

## 援助手段としての訪問カウンセリングの意義

名島 潤慈\* · 佐藤 和郎\*\* · 植村 孝子\*\*\*  
佐方 宏子\*\*\*\* · 魚住 信義\*\*\*\*\* · 大崎 成子\*\*\*\*\*

### Clinical Significance of Visiting Counseling as a Means of Help

Junji NAJIMA, Kazuo SATO, Takako UEMURA, Hiroko SAKATA,  
Nobuyoshi UOZUMI and Shigeko OHSAKI

(Received October 16, 1987)

#### I 本稿のねらい

地域社会の中にあつて心病める人、人知れず援助を求める人は数多い。現在、地域精神衛生の各種専門家による治療活動の他、ボランティアの電話カウンセラーによる電話相談活動も全国で活発に行なわれている。

ところで、心理—身体—社会的危機状態にある思春期・青年期・成人期・老年期のクライアントに対する治療的援助手段の1つとして訪問カウンセリング(訪問による心理的援助)が挙げられる。訪問カウンセリングは、地域内の専門機関に自ら出かけて治療を受けるだけの動機づけを持たない人々、家族の介護力の限度を越えるほどの家庭内暴力や自殺の緊急危険性の高い人々、重度の対人恐怖・汚染恐怖・内閉性などから自宅に閉じこもらざるをえない人々、心理的援助を必要としているながらも重度の身体障害によって外出が困難な人々などに有効である。しかしその反面、援助者(治療者)の側からクライアントの自宅を(多くの場合継続的に)訪問するため、例えば成瀬(1965)や伊藤(1985)が論じているように、援助者に対するクライアント側の転移が助長される、家族側の依存性が増大するなど種々様々な問題点を含み持っている。

われわれはこれまで、重度の不潔恐怖症ならびに不登校現象を呈した男子高校生に対する単独母親面接の経過中に訪問カウンセリングを試みた事例(名島, 1985)、内閉・家庭内暴力・自己方向性喪失状態の青年に対して(治療者による)危機介入的訪問カウンセリングと(ボランティアの大学生による)訪問面接を試みた事例(名島・松本, 1985)、登校拒否の男子中学生に対してまず養護教諭と担任が訪問による働きかけを行ない、ついで治療者が母親面接と訪問面接を試みた事例(名島・大野・金森, 1986)を通して訪問の意義を探究してきた。本稿ではさらに4つの事例を取り上げ、援助者の側の要因とも絡み合わせて訪問の持つ意義を吟味したい。ちなみに、以下の事例記述にさいしては、クライアントのプライバシー保護のため本筋に差し支えない範囲で省略・修正・改変を行なっている。

#### II 事例 A

##### 1. 事例の紹介

10代後半の女性。長女として出生。生育歴、家族歴には特に問題なし。性格は内気で内向的、自信欠如。中学2年生の時に友人との間で生じた裏切られ体験を契機に不登校状態におちいる。家庭では、主として母親に対する幼児的依存性と拒否的沈黙とが交互に見られ、また同じく母親に対して軽度の家庭内暴力を呈す。

Aは母親に連れられていくつかの相談機関を転々とするが、いづこにおいても緘黙とそれに続く来談拒否を示し、最終的には援助者Rが勤務するE養護学校に転校し、収容形態による治療教育を受ける。

\* 心理学科

\*\* 黒石原養護学校

\*\*\* くわみず病院

\*\*\*\* 御船高校

\*\*\*\*\* 熊本市福祉相談室

E校への適応はきわめて良好で、他の慢性疾患児や心身症児たちの模範となるほどの優等生ぶりを示した。

E校を卒業後、AはF高校に進学。進学直後、友人ができないといった理由からごく短期間の不登校を示すが、Aの元担任であるRの訪問によって再び登校可能となる。その後、高校2年の1学期まではまったく問題なかったが、2学期より本格的な不登校に入る。

## 2. 援助経過

Aに対する援助経過については、以下便宜的に5つの時期に分けて記述する。

(1)第1期(X年9月)：F高校のカウンセラーから連絡があり、Rは電話でもってAの家族に訪問目的を了解してもらった上で訪問する。すすり泣きと沈黙の状態が30分ばかり続くが、Rがポツリポツリ話しかけていくうちにAの態度は軟化する。表情による応対が可能となった時点で折よく昼食となり、家族全員が顔を合わせて談笑し、その後またRはAとの面接に入る。

この訪問は約6時間にわたるものであったが、後半の2時間、AはRに内心の苦悩を縷々物語った。そして、Aは翌日登校するが、10日ばかりしてまた不登校となる。

(2)第2期(X年10月)：母親からの連絡によって再度の不登校状態を知ったRはAの家を訪問。部屋に入って声をかけると、AはRと入れかわるようにして部屋を出て、トイレに入ったまま出てこない。Rはこの日より3日間連続して訪問するが、Aは自分の部屋に閉じこもったまま。10半月ばに1日だけ登校するが、それ以後はまた不登校となる。

(3)第3期(X年10月～X+1年1月)：そこでRは再び連続して4日間訪問するが、Aは顔も見せず、ドアの向こうで音も立てない。Rは週に2～3回の割合で訪問し、もっぱら母親と話し込む。そのようにしているとAははじめ、Rと母親が話し合っている部屋の前を通過してトイレに行ったり、また自分の部屋で音楽を聞いたりしはじめ、ついでRと母親が話し合っている部屋と隣室との境の敷居の所に坐ったりする。母親がAに、傍らに来ているようにと誘いかけるとAは立ち去るが、それでも強く誘いかけるとしぶしぶと近寄り、横向きの姿勢で会話に参加する。そしてその後、母親・A・Rとの三者の対話(あたりさわりのない雑談ではあるが相互的な笑いを含むもの)が成立しはじめる。このようなコ

ミュニケーションの場に支えられて、Aは11月に入ると連続的に登校しはじめる。

(4)第4期(X+1年1月～3月)：しかしながら、3学期に入って進級問題が出現するとともにAは再び不登校に入る。Rは週2～3回のペースで訪問するが、AはRに会おうとしない。Rはもっぱら母親との世間話に終始し、またその間父親とも外で会ったりしながら「待つこと」に徹する。そうするうちにAは再びRと母親との会話場面に少しずつ近づき、母から誘われて仕方なく加わるという受身的な姿勢をよそおって会話に参加し談笑する。

(5)第5期(X+1年4月以降)：3年生に進級できたAは4月を過ぎようとする頃突然登校しはじめる。「学校をやめても働かなくてはいけないから」と述べていたという。2週間後にRが訪問してみると、Aは身体の不調を訴える。「休み休み行けばいい」とRが言うと、Aは泣いてうなづく。その後、時折休みながらもAは登校を続け、F高校を卒業した後ある大学に進学した。

## Ⅲ 事例B

### 1. 事例の紹介

50代半ばの男性。次男として出生。離婚歴あり。小・中学校では成績は上位。高校時代に発病。卒業後ある所に就職するが、病気が再発してそこを辞め、その後いろいろな職場を転々とする。同時にまた、入退院を繰り返し、通算入院期間は10年以上になる。わけても、援助者S(臨床心理士)が勤務しているG病院への入院が長い。

Bは数年前にG病院を退院後、G病院が関係しているある共同住居(アパート)での生活を始める。と同時に、病状の安定維持と再発防止を目的として、G病院が行なっているデイケアへの通所を開始した。それ以後のBの症状経過を見ると、寡言寡動でデイケア参加がルーズとなり、アパートで寝て過ごすという自閉的な時期と、妄想が活発で言動共に非常に積極的になる躁的な時期とに分かれる。治療スタッフは、Bのこのような特徴から、次のようなことに注意していた。①自閉的な状態の時は、食事もとらず服薬も中断し、心身両面にわたって増悪してくるので、訪問が必要な場合がある。②躁的な状態の時は、以前から見られていた血統妄想の再燃が予想され、飲酒や浪費などによって生活自体が破綻してくるので行動化に気をつける。

Bはデイケアに通いはじめてから約1年後、強度の自閉状態におちいった。診察日に来院せず、もち

ろんデイケアも休んでいる。そこでSが治療スタッフの1人として（短期間ではあったが）継続的な訪問を開始した。

## 2. 援助経過

Bへの訪問は、合計5回行なわれる。

(1)1回目： S1人では不安であったし、また自信もなかったのでH看護婦と一緒に訪問。Bは臥床しており、まったく食事をしていない様子。Sの問いかけに対してBは前の晩不眠だったとだけ話し、それ以外は何を話しかけても閉眼したまま答えない。

(2)2回目： この1回目の訪問の翌日、Bはデイケアに参加するが、その次の日は休む。Sは、今度は1人で給食を持って訪問。ドアの鍵は前回同様開いていた。Bは入眠中らしく、話しかけても気がつかないので、給食を置いてくる。この訪問の翌日からBはデイケアに参加しはじめるが、妄想と幻聴が活発。

(3)3回目： 2回目の訪問から約1カ月後、デイケアに出て来ないBのアパートをS1人で訪問。Bは洋服を着て正座していた。Sがデイケアに誘うと、Bは「歯医者に行ってきた。今日はデイケアには来ん」と笑いながら拒否する。

(4)4回目： その2日後、H看護婦と一緒に再び訪問。Bの部屋のドアの前でBに会う。Bは、「歯医者に行くところだった」と素っ気ない。ここ2週間ほど同じシャツを着ている。

(5)5回目： 依然としてデイケアへ出てこない。デイケアのメンバーである男性2人と共に給食を持って訪問。Bは臥床しており、「きつい」と言う。男性の1人が、「Bさんが来るとさびしいよ。デイケアにおいでよ」と言うと、Bは初めて笑顔を見せる。

さて、この5回目の訪問の2日後、Bは久しぶりにデイケアに参加。Sが「よく来ましたね」と言うと、Bは「来たくなかったけど…」と応じる。しかし、きちんと散髪し、シャツも着がえている。

昼休み、Bは目をしっかりとつぶって幻聴に聞き入っている様子にみえたので、SはBをトランプグループに何度も誘うが、Bは拒絶する。幻聴があるのもBが服薬をしていないせいではないかと思っ、Sは、Bがデイケアのプログラム終了後1人で休憩室にいたのをつかまえて尋ねてみた。すると、「涙目になるからな」という答が返ってきた。SがBに、涙目になるのは薬の副作用かどうかを精神科

医にきくこと、疲れ目程度の目薬ならこの病院でも出せることなどを話すと、Bは黙って聞いていた。Sとしては、Bの訴えに対して具体的に話ができたことと自己満足していた。

Sに対する被害妄想がはっきりしたのはそれから3日後のことであった。治療スタッフの1人がデイケアに参加しているBの身体の具合をBに尋ねると、Bは腹立たしい口調で次のように述べた。「3日前の診察の時、ドクターに、涙が出る、と言ったら、その時Sさんが『目を悪くしなさい』と言った。（Sさんは）俺を盲にしようとした。」もちろん診察の場にSはいなかったから、Sの声で「目を悪くしなさい」云々と聞こえたのは幻聴である。Bはまた、Sと一緒に訪問したH看護婦に対しても、「(Hが)薬に細工をしたから便秘になった」という妄想を抱いていた。

次の日に、Bが酩酊状態で医師の診察を受けた時には、被害妄想はさらに、「皆がグルになってベテンにかけた」という形に発展していた。Bは自分勝手にまったく薬をのんでおらず、病勢も強いためにただちに薬物療法が開始され、Bの興奮は鎮静した。それから数日後、Bはジュースを持ってきて、Sに「失礼なことをした」と謝る。どういう意味かとSが問い返してもはっきりしない。なお、「目を悪くしなさい」というSの声については、Sがいくらそんなことを言ったおぼえがないと否定しても効果がないままである。

## IV 事例 C

### 1. 事例の紹介。

10代後半の男性。長男として出生。真面目で無口な性格。中学までは特に問題なし。高校入学当初から欠席が目立っていたが、連続して休むということにはなかった。援助者Tは、5月中旬の全校一斉家庭訪問の際、教育相談部のカウンセラーとして担任に同行してCとCの家族に会う。欠席の理由は、朝登校前に頭痛がするというもので、ある医師からは若年性高血圧だと言われていた。もっぱら家族がこのようなことをしゃべり、C自身は終始沈黙したまま身動きもせずと同席していた。

Cは2学期後半になると連続して休むことが多くなり、登校したさいにTがCを相談室に呼んでも来室しない。3学期になると、Cはまったく登校しなくなり、Tに対して父親から電話で訪問要請がある。

## 2. 援助経過

便宜的に3つの時期に分けて述べる。

(1)第1期(X年1月～4月)：父の要請でCを訪問してみたが、Cは一言も発しない。両親から詳しい話を聞く。Cは夜登校準備をするにもかかわらず朝起きられず、頭痛・腹痛などを訴えるのだという。Cは1月末から、規定出席日数の不足のため休学となる。何回訪問してもCは口をきかない。

(2)第2期(X年5月～X+1年1月)：Cは夜型となり、自室に閉じこもって家族ともあまり口をきかなくなる。ただ、町の剣道場へは週2回きちんと通っており、そこでの友人との交際はある。Tは訪問と電話でCとの接触を試みるが、しかしそのうち、Tに代表される学校側からの接触の試みがなされた後にCの精神状態が不穏になりはじめ、結局母親の要請でTは訪問も電話もさし控える。

その後半年間、Cとの接触がなかったが、このように放置しておくことがカウンセラーであるTにとって苦痛になりはじめ、Tは訪問を再開する。

(3)第3期(X+1年2月～5月)：この時期、訪問を繰り返していると、第2期と異なる反応が現れはじめる。例えば、ドア越しに声をかけても返事もしなかったのに、Cの友人が遊びに来て2人になったとたん、Cは室内からTに対して大声で「帰って下さい」と怒鳴ったり、Tがたまたま遊びに来合わせたCの友人と一緒に思いきって部屋の中に入ってみると、Cの方から話しかけてはこないもののTからの挨拶や問いかけには落ち着いた表情でうなずいたりする。

このようにして、Tに対する拒否の態度は徐々に減少し、3月末に再度休学になって以後は、Cの方から剣道の話や来年4月からの再出発の希望などを話すようになる。

## V 事例 D

### 1. 事例の紹介

10代半ばの女性。長女。極度に内気で自己中心的な性格。幼稚園時代、登園拒否で退園する。父親の仕事の都合で頻回の転校を繰り返す。中学2年生の時にまたもや転校となり、転校先の学校で、男子生徒から名前のことでからかわれて、それ以後登校拒否となる。

### 2. 援助経過

3つの時期に分けて述べる。

(1)第1期(X年4月～5月)：女性の援助者U

は、この時期Dの生活の立て直しを主な目的として1～2週間に1回の割合で早朝に訪問する。Dとの関係は当初から良好で、小説の話、Dが飼育している金魚の話などが話題になる。そして、2回目の訪問からUの提案で手芸をやることになる。何をやりたいのかDの意志がはっきりせず、Uのリードでマスコット人形を作ることに落ち着く。もっとも、材料や道具の準備はDが自分からすすんでやる。

このマスコット人形を作り上げたことがDの自信と意欲を生み出し、それ以後Dは、(Uや母親の助けを借りてではあるが)スカート作りやレース編み、クッション作りなどに取り組む。そして、これらの作業の合間合間にUとさまざまな会話をかわす。

(2)第2期(X年6月～9月)：Dは母親に頼んで自転車を買ってもらい、訪問してきたUとサイクリングに出かける。少しずつ活力を回復し、夏休み中にはある女子学生が家庭教師としてDにつき、Dは勉強に取り組む。

(3)第3期(X年10月)：10月末に訪問したUに対して、Dは将来のことや両親のことを話す。このあとUの誘導で学校の校門まで出かけるが、中には入りきれない。

この第3期にはまた、Dへの訪問とは別に、男性の援助者Vによって母親カウンセリングが開始された。これは訪問の形ではなくて、母親の方がVの許に1週間に1回の割合で通うという形態であった。母親はカウンセリングを受けている中に、Dへの依存性とそれをひきおこしている分離不安を自覚しはじめた。

このようにして、Dも母親もそれぞれに自立への歩みを開始したが、残念なことに父親の仕事の都合でI県へ転居することになり、訪問と母親カウンセリングは中断するに至った。I県へ転居したDはUとの間で文通を重ねながら着実に立ち直り、その後高校に入学した。

## VI 考察

以上われわれは、訪問を治療的な援助手段の中核とした4つの事例について、その概略を述べた。本節では以下、それぞれの事例における訪問の意義や問題点について考察したい。

### 1. 事例Aについて

事例Aの援助者Rは、Aの元担任教師である。し

たがって、この点よりすれば、ここでなされた訪問カウンセリングは、「卒業生に対するアフターケアとしての訪問」という意義を有している。実際のところRは、当初A本人に面接の焦点をあてたものの、それが不調に終わると今度はAの両親を支えることに切り換えている。わけても母親を雑談という形でじっくりと支え、そうすることによってAに対する家族側の抱える力を養い、結果的にAの立ち直りを促進している。良好なアフターケアを行なった訳である。

ここで、元担任であるということについて触れておきたい。元担任であることの利点としては、(1)元担任であるがゆえにクライアント本人や家族との間に予め、ある程度のラポールが形成されていること、(2)クライアントの現籍校との連携プレーができやすいこと、(3)クライアントとの関わり合いのきっかけを見出しやすいこと、(4)現教師ほどの強い拒否感をクライアントの中に呼びおこさないことなどが挙げられる。しかしその反面、(1)元担任という親しい存在であるがために、ややもすると家族側の依存性やもたれかかりが助長されやすいこと、(2)同時にまた、元担任の側にも、クライアントや家族との間に強い一体感が生じやすく、そのため有効な援助に必要な適度の心理的距離が保ちにくいこと、(3)自分のことをよく知られているという警戒心がクライアントの側に生じやすいこと、(4)クライアントが悪化した状態ではじめて援助要請を受けとることなどの欠点もある。このような利点と欠点を、訪問する中でどのように処理していくかが元担任の場合の大きな課題となるように思える。

## 2. 事例Bについて

精神科関係で行なわれる訪問は、その目的から大まかに分ければ、①生活状況の把握、②危機介入、③初診拒否患者や診療中断患者の症状把握と外来通院・服薬継続への指導などがある。診察日にも来院せず、デイケアも休んでいるBに対して訪問カウンセリング（より正確に言えば、この場合は訪問指導）を行なったのは、治療上必要な処置であったと言える。ただし、訪問者を誰にするか、Sのような臨床心理士が良いか看護婦が良いか、それとも主治医が良いかは議論の余地があろう。いずれにしろ、Bが再び病院に来るようになった点ではこの訪問は成功している。しかしその反面、Sの訪問はBとの関係を悪化させ、Bの被害感を一挙に増大させるという結果をもたらしている。

このことの原因として考えられるのは、次の2つである。

(1)1回目にBを訪問したSは、Bに話しかけてみるがBは拒絶的。しかし、Bはその翌日デイケアに参加している。そして、その次の日はデイケアを休み、Sが訪問して給食を置いてくると、その翌日Bはデイケアに参加するが、妄想や幻聴が活発な様子であった。その後デイケアへの休みが続き、3回目4回目とSが訪問して参加を勧めてもBは拒絶する。結局のところ、Bが拒否を示しているにもかかわらず、親子ほども歳のちがうSが何度も繰り返し訪問してBを「指導」したことは、初老期にあるBの自尊心をひどく傷つけたのではないかと思われる。

(2)Bが周囲の人々との関係を自ら絶ち、かろうじて自閉におちいることで安全保障感security (Sullivan, 1956)を得ていた可能性を考慮すれば、有無を言わず訪問してくるSは、Bにとって、やっとの思いで維持している安全保障感を破壊する迫害者のような存在になっていたのではないかと思われる。

いずれにしろ、Sとしては、デイケアの治療スタッフの一員であるという役割意識に駆り立てられない心のゆとりと、Bの拒否的態度が意味するものに対する敏活な注意が必要であった。

## 3. 事例Cについて

高校の教育相談部のカウンセラーといっても、それは正規の授業や課外の授業を行なうかわらカウンセリング活動に従事しているという形態である。しかし、担任や両親からはカウンセラーとしての活動を期待され、またカウンセラー自身にも一種の自己不全感があって、例えば両親から訪問要請があると無下に断れない状況である。

もっとも、これは一般論であって、この事例においては、Cに対するTの側の働きかけはきわめて積極的である。（これは、訪問がTの日常的な援助活動の1つになっていることによるものであろう。）Tの働きかけがCに心理的混乱をひきおこすことを知ると、さすがにTはCへの働きかけを手控えるが、それでもしばらくして、放置したままにしておくことへの罪悪感から訪問を再開する。そして、Tを回避しようとするCに対して、Tは半ば強引に接触を求めている。すると興味深いことに、Cの方も徐々に心を開いていく。事例にもよるが、いったん訪問という形の援助を開始したら、たとえ途中で中断せざるをえない状況になってもそこでクライエン

トを見捨てないで、機会を見て再び働きかけてみる  
ことが重要なのであろう。援助者の側のこのような  
継続的な援助の意志がクライアントに伝達されるこ  
とで、クライアント側の防衛が緩和されていくもの  
と思われる。

#### 4. 事例Dについて

この事例では、2人の援助者同士のチームワーク  
の良さもさることながら、訪問したさいの治療的工  
夫のあり方が好結果を生んでいるものと思われる。  
早朝の訪問、マスコット人形作りとそれにつづく  
レース編みやクッション作り、さらにはサイクリン  
グへの同道、女性家庭教師の配置、母親に対する男  
性援助者の働きかけ、そして最後に、転居後のクラ  
イアントとの文通など、きめのこまかい働きかけが  
なされている。しかも随所に女性のクライアントに  
対するいかにも女性の援助者らしい配慮がうかがえ  
る。

## Ⅶ おわりに

学校をも含み込んだ地域精神衛生の援助システム  
の中で、訪問カウンセリング・訪問治療・訪問指導  
が果たす役割の重要性は誰も否定できない。ただ  
し、訪問カウンセリングや訪問治療と言っても、た  
だ訪問すればそれで良いという訳にはいかない。場  
合によれば逆効果となる可能性さえある。援助者と

被援助者との間の相性、被援助者の病理の度合いと  
様態、援助の具体的内容と手順(組み立て方)、家族  
成員への取り組み方など、訪問にまつわる問題は数  
多い。

付 記： 本論文では、事例Aを佐藤、事例Bを植村、事  
例Cを佐方、事例Dを魚住・大崎が書き、全員による  
討議を重ねた後、名島が考察その他を書いた。

## 引用文献

- 伊藤克彦(1985)： 事例援助と訪問：往診 診療新社  
名島潤慈(1985)： 登校拒否生徒に対する訪問カウンセ  
リングの意義 事例の検討 熊本大学教育学部附属教  
育工学センター紀要，2，73-78  
名島潤慈・松本浩臣(1985)： 内閉・家庭内暴力・自己  
方向性喪失状態の青年に対する訪問カウンセリングの  
治療的意義 熊本大学教育学部紀要，人文科学，34，2  
87-296 .  
名島潤慈・大野敏子・金森義信(1986)： 治療的援助手  
段としての訪問の意義 中学生の登校拒否生徒の事例  
熊本大学教育学部附属教育工学センター紀要，3，1  
41-145 .  
成瀬悟策(1965)： 訪問面接の技術 教育と医学，13：  
2，37-45.  
Sullivan,H.S.(1956): Clinical Studies in Psychiatry.  
W.W. Norton, New York. (中井久夫・山口直彦・松川  
周悟訳，1983，精神医学の臨床研究，みすず書房)