

心理臨床家の負担となることとセルフケア

鈴木 健一

あしかがメンタルクリニック
獨協大学非常勤講師

Psychological Clinician' Burdens and Self-Care

Suzuki Kenichi

Ashikaga Mental Clinic
A part-time lecture of Dokkyo University

抄録：人々の心のケアを担う心理臨床家は、人々と同様に様々なストレスにさらされている。特に「二次的外傷性ストレス」は大きなリスクであり、十分注意を払わねばならない。しかし、そのリスクについてはあまり周知されていないばかりか、心理臨床家としてのあるべき姿によって、自らの心身を保つセルフケアが重視されていないことが懸念される。本稿はこのような心理臨床家の負担となっている疲労やストレス、それらに対して有用な方法に関する文献を概観する。そして、臨床上のストレス、臨床家としての研鑽活動、それらが私生活に与える影響によって負担となることについて考察する。心理臨床家の間で経験的におこなわれてきた「仲間に話す」ということが孤立を防ぐという観点でも有効なセルフケアとして機能していると考えられる。

キーワード：心理臨床家、臨床心理士、二次的外傷性ストレス、セルフケア、仲間

1. はじめに

「心理臨床家の疲れは人一倍しんどく、しかも難儀な対人サービス業である」(米倉、1993)。「骨の折れる仕事であり、情緒的な負担も大きい。特に経験が少ない段階の臨床家は、高い期待を抱いている反面、実際に携わることや他者からの評価に強い不安を感じている」(上野、2015)。また、「自身の内面で起こるさまざまな感情の動き、乱れに慣れない若手心理臨床家は、これらによって面接が妨げられていると感じて困難を体験している」(木村・木村、2017)。「膨大な心理的エネルギーや体力を使い果たすので、ほかの対人専門職以上に雑多なストレスを抱え込みやすく、心身のバーンアウトをはじめとするさまざまな神経症的不安、焦燥感や抑うつなどが

発生し易い困難な状況にさらされる」(米倉、1993)。このように、心理臨床家、特に経験年数の短い若手臨床家は日々クライアントおよび自分に向き合い続け、疲労している。そして、「すでに体を壊したことのある人や、現在うつ状態の人もある」(福島、2017)。

それ以外に、心理臨床家に負担を感じさせるものとして、臨床家一人ひとりに求められるものが多岐に渡ることが挙げられる。日々の臨床ではクライアントが誰にも語ることのできなかつた苦悩に耳を傾け、その秘密を抱える。クライアントの安心・安全の場の役割も担う。知識や技術においては、日進月歩の治療法や新たな診断基準や心理検査のほか、法令や社会事情を十分に把握しなければならない。子

どもを対象とする臨床家のなかには流行りのアニメやマンガに目を通すこともある。勤務先での良好な関係を醸成するため、連携という視点で共に支援にあたる専門職の仕事を手伝うことも必要になることもあれば、彼らのメンタルヘルス支援の役割を担うこともある。多くの“やるべきこと”を抱えながら、「一人職場」であることも少なくない。そのようなマンパワーの面や精神的な負担がある。

日本では1988年に民間資格である臨床心理士資格が生まれ、2019年に国家資格である公認心理師資格が生まれた。その公認心理師のうち約71%が民間資格でありながら、広く日本の心理職を担ってきた臨床心理士である（厚生労働省、2021a）。臨床心理士の雇用には課題がある。しかし、国家資格が生まれたからと言って、待遇面に顕著な改善は見られないのが実情である。これについては3章で触れる。

新型コロナウイルス感染症の拡大によって生じた人々の困難を考えれば、このような心理臨床家が経験する負担は一般的なことだと言えることかもしれない。現にコロナ禍となった2020年の小中高生の自殺者数はいずれも過去最多（文部科学省、2021）であり、女性の自殺率は2年ぶりに増加、20代は404人増（昨年比19.1%増）と全年代で最も増加率が大きく（厚生労働省、2021b）、その影響は深刻である。

国は「心の健康づくり」と称して積極的にうつ病や自殺の対策を図っている。例えば、労働安全衛生法の改正により2015年から労働者のストレスチェックの実施が事業者に義務づけられている。ようやく国民の「心の健康」が制度という形となって、目を向けられるようになってきている。しかし、心理職のメンタルヘルスはどうか。「日本では『ストレスマネジメント』や『セルフケア』の対象はクライアントや予防プログラムの参加者であり、カウンセラーを対象としたものは見当たらない」（田所、2020）。小堀、波多野（2013）は、欧米と比較しても「我が国の臨床心理士に対しては、疲労、職業ストレス、共感疲労のいずれについても研究が見当たらないようである」と述べ、「心理的援助の技法や過程の知識には高い関心が向けられるにもかかわらず、その活動が臨床心理士自身に及ぼす影響はあまり知られていないように思われる」と指摘している。つまり、人々の心の健康を守る人自身の心の健

康は、自ら求めない限りチェックされることもなければ、ケアされることもない。

心の専門家として働く心理臨床家の心のケアをするのはいったい誰なのだろうか。心理臨床家はどのようなストレスや疲労があるのか。そして、それらをどのように対処していくとよいとされているのか。本稿ではこのような問題意識を持ち、過去の研究を概観し、知見を整理するとともに、その課題を探る。

その際、次章から心理臨床家が負担に感じることを、臨床で生じる負担、臨床と私生活の間で生じる負担、臨床家としてあるべき姿の3点に分けて論じる。そのうえで、5章でセルフケアについて検討したい。

なお、この論文においては心理臨床家（臨床家）を臨床心理士や公認心理師といった資格名に限らず、心理臨床面接を業とする者と定義する。引用文において臨床心理職や心理職と表記されたものはそのまま引用している。便宜上、それらも心理臨床家と読み替えていただきたい。

2. 臨床における負担

心理臨床家が負担に感じていることのうち、本章では臨床で生じる負担として支援において生じうる「二次的外傷性ストレス」と職場環境で生じる「役割意識」について述べる。

2-1. 二次的外傷性ストレス

近年、ポリヴェーガル理論（Porges, 2017）や、ソマティック・エクスペリエンシング、トラウマ・インフォームド・ケア（SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative, 2014）など、トラウマケアに関する理論や技法が注目されている。その一方で、稲本（2021）は「トラウマケアに関わる支援者もみな傷ついている。それを否定する人はいないだろう。ただ、トラウマケアの専門家が集まる場でも、『支援者の傷つき』は中心的テーマから外され、後回しにされてしまう話題だ」指摘し、自らの体験をもとに考察している。これは、支援者が自らの傷つきやそのケアを扱うことの難しさを提起している重要な論文である。その傷つきとして「二次的外傷性ストレス」を挙げた。

Figley, C.R は、国際トラウマティック・ストレス研究学会の1994年生涯功績賞受賞者である (Stamm, 1999)。彼は「共感疲労：トラウマ・クライアント治療者の二次的PTSDへの対処 (Compassion Fatigue: Coping with Secondary PTSD Among Those who Treat the Traumatized)」で、二次的外傷性ストレス研究の中でも際立った論文を著した。彼はトラウマケアを賞賛に値する仕事としながら、「人々をケアすることで時には、相手の外傷性の体験に曝された直接の結果として、苦痛を経験することもある」とし、援助者自身がリスクを負うことを指摘している。このような状況を「共感疲労、共感ストレス、二次的外傷性ストレスともいう」とした。彼はこれらの用語を区別していないが、「二次的外傷性ストレス (Secondary Traumatic Stress: STS)」については比較的明確に定義している。つまり、「配偶者など親しい間柄の者がトラウマとなる出来事を体験したことを知ることにより、自然に必然的に起こる行動や感情」、「これはトラウマを受けた人あるいは苦しんでいる人を支える、支えようとすることにより生じるストレス」であり、「直接ストレスにさらされた人 (すなわち『被害者』) の家族や友人だけでなく、メンタルヘルスの専門家やその他支援者も二次的外傷性ストレスやストレス障害で傷つきやすい」とした (Figley, 1995)。この STS 症状は「他者が体験したトラウマとなる出来事に曝されることにより自然に必然的に起こる行動や感情」という1点を除き、PTSD とほぼ同一の症状からなるとされた。つまり、トラウマティックな出来事の再体験、関連する刺激に対する回避・麻痺、持続的な覚醒亢進症状の3つである。

Figley (1995) はこのような STS の報告が少ない理由として、「DSM の2度の改定を経た今、外傷性ストレスがほとんど研究されてこなかった見地、重要とされて来なかった見地」を指摘した。Figley (1995) が STS についての論文を発表した年は、奇しくも日本では阪神淡路大震災が起きた年である。当時、安克昌医師が積極的に「心のケア」を含めた診療活動を行なったことで「PTSD」という概念が広く認知されるきっかけとなったが、無論 STS の概念は日本にはなかった。その後、大澤 (2002) は、トラウマを扱う専門家に見られる問題として、「二次

受傷 (Secondary Trauma)」および、そのストレス因である「二次的外傷性ストレス: Secondary Traumatic Stress」を関連概念の特徴とともに考察した。大澤 (2002) は、当時曖昧な概念であった二次受傷に類似する5つの概念、燃えつき、逆転移、外傷性逆転移、代理受傷、共感的疲弊について総合的に考察した。いずれの概念もその影響の表出方法やそこに至るまでのプロセス、脆弱要因については若干の違いはあるにせよ、「トラウマ体験者と共感的に関わることで臨床家はリスクを負う」という点で共通しているとした。そして、これらは誰にでも生じうるにもかかわらず、認知度が低いという問題を提起した。同時に、「本当は STS に苦しんでいるにも関わらず、その原因を臨床家としての資質にあると思込み、セラピストとしての人生に終止符を打った人もいるのではないか」との懸念を示し、具体的な防止策を掲げた。それは (1) 臨床家を対象とした研修会やサポート体制の構築、(2) STS の実態調査、(3) STS の理論を理解したスーパーバイザーによるスーパービジョン、(4) 臨床家個人の孤立化の防止である。

事実、臨床家は一人職場であることが珍しくなく (松田, 2019)、(大迫・白澤, 2021)、“ちょっと相談できる”仲間はそばにいない。組織に属している場合は、構造的に守られている一方で、組織との関係や異なるメンバーとの連携上の問題が、疲労に重要な影響を及ぼす (小堀・波多野, 2013)。そのような外的なサポート資源が乏しい状況で、クライアントからトラウマ体験が語られれば、臨床家が受ける STS のリスクは決して小さくないと考えられる。

トラウマ治療に代表される EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: 眼球運動による脱感作と再処理法) の創始者である Shapiro (2004) は、トラウマに関して次のように述べている。

「ありきたりな出来事でも、例えば、子ども時代の恥をかかされたこととか、落胆でさえ、相対的に長引く否定的な影響を残しうる。これらは PTSD の侵襲的イメージを生みはしないかもしれないが、感情、信念、身体感覚は体や頭に起こり、現在の知覚を色付け、現在での不幸で不適切な行動を導いている。したがって、PTSD

を引き起こす大文字のTのトラウマティックな出来事であるのか、子ども時代にあふれている小文字のtのありきたりな出来事であるのかは問題ではない。自己や精神に対して長く続く否定的な影響がある。」

この小文字のtは「小さなtトラウマ」と呼ばれ、一般的に有害な人生経験による否定的な影響となるとされる。正式にPTSDと診断されるために必要な「A基準」を満たす出来事によってもたらされる影響と同等と仮定されている(Shapiro Laliotis, 1990)。つまり、危うく死ぬ、または重傷を負うような出来事でもなく、小さなtトラウマが生じる可能性がある。STSを満たさなくても、小さなtトラウマが起こるリスクも想定しておくことはクライアントの支援だけでなく、臨床家自身のセルフチェックにも役立つ。

臨床場面でクライアントから暴言や怒声を浴びせられることや、スーパービジョンで自己価値を著しく減じる恥(岩壁茂, 2019)をかかされることがある。臨床家は臨床家であるからこそ、傷付きや恥をしっかりと受け止めなければならないとか、それを糧にして次に進まなければならないと考えやすい。なぜなら、臨床家にとって「一人で抱えることや孤独感に耐えることも必要な力」(松田, 2019)だからである。それなしではクライアントを支援できない場合もあり、それが臨床家としてのあるべき姿であるからでもある。特に経験の浅い臨床家、例えば「1年～数年では、見通しを立てられない不安や経験不足からくる自信のなさが、専門職としての存在を揺るがせ」(岡本, 2007)る。しかし、このような日々の臨床で経験する否定的な出来事は必ずということではないにしろ、STSや小さなtトラウマになりうる恐れもある。このように、臨床家はクライアントを支援するなかで知らぬ間にSTSや小さなtトラウマというリスクにさらされている。なおかつ、それは「私たちの生活のきわめて私的な領域にまで入りこむ」(Stamm, 1999)。

ここでの重要なポイントは、自らに生じている“望ましくない”と判断しがちな反応をできる限り避けるべきということではなく、その考えそのものが必要なケアを遠ざける可能性があることを知って

おくこと、そして、必要な時にその考えに気づき、自らにケアを受けさせることができるかどうかということである。このことは4章でも再度触れることにする。

2-2. 役割意識

心理臨床家の負担を検討するために、2つの領域において心理職が働く環境から生じる負担を検討する。本節では臨床心理士が最も多く働く医療と学校を取り上げる。

2-2-1. 医療臨床

医療では近年、「チーム医療」や「多職種協働」、「多職種連携」という医療に関係する様々な職種と連携して患者及びクライアントの治療や支援に当たる動きがスタンダードになっている。この医療領域は臨床心理士が最も多く働いている分野の1つである。したがって、そのなかで心理の専門家としての役割意識を持って働くこととなる。花村(2015)は臨床心理士としての自身が多職種協働において大切にしていることについて次のように述べている。「『このクライアントはぜひ心理支援につなげたい』と、他専門職から思ってもらえないと意味がないため、まずチームに「私」という人物を知ってもらうことが大切」であり、「チームとして、また心理専門職としては、『うまくいった気になっているだけ』という罫に陥っていないか、常に振り返る必要がある」と述べ、心理職をチームの中でうまく活用してもらう工夫や、心理支援そのものが独りよがりになっていないかどうかに注意を要する点を挙げている。一方、「一人のスタッフとやって行くのがすごく大変だった：医療」(岡本, 2007)、「頼ってもらえることはうれしいことなんですけど、これもやってあれもやってって言われると、ケースワーカーじゃないのになって思う時も」(小堀・波多野, 2013)あるという声もある。誰がやるべきなのかがはっきりとしない仕事が発生することは職種に限らず生じることである。しかし、さまざまな職種が働く場所では役割意識を強く持っているからこそ、負担に感じられたりすることがあるのかもしれない。第一優先は支援であっても、往々にしてその状況や自身と他職種との関係性を考えて対応することとなる。心理の専門家としての役割を果たすためにどのように動

くかは、所属先の理解や要求を考慮する必要もある。そこには心理職としてどのように動きたいかという心理職自身の動機付けや、実際の能力や資質の問題も関わってくる。この問題は心理職をどのように活用するか、もしくは何を期待するかといった話題に関わることであり、心理職だけでなく心理職と共に働く専門職にも負担を感じさせていることかもしれない。

檜原ら（2015）は、医療における臨床心理職の課題をアンケート結果から考察している。そのなかの他職種との協働に役立った知識や技能を尋ねる質問で、臨床心理職自身が必要だと判断する「アセスメント」や「心理療法」は、教育期間中よりも「実践をする中で習得した」という回答が大多数（69.5%）であった。各現場で心理職が業務上必要と判断することも、心理職は現場で求められることと自身にできることをすり合わせ、不足を補いながら業務に当たっていると考えられる。チーム医療ひとつとっても、単科の精神科病院やリエゾン精神医療をおこなう総合病院もあり、現場によってずいぶんとその動き方は異なる。一方、医療機関は比較的複数の心理職が勤務していることもあり、その分、互いに協力し合ったり、同僚や仲間に話すことでケアされる。しかし、非協力的な人によって負担を強いられた話も耳にする。逆に一人職場であれば、「評価がかえってこないですので、やってることについての評価ってというのが自分だけでしか実感がなくていうところが、やっぱりちょっとこたえるという感じがですね」（小堀・波多野、2013）という声もあり、一人職場であろうとなかろうと苦労がある。そして、このような状況では心理職であるがゆえに、メンタルヘルスの不調になるべきではないという意識が働き、自身のことは後回しにしてしまいがちである。

中村（2019）は医療領域の対人援助職のメンタルヘルス支援の担当者として、職場のメンタルヘルス支援の報告をした。その業務に関連して「臨床心理士は医療領域における対人援助職のメンタルヘルス支援において、職員へのカウンセリングのみではなく、本人のメンタルヘルスの問題を抱えている職員や職場へ働きかけるコンサルテーションなどを積極的に行う必要もあるのではないかと述べた。通常の病院臨床に加えて、そのような職場のメンタルヘ

ルス支援も担当することは一般的ではないだろう。しかし、正式な業務ではなくても、他の職員の相談を受けることはよくあることかもしれない。臨床心理士の立場から他の職員のケアを目的とした相談は個別性が高く、対応の判断が難しい場合もある。ちょっと聞いて済むこともあれば、同意のもと上司に報告する必要があるようなこともある。心理職として頼りにされるのは喜びではあるが、相談を受けるにしろ、受けないにしろ、悩ましい問題である。

松田（2019）は医療における心理職の役割について「所属するクリニックのスタッフの一員として、患者対応のロールモデルやスタッフのケアなど、求められる役割に応じていくことも必要となる」と述べた。しかし、多重関係を考慮すると、求められる役割の全てをひとりで担う負担は決して小さくない。

2-2-2. 学校臨床

学校臨床も多くの臨床心理士が働く領域のひとつである。日本では2007年からスクールカウンセラー（以下、SC）として委託事業が始まった。主な支援対象は児童や生徒であるが、児童・生徒の保護者に加えて、教員への支援およびコンサルテーションのほか外部機関との連携も時には必要となる。学校によってSCの業務内容は異なってくる。しかし、限られた時間のなかで多くのことをやらざるを得ない状況にあり、孤立奮闘している場合が多い。

その理由は「SCは非常勤職員であり、しかも、他に所属をもたないケースも多い。そのため、仕事上で迷ったときや困ったときに相談できる人がなかなかいない」（大橋・今野、2011）。にもかかわらず、「児童の観察を通しての担任へのコンサルテーション以外にも、校内で教職員向けにさまざまなテーマでの研修を行ったり、教職員のメンタルヘルスケアの一端を間接的に担ったりということが期待され」（加藤、2014）、さらには「小学校におけるSCは、各種心理検査の読み取り、児童の行動観察、学校の教育相談体制における顕在的、潜在的ニーズなど、幅広いアセスメント能力が求められる」（加藤、2014）からである。

伊藤（2000）によれば、「教職員によるSC受け入れ体制が整っていて、教師自身が相談活動を活発に

利用しようとしていることが重要となる。そのために、SCは、職員長会・夕会、教育相談委員会、職務報告（書）等の公式の場や、教職員の歓送迎会、親睦会、忘年会等の非公式の場に積極的に参加したり、職員（教員）室に机を借りたりして、日頃から教職員との情報交換、雑談に努め、教室、校内を巡回し、相談室便り等を用いて自己開示、情報開示するなどによって、教職員が親しみやすく接しやすい環境を作る必要がある。特に、SCと意志の疎通が取れている教職員が複数名、校内に存在すると、提案が通りやすくなったり、委員会を実施しやすくなったりする。またSCへの協力者が異動や退職となった場合でも、複数の協力者がいれば、それまで築いていた体制を維持しやすい」としている。伊藤（2008）も同様にまた、「学校側の要因として、教員の受け入れ態勢が整っており、教師自身が相談活動を活発に利用しようという学校ほど、SCに対する評価も高いという報告から、SC活動はSC個人の資質のみで決まるのではなく、教職員や学校との共同作業である」（伊藤、2008）としている。その一方で、小堀、波多野（2013）はさまざまな現場で活動する臨床心理士が感じている疲労について、組織との関係による疲労として、「臨床心理士の活動に対して周囲の評価や期待が感じられないことによって、自らの存在意義を低く見積もるようになる」とした。

昨今、小中高の自殺者数は増加傾向にあり、緊急支援を求められるSCも少なくない。樋渡ら（2020）は各都道府県における学校緊急支援の実施体制と支援プログラムの実態を調査した。その中で、「緊急支援はいつどこで起きるか分からないものであるため経験を積む機会が得られにくい。そのことに加え、支援には高い臨床力を求められるため、支援にあたる事が出来る心理士に限られてしまう。このような状況も人員確保を困難にしていると考えられる」と述べ、通常のSC業務に加えて、緊急支援時の対応も求められる。

一人職場でもありながら、SCは通常業務が多岐に渡る。円滑に支援業務を遂行するには学校関係者との良好な関係を築いておく必要がある。また、教育の専門家の集団の中で心理学の専門家として有効に機能していくには、わかりやすい説明が求められる。

る。しかし、支援の透明性と守秘義務の両立は難しい問題となっている。

このように、医療でも学校でも心理臨床家がそれぞれの現場で求められる役割がある。心理の専門家は何ができるのかということや、どのような効果をもたらすのかが十分に理解されていないということも考えられ、その発信も求められるという負担も生じているのではないだろうか。

3. 臨床と私生活の間にある負担

臨床心理士は研修やワークショップ、学術大会への参加や、スーパービジョンや教育分析を通して、主体的に知識や技術の向上に努め、職業的成長を図っている。これは他でもないクライアント支援に直接関わる事だからである。しかし、これらの活動は経済面や家庭との両立という生活全般の問題に広く影響を与えている可能性がある。

3-1. 研鑽活動の義務と努力

公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会による倫理綱領には次のように定められている。

＜技能＞ 臨床心理士は訓練と経験により的確と認められた技能によって来談者に援助・介入を行うものである。そのため常にその知識と技術を研鑽し、高度の技能水準を保つように努めなければならない。一方、自らの能力と技術の限界についても十分にわきまえておかななくてはならない。

2020年以降の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染予防のためテレワークが進んだ。ZoomやSlackなどのICTが活用され、そのおかげでオンラインによるカウンセリングも提供され始めた。同じように専門家向けの研修やワークショップ、学術大会などもオンラインでの参加が可能となった。このほか、オンラインでスーパーバイザーを探すことのできるというサービスや、オンラインによる継続的な学びができるものなど、選択肢が増えた。

このような研修、ワークショップ、学術大会、スーパービジョン、教育分析、オンライングループ

等への参加は「研鑽活動」と呼ぶことができる。研鑽活動に参加する理由は、先述の倫理綱領のほか、臨床心理士の5年毎の更新制に加えて、勤務先からの要請ということもある。このほか、「面接の見通しを立てられない不安や経験不足からくる自信のなさ」(岡本、2007)を感じ、さらなる研鑽が必要だと感じたからということもあれば、「大事にしていたケースが中断して傷つく(東畑、2019)ことでスーパービジョンを受けようとすることもあるだろう。

さて、日本経済は回復しているとされる一方で、特に若者が消費に慎重になっている(消費者庁、2017)。この20年の物価や租税、社会保障の国民負担率の上昇(財務省、2021)しており、経済が回復しているという兆しは感じられない。古いデータにはなるが、村瀬(2011)によれば臨床心理士(常勤、非常勤の勤務形態、勤務時間にかかわらず作成されたデータ)の46.1%は非常勤、49.3%は年収400万円以下である。ちなみに、国民の平均給与は436万円である(国税庁、2020)。坂本(2019)は、2016年の心理専門職の求人調査し、「雇用期限に定めのある求人(非正規雇用)は142件中100件(嘱託常勤29件、非常勤71件)、全求人データに占める割合は70.4%」と報告し、非常勤の割合が高い。また、坂本(2016)は常勤と非常勤の給与面を比較しているが、雇用先によってその条件がさまざま、単純比較はできないと報告している。ただ、非常勤の場合、雇用契約の更新が必要のため不安定で、賞与も研修費補助などの福利厚生も乏しい。比較的給与水準の高い常勤を求めても、「多くの場合、『学生相談5年以上の経験』、『医療における3年以上の経験』、『SCとして8年以上の経験』といった一定の実務経験が求められることが多い」ため、若手は応募すらできない。

この雇用形態が研鑽活動に影響を与えるかもしれない。例えば、受けた研修が勤務日に当たる場合は通常休みを取り、私費で参加することとなる。ただし、勤務先によっては研修費として支給されたり、研修への参加時間を勤務時間とみなされるといった福利厚生があるが、そうでない場合もある。都心でおこなわれる1泊2日の学術大会に地方から参加することを想定してみると、大会参加費、ワー

クショップ参加費、宿泊費、新幹線や飛行機などの交通費、食費などの諸々で総額数万円になる。その費用を考えると、いくつもの参加はためられる。収入をどのように使うかは、その人の価値観によるが、社会情勢、雇用形態、福利厚生の有無によって、研鑽にあてられる予算に差が生まれ、ひいてはその機会に差が生まれてくることになる。実務経験を求める雇用条件という制限があるように、最も教育の機会を要する若手が制限されている可能性が考えられる。これは業界内の大きな課題として認識されなければならない。

一概に常勤が良いとも言い切れない。非常勤であれば、さまざまな領域に勤められるため経験の幅を広げられたり、ライフスタイルに合わせた勤務時間の調節がしやすかったりするからである。一方、岡本(2007)は心理職が抱える困難に関する報告の中で、『最近固定した研修しか出ていない』との声もあり、臨床経験にかかわらず、理想通りに研修を受けることは難しい様子が見受けられた。これは研修の必要性を感じる一方で、受講に当たって経済的・精神的・体力的な負担がかかるためと推測される」と述べた。若手に限らず研鑽活動を続ける負担の声は現実に存在する。

3-2. 家庭との両立

心理臨床家が負担に感じているものとして、次のようなものがある。森田(1993)は自身の16年間の心理臨床家人生を仕事と家庭の面で振り返った。「子どものいる生活が始まることによって、(中略)休日や夜に出かけることとなる学会や研究会についても、そこでリフレッシュされるのは事実だが、それは仕事の時間か個人的な時間というようなせちがらいことまで、ふと頭をよぎるようになってしまう」、「負担はもっぱら夫と子どもにしわ寄せしてしまっている。好きでこの仕事を選んだ人だけでなく、身近な家族の私生活にも影響を及ぼし、おそらくそのまた周りの人たちにも多少の迷惑をまき散らしていると想像すると、正直いって心が痛む」と語っている。このように家庭という要素が入ってくると、さらに状況が複雑になることがわかる。性差を無くす試みは増えつつあるが、今なお女性は育児や介護の影響を受けやすい。小林(2021)は、自身の二次

的外傷性トラウマの体験と、家族への小さくない影響を振り返り、「臨床がプライベートを侵蝕しているような感覚があった」と述べた。自身の傷つきに触れるような報告はあまり見られないなか、臨床家の二次的外傷性ストレスとそのリスクを知らしめる非常に貴重な報告である。男性のこのような声は見つけられていないが、クライアントから聞いたトラウマティックなイメージが帰宅中の筆者の脳裏に侵襲的に現れることもある。そのような時、ずっとそのイメージがあるわけでもないのに、帰宅して家族といっても心が穏やかでなく、些細なことに棘のある言葉を口にしてしていることがある。筆者自身がそのような自分に気づくと、“臨床がプライベートを侵蝕しているような感覚”を同様に覚える。仕事と私生活との間に明確な境界線を引きたくても引けない、臨床家としての困難を感じさせる一例である。「道具としてのセラピストの機能運用」(乾吉佑、2006)という見地で考えれば、クライアントを支援するために使う道具である自分自身をいかにメンテナンスするかが問われる。

4. 臨床家としてあるべき姿

心理臨床家が臨床の中で感じるストレスについて文献を当たると、「あるべき姿」とされるものが見えてきた。例えば、次のようなものである。

「心理療法家になるためには、多くの二律背反に耐える強さを持たねばならない」(河合、1992)

「あるタイプの心理臨床家は、たまったストレスを全部、抑圧することなく自分でも味わおうとするので、とても一人で立っておれなくなる。普通の素直な人なら、ここで神経症の症状を呈し、カウンセラーの門をたたくということになるのだが、プロである以上そういうわけにもいかない」(高橋、1993)

「『理不尽さ』によって鍛えることこそが重要なのである」(中島、2010)

「自己理解を深め、“道具”としての自分を磨き鍛錬する道のりは、時には辛く辛抱が必要である」(上野、2015)

「専門職として当然のことだが、クリニック全

体でチームとして診療をおこなうにせよ、一人で抱えることや孤独感に耐えることも必要」(松田、2019)

「チームとして、また心理専門職としては、『うまくいった気になっているだけ』という罫にはまっていないか、つねに振り返る必要がある」(花村、2015)

このほか、わきまえておくべき点として、次のような指摘もあった。

「クライアントの安全や健康に資する職務についている以上、自らの不摂生のせいで彼らが不利益を被ることはあってはならない」(小堀、2015)

「クライアントとの関わりが、対人援助職の個人の欲求(例えば支配欲、罪悪感や不安の払しょくのためなど)を満たす場となり、その欲求を満たすために援助行為が維持されているとしたら、それはクライアントの自助能力の芽を摘み取り、回復を遠ざける恐れがある」(小堀、2015)

これらの指摘は全く同じではなくても、誰もが臨床家としての学ぶなかで見聞きする、知っておくべきことであり、決して特異なものではない。クライアントの時に両価的な心性に向き合う臨床家として、自分の心に生じるものに目を配り、治療的意義の如何に悩みながら、同時に支援における倫理を常に念頭に置いて必要な支援をしていく。そのために必要な「あるべき姿」であり、臨床家はそれから離れることが無いようにとされていると言っても過言ではない。

しかし、臨床家は臨床家であるだけではない。ひとりの人間が臨床家としての役割を持っているのと同時に、家では家族としての役割や、あるいは、別の集団の中で違った役割を持つひとりの人間である。その一方で、仕事と個人の私生活と空間的に切り離すことはできても、頭の中で完全に切り離すことは難しい。二次的外傷性ストレスという問題を始め、臨床家としての果たすべき役割やあるべき姿のなかで知らず知らずのうちに様々な負担を感じてい

る場合もある。臨床は仕事としてのみならず、自己研鑽という形で私生活に食い込んでくる。私生活で臨床について触れることのできない守秘義務という制約による苦悩もある。逆に、私生活の出来事が臨床に影響を与えることもある。自身のクライアントへの関わりの一つひとつが成功か失敗か、あるいは、正解か不正解かの答えはないという曖昧さのなかで、一人で抱えておくべき、耐えるべき時がある。だから、仮にそばに仲間がいても「セラピストは非常に孤独な職業である」（大澤、2002）ということになるのかもしれない。

5. セルフケア

5-1. 仲間に話すこと

このような心理臨床家のストレスフルな状況において、どのようなことが必要とされているのか。Pearlman (1995) による海外のトラウマ・セラピストのトラウマに関わる仕事と均衡を取るための活動に関する調査結果では、役立つと思う割合が最も多かったのが「同僚とケースについて検討した」で85%、「ワークショップに参加した」が76%、「家族や友人と過ごした」が70%、「面接の合間に同僚と話した」が69%であった。一方、日本ではスーパービジョンが推奨されていることが散見される（大澤、2002）、（小堀、2015）、（近藤・宮下、2019）。しかし、心理職の9割近くがSVの重要性を認識していながら、全体の51.1%がSVを受けていない（近藤・宮下、2019）という報告もある。心理職におけるスーパービジョンにおける課題はさまざまに検討されているが、ここでは臨床家が困難を感じた際に利用できるものとしてスーパービジョンと同じくらい挙げられている「仲間に話す」に関連する箇所を取り上げる。

「そこでどうしてもうまく片づかないときは、仲間同士で話すことも結構助けになります。その意味でも仲間がいる人といない人でずいぶん上達が違うということもありますね。仲間やセラピーと言うものをわかっている人だったら、その人に『私、こう言われて憎らしくて腹が立ってしょうがない』と言っても、それは一過性の感情を処理するために言っているのだとわ

かるから『そうかそうか』と聴いてくれます」（馬場、1999）。

「厳しい上下関係や仲間意識がストレスの原因になり、既存グループからの支えを受けられないと感じる臨床家もいる。そのような場合、新たな仲間を集めて定期的に勉強会を開くこと、勉強会という堅い枠は設けず話したいことを自由に語り合う場を作ることも重要である。気軽に自分の関心や懸念について話せる相手がいること、喜びや不安を共有することは、実践的なアドバイスを得ることを超えて、疲れを癒し、エネルギーを取り戻す大切な場となるだろう」（岩壁、2005）。

「治療の流れがうまくいかないケースについても包み隠さず語れる仲間は大事である。治療者の無力感を受け止めてくれる仲間は、無力感に飲み込まれないように治療者を支える大切な存在である。またこのような仲間には自分自身の問題をも見せることができるのである。」（寺沢、2006）

「メンターや臨床家仲間など、臨床家が困難に向き合おうとしたとき、共に考え、適切な助言を与え、時には心理的支えとなってくれる存在はとても大きい。そのようなつながりを積極的に探し保つことも、効果的な臨床をおこなうためには重要である」（上野、2015）。

「患者との経験について聞いてくれる人を持つことである。患者から激しい感情を向けられたり、投げ込まれたりしていると、気持ちが高揚したり、混乱したり、無気力に陥ったりする。それをある程度吐き出す必要がある。批判せずに聞いてくれる人がいるとよい。（中略）スーパービジョンが評価という機能を含むと、あらざらい打ち明けるといふわけにもゆかない場合がある。スーパーバイザー以外の仲間、同僚と、患者に対する陰性感情も含めて自由に表出しあえるような関係があるとよい」（成田、2003）。

これらは緩やかなつながりのなかで臨床家にとって負担となっている出来事について話し、共感・受容され、心理的に支えられる関係を持つ重要性を指摘

しているものだ。スーパービジョンとは別の機能を持っているということを示唆する文章もあり、この営為が心理臨床家のセルフケアとして機能してきたものであると言えるだろう。スーパービジョンと比して、時間や費用の枠組みがないが、恐らく話をする側と聞く側の関係性で担保されていると言える。臨床で枠を重視する心理臨床家はその枠を緩めた関係の中で、ありのままで語ることで癒され支えられるのは非常に興味深いことである。

ただ、このように仲間に話すということが誰でも可能であるわけではない。つまり、一人職場では話す仲間はおらず、孤立しやすいということである。公共機関に勤める臨床家は守秘義務の制約があるために、外部のスーパービジョンすら受けることができないこともあり、問題を抱えがちである。また、相手がない問題よりも一層難しいのは、自身が困難に出くわしたときに仲間を頼ることができるかどうかという問題だ。どの専門職にも理想像があるように、臨床家にも“あるべき姿”、例えば、臨床家たるもの自分の問題は自分で処理すべきというような考えが少なからずあって、これが自分の内面を仲間に話しづらくさせているのではないかと考える。上手くないことがあれば、当然「専門家としてやるべき仕事があるのに十分機能できず、存在意義に疑問を感じ」(岡田、2007) るようなことは大いにある。

このような自らの困難について話すことへの抵抗感は、専門家ならではのことは無い。心理臨床家は「自らの困難を話すことは依存や甘えではないか」という考えで孤立し、苦悩を抱え続けてきた多くのクライアントを日頃から目の当たりにしている。したがって、実は知っていることなのである。にもかかわらず、仲間に話すことへの抵抗感が自然と生まれてくるのは、クライアントと同じように自立を強く求められる社会に生きているからなのだろう。竹澤、小玉(2006)は、依存の適応的な側面と不適応的な側面について、過去の研究を通して概観した。そして、依存の不適応的側面に焦点をあてられ問題視しすぎた結果として人々の孤立化という新たな問題が生じてしまったこと、社会的にも自立した個人とみなされ、様々な責任を負わなければならない成人期は自分自身が誰かに頼られる役割を

担い、自分自身も自立し、頼られる側としての役割を果たさねばならないという意識が強くなると指摘した。このように、心理学の専門家としての自立心に、一人の成人としての自立心も重なりあって、仲間を頼るということをより一層難しくする。

臨床家はクライアントの話によって知らぬ間に二次的外傷性ストレスを負う可能性がある。若いスタッフの多い職場でベテランのひとりであった小林(2021)も、二次的外傷性ストレスを受け、不調をきたした当時を振り返り、「臨床心理士として終わった」と述懐した。このように、どのような臨床であってもクライアントの話を聞く以上、そこにトラウマティックな出来事が含まれる可能性は否定できない。にもかかわらず、臨床家はそれに十分備えているとはいいがたい。想定していても、一人職場で仲間がいなかったり信頼できるスーパーバイザーがいなかったりしてそのケアが遅れやすい。したがって、自分を守るための知識や自分に合った方法を用意しておく必要がある。仲間とつながって話すことがセルフケアとなりうるが、無論話さなければならぬということはなく、選択肢のひとつとして用意しておきたい。

5-2. 臨床家のセルフケア

前出の倫理綱領の前文は次のように定められている。

臨床心理士は基本的人権を尊重し、専門家としての知識と技能を人々の福祉の増進のために用いるように努めるものである。そのため臨床心理士は常に自らの専門的業務が人々の生活に重大な影響を与えるものであるという社会的責任を自覚しておく必要がある。したがって自ら心身を健全に保つように努め、以下の綱領を遵守することとする。

この「自ら心身を健全に保つように努め」という部分は、この前文の中で言われている臨床心理士としての社会的責任を果たすためには、心身を健全に保つことが必要であると言い換えることができる。倫理綱領はクライアントの支援のために遵守すべき内容を規定したものであるが、このように臨床心理

士の心身の健全に維持する必要性にも言及している。したがって、臨床心理士は倫理綱領に従って、自らの心身に注意を払い、健全に保つよう努める必要がある。

アメリカ心理学会（APA: American Psychological Association）はオンラインで「心理学者のためのセルフ・ケア・リソース (Self-care resources for psychologists)」を公開している。そのうち「(セルフケアのためのアクションプラン) An Action Plan for Self-Care」の内容の一部を抜粋し、紹介したい。

- ・ 孤立を避ける。どこに社会的な支援となるものがあるのかを特定し、それを利用する。身近な家族や友人だけでなく、地域の市民グループやスピリチュアルな団体なども社会資源となる。
- ・ 自分の仕事の性質やストレス要因について話し合えるような仕事上のつながりを築き、維持する。ピアサポート・グループやコンサルテーションを利用したり、職能団体を通じて同業者とのつながりを作ったり、個人的な心理療法を行うことが、どのような場合に役立つのか、あるいは必要なのかを検討すること。無力感、感情の揺れ、反芻する傾向、共感性の喪失、家族や友人との断絶など、考えられる警告的な兆候に注意する。
- ・ 職業上のリスクを真摯に受け止め、実践する心理士が直面する特殊なリスクを認識する。必要に応じて、職業上のバーンアウト症候群、二次的外傷、共感疲労、同僚の援助などについてより詳しく学ぶ。この学習を専門的なトレーニングや継続的な教育に取り入れる。

このように、臨床家がセルフケアを理解し実行する上での重要な点をまとめている。セルフケアに関するこのような情報に触れてこなかった人は、一度目を通しておくことを勧めたい。「すべての心理学者がキャリアの中で職業上のストレスや苦痛を受けやすく、適切な状況下では障害に対して脆弱である可能性がある」(Karen, Saakvitne, ACCA, 2008) との

指摘もある。つまり、心理臨床家であるからと言ってあらゆるストレスや苦痛を受けないような特殊な耐性はなく、むしろストレスや苦痛を受けやすいということである。したがって、日頃から自らの心身に気を配ることの重要性を認識し、セルフケアをしていく必要がある。

6. まとめ

心理臨床家は、臨床では二次的外傷性ストレスのような深刻な影響を受けるリスクに曝されている。各現場で関係する支援者と協力を図りつつ、自ら果たすべきと考える役割と周囲から求められる役割を果たしている。臨床と私生活との間において、その境目がなくなりかけるような状況でも、自身の心の健康を維持するよう努めている。そして、このような状況で、なおかつ孤立している場合もある。臨床家としてのあるべき姿という意識があるからこそ高い倫理観を持ってクライアントと向き合うことができる。しかしながら、同時にそのあるべき姿が心理臨床家をより孤立させる。さらには心理臨床家の精神的な健康を害する恐れにつながる。「仲間に話す」ことは孤立を防ぐ直接的なセルフケアとなる。心理臨床家は自らに必要なセルフケアとその重要性を改めて認識することが必要ではないだろうか。その上で、セルフケアを実践することが、倫理綱領にある“自ら心身を健全に保つように努めた”こととなる。

7. 今後の課題

本稿では、臨床家を取り巻く負担について概観した。そのためのセルフケアのひとつとして、経験的に語られてきた「仲間に話す」という方法を取り上げた。このインフォーマルな形に対して、従来のフォーマルなスーパービジョンとの十分な比較ができなかった。また、セルフケアの実証的な研究についても触れられなかった。援助職のセルフケアとして、マインドフルネスやセルフ・コンパッションに注目が集まっており(小林, 2021)、これらに関する実証的な研究は海外では増えている。今後、心理臨床家のセルフケアとして有効な方法について検討していきたい。

引用文献

- American Psychiatric Association. Not Going It Alone: Peer Consultation Groups. 参照日：2021年9月1日、参照先：https://www.apaservices.org/practice/ce/self-care/peer-consult?_ga=2.26206973.1920376814.1630301967-1937518448.1626242321
- American Psychiatric Association. Self-care resources for psychologists. 参照日：2021年9月1日、参照先：<https://www.apa.org/monitor/2014/04/self-care>
- Figley C.R. (1995). Compassion Fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In: Stamm B.H. (Ed.) Secondary Traumatic Stress : Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, & Educators. Sidran Press. (二次的外傷性ストレス — 臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題 小西聖子、金田ユリ子 訳 (2003) 誠信書房。(p: 3-28).)
- Karen, Saakvitne, ACCA. (2008). Occupational Vulnerability for Psychologists. 参照日：2021年9月10日参照先：American Psychological Association Services, inc.: https://www.apaservices.org/practice/ce/self-care/vulnerability?_ga=2.38662883.1990801612.1633422613-1937518448.1626242321
- Pearlman L.A. (1995). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In: Stamm B.H. (Ed.) Secondary Traumatic Stress : Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, & Educators. Sidran Press. (二次的外傷性ストレス — 臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題 小西聖子、金田ユリ子 訳 (2003) 誠信書房。(p: 51-64).)
- Porges S.M. (2017). The Pocket Guide to The Polyvagal Theory: The Transformative Power of Feeling Safe (花丘ちぐさ 訳 2018 ポリヴェーガル理論入門 春秋社).
- SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach (SAMHSA のトラウマ概念とトラウマインフォームドアプローチのための手引き 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンターと兵庫県こころのケアセンター 訳).
- Shapiro Francine. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols, and procedures/2ns ed. (市井雅哉 訳) 二弊社。
- Shapiro Francine, Deany Laliotis. (1990). EMDR Therapy Basic Training Weekend 1 Training Manual. 3.
- Stamm B.H. (1999). Secondary Traumatic Stress : Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, & Educators. Sidran Press. Sidran Press. (二次的外傷性ストレス — 臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題 小西聖子、金田ユリ子 訳 (2003) 誠信書房。(p: 3).)
- 伊藤美奈子 (2000) ユーザーから見た学校臨床心理士。臨床心理士報、11 (2)、21-42。
- 伊藤美奈子 (2008) 学校で役に立つスクールカウンセラーとは。児童心理、62 (6)、2-11。
- 稲本絵里 (2021) トラウマケアと支援者の傷つき。臨床心理学、20 (1)、57-61。
- 乾吉佑 (2006) 臨床心理士の適正。臨床心理学、6 (5)、629-636。
- 岩壁茂 (2005) 専門家としての成長・発展とは何か？ 臨床心理学、15 (6)、695-699。
- 岩壁茂 (2019) スーパービジョンにおける恥：失敗・修復・成長。臨床心理学、19 (3)、321-324。
- 上野まどか (2015) 心理職の動機と臨床活動の困難を乗り越えるスキル。臨床心理学、732-735。
- 岡本かおり (2007) 心理臨床家が抱える困難と職業的発達を促す要因について。心理臨床学研究、25(5)、517-527。
- 大橋智樹、今野舞 (2011) 公立学校における学校臨床の現状と課題。宮城学院女子大学発達科学研究、11、33-42。
- 大迫秀樹、白澤早苗 (2021) 乳児院における早期からの連続性を持った心理的ケアに関する実地インタビュー調査研究。福岡女学院大学。22、71-78。
- 大澤智子 (2002) 二次受傷 — 臨床家の二次的外傷性ストレスとその影響。大阪大学教育学年報、7、143-154。
- 加藤博己 (2014) 小学校においてスクールカウンセラー (学校臨床心理士) が果たす役割。駒澤大学心理学論集、23-28。
- 檜原潤、川崎隆、高木郁彦、羽澄恵、能登眸、下山晴彦 (2015) 医療領域での多職種協働における臨床心理職の課題：臨床心理職に対するアンケート調査から。東京大学大学院教育学研究科紀要、55、291-301。
- 河合隼雄 (1992) 心理療法論考。岩波書店。
- 木村友馨、木村優香 (2017) わが国の若手心理臨床家が抱える面接場面における困難の現状：質的研究論文の文献検討。お茶の水女子大学心理臨床相談センター 紀要、71-80。
- 厚生労働省 (2021 a) 令和2年度障害者総合福祉推進事業・公認心理師の活動状況等に関する調査。参照日：2021年9月10日。参照先：<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000798636.pdf>
- 厚生労働省 (2021 b) 令和2年中における自殺の状況。参照日：2021年9月15日。参照先：<https://www.mhlw.go.jp/content/R2kakutei-01.pdf>
- 国税庁 (2020) 民間給与実態統計調査 — 調査結果報告 —。国税庁。参照日：2021年10月10日。
- 小林亜希子 (2021) 二次受傷のセルフケア：援助者のためのマインドフルネス。臨床心理学、21 (4)、451-456。
- 小堀彩子、波多野純 (2013) 臨床心理士は仕事でどのような疲労を経験しているか。精神療法、39 (2)、259-269。
- 小堀彩子 (2015) 対人援助職のセルフケア：バーンアウト研究を手がかりとして。臨床心理学、15 (6)、741-745。
- 近藤孝司、宮下敏恵 (2019) 臨床心理専門職におけるバーンアウト傾向と職業的ストレスを規定する要因に関する探索的研究。上越教育大学研究紀要、39(1)、103-114。
- 財務省 (2021年4月12日) 負担率に関する資料：財務省。参照日：2021年10月15日、参照先：https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/241a.pdf
- 坂本憲治 (2019年12月) 心理専門職の求人情報の特徴と問題：2016年後半における臨床心理士の状況から。福岡大学

- 研究部論集 B：社会科学編、11、23-32。
- 消費者庁（2017）平成29年版消費者白書概要目次。参照日：2021年10月10日、参照先：https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_research/white_paper/pdf/2017_whitepaper_0004.pdf
- 高橋哲（1993）心理臨床家が病むということ。心理臨床、6（1）、35-40。
- 竹澤みどり、小玉正博（2006）適応的な依存とは？；依存概念の再検討。筑波大学心理学研究、31、73～86。
- 田所撰寿（2020）カウンセラー教育におけるセルフケアの重要性とその応用。作大論集10、21-32。
- 寺沢英理子（2006）治療者を支えるもの—信仰と「抱える環境」。臨床心理学、6（5）、595-599。
- 東畑開人（2019）ケースが中断したばかりで傷ついている初心者のための十カ条。臨床心理学、19（3）、269-273。
- 中島登代子（2010）心理臨床家の養成と訓練。精神療法、36（3）、317-323。
- 中村美穂（2019）医療領域における臨床心理士による対人援助職のメンタルヘルス支援についての検討。九州大学心理学研究。20、23-31。
- 成田善弘（2003）精神療法家の仕事。金剛出版。
- 日本臨床心理士資格認定協会。臨床心理士とは | 公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会。参照日：2021年9月1日、参照先：<http://fjcbcp.or.jp/rinshou/about-2/>
- 花村温子（2015）心理的支援における連携・協働の心得：チーム医療における連携・協働。臨床心理学、臨床心理学、15（6）、727-731。
- 馬場禮子（1999）精神分析的な心理療法の実践—クライアントに出会う前に。岩崎学術出版社。
- 樋渡孝徳、窪田由紀、山田幸代、向笠章子、山下陽平、林幹男（2020）臨床心理士による学校危機への緊急支援～学校臨床心理士コーディネーターへの調査から～。人間科学、2、10-16。
- 福島哲夫（2017）カウンセラーのセルフケアと自己点検をどう進めるか？臨床心理学、17（1）、87-89。
- 松田史帆（2019）医療現場における心理士の業務と役割。心身医学、59（2）、125-129。
- 村瀬嘉代子（2011年10月19日）s5-1-1.pdf。参照日：2021年10月20日、参照先：警察庁：https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/kuwashiku/suishin/kentokai/mental/k_3/pdf/s5-1-1.pdf
- 森田美弥子（1993）私生活と臨床の境界領域。心理臨床、6（1）、31-34。
- 文部科学省（2021）令和2年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要。文部科学省。参照先：https://www.mext.go.jp/content/20201015-mext_jidou02-100002753_01.pdf
- 米倉五郎（1993）心理臨床化の職業病—そのストレスと癒しの工夫—。心理臨床、6（1）、25-30。

受付日：2021年11月9日

