危機を体験する、と指摘した。こうしてFDPプログラムに治療カウンセリングを組み込む必要が、確認され支持された。

こうした提案に基づいて、包括的なプログラムが作られた。計画には予防教育、アウトリーチコンサルテーション、個人カウンセリング、プログラムの研究と評価などが組み込まれた。財源が限られていることでもあり、すぐにコミュニティの準専門家を集めて訓練しなければ、とプログラム計画者は考えた。そのためにFDPのコーディネーターは、地域の大学で職員たちと話し合った。目的はこのプログラムで10代支援の意思を持つ学生をみつけることで、大学の許可を得てFDPのカウンセラーは、テネシー州立大学の学部の授業をいくつか訪問した。その結果、教育、心理、福祉の各学部から15人のアフリカ系の女性が志願した。

学生たちは、32時間の訓練（週に8時間、4週間）への参加に同意した。訓練は、児童・青少年期の発達問題を扱い、学生ボランティアにコミュニティカウンセリングの枠組を教え、基本的な個人カウンセリングと面接スキルを学ばせた。

この訓練を終えた後、学生ボランティアはFDPに紹介されてきた青少年と接して、仕事を始めた。彼らがプロジェクトに参加している間ずっと、プログラムコーディネーターはボランティアにスーパービジョンを行った（D'Andrea, 1994）。

(2) 家族発達プロジェクト（FDP）による直接的クライエントサービス　FDPに参加した青少年は、メハリー医科大学とナッシュビルの専門学校のカウンセ

リング部門から紹介された人々であった。参加資格は、米国の標準以下の貧困層で12から18歳まで、初めての妊娠中で、都市の公的助成住宅に住み、高校在学中であった。

参加した10代の人たちは、一人の準専門家に割り当てられた。この人々は、参加者とのケース・マネージメントに直接責任を持っている。参加者と面接してその関心とニーズ（例えば医療、食料、住宅、お金など）を受け止め、教育的ニーズを調べ、学校を辞めないで済むように計画を立て、コミュニティにある資源を明らかにするのが仕事だった。

こうして面接で集めた情報について、FDPのカウンセラーとプログラムコーディネーターとのコンサルテーションにより、準専門家は参加者一人ひとりに応じた行動計画を立てた。この計画には、地域の福祉サービス機関への紹介、クライエントの学業の進歩について学校カウンセラーや教員との相談、参加者が支持的で秘密遵守の環境で、個人の関心と興味、目標について考える機会として個人カウンセリングを行うことなどが含まれていた。

FDPプロジェクトに参加した青少年は皆、一連の子育てクラスへの参加を勧められた。隔週木曜の夜に2時間開かれ、送迎つきで、夕食時間と重なるため栄養価の高い食事が出た。

このクラスは、参加者が妊娠と出産の過程を学ぶと同時に、わが子の健康と幸福を推進できる方法を模索するのを助けた。子育てのストレスに対処していけるための援助を重視し、コミュニティにある援助資源を教え、結局クラス自体が相互支援の源泉となった。つまり参加者たちは、同じような困難を経験している同士で共通の興味関心、欲求不満、恐れ、目標、価値観について安心して話し合えるようになっていった。その結果、クラスは後に「エンパワーメントグループ」と呼ばれ、新しい友情が育って出産後、数ヵ月も関わりが続くようになった。

(3) 家族発達プロジェクト（FDP）による間接的クライエントサービス FDPは参加者の発達を促すために、生態学的システム法を用いてきた（Neville & Mobley, 2001）。例えば、子育てクラスへの参加によって青少年は、自尊心と個人的な力の感覚を強める新しい人間システム（クラス）の一員となった。前

述の直接的クライエントサービスは、こうした望ましいプラスの発達を促すように設計されていた。

この直接サービスに加えてFDPのスタッフは、妊娠した10代がすでに持っている自然な社会的支援ネットワークの強化に努めた。そのためにカウンセラーと準専門家は青少年の家庭訪問をし、学校教員との相談をした。こうした努力は、青少年が大きな支援を得て尊重され得る環境づくりを目指していた。FDPのスタッフはこのプロジェクトの間ずっと、準専門家と共に少なくとも月に一度は青少年の家を訪問した。青少年の親が娘を支援し、親自身の欲求不満と心配事をよく聞いてくれるとして彼らの有用さを認めた場合は、月に2、3回訪問することも度々だった。ほとんどの親が、娘の高校卒業を望んでおり、そのためにFDPのスタッフは、定期的にその学校の教師、学校カウンセラーと当人の学業成績について相談した。教師の期待に沿いきちんと宿題をやっていくには、個人指導が必要と分かることもよくあった。

このようなニーズは、出産のために一時的に学校を離れなくてはならない場合に特に明らかになる。FDPのカウンセラーらは、定期的な家庭訪問と教師との接触保持とによって、新しい母親と学校とのつながりを維持しようと尽力した。この努力は、妊娠した10代が学校から脱落するのを長期にわたって予防することを目指していた。

(4) 家族発達プロジェクト（FDP）による間接的なコミュニティサービス　プログラム評価は、FDPのもう一つの重要な要素である。評価をした結果、FDPの参加者たちは参加しなかった統制群と比べて、より肯定的な自己概念を持ち、妊娠中に経験した社会的支援のレベルが有意に増加したことがわかった（D'Andrea, 1994）。

この公式の評価とは別にカウンセラーと準専門家は、参加者とその親、教師と学校カウンセラーのコメントなど、数多くの追加的なデータを手に入れた。プログラムへの反応は、強い支持で一致していた。参加者たちは、わが子のニーズについて多くを学び、有益な子育てスキルを手に入れ、親になる過程で出会う複雑なストレスに対処できる新しい方法を学んだ、と語った。参加者の親も、プログラムのアウトリーチサービスとスタッフによる誠実な気遣いに、

感謝した。

教師と学校カウンセラーは、このプロジェクトが妊娠した青少年にとって非常に重要であり、学校資源の範囲を超えて多くの精神保健サービスを提供したと述べた。学校関係者はまた、プロジェクトの成功は10代のために様々なアウトリーチサービスを行う際に、FDPのカウンセラーと準専門家が示した高い熱意による、と述べた。

プログラムの評価は、次の3つの理由で重要であった。第一に、評価はプログラム計画者に、FDPの全体的な有効さがわかるデータを提供した。第二に、プログラムの長所と短所について、価値ある情報を手に入れることができた。第三に、評価によってFDPの成功が証明され、公的・私的両機関で今後資金を募る運動に有利となった。

この公式・非公式両評価によって、FDPスタッフの用いた方略が、この章で前述した方程式の分子部分の諸変数を強めるのに役立つことが証明された。プログラムに参加したことで、10代の妊娠という社会的弱者が新しい対処能力を手に入れ、自尊心が増し、大きな社会的支援を得、力の感覚が高まった、と報告したのである。

2－3　ラテン系移民の精神保健ニーズへの取り組み：The Inquilinos Boricuas en Acción

アメリカは、人種間分断の長い歴史を持ち、国じゅうのコミュニティとキャンパスで見る通り、個人・制度・文化にわたる人種差別の諸形態が今も続いている（Jones, 1997）。人種差別は時に身体的暴力をもたらすが、もっと頻繁に有色の人々は、微妙な形の差別と偏見に日々晒され、心理的ストレスを増している（Atkinson, Morten, & Sue, 1998 ; Locke, 1998 ; Sue & Sue, 1999）。

このような心理的・社会的弱者の存在にもかかわらず、アメリカの精神保健医療制度は、多様な文化・人種・民族的背景を持つ人々の精神保健ニーズをあまり取り上げずに来た（Atkinson et al., 1998 ; Surgeon General Report, 2001）。その結果、非ヨーロッパ系の人々が心理的サービスを欲する場合、次の2つのどちらも消極的な選択肢から選ぶしかなかった。

1．文化的配慮のない治療を選ぶ。
2．精神保健サービスが明らかに必要なときでさえ、その方の専門家と全く接触しない（Sue & Sue, 1999）。

幸いにも過去30年の間に、多様な文化・人種・民族ごとのニーズに応える組織の数は増えてきた。そうしたモデルプログラムの一つが、Inquilinos Boricuas on Acción（IBA）で、アメリカ東部の都市に住むラテン系アメリカ人のニーズに応じるように設計されている。

IBAは、ボストンの南端にあるヴィヤ・ビクトリアと呼ばれるラテン系コミュニティをエンパワーメントするために、1968年に設立された民間の非営利団体である。1960年代半ば、この地域に住む人々のほとんどを強制退去させようとする市の提案と戦うためにラテン系のコミュニティが団結したときに、IBAは生まれた。

ラテン系アメリカ人のコミュニティは、議員に代替案への支援を働きかけるために集まった。代替案とは、この地域に住む低収入から中程度あたりまでのラテン系アメリカ人のために、政府の補助金つき住宅を作ることである。この努力によって、最終的には857棟のアパートが作られ、現在3,000人以上の住人が住んでいる（Merced, 1994）。

1986年の開始から、IBAは進化し変化してきた。今日、このコミュニティにある組織は次の3つの目標に向かって力を注いでいる。

1．ヴィヤ・ビクトリアに暮らす住民の心理的・社会的・経済的な幸福を促進する。
2．市全体でラテン系アメリカ人のための権利擁護活動を行う。
3．ボストン地域にいる裕福なラテン系アメリカ人の文化的・芸術的財産を後世に残す（IBA Factsheet, 1994）。

コミュニティ組織であるIBAは、ヴィヤ・ビクトリア住民の心理的・文化的幸福のために、多岐にわたりアウトリーチ、教育的サービス、カウンセリングといった、事前対策的で全体的なアプローチを用いる。これらのサービスは、

このコミュニティに暮らす青少年と成人のリーダーシップ能力を向上させ、住民によるコミュニティ変革プロジェクトを支援し、地域内の家族をエンパワーメントするために、社会文化意識を高めるプログラムを作る。次に述べる議論は、IBAスタッフによるサービスを簡略に述べ、どのようにこれがコミュニティカウンセリングモデルと適合するのかを説明するものである。

(1) **IBAによる直接的コミュニティサービス**　IBAの使命は、コミュニティメンバーが近隣で生じている重大な心理・社会・経済的問題を解決するのに最も適した人々であるという自覚によって、特徴づけられる。この組織の哲学は、コミュニティの健康に関する3つの前提から来ている。コミュニティ全体の健康は、次の場合に改善される。(a)住民が健康増進的な生活様式を取ろうと努めるとき、(b)住民がコミュニティを低価値から価値のある地位へと引き上げるプロジェクトに参加するとき、(c)住民が心身の健康に危険をもたらすような行動を避けるときである（IBA Factsheet, 1994）。

ヴィヤ・ビクトリアの住民がこれらの目標を達成するのを助けようと、IBAはここで暮らす子ども、青少年、成人にリーダーシップ訓練とピアカウンセリングプロジェクトを提供する。これら訓練機会の重視は、IBAが予防教育を重視すること、住民の自尊心とコミュニティ全体への責任感を促すために地元住民と共に働くことに重きを置くことを示している。

IBAの若者へのプログラムで、若者たちは、仲間が不健康な生活を送ることの危険に気づき、様々な発達的文化的ストレスへの対処法を知るように働きかけることを学ぶ。このピアカウンセリングプログラムで扱われる論点には、アルコール、タバコそのほかの薬物乱用が心身に及ぼす影響、安全でない性行動、学校中退、暴力に代わる方法、人種差別問題などである。このプログラムに参加した若者は大人と共に働き、前向きなメッセージを発信して、仲間に健康な選択を勧めるワークショップ、ダンス、近隣でのビデオ放映など様々なコミュニティプロジェクトをどのように作っていくか学ぶのである（Merced, 1994）。

(2) **IBAによる直接的クライエントサービス**　リーダーシップ訓練、予防教育

に加えてIBAは、一対一の小グループカウンセリング、支援グループ、勉強の個別指導、青少年と成人のための危機介入サービス、大人のための通訳、リクリエーションプログラム、美術の講義などを行っている。これら直接のクライエントサービスによって、様々な個人的教育的社会的ニーズと問題を持つ人への援助が広がり、IBAのコミュニティ全体への予防プログラムを補完しているのである。

(3) IBAによる間接的コミュニティサービス　コミュニティ住民のエンパワーメントをする人は、クライエントの心身の健康と幸福に悪影響を与える多くの環境諸要因に直面することになる。これらの要因には、様々な形の人種差別、貧困、言葉と文化の壁、高い失業率、政治家の多くがこれらの問題への敏感さと責任感を欠いていること、などが含まれる。

IBAのカウンセラーは、これら負の環境状況を解決するために、いくつかの間接的コミュニティサービスを行う。これらに関して、Merced (1994) は次のように述べている。

> IBAは、住民を政治に関わらせ、ほかのコミュニティの人や機関と連携し、人間サービス提供者と協働し、有権者を登録・教育し、住民がコミュニティのリーダーになるように訓練し、市の委員会選挙で代表になろうとするコミュニティメンバーを支援し、ヴィヤ・ビクトリアコミュニティに影響する政策に反対・賛成の公的表明をする (Merced, 1994)。

(4) IBAによる間接的クライエントサービス　IBAのクライエントの多くは、不当に低い評価を受けていると感じた経験を持っている。このことは、社会的スティグマを着せられ慢性的な精神保健上の問題を持っているクライエント、違法な暴力行為のような反社会的行為に関わったクライエントに、特に当てはまる。こうした人々が社会で経験する過小評価は、個人の力の感覚を損なわせ、無力感を高める。

こうした環境のダイナミックスが、クライエントの心理的幸福に長期にわたって悪影響を与えることを理解して、IBAのカウンセラーはクライエントが

正当な治療とサービスを受けることを保証するように働きかける。このクライエントの権利を守ろうとして、IBAのカウンセラーはほかのコミュニティ職員と共に、住居、公的給付金、家族、医療、学校などの諸サービス、法的扶助などに関わって、クライエントの権利擁護に多くの時間とエネルギーを注いでいる。

IBAは、コミュニティカウンセリングモデルの実践の優れた例である。IBAは、社会、政治、環境などからの数多いストレスによって長期間にわたり心理的苦痛を受けてきた文化的に差別された人々に、幅広い精神保健サービスを提供する。IBAのカウンセラーが行う直接・間接のクライエントとコミュニティへのサービスについて述べてきたが、それによってほかの実践者は、多様なクライエント集団への包括的で文化的に適切なサービスを計画する際に、重要な介入とは何かをよりよく理解することができると考える。

2－4　夫・恋人からの暴力を受けた女性の福祉を増進する

ドメスティックバイオレンスは何世紀にもわたって存在してきたが、アメリカ中のコミュニティが様々な方法でこの問題に取り組むようになったのは、最近である。家庭内暴力を訴える女性の数が年々増えていることを受けて、被害を受けた女性とその子どものニーズを満たそうと、たくさんの福祉機関やシェルター（保護施設）が作られた。

Hage（2000）によれば、1970年代以降の女性保護運動によって、アメリカに1,500以上の家庭内暴力被害者のための保護施設が作られた。こうした保護施設は、第一段階と第二段階という2つのカテゴリーに分けられる。

Donaghy（1995）は、2つのカテゴリーの違いについて、「第一段階は短期間の即時のケアに重点を置き、第二段階は女性が加害者から離れた後の社会復帰に焦点をあてる」（p. 4）としている。多くのドメスティックバイオレンス（家庭内暴力）のためのシェルターは、プログラムの中に「中間的第二段階」介入戦略を組み入れており、女性たちが自分のペースで独立した生活へと向かう機会を提供している（Roberts, 1996 ; Sullivan, 1991）。

被害女性が独立した生活に向かうのを支援する流れと共に、その全般的な幸福への関心が近年高まってきた。シェルターにこの観点を組み込むことは、女

性の対処能力、社会的支援、自尊心、力の感覚を高めるように意図された多面的な介入を意味している。このアプローチはカウンセラーに幅広い直接的、間接的、クライエント、コミュニティサービスを提供することを必要としている。

Donaghy（1995）は、ドメスティックバイオレンス被害者のためのプログラムモデルについて述べている。ウィスコンシン大学スティーブン分校で始まったもので、この本に述べたほかのプロジェクトと同様に、コミュニティカウンセリングの枠組の目標を踏まえている。このプログラムはまた、どのようにしてカウンセラーが彼女たちに治療的・支持的なカウンセリングを提供しつつ、同時に予防的な福祉方略をも用い得るのかを示している。

アメリカにおけるこの種のプログラムについて、Roberts（1996）は、特別な支援グループを除けば、ドメスティックバイオレンスの被害者（サバイバー）のためのウェルネスアプローチプログラムはほとんど存在しない、と述べている。したがって、Donaghy（1995）の言う予防的・ウェルネスアプローチカウンセリング方略は、被害者のことを考え、エンパワーメントするための新しいやり方といえる。積極的な健康をすすめるウェルネスアプローチを用いる理由について、彼女は次のように述べている。

> ウェルネスプログラムの利点は、それに含まれる要素の多くが予防志向を持つことである。今後、被害を受ける機会を減らして幸福を増すだけでなく、ウェルビーイングに伴うエンパワーメントの働きによって、女性がもともと、経済的、感情的に弱い立場にあること自体を減らすことができる（p. 7）。

被暴力女性へのカウンセリングにおけるウェルネスアプローチは、クライエントのニーズを知ることから始まる。それによってカウンセラーは、クライエントごとの状況に合わせてカウンセリング方略を計画できる。

被害女性のニーズ調査　被害女性用シェルターで、ウェルネスモデルを用いることに関心があるカウンセラーは、女性の意向を次の諸項について知る必要が

ある。

(1) 女性一人ひとりが暴力を受けてきた歴史を知る。
(2) 彼女の短期と長期のニーズと目標を明らかにする。
(3) 女性一人ひとりの全般的なウェルネスについて調査する。

随時の面接によって、こうした情報が集められる。Donaghy (1995) は、この調査に適した2つの心理査定ツールを勧めている。生活調査質問紙 (LAQ, Elsenrath, Hettler, & Leafgren, 1988) と紛争方略尺度 (CTS, Herzberger, 1991 ; Straus, 1989) である。これらを用いてカウンセラーは、女性と共に行動計画を立てるのに役立つ有益な情報を得ることができる。プログラム実施者にとってこれらの尺度は、彼女たちへのウェルネスプログラムの効果を評価するのに有益なものとなる。

尺度の使用によって、ウェルネスの5つの側面について情報を集めることができる。身体・情緒・知的・職業・精神的各側面である。詳細は次に述べることとし、ドメスティックバイオレンスの被害者が生活の中で心身の健康を回復するのに、コミュニティカウンセリングサービスがどのような援助をするかについて述べよう。

ウェルネスの身体的側面　ウェルネスの身体的側面は、身体の健康に直接・間接に影響する行動と要因にわたっている。栄養、アルコール・薬物乱用、ストレス、運動の頻度、性行為、身体的自尊心、平均睡眠量などすべてが身体の健康に影響する。

さらに、彼女の全身の健康は、今後起こり得るドメスティックバイオレンスの脅威によって危うくなる。暴力に伴う心理的ストレスは、クライエントの健康と自尊心に悪影響を及ぼす。

暴力を受けた女性の健康のための介入は、安全感を高める一時的保護、ストレス対処ワークショップ、YMCAなど運動設備を持つ機関へのフリーパス、クライエントが身体的自尊心の改善計画に取り組めるような直接的カウンセリングサービスなどである。

ウェルネスの情緒的側面　情緒的健康とは、「健康なやり方で自分の感情を持ち、表現する能力」を意味する（Donaghy, 1995, p. 10）。この健康促進のために、被害女性たちは協力し合って、配偶者が自分に振るった暴力について広範な感情と反応を表現する。この重要な仕事をカウンセラーは当の女性と共に、個人およびグループカウンセリングの場で行う。

自分の健康の情緒面を検討する機会が与えられると、被害女性は自分自身および対人関係上のニーズについての重要な洞察ができるだけでなく、周りにいる人々との関わり方を変え始める。家族と友達がこの変化に驚いたり混乱することが多いので、彼女に間接的クライエントサービス（例えばコンサルテーションなど）をすることが重要である。被害女性が通常経験する情緒的ニーズとその変化を家族・友人と分かち合うことによって、カウンセラーは家族の理解を深め、その支援が継続するように促すことができる。

ウェルネスの知的側面　ほかの基本的なニーズを満たそうとして、被害女性の知的発達の重要性を見過ごしてしまうことがあり得る。しかし認知的知的側面は、健康の重要な要素である。この種の健康とは、「個人の知識と啓発のレベルを高める公式非公式の手段」を用いることを意味する（Donaghy, 1995, p. 10）。知的側面の成長を促すためにカウンセラーが用いる方略には、次のものがある。

(1) 被害女性用シェルターにおける一般的教育プログラム（GED）を作るために、コミュニティの教育関係者と共に働く。
(2) 特に関係性の問題に焦点をあてた心理教育ワークショップを開く。
(3) 女性が自分の関心を話し、他人の経験から学べるような小さなピアカウンセリンググループを開く。
(4) 被害女性が虐待関係のダイナミックスを理解することを助ける方法として、読書療法を用いる。

ウェルネスの職業的キャリアの側面　職業上のウェルネスとは個人の職業経験と能力、過去・現在の職業的満足度、収入レベルを意味し、Donaghy (1995)

は次のよう強調している。

> 技術と仕事を持たない女性の多くは経済的に加害者に頼るため、暴力状況に留まることになる。多くの女性をその状況に留まらせるもう一つの力は、技術を持たない労働者の給料が子どもの養育に要る費用を払って生活するには十分でないことである。そこで多くの女性は福祉施設に入って扶養され続けることになる（p. 9）。

カウンセラーは職業カウンセリングサービスを提供し、職業訓練プログラムを利用するよう勧めることによって、女性の職業的ウェルネスを支えることができる。カウンセラーはまた、履歴書の書き方を教えたり女性が就職面接技術を学べるよう助けるボランティアを、コミュニティから募集することもできる。

ウェルネスのスピリチュアルな側面　この心理的領域は、最も理解しにくく議論もされていない側面である。ウェルネスのスピリチュアルな定義について、Donaghy（1995）は次のように述べている。

> スピリチュアルは様々な意味を含むので、百人百様の見方がある。伝統と教会の文脈で語ることもできるし、自然と触れ合うとか黙想にふけっているとき、あるいは子どものおむつ替えなど簡単な日常行動の最中にスピリチュアリティを経験することもあり得る（p. 9）。

McFadden（1992）は、スピリチュアルなウェルネスは自分自身の中で、他者との意味のある健康な関係の中で、環境との関係の中で、あるいはより高い存在と関わるときなどなどに経験する可能性があるとしている。回復途上で被害女性は、自身のスピリチュアリティと再びつながる必要を経験することもある。カウンセラーは、全般的な健康におけるこの側面の重要性を認識して、ニーズを満たすように援助することができる。しかし、コミュニティカウンセリングの倫理では、専門家がクライエントにどんな宗教的信念をでも押しつけ

てはならない。そうでなく女性が自身のスピリチュアリティの発達についてじっくり考えるように（おそらく施設を離れ、子どもが自立した後までも）、勧めることができる。

2－5　ドメスティックバイオレンスを目撃した子どもへのアウトリーチ

ドメスティックバイオレンス（家庭内暴力）が目撃した子どもに及ぼす心理的影響は、学術雑誌によく載っている（Alessi & Hearn, 1998 ; Carlson, 1996 ; Hage, 2000）。そうした子どもは、問題を解決する際の攻撃的行動、口汚い言葉、強い不安、感情を身体化する傾向、親たちの争いを自分のせいにするなど心理的問題のリスクが高い、と報告されてきた（Alessi & Hearn, 1998）。

コミュニティカウンセリングモデルは、社会的弱者へのアウトリーチサービスを重視しており、ドメスティックバイオレンスを目撃した子どものニーズに応えるのに適している。実際、こうした子どもへの介入は、過去数年に初期介入と予防の最新分野の一つとして始まった（Hage, 2000）。まずWilson, Cameron, Jaffe & Wolfe（1986）が作ったモデルを用いてHage（2000）は、コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーが、このハイリスクの子どもたちにアウトリーチサービスをどのように行うかについて述べている。

彼によれば、ドメスティックバイオレンスに晒された子どもの心理的発達と健康を促進するためには、カウンセラーが予防教育的支持的サービスを行う必要がある。Hage（2000）の言う介入方略は、暴力を目撃した8歳から13歳の子どものために作られた心理教育的なグループである。この基準に合う子どもたちは、「どのようにして感情を自覚し、怒りをうまく処理し、葛藤状況で自身を守り、社会的能力とスキルを学ぶかに焦点をあてた」10週間のグループ活動に参加するよう勧められた（Hage, 2000, p. 806）。このグループモデルを用いるカウンセラーはまた、子どもがドメスティックバイオレンスの本質と親の暴力の責任が自分にはないことを理解できるように、援助することが求められる。

こうしたカウンセリング方略は、この事態で傷ついた子どものニーズに応えるのに役立つものの、以後長期にわたる心理的発達へのドメスティックバイオレンスの強力な影響を克服するように援助する面では、介入の効果を測定した

研究はほとんどない。このためHage (2000) は、カウンセラーがこうしたプログラムとサービスを評価する倫理的必要を強調している。つまり、このような介入が実際に傷ついた子どもたちの心理的健康を促すのにどの程度役立つかを明らかにするには、質的量的両方法を用いた長期にわたる研究が必要なのである。

3　危機介入と自殺予防

ここまで述べてきた提案と方略の概要は、特定の集団を対象としたものである。しかし、誰もが様々な形で危機を経験する。個人的資源、例えば対処能力（コーピングスキル）、自尊心、社会的支援（ソーシャルサポート）、力の感覚など）の少ない人が危機を経験するとき、可能な選択肢を見失ったり過小評価したりしてうつ状態になり、自殺しようとするかもしれない。コミュニティカウンセリングの枠組には、危機にあるクライエントに働きかけるための実用的方略が含まれている。その一つに、自殺防止プログラムの立案と実施がある。

3－1　危機の定義

危機とは、いつも使っている環境の扱い方が突然使えなくなるとき、その人の生活に生ずる臨界局面のことである。危機は突発的な生活の変化や問題の組み合わせによっても、生じ得るかもしれない。カウンセリング理論は様々なタイプの危機を区別しており、それは危機の深刻さの度合と予測不可能性に基づいている。

Poland (1990) は、多くの人が経験する通常の発達的変化（入学、思春期の始まり、結婚、退職など）から思いがけない出来事（突然の失業、怪我をして障害者になること、親しい家族の死など）まで連続したものとして、危機を概念化した。人生の危機はまた、同時的（生涯の特定段階に起こる）、異時的（ある発達段階から次へと移るときに起こる）、超時的（発達段階とは無関係に生じる）などとして考えることもできる（American Association of Suicidology. 1989）。

原因に関係なく、危機にある人は自分が安定を失っていることに気づく。多

くの場合その人は、目下の問題を検討したり適切な資源をみつけ、危機にうまく対処する実際的計画を立てるのに、他者からの援助を必要とする。さらに無力感と失望に対処するためにも、支援と励ましを必要とする（Ivey et al, 2002）。

危機は、強いストレス状況を意味するが、病状を意味してはいない。というより危機は、まだ持っていないまたは使ったことがない問題解決能力などの資源を必要とする状況のことであって、どんな人にもまた時を選ばず起こり得るかもしれないのである。

危機は通常一時的なものだが、その人の心身の健康に長期にわたる影響を与える可能性がある。そんな悪影響が生じるかどうかは、その人が危機にどう反応するかに左右される。したがってカウンセラーは、危機を予測できるプロセスの一つと考えるようにクライエントを援助するのがよい。

3－2　危機の段階

危機の第一段階で、人は新しい予期しなかった出来事に直面し、不安やうつなどのストレス状態になる。第二段階で、いつも使う問題解決方法が役に立たないことを知る。これを受けて第三段階ではたいてい、差し迫った問題に対処する新しい方法に挑戦しようとする。最後の段階では、その対処法で効果があった場合その人は強くなるし、効果がなければ危機は続き、おそらく以前より強大なレベルのストレスをもたらす。

Aguilera & Messick（1981）は、危機が持つ正負両様の結果を研究し、次のように述べている。

> 漢字では、「危機」は危険と機会の両方を意味する。危機は人を圧倒し、その結果自殺や心的崩壊を招く恐れがあるから、危険である。しかし危機にある間は治療の影響を受けやすくなる意味で、好機でもある。即時の上手な介入は深刻な長期にわたる障害を予防するだけでなく、新しい対処法を生じさせて危機の前よりも高いレベルへとその人を成長させるかもしれない（p. 1）。

危機に際し、いつ介入するかは非常に重要である。危機カウンセリングは、危機の影響を正の方向にするために行われる。もちろんこの種のカウンセリングは一時的なもので、本来の目標は、(a)クライエントが自分の生活に統制感を取り戻すように、(b)必要な資源を豊かにして、危機が去った後に健康のレベルが高まるように援助することである。こうした危機介入は、ドメスティックバイオレンスセンターのような特定の目的で作られた機関、コミュニティの精神保健センターのような広範囲のサービスを担当する機関、さらに学校カウンセリングプログラムにおいても行われるであろう。

どこでするかに関係なく、危機カウンセリングは同じ原則に従っている。

(1) 危機カウンセリングは、期間限定の治療目標に焦点をあてる。クライエントの現在の緊張レベルを低下させる援助を重視する。危機カウンセリングに時間制限があることは、クライエントが危機に対処する新しい方法を検討して目標に達しようとする意欲を高め、維持させる。
(2) 危機介入は、クライエントがストレスの原因と意味をどう受け止めたかを明らかにし、正しく評価できるように援助することを含む。つまりクライエントのストレス認知再構成を促す、積極的・直接的な働きかけが必要である。
(3) 危機カウンセリングは、クライエントが効果的・適応的な問題解決法を身につけて、危機が起こる以前の機能レベルに戻ることができるように援助する。
(4) 危機介入は現実指向的であって、クライエントの認知を明澄にして否認と歪曲に直面させ、誤った再保証ではなく情緒的支持を与える。
(5) 可能なときはいつでも、多様な文化・人種・民族的背景を持つ人に働きかける場合は特に、危機介入方略は、クライエントの現在の関係ネットワークの中にいる人たちを巻き込んで、効果的に対処できるように助ける。
(6) 危機介入は、カウンセリングと発達的サービスへの準備となる（Ivey et al, 2002)。

これらの原則は、危機カウンセリングを実際的現実的なものにすることの重要性を示している。カウンセラーは、クライエントの現在の状況に焦点をあて、危機に際して問題の核心を認識できるように援助することが必要である。クライエントは問題に集中してほかの解決方法をみつけるのが困難になるので、カウンセラーは問題解決への準備をし、クライエントが周りにある比較的永続性のある援助源を見出し得るようにする必要がある。このプロセスは次の段階を通るのが普通である。

(1) 危機の性質を調べる：危機カウンセリングにおけるカウンセラーの最初の仕事は、何が危機を招いたのか、どんな対処法が試みられたのか、その人は普段どんな対処法を取るのかなどを、できるだけ多く知ることである。まず、「あなたと家族は差し迫った危機状態にあるのか」と質問して、状況の深刻度を測るのがよい。もし答えが「はい」ならば、クライエントと家族の安全を守るのに必要などんな行動でも取る倫理的責任がある。

(2) クライエントが差し迫った問題を理解できるよう援助する：前述の通り危機にあるクライエントは、危機の主要問題を理解しにくいことが多い。カウンセラーは、クライエントが問題をしっかりした現実的な言葉で語れるように援助する。

(3) 問題を処理可能なものにする：危機にある人はたいてい、目下の困難に圧倒されたと感じる。しかし問題を処理可能な部分に分けていくと、クライエントは問題を統制できるという力の感覚を増し始める。問題の各側面を解決する行動に移ると、その人は平衡と力の感覚を取り戻し始める。

(4) さらなる支援源を明らかにする：クライエントが危機に立ち向かうとしたら、カウンセラーはその人が家族、友人そのほかの人々から支援を得られることをはっきりと認識できるように、援助する。そうした働きかけによって、クライエントは情緒的にも支持を得ることができる。

(5) 個人の強さ（strength）をはっきりと認識する：危機にあるとき、人

は自分のよい特性を軽視しがちである。手近な資源を認識できるようにすることによって、自分の長所と責任の感覚を強めることができる。

(6) 感情を模索する：通常、危機は深い感情を引き起こす。クライエントが感情を認識し表現することができるならば、それをうまく扱うことができる。

(7) 危機状況への対処方略を開発する：カウンセラーは、クライエントの問題解決能力を高めるべきである。危機カウンセリングのこの段階で用いられる方略は、危機にないクライエントの場合と似ている。しかし、危機にあるクライエントが新しい問題解決方略を試そうとするとき、具体的な指示と情緒的支援が必要である。

(8) 将来の危機予防の計画を立てる：クライエントがストレスの少ない機能レベルに戻ったら、カウンセラーはクライエントが危機状況を憶えておいて、問題の予防を考えるように援助する。新しい問題解決能力と当人の資源を高レベルに保つ試みとがなされるならば、危機はクライエントの成長を促すものになり得る（Ivey et al., 2002 ; Lewis & Lewis, 1986）。

3－3　自殺予防

危機カウンセリングモデルは1950年代後半から1960年代初めにかけて提唱され、同じ頃に自殺予防への関心が高まった。現在の自殺予防対策は、ロサンゼルス自殺予防センターでのFarberowとShneidmanの画期的な仕事に基づいている（Farberow, 1974 ; Farberow & Shneidman, 1961）。このセンターは、24時間電話相談を開発し、電話で危機カウンセリングをするボランティアを初めて訓練した。

センターの職員が電話カウンセリングの効果的な方法を研究し発展させた上で、情報を広く伝え、この危機介入プログラムは全米で行われるようになった。自殺と自殺未遂の増大が、全国で年齢・背景を問わず起こっていることが報告され、緊急の国家的問題として研究と積極的な予防対策を要する状況になった。

ロサンゼルス自殺防止センターは科学的介入方法の開発だけでなく、自殺念慮と行動について重要な研究を継続して行い、よいモデルとなった。研究は、Farberow & Shneidman（1961）による、何百もの自殺遺書収集と分析から始まった。McGee（1974）は2人の研究者の先駆的な努力について、次のように述べている。

> どんな物語を好もうと、2人の科学者がロサンゼルス自殺予防センターのオフィスに山と積まれた数百の自殺記録を発見した幸運には、何かのツキがあったに違いない。この発見によって、その科学的価値具現化と共に、Norman FarberowとEdwin Shneidmanの2人は、自ら命を絶つ人の心理過程研究への第一歩を踏み出した。2人は思考過程を分析して、「自殺の論理」を明らかにし、感情状態を調べて生と死の間で迷う心を解明し、表現を細かく調べて自己破壊行為を予見する手がかりをみつけた。こうして彼らは、自殺は予防することができると結論したのである（p. 5）。

この研究はその後も続けられ、Shneidman（1987）は自殺を選んだ人の生前の精神史を詳しく調べ、彼らの考え方について多くの洞察を得た。こうした発見を述べる際、彼は「心理学的解剖」という新しい用語を作り出した。自分が集めたきわめて個人的な情報に基づいて、彼は次のように結論している。

> 自殺が自己破壊の奇妙な理解不能の行為ではないことを、私は学んだ。そうではなく自殺者たちは、独特の論理と思考スタイルを用いて、死が問題の唯一の解決方法だという結論に達する。だからどこを見るべきかを知っていれば、このスタイルを事前にみつけることができるし、自殺を止めるために取れる方法もある（Shneidman, 1987, p. 56）。

Shneidmanは、研究結果に基づいて数多くの自殺予防ガイドラインを作った。例えば、自殺する人はその生活で耐えられない苦痛を経験するのだから、働きかけをするべきであり、そのために時には、自殺予防方略の中に重要な他者を巻き込むことも必要になる、と指摘した。

さらにShneidman（1987）の研究によれば、自殺する人は様々なニーズから行動を起こすので、精神保健専門家は一人ひとりに合わせた危機カウンセリングをしなくてはならない。自殺する人は自分では死以外の解決方法をみつけることができないので、別の選択肢が本当にあることをカウンセラーが繰り返し指摘する必要がある。最後に、自殺する人の多くは自殺意図をほのめかすものなので、カウンセラーはこの予告サインを正確に読み取って、即時介入することが必要である。

すべての年齢で自殺は起こるが、過去数十年の間に青少年の自殺が劇的に増加した（Recklitis, Noam, & Borst, 1992）。実際にアメリカでの青少年の自殺数は、過去30年の間に300%増えている（National Institute of Mental Health, 2000）。

> 10代の自殺者を一つの典型的人物像として描くことは、ほとんど不可能である。しかし青少年の自殺と関連する条件はあり、離婚による家族の苦しみ、親と10代とのコミュニケーション障壁、共稼ぎ家族、麻薬・アルコール依存、親・学校・仲間のプレッシャー、拠りどころのなさと家族の流動、家族の漂流、将来の仕事と機会への不安、対人関係の問題などである（Peach & Reddick, 1991, p. 108）。

研究者は、他者より自殺傾向の強い10代がいることを指摘している。そういう危険を持つ青少年の特徴は、次の通りである。

- 以前に自殺未遂。
- 自殺と似たジェスチャー（例えば自分の髪を切る、タバコの焦げ跡をつける、ほかの自傷行為）。
- 社会的孤立傾向（友達が全くいない、あるいは一人しかいない）。
- 落第や不登校。
- 家庭崩壊や重要な他者（家族、異性の友人など）との関係の崩壊。
- 自分や他者の自殺について語る。
- 自殺した親友や親戚がいる。

- 家庭生活を送っていない。
- 死や死ぬことに夢中になる。
- 最近の重大な喪失体験や誰かの命日。
- 突然の破壊的暴力行為。
- いつもよりひきこもったり、他者とのコミュニケーションを避けて孤立する（Friedrich, Matus, & Rinn, 1985 ; National Institute of Mental Health, 2000）。

学校は、自殺防止プログラムの実施に適した場である。カウンセリングの専門誌によれば、学校での自殺予防プログラムが効果的であるためには、包括的・体系的でなくてはならない。コミュニティカウンセリングの枠組を用いて、学校で自殺予防プログラムを作り、クライエントとコミュニティへの直接・間接的サービスをすることができる。

- 直接的クライエントサービス：自殺の危険が高い生徒を見分け、個人又は小グループでカウンセリングを行い、教育的サービス、専門医への紹介などを行う。
- 間接的クライエントサービス：教師が自殺の予告サインをみつけ得るように、実地訓練をする。管理職・カウンセラー・教師が、自殺する可能性のある生徒の実行危険度を評価できる指標を書いた説明書の開発をする。親のための自殺予防資料を作る。
- 直接的コミュニティサービス：生徒への自殺予防資料を作り、配布する。予防プロジェクトを教室で行う。危険性の高い生徒をみつけるための、心理的スクリーニングをする。
- 間接的コミュニティサービス：学校の管理職・教師と共に、自殺に関する学校の公式方針を作る。自殺の危険が高い生徒のニーズを満たすための、一連の手続きを作る。自殺予防カウンセリングについて専門知識を持つコミュニティ内の人々と、相談する。

4　要約

機能不全予防の教育プロジェクトを作り実施するのに加えて、コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、精神保健問題を抱える社会的弱者に、十分なカウンセリングを提供する。社会的弱者は、その人が持つ対処スキル、自尊心、社会的支援、力の感覚の資源と、器質的要因、ストレス、無力感との比率の形で、概念化することができる。これら要因の変化は常時、社会的弱さの度合に影響する。クライエントの生活状況が対処資源を圧倒するとき、彼らは外に援助を求める。

深刻なストレスは、多くの心身のおよび社会的問題を引き起こす。そのため、ストレスと障害の直接の結びつきがなくても、ストレスとハイリスクな状況に介入することができる。慢性・急性の強いストレスに対処できるかどうかは、社会的支援（ソーシャルサポート）や自己効力感、問題解決能力のような緩衝要因による。コミュニティカウンセリングモデルは、リスク集団を特定し、クライエントの生活スキルと力の感覚を高めるための方略立案と実践に役立つ。

コミュニティと学校でのたくさんのプログラムが、社会的に弱い立場のクライエントに働きかける大きな可能性を示し始めている。本章で示した例は、次の通りである。

(1) 別居・離婚家族を援助するプログラム。
(2) 妊娠した10代女性対象の親への移行支援プログラム。
(3) ラテン系アメリカ人の心理的文化的ニーズに応じる機関。
(4) ドメスティックバイオレンス被害者のための革新的なウェルネスプログラム。
(5) ドメスティックバイオレンスのある家庭で育つ子どもへのグループ支援。
(6) 危機介入と自殺予防。

これらの例は、カウンセラーがコミュニティや学校の状況に応じて採用する

ことができる、一般的なやり方である。

練習問題3.1

社会的弱者への介入方略づくり

社会的弱者について考えてみよう。それから別の紙に、この人々に問題を作り出しそうな、危険な変化・状況をリストにしてみよう。次に、リストにした各事項を予防できるか書いてみよう。予防できるとしたものに注意を向け、この人たちが今後の問題を避けられるように、カウンセラーとしてあなたができることを簡単に書いてみよう。最後に、彼らが新しい対処方略と個人的な力を育てて、あなたが予防できないとした状況や変化にも効果的に取り組めるようになったか、そのためにあなたができる援助をリストにしてみよう。

練習問題3.2

社会的弱者にアウトリーチサービスを提供するために、自分自身ができる可能性をより広く考えてみる

能力育成活動1.3（第1章参照）で、共に働こうとあなたが関心を示した対象グループを、もう一度考えてみよう。この人々を念頭に置いて、彼らが将来、精神保健問題で社会的弱者になるかもしれないと、あなたが思う要因を書き出してみよう。次に、この人々が将来の危機状況を避けられるようにあなたが提供できるサービスを、リストにしてみよう。

参考文献

Aguilera, D, C., & Messick, J. M. (1981). *Crisis intervention: Theory and methodology*. St. Louis, MO : Mosby. (小松源助・荒川義子（訳）1997 危機介入の理論と実際：医療・看護・福祉のために 川島書店)

Alessi, J. J., & Hearn, K. (1998). Group treatment of children in shelters for battered women. In A. R. Roberts (Ed.), *Battered women and their families : Intervention strategies and treatment programs* (pp. 49–61). New York : Springer.

Amato, P. R. (1993). Children's adjustment to divorce : Theories, hypotheses, empirical support. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 23–38.

American Association of Suicidology. (1989). *Postvention guidelines, school suicide prevention program committee*. Boulder, CO : Author.

Atkinson, D. R., Morten, G., & Sue, D. W. (1998). *Counseling American minorities* (5 th ed.). Boston : McGraw–Hill.

Aubrey, R., & Lewis, J. A. (1988). Social issues and the counseling profession. In R. Hayes & R. Aubley (Eds.), *New directions for counseling and human development* (pp. 286–303). Denver : Love Publishing.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175–1184.

Banks, J. A., & McGee Banks, C. A. (1997). *Multicultural education : Issues and perspectives* (3rd ed.). Needham Heights, MA : Allyn and Bacon.

Behrman, R. E., & Quinn, L. S. (1994). Children and divorce : Overview and analysis. *The Future of Children*, 4(1), 4–14.

Bloom, B. L. (1984). *Community mental health : A general introduction*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Bloom, B. L., Hodges, W. E., & Caldwell, R. A. (1982). A preventive program for the newly separated. *American Journal of Community Psychology*, 10, 251–264.

Brodsky, A. E. (1999). "Making it" : The components and process of resilience among urban, African-American, single mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 148–160.

Carbone, J. R. (1994). A feminist perspective on divorce. *The Future of Children*, 4 (1), 183–209.

Carlson, B. (1996). Children of battered women : Reseach, programs, and survices. In A. Roberts (Ed.), *Helping battered women : New perspectives and remedies* (pp. 172–187). New York : Oxford University Press.

Center for Disease Control and Prevention (2001). *National vital statistic reports : Births 1999* (DHHS Publication No. [PHS] 2001–1120). Hyattsville, MD : U. S. Department of Health and Human Services.

Cherlin, A. (1992). *Marriage, divorce, and remarriage*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Cowen, E. L. (1985). Person-centered approaches to primary prevention in mental health : Situation-focused and competence-enhancement. *American Journal of Community Psychology*, 33, 31–48.

D'Andrea, M. (1994). The Family Development Project (FDP) : A comprehensive mental health counseling program for pregnant adolescents. *Journal of Mental Health Counseling*, 16(2), 184–195.

Donaghy, K. (1995). Beyond survival : Applying wellness interventions in battered women's shelters. *Journal of Mental Health Counseling*, 17(1), 3–17.

Elsenrath, D., Hettler, B., & Leafgren, F. (1988). *Lifestyle assessment questionnaire* (5th ed.). Stevens Point, W1:National Wellness Institute.

Farbelow, N. L. (1974). *Suicide*. Morristown, NJ : General Learning Press.

Farberow, N. L., & Shneidman, E. S. (1961). *The cry for help*. New York : McGraw-Hill. （大原健士郎・清水信（訳）1969 孤独な魂の叫び：現代の自殺論 誠信書房）

Friedrich, M. C., Matus, A. L., & Rinn, R. (1985). *An interdisciplinary supervised student program focused on depression and suicide awareness*. New York : New York Department of Education.

Hage, S. M. (2000). The role of counseling psychology in preventing male violence against female intimates. *The Counseling Psychologist*, 28, 797–828.

Hanson. S. L. (1992). Involving families in programs for pregnant teens :

Consequences for teens and their families. *Family Relations*, 41, 303–311.

Hayes, R. L., & Hayes, B. A. (1988). Remarriage families : Counseling parents, stepparents, and their children. In R. Hayes & R. Aubrey (Eds.), *New directions for counseling and human development* (pp. 465–477). Denver : Love Publishing.

Herzberger, S. D. (1991). Conflict tactics scale. In D. J. Keyser & R. C. Sweetland (Eds.), *Test critiques* (Vol. 8, pp. 98–103). Austin, TX : PRO-ED.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 121–128.

IBA Factsheet. (1994). *IBA VIVA!* [Brochure]. Boston : Author.

Ivey, A. (1995). Psychotherapy as liberation : Toward specific skills and strategies in multicultural counseling and therapy. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 53–72). Newbury Park, CA : Sage.

Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (2002). *Counseling and psychotherapy : A multicultural perspective* (5th ed.). Boston : Allyn and Bacon.

Jones, J. M. (1997). *Prejudice and racism* (2nd ed.). New York : McGraw-Hill.

Langston, D. (1995). Class and inequality : Tired of playing monopoly? In M. L. Andersen & P. H. Collins (Eds.), *Race, class, and gender : An anthology* (pp. 17–100). Dubuque, IA : Wm. C. Brown.

Lazarus, R. (1980). The stress and coping paradigm. In L. A. Bond & J. C. Rosen (Eds.), *Competence and coping in adulthood* (pp. 28–74). Hanover, NH : University Press of New England.

Lewis, J. A., & Lewis, M. D. (1986). *Counseling programs for employees in the workplace*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole. (中澤次郎（編訳）1997 EAP—アメリカの産業カウンセリング　日本文化科学社)

Lewis, J. A., Sperry, L., & Carlson, J. (1993). *Health counseling*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Locke, D. (1998). *Increasing multicultural understanding : A comprehensive model*

(2nd ed.). Thousand Oaks, CA : Sage.

McFadden, S. (1992, April). *The spiritual dimentions of a "good old age."* Paper presented at the 38th Annual Kirkpatrick Memorial Conference on Mental Health and Aging, Ball State University, Muncie, IN.

McGee, T. F. (1974). *Crisis intervention in the community*. Baltimore : University Park Press.

McWhirter, E. H. (1994). *Counseling for empowerment*. Alexandria, VA : American Counseling Association.

Merced, N. (1994). *Description of IBA's community counseling strategy*. Boston : Inquilinos Boricuas en Accion.

National Institute of Mental Health. (2000). *Suicide facts*. Washington, DC : U. S. Government Printing Office. [Available : www. nimh. gov/research/suifact. htm]

National Mental Health Association Commission on the Prevention of Mental-Emotional Disabilities. (1986). *The prevention of mental-emotional disabilities : Report of the National Mental Health Association Commission of the Prevension of Mental-Emotional Disabilities*. Alexandria, VA : National Mental Health Association.

Neville, H. A., & Mobley, M. (2001). Social identities in contexts : An ecological model of multicultural counseling psychology process. *The Counseling Psychologist*, 29, 471-486.

Peach, L., & Reddick, T. L. (1991). Counselors can make a difference in preventing adolescent suicide. *School Counselor*, 39, 107-110.

Pedro-Carroll, J. L., & Cowen, E. L. (1985). The children of divorce intervention program : An investigation of the efficacy of a school-based prevension program. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 53, 603-611.

Persell, C. H. (1993). Social class and educational equality. In J. A. Banks & C. A. Banks (Eds.), *Multiculturaleducation : Issuesand perspectives perspectives* (2 nd ed., pp. 71-89). Boston : Allyn and Bacon.

Poland, S. (1990). *Suicide intervention in the schools*. New Yowk : Guilford Press.

Recklitis, C. J., Noam, C. G., & Borst, S. R. (1992). *Adolescent suicide and defensive style. Suiside and Life-Threatening Behavior*, 22(3), 120–129.

Roberts, A. R. (Ed.). (1996). *Helping battered woman : New perspectives and remedies*. New York : Oxford University Press.

Salzman, M., & D'Andrea, M. (2000). Assessing the impact of a prejudice prevention project. *Journal of Counseling and Development*, 79, 341–346.

Scheurich, J. J. (1993). Toward a discourse on white racism. *Educational Reseacher*, 22, 5–10.

Scheurich, J. J., & Young, M. D. (1997). Coloring epistemologies : Are our research epistemologies racially biased? *Educational Reseacher*, 26, 4–16.

Shneidman, E. S. (1987, March). At the point of no return. *Psychology Today*. 54–58.

Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73(3), 355–360.

Sprenkle, D. H. (1990). The clinical practice of divorce therapy. In M. R. Textor (Ed.). *The divorce and divorce therapy book* (pp. 37–91). Northvale, NJ : Jason Aronson.

Stensrud, R., & Stensurd, K. (1983). Coping skills training : A systematic approach to stress management counseling. *Personal and Guidance Journal*, 62, 214–218.

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6–22.

Stolberg, A. L., & Garrison, K. M. (1985). Evaluating a primary prevention program for children of devorce. *American Journal of Community Psychology*, 13, 111–124.

Straus, M. A. (1989). *Manual for the conflict tactics scale (CTS)*. Durham: Family Reserch Laboratory, University of New Hampshire.

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (3rd ed.). New York: Wiley.

Sullivan, C. M. (1991). The provision of advocacy services to woman leaving abusive

partners: An exploratory study. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 45–54.

Surgeon General Report. (2001). *Mental Health: Culture, race, and ethnicity.* Department of Health and Human Services. Washington, DC : U. S. Government Printing Officce.

U. S. Bureau of the Census. (2000). *Household and family characteristics.* Washington, DC : U. S. Government Printing Office.

Wilson, S. D., Cameron, S., Jaffe, P. G., & Wolfe, D. (1986). *Manual for a group program for children exposed to wife abuse.* London, ON : London Family Court Clinic.

第4章
コミュニティカウンセリングと
カウンセリングプロセス

コミュニティカウンセリングモデルは、多様な環境における様々なサービスを統一することに、価値を見出す。この枠組を用いるカウンセラーは、クライエントの欠点に注目するのではなく、長所と強さ（strength）を重視する。社会環境が各人の発達に著しく影響することを認識し、問題への対応だけではなく予防プログラムを求める。コミュニティカウンセリングの枠組内で実践者は、人々に自助の能力と資源を得る機会を提供することが最もよいやり方である、と考える。

こうした価値観を意識してカウンセラーは、予防教育、ハイリスクの人々への働きかけ、スティグマ化された人々の擁護、公共政策への提言など、個人的カウンセリングをはるかに超える多面的プログラムを作り出す。前章は、多くの人々の心理的健康と幸福増進のために、カウンセラーの役割と責任を拡張することの重要性を強調した。

本章は、コミュニティカウンセリングの枠組における直接的カウンセリング（個人・小集団カウンセリング）の役割を考察する。特に多様な集団からのクライエントを対象とするとき、発達的・多文化的問題と共にエンパワーメントの必要性を強調する。カウンセリングのプロセスでこれらの要因に取り組むことによって、精神保健実践者は、ていねいで倫理的なやり方でクライエントの

心理的健康と幸福感を促進する価値あるサービスを提供することができる。

1　直接的カウンセリングの役割

第2章と第3章で示した通り、予防と働きかけは重要である。しかし、直接的カウンセリングの介入技法は、コミュニティカウンセリングモデルの本質的な部分である。カウンセラーはクライエントに一対一で直接相談や援助を行う。精神保健の実践者は、個人的カウンセリング面接はクライエントの心理的健康増進の主要な方法だと間違った助言をされるかもしれない。とはいえ、それは依然としてコミュニティカウンセリングの枠組の基礎的要素の一つなのである。

人間発達、エンパワーメント、幸福（ウェルネス）といったようなコミュニティカウンセリングモデルが唱える価値観は、カウンセリングプロセスに強く影響する。このモデルに従ってカウンセラーは、クライエントが自身の生涯に責任があることと共に、人間の行動に環境要因が影響することとを認識する。カウンセラーは、問題の解決に責任を持つように励ますことによって、クライエントの希望の感覚と自律感を強めるのであって、重荷を負わせるわけではない。

1－1　責任の4つのモデル

Brickmanら（1982）が20年以上前に明らかにしたように、カウンセラーがクライエントの問題への自分の責任をどう帰属させるかによって、援助プロセスは大きく違ってくる。

> 人々が問題の発生に責任があるかどうか、問題の解決に責任があるかどうかは、4つの基本的に異なる世界観を決める要因である。4つはそれぞれ首尾一貫し、ほかの3つとは異なっている（p. 369）。

Brickmanらはこれら4つの方向性を以下のように定義した。

(1) 道徳モデル：人々は問題の形成と解決の両方に責任を持つ。
(2) 医療モデル：人々は問題の形成と解決の両方に責任を持たない。
(3) 啓蒙モデル：人々は問題の形成に責任を持つが解決には責任を持たない。
(4) 補償モデル：人々は問題の形成に責任を持たないが解決には責任を持つ。

麻薬・アルコールなど薬物乱用を例とすれば、4モデルのそれぞれの支持者が、同じ問題にどれほどお互いに違う考え方をするかが分かる（Lewis, Dana, & Blevins, 1993）。例えば道徳モデルの支持者は、薬物乱用の責任はすべて個人にあるとする。そのため、酒や薬物をやめようという意思の力が、解決のポイントとなる。対照的に、医療モデルの支持者は、クライエントが問題も解決もコントロールできないと考える。したがってクライエントは、それらの疾病を責められない代わりに、治療なしでは回復できない。

啓蒙モデルでは、人々は過去の行動とその結果生じた問題責任を負う。しかし、自分より強い外部の力によってのみ救いを見出す。したがって、アルコール中毒者の更生組織であるAAは、過去の行動に対して「埋め合わせをし」、その生活が「より強い力」を超えるようにメンバーを励ます。最後に補償モデルの支持者は、問題が自分のせいではないにもかかわらず、問題の解決には責任を負うことを期待する。Lewis（1994）はこうした見解を詳しく記述し、依存因は回復プロセスと全く異なる要因を含んでおり、問題行動と個人のアイデンティティと自己概念とは別だと考えることが、薬物乱用クライエントの行動変化を助ける、と述べている。

Brickmanら（1982）が示したモデルは、人間のどんな問題にも適用できる。問題が何であるかにかかわりなく、「人々が解決への責任を持つというモデルは……解決への責任を持たないモデルよりも人々の有能さを高める」（p. 375）。同時に、問題が外部原因によるとするモデルは、罪や自己非難を刺激せず、したがって人を落ち込ませない傾向がある。

補償モデルには、二重の長所がある。Brickmanら（1982）の説明によれば、「補償モデルの長所は、人々が問題解決や環境変化に取り組みながら、その問

題を起こしたことについては自分を厳しく責めることなく、エネルギーを外界に向けることができる点にある（p. 372）」。こうして補償モデルは、環境要因の影響力の大きさへの認識と個人の責任、希望の感覚とのバランスを保つもので、コミュニティカウンセリングモデルと明らかに一致する。

1－2　希望の理解と育成

カウンセリングサービスを求めるクライエントの多くは、問題をうまく解決できなかった経験をしている。そのために、抑うつ、欲求不満、怒りを生じる。こうした状態が続くと、問題はクライエントのよりよい将来への希望を侵食していく。多くの場合、そうした希望の欠如が心理的健康と幸福を損なう。それゆえ、コミュニティカウンセリングモデルは、カウンセラーがクライエントの希望促進に果たす重大な機能を強調する。クライエントに希望を持たせることの重要さにもかかわらず、この問題はカウンセリングの専門研究ではほとんど注目されてこなかったのだ。

希望に満ちた状態とは、新しい可能性、大きな満足感、生きることの実感を期待できる状態のことである。希望は、人が現在に生きるものではあるが同時に、新たな可能性と洞察、幸福感と、他者との相互関係の感覚を強める新しい能力をも持ち合わせているという信念を強固なものにする。

希望と精神的健康　希望と精神的健康の間の相互性は、容易に観察される。研究者たちは、強い絶望を経験する人々は一貫して抑うつ、欲求不満（フラストレーション）、薬物乱用、自殺企図を示す、と報告している。他方で、希望を持つ人々は「低希望」群よりも、生活で大きな幸福を感じてあまり苦痛を感じず、優れた対処能力（コーピングスキル）を示し、傷ついても回復しやすく、仕事で燃えつきることもない、と報告している（Elliott, Witty, Herrick, & Hoffman, 1991 ; Sherwin, Elliott, Frank, & Hoffman, 1992）。

最近、ほかの研究者は、希望がポジティブ心理学（positive psychology）と呼ばれるものを促進する根本要因の一つであることを指摘した（Seligman & Csiksentmihalyi, 2000）。これは、カウンセリングと心理学の領域で発展しつつある理論勢力であり、人間の強さと美徳の科学的研究である（Sheldon &

King, 2001)。「ポジティブ心理学の使命は、個人、コミュニティおよび社会の繁栄を可能にする要因を理解し育てることである」(Fredrickson, 2001)。Seligman & Csiksentmihalyi (2000) によれば、希望は人間の未来に関する楽観主義の感覚を推進する重要な心理学的要因の一つである。それは、絶望と皮肉というクライエントがよく経験する、心理的な障害と直接関わる感情の根絶を効果的に支援する。

希望は人の精神的健康と高度に関連することが明らかになった。しかしこの問題は、カウンセリングの理論家、研究者、実践者にあまり注目されなかった。その理由を説明して、Snyder (1995) は、精神保健専門家が「希望に対し懐疑的で意見が分かれ、測定するには曖昧すぎて意味がないと述べた」ことを指摘する (p. 355)。最近多くの専門家は、カウンセラーがクライエントの希望を理論に取り入れ、測定し育成する方法を考案し始めたことに注目している (Elliott et al., 1991 ; Sherwin et al., 1992 ; Snyder, 1995)。カウンセラーがクライエントに希望を促すことの重要性をもっと理解できるように、こうした努力の結果を次に示そう。

希望の研究　希望の研究は、2つの構成要素からなる。主体 (エージェンシー) としての感覚 (主体) と、Snyder (1995) が「経路 (パスウェイ)」と呼ぶものを概念化して行動する人間の能力とである。主体感覚は目標に向かって進む意志力と心理的エネルギーのレベルを指す。それは、自己効力感 (Bandura, 1989 ; Constantine & Ladany, 2001) と未来への楽観論 (Bemak, 1998 ; Scheier & Carver, 1987) の影響を受ける。希望の第二の側面は、健全で充実した生活 (Bemak, 1998 ; Goldstein, 1992) を送るために、知識と能力を使用することである。

カウンセラーは、クライエントに主体・主人公としての感覚を育て、最適の機能と充足のレベルを高めて経路を発達させる機会を作ることによって、クライエントの希望を大きく育てることができる。クライエントが新しい目標を持ち、自信を増し、新しい生活能力を得るのを支援できれば、彼らは希望を抱くことができる。

これらの諸領域の進歩が、希望を育てるために一度に全部生じる必要はな

い。時には領域の1つを向上させることが、ほかの構成要素を変化させる。例えば、主体感覚（エージェンシー）と経路（パスウェイ）は、カウンセリングで目標を明確にすれば増加する。同様に人が現実的個人的な目標をみつけたとき、それと関連する経路を育てる動機づけも増加する。重要なのは、希望は必ずしも前向きとは限らないことである。Snyder（1995）はこう述べている。

> 希望は個人が目標を追及するあまり、相対的に見て他者の損害をもたらすならば非生産的となる。そうした状況では、希望は自己中心的な目標追求を煽ることになる。必要なのは、共に生活し働く人々が、個人と全体の両目標を達成できるような支持的雰囲気の中で交わる環境である。これは、どのような状況であっても、人は成功への主体（エージェンシー）と経路を持っていると、皆が思える環境である。カウンセラーの役割は、人々が希望を持って考え、自分と周囲の人のためによりよい環境を作るのを助けることである。(p. 359)

こうした見通しの下にカウンセラーは、結局のところクライエントと自身の個人的・社会的責任感を増すために、希望を育成する。専門性の目的再考の必要と関わって、Bemak（1998）は、個人的カウンセリングをするか生態学的変化のために努力するかとは関係なく、カウンセラーは、前向きの社会変化を起こして未来への希望を増幅させる責任を持っている、と述べている。Bemak（1998）はこの点について、さらに次のように詳述している。

> 専門性を再定義し変化を起こすことの重要な側面は、希望と変化に関する計画的視点を育てることである。希望は、すべてのクライエントが幸福感を増すのに必要な変化を目指す努力の前提条件である、と定義されてきた。向上心と希望、展望なしには未来への視野は失われ、変化の勢いは縮小する。したがって、都心部の低所得地域の麻薬防止プログラムを設計するときには、忍耐力、能力、耐久性だけでなく、変化を起こすことが可能だという信念と展望が必要である。(p. 283)

Bemakは、個人的社会的責任感を増加させる手段として、希望を用いる重要性を強調している。コミュニティカウンセリングモデルは、カウンセラーとクライエントの両方が、個人的・社会的責任感を高めようと、共に努力し希望を増すことで得るものがある、という考えと複雑に結びついている。

従来のカウンセリングパラダイムは、多くの実践者にクライエント個人の責任と関連する問題に過剰な注意を払わせてきた（Ivey, D'Andrea, Ivey, & Simek-Morgan, 2001）。また、より広い社会的責任を扱ってこなかった（D'Andrea et al., 2001）。コミュニティカウンセリングモデルは、クライエントの個人的責任感を増加させることの重要性を認める。それと同時に、クライエントの社会的責任感の内在化を進めることによって、伝統的に強調されてきたことを超える必要をも強調している。次節では、クライエントの個人的責任感と自己効力感、自己マネージメントスキルと社会的責任との間にある相互関係について考察する。

2　個人的責任の促進

Young-Eisendrath（1988）は、「人は生活を送る際に、行為主体、あるいは行為者としての自分自身を認識」できるとき、個人的責任の感覚が増すことを述べている（p. 82）。そうした責任感を育てるために、カウンセラーは、クライエントが成功を経験して自分の力を認識する機会を作らなければならない。これは社会的能力の学習、面接スキルの向上、有効な決定を下せるようになる学習などを含んでいる。クライエントがこのような成功を経験したなら、カウンセラーはこの新しい個人的力の感覚をほかの場面でも使えるように支援するべきである。

2－1　自己効力感

Bandura（1989）の自己効力感の定義は、人が環境と対処するのに必要な認識と行動のスキルを動員する能力である。知覚されたとは、生活課題に取り組む能力についての信念を意味する。人がどのように自分の力を判断するかは、その行動に大きく影響する。例えば、強い自己効力感を持つ人は困難を乗り越

えて努力する傾向がある一方で、効力感を欠く人は障害に突き当たったとき、挑戦を避けるかすぐに諦める（McWhirter, 1994）。Bandura（1982）はこう指摘している。

> どんな活動でもうまくやるためには、能力を最高に発揮できるスキルと自信が必要である。自己効力感が欠けていると、人々は何をするのかを知っていたとしても、非効率的に行動する傾向がある。自己効力感のレベルが上がるほど、目標達成行動は大きくなる。効力感の強さはまた、行動の変化を予言する。効力感が強いほど、人は成功するまで努力を続ける。（pp. 127-128）

クライエントが自分の力を信じたとき、問題を最もよく解決できる（Constantine & Ladany, 2001）。したがって自己効力感は、それ自体が目的としても、成功への手段としても、両方とも重要である。カウンセラーは、個人または小グループのカウンセリングで、クライエントの問題行動を自分で乗り越えられると励ますことによって、自己効力感を強めることができる。

2－2　自己管理行動変容

多くの人は自分の行動を変えたいが、独力ではできないので、カウンセリングを求める。クライエントが行動変容の原理を学習すれば、自分の生活を管理できるようになる。カウンセラーは、行動カウンセリング方略を用いて、クライエントに自分の行動を管理する技術を教えることができる。

自己管理（セルフマネージメント）訓練に当たっては、クライエントが徐々に自分の新しく発達してきた能力に頼っていけるように、援助者からの強い早めの支援が必要である。この能力とは、(a)自己を知ること（セルフモニタリング）、(b)自身と他者の約束による行動ルールの確立、(c)目標達成のために環境の支援を求めること、(d)自己評価、(e)自己統制（セルフコントロール）という目標を達成するための行動を決め強化することである。自己統制の概念は、個人がその行動に影響する偶然の出来事を自ら調整して、長期にわたる利益とする方法を学ぶことである（Ivey et al., 2002）。

行動の管理は、既成の学習理論に基づいている。簡単に言えば、人々はある行動を、結果によって繰り返すかやめるかを学ぶ、ということである。行動がよい結果をもたらす場合、人は再びそれを試みる。強化が規則的であるほど、反応は起こりやすくなる。逆に、行動が罰せられたり強化されない場合、その行動は減少するか消滅する。人々はさらに、環境からの特定の刺激に行動を結びつけることを学習する。こうした状況での刺激は、一定の行動が正の強化を受けてさらに繰り返すようになる合図である。

人は、環境にある合図と強化因を意図的に操作することによって、行動を変容させることを学習する。望ましい行動をうまくやって報酬を得ることにより、このプラスの行動は増していく。また、環境の刺激を変化させる、強化だと思ったものを除去するか無効にする、望ましくないものとは両立しない望ましい行動で代替させる、などの方法で望ましくない行動を減少させることができる。

自己管理の見地でいうと、行動変容の第一歩は適度な目標を立てることである。これはクライエントが学習したい特定の行動を識別し表現する際に、最初は曖昧だった目的を、具体的で正確な言い方へと変えるように支援することである。クライエントは、ある行動をうまくやって、強化を選択することができる。望んだ行動が困難か複雑な場合、カウンセラーは、クライエントが副次的な目標を設定して、少しずつ行動を変化させ、やがて幅広い目標に、しかもあらかじめ設定した期限内に達するよう支援する。

現実的な目標を設定する前に、変えたいと望んでいる行動を現在どのくらいの頻度で取っているかを観察し記録して、基本的な見当をつける必要がある。カウンセラーは基本データを集めて一定の行動目標を立てたら次は、クライエントが自分で介入を計画できるように支援する。

クライエントが計画を実行するにつれ、基本線からの変化がよく分かるように、変化過程の記録を取るべきである。まず当の行動が起こる度に強化されなくてはならず、その後も強化は周期的になされる。やがて内的な強化が外部の強化と入れ替わるべきであり、この時点でもはや記録は不必要だし望ましくない。このときまでにクライエントは、行動の管理技術を学び、それによって生活をコントロールできると思えるようになる。このプロセス全体にわたって、

カウンセラーは教育と支持の役割を果たし、初期の励まし、訓練および全般的な支援によって、クライエントに自己決定による行動変容を起こさせたのである（Watson & Tharp, 1993）。

自己管理による行動変容の効用はまた、望ましい自己制御行動をモデル化するカウンセラーの能力に基づいている。Lewis, Sperry, & Carlson（1993）が言う通り、「我々がクライエントの自己制御を支援する場合、自身が自己コントロールできなければならない。健康がクライエントの生活の一部になるのなら、それは我々の一部でもあるに違いない。」（p. 290）

2－3　社会的責任

資源の有限と地球上の人口増加に伴って拡大する要求は、グローバルコミュニティーとしての我々の相互関連性や相互依存の意識を高めている（Lator, 1993）。我々がたどる道は直接的間接的に、環境とほかの人々にかつて想像した以上の影響を与えている。

子育て、教育、カウンセリングなどの状況では、お互いの社会的影響は分かりやすい。しかしはるかに広い規模で、現代民主社会の強さとグローバル生態系の実現は、人々が社会的責任の感覚を拡げる能力と意思にかかっている。

伝統的モデルからの脱却　コミュニティカウンセリングモデルによる臨床実践の中で社会的責任を強調することは、個人の精神面を重視する従来のカウンセリングパラダイムと異なる。前に述べた通り、この枠組を用いるカウンセラーは、クライエントに積極的なコミュニティづくりの態度と能力を育てようと、意図的に努力する。これによってカウンセラーとクライエントは、例えば親として、学生、労働組合のメンバー、米国市民として、など自分の社会的責任について合同討論に参加する機会を得て、他者への敏感さ、配慮、責任を学ぶ。

しかし、クライエントに高い社会的責任感を発展させるためにカウンセリングを行うというこの考えは、従来のカウンセリング、特に自己実現の手段として個人的責任を育てることの重要性を強調するものとは対照的である。したがってカウンセラーは、社会的責任について、そしてカウンセリングを通してどのようにそれを促進できるかを明確に理解しなければならない。

社会的責任は文字通り、他者に注意を払い、そのニーズに積極的に応えようとする能力と意欲を指す。それは、ほかの人々と彼らが住む環境に対する敬意と配慮を強調する。敬意という言葉は、誰かあるいは何かの価値への尊重を意味する。コミュニティカウンセリングモデルでは、この言葉は3つの形式を取る：「自分自身への、他者への、そしてすべての生命とそれを支える環境への尊重」(Lickona, 1992, p. 43) である。

社会的責任の発達は、自己中心から他者中心の態度への変化を求める進行中のプロセスとして捉えることができる。したがってクライエントに、より高い社会的責任感を発達させるための援助は、この変化を促進することである。しかしクライエントの他者中心的視点獲得への援助は、カウンセラーが個人的責任感の重要さを伝える努力を怠ってもよいということを意味するわけではない。コミュニティカウンセリングモデルは、個人的責任と社会的責任の両方の促進を対立した、または無関係な目標と見るのではなく、両者を援助過程の包括的で相互作用する2つの側面と考えるのである。

社会的責任を発達させる方法　McWhirter (1994) は、実践者がカウンセリングで個人的社会的責任の感覚育成を支援できる様々な方法について述べている。彼女の「エンパワーメント・カウンセリング」モデルは、この社会で迫害され差別されているクライエントに個人的・社会的責任を育てるために、カウンセラーが用いることのできるたくさんの実際的な介入法を概説している。これには、RESPECTFULカウンセリングの枠組（第1章参照）で述べた人々、つまり性同一性、年齢、身体障害などのために差別される人、物理的な暴力や、人種的偏見の被害者などが含まれる。

個人的と社会的責任を重視するカウンセリング介入には、学校での仲間同士による調停（ピア・メディエーション）とカウンセリングプログラムがある (Lupton-Smith, Carruthers, Flythe, Modest, & Goette, 1995)。カウンセラーはこれらのプログラムの中で、個人的責任のレベルを高めるために次の2段階を踏んで努力する。

(1)　生徒と話し合って（個々に、または小グループで）、生活の中で葛藤・

紛争や困難を経験している人と有効にコミュニケーションができるような、広範囲の生活能力とリーダーシップを獲得する必要について考え合う。

(2) 学校内で広汎な対人問題解決スキルを学ぶための訓練をする（D'Andrea, 2001）。

3 能力と個人的責任を育成することによる社会的責任の促進

これらのプログラムは、生徒が個人の能力と責任の感覚を高めるのに必要な、対人スキルを発達させるのを助けるだけでなく、仲間内の調停者やカウンセラーの社会的責任感を増進しようとする。これは、積極的・協力的な学校環境を築くのに彼らの新しいスキルと能力がどれほど役立つか確かめる機会を作ることによって実現する。生徒たちに、友達が紛争解決とストレス対処の効果的方法を学べるように、自分が新しく習得した人間関係のスキルを用いるよう促すことによって、彼らは自分の成長とそれによってコミュニティや学校の人々が得る利益との間につながりがあることを実感する。

D'Andrea & Daniels（1994）は、さらに精神保健面で慢性的な問題があると診断された大人を対象に、個人的・社会的責任感を高めるためのカウンセリング方法について概説した。一部が入院状況の中でカウンセラーは、正規の心理療法グループを作ってクライエントの関心調査をし、成人の責任について話し合いを始めた。後の話し合いでは、クライエントが持つ彼ら自身への、家族への、治療的コミュニティへの、そしてもっと広い社会政治的コミュニティなどへの責任についての詳細な検討を含めた。多くの時間をかけて、人々の心理的幸福と個人的・社会的両責任の度合との関係について話し合った（D'Andrea, 1994 ; D'Andrea & Daniels, 1994）。

このグループのメンバーは、自分たちの社会環境に合う方法を見つけ出そうと、コミュニティの中のボランティアプログラム、社会活動プロジェクト、自助組織などについて議論した。それからクライエントはそのうちの一つを選択し、少なくとも２つの会合に参加するように勧められた。

この心理療法グループがもたらす情報、支援、励ましは、やがて何人かのメ

ンバーが、様々な地元のボランティア団体（例えば教会グループや学校での個人指導プログラム）に参加したり、有権者登録のキャンペーンで自発的に働いたり、公聴の場で州の精神保健プログラムへの予算削減案反対の証人になるなどの結果を生んだ。これらの活動に参加したクライエントは、個人の価値と心理的幸福への感覚が増した、と報告している（D'Andrea & Daniels, 1994）。

3－1　発達段階

多くの要因が、個人的・社会的責任を高めようとする際に影響する。それは、自信、生活スキル、対処能力、環境からの支援などである。最も重要な一つが、心理的成熟である。クライエントが変化しながら通過する発達段階を正確に認識できることは、個人カウンセリングとグループカウンセリングを計画し実行するための重大な前提条件である（D'Andrea & Daniels, 1994, 2001 ; Ivey et al., 2002）。

個人的・社会的責任感が高まるには、発達的変化つまり質的な分化へ導く永続的で複雑な推移を要する。そのように発達的変化は、その人のこれまでの思考と、知覚の様式、感じ方、行動の仕方に変化を生ずる（Sprinthall, Peace, & Kennington, 2001）。

これまで発達理論家は、より高い段階の機能を低い段階のそれより「よい」とするべきではないとして、高い段階の価値を重視しなかった（Loevinger, 1976）。しかし最近ある理論家は、心理的発達の成熟段階に関連した心理的スキルと特性を得ることが、現在の社会政治的環境の複雑な要求から見て重要であると示唆している。D'Andrea（1988）は次のように述べている。「発達の観点から見て、高い段階の機能の方が、複雑で人為的な産業化以降の社会の要求にうまく対処する意味では、長期的に見てよい段階である」（p. 24）。

これが正しいならば、カウンセラーは、より大きな推論能力と行動能力の獲得を意図的に育成することによって、クライエントの心理的発達を促進する方がよいことになる。したがってコミュニティカウンセリングの枠組は、クライエント個人の力と自己効力感を強める必要性を強調する一方で、心理的発達のより高い段階への移動を意図的に刺激できる状況を、カウンセリングの中に作ることの重要性も認めている。

しかしこの種の発達的な働きかけが有効となるためには、カウンセラーはまず人間発達の過程と内容の両方について、明瞭な理論的理解を持たなければならない。過去30年にいくつかの構造的な発達理論が現れており、これらはカウンセラーが、「どのように」そして「何」が人を発達させるのかをよく理解するのに有用である（Kegan, 1982, 1994 ; Kohlberg, 1984 ; Loevinger, 1976）。

構造的発達　構造的発達モデルは、いくつかの基本的で理論的な命題に基づいている。

(1) 発達を進める力は、生活経験から意味を構築しようとする、生来の意欲に基づいている（Kegan, 1982, 1994）。
(2) 心理的発達は、個別に認識できる不変で階層的な一連の段階として現れる（Kohlberg, 1984 ; Sprinthall et al., 2001）。
(3) 段階から段階への移動は、より複雑な思考、行動、感情で特徴づけられる（Ivey et al., 2002 ; Loevinger, 1976）。

これらの発達段階は、自身と世界全体への見方の質的な違いを表し、各段階は意味づけのための独特な構造を示す。つまり環境から受動的に意味づけられるというより、生活経験から積極的に意味を構築する人間の先天的な傾向である（Kegan, 1994）。

ある発達段階から次への移行は、能力と成熟が増す感覚で特徴づけられる。心理的に発達すると共に、生活経験を分化した包括的で統合的なやり方で解釈できる能力が増すのである（D'Andrea & Daniels, 1994）。個人の視点は、自己中心的なものから他者の視点とニーズを心に留めるものへと変わる。したがって高い段階の機能は低い段階よりも、状況と出来事の正確な解釈を可能にする（Sprinthall et al., 2001）。

心理的発達の構造理論では、発達段階は各段階が前の諸段階の要素と特性を統合し再編成する予測可能で連続するパターンとして現れるとされている。このパターンは、里程標系列と呼ばれる質的に異なる一連の発達転換点として現れる（Loevinger, 1976, p. 55）。

構造主義者の視点からすると、発達段階は年齢に伴う成熟に完全に依存するとは限らないが、多少は依存する。Young-Eisendrath（1988）が指摘するように、「支援してくれる環境があるならば、初期の段階は年齢と共に展開する。しかしその後の発達で環境要因に支援されない場合、発達は止まるかもしれない。実際に、大人だが成年期ではなく児童期や青年期のまま機能している人がけっこういる」（p. 71）。

こうした発達の観点は、多様な環境と文化的背景にある人々について行われた様々な実証研究によって支持されている（Kohlberg, 1984；Loevinger, 1976）。

構造主義者は心理的発達のプロセスを表すのに階層モデルを用いるが、これを人間発達の異なる面にも適用する。例えばLoevinger（1976）は、自我の発達段階について述べ、Kohlberg（1984）は道徳的矛盾への理由づけのプロセスとレベルをこれで説明している。カウンセラーはあまり活用してこなかったのだが、こうした発達理論はカウンセリングの文脈内で健康な心理的発達と成熟の過程を理解するための多くの可能性を残している。

自我の発達　Loevinger（1976）の研究は、自我の発達の段階分けをもたらした。自我の発達とは、個人が心理学的に単純未分化な段階から、複雑で分化し自己を反映したレベルへと成長するプロセスである、と考えてよいだろう。このプロセスは、衝動的で自己中心的な態度から、自制できる他者中心的な態度への変化を含むものである（Sprinthall et al., 2001）。

Loevingerが定義したように、自我は個人が生活経験の意味を理解する方法を提供する。自我発達のより高いレベルに移ると共に、人は複雑な概念をよりよく扱えるようになる。Loevingerの枠組は、次のように7つの発達段階と2つのレベルからなる。

(1) 前社会的段階：発達のこの段階では、心理的に自分と他人を区別することができない。これは乳幼児では標準的なものだ。この段階から進まない子どもは、自閉症児として医療機関などに紹介される。
(2) 衝動的段階：この段階では、自分の衝動、身体感覚、攻撃性によって支

配される。この発達段階の特徴である限られた認知的能力、衝動抑制力の欠如を考えれば、個人的・社会的責任の基本はまだ理解できていないといえる。

(3) 自己保護的段階：発達のこの段階で、衝動を少し制御できるようになり、他者に捕えられ罰せられる恐怖から抜け出している。操作的で高度な自己防衛の感覚を見せる。個人的責任の基本概念を形成し始めるが、この段階の特徴である自己中心性の支配によって、社会的責任への理解・関心はかなり制限されている。

(4) 同調的段階：この段階では、認知能力は単純で具体的な働き方をしている。この認知様式は、外界の決まりに従い他者に受け入れられることに支配される。集団の基準に同調しようとする強いニーズによって、社会的責任の初歩段階が現れる。

(5) 自己意識レベル：自分の基準、価値観、目的を、グループのそれと区別する能力が現れ始める。この段階では、個人的・社会的責任感がかなり理解され始めていることが、思考と態度に現れる。

(6) 良心的段階：より複雑な認知能力が発達し、自分の定めた基準に沿って一貫して行動する能力が生ずる。この段階では、個人的・社会的責任を果たし得なかったとき、罪の意識と羞恥を見せる。

(7) 個人主義的レベル：独立－依存、個人の義務、忠誠心への関心が顕著になる。この段階では、個人的・社会的・家族的責任に関する内的葛藤が度々見られる。

(8) 自律的段階：内的要求の葛藤に対処し、曖昧さに耐え、他者の自立性に敬意を表す。社会的影響、自己充足に強い関心を見せ、より客観的になり、複雑な概念を理解する。人間の力動を形成している社会的文脈を考慮しながら、幅広い視点で物事に取り組んでいく。

(9) 統合的段階：この段階では、内的葛藤をよく解決し、実現不可能なことは断念でき、個性を大切にし、他者の統合性とアイデンティティに高い関心と敬意を表す。

これらの段階は同じ順で生じるが、必ずしもそのすべてを通って移動するわ

けではない。実際、成人人口の約1%だけが、自我発達の統合的段階に見合う心理的能力と特性を持つと思われる（Loevinger, 1976）。

道徳の発達　道徳の発達は、個人が社会で「正と邪」の感覚を得るプロセスを意味する。さらにそれは、人々が倫理の原則と行動について複雑な理解を深めるのに必要な認識能力を身につける方法について説明する（Gilligan, Ward, & Taylor, 1988；Kegan, 1994；Kohlberg, 1984）。過去40年にわたって2つの図式が、道徳発達の分野で特に著しい理論的経験的な貢献をしてきた。Kohlberg（1969, 1971）は、道徳の問題について、人々が精巧な理解に達するまでに通過する諸段階に関する現代心理学の考え方の多くを開拓した。後にGilligan（1982）はKohlbergの理論に加えて、男性と女性が道徳的矛盾を理解し解決しようとするやり方の違いについて述べている。

Kohlbergによれば、道徳の発達とは、「個人が道徳的葛藤（実際には認識や関心の葛藤でもある）を解決するとき、何が正しくて公平かを判断する、理由づけのプロセスである」（Hayes, 1986, p. 74）。道徳的矛盾に対処するために個人が用いる理由づけが、その人の発達段階を決定する。Kohlberg（1984）は、道徳の発達を、それぞれ2段階からなる3つのレベルに分けた。

レベル1：慣習以前の水準

段階1ー他律的道徳性：発達のこの段階では、罰から逃れようとし、道徳的選択をするに当たって、権威の力を受け入れる。他者の権利については、実際の身体的損害と罰に関係するときにしか考慮しない。

段階2ー個人主義、道具的目的、交換：行動が正しいか正しくないかの判断は、自分の興味に基づいて決め、他者も同じ興味を持つと考える。人間の権利は基本的に、物、サービス、資源、持ち物などの平等な交換と関係している。

レベル2：慣習的水準

段階3ー対人的一致、よい子への志向：他者の期待に頼って生きる。他者を気遣い、「ゴールデンルール」に従うのがこの段階の特徴である。

段階4－社会システムと良心：法律を支持し、社会的義務を果たし、システムの崩壊を防ぐことを重視する。

レベル3：慣習以後、原則的水準

段階5－社会契約と個人の権利：ほとんどの価値観と意見は相対的なものだが、社会契約だから支持しようとする。この段階では、最大多数の最大幸福を優先する。

段階6－普遍的倫理原則：独自に倫理原則を選択し、個人として守り続ける。正義と人間の尊厳といった原則は、争いが起こったときに、法律より優先される。

発達理論のカウンセリング実践への応用　Loevinger（1976）の自我発達理論と並んでKohlberg（1984）とGilligan（1982）の道徳発達理論は、カウンセリングにとって大きな意味を持つ。実践者たちはカウンセリング実施の際に、クライエントの心理的成熟を促すために発達理論を用いるやり方を、次のように述べた。

(1) クライエントの現在の発達段階にカウンセリングを意識的に合わせる（D'Andrea & Daniels, 1992, 1994）。

(2) 個人とグループカウンセリングにおいて、クライエントに道徳的矛盾の形で認識の矛盾を提示し、それをより高い思考の段階と照らし合わせる（Kuhmerker, 1991）。

カウンセリング実践と構造的発達理論とを最も包括的に組み合わせたのは、Ivey（1986, 1991, 1994）の発達心理療法（Developmental Counseling and Therapy : DCT）の枠組である。Ivey（1994）は、クライエントの心理的発達を促すと思われるカウンセリングプロセスの2つの側面を強調する。

(1) 発達的評価を行うこと：クライエントの「外界の体系づけ方（どのように自身、他者、状況を捉え感じているか）」の評価を含む（Ivey,

1994, p. 265)。

(2) 発達的な質問技法の使用：クライエントの意味づけ体系（Kegan, 1994）をよく知った上で、自分の言葉とコミュニケーションスタイルを、クライエントの発達的視点に意識的に合わせながら先に進む。

DCTモデルは、カウンセラーに、クライエントの心理的発達を刺激するのに用い得るカウンセリング技法について、優れた詳しい概観を提供する。

3－2　多文化カウンセリング・心理療法

Ivey（1994）は最近DCTに関する考えを広げて、カウンセリングの文化的な側面に特に注意を向けるようになった。その結果、多文化カウンセリング・心理療法（Multicultural Counseling and Therapy：MCT）と呼ばれる新しいモデルを開発した（Sue, Ivey, & Pedersen, 1996）。このモデルが焦点をあてている理論的・実践的考察は、アメリカの急速な文化多様化とカウンセラーが文化面重視のやり方を求められていることを考えると、この領域でうまく活用できる。

MCTは、発達的（Piaget, 1970）、文化的同一性（Cross, 1995；Helms, 1995；Sue & Sue, 1999）、教育（Freire, 1972）の理論家たちに共有の考え方を合わせて数年前にできた。MCTはカウンセリングでは比較的新しいやり方だが、この分野の理論家、研究者、実践家の評価を得ている（Ivey et al., 2002）。

多様な集団からのクライエントを扱う場合、カウンセラーは文化・人種・民族的背景がその心理的発達（Sue & Sue, 1999）にどのように影響するか理解する必要がある。ここ数年にわたって多文化カウンセリング理論家と研究者は、この効果の説明に役立つ新しい発達モデルを主張した（Ponterotto, Casas, Suzuki, & Alexander, 2001；Ponterotto & Pedersen, 1993）。

これらの文化的・民族的発達モデルは、構造的発達理論と同じ分類には入らない。しかしアメリカの文化集団の一部として、アイデンティティ（同一性）の発達と関係がある。その段階説は、クライエントの人種（Phinney, 1990）、民族（Carter, 1995；Helms, 1995）、少数者の同一性発達（Atkinson, Morten, & Sue, 1998）を考える有用な方法を、カウンセラーに提供する。次節でモデル

の一つを簡潔に述べ、カウンセリングの意味を考える。

マイノリティのアイデンティティ発達段階　マイノリティ・アイデンティティ発達モデル（MID）（Atkinson et al., 1998）は、白人でない有色の人々が、文化・人種・民族的な背景の価値を低く見られる社会環境で、どのようにアイデンティティ感覚を養うかについて、興味深い説明をしている。このモデルではマイノリティとは、「その集団の構成員であるために」主流の社会集団によって虐げられ続けている人々を指す（Atkinson et al., 1998, p. 13）。このモデルは、第1章で述べたRESPECTFULカウンセリングの枠組と関係が深い。というのは、その枠組が、ある集団の一員であることと環境による経験がその人の心理的発達にどのように影響するかに注目するからである。Atkinsonら（1998）は、この定義に従うなら、女性もアメリカ人口の多数を占めるが様々な圧迫に虐げられ続けているという意味では「マイノリティ集団に属する」と述べた。

MIDモデルは、「すべてのマイノリティ集団は恒常的に社会的な抑圧を経験しており、その結果、抑圧状態下にあってなお強い個人・集団アイデンティティを形成するという信念に基づいている」（Ponteroro & Pedersen, 1993, p. 45）。

MIDの枠組は段階説である。提唱者は、各段階の特徴が明確な境界なしに組み合わさった連続過程になったときに、この枠組は最もよく概念化できる、としている（Atkinson et al., 1998）。

MIDモデルは5段階からなる。各段階は、(a)自分自身への、(b)同じ人種・民族の他者への、(c)他のマイノリティ集団の人々への、(d)アメリカの多数グループである白人への、態度尊重によって分けられる。

MIDモデルは、包括的なパーソナリティ理論の役割を意図してはいないが、カウンセラーにとってマイノリティーのクライエントの態度と行動の理解を助ける枠組として、また次の諸点に敏感である上で、助けとなる。

(1)　マイノリティの人々の心理的発達への抑圧の影響。

(2)　同じマイノリティ集団の構成員にある文化アイデンティティから見た

違い。

(3) 様々な文化・人種・民族集団の人々が生涯に表す発達的変化の可能性。

この発達的変化は、次の諸段階に見られた。

順応段階　順応段階のマイノリティ個人は、自身の文化—人種グループよりも主流な多数派の文化の価値を明確に優先させる。役割モデル、ライフスタイル、価値観を選ぶ際には必ず、主流である社会集団の指図に従う。自身をマイノリティとしている身体的・文化的特徴に、誇りを持てず痛みと恥を感じる。これらの特徴を軽蔑し、意識から排除しようと抑圧する。

カウンセリングへの影響：順応段階のクライエントは、文化アイデンティティの問題と関わるカウンセリングを探そうとしない。同じマイノリティの背景を持つカウンセラーではなく主流文化集団のカウンセラーを求める。そのようなクライエントは、意思決定、問題解決、目的志向のカウンセリングアプローチと技法になじむかどうかの問題を持ち込むことが多い。

不協和段階　マイノリティグループのこの段階の人は、前の順応段階での価値観、信念とは矛盾する情報と経験に出合う。認知的不協和が生じ、前の順応段階で得た態度に疑問を感じ、やがてそれに立ち向かうようになる。

カウンセリングへの影響：不協和段階では、自分のアイデンティティ、自己概念、自尊心に関する疑問に心を奪われる。個人的問題を文化アイデンティティ、背景と関係づけて捉える。そのため、主流文化の思考、価値観とマイノリティ文化のそれらとが対立して葛藤が生じる。それを解決できないとき、情緒的問題が起こることになる。

この段階のクライエントは、文化・人種・民族集団について経験に基づくしっかりした知識を持つカウンセラーと関わることを望む。この段階のクライエントとのカウンセリングで薦めたいのは、自己探求を促しストレス・マネージメントを得させるような働きかけである。

抵抗・没入段階　発達のこの段階で、クライエントは、主流文化集団の思考

と価値観に強い不満と不快を経験する。これらの感情には、マイノリティ集団が経験する圧迫と不公平を排除したいという強い欲求が伴っている。この段階でクライエントは、主流社会グループに対する否定的反応と怒りを表す。

カウンセリングへの影響：この段階の人が公式的なカウンセリングを望む可能性は少ない。しかし、差し迫った危機のときや同じマイノリティ集団出身のカウンセラーがいるときには、カウンセリングが行われることもある。

この段階のクライエントは通常、心理的問題はすべて社会的抑圧の結果だと考える。有効なカウンセリング技法として、グループプロセス介入とコミュニティの社会活動グループ・組織への紹介がある。

内省段階　この段階のクライエントは、抵抗・没入段階で持った堅い見方に対して反発と不満・不快を表す。その上で個人的・心理的な自律に焦点をあてることが多い。

カウンセリングへの影響：内省段階のクライエントは、マイノリティ集団の一員としてのアイデンティティ確立と、個人の自由・意思決定を強めたいニーズとの狭間で苦しんでいる。抵抗・没入段階よりもカウンセリングを必要とし、同じ文化集団出身のカウンセラーを好む。しかしこの段階のクライエントは、ほかの文化的背景を持つカウンセラーでも、世界観が自分と似ていれば信頼できる援助資源と考える。この段階のクライエントに薦めるカウンセリングは、ストレス対処スキルを促進し、文化の絡む問題に自己探索を促す技術、問題解決技法と意思決定の技法などである。

統合自覚段階　この段階でクライエントは、個人的文化的アイデンティティに自己充足を感じる。内省段階で見られた葛藤と不快の多くが解決され、生活への統御感と柔軟さが増す。クライエントは、マイノリティ集団の文化的価値と主流文化集団のそれとを、同じように客観的に見る。そして、それまでの発達段階で経験してきたことを踏まえて、それらを受容または拒否する。

カウンセリングへの影響：統合自覚段階のクライエントは、心理的自由を強く要求する。彼らのマイノリティアイデンティティの感覚は、ほかの文化を真摯に受容したバランスの取れたものである。クライエントとカウンセラーが同

じ集団のメンバーかどうかよりも、両者の態度の相似がカウンセリングの成功を左右する決定要因である（Atkinson et al., 1998）。

MIDモデルは、コミュニティカウンセリングの枠組を補完する。というのは、それが広い社会政治的環境において低価値とされてきた集団の人々の心理的発達に、どのように影響するかに焦点をあてるからである。先の章で述べたように、コミュニティカウンセリングモデルは、カウンセラーには次のことがぜひ必要という信念を中心に据えている。

(1) 環境がどのようにクライエントの発達に影響を及ぼすかに敏感であること。
(2) クライエントが社会的抑圧状況を前向きに克服できる能力を高められるようなカウンセリングサービスを提供できること。

MIDモデルを用いることによって、カウンセラーは環境に関する諸施設、組織、システムとの提携が、文化的に多様なクライエントの心理的発達に影響することを十分に理解することができる。

4　システム理論と環境の影響

環境要因への注目と共に、コミュニティカウンセリングの枠組は、システム理論の影響を受けている。一般システム理論（von Bertalanffy, 1968）は、ニュートン科学の根底にある線型的・還元的思考体系に対して代案を提示する。ニュートン的思考は、小さな成分に分けることによって複雑な現象を研究しようとする点で、還元的である。その小さな成分群を、現象自体より複雑でない原因結果関係の連続として理解しようとするので直線的である。

対照的にvon Bertalanffyの一般システム理論は、すべての生物を環境と相互関係にある開かれたシステムとして考える。カウンセリングで一般システム理論を用いる場合、カウンセラーは直線的な因果関係を判別するのではなく、相互作用、相互関係、確率、原理構成のパターン発見に焦点をあてる。Steinglass

(1978) は次のように述べている。

> システムを互いに一貫した関係で相互作用する要素の集合と定義するなら、まず大切な見方は、どんなシステムも要素間に一貫した関係を持つ要素群でできていることである。一貫性が鍵であり、一貫した要素は常に予測可能な仕方で互いに関連を持つ (p. 305)。

有機体は環境と相互作用し境界線を越えて情報のやり取りができるので、開かれたシステムであるといえる。この生きたシステム内では、下位のシステムが適度に予測可能な仕方で大きなシステム原理の下に相互作用する。Umbarger (1983) は、さらに生体系の特性について述べる。

(1) 部分と全体：システム全体は、部分の総和より大きい。
(2) 情報、エラー、フィードバック：システムが全体の設計と違うことに出合ったときは、生体系内のフィードバックの輪が働いてエラーを表示する。
(3) フィードバックとホメオスタシス：システムはフィードバックの輪によって恒常状態を維持できる。
(4) フィードバックと成長：フィードバックはさらに、システムの存続に必要な変化を引き起こすことができる。
(5) 生命と緊張：成長期と安定期が交互に起こる。
(6) 循環：因果関係は直線的で、その上位に循環系がある。
(7) 変化：システムの一部の変化は、ほかの部分さらにはシステム全体の変化を生ずる。

システムの視点は、カウンセラーがクライエントの問題を理解する仕方を方向づける。これまでは家族療法が、我々の分野では最も広範囲にシステム理論を用いてきた。ここ 20 年の間に、ポストモダニズムと文脈主義という 2 つの新しい勢力が加わり、システム思考の流れとして注目されるようになった。家族カウンセリングとポストモダニズムと文脈主義という 3 つの勢力は、21 世紀に入りカウンセリングの実践に、大きな影響を及ぼすであろう (D'Andrea, 2000)。

4－1　家族カウンセリング

家族システムはクライエントの発達に大きく影響する。多くのカウンセラーは、家族システム自体を最も介入に適した対象と考える。もっぱら家族を対象とするカウンセラーは、個人を実際に家族から分離することはできないと考える。健康と病気、原因と結果を引き離せないように（Becar & Becar, 2000）。

家族カウンセリングでは、カウンセラーはクライエントの問題を行動の文脈（家族環境）で捉え直す。そうしなければ問題を理解できないからである。家族カウンセリングでは，問題や症状の原因を個人の「病気」とみなすのではなく、クライエントを家族内不均衡のしるしとみなす（McGoldrick, 1998）。

Rigazio-DiGilio（2002）は、Umbarger（1983）が述べた原則に従い、家族は開かれたシステムであるとした。彼の説では、すべての家族はホメオスタシスを備えて恒常状態を好み、今「健康」な状態か不健康な状態かにかかわらず、フィードバックとコントロールのシステムに見守られ、システム全体によって保護される。

家族は、お互いの関係を調整して未来につなげるためのルールを持つ。家族システムは、配偶者、親、兄弟など、それぞれに機能を持って、家族全体の統合を保とうとする下位システムを備えている。各々が組織全体の部分であり、ほかの部分を考慮せずに一部分だけに入り込むことはできない（Rigazio-DiGilio, 2002）。したがって、クライエントの人的文脈に注意を向けることは家族カウンセリングモデルの鍵であり、それはコミュニティカウンセリングでも同様である。

家族カウンセリングのやり方は、個人カウンセリングと同じくらい多様である。Satir（1967, 1972）は、メンバーの自尊心を高め成長を促すために家庭内コミュニケーションパターンの改善に焦点を置き、Bowen（1982）はメンバーの相違点の明確化を強調する。Minuchin（1979, 1984）の構造的アプローチでは、カウンセラーが家族システムを把握して適切に機能するように援助する。Haley（1976）とMadanes（1981）の介入戦略は、1950年代のBatesonの業績に基づき、家族療法におけるコミュニケーション方法の例を示している。この場合カウンセラーは、家族メンバーと共に「問題を生み出す社会的状況を発見する」。最後に行動論的家族カウンセリング（Becar & Becar, 2000）では、問

題行動を社会的に強化され環境の変化に伴って学習された行動と考えている。

4－2　ポストモダニズムと家族カウンセリング

伝統的な家族カウンセリング理論はすべて、「近代主義（モダニズム）」に基づいている（Lewis, 1993）。Cheal（1993）は近代主義を、合理的な問題解決に立脚し、進歩が人間生活をよりよくすると見る世界観と定義している。20世紀近代思想の優勢によって家族カウンセラーは、変化のプロセスを一時的崩壊と不安定から適応的再構成と家族メンバーの心理的安定、平常心回復への移行と見るようになった（Lewis, 1993）。

Gergen（1992）は以下のように述べている。

> 我々は現在、近代主義の衰退と、新しい知的道徳的混乱に直面している。それは、我々が何者で、何を欲するのかについて既存の考えに挑戦し、真実と秩序に関する従来の仮定すべてを覆し、そしておそらくこれまでのような伝統的家族にとどめの一撃を宣告するものである（p. 52）。

過去10年のポストモダン思想の台頭は、近代主義の観点と著しい対照を成している。それは、カウンセラーが家族カウンセリングの目的と過程を考える上で影響を生じ始めている。

ポストモダンの観点を取り入れるカウンセラーは、文化的背景の異なる人々が示す多様な世界観が、それぞれもっともなものであることを知っている。したがって、人間の発達、心理的幸福、家庭生活といった概念が相対的であることも知っている。

ポストモダン思想と家族カウンセリングに関してBernardes（1993）は、「普通の核家族」の定義に当てはまる家族は少数であるにもかかわらず、この伝統的な概念はアメリカ社会の世論と普通であることの見方に不可欠の部分として残る、と指摘している。事実、「普通の家族」という伝統的概念は公衆の意識に根強く残り、シングルマザーや親が同性愛者の家族といった型通りでない家族の援助に困難を感じるカウンセラーは多い。

Lewis（1993）は、カウンセラーが伝統的な家族モデルに執着し続けるなら、

人は自分の家族を標準型に合わせることができる（合わせるべきである）という考えを強めて社会的抑圧に手を貸すことになる、と指摘している。ドメスティックバイオレンス被害者へのこうした影響についてBernardes（1995）は、クライエントの女性が虐待に苦しみながらそれを自分のせいだと誤って考えることが多い、と述べている。

> このような被害者の罪と恥の原因は、我々が成功・失敗を判断する基準として標準的な核家族のイメージを描き続け、その責任を負わなかったからである。(p. 48)

多様なクライエントの間で家族、人間発達、精神的健康などの言葉が相対的であると認め受け入れることは、多くの近代主義的なカウンセラーに、困惑、不安、抵抗を引き起こすであろう。D'Andrea (2000) とRigazio-DiGilio (2002) は、ポストモダニズム思想へのこうした反応はとにかく、現在、我々が経験している理論の多元化・断片化は、再構成途上の一時的行き詰まりではなく、精神保健従事者が受け入れるべき存続する状態であるため、21世紀のカウンセラーはそのことを理解しなければならない、と述べている。

カウンセラーがポストモダンの観点を取り入れるならば、普遍的な真実と誤解されがちな「普通の家族」、「精神的健康」、「人間発達」などの言葉について、これまでの伝統的な文化が刻み込んだイメージと意味を超えて、カウンセラーは理解し、取り組み、活動できる。アメリカ社会の著しい多様化を考えると、カウンセリングの未来は、カウンセラーがポストモダンの相対的観点を取り入れた介入方略を開発する能力と意欲を持つかどうかにかかっている（D'Andrea et al., 2000 ; Rigazio-DiGilio, 2002）。こうしてカウンセラーは、(a)クライエントが受けている抑圧をうっかり増やすことなく、(b)彼らを解放し心理的にエンパワーメントしやすくするのである（Ivey et al., 2002）。

コミュニティカウンセリングモデルは、個人、小グループ、家族カウンセリングの最終目標として心理的エンパワーメントと個人の解放を求める。システム理論は、様々なクライエントの問題をカウンセラーがより正確・包括的に理解できるようにする。こうした流れの中でシステム理論の一派である文脈主義

が、この20年余り起こってきている。

4－3　文脈主義

文脈主義の観点では、人間の発達を、生物的・環境的・社会的・文化的に刺激された絶え間のない変化のプロセスと見る（Steenbarger & LeClair, 1995；Thomas, 1996）。この定義からいうと、文脈主義、人類生態学的理論（Blocher, 1996；Germain, 1991）とコミュニティカウンセリングモデルの類似は明らかである。

これらの理論は、カウンセラーが、クライエントをその発達に影響する様々な文脈から切り離された個人とみなすならば効果的に援助できなくなる、と考える点で一致する。この意味で女性心理学者のBallou & West（2000）とMiller（1991）の業績からもたらされた「関係の中の自己」概念が、伝統的なカウンセリングにおける個人と自発的自己という概念に取って代わった。

本章の始めに触れた通り、構造的発達理論とカウンセリングの文脈主義的観点との間には、重要な違いがいくつかある。第一は、複数の縦断的研究（Lerner & Kauffman, 1985；Steenbarger, 1993）にあるように、文脈主義者は人間発達の無限性と可塑性を説明していないとして、構造的発達モデルを批判してきた。Steenbarger & LeClair（1995）は、基本的な構造発達の主張を裏づける証拠がほとんどないことを指摘して、次のように述べている。

> 〔構造発達の主張によれば〕人はより高い認知的・心理社会的な複雑性に向かって、一連の段階を直線的に進む。知能発達の研究（Gelman & Baillargeon, 1983）とパーソナリティ研究（Magnusson & Allen, 1983）は共に、人間発達の伝統的理論は発達が達し得る範囲を人為的に狭め、その説明的有用性も限定している（pp. 177-178）。

つまり、文脈主義的観点では、構造的観点から見るよりも心理的成長は柔軟で変化に富み、開かれたものとなる（Ballou & West, 2000）。

第二に、文脈主義指向のカウンセラーは、（成長ではなく）変化をカウンセリングが手助けするべき基本的発達事項と考える。文脈主義者が心理的差異と

変化について強調するのは、人は生活経験から様々な意味を構築し、その結果多様な現実を生み出すというポストモダン的な意見である（D'Andrea, 2000）。こうして文脈主義の原理が広まれば、カウンセリング界に間違いなく混乱が生じ、伝統的なカウンセリングパラダイムによって不滅とされてきた人間発達の直線的説明は疑問視されることになるだろう。

第三は、文脈主義は伝統的なカウンセリング理論よりも抽象性が高いので、「メタ理論」とすべきである。文脈主義とカウンセリングとの関係を明らかにするために、Steenbarger & LeClair（1995）は次のように記している。

> 文脈主義の考えと実践を結びつけようとする理論はたくさんあるが、ある種の理論―システム性を持つもの―だけが、真に文脈主義といえる。なぜなら、人間と文脈を結びつけようとする理論はすべて、この両要素を備えて要素間のつながりを強くできるものでなければならないからである。よく知られた文脈主義者のカウンセリング理論は皆、対人的（Claiborn & Lichtenberg, 1989）、文化的（Sue & Sue, 1999）、生態学的（Blocher, 1966）など、単一の領域に限定している。しかし、発達理論が明らかにしているように、発達は元々多文脈的で、生物的・心理的・社会的・文化的・歴史的な文脈の重なりに影響されるものである（p. 181）。

文脈主義は、カウンセラーが21世紀に生きる人々の心理的健康を守るために必要な包括的な考え方である。このメタ理論は、過去半世紀カウンセリング界を支配した単純直線的で治療的なカウンセリング理論に代わる、活気ある代案を提示している。文脈主義の観点を取り入れることによって、カウンセラーは伝統的なパラダイムの持つ限界を超えて、クライエントをエンパワーメントして、解放する有効な方法を求めて努力するのである（Neville & Mobley, 2001）。

練習問題4.1

倫理的介入における家族・ポストモダン・文脈主義的思考の統合

個人、ポストモダン、文脈指向などの方法を用いて家族カウンセリングを行うことは、家族を対象に適切で倫理的な介入計画を立てるときに必要な設問への回答となる。次の質問は、そうした複雑な事柄について考えていく際に有用な例である。

こんな例を考えよう。孤独で元気のない14歳のイタリア系アメリカ人の少女が緊密な家族に深く没入しているとしたら、家族から少し離れた活動への参加、例えば友人やコミュニティの社会的教育的グループと過ごすことなどを勧めるべきか。

一見するとこれは筋の通った計画である。しかし、彼女がアメリカの個人主義的な価値観に取り込まれることを、彼女の家族、親族がよくないこと・価値のないことと考えたとしたら、どうだろうか。そのために彼女の母に抑うつの徴候が現れたり、彼女と父親の関係がこれまで以上に深刻になったら、どうするか。イタリア系の家族システム、近所、コミュニティの集団文化アイデンティティを尊重しながら、個人の自立と伝統的連帯の両方を高めてクライエントの心理的健康と幸福を促すには、どうすればいいだろうか。

次の例で、個人、家族、文脈的ジレンマをどうすればよいか考えてみよう。

(1)子どもを扱うとき、親も対象にすべきだろうか。度々警察の世話になる10歳の息子を持つシングルマザーが非協力的だったとしたら、どうするか。個人カウンセリングは問題行動を減らせるかもしれないが、治療が終わったらどうなるだろうか。実際に個人治療は、母親が全く無力で、息子が最も破壊的な状態にあるときには、かえって悪循環を持続させて外部からの介入が必要になるかもしれない。したがってカウンセリングは、強いストレス下にあるこの家族にとって、持続的で効果的な変化をもたらすよりも、むしろ、数ある一時的救済の一つに過ぎない。時と共に問題行動が悪化し、無力感も強まるとしたら、この場合個人への

介入は賢明な策といえるだろうか。より適切な援助機関に行くことを母親が納得するまで、介入を控えた方がいいだろうか。介入すべきか、やめた方がいいのだろうか。

(2)どのようにして配偶者による虐待を公けにする一番よい時期を決定すればいいだろうか。被害者は家庭で夫による虐待を受けているが、結婚生活を捨てて子どもたちを連れて行く（彼らは虐待を受けていない）ための財源確保を始めたばかりなので、まだ虐待を公けにする準備ができていないと言ってきたら、どうするか。事態が公けになったとき、彼女と子どもが危険に晒されるかもしれないし、安全な生活を得ようとする彼女の努力に水を差すことになるかもしれない。といって秘密にしておけば、財源を得る時間はできるが脱出は遅れる。さらに、秘密にしておけば虐待の事実の隠蔽に加担することになる。

(3)ジェンダーの問題を、どのように扱うべきだろうか。ある家族が、大黒柱である女性が病気で仕事に戻れなくなったということで、紹介されてきた。家族の役割と方針を現在の状況と見合わせて考え直すとしたら、夫が仕事をみつけることがよさそうである。しかしこれは、夫婦が互いの役割と考えた事柄、家族全体の方針と一致しないかもしれない。性役割が逆だったら、もっと多くの社会資源が使えただろう。しかしこの場合、妻と子どもの面倒を代わって見てくれる人がいたとしたら、夫は仕事に出るべきだという圧力が夫自身にかかるかもしれない。そのような現代社会で支配的な価値観を前面に押し出すことは、家族とその構成員の苦労を増やすことになるかもしれない。その家族がすでに、家族の休暇、保険のかけ方などの問題で社会からの圧力を感じてそれに抵抗しようとしていた場合は、いっそうその通りである。

(4)介入の焦点をどこに絞るべきだろうか。ここまでに述べてきたシナリオを見直して、あなたのカウンセリングをどこに向けるかを決めよう。そして、次の質問に答えよう。(a)カウンセリングの焦点を個人に絞るか、家族にか、それとも彼らがその一部である環境の文脈に絞るべきだろうか。(b)この章でこれまでに論じた個人・家族・ポストモダン・文脈主義的視点を考えると、ここで挙げたそれぞれのシナリオで、あなたのカウ

ンセリングのやり方の強い面と弱い面は何だと言えるか。(c)各シナリオであなたが立てたカウンセリング計画に、どのような個人的な偏りが影響しているか。(d)この節で示したシナリオと違う場面に直面したとき、倫理を守るカウンセラーとしてより効果的に活動するためには、コミュニティカウンセリングモデルをどのように活用できるだろうか。

4－4　個人解放のためのカウンセリング

解放のためのカウンセリングは、前述したMCT（多文化カウンセリング心理療法）の一部であり、そこに含まれている（Ivey, 1995 ; Ivey et al., 2002）。解放アプローチを用いるカウンセラーは、クライエントが自分と社会的・政治的・文化的な文脈との関係が、心理的な成長に与える影響を理解するように助ける（Neville & Mobley, 2001）。Iveyの解放カウンセリングモデルは、個人主義・自律・自己実現を強調する多くの伝統的なやり方とは著しく異なり、クライエントの文脈的な関係に注目する。この違いについてIvey（1995）は、「クライエントに彼らの苦難が発達的・社会的・文脈的な経歴から来る結果であることを理解させようとしなかったことが、現在の心理療法とカウンセリングの主な失敗である」と述べている（p. 54）。

カウンセリングで個人の解放のアプローチを用いる際には、個人主義の枠組から「関係の中の自己」の視点（Ballou & West, 2000 ; Miller, 1991）へと変わる必要がある。過去20年にわたってフェミニスト心理学者たちは、カウンセラーがそのような視点に立ってカウンセリングをする際に何が必要かを追求してきた（Amaro, 1995 ; Ballou, 1996 ; Gilligan, 1982 ; Marecek, 1995）。Ivey（1995）は、クライエントの解放を促進するには、カウンセラーはクライエントと協力的な関係を築かなければならない、と述べている。しかも、医者－患者関係や治療者－クライエント関係ではなく、カウンセラーは意図的に「クライエントがパートナーとなり他者と共に新しい生き方と意味を探すような平等な関係を築くために、意識して働きかけ、そうすることにより、『援助する』

人も『援助される』人も同じように学ぶだろう」関係を作るべきである（Ivey, 1995, p. 57）。

(a)個人の生活の文脈を重視し、(b)どんな問題もクライエントの内部にあるという見方に反対する点で、Iveyの解放モデルはコミュニティカウンセリングの枠組と、完全に一致する。そしてどちらも、クライエント独自の文脈がその認知、感情、行動に影響することを学ぶよう援助することによって、クライエントをエンパワーメントするように設計されている。

解放カウンセリングのもう一つの主な機能は、カウンセラーとクライエントの両方に、Iveyが「批判的意識」と呼ぶものを高めることである。そのためにはクライエントとカウンセラーの両者が、文脈的な存在として自身を理解するようなカウンセリングをしなければならない。カウンセリングを通じてこの意識を増大させるには、2つの重複する課題がある。第一に、個人の心理的発達・自己評価・個人的な力の感覚・行動がどのように環境的－対人的経験から来ているかを、時間をかけて調べなければならない。

第二は、ジェンダー・社会経済的階層・文化・人種・民族的背景などの文化的特徴が、どのように個人の経験に影響を及ぼすかを調べなければならない。練習問題1.1（第1章参照）は、RESPECTFULカウンセリングの枠組にあった様々な文脈的特徴（宗教的・霊的アイデンティティ、経済階層的な背景、性同一性、民族的・人種的同一性など）の結果として、あなたが持つことになった思い込みと偏見が映し出されるように設計されている。この練習問題は、(a)あなたの自己理解を広げる、(b)文脈的観点から自身について考えることを助ける、(c)あなたが効果的に介入できそうなクライエントのタイプとあなたが持つ仮説と偏見のために効果が少なそうな人々を見分ける敏感度を高める。また、クライエントが発達過程の中で身につけてきた文脈的特徴と生活の中で経験しつつある問題をクライエント自身が理解できるように援助する。

解放カウンセリングの最終段階でカウンセラーは、クライエントが問題の原因となっている不健康な環境を改善しようとする新しい活動を援助する。続いてそれらの活動の評価と考察がなされる。解放カウンセリングに実施と評価の結合は不可欠である。それは日々の文脈的経験、心理的発達、内的統制感の間の結びつきを、クライエントが一層理解できるようにするためである（Ivey,

1995 ; Ivey et al., 2002)。

伝統的アプローチとの違い　過去30年、多文化理論とフェミニスト理論の出現によって、従来のカウンセリングへの批判が強まってきた。Ivey（1995）は、精神分析的カウンセリングを批判的に分析し、Brown（1959）の研究に言及している。Brownは、「人間の意識は、文化的文脈的な派生物、父性主義（パターナリズム）、父性的な神から解放されたときに初めて、エディプスコンプレクスから自由になれる（Brown, 1959, p. 155）」と述べた。

人間性心理学と認知行動理論も、解放カウンセリングからの批判を浴びている。例えばLerman（1992）は、人間性心理学は「外部から影響を受けずに真の自己を確立できる人などいないということに気づいていない」（p. 13）としている。彼女は、自己実現、自律といった人間性心理学の概念は、集団主義と相互依存の価値を重んじないヨーロッパの中流階級の産物であることに注目する。

認知行動理論は、クライエントの文脈的特徴の多くを考慮に入れる。しかし、カウンセラーがこのアプローチを実際に使う場合、Kantrowitz & Ballou（1992）が言うように、「個人は基本的に、支配的な社会基準をさらに強固にする環境条件に、自らの能力を適応させていくように求められる」。解放カウンセリングは、外部条件の優位を受け入れるのではなく、クライエントが新しい批判意識で環境を変え、現状を改善するように援助する（D'Andrea et al., 2001 ; Sue & Sue, 1999)。

Ivey（1995）は，従来のカウンセリングと解放カウンセリングとの違いを説明するために、次のような例を挙げている。

> 黒人のクライエントが、高血圧を何とかするためにストレスマネージメント技法を教わりたいとやってきたとしよう。認知行動技法が感情と身体両面に効果があることは分かっている。解放カウンセラー・心理療法家たちは、認知行動方式を使うが、それだけでは不十分と考える。クライエントが自身の文化的文脈をかえりみ、社会で集中的な人種差別が常に存在することがどのように彼の問題に関わっているか考えるよう援助する必要が

あると、彼らは考える。同様に，抑うつまたは「境界例」と診断された女性は、家族と文化にある性差別が問題の原因であることを認識するように援助してもらう必要がある（p.54)。

方略：実際の解放カウンセリング　次の二人のクライエントの例で、解放カウンセリングモデルの方略と効果を説明する。

二人の男性クライエントが、カウンセリングを受けにやってきた。二人は同じ会社の似たポストにあり、年齢も同じだが一人は白人でもう一人はアフリカ系アメリカ人だった。

クライアントは二人とも、多忙な仕事の結果抑うつを示し消耗していた。しかし黒人のクライエントは、仕事に直接関係するストレスに加えて、自分が社内で唯一の非白人であることから来るプレッシャーについて語った。彼は、同僚と上司が黒人に偏見を抱いていると思い、それを克服するために同僚を上回る業績をあげなければならないプレッシャーをいつも感じている、と語った。

カウンセラーは、両クライエントが仕事の要求に耐える新しいスキルを得るように、様々なストレスマネージメント技法を使った。しかしそれ以上の時間とエネルギーが、黒人のクライエントが訴える「自分は仕事場で差別されている」という訴えに対処するために使われた。そのうちにカウンセリングは、クライエントとカウンセラーが持つ偏見の点検、偏見に関わるこれまでの経験と知識、この経験をめぐる感情についての話し合い、クライエントが仕事で経験した人種差別と偏見に関連するパワーダイナミクスの検討などに移っていった。

将来、彼がおそらくまた別の偏見に出合うだろうと認めて、クライエントとカウンセラーは、偏見に伴うストレスに対応できる、新しい洞察と能力を持てるように共に努力した。また、種々のリラクゼーション技法、差別と偏見に対して攻撃的な態度で立ち向かわなくてすむ自己主張訓練などをして、クライエントのマイノリティアイデンティティ発達に努めた。そして、いろいろな生活場面で彼と似たストレス経験を持つアフリカ系の

人々で構成されているグループへの参加を勧めた。

カウンセラーとの最後の面接中にクライエントは、カウンセリングから得た前向きな収穫に言及した。彼は特に、同僚と上司による欲求不満を語った自己主張訓練と、ストレス対処のリラクゼーションが自分には効果的だった、と述べた。「私は、私自身についてたくさん知ることができたし、ストレスを引き起こす事柄にどう対応すればいいのかが分かりました。本当に私自身を知って、どうやれば周囲の状況と人をストレス因にしないで、プラスになるように変えられるかが分かりました。もっと早くに学習できていたらよかったと思います」(D'Andrea, 2002, pp. 2-4)。

本章のこれまでの節で述べてきた諸問題は、カウンセラーがクライエントに使える様々な方略の重要な基礎となる。しかし家族カウンセリング、文脈主義的アプローチ、Iveyの解放カウンセリングなどのうちからどれを使うかは、クライエントのニーズと強さを評価した上でのことである。

5　コミュニティカウンセリングの実際的な適用

コミュニティカウンセリングの枠組は、介入前にクライエントの発達的・文化的・環境的な強さと問題への取り組み方を、包括的・全体的に知ることの重要性を強調する。そうした評価の結果を用いてカウンセリングを選び実践することによって、カウンセラーは明確な目的を持って巧みに仕事をすることができる (D'Andrea & Daniels, 1994 ; Ivey et al., 2002)。

5－1　評価（アセスメント）

クライエントの参加　コミュニティカウンセリングの枠組は、エンパワーメントの観点から行われる。したがってクライエントが自身の生活に責任を持つことを前提としている。カウンセラーは、問題の範囲を明らかにし、実行可能な解決策を提案するが、最も効果的に運ぶためには、評価にクライエントを積極的に参加させなくてはならない。評価に参加することで、クライエントは自分自身を知ることができ、行動への統御感を高めることができる (Fetterman,

Kaftarian, & Wandersman, 1996)。

そうした効果は、クライエントにとって理解しやすい、実践的・多面的で文化に敏感な評価過程を通してのみ得られる。多くの伝統的なクライエント評価方式とは違って、コミュニティカウンセリングモデルを用いてそのような多面的で文化に配慮した評価をすることは、クライエントを治療するためではなく、クライエントが問題状況を乗り越えて生活の質を改善する計画を自分で立てられるように、援助するためである。こうした観点から、評価は「このクライエントはどこが悪いのだろう？」ではなく、「今、この人がよい生活を送れないのはなぜだろう？」と問うべきである。

評価過程を通してこの質問への最良の答え方は、次のような特徴を持っている。

(1) 個人の欠点、課題と同時にその人の強さ（strength）と資源に焦点をあてる。
(2) クライエントの積極的関与と理解。
(3) 苦難の一つひとつがその人の行動計画に取り上げられ、自然な流れになる。
(4) ストレスとクライエントが使える援助資源の両方を考慮に入れる。
(5) クライエントの文化・人種・民族的アイデンティティ発達と、その背景にある個人の強さとストレス因とに注意を向ける。

クライエントがどんな理由でカウンセラーのところへ来たとしても、概ね共通していることは、生活の中の出来事を自分で統御できる感覚を高めたいという望みである。Bandura（1989）は、クライエントには自己効力感（セルフエフィカシー）、つまり自分はよい結果をもたらすように行動できるという期待感が必要である、と述べている。

評価過程（アセスメントプロセス）がクライエントの手を離れて、「専門家」の仕事になったら、問題は明らかになるだろうが、クライエントの統御感と責任感は損なわれるだろう。コミュニティカウンセリングの文脈における評価とは、クライエントの生活諸要素を明らかにして彼らが生活を統御（コントロー

ル）し、自己効力感を高め、ストレスに耐えるよい方法を学べるようにするための、カウンセラーとクライエントの協働作業である。

心理的健康（ウェルビーイング）の式　第3章で述べたように、次の方程式は個人、ハイリスク集団、学校、組織、コミュニティ全般に適用できる。

$$\text{心理的健康} = \frac{\text{対処技術（コーピングスキル）} + \text{自己評価} + \text{社会的支援（ソーシャルサポート）} + \text{個人のパワー}}{\text{器質的要因} + \text{ストレス} + \text{無力感}}$$

この方程式は、評価と精神保健問題予防の両方に当てはまる。クライエントの心理的健康を評価する道具には、(a)データを組織化する方法、(b)ストレスと対処要因がどう関わり合っているかを教える方法、がある。

この方程式を評価に使用する場合、カウンセラーはまずクライエントに、現在の状況を考える手引きとしての使い方を教える必要がある。クライエントはたいてい、人は誰でも遺伝的生理的要因によって、ストレス関連の問題や障害が起こりやすくなることを理解できる。

強いストレスに長期間晒（さら）されなければ、この危険な状態は起きないであろう。しかし、そうしたストレス下でさえ人々は、社会的支援を活用したり、効果的な対処法を使ったり、自己評価を維持するなど、自分の力の感覚を強めることによって、機能不全から自分を守る。

この式によって、クライエントに自分でストレスを減らせること、それには分母の値を減らし、他方で資源を増し自己効力感を高めて分子の値を大きくすればよい、と理解させることができる。さらに方程式の変数によって自分の状況を分析すれば、クライエントはどんな力を高め何を変えたいかを明らかにできる。クライエントは、評価によって分かった問題に取り組むに当たり、責任を持って行動方略を計画できるようになる（Ivey et al., 2002）。

構造化された書式　カウンセラーは、援助のために構造化された書式を用いて、クライエントを全体的に評価する。特に効果的な書式の例（Lewis-Fussell のケース書式）を図4.1に示す。

これは、カウンセラーがコミュニティカウンセリングの評価過程で得られた

<table>
<tr><td colspan="4">クライエント：
住所：</td><td>面接日：</td></tr>
<tr><td colspan="4">電話：勤務先　　自宅</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">雇用保険：

本人
家族</td><td colspan="3">職業：
現在の職名
現在の地位にどのくらい勤めているか
この会社にどのくらい勤めているか
紹介元：</td></tr>
<tr><td>結婚：</td><td>扶養：</td><td>年齢：</td><td>文化的／人種的背景：</td><td>性別：</td></tr>
<tr><td colspan="5">紹介の理由(現在の問題)：</td></tr>
<tr><td colspan="5">身体的弱点</td></tr>
<tr><td colspan="5">担当医：</td></tr>
<tr><td colspan="5">医学的所見／投薬：</td></tr>
<tr><td colspan="5">アルコールの摂取パターン（本人・家族）：</td></tr>
<tr><td colspan="5">薬物摂取パターン（本人・家族）：</td></tr>
<tr><td colspan="5">これまでの治療（薬物依存に対する治療）：</td></tr>
</table>

図4.1　Lewis-Fussellのケース書式

健康状態：
全体的印象（身体的長所／弱点）：
身体的弱点を減らすための、評価者からの助言：
ストレス
ここ12ヵ月間の、主な生活上の変化：
夫婦間／家族間のストレス：
文化的／人種的ストレス：
仕事に関するストレス：
ストレス要因に対するクライエントの知覚：
ストレスの全体的レベル：

図4.1（続き）

ストレスを減らすための助言：
生活スキル
専門知識／教育レベル：
問題解決／意思決定のスキル：
対人関係スキル：
生活計画スキル：
適性／関心／趣味：
生活状況を統御できる能力：
生活スキルの全体的印象：
生活スキルを高めるための助言：

図4.1（続き）

自己概念
文化的／民族的アイデンティティのレベル：
生活の満足度のレベル：
自分の長所・強さ（strength）の知覚：
自分の弱点／問題の知覚：
自己評価のレベル：
仕事への満足度／コンピテンス感覚の知覚：
全体的印象：
自己評価を高めるための助言：
社会的支援（ソーシャルサポート）
現在の家族状況の安定性：

図４．１（続き）

家族関係：
家族に関する問題：
問題解決に対する家族の支援度：
他の重要な人間関係／支援：
仕事場での人間関係／支援：
現在得られる支援の全体的レベル：
社会的支援を増やし活用するための助言：
全体的な適応レベル
心理社会的な問題領域：
問題発生の経過：
治療歴／治療への反応：

図4．1（続き）

全体的評価	
問題の特徴 日常的問題(長期的治療の必要なし) 心理的 薬物乱用 _____ 家族 医学的 _____ 法的・経済的 その他 _____	助言／紹介
紹介月日：	次回の面接日：

図4.1（続き）

情報を保存する、便利な手段である。それは、(a)評価すべき特定部分に焦点を合わせている、(b)クライエントの健康をすべての面で評価している。この書式はまた、カウンセラーが自らの提案をはっきりと概念化するのを助けてくれる、伝統的ではないが、実際的な記録用の道具である。質問は自由記入式で、カウンセラーが効率よく情報を整理できるようになっており、したがって評価から自然に問題解決へと進むことができる。

練習問題4.2

インテーク面接スキルの向上

クライエントと初めて会うとき、カウンセラーはたいていインテーク面接をして、クライエントがカウンセリングを受けることになった問題を把握しようとする。コミュニティカウンセリングモデルではインテーク面接のとき、問題の把握と同じようにクライエントが持つ強さ（strength）にも注目する。

この練習問題は、あなたがインテーク面接をうまくやれるように援助するものである。誰かにインテーク面接のロールプレイをしてくれるように頼み、録音の許可をもらう。Lewis-Fussellの書式を手引きにしながら、その人と模擬面接を行う。その際、面接中、気になる場所にテープレコーダーを置かないように注意する。

面接を終えたら相手に、面接全体としてどう感じたかを尋ね、どこがよかったか、どこを改善すべきだと思ったか、尋ねなさい。

次は自分でテープを聴いて，同じ質問を自分にしなさい。(a)面接全体についてどう感じたか。(b)自分の面接中で、よいと思う点はどこか。(c)将来クライエントにインテーク面接をするときに、どこを改善すべきだろうか。

5－2　個人と環境を変える

クライエント個人にコミュニティカウンセリングの枠組を用いる場合、カウンセラーは、クライエントを悪化させる要因と支援する資源の両方に目を向け、環境要因とクライエント本人の両方に働きかけることが求められている。支援システムがクライエントのニーズを満たすことができない場合は、別の支援源が求められるし、環境が破壊的な場合は、可能な限り環境を変えなければならない。

問題を抱えた人は、問題を悪化させる自分の行動を検討し、変えていく必要

がある。当然だが人は、他者の行動よりも自分の行動をより多く管理している。そして、自分を変えることで問題を解決できるならば、環境を変える必要はないかもしれない。

しかし通常は、個人、家族、コミュニティは緊密に関係し合っているので、クライエントの長期的な精神の健康を保証するには、その社会システム全体を考慮しなければならない。純粋に人を変えることは不可能かつ非現実的であり、人としての統合性を失わせかねない。したがってコミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、クライエントが次のことを行うのを援助すべきである。

(1) 環境にある援助源を明らかにする。
(2) 必要なら支援源を増やす。
(3) 環境にあるストレス因を、回避するか直接取り組んで変えることによって減らし除去することを学ぶ。

カウンセラーとクライエントは、協力して入手可能な支援源をみつけなければならない。サポートシステムとは何かを一概に言うことはできず、人がそれを経験して初めて、ある関係が支援となるのである。「良い」環境と「悪い」環境を区別する客観的基準はなく、人と環境の相互作用が、この区別を決める。そのためニーズが、前向きで建設的な心理的成果をもたらすようになるのはいつなのかということは、関係者だけが知っている。

個人要因と環境要因との関係　環境に注意を向ける点で、コミュニティカウンセリングモデルはほかの伝統的なカウンセリングとは違っている。これまでカウンセラーはクライエントの態度、感情、行動を、変化の対象と考えてきたが、今ではクライエントを妨げているものは当人の中よりも環境にあることに気づくようになった。したがって、本当に問題を解決しようとするなら、環境への介入は避けられない。

同時に、経済の変化が失業を招くような環境要因が明らかに問題を生じている場合、クライエントの問題を解決する責任とその問題の原因への責任とは、

分けて考えなければならない。そうしなければ、Romano & Hage (2000) が述べた通り、クライエントは自分ではどうすることもできない経済・社会状況の被害者として、被害感、絶望感、無気力感に苦しむことになりかねない。この見方は、先に述べたBrickmanら (1982) の補償モデルと一致する。クライエントは、苦境に落ちたことの責任を問われるべきではなく、問題を解決するのに有効な行動を起こすよう励まされる必要がある。

分岐点　前述の方程式で分かるように、個人と環境両要因は緊密に関係している。クライエントの問題を、個人内から生じるか環境から生じるかのどちらかだと考えることは、非現実・非生産的である。人は、自分の問題を解決できるときとできないときがある。だからカウンセリングのプロセスを分岐点の連続とみなし、ポイントごとにカウンセラーとクライエントが協力して、二人のどちらが目下の問題を解決する力を持っているかを決めることは、有益なことである。カウンセリングにおける最初の分岐を、図4.2に示した。

アセスメントによって明らかになった問題に対処するために、クライエント

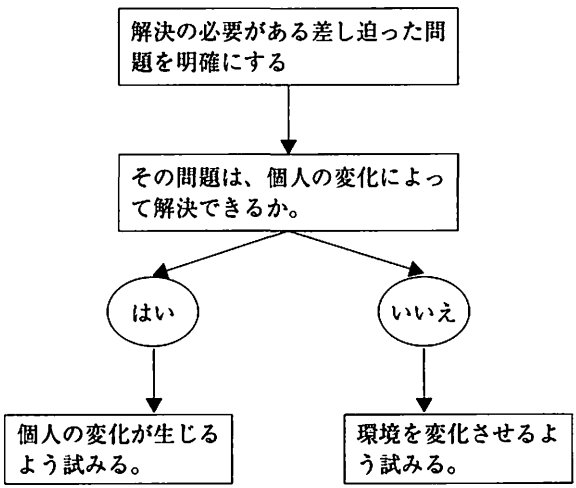

図4.2　カウンセリングプロセスにおける最初の分岐点

がどのように変われるかをカウンセラーとクライエントが一緒に検討する。現状への別の選択肢を考える中で二人はまず、クライエントが望ましい解決を実行できる力を実際に持っているかどうかを考慮する。もし個人の変化で問題が解決するなら、変化が生じるように一緒に努力する。もしカウンセリングのこの時点で、個人が変われない—破壊的な外力が変化を阻んでいる—ならば、カ

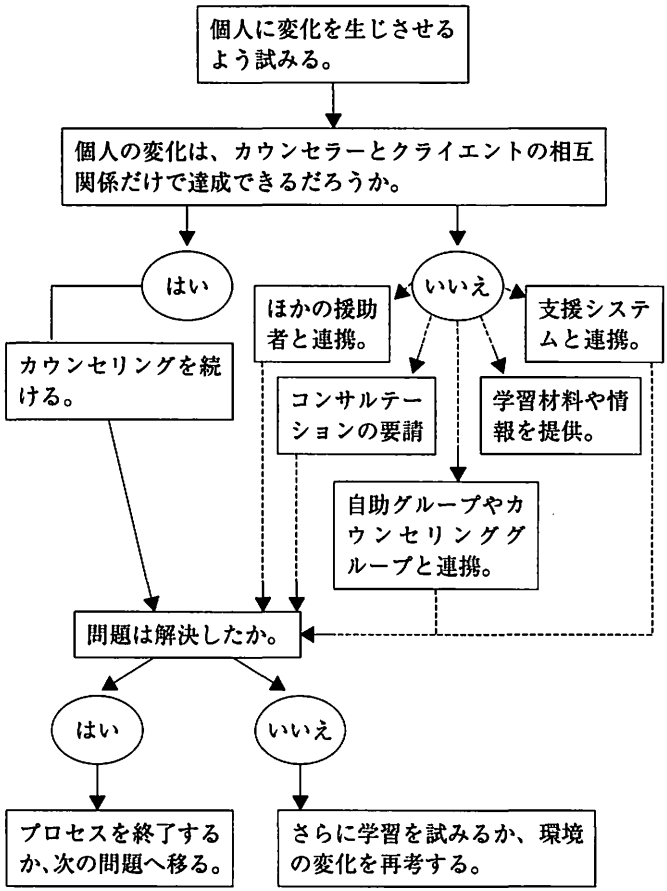

図4.3　個人変化の分岐点

ウンセラーとクライエントは、環境に働きかけて変化させる方法を考える。

例えばクライエントが変わることができ、それが目下の問題の解決につながるとカウンセラーとクライエントが決断したとしよう。図4.3は、カウンセリングプロセスの分岐点と様々な考え方を示している。この場合次の段階は、クライエントの変化を促す介入法を選ぶことである。一対一のカウンセリング継続で十分なクライエントもいれば、もっと援助を要する者もいる。カウンセラーは、支援組織の人々とクライエントの間を取り持っても良いし、その中で一緒に直接活動しても良い。専門的援助者を支え、直接カウンセリングもコンサルテーションも共に有用である。クライエントが生活能力を高める機会を増やすことも考えるべきだ。こうして、カウンセラーはクライエントに、決断のための材料を提供し、自己動機づけと対人関係の能力を高めるセミナーに参加するよう、励ますことができる。

どの方法を用いるにせよ、カウンセラーとクライエントはその成功度を評価しなければならない。クライエントが問題を解決できた場合、カウンセリングを終結するか、別の問題に移るか、決めることになる。当初の問題が未解決ならば、クライエントが望む別の援助を付加するか、環境を変えるべきか二人で決めなければならない。

クライエントとカウンセラーが外的要因を変えようと決めた場合、新たな疑問が浮かんでくる。この分岐点を図4.4に示そう。

クライエントが目下の問題を解決する力を持たない場合，誰が解決するのか。もしほかの人やグループの態度・行動に問題解決がかかっているのならば、適切な一歩はその人たちと相談することである。クライエントのために話し合ってくれるのは、カウンセラー、クライエント、一般市民の権利擁護者、学校関係者などで、皆可能性がある。

もし問題解決に機関や制度の規則、政策変更が必要ならば、それが生じさせる方法を考えなければならない。リードするのは、カウンセラーかクライエントかそれ以外の人やグループかもしれない。その規則や政策が多くのクライエントに影響を及ぼしているなら、それを変えるためにカウンセラーは積極的役割を果たすことになろう。

環境が変わってその問題が解決されたとき、カウンセリングは終結するか、

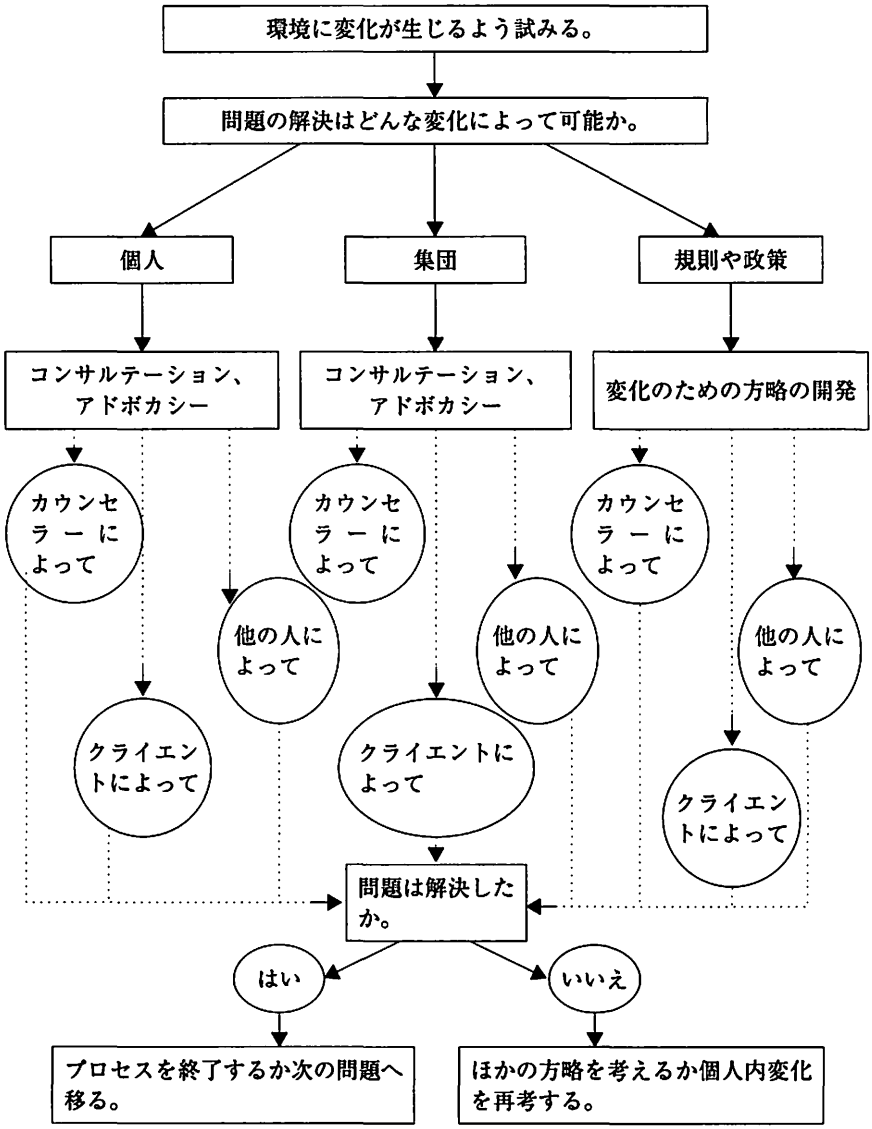

図4．4　環境変化における分岐点

ほかの問題に移ることになる。解決されない場合、カウンセラーとクライエントは協力して環境を変える別の方法を考えるか、個人が変わる可能性を再度検討することになる。

各分岐点ごとにクライエントとカウンセラーは、今どんな要素を重視し、どんな行動を取るか決めていく。カウンセラーが個人の変化を援助するときでも、その変化が環境システムに与える影響に注意を払っていかなければならない。後者の点は、クライエントの変化をカウンセラーが援助し周囲がそれを知ってはいるがよく理解できない場合、特に重要である。例えば、謙譲の文化を持ち他者との摩擦を避ける人々（アジア系や先住アメリカ人）をカウンセリングして、アサーティブスキル（自己主張力）を高めるような介入を行おうとするなら、カウンセラーは家族がどう反応するか、クライエントと話し合う必要がある。

カウンセラーが環境の変化に注意を向けるときも、クライエントの複雑な反応を考える必要がある。クライエントと協力して環境を変化させ、よい結果を出していけば、カウンセラーはクライエントの希望と力の感覚を高めることになる。

カウンセリングの相互作用的プロセスを簡略化しすぎてはならない。分岐点ごとにカウンセラーとクライエントは、個人か環境または両方を変えてうまく問題を解決する方法を考えるだけでなく、環境にいる重要な他者をも変化させるようにしなければならない。つまり二人は、どんな変化が可能かだけでなく、どんな変化が望ましいかも考えなければならない。

コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、クライエント個人の資源を高めるか環境と取り組むかを選ぶ必要はなく、またカウンセラーでいるか、環境変化の主体者になるかを、選ぶ必要もない。常に両方の役割が必要であり、環境を変えることは個人カウンセリングの重要な一部なのである。クライエントは、自分の行動を変える必要を知れば知るほど、生活に影響を及ぼしているシステムと積極的に取り組むことを学び、その結果クライエントの態度と行動も変わるのである。

方略の選択：3つの事例　次の例は、カウンセリングで変化を起こす方略を選

ぶ際に、個人と環境の両要因を知ることの大切さを示している。

事例1：家出した少年　ある思春期の少年が家出し、近くの見知らぬ町でみつかったとしよう。彼は施設に保護され、カウンセラーが次のような質問をする。

(1) 君の家族は君を情緒面で援助してくれるか。また、そうできるだろうか。
(2) 家族がどう変わったら、君はその援助を信じて家に帰ってもいいと思うだろうか。
(3) 君の行動がどう変われば、家族はもっと君を援助してくれるだろうか。また、その変化は実行可能か。
(4) 問題を家庭内で解決できないとき、ほかの生活が可能か。君が快適に過ごせる家庭やグループホームがあるだろうか。
(5) 肉親以外の親類との交流はあるか。親類で君を援助してくれる人はいるか。
(6) 警察の世話になったことがあるか。逮捕されたことはあるか。
(7) 自活することができるか。どんな労働スキルを持っているか。どんな仕事ならできるか。
(8) 君自身や家族は、経済的な援助が必要か。必要ならどんな援助源が適切か。
(9) 仲のいい友達グループはあるか。彼らは君を助けてくれるか。
(10) 学校生活はどうか。深刻な対立はないか。学校に援助してくれそうな人やプログラムはあるか。学校のここを変えたらと思う悪いところはないか。
(11) これまで君を助けてくれた人はいるか。その人と、どんな形で、関係性を築いてきたか。
(12) 今回のことに、虐待や薬物乱用は関わりがあるか。もしあるなら、その問題に対処するためにこれまでにどんな方法が取られてきたか。

これらは当然の質問のようだが、驚いたことに危機に際しては問われない場合が多いのである。これらの質問は、子どもはその生活の文脈と無関係には家

出をすることはない、という認識を表している。少年は何かに向かって、または何かを避けて走るのだ。家出青少年のためのセンターが、これまでは個人カウンセリングばかりしてきたが、今では本人と両親を含めたグループカウンセリングを行うようになったことは単なる偶然ではない。こうしたグループ介入は少年の生活に適切な援助システムを作ることによって、その環境を変えることを目指している。

事例2：事故で障害を負った女性　若い独身女性が、事故で重い障害を負った。彼女が退院しようとするとき、病院スタッフであるカウンセラーは、次のような質問をする。

(1) 今後どんな生活があなたに適していると思いますか。一人で生活できますか。家族は介護をしてくれますか。それとも家族以外の介護者を頼みますか。
(2) あなたの基本的ニーズを満たし、介護者の賃金やそのほかの費用をまかなうために、どんな経済援助が必要ですか。この面で援助を得るために、アドボケイトが必要ですか。
(3) 仕事について何をお望みですか。どんな仕事ができますか。さらにスキルが必要です。それを習うなどの機会はありますか。
(4) 家族、友達との関係はどうですか。事故と関わってその人たちは心理的に援助してくれましたか。あなたの障害について、家族と友達はどう思っていられますか。あなたの一人立ちを認めてくれますか。
(5) どうすれば社会的関係を維持できますか。娯楽を引き続き楽しめますか。
(6) 今回の事故でもし性に関して影響があるなら、援助と情報提供は必要ですか。
(7) 法と医学の面で援助が必要なとき、すぐ援助要請できますか。
(8) 身体運動能力をできるだけ維持して自立するには、どのようにすればいいですか。
(9) コミュニティは、あなたの権利である援助をどの程度提供でき、また受けやすいようにしていますか。

従来のやり方では、あるカウンセラーは彼女の仕事探しを、別の人は身体的なリハビリを、3人目は心理的適応を、と援助するかもしれない。それでは彼女の社会復帰から余暇に至る諸ニーズを満たすことはできない。

対照的にコミュニティカウンセリングモデルは、この女性を環境全体との相互作用の中で自身の援助システムを作り出していける一人前の人間と見ることの重要性を強調する。基本的な質問は、次のようになる。「彼女のこれまでのサポートシステムは、今回の変化による圧力に持ちこたえ得るか、それとも彼女は、ニーズをすべて満たしてくれるような新しい援助を求めているのだろうか」。「彼女はどこでそうした援助を得られるか。現在あるチャンスを最大限に生かすために彼女をどう援助できるか」。「彼女は、チャンスを最大限生かすために、どの程度の支援を必要としているか」。

事例3：教育を再開する女性　家族を養うためにフルタイムで働き、家事をこなしてきた女性が、子どもが生まれて以来遠ざかっていた学校へ、もう一度通うことにした。うまくいくかどうかは、もちろん本人の意欲、才能、幸運によるが、環境にも大きく左右される。コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、次のような質問をする。

(1) ご家族は、あなたの再出発を支持し熱意を見せてくれますか。もし支援してくれないなら、どのようにすれば、あなたの状況をもっとよく理解できるようになるでしょうか。
(2) お友達と同僚は、あなたの目標を理解してくれますか。その中にあなたと似た状況の方、違う価値観の方がおられますか。お友達と同僚は、あなたを応援してくれますか、してくれませんか。
(3) あなたと似たような状況にあって、サポートを提供してくれそうな女性は身近にいますか。
(4) あなたの行動は即、家計に影響しますか。何か援助の当てはありますか。
(5) 今通っている学校は、あなたのニーズに合うデイケアのようなサービス、柔軟な時間割、職業訓練、などを備えていますか。
(6) 学校の課外活動は、若い学生、寮生向けだけかそれとも、社会人学生向け

のものもありますか。新しい課外活動をやれそうですか。

(7) 学校は、年長の学生を溶け込ませるために、どんなことをしてくれていますか。異年齢の学生間に、どんなやり取りがありますか。

(8) これまであなたがなさっていた家事を、今はどなたがなさっていますか。ご家族は自分の責任を認識していられますか。

(9) 卒業なさったら、どのようなお仕事を考えておられますか。地域の企業は、女性や中年の人を差別しませんか。パートや自由時間契約で勤務することはできますか。

これらの事例から、個人の行動と見えるものが実際は家族、教育機関、コミュニティと絡んでいることが分かる。一人の行動の変化が、周りの人々皆にストレスを生じさせる。彼女の支援システムはこれに適応しなければならない。もしこれまでのシステムが不適切と分かったら、新しい援助資源をみつけるか、変えていかなくてはならない。

これらの例は、カウンセリングは個人と精神内変化に焦点を合わせるだけでは駄目なことを、明らかにしている。そうではなく、カウンセラーは、家族から文化まで全システムの複雑な構造を考慮しなければならない。Neville & Mobley (2001) が指摘するように、個人の成長、進化または健康の範囲は、クライエントの現状況、家族、学校と大学、職場、コミュニティなどの健全さによって規定されている。こうしてカウンセラーは、クライエント個人の健康増進に加えて、家族、学校と大学、職場、コミュニティの健康をも促進することの大切さを考えるようになっていく(D'Andrea & Daniels, in press: D'Andrea et al., 2001)。

6 要約

コミュニティカウンセリングモデルは、クライエントが持つ強さと能力を重視し、社会環境の影響を認め、予防を強調し、最も効果的な援助とはクライエントが自助に役立つ資源を得ることだと考える。これらの考え方に従ってカウンセラーは、多面的なプログラムを開発して、予防教育、アウトリーチ、公共

政策への働きかけ、クライエントの権利擁護などを行う。

もちろんカウンセラーは、直接的な一対一カウンセリングも提供する。コミュニティカウンセリングの枠組ではカウンセリングの本質は、個人の責任と環境の影響の両要因重視へと移っている。

Brickmanらは、個人の責任がどのように問題発生と解決とに関わるかに基づいて、援助とコーピングの4つのモデルを提唱した。(a)道徳モデル：個人は問題の発生と解決の両方に責任があるとする、(b)医療モデル：個人は問題の発生にも解決にも責任がない、(c)啓蒙モデル：個人は問題の発生には責任があるが解決には責任はない、(d)補償モデル：個人の責任と環境の影響の両方に焦点をあてる。最後の補償モデルがコミュニティカウンセリングと一致する。

コミュニティカウンセリングモデル最大の効用は、クライエントの個人の力の感覚と責任感を高めることである。行動変容の原則に従ってこれらの感覚を育てることによって、カウンセラーはクライエントがその生活を制御できるように援助する。様々な構造的発達モデルに従うことで、カウンセラーはクライエントの発達を上のレベルへと高めることができる。このモデルは、心理的コンピテンスが一定の段階を通って発達する、と見る考え方である。

Loevingerは自我の発達段階を明らかにし、Kohlbergは道徳の発達には3段階あるとした。これらのモデルでは高い段階は低い段階に比べて、クライエントの適応対応が増すと考えられている。

コミュニティカウンセリングの枠組で特徴的なのは、システム理論に注目することである。この理論は、相互作用パターンと相互関係、一般構造原理に焦点をあてる。様々なシステムとそのレベルはクライエントに影響するが、カウンセラーがこれまでに最も介入に成功してきたシステムは家族である。家族に働きかけるカウンセラーは、家族システム自体を介入の対象と見る。家族療法家は、問題の源泉を「病んだ」個人ではなく、機能不全システムにあると見る。家族カウンセリングのやり方はいろいろあるが、家族をその成員の行動に影響しまた影響される、社会システムとして重視する。

現在では、システム論的思考がカウンセリングの実践範囲を広げている。文脈主義、ポストモダン思考、解放カウンセリングなどの影響が強まり、コミュニティカウンセリングの枠組に新たな視点が加わった。

練習問題4.3

個人—環境—文脈の観点から、問題を分析する

もう一度、仮説的にコミュニティカウンセリングプログラムを考えてみよう（第1章の練習問題1.3参照）。本章で読んだことを踏まえると、このグループの人々にカウンセリングをする際に考えるべき最も顕著な問題は何だろうか。コミュニティカウンセリングモデルは、あなたの取り組み方に、どんな変化を生ずるだろうか。

参考文献

Amaro, H. (1995). Love, sex, and power : Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50(6), 437–447.

Atkinson, D. R., Morten, G., & Sue, D. W. (1998). *Counseling American minorities* (5th ed.). Boston : McGraw-Hill.

Ballou, M. (1996). MCT theory and women. In D. W. Sue, A. E. Ivey, & P. B. Pedersen (Eds.), *A theory of multicultural counseling and therapy* (pp. 236–246). Pacific Grove, CA : Brooks/ Cole.

Ballou, M., & West, C. (2000). Feminist therapy approaches. In M. Biaggio & M. Herson(Eds.), *Issues in the psychology of women* (pp. 273–297). New York : Kluwer Academic/Plenum.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147.

Bandura, A. (1989). Human agency. *American Psychologist*, 44, 1175–1184.

Becar, D., & Becar, D. S. (2000). *Family therapy : A systemic integration*. Needham Heights, MA : Allyn and Bacon.

Bemak, F. (1998). Interdisciplinary collaboration for social change : Redefining the counseling profession. In C. C. Lee & G. R. Walz(Eds.), *Social action : A*

mandate for counselors (pp. 279–292). Alexandria, VA : American Counseling Association.

Bernardes, J. (1993). Responsibilities in studying postmodern families. *Journal of Family Issues*, 14(1), 35–49.

Blocher, D. (1966). *Developmental counseling*. New York : Ronald Press. (神保信一・中西信男（訳）1972 開発的カウンセリング 国土社)

Bowen, M. (1982). *Family therapy in clinical practice*. New York : Jason Aronson.

Brickman, E., Rabinowitz, V. C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Four models of helping and coping. *American Psychologist*, 37(2), 368–384.

Brown, N. (1959). *Life against death : The psychoanalytic meaning of history*. Middletown, CT : Wesleyan University Press.

Carter, R. T. (1995). *The influence of race and racial identity in psychotherapy : Toward a racially inclusive model*. New York : Wiley.

Cheal, D. (1993). Unity and difference in postmodern families. *Journal of Family Issues*, 14(1), 5–19.

Claiborn, C. D., & Lichtenberg, J. W. (1989). Interactional counseling. *Counseling psychologist*, 17(2), 355–453.

Constantine, M. G., & Ladany, N. (2001). New visions for defining and assessing multi-cultural competence. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 482–498). Thousand Oaks, CA : Sage.

Cross, W. (1995). The psychology of Nigrescene : Revisiting the Cross model. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander(Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 93–122). Thousand Oaks, CA : sage.

D'Andrea, M. (1988). The counselor as pacer : A model for the revitalization of the counseling profession. In R. Hayes & R. Aubrey(Eds.), *New directions for counseling and human development* (pp. 22–44). Denver : Love Publishers.

D'Andrea, M. (1994, April). *Creating a vision for our future : The challenges and promise of the counseling profession*. Paper presented at the meeting of the

American Counseling Association, Minneapolis.

D'Andrea, M. (2000). Postmodernism, social constructionism, and multiculturalism : Three forces that are shaping and expanding our thoughts about counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 22, 1–16.

D'Andrea, M. (2001). Comprehensive school-based violence prevention training : *Testing the effectiveness of using a developmental-ecological training model*. Unpublished manuscript, University of Hawaii.

D'Andrea, M. (2002). *Notes on counseling practice at Meharry Medical College*. Unpublished manuscript, University of Hawaii at Manoa.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1992). Measure ego development for counseling practice : Imple– menting developmental eclecticism. *Journal of Humanistic Education and Development*, 31, 12–21.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1994). Group pacing : A developmental eclectic approach to group work. *Journal of Counseling and Development*, 72(6), 585–590.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (2001). RESPECTFUL counseling : An integrative multidimentional model for counselor. In D. B. Pope-Davis & H. L. K. Coleman (Eds.), *The intersection of race, class, and gender in multicultural counseling* (pp. 417–466). Thousand Oaks, CA : Sage.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (In press). *Multicultural counseling : Empowerment strategies for a diverse society*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

D'Andrea, M., Daniels, J., Arredondo, P., Ivey, M. B., Ivey, A. E., Locke, D. C., O'Bryant, B., Parham, T., & Sue, D. W. (2001). Fostering organizational changes to realize the revolutionary potential of the multicultural movement : An update case study. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 222–254). Thousand Oaks, CA : Sage.

Elliott, T. R., Witty, T. E., Herrick, S., & Hoffman, J. T. (1991). Negotiation reality after physical loss : Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 608–613.

Fetterman, D. M., Kaftarian, S. J., & Wandersman, A. (Eds.). (1996). *Empowerment evaluation : Knowledge and tools for self-assessment & accountability*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology : The broaden and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218 –226.

Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed*. New York : Herder & Herder. (邦訳『被抑圧者の教育学　A. A. L. A教育・文化叢書 4』亜紀書房)

Gelman, R., & Baillargeon, R. (1983). A review of some Piagetian concepts. In P. H. Mussen(Series Ed.)&J. H. Flavell & E. M. Markman (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology : Vol. 3. Cognitive development* (pp. 167–230). Philadelphia : Dorrance.

Gergen, K. J. (1992). The postmodern adventure. *Family Therapy Network,* 16(6), 52, 56–57.

Germain, C. B. (1991). *Human behavior in the social environment : An ecological view*. New York : Columbia University Press.

Gillgan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA : Harvard University Press. (生田久美子・並木美智子（訳）1986　もうひとつの声：男女の道徳観のちがいと女性のアイデンティティ　川島書店)

Gilligan, C., Ward, J. V., & Taylor, J. M. (1988). *Mapping the moral domain : A contribution of women's thinking to psychological theory and education*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Goldstein, A. P. (1992). *The prepare curriculum : Teaching prosocial competencies* (5th ed.). Champaign, IL : Research Press.

Haley, J. (1976). *People-solving therapy*. San Francisco : Jossey-Bass.

Hayes, R. L. (1986). Human growth and development. In M. D. Lewis & J. A. Lewis (Eds.), *An introduction to the counseling profession* (pp. 36–95). Itasca, IL : Peacock.

Helms, J. (1995). An update of Helms's white and people of color racial identity models. In J. G. Pronterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander

(Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 181–191). Thousand Oaks, CA : Sage.

Ivey, A. E. (1986). *Developmental therapy : Theory into practice*. San Francisco : Jossey-Bass. (福原真知子・仁科弥生（訳）1991　発達心理療法：実践と一体化したカウンセリング理論　丸善)

Ivey, A. E. (1991). *Developmental strategies for helpers : Individual, family, and network interviewing*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Ivey, A. E. (1994). *International interviewing and counseling : facilitating client development in a multicultural society* (3rd ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Ivey, A. E. (1995). Psychotherapy as liberation : Towards specific skills and strategies in multicultural counseling and therapy. In J. G. Proterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 53–72). Newbury Park, CA : sage.

Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (2002). *Theories of counseling and psychotherapy* (5th ed.). Boston : Allyn and Bacon.

Kantrowitz, R., & Ballou, M. (1992). A feminist critique of cognitive-behavioral theory. In M. Ballou & L. Brown (Eds.), *Theories of personality and psychotherapy* (pp. 70–79). New York : Guilford.

Kegan, R. (1982). *The evolving self : Problem and process in human development*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Kegan, R. (1994). *In over our heads : The mental demands of modern life*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence : The cognitive developmental approach to socialization. In D. Goslin (Ed.), *The handbook of socialization theory and research* (pp. 347–480). Chicago. Rand McNally.

Kohlberg, L. (1971). From is to ought : How to commit the naturalistic fallacy and get away with it in the study of moral development. In T. Mischel (Ed.), *Cognitive development and epistemology* (pp. 151–235). New York : Academic Press.

Kohlberg, L. (1984). *Essays on moral development : Vol. 2. The psychology of moral development*. New York : Harper & Row.

Kuhmerker, L. (Ed.). (1991). *The Kohlberg legacy for the helping profession*. Birmingham, AL : R. E. P. Books.

Lator, B. (1993). *We have never been modern*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Lerman, H. (1992). The limits of phenomenology : A feminist critique of humanistic personality theories. In M. Ballou & L. Brown (Eds.), *Theories of personality and psychotherapy* (pp. 8–19). New York : Guilford.

Lerner, R. M., & Kauffman, M. M. (1985). The concept of development in contextualism. *Developmental review*, 5, 309–333.

Lewis, J. A. (1993). Farewell to motherhood and apple pie : Families in the postmodern era. *The Family Journal : Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1(4), 337–338.

Lewis J. A. (Ed.). (1994). *Addictions : Concepts and strategies for treatment*. Gaithersberg, MD : Aspen.

Lewis, J. A., Dana, R. Q., & Blevins, G. A. (1993). *Substance abuse counseling : An individualized approach* (2nd ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Lewis, J. A., Sperry, L., & Carlson, J. (1993). *Health counseling*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Lickona, T. (1992). *Educating for character : How our schools can teach respect and responsibility*. New York : Bantam.

Loevinger, J. (1976). *Ego development*. San Francisco : Jossey-Bass.

Lupton-Smith, H. S., Carruthers, W. I., Flythe, R., Modest, K. H., & Goette, E. (1995). *Conflict resolution as peer mediation : Programs for elementary, middle, and high school students*. Unpublished manuscript.

Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco : Jossey-Bass.

Magnusson, D., & Allen, V. L. (1983). An interactional perspective for human development. In D. Magnusson & V. L. Allen (Eds.), *Human development : An interactional perspective* (pp. 3–34). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Marecek, J. (1995). Gender, politics, and psychology's way of knowing. *American Psychologist*, 50(3), 159–161.

McGoldrick, M. (1998). *Re-visioning family therapy*. New York : Guilford.

McWhirter, E. H. (1994). *Counseling for empowerment*. Alexandria, VA : American Counseling Association.

Miller, J. B. (1991). The development of women's sense of self. In J. Jordan, A. Kaplan, J. B. Miller, I. P. Stiver, & J. Surrey (Eds.), *Women's growth in connection* (pp. 11–26). New York : Guilford.

Minuchin, S. (1979). Constructing a therapeutic reality. In E. Kaufman and P. Kaufman (Eds.), *Family therapy of drug and alcohol abuse* (pp. 5–18). New York : Garner Press.

Minuchin, S. (1984). *Family kaleidoscope*. Cambridge, MA : Harvard University Press. (信国恵子（訳）1986 家族万華鏡 誠信書房)

Neville, H. A., & Mobley, M. (2001). Social identities in contexts : An ecological model of multicultural counseling psychology processes. *The Counseling Psychologist*, 29, 471–486.

Phinney, J. S. (1990). Ethnic identity in adolescents and adults : Review of research. *Psychological Bulletin*, 108, 499–514.

Piaget, J. (1970). *Structuralism*. New York : Basic Books. (滝沢武久・佐々木明（訳）1970 構造主義 白水社)

Ponterotto, J. G., Casas, J. M., Suzuki, L. A., & Alexander, C. M. (Eds.). (2001). *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA : Sage.

Rigazio-DiGilio, S. (2002). Family counseling and therapy : Theoretical foundations and issues of practice. In A. E. Ivey, M. D'Andrea, M. B. Ivey, & L. Simek-Morgan (Eds.), *Theories of counseling and psychotherapy* (5th ed., pp. 390–428). Boston : Allyn and acon.

Romano, J. L., & Hage, S. M. (2000). Prevention and counseling psychology : Revitalizing commitments for the 21st century. *The Counseling Psychologist*, 28, 733–763.

Satir, V. M. (1967). *Cojoint family therapy* (2nd ed.). Palo Alto, CA : Science and

Behavior Books.（鈴木浩二（訳）1970　合同家族療法　岩崎学術出版社）

Satir, V. M. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto, CA : Science and Behavior Books.

Scheier, M. E., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical wellbeing : The influence of generalized outcome expectancies in health. *Journal of Personality*, 55, 169–210.

Seligman, M. E. P., & Csiksentmihalyi, M. (2000). Positive psychology : An introduction. *American psychologist*, 55, 5–14.

Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216–217.

Sherwin, E. D., Elliott, T. R., Frank, R. G., & Hoffman, J. (1992). Negotiating the reality of care giving : Hope, burnout, and nursing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 45, 128–145.

Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73(3), 355–360.

Sprinthall, N. A., Peace, S. D., & Kennington, P. A. D. (2001). Cognitive-developmental stage theories for counseling. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 109–130). Thousand Oaks, CA : Sage.

Steenbarger, B. N. (1993). A multicontextual model of counseling : Bridging brevity and diversity. *Journal of Counseling and Development*, 72, 8–15.

Steenberger, B. N., & LeClair, S. (1995). Beyond remediation and development : Mental health counseling in context. *Journal of Mental Health Counseling*, 17 (2), 173–187.

Steinglass, P. (1978). The conceptualization of marriage from a system theory perspective. In T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy : Psychoanalytic, behavioral, and systems theory perspectives* (pp. 298–365). New York : Brunner/Mazel.

Sue, D. W., Ivey, A. E., & Pedersen, P. D. (1966). *A theory of multicultural counseling and development*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). Counseling the culturally different : *Theory and*

practice. (3rd ed.). New York : Wiley.

Thomas, S. C. (1996). A sociological perspective on contextualism. *Journal of Counseling and Development*, 74(6), 529–538.

Umbarger, C. C. (1983). *Structural family therapy*. New York : Grune & Stratton.

von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York : Braziller. (長野敬・太田邦昌（訳）1973　一般システム理論：その基礎・発展・応用　みすず書房)

Watson, D. L., & Tharp, R. G. (1993). *Self-directed behavior : Self-modification for personal adjustment* (6th ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Young-Eisendrath, P. (1988). Making use of human development theories in counseling. In R. Hayes & R. Aubrey (Eds.), *New directions for counseling and human development* (pp. 66–84). Denver : Love Publishing.

第5章
社会変革者としてのコミュニティ・カウンセラー

第4章では、心理的な健康と幸福（ウェルビーイング）を害するストレスへの対処で援助を必要とする人々に、カウンセラーが直接的カウンセリングサービスを提供する際に留意すべき点について述べた。個人、家族、小集団カウンセリングの際、コミュニティカウンセリングモデルは、次のことを行うように勧める。

(1) 多様な集団と背景を持つ人々の独特なニーズと視点に細心の注意を払う（RESPECTFULカウンセリングの枠組は、多様な背景を持つクライエントが生活の中で等しく経験する独自のニーズに、敏感になるという点で、カウンセラーの役に立つ理論モデルの一つである）（D'Andrea & Daniels, 2001）。
(2) 人々が毎日の生活で出合う問題だけでなく、クライエントの個人としての強さと資質に直接注意を向ける（Ivey, D'Andrea, Ivey, & Simek-Morgan, 2002）。
(3) クライエントが個人、家族、小集団のカウンセリングに参加する際、陥りやすい心理的依存を助長しないようにする（D'Andrea, Locke, & Daniels, 1997）。

これらの配慮は当たり前のように見えるが、これまでカウンセラーは伝統的にそうしてこなかった（Daniels et al., 2000 ; Locke, Myers, & Herr, 2001）。

最近の研究では、個人（Beutler, 2000 ; "Mental Health : Does Therapy Help?," 1995）、集団（Ivey, Pedersen & Ivey, 2001）、家族（Rigazio-DiGilio, 2002）を対象としたカウンセリングと心理療法を受けた結果として、多くの人がストレスの低下と支援を受けたという感覚を経験することを指摘している。しかし、クライエントが直接的カウンセリングを求めるときは、心理的に弱い状態にあるため、カウンセラーが純粋かつ受容的に自分のニーズと問題をケアしてくれたことで、カウンセラーへの依存心を深めやすい。

この種の心理的依存は臨床場面で様々な形で共通して現れる。直接的カウンセリングへの過度の依存によって2つの大きな問題が生ずることを、コミュニティカウンセリングモデルは強調する。第一に、アメリカで直接的サービスを提供できる精神保健従事者（カウンセラー、心理学者、ソーシャルワーカーなど）の数が、全国の精神保健の需要を満たすには大幅に不足していることである。

研究者たちは、精神保健サービスへの総需要が供給を大幅に上回っていると述べている（Albee, 2000 ; Albee & Gullotta, 1986 ; Conyne, 1987, 2000 ; Daniels et al., 2000 ; Romano & Hage, 2000）。Conyne（1987）の報告によれば、米国では4,300万人の成人が精神的・情緒的問題を持つと診断されているが、公的と民間併せても毎年700万人にしかサービスを提供できない。Albee（2000）が最近行ったこの需要－供給不均衡の評価は、Conyneの研究結果を裏づけている。つまりこの分野での研究は、直接的カウンセリングをする実践家の人数が米国での援助ニーズに対して不足していることを、一致して指摘している（Albee, 1988, 2000 ; Albee, Joffe, & Dusenbury, 1988 ; Conyne, 1987, 2000）。

第二に、人々が精神保健専門家の援助を得たがるのは、生活全般にわたって無力感を持つからであることが多い。この感覚は、ストレス対処能力と環境からの援助の不足が、その人が自分の文脈的－環境的状況で出合うストレス量を上回るときに生じやすい（Neville & Mobley, 2001）。

カウンセリングを受けようと思うことによって、クライエントは(a)生活環境内で起こる出来事に対応できなくなっていると、意識的・無意識的に感じ、そ

の結果、(b)生活に対応していく上で他者（カウンセラー、心理学者、ソーシャルワーカーなど）に依存せざるを得なくなる。

このことに留意して、Stensrud & Stensrud（1981）は、20年以上前に次のように指摘した。

> 我々［カウンセラー］の提供するサービスは、やり方によってはクライエント自身の力の感覚に大きな影響を与える。臨床サービスがもしクライエントにとって生活条件と関わりのない経験と思えるならば、孤独感と外からの統制感を生じさせて、不健康な個人的無力感と専門家への依存を助長することになる（p. 301）。

この種の依存は、カウンセリングにおいていろいろと微妙な形で現れ、意図せずにクライエント自身のエンパワーメントの感覚を損ねることになる（Ivey, 1995 ; McWhirter, 1994）。

コミュニティカウンセリングの観点から言えば、意図せず不注意でクライエントの力（パワー）の感覚を害することは、カウンセラーがしてはならない深刻な倫理的問題である。こうした事態を避ける方法は、本章と6章で述べる。

本章では、精神保健従事者に次のようなことができる方法について述べる。

(1) 上述したような倫理的な問題に陥るのを避ける。
(2) 間接的にクライエントに関わることによって全体の効果を高め、その心理的健康と幸福を促進する。
(3) 多様な母集団からの人々の信頼を得て、一見個人的な問題も環境のストレス因と社会的文脈特有の抑圧と直接関係があることを、明らかにする。

精神保健サービスを必要とする人数（Surgeon General Report, 2001）と、アメリカで実際に提供できたサービス数（Conyne, 2000）との大きな差を考えると、カウンセラーは、間接的カウンセリングの使用によって、多様な集団からの多数の人々に潜在的な影響力を広げていくことを求められている。コミュ

ニティカウンセリングモデルは、直接的カウンセリングも不可欠と認めながらも、クライエントを取り巻く環境を改善することによって、多くの人々に影響を与えることを重視する。

精神保健従事者は、人は環境と常に影響し合っていること、この相互作用が発達に影響を与えることを知っている。だから、コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、社会・政治・経済的要因がクライエントの生活に与える影響に常に注意を払っている。この観点から、人々の精神的健康と幸福に悪影響を持つ社会的問題と取り組むことは、これまでカウンセラーが行ってきた個人カウンセリングの延長であり自然なことであると考えられる。これは現代社会で、貧困、人種差別、性差別、能力差別、年齢差別などの複雑な問題が数百万の人々の生活に与える悪い影響と取り組むための、間接的サービスを行うことである。コミュニティカウンセリングの枠組を仕事に取り入れている臨床家にとって、〈個人カウンセリングの形で〉直接的カウンセリングを必要なクライエントに提供することと、〈社会環境の改善という間接的援助サービスの形で〉社会政策的システムを取り扱うこと（Jackson, 2000）は、同じ課題の２つの側面なのである。

1　社会変革者の役割

1－1　障壁と挑戦

精神保健従事者は直接的カウンセリングの持つ力に限界があることに気づきつつあるものの、仕事では依然こうしたサービスを用い続けていることが多い。さらにそうしたカウンセラーの多くは、社会変革の推進者としてクライエントの心理的健康増進を間接的に援助することをしばしば避ける。Lockeら（2001）が言うように、「もしカウンセラーが市民の生活に悪影響を与える社会的・環境的条件を変える方略を研究し実践しないならば、そうした外的条件の被害者となっている人々の心の中にあるカウンセラーへの尊敬とカウンセリングの適切性を損ねる恐れがある」。これは誠に残念なことである。以下では、多くの臨床家が過去半世紀にわたってカウンセリングを支配してきた個人－治療－精神内的援助パラダイムを依然用い続け、この社会における多様な集

団・階層の人々の精神的健康と主観的幸福感を育てる社会変革の方略を用いることをためらう5つの理由を提示する。

(1) 財源からの圧力　伝統的なカウンセリング（例えば個人・小集団カウンセリング）を行う精神保健従事者を、財源は依然として優遇している。この財政的制約は、カウンセラーがほかの形のカウンセリングを計画し実行するのをためらわさせる。しかし多くの人が指摘するように、21世紀における精神保健の実践が適切・正当であり続けるかどうかは、現行のアメリカのケアシステムよりも、多くの人の心理的発達に影響を与える臨床家の能力に大きく依存している（D'Andrea, 1994 ; Hall, 1997 ; Locke et al., 2001）。したがってコミュニティカウンセリングの観点で言うと、カウンセラーとその団体はアドボカシー（権利擁護）やコンサルテーション（専門家への助言）や人々の心理的健康を増進する社会変革諸策や援助サービスへの財政的支援を確保する方法を、探さなければならない。そうしなければ、カウンセラーと心理学者は、急激に変化し文化的に多様な21世紀社会では、ますます時代遅れになってしまうだろう（D'Andrea & Daniels, in press ; Hall, 1997）。

(2) 大学院の教育訓練プログラム　多くの大学院の教育訓練プログラムは、直接的・治療的カウンセリングを重視する。そうした訓練のみでは、多くのカウンセラーが学校やコミュニティでたくさんのクライエントの心理的健康と幸福を促進する別の方法を理解することができなくさせている。

20年以上前にBronfenbrenner（1979）が行った評価は、今日のアメリカでの多くのカウンセリング訓練プログラムに依然として当てはまる。彼は次のように主張する。

> 人間の発達は、成長する生き物としての人間と環境との相互作用の産物である。しかし、人間の内的性質に注目する理論と研究は肥大化しているけれども、その人がいる環境についての概念と特色についての理論と研究は未発達であるという、はっきりとした歪みがある（p. 16）。

Bronfenbrennerの分析を支持し、カウンセリング訓練が、心的内界への配慮に集中して環境条件の悪影響の評価を学生が学ぶのに同じ程度の時間を費やさない傾向を、批判する人々がいる（Arredondo & Lewis, 2001；Aubrey & Lewis, 1998；Ivey et al., 2002)。これら批判者が指摘するのは、多くのカウンセラー教育者が、B=f(P×E) というLewin（1951）の公式、つまり行動（Behavior）は個人（Person）と環境（Environment）との相互作用の関数である、という公式を無視していることである。多くの精神保健従事者は、B=f(P)、行動は個人の関数である、というはるかに限定された公式に従っている。その結果、人々のニーズがこの限定されたサービス様式をはるかに越えているにもかかわらず、カウンセリングと心理学の訓練プログラムは、依然として個人－治療－精神内アプローチに固執している（Hall, 1997；Kiselica, 1999)。

(3) 社会変革を進める勇気の欠如　D'Andrea（2001）は、精神保健従事者は社会を変える方略を仕事に取り入れる勇気に欠けているようだ、と指摘する。この方略は、人間行動を体系的かつ文脈的に分析する能力と（Ivey, 1995；Merrick, 1995；Slaughter-Defoe, 1995)、クライエントの全般的健康に悪影響を与える現状の諸側面に立ち向かう勇気とを要求する。カウンセラーがこの種の勇気を表すのは、(a)クライエントの心理的健康を体系的かつ文脈的視点から評価する時間を設けるとき、(b)クライエントの生活に否定的な環境条件が与える影響を変えるよう意図的に行動を起こすときである。これらの介入は社会的・政治的な行動の方略を含むことが多い（D'Andrea, 1994, 2001；Netting, Kettner, & McMurtry, 1993)。

近年、援助の専門家が全体として気づいてきたのは、社会的・政治的行動への参加を学校とコミュニティで行う必要がある、ということである（Albee et al., 1988；Lee & Walz, 1998；Neville & Mobley, 2001)。しかし、新人もベテランも多くの臨床家は、この点については依然足踏みし続けている。Aubrey & Lewis（1988）が述べたように、もしカウンセラーが、「クライエントの問題を考える際に精神内での原因と結果を仮定するのでなく、政治的な説明が時には適切であると認識する方へと移行するならば」(p. 300)、カウンセラーは最

もよく社会的・政治的な問題を認識し、注目するようになる。このような考え方への移行が不可欠である。重要なのは、もしカウンセラーが21世紀にもこの国の精神保健ケアシステムの正当で重要な部分であり続けたいならば、カウンセリング訓練プログラムは、社会変革理論と介入方略をカリキュラムの中心に取り入れて、これまでの伝統を乗り越えることが重要である（D'Andrea, 2001 ; Jackson, 2000 ; Lee & Walz, 1998）。

(4) システマティックな思考のための分析スキルの欠如　Aubrey & Lewis（1988）の言う移行期の考え方は、精神保健の専門家には高度なレベルの分析力が必要だ、ということである。この分析能力には、次のことが含まれる。

1．クライエントの問題に関わっている個人的かつ精神内の要因を正確に見分ける能力。
2．心理的健康を増進するシステム要因と、クライエントの幸福に悪影響を与える環境要因とを区別する。
3．多様な背景を持つ多くの人たちが健康の可能性を実現するような、社会的・政治的変化を精神保健従事者によって生じさせる方法を考える。(p. 287)

Iscoe（1981）は精神保健専門家たちが、明らかに社会・政治的原因から生じた問題を、個人の精神内の原因によるものだと誤って考えた例を多く挙げている。彼はまた、専門家がクライエントのために社会の変化を起こそうとして経験した反撃について述べている。それは、ほかの専門家たちが揃って精神内の原因による、としたからである。

> 60年代後半から70年代前半にかけて、……民族的マイノリティ、権力の分配、下位カウンセラーの権利、そして従来の臨床モデルに当てはまらない人々への関心があった。しかし驚いたことに、専門家たちがこれらの問題の原因を探って出した説明は、薬物使用者、都市暴動に関わった人々、大学でデモをする人たちの説明と同じようなものだった。こうした

説明は、臨床モデルに取り込まれたことが多かった。社会変革を志すようになった精神保健の専門家の動機は、行動化や権威への未解決の敵意などの概念によって説明されるようになったのである（Iscoe, 1981, pp. 125–126）。

社会変革に関与しようとする動機づけが、この引用にある「行動化」や「権威への未解決の敵意」より複雑であることは、言うまでもない。Iscoe（1981）が述べた20年以上前の考え方が今もあり、次のように考える多数の精神保健専門家の正当性を否定している。(a)現代社会において、多様なクライエント母集団の人々の心理的健康を推し進めるためには、文脈的環境変化を促すことが重要である。(b)そうした変化を勤務する学校、大学、職場、コミュニティ諸機関、地域近隣などで創り出すのには勇気が必要である（D'Andrea & Daniels, 1999 ; Jackson, 2000）。

カウンセラーの役割を社会変革者まで広げようとすることへの批判を注意深く分析すると、何人かが提起する通り共通して次のような人たちによって成されていることが分かる。

1．第1章で述べたような伝統的な援助パラダイムに準拠する人々、つまり多様な集団と背景を持つ人々を援助することを非効率的・非倫理的で時には有害ですらあると考えている人々（Hall, 1997 ; Ivey et al., 2002 ; Sue & Sue, 1999）。
2．これまで維持してきた地位と特権を守りたい人々（D'Andrea et al., 2001 ; Daniels & D'Andrea, 1996 ; Jackson, 2000 ; Kiselica, 1999）。

コミュニティカウンセリングモデルは、社会変化への介入がカウンセラーの責任と役割の一部であることを、強く支持する。だからといって、現在心理的苦痛に悩んでいるクライエントに必要な直接的カウンセリングの提供を放棄して良いとは考えない。前に述べた通り、コミュニティカウンセリングの枠組は、社会変化への活動を、これまで臨床家が伝統的に用いてきた個人的精神内的カウンセリングからの必然的で自然的で包括的な延長であるとする。しかし

社会変化の方略を仕事に取り入れて役割の拡大に同意するなら、カウンセラーは今後、多様な集団と背景を持つたくさんの人々に前向きの影響を与えることができる（Lee & Waltz, 1998 ; Locke et al., 2001）。

カウンセラーがそうした行動をするのは、彼らが常にクライエントの状況を精神内とシステムの両方の視点から分析してきたからである。つまり一つの見方を強調してほかを捨てることはしてこなかったからである。第4章の図4.2と図4.3と図4.4は、あなたがクライエントの状況を分析した上で、個人的精神内的システムとの両方式のどちらが、生活の中で問題にぶつかっているクライエントを援助するのに適切かを考える手がかりを提供している。こうした援助方式の整理によってカウンセラーは、クライエントの内的問題が実は社会・政治的ダイナミックス（力動）と関連していることを理解でき、クライエントの心理的苦痛の原因となる悪い社会環境要因に立ち向かう気になるのである。

コミュニティカウンセリングモデルでは次の事柄の強調によって、包括的でバランスの取れた援助方式を提案する。

1．クライエントの精神的健康と幸福に関連する問題を、個人とシステムの両視点から分析すること。
2．直接および予防カウンセリングの使用によって、クライエントの発達を促す多面的な介入戦略を開発すること。
3．間接的カウンセリングとコミュニティへの介入によって、クライエントの社会的環境に働きかけること。

(5) 社会変化方略における知識の欠如　多くのカウンセラーは、クライエントのために社会変化を進める勇気と意欲を持っている。しかし、クライエントの社会的文脈の中で建設的な生態学的環境変化を起こさせる現実的な介入方略に、どう取り掛かればよいかが分からないことが多い（Arredondo & Lewis, 2001）。本章の残りの節では、前述の4項に加えてカウンセラーがこの問題を乗り越えていく助けとなるよう、次のことをすすめる。

1．クライエントのエンパワーメントを促進していくために、社会的行動方

略実践の重要性を十分に理解する。
2．クライエントの社会環境を構成している生態学的システムについて説明する。
3．生態学的システムがクライエントの健康にどのように貢献しているかについて、カウンセラーの知識を増す。
4．生態学的評価を行うための枠組を提供する。
5．カウンセラーがクライエントの社会的環境変化を促すのに用いてきたプログラムとサービスの例を提示する。

1－2　社会的活動を通じクライエントのエンパワーメント(主体形成)を促す

カウンセラーは、現代社会における権力配分の不平等などの諸問題を、クライエントに影響しやすくしている環境要因と取り組む必要がある。直接的間接的にコミュニティの人々に影響を与える個別の環境要因をも、生態学的視点を持った精神保健従事者は取り上げなければならない。土壌、空気、水の化学的汚染、都市における騒音の増大、ごみ処理問題などである（Tester, 1993)。これらシステム内の問題がクライエントにどのように影響するかに関心を持つと共に、コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、社会的環境の否定的側面を変化させようとして行動する。

カウンセラーは持っている技術を用いて、社会の組織的環境変革者として、より健康で前向きな社会システムを作り上げ、クライエントの発達を促すことができる。そうした活動をする際に、コミニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、クライエントの個人的・集団的なエンパワーメントの感覚を育てる介入方略の重要性を強調し続ける。また、カウンセラーがクライエントのエンパワーメントを重要と考えるのは、自分には生活を統御する力がないと特にコミュニティ全体として感じることは、それ自体が精神的健康の重要問題であることに気づいているからである。

さらに、精神保健と自己有能感は、その人の行動が外界に影響を与え得るという考えに基づく自己効力（第4章を参照）のレベルによって違ってくる。そうした自信は、内的経験を深く探索することからというより、環境の障害を克服することによって得られる。

コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、学校、近隣、職場の健康と福祉が、こうして生まれる同じ力の感覚、効力感、自己決定感によって決まることを知っている。したがってクライエントが相談室に現れるまで、部屋の隅で待っていることはできない。待つ代わりに社会変革者として、クライエントの心理的健康と幸福感を促す生態学的変化を目指して活動する責任を、倫理的に感じているのである。

社会変革者の役割　Egan（1985）によれば、社会変革の担い手とは、「あるシステム、下位システム、プログラムを、作成、修正、実行、更新、改善する際に重要な役割を演じる人物のことである」（p. 12）。カウンセラーが環境的社会的変化の方略を仕事に取り入れるならば、直接的カウンセリングの役割を超えて、学校、近隣、職場、コミュニティにおいてより鮮明で不可欠な部分となる必要がある。

コミュニティカウンセラーが社会変革者の役割を引き受ける主な理由は、2つある。

1．伝統的カウンセリングモデルの長所と限界を、コミュニティカウンセラーが徐々に理解するようになってきたこと（第1章参照）。
2．21世紀における精神保健専門家にとって最大の課題の一つは、その影響力をこれまでより多様なクライエント層へと広げる新しい方法をみつけることであり、彼ら自身がそれをすでに認識していること（Locke et al., 2001）。

研究者・理論家たちは、建設的なシステム変化によって強力で前向きな結果が生じたことを記述することで、それを支持してきた。彼らは、専門家が用いた様々な社会変化のための方略例を、家族（Rigazio-DiGilio, 2002 ; Stevens, 2001）、学校（Baker & Gerler, 2001 ; D'Andrea & Daniels, 1995 ; Herring, 1997）、コミュニティ支援（Brueggemann, 1996 ; Ife, 1996）の各分野にわたって述べている。これらの論文に共通しているのは、カウンセラーらがなぜクライエントの社会的環境変化促進にうまく関わっていけたかを説明する、4つの

前提である。

(1) 家族、学校、近隣、職場、コミュニティなどの環境が各々持つ固有の側面が、人の健康な発達に決定的役割を果たしているという気づき。
(2) 社会的環境の諸側面が、個人と集団の発達を促し得るという理解。
(3) もしカウンセラーが社会・政治的変革の担い手として活動しなければ、多数のクライエントの心理的健康と幸福の長期的向上を促し維持することはできない、という認識。
(4) もしカウンセラー、クライエント、親、生徒、職場の人、コミュニティメンバー、選挙で選ばれた公務員などが、共通の目標に向かって共に活動するなら、社会的環境はその人々のニーズに合うものになる、という信念。

クライエントの環境での社会活動に役割を果たせば多くのプラスがあるにもかかわらず、多くのカウンセラーがその実行に不安を持つのは、論争を引き起こす恐れからである。この躊躇を乗り越えることの重要性について、Martin (1991) は次のように述べている。

精神保健専門家がクライエントの福祉に最も貢献するのは、直接の専門的援助に限定することによってか、それともそれらをアドボカシー（権利擁護）と政策の変更、公共サービス要求運動と組み合わせることが可能だろうか。過去10年にわたって子どもたちと家族が直面している生活水準の急激な崩壊・低下が依然続くのを見ると、この問いは重要である。専門家として我々は、様々な伝統的サービスを用いて、目の前の症状の治療と改善に努めるが、これらは必要不可欠ではあっても十分ではない。もし役割を適切に果たそうとするなら我々は、症状に対するのと同様に予防にも取り組まなければならない。現在の文化的・政治的状況の中でそうするには、擁護者・活動家になる必要がある (p. 488)。

練習問題5.1

コミュニティに起こるべき変化に敏感になること

地元の新聞をよく読んでみよう。読みながら、地元のコミュニティカウンセリングプログラムの対象クライエントに影響しそうな問題に注目してみよう。これは、この本で論じてきた集団の人々すべて（例えば、ハイリスクな若者、妊娠している10代の少女、田舎と都会の住民、ドメスティックバイオレンス・虐待の犠牲者と加害者、アフリカ系、ラテン系アメリカ人、移民、離婚した家族、心身障害者、HIV感染者・AIDS患者など）と、そのほか、あなたがその人々のために今後一緒に仕事をするか計画するかもしれない人々のことである。

あなたが地元の新聞を読んで、クライエントの精神的健康と幸福を促すために変化させる必要のある問題をみつけ、次の質問に対する答を書き出してみよう。

(1) あなたの住むコミュニティのどの側面が、人々一般とりわけ将来援助の対象になりそうなクライエントの精神的健康に決定的に有害な影響を与えていると思うか。
(2) クライエントの幸福に決定的な影響を与えると思うコミュニティ諸側面をみつけたら、学校、職場、近隣、コミュニティであなたが扱うクライエントの心身の健康感を変化させなければと思う事柄を書き出してみよう。
(3) あなたのコミュニティで、提起されなければと思う問題と変化に、優先順位をつけよう。今すぐ注目の必要がある問題に「1」、次に必要と思うものに「2」という風に、あなたがみつけた各問題に順位をつけてみよう。

優先順位をつけたら、あなたや地域の専門家が変化させることができそうなものを一つ選んでみよう。何が変化を促すかを考え、次の質問に対するあなた

の答を簡潔に記入しよう。

(1) 学校、大学、職場、コミュニティにおいて、ほかのどんな個人や集団がこの問題に同じ関心を持っているだろうか。

(2) 現在の状況から、悪い影響を受けている人の心理的健康と幸福を促すために必要とあなたが考える変化に、積極的に反対しそうなのはどんな人や集団だろうか。

(3) 望ましい変化を、扱いやすそうな小さな目標に分けることができるか。できそうなら、学校、大学、職場コミュニティでこの種の社会変化を促す際に、あなたが達成できそうな小さな目標を二、三書き出してみよう。

(4) どんな活動が、この変化を生じさせる助けになるだろうか。

専門家の多くは、臨床家が社会変革者として活動する必要があるという考えには圧倒され強く抵抗するだろうが、この練習問題は次のように設計されている。

1．あなたのコミュニティに住む人々が、将来大きな心理的健康と幸福感を経験できるために、必要な社会変革のいくつかをみつけるよう促す。

2．コミュニティに現存する複雑な問題について、今後それらを現実的に取り扱える方略を開発できるようにする。

次の節では、多様な母集団からの多数の人々の生活に、効果的で敬意ある影響を与える新しい方法を探す際に、カウンセラーが心に留めておく必要のある生態学的考えについて述べる。人間発達の生態学関連の問題を論ずると共に、多様な背景を持つ人々の精神的健康と幸福促進に、効果的と証明されたいくつかの介入方略について述べる。これは、(a)コミュニティでカウンセラーが社会変化を促す必要をあなたが明確に理解するため、(b)実践者たちが、学校、職

場、近隣、コミュニティでそうした変化を促すために用いている実践的方略のおおよそを示すためである。

2　カウンセリングの実践における生態学的知見

コミュニティカウンセリングの先駆者であるBronfenbrenner（1976, 1988）は、生活のほとんどを、生態学的な要因がどのように人間発達に影響するかを述べることに捧げた。彼によると（1976）、

> 人間発達の生態学は、成長する人間という有機体と、人が生活する流動的・直接的な環境との間における、生涯にわたり日々進歩していく相互状態を探求する科学的な研究である。この過程は、直接の環境とそれが公式・非公式に属している大きな社会的文脈の中、および間の状況によって影響を受ける（p. 2）。

彼の生態学的理論が強調するのは、人の成長と発達は、直接関わるシステムとその人の生活に間接に影響している広域の生態学的な力の両方に影響される、ということである。したがって生態学的視点から言えば、社会システムから生ずる問題は、システム内での介入によって扱われなければならない。つまり精神保健の視点からは、クライエントの社会環境を構成する複数のシステムのどのレベルでも、精神的健康のための介入を行い得るのである（Conyne, 2000 ; Neville & Mobley, 2001）。

しかし、生態学的アプローチを効果的に用いるためには、カウンセラーは次のことができなければならない。

(1) 広範な生態学的環境を構成している異なったシステムを区別する。
(2) クライエントとその社会的な環境との関わり合いがどのようにクライエントの発達に影響するかを理解する。
(3) クライエントが現在、その社会的環境にどのような影響を与えている

かを認識する。

(4) クライエントが将来、生態学的システム（家族、学校、近隣、職場、コミュニティ）へどのように影響を与え得るかを考える。

人間発達の生態学理論の中で、Bronfenbrenner（1988）は、次の諸システムを挙げている。マイクロシステム、メゾシステム、エクソシステム、マクロシステムである。これらが入れ子状に集まって社会環境全体を構成している。

マイクロシステム（直システム：個別系）とは、発達する人間が直接その一員となるもので、家庭、学校、職場などである。これは、個人の行動、役割、対人関係に大きく影響し、決定する。

メゾシステム（間システム：間接系）とは、人が発達するある時点で、マイクロシステム同士の間で生ずる力動的な相互作用や、つながりのことである（Bronfenbrenner, 1998 ; Brueggemann, 1996）。Merrick（1995）が指摘する通り、メゾシステムは「発達しつつある個人がいる2つ以上の場の間に起こるつながりと過程である。これらは互いに衝突したり補完しあったりする」（p.290）。例えばメゾシステムの一つは、家庭と学校とのつながりである。生態学的視点を学校で用いるカウンセラーは、このつながりが生徒の学習意欲と学業での有能感にどのように影響を与えるかを知りたくなる（Baker & Gerler, 2001 ; Herring, 1997）。

エクソシステム（外システム：外接系）は、マイクロシステムに影響を与える公式・非公式両方の社会的構成物である。それ自体は必ずしも発達中の当人を含むのではなく、マイクロシステムに属する人々に間接的に影響する主要な社会的諸制度にわたっている。例としては、職場の世界、マスメディア、商品とサービスの流通・分配、非公式の社会ネットワークなどである（Bronfenbrenner, 1988）。

マクロシステム（共システム：全体系）とは、個人の発達と行動に覆いかぶさり直接間接の影響を与える社会・文化的諸制度のことである。これの例は、あらゆる社会を成り立たせている経済・社会・教育・法律・政治の諸制度である。Merrick（1995）によると、マクロシステムは、「特定の個人の生活に影響する個々の文脈のことではなく、社会がどのように成立するかを決定する一

般的な原型のことである」(p. 291) という点で、前述の3システムと異なっている。

臨床場面でコミュニティカウンセリングの枠組を用いる際、カウンセラーはこれらすべてのレベルで介入する。表5.1は、コミュニティカウンセリングモデルにおける、これらシステム的介入の位置を示している。この通り、システム変化を意図して介入を行う際、カウンセラーは様々な間接的方法を用いる必要がある。

これらの努力は、精神的健康に問題を持つ人を対象に行われるとは限らない。生態学的介入は、心理的に健康な多くの人々の幸福を強め得る強力な予防方略として、多くの人に認められている (Conyne, 2000 ; Netting et al., 1993)。

例えばHelm & Cook (1999) が指摘するように、マクロシステムの介入は広範囲にわたるため、多様な文化・人種・民族的社会経済的背景からの人々が共通に経験する多くの心理的問題群と、その大本に横たわる根深く広範な社会的不正義を提起することが可能になる。

表5.1　社会政策方略とコミュニティカウンセリングモデル

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的		
間接的	マイクロシステム，メゾシステム，エクソシステム，マクロシステム各レベルでの介入	

2－1　生態学的アプローチを文化的に多様なクライエントに実施する

多文化カウンセリングの専門家は、実践者がクライエントの状況を調べて援助介入を計画する際、社会文脈的・生態学的要因を考慮に入れていない、と繰り返し批判してきた。さらに批判者たちが指摘するのは、社会的環境が内包する問題であるのにカウンセラーがクライエントの内的世界の反応に注目するならば、クライエントの生活を特徴づけその幸福を損なっている、システム要因

の強力な影響力を無視しがちだ、ということである（Atkinson, Morten, & Sue, 1998 ; Ivey et al., 2002 ; Sue, et al., 1996）。

カウンセリングにおけるこの狭いアプローチのために、たとえクライエントが問題の原因は社会環境の要因から来ていると見ていても、自分自身に非があるものと感じるようになってしまう。というのは多くのカウンセラーが、生態学的システムの視点を欠く理論を用いているために、その援助は知らず知らずのうちに、非健康・非人間的な社会環境のまさに犠牲者に罪責感を与えがちだからである（Lee, 1997 ; Locke, 1998 ; Sue et al., 1996）。

Rappaportら（1975）は、「被害者の非難」という考えを25年以上前に書いたが、彼らの著述はコミュニティカウンセリングモデルが持つ生態学的考え方と関連している。

> 被害者の非難とは、個人を現在の社会状況に適応させようとする心理学的介入のことで、実はこの社会状況こそ彼らを犠牲にしてきた元々のものなのである。つまり個人がある種の欠陥や情緒的困難を抱えていて、それが問題を生じさせている、と考えるのである。問題が本来社会システムのものなのに、介入が被害者非難であるならば、医療モデルを用いようが何を適用しようが、ほとんど問題にならない（Rappaport, Davidson, Wilson, & Mitchell, 1975, p. 525）。

生態学的アプローチを用いて文化的に多様なクライエントの状況をアセスメントすることによって、カウンセラーは、差別・民族主義、抑圧などがクライエントに悪影響を与えている事実を、正確に理解することができる（Atkinson et al., 1998 ; Banks & McGee Banks, 1997 ; Ivey, 1995）。そうしたクライエント集団の人々を援助する際、生態学的アプローチを用いるカウンセラーは、彼らに悪影響を与えている社会的・政治的問題を提起する必要がある（D'Andrea et al., 2001 ; Martin, 1991）。社会的・政治的問題にカウンセラーが関わる最も基本的な理由は、多くのクライエント、とりわけ有色の人々、貧しい人々、女性、ゲイとレズビアン、高齢者、身体障害者たちが、広範な社会環境での厳しい経済、雇用、政策の犠牲になっているからである。そのため、この種の犠牲

を減らすために、カウンセラーは環境を変えようと積極的に活動しなければならない（Sue & Sue, 1999）。

多文化理論のいくつかは、クライエントとリスク集団の幸福を増す環境変容が重要であると強調してきた（Atkinson et al., 1998）。理論家たちは、カウンセラーが社会変革方略を活動に取り入れ、より効果的なサービスを文化的に多様な集団の多数の人々に提供するよう、強く促している。

> カウンセラーは、変革の担い手として民族・人種的マイノリティを抑圧する社会環境を変化させようとする。伝統的なカウンセリングモデルへの主要な批判は、クライエントの問題の源として精神内の世界のみに注目することと、心理療法のみを問題解決の主要な介入方法とすることにある。変化の担い手としてカウンセラーは、クライエントが問題の源泉が外界にあることを知り、問題解決の方法をみつけるのを助ける。クライエントが「問題を引き受ける」のではなく、問題を作り出している抑圧の社会的な源泉に気づくよう援助する。そうしてカウンセラーとクライエントは協力して、クライエントの生活を抑圧している影響をなくすか減らすための方略を作り上げる。民族・人種的マイノリティ政治組織づくりを促すことも、度々ある。政治的な力を通じて、彼らはほかの未開放集団と共にそれぞれの社会的物理的環境に変化をもたらすことができる。カウンセラーは、変革の担い手として問題の状況が見えにくいと考え、変化を起こすためには抑圧機関やシステムにいる影響力ある人物を動かすことが有効であると気づくことが多い（Atkinson et al., 1998, p. 302）。

社会変化方略を作成し実行する前に、コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、まず生態学的視点からクライエントの状況を正確にアセスメント（評価）しなければならない。次の節では、カウンセラーなどの専門家が生態学的アセスメントをどのように行うのかを見よう。

10代の妊娠の生態学的視点からのアセスメント　アメリカは、世界の先進国の中で最も10代の妊娠と出産の割合が高い国の一つである（Burt, Resnick, &

Novick, 1998 ; U. S. Department of Health and Human Services, 2000)。低所得で都市に暮らすアフリカ系アメリカ人コミュニティにおける10代の出産率は、白人コミュニティの2倍である（Brodsky, 1999 ; Children's Defense Fund, 1999)。

これらの妊娠・出産率から分かるのは、妊娠の可能性が高い若者に直接的カウンセリングをするだけでは、この国で毎年実際に親となる10代の人数は減らないということである。このことに留意した専門家たちは、伝統的カウンセリングの代わりに、より広範な生態学的アセスメントと介入計画とを勧めてきた（Brodsky, 1999 ; D'Andrea & Daniels, 1992 ; Geronimus & Korenman, 1990 ; Merrick, 1995)。

生態学的アプローチでは、これまでカウンセラーが青年期の妊娠について考え、試みてきたやり方を大きく変えることが必然的に求められる。例えばMerrick（1995）が指摘しているように、生態学的視点で見れば、低所得のアフリカ系コミュニティでの10代の出産が「問題」である、と考える必要は必ずしもない。むしろ社会環境がこのような10代の少年少女に与える限られた選択肢だと気づくことによって、この被蔑視集団の人々にとって10代の出産は、現実的な「キャリア選択」(p. 288）として、より正確に考えることができる。

マイクロシステム（直システム）　Merrick（1995）によればカウンセラーは、まずクライエントのマイクロシステム（両親、仲間、教師など）の諸要因が若者の発達全般、とりわけ性についての考え方に与える影響の度合をアセスメントするべきである。例えば、学校やコミュニティで10代の出産を減らすために働くとき、カウンセラーは生徒のマイクロシステムが、どのようにその性行動、避妊など、10代の出産への態度に影響しているかに注目する必要がある。この点に関してカウンセラーが取り上げてアセスメントするべき重要な項目は、次のものがある。

(1) 青年と両親との関係の質。
(2) 息子・娘の10代の出産への態度に両親が与える影響の程度。

(3) 10代の仲間が避妊なしの性行動を容認するか、推奨する程度。
(4) 青年が通う学校に実際にある（または、存在しない）10代の妊娠予防プログラムとサービスについて情報を集めること。

この種のアセスメントで得られた情報は、カウンセラーがマイクロシステムへの介入を有効なものにする助けになる。次の方略などが可能であろう。

(1) 両親と青年との関係とコミュニケーションを改善するよう設計した家族へのコンサルテーションとアウトリーチサービスを提供する。
(2) 若者が性に関する話題（例えば10代の妊娠・性感染症、HIV・AIDS、ゲイとレズビアンの生活スタイルなど）を語り合う機会となるピア討論グループを始める。
(3) 地元の青年プログラムの代表と会議を開き、10代の出産関連の問題を話し合う。

メゾシステム（間システム）　生態学的アセスメントを行う際の次の段階は、メゾシステムの諸要因がどの程度、青年期の妊娠や出産を避けるように促しているかをアセスメントすることである。そのためにカウンセラーは、家族と学校、近隣との間のような公式・非公式のつながりが青年期の発達全般にどのように影響しているかをよく調べ、10代の出産を減らすことに積極的に取り組まなければならない。青年期のメゾシステムをアセスメントする際に役立つと思われる質問には、次のものがある。

(1) どんな近隣のプログラムやサービスが、親と成人と青年のよい関係づくりの機会を提供しているか。
(2) 近隣にいるどのようなキーパーソン（役割モデル、宗教指導者、運動のコーチなど）がすでに重要な役割を非公式に担い、青年が積極的な人生選択と経験に向かって努力するように促しているか。
(3) 両親と10代の若者が参加できる、近隣やコミュニティの妊娠予防プロジェクトが現在実施されているか。

エクソシステム（外システム）　エクソシステムをアセスメントする際、カウンセラーはその年齢で妊娠し親になることについての10代の若者の考え方に、マスメディアなどがどのように影響しているかを検討する。次の質問は、エクソシステムに現在ある（あるいは存在しない）要因を明らかにするのに役に立つであろう。

(1) 10代の若者の民族・人種的背景よりも社会経済的要因の方が、青年期の出産のより強力な決定因となっていることが分かっている（Merrick, 1995）。青年期出産の危険が高い若者への包括的なキャリア発達プロジェクト開発に、どんな努力がされてきたか。
(2) これまでにマスメディアを通じて10代の妊娠防止キャンペーンをする努力がなされたか。将来この種の介入をする場合に助けとなるようなどんな社会資源が現在あるか。
(3) 若者が、学校とコミュニティで避妊具をどれくらい容易に手に入れることができるか。どこで一番入手しやすいか。こうした製品が妊娠の可能性の高い若者に届くようにするにはどうしたらよいか。

マクロシステム（共システム）　マクロシステムのアセスメントには、文化の様式が性と10代の妊娠への態度にどのように影響しているかを調べることが含まれる。そこでMerrick（1995）は、青年の出産をマクロシステムの視点から考える際にカウンセラーがするべきことを、次のように提案している。

(1) 10代の出産に対する社会の見方の自由化が、この現象にどう影響しているかを考える。
(2) 若者の社会的背景（例えば文化・民族・人種的要因）が、彼らの性的態度と行動の発達にどう関わっているかを査定・検討する。

生態学的アセスメントの重要性　カウンセラーが時間をかけて生態学的アセスメントをすれば、伝統的なやり方でするより包括的で正確にクライエントの状況を見て取ることができる（Brodsky, 1999 ; D'Andrea, 1994）。生態学的アセ

スメントをするもう一つの重要な理由は、クライエントの社会環境によい変化を促すための介入計画を作る上で役に立つ多くの情報を、臨床家とプログラム計画者が入手できることである。

クライエントの社会環境にある様々なシステムの改善を目指す介入計画が、ここ20年間に増えてきた。これらのシステム介入は、他の実践者がそれぞれの学校、近隣、コミュニティで新しいプログラムとサービスを計画し実行しようとするときに役立つと分かるモデルである。

2－2　マイクロシステム：学校に基礎をおくプログラム

Bronfenbrenner（1977, 1988）は、マイクロシステムの一例として学校を挙げている。確かに学校への介入は、若い人々の発達に強い影響を与えることができる。しかし、教育現場は変化に強く抵抗することが多いため、こうした介入の実現は困難である。Aubrey（1972）が30年以上前に指摘したように、教育システムに内在する「交渉不可要因」は、学校によい変化をもたらす発達方略の立案に、真摯な関心を持つカウンセラーたちの熱意を妨害してきた。

> 交渉不可要因とは、慣習と伝統によって根深く染み込み長く定着してきた制度的束縛のことである。例えば、教育外の事柄にまで及ぶ校長の絶大な権威、教室内での教師の不可侵的な地位、柔軟性のない時間割、融通の利かないクラス分け、おとなしさ・従順さの重視などである。時と共にそれらは是認されるようになり、カウンセラーにとって日常の決まりきった手続き、構造的パターン、組織の慣習、上下的・階層的手順、型にはまった慣例・しきたりとなる。まとめていうと、学校が受け継いできたこうした伝統は、子どもたちのために新しいプログラムを作り実践しようとするカウンセラーにとって、恐ろしい障害物となるのである（Aubrey, 1972, p. 90）。

こうした学校の「伝統」は1972年までだけでなく、今もアメリカの学校システムの大部分に実在している。その結果一次予防を意図したほとんどの活動は、たとえ小さな子ども向けであっても、環境ではなく個人に焦点をあてる傾

向がある（Baker & Gerler, 2001 ; Conyne, 2000）。この本に示したコミュニティカウンセリング理論の観点からすると、直接の能力育成と学校での同種の予防介入は有用だが、それと並んでもっと多くのプログラムが全体的な学校環境に焦点をあてるべきである。もしそのように変われないのなら、せめてその効果を理解するべきである。Rappaport（1987）は、こうした見方を次のようにまとめている。

> プログラムが学校で実施されるとき、それが教師、校長などの管理職、社会的風土、教育政策に与える影響を我々は知りたい。テストの点の変化以上のことを知りたいのだ。ある子どもは自分の能力すなわち自身のおよび様々なコミュニティでの生活に影響を与えることができる能力を感じて成長する一方で、そうでない子もいるということの意味を理解したいのである。（p. 133）

学校生活の質のプログラム　学校全体の環境に前向きな変化を起こすために、大人と子どもが一緒に何かできるということを、ミシガン州ウォシュトナウ郡で実施されたQSLプログラム（The Quality of School Life Program）は示している。「ウォシュトナウ郡の地域精神保健センターにおける小学校を対象としたQSLプログラムは、生徒とスタッフの積極的参加と肯定的な相互期待を通じて、よい学校風土を作り出すことを目的とした社会システムへの介入である」（Schelkun, Cooper, Tableman, & Groves, 1987, p. 8）。

ビジネスと産業分野で開発された職場生活の質（Quality of Work Life : QWL）のプログラムと品質サークル（Quality Circle : QC）のプログラムに基づき、QSLプログラムは、学校内で参加と問題解決を進めるために様々な組織開発法を用いる。ミシガン州精神保健局から資金の供給を受けており、プログラム開発者は次のように説明している。

> QSLは、学校をよくするほかの運動や努力と共に、次の問題と目的に焦点をあてる。
> ・　適切な学校風土：安全で友好的で規律正しい学習環境を作る。

- 生徒とスタッフの効果的な動機づけと意欲（モラール）：自身の能力が重要な決断に影響を与え、その結果、生徒とスタッフが学校と学級の活動、規則、規範を支持し受け入れるようになるという現実的信念。
- 教職員・生徒・両親の期待の一致：合意が必要な状況での明確な見通しの共有。
- 相互理解：共通言語、概念の基礎、システムの全レベルにわたる問題解決のための手引き（ガイドライン）の作成を進める。
- 効果的で参加型の組織文化：学級と学校全体の両方で、問題の特定、解決、意思決定に皆が参加できるような、コミュニケーション、組織、手続きの現実的で調和の取れたシステムを作る。

QSLプログラムは、(a)生徒が参加する会、(b)教師とスタッフが参加する集まり、(c)学校風土の調整、(d)家庭とコミュニティが関与するグループ、の4レベルからなっている。

(1) 生徒が参加する会（PI）

生徒の参加は、生徒と教師が問題の特定、調査、目標設定、計画と実施、活動評価を共にすることを促し、さらに学級での問題解決と最大限の機会活用へと導く。教師は、グループの問題解決活動に役立つ考え方と技術を教えるために、標準カリキュラムを用いる。PI期間中、生徒と教師は定期的に集まり、まず考え方とスキルを学習してから、それを学級での問題と機会に適用する。

訓練の目標は、個人と集団によるよりよい問題解決、学級内の協働、個人と集団の強い責任感、学習し実行する能力への相互理解と期待である。生徒たちは、学校における「要求の連鎖」の機能と責任を学び、学級の物理的環境変化による効果、学級の規範を創り出す必要性、問題解決と活動計画の場と技術、責任ある自己統制に必要な技術を学ぶ。生徒はこうして得た能力を、学校生活にも活用するよう促される。

(2) 教師とスタッフの参加（TI、SI）

最初の段階では、教師参加型（TI）とスタッフ参加型（SI）の運営委員会は、プログラム参加小学校の一次的な問題解決機構である。この委員会にはふつう、立案・管理者と、交渉担当部門がある場合にはその代表者が入り、さらに校内の職員からボランティアを採用する。QSLの過程では、全参加者に専門スタッフ育成訓練が行われ、運営の基本線が詳細に示され、TI/SI運営委員会は学校の年度内に定期的に開かれる。この会合では、建設的な問題と対応機会とを明らかにし、実情調査の実施、目標の提示、ボランティアによる提案の検討、対策委員会とワークグループづくり、全スタッフによる検討手順の開発と実現、立案管理者への提案などを行い、管理職を補佐してその決断に影響を与える。こうしてTI/SIグループは、管理職と教職員の間の促進のための架け橋として機能する。

(3) 学校風土を調整する組織

学区がTI・SI運営委員会を正当なものとして認めたならば、管理職が変わっても参加型のやり方が崩れてしまわないようにする。そのためには、運営手続きとガイドラインとの基本線の監視（モニター）と標準化が重要である。調整とコミュニケーションの標準セットはないものの、このプログラムは、システムの型と構造に合わせたいくつものやり方を示しているから、学区は参加型の方法を永続させ有用さを増すものを選ぶことができる。

(4) 家族とコミュニティの参加

以前にもまして学区は、問題の特定と解決に親とコミュニティリーダーを関与させる方法を探っている。大きな困難は、この努力に「よそ者」が持ち込む期待とスタイルにあり、学校の職員たちは、家族やコミュニティが加わると問題解決が多方向になるため、どこにも行き着かないか悪くするとどうしようもない葛藤に陥ってしまうと、欲求不満になることが多い。

QSLモデルは、コミュニティと家族の参加をTI/SIの参加を扱うのと同じ方法で調整できる、としている。それは、中心となる形を調整し、コミュニケーションし、活動を見守り、参加グループが仕事に取り組む前にやり方と考え方の訓練を受けることによってである。運営の基本線と手続きが

あらかじめ明白にされ、境界が明示されて、グループと学区に対するスタッフの責任が確立しているのである（Michigan Department of Mental Health, 1987）。

QSLプログラムの長所は、問題解決の過程に多くの人々を巻き込もうとする、組織的な試みにある。それは子どもたちの能力を直接高めるカリキュラムの立案と実施に、大きな努力を注いできた。このプログラムが通常と異なる点は、それぞれの学校を、子どもたちが自身の問題解決努力を有意義に用いることができる環境にするために、補足的な努力をするところにある。プログラム実施校の大人と子どもは、新しい能力を得る機会を持ち、プログラムの参加型構造のおかげでそれを実践する機会も持つのである。

2－3　メゾシステム：学校の発展のためのプロジェクト

先に述べたようにメゾシステムは、様々なマイクロシステムのつながりによって構成されている。Bronfenbrenner（1988）は、環境同士の相互作用が、環境そのものと同様に人間の発達に影響することを認めている。したがってメゾシステムへの介入は、例えば子どもの家庭と学校との間のように2つの環境間の相互作用に焦点をあてる。この介入はまた、例えば子どもの保育園・幼稚園への入園や、生徒が転校するときのような生態学的移行にも取り組む。

1979年にBronfenbrennerは、家庭と学校、学校と学校のつながりの質が、子どもの発達に長期にわたって重大な影響を及ぼす、という仮説を立てた。数年後にアメリカ心理学会（APA）内の「促進・予防・介入活動のための特別委員会」が、有効と実証されたプログラムを探した際、Bronfenbrennerが10年前に論じた子どもの移行に関する問題をそれぞれ何らかの形で扱った14のプログラムが選ばれた。

ペリー就学前プロジェクト　ペリー就学前プロジェクト（The High / Scope Perry Preschool Project）は、これらのプログラムの一つである。ミシガン州イプシランティで実施され、保育・幼稚園に「貧しく教育水準の低い家庭」の子どもを対象としたプログラムを提供し、参加者を19歳まで追跡調査した。

プロジェクトディレクターの一人が記述した通り、プログラムは次のような一連の構成要素からなっており、これが保育・幼稚園での経験を質の高いものにしていた。

(1) 発達的に適切なカリキュラム。
(2) プログラムスタッフの指導援助（スーパービジョン）と現場教育。
(3) 入園にほとんど制限を設けず、子どもを小グループに分け、その教育と世話に十分な数の大人を割り当てる。
(4) 幼児期の発達に詳しいスタッフ。
(5) 両親も協力者としてプログラムスタッフと関わりを持つ。
(6) 子どもと家族の非教育的環境へのこまやかな配慮。
(7) 発達的に適切な評価手続き（Schweinhart, 1987, p. 9）。

ペリー就学前プロジェクトについては、教師による家庭訪問も含めて多くの研究がされている（Burt et al., 1998）。参加した子どもは、保育・幼稚園に通わなかった統制群の子どもたちと比較された。調査結果では、介入群つまりペリーグループの子どもたちの方が、その後の学校生活で優れていた。標準化されたテストで有意に高い得点を取り、精神遅滞者は少なく、特殊教育を受けた年数も少なかった。2つのグループの差は、参加者が成人期に近づいても顕著に見られた。19歳時のインタビューでは、統制群と比較して保育・幼稚園にいたグループの方が、退学率が低く、福祉の利用率も低く、自己報告だが逮捕歴と非行も少なく、雇用率は高かった。また、保・幼グループは識字率が高く、大学に行く傾向が多く、10代の妊娠を経験した女性が少なかった（Bales, 1987 ; Brodsky, 1999）。

移行期プロジェクト　アメリカ心理学会（APA）の特別委員会が模範としたもう一つのプログラムは、特定時期における生態学的移行を扱った。対象は高校入学の時期である。中退など学校の失敗のリスクを減らすためには、とりわけこの移行期が重要だと何人もの研究者が指摘している（Burt et al., 1998 ; Ing, 1995）。移行に与える影響の鍵となる要素は、環境それ自体の質である。

Felner, Ginter & Primavera (1982) の次の記述は、ある学校からほかの学校に移る際に若者が直面する心理的課題を的確に捉えている。

> 中学生が高校入学に対処する困難をいっそう強めている学校の特徴の一つは、地域の社会システム全体が新入生にとって流動的な状態だということである。生徒は同時に新しい環境に適応しようと試みる。教室に入るすべての生徒は、新しい物理的な環境と、ほとんどなじみのない多くの仲間、学校職員と向かい合わなければならない。教師とカウンセラーは、たくさんの新入生と知り合い、情報を与え、支援しなければならない。こうした新しい学校への移行に必ず伴う問題に加えて、高校に入ってくる生徒は、彼らの対処努力を助けるはずの資源がかえって高くつくような、不安定で予測のつかない環境と直面しているのである (Felner et al., 1982, p. 279)。

Felnerの指摘に基づき、移行期プロジェクトは、この大事な変化の時期に社会的に弱い立場にある生徒が利用可能な、仲間と教師両方からの援助を増やすように設計されている。介入は、ホームルーム担当教師の役割の再編成と、生徒が出合う変化の度合を減らして、新しい仲間同士の支援システム成立を促すような、学校環境の再組織との両方を含んでいる。

ランダムに選ばれた生徒がこのプロジェクトに参加し、ホームルームと1年生向けの授業に、ほかの生徒と一緒に割り振られた。教師は全員ボランティアだが、クラスの凝集性の高さに基づいて選ばれた。こうして生徒たちにとって、学校は安定しまとまりがあり親しみやすい環境となった。

ペリー就業前プロジェクトと同様に、この移行期プロジェクトははっきりした積極的な結果を得た。統制群と比べてプロジェクトに参加した生徒は、高校への移行にうまく対処し、成績評定の平均と出席記録と自己概念において有意に優れ、学校環境について前向きな見方をした (Burt et al., 1998)。

Felnerら (1982) は次のように説明している。

> この研究は、学校教職員の役割と高校という社会的・生態学的環境を、

費用のあまりかからない形で変化させることは、生徒が利用できる社会的支援の水準を上げ、環境の混乱と複雑さの度合を下げることを通して、学校移行に伴う学業上・対人関係上の困難をうまく予防できることを示した。つまりこの研究結果は、社会環境を理解し変えようとする主張を支持し、またさらに広く一般的な生活の変化に伴う適応課題に対処する能力を高める予防プログラムにも、実り多く適用できることを示している（p. 288）。

2－4　エクソシステム：地域の組織

エクソシステムは、それに含まれるマイクロシステムに影響を与えることを通して個人の発達に間接的に影響を与える。仕事の世界・マスメディア・非公式の社会的ネットワークなど多くのエクソシステムの中でも、Bronfenbrenner（1979）は地域の影響力を強調している。

> 環境に内在する発達促進の可能性は、力の配分状況との直接・間接のつながりに応じて高められる。力の配分状況とは、初期の環境にいる参加者が、発達しつつある人のニーズとその人のために行動する人々の努力に応じて、社会資源割り当てと意思決定とに影響を与え得るような状況である（p. 256）。

したがって、地域が持つ人間発達促進への可能性は、近隣の組織を通して実現可能である。これらの組織は、人々が環境を変化させることを可能にし、その土地特有の問題を扱うと同時に、コミュニティの意思決定に影響を与える。

地域とコミュニティを組織化する過程は、得られる結果と同じほどに重要である。アメリカにおけるコミュニティ組織者の先達であるAlinsky（1969）も、次のように書いている。

> 人々が未来への夢を持って組織化されるのであれば、そのための具体的計画と未来への希望・恐れとは、実際の成果と同じほどに彼らの内面に満足をもたらす。計画し、集まり、共に闘うなど、人々の組織への参加に伴

う関係は、以前あったものを完全に変える。果てしなく続くアメリカの流れ作業のような、退屈で灰色で単調な存在の小道から、光り輝き、わくわくするような希望とドラマと対立（コンフリクト）の大道へと変化したのであり、その道の終点には人の心の中にある最も輝かしい終局、人類の未来がある。

人々と共に直接取り組むことこそが、つまりは我々の真の仕事である。しかもそれは、民主主義自由市民の財産である責任、強さ、人間の尊厳をすべて所有している人々をでなく、未来への望みを持たず社会の操り人形化している人々の思いを打破することなのである（pp. 49–50）。

地域とコミュニティにおける効果的な組織は、人々の生活に明確な向上をもたらし、参加者に自身の持つ可能性に目覚めさせ、現存する力関係を変えるという形で変革を勝ち取る（Brueggemann, 1996）。外から来たアウトサイダーは組織化と具体的な技術の共有の助けにはなるかもしれないが、真のリーダーシップはグループの中から出てこなければならない。そうして初めてグループは、地域住民にとって最も重要な問題を扱っていると信じることができ、本当の持続する力の土台が築かれる。

地域の組織は、多くの人が参加でき、前向きな変化への機会をすべて利用できるようになっている必要がある。これは、活動のための適切な問題と標的を選び、できるだけ強力な組織を地域とコミュニティに作っていくことを意味する。

経験でいうとコミュニティの組織は、変化させやすいような具体的な問題から始めると、最も効果的に機能する。人々は、重要と思う実際的な問題には集まりやすく、適切で扱いやすい問題に共に取り組むことはグループにまとまりをもたらす。さらに、グループが成功を経験する。つまり必要な変化を成しとげたならば、その組織が次の課題に取り組むときは多くの人々を引きつける。成功は人々のアパシー（無気力・無関心）を打ち破り、参加者に力の自覚をもたらして多くの人に共通な無力感を消すのである。一つの問題で成功した組織は、以後も関連する多くの問題を扱って実り豊かな連携を築き続けてきた（Arredondo & Lewis, 2001 ; Ife, 1996）。

連携は、組織が市民の積極的関与と数の力とを結びつけることを可能にする。人は、一体感を抱き自分の存在を重要と感じ得るような小さな組織にいると、最も積極的に活動する。組織が小さいほど、メンバーは組織の成功・失敗を自分のものと感じる。しかし、力は数に存する。小さな堅く団結した組織は、手を結び合うことによって大きな数と成員の積極的関与の両利点を享受するのである（Arredondo & Lewis, 2001）。

したがって、コミュニティの組織を効果的に機能させるには、次のことが必要である。

(1) グループ内からリーダーシップが生まれるようにする。
(2) 明白で具体的な問題に取り組み、成功を前提とした大きな目標を立てる。
(3) 積極的関与と人々の数の力とを結びつけるために連携を利用する。

シカゴのウッドローン機構は、この方向で組織したグループが獲得し得るものを示し、その歴史はコミュニティ組織の概念を行動に移す例である。伝統的援助パラダイムを重視する多くのカウンセラーは、カウンセリングの本に、なぜウッドローン組織が出てくるのか不思議に思うだろう。しかし繰り返し述べた通り、急速に変化し文化的に多様な21世紀の社会状況の中で、国の精神保健ケアシステムにおいて適切で意味ある役割を担い続けたいならば、カウンセラーは「専門的援助者」とは何かの思考の枠組を大きく広げる必要がある。ウッドローンの成功は、カウンセラーが人間発達についての知識と対人コミュニケーション専門家としての技術を駆使して、連携づくり活動を進めたおかげなのである。実際の介入方略は、次のようである。

(1) 多様なクライエント母集団からの人々に、カウンセラーの適切性と信頼性を高める。
(2) こうして今後数十年の間に、たくさんの人々の精神保健と幸福を促進する。

ウッドローン機構　ウッドローン地区は、イリノイ州シカゴ市の中心部、人口

2.7万人の地区である。ミシガン湖、シカゴ繁華街、世界的に優れた美術館・博物館、シカゴ大学と近く、居住地域として期待される地域であるはずの場所にある。

1960年、市民たちが組織づくりを決断した年には、ウッドローンの状況は見るに耐えないものであった。当時、ウッドローンの北端に位置していたシカゴ大学は、有刺鉄線でコミュニティとの境界を区切っていたのである。

ウッドローンでは、失業、中途退学、乳幼児死亡、性病、未熟児出産などの割合が市内で最も高かった。住民は標準以下の住居に高い賃料を、質の悪い食料品や衣料品に高い金を払っており、ヘルスケア、社会的サービス、教育の施設は不十分であった。公的・私的該当部門の誰一人として物資とサービスを利用しやすくする責任を果たさず、地元の企業は毎日のように減っていった。コミュニティから無力感を拭い去り、自決権を得るために、暫定ウッドローン機構（TWO）が創設された。

TWOの始まり　1950年代終わりに近い頃、ウッドローンの4人の宗教指導者は、このまま無力感のサイクルを打ち破ろうとしなければ、コミュニティの絶望への転落は止まらない、と考えた。第一長老教会のLeber博士とBlakely博士、カトリック教会のFarrell神父、ルーテル派教会のProfrock牧師は、周りで見られる問題を調査し、それぞれの教会で支援を求めた。1960年には、Leber博士とBlakely博士とFarrell神父は、シカゴ区域のカトリック教会、シュヴァルツハウプト財団、シカゴ第一長老教会から安定した基金を獲得した。ウッドローンのプロテスタント聖職者連盟を前身とした、宗教指導者の大きな連盟を作ることで、彼らはコミュニティ組織づくりへの大きな一歩を踏み出したのである。この組織は、地域に様々な形で現実的で積極的な社会変化を起こさせることによって、希望を大きく育てることを目指した。彼らは、Saul Alinskyと彼が所有するIAF財団（Industrial Areas Foundation）の支援を求めた。IAFは、自前の組織を作ろうとするコミュニティに技術的な援助を提供するために設立された財団である。

IAFの変革のための戦略には、そこに前から住む人々の組織の発展があり、それは広く力を獲得する唯一の方法であった。ウッドローンのようなコミュニ

ティでは、住民が用い得る唯一の資源は、住民の数そのものである。最初の頃IAFが試みたのは、(a)人々に最重要な具体的問題を扱うことで彼らを引きつけ、(b)訴訟を起こして葛藤を解決できることを教え、(c)地元からリーダーシップが育つ機会を作る、ことであった。

1961年1月、ウッドローン地区の議会、経営者協会、宗教指導者連盟、ウッドローン会議の代表が集まり、IAFをテクニカルアドバイザーとしてTWOを創設した。この組織は「暫定」ということが重要であった。なぜならその目的は、ウッドローンの広範な市民グループの要求と希望に応えるコミュニティ組織を作ることだからである。このために、TWOは、永続的組織を支え得る基盤を作る一方で、コミュニティが直面する最も重要で緊急な問題を解決する活動に乗り出した。

シカゴ大学南キャンパス　1960年のウッドローンコミュニティで、最も困難で差し迫った事態は、シカゴ大学のキャンパス拡張計画が前年夏に公表されたことであった。シカゴ大学は、キャンパス南端に沿って長さ1マイル幅1ブロックの土地を区画整理し、そこに南キャンパスを作ろうとしていた。その地区が荒廃したスラム街であったことは、大学が低いコストでキャンパスを拡張でき、同時に市が連邦都市再生基金の受けがよくなることを意味した。

ウッドローンの住民は、当の区画に関心を持っただけでなく、拡張計画がコミュニティに長期的に関わることをも懸念した。TWOは、都市再生の総合的な計画を望んだ。それは、コミュニティ住民の全面的な参加を求め、人々の関心に基づくものとし、またシカゴ大学がやがてウッドローンのコミュニティ全体を侵食することを防ぐためのものだった。

できたての組織であるTWOは、コミュニティ内の支持者を呼び集め、市の計画に市民が参加していないことを根拠に、首都ワシントンDCで計画反対を訴え、かないそうもない相手との長く厳しい戦いに乗り出した。TWOは、大学と市が立てた計画に対する代案を作るために、独自に都市計画者を雇いさえしたのである。

結局、TWOの人が大半を占めた市民による委員会が、ウッドローン地区の都市再生計画全体に携わることになった。南キャンパス計画は、別の大きな区

域にある、壊れて誰も住んでいない建物を撤去して低賃料低層住宅に建て替えるまでは、実際の効力を持たないことになった。

行動計画を立てコミュニティメンバーと共に働いて成功に達したことによって、TWOはウッドローンのために意思表示する組織として認められるようになった。またTWOは、居住者がその生活に影響するすべての計画に参加する権利を認めさせた。同時にこの闘争によって、組織自身の発展の新しく長期的な段階へと、突入したのである。

TWOは、Kate Maremont財団の援助を受けて、TWO-Kate Maremont開発協会の名で新たに獲得した土地を開発した。このように社会環境の開発に時間とエネルギーをつぎ込んだ結果、この開発協会はウッドローンガーデンに502棟のアパートを建築、所有、管理した。

経済的搾取　ウッドローン地区の住民にとってシカゴ大学キャンパス拡張計画と同じほど重大だったのは、近隣の店による搾取の問題であった。主な問題は、偽りの広告、不正なクレジット業務、価格の吹っかけ、食料品店での計量のごまかしなどであった。代わりになる買い物の場所がほとんどないため、住民はこの問題に無力感を抱き、またコミュニティで誠実に営業している店主たちはこうした不満に頭を悩ましていた。

TWOは無節操な商業慣行に対するコミュニティの関心に注目して、公正取引キャンペーンを行った。それは、ウッドローン主要商店街の一つでの大きな目立つパレードから始まり、続いて教会の敷地内に点検のためのカウンターを設置した。食料品の購入を済ませた人々が品物をそこに持ち込み、正確に計量してレジの合計額と照らし合わせて、騙されたかどうかを即座に知るのだった。搾取していると分かった店は、悪評が知れ渡りボイコットされることになった。騙された人々は、それを近隣に伝えることを奨励された。

この具体的キャンペーンの結果、ウッドローン地区の商人たちは、コミュニティリーダーと経営者協会代表が作成した職業倫理規約にサインすることに同意した。また、今後生じる問題を扱うために、経営者協会と消費者グループの代表とで構成する仲裁委員会の設置にも同意したのである。これらの戦術によってウッドローンの人々は、地元商業を改善しただけではなく、コミュニ

ティが持つ力をますます自覚するようになった。

貧困な生活状況　組織化を進めるもう一つの動機は、ウッドローンの住民が暮らす建物の劣化であった。こうした建物の多くは、何度か区画割りをされたが、地主が現地にいないために放置されたままになっていた。壊れたままの窓、上下水道の不備、暖房装置の欠如が改善されないままであった。住民はほかに行くところもなく、標準以下の住居にもかかわらず高い賃料を払うほかなかったのである。

TWOは、こうした状況が住民の幸福に悪影響を与えると考え支援行動を起こすことを決めた。こうした建物の一つで居住者の大多数が借家人委員会を作ったときは、TWOは地主との交渉を援助し、都市近郊にあるオーナーの居住地に行き家の前に監視をつけることもあった。

最後の手段として、家賃ストライキが計画された。居住者たちは必要な修理が行われるまで家賃を証書つきで第三者に保管させることにした。彼らは委員会が通知した要求に沿って、地主がきちんと修理することを求めた。修理がその通り行われたのは、居住者が法廷での厳しい闘いに勝利した後であった。これらの奮闘は創成期のTWOを強くする助けとなり、TWOは次第にウッドローン地区コミュニティにおける具体的な諸問題に、目に見える形で力を及ぼすようになった。

公立学校　TWOに課せられたもう一つの重大な問題は、公立学校のシステムであった。ウッドローンでは親たちは、1マイル先では白人の中流階級の子どもたちがゆったりした教室で勉強しているのに、自分の子は超満員の教室に詰め込まれて、2交代制を強いられているのを見てきた。TWOは、こうした状況とそれを許してきた政策は、制度的な人種差別であり抑圧であると考えて、ドラマチックな公開実証活動に打って出た。

「真実特捜隊」は郊外にある白人の学校を訪れ、シカゴの学校が事実上分離政策を取っている現実を際立たせるために、がらがらの余裕のある教室の写真を撮った。市の公聴会には数百人のコミュニティメンバーが出席し、こうした特捜班たちの調査結果について話した。ウッドローンでの自前の公聴会で両親

たちは、仮面をかぶった学校教師たちの報告を聞いた。彼らは素性が知れたら報復されるのではないかと恐れていたのである。さらに各教育委員会の会議には、「死の見張り」という黒いケープを着た親たちが参加した。彼らは黒いケープで、シカゴの公立学校に通うわが子の運命を象徴的に表現したのだった。

TWOへの気づき　TWOは、大規模な有権者登録キャンペーン活動を通して、コミュニティの強力な組織となった。やがてシカゴで政治・経済的な力を持つ人々は、TWOの存在を次第に認識するようになった。もっと重要なのは、コミュニティメンバー自身が、TWOの存在と共同で立案し活動する市民の力を認識するようになったことである。ウッドローン近辺の多くの人々の心の中では、今こそ常設の組織を創設する時期なのであった。

その結果、個々のメンバーの集まりとしてではなく、各地区会、宗教施設、経営者団体、そのほかの市民活動団体を含む包括的組織として、ウッドローン機構が立ち上げられた（依然として名はTWOだが最初のTのTemporaryがTheに代わった）。各団体は会合と年次大会に代表を送り、従来からの機能は運営委員会と常任委員会に引き継がれた。こうした機構を持つことによってTWOは、その後も、コミュニティ全体への発言力を持つようになった。組織は長期的な問題解決ができるプログラムの立案へと、関心を移すことになったのである。

TWOとコミュニティの発展　1970年代に入りTWOは、不動産の開発と管理、商業の発展、労働力の訓練と教育、地域環境の改善、住民の健康のためのプログラムを実施するために、ウッドローンコミュニティ開発会社（WCDC：Woodlawn Community Development Corporation）を創設した。TWOとWCDCは常に人々のための組織として、様々なヒューマンサービスを考案し、維持している。具体的には、子どもや青年のためのプログラム、デイケア、精神遅滞児教育、青年のアドボカシー（権利擁護）プログラム、養子縁組と里親制度、児童虐待防止プロジェクト、雇用と訓練のプログラム、発達障害を持つウッドローン住民など特定のグループを対象としたカウンセリングと住宅提供プログラムなどである。不動産開発は、多くの住居の建築、修理、管理とビジ

ネスプロジェクトの形で、数年にわたって継続した。こうした起業活動は、地域に財政投資をもたらした。

創設以来10年の間、TWOは地域の人々の代弁者であり続けた。扱う問題は年と共に変化したが、組織は常に新しい挑戦に重きを置いてきた。組織の持つ基本的な意味と目的とは変わらず、1970年に真実であったものは、今なお真実である。貧しい都市部の他地域と比べて、「ウッドローンには、重要な違いがある……ウッドローンコミュニティは声を持っている」(The Woodlawn Organization, 1970, p. 28)。

2－5　マクロシステム：社会の形成と変革

マクロシステムレベルの政策は、社会が全体として抱えている問題をどのように解決し、成員をどう扱っていくかを規定する。もし、社会的不正義と個人が持つ力の感覚（personal power）の欠如とが健全な人間の発達を妨げるのであれば、「人々を変えるのではなく、正義とエンパワーメントと人生の機会提供に基づく社会活動、政策の変更と修正こそが、一次予防の最終目標への鍵となる」(Cowen, 1985, p. 32)。

問題を予防し健康を促進するためには、抑圧つまり「秩序ある社会においてその一部分が、その利用可能な機会・資源・利益から差別的・画一的に遠ざけられている状態（Wilson, 1987, p. 19)」をなくすことを目指さなければならない。したがってマクロシステムに変化を創り出そうとするとき、コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、「人々が生活を自分でコントロールする可能性を高めること」(Wilson, 1987, p. 20）によって、抑圧的な政策と状況に対抗しようと努める。つまりマクロシステムの中で、エンパワーメント方略を推進するのである。

こうした理想を具体的・実践的なプログラムに移すことができるか、と疑問を持つ理論家は多い。しかし、その取り組みは政治的な文脈の中で可能であり、実際に起こっている。抑圧を減らしエンパワーメントを促すマクロシステム変化を生み出すには、Vasconcellos（1986, pp. 1–2）が指摘する次の疑問に答えなければならない。人々が健全な人間へと発達することを可能にする環境（人間関係を含む）をどのように作るか、また、人々に次のものを育てるには

どうしたらよいのか。

- 自覚と自尊心（自己評価）。
- 自己実現と自己決定。
- 自由と責任。
- 有能と思いやり。
- 皮肉でなく誠実。
- 閉鎖的でなく開放的。
- 暴力的でなく優しい。
- 生態学的に責任を持つ。
- 無関心でなく熱心。
- 不道徳や道徳抜きでなく道徳的。
- 政治に無関心でなく関心を持つ。

1986年、Vasconcellosは「より健康な州になるために―カリフォルニア'86」と呼ばれる立法プログラムを提出した。この変革のための包括的な議案は、いくつかの立法提案からなる。それらは皆個人の力を育て健全な発達を促すという、共通の関心で結ばれていた。この法案は、どのようにして理想主義が現実の変革を導き出し、エンパワーメントの理念が政策に取り入れられるかを示している。

事実、このときの提案の多くは、実際にカリフォルニアですでに法制化されている。この法案を構成する議案は、公共、社会、経済、家族、環境、政府、政治、教育の健全さと公共の安全と人類の生存の問題を扱っている。

州議会提出の具体的議案が扱っている問題は、次に見るように多様である。

- エイズワクチン開発への報奨金。
- 自尊心に関する州委員会の設立。
- 州の税制改正。
- 医療過誤責任保険の問題に取り組み、助産師（助産師としての追加研修を受けた分娩の介助、産前・産後の世話を行うことのできる登録看

護師）訓練の基準設定による、独立した人道的な助産院の設立。
- 親の教育プログラムの包括的な調査と、そうしたサービスが受けられるために親に知らせるよう郡に指示を出すこと。
- 結婚、家族、子どものためのカウンセラーの州資格制度改正。
- 有毒廃棄物への防御対策。
- 選挙資金寄付に関する制度改正。
- 悩みを持つ若者のための個別的教育プログラムに向けての先駆的プロジェクトの立ち上げ。
- ロシアとの学術交流と姉妹州に関するプロジェクトの立ち上げ。
- 「平和デー」制定と、カリフォルニア住民への平和賞の報奨金提供。
- 教師を対象とした、現代世界諸問題についての紛争解決方略と代替策に対して批判的思考を促すための訓練。
- 子どもの頃に虐待を受けた成人のニーズ研究。
- 健康サービス関連部門に、エイズ患者へのホスピスケアサービスの実施に関する実行可能な計画の開発を要求すること。
- 更正・矯正局が、エイズ患者の受刑者をホスピスのような適切なケア施設に移すことの許可。

これら議案にはまだ通過していないものもあるが、多くは法制化されている。後者の一つに、3659分科会（AB3659）による自尊心と社会的・個人的責任促進のためのカリフォルニア委員会設立がある。Vasconcellos（1986）はこの法案の理論的根拠を検討する中で、次のように述べている。

> 我々は、機能不全の社会に身を委ねる必要はない。委ねたら、よくても宿命論、最悪なら自己充足予言に陥るだけだ。原因を調べずに対症療法を続けるならば、解決への希望を捨てることになる。対症療法の継続は、コスト無視の無責任である。壊れた橋を修理しないで、落ちた人を川から救い出すだけのようなものだ。(p. 58)

1986年カリフォルニアの先駆的取り組みは、多様な問題の予防に役立つ、

広汎で体系的な政策の実施が持つ可能性を証明した。それぞれの州と地域で似た問題を明らかにすることができ、市民のニーズに応じた変革をマクロシステムレベルの同様の方法で促進することができたのである。

2－6　マクロシステム：カウンセリングと心理学の分野における発展と変化

国全体に影響するマクロシステム変革の重要性を認識したカウンセラーと心理学者たちの何人かは、この両領域で変化を進めるために働き始めた。それは、アメリカの現在と将来世代の援助専門家たちに、高いレベルの多文化能力を育てることを目指している（D'Andrea et al., 2001）。そうすればカウンセラーと心理学者は、新しいタイプのカウンセリングと心理学によるサービスを提供できるようになるに違いない。こうしたサービスは、伝統的援助パラダイムによる介入方略が依然として用いられているために不適切・不十分なサービスを受けているたくさんの人々への、より効果的で倫理的な方法である（第1章参照）。

多文化能力全国協会（NIMC）　NIMCは、アメリカの精神保健システムに変化を起こすのに用いることができる方略を計画しようと集まった、多文化カウンセリングの運動で有名な9人のリーダーで構成されている（D'Andrea et al., 2001）。公式には、多文化特別全国委員会として知られている（D'Andrea & Daniels, 1995）。NIMCのメンバーたちは、米国での心理学とカウンセリングの最大専門組織であるアメリカ心理学会（APA）と米国カウンセリング学会（ACA））での制度的な改革も含め、こうした変革を起こすことに力を尽くした。この制度変革はカウンセラーと心理学者に、多元性を増す21世紀社会で効果的かつ倫理的に働くのに必要な専門能力を得させるために計画された。そうする中でNIMCのメンバーたちは、カウンセリングと心理学の分野に依然として存在する自民族中心主義、文化抑圧、制度的人種差別と対決しなければならないことを、はっきりと悟ったのである（Sue & Sue, 1999）。

1993年より、この国の援助システムに効果的・倫理的でRESPECTFULな社会の中で真に人間を尊重する伝統を生み出すのに必要な制度変更を進めようと、NIMCのメンバーたちは4つの基礎的な組織開発方略を用い始めた。

(1) 動員方略：この方略には、APA、ACAの学会員に対して、この両会のような専門組織が、多文化の精神と原理を進めることを妨げている問題と障壁について議論する機会を作ることが含まれる。それは、1993年から1998年のACAメンバーによるリーダーシップ開発のための会合の調整、1996年と1997年のACA年次大会でのタウンホールミーティングの開催、これら専門家集団における同業者とリーダーたちに組織的共同を創り出すための、ACAとAPAの部会メンバーによる主催者召集の会合、などとして行われた。

(2) 教育方略：この方略には、カウンセラーと心理学者が多文化主義、文化的抑圧、制度的人種差別について理論的・実践的理解を深める機会を設けることと、カウンセリングと心理学が立脚してきた伝統的な認識論を拡張することを目的とした学術的活動とが含まれる。後者は、より包括的な理論の枠組と新たな概念パラダイムの発展を促す新しい情報を、援助専門家たちのために開発し出版し提供することを含む。

(3) 組織方略：人間の多様性への深い理解と感受性と敬意を反映した組織的変革を実現するための具体的な方法について、ACAとAPAのリーダーとメンバーが協働するためのロビー活動、コンサルティング、権利擁護活動が含まれる。

(4) 制度方略：この方略には、多文化組織開発の提唱の正式採用が含まれる（Sue, 1995）。政策方針改革や新しい組織行事の立ち上げ、専門家倫理要綱の改正などがその内容である（D'Andrea et al., 2001, pp. 235-236）。

過去10年以上に渡ってこうした方略を用いた結果としてNIMCは、ACAとAPA内にたくさんの組織変革を創り出し、新しい制度的主導権の樹立を助けた。それだけでなく、教材を開発して全国のカウンセラーと心理学者に広めた。これらの変革、制度的主導権、教材は、次のように表すことができる。

(1) NIMCのメンバーは、アメリカ心理学会（APA）における新しい組織方針制定の主張で成功を収めた。その方針とは、会員が専門家のためのワークショップと研修会を開催しようとするときは、多文化と多様性の

観点がどのように盛り込まれているかを文書で提出する、というものであった。

(2) NIMCは、米国カウンセリング学会（ACA）の会合・年次大会・国際学会などで現在行われている、ACAのリーダー、実践者、研究者、教育者対象の多文化と多様性訓練に主導的な役割を担うことについて、1995年から組織的な支持を得ることができた。

(3) 1994年に、NIMCを創始したカウンセラーと心理学者は、ACAの月刊紙である“Counseling Today”に、「人間の尊厳の増進と多様性の中での発達」というタイトルの新しいコラムを掲載することについて、ロビー活動を成功させた。この新しいコラムは、ACAの5万人を超えるメンバーに対して、多文化主義と人間の多様性の問題について情報を広めるために、特に立案された。1994年の開始以来、多様性の話題を広範囲に取り上げた100以上の専門論文が、このコラムに掲載された（D'Andrea et al., 2001）。

(4) NIMCは1996年から2001年の間、APAとACAの協働を目指して現在進行中の、パートナーシップ構築プロジェクトの調整に必要な制度的支持と資源を獲得できた。このプロジェクトは、国内の精神保健ケアシステムにおける多文化カウンセリングの精神と原理とを支える、新しい組織の設立と新たな方針の展開をもたらした。

(5) 1993年から2002年の間に、人間の多様性の問題に関連する諸問題を直接扱った雑誌論文と一部の章で扱った本が数多く出版されるかたわら、NIMCメンバーもこの間に14の新版あるいは改版の出版に携わった。（Arredondo, 1996 ; Ivey & Ivey, 1999 ; Ivey et al., 2001, 2002 ; Lewis, Lewis, Daniels, & D'Andrea,1998 ; Locke, 1998 ; Locke et al., 2001 ; Parham, 1993 ; Parham, White, & Ajamu, 1999 ; Sue & Sue, 1999 ; Sue et al., 1996, 1998 ; Wallace, D'Andrea, & Daniels, 2001）

さらにNIMCメンバーは最近、アメリカ心理学会の第45部会でもある民族マイノリティ心理学会（the Society for the Psychological Study of Ethnic Minority Issues）のリーダーたちと連携して、「文化的カウンセリングへの革

新的アプローチ」というもう一つのプロジェクトを仕上げた。このプロジェクトは、カウンセラーと心理学者が各マイノリティの文化に応じたカウンセリング方略を用いる際に起こる共通の疑問・問題の多くを扱った、トレーニング用ビデオテープシリーズを開発し制作し広めるものであった（Microtraining and Multicultural Development, 2002）。

NIMCの取り組みを評価する中でD'Andreaら（2001）は、こうした制度変革方略が、国内の精神保健ケアシステム改善を目指してカウンセラーが用いることができる介入方法を示している、と指摘している。アメリカにおける倫理的実践とカウンセラー養成と心理学者育成に責任を持つ2つの大きな学会を対象にすることで、NIMCのメンバーは、そうした専門家のサービスから直接に影響を受ける何千人ものクライアントの福祉向上に間接的に貢献した。ACAとAPAに前述の変革を促したことにより、NIMCは、カウンセラーと心理学者が文化に配慮しエンパワーメントのためのケアサービスによって、クライエントの生活統制感を高めるのに必要な気づきと知識とスキルを身につけることを、間接的に援助したのである（D'Andrea & Daniels, in press ; D'Andrea et al., 2001）。

3　エンパワーメント方略としての間接コミュニティプログラムとサービス

個人、組織、コミュニティ、社会全体などのどのレベルを扱おうと、（これまで述べてきたような）間接的プログラムとサービスは、人々が自分の生活へのコントロールを高める重要なエンパワーメント方略である。Rappaport（1986）は、エンパワーメント方略と、クライエントが生活への統制（コントロール）感覚を獲得することを促す精神保健サービス提供の必要性と、どちらも重要であるとして、次のように述べている。

> エンパワーメントの意味はといえば、我々の目的は人々が自らの生活をコントロールし得る可能性を高めることであるべきだ、ということである。もしそうなら我々は、頼ってくる人々との関係の取り方と公的な専門

家としての方針の両方が問われていることに気づく必要がある。我々は、自分たちが計画し運用しているプログラムやサービスや社会的組織・施設・機関が、人々に施すお仕着せに安住するわけにはいかない。なぜならば、内容だけでなく、形式とメタコミュニケーション（コミュニケーションについてのコミュニケーション）も、エンパワーメントに関して一貫していなくてはならないからである。エンパワーメントということを真面目に受け止めるならば、人々をもはや単にニーズを持つ子ども、あるいは権利を持つ市民として人々を見るにとどまらず権利とニーズを持つ全人的な存在として見るべきなのである。最も能力のない人でさえ、自分たちの命と暮らしをうまくコントロールできないのではなく、あなたや私がそうしているように、ニーズを持ち、機能しており、より多くの要求を持っている、というパラドックス（逆説）に我々は立ち向かわなくてはならない（p. 154）。

エンパワーメントプログラムとサービスが取る方向は、影響を受ける人々の優先事項に正確に基づかなければならない。なぜなら、「地域で発展した解決策は、一般的に適用された単一の解決策よりもエンパワーメントの機能を持つ」（Rappaport, 1987, p. 141）からである。個人、集団、コミュニティはすべて、よい環境条件を創り出す介入の助けによって、すべてがエンパワーメントの方向へと動いていくことができる。

ほかの市民と同じように、カウンセラーと心理学者は、公共的専門的な政策に影響を与える組織活動に参加する必要がある。しかし、現在活動に参加しているカウンセラーは、たいてい新しい領域に足を踏み入れたばかりである。多くは主に一対一か小集団のカウンセリングと心理療法スキルの訓練を受けており、社会変革への関心は彼らが受けた訓練よりも経験から来ている。したがって文化的に多様な21世紀社会では、カウンセラーは個人と環境の両方に関わる専門家として、新しいアイデンティティを確立すべきなのである。そうする中で彼らは専門家として組織活動を組み入れた上で、自らのアイデンティティを定義し直すべきである（Brueggemann, 1996 ; D'Andrea & Daniels, in press）。

コミュニティカウンセリングの枠組は、カウンセラーがそうした新しいアイデンティティを確立するために用いることのできる、実際的な基本線を提供している。次の前提は、この本全体を通して示した基本線の基礎となるものであり、カウンセラーの役割を社会変革の担い手と見るものである。

(1) コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、コミュニティメンバーが直面する共通の問題に、特有の認識を持っている。それは、学校、地域、コミュニティなど彼らが働く場所で人々が直面する、繰り返し起こる困難と障害についてである。この認識は、カウンセラーが、環境のどの面が有害なのか見分けることを可能にする。しかし、不健康な環境システムの新しい犠牲者は次々と現れるため、その一人ひとりを援助しようとするだけでは欲求不満になってしまう。

この欲求不満は、カウンセラーが貧困にあえぐ地域で働くとき典型的に生ずる。このようなフラストレーションが起るのは、キャリアカウンセラーが不公平な雇用の実際に気づくとき、リハビリテーションカウンセラーが不平等な治療という障害に気づくとき、学校カウンセラーが非人間的な教育実態と出合うとき、組織に勤務するカウンセラーがコミュニティによる特定集団へのスティグマ化（汚名づけ）をやめさせようと試みるとき、などのときである。それはカウンセラーが、自身の援助能力が環境の力によって侵食され、結局は圧倒されてしまうことに気づくときには、いつでも起こる。

コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、特別な見通しを持つという点で、ほかの精神保健従事者と違っている。それは、(a)環境的・社会的・文脈的問題が人々にもたらす深刻さを認め、(b)新しい解決策の模索によって人々を助ける、という2つのことを可能にする。彼らは、社会環境に内在する困難に気づいたとき、問題を前面に押し出すことを支援し、次の行動によって変革活動を後押しする。

- コミュニティ全体が、問題とその結果に気づくようにする。
- 問題と近い関係にある組織に警告を発する。

・ 市民が自身のための変革を求めて闘うことを支援し、人々の連携を作る。

(2) コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、新しいリーダーシップの育成と新しい組織への支援提供を推進する。その仕事の本質からしてカウンセラーは、集団のうち最も力の弱い部分と親密なつながりを持つ。これまでは多くのカウンセラーは、これら弱い人々にコミュニティのニーズに適応する方法を教えるために、このつながりを利用してきた。しかし今や、カウンセラーは、その専門性と時間の制約ゆえに扱うことができずにきた多くの人々の精神的健康と福祉を促進するのに、自助グループがどんなに有益かを徐々に理解しつつある。その結果、社会環境へ積極的に影響を及ぼすことを試みている自助組織を発展させ支援し励ますカウンセラーの数が増えている。

人間援助サービスの従事者は、関心の共有と新しい対処スキルの開発を望むコミュニティメンバーの、複数のグループを結びつけることがよくある。リーダーシップが内から生じるとき、グループは自助組織の形成と活動のための連帯樹立への第一歩を踏み出す。こうして、直接的コミュニティサービスから間接的なコミュニティサービスへの、自然な移行が起こる。ワークショップや講習に参加した人々のグループは、以前よりもコミュニティの問題に積極的に立ち向かうグループへと進化しやすい。カウンセラーは、こうしたグループを支援し、その中からリーダーが出てくるように奨励することができるのである。

(3) コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、自分が持つ対人関係能力を、自助を目指しているグループと共有する。もしカウンセラーがある能力を効果的にそのグループと共有するならば、それは対人関係でありコミュニケーションである。彼らは、変革のための組織化を試みている人々とこれらの能力を共有することで、家族、学校、大学、職場、地域、人間サービス機関、コミュニティ全体の健全な発達に大きく貢献することができる。そしてカウンセラーは、こうしたグルー

プに相談役として働きかけると共に、人々が価値を置き関心を持って身につけたいと思う技術（スキル）の訓練を、提供することができる。より特定して言えば、家族、学校、大学、職場、地域のどれであっても、リーダーシップ訓練、グループ内コミュニケーションパターンの分析、メンバーが効果的で相互に敬意を持つ一集団として機能するよう助ける技術（スキル）訓練などを、カウンセラーは提供することができる。

カウンセラーはまた、コミュニティの組織が研究と評価の活動ができるように、つまり彼らの関心を支持するのに必要な確かなデータを集めるのを援助することができる。理想を言えば、カウンセラーは社会システムと人間の多様性についての理解を共有することによって、組織の発展を促すことができる。Wallaceら（2001）が「文脈内で依存しあうリーダーシップの純粋な感覚」と呼んだものを、意図的に形成するよう働きかけることによって、このことを部分的にでも実現することができる。

(4) コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、変革を目指す諸グループの調整を図る。そのためにコミュニティの実情を、正確に把握する必要がある。直接的サービスをする地元諸機関と通じることで、彼らは、社会環境の変化を起こすことに直接取り組んでいるグループや組織を知ることができる。カウンセラーは、共通のニーズと関心を持つ個人とグループとを結びつけることもできる。

多くの機関、特に特定の母集団のための機関は、たくさんの自助グループの情報センターや本拠地として活動する。ほかの人々と共に、カウンセラーもクライエントを援助することになる活動に参加するのである。いくつかの組織が、特定の問題で力を合わせることも多い。カウンセラーと諸機関、学校、地域は、働ける場所がどこでも、そのような適切なときにはいつでもそのような変革のための力の一部となるのである。

4　要約

環境の要因は、コミュニティメンバーの幸福（ウェルビーイング）に強い影響を与える。それゆえ、コミュニティ全体への間接的介入は精神保健専門家がする仕事の重要な部分である。問題は社会システム内に生じるので、カウンセラーはシステムへの介入を通してそれを扱わなければならない。

Bronfenbrennerによる人間発達の生態学的モデルは、4つのシステム・レベルを定めている。それらはマイクロ、メゾ、エクソ、マクロの4システムである。マイクロシステムの一例は学級と学校であり、生徒の発達に直接影響を与える。ミシガン州でのQSLプログラムは、このレベルの介入例である。メゾシステムは、マイクロシステム相互の関係である。ペリー就学前プロジェクトとフェルナーの移行期プロジェクトは、メゾシステム内の生態学的移行を容易にするように計画されたプログラムである。地域はエクソシステムの一つである。ウッドローン機構のような地域組織は、地元のエンパワーメントのプロセスを具体的に示している。最後に、マクロシステムレベルでの政策は、社会全体がそのメンバーをどのように扱うかと関連している。マクロシステムの介入は、社会運動、政策変更、制度の改正と発展を含む。

これらの生態学的介入はすべて、人間が生活を自分でコントロールできる度合を高めるための、エンパワーメント方略である。カウンセラーは、コミュニティメンバーが直面する共通の問題を理解しているから、このプロセスにおいて独特の役割を果たすことができる。カウンセラーにできることは、問題についてコミュニティの認識を高めること、新しいリーダーの育成と組織の発展を促すこと、社会変革のために集まった人々と対人関係能力を共有すること、そしてグループと組織を調整・統合することである。

練習問題5.2

クライエントのために社会変革促進を計画してみよう

この練習問題は、クライエントの生態学的システムに社会的変化を生じさせる方法について、あなたの思考と能力を増し、それを通じてクライエントが精神的健康と幸福感を増進できるように意図されている。このことを頭において、練習問題1.3（第1章参照）以降にあなたが作ってきた仮説的な組織について、もう一度考えてみよう。

まず、数分かけて、学校、地域組織、企業、コミュニティの組織などあなたが働いている場所を、あなたが特に関心を持つクライアント母集団のニーズにもっときちんと応えるようにできるような具体的な政策改革のリストを、別紙に書き出してみよう。次に、学校、ほかの地域組織、職場環境、コミュニティの機関などあなたが働く場所での政策改革を促すことによって、あなたの仮説的なカウンセリングプログラムが、もしそれがなかったら多くの人々が経験したであろう問題を予防するのにどのように役立ったかについて、簡単に書いてみよう。

最後に、あなたが考えている社会的―環境的―文脈的変革のあり方について話す機会を設けることが、同僚やクラスのメンバーと共に変革を推進するのに重要である。そうすることによって、あなたが、(a)ほかの人々はあなたが提案する変革に対してどのように反応する可能性があるか、(b)人々の精神的健康と幸福増進に重要とあなたが信じている変革に対して疑問を投げかける人々に、どのように応対すればよいのか、を学習することが望まれる。

参考文献

Albee, G. W. (1988). Toward a just society : Lessons from observations on the primary prevention of psychopathology. In G. W. Albee, J. M. Joffe, & L. A. Dusenbury (Eds.), *Prevention, powerlessness, and politics : Readings on social change* (pp. 549–556). Newbury Park, CA : Sage.

Albee, G. W. (2000). Commentary on prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28, 845–853.

Albee, G. W., & Gullotta, T. (1986). Facts and fallacies about primary prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 207–218.

Albee, G. W., Joffe, J. M., & Dusenbury, L. A. (Eds). (1998). *Prevention, powerlessness, and politics : Readings on social change*. Newbury Park, CA : Sage.

Alinsky, S. D. (1969). *Rules for radicals*. New York : Vantage.

Arredondo, P. (1996). *Succesful diversity management initiatives : A blueprint for planning and implementation*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Arredondo, P., & Lewis, J. (2001). Counselor roles for the 21 century. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 257–267). Thousand oaks, CA : Sage

Atkinson, D. R., Morten, G., & Sue, D. W. (1998). *Counseling American minorities : A cross cultural perspective* (5th ed.). Boston : McGraw-Hill.

Aubrey, R. F. (1998). Social issues and the counseling profession in the 1980s and 1990s. In R Hayes & R. Aubrey (Eds.). *New direction for counseling and human development* (pp. 286–303). Denver : Love Publishing.

Bales, J. (1987, April). Prevention at its best. *APA Monitor*, pp. 18–19.

Banks, J. A., & McGee Banks, C. A. (1997). *Multicultural education : Issues and perspectives* (3rd ed.). Needham Heights, MA : Allyn and Bacon. （平沢安政（訳）1999　入門多文化教育：新しい時代の学校づくり　明石書店）

Baker, S. B., & Gerler, E. R. (2001). Counseling in schools. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 289–318). Thousand Oaks. CA : Sage.

Beutler, L. E. (2000). David and Goliath : When empirical and clinical standards of

practice meet. *American Psychologist*, 55, 997–1007.

Brodsky, A. E. (1999). "Making it" : The components and process of resilience among urban, African-American, single mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 148–160.

Bronfenbrenner, U. (1976). *Reality and research in the ecology of human development : Msater lectures on developmental psychology*. Washington, DC : American Psychological Association.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(4), 513–531.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA : Harvard University Press. (磯貝芳郎・福富護（訳）1996 人間発達の生態学（エコロジー）：発達心理学への挑戦 川島書店)

Bronfenbrenner, U. (1988). Interacting systems in human development. In N. Bolger, A. Caspi, G. Downey, & M. Moorehouse (Eds.), *Persons in context : Developmental processes* (pp. 25–49). New York : Cambridge, MA : Harvard University Press.

Brueggemann, W. G. (1996). *The practice of macro social work*. Chicago : Nelson Hall.

Burt, M. R., Resnick, G., & Novick, E. R. (1998). *Building supportive communities for at-risk adolescents : It takes more than services*. Washinton, DC : American Psychological Association.

Children's Defense Fund. (1999). *Teenage pregnancy : An advocate's guide to the numbers*. Washington, DC : Adolescent Pregnancy : Adolescent Pregnancy Clearinghouse.

Conyne, R. K. (1987). *Primary preventive counseling : Empowering people and systems*. Muncie, IN : Accelerated Development.

Conyne, R. K. (2000). Prevention in counseling psychology : At long last, has the time now come? *The Counseling Psychologist*, 28, 838–844.

Cowen, E. L. (1985). Person-centered approaches to primary prevention in mental health : Situation-focused and competence-enhancement. *American Journal of*

Community Psychology, 13(1), 31–48.

D'Andrea, M. (1994, April). *Creating a vision for our future : The challenges and promise of the counseling profession*. Paper presented at the annual meeting of the American Counseling Association, Minneapolis.

D'Andrea, M. (2001, January). *Dealing with gender and multiculturalism : Beyond intellectual parochialism and political paralysis*. Keynote address presented at the National Multicultural Conference and Summit II, Santa Barbara, CA.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1992). A career development program for inner-city black youth. *Career Development Quartely*, 40(3), 272–280.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1995). Helping students learn to get along : Assessing the effectiveness of a multicultural developmental guidance program. *Elementary School Guidance and Counseling Journal*, 30(2), 143–154.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1999). Assessing the different psychological dispositions of white racism : A comprehensive model for counselor educators. In M. Kiselica (Ed.), *Addressing the problem of racism and prejudice in counselor education* (pp. 59–88). Alexandria, VA : American Counseling Association.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (2001) RESPECTFUL counseling : An integrative model for counselors. In D. Pope-Davis & H. Coleman (Eds.), *The interface of class, culture, and gender in counseling* (pp. 417–466). Thousand Oaks, CA : Sage.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (In press). *Multicultural counseling : Empowerment strategies for a diverse society*. Pcific Grove, CA : Brooks/Cole.

D'Andrea, M., & Daniels, J. Arredondo, P., Bradford Ivey, M., Ivey, A. E., Locke, D. C., O'Bryant, B., Parham, T. A., & Sue, D. W. (2001). Fostering organizational changes to realize the revolutionary potential of the multicultural movement : An updated case study. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 222–253). Thousand Oaks, CA : Sage.

D'Andrea, M., Locke, D. c., & Daniels, J. (1997, April). *Dealing with racism : Counseling strategies*. Workshop presented at the annual meeting of the

American Counseling Association, Orland.

Daniels, J., Arredondo, P., D'andrea, M., Locke, D. C., O'bryant, B., Parham, T., & Sue, D. W. (2000, March). *Social justice counseling, research, and training : Our responsibility and potential*. Paper presented at the annual meeting of the American Counseling Association, Washington, DC.

Daniels, J., & D'Andrea, M. (1996). MCT theory and ethnocentrism in counseling. In D. W. Sue, A. E. Ivey, & P. B. Pedersen (Eds.), *A theory of multicultural counseling and therapy* (pp. 155–174). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Egan, G. (1985). *Change agent skills in helping and human service settings*. Pscific Grove, CA : Brooks/Cole.

Felner, R. D., Ginter, M., & Primavera, J. (1982). Primary prevention during school transitions : Social support and environment structure. *American Journal of Community Psychology*, 10(3), 277–289.

Geronimus, A. T., & Korenman, S. (1990). *The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered* (Report No. 90–190). Ann Arbor, MI : Population Studies Center.

Hall, C. C. I. (1997). Cultural malpractice : The growing obsolescence of psychology with the changing U. S. population. *American psychologist*, 52, 642–651.

Helms, J. E., & Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy : Theory and process*. Boston : Allyn and Bacon.

Herring, R. D. (1997). *Multicultural counseling in schools : A synergistic approach*. Alexandria, VA : American Counseling Association.

Ife, J. (1996). *Community development : Creating community alternatives : Vision, analysis, and practice*. Melbourne : Longman.

Ing, J. (1995). *ASSET : A school-based classroom guidance program to aid students in making the transition to intermediate school*. Unpublished master's thesis, University of Hawaii.

Iscoe, I. (1981). Conceptual barriers to training for the primary prevention of psychopathology. In J. M. Joffe & G. W. Albee (Eds.), *Prevention through political action and social change* (pp. 110–134). Hanover, NH : University

Press of New England.

Ivey, A. E. (1995). Psychotherapy as liberation : Toward specific skills and strategies in multicultural counseling and therapy. In J. G. Ponterotto, J. M. Cassas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 53–72). Newbury Park, CA : age

Ivey, A., D'Andrea., Ivey, M., & Smek-Morgan, L. (2002). *Theories of counseling and psychotherapy : A multicultural perspective* (5th ed.). Boston : Allyn and Bacon.

Ivey, A. E., Pedersen, P. B., & Ivey, M. B. (2001). *Intentional group counseling : A microskills approach*. Belmont, CA : Brooks/Cole

Ievey, A. E., & Ivey, M. B., (1999). *Intentional interviewing and counseling : Facilitating development in a multicultural society*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole

Ivey, A. E., Pedersen, P. B., & Ivey, M. B. (2001). *International group counseling : A microskills approach*. Belmont, CA : Brooks/Cole

Jackson, J. (200). What ought psychology to do? *American Psychologist*, 55, 328–330

Kiselica, M. (Ed.). (1999). *Confronting prejudice and racism during multicultural training* Alexandria, VA : American Counseling Association.

Lee, C. C. (Ed.). (1997). *Multicultural issues in counseling : New approaches to diverse* (2nd ed.). Alexandria, VA : American Counseling Association.

Lee, C. C., & Waltz, G. R. (Eds.). (1998). *Social action : A mandate for counselors*. Alexandria VA : American Counseling and the ERIC Counseling and Student Services Clearinghouse.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science.* New York : Harper（猪股佐登留（訳）1979　社会科学における場の理論　誠信書房）

Lewis, J. A., Lewis, M. D., Daniels, J., & D'Andrea, M. (1998). *Community counseling : Empowerment strategies for a diverse society*. (2nd ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole

Locke, D. C. (1998). *Increasing multicultural understanding : A comprehensive model* (2nd ed). Newbury Park, CA : Sage.

Locke, D. C., Myers, J. E., & Herr, E. L. (Eds.). (2001). *The handbook of counseling*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Martin, J. M. (1991). The mental health professional and social action. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4), 484–488.

McWhirter, E. N. (1994). *Counseling for empowerment*. Alexandria, VA : American Couseling Association.

Mental health : Does therapy help? (1995, November). *Comsume Reports*, pp. 734–739

Merrick, E. N. (1995). Adolescent childearing as a career "choice" : Perspective from an ecological context. *Journal of Counseling and Development*, 73(3), 288–292.

Michigan Department of Mental Health. (1987). *The Quality of School Life program : Improving school and classroom climate by problem-solving with people*. Washtenaw, MI : Washtnaw County Community Mental Health Center.

Microtraining and Multicultural Development. (2002). *Culturally-competent counseling and therapy : Live demonstrations* [Newsletter]. Framingham, MA : Author. [Available : emicrotraining.com].

Netting, F. E., Kettner, P. M., & McMurty, S. L. (Eds.). (1993). *Social work : Macro practice*. New York : Longman.

Neville, H. A., & Mobley, M. (1991). Social identities in contexts : An ecological model of multicultural counseling psychology process. *The Counseling Psychologist*, 29, 471–486.

Parham, T. A. (1993). *Psychological storms : The African-American struggle for identity*. Chicago : African American Images.

Parham, T. A., White, J. L., & Ajamu, A. (1999). *The psychology of blacks* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.

Rappaport, J. (1986). In praise of paradox : A social policy of empowerment over prevention. In E. Seidman & J. Rappaport (Eds.), *Redefining social problems* (pp. 141–164). New York : Plenum.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment / examplars of prevention : Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community*

Psychology, 15, 121–148

Rappaport, J., Davidson, W. S., Wilson, M. N., & Mitchell, A. (1975) Alternatives to blaming the victim or the environment . *American Psychologist*, 30(5), 525–528.

Rigazio–DiGillo, S. (2002). Family counseling and therapy : Theoretical foundations and issues of practice. In A. E. Ivey, M. D'Andrea, M. B. Ivey, & L. Simek-Morgan (Eds.)., *Theories of counseling and psychotherapy* (5th ed., pp. 390–428). Boston : Allyn and Bacon.

Romano, J. L., & Hage, S. M. (2002). Prevention and counseling psychology : Revitalizing commitments for the 21st century. *The Counseling Psychologist*, 28, 733–763.

Schelkun, R. F., Cooper, S., Tableman, B., & Groves, D. (1987). Quality of School Life for Elementary Schools (QSL-E) : A system-wide preventive intervention for effective schools. *Community Psychologist*, 20(2), 8–9.

Schweinhart, L. J. (1987, Fall). When the buck stops here : What it takes to run good early childhood programs. *High Scope Resource*, pp. 8–13.

Slaughter-Defoe, D. T. (1995). Revisiting the concept of socialization : Caregiving and teaching in the 90s–a personal perspective. *American psychologist*, 30(4), 276–286.

Stensrud, R., & Stensrud, K. (1981). Counseling may be hazardous to your health : How we teach people to feel powerless. *Personal and Guidance Journal*, 59, 300–304.

Stevens, P. W. (2001). Systems theories. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 181–196). Thousand Oaks, CA : Saga.

Sue, D. W., (1995). Multicultural organizational development : Implications for the counseling profession. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.). *Handbook of multicultural counseling* (pp. 647–659). Thousand oaks, CA : Sage.

Sue, D. W., Carter, R. T., Casas, J. M., Foad, N. A., Ivey, A. E., Jensen, M., LaFromoboise, T., Manese, J. E., Ponterotto, J. G., & Vasquez-Nuttall, E (1998).

Multicultural counseling competencies : Individual, and organizational development. Thousand Oaks, CA : Sage.

Sue, D. W., Ivey, A. E., & Pedersen, P. B. (Eds.). (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different : Theory and practice* (3rd ed.). New York : Wiley

Surgeon General Report. (2001). *Mental health : Culture, race and, and ethnicity*. Department of Health and Human Service. Washington, DC : U. S. Government Printing Office.

Tester, E. J. (1993). In an age of ecology : Limits to volunteerism. In F. E. Netting, P. M. Kettner, & S. L. McMurtry (Eds.). *Social work : Marco practice* (pp. 75–99). New York : Longman.

The Woodlawn Organization. (1970). *Woodlawn's model cities plan : A demonstration of citizen responsisbility*. Northbrook, IL : Whitehall.

U. S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010* (Conference ed., Vols. 1 & 2). Washington, DC : Author . [Available : www. health. gov/healthypeople]

Vasconcellos, J. (1986). *A new human agenda* (Capitol Report, 23rd Assembly District). Sacramento : State of California.

Wallace, R., D'Andrea, M., & Daniels, J. (2001). *The rainbow circle of excellence : Lessons from a championship season*. Honolulu : Watermark.

Wilson, M. (1987). Class notes on the psychology of oppression and social change. *Community Psychologist*, 20(2), 19–21.

第6章
クライエントアドボカシー（権利擁護）

第5章では、カウンセラーなど精神保健の専門家が、社会変革のための方略を用いて、影響力を強めるやり方について述べた。この領域に生態学的な取り組み方を持ち込むことによってこれら実践者は、多様なクライエントの心理的健康と幸福を高めることができる。こうした方略が重要であることには、基本的な理由がいくつかある。

第一に、今なお伝統的な援助パラダイムが過度に用いられているために、カウンセラーは時代遅れの人々であると思われている。というのは彼らが、クライエントの健康と幸福に有意義で長続きする変化を導くような社会文脈的変化を促すよりは、現状を守ろうとするからである。この感情は、対処能力を超える様々な環境からのストレスのために、心理的な健康が日々害される人々に特に強いことが分かっている（D'Andrea & Daniels, in press ; Locke, Myers, & Herr, 2001）。第1章で述べた通りこれは、宗教的・霊的、経済的、性的、民族的・人種的、言語的・居住的アイデンティティとグループ帰属により社会の周辺へ追いやられた、マイノリティと呼ばれる人々である。

第二に、直接的カウンセリングへの需要が、現在これを提供できる訓練されたカウンセラーの数を上回っている事実がある。これが、米国市民の心理面のニーズを満たす新しい戦略が求められるもう一つの重要な理由である。この状

況をもっとはっきり理解するのに、2000年の米国労働省の調査（U. S. Departmrnt of Labor, 2000）が役に立つ。それによると1998年の米国のカウンセラーの数は、182,000人以上であった。しかし、Myers & Sweeney (2001) によれば、この数は「教育と職業分野のカウンセラーの数だけで、精神保健とリハビリテーションのカウンセラーは入っていない。これを加えると、この国には合計20万人を超えるプロのカウンセラーが存在すると見積もることができる（p. 530）。」

5章で触れたように、この数は一見多いようだが、アメリカで年間4,300万人の成人がカウンセリングを必要としているのだから、到底足りない数である（Conyne, 1987, 2000）。Albeeら（2000）はさらに、アメリカで男性に虐待される女性は年間200万人にのぼり（Romano & Hage, 2000）、また深刻な摂食障害の女性が年間200万人おり、これら女性への精神保健の必要に見合うほどに、現在の専門的援助者の数は十分ではないと強調している（Mussell, Binford, & Fulkerson, 2000）。

第三に、伝統的カウンセリングの多くは、クライエントの弱さと問題に注意を集中して、その人が持つ強さ（strength）と資質を調べ、伸ばすことをしない（Ivey, D'Andrea, Ivey & Simek-Morgan, 2002）。そのような援助のやり方は、クライエントの持つ個人的エンパワーメントの感覚を蝕むだけでなく、臨床家への依存心を育ててしまう。

コミュニティカウンセリングモデルは、クライエントの弱さよりも潜在的強さを強調する。クライエントはたくさんのニーズを持つが、カウンセラーへの依存はさせてはならない。前章では、カウンセリングの過程で多くのクライエントが示す心理的依存と、それが知らず知らずクライエントの力を侵食していくことへの憂慮を記した。Ivey（1995）とMcWhirter（1994）は、時に意図せずに、クライエントの力の感覚を失わせる（たとえ一時的であっても）ような伝統的カウンセリングのやり方は深刻な倫理問題であり、実践者は油断なく避けるように努力しなければならない、と激しく論じている。

この章では、精神保健従事者が、クライエントの心理的健康と幸福を増進するために、間接的に働きかけることによって効果を拡大できるような、別の方法について論じる。この章は、第5章で述べたことに基づきながらカウンセ

ラーの役割を、擁護者（アドボケート）、コンサルタント、連携をすすめる人として特に強調する。こうして、21世紀のアメリカで速まる文化多様化の中で彼らが直面する難問に照らして、カウンセラーの役割である権利擁護（アドボカシー）、コンサルテーション、連携構築を統合していくことの重要性に重点を置く。

1　クライエントアドボカシーとカウンセリングとの違い

直接的カウンセリングサービスを過度に利用することには問題があることを考えると、カウンセラーはクライエントのアドボカシー方略を仕事の中心に組み入れることによって、全体的な効果を高める必要がある。Brown（1988）は、カウンセリングとアドボカシーサービスとの相違点について、次のように説明している。

> カウンセラーは最善を尽くして、クライエントが彼ら自身の持つ資源を活用して効果的に行動できるようになることを直接援助する。この個人をエンパワーメントする直接的過程が、典型的なカウンセリングである。カウンセラーは間接的にシステムを変えたり、個人の変化を促したりしてクライエントの機能を高めようとすることが、時々ある。カウンセリング、コンサルテーションと同様に、アドボカシーはエンパワーメントの一過程である。つまり、個人的な力をクライエントに移すのだが、カウンセリングと違って間接的な援助法である。(p. 5)

アドボカシーサービスは2つの基本的な目的を持っている：(a)クライエントの力の感覚を高める。(b)クライエントのニーズに応えて環境の変化を促進する（Lewis & Bradley, 2000）。カウンセラーはクライエントに、いろいろなやり方でアドボカシーサービスを提供できる。例えば、自助グループへの参加を勧めたり、家庭、学校、大学、職場、コミュニティなどの環境を、クライエントのニーズにもっと敏感になるように変化させたりする。これらの活動は、クライエントが固有の問題や環境のせいで汚名を受けることによって起こる様々な

問題を軽減するのに役立つ（Toporek, 2000）。

2　スティグマ（汚名）化

人は、貼られたレッテルがほかの人々との関係で中心的なものになるとき、スティグマ（汚名）を着せられるという。Goffman（1963）は、今は古典的となった研究の中で、どのようにスティグマが、人々に悪い影響を与えるかを、説明している。Goffmanは、非常に頻繁にスティグマを受けた集団の人々は、他者に貼られたレッテルのために拒絶され阻害されることが実に多いとしている。

彼はまた、人は無意識にまたは意識して、スティグマを受けた人々が持つ特異さを好ましくないものとみなしがちである、と述べている。Goffman（1963）によれば、こうした望ましくないという感覚は、スティグマを受けた人は受けていない人より力がなく劣っており、「定義上……人間として十分でない……」（p. 5）という思い込みに基づいている。

2－1　障害や欠損から起きるレッテル

人は、障害や損傷を受けたとき、それが精神的肉体的のどちらにせよ、そういうレッテルを貼られる。不幸にもそうしたレッテルは、依存と低い価値を意味することが多い（Ivey et al., 2002）。Almond（1974）は、人々が普通でないというレッテルを貼られ、スティグマ（汚名）を受け価値を損なわれる過程を詳しく説明している。人々が精神保健専門家によってレッテルを貼られ（診断名をつけられ）るのは、その行動がほかの人々に不安を起こさせ、ついには「その問題行動によって特徴づけられるに至るためである。彼らは違う扱い方をされ、その逸脱はコントロールできないものとされ、権利と自由を強制的に奪われる。彼らをうまく扱うことが、この種の逸脱に詳しい専門家の特別な職分となる（p. xxiii）」。

この「専門家」が医者、心理セラピスト、矯正官のどれであろうと、専門的援助の領分へ追放された人々は、スティグマの下に家族と仲間から、さらに普通の社会的生活から、全くまたは一部引き離される。社会の主流にいるほかの

人と違う特徴は、行き過ぎたものとみなされ、こうした違いが彼らの生活の焦点であるかのように強調される。同じようなスティグマとレッテル貼りは、人種的・文化的ステレオタイプからも起こる。

2－2　人種的文化的ステレオタイプ化（画一視）

アメリカ建国以来、有色の人々は主流の文化によって否定的に捉えられてきた。学者たちは、どのように人種的・文化的なスティグマ化（汚名づけ）がこの国に浸透し、人種間の緊張を高め、それがこの国の経済的・社会的・心理的・身体的・道徳的諸側面をいかに不健康にしているかを説いている（D'Andrea & Daniels, 2001 ; Jones, 1997 ; Steele, 1997）。こうした緊張によってここ10年ほど、米国での人種関連の暴力が増えてきた（Rollock & Gordon 2000）。

精神保健の領域でも、こうしたスティグマ化は強化されてきた。カウンセラー、研究者、理論家たちは、有色の人々をいろいろな否定的な卑しめの言葉で呼んできた。これまで様々な文化、人種の人々を表現するのに「文化を失った」「文化的に劣った」といったレッテル（ラベリング）がよく使われてきた（Atkinson, Morten, & Sue, 1998 ; D'Andrea & Daniels, 2001 ; Sue, Ivey, & Pedersen, 1996）。不幸にもこうしたステレオタイプ化された固定したレッテルは、学校、職場、そして心理学とカウンセリングの領域の中でさえ、差別と人種差別の別名となった（Banks & McGee Banks, 1997 ; D'Andrea & Daniels, 2001 ; Ridley, 1995）。

2－3　カウンセラーの役割

ステレオタイプとレッテルによる迫害を減らす　スティグマ化の問題に対処するために、カウンセラーは、(a)レッテル貼り（ラベリング）から起こる犠牲を減らすよう、また(b)スティグマ化された人々とグループの価値を高めるよう、努めなければならない。こうして、社会的におとしめられた人々にコミュニティカウンセリングの枠組を適用するに当たって、次のことが可能である。

(1)　レッテルに伴ってしばしば起きる外的制限による自己価値低下をなく

す。

(2) レッテルを貼られた人が、学校やコミュニティ生活の諸側面から閉め出されているのを普通の社会生活に戻す。

(3) スティグマ化された集団が、社会変革を求めて戦う力を増すよう努力を促進する。

(4) 故意かそうでないかを問わず、スティグマ化された人と集団のニーズと権利に対してコミュニティの応答性を高める。

長期的には、社会自体がすべての人を包み込む新しいやり方を認め努力するのが、スティグマ化（汚名づけ）とレッテル貼り（ラベリング）の根絶を支援する唯一の道である。しかし、短期的には、カウンセラーがエンパワーメント方略を用いて、レッテルで傷ついた人々の心理的健康と幸福増進を目指さなくてはならない。

コミュニティカウンセリングの枠組は、個人と小集団のカウンセリングだけでは、こうした目標を達成できないことを前提としている。したがって、カウンセラーは他者を受け入れ、クライエントを自助グループと接触させ、援助ネットワークの開発を促し、コンサルテーションのスキルを用いて社会環境に前向きの変化を作り出す、などの間接的な援助をしなければならない。コミュニティカウンセリングモデルにおける、そのようなアドボカシー（権利擁護）の努力の位置づけを表6.1に示す。

表6.1　クライエントアドボカシーとコミュニティカウンセリングモデル

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的		
間接的		・自助グループ ・クラスアドボカシー ・応答的な援助ネットワークの促進

排除的なカウンセリング実践を避ける　人がクライエントの役割を受け入れることで、その人とコミュニティとの距離が広がることが多い。このギャップ

は、一対一カウンセリングで度々起こる排除プロセスの一つである。StensrudとStensrud（1981）は、カウンセラーが、(a)クライエントのストレスの原因かもしれない人や重要な援助になり得る人たちからクライエントを引き離し、(b)カウンセリング過程で一貫してクライエントのエンパワーメントの感覚を育てないとき、この排除プロセスを生じさせる、と述べている。

結婚・家族セラピスト（Hanna & Brown, 1995；Rigazio-DiGilio, 2002）とピアカウンセリングプログラムの提唱者（Baker, 2000；Fukuyama, 2001）は以前から、援助過程にクライエントの社会環境にいる人々を巻き込むことの重要さを認識していた。発達カウンセリングモデルは、クライエントの強さ（strength）に焦点を合わせることの必要を強調している（Ivey et al., 2002；Sprinthall, Peace & Kennington, 2001）。しかし、最近では個人カウンセリングの文脈でも、クライエントの個人的エンパワーメント（主体形成）や心理的解放を促す実践的方法を強調する理論家が出てきている（D'Andrea & Daniels, in press；Ivey, 1995；McWhirter, 1994）。発達モデルを仕事に取り入れている結婚・家族セラピストなどの実践家は、エンパワーメントの援助をすることでクライエントのスティグマ化から来る悪影響を減らし、個人的エンパワーメントを増進している。

カウンセラーは、クライエントの正常な普通の生活へのつながりを強めることによって、エンパワーメント過程を促すことができる。それはクライエントに、学校やコミュニティで他者と意味のあるやり方で交わる機会を提供することによってである。クライエントがそうした結びつきを得る最良の方法は、自助グループ・組織への参加を勧めることである。

3　自助グループによるエンパワーメント

自助グループでは、人々は共通の絆で助け合い共通の困難に立ち向かう。自助グループでは、サービスを提供する人とされる人に分かれるのではなく、全員が決定権を持つ。こうして自助グループの人々は、「援助者」であり同時に「援助を受ける者」である。

Ife（1996）は、自助グループがクライエントのエンパワーメントすなわち

主体形成の感覚を高めるやり方の要点を挙げている。こうしたグループでは、人々は次のことができるようになる。

(1) ピアグループの中で自己肯定感を得る。
(2) グループが直面する共通の問題に取り組むには、団結と建設的な行動が重要だとする人たちと共にいることによって、メンバーの態度を変えさせる。
(3) グループのメンバーと経験を共有することによって、他者との関わり方（コミュニケーション）に自信が持てる。
(4) 従来のカウンセリングの現場でよく見られたような、文化・民族・人種的障壁がなくなるようにする。
(5) クライエントの社会性を高める機会と経験を見出す。

自助グループは、クライエントが他者と共通の問題について、自由に話し合える環境を提供する。伝統的なカウンセリングで経験する援助・共感とは違うやり方で、「共有コミュニティ」のメンバーとして、理解と情緒的支援を受ける。この共有の感覚によって、自助グループの参加者個人は警戒を解いてほかのメンバーと向き合い、自分の生活に責任を持てるように勇気づけられる。

一番大切なのは、そうした状況の中で、各人がリーダーシップ能力を見出し、伸ばす機会を得ることである。自助組織は専門家の参加や後援を許している場合でも、自分たちが成功するためには自分たち自身が積極的に関わり、努力すべきであることを認識している。

新しいメンバーが加わったとき、グループとそのメンバーは特別であり、自分もその特別なものを分かち合えると信じるように教えられる。全メンバーは価値があり、グループ独特の規範に従って行動することになる。自助グループ組織に入ることを承諾すれば、その人はふつう、「新入者」の役割を受け入れることになり、グループの期待されることに沿い、組織のイデオロギーに従うことを行動で示さなければならない。

組織の全員に、こうした組織への従順さは要求される。新入者の役割から昇格するにつれて、ただ援助を受けるのではなく、ほかのメンバーを援助する意

思と能力が求められる。この全メンバーが援助者になることが、潜在能力開発への鍵である。

つまり、自助グループは問題やニーズを資源に変える。例えば、全米では3,200万人の関節炎患者がいる、と見るのではなく、関節炎患者が日々苦しんでいる問題に対処する援助提供者、資源としてそれらの人々を見ることも可能なのだ。人々は、問題、懸念、試練を共にする支持的コミュニティの中で、自身の問題にうまく対処することによって、自立とエンパワーメントの新しい感覚を手に入れる(Brueggemann, 1996 ; Ife, 1996) のである。

3－1　「ヘルパー・セラピー」原則（援助者療法）

「ヘルパー・セラピー」原則（援助者療法）は、自助グループがなぜ成功するかのよい説明になる。Skovholt（1974）は、25年以上も前から、援助を受けることに利点はあるが、援助を与えることはそれ以上に利点がある、と述べている。彼はさらに詳しく、自助グループのメンバーが他者を援助することにより、通常経験する利点を次のようにまとめた。つまり、有能な援助者は以下のような経験が得られるのである。

(1) 他者の生活に影響を与えることにより、対人関係能力のレベルが上がったと感じる。
(2) 他者との間で、与え受けることによって平等の感覚を持つ。
(3) 他者を援助することにより自分も貴重な学習をする。
(4) 援助した人々から社会的な承認を受ける（p. 62)。

Garner & Riessman（1984）は、ヘルパー・セラピー原則（援助者療法）に関して、さらに3つの利点を指摘している。

(1) 援助する人はより自立的になる。
(2) 似た問題を抱える人の援助をすることで、距離を置いて自分の問題を考えることができる。
(3) 援助の役割を持つことにより、社会的有用性の感覚が得られる（p. 20)。

リカバリー・インコーポレーテッド（Recovery Incorporated）という、自称「ナーバスな元精神病患者たち」のための組織は、ヘルパー・セラピー原則活動のよい例である。この組織は、1937年にLaw, A. 博士という専門家が始めた。患者としてこのグループに参加した素人たちが現在のリーダーである。精神科の治療から最近解放された人、不安・抑うつなどの症状があったり治療中の人などである。

この組織では毎週会合を行い、グループ討論とパネル展示によって、メンバーは問題に対処する古い方法と新しい方法を比較する。これらの活動を計画し、参加する中で彼らは、問題に関して孤独ではないことを知り、成功した適切な役割モデルと接して、自らを助けると同時に他者を助けることができることを理解する。こうして、メンバー皆が心理的健康と幸福を高めるのである。

定期的会合のほかに、このグループの経験あるメンバーは、ほかのコミュニティのグループに教育プログラムを提供する。このサービスは精神保健問題への公共の知識と自覚を促し、他の自助グループの強化も目指している。自助グループは、個人では声をあげられなかったスティグマを持つ人々に、集団の声を与える可能性を秘めている。

ヘルパー・セラピー原則（援助者療法）のアイデアは60年以上も前からあったが、カウンセラーたちはなかなか受け入れなかった。D'Andrea（1994）は、その有用性を認めて地域の精神保健センターでの成人デイケアプログラムに参加した慢性精神疾患のクライエントのグループに、この原則を適用して、成功したことを報告した。このプログラムに参加したクライエントは、すべて重い精神疾患と診断されたアフリカ系アメリカ人だった。個人と小グループの心理療法など伝統的な心理治療サービスを受ける一方で、このクライエントたちは週に2回、自助グループとして集まり、ほかの人のニーズに取り組む活動計画を立てた。

このクライエントたちは、彼らのストレスの多くが人種差別に直接関係していると知って、この複雑な問題に的を絞った戦略を考え出した。その結果、自助グループのある地域精神保健センターで「現代アメリカにおける人種差別への対処」と題する心理教育クラスを立案し実施した。

このクラスは、彼らが生活の中で人種差別を経験した諸状況を検討し合い、

困難に対処する効果的な戦略をブレーンストーミングの方法で考え合う、などのミーティングで構成されていた。自らの心理的問題に実践的な解決をみつけるには能力不足とみなされてきた患者たちが、この会合によって集団的なサポートとパワーを得るようになった。

次の段階として、このグループは、コミュニティの政治プロセスに参加しようと様々な方略を計画し実行した。地域の精神保健と重い精神病患者へのサービス拡大の必要性などの問題について地域官僚と議論するために、グループ代表を選出した。このプロジェクトは、主に、地元と州の精神保健サービス予算縮小に反対して展開されたものである。

クライエントたちは公選された役職者らと会っただけでなく、州議会議員が地域の精神保健サービス予算縮小の影響を理解するようにと、立州議会の公聴会で何度か証言した。彼らが援助を必要とするときは、精神保健センターのカウンセラーの一人が助言役（リソースパーソン）として手伝いはしたが、最終的にはクライエントたちが責任を持って活動を計画し実行した。

これらのプロジェクトに参加することによって、クライエントの心理面全体に前向きの変化が起きた。社会的目標と自己評価の感覚が高まり、よい対人関係と問題解決能力が得られ、治療集団仲間との一体感に誇りを持てた、などであった。

3－2　自助グループのイデオロギー

自助組織は、普通そのメンバーがグループの取り組む問題について共通の信条を守ることを求める。Gartner & Riessman（1984）が指摘するように、自助グループのイデオロギーの特徴は、個を超えた関与を求めるところにある。個の超克はメンバーの責任意識を高め、組織に「力と確信」を与える（p. 22）。

自助グループのイデオロギーのもう一つの面は、経験的知識、つまり、ある問題についての生きた知識の尊重である。Borkman（1984）によれば、「経験的知識は、自助グループのほかの人たちの似た経験と関係づけて、各人が自身の経験についてよく考え、それを価値あるものとして信頼するようになる過程の中で培われる」（p. 207）。

組織イデオロギーの特定内容よりも、それがメンバーの結束力として働き、

その成功の源泉と思えることの方が重要である。科学が証明しようとしなかろうと、息の長い自助組織は、新しいメンバーにも容易に理解でき、生涯にわたって希望を与える、首尾一貫した哲学を持っている。

米国の数多い自助組織の中でも、アルコール自助グループ（アルコホーリクス・アノニマス；AA）ほど仲間と信念体系づくりに成功した組織はない（Riordan & Walsh, 1994）。AAのイデオロギーは、各人の回復を導く12のステップと、メンバーに団結感を促す12の伝統にある。前者はAAの初期メンバーの経験に基づいており、Borkmanの経験的知識と合致する。12のステップは次のようである。

(1) 私たちはアルコールに対し無力であり、思い通りに生きていけなくなっていたことを認めた。
(2) 自分を超えた大きな力が、私たちを健康な心に戻してくれると信じるようになった。
(3) 私たちの意志と生き方を、自分なりに理解した神の配慮にゆだねる決心をした。
(4) 恐れずに、徹底して、自分自身の棚卸しを行い、それを表に作った。
(5) 神に対し、自分に対し、そしてもう一人の人に対して、自分の過ちの本質をありのままに認めた。
(6) こうした性格上の欠点全部を、神に取り除いてもらう準備がすべて整った。
(7) 私たちの短所を取り除いて下さいと、謙虚に神に求めた。
(8) 私たちが傷つけたすべての人の表を作り、その人たち全員に進んで埋め合わせをしようとする気持ちになった。
(9) その人たちやほかの人を傷つけない限り、機会あるたびに、その人たちに直接埋め合わせをした。
(10) 自分自身の棚卸しを続け、間違ったときは直ちにそれを認めた。
(11) 祈りと黙想を通して、自分なりに理解した神との意識的な触れ合いを深め、神の意志を知ることと、それを実践する力だけを求めた。
(12) これらのステップを経た結果、私たちは霊的に目覚め、このメッセー

ジをアルコホーリクに伝え、そして私たちのすべてのことにこの原理を実行しようと努力した。

（AAワールドサービス社の許可のもとに再録）

この12ステップは長期にわたる回復にクライエントを導くためのものであり、ほかの集団にも適用されてきた。Al-Anon, Alateen, Narcotics Anonymous, Families Anonymous そして、Overeaters Anonymousである（Bristow-Braitman, 1995）。

また、AAが自助グループ組織として統一と結束を守るための12の伝統は、次のようである。

(1) 優先されなければならないのは、全体の福利である。個人の回復はAAの一体性にかかっている。
(2) 私たちのグループの目的のための最高の権威はただ一つ、グループの良心のなかに自分を現される、愛の神である。私たちのリーダーは奉仕を任されたしもべであって、支配はしない。
(3) AAのメンバーになるために必要なことはただ一つ、飲酒をやめたいという願いだけである。
(4) 各グループの主体性は、他のグループまたはAA全体に影響を及ぼす事柄を除いて、尊重されるべきである。
(5) 各グループの本来の目的はただ一つ、いま苦しんでいるアルコホーリクにメッセージを運ぶことである。
(6) AAグループはどのような関連施設や外部の事業にも、その活動を支持したり、資金を提供したり、AAの名前を貸したりすべきではない。金銭や財産、名声によって、私たちがAAの本来の目的から外れてしまわないようにするためである。
(7) すべてのAAグループは、外部からの寄付を辞退して、完全に自立すべきである。
(8) アルコホーリクス・アノニマスは、あくまでも職業化されずアマチュアでなければならない。ただ、サービスセンターのようなところで

は、専従の職員を雇うことができる。

(9) AAそのものは決して組織化されるべきではない。だがグループやメンバーに対して直接責任を担うサービス機関や委員会を設けることはできる。

(10) アルコホーリクス・アノニマスは、外部の問題に意見を持たない。したがって、AAの名前は決して公の論争では引き合いに出されない。

(11) 私たちの広報活動は、宣伝よりもひきつける魅力に基づくものであり、活字、電波、映像の分野では、私たちはつねに個人名を伏せる必要がある。

(12) 無名であることは、私たちの伝統全体の霊的な基礎である。それは各個人よりも原理を優先すべきことを、つねに私たちに思い起こさせるものである。

(AAワールドサービス社の許可のもとに再録)

12の伝統は、AAが自助組織として団結を維持するのを助けてきた。数十年も前からAAは、外部資金への依存、他機関との協力、個人への服従などについての誤りをすることなく発達してきた。AAは、各グループの自律と、組織全体の共通目的とを同時に備えることに成功してきた (Le, Ingvarson, & Page, 1995)。

3－3　自助グループにおける相互支援

人々が自助グループに加わる理由の多くは、社会的支援（ソーシャルサポート）を求めるためである。自身の社会的支援ネットワークが欠けていると思いつつ、個人的心理治療中心の伝統的カウンセリングに魅力を感じることができなくなった人々である。

専門的援助を求める人でさえ、家族、友人などから十分な援助が得られず、問題の存在を否定されたりさえする。こうした対応のまずさは、心身の健康問題への理解が乏しいことを示しており、結局放置のままか、かえって悪い結果に行き着いてしまう。こうして家族と友人たちは、わざとではないが、その人に精神疾患者というスティグマ（汚名）を着せてしまう。

援助が無いことと非意図的なスティグマ化とは微妙な、時には明瞭な問題を生ずる。Borkman（1984）は、ある心身の問題のためにレッテルを貼られた人に対して人々がどのように反応するかを描写して、それをスティグマ化反応と呼んだ。それは、問題の無視、否定、あるいは問題の過小視などの行動である。状況を操作して問題を持つ人を守りスティグマ化を避けたり、個人をステレオタイプ化したり、不安・恥・不快に悩む人との交流をすること、などがある。カウンセラーは、普通の支援システムがクライエントのニーズに対応できないと知ったときには、自助グループのようなほかの選択肢を強く勧める。

実際に、ある問題に取り組む人は、その問題を理解する人々と共に相互に支持的な関係を作ることから利益を得ることができる。自助グループは日常の中ではみつけにくい、情緒的・社会的支援の機会を提供する。心身の健康に問題のある人々の場合、このニーズは特に重要である。相互自助グループへの参加は、クライエントに恐怖ともがき苦しみの中で孤独ではないことを教え、同時に、試練に前向きに立ち向かう他者と出会わせることによって、希望をその心に染み込ませる。米国にある健康関連の自助グループのリストは、一部だが次の通りである。(p. 226)

Alcoholics Anonymous（アルコホーリクス・アノニマス）
AMEND（新生児の死を経験した母親のための援助）
American Schizophrenic Association（アメリカ総合失調症の会）
Association for Children with Learning Disabilities（学習障害児の会）
Candlelighters（ガンの子どもの親への援助）
The Compassionate Friends（子どもを失った親への援助）
Daughters United（近親相姦の犠牲者であった若い女性への援助）
DES-Watch（DES（流産防止薬）薬害被害女性とその子どものための会）
Emotions　Anonymous（感情に問題のある人々への12ステップのプログラム）
Epilepsy Foundation（脳性マヒ基金）
Families Anonymous（家庭問題へのプログラム）
Gamblers Anonymous（ギャンブル依存者へのプログラム）

Gay Men's Health Crisis（AIDSを心配しているゲイのための援助）
Gray Panthers（老人解放の会）
Heart to Heart（心臓に問題を抱える人を一人ひとり訪ねるプログラム）
Juvenile Diabetes Foundation（子どもの糖尿病の会）
La Leche League（母乳育児連盟）
Make Today Count（ガンを抱える人々とその家族への援助）
Muscular Dystrophy Association（筋ジストロフィの会）
Narcotics Anonymous（麻薬中毒者の会）
National Alliance for the Mentally Ill（全米精神病者の会）
National Association for Retarded Citizens（知能障害の市民の会）
National Federation of the Blind（全米視覚障害者の会）
National Foundation for Sudden Infant Death（乳児の突然死の会）
National Gay and Lesbian Task Force（全米ゲイとレズビアンの公民権運動）
National Society for Autistic Children（全米自閉症の会）
Neurotics Anonymous（神経症患者のプログラム）
Overeaters Anonymous（過食症の人のためのプログラム）
Parents Anonymous（子ども虐待を防ぐプログラム）
Parents of Premature and Hight Risk Infants（早産とハイリスク乳児の親の会）
Parents of Stillborns（死産の親の会）
Parents without Partners（一人親の会）
Reach to Recover（乳房切除を経験した女性への援助）
Recovery, Inc.（精神病患者の回復プログラム）（p. 306 参照）
Resolve, Inc.（不妊の人々への援助）
Sisterhood of Black Single Mothers Share（乳幼児を亡くした親への援助）
Smokenders（禁煙者の会）
Theos Foundation（未亡人とその家族への援助）
United Cerebral Palsy（脳性マヒの会）
Widowed Persons（パートナーに死別された人の会）

このリストの長さ（しかも一部）は、自助グループが社会に浸透していることを示している。皮肉にも、提供するサービスの重要さゆえに、自助グループは社会に認められるようになった。相互援助を目指す組織では、人々はエンパワーメント感覚を経験できる。McWhirter（1994）は、エンパワーメントを、人々が(a)「生活の中で力のダイナミックスに気づき」、(b)「生活の中で合理的なコントロールのスキルと能力を伸ばし」、(c)「実行する」もので、(d)「他者の権利を侵すことなしに、コミュニティにおける他者のエンパワーメントを活動の中で援助する」多面的な過程と記述している（p. 12）。

先に述べた自助組織はそれぞれ多かれ少なかれ、エンパワーメントのそうした諸側面に取り組んでいる。それによって、現在精神保健上の問題を経験しているか、その恐れのある人々をエンパワーする。エンパワーメント過程の中心は、クライエントが自身と似た問題を抱える他の人を助ける意欲と能力である（McWhirter, 1994）。Reiessman（1985）は、次のように述べている。

> 人々が自身を助けるとき…彼らは力づけられると感じ、生活のある面を統御できるようになる。…エンパワーメントは、エネルギー・意欲・援助を広げ、自身を助け援助を受ける以上の力を生じるものへと拡大する。さらに、この自助に基づくエンパワーメントは、重要な政治的な意味を持っている。というのは、人々が的確なやり方で生活諸場面に対処できるとき、身につけたスキルと前向きの感情はどんどん広がっていき、生活のほかの場面でも対処できるように彼らを力づけるからである（pp. 2-3）。

3－4　自助と政治活動：障害者の権利

Ife（1996）は、自助グループは伝統的に非政治的な存在であり、社会の改善よりも、人の力を強くすることに重点を置く、としている。しかし、いくつかの組織は政治的色彩が濃く、メンバーが育んだ力（パワー）とコンピテンスはもっと大きな問題に影響を及ぼし得る。

研究者たちは、政治的・社会的行動戦略を含むアドボカシー（権利擁護）サービスからクライエントが受ける多くの利点について記している（Albee, Joffe, & Dusenbury, 1988 ; D'Andrea, 1994 ; Lewis & Bradley, 2000）。これらの

サービスは、エンパワーメント過程の自然な前進の現れである。クライエントとカウンセラーが環境条件が心理的健康と幸福にとって大きい意味をもつことを理解しているときにこそ、その効用を発揮する。

こうしてアドボカシー活動の狙いは、クライエントが問題の外的要因を発見するのを助けることである。カウンセラーがアドボカシーサービスを用いるとき、クライエントの生活に影響を与える広い範囲にわたって支援に取り組むことになる。つまり、カウンセラーは自助グループのメンバーが抱える問題に、マスメディアが悪いイメージを着せるやり方に対して、クライエントが批判することを支援する。カウンセラーはまた、クライエントが伝統的援助パラダイムに対して持つ批判も支持する（第1章参照）。これらすべての基礎にあるのは自助の精神であって、外部のエリート専門家の見方に過度に依存し従うのでなく、参加者たちが生来持つ強さを重要視することである（Arredondo & Lewis, 2001 ; Lewis & Bradley, 2000）。

自立生活センター（The Center for Independent Living ; CIL）は、1972年創設の障害者による障害者のための組織で、この自助精神のよい実例である。障害者の権利擁護運動として、「障害者に何が一番必要かを知っているのは障害者である」をスローガンに、視覚障害者・肢体不自由者の援助サービスと、障害者の権利擁護とを目的に、カリフォルニア州バークレーで創始された。CILのパンフレットは、パイオニア的な自分たちの組織について次のように伝えている。

> CILは、障害者による障害者のためのNPO（非営利団体）である。隔離された費用のかかる施設や家族への依存を離れて、独立した生活をしたいと願う障害者の小さなグループによって、1972年バークレーで創始された。カリフォルニア大学バークレー校と私立の財団からまず基金を得、続いて試行とモデルの両プログラムに政府の補助金を得たが、それまでにないことだった。CILはすべてのタイプの障害者のための国の先進的アドボケート（擁護者）として、めざましく成長した。障害者支援運動の先駆者としてCILは、施設のドアの中や、似たような従属的な状況に閉じ込められてきた多くの障害者にチャンスと希望を与えた。障害者は全国から集ま

り、彼らの状況を大きく変える上部団体となった。

1970年代後半までに、障害者が歩きやすいように歩道の縁石を滑らかにして、段差をなくすなど、あらゆる場で障壁が取り払われた。教室、職場、交通機関、家屋などで、ドアはチャンスに向けて大きく開かれた。何千人もの障害者とその家族にとってこれらの変化は、税金のむだである不必要に閉じこめられた状態から、税金を支払う生産的なメンバーとして社会に完全参加していくこととの違いを、世界に示した。CILとたくさんの人々の努力のおかげで、障害者は、生徒たち、あらゆる種類の会社の従業員たち、バスと地下鉄（BART）の通勤者たちと共に、また、あらゆる種類の社会活動と余暇活動において、それぞれ正当な地位を得、自立してその能力を示すことができるようになった。CILのスタッフ自体が主に障害者であり、自立した生き方を求める障害者にとって有益な役割モデルとなっている。CILのおかげで、200を超えるCILのような組織が世界中で活躍している（Center for Independent Living, n. d., p. 1）。

CILは、コミュニティで自立して生活するクライエントを助けるためのプログラムを複数提供している。どのサービスも基金の関係で一定期間の提供だが、CILの基本的プログラムは次の通りである。

- 介護紹介（アテンダントリファー）：自立して生活するには特定の家事と個人的ケアを必要とする障害者、高齢者のために、適切な介護者の面接と紹介。
- 経済医療等のカウンセリング：障害者のカウンセリング、教育、そして医療給付金、そのほかを受け取れるようにする代理業務。
- 視覚障害者へのサービス：移動と場所のガイド、朗読者紹介、本のテープ録音の認可、カウンセリング、情報、視覚障害者のための紹介サービス、高齢視覚障害者の特別アウトリーチ援助。
- 聴覚障害者へのサービス：ピアカウンセリング、様々な紹介、聴覚障害者がCILのどのサービスでも受けられるアクセス。
- 住宅部門：障害者と高齢のクライエントのために、アクセスしやすい手

頃な価格の住宅探しと確保、段差をなくす傾斜面の扱い、移動問題へのコンサルテーション。

- 精神障害者のための自立生活スキル支援クラス：家の改装、料理、家計、家庭づくり、栄養、個人のケア、職業計画、社会適応など実用的問題についてのピアカウンセラーによる援助。
- 就労部門：就職のための援助。雇用者とアファーマティブアクション（差別撤廃）の役員を対象に、障害への配慮のためのワークショップを提供。
- 知的障害者自立生活プログラム：知的障害を持つ人々が、自立生活へのスキルを養う訓練とピアカウンセリング。
- ピアカウンセリング：ストレスの多い対人関係問題と社会状況に対処するための個人、グループ、夫婦、家族への援助。
- 若者のためのプログラム：障害青年とその家族が、できるだけ早く依存的生活から自立した生活に移れるよう援助するプログラム。学校での心理教育訓練も含む。
- 車椅子修理：車椅子サービスと修理、部品販売、肢体不自由者のための器具購入の助言の提供。

重要なことだが、CILの直接的サービスは、アドボカシーの文脈内で提供されている。この組織のスタッフは、自立生活ができるかどうかは単に障害者の能力と心構えによるのではなく、彼らをコミュニティに受け入れるために環境がどれくらい整っているかにかかっている、と考える。こうしてCILのメンバーは、1972年の結成以来地元であるカリフォルニア州バークレー市において、さらに全国で起こった変化を誇りに思っている。CILの理事長は、センターの15周年に当たって次のように書いている。

> 15年前にはバークレーでは、重度の障害者は介護ホームと施設で暮らしていました。その頃に障害者たちは、同じような状況下にある人は皆なコミュニティの中で生きるべきであり、それが可能であるという、考えと夢と未来図を持っていました。15年前、障害者たちはバークレーの通り

で、市に対して道路の縁石をスロープにするよう抗議しなければなりませんでした。15年前、障害児の両親は、公立学校でわが子が障害を持たない子らと共に公教育を受ける権利のために、闘わなければなりませんでした。10年前、100人を超える障害者が、彼らの公民権がリハビリテーション法504条としてジミー・カーター大統領によってサインされるまで、100日以上も連邦ビルの前に座り続けました。ちょうどこの10年の間、障害者たちは、バスに乗降用リフトをつけさせ、地下鉄（BART）をもっと使いやすくするために闘ってきました。CILと自立生活運動の結果として……障害者は施設ではなくコミュニティで生きるべきだ、という哲学を打ち立てたのです。（Winter, 1986, p. 1）

練習問題6.1

クライエントに自助グループを紹介する前の倫理的責任について

コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、自助グループが、この社会における多様なクライエント集団の人々の心理的健康と幸福を促進する重要な資源であると認識している。コミュニティカウンセリングの枠組は、精神保健従事者が人々を(a)クライエントのニーズに焦点を合わせ、(b)クライエントのエンパワーメントを実現するような自助グループと結びつけるよう勧めている。だが、カウンセラーはその実行に当たって、強い倫理的責任とプロの自覚を持っていなければならない。それによってカウンセラーは、(a)クライエントに参加を考えてもらいたい自助グループについて情報を提供し、(b)自助グループが共通して行っている一般的なやり方について話す時間を取ることが必要である。

この章では、クライエントが自助グループの一員になることによって経験する大きな利点について、あなたの理解が深まるための情報を提供してきた。自助グループへの参加によって人々が共通に経験する利点について論ずるとき、あなたはこの知識を用いることができる。しかし、クライエントに特定の自助グループへの参加を考えてみるよう勧めるとき、そのグループについて別のタ

イプの情報を提供することも大切である。それによってクライエントは、参加するかしないか、知識に基づいた賢明な選択をすることができるからである。これは、(a)自助グループの特定の目的と目標、(b)自助グループが活動する時間と場所、(c)自助グループが設けているメンバーの参加基準、(d)自助グループがメンバーのニーズに取り組む際の基本方式についての情報提供であり、どれも怠ってはならない。

これを心において、あなたが関わるかもしれないクライエント、自助グループへの参加で利益を得るクライエントについて考えてほしい。これまでに出会ったクライエントを紹介するのに適切な自助グループについて考えるとき、313—314ページに載せた自助組織のリストを参考にするとよい。参加することによってクライエントに利益があると思われる、少なくとも3つの自助組織を選びなさい。そして、コミュニティにあるこれら組織の人と連絡を取って、その組織についてインタビューする時間をもらおう。インタビューは電話でも直接対面してもよい。その目的はあなたが、クライエントの心理的健康と個人的エンパワーメントを助けるコミュニティ内の資源について深い知識を得て、専門家としての能力を高めることである。こうしたインタビューをするとき、あなたは次のような質問をしたくなるだろう。

(1) 貴団体の全般的な目的と目標は何か。
(2) 貴団体に参加できる基準は何か。
(3) 自助グループに参加する人が、参加に当たって求められる責任は何か。
(4) 参加に伴うコストはあるか。あるならどんなことか。
(5) このグループへの参加によって通常経験する心理的な恩恵と問題は何か。
(6) 通常どのようにして貴組織へ紹介されるのか。

これらのインタビューは、コミュニティに現在ある自助組織についての価値ある情報を提供する。カウンセラーがその組織がどのように運営されているのか直接的に知ることも非常に有用である。この重要性も踏まえて我々は学生た

ちに、今学期中少なくとも一つの自助グループの会議に出席することを求めた。それによって、我々は、(a)自助グループが運営される仕方について多くの新しい見通しが得られ、(b)学生たちが、自助グループの運営についてクライエントに説明するときに専門的な自信を感じることができ、そうした機会が与えられたことに価値を見出していることを知った。

この領域であなたの全体的な能力を伸ばすために、コミュニティの中にある自助グループの会議に出席する予定を立てよう。その有用性、グループ構成、信頼性を考えると、優れた自助組織のあり方を学ぶために、まずはAAグループミーティングに参加を考えるだろう。しかし自助グループをコミュニティで後援するほかの組織でもよい。

あなたがコミュニティで面接をし、自助グループミーティングに参加したら、次は進んでロールプレイの相手をしてくれる人を探してみよう。あなたがカウンセラー役を、相手はあなたが学んだ自助組織の一つに参加して利益を得たクライエントの役をやる。このロールプレイには、3つの目的があることを心に留めなさい。第一にそれは、あなたがコミュニティのある自助グループにクライエントを上手に紹介するのに必要な、コミュニケーション能力を増すように作ってある。第二に、このロールプレイをすることによって、あなたが参加した自助グループのミーティングに関するあなたの経験と観察を論ずる能力を鍛える機会を得る。第三に、このロールプレイは、クライエントを専門的・倫理的な仕方で自助グループに紹介する際のあなたの自信を増すために行われる。

ロールプレイを終えたとき、クライエント役の人に、次のような質問をしてみよう。

(1) このロールプレイについてあなたが全体的に考えたこと、感じたことは何か。
(2) このロールプレイに参加した結果として、自助グループに参加する可能性についてどう感じたか。
(3) このロールプレイの長所は何か。
(4) 今後この種の対話を改善するにはどんなことができると考えるか。

この練習問題をやり終えたことによって、自分の強さと長所を知ると同時に、あなたの次のような能力を伸ばすために何ができるかが分かってくるはずである。

(1) 自助組織に関する特定の情報を提供すること。
(2) 自助グループミーティングへの出席についての考えと感情を心地よく伝えること。
(3) 自助グループへの参加によって利益を得られそうだと考えるクライエントに、自信を持ってそのグループの活用を勧めること。

3－5 自助とボランティア精神

ボランティアは、クライエント母集団とコミュニティの間の貴重な架け橋となることができる。かつては問題を扱える専門家の数が少ないために必要になると見られていた。しかし今や、コミュニティの人々に利益となる資源であることがますます明らかになっている。ボランティアは、個人として関われる深さや取り組みの新鮮さがある。また、有給の人ではまねのできないようなコミュニティとのつながりの面でも、大切な存在になってきている。

ボランティア精神は、伝統的に恵まれない人を援助することを意味する。この定義では、ボランティアと援助される人との間の距離は、その人と精神保健専門家の距離と同じくらい大きいことになる。しかし誰がボランティアとなることができるのか、ボランティアは何をするのか、についての考え方は、この20年の間に著しく広がってきた。

先駆者によってカウンセラーは、ボランティア精神と自助努力との間にある肯定的なつながりを認識するようになった。これに関してWilson（1976）は、「ボランティアは、すでに特権を持っている人だけの特権ではなく、すべての人の権利のため、例えばマイノリティ、若者、高齢者、障害者、肉体労働者、ビジネスマン、社会的に不利な人たちのための存在でなければならない」と指

摘した（p. 118）。エンパワーメントの初期の提唱者としてCull & Hardy（1974）は、ボランティアは「『してあげる』という考え方から、『共にする』、『自助ために助ける』へと」移行すべきだ、と記している。

この方針は、ボランティアが社会的に価値が低められた人々と共に働くとき、特に重要である。そうした人々は実際に自らを助けることができるからだ。しかし、ボランティアは次のことをすることによって、おとしめられた母集団の人々を、大きなコミュニティへと結びつける重要な役割を果たすことができる。

(1) 除外された人々とコミュニティ全体の間の双方向のコミュニケーションを促す。
(2) グループが取り組んでいる特定の問題に光を当てる。
(3) 価値が低められた人々のエンパワーメントに必要なプログラムを作り、変化を促すようコミュニティ支援を動員する。

そのようなプログラムが、ボランティアと彼らが助ける人々とが、共に働き共に成長し共に学ぶことの重要性を強調するとき、エンパワーメント過程が育成される。この倫理を心に留めて、最良のボランティアプログラムは、グループの活動に取って代わるのではなく、それを補足するものなのである。このボランティア精神の原理について、1972年にWolfensbergerは、発達障害のある成人とボランティアが共に旅行するという3日間コースを例として、次のように述べている。

> 精神遅滞でない人は、自分たちは精神遅滞の人の教師であり、遅滞者は生徒だ、と思いがちである。ところが目的地に着くとすぐ全参加者は、皆のための共通コースに参加していることに気づく。旅行者として新しい体験と新しい人々に出会うことを通して、彼らは学び、向上してゆく。この3日間の旅に参加した全員は、週末に必要なものと活動、つまり食事、買物、観光、娯楽などの予算として同じ額のお金が与えられる。彼らが3〜4人の小さな混合グループ（間をおいてそのメンバーが変わる）で町を探

険するとき、彼らは徐々にこの未知の町の生活と財産について学ぶだけでなく、共にいることからも学ぶことができる。公共の交通、様々なレストランの価格ランクを知り、土曜の夜の娯楽になりそうなもの、日曜の朝の散歩にいい面白い場所、などをみつける。

これらの経験に時おり挿入される講義、レポート、話し合いなどの体験を加えて、障害のない人は次第に発達障害の人と共にいるときの適切なあり方について学び、逆もまた同様であった。障害のない人が発達遅滞者のレポート、特に自分たちの態度への彼らの反応のレポートを聴くとき、ボランティアたちは皆自分たちが生徒であり、障害を持つ人が先生であることを体験したのだった（Wolfensberger, 1972, p. 182）。

このようなプログラムにおけるボランティアは、対象の人々を確かに助けるが、同時に、自分のコミュニティに持ち帰ることのできる新しい知識と知見を得る。ボランティアは、スティグマ（汚名）を着せられた人々を力づけると同時に、コミュニティにおけるスティグマ化そのものに反対する努力もすることになるのだ。

ボランティアが矯正の領域で働くときにも、似たことが起こる。彼らは、未成年犯罪者、保護観察中や服役者などとの私的な関係を発展させることにより、犯罪者を援助することができる。前科のある人の就労相談、服役者の個別指導や職業訓練など教育的機会の提供、刑務所内レクリエーションプログラムほかサービス実施を助けること、また服役者の家族に働きかけることもある。

最も重要なのは、ボランティアをする人が、矯正施設をコミュニティの責任と考え、犯罪者をコミュニティ全体の一部として認識することである。つまり、ボランティアは自身の存在を通して、犯罪者とその家族を人間として認めることを通して、犯罪者とコミュニティのつながりを作るのである。こうした態度が広がるなら、矯正のプロセスは慣習的な隔離をやめ、コミュニティ全体が、これまでいわゆる専門家に委ねてきた問題に対して、活動的効果的に取り組み始める。

スティグマ（汚名）を負った人々の問題を解決できる専門家はいない。実に多くの問題がコミュニティの姿勢自体のせいであり、したがって解決の責任も

コミュニティにある。多くの市民がこの責任を認め、それを果たすための自身の役割を模索し始めている。

効果的なボランティアプログラムを開発しようとする現代の努力は、こうして伝統的なボランティア精神から生まれた。21世紀のボランティア像は、暇な時間を持てあましている人たちではなく、取り残され見逃されてきたどんな仕事でも、きちんと成しとげることのできる人たちである。ボランティアが多くの方法で与え得るものは、専門家が提供できるものと同じほどに貴重である。これらの理由により21世紀のボランティアは、価値についての新しい考え方を求める権利があり、他者の心理的健康増進と共に、コミュニティ全体の幸福を育てる機会提供への権利も持っている。

専門家は、ボランティアが自身のニーズを見極め、それに合う仕事のスタイルと課題を作っていくよう勧めるべきである。ボランティアは、オリエンテーション期間中に直接訓練を受け、次には自身の疑問に答えてもらえるような実習を受けるべきである。学業上の単位を得るか、ヒューマンサービスの職に就いて報酬を得るかはとにかく、ボランティアの仕事によって自身のキャリア（経歴）を高める機会を持つべきである。最も大切なのはカウンセラーが、ボランティアを励ましてその創造性を、コミュニティで彼らが見て取ったニーズに応えるプログラムを作ってその役割を果たすのに活用させることである。

ボランティア精神は自助グループと同様に、クライエントとなるニーズよりもコミュニティのメンバーと共に関与するニーズの方が強い人々のための治療法選択といえる。コミュニティのメンバーが自らを助け互いに助け合うとき、資源は相乗的に増えるのである（Lewis, Lewis, Packard, & Souflee, 2001）。

4　応答的な援助ネットワークの育成

自助グループとボランティアはエンパワーメントプロセスで重要な役割を担うが、ほかのサービス機関、施設からの援助を必要とするクライエントもある。多くのコミュニティで様々な組織がこうした援助を提供しており、その例は次のようなものである。

(1) 心理的問題の治療あるいは予防のための精神保健施設。
(2) 教育施設と宗教施設。
(3) 特定の問題（薬物乱用、法的・医学的問題、家族の対立葛藤、障害、貧困、ホームレスなど）を扱う特定機関。
(4) 特定の人々（女性、ゲイ、レズビアン、子ども、青年、老人など）へのサービスを供給する機関。
(5) 危機と自殺を予防するセンター。
(6) 個人の自立と経済的安定に必要なスキルと機会を与える職業訓練センター。
(7) 現場でサービスを提供する従業員援助プログラム（EAP）。

これらは大小、公式／非公式、政府の援助か慈善事業か自助グループか、と様々である。しかしすべて困難を経験している人々、特に低価値、スティグマ化された集団の人々を援助する。

職業柄他者と共に働く機会の多い場合は、特にこのような援助がしやすいだろう。例えば教師、警察官、福祉職などで雇用者も周囲の人々のニーズに敏感ならば、重要な援助資源として活動できる。

自助グループとつながりを持つこうした人々は、すべてのコミュニティで社会環境の重要な部分となり援助ネットワークを形成する（Brueggemann, 1996 ; Ezell, 2001）。しかし援助ネットワークは、それが当の人々のニーズに敏感に応ずるときにのみ、有用なものとなる。しかも、すべての部分が意図的に目的に沿ってつながったときにのみ、ネットワークと呼ぶことができる。階級（クラス）アドボカシー、コミュニティ訓練、コンサルテーションなどの機構が、敏感な援助ネットワークを形成できる（Ezell, 2001 ; Ife, 1996）。

4－1　クラスアドボカシー

自助の努力はその人の生活統御能力を拡大するが、本当のエンパワーメントは、すでに見たように個人、グループを超えた変化に依存している。特定のニーズを持つ人々の発達を助ける社会的・政治的・経済的環境を作るためには、積極的なアドボカシーの試みが必要である（Brueggemann, 1996）。この

章の前の方で述べたようにアドボカシーは、権利を危険に晒されている人々を代弁する行動のことである。さらに、クラスアドボカシーは、すべてのカテゴリーの人々の権利を守る活動も含んでいる（Lee&Walz, 1998）。

活動へのモチベーション（動機づけ）　コミュニティカウンセリングモデルを用いる実践者は、力の弱い個人や屈従した集団権利を目にしたとき行動を起こす。本来カウンセラーは、虐げられた人々やグループを、自分らを守り得る地点に達するまで力づけ強めるのが望ましい。しかしさしあたっては精神保健専門家たちは、自身を守れない人を守り他者を虐待する人の力を削ぐ活動をすることで、擁護者として活動する必要がある（Toporek, 2000）。

アドボカシーは非人間化と戦うだけでなく、人間化のために積極的に活動する。人々の権利は、単に不当に扱われないこと以上に広大なものである。人々は、自らの創造性と価値を実現する権利、社会が提供するすべての利益を受け取る権利、豊かで多様な選択をする権利を持っている。カウンセラーがこれらの権利を奪われたクライエントに出会ったとき、政策を変えさせるか権力者に責任を取らせるかはとにかく、状況を変えようと努力する。拘束を取り除くだけでなく、チャンスを創り出そうとして戦う。

こうして学校でコミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、子どもが不当に罰されたと聞いたとき学校当局に立ち向かう。また子どもたちが養育的で活気に満ちた環境で学習する機会を奪われたとき、権威に立ち向かう。同様に彼らは、施設職員によって尊厳を傷つけられたクライエントに出会ったときはその職員に立ち向かい、クライエントがパワーと幸福感を増すサービスを受ける権利のために戦う。さらに精神保健施設でプライバシー権を否定された人に出会ったときは、その権利を守るためにコミュニティカウンセリングモデルにあるクラスアドボカシーサービスを用いる。同時に彼らは、心地よく刺激のある環境で暮らすクライエントの権利が認められるよう、努力する。

本当はアドボカシーは目下の危機ではなく、潜在する問題に敏感になることで動機づけられるのが理想である。つまり予防アドボカシーである。これを用いるカウンセラーは、クライエントが苦しむ前に、その権利と機会を奪うであ

ろう状況を認知して、環境を変化させようと行動する。人々が環境面で援助できそうなニーズを持っていたり、その自由と尊厳を守るために支援が必要とカウンセラーが考える場合、このようなアドボカシーは頻繁に行われる。心身の健康に危険があると考えられ、社会的地位が低い、主流社会の人々と異なるためにスティグマ化されてきた人々などにやがて起こる多大な害は、集団のためのクラスアドボカシーサービスを用いれば、妨ぐことができる。

市民のアドボカシー　幸運にもカウンセラーは、アドボカシーの重みを一人で背負う必要はない。市民アドボカシーの発展によって、たくさんの人々が他者のために働くことが可能となった。この用語を定義したWolfensberger & Zauha（1973）は、市民アドボカシーを次のように述べている。

> 市民アドボカシーとは、道具的能力（日々の生活で実際的な問題を解決する能力を意味する）に障害がある市民や、特別な介入なしでは対処できず放置されたままのニーズを持つ市民の関心を、まるで彼ら自身の問題のように考えられる、成熟し、有能な市民ボランティアのことである（p. 11）。

Brueggemann（1996）は、自助（セルフヘルプ）の努力が政治以前のものからアドボカシー活動へと移行するとき、3つの段階を進むとする。第一段階は、エンパワーメントの感覚（主体形成感覚）が自助の試みに参加した結果、人々に現れ始める。第二段階は、個人と集団の可能性を十分に実現するには、環境要因と取り組むことが重要と理解するにつれて、人々は擁護方略を立て実行し始める。最後に、グループと組織は問題の相互関係をみつけ、コミュニティのほかのグループや組織と連携する。たくさんの人々がストレスを感じているとき、自助グループや市民グループが共通のニーズに取り組んで共に働くことによって、クラスアドボカシーは最もよく機能する（Brueggemann, 1996 ; Lee & Walz, 1998 ; Lewis & Bradley 2000）。

4－2　多文化社会におけるアドボカシー

非白人、非ヨーロッパ系の人々はその伝統的な価値・慣習と相容れない、脅迫的なやり方のカウンセリングと出会うことが多い（Helms & Cook, 1999 ; Herring, 1997)。そこでカウンセラーは、多様な文化・人種・民族的背景からの個々人を助けるために、別の方略に着手した（Locke, 1998 ; Sue et al., 1996)。これを考慮に入れて、多文化カウンセリング理論家たちは、クライエントアドボカシーはこのような人々が選択の幅を広げるサービスである、と記してきた。これにはいくつかの理由がある（Atkinson et al., 1998 ; Chen-Hayes, 2000 ; Herring, 2000)。

第一に、Atkinsonら（1998）が指摘したように、アメリカの主流社会はすべての人種・民族的マイノリティ集団の人々を程度の差はあれ抑圧している。これらのグループの中には、日々の抑圧に対処する能力を身につけた人もあるが、アメリカに最近移住してきた人々は抑圧的状況を低減させる英会話スキルと経済資源が不足している。こうした状況下ではクライエントは、直接的カウンセリングよりもアドボカシーサービスを必要としている（Arredondo & Vasquez, 2000)。

アドボケート（代弁者）としてカウンセラーは、クライエントの代弁をし、抑圧を生じさせている制度的原因に取り組む。カウンセラーは、単に自分が擁護している特定クライエントの代理であるのみではない。コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、この社会で不当な経験をしているすべての人々を、自分の「クライエント」と見る。カウンセラーの専門的役割を拡大して考えることによって、差別されたクライエントに注意を向け、その代弁者になる意欲を高める。特定の問題に対処して代替案を出す共感的なカウンセラーでいるだけでは十分ではない。カウンセラーはクライエントと一緒に、進んで代案を求めて活動すべきであり、これには官僚主義的に扱われていたクライエントのために社会サービス、法、雇用機関と個人的に接触することも含まれる（Atkinson et al., 1998 ; Daniels & D'Andrea, 1996 ; Toporek, 2000)。

有色の人々が経験する問題は、外見が基本となっている場合が多い（D'Andrea et al., 2000 ; Kiselica, 1999 ; Parham, White, & Ajamu, 1999)。そこで援助ネットワークを作る、市民グループの援助を求めるなど、日常のストレス

状況を改善できるように組まれたアドボカシーサービスは、直接的カウンセリングサービスよりも実際的で適切な援助方法といえる（Arredondo & Lewis, 2001 ; Herring, 1997 ; Lewis & Bradley, 2000）。

第二に、ある文化集団は個人的な問題に援助を求めることを恥と考えるので、アドボカシーは選ばれてよい介入法である。例えば調査者たちは、ネイティブアメリカン（先住民族）とアジア系アメリカ人の多くは、問題があっても助けを求めない傾向がある、と述べている。これらの人々は心理的健康が深刻に悪化してようやくカウンセリングに頼るわけだから、放っては置けない（Atkinson et al., 1998 ; Helms & Cook, 1999 ; Herring, 2000）。結果としてカウンセラーは、こうしたクライエントの擁護者として間接的に働く方が、文化を尊重した介入方法として有用で文化を尊重しているといえる。

第三に、見知らぬ人（カウンセラーも）と密に個人的問題に取り組むことへの不安は、多くの人々に共通である。アメリカではほとんどの精神保健従事者がヨーロッパの背景を持つことを思えば、有色の人々は白人より大きな不安を感ずるだろうし、特に社会の主流グループによって差別されてきた歴史があるのだから、いっそうである。この国にまだかなりある民族・人種間の緊張を考えれば、間接的なアドボカシーアプローチは、文化の多様なクライエントにアピールし効果的に介入できると考えられる（Atkinson et al., 1998 ; Lewis & Bradley, 2000）。

第四に、カウンセラーは、クライエントが異なる背景を持っていても、同じ目標を共有するグループと組織間の連携を発展させるように働きかけることによって、多様な集団からのクライエントをエンパワーメントすることができる（Lee & Walz, 1998）。こうした連携づくりは、伝統的カウンセラーもたまに用いることがあるが、コミュニティカウンセリングモデルでは不可欠である。

4－3　連携（コアリション）の構築

連携は、同じ目的で組織が共に働くグループである。結合された資源は、同じ組織がそれぞれ単独で働くよりも大きな効力を持つ（Brueggemann, 1996 ; Ife, 1996）。

各組織は、共通の多様な問題に取り組むために一緒になるが、単一の問題に

取り組むために連携することもある（Brueggemann, 1996；Kahn, 1991）。グループと組織が連携する期間は、取り組む問題ごとに異なる。全国のコミュニティに見られる連携の諸タイプについて、Kahnは次のように述べている。

> 短期の連携は、参加各組織が目下の問題でうまくいくことだけが必要なので、比較的簡単にできる。ある問題で連携することで、普通なら共働が難しい組織同士でも、一緒の活動がしやすくなる。しかし長い目で見れば、たくさんの問題と闘える連携を作って多くの異なる組織を組み入れていくことが必要である（p. 238）。

連携づくりの3段階　コミュニティでほかの精神保健、教育、アドボカシーグループとの連携を計画する際、カウンセラーは次の3段階を憶えておく方がよい。

(1) 計画：計画段階ではカウンセラーは、共通の問題に取り組むために、組織を構成するグループを仕分けなければならない。この仕事は、連携づくりの最初の会議に招かれた団体が、本当にその問題に関心と利害関係を持つかを確かめることも含んでいる。
(2) コンサルテーション：連携づくりは、単に問題を提示して組織メンバーが連携の重要性と価値を認識できるようにするだけでは、十分でない。様々な組織からの代表はほかのグループと連携することがお互いの利益となるやり方について、論じ合わなければならない。これがコンサルテーション（相談・助言）段階である。
(3) 計画と実行：連携づくりプロセスの計画・実施段階では、共通して関心を寄せる問題に関し、個人がどこまで興味と打ち込む気があるかをはっきりさせる。これは重要である。なぜなら、彼らがこの利益ある方略の計画と実行に直接関わっていると感じれば、連携に打ち込む意欲が高まるからである。人間関係の訓練を考えるとカウンセラーは、この計画と実行過程で全参加者をグループの話し合いに巻き込んでうまく進めるという魅力的な仕事のために、十分な準備をする必要がある。

実際に連携全体の成功とは、全メンバーが納得したそれぞれの仕事を持つことである。このオーナー感覚は、各人が(a)自分の意見を表明する機会をもらったとき、(b)自分の見解がほかのメンバーに聞いてもらえて尊重されたと感じたときに、増大する。

連携づくりはカウンセラーが、スティグマ化されたり社会的に無価値とされた人々の幸福（ウェルビーイング）を増す新しい援助ネットワークを発展させ得る新しい方法といえる。しかしカウンセラーは、こうしたネットワーク構築の主目的は、クライエントが責任を持てるエンパワーされた社会構成員になるよう援助することだということを、忘れてはならない（Lewis & Bradley, 2000）。

連携づくりの例　ある成功した連携づくりの努力が、米国西海岸のワシントン州で行われた。発達障害関連の諸団体が、知的、感情、身体に障害のある市民に代わって語ることに焦点を合わせた。1983年、障害問題を抱える様々なグループの代表は、合同の活動を通して彼らの力を増す可能性を探るために話し合った。その結果３つの独立した組織が結成された。

「ワシントン州障害者市民会議」（Washington Assembly for Citizens with Disabilities；WAC）は、議員と政治家に働きかける団体として機能した。「障害者政治活動委員会」は、政治キャンペーンで財政的寄付を募ったり、選挙のために候補者と関わって働いたりした。「発達障害調査情報連合」は調査を行い、障害者に影響する問題の情報を広めた。これら３組織は今も成長し続けており、スティグマ化されたり無価値とされたりした市民のために、お互い協力し補いあっている。

WACは候補者を評価し論点を支持することによって、政治的プロセスに影響を与える。会議はまた、居住権、住宅サービス関連の立法問題に立ち向かい、支持する政治的活動を組織する。

WACの目的は次の通りである。

(1)　発達サービスへのコミュニティ支援の増加。

(2)　発達援助サービスを獲得し維持する政治的プロセスへの市民多数参

加。

(3) 人間サービスシステム援助のための、広範囲な連携の構築。

(4) 包括的サービスシステムの継続的発展のために働くことによって、様々な心的・情緒的・身体的障害を持つ市民へのサービスの質と量を改善する。目的は、(a)健康、人間、法的分野における個人の福利の保護、(b)コミュニティにおける障害を持つ市民のあり方、(c)コミュニティへの参加、(d)能力形成と地位強化の促進、である。

WACは有権者登録と教育、連携構築、議員評価、候補者へのアンケート調査、コミュニティ組織づくり、問題の支援、ホットライン提供、ロビー活動、の州全体ネットワーク作りなどの連携活動によって、目標をやり遂げたのである。会議は、クライエントが日常出合う状況から生じる広範囲の問題に関心を持つ、全州諸団体の代表からなっている。

WACの構造の鍵は、中心のグループ、つまりコミュニティの一部、町、州でコミュニケーションネットワークを作り維持する責任を引き受けた市民たちである。コミュニケーションネットワークは、メンバーに情報を共有させ、目標に向かって市民を団結させる、したがってどんな連携にも不可欠なものである。

こうして中心グループは、親たち、消費者、サービス提供者、専門家、地域のアドボカシーグループを結びつけて連携の行動計画を立て、実行を助ける。また多様な集団の人々の力が育つような構造を作り、彼らが地域の重要問題について会議での討論に貢献できる手段を与える。さらに中心グループは、会議と州全域にわたる諸組織が地域の市民を動員して政治家に働きかけることができるようにする。

州全域に広がる連携の第二の団体は、「障害者政治活動委員会」(Disabilities Political Action Committee ; D-PAC) で、特に選挙プロセスに焦点をあてる。D-PACは、特別教育とヒューマンサービスのための資金援助を支持する候補者に、資金を提供する。組織はまた、ワシントン全州にわたり援助ネットワークを広げるプログラムに有利な法の制定を支持し援助する。

第三に、「発達障害調査情報連合」は、コミュニティと立法行政機関、その

ほか発達障害問題と関わる諸方面へ情報を提供する。情報提供以外にこの連携はどんな政治活動とも関係せず、精神的・情緒的・身体的障害を持つ人々への特別教育と人間サービスに影響を与える予算そのほかの問題について情報の発信と交換をする、無党派の広場を提供する。連携は州の立法機関と一般人に調査の結果を載せたニューズレターを配ることによって、これを行っている。

これら3種の連携と共に働くことによって、ワシントン州の障害者関係諸組織は自助グループを独自の仕方で力強く支え、ボランティア精神の認識を高め、特別なニーズを持つ人々の権利を守る。過去15年にわたるワシントン州での立法活動の小さな実例は、こうした連携がもたらす効果を示している。次のような成果を持つ多数の法案が通ったのである。

(1) 障害児に利用可能な就学前プログラム。
(2) 幼稚園からの9年間学習援助プログラムの拡充。
(3) 公共教育監督機関内に特別教育局を設置。
(4) 家族支援と家庭サービス供給プログラムへの資金増額。
(5) 障害者への歯科サービスの復活。
(6) 認知・身体的能力に限界がありコミュニティ内で生活し治療を受けている人々が安心して医療を受けられる法案の通過。
(7) コミュニティの住居紹介への資金提供。
(8) これまでサービスを受けていなかった発達障害を持つ成人対象雇用プログラムへの財政支援。
(9) すべての人が居住サービスへの権利を持つことを宣言する居住権法の成立。
(10) 身体、精神、感情に障害を持つ人々への身体的言語的ハラスメント（攻撃）を犯罪とするように州法を改正。
(11) 聾と難聴の人が刑事裁判に関わるとき、資格を持つ通訳をつけることを保証する法案。
(12) 公共費による適切なテレコミュニケーション装置の提供。
(13) クライエントの記録が調査目的に使用されたときのプライバシー保護。
(14) クライエントとその家族が、制限の少ない資金給付つきで代替的プロ

グラムを彼ら自身のために計画し所有できる権利の樹立
(Washington Assembly for Citizens with Disabilities, 1995)。

ワシントン州での連携によって支援された法律は、人々のニーズに対する敏感さで際立っている。あらゆる政治のレベルで、援助ネットワークに影響を及ぼす政策は、責任がはっきりし、よく調整され、慎重に計画されたものでなければならないのである。

4－4　コミュニティに根ざした計画

どのコミュニティでも援助ネットワークの効果は、それを計画するときに人々が取ったケア活動に依存する。責任がはっきりし、よく組織された援助ネットワークは、次の諸特性を共有する。

(1) サービスを与える側と受ける側の双方が、積極的にそのプログラムを計画し、評価する。伝統的な援助方法を用いる場合は、機関や施設はどんなサービスを提供するか計画し、そのシステムに合わせて特定の役割を担う働き手を雇う。敏感な援助ネットワークはコミュニティに基づいて計画を立てることが多く、したがって全レベルのワーカーは、常にコミュニティのニーズを評価してそれに合うプログラムを作ろうとし続ける。そのためコミュニティでの計画立案は流動的過程となり、始めと終わりもはっきりしない。ワーカーやコミュニティメンバーがある特定のプログラムを必要と考えたとき、彼らは現存する技術と資源を使って、新しいプログラムや新しい位置づけを創り出す。実際にそのサービスを利用する人々によるサービスの継続的な評価は、小さな機関では最も効果的である。というのは、そのような機関はコミュニティ規模の計画を左右する力と資源に欠けており、目的に合う別の方法を必要とするからである。

(2) 協力的な援助ネットワークでは、諸機関は共に働く。小さな機関ではワーカーとコミュニティメンバーは、オーナー感覚、つまり機関が自

分たちに所属していると感じる。また機関が小さいと、メンバーが機関のプログラム計画に参加していると感ずる機会が多くなる。しかしすべてのコミュニティは、中心となる計画を求めている。というのはほぼすべてのコミュニティで資源に限界があり、優先順位に従ってそれを分配しなければならないからである。協力的なネットワークなしでは、機関はただお互いに限られた資金をめぐって争っているだけになりかねない。しかし連携すれば、コミュニティサービス間の違いが分かり、適切に合同プログラムを計画し、貴重な資源を共有できる。最も重要なのは、機関が協働して政府と既成の社会計画機関の決定に影響を与え得る、という点である。そのときこそ、実際にサービスを提供する人々がコミュニティの計画に参加できるのである。

(3) ネットワークは、進行中の計画を推進し、その過程でワーカーとコミュニティメンバーの連携組織を持つ。もし援助ネットワークのメンバーが計画過程で適切に代表に選ばれたとしたら、彼らは組織やグループの人々にコミュニティのニーズと使える資源の変化を見守るよう頼み、継続的で安定した構造に拠ることができるに違いない。そうした機関の利点は次のようである。(a)ネットワークメンバーはコミュニティのほかのグループと従来通りの関係を維持できる。(b)計画は続行可能で発展的であり、反動的限定的ではない。(c)援助は必要なときすぐ動員できる。このような継続するグループは、問題が起こるとすぐ認識し、法律の改変によって前向きな変化が起こると考え、変化を促進するために協調して努力する。効果的コミュニケーションを維持する限り、協働グループは必要なとき関係する機関を呼び出して、コミュニティ変化の情報を提供することができる。

(4) 援助ネットワークは、特定の問題に対応する構造を持ち、長期計画を立てるのと並行して、好機があったりコミュニティに問題が生じたとき集中して対処できるよう、準備を怠らない。ほかのコミュニティグループとの共同・連携によってネットワークメンバーは、問題や機会

に合同で働きかけ得る体制を作る。そうした活動は、グループ間で定期的にコミュニケーションするとき最も効果的である。状況が協働計画を必要とするなら、各組織は迅速に連携してうまく仕事を進めることができる。

特定の問題への援助ネットワークの反応を促すもう一つの体制は、それに焦点をあてた調査実施グループで、特定領域でのコミュニティのニーズと資源を効果的に調査できる。深い知識を得て具体的な計画を立て、研究計画をほかのネットワークメンバーと共有できる。この方略は多人数の強み（strength）と少人数の専門性を結合するので、特に効果的である。

(5) 援助ネットワークに含まれる在来型の計画機関は広範囲の参加者に開かれており、したがってその機関でワーカーはボランティアも含めて、これまでと同じ働きをするのではなく、常に情報と意見を交換し合うことになる。こうした交換は、計画機関が開かれていて多様なコミュニティグループの人々が参加しているときに、最も効果的である。こうして計画が成功するには、直接のサービス機関だけでなく資金分配機関までを含む広範囲なコミュニティの参加が、必要なのである。結局コミュニティは、財政的決定に際して最優先の事柄を実施する。

(6) 政府機関、社会計画機関、直接サービス機関とコミュニケーショングループは、継続的に意見交換する。計画は、コミュニティの援助ネットワーク参加者が相互依存して意見を継続的に交換するとき、最も効果的である。しかし人々は自分のグループの使命と哲学を進めたいと強く感じがちなので、この意見の交換は時には、共同的でなく対立的になることがある。したがって計画者は、効果的で妥当なサービス提供という関心の中へ、こうした哲学の違いを溶け込ませる必要がある。

多様な機関と施設がこうしたやり方で協働できるとき、計画は優れ

たものになる。開かれた話し合いを通して参加者は、現実に即してコミュニティのニーズを分析し資源を割り当てることができる。ネットワークは利用可能な資金と物件とワーカーを最大限に生かし、貴重な資源をめぐる争いは減少する。

さらに機関とコミュニティメンバーとは、サービスの二重化ではなく補強し合う、よいプログラムとサービスを計画できる。最も重要なのは、広範囲な計画過程がうまく進んで、ネットワークが当のプログラムとサービスを受ける人々の権利と利益を最優先とすることである。

(7) 受ける人の権利と各機関の個性は、計画過程の全段階で守られる。この間コミュニティ計画の立案者は、人々のニーズとコミュニティの意思両方に敏感であり続ける。計画者は、孤立しているとうっかり誰かの権利を見逃す可能性があり、広い連携の中で計画を立てれば、コミュニティのすべての関心に応じた決定をすることができる。さらに機関は、それがコミュニティに根を持ち続けるのに必要な柔軟さとざっくばらんさを保つ。こうしてコミュニティが変化するにつれて、その援助ネットワークも共に変化する。

最近のアメリカの公立学校における学校—コミュニティ—両親運営システム（マネージメントシステム）の発展と施行は、連携づくり方略が両親とコミュニティメンバーに学校がどのように組織され運営されるべきかについて発言させたよい例である。状況と関係者がどうであろうと、カウンセラーは、人間関係の能力を生かして連携構築プロセスを促すことを求められる。カウンセラーがどの程度、促進できるかは、多様な背景と学校、職場、コミュニティでの重要な位置にいる人々を効果的にコンサルテーションできる能力に依存している。

4－5　コンサルテーション（専門家助言）

1960年代から70年代にかけて、カウンセリング理論家たちはコンサルテーションサービスの重要性を強調し始めた（Caplan, 1970；Schein, 1969）。コン

サルテーションの基本的定義は、Caplan（1970）による次のものである。

> 二人の専門家の相互プロセスである。その二人とは、特定分野の専門家であるコンサルタント（助言者）と、他分野の専門能力を必要とし、援助を求めて仕事上の問題で困難を抱えているコンサルティ（相談者）である。(p. 19)

この定義では、コンサルタントの伝統的な役割は治療と問題指向となっている。しかし、その頃以降コンサルタント（助言者）の役割は、もっと活動的・予防的・体系的な考え方へと変わってきた。現代の見方では、コンサルティー（相談者）の特定要因と個人に絞って変化させようとするよりも、KurpiusとFuqua（1993a）がパラダイム転換思考と呼んだ、より広い概念的能力を伸ばすように助けることを重視する。この考え方について、彼らは次のように指摘している。

> パラダイムとは、我々がどんな物の見方をし、見たことの何を信ずるか、であり、現実をどう見るか、の内的基準枠である。Marilyn Ferguson（1980）は、変化と援助のための古いパラダイムは、分離のテーマに従い、過去と未来、原因と結果、心と体のような二者対立の形を取る、とした。Fergusonによれば新しいパラダイムは、協力、参加、対人関係、個人内のつながりなど一体となることを提案する。こうしてコンサルテーションは、すべてを受け入れる介入の専門家ではなく問題の処理装置でもなく、人間的援助と構造的援助を結びつけて、パラダイムが人間と構造両面で成長・発達・望ましい変化を助けもし妨げもするものだと、人々に理解させることを重視する（Kurpius & Fuqua, 1993b, p. 596）。

カウンセラーが人々を援助するのにコンサルテーションを用いるのは、(a)社会でのパラダイム転換をよく理解できる、(b)各自の環境での人々の考え方や行動の仕方にパラダイム転換がどのように影響するかを知る、(c)21世紀へと続くパラダイム変化に照らして人間の発達を促す新しい方略を考える、の3点を

助けるためである。この方法を用いて、カウンセラーは、管理運営者・政策立案者・プログラム計画者が、学校、職場、コミュニティの組織と運営により創造的で広汎なやり方を考えるよう促す。

こうしてコンサルテーションは、どのように学校、職場、コミュニティ環境を人間の可能性を育てるようにできるかを人々が考えられるような援助ができる。この点で成功すれば次は、共同する学校（West & Idol, 1993）や学習する組織（Senge, 1990, 1996）、コミュニティのエンパワーメント（Werner & Tyler, 1993）へと進む。

専門家だけがコンサルテーションに従事するものという考え方とは違って、援助ネットワークの多くのメンバーは、あるときはコンサルタント（助言者）、別のときはコンサルティー（相談者）として活動する。つまり、あるときは同僚を助け、あるときは援助を求める。彼らが演じるのはいつも公式の役割や専門性に頼るのではない。人間行動と発達の特定の諸面についての実践的知識と能力とは連動するとはいえない。一般的にはコンサルテーションの努力は、次の諸点でコミュニティカウンセリングモデルと一致する。

(1) コンサルティ（相談者）が援助を求める：コンサルテーションへの参加は自発的である。相談者が(a)現実の問題、(b)潜在する問題、(c)組織のウェルネスやエンパワーメントを促すチャンスがあると思うとき、それらを扱う能力を持つと思う人の援助を求める（Lewis et al. 2001）。

(2) コンサルタント（助言者）はコンサルティの活動に対して力を持たない：助言者と相談者の関係は、協働的である。相談者はプロセスに参加するかどうか選ぶのと同様に、コンサルタント（助言者）の勧めに従うかどうかを考える。目下の問題解決とコンサルティ（相談者）のスキルを高めるために両者は一緒に働くが、どの活動や解決法を実行するかを決めるのは、コンサルティ（相談者）である（Baker, 2000）。

(3) コンサルテーションプロセスは教育的なものである：コンサルティ（相談者）は当面の状況や長期計画への援助を求めるが、それは組織がメンバーをエンパワーメントする能力を強化することにつながる。

こうしてコンサルタント（助言者）は、2つの方法で組織を改善しようとする。(a)当の問題をどう解決するか、(b)どのように集団の学習と発達を促す環境の潜在力を実現するか、である（Baker, 2000 ; Senge, 1996）。コンサルタントはカウンセラーに、クライエントの特定タイプにどう働きかけるとよいかを学ばせ、特定の問題の扱い方を教える。また組織が現行の政策や規則をどう変えるとよいかを、検討するよう勧める。どちらの場合もコンサルタントは、コンサルティ（相談者）を教育し動機づける（Baker, 2000 ; Lewis et al., 2001）。

(4) **コンサルタント（助言者）は全体的視点を持つ方略を用いる**：効果的であるためにコンサルテーションのプロセスは、コンサルティ（相談者）の感情・態度・価値観を扱わなければならない。この点でコンサルテーション関係はカウンセリングの関係と似ているが、望まれる終結は異なる。コンサルティ（相談者）のパーソナリティは、専門機関、コミュニティ、学校などの組織状況で働く際の効果として扱われ、したがって目的は生活のこの面で当人の効力性を増すことにある（Borders, 2001 : Fukuyama, 2001）。

(5) **コンサルテーションは外的個人、グループ、組織の問題に焦点をあてる**：コンサルテーション過程の長期的な効用は、コンサルティ（相談者）の発達に影響される個人やグループに及ぶ。コンサルティはコンサルテーション過程への参加を通じてたくさんのことを学ぶが、環境とそこにいる他者の発達・幸福に影響を及ぼすために学ぶべきことが決まる（Baker, 2000 ; Baker & Gerler, 2001）。

一般的にコンサルテーションは、コンサルタントとコンサルティ間のコミュニケーションを平等と考える。両者共にコンサルテーションが人々とシステムにどのように前向きの影響を与えるかに焦点をあて、それはカウンセラーがコンサルタントとして、クライエントとコミュニティ機関、学校、ビジネスなどにサービスするのと似ている。

多文化コンサルテーションを考える　カウンセラーがコンサルテーションのプ

ロセスとその潜在的な利益について持つ知識は、過去30年に大いに増加した。しかし専門の文献に出てくるコンサルテーションのモデルは、多文化問題への感受性を欠いていることが多い。Jackson & Hayes (1993) は、「コンサルテーションモデルは人種・民族・文化的多様性の分野で欠ける点がある」と早くから強く主張してきた (p. 144)。

アメリカの文化・人種的多様性が増すにつれてカウンセラーは、そうした多様性がコンサルテーションに及ぼす潜在的な影響について注意しなくてはならない。次に挙げる問題は、Jackson & Hayes (1993, pp. 144-145) からの引用である。

(1) コンサルテーションへの多文化関心の統合は、人種の多様な諸組織がメンバーのニーズ、目標、使命を達成する保証のために必要である。

(2) コンサルタントは、個人、組織、コミュニティが文化の違いを反映する問題と常に闘っていることに注意を払う必要がある。

(3) 文化の多様な状況で働くとき、コンサルタントの全体的な効果は、学校、組織、職場で人々がぶつかる課題と関わって文化・民族的問題をどのように快適に話し合えるかにかかっている。

(4) 特定の文化についてよく知らなくてもコンサルタントは、文化的に多様なコンサルティ (相談者) と働くことができないわけではない。しかしコンサルタントは、文化のダイナミクスがコンサルテーションの相談・助言プロセスにどのように影響するかについて、真剣にかつ積極的に学ばなければならない。この学習はいくらかでも、コンサルタントがコンサルティのニーズと課題を調査する前に進める必要がある。

(5) コンサルタントはコンサルテーション過程のある時点で、抵抗がよく現れることを知っているが、文化的に有能なコンサルタントは、人種的民族的な違いが不注意にこの抵抗と緊張の度を高めることに、特に注意を払うべきである。

(6) コンサルタントは、多様な背景からの人々を含む組織に一般に見られる公式非公式なコミュニケーションパターン、構造、力のダイナミクスの違いを知らなければならない。

要約すると、文化的に有能なコンサルタントは、異なる背景、伝統から来た人々とコンサルティングを行うとき、相手が個人、組織、コミュニティ全体のどれであっても、その文化と真剣に取り組まなければならないことを認識している（Pope-Davis & Coleman, 1997）。

［1］個人のコンサルテーション　援助者のネットワークは、彼ら自身の間で思ったよりたくさんの資源を持っている。援助の専門家はコンサルタント候補として専門家の小さなグループばかり考えるのではなく、援助ネットワークにいる人は誰でも専門知識を共有していると考えるべきである。その結果、協働者同士の相互コンサルテーション、つまり問題の中身とニーズと専門性の深さ次第で、コンサルタントとコンサルティを交代するやり方、すなわちクロスコンサルテーションが妥当となる。

カウンセラーは日常的に、学校の職員、警察官、矯正施設職員、家庭サービス職員など多様なサービス提供者たちを援助している。その一方でそうでない状況が度々起こり、カウンセラーは今度は、これらの職業の人たちにコンサルテーションを求めなければならなくなる。例えば、薬物乱用を扱うカウンセラーは、教育施設ではコンサルタントとして活動し、医師などのヘルスケア提供者からはコンサルティとなる。カウンセラーが教育プログラム作成への援助が必要になり、ヘルスケア提供者が特定のクライエントについての情報を求める場合は、この役割が逆になる。要するに、コンサルテーションを一定の上下関係として考えるべきではないのである。

援助の専門家は、相手に助けを求めるときと助けを与えるときとを見分ける責任がある。さらに相手に進んでコンサルテーションする意欲を示すことによって、カウンセラーはどの援助ネットワークでも重要なつながりを強めるのである。

コンサルテーションは、ほかの援助者を別のサービス場面で援助するという、一対一の共同作業であることが多い（Baker, 2000 ; Brown, 1993）。たいていの場合、この形のコンサルテーションの目的は、相談者がやがて問題と出合うときの対処能力と客観性を高めることである。例えば、コンサルタントはあるクライエント集団のニーズやある行動の予想される効果について、情報をコ

ンサルティと共有することができる。

コンサルタントが孤立状態で問題を解決することはめったになく、どのようにして援助者個人とその機関の効力を長期的に改善するかを常に考えている。コンサルタントは協働者、他機関内同僚の誰と協働するにせよ、(a)コンサルティが問題について調べることを勧め、(b)文化と社会的文脈システムの要因を考えることの重要さを強調し、(c)コンサルティが積極的に代替案を捜すよう励まし、(d)問題解決のための具体的な計画をコンサルティと共に作るべきである。

潜在的なコンサルティが、専門的なヒューマンサービス機関の外にもたくさん存在する。他者と身近に接して力を与えることができる仕事を持つ人は、けっこう多いからである。コンサルテーションはこれら非公式な援助ネットワークのメンバーが、他者への援助を建設的で敏感な方法で行われるように助ける。それはまた、彼らが専門機関に頼らず多くの問題に対処することを可能にする。

例えば、前科者や身体障害者を雇う雇用者は、その人たちとほかの従業員の違いを強調したり、守秘の大切さに気づかないかもしれない。コンサルテーションは、ほかの従業員との類似性の方に気づかせ、違いを尊重することの重要さを理解させるなどによって、雇用者が責任ある道を歩むように助ける。

教師が学習や行動に問題のある子どもと出会う場合も、同様である。コンサルタントと話し合うことによって教師は、子どもに対する自身の態度に気づくようになり、状況への新しい対応を工夫し試み、評価できるようになる。コンサルタントの援助は、普通のクラスで子どもに上手に教えることと、特別教育施設へ送ることの違いに当たるといえる。

警察官は危機にある人と最初に接することが多く、もし状況の心理面について知識を持ち当人と有効にコミュニケートする方法を知っていたら、最も適切な対応ができる。

こうした諸状況ではコンサルタントは、コミュニティメンバーが困難な問題をその周りの状況の中で扱えるよう援助する。コンサルテーションの実践が広がれば、これらの問題の多くは予防できる。

［2］組織のコンサルテーション　対人関係のスキルを持つゆえに、カウンセラーは、個人の能力を伸ばすだけでなく、組織全体を改善するために様々な状況下で、コンサルタントとしての活動を求められることが多い。組織の発展に尽力することでカウンセラーは、システム全体に計画的に変化を起こす手伝いができる。

こうした変化を起こすためにコンサルタントは、組織に自身の課題を評価させ、それと効果的に取り組む計画を立てさせ、計画を始動させる。こうしてコンサルタントは、組織が、(a)利用可能な人的資源を最大限に利用し、(b)組織の様々な人からのインプットを支援し、支持し、(c)必要な変化のために計画し実行する個人の意欲を強化するのを助ける（Beer & Spector, 1993 ; Ife, 1996）。

組織が課題への対処法をみつけるのを助けるために、コンサルタントは次のような様々な介入の組み合わせを試みるコンビネーションにも応じる。それは以下の通りである。

(1) チームづくり、ラボラトリートレーニングやグループダイナミクスの観察、フィードバックなどのようなグループプロセスへの介入。
(2) 紛争解決方略、グループ間対決、合同問題解決など、文化間－グループ間プロセスへの介入。
(3) 個人間、文化間、組織的コミュニケーションのスキルを強化するための訓練プログラム。
(4) 組織の評価データ収集、分析、発表・普及など、調査とフィードバック。
(5) 変化への方略を練るために行動科学技術を用いる、アクションリサーチ（実践研究）による介入。
(6) メンバーの合意に基づく組織構造改善のアドボカシー（Lewis et al., 2001）。

［3］コミュニティのコンサルテーション　カウンセラーは、ほかのグループとの協働によってコミュニティ全体の問題解決能力を改善するコンサルタントとして役に立つことができる。公式のグループ交流段階でのコンサルテーショ

ンは、コミュニティ組織づくりと呼ばれる。Kahn（1991）はその3要素として、地域発展、社会計画、社会活動を挙げている。このように分けることはカウンセラーが、コミュニティの状況に合わせてコンサルテーションをするのに役立つ。

第1に、地域発展では、組織の発展と同様によいコミュニケーションは、共通の関心を持つ人々が共通の価値、ニーズ、興味、動機を見出すのを助ける。ここでコンサルタントは、小さな問題解決グループを作り、グループ間の会合を計画・実行し、異なる文化、人種、民族的背景を持つ人々の間に明白で敬意あるコミュニケーションを育てることによって、このコミュニケーションを促す。

コミュニティの基本的目標が自助とエンパワーメントであると考えて、カウンセラーは、コミュニティメンバーが問題に取り組むとき有効な協働ができる環境にコミュニティがなるように、集中して努力する。カウンセラーはコミュニティの全体にも特定の一部分にも、このやり方を適用できる。この地域発展への取り組みは、次のようなときに用いる。

(1) コミュニティの様々な人々に自助グループづくりを促すため。
(2) コミュニティメンバー個々人への効果的な援助システムと援助ネットワークを作るため。
(3) 目前の問題と長期の問題の両方に創造的な解決をするため。
(4) コミュニティの問題解決能力を強化するため。
(5) コミュニティグループが社会活動をする第一歩として

(Lewis et al, 2001)。

第2に、コミュニティ組織に対し社会計画のための働きかけをするコンサルタントは、コミュニティの中で独特な文化、民族、人種の違いを尊重する合理的なやり方で、問題を解決するよう援助できることを知っている。このやり方に従ってコンサルタントは、調査してデータを集め、その分析に基づいて実質的な提案をする。カウンセラーはコミュニティのニーズ評価、経験的研究、社会心理的システムの知識に基づく意見などが必要なとき、この方法を用いる。

こうした内容重視のコンサルテーションは、次のような状況に適切と考えられる。

(1) コミュニティグループが自分ではっきりした目標を立て、その達成のために技術的援助だけを求めるとき。
(2) 環境の変化がクライエントの幸福（ウェルビーイング）に重要なとき。
(3) 機関の将来計画が調査結果によって影響されるとき。
(4) 計画を後援してくれる人々が、コミュニティに変化を実現するのに必要な力と資源と強い関心を持っているとき。

第3に、社会活動を行うことによって、カウンセラーはコミュニティのあるグループが実際以上に適切な資源と力とを備えるとされていることを認める。社会活動をするコンサルタントは、コンサルテーションの最終目標は力の変化であり、コミュニティのこの部分にこそ自分は説明責任があると考える。そこでコンサルタントは、そのグループにリーダーが育つように働きかけて、コミュニティの社会政治的活動方略を計画し実行するのを助ける。

カウンセラーがこの方法を用いるのは、次の諸理由による。

(1) コミュニティメンバーのニーズに対しコミュニティの応答性と責任性を高めるため。
(2) 個人では社会環境に影響を及ぼすことのできないコミュニティのメンバーたちに、潜在能力と自信（自己評価）を増進するため。
(3) 健康な人間発達を侵害する環境の影響を改善するため。
(4) 地域リーダー育成のため（Ife, 1996 ; Lewis et al., 2001）。

5 要約

間接的クライエントサービスは、ある集団に属する人々のニーズと権利に対して敏感に対応し得る環境を作り出す。独特な身体的、情緒的、心理的特徴を

持ち、特別サービスを必要とする人々は大きなコミュニティによって無価値に扱われ、スティグマ化されることが多い。元々クライエントになること自体が、その依存心と無力感を増して問題を悪化させる可能性がある。

こうしたクライエントに対してコミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、レッテルや問題はクライエント全体のほんの一部に過ぎないと考えて、クライエントの自己卑下をやめさせ、疎外された人々を社会関係の主流に連れ戻し、彼らの力を強めて（エンパワーメント）必要な社会変革のために戦えるようにし、おとしめられた人々のニーズと権利にコミュニティが反応を増すように熱心に努力する。こうした目的を達成するためにカウンセラーは、自助と自主的な努力を励ますと共に、コミュニティの援助ネットワークの応答性と責任性を増すように、働きかける。

自助組織では、共通の問題を抱える人々が出会い、支援し合い援助を提供し合うという助け合いの機会を持つ。自助グループが効果的になる鍵は、各人がほかのメンバーの援助者になれることにかかっている。ヘルパー・セラピー原則に従えば、援助を受けることよりも、援助を与えることの方がその人にとって利益となり得る。

自助組織の効果のもう一つの鍵は、共通のイデオロギーを守ることである。その分かりやすい例として、アルコール・アノニマス（AA）の12ステップと12の伝統がある。12の伝統はAAが自助組織としてまとまるのを助けてきたし、12ステップは各メンバーに回復への指針を与えてきた。また自助グループは、社会的援助を提供して、その個人が本来持つ援助ネットワークにある隙間を埋めることができる。こうした自助組織はエンパワーメント機能を持つので、自助の現象は米国とほかの国々で大きく成長し、重要な社会運動になってきている。

多くの自助努力は、個々のメンバーが自分の生活を統御する能力に焦点をあてるが、中にはメンバーたちが問題の外因に気づくようになったため、強いアドボカシーの要素を発展させているのもある。セルフヘルプとアドボカシーが同時に行われたよい例として、CIL機関による障害者の権利擁護運動がある。

CILは障害者による障害者のための直接的サービスを提供するが、CILのスタッフは、自立した生活が個人の能力、態度と同じほどにその環境によっても

左右されることを知っている。こうしてCILは、障害者の権利擁護の最前線に立ち続けると共に、コミュニティの統合と交通機関、住宅提供などの問題と取り組んできた。

自助とボランティアグループは、コミュニティにおける援助者ネットワークの一部を担っている。さらに援助を必要とするクライエントのために、ほとんどのコミュニティでは、たくさんの個人、機関、組織が援助ネットワークを作っている。したがってコミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、クラスアドボカシー、コミュニティ計画、コンサルテーションなどの方略を通して、この援助ネットワークがクライエントのニーズによりよく応えるように努力している。

さらにクライエントの幸福は、サービス機関同士のネットワークの緊密さに左右される。うまく計画されたサービスネットワークでは、サービスをする人と受ける人の両方が計画立案と評価に関わり、機関の間で仕事の連携が行われ、政府機関、社会計画機関、直接サービス機関、コミュニティグループなどが常に対話し、サービスを受ける人々の権利を守っているのである。

要するに、カウンセラーが援助ネットワークの効果を高めるのに用いることができる最善の手段は、援助ネットワークメンバーに行うコンサルテーション（専門家助言）である。コンサルテーションには、3つの目的がある。個人と組織が問題に対処できるよう援助すること、将来の問題を解決する個人と組織の能力を向上させること、組織内での生活の質を高める新しい方法を生み出すことである。コミュニティカウンセリングの枠組は、カウンセラーが個人、組織、コミュニティのコンサルタントとなり、援助ネットワークがクライエントのニーズに敏感になるよう、様々な方法を用いることを勧める。

練習問題6.2

あなたの仕事の中で間接的クライエントサービスを実施するための方略の発展

この本であなたが考え出した仮説的な機関やプログラムをもう一度考えると（第1章の練習問題1.3参照）、この練習問題はあなたがプログラムの4つの

側面を埋めるように設計されていることが分かる。この側面はクライエントへの広汎な間接的サービス（クライエントアドボカシー、自助グループ、連携づくりなど）を用いて、あなたのクライエントのニーズに敏感な援助ネットワークを作り出す。この章で学んだことを思い返して、あなたの注意を引く特定のクライエント集団や母集団を一つ取り上げてみよう。また、広汎で応答性と責任性の高い援助ネットワークを作り出すのに、あなたが進んで使いたい間接的クライエントサービスについて数分間考えてみよう。それから別紙に、次の質問への答を書いてみよう。

(1) あなたのクライエントが現在利用できる援助ネットワークを拡大させるためには、どんなタイプのクライエントアドボカシーサービスをあなたは始め得るか。
(2) この特定のグループに、どんな自助の形を選ぶべきか。
(3) あなたのクライエントのために広い援助ネットワークを作るとしたら、どんな政治活動戦略を進んで行うか。
(4) あなたのクライエントに様々な援助サービスを進んでしてくれるボランティアを、どのように募集し訓練し維持するかの提案が出せるか。
(5) あなたのクライエントの独自なニーズに、効果的に対応できるような援助ネットワークを育てるには、どんな連携づくりが考えられるか。

（自分の学校やコミュニティについてなるべく具体的に各項目に答えよう）

参考文献

Albee, G. W. (2000). Commentary on prevention and counseling psychology. *The counseling psychologist*, 28, 845–853

Albee, G. W., Joffe, J. M., & Dusenbury, L. A. (1998). *Prevention, powerlessness, and politics : Reading on social change*. Newbury Park, CA : sage.

Alchoholics Anonymous. (2001). *AA fact sheet*. Grand Central Station, NY : Author.

Almond, R. (1974). *The healing community : Dynamics of the therapeutic milieu*.

New York : Jason Aronson

Arredondo, P., & Lewis, J. (2001) Counselor roles for the 21st century. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.). *The handbook of counseling (pp. 257–267).* Thousand Oaks, CA : Sage

Arredondo, P., & Vasquez, L. (2000). Empowerment strategies from Latino/ Latina perspectives. In J. Lewis & L. Bradley (Eds.), *Advocacy in counseling : Counselor, clients, and community* (pp. 45–54). Grensboro, NC : ERIC Counseling and Student Services Clearinghouse.

Atkinson, D. R., Morten, G., & Sue, D. W. (1988). *Counseling American minorities* (5 th ed.). Boston : McGrau–Hill.

Baker, S. B. (2000). *School counseling for the 21st century* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ : Merrill/Prentice Hall.

Baker, S. B., & Gerler, E. R., Jr. (2001). Counseling schools. In D. C. Locke, J. E. Myer, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 289–318). Thousand Oaks, CA : Sage.

Banks, J. A., & McGee Banks, C. A. (Eds.). (1997). *Multicultural education : Issues and perspectives* (3rd ed.). Needham Height, MA : Allyn and Bacon

Beer, M., & Spector, B. (1993). Organizational diagnosis : Its role in organizational learning. *Journal of Counseling and Development*, 43, 642–650.

Borders, L. D. (2001). Counseling supervision : A deliberate educational process. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 417–432). Thousand Oaks, CA : Sage.

Borkman, T. (1984). Mutual self–help groups : Strengthening the selectively unsupportive personal and community networks of their members. In A. Gartner & E. Riessman (Eds.), *The self-help revolution* (pp. 205–216). New York : Human Sciences Press.

Bristow–Braitman, A. (1995). Addiction recovery : Twelve-step programs and cognitive-behavioral psychology. *Journal of Counseling and Development*, 73, 414–418

Brown, D. (1988). Empowerment through advocacy. In D. J. Kurpius & D. Brown

(Eds.), *Handbook of consultation : An intervention for advocacy and outreach* (pp. 5–17). Alexandria, VA : Association for Counselor Education and Supervision.

Brown, D. (1993). Training consultants : A call to action. *Journal of Counseling and Development*, 72. 139–143.

Brueggemann, W. G. (1996). *The practice of macro social work*. Chicago : Nelson-Hall.

Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultatio*n. New York : Basic Books.

Center for Independent Living. (n. d.). Brochure. [Available : Center for Independent Living, 2539 Telegraph Avenue, Berkeley, CA94704]

Chen-Hayes, S. F. (2000). Social justice advocacy with lesbian, bisexual, gay, and transgendered persons. In J. Lewis & L. Bradley (Eds.), *Advocacy in counseling : Counselors clients, and community* (pp. 89–98). Greensboro, NC : ERIC Counseling and Student Services Clearinghouse.

Conyne, R. K. (1987). *Primary preventive counseling : Empowering people and systems*. Muncie, IN : Accelerated Development.

Conyne, R. K. (2000). Prevention in counseling psychology : At long last, has the time come? *The Counseling Psychologist*, 28, 838–844.

Cull, J. G., & Hardy, R. E. (1974). *Volunteerism : An emerging profession*. Springfield, IL : Thomas.

D'Andrea, M. (1994, April). *Creating a vision for our future : The challenges and promise of the counseling profession*. Paper presented at the annual meeting of American Counseling Association, Minneapolis.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1994). The different faces of racism in higher education. *Thought and Action*, 10 (1), 73–90.

D'Andrea, M., &Daniels, J. (2001). Expanding our thinking about white racism : Facing the challenge of multicultural counseling in the 21st century. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 289–310). Newbury Park, CA : Sage.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (In press). *Multicultural counseling : Empowerment strategies for a diverse society.* Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

D'Andrea, M., & Daniels, J., Arredondo, P., Bradford, Ivey, M., Ivey, A. E., Loche, D. C., O'Bryant, B., Parham, T. A., & Sue, D. W. (2001). Fostering organizational changes to realize the revolutionary potential of the multicultural movement : An updated case study. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 222–253). Thousand Oaks, CA : Sage.

Daniels, J., & D'Andrea, M. (1996). MCT theory and ethnocentrism in counseling. In D. W. Sue, A. E. Ivey, & P. B. Pedersen (Eds.), *A theory of multicultural counseling and therapy* (pp. 155–174). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Ezell, M. (2001). *Advocacy in human services.* Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Ferguson, M. (1980). *The aquarian conspiracy*. Los Angels : Tarcher. （松尾弋之（訳）1981　アクエリアン革命：'80年代を変革する「透明の知性」　実業之日本社）

Fukuyama, M. A. (2001). Counseling in colleges and universities. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 319–341). Thousand Oaks, CA : Sage.

Gartner, A., & Riessman, F. (Eds.). (1984). Introduction. In A. Gartner & F. Riessman (Eds.), *The self-help revolution* (pp. 17–23). New York : Human Sciences Press.

Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall. （石黒毅（訳）2001　スティグマの社会学：烙印を押されたアイデンティティ　せりか書房）

Hanna, S. M., & Brown, J. H. (1995). *The practice of family therapy : Key elements across models*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Helms, J. E., & Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy : Theory and process*. Boston : Allyn and Bacon.

Herring, R. D. (1997). *Multicultural counseling in schools : A synergistic approach*. Alexandria, VA : American Counseling Association.

Herring, R. D. (2000). *Advocacy for Native American Indian and Alaska Native clients and community* (pp. 37–44). Greensboro, NC : ERIC Counseling and Student Services Clearinghouse.

Ife, J. (1996). *Community development : Creating community alternatives–Vision, analysis and practice.* Melbourne : Longman.

Ivey, A. E. (1995). Psychotherapy as liberation : Toward specific skills and strategies in multicultural counseling and therapy. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 53–72). Newbury Park, CA : Sage.

Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (2002). *Counseling and psychotherapy : A multicultural perspective*. Boston : Allyn and Bacon.

Jackson, D. N., & Hayes, D. H. (1993). Multicultural issues in defining cousultation. *Journal of Counseling and Development*. 72, 144–147.

Jones, J. M. (1997). *Prejudice and racism* (2nd ed.). New York : McGraw-Hill.

Kahn, S. (1991). *Organizing : A guide for grassroots leaders*. Washington, DC : NASW Press.

Kiselica, M. (Ed.). (1999). *Confronting prejudice and racism during multicultural training.* Alexandria, VA : American Counseling Association

Kurpius, D. J., & Fuqua, D. R. (1993a). Fundamental issues in defining consultation. *Journal of Counseling and Development*, 71, 589–600.

Kurpius, D. J., & Fuqua, D. R. (1993b). Introduction to the special issues. *Journal of Counseling and Development*, 71, 595–597.

Le, C., Ingvarson, E. P., & Page, R. C. (1995). Alchoholics Anonymous and counseling profession : Philosophies in conflict. *Journal of Counseling and Development*, 73(6), 603–608.

Lee, C. C., & Walz, G. R. (Eds.). (1998). *Social action : A mandate for counselors.* Alexandria, VA : American Counseling Association and the ERIC Counseling and Student Services Clearindhouse.

Lewis, J., & Bradley, L. (Eds.). (2000). *Advocacy in counseling : Counselors, clients, and community*. Greensboro, NC : ERIC Counseling and Student Service

Clearinghouse.

Lewis, J. A., Lewis, M. D., Packard, T. R., & Souflee, E. (2001). *Management of human service programs* (3rd ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Locke, D. C. (1998). *Increasing multicultural understanding : A comprehensive model* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA : Sage.

Locke, D. C., Myers, J. E., & Herr, E. L. (Eds.). (2001). *The handbook of counseling*. Thousand Oaks, CA : Sage.

McWhirter, E. H. (1994). *Counseling for empowerment*. Alexandria, VA : American Counseling Association.

Mussell, M. P., Binford, R. B., & Fulkerson, J. A. (2000). Summary of risk factors, Prevention programming, and prevention research. *The Counseling Psychologist*, 28, 764–797.

Myers, J. E., & Sweeney. T. J. (2001). Specialties in counseling. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 43–54). Thousand Oaks, CA : Sage.

Parham, T. A., White, J. L., & Ajamu, A. (1999). *The psychology ob blacks* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.

Pope–Davis, D. B., & Coleman, H. K. C. (Eds.) (1997). *Multicultural counseling competencies : Assessment, education and training, and supervision*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Ridley, C. R. (1995). *Overcoming unintentional racism in counseling and therapy : A practitioner's guide to intentional intervention*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Riessman, F. (1985). New dimensions in self-help. *Social Policy*, 15(3), 2–5.

Rigazio-DiGilio, S. (2002). Family counseling and therapy : Theoretical foundations and issues of practice. In A. E. Ivey, M. D'Andrea, M. B. Ivey, & L . Simek–Morgan (Eds.), *Theories of counseling and psychotherapy* (5th ed., pp. 390–428). Boston : Allyn and Bacon.

Riordan, R. J., & Walsh, L. (1994). Guidelines for professional referral to Alchoholics Anonymous and other twelve step groups. *Journal of Counseling and Development*, 72 (4), 351–355.

Rollock, D., & Gordon, E. W. (2000). Racism and mental health into the21st Century : Perspectives and parameters. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 5–13.

Romano, J. L., & Hage, S. M. (2000). Prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28, 733–763.

Schein, E. H. (1969). *Process consultation : Its role in organizational development*. Reading, MA : Addison-Wesley.

Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline : The art and practice of the learning organization.* New York : Doubleday. （守部信之ほか（訳）1995 最強組織の法則：新時代のチームワークとは何か 徳間書店）

Senge, P. M. (1996, February). *The systems thinker : Building shared understanding*. Cambridge, MA : Pegasus Communications.

Skovholt, T. M. (1974). The client as helper : A means to promote psychological growth. *The Counseling Psychologist*, 4, 58–64.

Sprinthall, N. A., Peace, S. D., & Kennington, P. A. D. (2001). Cognitive-developmental stage theories for counseling. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 109–129). Thousand Oaks, CA : Sage.

Steele, C. M. (1997). A threat in the air : How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52, 613–629.

Stensrud, R., & Stensrud, K. (1981). Counseling may be hazardous to your health : How we teach people to feel powerless. *Personnel and Guidance Journal*, 59, 300–304.

Sue, D. W., Ivey, A. E., & Pedersen, P. B. (Eds.). (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy.* Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally-different : Theory and practice* (2nd ed.). New York : John Wiley.

Toporek, R. L. (2000). Developing a common language and framework for understanding advocacy in counseling. In J. Lewis & L. Bradley (Eds.), *Advocacy in counseling : Counselors, clients, and community* (pp. 5–14). Greensboro, NC : ERIC Counseling and Student Services Clearinghouse.

U. S. Department of Labor. (2000). *Occupational outlook handbook*. Washington DC : Author. [Available : www.stats.bls.gov/ocos067.htm]

Washington Assembly for Citizens with Disabilities. (1995). *Assembly consensus agenda results*. [Available : Washington Assembly for Citizens with Disabilities, PO. Box2577, Olympia.

Werner, J. L. & Tyler, M. (1993). Community-based interventions : A return to community mental health centers' origins. *Journal of Counseling and Development*, 43, 678–683.

West, J. F., & Idol, L. (1993). The counselor as cousultant in the collaborative school. *Journal of Counseling and Development*, 43, 678–683.

Wilson, M. (1976). *The effective management of volunteer programs*. Boulder, CO : Volunteer Management Associates.

Winter, M. (1986, Winter). Disabled community : Fifteen years on the move with CIL and independence. *Friends of CIL*, p. 1. [Available : Center for Independent Living, 2539 Telegraph Avenue, Berkeley, CA94704]

Wolfensberger, W. (1972). *Normalization*. Toronto : National Institute on Mental Retardation.

Wolfensberger, W., & Zauha, H. (1973). *Citizen advocacy and protective services for the impaired and handicapped*. Toronto : National Institute on Mental Retardation.

第7章
コミュニティカウンセリングモデルの適用

1　コミュニティカウンセリングモデルの概観

これまでの章では、コミュニティカウンセリングの枠組の4つの要素、つまり直接的クライエントサービス、直接的コミュニティサービス、間接的クライエントサービス、間接的コミュニティサービスについて説明してきた。これらの介入をすべて仕事に取り入れることによって、精神保健実践者は、21世紀には多様なクライエント集団から来た多くの人々の心理的健康と幸福を促進することができる。

この4つの形は、どんなカウンセリング場面でも用いることができる。機関や施設がどんなものだろうと、効果的な精神保健プログラムは、個人へのサービスと環境への改善の努力の両方を含むべきである。問題が何であろうと、コミュニティカウンセリングの枠組の主要目標は、クライエントの心理的成長と幸福の促進である。したがって前に述べた通り、コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、個人の能力を高めて機能不全を防ぐ方法に着目する。

コミュニティカウンセリングモデルを実際に用いるとき、カウンセラーはク

ライエントに直接的だけでなく、その社会環境に前向きな変化を起こさせるために、間接的に介入する。間接的介入ではカウンセラーは、アドボケイト、コンサルタント、社会変革者として活動する。どんな介入をするかは、カウンセラーが働く状況とクライエントのニーズによって決まる。本書で提唱するコミュニティカウンセリングの枠組は、仕事の名前というより援助のやり方なので、多数の精神保健機関ほか専門的援助組織、学校と大学、職場など全国に見られる。

コミュニティカウンセリングモデルを具体的に分かりやすくするために、これまで多様な場面への、この枠組の適用を概説してきた。その中から、専門と訓練背景の異なる多様な援助者たちが使えそうなプログラムを選ぼう。この章で述べるプログラムは、コミュニティカウンセリングの枠組を教育、ビジネス、援助組織に取り入れる方法がたくさんある中の、いくつかである。実践者はそれぞれ自身の状況に合うモデルを適切に用いればよい。

2　精神保健機関

コミュニティにおける精神保健機関は、ある特定の範囲内（しばしば受け持ち区域といわれる）に住む一般の人々の心理に関する事柄を取り扱っている。受け持ち区域を持っている機関は、よく調整されたサービスを行い、地域の人々の有害環境改善を援助する大きな役割を果たすことができる。

外来患者のケアが中心の小さな機関か、総合的サービスを提供する大きいセンターかを問わず、コミュニティの精神保健センターや機関は、多様なサービスを提供することができる。表7.1は、コミュニティカウンセラーがそうした機関で実行し得る多様なプログラムの一例である。

表7．1　メンタルヘルス機関におけるコミュニティカウンセリング枠組

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	精神保健機関の特質に基づく教育プログラム 精神保健機関と生活スキルについて教える予防教育プログラム	カウンセリング危機介入サービス 生活の移行など危険度の高い状態にある人々のためのアウトリーチプログラム
間接的	コミュニティの組織が前向きの環境変化を目指して働くのを援助する コミュニティの精神保健に影響がある政策に対して行動を起こす	慢性の精神保健問題を抱えるグループの権利擁護(アドボカシー) クライエントの援助ネットワーク内でのコンサルテーション 自助プログラムの促進 コミュニティ内の他の援助プログラムと連携

2－1　直接的コミュニティサービス

表7.1にあるように、地域の精神保健機関が提供する直接的なコミュニティサービスは、様々な生活技術と能力を促進するように設計された予防教育プログラムからなっている。こうしたプログラムがうまくいくためには、コミュニティ全体がそれを利用できなければならない。基本的に開発者は、こうした直接的コミュニティサービスを次のように計画するとよい。(a)精神保健に関連する問題と個人の健康についてコミュニティメンバーを教育する、(b)コミュニティメンバーの個人的社会的職業上の能力を伸ばすような経験をさせる、(c)リスク集団で起こる深刻な問題の予防を助ける。

人々に精神保健について教えるプログラムは、日常生活を健康で有効なものにする要因の解明を目指すべきであり、参加者が個人の心理的健康と環境との関係を理解するよう援助するべきである。コミュニティの機関が提供する精神保健教育プログラムは、心理的な問題でカウンセリングを受けた人々に実に

度々着せられるスティグマ（汚名）を消す援助をすることができる。

また、精神保健機関の教育プログラムは、どのようにその機関がコミュニティに貢献しようとしているかを明らかにするべきである。これまでの章で強調してきたように、コミュニティメンバーは機関の教育プログラムとサービス計画作りに参加しなければならない。また機関は、コミュニティメンバーが教育サービスの計画と評価に参加するよう促すと同時に、彼らのニーズ、目標、関心についてその人たちからの入力を積極的に求めなければならない。

コミュニティの精神保健センターは、通常不特定多数の人々を対象にし、その幅広い心理的ニーズを満たそうと努める。特にそうした機関に適切なのは、コミュニティメンバーが個人の、また個人間のニーズが生じたときに、それを自分で処理できる自立へと向かうように援助することである。つまり、精神保健機関の教育プログラムは、コミュニティメンバーが自らの有効性を高める能力と認識を促進し、健康的環境を創り守る援助をするべきである。次の節では、そのような能力増進に有効だったいくつかのプログラムを簡単に説明する。

トレーニングプログラム　精神保健の従事者は、年齢も背景も多様な幅広い人々の間に能力を育てる援助として、訓練プログラムを用いることができる。それは、コミュニティのメンバーが必要としたとき、いつでも簡単に利用でき、深刻な損害を防ぐことができる。またそうしたプログラムは、コミュニティのメンバーが能力を伸ばし、専門家の特別な職分に代わってすべての人々の責任を相互援助することから、結果として人々のコミュニティ感覚を高めることにつながる。

「ナッシュビル・若者ネットワーク」（D'Andrea & Daniels, 2000）は、コミュニティにおける10代のための効果的教育訓練プログラムのよい例である。この若者ネットワークは、青年期のエンパワーメントのために設計され、メンバーそれぞれの強さ（strength）と知識を開拓する（それによって自助を促進する）ことの重要性を強調し、コミュニティ内の様々な公式非公式の教育トレーニングサービスを用いている。10代の若者が、その社会環境の中で様々なシステム（例えば学校、近所の若者機関、州の立法府の委員会）によい影響

を与えようとするコミュニティサービスプロジェクトの計画と実行に加わることによって、彼らは自己決定への承認と支援を得るに至った（D'Andrea & Daniels, 2000 ; Daniels & D'Andrea, 1991）。

グループ体験　精神保健センターで働くカウンセラーは、クライエントがお互いによい対人関係を発展させる援助をするために、様々なグループ介入を利用できる。そのようなグループは、目下の問題より発達と教育に焦点をあてる。

Sayger（1996）は、多様な環境ストレスを経験している子どもと家族に効果的な対人能力を発達させるために、グループ経験を利用することについて述べている。この予防介入は、健全な家族の機能に与えるハイリスク環境の影響について、両親と子どもを教育することに焦点をあてている。

Sayger（1996）によれば、こうした心理教育グループは、家族全体の力を増させることによって、伝統的な家族・危機カウンセリングサービスに代わる価値あるものを与える。家族をエンパワーメントするためにSaygerのモデルを用いるとき、カウンセラーは次のことに努める。

(1) 家族メンバー間で新しい対人能力を発達させるために、教育的方法を用いる。
(2) 教育グループの会合で、家族メンバー間で信頼と社会的支援について話し合う。
(3) 家族の積極的な強さに焦点をあてる。
(4) 安全で支持的な環境で、家族メンバーが新しく得た対人スキルを試す機会を作る。

こうした考え方は、離婚家族の青年のため（Hage & Nosanow, 2000）、孫を育てる祖父母のため（Vacha-Haase, Ness, Dannison & Smith, 2000）のグループでも有効なことが証明された。

スキル育成プログラム　スキル育成プログラムはカウンセラーが、個人が生活を有効に、また問題を賢明に処理できるよう援助する直接的コミュニティサー

ビスの別の方法である。コミュニティメンバーの多くが、大集団方式やマスメディアを通して提供されるスキル育成プログラムを利用できる。スキル育成プログラムは長い間参加者に、生活スキルについて情報を提供し、ロールプレイで新しい技術を練習する場を与える授業に参加することを求めてきた。しかし技術の進歩と共に、カウンセラーは今やコンピュータによるスキル育成プログラムを用い、在宅の人々にオンラインの教育サービスを提供できるようになった。Sampson & Bloom (2001) は、このままコンピュータ技術の進歩が続けば、精神保健従事者の考え方は大改革され、21 世紀には大勢の人々にスキル育成サービスを提供できるだろう、と述べている。理論家たちは、コンピュータを用いて人々に安全で健康で生産的な生活に必要なスキルを得させることに関心があるカウンセラーにとって、特に関係の深い倫理的専門的問題について論じている。

日常生活のための教育　直接的コミュニティサービスプログラムの全般的な効果は、個人が日々直面する問題の処理能力の発達をどの程度援助できるかに大きく左右される。能力育成プログラムは通常、家族関係、将来計画、ストレス処理、意思決定方略、時間管理、そのほかコミュニティメンバーが重要と思う問題に注意を向ける。Nelson-Jones (1993)、Whitworth, House, Sandahl, & Kinsey-House (1998) は、生活スキル向上を目指す予防教育プログラムを計画するときに、専門家が用いることのできる援助の枠組を示している。

2－2　直接的クライエントサービス

コミュニティで精神保健機関が果たす重要な役割の一つは、生活の中で積極的な介入を必要としている人々にカウンセリングを提供することである。こうしたサービスは、利用しやすく生産的である必要がある。直接クライエントに働きかけるとき、カウンセラーは精神保健の幅広い概念化から始めるべきである。そうすればカウンセラーは、クライエントがぶつかる日常的問題や発達課題を援助することができる。

本書にあるコミュニティカウンセリングの枠組を問題対処中の人への援助に用いる際、精神保健従事者は、クライエントの強さ (strength) を認識して育

て、入院治療が必要となるのを防ぐためにできることはすべてしようと努める。しかしクライエントの問題が、その自立を妨げたりより強力な治療を必要とする場合は、カウンセラーはクライエント自身の目標に合わせてリハビリテーションサービスを試みなければならない。

コミュニティカウンセラーは、退院した患者が普通の社会で十分に生活し働けるよう援助するという特別の責任を持っている。このようなクライエントへの直接的クライエントサービスは、次のことを含む必要がある。

(1) クライエントの成長と幸福を妨げる環境状況にクライエントが対処できるよう援助する。
(2) 必要に応じて個人、グループ、家族カウンセリングを行う。
(3) クライエントが自助組織へ参加するよう働きかける。
(4) クライエントがより大きなコミュニティにうまく溶け込める生活技術を得るような介入計画を立てる。

精神保健機関のカウンセラーは、心理的問題で人々を危機状態にする状況を認め、対処することができる。過去30年間、アメリカの至るところで精神保健センターは、家族の死、結婚の破綻、経済問題のような危機を引き起こす状況に影響された人々のために、様々なタイプのアウトリーチプログラムを開発し実行してきた（Locke, Myers, & Herr, 2001）。こうしたプログラムは、一時的な援助を提供して人々が自身の問題にうまく対処できるようにしてきている。

危機状態にある成人の発達を促すために、伝統的なカウンセリング（直接的クライエントサービス）と結んでスキル育成グループ（直接的なコミュニティサービス）を用いた優れた例は、シカゴにあるThresholds施設である。

Thresholdsは1959年に設立され、イリノイ州で最も古くて大きな心理社会的リハビリテーションカウンセリング施設である。その目的は、「精神疾患を持つ人々に尊厳と自立の生活への機会を与えることである」（Thresholds North, 2001 p. 2）。Thresholdsは、深刻な精神保健上の問題を経験した人々と将来精神疾患になる恐れのある人々に伝統的なカウンセリングをするとき、カ

ウンセラーが通常持つ影響力を広げようとする。そのためにカウンセラーは、クライエントがよりよい生活を送るのに必要な様々な知識とスキルを習得するよう努力する際、グループ場面で共に作業できる多くの機会を与える。つまり、一対一のカウンセリング場面でクライエントを扱うだけでなく、意図的に作った心理教育のグループを用いてクライエントに力と幸福を増す新しいスキルと能力を育成するのである。このグループには次のようなものがある。

- 職業リハビリテーショングループ：このグループには、職業前段階の教育、職業訓練と評価、キャリアカウンセリング、仲間と共に働くことによって様々な職業技術をクライエントが獲得できるようにする特別支援、仕事探しと職業斡旋援助、雇用支援サービスなどがある。
- 教育グループ：これは、クライエントが現在の国語と数学の力を知る、基本的な教育サービスを受ける、高校卒業資格（GED）を得る、進学準備訓練を受けて「コミュニティ学業プログラム」の支援を受ける、などの機会を与える。
- 自立生活グループ：このグループには、「日常生活活動（ADL）」訓練と呼ばれるものがあり、クライエントをグループホームに入れて、きちんとした共同生活の中で健康と幸福感を持つのに必要な能力を身につけさせる。
- 身体的健康と心理的健康グループ：このグループは、幅広い項目で教育的サービスを提供するもので、物質乱用防止、栄養、健康維持、衛生、さらに健康生活をもたらす身体運動の重要さなどについてグループで話し合う。

このThresholdsプログラムの全般的な成果について、その理事会は次のように報告している。

〔2000年に〕我々は、慢性で深刻な精神疾患を持つ5,700人以上の人々を援助した。これは、この国のどこか小さな町の人口に匹敵する。うち2,555人が、1年間のコースで集中的なサービスを受けた。印象的なのは、この2,555人の32%に当たる811人の男女が、Thresholds介入のおかげで精神

疾患を統御できるようになっただけでなく、職業プログラムを通して再就職したことである。多くの人々にとって、これがここ数年で初めて得た仕事であった。彼らは、実際に仕事をして所属感を感じ、正しく評価されもした。また、別の重要な数字として675があり、それはThresholdsの宿舎で生活している人数である。入所する前は、家族と一緒か、療養所にいるか、立ち退きの危険があるところにいるか、ホームレスだったかなどである。今では、彼らは自分の居場所を持っている（Friedman, 2000, p. 1）。

2－3　間接的コミュニティサービス

コミュニティとの密接な連携のおかげで、精神保健機関のカウンセラーは、健康な人間発達を妨げる環境要因を認定するには有利な位置にいる。また特定のコミュニティの強さ（strength）と資源を知るのによい位置でもある。

精神保健センターや機関がコミュニティの不可欠な要素である場合には、スタッフたちは住民がコミュニティの目標を支持して組織化していくのを助ける。そうした活動の中で、機関は、精神保健専門家がほかのコミュニティメンバーと共に働く連携の基盤として次のことを行う。

(1) コミュニティメンバー自身が明らかにしたニーズを最も満たすことのできるサービスを計画する。
(2) 地域の組織と施設がコミュニティのニーズに応え、ビジネス、教育、健康ケアなどの部門における意思決定が市民参加者に開かれたものになるために、コミュニティにおける否定的な政治的・社会的・経済的圧力に立ち向かえる戦略の大要を作る。
(3) コミュニティメンバーのさし迫ったニーズ、特に教育、住居、公衆衛生、交通、雇用、医療へのニーズを満たすように活動する。

精神保健従事者は、こうした活動を援助し激励する間接的コミュニティサービスを実行できる。しかし、こうした積極的活動が長期的に成功するかどうかは結局、地域市民のリーダーシップ次第である。さらに、従事者自身がこうしたサービスの中で示す関心とリーダーシップは、コミュニティシステムの変化

を起こし得る。したがって、機関が間接的コミュニティサービスを活動の中に組み入れるとき、カウンセラーはサービス利用者の擁護者として行動し、施設での教育と職業訓練の機会を設け、施設に入る以外の代案を考え、人間の尊厳を認め尊重する公的組織的政策の開発のために戦う（Lewis & Bradley, 2000）。

2－4　間接的クライエントサービス

総合的な精神保健機関で働くカウンセラーは、コミュニティにおける人間サービスネットワーク全体をつなげるのによい位置にある。地域住民の精神保健ニーズを扱い、クライエントを総合的に治療するためには、幅広くほかのコミュニティ機関やヘルスケアの提供者、教育の専門家などと常に連絡を取ることが不可欠である。

精神的健康を得るには、クライエントは自分の現実的なニーズを満たさなくてはならない。精神保健機関のカウンセラーは、クライエントとそのニーズを満たすサービスとをつなぐことが重要である。カウンセラーはクライエントが初めて会う人であり、コーディネーターとして、コミュニティのサービス設備が彼らにとって明確で近づきやすいようにする。

精神的健康はほかの人々との相互作用に大きく左右されるので、カウンセラーはその人の家族、クライエントの問題に影響を与えていたり問題解決に役立ちそうな人と、共に活動する。そうすることで、単なるつなぎ役から擁護者（アドボケート）へと進むのである。結局のところ、精神保健専門家は、コンサルタントとして活動し、援助ネットワークのメンバーがそれぞれ接した人々と共に働くよい方法を学ぶのを助ける。

3　キャリア発達機関

多くの機関は、仕事斡旋、職業再訓練、キャリア発達を通してクライエントを援助する。こうしたプログラムは、クライエントがその能力、興味、目標に適した仕事をみつければ、成功である（Bradley & Cox, 2001）。

しかしそうした機関は、人が単に新しい仕事に「適応する」とかそのための

訓練の場という伝統的なイメージ以上に役立つものである。本書にあるコミュニティカウンセリング理論の観点では、効果的なキャリア発達機関は次の諸点を強調する。

(1) 当人がキャリアの目標と計画を作り、それに従って行動するよう援助する。
(2) クライエントが仕事の世界に入り成功するのに必要なスキルを獲得するのを助ける。
(3) 仕事の機会を増やしクライエントを援助するために雇用者と協働する。
(4) クライエントとコミュニティのキャリア発達の機会に影響を与える政策の検討に時間と労力を向ける。

このようなキャリア開発プロセスを重視する機関でカウンセラーがする仕事は、多様でなければならない。キャリア発達機関と職業再訓練機関へのコミュニティカウンセリングモデルの適用は、表7.2の通りである。

表7.2　キャリア発達機関におけるコミュニティカウンセリング枠組の適用

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	キャリア計画や仕事に関するスキルについてのワークショップと教育プログラム	カウンセリング、評価、仕事斡旋サービス 特別なニーズを持つ勤労者のためのプログラム
間接的	仕事の安全と職場の人間化を進める援助 差別的な雇用に反対する活動	経営者とのコンサルテーション クライエントとほかのサービスとの連携 特別なニーズを持つ勤労者のためのアドボカシー活動

3－1　直接的コミュニティサービス

クライエントのキャリア形成への援助に焦点をあてる機関は、個人が自身の価値観、目標、職業選択を模索できるような開発プログラムを提供すべきである。グループワークショップは、一対一のカウンセリングとは異なるいろいろな訓練を提供できる。現在の仕事の地位に関わりなく、関心を持つすべてのコミュニティメンバーの参加が公認されていれば、こうしたワークショップは仕事上の危機を防ぐ助けとなり、コミュニティの幸福を増進する。構造化されたワークショップを通して、人々は自分の現在の仕事状況とライフスタイルを吟味し、価値と目標を探索し、問題解決と意思決定スキルを発達させることができる。

アメリカにおける急激な文化の多様化と、キャリア発達サービスを要する非白人・非欧州人の年々増加を考え、カウンセラーは彼らのニーズと展望に敏感なグループワークショップを開発しなければならない。文化に敏感なキャリア発達プログラムのよい例が、Kim, Gaughen,とSalvador（1995）によって報告されている。5年間にわたって、日本人、中国人、フィリピン人、ハワイ人、サモア人の背景を持つ3,000人以上の人々に提供された1日間のキャリア発達ワークショップの有効性を調査した結果、参加者のキャリア自己効力感の水準が有意に改善されたことが分かった。

3－2　直接的クライエントサービス

カウンセラーは当然、訓練、雇用、再訓練（リハビリテーション）を求める人々の当面の目標を達成させることを、優先しなければならない。目標達成のために、キャリア発達機関で働くカウンセラーは、クライエントが自身の興味、能力を評価し、別の選択肢も考え、将来への計画を立てるのを援助するために個人カウンセリングを用いることが多い。

こうしたニーズを満たすための直接的サービスのほかに、失業が今の社会で多くの個人と集団に与える心理的な影響に対応することも重要である。HerrとCramer（1996）は、不健康でストレスに満ちた環境での雇用と同様に、失業も多くの点で心理的健康と幸福に悪影響を与える、と論じた。研究者たちは、経済的変化と感情的混乱による入院との間に一貫した相関があることを、

報告している（Brenner, 1973 ; Brueggemann, 1996）。

突然解雇された人が最もストレスと感じるのは、問題の原因を全般的な景気動向に帰しにくいときである。Brenner（1973）は、30年以上前にこの問題について次のように述べている。

> 個人が自分は経済的に不利な立場にいる少数派だと感じるほど、また経済的な失敗によって孤立するほど、その人は経済的な失敗を個人の失敗、つまり自身の無能力のためとする傾向が強くなる（p. 236）。

不況がコミュニティに影響を与える場合、キャリア発達機関で働くカウンセラーは有害な心理的影響を防ぐための援助ができる。20年以上前だが、予測不可能な不況など、社会的ストレスの心理的影響を分析したMonahan & Vaux（1980）は、このことは昔も今もカウンセラーの仕事と関連がある、として次のように述べている。

> 社会的ストレスが予防できない場合、精神保健専門家の役割はその悪影響を軽減することである。ある地域で経済的な変化を調べれば、一次予防プログラムの開発は可能なはずである。……このようなプログラムは地域住民が不況の心理的影響に対処する準備をすることを目指している。予防指導の技法は、……失業しそうな人々に、現在の状況は彼らのせいではないと説得するのに用い得る。……彼らは、自身を失敗の原因とみなすべきではないし、家族と友人にもそう見られるべきではない。（pp. 22-23）

カウンセラーがクライエントに直接働きかけて、このサービスと他のやり方を併用し、雇用の危機が起こる前に問題を予防できれば一番よい。

3－3　間接的コミュニティサービス

職場は、キャリア発達機関を訪れる潜在層も含めてすべてのクライエントに影響する。したがって機関で働くカウンセラーは、ここをすべてのコミュニティメンバーのニーズに対応できるようにしなくてはならない。

この点でキャリア発達機関は、コミュニティ内企業の雇用、訓練、昇進などの実情に注目する必要がある。雇用慣行上の性差別・年齢差別・障害者差別・同性愛差別・人種差別と戦うことは、職場環境改善のための明確で必要な部分である。コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、不当な雇用慣行に注意を怠らず、対策として間接的コミュニティサービスを用いる。これは、文化的に偏った採用試験や仕事と無関係な態度測定、そのほか、元犯罪者・精神病者など雇用には不利な人々に向けられる偏見をやめさせる権利擁護活動（アドボカシー）である。

カウンセラーは雇用過程だけでなく、クライエントが仕事に就いたとき何が起こるかも考えなければならない。カウンセラーだけでは大きな企業と官庁の職場環境を変える力を持たないかもしれないが、職場を安全にし、関係ある意思決定に際して勤労者の役割を広げ、職場を全体としてよくしようとする人々を積極的に援助することはできる。

3－4　間接的クライエントサービス

コミュニティカウンセラーは勤労者一般、中でもクライエント個人の擁護者として活動できる。キャリア発達の専門機関ではクライエントの擁護（アドボカシー）は、雇用上の差別など不当労働行為に際して最も必要とされる。

ほかの機関でも同じだが、カウンセラーは個人と環境との相互作用を扱うだけでなく、クライエントを全人的存在として見なければならない。カウンセラーは人間の発達とキャリア発達を切り離すべきでなく、ある人の生活の全体から仕事を切り離すべきではない。雇用場面ではカウンセラーは、クライエントの職業上の決定や職務の成功に影響を与える直接の環境に、特に注意を払う必要がある。

したがってコミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、キャリア発達に影響するが直接に雇用と関わらない問題を持つクライエントを、援助することが多い。また多くの場合、キャリアカウンセラーはコンサルタントとして活動し、ほかの人々がクライエントに有効に働きかけるのを援助する。カウンセラーは雇用者・管理者・組織の責任者などと度々協議して、彼らがクライエントのキャリア発達に影響を与える社会的・心理的・身体的要因

を理解する。

このような実践のよい例は、前述のThresholdsプログラムでカウンセラーが行う仕事である。精神疾患を経験した人々の心理的発達を促す仕事だけでなく、ほかのハイリスク群の人々がその生活で幸福感と精神的健康感を増すよう援助する。具体的に言うと、耳の不自由な人、ホームレス、薬物乱用者などに直接的カウンセリングと教育サービスを提供する。Thresholdsのカウンセラーは、こうした人々の心理的な発達と幸福感を促すために、一対一のカウンセリングとグループカウンセリングをするが、クライエントの擁護者としての働き（アドボカシー）もする。代表的なのは家族、将来の雇用者、地元の議員などと、クライエントの理解をめぐって話し合うことである。その内容は、(a)クライエントのキャリア発達に影響する社会的・心理的・身体的な要因、(b)クライエントが心理的健康と幸福感を増すのにこれら関係者は何ができるか、である（Dincin, 1995 ; Thresholds North, 2001）。

4　専門機関とプログラム

特定化された専門機関は特定の人々や事柄を扱う。女性、青年、ゲイとレズビアン、高齢者たち、薬物乱用、ドメスティックバイオレンスといった特殊な問題である。個々のクライエントが様々な直接的サービスを必要とすることを認識しながらも、このような機関はまず、クライエントに直接影響を与える環境に対処する。表7.3に専門機関が実行する様々なサービスを示す。

4－1　直接的コミュニティサービス

専門機関における直接的コミュニティサービスは、当の人々が重要と考える知識・技術を提供する講座やワークショップの形を取ることが多い。例えば、女性センターは女性の健康、権利主張訓練（アサーティブネス）トレーニング)、自己決定、キャリア発達などの講座を頻繁に開く。高齢者機関は、ヘルスケア、退職後計画、社会保障、再就職などについて教育サービスをする。若者対象の機関は、たいてい薬物・アルコール乱用、性、進路決定、生活設計などの講座をする。これらの機関はすべて、対象の人々と密接につながり、教育

表7．3　専門機関とプログラムにおけるコミュニティカウンセリング枠組の適用

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	コミュニティ全体のための予防教育プログラム サービスを受ける人々のための訓練とスキル育成プログラム	可能なときにボランティアとピアカウンセラーを用いる、利用しやすいカウンセリングサービス 特有なニーズを持つクライエントのためのアウトリーチプログラム 自立した生活を中心とするリハビリテーションサービス
間接的	対象の問題や人々に影響を与える法的・経済的・政治的政策を変える努力 対象の問題の広がりや深刻化さに影響する社会環境の諸面の整理	サービス対象者のための権利擁護（アドボカシー） サービス対象者の特有なニーズと関心についてほかの援助者とのコンサルテーション ほかの機関と援助ネットワークの個人との連携 自助グループとの連携

プログラムなどの優先順を決めるのに対象の人々が積極的に参加するようにしなければならない。

専門機関でカウンセラーは、日常生活に基づく一定分野の事柄を扱い、関連諸問題への特別な感受性を自然に持つようになる。例えば、カウンセラーが障害者を対象に仕事をするうちに、障害の影響とクライエントの強さの両方に気づくようになる。クライエントへのコミュニティのほかの人々の見方が固定していることを知れば、カウンセラーは問題や障害に見通しを持つことができる。コミュニティ全体に教育プログラムを提供することによって、カウンセラーはその機関が扱う問題の予防を助け、この効果を多くの人に知らせることができる。

例えば薬物・アルコール乱用者を援助している人々は、コミュニティ全体に

も教育プログラムを提供し、講義と討論を各レベルの生徒、親グループ、市民、教会関連組織などで行う。そうしたプログラムは、もし次の諸条件が満たされれば、コミュニティにおいて重要な役割を果たすことになる。それがおどしの戦術によるのではなく、誤った情報を修正して、薬物やアルコール使用は元々個人の価値観に基づく決定であるという正確で今日的な情報を与え、コミュニティメンバーを予防戦略の立案に参加させ、薬物依存の人々への偏見に満ちたステレオタイプ的なイメージを取り除くならば、である。

ステレオタイプ的な偏見を壊すことはまた、カウンセラーが心身障害者の情報を提供する際にも重要である。教育プログラムは、障害者がほかの市民と同じニーズ、願望、権利を持つことを参加者が理解できるように働きかけるべきである。そのようなプログラムは、ある障害の原因と影響を扱い、心身障害者の特有なニーズを扱うことが多い。しかし、コミュニティメンバー全員をまとめる責任はコミュニティにあることを、常に強調する必要がある。さらにこうしたプログラムは、多数の人々に情報を提供することによって、コミュニティ内に必要な橋を架けるために時間と労力を捧げるボランティアの数を、拡大させることができる。

4－2　直接的クライエントサービス

危機状態にある人々は、まずコミュニティとつながりのある援助機関を訪れることが多いので、ある機関はそうした特定の人を援助するためのメカニズムを持つようになることがよくある。さらにそうした機関は、対象者たちに高い頻度で起こる危機の種類を意識して、入念に備えるようになる。こうして、若者を対象とした機関は、短期宿泊と家出人援助を提供するし、女性センターはレイプや暴力を体験した女性のための危機介入サービスを展開する。ゲイとレズビアンを対象とする多くのカウンセリングセンターは、AIDS情報ホットラインを展開してきた。

専門機関のカウンセラーは、クライエントを弱い立場に追い込む問題状況についてよく知っているので、タイムリーで適切なアウトリーチサービスを提供することができる。特定グループの人々に役立つよう意図的に作られた専門機関では、可能な限りピアカウンセリングを行うなど、利用しやすくなっている

必要がある。

また、特定の問題や障害を扱う専門機関は、人々の自立を助けるサービスを提供する。コミュニティカウンセリング理論の観点では、効果的なリハビリテーションとは、全人的存在としての個人（多くの場合、全家族）と直接的環境すなわちマイクロシステム（第5章参照）に関わるものであり、次に示す通り多面的である。

(1) 個人的問題あるいはキャリア問題についての個人カウンセリング。
(2) 対人関係、援助、スキル育成要素を含むグループカウンセリング。
(3) 家族カウンセリング。
(4) 適切な財政的資源と扶助金の設定。
(5) クライエントが物質的ニーズを満たす方法をみつけるよう援助。
(6) クライエントが財政的人格的個人的に自立できるように（例えば補聴器など）器具を提供。
(7) クライエントを新しい訓練や教育プログラムの立案と実行に参加させるよう援助。
(8) 訓練プログラムや仕事の紹介。
(9) 必要な援助システム開発の援助。
(10) レクリエーションと積極的社会的相互作用への道を導き出す援助。

当然だが、サービスを選択するときに、リハビリテーションカウンセラーはクライエントのニーズ、興味、目標に沿うべきである。

ある機関がどういう課題を主に扱おうとするかは、カウンセラーが作るプログラムに影響する。例えば、薬物乱用を扱う機関は、再発防止のための訓練に特に注意を向ける。身体障害者のための機関は、移動や自立のための援助を主に行う。また、発達障害者を支援する機関は、ノーマリゼーションと個人のケアを強調する。サービスは、扱う課題と共に大きく変化する。しかし、コミュニティカウンセリングモデルを用いるすべてのプログラムに共通なのは、全人的存在として個人と接し、その力を最大限に生かして、できるだけ満たされ自立した生活を送れるよう支援することである。

4－3　間接的コミュニティサービス

社会政策の変化を促してよりよい環境を創るよう働きかけることは、専門機関で働くコミュニティカウンセラーの仕事の中核である。そうした努力によってカウンセラーは、クライエントに影響する環境要因はどんなものでも取り扱う。例えば若者対象の機関は、地元の青少年が利用しやすい学校方針と仕事やレクリエーションの機会に焦点をあてる。女性センターは男女差別と戦い、女性が政府の干渉なしに選択をする権利を援助する。高齢者を扱うカウンセラーは、緊急の経済的・健康上の問題の解決への援助をする。

こうした活動によって専門機関のカウンセラーは、身近な地域の問題とコミュニティのニーズを扱いながら、社会変革へ幅広い努力を進める上で重要な役割を果たすことができる。さらに専門機関は、地域のグループが集まって組織づくりを学び、社会環境で直面する共通の問題解決を求めて活動を始める場所として、役立つことができる。

4－4　間接的クライエントサービス

カウンセラーは、対象となる母集団全体とクライエント個人の両方の擁護者（アドボケート）となる必要がある。公的政策は、個々人が自らの権利を知り守ることができるとき違ったものになる。コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、クライエントの権利を知って、不平等と戦う勇気を持ち、クライエントのために活動する。そうした活動の際にはほかの機関ともつながりを維持して、クライエントがそのニーズに最も適した機関・施設と接触できるように支援する。

専門機関のカウンセラーは、特定分野の専門家になって、ほかの援助者に助言することが多い。特定の問題と対象者特有のニーズに関する知識を分け与えることによって、カウンセラーは人間サービスネットワークを、対象者に適合したものにする。

自立を目指して努力するクライエントに必要なことの一つは、援助専門家からの独立である。したがってカウンセラーは、自助グループづくりを勧めて、自ら他者をサポートしたり、人々が成功した生産的な人との関わりを深めて、自立への支援を受けるようにする方がよい。

コミュニティカウンセリングの観点から言うと、専門機関はクライエントの強さ（strength）と資源を増すよう努めると同時に、環境をクライエントの心理的健康と幸福に貢献するものへと作り変えるべきである。

イリノイ州のサウスホランド地域にあるソントン地区活動計画プロジェクト（Thornton Township Regional Action Planning Project；TTRAPP）は、コミュニティカウンセリングの枠組の諸要素を用いることによって、危機目前の青少年のニーズに応えた特化プログラムの好例である。TTRAPPは、青少年ギャング、薬物乱用、暴力などの急増問題に応じるために1991年に組織され、今では個人とシステムが、疎外、非行、ギャングの育つ状況を取り除いて健康なコミュニティ環境をすべての青少年とその家族に保障する状況を作り出すために一緒に働く、活気あるコミュニティ連合になっている。そのために、TTRAPPのカウンセラーは、次の3つの基本的な目標に向かって努力している。

- 疎外、非行、青少年暴力に影響する要因を取り除くために、コミュニティのリーダーと共に働く。
- ギャング勧誘、薬物販売人、青少年に暴力を促す人々と青少年との緩衝材を作る予防介入方略を実行する。
- 安全で健康的な環境という概念を創り、その実現と維持のための方略を実行する（TTRAPP, 2001, p. 1）。

TTRAPPのカウンセラーは、地域に住む青少年の健康な発達とエンパワーメントに役立つ環境を創造する方法について、コミュニティのリーダーへのコンサルティング（間接的クライエントサービス）、問題発生予防のために青少年と両親の心理教育グループづくり（直接的コミュニティサービス）、生活の危機を現在経験している人を助けるための危機対応チーム（CRT）（直接的クライエントサービス）を展開した。

危機対応チーム（CRT）は、直接・間接にコミュニティで暴力・災害に巻き込まれて傷を負った青少年の情緒的ニーズに応える訓練を受けた、危機介入の専門家のグループである。このチームは、学校での暴力行為で苦しむ青少

年、家族のAIDS問題を処理できずにいる者、友人や家族の自殺で心理的苦痛を経験している者、身近な人の突然死や重傷によって危機状態にある者、家族の暴力を目撃した結果、心理的行動的問題に陥った子どもたちに、危機カウンセリングサービスを提供してきた（Thornton Township Youth Committee's Crisis Response Team, 2001）。

5　企業と産業

職場での従業員のためのカウンセリングプログラムはますます広がりつつあり、それに従事するコンサルタントの数も急激に増加している。企業でのカウンセリングプログラムは通常、従業員支援プログラム（EAPs）と呼ばれ、問題を抱えた勤労者が以前の生産性の水準まで回復する援助をすることに焦点をあててきた。こうしたプログラムが実際に、従業員の行動によい効果があるとして、企業はEAPsに投資している（Lewis, Lewis, Packard, & Souflee, 2001）。

これまでは、EAPsは予防より治療を強調する傾向があった。Hollman（1981）は次のように説明している。

> EAPsは治療指向の傾向があった。専門的援助への紹介も含めて、EAPは従業員の行動を満足できるレベルまで戻すことに力を入れてきた。それは確かによいことだが、このやり方は問題の原因を減らし取り除くことには消極的である。従業員の「問題」（例えばストレス、結婚、家族、薬物乱用）は実際には、退屈な仕事、不当な配置、……不足または過度な仕事の責任、結果達成への圧力、優れた業績が認められないなど、真の問題またはその結合の表れに過ぎない（pp. 213-214）。

もしサービス提供者が従業員の対処スキルを高めることと、職場環境のストレスを減らすことの両方に努めるなら、従業員支援プログラム（EAPs）の効果はいっそう増すだろう。表7.4は、従業員支援プログラムの多様なあり方を示している。

5－1　直接的コミュニティサービス

コミュニティ教育モデルに基づくプログラムは企業・産業場面に適しており、特にストレス管理に注目する。この種のプログラムを用いてカウンセラーは、バイオフィードバック、リラクゼーション、瞑想のような様々なストレス軽減スキルを従業員が学ぶのを助ける。また職場にワークショップ、セミナー、自習プログラムなどを導入することによって、もしそうしなかったら参加しないであろう人々にプログラムを利用しやすくできる。例えば、コミュニケーションスキル、子育て、アルコールと薬物の情報、時間管理、自己主張訓練（アサーティブネス・トレーニング）、退職準備などのワークショップを昼休みや仕事後に行う（U.S. Department of Health and Human Services, 2000）。

またEAPsは、企業が従業員の健康と幸福に取り組む総合施策の一部となることができる。企業は従業員への健康サービス提供に、ますます責任を持つようになってきた（Bukowski & Evans, 1998 ; Van Wart, 1998）。治療、リハビリテーションと並んで、企業が予防を強調するとき、EAPsはフィットネスプログラムなど健康増進プログラムをそれに含ませようとする（Condrey, 1998 ; U. S. Department of Health and Human Services, 2000）。

表7．4　企業・産業におけるコミュニティカウンセリング枠組の適用（EAPs）

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	ストレス管理プログラムと従業員への機関紹介 健康増進プログラム 生活スキルトレーニング	移行期にある従業員のための評価、短期カウンセリング アウトリーチプログラム
間接的	職場のストレス軽減の努力 組織風土改善の努力	上司のためのコンサルテーションと訓練 地域援助ネットワークとの連携 自助プログラムへの従業員の参加促進

5－2　直接的クライエントサービス

カウンセリングサービスは、企業における従業員援助の主要部分である。通常、職場でのカウンセリングは、問題解決、意思決定、状況ストレスへの対処など短期の援助に限られる。従業員がもっと援助を必要とするなら、集中的援助のためのコミュニティ機関に紹介する。こうして、EAPsは、従業員の問題を型通りの人事課の仕事から切り離す手段となり得る。

カウンセリングでは従業員は、アルコールや薬物乱用、家族の対立葛藤、法的経済的危機、ストレス、対人関係問題などを持ち出し、職場での援助は特にタイムリーであり得る。カウンセリングが職場に秘密であるとき、多くの従業員は、深刻な心理問題のある人を対象とするらしい機関で援助を求めるより、雇用者が提供する任意に利用しやすいサービスの方を選ぶ傾向がある（Bukowski & Evans, 1998）。

組織要因に敏感なカウンセラーは、仕事上の移行期で危機にある従業員にも目が届く。新しい会社に入ること、昇進、異動、退職、組織構造の変化、人員削減は、そうした危機を引き起こす。どの移行期でも従業員は、自分で統御し責任を取るために援助を求めるが、同時に強力な援助システムが必要である。

もちろん移行期の中身と従業員の特徴次第で、どんなサービスを用いるかが決定するには違いない。例えば、従業員の心理的成熟度、人種・民族アイデンティティの発達（第4章参照）度は、多様な職業集団の人々へのサービス提供に際し考慮すべき重要因である。しかし、一般に効果的なアウトリーチカウンセリングの方略では、次のことをすべて行う。

(1) 移行期の援助に組織が関わることを明示する。
(2) 同僚、カウンセラー、成功した対処モデルなど利用可能な援助資源は、すべて利用する。
(3) 問題を持つ従業員に自助および相互援助する最大限の機会を与える。
(4) 移行期に経験するであろう新しい役割や状況の特徴について、情報を提供する。
(5) 自己評価、目標設定、計画の明確化などで従業員を援助する。

5－3　間接的コミュニティサービス

企業組織は、それ自体ストレスの一因であり得る。役割対立葛藤、役割の曖昧さ、過剰労働、他者の行動に対する責任、キャリア発達の問題、仕事の出来を制約する身体的要因などがあるからだ。特に重要なのは職場で利用できる社会的援助の度合であり、それは最も深刻な職務関連ストレスさえも緩和し得る。しかし、社会的援助がストレスを軽減し、健康上の問題を予防し、職場で強いストレスへの適応能力を増すのに効果的ならば、すべての勤労者は上司、部下、仲間、同僚などいつも共に働く人々から援助を得る必要がある。

企業場面で働き、コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、職場環境を、ストレスが少なく従業員の健康によいものにするように励む一方で、社会的援助システムを高め、環境ストレスを減らす組織的努力にEAPsが大きな影響を与えることも認識している。こうしたカウンセラーは日々ストレスの犠牲者を見ているので、ビジネスと産業場面で働きながら問題のありかに一番早く気づくことになる（Van Wart, 1998）。さらに彼らは、職場環境に前向きな変化をもたらすのに必要な人間関係能力を持っている。

組織の問題対処法を変えようとする活動には、いろいろな形がある。グループプロセスへの介入、コンフリクト解決方略の開発、訓練計画づくり、職場環境診断のためのデータ収集と共有、組織構造変革の提案などである。こうした活動はすべて、企業・産業場面でカウンセラーが果たすべき役割と見てよい（Arredondo, 1996 ; Condrey, 1998）。

5－4　間接的クライエントサービス

職場でのカウンセリングプログラムは、上に立つ者がその使い方を知っているときのみ、単なる訓練と違う効果を生ずる。そこでEAPsのすべてのカウンセラーは、管理者・監督者を訓練する。入社したての従業員の問題のみつけ方、うまくコミュニケーションをして問題と直接取り組んだり、紹介をしたりする方法を教えるのである。効果的なスーパーバイザー（上司）訓練プログラムは、組織を個人的または仕事関連の問題にぶつかっている従業員のニーズに応じやすくする。

またコミュニティカウンセラーは、問題を抱える従業員と地域の援助ネット

ワークとのつながりをつける。個人が社会的・心理的・医療的そのほかのサービスを必要としている場合、カウンセラーは適切なサービスシステムを選んで連絡を取り、必要ならクライエントの擁護者として行動する（Lewis & Bradley, 2000）。

カウンセラーはコミュニティ内で利用可能な援助をよく知っていれば、うまくつなげることができる。クライエントの生活に最も混乱が少なくその自助に最適な機会を与える選択肢の発見を、優先する。Lewis & Lewis（1986）は、次のような基本線を挙げている。

(1) コミュニティで利用可能な自助の選択肢を選び、用いる。
(2) 地域資源の知識を豊かにする。
(3) 地域サービスの評価法を開発する。
(4) クライエント一人ひとりに現在直面する試練について客観的な選択肢を示す。
(5) クライエントと援助ネットワークとのつながりをつける（pp. 82-85）。

コミュニティで利用可能な資源を知っており、従業員と企業に影響する問題に精通するカウンセラーは、問題を持つ従業員に役に立つシステムを選ぶためのコンサルテーションを提供できる。

6 教育場面

我々はコミュニティを次のように定義してきた。個人のニーズを満たし、その日常生活に影響し、個人と社会間の媒介となる、独立した個人・集団・組織のシステムである、と。この定義に従えば、学校と大学はコミュニティとして機能すると見ることができる。したがってカウンセラーは、そこで働き学ぶ人々に影響する学校環境をよくする責任を持っている。しかし学校は大きなコミュニティに属しているので、カウンセラーは生徒の親、警察官、ヘルスケア専門家、事務職、地元の議員など幅広い社会環境にいる人々も扱わなければならない。そこで、学校場面でコミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウ

ンセラーは、彼らが学校自体とその近隣や地区という、独立していて相互作用する2つのコミュニティに役立とうとする。

教育場面ではほかの現場以上に、カウンセラーは治療に集中するのでなく、人間の成長と発達を促すプログラムを創造することができる。学校コミュニティはカウンセラーに、団結と成長にとって最良の環境を創造する可能性を提供する。このためにカウンセラーは、生徒の学習と発達を促すダイナミックな教育プログラムを提供しようとする。学校でコミュニティカウンセリングモデルを用いるとき、カウンセラーは次のようなサービスを創造し実行しようと努力する。

(1) 生徒とコミュニティメンバーに発達的な学習経験を提供する直接的コミュニティサービス。
(2) 生徒とほかのコミュニティメンバーに個人カウンセリングとグループカウンセリングなど特定の経験を与える直接的クライエントサービス。
(3) 学校全体の学習環境改善を目指す間接的コミュニティサービス。
(4) 学校とコミュニティを個々の生徒、特に機能不全の恐れがある生徒のニーズに応じやすくするための間接的クライエントサービス。

このコミュニティカウンセリング枠組の4側面は、小・中・高・大学それぞれのニーズに応じて適用できる。

6－1　小学校と中・高校

小・中・高校は、市民すべての生活と関わっている。義務教育は、アメリカの大部分の人が生涯の一定期間学校生活を経験してきたことを意味し、学校が全てのコミュニティで中心的な役割を果たすことを意味する。

この役割は、スクールカウンセラーにその仕事環境を動かす独自の機会を与え、様々な方法で多様な人間のニーズに応える試みを促す学校カウンセリングの多様な試みが始まった。小・中・高各種プログラムを表7.5に示す。

表7.5　小・中・高校におけるコミュニティカウンセリングの枠組

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	キャリア発達、対人スキル、価値観の明確化と問題解決、健康、家族などの問題についての生徒向け教育プログラム コミュニティと親の教育	個人・グループカウンセリング ピアカウンセリング ハイリスク状態の子どもへのアウトリーチ
間接的	子どもと青少年に影響を与える社会政策に関する活動 学校の学習環境改善の努力	学校職員とコミュニティ援助ネットワークメンバーへのコンサルテーション コミュニティ機関との連携 子どものためのアドボカシー

6－1－1　直接的コミュニティサービス　直接的コミュニティサービスは、特別なカウンセリングを必要とする人だけでなく、広範囲の人々にも、成長し学習する機会を与えることを意図する。カウンセラーは生徒とコミュニティメンバー両方の教育ニーズを満たすために、人間的・物的両資源を学校特有の仕方で結びつける。

学校場面で心理的発達を促す可能性を試すには、カウンセラーは自身の専門的役割を再評価、再定義する必要がある。多くの人にとってこれは、昼休みと休み時間中の生徒を見守り、出席状況の把握、遅刻と欠席の点検、自習時間の監督などの、部分的・個人的な管理上のサービスを超えた活動が必要となるだろう（Baker, 2000）。教育場面での新しい役割は、(a)革新的な教育プログラムを計画するのにリーダーシップを発揮する、(b)多様な心理教育と生活スキルトレーニングへの要望に応える、(c)両親とコミュニティで働く人々など、生徒の生活に影響する成人のために学習の機会を作る、などである。

小・中・高校でコミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、全生徒の心理的発達と幸福を促す方法の発見に努める。明らかに、生徒は在学中に学習面だけでなく、人格面でも発達するチャンスを持つ。したがっ

て、子どもを全人的存在として扱う学校は、生徒が自分自身および他者との関係について学ぶカリキュラムを用いる。

場合によって、カウンセラーは参加希望の生徒が誰でも利用できる特別プログラムを作り、実践することができる。しかし多くの場合、個人的認識と生活スキル発達を促す試みは、一般的カリキュラムの中に統合される。多くの生徒に効果があるようにとカウンセラーは、こうした統合的な精神保健カリキュラムの推進を助けるために、次のような様々な方略を用いる。

(1) 生徒に教えるためと、教師に対人関係スキルの手本を見せるために、教室に行く。これは、生徒に意思決定、問題解決、葛藤（コンフリクト）解決スキルを教えると共に、教師に効果的な学級経営とグループプロセススキルのモデルを示すことになる（Baker, 2000 ; Gerler, Ciechalski, & Parker, 1990)。
(2) 教師が生徒の心理的な発達を促すような、新しい学級プログラムと活動を計画し実践し、それに適切な教材を選ぶのを援助する（Barell, 1991)。
(3) 教師が新しい教科領域をカリキュラムに統合するのを援助する（Paisley & Hubbard, 1994)。
(4) 学校の教育・健康推進プログラムをよくするために、コミュニティの資源を利用する（Aunt Martha's Fact Sheet, 2001 ; Barth, 1990)。
(5) 生徒のニーズ・興味・目標に応じて、生徒グループ自身が教育プログラムを作るのを助ける（Baker, 2000)。
(6) 多文化教育・ガイダンスのプログラムの実施を促す（D'Andrea & Daniels, 1995 ; Salzman & D'Andrea, 2001)。

これらの方略は生徒たちに、これまでたいていの学校で触れることのなかった人間存在の諸面に気づかせる。最近では多くのカウンセラーが、AIDS教育（Herr, 1999)、薬物乱用の予防（Swisher, Bechtel, Henry, Vicary, & Smith, 2001)、社会的問題解決（Salzman & D'Andrea, 2001)、自己主張訓練（Ivey, D'Andrea, Ivey, & Simek-Morgan, 2002)、結婚前教育（Baker, 2000)、民主的

価値観（Hayes, 1982）、道徳性の発達（Kohlberg, 1981；Sprinthall, Peace, & Kennington, 2001）、感情教育（Bloom, 1996）などのプログラムを提供している。キャリア発達、個人と対人関係の理解、価値の明確化、意思決定、グループ間の関係といった話題は、現在教科内容や勉強の主題であると共に、多くのカリキュラムの一部を占めている（Baker, 2000）。

親の教育もまた、小・中・高校におけるカウンセラーの重要な仕事である。多くの学校は、コミュニティメンバーに多様な学習体験を与える成人教育センターとなっているが、効果的な子育て法は最大の注目を集める。学校でコミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、親の機能を効果的に援助するための講座や学習グループを計画し実践する活動に加わることによって、生徒に長期的な効果をもたらしている。

グループ活動は親に、感情、葛藤、成功を分かち合い、子育てという難事業で支え合うチャンスを与える。その意味で、グループ活動は非構造的であれ、緩やかな構造的グループであれ、援助となり得る。最も大切なのは、これらのサービスが、特殊な学習問題や心身問題を持つ子がいる親だけでなく、参加希望の親は誰でも利用できるようにすることである。

構造化された子育てプログラムは、効果的に親のスキルを向上させる。これには、子育てのための体系的訓練（STEP：Dinkmayer & McKay, 1976, STEP/Teen：Dinkmeyer & McKay, 1983）など親のための夜間プログラムがある。多様な文化的背景を持つ人々のための親の教育プログラムは、若いアフリカ系アメリカ人の親向けの枠組（D'Andrea, 1981）、ラテン系家族向けの予防訓練（Szapocznik, Santisteban, Kurtines, Perez-Vidal, & Hervis, 1984）、2つの文化を持つ子どもを育てるための効果的な訓練プログラム（Szapocznik, Santisteban, Rio, Perez-Vidal, & Kurtines, 1986）などがある。これらのプログラムは、子育てグループを計画するカウンセラーに有用な指針となる。こうした直接的コミュニティプログラムとサービスによって、学校カウンセラーは両親と生徒の健全な成長と発達を推進することができる。

6－1－2　直接的クライエントサービス　多くの子どもと青年にとって、学級でのグループ体験は学校場面で彼らが求めるあらゆる援助を与える。しかし

成長につれて、青年はそれ以外の援助を必要とする場面に度々出合うようになる。だから、一対一のカウンセリングや小グループのカウンセリングに参加する権利は、問題を持つ生徒だけでなく、すべての青少年に開かれていなければならない。

カウンセリングは、クライエントが自己点検によって自身を知り、環境とその効果を学び、現実的目標を立て、新しい行動を試みてそれを評価し、当面の問題を解決しながら長期的な問題解決技術を学ぶプロセスである。この種の教育的プロセスは、子どもと青年が個人のアイデンティティを育てようと努力し、他者との効果的な交わりを学ぶとき、特に重要となる。こうした挑戦で苦しみながら自身の価値システムと目標を育てなければならず、その一方で家族、学校、仲間と関わる直接的・実際的な圧力と戦わなければならない。

生徒はこうした成長の重要な諸側面で、誰かの援助を得る権利を持っている。少なくとも状況から来る問題への短期援助のために、早急かつ非公式にカウンセラーにアクセスする。

学校カウンセラーはもちろん、必要なときいつでも個人カウンセリングと援助ができることを最優先とすべきである。しかしカウンセリングで効果があると、それへの要求がますます大きくなりがちで、そうなるとカウンセラーは、要求増大を満たすために自分以外に資源を探さなければならなくなる。例えば、カウンセラーはほかの人々を援助者として訓練できる。生徒をピアカウンセラーとして訓練することは、常に援助者が増えるだけでなく、生徒たちが心理的に利用しやすいカウンセリングが増えるという、二重の利益がある。青年の中には、大人の援助よりも生徒に助けを求める方が好きな者もいる。つまり、経験を分かち合い、互いに関心を持つことが、多くの生徒をピアカウンセラーに近づきやすくする。

援助者が生徒であれほかのコミュニティメンバーであれ、訓練過程は本質的に同じである。小グループで一緒に働く場合、潜在的な援助者は訓練において次のことを行う。

(1) ピアカウンセリングで出会うであろう問題を話し合う。
(2) 援助者としての自分の役割を話し合う。

(3) 援助過程を実際に観察する。
(4) 明確な基準を用いて、観察した相互活動を評価する。
(5) スーパービジョン（指導）の下で、援助過程を繰り返し練習する。
(6) 自分の援助スキルについてフィードバックを受ける。
(7) ほかのグループメンバーにその援助スキルについてフィードバックを与える。
(8) 援助者としての自身の長所と短所を評価する。

訓練導入期以後も活動的な援助者は、参加により新しい疑問・関心を持ったときは特に、訓練やスーパービジョンを続けて受ける方がよい。コミュニティカウンセリングモデルが活用される公教育施設に広汎な効果を生ずるためには、スクールカウンセラーは援助者、トレーナー、スーパーバイザーとして役立つ必要がある。

学校場面は、青年をアウトリーチする最良の機会である。カウンセラーが子どもの危機状況を認識していれば、深刻な問題が起こる前に介入し援助することができる。例えば、家族の圧力は子どもをある期間弱い立場に置きやすく、短期のグループ介入が適切であろう。両親が最近離婚した子どもたちのグループ（Omizo & Omizo, 1987 ; Pedro-Carroll & Cowen, 1985 ; Stolberg & Garrison, 1985）、アルコール依存患者の子どものためのグループ（Lewis, 1987 ; Morehouse, 1986）も同様である。

6－1－3　間接的コミュニティサービス　子どもと青年のニーズに熱心に関わることによって、学校カウンセラーはどのようにしてコミュニティが青年の成長を促す環境を提供するかしないかを知る。したがって学校カウンセラーは、有害な公共政策と戦ってそれに代わる健康増進政策づくりをするのに適していることが多い。例えば、コミュニティ機関を子どもと家族のニーズに応じさせるとき、コミュニティの青年のために社会的またはリクリエーションプログラムを作るとき、地域企業が学生に意義のある仕事の機会を作るよう促すときに、カウンセラーは青年に関わる法の変革を目指して援助してきた（Lewis & Lewis, 1989）。

しかしもっと直接に、学校環境自体を生徒のニーズに応じやすくしなければならない。地域の教育指導者が変革を受け入れていれば、カウンセラーは擁護者（アドボケート）、コンサルタントとして活動でき、民主的意思決定を推進し、生徒、教師、両親、学校経営者、コミュニティメンバー間のコミュニケーションを改善させることができる。こうした状況では、カウンセラーは学校を反応性の高い機関に変える方針や手続き制定に、重要な役割を果たすことができる。

あいにく学校はいつも変化しやすいわけではない。政治的な活動だけが変化をもたらし得ることもある。学校での独自の役割として、カウンセラーは、学校政策の変革を促す力の源として利用できる次のような特質を持っている。

(1) その個人やグループに関する広い見通しとその環境およびそれが個人の発達に及ぼす影響の巨視的な理解。
(2) 新しい状況に適応させるカウンセラーの柔軟な役割と機能。
(3) 問題となっている個人と重要な関連グループのメンバーが交流できる機会の提供。
(4) 問題となっている集団に関する秘密情報へのアクセス。
(5) 情報管理、配置と職業紹介、他機関へのリファー（紹介）機能などの管理者（門番）の役割。

カウンセラーが、(a)自己の強さ（strength）を認識し、(b)この力の使用に伴う責任を受け入れ、(c)健康な学校とコミュニティ環境づくりのために変化への幅広い援助を求める始点としてこの力を用いるならば、カウンセラーは生徒のために自身の力を利用できる（Barker, 2000）。

前向きの変化は、カウンセラーだけの努力では無理かもしれないが、教師、親、学校・コミュニティメンバーとの結束があれば起こり得る（Daniels & D'Andrea, 1991）。多様な集団のメンバーが共通の課題に関わるプロジェクトに共に取り組むときに、カウンセラーがリーダーシップを取れば、集団的な基盤が育ち始める。

力が幅広く広がり、多くの人とグループが意思決定に積極的な役割を取るよ

うになると、学校環境はより鋭敏に、刺激的になる。学校カウンセラーは、様々な間接的クライエントサービスを用いて学校経営者、教師、親、コミュニティメンバーと共にコンサルテーションや学生のアドボカシーを進めることによって、こうした過程を始めるのに必要な役割を果たすことができる。

6－1－4　間接的クライエントサービス　学校カウンセラーは、学校と専門的諸サービスを提供するコミュニティ機関とをつなぐキーパーソンである。生徒は学校が提供するものよりも専門的なサービスを必要とすることが多く、それは医療的・法的・社会的・心理的・職業的なサービスである。カウンセラーは適切な機関を探すのを援助し、その機関と密接に連絡を保つ。こうした継続は、生徒の学校でのプログラムとコミュニティの専門的援助者が補い合って同じ線上で働くために重要である。カウンセラーは学校経営者、教師、親、コミュニティの専門家と密接に協働して、この試みを統合するのに適した位置にいる。

また、学校カウンセラーは、地域のコミュニティでコンサルタントとして活動する。青少年のためのコミュニティプログラムやサービス開発を援助し、彼らと密接に関わることになるワーカーの訓練を手伝う。例えば、多くの学校カウンセラーは、コミュニティ近辺で青少年と主に関わる地域の警察官とも密接なつながりを維持する。

学校教職員へのコンサルテーションも、学校カウンセラーの重要な役割である。カウンセラーは学校の実務と方針を全生徒のニーズに応じやすくさせ、しかも個々の少年の特別なニーズをも満たすために、校長、教師、そのほかの職員たちと密接に協働しなければならない。

教師たちは、生徒一人ひとりの当面の問題、教室で出合う諸状況に対処しようと、援助を求めることが多い。このことは教師が、どうすればすべての生徒のためによい学習環境を作れるか話し合うことにつながる。コンサルテーションを通してカウンセラーは、教師たちが現在していることを点検し、新しいアイディアでよりよい代案を考え、新しい計画を選び実行する援助ができる。コンサルタントがコンサルティの問題を直接解決することはできないが、教師の個人的専門的価値観と目標がどのように生徒との相互作用に現れるのか、教師

自身が考えるのを援助できる。

コンサルティは自発的に援助を求めに来るので、学習と変化への意欲があると想定できる。しかしカウンセラーは、いつもそのようなやる気のある人を待っているわけにはいかない。個々の子どもやその集団は、変化に対するアドボケート（擁護者）を必要としている。アドボケートとは有益なサービスへの道をつけるか、有害な政策の実施を停止させる人のことである。したがって学校カウンセラーは、青少年が健康で成熟した大人へと発達するのを助けることと、若者の擁護者としてその成長、創造性、精神的健康と幸福を育てる学習環境を作ることとの、二重の責任を持っている。

6－2　文化的な配慮

本書を通して我々は、カウンセラーがクライエントの精神的健康や幸福を促すためにコミュニティカウンセリングモデルを用いるとき、人間の多様性の諸問題を扱うことの重要性を強調してきた。この配慮は、学校カウンセラーは日々幅広い文化的・人種的・民族的な背景出身の青少年の発達を促すよう求められるのだから、特に重要である。Lewis（1998）は、カウンセラーが学校場面でコミュニティカウンセリングの枠組を用いるとき、心に留めておくべき配慮について述べている。カウンセラーは、(a)青少年の発達の文化的な文脈、(b)生徒の発達のためのサービスをするとき、様々な圧力がどのように青少年の生活に害を与えるか、を常に考える必要がある。

多様な人種的民族的背景の青少年を扱う場合、文化的に有能なカウンセラーは、クライエントのニーズと好みを考えてサービスを調整するようになる。精神保健従事者が文化・人種の多様な生徒を対象にコミュニティカウンセリングモデルの４種類のサービスを提供する場合、必要な配慮を簡単に述べよう。

6－2－1　直接的カウンセリングサービス　欧米で訓練された精神保健従事者が仕事で用いるカウンセリング理論と技法には、明確な一連の価値観と規範が埋め込まれている。この価値観と規範は、精神保健と心理的成熟の単一文化的で自民族中心的な見方を反映する（Sue & Sue, 1999）。これはアメリカのカウンセリングに共通な価値観と規範である。例えば、多くの米国の精神保健専

門家は、充実した生産的な人生を送るために、個人の自立と心理的自律が身につくよう援助しなければならないと思っている。

若者の個人主義と自立達成の重視は、アメリカの主流文化の中心にある共通の価値観である。しかし、民族・人種集団のすべてが普遍的に共有できるものではない（Lewis, 1998）。実際に文化集団の多くは、家族・歴史的つながり（先祖への敬愛）、家族の相互依存、家族やコミュニティのためなら自己を無にすることを重視する（Sue & Sue, 1999）。Inclan & Hernandez（1992）もまた、分離と自立、個人主義、明確な境界は、すべての文化に受け入れられるわけではない、と強調する。彼らはカウンセラーに、異文化のクライエントが考える心理的健康、成熟と個人の自立という目標が葛藤対立する場合、カウンセリングでこうした価値観と規範を押しつけてはならない、と忠告する。さらにLewis（1998）は、意図的・無意図的のどちらにせよ、カウンセリングでこうした価値観と規範を用いることは、アメリカ社会にいる多様な文化的人種的集団の人々にとって心理的圧力となり、人間の尊厳を守る倫理的な治療を不可能にする、と指摘する。

文化的人種的に異なるクライエントは、日常生活で様々な形の抑圧・圧迫と差別に遭っており、カウンセリング場面はそうした有害な心理的なダイナミクスを避けるべき場所である。文化に有能なカウンセラーは、異文化クライエントの価値観・世界観を理解しようと苦悶し、学校でカウンセリングに来る青少年に単一文化的で自民族中心の価値観を押しつけまいと共に努力する。コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、環境要因がクライエントの精神的健康と幸福に影響することをよく知っている。そのため、青少年が(a)その生活で生ずる圧迫感を自覚し、(b)介入方略が適切と思われるとき、もっと効果的に環境の悪影響と取り組む方法を考えるよう、時間をかけて援助する。

6－2－2　直接的学校サービス　この援助方略は、教育プログラムを生徒に直接提供し、学校関係者全員が利用できるようにする。この種の学校サービスが文化の問題を対象にする場合、(a)多文化問題を扱う教育的努力、(b)学校全体の発達プログラムの文化的文脈への注目、の両者を含んでいる（Lewis,

1998)。学校場面でカウンセラーがこの問題を処理する最良の方法の一つは、生徒の発達の文化的文脈に着目してガイダンス活動を行うことである。

研究者たちは、学校場面でいろいろな年齢の青少年を対象とした一連の多文化的ガイダンス活動を調査した（D'Andrea & Daniels, 1995 ; Salzman & D'Andrea, 2001)。こうした活動の目的は3つあり、①生徒が、異なる背景を持つ人々は彼ら自身とどのように似ており、異なるかを理解するのを助ける、②新しい社会的能力の獲得を助ける、③多文化への感受性を強めることである。ビンゴから美術までうまく組み合わされた数種のゲームに基づいて、このガイダンス活動は、マルチカルチュラル・ピープル・ビンゴ（Multicultural People Bingo)、カルチュラル・ワーム・ファジー（Cultural Warm Fuzzies)、レインボー・ポスター(The Rainbow Poster)、クリエイティング・カントリー（Creating a Country)、マルチカルチュラル・アートワーク（Multicultural Artwork）などが含まれている。これらの活動は教室場面でカウンセラーが行ったが、多文化教育が正規のカリキュラムに取り入れられるようになることを望んで、教師と密接に連携しての仕事だった。

言うまでもなく、年齢ごとの多文化教育に利用できるたくさんの選択肢が用意されていて、カウンセラーと教師は協働して、生徒の興味と発達ニーズに合う学習計画を考え、実行することができる（Lewis, 1998)。そうすることによって、カウンセラーと教師は、現代社会の特徴といえるステレオタイプ的な偏見と有害な集団間関係を改善しようと、実践的に働く。

6－2－3　間接的学校サービス　学校場面で固定的有害な集団間関係の問題を扱うことは重要だが、この問題はアメリカにおける文化的圧力と不平等などもっと本質的な問題と比べると劣る、と主張する多文化擁護者もある。この問題と関連してHilliard（1995）は、次のように書いている。

> 教育における特権・抑圧・不平等は、ステレオタイプ的固定観念、集団間の無知、誤ったコミュニケーションなどの問題として扱われる。これらは実際に問題ではあるが、もっと複雑で広汎なシステム全体の一部分に過ぎない。結局のところ、ステレオタイプ的固定観念、集団間無知などの除

去にのみ注目し活動する教育者は、みせかけの問題解決によって本当に重要な問題の解決に貢献していない。ステレオタイプ化、集団間の無知、コミュニケーションの誤りは、特権、抑圧、不平等のような深刻で扱いにくい問題を遠回しに言いかえただけである（p. 149）。

Lewis（1998）は、Hilliardの考え方の真意を次のように解説する。子どもと青少年がステレオタイプ的な見方と集団間緊張を発達させるのを予防する努力は、アメリカで働き続ける様々な抑圧の背後にある重大で実質的な問題を改善する助けにはならないが、(a)文化的人種的に異なる人々がわが国で経験する問題の範囲を減らし、(b)カウンセラーが学校場面における多文化主義という複雑で論争的な課題の多くを処理しやすくする、と。Hilliard（1995）は、次のように主張する。

学区がプログラムの実施に際してやりやすいのは、特権、不平等、抑圧の問題に着目するよりも「対人的コミュニケーション」を改善することである。善意の教育者と公的政策作成者は、それらが内外の抑圧を減らし、感受性を和らげ、重要な目標に向かう進歩という幻想を与えるので、そのような遠まわし表現の誘惑に負けてしまう（p. 150）。

Lewis（1998）は、Hilliardの説へのコメントとして、次のように述べる。

子どもと青少年の「対人的コミュニケーション」を改善する効果的な直接サービスを提供するのは、骨の折れる仕事である。しかし、拒否的な学習環境を扱うことは骨が折れるだけでなく、個人の多大な勇気も必要となる。どの学校システムでも、カウンセラーは生徒が拒否的処罰的な環境の犠牲になるときそれを最初に知り得る立場にある。このような知識こそがカウンセラーに勇気を与えるのである（p. 11）。

カウンセラーが学校のすべての子どもと青年に影響を与える学習環境を吟味するとき、味方になる強力な擁護者を必要としている個人とグループに気づく

ようになる（Lewis, 1998）。Lewis & Arnold（1998）に従えば、カウンセラーは次のように理解する。

> 貧しい子ども、有色の子ども、英語が第二言語である子どもはよく無視され、レッテルを貼られ、取り残され、学校の最低ランクに置かれる。施設のカウンセラーが、メンバーの抑圧についてコミュニティに注意を喚起するように、学校カウンセラーも子どもと青年に影響を与える処罰的圧迫的なやり方に対して反対の声を上げることができる。施設カウンセラーが変化を求めるコミュニティ組織と協力し参加するのと同様に、学校カウンセラーも温かく歓迎的な学習風土を持つ優れた学校づくりに向けて働くグループと連携することができる（p. 60）。

6－3　大学の学生相談

高等教育では、2つの長く続いた伝統が徐々に消えつつある。第一は、過去には大学がコミュニティの真ん中にある島とみなされ、キャンパス周辺を取り巻く街から隔離されてきた。しかし、大学の職員と学生が周りの世界に出て行くにつれて、また高等教育とコミュニティ生活内のその役割にコミュニティメンバーの関心が増すにつれ、この伝統は崩れつつある。大学の地域コミュニティへの統合は、コミュニティカレッジという名の地域密着型大学の成長につれ進んでいる。これは、高等教育の新しい役割と使命を提示するぴったりの名称である。

第二は、大学のカウンセリングセンターがキャンパスの中で以前は孤島のようになっていた。しかし、ますます多くの大学のカウンセラーがサービス対象の集団を新しいやり方を研究しており、これがキャンパスコミュニティ全体に大きな違いを生じさせている。

大学のカウンセラーは、今やコミュニティカウンセラーとして活動し、大学キャンパスをすべての学生とスタッフに影響を与える環境と見なければならない。また大学の施設と周りのコミュニティとの間に橋を架けなければならない。こうした仕事は、大きな大学では特に複雑である。表7.6は大学におけるコミュニティカウンセリングモデルのあり方を示している。

表7．6　大学学生相談におけるコミュニティカウンセリング枠組

	コミュニティサービス	クライエントサービス
直接的	コミュニティ全体への教育プログラム ストレスマネージメント、キャリア開発、孤独、若い成人の移行期などの問題についての予防的なスキル育成プログラム	アウトリーチカウンセリング 特定の学生グループのための援助サービス ピアカウンセリング
間接的	キャンパスライフ改善の試み キャンパスと近隣の住民間の紛争の調整	教授やスタッフとのコンサルテーション 大学を学生の変化に応じやすくする努力

6－3－1　直接的コミュニティサービス　直接的コミュニティサービスの提供には、大学の周辺の地域コミュニティの人々に対するアウトリーチサービスも含んでいる。このサービスには、学生とコミュニティメンバーが職業的・教育的・キャリア的目標を設定する際の援助を含むことが多い。コミュニティ機関から援助をあまり求めない多くの人々も、さらなる教育の可能性を考える場合には、地域の大学のプログラムに快く参加するだろう。そのため大学カウンセラーは単に、新しい学生を勧誘するのでなく、コミュニティメンバーが生涯教育の場を求め、各自の価値観、強さ、具体的な選択肢の知識に基づいて意思決定するのを援助できる。

地域も含んだコミュニティ対象のアウトリーチプログラムは、特に女性、転職希望者、新しい職業や趣味を求める退職者、仕事の再訓練が必要な人々を援助してきた。短期コースやワークショップはまた、コミュニティメンバーに教育的な経験を与えてきた（Fukuyama, 2001 ; Lewis & Lewis, 1989）。

大学のカウンセラーは、地域コミュニティの教育へのニーズを知ることに時間を割くべきである。続いてカウンセラーは、どうすればこのニーズに応じ得るかを考えて、大学にある資源を吟味する。こうしてカウンセラーは、ほかの

機会を持たない人々のためによい教育と訓練のプログラムを計画し実行することができる。大学プログラムの多くは、正規入学の学生のために作られる。学生すべてに利用可能な意義ある教育と訓練プログラムを提供するために、カウンセラーは大部分のキャンパスカウンセリングセンターを伝統的に特徴づけてきた一対一の個別カウンセリングサービスを超えて活動する必要があった。

1970年代後半から1980年代前半にかけて、大学カウンセリングセンターの開拓者たちは、大勢の学生の発達促進を目指して設計された新しいプログラムとサービスを実施し始めた。この試みには、アメリカ中の学生に共通する問題を扱うワークショップとセミナーの開発もあった。開拓者であるFrew（1980）とMeeks（1980）は、どのようなミニコースが学生に孤独感の問題を処理する方法を教え得るか論議した。このミニコースは、大学キャンパスの学生多数に身近な関心と、人生の普遍的特性という両様の観点から、孤独感の問題に取り組んだ。Barrow（1981）は、(a)ストレス処理とリラックスの技法、(b)テスト不安の処理方略、(c)他者と快適に関わる方法、について学生の能力を増すための集中的な構造化ワークショップが、多くの利益を得たことを報告した。

自習による方法も、大学キャンパスのために開発され、初期の試みには学生がキャリアと個人的問題を処理する援助のための介入もあった。この点で、Katz（1980）は、相互作用的コンピュータ使用を通して大学生のキャリア発達と人格発達に関する意思決定能力を発達させた最初の一人である。

別の開拓者的試みでは、Thurman, Baron & Klein（1979）は大学キャンパスの電話で利用できる、自助メッセージテープを開発した。電子メディアの強力な可能性を認めて、Warrington & Method-Walker（1981）は、人格発達に関する自習用ビデオを学生に提供した。

最近はさらに、生活スキルと対人効果を教えるグループ方式に、大きな進歩があった。多くの大学のカウンセリングセンターが自己評価、時間管理、目標設定、情報収集、就職面接などのワークショップを行い、大学生の意思決定とキャリア計画技術を発達させるグループが一般的になってきた（Astin, 1993；Fukuyama, 2001）。

学生に効果的な学習スキルと健康なライフスタイルを発達させる幅広いグループ介入計画のよい例は、ミネソタ州のマンカト州立大学（MSU）で始まっ

た「コミュニティ契約プロジェクト」である（Reason, Lee, & Bixler, 1995）。このプロジェクトは、学生が大学の高層学生宿舎に住んでいる間、勉学と生活スキルを学んで自身の教育的可能性を実感するために計画された。

プロジェクトの発案者は、高層学生宿舎でのよそよそしい孤立から健康的な発達を強める積極的なコミュニティへと転換されるべきことを認めた。これを踏まえてReasonら（1995）は、MSUの高層ビル居住者のための創造的な直接コミュニティサービスプログラムを設計した。次のように説明されている。

> コミュニティ契約はMSU高層学生宿舎で実行され、学生は各自のGPA（学業成績）目標を設定し、行動計画を表明し、目標を達成したら祝賀計画を立てる。コミュニティ契約自体によってコミュニティメンバー各人の幸福が支持される、はっきりとした目的を持った教育的なコミュニティとは何かを、学生たちは議論し伝え合った。
>
> このプロジェクトでは、1時間のフロアミーティングが2回、学年度第一週のうちに、学生宿舎にいる学生グループの間で行われた。1回目は、契約の概要が全居住者に紹介された。2年生以上の先輩学生がグループのファシリテーター（世話人）になって、契約の内容が討論された。積極的な仲間がリードして、騒音、訪問、掃除、アルコール使用について仮の決定に達することができた。グループミーティングの結論として、各居住者が自分の今学期のGPA（学業成績）目標を提出することになった。GPA目標を後で平均してコミュニティ全体のGPAとした。
>
> 2回目のフロアミーティングで居住者たちは、当階の学業の焦点、契約のGPA目標、アルファベット順のフロアプログラムリスト、学習室の使い方と騒音対策について話し合った。
>
> 彼らはそれから、前回の集会でコミュニティ契約に入れたらどうかと提案があった仮決定について、それぞれ投票した。このミーティングの終了により、コミュニティ契約は完成し、学生たちに承認された（Reason et al., 1995, pp. 289-290）。

この直接的コミュニティサービスは、次のような前向きの結果を生じた。

(1) コミュニティ契約に参加した3つの学生宿舎すべてが、学年度中、プロジェクトに参加しなかった学生宿舎より高いGPAを得た。
(2) コミュニティ契約をした居住者とほかの学生宿舎の行動記録を比べると、後者に暴力行為数が多いなど、前者の行動に大きな改善が見られ、プロジェクトの予防効果が実証された。
(3) 特定行動の変化、特にアルコール乱用と騒音問題に関して結果は明白であった。プロジェクトに参加しなかった学生宿舎に住む学生と比較して、コミュニティ契約プロジェクトに参加した学生は、学年度を通じてアルコールを飲んだ量が少なく、騒音レベルと学生宿舎コミュニティにいるほかの学生への影響をよく認識していた（Reason et al., 1995, p. 290）。

1990年代には、資格が持つ意味の変化もあって、大学カウンセラーの役割が非常に拡大してきた。現在、ますます学生問題専門家と呼ばれるようになった。大学カウンセラーが持つこの呼称は、全国の大学キャンパスにいるたくさんの学生の心理的・教育的・キャリア発達的ニーズを効果的に扱うサービスを計画し実行する包括的な使命を、正確に表現している。

6－3－2　直接的クライエントサービス　どれほど多くの予防プログラムが提供されても、多くの学生は個人カウンセリングを必要とし、中には危機を体験して直接的集中的な介入を求める者もいる。これまでカウンセリングセンターは大学生活の主流から離れていたので、ごく少数の学生だけがそのサービスから利益を得ていた。アウトリーチプログラムと危機介入は、カウンセリングサービスを利用しやすくし、多くの人々が慢性的な問題になる前に利用するようになった。

多くの大学のカウンセラーは現在、キャンパスライフと密接なサービスを提供するために、カウンセリングの出張所を設けている。カウンセラーが全員大学本部にいるよりも、寮、教室棟、学生の憩いの場、など人の出入りが多い場所にいる方が、カウンセリングは大学生活に溶け込める。このあり方によって、カウンセリングが自然で近づきやすいものになる。

カウンセラーがピアカウンセラーとして他者を援助者として訓練するとき、このことの意味がいっそう明らかになる。専門的なカウンセラーは、サービスへの要求すべてに応ずることは実際にできないが、学生がよい援助をするように訓練することはできる。大学はピアカウンセリング活動に力を入れており、多くの学生がこのチャンスを生かしてほかの学生を援助するようになった。

さらに大学のカウンセラーは、学生宿舎の管理人、健康サービスのワーカー、運営スタッフ、学部教員など、大学コミュニティのメンバーを訓練する。そのことにより、彼らが問題に早く気づいて、カウンセリングセンターへの来所を勧めるようになる。

6－3－3　間接的コミュニティサービス　大学での間接的コミュニティサービスは、その大学が位置するコミュニティと、キャンパス内の環境の両方を扱う。環境プログラムの重要目的の一つは、大学がコミュニティにとってマイナスの存在ではなく、資源であることの明示である。大学の成長とコミュニティの幸福は時おり対立葛藤を起こす。大きくて不規則に広がる大学が混み合う都会地域にあるときはいっそうである。キャンパスの開発のために土地利用、交通、建築工事、公園や家屋の撤去などの問題が起こると、反対意見が生じる。環境と生活に影響する決定に市民を参加させることによって、対立葛藤を回避できる時もある。大学が少なくとも一部分でもそのコミュニティに所属し、政策決定者が誠実に継続して地域の問題に進んで取り組んでいるとコミュニティメンバーが感じない限り、彼らの不満はくすぶり続けるであろう。

コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、大学生の能力開発に対する大学環境の強力な効果を、見逃すことはできない。大学の環境は人間発達を促進も妨害もするし、大学が立てた目標を援助も妨害もし得る。大学の雰囲気は、そのほかの大学経験よりも学生の発達に影響し、それは学生が24時間居住する場合著しい。大学は学生のコミュニティである。彼らのニーズが満たされる場、他者と交わる場、能力と個性を表現する場である。

大学は大きい場合特に、非人格的、没個性的になり得る。学生でいる間ずっと孤独感と無力感を味わせ続けるのだ。学生問題の専門家は、学生のコミュニティ感覚を育て、キャンパスの持つ人的資源を活用できるようにする責任を自

覚し、そのために活動しなければならない。

多くの大学生が経験する没個性感を減少させる方法の一つは、キャンパスの資源を大きなコミュニティのニーズとつなげることである。例えば、コミュニティサービスプロジェクトを大学の授業に導入することによってである（Cotter, Ender, Gindoff, & Kowalewski, 1995 ; Fukuyama, 2001）。

過去35年にわたって多くの大学が、コミュニティサービスプロジェクトを開発してきた。Levin & Hirsch（1991）は、アメリカ中の学校で学習経験の一部として用いられたコミュニティプロジェクトの復活を述べている。これらのプロジェクトは通常、大学が位置するコミュニティ内の社会的弱者を対象とする。都会の貧困地域にいる危機状態の青年への個人教授、地域の病院と療養所でのヘルスケアサービス、受刑者を高卒資格試験に向けて準備させること、スープキッチンによる無料の食事提供、ホームレスシェルターでの援助、被暴力女性の家で働くこと、低収入で身体障害者がいる家族のアパート補修塗装、アパラチアの田舎で10代の母親や父親に教育サービス提供、家出少年のための放課後プログラムづくり、地域のホスピスで働くことなどである（Levine & Hirsch, 1991）。

大学で働くカウンセラーは、こうしたサービスプロジェクトづくりに重要な役割を果たし得る。コミュニティの諸グループや組織と働くこと、社会的弱者の擁護（アドボカシー）活動、大学教職員へのコンサルテーションをすることによって、カウンセラーはコミュニティサービスプロジェクトを大学のカリキュラムに統合するのに必要な計画を、促進することができる。

これらのプロジェクトは、すべての関係者に利益を与える。例えば、大きなコミュニティでの様々な問題によって、社会的に弱い立場になった人々を直接援助する。大学のプロジェクトからの援助がなかったら、こうした人々の教育的精神保健的ニーズの多くは満たされない。さらに、危機状態の人々の援助プログラムへの政府支出が減らされれば、大学がスポンサーになっているサービスプロジェクトが、地元の過剰負担を減らすように援助をすることにもなる。

大学生もまたコミュニティサービスプロジェクトへの参加によって、次の諸点で利益を得る。

(1) 大学1、2年生が地域住民と知り合いになれる。
(2) 地域ぐるみの人的ネットワーク構築によって、3〜4年生にも、インターンシップ独自の研究、コミュニティサービスと学習に集中する上級講座などに、それを活用することができる。
(3) 地域住民にパートタイム、臨時、フルタイムなどの雇用確保ができる（Cotter et al., 1995, p. 87）。

こうした実用的な利点のほかに学生は、他者のニーズに気づき、社会的意識への感受性が増し、モラルの発達と責任感のレベルが上昇し、コミュニティサービスプロジェクトに参加していない学生より没個性のレベルが低くなることによって、利益を得る（Cairb & Kielsmeier, 1991）。

6－3－4　間接的クライエントサービス　多くの大学では、大学教員も学生と同様、孤独感を感じがちである。カウンセラーは、大学コミュニティのメンバーが持つ援助能力を表に出させることを目標に、人々を隔てる障壁除去に乗り出すことができる。

大学では小・中・高校以上に、教育プロセスの学業面と非学業面が伝統的に分かれて別個のものだった。大学カウンセラーと教授の間のコンサルテーションは、稀であった。しかし、個人の発達は教育的な経験を離れて起こるのではなく、学生の学業面と人間的成長は分離できない。大学で働くほかの人々と同様に、大学教員は絶えず学生と相互作用する。もし大学教員とスタッフが自身を潜在的な援助者とみなせば、この相互作用は学生への援助となる。教授会メンバーとのコンサルテーションは、彼らを大学の援助ネットワークの一員にし、専門的援助が必要な状況を認識して、効果的に学生と関わるようにさせる。こうした態度の変化は、学生のニーズが表面化したとき、キャンパスをそれに応じやすくする。

カウンセラーはまた、キャンパス環境を特定の学生グループのニーズに応じやすくすることによって、多くの問題を予防できる。多くの大学は、年齢、文化、学業背景などで同質な学生集団のニーズを満たすよう組織されてきたが、統計によれば学生集団は多様化している。多くの大学が文化の多様化について

いけずにきた。しかしこれからは、カリキュラム、学生サービス、住居の紹介、大学生活を、多様な背景からの学生に歓迎的なものにするか、ますます不適切不和になるかのどちらかに違いない。

力のある人でもすべての学生とコミュニティのニーズに応えることは、多くの場合難しい。カウンセラーは、キャンパスにいる多様なグループ、個人と大きなコミュニティとをつないでコミュニケーションを促すことができる。

7　要約

コミュニティカウンセリングモデルの4構成要素は、いろいろな機関・組織にうまく適用することができる。どのような適用でも個人へのサービスと環境改善努力の両方が含まれることと、問題悪化への予防優先とが重要である。精神保健実践者が行う介入のタイプは、結局は場の条件とクライエント次第で変わる。しかし、コミュニティカウンセリングモデルの4構成要素（直接的クライエントサービス、直接的コミュニティサービス、間接的クライエントサービス、間接的コミュニティサービス）は変わらない。本章では、様々な場でこれら4つの構成要素が用いられる実際例について検討してきた。

コミュニティの精神保健機関が行う直接的サービスには、コミュニティメンバーの精神的健康への能力を増す教育プログラムと、心理的問題を将来持つ危険性があるクライエント集団へのアウトリーチなどがある。間接的サービスは、コミュニティメンバーとクライエントの精神的健康に前向きに影響する政策を求める擁護、援助ネットワーク内でのコンサルテーション、クライエントの自助選択促進などである。

キャリア発達のための機関でコミュニティカウンセリングの枠組が最もよく機能するのは、カウンセラーがこれを用いて職業の問題に多面的に取り組む場合である。ワークショップとカウンセリングプログラムは、キャリア計画と職業斡旋（あっせん）に重点を置き、間接的サービスは、仕事の安全、職場の人間化、差別的雇用慣行解消などを行う。

特定の問題に多面的アプローチを用いる専門機関があり、特定の対象集団メンバーか特定問題のどちらかに焦点をあてる。その間接的サービスは、対象の

人々に大きな直接的影響を与える環境諸面を扱い、直接的サービスでは、クライエント個人の資源づくりを目指す。また可能なときはいつでも、ピアカウンセリングと自助介入を通して、クライエント集団を強くするための特別な取り組みを行う。

産業カウンセリングは、急速に成長している分野であり、コミュニティカウンセリングモデルを応用しやすい場の一つである。従業員援助プログラム（EAPs）を行うカウンセラーは、職場でのストレスを減らす努力と共に、ストレス管理、健康増進、生活スキル訓練によって、従業員に将来あり得る問題を予防するのに適した位置にいる。

我々はコミュニティを、個人の主要ニーズを満たし、日々の生活に影響を与え、個人と社会全体の間の仲介者として活動する人々とグループと組織の相互依存システムであると定義するので、学校と大学をも独自のコミュニティとみなす。学校カウンセラーと学生問題専門家（学生相談カウンセラー）は、学校自体と学校が位置する地域のコミュニティと、2つのコミュニティに責任を持っている。前記の機関と同様に、学校でもコミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、予防を重視し、学習環境を改善するサービスを提供し、生徒と親とコミュニティメンバーの個人的資源を強化する。

練習問題7.1

コミュニティ機関、従業員援助プログラム、キャリア機関、学校、大学など特定環境における精神保健サービス効果の評価

これまで述べてきたように、カウンセラーが持つべき最重要の専門能力は、コミュニティ機関、従業員援助プログラム（EAPs）、キャリア機関、学校・大学、特定プログラムが対象者たちの精神的健康と幸福を計画通りどこまで高め得たかを評価する能力である。この能力育成活動は、あなたが将来組織とプログラムの評価に必要な能力を身につける助けになるように作ってある。

現在あなたがどのようにコミュニティカウンセリングの枠組に関連する概念を様々な場面に応用できるかを知っていれば、あなたはコミュニティ機関、従

業員援助プログラム、キャリア機関、学校と大学などで、特定のプログラムが対象者たちの精神的健康と幸福と力をどの程度増したかを評価できる。

このことを踏まえて、将来あなたが携わりたいと思うコミュニティ機関、従業員援助プログラム、キャリア機関、学校・大学、特定プログラムのどれかを選び、そこのカウンセラー、プログラム運営者など適切な誰かと会って話を聞く約束を取ってみよう。手がかりとしてコミュニティカウンセリングモデルを用いるのなら、次のことに注意を向けて、そのクライエントや学生のニーズにとって機関やプログラムがどんな効果があるか評価しよう。

(1) 機関やプログラムの目標を明らかにしよう。
(2) その機関やプログラムが提供する活動とサービスが、どの程度クライエントや学生の精神的健康、幸福感、人間的力を促進したかに注目してみよう。一歩を進めて、あなたが選んだ機関やプログラムが、目標を達成するのに、直接クライエント・直接コミュニティ・間接クライエント・間接コミュニティサービスをどの程度用いたかを評価してみよう。
(3) コミュニティカウンセリング枠組の4つの構成要素を心に留めて、クライエントとコミュニティに効果的に働きかけるには、その機関がどんなプログラムとサービスを将来取り入れればよいかをきちんと考えよう。

練習問題7.2

あなたが作成した精神保健の仮説的プログラムについての考えの拡大

第1章であなたは、自分がサービスしたいと思う特定クライエント集団について考えてきた（練習問題1.3参照）。続く各章を通してあなたは、第1章で注意を向けた特定クライエント集団に、よりよくサービスできる方法を考える

ように求められた。

本章で得た情報、つまりコミュニティカウンセリングの枠組が様々な状況に用いることができる多面的方法であることを前提として、あなたの仮説的なプログラムについて考えたことを再検討し、次の質問に答えよう。

(1) あなたが目標に達すると考えた方法は、その目標に適切だろうか。
(2) 本章にある応用例に照らして、あなたのプログラムをクライエントのニーズにもっと効果的に応えるようにするためには、どんなサービスがさらに考えられるか。

参考文献

Arredondo, P. (1996). *Successful diversity management initiatives : A blueprint for planning and implementation*. Thousand Oak, CA : Sage

Astin, A. (1993). *What matters in college? Four critical years revisited*. San Francisco : Jossey-Bass.

Aunt Martha's Fact Sheet. (2001). *Aunt Martha's youth service center : Haven today…Hopefor tomorrow*. Chicago Heights, IL : Auther. [Available : www.auntmarthas.org]

Baker, S. B. (2000). *School counseling for the twenty-first century* (3rd ed). Upper Saddle River, NJ : Merrill / Prentice Hall.

Barel, J. (1991). *Teaching thoughtfulness : Classroom strategies to enhance intellectual development*. New York : Longman

Barrow, J. C. (1981). Educational programming in stress management. *Journal of College Student Personnel*, 22, 17-22.

Barth, R. S. (1990). *Improving schools from within : Teachers, parents, and principals can make a difference*. San Francisco : Jossey-Bass.

Bloom, M. (1996). *Primary prevention practices : Issues in children's and families' lives*. thousand oaks, CA : Sage

Bradley, R. W., & Cox, J.A. (2001). Counseling : Evolution of the profession. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp.27–42). Thousand oaks, CA : Sage

Brenner, M. H. (1973). *Mental illness and the economy*. Cambridge, MA : Harvard University Press

Brueggemann, W. G. (1996). *The practice of macro social wark*. Chicago, IL : Nelson-Hall.

Bukowski, W., & Evans, J. (Eds.). (1998). *Cost-benefit / cost-effectiveness research of drug abuse prevention : Implications for programming and policy*. (Reserch monograph Series No. 176). Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse.

Cairb, R. W., & Kielsmeier, J. C. (1991). *Growing hope : A source book on integrating youth service into the school curriculum*. St. Paul, MN : National Youth Leadership Council.

Condrey, S. (1998). *Handbook on human resource management in government*. San Francisco : Jossey-Bass.

Cotter, D., Ender, M. G., Gindoff, P., & Kowalewski, B. (1995). Integrating community service into introductory college courses. *Journal of College Student Development*, 36(1), 87–88.

D'Andrea, M. (1981). *Becoming parents during adolescence : A transactional developmental analysis of the effects of parenthood among unmarried, black females*. Unpublished doctoral dissertation, Vanderbilt University Nashville, TN.

D'Andrea, M., & Daniels, J. (2000). Youth advocacy. In J. Lewis & L. Bradley (Eds.), *Advocacy in counseling : Counselers, clients, and community*(pp.71–78). Greensboro, NC : ERIC Counseling and Student Services Clearinghouse

D'Andrea, M., & Daniels, J. (1995). Helping students learn to get along : Assessing the effectiveness of a multicultural developmental guidance project. *Elementary School Guidance and Counseling Journal*, 30(2), 143–154.

Daniels, J., & D'Andrea, M. (1991). *The Nashville Youth Network*. Unpublished manuscripy, University of Hawaii.

Dincin, J. (Ed.). (1995). *A pragmatic approach to psychiatric rehabilitation : Lesson's from Chicago's Thresholds program*. San Francisco : Jossey-Bass

Dinkmeyer, D., & Dinkmeyer, D., Jr (1980). An Alternative : Affective education. *Humanist Educater*, 19, 51–58.

Dinkmeyer, D., & McKay, G. (1976). *STEP : Systematic training for effective parenting*. Circle Pines, MN : American Guidance Service.

Dinkmeyer, D., & McKay, G. (1983). *STEP/Teen*. Circle Pines, MN : American Guidance Service

Frew, J.E. (1980). A group model with a loneliness theme for the first year college student. *Journal of College Student Personal*, 21, 459–460.

Fukuyama, M. A. (2001). Counseling in colleges and universities. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.). *The handbook of counseling*(pp.319–342). Thousand Oaks, CA. Sage.

Gerler, E. R., Ciechalski, J. C., & Parker, L. (Eds.). (1990). *Elementary school counseling in a changing world*. Alexandria, VA : American Association for Counseling and Development.

Hage, S. M., & Nosanow, M. (2000). Becoming stronger at broken places : A model for group work with young adults from divorced families. *Journal of Specialist in Group Work*, 25, 50–66.

Hayes, R. (1982). Democratic schools for a democratic society. *Humanist Educator*, 20, 101–108.

Herr, E. L. (1999). *Counseling in dynamic society : Context and practices for the 21st century*. Alexandria, VA : American Counseling association

Herr, E. L. & Cramer, S. T. (1996). *Career guidance and counseling through the lifespan* (5th ed.). New York : HarperCollins.

Hilliard, A. G. (1995). *The maroon within us*. Baltimore : Black Classic Press

Hollmann, R. W. (1981). Beyond contemporary employee assistance programs. *Personnel Administrato*r, 11(3), 213–218.

Inclan, J., & Hernandez, M. (1992). Cross-cultural perspectives and codepence : The case of poor Hispanics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 245–255.

Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (2002). *Theories of counseling and psychotherapy : A multicultural perspective* (5th ed.). Boston : Allyn and Bacon.

Katz, M. R. (1980). SIGI : An interactive aid to career decision-making. *Journal of College Student Personnel*, 21, 34-40.

Kim, B., Gaughen, D., & Salvador, D. (1995). Enhancing students' development though community-based research and service projects : The UH-JOBS orientation program. *Educational Perspectives*, 29(2), 3-10.

Kohlberg, L. (1981) *Essays on moral development*. New York : Harper & row.

Levine, A., & Hirsch, D. (1991). Undergraduates in transition : A new wave of activism on American college campuses. *Higher Education*, 22, 119-128.

Lewis, J. A. (1987). Children of alchoholics. *Counseling and Human Development*, 19(9), 1-9.

Lewis, J. A. (1998). Working with adolescents : The cultural context. In J. Carlson & J. Lewi (Eds.), *Counseling the adolesent : Individual, family and school interventions* (3rd ed., pp. 1-14). Denver : Love publishing.

Lewis, J. A., & Arnold, M. S. (1998). From multiculturalism to social action. In C. C. Lee & G. Walz (Eds.), *Social action : A mandate for counselors.* Greensboro, NC : ERIC/CASS and the American Counseling Association.

Lewis, J., & Bradley, L. (Eds.). (2000). *Adovocacy in counseling : Counselors, clients, and community*. Greensboro, NC : ERIC Counseling and Student Services Clearinghouse.

Lewis, J. A., & Lewis, M. D. (1986). *Counseling programs for employees in the workplace*. Pacific Grove, CA : Brooks / Cole. (中澤次郎（編訳）1997 EAP-アメリカの産業カウンセリング　日本文化科学社)

Lewis, J. A., & Lewis, M. D. (1989). *Community counseling*. Pacific Grove, CA : Brooks / Cole.

Lewis, J. A., Lewis, M., Packard, T., & Souflee, F. (2001). *Management of human service programs* (3rd ed.). Belmot, CA : Wadsworth / Thomson Learning.

Locke, D. C., Myers, J. E., & Herr, E. L. (Eds.). (2001). *The handbook of counseling*.

Thousand Oaks, CA. Sage.

Meeks, C. (1980). On loneliness seminar. *Journal of College Student Personnel*, 21, 470–471.

Monahan, J., & Vaux, A. (1980). The macroenvironment and community mental health. *Community Mental Health Journal*, 16, 14–26.

Morehouse, E. R. (1986). Counseling adolescent children of alcoholics in groups. In R. J. Ackerman (Ed.), *Growing in the shadow* (pp.97–121). Holmes Beach, FL : Learning Publications.

Nelson-Jones, R. (1993). *Life skills helping : Helping others through asystematic people-centered approach*. Pacific Grove, CA : Brooks / Cole.

Omizo, M., & Omizo, S. (1987). Group counseling with children of divorce : New findings. *Elementary School Guidance and Counseling*, 22, 46–52.

Paisley, P. O., & Hubbard, G. T. (1994). *Developmental School Counseling Program : From theory to practice*. Alexandria, VA : American Counseling Association.

Pedro-Carroll, J. L., & Cowen, E. L. (1985). The Children of divorce intervention program : An investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 53, 603–611.

Reason, J., Lee, C., & Bixler, T. (1995). The community contracting project. *Journal of College Counseling*, 22, 121–124.

Salzman, J. P. & D'andrea, M. (2001). Assessing the impact of a prejudice prevention project. *Journal of Counseling and Development*, 79, 341–346.

Sampson, J. P., & Bloom, J. W. (2001). The potential for success and failure of computer applications in counseling and guidance. In D. C. Locke, J, E. Myers. & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 6113–628). thousand Oaks, CA : Sage.

Sayger, T. V. (1996). Creating resilient children and empowering families using a multifamily group process. *Journal for Specialists in Group Work*, 21, 81–89.

Sprinthall, N. A., Peace, S. D., & Kennington, p. A. D. (2001). Cognitive-developmental stage theories for counseling. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 109–129). Thousand Oaks, CA :

Sage.

Stolberg, A. L., & Garrison, K. M. (1985). Evaluating a primary prevention program for children of divorce. *American Journal of Community Psychology*, 13, 111–124.

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally–different* (3rd ed.). Boston : McGrawHill.

Swisher, J. D., Bechtel, L., Henry, K. L., Vicary, J. R., & Smith, E. (2001). A model substance abuse prevention program. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp.551–559). Thousand Oaks, CA : Sage.

Szapocznik, J., Santisteban, D., Kurtines, W. M., Perez-Vidal, A., & Hervis, S. O. (1984). Biocultural effectiveness training : A treatment intervention for enhancing intercultural adjustment in Cuban-American families. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6, 317–344.

Szapocznik, J., Santisteban, D. Rio, A., Perez-Vidal, A., & Kurtines, W. M. (1986). Bicultural effectiveness training (BET) : An experimental test of an intervention modality for families experiencing intetgenerational/ intercultural conflict. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 8(4), 303–330.

Thornton Township Youth Committee's Crisis Resuponse Team. (2001). *When you least expect it a disaster can occur*. South Holland, IL : Author

Thornton Township Regional Action Planning Project. (2001). *About TRAPP*. South Holland, IL : Author.

Thresholds North. (2001). *Program description and admissions procedures*. Chicago : Author.

Thurman, C. W., Baron, A., & Klein, R. L. (1979). Self–help tapes in a telephone counseling service : A three-year analysis. *Journal of College Student Personnel*, 20, 546–550.

U. S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2000: Understanding and improving health*. Washington, DC : U.S.Government Printing Office.

Vacha-Haase, T., Ness, C. M., Dannison, L., & Smith, A. (2000). Grandparents

raising grandchildren: A psychoeducational group approach. *Journal of Specialists in Group Work*, 25, 67–68.

Van Wart, M. (1998). Organizational investment in employee development. In S. Condrey (Ed.), *Handbook of human resource management in government* (pp. 276–297). San Francisco : Jossey-Bass.

Warrington, D. L., & Method-Walker, Y. (1981). Career scope. *Journal of College Student Personnel*, 22, 169.

Whitworth, L., House, H., Sandahl, P., & Kinsey-House, H. (1998). *Co-active coaching : New skills for coaching people toward success in work and life*. Lake Oswego, OR : Davies-Black Publishing. (CTIジャパン（訳）2002 コーチング・バイブル：人がよりよく生きるための新しいコミュニケーション手法 東洋経済新報社)

第8章
コミュニティカウンセリング プログラムの運営

考え抜かれた計画、慎重な組織、厳密な評価、責任とビジョンを兼ね備えたリーダーシップがあってこそ、コミュニティカウンセリングプログラムは有効なものとなり得る。このプログラムは、公的機関、非営利団体（NPO）、教育場面、営利団体など様々な場に適用できる。どんな場であっても、コミュニティカウンセリングモデルの4側面を含むプログラムの運営は、次のことを行う。期待した結果を得るように計画を立てること、計画実現に必要な人材と資源を揃えること、仕事をする人々を動機づけること、得られた結果を評価すること、である。コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーが、プログラムの方向を統制するために高い運営能力を備えている必要があるのは明らかである。しかしほかのヒューマンサービス従事者にもよくあることだが、全人的予防的システムを用いるカウンセラーが直面するのは、「このプログラム運営に積極的に関与するか、援助過程をよく理解していないとしても誰かにリーダーシップを渡してしまうか、という二者択一である。プログラムを全面運営するかすべてを手放すかの決断である」（Lewis, Lewis, & Souflee, 1991, p. 2）。このようなプログラムは、革新的多面的で明確な哲学を持っているから、その目標と使命を把握している人だけがリーダーシップを取ることができる。そのためコミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラー

は、選択の余地なしに運営能力を身につけなければならない。そうすれば、精神保健と人間発達に予防的、グループ志向、文化に敏感なやり方で取り組むサービスプログラムを、有効に遂行できるのである。まとめると能力の中身は、計画立案、予算編成、組織づくり、スーパーバイズ、評価である。

1　計画立案（プランニング）

コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、個人の変容、発達に焦点をあてる伝統的カウンセリングの役割と機能を脱して、多面的専門的な援助を行う。彼らは、変革者、擁護者（アドボケート）、コンサルタント、アドバイザー、管理者、スーパーバイザー、評価者、組織開発専門家であり、多文化専門家でもある。

どの役割を取ろうとも目標は同じ、すなわち最も効果的でコストに見合うやり方で、最多数の人々を助けることである。したがってカウンセラーは、コミュニティのニーズを満たすプログラムとサービスを開発する必要がある。そのためには、まずコミュニティのニーズを綿密に査定（アセスメント）しなければならない。

コミュニティカウンセリングプログラムの計画立案作業は、いくつかの段階からなる。

第一段階としてカウンセラーは、現在コミュニティのどんなニーズが満たされていないのか把握する。そうすれば査定なしで作るよりも、必要なニーズを満たす現実的で適切なプログラムの目標を立て、サービスを計画することができる。さらにカウンセラーは、計画を実施する段階でも、それがコミュニティのニーズを十分に満たしているか、定期的に評価しなければならない。

1－1　ニーズアセスメント

どのようなヒューマンサービスの場でも計画立案過程は、コミュニティメンバーのニーズ、関心、欲求を慎重に評価することから始めなければならない。そうすることによってカウンセラーは、コミュニティが持つ問題と資源を明らかにして、既成のシステムとの隔たりを埋め得るようなサービスを開発するこ

とができる。

コミュニティニーズとは、そこに住む人々の幸福を損なうような条件のことである。例えば、東南アジアからたくさんの移民が住宅も十分にない小さな米国中西部のコミュニティにやって来る最近の状況は、コミュニティニーズを作り出している。

もっと前向きにコミュニティのニーズを、人的物的資源が十分に蓄積されれば解決できる独特の課題、として捉えることもできよう。今挙げた例で言うならば、住宅不足というこのコミュニティ独特の問題は、空家やアパートなど利用可能な資源を洗い出すことで解決可能かもしれない。

コミュニティニーズの特定が基本的に価値判断を含むことを、忘れないようにしたい。言い換えれば、あるコミュニティメンバーが深刻なニーズと思うことでも、ほかのメンバーにはそうでもないかもしれないことがあり得る（Edwards, Yankey, & Altpeter, 1998）。

ニーズアセスメントとプログラム開発　McKillip（1987）は、精神保健プログラムを開発し運営する際のニーズアセスメントの用い方を、次のように述べている。

(1) コミュニティ擁護（アドボカシー）を推進する：正確にコミュニティを知ることによってカウンセラーは、コミュニティ内にいて物理的心理的ニーズが満たされないでいる社会的弱者を擁護することができる。この情報を用いてカウンセラーは、リスクを持つ人々を支援するための資金調達の役割をとることができる（例えば助成金申請書類を書くなど）。
(2) 会計計画を助ける：精神保健と教育のプログラムとサービスへの資金が継続的に減らされるときには、コミュニティのニーズアセスメントは、資金提供の優先順位を識別・主張するのに役立つ。
(3) カウンセリングのための公的支援を増強する：コミュニティニーズの調査結果は、コミュニティの特定の問題を浮かび上がらせ、公共の注意を引いて様々な支援を引き出すことになる。

(4) カウンセリング介入の有効性を記録する：ニーズアセスメントのデータは、コミュニティの特定問題に対して開発した新しいプログラムとサービスの影響力をカウンセラーが評価するのに役立つ。
(5) プログラムを計画立案する：コミュニティの資源とニーズに関するデータ収集は、新しいプログラムの計画と実行準備に際してカウンセラーが、情報に基づいた責任ある判断をするのに役立つ。
(6) 政策立案者と財源関係者に支援を要請する：ニーズアセスメントによる情報を用いて特定のコミュニティニーズを明らかにすることは、公私両分野で政治家らの支援を要請する際の強力な手段である。

こうした調査の主な目的は、特定の問題や未達成の目標を明らかにすることだが、状況の深刻さにコミュニティメンバーが関心を持つように、常に配慮する必要がある。だからカウンセラーは、問題そのものの特定よりもむしろ、ニーズアセスメント過程を通してコミュニティメンバーを積極的に仲間に入れるようにせねばならない。

文化に敏感な状況への配慮　文化的に多様な状況での調査にコミュニティの関与を増すために、Bulter（1992）はカウンセラーが次のことを行うべきだとしている。

(1) コミュニティの中の多様な文化集団に敏感で知識を持ち尊重する。
(2) アセスメントとプログラム実施に際し、これらの人々の政治的・社会的・文化的ニーズを知って取り入れる。
(3) コミュニティの中の異なる文化・人種・民族的グループの代表者を含めた検討委員会を設立する。
(4) 異なる背景を持つ人々にとって、どのような質問とデータ収集法が適しているかを考える。
(5) データ収集に際して、コミュニティの主要メンバー、様々な文化集団の公式非公式リーダー（例えば宗教的霊的なリーダー）、学校職員、地元のヘルスケア提供者など、複数の情報源を確実に用いる。

(6) コミュニティの最大多数の人々に知ってもらうようにニーズアセスメントの結果を広める際に、文化的に適切な方法を用いる。

アセスメントのツール　評価方法としてどれか一つまたはいくつか組み合わせて用いることで、包括的なニーズアセスメントを効果的に実施することができる。「どの道具や方法を選ぶかは、情報をどう使うか、どのくらい時間と資源があるか、にかかっている。大抵のニーズアセスメントは、異なる要因の測定には異なるツールが必要なため、複数の組み合わせで行っている」(Lewis et al., 1991, p. 39)。よく使う方法は次のようである。

(1) 調査：コミュニティメンバーは、郵送質問紙・電話または対面インタビューなどにより、特性やニーズについて質問を受ける。こうした調査は、対象全体にでも抽出標本にでも実施できる。集まった情報は、新しいプログラムのための援助要請、既存プログラムの評価、以前のニーズ調査とのデータ比較などに使用される。
(2) コミュニティのミーティングとフォーカスグループ：コミュニティ討論会やフォーカスグループには、目的が2つある。第一に、そのコミュニティ特有の優先順位を明らかにする。第二に、そうした場はコミュニティメンバーが直接参加できるため、自分のコミュニティのためのプログラムとサービス開発に関与したのだと強く感じてもらうことである。こうした会合には公式な公聴会や非公式な討論グループがあるが、ほかの方法では出てこないニーズと方略を特定できることが度々ある。ニーズ調査においてカウンセラーは、力と地位がないために見落とされそうな人々が確実に発言できるよう、大いに努力すべきである。
(3) 社会的指標：カウンセラーは、コミュニティの諸側面に関する既存の量的データも、直接・間接にサービスニーズと関連するとして用いることができる。こうした二次的データは、国勢調査などの政府報告書、地方・全国統計値を民間で編纂したもの、ほかの地方健康計画機関の報告書などに載っている。社会的指標には、人口統計、健康・教

育統計、社会経済変数、雇用情勢、家族形態などがある。例えば、カウンセラーがある地域の10代のニーズについて知りたいなら、未成年者の非行発生率、自殺率、退学率や両親の離婚状況など、地元の統計をまず調べてみることである。

(4) 地元の機関についての調査：コミュニティで現在どんなサービスが行われているかを明らかにするために、地元機関を調査することができる。サービスとクライエントの特徴に関する質問紙は、ニーズとサービスとのズレや、不必要な重複を明らかにすることができる。

(5) 鍵を握る情報提供者へのインタビュー：地元のリーダーや非公式な援助者から、まだ満たされていないコミュニティニーズについて重要な情報を提供してもらえる。こうした情報はほかの、例えば質問紙のような調査法を開発する基礎となり得る。「彼らの現状に関する鋭敏な分析は、広範なニーズアセスメントと置きかえることはできない。適切な会合、調査、社会指標などを設計する際に焦点を絞るのに役立つ」(Lewis et al., 1991, p. 42)。

ニーズアセスメントは、プログラムの元になる優先順位を見分ける手段である。それは次のように使用できる貴重なデータをカウンセラーに提供する。(a)問題と対象集団の選定と優先順位づけ、(b)特定プログラムの選定と実行、(c)これらのプログラムがコミュニティに与える影響の評価（Hadley & Mitchell, 1995 ;Walsh & Bets, 1995)。

1－2 目標（ゴール）の設定

ニーズの調査が完了したら、カウンセラーはプログラムの具体的な目標設定に移ることができる。明確な目標設定は、コミュニティカウンセリングプログラム運営の単純だが最重要な課題といえる。プログラムの目標は、どんなサービスが提供されるかを正確に規定する。明らかに目標と合うサービスはプログラムに取り入れ、目標が曖昧とか一致しないものは破棄する。首尾一貫したサービス一式を提供できるかどうかは、政策立案者、サービス提供者、消費者の同意を得て明確に記述された目標にかかっている。

コミュニティカウンセリングプログラムの目標は、コミュニティメンバーが望む結果と一致していなければならない。それは、プログラムの成否に影響されるすべてのグループにとって、測定可能で現実的で受け入れ可能な目標としっかり関連しているべきである。望まれた結果は、サービスの質に関するあらゆる決定の基礎になるのである。

1－3　意思決定

コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーが伝統的役割を脱するもう一つの道は、Odiorne（1974）が「行動のワナ」と呼ぶものを回避することである。ヒューマンサービス専門家がこのワナに捕まると、（個人カウンセリングのように）活動はそれ自体で完結してしまう。あまりに長いこと同じ仕事を続けてきたために（例えば心理的健康の増進）最終目的の視点を見失い、もっとよい援助のためにほかの方法と方略を検討しなくなる。

コミュニティカウンセリングの枠組は、それとは対照的にプログラムの目標に到達するために多面的な取り組みを必要とする。プログラム開発のための意思決定に際してカウンセラーは、幅広い諸サービスを検討し、各々の限界と効用を比較し、入手できるデータを合理的に調べた上で選択することを求められる。この意思決定プロセスの鍵は、カウンセラーが一対一カウンセリングのような慣れ親しんだサービスと革新的活動とを自由に考える開放性にある。

プログラムに含めるサービスを選択する際に、カウンセラーは次の問いに注意深く答えなければならない。

(1) このサービスはプログラムの目標に合っているか。
(2) このサービスの実施に利用できる資源は何か。
(3) コミュニティメンバーと消費者はこのサービスに関心を持つか。
(4) このサービスは、多様な文化・人種的背景を持つコミュニティメンバーの価値観・世界観に適合するか。
(5) このサービスで得られる利益は、予定したコスト以上の価値があるか。
(6) このサービスの効果はどのようにして測定できるか。

1－4　実行計画

サービス一式を選択したら、カウンセラーは提供計画に移る。サービスごとにカウンセラーは、プログラム実現に向けて具体的な一連の行動を取らなければならない。Gredler（1996）は、プログラム実施計画の助けになる次の質問を挙げている。

(1) 機関やプログラムが選んだサービス実施方法を実行するには、主にどんな活動が必要か。
(2) それぞれの活動の責任者は誰か。
(3) 主な活動の開始日、完了日は。
(4) それぞれの活動を行うために必要な基本的資源は何か。

予定表は、カウンセラーがスケジュールに従って計画を実行していく上で便利である。計画が進行している間に、評価方法も検討されなくてはならない。計画プロセスを慎重にやれば、以降の運営業務をうまく運べるようになる。

2　予算編成

予算編成とは、計画を財務用語に翻訳することである。コミュニティカウンセリングの枠組を用いようとするカウンセラーは、計画を現実化する予算編成にも参加する。少なくとも理解しなければならない。Mayers（1989）は、予算編成と計画との重要な関係について次のように述べている。

> 予算編成は、ヒューマンサービス機関が行う最も重要な活動の一つである。予算編成とは、これから実行されるプログラムのために資源を確保し割り当てる作業である。その結果、人的物的資源の割り当てとプログラムだけでなく、期間の目標と優先順位をまで広汎に記載した詳細な予算内容を提示できる（p. 25）。

予算とは通常、会計年度ごとの行動計画である。コミュニティカウンセリン

グプログラムの目標に基づき、予算は「計画の主人ではなく、僕であるべきだ。意思決定の道具として、目標を現実のサービスに変える手助けなのだ」(Lewis et al., 1991, pp. 155-156)。

伝統的な予算編成プログラムでは、資源の増加が常に仮定されている。そのためヒューマンサービス機関は多くの場合、例えば人件費、コンサルテーション費、消耗品費、旅費、通信費、設備投資などの費目によって支出が分類された個別費目予算方式を用いている。一般的には予算請求は毎年、前年度予算の微増を基本として、必要資源の見積りが行われる。このプロセスは多くの場合、特定のプログラムよりも支出額を強調するものだ。

この予算編成の否定的な側面は、プログラムの説明責任が、その目標達成よりも支出額の制限に結びついてしまうことである。幸運にもしかし、個別費目予算方式以外の方法があって、コミュニティカウンセリングの枠組を助けてくれる。

プログラム別予算編成は、個別費目方式よりも、プログラムごとの費目分類を必要とし、したがって目標達成の責任をプログラムごとに明確に保つ。関連した方略であるゼロ・ベース予算編成では、予算を得るために各プログラムの存在意義を説明することを求める。意思決定者は、既存のプログラムを新しいものと平等に競争させ、プログラムごとに目標に合う達成があったかどうかを判定する。こうした予算は、プログラムの実施に要したコストに基づき、費用対利益分析や費用対効果分析によって修正される。

複雑な合理的分析を行うことは、多くの小さなコミュニティカウンセリングプログラムにとって、利用可能な資金と専門技術を超えるかもしれない。しかし高度に洗練された統計的分析なしでも、カウンセラーはプログラムの優先順位に予算を関係づけることはできる。計画立案プロセスの一部として年ごとの予算は、実行計画と併せて個別費目方式を用いて作ることもできる。予算編成者は、活動ごとにコストを決め、数字を用いてプログラムの予算を正確に立てることができる。こうしたコストは、機関の個別費目予算に組み込まれて、計画がきちんと明細化されていれば、予算編成は単純に、諸活動を金額に変換するだけのものとなる。

2－1　収入源

年ごとの予算編成は、支出と期待される収入両方の推定値に依存する。コミュニティカウンセリングプログラムは多くの場合、政府支出金、助成金と契約金、料金、寄付金、などとその組み合わせから収入を得ている。

政府支出金　政府の立法部門から計上される金、つまり政府支出金は、指定の公的サービスを直接支援する。プログラムはまた、毎年の政府支出金に頼っている公的機関との契約を通して間接の影響を受ける。政府支出金に依存していると、機関は経済的圧力や政治的変化によって資金調達が不安定になりやすい。機関の計画担当者は、経済的政治的外圧に敏感になって計画と予算の見通しが正確にできるようになる必要がある。

政府支出金に頼る資金調達は、その過程と説明責任の両面で利点と欠点がある。

> 公的資金の継続使用は、機関の使命と目標に継続性と一貫性を与える。しかしコミュニティへの影響に配慮する責任は重い。
>
> 機関は自らが求めた目的よりも用いた手段に責任を負うので、その革新性を政治的に認められることなしに予算編成過程を変更して革新的なサービス提供を試みるのは、困難になりがちである（Lewis et al., 1991, p. 167）。

助成金と契約金　別の資金獲得方法は、私的公的基金から助成金、契約金をもらうことである。助成金は、特定の目標・目的を持つ機関に与えられる金のことである。契約金は、似てはいるが、受け取り手が決まる以前からプログラムの目標・目的に沿って行われる活動の種類と量が、細かく規定されている。助成金、契約金どちらも、基金の目的に合うプロジェクトにだけ割り当てられるのが普通である。

申請内容が基金の要綱と合うかどうかは、ニーズアセスメントの完成度、プロジェクトの目的の明瞭さと実行可能性、活動計画の適切さ、予算編成の妥当性、評価計画の厳密さ、資金を求める機関の業績などに基づいて検討される。

こうしてよい計画立案をした機関が、その基金に合う手続きを取って、資金を獲得できるのである。

料金　コミュニティカウンセリングプログラムも料金を請求することがある。クライエントに直接請求することもあれば、保険会社、運営医療組織、メディケイド（低所得者を対象とした医療扶助）、メディケア（65歳以上の高齢者向け医療制度）、そのほかの公的機関など第三者経由のこともある。残念ながらこうした財源の料金構造は、直接的リハビリテーションサービスを重視し、コミュニティカウンセリングの枠組の中心である間接的予防プログラムを奨励しない傾向がある。料金は個人への直接的サービスに支払われるものだからである。カウンセラーは、革新的予防プログラムとコミュニティカウンセリングの主要部分であるプログラムとサービスのために、ほかの形の資金を探さなければならない。

献金　たいていの機関の予算には寄付金が組み込まれている。寄付金は使途が限定されているので、機関はクライエントのニーズに合うプログラムに寄付者が関心を持つように宣伝しなければならない。プログラムに寄付する人は、ヒューマンサービスの革新的なやり方についてあまり知らないことが多いので、それを分かってもらえるような広報活動を工夫し実行する必要がある。

諸財源からの資金調達　様々な財源から資金を調達することで、機関は独立性を保つことができる。一つの財源を失うことが、プログラムの危機と直結してはならない。カウンセラーは資金源に関わりなく、当初の使命を明確に持ち続けることが必要だ。資金をもらえるとなると組織の目標・目的と完全に合わなくても、新しいプロジェクトをやりたくなる。しかし関係のないプロジェクトを行うことは、組織をプログラムから、そして調査したクライエントのニーズから遠く引き離してしまうことになる。

3　組織化

プログラム、学校、機関の組織化は、その使命と援助方法に基づくべきである。計画ができあがったプログラム開発者は、計画した活動を実行するための組織構造が必要になる。組織の設計は様々だがカウンセラーは、選択した組織構造が以後の仕事に重大な影響を及ぼすことを忘れてはならない。個人やグループの間で活動をどう分配するか、誰が意思決定するのか、役割と仕事がどう専門化され、活動がどう調整されるのか、組織内コミュニケーションがどのようになされるのかが、そのような組織計画により決まってくる。

3－1　組織モデルの対比

経営管理の専門家によれば、組織構造には「閉鎖的な官僚式」からダイナミックで「開放的な未来志向式」までいろいろあり、意思決定と運営の仕方が違ってくる（Mink, Mink, Downes, & Owen, 1994）。この両極の違いを検討することでカウンセラーは、自身の機関やプログラムが両極間のどの辺にあるかを知ることができる。

(1) 組織構造：官僚的組織は厳格、固定的、儀礼的、事務的である。開放的組織は柔軟で、全体的、応答的で、意思決定と課題遂行のために実務グループとネットワークを用いる。
(2) 組織環境：官僚的組織は形式的で、階層的命令系統を持ち、相互信頼が低く、競争指向である。開放的組織は対照的に、人間中心で形式ばらず、目標指向である。
(3) 組織のリーダーシップ：官僚的組織では、年長者を重んじ関係性よりも課題遂行を重視し、リスクを最小に押さえることを奨励し、支配的リーダーシップスタイルを取る。開放的組織では、革新的でチーム指向で、課題遂行と関係性の両方を重んじ、リスク覚悟で実験することに価値を置く。
(4) 組織計画：官僚的組織では、経営管理職をおいて計画立案を指揮し、合理的・合法的な意思決定を行う。開放的組織では、計画の過程に関

わった人々が指揮をし、協働とグループによる意思決定と問題解決を重視する。

(5) 動機づけ：官僚的組織では、従業員を動機づけるのに外的な報酬と罰を用いる。開放的組織では、個人の内発的な動機づけと前向きの期待を重視し、メンバーの人間的・専門的発達を促すために学習契約を用いる。

(6) コミュニケーション：官僚的組織では、一方通行の階層的コミュニケーションを用い、従業員の感情を抑圧することがよしとされる。開放的組織では、感情の表出を尊重し多チャンネルのコミュニケーションを重視する。

(7) 評価：官僚的組織では、監督者による業績評価を用い、主観的になりがちである。開放的組織では、目標（ゴール）を基準とした評価プロセスを用い、客観・主観の両方が入る（Mink et al., 1994）。

多くのヒューマンサービス機関は伝統的な官僚的構造を取っているが、これは組織計画者が他の方法を知らないためである。各人は一人の直属スーパーバイザーに報告すればよく、各運営者は自分の部下の行動に責任を持つ。こうした組織では、決まった手順が重要であり、従業員は規則集と行動手順書に頼る。ヒューマンサービス機関の仕事が専門化すると、ある従業員や部門が伝統的個人カウンセリングを行い、ほかの者はコミュニティアウトリーチを、また別の者が運営業務をし、コンサルテーションと擁護（アドボカシー）をし、別の者がグループワークを行う。組織のメンバーは各自の専門に限定・特化され、幹部レベルの運営者だけが機関全体の仕事を見ていることになる。

対照的に、開放的システムの組織は、環境の変化に対応する柔軟な構造を持つ。つまり、目標とニーズに合わせて変わる業務チームとネットワークで構成されている。Minkら（1994）は、次のように述べる。

> 開放的組織では、専門家の登用よりも協調して共に働くことで目標に達することを重視する……開放的組織は、環境との関係では環境に対応するよりも先を制して動く。危機が起こってから意思決定するのでなく、変化

を見越して備える（p. 8）。

開放的組織は運営に際して、メンバーのニーズを満たし組織の発展を進める人間関係中心の方法を取る。組織の意思決定もメンバーを幅広く参加させ、行動の自由を認めることを特徴とする。

伝統的人間サービス機関では、業務の責任を部門ごとに分担してきたのに対して、開放的組織では目的やサービス対象集団ごとに分担する。そのためチームメンバーとして働く一人一人が、組織の目標に最も適切な活動は何かを判断する責任を持つ。

開放的組織では権力と統制は共有されており、官僚的組織では中央集権的である。権力と統制の共有は、責任感を強め、皆の合意した目標に達しようとする動機づけを高める。

コミュニティカウンセリングモデルは、勤労者と同様に消費者の直接関与を得る重要性を強調することで次の一歩を進める。そのために必要なのは、プログラム運営者、精神保健従事者、サービス対象地区の住民などが一緒に実行部隊とコンサルテーションチームを作り、コミュニティにおける精神保健と幸福の向上を目指して介入戦略を考えることである。機関の従業員とコミュニティメンバーは、こうしてプログラム立案、評価と同様に方針決定にも関与する。

このようなコミュニティ／チーム方式を用いると、業務は専門性によってではなくプロジェクトによって部門化される。さらにプログラム設計者とサービス提供者は、自身の運営哲学と専門性にこだわり続けるのではなく、コミュニティの住民と共に働くことで、最新のクライエントニーズを把握することができる。

開放的組織の特性を真に生かす機関運営は、難しい。運営者、精神保健従事者、コミュニティの住民は、伝統的官僚組織と比べて馴染みの薄い組織構造を受け入れる努力と訓練が求められる。

もちろん、あらゆるヒューマンサービス提供者に合う万能の組織計画はない。しかし組織構造の幅広さに慣れてくるとカウンセラーは、機関とコミュニティ独自のニーズと特性に最適な業務運営方式を、判断して勧めることができるようになる。

コンティンジェンシー理論の提唱者たち（Burns & Stalker, 1961 ; Lawrence & Lorsch, 1967 ; Woodward. 1965）は、ある組織にとって最もよい構造はそれが出合う偶発事象に基づく、としている。伝統的な機械的・官僚的な組織構造は、環境条件が安定して効率最優先の場合に最もよく機能する。有機的で形式ばらない組織は逆に、内部に問題が起こったり、外部の急変やコミュニティに対応が必要な状態下で、適切に働く。組織やコミュニティが流動期にあるなら、構造は(a)機関の全部門で働く人の密なコミュニケーションを促進し、(b)コミュニティ住民へのコンサルテーションを進め、(c)機関とコミュニティ間の情報流通を進める必要がある。こうした構造は運営者、カウンセラー、サービス実践者たちが組織とコミュニティ内で問題に直面したとき、柔軟な対応を考えるのに役立つ。

3－2　組織の将来的課題

21世紀に組織が直面する大きな課題は、前例のない大きな社会変化に対応することである。専門家は、次の事柄への対処を指摘している。

(1) 工業から脱工業へ、高度技術社会への継続移行（Mink et al., 1994）。
(2) 国家経済からグローバルな世界経済への移行。このことは、未来の勤労者としての学生を学校と大学がどう育てていくかに大きく影響する（Senge, 1990）。
(3) 合衆国の急速な文化・人種・民族的多様化（Atkinson, Morten, & Sue, 1998 ; Sue, Ivey, & Pedersen, 1996）。この要因は、組織とコミュニティ機関で働く人が、多文化主義の課題と未来に対して同僚、運営者、クライエント、コミュニティメンバーと共にしっかり取り組むことを求める（Sue, 1995）。

こうした課題の重大さを踏まえてMinkら（1884）は、21世紀の生活に適応する勤労者の能力開発を目指して、新しい組織を創造することが重要であると論じている。

組織が多様性と変化にうまく対応するには、考え、学び、受容する人、

柔軟で創造的革新的で協調性のある人を必要とする……。

ますます多様化する仕事、変化し続ける情報と技術に対処し、今日の国際経済に対応して先を行くためには、現代の組織は、順応性、学習性、開放性に注目する新しいパラダイムを創り出さなければならない。将来を見通す組織は、人間生活が機械的ではなく有機的で流動的なものであることを認めなければならない（p. 14）。

今述べた組織構造はカウンセラーにとって、所属する組織や学校をよく理解し運営するのに役に立つ。こうした組織モデルの検討によってカウンセラーは、新しいプログラムと運営方略を考えて組織の発展を促進することができる。あなた自身の経験から、有効と分かった運営のスキルを考えてみても、同様の効果が得られる。練習問題 8.1 は、あなたが生活の中で、有効でやってみたいと思った運営の特徴をわかりやすくしたものである。

練習問題8.1

あなたの運営傾向を把握し、コミュニティカウンセリングプログラムに適用しよう

別紙を用意して、あなたが知っている最も優れた運営者の行動を書き出そう（できれば一緒に働いたことのある人がよい）。その運営者のどんなところがよかったのだろうか。そのときその人が取ったやり方は、コミュニティカウンセリングプログラムにおいて有効か、それとも別の方法に変える必要があるだろうか。もし変える必要があるなら、どのように変えるべきか、簡単に書いてみよう。

4　リーダーシップとスーパービジョン

コミュニティカウンセリングプログラムは、サービス提供者、支援者、コミュニティメンバーなど多くの人々の協働を必要とする。カウンセリングプログラムの質の向上を願うカウンセラーは、ほかの実践者、運営者、コミュニティメンバーと共に働くに際に、優れたリーダーシップを発揮しなければならない。カウンセラーのリーダーシップスタイルと、精神保健従事者をスーパーバイズする能力について次に述べよう。

4－1　リーダーシップスタイル

優れたリーダーシップは他者に、全体の目標・目的に寄与する自分の潜在能力を気づかせる。そのため真のリーダーの実効性は、その人が組織・機関の中でメンバーの個人的・専門的発達をどれほど促したかによって測ることができる。

リーダーシップスタイルは、組織内でリーダーが他者と協力し合うやり方のことである。過去30年にわたり理論家たちは、様々なリーダーシップスタイルについて論じてきた（Burns, 1978 ; D'Andrea, 1989 ; Deal & Kennedy, 1982 ; Senge, 1990）。彼らは、リーダーが組織内で他者の発達を促進するやり方に焦点をあてた。この本で取り上げたコミュニティカウンセリングモデルと特に関係のある4つのリーダーシップモデルを、簡単にまとめよう。

X理論とY理論　リーダーシップ研究の先覚者であるBurns（1978）は、過去20年の間この分野の考え方の指針となってきた2つの古典的理論を示した。X理論とY理論である。Burns（1978）によればX理論のリーダーは、本来人間は仕事に興味がなく、動機づけがなく責任逃れをしようとするものだ、と仮定する。反対にY理論のリーダーは、人間は純粋に自分の仕事に興味を持ち、内外の要因によって動機づけられ、組織内で大きな責任を持ちたいと思っている、と仮定する。

従業員を監督する際、これら2理論を志向する運営者は、全く異なるスタイルを取る。X理論の監督者は、従業員の行動を厳重に監視する構造化した監督

法を取り、部下を動機づけるのに賞と罰を用いて、円滑で予測可能な組織構造を保ち従業員を業務に固定する。

反対にY理論の運営者は、意思決定と責任を委譲する。人間は自己動機づけできるし、課題に効果的創造的に対処できる、との信念に基づいてのことである。

X理論とY理論はリーダーシップの一般的な考え方だが、大部分の組織リーダーと監督者は、この両極間のどこかに位置する。連続体の片方の端では、監督者は権威主義的で、組織内のほかのメンバーとの交流を型にはまったものにしようとする。反対の端では、民主的な意思決定と、従業員が各々独自の方法で組織に寄与することを奨励する柔軟性とを重視する。一方の理論が他方より優れているのではなく、組織が直面する課題、コミュニティ内で起こる変化、共に働く仲間、組織の目標などによって、XとYの両面が適切必要になることを憶えておく必要がある。

運営グリッドとチームマネージメントリーダー　Blake & Mouton (1978) の「運営グリッド」は、リーダーシップの異なる型を概念的に説明する別の方法である。その二軸モデルは、「人への関心」と「生産性への関心」2つの指向に特徴がある。BlankとMoutonによれば、監督者、運営者は従業員を監督するに当たって、そのどちらか一方、あるいは両方を優先するか、もしくはどちらも優先しないかである。

Blake & Mouton (1978) は、効果的な組織運営者、監督者は「チーム運営リーダー」であるとした。それは、生産性に高い関心を持ち、人間に対しても高く純粋な関心を持つ人で、2つの関心を相補的と見る。しかし「チーム運営リーダー」型の人間は、人への関心の方が生産性の全体的レベルを上げる上でもより重要と考えることが多い。

状況的リーダーシップモデル　Hersey & Blanchard (1982) は、組織内で起こる状況と課題に応じてリーダーシップスタイルを変えていくことが重要としている。この「状況モデル」によれば、従業員の専門的、個人的ニーズに応じて異なる監督スタイルを運営者が使い分けることで、効果的な組織リーダー

シップが得られる。

このリーダーシップモデルでは、従業員の成熟度によって適切なリーダーシップ行動は異なってくる。仕事をうまくやり遂げる専門性と内的動機づけが十分発達していない人々に対しては、監督者は高度に構造化した課題指向のやり方を取る。対照的に、内的動機づけは十分だが業務に関する特定の能力を高める助けが必要な従業員に対しては、課題と関係性両指向で行くべきだ。Hersey & Blanchard (1982) は、動機づけも自信もない人の場合は関係性指向法を用いるのがよい、と主張する。最後に彼らは、信頼でき、成熟し、意志と自力で課題関連業務を完遂できる能力を持つ人々には、組織リーダーの責任を委譲することを勧めている。

4－2　有効なリーダーシップの5要因

Senge (1990) の研究に基づいたD'Andrea (1996) の組織リーダーシップモデルは、クライエント、同僚、組織の個人的・組織的変化をカウンセラーが推進できる方法なので、コミュニティカウンセリングモデルと特に関わりが深い。このモデルは、図8.1にあるように5つの明確な要因で構成されている。D'Andreaは要因間を線形や階層的と見るより、流動的でダイナミックな関係があり常に影響し合うものである、としている。

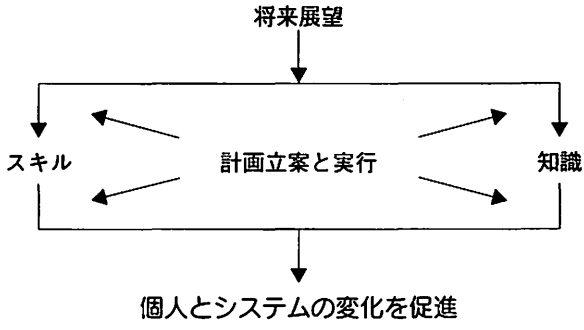

図8.1　D'Andreaのリーダーシップモデル

D'Andrea（1996）とSenge（1990）によれば、クライエント、同僚、組織がやれることを個人としてどう考えるかによって、リーダーシップは決まる。こうした見通しの形成には、クライエント、同僚、コミュニティメンバーが組織の発展にどのように寄与するかをカウンセラーが思い描くことが求められる。組織に関する個人の見方を発展させるためには、知識が必要である。知識があれば、機関、ビジネス、学校がどのようになるか想像し、心の中のイメージとして明確にしていくことができる。イメージが明らかになるにつれ、組織の変化プロセスについてもっと情報が欲しくなるものだ。自身の専門的見通しを発展させようと努力するとき、カウンセラーと教育者は、機関、ビジネス、学校についての心の中のイメージをはっきりさせるために、組織の発展、人間の発達、多文化カウンセリング理論などの知識が必要になる（D'Andrea, 1996）。

組織の見方を発展させ知識を得るだけでなく、リーダーは、自分の将来展望実践に向けて方略を立案し実行するために、リーダーシップ能力を効果的に用いる必要がある。そこで計画立案と実行の要因は、先述のモデル（図8.1）の中心部に置かれ、リーダーの組織能力はこれに力を与えて将来展望の実現可否を決定づけるものなのである。

図8.1にある通り、5要因すべてが、組織内の個人とシステムの変化を促進するものだ。コミュニティカウンセリングモデルを用いるカウンセラーは、組織の変化を進めて従業員の個人的・専門的発達を促し、最終的には消費者（例えばクライエント、生徒）の心理的幸福を促す。リーダーが従業員の個人的・専門的発達に影響を及ぼし得る最も直接的な方法の一つは、スーパービジョンである。

4－3　スーパービジョン関係

クライエントへのカウンセリングと似て、ヒューマンサービス従事者をスーパーバイズするには、人間行動と人間関係に影響を与える複雑なニーズを理解する必要がある。スーパーバイズ過程の有効度は、スーパーバイザーのリーダーシップスタイル、取り組む仕事、スーパービジョン関係に依存する。

多くのカウンセラーは少なくとも時々、ボランティア、準専門家、未経験な

専門家、精神保健経験のスタッフなどを指導する際には、スーパーバイザーとして行動する。

効果的なスーパービジョンを行うには、スーパーバイザーは次のことが求められる。

(1) 適切なレベルの課題、サポート、構造化されたガイダンスをスーパーバイジーに提示（Bernard & Goodyear, 1992）。
(2) スーパーバイジーの動機づけを活性化（Lewis et al., 1991）。
(3) スーパーバイジーのカウンセリングスキルの全体的向上（Rivas, 1998）。
(4) スーパービジョン過程において文化多様性の問題に取り組む（Chen, 2001 ; D'Andrea & Daniels, 1996 ; Leong & Wagner, 1994）。
(5) スーパーバイジーの個人および専門家としてのアイデンティティの統合を支援（Bradley, 1989）。

これらすべての課題と責任は、スーパーバイジーがクライエントの心理的健康と幸福を向上させるサービスを提供するのを助ける。

コミュニティカウンセリングモデルを用いてスーパーバイズしようとするカウンセラーは、スーパーバイジーとの関係を、包括的かつ流動的なものと見る。つまりカウンセラーは、スーパービジョンがどのように構造化されるか、そしてスーパービジョンを通して思考と感情の力動的な交換がどのようにして起こるかに注意を払う。それらは、スーパーバイジー、スーパーバイザー、さらにはスーパービジョン関係自体にも影響を与える。こうして、スーパーバイザーが関係者全員のことを知り、自身を含めた全員の個人的・専門的発達を促す方法としてスーパービジョン経験を構築することが重要である。

スーパービジョンの人的過程モデル　D'Andrea（1989）は、様々な場面で用いることのできる包括的なスーパービジョン理論を概説した。スーパービジョンの人的過程モデルは、包括的流動的視点でスーパービジョンを行う上で、スーパーバイザーが考慮すべき重要点を次のように述べている。

(1) スーパーバイジーの心理的発達レベル。
(2) スーパーバイジーの動機づけレベル。
(3) スーパーバイジーの心理的発達と動機づけレベルにスーパーバイザーのスタイルが合っているか。
(4) 両者が現在関わっているスーパービジョンの段階（D'Andrea, 1989）。

参照枠としてLoevinger（1976）の自我発達理論を用いて、D'Andrea（1989）は、スーパーバイザーは(a)各スーパーバイジーの発達段階を知り、(b)その段階に合った特定の方略を計画することができる、としている。そうすることでスーパーバイザーは、より効果的にスーパーバイジーの個人的専門的成長を促すことができる（D'Andrea, 1989）。

スーパーバイジーの心理的成熟度とスキルの評価は難しい。慣れ親しんだサービス提供では習熟し有能な人でも、新しいやり方を試みるスキルと自信に欠けることがあるからだ。移ろいゆくクライエントのニーズに合わせてヒューマンサービス提供者が仕事を進める困難さに敏感でなければ、効果的なスーパービジョンはできない。だから、スーパーバイザーとスーパーバイジーは、次の2点で共に取り組む必要がある。(a)スーパーバイジーが組織の中で最大限に力を発揮するのに必要な専門的知識とスキルを特定する、(b)スーパーバイジーの職務達成に影響を及ぼすと思われる個人的な問題や関心に取り組む。

スーパーバイザーがスーパーバイジーの能力を正確に査定したなら、そのスキル育成のためのスーパーバイズ方略を実行し始めることができる（D'Andrea, 1989 ; Lewis, Lewis, Packard, & Souflee, 2001）。スーパーバイジーの能力と自信（自己評価）が増すにつれて、当人が組織に貢献する能力はますます信頼できるものになっていく。

スーパーバイジーの動機づけレベルの査定　前述したが、スーパーバイザーのもう一つの重要な役割は、ワーカーを動機づけることである。ヒューマンサービス従事者の動機づけは、その人のニーズ、心理的成熟度、専門家としての能力によって違う形を取る。個人が業務関連の目標を目指してどう働くかを決定するニーズについて、これまでいくつかの観点から説明されてきた。

Maslowの欲求階層説は、管理者にとって有益な観点である（Maslow, 1954）。低次から高次へ、(a)身体的健康(b)安全と安心(c)所属、愛情、社会的交流(d)尊敬と地位(e)自己実現、の各欲求が階層を構成している。

この理論によると、人は低次の欲求が満たされて初めて、高次の欲求へと動機づけられる。この理論が働く動機とどう関わるかは、低次欲求が制限され動機づけとなっている状況を考えると分かる。低次の欲求は元々生存欲求だから限定されている。対照的に、高次の欲求は他者と民主的平等に関わりたい欲求と関連する（Maslow, 1954）。したがって、ワーカーの経済的・感情的安心への欲求が満たされた上で、スーパーバイザーが、所属、社会交流、専門家としての自尊、達成などの高次ニーズに注意を向けさせるなら、その人は最も強く動機づけられる。そのためスーパーバイザーは、スーパーバイジーがMaslowの欲求階層のどこにいるかに配慮し、スーパービジョンのやり方をそれに合わせることが必要である。

スーパーバイザーの役割はワーカーの人間発達を促進することであると見る点で、このモデルは、スーパーバイザーの責任を相手の専門能力強化に限定するほかのモデルとは違っている。Bradley（1989）は、スーパーバイジーが、個人的専門家的アイデンティティを統合できるよう手助けすることの重要性について最初に述べた一人である。

コミュニティカウンセリングモデルは(a)全人的視点を持ち、(b)エンパワーメントを促進することを重視し、(c)他者とのコミュニティの建設を尊重するものなので、この枠組を実行するリーダーシップスタイルとスーパービジョンの関係は、人々の全面的発達を促進するように意図的に計画される。こうしてカウンセラーがスーパーバイジーの人間的専門的発達に求める価値は、スーパービジョン過程の全体を通して中心的なものである。

スーパービジョンの段階　スーパービジョンは通常、予測可能な段階を経て進行する（Bernard & Goodyear, 1992 ; D'Andrea, 1989 ; Glatthorn, 1990）。これらの段階は、通過点ごとに予想通りに現れる課題と事柄を特徴とする。スーパーバイザーがスーパーバイジーの人間的専門的発達につきそう方法、つまりどのように動機づけ、課題に取り組ませ、支援するかの方法は、段階ごとに

様々である。

スーパービジョン過程は、次の3段階からなる（Lewis et al., 2001 ; Rivas, 1998）。

まずスーパーバイザーとスーパーバイジーの関係構築期がある。この第一段階ではスーパーバイザーは、カウンセラー、教師、メンター（指南役）として振舞い、スーパービジョンにおいて達成されるべき目標、目的について話し合い交渉をリードするなど、スーパーバイザーによる積極的な関与が必要である。

第二段階ではスーパーバイジーは、仕事関連の目標設定に主導的となり責任を持つよう励まされる。この変化に合わせて、スーパーバイザーはコンサルタントとなり、部分的な情報を与えて支援し続ける。このようにするとスーパーバイジーは専門能力向上に努力すると共に、次第に自信を強めていく。

最終段階の目標は、彼らが将来の課題に取り組むスキルを伸ばし、特に自身を見守り自らをスーパーバイズできるまでに成長することである（Lewis et al., 2001）。つまり専門家としてのアイデンティティを成熟させ、効果的かつ自律的に働く自信を強める。Lewisら（1991）は次のように指摘している。

> 自律は孤立ではない。スーパービジョン過程を通じて、スーパーバイザーとスーパーバイジーの関係は常に重要である。積極的介入の必要は次第に減るが、信頼と支持の雰囲気は両者の間に存在し続ける。人間サービスの場にあるスーパーバイジーは、課題遂行を学ぶだけではなく、他者を助ける道具として自身を用いることをも学ぶ。この過程は、継続的な成長と非防衛的であることの必要を示している（p. 219）。

スーパービジョンに関する知識が過去20年間に蓄積されてきたが、カウンセリング研究者と理論家がスーパービジョンと関わって多文化問題に注目したのは、ごく最近である（Chen, 2001 ; D'Andrea & Daniels, 1996 ; Leong & Wagner, 1994）。社会の急速な多様化に照らして、ビジネス、産業、学校、大学、精神保健機関など社会の諸領域で働くスーパーバイザーは、多様な背景出身の人々との仕事に際してその目標と課題に注目し学ばなければならない

(Chen, 2001)。

4－4　多文化スーパービジョン

最近の専門論文に見られる多文化スーパービジョンという用語は、文化要因に影響されたスーパービジョン場面を指す（Pope-Davis & Coleman, 1996)。多文化スーパービジョンの例は、次のようである。

(1) 白人のカウンセラーが多様な文化・人種・民族的背景出身のクライエントと働く白人たちをスーパービジョンする。
(2) 白人のスーパーバイザーが非白人のスーパーバイジーと働く。
(3) 非白人スーパーバイザーが多様な文化・人種・民族的背景出身の人々のスーパービジョンをする（D'Andrea & Daniels, 1996)。

多文化理論家は、文化・人種・民族的問題をスーパービジョンの文脈でオープンに取り扱うことが重要だとしている（Leong & Wagner, 1994)。そのためにスーパーバイザーは、過程の中で常に出合う問題への対処だけでなく、多文化スーパービジョンの最終目標（ゴール）についても知っている必要がある。

4－4－1　多文化スーパービジョンのゴール　多文化スーパービジョンは、普通のカウンセリングと同様に複数の目標を持つ。(a)対象者の人間的専門的発達を促す環境と一連の経験を提供し、(b)効果的なカウンセリングとコンサルテーションのスキルの発達を進め、(c)クライエントが受けるカウンセリングサービスの質への説明責任を増す（Bradley, 1989 ; Chen, 2001)。さらに多文化スーパービジョンが目指すのは、スーパーバイザーとスーパーバイジーとそしてクライエント各々の文化的背景と人種・民族アイデンティティ発達が、カウンセリングとスーパービジョンの両方にどのように影響するかを調べることである（D'Andrea & Daniels, 1996)。

研究者たちは、文化の影響を受けない人はないのだから、カウンセリング（D'Andrea & Daniels, 1992）やスーパービジョン（Cook, 1994 ; Leong & Wagner, 1994）に当たって人種・民族的アイデンティティの発達を理解する

ことが重要だとしている。カウンセリング理論家の中には、人種・民族的アイデンティティの発達段階を説明するモデルを考えた者もいる。黒人の民族アイデンティティ発達モデル（Cross, 1971, 1995）、アジア系アメリカ人発達モデル（Kim, 1981）、マイノリティアイデンティティ発達モデル（Atkinson et al., 1998）、そして様々な白人アイデンティティ発達モデル（Hardiman, 1982 ; Helms, 1995 ; Helms & Carter, 1990 ; Ponterotto & Pedersen, 1993）である。

第4章で述べた通り、カウンセリング実践者はクライエントの心理的発達をよく理解するために、こうしたモデルを用いる。そうすることで、各クライエントの発達の現レベルを適切に補完する介入を設計できる。先に列挙した人種・民族的アイデンティティ発達モデルは、スーパービジョン場面で似た役割を果たす。特に、D'AndreaとDaniels（1996）はこれらのモデルを(a)スーパーバイザーとスーパーバイジーそれぞれの人種・民族的アイデンティティの発達レベルを調べ、(b)多文化スーパービジョンに起こりそうな課題について洞察を深めるのに用いることができる。多文化スーパービジョンにおいて、スーパーバイザーとスーパーバイジーが人種・民族的アイデンティティの発達段階のどの段階にいるかを知ることは、きわめて重要である。そのためスーパーバイザーとスーパーバイジーであるカウンセラーが、自身の人種・民族的アイデンティティ発達段階と多文化能力レベルがカウンセリングとスーパービジョンの見方にどのように影響するのかを、じっくり考えることは重要である。

様々な人種・民族的アイデンティティ発達モデルの段階を知ることで、スーパーバイザーとスーパーバイジーはこの分野での自身の発達レベル評価を始めることができる。そうすることで、(a)文化・民族・人種的要因が自身の発達にどのような影響を与えているかに理解を深め、(b)カウンセリングとスーパービジョン両作業においてこれらの理論的モデルを参考にすることができる。

4－4－2　スーパービジョンにおけるマイノリティ・アイデンティティー発達理論の適用　非白人において、マイノリティアイデンティティ発達（MID）モデルの順応段階（表8.1参照）にいる人は、2つの注目すべき特徴を持つ。(a)白人のヨーロッパ文化優位という支配的な価値観への絶対的指向と(b)自身の人種・民族的背景の人々およびそのほかのマイノリティーグループについて持

表8.1　マイノリティと白人アイデンティティ発達モデルの段階

マイノリティアイデンティティ発達	白人アイデンティティ発達
順応段階	**接触段階**
・白人文化優位価値観への絶対的指向	・発達にとって人種や文化は重要ではなく、人種はただ一つ、人類だけ
・自身の人種グループも含むマイノリティグループへの自己卑下的態度	・カウンセリングで、文化・人種・民族的問題を扱うことに抵抗する者も
抵抗・没入段階	**偽独立段階**
・自身の文化・人種的背景へのプライド	・文化的偏見に気づくが、文化的に多様なクライエントに応ずる能力を欠く
・白人に対する全般的な不信と嫌悪	・白人とよりも有色人と人種的差異を議論する傾向
協働段階	**自律段階**
・自身の文化的・人種・民族的アイデンティティへの自己充足感	・カウンセリング活動において文化に敏感な方略を実行する意思と能力
・自身のコミュニティとグループのための政治活動	

左列はAtkinson et al.（1998）より
右列はPorterott & Pedersen（1993）より

つ自己卑下態度（Atkinson et al., 1998）である。この発達段階にある人々は、非白人のカウンセラーとスーパーバイザーは白人より質が悪く能力が低いと考えて、白人の専門家と働くことを好む。なぜならば彼らは白色人種の専門家と比べ、非白色人種のカウンセラーは質が悪く能力が低いと一般的に考えているからである（D'Andrea & Daniels, 1996）。次の抵抗・没入段階では、自身の文化・民族的背景への強い肯定感情とプライドを特徴とし、同時に白人への不信感と嫌悪感も強まる。この段階では自分と同じ文化・人種・民族的集団の人か、米国におけるほかのマイノリティグループのメンバーと共に働きたがる。白人全体への不信感は、白人のスーパーバイザーへの異議申し立てとして現れる。だからこの段階にある人のスーパービジョンを白人が行う際には、このこ

とへの準備が必要である。

発達してMIDモデルの最後である協働段階の特徴を持つに至った人は、自身の文化・人種・民族的アイデンティティに自己充足感を経験する。個人としても特定の文化グループメンバーとしても、自身を大いに尊重する。しかし、抵抗・没入段階の人と違って、「マイノリティグループの価値観と基準のすべてをやみくもに受け入れるのではない」(Ponterotto & Pedersen, 1993, p. 49)。

協働段階にある人々の多くは、コミュニティでの政治活動に積極的である(Atkinson et al., 1998)。この活動は、自分の文化グループおよび米国における他の虐げられたグループに悪影響を及ぼす様々な形の抑圧と差別をなくそう、という欲求に基づいている。

この段階にある人々と働くときには、スーパーバイザーはカウンセリングの文化的側面について話し合う時間を十分取るべきである。そうすることで自身の多文化カウンセリングとスーパービジョンについての観点を共有できるし、彼らマイノリティの多文化観点から学ぶこともできる。

多様なグループ出身のクライエントへの援助を論ずるとき、スーパーバイザーは政治・社会的変革行動の方略も取り上げるべきである(D'Andrea & Daniels, 1996)。これを重要事項として十分に時間をかけることによって、スーパーバイザーはこの種の活動に関与し協働する人々への敬意をはっきりと伝えることができる。

4－4－3　スーパービジョンにおける白人アイデンティティ発達理論の適用

米国におけるカウンセリング・スーパーバイザーの圧倒的多数は、白人でヨーロッパ的背景を持つ。しかし、彼らの人種アイデンティティ発達が非白人のスーパーバイジーや非白人のクライエントにサービスする白人カウンセラーと働く上で、どんな影響があるかにはあまり注意が払われてこなかった。しかし研究者たちは、白人アイデンティティ発達モデルをいくつか呈示している。いくつかの発達段階説(Cook, 1994 ; Ponterotto & Pedersen, 1993)や発達地位説(Helms, 1995 ; Helms & Carter, 1990)は、スーパーバイザーやスーパーバイジーにとって、白人の専門家が多文化問題を考え行動する様々なやり方について有益な洞察をもたらすものである。Cook(1994)の白人アイデンティ

ティ発達理論をスーパービジョンに当てはめてみよう。

Cook（1994）によれば、接触段階にある白人のスーパーバイザーは、民族や文化を人間の心理的発達における重要な因子とはみなしておらず、むしろ「普遍的な人間性」に注目する。文化・人種・民族的な事柄を議論するときには、人種はただ一つ、人類だけだという。

この段階の人は、多文化カウンセリングや多文化スーパービジョンにおける効果的な介入を行うために知識を得る必要を感じていない。この段階のスーパーバイザーの中には、カウンセリング中に文化・人種・民族的問題を扱う必要のある事柄に抵抗を示す者さえある。

対照的に、偽独立段階にある人は、民族・人種・文化が心理的発達に影響を与えることを理解している。しかし彼らは、民族の違いを論ずるとき白人とよりも有色の人と話しをしたがる。Cook（1994）は、こうした議論は有色の人々に関する一般化した（時には不正確な）仮説と信念となって現れる、と述べている。さらに、この段階にある多くのスーパーバイザーとスーパーバイジーは、大部分のカウンセリング理論に含まれている文化的偏見に気づきながらも、文化的に多様なクライエントの独自なニーズと異なる世界観に応じて伝統的なカウンセリングのやり方を変えるのに必要な知識やスキルを欠いていることが多い（Cook, 1994）。

これに対して自律段階にある人々は、心理的発達に影響を与える人種・文化的要因について多くの事柄を知っている。この段階のスーパーバイザーとスーパーバイジーは、多くの伝統的カウンセリング理論と技法に含まれている文化的偏見について論ずるだけでなく、スーパービジョンやカウンセリングで文化的に敏感な方略を選んで実行する意思を示す。

4－4－4　異なった組み合わせ：スーパーバイズ上の興味深い課題　スーパーバイザーとスーパーバイジーの両方が、これらモデルの違う段階にある場合、多くの興味深い困難と葛藤が生ずる。例えば、MIDモデルの順応段階にある非白人が接触段階のスーパーバイザーと出会ったら、快適に働くことができるに違いない。この段階の白人はカウンセリングとスーパービジョンの際に、人種的・文化的問題を無視するからである。

しかし同じ段階の人が人種的・文化的問題の議論にこだわる自律段階のスーパーバイザーと一緒だったら、おそらく興味を持たないか、欲求不満にさえなるだろう（D'Andrea & Daniels, 1996）。

対照的に、抵抗・没入段階のスーパーバイジーが接触段階の白人スーパーバイザーと組まされたら、満足できない。このスーパーバイザーに典型的な文化的無知と人種的・文化的差異への感覚欠如は、明らかに彼が持つ文化差異への強い関心・プライドと衝突してしまうからである。

それぞれ協働段階、自律段階にある人が共に働くときは、彼らの文化の多様性への豊かな理解と高度な敬意は、スーパービジョン独特の状況を生ずる。こうした場合、多文化カウンセリングについての学習が両方で進みスーパーバイザーが多文化カウンセリング問題の議論に共に取り組む姿勢であるとき、特に著しい（D'Andrea, 1996）。

こうしてMIDモデル（Atkinson et al., 1998）と白人アイデンティティ発達モデル（Cook, 1994）は、この領域で両者の発達レベルを評価できる実用的枠組といえる（これらのアイデンティティモデルについては表8.1参照）。

こうした評価を活用すれば精神保健プログラム計画者と運営者は、スーパービジョン場面で人材を組み合わせることができる。スーパービジョン過程に文化的要因を考慮するこうした評価方略を取り入れることは、コミュニティカウンセリングの枠組で評価技術を用いることの重要さを示す別の一例である。

場面や共に働く人とは関わりなく、コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、業務の全局面で評価を重視する点で、ほかの伝統的精神保健従事者と違っている。実際にはスーパービジョンが始まる前（カウンセリング介入を始める前）、スーパービジョン中（カウンセリング面接実施中）、さらにスーパービジョンの終結時（介入終了時）にそれぞれ評価を行う。評価方略はコミュニティカウンセリングモデルの重要な部分であるから、次節にカウンセラーが様々な場面で用いる実践的な評価の問題を検討しよう。

5　評価

コミュニティカウンセリングプログラムを評価すると、カウンセラーが新し

いプロジェクトの立案や現行サービスの調整に使えるデータを得ることができ、意思決定が早まる。Loesch（2001）は、プログラム評価を次のように定義した。

(1) プログラムの労力、効果、能率、適切性を合理的に判断する過程。
(2) 体系的なデータ収集に基礎づけられる分析。
(3) プログラム運営、外的説明責任、将来計画に使える設計。
(4) 利用しやすさ、受け入れられやすさ、自覚、利用可能性、包括性、継続性、統合性、サービスコストへの注目（pp. 513-515）。

プログラム評価は、運営サイクルの重要な部分である。このサイクルは、計画立案に始まり、実施を経て評価へ、そして計画修正に至る。評価は研究とほぼ同じ方法・技術を用いるが、主な目的はプログラムを計画するための情報収集である。したがって評価は、運営上の意思決定、現行プログラムの改善、行われたサービスの説明、さらに公的支援を増させるのにまで役立つ。もちろん、結果が幅広く政策立案者、運営者、サービス提供者、消費者、さらに広く一般に伝えられた場合にのみ、こうした目的は果たされる。

包括的評価は、過程と結果の両方を見る。過程評価では、サービスが実際に計画通り実行されているかを確認し、結果評価は、サービスが対象の人々に期待通りの効果を生じたかを調べる。

5－1　過程評価

過程評価では、対象母集団の期待通りの人数がサービスを受け、そのサービスが期待された質と量を持っていたかを調べる。明確で測定可能なプログラムの目的に照らして行うので、過程評価はまず目的を明らかにし、評価に必要なデータを得るための情報運営システムを開発することから着手される。

プログラムを作る時に意思決定者は、過程評価にどんな情報が必要かを決めておくべきである。そうすれば適切なデータを直接観察、サービス記録から日常業務の中で集めることができ、またサービス提供者とプログラム実行者から得ることもできる。情報システムとしては、クライエントの人口統計データ、

コミュニティ情報、サービスとスタッフの詳細、利用可能な資源のデータなどが必要である。こうして、サービスを見守り続け、目的に向かって進んでいるかどうかをいつでも簡単に評価することができる。

評価の専門家でも、これらの手続きを1人でできるわけではない。適切な目標設定と継続的なデータ収集が不可欠なので、組織内の人間サービス従事者全員の積極的な参加が必要である。サービス提供者が評価過程に初めから参加していれば、目標が適切か、見守る手続きが実施可能かを確認してもらうことができる。消費者も同様で、サービス提供システムにある問題に気づくことが多いので、計画立案と評価に重要な役割を果たし得る。

5－2　結果評価

結果評価は、サービスがクライエントとコミュニティに影響を与えた度合を測定する。クライエントの変化がサービスを受ける前と後の機能レベルで測定されるのに対して、コミュニティの結果は、対象とした問題の発生率の変化によって測定されるのが普通である。

コミュニティカウンセリングプログラムの真の目標は、それが予防を重視する上に、複数のプログラムの組み合わせによってのみコミュニティに測定可能な変化をもたらすことができるので、評価が難しい。

予防研究は、2つの問題を抱えている。第一は、特定の介入プログラムが行動に生ずる効果を見分けること。第二は、効果的な行動変容といった手近な目標を、最終目標に向かう一歩一歩の歩みとどう結びつけるかである。目の前のデータが個別のリスク要因をどのように変え得るか、であるとき我々は、遠い目標に影響を与えそうなたくさんの介入方法を組み合わせて高次の介入プログラムを作る良い位置にいるといえる（Heller, Price, & Sher, 1980, p. 292）。

したがって予防プログラムの最良の評価法は、リスク要因の低減つまり障害発生率低減に役立つと合理的に予測可能なクライエントの変容をもたらす介入の効果を調べることである。例えば、発達レベルと生活スキルを高めるのに有効なプログラムは、やがて現実世界での機能を変えると仮定できよう（Sprinthall, Peace, & Kennington, 2001）。クライエントの能力を測定した多くの評価研究によって、こうした介入方法が大きな予防可能性を持つことが明

らかになってきた。

過程評価と同様に、結果評価は明確な目的によって決まる。結果の日常的測定によって、サービスの効果を評価することができる。現実的な目的を測定可能にするために、諸尺度基準が開発された。多くの目標に合わせて、クライエントの機能を査定する標準化された用具を使用できる。さらにクライエントの満足度の測定は、他の測定値と合わせて用いるとよい。その際カウンセラーは、特定プログラムの効果について情報を得るために、実験的・準実験的デザインを用いることもできる（Issac & Michael, 1995）。

過程と結果どちらでも評価を行う上で最も重要なことは、サービス提供者と消費者の現実的目的に合う目標を測定することである。プログラム開発者は常に、簡単に測定できるが機関の使命、コミュニティのニーズとはかけ離れた目標を測定するのではなく、プログラムの効果から直接利益を得る人の真の目標を測る方法を探さなければならない。

6　固有の運営課題

その包括性と多文化への敏感さのために、コミュニティカウンセリングの枠組に基づいた精神保健プログラムには、固有の運営上の課題がある。常に変化していく環境の文脈の中で、幅広い背景を持つ人々の心理的健康と幸福を推進するには、多面的取り組みが重要であり、そのことを反映してコミュニティカウンセリングモデルは複雑なものになっている。

家族、企業、学校、大学、コミュニティは変化するから、その中にいる人々のニーズもまた変化する。従って精神保健実践者は、クライエントのニーズに効果的に応え得るように、サービスの焦点を変える準備をしておく必要がある。

多面的な特質を持つコミュニティカウンセリングプログラムには、よい計画と評価が特に必要である。目標（ゴール）と目的（オブジェクティブズ）は、サービスがコミュニティのニーズに合うように明確でなければならない。

同時にサービス提供者は、専門家としての向上のために作られた訓練と教育ワークショップに、継続的に参加しなければならない。専門家として向上し続

ける意思を持つことによって、カウンセラーはクライエントの心理的健康を増進する創造的な方法を学び、やがて業務の中で新しい課題に直面したときに効果的革新的に活動できるようになる。

しかしカウンセラーは、組織の意思決定過程に深く関わることなしには、こうした課題に効果的に取り組むことはできない。だからコミュニティカウンセリングプログラムは事実上、運営への参加型アプローチを必要とする。

コミュニティカウンセリングの枠組を用いるカウンセラーは、高度に革新的なサービスを提供するのだから、プログラムの中心的な使命に関心を向け続けなければならない。資金調達法と報酬構造は伝統的方法を支持するのが普通だ。コミュニティカウンセリングプログラムを運営するためには、革新性と、評価と説明責任のための二重の尽力とを支持する開発的基礎を必要とすることが多い。

7　要約

コミュニティカウンセリングプログラムが成功するには、効果的な運営が必要であり、カウンセラーは数多くの運営業務に熟達せねばならない。ヒューマンサービス運営業務には、計画立案、予算編成、組織化、スーパービジョン、評価がある。

効果的な計画立案は、まずコミュニティメンバーのニーズと希望の慎重な調査から始まる。調査、会議、社会指標、面接を用いて、カウンセラーは適切な目標設定の下準備から始める。目標が決まれば、調査で分かったニーズを最もよく満たすのはどんなサービスかを決めることができる。

プログラムの予算編成は、特定諸活動への財源配分によって、計画を現実化することである。従来は項目別の予算方式が用いられていたが、今ではプログラムの効果と予算が意図的に直結するようになってきた。細かな分析をしなくても立案者は、計画過程で選んだ活動を中心に予算を組むことができる。

カウンセラーは、資金調達と組織の構造化に当たって、その機関の主要な使命を念頭に置くべきである。多くの機関は伝統的な階層構造を持ち、組織の各メンバーが特定の仕事を分担するが、それに代わる新しいやり方は、機関やプ

ログラムを有機的に組織し、幅広いメンバーに意思決定への参加を促す。部門構成には、職務・機能別とサービスを受ける集団別との2つの方法があり得る。どんな構造を選ぶかが結局提供されるサービスに大きく影響する。

コミュニティカウンセリングプログラムは、多くの人々の協働に基づくために、そのスーパービジョンが特に重要である。相手が専門家、準専門家、ボランティアのどれであっても、スーパービジョン活動は人々を励まし、やる気を起こさせ、サービス提供能力を高める。そのプロセスはスーパーバイザーのリーダーシップスタイル、スーパーバイジーの意欲、両者の関係によって大きく左右される。

最後に、運営のサイクルには評価が含まれ、包括的なプログラム評価は提供されたサービスの成功についての評価である。過程評価は、サービスの量と質が期待通りであったかを測定し、結果評価は、サービスがクライエントとコミュニティに与えた影響について評価する。

すべてのヒューマンサービスプログラムの効果は、優れた計画、予算、組織、運営・監督、評価に左右されるが、コミュニティカウンセリングプログラムには独自の課題がある。多面的でコミュニティに基づく革新的プログラムなので、多くの人が意思決定に参加し、その主要な使命を常に意識することを求めることである。

練習問題8.2

あなたの運営スキルの評価

あなたが設計したコミュニティカウンセリングプログラムを、今すぐ実践する機会を得たとしよう。あなたは今、学校、機関、精神保健プログラムを運営するどんなスキルを持っているだろうか。将来そのようなプログラムの優れた運営者となるためには、どんなスキルの開発が必要だろうか。将来に向けてあなたの運営者としての能力を伸ばすための行動計画を描いてみよう。

参考文献

Atkinson, D. R., Morten, G., & Sue, D. W. (Eds.). (1998). *Counseling American minorities : A cross-cultural perspective* (5th ed.). Boston : McGraw-Hill.

Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (1992). *Fundamentals in clinical supervision*. Needham Heights, MA : Allyn and Bacon.

Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1978). *The new managerial grid*. Houston : Gulf.

Bradley, L. J. (Ed.). (1989) *Counselor supervision : Principles, process, practice* (2nd ed.). Muncie, IN : Accelerated Development.

Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York : Harper & Row.

Burns, T., & Stalker, G. M. (1961). *The management of innovation*. London : Tavistock.

Butler, J. P. (1992). Of kindred minds : The ties that bind. In M. A. Orlandi, R. Weston, & L. G. Epstein (Eds.), *Cultural competence for evaluators* (DHHS Publication No. 92–1994, pp. 23–74). Rockville, MD : U. S. Department of Health and Human Services.

Chen, E. C. (2001). Multicultural counseling supervision : An interactional approach. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed., pp. 801–824). Thousand Oaks, CA : Sage.

Cook, D. A. (1994). Racial identity in supervision. *Counselor Education and Supervision*, 34 (2), 132–141.

Cross, W. E. (1971). The negro-to-black conversion experience : Toward a psychology of black liberation. *Black World*, 20, 13–19.

Cross, W. E. (1995). The psychology of nigrescence : Revising the Cross model. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 93–122). Newbury Park, CA : Sage.

D'Andrea, M. (1989). Person-process model of supervision : A developmental approach. In L. J. Bradley (Ed.), *Counselor supervision : Principles, process, practice* (2nd ed. pp. 257–298). Muncie, IN : Accelerated Development.

D'Andrea, M. (1996). *A syllabus for a course dealing with problems with school*

adjustment. Unpublished munuscript, Department of Counselor Education, University of Hawaii.

D'Andrea, M. & Daniels, J. (1992). A career development program for inner-city black youth. *Career Development Quarterly*, 40 (3), 272–280.

D'Andrea, M. & Daniels, J. (1996). Multicultural counseling supervision : Central issues, theoretical considerations, and practical strategies. In D. B. Pope-Davis & H. L. K. Coleman (Eds.), *Multicultural counseling competencies : Assessment, education, and supervision* (pp. 290–309). Nowbury Park, CA : Sage.

Deal, T. E., & Kennedy, A. A. (1982). *Corporate culture : The rites and rituals of corporate life*. Reading, MA : Addison-Wesley. (城山三郎（訳）1997 シンボリック・マネジャー 岩波書店)

Edwards, R., Yankey, J., & Altpeter, M. (Eds.). (1998). *Skills for diverse magnagement of nonprofit organizations*. Washington, DC : NASW Press.

Glatthorn, A. A. (1990). *Supervisory leadership : Introduction to instructional leadership*. Glenwiew, IL : Scott, Foresman.

Gredler, M. E. (1996). *Program evaluation*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Hadley, R. G. & Mitchell, L. K. (1995). *Counseling research and program evaluation*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Hardiman, R. (1982). *White identity development : A process oriented model for describing the racial consciousness of white Americans*. Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts, Amherst.

Heller, K., Price, R. H., & Sher, K. J. (1980). Research and evaluation in primary prevention : Issues and guidelines. In R. H. Price, R. E. Keterer, B. C. Barder, & J. Monahan (Eds.), *Prevention in mental health : Research, policy, and practice* (pp. 285–313). Newbury park, CA : Sage.

Helms, J. E. (1995). An update of Helms' white and people of color racial identity models. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 181–198). Newbury Park, CA : Sage.

Helms, J. E., & Carter, R. T. (1990). Development of the white racial identity

development inventory. In J. E. Helms (Ed.), *Black and white racial identity : Theory, research, and practice* (pp. 67–80). New York : Greenwood Press.

Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1982). *Management of organizational behavior : Utilizing human resources* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Issac, S., & Michael, W. B. (1995). *Handbook in research and evaluation : For education and the behavioral sciences* (3rd ed.). San Diego : Edits/Educational and Industrial Testing Services.

Kim, J. (1981). *Process of Asian-American identity development : A study of Japanese American women's perceptions of their struggle to achieve positive identities*. Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts, Amherst.

Lawrence, R. R. & Lorsch, J. J. (1967). *Organization and environment*. Cambridge, MA : Harvard University Press. (清水勤（監訳）1973 変化適応の組織 産業能率短期大学出版部)

Leong, F. T. L., & Wagner, D. A. (1994). Cross-cultural counseling supervision : What do we know? What do we need to know? *Counselor Education and Supervision*, 34 (2), 117–131.

Lewis, J. A., Lewis, M. D., Packard, T., & Souflee, F. (2001). *Management of human sercive programs* (3rd ed.). Pacific Grove, CA : Brooks / Cole.

Lewis, J. A., Lewis, M. D., & Souflee, F. (1991). *Management of human service programs* (2nd ed.). Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Loesch, L. C. (2001). Counseling program evaluation : Inside and outside the box. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 513–526). Thousand Oaks, CA : Sage.

Loevinger, J. (1976). *Ego development : Conceptions and theories*. San Francisco : Jossey-Bass.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation of personality*. New York : Harper & Row. (小口忠彦（訳）1987 人間性の心理学：モチベーションとパーソナリティ 産業能率大学出版部)

Mayers, R. S. (1989). *Financial management for nonprofit human service agencies*.

Springfield, IL : Thomas.

McKillip, J. (1987). *Need analysis : Tools for the human services and education*. Newbury Park, CA : Sage.

Mink, O. G., Mink, B. P., Downes, E. A., & Owen, K. Q. (1994). *Open organizations : A model for effectiveness, renewal, and intelligent change.* San Francisco : Jossey -Bass.

Odiorne, G. S. (1974). *Management and the activity trap.* New York : Harper & Row.

Ponterotto, J. G., & Pedersen, P. B. (1993). *Preventing prejudice : A guide for counselors and educators*. Newbury Park, CA : Sage.

Pope-Davis, D. B., & Coleman, H. L. K. (1996). *Multicultural counseling competencies, assessment, education, and supervision*. Newbury Park, CA : Sage.

Rivas, R. (1998). Dismissing problem employees. In R. Edwards, J. Yankey, & M. Altperter (Eds.), *Skills for diverse management of nonprofit organizations* (pp. 262–278). Washington, DC : NASW Press.

Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline : The art and practive of the learning organization*. New York : Doubleday.

Sprinthall, N. A., Peace, S. D., & Kennington, P. A. D. (2001). Cognitive-developmental stage theories for counseling. In D. C. Locke, J. E. Myers, & E. L. Herr (Eds.), *The handbook of counseling* (pp. 109–129). Thousand Oaks, CA : Sage.

Sue, D. W. (1995). Multicultural organizational development : Implications for the counseling profession. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 474–492). Newbury Park, CA : Sage.

Sue, D. W., Ivey, A. E., & Pedersen, P. B. (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Walsh, W. B., & Betz, N. E. (1995). *Tests and assessment*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Woodward, J. (1965). *Industrial organization : Theory and practice.* London :

Oxford University Press.

人名索引

A

Aber 83, 121
Aguilera 158, 167
Ajamu 28, 72, 88, 123, 281, 294, 327, 353
Albee 3, 43, 66, 79, 96, 105, 116, 128, 240, 244, 289, 292, 298, 313, 348
Alessi 156, 167
Alexander 69, 73, 119, 169, 191, 230-233, 235, 291, 293, 295, 350-352, 448, 449, 451
Alinsky 268, 271, 289
Allen, J. P. 111, 125
Allen, V. L. 200, 234
Almond 300, 348
Altpeter 415, 449
Amaro 9, 66, 204, 229
Amato 139, 167
Arachtingi 96, 122
Arbona 80, 116
Arnold 394, 408
Arredondo 10, 30, 66, 68, 69, 74, 81, 100, 116, 119, 125, 231, 244, 247, 269, 270, 281, 289, 291, 292, 314, 327, 328, 349, 351, 380, 405
Arthur 53, 69
Asante 57, 66
Asarnow 67
Astin 396, 405
Atkinson 3, 7, 28, 30, 36, 38, 53, 67, 147, 167, 191, 192, 195, 229, 256, 257, 289, 301, 327, 328, 349, 427, 438-440, 442, 448
Aubrey 3, 27, 28, 67, 68, 133, 167, 169, 230, 237, 244, 245, 261, 289

B

Badger 41, 73
Baillargeon 200, 232
Baker 41, 67, 106, 111, 112, 116, 117, 249, 254, 262, 289, 303, 338, 339, 341, 349, 383-385, 405
Bales 266, 289
Ballou 200, 204, 206, 229, 233, 234
Bandura 41, 67, 106, 117, 129, 167, 177, 179, 180, 209, 229
Banks, C. A. 170
Banks, J. A. 129, 130, 167, 170, 256, 289, 301, 349
Barber 92, 117
Barclay 5, 67
Barlow 5, 67
Baron 396, 410
Barrow 87, 396, 405
Barth 384, 405
Bassuk 83, 117
Bateson 197
Becar, D. 197, 229
Becar, D. S. 197, 229
Bechtel 384, 410
Beck 88, 117
Beer 343, 349
Behrman 139, 167
Bemak 177-179, 229

Bennett 60, 67
Bernard 198, 199, 230, 433, 435, 448
Bernardes 198, 199, 230
Bets 418
Beutler 5, 67, 240, 289
Biaggio 229
Binford 298, 353
Bixler 397, 409
Blake 271, 430, 448
Blanchard, K.H. 430, 431, 450
Blevins 175, 234
Blocher 200, 201, 230
Bloom, B. L. 105, 117, 137, 138, 167
Bloom, J. W. 362, 409
Bloom, M. 385, 405
Boland 80, 117
Bolger 290
Bond 105, 116, 117, 169
Borders 339, 349
Borkman 307, 308, 311, 349
Borst 163, 171
Bowen 197, 230
Bowers 83, 122
Bowman 106, 117
Bradford Ivey 291
Bradley, L. 299, 313, 314, 326, 328, 330, 349, 350, 352, 354, 366, 381, 406, 408, 433, 435, 437, 448
Bradley, R. W. 366, 406
Braucht 100, 117
Brenner 369, 406
Brewer 119, 125
Brickman 174, 175, 219, 228, 230
Bristow-Braitman 309, 349
Brodsky 143, 167, 258, 260, 266, 290
Bronfenbrenner 243, 244, 253, 254, 261, 265, 268, 287, 290
Brooks 69, 71, 72, 74, 107, 117, 119, 120, 122, 167, 169, 229, 231, 233, 234, 236, 237, 291, 292, 293, 296, 351, 353, 354, 408, 409, 449, 450, 451
Brown, D. 299, 341, 349, 350
Brown, J. H. 303, 351
Brown, L. 233, 234
Brown, N. 206, 230
Brown, S. P. 66, 116
Browne 113, 117
Brueggemann 249, 254, 269, 283, 290, 305, 324, 326, 328, 329, 350, 369, 406
Bukowski 378, 379, 406
Bulter 416
Burns, J. M. 429, 448
Burns, T. 427, 448
Burt 53, 54, 67, 257, 266, 267, 290

C

Cairb 401, 406
Caldwell 137, 167
Calhoun 26, 75
Cameron 156, 172
Canter 60, 67
Caplan 336, 337, 350
Caple 6, 72
Carbone 139, 168
Carey 120
Carlson, B. 156, 168, 182
Carlson, J. 82, 122, 131, 169, 234, 408
Carruthers 183, 234
Carter, D. J. 80, 117
Carter, R. T. 87, 117, 191, 230, 295, 438, 440, 449
Carver 177, 236
Casas 69, 73, 119, 169, 191, 230-233, 235, 291, 295, 350-352, 448, 449, 451
Caspi 290
Cheal 198, 230
Chen 327, 350, 433, 436, 437, 448
Chen-Hayes 327, 350

Cherlin 137, 168
Cheung 38, 67
Childers 107, 120
Ciechalski 384, 407
Claiborn 201, 230
Coddington 83, 117
Coie 32, 67
Coleman 68, 231, 291, 341, 353, 437, 449, 451
Collier 105, 107, 123
Collins 169
Compas 105, 117
Condrey 378, 380, 406, 411
Constantine 177, 180, 230
Conyne 3, 31, 41, 45, 68, 78, 79, 82, 95, 118, 240, 241, 253, 255, 262, 290, 298, 350
Cook 255, 292, 327, 328, 351, 437, 440-442, 448
Cooper 262, 295
Corsini 117
Cotter 400, 401, 406
Cowen 137, 139, 140, 168, 170, 276, 290, 387, 409
Cox 366, 406
Crabtree 102, 118
Craig 83, 118
Cramer 368, 408
Cross 191, 230, 438, 448
Crump 106, 120
Csiksentmihalyi 176, 177, 236
Cull 321, 350

D

D'Andrea 1, 2, 5, 6, 10-12, 14, 17, 19, 20, 26, 27, 29-31, 53-55, 68-70, 78, 80, 81, 83, 84, 92, 105-107, 109, 112-114, 118-120, 124, 125, 129, 133, 143, 144, 146, 168, 169, 171, 179, 184-186, 190, 196, 199, 201, 206, 208, 227, 230, 231, 233, 235, 239, 243-246, 249, 256, 258, 260, 279-283, 291-293, 295-298, 301, 303, 306, 313, 327, 350-353, 360, 361, 384, 385, 388, 392, 406, 408, 429, 431-440, 442, 448, 449
Dakof 26, 68
Damarjian 91, 120
Dana 175, 234
Daniels 2, 5, 10-12, 14, 17, 19, 20, 27-30, 68, 69, 80, 92, 107, 112-114, 118, 119, 125, 184-186, 190, 208, 227, 231, 239, 240, 243, 246, 249, 258, 279, 281-283, 291-293, 296, 297, 301, 303, 327, 350, 351, 360, 361, 384, 388, 392, 406, 433, 436-440, 442, 449
Danish 104, 106, 107, 119
Dannison 361, 410
Davidson 256, 295
Deal 429, 449
Dincin 371, 407
Dinkmeyer 385, 407
Dohrenwend 41, 69
Donaghy 79, 119, 151, 152, 153, 154, 155, 168
Downes 424, 451
Dusenbury 240, 289, 313, 348
Dworkin 42, 69

E

Edelstein 125
Edmunds 113, 121
Edwards 415, 449, 451
Egan 249, 292
Elliott, D. W. 113, 119
Elliott, T. R. 176, 177, 231, 236
Ellis 88, 119
Elsenrath 153, 168

Ender 400, 406
Esquivel 38, 69
Evans 378, 379, 406
Ezell 324, 351

F

Farberow 161, 162, 168
Faubert 112, 113, 122
Felner 267, 292
Ferguson 337, 351
Fertman 107, 119
Fetterman 208, 232
Flavell 232
Flythe 183, 234
Foad 295
Folkman 82, 83, 122
Forman 91, 119
Foster 53, 69
Frank 176, 236
Fredrickson 177, 232
Freire 191, 232
Frew 396, 407
Friedman 365
Friedrich 164, 168
Fukuyama 10, 69, 303, 339, 351, 395, 396, 400, 407
Fulkerson 298, 353
Fuqua 337, 352
Futch 101, 121

G

Garrison 139, 172, 387, 409
Garrity 83, 122
Gartner 307, 349, 351
Gaughen 368, 408
Gazda 107–109, 119, 120
Gebhardt 106, 120
Gelman 200, 232
Gergen 6, 69, 198, 232
Gerler 105, 120, 249, 254, 262, 289, 339, 349, 384, 407
Germain 6, 8, 70, 200, 232
Geronimus 258, 292
Gibbs 74
Gilligan 6, 9, 70, 189, 190, 204, 232
Gindoff 400, 406
Ginter 267, 292
Glatthorn 435, 449
Goette 183, 234
Goffman 300, 351
Goldstein 79, 104, 106, 109, 111, 120, 177, 232
Goodman 42, 75
Goodyear 433, 435, 448
Gordon 301, 354
Gould 91, 120
Gowda 83, 124
Groves 262, 295
Gullotta 240, 289
Gutierrez 42, 69

H

Hadley 418, 449
Hage 4, 5, 31, 41, 73, 79, 82, 94–96, 124, 151, 156, 157, 168, 219, 235, 240, 295, 298, 354, 361, 407
Haley 197, 232
Hall 243, 244, 246, 292
Hamburg 113, 119
Hanna 303, 351
Hanson 142, 168
Hardiman 438, 449
Hardy 321, 350
Harvey 80, 120
Hawkins 67
Hayes, B. A. 141, 142, 169
Hayes, D. H. 340, 352
Hayes, R. L. 6, 67, 68, 70, 141, 142, 167, 169, 189, 230, 232, 237, 289,

327, 385, 407
Hearn 156, 167
Heil 91, 100, 120
Heller 444, 449
Helms 191, 232, 292, 327, 328, 351, 438, 440, 449, 450
Henry 384, 410
Henschen 91, 100, 120
Herlihy 60, 62, 70, 73
Hernandez 391, 407
Herr 1, 3, 70, 71, 74, 105, 120, 236, 240, 289, 294, 295, 297, 349, 353, 354, 363, 368, 384, 406-410, 450, 451
Herrick 176, 231
Herring 249, 254, 292, 327, 328, 351, 352
Hersey, P. 430, 431, 450
Herson 229
Hervis 385, 410
Herzberger 153, 169
Hettler 153, 168
Hill 60, 73
Hilliard 392, 393, 407
Hirsch 400, 408
Hoagwood 4, 70
Hodges 137, 167
Hoffman 176, 231, 236
Hollman 377, 407
Holmes 82, 83, 120, 133, 135, 169
House 362, 411
Howard-Hamilton 79, 124
Hubbard 384, 409
Human 100, 120
Hwang 80, 120

I

Idol 338, 355
Ife 249, 269, 292, 303, 305, 313, 324, 328, 343, 345, 352
Inclan 391, 407
Ing 266, 292
Ingvarson 310, 352
Iscoe 245, 246, 292
Issac 445, 450
Ivancevich 82, 120
Ivey, A. E. 5-7, 10, 14, 28-30, 59, 69, 70, 73, 74, 83, 84, 87, 89, 104, 107, 119, 120, 130, 133, 158, 159, 161, 169, 179, 180, 185, 186, 190, 191, 199, 204-206, 208, 210, 229, 231, 233, 235, 236, 239-241, 244, 246, 256, 281, 291-293, 295, 296, 298, 300, 301, 303, 351-354, 384, 408, 427, 451
Ivey, M. B. 5, 69, 70, 83, 119, 120, 133, 169, 179, 231, 233, 235, 239, 240, 281, 291, 293, 295, 298, 351-353, 384, 408

J

Jackson, D. N. 340, 352
Jackson, J. 242, 245, 246, 293
Jaffe, D. T. 92, 106, 121
Jaffe, P. G. 156, 172
Janoff-Bulman 25, 74
Joffe 240, 289, 292, 313, 348
Johnson, D. D. 96, 122
Johnson, D. W. 113, 121
Johnson, J. H. 70
Johnson, R. T. 113, 121
Jones, J. 66, 116
Jones, J. M. 147, 169, 301, 352
Jones, S. E. 60, 67
Jordan 9, 70, 83, 121, 235

K

Kaftarian 209, 232
Kahn 329, 344, 352

Kantrowitz 206, 233
Kaplan 9, 70, 83, 121, 235
Katz 396, 408
Kauffman 200, 234
Kaufman, E. 235
Kaufman, P. 235
Kegan 186, 189, 191, 233
Keitel 38, 69
Kelly 12, 70
Kennedy 429, 449
Kennington 15, 74, 185, 236, 303, 354, 385, 409, 444, 451
Keterer 41, 73, 449
Kettner 244, 294, 296
Keyser 169
Kieffer 106, 121
Kielsmeier 401, 406
Kilpatrick 113, 121
Kim, B. 368, 408
Kim, J. 438, 450
King, L. 177, 236
King, M. L. Dr. 10, 71
Kinsey-House 362, 411
Kirschenbaum 104, 121
Kiselica 244, 246, 291, 293, 327, 352
Klein 396, 410
Knitzer 83, 121
Kobasa 41, 71, 96, 121
Koeske, G. F. 87, 121
Koeske, R. D. 87, 121
Kohlberg 104, 121, 186, 187, 189, 190, 228, 233, 234, 385, 408
Korenman 258, 292
Koretz 4, 70
Koss-Chioino 28, 75
Kottman 112, 123
Kowalewski 400, 406
Kozol 42, 71, 80, 121
Kuhmerker 190, 234
Kuhn 5, 71
Kunjufu 57, 71
Kurpius 337, 349, 352
Kurtines 385, 410

L

Lachenmeyer 74
Ladany 177, 180, 230
LaFromboise 295
Landis 101–103, 121, 123
Langston 129, 169
Larson, D. 119
Larson, J. 107, 122
Lator 9, 71, 182, 234
Lawrence 427, 450
Lazarus 82, 83, 122, 131, 132, 169
Le 310, 352
Leafgren 153, 168
LeClair 79, 124, 200, 201, 236
Lee 28–30, 57, 71, 105, 122, 229, 244, 245, 247, 256, 293, 325, 326, 328, 352, 397, 408, 409
Leong 433, 436, 437, 450
Lerman 206, 234
Lerner 200, 234
Lesser 121
Levine, A. 400, 408
Levine, M. 109, 124
Lewin, K. 244, 293
Lewis, J. A. 3, 27, 28, 36, 67, 71, 82, 83, 94–96, 122, 131, 133, 161, 167, 169, 175, 182, 198, 210, 211, 217, 232, 234, 244, 245, 247, 269, 270, 281, 289, 293, 299, 313, 314, 323, 326, 328, 330, 338, 339, 343–345, 349, 350, 352–354, 366, 377, 381, 387, 390–395, 406, 408, 413, 417, 418, 421, 422, 433, 434, 436, 450
Lewis, M. D. 36, 71, 133, 161, 169, 232, 281, 293, 323, 353, 377, 408, 413, 434, 450

Li 60, 73
Lichtenberg 96, 122, 201, 230
Lickona 104, 122, 183, 234
Liddle 60, 73
Locke 1, 3, 5, 6, 10, 11, 21, 28-30, 43, 66, 69-71, 74, 80, 84, 112, 113, 116, 118, 119, 122, 147, 169, 231, 236, 239, 240, 242, 243, 247, 249, 256, 281, 289, 291-295, 297, 327, 349, 351, 353, 354, 363, 406-410, 450, 451
Loesch 443, 450
Loevinger 185-190, 228, 234, 434, 450
Long, B. 67
Long, J. A. 107, 119
Lorsch 427, 450
Lupton-Smith 183, 234

M

Madanes 197, 234
Magnusson 200, 234
Manese 295
Marecek 9, 71, 204, 235
Markman, E.M. 232
Markman, H. 67
Martin 250, 256, 294
Marx 83, 122
Maslow 80, 122, 435, 450
Matteson 82, 120
Matus 164, 168
Mayers 420, 450
McCarthy 41, 71, 106, 122
McCrady 236
McCreary 83, 124
McDavis 10, 28, 30, 72, 74, 81, 125
McFadden 3, 10, 70, 71, 155, 170
McGee 162, 170
McGee Banks 129, 130, 167, 256, 289, 301, 349
McGoldrick 197, 235
McKay 385, 407
McKillip 415, 451
McMurtry 244, 296
McNeilly 80, 122
McWhirter, A. M. 4, 72
McWhirter, B. T. 4, 72
McWhirter, E. H. 4, 26, 42, 44, 54, 72, 80, 88, 106, 129, 130, 170, 180, 183, 235, 241, 294, 298, 303, 313, 353
McWhirter, J.J. 4, 54, 72
Meeks 396, 409
Mejia 41, 71, 106, 122
Merced 148-150, 170
Merrick 244, 254, 258, 260, 294
Messick 158, 167
Method-Walker 396, 411
Meyer 121
Michael 445, 450
Michelson 125
Miller, J. B. 6, 9, 70, 72, 83, 121, 200, 204, 235
Miller, J. E. 42, 72
Miller, W. M. 102, 118
Mink, B. P. 424, 451
Mink, O. G. 424, 425, 427, 451
Minuchin 197, 235
Miringoff 4, 9, 64, 72
Mischel 233
Mitchell, A. 256, 295
Mitchell, L. K. 418, 449
Mobley 21, 45, 72, 145, 170, 201, 204, 227, 235, 240, 244, 253, 294
Modest 183, 234
Monahan 369, 409, 449
Monsey 105, 116
Morten 3, 67, 147, 167, 191, 229, 256, 289, 301, 349, 427, 448
Mosher 104, 123
Mouton 430, 448

Muro 112, 123
Mussell 298, 353
Myers 1, 70, 71, 74, 236, 240, 289, 294, 295, 297, 298, 349, 351, 353, 354, 363, 406-410, 450, 451
Myrick 112, 123

N

Nagy 60, 67
Neimeyer 89, 123
Nellen 104, 119
Nelson-Jones 362, 409
Ness 361, 410
Netting 244, 255, 294, 296
Neville 21, 45, 145, 170, 201, 204, 227, 235, 240, 244, 253, 294
Newton 6, 72
Niles 105, 120
Noam 163, 171
Nosanow 361, 407
Novick 53, 67, 258, 290
Nutting 101, 123

O

O'Conner 102, 118
Odiorne 419, 451
Omizo, M. 387, 409
Omizo, S. 387, 409
Orlandi 448
Owen 424, 451
Owens, P. C. 41, 75, 106, 125
Owens, S. 104, 119

P

Packard 323, 353, 377, 408, 434, 450
Page 310, 352
Paisley 8, 72, 384, 409
Parham 28, 53, 57, 69, 72, 88, 119, 123, 231, 281, 291, 292, 294, 327, 351, 353
Parker, L. 384, 407
Parker, R.M. 3, 74
Peace 15, 74, 185, 236, 303, 354, 385, 409, 444, 451
Peach 163, 170
Pedersen 5, 7, 29, 30, 38, 60, 69, 72-75, 106, 118, 120, 123, 191, 192, 229, 236, 240, 292, 293, 296, 301, 351, 354, 427, 438, 439, 440, 451
Pedro-Carroll 140, 170, 387, 409
Perez-Vidal 385, 410
Persell 129, 170
Phinney 191, 235
Piaget 191, 232, 235
Pine 36, 73
Plaut 101, 123
Poland 157, 170
Ponterotto 38, 69, 73, 106, 119, 123, 169, 191, 230, 231, 235, 291, 293, 295, 350-352, 438, 440, 448, 449, 451
Pope-Davis 68, 231, 291, 341, 353, 437, 449, 451
Powell 105, 107, 123
Pransky 105, 123
Price 41, 73, 444, 449
Primavera 267, 292
Prosen 87

Q

Quinn 139, 167

R

Rahe 82, 83, 120, 133, 135, 169
Rainer 83, 124
Ramey 67

Rappaport 256, 262, 282, 283, 294, 295
Reason 397, 398, 409
Recklitis 163, 171
Reddick 163, 170
Remer 42, 75
Remley 60, 62, 70, 73
Resnick 53, 67, 257, 290
Richardson 28-30, 57, 71
Ridley 60-62, 73, 84, 124, 301, 353
Riessman 305, 307, 349, 351, 353
Rigazio-DiGilio 5, 73, 197, 199, 235, 240, 249, 295, 303, 353
Rinn 164, 168
Rio 385, 410
Riordan 308, 353
Rivas 433, 436, 451
Roberts 151, 152, 167, 168, 171
Robinson 79, 124
Rollock 301, 354
Romano 4, 5, 31, 41, 73, 79, 82, 83, 90, 94-96, 106, 124, 219, 235, 240, 295, 298, 354
Rosen 169
Ryan-Finn 105, 116

S

Salvador 368, 408
Salzman 18, 73, 105, 106, 109, 112, 124, 129, 171, 384, 392, 409
Sampson 362, 409
Sanchez 66, 116
Sandahl 362, 411
Santisteban 385, 410
Sarason 70
Satir 197, 235, 236
Sayger 361, 409
Scheier 177, 236
Schein 336, 354
Schelkun 262, 295
Scheurich 129, 171
Sohweinhart 266, 295
Scott 92, 106, 120, 121
Seligman 176, 177, 236
Selman 106, 124
Selye 82, 124
Senge 2, 3, 73, 338, 339, 354, 427, 429, 431, 432, 451
Seymore 113, 121
Shaffer 17, 74
Sheldon 176, 236
Sher 444, 449
Sherwin 176, 177, 236
Shneidman 161-163, 168, 171
Shure 67, 109, 124
Sigal 74
Simek-Morgan 5, 70, 83, 120, 133, 169, 179, 233, 235, 239, 295, 298, 352, 353, 384, 408
Skovholt 305, 354
Slaughter-Defoe 244, 295
Slavin 83-85, 124
Smith, A. 361, 410
Smith, E. 384, 410
Snowden 38, 67
Snyder 132, 171, 177, 178, 236
Souflee 36, 71, 323, 353, 377, 408, 413, 434, 450
Spector 343, 349
Sperry 82, 122, 131, 169, 182, 234
Spielberg 70
Spivack 109, 124
Spradley 86, 125
Sprenkle 137, 171
Sprinthall 15, 74, 104, 123, 185-187, 236, 303, 354, 385, 409, 444, 451
Stadler 66, 116
Stalker 427, 448
Steele 301, 354
Steenbarger 6, 74, 79, 124, 200, 201, 236

Steinglass 195, 236
Stensrud, K. 132, 171, 241, 295, 303, 354
Stensrud, R. 132, 171, 241, 295, 303, 354
Stevens 249, 295
Stiver 9, 70, 83, 121, 235
Stokols 128, 171
Stolberg 139, 171, 387, 410
Strain 109, 124
Straus, M. A. 153, 171
Straus, R. G. 91, 117, 125
Strickland 25, 74
Sue, D. 3, 5-7, 27, 29-31, 38, 42, 58, 74, 78, 81, 88, 107, 125, 129, 133, 147, 148, 171, 191, 201, 206, 236, 246, 257, 279, 281, 289, 296, 354, 390, 391, 410
Sue, D. W. 3, 5-7, 10, 27, 29-31, 38, 42, 58, 67, 69, 74, 78, 81, 87, 100, 107, 119, 125, 129, 133, 147, 148, 167, 171, 191, 201, 206, 229, 231, 236, 246, 256, 257, 279-281, 289, 291, 292, 295, 296, 301, 327, 349, 351, 354, 390, 391, 410, 427, 448, 451
Sullivan 151, 171
Surrey 9, 70, 83, 121, 235
Suzuki 69, 73, 119, 169, 191, 230-233, 235, 291, 293, 295, 350-352, 448, 449, 451
Sweeney 95, 125, 298, 353
Swisher 384, 410
Szapocznik 385, 410
Szymanski 3, 74

T

Tableman 262, 295
Taylor, J. M. 91, 125, 189, 232
Taylor, S. E. 26, 68
Tedeschi 26, 75
Tester 248, 296
Textor 171
Tharp 182, 237
Thomas 6, 25, 75, 200, 237
Thurman 396, 410
Tierney 9, 75
Toporek 66, 116, 300, 325, 327, 354
Trevor 101, 121, 123
Turiel 104, 121
Tyler 338, 355

U

Umbarger 196, 197, 237

V

Vacha-Haase 361, 410
VandenBos 4, 75
Van Raalte 119, 120, 125
Van Wart 378, 380, 411
Vargas 28, 75
Vasconcellos 276-278, 296
Vasquez-Nuttall 295
Vasquez 327, 349
Vaux 369, 409
Veninga 86, 125
Vera 3, 38, 41, 75, 125
Vicary 384, 410
von Bertalanffy 6, 75, 195, 237

W

Wagner 433, 436, 437, 450
Wallace 92, 105-107, 125, 281, 286, 296
Walsh, L. 308, 353
Walsh, W. B. 418, 451
Walz 229, 244, 245, 325, 326, 328, 352, 408

Wandersman 209, 232
Ward 189, 232
Warrington 396, 411
Wasem 100, 120
Waters 42, 75
Watson 182, 237
Watt 67
Wedding 117
Weime 100, 117
Weishaar 88, 117
Weissberg 111, 125
Werner 338, 355
West. C. 200, 204, 229, 338, 355
West. J. F. 338, 355
West. S. 67
Weston 448
White 28, 72, 88, 123, 281, 294, 327, 353
Whitworth 362, 411
Williams 113, 119
Wilson. F. R. 41, 75, 80, 106, 117, 125
Wilson. M. 296, 320, 355
Wilson. M. N. 256, 276, 295
Wilson. S. D. 156, 172
Winett 106, 125
Winter 317, 355
Wirth 38, 75
Witmer 95, 125
Witty 176, 231
Wolfe 156, 172
Wolfensberger 321, 322, 326, 355
Wolpe 91, 125
Woodward 427, 451
Worell 42, 75
Wrenn 29, 75

Y

Yankey 415, 449, 451
Yanoshik 102, 118
Young 129, 171
Young-Eisendrath 179, 187, 237

Z

Zauha 326, 355
Zimpfer 95, 125

事項索引

A～Z

AIDS 18, 94, 99, 103, 128, 251, 377
AIDS 情報ホットライン 373
American Association of Suicidology 59, 157
American Counseling Association 29, 59
American Psychological Association 29, 59
Center for Disease Control and Prevention 142
Children's Defense Fund 258
CIL 314-317, 346, 347
Commission on Prevention of Mental/Emotional Disorder 105
EAP 324, 377-380, 403
Goldstein の問題解決プログラム 109
HIV 感染者 128
IHAF のカウンセラー 53, 55-57
Imani 58
Inquilinos Boricuas en Accion 147, 148
Kujichagulia 57
Kuumba 58
Lewin (1951) の公式 244
Lewis-Fussell のケース書式 210, 211
Michigan Department of Mental Health 265
National Institute of Mental Health 163, 164
National Research Council 80
Nguzo Saba 57, 58
PI 263
QC 262
QSL プログラム 262, 263, 265
RESPECTFUL(人間尊重)カウンセリング 10-13, 20-22, 24, 31, 78, 183, 192, 239
SI 263, 264
SLHC カウンセラー 98, 99
SLHC プログラム計画 97
SPSGs 139
Surgeon General Report 53, 64, 128, 147, 241
The High / Scope Perry Preschool Project 265
The Quality of School Life Program 262
Thresholds 363, 364, 371
TI 263, 264
TTRAPP 376
TWO 271-276
U. S. Bureau of the Census 142
U. S. Department of Health and Human Services 258
Ujamaa 58
Ujima 58
Umoja 58
WAC 330, 331
WCDC 275
X理論 429, 430
Y理論 429, 430

あ行

アイデンティティ 107, 192, 194, 205, 209, 297, 433, 435, 437-440, 442
アウトリーチ 15, 39, 40, 49, 52, 53, 58, 127, 130, 131, 133, 135, 142-

144, 146, 147, 156, 166, 227, 259, 315, 359, 372, 378, 379, 383, 387, 395
アカウンタビリティ 59
アクションリサーチ 343
アサーティブスキル 223
アサーティブネス 87
アジア系アメリカ人 8, 11, 107, 328, 438
アセスメント 208, 257, 260, 414, 417
アドバイザー 414
アドボカシー 13, 36, 39, 43, 46, 48, 50-52, 56, 222, 243, 250, 299, 302, 313, 314, 316, 325-328, 343, 346, 359, 367, 370-372, 383, 400, 415, 425
アドボケイト 43, 44, 358
アパシー 269
アファーマティブアクション 316
アフリカ系アメリカ人 11, 23, 35, 52-58
アメリカ結婚・家族療法学会（AAMFT） 59, 61, 62
アメリカ心理学会（APA） 29, 59, 265, 266, 279-281
アメリカ総合失調症の会 311
アメリカの精神保健医療制度 147
アメリカ若者ワークセンター 51
アルコール 4, 99, 102, 103, 149, 175, 308, 378, 379
アルコール依存患者の子どものためのグループ 387
アルコール依存症 80
アルコール自助グループ 308
アルコール乱用 371, 372, 398
アルコホーリクス・アノニマス（AA） 308-311
家出 49, 224, 225, 373, 400
怒り 99, 109, 114
育児 47, 90, 106
移行期プロジェクト 266, 267, 287
意思決定スキル 90, 98, 106
異性愛 12, 14, 15
一次予防 31, 32, 80, 81, 111, 112, 139, 143, 369
一対一治療方式 28
一対一の介入方略 3
一対一のカウンセリング 78, 79, 364, 368, 371, 386
一般構造原理 228
一般システム理論 195
一般的教育プログラム 154
一般的な生活スキル訓練 108
イプシランティ 265
意味づけ 186, 191
移民 147, 251
癒し 37
イリノイ州学校連合 51
イリノイ州若者協議会 51
医療モデル 175, 228
インテーク面接スキル 217
ヴィヤ・ビクトリア 148-150
ウェルネス 47, 95-97, 116, 152-155, 165, 174
ウェルビーイング 7, 28, 152, 210, 239, 287, 330
ウォシュトナウ郡の地域精神保健センター 262
ウッドローン機構 270, 271, 275, 287
ウッドローンコミュニティ開発会社 275
運営グリッド 430
運営のスキル 428
運営への参加型アプローチ 446
エクソシステム 254, 255, 260, 268, 287
援助者療法 305, 306
援助専門家からの独立 375
援助とコーピングの4つのモデル 228
援助ネットワーク 44, 56, 302, 323, 324, 327, 333-336, 341, 346-348, 359, 366, 372, 378
エンパワーメント 24, 26, 27, 33, 34, 92, 148-150, 152, 173, 174, 201, 208, 247, 248, 276, 277, 282, 283,

299, 303, 313, 321, 344, 346, 361, 376, 435
エンパワーメント・カウンセリング 183
エンパワーメント過程 303, 313, 314, 321
エンパワーメント感覚 104, 241, 248, 303, 313, 326
エンパワーメントグループ 145
エンパワーメントプログラム 283
エンパワーメント方略 276, 282, 287, 302
応答的な援助ネットワークの促進 302
親業教育 81
親になったばかりの人たち 103
親のスキル 385
親向けの訓練プログラム 142

か行

解雇 369
介護紹介 315, 316
外システム 254, 260
外接系 254
ガイダンス 112, 392, 433
介入 81, 137, 140, 202, 258, 416
解放カウンセリングモデル 204, 207
開放的組織 424-426
解放のためのカウンセリング 204
外来患者のケア 358
カウンセラーとクライエントの協働作業 210
学習障害児の会 311
学生相談カウンセラー 403
学生の市民権・権利と責任のためのセンター 50
学生ボランティア 144
学生問題専門家 398, 403
過食症の人のためのプログラム 312
家族カウンセリング 196-199, 208, 374
家族ケア 47
家族計画コンサルタント 98
家族システム 197, 228
家族とコミュニティの参加 264
家族の対立葛藤 324, 379
家族の背景と家族史 11, 18, 22
家族発達プロジェクト 142-146
家族療法 196, 197
価値観の明確化 87, 383
学校介入プログラム 81
学校カウンセラー 390, 394, 403
学校カウンセリングプログラム 159
学校看護師 97
学校職員とコミュニティ援助 383
学校生活の質のプログラム 262
学校での生活スキル訓練 106
学校での仲間同士による調停 183
学校風土 262-264
葛藤解決 113
活動へのモチベーション 325
家庭内コミュニケーションパターンの改善 197
家庭内暴力 99, 127, 151, 156
過程評価 443, 445, 447
家庭崩壊 136-138
家庭問題へのプログラム 311
カリフォルニア大学 314
ガン 95, 311, 312
環境ストレス 17, 18, 82, 128, 380
環境相互作用モデル 82, 83
環境のコントロール 87
環境の潜在力 339
環境要因 25, 35, 36, 247, 365
関係の中の自己 9, 200, 204
間システム 254, 259
慣習的水準 189
緩衝形成 133
感情に問題のある人々への12ステップのプログラム 311
間接系 254
間接コミュニティプログラムとサービス 282
間接的援助サービス 242
間接的カウンセリングサービス 55, 65
間接的学校サービス 392

間接的クライエントサービス　7，39，43，50，56，145，150，154，164，357，366，370，375，376，380，382，389，401，402
間接的コミュニティサービス　7，39，42，49，150，164，357，365，366，369，370，375，380，382，387，399，402
間接的サービス　33，38，39，164，242，348，402
間接的なアドボカシーアプローチ　328
完全主義的思考　89
ガンの子どもの親への援助　311
管理者　380，414
ガンを抱える人々とその家族への援助　312
キーパーソン　56
危機介入　47，49，150，157，159，161，165，359，373，376，398
危機カウンセリング　127，159，160，161，163，361，377
危機対応チーム　376
危機の影響　159
危機の段階　158
危機の定義　157
企業　377-381
危機予防　161
器質的要因　128，129，165，210
気づき　54，87，100
偽独立段階　439，441
機能不全　108
希望　176-179
基本的生活スキル　108
基本的な帰属の誤り　25，26
虐待　4，25，47，127，203，224，251，298
キャリア開発プロセス　367
キャリア選択　258
キャリア発達　58，260，366-371，380，383，402
キャリアプランニング　105，138
ギャンブル依存者へのプログラム　311
休日うつ　23
教育サービス　143，371
教育施設　324
教育場面　381-383
教育方略　280
強化因　181
共感　109，110，112
教師参加型　264
共システム　254，260
矯正施設　322，341
矯正のプロセス　322
協調的学習と行動　109
協働グループ　334
協働段階　439，440，442
共有コミュニティ　304
居住施設　47
居住地域と言語の違い　11，20，22
禁煙　90，96，312
緊急の経済的・健康上の問題　375
筋ジストロフィの会　312
近所　35
近親相姦の犠牲者であった若い女性への援助　311
近代主義　198，199
クライエントアドボカシー　299，302，327，348
クライエントアドボケート　37
クライエントの権利　39，58，228
クライエントの強さ　303，362，376
クライエントの擁護者　44，371
クラスアドボカシー　302，324-326，347
グループ介入　225，361
グループカウンセリング　185，225，371，382，383
グループ間対決　343
グループ帰属　297
グループ志向　414
グループ体験　361，385
グループダイナミクス　343
グループプロセスへの介入　343，380
グループホーム　47
グループワークショップ　368
グローバルコミュニティ　8，182

グローバル生態系　182
グローバルな世界経済　427
クロスコンサルテーション　341
訓練プログラム　47，105，142，155，243-245，380
ゲイ　8，18，42，256，324，371
計画立案　133，414，431，446
経済階層的背景　11，13，22
経済的階層　14，205
経済的背景　13-15
傾聴プログラム　49
刑務所内レクリエーションプログラム　322
啓蒙モデル　175，228
ケースカンファレンス　115
結果評価　443-445，447
結婚・家族セラピスト　303
権威への未解決の敵意　246
健康サービス　97，99，378
健康増進　81，94，95，96，100，101，103，106，149，378
健康と幸福増進プログラム　114
健康フェア　102，103
現実指向的　159
謙譲の文化　223
権利主張訓練　371
権利擁護　36，39，43，44，46，50，51，52，56，148，221，228，243，250，275，297，299，302，313，314，346，359，370，372
公共政策　39，42，48，49，173，227
口腔健康予防計画　103
高校生　66
高校中退　4，50
向社会行動　109
向社会能力　139
構造主義者　187
構造的アプローチ　197
構造的発達　15，186，190，191，200，228
交通事故　4
行動化　246
行動カウンセリング方略　180
行動の管理技術　181
行動変容　180-182
行動論的家族カウンセリング　197
幸福感　11，17，22，28，104，174，243，249，252，371
公民権　312，317
高齢者　102，256，315，371
コーディネーター　101，102，144，145，366
コービングスキル　128，130，157，176
呼吸瞑想　92
黒人の民族アイデンティティ発達モデル　438
個人カウンセリング　77，78，144，145，185，303，382，398
個人主義　7，87，188，189，204，391
個人的・社会的責任　179，183-185，188
個人的エンパワーメント　298，303
個人的精神内的カウンセリング　246
個人のコンサルテーション　341
個人の精神内の原因　245
個人の強さ　160，209
個人のパワー　128，129，210
個人変化の分岐点　220
子育て　81，144-146，385
孤独　43，241，396
子ども虐待を防ぐプログラム　312
子ども支援グループ　139
子どものためのアドボカシー　383
子どものための離婚介入プログラム　140
子どもの糖尿病の会　312
子どもを失った親への援助　311
子どもを守る基金青年協議会　51
個別系　254
コミュニケーションスキル　142，343，378
コミュニケーション能力　55，319
コミュニティ／チーム方式　426
コミュニティアウトリーチ　425
コミュニティカウンセラー　33，34，394

コミュニティカウンセリングの観点 241, 243, 376
コミュニティカウンセリングの定義 7
コミュニティカウンセリングの評価過程 210
コミュニティカウンセリングの枠組の主要目標 357
コミュニティカウンセリング理論 22, 23, 31, 36, 38, 42, 52, 262, 374
コミュニティ活動 42
コミュニティカレッジ 394
コミュニティ機関 383, 403
コミュニティ教育モデル 378
コミュニティ訓練 324
コミュニティ計画 347
コミュニティ契約プロジェクト 397, 398
コミュニティ健康センター 97
コミュニティサービスプログラム 362, 397
コミュニティサービスプロジェクト 361, 400
コミュニティ支援 249, 321, 330
コミュニティ資源 44
コミュニティセンター 35
コミュニティ組織化 36
コミュニティ組織づくり 271, 344
コミュニティニーズ 415, 418
コミュニティの応答性と責任性 345
コミュニティのコンサルテーション 343
コミュニティの政治プロセスに参加 307
コミュニティの精神保健プログラム 51
コミュニティの組織化 27
コミュニティの組織者 37
コミュニティの一人親支援グループ 139
コミュニティ擁護（アドボカシー） 415
雇用の危機 369
コンサルタント 299, 338-343, 358, 366, 388, 389
コンサルティ 338-340, 342, 389
コンサルテーション 15, 36, 39, 43, 48, 50, 53, 56, 58, 145, 154, 220, 222, 243, 259, 299, 302, 316, 324, 329, 337, 338, 340, 342, 343, 347, 359, 367, 372, 378, 381, 383, 389, 395, 400, 401, 425, 427, 437
コンティンジェンシー理論 427
コントロール感 106
コンピテンス 81, 105, 106, 108, 114, 132, 142
コンフリクト 269, 380

さ行

再就職 371
再適応評価尺度 83
殺人 4
査定 58, 414
差別 12, 16, 18, 25, 37, 38, 80, 84, 128, 130, 183, 256, 301, 328, 370, 375, 440
サポートシステム 41, 133
産業カウンセリング 403
三次予防 31
シェルター 47, 151, 152, 154, 400
支援システム 36, 87, 133, 137, 220
ジェンダー 10, 14, 83, 85, 203
支援と能力育成プログラム 139
支援ネットワーク 88
視覚障害者へのサービス 315
自我発達 187, 189, 190, 228, 434
弛緩（リラクゼーション）訓練 91
時間管理 87, 378, 396
弛緩状態 91, 92
資金調達 415, 422, 423
自己暗示 92
自己意識レベル 188
思考スタイル 89
自己概念 109, 139, 146
自己管理 87, 180-182
自己決定感 249
自己決定による行動変容 182
自己肯定感 304

自己効力感 44, 106, 129, 130, 132, 179, 180, 185, 209, 210
自己コントロール 182
自己催眠訓練 87, 91
自己実現 7, 182, 204, 206, 277
自己主張（アサーティブネス）トレーニング 90
自己主張訓練 105, 130, 207, 208, 378
自己統御能力 106
自己統制 180
自己破壊行為 162
自己卑下態度 439
自己評価 7, 43, 128, 180, 210, 277, 345, 396, 434
自己保護的段階 188
自己マネージメントスキル 179
自己有能感 248
自殺 4, 161-164, 324, 377
自殺予防 157, 161, 162, 164, 165
死産の親の会 312
自習 396
思春期 16
思春期の妊娠 52, 54, 56, 98
自助精神 314
自助組織 184, 304, 307, 308-310, 313, 318, 320, 346, 363
自助能力 63
自信 345, 434
システムへの介入 287
システム変化 39, 42, 55, 431
システム理論 6, 195, 196, 199, 228
システム論的思考 228
施設カウンセラー 394
自尊感情 106, 112
自尊心 43, 80, 147, 157, 165, 197, 277, 278
自尊心と社会的・個人的責任促進のためのカリフォルニア委員会 278
失業 4, 18, 32, 66, 130, 133
実験的・準実験的デザイン 445
実践研究 343
児童虐待 4, 66
児童保護施設 47
自罰的思考 89
市民グループ 326
自民族中心の価値観 391
市民のアドボカシー 326
社会運動 287
社会階層 83
社会活動 184, 250, 344, 345
社会環境要因 247, 256
社会計画 344
社会システムへの介入 262
社会性 304
社会正義 32
社会的意識 401
社会的援助 26
社会的活動 248
社会的－環境的－文脈的変革 288
社会的孤立 43
社会的支援 87, 128, 132, 133, 146, 147, 157, 165, 210, 310, 361
社会的弱者 40, 64, 127, 128, 130, 132, 135, 136, 147, 156, 165, 166, 400, 415
社会的周辺感 43
社会的スキル 32, 112
社会的ストレス 369
社会的責任 179, 182-185
社会的ネットワーク 268
社会的有用性の感覚 305
社会の組織的環境変革者 248
社会文脈的要因 84, 255
社会変革 239, 242-246, 249, 252, 257, 288, 358
社会保障 371
従業員援助プログラム →EAPを参照
従業員支援プログラム →EAPを参照
宗教施設 275, 324
宗教的・霊的同一性 11-13, 22
10代の妊娠 23, 51, 128, 142, 257
12のステップ 308

12の伝統　308
従来のカウンセリングパラダイム　182
主観的幸福感　243
主体感覚　177，178
主体形成　248，304，326
準専門的援助者（パラ・プロフェッショナル・ヘルパー）　137
順応段階　193，438，439
準備カリキュラム　109，110
状況ストレスへの対処　379
状況知覚　109
状況的リーダーシップモデル　430
小グループカウンセリング　150，386
情緒障害　4
情緒的健康　154
衝動的段階　187
職業訓練　155，322，324
職業再訓練　366，367
職業指向　49
職業上のウェルネス　154
職業リハビリテーショングループ　364
職業倫理　59
職場生活の質　262
職場でのカウンセリング　377，379，380
女性センター　371
女性の健康　371
自律　188，204，206
自立　51，305，315，316，372，391
自立生活（IL）プログラム　47
自立生活運動　317
自立生活グループ　364
自立生活センター　314
自律段階　439，441，442
自律的段階　188
シングルマザー　198，202
神経症患者のプログラム　312
人種・民族的アイデンティティ　209，437-440
人種・民族的観点　84
人種・民族的な被圧迫集団　18
人種・民族的マイノリティ　327
人種関連の暴力　301
人種差別　25，80，128，147，206，207，280，301，306
人種主義　16
人種的文化的ステレオタイプ化（画一視）　301
人種的偏見の被害者　183
心身障害者　251，373
新生児の死を経験した母親のための援助　311
心臓に問題を抱える人を一人ひとり訪ねるプログラム　312
身体障害　42，183，256，342
身体的・精神的・文化的・霊的健康　29
身体的健康と心理的健康グループ　364
身体的な弛緩法　94
心的イメージ技法　90，91
心理教育　90，154，306，316
心理教育グループ　361，364，376
心理的依存　239，240，298
心理的外傷　11，17，18，22
心理的健康の式　128
心理的幸福　7，28，42，47，115，150，185
心理的スキル　17，104
心理的ストレス　104
心理的成熟度　11，15，16，22，434
心理的ハーディネス　41，96
人類生態学　8，200
スーパーバイザー（上司）訓練プログラム　380
スーパーバイジー　433-437，440-442
スーパーバイズ　414，429，432-434，436，441
スーパービジョン　46，144，387，432，433，435-438，440-442，446，447
スープキッチン　400
スキル育成　361，363，372，374，395
スキルの発達　32，437
スティグマ　42，49，173，284，300-303，306，310，311，322，326，330，346，360

捨て子　47
ステレオタイプ　12, 16, 20, 21, 301, 311, 373, 392
ストレス因　80, 82, 83, 93, 209
ストレス管理　90, 378
ストレス軽減スキル　378
ストレス軽減法　94
ストレス状況　41, 132, 133, 158
ストレス対処介入　84
ストレス対処能力　240
ストレス対処のリラクゼーション　208
ストレス対処プログラム　81, 82
ストレス対処ワークショップ　153
ストレス反応　41, 83, 85, 86, 88
ストレスマネージメント　81, 86, 90, 93, 94, 106, 109, 114, 206, 207, 395
スピリチュアリティ　155
生活スキル訓練（トレーニング）　81, 90, 104-108, 114, 115, 378
生活スキル向上を目指す予防教育プログラム　362
生活ストレス　26, 87
生活設計　371
生活の出来事への統制感　41
性感染症　99
正義　32, 62
性教育サービス　99
成功方略の発見　94
性差別　25, 128
政治活動　313, 331, 348, 439
性指向　10, 14
青少年　225, 375, 383
青少年ギャング　376
成人期　16
精神遅滞　321
成人デイケアプログラム　306
精神病　25, 306, 370
精神保健機関　58, 105, 358, 359, 363, 402
精神保健コンサルタント　79
精神保健サービス　6, 31, 79, 151, 403
精神保健施設　324, 325
精神保健センター　33, 143, 360, 361
精神保健ニーズ　3, 147
精神保健プログラム　9, 51, 114, 415, 445, 447
精神保健プログラム計画者　442
生態学的アセスメント　258-260
生態学的アプローチ　255, 256, 258
生態学的システム　248, 254, 288
性同一性　11, 14, 15, 22, 183, 205
青年期出産　260
青年のアドボカシー（権利擁護）プログラム　275
生理反応　82, 86
世界観　29
積極的な健康　96, 97
摂食障害　298
接触段階　439, 441, 442
説明責任　59
セルフヘルプ（自助）　105, 326, 346
セルフマネージメント　180
セルフモニタリング　180
前科のある人の就労相談　322
全国精神保健協会（NMHA）の精神障害予防委員会　128
前社会的段階　187
先住民系アメリカ人　11
先住民族　328
全人的存在　24, 374
全体系　254
全米ゲイとレズビアンの公民権運動　312
全米視覚障害者の会　312
全米自閉症の会　312
全米精神病者の会　312
早期幼児教育　47
相互コンサルテーション　341
相互支援　136, 310
相互自助グループ　311
早産とハイリスク乳児の親の会　312
喪失体験　164
相談・助言　43, 54

相談者 338-340
双方向のコミュニケーション 321
ソーシャルサポート 87, 128, 132, 157, 165, 310
ソーシャルワーカー 5, 97
ソーシャルワーク 27
促進・予防・介入活動のための特別委員会 265
組織化 27, 36, 424, 446
組織開発 15, 27, 414
組織計画 424, 425
組織構造 343, 380, 424, 428
組織構造改善のアドボカシー 343
組織づくり 271, 344, 414
組織のコンサルテーション 343
組織のリーダーシップ 424
組織風土改善 378
ソントン地区活動計画プロジェクト 376

た行

大学院の教育訓練プログラム 243
大学カウンセラー 398, 401
大学生の意思決定とキャリア計画技術を発達させるグループ 396
大学のカウンセリングセンター 394
退職後計画 371
退職準備 378
対処方略の獲得 106, 130
対人関係スキル 105
対人関係能力 305
対人関係問題 379
対人スキル 87, 383
対人的一致、よい子への志向 189
対人的コミュニケーション 107, 393
対人的コンピテンス 106
対人問題解決スキル 184
第二言語 394
代弁 327
第四の波 30
立ち寄りカウンセリング 49
タバコ 99, 103, 149
多文化カウンセリング 29, 30, 57, 60, 100, 191, 255, 281, 432, 441, 442
多文化教育 392
多文化コンサルテーション 339
多文化社会 36
多文化主義 6, 10, 112, 280
多文化スーパービジョン 437, 438, 441
多文化的ガイダンス活動 392
多文化特別全国委員会 279
多文化能力 10
多文化能力全国協会（NIMC） 279-282
多文化への感受性 392
多文化への考慮 80
多文化問題への感受性 340
多文化理論 7, 257
多面的援助アプローチ 27
多面的な予防サービス 45
多様性の訓練 105
他律的道徳性 189
男女差別 375
地域援助ネットワーク 378
地域精神保健センター 262, 306
地域の精神保健機関 359
力の感覚 157, 165, 228, 249, 276, 299
知的障害者自立生活プログラム 316
知能障害の市民の会 312
聴覚障害者へのサービス 315
調停 183, 184
直システム 254, 258
直接カウンセリング 130, 221
直接的カウンセリングサービス 66, 153, 239, 299, 328, 390
直接的カウンセリングへの需要 297
直接的カウンセリングの役割 174, 249
直接的カウンセリングへの過度の依存 240
直接的学校サービス 391
直接的クライエントサービス 7, 39, 40, 49, 53, 63, 65, 130, 144, 146, 149, 164, 357, 362, 363, 368, 373, 376,

379, 382, 385, 398, 402
直接的コミュニティサービス 7, 39, 40, 48, 54, 63, 80, 143, 149, 164, 285, 357, 359, 361, 362, 368, 371, 376, 378, 382, 383, 395, 397, 402
治療指向 377
強さ 173, 209, 217, 239, 298, 303, 362
デイケア 275, 306
抵抗・没入段階 193, 194, 439, 440, 442
テスト不安の処理方略 396
伝染病 94
伝統的アプローチ 206
伝統的アプローチの失敗 27
伝統的カウンセリングの限界 28
伝統的カウンセリングの役割と機能 414
伝統的カウンセリング理論と技法 441
伝統的サービス 250
伝統的な一対一面接法 27
伝統的な援助パラダイム 4, 246, 297
伝統的なカウンセリング 3, 5-7, 9, 30, 78, 81, 110, 201, 218, 243, 257, 304, 363, 441
伝統的な家族・危機カウンセリングサービス 361
伝統的な家族カウンセリング理論 198
伝統的なストレスモデル 84
伝統的な治療介入 95
伝統的なボランティア精神 323
伝統的な予算編成プログラム 421
伝統的人間サービス機関 426
伝統的モデルからの脱却 182
電話カウンセリング 161
動員方略 280
統合自覚段階 194
統合的段階 188, 189
統合的取り組み 52
統制（コントロール）感覚 282
同性愛 14, 38, 42, 198
統制感 41, 205, 241, 282
「闘争か逃走か」の反応 85
同調的段階 188
道徳的推論 109
道徳の発達 189, 228
道徳モデル 175, 228
糖尿病 99
読書療法 154
独特な身体的特徴 11, 19, 22
特別なニーズ 367
土着の援助システム 37
ドメスティックバイオレンス 151-153, 156, 159, 165, 199, 251, 371
トラウマ 11, 17, 18, 22, 127
トラック・ストップ計画 49, 51

な行

内省段階 194
内的動機づけ 431
内的統制 132, 205
仲間内の調停者 184
仲間からの圧力への拒否方略 100
ナッシュビル・若者ネットワーク 360
ニーズ調査（アセスメント） 97, 98, 100, 102, 414-418
二次予防 31
日常生活のための教育 362
日本人 368
乳児の突然死の会 312
乳房切除を経験した女性への援助 312
乳幼児ケアサービス 99
乳幼児を亡くした親への援助 312
人間性心理学 206
人間発達の生態学 253, 254, 287
人間発達の直線的説明 201
妊娠した青少年への援助 142
妊娠予防サービス 98
認知感情行動理論 88
認知行動理論 206
認知的な問題解決技法 41
認知能力 17
ネイティブアメリカン 328
年齢・発達段階に応じた課題 11, 16, 22

脳性マヒの会　312
農村地域　101
ノーマリゼーション　374

は行

ハーディネス　41，96
パートナーに死別された人の会　312
バイオフィードバック　87，90，91，378
ハイリスク　136，165，173，210，361，383
白人アイデンティティ発達　438-440，442
発達カウンセリングモデル　303
発達課題　107
発達障害者　374
発達障害調査情報連合　330，331
発達心理学　290
発達心理療法　190
発達段階　11，15，16，22，185，187，192，228，434
発達的な質問技法　191
発達の7領域　107，108
発達理論のカウンセリング実践への応用　190
パラダイムシフト（転換）　5，6，60
犯罪　99，370
ピア・メディエーション　183
ピアカウンセラー　316，372，399
ピアカウンセリング　149，154，303，315，316，373，383，386，395
被害者　128，183
被害者の非難　256
一人親の会　312
被暴力女性　152，400
肥満　99
開かれたシステム　195-197
貧困　18，32，38，99，128
ファシリテーター　37，397
不安　86
フィットネスプログラム　378
フェミニスト心理学　6，204
フェミニスト理論　7，9
フォーカスグループ　101，102，417
不況　369
不協和段階　193
服役者　322
複合家族　141，142
不随意反応　85
不妊の人々への援助　312
不平等　393
フラストレーション　176
プランニング　414
ブレーンストーミング　307
プログラム開発　415
プログラムコーディネーター　144，145
プログラム実施計画　420
プログラムの研究と評価　144
プログラム評価　59，146
プログラム別予算編成　421
プログラムを計画立案　416
プロジェクト・リッスン　49，51
文化・人種・民族的アイデンティティ　209，440
文化多様化　299
文化的・民族的発達モデル　191
文化的カウンセリングへの革新的アプローチ　281
文化的同一性　191
文化的閉じこもり　29
文化的に適切な介入　34
文化的に有能なコンサルタント　340，341
文化的抑圧　18，280
文化に敏感なカウンセリング　100
文化に有能なカウンセラー　391
文化の多様性　10，11，23
紛争解決　99，113，114，130，184，343
紛争対立解決の授業　90
紛争方略尺度　153
文脈主義　6，7，196，199-203，208，228
米国カウンセリング学会（ACA）　29，59，279，281
米国多文化カウンセリング学会（AMCD）　81

別居 136, 137, 165
ヘッドスタート 51
ペリー就学前プロジェクト 265, 266
ヘルスケア 77, 84, 97, 98, 371
ヘルパー・セラピー原則 305, 306, 346
変革者 414
偏見 12, 16, 19-21, 38, 80, 84, 106, 112, 130, 183, 205, 207, 370, 373, 392
偏見解消プログラム 81
偏見の低減 106
包括的・効果的なパラダイム 5
包括的アプローチ 94
包括的効果的な介入方略 79
包括的サービスシステム 331
暴力 128, 183, 301, 373, 376, 377
暴力予防 99, 113, 114
ホームレス 4, 18, 49, 128, 324, 371, 400
ポジティブ心理学 176
補償モデル 175, 176, 219, 228
ポストモダン 6, 7, 9, 198, 199, 201, 202, 203, 228
ホスピス 400
母乳育児連盟 312
ホメオスタシス 197
ボランティア 49, 322, 326, 347, 373
ボランティア精神 320, 323, 332
ボランティアプログラム 184, 323

ま行

マーサおばさんの青年サービスセンター 45, 47-49, 52, 59, 64, 97, 100
マイクロシステム 254, 255, 258, 259, 261, 265, 268, 287, 374
マイノリティ 11, 30, 37, 38, 84, 88, 192-194, 207, 245, 257, 281, 282, 297, 320, 327, 438-440
マイノリティアイデンティティ発達(MID) 192, 195, 207, 438-442
マクロシステム 254, 255, 260, 276, 279, 287
マクロシステム変革 279
孫を育てる祖父母 361
貧しい人々 42, 256
マズローの欲求階層説 80
マディソン郡健康プロジェクト 101
継親・継子 141, 142
麻薬中毒者の会 312
慢性精神疾患 306
未成熟 15
未成年の妊娠 4
耳の不自由な人 371
民族・人種的マイノリティ 257
民族主義 256
民族的・人種的同一性 11, 16, 22, 205
民族マイノリティ心理学会 281
無力感 26, 128, 129, 158, 165, 210, 241, 269
瞑想 87, 90, 92, 93, 378
メゾシステム 254, 255, 259, 265, 287
メディケア 97
面子 38
目標設定 87, 112, 396, 418
元犯罪者 370
モラール 263
モラルの発達 401
問題解決スキル 54, 87, 184
問題解決能力 105, 130, 161, 165, 307, 343

や行

薬物乱用 49, 99, 175, 176, 224, 324, 371, 376, 377, 379
役割期待 60
役割モデル 315
有効なリーダーシップの5要因 431
有色の人々 42, 147, 256, 327, 328
有能感 106, 248
幼児期 16

ヨーロッパ系アメリカ人　38
ヨーロッパ中心主義　7
抑うつ　86, 102, 176
予算編成　414, 420, 421, 446
欲求階層説　80, 435
欲求不満　176
予防アウトリーチ　131, 139, 142
予防アドボカシー　325
予防介入　28, 80, 106, 111, 262, 361, 376
予防カウンセリング　31, 32, 79-82, 127, 247
予防活動　62
予防教育サービス　57, 99
予防教育的支持的サービス　156
予防教育プログラム　40, 114, 359, 362, 372
予防効果　398
予防サービス　45, 79, 80, 98, 142
予防的・ウェルネスアプローチカウンセリング方略　152
予防的生活スキル・プログラム　111
予防的なスキル育成プログラム　395
予防プログラム　112, 114, 137, 139, 143, 144, 150, 164, 369, 398, 444
予防ヘルスケアサービス　98
予防方略　79, 81, 162

ら行

ライフイベントモデル　82, 83
ライフスタイル　90
ラテン系アメリカ人　11, 23, 148, 165, 251
ラベリング　301, 302
ラボラトリートレーニング　343
リーダーシップ　87, 105, 107, 113, 149, 286, 413, 424, 429, 430, 432
離婚　18, 127, 128, 136, 137, 139, 140, 165, 251, 361
リスク集団　129, 165, 210, 359
リハビリテーション　32, 284, 317, 364, 368, 372, 374, 378
リファー　315, 388
両親が最近離婚した子どもたちのグループ　387
良心的段階　188
両性愛　12, 14
リラクゼーション　87, 90, 207, 208, 378
リラックスの技法　396
臨床家への依存心　298
倫理基準　59, 60, 61
倫理的介入　202
倫理的実践　61
倫理的専門的問題　362
倫理的な意思決定過程　64
倫理的問題　60
倫理を守るカウンセラー　204
レイプ　373
レクリエーション　322, 374, 375
レズビアン　8, 18, 42, 66, 256, 324, 371, 373
レッテル　300-302, 311, 346, 394
連携づくり　299, 329, 331, 348
聾者の文化　10
老人　38, 42, 324
老人解放の会　312
ロールプレイ　55, 115, 140, 217, 319, 362
ロサンゼルス自殺予防センター　161, 162
ワークショップ　93, 115, 153, 154, 368, 396

わ行

若者ネットワーク協議会　51
若者の雇用を促進するイリノイ州知事特別委員会　51
ワシントン州障害者市民会議　330
「私の未来」プログラム　45, 52, 58

監訳者あとがき

本書の構成は、第1章が概説、第2−6章がコミュニティカウンセリングの4つの側面の各論、第7章がフィールド別の応用、第8章がマネージメントの問題と大きく4つのパートからなっている。この順番に読んでも良いが、第1章を読んだ後、特定のアプローチや対象や問題に興味にある人は、事項索引で、その特定のテーマについての部分を直接読むという方法が考えられる。また、実際にカウンセリングを行っている人にとっては、第1章の後に、第7章で自分の従事する場面に最も近い場面の本文を読むこともおすすめである。たとえば、スクール・カウンセラーの人には、第1章の後、第7章第6節に飛ぶ、といった具合である。

Judith LewisとMichael Lewisの二人は、第1版（1977）の共著者である。日本では中沢次郎編訳（1997）『EAP：アメリカの産業カウンセリング』（日本文化科学社）の原著者として知られている。お二人とも現在はイリノイ州にあるガバナーズ州立大学の教授である。Judy Lewisは健康学部の薬物嗜好・行動健康学科の学科長をつとめている。もう一組のJudy DanielsとMichael D'Andreaは、州立のハワイ大学教育学部カウンセラー教育学科の教授である。

私が本書の原書に出会ったのは、ちょうど第2版が1998年に発行されてまもなくであった。本書のテーマである、コミュニテイカウンセリングという概念が、当時の日本の臨床心理学やカウンセリングの場面で強く求められているという思いを抱いたのである。それは、一つには、医療臨床中心に教育を受け、実践を重ねてきた臨床心理士が中心となって、文部省のスクールカウンセリング事業により、日本の各地の学校にカウンセラーとして派遣され定着してきた時期であった。たとえば、本書で「間接的クライエントサービス」として述べられているコンサルテーション活動がクローズアップされた。

また、関与の仕方としては、学校文化とは異なる外部性を持った存在として、学校での精神保健の推進に関わるようになったのである。もともと、臨床心理士の活動の4つの分野の3つ目である地域精神保健活動は、コミュニティ心理学と臨床心理学がクロスする分野である。しかし、臨床心理士あるいはカウンセラーとしてどのような関わりが必要かの議論は、決着がついていないどころ

か、それが始まったばかりのような段階であった。第1版が米国で出版されたときに、日本のコミュニティ心理学者でも勉強会が行われ、それを翻訳しようとする検討がなされたこともあったとも聞いている。

現在、筆者の手元には、原書の第1版と第2版と第3版がある。第1版は、Lewis夫妻によるものである。第1版発行の11年後にはD'Andrea・Daniels夫婦が執筆者として加わり、次のような4点を中心に大幅な改良がなされ、第2版が1998年に発行された。第1に、心理的健康の概念の拡大である。そこには新しく人間発達の生態学やポストモダン的な考え方が入っている。また人類学や発達心理学や人類生態学の成果が取り入れられていた。第2に、エンパワーメント概念の導入と明確化である。第3に、多文化間カウンセリング理論の導入である。第4に新しい知見と文献を盛り込んだことである。

また、第2版から第3版への改良点は、本訳書の「まえがき」に述べられているので繰り返さない。

コミュニティカウンセリングの4つの分野の用語も以下のように変えられた。

第1版	→	第2、3版
経験的広域サービス	→	直接的コミュニティサービス
経験的集中サービス	→	直接的クライエントサービス
環境的広域サービス	→	間接的コミュニティサービス
環境的集中サービス	→	間接的クライエントサービス

このように、第1版の独創的な枠組みが、第2版によって深化発展され、さらに第3版により多文化概念の拡大など、より進展したものとなった。まさに翻訳の時機到来である。

本書の翻訳の契機となったのは、監訳者の大学院授業の講読ゼミによる輪読作業である。その後、明治学院大学に2004年にはD'Andrea氏、2005年にはDaniels氏をお招きして、講演をしていただく機会も得ることができた。講演内容は、RESPECTFULカウンセリングという考え方で多文化主義の枠を広げ、また地元ハワイで実践中の非暴力平和教育の取り組みを紹介するもので、日本の今後のカウンセリングに強い示唆を与えるものであった。本書の内容と翻訳

書出版の意義をブレーン出版の薗田高広氏にお話ししたところ、幸運にも、出版する企画が実現することとなった。

翻訳の作業としては、まず、榊原佐和子・中村朋彦・本田真喜子さんたちが下訳原稿の取りまとめを行い、それを飯田敏晴さんと小川千尋さんの二人で形式や体裁を整え1冊の翻訳原稿本の形とした。それらを石原静子さんと伊藤武彦さんに読んでもらい、原書に照らして訳のチェックと文章の修正を行った。さらに私が、二人の訳を読み監訳者として、用語の訂正・統一や、日本語としての自然さなどを配慮して、総合的な構成を行った。

また、校正の過程で多くの方々の意見をうかがった。翻訳の道程は、時には遅々として進まず、時にはあわただしかった。訳文の訂正の作業は、モグラ叩きゲームのように、またコンピューターソフトのバグ取りのように、延々と果てしなく続くように思われた。翻訳文の誤りは、最終的に監訳者の責任である。

本書の発行により、日本のカウンセラーや臨床心理士が、より広い視野に立つ、21世紀の名にふさわしい、生き生きとした心理援助活動を展開することを願ってやまない。

2006年5月16日

監訳者　井上孝代（共同作業に関わったすべての人を代表して）

【謝辞】以下の方々に感謝いたします。（敬称・所属略、順不同）

●2003年度明治学院大学大学院授業「コミュニティアプローチ特論」参加者：
後藤郁子、山崎敦史、青木眞理子、神山佳代子、千葉綾子、飯島由美子、池田裕子、加藤由美子、仙道由香、田内正樹、田村雄志、中島健雄、中村朋彦、中村光、西優也、本田眞喜子、益子洋人、横澤直文

●とりまとめ役：本田眞喜子、中村朋彦、榊原佐和子、飯田敏晴、小川千尋

●校正原稿チェック：池田　満、濱口まち子、野内　類、飯田敏晴、小平朋江、川口瑞子、井手孝樹、岡崎琴恵、川島義高、長坂晟、西村真貴

●翻訳：石原静子、伊藤武彦

●ブレーン出版：薗田高広、佐藤史子、春田真知

監訳者紹介

井上孝代（いのうえたかよ）

福岡県立修猷館高校卒。九州大学大学院文学研究科博士課程満期退学（心理学専攻）。東京外国語大学留学生日本語センター教授を経て1998年より明治学院大学心理学部教授。博士（教育心理学・九州大学）。臨床心理士、認定カウンセラー、学校心理士。スクールカウンセラー、病院・社会福祉機関の心理カウンセラー、グループワーカー、家庭裁判所調停員、自治体の各種審議会委員、総務庁「第11回世界青年の船」指導官／カウンセラーなどを経験。マクロ・カウンセリング研究会主宰者として、マクロ・カウンセリングを提唱。トランセンド研究会前会長。最近の編著書として、『共感性を育てるカウンセリング』、『コンフリクト転換のカウンセリング』、『コミュニテイ支援のカウンセリング』（以上、川島書店）、『カウンセリングの展望』（ブレーン出版）、『あの人と和解する：仲直りの心理学』（集英社新書）など。

訳者紹介

伊藤武彦（いとうたけひこ）

三重県立四日市高校卒。名古屋大学教育学部卒。東北大学大学院文学研究科博士課程満期退学（教育心理学専攻）。教育学博士（東北大学）。1985年より和光大学教員、現在に至る。心理科学研究会会員。トランセンド研究会理事。最近の共著書として『平和を創る心理学』（ナカニシヤ出版）、『ガルトゥング平和学入門』（法律文化社）など。

石原静子（いしはらしずこ）

東京生まれ。奈良女子高等師範学校国文科、東京文理科大学心理学科を経て東京教育大学大学院教育学研究科実験心理学専攻。文学博士（東京教育大学）。1966年より2000年まで和光大学教員。和光大学名誉教授。2006年より学校法人和光学園理事長。日本心理学会会員、大学教育学会会員。最近の著書として『和光燦燦：「小さな実験大学」づくり』（八月書館）などがある。

コミュニティ・カウンセリング
—福祉・教育・医療のための新しいパラダイム—

2006年7月15日　初版第1刷発行

[著者]
Judith A. Lewis
Michael D. Lewis
Judy A. Daniels
Michael J. D'Andrea

[監訳者]
井上孝代

[発行者]
及川尚三

[発行所]
ブレーン出版株式会社

〒101-0064　東京都千代田区猿楽町1-3-1
TEL　03-3293-1471㈹
振替　00190-7-33382

[印刷所]
電算印刷株式会社

©2006　T. I
Printed in Japan

落丁乱丁本はお取替えします。
ISBN4-89242-832-9 C3011