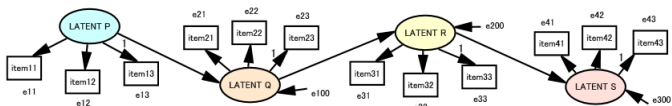


# 周産期メンタルヘルススタッフのための 心理介入教本



北村 俊則

北村メンタルヘルス研究所





## はじめに

著者は 2000 年から 2010 年までの 10 年間、熊本大学大学院在任中に、熊本県の要請によって保健師、助産師、保育士などを対象とした研修会を年間 10 回ほど行ってきた。この研修では周産期に見られる精神疾患とその原因およびアセスメントの方法、産後うつ病などが確認できた際の支援の方法、希死念慮を訴えた際の対策などが行われた。このうち周産期に見られる気分障害や不安障害に対して行う心理介入方法についての解説マニュアルに加筆したのがこの教本である。

本書で紹介する介入方法についてはイーガンの著作<sup>1</sup>に多く依拠している。解説では事例を多く提示する。周産期の心理的問題でもっとも多く見られるのはうつ病であるので、うつ病の事例が多い。

この教本は、地域における保健師活動を念頭に編集した。しかし、心理介入の方法が職種によって異なるものではない。助産師・看護師といった看護職、産科医・小児科医・精神科医といった医療職、保育士などの教育職、臨床心理士や児童相談所の職員など、さまざまな職種の人々に読んでもらえるよう配慮した。

なお、本書の原稿にさまざまな改訂意見をいただいた久保礼子さん（当時熊本県健康福祉部 少子化対策課）にこの場を借りて御礼申し上げます。

北村メンタルヘルス研究所  
北村俊則

---

<sup>1</sup> ジェラード・イーガン（鳴澤寛、飯田栄訳）熟練カウンセラーをめざすカウンセリング・テキスト。創元社  
ジェラード・イーガン（鳴澤寛、飯田栄訳）熟練カウンセラーをめざすカウンセリング・ワークブック。創元社

# 目次

1 周産期の心理的問題とクライアントの希望	1
周産期の心理問題	2
産後うつ病の治療：薬物療法と心理療法	5
クライアントの希望	8
周産期メンタルヘルスケアを担う人々と本書の読者	9
2 心理介入の開始と面接者の態度	11
メンタルヘルス領域における面接の意味	12
心理面接の作法	22
面接者の態度	49
面接者の言葉使い	52
面接者の服装	55
3 傾聴と共感	57
傾聴と共感とは異なる概念	58
何を傾聴するか	64
基本的共感	75
共感の質を向上させる	80
葛藤の共感	88

## 4 プローブ：さらに理解するために ..... 91

概観	92
コメント	94
プロンプト	95
質問	97
強調	102
プローブの重要性	105

## 5 面接の進化 ..... 111

スクリーニング	112
焦点化	114
促進	116

## 6 面接中のさまざまな問題 ..... 129

再度メンタルヘルス領域における面接の意味について	130
通常の人間関係と治療的人間関係	132
防衛と抵抗	134
希死念慮と自殺企図	137
専門家の医療への紹介のタイミング	145
時間がないとき	149
面接者が感情を引きずってしまう	150
面接の最後で非常に重要な話題をクライアントが切り出したとき	151

面接回数の設定	152
終結	154

7 なぜ面接だけで治療効果があがるのか	155
---------------------	-----

カタルシス	156
洞察	158
共感・プローブから洞察・改善へ	159
共感：再考	163

8 教材と資料 さらに技術を高めるには	173
---------------------	-----

心理介入の教材	174
周産期心理支援の向上を目指して	177

9 事例	181
------	-----

産後うつ病	182
愛着障害	191

10 練習のヒント	203
-----------	-----

索引	209
----	-----

挿画：北村富紗子

# 1

## 周産期の心理的問題と クライアントの希望

## 周産期の心理的問題

周産期にはうつ病を中心とした気分障害（大うつ病，躁病）や不安障害（全般性不安障害，パニック障害，広場恐怖，社会恐怖，特定の恐怖症，強迫性障害）が出現する<sup>2</sup>。頻度の高い産後うつ病については本書の事例を見ていただきたい。

この中で際立って出現頻度が高いものが大うつ病と特定不能のうつ病（大うつ病ほどの重症度あるいは持続期間はないが臨床的に明らかな抑うつ状態）である。両者を合わせると，10人に一人の女性が妊娠中に，そして10人に一人の女性が産後3ヶ月以内の期間に新しく抑うつ状態を呈するのである。従来，妊娠・出産・子育ては望まれていること，嬉しいことと考えられ，この期間（周産期）に女性の心理状態は安定していると考えられていた。しかし，望ましいことである側面に加え，心理的にも社会的にも様々なストレス状況が発生しやすい時期でもある。この期間が精神医学的に特別に安全な時期ではないという認識が近年，持たれるようになってきた<sup>3</sup>。

周産期のメンタルヘルスの重要性は，単に当該女性の心理症状のみに依拠しているものではない。産後に母が児に抱く愛情を愛着 bonding という<sup>4</sup>。新生児室に並んでいる子どもたちのなかで自分の子が特別に可愛いと思う感情を愛着という。母の児に対する愛着は当然，児に大き

---

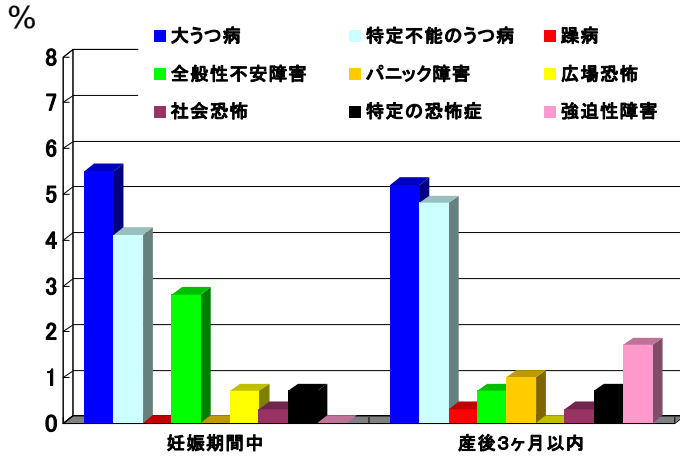
<sup>2</sup> Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T., & Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates. *Archives of Women's Mental Health, 9*, 121-130.

<sup>3</sup> しかし非周産期に比較して周産期におけるうつ病の発症率が有意に高いわけではない。

<sup>4</sup> 通常，児が母に対して抱く愛着を attachment，親が児に対して抱く愛着を bonding と呼んで区別している。



な影響を与える。全ての母親が生後まもなくの児を特別に可愛いと思うわけではない。愛着が低く、「うっとうしい」と感じたり、さらには児に敵意を感じたりする状態を、愛着障害（愛着不全）という<sup>5</sup>。



中野ら (2000) 平成 12 年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)  
「妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究」

N = 290

また、親が児をどのように育てるかも重要課題である。新生児に対する虐待には、児への身体的暴力も含まれるが、さらに児の目の前で殴る

<sup>5</sup> Brockington, I. F. (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry, 3*, 89–95.  
Kumar, R. C. (1997). “Anybody’s child”: severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry, 171*, 175–181.  
Wittkowski, A., Wiek, A., & Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: A comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Archives of Women’s Mental Health, 10*, 171–175.

そぶりをする，大声で怒鳴りつける，例えばドアを大きな音を立てて閉めて児のいる部屋から出てゆく，児が嫌がることをわざとするなどが含まれる<sup>6</sup>。特に虐待的子育ては，児の直後の心理状態にも，またその後の心理発達にも影響を与える<sup>7</sup>。さらに配偶者や家族全体に影響を与える。

そして実は，産後3ヶ月の調査で，産後うつ病，愛着障害，児童虐待の三者間に弱いながら正の相関があることが報告されている<sup>8</sup>。つまり，産後うつ病の母ほど愛着障害がやや強めに現れる傾向があり，愛着障害を持つ母ほど虐待的子育てをする傾向が強くなる。周産期メンタルヘルスケアに当たるスタッフは（1）母親の心理状態（2）母の児に対する愛着（3）母子の相互作用と育児様式 の三者に関心を払うべきであろう。

---

<sup>6</sup> Kitamura, T., Takauma, F., Tada, K., Yoshida, K., & Nakano, H. (2004). Postnatal depression, social support, and child abuse. *World Psychiatry, 3*, 100-101.

<sup>7</sup> Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2001). Abusive early child rearing and early childhood aggression. *Child Maltreatment, 6*, 3-16.

<sup>8</sup> Kitamura, T., Yamashita, H., & Yoshida, K. (2009). Seeking medical support for depression after the childbirth: A Study of Japanese community mothers of 3-month-old babies. *Open Women's Health Journal, 3*, 1-14.

## 産後うつ病の治療：薬物療法と心理療法

本書は産後うつ病を念頭において編集してある。産後うつ病の治療法は一般的うつ病のそれと異なるものではない。(1) 薬物療法と(2) 心理療法の2つに分けられる。両者の一方のみでもあるいは併用でも同様の効果があると報告されている<sup>9</sup>。産後うつ病の薬物療法については他書を参照していただきたい。

出産期の女性に対する薬物療法が常に禁忌であるものではない。しかし、妊娠期間中の服薬による胎児に及ぼす催奇形性<sup>10</sup>、妊娠後期に服用した薬物による分娩直後の児の合併症<sup>11</sup>、さらに母乳を授乳し、母乳經由で新生児に薬物が移行する<sup>12</sup>ことなどの理由から、周産期の向精神薬療法は慎重にならざるをえない<sup>13</sup>。そのような場合、心理療法はさらに重要な意味を持つてくる。

英国の Cooper らは 193 名の産後うつ病の女性を対象に 4 群に分け、

---

<sup>9</sup> Holden, J. M., Sagovsky, R., & Cox, J. L. (1989). Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, *298*, 223–226.

<sup>10</sup> Alwan, S., Reefhuis, J., Rasmussen, S. A., Olney, R. S., & Friedman, J. M. (2007). Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *New England Journal of Medicine*, *356*, 2684–2692.

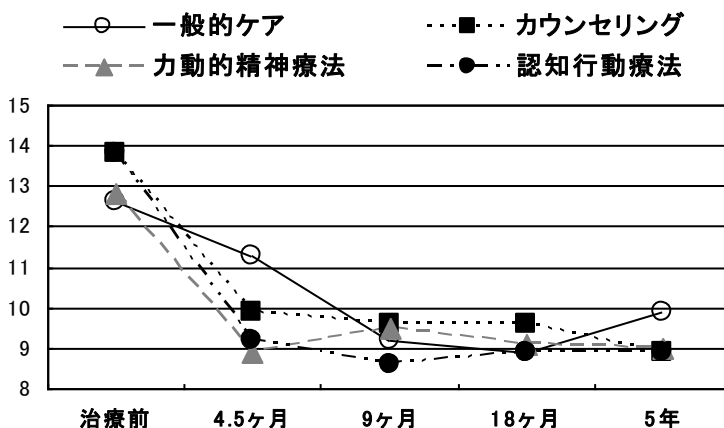
Louik, C., Lin, A. E., Werler, M. M., Hernández-Díaz, S., & Mitchell, A. A. (2007). First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *New England Journal of Medicine*, *356*, 2675–2683.

<sup>11</sup> Andrade, S. E., McPhillips, H., Loren, D., Raebe, M. A., Lane, K., Livingston, J., Boudreau, D. M., Smith, D. H., Davis, R. L., Willy, M. E., & Platt, R. (2009). Antidepressant medication use and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, *18*, 246–252.

<sup>12</sup> Weissman, A. M., Levy, B. T., Hartz, A. J., Bentler, S., Donohue, M., Pharm, V. E., & Wisner, K. L. (2004). Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers', breast milk, and nursing infants. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1066–1078.

<sup>13</sup> Spinelli, M. (2012). Antidepressant treatment during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 121–124.

それぞれに (1) 一般的ケア (2) カウンセリング (3) 力動的心理療法 (4) 認知行動療法を行って効果の比較を行っている<sup>14</sup>。通常の産科的ケアのみを行うものが一般的ケアである。残りの 3 グループは何らかの心理療法を行った群である。治療者としてその療法の専門家と訓練を受けた保健師が当たった。産後うつ病の重症度は EPDS で測定し、治療前と、治療開始してから 4.5 カ月後、9 カ月後、18 カ月後、5 年後の 4 時点の重症度を評価した。9 カ月後以降は 4 グループいずれも低得点になっているが、4.5 カ月後の重症度は一般的ケアのみの女性に比べ、心理療法を受けた女性は 3 群ともずっと良くなっていた。



<sup>14</sup> Cooper, P. J. et al. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.

本書で扱う手法は Cooper らのカウンセリングに相当するものである。本書で取り扱う心理療法（心理支援）は妊娠期間中のうつ病，周産期のうつ病以外の精神疾患（パニック障害），さらには配偶者の相談にも用いることができる。

## クライアントの希望

ほぼ同等の効果のある2つの治療法を提示し，そのうちクライアント<sup>15</sup>自身が好む治療法を実施したほうがそうでない治療法を実施した場合より僅かではあるが治療効果が高くなるという報告が最近多く出てきている<sup>16</sup>。

フランスにおける研究<sup>17</sup>では産後うつ病になった母親に薬物療法と心理療法のどちらを受けたいか，さらに産後うつ病ではない産後の母親に

---

<sup>15</sup> 心理療法では患者という用語をあまり使用しない。何らかの目標・必要性を持って専門家に援助を求める人をクライアントと呼ぶ。本書もこの用語を用いる。

<sup>16</sup> King, M., Nazareth, I., Lampe, F., Bower, P., Chandler, M., Morou, M., Sibbald, B., & Lai, R. (2005). Impact of participant and physician intervention preferences on randomized trials: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 293, 1089–1099.

Kwan, M., Dimidjian, S., & Rizvi, S. L. (2009). Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy versus psychotherapy for depression. *Behavior Research and Therapy*, (in the press)

Preference Collaborative Review Group (2008). Patients' preferences with randomised trials: Systematic review and patient level meta-analysis. *British Medical Journal*, 337, a1984.

Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 368–381.

<sup>17</sup> Chabrol, H. et al. (2004). Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 5–12.

は、もし産後うつ病になったらいずれの治療を受けたいかと聞くと、圧倒的多数の女性が心理療法を選択していた。したがって、周産期の医療サービスに従事する者が心理的介入の基本技法を習得することは大変重要である。

また現在の日本の法制度の中で、保健師・助産師・看護師・保育士などの、医師でない専門家に薬物処方権はない。従って、こうした非医師の専門家にとって心理療法の技法を身に着けることは大変重要である。

## 周産期メンタルヘルスケアを担う人々と本書の読者

また、最終章にはすこし詳細な心理介入（心理療法）の架空事例を挙げてある。そこまでの各章を読む前に目を通しておき、各章を読んだ後に再読すると理解が深まるように構成してある。

ところで周産期メンタルヘルスケアを担う専門職種はだれであろうか。妊娠が分かり、妊娠期間を経験し、やがて分娩、育児の時期を見渡すと様々な専門職種の人々がケアに携わっていることに気がつく。産科医、小児科医といった医師、助産師、看護師、保健師といった看護職スタッフ、保育園や幼稚園での保育士、幼稚園教諭など多くの職種の人々が、直接に母親と接触をもっている。これら職種の人々が心理療法の基本的技能を有することは、周産期メンタルヘルスケアにとって大切である。

精神科医や臨床心理士といった職種の者もこの中に入らないものでもない。しかし、母親の日常生活のなかで経常的に会う立場にはなく、単科の産科医療機関や総合病院の周産母子センターに常設するには人的にも経済的にも困難が伴う。したがってこうした職種のもののはむしろ、

バックアップ要員としての機能を持ったほうがよいであろう。

この教本は、地域における保健師活動を念頭に編集した。しかし、心理介入の方法が職種によって異なるものではない。助産師・看護師といった看護職、産科医・小児科医・精神科医といった医療職、保育士などの教育職、臨床心理士や児童相談所の職員など、さまざまな職種の人々に読んでもらえるよう配慮した。

この教本では、周産期に見られる気分障害や不安障害に対して行う心理介入方法について解説する。介入方法についてはイーガンの著作に多く依拠している。解説では事例を多く提示する。周産期の心理的問題でもっとも多く見られるのはうつ病であるので、うつ病の事例が多い。

# 2

## 心理介入の開始と面接者の態度



## メンタルヘルス領域における面接の意味

メンタルヘルス領域の作業の中心は面接 interview である。面接は通常の面談とは異なるものである。メンタルヘルス領域の面接には特殊な知識と技術が要求される。

メンタルヘルス領域の面接の目的は ①情報収集 と ②治療的介入の2つである。収集する情報は (a) 診断の決定 (b) 予後の予測 (c) 治療方針の決定 のために行うものである。これは通常の医療・看護の臨床場面での目的と同じである。身体疾患の際の診察と異なる点は、メンタルヘルス領域の面接は、情報収集と治療的介入が同時並行的に行われることである。面接者は常に「この瞬間に自分は情報を収集しているのか、治療的介入をしているのか」を自問自答するべきであろう。

この点についてももうすこし考えたい。まず身体疾患におけるケアについて振り返ってみよう。ある人が急に腹部の激痛を感じたとする。救急車が呼ばれ、その人を病院の救急外来に運ぶことになる。救急医療の担当者は「この急激な腹痛は何か？」と考える。つまり、腹痛の原因を考えるのである。急性発症の原因はさまざまある。そこで担当者は取り急ぎ、患者の腹部レントゲン写真を撮ることにした。早速、患者は検査室に運ばれる。出来上がったレントゲン写真には右腹部にはっきりした陰影が認められる。陰影の特徴から、その陰影は胆石であると判断される。

「腹痛の原因は分かった」と考え、担当者は次に、痛みをとるべくブスコパンの点滴を始める。点滴開始後 30 分もするとあれほど痛がっていた患者の表情に落ち着きが出てくる。治療の効果がでてきたのである。

身体疾患のケアについて、こうした簡単な事例から分かることがある。胆石が発見される前と後で、担当医療者の行動の目的がはっきり分かれているのである。腹痛の原因たる胆石が見つかるまでは、この担当者は症状の原因究明のみを目的に行動していた。これが診断行為である。確

度の高い情報を集め、症状の原因を究明する。それは、今後、患者に対して何をすべきか（治療方針決定）と、もし放置したらどうなるか（予後予測）を知りたいから行っているのである。ところが胆石が発見されて以降、担当者の関心は原因究明から症状除去に明らかに変化している。後半は、いかに早く患者を苦痛から解放するかが唯一の行動目標になっている。再度述べれば、身体疾患の患者へのケアはまず診断の時間帯があり、その後に治療の時間帯が続くのである。医療・看護において、診断の時間帯と治療の時間帯が分かれることは合理性がある。これが逆になるはずはない。患者も今、何の目的で何がこなわれているかを容易に認識している。

ところがメンタルヘルス領域では、情報収集（診断）と心理援助（治療）という2つの作業が、相互に入り混じって進行するのである。本書においてこのテーマは何回となく現れてくるので読者は注意してお読みいただきたい。

## 情報収集

心理療法を行う前に、クライアントの自覚している問題や症状がどのようなものであるか確認することは不可欠である。必要に応じて、診断用構造化面接（クライアントに聞くべき質問とその回答の評価について具体的指示のある面接ガイドライン）を用いて DSM-IV（アメリカ精神医学会が定めた各種精神疾患の診断基準集）などの操作的診断基準に合致したアセスメントを行うことも大切である。精神医学的診断の手法については他書を参照<sup>18</sup>。

---

<sup>18</sup>北村俊則（2003）. 精神・心理症状ハンドブック. [第2版] 日本評論社.  
中野仁雄（監修）新道幸恵, 北村俊則（編集）（205）. 心理的問題をもつ妊産婦のケア—助産師による実践事例集. 医学書院.

どのような心理援助も、まずクライアントがどのような心理状態にあり、それがどのような性質にあるものなのかの客観的評価があって、初めて開始できる。

加えて、なぜそのクライアントがその時点で心理的不調を呈するようになったのか、どのようなストレスがきっかけになったのか、そのストレスが症状の発現を促した基礎となったクライアントのパーソナリティはどのような特徴があるのか、こうした情報を収集しなければならない。また、クライアントの抱えている問題は普通にしているとどうなるのか、しばらくして自然に落ち着くのか、あるいはどんどん悪くなるのかという点を予測できる情報も収集しなければならない。もし介入をするのであれば、複数ある介入方法のうちどれが良いと考えるのか、それを決めるべきさまざまな情報も入手しなければならない<sup>19</sup>。

そこで、まずクライアントの現在の心理状態の評価から考えてみよう。巻末の事例からその例を見てみよう。訪問した保健師（H）が最近、分娩をした女性（M）に彼女の心理状態を質問している。この面接では面接者がそのクライアントの症状をひとつずつ確認し、現在、大うつ病エピソードにあることを確認している。

《症状聴取の例》：

H：ところで最近のご気分はどうですか？

M：最初は「どうしても2人目は女の子」と思っていました。なので、女の子が生まれたと分かって舞い上がりそうなほどうれしかったのです。でも1ヶ月健診が終わった頃からブルーになってきました。食欲も落ちて、体力もない感じです。夜泣きのためでしょうか、夜もグッスリ寝た感じがありません。食事を作るのもおっくうで……メニューを考えるのも「厄

---

<sup>19</sup> 予後予測の方法については成書を参照

介」って感じになって・・・お母さん（姑）に夕食は作ってもらっているのです。

H：そうだったんですか。

M：ええ、気持ちも落ち込むし、友人とのメールも楽しくなくて・・・

H：他にご趣味は。

M：前はネイルアートとか、コンサートにいったり・・・

H：そうしたことに興味もなくなったのですか。

M：音楽をCDで聴く気も起きなくなったのです。

H：ご気分の落ち込みは、良い日と悪い日があるのですか。

M：いいえ、ここ数週間は毎日です。

H：一日の中でも波がありますか。

M：起きている間は気持ちがさっぱりしません。

H：こうしたことは最初のお子さんを生んだ後には・・・

M：ありませんでした。

H：もっと以前にこんな風になったことも・・・

M：なかったです。

H：ではこの1ヶ月はこれまでの人生の中でもひどく落ちこんだ時期なのですね。

ここで大うつ病の診断基準を復習してみよう。アメリカ精神医学会が決めた診断基準では、大うつ病が次のように規定されている。

A. 以下の症状のうち、5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている；これらの症状のうち少なくとも1つは、(1) 抑うつ気分または、(2) 興味または喜びの喪失である

(1) ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分で、患者自身の言明(例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる)か、他者の観察(例えば、涙を流しているように見える)によって示される。  
注意：小児や青年ではいらいらした気分もありうる

(2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退(患者の言明、または他者の観察によって示される)

(3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加(例えば、1ヵ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。注意：小児の場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ

(4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多

(5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)

(6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退

(7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪業感(妄想的であることもある)、(単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない)

(8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる(患者自身の言明による、または、他者によって観察される)

(9) 死についての反復思考(死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画

さらに除外基準などが加えられているが、症状基準は上記のA基準で

ある。上の面接事例では、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分、興味の減退、食欲低下、不眠、易疲労性が認められ、大うつ病であると評価できる。加えて、過去に同様のエピソードがなく、大うつ病の初発であることも短い会話の中で確認している。

ところで、情報収集の目的は必要な症状項目を取りこぼしなく聞き出すことである。上記の事例でも、大うつ病の診断に用いられている症状を確認する作業を行っている。しかし、こうした部分でもいきなり矢継ぎ早の「あり・なし」質問をするのではなく、まず5分間はクライアントの述べることをゆっくり聞こう。大抵の場合、面接者が聞きたい項目についてクライアントは自発的に述べてくれる。

クライアントから相談希望で来所した場合を考えてみよう。

《症状聴取の開始例》：

H：今日はどうのことでお越しになられたのですか？

M：実は、3ヶ月前に2人目の子どもが産まれました。お産自体は思っていたより軽かったと思います。1人目のお産は難産でしたから…

H：そうだったんですか。

クライアントが来所理由、つまり主訴を最初に述べてくれることを期待している面接者にしてみれば、「お産自体は思っていたより軽かった」ことが主訴であるとは信じられない。眠れないのか、イライラするのか、不安なのか、いったい何が症状なのかと直ちに聞きたくなるかもしれない。しかし、「今日、来られた理由になっている症状は何ですか」といった質問をすれば、クライアントは面接者の質問に逐一答える会話スタイルに自分を合わせてしまう。また、そもそもクライアントが「お産自体は思っていたより軽かった」と述べたことは、意味の無い雑談をして

いるのではなく、これから語られる内容の重要な部分である可能性もある。したがって、情報収集の部分においても、まずはクライアントの自発的発言を促すことが大切である。クライアントの自発的発言に重要な情報が多く含まれている。

小説や音楽などの芸術と同じで、クライアントとのセッションでは初めの数分と終了間際の数分にクライアントが述べることの内容は重要なことが多いことに注意してクライアントの発言を聞いてみよう。

## 治療的介入（カウンセリング・心理療法）

心理療法には多くの学派や技法がある。さまざまな心理療法技法はそれぞれの理論背景に基づいて作られている。しかし、これらに共通した特徴を、臨床の現場に定義すると次のようになる。

心理療法（カウンセリング）とは、落ち込んだり、不安になったり、生きる希望を失っているクライアントが、カウンセリング（1回でも複数回でも）を受けた結果、すこしでも明るくなり、不安が楽になり、生きていこうと思うようになること。

巻末の事例を見てみよう。クライアントは「気持ちが落ち込む」など心理的不適応を示していた。面接の開始時点で次のように訴えていた。

H：ところで最近のご気分はどうですか？

M：最初は「どうしても2人目は女の子」と思っていました。なので、女の子が生まれたと分かって舞い上がりそうなほど

れしかったのです。でも1ヶ月健診が終わった頃からブルーになってきました。食欲も落ちて、体力もない感じです。夜泣きのためでしょうか、夜もグッスリ寝た感じが無いのです。食事を作るのもおっくうで……メニューを考えるのも「厄介」って感じになって……お母さん（姑）に夕食は作ってもらっているのです。

H：そうだったんですか。

M：ええ、気持ちも落ち込むし、友人とのメールも楽しくなくて……

しかし、面接の最後では次のように述べている。「すこしすっきりした」ことで、明日以降、自ら問題を解決してゆく勇気が出てきたように思えるのである。

H：できそうですか。

M：そんな気がしてきました。

H：ところで今日、こんな風に話をして今のご気分はいかがですか

M：なんかすこしすっきりしたように思います。

つまり、今回1回の面接であっても、クライアントの落ち込んだ気持ちが少しだけ明るくなり、また、問題を解決できそうな自信が出てきているのである。後述するように、心理療法では数回のセッションを持つことのほうが多い。この場合も、全セッションの始まる前に比較して、全治療が終結した後の方がクライアントの心理状態に改善があればその治療は成功したといえよう。



# 演習 1 ロールプレイをしてみよう!

3人で1組を作る。

それぞれ (1) クライアント (2) カウンセラー (3) 観察者[記録者]に分ける。

できるかぎり別施設の者どうして組を作る。

状況設定：保健センター相談室。今回の調査対象者に担当保健師が初回面接をする。クライアントは産後うつ病である<sup>20</sup>。クライアント役の者は自分の知っている産後うつ病女性を演じる。

面接時間：50分

聞き取る内容：(1) 症状 (2) ストレス要因 (3) パーソナリティ

注意：あくまで現実の状況と思って面接を施行する。クライアントは、氏名、年齢に加え、夫の職業、家族構成、ストレス要因などの細部を事前に決めておく。

面接終了後に検討会を実施する。カウンセラー役は率直な感想を述べよう。クライアント役は、自分の感情や考えを自由に語れる雰囲気であったか振り返ってみよう。観察者は、面接の良かった点と改善すべき点を示そう。

おそらく看護職あるいは医療職の読者は症状の聞き取りは容易に行っただであろう。次のストレス要因(例：分娩が思ったより長時間であった、生まれた赤ちゃんに重大な合併症が見つかった、約束していた夫の手伝いが全くなかった…)の聞き出しもある程度できたのではないだろうか。そして最も難しいのがパーソナリティの評価であったと思う。

クライアントの立場から言えば、症状は容易に述べられるが、「なぜそ

---

<sup>20</sup> クライアント役を取るものが産後うつ病の病像を詳しく知らないなら他書にて知識をいれておこう。中野仁雄(監修)新道幸恵、北村俊則(編集)(2005)。心理的問題をもつ妊産褥婦のケア—助産師による実践事例集。医学書院。

うなったか」というストレス要因は述べていく。さらに自身のパーソナリティについて自発的に発言することは困難である。初対面の面接者に対し、「本当に聞いてくれるだろうか」という疑心暗鬼の部分もある。この時に必要な技法が、治療的介入の技法なのである。

本書で扱う心理援助の様々な技法の骨格は、クライアントのパーソナリティを面接者が理解し、クライアントが洞察を深める過程を通じて、症状の改善をみるものである。実は通常の看護・医学教育ではほとんど触れられてこなかったのがクライアントのパーソナリティ理解であった。本書はパーソナリティの基礎理論について詳しくは触れないが、読者はこの点について注意しながら読み進んでいただきたいし、パーソナリティの専門書にも目を通していただきたい。

## 心理面接の作法

心理状態の評価はクライアントが口を開いて語ってくれない限り不可能である。心理療法もクライアントが自分の内面について語ろうという動機を持ってくれない限り不可能であろう。しかし、心理療法で語ってもらう内容は、通常、多くの人に容易に語れるものではない。こうした内容はクライアントが面接者に信頼を持った場合にはじめて話題にできる。したがって、面接者はクライアントに信頼されなければならない。

その一方、面接者はクライアントにとってたいていは初対面である<sup>21</sup>。初対面のクライアントに「私を信用して何でも話してください」というメッセージを最初の5分で伝えなければならない。したがって、初対面の面接者であってもクライアントが信頼して話をしてもらえただけの状

---

<sup>21</sup> ところが旧知の関係であれば心理療法はできない。

況を作らなければならないのである。ここに、心理療法面接の技術が必要になる。

こうした状況でもクライアントに信頼してもらう準備について話を進めよう。

## 自己紹介

名前もしらない相手にこころを打ち明ける人はいない。そもそも医療機関や相談機関に来院・来所するクライアントは不安に満ちてくることが通常である。最近の医療機関では「外来看護師の〇〇です」「初期研修医の〇〇です」と自己の氏名を伝え、ネームプレートをクライアントにかざすことが通例になっているところが多い。しかし、外来初診のクライアントや入院当日のクライアントを考えてみよう。短い時間のうちにいったい何人のスタッフから紹介を受けるであろうか。不安と症状があるクライアントにとって、とても憶えきれものではない。まして、だれがその一時の担当者で、だれが今後、一定の期間の相談相手になってくれるか判断もできない。こんな状況で、言おうか、言えばバカにされるのではないか、と思っている事柄を自発的に言い出す気分にはならないのである。

クライアントに信頼してもらう第1の手技、それはこちらの氏名を憶えてもらうことである。

必ず所属と氏名を名乗り、名刺を差し上げる<sup>22</sup>。名刺を差し出しながら自分の所属と氏名を伝える。名刺は相手側がそれを読める方向で差し出す。名刺は必ず複数枚を名刺入れに入れておく。名刺には通常、氏名、所属、立場、住所、電話番号、FAX 番号、電子メールアドレスなどが書

---

<sup>22</sup> 名刺の渡し方についてはビジネスマナーの書籍を参照。

かれる。

保健師（H）がクライアントである母親（M）を自宅に訪問するときの状況を考えてみよう。

《良い例》

H：はじめまして。先日お電話申し上げました、XX役場（保健所）の保健師の△△と申します [名刺を手渡す]。

M：わざわざどうも・・・どうぞお掛けください。

H：ありがとうございます。さて、このたびは赤ちゃんの御誕生おめでとうございます。

M：ありがとうございます。

H：XX役場（保健所）では赤ちゃんをお産みになったお母様に対して育児相談や乳児健診などさまざまなサービスを実施しています。

子育て支援の一環として、御自宅に訪問させていただきお話をお聞きしております。

M：そうだったんですか・・・

H：今日はこれからお尋ねしますが、1時間ほどかかりますが、よろしいですか？ではいくつかお聞かせください。もちろん、答えたくない場合は答えなくても良いですから、そのようにおっしゃってください。

M：はいわかりました。

《悪い例》

H：はじめまして。先日お電話申し上げました、XX役場（保健所）のものです。

M：はあ・・・

H : このたびは赤ちゃんの御誕生おめでとうございます。

M : はあ・・・

H : 今日はいろいろお尋ねしますが、よろしかったでしょうか。

M : えっ・・・

## 練習 1

上記の悪い例について、訪問を受けた母親が内心どのように感じたかについて話し合ってみよう。

医療場面で患者に担当者が名刺を出すことはあまり多いことではない。しかし、医療以外のサービス業（例：デパート、レストラン、ホテルや旅館、美容院）では名刺はビジネスの必需品である。

## 練習 2

クライアントに名刺を渡す効果について話し合ってみよう。

さらに、初回面接でクライアントが面接者にこころを打ち明けやすくするにはどのような方法があるか話し合ってみよう。

### 時間をかけた面接

立ち話には限度がある。ゆっくり座って話を聞く。5分で自分の気持ちのすべてが相手に伝わるものでもない。5分で済むことであれば、そのことは大きなストレスに由来するものでもないであろう。5分の話で

はとても解決できない問題を抱えているからこそ心理的不調をきたしていることを面接者は記憶すべきである。

医療や看護のサービスを受けるクライアントは、これまでの経験から、面接といってもごく短時間で終わるものだと考え、表面的な自覚症状だけ述べることも少なくない。こういう場合、心理的援助は全くできなくなってしまう。数分の時間帯で言いたいことを「まとめて」述べてしまおうとしたりもする。この場合、治療者が知りたいことの重要な詳細部分が現れてこない。あるいは、「とくにありません」といって、何も先に進まないものもある。

#### 《良い例 1》

H：今日はこれからお尋ねしますが、1時間ほどかかりますが、よろしいですか？ではいくつかお聞かせください。もちろん、答えたくない場合は答えなくても良いですから、そのようにおっしゃってください。

M：はいわかりました。

#### 《良い例 2》

H：次の方の予約は11時ですので、それまで50分あります。お話しなさいたいことからゆっくりお話してください。

M：はいわかりました。

こうしたことを考えると、メンタルヘルス領域の面接は基本原則として予約制が基本であろう。保健師や助産師が家庭訪問する場合には事前に電話予約を取る。この際、訪問の月日と時刻、そしておよその面接時間（「小1時間です」）を伝えることは有用である。多忙な医療機関の病棟・外来であれば、最初には5分で話を聞き、「それは大切なお話です

ね。5分10分では話し切れないと思います。良ければ、60分ほどの時間を取りますので予約をお取りしたいと思います。が、いかがでしょうか」と述べて、近い時点の予約を取ったうえで、十分な時間をかけた面接をしたほうが良いと思われる。

次に、1回に費やす時間も決めておこう。60分が標準ではあるが、45分、50分でも良い。重要なのは、あるクライアントについて1回に何分を充てるかを決め、それをクライアントに伝えることである。面接室内に掛け時計や置時計があれば、クライアントはそれを見ながら、その日のうちに面接者と検討したいことを仕分けることも少なくない。一方、充てる時間を決めておかないと、クライアントも面接者も混乱することがある。

先に挙げた症状聴取の開始例を振り返ってみよう。「今日はどのようなことでお越しになられたのですか」との質問に、クライアントがまごつくことがある。「あの一、何から話せばいいんでしょうか」と答えた場合、クライアントには話しておきたい事柄が多くあるので、短時間にすべてを言い尽くせるか、あるいは面接者が本当にこれほどプライベートな事柄に興味を持ってくれるか不安に思っているのであろう。まして前医ではあまり取り合ってもらえなかったといった体験をしていれば（これが少なくない：おそらく日本の精神科クリニックの平均面接時間は10分から15分であろう）なおさらである。

《症状聴取の開始例》：

H：今日はどのようなことでお越しになられたのですか？

M：あの一、何から話せばいいんでしょうか…

H：どうぞ、話したい部分からお話してください。時間は60分間たっぷりありますので…

「時間は 60 分間たっぷりありますので…」という表現で、(1) 面接時間は 60 分であることの再認と、(2) 何でも聞きますという保証（つまり、ここで受け入れてもらったというクライアントの安心感）を与えている。

通常、メンタルヘルス領域の面接では 60 分が標準とされている。もし、短時間しか時間がとれない場合は、面接の最初にそのことを伝えよう。

《時間設定の例 1》：

H：今日の面接ですが、午後 3 時から会議の予定があります。もうしわけありませんがいつもより 10 分ほど早く終了させてください。

《時間設定の例 2》：

M：（電話で）お世話になっている x x です。すみません、急にご相談したいことがあって電話しました。実家の母のことなのですが……

H：x x さんですね。ごめんなさい、これから別のお母さんとの面接が入っているので、5 分ならお話を伺えますが良いですか。

《時間設定の例 3》：

M：（電話で）お世話になっている x x です。すみません、急にご相談したいことがあって電話しました。実家の母のことなのですが……

H：x x さんですね。ごめんなさい、これからすぐに家庭訪問に行きます。役場には午後 4 時にはもどりますがそのときまでお待ちいただけますか。



M：わかりました。では4時過ぎにもう一度電話します。

H：よろしくおねがいします。細かいことはその時お聞かせください。

上記の事例2で、「5分なら話を聞ける」と伝えなくて会話を開始し、途中で話の内容を「端折る」ようなやり方で電話を切れれば、クライアントは治療者が気分を害したと感じるか、あるいは治療者に不快感を持つかもしれない。

面接に十分な時間をかけることが、クライアントに信頼してもらう重要な手段のひとつである。

## 個室での面接

クライアントが話したい事柄は他人には聞いてもらいたくない事柄である。たとえば、姑との人間関係が問題だとすれば、自宅訪問の際、隣室の姑の耳に容易に話が伝わるような部屋ではとても面接はできない。外来診察室で隣の診察台に患者がいる場合も同様である。

できればゆっくりとした環境で面接することが望ましい。プライバシーが守られた面接環境でこそ、クライアントは初対面の面接者に信頼を持つことができる。

ただし、女性のクライアントに男性の面接者が面接を行う場合は、気密性が高すぎるのも問題になる。場合によっては女性の同僚と同席面接をするなどの配慮は、特に初回面接では必要になるかもしれない。

面接室の構造や室内のアメニティに対する配慮も重要である。ゆっくりと話をするのに、腰高の高い椅子2つで事務机を囲む形は不適切であろう。腰高が低く、ゆっくりくつろげる椅子の方が良い。上記のように女性のクライアントに男性の面接者が面接を行う場合を想定すれば、ド

アにすりガラスをはめるとか、わずかに中の様子がうかがえるスリットを入れるような工夫も必要であろう。

## クライアントに付き添いがいる場合

初回面接の際、クライアントに付き添い人がいることがある。夫、実母、姑、友人などである。60分の面接をクライアントとだけで行うか、付き添い人を同席させるかは重要な事項である。基本的には、クライアントにそれを決めてもらうのが良い。「この面接者は私の意思を尊重してくれる」という感覚が、クライアントが初対面の面接者を信頼する重要な要素である。

施設での面接（在宅訪問以外）の場合、面接室に導入する前、クライアントは待合室にいる。付き添人も待合室にいる。面接者がクライアントを待合室に呼びに行く場合が以下の設定である。

《付き添い人がいる例》

H：お付き添いの方はどなたですか？

M：私の実母です。

H：いかがいたしましょうか。〇〇様お一人からお話を伺いましょうか、それともお母さまも一緒にの方が良いですか。

M：はい、私はどちらでも結構です。

H：どうしましょう、お決めいただけますか。

H：面接は50分ほどですから、最初はお一人で、その後で必要に応じてお母さまにお入りいただく、あるいはその逆でも構いません。どういたしましょうか。

M：では一人をお願いします。

H：畏まりました。

クライアントが付き添い人に「どうしよう」と問いかけ、付き添っている実母が「もちろん私もお話をさせていただくわ」と同席を求めれば、それだけで親子関係について重要な情報を得られる。

一方、面接を2人だけにするのか付添い人を同席させるのかをクライアント自身の決定に委ねるといふ面接者の態度は、第1回の面接から「このセッションで決定権を行使するのはクライアントである」という暗黙のメッセージを伝えることになる。「心理的治療は身体疾患の治療とは違う。治療者の指示を守れば回復するというものではない。心理的治療における患者はマラソンレースのランナーのようなものだ。走るのはあくまでランナー（患者）であり、伴走者（治療者）はあくまでも沿道から応援をするのであり伴走者が実際に手を貸したら（治療者が実際の問題を解決したら）失格になる（治療は失敗する）。その結果、ゴールには到達しない（改善しない）」という基本原則をここでクライアントに伝える良い機会にもなる。この基本原則は、以降の面接を通じて現れてくる大切なポイントである。

面接者の自己紹介はクライアントだけでなくクライアントの付添い人にも行い、付添い人にも名刺を渡す。クライアントに着席を促す前に名刺を渡す。

## 面接者は価値観や人生観を押し付けない

面接者は聞き役に徹するのが原則である。心理療法的面接の原則は、クライアントが話したいことを話せるハードウェア・ソフトウェア両面の環境を準備することである。本書に挙げている多くの技法は、クライアントがこれまで誰にも話さなかったことをこの場ではじめて述べてもらうためのものである。そのようなクライアントの自己開示を通じて

クライアントの心の症状が軽快するのである。

まずは、非常に簡単な例から見てみよう。子宮がんで入院した患者（P）に、担当看護師（N）が手術後5日目の朝、5分粥食をどれほど摂取できたか聞いている。

《悪い例》

N：今日の朝ごはんはいかがでしたか。半分ぐらいは食べられましたか。

P：3分の1くらいでした。

N：そうですか…

「半分ぐらいは食べられましたか」には看護師の期待が入っている。看護師の持つ価値観（「術後5日目なら普通は半分は食べているわ」）が何であるかをクライアントに明示しているのである。ところがクライアントの反応はそれ以下であった。患者は「ふつうは半分は食べているのか。でも自分は3分の1しか食べられなかった」という感情を抱くかもしれない。

《良い例》

N：今日の朝ごはんはいかがでしたか。どのくらい召し上がりましたか。

P：3分の1くらいでした。

N：そうですか…良かったですね

ところが「どのくらい召し上がりましたか」と中立の立場で質問すれば、看護師の持つ価値観が現れてはこない。「3分の1くらい」というクライアントの回答に「良かったですね」とプラスの対応ができるので

ある。「良かったですね」の裏には、「そんなもんですよ」「よく召し上がりましたね」「どんどん回復しますよ」というメッセージが込められている。「標準値と比較しながら自分は見られている」のではなく、「自分自身が受け入れられている」という感覚をクライアントは抱くのである。

この例でわかるように、メンタルヘルス領域の面接では、事実も重要であるがそれをクライアントがどのように認識しているかはもっと重要である。「3分の1しか食べられなかった」というマイナスの認識より「3分の1も食べられた」というプラスの認識が、クライアントの心理状態に良い影響を与えるのである。

本書でいう面接者の価値観とはそのようなものを指している。「普通はこうだ」「…でないとい治療や看護はできない」という常識が出てしまうと、クライアントは「上から目線」と捉えることもあろう。こうした事柄は、あまりに日常的なので気が付かないことが多い。しかし、意識しなければならない点である。

クライアントから意見を求められ、それに応じて自分の意見を述べることにも慎重さが必要である。しかし、クライアントは往々にして自分がどうしてよいか分からないから来ているのである。アドバイスを求める気持ちになるのは当然であらう。次の事例を見てみよう。

#### 《悪い例》

M：相談にのっていただきたいのです。妊娠中は産後3ヶ月から職場復帰しようと思っていました。同居している姑も賛成してくれて、「家事は全部引きうける」と約束してくれました。でも、赤ちゃんが生まれて実家に帰ってその話をしたら、実家の母が「そんなことしたら、私たちが—母や父が—お姑さんに顔向けができない。保育園に行くまでは子育てに専念し

てほしい」と言うのです。本当に迷ってしまいました。保健師さんだったらどうしますか。教えてください。

H：私も子どもを生んで復職しました。産後4ヶ月でした。夫も協力してくれて・・・早く復職してよかったと思っています。

M：そうですね、良かったですね。でもうちは夫が全く協力的でないのです。昨夜も、この話を夫にしたら「全部お袋に任せるとか？」と、ひどく不愉快な顔をするのです。保健師さんみたいな理解のあるご主人をもった方はうらやましいです。私なんか、仕事も大切ですがとても思ったように復職もできないんですよね・・・

H：・・・・・・・・・・・・・・・・

自己の経験から良かれと思って行ったアドバイスだったが、流れは全く思っても見なかったほうに流れてしまった。面接者がその中立性を外れて自己の価値観で発言した結果である。

自分の感情・経験・価値観などを開示する（自己開示）を面接の技法として用いることもある。しかしそれは、状況を十分考慮した上の、慎重な判断に基づいたものでなければならない。面接者の自己開示はかなり上級の技法であると認識すべきである。

はじめから「深い話」に入り込むことはクライアントも途惑ったり、抵抗感を感じるであろうと考え、あまり刺激的でないと思われる話題から入る初心者も多い。「他人のプライバシーに踏み込むことは失礼だ」との思いから、躊躇するのであろう。しかし、こうした導入は面接者の意図をクライアントが誤解したり、不必要に非治療的な結果を招きかねない。例えば「いつまで世間話が続くのだろう」という不満をクライアントが抱くかもしれない。あるいは、あまり「世間話」を続けるとかえ

って本題に入りにくくなることもあろう。面接を始めるに当たって、ストレートに本題に入ろう。

### 《良い例》

H：ところで最近のご気分はどうですか？

M：最初は「どうしても2人目は女の子」と思っていました。なので、女の子が生まれたと分かって舞い上がりそうなほどうれしかったのです。でも1ヶ月健診が終わった頃からブルーになってきました。食欲も落ちて、体力もない感じです。夜泣きのためでしょうか、夜もグッスリ寝た感じがありません。食事を作るのもおっくうで……メニューを考えるのも「厄介」って感じになって……お母さん（姑）に夕食は作ってもらっているのです。

「ところで最近のご気分はどうですか？」と単刀直入に聞くことで、クライアントは最近の自分の気分とその原因について自発的に述べ始めている。

「世間話からはじめる」手法をとる面接者もいるが、こうするとなかなか「本題」に入れないばかりか、かえって面接者とクライアントの関係を悪くすることがある。

### 《悪い例》

H：ところで、結婚式の後の新婚旅行はどちらに行かれましたか？

M：新婚旅行ですよ……行きたかったな……私たちの結婚を実家の両親が大反対だったのです。彼が当時パートの仕事しかしていなくて……あとで今の仕事に就いたのですが……だから「新婚旅行」なんて考えることもできませんでした。

保健師さんは新婚旅行でどこに行かれたのですか？

「あまり刺激的でないだろう」と思った話題がクライアントのもっとも辛い話題であったということはよくある。面接者が極力、中立であるべき理由のひとつはここにある。

「この面接者は自分の趣味や意見を押し付ける人ではない」という感覚がクライアントに、「だったら信頼してもっと話してみよう」という信頼感を生むのである。

## クライアントの経験、行動、考え方、感じ方を理解する

クライアントにとって問題となる出来事・事柄について、クライアントが何を経験したのか、どんな出来事が起きたのか、そしてそのことで何を考え、どのように感じたのか、について注意深く聴取する。この際、「何が解決策か？」というテーマにいきなり飛びつくのではなく、「どこに問題の本質があるのか」を面接の主眼としよう。

心理療法面接での聞き取りは医療面接の聞き取りや病棟に入院してきた患者に対する看護スタッフのインターク面接ではない。フォーマット（「主訴」「現病歴」「生活史」などの項目立てをした聞き取り）があって聞けるものではないのである。こうした情報収集の部分の大切さについては「メンタルヘルス領域における面接の意味」を参照。心理療法をする目的からは、クライアント個人の視線に立った感受性を持って聞かなければいけない。

前章で、そのクライアントがその時点で心理的不調を呈するようにな



ったストレス要因や、そのストレスが症状の発現を促した基礎となったクライアントのパーソナリティについて聴取しなければならないと述べた。しかし、ストレスについて「そうなったのは何が原因ですか」「ストレスがあたりだったのでしょね、それはどのようなことですか」「きっかけは何だったのでしょ」と聞くことはほとんど意味がない。もし「x xがストレスでした、それでこうなったのです」と答えられるようなストレス要因であれば、クライアントはその要因が起きた時点で賢明な対処をして無事に過ごしていたはずである。あるいは、瞬時に「x xがきっかけでした」と答えたとすれば、それは比較的問題の表層にあって話しやすい原因を語っていることが多い。クライアントの説明は真摯に聞いたとして、面接者は「こういう説明の裏で、本当にクライアントが(おそらくは無意識のうちに)伝えたいと思っていることは何だろう」と自問しながら面接を深めなければならない。

パーソナリティについて「ご自身の性格をどう思っていますか」「どんな人柄ですか」と聞くことも同様に無意味であろう。日常生活でも、「ひっこみ思案なんです」という人が実際には会を仕切ったり、あるいは「嘘がつけない方で損をしています」という人が実は詐欺師だという事例はいくらかも存在する。クライアントの経験、行動、考え方、感じ方を、先入観や速断することなく冷静に聞き取る努力が、必要である。

クライアントの経験、行動、考え方、感じ方を深く理解するポイントをいえば、「こうに違いない」と即決することを避けることである。子宮がんの手術を来週に控えた入院患者の女性が、入院後毎晩の不眠を訴えた。睡眠薬も無効であった。担当看護師が面接し、クライアントから「来週の手術が心配なので眠れない」というストレス要因についての説明があった。「手術が心配なのがストレスだ」と即決してよいだろうか。その病棟に入院する女性の多くは女性のがん患者で手術を受けるものであった。不眠を訴える患者もいなくはない。しかし、この患者ほど持

続的不眠を訴える女性は珍しかった。面接している担当看護師はここで「もしわたしがこのクライアントの立場だったらここまで眠れないだろうか？」と自問してみよう。「眠れなかったとしてもここまでひどくない」という答えが返ってきたなら、次に「私がこのクライアントについて理解しきれていないのは何なのだろうか」と考えることである。面接を深めることで、実はクライアントが心の奥底で心配していることが出てくるはずである。

大きなストレスと見える現象の裏に、小さいけれど実はすべてを動かしている小さな事柄が隠されているかもしれない。

こうしたストレス要因はクライアント自身も気づいていないかもしれない。気づいていても、「この面接者は本当に私の悩みを聞くつもりがあるのだろうか」「通り一遍の理解しか示さないのではないか。そうであれば話せばそれだけこちらが傷ついてしまう」という不安を抱えているかもしれない。クライアントが気づいていないストレス要因が表面に現れることで、面接者がそれを理解するだけでなく、クライアントも自身の問題に気づく。この気づきが症状の改善につながる(第7章参照)。また、「理解されない」という不安を持っているクライアントの多くは過去の人間関係のなかで「表面的には分かってくれたふりはしているが本当は分かってもらえなかった、あるいはもらえないに違いない」という経験があり、面接者の真摯に理解したいという態度から深い問題を語り、これが「受け入れられた」と感じる体験を通じて、他者への信頼と自信を回復することができる。

クライアントの話のすべてにわたって十分な注意を払うことが大切である。そのためには「共感できた」と飛びつくのではなく、「これでは共感できない。共感できないのは自分の理解が不足しているのだ。おそらくまだ聞いていない大きな問題が隠れているのかもしれない」「これまでのクライアントの話をもどどのようにまとめれば十分理解できるの

だろうか」という態度が必要である。

## クライアントの自己治癒力を信じる

医療・看護教育を受けたものは、クライアントに症状や障害を見出したときに、医療職・看護職としてクライアントに「何をしてあげなければならないか？」という問いかけを無意識にってしまう。「ショック状態の患者」にはショックに対応する医療・看護があり、行うべき処置を正確かつ迅速に行えるスタッフが優秀なのである。こうした職業環境で長く勤務すると、「患者の問題は医療スタッフが解決すべき」という考え方が刷り込まれてしまう。

心理的介入の重要課題は、クライアント自身に自分の問題の本当の所在を理解し、それをどう解決すればよいのかを自らのなかで決めてもらうことにある。そこまで至れば存在して苦しい症状にもクライアントは立ち向かってゆくことができる。身体の痛みには鎮痛剤が効果がある。しかしこころの痛みには薬物は効かない。医療・看護スタッフが直接的・具体的に援助できることが非常に限られている。このようなクライアントの自己治癒力が存在することを意識し、面接者の役割はこの自己治癒力を側面から応援することであると考えよう。そうすることで、面接者自身が心に余裕を持つことができる。

もし、「何をしてあげなければならないか？」という問いかけに依拠して行動をとれば、それは結果としてクライアントの自己問題解決努力の勢いを削いでしまうことになる。

### 《クライアントの自己治癒力を信じない例》

M：そうそう、1ヶ月健診に行く日がちょうど火曜日で、月に2

回は夫の仕事は休みになるんです。それで上の子を連れてゆくと病院の待合室で大変だから・・・いまは風邪もはやっているし、病院に連れて行って風邪をうつされてもいやですし、・・・それに上の子は3歳になったのでけっこう動き回るようになって・・・できたら夫に家で長男を見ていてもらいたいと思っていたら、「今日も練習だから」といって出て行ったんです。長男のことは「お母さん（姑）に頼んだらいいよ」といって、『それどころじゃない』といった顔つきでギターを抱えてバイクに乗って練習にいったんです。

H：上のお子さんを連れて1ヶ月健診に行くのが大変だから、健診に行く時だけでもご主人に上のお子さんをみてほしいと頼まれても、ご主人はジャズの練習が忙しいといって断られたのですね。

M：ほんとうに男ってやっぱりだめですね。

H：そんなとき手伝ってくださる方はおられませんか。例えば実家のお母さまとか・・・近所にお友達はおられませんか・・・お兄ちゃんの保育園のママ友達とか・・・

M：実家は県外です。保育園のママ友達はいますが、話せばすぐに噂になってしまいます。

H：うーん

この例では、面接者が必死に解決策を探そうとしている。これはケースワークにはなるかも知れないが、心理療法にはならない。心理療法ではまず面接者はクライアントの内面の感情を傾聴し、やがてカタルシスと洞察を得ることで、自ら解決策を探し、決め、実行してゆくことを援助することが作業の中心となる。

産後うつ病の女性がいるとしよう。そのため彼女は上の子の育児に困

難を認め、家事も健康なときの半分ほどしかできない。夫が年休を取ってしばらく援助をしていたが、その年休も底を突きかけている。頼れる親族は県内にはいない。こういう相談を受けた保健師は、例えばファミリーサポートサービスやホームヘルプ事業の利用を勧めたり、うつ病が長期に続いているものなら障害者年金の申請、赤ちゃんの短期の収容が必要なら乳児院の申請など、多数の社会資源の利用を思いつき、実行してゆく。こうしたケースワークで心理状態が改善することも少なくない。しかし、これはあくまでケースワークであり、心理支援（心理療法）ではない。周産期のメンタルヘルスケアではケースワークも心理療法もいづれも必要である。クライアントがカタルシスと洞察を得ることで、自ら解決策を探した結果、情報を求めるのであれば、面接者は当然にケースワークをすることになる。ケースワークばかり行えば、クライアントが面接者に対する依存を強めてしまう副作用もある。

面接者は今、自分が行っていることが心理療法なのかケースワークであるのかを明確に意識する必要がある。本書はケースワークについては触れるものではないが、その重要性を否定するものではない。

#### 《クライアントの自己治癒力を信じるケースワークの例》

M：そうそう、1ヶ月健診に行く日がちょうど火曜日で、月に2回は夫の仕事は休みになるんです。それで上の子を連れてゆくと病院の待合室で大変だから・・・いまは風邪もはやっているし、病院に連れて行って風邪をうつされてもいやですし、・・・それに上の子は3歳になったのでけっこう動き回るようになって・・・できたら夫に家で長男を見ていてもらいたいと思っていたら、「今日も練習だから」といって出て行っただんです。長男のことは「お母さん（姑）に頼んだらいいよ」といって、『それどころじゃない』といった顔つきでギターを

抱えてバイクに乗って練習にいったんです。

H：上のお子さんを連れて1ヶ月健診に行くのが大変だから、健診に行く時だけでもご主人に上のお子さんをみてほしいと頼まれても、ご主人はジャズの練習が忙しいと断られたのですね。

M：ほんとうに男ってやっぱりだめですね。3時間でいいのでどこか上の子を預かってくれるところがあればいいなって思います。実家の母もパートで仕事にでていますし、高校時代の友人も子育てで忙しいか、仕事で忙しいかのどちらかだし…ベビーシッターのようなサービスが比較的安い値段でないかなって思いますが、虫が良すぎますよね。

H：ファミリーサポート事業はご存知ですか。

M：えっ、何ですかそれ。知りません。

この場合、母親は解決策を自ら決めたが、どこでどのようなサービスがあるかを知らないだけであった。上記の2つの例は状況は全く同じだが面接者の対応が微妙に違う点に注意していただきたい。

面接者がクライアントの自己治癒力を信じるのが、その言葉や表現にあらわれる。つまり「やがては今の問題を御自身で克服できます」あるいは「やがては今の問題を御自身で克服できることを祈っています」という言外のメッセージを伝えることになる。これが、クライアントにとって目指すべき到達点として把握することができ、治療を先に進めるのである。「私が良くなることを信じてくれている」「この面接者は私の応援団なのだ」という感覚が、クライアントの信頼を得る重要な手段にもなるのである。

## 次回以降の面接予定を知らせる

目の前のクライアントに初めて会ったとき、面接者はそのクライアントの面接は1回でよいのか、複数回が必要なのかの判断をする。例えばクリニックの受診など、クライアントも面接者も継続的面接を暗黙の前提としている面接場面もある。また保健師の家庭訪問など、1回の面接が基本であることもあろう。もし、次回以降の面接が必要だと考えたときは、そのことを提案し、クライアントの同意が得られれば、必ず次はいつ会うのか（月日、時刻、場所）を伝える。

「必要なら連絡してください」という対応で、クライアントが連絡してくる可能性は低い。そもそも自ら支援を求める力のあるひとなら、ストレス状況で適切な支援を求め、問題を解決していたはずである。それができない（できなかった）からこそ、現在の症状があるのである。「必要なら連絡してください」を「必要でない限り連絡しないでください」と受け止めるクライアントが少なくないことを心すべきであろう。

また、心理的援助が必要であると判断したら、次回以降の面接を面接者のほうから提示すべきである。複数回の面接が必要と考えた場合はおよその回数を提示する。必要な回数はクライアントごとに設定すべきである。従って初回面接は今後の面接回数を定める作業も含まれることになる（第6章参照）。

もちろん、予定していた全セッションが終了し、症状に改善が見られた場合は、「何かあったら連絡してください」は必要なメッセージになる。

保健師（H）がクライアントである母親（M）を自宅に訪問し、終了する場面を考えてみよう。

《良い例》

H：上田様が経験したようなことは赤ちゃんを生んだあとにかなり多くの方が経験することです。何回かお話をすることでお楽になることが知られています。もしよければ週に1回続けて伺いますがいかがでしょうか。

M：いいんですか？ぜひお願いします。

H：お話しなさいたいことは山のようにあるでしょうし、今日1日では語りきれないのでしょうね。一応の目安をつけておきましょう。今日をいれて全部で12回ほどいかががいますが……

M：よろしくお願いします。

H：今日のように水曜日の午後3時ごろなら伺えますが……

M：私も都合が良いです。

H：では来週も水曜日の3時にお邪魔します。

M：わかりました。今日は本当にありがとうございました。

H：これで失礼します。（退室）

《悪い例》

H：上田様が経験したようなことは赤ちゃんを生んだあとにかなり多くの方が経験することです。何回かお話をすることでお楽になることが知られています。

M：わかりました。今日は本当にありがとうございました。

H：必要なら私にご連絡ください。では今日はこれで失礼します。  
（退室）



## 練習 3

上記の悪い例について、訪問を受けた母親が内心どのように感じたかについて話し合ってみよう。

面接の間隔を決定するにはどのようにしようか。週1回が標準的ではあるが、クライアントの状態、クライアントの問題の内容、通う際の交通の容易さなど様々な条件でカウンセリングの間隔は増減する。週に3回ということもあろうし、3週に1回ということもあろう。

### 《面接間隔決定の例》

H：ところで、面接の間隔はいかがいたしましょうか。

M：えーっと…

H：ご希望をお聞かせください。

M：保健師さんもお忙しそうだし……今回もお願いして来ていただくまでに10日もかかって……他にも山のようにお仕事がありでしょう？私の面接は月に1回で結構です。

H：本当に月1回で良いのですか？

M：はい。

H：遠慮しておられませんか。

M：じゃあ2週に1回お願いできますか。

H：それも遠慮ではないですか。本当は週に1回とか……ご希望ではないのでしょうか。

M：はい、本当は……

H：では週に1回にしましょう。

約束の面接ができなくなった場合は、面接者からクライアントに連絡

し、キャンセルと代替面接日を決める。

## 急な場合の指示

次のカウンセリングまでの期間に相談したいことが発生した場合の指示を明確に伝える。名刺には連絡先電話番号やメールアドレスが載っている。急な場合の指示もないのであれば、クライアントは不安になる。そして面接者への信頼も持ちにくくなる。

また、その施設に面接者が常時いるわけでもない。自分が捕まらない時の対応についても説明しておくことが親切であろう。その施設におけるメンタルヘルス担当者を決めておく、自分の担当しているクライアントについて他のスタッフと情報を共有するなどの対応が必要であろう。たとえば産科病院に多数の助産師がいるような場合、メンタルヘルスを担当できる助産師を決めておくこともアイデアであろう。

面接者の携帯電話番号についてはどうすればよいであろうか。著者はこれまで自身の携帯電話番号をクライアント（特にリスクの高いクライアント）に伝えてきた。経験上、これが悪用されたことはなかった。しかし、これに関しては各自の判断に待つしかない。

## 頻回の電話

次のカウンセリングまでの緊急の連絡先として役所や病院の電話番号を名刺で示した場合、1週間の間に頻回にコールがあり、いずれも緊急性の低い内容であることがまれにある。「頻回コール」がクライアントの問題点であることを明確に伝えることが重要である。そうしてその事実を面接でのテーマとして取り上げる。

《頻回コールの例》

H：どうなさいましたか。

M：また不安になってしまって…朝から胸が詰まったような、息苦しいような感じです。どうしたらよいのでしょうか。

H：昨日、お電話いただいたのと同じ状態ですね。

M：そうです、同じです。昨日はお話を聞いていただいて気持ちが落ち着きました。あれから買い物もいけたし、赤ちゃんの世話も出来ました。でも今朝は夫が出張で朝早く家を出て、一人で掃除をしていたら何かそわそわするような感じになって……

H：今週になってからこれで4回お電話をいただいていますね。

M：そうです、何か落ち着かなくて……

H：来週月曜日の面接まで待てない気持ちなのですね。

M：不安になるとその場で話を聞いてもらいたくなるのです。

H：お一人になるとお気持ちがそわそわしてきて、その場で話を聞いてもらわないと押さえられない気分になるのですね。

M：はい……

H：待てない気分になるというのは大変大切な事柄だと思います。来週の面接では、その待ちきれないほどの不安についてゆっくり話題にしましょう。

こうした頻回コールも長期に続くことはほとんどないことを分かっているならば、クライアントの自己治癒力を信じることで、面接者の不安は軽くなるはずである「何週間も続くものではない」という考えに到れば対応もおのずとわかってくる。

## 面接者の態度

面接場面での非言語的コミュニケーションの重要性を指摘する臨床家は多い。初対面のクライアントに面接者が信頼してもらえるための重要な手段のひとつが、面接者の非言語的態度である<sup>23</sup>。

面接者は自分がクライアントにどのように写っているかに気を配らなければならない。自身の態度は自分ではわかりにくいものである。自身で気がつかない癖もある。これは、第三者に指摘されてはじめて気がつくことが多い。そこでロールプレイを行い、自分の面接・対人接触の癖を把握することは大変、意味のある練習である。

まず、平素はどのように他人に接しているかを見てみよう。

## 演習 2 ロールプレイをしてみよう！

3人で1組を作る。(1)クライアント (2)カウンセラー (3)観察者[記録者]に分ける。別施設の者どうして組を作る。

状況設定：クライアントの自宅にて保健師が初回面接をする。

クライアントは妊娠うつ病である。

面接時間：10分

内容：自己紹介、訪問目的の説明、最近の様子の聞きだし、あくまで現実の状況と思って面接を施行する。

面接終了後に検討会を実施する。面接の導入と面接者の態度について検討する。

心理支援を行う際、クライアントの信頼を得る態度は (1) リラック

---

<sup>23</sup> 非言語的コミュニケーションに関する臨床研究については Hall, J. A., Hargan, J. A., & Rosenthal, R. (1995). Nonverbal behaviour in clinician-patient interaction. *Applied & Preventive Psychology*, 4, 21-37.

スした姿勢 (2) 適切な視線 (3) 適切な姿勢 である。

## リラックスした姿勢

面接者が緊張し、それが姿勢や態度に出てしまえば、クライアントも緊張する。特に初心者は自分が緊張するものである。

## 視線の活用

睨み付ければクライアントは怖がり、視線を合わさなければクライアントは面接者に無視されたと感じる。適当な量の視線を適切なタイミングでクライアントに向けることが必要である。

「聞いています」「そこが問題なのですね」「さぞ大変だったでしょう」「そんなことがあったのですね。驚きました」「そのことをもっと話してください」などのメッセージを、言葉を使わずに伝えられるのが視線である。相手に視線を向ける際は、何をメッセージとして伝えたいのかを意識しよう。当然、それに伴う表情についても十分な注意が必要であろう。

## 重要な話題のときに上体を乗り出す

クライアントの話に面接者が純粋な興味を持っているというメッセージを与える方法のひとつが、重大な話題が出てきたときに面接者が「身を乗り出す」ことである。

## 演習 3 ロールプレイをしてみよう！

3人で1組を作る。(1) クライアント (2) カウンセラー (3) 観察者[記録者]に分ける。別施設の者どうして組を作る。

状況設定：クライアントの自宅にて保健師が初回面接をする。

クライアントは妊娠うつ病である。

面接時間：5分

面接方法：(1) 面接者がマスクをつけて話をする (2) 面接者がサングラスをかけて話をする

内容：自己紹介、訪問目的の説明、最近の様子の聞きだし、あくまで現実の状況と思って面接を施行する。

面接終了後に検討会を実施する。

口元の表情や視線を合わせることがクライアントに与える影響について検討する。

## 面接者の言葉使い

敬語（尊敬語・謙譲語）を正しく使うことが必要である<sup>24</sup>。誤った敬語はクライアントに不快感を与え、良好な治療同盟<sup>25</sup>を迅速に結ぶことに否定的に作用する。

馴れ馴れしい語り言葉（「ためぐち」）がクライアントに親近感を与えると考えるのは誤解である。通常の社会人が用いる敬語を用いなければならない。

---

<sup>24</sup> 敬語やその他の言葉遣いに関する簡便な参考書：小林作都子（2004）. そのバイト語はやめなさい. 日本経済新聞社 古谷治子（2005）. 仕事のマナーとことば遣い. 池田書店

<sup>25</sup> 心理療法場面でのクライアントと治療者の間に感じられる基本的信頼感を治療同盟という。

《不適切な言葉遣いの例》

H : こんにちは。先日お電話申し上げました、XX役場（保健所）の保健師の△△です [名刺を手渡す]。

M : わざわざどうも・・・どうぞお掛けください。

H : どうも・・・赤ちゃん生まれてよかったですね。

M : ありがとうございます。

《適切な言葉遣いの例》

H : はじめまして。先日お電話申し上げました、XX役場（保健所）の保健師の△△と申します [名刺を手渡す]。

M : わざわざどうも・・・どうぞお掛けください。

H : ありがとうございます。さてこのたびは赤ちゃんの御誕生おめでとうございます。

M : ありがとうございます。

担当看護師が車椅子に乗っている患者を検査室まで移動し、検査室の担当者に連絡する前に患者にひとこと説明する場面を想像してみよう。

《不適切な言葉遣いの例》

H : ちょっと待っていてもらっていいですか。

《適切な言葉遣いの例》

H : 少々お待ちください。

クライアントに着席を促す場面を想像してみよう。

《不適切な言葉遣いの例》

H：おかけくださいネ。

《適切な言葉遣いの例》

H：どうぞおかけください。

## 演習 4 ロールプレイをしてみよう！

3人で1組を作る。(1) クライアント (2) カウンセラー (3) 観察者[記録者]に分ける。別施設の者どうして組を作る。

状況設定：クライアントの自宅にて保健師が初回面接をする。

クライアントは妊娠うつ病である。

面接時間：5分を2回

面接方法：(1) まず、面接者は、固い姿勢、視線を合わせず、ぞんざいな言葉遣いで、上体を常に背もたれにかけたまま話をする。(2) 次の5分では面接者が、リラックスした姿勢、視線を活用し、言葉遣いは丁寧で、重要な話題で上体を乗り出す努力をする。

内容：自己紹介、訪問目的の説明、最近の様子聞きだし、あくまで現実の状況と思って面接を施行する。

面接終了後に検討会を実施する。

面接者の態度がクライアントに与える影響について検討する。

## 面接者の服装

クライアントに不快感を与えず、信頼感を増すような服装を状況に応じて選択する。これから会うクライアントがどのような人物かわからないのであれば、世間一般で丁寧と認められる服装を選ぶべきである。

男性面接者においては、ネクタイ着用、黒・紺の靴下、無精ひげを生やさない、女性面接者においてはイヤリング・指輪などのアクセサリ-



を身につけないなどは基本中の基本であり、また男女共通して、高価な時計・靴などを身につけない、サングラスは用いない、面接日の朝（または前夜）に入浴・シャワーを浴びるなども当然のことである。家庭訪問に際しては使用する自動車についても気配りをしよう。高級車を（持っていたとしても）クライアントの家庭訪問に用いるのは避けるべきだと考えられる。