

東京大学大学院教育学研究科

心理教育相談室年報

2015年 第10号



東京大学
THE UNIVERSITY OF TOKYO

目 次

◆巻頭言

東京大学大学院教育学研究科長 大桃 敏行…………… 1

◆運営小委員会委員長ご挨拶

東京大学大学院教育学研究科総合教育科学専攻長 山本 義春…………… 2

◆心理教育相談室長ご挨拶

東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース教授 下山 晴彦…………… 3

● 公開講座の記録

「現場で役立つ臨床心理職になるために」

◆心理職として歩んできた経験を振り返り、専門職として今必要なことを考える

大正大学・日本臨床心理士会 村瀬 嘉代子…………… 5

◆心理職と共に働く医師として心理職の教育に携わる経験から

早稲田大学人間科学学術院教授 熊野 宏昭…………… 15

■2014年度活動報告 …………… 22

■心理教育相談室のご案内 …………… 28

■心理教育相談室の構成（2014年度） …………… 30

巻 頭 言



東京大学大学院教育学研究科長
大桃 敏行

心理教育相談室年報は本号で第10号になります。記録をみますと、2005年に諸規則の整備が行われるとともに、第1回の公開講座が開催されました。本年報の発行は翌2006年からです。この間の延べ面接回数は、2005年度に807回だったものが06年度908回、07年度1429回、08年度2397回、09年度3234回、10年度3389回と急増しています。10年度の3月、つまり2011年3月は、東日本大震災による休室で面接件数が落ち込んだとされています。11年度の回数が3112回と前年度を下回ったのも震災の影響によるものと思いますが、その後、12年度3372回、13年度3621回と再び増加し、13年度は過去最高となり、05年度の約4.5倍にもなりました。14年度は少し減って、3144回でした。

以上の面接回数の伸びは、心理教育相談に対する社会の要請の高まりとともに、それへの本相談室の取り組みが認められてきていることを示すものでもありましょう。本相談室は相談活動や公開講座などを通じて社会と向き合う、大学と社会を結ぶ場であり、また大学院学生の教育と研修の場でもあります。そして、両機能は密接につながっています。

面接がかなりの回数に達した今日、次の5年あるいは10年を見据えて、よりよき取り組みに向けた検討を引き続き進めていただきたいと思います。そして、関係各位には、心理教育相談室への一層のご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

心理教育相談室運営小委員会委員長ご挨拶

心理教育相談室運営小委員会委員長
総合教育科学専攻長

山本 義春



一昨年度、昨年度と心理教育相談室運営小委員会委員長を務めさせていただき、今年度で3年目を迎えます。どうぞよろしくお願いいたします。

過去2年間、この小文で、2009年度以降年間の面接件数が相談室の受け入れ能力の上限に達し量的飽和状態にあること、また近年の傾向として医療や福祉も含めた関係諸領域との共同・連携が必要な症例が増加しており、これに対応すべく機能面での強化が求められていることについて紹介してきました。限られたリソースでこの事態に対応するためには、面接件数・対象を若干制限する必要があるのかも知れません。あるいは相談料金を値上げし、増収分でスタッフをより充実させ、相談活動の質を向上させるという方策も考えられます。ただし、値上げによって来談者数が大幅に減少することを危惧する意見もありました。このように、規模・収入面での最適な運営戦略はどのようなものか、当委員会では過去2年間議論を重ねてきました。

先日行われた今年度の第1回運営小委員会でも、相談料金の改定について話し合われました。その際、相談料金と来談者数の関係には実は根拠がなく、質の良い相談を求める来談者が今後とも増加するとの専門的な見通しのもと値上げを行うことも考えるといった議論がなされました。小生は専門家ではありませんので将来を見通すことはできませんが、代わりに昨年3月に発行された米国Pew Research Centerの報告書「Digital Life in 2025」をご紹介します。この報告書は、インターネットの発展が10年後の生活をどのように変えるかという点について有識者インタビューをまとめたもので、小生の専門である健康医療分野への波及などの正の側面に加えて、多くの有識者が、過監視による不安や情報依存、インターネットの乱用による「7つの大罪」（高慢、物欲、嫉妬、憤怒、貪食、色欲、怠惰）の増長など人間の精神的健康への影響を負の側面として挙げています。これは米国での話ですが、昨今のスマホ依存、ゲーム依存等の状況を踏まえますと、残念ながらわが国でも同様の見通しが成り立つようにも思えます。このような観点から、私見ですが、質の良い相談を多くの来談者へという運営戦略は、中・長期的にも望ましいと考えます。今後、委員会等で引き続き検討して参りたいと思います。

以上、簡単ですが、相談室の現状と今後についてご報告し、ご挨拶にかえさせていただきます。相談室の運営にあたりまして今後とも一層のご指導・ご鞭撻を賜れば幸いです。

心理教育相談室長ご挨拶



心理教育相談室長
臨床心理学コース教授

下山 晴彦

2015年度より心理教育相談室長となりました。前任の高橋准教授は、研究科の顧問弁護士の先生とも連携し、虐待などの慎重な対応が必要となる場合の運営のルール等の整備を進めてくれました。ですので、私はその成果に基づいて相談活動を発展していくことを目標に室長の仕事を務めております。

心理教育相談室年報は、本号でちょうど第10号となりました。第1号の発行は10年前ですので、2004年度となります。この年には、心理教育相談室と密接な関連をもつ臨床心理学コースが開設されています。そして、心理教育相談室の公開講座もこの年に始まり、10年目を迎えることができました。昨年は、このような節目の年になりましたので、心理教育相談室の公開講座の後に臨床心理学コース開設10周年記念シンポジウムを併せて開催し、多くの皆様にご参加いただきました。

10年一昔という言葉があります。これは、10年という歳月を区切りとして、それ以前は昔のように思われるということですが、それだけ年月が過ぎるのが早いということでもあるかと思います。確かに心理教育相談室と一緒に創ってきた中釜洋子教授の急逝など走馬灯のように過ぎた10年でした。

このように短く感じられる10年ではありますが、現在の心理教育相談室の基盤が再構築されたという点では充実した年月でした。この間に来談者や面接回数は、4倍以上になりました。新室長として、新たな10年の発展に向けて院生の研修機関である本相談室の教育訓練システムをより充実したものとし、来談者の皆様へのサービスの専門性を高めたいと考えております。

ご協力を宜しくお願い致します。

公開講座の記録

心理教育相談室では、毎年公開講座を開催しております。第10回となる2014年度は、下記に掲載した広報チラシにも示されているように、本学臨床心理学コース開設10周年と重なったため、コース開設10周年記念シンポジウムと合わせて「臨床心理職の専門性向上のために」と題する総合シンポジウムとし、11月30日（日）に本郷キャンパス山上会館で開催しました。心理教育相談室公開講座は、上記シンポジウムの第1部として「現場で役立つ臨床心理職になるために一専門職として活躍できるために何が必要か」というタイトルで行いました。当日は、心理専門職を中心に100名ほどの参加者があり、会場が満席になる盛況でした。

プログラムは、本学臨床心理学コース下山晴彦教授が司会を務めました。最初は大正大学名誉教授であり、日本臨床心理士会の会長でもある村瀬嘉代子先生が「心理職として歩んできた経験を振り返り、専門職として今必要なことを考える」と題して講演を行いました。次に早稲田大学教授である熊野宏昭先生が「心理職と共に働く医師として心理職の教育に携わる経験から」と題する講演を行いました。その後、村瀬先生、熊野先生に司会の下山教授を交えた3名でパネルディスカッションを行い、心理職が専門職として活躍できるために何が必要かについて活発な議論が行われました。

次頁より、村瀬先生、熊野先生のご講演の内容を書き起こし、それをそれぞれの先生にご監修いただいたものを掲載いたします。

臨床心理職の専門性向上のための シンポジウムのお知らせ

心理教育相談室 第10回公開講座

**現場で役立つ臨床心理職になるために
一専門職として活躍できるために何が必要か**

主催：東京大学大学院・教育学研究科・附属心理教育相談室

開会の辞：山本 義香（心理教育相談室副室長兼委員事務）
司 会：下山 晴彦（臨床心理学コース教授）

- 講演1「心理職として歩んできた経験を振り返り
専門職として今必要なことを考える」
講師：村瀬 嘉代子
（大正大学名誉・名誉教授、北海道名誉教授、日本臨床心理士会会長）
- 講演2「心理職と共に働く医師として
心理職の教育に携わる経験から」
講師：熊野 宏昭
（早稲田大学人間科学部教授、応用脳科学研究所所長）
- パネルディスカッション
パネリスト：村瀬 嘉代子
熊野 宏昭
下山 晴彦



東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室及び臨床心理学コースでは、下記要領で臨床心理職の専門性向上のための公開研究会を開催いたします。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

臨床心理学コース 開設10周年記念シンポジウム

**臨床心理職の教育訓練の未来に向けて
一臨床心理学コース開設10周年を記念して**

主催：東京大学大学院・教育学研究科・臨床心理学コース

開会の辞：南風原 彰和（研究部長）
司 会：熊野 正博（臨床心理学コース教授）

- 生物学的側面と関連するカリキュラム
袴田 優子（臨床心理学コース専任講師）
- 心理的側面と関連するカリキュラム
石丸 径一郎（臨床心理学コース専任講師）
- 社会的側面と関連するカリキュラム
高橋 美保（臨床心理学コース専任講師）
- 生物-心理-社会モデルによるカリキュラム
下山 晴彦（臨床心理学コース教授）
- 指定討論＋パネルディスカッション
◇原田 誠一（原田メンタルクリニック院長、臨床心理学コース専任講師）
◇中岡 義文（三井記念病院精神科部長、臨床心理学コース専任講師）
◇村瀬 嘉代子（大正大学名誉・名誉教授、北海道名誉教授、日本臨床心理士会会長）

2014/11/30 日

- 第10回公開講座 13時～14時40分
- 開設10周年記念シンポジウム 15時～17時

**東京大学 本郷キャンパス
山上会館 大会議室**
<http://sanjo.nc.u-tokyo.ac.jp/>

申込方法
心理教育相談室サイトよりお申込み。
<http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>

参加費
無料 先着100名様受付（定員になり次第締め切り）
心理教育相談室公開講座と臨床心理学コース開設10周年記念シンポジウムの両方に出席することを参加条件とさせていただきます。

お問い合わせ：東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室

E-mail: koujial@p.u-tokyo.ac.jp
電話：03-3818-0439（月～金 10:00～17:00）

心理職として歩んできた経験を振り返り、専門職として今必要なことを考える

大正大学・日本臨床心理士会 村瀬 嘉代子



1. はじめに

この演題は、東大の臨床心理学コースの先生方から私に宿題としていただいた演題でございます。この題のとおり、私がどうのことを考えながら仕事をしてきたかということをご略話し、いろいろな理論、あるいは領域が異なっても基本として心理臨床家として仕事をしていく上で、恐らくこれがベースとして必要であろうということと、そしてそれをもとに時代の推移を見据えながら将来を展望して、さらに一層こういうような専門性の向上が望まれるというお話させていただこうと思います。

2. 心理職の専門性、人間性、社会性

まず、当然のことではございますが、専門職としての心理職には専門性のほかに人間性と社会性が求められます。

心理職の専門性、人間性、社会性

1. 時・所・位を自覚、与えられた場と条件の中で
2. 自分の行為、場について、全体状況の中で空間的意味と時間的流れの中での位置を認識する
2. 心理臨床学の理論や技法は実践の中から、帰納法的に抽出し洗練されていくものである → はじめに理論や方法論ありきでなく
4. バランス感覚を持つ、相対化した視点、焦点と全体を、多焦点で見る、考える
5. 一人でいられることと協力、チームワーク、コラボレーションをよいものにする
6. あらゆる局面の基底にある**二律背反状況、不確定を耐えて考え抜く**

図 I

1番は、別に心理職だけではなくて責任を持って仕事に当たるといえるときにはいかなる場においても基本の課題かと存じますけれども、まず今どういう時代であるのか、自分のライフサイクルの上でどういう位置づけにあるのか、そして臨床家であれば自分が対応する目の前の方がどういう歴史的な時間の中にいらっしゃるのかという時間軸をしっかり持って考える。

自分が所属しているところの特質は何か、それは社会的にどういう機能が期待され、どこまで責任が取れるのかということを知覚して、さらにその場所の中にある自分は一体どういう位置づけにあるのか。新人であるのか、あるいは中堅クラスであるのか、あるいは相当の責任を持って物事を決裁する立場なのかというその位置づけによってさらに自分の言動を吟味する、これが基本であろうと思います。

そして、常に自分の行為、何か臨床家として仕事をするときには、1と関連いたしますが、自分の場はどんなところか、全体の状況の中で一体自分はどのような時間的な流れの中にあるのか、そして自分の位置しているところは周りの人間関係や置かれた社会的な状況の中で一体何を期待されているのかという焦点と全体をいつも合わせ持った形でものをとらえることが同じく基本として必須だと思います。

3は、言わずもがなのことではございますけれども、臨床心理学の理論や技法は実践の中から機能的に抽出し洗練されていくはずのものです。初めに理論や方法論ありき、それを使ってみたいというのは根本がいささか違うであろうと考えます。

4、常にバランス感覚を持って自分のしていること、あるいは自分のしていることが目的に向かって全体状況の中でどういう意味を持つかということを相対化した視点でしっかりとらえていく。つまり焦点と全体をいつも自分の中に合わせ持っている。何か事に当たるときは、当然その問題に対して焦点を合わせて観察し考えるわけですが、しかしその状況が置かれている時間的空間的な広がりの中でどういう意味を持つかということに合わせてとらえていることが必要です。これが大変難しいのですけれど専門家として習熟するというのは焦点と全体をとらえ、焦点でしっかりものを見ているのだけでも実は多焦点で関心を空間にいっぱい飛ばしているような自分、換言すれば全体構造とその流れを捉える自分をつくっていくのがプロフェッショナルとしての習熟であろうと思います。

こんなことを申す私自身角口にたたずんでおりますけれど…。

最近強調されるのは、協力体制のもとにチームワークを行う、コラボレーションを適切に行う必要性です。われわれは本当に1人でいられることができる、孤独に耐えることができる、不確定な状況に耐えることができ初めて本当のチームワークやコラボレーションができる。これも大変逆説的な関係にあるということをお自覚しなくてはなりません。

臨床の中のいろいろな事象というのは、 $Y=AX$ で割り切れるようなことというのはきわめてまれです。むしろ常に私たちは二律背反状況の中でいろいろ違った命題を併せ考えながら、この場合はどういうふうに判断し、どう振舞ったらいいのかという、そこが実は一番臨床の要諦であって、マニュアルが用意してくれるような右上がり一直線の形でものが解決するというふうに運ぶ場合はきわめて問題がシンプルな場合であろうというふうに言

えるかと思えます。ですから臨床家に必要なのは不確定を耐えて考え抜く力だと思うのです。

精神科医の青木省三先生は、心理療法とは体系化された認知行動療法、精神分析やそういうことではなくて、それとはセラピストのプレゼンスそのものすべてに表れているということも言われておりますし、100年以上も前に実は催眠術の創始者とされていますピエール・ジャネが同様のことを言っているということを知り、改めて当然と言えば当然でございますけれども、非常に意味深いものと考えます。

青木省三先生と同じようなことを北大の名誉教授でいらっしゃる精神科医の山下格先生は、生物学主義の精神医学が自分の専門だとはおっしゃっておりますけれども同じようなことをおっしゃっておりますし、言葉は違いますが、土居健郎先生や村上伸治先生なども同様のことをおっしゃっています。

◎ 心理療法とは 体系化された認知行動療法？精神分析？
心理療法とはセラピストの存在の仕方、全てに現れる
(青木、2006)

「精神療法(心理療法)とは生理学的・精神的なあらゆる種類の治療法の総体であり、生理学的な病気にも精神的な病気にも適用できるもの、これまで観察された心理学的事象、とりわけその展開を規定する法則の考察から導き出された方法を用いるものである。その関連は、心理学的事象相互間にあっても、生理学的事象との間にあってもかまわない。一言でいえば、精神療法(心理療法)とは患者の治療にさいして心理学を応用することである」(P.ジャネ) → 同様の指摘 山下格、土居健郎、村上伸治など。 Janet. P: La medicine psychologique. Flammarion, 1923.
(松本雅彦訳「心理学的医学」みすず書房, 1981)

こう考えれば、クライアントや患者に出会ったその時から、終了までが心理療法であると言える。 → 青木(2011)

図II

3. これまでの問題意識 1

このことは基本であることをしっかり心に留めたいと思います。

さて、半世紀以上も前、1959年に家庭裁判所調査官(補)として初めて就職し、以後いろいろな領域でさまざまな課題に出会って参りました中で、気づき考えたことを駆け足でお話しさせていただきます。

裁判所は本来、法律が基盤になる組織です。第二次大戦後、日本国家が健全に繁栄するには家族や個人を今日の言葉で言えば、生物・心理・社会モデルで理解し、少年の健全育成や家庭生活の幸福・安定を意図して、少年の保護事件や家庭事件の審判および調停を行うことを目

的に創設されたのが家庭裁判所です。事件解決の過程に人間科学が導入されることになり、家庭裁判所調査官という職種が設けられました。

司法制度の中にこうした性格を持つ人が、またそういう目的を全体の司法の中にきちんと収まりながら目的を達するように仕事をするということは難しい問題もございました。今振り返りましても法学者の第一級の先生や土居健郎先生等々、当時の最先端にいらっしゃる先生はどういうふうでこういう領域の専門家を育てるかということを考えておられました。私は、研修所で1年間大学院のような座学を受けるとともに集中的に少年院や刑務所等に行きまして、住み込みのような形で実習するという研修を受けました。一言で申しますと、そうした家族の問題や少年の非行ということは、決して心理学の概念ではなく、また精神医学の概念でもなく、単純に社会学の概念でもないということです。今日しきりに言われるようになりました生物、心理、社会モデルが基本となっていたと思います。あえてパワポに順番を生物、社会、心理としましたのは、実は生物学的な素地のもとに、その人がどういう社会的な環境のもとに育つかによってその人の心のあり方が定まってくると考えられるからです。あえて普通言われていますものは順番を逆に書きましたけれども、このことを現実の事件の調査をし、当事者に会う中で考えた次第です。

<p>問題意識のこれまで 常に困り感一焦点化と全体状況、定石と創意工夫、スタンスの自覚(責任、チームワーク)、生活の質、適用と禁忌、多様で観察し思考、多面的にかかわる、統合的に、理論や技法を文脈の中で理解し、目の現実と照合。</p> <p>1) 家裁調査官として(1959～)・・・時・所・位の自覚、生活の質、生物・社会・心理モデルと規範科学</p> <p>2) 留学中の気づき(1962～)・・・伝わる言葉、文化の違いと通底するもの</p> <p>3) 統合失調症圏の人々との出会い(1964～) 生活の質、健康な部分への注目</p> <p>4) ANの少女との出会い(1965～) 生活の質、原則を知悉して創意・工夫を</p> <p>5) 精神科病棟でのチームワーク、業務のひろがり(1970～)着手可能なことから</p>
--

図III

さてまったく予期しなかったのですが、研修が終わりますと留学するようになると言われびっくりしました。当時は1ドル360円で出国は容易ではない時代でした。自分には不向きなことでしたけれども、パークレイの大学院に1年まいりました。

詳細は省きますが、アメリカでは徹底した実習と、ものすごい量の勉強をしました。異様な量のリーディング

アサイメントと週に2～3日の実習をするわけです。そこで思いましたことは、その当時のわが国で使われておりますこの領域の日本語というのは非常に難しい四文字熟語が多かったのですけれども、あちらでは美しい達意な英語で、しかし内容のレベルは高い講義がなされ、事例などの記録を見ましてもAという少年とBという少年が生き生きとそこにたたずんでいるかのごとく臨場感のある文章で書かれている。つまり表現というものに公共性がありわかりやすく、しかも簡潔、明確である、そういう文章表現が臨床には必須だということを痛感いたしました。

パークレイは行動療法と精神分析のメッカのようなところでしたけれども、先生方の言葉が達意な美しい英語、簡潔、明快で学派に関係なく思われたのです。そのような感想を先生に申しましたところ、先生は「分析するのではなくて理解するように努めると言葉は同じようになる」とニコリ笑っておっしゃって、これはいまだに私の課題でございます。

帰国いたしまして、最高裁の家庭裁判所調査官研修所の研究員になりました。週1日は児童精神科に行きました。非行少年でも精神疾患の人がおりますので、精神疾患の子どもの面接法が一応のテーマとされました。当時はこうした精神病圏の人に精神療法は無効だということが言われておりましたけれども、私は精神療法が有効か否かということよりも、他のことに関心がありました。それは重い病態の子どもの同じ統合失調症であっても周りの理解がある人とならない人では予後がことになってくることに気づきました。家族が次第に事の意味をわかっている考えながら対応される場合、学校が病んだ子どもの受け入れ方をお考えくださることによって予後が違うということに気がついたのです。

何々療法が効くか効かないかという議論よりも、生活の質を上げるということを考えれば、どのような人に対しても心理的な支援は可能ではないだろうかと思いました。そしてその場合、病んだ人の中にも残っている健康な部分に注目することが必要だと考え始めたのです。

その病棟の中で、当時アルキシア・ネルボーサ(神経性無食欲症)の患者がいました。アルキシア・ネルボーサといいますと外国ではヘレーネ・ドイチェという方の論文が代表的なものでした。わが国では非常に難しい症状だと言われながら下坂幸三先生の文献があるくらいでした。非常に過食でほかの病棟まで行って盗み喰いをしたりする。大変な少女を面接するように言われました。彼女は27キロぐらいにやせ細り、全ての人に反抗的、家族から見捨てられ惨憺たる状態でした。主治医と私とそ

4. これまでの問題意識 2

の少女は総合病院の中で邪魔者視されるに近い状態になりました。早く何とかしろ、しっかりしないからみんなが迷惑するという状態でした。ご家族は、どうせお前は
大食だからと言って風呂敷にコッペパンをいっぱい持参してボンと置いて行かれました。彼女はそれに飽きてしまうので、食事制限をされている小児病棟の子どもに密かに売るといような問題がありました。それで、転院先が議論されていました。ほかにも問題が多発していましたが、私はその山のようなコッペパンを見て、これが彼女のセルフイメージを崩す、これでは生きる希望も出てこないと思いました。小さなお弁当箱にいろいろと味付けと季節感を盛り込んだお弁当をつくって「あなたはたくさん食べなきゃならない、これでは足りないと思うけど…」と言って、決してもので面接の代わりという意図はありませんでしたが、ささやかですが「人として大切に思う」と伝えたくてお弁当を差し出すと、彼女はじっと見つめて、「とても量は少ないけれどこれは心の塊だ」と言って、それからは反社会的な行動はやめました。

窮したらものをあげればいいのかそういうことを述べるわけでは毛頭ございません。しかし、具象というものがやはり非常に重篤な人の場合は目的に沿っては意味を持つということも有り得るということ、これはまだ何の文献もなく手探りで周りから非難される中で「生活」という視点の大切さに気づいた契機でございました。

ある精神科病院にしばらく勤めましたが、ある先進的なアプローチをとられた専門家がいらっしゃいました。その方法は、陳旧化した統合失調症の人には無理であり、結局いろいろな意味でうまくいきませんでした。その方はその場を逃げるように留学をされましたが、残った職員の方々は、自分たちは逃げ場がない、ここでさらに悪くなった患者さんとこうして向きあっているのだという大変な状況でした。そこに私が入ったので、一体何ができるかというまなざしの中に置かれました。

私は何か心理的な支援や大きなことに意気込むことよりも一緒に着手できることから始めることにしました。しかも自分の責任のとれる範囲のことを手伝う中で同じことからの背景にこんな意味があるのではないかということ、普通の雑談と言いますと語弊がございますが、いわゆる解釈的な意味づけではなくて、日常語で伝えるようにしました。それを通して、そう考えることによって失望から少し次のことをやってみようという気持ちがスタッフの方々に起きる空気が少しずつ生まれるような営みでした。

次に、自閉症の子どもと関わることになりました。ちょうどこのころは自閉症にクライアントセンタード的なアプローチはまったく無意味であって、行動療法の枠づけをしっかりとすることが必要だというふうに自閉症の子どもに対する関わり方の転換が提唱されていたころでした。その中であつても私はやはりその子どもさんの生活全体をよく見て、どこから着手できるか、着手できるところからその子の癖を少しずつ、社会的に受け入れられるものに変えていく。しかも人間的な喜びが感じられるような仕方に関わることを重視しました。

例えばこれは当然とされている通説というのはひとたびそれをきちんと受け入れて学ぶことは必要だけれども、それを全部信じてそういうものだと思うことによって可能性が閉じられるという経験をずいぶんいたしました。

例えば9歳の言葉の壁。それから最近では訂正されておりますけれども、自閉症の人たちは対人関係を避けているという通説。これはそうではなくて、非常に緻密な、その人にピタッと合ったような出会いがあつて、その人に合ったような脅かさないアプローチの仕方では近づけば、実は本当は孤立を望んでいる人たちではないということに模索しながら気がついたのがこのころの経験です。

6) 発達障害児(自閉症児)の療育(1976～) **生活の質、着手可能な点、いわゆる通説への疑問、9歳の言葉の壁、対人関係を避けるetc.むしろデリケートで環境刺激のコントロールが不得手。**

7) いわゆるパーソナリティ障害群、発達障害、統合失調症の青年のための通所施設立ち上げを手伝う(1977～) **育ち直り、生活を支える(村瀬「よみがえる親と子」岩波書店・1992.)**

8) 民事事件の鑑定(離婚に伴う親権、監護権決定)、意見書作成(1981～) **現在から未来を予見する、実証性と気持ちを汲むこと 対立する当事者間にあつての中立性と関係性、自己洞察、実証性 法廷での公開尋問、閲覧される鑑定書**

9) 事実を分かちあうこと、インフォームド・コンセント(1993～) **養子や社会的養護児童が出自を知ること、個人の自己同一性を育て支えるものは？病名告知の場合**

図IV

これは岩波から出版した「よみがえる親と子」(1996)にまとめましたが、いわゆるパーソナリティ障害群、発達障害、あるいは統合失調症で退院して社会に居場所のない青年のために、一人の卒業生が通所施設を立ち上げ

られて、私は大学の仕事の傍ら、その施設でボランティアで青年たちに授業をしたり、まだ若かったので多摩川の河原で一緒に野球をしたりしました。

まぐれですが金属バットは当たるとすごく飛ぶのですね。暴力を振るうといろいろな力があるけれども、こういう協応運動が苦手であまくできないという青年たちが、たまたま私がジャストミートするものですから、不思議なおばさんということで親近感を持たれました。そこから本題の面接やお話、どうやって社会に戻っていくか。まったく学力がないときにどんなふうそれを会得するかということを経験していろいろ工夫して一緒にやったのがここの経験でした。やはり生活の中から、中には心理療法の原則がいっぱい活用されて、生活を工夫して変えるということで状態像が改善していくという経験をいたしました。

一方、1980年ごろ、わが国では離婚が急増しまして、離婚には合意しているが、親権、監護権については両方が譲らないという事件の増加です。一方では両親が双方とも自分は子どもを引き取りたくない、いらないということも出てきました。親の離婚時に未成年者には親権者を決めなくてはなりませんので、やはり大人は子どもに対してどういう責任を持つものなのかということを柔らかくお話しして、どちらかの親御さんに親権者になる決意をしていただくことが必要となる。あるいは、離婚する夫婦の親御さんが最近では若くて元気なので、孫を育てるということで親権を主張することも出てきました。高度成長が止まり、組織の中で出世する者は限られ、上昇よりも子どもとの関係を大切にするとする男性も増えてきて、非常に親権・監護権をめぐる熾烈な争いが起きるようになりました。

そこで非常に勉強家でいらっしゃいますある裁判官が、こうした決定を裁判の中で、いわゆる法律判断だけですることは不適切であると考えられました。そして、誰か子どもの心理をよく理解する専門家に民事鑑定を任せべきだということを発案されました。ある日突然東京地裁から電話がかかってきました。高裁や地裁や家裁でこういう鑑定をするのはどういう人がいいだろうかといろいろと検討された。熾烈な争いになる場合は当然争い続けるだけの財力や立場がある方が概して多いわけです。そういう対立する当事者の双方にあまり反発心を起こさせないボーッとしたような人がよいという話になり、ニュートラルな人ということで「村瀬だ」と決まったということでした。そんなことはとてもできないと申しましたが、裁判所の決定は命令であり、日にちも決まっておりますので日本で初めてという民事鑑定をいたし

ました。

今日はだいたい記録の開示などが広まってきています。訴訟も日本でも増えてまいりましたけれども、臨床というのは秘密が非常にある種慎重に考えられています。目的によって何をどこまで開示するかというのは非常に大事な問題です。これがまだあまり意識化されないころでございました。鑑定書というのは対立する当事者や弁護人や裁判官が読まれ、法廷で鑑定書に基づいた鑑定人尋問を受けます。しかも鑑定書というのは、しかるべき理由があれば一般の方が閲覧することができるものですので、自分が面接して収集した判断結果がいかなるものかということをごれだけの確に裏付けを伴う説得力をもって法廷で話せるのが重要となります。しかも当事者が納得できるかも重要です。さらに、全体の法律判断の中に収まるかということなど考えさせられまして、これは今日でも新しい心理臨床家に求められる仕事の領域でございます。

5. これまでの問題意識 3

次に、わが国で特別養子制度が変わりまして、ここで子どもに事実を伝えるというインフォームド・コンセントをどう考えるかということが問題になり、法律家の方々からこのことについて書くように求められました。当時の欧米の文献には、子どもにその出自を伝える方法が定式化されたように書かれておりましたが、私はわが国の精神風土、文化等を考えあわせる必要があると考え、様々な事例研究や子どもに接するいろいろな専門職の方々にアンケート調査や面接調査を行いました。その結果、画一的にはではなく、子どもに対するインフォームド・コンセントとは次のことを個別に即して考慮すべきであろう、という結論に至りました。

1. 子どもに事実をうけとめる準備はどれ位あるか、子ども自身は事実を知りたいと思っているか。
2. いつ、誰が、どのように、どういう配慮をしながら子どもに話すのか。
3. 話したあと、子どもの状態に応じて、どのように適切にかかわるか。

次いで組織にかかわる、聴覚に障害がある上に精神疾患を持っているという方々の施設で、どのようにかかわっていいかわからない、さらに職員も疲弊しているという状況に関わることになりました。つまり発達障害であるために就学もできなかった、或いは精神科の病院に入院しても、ご本人もコミュニケーションの手段を持たない、例えば手話を知らない、あるいは文字もご存知な

いという当事者は、精神科に入院しても治療は展開しにくいということになります。暴力が非常に激しい症状が重い人は多量の薬で眠っているようなことになっているけれども、人間的なかわりをして、もっと施設の空気を変えたいという熱心な施設長が訪ねて来られました。何度もできないとお断りしたのですけれども、ぜひと度重ねて求められ、参考になる先行研究や実践記録も殆どない中でしたが、では職員の方々と一緒に着手できるところからとおひきうけしました。

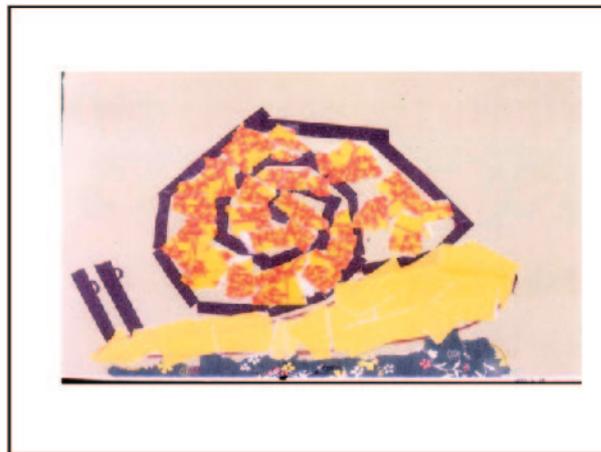
- 10) 社会的養護児童に出会って(1990～) **生活を通しての治癒と成長**
精神的誕生と養育 ころにとどく言葉 抽象と具象が裏打ちし合う
- 11) 重複聴覚障害者の支援(1999～) **着手出来る場所は？具体的で生活に根ざしたアセスメント**、ある重度の重複聴覚障害者の施設で、「これが臨床心理学だって見せて！」観察と創案で緒を見いだす
↓
職員、組織の疲弊感からの回復をそと手伝う 聴くこと、企画案…。
- 12) 組織の再生や活性化のお手伝い(2003～) **自尊感情を取り戻す、着手出来ることから、一緒に。空気感を纏う。**
生活 各種のフィールドワーク調査研究、(量的研究と質的研究の関連)、心理臨床以外の領域以外の方々を含むスーパーヴィジョン(共に考える)

図V

その施設では、半分の職員がこの空気を変えていきたいと望んでおられ、半分の方々は新しいことは人手不足で難しいことはやりたくないという空気がありました。半分の職員は諸手を挙げて賛成し、半分は懐疑的でした。そのような場面で、主任の方が臨床心理学というのはどのように役に立つのか、みんなの前で実演してみようだと納得できたら、改善にとりくもうという大変なお申し出がございました。

職員の方々がいらっしゃる前で、中でも非常に困っておられるという、ひねもす床に寝転がったまま、カタツムリだけが唯一の関心の対象というASDの青年に、彼が自発的に食事をし、強迫的な長風呂が終わるように、もう少し人間的な身振りでもコミュニケーションができるようにと言われました。そこで考えたのは、絵を描くというのはかなり構成力を要しますので貼り絵なら誰でもできるだろうということでした。貼り絵のサンプルでカタツムリをつくっていきまして、細かくちぎった紙を置いて私が少し貼り絵をしますと、彼はこういう貼り絵(図VI)を作ったのです。学校にも行けなかった人で、家族から暴力を受けた傷跡のある人です。こういうものができるといので職員もびっくりされました。本人も

これをつくったあと非常に喜んで、こうやって指で角の形を頭につけて部屋からスキップして出て行かれました。それで職員が人は関わり方によって潜在している力に注目されると変わるのだということを実感されたのです。



図VI

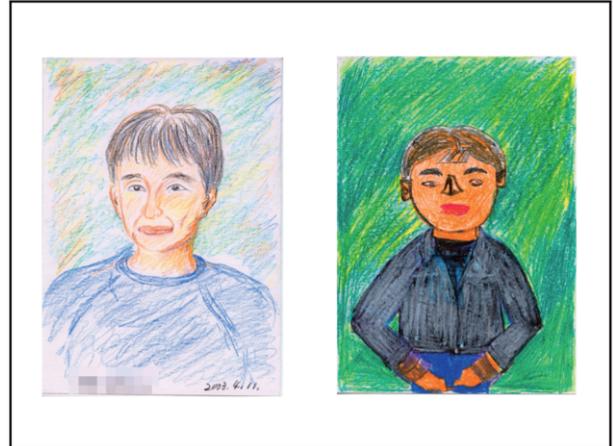
これは、統合失調症といわれていた中年の方のスクイグル画です。右側の受話器をもつ子どもが外出中の左側のお母さんに、電話で「早く帰ってきて。淋しい…」と話している情景だということです。この方は全く聴力のない方です。(聴こえたら、電話で聴こえるってどういうことだろう…ああ、自分は…)。その方には、実は聞こえないということに対する深い孤絶感がある。私は言葉なくこの人の気持を想像しお互いにみつめあいました。やがて、この方は表情が動き、うなずき微笑されました。自ら所望して、二枚めは生を享受するようなスクイグルの絵を描かれました。本当に孤独な立場の方でしたけれども、そのことを、スクイグルを通して伝えたことによってコミュニケーションが成り立っていったというプロセスです。

次に、暴力や強い自閉で困っている方に何かするよと言われたので、相互似顔絵ということでお互いに似顔絵を描くということを創案しました。私はその人の顔をその人の機嫌がいいとき微笑まれたらこういう顔になるのではないかと。たいてい調子が悪いので、見たときには非常に険しい硬い表情をされている方々なのですが、もし目前の方が気もちが穏やかなときはこういうお顔であろうと想像して描きました。お互いに写生したものです。

VIIIは重い自閉症の青年ですけれども、めちゃくちゃに描いていたのを私が描いた彼の左側の顔が自分だと鏡を



図VII



図IX



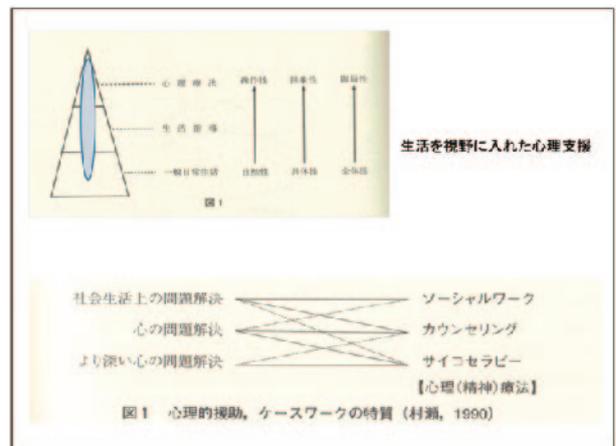
図VIII

6. 生活を視野に入れたアプローチ

心理臨床というのは狭い意味での上の三角の中のブルーの上のところだけではなくて、本当はイコールソーシャルワークというわけではございませんが、心理療法、生活指導、一般日常生活の領域のことに對して常に注目している、そういうトータルなことをしっかり理解し、自分のかかわる技術の中にもそういうものを随時使えることが有益だと思います。そういう意味でいろいろ専門領域が定義されておりますけれども、下の図のように、実はこの斜線で内容は包含しているところがあるのが現実だと思います。

見て気がつく、私に目鼻があることに気がついて、背広の襟がV字型に描き足され、右側の私もだいぶ人聞らしくなりました。

次の人の絵です。この人は私に真っ黒な服を着せたのです。やおら、自分の顔がこんなふう描かれたのを見て一生懸命私のそばに来てクレヨンを服の上に乗せて、黒の上に色を重ねてブルーにしようと思ったのだけれどもならなかったのです。この相互似顔絵描きを契機にリアリティをとらえようというふう意識が変わられ、いろいろな行動にまとまりが少しずつ出てきました。ご家族の方は自分の子どもをこんなふう描いてもらったのは初めてで、重く硬く、いかにも病人だったのにこんな穏やかに描かれて嬉しいと喜ばれ、家族の関係が少し変わるということがございました。



図X

比喩のために、正規分布も書いてみました。真ん中は正常というか健康度の高い人ですけれども、それに近い領域の人はわりとシンプルなマニュアルライクなアプローチが可能です。しかし、端にいく社会経済的、医学的にも心理学的にもいろいろな意味で重篤な問題を抱えていらっしゃる方は、さまざまな観点から総合的にいわゆる統合的なアプローチをすることがおのずと必要です。そういう意味ではこれからの心理療法家は基本をしっかり学びながら非常に高度ない意味での統合的なアプローチが求められていると思われます。

理論や技法を現実に適用するに際して

- (1) 行動上の問題や症状、社会経済的事情が正規分布曲線の端に近づく状態にある場合ほど、より個別化したアプローチが必要とされる。
- (2) 理論と実践の矛盾を超える一即応した技法を見出す
- (3) 問題の各側面に適した技法を用いる
 - ① コミュニケーション→瞬発力
 - ② アセスメントと実際の関わり
- (4) 活動として何が今、必要かを考える。③ 社会(現実)の文脈の中に繋ぐ

相対視点で考えている

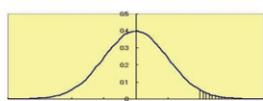


図 XI

7. 統合的アプローチ 1

ここはお手元にプリントしてありますので省略いたしますが、アプローチはいろいろなことを多面的にやる必要がありますということです。1～6までのアプローチというのは、普通テキストに書いてあることをいろいろな次元に亘るようにしながらまとめて書いてありますのでご覧いただければと思いますので省きます。

統合的アプローチ(アセスメントと心理的支援は裏打ちしあって進む)

1. 現在の状態の把握とリソースの発見

- ① クライアントの性別、年齢、学歴、嗜好性、住所
- ② クライアントのおかれている社会的状況(社会、文化、経済)情勢
マクロな状況: 日本全体、市場経済原理、景気の動向好況か不況か
ミクロな状況: 所属する会社や職場の部署の状況、地位、役職
- ③ 生活面の質(彩りのある生活か、降り、乏しい、多様性、柔軟性は保たれているか?)
- ④ 症状や問題行動についての疾病学的理解+そのメッセージを読み取ること 身体的(生物学的)、心理的、社会的に
- ⑤ 問題点と病理性 - 潜在可能性、レジリエンス (健康度、創造性、リソース:もともと持っている資質は何か?)
鑑察探し

図 XII

2. 目標の明確化とクライアントの希望とのすり合わせ

歴史的視点(時間軸) 過去志向→現在志向→未来志向
過去探索的・修正的 - 未来成長的
過程のどこにいるのか? 短期の目標、長期の目標は何か? 目標との照合
クライアントの利益になるか クライアントの希望や期待?
パーソナリティのヘン酔おう・洞察的体験 - 当面の適応的行動の増加

4. 課題やアプローチの適切性を検討する

着手出来るところから始める
緊急度の高い、低い、発達の観点から観て妥当か
実行可能なレベルのものか、質的変容を促しうるものか、クライアントが自己や自尊心を護れ、保てるものか。クライアントにマッチしたかわりになっているか、過程の変容に即応するよう考えているか

5. 治療環境の醸成と構造化を図る

図 XIII

6. 多軸で多角的に考えるという時の軸(続き)

〈治療環境の醸成と構造化、ネットワークを図る、自己完結ではなく〉

- ① コラボレーション、支援者がわのリソースは何か
(含む非専門家、治療者の家庭教師、治療環境の醸成とその活用)
- ② セッション内一外との繋がりを
- ③ 治療効果の一般化、波及効果を
- ④ 個人一家族一グループ一組織
- ⑤ キーパーソンは誰かを考える 誰にいかにか働かせるのが有効か
- ⑥ 環境への配慮

図 XIV

8. 統合的アプローチ 2

セラピスト自身が自分のあり方を検討する視点を提示致しましょう。例えば普通はアセスメントや診断というのは、どちらかと言いますと三人称的な視点です。これは当然でございますけれども、It is、He is、She isというふうに対象化して考えるわけです。ところが、非常に重篤でコミュニケーションが難しい、問題が非常に複雑だというときには、臨床家というのは、自分の中に一人称、二人称、三人称の視点を合わせ持つことが必要だと申せましょう。

7. セラピスト自身が自分のあり方を検討する 一人称、二人称、三人称の視点を併せ持つ

- ① セラピストの力量(基本的オリエンテーション、使える理論や技法群、バリエーション、クライアント理解の精度、人として遇す流基本態度)
- ② 個々の理論や技法を使いこなせるようになっているか
- ③ 十分な臨床判断に基づいて技法や知識を用いているか
- ④ 目的と手段の関係を逆転させない
- ⑤ モデリングやペーシングも必要に応じ柔軟かく活用
- ⑥ クライアントの必要性に応える。セラピストの興味やある種の欲の自制
- ⑦ セラピストの資質に合う技法を用いる
- ⑧ 日々のさまざまな困難のなかにあっても誠実にするべきことをする

図XV

三人称は先ほど申しましたが、一人称というのは、あえて私は共感という言葉は非常にづらい状況にある方に対して僭越なような気がしてあまりこの言葉は使わないのですが、限りなくその人に身を添わせて、その人は世の中をどうとらえ感じているか、自分をどんなふうを受け止めているか、その人に身を添わせてその人の体験様式を追体験しようとするのが一人称の立場です。

二人称というのは、「そういうつらさを抱えているあなたは」というふうに話しかけるような立場です。これは、一人称よりは距離がございますけれども、三人称のように対象を客体化しているのではなくて2人の間に関係性があります。この関係の中で相手をとらえ、呼びかけるような立場です。この一人称、二人称、三人称をうまくインテグレートしているのが臨床家としての習熟度の高さと申せましょう。これがありますと重篤な人との間にもコミュニケーションが成り立ち、暴力的な人にも相応の対応ができるのではないかと経験的に考えております。この過程というのはお読みいただければよろしいの

で省略いたします。

普通、フォーカシングというのは対象者が内面をどうとらえていかれるかということを支援する技法です。しかし、重篤な人にかかわる、そういう状況にかかわるときは、自分のことをあれこれと考えるのとはまったく別の意味で、臨床家というのは自分の中に生起してくる思考と感情を正直につぶさに、これを瞬時にとらえている。相手をとらえるのと自分をとらえるのと、これを総合して、そこで出てくるそのときの言葉や表情がコミュニケーションの糸口になるということを表わすとポワポの図XVIになるということです。

9. 相手の心に届く コミュニケーション

同じようなことを、例えば相手の心に本当に届き、気づきを促す言葉というものはどういう特質を持っているかというものをあえて図解しますと、このようになるということです(図XVI)。実は1つの言葉でもこれまでお話ししましたような多次元のことを目の前の人の背景も考えてその状況に即して考える中で自分の中にわき起こってくる感情と思考を瞬間的に的確にとらえて、それに正直にこれは自分の所要のものだと臨床家が考えて、それを相手に向かって発するとき、それは相手に通じ、非常に難しいと思った対象者との間にもコミュニケーションが生まれるということでございます。

コミュニケーションが生じる面接の過程

- 全体状況を思考の視野に入れ、多焦点で観察しながら、その都度、必要な焦点化を行う。
- ↓
- クライアントの環境については基本的に受け身的な姿勢で、しかし、微少な手懸かりをもとに知見を総動員して根拠に則って想像力を働かせる → 瞬時に
- ↓
- クライアントの体験世界を想像すると同時に、自分の内面に浮かぶ感情、思考内容を正直に認識する → 要時に、即
- ↓
- そこで、クライアントに向かって、独自性があり、平易で明確な言葉を、Visceralな感覚の繋がり
- ↓
- コミュニケーション

図XVI

最後に、時代は変わり、臨床で出会う問題というのは次元を異にする難しい要因がさまざまに複層したものが増えて課題は難しくなる一方のように思われますが、この中にやはり変わっていくものと変わらないものと、ま

た変えてはならないものは何かということを考え続けていく必要があらうかと思ひます。

これからの臨床心理学、心理臨床実践に求められるものを考えてみますと、理論や技法の会得をするとき、それは大事ですけども、ただ輸入するということではない、それが生まれた文脈や背景を理解しておくことが大切で

す。2番目は焦点化と全体を同時並行に常に自分の中に働かせ、多焦点を持っているということです。3番目は柔軟であつてジェネラルアーツを増やしていくことです。臨床の一番大切なものは、事実に基づく想像力を的確に働かせることであらうかと思ひます。それがあつると4番目のこうした共同作業も、より円滑に進むと思ひます。これからますますそういう意味では近接領域、わが国の臨床心理学は医学等との接点については必然的に多くございましたが、それに加えて法学の領域と非常に実は抵触するところが多くございまして、こちらの研鑽も今後大切だと考えております。

さらに国際的センス、これは欧米ばかりではなくてアジアや開発途上国のそうした精神文化というものに対してもっと私たちは広い見識や理解を持つべきだろうと考えます。これは外国の心理臨床家に出会つてつぶさに思うことでもございますけれども、臨床実践並びに研究成果を現実の行政や政策に反映できるような力を持つていく。

オーストラリアに行きまして非常に重い重複聴覚障害のお子さんをもつ若い親御さんが希望をもって暮しておられました。「この国は研究成果がすぐ行政に反映され、われわれはちゃんと支援が受けられることがあるからです」と話されました。そういう領域もこれからの大きな課題だと思ひます。時代や社会を超えて普遍的に求められることというのは、やはりレジリエンスや潜在可能性に敏感であるということです。そして本来どういふ人であっても人から援助を受けるということは、実は人間としての自尊心を損なうということをおぼれてはなりません。非常に態度が反発的な方であっても、言葉にならないその人の深いところにある痛みを思いをいたすことが基本です。本当に部分的な小さな仕事に思えることであっても、臨床の仕事というのは言うなればオーケストラの総譜を理解して、それが正確に読めるような力を持つておくことが必要です。そして自分は本当にある1つか2つの小節の一部を弾くだけけれど、総譜が読める、そして出すぎず引込みすぎず謙虚に責任を自覚して自分のパートを弾く心持が心理臨床家には求められるのではないのでしょうか。

そして実践並びに研究成果から人の生にまつわる基本

おわりに: 変わるもの、変わらないもの、変えてはならないものを考え続ける

1. 今日これからの臨床心理学・心理臨床実践に求められるもの

- ① 理論や技法の会得。だが、それらが生まれた文脈、背景などと現在の現実を照合
- ② 観察、気づきをもとに確なアセスメントを状況の変化に即応させる。焦点化と同時に時間的、空間的に全体的視野を併せ持つ
- ③ 柔軟性、ジェネラルアーツ、想像力(事実に基づく)、創造性
- ④ チームワーク、協働、連携、コラボレーション
- ⑤ 近接領域と一層のよき協力、新たな領域での仕事
- ⑥ 国際的センスと活動(欧米ばかりでなく、アジア・途上国)
- ⑦ 臨床実践並びに研究成果を現実の行政・政策に反出来るように

2. 時代や社会を超えて普遍的に求められること

- ① 潜在可能性、レジリエンスへの注目
- ② 人が援助を受けることについて抱く痛みを思いを致している
- ③ オーケストラの総譜を理解し、謙虚に責任を自覚して自分のパートを弾く心持
- ④ 実践ならびに研究成果から、人の生にまつわる基本命題への問いを抱く→希望

ⅩⅦ

命題への問いへ関心を持つ。例えばある時期までは哲学が人間の生き方ということが一番大きな役割を担っていたかと思ひますけれども、臨床心理学は実際のエビデンスをもとにしながら人の生き方ということについて、やはりいろいろな示唆的な提言をしていけるはずではなからうかと思ひます。

ご清聴ありがとうございました。

(拍手)

下山: 村瀬先生、どうもありがとうございました。

非常に長い臨床の経験、しかも多様な領域で深くかかわつてこられた先生がそこから紡ぎ出したお考え、何が大事なものかというお話。これから臨床の姿勢をさらに深めていく者へ重要なアドバイスをいただいたかと思ひます。

この後、パネルディスカッションで今の議論をさらに深めていきたいと思ひます。

文 献

- 土居健郎 (1991) 専門性と人間性. 心理臨床研究. 第9巻、第2号.
- 村瀬嘉代子 (1996) よみがえる親と子. 岩波書店.
- 村瀬嘉代子 (2006) 統合的心理療法の考え方. 金剛出版.
- 同上 (2010) 改訂増補 子どもと大人の心の架け橋. 金剛出版.
- 同上 (2005) 聴覚障害者への統合的アプローチ. 金剛出版.
- 新保幸洋編、村瀬嘉代子出典著者 (2011) 統合的心理療法の事例研究. 金剛出版.

心理職と共に働く医師として心理職の教育に携わる経験から

早稲田大学人間科学学術院教授 熊野 宏 昭



私が生まれたのは1960年ですので、村瀬先生はその前の年から臨床をしておられるということで、私が出る幕ではないのではないかと思いつきながらお聞きしていましたが、せっかくの機会ですので、私は私なりの立場でいろいろなことを考えてきたこととお話させていただければと思います。

私の自己紹介ですが、2009年まで東大病院の心療内科の准教授をしております、私は東大の出身でございます。今は早稲田に移りまして6年目になるのですが、臨床心理系の教授をしております。

綾瀬駅前診療所での経験

その一方で、綾瀬駅前診療所の所長を非常勤でしております。あとは日本認知・行動療法学会、これは行動療

法学会といわれていました学会が法人化して、今年の春から名称変更したのですが、その理事長を務めておりますので、このような立場からのお話ということになると思います。

まず、綾瀬駅前診療所ですが、ここは26年間ずっと非常勤で働いております。医者になってから働いていなかったのは2年間だけですのでこの職場よりも長いのですが、週に1〜2回というような形で続けてきており、ここで18年前から早稲田の臨床心理系の大学院生を受け入れて参りました。

なぜ早稲田なのかと言いますと、人間科学部の研究科ができたのが91年なのですが、そのときに私の上司だった久保木富房先生が非常勤講師になり、行動医学特論という講義を受け持つようになりました。そこで私は若手だったのですが、「熊野君よろしく頼むよ」と言われてほとんどの講義を私がやっていたところから出会いがありまして、18年前から受け入れるようになりました。

大学院研修生の担当ケース(H8年~H17年)

	Treatment Methods								
	E	T	C	M	Co	SST	AT	R	EMDR
Mood Disorders	3	11	13	1	10	1	5	1	0
Anxiety Disorders	32	13	27	3	8	5	33	8	1
Somatoform Disorders	1	2	2	1	1	0	8	1	1
Eating Disorders	0	1	0	0	2	0	0	0	0
Sleep Disorders	2	0	1	0	0	0	6	0	1
Adjustment Disorders	1	1	4	0	17	1	4	4	0
Personality Disorders	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Medical Conditions	1	1	4	0	1	0	11	1	0
Others	1	2	1	0	2	2	1	1	0
Total (N=162)	41	31	52	5	44	9	67	16	3

E:Exposure, T:Graded Task Assignment, C:Cognitive Restructuring,
M:Mindfulness-based CBT, Co:Cognitive Behavior Counseling,
SST:Social Skills Training, AT:Autogenic Training, R:Relaxation other than AT,
EMDR:Eye Movement Desensitization and Reprocessing

スライド 1

平成8年が最初の年で、この表は最初の10年間のカウンセリング（認知行動療法）のデータをまとめたものなのですが、この間に162例のケースの治療がなされました。これはすべて早稲田大学の臨床心理系の大学院生が担当したケースでかなりよくなっているということと、うつ病、不安障害、身体表現性障害、摂食障害、睡眠障

害、パーソナリティ障害、あとは心身症と言われているような頭痛や過敏性腸症候群、適応障害などさまざまな病態が含まれていたというのが特徴ですが、私も一緒に勉強してまいりました。

最初にここで研修生になってくれたのは、今私の同僚で人間科学部で教授をしている鈴木伸一先生です。鈴木伸一先生は修士の2年から博士後期3年の4年間ここにいまして100名ほどのケースを診ていきましたが、鈴木先生がこの研修のシステムを私と一緒につくってくれたと言ってもいいと思います。

今は私の研究室の学生が研修に来ておりますが、20年近く前からこういった形で一緒に勉強するということが可能だったということです。今はあちこちのクリニックで心理士を置いていますが、20年前というとまだそういったところは全然なくて、特に大学院生が勉強できるところは皆無に等しかったわけですが、そこで大学院生にカウンセリングを任せて一緒に治療に取り組むという形で、私も一緒に勉強しながら、ともに患者さんの診療に当たってきたことが私の経験の根本の1つであるということをご紹介しました。

行動医学と心身医学

今私が大学で担当している科目は行動医学です。行動医学と名前がついていますが、臨床心理系の科目ですので臨床心理学の1つの分野として教えております。この行動医学というのは、防衛医大の小児心療内科にいらっしゃった赤木先生という方が、1989年に『新・行動療法と心身症—行動医学への展開』という本を出版され、その中で、「行動医学は臨床医学に対する心理学者の殴り込みですよ」というようなことを書いておられて、なるほど、そういう位置づけの学問なのだということを非常に印象深く思ったことを覚えています。

私が今所属しているのは臨床心理学の分野なのですが、欧米において行動医学には、臨床心理学の一分野としての理解がもともとの立ち上がりの時期からあったということです。そして隣接領域はさまざまありますが、それとの関係を単純化して説明しますと、身体、精神医療と臨床心理学の関係がどうなってきたかということなのですが、日本においては、最初は私の出身母体である心身医学が、特に身体医療の中で臨床心理学的なものを使わないとよくなっていかない患者さんが大勢いたことから発展したわけです。薬だけではなかなかよくならない。かといってその当時は、精神科の先生はあまり内科

疾患に見向きしてくださらなくて相談してもちょっとわからないという形だったので、われわれ内科医が自分たちで臨床心理学を学びながらつくっていったのが心療内科という科だったわけです。

これは50年も前に、医者が主体になって学んで取り入れたわけです。進化論で隔離説というものがあります。昔オーストラリア大陸が離れて、その当時は同じような生物が生きていたのだけれども、古い時代に離れてしまったのでその後違う進化の過程をたどってしまったという話ですが、心療内科の中で実践されている臨床心理学というのは、今の目で見ると古いのです。50年も前に取り入れたものがそのままの形で今でもある程度実践されていて、時代遅れだと思うところが出てきていると思います。

それに対して行動医学というのは、臨床心理学者が、俺たちがやっていることをもっと使えるぞということでアピールしてつくっていった領域なわけです。心身医学の立場は、以前東大心療内科の教授であった末松先生のお言葉によると、「われわれは臨床心理学のユーザーだ」あるいは「認知行動療法のユーザーだ」と言っておられまして、そうだよなとすごく私は納得したのを覚えています。私自身は、今はもうユーザーはやめてメーカーになろうと考えて早稲田に移って活動しているということになります。つまりメーカー側として売り込んでいくという形で発展しているのが行動医学で、領域としては心身医学とかなり重なります。

もう1つは医療心理学という領域が関係していると思うのですが、こちらは早稲田の人間科学部で言うところと野村先生が心身医学の研究室、私が行動医学の研究室、鈴木伸一先生が医療心理学の研究室ということで協力しながらやっております。

行動医学では人間をどう理解するのか

人間理解の3つの方向性

- 自然科学的・物質的——「構造」面からの理解
生物学、身体医学
- 象徴的・比喩的——「内省」面からの理解
文学、哲学、精神分析学
- 行動科学的・情動的——「機能」面からの理解
行動心理学、データ解析法

スライド 2

行動医学では人間をどう理解するのかということですが、人間理解には3つの方向性があると考えておりますが、1つは自然科学的・物質的、これは構造面から理解するというので、医者はすべてこの立場だと私は思います。極論すれば精神科の先生も精神疾患を脳か遺伝子から理解されている方が非常に多いのではないかと思います。医者は人間を体から理解する職業だと私思っていますので、これが医学の基本的な立場です。

それに対してもう1つは象徴的・比喩的な理解。自分が心を持っているということを疑う人はいないと思いますが、通常は隣の人も同じように心を持っているということが理解できる、そういった能力を心の理論と言う訳ですが、お互いに心を持っているという面から人間は理解できるはずだとする立場で、これは内省面からの理解と言っていいと思います。ただ、この立場を科学にするのはなかなか難しいです。測定が難しいので、測定できないものは科学にはなりませんので、測定できないものが大部分を占める心を科学にするのは難しいということになります。それでも心を持っているのは疑いがないので、文学や哲学、あるいは精神分析学などで人間を理解しようとするのは、こちらのほうに近い立場なのではないかと考えております。

第3の立場としては行動科学的・情動的ということで、これは機能面、つまり環境と個体の相互作用の面から人間を理解していこうという立場で、これは行動心理学とかデータ解析、あるいは確率論的と言ってもいいと思います。

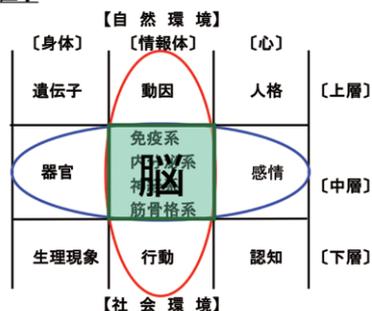
例えば私が父親であるのは24時間のうち家にいる数時間、私が教師であるのは大学にいる数時間、そこで確率論的に私がそういった働きをしているというふうにとらえることができる。これは行動科学的な立場ですので、心理学を医療の中に導入していくとしたら、やはりこういった立場が導入しやすいのではないかと考えております。

心身相関マトリックスからの理解

心身相関マトリックスというのは、心身医学が非常に多岐にわたるので20年ちょっと前に整理して理解しやすいようにしてみようということで私がつくったものです。人間をシステム論的にとらえるとどうなるだろうかということなのですが、上層は自然環境に向かってインターフェイスを持っている部分、自然環境というのは物理的な環境です。下層は社会環境で社会環境というのは

心身相関マトリックスよりの理解

狭義の心身医学



スライド3

人間がつくり出す環境ですが、社会環境に対してインターフェイスを持っている部分。そして中層がその間に挟まれている部分です。一方で、縦に階層を分けることも可能で、心の階層、身体の階層、情報体の階層、このように分けると人間の多様な面がかなり整理しやすいと考えました。

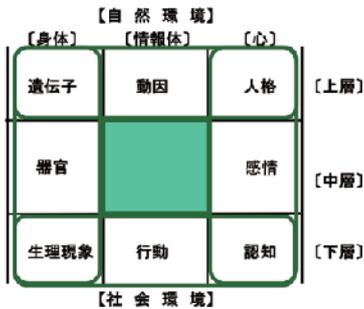
心身医学というのは、まず心身相関を見ていこうというところから発達しました。例えば怒りの感情があるときにどんな臓器や器官の反応が起こるのか、悲しみの感情があるときにどんな反応が起こるのか、そういったところの研究から発達した医学です(横の楕円)。それに対して心身一如といわれる体と心を分けなくて見ていこうという立場から人間を見ていこうという方向性も心身医学の中では発展していきました。これは心身一如医学とも言えるのではないかと思います(縦の楕円)、この2つが狭義の心身医学です。

そこに近年であれば、真ん中の領域を研究する、神経・免疫・内分泌学といった基礎分野が発展してきて、ホメオスタシスの物質的な基盤が明らかにされてきた。それが現在さらに脳の研究へと発展してきているということになるのだと思います。

それに対して全人的に人間をとらえようという立場も心身医学にはありまして、これは広義の心身医学ですが、これはbio-psycho-socio-ecologicalといった4つの面から人間をとらえようという立場も心身医学には非常に根強くあります。心身相関マトリックスで言えば、真ん中の領域はほとんど見ないで、周りの4側面(身体、心、下層、上層)を多面的にとらえていこうということですが、1人の医者がすべてを見ようとするとなんか浅くなりますので、これは残念ながらスローガンに終わっていることが多かったと思います。

心身相関マトリックスよりの理解

広義の心身医学

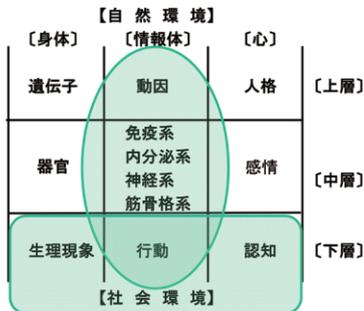


スライド 4

実は、ここは山本先生にも協力いただきまして、日常生活の中でさまざまな変数を連続的に評価するEcological Momentary Assessmentという方法によって、もう少し学問にできるのではないかと取り組んできた分野でもあります。

心身相関マトリックスよりの理解

行動医学(臨床心理学の一分野)



スライド 5

それに対して行動医学はどうとらえているのか、これは臨床心理学の一分野としてどこをカバーするのかと言いますと、1つは社会環境と接している部分（下層と社会環境を含む領域）、生活の中で人間はどう生きているのか。これは村瀬先生のお話と重なるところだと思いますが、ここをかなり中心的にとらえます。

もう1つは基礎心理学の中で、行動というのはどうやって形成されていくのか。これは私が専門にしている認知行動療法の領域で言えばこちら（縦の楕円）がレスポネン学習、こちら（下層と社会環境）がオペラント学習ということになると思いますが、そういった範囲をカバーする心理学が行動医学の基盤ではないかと考え

ております。

医療の中で実力を発揮していこうとする心理士の方々には、ぜひ上記のような視点を持っていただければと考えているということで、私がそういう教育を早稲田でしていることを紹介させていただきました。

現代医療と情報の論理

現代医療を構成する三つの要素



「医療は3本足のスツールでなくてはならない」(H・ベンソン)

スライド 6

現代医療を構成する3つの要素、これはハーバード大学のベンソン先生という心身医学研究所の所長が、医療は3本足のスツールでなくてはならないということを言っているのです。この図は実際に私は東大の医学部の講義で使いました。現代医療は3本足のスツールでなくては行けない。「第1は薬物療法、第2は外科手術、第3は何だ」と聞いたら、学生が「はい」と手を挙げて「3番目は放射線治療だと思います」と言うのです。「なるほどそうか、外科手術ではないものな。でも違うのだ、外科的治療法に放射線も含めるのだ。もう1つは何だ」と聞いたら分からなかったのです。これはセルフケアなのです。セルフケアがあって初めて現代医療は成り立つわけなのです。

近代医学の診断と治療の論理というのは、感染症と悪性腫瘍に関わるものです。細菌学と細胞病理学が近代医学をつくり出したわけです。この感染症というのは病原体が入ってきて初めて病気が起こるのだ。さまざまな病気は病原体が侵入してそれが増えることによって起こるのだということをパスツールから明らかにしていった。そういったところからここで治療は薬になるわけです。今度のがんです。悪性腫瘍は細胞の病気なのだということを明らかにしたわけです。これは手術で取り除くことが可能ということになりました。薬物療法、外科手術で

近代医学の診断と治療の論理

■ 感染症

- 診断の論理:細菌学
- 治療の論理:化学療法(抗菌)剤



■ 悪性腫瘍

- 診断の論理:細胞病理学
- 治療の論理:外科手術

これらは物質の論理!

⇒薬物療法や外科手術で治るのは、主として原因が外から生体に入ったものか、生体の中に異物として存在しているものに限られる。

スライド 7

生活習慣病・心身症の診断と治療の論理

■ 生活習慣病・心身症

- 診断の論理:気づき
- 治療の論理:セルフコントロール

これらは情報の論理!

⇒生活習慣病・心身症の場合は、原因が生体システムの中に存在している病気であり、内因性疾患と言ってもよい。

そのような場合は、体質、気質、ストレスなどが原因となるため、薬物や外科手術では取り除けない。

これらの疾患は、治療するというよりも管理することが必要であり、それも患者自身が行う必要がある。

スライド 8

治るのは主として原因が外から生体に入ったものか生体の中に異物として存在していたもので、これらはどちらも物質の論理です。

それに対して現代多くなっている病気は生活習慣病、心身症なわけですが、この場合は原因が生体システムの中に存在している病気、内因性疾患と言ってもいい。外から何かが入り込んでくるような病気ではないということです。あるいは外界と個体との相互作用の中で起こってくるような病気で、これらの疾患は治療するというよりも管理することが必要で、それも患者自身が行う必要がある。つまり「気づきとセルフコントロール」で治療が進んでいきます。これは心療内科の初代教授の石川先生が非常に好きだった言葉です。これらは情報の論理ですから、情報を扱っていくのは行動科学なので、心身医学や行動医学がその主体になるのではないかと考えます。

医療現場で支援するというはということかということですが、心理臨床では科学や論理ではなく生身の人間同士として出会うこと、寄り添うことが重要とされることがあり、診断などの評価を行うことは敬遠されることがあります。もちろんこれは出会うことはとても大事ですし寄り添うことも非常に大事なのですが、しかし医療現場では通常診断がついていないのに治療を受けることはありません。お腹が痛いと言って行って、「胃がんだ」というから来週手術しましょう、「ちょっと待ってください、先生、診察してないじゃないですか」、「だって見ればわかるよ」と言われても、分からないですよ。医療現場では必ず正しい診断に基づいて支援をするということが必要です。一方で診断という行為は法的な意味のみならず方法論的にも医学的な行為であるため、臨床心理学的な評価を行うための心理アセスメントとは性質が異なっています。したがって医療現場で支援をするからには診断と心理アセスメントの両方が必要ということになるということだと思います。

診断と心理アセスメントの違いですが、診断は医学の概念で病気を対象にしていますが、心理アセスメントはポジティブな面も含めて対象にしています。診断は体の問題を対象にしますが心理アセスメントは生活の問題を対象にしていると思います。診断は構造、アセスメントは機能。診断は一般性、アセスメントは個別性というふうに対比できるのではないかと思います。

臨床心理学における異常の判断

- 適応的基準:適応—不適応
 - 所属する社会での生活が円滑にできない場合。
- 価値的(理想的)基準:規範—逸脱
 - 判断のための理念体系に基く規範から逸脱した場合。
- 統計的(標準的)基準:平均—偏り(心理テスト)
 - 集団の中で平均からの偏りの度合いが強い場合。
- 病理的基準:健康—疾病(DSM診断)
 - 精神病理学に基く医学的判断で疾病と診断された場合。

(下山晴彦, 2009)

スライド 9

臨床心理学における異常の判断、これは下山先生の教科書からまとめたものですが、心理学では所属する社会の中で生活が円滑にできているかどうかということが

1つの非常に大きな判断。それから統計的に平均からどの程度偏っているか、これは心理テストなどを使ってアセスメントした場合ということになるとと思いますが、これでも判断されます。もう1つここに病気の診断というのを加えて多面的にアセスメントしていくということが医療現場では必ず必要になるということになると思います。

価値的基準も医療現場では偉い先生が言うことは正しいみたいなのがありまして、これはかなりやりにくいのですが、必ず価値的基準は紛れ込んできますので、医療現場で働くときには要注意ということかもしれません。

ケースフォーミュレーションの重要性

心理アセスメントと介入とは？

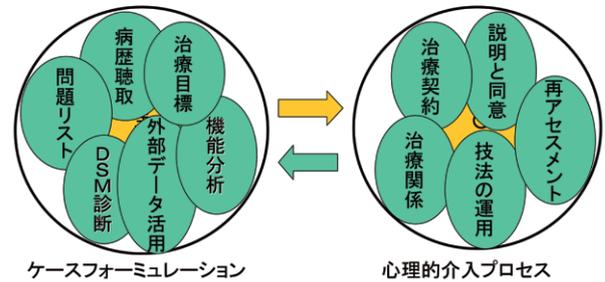


スライド10

アセスメントと介入とはどうかと言いますと、学び始めたばかりの学生と話をしていきますと、「何か客観的なテストをやればいいですよね？ 先生。それで結果が出てきて自分が勉強している治療法をやればこれでアセスメント介入なのでしょう？」、とんでもないです。そんなものではないわけです。

ケースフォーミュレーションを行って介入プロセスを踏んでいくということになるわけです。ケースフォーミュレーションとは、病歴を聴取する、問題リストをつくる、診断をして診断に基づいて今まで何がわかっているかを調べて、そして臨床心理学的な例えば行動療法的な認知行動療法の立場であれば機能分析といわれる心理アセスメントをして、ここまでの全てに基づいて治療目標を立てる。ここまですべてをケースフォーミュレーションという過程として理解する必要があると思います。

ケースフォーミュレーションと介入プロセス



スライド11

それで○○療法をやればいいのかというと、それもとんでもなくて、まずは説明と同意、インフォームドコンセントをして治療契約を結び、治療関係が良好に進むところまで来て初めて技法の運用が始まるわけです。ここでうまくいかなければもう一度アセスメントが必要になるということ、こういった心理的介入プロセスを経ていく。1つの技法を使えばいいということではないのだということです。これがうまくいかなければ再アセスメントで、ケースフォーミュレーションに戻るといったことが必要になるということです。

医療の専門分化と権限の委譲

専門分化と権限の委譲による医療の発展

- 大昔の医療現場にいたのは、何でも屋の医者のみ。
- 内科医と外科医、看護師に分化。
- 医師や看護師の中での専門分化の進展。
 - 整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科、脳外科・・・
 - 理学療法士、作業療法士などコ・メディカルの誕生。
- 中央部門の形成。
 - 薬剤部、放射線部、検査部、リハビリテーション部、栄養管理室・・・
 - 薬剤師、レントゲン技師、検査技師、理学療法士、管理栄養士・・・
- 心理職は、どのような仕事内容の委譲を受けるのか？
 - 「その仕事を私に任せて下されば、必ずや力になれます」

スライド12

最後に、専門分化と権限の委譲による医療の発展ということを考えてみたいと思います。大昔の医療現場にいたのは何でも屋の医者だけだったと思うのですが、それでは無理なので内科医と外科医、看護師あたりに多分分

化したのだと思います。それがさらに医師や看護師の中での専門分化が進んで整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科、脳外科、心療内科も末端のほうに加わったわけですが、その中で理学療法士、作業療法士などコメディカルが誕生していく。次の段階として大きな病院では主要部門が形成されていきます。薬剤部、放射線部、検査部、リハビリテーション部、栄養管理室などが形成されていきまして、そこで働くコメディカルが薬剤師、レントゲン技師、検査技師、理学療法士、管理栄養士という形で増えていき様々な仕事の権限が委譲されていったわけです。では、心理職はどのような仕事内容の委譲を受けるのか、ここがものすごく大事だと私は思っています。

医療現場はとにかく忙しいのが特徴なので、仕事をしてくれる人がいれば医者はどうでも任せていいのです。だから仕事ができる人はどんどん来てくださいということになるわけですが、何ができるといことがわからなければ任せられないので、「その仕事は私に任せてくださいれば必ずや力になれます」ということが何なのかということを経験した人にはぜひ考えてほしいと思います。

これは最初にお示した綾瀬駅前診療所の研修の中でも常に私は言ってきました。鈴木先生が最初に学生として来たときから、「君らはできることはいっぱいあるんだ、君らでなくてはできないことはいっぱいあるのだ。医者がそこまでは絶対できないし、勉強もしてないのだから、これができるんだということをぜひアピールして行ってくださいね」とずっと言い続けてきて、例えば鈴木先生はそれを見事に成し遂げてくれたわけですが、ここがなかなかはっきりしないと思うのです。それぞれの現場で求められていること、できることが違いますので、各自がこのことをぜひ考えて行っていただきたいと思えます。

おわりに

まとめになりますが、心理職に期待することは、やはり医療現場で多職種協働のチーム医療において適切な役割を担うということです。今日ご説明した心身相関のモデル、あるいは生物-心理-社会-生態学モデル、あるいはWHOの国際生活機能分類、これは以前の障害の分類から改定されたもので、あの障害の分類自体も非常に画期的なもので、私も東北大学の障害科学専攻に4年半おりました、リハビリテーションに関してはかなり専門的にいろいろな仕事をしたのですが、それがさらに改定されて心理士がいなければ成り立たないような生活機能の捉え方になっています。そういった様々な観点を持ちなが

ら、自らの立ち位置を自覚して日々の活動の中に具現化していく、これは先ほどの村瀬先生のお話がまさにそうだったのですが、自らの立ち位置を常に問い直しながら、日々の活動の中に心理職でなければできないことはこれだということを経験していくということが非常に大事なのではないかと思えます。

医療現場ですら診断と心理アセスメントが両輪だということを踏まえてケースフォーミュレーションに基づいた心理介入プロセスが実行できる。診断という共通言語が使える。医療現場では診断がやはり共通言語ですので、これは使えないと仕事になりません。客観的説明が可能でエビデンスに基づいた査定法や介入法を用いる。インフォームドコンセントや治療契約などの医療保健現場の慣習に沿った手順を踏めるということが重要ではないかと思えます。

最後に、もう一度繰り返しになりますが、医療保健の現場で何ができるとかを自ら意識的にアピールして権限の委譲をとるような役割を獲得していくこと。これを医療現場ではわれわれ医者としても望んでいるのです。「これができるんだと言ってくれ、言ってくれたら任せるから、任せて結果を出したらもっと仕事を用意するから」というふうな、そこがはっきりしないとなかなか増えていかない。資格があってもなくてもいいのです。とにかくこれができるんだということをアピールして仕事を取っていく。そういうところをぜひ取組んで頑張りたいと思います。

以上です。

2014年度 活動報告

1. 全般的動向

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室では、研究および大学院生の研修の一環として、臨床活動が行われている。本相談室は、1957年（昭和32年）に開設され、1983年（昭和58年）に臨床心理学の教育・研究のための特別施設として、有料の相談活動が認められ、相談室運営のために予算措置（相談料金収入に基づく）が講じられるようになった。相談室の関係規則としては、「東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室」、「同研究科心理教育相談室運営委員会内規」、「同研究科心理教育相談室内規」がある。実習施設としては、本郷地区弥生キャンパスの総合研究棟3階に、面接室5室、プレイルーム2室、待合室兼事務室1室、相談準備室1室を備えている。また、相談室と隣接してカンファレンスや演習等に使用する演習室がある。

本相談室には、幼年期から老年期に至るまで、発達障害、不登校、非行、対人関係や心理的な問題等を抱えた方が来談している。また最近では、子どもを対象とした強迫性障害およびうつ病の治療プログラムを求めて来談するケースも増加している。2014年度の活動状況・相談件数等については、次ページ以降の表に示した。

相談にあたるスタッフは、教育学研究科臨床心理学コースの教員（臨床スーパーバイザー）、臨床心理学コースの大学院生（相談員）、そして臨床心理士の資格を有し、臨床心理面接の指導を託された臨床相談員である。2014年度は、高橋美保准教授を相談室室長とし、下山晴彦教授、能智正博教授、高橋美保准教授、石丸徑一郎専任講師、袴田優子専任講師、原田誠一客員教授（本務：原田メンタルクリニック院長）が臨床心理スーパーバイザーとして指導に当たった。本学専任の臨床心理スーパーバイザーは、月2回の教員会議を開き、相談室運営・指導にかかわる事項について検討した。また、相澤直子先生（東京工業大学保健管理センターカウンセラー）、北島歩美先生（日本女子大学カウンセリングセンター研究員）、瀧井有美子先生（情緒障害児短期治療施設横浜いずみ学園治療課長）、藤川麗先生（駒沢女子大学人文学部心理学科准教授）、松澤広和先生（慶成会老年学研究所研究員）の5名が臨床相談員として、相談員のスーパービジョンや心理面接を担当した。また、2名の事務補佐員が電話取り次ぎ、来談者受付などの事務業務を担当した。相談員は修士課程24名、博士課程23名からなり、心理相談活動、相談室運営を行った。

2. 相談活動状況

表1に、過去3年間の新規来談申込み件数を示す。2014年度の新規申込み件数は138件である。ほぼ例年並みではあるが、2012年度に続いて微減している理由として、東日本大震災のため、特に子どもを通わせることが控えられたのではないかと考えられる。

表2に、過去3年間の新規申込者年齢別・男女別件数を示す。大まかな傾向としては昨年度の件数と大きな差は見られない。家族相談については、家族面接専門教員が不在のため、申込件数が計数されなかった。教育、医療機関からの紹介もそうだが、ホームページをみて申込みに至る件数が大幅に増えている。

表3は、2014年度の新規来談者年齢別・男女別相談内容である。子どもの強迫性障害およびうつ病のための認知行動療法プログラムを実施しているため、未成年ではこれらの障害の相談が多くなっている。また、例年みられるように本年度も家族対応が微増している。さらに、年齢層を越えて発達障害・発達相談に関する申し込みが増えている。

表4に、新規来談者来談経路を示す。ここ数年は、インターネットを見ての直接来談が多い傾向がみられたが、2014年度もその傾向は続いている。また、各種機関からの紹介としては、医療機関からの紹介が最も多く、さらに教育機関からの紹介も増えている。個人紹介の中では、知人・家族等からの紹介が多い。

表5に、新規来談者居住区域を示す。傾向としてはこれまでとは変化なく、東京在住の来談者がほとんどを占めている。問い合わせを含めると、一都三県以外の遠方からの相談も、例年数件みられる。

表6には、過去3年間の面接延べ回数を示す。2014年度は、面接回数は微減している。理由としては、12回～20回の枠組で適用しているプログラムが、面接回数に反映されたと言える。

図1には、心理教育相談室の活動量の推移をみるために、ここ10年間の述べ面接回数の推移を示した。臨床心理学

コースは2004年に創設されたが、2005年には相談室運営小委員会が再建され、相談料金の改訂がなされ、相談室年報を創刊、公開講座が開始され、臨床心理学コースと心理教育相談室の機能・位置づけの基礎が固められた。2007年度には、心理教育相談室の創立50周年記念式典が開催され、この頃から面接件数は急上昇をみせ、2009年度には臨床心理学コース設立時から比較して3～4倍の面接を行うようになった。現状では、相談員の人数、スーパーバイザーの指導可能量、面接室の設備キャパシティなどの点から、ほぼフル稼働している。

2014年度は臨床心理学コースが設立され10周年という節目の年であり、開設10周年記念シンポジウムと記念式典が開催され、卒業生や関係者が一堂に会し、記念すべき盛大な式典となった。

3. 研修活動

毎週火曜日の午前中にカンファレンス（事例検討会）が行われた。2014年度のカンファレンスは、多様な関心領域や研究分野をもつ大学院生に、より効果的な臨床研修の場を提供する目的で、例年同様以下3つの形態から実施された。

1つ目は、各ゼミ別個別カンファレンスであり、隔週で月に2回行われた。このカンファレンスの目的は、学生がそれぞれの指導教員の専門とする視点が技法を学ぶことである。2つ目は、さまざまなゼミや学年からなる混成グループにより合同カンファレンスであり、月1回実施された。4つのグループが編成され、各教員はローテーションで各グループに参加した。大学院生がすべての教員によるカンファレンスに参加できるように設計されている。3つ目は、月1回行われる初期事例カンファレンスであり、当相談室で新たに受理したケースについて、報告がなされた。このカンファレンスの目的は、心理臨床面接の核である面接初期の見立てや、相談室に申し込まれたケースの概要や全体的な傾向を、大学院生と教員が共有することである。このようにさまざまな形態からなるカンファレンスを行うことによって、偏りのない研修を可能にし、優れた臨床心理学研究者および実践家の育成を目指している。

4. その他の活動

その他、いくつかの教育啓発活動を行った。2013年度に引き続き夏学期の教育学部の講義として「心理教育相談室（カウンセリング）入門」を開講し、臨床心理学コースの専任教員5名がオムニバス形式で授業を行った。授業の目的は、心理教育相談室で実施している心理療法やカウンセリングを中心に、臨床心理活動に関わる理論と実際を紹介して、相談室活動を広く知ってもらうことであった。

また、2014年9月には、「心理教育相談室年報9号」を発行し、当相談室の待合室に設置し来談者が自由に読めるようにするとともに、近隣の大学の相談室や地域の相談機関等に配布した。

さらに、2014年11月30日（日）には、「現場で役立つ臨床心理職になるために一専門職として活躍できるために何が必要か」と題する心理教育相談室 第10回公開講座を行った。詳細は、本誌の「公開講座の記録」のセクションをご覧ください。

表1 2014年度 新規来談申し込み件数

月	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
4月	14	14	14	11
5月	10	18	10	12
6月	14	8	20	9
7月	12	16	20	21
8月	11	8	17	12
9月	13	18	6	17
10月	16	11	12	11
11月	16	6	6	9
12月	6	13	12	9
1月	13	13	12	11
2月	13	12	6	10
3月	13	3	6	6
合計	151	140	141	138

表2 新規申込者年齢別・男女別・面接形態別件数（2012年～2014年）

	2012年度						2013年度						2014年度															
	男子			女子			計	男子			女子			計	男子			女子			計							
	本人	親	並行 家族	本人	親	並行 家族		本人	親	並行 家族	本人	親	並行 家族		本人	親	並行 家族	本人	親	並行 家族								
就学前児	1	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	1	0	0	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
小学生	1	0	13	0	2	1	12	0	29	0	2	16	0	0	0	4	0	22	0	0	10	1	0	0	11	0	22	
中学生	1	1	13	0	1	0	7	0	23	0	2	14	0	1	3	11	0	31	0	0	6	2	0	0	16	0	24	
高校生	1	2	9	0	3	0	3	0	18	1	3	7	0	0	1	5	0	17	0	0	7	0	1	0	5	0	13	
他未成年	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	3	
浪人生	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
大学生	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	1	0	7	2	0	1	0	1	0	0	0	4	
成人	20～29	6	1	1	1	13	0	1	0	23	6	0	1	0	7	0	2	0	16	7	0	1	0	12	0	2	0	22
	30～39	6	0	0	1	12	1	1	0	21	3	0	0	0	14	0	0	0	17	8	0	1	0	10	0	0	0	19
	40～59	3	0	0	0	12	0	1	1	17	4	0	0	0	13	3	0	0	20	2	0	0	0	20	1	2	0	25
	60～	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	2
計	15	1	1	1	39	1	3	1	63	13	0	1	0	36	3	2	0	55	17	0	2	0	44	1	4	0	68	
合計	19	4	39	2	46	2	27	1	140	15	7	47	0	39	7	26	0	141	20	0	27	3	46	1	41	0	138	

表3 2014年度 新規来談者年齢別・男女別相談内容

区分	相談内容	
	男	女
就学前児		OCD・CBT 1 恐怖症 1
小学生	OCD・CBT 1 うつ・CBT 3 発達障害・発達相談 2 チック 1 家族対応 2 場面緘黙 1 不登校 1	OCD・CBT 5 うつ・CBT 2 CBT希望 3 不登校 1
中学生	OCD・CBT 1 うつ・CBT 2 発達障害・発達相談 1 家族対応 2 不登校 2	OCD・CBT 5 うつ・CBT 2 カウンセリング希望 1 発達障害・発達相談 4 抜毛 1 不登校 3
高校生	OCD・CBT 4 うつ・CBT 1 発達障害・発達相談 1 不登校 1	OCD・CBT 4 カウンセリング希望 1 不登校 1
他未成年 浪人生	OCD・CBT 1 引きこもり 1	OCD・CBT 1 うつ・CBT 1 家族対応 1
大学生	OCD・CBT 1 カウンセリング希望 2	カウンセリング希望 1
成人	CBT希望 2 カウンセリング希望 9 発達障害 2 家族対応 1 うつ 2 双極性障害 2 対人関係 1	CBT希望 4 カウンセリング希望 12 発達障害 1 家族対応 16 うつ 1 不安障害・パニック 2 引きこもり 1 DV 1 夫婦関係 3 対人関係 1 トライアルカウンセリング 7

表4 2014年度 新規来談者来談経路

各種機関	幼稚園・学校より紹介	7
	医療機関より紹介	20
	他の相談機関より紹介	9
	上記以外のサービス機関より紹介	0
個人の紹介	クライアントより	1
	現役相談室関係者より	6
	当相談室関係者OBOGより	1
	東大教員・学生より	1
	他大教員・学生より	7
	その他（知人・家族）	11
	直接	本を読んで
再来	1	
インターネット	68	
講演会・公開講座	0	
ちらし	0	
学内広報	0	
その他	6	
計	138	

表5 新規来談者居住地域

	東京	千葉	埼玉	神奈川	その他	計
2010年度	105	15	12	11	3	146
2011年度	105	13	18	9	6	151
2012年度	99	13	8	16	4	140
2013年度	95	16	11	12	7	141
2014年度	91	16	11	15	5	138

表6 延べ面接回数

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
受付面接	143	110	119	115	113
カウンセリング	1410	1367	1674	1757	1533
プレイセラピー	707	555	457	591	481
保護者面接	1009	1004	1028	1101	975
家族面接	99	72	82	41	26
コンサルテーション	11	0	5	6	2
検査面接	10	4	7	10	14
計	3389	3112	3372	3621	3144

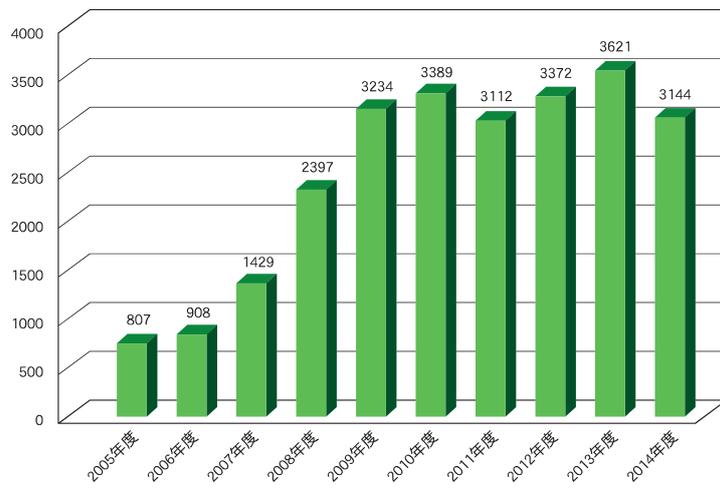


図1 10年間の延べ面接回数の推移

心理教育相談室のご案内

● 1. 東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室とは●

心理教育相談室は心理的な問題への援助に携わろうとする大学院生の実践的な研修の場として設置された、本研究科付属の相談機関です。相談は、東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コースに所属する大学院生、研究員、臨床相談員が担当します。当相談室で相談業務にあたる者は全員、臨床心理学の専門教育訓練を受け、実際の相談業務の他に、毎週開かれる心理検査・心理療法などに関する研究会や事例検討会に参加し、能力・知識向上のために日々研鑽を積んでいます。また、大学院生については、教育相談機関や精神保健相談機関、医療機関の臨床心理士などの専門職、あるいは臨床心理学的実践研究者を目指して研修を受けている者で、一定以上の技能を修得したことが認められている者が、経験豊富なスーパーバイザーの指導を受けながら、実際の相談に当たります。

● 2. 相談内容●

次のような問題でお困りの方のご相談を受けています。(ただし、ご本人の来談が難しい場合、医療的処置が優先される場合については、ご相談を受けることが難しい場合もあります)

- ・漠然とした不安感や無気力、落ち込みなどの心理状態を改善したい
- ・自分自身のことをもっとよく理解したい
- ・人前で緊張する、過ぎてしまったことをくよくよ考えるなど、性格的なことを何とかしたい
- ・友人や職場の同僚との人間関係上の問題を相談したい
- ・家族関係について考えたい
- ・親として子どもにどう対応してよいか困っている
- ・学校に行かない、行けない
- ・言葉が遅い、多動、集中困難であるなど、発達の心配がある
- ・チック、夜尿など気になる行動が見られる
- ・反抗・暴力・盗みなどの問題行動がある etc.

● 3. 相談の種類と料金●

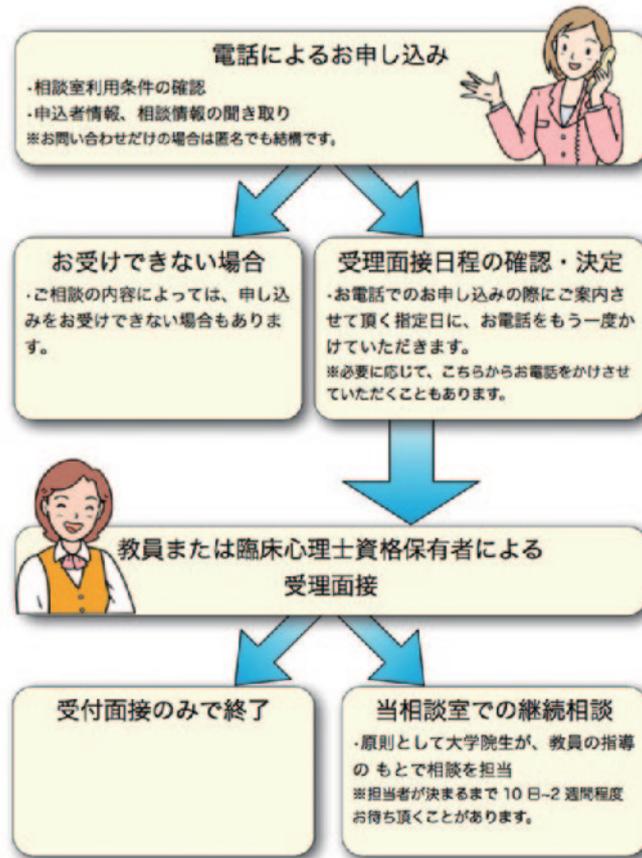
- 初回のご相談の場合 受理面接2,000円
- ご自身のことについてのご相談の場合 カウンセリング2,000円
- お子さんにプレイセラピー（遊戯療法）を行う場合 プレイセラピー（遊戯療法）2,000円
- お子さんの問題について、保護者の方からのご相談の場合 保護者面接1,000円
- 教師など、専門職の方がコンサルテーションをご希望の場合 コンサルテーション3,500円
- 心理検査や発達検査をご希望の場合 検査面接2,000円

※2014年6月現在です。医療機関ではありませんので、健康保険などの適用はできません。

※検査面接のみの実施は受け付けておりません。

● 4 . 相談申込みの流れ●

当相談室における相談申込みの流れは下記の通りです。相談は予約制をとっています。まずはお電話で申し込み、後日担当者と日時を調整します。詳細については、03-3818-0439にお電話もしくは<http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>を参照してください。



● 5 . 設備●

面接室 5 部屋

プレイルーム 2 部屋

待合室

スタッフルーム、ミーティングルームなど



心理教育相談室の構成（2014年度）

心理教育相談室運営小委員会

- 委員長 山本 義春（教育学研究科教授 総合教育科学専攻長）
委員 佐々木正人（教育学研究科教授 教育心理学コース）
委員 高橋 美保（教育学研究科准教授 臨床心理学コース）
委員 東郷 史治（教育学研究科准教授 身体教育学コース）
委員 石丸径一郎（教育学研究科講師 臨床心理学コース）
委員 袴田 優子（教育学研究科講師 臨床心理学コース）

室長

高橋 美保

臨床心理スーパーヴァイザー

- 下山 晴彦（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
能智 正博（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
高橋 美保
石丸径一郎
袴田 優子
原田 誠一（教育学研究科客員教授 連携分野／原田メンタルクリニック）

臨床相談員

- 相澤 直子（東京工業大学保健管理センターカウンセラー）
北島 歩美（日本女子大学カウンセリングセンター 研究員）
瀧井有美子（情緒障害児短期治療施設 横浜いずみ学園治療課長）
藤川 麗（駒沢女子大学人文学部心理学科 准教授）
松澤 広和（慶成会老年学研究所研究員）

相談員

- 博士課程3年 小倉加奈子 日下華奈子 坂口由佳 菅沼慎一郎 中島隆太郎 中野美奈 羽澄恵
博士課程2年 大上真礼 樫原潤 河合輝久 高岡佑壮 能登眸 藤尾未由希 堀内多恵
博士課程1年 遠藤麻美 砂川芽吹 園部愛子 高木郁彦 田川薫 伴恵理子 樋口紫音 矢野玲奈 安婷婷
修士課程3年 片山皓絵
修士課程2年 石黒香苗 浦野由平 大西未紗 鮫島啓 中川実耶 藤田彩也香 山本瑛美 横田七海子
横山克貴
修士課程1年 糸山恵未 稻吉玲美 大井葉月 小原千鶴 勝又結菜 小林良介 清水郁子 白川さゆり
中山奈緒子 信吉真璃奈 平井麻美子 山崎久慶 横山萌 李智慧

相談補佐員

- 岡田 和子
瀧田 恵美

東京大学大学院教育学研究科 心理教育相談室年報 第10号

2015年9月1日 発行

発行者 東京大学大学院教育学研究科附属
心理教育相談室
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
Tel (03) 3818-0439

