jtk2005007

短期大学カウンセリングルームにおける７年間の軌跡

― 大学カウンセリングのありかたをめぐって ―

坂　本　玲　子
山梨県立女子短期大学　幼児教育科

History of the Counseling Room at Yamanashi Women's Junior College:
A Study of Campus Counseling

Reiko Sakamoto
Yamanashi Women's Junior College

Abstract: Seven years have passed since I started counseling at Yamanashi Women's Junior College in 1997. In this report, I have surveyed student problems and how the counseling room has dealt with these problems over the last 7 years. I have discussed the results of the counseling room's activities as well as some of the problems encountered. Through a reconsideration of the counseling room's history, I have reflected on the present significance and future possibilities of the counseling room system in a small college.

Key words: スクールカウンセリング、学内連携、早期発見、精神保健
school counseling, coordination in a campus, early identification, mental health

1　本校カウンセリングルームについて

1997年5月に本大学に赴任し、カウンセリングルームを定期的に担当して以来、7年が経過した。本大学も新しい方向性に向かいつつある今、この7年を振り返ってまとめ、成果と問題点等を検討していきたい。

1－1　沿革と位置づけ

本校は昭和41年に設立された県立の女子短期大学であり、4学科2学年、学生総数450人余りからなる。地元に根ざして定着し地元出身の学生が多いが、他県からの学生も2割ほど在籍している。

国立大学では旧文部省の方針で、1960年代から「保健管理センター」が設置され始め、心身の健康を管理することが法制化され、その諸活動が進められてきた。そこでは心の健康管理は精神科医と専任のカウンセラーが行っているのが普通である。

本校では国立大学のような保健管理センターは設置されていないため、学生の健康管理は学生部組織のもと、「保健室」が主に機能してきた。1997年になって初めてカウンセリングルームが設置され、精神面でのカウンセリングを担当することになった。これに伴い、保健室はカウンセリングルームの窓口的役割と連携的存在の主軸役割を担当することになった。また、カウンセリングルームは学長・学生部長のもとに、やや独立した位置づけとして機能を始め、それ自体は1名の担当教員（教官兼任、著者）で構成されている。

担当は精神科医の資格を持つが、カウンセリングルームでは医療行為はできないため、カウンセリング業務自体がその種たる機能となっている。また講義を受け持っており、担任を兼務する場合

もあるため、評価者としての問題点を持ってしまうというカウンセリング上の弱点はあるが、逆に学生と接触する機会が多く、面識をもたれやすいという長所もある。

1－2　活動内容

1)　活動日と時間帯、場所

カウンセリングルームが開かれるのは週に2回(火曜・金曜)で、授業が終了する16時から17時までが正規であるが、学生の申し込み数が多いため2000年より15時から開始している。この時間設定では、各曜日で2件のカウンセリングが普通であるが、予約は1ヶ月先まで満ちることが多く、この時間帯に入れず急を要する場合は、昼休みや17時以降に行っている。親や関係者のカウンセリングをする際には20時以降となる場合も多かった。1人あたりのカウンセリング時間は30分から60分、平均40分程度である。

「カウンセリングルーム」用の部屋は著者の研究室の横であったため、研究室を待合室として利用した。静かな1階の部屋で学生の目に触れる機会が少ない分、秘密性は守られた。ただしカウンセリング用の部屋として作られたものでは無く、北側の暗い部屋で圧迫感等を訴えた学生もあった。また、保健室や事務局とは遠かったため、連絡や緊急時の対応ではいくらか不安が伴った。

2)　対象と申し込み方法

本校普通過程に通う学生を基本としている。しかし、かつて在籍中にカウンセリングルームを利用していた者で、その後も何らかの事情がある場合は卒業後2年までを基本として行うこともあった。また状態説明のために、あるいは学生の問題解決の必要上、親へのカウンセリングをすることも年に数ケースあった(**表2－1** 参照)。また、外部の教育関係者の相談や子育て関係での申し込み(**表2－3**)もまれで無く、やむをえない場合は初回のみ受け入れていたが、多い年は15件に及ぶこともあり、原則的には断らざるをえない。

カウンセリングの申し込み法は①保健室設置の申し込み用紙を用いて保健室経由で申し込む、②直接担当教員に申し込む、③教務や学生部からの紹介、④担任を通しての紹介、などがある。基本的には①であることがキャンパスガイドや入学時パンフレットに掲げられている。実際には①と②でそれぞれ約半数ずつ、両者で全体の80%を占めている。

またカウンセリングは来談形式であり、電話やメールでの相談は原則的に受けていない。そのような形で相談があった場合は柔軟に受け入れつつ、来談を促していった。

3)　学内での連携

学内連携先では第一に保健室があげられる。そこは学生が気楽に訪れやすい場所であり、健康面だけで無く生活上の問題、気持ちや性格の問題が語られやすい場である。カウンセリングルーム設立後は、今までの活動や位置づけはそのままに、カウンセリング申し込み受付としての機能も行ってもらっている。

保健室での相談のうち、より問題性が明らかな場合や、学生本人にとっての負担が大きく、改善が必要とされている場合、学生自身がカウンセリングや治療を求めている場合などでは、来談を積極的に勧めてもらっている。実際、カウンセリングルームの予約は埋まりがちなため、その必要性についておおよその「見立て」を保健師さんにお願いしている。そして紹介時には、学生の状態と主な相談内容が書かれた用紙が渡されている。保健室で語られる情報には重要なものが多く、あらかじめその内容を得ている場合、カウンセリングの見通しが立てやすく大いに助かっている。また、県外から来て一人暮らしをしているカウンセリング中の学生で、休みがちな際や何らかの心配がある場合にはアパートへの訪問をしてもらい、状態を確かめてもらっている。この訪問が思わぬ事故を防ぐ場合もあり、県外からの学生を支える大変重要な機能といえよう。

次に、教務部は学生の授業や諸活動と密接な関与をもっており、ことに欠席が多い学生や学業状況に問題のある学生にはアンテナが高く、紹介や援助をしてもらっている。同様に学生部からの情報も大きく、協力していただきありがたかった。また、すべての教官は週に数時間「オフィスアワー」をもっており、学生からくる相談のうち、必要性の高いものをカウンセリングルームに紹介してくれる。内容的に「話をきいてもらうことで楽になれる」タイプの相談や「進路・適性」の相談、「授業や生活の相談」では、このオフィスアワーが機能しており、今後もこの機能の貢献度は高く

なることと思われる。

また守秘義務の問題上、カウンセリング内容の紹介は基本的にしないことになっているが、担任や科から対応のしかた等で意見を求められる場合には積極的に応じている。この場合も学生の許可を得た後が望ましい。また、より積極的に科や教員に協力を要請したい場合は、学生本人と話しあいつつ進めていく。時には学生から強く、科や他の教員に伝えてほしいという場合もあった。

また、相談内容の重要性・緊急性が高い場合や、多くの協力と一定の体勢が必要とされる場合は学生部長に報告し、対策と連携を強化してもらっている。

4）学外との連携

症状が強く薬物加療の必要がある場合や、本人が望む場合は、必要に応じて精神科や心療内科等に紹介している。こうした場合は学生と話し合いつつ、その保護者と連絡をとる。ことに県外からの学生の場合は保護者がよく状況を理解していることが重要になり、入院治療の可能性が見越される場合は実家周辺の病院に紹介することになる。紹介先に治療のすべてをお願いする場合もあるが、どのような薬物が使用されているかなどを把握しつつ学内カウンセリングでの援助を続けていくことが多い。

本学には契約している特定の診療所（心療内科・精神科）が無いため、学生の希望や症状を検討しつつ病院やクリニックを紹介するが、最近では精神科外来の一般受診者数が増えているため、予約が1ヶ月以降となる施設も多く、苦慮することが増えている。

5）広報・予防活動－講演や講義等

学生の入学時オリエンテーションで「健康セミナー」の時間を得られたため、「こころの健康」とカウンセリングについての講演をしている。誰もが持ちがちな青年期の心理から、悩みがちな具体的な問題、症状として多く出てくるものについて平易に紹介し、対応のしかたを伝えると共に、カウンセリングルームの宣伝もしている。入学時からしばらくは精神的に不安定になりがちであり、カウンセラーの顔や雰囲気が見えていることが申し込みの敷居を低くする。申し込み方法も、このとき保健室から紹介される（キャンパスガイドなどに記載もされている）。

また、この際保健室が採るアンケートの中にカウンセリングを希望するか、どんな内容で相談したいかなどの項目があり、入学生の状況を推測することができる。ちなみに、1999年度はカウンセリングの希望者は26人（13%）、2000年度は57人（29%）であり、後で出てくる実際の相談人数と関係している（**図1**参照）。この際書かれた相談内容は多い順に進路、性格、恋愛、友人であったが、すでに拒食や過食といった具体的なものもあった。このアンケート結果は新年度学生への援助のためのアンテナ作りに役立っている。

また、著者が持つ講義の『心と行動の科学Ⅱ』は心のメカニズムや認知の歪み方、それへの前向きな対応のしかたについて学ぶことを目的としており、これ自体で「心のひっかかり」を乗り越え成長の一助にしていく学生も多い。新入生の多くがとる共通科目（受講生140名程度）であるため、カウンセラーとしても新入生の様子を知ることができる貴重な時間となっている。また、著者担当科目の『カウンセリング基礎』ではより具体的な「心の悩み」へのスキルを学び、『精神保健』では心の病について学ぶため、こうした知識と洞察が青年期の発達を促し、予防・教育効果に結びつく場合もある。また、カウンセリングを必要とする学生で相談する勇気が出ない場合も、日頃から講義を通して考え方や人となりを「観察」できる教員（カウンセラー）に対しては、申し込みをしやすいという実態もある。

また、講義の中でできる限り「早期回想」[1]を書いてもらい、学生に自分自身の分析をしてもらっている。これはアドラー心理学をベースとした心理投影法であり、「自己概念・世界観・自己理想」という個人の基本的なスタイルを知ることができるものである。学生自身がこれを通して自分を見つめなおし、新たな自己形成の援助として使用可能であり、また、この分析を通してカウンセリング必要性の高いケースが見えてくることも多い[2]。そうした場合は、本人から申し込んでくることが多いが、分析結果を話し合いながら来談を促していく場合もある。この分析結果はカウンセリング過程の指針になり、これをもとに学生が積極的に参加する形でカウンセリングを組み立てていく。

最後に、グループセミナーであるが、2001年度には保健室主催で「認知療法」を学ぶ会をして

もらい、興味ある学生10名ほどで数回にわたってセミナーを行った。自身を知ると共に、互いに励ましあい前向きな力を得ていく機会となったと思う。同じような悩みを持つ学生が出会える場は意外と少ないので、こうしたセミナーはこれからも必要になってくるだろう。

1－3　7年間のカウンセリングを振り返って

1)　相談者数と面接回数

図1は、カウンセリングルームが開設された1997年度から2003年度までの相談者数と面接の延べ回数である。開始3年間に相談者数・面接回数が少なめであったのは当初の時間設定（火曜・金曜の16時から17時、上限は年間で60回弱に設定）による可能性もあろうが、カウンセリングルームが全学的に浸透していなかったためもあろう。2000年からは15時より開始となり（年間上限は120回弱)、以降相談者数は年間50人前後、面接回数は120回から180回となっている。上限を超える回数は、昼休みや夜間、夏期・春期休暇などの時間外に行ってきたためである。

ここ数年のカウンセリングルーム利用者は学生総数の11%前後であり、年によるばらつきはあるものの、おそらくこの割合を前後するものと予測される。

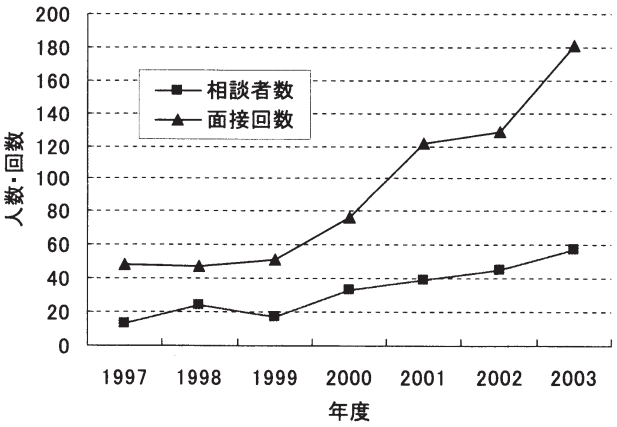


図1　カウンセリングルーム利用状況の年度別変化

表1　相談内容の年度別人数と面接回数

（　）の中が面接回数

年度	学生生活	進路適性	心理教育	精神健康
1997	2(2)	3(3)	5(20)	2(23)
1998	4(4)	5(5)	12(24)	3(14)
1999	4(4)	0(0)	11(37)	2(11)
2000	6(6)	4(6)	12(22)	11(42)
2001	1(1)	3(4)	18(50)	17(67)
2002	3(3)	4(7)	23(63)	15(56)
2003	1(1)	10(10)	23(95)	23(75)

2)　相談内容について

表1の分類は、苫米地氏の分類[3]に倣ったものであるが、学生生活や進路適性に関するものは少なめであり、純粋にそうした内容の場合は学生部や教務部、担任に紹介している。このため面接回数も1回限りが多い。「心理教育」と「精神健康」は残りの約半数ずつを占めているが、述べ回数はケースによって異なってくる。「心理教育」とは青年期の発達的問題をベースとした相談であり、「精神健康」は問題が症状化して、時には薬物加療も要する場合や精神療法に時間を要する場合の相談である。

「心理教育」相談の内容は**図2**のようになっている。カウンセリングルームが開設されてからの7年分のケースについてであり、割合は相談者の人数から計算したもので、面接回数ではない。この群には、基本的に学生個人の発達を援助し支え促していくという姿勢で臨むことが多い。内容で最も多いのは学生が自分自身の性格について相談

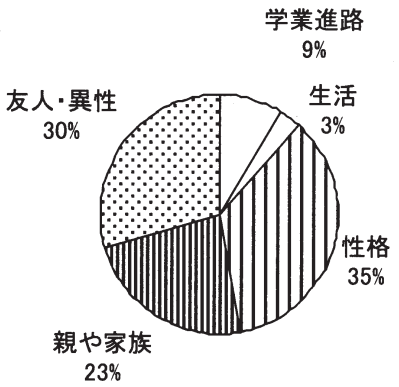


図2　心理教育相談の内容

してくる場合である。前述した「早期回想」で自己分析した結果が持ち込まれることもある。また対人関係では「友人・異性」に関するものが多く、緊張や不安で友人が作れない、嫌われてしまうことが恐くて行動できない、仲間になじめないといったものが代表的である。小規模校であるためまとまりやすく、かえって単独行動のしにくさがあり、グループに属していないと孤立感が高まり心理的に追い詰められるなどの様子も見られた。異性では性の問題も含め、より具体的で逼迫した内容のものが多い。同性への好意感情をめぐる性的アイデンティティーに関わるものもある。次に多かった対人関係は「親や家庭」に関わるもので、支配的な親のもとで愛憎に苦しむ場合や、親子双方から互いに自立できず葛藤を生んでいる場合、親の思想や考え方に悩む場合などさまざまである。親から先に問題を訴えてくる場合も多々あった。また、ここであげられている「学業進路」は、潔癖で完全主義、強迫的など個人の性格傾向やアイデンティティーの確立に関わる問題性のために学業進路に行き詰まっている場合である。単位をとれずに担任からの紹介で来る場合も多かった。同様に「生活」に属す相談も、個人の心理的発達段階に起因する不適応等をベースに、支障をきたしている場合がたびたび見られた。

「精神健康」に属すものは**図３**に示されているが、これらは概して病理的に重い場合があり、カウンセリングの労力と時間が大きくなることも多々あった。「神経症・心身症」に属すものが最も多く内容の多様性も高い。電車内での注察感から緊張や発汗、それに伴う自臭感、周囲が嫌がって避けていると感じるケース（症状は車内に限局）、心拍数増大から始まる不安・恐怖と身体違和感を繰り返したケース（パニック発作）、現実感が希薄になり浮遊感を伴った離人神経症、過敏性大腸炎や対人恐怖症、広場恐怖症など、さまざまであった。次に「摂食障害」が多く、本来は「心身症」に属するものなのだが、本校が女子大であるため、若い女性に多い（男性の 20 倍）この疾患を別に区分した。拒食症状を主とするものは自ら悩んで来ることは少ないため、大幅な体重減少や体型の変化、食行動の異常を他者が指摘して紹介されてくることが多い。概して表面上は素直で優等生的なためカウンセリングには応じるが、受動的で、治療に関して心底から納得しているわけでは無く、

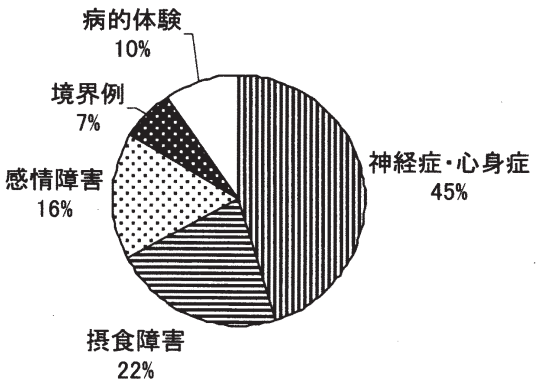


図３　精神健康相談の内容

改善には長い時間がかかる。短大在籍期間内に明らかな改善が見られたものは少なかった。生命の維持に危険な身体状況では医療機関に依頼していくが、カウンセリングルームで掌握していたケースでは産婦人科の外来受診で様子を診るレベルのものが多かった。過食症では本人が困って相談してくるため相談件数は多く、認知療法を用いての改善と精神的発達・成長を図っていくことになる。次に多い「感情障害」ではうつ状態やうつ病が多く、躁うつ病は少なかった。明らかに薬物加療が必要な場合はおよそ３分の１で、精神科での加療を続けながらカウンセリングを平行していった。「境界例」は青年期の女子に多いとされ、薬物加療は奏効しないためカウンセリングが主軸となるが、潜在的な力をばねに大きく成長していくケースと、難航するケースがあった。自傷行為を伴いやすいため、精神科での加療に移行しやすく、移行してからはそこを中心に展開していくため、主治医の方針にしたがって援助していくことになる。「病的体験」は統合失調症やその疑い、一時的な精神病状態などを分類している。統合失調症は軽症化が指摘され、早期発見と加療によって入院治療をせずに外来通院で治療されていくケースが増えているが、本校でも卒業まで援助できるケースが多かった。こうした機能がキャンパスに求められていくことは益々増えていくだろう。

３）　家族面接及び外部からの相談について

学生の家族の面接は**表２－１**のような内容で行われてきた。学生の症状について説明し理解と協力を得るため来談してもらう場合と、家族のほう

から対応のしかたについて助言を求めてくる場合があった。後者では、学生のために親へのカウンセリングが継続されることがあり、2回から5回程度が多かったが、中には30回以上両親でカウンセリングを積極的に受け続け、学生自身も大きく改善、成長していったケースもあった。こうしたケースも面接回数に含まれ、**表1**の「心理相談」や「精神健康相談」の(　)内の数字として反映されている。

また、**表2－2**のような問題が持ち込まれてくる場合も見られ、この場合は基本的には初回時のみ受け入れ、次回からは専門機関や医療機関に紹介してきた。外部からの相談は原則的に受け入れていないが、**表2－3**のような方が多く、医療というより相談機関、ケースワークやカウンセリング機関を求めており、可能な場合は臨床心理士を紹介したり、関連する諸機関を紹介したりすることが多かった。

表2－1　家族面接を必要とした学生の問題

心臓神経症・過食症と暴力・拒食症 不登校傾向・引きこもり・不眠 統合失調症・うつ病・自傷行為 境界例・就学上の問題

表2－2　家族面接での学生以外の問題

PTSD・非行・不登校・うつ病 発達障害・夫婦の問題・子育て

表2－3　外部からの相談者例

学校教員・子育てについて悩む親・教育委員会 幼稚園や施設関係者・卒業生知人・教職員知人

2　学生カウンセリングのありかたをめぐって

2－1　学生カウンセリングの歴史とキャンパスでの意義

戦後、アメリカからカウンセリングが導入された頃より、学生への全人的な教育と適応援助を唱えるSPS（Student Personnel Services）の理念のもと、1953年東大に日本最初の学生相談所が誕生した[4]。現在では4年制大学の7割以上に設置されており、位置づけとしては学生部内、保健管理センター内、研究所形態等、さまざまである。相談活動以外にもセミナーや講演で心の健康作りを啓蒙し、一連の活動を通して得た知見を大学に還元し、教育環境の改善を目指すなど、多くの役割が期待されている。実際、相談に来る学生だけで無く、キャンパス全体の精神保健にかかわることが広義には重要と考えられる。学生の精神保健にかかわる精神医学を「キャンパス精神医学」という[5]が、精神的健康度を上げることが何よりの「予防」となり、青年期の精神的発達を支えていくためである。本来、「精神保健」には以下のような3つの予防性が求められている。①発病の予防と健康の増進、②早期発見と早期治療、③社会復帰とリハビリテーション、である。こうした要素はキャンパスにおける精神保健にも求められるだろう。すなわち、講義やセミナーその他を通して精神的健康度を強め、問題が生じた場合も早期に相談ができるような場所があり、必要なら治療に結びつけ、休学や入院治療の後にも学生生活に復帰して青年期の発達を援助していくことである。こうしたキャンパス環境にしていくためには大学全体の取り組みや体制が必要であり、諸機関の連携と協力が欠かせないのは言うまでも無い。

2－2　学生相談室の組織について

保健管理センターでは心の健康管理は精神科医またはカウンセラーが担当するが、選任カウンセラーのいない国立大学も4分の1ほどあるという。公立・私立では何らかの名称の学生相談所が同様の機能を果たしている。学生数が1万人以上の大規模校では医師も複数であったり、看護士、ケースワーカーが複数いるところもあったりする。学生数2,000から3,000人の中規模校の例では、常勤カウンセラーが1名、非常勤か兼務カウンセ

ラーが３～４名、週に一度来る顧問精神科医が１名に、非常勤事務職員が１名、といったものがあげられよう。1,000 人以下の大学では選任カウンセラーが１名に非常勤が１～２名程度、非常勤の顧問精神科医１名といったところが平均的であろう。こうした組織にはそれを支える「規定」がしっかりしていることが求められる。

また、学生相談のカウンセラーには、大学の教育管理業務から離れた独自の中立性を守ることが求められ、カウンセリング内容について守秘義務を守ることが期待される[6]。さらに、カウンセラーと精神科医が連携できる組織であれば、A-T スプリットにより比較的症状の重い学生も支えていくことのできる、幅広い援助活動の可能性も出てくる。卒業までの期間という、限られた時間内での構造的精神療法が可能となるため、キャンパスカウンセリングならではの有効性も考えられるだろう。

２－３　キャンパス精神医学からみた精神保健上の問題

大学生時代は青年期特有の発達課題に直面する時代であり、アイデンティティー形成に関する躓きや自立をめぐっての葛藤が生じやすい。これに伴って精神医学的問題も生じてくる。統合失調症はこの時代には１％近く存在する疾患であり、感情障害では軽度なうつ状態が発生しやすい。両者とも自ら相談してくる確率が低いため、治療に結びつきにくい場合も多い[5]。次に青年期に多い自殺の予防であるが、未遂も含めて重要な課題になる。女性が多い大学の場合は、摂食障害や境界例もこの時代の課題であろう。精神病ではないが、留年を続けるステューデント・アパシーといった適応障害も近年増えつつある。

上記にあるような比較的病理の重い精神医学的問題はどうしても「治療する」という医療モデルを中心に進みやすい。それはもちろん必要なことであるが、青年期は人格構造的にも、機能的にも発達・成長が望まれる年代であり、健康な部分を「育んでいく」教育モデル的あり方も忘れてはならない。学生は個人の不適応から生じる問題を克服するための途中段階にいるもの、不適応は成長のための通過点、といった視点が必要になろう[7]。

さらに、サイコセラピーは病理的な人格の変容を主たる狙いとし、カウンセリングは問題を抱えた健常者を主たる対象者とするといわれ、また、ソーシャルワークとは公的扶助など現実的・具体的援助を提供していくことといわれている[8]。現実のキャンパスにおける「カウンセリング」では本来別のことであるこれら３つの機能が求められる。キャンパスカウンセリングではその独自性としてこれらの方法のありかた、具体的プログラムが見直されるべきかもしれない。

２－４　本大学での問題点とこれから

本校カウンセリングルームは開設されてから７年となり、また大学に新しい方向性が見えつつある今、その位置づけと体制が問い直される時期に入っている。現代の大学のありかたとその歴史から見て、学生相談室（本校ではカウンセリングルーム）が必要なことはもはや言うまでも無い。問題は予算的にも難しい小規模校で、どのような組織と運営が可能であるかである。具体的には組織的位置づけ、規定と運営の規則、スタッフ数と身分、学内機関との連携と相互理解・連絡の取り方と業務分担などがあげられる。現在のカウンセリングルーム担当者は講義の評価者であるというカウンセラーとしての弱点を持つが、講義での啓蒙、広報活動はしやすい。中立的なスタッフがもう１人いたら、この弱点は補われる可能性はある。また相談者の数は増える傾向で、内容的にも重いものが増えており、カウンセラーの数は必要となろう。また投薬・入院を必要とするケースのため、提携医療機関への機関依頼も必要となる。

将来的には学生同士によるピアカウンセリングやカウンセリングセミナー等も考えられるし、教職員の参加も期待したい。教職員の精神保健を向上させる研修会として組み込んでもらう方法もあるだろう。予防活動や相談の普及・啓蒙活動は進んだ他大学に学び、連絡を取りながら進められるべきだろうし、学生相談に関する学会や研究会に参加し、相互協力や相談活動の進展に参加することで学内にも還元していくべきであろう。

学生相談は、何らかの問題や「ほころび」を埋めるような仕事では無く、育み、創っていく要素の大きなものと考える。大学という知的組織体の充実と新時代への個性的な発展というバックボーンのもと、相談活動自体もそれにふさわしい研究的裏づけを重ねていくべきだろう。そうした中で、

キャンパス全体が相互に力を得て成長していく生きたシステムの一環となっていきたいものである。

参考文献

1) B.シャルマン、H. モサック (2000) ライフスタイル診断、一光社
2) 坂本玲子 (2003)「早期回想」使用における認知療法的アプローチ：スクールカウンセリングでの使用例を通して、「認知療法ケースブック」、星和書店、pp 143－150
3) 苫米地憲昭 (1994) 組織運用の実際－小規模校における組織と運用の実際、「学生相談－理念・実践・論理化」、星和書店
4) 平野学 (1993) 学生相談室、「精神医学事典」、弘文堂
5) 笠原嘉 (1993) キャンパス精神医学、「精神医学事典」、弘文堂
6) 小此木圭吾 (2004) 学生相談とキャンパス精神医学、「心の臨床家のための精神医学ハンドブック」、創元社
7) 坂本玲子 (2004) 学校での適応障害、心の科学 114 号、pp 15－19
8) 國分康孝 (1998) カウンセリング、「カウンセリング辞典」、誠信書房

(2004 年 12 月 1 日受理)