

Journal of Health Counseling

ヘルスカウンセリング学会年報

2006 Vol. 12



特集 統合医療とSATカウンセリング

巻 頭 言

ヘルスカウンセリング学会理事長
保坂 誠

近年の日本を取り巻く世界情勢は、北朝鮮との拉致問題、ミサイル発射や韓国との竹島領有権問題、中国の尖閣諸島油田開発、ロシアとの北方領土問題など隣国ではあるがゆえに、歴史的背景を絡め厳しい外交が迫られています。政治的交渉をみても日本人特有の察する文化や我慢する美学では通用しないことが理解できます。一方、国内においても親子関係の崩壊による尊属殺人や若者による無差別な行為も目に余るものがあります。社会道徳が著しく希薄になり個人主義を取り違え自分勝手な行動をとる背景には、どのような問題があるのでしょうか。家庭、学校、会社などにおける人と人の関わりが基になり社会が構成されていることを考えれば、個々を尊重し協調性のある社会を築くためにも、それぞれの立場における人材育成が必要です。私たちがヘルスカウンセリングを通じ学んだことを社会に還元していくことは、その意味を考えても意義があると思います。学ぶことで自分に対する気づきを得、仲間と共に自己成長できる喜びを感じたことをそれぞれの生活の場で役立たせることができれば、良い社会を創造する一役を担っていくことができるのではないのでしょうか。現代社会では人との関わりの中で心身共に消耗し疲れきっている人々が多く、ストレスマネジメントやカウンセリングの啓蒙は、今後も益々必要になることと思われます。

ヘルスカウンセリング学会年報は、社会で活躍する学会員に対する情報発信源として重要な役割を担っています。学会が発足して1年後に創刊された第1号は、カウンセリングの事例報告が主たる内容でしたが、年毎に活動報告、事例報告から研究報告、原著論文へと内容も変化し充実してきました。この度、第12号を発刊する運びとなり干支で考えればひと回りを迎え円熟した感があります。特集は、学術大会で特別講演をお願いした帯津良一先生が、西洋医学では解決できない問題には身体と気のエネルギーの統合が重要な要素であると論じられています。

年報の発刊に際し査読、校正や編集などに多くの労力をおかけした年報編集委員会の皆様、特に橋本佐由理氏より引き継がれた委員長樋口倫子氏に感謝申し上げます。また、今後も会員の皆様の成長と共にさらなる年報の充実を期待しております。

平成 18 年 7 月

目次

巻頭言

保坂 誠

I. 特集 統合医療とSATカウンセリング

1. 統合医学を超えてホリスティック医学へ 帯津 良一……………1
2. EBMとNBMとを統合するイメージスクリプト概念 宗像 恒次……………9
3. 口臭で悩む患者の支援：口臭外来における全人的医療とヘルスカウンセリング
村上 多恵子、福田 光男、柳 千登勢、吉野 京子、
大塚 亜希子、札幌 康之、坂井 志穂、
土屋 友幸、中垣 晴男、野口 俊英……………19

II. 焦点 心とからだのSATカウンセリング

1. 妊娠前および子育て中の女性へのSATグループカウンセリング法による支援
矢島 京子、小林 啓一郎、中安 きよみ、潮田 孝行……………29
2. 免疫データの季節変動を手掛かりとしたがん患者の世代間伝達感情への対応
—夏期を鍵状況として血液データに身体症状化したストレスイメージ—
小林 啓一郎、橋本 佐由理、林 隆志、坂本 成子、
堀 美代、帯津 良一、村上 和雄、宗像 恒次……………37
3. 心因性視覚障害のSAT自己イメージスクリプト変更法による治療
樋口 倫子……………47
4. 企業におけるメンタルヘルス対策の現状
—ヘルスカウンセリングセンター版ストレスチェックの活用—
田中 真紀……………55
5. 自分らしい生き方探し 平田 詩織……………61

III. 原著論文

1. 視覚障害を有するマッサージ師の特性不安に関連する心理社会的要因とその対策
殿山 希、橋本 佐由理、宗像 恒次……………65

Preface

Makoto Hosaka

I . Special Issue: Integrative Medicine and SAT Counseling

From Integrative Medicine to Holistic Medicine	Ryoichi Obitsu·····	1
Image-script Concept Bridging between EBM and NBM	Munakata Tsunetsugu·····	9
Support of Patients being Afflicted with Halitosis: Bio-psycho-social Medicine and Health Counseling on Breath Clinic—	Taeko Murakami, Mitsuo Fukuda, Chitose Yanagi, Kyoko Yoshino, Akiko Otsuka, Yasuyuki Fukuda, Shiho Sakai, Tomiyuki Tsuchiya, Haruo Nakagaki and Toshihide Noguchi·····	19

II . Features: SAT Counseling for Body and Mind

A Study of SAT Group Counseling Support of Pre-maternity and Parenting mothers—	Kyoko Yajima, Kei-ichiro Kobayashi, Kiyomi Nakayasu and Takayuki Ushioda·····	29
Treatment of Stressful Emotion of Patients with Cancer Transmitted from Ancestry Based on Seasonal Change of Immunity Data	Kei-ichiro Kobayashi, Sayuri Hashimoto, Takashi Hayashi, Shigeko Sakamoto, Miyo Hori, Ryouichi Obitsu, Kazuo Murakamai and Tsunetsugu Munakata·····	37
Therapy to Change Self-imge Script for Psychogenic Visual Disturbance	Noriko Higuchi·····	47
The Present Situation of Mental Health Measures in Business: A practical Case of Stress Management Program Using Health Counseling Center Method	Maki Tanaka·····	55
Search for the Way of Life Becoming Myself	Siori Hirata·····	61

III . Original Papers

Psychosocial Factors Related to Trait Anxiety among Massage Practitioners with Visual Impairment and its Prevention—	Nozomi Donoyama, Sayuri Hashimoto and Tsunetsugu Munakata·····	65
---	--	----

IV. 研究報告

1. SATカウンセリングセミナーの教育的効果の評価(第12報)

橋本 佐由理、奥富 庸一、宗像 恒次……………73

V. 研究ノート

1. SAT自己イメージ連想法を用いたストレスマネジメントに関する研究

—大学女子中・長距離競技者を対象として—

上田 敏子、宗像 恒次……………91

2. 看護師の身体症状と心理パターンに関する研究

米澤 和代、谷口 清弥、池田 佳子……………97

VI. 実践報告

1. 社会恐怖のヘルスカウンセリング

—癒し技法と行動的アプローチにより不安傾向が改善された一事例—

岡田 松一……………105

VII. 資料 活動報告

1. 中学生のストレスマネジメント能力向上に関する取り組み

永峰 純子……………111

VIII. 定款及び規約等

特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会設立趣意書……………119

主な役員の紹介……………119

定款……………120

学会公認カウンセラー；研修と資格審査……………126

・カウンセラーのレベル別効果と限界……………126

・学会公認カウンセラーの資格をとるには……………127

・学会公認資格取得までのプロセス……………127

・本学会方式のカウンセリングの研修とは……………128

・インターン制度、スキルアップ研修制度……………129

IV. Research Report

Educational Effectiveness of “Structured Association Technique” Counseling Seminar:

The 12th Report— Sayuri Hashimoto, Youichi Okutomi and Tsunetsugu Munakata·····73

V. Research Notes

A Study on Stress Management Using SAT Self-imagery Method:

For Female University Students, Middle and Long Distance Athletes—

Toshiko Ueda and Tsunetsugu Munakata·····91

A Study of Physical Symptoms and Mental Pattern of Nurse

Kazuyo Yonezawa, Kiyomi Taniguchi and Keiko Ikeda·····97

VI. Activity Report

The Health Counseling for Client with Social Phobia: A Case of Client

that Anxiety Tendency was Improved by Healing Image Technique and Behavior Approach

Matsukazu Okada·····105

VII. Reference Paper

A Practical Case of Program Stress Management Skill Improvement in Junior High School

Jyunko Nagamine·····111

VIII IX. Announcement

·····119 – 151

・ 学科試験及び審査までの手続き	130
・ 公認資格者に関する資格則	131
・ 公認心理カウンセラー資格取得支援事業	131
内規等	
・ リスナー技能認定研修に関する内規	132
・ リスナー技能認定研修（通信教育講座）に関する内規	132
・ 公認資格カウンセラー倫理規定	133
・ 支部活動内規	133
・ 専門部会活動内規	134
・ 支部及び専門部会の継続のためのガイドライン	134
・ ヘルスカウンセリングセミナー学会公認講師基準について	135
・ 公認講師研修カリキュラム	135
・ 公認講師研修申請のガイドライン	136
・ 公認マスター（POM）講師基準について	136
・ マスター（POM）講師カリキュラム	136
・ ヘルスカウンセリング学会公認セミナースーパーバイザー基準について	137
・ ヘルスカウンセリング学会指定研修機関ガイドライン	137
・ 指定研修機関及び学会支部の公認資格指定研修事業に関するガイドライン	138
・ 公認資格指定研修事業としてのセミナー開催に関するガイドライン	138
・ ヘルスカウンセリング学会長賞内規	139

IX. 投稿規定等

・ 投稿規程	141
・ 執筆要項	145
・ 査読規定	146
・ 投稿用紙	149
・ 著作権譲渡同意書	151
編集後記	157

I

特

集

統合医療と SAT カウンセリング

特 集

統合医学を超えてホリスティック医学へ

From Integrative Medicine to Holistic Medicine

帯津 良一
Ryoichi Obitsu

要 旨

代替療法の台頭から統合医学へ、そしてホリスティック医学へという潮流は最早抗い難いものになってきた。しかし統合医学といいホリスティック医学といいそう簡単に手に入るものではない。統合(Integration)とは積分のことであり、ホリスティック医学とはからだ、こころ、いのちの3つが一体となった人間まるごとをそっくりそのまま捉える方法論だからである。

並大抵のことではない。遠いはるかなる道である。それでもこの道しかないのである。この道を歩む上で道標として次のような統合のステップを考えてみた。

- ①からだ、こころ、いのちの統合 ②治しと癒しの統合
- ③要素還元論と全体論の統合 ④エネルギーとエントロピーの統合
- ⑤病因論と健康生成論の統合 ⑥エビデンスと直観の統合
- ⑦EBMとNBMの統合 ⑧医療者と患者の統合

ここで統合医学に到達する。ここから先はホリスティック医学である。

- ⑨医療と養生の統合 ⑩生と死の統合

帯津三敬病院の24年の取り組みを示しながら、これからの統合のステップについて考察してみた。

キーワード：代替療法 (alternative medicine) 統合医学 (integrative medicine)

キーワード：ホリスティック医学 (holistic medicine) 場 (field) 直観 (intuition)

1 はじめに

私の本業はホリスティック医学 (Holistic Medicine) である。24年間、これを追い求めてきたが、まだ手にしたわけではない。

一方で、90年代初頭に起こった代替療法 (Alternative Medicine) の台頭から統合医学 (Integrative Medicine) へ向かう世界の潮流もいよいよ明らかになってきた。

代替療法とは、いまさら言うまでもないが、西洋

医学以外の治療法である。大はアーユルヴェーダ、中医学、ホメオパシーなど独特の体系と歴史を有する医学から小はサプリメントに至るまで、百花斎放、種々雑多なものを含む。まるでごった煮の鍋の中のようなのである。因みにイギリスではこれを補完療法 (Complementary Medicine) と呼んでいる。オルタナティブの挑戦的な雰囲気嫌ったためといわれている。

統合医学とは西洋医学と代替療法の統合である。代替療法が普及してくればやがて西洋医学と結びつくのは当然の成りゆきである。現に欧米ではすでにインテグレイティブの呼名のほうが代替療法を凌駕している。ただ結びつくといっても単なる足し算ではない。下手な鉄砲数打ち当たるではないのである。統合する (Integrate) という言葉には積分するという意味がある。積分 (Integral) とは双方をいったんばらばらにしたものを集め直してまったく新しい体系をつくることである。並大抵のことでは

帯津三敬病院

Obitsu Sankei Hospital

連絡先：

〒350-0025 埼玉県川越市並木西町1-4

1-4 Namikinishi-machi Kawagoe-shi, Saitama 350-0025, Japan

TEL：049-235-1981

TEL：049-235-8063

ない。呼び声こそ高まってきたが、これを実現するとなると、まだまだ長い道程を残している。

ホリスティック医学とはからだ (Body)、こころ (Mind)、いのち (Spirit) の3つが一体となった人間まるごとをそっくりそのまま捉える医学である。統合医学とどこが違うのか。代替療法といい統合医学といい、これは病というステージにおける方法論の問題であるがホリスティック医学は病というステージに留まらない。生老病死のすべてのステージをつらぬいて死後の世界までも対象とする。単なる方法論を超えて生き方の問題である。従来の医学の範疇をはるかに越えている。それだけに分かりにくさがある。だからもたついている。ホリスティック医学がもたついているから代替療法が伸ばしてきた、というデビット・レイリー (David Reilly、グラスゴウ・ホメオパシク・ホスピタル院長) 氏の言には私も同感である。

しかし、代替療法から統合医学へと向かう潮流こそホリスティック医学への新しいルートと見做すことも出来るのである。いまだ長い道程を残しているとはいえ、統合医学が成就されたとき、ホリスティック医学が視界のうちに入ってくるのではないだろうか。だから、代替療法から統合医学へと進む世界の潮流はホリスティック医学を目指す私にとって、まぎれもない希望の道なのである。そしてこの希望の道はさまざまな統合のステップから成っている。

2 歩むべき統合のステップ

統合とは積分のことであるから、これを成就するのは並大抵のことではないと述べたが、だからといって坐して待つわけにはいかない。目標に向かってさまざまな統合を果たしていかななくてはならない。

さまざまな統合とは

- ①からだ、こころ、いのちの統合
- ②治しと癒しの統合
- ③要素還元論と全体論の統合
- ④エネルギー的側面とエントロピー的側面の統合
- ⑤病因論と健康生成論の統合
- ⑥エビデンスと直感の統合
- ⑦EBMとNBMの統合
- ⑧医療者と患者の統合
- ここで統合医学に到達する。ここから先はホリスティック医学である。
- ⑨医療と養生の統合
- ⑩生と死の統合

といったところであるが、これらの統合について、もう少し詳しく述べてみたい。

①からだ、こころ、いのちの統合

私たちはふだん、からだ、こころ、いのちが分散した状態でいることが多い。医療者はまず自らのからだ、こころ、いのちの統合をはからなければならない。自らの統合を果たしてはじめて患者をからだ、こころ、いのちの統合体として見る事が出来るのである。

このための方法として私は気功とホメオパシーをすすめている。気功は調身、調息、調心によって自らのからだ、こころ、いのちの統合を果たし、ホメオパシーによって相手をからだ、こころ、いのちの統合体として観る力が培われていく。気功とホメオパシーこそホリスティック医学の時代の車の両輪である。

ところでいのちとは何だろう。いのちとは“場”のエネルギーであると考えている。私たちは電磁場や重力場などさまざまな場の中に身を置いている。私たちの体内にも電磁場もあれば重力場もあるが、もちろんそれだけではない。まだ発見されてないとはいえより生命に直結する物理量も存在して場を形成しているはずである。それも一つではなく何種類もあるかもしれない。そこで、これらをまとめて生命場と呼んでいる。

この生命場のエネルギーがいのちである。そして何らかの理由でこのエネルギーが低下したとき、これを回復すべく、その場に備わった能力が“自然治癒力”、他からのほたらきかけによって回復をはかるのを“癒し”、自らの努力で回復をはかることを“養生”と呼んでいるのではないだろうか。

次にこころとは何か。刻々と変化する生命場の動き(波動)が脳細胞を通して外部に表現されたものをこころと考えることは出来ないだろうか。もしそうだとすると、こころの本体もエネルギーということになる。

かくして、からだ、こころ、いのちの3つからなる人間を身体と生命場(エネルギー場)の2つからなると言い換えることが出来ることになる。20世紀、主として身体を対象に西洋医学がめざましい発展を遂げたが、ひるがえって21世紀は生命場の時代なのである。欧米でエネルギー医学(Energy Medicine)の呼び声が高まってきたのをみてもそれはわかる。双方を統合して大いなる体系医学を築く道は見えてきたのである。からだ、こころ、いのちを統合することによって、私たちはその緒に就くのである。

②治しと癒しの統合

治しとはあたかも壊れた器械を修理するように身体の一部に生じた故障を直すことであり、癒しとは生命場のエネルギーを回復向上させることである。二者択一ではなく、これを統合してこそ本来の医学に近づくことは誰の目にも明らかである。にもかかわらず世間ではまだ、癒しを安易に使ったり、反対に曖昧なものとして斥けようとする向きも少なくない。いずれも癒しの本来の意味を認識していないがためである。

癒しの空間という使われ方をよく見かけるが、これはこれでもっともな話なのである。私たちの生命場は皮膚によって閉ざされた孤立した空間ではなく環境の場と繋がっている。というよりは環境の場の一部としての内なる生命場なのである。環境の場にも生命のエネルギーは有り、自然治癒力も存在するのである。だから私たちがエネルギーの高い場に身を置くことによって内なる生命場のエネルギーを高めることが出来るのであり、このような場を癒しの空間と呼んでいるのだろう。

治しをおこないながらも癒しに思いを遣り、癒しをおこないながらも治しを怠らない。これが医療としての本来の態度なのである。

③要素還元論と全体論の統合

要素還元論 (Reductionism) は言わずと知れた現代科学の方法論である。分析によって得た知見をボトムアップ型に積み上げて全体を把握しようとするものである。分析はいつでも正しい。科学の基本である。しかし、それらの細切れの知見を積み上げて全体把握には至らないことがわかってきたのである。そこで全体論 (Holism) の登場である。全体は部分の総和だけでは決して得られない全体としての性質を持つ¹⁾というのが全体論である。1920年代、南アフリカのJ.C.スマッツによって提唱されたという。この全体論がもとになって1960年代のアメリカでホリスティック医学 (Holistic Medicine) なる概念が生まれたのである。あまりにも要素還元論に傾いてしまった西洋医学に対する反省あるいは批判からであるといわれている。

分析はあくまでも正確におこない、それによって得られた知見を尊重しながらも全体を把握することを怠らない。これがこれからの医学の取るべき態度である。

④エネルギー的側面とエントロピー的側面の統合

生命を維持するために私たちの体内ではさまざまな反応が日夜営まれている。これらの反応に必要なエネルギーは太陽から植物の光合成を経て体内にも

たらされる。そして体内の各所に運ばれ、その反応に即したエネルギーに変換される。

一方、エネルギーが変換されるたびにエントロピーが発生する。エントロピー (Entropy) とは熱力学上の概念であるが、数式を抜きにしていえば無秩序化の指標とみなされている²⁾。つまり、体内でエントロピーが増していくということは体内の秩序が乱れて健康が害されるということを意味する。

にもかかわらず私たちは日々澁刺と生きている。なぜなのか。発生したエントロピーを熱や物にくっつけて汗、呼吸、大小便の形で対外に捨てているというのがオーストリアのノーベル賞物理学者エルヴィン・シュレーディンガー (Erwin Schrödinger 1887-1961) の説である。今では定説となっている。このエントロピーの排泄の円滑化をはかるのが代替療法であり、エネルギーの変換の円滑化をはかるのが西洋医学であると考えている。この生命現象の二側面が統合されてこそより大きな体系医学を私たちは手にすることが出来るのである。

⑤病因論と健康生成論の統合

病因論 (Pathogenesis) とは西洋医学の基本概念であって、病の原因を身体の一部に求めて、これを是正していこうとするものである。この重要性はこれからも決して色褪せるものではない。しかし注目の的はあくまでも目に見える身体である。生命場に注目して病因論の対立概念として登場したのが健康生成論 (Salutogenesis)³⁾ である。提唱者はイスラエルの医療社会学者アロン・アントノフスキー (Aaron Antonovsky 1923-1995) である。流れ動くいのちに注目し、人間を日々向上する存在としてとらえる。治った治らないの二極化を排し、そこには健康人と病人の区別もない。生きとし生ける者、健康と健康破綻の間にそれぞれの位置取りをもち、常に現在地に安住することなく向上する存在とし、その向上のため要因を探っていくのである。

その要因はあくまでも個性的なものであるが、万人に共通する要因のうちの最大のがアンリ・ベルクソン (Henri Bergson 1859-1941) の言う生命の躍動 (エランヴィタール élan vital) ではないかと考えている。生命の躍動とは生命場の小爆発である。生命場の小爆発、これまた個性的なもので、さまざまな原因があると思うが、最も関係の深いものが心のときめきではないだろうか。生命場の躍動によってときめくのか、ときめくから躍動するのか、いずれにしても、医療とは常に心のときめきを与えるものでなくてはならない。

しかし健康生成論の登場によって病因論が色褪せ

るかという、決してそんなことはない。病因論の重要性は古今不易である。だから双方を統合していかなくてはならない。

⑥エビデンスと直観の統合

エビデンス（科学的根拠）は西洋医学の基盤を成している。少なくとも西洋医学に携わる人はそう思い込んでいる。実際にはいつもエビデンスにもとづいて診断と治療をおこなっているとはいえないのだが、そのような錯覚が行き渡ってしまっているのである。

だから代替療法をエビデンスが乏しいとして、これを低く見、取るに足らないものとして排斥しようとするのである。しかし、これは当たっていない。なぜかという、エビデンスが乏しいが故に代替療法なのだからである。エビデンスが乏しいのはそもそも代替療法の本質であり、存在基盤であるのだから、そのつもりで、その本質に合わせてこれを用いていけばよいのである。

どういうことかという、代替療法は多かれ少なかれ、こころとかいのちを対象とする方法である。治しの方法ではなく癒しの方法なのである。相手はエネルギー場である。エネルギー場はまだ科学がこれを解明してはいない。解明されていない対象に向かう代替療法がエビデンスで充ち溢れているというわけにはいかないのである。

代替療法側にも責任はある。代替療法の本質を理解せずに代替療法に携わっている人が少なくない。癒しの方法であることをすっかり忘れてしまって、いやはじめから知らないのかもしれないが、エビデンスを求めて西洋医学と肩を並べるべく躍起となっているのである。困ったものである。だから内外で催される代替療法に関する学会や集会ではエビデンス、エビデンスと木霊している。喧しいかぎりである。

エビデンスを求めることはよい。常に忘れてはならない態度だろう。しかし求めればよいというものではない。本来的にある限界を超えようとしても、それは無理というものではない。もっとも西洋医学のエビデンスのレベルなら無理ではないかもしれないが、とにかくエビデンスを深追いしてはならないのである。

代替療法にはエビデンスを超えたものがある。それは直観（Intuition）である。直観といったって競馬や麻雀の山勘のレベルに留まるものではない。もっと高位の精神活動である。私たちが生きていく上で、あるいは私たちの人生を豊かなものにするために欠かすことの出来ない精神活動である。

アンリ・ベルクソンに『哲学的直観』⁴⁾なる書がある。多少私の脚色を交えて紹介したい。日々内なる生命場のエネルギーを高めていると、時に高まったエネルギーが体外に溢れ出てくることがある。溢れ出たエネルギーは天に昇っていき時空を越えて広がる虚空の大いなるいのち（スピリット Spirit）と衝突する。内なる生命場のエネルギーを生命（いのち）（ソウル Soul）とすれば、ソウルとスピリットの衝突である。

その瞬間、直観が生まれるというのである。そして次の瞬間、直観は生命の躍動に変わり、私たちは大いなる喜び、歓喜に包まれるという。一方、私たちのソウルはエビデンスのおかげで地上で快適な生活を営んでいる。これはこれでいい。快適の方が不快よりもいいにきまっている。しかし歓喜と快適さどちらが私たちが生きていく上で大事かということベルクソンはこの書で私たちに問いかけているのである。

答は自明である。歓喜の方がずっと大事である。だから直観はエビデンスを超えた存在なのである。しかし快適さもどうしてもよいというわけではない。そこでエビデンスと直観も統合されなければならないのである。

さらに、直観はスピリットとソウルの衝突によって起こるだけではなく、ソウルとソウルの衝突によっても起こるのではないだろうか。生命場と生命場がふれ合って共振するのである。これこそ癒しの本質であり代替療法の本質なのである。

⑦EBMとNBMの統合

ひと頃はEBM（Evidenced Based Medicine）、EBMと実に喧しかったが、疲れてきたのか最近では少し落ち着いてきたようだ。からだに注目する医学がエビデンスに基づくのは至極当然なことであって、殊更あらたまって喚くことはないのである。

一方、こころやいのちに注目する医学がエビデンスに基づかないのも前述した理由で当然であって、こちらは一人ひとりの患者の物語（ナラティブ Narrative）を聴くことによって、この患者の全体像を掴もうとするのである。そこでNBM（Narrative Based Medicine）なのである。ホメオパシー（Homeopathy）の微に入り細に入る長い聴き取りを思い出していただきたい。

物語（Narrative）は単なる筋書（Story）ではない。内なる生命場のエネルギーの発露である。そこにはその人のこころといのちが描き出されてくるのである。きわめて個性的なこころといのちがである。

こうしてからだに注目する普遍化、マニュアル化

出来る医学、EBM ところといのちに注目するあくまでも個性的な NBM は統合されなければならないのである。

⑧医療者と患者の統合

前述したように自然治癒力が環境の場のなかにこそあるとすれば、病が癒えるためには患者はいい場に身を置くことが必要不可欠なことである。医療者は患者にいい場を提供することを第一義とし、これに腐心しなければならない。

いい場はいかにして得られるか。それは医療者一人ひとりの志と覚悟にかかっている。ひとりの人間として自らの生命場のエネルギーを高めながら環境の場のエネルギーの向上に貢献しようとする志と、目の前にいる患者を一步でも半歩でも前進させるのだという覚悟である。

現実には 20 世紀の医療の呪縛から解放されない、患者を毀れた器械と見做す修理工を以って任じている医療者が多すぎる。修理工と器械なら、これは統合する必要はまったくない。故障箇所を正確に特定する知識と、これを修理するための秀れた技術を有するプロフェッショナルがいれば、それでよいのである。主客が分離していてよいのである。

しかし生命場が中心となる医療では様相が一変する。生命場と生命場のぶつかり合いによって双方のエネルギーを高めるのである。格闘技のようなものだ。本来の格闘技は相手を倒すものだが、この格闘技は相手を引き上げるものであるから、ここで医療者と患者の統合が要求されるのである。つまり主客非分離、主客が一体とならなければならないのである。

しかし現実にはまったくその体をなしていない。主客分離のままである。いや 20 世紀の医療よりも主客分離が徹底してきている感がある。医療者なканずく医師と患者の間は統合どころか乖離が進んでいる。

「胃がんです。手術です。すぐに入院の手続きをして下さい」

「手術をしても余命 2 年、しなければ 3 ヶ月です」

「だんだん悪くなりますよ」

「化学療法を拒否するのなら、ここに居ても仕方がないですね。他の病院に行ってください」

「残念ですが、もう治療方法は有りません。緩和ケア病棟に行ってください」

なんという冷たさだろう。これでは医療ではない。場のエネルギーは低下の一方である。患者の自然治癒力もますます下降の一途である。

医療者なканずく医師と患者の統合、これが出来てはじめて統合医学が成就することになる。日暮れて道遠しとはこのことである。しかし慨嘆していても何も生まれない、歩を進めなければならない。

こうして統合医学が成った暁には、その前方にホリスティック医学が見えてくる。ここで医療と養生がドッキングする。

⑨医療と養生の統合

まず、医療と医学をはっきりと区別しなければならない。医療は患者を中心に家族、友人、そしてさまざまな医療者が織り成す“場”の営みである。当事者のそれぞれが自らの内なる生命場のエネルギーを高めながら他の当事者の生命場に思いを遣りつつ、共有する場のエネルギーを高めていく。その結果、患者は病を克服し、かつすべての当事者が癒されていくというのが医療である。

医学は医療という場の営みをサポートする科学であり、それらの派生した技術にすぎない。医療が主役なら医学は脇役である。医療が最前線なら医学は兵站部（前線に弾薬や食料を補給するための基地）ということになる。

そして、当事者一人ひとりが自らの内なる生命場のエネルギーを高めるのであるから、これは養生である。医療とは本来、養生の部分を内蔵しているのである。従来の養生はからだに注目する養生であった。からだをいたわりつつ病を未然に防ぎ、天寿を全うすることを目標とする消極的で守りの養生であった。本来の養生はいのちに注目する。内なる生命場のエネルギーを日々高めていく。いや日々勝ち取っていくという積極的で攻めの養生である。さらに本来の養生は終わりはない。最高のエネルギー状態で死を迎え、そのまま死後の世界に突入していくのである。

さらに他の当事者の生命場に思いを遣り、共有する場に思いを遣るのだから、これは“癒し”である。医療の本質は癒しなのである。20 世紀の医療を思い出していただきたい。そこには養生も癒しも無い。そこにあるのは医療ではない。医療不在の世紀だったのである。なぜか。西洋医学の発展があまりにも目覚しかったが故に、医学が医療の真ん中にでんと据わってしまい、人々は医学を医療だと思い込んでしまったのだろう。

どこまでが養生で、どこからが医療か、境界がはっきりしないくらい、医療と養生が統合されてこそ、ホリスティック医学の第一歩である。

⑩生と死の統合

ホリスティック医学は病というステージに留まるのではなく、生老病死のすべてのステージを貫いて人間まるごとを見る医学である。従来の医学の範疇にはとてもおさまりきれものではなく、むしろ生き方というほうがふさわしい。

老いも病も死も、これを怖れたり忌み嫌ったりせず、人生のステージの一つとして、これを手許に手繰り寄せていきっていくのである。時空を超えて広がる大いなるいのちに身を委せて、あるがままに生きていく。そして生と死を統合していく。これが私たちの人生であり、このことを人々が成就していくのをサポートするのがホリスティック医学である。

3 帯津三敬病院におけるホリスティック医学

前述したように24年間にわたってホリスティック医学を追い求めて来たが、まだこれを手にしたわけではない。人間まるごとをそっくりそのまま捉える方法論がまだ世に存在しないからである。そこで次善の策である。人間をからだ、こころ、いのちの三要素に分ける。分けた途端にホリスティックではなくなることは承知の上だ。そしてからだにはたらしかける方法、こころにはたらしかける方法、いのちにはたらしかける方法を一人の患者の上に重ね合わせてなんとかホリスティック医学に近づけようとしているのである。

これだけでは統合医学となんら変わりはない。しかし随所に養生を散りばめることによってホリスティック医学の気配を漂わせていると自負している。

①戦略会議

入院後数日して患者と二人きりで戦略会議を開く。二人きりというのは戦略はあくまでも個人的に、かつ患者の意思を最大限に尊重するためである。個人的といっても一定の順序はある。まずはこころの問題である。病という状況のなかをどういう気持ちで生きていくかについて語り合う。人間はもともとかなしい存在であることを認識し、そのかなしみの大地に何本もの希望という樹木を育てることを確認する。希望はいくら小さいものでも達成されるたびに心はときめく。ときめきは前述したように生命の躍動（エラン・ヴィタール）であり、すなわち生命場の小爆発である。自然治癒力を喚起するのにこれ以上のものはない。患者がときめくような場を提供するのが医療の最重要事と考えている。

もちろん各種心理療法についても話し合う。リラクゼーション、カウンセリング、瞑想、イメージ療

法などであるが、特殊なものではサイモントン療法、SAT療法についても紹介する。また同じ範疇に属するものとして音楽療法、アロマセラピーについても触れる。

次は食養生であるが、病院給食としては漢方粥、玄米菜食を用意しているが、食養生はあくまでも個性的なものであるとの考えから個人指導に重きを置いている。指導は『粗食のすすめ』（東洋経済新報社 2000）で有名な幕内秀夫氏である。当然、和食が基本となる。時間をかけて献立に至るまで、懇切丁寧に指導する。

しかし食養生は食材だけの問題ではない。美味しい!という大いなる喜びも生命場のエネルギーを高める要因となる。食材の不備を補って余りあるものがある。食によるときめきも忘れてはならないのである。

養生の第三は気功である。

気功は中国古来の養生法であり、前述したように、からだところといのちを統合するためのすぐれた方法である。さらに呼吸によって副交感神経が優位にはたらし、リンパ球の増加をもたらし免疫機能の賦活につながることは安保徹教授⁵⁾の研究で明らかになった。

病院の道場では放松功、簡化外丹功、内養功、智能功、八段錦、宮廷21式呼吸法、調和丹田呼吸法、楊名時太極拳、郭林新気功、新呼吸法「時空」など15種類の功法を用意している。“功法に優劣なし”という年来の持論から選択は患者自身にまかせている。

指導は医師、看護師、鍼灸師、心理療法士などの病院の職員と後述する患者の会のスタッフが担当する。このことは医療者側と患者とのコミュニケーションをこまやかにし、道場の“場”のエネルギー、ひいては病院の“場”のエネルギーの向上に役立っている。

このように心の養生、食の養生、気の養生について確認し合った上で医療の領域に入っていく。西洋医学で何が出来るのか。漢方薬は？鍼灸は？ホメオパシーは？サプリメントは？と検討をしていき、その患者に合った戦略が出来上がる。ここで一言付け加えるならば西洋医学がハイレベルを維持してこそそのホリスティック医学であることを忘れてはならない。

②ホメオパシー (Homeopathy)

ホメオパシーを帯津三敬病院のがん治療の現場に導入したのが2000年の7月。いまでは無くてはならない存在になってしまった。最初はホメオパシー

も多くの代替療法の一つにすぎないと考え、それ以上の関心は持っていなかったが、ある時、これほどホリスティックな医学はないのではないかと忽然と悟ったのである。それは、徹底的に稀釈して一分子も含まれていない液体が効果を発揮するということは物質性を排除された場のエネルギーが効果を発揮することにほかならず、すなわち、これは場の医学である。ならばホリスティック医学を目指す者としてこれを避けては通れないと考えたからである。

③病院の場を高める

内なる生命場のエネルギーを高めるためには患者はすべからくいい場に身を置くべしという考えから、病院の場のエネルギーを高めることに腐心している。患者が病院の中に足を踏み入れた途端、ほっとしてそれだけで癒された気持ちになる。そんな病院の場を創りたいのだ。待合いに居る患者に自分から微笑みかけたら権威が廃たるとでも思っている医師や、自分の仕事は経理であって営業ではないとばかりに患者に声を掛けようとししない事務員が一人でも居るようでは、いい場は創れない。闘う前に失格である。

病院の場のエネルギーは職員一人ひとりの志と覚悟によって高められる。自らの生命場を日々高めつづけ溢れ出させることによって、環境の場のエネルギーを高めることに貢献するのだという志と、患者を目の前にしていかなることがあっても絶対にあきらめないぞという不退転の覚悟である。帯津三敬病院の24年の苦闘をもってしても未だしである。この志と覚悟を持ち合わせている者は100人中30人というところか。内心忸怩たるものがある。

④楊名時太極拳 21 世紀養生塾

生老病死のすべてのステージをつらぬいての生き方を問うのがホリスティック医学なら、病院の中に留まっていたはいつまでたってもホリスティックは成就できない。よし！病院の外に出よう、とばかりに設立したのが楊名時太極拳 21 世紀養生塾である。2000 年 5 月のことである。50 人の生徒を募集して、楊名時太極拳をいっしょに舞い、養生の基本を講じて半年で卒業である。内なる生命場のエネルギーを高めながら、これを溢れ出させ、地球の場のエネルギーの向上に貢献する人材を一人でも多く世に輩出させようとするものである。設立 6 年を経て、まだまだ未熟ながら軌道には乗ってきた。これからが楽しみである。

4 おわりに

統合医学へと向かう世界の潮流は最早抗い難いものといつてよいだろう。これは医療の歴史から見ても必然性のある潮流であるとともに、ホリスティック医学を追い求める者にとっては新しく切り開いた登山ルートのようなものである。道は遠くともこの道を進むしかないのである。

日暮れて道遠し。しかし決して悲観はしていない。なぜかという、この道そのもののなかに直観、躍動、歓喜が内在しているからである。目標に向かって歩を進めること自体がホリスティックなのである。

引用・参考文献

- 1) J.C. スマッツ：ホーリズムと進化，石川光男ら訳，玉川大学出版部（2005）
- 2) 植田 敦：エントロピーとエコロジー，ダイヤモンド社（1986）
- 3) アーロン・アントノフスキー：健康の謎を解く，山崎喜比古ら訳，有信堂（2001）
- 4) H. ベルクソン：哲学的直観，三輪正訳，中央公論新社（2005）
- 5) 安保 徹：未来免疫学，インターメディカル（1997）

特 集

EBMとNBMとを統合するイメージスクリプト概念

Image-script Concept Bridging between EBM and NBM

宗像 恒次

Munakata Tsunetsugu, Dr H Sc.

要 旨

治療者が生物医学的枠組みから専ら見てきた治療過程と、患者の生活世界からみている治療過程とを統合しようという試みが今日求められている。しかし、それを統合出来る基礎的な概念がないため、その統合がうまくいっていないのが現状である。そこで、本稿ではその統合のための基礎概念を提案しようとしている。すなわち、患者の生活世界は本人が自らの生活環境を過去の記憶にもとづいて知覚し、解釈した世界である。本人によって過去の嫌悪系記憶をスクリプト（脚本）として、生活環境が知覚されると、ストレスが生まれる。反対に、報酬系記憶をスクリプトとして知覚されると、ウェルビーイングとなる。とりわけ、生活環境を知覚するとき、自己知覚のための記憶が重要になる。自己知覚は自己についての視覚記憶や聴覚記憶ばかりでなく、味覚、バランス感覚、体性感覚記憶などからなる自己イメージ記憶がスクリプトを構成する。自己イメージスクリプトは、自己イメージを構成するすべての感覚野皮質細胞と辺縁系細胞間のシナプス結合をもつ脳神経活動パターンであり、それは気分、神経、免疫、内分泌、遺伝子発現を通じて身体全体をコントロールするものである。

本稿では、自己についての嫌悪系記憶をつくりだす否定的な自己イメージスクリプトによる生活環境認知が酸化ストレスを生み、生活習慣病につながる考え方を述べる。また、その否定的な自己イメージスクリプトの変容を促す方法についても言及しようとしている。

キーワード：記憶（memory）イメージスクリプト（image-script）生活習慣病（lifestyle related disease）
イメージスクリプト変容（image-scripts change）

1 はじめに

証拠にもとづく医療、すなわち EBM（Evidence Based Medicine）の実施は当然であるとしても、現状のように厳密な自然科学的方法に耐えないものは一切用いないとすると、病態改善を部分的におこさせる効果があっても、副作用も強い方法になり、かえって生命力全体のバランスを失いやすかったりする。またそれは対症療法であっても、根治療法にならないものが多いので、病気が慢性化したり、症状転移し、近年、有病率が劇的に増える結果を招いている。

この結果、治らない病苦を主たる理由とする自殺者が毎年3万以上となり、この8年間で24万人を超えている。また医療費が国民経済をかなり圧迫するものになっている。

こうして、がん、糖尿病など生活習慣病や精神疾患の治療に役立つ EBM の治療法がないため、最近心療内科、精神科が中心になり、ナラティブ（語り）にもとづく医療、すなわち NBM（Narrative Based Medicine）が叫ばれるようになってきている。

患者の語る物語や主観性を尊重する医療は、患者の満足度 QOL が促される治療法である。といって証拠のない治療法を人の命に係るものに使うことを許されず、EBM と NBM を統合する医療システムが強く求められるところである。

筆者は、たとえば生活習慣病でいえば、特定の環境に対しストレス認知を促す自覚、無自覚な嫌悪系記憶が、交感神経緊張症や好中球増多による活性酸素・フリーラジカルを促し、細胞膜、粘膜、たんぱく質、遺伝子を損傷させ、また免疫異常や内分泌

筑波大学大学院人間総合科学研究科

Graduate School of Comprehensive Human Care Sciences University of Tsukuba

連絡先：

〒305-8577 つくば市天王台1-1-1 D511

Building D511 1-1-1 Tennoudai, Tsukuba, JAPAN 305-8577

E-mail : munakata@taiiku.tsukuba.ac.jp

異常をもたらし、疾患形成しているものと考え。筆者らには、患者の持つ嫌悪系の顕在的記憶、潜在的記憶の自覚を促し、その記憶の意味の変更により、ストレス認知を軽減、解消させ、血液検査や心理検査にもとづく治療効果の証拠を得ている臨床実践がある本稿は、それにもとづいてEBMとNBMを統合するキー概念を提言しようとするものである。

2 イメージスクリプトとは？

人は、記憶にないものは知覚すらできない。あなたの周りの環境にあるものがすべて記憶にないなら、重症な認知症のように、そこにいてだけで混乱するばかりである。人は、すべて過去の記憶にもとづいて物事を知覚し、解釈し、予期している。たとえば、私たちは、「地球は自転している」という知識と、地平線に太陽が隠れる姿を見た体験からなる記憶を持っているから、地球がゆっくり自転しているかのようなイメージを描くことができる。

シャンクとエイベルソンは、対象を認知するための記憶としての知識や経験を「スクリプト」と呼んだ。2人は、スクリプトを知識と経験にもとづいて、「因果的、時間的に順序づけている一連の目標指向行為についての一般的な知識構造」と定義している。たとえば、レストランに入ったら、通常、人は、「メニューを見る→注文する→料理が来る→食べる→お金を払う」といった一連の動きを予想・期待する。その期待（予想）される一連の動きの枠組みをスクリプト（脚本）と定義したのである¹⁾。

私たちは、常にこのスクリプトの影響下で物事を理解せざるをえず、今という現実を見ているようで、実は自分の過去を見ていたり、あるいは他者の持つ

スクリプトを用いて知覚している。

たとえば、あるカウンセラーの女性は、クライアントの言葉をそのまま受け止めることができないという悩みを抱えていた。子どもの頃に、母親から「人の言葉には裏がある」と聞かされて育った経験がスクリプトになり、カウンセラーとしてクライアントに対するときでさえ、言葉の裏を探ろうとする行動を止められなかった。

一般の心理学で用いられるスクリプト (script) が主に言語的な「視聴覚物語」であるのに対し、筆者は視聴覚だけでなく、嗅覚や味覚、体性感覚、バランス感覚などまで含む、すべての感覚野から入力された「感覚情報」と、悲しい、楽しい、怖いなどの扁桃体で記憶され、価値評価を生み出す「感情情報」や、その二つから出力される「行動情報」の物語からなるイメージスクリプト (image-script) 概念を用いている²⁾。

たとえば、子どものころに家族で食卓を囲み、おいしいものを一緒に味わった舌の感覚情報は、脳に送られ、安心という感情情報となって記憶される。メンタルヘルスが極度に低下しているある女性は、この家族団らんの記憶が欠落していた。家族とともに食した、おいしかった、楽しかったという過去の感覚や感情や行動の記憶情報は、私たちの研究によれば自己価値感 (self-esteem) の高さとは強く相関し、一般に考えられている以上にメンタルヘル스에大きな影響を及ぼす³⁾。

イメージスクリプトは、主としてこのような感覚情報や感情情報を含めたエピソード記憶の集積によって構成されており、その結果として「特定の刺激に対する感情や心の声や感覚からなる一般化された行動出力や身体出力のパターン」をつくりだす (図1)。

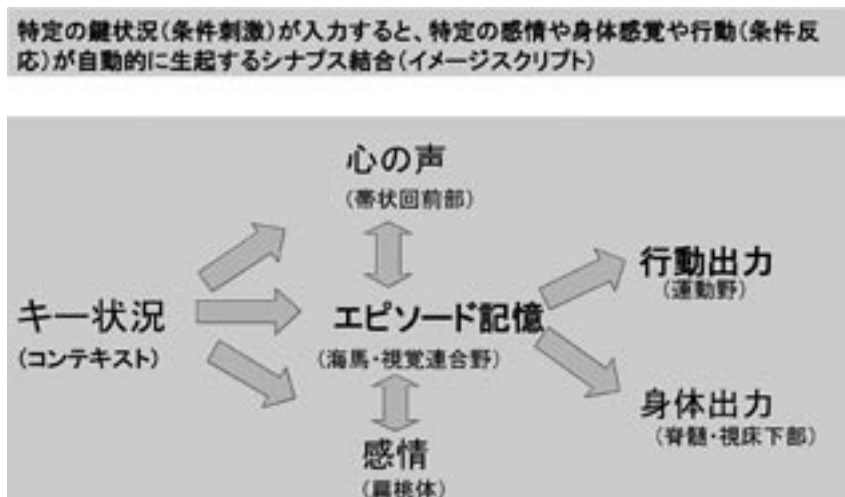


図1 コンテキスト条件付けによるイメージスクリプト形成

たとえば、恐怖感が強く、強迫性障害やパニック障害などがあるために、引きこもり行動をとる子どもの過去を、「イメージスクリプト」を手がかりに検討していくと、多くの場合、どうしよう、助けて、怖いよ、アーアーなどという心の声を伴う、恐怖感や孤独感の感情をもち、またスキンシップ不足という皮膚感覚記憶などがスクリプトの構成要素となっていることがわかる。しかも、大抵は、その母親も、さらにその親も、同じスキンシップ不足のイメージスクリプトを持っている。こうした世代を超えて伝達された問題の因果関係は、特定の刺激に対する感覚や感情や行動出力の物語である「イメージスクリプト」でなければ解き明かすことは難しい。

人は誰でも、過去の記憶からつくられた自分についてのイメージスクリプトを持っており、それに添う自分の刺激や感情や行動を決めているところがある。ある女性は、子どものころに父親に冷たくされたときのエピソード記憶が彼女のイメージスクリプトをつくりだしていた。すなわち、ある女性には「いつも孤独で、見捨てられる緊張の強い自己」というイメージスクリプトがある。その父のカウンセリングでわかってきたことは、そのころ浮気をしていたので後ろめたい気持ちがあり、娘の顔をまっすぐに見ることができなかったようなのだ。しかし、幼い子どもにそんな事情がわかるはずもない。

自己イメージスクリプトは一度でき上がると、容易に書き直しがきかず、自己に関わる感覚・感情・欲求・行動に影響を与え続ける。また、この女性のような否定的な自己イメージスクリプトは、環境刺激を改善し、ストレスを軽減することはない行動出力（行動症状）や身体出力（身体症状）をつくる悪性ストレスを絶えず生み出し、それが病気をつくり

だし、それがまた否定的な自己イメージスクリプトをつくりだすイルネスサイクルの悪循環をつくり出す⁴⁾。これを良性ストレスの生み出すウェルネスサイクルの良循環へとシフトしていくためには、自己イメージスクリプトを肯定的なものに変えていく必要がある。

3 自己抑制型の自己イメージスクリプトをつくる嫌悪系記憶

SAT 法では、カウンセリングを始める前に、クライアントのトラウマ記憶に起因するイメージスクリプトを知るためのチェックを行う。まずは、そのなかから、ストレスを蓄積しやすい「自己抑制（イイコ）度チェック」取り上げてみよう。これは日本人にとくに強く見られる自己イメージスクリプトであるが、度合いが強すぎる人はストレスで、問題や病気をつくりやすい。

< 自己抑制型の自己イメージスクリプト >

自己抑制度チェックの点数が7点以上の人、自己抑制型、つまりは“自分殺し”の否定的な自己イメージスクリプトを持っている可能性が高い(図2)。チェック項目の背後に「不安」や「恐怖」などの感情があり、たとえば、「小さい頃に親に叱られて押入れに閉じ込められたが、母は助けてくれなかった」などといったような「見捨てられる恐れ」や「自己否定の恐れ」のある嫌悪系感情がある。自己抑制型は、自分の親の話は聞いてきたが、自分の話は親に聞いてもらえない記憶が関係している。こうした記憶は、周囲の顔色をうかがう「イイコ」を育てることになる。“自分殺し”は、日本人の特徴とも言える行動特性で、すべての年代において都市部の80%

日頃のあなたの気持ちや考え方についてお聞きします。
あてはまる項目に○をつけて、その点数を加算して下さい。

チェック項目	いつもそう	まあそう	そうではない
1. 自分の感情を抑えてしまうほうだ	1	2	3
2. 思っていることを安易に口に出せない	1	2	3
3. 人の顔色や言動が気になるほうである	1	2	3
4. つらいことがあっても我慢する方である	1	2	3
5. 人から気に入られたいと思う	1	2	3
6. 人の期待に沿うように努力する方である	1	2	3
7. 自分の考えを通そうとする方ではない	1	2	3
8. 自分らしさがないような気がする	1	2	3
9. 人を批判するのは悪いと感じる方である	1	2	3
10. 自分にとって重要な人には自分のことをわかってほしいと思う	1	2	3

合計点数
点

図2 自己抑制度（イイコ度）チェック表

以上、郡部では90%以上が7点以上という調査結果を得ている⁵⁾。

また、自己抑制度が高くなるほど、やはり高うつ群になりやすく、筆者がこれまで扱ったうつ病患者はまず15点以上である。自己抑制度が15点以上という要因は、執着気質に加えて、うつ病を発症するリスクのひとつの要因があると見てよい。

4 自己イメージスクリプト変更に必要な4つのステップ

ストレス耐性のある、すなわち自分を生かす生き方に切り替えていくためには、自己イメージスクリプトをそれまでの否定的なものから肯定的なものへと書き換える必要があるのだが、容易に書き換えることはできない。それを可能にするSAT法の原理と具体的な技法を解説する。

否定的な自己イメージスクリプトが引き起こす悪性ストレスは、大きく分けて2種類の刺激によって誘発される。ひとつは声や音、温度、湿度、臭い、空間など恐怖の条件付けをされた「キー信号」によって、もうひとつは、「大事な場面で捨てられる」などといった「キーコンテキスト（脈絡）」による刺激である。前者は扁桃体を介して、後者は海馬を介して入力されると考えられる。

扁桃体には10数個の神経核があり、これを刺激すると、あるものは怒り、恐怖、悲しみ（嫌悪系）の、あるものは喜び（報酬系）の情動反応を起こす。扁桃体が感情の発電装置と呼ばれるのはこのためで、その感情は、どの神経核を刺激したかによって決まる。たとえば、外側核や基底核あたりを刺激すると怒りが、腹内側部を刺激すると恐怖が起こる。扁桃体の興奮を抑えるには、これら嫌悪系部位を刺激する信号をOFFにして、喜びや安心など報酬系の情動反応をする部位を刺激する信号を送るようにすればよいわけである。

扁桃体の嫌悪系の部位を刺激するキー信号やキーコンテキストが想起させるイメージは、脳神経回路の伝達パターンである。この脳神経活動パターンが嫌悪系部位ではなく、快感などの情動を起こさせる報酬系部位を刺激する信号になるようにするのである。

脳神経活動パターンは、ニューロン（神経細胞）とニューロンがシナプス結合することによって形成される。この神経細胞には樹状突起と呼ばれる情報の入力機能を持つ数千もの突起がついているが、出力は軸索が1本あるのみ。「嫌悪系イメージ（スト

レスの原因イメージ）」より強い刺激の「報酬系イメージ（治療イメージ）」を入力してやれば、扁桃体の嫌悪系部位を刺激する信号はOFFになり、報酬系部位を刺激する信号をONにすることができる。

また、脳神経活動パターンは、長期増強といって、繰り返し形成されることによりシナプス（神経細胞と神経細胞の結合部）結合はより強固になっていく。そのため、癒しイメージを繰り返し入力していくうちに、トラウマイメージは薄れ、解消していく。

トラウマといえば、さまざまなショッキングな体験に遭遇することによってできた心の傷であり、その傷が時間の経過によって癒されることなく、その人の心理状態や精神の働きに著しい障害を引き起こしているもの⁶⁾という心理学的定義や、天災、事故、テロ、戦争など、自分や他者の死を体験することによる心的外傷後ストレスという精神医学的定義が一般的である。だが、精神医学では接死体験をトラウマと定義しているものの、胎内期や周産期の接死体験は含んでいない。また、心理学で言う「ショッキングな体験」も胎内期や周産期の接死体験を考慮に入れておらず、まして、前世代から伝達された潜在記憶をトラウマとは認めていない。

これに対して、SAT法が定義するトラウマは、これらすべてを含む。自分であれ、世代間伝達したものであれ、本当に愛されるべきときに愛されなかったり、人からどう思われようとも自分を守るべきときに守れなかったり、愛すべき人を無条件に愛せなかったという心の本質的欲求を充足できなかった、過去の未解決な嫌悪系記憶のことである。その顕在的記憶や潜在的記憶は、過去と状況の似た現在にも置き換えてこだわりをつくり出すイメージスクリプトとなり、身体的、行動的、精神的な問題をつくる⁷⁾。

そこで、トラウマを癒すイメージとは、SAT理論にもとづけば、心の本質的欲求である「人に愛されたい」「自分を愛したい」「人を愛したい」という3つの愛の欲求が満たされるイメージであるが、イメージ療法によってこれらすべてを満たすためには、4つの癒しイメージが必要である（図3）。「トラウマ回避イメージ法」では、トラウマをつくり出した原因イメージを、Q1「周りの無条件の愛」によって回避し（「人から愛されたい」欲求の充足）、Q2「自分の力」で回避し（「自分を愛したい」欲求の充足）、さらに、実際の記憶はトラウマ（嫌悪系記憶）を回避できなかったものの、Q3「周りの無条件の愛」によって癒される（人から愛されたい欲求の充

Q1. その光景の時間から、時間を過去にもどし、まわりが無条件に配慮してその光景を回避するには、どの位時間を戻せばいいですか？ひらめいた時間はどのくらいですか？（必要あれば、親の子供時代に戻してもよい）周りが無条件に配慮し、回避できるよう、戻した時間から開始して映像をつくってください。映像を作って安心することが出来たら、Q2に移り、そうでないときは、もう一度映像を作り直してください。

Q2. その光景を自分の力で回避するにはどのくらい時間を戻し、どうすればよかったですか、ひらめいた方法を映像化してください。映像をつくってよい感情になったら、Q3に移り、そうでないときは、もう一度映像を作り直してください。

Q3. 実際は、その光景が回避できなかった訳ですが、周りが無条件にどうしてくれれば、心や魂が救われますか、ひらめいた方法を映像化してください。映像を作ってよい感情になることが出来たら、Q4に移り、そうでないときは、もう一度映像を作り直してください。

Q4. 周りがどうであれ、開き直って、自分の力でなんとかしてでもその危機を克服するにはどうすればよかったですか、ひらめいた方法を映像化してください。映像を作って自信のある自分になることが出来たら、Q5に移り、そうでないときは、もう一度映像を作り直してください。

Q5. Q4の映像化するような自分が過去にあり、それをその後Q4でしたような行動をいつも実行している自分であると、いまどのような自分になっていますか？

図3 ト라우マ回避イメージ法（©宗像恒次）

足）イメージに変更していくが、これだけでは一時的に癒されはしても、キー状況に遭遇すれば再びトラウマをつくり出す。Q4の「周りがどうあれ、自分の力でその危機を克服する」という実際の記憶の自己報酬系イメージへの変更がぜひとも必要なのである。

このように①トラウマを周りの力で予防（回避）、②自分の力で予防（回避）、③トラウマを事実として受けとめ、周りの無条件の配慮で心を癒し、④トラウマを事実として受けとめ自分の独力で克服、という4つのステップを経て、人は初めて深い癒しとともに、過去からの再学習によって二度と同じトラウマをつくり出さないという自信を回復することができる。

前述の原理に当てはめるなら、①②はトラウマ回避イメージによって扁桃体の報酬系部位を刺激する電気信号をONにし、③④はトラウマ（嫌悪系記憶）から再学習して肯定的なイメージスクリプトを構成する想像記憶をつくり、扁桃体の嫌悪系部位を刺激する電気信号をOFFにしていると見られる。

自己抑制制度の自己イメージスクリプトで、「自分の感情を抑えてしまうほうである」の「いつもそう」に○をつけた人でも、「トラウマ回避イメージ

法」での4つのイメージ変更により、「そうではない」自分のイメージに変わる瞬間を体験できたのではないだろうか。自分は感情を抑えるほうだというのは、単なる思い込みにすぎない。それが、自由な生き方を規制するこだわりをつくり出しているのだが、その思い込みやこだわりが消えてしまうのは、トラウマ（嫌悪系記憶）に伴う嫌悪系感情そのものをOFFにしてしまうから、と考えられる。

5 生活習慣病をつくるさまざまな自己イメージスクリプト

強い自己抑制心には、主に見捨てられる恐れ・怖さや、あるいは過去の課題・危機を乗り越えられなかった無力感や自己否定感がある。それにもとづいてつくられた支援訴求ができず、自分を犠牲にしやすい自己イメージスクリプトは、悪性ストレスをつくり出し、交感神経緊張症や、好中球増多症をつくり、体内に大量の活性酸素を発生させ、細胞膜やDNAを傷つけ、潰瘍を形成したり、動脈硬化症や悪性腫瘍をつくり出す原因イメージとなっていると考えられる。

胃がん術後患者82人（男性50人、女性32人、

進行がん 29%、早期がん 71%)を調査したところ、「自己抑制度」は平均 10 点で強であった⁸⁾。また、ほかにも、身体化ストレスをつくりやすいものとして「感情認知困難」、「問題回避」、「自己憐憫」、「自己解離」などいくつか共通する自己イメージスクリプトが抽出されている。

<感情認知困難型の自己イメージスクリプト>

生活習慣病患者やうつ病者のなかには「感情認知困難」の傾向があり、本当は怖いはずなのに、怖いという感情を表面に出さない人がある。それどころか、死を目前にして安心したような表情をしている人さえいる。以下のような項目からなる「感情認知困難尺度」の点数が 10 点以上の人は、感情認知困難の傾向が強い。たとえば、感情的になる自分が恥ずかしいほうである。人に弱音を吐きたくないほうである。自分の感情や気持ちがわからなくなることがある、など 10 項目⁹⁾。

感情認知困難度が強い人は、人生の危機というときでさえ、人の助けを訴求できず、自分の感情をモニターしないでひとり孤独に頑張るところがある。その原因として考えられるのは、3 歳頃までの幼少期に母親に十分に甘えられなかったスキンシップ不足の感覚。これに思いあたらなければ、母親がスキンシップ不足で育ち、その母親から愛情飢餓感が伝えられている可能性がある。スキンシップ不足で育った人は我慢強いという特徴がある。もしも母親がそうであれば、愛着障害の世代間伝達と見ることができる。

感情認知困難度は、本人または両親、あるいはその両方が、3 歳以下の頃に十分に親に甘えられたイメージをつくることで点数を下げるができる。たとえば、親に抱っこされて童話を読んで聞かせてもらう、頭をよしよしとなでてもらい、子守歌を歌ってもらう、耳掃除をしてもらう、膝枕をしてもらう、うたた寝する、あるいはでんぐり返しをして遊んでももらったり、肩車をしてもらう……。胎児期なら、お腹をさすってもらったり、お腹の中の自分に声をかけてもらったり……。感情認知困難度が強い人は、具体的にはこのような親の愛と温もりを肌で感じられる体験イメージ記憶が不足しているのである。

<問題回避型の自己イメージスクリプト>

「問題解決型行動特性尺度」の点数が 6 点以下で、重大事に直面しているにもかかわらず、超プラス思考して、問題を直視するのを回避し、また、問題を解決する能力も低下している。そして問題回避の度合いが強い人ほど抑うつ高群が多い⁹⁾。

以下のような項目からなる尺度の各項目の回答が「NO」の場合は、問題回避の傾向が強い。

- ☐何事も事実を確認しながら判断していくほうである→「NO」
 - ☐「なぜそうなるか」と物事の原因や背景を考えるほうである→「NO」
 - ☐新しいことに取り組む前に見通しや計画を立ててみる→「NO」
- など 10 項目

問題解決のために必要な誰もが当たり前のようにするこれらの行動をしていない、あるいはできない。その背後には不安などの感情があり、恐怖感の世代間伝達がある。幼い頃、両親や家族の仲がよくない、などが背景にあることが多い。

いずれも自分の力ではどうにもならない無力体験であり、そのため、たとえば職場などでトラブルが起これば、その責任者として周囲から非難されるようなことがあっても、「大丈夫、心配ない」と何事もなかったように“超プラス思考”を隠れ蓑にして問題を回避しようとするなど、問題を直視しない傾向を持つ。

問題解決度は 15 点以上であれば問題はないが、糖尿病で HbA1c が 7.0 以下の場合、問題解決度が平均 11.4 で、HbA1c が 7.1 以上と、より血糖値の管理が悪い人の場合、問題解決度が平均 8.1 と統計学的に有意に低い¹⁰⁾。

<自己憐憫型の自己イメージスクリプト>

自己抑制度、感情認知困難度、問題回避度のいずれもが強く、辛くとも頑張っている状態が長期間続くと、自分を憐れみ、逃避の行動によって自らを癒そうとする。自己抑制、感情認知困難、問題回避と同じ生育背景がある。自己憐憫度は以下の「自己憐憫度尺度」で計ることができ、9 点以上は自己憐憫の傾向が強い。

- ☐自分がかわいそうだから、よくないことでも「いいよ」と許してしまうところがある。
 - ☐「どんなことをしても自分だけは守ってあげるからね」と思うことがある。
- など 10 項目

自己憐憫度が強い人は、ひとりで頑張っている苦しさを忘れるために、さまざまな逃避行動に走る行動特性を持っている。男性に多いのは、競馬競輪などギャンブルにのめり込んだり、家計が苦しいのに高級車を乗り回したりなど。自己憐憫度が強いと、いじめに荷担したり、困っている人を見かけても知らん顔をして通り過ぎたり、また不倫関係にも陥りやすい。

自己憐憫度の点数が高い人は、ストレスホルモンであるコルチゾール値も高くなる傾向がある⁹⁾。コルチゾール値が高いということは免疫力が低下しやすくなることでもあり、口内炎になりやすかったり、風邪を引きやすかったり、アレルギー症状が出たりなど健康上のトラブルを起こしやすく、がんのほか、糖尿病など生活習慣病へと発展するケースも少なくない。

ちなみに、糖尿病の一般的な治療法は厳しい食事制限が柱になるが、自己憐憫の傾向が強い人は「これくらいはいいだろう」と際限なく自分を許してしまうため、改善は極めて難しい。食事制限より、ひとりで頑張っている苦しさをまずは癒すことを治療の入り口とすべきだろう。

以上のような否定的な自己イメージスクリプトがあるためにストレスを潜在化させ、身体化させやすい傾向が見られ、生活習慣病をつくり、さらにがんや脳血管疾患など終末像の疾患として顕在化するケースが少なくない。

ストレスが蓄積すると交感神経緊張が持続して、ノルアドレナリン、アドレナリン、グルカゴンを放出し続け、自律神経のバランスが崩れ、ストレスホルモンのCRH → ACTH → 副腎皮質ホルモンが大量に放出され、また、アドレナリンの受容体を持つ白血球中の好中球の比率が上昇する。好中球はリンパ球とともに免疫機能を持つ白血球のひとつだが、自律神経のバランスが崩れると、好中球とリンパ球の比率が変わることは、新潟大学の安保徹教授らによって発見されている^{11) 12)}。大量の好中球は大量の活性酸素を放出し、それが粘膜や細胞を傷つけて潰瘍をつくることもあれば、遺伝子を傷つけて悪性腫瘍や、バセドウ病など自己免疫疾患の発症につながることもある。

ところで、がんや生活習慣病など、身体化するストレスの背景には、感情認知困難度、自己憐憫度、問題回避度、自己解離度、自己抑制度などの否定的な自己イメージ脚本の背後には、本人自身や前世代から伝達されてきた、守護されなかった過去の恐怖記憶がある。

過去の恐怖記憶は「PTSS=Post-Traumatic Stress Syndrome（心的外傷後ストレス症候群、と呼ぶ10項目からなる「PTSS尺度」で計ることができる。が、それらは否定的な自己イメージスクリプトと有意に相関する。

因みに、感情認知困難度、自己憐憫度、問題回避度、自己抑制度、自己解離度などの否定的な自己イメージスクリプトや、心的外傷後ストレス症候群の

背景には、本人の胎内期・出産期・乳幼児期トラウマ、親の仲が悪い、スキンシップ不足、望まれない誕生、きょうだいや子どもの不条理死（流産・病死・事故死）、先祖や関係者の不条理死（戦死・餓死・事故死・災害死・虐待死）、親族・先祖の殺人などがあることが、私たちのSAT療法の臨床研究からわかっている⁷⁾。

6 生物進化の記憶がイメージスクリプトをつくる

フロイトは、もっぱら幼少期の心の傷に脚本を求めたが、それだけではなく、胎児期体験や、世代間伝達、生物間伝達した生命危機、絶滅危機体験が潜在記憶となり、無自覚な脚本を形成していることがある。

ひとつに、幼少期の体験のある部分は、前世代期を含む幼児期以前の潜在記憶を再体験している可能性があるのだ。その潜在記憶の実在性の真偽は確かめようがないが、退行催眠法を用いて、幼少期の体験形成の下敷きとなっている胎児期や前世代期の記憶イメージを変えることで、その脚本としての影響力を消去できるのである。

また、認知にかかわる新皮質脳（霊長類脳）活動ばかりが脳の活動ではない。扁桃体や海馬、帯状回などがある辺縁脳（哺乳類脳）もあれば、間脳や延髄からなる脳幹（魚類、両生類、爬虫類脳）もある。人間の脳は、これら3つの脳が進化の過程で継ぎ足されてできている。現代の機械文明では、言語や認知的評価に必要な新皮質脳が偏重され、スキンシップや快感の充足を求める辺縁脳や、生命としての安全感を求める脳幹の存在が軽視されがちであるが、だからこそ、辺縁脳や脳幹にかかわるイメージ療法が必要になってきていると言うことができる。

うつ病、躁病、過食症、アルコール・薬物依存症、対人恐怖症、ボーダーライン・パーソナリティ障害、引きこもりなどの根治療法のための心理療法は、常識的にみて長期になるし、また困難を極める。むしろ心理療法は、無力というほうが真実に近いだろう。なぜなら、それらの問題を持つ人々は、自分自身や自分の親や治療者を含め、人間自身に対する、また人間関係に対する潜在的、根底的な不信感をもっているからである。そのため、彼らは家庭でも、職場でも、学校でも、治療の場でも、あらゆる人間的環境に対し、病的にストレスを感じてしまうのである。

また、がんや心身疾患など重症な身体疾患に対する心理治療も、限界がある。過去世界の50年間の心理療法のうち、ストレスマネジメント、自己開示、

リラクゼーションなどの免疫反応への効果のメタ分析によれば、再条件づけ、催眠療法を除けば、効果のある一致した結果をえられていない。心身問題は、心理療法で単に認知を変えるだけで治療できるような大脳皮質レベルの問題だけではない。心身問題は呼吸、心拍、血圧などにかかわる脳幹レベルや、また情動や本能がかかわる大脳辺縁系レベルでの脳神経活動パターンの問題であるからである。

SAT 療法は、構造化された胎児期退行催眠法を用いて、人の時代を何十世代遡って、世代間伝達してきた嫌悪系記憶を取り上げ、そのトラウマイメージを癒し、またそのトラウマを克服するイメージにつくりかえる。その結果、現在の問題を克服できる仕方を過去の時代で再学習して、イメージスクリプトを変えてきた。イメージスクリプトの変容をすることで、問題を持つ人が、環境を認知する仕方を変え、環境適応力を高め、問題克服の支援をしてきた。これによって、これまでの心理療法の限界を越え、かなり困難な心身問題の克服に成果を報告できたと思う^{7) 13) 14)}。

しかし、これまでの SAT 療法は、霊長類目真猿類ヒト科ヒトを信頼する方法である。ヒトの顔を持つものに対する根底的な不信感や恐怖感が条件づけられているケースの場合、治療的限界をもつ。ところが、今日ヒト自体に不信感を持つヒトが実に増加しているように思える。引きこもり、ニートなどにみられるよう、人間不信があり、対人恐怖やパニック症状があり、うつ、自己否定感が強く、外出できず、昼夜が逆転しているケースが多くなっている。霊長類の特徴としての前頭連合野がうまく使えず、夜行性の動物となり、さらにはまったく身体が動かせず、無脊椎動物のように寝るほかにないよう退行しているケースも少なくない。後で紹介する事例が示すように、それらのケースでは、まず朝起き、外出するというリハビリが必要になってくるところまで退行している。おそらく、ハードとしては霊長類のヒトとしての身体があっても、心理的に退行し、胎児期退行にとどまらず夜行性哺乳類、爬虫類、両生類、軟体動物へと限りなく退行し、ソフトとしての脳神経活動の働きはそれらの動物の動きしかできない状態になっていると考えられる。

7 進化遡及イメージ法による心理的治療

そこで、最近の SAT 技法として、ヒト類以前まで退行催眠をさせる進化遡及イメージ法の技法が使用され、これまでの限界を越える効果が出てきてい

る⁹⁾。胎内期で、ひとつの受精卵から卵割を繰り返して、多細胞となり 60 兆までになり、成人となるが、その成長にはかつてのすべての進化の過程が辿られるといわれる。進化遡及イメージ法は、ヒト類(新人、旧人、原人、猿人)時代から進化の過程を遡り、猿類→哺乳類→爬虫類→両生類→魚類→無脊椎動物→単細胞→原始生命→有機体→宇宙の時代へと時間遡及して治療するイメージ法を用いるが、うつ病、過食症、パーソナリティ障害、引きこもりなど、根底に人間不信があるために困難になっているケースに治療効果をあげている。そのような治療困難なメンタルヘルス問題ばかりでなく、難治性の心身疾患の治療にも効果をあげている。治療回数は 1 回～数回ですみ、一回当たり時間 60 分間のため、費用負担があまりかからないという、夢のようなイメージ療法が試行されている。

進化遡及イメージ法はこれまでのように、私たち真猿類ヒト科ヒトを前提とするイメージ変換ではない。ヒトの脳は、霊長類脳、哺乳類、爬虫類・両生類・魚類脳より成り立っていることは述べたが、進化遡及イメージ法は、哺乳類脳としての辺縁系に遺伝的に記憶されると考えられる哺乳類の生命危機トラウマや、魚類・両生類・爬虫類脳としての脳幹に記憶されると思われる爬虫類、両生類、魚類時代の生命危機トラウマ、細胞に記憶されるとおもわれる単細胞(真核細胞・原核細胞)の生命危機トラウマなどを、扱うと考えられている。その生命危機トラウマ記憶は、損害回避気質(不安の遺伝子・セロトニン受容体 5-HTTLPR 遺伝子)や、執着気質(報酬不全の遺伝子・ドーパミン受容体 D2R2 遺伝子)という DNA の形で存在していると考えられる。

進化遡及イメージ法は、呼吸、心拍、血圧など脳幹反応パターンや、情動や本能などの辺縁系反応パターンや、細胞の反応パターンの問題を扱うため、心身疾患やがんの治療にかなり有効である症例を得ている。これからさまざまな人の協力を得て、多様なケースに適用して、さらに発展させたいと思う。

ここで、進化遡及イメージ法の適用例を紹介しよう。20 歳代の男性は、大学生時代に教室でパニックとなり、動悸がひどく、学校にいけなくなり、家に引きこもるようになった。その後、パニック障害、うつ病と診断され服薬していたが、回復せず、再養育イメージ法や前世代イメージ法の SAT 療法を受け、回復を示した。その後、SAT 療法で自己決定したように、学校をやめ、就職することになった。が、情報処理の仕事ができたので上司に認められ、上司の期待が高くなり、うまく断れず、それから眠れな

進化遡及イメージ法〔VER2〕の凡例
(うつ病、昼夜逆転し、引きこもり状態、20歳代、男性)

Q1. あなたはどのような自分になりたいのですか？人の評価はどうあれ、自分が満足できるような自分になれるような自己イメージを目標にしてください。

普通に仕事したい。不安を感じない自分でいたい。今そうなれる自信度 0% → 目標自信度 80%

Q2. 目標とする自己イメージになることを妨げている気持ちや感情は、色や形で表すとどのような色や形ですか？次に、目を閉じてください。その色合いや形を思い描くと、あなたのからだ（頭が締め付けられる、肩が張る、心臓どきどき、呼吸が浅い、身体の硬直など）はどのように感じるようになりますか？

色や形 黄土色をしていて、四角形 → 身体症状 胸が押しつぶされる、息が苦しい

Q3. (カウントダウンする) 目を閉じたままで、周りが子宮の壁で取り囲まれる胎内のイメージを作ってください。その中に胎児としての自分がいるとして、そのような色や形や身体症状を感じると、胎内は温度（暑い、冷たい）、色（暗い、明るい）、子宮壁（壁迫る、壁遠い、壁ゴツゴツ、硬い）、身体感覚（呼吸苦しい、身体硬い）などはどのように変化してきますか？

では、本当はその胎内イメージはどのようなものになりたいですか？

胎内イメージ 冷たい、息が苦しい、子宮壁の圧迫感 → 望む胎内イメージ のんびり、あったかい、ラク

Q4. 望む胎内感覚になるために、ヒト類の進化の過程を遡り、猿類→哺乳類→鳥類・爬虫類→両生類→魚類→無脊椎動物→単細胞（アメーバなど）→原始生命（バクテリア）→有機物→宇宙の時代へと、どこまで時代を戻し、自分や周りがどのような環境で、どのような生き方をすれば、良いと思いますか？まず遡りたい時代名を教えてください。よいイメージが作れないとき、さらに時代を遡って下さい。

単細胞時代

Q5. その時代に自分や周りがどのような環境で、どのような生き方をすればいいですか？ひらめいた映像を作ってください。すると、望む胎内イメージになりますか？

緑の浅瀬で、太陽がいっぱい当たっていて、アメーバの仲間が仲良く暮らしている → 胎内イメージ あったかく、明るい

Q6. Q3. の悪い胎内イメージにすると、いつの進化の時代にどのような問題がありましたか？またその頃の問題と、今のあなたの問題と共通するところは何ですか？では、Q5 のイメージを持つ祖先の子孫であると、問題を持つ子孫の時代のイメージはどのように変わりますか？

無脊椎動物 時代で、動けない、苦しい があった。共通問題は 苦しく、動けない
変えたイメージ → あったかく、明るく、スムーズに動ける

Q 7. Q 5.、Q6 の時代のよき映像を想起し、よい胎内イメージを持てると、その子孫としてのヒトの親や、あなたはどのような人になりますか？

親 → 穏やかで、仲がいい 胎内イメージ → よい感じ 自分 活発、自信がある〔必ず望む自己イメージと一致させる〕

Q 8. では、これからどのような自分になっていけばいいですか？ 考えないで、ひらめいたことを教えてください。またそのような自分になるために、これまでの考え方や行動をどのように変化させるとよいですか？（過去の時代の、鮮明で良いイメージを思い浮かべると、考えがひらめきやすい）

活発で元気で自信のある自分 という自分になっていきたい

たとえば、具体的には 友人と会う という考え方や行動をとるとよい （ひらめきで答える）

ステップ①朝起き、服を着る→公園に散歩に行く 実行自信度 80% 実行自信度は、ステップバイステップ



ステップ②→電車に乗る→友人との誘いを断らない 実行自信度 80% と小目標化し、最終的に 80% 以上



ステップ③→3 ヶ月後友人のいるかつてのスポーツクラブに入る 実行自信度 80% 自分自信度 90%

いようになり、会社にいけなくなった。再びうつ病と診断され、抗鬱剤を飲むが、回復せず苦しくなったので、進化遡及イメージを受けることとなった。

これまでのSAT療法と同じように、本人が自覚する悩みと同時に感じている身体症状を、一定の環境に刺激されて反応する、過去の情動記憶症状とみなす。そしてその情動記憶の原型を胎内期の感覚にあると考え、退行催眠法の中で、身体症状を胎内感覚に還元させる。母体が卵子を生成し、受精という卵子と精子という単細胞同士の共生を経て、卵割して多細胞生物（児）として誕生する際、新生児が肺呼吸に切り替えて酸化ストレスで黄疸を起こすように、両生類誕生時代に魚類が上陸し、肺呼吸を開始し、酸化ストレスで肝炎や多臓器不全を起こし、大半が死滅したと考えられるが、その生き残った種の体験と類似の体験を再現させるようである。進化遡及イメージ法は、原始生命から60兆の多細胞生物ヒトへ進化したと同様の過程を、胎内期に辿らせるものと考えている。

そして進化の過程での生命危機トラウマを遺伝的に記憶させ（たとえば前述した不安気質をつくる5-HTTLPR遺伝子など）、脳幹（魚類・両生類脳・爬虫類脳）の延髄・橋・中脳や、辺縁系（哺乳類脳）の扁桃体・海馬・帯状回前部からなる生命危機の緊張を再現させる脳神経ネットワーク・シナプス結合をつくると考えられる。

そこで、ヒトの時代から時間を遡及し、原始生命までの時代にどのような生命危機があったかをイメージとして記憶再生させられるものと考え、胎内記憶の生命危機トラウマは、過去の進化の時代の生命危機トラウマの再現とみなします。事の真偽のほどは、タイムマシンでもないとかめようがないが、この進化の過程の生命危機トラウマをさらに過去の時代に戻り、よりよい進化の条件を持った種として、再進化させる新たなイメージスクリプト（脳神経ネットワーク・シナプス結合）をつくらせることで、自分の問題解決を図る考え方や行動変容の自信度が、効果的に高まる。

進化遡及イメージ法をとると、終了後、心理尺度値が大きく変わるだけでなく、脳の状態を反映する目表情や顔表情がかなり変わる。また進化遡及イメージ法施行前後の血液検査の結果、血糖値、血圧値、血中脂肪値、好中球とリンパ球の比率や、がん抑制遺伝子発現などが飛躍的に改善され、ストレスの正常な状態を反映する値に変化することが多い⁹⁾。

またヒトと直接関係ない生物イメージを用いて本人の自己イメージスクリプトを変えるので、環境の

認知のあり方自体が変わり、環境調整療法をしなくとも、家族環境や職場環境などのヒトの生活環境刺激からの影響を比較的に受けないで、治療出来る特徴がある。

引用・参考文献

- 1) Schank, R.・Abelson, R.: Scripts, plan, goals and understanding, Hilldale, NJ, Erlbaum (1977)
- 2) 宗像恒次: イメージスクリプト, 日本保健医療行動科学学会年報, 21, 245-254 (2006)
- 3) 喜多雅子・宗像恒次: 青少年学生女子の共食体験認知が食行動と精神健康に与える心理社会的影響, 筑波大学体育研究科研究論文集 27 (2005)
- 4) 宗像恒次: イルネスサイクルとウェルネスサイクル, 中川米造, 宗像恒次編, 医療・健康心理学, 福村出版, 34-46 (1989)
- 5) 宗像恒次: 地域住民の心の健康についての縦断的調査研究報告, 厚生省科学研究報告書, 1-48 (1990)
- 6) 西澤哲: 子どものトラウマ, 講談社現代新書 (1997)
- 7) 宗像恒次 監修: カウンセリング医療と健康, 金子書房 (2004)
- 8) 前田隆子・阿竹茂・辻勝久・石川詔雄・宗像恒次: 胃がん患者における胃切除後の愁訴とセルフケア行動への自己効力感, および心理社会的要因との関連についての検討, がん看護, 9, 541-546 (2004)
- 9) 宗像恒次: SAT療法, 金子書房 (2006)
- 10) 山内恵子・宗像恒次: 糖尿病とヘルスカウンセリング, 日本保健医療行動科学学会年報, 17, 31-46 (2002)
- 11) 安保徹: 未来免疫学, インターメディカル (1997)
- 12) 安保徹: 医療が病気をつくるー免疫からの警鐘, 岩波書店 (2000)
- 13) 宗像恒次: がん, うつ病から家族を救う愛の療法, 主婦と生活社 (2005)
- 14) 帯津良一編: がんを治す在宅療法大事典, 二見書房 (2005)
- 15) Bartlett, F C, Remembering: A study in experimental and social psychology. Cambridge, MA: Cambridge University Press (1932)

口臭で悩む患者の支援： 口臭外来における全人的医療とヘルスカウンセリング

Support of Patients being Afflicted with Halitosis:
Bio-Psycho-Social Medicine and Health Counseling on Breath Clinic

村上 多恵子*,** 福田 光男*,*** 柳 千登勢*,*** 吉野 京子* 大塚 亜希子*
札幌 康之*,*** 坂井 志穂*,**** 土屋 友幸*,**** 中垣 晴男** 野口 俊英*,***

Taeko Murakami, Mitsuo Fukuda, Chitose Yanagi, Kyoko Yoshino, Akiko Otsuka,
Yasuyuki Fudaba, Shiho Sakai, Tomoyuki Tuchiya, Haruo Nakagaki and Toshihide Noguchi

要 旨

愛知学院大学歯学部附属病院では、2001年より口臭外来が開設された。臨床心理士による初回面接では、いつ頃から口臭が気になり、どう対処し、今どう感じているのかなど、病気についての「物語」を語ることを支援している（NBM：narrative-based medicine）。その後、歯科医師が症候を確認し、口臭の測定および歯科の診査を行い、evidence-based medicineにNBMを加え、生物心理社会医療モデル（bio-psycho-social medical model）の視点から治療にあたっている。

提供可能なサービスは、第1に口臭の原因となる口腔疾患の治療や歯や舌の清掃を指導し、今ここでの口臭を官能試験や機器による科学的データとして示していく「医療モデル」である。第2に癒しを含むストレスマネジメントやパーソナリティーの変容を図る支援である。口臭の不安を契機にして効果的な対処行動を回復すること、自己成長を促す「成長モデル」による医療である。カウンセリングは、日常の医療現場でのコミュニケーションスキルとして、また、心身医学的な対応が必要な場面の医療に応用している。また、ヘルスカウンセリングはコミュニケーションを通して矛盾する感情をより少なくすることである。患者の行動変容や成長を支援する技術は、医療従事者として治療的自我を育てる原動力ともなる。

本稿では、本学附属病院口臭外来における治療構造、口臭を主訴とする外来患者の特徴、および口臭外来における全人的医療（bio-psycho-social medicine）の取り組みについて述べた。

キーワード：口臭外来（breath clinic）全人的医療（bio-psycho-social medicine）

生物心理社会医療モデル（bio-psycho-social medical model）

自律訓練法（autogenic training）ヘルスカウンセリング（health counseling）

*愛知学院大学歯学部附属病院口臭外来

Breath Clinic, Dental Hospital, School of Dentistry, Aichi-Gakuin University

**愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座

Department of Preventive Dentistry and Dental Public Health

***愛知学院大学歯学部歯周病学講座

Department of Periodontology

****愛知学院大学小児歯科学講座

Department of Pediatric dentistry, School of Dentistry, Aichi-Gakuin University

連絡先：村上 多恵子

〒464-8650 名古屋市千種区楠元町1-100

1-100 Kusumoto-cho, Chikusa-ku, Nagoya, 464-8650, Japan

E-mail : alice@dpc.aichi-gakuin.ac.jp

1 はじめに

Hine MK¹⁾ は、口臭は多くの人に影響し、口臭で悩む人々に社会的あるいは心理的な障害をもたらすことを指摘している。近年、生活環境における清潔志向が高まるにつれ、体臭や口臭に対しても「無臭であること」を求める人が増えてきているといわれる^{2) 3)}。こうした社会的背景もあって、多くの歯科大学や歯学部の付属病院で口臭患者を受け入れる診療科が増えてきた。しかし、その受け入れ態勢や治療の枠組みは様々である。口臭を主訴とする患者の訴えは、身体症状から精神症状まで幅広いが、対

応するのは、通常歯科医師である。また、口臭科を標榜する母体も、口腔外科、口腔衛生科、歯周病科と異なることから、その対応も歯周病由来などの病的な口臭のみを対象としているところ、自臭症も受け入れているところなど様々である。

実際、口臭外来の受診者は、明らかな病的口臭があり、他人や家族から口臭を指摘されて来院するケース、相手の態度や仕草から口臭の不安を覚えて来院するケース、実際の口臭が無くとも口臭があると確信して来院するケースなど様々である。ケースによっては、口腔清掃指導⁴⁾、歯周病治療⁵⁾、う蝕治療、残根の抜歯といった歯科の対応で口臭が改善すれば、「口臭が気になる」悩みも改善する。一方、それとは別に、歯科的な対応のみでは不十分であり、カウンセラー、臨床心理士や精神科医などとの連携も必要になってくることがある。しかし、こうした判断を初診の段階でするのは、実際困難であることが少なくない。しかし、初診のできるだけ早い段階でおおよその目安をつけておくことは、その後の対応の参考となり重要である。口臭を主訴とする患者の不安がどこにあるのか、それにより何をどう悩んでいるのかなどの理解を治療者も知っておくことが望ましい。疾患を治療するだけでなく、病気（口臭の悩み）を持った人間に対応する視点が重要である。口臭の悩みの解決には、患者の生物学的側面（bio-）と同等に、心理面、社会的側面（psycho-social）など、その人を取りまく環境を幅広くとらえながら支援していく全人的医療の視点が大切になる。

焦点を医療者側に当ててみると、治療者の人間としてのあり方は、患者のケアや治療に影響を与える。治療的自我とよばれるもので、治療者の存在そのものが治療力とでもいえる能力である。患者の話にどれだけ耳を傾けられるか。患者の幸せを願えるか。患者の思いに共感できるか。こうした能力は、教育訓練による効果が大きい。歯科教育においては、OSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力）やPBL（Problem Based Learning= 問題基盤型学習）チュートリアルが始まったところであり、今後の成果が期待される。本稿では、本学附属病院口臭外来における治療構造、口臭を主訴とする患者の特徴、および口臭外来における心身医学的取り組みについて述べる。

2 本学附属病院口臭外来における治療構造

愛知学院大学歯学部附属病院では、2001年1月より、特殊外来の一つとして口臭外来が開設された。

2006年5月までの約5年で1266名（男性414名：女性852名）の患者を診療してきた。現在、2名の臨床心理士による初回面接をもとに5名の歯科医師が診療に当たっている。

口臭外来における治療の流れは図1に示す通りである。カウンセリングの活用にあてて示したものが図2である。口臭外来に来科した日にまず問診票への記入から行っている。問診票（表1）は、川口ら⁶⁾、八重垣ら⁷⁾のものを参考に、一部改変したものを用いている。口臭を意識し始めたのはいつからか、口臭に関して他科受診したかどうか、口臭に気づいた理由、口臭を意識するとき、口臭のために困っていること、口臭を減少させるために行って

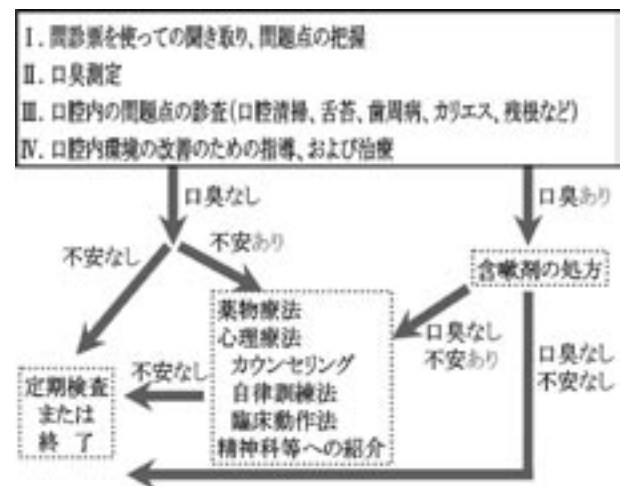


図1 愛知学院大学歯学部附属病院口臭外来における治療の流れ

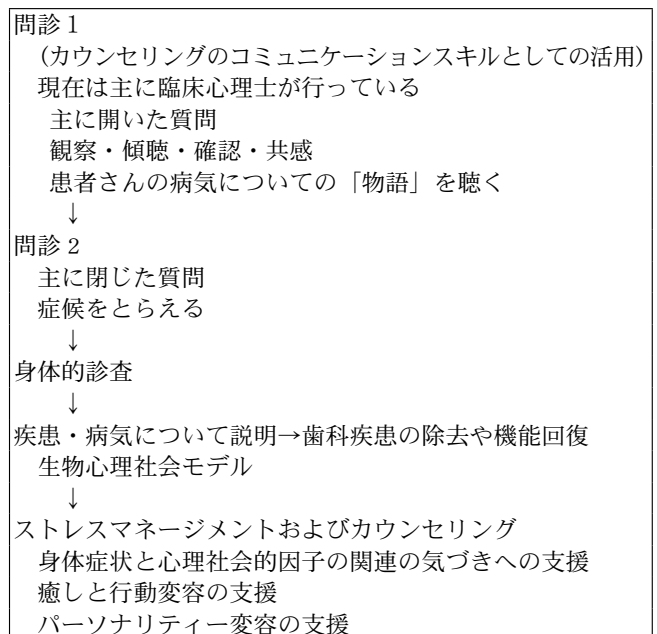


図2 愛知学院大学歯学部附属病院口臭外来におけるカウンセリング活用の流れ

表1 愛知学院大学歯学部附属病院口臭外来における問診票

口臭についての質問票	
名前： _____ 男・女 _____ 歳	
記入日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
1、口臭を意識したのは、いつ頃ですか。	_____ 前から
2、最初に口臭を意識したきっかけは何ですか。	
1、自分で気がついた。	
2、人から指摘された。(父、母、夫、妻、子供、兄弟、友人、その他)	
3、他人の仕草や態度で気がついた。	
3、これまで口臭の治療を受けたことがありますか。はい、いいえ「はい」の場合、何科を受診しましたか。歯科・内科・耳鼻科・神経科・その他	
4、1日のうち、口臭はどのような時強く感じますか。(複数回答可)	
起床直後、空腹時、疲れた時、出勤時、工作中、退社時、午前、午後、夜間、1日中、その他	
5、口臭はどのような時、意識しますか。(複数回答可)	
1、人から指摘された時。	
2、人との対話中。(家族・友人・異性・初対面の人・その他)	
3、緊張した時。	
4、混んだ乗り物の中や狭い場所にいるとき。(エレベーター・車・バスなど)	
5、対話中相手の態度を見たとき。	
6、常に意識している。	
7、その他	
6、口臭のために困ることは何ですか。(複数回答可)	
1、特にない。	
2、人と話をする時。	
3、人と一緒に行動できない。	
4、人が自分を避けるようになった。	
5、積極的な行動ができず、消極的になってしまう。	
6、物事に集中できない。	
7、親しい友人ができない。	
8、その他	
7、口臭を減らすために、自分で何かしていますか。(複数回答可)	
1、特にしていない。	
2、歯磨きをしている。	
3、含嗽剤(うがい薬)・ガム・仁丹などを使用している。	
4、食事や間食を減らしている。	
5、人と話をする時、手で口を隠しながら話す。	
6、病院をいろいろ訪れて、検査を受けて原因を突き止めようとしている。	
7、舌を磨いている。	
8、その他	
8、口臭について、相談できる人がいますか。	はい・いいえ

いること、口臭について相談できる人がいるかどうかの項目について記入する。そして、臨床心理士が、問診票を参考に、患者の話を聴くことに焦点を置いている。自分の病気をどう考え、どう感じているか。いつ頃から口臭が気になり、どう対処し、今どう感じているのか、病気の原因がどこにあると考えているのかなど、病気についての「物語」を語ることを支援している(NBM: Narrative Based Medicine)。カウンセリングのコミュニケーションスキルとしての活用である。その後、歯科医師が主に閉じた質問で症候を確認し、口臭の測定および歯科の診査を行

い、生物心理社会医療モデル(bio-psycho-social medical model)から疾患や病気の説明を行っている。

当科で提供できる医療サービスは図3に示すとおりである。歯科医療者が、第1に行うことは、口臭の原因となる疾患(Disease)の治療である。口臭の原因となる口腔疾患の治療や歯や舌の清掃を指導し、今ここでの口臭を官能試験や機器による科学的データとして示していく「医療モデル」である。必要に応じて、対症薬剤や向精神薬(抗不安剤や抗うつ剤など)の薬物療法も行っている。唾液量が減少している場合、患者に合わせて漢方を選択する場合



図3 病気（口臭の悩み）治療の3つの要素と提供できるサービス

もある。糖尿病やシェーグレン症候群など全身疾患が疑われる場合には、内科や口腔外科等に照会する。第2に癒しを含むストレスマネジメントや第3にパーソナリティの変容を図る支援を行っている。口臭の不安を契機にして効果的な対処行動を回復すること、自己成長を促す「成長モデル」による医療である。口臭外来でのカウンセリングの活用は、日常の医療という場でのコミュニケーションスキルとして、また、心身医学的な対応が必要な場面の医療に応用している。

一般的には、図1 I～IVはすべての患者に行い、その後、生理的な許容を超える口臭が認められるか否かで、各種市販含嗽剤を使うか、メトロニダゾール⁸⁾による含嗽剤^{9) 10)}を処方するかなど診断する。生理的な口臭レベルまで改善し、口臭に対する不安がなくなれば、患者の希望も聞き、定期検査を終了とする。生理的な口臭レベルにもかかわらず、口臭に対する強い不安感が残る場合、薬物療法やカウンセリング、自律訓練法、臨床動作法などの心理療法を行い、患者の口臭への不安を解消できるよう支援する。不安のレベルが低下してくれば、定期検査などに移行していく。また、心療内科や精神科などでの対応が必要な場合は紹介し、連携して対応する。

3 口臭を主訴とする患者の特徴

初年度（2001年）の男女比は、女性が2倍強であった。その後もその比は変わらず現在（2006年5月）までで、2.05倍である。男性は20代、30代が徐々に増える傾向にあり、女性は、当初50代が多かったがその後、20代、30代が増加してきた。また、比率としては5%未満であるが、男女とも、10歳未満の患者も増加してきている。2001年1月から2003年6月までに来院した756名の問診票分析結果¹¹⁾では、口

臭を意識し始めた年齢では、男女とも10代からが多かった。口臭を意識したきっかけでは、63.6%が「人に指摘されて」であり、「人の仕草や態度で」が33.7%、「自分で気がついた」33.5%であった。口臭を指摘した相手としては、配偶者、子供、友人の順であった。口臭を感じる時間帯としては、「起床時」が最も多く、ついで「一日中」、「空腹時」、「工作中」、「疲れたとき」の順であった。口臭を意識する時として「人と話をするとき」が最も多く、ついで「対話中の相手の態度を見たとき」「常に意識している」「混んだ場所や狭い場所にいるとき」であった。口臭のため困ることとして、「人と話をするとき」が最も多く、ついで「積極的行動ができず消極的になってしまう」「人と一緒に行動できない」「物事に集中できない」の順であった。口臭について相談できる人がいるかの質問では、「なし」と回答した人が半数以上みられた。家族から指摘されていても相談できないという患者も多く、人間関係に困難を覚える人が、1/3以上いることが示唆された。特に10代の若年者では、物事に集中できない、また歯のブラッシングより舌を良く磨くなど、他の世代とは異なる特徴を有していた。こうした分析結果より、口臭を主訴とする患者を診察する場合、人に口臭を指摘されたわけではなく他人の態度や自分で気づいたという場合や、家族などに口臭を指摘されながら相談相手がないというようなケース、積極的な行動が取れないというようなケースでは、患者の心理的背景まで考慮した対応が必要となってくることが推察された。

4 心理療法による支援と変化

1) 集団自律訓練法による、唾液中のIgA（免疫系指標）とコルチゾール（内分泌系指標）、および唾液分泌量の変化

口臭外来における集団自律訓練法の効果について、免疫系指標として唾液中のIgA、内分泌系指標としてコルチゾール、および口臭に直接関与する唾液分泌量の変化について検討した。対象は、口臭が社会的容認程度であるにもかかわらず、対人関係に不安感や緊張感が強い者で、2001年5月から2004年8月までに8回開催した集団自律訓練法（表2）に参加した31名のうち脱落者3名を除く28名（16歳から69歳、平均年齢47歳、男4名、女24名）とした。唾液量は5分間の安静時唾液量を吐出法で採取した。唾液中の生化学物質濃度分析は、コルチゾール測定にはガンマー・コートコートゾールキットを用いた方法を、IgAはラテックス凝集免疫法を

それぞれ外注（SRL 社）依頼した。唾液の採取は自律訓練法の実施前後に、全 6 週間（第 1、3 および 6 週を基本）行った。また、自律訓練法開始前と 6 週後に、質問紙法にてエゴグラム（SGE）¹²⁾ と自分の口臭に対する知覚や認知を調べた。自律訓練法開始前の唾液量が 3g 未満（22 名）に限定した場合の解析（Wilcoxon 検定）も行った。

唾液分泌量も IgA 濃度も毎回自律訓練法実施後に増加する傾向にあり、唾液量は第 3 と 6 週前後で（ともに $p<0.05$ ）、IgA は 3 週以降有意差が認められた（ $p=.004, .000, .000$ ）（図 4 上）。ストレス指標であるコルチゾール濃度は毎回訓練後に減少した

（ $p=.003, .000, .013$ ）（図 4 上）。自律訓練法前の唾液量が 3g 未満の者（22 名）に限定すると、唾液量は第 1 週（初日）訓練後にも増え（ $p=.012$ ）、さらに、自律訓練法実施前（第 1 週前）の平均 1.21g に比較し、第 3 週前で 1.55g（ $p=.099$ ）、第 6 週前で 1.74g（ $p=.001$ ）と訓練週が進むにつれ分泌量が増加した（図 4 下）。自律訓練法開始前と 6 週訓練後で自己成長エゴグラム（SGE）に有意な変化は見られないが（図 5 左）、自分の口臭に対する認知には変化が見られた。とくに、「人の態度から自分は口臭があると思う」は、有意な差が認められた（ $p=.001$ ）（図 5 右）。口臭外来における集団自律訓練法の効果は、対人関係に不

表 2 口臭外来における集団自律訓練法の学習テーマと課題

	学習テーマ	訓練課題
1 回目	自律訓練法とは（+ アイスブレーキング）	基本姿勢と背景公式 + 第 1 公式（重感：右手～左手）
2 回目	口臭の悩み治療のための 3 つの要素とサービス 自律訓練の効果	筋弛緩法と基本姿勢（個別チェック） 背景公式 + 第 1 公式（重感：右手～両手両足）
3 回目	良性ストレスと悪性ストレス 情動刺激とコルチゾール、フラッシュバック	筋弛緩法と基本姿勢 背景公式 + 第 1 公式（重感：両手～両手両足）～第 2 公式（温感：両手～両手両足）～第 1・2（重温感：両手両足）
4 回目	交流分析（心の中の 5 人家族） 自分の生き癖を知る	筋弛緩法と基本姿勢 背景公式 + 第 1 公式（重感：両手～両手両足）～第 2 公式（温感：両手～両手両足）～第 1・2（重温感：両手両足）
5 回目	3 回目までの唾液データの返却 受動的注意集中と自律性変容状態（ASC）	筋弛緩法と基本姿勢 背景公式 + 第 1 公式（重感：両手～両手両足）～第 2 公式（温感：両手～両手両足）～第 1・2（重温感：両手両足）
6 回目	ここまでの課題と今後について	集団自律訓練は 6 回で、第 2 公式までを中心に行う (次回より歯科診療時に個別でフォロー)

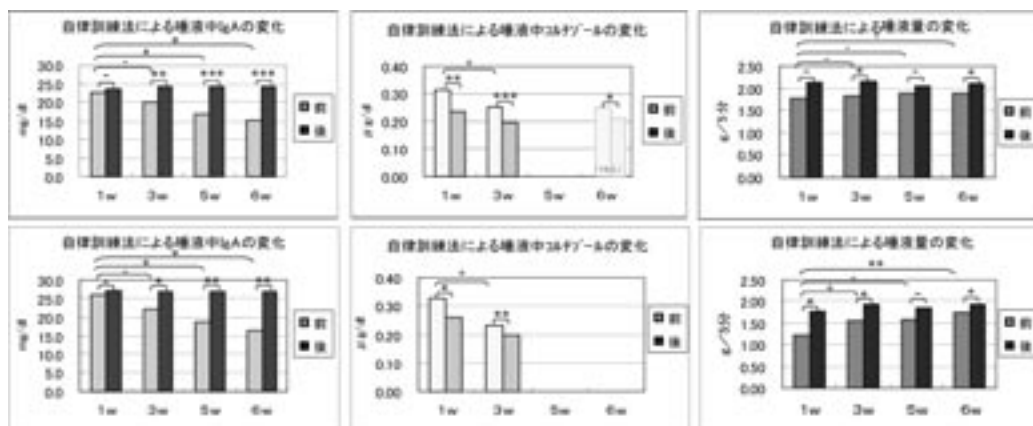


図 4 集団自律訓練法による神経内分泌指標と免疫指標の変化
（上段:N=28N, 下段：自律訓練前の唾液量が3g未満の者 N=22名）

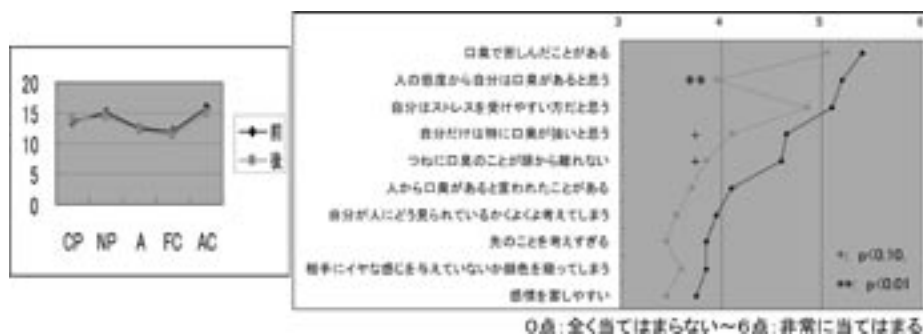


図 5 自律訓練法（AT）前後におけるエゴグラムと口臭にかかわる認知の変化

安感や緊張感が強く唾液の分泌量が減少している者にとくに有効であることが示唆された。

2) 口臭で悩む患者への治療実践例(表3, 4, 図6)

症例A: 20歳代女性、会社員。主訴: 口臭が気になる。現病歴: 会社閉鎖により、新たな職探しをしなければならなくなったが、口臭が気になるよう

になり受診する。既往歴: 月経が止まり、産婦人科にて、ホルモン治療をうけたが中断。初診時所見: BMI: 16.8(痩せ)、緊張が強く、唾液分泌が減少し(0.8g/5分)、口腔内はきれい(オレリー22%、ポケット1-2mm)だが、若干の口臭があった(ハリメーター値160ppb、官能+)。

表3 症例Aにおける自律訓練法およびヘルスカウンセリングによる治療経過

経過	自律訓練法(AT)	口臭測定	カウンセリング	食事指導	備考
初診時		160ppb			BMI=16.8
第1週目	基本姿勢と背景公式、第1公式(重感)	76ppb			
第2週目	筋弛緩法、第1-2公式(重温感)				BMI=17.5
第3週目	第1-3公式(心臓が静かに規則正しく→)	45ppb	10年後の自分から		
第4週目	第1-4公式(楽に呼吸している)			食事チェック	
第5週目	第1-5公式(お腹が温かい)			食事指導	BMI=17.9
第6週目	第1-6公式(額が涼しい)	43ppb			月経が自然にくる
第7週目			SATイメージ療法		

表4 症例AにおけるSATイメージ療法

成長感情と防衛感情の確認					
<相談時の訴え>		感情	期待の内容	心の本質的欲求	
口臭のことが気になると、消極的になってしまう。新しいことをしたい自分と『口臭があるからと嫌われたらどうしよう』と思う自分がある。うじうじしている自分をなおしたい。		期待	もっと積極的になりたい。人がどうであってでも自分のしたいように動きたい。	自己信頼欲求	
<症状・その他の背後の感情と心の声の明確化>		感情	心の声	キー状況	
口臭があるんじゃないかと思うとしゃべりたくない。人に近寄りたくない。		怖さ	近寄らないで!	一人にされたくない時	
フラッシュバックする防衛情動の強いもの		見捨てられる怖さ	助けて! どうしたらいいんだろう。(口渇)		
		はざかしいムカツク	どきどき うっとうしい!		
<未来自己イメージ法による自己変容目標の設定>		感情			
1年: オーストラリア旅行をして、海に潜る。青い海とイルカ……。帰って来たら新しい家と車を買って、一人暮らしをする。 2年: 自分の△△を設立する。〇〇の開発をする。3-4年: 結婚。面白い人で、二人で旅行……。5年で子どもが。		癒される・元気になる、元気で自信、楽しい・幸せ			
					
<6年後の自信をもった元気な自分から今の自分をみると>		一生生き生きしていない。やりたいことに向かっていない。			
<一歩でも二歩でもその元気な自分に近づくには?>		自己変容目標の設定		実行自信度	
自己変容を妨げる最も強い防衛感情: 見捨てられる怖さ		はじめから諦めないで、行動してみる。		今の自信度 50%	
		職業訓練受ける。 やりたいと思う会社受けてみる。		目標の自信度 80%	
胎生期イメージ・再養育イメージ脚本の変換・定着化				<再養育イメージ脚本のデザイン>	
胎内イメージ	最初のイメージ	感情	誰	希望イメージ	再誕生イメージ法と魔法の愛の言葉の実施
羊水の温度	熱い	怒り	母・自分	暖かい	
羊水の味	感じない	さみしい、孤独感	自分	甘い	
胎内の明るさ	暗い	怖い(生命危機)	自分	明るい	
胎盤の色	暗くてみえない	不安(見捨てられる恐怖)	自分	ピンク	
へその緒の状態	OK	OK	OK	OK	
子宮壁の状態	硬い	不満、怒り(母へ)(生命危機)	自分	やわらかい	
身体の違和感	窮屈	怒り(生命危機)	自分	ゆったり	
聞こえる音	シーンとしていない	さみしい、むなししい	自分	話し声	
におい	しない	切ない、さみしい	自分	いい匂い	
自己成長の確認					
<過去の世代の対処行動の仕方における未解決な問題は?今の自分の問題へ逆流説明。>			<これからどう自分を変えればいいか?直感>		
頑張りすぎてしまう。心配掛けさせたくないと考え無理しすぎるのが同じである。			苦しい時は苦しいと言えるようになる。 自己変容目標: がんばりすぎない! 甘えることも大事! 行動目標: 今まで: 親が疲れていると自分が疲れていてもやってあげようとするが、疲れてしまうから、自分が勝手にやっているのにイライラしてしまう。→これから: 疲れている時はそれを伝えてこれはやるからあればやると頼む→自信度 100% 1年後自己イメージ: イライラせず楽になっている 相談時最初の問題の解決: やりたいと思う会社を受けてみる 自信度 80%		

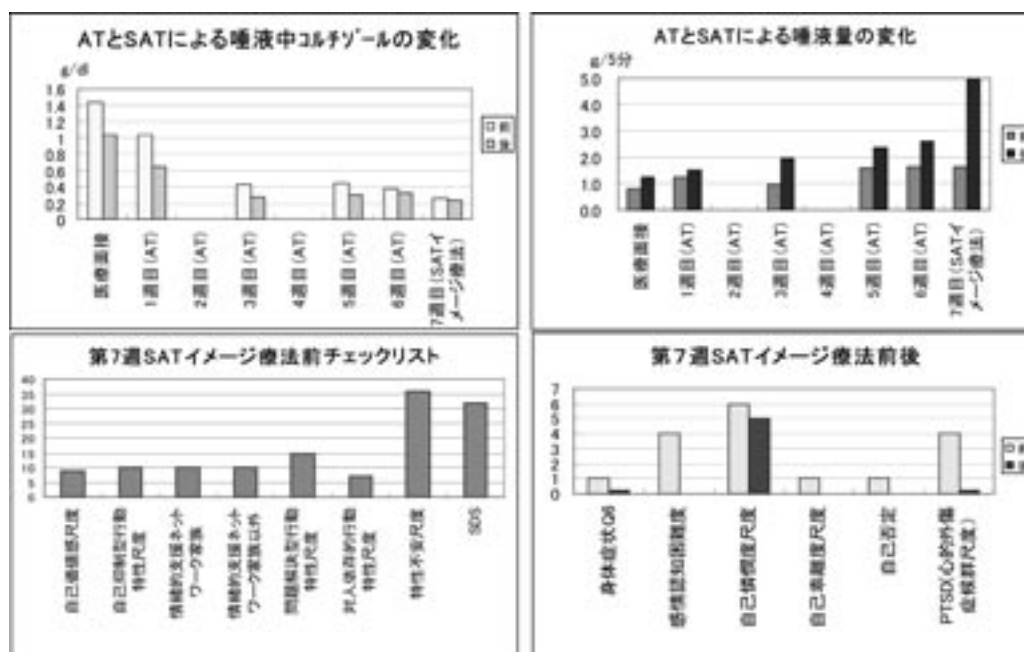


図6 症例Aにおける自律訓練法(AT)およびSATイメージ療法による唾液量の変化、唾液中IgAとコルチゾール量の変化、およびSATイメージ療法前後でのチェックリスト値の変化

＜治療1 口臭の除去＞初診時、口腔内には特に問題となる症状はないが、緊張が強く唾液分泌が減少していること、また、口腔清掃の程度は良好であるにもかかわらず測定値で口臭が若干あることから、洗口剤として Metronidazole による含嗽を処方し、まずは口臭を下げることを第一選択とした。翌週、口臭は改善されていた（ハリメーター値 76 ppb）。

＜治療 2 ストレスマネジメント＞第 1 週、口臭がなくなったのを確認し、心理療法として、まずは身体の緊張をほぐすために、筋弛緩法および自律訓練法に入った（表 3）。第 1 週から第 6 週に渡り 6 回行った。この間主に身体への働きかけとして、第 4 週に 1 週間の簡単な食事チェックを課題とし、5 週目に食事指導を行った。その間 3 週目に癒しを主目的として、未来イメージ法でたどる 10 年後の元気な自分から今の自分に、簡単なイメージ療法を行った。唾液量（5 分値）は初診時の 0.81g から 6 週目開始前の 1.63g まで増加し図 6、口臭は 43ppb に減少した。BMI も増加し、ホルモン剤の使用なしで月経に至った（表 3）。

＜治療3 自己成長の支援 SAT イメージ療法＞第7週、SAT イメージ療法を行った（表4）。3週目に、未来自己イメージ法による癒しを行っていたので、未来イメージはスムーズに、楽しむことが出来た。SAT イメージ療法後のチェックは、チェックリストで問題が残った身体症状（口臭）、自己憐憫尺度とPTSD 心的外傷症候群尺度が改善されたかどうかのみとした（図6）。イメージ療法前後での唾液の

増加量（1.63g から 4.97g へ）は、6 週目の自律訓練法前後の増加量（1.63g から 2.60g へ）を 3 倍以上も上回り、A は驚きの声をあげた。

5 考察

唾液中の sIgA は、慢性ストレスや不安により減少し (Graham et al. 1988¹³⁾)、急性ストレスにより増加する (山田ら 1995¹⁴⁾, 1996¹⁵⁾, 田村ら 1995¹⁶⁾) ことが報告されている。一方で、リラクセーションは sIgA を増加させることが報告されている (Green ら 1988¹⁷⁾, Camprubi ら 1999¹⁸⁾)。また、個人のストレス対処法の違いがストレスに対する sIgA 分泌に影響する報告もある¹⁹⁾。宗像²⁰⁾ は、カウンセリング後に自己否定度、自己解離度や問題回避度などのストレス行動特性尺度や特性不安の値が下降し、それに伴ってストレス指標である唾液中のコルチゾール値が減少、免疫指標である IgA 値が増加することを報告している。口臭外来での集団自律訓練法においても毎回実施後にコルチゾール値は減少し、IgA 値は増加する同様な結果が得られている。また回を追う毎に訓練前値がともに減少することも、唾液量が増加することと合わせて考えると、リラクセーションにより、過度な交感神経系の機能亢進が調整され、交感神経と副交感神経の自律神経系のバランスが調整されたと推察する。しかしながら、主に身体に働きかける自律訓練法前後では、口臭に対する認知と身体的反応には変化がみられるが、心

の状態や行動パターンに相当するエゴグラム (CP, NP, A, FC, AC の五つの自我状態) は変化には至らない。つまり、口臭の悩みの解消には、さらに、ストレスを抱えやすい心の状態や行動パターンをもつパーソナリティーの変容を図る (自己成長も含む) 支援が必要になる所以であろう。

Engel GL は、糖尿病と統合失調症を例にして biomedical model (生物医学的モデル) に基づく要素還元論的アプローチでは疾患の病態を理解することも対処することも出来ないことを示し、bio-psycho-social medical model (生物心理社会的モデル) を提唱した^{21) 22)}。口臭の悩みも口臭 (原因) をなくせば解決する (結果) というものではなく、患者の生物学的側面 (bio-) と同等に、心理面、社会的側面 (psycho-social) など、その人を取りまく環境を幅広くとらえながら支援していく視点が必要になる。さらに、生活習慣や行動パターンなどの行動的側面 (behavioral) などをも加えた統合的な全人的医療モデルが大切になる。視点をう蝕や歯周病などの「疾患」から「疾患や病気を抱える人間」にシフトするとき、『口臭で悩む人』に共通する EBM (Evidence-based medicine) や個別性をもったその人の解決への道 NBM (narrative-based medicine) が展開統合されていくのであろう。

口臭で悩む背景には共通して恐怖心がある²³⁾。その人を取り囲む環境や生きる癖 (心理パターン) の中で、恐怖心を自覚することを無自覚に避けていることもある。エゴグラムでは FC より AC が高いものが多い。つまり、自分を主張するより、自分の感情を抑えて相手に合わせる行動特性がある。これは、情動ストレス記憶に基づく行動でもある。この情動ストレス記憶を構造化連想法 (SAT 法) によって再生し、その場面に帰って、本当はどうしたかったのか、どうであったらよかったのかをイメージ体験してみることは、自分の生き方を再構築する機会にもなる。症例 A では、SAT イメージ療法により自らの力で自己イメージ変換をはかることで、短期にこれを可能にしている。さらに、必要であれば、アサーションなどの体験学習を支援すればいいであろう。人は病気をすることから学び、成長できる。口臭の悩みの解消は、結局のところ、より自分らしい生き方の支援でもある。そして、医療者自身も同じである。医療者の中に生じる気持ち (逆転移) に気づき脇におけるか、それはまた、支える医療従事者自身の自己成長への道でもある。ヘルスカウンセリング法は自己成長を支える技法で、これからの保健医療モデルに有用な技法であろう。

6 おわりに

口臭を主訴とする患者への全人的医療 (bio-psycho-social medicine) の取り組みについて述べてきたが、さらに「心身の訴えをもってきたものはすべて病人である」心身一如の漢方医学の導入を試みはじめたところである。歯科保険医療のなかで、患者に適応した和漢を選択するには制限も多いが、患者の身体と心の声に耳を傾けながら、「病気を抱えた人」への統合医療に取り組みはじめたところである。これから西洋医学とどう統合していくのか今後の課題である。

注

^a 口臭を主訴とする患者の疾患は、日本の心身医学的な分類では、歯周疾患や糖尿病など明らかに他覚的に口臭が高くなる一般身体疾患である身体症、他覚的には口臭が認められないにもかかわらず、口臭があると確信し、対人面で障害を有している口臭症 (自己臭症) に診断される。この口臭症は、心身症と神経症 (一部精神病を含む) に分類される。一方、米国精神医学会の DSM-IV 診断では神経症という分類は無い。また多軸評定である。

引用・参考文献

- 1) Hine M. K. : Halitosis, Journal of the American Dental Association, 55, 37-46 (1957)
- 2) 内田安信: 口臭患者の動向とその治療, 日歯科医師会誌, 32, 698-705 (1978)
- 3) 宮崎秀夫: 口臭スクリーニング法及び臨床アプローチ, 日歯科医師会誌, 53, 198-207 (2000)
- 4) Tonzeuich J. · Ng S. K. : Reduction of malodor by oral cleansing procedures, Oral Sur, 42, 172-181 (1976)
- 5) Morita M. · Wang H. L. : Effect of initial periodontal therapy on sulcular/tongue sulfide level, J Clin Periodontol, 29, 844-847 (2002)
- 6) 川口陽子 · 品田佳世子 · 佐々木好幸 · 中村千賀子 · 岡田昭五郎: 「口臭についての質問票」の臨床的応用, 口腔衛生会誌, 39, 608-609 (1989)
- 7) 八重垣 健: 臨床家のための口臭治療のガイドライン, クインテッセンス, 東京, 54-55 (2000)
- 8) 木村吉太郎 · 青木栄夫 · 角田正健 · 海津健樹: Metronidazole (Flagyl) の口臭除去効果 Gas Chromatograph による薬効判定, 歯科学報, 75, 1465-1468 (1970)
- 9) 札幌康之 · 坂井志穂 · 有川千登勢 · 村上多恵子 · 福田光男 · 土屋友幸 · 中垣晴男 · 野口俊英: フラジール溶液の口

- 腔内微生物に対する MIC について (abstract), 口鼻臭臨床研究会第一回学術集会 (東京 2006.6.10)
- 10) 有川千登勢・石山響子・志水祐子・坂井誠・村上多恵子・福田光男・野口俊英・中垣晴男：口臭患者に対するフラジール含嗽の効果について (abstract), 口鼻臭臨床研究会第一回学術集会 (東京 2006.6.10)
- 11) 福田光男・有川千登勢・村上多恵子・坂井誠・岩見知弘・吉野京子・大塚亜希子・竹田英子・中垣晴男・野口俊英：問診票による口臭を主訴とした患者の分析, 日歯周誌, 46, 101-110 (2004)
- 12) 鈴木理俊・佐田彰見・小川正子・出雲路千恵・太田有美・堤三希子・芦原睦・桂戴作：自己成長エゴグラム (SGE) の研究, 心身医療, 9 (9), 80-87 (1997)
- 13) Graham N. M.・Bartholomeusz R. C.・Taboonpong N.・La Brooy J. T. : Does anxiety reduce the secretion rate of secretory IgA in saliva?, Med J Aust., 148 (3), 131-133 (1988)
- 14) 山田富美雄・宮田洋・竹中晃二・田中宏二：分泌型 IgA を用いたストレス反応性の評価, 大阪府立看護大学紀要, 1 (1), 47-50 (1995)
- 15) 山田富美雄・浅田博・宮田洋・田中宏二：分泌型 IgA を指標としたストレス反応性とソーシャルサポートネットワークサイズ, 大阪府立看護大学紀要, 2 (1), 51-57 (1996)
- 16) 田村雅仁・平野英保・大森治・他：ストレスによる唾液中の IgA 蛋白の分泌とその喫煙による抑制, 日本脳研究学会誌, 21 (Suppl 2), 85-88 (1995)
- 17) Green M. L.・Green R. G.・Santoro W. : Daily relaxation modifies serum and salivary immunoglobulins and psychophysiologic symptom severity, Biofeedback Self Regul, 13 (3), 187-99 (1988)
- 18) Camprubi Duocastella A. : Effect of music on children with cancer. Rev Enferm [Article in Spanish], 22 (4), 293-8 (1999)
- 19) 永井正則・大野洋美・齋藤順子・和田万紀：ストレスと分泌型免疫グロブリン A, 自律神経, 41 (3), 347-349 (2004)
- 20) 宗像恒次：青少年引きこもり家族の SAT イメージ療法, 心身医, 42 (1), 38-46 (2002)
- 21) Engel G. L. : The need for a new medical model : a challenge for biomedicine, Science, 196 (4286), 129-36 (1977)
- 22) Engel G. L. : The clinical application of the biopsychosocial model, Am J Psychiatry, 137 (5), 535-44 (1980)
- 23) 村上多恵子・福田光男・有川千登勢：口臭を主訴とする患者へのヘルスカウンセリング, 宗像恒次 (監修・著) 歯科衛生士のためのヘルスカウンセリング, 第2版 クインテッセンス, 東京, 156-167 (2006)

II

焦

点

心とからだの SAT カウンセリング

焦 点

妊娠前および子育て中の女性への SATグループカウンセリング法による支援

A Study of SAT Group Counseling Support of Pre-Maternity and Parenting Mothers

矢島 京子* ** 小林 啓一郎** 中安 きよみ** 潮田 考行**

Kyoko Yajima, Kei-Ichiro Kobayashi, Kiyomi Nakayasu and Takayuki Ushioda

要 旨

本研究では、妊娠前、妊娠中、子育て中の人を対象にセラピーを開催し、ストレス耐性の強化および自己成長支援をねらいとして、ベーシックレベルおよびアドバンスレベル、SOMレベルの合計3回のガイダンス法およびSATグループカウンセリング法を用いて介入した。介入前後に心理尺度の測定を行った。対象者の心理特性を明らかにすると共に、介入前後の心理特性および介入後の感想から、SATグループカウンセリング法による介入効果について数量的・質的に検討することを目的とした。

その結果、対象者はストレス耐性が弱くストレスを溜めやすいという特徴を持っていた。介入前後において、自己価値感、自己抑制度、問題解決度、対人依存度、特性不安度、抑うつ度、カウンセリング必要度、自己否定感、などが有意に良方向へ変化した。それはストレスに強い心理特性への変化であった。感想から各回毎のグループの効果および認知の変容や行動変容、自己成長の記述が見られ、本セラピーによる支援の効果が示唆された。

親のストレス耐性を強化しストレスや不安を軽減することで、ホルモンバランスを変え妊娠を可能にし、また、次世代を生きる子どもたちを支援することに繋がると考えられた。

キーワード：SATグループカウンセリング (SAT group counseling) ストレス (stress)

マタニティー (maternity) 妊娠前 (pre-maternity) 子育て (parenting)

1 はじめに

近年、初産の年齢上昇、少産少子化による出生率低下、マタニティーブルーや子どもを受入れられない等の問題、また子育てにおける不安やストレスを持つ母親の増加などが問題となっている。また、実母による母親の虐待数が最も多く、10年前の約16倍に増加している¹⁾。不妊や、出産、子育てに関す

る支援が望まれている。

不妊とストレスには関係があり、妊娠には視床下部からの腺刺激ホルモン放出ホルモン (Gonadotropin Releasing Hormone=GnRH) の正常な分泌が必要である²⁾が、ストレスを抱えると視床下部から分泌されるホルモンが副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン (CRH) 優位になるため、GnRHの分泌低下が生じる。また、青班核からのノルアドレナリン分泌による交感神経の興奮で、身体にさまざまな緊張反応が生じ、卵子と精子が結合する卵管の緊張収縮および子宮の緊張が、不妊の原因となると考えられ³⁾、不妊を改善するには、ストレスに対処し得るストレス耐性を強化することが重要な鍵となると思われる。また宗像は、子どもへの愛情表現に関して、現在の認知や反応の仕方は、過去のイメージ記憶群が作り出した無自覚なイメージ脚本によっており、胎内期を含む親からの愛されたイメージ記憶が関係していると述べている^{3) 4)}。

*筑波大学大学院人間総合学科学研究科

Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

**NPO法人ファミリー・フォレスト

NPO Family・Forest

連絡先：

〒185-0033 東京都国分寺市内藤2-10-24

2-10-25 Naitou, Kokubunji-shi, Tokyo, 185-0033, Japan

TEL：042-575-2506

E-mail：kyoko-kodomonokokoro@nifty.com

胎内期が後の人生に関係するという先行研究に、妊娠期不安がその子の8・9歳の問題行動を決めるという報告⁵⁾があり、胎児期の感受性期間(12~22週)の攪乱因子が小児期の情緒不安定や心身症やADHDのような疾患・障害の素因となり(fetal programming hypothesis)、高不安妊婦の予防のための介入プログラムが必要であると述べている。また、妊娠前、妊娠中に、低栄養状態や高ストレスに伴う副腎皮質ホルモンなどの高分泌暴露にあうと、fetal origin programmingが生じたり、またエネルギー節約遺伝子が働きやすく、成人期の高内臓脂肪率、2型糖尿病、脂質代謝異常、高血圧、心臓血管疾患のリスクを増加させるという生活習慣病の胎児期起源説⁶⁾の報告もあり、母親のストレス軽減が、妊娠中の赤ちゃんにとって重要であることがわかる。

これらのことから、妊娠を望む女性や妊娠中、および子育て中の母親に対し、ストレスを軽減するための支援が望まれる。

これまでのSAT法を用いた個別のカウンセリングの経験から、ストレスを軽減し行動変容や自己成長を支援できることがわかっている。しかし、日本ではまだまだ個別でカウンセリングを受けることに抵抗がある人も少なくはない。その抵抗を避けるためにグループカウンセリングがある。グループカウンセリングとは、心理的安全感のある、共感的で信頼感のある集団雰囲気を作ることで、率直な発言がしやすくなり、また、他の人の発言内容で自分自身を別の見方で見ることができたり、自分自身のこととして捉える置き換えが生じやすくなるなどによって、気づきが深まりやすくなる集団力動を利用したカウンセリング法である⁷⁾。國分の提唱する構成的グループエンカウンターは、リーダーが意図的に対人場面を構成し、参加者は対人場面を通して自己の盲点に気づき、洞察し、自己受容や他者受容、自己主張、究極的に行動変容を目標としている⁸⁾。SATグループカウンセリング法は、構造化連想法を用いることで、共感的な集団雰囲気のあるグループにおける構造化されたグループ連想を起こし、メンバーに深い気づき、癒し、自己決定、自己成長をもたらすものである⁷⁾。

次世代育成支援対策推進法にも言われているように、妊娠前の人、妊娠中の人、子育て中の人を支援することで、次世代の子ども達がより自分らしく生き、少しでも生活習慣病のリスクを少なくする可能性を高めることは意義あることと考える。

そこでファミリー・フォレストでは、プレマタニ

ティーセラピー、マタニティー・セラピー、育児・セラピーと称し、ガイダンス法およびSATグループカウンセリング法を用いたセラピーを企画介入した。対象者の心理特性を明らかにすると共に、介入前後の効果の有無について数量的、質的に検討することを目的とする。

2 研究方法

1) 研究対象

対象者は、2005年4月から11月にインターネットを通じて募集し、ファミリー・フォレストが開催した3つのセラピーに参加した女性23名である。介入前後の分析対象者は、介入前後に調査票を記入した20名(平均年齢35.00 ± 4.35才)とする。

倫理的配慮として、参加者には講座前にインフォームド・コンセントを行い、介入前後の調査票の結果および感想は個人名を特定することなく、データとして使用する可能性があることを口頭で伝え承諾を得た。

2) 調査方法

セラピー(2~4名)のプログラム介入前と3回の全プログラム終了後に、信頼性、妥当性の検討されているヘルスカウンセリング学会使用の自記式値間紙調査票の記入を行った。全プログラム終了後、セラピーについての感想を求めた。心理尺度の構成は表1に示す。

3) 介入方法

本セラピーでは、メンバー間のラポールが取りやすく、個人的な問題が深化できるようグループの人数を少数化し、グループではあるが一人一人のメンバーに対し、個別カウンセリングと同じように訴えから解決までを聴くという手法を用いた。グループ効果に加え個別カウンセリングの効果も同時に得られる。介入は各週に3回であり、毎回ガイダンスおよびグループカウンセリングを行った。各回のカウンセリング内容は以下の通りである。

- 1回目：ベーシックレベルグループカウンセリング法は、行動目標化をねらいとし、参加者それぞれが訴え、気持ち、感情、本当の要求、行動目標、自信度を明確化する。
- 2回目：アドバンスレベルグループカウンセリング法は、行動変容をねらいとし、心傷風景連想法、癒し法、行動目標、自信度の明確化を行う。
- 3回目：宗像の心の本質的欲求理論に基づいたプログラム⁹⁾で、介入者が参加者に働きかける

方法を取り、SAT イメージ療法で用いられる技法で、参加者がお互い行う SAT スキンシップ法⁴⁾、SAT 胎内良好イメージ法・魔法の愛の言葉法⁴⁾、SAT 未来自己イメージ法⁴⁾を行う。

ガイダンス内容は、SAT 法によるフラッシュバック理論、心の本質的欲求理論、ストレス理論、世代間伝達理論、ストレスと脳の反応理論、妊娠の仕組み等である。

介入は、ヘルスカウンセリング学会公認イメージ療法士 2 名、心理カウンセラー 2 名、合計 4 名で行った。

4) 分析方法

分析は、対象者の特徴や分析対象者の介入前後の効果を見るために、SPSS ver.11.0 によるノンパラメトリック検定を行った。また、介入後の感想から質的に検討した。

3 結果

1) 対象者の心理特性の平均値と得点範囲別

対象者の心理特性の平均値 (n=23) を表 2 に、各尺度の得点範囲別を表 3 に示す。ストレス行動特性とされる自己抑制度および対人依存度、問題回避度が高い者が多かった。

2) 介入前後の平均得点の変化

セラピー前とセラピー終了後の心理特性の変化 (n=20) を表 2 に、各尺度の得点範囲別を表 3 に示す。分析対象者の平均年齢は 34.70 ± 4.17 歳であった。

(1) 自己価値感の平均得点は介入後有意に上昇した (p<.01)。6 点以下の自己イメージの悪さを持つ者は、介入前後では 55% から 10% へ低下した。9 点以上の良い自己イメージを持つ者は、介入前 10% であったが、介入後 30% に増加した。

(2) 自己抑制度の平均得点は、介入後有意に低下した (p<.05)。11 点以上の自己抑制が強い者は、介入前後では 40% から 5% へと低下した。

表 1 心理尺度の構成

尺度名	作者および作年	項目数	得点範囲	測定内容
1 自己価値感尺度	Rosenberg 宗像訳 1987	10	0 ~ 10	現在の自分に対しどの位良いイメージを持つか
2 自己抑制型行動特性尺度	宗像 1990	10	0 ~ 20	人に嫌われないよう自分を抑える傾向がどの位あるか
3 情緒的支援ネットワーク尺度	宗像 1996	10	0 ~ 10	情緒的に支援してくれる人がいるとどの位認知しているか
4 問題解決型行動特性尺度	宗像 1990	10	0 ~ 20	問題や課題に現実的に対処する能力をどの位持つか
5 対人依存型行動特性尺度	Hirschfeld 1977 マクドナルド・スコット訳	18	0 ~ 18	人に対しての期待のしやすさがどの位あるか
6 特性不安尺度 (STAI)	Spielberger 水口他訳 1970	20	20 ~ 80	不安の感じやすさと現在の状態不安がどの位あるか
7 抑うつ尺度 (SDS)	Zung 1965 福田他訳	20	20 ~ 80	抑うつ気分がどの位あるか
8 ヘルスカウンセリング必要度尺度	宗像 2000	10	0 ~ 20	ヘルスカウンセリングを受ける必要がどの位あるか
9 感情認知困難度尺度	宗像 2000	10	0 ~ 20	感情を感じなくさせる傾向がどの位あるか
10 自己憐憫度尺度	宗像 2000	10	0 ~ 20	自分だけは見捨てないとの位思っているか
11 自己解離性尺度	宗像 2000	10	0 ~ 20	自分のことを他人事になってしまう傾向がどの位あるか
12 自己否定感尺度	宗像 2000	10	0 ~ 20	自分に対してどの程度否定しているか
13 PTSS 度尺度	宗像 2000	10	0 ~ 10	心的外傷ストレス症状がどの位あるか

表 2 心理特性の平均値および介入前後の変化

尺 度	対象者 (n=23)	介入前 (n=20)	介入後 (n=20)	前後の変化
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	p 値
自己価値感尺度	5.91 (± 2.26)	5.75 (± 2.36)	8.00 (± 2.00)	.001
自己抑制型行動特性尺度	9.70 (± 3.18)	10.10 (± 3.21)	8.15 (± 1.56)	.016
情緒的支援ネットワーク尺度 (家族)	9.04 (± 1.94)	9.10 (± 1.94)	9.50 (± 1.28)	.131
情緒的支援ネットワーク尺度 (家族以外)	7.61 (± 2.55)	7.90 (± 2.27)	8.75 (± 1.83)	.016
問題解決型行動特性尺度	9.83 (± 4.01)	9.85 (± 4.11)	11.45 (± 3.94)	.012
対人依存型行動特性尺度	6.57 (± 2.25)	6.90 (± 2.17)	5.45 (± 2.66)	.030
特性不安尺度	49.78 (± 10.79)	49.70 (± 10.17)	40.05 (± 10.54)	.001
抑うつ尺度	40.22 (± 8.76)	39.30 (± 7.64)	35.25 (± 8.47)	.017
カウンセリング必要度尺度	8.22 (± 4.41)	8.30 (± 4.56)	5.70 (± 3.47)	.002
感情認知困難度尺度	8.04 (± 3.15)	8.15 (± 3.31)	8.05 (± 4.75)	.521
自己憐憫度尺度	5.83 (± 3.37)	5.85 (± 3.25)	7.15 (± 2.94)	.081
自己解離性尺度	4.04 (± 3.64)	4.10 (± 3.82)	5.05 (± 3.36)	.086
自己否定感尺度	3.61 (± 3.64)	3.60 (± 3.72)	1.90 (± 1.80)	.007
PTSS 尺度	3.65 (± 2.55)	3.70 (± 2.41)	2.60 (± 2.30)	.005

表3 尺度の得点範囲別 (対象者 n=23、分析対象者 n=20)

		対象者			分析対象者					対象者			分析対象者			
尺度	得点範囲	%	介入前 %	介入後 %	尺度	得点範囲	%	介入前 %	介入後 %	尺度	得点範囲	%	介入前 %	介入後 %		
自己価値感	高い	8.7	10.0	50.0	カウンセリング必要度	強い	34.8	35.0	10.0	感情認知困難度	強い	39.1	45.0	45.0		
	中	39.1	35.0	40.0		中	26.1	25.0	30.0		中	26.1	20.0	10.0		
	低い	52.2	55.0	10.0		弱い	39.1	40.0	60.0		弱い	34.8	35.0	45.0		
自己抑制度	とても高い	8.7	10.0	0	自己憐憫度	強い	17.4	15.0	40.0	自己解離度	強い	17.4	20.0	15.0		
	やや高い	26.1	30.0	5.0		中	34.8	35.0	35.0		中	30.4	25.0	50.0		
	日本的	56.5	55.0	80.0		弱い	47.8	50.0	25.0		弱い	52.2	55.0	35.0		
	低い	8.7	5.0	15.0		自己否定感	強い	17.4	15.0		10.0	中	30.4	35.0	10.0	
支援認知度 (家族)	高い	82.9	85.0	90.0	自己解離度	強い	17.4	20.0	15.0	自己否定感	強い	17.4	15.0	10.0		
	中	13.0	10.0	5.0		中	34.8	35.0	35.0		中	30.4	35.0	10.0		
	低い	4.3	5.0	5.0		弱い	47.8	50.0	25.0		弱い	52.2	55.0	35.0		
支援認知度 (家族以外)	高い	47.8	50.0	75.0	自己解離度	強い	17.4	20.0	15.0	自己否定感	強い	17.4	15.0	10.0		
	中	30.4	35.0	15.0		中	30.4	35.0	35.0		中	30.4	35.0	10.0		
	低い	21.7	15.0	10.0		弱い	52.2	55.0	35.0		弱い	52.2	55.0	35.0		
	問題解決度	とても高い	13.0	15.0		25.0	自己否定感	強い	17.4		15.0	10.0	中	30.4	35.0	10.0
問題解決度	高い	26.1	25.0	30.0	自己否定感	強い	17.4	15.0	10.0	自己否定感	強い	17.4	15.0	10.0		
	中	34.8	35.0	35.0		中	30.4	35.0	35.0		中	30.4	35.0	10.0		
	低い	26.1	25.0	10.0		弱い	52.2	50.0	80.0		弱い	52.2	50.0	80.0		
	対人依存度	かなり強い	4.3	5.0		5.0	PTSS 度	強い	34.8		35.0	25.0	PTSS 度	強い	34.8	35.0
対人依存度	やや強い	56.5	60.0	40.0	PTSS 度	中	43.5	50.0	35.0	PTSS 度	中	43.5	50.0	35.0		
	中	21.7	25.0	0		弱い	21.7	15.0	40.0		弱い	21.7	15.0	40.0		
	弱い	17.4	10.0	55.0		抑うつ度	強い	13.0	10.0		5.0	抑うつ度	強い	13.0	10.0	5.0
	特性不安度	大変高い	30.4	30.0		10.0	抑うつ度	強い	13.0		10.0	5.0	抑うつ度	強い	13.0	10.0
特性不安度	高い	47.8	50.0	25.0	抑うつ度	危険域	17.4	20.0	15.0	抑うつ度	危険域	17.4	20.0	15.0		
	普通	13.0	10.0	35.0		軽いうつ	17.4	15.0	5.0		軽いうつ	17.4	15.0	5.0		
	低い	8.7	10.0	30.0		弱い	52.2	55.0	75.0		弱い	52.2	55.0	75.0		

特にうつになり易いといわれる 15 点以上は介入前 10% であったが、介入後は 0% であった。

- (3) 情緒的支援認知度の家族に対しての平均得点は、介入後有意な変化は見られなかった。家族以外では有意に上昇した ($p<.05$)。9 点以上の支援されていると強く感じている者は介入前 50% であったが、介入後 75% に増加した。
- (4) 問題解決度の平均得点は、介入後有意に上昇した ($p<.05$)。6 点以下の解決力の低い者は介入前 25% であったが、介入後は 10% であった。11 点以上の解決力が強い者は介入前 40% であったが、介入後は 55% に増加した。
- (5) 対人依存度の平均得点は、介入後有意に低下した ($p<.05$)。自立的である 4 点以下の者は、介入前 10% であったが、介入後には 55% に増加した。
- (6) 特性不安度の平均得点は、介入後有意に低下した ($p<.01$)。不安が強い者が介入前には 80% であったが、介入後には 35% に減少した。
- (7) 抑うつ度の平均得点は、介入後有意に低下した ($p<.05$)。39 点以下の抑うつ度の低い者が介入前は 55% であったが、介入後 75% に増加した。
- (8) カウンセリング必要度の平均得点は、介入後有意に低下した ($p<.01$)。11 点以上の必要度

の強い者は、介入前は 35% であったが、介入後には 10% に減少した。

- (9) 感情認知困難度は、有意な変化は見られなかった。
- (10) 自己憐憫度の平均得点は、介入後有意傾向に上昇した。憐憫度の強い者が介入後 40% に増加した。
- (11) 自己解離度の平均得点は、介入後有意傾向に上昇した。解離度の強い者が介入後 50% に増加した。
- (12) 自己否定感の平均得点は、介入後有意に低下した ($p<.01$)。3 点以上の自己否定感中以上の者が、介入前は 45% であったが、介入後には 20% に減少した。
- (13) PTSS 度の平均得点は、介入後有意に低下した ($p<.01$)。心的外傷ストレス症状が弱いとされる 1 点の者が、介入前は 15% であったが、介入後は 40% に増加した。

3) 参加者の感想

講座修了後に、本セラピーについて、「1. 良かった点、2. 悪かった点 (改善すると良いと思われる点) 3. 自由な感想」について自由記述を求めた。その中の 11 事例を表 4 に示す。

表 4 介入後の感想事例

事例	良かった点	悪かった点	自由な感想
事例 1	目をつぶって自分がお母さんの胎内にいるイメージをして声をかけてもらったことが良かった。自分の幼い頃や両親の嬉しそうな顔を想像できて安心できた。	はじめの医学的説明は、以前に目にしたことがあったので、時間的にもっと短く簡略化した方が良いと思う。	特に 2 日目の幼い頃の自分に戻ってしてもらいたかったことを母親役の人にしてもらって、それが本当に過去にそうしてもらったような感覚になって、泣いてしまった。それが(過去の出来事のイメージが変わった)嬉しかった。
事例 2	グループで行なうカウンセリングは、始めは抵抗が少しあり緊張したが、他の方々の思っていることを聞くことで、自分に重ね合わせたり自分にはない悩みを抱えている人がいることに気づきそれが学びになった。自分の気持ちを声に出すことで自分の気持ちが整理でき、これから自分の生活に取り入れていきたいと思った。イメージをすることは最初は難しかったが、イメージすることで過去の記憶が映像としてよみがえりつらい作業でもあるが、終わった後はとても気持ちが軽くなった。勇気を出して参加して本当に良かった。	なし	3 回のカウンセリング終了後は、自分がどう変わっているのか楽しみだった。今現在の率直な感想は気持ちが軽くなった。大丈夫だ、また何か困難があっても立ち直れるんだ、という安心感がある。
事例 3	とても気が楽になった。考え方、悩みは変えられないと諦めていたので、それが実際に変えられビックリした。1、2 回目では個人的な心の問題を掘り下げることができ、また他の人の話から問題解決までのプロセスを深めることができた。	今回の講座に関してはありません。	効果は予想以上でした。すごくいい方法を教えていただきうれしい。
事例 4	この講座に出会えて良かった。現在自分の持つ価値感がどこで作られたものかを知ること、これからずっと持っていくであろう物と、容易に捨てられるものとの判断を見直し、改めて考えなおすことができた。過去のトラウマの解消によるカウンセリングというのは聞いたことがあったが、未来自己イメージ法は始めての体験でとても印象的で楽しかった。受講者同士のタッチケアはとても良かった。自分も気持ちがよいのと、相手にこんな簡単なことで喜んでもらえた、自分も役に立つことができた、とても嬉しかった。	特になし	聞き上手ででありたいことと、相手への魔法の言葉は即実行していきたいです。この講座が終わったら即パートナーには自分の気持ちを伝えたい。(あきらめないことにしました)
事例 5	気持ちを落ち着けて、感じたことや自分の思いを言葉に書き出したり言うことができてスッキリしました。将来子供を授かることができれば優しく言葉をかけてあげようと思いました。その日が楽しみ。	ありません	このセミナーに参加して、今まで自分がずっと気になっていたことを冷静に見つめ直す機会が得られ良かった。自分に自信がついた(取り戻した)気がする。
事例 6	1 回目の講座では、自分自身がすっきりしない点について、はっきりと自覚できたのでよかった。愛と世代間連鎖の区別ができたことで母への思いがより良いものへ変わることができました。3 回目の講座では、妊婦としてというよりも、1 人の人間として、これからどう生きていくかを未来イメージ法を使うことで、よくイメージできたことが良かった。3 人のグループセッションだったことで他の人のケースを見ることでとても参考になった。	グループだったということもあり、内容がより一般的なことになるってしまい、深い部分や個別の感情を掘り下げることができなかった。	今、この時期に、この講座を受けることができて本当に良かった。わき上がってくる感情の理由や、整理ができていなかった思いを内面で区別することができたことは、これから大きなステップになるでしょう。妊娠中に体験できたことに感謝します。今後この講座のことを生かし、母として、女性としての生き方を自分自身でゆっくりイメージしていこうと思う。
事例 7	自分にとって足りないところ、補わないといけない所がわかった。イメージ法を使って今後も改善できることもわかり良かった。毎夜の夫との電話で魔法の言葉がけのような事を無意識で行なっていたので、今日参加して魔法の言葉がけだったのなと気付けた。言葉使いはもっと多様に使ったり、他の方の言葉がけも参考にできて非常に有意義だった。	特になし	言葉を出したり、書いたりする事で客観的になれるので日常でも行なおうと思った。イメージ法は場所を限定することなくどこでもできそうなので日頃空いている時間を見つけて行なおう。子供への向き合い方が変わったと思える。(もっと正面から向き合おうとか、言葉がけはもっとプラスへ導くおしつけにならない言葉を選ぶように気を付けよう等)
事例 8	胎内イメージをする事で、自分が愛されて生まれてきたという事を再実感し、自分も 2 人の子供を愛しているんだと実感できた。未来自己イメージ法で、10 年後の自分がどうありたいか、何となく分かった気がして、そうなりたいと自分が思えた。10 年後の自分は今の自分を「なにくよくよしてるの!」と言ってくれて、人から言われるより自分に言われた事が、気持ちがスーッとした。魔法の言葉、胎内イメージの時、言われてとても気持ちよく感じた。自分もおなかの子に言う事で、今からでもまだ間に合うと聞きほっとした。上の子にも毎日言ってあげたいと思った。	まだわからない時々起こる不安に対して、次にどう接する事が出来るかが課題、それをクリアできれば悪かった点はないと思う。	マタニティー期だけでなく、今後育児する上でも、使えるものが沢山あり、主人にもやってあげたくなった。文字にするってとても大事、言葉にするのもとても大事と気付かせてもらえて良かった。
事例 9	赤ちゃんに対して、逆ギレすることが非常に少なくなった。夫からも、子供に対する口調が優しくなったと言われた。感情に関する表を見て自分の気持ちをあてはめてみることで冷静になれた。2 回目のグループで行なった良い記憶を作ることがとても良かった。その後も怒りが出てくると良いイメージがよく頭に浮んできた。	特にない	来るのがとても楽しみであつという間の 3 回だった。慣れない育児でいっぱいだったけど、久しぶりに優しい年上の男性女性にあえて心がほっとした。
事例 10	自分がどうすればいいか本当に困っていた事を、聞いてもらえてちょっと想像していなかった方法でなんだか癒された。自分って、こんなに簡単な事で(ごめんなさい、簡単そうに見えたのです)癒されるくらい単純なんだなと思った。実際に 2 回目の時にもらった紙に沿って他の問題についてイメージを想像したり思い出ししたら、その問題についても「どうでもいいや」と想えるようになった事で、家でこれからも使いたい。私の抱える悩みが、何だかものすごく些細なことだと前から頭では思っていたのが、受講したら気持ちでそう思えた。3 回目の SAT スキンシップ法で気持ちが良かった。他の人とくらべてどうかとかでなく、自分の中でもちを感じて解決策を導き出した(グループカウンセリングって始めてだったので、他の人と一緒に、何か考えるのかと思っていたので)	というより、ちょっと困ったこと、たくさん涙が出てきてはすかしい...	どうして良いかわからず、相談してもささいな事と言われそうで、又アドバイスを他人からうけてもムダかも、と思っていた。子供に対しての「キレる怒り方」というのが「片づけない」に対しては確実に減りました。自分って自分のことを好きじゃなかったんだ、と気づいて、たったそれだけのことで、自分の気持ちが抑えられるようになった事は、本当に驚いた。いろいろまだ、困った事が出てきたら、又、自分に対してやってみようと思う。
事例 11	自分が本当はどうしたいのか、どうしてほしいのか、何を恐れているのか、問題がはっきりしたことで、頭の中がスッキリし、心も軽くなった感じ。前向きにいられるエネルギーが出てきた。2 日目の後はその思い出にマイナスイメージがわいてこないのがびっくり。2 日目セラピーでは本当に胸のつかえがとれたように楽になった。	セラピー後は、疲れてしまっって帰り道、アロマセラピー等ゆったりぼんやりしたかったが、時間がなくて残念。	大きな問題は糸口が見つかったが、小さな問題など、心にかかることが残っているので、今回のシート等を参考に自分なりの答えが見つかるといいな思う。でも、すっきりしない時には他人に背を押してもらいたいと思ってしまふ。

4 考察

本研究の対象者は、子どもが欲しいがなかなかできない人、また子どもを持つことに踏み切ることができない人、妊娠中の人、子育て中の人、というように訴えは様々であったが、それぞれ異なった訴えを持つ人たちが、同席した人たちの気持ちや気づきを聴くことで生じる集団力動によるグループカウンセリング効果を狙いとして開かれたセラピーに参加した人達である。

これまで、対象者の心理特性やグループカウンセリングによる介入前後の変化について検討してきた。以下、対象者の心理特性および介入効果の有無について考察する。

1) 対象者の心理特性について

本研究における対象者は、自己価値感が低く、自己抑制度が高く、情緒的支援認知度は高く、問題解決度は低く、対人依存度が高く、特性不安度が高く、抑うつ度が低いという特徴を持っていた。妊娠できない、子どもについつい怒ってしまう、思うように自分をコントロールできない等は、ストレスの抱えやすさと関係している。ストレスの抱えやすさはその人のストレス行動特性と関連する。ストレス行動特性とは、自己抑制型行動特性、問題解決型行動特性、対人依存型行動特性を言うが、自己抑制度および問題回避度、対人依存度が高いとストレス耐性が弱くストレスを溜めやすい。本セラピーにおける対象者は、ストレス耐性が弱くストレスの溜めやすさを持っていた。

ヘルスカウンセリング学会ではカウンセラー資格研修を行っているが、その際セミナー前後に心理特性の測定を行っている。その報告「ヘルスカウンセリングセミナーの教育効果の評価(第11報)」¹⁰⁾によると、はじめに受講するベーシックセミナー前の平均値(n=4872)は、自己価値感6.07点、自己抑制度9.37点、支援認知度の家族は8.39点、家族以外は8.38点、問題解決度は10.13点、対人依存度は6.20点、特性不安度は42.61点、抑うつ度は45.31点となっている。これらに比べると、本対象者は特性不安度が49.78点と高く、抑うつ度が40.22点と低い、他の心理特性については大きな差は見られない。特性不安度の高さは、現実問題で妊娠することへの不安や子育てに関する不安と直面しているからであると推察できる。抑うつ度についてはセミナー参加者と比べ低い、それでも軽いうつ状態にしていることを示している。

また、ヘルスカウンセリング必要度、感情認知

困難度、自己憐憫度、自己解離度、自己否定感、PTSS度の平均値については、全て中程度の範囲内であり、本研究における対象者は重症な人の集まりではなかったと考えられる。これらの心理特性の比較を試みたが、報告されているものがなかった。

2) セラピーの介入前後の効果について

本セラピーの3回の介入前後では、自己価値感、自己抑制度、問題解決度、対人依存度、特性不安度、抑うつ度、カウンセリング必要度、自己否定感、PTSS度が良方向に変化するという結果が得られたが、自己憐憫度および自己解離度については有意傾向で上昇した。

1回目セラピーについては、現在の問題に対する自覚化と行動目標化を目指している。現在の問題が何であるかはっきりと自覚できていない場合もあるが、話をする中で「すっかりしない点についてはっきりと自覚できた」、「個人的な心の問題を深く掘り下げることができた」等の記述がみられ、ベーシックレベルでの狙い通りの結果が得られたと考えられる。

2回目セラピーでは、現在の自己をコントロール不能にしている過去の心傷風景連想法を行い、その場面の自分が傷ついた相手から愛され、自分自身を認める行動ができ、相手を愛するという心の本質的欲求が充足するようイメージ変換を行い、そのポジティブイメージを現在に活用できるよう支援している。「2日目の後はその思い出にマイナスイメージがわいてこないのがびっくり」、「問題がどうでもいいやと思えるようになった」、「グループで行った良い記憶を作ることがとても良かった、その後も怒りがでてくると良いイメージが頭に浮かんできた」、「してもらいたかったことを母親役の人にしてもらって、それが本当に過去にそうしてもらったような感覚になって、泣いてしまった。過去の出来事のイメージが変わったことが嬉しかった」等の記述からも、ポジティブイメージの活用だけではなく、ポジティブイメージがイメージ記憶として脳に定着したことが推察できる。

矢島の報告「母親のメンタルヘルスと育児自信度に関する研究—心の欲求充足支援法による介入—」⁹⁾に、ネガティブイメージを想起することなく、スキップ法、胎内イメージ法・魔法の愛の言葉法、未来自己イメージ法を用い、ポジティブイメージを人工的に作り、現在において例えネガティブイメージがフラッシュバックしても、作成したポジティブイメージを活用することで、自己コントロールを可能にするというものがあり、介入前後の効果につ

いては自己価値感、自己抑制度、情緒的支援認知度、育児自信度、抑うつ度の良方向への変化が認められ、介入前後には自覚的ストレス度が有意に低下し、持続的効果が得られている。3回目のプログラムについてはこの方法を用いて行った。本セラピー後にはこれらの効果に加え問題解決度、対人依存度、特性不安度、カウンセリング必要度、自己否定感、PTSS度が良方向へ変化するという結果が認められた。

現在の反応や行動は脳の記憶イメージより左右される。あることに対してネガティブなイメージしかないと言ったとネガティブな反応の仕方しかできない。しかしそのことに関して、自分の意見を言えたり人を愛するポジティブイメージを作ることによって新たな脳神経活動パターンができ、防衛本能から脳は自分にとって嬉しい方を選択するようになり、自分らしい行動を取れるようになる⁴⁾。これは1回目と2回目のセラピーで、自分の問題を訴えそのことについて内省化し、直感により自分らしい行動目標を決定したこと、過去のネガティブな場面を想起し、自らの閃きにより自分にとって好ましい場面にイメージ変換することで、どうすれば良いかがわかり（再学習）、問題解決や行動変容ができたこと、自分らしい行動を取る自分に対して自分に良いイメージが持てたこと、その上で3回目のセラピーでスキンシップによりストレスを軽減させる脳の反応の変化⁴⁾、胎内期からの親から愛されるポジティブイメージの作成および愛されたイメージを思い出せたこと、未来に良いイメージを作ることによって更に自分らしい行動が何であるかを気づくことができた等に表れており、これらが心理特性の良方向への変化や行動変容に繋がったと考えられる。またグループについては、「3人のグループセッションだったことで他の人のケースを見ることができてとても参考になった」、「受講者同士のタッチケアはとてもよかった、自分も気持ちがよいのと、相手にこんな簡単なことで喜んでもらった、自分も役に立つことができた」、「1、2回目では個人的な心の問題を掘り下げることができ、また、他の人の話から問題解決までのプロセスを深めることができた」、「他の方々の思っていることを聞くことで、自分に重ね合わせたり、自分にはない悩みを抱えている人がいることに気づきそれが学びになった」等の記述が見られ、個別カウンセリングでは得られないグループダイナミクスによる効果が推察される。また、「赤ちゃんに対して、逆ギレすることが非常に少なくなった。夫からも、子供に対する口調が優しくなったと言われた」、「考え方、悩

みは変えられないとあきらめていたのでそれが実際に変えられビックリした」、「また何か困難があっても立ち直れるんだ、という安心感がある」、「現在自分の持つ価値感がどこで作られたものかを知ることによって、これからもずっと持っていくであろうものと、容易に捨てられるものとの判断を見直し、改めて考えなおすことができた」、「即パートナーには自分の気持ちを伝えたい。（あきらめないことにしました）」、「愛と世代間連鎖の区別ができたことで母への思いがより良いものへ変わることができました」等、行動変容や認知の変容がうかがわれ、本セラピーの3回のグループカウンセリングは、ストレス耐性を強化させ、自己成長を支援する効果があったと考えられる。

自己憐憫度および自己解離度の上昇については、グループカウンセリングを受けることでこれまで認知していなかった自分の気持ちや問題が見えたが、解決し切れなかったことによると推察する。これらの問題を解決するには、イメージ療法による個別カウンセリングの必要性があると思われる。

母親自身が少しでもストレスが少なく日々楽しくあることが、子にとって健やかに成長できる環境となる。親のストレス耐性を強化し、ストレスへの対処能力を向上させることで、ストレスを軽減させ、ホルモンバランスを変え妊娠を可能にし、また、次世代を生きる子どもたちを支援することに繋がると考える。

今後の課題として、「グループだったということもあって、深い部分や個別の感情を掘り下げることができなかった」、「まだわからない時々起こる不安」、「具体的に課題となっていることを解決に繋がる効果が得られなかった」という感想からも、人によってはグループカウンセリングでは自分の気持ちを出し切れないメンバーもいることを踏まえ、より安全感が持てるような進め方を考える必要があると考える。また、プレマタニティー・セラピーに参加した人達が妊娠したかどうかの縦断的な調査の必要性もあると思われる。

5 まとめ

本研究では、セラピーにおける対象者は、ストレス耐性が弱くストレスの溜め易さを持っていた。ファミリー・フォレストで開催するSATグループカウンセリング法によるセラピーは、ストレス耐性を強化させ、認知の変容および行動変容に対する自己成長支援の効果が示唆された。しかし、個人のよ

り深い問題については、グループカウンセリングでは限界があることも明らかになった。

母親が少しでも日々が楽しくあることが、子にとって健やかに成長できる環境となる。親のストレスや不安を軽減することで、ホルモンバランスを変え妊娠を可能にし、また、次世代を生きる子どもたちを支援することに繋がると考える。

引用・参考文献

- 1) 子どものからだと心・連絡会議編：子どものからだと心白書，子どものからだと心・連絡会議，東京，95-97 (2005)
- 2) 吉村泰典：不妊症の病態生理と診断・治療，真興交易医書出版部，東京，3-16 (2000)
- 3) 宗像恒次：SOM セミナー資料，ヘルスカウンセリング学会，東京，(2006)
- 4) 宗像恒次：人生をリセットしたいあなたに，三松株式会社，東京，79-98 (2005)
- 5) Bea R.H. Van den Bergh and Alfons Marcoen：High Antenatal Anxiety is related to ADHD Symptoms, Externalizing problems and Anxiety in 8・and9-years-olds, Child Development, 75 (4) , 1085-1097 (2004)
- 6) DJ Barker：In utero programming of chronic disease, Clin. Sci, 95, 115-128 (1998)
- 7) 宗像恒次：進化するヘルスカウンセリングの今～SAT グループカウンセリング入門～，ヘルスカウンセリング，2 (2)，37-48 (1999)
- 8) 片野智治，國分康孝：構成的グループエンカウンターにおける抵抗の検討，カウンセリング研究，32 (1)，14-23 (1999)
- 9) 矢島京子：母親のメンタルヘルスと育児自信度に関する研究－心の欲求充足支援法による介入－，筑波大学体育研究科研究論文集，27，573-576 (2005)
- 10) 橋本佐由理・宗像恒次：ヘルスカウンセリングセミナーの教育的効果の評価 (第11報)，ヘルスカウンセリング学会年報，11，63-73 (2005)

焦 点

免疫データの季節変動を手掛かりとした がん患者の世代間伝達感情への対応 —夏季を鍵状況として 血液データに身体症状化したストレスイメージ— Treatment of Stressful Emotion of Patients with Cancer Transmitted from Ancestry Based on Seasonal Change of Immunity Data

小林 啓一郎* 橋本 佐由理 林 隆志 坂本 成子 堀 美代
帯津 良一 村上 和雄 宗像 恒次

Kei-Ichiro Kobayashi, Sayuri Hashimoto, Takashi Hayashi, Shigeko Sakamoto, Miyo Hori,
Ryoichi Obitsu, Kazuo Murakami and Tsunetsugu Munakata

要 旨

悩み事や抑うつ等の精神症状に対応する心理カウンセリングの場合、ストレスイメージ記憶の指標として心理尺度が有効である。がん患者に対してSAT イメージ療法で対応する場合、Type-C 行動特性として知られる感情認知困難度が高いパーソナリティーが共通しているため、カウンセリングの初期の段階を除くと潜在化したストレスイメージが心理尺度に顕在化しにくい。このような傾向を踏まえてがん患者に対してSAT イメージ療法によって長期的に対応する場合、ストレスとの関係が科学的に確立しており、ストレスの自覚の有無や意識に左右されない生理データを指標として採用することが必要となる。本報では、2名のがん患者に対して血液免疫力として好中球比率、リンパ球比率、リンパ球数、さらに遺伝子防衛力としてがん抑制遺伝子の活性度を評価しつつ3年以上継続的に対応し、これらの季節的な変動から夏季に関わる無自覚なストレスイメージに対応した事例を通じて、身体症状に対応するヘルスカウンセリングにおいて、生理データをストレスイメージ記憶の指標として進めることの有効性を紹介する。

キーワード：SAT イメージ療法 (SAT imagery therapy) がん (cancer)
がん抑制遺伝子 (tumor-suppressor gene) 免疫 (immunity)
季節変動 (seasonal change)

1 はじめに

がん細胞は、通常の社会生活を送っている人の体内でも毎日数千個発生しており、非自己細胞を排除する免疫力で対応されていることが知られている¹⁾。

*筑波大学がんのSAT療法プロジェクト、カウンセリングルーム ビビッド・ライフ

Counseling room Vivid-Life

連絡先：

〒183-0045 東京都府中市美好町3-38-10

3-38-10 Miyoshi-cho Fuchu-City Tokyo, 183-0045 Japan

Tel&Fax：042-361-5363

E-mail：k.i.kob@jasmine.ocn.ne.jp

一方、強いストレス状況下では自律神経のバランスが交感神経優位となり、リンパ球等のがん細胞に有効な免疫力が低下し、組織や遺伝子を傷つける活性酸素を増加させ、その長期間の継続ががん細胞からがん組織への成長を可能としている²⁾。

ストレス性疾患としてがんを捉えるとき、がん患者に共通の行動特性があることがテモショックによって報告されており、Type-C 行動特性と言われている³⁾。その特徴は、マイナス感情を表現せず、忍耐強く、自己犠牲的な行動をする点にある。Type-C 行動特性をSAT イメージ療法の心理尺度で表現すると、感情認知困難度、自己抑制型行動特性が高く、問題解決型行動特性が低いことで特徴づ

けることができ、自己解離、自己憐憫が高いケースも多く見受けられる²⁾。これらの中でも感情認知困難度が高いことが共通している。これらの傾向が強い場合、ストレスをマイナス感情として認知しないために潜在化させやすい。そのためにストレスに対して現実的に対処せず、自律神経やホルモン分泌のバランスを崩した状態を10年以上の長期間継続させ、がんとして身体症状化させやすい。

ここには2種類の問題が存在する。1点目は環境からの刺激を強いストレスとして受け留める感受性であり、2点目は自分の強いストレスを感情として認知することを妨げている強い感情認知困難である。これらは共に過去のストレスイメージ記憶に基づくものであり、胎内期イメージを使ったSATイメージ療法が有効であり、その対応事例が宗像によって報告されている⁴⁾⁵⁾。これらの報告事例では、心理尺度上の問題はいずれも数回のカウンセリングで解決しており、それ以降のカウンセリングでは心理尺度は潜在化したストレスの指標にはなりにくい。

心理カウンセリングの場合は、この段階で本人に自覚された悩みや抑うつ感覚はなくなるので終了となるが、潜在化ストレスに起因する身体症状を扱うヘルスカウンセリングの場合は、心理尺度に現れてこない潜在化ストレスへの継続的な対応が特に必要となる。潜在化ストレスの中には、本人より何世代も前から世代間伝達したものもあり本人には自覚されにくい。さらにがん患者の場合は、心理尺度の改善後もがんの経過観察と並行して2-3ヶ月間隔でのカウンセリングの継続を選択するケースが多い。従って、このような継続的なカウンセリングでは、ストレスとの相関性が高いことが科学的に確立している生理データをストレスの指標として採用することが必要となる。これらの生理データは、ストレスの自覚の有無や意識に影響されないからである。

ストレスが、自律神経のバランスの変動を経由して、白血球成分であるリンパ球と好中球の比率に影響することが安部によって報告されている⁶⁾。宗像の報告でも、腫瘍マーカーの増加から強いストレスを受けた場合に、リンパ球と好中球の比率が共に10%以上の著しい変化を示すことが報告されている⁴⁾。さらに遺伝子レベルでみると、SATイメージ療法によってがん患者のがん抑制遺伝子が活性化することも報告されている⁴⁾⁵⁾。

過去のストレスイメージ記憶に伴うトラウマ感情は、大脳辺縁系の扁桃体が過去の場面と共通の鍵状況を認知した際にフラッシュバックし、環境からの

刺激を強いストレスとして認知させる。そのため、鍵状況が暑さ寒さ等の季節との関連性が高い要因として条件付けされている場合では、季節的な刺激に反応しやすくなる。しかし季節要因によるストレスであると判断するためには、カウンセリングを2年以上継続し同じ季節に生理データ上のストレス反応が再現することが必要となる。1年では他の要因による可能性も高く、がんという疾患の性質上その要因に早急に対応する必要があるからである。

そこで本報では、血液免疫力や遺伝子防衛力として科学的に評価可能でがんとの関連性の高い、リンパ球比率、好中球比率、リンパ球数および *p53*、*BRCA2*、*RUNX3*、*RB* の4種類のがん抑制遺伝子の活性度の季節変動から、がん患者の潜在化ストレスに継続的に対応した事例をとりあげ、生理データに基づいたヘルスカウンセリングの必要性和有効性を紹介する。

2 生理データとストレス

人間の臓器や器官の多くは自律神経に支配されており、交感神経と副交感神経のバランスに影響されている。たとえば、強いストレス下で緊張して交感神経優位となると心臓の鼓動が速くなり、リラックスして副交感神経が優位となると鼓動は緩やかになる。交感神経が興奮すると神経末端から神経伝達物質としてアドレナリンを分泌し、その受容体をもつ好中球の比率が増加する。一方副交感神経が興奮するとアセチルコリンを分泌するため、リンパ球の比率が増加する。

この変化は速やかで、数時間のカウンセリングの前後でも変化が見られる。したがって、自覚はなくても大脳辺縁系や視床下部がストレスを認知すると、好中球とリンパ球の比率が変化するので、これらをストレスの指標として採用することが可能となる。同時に、リンパ球比率の影響を受けて変化するリンパ球数についても評価した。各々の目標値は、安部の報告⁶⁾に従って、好中球は51-57%、リンパ球は35-41%とし、リンパ球数については、白血球総数にもよるが、2000/ μ l (1次的には1500/ μ l)以上とした。がん抑制遺伝子の相対活性度は、介入前と比較して2倍(200%)以上となることを目標とした⁴⁾⁵⁾。

がん抑制遺伝子は、*p53* と *RB* は多くの種類のがんとの関係が見出されている。*BRCA2* は乳がんとの相関度が高い遺伝子として、*RUNX3* は胃がんとの相関度が高い遺伝子であることが報告されてい

る⁷⁻¹⁰⁾。蓄積されたデータに基づいてこれらの遺伝子を心理的な面と関連付けると、慈愛欲求が充足されると *p53* が活性化し、自己信頼欲求の充足で *RB*、慈愛願望欲求の充足で *BRCA2*、今後の見通しが感じられると *RUNX3* が活性化するという相関関係があることが見出されている^{2) 11)}。これらの欲求が充足されず、充足できる見通しが感じられない状態がストレスとなる。

3 研究方法

SAT イメージ療法を希望するがん患者に SAT 療法の科学的根拠と過去の事例を説明した後、遺伝子評価についてのインフォームド Consent を実施し、同意書を受領後カウンセリングを開始した。介入前のデータがその後のデータの判断基準になるので、第1回のカウンセリングのみ開始前・後の2回採血し血液成分およびがん抑制遺伝子について評価した。2回目以降はカウンセリング終了後に採血を実施した。

心理尺度はカウンセリング前に記入し、その内容と主訴に基づいて各回のカウンセリングを実施した。カウンセリング後に必要項目のみ再チェックし、カウンセリングを通じて見出した理想イメージの有効性を判断した。

カウンセリングの間隔は、開始直後の数回は1-2週間間隔で実施し、その後1ヶ月間隔、さらに安定状態に入った後は2-3ヶ月間隔を標準とした。

今回は、血液データの季節変動から多くの潜在化ストレスの解決に至った A さんの事例を中心に、B さんの事例も含めて紹介する。この2名のカウンセリング開始後1年間の経過については既に詳細な報告^{4) 5)}があるので本報ではふれない。心理尺度も1年経過以降は安定しておりストレスの指標にはならなかったのここではふれないこととし、季節と関連した顕著な変化が現れたリンパ球比率、好中球比率、リンパ球数、がん抑制遺伝子の相対活性度のみを取り上げる。

4 A さんの事例

1) 成育環境と病歴

A さん(32才、女性)の母親は1996年に卵巣がん、父親は2002年に腎臓がんで死亡した。両親は共に副作用に耐えて手術や抗がん剤治療を受けたが助からず死亡。特に、母親の死亡直前1ヶ月の苦しい様子が A さんに強い印象を残している。

父親が2歳の時に父方祖母が死亡し、後妻は自分の子だけを可愛がり、父親を含む先妻の子にはつらくあつた。父親は成長後、異母弟達と自動車整備工場を経営するが、主張の強い継母や弟のもとで萎縮していた。母親もこの整備工場で働いていたが、夫同様姑や義弟の強い口調を耐えながら我慢していた。そのような家庭および職場環境のもとで無理をした結果、母親は第1子と第2子を自然流産し、A さんの兄、A さん、弟を出産後にもう1人妊娠したものの、姑の意見に従って人工流産を余儀なくされた。

A さんは左乳腺腫瘍により2002年6月に左胸筋温存乳房切除術、腋窩リンパ節郭清術を受けた。両親のがん死の経験から、A さんはがんは手術や強い薬で治るものではないと考えているため、抗がん剤や放射線療法は断り、現在 SAT イメージ療法で対処中である。「父母のがん死から、何をしても転移・再発の不安がつきまとうため自分の中にこもりがち。心配性もあるので、心を開放して違う自分になりたい、たとえ失敗しても満足できる自分になりたい」との訴えで、2003年1月に SAT イメージ療法を開始した。

2) 生理データに顕在化した夏季効果

SAT イメージ療法を2-3回受けることによって精神症状はすべて改善され、開始1年後にはリンパ球と好中球の比率でみた血液免疫力、がん抑制遺伝子の活性度からみた遺伝子防衛力も安定した状態にあることは既に報告した⁵⁾。経過観察中心のカウンセリングが続いた2年目の夏('04年夏)、図1に示すように、好中球比率が増加すると共にリンパ球比率が減少を示した。特にリンパ球数は図2に示したように2000(/ μ l)以上の良好な値から800(/ μ l)へ短期間に著しく減少した。がん抑制遺伝子の活

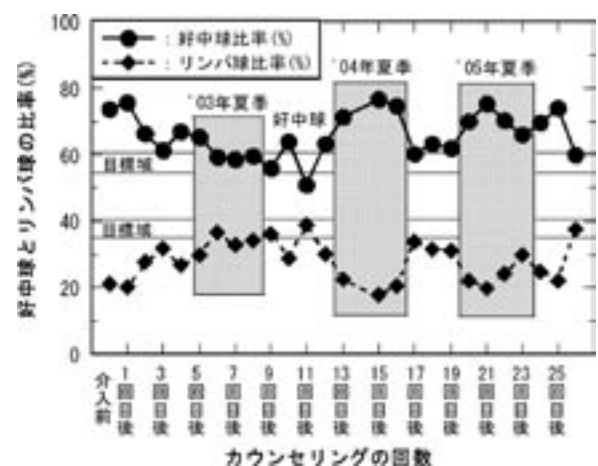


図1 好中球とリンパ球の比率 (Aさん)

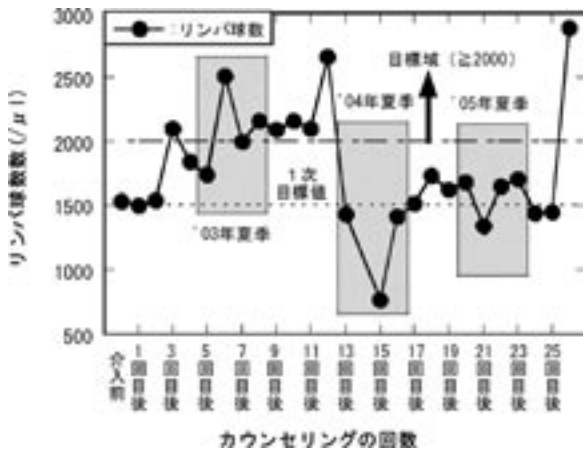


図2 リンパ球数 (Aさん)

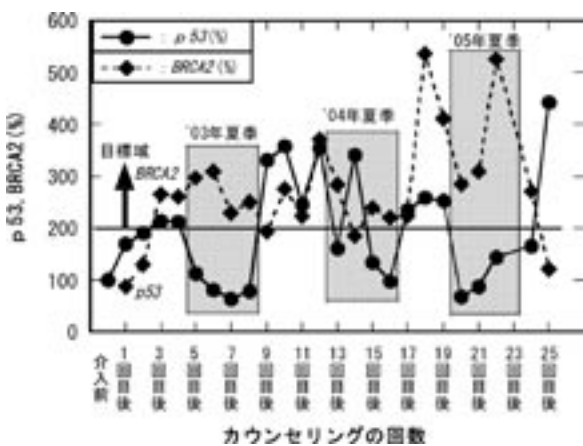


図3 がん抑制遺伝子の活性度 (Aさん: p53, BRCA2)

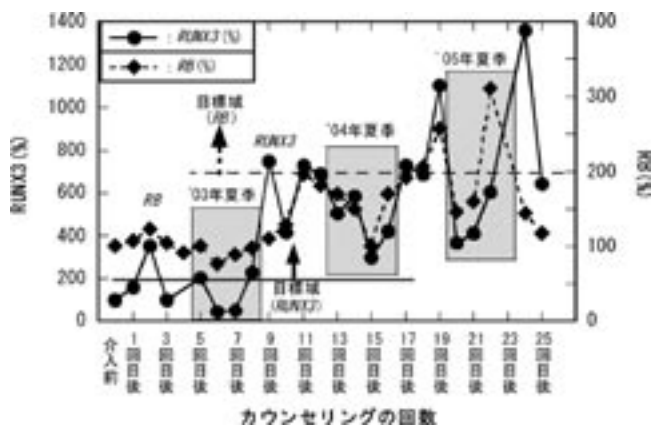


図4 がん抑制遺伝子の活性度 (Aさん: RUNX3, RB)

性度も、図3、4に示すようにこの時期に低下した。特に8月中旬に実施した第15回にその傾向が顕著に現れた。結局この傾向は第13回(6月)から第16回(9月末)まで継続した。この時点までの生理データを検討すると、1年目である'03年夏にもがん抑制遺伝子に同一傾向が見られるが、カウンセリング開始後半年経過後で生理データが安定状態に移行しつつある時期にあたっており明確ではない。'04

年の夏は記録的な猛暑であったことから、季節効果が'04年の猛暑で顕著に現れた可能性を推定した。

Aさんに、夏または暑さに関連付けられるストレス体験の有無を確認したところ、(1)比較的涼しかった'03年夏でも息苦しかったこと、(2)6月に母親が死亡していること、(3)5月頃から苦しい状態にあった母親の表情が強く印象に残っていること、(4)9月に父親が死亡していること、(5)父親の状態が悪化していく8月に、叔父がAさんの前で父親の葬儀について話したことで激しい怒りを感じたが抑制して我慢したこと、等強いストレス体験が夏季に集中していることに気づいた。後に紹介するBさんの夏季効果と比較しても、生理データの低下が5-9月と長期に渡っていることが、これらのストレス体験の期間の長さとも一致している。

3) 暑さの中の生命危機感への対応

夏が鍵状況となって身体症状化した息苦しさから、無自覚な潜在化ストレスに取り組んだ。息苦しさの背後に隠れていた恐れ(生命危機)から得た胎内イメージの中に、Aさん自身と母親の恐れ(生命危機)と焦りが見出された。胎内のAさんは体が思うように動かせず、慌てて自分であがいたために暑くなり、さらに臍帯が首に絡んで息苦しくなっていた。胎内での恐れ(生命危機)と焦りから世代線¹²⁾を使って世代遡及すると、母方6代前の女性が胎児を自然流産し罪悪感と申し訳なさで泣いているイメージが想起された。

母方6代前のイメージから取り組みを開始した。この女性の母親(7代前)が娘(6代前)に自分でやれることをやればいいのかということを伝えることで、6代前が妊娠中に無理して重い物をもつことがなくなり、胎児が無事成長して産まれるイメージをもつことができた。この子の成育イメージ法を行ったところ、男の子が生まれて思いやりのある男性に成長し、農業を営みながら円満な家庭をもつイメージが浮かび上ってきた。

6-7代前のイメージとAさんの胎内イメージの共通点は、胎児の流産にあることがわかった。Aさんの母親も無理をしたことから上の子を2人自然流産しており、胎内のAさんは母親のわずかな不安にも「自分も流れるのかな」という生命危機の恐れと焦りを感じていた。さらに上の子達が生まれていたら自分が生まれることになったかどうかかわからないことから、「自分が生まれてよかったのか」という申し訳なさを感じていた。この共通点からAさんは、6-7代前、母親、自分に共通して、「働くことで認められよう」とするイメージ脚本に従っ

た生き方があることに気づいた。母親が弱い不安を感じたときでも、Aさんは「私は要らないんじゃないか」という強い不安に増幅して受け留め、「私がいるから母親が働けないのではないかと感じていた。母親に「働くことで認められよう」とするイメージ脚本があることを感じ取っている、働くことの妨げになっている自分も要らないと思われてしまうのが怖かったのである。そこで母親から存在を受け入れてもらうために、Aさんも同一のイメージ脚本に従って激しく動き、臍帯が絡まった。この状況下で暑さと息苦しさが結びつき、暑くなると息苦しい感覚が再生されてくることにAさんが気づいた。

前世代のところに上記のように脳が喜ぶ理想イメージを導入したことで、「自分も生まれていいんだ」という感覚がAさんの中に生じ、この感覚があると母親の弱い不安が気にならなくなり、胎内で焦って動き回る必要もなくなり、従って暑くなることも、臍帯が絡むことによる息苦しさもないイメージになった。カウンセリング終了時にAさんは、「実際に苦しくないのに騒いで苦しくなるのだから、深呼吸して落ち着いて『大丈夫』と自分に声をかけることで大丈夫です」、「どんな問題も大丈夫。慌てることはない、生きていればいい」と感想を語った。

この第16回カウンセリングにより、1000 (μl)以下に減少していたリンパ球数が暫定目標レベルである1500 (μl)まで回復し、血液免疫力の危機から脱け出すことができた(図2)。リンパ球と好中球の比率も回復傾向に転じた(図1)。がん抑制遺伝子の活性度でも(図3、4)、*p53*の急激な低下傾向に歯止めがかかり、*RUNX3*、*RB*共に再度活性度が増加傾向に転じた。

4) 父親の死(9月)への対応

'04年秋から'05年春の間は、生理データも安定した推移を示したが、'05年5月の第20回から夏季の到来を控えて、再発予防を目的として残されたストレスイメージへの対応を再開した。第20回では両親のがん死のイメージを取り上げたが、その中でまず父親の死への対応を紹介する。

'02年9月に腎臓がんで亡くなった父親は20年前に腎臓結石を患っており、その頃からストレス下にあったことが伺われる。Aさんが15才前後の頃の父親の様子を尋ねたところ、実際に強いストレス環境で苦しんでいたことが判明した。父親は、異母弟にあたる2人の義弟を含めて4人で自動車整備工場を経営していたが、職場と家庭の両方の場で継母や義弟達との人間関係に苦しんでいた。上の義弟は

本来調理師志望であったが、継母に諦めさせられて整備工場で働くことになった。その結果強度のアルコール依存症となって妻と離婚し、その娘も不安定で大きな騒動を引き起こしていた。このように仕事ができる状態ではない義弟にも継母は給料を支払い続けたため、家族経営の整備工場では経営的にも大きな負担になっていた。しかし父親は、強い口調で物を言う継母や義弟にその件について話すことができず、我慢するしかなかった。下の義弟と父親との関係もうまくいかず、言いたい放題に主張する傾向の強い義弟は、時には「もう来ない」などと啖呵を切ることもあった。

ここでは、継母が義弟達を溺愛せず、上の義弟の調理師志望を認めるイメージを導入した。その結果、義弟達やその家族環境が改善し、父親も大事なことが言えるようになり、そのような環境にいる父であれば血流障害から結石になることもなく、20年後のがんも避けられると感じられた。イメージの中で父親と電話で話したところ、「おー、たまには帰って来いなあ」という言葉が父親の声で聞こえ、9月に伴う虚しさの感覚がなくなった。

9月になると感じていた虚しさは、幼少期に実母と死別して家庭に恵まれなかった父親の寂しさを埋めてあげられない無力感、さらには妻をがんで失った父親の代役ができない無力感から来ていたことにAさんは気づいた。自分の力以外の部分で認められようとしていた自分に気づいたことから、自分の楽しみを我慢して娘として父親と一緒にいてあげたことを自分でプラスに評価できる感覚となり、やれることはやってきたことを感じることもできた。

5) 母親の死(6月)への対応

母親の死の直前1ヶ月程の間の苦しい表情がAさんには強い印象として残っている。そのため、毎年5月頃になると苦しい感覚を感じて風邪を中耳炎までこじらせたり、母親と似た顔立ちの女性のがん患者が強く気になることがある。母親の死にかかわるストレスについて、第20、21回(共に'05年5月)に連続してとりあげた。

母親の末期から危篤状態の頃、Aさんは自分の意識が薄れていて、自分が起きているのか寝ているのかがよくわからない状態で過ごしていた。この時の不安感から、父方継祖母と母親との関係が想起された。父方継祖母が自分の息子の嫁をAさんの母親の前ではめるが、母親のことをほめることはなかったのである。母親は姑に認めてほしいと強く願っていたが、姑からは「あんたら(父と母)の世話にはならない」と言われてショックを受けていた。

Aさんの母親の成育過程でも同じことが起きていた。母親の姉は優秀な人で、祖母からよくほめられていた。祖母はAさんの母親をととても可愛がったが、ほめることがなかったため母親は自信がないまま育った。姉と実母との関係をみて育ったAさんの母親は、自分がほめてもらえないことを寂しく感じて育ったので、結婚後も、自分がほめてほしい人(姑)に他人がほめられているのに自分がほめられないことに敏感に反応して強いショックを感じた。Aさんの継祖母も、その幼少期に母親が死亡しており母親からの愛情不足な状態で育ったことが、人格形成に少なからず影響している。

ここでは2点の理想イメージからスタートした。1点目は、Aさんの母方祖母が各々の子供の長所を認めてほめるイメージ、2点目は父方継祖母の実母が長生きして娘が満たされた気持ちで成長するイメージである。この2つのイメージを実感してスタートすることで、Aさんのイメージの中で上記の人間関係の問題が解決した。ほめられて育ったことでAさんの母親に自信がつき、少々他人に言われても気にならず、ストレスを蓄積してがんになることもなく、今も60代で健在でいるイメージをAさんが受け入れることができた。父のときと同様にイメージの中で母と電話で話したところ、「普通に楽しいよ」「こっちは普通だよ」という平凡な会話イメージが感じられたことで、6月の暑苦しい感覚がなくなった。

Aさんはカウンセリングを振り返って、6月の暑苦しさを次のように表現した。「これまでの自分は母親の死が受け入れられず、しかも自分のせいではないかという罪意識をうすうす感じていたので、自分が苦しならないためには犯人探しをして他人のせいにする必要がありました。でもこうして犯人探しをしている自分も苦しかったのです。母にも確かに幸せなときがあったことをカウンセリングを通じて感じられるようになってきて、『あれが母親の寿命なんだ、幸せだったんだ』と感じられて、6月の暑苦しさがなくなりました。」

これまで両親のストレス源として認知されていた父方継祖母について、Aさんは自分でも意外な気持ちに気づいた。Aさんの幼少期、この継祖母がいつでもAさんを守ってくれ、仕事に多忙で娘を構うことのできない両親に代わって方々に連れて行ってくれた存在であることを思い出したのである。しかし母親の発病後、継祖母が母親にしてきたことを聞いたことで継祖母を犯人と感じ、「大好きな人」から「好きと言ってはいけない人」に変わり、好感を

感じていた自分を自己否定しなくてはならなくなった。Aさんによると、「祖母が好き」と口にしたのはこのときが初めてであった。従来は悲しい方向にだけ目が向いていたが、母親にも幸せなときがあったことが事実として感じられたことで、好き嫌いの一方に立場を寄せなくてもよいことに気づいた。

この感覚になることでAさんは、体調が悪化していく母親に似た女性がん患者についても、もしその女性が亡くなくてもその人との幸福感は残ることに気づき、その患者の死を恐れる気持ちが軽減した。

このように、本人や両親等の再養育イメージ法に加えて前世代からの世代間伝達イメージにも積極的に取り組み続けることで、夏季に関連したストレスイメージを改善した。その結果、'05夏期の生理データの変動を'04と比較して抑制することができ(図1, 2, 3, 4)、その違いはリンパ球数に顕著に現れている(図2)。がん抑制遺伝子では全体に活性度は増加傾向にあるものの、'05年も夏期の影響が見られており、精神症状としてチェックリストには全く現れてこないAさんの夏に関連した潜在化したストレスイメージに、今後も取り組みを続けることが必要である。

5 Bさんの事例

1) 成育環境と病歴

Bさん(46才、女性)は、問題に対して事なかれ主義的な対応をするおとなしい父親と、感情的で決めつけた言い方をする母親の間に、二人姉妹の妹として生まれた。

2001年7月末に左乳がんが見つかったBさんは、8月に乳房温存切除術を受け、その後9月に3回の化学療法と25回の放射線療法を集中的に受け、さらに放射線の卵巢照射によるホルモン療法を受けた。SATイメージ療法についての講演を聴き、2003年2月にカウンセリングを開始した。Bさんのカウンセリング開始後約1年の経過については既に報告がある⁴⁾。

2) Bさんの夏季効果

Bさんの場合も3-4回のカウンセリングで心理尺度上に現れる自覚されたストレスは解決できた。Bさんの場合、抗がん剤治療と放射線治療の影響で骨髄抑制が見られ、白血球数が3000-5000(/ μ l)と標準範囲内ではあるが小さい値をとることが多い。そのため、SATイメージ療法介入前の状態で、リンパ球比率が30.3%あるにもかかわらずリンパ球数が1121(/ μ l)と少ない。1年半の間の10回を越

えるカウンセリングでリンパ球数が1500 (μl) 前後に増加し、リンパ球比率と好中球比率も改善し、がん抑制遺伝子も *p53* を除くと 200% 以上に活性化された状態で継続した。

2004 年の 8 月中旬の第 14 回カウンセリング後の血液データで、A さんと同様に生理データが揃って悪化傾向を示した。40 - 45% で安定していた好中球比率が 10% 以上増加して 57.2% となり、概ね 35 - 40% にあったリンパ球比率も 26.7% へ低下した (図 5)。これに伴って図 6 に示すようにリンパ球数が 1015 (μl) とこれまでで最も少ない値となった。活性化傾向にあった、4 種類のがん抑制遺伝子も活性化度が大きく低下した (図 7, 8)。このような顕著な生理データへのマイナス効果がみられたが、B さんの場合はカウンセラーの方から確認しても 2004 年の夏季に思い当たるできごとや身体反応はなかった。むしろ次のカウンセリングの際には、その間の海外旅行の感想として「もう病気じゃない、自分の奥のところで満足しているから大丈夫」と最近の様子を話した。

3) B さんのがん告知とセカンドオピニオン

2005 年 6 月の第 18 回カウンセリングで、A さんの経緯も踏まえて夏季効果を想定した対応を開始した。改めて問いかけることで、B さんの場合も夏に関係する強い心傷体験があることが明らかになった。

2001 年 7 月中旬に左乳がんが見つかった翌日、セカンドオピニオンを得るために B さんは首都圏郊外の有名な女医の診断を求めた。前日の医師からの「大丈夫ですよ」との言葉とは異なって、CT 検査に先立つ説明の中でこの女医からは「CT に影が出たら 3 ヶ月の命」と言われた。CT 検査の結果影は見つからなかったが、B さんが「この一言が怖い」と言うように、この説明を聞いた時の怖さが強く残っている。その後 8 月初旬に手術を受け、その時の組織検査の結果が悪性ではなかったことを 8 月末に知ったが、「この一言による死への恐怖で、7 月末から 8 月末までの 5 週間が精神的にきつかった」と言っていた。その様子を B さんは「普段感じる体の凝りや痛みを一切感じなくなり、感覚が全くな

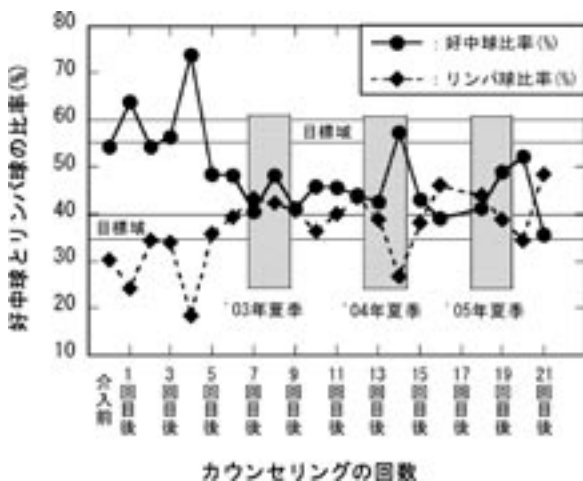


図 5 好中球とリンパ球の比率 (Bさん)

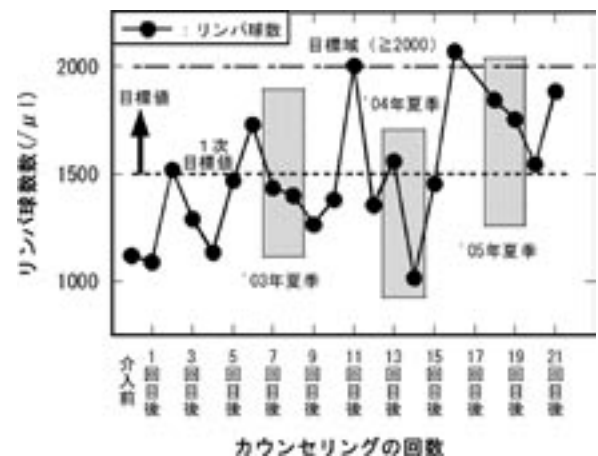


図 6 リンパ球数 (Bさん)

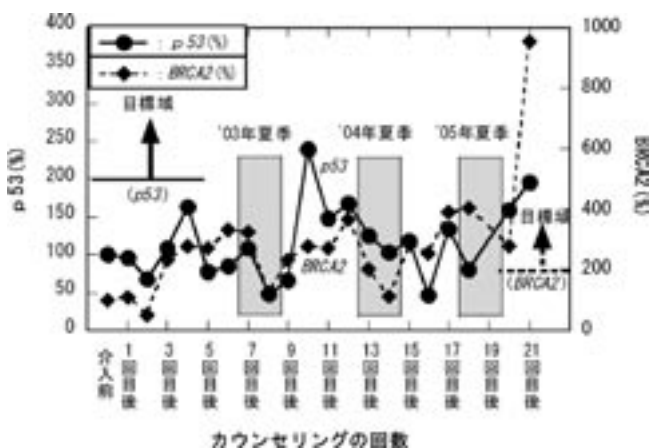


図 7 がん抑制遺伝子の活性化度 (Bさん : *p53*, *BRCA2*)

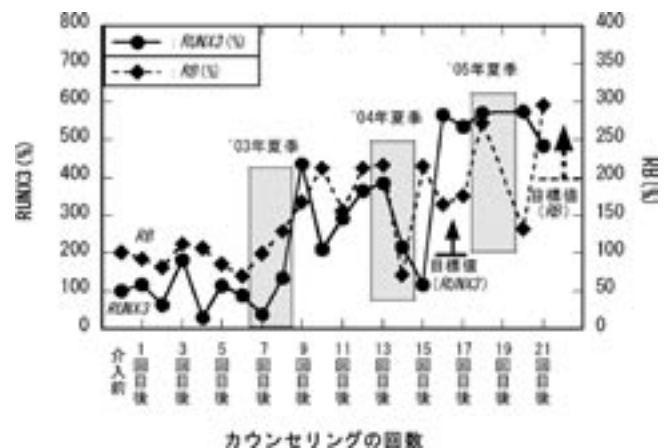


図 8 がん抑制遺伝子の活性化度 (Bさん : *RUNX3*, *RB*)

くなった精神的に異常な時期」と表現しており、極度の死の恐怖感の中にいたことが示唆される。

今から思うとBさんは、若い頃に薄着のファッションを好み、体を冷やしたことががんにつながったものと感じていた。薄着にこだわった背景には、母親の「ほらまたそんな格好をして、冷えたらダメよ」との上から決め付けた言い方があった。

シーン1として、まず理想的環境の中でこの異常な5週間を避けるイメージを導入した。幼少期に母親が愛情をこめてしみじみと薄着について教えてくれていたイメージからスタートすると、1枚重ね着をし、その習慣があることで大人になった後も体を冷やすことがなくなった。Bさんは現在通訳として活躍しているが、以前は在宅で翻訳の仕事をしていた。体は在宅の仕事を嫌がってストレスになっていることを感じていたが、通訳となることへの自信のなさや恐れから翻訳を続けていた。母親から日々愛情を感じて育つと自信があるので、早期に通訳を開始しており体へのストレスもなくなる。さらにこの生き方の延長であれば、がん発見の2年前に夏の冷房の効いた部屋での仕事のときにも重ね着をしており、これらすべての積み重ねの結果がんになることはきつとなかったと感ずることができた。

シーン2として、シーン1のような問題を外在化させた解決イメージに引き続いて、自力でこの異常な5週間の体験を避ける、問題を内在化させた解決イメージ作りに取り組んだ。まず幼少期に、母親の言うことや言い方に反応せず聞き流し、自分から楽しい話題に変えてしまうことからスタートさせた。すると母親の表情や言い方が変わり、戦々然とした雰囲気なくなるので母娘が近い存在になれる。その結果自分の存在する意味をしっかりと感ずられるので、早くから通訳に変わることができ、体がストレスから解放される。そのような自分になると、セカンドオピニオンの際の女医の発言に対して、「ホントかな?」「この先生は表現がオーバーだ」と思えてショックが少なくなり、暑さを感じられる通常の夏を過ごせたイメージ感が増してきた。

こうして安心感を取り戻すと、Bさんは本当の問題が自分自身の完璧主義にあることに気づいた。Bさんによると「いいがんじゃなきゃ駄目」という思いが強過ぎたことが、周囲からの刺激に対する恐怖感を強めていたことを強く感ずた。気づいたことで余裕が生まれ、完璧主義から気持ちが抜け出すことができ、2001年の夏が周囲が見えて暑さを感じながら夫と楽しい会話をしながら過ごす夏のイメージに変化した。このカウンセリングの直後に控えた'05

年夏の予感を尋ねると、「普通の夏が来ますね」と笑みを浮かべながら答えた。完璧を求めることがなくなったので、Bさんに安心が戻ってきた。

このように夏季のストレスに対応していくことで、2005年の夏の生理データの悪化を、血液免疫力、遺伝子防衛力共に2004年と比較して軽度抑制することができた(図5, 6, 7, 8)。

6 まとめ

SAT イメージ療法を3年以上継続した2人の乳がん患者の事例に基づいて、心理尺度に現れてこない潜在化したストレスイメージを、ストレスとの相関関係が科学的に判明している血液データの変動から読み取ることで解決した。がんをはじめとした心身症に至る背景には、ストレスを精神症状として自覚しにくい感情認知困難度の高いパーソナリティーが存在する。感情認知困難度が高いクライアントに対してカウンセリングで対応する場合、心理尺度が有効なのは初期のみとなる傾向があり、それ以降の段階でなお潜在化したストレスイメージに対応し続けるためには、(1)感情認知困難の影響を受けない生理データからストレスの存在を読み取り、(2)ストレスイメージから胎内イメージを経由し、必要に応じて世代線を用いて前世代に遡ることで世代間伝達感情の源を見出し、(3)ストレス源のイメージ変換を通じて自己成長を支援することが必要である。

引用・参考文献

- 1) 帯津良一編著：がんを治す在宅療法大事典，二見書房，東京，228-231 (2005)
- 2) 宗像恒次：がん、うつ病から家族を救う愛の療法，主婦と生活社，東京，142-143, 149-157 (2005)
- 3) Temoshok L., Dreher H. 1992 The Type C Connection: The Behavioral Links to Cancer and Your Health Random House. (大野裕監修：がん性格 タイプC 症候群，創元社，大阪，47-52 (1997))
- 4) 宗像恒次・小林啓一郎・橋本佐由理・前田隆子・初矢知美・庄司進一・帯津良一・角井園子・大久保由佳・林隆志・村上和雄：SAT イメージ療法によるがん抑制遺伝子の発現，金子書房，東京，57-71 (2004)
- 5) 宗像恒次・小林啓一郎・橋本佐由理・前田隆子・初矢知美・角井園子・大久保由佳・持田麻里・林隆志・帯津良一・庄司進一・村上和雄：SAT イメージ療法の適用によりがん抑制遺伝子の活性度および免疫力が向上した乳がん患者の1症例，ヘルスカウンセリング学会年報，10，

61-67 (2004)

- 6) 安保徹：医療が病をつくる，岩波書店，東京，1-51，
203-231 (2001)
- 7) 新津洋司郎・横田淳編集：臨床家のためのがん遺伝子
／がん抑制遺伝子，南江堂，東京，13-45 (1999)
- 8) 伊藤公成・野村慎太郎：RUNX3 の発現不全が胃癌の発
生、進行を引き起こす，細胞工学, 21 (6) , 646-647 (2002)
- 9) Balmain A. : New-age tumour suppressors, Nature,
417, 235-237 (2002)
- 10) 宮川清：BRCA1 と BRCA2，血液・腫瘍科，36 (3) ,
227-233 (1998)
- 11) 帯津良一編著：がんを治す在宅療法大事典，二見書房，
東京，435-437 (2005)
- 12) 宗像恒次：ヘルスカウンセリング SOM セミナー資料
(2005 年 12 月)

焦点

心因性視覚障害のSAT自己イメージスクリプト 変更法による治療

Therapy to Change Self-image Script for Psychogenic Visual Disturbance

樋口 倫子
Noriko Higuchi

要 旨

心因性視覚障害（以下PVD）は、患者の語りに耳を傾けた対応が非常に重要な疾患である。本稿では、筆者のカウンセリング経験を踏まえ、PVDをはじめとする小児に見られる心身症の心理的な対応に焦点を当て言及しようと思う。PVDの背景には、児のスキンシップ不足が存在しており、児が甘えや依存を断念せざるをえない状況下で、どうにかして挽回しようとしたが、過剰適応状態から不適応に転じた状態という側面を持つ。小児の身体化された病に対してかかわる場合に、児も親も以下の過程を経ていくことが必要であろう。

まず、一点目に、①体現された症状は、心の葛藤に触れることを避けて、それを外在化されているため、何らかの未解決課題が潜在していることへの気づきを促すこと。次に、②外在化された課題を一旦取り込み、その人自身の課題として内在化させること。③その本質的な課題の解決のために必要な言語・非言語的イメージスクリプトを定着させること。その上で、④本質的な課題の解決に価値や意味を生み出す過程を大切にすること。

新たに形成されたポジティブな自己イメージスクリプトを持ちながら、自分らしさや自分の満足を充たす新たな認知、新たな行動によって、未解決の問題の解決を、本人が有意義性を持って取り組めるよう支援することが必要と考えられた。

キーワード：自己イメージスクリプト変更法（therapy to change self-image script）

心因性視覚障害（psychogenic visual disturbance）

小児心身症（pediatric psychosomatics） 再学習（relearning）

1 はじめに

昨今、医療の場では個々の患者の持つ世界観や人生観に基づいた医療が求められるようになり、その人が病をどのように体験しているのかといった視点を重視した Narrative Based Medicine¹⁾ や、患った病の意味を見つめることによって根本的な問題解決が促されるといった視点を持つ Meaning based Medicine²⁾ が発展を見せている。

心因性視覚障害（psychogenic visual disturbance 以下 PVD と略）も、こうした患者の語りに耳を傾けた対応が非常に重要な疾患である。先日、カウンセリング外来に紹介された PVD の中学生の女兒は、こう語った。女兒の背景には、両親の不和という問題が存在していた。「私がいるから、お母さんは離婚できないって言った。『私が生まれてこなかった方がよかった?』と尋ねたら、『そうじゃないけど、もし産まれていなかったらと考えることはあった。』とお母さんは言った。それを聞いたら、涙が止まらなくなった。」と。女兒は、小さい頃から両親が心から理解し合い、やりなおしてくれることを期待して、両親の間に入っては顔色をうかがい、両者の関係を調整する役割を果たしてきた。女兒はそうした、不安や寂しさや絶望の中で生きてきた。視力低下の自覚は、自分が安心できる状況や、楽しく満足のいく生活を送っている場合には発現せず、不安や緊張の中にあると生じていることが、患者の語りの中か

筑波大学大学院 人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学ヘルスカウンセリング分野
Department of Human Care Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba
連絡先：

〒180-0004 東京都武蔵野市吉祥寺本町1-8-3 ダイアガイビル4F ひぐち眼科

1-8-3 Honmachi Kichijoji Musashino-Shi, 180-0004 Japan

TEL：0422-23-8552

FAX：0422-23-8551

E-mail：n.higuchi@jcom.home.ne.jp

ら、次第に明らかになってきた。

医療の場では、こうした心因性視覚障害の患者への対応としては、視力低下の原因を探すことで手一杯であり、児の表面的な生活背景を問診することはあっても、事柄のレベルでの頭脳的な理解に留まり、児の抱える不安や苦しさといった気持ちや感情のレベルの理解には至っていないといえよう。本稿では、筆者のカウンセリング経験を踏まえ、PVDをはじめとする小児に見られる心身症の心理的な対応に焦点を当て言及しようと思う。

2 本邦における小児の精神健康の動向

昨今、わが国は社会的背景や社会情勢の変化、すなわち核家族化や少子化、母親の就労率の増加や親の離婚率の増加に伴った子どものメンタルヘルスの悪化³⁾が指摘されている。子どものメンタルヘルスの悪化は、すなわち心身症、行動障害、情緒障害の増加としてあらわれており³⁾、具体的には、両親や友人を殺してしまうといった殺人事件や、集団リンチ、いじめ、不登校、自殺、リストカットといった問題行動の増加などがあげられよう。また、平成15年度間の「不登校」を理由とする児童生徒数は、12万6千人と報告されている⁴⁾。2年連続減少傾向にあるが、依然として全体に占める不登校児童生徒の数は少なくなってきたとは言い難く、小児の精神健康については楽観視できない状況といえよう。

3 小児の心身症の動向と国内外の比較

小児における身体化障害の転換性障害と解離性障害は、小児の発達環境のストレスが多様化・複雑化する今日、小児自身が自覚しないまま、ストレスが身体の機能障害や意識の変容となってあらわれたものである⁵⁾。ストレスを、身体症状に置き換え発散すること、感情的あるいは心理的な苦痛を主として身体症状によって体験し表現する傾向はsomatization(身体化)と呼ばれ、心身未分化な小児と思春期の子どもでは、身体化が盛んである^{6) 7)}。

全国医療機関の実態調査⁸⁾による心身症の頻度は、小児科外来を受診した3歳以上の患者の5.8%(6～15歳に限定すると8.2%)と報告され、久留ら⁹⁾は鹿児島県下の児童生徒の心の健康に関する経時的調査を行い、中学2年生では腹痛や頭痛を訴える割合は昭和59年調査で33.9%、平成11年で50.4%と増加したことを明らかにした。

一方、国外では有名なオンタリオ児童健康調査¹⁰⁾

では、身体化障害の頻度は12～16歳の男子で4.5%、女子では10.7%であったと報告している。田中ら¹¹⁾は、小・中学校児童生徒の身体愁訴を日本とスウェーデンで比較し、日本の中学生では疲れやすさは22.8%、スウェーデン13.8%、頭痛や腹痛では日本10.5%、スウェーデン4.6%にみられたと報告し、いずれも本邦における身体愁訴の頻度が高いことを指摘している。

このように、我が国では、文化的な背景の影響を受け行動化された病や心理化された病よりも、より「病气らしい」身体化された病として表出される傾向があり¹²⁾、諸外国と比べて身体の症状として内面の問題や葛藤を表す頻度が高いと考えられる。さらには、社会情勢の変化の影響を受け、心身症は増加傾向を示している。身体化された症状は、心理化された症状よりも、本人がストレス要因と関連についての自覚が乏しい場合が多い為、そのアプローチが困難であり、小児の心身症のかかえる問題の支援策の強化は急務であろうと考えられる。

4 小児心身症の心理特性

生野¹³⁾は、小児心身症の一つである反復性腹痛児が、抑うつ、不安、過敏、気づかい、内向的、完璧主義、自己評価の低さ、感情を抑圧する傾向があると述べている。筆者の行ったPVDの児の心理特性に関する調査¹⁴⁾では、健常児と比較し自己抑制度や対人依存度が有意に高く、自己価値感や情緒的支援認知度が有意に低かった。そのため、不安傾向が有意に強く、ストレスを認知しやすい児の特徴が浮き彫りにされた。このような特徴は、PVDに特有の心理特性というよりも、心身症を持ちやすい児の心理特性として捉えることができるのかも知れない。

5 心因性視覚障害の心理的援助

現在、眼科領域では、「必ず治る」と本人に告げた上で(保証)、プラセボの点眼や暗示用の眼鏡を処方し、経過観察を行うという治療が広く行われている。積極的な治療法として、早川¹⁵⁾によるだっこ点眼療法が用いられ、本障害の本質を捉えた心理的アプローチと解される。

筆者の経験から、本障害の背景には、児のスキップ不足が存在しており、児が甘えや依存を断念せざるをえない状況下で、どうにかして挽回しようがんだった過剰適応状態から不適応に転じた状態という側面を持つことがわかった。よって、筆者は以下のよ

うな視点からの心理的な援助が必要と考えた¹⁶⁾。

児は、生活環境を大人に依存しているため、まず心身の安全感が保たれるように環境調整の改善が必須である。その上で、本人に対しポジティブな自己イメージが形成されるためのアプローチや、安心感を伴ったイメージや記憶の再形成のために、スキンシップ法や慈愛力による非言語的アプローチが有効であった。初期対応としては、まず、患児の目線で、児の不安や孤独感などのネガティブな気持ちや感情を受け止め、心からのメッセージを伝えること（共感的支援）、次に母親が子の望む方法でスキンシップ（背中をなでる, holding, 添い寝する）をしたり、素直な愛情を注ぐことをガイダンスする。両親がいない場合、児の重要他者（心の親）に協力を求めることが重要である。

実際には、親自身が罪の意識や子への妬みなどを持ち合わせる場合がある。それは、親自身も甘えた記憶がないため、児だけの介入では解決されにくく、親へのスキンシップ法を適用したカウンセリングが必要な場合が多かった。筆者は、これまでの本障害に対するカウンセリング経験より、表1に示すようなガイダンスが必要であると考えた。親へのガ

イダンスを実施し、親子に対して、SAT 自己イメージスクリプト変更法によるカウンセリング介入を行っている。

6 自己イメージスクリプト変更法による PVD の対応例

以下に、三世代の親子のカウンセリング対応を行った事例を紹介する。

症例：8才、女兒（以下 A と表記）

家族構成：母親（以下 MA と表記、40 歳）、兄（中学1年、12 歳）の3人家族。

父親とは、4 年前に離婚。

既往歴：気管支炎（1 歳半）

現病歴：200X 年 4 月、学校検診に視力低下を指摘され、近医受診。精査目的にて、K 大学病院眼科受診となる。

家族歴：MA が数年前よりうつ病性障害と診断され、近医通院加療中。

初診時検査所見：

遠方視力 右視力 = 0.02 (0.06)

左視力 = 0.02 (0.07)

表1 親へのガイダンスの内容

① 心因性視覚障害の説明
ストレスの身体化として視覚障害が発生することについて、ほとんど周知されていないため、親は近視や遠視や乱視などによる屈折異常などが原因であると捉えている場合が多い。そのため、理解がなされるまで、繰り返し説明を行う。視覚障害を説明するような器質的疾患は存在しないことと、一時的に脳の視覚情報処理過程で機能的低下によって起こっていると考えられていることを説明する。器質的疾患は存在しないことを強調し、親の不安の除去を配慮する。
② ストレスによる身体化と子の心身症についての説明
悪性のストレスが発生することによって生じるストレス反応について説明した上で、小児は、言語的に表現するよりも、身体症状として表出されやすく、ストレスによる視機能の低下は、特異な疾患でなく、ポピュラーな疾患であるものとして、言及。また日本の文化的背景も相まって、ストレスの身体化は、成人でも発生しやすく、親も同様にストレスが身体化しやすい傾向を持つ可能性について言及。
③ ストレス行動特性の説明と心理特性チェックリストの解説
悪性のストレスを生み出しやすい心理特性、すなわち自己抑制型行動特性や対人依存型行動特性の強さ、問題回避型行動特性や情緒的支援認知度の低さについて説明。それと同時に、事前に実施されている心理特性の質問紙票のスコアリングをし、その点数の意味するものについて解説。
④ SAT カウンセリングの説明
SAT カウンセリングは、1) 表面的な解決ではなく、身体症状を生み出し易い本人や家族の持つ根源問題を明らかにし、2) 症状を生む嫌悪系の情動ではなく、報酬系の情動を伴った認知や行動に変換するための再学習を支援することを目的としていることを説明。現在の問題として再現されている、過去の未解決な課題の解決に意味を見だし、自分らしさを大切にしたい自己の再構築が、根源課題の解決であることを説明。そのためには、自己イメージスクリプト、すなわち自分の原形イメージが、現在の認知や行動様式に影響を与えるため、ネガティブに歪められた自己イメージスクリプト（自己イメージの原形）を、ポジティブな自己イメージスクリプトに変更することが必要なことを強調。鮮明なイメージ記憶を形成するために、言語以外にスキンシップ法や慈愛信号法などの非言語的なアプローチを用いて、効果的に幼少期や胎内期のポジティブイメージを形成することで、報酬系の情動を伴ったイメージを形成することに言及。
⑤ 多世代間伝達課題についての説明
子に表出された身体症状を生む未解決課題は、親の持つ未解決課題と一致することが多く、それは前の代から、繰り返されている課題であることについて説明。子が発している症状との関連性についての理解を得、親が積極的なカウンセリングへの姿勢を持てるように動機づけを行う。
⑥ 行動変容動機の確認
自分、子、家族が本当の自分らしさを知って、自分に満足な生き方を目指すカウンセリングであることを説明。そのために自分がどのようにありたいかを明確にして、その自己変容動機が、自己信頼欲求に基づくものであるかどうかを確認。その動機が、他者に認められたい、わかってもらいたいなどの慈愛願望欲求に基づくものである場合には、カウンセリングが成立しない可能性があるため、その場合には、先に他の家族や協力者に働きかけるなどし、カウンセリングのタイミングを見分ける。

神経眼科的検索：視覚誘発電位 CT 異常なし
カウンセリングに至るまでの経緯：

MA は、数年前よりうつ病性障害で、A への付き添いで来院することさえ困難な状況であった。A の来院の予約のキャンセルや変更が数回続いた。予約変更の際に治療者である筆者と、電話で会話をすることがあり、MA の心理的な苦痛を受け止めたことがきっかけとなり、その後来院に至った。

< 面接の経過 >

①本人および母親へのカウンセリング導入期

A との初回面接：

口数が非常に少なく、治療者からみた印象として、実際の年齢を比較すると非常に早熟であった。表情は硬く、笑顔をみせることはなかった。なるべく A のペースにあわせるようにした。初回は、「時々病院に来て、お話してもらったり、絵を描いてみたいでしょうか？」と問うと、「うん」と頷いていた。

② MA との初回面接：

最初の面談は、担当医からの紹介から半年を経っていた。MA は、幼少期に母 (GMA) が実父と離婚をしたこと、継父と再婚するもその継父から虐待を受け続けたこと、優しいので大好きだった実父は離婚後間もなく、お酒が原因で亡くなったこと、難病を抱える兄は継父に治療費を援助してもらえず、病気を苦に自殺したこと、MA 自身が親の反対を押し切って結婚したが離婚したこと、扱いにくい A とのこと、操縦されているように感じる GMA との関係などを、吐き出すように語った。「わたしなんて、いない方がいいんでしょう？ どうせ、わたしなんか。死んだ方がいいんでしょう。」と A が言う。それは、幼少時に MA が心の中で感じていたことと、まるで同じことであった。自分が GMA からされたことを、自分もまた繰り返しているのかと心配だと語った。MA は、自分がうつで、子どもの世話がほとんどできなかったことや、育児中からも A が非常に扱いにくいという思いを抱いていたと語った。

しかし、この日は、カウンセリングの原動力ともいえる自己信頼欲求に基づいた自己変容動機は確認できず、MA へのカウンセリングは行わなかった。そして、うつ病障害の心理的支援の場合には、本人の支援者の理解が重要であるため、まず GMA に対する介入を優先した。

③ MA の支援者へのカウンセリング実施期

GMA (祖母) との面接：

A の母親が治癒するためには、周囲の暖かな支援が必要なので是非協力してもらいたい旨を GMA

に伝えた。GMA は、趣旨を理解した上で、カウンセリングを快諾された。GMA には、母親が継母に育てられ苦労した姿を見たり聴いたりしてきたので、小さい頃から甘えたり、親を頼ったりすることなく、自分一人でやってきたという生育史があった。GMA は、不安を抱えつつも、常に「自分がやるしかない」とがんばっていると話された。そのように行動しないと、強い焦り (見捨てられる怖さ) の感情が起ることを同定し、そこから胎内期のイメージを想起し、胎内期に抱いていた感情やその意味を明確にした後に、ポジティブな自己イメージスクリプトへの変換を行った。GMA の母親が実母から育てられて甘えて育ったイメージ脚本をつくり、その上で GMA の再誕生イメージ、幼少期の甘えて育った再養育イメージを形成した。GMA の眼には涙が浮かび、そのようなイメージの両親に育てられた自分ならば、素直に弱音を吐いたり、人に頼ったりすることのできる自分になると語った。親に甘えなかった分、MA に対して依存し過ぎていたのかもしれないと気づかれ、もっと相手のペースに合わせて見守りたいと自己決定がなされた。

④ MA への SAT 実施期：面接 2 ~ 4 回目

GMA への SAT 療法を施行後、祖母の変化を感じた MA は安心感を得つつ、自ら A に寄り添おうとするかかわりの改善が見られた。また自分が元気になり、子ども達と幸せに過ごして行くために、自分が変わりたいという前向きな意志を持つようになった。MA は、GMA に本音が伝えられないという課題を強く意識しており、自分の気持ちを伝えたいという自己信頼欲求に基づく自己変容動機を確認できた。その一方で、言おうとすると、見捨てられる怖さやパニックの感情が存在していた。その感情を入り口として、胎内期のイメージ感覚と感情を想起してもらうと、「胎内は暗く、冷たく、へその緒が巻き苦しい」、「絶望、みじめ、見捨てられる怖さ」が同定された。MA の母親 (GMA) がその母に甘え、父親は GMA が成長するまで生き、家族を守ってくれたイメージを、スキンシップを交えたロールプレーで形成し、その上で MA の再誕生イメージと、幼少期に MA が両親に甘え、家族仲良く育った再養育イメージを形成した。MA は、「こんな風に育っていたら、。」と目に涙を浮かべた。さらに、人は亡き人程イメージや思いを、人は自然に自分の中に取り入れ、自分の人格と混同する場合があるために、亡き人との再会イメージ法の技法を適用し、エンプティチェア法で病気を苦に自殺した兄との対話を試みた。「兄の表情は、どんなふうか？」と問う

と、MAは「自分を心配しているような顔」だという。「その兄になんと伝えたかったのか」と問うと、「もっと、優しくしたり、もっとお兄ちゃんのことをそばで聞いてあげればよかったのに。……出来なかった。……ごめんね。……」と、涙ながらに兄に告げた。MAは声をつまらせ嗚咽し、そしてしばらくエンブティチェア法を用い、兄との対話を継続した。「兄の話を聴ける、兄に優しくする」自己イメージを作ると、兄は自分のことを心から許して、自分を見守ってしてくれる表情に見えるようになった。「必要な時には、きちんと伝えたり、行動したりする自分になる。」と心に誓った。そのように育ったイメージや兄と素直な気持ちを伝え合いわかり合えたイメージを持つと、母親に自分の気持ちを伝えていくという意志決定が出来た。MAの感情表出が以前よりも促され、表情も豊かになっていった。

⑤母親の自己変容期：5回目

MAは、以前は近づこうとしなかったAが「お母さん、大好き」と、くっついてくるようになったと語った。その後、Aの視力の改善が見られた。しかし、友人からAに対して「普通の子と違う」というような指摘を受け、親子で否定されている気がして、どうしていいのかわからなくなるという訴えがあった。初期のMAと比較すると、依存的に訴えるばかりではなく、実際に自分の課題を乗り越えようとする姿勢へと変化が見られていた。「子どもの変化に気づける自分、元気で余裕の持てる自分になりたい」という自己変容動機から進化適及イメージ法によるカウンセリングを行った。

自己変容を妨げる色や形のイメージから身体感覚、胎内イメージについて問うと、「茶色く、いびつ」なイメージの中に「気持ちが重く、胸がモヤモヤとする」という身体反応が生じ、「冷たく、暗く、子宮壁が遠く硬い」イメージが想起された。本来望む胎内のイメージは、「明るく、広く、あたたかい」。この望む胎内になるには、どこまで時代を遡り、どういう生き方の映像を持てるとよいかを問うと、「感情を持たない時代がよい。バクテリアとして原始生命時代に、自分も、周りも、太陽が十分に当たり、気持ちがよく、元気がよく、生きているイメージを持てるとよい」。悪い胎内を想起すると、「ヒトの初期の時代に、上に立とうとする人がいて、生き残りをかけて戦いを続けている。身分が下の人、弱い者は、貧しく苦しむしかない。」イメージが見えると言った。現在と共通するのは「苦しい中で生き、がんばっているのにどうしようもない」という問題であると語った。もう一度、イメージのよいバクテリ

Aの時代に時間を戻し、その子孫として進化すると、その時代はどのようなイメージかと問うと、「助け合い、食料もあり余裕がある」。次に、そうしたイメージの中で、自分の子孫が進化してくるとどのような祖先や、両親、自分のイメージかと問うと、「皆、心に余裕が持てる。性格が穏やかで、優しい」と答えた。そういうイメージが持てると、自分は、慌てず余裕を持って、どうすべきか解決策を見いだせる自分になるイメージが持てた。物事を冷静に捉え、何よりも自分の目で子どもの気持ちを受け止めるようになるために、具体的な行動目標を設定した。「まずは、先走らずに子どもの話を最後までよく聴く。些細なことでも聴き、些細なことでも話す。子どもの視線で、子どもの話を理解する。」。MAは、「他の人がどう見ようと、自分の目で捉える」と決意した。その時のMAは、非常に優しく自然な表情にみてとれた。

⑥兄の自己価値感の回復期：

その後、Aは、「お母さんは、少し変わってきた。」と語った。一方、兄との関係が、日常苛立ち事としてあげられ、問題解決のカウンセリングを実施した。兄にからかわれると、「とても嫌な気持ちになる」ことから、期待の明確化を行った。スキンシップ法と慈愛信号法を活用し、その後兄に伝えたいことをどう伝えたら良いかを、リハーサルした。

表2に、AとMAの心理特性の変化を示す。両者共に心理特性の改善が見られた。

表2 介入による心理特性の変化

Aの心理特性の変化

	介入前	介入I*後	介入II**後
自己抑制型行動特性	4	1	1
対人依存型行動特性	1		1
自己価値感	0	5	8
情緒的支援（母）	0	6	9
特性不安	35	23	23

*) 初期カウンセリング後

**) AとMAへの自己イメージスクリプト変更法実施後

MAの心理特性の変化

	介入前	介入III*後	介入IV**後
自己抑制型行動特性	13	8	4
対人依存型行動特性	14		3
自己価値感	1	4	10
情緒的支援（家族）	1	6	10
情緒的支援（他）	9		10
問題解決型行動特性	9	15	15
特性不安	70	60	40
抑うつ	60		42

*) MAへの自己イメージスクリプト変更法実施後

**) MAへの進化適及イメージ法による自己イメージスクリプト変更法実施後

7 PVDの病態とSATイメージスクリプト変更法

視力低下の改善後、聴覚障害が発生する等の symptom shift が見られる症例も存在するので、症状を取り去る努力よりも、根源問題の解決を促す視点を持つことが必要である。親が、素直に愛情が発揮でき、児の存在を暖かく見守ることができるか否か重要なので、多少遠回りをして、親の抱える根源問題についてカウンセリングを行うことが効果的である¹⁶⁾。SAT療法介入では、「両親や家族に歓迎されて誕生した自分」というポジティブな自己イメージスクリプトを形成することを主として、介入を行っている。

自己イメージスクリプトとは、知識的な枠組みといった意味合いの強いスキーマ概念¹⁷⁾に対し、宗像¹⁸⁾によって時間的順序性や因果的なストーリー性や全感覚が関与したスクリプトの概念、すなわち自己の原型となるイメージスクリプトを指す。すなわち「人は、自己を解釈する時に、過去の経験からの期待値(予測値)に合わせて、自己を理解するパターンを有する」というものである。SAT療法はこの理論を背景とし、自己イメージスクリプト変更法を主要な技法とするイメージ療法である。本療法では、クライアントの自覚下にある現在の問題には、過去の問題がフラッシュバックしていると仮定し、そのネガティブな過去の体験を同定することによって、それに付随するネガティブイメージの中に、ポジティブな意味を見出すために、再学習や語りなおし、再想像、再演技、スキミングを行ってイメージスクリプトの形成を行う方法である。そして、それに基づいて新たな自己イメージを得ることを目的としている¹⁹⁾。

ヒトには発生学的に新旧の脳があるが、従来の認知行動療法を中心とするほとんどの心理療法は、大脳新皮質への働きかけが中心であったが、辺縁脳や脳幹も考慮に入れた介入が、不安や恐怖が強い場合には必要であると考えられている²⁰⁾。よって、SAT自己イメージスクリプト変更法では、マクレーンの三位一体脳説²¹⁾の概念を基盤とし、効果的な心理支援が展開されている。まず、①環境調整を中心として、安全感を確保することを重視し、その上で、②慈愛信号法やスキミング法により、不安や恐れや無力感などのネガティブな情動の消去学習を促し、心地よさ・安全・安心の快の情動を促すことを、即ち爬虫類脳や旧哺乳類の脳に働きかける介入を行った。その後、③その次に、自分らしく、自分に満足で、有意味性を感じる生き方はどうすればよ

いかに気づけ、その方向に向かえるような現実的な思考を支える支援、すなわち新哺乳類脳に働きかけた介入が行われた。

これまでの、本障害のSAT療法介入により見られた心理特性や精神症状の変化、身体症状の改善は、いずれも、脳生理学的機能の正常化との密接な関係が推測される。本障害の病態について、Werringら²²⁾は視中枢の活動が低下と、一方で、左下前頭葉、左全障、両側線条体と視床、左辺縁脳、左後部帯状回の活動の増加が認められたと報告した。これらの辺縁系の解剖学的構造から、辺縁系は連合野から入力される感覚情報に対し、いくつかの高次処理を遂行していることが考えられている²³⁾。辺縁系の主要な出力には、前頭前野や視床下部へのものと、運動応答を含めた動作の計画に関する皮質領域へのものがあり、辺縁系は特に感情的内容についての行動や意味づけ刺激に対応する反応に関与している²⁴⁾と言われている。辺縁系の活動の増加は、ストレスを認知し、情動反応が起こっている結果を裏付けるものと言えよう。筆者の調査研究において、心因性視覚障害の児には高い不安傾向が存在していたことから考えてみると、辺縁系の活動増加が存在し、高次の側頭視覚路の視覚情報処理系(形態覚系)に影響を及ぼしていることと推察される。そして、PVDに本法による介入を行った結果、児は自己価値感や情緒的支援認知度が上昇し、現実の認知においてもネガティブな側面が強化されなくなる。その結果として、精神症状の改善や身体の機能のバランス化が促進することで、視覚連合野の賦活化し視機能が改善に至ったと考えられた。

8 再学習モデルとしてのSATイメージスクリプト変更法

川村²⁴⁾は、子どもの頃に受けた親からの干渉が、成人して、さらに年を重ねても、心理的な刺激に対する受け止め方や対処行動への影響が残ることについて、学習の概念を用いて説明している。学習とは、基本的には「記憶と感情の連合体」で、数多くの個々の連合体の総和でありかつ統合であると定義している。そして、学習は脳において、海馬と扁桃体と報酬系と刑罰系の繊維の連絡で決定されていると仮定して、これらの広い領域の神経性連絡こそが、コンプレックスそのものであろうと述べている。治療とは、そういった過去に築いた学習から新しい学習への変換・変容であると強調している。SAT療法による心因性視覚障害の治療も、まさに「再学習」が

促されたと考えられる。それは、川村が述べているような新しい学習の概念とほぼ同一と考えられよう。

村山²⁵⁾は、子どもに現れた身体症状の治療過程を、「修理モデル」を目指すのではなく、その病を得、回復することで一段上の段階へ成長する「成長モデル」をこそ目指すべきであると述べた。筆者も同様に、病を通じた「再学習モデル」として、本障害の支援を提案したいと考えている。村山と同様な考えではあるが、一段上を目指すことよりも、身体化された症状に学び、本来の自分の要求に気づき、本来の自分を生きることを目的とし、嫌悪系の情動を伴う認知や行動から、報酬系の情動が伴った認知や行動にスイッチするのである。

強い恐怖のイメージは、遺伝的に記憶されると考えられ、ヒトが生命の進化の全過程の中で生じた生命危機トラウマとして扱い、それらの進化の過程を遡って、安心して安全なイメージの形成を支援する進化遡及イメージ法²⁶⁾が開発された。人間の個体としての発生は、これまでの生命体の進化過程を胎内で再現することになり、人間の内には生命進化の全過程が受け継がれている。さらには生命進化以前の宇宙に存在する全ての全物質が含まれていることが知られている²⁷⁾。遺伝子レベルで、こういった進化過程の記憶が保存されているかどうかについて、その根拠は明確ではないが、潜在化した強い恐怖感を有する場合に、進化遡及イメージ法によるイメージ変換法が有効であった。それは、人への進化の過程を地球や宇宙の誕生に遡り、自分自身は宇宙の一部であるという感覚を有することで、助け合い、支え合える環境や仲間があることを認知できるようになるためと推測された。

ヘルスカウンセリングの理論を適用して介入の変化を捉えてみると、三つの心の本質的欲求が過不足なく満たされた体験と、そこから得られた新たなイメージや記憶は、個々人の心と身体感覚を満たすことになる。特に、望まれた妊娠、歓迎された誕生のイメージの形成は、親と子の個々人の自己イメージの変化をもたらし、身体化された症状の本当の問題や本当の自分の要求に目を向けるエネルギー源となり、新たな報酬系の情動が伴うような認知や行動を生んだと推測される。個々人の小さな認知の変化や行動の変化と、家族システムの変化が相まって、良循環を生み長期的にも効果が持続していったと考えられた。

宗像²⁸⁾は、病気や疾患に隠されたストレスを作り出す、過去の未完成な物語りの中には、「愛され

るべき時に愛されなかった」、「自分を信じ、自分を守るべき時に、自分を愛せなかった」、「大切な人を愛すべき時に愛せなかった」、という3つの愛をめぐる前世代、社会、親、自己、自然、超越者などがかわる未解決な魂の問題が潜んでいることを指摘している。その病気や疾患の解決のためには、その前述されたような課題を解決できるイメージをつくることが重要であることを強調した。

PVDの治療でも、児だけに目を向けるだけではなく、その背景に、親やその前世代の未充足な心の本質的欲求を含んだ課題が存在しており、その一角の発現形として、本障害の治療を捉える必要があった。しかしながら、児は環境の影響を受けやすく、これを維持するには環境を整える必要がある。親への自己イメージスクリプト変更では、親が何世代も前の代から、本人が望むようなそして無条件に愛され育ってきたイメージを定着化させた。親自身が愛されたイメージを実感し、甘えて育った自己イメージスクリプトを持つことで、「本来の自分」に気づくことができた。その結果、自分の要求や目標が明らかになるため、自分らしい生き方が再構築できる。そして、親は自分の問題の解決を経て、子へ本来の慈愛力が発揮され、児はありのままの自分の存在が肯定されることが、治療に影響すると考えられる。

これまでに述べてきたように、身体化された病に対してかわる場合に、児も親も以下の過程を経ていくことが必要であろう。まず、一点目に、①体現された症状は、心の葛藤に触れることを避けて、それを外在化されているため、何らかの未解決課題が潜在していることへの気づきを促すこと。悪いものを取り除くことではなく、その症状の中に存在する意味や未解決課題を明らかにしていくことが、解決への一歩となる。自分がどんな要求を持ち、その要求をどのように処理しているのかを明らかにしていく過程がまずは、必要であると考えられた。次に、②外在化された課題を一旦取り込み、その人自身の課題として内在化させること。外在化された症状は、前述の如く心の葛藤が存在していても、それが意識下にはない。身体症状として、自己とは別のものとして認識する事によって、バランスを得ている防衛反応であるといえよう。よって、その症状の意味や課題に気づくには、「自分の課題」と認識できるように、一旦内在化するという過程が必要になってくる。体の感覚を用いたり、非言語的なアプローチを用いながら、外在化された症状の背後にある感情を捉えて、一旦内在化させた上で、問題を明らかにする必要があると考えられた。③その本質的な課題の解決

のために必要な言語・非言語的イメージスクリプトを定着させること。慈愛信号法やスキニップ法などの非言語アプローチを用い、未解決な過去のネガティブイメージを解決するためのイメージスクリプトを、ひらめきを活用しながら形成する。本人の積極的な姿勢が必要となる。その上で、④本質的な課題の解決に価値や意味を生み出す過程を大切にすること。

新たに形成されたポジティブな自己イメージスクリプトを持ちながら、自分らしさや自分の満足を満たす新たな認知、新たな行動によって問題の解決を、本人が有意味性を持って取り組めるよう支援することが必要と考えられよう。

引用・参考文献

- 1) トリシャ グリーンハル・ブライアン ハーウィッツ：第1章 なぜ物語り学ぶのか、ナラティブ・ベースド・メディスン 臨床における物語りと対話、トリシャ グリーンハル・ブライアン ハーウィッツ編集、斉藤清二・山本和利・岸本寛史監訳、金剛出版、3-28 (2001)
- 2) 小田博志：質的研究とミーニング・ベースド・メディスン、心身医学、44 (4) 258-262 (2004)
- 3) 渡辺久子：母子関係障害、臨床精神医学講座 11 児童青年期精神障害、中山書店、東京 (1998)
- 4) 平成 16 年度学校基本調査速報：http://www.mext.go.jp/bmenu/toukei/001/ 04073001/index.htm)
- 5) 渡辺久子：ヒステリー(解離性障害)、小児科診療 63(10)、1508-1514 (2000)
- 6) Bass C・Benjamin S: The management of chronic somatization, British J of psychiatry, 162, 472-480 (1993)
- 7) Lipowski ZJ: Somatization; The concept and its clinical application, Am. J Psychiatry, 145, 1358-1368 (1988)
- 8) 沖 潤一・衛籐 隆・山縣然太郎：医療機関および学校を対象として行なった心身症、神経症等の実態調査のまとめ、日本小児科学会雑誌、105 (1)、317-1323 (2001)
- 9) 久留一郎・餅原尚子・石原千草他：児童期・青年期の精神的健康に関する心理学的研究(第11報)、鹿児島大学教育学部研究紀要、52、173-223 (2001)
- 10) Offord DR・Boyle MH・Szatmari P・et.al.: Ontario child health study, Arch Gen. Psychiatry, 44, 832-836 (1987)
- 11) 田中英高・Borres M.: 公立小中学校児童生徒の身体愁訴、精神愁訴の国際間比較 -Nazism が潜む日本の教育下の子どもとスウェーデンの子どもの比較-, 平成10年度(財)明治生命厚生事業団第6回健康文化研究助成論文集、73-81 (2000)
- 12) 宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気、メヂカルフレンド社、35-36 (1996)
- 13) 生野照子：小児期の心身症、心身医学、37, 203-212 (1997)
- 14) 樋口倫子・宗像恒次・橋本佐由理・樋口裕彦：心因性視覚障害の行動特性、あたらしい眼科、21, 999-1004 (2004)
- 15) 八子恵子・山出新一・横山尚洋：心因性視覚障害 初版、中山書店、東京、3-5 (1998)
- 16) 樋口倫子：眼科医の手引き、心因性視覚障害、日本の眼科、77, 665-666 (2006)
- 17) Markus H: Self-schemata and processing information about the self, Journal of Personality and social Psychology, 35, 63-7 (1977)
- 18) 宗像恒次：SOM セミナー資料、ヘルスカウンセリング学会編 (2004)
- 19) 宗像恒次：がん、うつ病から家族を救う愛の療法、主婦と生活社 (2005)
- 20) 宗像恒次：イメージスクリプト、日本保健医療行動科学学会年報 21, 245-254 (2006)
- 21) MacLean PD: Primate Brain Evolution, Method and Concepts. (eds. E. Arestrong and D. Falk, Plenum Press, New York, 291-317 (1982)
- 22) Werring DJ・Weston L・Bullmore ET・Plant GT・Ron MA: Functional magnetic resonance imaging of the cerebral response to visual stimulation in medically unexplained visual loss, psychological Medicine, 34, 583-589 (2004)
- 23) Roger A. Barker・Stephen Barasi 著 服部孝道 監訳、福武敏夫、他訳：一目でわかるニューロサイエンス、メディカル・サイエンス・インターナショナル、96-97 (2000)
- 24) 川村則行：自己治癒能と心身医学、河野友信・山岡昌之・石川俊男・一條智康編：最新心身医学、三輪書店、東京、94-100 (2000)
- 25) 村山隆志：III. 子どもの心身症、臨床精神医学講座 11 児童青年期精神障害、中山書店、東京、165-172 (1998)
- 26) 宗像恒次：SOM セミナー資料、ヘルスカウンセリング学会編 (2006)
- 27) 山田宗睦：人間の痛み、風人社、17-18 (1992)
- 28) 宗像恒次：SAT 法が促すウェルビーイング、ヘルスカウンセリング学会年報、9, 19-28 (2004)

焦 点

企業におけるメンタルヘルス対策の現状 —ヘルスカウンセリングセンター版 ストレスチェックの活用—

The Present Situation of Mental Health Measures in Business: A Practical Case of Stress Management Program Using Health Counseling Center Method

田中 真紀
Maki Tanaka

要 旨

近年、多くの職場で社員は常に、生産性向上のために高い達成目標を掲げて立ち向かうことを余儀なくされ、ストレス関連疾患や自殺者の増加が大きな社会問題となっている。当社では病気の早期発見、治療、復職後の対応（二次、三次予防）だけでなく、本来人間のもつ自然治癒力、セルフケア能力の向上を支援すること（一次予防）が重要と考え、ヘルスカウンセリング学会方式のチェックリストにより、「ストレスチェック&職場ミーティング」活動を立案、全社展開を始めた。個人特性のチェックと共に、職場毎の特性結果を基に、各職場で「職場ミーティング」を開催し、各自が感じていることを率直に話せる場をつくり、その思いを共感することを体験し、職場の情緒的支援ネットワークの強化を図った。社員の健康と会社の生産性向上のためには、各自が自分の特性を知り、自己成長によりストレス耐性を高めていくようなストレスマネジメント教育やソーシャルスキル教育と、心理的に安全な職場環境づくりを支援していくことが必要である。今後は、自分の気持ちを率直に話せるアサーション力や相手の気持ちを聴くことのできるリスニング力、ネゴシエーションなどコミュニケーションスキルのある社員を増やし、各自のもつ能力を発揮し、仕事を通して人生の豊かさを実感し、幸せに生きていくことを支援するような活動を継続していきたい。

キーワード：職場のメンタルヘルス（mental health of workplace）
共感的コミュニケーション（empathic communication）
情緒的支援ネットワーク（emotional support network）
自己イメージ（self-image）自己肯定感（feeling of self-affirmation）

1 はじめに

仕事や職業生活に関する強い不安や悩み、ストレスがあると訴える労働者はH9から60%を越え、一般の健康診断の有所見者率は47.3%（H15）で年々

増加傾向にあり、過重労働による脳、心臓疾患の労災認定件数は312件、そのうち過労死157件（H15）で年々増加、うつ病等の精神障害の労災補償件数も請求件数438件、認定108件（H15）で過去最多となった。このような状況の中、厚生労働省はH12年8月には「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」、H13年12月には「職場における自殺の予防と対応（自殺予防マニュアル）」、H14年2月「過重労働による健康障害防止のための総合対策」H16「心の健康問題により休業した労働者の復職復帰支援の手引き」などを示している。企業の社会的責任が厳しく問われるようになり、職場環境を整備することも社会的責任の一つと考えられるようになって

東邦ガス株式会社人事部安全・健康グループ
Safety and health group, the personnel section, Toho-gas Company
連絡先：
〒456-8511 愛知県名古屋市中区熱田区桜田町19-18
19-18 Sakuradachou Atsuta-ku Nagoya-Shi, 456-8511 Japan
TEL：052-872-9339
E-mail：maki@tohogas.co.jp

きており、各企業においては労働者の心身両面にわたる健康保持対策、特にメンタルヘルス対策は最重要課題のひとつとなってきた。

当社では、H11年から心身両面からアプローチをする総合健康診断を実施し、その中で日頃感じているストレスについて、産業医・看護職で全社員の個別面談を行ってきたが、徐々に仕事のストレスを感じている社員が増えていると感じていた。また、日頃感じていた当社社員の性格傾向から、目標管理制度の導入による影響、さらにH16年には、3支店の合併の影響による社員のストレス状態の悪化が予測された。

そこで、H13年「メンタルヘルス活動指針」を策定し、社員一人ひとりがその能力を発揮し、いきいきと仕事ができることを支援するメンタルヘルス活動を開始した。メンタルヘルス教育(階層別、職場巡回)、相談体制の充実、療養中や復職時のケアや体制の整備を始め、H16年からは、セルフケア及び職場環境改善の促進に重点をおいた「ストレスチェック & 職場ミーティング」を3年計画で全社展開をしている。

2 実施概要

1) 目的

「ストレスチェック」では、①自分のストレス状態や個性に気づき、効果的対処につなげること(セルフケア)、②職場ストレス要因を知り、軽減につなげること(ラインケア)を、「職場ミーティング」では、①職場のストレス要因を共有化し、②職場のメンバー間で率直なコミュニケーションをはかることで、情緒的支援ネットワークを強化することを目的とした。

2) 対象者、期間：H15年の試行後、3年間で全社員を対象とする。

H15 A支社、Bグループ：296名(男性173名、女性123名)

H16 営業部門：1160名(男性734名、女性426名)

H17 営業、生産部門：1177名(男性1040名、女性426名) 2633名が実施済み

H18 生産部門、一般部門、未実施者：約1600名の実施準備中

3) 実施方法

①周知(4月)：対象者へ資料(図1)を配布し、「ストレスチェック & 職場ミーティング」の実施を理解してもらう。

②「職場コミュニケーター」の選出(5月)：安

全衛生事務局、安全衛生推進者^{*1}などから、その役割を理解し、適任者を選んでもらう。

③ストレスチェック質問票配布と回収(5～6月)：職場コミュニケーターを通して配布回収し、ヘルスカウンセリングセンターへ送付する。(図2)(図3)

④集計、分析(6～7月)：ヘルスカウンセリングセンターが行い、1ヵ月後個人結果は個人へフィードバックされる。職場結果は、ヘルスカウンセリングセンターから当社スタッフが説明を受け、職場の管理職向け資料を作成する。

⑤職場コミュニケーター教育(7月)：安心して安全な職場ミーティングを開催するために必要なファシリテーターとしてのスキルや理論を習得してもらう。(図4)

⑥個人結果の返却(7月)：本人及びその家族は、EAPとして一年間無料でカウンセリングを受けることができる。

⑦職場結果説明(8月)：対象職場の上司と職場コミュニケーターを対象とする。

⑧職場ミーティング開催(9～10月)：各職場で実施、記録を提出。(図5)

⑨職場ミーティングのまとめ(11～12月)：各職場の健康管理者^{*1}へフィードバックし、職場ストレス要因への対応、労務管理に活用してもらう。

※1：安全衛生推進者、健康管理者は安全衛生組織体制の役割

3 結果

1) ストレスチェック職場結果の特徴

【個人特性】①心の依存度、イイコ度が共に2極化傾向、②愛され感(情緒的支援の認知)は90%と高いが、③消極的タイプが50～70%、特に20代の若者や女性に顕著でストレスを蓄積しやすい者が多い。④ストレスが「少ない」割合は60%で、今のところ全国平均と比べると良いように思われるが、⑤自己イメージが低い者が30～40%を占めている。

【仕事や職場のストレス要因】質問項目の中から、ストレスを感じている項目をあげてみると、「仕事の負担が多すぎる事」60～70%、「時間内に処理できないこと」「自分のペースで仕事ができないこと」40～50%、「職場や仕事上の人の中にはイヤな人がいること」40%、「上司は近寄りがたく個人的な問題は相談しづらいこと」35%「適切な評価が与



図1 周知資料

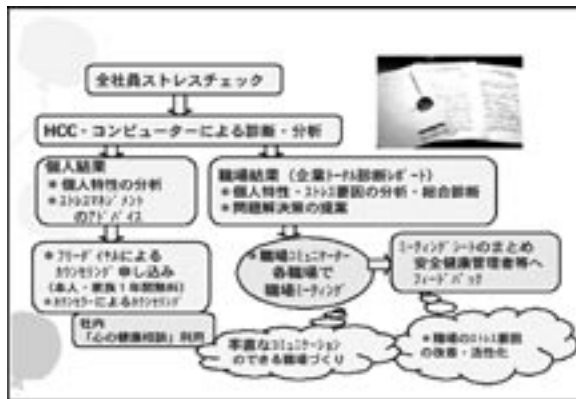


図2 ストレスチェック&職場ミーティングの流れ

【個人特性】

1. あなたは独立タイプ? 依存タイプ? (15 項目)
2. あなたはイイコ? (自分らしさの強調度) (10 項目)
3. あなたは愛されている? (人間関係の親密度) (10 項目)
4. あなたの自己イメージは? (10 項目)
5. あなたは積極的タイプ? 消極的タイプ (20 項目)
6. あなたのストレス蓄積度は? (20 項目)

【ストレス要因】

1. 仕事 (10 項目)
2. 職場や仕事上の人間関係 (8 項目)
3. 職場組織・環境 (9 項目)
4. 自身と家族について (15 項目)

図3 ストレスチェック内容

対象者：各課、グループから選任された人、各回 15 人～20 人
時間：2 時間 30 分 (1 回)
役割：①職場ミーティングを円滑に進行する ②率直なコミュニケーションのできる雰囲気づくり
内容：1. アイスブレイキング (動物イメージで自己紹介) イメージの中に自分の要求があること、要求に気づく
2. ストレスの基礎知識 ①ストレス源とストレス症状・・・身体、心、行動にでる ②悪性ストレスから良性ストレスへ ③ストレス関数を使ったストレスマネジメント
3. 「聴く」効果と基本姿勢
4. 沈黙ゲーム (好ましい態度、好ましくない態度)
5. ブレインストーミング (安心で安全な心理的空間のための 4 つのルール)
6. 職場ミーティングの手順、ロールプレイ (専用シート作成)

図4 職場コミュニケーション教育内容

【職場コミュニケーション】
・ざっくばらんな雰囲気、本音で意見交換ができストレス軽減が図れた。
・各々の抱えるストレスを自然体で話すことができた。他人の意見をきくことで、思いやりや協調性、支援の必要性を感じた。
・自分のストレスは周りの人の支援で取り除かれると同時に、自分の協力で他のメンバーのストレスが軽減できることを認識してもらえたようだ。
・メンバーがこれほどストレスを感じているとは思わなかった。何か対策を講じないと病人が出るのではと心配になった。
・職場コミュニケーションになって、話を聴くことの大切さがわかって、勉強して良かった。自分の仕事や生活に役立ちそう。
・始めは意見は出ないのではないかと心配だったが、自分が少し口を開いただけで、結構意見がでて、ブロックをしないで聴くことの大切さを学んだ。
・年配の後ろ向きな意見に若い人がそれを正す場面もあり、良い雰囲気でのミーティングができた。
・日頃の雰囲気は良いが、職場ストレスはあると再認識。話し合いで、日頃何となく思っていたストレス要因がはつきりし、共有化できた。
・日頃思っていることが言える場ができて良かった。
【上司の感想例】
・気軽に話合える職場の雰囲気作りに欠いた結果を率直に反省し、部下とのコミュニケーションを積極的に取り組む必要がある。部下の相談を待っているのではなく、上司から部下に入り込む姿勢を示すことが重要。
・メンバーからの率直な意見を数多く聞くことができた。今後も各種会議後に若干のミーティング時間を設けるなどの取り組みを続けていきたい。
・良好と判断していた人間関係項目でのストレス要因を見て思い込みを反省し、以後は全員でストレス要因を排除するためより風通し良い職場環境としていく。
・職場全体の雰囲気も明るく、上司・先輩に対しても自由に意見が言える風土がある。ただし、各自の業務量が多く無理をして体調を崩すメンバーもいるため、業務負荷調整を積極的に行っていきたい。
・多方面からの強いプレッシャーのなかで、メンバーが踏ん張って仕事をしていることを再確認した。今後は、各個人課題の共有化、仕事に集中できる環境づくりにつとめていきたい。
・「教育スタッフ制度」を導入し、この教育・人材育成を通じて、個々のレベルアップ、各種システムの使用法を習得することにより、ストレスの軽減を図っていきたい。

図5 職場ミーティングの感想一例

えられていないこと」30%「新技術についていけないこと」35%が目立った。

2) 上司、職場コミュニケーションの職場ミーティング感想

「職場コミュニケーション教育」の際には、その役割自体をストレスだと言っていた人が、実際に職場ミーティングをしてみて、共感的に聴くことの大切さや効果を実感した人が多かったが、同時に労務管理の必要性も実感したようである。上司は、ミーティングで明らかになったストレス要因に対して、すぐに対応したり、コミュニケーション不足や説明不足を実感し、風通しの良い職場を作っていきたいとか、説明を増やすなど管理者としての自覚を再認識し、職場のストレスを軽減したいという感想が多かった。

4 考察

ストレスを蓄積している者の割合が低いのに、自己イメージが低い社員が3～4割いるということは、今の自分に対して何らかの不満を持っていたり、自覚はしていないが満足していないことがうかがえる。社員自らが、自分の本当の要求を自覚することなく、中には、要求はあきらめて自己を肯定することなく生きていくとすれば、おのずと健康度の低い、生産性のあがらない組織となっていく恐れがある。現在既に、当社でも関連企業間との競争激化が表面化しており、外的要求水準は高くなる一方で、無力感や恐怖を感じる中で支援もなく、精神系疾患で休業する人が増加している。社員の心の元気が優良企業のバロメーターでもある³⁾。社員が自分のストレスに対する特性を知り、不安やうつへの陥りやすさは、イイコ度（自己抑制型行動特性）や心の依存度（対人依存型行動特性）の高いストレス耐性の低いパーソナリティ特性と強く関連していること、一方で家族や職場に好意を持てる人がいるなど支援認知を得やすい環境であれば、自己価値感が高まり、ストレスは減り、不安へ陥ることも少なくなる¹⁾というヘルスカウンセリングの理論を理解し、職場全体で癒し成長していけるような活動が必要である。

H18年で全社員が「ストレスチェック」を経験し、依存やイイコとストレス耐性の関連については徐々に浸透し、職場コミュニケーション教育を始め、今までの巡回健康教室や各階層教育（職長教育、係長教育、新入社員教育、安全衛生推進者など）のプログラムにより、「自己イメージ」「自分の本当の要求を知る」体験者の割合は増している。この数年で上司の意識は徐々に変わってきており、労務管理と健康管理は切っても切り離せないもので個人の問題だけではない、というように積極的にメンタルヘルスの問題に取り組む職場もでてきた。早めに相談にきたり、各部会議などで、メンタルヘルスについての話題が増え、部としての対策を立て、独自の活動（図6）を開始している職場もある。この波に乗り、H19年以降引き続き全社をあげて、仕事の負荷はかかっても情緒的には心理的安全感のある、共感的コミュニケーションのある職場環境を作っていくという意識を高めていけるような活動、一方教育面では、人事グループとの協働で、ストレスを蓄積しやすいパーソナリティを変えていくことのできる教育プログラムを導入していくことが必要と考える。ストレスフルな職場環境で自分の力では対処できそうもない、見通しの立たない仕事をしていく中で、「見通しを立てて対処していくために、周りに上手に主張し、交渉する」「ストレスで命が持たない責任を余儀なくされる環境から立ち去る」または「難しい、無理だと上司に言える」行動がとれるかどうか、「自己肯定感」にもつながっていく²⁾。自己肯定感を高め、自分を必要以上に抑えることなく自分に自信をもち満足して生きることを支援する「ソーシャルスキルの習得」研修プログラムを導入にむけて、今回の「ストレスチェック & 職場ミーティング」の結果をフィードバックしていきたい。

5 まとめ

今回の企画立案に際しては、病気の早期発見のために、上司が早く介入できるようなツールを望む意見もあったが、メンタルヘルスの根本的な対策としては、自分のパーソナリティやおかれている環境や

- ・メールマガジンの発行
- ・業務会議のあと、短時間での職場ミーティング
- ・上司の面談回数増やした
- ・直属上司ではなく、部内の関連上司との面談でつながりを増やし支援者を増やす
- ・職場巡回教室（産業医保健師のメンタルヘルス関連）申込みの増加

図6 職場独自の活動例

状況などを知って効果的な対処をしていく能力を身につけていくことが望ましいということで、ヘルスカウンセリングセンター版のストレスチェックを使用することができた。個人結果から、無料のカウンセリングサービスを受けた社員はそれほど多くはないが、中には数回カウンセリングを受けて、自分の持っている問題を解決できたと報告してくださった人もいた。このように、病気を発症する前に、葛藤を感じている時に、各自の抱える問題まで解決していくことができれば、個人の成長にもつながり、生き生きとした社員が増えていくことにつながるものと思われる。職場ミーティングも徐々に、率直に話し合う、思いを伝え合う職場、共感的なコミュニケーションが多くある職場作りの一助となっていくよう地道に活動を続けていきたい。

引用・参考文献

- 1) 宗像恒次：SAT アサーショントレーニング法，日本保健医療行動科学学会年報，19，51-53（2004）
- 2) 宗像恒次：SAT 自己イメージ法が促す「愉しむ」生き方ー情報化時代の健康力のためにー，ヘルスカウンセリング学会年報，1-10（2005）
- 3) 宗像恒次：本当の自分を見つける本，PHP 研究所，98（1997）

焦 点

自分らしい生き方探し

Search for the Way of Life Becoming Myself

平田 詩織
Shiori Hirata

要 旨

本報告は、若者の心に焦点をあて、神経症やうつ等の心の病気やフリーター、ニートという社会現象がどのような意味を持つかについてまとめたものである。工業化社会で求められた自己抑制型行動特性や対人依存型行動特性のパーソナリティをもったまま、個性の表出が求められる情報化社会において、自分らしく生きようとする、周りから見捨てられるのではないかとという怖さが出てくるし、自分の気持ちや要求を表現できないので、葛藤が起こる。その葛藤が、神経症やうつ等の心の病気や、フリーター、ニートという社会現象を生んでいるのではないかと考えられた。

キーワード：自己抑制型行動特性 (self-repression behavior)
対人依存型行動特性 (emotional dependency)
地球化社会 (global society)
ニート (not in employment, education or training)
フリーター (a job-hopping part-timer)

1 はじめに

1) 若者に関する話題

近年、心の病の増加がマスコミで取り上げられている。国立精神・神経センターによると、日本人の7人に1人はうつにかかったことがあると言われて¹⁾。著者がカウンセリングを行っている心療内科にも、神経症やうつの若者がたくさん来院している。彼女達の訴えを聴くうちに、心の問題は、自分らしい生き方探しをする中での症状ではないかと考えるようになった。

社会に目を向けると、主に若者の問題として、フリーターやニートがよく取り上げられている。フリーターは「15～34歳の年齢層（学生と主婦を除く）の内、パート、アルバイト及び、働く意思のある無職の人」（内閣府 2003）、ニート（Not in Employment, Education or Training）「学びも働き

もせず、求職活動もしていない若者」の人の意味である。フリーター、ニートの人数を図1²⁾で示した。どちらも、年々増加している。

2) フリーター、ニートとその親の特徴

フリーター、ニートについては、雇用の問題、家庭の問題など、いろんな視点でいろんな意見がある。例えば、ニート、フリーターの子供とその親の特徴をまとめた記事によると、父親は、職場や社会で認められているが、家では存在感がない、がんばれば夢が叶うと信じている、仮面エリートパパ、夢追い父さん。母親は、勉強さえすれば家事ができなくても、友達関係がうまくいなくても構わない、子供がやらないといけない事をとりあげる、時代錯誤母さん、世話焼き母さん。子供はコミュニケーションが苦手で、素直でいいこだと書かれている³⁾。また、ニート支援のNPO活動報告によると、ニートの子供とその親の特徴について、親は生真面目で、いい学校、いい会社に入れば幸せという価値観を持ちながら、子供には、「自分の好きなように生きればいい」というダブルバインドなメッセージを送っている。子供も生真面目で親が望んでいる人生を歩いてあげたいという思いを持ちながら、自分探しへの疲労感を抱えていると書かれている⁴⁾。

連絡先：

〒336-0025 埼玉県さいたま市南区文蔵5-4-8 ガーデンハウスブゾー105号
105 Garden house buzo 5-4-8 Buzo Minamiku Saitama-shi Saitama, 336-0025, Japan
TEL：048-837-4003
E-mail：shiorin2856@ams.odn.ne.jp

3) 社会の変化で求められるパーソナリティ

では、親子をとりまく社会はどのように変化してきたのでしょうか？宗像は、社会の変化で求められるパーソナリティに違いがあると言っている⁵⁾。大量生産、大量消費の工業化社会では、物やお金の充足が幸せとなる。物やお金を効率よく安定に供給するためには、自分の意見や個性を出して周りを変えるような人がいると効率が悪くなる。よって、自己抑制型行動特性や対人依存型行動特性のパーソナリティが求められた。自己抑制型行動特性とは、人に嫌われないよう、仲間はずれにされないよう、周りに合わせて自分の気持ちや本音を抑える特性であり、対人依存型行動特性とは、人に過剰な期待をしやすく、あきらめが悪いという特性である⁶⁾。このような自己表出せず、自己を抑圧して他者からの評価を求め、認められるために必死にがんばるパーソナリティが工業化社会を支えてきたのである。

一方、物やお金が十分にある情報化社会においては、気持ちや好みの充足が幸せとなる。パソコンやインターネットなどの情報機器の普及によって、多くの情報や商品を得ることができるようになった。同じような製品はどこでも作られているので、質がよく、安いだけでは競争に負けてしまう。よって、消費者の「～が欲しい」という、潜在的要求に対応できる商品が求められる。そのような時代には、消費者のニーズに共感する力が必要とされ、さらにその要求を満たして形にしたり、商品化する、創造する力が必要となる。しかし、自分の気持ちや要求を捉えたり表現することができなかつたり、周りからどう思われるかが気になっていては、人の気持ちや要求に共感したり、独創的な活動はできない。よって、自己抑制型行動特性や対人依存型行動特性はやめて、自発的、率直に気持ちや意見を表現したり、個性を表出できたり、創造的学習を持続し、自由な発想ができるパーソナリティが求められる⁷⁾。

4) 時代の変化の中での親子関係

これまでの話から、時代の変化の中での親子関係を見ていくと、親は、いい学校、いい会社に入り、他者からの評価を受けるのが幸せという価値観をもっているの、周り（会社や世間）に認められるために自分をおさえてがんばっている。情報化社会という今の時代を考えると、子供には自分の好きに生きると口では言うが、今までの価値観からは抜け出せないの、学校や世間に認められる子供、思い通りに動いてくれる子供を要求するというダブルバインドメッセージを送っている。子供は、親の期待にそう事で愛されようとしてきた自己抑制型行動特

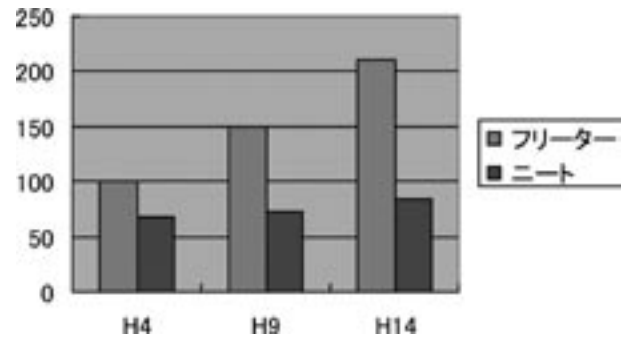


図1 フリーターとニートの人数の推移（文献2）より引用

性や対人依存型行動特性があるので、これまで自分を満足させる生き方をしてこなかった。よって、いざ自分らしく生きたい、自分の存在に意味を感じたいと思っても、自信がなく、自己否定感が強いので、自分らしくできない、踏み出せない、留まってしまっている。その葛藤がうつや神経症といった心の症状や、ニートやフリーターという社会現象として現れているのではないだろうか？

2 事例紹介

次に、心療内科に来ている若者の訴えや本人と親の特徴、カウンセリングの関わりによる訴えの変化について紹介する。

ケース1 20代女性 不安障害 休学中

- 1) 主訴：学校に行けなくて休学している。うまく話ができない。周りに理解してもらえない。ささいな事でかんしゃくを起こす、自分が好きではない。
- 2) 親の特徴 父：無愛想 細かい 母：心配症 厳しい
- 3) 子供の頃：跡継ぎのおしつけをされた。思ったことを話すと意見を押し付けられたので、黙っていた。教師の娘としてきちんと行動しないといけなかった。好きな事をやらせてもらえなかった。自分は何で存在するんだろうと思っていた。

4) カウンセリング内容

主にSATカウンセリングによる支援を11回行ったが、その中の親の再養育イメージ法を行った結果について紹介する。

父の無愛想で細かくつかみどころがないというイメージは、日常的に話ができ、子供とコミュニケーションが取れるというイメージに変わり、母の厳しくて心配症、意見を押し付けるというイメージは、本当に手助けが必要な時に

アドバイスや手助けをしてくれておおらかというイメージへと変化した。そして、変更後の親に育てられた本人のイメージは、人目を過敏に気にせず、友達にも積極的に話しかけられるイメージへと変化した。

- 5) カウンセリングによるクライアントの訴えの変化
今は自分の事が普通で嫌いじゃない。気持ちを切り替えて前が見えるようになってきた。

母に対しては不満はない。口うるさくなくなった。父は寡黙で言葉が足りないが、うるさくはない。両親と話せるようになってきた。今はやりたい事（小説を書くこと）を続けたい。最後までやり遂げる達成感を味わいたい。

ケース2 20代女性 うつ病 ニート

- 1) 主訴：仕事をやめた。めんどくさくてやる気が出ない。自分の事もできず、親の手伝いもできない自分はだめだと思う。親に迷惑をかけている。気持ちは出せない。
- 2) 親の特徴 父：完璧主義 子育てに未参加 仕事多忙 母：厳しい 心配症
- 3) 子供の頃：甘え下手だった。しっかりしなきゃと思っていた。親からはほめられなかった。その場を丸くおさめるために誰かが怒られると「ごめんなさい」と謝っていた。人の目を気にしていた。

4) カウンセリング内容

主にSATカウンセリングによる支援を5回行ったが、その中の未来自己イメージ法を行った結果について紹介する。

未来自己イメージ法により、10年後の自分は、家でのんびりと好きな洋服を作っている。夫がいて仲良くしている。子供がいて、子供や子供の同級生に洋服を作ってあげて喜ばれている。子供に対しては、干渉しすぎず、褒める時はしっかり褒め、いけない事をしたらちゃんと叱っているというイメージが作られた。「その10年後の自分から今の自分に声をかけてあげるとしたら、何て声をかけてあげる？」と問うと、「ゆっくり休憩したら」という言葉がかえってきた。

- 5) カウンセリングによるクライアントの訴えの変化
頑固さが和らいできた。気持ちや思いが表現できるようになってきた。親が話を聞いてくれるようになり、親との関係はよくなった。親の前で泣けるようになった。人の意見が耳に入るようになった。しばらくは服を作るなど、やりたい事をやったり、気分転換をしたい。

3 考察

これら二つのケースから、クライアントは工業化社会の価値観で育てられたパーソナリティである、親の期待にそう事で愛されてきた対人依存型行動特性と、甘え下手で、自分の思いや気持ちを抑えてきた自己抑制型行動特性をもっていて、自己否定感が強いことがわかる。自分らしい生き方をするのが幸せという情報化社会で、自分の存在意義は何だろうと自分らしい生き方探しをはじめると、対人依存型行動特性や自己抑制型行動特性があるので、人の期待に添わないことへの見捨てられる怖さがあるし、自分の気持ちを出さないで、自分の本当の気持ちや期待がわからない。なので、自分はだめだと自信がもてず、踏み出せない。その葛藤が、神経症やうつ等の心の病気や、フリーター、ニートという社会現象として現れていると考えられる。

今回紹介したケース1では、SATカウンセリング法の親の再養育イメージ法を行った。これまでのSATイメージ療法を活用したカウンセリング実践では、両親イメージの良し悪しが自己イメージに影響することが明らかになっている。クライアントの両親に対するイメージをよくした結果、育つべき本来の自分の個性や特徴に気づき、新たな自己イメージにむかっての行動が取られ、訴えも変化してきたと考えられた。

また、ケース2では、SATカウンセリング法の未来自己イメージ法を行った。今の自己イメージは過去からだけでなく、未来からも影響を受けると言われている⁸⁾。よって、未来の自己を満足させるSAT未来自己イメージ法を用いた結果、クライアントは肯定的な自己イメージの自分からヒントをもらい、未来の自分に近づけるためには、どう行動していけばいいかがわかり、訴えも変化してきたと考えられた。このように、SAT技法を使うことで、対人依存型行動特性や自己抑制型行動特性の自己イメージを、肯定的な自分らしい自己イメージへと変えることができた。その結果、葛藤が和らぎ、やってみようかな、前に進もうかなという気持ちに変化したのではないかと考えられた。

情報化社会は今や地球化社会へと移り変わろうとしている⁵⁾。国と国との距離はますます近づき、いろんな価値観、生活様式に触れる機会も増えてくる。変化や異質によるストレスを成長に活用し、自分らしい生き方をするためには、対人依存型行動特性や自己抑制型行動特性をやめ、自分の気持ちや思いを「相手に認められるためではなく、自分の気持ちに誠

実であるために主張する」アサーションや、相手の気持ちを捉えて、繰り返して確認できるリスニングなどのソーシャルスキルを持つことが必要になる⁹⁾。そして、愛し、愛される関係の中で、愉しさから自分の行動を決められたり、仕事ができることが幸せになる。

今回紹介した事例では、本来育つべき、自分らしい自己イメージを作る支援ができたが、宗像は、自己を満足させる生活の続け、想像過程だけでなく、体験過程で自己肯定感が作れるかどうかは、上手なコミュニケーションのためのスキル習得がされるか、または自分を変える怖さを克服できる勇気を生み出す手段的、情緒的サポートが確保されるかの二つの条件によると言っている⁷⁾。これらを今後の課題として、現場でのソーシャルスキル習得の支援、周りの重要他者への関わりなどについて、考えていきたいと思う。

引用・参考文献

- 1) 濱田秀伯：うつ病これで安心，小学館（2001）
- 2) 総務省 就業構造基本調査，総務省統計局
- 3) 石臥薫子：ニート・フリーターを生み出す家庭の特徴分析プレジデント，43(10)（2005）
- 4) 二神能基：希望のニート，東洋経済新報社（2006）
- 5) 小森まり子・鈴木浄美・橋本佐由理：栄養指導のための面接技法，チーム医療（2002）
- 6) 宗像恒次・小森まり子・橋本佐由理：ヘルスカウンセリングインターナショナル，東京，29-37（2000）
- 7) 宗像恒次：SAT イメージ法が促す「愉しむ」生き方，ヘルスカウンセリング学会年報，11，1-6（2005）
- 8) 宗像恒次：SOM 資料
- 9) 宗像恒次：リスニング & アサーション本当の共感がわかる本，日総研，名古屋（2002）

III

原 著 論 文

原著論文

視覚障害を有するマッサージ師の特性不安に 関連する心理社会的要因とその対策

Psychosocial Factors Related to Trait Anxiety among Massage Practitioners with Visual Impairment and its Prevention

殿山 希 橋本 佐由理 宗像 恒次

Nozomi Donoyama, Sayuri Hashimoto and Tsunetsugu Munakata

Abstract

In the previous study, it was clarified that 155 massage practitioners with visual impairment in Japan may not have burnout and depression, although their trait anxiety mean score of 44.9 was "high". In the present study, psychosocial factors related to trait anxiety among the same subjects were explored. The visually impaired massage practitioners showed higher self-repression than sighted persons who worked in other kinds of medical professions. There were significant correlations between trait anxiety and daily hassles, helplessness, self-repression; and adverse correlations between trait anxiety and age, marital status, self-esteem, and perceived emotional support. The multiple regression analysis showed that self-repression, helplessness, and daily hassles significantly influenced trait anxiety; but self-esteem and perceived emotional support were negatively effected. These results suggest the necessity to develop the programs for the visually impaired to keep good relationship between surrounding persons and improve their mental health by changing their negative self-image into a positive one.

キーワード：視覚障害を有するマッサージ師 (massage practitioners with visual impairment)

特性不安 (trait anxiety) 自己抑制型行動特性 (self-repression)

無力体験 (learned helplessness) 情緒的支援認知 (perceived emotional support)

1 緒言

近年のパソコンなどのハイテク機器のめざましい進歩は、障害者の生活や職業に新たな可能性を産み出した^{1) 2)}。また、社会では、障害者に対する雇用の平等や共生社会の概念が浸透してきて、障害ゆえの差別や偏見が減少している³⁾。これらの障害者を取り巻く環境の変化は、彼らが能力を発揮し社会に

貢献していける時代の到来を示唆するものである。しかしながら、視覚障害者の場合、視覚という身体機能の障害は就労の場面において今なお多くの実際的な妨げを生じさせるのも事実であり、職域の拡大は世界的にみてもかなり困難な課題である^{4) - 7)}。日本では、マッサージ業は視覚障害者の職業として長い伝統があり⁸⁾、現在でも鍼灸マッサージ療法教育は、盲学校での視覚障害者教育や中途視覚障害者の職業教育の中の大きな柱であり、あん摩マッサージ指圧師の約4人にひとりには視覚障害者である⁹⁾。一方、近年の欧米における代替医療の潮流^{10) 11)}は、日本の視覚障害者が担って来た代替医療であるマッサージ界にも影響を与え、マッサージ師にもより質の高いサービスの提供が求められる時代となっている。

1970年代には、対人専門職の増加に伴い、看護師や医師、社会福祉従事者のバーンアウトが問題と

2006年1月27日受稿、2006年7月19日採択

筑波大学 人間総合科学研究科

Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

連絡先：殿山希

〒305-8521 つくば市春日4-12-7

TEL：029-858-9631

FAX：029-855-1745

E-mail: esperance.dono@nifty.com

なった^{12) 13)}。その後の調査・研究の結果から対人専門職従事者が良いサービスを提供するためには、それを提供する側のメンタルヘルスが良好でなければならないことが明らかとなった^{14) 15)}。その後、彼らのメンタルヘルス向上のための対策や教育が急がれて今日に至っている^{16) - 18)}。近年の代替医療への期待感の高まりや高齢・ストレス社会を背景に、マッサージにおいてもより良質のサービスが求められるが、他の専門職従事者の場合と同様、マッサージ師のメンタルヘルスが、良質のサービスには重要であると考えられる。しかし、マッサージ師のメンタルヘルスについての調査や研究、ましてや、視覚障害を有する専門職従事者についての研究はあまり見当たらない。そこで、筆者らは視覚障害を有するマッサージ師のメンタルヘルスは良好か、その問題点は何かを明らかにするために調査を行った。

その結果、視覚障害を有するマッサージ師のバーンアウト得点と抑うつ得点の平均値は、正常範囲内に属していることが明らかとなった¹⁹⁾。しかし、状態・特性不安検査(STAI)²⁰⁾による特性不安得点の平均値は44.9点で『高不安領域(44点以上)』²⁰⁾に属していた。本対象の平均年齢は41.0歳であり、その年齢を含む35～44歳の日本人健康者の38.8点²¹⁾や胸部異常陰影患者の39.7点²²⁾、健常日本人の42.8点²³⁾に比較して高く、電気メーカーのコンピュータ作業従事者の44.4点²⁴⁾や重症肝細胞癌患者の44.1点²⁵⁾とほぼ同じであった。従って、本対象は特性不安が高い傾向にあると考えられた。しかし、職場別に特性不安得点を比較しても有意差は認められず、特性不安の高値には職場ストレス以外の何らかの要因が関連していることが示唆された¹⁹⁾。特性不安を視覚障害の重度別に比較したところ、普通字を読める軽度障害者の方が、点字を使用する重度障害者に比較して統計学的に有意に高かった¹⁹⁾。これらの結果から、視覚障害を有するマッサージ師においては視覚障害に起因する何らかの心理社会的要因が特性不安に関係している可能性が示唆された¹⁹⁾。そこで、今回は同一対象の調査データを用いて、特性不安に関連する心理社会的要因は何かを明らかにして、特性不安を低下させる対策について考える。

2 研究目的

視覚障害を有しながら働く本対象は、職場や日常生活の中で他者からの援助をたびたび必要とする。そのため、援助を得易くするために、自分をよく見

せ、自分らしさを抑圧することでストレスや自己嫌悪を感じ、自己価値感を低下させ、不安や抑うつを招く^{17) 26) - 28)}ことが推測される。

Headら²⁹⁾は視覚障害者にとって失敗体験の繰り返しは避けられないことであり、それが彼らをSeligmanの言う無力体験³⁰⁾ - 自分ではどうすることもできないという体験が続いていることでそれが学習され、ちょっとした困難にでくわしても自分ではどうすることもできない無力感に襲われ、希望がもてない状態 - に陥らせると考察している。また、無力体験感は宗像によると、日常苛立ち事を招き、それがメンタルヘルスを悪化させるという¹⁷⁾。しかし、情緒的支援者保有を認知することで苛立ちを抑えることが明らかとなっている¹⁷⁾。

以上の先行研究から、『視覚障害を有するマッサージ師の特性不安の高さに関連する心理社会的要因は、自己抑制度が高く、自己価値感が低いこと、また無力体験感が強く、日常苛立ち事が多いことである。しかし、情緒的支援を認知することで、特性不安は低下する。』という作業仮説を設けた。

先行研究¹⁹⁾において、障害の重度別にみた特性不安は普通字が読める人の方が点字使用の人に比較して有意に高かったことから、心理特性についても2群間に何らかの差があることが推測される。両群の違いについても検討する。

3 研究方法

1) 対象と調査方法

全国の盲学校の中から10校の同窓会の協力を得て、専攻科理療科を1979年3月から2002年3月に卒業した900人を同窓会名簿から無作為に抽出して、郵送法による無記名自記式質問紙による調査を行った。実施時期は2003年4月である。視覚障害に対する配慮として、質問紙は拡大文字と点字の2種類を作成して同封した。また、視覚障害者向け音声対応電子メールソフトの普及から対象の便宜を鑑みて、メールによる質問紙の送受信を可能にするため、研究者のメールアドレスを明記した。倫理的配慮として、プライバシーを守ること、答えたくない質問項目には答える必要がないこと、この研究から得た情報は本研究の目的以外には用いないことを明記した文書を質問紙に同封した。

2) 調査票の構成

- A 基本的属性: 年齢、性別、婚姻、最終学歴。
- B 視覚障害関連: 障害を受けた年齢、使用文字(『普通字、点字、どちらもあまり読めない』から選

択)。

C 測定尺度

- ①特性不安：STAI 日本語版 20 項目²⁰⁾によりストレス状況に対して不安を感じやすい傾向の強さを測定した。ふだん、一般にどの程度の状態かを「ほとんどない」「ときたま」「しばしば」「しょっちゅう」の4段階で回答させて、順に1～4点を与え、加算集計した。得点範囲は20～80点である。
- ②日常苛立ち事（主観的ストレス源）：日常の苛立ち事の多さを測定するために23項目を用いた。1985年に宗像らが行った看護婦の燃えつき現象全国調査¹⁴⁾で用いた日常苛立ち事尺度18項目のうち、「借金やローンをかかえて苦しい」「仕事の量が多すぎる」の2項目を現在の視覚障害マッサージ師の現状に合わせて「借金やローンをかかえているので、あるいは収入が少ないので、生活が苦しい」「仕事の量が多すぎる、あるいは少なすぎる」と書き換えた。また、前年に行った予備調査で自由記載された内容を参考に視覚障害を有するマッサージ師が日常体験しがちと推測された苛立ち事5項目、「職場や業界に健常有資格者が進出して仕事が減ったり、圧迫されていると感じる」「無資格で治療を行う違法行為者が横行して、仕事が減ったり、圧迫されていると感じる」「無資格で治療を行う違法行為に対して何ら取り締まりがないことに苛立ちを感じる」「視覚障害者であるということで日常生活で差別や偏見を感じる」「視覚障害者であるということで仕事をする上で差別や偏見を感じる」を作成して追加し23項目とした。「大いにそうである」「まあそうである」を1点、「そうではない」を0点として加算集計した。得点範囲は0～23点である。
- ③自己抑制型行動特性：自己抑制型行動特性尺度10項目¹⁷⁾を用いて他者から嫌われないように自分の気持ちや考えを抑制する傾向を測定した。この得点の高い人は自分が楽しむためではなく周りに認めてもらうために頑張る姿勢があり、慢性的に自己破壊的なストレスの亢進を招く。各項目で自己を抑制する行動特性について「いつもそうである」を2点、「まあそうである」を1点、「そうではない」を0点として加算集計した。得点範囲は0～20点である。
- ④無力体験：Seligman²⁹⁾によれば、過去における無力体験が現在および将来において問題や悩みを解決しようとする積極性を失わせ、抑う

つ的な状態をもたらすと言う。宗像らがその Helplessness の考え方を参考に開発した無力体験尺度7項目¹⁷⁾により、自分ではどうすることもできなかったという体験の有無を測定した。各項目の指定得点(0～2点)を加算集計した。得点範囲は0～14点である。

- ⑤自己価値感：Rosenberg (1965) の self-esteem 尺度を用いて宗像らが開発した日本版10項目³¹⁾を用いて、自分に対してどのくらい良いイメージを持っているかを測定した。採点は自己への肯定的評価項目で「大いにそう思う」「そう思う」を1点、「そう思わない」を0点として加算集計した。得点範囲は0～10点である。
- ⑥情緒的支援認知：情緒的支援ネットワーク尺度10項目¹⁷⁾を用いてまわりの人からの情緒的支援をどのくらい認知しているかについて測定した。各項目に該当する人がいる場合を1点、いない場合を0点として加算集計した。得点範囲は0～10点である。

これらの尺度の信頼性を確認するためにクロンバックの α 係数を求めたところ、特性不安0.91、日常苛立ち事0.79、自己抑制型行動特性0.77、無力体験0.71、自己価値感0.75、情緒的支援認知0.89であり、いずれの尺度も分析に使用し得ると判断した。

3) 分析方法

各測定尺度の平均値を求めた。特性不安と属性、心理特性、各心理特性間の相関を明らかにするためにピアソンの相関係数を求めた。特性不安と因果関係がある属性や心理特性を明らかにするために、属性と仮説に従った各心理特性尺度得点を独立変数とし、特性不安得点を従属変数とした強制投入法による重回帰分析を行った。視覚障害の重度別に心理特性に差があるかを明らかにするために、各測定尺度ごとに普通字使用群と点字使用群でt検定を行った。『どちらもあまり読めない』と答えた人は8人と少なく3群間の検定は行えなかった。解析ソフトはSPSS ver.11.0を用いた。

4 結果

1) 有効回答群と無効回答群の属性の比較

調査の結果は、郵便による返信が292通、メールでの返信は8通で合計300通の返信を得た。そのうち、『現在、マッサージ業をしている』と答えたのは240通であった。240通のうち、欠損値のない有効回答数は155通(発送900通の17.2%)であった。有効回答群(n=155)と無効回答群(n=85)の属性

を比較すると、有効回答群は現在の年齢 ($\chi=4.401$, $p<0.001$)、性別 ($\chi^2=4.7$, $p<0.05$) と視覚障害を受けた年齢 ($z=2.507$, $p<0.05$) に有意差が認められた (表1)。

2) 心理特性の単純集計

各測定尺度の平均値と標準偏差は特性不安 44.9 ± 11.2 点、日常苛立ち事 3.8 ± 3.4 点、自己抑制型行動特性 10.4 ± 3.8 点、無力体験 3.3 ± 2.8 点、自己価値感 5.2 ± 2.3 点、情緒的支援認知 7.0 ± 3.2 点であった。

3) 属性と心理特性、各心理特性間の関係

属性と特性不安のピアソンの相関係数を求めた (表2)。その結果、年齢と特性不安得点に有意な負の相関が ($r = -0.245$, $p<0.01$)、また、婚姻と特性不安得点に有意な負の相関がみられた ($r = -0.255$, $p<0.01$)。

また、作業仮説の根拠とした先行研究で述べられている各心理特性同士の関係を本対象において確認するために、ピアソンの相関係数を求めた (表2)。自己抑制型行動特性と自己価値感 ($r = -0.569$, $p<0.001$)、自己価値感と特性不安 ($r = -0.719$, $p<0.001$)、無力体験と日常苛立ち事 ($r = 0.520$, $p<0.001$)、日常苛立ち事と特性不安 ($r = 0.568$, $p<0.001$)、情緒的支援認知と日常苛立ち事 ($r = -0.174$, $p<0.05$)、情緒的支援認知と特性不安 ($r = -0.342$, $p<0.001$)、情緒的支援認知と自己価値感 ($r = 0.294$, $p<0.001$) に有意な相関がみられた。

4) 特性不安の背景要因に関する重回帰分析

次に、特性不安と因果関係がある属性や心理特性を明らかにするために重回帰分析を行った。その結果、調整済み $R^2=0.659$ で、特性不安と日常苛立ち事 ($\beta=0.282$, $p<0.001$)、無力体験 ($\beta=0.146$,

表1 有効回答者と無効回答者の属性の比較

	有効回答者 n=155	無効回答者 n=85	検定
年齢	41.0 $\pm$ 10.9	47.8 $\pm$ 11.7	t=4.401***
性別	n(%)	n(%)	$\chi^2=4.7^*$
男	126(81.3)	55(64.7)	
女	29(18.7)	25(29.4)	
婚姻			$\chi^2=0.7$
既婚	68(43.9)	31(36.5)	
未婚	87(56.1)	50(58.8)	
学歴			$\chi^2=0.3$
高卒	128(82.6)	70(82.4)	
高卒以上	27(17.4)	12(14.1)	
視覚障害を受けた年齢	12.0 $\pm$ 13.3	18.3 $\pm$ 17.4	Z=2.507*
使用文字			$\chi^2=0.8$
普通文字	92(59.4)	53(62.4)	
点字	55(35.5)	26(30.6)	
どちらもあまり読めない	8 (5.2)	6(7.1)	

*p<.05、***p<.001

表2 属性、心理特性と特性不安の関係

(n = 155)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. 年齢									
2. 性別 a)	- 0.083								
3. 婚姻 b)	0.495***	- 0.091							
4. 学歴 c)	0.217**	- 0.046	0.211**						
5. 日常苛立ち事	- 0.083	- 0.062	0.039	- 0.112					
6. 無力体験	- 0.084	- 0.054	- 0.228**	- 0.033	0.525***				
7. 自己抑制型行動特性	- 0.226**	0.012	- 0.203*	0.012	0.362***	0.459***			
8. 自己価値感	0.304***	- 0.110	0.332***	- 0.031	- 0.364***	- 0.479***	- 0.569***		
9. 情緒的支援認知	- 0.073	0.181*	0.070	- 0.017	- 0.174*	- 0.170*	- 0.203*	0.294***	
10. 特性不安	- 0.245**	0.074	- 0.255**	- 0.001	0.568***	0.576***	0.579***	- 0.719***	- 0.342***

ピアソンの相関係数

a) 性別 (男=0、女=1)

b) 婚姻 (未婚=0、既婚=1)

c) 学歴 (高卒=0、高卒以上=1)

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

$p<0.05$)、自己抑制型行動特性 ($\beta=0.140$, $p<0.05$)、自己価値感 ($\beta=-0.385$, $p<0.001$)、情緒的支援認知 ($\beta=-0.139$, $p<0.01$) が統計学的に有意な関係を示した (表 3)。

5) 視覚障害の重度別にみた心理特性の違い

視覚障害の重度別に心理特性に差があるかを明らかにするために、各心理尺度毎に普通字使用群と点字使用群で t 検定を行った。普通字使用群が点字使用群に比較して有意に無力体験 ($t=1.989$, $p<0.05$)、特性不安 ($t=3.218$, $p<0.01$) が高く、自己価値感 ($t=2.108$, $p<0.05$) が低かった (表 4)。

5 考察

1) 本研究の対象と属性について

本研究の対象は『視覚障害者であり、現在マッサージ業をしている人』である。しかし、それらの人だけで構成された組織は存在しない。そこで、本調査の目的にもっとも叶った対象として、盲学校専攻科理療科卒業者に質問紙を送付したが、回収分の 20% は始めから対象に該当しない人達 (現在マッサージ業をしていない人達) からの返信となった。盲学校卒業者の何 % が現在マッサージ業をしているのか

についての統計がないため、この数値の多少については不明である。

『現在マッサージ業をしている』と答えた 240 通のうち、欠損値のない有効回答数は 155 (64.6%) であった。現在、年齢が比較的高く、障害者になった年齢も高い人が返信したにも関わらず、回答に不備があり、無効となった可能性が示唆された。

2) 視覚障害を有するマッサージ師の心理特性および特性不安について

本対象では、若年者の方が高齢者に比較して不安感が高かったが、これは一般住民に対する研究²¹⁾と同様の結果であった。また、未婚者が既婚者に比較してメンタルヘルスがよくないことは看護師の研究¹⁸⁾と同様の結果であった。

本対象の自己抑制型行動特性尺度得点の平均値は 10.4 点であった。ヘルスカウンセリング研修でベーシックを受講した対人専門職従事者と比較すると、最も高い管理栄養士で 9.6 点、看護師 9.4 点、保健師 9.1 点、薬剤師 9.0 点、歯科医師 8.8 点、医師 8.7 点で³²⁾、本対象の方が高いと考えられる。この結果から、本対象は自己の感情や欲求を日常的に抑制する傾向があることが示唆された。これは、視覚障害を有することで他者からの援助が必要な場面が多いため、援助を得易くするための行動特性であると考ええる。また、自己抑制型行動特性と自己価値感に有意な負の相関が認められた。宗像は「自己抑制型行動特性はそのような自分に自己嫌悪を感じさせ、自己価値感の低下も招く」^{26) 27)}と述べている。本対象も高い自己抑制型行動特性が自己価値感の低さをもたらししていると推測する。また、宗像は「自分自身への自信の低下から不安に陥りやすくなる」²⁸⁾と述べているが、本対象において、自己価値感と特性不安の間に有意な負の相関が認められることから、自己価値感の低さが特性不安の高さの背景にあることが示唆された。

本対象では、無力体験と日常苛立ち事、日常苛立

表 3 特性不安を従属変数とした重回帰分析

	β	t	
年齢	-0.052	-0.902	
性別	0.074	1.504	
婚姻	-0.043	-0.730	
学歴	0.044	0.872	
日常苛立ち事	0.282	4.751	***
無力体験	0.146	2.326	*
自己抑制型行動特性	0.140	2.337	*
自己価値感	-0.385	-5.807	***
情緒的支援認知	-0.139	-2.704	**
調整済み $R^2=0.659$ ***			

n =155

F=34.108 ***

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

表 4 視覚障害の重度別にみた心理特性の違い

	普通字 (n=92)	点字 (n=55)	どちらもあまり 読めない (n=8)	検定 ^{注)}
年齢	39.5 ± 10.5	41.4 ± 10.2	56.3 ± 6.4	t=1.074
特性不安	47.5 ± 11.5	41.6 ± 9.3	38.0 ± 11.3	t=3.218**
日常苛立ち事	4.1 ± 3.5	3.4 ± 3.2	2.6 ± 1.9	t=1.220
自己抑制型行動特性	10.8 ± 3.8	10.0 ± 4.0	9.3 ± 2.5	t=1.171
無力体験	3.7 ± 3.0	2.8 ± 2.3	2.0 ± 2.2	t=1.989*
自己価値感	4.7 ± 2.4	5.6 ± 2.1	7.1 ± 1.6	t=2.108*
情緒的支援認知	6.9 ± 3.2	7.1 ± 3.2	6.8 ± 4.3	t=0.222

注) 『どちらもあまり読めない』と答えたのは 8 人であったため、『普通字』と『点字』の 2 群で検定した
* $p<0.05$ ** $p<0.01$

ち事と特性不安との間にそれぞれ有意な正の相関が認められた。これらの結果は、本対象においても「無力体験感」は日常苛立ち事を招き、それがメンタルヘルスを悪化させる¹⁷⁾ことを支持する結果であると考ええる。

宗像は日常苛立ち事の軽減には情緒的支援認知が重要であると論じている¹⁷⁾。また、宗像¹⁴⁾は看護師のメンタルヘルスに最も大きな影響力となっていたのは仕事や家庭での日常苛立ち事の多さであり、適当な相談者を持たないことがメンタルヘルスを悪化させることを示した。本研究でも情緒的支援認知は日常苛立ち事や特性不安と有意な負の相関があり、情緒的支援認知が日常苛立ち事を軽減させ、特性不安を低下させることが推察できる。また、本対象では、情緒的支援認知と自己価値感に有意な正の相関が認められた。これは、「支援認知が得やすい環境があれば自己価値感が高まり、ストレスが減り、不安に陥ることも少なくなる」^{27) 28)}という宗像の研究を支持する結果であると考察する。

しかしながら、相関分析で言えることは2尺度間の関係性だけであり、因果関係については断定することはできない。あくまでも、これらの考察は先行研究をモデルとしての解釈である。よって、自己価値感の低下が自己抑制型行動特性を招くことや日常苛立ち事の多さが無力体験感を増悪させることも考えられる。これらの心理特性間で悪循環が起きている可能性も大いに考えられる。

3) 視覚障害を有するマッサージ師の特性不安に関する心理社会的要因の重回帰分析

次に、重回帰分析を用いて、本対象の特性不安に関連した心理社会的要因は何かを検討した。その結果、特性不安と日常苛立ち事、無力体験、自己抑制型行動特性が有意に正の、また、自己価値感、情緒的支援認知が負の統計学的に有意な関係を示した。また、調整済み R^2 値は 0.659 で、モデルのあてはまりは良好であると判断した。この結果から、『視覚障害を有するマッサージ師の特性不安の高さに関連する心理社会的要因は、自己抑制度が高く、自己価値感が低いこと、また、無力体験感が高く、日常苛立ち事が多いことである。』という作業仮説は検証されたものと考ええる。さらに、情緒的支援認知の高さは、特性不安を軽減する可能性を持つことが言える。

宗像は職場でのストレス研修と SAT アサーショントレーニング（構造化アサーション法）²⁶⁾を行い、自己抑制度と情緒的支援認知を改善させ、特性不安も低下させた²⁷⁾。本対象もアサーショントレー

ニング等、ソーシャルスキル能力を身につけることが自己抑制度の高さを改善し、情緒的支援認知を高め、特性不安を軽減させることができると考える。視覚障害の軽度である普通字使用群が重度障害の点字使用群に比較して有意に無力体験感、特性不安が高く、自己価値感が低かった。障害が外から見えない時、周囲は障害者に対して通常の人々と同じつきあいを期待する¹⁷⁾。そのような場合、軽度の障害者はまわりに合わせてしまいがちである¹⁷⁾。よって、軽度の視覚障害を有する者（普通字使用者）の方が、無理を承知していながら、相手の期待に応えようと周囲に合わせることで特性不安を高めていると推察する。周囲の人々に正しく障害を認知してもらい、適切な援助を得るためにも、障害者側から周囲への説明が大切なのである。説明や援助依頼の場において高いソーシャルスキルが必要であり、その能力は特に軽度視覚障害者に必要であることが示唆された。

また、視覚障害者において、学習された無力体験感がネガティブな自己イメージを形成していることが推測される。ネガティブな自己イメージは自己価値感を低下させ、不安感の増強を促す³³⁾。本対象も自己のネガティブなイメージをポジティブなイメージに変更することができれば、特性不安が軽減するものと考ええる。宗像の SAT 自己イメージ法³³⁾がその一助となると考える。

6 まとめ

本報では、視覚障害を有するマッサージ師の特性不安に関連する心理社会的要因に関する検討を試みた。その結果、視覚障害を有するマッサージ師の特性不安の高さに関連する心理社会的要因は、自己抑制度が高く、自己価値感が低いこと、また、無力体験感が高く、日常苛立ち事が多いことが明らかとなり、情緒的支援認知の高さは、特性不安を軽減する可能性を持つと考えられた。また、普通字が読める軽度視覚障害者の方が点字使用の重度視覚障害者に比較して有意に無力体験感が高く、自己価値感が低く、特性不安が高かったことから、特に、軽度視覚障害者への SAT 療法やソーシャルスキルトレーニングを活用した心理教育的アプローチがより必要であることが示唆された。

本研究の限界について述べる。障害者に関する先行研究の回収率は 6% 弱³⁴⁾、12%³⁵⁾、16.6%³⁶⁾ 等と、本研究の有効回答率が特別に低いというわけではないと考える。しかし、有効回答群と無効回答群の属

性に差が認められた。従って、セレクションバイアスがあって、本研究の結果を必ずしも視覚障害を有するマッサージ師の状況として一般化できない可能性も考えられる。視覚障害者は書字読字が困難な場合が多いので、今後、視覚障害者に適した調査方法を開発してさらに研究を行う必要があると考える。また、本研究は横断研究であるため、縦断研究のような時間を追っての特性不安と心理社会的要因の関係をみることはできなかったため、今後の研究が必要である。

謝 辞

本研究の一部は2003年度日本理療科教員連盟研究助成金を得て行った。

本研究には、全国10校の盲学校同窓会のご理解とご協力を得て行った。いろいろご尽力くださった関係各位に感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) Parette H. P.: Technological needs of visually impaired and blind persons in Arkansas, *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 84 (10), 534-38 (1990)
- 2) Brown I. C.・Collyer J.・Christie B.・Inwood B.・Knight J.・Ashcroft V. P.・Scane R.: Multimedia training systems for the elderly and the impaired, 91-96, ERIC (1994)
- 3) White P.: Decency and education for citizenship, *Moral Education*, 21 (3), 207-16 (1992)
- 4) Mather J.: Computers, Automation, and the Employment of Persons who are blind or visually impaired, *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 88 (6), 544-49 (1994)
- 5) Bowe F.G.: Recruiting workers with disabilities. *Employ Relat Today* 15, 107-111 (1988)
- 6) Satcher J.・Dooley-Dickey K.: Attitudes of human-resource management students toward persons with disabilities, *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 35, 248-251 (1992)
- 7) Chia-Fen C.: A study on job placement for handicapped workers using job analysis data, *International Journal of Industrial Ergonomics*, 24, 337-351 (1999)
- 8) Donoyama N.: Introduction of traditional Japanese massage, Anma, and its education for the visually impaired: the past and the present, *TCT Education of Disabilities*, 3, 41-47 (2004)
- 9) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 平成16年衛生行政報告例, 2006年4月4日検索, http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/scm_k_Ichiran.
- 10) Eisenberg D. M.・Davis R. B.・Ettner S. L.・Appel S.・Wikey S.・Van Rompay M.・Kessler R. C.: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey, *JAMA*, 280:1569-75 (1998)
- 11) Ernst E.・White A.: The BBC survey of complementary medicine use in the UK, *Complement Ther Med*, 8 (1), 32-36 (2000)
- 12) Pines A.: Occupational tedium in social services, *Social Work*, 23 (6), 499-507 (1978)
- 13) Maslach C. Pines A.(1979) Burnout: the loss of human caring. In Pines A., Maslach C. eds. *Experiencing social psychology*, New York: Knof, 246-252.
- 14) 土居健郎監修, 宗像恒次・稲岡文昭・高橋徹・川野雅資, 燃えつき症候群－医師・看護婦・教師のメンタルヘルス－, 金剛出版, 東京 (1988)
- 15) 久保真人・田尾雅夫: 看護婦におけるバーンアウトストレスとバーンアウトとの関係, *実践社会心理学研究*, 34 (1), 33-43 (1994)
- 16) 稲岡文昭: ナースのためのストレスマネジメント 燃えつき症候群, ナースプラスワン, 1, 増刊号 (1992)
- 17) 宗像恒次, 行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 東京, 23-25, 29, 115, 128, 152, 213, 280-292 (1996)
- 18) 田尾雅夫・久保真人: バーンアウトの理論と実際－心理学的アプローチ, 誠信書房, 東京 (1996)
- 19) 殿山希・宗像恒次: 視覚障害を有するマッサージ師のメンタルヘルスの概要, *理療教育研究*, 27 (1), 65-79 (2005)
- 20) 水口公信・下仲順子・中里克治訳: 日本語版 STAI 使用手引, 三京房, 京都 (1991)
- 21) 中里克治・下仲順子: 成人前期から老年期にいたる不安の年齢変化, *教育心理学研究*, 37, 172-178 (1989)
- 22) 谷口直子・大澤伸昭・福田泰樹・芥川茂・後藤功・花房俊昭: 段階的告知におけるかかりつけ医の役割－胸部異常陰影患者の不安テスト結果から－, *肺癌*, 43 (2), 85-89 (2003)
- 23) 入江正洋・三島徳雄・永田頌史: 健常初心者に対する初回自律訓練法の精神生理学的効果, *心身医*, 36, 299-305 (1996)
- 24) 春日伸予・高橋明: テクノストレス症候群的傾向と不安および自我状態との関連性について, *心身医*, 34, 457-461 (1994)
- 25) 美馬敦美・秋月芳子・小原さよ子: 入退院を繰り返す肝細胞癌患者の不安－STAI (状態・特性不安尺度)

- を用いて-, 日本看護学会論文集, 成人看護. 2, 34, 36-38 (2003)
- 26) 宗像恒次: SAT アサーショントレーニング法, 日本保健医療行動科学年報, 10, 3-9 (2004)
- 27) 宗像恒次: 職場のメンタルヘルスを改善するアサーション研修, 隔月ヘルスカウンセリング, 5 (6), 39-48 (2003)
- 28) Munakata T.・Wada Y.・Fujita C.・Masuko L.・Nakano T.・Onouha F. N.: Effectiveness of telecounseling on the mental health of worker in computer engineering, Proceedings of the 7th International Conference on System Science in Health Care, Budapest, Hungary, 29 May-2 June (2000)
- 29) Head D.・Pysh M.・Chalfant J.・Spencer R.: Learned helplessness in children with visual handicaps: a pilot study of expectations, persistence, and attributions, final report, Madden J.・Rogers S. eds. U.S. Department of Education, Educational Resources Information Center (1992)
- 30) Seligman M. E. P.: Helplessness, W. H. Freeman, San Francisco (1975)
- 31) 宗像恒次・高臣武史・河野洋二郎・デビッド・ベル・リ
ンダ・ベル: 日米青少年期の家庭環境と精神健康に関する比較研究, 昭和 62 年度厚生省科学研究報告書 (1987)
- 32) 宗像恒次: 対人専門職としての抑うつ, こころの看護学, 4 (1), 7-13 (2003)
- 33) 宗像恒次: SAT 自己イメージ法が促す「愉しむ」生き方 - 情報化時代の健康力のために -, ヘルスカウンセリング学会年報, 11, 1-10 (2005)
- 34) 後藤敏伸: 視覚障害者参加型の美術展企画と実践 II 普及活動への方向性. 2006 年 4 月 4 日検索, http://www.cozy.gr.jp/shokuten/after/image/shokuten_ron2.doc
- 35) 後藤敏伸: 視覚障害者参加型の美術展企画と実践, 大学美術教育学会誌, 35, 169-176 (2002)
- 36) 藤井亮輔・山下仁・岩本光弘: あん摩業、はり業、きゅう業に係る施術所数ならびに就業者数の実態に関する調査研究, 全日本鍼灸学会雑誌, 56, 566-573 (2005)

IV

研 究 報 告

研究報告

SATカウンセリングセミナーの教育効果に関する研究 第12報

Educational Effectiveness of "Structured Association Technique" Counseling Seminar : The 12th Report

橋本 佐由理* 奥富 庸一** 宗像 恒次*

Sayuri Hashimoto, Yoichi Okutomi and Tsunetsugu Munakata

要 旨

本研究は、構造化連想法を活用したカウンセリングプログラムによるカウンセラー養成セミナー実施前後の心理尺度測定結果から、プログラムの教育効果について検討することを目的とした。プログラムは7コース（個別技能：B, A, POM, SOM；グループ技能：GB, GA, GM）あり、各々2日間13時間である。今回分析に用いたデータは、プログラムの開催及び調査票の回収が、1995年10月から2005年12月、個別技能コースは、有効回収数 $n=9302$ （男性 $n=931$, 女性 $n=8371$, 平均年齢 37.9 ± 10.1 歳）、グループ技能コースは、有効回収数 $n=593$ （男性 $n=71$, 女性 $n=522$, 平均年齢 41.1 ± 9.73 歳）であった。

分析の結果、以下の点が明らかになった。1) プログラム前後において、心理特性の尺度得点が有意に変化していた。2) その得点の変化は、ストレスに強くストレスをためにくい心理特性の得点への変化と精神健康が向上する方向への変化であった。3) プログラムの問題解決レベルの違いにより、尺度の得点変化の大きさには差が見られた。それは、解決レベルが高い方がより得点の変化が大きく、良好な方向へ変化をしていた。

これらの結果から、SAT法によるプログラムは、ストレスに弱くストレスをためやすい心理特性を変容させる効果があることが示され、このプログラムにはストレス耐性の強化とストレス蓄積度の軽減ができる、自己成長や自己変容を支援できるという教育効果があることが示唆された。

キーワード：SAT法 (Structured Association Technique) 教育効果 (educational effectiveness)

心理尺度 (psychological scale) カウンセリングセミナー (counseling seminar)

精神健康 (mental health)

1 はじめに

我々は独自のプログラムにより、この12年間に延

*筑波大学大学院 ヒューマン・ケア科学 ヘルスカウンセリング学分野
Graduate School of Human Comprehensive Sciences,
Department of Human Care Sciences, University of Tsukuba

**早稲田大学人間科学学術院 健康福祉科学科
Faculty of Human Science, Waseda University
連絡先：

〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1 筑波大学大学院 総合研究棟D510
1-1-1 Tennoudai Tsukuba-shi Ibaraki, 305-8577 Japan
TEL&FAX : 029-853-3964
e-mail : hasimoto@taiiku.tsukuba.ac.jp

べ2万人以上に及ぶ人たちへカウンセラー養成セミナーを実践している。本プログラムによるセミナーではカウンセリング技術や理論の習得と自身の問題解決や自己成長の達成を重視している。そのため、自己の課題と立ち向かい、解決しつつ、カウンセリングを学ぶ、という行動科学の理論と手法に基づいた体験型プログラムを提供している。本プログラムのカウンセリング技法は、構造化されたカウンセリング法であり、宗像 (1995, 1997)^{1) - 3)} が開発した構造化連想法 (Structured Association Technique 以下SATと省略する)を活用したカウンセリング法(イメージ療法を含む)である。それは、受講者が悪性ストレスを抱えやすいパーソナリティや心理特性を変容することや悪性ストレスを軽減することが可

能なプログラムとなっており、各セミナーは2日間の集中セミナー方式で実施している。プログラムは、個別カウンセリング技能に関しては、カウンセリング技法レベルと、問題解決レベルにより4段階に分けて組んでおり、グループカウンセリング技能に関しては、同様に3段階に分けて組んでいる。

そこで本稿では、SAT カウンセリング法および SAT イメージ療法の個別及びグループのプログラムによるセミナーの実施前後に心理尺度測定を行い、その得点変化の結果から、セミナーの教育効果について検討することを目的とした。

2 研究対象と研究方法

1) 研究対象と調査方法

7 コースのセミナーは、日本全国各地にて年間に述べ100回を越えて開催されている。各セミナーは2日間13時間で行われるが、全てのコースにおいて、開始前と終了後に心理尺度を用いた自記式質問紙調査を行っている。今回分析に用いるのは、プログラムの開催及び調査票の回収が、1995年10月から2005年12月までのものとした。

調査対象は、セミナー受講者のうち受講前後の調査票の回収に協力を得られた者である。受講者に対して、講師より調査について口頭で説明し協力を依頼する。受講者は調査票を開始前および終了後に記入し、本人の自由意志で提出する。プログラムは積み上げ方式の学習法であるため得られたデータは、述べ人数であり、同じ者が複数回データに協力している場合がある。

個別技能の4コースのセミナーにおいて、最終的に期間中に受講前後の調査票の回収に協力の得られたのはn=9895であった。得られたデータのうち、性別あるいは年齢、職業が未記入であったものは無効とした。最終的な有効回収数は、n=9302(有効回答率94.0%)であった。その属性の内訳は、性別は、男性10.0%(n=931)、女性90.0%(n=8371)、年齢は、15歳から80歳、平均年齢37.9±10.1歳であった。20歳から50歳までの対象者が全体の約87%を占め、中央値は37歳、最頻値は37歳である。また、職業は、保健師11.7%(n=1086)、看護師32.3%(n=3058)、管理栄養士または栄養士7.0%(n=647)、薬剤師7.4%(n=685)、歯科医師1.5%(n=142)、医師0.7%(n=65)、その他38.9%(n=3619)であった。職業のその他とは、教員や学生、会社員などが含まれている。

グループ技能の3コースのセミナーにおいて、最終的に期間中に受講前後の調査票の回収に協力の得

られたのはn=670であった。先述したように、性別あるいは年齢、職業が未記入であったものは無効とした。最終的な有効回収数は、n=593(有効回答率88.5%)であった。その属性の内訳は、性別は、男性12.0%(n=71)、女性88.0%(n=522)、年齢は、18歳から79歳、平均年齢41.1±9.73歳であった。20歳から50歳までの対象者が全体の約83%を占め、中央値は41歳、最頻値は42歳である。また、職業は、保健師12.8%(n=76)、看護師25.1%(n=149)、管理栄養士または栄養士6.6%(n=39)、薬剤師8.6%(n=51)、歯科医師や医師0.7%(n=4)、その他46.2%(n=274)である。

2) 分析方法

得られたデータは、SPSS11.0により統計的に処理をした。分析方法は、尺度の内的一貫性及び因子的妥当性分析、基準関連妥当性分析、相関分析、t-検定、分散分析を行った。また、仮説モデルを構築し、Amos4.0を用いて作成したモデルに関して共分散構造分析を行い、その適合度を検討した。

3) 調査票の尺度の構成

調査票の尺度は、以下の13尺度である。

- (1) 対人依存型行動特性尺度(ハッシュフェルドによる開発、P.マクドナルド・スコット編訳、日本人における得点基準は宗像)^{4) 5)}・・・他者に対して過剰に期待をしやすい心の依存度の強さを測定[18項目18点満点]
- (2) 自己価値感尺度(ローゼンバーグによる開発、日本語版宗像による開発)^{6) 7)}・・・自分に対してどのくらい良いイメージをもっているかを測定[10項目10点満点]
- (3) 自己抑制型行動特性尺度(宗像)⁸⁾・・・他者から嫌われないように自分の気持ちや考えを抑える傾向を測定[10項目20点満点]
- (4) 情緒的支援ネットワーク尺度(宗像)⁸⁾・・・周りからの情緒的支援をどのくらい認知しているかを家族と家族以外とを分けてそれぞれ測定[10項目10点満点]
- (5) 抑うつ尺度(Zung SDS)⁹⁾・・・抑うつ傾向を測定[20項目80点満点]
- (6) 特性不安尺度(Spielberger STAI)¹⁰⁾・・・不安を感じやすい傾向の強さを測定[20項目80点満点]
- (7) 問題解決型行動特性尺度(宗像)¹¹⁾・・・問題に対して効果的積極的に対処する傾向を測定[10項目20点満点]

- (8) カウンセリング必要度尺度 (宗像)¹²⁾・・・現在現れている悪性ストレスの症状を測定 [10 項目 20 点満点]
- (9) 感情認知困難度尺度 (宗像)^{11) 13)}・・・自分の気持ちや感情を感じることを自覚的あるいは無自覚に避ける傾向を測定 [10 項目 20 点満点]
- (10) 自己憐憫度尺度 (宗像)^{11) 13)}・・・自分で自分を憐れむ傾向を測定 [10 項目 20 点満点]
- (11) 自己解離度尺度 (宗像)^{11) 13)}・・・自己を解離させる傾向を測定 [10 項目 20 点満点]
- (12) 自己否定感尺度 (宗像)^{11) 13)}・・・自分に対しての否定的なイメージの強さを測定 [10 項目 20 点満点]
- (13) PTSS (心的外傷症候群) 尺度 (宗像)^{11) 13)}・・・心傷体験にかかわるイメージの認知の強さを測定 [10 項目 10 点満点]

4) 各プログラムの概要

個別技能のプログラムは、ベーシック、アドバンス、手順重視型マスター (the procedure-oriented master、以下 POM と略す)、自己成長重視型マスター (the self-growth-oriented master: 本プログラムのみ 2001 年 1 月より開始、以下 SOM と略す) の 4 コースである。このプログラムは、ベーシックコースから自己成長重視型マスターコースへと順に積み上げて学んでいくシステムである。個人のカウンセリング技術習得状況に応じ、ベーシックコースやアドバンスコースを複数回受講後にマスターコースを受講する者もいる。グループ技能のプログラムは、グループベーシック (GB)、グループアドバンス (GA)、グループマスター (GM) の 3 コースである。同様に、順に積み上げ方式で学ぶシステムである。

すべてのプログラムで構造化連想法が用いられていることが特徴である。それは、進め方 (手順) や問い方 (発問法) が構造化されているので、一定の訓練を受ければ誰にでもできるカウンセリング法である。また、構造化されていることにより、短時間あるいは短期間で行動変容が支援でき、パーソナリティー特性や行動特性の変容が促されるという特徴をもっている。本セミナーはプログラムによって問題解決レベルが異なる。それぞれのプログラム概要は以下の通りである。

- (1) ベーシックプログラム (自己決定型カウンセリング)¹⁴⁾・・・SAT カウンセリング法及び SAT イメージ療法の基礎となる理論や技法を

学ぶ。それらの技法により、安心して安全な関係を形成し、相手の本当の欲求を自覚化させ、共感される中でひらめきによる行動目標化をするという自己決定支援ができる。この技法の習得は、リスニングスキルの習得や向上につながる。したがって、効果的な人間関係を築くことができ、相手の欲求に合わせた対人援助が可能になる。

このコースを受講することで得られる自身への効果は、自分の本当の気持ちや欲求に気づき、他の参加者から共感されることにより癒されることである。

- (2) アドバンスプログラム (行動変容型カウンセリング)¹⁴⁾・・・心を癒すための理論と技法を学ぶ。その技法により、行動を変えようという表の意思に対して、実質的に自分の行動を支配している裏の意思の形成にかかわっているネガティブ記憶イメージを変容することで行動変容支援や行動実行支援ができる。心傷イメージ記憶の意味変容やポジティブイメージ記憶の形成、本来必要な行動目標の明確化、自己効力感の向上などに貢献できる。

このコースを受講することで得られる自身への効果は、自分自身の幼少期あるいはそれ以降の心傷体験に気づき、そのイメージに他の参加者から共感され、イメージ変換を支援されることで癒される。そして、エンパワーメントされ、自身の行動変容や実行が促されることである。

- (3) POM プログラム (自己成長型カウンセリング)¹⁵⁾・・・自己成長のための理論や技法を学ぶ。本人の逃避的、悪循環的なストレス対処行動である心理パターンへの気づきを支援し、心理パターンの変容による自己成長ができる。

このコースを受講することで得られる自身への効果は、自分の幼少期あるいはそれ以降の心傷体験が癒されるだけではなく、心傷体験によってつくられた悪循環的なストレス対処行動、すなわち、心理パターンから解放される。そして、積極的で効果的な良循環するストレス対処行動、すなわち、心理パターンに陥らない行動様式とそのために必要なソーシャルスキルを身につけることで、予期不安を軽減し今後起こりうる問題の予防になることである。

- (4) SOM プログラム (生き方変容型カウンセリング)^{3) 15) 16)}・・・このカウンセリング法を SAT イメージ療法と呼んでおり、胎生期や、最近では前世代期や生物進化期のイメージ変換

を用いる。生物間や世代間を越えて伝達されているような潜在意識の問題を解決するような生き方変容が可能である。

このコースを受講することで得られる自身への効果は、自分の根深い潜在意識に気づき、その嫌悪系意識から報酬系意識をもつイメージに変換することが支援される。そして、人から愛され、人を愛し、自分を信じることができる生き方への変容が促され、自分あるいは周りの人、自分の子孫に起こりうる問題の予防になることである。

- (5) グループベーシック・・・グループカウンセリングでは、集団力動を理解し、職場や学校、地域のメンタルヘルスリーダーとして活動ができるための技能を学ぶ。良好な集団雰囲気の形成やグループメンバーの心理的安全感の形成ができ、メンバー間の率直なコミュニケーションを促し、気づきの支援とグループへの信頼感の向上を支援できる。ソーシャルスキルの体験学習をする。
- (6) グループアドバンス・・・メンバー同士の心の共鳴反応による癒しを支援する技法を学ぶ。各メンバー自身による問題解決や自己成長を支援する。ソーシャルスキルの理解を深める。
- (7) グループマスター・・・グループメンバーの問題解決や自己成長を支援する技法と、身体や魂の欲求をパートナーと上手に充足し合える技能、すなわち、ソーシャルスキルを教育指導で

きるための教授法を学ぶ。

3 結果

1) 尺度の信頼性及び妥当性分析の結果

尺度の信頼性及び妥当性分析の結果を表1に示した。信頼性分析の結果、クロンバックの標準化 α 係数は、おおむね0.70以上であった。因子分析の結果、それぞれ1から4個の因子が抽出された。基準関連妥当性は、特性不安および抑うつを基準変数としたピアソンの相関係数を基準関連妥当性係数として検討した。その結果、全ての尺度において有意な妥当性係数が得られた。

2) プログラム別に示した各尺度のプログラム前後の平均得点の変化

プログラム毎にプログラムの前後における各尺度の平均得点の変化についてt検定を行った。その結果を表2に示した。

その結果、ベーシックプログラム、アドバンスプログラム、POMプログラム、SOMプログラムの個別技能の全てのプログラム、全ての尺度について、前後の平均点は有意に低下あるいは上昇する変化がみられた。

また、グループベーシックプログラム、グループアドバンスプログラム、グループマスタープログラムの集団技能の全てのプログラム、全ての尺度について、前後の平均点は有意に低下あるいは上昇する

表1 尺度の信頼性および因子の妥当性分析の結果

尺 度	第一因子 寄与率		第一因子累積 寄与率 (因子数)		信頼性係数 α 係数*		基準関連妥当性係数**			
	前	後	前	後	前	後	特性不安		抑うつ	
(1)自己価値感	2.276	2.369	26.3(2)	26.1(2)	.765	.754	-.680***	-.688***	-.605***	-.593***
(2)自己抑制型行動特性	2.390	2.794	26.9(2)	31.7(2)	.770	.810	.542***	.582***	.414***	.436***
(3)情緒的支援ネットワーク (家族)	4.330	4.551	43.3(1)	45.5(1)	.879	.886	-.316***	-.320***	-.319***	-.306***
〃 (家族外)	3.171	3.660	35.5(2)	36.6(1)	.836	.842	-.277***	-.277***	-.250***	-.242***
(4)問題解決型行動特性	2.810	3.398	31.7(3)	35.1(2)	.788	.818	-.379***	-.415***	-.333***	-.354***
(5)対人依存型行動特性	2.659	2.627	17.3(4)	17.8(4)	.724	.722	.569***	.531***	.437***	.409***
(6)特性不安	6.918	7.411	38.8(3)	41.2(3)	.923	.930	-----	-----	.820***	.820***
(7)抑うつ	4.657	5.010	26.5(4)	28.1(4)	.856	.865	.820***	.820***	-----	-----
(8)カウンセリング必要度	3.249	3.165	35.1(2)	35.3(2)	.830	.822	.679***	.688***	.629***	.637***
(9)感情認知困難度	2.601	2.894	30.0(3)	29.4(2)	.768	.760	.390***	.589***	.329***	.477***
(10)自己憐憫度	2.409	3.048	30.2(3)	37.3(3)	.795	.844	.323***	.441***	.245***	.426***
(11)自己解離度	2.689	2.486	30.6(2)	29.5(2)	.792	.753	.310***	.432***	.315***	.431***
(12)自己否定感	3.500	2.504	36.2(2)	29.3(3)	.815	.631	.620***	.488***	.605***	.509***
(13)PTSS (心的外傷症候群)	2.133	2.790	24.6(2)	30.0(2)	.744	.801	.482***	.519***	.499***	.474***

*クロンバックの α 係数

**基準関連妥当性係数は、基準変数を特性不安および抑うつとし、それぞれの尺度と基準変数との相関分析によって求めた

*** : $p < .001$

表2-1 各尺度のプログラム(Basic Advance POM SOM)前後の平均得点の比較

program (n)	scale	mean score		t-value	p 値
		pre	post		
Basic (5821)	(1)自己価値感	6.02	6.88	-34.87	p<.000
	(2)自己抑制型行動特性	9.41	9.00	11.80	p<.000
	(3)情緒的支援ネットワーク (家族)	8.36	8.58	-13.30	p<.000
	〃 (家族外)	8.38	8.67	-16.37	p<.000
	(4)問題解決型行動特性	10.06	10.90	-22.43	p<.000
	(5)対人依存型行動特性	6.26	5.29	25.20	p<.000
	(6)特性不安	45.49	42.89	29.56	p<.000
Advance (2729)	(7)抑うつ	38.12	36.29	22.99	p<.000
	(1)自己価値感	6.77	7.44	-20.07	p<.000
	(2)自己抑制型行動特性	8.81	8.64	3.31	p<.000
	(3)情緒的支援ネットワーク (家族)	8.56	8.74	-7.85	p<.000
	〃 (家族外)	8.74	8.94	-8.65	p<.000
	(4)問題解決型行動特性	10.60	11.20	-11.59	p<.000
	(5)対人依存型行動特性	5.33	4.70	11.74	p<.000
POM (1377)	(6)特性不安	43.10	41.05	16.70	p<.000
	(7)抑うつ	36.61	35.19	12.08	p<.000
	(1)自己価値感	7.24	7.91	-14.52	p<.000
	(2)自己抑制型行動特性	7.95	7.12	10.36	p<.000
	(3)情緒的支援ネットワーク (家族)	8.45	8.71	-7.12	p<.000
	〃 (家族外)	8.77	8.97	-6.50	p<.000
	(4)問題解決型行動特性	11.67	12.67	-13.63	p<.000
SOM (842)	(5)対人依存型行動特性	4.67	3.92	9.67	p<.000
	(6)特性不安	41.11	37.99	16.67	p<.000
	(7)抑うつ	35.11	33.01	9.58	p<.000
	(1)自己価値感	7.66	8.93	-17.94	p<.000
	(2)自己抑制型行動特性	7.80	4.13	29.96	p<.000
	(3)情緒的支援ネットワーク (家族)	8.54	9.17	-11.28	p<.000
	〃 (家族外)	8.96	9.37	-9.22	p<.000
	(4)問題解決型行動特性	11.86	14.58	-22.07	p<.000
	(5)対人依存型行動特性	4.33	3.06	12.48	p<.000
	(6)特性不安	40.07	31.34	26.10	p<.000
	(7)抑うつ	35.33	30.26	17.74	p<.000

表2-2 各尺度のプログラム(GB GA GM)前後の平均得点の比較

program (n)	scale	mean score		t-value	p 値
		pre	post		
GB (383)	(1)自己価値感	7.45	8.22	-9.04	p<.000
	(2)自己抑制型行動特性	8.09	7.11	7.23	p<.000
	(3)情緒的支援ネットワーク (家族)	8.48	8.81	-5.46	p<.000
	〃 (家族外)	8.84	9.11	-5.25	p<.000
	(4)問題解決型行動特性	11.04	12.35	-9.15	p<.000
	(5)対人依存型行動特性	4.85	4.13	5.73	p<.000
	(6)特性不安	40.76	38.09	8.73	p<.000
GA (272)	(7)抑うつ	36.00	34.18	6.17	p<.000
	(1)自己価値感	7.37	8.21	-7.58	p<.000
	(2)自己抑制型行動特性	7.39	6.53	5.03	p<.000
	(3)情緒的支援ネットワーク (家族)	8.45	8.80	-4.33	p<.000
	〃 (家族外)	8.88	9.17	-3.93	p<.000
	(4)問題解決型行動特性	11.03	11.97	-6.47	p<.000
	(5)対人依存型行動特性	5.00	4.35	4.13	p<.000
GM (66)	(6)特性不安	40.47	37.59	7.87	p<.000
	(7)抑うつ	35.99	34.06	5.53	p<.000
	(1)自己価値感	8.09	8.74	-3.45	p<.000
	(2)自己抑制型行動特性	6.30	4.04	7.58	p<.000
	(3)情緒的支援ネットワーク (家族)	8.55	8.87	-2.26	p<.000
	〃 (家族外)	9.07	9.25	-1.80	p<.000
	(4)問題解決型行動特性	13.26	15.65	-6.88	p<.000
	(5)対人依存型行動特性	3.96	3.02	3.34	p<.000
	(6)特性不安	37.36	31.44	6.28	p<.000
	(7)抑うつ	34.17	30.44	5.46	p<.000

変化がみられた。

3) 各プログラム開始前および終了後の各尺度の平均点の差

各プログラム開始前および終了後における得点を一元配置分散分析により比較検討し、多重比較を行った。

その結果、個別技能プログラム開始前 (図1-1) は、

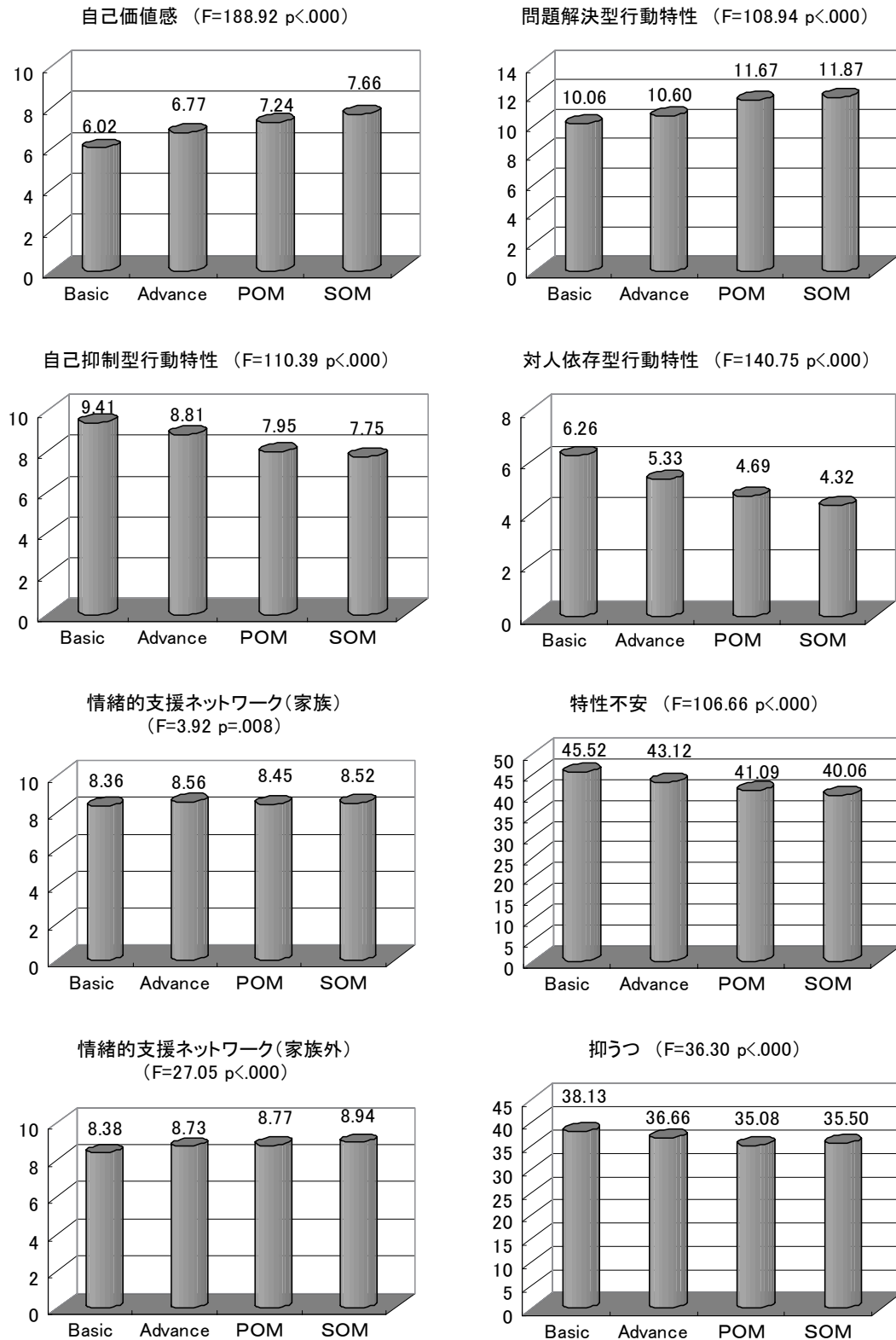


図1-1 各プログラム(Basic Advance POM SOM)開始前の各尺度の平均点の差

全ての尺度において、プログラムレベルの違いにより平均点に差があることが明らかになった。多重比較の結果は、自己価値感を除く全ての尺度において POM プログラムと SOM プログラムの間に、家族か

らの情緒的支援ネットワークと家族外からの情緒的支援ネットワークにおいてアドバンスプログラムと POM および SOM プログラムとの間に有意な平均点の差はみられなかった。その他の尺度は、すべての

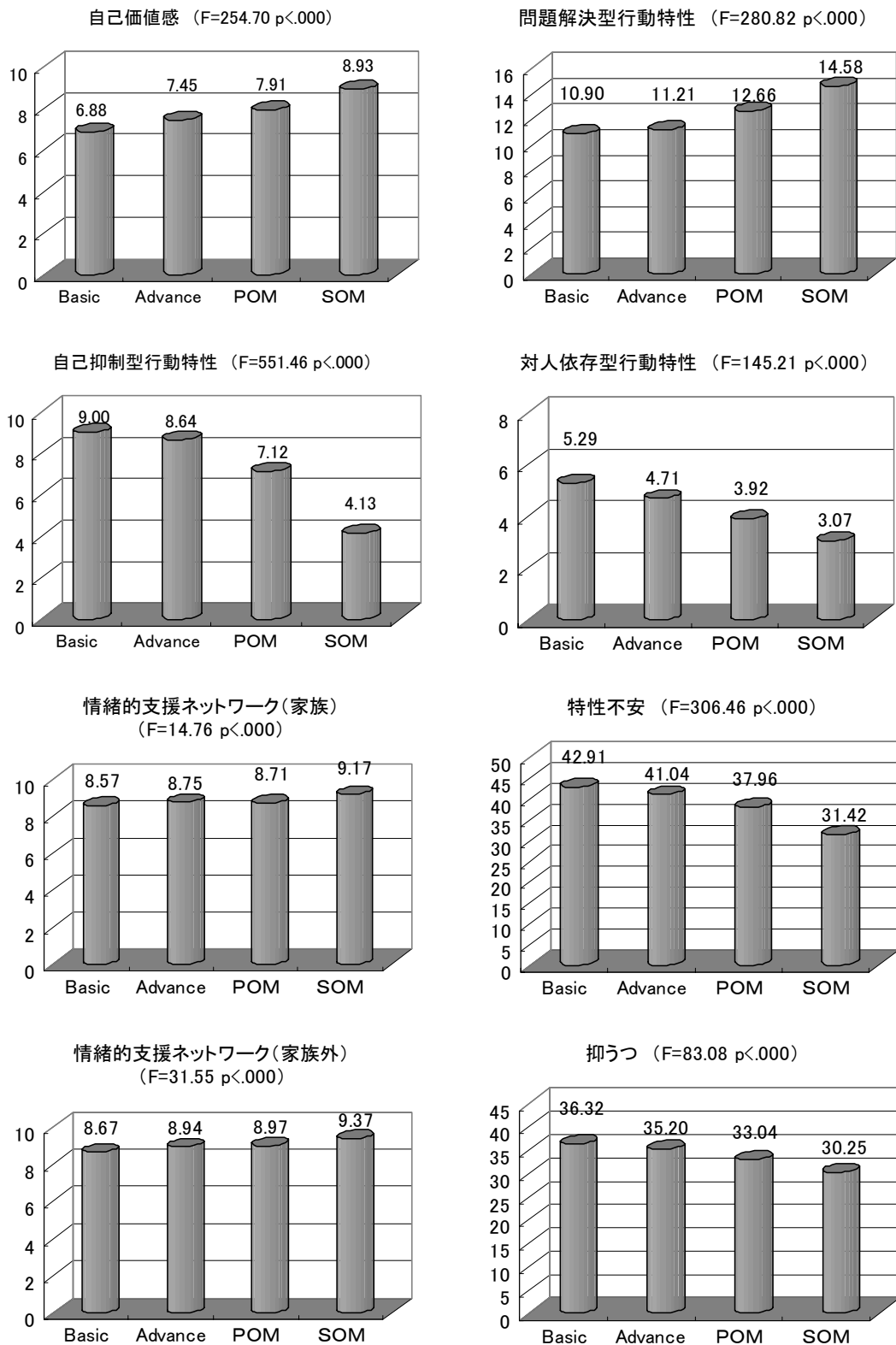


図1-2 各プログラム(Basic Advance POM SOM)終了後の各尺度の平均点の差

組み合わせにおいて有意な平均点の差がみられた。

個別技能プログラム終了後(図1-2)の平均得点を見ると、全ての尺度において、プログラムレベルの違いによりその平均点に差があることが明らかになった。多重比較の結果は、家族からの情緒的支援ネットワークと家族外からの情緒的支援ネットワークにおいてアドバンスプログラムとPOMプログラ

ムとの間に有意な平均点の差はみられなかった。その他の尺度は、すべての組み合わせにおいて有意な平均点の差がみられた。

集団技能プログラム開始前(図1-3)は、自己抑制型行動特性と問題解決型行動特性にプログラムレベルの違いにより平均点に差があることが明らかになったものの、その他の尺度については有意な平均

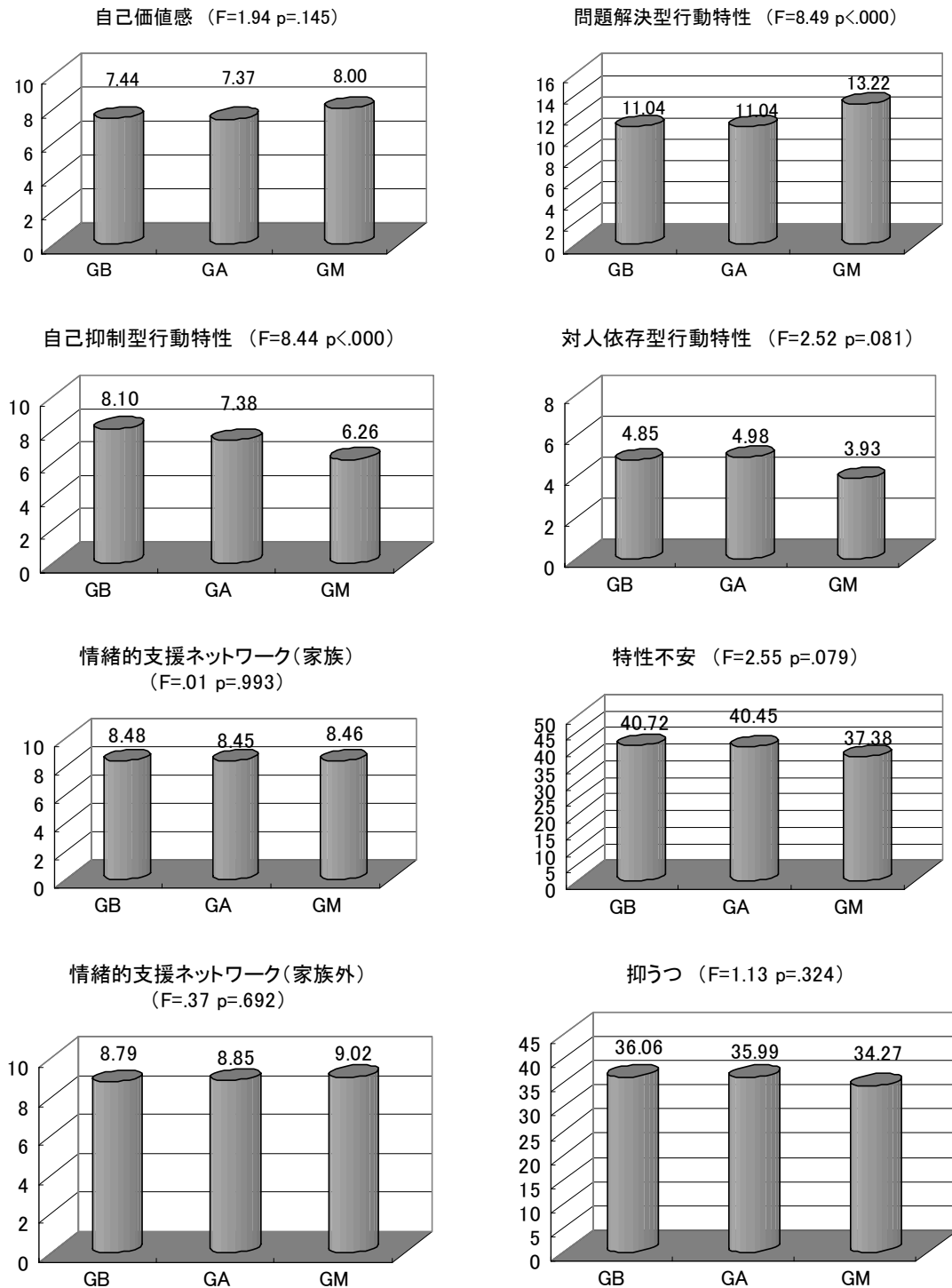


図1-3 各プログラム(GB GA GM)開始前の各尺度の平均点の差

点の差はみられなかった。多重比較の結果は、両尺度ともに、グループベーシックプログラムとグループアドバンスプログラム、グループマスタープログラムの間に有意な平均点の差がみられた。

集団技能プログラム終了後（図1-4）は、自己抑

制型行動特性、問題解決型行動特性、対人依存型行動特性、特性不安、抑うつについて、プログラムレベルの違いにより平均点に差があることが明らかになった。多重比較の結果、該当する尺度すべてにおいて、グループベーシックプログラムとグループア

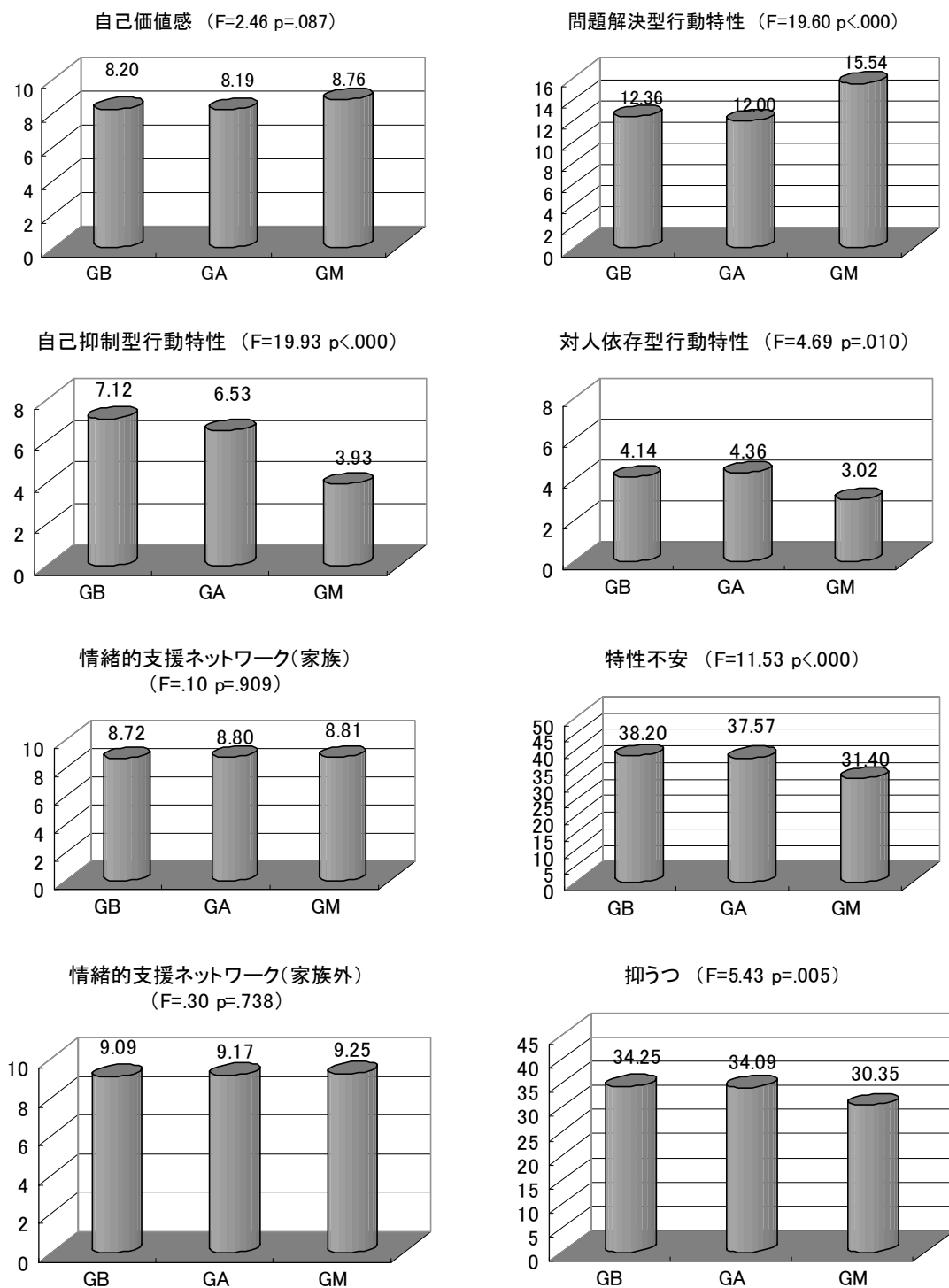


図1-4 各プログラム(GB GA GM)終了後の各尺度の平均点の差

ドバンスプログラム、グループマスタープログラムの間に有意な平均点の差がみられた。

4) プログラムレベルの違いによる前後の得点変化の差
プログラムレベルの違いにより前後の得点変化の

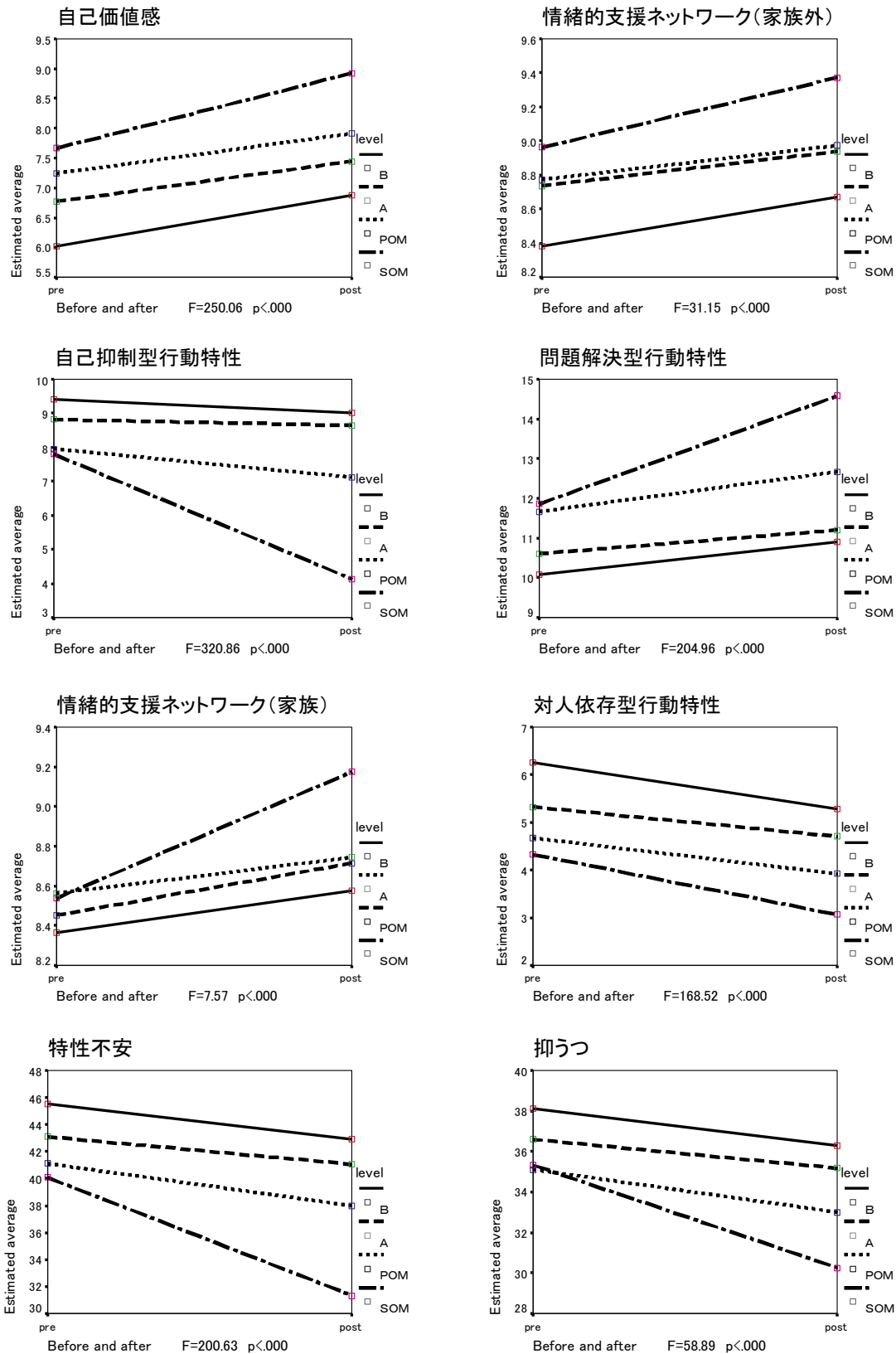


図2-1 プログラム(Basic Advance POM SOM)レベルの違いによる前後の得点変化

傾向に差があるかどうかについて2元配置の分散分析により検討した。その結果を図2-1、図2-2に示した。

プログラムレベルの違いにより平均得点の変化の傾向にも差がみられた。特に、個別技能プログラムの場合はSOMプログラムに、集団技能プログラム

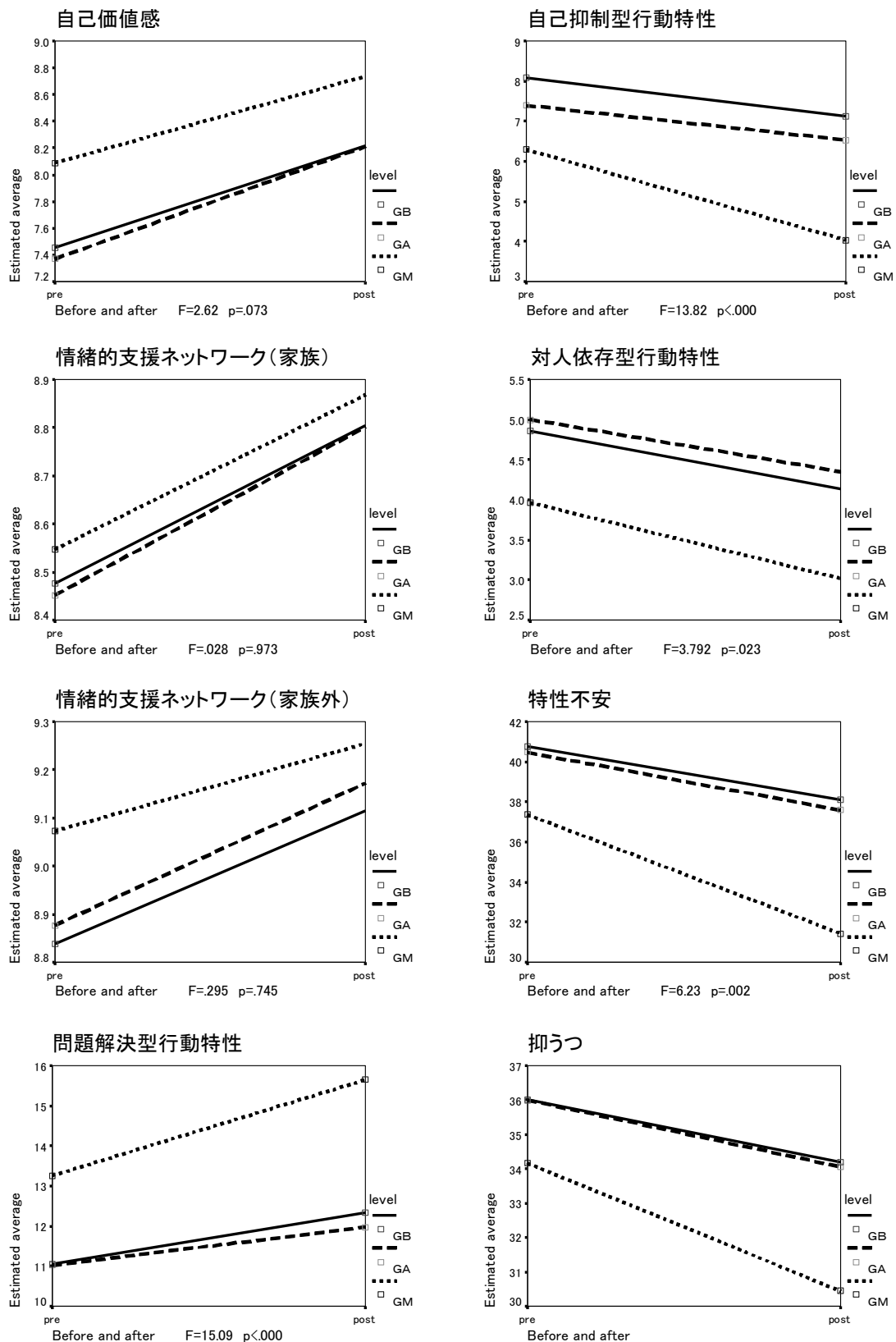


図2-2 プログラム(GB GA GM)レベルの違いによる前後の得点変化

の場合はグループマスタープログラムによる前後の変化が、他のプログラムと比べて顕著であった。

5) 職業別に見た各尺度の平均得点の変化

ベーシックセミナーにおける受講前後の各尺度の平均得点の変化を職業別に比較した (図3)。

その結果、職種により平均点の変化の傾向に差がみられた。その傾向とは、自己価値感は全ての職種

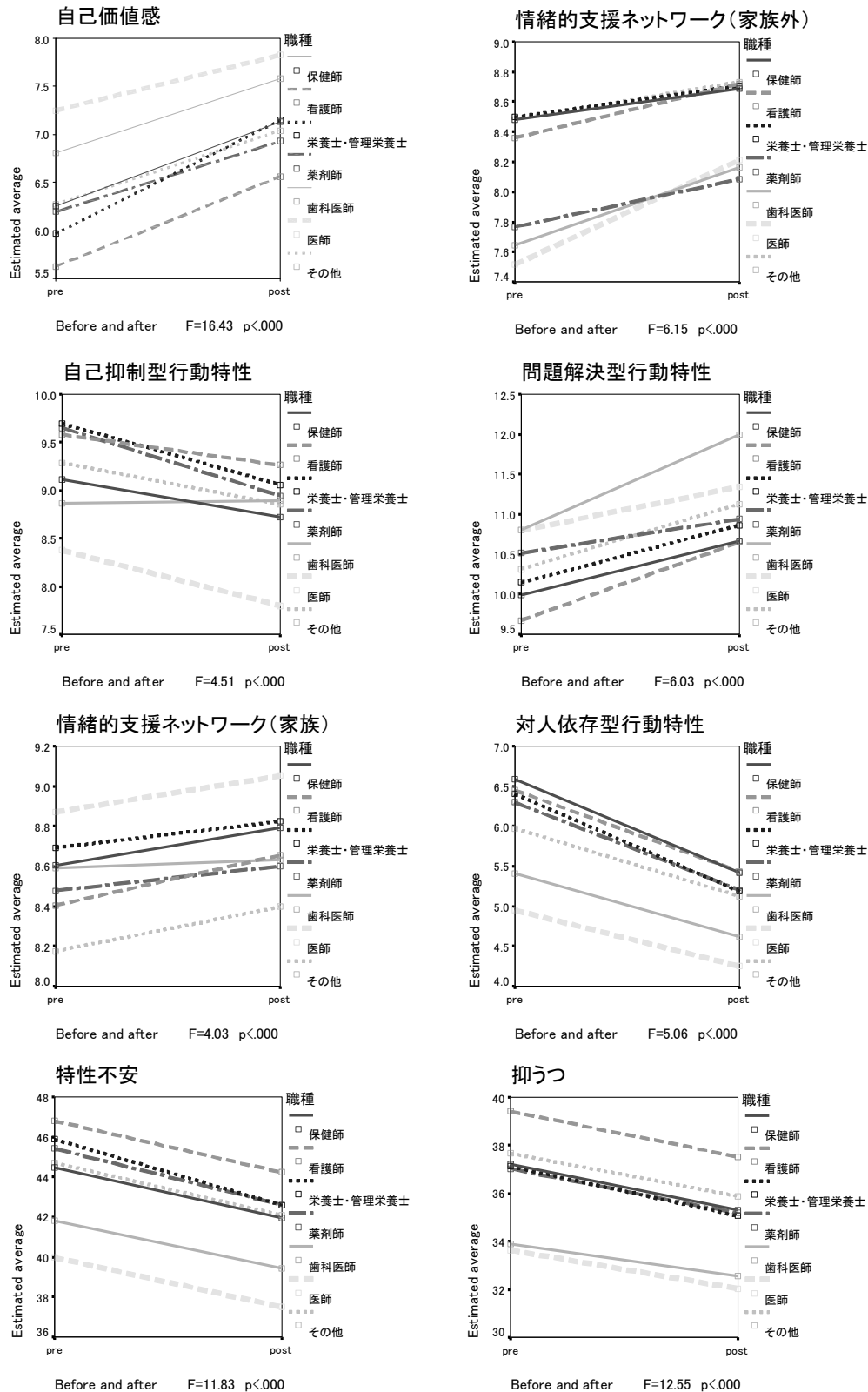


図3 ベーシックセミナーにおける受講前後の各尺度の平均得点の差

において平均点は受講後に上昇していたが、その変化は、看護師において顕著であった。

6) 心理特性と抑うつとの関連について

各心理特性と抑うつ状態のクロス集計の結果を帯状グラフで図4に示した。また、それぞれのクロス集計の χ^2 検定の結果を表3に示した。自己価値感や問題解決度、情緒的支援認知が高い者は、抑うつがない者の割合が多かった。また、自己抑制度や対人依存度、特性不安が高い者は、抑うつ度が強い者の割合が多かった。

7) 精神健康に影響を与える要因に関するモデル

SAT法による介入事例報告によれば、両親イメー

ジの変容が自己イメージの変容を促すという質的研究成果がこれまでの年報にも報告されている^{17) - 19)}。また、大学生や中学生における両親イメージが自己イ

表3 各々のクロス集計表の χ^2 検定結果

	χ^2 値	有意水準
自己価値感	823.25	p=.000
自己抑制型行動特性	377.59	p=.000
情緒的支援認知(家族)	313.84	p=.000
情緒的支援認知(家族外)	138.40	p=.000
問題解決型行動特性	210.76	p=.000
対人依存型行動特性	488.09	p=.000
特性不安	2096.17	p=.000

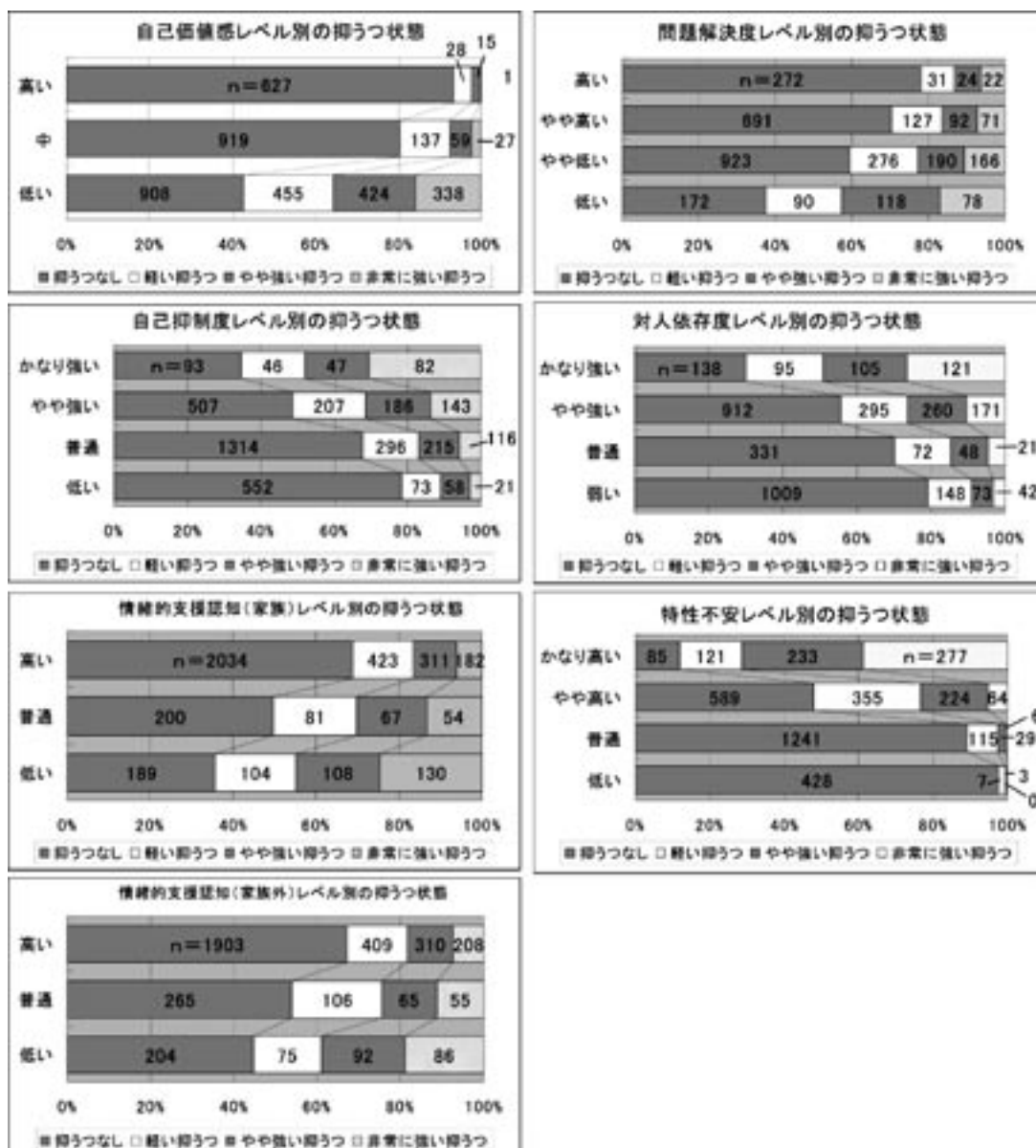


図4 心理特性と抑うつとの関連

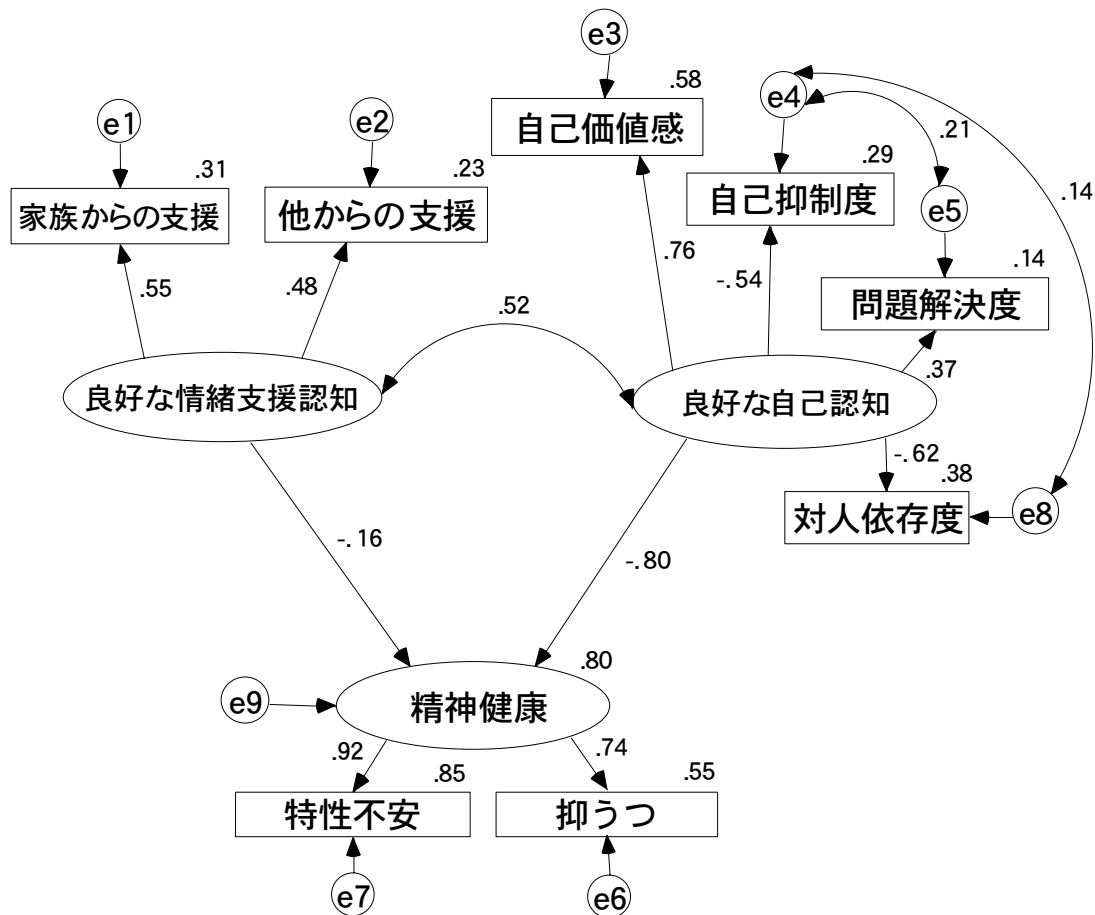


図5 自己認知と情緒支援認知が精神健康に及ぼす影響に関する共分散構造モデル
 χ^2 値=244.198 p値=.000 GFI=.989 AGFI=.973 RMSEA=.053

メージや精神健康に与える影響に関する研究では、両親イメージの良し悪しが自己イメージの良し悪しに強い影響を持ち、それが精神健康に強い影響力を持つという量的な調査の成果の報告がある^{20) 21)}。これらを基に、情緒支援認知と自己認知と精神健康の関連についてのモデルを構築した。家族からの情緒的支援認知と家族以外からの情緒的支援認知の2つの観測変数からなる潜在変数を「良好な情緒支援認知」とした。そして、自己価値感と自己抑制度、問題解決度、対人依存度の観測変数からなる潜在変数を「良好な自己認知」とした。特性不安と抑うつという観測変数からなる潜在変数を「精神健康」とした。良好な情緒支援認知と良好な自己イメージ認知は相互に影響力があると考えられることから、共分散を仮定した。そして、良好な情緒支援認知から精神健康へのパスと良好な自己認知から精神健康へのパスを引いた仮説モデルを立て、共分散構造分析によりその適合度と変数間の推定値を算出した。母数の制約は、誤差変数から観測変数へのパスの全てを1に、潜在変数を構成する観測変数のうち基準となる観測変数を1に、攪乱変数から潜在変数へのパスの全て

を1に固定している。

構築したモデルに関する分析の結果を図5に示した。

ベーシックプログラム受講者のデータを全標本(n=5401)とし、モデルの適合度を検討した。その結果、潜在変数「良好な情緒支援認知」と潜在変数「良好な自己認知」は0.52(推定値1.271, $p<.001$)という強い影響を相互に与え合っていた。潜在変数「良好な情緒支援認知」は、潜在変数「精神健康」への影響は弱かった($\gamma = -.16$, $p<.001$)。「良好な自己認知」は「精神健康」に強いマイナスの影響を与えていた($\gamma = -.80$, $p<.001$)。モデルの適合度はGFI=.989、AGFI=.973、RMSEA=.053とおおむね良好で、あてはまりの良いモデルであった。内生変数を説明する割合を示す決定係数は、潜在変数「精神健康」において $R^2=.80$ であった。

4 考察

1) 調査票の尺度について

本研究では、カウンセリングプログラムの教育効

果の評価に、ストレス耐性やストレス蓄積度に関連する心理尺度の得点変化を検討する。そこで、本研究で用いた各尺度について検討したところ、各尺度には内の一貫性があり、因子的妥当性も確認された。また、抑うつや特性不安を基準変数として基準関連妥当性確認したところ、基準関連妥当性係数もおおむね高いことから本プログラムの評価に利用しうる尺度であると判断した。

2) プログラム毎の教育効果について

プログラム別にそれぞれの教育効果を評価した結果は、全てのプログラムにおいて、それぞれの尺度得点が有意に良好に変化していた。その変化は、対人依存度、自己抑制度、特性不安、抑うつ度は得点が有意に低下し、ストレス耐性を強化し、ストレス蓄積度を低下させるものであった。

対人依存心や自己抑制心が強いと物事の判断基準が、外的基準になるために自己コントロール力を失い、ストレスを抱えやすくなる。それが、特性不安や抑うつを上昇させ、精神健康度を悪化させる。それは、生理学的に見るとストレスホルモンであるコルチゾールを放出させ、免疫力の低下につながることもわかっている²²⁾。

したがって、これらの心理尺度得点の低下は、過去のトラウマにもとづく愛情飢餓感からまわりにわかってもらいたい、察してほしいというこだわりをもち、まわりの人に過度な期待をしてしまう対人依存心が低下し、また、認めてもらうために自分の本音を抑えてしまう自己抑制心も低下し、自分らしさを出すことに対する恐れがなくなっていることを示している。このような外的基準の判断ではなく、自分がどうしたいかという内的基準を重視した上での判断基準を持てることで、不安の感じやすさが弱まり、消極的にならずに行動でき、抑うつ気分も有意に低下することを示すものであった。

一方、自己価値感や情緒的支援の認知力、問題解決力は、各プログラムの実施により有意に得点が上昇した。自分に良いイメージや自信がもて、自分を認める力が強まり、また、家族や友人など周りの人から認められ、愛され、さらに周りから愛されていることを認知する力が強まったということを示している。自己イメージの良さは、自分を信じて自己の内的基準による判断をすることを促す。また、先述した依存心や自己抑制心の低下から、周りの重要他者に過剰な期待をしなくなった結果、他者への過度な要求水準が低下し、情緒的支援の認知力が高まったものと考えられる。

問題解決力の得点の上昇は、問題を抱えた時に現実にもとづいて点検・確認することに対する恐れが少なくなり、常に見通しをたて、点検して進んでいくという方向への変化である。問題解決力が低いと同じ問題を繰り返しやすい、ストレスを蓄積することになる¹⁰⁾。一方、情緒的な支援が十分に認知できるとストレスは軽減されるという報告がある²³⁾。

これらの得点の変化はどのレベルのプログラムにおいても見られた。したがって、カウンセリングの問題解決レベルがどのレベルであったとしても、ストレス耐性の強化やストレス蓄積度の軽減に貢献することが示唆され、内的基準に基づいた判断や自己コントロール可能な自分への自己変容や自己成長を促す教育効果があることが示されたと考える。

3) プログラムの違いによる教育効果の差について

本研究において、特に我々が注目したのは、カウンセリングの問題解決レベルの高いプログラムにおいて、先に述べたストレスマネジメント効果の傾向がより強くみられたことである。このことから自己成長を重視したプログラムが最も教育効果があると考えられた。この傾向は、個別カウンセリング技能のプログラムでもグループカウンセリング技能のプログラムにおいても同様であった。一番問題解決レベルの高いプログラムで最も効果があるという結果が得られたことは、次のような理由ではないかと考えている。

それは、本カウンセラー養成セミナーの方式がレベルの低いプログラムから高いものへと積み上げていく形で学習を進めていくシステムになっていることとの関連である。各尺度の平均点をみる限りにおいては、問題解決レベルの低いプログラムへの参加者が、より高いプログラムへの参加者よりも平均点が良好になるということではなかった。したがって、上級レベルに参加するにしたがって、自由に自分らしく生き、自分らしさを表現し、問題解決力が向上し、まわりから愛され、自分を信じ、まわりを愛する人格へと成長している姿を読みとることができる。

これまでの我々のカウンセリング事例研究^{24) 25)}に基づく、対人依存度の強さは愛情飢餓感の強さの表れであり、自分が危機で無力で本当に助けが欲しかった時に無条件に愛されたり守ってもらえなかったという過去のトラウマのマイナスイメージが関係している。また、自己抑制度の強さは、親や周りに認められるような行為をとる限りにおいては愛され守られたという条件付きの愛され方をしてきた

生育イメージと関連している。そして、問題解決度の低さは、過去の尋常でないストレス体験のイメージにより問題をきちんと点検したり、問題へ立ち向かうことに怖さや無力感が生じることや幼少の頃の生育環境の悪さや両親の不仲などに依っている。このような過去のトラウマのマイナスイメージは、自己イメージの低下につながり、不安感や抑うつを強め、周りからの情緒的な支援の認知も弱めるという関連をもっている。問題解決レベルの高いプログラムでは、これらの生育イメージや世代や時代を越えて伝達されるネガティブイメージの変換と再学習が促されるのである。

4) なぜ教育効果が得られるのか

本プログラムが、このような得点変化をもたらした心理特性の変容を可能にしているのは、以下の点にあると考えている。それは、(1) ミラーリング効果による気づきの支援²⁶⁾、(2) 共感効果と連想効果による気づきの支援²⁶⁾、(3) 特性因子理論に基づいた無自覚な悪性ストレス源への気づきの支援¹¹⁾、(4) イメージ変換効果による気づきの支援²⁷⁾、が可能であることである。構造化連想法や構造化された手順によりこれらの気づきの支援が可能となり、本人の問題解決力や自己決断力が引き出され、自己成長が促される。もう少し具体的に示すと、悪性ストレス源があるということは、ある一定の鍵となるような状況に身を置いたときに、過去のトラウマのマイナスイメージが、無自覚のうちに現在の自分へのフラッシュバック現象を引き起こし、自己コントロール力を失わせる。本人が悪性ストレス源に立ち向かい、過去のマイナスイメージをプラスイメージへ変換する再学習を通して、これまでの心理パターンや行動パターン、認知パターンに気づき、どうすべきかがわかり、自分の要求に対する見通しの確保と具体的目標行動設定及び行動実行の自己効力感の向上により、悪性ストレスを良性ストレスとしていくことができる。それは、言い換えると人に愛され、自分を信じ、人を愛することのできる人格へと自己変容がなされていくということである。このような気づきやイメージの変換が学習され、強化されたことが心理尺度の結果に表れたものと推測される。

このような心理尺度の得点変化として表れたということは、共分散構造モデルによれば、情緒的支援認知や自己認知が変容し、精神健康に影響を及ぼすことを意味する。モデルの結果から、精神健康の向上のためには自己認知が重要である。自己認知とは、言い換えると自己イメージ脚本 (Self-Imagescript)

である。自己イメージ脚本は、行動の基準となるものである。さまざまな外的刺激に対して、その知覚や認知のされ方は、本人の記憶イメージに拠っている。外的刺激により入力された情報の知覚や認知がなされ、それが行動として出力されるときには、自己イメージ脚本が重要となる。行動としての出力が変化するためには、自己イメージ脚本が重要であるが、それは先述した自己イメージのイメージ変換が成功したときに変化する可能性を持っている。

先行研究を概観すると、カウンセリング事例研究でもカウンセリング前後で心理尺度測定を行うと、必ず前述のような変化がおこっていることを確認できている。このことから、心理尺度得点の変化という本研究の量的調査の結果は、これまでに述べてきたような自己イメージ脚本の変容と情緒的支援認知の変容、そして、精神健康の向上を示していると言えよう。したがって、本プログラムの気づきの支援と自己イメージ脚本の変容支援が教育効果に表れたものと考ええる。

本研究により構造化連想法を活用したカウンセリングプログラムは、ストレスに弱くストレスをためやすい心理特性を変容する教育効果があることが確認できた。

5 まとめ

本研究は、構造化連想法を活用したカウンセリングプログラム実施前後の心理尺度測定の結果から、プログラムの教育効果について検討することを目的とした。その結果、以下の点が明らかになった。

- (1) プログラム前後において、心理特性の尺度得点有意に変化していた。
- (2) その得点の変化は、ストレスに強くストレスをためにくい心理特性の得点への変化と精神健康が向上する方向への変化であった。
- (3) プログラムの問題解決レベルの違いにより、尺度の得点変化の大きさには差が見られた。それは、解決レベルが高い方がより得点の変化が大きく、良好な方向へ変化をしていた。

これらの結果から、SAT 法によるプログラムは、ストレスに弱くストレスをためやすい心理特性を変容させる効果があることが示され、このプログラムにはストレス耐性の強化とストレス蓄積度の軽減ができる、自己成長や自己変容を支援できるという教育効果があることが示唆された。

引用・参考文献

- 1) 宗像恒次：行動変容のカウンセリング技法，医療タイムス社，東京（1995）
- 2) 宗像恒次：SAT カウンセリング技法，広英社，東京（1997）
- 3) 宗像恒次：SAT 療法，金子書房，東京（2006）
- 4) R.M.A.Hirschfeld: A measure of interpersonal dependency, Journal of Personality Assessment, 41, (1977)
- 5) McDonald-Scott.P: Interpersonal Dependency Inventory Japanese Short Form (JIDI)：その作成と検定について，看護研究，21, 451-460（1988）
- 6) Rosenberg M.: Society and the adolescent self-image, Princeton New Jersey, Princeton University Press, (1965)
- 7) 宗像恒次・高臣武史・河野洋二郎・デビッド ベル・リンダ ベル：日米青少年の家庭環境と精神健康に関する比較研究，昭和 62 年度厚生省科学研究報告書，（1987）
- 8) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，東京，25-29 128-129（1996）
- 9) Zung W.W.K.: A self-rating depression scale, Arch. Gen. Psychiat., 12, 63（1960）（福田一彦ら訳、日本語版 SDS 使用手引き，三京房）
- 10) Spielberger C.D.et al.: STAI manual, Palo Alto, Calif, Consulting Psychologist Press（1970）（水口公信ら訳、日本語版 STAI 使用手引き，三京房）
- 11) 宗像恒次：心の想起・伝達・変換の科学（6）潜在化した未解決な感情を測定する，ヘルスカウンセリング，3（6），94-102（2001）
- 12) 宗像恒次・小森まり子・橋本佐由理：ヘルスカウンセリングテキスト Vol.II, ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル，東京，74（2000）
- 13) 宗像恒次：男をやめる，株式会社ワニブックス，東京，10-69（2001）
- 14) 宗像恒次・小森まり子・橋本佐由理：ヘルスカウンセリングテキスト Vol.I, ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル，東京，21-89 95-181（2000）
- 15) 宗像恒次・小森まり子・橋本佐由理：ヘルスカウンセリングテキスト Vol.II, ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル，東京（2000）
- 16) 宗像恒次：心身が変わるイメージ変換（3）SAT イメージ療法のイメージ変換技法，ヘルスカウンセリング，4（5），81-91（2001）
- 17) 宗像恒次・小林啓一郎・橋本佐由理・前田隆子・初矢知美・角井園子・大久保由佳・持田麻里・林 隆志・帯津僚一・庄司進一・村上和男：SAT イメージ療法の適用によりがん抑制遺伝子の活性度および免疫力が向上した乳がん患者の一症例，ヘルスカウンセリング学会年報，10, 61-67（2004）
- 18) 樋口倫子・宗像恒次・橋本佐由理：親への SAT 療法を併用した心因性視覚障害の治療過程～自己イメージスキプトの変化の視点より～，ヘルスカウンセリング学会年報，11, 51-62（2005）
- 19) 横田智美：うつ病患者の家族が SAT 法から得た支援と学び，ヘルスカウンセリング学会年報，10, 55 - 60（2004）
- 20) 橋本佐由理・樋口倫子・中野智美：両親イメージが自己イメージに与える影響に関する調査研究，日本保健医療行動科学学会年報，19, 121-138（2004）
- 21) 橋本佐由理・井坂美香・樋口倫子：中学生における両親イメージが自己イメージおよび精神健康に与える影響に関する研究，ヘルスカウンセリング学会年報，11, 31-40（2005）
- 22) 宗像恒次：ストレスマネジメントからみたセルフケアの支援，ヘルスカウンセリング，5（3），49-54（2002）
- 23) Schaefer C.・Coyne J.・Lazarus R.S.: The health-related function of social support, Journal of Behavioral Medicine, 4, 381-406（1981）
- 24) 橋本佐由理：再誕生カウンセリングを活用した 1 事例，ヘルスカウンセリング学会年報，6, 105-108（2000）
- 25) 樋口倫子・宗像恒次：心因性視覚障害の SAT イメージ療法，日本保健医療行動科学学会年報，17, 16-30（2002）
- 26) 橋本佐由理：自己決定支援のカウンセリング，日本保健医療行動科学学会年報，17, 62-74（2002）
- 27) 宗像恒次：心の想起・伝達・変換の科学（1），ヘルスカウンセリング，3（1），65-70（2000）

V

研 究 ノ ー ト

研究ノート

SAT自己イメージ連想法を用いた ストレスマネジメントに関する研究 —大学女子中・長距離競技者を対象として—

A Study on Stress Management Using SAT Self-Imagery Method:
For Female University Students, Middle and Long Distance Athletes

上田 敏子* 宗像 恒次**

Toshiko Ueda and Tsunetsugu Munakata

要 旨

本研究では、大学女子中・長距離競技者を対象としてSAT自己イメージ連想法を用いたストレスマネジメントの効果を検討した。対象は大学女子中・長距離競技者28名であり、準無作為に、SAT自己イメージ連想法を行うSAT群（14名）及び、競技において気にかかっていることに對し指導・相談を行う相談群（14名）に群分けし、介入を行った。その結果、以下の2点が明らかとなった。

（1）相談群において、介入直後に状態不安の有意な低下、また自己価値感の有意な上昇がみられたが、その他に有意な変化はみられなかった。

（2）SAT群において、介入直後及び介入1ヵ月後に大学生アスリートの日常・競技ストレスの有意な低下、スポーツ競技者の自己信頼度の有意な上昇がみられた。また、介入直後に状態不安の有意な低下がみられた。

これらの結果から、大学女子中・長距離競技者において、SAT自己イメージ連想法がストレスマネジメントとしての効果を持ち、また自己信頼欲求をも高めることが確認された。さらに、状態不安の低減においては両群の介入に効果があることが示された。

キーワード：SAT自己イメージ連想法（structured association technique self-imagery method）

ストレスマネジメント（stress management） カウンセリング（counseling）

大学女子中・長距離競技者（female university students, middle and long distance athletes）

自己信頼欲求（self-trust demand）

1 緒言

近年、競技スポーツにおける競技力の向上が著しい一方で、スポーツ競技者のさまざまな健康問題が報告されている¹⁾。特に、発育発達の著しい青少年に対する競技力向上を重視した指導の弊害として、精神的燃えつき（バーンアウト）や肉体的使いすぎ（オーバーユース）といった心身の健康問題が報告されている²⁾。こうした健康問題の背景の一つとして、競技者が日常生活や競技生活で認知する心理的ストレスの存在が指摘されている。たとえば、大学生競技者において競技成績の停滞というストレス認知の上昇に伴いバーンアウト傾向が高くなること³⁾、また人間関係におけるストレス認知の高さが抑

2006年1月31日受稿、2006年7月19日採択

*東洋学園大学人文学部

Faculty of Humanities, Toyo Gakuen University

**筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学

Graduate School of Human Comprehensive Sciences, University of Tsukuba

連絡先：上田 敏子

〒270-0161 千葉県流山市鰯ヶ崎1660

1660 Nagareyama-shi, Chiba 270-0161 Japan

TEL：04-7150-3001

E-mail：toshiko.ueda@tyg.jp

うつや、引きこもりを強く表出すること⁴⁾などが報告されている。

このように、スポーツ競技者にとって心理的ストレスはメンタルヘルスに影響を及ぼし、競技力向上を図る上でも心理的ストレスへの対処は無視できない課題といえよう。

ところでストレスマネジメントの介入技法は考え方、コーピング、ストレス反応への介入に分類されている⁵⁾。考え方、すなわち認知的評価への介入としては積極的志向への転換や自己内言法（セルフ・トーク）、ストレス反応への介入は自律訓練法やリラクセーションなどがある。Lazarus&Folkman⁶⁾は個人の心理的ストレス過程を「ストレッサーの認知的評価」、「対処行動」、「ストレス反応」という3つの過程からなる心理学的ストレスモデルを表し、認知的評価の違いによりストレス反応の表出に大きな差がみられることがこれまでの研究で報告されている⁷⁾。そこで本研究では、認知的評価への介入に焦点を当て、SAT (Structured Association Technique: 構造化連想法) 自己イメージ連想法を用いた介入を行い、ストレスマネジメントの効果を検討する。SATとは、宗像⁸⁾により開発された、構造化された問い方による連想法にもとづく、ひらめきを重視した本人の気づきを支援するカウンセリング技法である。対象は、オーバートレーニング症候群⁹⁾や摂食障害の発症が比較的多い¹⁰⁾といわれている大学女子中・長距離競技者とした。本カウンセリングは、手順が構造化されており、一定の訓練を受ければ誰でも行うことが容易であることから、スポーツ現場で応用できると考え、本介入の技法として用いることとした。なお、本研究ではストレスマネジメントの効果をストレス源認知の変化から評価することとする。

2 方法

1) 研究デザイン

対象は、国立大学法人 T 大学及び私立 T 大学の陸上競技部に所属し、中・長距離（競歩を含む）を専門種目とする女子学生である。ストレスマネジメントについて興味がある者を文章及び口頭で募ったところ、28名（1年8名、2年7名、3年7名、4年6名；平均年齢 19.61 ± 1.26 歳）から参加の同意が得られた。この28名について、準無作為に SAT 群（各大学7名の計14名）及び相談群（各大学7名の計14名）に群分けを行った。なお、群分けの際は内的妥当性を図るため盲検法を用いた。SAT 群と

は、ストレスマネジメントのための SAT 自己イメージ連想法によるカウンセリングを行う群であり、相談群とは、指導・相談を行う群である。介入時期は両群とも 2005 年 6 月 15 日～25 日であり、介入前、介入直後及び、追跡調査として介入 1 ヶ月後（2005 年 7 月 15 日～25 日）に質問紙調査を実施した。介入 1 ヶ月後における質問紙の配布及び回収は、国立大学法人 T 大学においては留置調査法、私立 T 大学においては委託調査法を用いた。質問紙調査の回収率、有効回答率はともに 100% であった。

2) 介入内容

両群に対する介入は、1 年間にわたり SAT カウンセリング技法の訓練を受け、中・長距離競技者としては 10 年のキャリアをもつ本研究が実施した。また、2005 年 4 月上旬に学生 1 名を対象とした予備介入を実施し、SAT 技法開発者である宗像恒次教授から指導を 2 回受けている。介入時間は両群ともに約 10 分とし、個別に実施した。各群に対する介入内容は以下の通りである。

① SAT 群の介入内容

SAT 群（14 名）に対し、ストレスマネジメントのための SAT 自己イメージ連想法によるカウンセリングを行った。介入手順は表 1 に示す。

② 相談群の介入内容

相談群（14 名）に対し、陸上競技の中・長距離種目の専門という立場から指導・相談を行った。指導・相談はカウンセリングと比較して紹介されている対話法であり¹¹⁾、またスポーツ現場において通常用いられている対話法である。本研究者は、陸上競技の中・長距離種目の専門家という立場から、対象者に対しアドバイスを行った。この際、確認や共感といった SAT カウンセリングの基本姿勢を用いないこととした。

表 1 ストレスマネジメントのための SAT 自己イメージ連想法によるカウンセリング手順

① 気にかかっていることを質問する。
② その気にかかっていることに対する気持ちや感情の明確にさせる。(感情の明確化法)
③ その気持ちや感情をもつ自分へのイメージについて、ひらめきを用いて連想させる。(自己イメージ連想法)
④ 自己イメージに対する気持ちや感情を明確にさせる。(感情の明確化法)
⑤ 今後の自分への期待について、ひらめきを用いて連想させる。(どのような自分になっていくといいか)
⑥ 無理なく実行できる、具体的な目標をひらめきを用いて連想させる。(小目標化) その際、実行自信度(%)を尋ね、その基準値を 70% 以上とする。
⑦ カウンセラーから共感的励ましを行う。(共感的励まし法)

3) 倫理面への配慮

対象者に対し、介入に関する趣旨を説明し、研究への協力の同意を得た上で実施した。なお、相談群となった14名への配慮として、介入1ヶ月後の質問紙調査票の記入後、希望する者についてはSAT群と同じ介入を行うことを文章及び口頭で呼び掛けた。

4) 質問紙調査票の構成

質問紙調査票の概要は、以下の通りである。

①大学生アスリートの日常・競技ストレス尺度¹²⁾

大学生アスリートが日常や競技生活で経験しているストレスを測定する。この尺度は、6因子（日常・競技生活での人間関係、競技成績、他者からのプレッシャー、自己に関する内的・社会的変化、クラブ活動内容、経済状態、学業）35項目で構成されている。回答方法は、その出来事の過去1年間の経験頻度について「全くなかった」～「よくあった」、嫌悪度について「なんともなかった」～「非常につらかった」の4段階評定である。採点方法は、経験頻度と嫌悪度を掛け合わせたものを得点とする。尺度の信頼性については、各因子において $\alpha = .68 \sim .83$ を示している。

②STAI（状態不安尺度）¹³⁾

一時的・状況的な不安状態を測定する。この尺度は20項目からなり、回答方法は「全くそうではない」～「全くそうである」までの4件法で行う。採点方法は「全くそうではない」=1点から「全くそうである」=4点まで得点を与えた。ただし、逆転項目は「全くそうではない」=4点から「全くそうである」=1点まで順に得点を与え、得点が高くなるほど不安水準が高いことを示す。尺度の信頼性については $\alpha = .87$ を示している。なお、本尺度は一時的な不安状態を測るものであるため、持続的な効果を検討する介入1ヵ月後においては測定しないこととした。

③スポーツ競技者の自己信頼度尺度（オリジナル尺度）¹⁴⁾

本尺度は、宗像⁸⁾の「心の本質的欲求」理論に基づき開発したオリジナル尺度であり、スポーツ競技者が慈愛願望欲求の充足を優先するのではなく、自己信頼欲求の充足を優先して競技に取り組んでいる程度を測定する。「心の本質的欲求」理論とは、人間は慈愛願望欲求（人から認められたい）、自己信頼欲求（人の評価にかかわらず、自分を信じたい）、慈愛欲求（人を愛したい）という3つの欲求をもつ存在であるという理論である。この尺度は12項目からなり、回答方法は「全くそうではない」～「と

てもそう」の4件法で行う。採点方法は、自己信頼欲求の充足を優先する内容について「全くそうではない」=0点から「とてもそう」=3点を与える。一方、慈愛願望欲求の充足を優先する内容は「全くそうではない」=3点から「とてもそう」=0点まで得点を与える。なお、本尺度は一般化されていないため本介入のみの使用とする。

④自己価値感尺度¹⁵⁾

自己に対する肯定的な評価を測定する。この尺度は10項目からなり、回答方法は「大いにそう思う」、「そう思う」、「全くそう思わない」の3件法で行う。採点方法は、自己への肯定的評価項目について「大いにそう思う」、「そう思う」と回答した場合に1点を与え、「そう思わない」と回答した場合に0点を与える。一方、自己への否定的評価項目について「そう思わない」と回答した場合に1点を与え、「大いにそう思う」、「そう思う」と回答した場合に0点を与え、得点が高いほど自己価値感（自己への肯定的評価）が高いことを示す。

5) 分析方法

各群における介入前、介入直後、介入1ヶ月後の得点の比較には、Friedman検定を用い、多重比較にはWilcoxonの符号付き順位検定後、Bonferroniの不等式による補正を行った。また、介入前、介入直後及び介入1ヵ月後におけるSAT群と相談群の比較には、Mann-Whitney検定を用いた。統計パッケージはSPSS 11.0J for Windowsを使用した。

3 結果

1) 介入前におけるSAT群および相談群の尺度値の比較

介入前におけるSAT群および相談群の尺度値を比較した結果、大学生アスリートの日常・競技ストレスのみSAT群が相談群に比して有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。その他においては、有意差はみられなかった。

2) SAT群における各尺度値の変化

大学生アスリートの日常・競技ストレスは、介入直後（ $p < .05$ ）及び介入1ヵ月後（ $p < .05$ ）において有意に低下し（図1）、状態不安も介入直後（ $p < .01$ ）に有意に低下した（図2）。スポーツ競技者の自己信頼度は、介入直後（ $p < .01$ ）及び介入1ヵ月後（ $p < .05$ ）において有意に上昇した（図3）。自己価値感は、介入直後及び介入1ヵ月後において有意な変化はみられなかった（図4）。

3) 相談群における各尺度値の変化

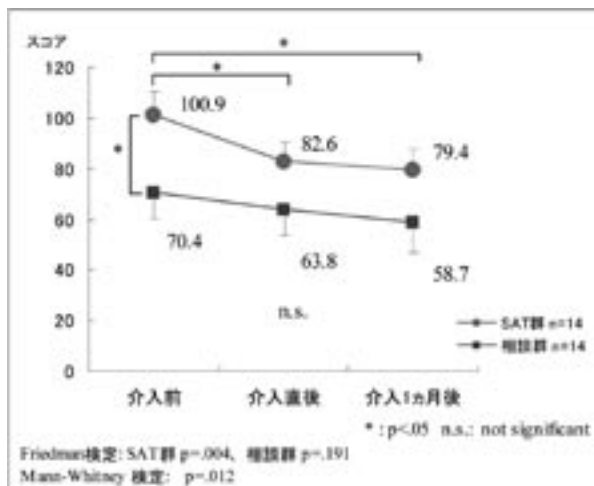


図1 SAT群及び相談群における大学生アスリートの日常・競技ストレスの変化

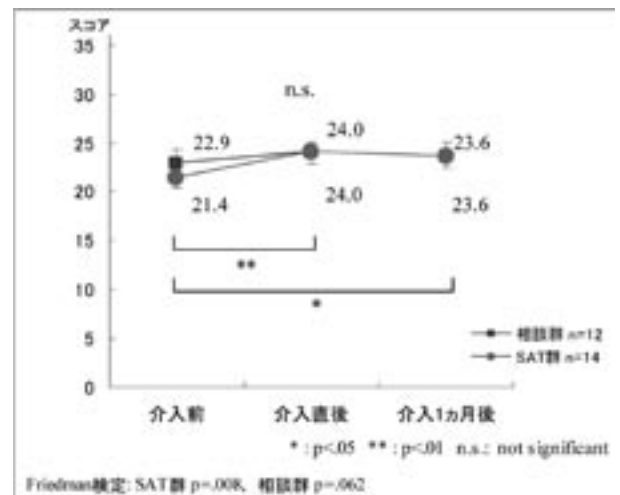


図3 SAT群及び相談群におけるスポーツ競技者自己信頼度の変化

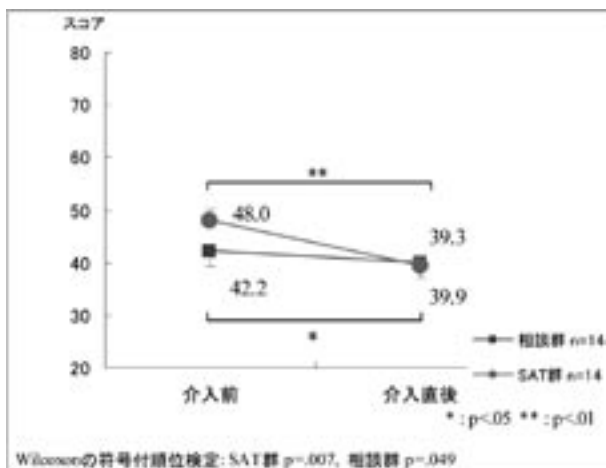


図2 SAT群及び相談群における状態不安の変化

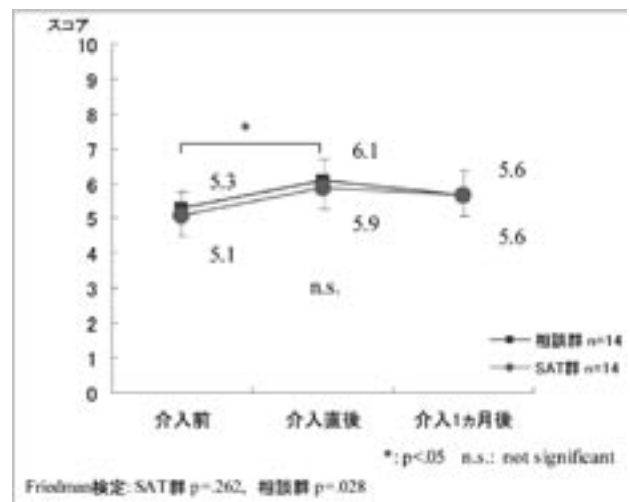


図4 SAT群及び相談群における自己価値感の変化

状態不安は、介入直後 ($p<.05$) 有意に低下したが (図2)、大学生アスリートの日常・競技ストレス (図1)、スポーツ競技者の自己信頼度 (図3) は、介入直後及び介入1ヵ月後において有意な変化はみられなかった。なお、自己価値感は介入直後 ($p<.05$) 有意に上昇した (図4)。

4 考察

1) 介入前における SAT 群および相談群の尺度値の比較

SAT 群及び相談群の尺度値について群間の比較を行ったところ、大学生アスリートの日常・競技ストレスにのみ介入前に有意差がみられた。本介入の対象者の群分けは、各大学の名簿を作成する時点で対象者を名前順に並べた上で番号をふり、奇数番号の者は SAT 群、偶数番号の者は相談群とする

準無作為割り付けであった。武藤・福渡¹⁹⁾によると、割り付け対象者のリストが割り付け段階で得られず、評価担当者の主観的判断から「奇数番号・偶数番号」などのように実験群と対照群を決めることはバイアスが生じやすいという。したがって、本介入においてもバイアスが生じたため、有意差がみられたと考えられる。今後は適切な割り付け方法を行った上で対照群を設定し、比較検討することが課題として挙げられる。

2) SAT 群における各尺度値の変化

介入前後において、大学生アスリートの日常・競技ストレス及び状態不安が有意に低下し、スポーツ競技者の自己信頼度が有意に上昇した。また、日常・競技ストレス及びスポーツ競技者の自己信頼度は介入1ヵ月後においても介入前の時点と比較して有意に良好な得点であり、介入後の得点が維持されていた。宗像¹⁶⁾は、ストレス源を要求、見通し、

支援という変数からなるストレス関数モデルを用いて説明している。それによると、要求はあるが見通しがなく、支援が得られないと認知するとストレス源認知が増加するという。また、効果的ストレス対処行動としては目標設定、見通し確保、支援認知、緊張緩和、環境改善があるという。SAT 自己イメージ連想法では、自分への感情の明確化を行うことが一つの特徴といえる。感情の明確化は自分が期待していることや要求していることに気づくことができる。その後、「どのような自分になっていくといいか」という自分への期待をイメージさせ、自己信頼欲求に基づいた連想ができるようにしている。次に、現実的に実行可能な目標を設定するため、実行自信度が70%以上となるよう基準を設け、ひらめきを用いた連想による目標の自己決定を行った。そして、カウンセラーが話のなかで共感したことや感動したことを述べる「共感的励まし」を行い、カウンセリングは終了する。このようにSAT 自己イメージ連想法では、自己信頼欲求に基づいた目標設定を行い、またストレス関数という見通しの確保、要求水準の適正化、情緒的支援認知の上昇が図られたことから、ストレス源認知の低下、また状態不安の低下がみられたと考えられる。SAT 群のストレス源認知は介入前の時点で高く、すなわち自己成長の機会を有している状態であった。そのため、介入による効果が表れやすい状態であった可能性も考えられる。

スポーツ競技者の自己信頼度は、介入前に比して介入直後に有意に上昇し、介入1ヵ月後においても有意に高かった。その理由として次の2点が考えられる。1点目は、SAT 自己イメージ連想法において自分のもつ期待や要求に気づくことができたことにより、自分を成長させたいという自己成長心が高まり、自己信頼欲求が上昇したことである。2点目は、自己信頼欲求は慈愛願望欲求の充足を経てはじめて充足されるという充足順位にあることから⁸⁾、カウンセラーからの共感的励ましが慈愛願望欲求を充足させ、その結果安心して自己吟味ができ、自己信頼欲求が上昇したと考えられる。

自己価値感とは、介入直後及び介入1ヵ月後において有意な変化はみられず、その得点は自己価値の低いタイプ(0～6点)に相当した。徳永¹⁷⁾によると、スポーツ競技においては常に自分を向上させたいという「自己実現意欲」があるという。すなわち、スポーツ競技者は向上心が強く、自己に対し容易に肯定的な評価を行わないという特性があるため、自己価値が低いという結果が示されたと解釈できる。

3) 相談群における各尺度値の変化

介入直後において状態不安の有意な低下、及び自己価値観の有意な上昇がみられた。一方、大学生アスリートの日常・競技ストレス、スポーツ競技者の自己信頼度においては有意な変化はみられなかった。状態不安については、本研究が相手の話を聞き、必要と思われる情報の提供やアドバイスを行う過程が浄化作用(カタルシス)をもたらし、不安が低下したと考えられる。ところで、指導・相談による対話法では、自らの関心や追体験、思い込み、意見、解釈といった相手の気持ちを聴くことを妨げるブロッキング現象が生じやすいことが指摘されている¹⁸⁾。本介入においても、聴き手(本研究)にブロッキング現象が生じていた可能性が考えられ、本人の気持ちや考えを受けとめ、理解しようとした上でのアドバイスとなっていなかったことが考えられる。そのため、ストレス関数という見通しの確保や要求水準の適正化が十分に図れず、ストレス源認知が有意に低下しなかったと思われる。スポーツ競技者の自己信頼度について、相談群では自分の感情を明確にして自己成長心を高めることや、カウンセラーによる共感的励ましは行っていない。そのため、自己信頼度が上昇する要因を有しておらず、有意な変化がみられなかったと考えられる。

5 まとめ

本研究では、スポーツ競技者のうち大学女子中・長距離競技者を対象として、ストレスマネジメントのためのSAT 自己イメージ連想法によるカウンセリング及び、指導・相談を行い、ストレスマネジメントの効果を検討した。その結果、相談群では介入直後において状態不安の有意な低下、及び自己価値感の有意な上昇がみられたが、その他に有意な変化はみられなかった。一方、SAT 群では介入直後及び介入1ヵ月後において大学生アスリートの日常・競技ストレスに有意な低下がみられ、スポーツ競技者の自己信頼度についても有意な上昇がみられた。また状態不安は、介入直後に有意な低下がみられた。これらの結果から、SAT 自己イメージ連想法がストレスマネジメントとしての効果をもつこと、そしてSAT 群にのみスポーツ競技者の自己信頼度が上昇したことから、自己信頼欲求をも高めることが確認された。また、状態不安の低減においては両群の介入に効果があることが示された。

引用・参考文献

- 1) 永島正紀：スポーツ少年のメンタルサポート～精神科医のカウンセリングノートから，講談社，東京，71-85 (2002)
- 2) 文部省保健体育審議会：生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツ振興の在り方について，文部省保健体育審議会答申 (1997)
- 3) 土屋裕睦・中込四郎：ソーシャル・サポートのバーナウト抑制効果の検討，スポーツ心理学研究，21 (1)，23-31 (1994)
- 4) 岸順治・中込四郎：運動選手のバーアウト症候群に関する概念規定への試み，体育学研究，34，235-243 (1989)
- 5) 坂野雄二監修，嶋田洋徳，鈴木伸一編：学校，職場，地域におけるストレスマネジメント実践マニュアル，北大路書房，3-10 (2004)
- 6) Lazarus, R. S. & Folkman, S.: Stress, appraisal, and coping. New York Springer (1984)
- 7) 坂野雄二：認知行動療法，日本評論社，東京，114-117 (1995)
- 8) 宗像恒次：SAT カウンセリング技法，広英社，東京，12-28，67-68，72-79 (1997)
- 9) R.H.(ed.)Hanson, P: Over training Syndrome (Staleness), in Strauss, Sports Medicine, W.B. Saunders, Philadelphia, 87-90 (1984)
- 10) 永島正紀：スポーツ少年のころころ ～児童・青年期スポーツ精神医学～，体育の科学，53 (11)，851-855 (2003)
- 11) 宗像恒次：子ども達は成長したがっている！小・中・高教師のためのカウンセリング対話法，広英社，東京，10-11 (1998)
- 12) 岡浩一朗・竹中晃二・松尾直子・堤俊彦：大学生アスリーの日常・競技ストレス尺度の開発およびストレスの評価とメンタルヘルスの関係，体育学研究，43，245-259 (1998)
- 13) Spielberger C.D.・Gorssuch, R.L.・Lushene, R.E.: STAI manual, Palo Alto, Calif, Consulting Psychologist Press (1970) (清水秀美・今栄国晴：STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY の日本語版 (大学生用) の作成，教育心理学研究，29 (4)，62-67 (1981) による)
- 14) 上田敏子：陸上競技者におけるストレスマネジメントに関する研究－尺度の開発及び SAT 技法を用いたカウンセリング介入－，筑波大学大学院体育研究科修士論文集，28，277-280 (2006)
- 15) Rosenberg M: Society and the adolescent self-image, Princeton New Jersey, Princeton University Press (1965) (宗像恒次他訳：行動科学からみた健康と病気，メディカルフレンド社，213 (1996) による)
- 16) 宗像恒次：ストレス源の認知と対処行動－イイコ行動からの自己成長－，精神保健研究，39，29-40 (1993)
- 17) 徳永幹雄：ベストプレイへのメンタルトレーニング，心理的競技能力の診断と強化 改訂版，大修館書店，東京，30-34 (2003)
- 18) 宗像恒次・後藤恵子：服薬指導のためのカウンセリングテクニック，株式会社ミクス，東京，76-79 (1995)
- 19) 武藤孝司・福渡靖：健康教育・ヘルスプロモーションの評価，篠原出版新社，東京，56-57 (1994)

研究ノート

看護師の身体症状と心理パターンに関する研究

A Study of Physical Symptoms and Mental Pattern of Nurse

米澤 和代* 谷口 清弥** 池田 佳子***

Kazuyo Yonezawa, Kiyomi Taniguchi and Keiko Ikeda

要 旨

本研究は、看護師の身体症状と心理パターンの自覚の現状を明らかにすること、及び身体症状と心理パターンには関連があるかを検討することを目的として行った。看護師 (n=449) に質問紙票による調査を実施した結果、以下の事が明らかになった。①看護師の身体症状は、肩こり、腰痛、頭痛、手足の冷え、便秘などの交感神経系の症状が上位を占め、1人で複数を自覚していた。②心理パターンは、癒す、あきらめる、当たるパターンが上位を占め、1人で複数を自覚していた。③自覚された身体症状の数は年代が上がるにつれて減る傾向にあった。④自覚された身体症状の数と心理パターンの数には正の相関があった。

このことから、ストレスフルな環境で働く看護師の姿が浮き彫りとなった。今後、看護師のセルフケア支援のために、早急なストレスマネジメント教育と、自己表現を支援するアサーションなどのソーシャルスキル研修が必要であると考えられる。

キーワード：看護師 (nurse) ストレス (stress) 身体症状 (physical symptoms)
心理パターン (mental pattern) セルフケア (self-care)

1 はじめに

看護師という仕事は、対人サービスであることに加え、夜勤のある勤務体制、仕事の内容上、強いストレスに曝されやすいといわれている¹⁾。ストレスは、思い通りにならないという一次的ストレスに対し効果的に対処できず慢性化することで、今度は身体や精神 (心)、行動症状となって表れる²⁾。宗像は、自己表現を抑える行動特性により、ストレス症状は

身体化しやすいことを指摘している³⁾。また、看護師は自己抑制度 (イイコ特性) が高いという報告⁴⁾があるため、自己抑制度の高い看護師は、ストレス症状が身体化しやすいのではないかと考えた。そこで、病院に勤務する看護師の身体症状を通して、ストレスの現状を調査することには意義があると考えた。

ヘルスカウンセリング学会の調査研究⁴⁾によれば、職業別で見ると、看護職が最も自己価値感が低く、抑うつ度が高いという結果がある。また、対人依存度や自己抑制度も高いという結果も出ているため、看護師は多くの心理パターンを持ち合わせているのではないかと推測される。宗像の心理パターン理論とは、過去からの反復した心傷体験あるいは依存体験により、鍵となる一定の状況になると、たとえば頭ではやめようとしても、いつも同じような行動様式をとらざるを得ない無自覚な心の習慣のことである²⁾。大きく分けて10 (気を引くパターンは3つに分類) の心理パターンに分けられる。看護師が、特にどのような心理パターンを持っているのかの研究は見られないので、看護師が多く持つ心理パターンを明らかにすることを考えた。

2006年1月27日受稿、2006年7月1日採択

*神戸市立港島中学校

Kobe City Minatojima Junior High School

**甲南病院看護専門学校

Konan Hospital Nursing College

***ヘルスサポート縁

Health Support En

連絡先：米澤 和代

〒658-0052 兵庫県神戸市東灘区住吉東町1-3-37

1-3-37 sumiyoshihigashi higasinada-ku Kobe, 658-0052, Japan

TEL&FAX : 078-843-1407

E-mail : kazuyokobe@kcc.zaq.ne.jp

また、身体症状と心理パターンに関係性があるのなら、身体症状から心理パターンを予測することが出来る。それを看護師へのカウンセリングやセルフケア支援など、日常へ生かす手だてになるのではないかと考えた。

そこで本研究では、看護師の身体症状と心理パターンの自覚の現状を明らかにすること、及び身体症状と心理パターンには関連があるかを検討することを目的とした。

2 研究方法

本研究では、無記名自記式質問紙票による調査研究を行った。以下に詳細を記す。

(1) 調査対象

300床以上の病院に勤務する看護師・准看護師。窓口担当者を通して、500名に依頼し、462名回収した。回収された調査票のうち性別が未記入だったもの及び欠損値の多かったものを除き、有効回答数はn=458（有効回答率91.6%）であった。男性が9名と少なかったため、分析からは除いた。分析対

象数n=449（年齢平均37.6歳（±10.4）最大61歳、最小20歳、20代137名、30代111名、40代131名、50代以上70名）

(2) 調査方法

無記名自記式質問紙票を用いた。調査に際しては、本研究より、各施設の窓口担当者に研究の趣旨を説明し、調査用紙を郵送した。倫理的配慮として、対象者には、研究の主旨を文書にて説明し、同意を得た上で調査を行った。質問紙は、窓口担当者が回収し、研究者へ返送してもらった。

(3) 調査期間：平成17年1月～平成17年2月

(4) 調査票の構成（図1）

①属性：年齢、性別

②身体症状尺度（17項目）

交感神経興奮型症状（5項目）頭痛、肩こり、腰痛、便秘、手足の冷え

副交感神経興奮型症状（6項目）吐き気嘔吐、下痢、くしゃみ鼻水、皮膚のかゆみ、じんましん、尿が近い

その他の症状（6項目）腹痛、胃痛、めまい、咳、口内炎、にきび吹き出物

身体症状とパーソナリティに関する調査

回答日 平成17年 月 日

あなた自身について教えてください。

1. 性別 ☐ 男性 ☐ 女性

2. 年齢 歳

質問1
あなたが自覚、よく感じる身体
の症状について教えてください。

よくある ☐
時々ある ☐
ない ☐ ×をしてください。

質問2
次の事柄のうち、あなたについて、あてはまるものに
○をつけてください。

大へんそう ☐
そう ☐
そうではない ×をしてください。

番号	症 状	回答欄	番号	事 柄	回答欄
1	頭痛		1	困っている人や傷ついている人を助けていると 何か気持ちが悪くなる。	
2	肩こり		2	幸福であるより、不幸である方が落ちる。	
3	腰痛		3	気持ちが落ちるやないことがあると、気持ちを ぶつけやすい人になってしまう。	
4	腹痛		4	何である人ばかりだと、不満を持つことがある。	
5	胃痛		5	私がこうしているのに、なぜあなたみたいな人が そうしないのかと不満を持つ。	
6	吐き気・嘔吐		6	誰かが私を助けてくれるだろうと思うと、気持ちが 落ちる。	
7	便秘		7	あの時、○×きえてくれれば、こんなことにならない のにと、幸せになれたのにと思う。	
8	下痢		8	自分を責めたり、傷つける方が安心できる。	
9	手足の冷え		9	人を困らせたり、世間をやかせることで、安心できる 自分がある。	
10	めまい		10	好きな人がいる。なぜか責めてしまう。	
11	咳		11	自分さえよければ、すべてうまくいこうと思う時が ある。	
12	くしゃみ・鼻水		12	何かに懸命でないと生きている気がしない。	
13	口内炎				
14	にきび・吹き出物				
15	皮膚のかゆみ				
16	じんましん				
17	尿が近い				

ご協力、ありがとうございます。

図1 調査票

項目の選定には、本研究者が、日頃、多いと感じている身体症状を選んだ。結果の分析の際に、交感神経興奮型症状、副交感神経興奮型症状、その他の症状とグループ分けを行った。グループ分けには、SOM セミナーでの宗像の資料⁵⁾を参考にした。交感神経興奮型症状には主に交感神経興奮に伴う血流障害によって起こる症状を分類した。はっきり分類できない症状は、「その他の症状」とした。

評価尺度は「よくある」「時々ある」「ない」の3段階とした。

「よくある」2点「時々ある」1点「ない」0点と得点化した。

③心理パターンを推定する簡易テスト尺度²⁾ (宗像12項目)

癒す、償う、当たる、ねたむ、巻き込む、助力を求む、慰む、気を引く (自傷)、気を引く (求援)、気を引く (攻撃)、あきらめる、頑張り逃避の12の心理パターンを推定するもの。調査票には、心理パターン名は省いて使用した。

評価尺度は、「たいへんそう」「そう」「そうでない」の3段階とした。

「たいへんそう」2点「そう」1点「そうでない」0点と得点化した。

(5) 分析方法：得られたデータはSPSS11.0により統計学分析を行った。身体症状得点と心理パターン得点の年代による平均値の差は、分散分析により検定した。身体症状と心理パターンなどの関連については、相関分析を行った。

3 結果

(1) 身体症状について

①身体症状の自覚

看護師の自覚する身体症状は、図2に示す。身体症状は、1人平均7.3種類の症状を自覚していた。

②年代による身体症状の平均得点の比較

年代別に見た身体症状の平均得点は、図3に示す。年代別の身体症状の平均得点に有意差が認められた ($F(3,448)=10.222, p<.001$)。LSD法を用いた多重比較によれば、20代と50代以上、30代と50代以上、40代と50代以上、20代と40代の間で、有意差が認められた。さらに、交感神経興奮型症状と副交感神経興奮型症状とで、年代別の平均得点の差を比較した。交感神経興奮型症状では、分散分析を行った結果、年代別に差は認められなかった ($F(3,448)=1.425, n.s.$) (図4)。副交

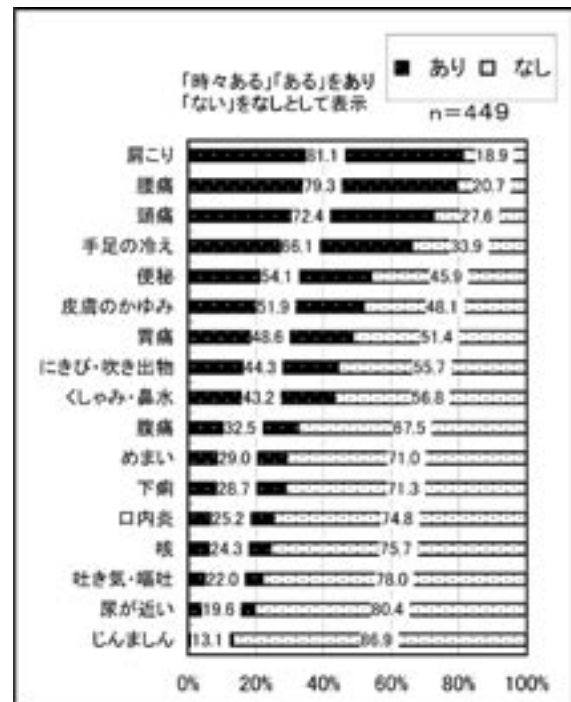


図2 身体症状の自覚

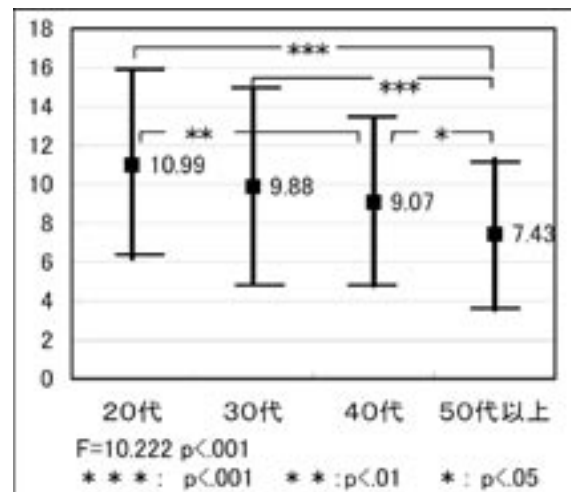


図3 年代別に見た身体症状の平均得点

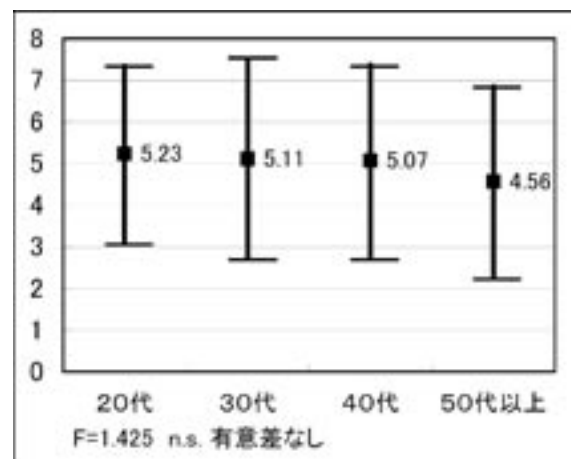


図4 年代別に見た交感神経型身体症状の平均得点

感神経興奮型症状では、分散分析を行った結果、有意差が認められた ($F(3,448)=6.640, p<.001$) (図5)。LSD法を用いた多重比較によれば、20代と50代以上、30代と50代以上、40代と50代以上、20代と40代で有意差が認められた。

(2) 心理パターンについて

①心理パターンの自覚

看護師の自覚する心理パターンの傾向は図6に示す。心理パターンは、1人平均4.0種類を自覚していた。

②年代による心理パターンの平均得点の比較

年代別に見た心理パターンの平均得点は図7に

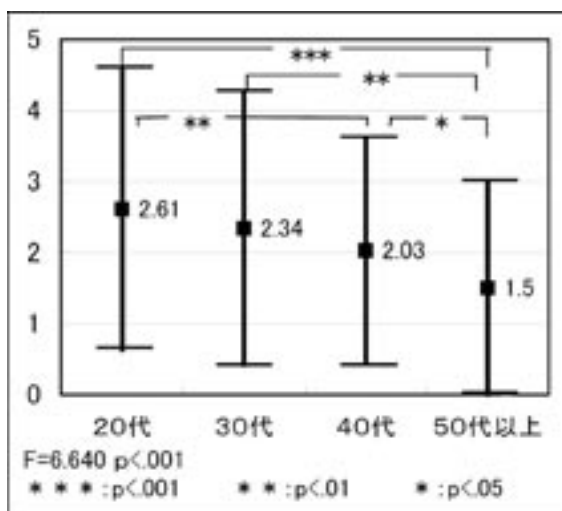


図5 年代別に見た副交感神経型身体症状の平均得点



図6 心理パターンの自覚

示す。分散分析を行った結果、心理パターンの得点は、年代別に差は認められなかった。 ($F(3,448)=1.565, n.s.$)。

(3) 身体症状と心理パターン、年代の関連について

身体症状と心理パターン、年代の相関については表1に示す。身体症状得点と心理パターン得点に

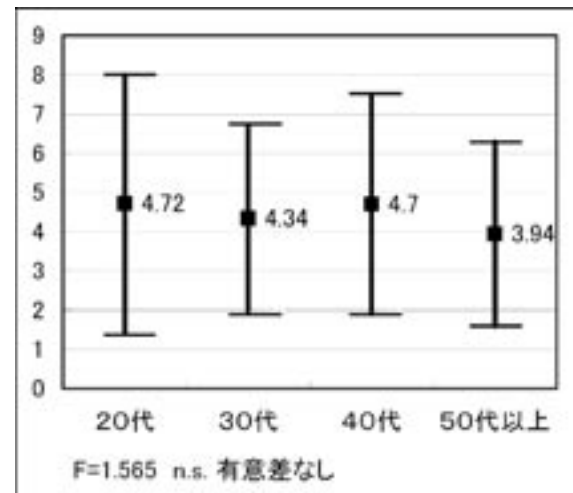


図7 年代別に見た心理パターンの平均得点

表1 身体症状と心理パターン、年代との相関係数

pearson の相関係数 (r)	身体症状全体	交感神経興奮症状	副交感神経興奮症状
有意確率 (p)			
心理パターン全体	.175** .000	.109 .021	.180** .000
癒す	.056 .233	.050 .289	.059 .215
償う	-.016 .735	-.030 .528	.033 .486
当たる	.108 .022	.086 .070	.111 .019
ねたむ	.160* .001	.125* .008	.138* .003
巻き込む	.150* .001	.126* .007	.146* .002
助力を求む	-.024 .607	-.034 .470	.030 .521
慰む	.095 .044	.023 .623	.097 .040
気を引く(自傷)	.113 .017	.043 .367	.149* .002
気を引く(求援)	.042 .379	.014 .764	.059 .215
気を引く(攻撃)	.029 .534	-.055 .246	.019 .695
あきらめる	.143* .002	.114 .016	.122* .009
頑張り逃避	.027 .566	.014 .775	-.004 .926
年代	-.251** .000	-.084 .074	-.204** .000

**p<.001

*p<.01

については、有意な正の相関が認められた ($r=.175$, $p<.001$)。自覚された身体症状の数と心理パターンの数には正の相関が見られたことから、身体症状が多いと心理パターンも多いという傾向があることがわかった。心理パターン毎に詳細に見てみると、ねたむ、巻き込む、あきらめるパターンで身体症状得点と弱い正の相関が見られた。ねたむ ($r=.160$, $p<.01$)。巻き込む ($r=.150$, $p<.01$)。あきらめる ($r=.143<.01$)。

自覚された身体症状の数と年代との間に有意な負の相関が認められた ($r=-.251$, $p<.001$)。身体症状は年代が上がるにつれて減る傾向があることがわかった。特に副交感神経興奮型の症状と年代との間に有意な負の相関が認められた ($r=-.204$, $p<.001$)。自覚された心理パターンの数と年代との間に相関は認められなかった ($r=-.062$, n.s.)。

4 考察

身体症状の多いものから5つまでが、肩こり、腰痛、頭痛、手足の冷え、便秘という交感神経興奮型の症状であった。これらの症状は、ストレスが加わることで、交感神経が緊張し、血管を収縮させ、血流障害を引き起こすというメカニズムから起こってくるものであり、看護師が常に緊張を強いられる職場環境にあることが推察される。詳細を見ると、肩こり、腰痛、頭痛は70%以上の者が自覚していた。今回、調査時期が1月から2月という冬期であった。冬期は身体反応として、交感神経優位となることが知られている。このことが、今回の結果の上位5位までが交感神経興奮型の症状が占めたことや、4位の手足の冷えや6位の皮膚のかゆみといった結果に影響しているとも考えられるため、他の季節との比較が必要であろう。

また、年代別で自覚された身体症状の平均得点の差を比較すると、年代で有意に差があることがわかった。20代と50代以上では平均値にして3.5以上の差があり、20代の方が高かった。年長者の方が体の不調を訴えやすいかと思われたが、実際にはその逆であり、特に、50代以上では低かった。症状を交感神経興奮型と副交感神経興奮型に分けて調べたところ、副交感神経興奮型で有意に差が見られた。20代の方が平均値が高かった。副交感神経興奮型の反応は、ストレスがかかり、交感神経系の緊張が過度に継続される時、反射的に起こる⁶⁾ことや、副交感神経は白血球のリンパ球が支配しており、リンパ球優位のパターンは子どもから20歳くらいま

で続くことがいわれている⁶⁾。20代に副交感神経興奮型の症状の得点が高い傾向は、これらのメカニズムとの関連が示唆される。

女性では、更年期に、女性ホルモンの減少により、様々な自律神経の症状が見られることが知られている。それにもかかわらず、年代が上がるにつれて身体症状が少なくなる傾向にあることは興味深い。総合病院に勤める50代以上ということは、看護師の経験が長く、管理職的な立場の者も少なくないであろう。職場においては、責任ある立場としての重圧を強く感じていることと思われる。この場合のストレスは、身体症状化するよりも、むしろ、我慢強く、頑張っているに励むというような行動化によって代償されているのではないかと推測される。また、近年の医療の高度化、専門化、医療制度の変更などの影響で、医療現場はめまぐるしく変化している。筆者の周囲では、「ベテラン看護師の中には、この急激な環境の変化に適応するのがむずかしく、焦りや無力感などをもちやすくなる者も多い。」という現場の声も聞かれる。この場合のストレスは、精神症状という形で表現されているのではないかと推測される。

最も多い心理パターンは癒すパターンで63.9%であった。宗像は「対人専門職は、一般に『人に必要とされている』と思えていると、気持ちが落ち着く特性を持っている人が多い⁷⁾と述べている。中でも臨床ナースの99%がこれに該当する⁷⁾という。今回の調査の結果ではこの割合には及ばなかったものの、癒すパターンが看護師に最も多い心理パターンであることがわかった。看護師は自分を犠牲にしても人のために尽くすというパターンをもっているからこそ出来る仕事であるとも言えよう。しかし、それが相手の欲求充足のためではなく、自分の欲求充足のためである以上、自己満足な看護になっているため、思うような結果が得られないことによるストレスによって精神、身体面への影響は少なくないのではないだろうか。

癒すパターンに次いで、あきらめる56.3%、当たる51.0%となっている。心理パターンには、いくつかの種類があるが、あきらめるパターンは「自分さえ諦めることで、まるく収まり、安心できるということで自己表現を抑え続けること」であり、人に気に入られたいという依存心が強く、自分の感情や気持ちを抑えてでも、周囲の期待に添うように努力する自己抑制の傾向がある。職業別でも看護職は自己抑制型行動特性（イイコ特性）が高いという結果がある⁴⁾ので、それが心理パターンに反映している

と考えられた。

当たるパターンは「自分の悔しさやうらみを、別の自分より弱い立場のものにぶつけてはらそうとすること」であるが、今回の調査の結果の上位3つの心理パターンから解釈すると、看護師は本当の自分の思いはあるにもかかわらず、自分が諦めることでまろく収まり、安心できるということで、自己表現を抑え続け、そのことで傷ついた自分を、患者に尽くし、感謝されることで癒そうとしていると考えられる。また、思い通りにならない悔しさやうらみは、家族など、気持ちを出しやすい人に対してぶつけてしまうパターンが確認できた。

しかしながら、今まで、看護職以外の職種についての心理パターンの調査は見当たらないので、今回の調査で明らかになった心理パターンの傾向が看護職の特徴なのかどうかは明らかではない。一般女性や他の職種との比較が必要であろう。

心理パターンと身体症状との関係について、心理パターン毎に詳細に見ると、ねたむ、巻き込む、あきらめるパターンで、身体症状得点と有意な弱い正の相関が見られた。質問紙に使用した心理パターンを推定する簡易テストの説明によれば、ねたむパターンは「何であの人ばかりがと不満を持つことがある」であり、巻き込むパターンは「私がこうしているのになぜあなたみたいな人がそうしないかと不満をもつ」ことである。また、あきらめるパターンは「自分さえあきらめればすべてうまくいくと思うことがある」である。当たるパターンと同様にねたむ、巻き込むパターンも他に対して攻撃的なパターンと思われたが、当たるパターンは「気持ちが落ち着かないことがあると、気持ちをぶつけやすい人に怒ってしまう」であり、怒りや不満を「当たる」という形で直接発散している。それに対して、ねたむ、巻き込む、あきらめるパターンでは、不満を抱きながらも、直接は表現せず、怒りのエネルギーを内に溜めているという傾向がある。この内向する怒り(不満)のエネルギーが身体症状を引き起こしやすいのではないかと推測する。このように、心理パターンの種類によって、身体症状との相関が見られるものと見られないものがあるという結果が得られたことは興味深い。先に述べた通り、自覚された身体症状の数と心理パターンの数には、正の相関があるため、身体症状が多ければ心理パターンも多い傾向があることがわかった。しかし、身体症状の種類と心理パターンの種類についての相関はどれも弱いと、自覚された身体症状から心理パターンを推測できるほどの関係性はないと考える。今後、追試や心理パター

ンを分類して身体症状との関連を調べることで、新たな傾向が見える可能性もあると考える。

人は、いくつもの心理パターンを持って生きており、過去の傷ついた状況と似たような状況になると、心理パターンに支配された行動様式をとることで自己防衛している。無自覚な心理パターンは、カウンセリングを通して自覚される場合もあるが、今回の調査は、本人の自覚している範囲での結果であるため、本来の心理パターンとは異なる可能性がある。

今回、看護師の身体症状や心理パターンの自覚の現状が、明らかになった。特に、心理パターンについては、今回初めていくつかの示唆を得た。心理パターンの結果からは、多くの者が「癒す」パターンをはじめ複数の自分の心理パターンによる行動様式を自覚していた。そのことを現在、本人が問題視しているかどうかはわからないが、心理パターンによる行動様式をとり続けることで、ストレスが慢性化したり、さらには今後、新たな問題を生じることも予想される。

今回、調査に協力してもらった病院でも、一般の企業や官公庁同様、身体疾患の治療のための休職だけでなく、近年、精神疾患による休職者が増加していることが問題視されている。臨床の看護師は、患者を癒やし、しかも瞬時に的確な判断と行動を要求されるため、上手にストレスマネジメントし、いきいきと看護に取り組むための手だてが重要である。そのためには、①身体症状の背後にストレスが関係していることに気づくこと②悩みの背後には、自分のストレスや無力感などを感じないように行動している心のくせ(心理パターン)が関与していることに気づくことが必要である。そのための支援の方法として、職員のためのストレスマネジメント教育を実施することが急がれる。さらに「自分さえあきらめて、頑張ればうまくいく」という周囲の期待に応える「イイコ」をやめて、自分のために自己表現し、自分を癒すための看護ではなく、相手が必要とする看護ができる自分になるために、アサーションを含むソーシャルスキル研修のシステムを作る必要もあるだろう。心身のセルフケアができる看護師が増え、相互に支援し、成長しあえる関係作りが、安全で安心の医療を提供できることにつながるのではないだろうか。

5 まとめ

病院に勤務する看護師を対象として、身体症状と心理パターンに関する調査を行い、以下のような結

果が得られた。

- ①看護師の自覚する身体症状は、肩こり、腰痛、頭痛、手足の冷え、便秘などの交感神経症状が多かった。特に肩こり、腰痛、頭痛は全体の7割以上の者が感じており、1人の者が複数の身体症状を自覚していた。
- ②看護師の心理パターンの傾向は、癒す、あきらめる、当たるパターンを半数以上の者が自覚しており、1人の者が複数の心理パターンを自覚していた。
- ③自覚された身体症状の平均得点に年代別で有意差が見られ、20代で高く、50代以上の得点が低かった。特に、副交感神経系の症状に有意差が見られた。年代があがるにつれて、自覚される身体症状は減る傾向にあった。
- ④自覚された身体症状の数と心理パターンの数には、有意な正の相関があったため、身体症状が多いほど心理パターンも多い傾向があることがわかった。しかし、身体症状から心理パターンを推測できるほどの関係性は認められなかった。

今回は、身体症状と心理パターンに焦点を当てて研究をした。今後は、精神症状や行動症状にも目を向けていけば、全体的な関係性が明らかになり、より具体的なセルフケア支援ができると考える。

謝 辞

この投稿にあたり、論文作成アドバイザー制度を利用した。指導にあたってくださった橋本佐由理先生に感謝の意を表します。

引用・参考文献

- 1) 浅井まな美他：病院看護師の職業ストレス－看護業務とストレス、社会的支援の関連について－，第36回日本看護学会集録（看護業務），236（2005）
- 2) ヘルスカウンセリング学会編：ヘルスカウンセリング事典，日総研，名古屋，30，20，367（1999）
- 3) 宗像恒次：最新 行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，東京，26-29（1996）
- 4) 橋本佐由理・宗像恒次：ヘルスカウンセリングセミナーの教育効果の評価－第9報－，ヘルスカウンセリング学会年報 Vol.9，67-76（2003）
- 5) 宗像恒次：SOM 資料－ストレスの持続が神経系、内分泌系、免疫系に与える影響（2004）
- 6) 安保徹：絵でわかる免疫，講談社，東京，21-23，69-71（2001）
- 7) 宗像恒次：対人専門職としての抑うつ，こころの看護学，4（1），星和書店，東京，7（2003）

VI

實踐報告

実践報告

社会恐怖のヘルスカウンセリング —癒し技法と行動的アプローチにより 不安傾向が改善された一事例—

The Health Counseling for a Client with Social Phobia:
A Case of a Client that Anxiety Tendency was Improved
by Healing Image Technique and Behavior Approach.

岡田 松一
Matsukazu Okada

要 旨

本事例では、SAT（構造化連想法）を用いたヘルスカウンセリング法により、社会恐怖を主訴とするクライアント（女性）に対し、メンタルクリニックのカウンセリングルームにおいてカウンセリングを行った。クライアントの現実検討力を観察、自らの課題と向き合う姿勢があることを確認し、未完の課題による心傷イメージを癒す技法を行った後、行動的アプローチにより自己効力感が高まるよう支援した。結果、STAI（特性不安）が58点から32点に低減、主訴も消失し全3回（概ね3箇月）で終結に至った。

キーワード：社会恐怖（social phobia）構造化連想法（structured association technique）
ヘルスカウンセリング（health counseling）未完の課題（unfinished business）
自己効力感（self efficacy）

1 はじめに

近年注目を浴びている社会恐怖（Social Phobia）[＝社会不安障害（Social Anxiety Disorder：SAD）]は、人から注目される場面や恥ずかしい思いをすることもかもしれない状況に対して強い不安を感じ、日常生活や仕事に支障が生じる疾患である¹⁾。社会恐怖は、注視されることへの恐怖であるが、「否定的に評価されることへの恐怖」が根底にあり、「社会的状況や社会的行為に対する恐怖症的不安及び恐怖症的回避によって特徴づけられる」²⁾。これまで社会恐怖の心理治療は、自己主張訓練法、認知行動療法等に

よる症例があるが、例えば、後者では、回避行動などクライアントの恐怖反応直前の自動思考を同定し、その影響からの気づきに導き、認知の再構成を行うプロセスが紹介されている^{3) 4)}。

これまで、SAT（構造化連想法）を用いたヘルスカウンセリング法⁵⁾は、通常1回から数回の解決を念頭に、2時間程の面接が行われてきた。他方、医療や教育での心理面接では、概ね60分内の面接が行われているのが通常である。しかしクライアントの前頭野の現実検討力、自我強度にも起因する⁶⁾が、一定要件を満たすと、SAT法は安全に比較的短期間で主訴解決に導くことが可能である⁷⁾。以下、社会恐怖を主訴とするクライアントの主訴解決に導いた事例を報告する。

2 方法

SAT法を用いたカウンセリング面接から当事者の発言に基づき対話分析（事例過程分析）を行った。SAT法の基本姿勢、基本技法等に関し、主訴解決

2006年1月31日受稿、2006年6月24日採択

元筑波大学健康教育学研究室

連絡先：

〒332-0012 埼玉県川口市本町2-7-2

2-7-2 Honcho Kawaguchi-shi Saitama, 332-0012 Japan

TEL&FAX：048-226-3397

E-mail：m7-okada@ja2.so-net.ne.jp

に影響を与えた要素を抽出した。面接は、クリニックに併設されたカウンセリングルームで、学会公認ヘルスカウンセラー（臨床心理士、精神保健福祉士）が行い、第1回面接で技法を口頭説明し、クライアントの同意を得て行った。アセスメントは第1回面接前、第3回面接（第2回から2箇月）後、クライアントの不安になりやすい心理特性を測定するためにSTAI（うち特性不安尺度・S.D.Spielberger）⁸⁾を行い、第2回面接（第1回から2週間後）前に、クライアントの自我状態を測定する目的として、TEG（東大式エゴグラム・東京大学心療内科）⁹⁾を行った。その結果、特性不安が58点から32点に低減、主訴も消失し、全3回、概ね3箇月で終結に至った。なお、クライアントのプライバシー保持の為、表記に留意した。

3 事例の概要

症例：29歳 女性（看護師）。主訴：「人前で話す時、動悸と胸の圧迫感がある。手足の血管が収縮し、スムーズに話せない」、性格傾向：神経質で義理堅く几帳面だが、良い加減な面もある。家族構成：父母姉妹。医師の初回診察時に、動悸が激しい時、クロキサザラム（抗不安薬）を頓服に処方された。数年前頃から、人前で話す時、特に月経前になると、動悸がして胸に圧迫感がある。本人の言では、「以前は、人前に立つ事も嫌いではなく、緊張しても、どうということがなかった」。けれども「今は、仕事柄、間違えてはいけないと思うと症状が出る。これから夜勤が始まる、朝、20人の中で申し送りをする機会もあるけれど、それができなかつたらと思い強い不安（恐怖）を感じる」。「以前、気楽に話せた友人にも話せない（回避）状態が続いている」状況である。

4 面接経過

1) 第1回目の面接

初回面接では、予診のポイントを再度確認し主訴の確認を行った。カウンセラーが症状を問うと、「極度の緊張状態に陥ると、動悸がして、自分で何を言っているか分からなくなる」。「看護学校に通っていた時にも、周囲に何人もいる時、時折、強い動悸がして、手足の血管がきゅっと締め、手油が出る」という。そして、「朝、（良く知らない人も含め）、20人の前で申し送りをする時、皆が整列をしているのを見ると、動悸が止まらなくなる」。以下は、面接内容の一部である。

カウンセラー（以下 Co と略）：それは、いつ頃からですか。クライアント（以下 CL と略）：以前私が、看護師になる前に勤めていた会社で、やはりそんな状態に陥る人がいて、自分も思うと症状が出てきました...（沈黙；以下...）。仕事も、とても疲れて働けなかったのです。勤めている会社で、私もどきどき動悸がする。症状が起きている時、焦って「何言っているのだろう」と思い、「ああ駄目だ、どうしよう」と言っています。Co：どんな時ですか。

CL：自分が注目を浴びている時です〔鍵状況〕

Co：いつ頃のこと？ CL：（しばしの間、閉眼、想起する）... 以前、職場で仕事をしていた時、Bさん（女性）を連れてきたAさん（男性、社長の子息）から「面倒をみてやってくれ」と言われました。Co：それで...〔促し〕。CL：でも私は、Bさんに冷たくしてしまいました。CL：... 実はその時、私は、Aさんが好きでした。好きだという感情を抱いてどきどき焦ったりしていました。その時、「凄いな、こんなになっちゃうんだな」と思いました。当時、Aさんは、気分の波が激しく、安定剤を飲んでいました。そして、Aさんの母親も、気分の波が激しく、調子の悪い時には、安定剤をもらっていました。母も調子が悪く、眠る時間が遅いといひます。Co：今の強いお気持は？〔強い気持の明確化〕CL：焦りです。Co：混乱を伴うものですか。CL：はい。... 本当にびっくりという感じでした。Co：その他に強いお気持は？〔気持（感情）の明確化〕...Aさんに気に入られない（見捨てられる）恐さと、そうになっちゃう、自分が駄目だ...という恐さ（自己否定）がありました。そして、今まで出たことがないのに、何で体全体がこうなっちゃうんだらうという気持がありました。

Co：そう思うと、感情は〔感情の明確化〕CL：申し訳なさです。Co：本当はどうだったら良かった？〔期待の明確化〕。...（気づく）CL：もっと私が、優しくしてあげれば良かった。それなのに私は冷たかった（後悔）。Co：優しくできると、心の中のどんな要求が満たされますか。〔心の本質的欲求の明確化〕。CL：そんな自分が信じられます。（感情のガイドライン表で自己信頼欲求を指さす）。Co：でも...その時、どうされたかったの。CL：（Aさんから）声をかけてほしかった...。頑張っているねって...。（開始後35分、残り10分となる。この出来事が未解決の心傷イメージとなっていることから、癒しが必要であることを口頭で説明後、クライアントの同意を得て、ロールプレイを行う。カウンセラーが、クライアントのイメージに近似させるようA役となり

役割演技を行う)。

Co：いつも良く頑張っているね。有難う...。
CL：...いいえ... (うなずき、安堵した表情、涙を浮かべる)。Co：今の気持は... [今の気持の明確化]。
CL：嬉しかった (微笑む)。Co：Aさんに何か言ってあげたいことありますか...。CL：... (沈黙)。(本人の表情を観察、残り時間との関係で逆流説明に進む。Co：今ご自分の「焦り」と過去の「自己否定の恐さ」はどのようにつながっていますか。CL：(うなずきながら) 自分が注目していた人が、焦ったことや、見捨てられるかもしれない恐さが、今現在、自分が皆に注目されている時、焦り、恐さがあり、「どうしよう」とつぶやくこととつながっているのでは... と思います [逆流説明法]。Co：今までお話しになって、気づいた事は...。CL：今の職場に苦手な人がいます。最初から大変だと言って甘えられれば、心にも余裕ができ、好きな子にも、もうちょっと優しく出来たかなと思います。心に余裕がないと疲れてきて、喋るのが嫌になっちゃう。言ったらその人を傷つけてしまい、悪いかなあ、と思いました。CL：結局、いらいらしていたのは自分だと思っています (気づき)。「何でなの、一体!」と、認めたくない自分がいます。一番自分が見られたくないところにいる時、ときどき、焦り感があります。実は、そういう面があったのかな、気を遣っていた弱さもあったのかなと思いました (初回面接終了5分程延長)

2) 第2回目の面接 (2週間後)

Co：お久しぶりです。その後、いかがですか。
CL：頓服薬が、あと、3錠残っています。その後、薬を飲んだのですが、申し送り時になると緊張します。手に汗をかくほどにはなりませんでした。が、やっぱりときどきするんだ... と思って...。家に帰って薬を飲んだら、口渇があったので、(薬が)効いているんだと思いました。いつもの場面では、まだときどきしていると感じる時がありました。Co：最初はどんな症状でしたか (当初の症状を確認する)。
CL：9月、手に汗をかくほど、緊張して胸がときどきしていました。1週間に最低1日夜勤があり、例えば、月曜や水曜の朝、申し送りがあります。自分のことを言おうとしている時、動悸がとまらない状態でした。... まして20人もいると緊張してしまいました。特に、その中に苦手な人がいる時に、動悸が止まらなくなる時が何度もありました...。性格とも思うけれども、受け答えが結構きつい人がいます。喋り方かもしれないし、性格かもしれない...。傍にいと、何となく気を使います。Co：年齢は。

CL：経験10年の看護師で、歳が私と同じ...。仕事をする時にかえって気を使っちゃう。だから接するのが難しい...。Co：接するのが難しい...。どんな気持。CL：... 言葉がきつく、ぶっきらぼうな感じ... で、何か言われちゃうかと思っちゃう。昔から友達でいる人は気にならない。声をかけないからとつつきにくい。体も大きいし、脅かされる感じがして漠然と恐い。[実際に、その気持と向き合いながら申し送りを試みるロールプレイを行う。加えて、現時点でクライアントができると感じた人数から無理なく段階的に試行するようガイダンスする]。Co：できそうですか? CL：はい。やってみます (力がある表情)。Co：それでは、気を付けて年末年始をお過ごしください [支援の言葉]。

3) 第3回目の面接 (2箇月後)

Co：その後、症状はどうですか...。CL：最近は何も困ったことはありません。最近、大勢の中で発表することが増えてきましたが、大勢の中でも慣れました。Co：目の前に20人いても? CL：大丈夫になりました。良く知らない人も、今まで苦手だった人も大丈夫になりました。Co：薬に頼らずやっつけていけそうですか。CL：はい。やっつけていける感覚です。動悸については何とも思わなくなっています。昨年、何度か薬を飲んだけれど、その後は、なるべく薬は飲まないようにしています。最初は、飲んだら安心するから... と思って飲みましたが。(2回目の) 面接の後、年末年始の都合で、2箇月あいてしまうので、できれば飲まないでやっていられたらと思いました。Co：きちんとやらなければいけないという考え方は...。CL：自分の与えられた仕事は、しっかりしなければと思うけれど、分からない所は、先輩に頼ってしまえば良いかなと思うようになりました。今まで自分は、中々 (周囲に) 聴く方ではなかった...。Co：有難うございました。それでは最後に、気づいたことをお願いします。CL：はい。結局、自分で人間関係を作っていくしかないと思うようになりました。仕事の中で、分からない所は自分で聴くようにしなければできないことに気づきました。会社にいた時のAさんのことは、今は、あまり思い出さなくなりました。思い出したとしてもそんなこともあったかなあと前よりどうでも良く思えるようになりました。薬は、御守代わりにもっていたと思います。

面接終了時刻が近づき、課題場面に直面した時、「やっつけていけます」と意思を確認することができた。本人の希望もあり、今後、何か問題が生じたときに来談するという形で、終結に至った。

5 考察

当初、クライアントの課題場面で生じていた「よく知らない人前でも話す時に動悸がして胸の圧迫感がある。手足の血管が収縮しスムーズに話せない」症状は、処方薬の力もあり、徐々に乗り越えていった。もっとも、クライアントの言では、課題場面で完全に動悸が治まるまでには至らなかった。加えて、現実検討が可能であり、過去の風景と向き合うことができるかと判断し、当初、前職場での心傷感情（見捨てられる、自己否定）を鍵人物 A との間で役割演技を通じて癒す試みを行い、重要他者から認められたい要求を癒す中で、自己信頼心を回復する契機となった。後日、仕事の場面で、課題を克服する場面につながったが、面接過程で、よく知らない人の中でも、特に自分にとって苦手な人がある時に緊張するという気づきが得られた。

加えて、クライアント本人が、課題場面を乗り越える見通しが得られたことで、行動的アプローチに切り替え、少し弱い刺激場面（8人程度の申し送り）から、徐々に申し送りができるよう馴らしていくよう導いた。即ち、多人数を前にした申し送りの場や苦手な人の前など、実際場面の課題を達成することで、徐々に自己効力感を高めていったことが、促進要素となった。

面接前の STAI（うち特性不安尺度）は、58点であり、来談当初は、不安になりやすい心理特性があると解された。クライアントは、自分の性格を神経質で義理堅く、几帳面と言うが、第2回の面接前に行った TEG（東大式エゴグラム）の値は、NP（Nurturing Parent）に比べ高い AC（Adapted Child）、CP（Critical Parent）に関し、「こうあるべき」という CP からの命令に対して、周囲に過剰適応しようとする AC の自我状態が、クライアントの特性不安を強めていると推察された。加えて、交感神経が亢進し、極度の緊張状態に陥ると、「動悸がして、手足の血管がきゅっと締め、手油が出る」などの症状が生じ、思うような行動がとれなくなると推察された。

当初、大勢の前で申し送りをするというクライアントの課題場面において服薬の効果があったと考えられ、特にクライアントの鍵状況において、不安や恐さを鎮静化する効果があると解された。もっとも、本件クライアントのように、「人前で話す時、動悸がして、胸の圧迫感、血管が収縮し、スムーズに話せない」という症状は、特性不安にも起因するものと解され、かかる心理特性に変化がなければ、同様

の症状が繰り返すことが予測された。そこで、クライアントの現実検討力（自我強度）を問題と向き合う力と表情を通じて確認し、第1回目の面接で行った癒しを起点に、段階的に行動的アプローチに移行する中で、自己効力感、ひいては、自信感を高め、結果として、不安傾向の低減をも、もたらしたことが、本人が納得する形での主訴解決に至ったと解される。

本事例では、クライアントは、自ら過去の未解決の場面と向き合い、現実検討が可能であることを踏まえ、癒し技法に移行した。そして、ほんの一言ではあったが、「頑張っているね。有難う」と、役割演技法を行ったことで、クライアントの心が蘇った。残り時間を意識し、あと何ができるかと、カウンセラーの心に想起されるもの（ブロッキング）を脇に置き、傾聴しながら癒しを行った。その後、自己信頼欲求が回復するなかで、本事例のように、現実課題と向き合うエネルギーが回復し、課題場면을不安刺激の低い場面からクリアする行動的アプローチに移行し、後日の面接で到達度をフォローする。そのためにもクライアントの気づきに導く過程を見守る余裕があったら効果的なカウンセリングが展開できると思われる。本件クライアントは、現実の生活に適応するために早期解決を求める強い希望がみられたことから、今後の見通しを慎重に得、本人の希望に基づき、終結とした。

本事例では、観察と確認、SAT法の構造化された共感を通じて、クライアントが内省し、自らの意識を焦点化する中、現実検討が保たれるか等、自我の強さを慎重にはかりながら、本人の隠れた期待（ニード）に気づかせて解決動機を促進し、クライアントの期待にかなった共感的励ましを行うことで、心の傷を癒し、叶わなかった期待が叶った心傷イメージの緩和に導き、過去の未完の課題¹⁰⁾（未解決の課題）と向き合える状況に至った。そして、申し送り等の課題場面で、不安を乗り越える中で、自己効力感を強化し、「やっていける」自信感が得られた結果、それまでできなかった当初の「動悸、胸の圧迫感、スムーズに話せない」症状が寛解に至った。なお、本件のように、限られた時間枠の中では、イメージや認知の変容にこだわり過ぎず、行動変容ができるよう課題場면을提示し、自己決定に基づく行動化に導いたことが、クライアントの主訴解決に功を奏したと解される。

6 結論

本事例では、社会恐怖を主訴とするクライアントに対し、来談当初、薬物療法と連動し、SATを用いたヘルスカウンセリング法を用いて、面接を進めた。面接前のSTAI（うち特性不安尺度）は、80点中58点であり、来談当初は、不安になりやすい特性があると解されたが、3回の面接時には、不安傾向が低減したと理解される。本事例では、投薬を通じた治療過程で、SATを用いたヘルスカウンセリング法を用い、身体・行動症状の背後の感情を癒す中で、比較的、短期間で、社会恐怖を主訴とするクライアントの主訴解決に導くことができたものと理解される。

引用・参考文献

- 1) 高橋三郎他 訳：DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院, 176 (2002)
- 2) Gavin Andrews・Mark Creamer・Rocco Crino・Caroline Hunt・LisaLampe・AndrewPage・古川 訳：不安障害の認知行動療法(2) 社会恐怖, 星和書店, 東京, 1, 119 (2003)
- 3) 前掲書 2) p102
- 4) 陳峻雯・板野雄二・笹川智子・村岡理子・金井嘉弘・貝谷久宣：集団療法と認知行動療法の活用：社会不安障害の治療, 精神療法, 30, 金剛出版, 東京, 56-64 (2004)
- 5) 宗像恒次：SAT カウンセリング技法, 広英社, 東京, 12 (1997)
- 6) 岡田松一：強迫性障害のヘルスカウンセリング, カウンセリング医療と健康, 金子書房, 東京, 93-102 (2004)
- 7) 岡田松一：気分障害のヘルスカウンセリング, ヘルスカウンセリング学会年報, 10, 69-73 (2004)
- 8) 肥田野 直・福田真知子・岩脇三良・曾我洋子・Charles D. Spielberger：State-Trait Anxiety Inventory-Form, STAI マニュアル, 実務教育出版, 東京 (2000)
- 9) 東京大学医学部心療内科 TEG 研究会編：TEG 東大式エゴグラム, 金子書房, 東京
- 10) 前掲書 5) p78
- 11) 宗像恒次監修, ヘルスカウンセリング学会編：ヘルスカウンセリング事典, 日経研出版 (1999)
- 12) Rita Carter・藤井訳・養老孟司監修：脳と意識の地形図, 原書房, 東京, 229-300 (2004)
- 13) Maggie Phillips・Claire Frederick：Healing the Divided Self.Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-traumatic and Dissociative Conditions, Norton Professional Book, New York (1995)

VII

資料 活動報告

活動報告

中学生のストレスマネジメント能力向上に関する 取り組み

A Practical Case of Program Stress Management Skill Improvement in Junior High School

永峰 純子
Jyunko Nagamine

要 旨

本報告では、①本学の中学生のストレス源や、ストレス源認知、およびストレスを蓄積させやすい行動特性の特徴を捉えること、②全校生徒を対象として、自己カウンセリングシートを活用したストレスマネジメントの向上を目指した取り組みの効果について、検討することを目的とした。

今回の調査では、全校生徒の80%以上が、中程度以上の抑うつ度を有し、40%の者が自己抑制度強、50%の者が依存度強、そして、75%の者が自己価値感が低かった。自己カウンセリングは、約70%の生徒が理解できたと答えた。改善点はあるものの、今回の介入は中学生のストレスマネジメント向上に、効果的な方法となり得ると考えられた。

キーワード： 中学生 (junior high school students) ヘルスカウンセリング法 (health counseling)
ストレスマネジメント (stress management) 自己カウンセリング (self counseling)

1 はじめに

中学生は、心と体が大きく成長する時期で成長過程の悩みもそれぞれにあり、多忙な毎日に加え、高校受験も控えているため、ストレスを抱えやすい状況にある。

また、最近は特に、人間関係によるトラブルが増える傾向にあり、人間関係スキルの必要性を感じている。しかし、よく観察していくと、むしろ自分自身とうまく付き合えていない場合が多いように見受けられる。つまり“I am OK”ではないので、人も受け入れることができずに、トラブルを起こしてしまっているのではないかと考えられる。

そこで、ヘルスカウンセリング法に基づいたスト

レスマネジメントを取得させることによって、生徒が自分の心の傾向を知り、ストレスを少しでも軽減できれば、余裕をもって中学校生活を送ることができ、自己肯定感の向上や、相手を思いやる心のゆとりにつながるのではないかと考えた。

また、ストレスをうまくコントロールできた体験は、将来にも生かされるのではないだろうかと考えて実践を試みた。

本報告では、①本校の生徒のストレス源やストレス認知、ストレスを蓄積させやすい行動特性の特徴を捉えること、②自己カウンセリングシートによるストレスマネジメント力の向上の取り組みへの効果について検討することを目的とした。

2 対象および方法

1) 調査方法

本調査は、香川県内の公立中学校に在学する1～3年生、合計774名を対象として、2004年9月に実施した。欠席および記入漏れを除く660名を分析の対象とした。その内訳は、中学1年生267名(男子123名、女子144名)、中学2年生163名(男子82名、

2006年1月28日受稿、2006年7月6日採択

香川ヘルスカウンセリング勉強会

Kagawa Health Counseling study group

連絡先：

〒761-0443 香川県高松市川島東町1361-6

1361-3Kawashimahigasi-machi Takamatsu-shi Karawa 761-0443, Japan

TEL&FAX：087-848-2709

女子 81 名)、中学 3 年生 230 名 (男子 114 名、女子 116 名) であった。

調査項目は、以下の尺度を使用した。

- ①抑うつ度¹⁾(宗像・吉羽, 1997)【20 項目, 20-80 点】:
抑うつ傾向を測定。
- ②自己抑制行動特性²⁾(宗像, 1990)【10 項目, 0-20 点】: 自分の気持の抑えやすさを測定。通称イイコ度。
- ③対人依存型行動特性 (依存度)¹⁾(宗像・吉羽, 1997)【15 項目, 0-15 点】: 他者に対しての過剰な期待の持ちやすさを測定
- ④自己価値感 (自己イメージ)²⁾【10 項目, 0-10 点】(宗像・吉羽, 1997): 自分に対する満足度を測定

- ⑤青少年ストレス源チェック³⁾【17 項目, 0-34 点】(宗像・吉羽, 1997): ストレス源を測定。オリジナル尺度が 16 項目 32 点、部活の 1 項目を追加し、17 項目 34 満点とした。

2) 介入方法

介入の流れを図 1 に示す。まず、養護教諭が生徒向けに、生徒が利用しやすいよう、「ストレスチェック」と「自己カウンセリング」を 1 つの冊子にまとめた『あなたはストレスと上手につきあっていますか?』を作成した (図 2)。

次に、職員の共通理解を得るために、各担任教諭とに「ストレスチェック」や「自己カウンセリング」の方法について説明を行った。

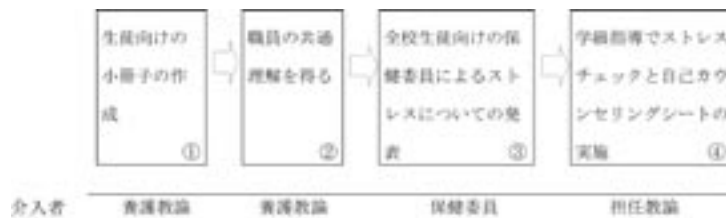


図1 本校におけるストレスマネジメントスキル向上介入の流れ

図2は「ストレスのための自己カウンセリングシート」のフォーマットである。タイトル「ストレスのための自己カウンセリングシート」の下には、例を参考にして、あなたが抱えている問題をあてはめながら、やってみよう。とある。また、迷ったときは、深く考えないで、フットにのり込んだことを書くよう。とある。

シートは8つのステップに分かれている。

- ステップ1**: あなたのストレスって何? (例: 友達ちとの人間関係)
- ステップ2**: そのストレスを思うとどんな気持ちになる? (例: 友達ちへの怒り)
- ステップ3**: 本当にどうだったらいいたいと思う? (例: いやな事を押し付けられて)
- ステップ4**: そう思っている自分ってどんな自分? (例: 嫌われたくない自分、イライラしている自分)
- ステップ5**: そんな自分にはどんな気持ちがある? (例: 断ると嫌われる不安、思っているだけで断れない)
- ステップ6**: どんな自分だったらいいかな? (例: 人に好かれたい、人を気にせずにいたい)
- ステップ7**: これまでに用できた自分のイメージに、つづいて気づいたことを書きましょう。
- ステップ8**: これからどうすれば、自分のストレスが少しでも軽くなるでしょうか。気づいたことを書きましょう。

ステップ2と3の間には、5つの感情のリストが記載されている。

- 喜ば (うれしい・ラッキー・幸せ・希望・期待・満足)
- 不安 (心配・気がかり・あせり・ハラハラ・ドキドキ)
- 怒り (くやしい・腹が立つ・涙こくる・むかつく・不満)
- 悲しみ (しょうがない・むなしい・さびしい・無力感)
- 悲しみ (つらい・苦痛・しんどい・疲れる)

図2 ストレスのための自己カウンセリングシート

更に、全校生徒にストレスについて関心をもたせ、自己カウンセリングの仕方や、その効果について知らせるために、全校集会の場を利用して、生徒保健委員会のメンバーに説明をさせた。その後、学級担任の指導のもと、各学級毎に実施した。

3) 結果

(1) 抑うつ度 (図3)

集計の結果、抑うつ度の弱い者は20%で、全体の80%に中程度以上の抑うつ度を認めた。男子に比べて女子の方が、やや抑うつ度が強い傾向になっていた。

(2) 自己抑制型行動特性 (図4)

2・3年生女子の自己抑制型行動特性が強く40%を超えており、全校平均でも35%の者が強く、自己抑制型行動特性傾向の者は84%となっていた。

(3) 対人依存型行動特性 (図5)

対人依存型行動特性については、3年生男子を除いて依存度強と判定されるものが40%を超えており、依存傾向も含むと90%の以上の者が依存していると言える。自己決定型は10%弱であった。

(4) 自己価値感 (図6)

全体の75%の者は自己価値感が低い結果となった。

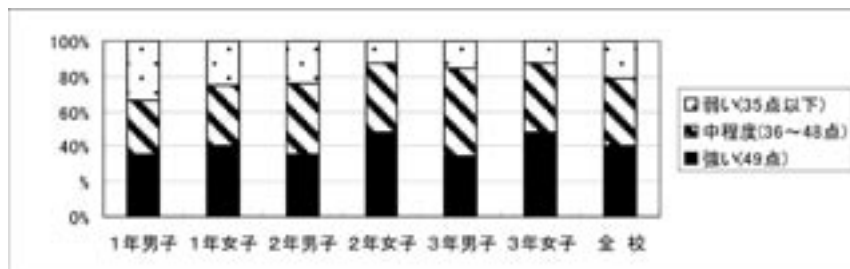


図3 抑うつ度

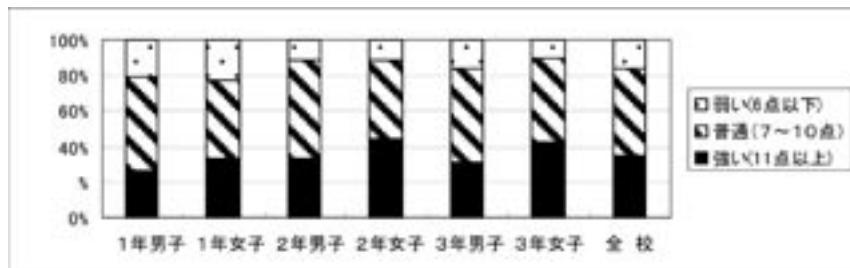


図4 自己抑制型行動特性

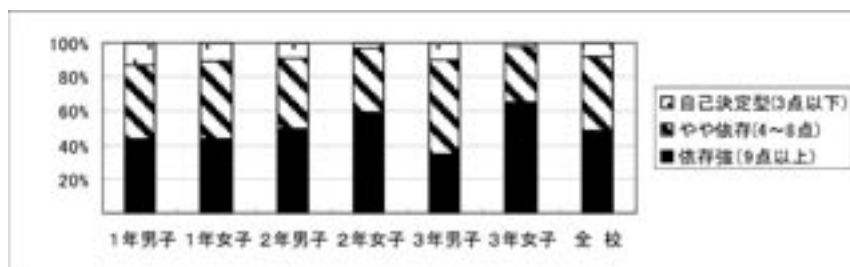


図5 対人依存型行動特性

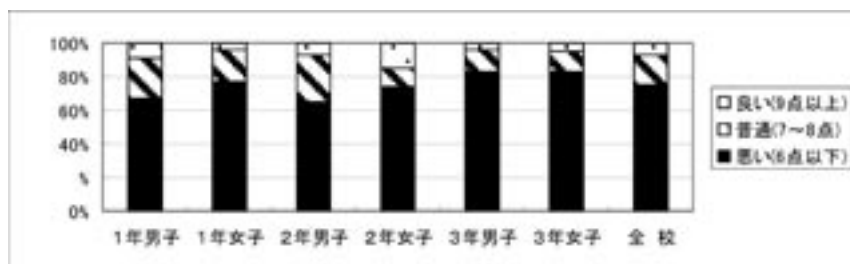


図6 自己価値感

(5) ストレス源 (図7)

青少年ストレス源チェックリストに部活動を加えて17項目でチェックさせたところ、ストレス源の1位は勉強・宿題と成績(71%)、3位は親に叱られた(60%)、4位は親からの期待(49.4%)、5位はしたくないことを強要される(49.2%)となった。3年生女子は特に、勉強や成績、自分の将来について、ストレスを強く感じている様子が伺えた。2年生女子では、塾・習い事、友人関係、仲間外れ、部活動で多くなっていた。自分の容姿については、女子の方が全体的にストレスと感じていた。

4) 自己カウンセリング

(1) 自己カウンセリングシートの構成

説明をできるだけ少なくし、以下のような簡単な問かけ式にして、5つの感情表も入れて1枚のシートにした。

内容ステップ1 あなたのストレスって何？

ステップ2 そのストレスを思うとどんな気持ちになる？

ステップ3 本当にどうだったらいと思う？

ステップ4 そう思っている自分ってどんな自分？

ステップ5 そんな自分にはどんな気持ちがある？

ステップ6 どんな自分だったらいかな？

ステップ7 これまでに出てきた自分のイメージについて、気づいたことを書きましょう。

ステップ8 ステップ6の自分になるために今、自分にできることは何か今日からできるスモールステップを書きましょう。

(2) 自己カウンセリングシート活用事例 (図8)

(3) 自己カウンセリング結果

ストレスが勉強・成績だと答えた生徒が一番多く、次に友人関係、その次に親子関係だった。その内容は、次のようなものだった。

○勉強・成績について

ア 本当にどうだったらい (要求)

- ・勉強勉強と言わないで欲しい
- ・自分に任せて欲しい
- ・他の人と比べないで
- ・差別やひいきをしないで
- ・成績が悪くても少しは褒めて欲しい
- ・もっと勉強ができたらい
- ・高校に合格したい

イ 自分の感情... 不安、情けない、自分への怒り、あせり、無力感

ウ ストレスを解消するには(スモールステップ)

- ・勉強を少しでもちゃんとする
- ・少しずつ実現する
- ・結果を気にしない
- ・めんどうなことから逃げない
- ・マイペースでいく・深く考えすぎない
- ・何事もプラスに受け止める
- ・自分の好きなことや運動をする

○友人関係について

ア 本当にどうだったらい (要求)

- ・悪口を言わないで・うるさくしないで
- ・陰でコソコソしないで
- ・いやなことを押しつけないで
- ・誰とでも仲良くなりたい・楽しくしたい
- ・一緒にいて欲しい

イ 自分の感情... 不安、情けない、くやしい、悲しい、疲れる

ウ ストレスを解消するには(スモールステップ)

- ・人を気にしない
- ・自分の気持ちや意志をはっきり伝える
- ・人に相談する・好きなことをする

○親子関係について

ア 本当にどうだったらい (要求)

- ・すぐに叱らないで
- ・同じ事を何度も言わないで
- ・やる気をなくすことを言わないで

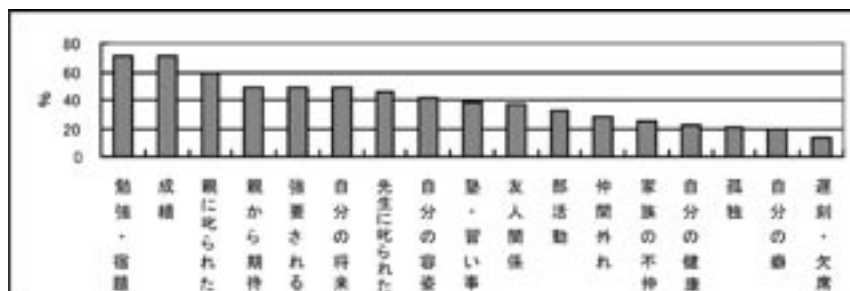


図7 青少年ストレス源チェックリスト

自己カウンセリングシート		自己カウンセリングシート	
ステップ1	成績のこと。 ケルスミズおにい、成績が思うように 上がらないう。	ステップ1	勉強や宿題のこと
ステップ2	除リハミスは自分に對して。 悲しい→自分は何だ？と無感。悔しい。 不安→遠慮。大丈夫かな。 苦しい→もっと勉強せんと。←疲れた原因	ステップ2	2
ステップ3	もっと勉強にやせたい。いい。 お母さんとやせたい。	ステップ3	いい成績が残せたい ら、いいと思う。
ステップ4	イライラする自分。 言風性のない自分。	ステップ4	あせ、て、いい自分
ステップ5	なまける気持ち。 楽しい気持ち。	ステップ5	不安 あせり。
ステップ6	毎日こつこつ自主学習する。 少しずつ効果的にのびていく。	ステップ6	勉強がききんとできて なにに對してもい、わり 判断いきら
ステップ7	ため人問。	ステップ7	自分には長所がなく、 判断力がなく、情けない というイメージが強い。
ステップ8	計画を立てて学習していきたい。 自分を甘やかしすぎない。	ステップ8	自分を高めたいために、今 ある目標を達成させる ために、できる限りのこと を一生懸命しようと思う。

＜終わってみて＞

自分のストレスについて分かりましたか？ 当てはまるものを○で囲んでください。

①よく分かった ・少し分かった ・あまり分からなかった

感想があれば書いてください。

しんといです。わりと。いけずなり。原因ある、たつたしは、

＜終わってみて＞

自分のストレスについて分かりましたか？ 当てはまるものを○で囲んでください。

よく分かった ・少し分かった ・あまり分からなかった

感想があれば書いてください。

図8 自己カウンセリングシートの活用事例

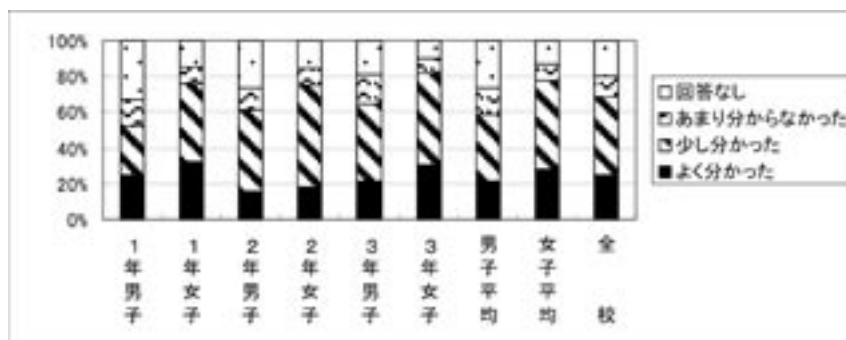


図9 実施後の生徒の評価

・高校を勝手に決めないで

イ 自分の感情...不安、イライラ、しかたない、怒り

ウ ストレスを解消するには(スモールステップ)

・心を落ち着かせる・自分をもっと通す

・話し合ってみる・気分転換をする

3) 実施後の評価 (図9)

(1) 自己カウンセリングシートを書き終えて、生徒が自分のストレスについてどの程度分かったか3段階評価させた。その結果、全校で「よく分かった」が25%、「少し分かった」が44%、「あまり分からなかった」が12%、回答無しが20%であった。

相対的には、女子の方がまじめに取り組めており、理解度も80%に近かった。それに比べ、男子の方は1年生は50%、2～3年生は60%と理解度が低かった。

(2) 自己カウンセリング後の生徒の感想

ア自分に自信をもちたい。自信がついたらストレスが絶対減ると思う。

イ自分を好きになっていないことが分かった。どうすれば好きになれるのかな。

ウ依存度が高くて、人に甘えているなと思った。

エ周りを気にせずにストレスを減らせれば、何事もうまくいくと思う。

オ成績でみんなの関心を引こうとしている自分が見えた。

カ心の中にためていても、ダメだと分かった。

4 考察

ストレスチェックと自己カウンセリングを実施した結果、生徒が自己理解を深め、ストレスを自ら解決に導くことができるSAT活用の「自己カウンセリング」は、生徒数が多く、個別に対応しきれない大規模校の本校には適切であった。また、単なるアンケートではなく、質問項目をチェックすることで自分の傾向が分かり、自分のストレスに気づくこと

ができるSAT法のチェックリストは自己理解に役立ったと考えられた。指導する教師が専門的な技能や経験がなくても取り組むことができ、しかも効果を期待できるものとして、SAT法(構造化連想法)のヘルスカウンセリングを取り入れた。SAT活用のヘルスカウンセリング法は、行動科学に基づいた構造化連想法により、意識化が可能で、かつ行動につながる強い心のエネルギーを持った感情に焦点を当てることにより、隠れた感情を明らかにすることで、本当の問題に気づかせることができる。

それぞれの心理特性を見ると、本校の生徒は、自己抑制型行動特性の強い者が多い傾向にあり、自分の気持ちを抑えてまわりの、中学生の場合は、特に親や友人の期待に答えようと、言いたいことも言えずに分かって欲しい気持ちが募っていてとても苦しい状況にあると推察された。

次に、対人依存型行動特性も高い傾向を有し、やや依存する傾向や依存度の強い者が多く、愛情キガ感の強い状態と解された。自己価値感については、自己抑制型行動が強い傾向にあり、ストレスを抱えている状況なので、自己イメージが悪い結果になっていると考えられた。しかし、「こんな自分ではいやだ。」との成長心が高まっているとも考えられるので、何とかした気持ちを自己カウンセリングによって解決することが可能ではないかと考えられた。この、ストレスの対処の仕方を一度経験していると、今後も活用できると考えられた。

また、自己カウンセリングの限界として、一斉指導では自己解決に至らない者について、個別に対応することも考えておくべきであり、ストレス度の高い生徒が多いので、リラクゼーションの技法を取り入れた活動をすすめていく必要がある。その上、生徒のストレス源ともなっている、勉強に対する親からの期待については、保護者のストレスマネジメントも取り入れていくべきだと考えられた。

これからは、生徒の自己価値感を向上させるため

の手だてについて、全ての教育活動にあらゆる方法を取り入れていく必要がある。

5 まとめ

香川県内の公立中学校に在学する、1～3年生合計660名を対象に、調査および自己カウンセリングを実施し、中学生のストレス源と心理特性・自己カウンセリングの効果について検討した。今回の調査では、以下のことが示された。

- (1) 生徒の評価から、およそ70%の者が自分のストレスについて理解できていた。
- (2) 「自己抑制度」や「依存度」について、生徒には聞き慣れない言葉であったが、自己カウンセリングの結果から見ると、自己理解に役立っていた。

引用文献

- 1) ヘルスカウンセリング学会編：ヘルスカウンセリング事典，日総研，360，364-365（1999）
- 2) 宗像恒次：最新行動科学から見た健康と病気，メヂカルフレンド社，25，213，東京（1998）
- 3) 宗像恒次：自己カウンセリングで成長する本，26-27，DAN ぽ，東京（1997）

参考文献

- 宗像恒次：自己カウンセリングで本当の自分を発見する本，中経出版，東京（2000）
- 宗像恒次：親子カウンセリングで成長する本，DAN ぽ，東京（1998）
- 宗像恒次：自己カウンセリングで成長する本，DAN ぽ，東京（1997）

VIII

定款及び内規等

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会設立趣意書

行動の変容や継続を図るには「自分にとって今何が問題なのか」「自分が何をすればよいのか」ということに気づくことが必要である。そのためには、自分の気持ちがわかってもらえ、安心して自己吟味、自己主張、自己決定ができる関係や場を持てるかどうかにかかわってきている。こうした関係や場をつくるには、個人や集団に対するカウンセリング技法を身につけることが不可欠となる。相手の感情を正しくつかみ、個々人のニーズを的確にとらえた適切なヘルスコミュニケーションを取るためである。

本学会ではこうした健康行動科学に基づくヘルスカウンセリング技法の発展と普及を目指している。科学技術としてのヘルスカウンセリングとはどういうものであり、どのような訓練をしていけば習得できるかについての研究や教育の場づくりを目的とした学術団体とする。また、資格審査機構における資格認定制度を設ける。

— 主な役員 の 紹介 —

学会長

宗像 恒次 (筑波大学大学院人間総合科学研究科教授、ヘルスカウンセリング学分野)

理事長

保坂 誠 (千葉県立衛生短期大学、助教授)

副理事長

小森まり子 (ヘルスカウンセリングセンター所長、ヘルスカウンセリング)

橋本佐由理 (筑波大学大学院人間総合科学研究科助教授、ヘルスカウンセリング学分野)

顧問

山崎久美子 (早稲田大学教授、心理学)

石隈 利紀 (筑波大学教授、学校心理学)

星野 厚子 (戸板女子短期大学前教授、栄養学)

長谷川 浩 (東海学園理事、心理学)

久村 正也 (北海道医療大学客員教授、心身医学)

中井 吉英 (関西医科大学教授、心身医学)

國分 康孝 (東京成徳大学、カウンセリング学)

定 款

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会

第1章 総 則

(名 称)

第1条 この法人は、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会と称する。

2 この法人の英文名はAcademy for Health Counselingとし、略称をAHCとする。

(事務所)

第2条 この法人は、主たる事務所を千葉県市川市八幡2丁目6番18-501号に置く。

第2章 目的及び事業

(目 的)

第3条 この法人は、構造化連想法にもとづくヘルスカウンセリングの発展を図り、保健・医療・福祉・教育従事者をはじめ一般市民への普及を図り、健やかな家庭、学校、地域、職場づくりを実現し、いきいきとした市民の育成に貢献することを目的とする。

(特定非営利活動の種類)

第4条 この法人は第3条の目的を達成するために、次に掲げる種類の特定非営利活動を行う。

- (1) 保健、医療又は福祉の増進を図る活動
- (2) 社会教育の推進を図る活動
- (3) 災害救援活動
- (4) 子どもの健全育成を図る活動

(事 業)

第5条 この法人は、第3条の目的を達成するために、次の事業を行う。

- (1) 特定非営利活動に係る事業
 - ① 認定資格研修セミナー事業
 - ② 資格認定審査事業
 - ③ 講演会開催
 - ④ 学習会(勉強会)支援
 - ⑤ ヘルスカウンセリング学会年次大会
 - ⑥ ニュースレター発行
 - ⑦ 学会年報の発刊
 - ⑧ 講師・カウンセラーの出張

- ⑨ 心とからだの相談事業
- ⑩ ストレスマネジメントの個人及び集団相談事業
- ⑪ 心身の健康調査、研究及び開発等に関する事業
- ⑫ 地域の医療・保健・福祉・教育諸団体との交流、連携、協力

第3章 会 員

(会員の種別)

第6条 この法人の会員は、次の4種とし、運営会員をもって特定非営利活動促進法(以下「法」という。)上の社員とする。

- (1) 運営会員 この法人の目的に賛同し、活動を推進するために入会する法人及び個人並びにこれらの者を構成員とする団体とする。
- (2) 通常会員 この法人の目的に賛同して入会する法人及び個人並びにこれらの者を構成員とする団体とする。
- (3) 賛助会員 前2項に該当しないもので、この法人の事業に協力しようとするものとする。
- (4) 名誉会員 本学会に功労のあった者又は学識経験者で総会において推薦され、承認をうけた者とする。

(入 会)

第7条 会員は、次に掲げる条件を備えなければならない。

- (1) この法人の会員になろうとするものは、別に定める入会申込書を学会長に提出し、理事会の承認を得なければならない。
- (2) 法人又は団体たる会員にあっては、法人又は団体の代表者としてこの法人に対してその権利を行使する1人の者(以下「会員代表者」という。)を定め、学会長に届け出なければならない。
- (3) 会員代表者を変更した場合は、速やかに別に定める変更届を理事長に提出しなければならない。

(会 費)

第8条 会員は、総会において定める会費を納入しなければならない。

(会員資格の喪失)

第9条 会員が次の各号の一に該当するに至ったときは、その資格を喪失する。

- (1) 死亡し又は失踪宣言を受けたとき。
- (2) 法人又は団体が解散し又は破産したとき。
- (3) 会費を納入せず、催促後なお会費を一年以上納入しないとき。
- (4) 除名されたとき。

(退 会)

第10条 会員が退会しようとするときは、別に定める退会届を学会長に提出しなければならない。

(除 名)

第11条 会員が次の各号の一に該当するとき、総会において運営会員総数3分の2以上の議決を得て、これを除名することができる。

- (1) この法人の定款又は規則に違反したとき。
 - (2) この法人の名誉を損し、又はこの法人の目的に反する行為をしたとき。
- 2 前項の規定により会員を除名する場合は、当該会員にあらかじめ通知するとともに、除名の議決を行う総会において、当該会員に弁明の機会を与えなければならない。

(提出金品の不返還)

第12条 既納の会費及びその他の拠出金品は、その理由の如何を問わず返還しない。

第4章 役 員 等

(種別及び定数)

第13条 この法人に、次の役員を置く。

- (1) 理事 10人以上20人以内
 - (2) 監事 1人以上3人以内
- 2 理事のうち、1人を学会長、1人を理事長、2人を副理事長、10人以内を常任理事とする。

(選任等)

第14条 役員は、別に定める規約により、推薦委員会によって、会員（法人又は団体の場合にあつては、会員代表者とする。以下同じ。）のうちから候補者を推薦する。次にその候補者から会員全員の投票によって選任する。

- 2 総会が招集されるまでの間において、補欠又は増員のため理事又は監事を緊急に選任する必要があるときは、前項の規定にかかわらず、理事会の議決を得て、これを行うことができる。この場合においては、当該理事会開催後最初に開催する総会において承認を受けなければならない。
- 3 学会長、理事長、副理事長、常任理事は、理事会において理事の互選により定める。
- 4 理事及び監事は、相互に兼ねることができない。

(職 務)

第15条 理事は、理事会を構成し、業務の執行を決定する。また学会長及び理事長及び副理事長を補佐して業務を分担処理する。

- 2 学会長は、この法人を代表し、会務全体を統括する。
- 3 理事長は、学会長を補佐して理事会を統括し、本会の運営にあたる。
- 4 副理事長は、理事長を補佐して業務を掌理し、理事長に事故があるとき又は理事長が欠けたときは、その職務を代行する。
- 5 監事は、次に掲げる職務を行う。
 - (1) 理事の業務執行の状況を監査すること
 - (2) この法人の財産の状況を監査すること
 - (3) 前2号の規定による監査の結果、この法人の業務又は財産に関して不正の行為又は法令若しくは定款に違反する重大な事実があることを発見した場合には、これを総会又は所轄庁に報告すること
 - (4) 前号の報告をするため必要がある場合には、総会を招集すること
 - (5) 理事の業務執行状況又はこの法人の財産の状況について、理事に意見を述べ、若しくは理事会の招集を請求すること

(任 期)

第16条 役員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

- 2 補欠又は増員により選任された役員の任期は、前項の規定にかかわらず、前任者又は他の現任者の残任期間とする。
- 3 役員は、辞任又は任期満了の後においても、後任が就任するまでは、その職務を行わなければならない。

(欠員補充)

第17条 理事又は監事のうち、その定数の3分の1を超える者がかけたときは、遅滞なくこれを補充しなければならない。

(解 任)

第18条 役員が次の各号の一に該当するときには、運営会員の3分の2以上の議決を得て、当該役員を解任することができる。

- (1) 心身の故障のため職務の執行に堪えないと認められるとき。
- (2) 職務上の義務違反、その他役員たるにふさわしくない行為があると認められるとき。
- 2 前項第2号の規定により解任する場合は、当該役員にあらかじめ通知するとともに、解任の議決を行う総会において、当該役員に弁明の機会を与えなければならない。

(報 酬)

第19条 役員は、その総数の3分の1以下の範囲内で報酬を受けることができる。

- 2 役員にはその職務を執行するために要した費用を弁償することができる。
- 3 前2項に関し必要な事項は、総会の議決を経て、理事長が別に定める。

(代議員)

第20条 この法人に代議員10名以上20名以内を置く。

- 2 代議員は都道府県支部、専門部会の各総会において、会員のうちから候補者を推薦し、会員全員の投票により選任する。
- 3 代議員は都道府県支部会員、専門部会会員を代表し、会員の意思を理事会及び総会に反映させる。

(顧 問)

第21条 この法人に顧問10人以内を置くことができる。

- 2 顧問は学識経験又はこの法人に功労のあった者のうちから、理事会の推薦により、学会長が委嘱する。
- 3 顧問は、この法人の運営に関して学会長の諮問に答え、又は学会長に対して意見を述べる。
- 4 第16条第1項の規定は、顧問について準用する。

(事務局の設置等)

第22条 この法人に、この法人の事務を処理するため、事務局を置く。

- 2 事務局には、事務局長その他の職員を置く。
- 3 事務局長及びその他の職員は、学会長が任免する。
- 4 事務局の組織及び運営に関し必要な事項は、総会の議決を経て、学会長が別に定める。

第5章 総 会

(職 別)

第23条 この法人の総会は、通常総会及び臨時総会とする。

(構 成)

第24条 総会は、運営会員をもって構成する。

(権 能)

第25条 総会はこの定款に定めるもののほか、以下の本会の運営に関する重要事項を決議する。

- (1) 定款の変更
- (2) 解散
- (3) 合併
- (4) 事業計画及び収支予算並びにその変更
- (5) 事業報告及び収支決算
- (6) 役員の選任又は解任、職務及び報酬
- (7) 会費の額
- (8) 借入金（その事業年度内の収入をもって弁償する短期借入金を除く。第50条において同じ。）その他新たな義務の負担及び権利の放棄
- (9) 事務局の組織および運営
- (10) その他運営に関する重要事項

(開 催)

第26条 通常総会は、毎年1回、事業年度終了後30日以内に開催する。

- 2 臨時総会は、次の各号のいずれかに該当する場合に開催する。
- (1) 理事会が必要と認めたとき。
- (2) 運営会員の5分の1以上から会議の目的たる事項を示して請求があったとき。
- (3) 第15条第5項第4号の規定により監事から招集があった時。

(招 集)

第27条 総会は、学会長が招集する。

- 2 総会を招集する場合は、日時及び場所並びに会議の目的たる事項及びその内容を示した書面をもって、開会の7日前までに通知しなければならない。
- 3 前条第2項第1号もしくは第2号の請求があったときは、学会長は、速やかに会議を招集しなければならない。

(議 長)

第28条 総会を開催したときは、運営会員のうちから議長を選出する。

(定足数)

第29条 総会は、運営会員の2分の1以上の出席をもって成立する。

(議 決)

第30条 総会における議決事項は、第27条第2項の規定によってあらかじめ通知した事項とする。

- 2 総会の議事は、この定款に規定するもののほか、出席した運営会員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(表決権等)

第31条 各運営会員の表決権は、平等なものとする。

- 2 やむを得ない理由のため、総会に出席できない運営会員は、あらかじめ通知された事項について、書面又は代理人をもって表決権を行使することができる。
- 3 前項の規定により表決した運営会員は、前2条、次条第1項及び第51条の適用については、総会に出席したものとみなす。
- 4 総会の決議について特別の利害関係を有する運営会員は、その決議に加わることはできない。

(議事録)

第32条 総会の議決については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。

- (1) 開催の日時及び場所
- (2) 運営会員の総数
- (3) 出席した運営会員（書面表決者及び表決委任者を含む）
- (4) 議決事項

(5) 議事の経過の概要

(6) 議事録署名人の選任に関する事項

- 2 議事録には、議長及び出席した運営会員のうちからその会議において選任された議事録署名人2人以上が署名、押印しなければならない。

第6章 理 事 会

(構 成)

第33条 理事会は、理事をもって構成する。

(権 能)

第34条 理事会は、この定款で定めるもののほか、次の事項を議決する。

- (1) 総会に付議すべき事項
- (2) 総会の議決した事項の執行に関する事項
- (3) その他総会議決を要しない会務の執行に関する事項

(開 催)

第35条 理事会は、次の各号の一に該当する場合に開催する。

- (1) 学会長あるいは理事長が必要と認めたとき
- (2) 理事総数の5分の1から会議の目的である事項を記載した書面をもって招集の請求があったとき
- (3) 第15条第5項第5号の規定により、監事からの招集の請求があったとき

(招 集)

第36条 理事会は、理事長が招集する。

- 2 理事長は、前条第2号及び第3号の規定による請求があったときは、その日から30日以内に理事会を招集しなければならない
- 3 理事会を招集するときは、会議の日時、場所、目的及び審議事項を記載した書面をもって開催の日の少なくとも7日前までに通知しなければならない。

(議 長)

第37条 理事会の議長は、理事長あるいは理事長が指名した理事がこれにあたる。

(議 決)

第38条 理事会の議決事項は、第36条第3項の規定

によってあらかじめ通知した事項とする。

- 2 理事会の議事は、理事総数の過半数の同意をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

(表決権等)

- 第39条 各理事の表決権は、平等なるものとする。
- 2 やむを得ない理由のため理事会に出席できない理事は、あらかじめ通知された事項について書面をもって表決する事ができる。
 - 3 前項の規定により表決した理事は、前条及び次条第1項の適用については、理事会に出席したものとみなす。
 - 4 理事会の議決について、特別の利害関係を有する理事は、その議事の議決に加わる事ができない。

(議事録)

- 第40条 理事会の議事については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。
- ① 開催の日時及び場所
 - ② 理事総数、出席者数及び出席者氏名（書面表決にあたっては、その旨を付記すること）
 - ③ 審議事項
 - ④ 議事の経過の概要及び議決の結果
 - ⑤ 議事録署名人の選任に関する事項
- 2 議事録には、議長及びその会議において選任された議事録署名人2名以上が署名、押印しなければならない。

第7章 資産及び会計

(資産の構成)

- 第41条 この法人の資産は、次の各号をもって構成する。
- (1) 設立当初の財産目録に記載された資産
 - (2) 会費
 - (3) 寄付金品
 - (4) 事業に伴う収入
 - (5) 資産から生じる収入
 - (6) その他の収入

(資産の管理)

- 第42条 この法人の資産は学会長が管理し、その方法は総会の決議を経て、学会長が別に定める。

(会計の原則)

- 第43条 この法人の会計は、法第27条各号に掲げる原則に従って行うものとする。

(事業計画及び予算)

- 第44条 この法人の事業計画及びこれに伴う収支予算は、毎事業年度ごとに学会長が作成し、総会の議決を経なければならない。

(暫定予算)

- 第45条 前条の規定にかかわらず、やむを得ない理由により予算が成立しないときは、学会長は、理事会の議決を経て、予算成立の日まで前事業年度の予算に準じ収入支出することができる。
- 2 前項の収入支出は、新たに成立した予算の収入支出とみなす。

(予備費の設定及び使用)

- 第46条 予算超過又は予算外の支出に充てるため、予算中に予備費を設けることができる。
- 2 予備費を使用するときは、理事会の議決を経なければならない。

(予算の追加及び更正)

- 第47条 予算議決後にやむを得ない事由が生じたときは、総会の議決を経て、既定予算の追加又は更正をすることができる。

(事業報告及び決算)

- 第48条 この法人の事業報告書、財産目録、貸借対照表及び収支決算書等の決算に関する書類は、毎事業年度終了後、速やかに学会長が作成し、監事の監査を受け、総会の議決を経なければならない。
- 2 決算上、剰余金が生じたときは、次事業年度に繰り越すものとする。

(事業年度)

- 第49条 この法人の事業年度は、毎年9月1日に始まり、翌年8月31日に終わる。

(臨機の措置)

- 第50条 予算をもって定めるもののほか、借入金の借入れその他新たな義務の負担をし、又は権利の放棄をしようとするときは、総会の議決を経なければならない。

第8章 定款の変更、解散及び合併

(定款の変更)

第51条 この法人が定款を変更しようとするときは、総会に出席した運営会員の4分の3以上の多数による議決を経、かつ、法第25条第3項に規定する軽微な事項を除いて所轄庁の認証を得なければならない。

(解 散)

第52条 この法人は、次に掲げる事由によって解散する。

- (1) 総会の決議
 - (2) 目的とする特定非営利活動に係わる事業の成功の不能
 - (3) 運営会員の欠亡
 - (4) 合併
 - (5) 破産
 - (6) 所轄庁による認証の取消
- 2 前項1号の規定に基づいて解散するときは、運営会員総数の4分の3以上の議決による。
- 3 第1項第2号の規定に基づいて解散するときは、所轄庁の認定を受けなければならない。

(清算人の選任)

第53条 この法人が解散したときは、理事が清算人になる。

(残余財産の帰属先)

第54条 この法人が解散（合併又は破産による解散を除く）したときに残存する財産は、法11条第3項に掲げるもののうち、総会で決定したものに譲渡するものとする。

(合 併)

第55条 この法人が合併しようとするときは、総会において運営会員総数の4分の3以上の議決を経、かつ、所轄庁の認証を得なければならない。

第9章 公告の方法

第56条 この法人の公告は、この法人の掲示板に掲示するとともに、官報に掲載して行う。

第10章 雑 則

(細 則)

第57条 この定款の施行について必要な細則は、理事会の議決を経て、学会長がこれを定める。

付 則

- 1 この定款は、この法人の成立の日から施行する。
- 2 この法人の設立当初の役員は下記の通りである

学 会 長	宗 像 恒次
理 事 長	保 坂 誠
副理事長	小森まり子
副理事長	橋本佐由理
理 事	池田 佳子
理 事	奥村 秀則
理 事	小沢かほる
理 事	岸本 恵子
理 事	後藤 恵子
理 事	鈴木 浄美
理 事	鈴木 克則
理 事	竹馬 庸裕
理 事	水上 玲子
理 事	山田 英俊
理 事	吉田由加里
監 事	石割 郁子
監 事	多田 芳江

- 3 この法人の設立当初の役員の任期は、第16条第1項の規定に関わらず、成立の日から平成16年9月30日までとする
- 4 この法人の設立当初の事業計画及び収支予算は第44条の規定にかかわらず、設立総会の定めるところによるものとする。
- 5 この法人の設立当初の事業年度は、第49条の規定にかかわらず、成立の日から15年8月31日までとする。
- 6 この法人の設立当初の会費は、次に掲げる額とする。

(1) 運営会員

- ・個人 年会費 5000円
- ・団体 年会費 50000円

(2) 通常会員

- ・個人 年会費 5000円
- ・団体 年会費 50000円

(3) 賛助会員

- ・個人 年会費 5000円（一口）
- ・団体 年会費 50000円（一口）

(学会公認カウンセラー) 研修と資格審査

学会公認カウンセラーの資格を取るには

カウンセラーの学会公認資格を 取得すること

心の問題に興味を持ちプロのカウンセラーになりたいと考える方が増えています。最近の調査ですと、女子高生のなりたい職業のNo.2にカウンセラーが選ばれたほどです。あるいは、人のため、自分のためにカウンセリングの技術を身に付けたいとお考えの方もいらっしゃるでしょう。

カウンセラーの資格は国家資格はないので、資格がなければカウンセリングができないという性質のものではありません。しかし、車に乗ろうと思えば練習場に通い技術を習得し、免許を取得していきますね。カウンセリングも同じように、技術を確実なものとして、資格を取得できるレベルにはなりたいものです。

学会公認カウンセラーの仕事

学会公認カウンセラーとして、実際に活躍するためには、まず学会に所属し、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会認定の資格審査にパスする必要があります。

その後、資格のレベルに応じてスキルアップ研修も用意されており、担当可能な仕事ができます。

カウンセリングルーム、病院、診療所でのカウンセリングなど、学会公認心理カウンセラーや学会公認ヘルスカウンセラーのインターンを経て、それらの仕事ができるようになります。また、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会認定研修の学会公認スーパーバイザーや学会公認講師のインターンを経て、それらの仕事でもできるようになります。

カウンセラーのレベル別効果と限界 (宗像恒次1998年)

カウンセラーのレベル	効果と限界
①身の上相談者	参考意見はもらえても、問題解決はしなし、自己成長できることはまずない。
②言葉をくり返すだけのカウンセラー	自分の言いたいことが見えてきて、少し気持ちが楽になり、ちょっとした問題解決にはなるが、本当の問題解決にはならない。自己成長にもほとんどつながらない。
③共感的にくり返しのできるカウンセラー (世間的に優れたカウンセラー)	気持ちが癒され、ちょっとした問題解決になっても隠れた問題解決にならず、時間もかかり自己成長にもほとんどつながらない。
④トラウマ体験を癒せ、 自己成長を支えられるカウンセラー 学会公認心理カウンセラー	気持ちがとても癒され、問題解決行動がとられる効果をもつ。隠れた問題解決や自己成長にもつながるが同じ問題を再発することがある。
⑤問題の再発予防のための自己変容を促す カウンセラー (スーパーカウンセラー) ヘルスカウンセリング学会 学会公認ヘルスカウンセラー 学会公認イメージ療法士	④の効果に加えて、生涯をネガティブに支配するパーソナリティ特性を変容し、問題の再発を予防。まわりや子孫への伝達をさせられるようになる。また、新たな問題予防のための自己カウンセリング能力を確実に高められる。

学会公認カウンセラーの資格をとるには

資格をとるためには、資格審査機構に以下の手順をふんだ上で臨みます。

- 1) ベーシック、アドバンス、マスター (POM)、マスター (SOM) を少なくとも 1 回終了しておきます。

その後も SAT カウンセリングの基本姿勢や技法の展開が自動化できるように練習するため、フォローアップセミナーや全国各地の勉強グループに参加しましょう。

また、カウンセリングを受けたり、自己カウンセリングを徹底して、解決していきましょう。それが一番の早道です。

- 2) 学科試験をクリアしておきます。

- 3) 資格審査機構に以下のものを提出します。
(予備審査によって心理カウンセラー、ヘルスカウンセラー、イメージ療法士に適格の評価を得ている場合は提出する必要は

ありません)

- 審査のために記録したテープ
- カウンセリングプロセスを記入した記録紙
- 資格審査機構評価リストに自己評価で○印をつけたもの

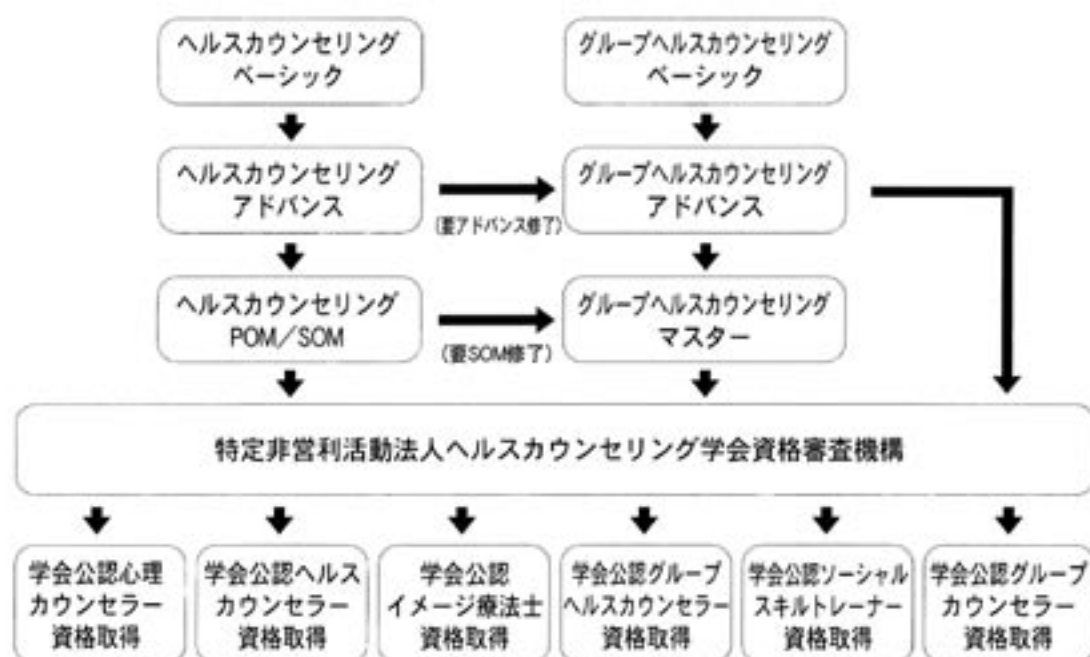
- 4) 心理カウンセラーおよびヘルスカウンセラー資格審査申請書に記入し、ベーシック・アドバンス・マスターの修了証のコピーを提出します。

- 5) 規定の資格審査料金、登録料金を支払います。

以上の手続きを行い、該当する資格の認定審査を受けます。公認後の心理カウンセラーおよびヘルスカウンセラー等資格有効期間は資格取得後 3 年間となっています。資格則にのっとり、3 年ごとに資格更新する必要があります。

特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会公認資格の取得までのプロセス

研修コース名と資格の種類

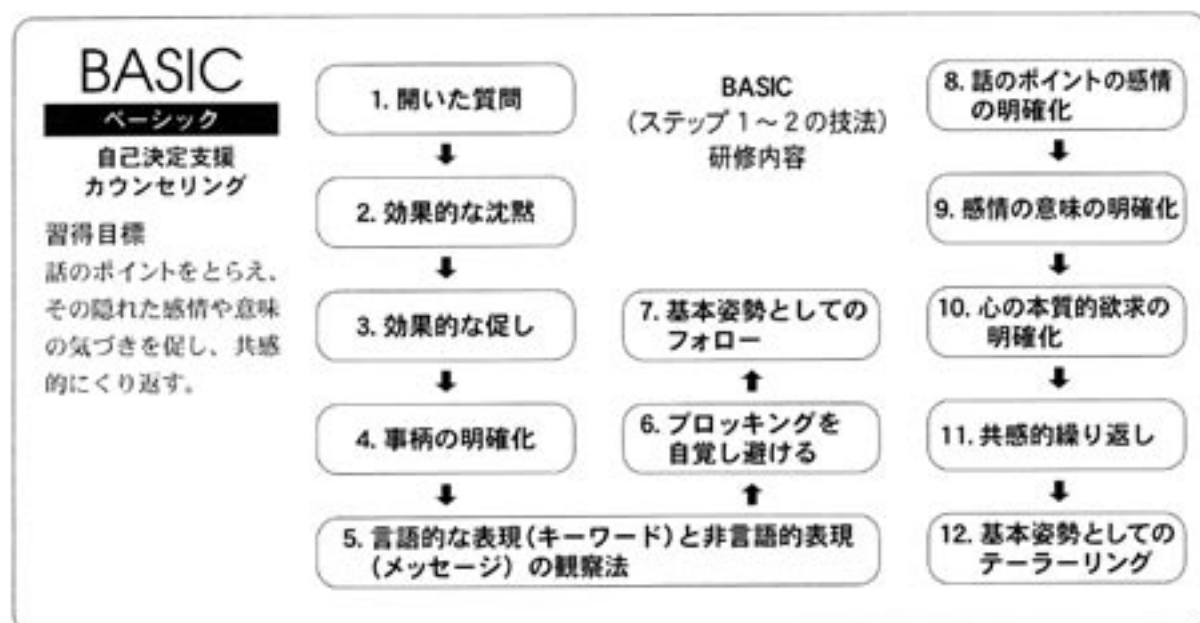


本学会方式のカウンセリングの研修とは？

特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会の公認カウンセラー資格研修システムには、ベーシック、アドバンス、マスター（自己成長手順型POM）、マスター（自己変容型SOM）という3つのプログラムがあります。

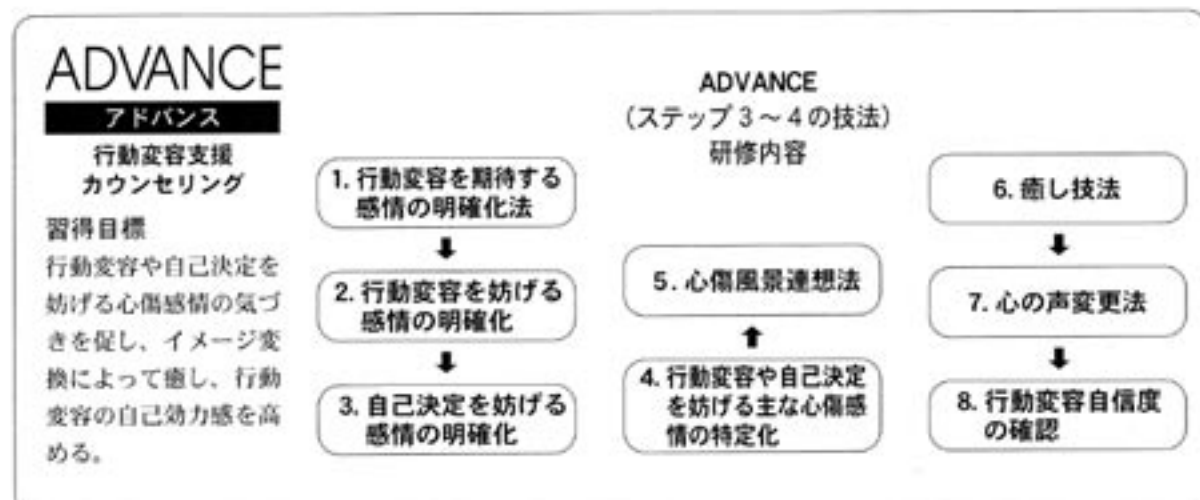
それぞれのプログラムごとに、段階をおって技法を習得できるようになっています。

ベーシックではステップ1～2の技法を、アドバンスではステップ3～4の技法を、そしてマスターではステップ5の技法を習得するといった形で、3つのプログラムを修了することで、全技法を学ぶことができるようになっています。では、それぞれの研修の内容をかんたんに見ていきましょう。



受講料：ベーシック 30,000円／グループベーシック 30,000円

※特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会員は5,000円割引。通信講座もあります。



受講料：アドバンス 35,000円／グループアドバンス 35,000円

※特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会員は5,000円割引。

MASTER (自己成長手順型)

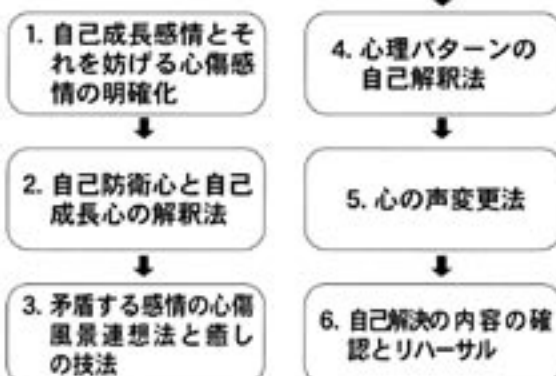
Procedure-oriented Master
マスターPOM

心身健康支援カウンセリング

習得目標

クライアントの不安をつくる自己防衛心と自己成長心の矛盾を見出し、それをつくったトラウマ情景の気づきを促す。そして、効果的な自己解釈の技法を使うことで、クライアントの心理パターンへの気づきを助け、心理パターンによる悪循環をもたらし心の声を良い循環となる心の声に変更することを支え、心身問題の自己解決を支援する。

MASTER POM
(ステップ5の技法)
研修内容



受講料：POM自己成長手順型マスター 35,000円／グループマスター 35,000円

※特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会員は5,000円割引。

MASTER (自己変容型)

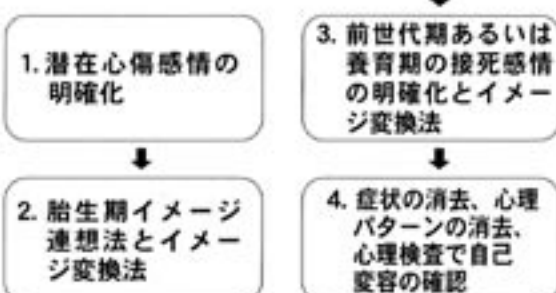
Self-growth-oriented Master
マスターSOM

難治性心身療法カウンセリング

習得目標

クライアントのもつ心やからだや行動に出るサインを手がかりに、潜在心傷感情に気づき、そこで受けたダメージのあるイメージの治療を行い、確実な自己成長と難治性の心身問題の解決を支援する。心理テストや生理検査の結果で、改善をチェックできる。

MASTER
(VERSION V)
研修内容



受講料：SOM臨床への応用、自己変容型マスター 35,000円

※特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会員は5,000円割引。

特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会のインターン制度やスキルアップ研修制度

マスター修了者や有資格者はインターンとなり、次の要件にて研修生や各セミナーのスーパーバイザーやヘルパーやメンバーをして研修を続けることができます。

	インターン実施場所			その他、学会、ヘルスカウンセリングセンターやヘルスカウンセリング学会のカウンセリンググループ等で研修生として学習を続けることができます。研修料無料／報酬無
	Basicコース	Advanceコース	Masterコース	
学会公認イメージ療法士 学会公認ヘルスカウンセラー	スーパーバイザー 研修費無料／報酬無。ただし学会から依頼を受けた場合は報酬有	スーパーバイザー	スーパーバイザー及びメンバー	
学会公認心理カウンセラー	スーパーバイザー 研修費無料／報酬無。ただし学会から依頼を受けた場合は報酬有	スーパーバイザー	ヘルパー及びメンバー	
マスター修了者	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	
	研修費無料／報酬無			

特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会公認資格 審査における学科試験及び審査までの手続き

目的

ヘルスカウンセリングやグループヘルスカウンセリングにおいて必要なSAT法を中核とするカウンセリング学や、理解を深める関連用語(健康行動科学など)に関する知識を問うために学科試験を行います。

試験される資格別学力

- 公認ヘルスカウンセラー
 - ・ SAT カウンセリング共通学力
 - ・ (健康行動科学を含む)ヘルスカウンセリングに関する学力
- 公認心理カウンセラー
 - ・ SAT カウンセリング共通学力
- 公認グループヘルスカウンセラー
 - ・ SAT カウンセリング共通学力
 - ・ ヘルスカウンセリングに関する学力
 - ・ グループカウンセリングに関する学力
- 公認グループカウンセラー、公認ソーシャルスキルトレーナー
 - ・ SAT カウンセリング共通学力
 - ・ グループカウンセリングに関する学力
 - ・ ソーシャルスキルトレーニングに関する学力
(公認ソーシャルスキルトレーナーのみ)
- 公認イメージ療法士
 - ・ SAT カウンセリング共通学力
 - ・ ヘルスカウンセリングに関する学力
 - ・ SAT イメージ療法に関する学力

試験方式

○×式、選択式、記入式

学力試験場所

- 公認ヘルスカウンセラー資格及び公認心理カウンセラー資格
各ヘルスカウンセリングマスター (POM、SOM) 会場にてセミナー開始1日目終了後に原則実施します。試験時間は30分以内。資格別出題範囲は上記「試験される資格別学力」参照。
- 公認グループカウンセラー資格
各グループカウンセリングアドバンス会場にてセミナー開始1日目終了後に原則実施します。試験時間は30分以内。資格別出題範囲は上記「試験される資格別学力」参照。
- 公認グループヘルスカウンセラー資格
各グループカウンセリングマスター会場にてセミナー開始1日目終了後に原則実施します。試験時間は30分以内。資格別出題範囲は上記「試験される資格別学力の程度」参照。

● 公認ソーシャルスキルトレーナー資格

グループカウンセリングマスター会場にて原則実施されます。

● 公認イメージ療法士資格

SOM マスター会場にてセミナー1日目終了後に原則実施されます。

出題のためのテキスト

ヘルスカウンセリング学会編

SATヘルスカウンセリング事典 日経研出版1999年

SATイメージ療法テキスト、SATソーシャルスキルトレーニングテキスト(研修で配布された資料)

受験費用

それぞれの学科試験毎に2,000円

結果の通知

試験終了日より、約1週間後に学会より通知します。

合格基準と有効期間

1. 80%以上の正答率をもって合格とします。
2. テープ技能検査(あるいは実地技能検査)を合格するまで2年間のみの有効とします。

公認心理カウンセラー、公認ヘルスカウンセラー、公認グループヘルスカウンセラー、公認イメージ療法士資格審査のための予備審査に必要な手続き(希望者のみ)

予備審査制度とは、資格審査機構で審査されるために、予備的審査を受け必要なコメントや評価を得て本審査会の手続きを効率かつ効果的に促そうとするものです。

予備審査に必要なカセットテープや書類を整え、学会事務局へ送付ください。

1. 審査のための記録したカセットテープ
※カセットテープは最初に巻き戻しておいてください。また、ダビングをして提出用とは別に自分用を必ず保管してください。
2. カウンセリングプロセスを記入した記録紙
3. 心理カウンセラー、ヘルスカウンセラー、グループヘルスカウンセラー、イメージ療法士資格審査機構評価リストに自己評価点をつけたもの
4. 複数審査コメントの希望者はテープ審査送付のうちに1名か、あるいは2名、3名までのコメント希望者を明記してもらい、必要な審査料金(審査者1名のコメントにつき3,000円)を支払うことにより複数審査を受けることが出来るようになります。

資格審査までの手続き

- 1.ヘルスカウンセリング・ベーシック、アドバンス、マスターを少なくとも各1回修了のこと。
修了証のコピーを提出します。
- 2.学科試験合格証のコピーを提出します。
- 3.予備審査によって公認心理カウンセラー、公認ヘルスカウンセラー、公認グループヘルスカウンセラー、公認イメージ療法士の適格の評価をあらかじめ得ているか、あるいは次のものを提出します。(予備審査ですでに適格の評価を得ているものは提出する必要はありません)
 - ・審査のための記録したカセットテープ
 - ・カウンセリングプロセスを記入した記録紙
 - ・資格審査評価リストに自己評価で○印をつけたもの
- 4.公認心理カウンセラー、公認ヘルスカウンセラー、公認グループカウンセラー、公認グループヘルスカウンセラー、公認イメージ療法士資格審査申請書に記入して提出します。ただし、公認グループカウンセラー及び公認ソーシャルスキルトレーナーは実地審査された評価チェックリストにもとづき、合格者には資格審査申請書が学会事務局から送付されてからの提出となります。

5.料 金

- 公認グループカウンセラー
資格審査料金2,000円／登録料金3,000円
- 公認心理カウンセラー、公認ソーシャルスキルトレーナー
資格審査料金5,000円／登録料金3,000円
- 公認ヘルスカウンセラー、公認グループヘルスカウンセラー、公認イメージ療法士
資格審査料金5,000円／登録料金5,000円

以上の手続きを行い、該当する資格に認定を受けてください。ただし、公認心理カウンセラー、公認ヘルスカウンセラー、公認グループカウンセラー、公認ソーシャルスキルトレーナー、公認グループヘルスカウンセラー、公認イメージ療法士資格有効期間は3年間です。資格則にのっとり3年ごとに資格更新する必要があります。(資格更新手数料は2,000円)

公認資格者に関する資格則

- 第1条 資格者はヘルスカウンセリング学会員であること。会員としての資格は特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会則による。
- 第2条 各資格は資格取得日以降3年間有効である。
- 第3条 資格更新にはその3年間に3単位以上の研修、あるいはそれに相当する実践事例の発表が必要である。複数の資格をもっている場合、より上級のいずれか一つの資格の更新で同級及び下級の更新は自動的になされる。
- 第4条 ヘルスカウンセリング学会大会参加、学会認定ベーシックコース、アドバンスコース、マスターコース、スーパーバイザー研修会の講師(ベーシックを除く)スーパーバイザー、あるいは受講者としての参加はそれぞれ1単位とする。
- 第5条 資格更新期日までに、前項を満たす各研修参加の証明書となるもの(修了証、参加証など)あるいは事例報告のコピーを資格更新申請書とともに、学会事務局に送付し、資格更新すること。
- 第6条 資格更新期日までに単位数が取得されなかった場合、資格再発行には学会主催マスターコースの再認定を受ける必要がある。

本則は1995年10月1日より施行、1996年4月1日改訂
2001年4月1日改訂

特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会 公認心理カウンセラー資格取得支援事業

セミナー研修回数10回を越え、次の必要条件を満たせば、2000年7月1日より認定心理カウンセラー取得までベーシック、アドバンス、マスターの受講料が無料になります。(ただしヘルスカウンセリングセンター主催のセミナーのみ)

《必要条件》

1. 学会員であること
2. ベーシック1回以上、アドバンス1回以上、旧来のマスターあるいはマスターPOM2回以上、マスターSOM3回以上の条件で10回以上になっていること(修了証のコピー提示)
3. テープ審査を3回以上受けていること(資格認定審査会評価チェックリストなどのコピー提示)
4. 公認心理カウンセラーの学科試験に合格していること(合格証のコピー提示)
5. 2、3、4を証明するコピーを学会事務局に郵送しセミナー無料化パスを取得していること

内規等

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会公認 リスナー（傾聴技能士）技能認定研修に 関する内規

【目的】

家庭、職場、地域、学校、医療福祉等の対人場面において、傾聴や共感を上手に出来るソーシャルスキルを広く市民に普及させるため。

【リスナー技能研修カリキュラム 4時間～5時間】

- ①リスナーの技能認定基準にかかわるSAT カウンセリング法の基本姿勢と基本技法に関する講義（1時間）。
- ②リスナーとしてのモデリング学習（30分）。
- ③講師あるいはスーパーバイザー一人当たり10名メンバーでの体験学習（1時間）
- ④ペアあるいは3人（フィッシュボール）による体験学習（1時間30分以上）。

【リスナー技能認定のための審査基準】

- ①SAT 法によるリスナー研修修了者（修了証のコピーの提示）。
- ②15分程度のテープ内容でリスナーの技能認定基準1～5（初級リスナー）や認定基準1～12（中級リスナー）までが「自動的に出来る、集中したら出来る」と評価されていること。
- ③審査料3000円を支払うこと。

【リスナー技能研修の講師基準】

- ①学会公認ヘルスカウンセラー資格をもっていること。
- ②ヘルスカウンセリング資格認定研修アドバンスコースのレベル以上のスーパーバイザー資格者は、10人以内規模のリスナー技能認定セミナーの講師が出来る。
- ③ヘルスカウンセリング学会公認講師は、11人以上規模のリスナー技能認定研修セミナーの講師が出来る。但し、10人に1人の割合で学会公認スーパーバイザーを配置のこと。
- ④講師は研修計画等を学会事務局に所定の申請書（学会より入手）に記入して

申請し学会長の許可をえていること。

- ⑤修了証は学会標準の形式で講師自らの費用で印刷していること。
- ⑥研修終了後、修了証を授与した受講生の名簿（住所を含む）を学会事務局に提出のこと。

【リスナー技能認定書の交付】

リスナー技能認定のための審査基準に合格したものは、認定手数料2000円支払うことで、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会リスナー技能認定書が交付される。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会公認 リスナー（傾聴技能士）技能認定研修 （通信教育講座）に関する内規

【目的】

家庭、職場、地域、学校、医療福祉等の対人場面において、傾聴や共感を上手にできるソーシャルスキルを広く市民に普及させるため。

【リスナー技能研修通信教育カリキュラム】

- ①テキストの中で、リスナー技能基準にかかわるSAT カウンセリング法の基本姿勢と基本技法を解説する。テキストはヘルスカウンセリング学会によって監修されたものを用いる。
- ②リスナーとしてのモデリング学習を視聴覚教材で行う。教材の中に組み込まない場合は、研修の中でモデリング学習が体験できる（30分）。
- ③基本姿勢と基本技法に関する知的な理解を定着させるための添削課題（ペーパーテスト）をつける。
- ④15分以内の録音テープを提出し、学会公認心理カウンセラー以上の資格者による講評指導が受けられること。

【リスナー技能認定のための審査基準】

- ①SAT 法によるリスナー研修（通信講座）修了者（修了証のコピーの提示）
- ②15分以内のテープ内容でリスナーの技能認定基準1～5（初級リスナー）や

認定基準 1～12（中級リスナー）までが「自動的にできる、集中したら出来る（滑らかにできる、要習熟）」と評価されていること。

③審査料 3000 円を支払うこと。

【リスナー認定テキスト執筆者基準】

- ①学会公認ヘルスカウンセラー資格をもっていること。視聴覚教材または研修でモデリングを行う者は、学会公認心理カウンセラー以上の資格をもっていること。
- ②通信教育教材企画者は、教材作成プランを所定の申請書に記入し学会長の許可を得ること。
- ③修了証は学会標準の形式で、その講座主催団体の費用で印刷すること。
- ④講座修了後、修了証を授与した受講生の名簿（住所を含む）を学会事務局に提出のこと。

【リスナー技能認定書の交付】

- ①リスナー技能認定のための審査基準に合格した者は、認定手数料 2,000 円を支払うことで、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会リスナー技能認定書が交付される。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 公認資格カウンセラー倫理規定

本倫理規定はヘルスカウンセリング学会会則第 3 条の目的に基づき公認資格カウンセラー倫理規定別項として定める。

- 第 1 条 《責任》資格者は自らの関わりが及ぼす結果に責任を持つ。その関わりは、クライアントの利益以外の目的で行ってはいけない。
- 第 2 条 《自己研修》資格者は常に知識を深め、自らの技術向上及び自己成長に努める。
- 第 3 条 《プライバシーの保持》業務上知り得た事柄に関しては、専門

家としての判断のもとに必要と認めた以外の内容を他にもらしてはならない。また研究の発表に際して特定個人の情報を用いる場合は、クライアント関係者の秘密を保護する責任をもたなくてはならない。

第 4 条 《研究》ヘルスカウンセリングに関する研究に際しては、クライアントや関係者の心身に不必要な負担をかけたり、苦痛や不利益をもたらすことを行ってはならない。研究はクライアントや関係者に可能な限りその目的を告げて、同意を得た上で行う。

第 5 条 《公的発言》一般社会に対して専門知識や意見を提示するときには、その内容について誇張がないようにし、公正を期する。とりわけ商業的な宣伝に際しては、その社会的影響について責任が持てるものである必要がある。

第 6 条 《倫理の遵守》資格者は本倫理規定を十分に理解し、これを遵守するよう一人一人が、またお互いが努力しなければならない。

付）本倫理規定は平成 8 年 6 月 1 日より施行する。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 支部活動内規

- 1 支部設置の目的は、本学会員の自主性に基づく地域に密着したより活発な活動を奨励することである。
- 2 支部は都道府県単位で設置する。
- 3 支部には責任者を 1 名おく。責任者は本学会会員であり、学会公認ヘルスカウンセラーまたは学会公認カウンセラーの資格を有する。当分の間は他の資格に代えることが出来る。
- 4 支部発足にあたっては、5 名以上の学会員からなる支部設置準備委員会

を設け、所定の支部設置申請書を会長に提出するものとする。設置認可は理事会によってなされる。

- 5 支部は、地域内の学会員および学習会グループの活動の把握を行う。また、支部内の学習グループに対して、助成金を受けるための推薦をすることができる。
- 6 支部は、講演会や研究会などの開催、クライアントへのカウンセラーの斡旋、その他の活動につとめる。
- 7 支部は、地元でのセミナー（ベーシック、アドバンス、マスター）の開催を要望することができる。その場合、学会長から協力の要請があった場合は、それに応える責務がある。
- 8 原則として、支部は独立採算制をとるものとする。
- 9 支部は、支部運営のため本部会計から補助金を受けることができる。補助金の決定は理事会でなされる。補助金を受けた場合は本部への会計報告が義務づけられる。
- 10 支部で事業計画を実施するにあたり、必要諸経費を必要期間借用することができる。支部責任者は、事業計画および借用額を会長あてに提出するものとする。借用の決定は理事会でなされる。但し限度額は30万円とする。

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
専門部会活動内規**

平成14年8月30日制定

- 1 専門部会の目的は、本学会員の自主性に基づく専門分野の独自性を活かしたより活発な活動を奨励することである。
- 2 専門部会は各専門分野単位で設立する。
- 3 専門部会には責任者・専門部会会長を1名おく。責任者・専門部会会長は本学会会員であり、公認ヘルスカウンセラーまたは公認心理カウンセ

ラーの資格を有する。

- 4 専門部会発足にあたっては、5名以上の学会員からなる専門部会設立準備委員会を設け、所定の専門部会設立申請書を会長に提出するものとする。設立認可は理事会によってなされる。
- 5 専門部会は、専門分野で活動する学会員およびその活動内容の把握を行う。
- 6 専門部会は、専門分野における講演会や研究会などの開催、その他の活動につとめる。
- 7 専門部会は、専門分野でのセミナー（ベーシック、アドバンス、マスター）の開催を要望することができる。その場合、学会長から協力の要請があった場合は、それに応える責務がある。
- 8 原則として、専門部会は独立採算制をとるものとする。
- 9 専門部会は、専門部会運営のために本部会計から補助金を受けることができる。補助金の決定は理事会でなされる。補助金を受けた場合は本部への会計報告が義務づけられる。
- 10 専門部会で事業計画を実施するにあたり、必要諸経費を必要期間借用することができる。専門部会責任者は、事業計画および借用額を会長あてに提出するものとする。借用の決定は理事会でなされる。但し限度額は30万円とする。

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
支部及び専門部会の
継続のためのガイドライン**

組織の継続が認められるミニマム基準

- 1) 年間の事業計画、活動報告、予算、決算を理事会に報告する。
- 2) 年度内に少なくとも1回は全都道府県レベル及び専門部会レベルで地域あるいは専門性に根ざした活動を高めるための集会をもつ。

望ましい基準

- 3) 支部、専門部会の年間 10 名以上の会員拡大をはかる。
- 4) ポスターセッションなどで学会大会で研究活動の発表を行う。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリングセミナー 学会公認講師基準について

1996年10月1日制定

1997年4月21日追補

1999年10月1日改訂

目的

人々の効果的な自己カウンセリング能力の向上に寄与するために、ヘルスカウンセリングセミナーを通じて本学会方式のカウンセリング法の普及に貢献する指導者となる。

資格要件

1. ヘルスカウンセリング学会員である。
2. 学会公認ヘルスカウンセラーの資格を有している。
3. 学会公認講師のインターン
 - ・マスターの学会公認スーパーバイザー資格をもつこと。
 - ・ベーシック、アドバンスの講義及び実習のチェックを受ける。
 - ・講師候補の実習における審査に合格する。
 - ・マスターでのモデリングの中でスーパービジョンを受ける。
4. ヘルスカウンセリングに関連した論文を書いている。
5. 行動変容支援の事例報告を定期的に行っている。
6. グループヘルスカウンセリングの全コースを受ける。
7. 学会公認講師研修カリキュラムの全単位を取得のこと。
8. カウンセリングの実践の持続した場をもつこと。
9. 学会公認講師は5年毎に資格更新がおこなわれる。

講師権限

学会公認資格ヘルスカウンセリングセミナーのベーシック及びアドバンスの講師をすることができ、講師に応じた報酬を受ける。ヘルスカウンセリング学会公認講師という名称を使用して、学会の設立目的に寄与した活動ができる。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 公認講師研修カリキュラム

1999年10月1日制定

学習目標

学会公認資格セミナー(Basic, Advance)の講師及びSATヘルスカウンセリングに関する一般講演の講師を学会公認講師という資格として活動しうる適性をえるために、必要な高度知識及び技能を学ぶ。

テキスト

ヘルスカウンセリング学会編、SATヘルスカウンセリング事典、日総研、1999年

評価

11単位の取得、及び実習中の技能チェック

単 位

受講単位（2時間、1単位）

- | | |
|--------------------------------|-----|
| 1. ヘルスカウンセリング理論（Ⅰ） | （1） |
| 2. ヘルスカウンセリング理論（Ⅱ） | （1） |
| 3. ヘルスカウンセリング技法（Ⅰ） | （1） |
| 4. ヘルスカウンセリング技法（Ⅱ） | （1） |
| 5. グループヘルスカウンセリング技法 | （1） |
| 6. 健康行動科学
（理解を深めるための関連用語） | （1） |
| 7. 各種対応法・療法 | （1） |
| 8. 実践のためのガイドライン | （1） |
| 9. テーマ別支援法
（病気、ライフステージ、その他） | （1） |
| 10. チェックリストの解説 | （1） |
| 11. 最終試験
（○×、選択、記入の客観テスト） | （1） |

特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
公認講師研修申請のガイドライン

1997年9月11日制定

1999年10月1日改正

1. 公認講師資格研修のための申請を学会に行う。
2. 申請者は学会公認ヘルスカウンセラーでヘルスカウンセリングの啓蒙のため、セミナーや講演活動に情熱を持つものであること。
3. 公認講師研修は、指導教員制をとり、指定研修機関の監督のもと指導教員がその指導にあたる。
4. 申請が認められた者は、セミナーに講師候補研修生として参加し、少なくとも年7回スーパーバイザーとして指導教員の指示に従い研修を受けること。
5. 委託された指定研修機関は研修を2年を越えない範囲で研修を終了し、研修結果を学会事務局に報告する。
6. 公認認定は、指導教員による評価及び所定の書類に関してヘルスカウンセリング学会公認講師審査委員会において公認講師基準に則って審査され、結果を申請者に通知する。講師研修カリキュラムは別に定める。
7. 学会公認講師の研修費用は、指定研修機関に所定の費用（15万円、現在）を支払うか、あるいはベーシック、アドバンスの7回のスーパーバイザーとしての報酬をもって充当することができる。

特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
公認マスター（POM）講師基準について

1999年10月1日改正

目 的

人々の効果的な自己カウンセリング能力の向上に寄与するため、ヘルスカウンセリングセミナーを通じて本学会方式のカウンセリング法を普及するリーダーの育成及びヘルスカウンセリング法の発展のための上級指導者となる。

資格要件

1. ヘルスカウンセリング学会員
2. 学会公認ヘルスカウンセラー資格取得
3. 学会公認グループヘルスカウンセラー資格取得
4. ヘルスカウンセリングについての優れた著作（著書、論文）3編以上
5. マスター(POM)講師のカリキュラムの11単位を履修のこと
6. ヘルスカウンセリングセミナー講師経歴1年以上

マスター(POM)講師権限

ヘルスカウンセリングセミナーのベーシック、アドバンスに加えマスター（POM）の講師をすることができる。

マスター(POM)講師カリキュラム

学習目的

手順重視型マスター(Procedure-oriented Master)の講師として活動しうる適性をえること。

カリキュラム

(単位)

1. SATヘルスカウンセリング理論
(関連健康行動科学用語を含む)の教授 (1)
2. チェックリスト活用の教授 (1)
3. カウンセラーの技能上達の三段階
モデルと自己成長についての教授 (1)
4. 訴え、身体症状、行動症状、解離症状、
問題回避症状の感情の明確化、感情の意

味の明確化、心の本質的欲求の明確化による問題解決行動の目標化に関する教授(1)

5. 自己イメージ連想
(比喩イメージ法も含む) による自己決定の支援及び問題解決行動へのアクセル感情とブレーキ感情の教授(自己プラスイメージ、マイナスイメージや矛盾する感情の理解を含む) (1)
6. 心傷風景連想(特殊法を含む)と癒し技法(特殊法を含む)の教授 (1)
7. 矛盾する感情からの自己防衛心と自己成長心の発見(クイズ練習を含む)と矛盾する感情の心傷風景連想法に関する教授 (1)
8. 心理パターン論及び心理パターンの気づき、心の声変更法、リハーサルによるコミュニケーションスキル援助に関する教授 (1)
9. スーパーバイザーの指導及び補助技能教授(スーパーバイザー活用の仕方含む) (1)
10. モデリング指導や補助技能教授 (1)
11. SATイメージ療法(胎児期、周産期、乳幼期)の技能教授 (1)

評価

マスター(POM)講師のインターンを従事し、教授法の指導及びチェックを受ける。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会公認セミナー スーパーバイザー基準について

1999年2月22日制定

目的

ヘルスカウンセリングセミナーにおける参加者に対するスーパービジョンをおこない学習を効果的に支援する。

資格要件

1. ヘルスカウンセリング学会員である。
2. 学会公認心理カウンセラー、ヘルスカウンセラーの資格を有している。
3. スーパーバイザーのインターン
・ ベーシック、アドバンス、マス

ターの各スーパーバイザーはそれぞれのコースでのスーパーバイザーインターンを受けていること。

・ ベーシック、アドバンスはヘルスカウンセラーあるいはカウンセラー有資格者で両コースでのインターンを3回以上受けていること。

・ マスターはヘルスカウンセラー有資格者で、マスターでのインターンを5回以上受けていること。

4. 講師によってスーパーバイザーの修了の認知を受けること。

スーパーバイザー権限

ヘルスカウンセリングセミナーのスーパービジョンをおこなうことが出来、それに応じた報酬を受けることが出来る。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 指定研修機関ガイドライン

1997年9月11日制定

1. ヘルスカウンセリング学会指定研修機関(以下指定研修機関と呼ぶ)はヘルスカウンセリング学会の趣旨に基づきその実施機関としてヘルスカウンセリングの啓蒙等、関連事業を行うことを目的として設立する。
2. 指定研修機関の設置は、ヘルスカウンセリング学会に申請し、必要な手続きを経て許可されなければならない。
3. 指定研修機関の専任メンバーはヘルスカウンセリング学会員であること。
4. 指定研修機関の責任者は、ヘルスカウンセリング学会の会員であり、ヘルスカウンセラーおよび講師以上の資格を有していること。
5. 指定研修機関は法人(NPO、会社、社団、財団)であること。
6. 指定研修機関は、学会公認セミナーの開催、講師等の派遣、啓蒙活動、研究活動、カウンセリング(個別、

グループ)等の事業を行うことができる。

7. 指定研修機関は、ヘルスカウンセリングセミナー開催団体にたいして、講師を派遣する権利を有する。学会認定セミナーは、派遣された講師によってその修了の認定書を授けることができる。
8. 指定研修機関は、スーパーバイザー及び講師研修を行うことが出来る。
9. 指定研修機関は、ヘルスカウンセリング学会の指導及び協力を受けることが出来る。
10. 指定研修機関は、ヘルスカウンセリング学会及びヘルスカウンセリング関連の情報提供を受けることが出来る。
11. 指定研修機関は、その活動に当たり学会の後援を求めることが出来る。
12. 指定研修機関は、定期的に事業活動等をヘルスカウンセリング学会によって監査され、その趣旨に反した事業を行ったり、ヘルスカウンセリング学会の名誉を著しく毀損した場合、その許可が取り消される。

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
指定研修機関及び学会支部の
公認資格指定研修事業に関する
ガイドライン**

1997年7月24日制定

1. ヘルスカウンセリング学会指定研修機関(以下指定研修機関と呼ぶ)及び、ヘルスカウンセリング学会支部(以下支部と呼ぶ)は、ヘルスカウンセリング学会公認資格指定研修事業を行なうことができる。
2. 指定研修機関及び支部はセミナー開催について、その事業及び会計報告を各年度ごとに学会に行う義務を有する。
3. セミナー開催においては、ヘルスカウンセリング学会から修了証用紙を購入し、修了認定者の報告をする義務がある。

**特定非営利活動法人
ヘルスカウンセリング学会
公認資格指定研修事業としての
セミナー開催に関するガイドライン**

1997年9月11日制定

1999年2月22日改正

1. ヘルスカウンセリング学会方式カウンセラー・ヘルスカウンセラー養成セミナー(以下セミナーと呼ぶ)は、ヘルスカウンセリング学会公認資格指定研修事業に基づき開催する。
2. セミナー開催にあたっては、学会の諸規定および趣旨を理解し、信頼を損なうことのないよう努める。
3. セミナーを主催し開催しようとするものは、学会に申請し、会長の許可を受け、理事会に報告される。
4. セミナー開催にあたっては、開催の日程、場所、受講人員等について、学会と調整する。
5. 講師およびスーパーバイザーは、学会あるいは指定研修機関より派遣を受ける。
6. 学会公認セミナー修了証は、学会公認講師が学会公認スーパーバイザーに能力審査状況を報告させ審査し能力修得を認めたものに渡される。セミナー開催団体は修了認定者(修了証番号、氏名、職種、職業、連絡先住所、電話番号)を学会に報告する義務がある。本セミナーによって知りえた情報は本セミナーに関連しない業務に使用してはならない。
7. 講師・スーパーバイザー派遣料は、セミナー開催団体に請求することが出来るが、それは学会の共通規定による。
8. セミナー受講料は、主催者によって決定されるが、学会基準に準ずることが望ましい。
9. セミナー案内には、ヘルスカウンセリング学会公認資格指定研修事業と明記すること。
10. セミナー開催にあたっては、主催者が事務の一切に責任をもって行うこと。

セミナー内容については講師の指示に従うこと。

11. 派遣された講師及スーパーバイザーは、セミナー内容に関する以外の役割や責任を持たない。セミナー時間外の活動は行わない。
12. 指定研修機関は、各年度において受講人数に応じて学会への寄付を求められる。学会はその寄付をもって、各地の勉強会グループ活動や支部活動の助成金に充てる。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会長賞内規

平成9年6月1日施行

平成12年10月1日改訂

1. (名称) 本賞は、ヘルスカウンセリング学会長賞（略称：学会長賞）と称する。
2. (目的) 本賞は、ヘルスカウンセリングの発展と普及を奨励するために、優れた貢献をした者を表彰することを目的とする。
3. (受賞資格) 本賞の受賞者は、次の2条件を満たさなければならない。
 - 1) ヘルスカウンセリング学会の会員であること。
 - 2) ヘルスカウンセリングの理論的、実践的開発、あるいは教育普及を含む諸活動において、その業績が顕著であること。
4. (本賞の選考) 本賞の選考は、ヘルスカウンセリング学会長賞選考委員会が行う。
5. (選考委員会の構成) ヘルスカウンセリング学会長賞選考委員会を次のとおり定める。
 - 1) ヘルスカウンセリング学会長賞選考委員会はヘルスカウンセリング学会会長によって任命された若干名の委員によって構成される。
 - 2) 委員の任期は2年とする。
 - 3) 学会長賞選考委員長は委員の互

選によって決められる。

6. (受賞者の選考) 選考にあたっては、学会理事、支部長、専門部会長ならびに学会員の推薦を得て、それを参考にするものとする。
7. (受賞者の授与) 学会長は学会長賞選考委員会から推薦された受賞候補者をもって学会長賞受賞者を決定する。
8. (奨励賞の授与) ヘルスカウンセリング学会会長は、学会の年次大会の総会において7によって決定された学会長賞受賞者に対して賞状及び賞金を授与し、公示する。
9. (奨励賞基金) 学会奨励賞基金を次のとおり定める。ヘルスカウンセリング学会が主催する事業に伴う収入、ならびに、2の目的で贈与される寄付金等の積立金をもって学会長賞基金とする。
10. (改廃) 本内規の改廃は、理事会によって決議される。

IX

投稿規定等

投稿規定

投 稿 規 定

2003年3月4日制定

2003年7月22日改定

2004年6月7日改定

1. はじめに

本年報は、特定非営利活動法人ヘルスカウンセリング学会（以下、本学会と呼ぶ）の年報として、学会員の研究の進展や情報の伝達を促すものです。そして、その成果を公刊することにより研究水準の向上をはかり、合わせて学会員がSAT法の理論や技法を現場で応用して活用し、活動することを支援することを目指しています。

学会内には編集委員会が設けられており、編集委員会を中心として年報の刊行が行われています。

2. 執筆者の資格

①本学会の学会員であること。また、原則として共著者も全員学会員であることが必要です。

②その他、編集委員会が特に執筆を認めた者に限ります。

3. 投稿内容

①原稿は未公開のものに限ります。

②構造化連想法に基づくヘルスカウンセリングの実践および学術の進歩に寄与するものとします。

③原稿の種類と内容は表1の通りとします。

④本年報には上記原稿の他会報として支部活動報告、規約等を報告・掲載します。

⑤論文の投稿にあたっては、倫理面への配慮をし、どのような配慮をしたかについての記述を本文中にも明記してください。特に、事例や症例報告の場合には、クライアント本人の了解を得たり、本人が特定できないようにケースの記述の本質を変えない限りにおいて修正をしたり、クライアントを傷つけるような記述をしないようにしてください。

⑥投稿原稿は、日本文あるいは英文による投稿が可能です。なお、英文での投稿を希望する場合は、投稿規定および執筆要綱について事務局にお問い合わせください。

表 1 原稿の種類と内容

種 類	内 容
原著論文	独創的な研究論文および科学的な観察 調査研究、事例研究や症例研究、介入研究、質的研究の類いの研究論文
短報	最新の研究による発見や発明などに関する独創的かつ科学的な研究報告
研究ノート	独創的な研究に発展するような予備的研究や興味深い調査や事例などについての研究報告
実践報告および資料	カウンセリングに関する実践事例報告や症例報告、実践活動報告、支部や勉強会活動により得られた教訓や学びの報告、カウンセリングの上で有用な資料など
会員の声	本学会大会やセミナー参加の感想など、他学会への参加印象記やさまざまなインフォメーション、オピニオンなど

4. 原稿の提出期限

刊行は年1回8月の予定です。投稿原稿は随時受け付けます。

その年に発行される年報への掲載を希望する場合には、1月20日迄に投稿してください。ただし、1月20日迄に投稿された原稿であっても、査読を経て原稿の採否が決定されるまでに時間を要する原稿は次号の年報に掲載が回される事があります。

5. 論文の返却

本年報に掲載した論文の原稿は、原則として返却

しません。

6. 論文の複製と転載の禁止

本年報に掲載された論文を無断で複製あるいは転載することを禁じます。

7. 論文の構成

1) 論文の構成は原則として表2-1および表2-2、表2-3の通りとします。

①原著論文および研究ノートの構成（表2-1）

原著論文および研究ノートの構成は、表2-1を参照してください。ただし、量的研究か質

的研究か、ミクロ研究かマクロ研究か、探索型研究か明確化研究かなどによって論文を作成する際の報告事項は異なるので、その研究にふさわしい構成にしてください。

なお、量的研究については、具体的な書き方を示した論文作成ガイドを用意しているので、学会事務局から取り寄せて参照してください。

②実践報告の構成（表2-2、表2-3）

実践報告の構成は、表2-2（活動報告等）、表2-3（事例や症例報告等）を参照してください。ただし、論文のジャンルによってその報告形式は異なるので、その論文にふさわしい構成にしてください。

なお、具体的な書き方の一例を示した実践報告作成ガイド（活動報告用）を用意しているの

で、学会事務局から取り寄せて参照してください。

2) 謝辞を記載する場合には、まとめの後、引用参考文献の前に入れて下さい。

3) 要旨

すべての投稿論文には、その論文の全体を理解できる要旨を作成してください。

原著論文は必ず英文要旨（英文による投稿の場合には日本語要旨）、研究ノートは英文あるいは日本語要旨を作成して下さい。実践報告は日本語要旨を作成して下さい。

英文要旨は、必ず専門家による校閲を受け、400語以内の正確なものを提出して下さい。

日本語要旨は、600字以内で内容を要約して述べて下さい。

表2-1 論文の構成例（原著論文および研究ノート）

項 目	内 容
タ イ ト ル	タイトルは、論文の主要な事柄を述べるか、主要な結果や結論に焦点をあてて、作成する。英文タイトルもつける。
著 者 (所属・連絡先)	著者全員の氏名と所属を日本語および英語で記載する。 論文応答責任者の連絡先およびe-mailアドレスを記載すること。
要 旨	研究仮説や研究デザイン、方法、結果、結論を要約して述べる。 原著の場合は英語（400語以内）、研究ノートは英語（400語以内）あるいは日本語（600字以内）
キーワード	内容を表す適切なキーワードを、日本語およびその英語訳で5つ挙げる。
本 文	1. はじめに 論文の目的および研究の必然性について述べる。 (緒言、序章) 2. 方法 研究、調査、実験、解析などに関する手法についての記述をする。 資料や材料、被験者、対象者の集め方について述べる。 3. 結果 結果は、表や図などにしながら論理的に示す。 4. 考察 研究結果の新しい面や重要な面を強調する。研究の問題点や限界、今後の課題について論じる。 5. まとめ 研究の目的、方法および主な結論をまとめる。 6. 文献 引用・参考文献として執筆要項に従って記載する。

表 2-2 論文の構成例（実践報告の活動報告など）

項 目	内 容
タ イ ト ル	タイトルは、論文の主要な事柄を述べるか、主要な結果や結論に焦点をあてて、作成する。英文タイトルもつける。
著 者 (所属・連絡先)	著者全員の氏名と所属を日本語および英語で記載する。 論文応答責任者の連絡先および e-mail アドレスを記載すること。
要 旨	実践に対する問題意識や課題、プロジェクト概要、教訓や学びを要約して述べる。日本語で記載する（600字以内）。
キーワード	内容を表す適切なキーワードを、日本語およびその英語訳で5つ挙げる。
本 文	1. はじめに (問題意識) 実践の動機となった問題意識や課題について述べる。本論文の目的を明確にしておく。 2. プロジェクト概要 実践方法、期間、対象などに関する手法についての記述をする。教材や資料、対象者の集め方について述べ、プロジェクト全体の概略を記述する。 3. 結果 実践における事例紹介を含め、結果はデータに基づき表や図などにしたがって論理的に示す。 4. 学び 実践を通して得られた学びや教訓、気づきについてまとめる。そして、今後の方向性や提言などを述べる。 5. まとめ 実践に対する問題意識や概略、主な学びなどをまとめる。 6. 文献 引用・参考文献として執筆要項に従って記載する。

表 2-3 論文の構成例（実践報告の事例報告・症例報告など）

項 目	内 容
タ イ ト ル	タイトルは、事例の主要な内容を述べるか、主要な結果や結論に焦点をあてて、作成する。英文タイトルもつける。
著 者 (所属・連絡先)	著者全員の氏名と所属を日本語および英語で記載する。 論文応答責任者の連絡先および e-mail アドレスを記載すること。
要 旨	目的や研究で取り上げる事例の特徴、著者の立場、支援期間、支援回数などを述べ、実践症例に対する問題解決や治療技法上の新たな取り組み、症例への工夫や対応などの結果や考察、結論を要約して述べる。日本語で記載する（600字以内）。
キーワード	内容を表す適切なキーワードを、日本語およびその英語訳で5つ挙げる。
本 文	1. はじめに (あるいは緒言、序章) 事例や症例報告の目的および報告の必然性についてこれまでの事例や症例報告の先行研究と比較検討しながら述べる。 2. 事例・症例の概要 問題や家族と生育歴、問題の経過について述べる。 3. 支援の経過 期間毎や問題の解決レベル毎に分けて記述すると良い。 4. 考察 研究の目的に関してわかったことを事例や症例に基づいて論じる。また、新しい面や重要な面を強調する。研究の問題点や限界、今後の課題について論じる。 5. まとめ 研究の目的、事例や症例の概要および主な結論をまとめる。 6. 文献 引用・参考文献として執筆要項に従って記載する。

8. 投稿手続きと原稿採択時の手続き

＜投稿時の手続き＞

- 1) 投稿する際には、別紙の投稿用紙および著作権譲渡同意書を添えて投稿して下さい。
- 2) 要旨、本文、図・表、写真、調査票など、すべて正1部、副2部（コピー可）を送付して下さい。
- 3) 査読修正後の再投稿の際にも、上記の2)のように投稿用紙および著作権譲渡同意書以外は再度全てを揃えて提出して下さい。また、それぞれの査読者の修正依頼に対する回答も必ず添えて下さい。

＜採択時の手続き＞

- 4) 原稿の採択決定後、最終原稿の提出時には、タイトル、著者名、要旨、キーワード、本文については、フロッピーディスクでの提出をお願いします。フロッピーディスクには、論文応答責任者氏名、タイトル、使用機種（ウィンドウズ、マックなど）、使用ソフト（Word, EWordなど）を明記した上で保存は、使用ソフト形式とテキスト形式の両方で保存して提出して下さい。

9. 投稿原稿の採否および著者校正について

投稿原稿の採否は査読を経て、編集委員会により決定されます。なお、編集委員会の判定により、掲載論文の種類の変更を勧める場合があります。最終的には、本学会理事会において承認を得て掲載の決定がなされます。

原稿が採択され所定の手続きがなされた場合には、刊行前に著者校正を1回させていただきます。この際の加筆は認めません。2校以後は著者校正に基づいて編集委員会で行います。また、著者校正の際に、編集委員会より別刷り注文書を同封しますので、別刷りの注文は注文書によりお願いいたします。

なお、学会年報に掲載することが決定された論文等の著作権は、本学会に帰属するものとします。

10. 投稿料および掲載料

- 1) 投稿料は1件につき、2,000円とします。ただし、会員の声には必要ありません。

投稿料は、査読者や印刷会社との連絡通信費の一部を投稿者に負担していただくものです。原稿の採否にかかわらず、投稿をする場合には投稿料を納めて下さい。

なお、査読修正後の再投稿の際には、投稿料は必要ありません。

- 2) 掲載料（印刷代など）は、制限枚数内は学会で負担しますが、超過した場合には実費を請求させていただきます。

また、図・表、写真などで特別に版下を要するもの（例えばカラー写真などアート紙印刷を必要とするもの）も同様に実費を請求させていただきます。

- 3) 投稿料は、投稿時に振り込みをして下さい。

振込先：みずほ銀行 本八幡支店

店番号 284 口座番号 8056649

口座名義 ヘルスカウンセリング学会投稿料
代表 宗像 恒次

11. 別刷りについて

別刷りは、別途費用がかかります。料金は、ページ数にかかわらず、1部150円です。50部以上10部単位で注文が可能です。著者校正時に別刷り注文書により希望部数を募ります。

12. 原稿送付先

ヘルスカウンセリング学会編集委員長宛に送って下さい。

〒272-0021

千葉県市川市八幡2-6-18-501

第3本八幡ダイヤモンドマンション

電話 (047) 332-0726

FAX (047) 332-5631

ヘルスカウンセリング学会年報編集委員長

執筆要項

1. 投稿原稿について

投稿原稿は、パソコンのワープロソフトを使用して作成して下さい。A4サイズの用紙に横書きで、40文字×30行（1200字：原稿用紙400字詰め3枚分）の書式設定を使用して下さい。左右30mm、上下30mmをあけて印字して下さい。

2. 原稿枚数について

- ①原稿枚数には、タイトル、著者名、要旨、キーワードおよび図・表、文献、調査票などの全てを含みます。
- ②調査票は必要であれば投稿論文に関連する箇所、または、その一部を添付して下さい。
- ③文献は、引用・参考文献として本文中に上付きで番号を示し、論末に番号順で示して下さい。
- ④図・表は、大きさにもよりますが、1点を原稿用紙1枚分（400字）と数えます。

3. 原稿量の制限について

本年報の1ページは、原稿用紙400字詰め換算で、約4枚です。以下の制限に注意して下さい。

- ①原著論文の原稿量は、原稿用紙400字詰め、40枚以内（刷り上がり10ページ以内）。
- ②短報の原稿量は、原稿用紙400字詰め、16枚以内（刷り上がり4ページ以内）。
- ③研究ノートは、原稿用紙400字詰め、32枚以内（刷り上がり8ページ以内）。
- ④実践報告および資料の原稿量は、原稿用紙400字詰め、24枚以内（刷り上がり6ページ以内）。
- ⑤会員の声の原稿量は、原稿用紙400字詰め、4枚以内（刷り上がり1ページ以内）。

4. 表記について

- ①数字は算用数字を用い、単位や符号は慣用のものを用いて下さい。
- ②図・表および写真には、図1、表1および写真1などの番号をつけ、本文原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定して下さい。
- ③図・表および写真は、そのまま印刷ができるように明瞭なものを用い、写真はモノクロを使用して下さい。
- ④図表および写真の刷り上がりの大きさは、横8cmまたは16cmの2種類とします。図表などの原稿は、刷り上がりの大きさの1.5倍以下のものを用意して下さい。本文とは別にそれぞれを1枚ごとに別紙に印刷して下さい。
- ⑤引用・転載した図表は、図表の下段に必ず出典を

明示して下さい。著作権の許諾を得た上で使用して下さい。

- ⑥図・表や写真、調査票などは、合わせて原稿用紙10枚分以内とします。
- ⑦文献は、本文の引用箇所の肩に「1）、1-3）」などの番号で示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に掲載して下さい。同じ論文を複数回引用する場合には、同じ番号を用いて下さい。
- ⑧文献の記載方法は、以下のようにして下さい。

<雑誌の場合>

著者名、タイトル、雑誌名、巻数（号数）、頁（年号）とします。著者名は共著者を含め全員記載してください。

例1) Randell B.P.・Eggert L.L.・Pike K.C. : Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(1), 45-61 (2001)

例2) 橋本佐由理・岩崎義正・宗像恒次・江澤郁子：女性中高年者の健康体操教室への継続的参加に関する研究, *日本健康教育学会誌*, 6(1), 15-24 (1998)

<単庫本の場合>

著者名、書名、発行所、発行所所在地、頁（年号）とします。

例1) Charles L. Sheridan・Sally A. Radmacher : *Health Psychology*, John Wiley & Sons, New York, 147-169 (1992)

例2) 平野鉄雄・新島 旭：脳とストレス ストレスにたちむかう脳, 共立出版, 東京, 117-258 (1995)

査読規定

査 読 規 定

1. 本規定の目的

本学会は、学会年報の学術誌として適正な高度の学術的水準を維持するために査読制度をおき、編集委員会がその運用を行う。

2. 対象

査読制度の対象となるのは、学会年報に投稿、または依頼により寄稿された原稿のうち、原著論文・短報・研究ノート・実践報告・資料への掲載を目的とするものである。

3. 査読方法

①査読者

編集委員会は、対象となる原稿1編につき2名以上の査読者（レフェリー）を選定し、査読を依頼する。投稿者に対し査読者の氏名は公開されない。

②査読の過程

査読者は下記査読項目に挙げられた項目について評価、判定、採択の判断を行う。査読者は、原稿に修正を求める場合には、修正すべき点について具体的なコメントを付けなければならない。これらの結果を査読者は定められた期日内に編集委員会に報告しなければならない。

4. 原稿の採択

編集委員会は査読結果を十分に検討した上で、原稿の採択を決定し、その結果をすみやかに投稿者に通知しなければならない。

5. 原稿の修正

査読者によって原稿の修正が求められた場合には、投稿者は定められた期日までに修正した原稿を編集委員会に送付しなければならない。編集委員会は、判定が「修正条件付きで掲載可」の場合には、判定に応じて原稿の修正が適切になされたことを確認した上で原稿の採択を決定し、判定が「修正後再査読」の場合には、改めて査読者に査読を依頼する。

6. 査読の項目

査読者は以下の項目を念頭において評価、判定、掲載区分の判断を行う。

A. 内容の評価

- 1) ヘルスカウンセリングに関わる学術的研究に貢献しているか。

- 2) 要旨は、研究仮説や研究デザイン・方法・結果・結論が、制限文字数以内で述べられているか。
- 3) 序論部分に、研究背景や目的、問題意識、研究仮説等が述べられているか。
- 4) 研究方法は、適切かつ明確に記載されているか。
- 5) 対象者に対する当該研究のインフォームド・コンセントや倫理的配慮の実施がなされ、さらにその記載があるか。
- 6) 結果は、適切かつ明確に記載されているか。
- 7) 考察は、議論の展開は適切で、吟味されたものになっているか。
- 8) 要旨・キーワードは内容に即して適切か。

B. 表現・形式の評価

- 1) 論文のタイトルは論文の内容に即して適切か。
- 2) 文章の表現は明瞭で読みやすいか。
- 3) 全体の構成や見出しの立て方は適切か。
- 4) 図・表は適切かつ明確に扱われているか。
- 5) 引用文献の記載方法は適切か。
- 6) 執筆要項に沿って、記載がなされているか。
- 7) 本学会員以外にも、内容や用語が理解できる記述となっているか。

C. 採択判定

- 1) このままの原稿の種類で掲載可能。
- 2) 修正条件付きで掲載可。
- 3) 修正後要再査読。
- 4) 原稿の種類を変更すれば、このまま掲載可能。
- 5) 原稿の種類を変更し、修正条件付きで掲載可能。
- 6) 原稿の種類を変更し、修正後要再査読。
- 7) 掲載不適

7. 付則

この規定は2006年2月1日から施行する。

論文作成支援制度終了のお知らせ

本制度は、期間限定の制度として2003年3月に制定され約3年半にわたり、会員の皆様にご利用いただいて参りましたが、2006年8月31日をもちまして受付を終了いたしました。多くの会員の皆様にご利用いただき、学会発表や論文発表としてその成果を公表していただきました。本年度の論文アドバイザー制度の利用は7名、論文作成セミナー制度は0名でした。尚、現在利用されている方は、規定の指導が終了するまで、利用可能です。

ご指導いただきました論文アドバイザーの先生は、以下の先生方です。熱心なご指導をいただきまして、心から感謝申し上げます。

奥富 庸一	小森まり子	鈴木 浄美
橋本佐由理	樋口 倫子	

投 稿 用 紙

原稿を投稿するにあたりまして、論文応答責任者が、以下の欄に必要事項を御記入下さい。

記入日 年 月 日

(ふりがな) 氏 名			印
原 稿 タイトル			
原稿の掲載 希望 (○で囲む) 原稿量	原著論文 ・ 短 報 ・ 研究ノート ・ 実践報告 ・ 資 料 ・ 会員の声 原稿全体の原稿用紙換算枚数：400字詰計算で 枚 (本文 枚／図 枚／表 枚／写真 枚／調査票 枚)		
連絡先住所	〒	自 宅 ・ 職 場	
電 話	自 宅 ・ 職 場		
F A X	自 宅 ・ 職 場		
E-mail			
職 業			

- * 投稿原稿は、要旨、本文、図・表、写真、調査票など、すべて正1部、副2部（コピー可）を用意して、投稿料を振り込んだ上で本学会事務局へ送って下さい。
- * なお、投稿される方は、本紙をコピーしてお使い下さい。
- * 投稿前に、もう一度投稿規程と執筆要綱をお確かめください。

著作権譲渡同意書

NPO法人 ヘルスカウンセリング学会年報編集委員会 殿

論文タイトル

表記論文は、下記に署名した全執筆者が共同で書いた物であり、今までに他誌に発表されたことがなく、またほかの雑誌に投稿中でないことを認めます。また、表記論文がヘルスカウンセリング学会年報に掲載された場合は、その版權をヘルスカウンセリング学会年報編集委員会に譲渡することに同意致します。

筆頭執筆者署名	西暦	年	月	日
---------	----	---	---	---

共同執筆者署名	西暦	年	月	日
---------	----	---	---	---

共同執筆者署名	西暦	年	月	日
---------	----	---	---	---

共同執筆者署名	西暦	年	月	日
---------	----	---	---	---

共同執筆者署名	西暦	年	月	日
---------	----	---	---	---

共同執筆者署名	西暦	年	月	日
---------	----	---	---	---

共同執筆者署名	西暦	年	月	日
---------	----	---	---	---

共同執筆者署名	西暦	年	月	日
---------	----	---	---	---

*全筆者の自筆署名を筆頭著者、共著者の順にご記入下さい。捺印は不要です。

受付日 年 月 日 (No.)

*上記受付日は、編集委員会が記入します

～ヘルスカウンセリング学会公認資格指定研修2日間コース～

ヘルスカウンセラー養成講座

構造化連想法によるヘルスカウンセリングの理論と技法を習得する

構造化連想法(SAT=Structured Association Technique)によるヘルスカウンセリングは、筑波大学大学院教授宗像恒次博士によって開発された、問題解決のための気づきや行動変容、自己成長を短期間に支援するカウンセリング法です。

カウンセリング理論、技術だけでなく、研修システムもまた構造化されていることが、特徴です。

そのため、これまで習得が難しいとされてきたカウンセリングテクニックを、構造化されたわかりやすい理論と体験学習によって学び、習得することができます。

ヘルスカウンセラー資格取得を目指す方のみならず、職場や家庭でのコミュニケーションスキルやストレスマネジメント法を身につけたい方にもおすすめの研修内容となっています。

ヘルスカウンセラーのほかに、イメージ療法士、心理カウンセラー、グループヘルスカウンセラー、グループカウンセラー、ソーシャルスキルトレーナーの資格取得を目指すことができます。

◆開催コース◆

ベーシックコース	一般	31,500円	学会員	26,250円
アドバンスコース	一般	36,750円	学会員	31,500円
マスターコース(POM)	一般	36,750円	学会員	31,500円
マスターコース(SOM)	一般	36,750円	学会員	31,500円
ソーシャルスキルベーシックコース	一般	31,500円	学会員	26,250円
ソーシャルスキルアドバンスコース	一般	36,750円	学会員	31,500円
ソーシャルスキルマスターコース	一般	36,750円	学会員	31,500円

(税込)

※詳しくはホームページをご覧ください。

～健康指導のための面接技法を学ぶ1年間コース～

カウンセリングアカデミー

ヘルスカウンセリングの理論と技法を活用する

本アカデミーでは、人の行動を理解するための幅広い知識と効果的なコミュニケーションスキルを中心に、少人数ゼミ方式で学びます。

講義、ビデオ学習、グループワーク、ペア実習、問題解決学習、モデリング学習、事例検討などの行動科学の教育法を駆使して進めてまいります。

目に見える健康行動支援のできる支援者にとどまることなく、「人がその人らしく生きる」「明るく、楽しく、前向きに生きる」ことを支援できることを目指しています。

アカデミーに入学を希望していらっしゃる方にまずお願いしたいのは、発想の転換とこれまでの常識の見直しです。健康や病気のこれまでの概念をパラダイム変換するところから始まります。

パラダイム変換のために、最新のエビデンスを示しながら、学ぶ皆さんが実感し、納得できるように進めてまいります。

◆開催コース◆

2007年度 栄養カウンセリングアカデミー	1年間	198,000円
2007年度 健康カウンセリングアカデミー	1年間	198,000円

(税込)

※詳しくはホームページをご覧ください。

～栄養カウンセリング授業(90分×15回)を体験する3日間コース～

栄養カウンセリング授業システム公開講座

学生に”現場で使える”カウンセリング技術を習得させるために

この公開講座は、大学、短期大学、専門学校などで栄養カウンセリングの授業を担当している先生を対象としています。

「栄養のことはわかるけれど、カウンセリングを教える自信がありません…」「カウンセリングのことは一通りわかるけれど、栄養や栄養面接のことはちょっと…」「現場で使える確かなカウンセリング技術を、学生に身につけさせたい。でも、どこから指導したらよいのか…」

先生方のこのような声をいっただいて、「栄養カウンセリング授業システム公開講座」は生まれました。

「栄養カウンセリング授業システム」による授業(90分×15回)を3日間に凝縮して体験していただくことで、今後の指導内容・方法のヒントを得ることができるでしょう。

◆栄養カウンセリング授業システムの特徴◆

- ★健康行動科学に基づいたヘルスカウンセリング理論、行動変容理論を体験学習によって学ぶことができます。
- ★講義、実習、グループワークなどを組み合わせ、無理なく学習を進めることができます。
- ★専用テキスト、ワークブックを使用します。一步一步着実にカウンセリング理論と技術を習得できます。
- ★実際の栄養面接の場面を想定した事例を多数用意しています。充実したカウンセリング実習を行なうことができます。
- ★ワークブックに対応したDVDを使うことで、実習の見本となるモデリングを示すことができます。

◆開催コース◆

秋のコース	2006年10月28日(土)～30日(月)	84,000円
冬のコース	2006年12月28日(木)～30日(土)	84,000円

(税込)

※詳しくはホームページをご覧ください。



ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル

〒104-0045 東京都中央区築地2-7-12山京ビル TEL:03-3248-1060 FAX:03-3543-7855

E-MAIL:info@hcc-int.com 公式ホームページURL:http://www.hcc-int.com/

日総研 通信専門教育講座のご案内

●日総研会員制・定期刊行物の年きめ購読者は会員料金(3,000円off)で受講できます。●通信教育受講生は、日総研セミナーに会員料金で受講できます。※有効期限1年

毎月開講4ヵ月 修了
コース

受講料(税込)／56,000円

受講対象は
看護職に限定します。

特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会 傾聴技能士(リスナー) 技能認定対応講座

看護カウンセリング

〈監修・添削指導〉特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会

患者対応力・部下指導力が向上

こんな人に最適なコースです。

- 患者さんや家族の不安、悲しみ、怒りを受け止めて支援したい
- 管理職として面接技法を身につけて効果的な指導をしたい
- 説得力のある理論と実践でコミュニケーションを指導したい
- 自分のストレスを軽減してラクな気持ちで仕事がしたい

【第1単元】概論、初級リスニングに必要な理論と技法

- 概論 ●初級リスナーに必要なスキル

【第2単元】中級リスニングに必要な理論と技法

- 中級レベルのリスニングスキル
- 理論的理解と自己成長とストレスマネジメント

【第3単元】アサーティブネススキルとネゴシエーションスキル

【第4単元】技能認定を受けるために



お申し込み・お問い合わせは 日総研出版 電話 0120-054977

ホームページでさらに詳しい内容をご覧ください。(試読もご案内中)

www.nissoken.com



ケータイから
かんたんに注文できます

www.nissoken.com/i/



筑波大学大学院 宗像恒次教授 推薦

学習と実践に役立つeラーニング

コミュニケーション ずっと アップ

e アサーション .com.up

「学習タイプ ソーシャルスキルトレーニングシステム」
シリーズ 第一弾！

アサーションからネゴシエーションまで ～ 教師編 ～

筑波大学大学院
ヘルスカウンセリング学分野 助教授
橋本佐由理 監修 / 橋本佐由理・佐々木京子 共編

Windows 2000/XP 版 CD-ROM

児童・生徒のところに届く
すてきな伝え方・表現が、
ここにあります。

理論編

- アサーションの測定 チェックシートによる分析
- アサーションとは 具体例とあわせて解説
- 3つのポイント アサーションのポイントを解説

実践編

- 初級 あいさつ、自慢の一言、ほめてみよう！
- 中級 具体的な場面での一言
- 上級 会話例を参考に実践力のアップ



〒167-0053 東京都杉並区西荻南 2-21-10 HK ビル
総合計画工業株式会社

SPI

www.spi-sys.co.jp
TEL. 03-3331-3451 FAX. 03-3331-3457

実践ヘルスカウンセリング

実践ヘルスカウンセリング

■宗像恒次 編 ■B5判・208頁・定価2,940円(本体2,800円 税5%)

●訓練すれば誰にでも活用できるように、構造化されたカウンセリング技法(SAT)をわかりやすく解説した実践書。ヘルスカウンセリングの知識と技法についてイラストを多用し解説。

ライフスタイル療法

生活習慣改善のための行動療法

第2版

■足達淑子 編 ■A4変型判・168頁・定価2,730円(本体2,600円 税5%)

●生活習慣へのアプローチが健康増進と疾病コントロールに重要であることを踏まえ、実践例を示し解説。日本動脈硬化学会の新ガイドラインにそって、高脂血症の内容見直しなど最新情報を取り入れた最新版。

コミュニティ・エンパワメントの技法

当事者主体の新しいシステムづくり

■安梅勲江 編著 ■B5判・170頁・定価3,150円(本体3,000円 税5%)

●「エンパワメント」をコミュニティの視点から意味付け、プロ技術として展開する一助となることを目的として編集。さまざまな事例を通してコミュニティ・エンパワメントの適用方法と効果を明示。国際支援についても記述。

エンパワメントのケア科学

当事者主体チームワーク・ケアの技法

■安梅勲江 著 ■B5判・136頁・定価2,940円(本体2,800円 税5%)

●当事者の力を引き出すコミュニケーション、当事者参加型チームワーク、支援ネットワークの組織化などの技術を体系的に整理し、理論とその実践活用を意図した3部構成でまとめている。

ヒューマン・サービスにおける

グループインタビュー法

科学的根拠に基づく質的研究法の展開

■安梅勲江 著 ■B5判・136頁・定価2,730円(本体2,600円 税5%)

●ヒューマンサービスの領域での「健康日本21」、「介護保険計画」、「ユニバーサルデザインの街づくり」計画の策定に役立つ手引き書。

ヒューマン・サービスにおける

グループインタビュー法Ⅱ／活用事例編

科学的根拠に基づく質的研究法の展開

■安梅勲江 編著 ■B5判・164頁・定価2,940円(本体2,800円 税5%)

●科学的根拠となる「質的な研究技術」として、より多くの人々がグループインタビュー法を利用できるように、実際の適用例を示しながら活用のポイントを解説。

健康スタッフのための

ソーシャル・マーケティングの基礎

■松本千明 著 ■B5判・80頁・定価1,890円(本体1,800円 税5%)

●商業分野のマーケティングの考え方や技術を、健康教育プログラムの計画、実施、評価のプロセスに生かす「ソーシャル・マーケティング」についての入門書。

医療・保健スタッフのための

健康行動理論の基礎

生活習慣病を中心に

■松本千明 著 ■B5判・108頁・定価1,890円(本体1,800円 税5%)

●健康行動理論とその尺度を用いることによって、対象者の現在の状況が把握でき、介入計画の立案や実行とその評価が可能になる。

医療・保健スタッフのための

健康行動理論 実践編

生活習慣病の予防と治療のために

■松本千明 著 ■B5判・92頁・定価1,890円(本体1,800円 税5%)

●患者のやる気とアドヒアランスを高めるための働きについて、食事療法、運動療法、薬物療法、手技(インスリン注射)、健康増進プログラムへの参加などをめくり、具体的に解説。

●弊社の全出版物の情報はホームページでご覧いただけます。 <http://www.ishiyaku.co.jp/>



医歯薬出版株式会社 / ☎113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 / TEL. 03-5395-7610

FAX. 03-5395-7611

2005年5月作成 35

学会代行業務の主な内容



CTP・DTPシステムでの納期の短縮に…。
予算のご相談に…。
いつでもお気軽に相談させていただきます。

- 各論文の入力前の原稿整理・編集・校正
- 学会員の名簿等の管理業務
- 各学会員の学会誌・案内等の梱包・発送業務
- イベント会場の垂れ幕・看板・ポスター等の作成設営

その他、一般的な印刷は全て対応可能。報告書から名刺まで。
ロゴマーク作成（案よりデザインまで）。
ホームページの立ち上げ。立案・作成・更新までの管理業務。



ボクには
かまわないで下さい



企画・デザイン・イベント

広報誌・パンフレット・カタログ・
ポスター・パネル・チラシ・はがき・
名刺・封筒・看板・シール・
ロゴマーク等

出版

研究紀要・記念誌・自費出版等

学会業務関連

定期刊行物発行・事務代行・
梱包発送等

冊子物

各種報告書（研究・科研）・定期
刊行物・名簿作成および管理等



いつも笑顔で…
アレスのカウンセラーであ



いつも上天気

各種簡易製本

上製本・修士・博士論文等

写真撮影

屋外・屋内

各種カード

ポストカード・図書・特殊印刷等

筆 耕

賞状・挨拶状・宛名等

デジタルコンテンツ

ホームページ・PDF・CD-ROM・
CD-R 作成



当社のムードメーカー



話題が豊富です

大関社長
昭和24年生まれ



やる気マンマン！！

総合印刷
alles druck 有限会社 アレス

〒300-3257 茨城県つくば市筑穂1-14-2

TEL 029-877-4888 (代)

FAX 029-877-0503

E-mail allesdrk@mint.ocn.ne.jp

E-mail oseki@allesdrk.com

URL: <http://www.allesdrk.com>

＜ 編 集 後 記 ＞

学会年報として学術的な発展のために、大きな変革を進めてこられた橋本前委員長の後を引き継ぎ、本年度は宗像先生と年報の編集に携わらせていただいた。その流れを引き継ぎ、本年度は査読規定を設け投稿論文の査読システムを整えた。また、「各々の会員が、各々のフィールドで実践している生きたヘルスカウンセリングの取り組みがわかるような年報にしたい」という思いから、本年度は、「統合医療とヘルスカウンセリング」のテーマで開催された昨年の学会大会での発表内容を反映させたものにした。

特集では、学会大会の特別講演でご講演いただいた帯津先生に、「統合医学を越えてホリスティック医学へ」のタイトルで、からだところちのちをまるごと捉えて関わるホリスティック医学を先生ご自身の取り組みを踏まえてご執筆いただいた。まるごと捉えたかかわり方は、ヘルスカウンセリングの理論にも通じる。基調講演の宗像先生には、SAT進化週及イメージ法の最新のヘルスカウンセリングの理論と技法を交えながら「EBMとNBMを統合するイメージスクリプト概念」をご執筆いただいた。村上先生には、歯科心身医療の最先端としてSATイメージ療法を応用された臨床事例をご呈示いただき、その驚くべき有効性やこれからの可能性について報告していただいた。

焦点論文では、各セッションのシンポジストの先生方から、最新のSATを導入された臨床応用について寄稿いただいた。

研究報告論文では、橋本先生がヘルスカウンセリングセミナー前後での心理特性の変化を量的な研究により示した。自己イメージ脚本と、支援認知の変化が精神健康度を向上させるという因果モデルを構築され、共分散構造分析により、高い説明率とモデル適合度から、モデルを証明された。それと同時に、自己イメージ脚本の変容を支援しているSATの有効性についても報告いただいた。

投稿論文では、殿山論文が視覚障害を有するマッサージ師の特性不安に関連する要因として、自己抑制制度や無力体験の強さと自己価値感の低さの存在を示された。上田論文では、女子大学生アスリートのストレスマネジメント法としてSAT未来自己イメージ法を活用された介入研究を実践され、その有効性について報告いただいた。また、米澤論文は、看護職の心理パターンと身体症状の関連に関する興味深い結果をご提示いただいた。岡田論文では、社会恐怖の事例へのヘルスカウンセリングによる支援事例をご報告いただいた。永峰論文では、中学生の自己カウンセリングによるストレスマネジメント能力の向上を目的した全校での取り組みをご報告いただいた。どの論文も、大変興味深く、多くのヘルスカウンセリング実践からの内容の濃い知見が述べられている。

学会員の皆様、橋本前編集委員長、アレスさんの協力を得て、今年も年報が仕上がった。この時期になると、これまでの莫大な編集作業の記憶が吹き飛ばされる位、またそれ以上の年報完成の嬉しさと感謝の気持ちでいっぱいになる。次号もまた、会員の皆様に心からのエールとなるような年報にしたいと思う。学会員の皆様からの論文の投稿を心からお待ちしております。

ヘルスカウンセリング学会年報編集委員長 樋口倫子

編 集 委 員 会

委 員 長	樋口 倫子			
委 員	宗像 恒次			
編 集 事 務	五十嵐友希子	川口 祐司	川口 靖子	河内 奈美
	ひぐち眼科スタッフ一同			
査 読 委 員	岡 美智代	奥村 秀則	奥富 庸一	小林啓一郎
	小森まり子	鈴木 浄美	殿山 希	橋本佐由理
	樋口 倫子	前田 隆子	宗像 恒次	矢島 京子
	山内 恵子	劉 沈穎	Campano Jessica	
	Frances Ohnoha			
英 文 校 閲	Frances Ohnoha			

(五十音順)

ヘルスカウンセリング学会年報 2006 Vol. 12

特集 統合医療と SAT カウンセリング

発 行 日 平成 18 年 9 月 1 日

発 行 人 特定非営利活動法人 ヘルスカウンセリング学会
〒272-0021
千葉県市川市八幡 2-6-18-501
第 3 本八幡ダイヤモンドマンション

TEL 047-332-0726

FAX 047-332-5631

定価 2,000 円(税込)

Journal of Health Counseling

Volume 12, September 2006

Contents

Preface

Makoto Hosaka

I . Special Issue: Integrative Medicine and SAT Counseling

From Integrative Medicine to Holistic Medicine	Ryoichi Obitsu.....	1
Image-script Concept Bridging between EBM and NBM	Munakata Tsunetsugu.....	9
Support of Patients being Afflicted with Halitosis		
: Bio-psycho-social Medicine and Health Counseling on Breath Clinic		
Taeko Murakami, Mitsuo Fukuda, Chitose Yanagi, Kyoko Yoshino,		
Akiko Otsuka, Yasuyuki Fukuda, Shiho Sakai, Tomoyuki Tsuchiya,		
Haruo Nakagaki and Toshihide Noguchi.....		19

II . Features: SAT Counseling for Body and Mind

A Study of SAT Group Counseling support of Pre-Maternity and Parenting Mothers		
Kyoko Yajima, Kei-ichiro Kobayashi, Kiyomi Nakayasu and Takayuki Ushioda.....		29
Treatment of Stressful Emotion of Patients with Cancer Transmitted		
from Ancestry Based on Seasonal Change of Immunity Data		
Kei-ichiro Kobayashi, Sayuri Hashimoto, Takashi Hayashi, Shigeko Sakamoto,		
Miyo Hori, Ryoichi Obitsu, Kazuo Murakamai and Tsunetsugu Munakata.....		37
Therapy to Change Self-image Script for Psychogenic Visual Disturbance		
Noriko Higuchi.....		47
The Present Situation of Mental Health Measures in Business: A Practical Case		
of Stress Manegement Program Using Health Counseling Center Method		
Maki Tanaka.....		55
Search for the Way of Life Becoming Myself	Siori Hirata.....	61

III. Original Papers

Psychosocial Factors Related to Trait Anxiety among Massage Practitioners		
with Visual Impairment and its Prevention		
Nozomi Donoyama, Sayuri Hashimoto and Tsunetsugu Munakata.....		65

IV. Research Report

Educational Effectiveness of "Structured Association Technique" Counseling Seminar		
: The 12th Report		
Sayuri Hashimoto, Yoichi Okutomi and Tsunetsugu Munakata.....		73

V . Research Notes

A Study on Stress Management Using SAT Self-Imagery Method		
: For Female University Students, Middle and Long Distance Athletes		
Toshiko Ueda and Tsunetsugu Munakata.....		91
A Study of Physical Symptoms and Mental Pattern of Nurse		
Kazuyo Yonezawa, Kiyomi Taniguchi and Keiko Ikeda.....		97

VI. Activity Report

The Health Counseling for a Client with Social Phobia: A Case of a Client		
that Anxiety Tendency was Improved by Healing Image Technique and Behavior Approach		
Matsukazu Okada.....		105

VII. Reference Paper

A Practical Case of Program Stress Management Skill Improvement in Junior High School		
Jyunko Nagamine		111