《論　文》

アメリカにおけるリハビリテーションカウンセリング

小　山　充　道

本論文はアメリカフロリダ州において，一般医療を求める患者や脳障害を主とするリハビリテーション領域における患者が，どのような経過で医療機関を受診し，次にリハビリテーション関係施設においてどのような訓練を受け，リハビリテーションカウンセラーと出会ってからどのような心理的援助を受けているかについての1997年３月現在における臨床現場からの報告である。本論文の目的は脳障害者の心理療法の視座の探索にある。筆者は先にリハビリテーションカウンセラー養成の現状，資格認定過程，そして南フロリダ大学の教育養成プログラムの紹介を行った（1997）が，本論文では筆者が関わった３つのリハビリテーション機関の紹介を行い，リハビリテーションに携わるカウンセラーの役割を浮かび上がらせたい。そして筆者が滞米中に知り得た知見をもとに，日本の心理臨床を意識しながらリハビリテーションカウンセリングを実施する際の問題について論じたい。

第１節　発病そして入院の経過

発病は人生における偶発的危機をまざまざと人に感じさせる機会を与える。患者は当然のことながら医療機関を受診する。フロリダ州の医療の仕組みは次のとおりである。

St. Petersburg（セントピータースバーグ），Clearwater（クリアーウオーター）と隣接する中都市 Tampa（タンパ）は発展が著しい商業および観光都市である。また南国の温暖を利用してリハビリテーション医療が盛んな街でもある。一帯はグレータータンパと呼ばれ，人口約62万の人々が住む割には比較的のどかな土地柄である。タンパではコロンビアという会社が病院の経営展開を図っており，1996年当時，タンパ総合病院の買収問題が持ち上がっていた。タンパには３つの大きな私立病院がある。ユニヴァーシティコミュニティ病院とタンパ総合病院がよく知られていて，もう一つの病院は Old Tampa Bay（旧タンパ湾）に架かる橋を10分かけて車でわたったところのセントピータースバークにある。ここはラテンムードが漂う観光地である。タンパ市内にある州立南フロリダ大学(University of South Florida:以下 USF と略す)には医学部があるが，構内にある The USF Health Sciences Center, H. L. Moffitt Cancer Center, James A. Haley Veterans' Hospital（復員軍人病院），USF Medical Clinic, University Psychiatry

Center, All Childrens' Hospital, Shriner Hospital for Crippled Children などはほとんどが研究施設であり，外来を受け付けていても利用資格は限られる。因みに市内7カ所にある Doctor's walk-in clinic は予約なしで受診できるホームドクター(家庭医)である。しかしここでは咽喉炎，風邪，骨折，火傷，小児の病気など minor な病気しか扱わない。

筆者は内科医師である Dr. Jai H. Cho（54歳：MD）と面談を行い，フロリダ州の病院形態と医療の仕組み，およびリハビリテーションの現状についての情報を得た。彼はＵＳＦ前にあるユニバーシティコミュニティ病院隣接医療施設 The Courtyard Square 内にオフィスを構えていた。その内容は次のとおり。

①一般医療の場合

発症後，患者は自分が加入している保険会社に自ら電話し，どの病院にかかると自分が加入している保険が適用されるかについて確認する。病院名がわかれば必ずアポイントメントをとる。医療保険には数多くの種類があり，Government の保険，State の保険，Private の保険，それぞれ皆内容が違っている。多くの場合，近くのコミュニティ病院を受診する。これは私立であり，医療費は驚くほど高い。金銭的余裕のない人は復員軍人病院のような大学の系列病院などへ行くが，一般患者を扱うのは本来の目的ではないので，その扱いは附加的である。コミュニティ病院のまわりには医師が100人くらいまとまって，Condominium 形態のクリニック，つまりオフィスを構えている。医師はそれぞれ自分の名前，学位を扉に書き込み，クリニックの名前は通常つけない。自分の名前がクリニックの名前となっている。医師は患者用に名刺をつくり，学位と氏名，オフィスの住所，電話，ＦＡＸ番号を記入し，身分を明らかにするとともに連絡先を伝える。

Dr. Cho のように一人で一つのオフィスを構える医師もいれば，２人で一つのオフィスを所有している医師もいる。Dr. Cho のオフィスには３人の女性従業員がいる。看護婦，受け付け兼カルテ整理係，そしてもう一人は患者の全医療情報を入力し，関係病院と交信するコンピューター技師である。部屋には待合い室（図１），検査室（２室あり，１室は心電図および身長・体重測定のための部屋，もう１室は人が横臥で検診可能の部屋），休憩室（冷蔵庫付き。患者へのサービス），医師の仕事部屋，トイレ，そして薬を入れておくスペース（薬品会社が新薬を持参。薬の効果を試す意味で置いてある。通常患者に与える薬は

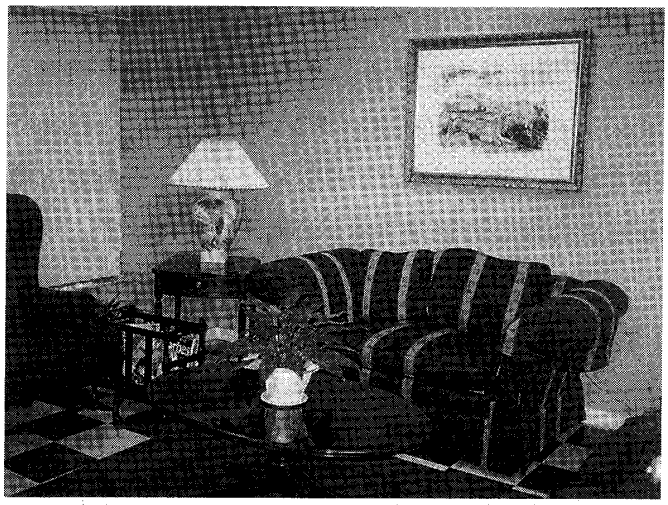

図１　Dr. CHO のクリニックの待合室。ここが医院だという感じは全くない。

置いていない。医師は処方箋を書き，患者はそれをもよりの民間の薬局に持っていき，そこで薬を入手する。必要なときにはコミュニティ病院に入院させる。このとき担当医師は病院に赴き，患者を診る。医師は他からの兼任の形で誰かが常駐している。看護婦はすべて人材派遣会社からの派遣で，病院にやってきたときは，日本と同じように看護婦や医師が出迎える。患者の担当医師が病院へ診察に赴く。病院には例えばMRIのような高価な医療機器が備えてある。一人の医師のクリニックでは高価な医療機器は買えないので，病院施設を一時借りて手術のような医療行為を施す。つまりクリニックと病院はお互いに相互依存的関係で繋がっている。このような医業分業化は保険会社の指導によるところが大きい。つまりできるだけコストを少なくする工夫である。個人クリニックの場合も，オフィスだけを構えている。その場合は医師の実力次第となる。休みをとる都合上，３人くらいでオフィスをもち，交代で仕事を担当する事が多いという。医師の処方箋に従い，薬は薬局が出す。検査は高価な医療機器がある大病院で行う。徹底した分業化が図られている。

受診が必要な時には医師は病院に検査を依頼する。病院は検査料を患者に請求し，医師に検査結果を通知する。病院への検査依頼にかかる手数料は無料であり，医師の患者に対するサービスとなっている。

一人の患者のデータはすべて担当医師のカルテに蓄積され，カルテにはいつどこに電話したか，誰から電話を受けたか，その内容，指示など，詳細に記載されている。カルテは当然のことながら分厚いものとなる。

Dr. Choは現在1000人の患者を受け持ち，そのうち500人が病態の重い人だという。24時間態勢で，１日およそ25人の患者を診る。電話は転送され，患者は医師と話が出来る。病院ークリニックー医師の自宅がオンラインで結ばれており，すべてE-maleで即座に交信できるようなシステムになっている。患者が担当医師と電話で話す際の電話による医療行為は無料。患者によっては30分も話す人がいる。ただし飛び込みの患者は決して直接医師とは話が出来ない仕組みになっている。つまり病院からの紹介で初めて医師との接触が始まる。医師も自分の患者以外の患者には決して触れない。

タンパ市内に住む知人のある女性が妊娠した。胎児の性別が知りたくて受診したら，超音波は保険会社が許可しないので一回しかやらないと断られたが，逆子の可能性があると理由づけて２回目の超音波診断を受けたところ，本当に逆子だったという笑えぬエピソードがある。一般に患者はまず保険会社に電話し，自分が入っている保険が適用される近隣のホームドクターを紹介してもらい，そこを受診する。いきなり病院には行けない。ホームドクターは次に専門医が必要ならそこを紹介する。患者はその専門医の紹介で次々と医療機関を回ることになる。そのたびに，加入している保険規定により医師にいくらかを支払う。知人は1回の受診につき＄15支払った。ひとこと話しただけでも＄15支払わなければならないということである。あるとき夫が風邪を引いた。３人の医師を次々と紹介され，各人に＄15ずつ支払い，最後に受診し

た医師に「近くのEckard（薬局）でタイレノールを買って飲みなさい」というアドバイスをもらって医院めぐりは終わった。知人は「馬鹿みたい！」と呟いた。「お産でも，子どもが全身麻酔して目の手術をしたときでも，1日しか入院させてくれない。保険会社がコストを減らすため，入院を避けようとする。アメリカでは保険会社の力が最も強い。医師もその指示に従わざるを得ない仕組みになっている」と知人夫婦は言う。

②リハビリテーション医療の場合

脳障害発症後，患者はコミュニティ病院(acute–cure hospital)を受診する。通常1週間以内の検査入院が多い。集中治療室(intensive care unit : ICU)への入院は1日＄3000（1ドル140円として42万円）もかかり，長期に入院することはできない仕組みになっている。自宅へ戻った患者は担当医師を紹介され，その後はその担当医師，つまり主治医との関わりを深めていくことになる。

病態が安定してきたら，患者はリハビリテーション関係施設に入所または通所形態で機能向上を図る。ここにはサイコロジスト，作業療法士，理学療法士，言語療法士など様々な医療スタッフが常駐し，チームを組んで患者の訓練にあたっている。その後，患者は家庭復帰，学校復帰，職場復帰などをめざし，治療的訓練を積み重ねていく。因みに当地でよく耳にするFree-standing Rehabilitation Hospital とは私立のリハビリテーション専門の病院を言い，具体的にはTampa General Rehabilitation Center, Public Health South Rehab Hospital などがあげられる。

以上の情報からアメリカの医療の形態は，患者は入院を極力控え，外来受診が基本形態となっていることがわかる。日本で脳障害者にありがちな長期入院は，アメリカでは医療費の高さ故に，およそ不可能となっている。病院に医師がいないという現実は，基本的な医療システムの違いからきていることがわかる。あわせて医業分業化がすすみ，医師のオフィス（コントロールセンターで患者の情報は管理され，一人の患者の処遇はすべて担当医の指示で決まる。クリニックには目立った医療設備はないのが通常），病院（諸検査および手術を施す場：高価な医療機器と，臨床技師が配置されている），薬局（医師からの処方箋にもとづき，薬を調合，与薬）と3つはそれぞれ別の場所にある。医師のオフィスは病院のそばにあり，医師が病院へ通いやすいようにとの配慮がなされている。

第2節　リハビリテーション諸機関への関わり

退院した患者の多くは，身体的および心理的機能の回復を求めてリハビリテーション施設に入所する。当該施設には通所施設と宿泊を伴う入所施設がある。筆者は滞米中，主に2つの施設と関わり，リハビリテーションカウンセリングに関する研修を受けた。さらにタンパから車で1時間の距離にあるSarasota（サラソタ）にあるリハビリテーション施設も訪問した。街は

ビーチに沿って広がり，南国を感じさせるカラフルな建物が多い静養に適した所である。これら３施設の業務概要を報告しながら，リハビリテーションカウンセラーの仕事の実情を示したい。

図２　Abilities of Florida の玄関。中は広々としている。

①Abilities of Florida の概要

Abilities of Florida はタンパ，クリアーウオーターそして Miami（マイアミ）の３カ所に分散してリハビリテーション施設をもっている。筆者は37年の歴史をもつクリアーウオーターにあるリハビリテーション施設で，以下に示す項目についてひととおりの研修を受けた。ここは波おだやかな紺碧の旧タンパ湾に接する広大な施設である（図２）。ここでの筆者のスーパーバイザーは副所長の Ms. Kathleen M. Joule であった。Kathy は20年前に USF 大学院修士課程を修了し，MA の学位と認定リハビリテーションカウンセラーの資格（Certified Rehabilitation Counselor:CRC）を得た。当時の指導教官 Dr. John D. Rasch (Ph.D, CRC)は筆者の滞米中のスーパーバイザーであった。本施設では30名の CRC が働いていた。CRC は心理，職業，医療の専門家であり，case manager の役割をもち，職業評価をまかせられている。仕事内容は多岐にわたり，社会資源の活用援助に関してはソーシャルワーカーの業務と一部重なる部分もあるが，視点の置き所が心理にあるのが特徴である。

図３　クリスマス用のブローチを製作中の芸術療法室。

本施設は頭部外傷，癲癇などの脳障害，脊髄損傷，四肢麻痺，視覚障害，聴覚障害，糖尿病，情動障害および神経学的損傷によって苦しむ人々が入所している。本施設におけるＣＲＣの業務内容の一部を，実際に即して紹介をする。

１．治療的カウンセリング（Therapeutic counseling）

当施設を最初訪れたときに，施設内のグループホームに２年住む車椅子生活の男性 Joel は，上機嫌でかつ筆者を強烈な握手責めで迎えてくれた。スペイン語だけを話す彼は労働災害で頭部外傷者となり，失語症を随伴した。担当の CRC は，彼が話す内容は今でもわからないとこ

ろがあるが，何を言いたいのかはわかるようになったと言う。CRCはクリスマス用のブローチ作りや，木工および描画を用いた芸術療法をカウンセリングと併用して行ってきた（図3）。Joelは入所当時，思うように自分を表現できずすぐに怒り出し，ところかまわず暴力をふるった。木造の彼の居室には至る所に傷跡があった。これは彼が物を投げ捨ててできた傷跡だという。彼の情動が安定するまでジェスチャー，描画，木工作業を用いながらカウンセリングを実施。思えば大変な患者だったという。Joelが描いた「太陽を求める手」の描画および手製の木製ボートの一部が置かれた芸術療法室の写真を図4に示した。彼はこれらの作品を大変気に入っている。Joelはもうすぐ自宅に戻る予定である。自宅では妻が彼の帰りを待っている。このところ彼の表情が徐々に明るくなってきているのが筆者にもわかった。

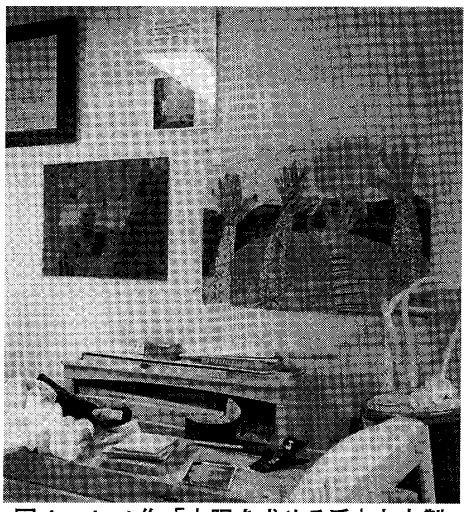

図4　Joel作「太陽を求める手」と木製のボートの一部。芸術療法室にて。

2．職業評価

入所者の適性に沿った職業を選択するためには，職業適性を見定めるための資料が必要となる。CRCは適宜適性テストを実施し，各人の職業評価を行う責任をもつ。教科学習の評価，職業に対する興味，才能・素質，身体能力，自立生活能力，習慣，ソーシャルスキルなどが評価の対象となる。

3．スキルトレーニング

コンピューターを駆使してデータを入力，ワープロ，計算，図面描き，DTP，電話技術，プログラミングなどを学ぶ。視覚障害者Bradley（男性，25歳）が，コンピューター上で，文字を拡大する作業を筆者に見せてくれた。彼は大勢のCRCに作業を見られていたために，緊張のあまりプログラムを初期に戻してしまった。再び挑戦。CRCの援助で成功し，喜びを分け合った。コンピューター機器については，成人の場合はWindowsを使用していた。

4．教科（国語と数学）の再学習

学校での授業時間に本施設での訓練が組まれている。そのために専用のスクールバスが何回も学校と施設を往復している。子どもたちはコンピューターを使って，リハビリテーション訓練を受けていた。機種はMacintoshであった。障害者にはMacの方が使いやすいという理由である。それぞれのコンピューター上には使用者の名札が無造作に貼ってあり，継続して1人の人間が特定のコンピューター機器を操作できるように配慮がなされていた。皆が自分の能力・

適性に合ったプログラムで再学習している。大学進学を希望する生徒が受ける国語と数学からなる学習能力適性テスト(Scholastic Aptitude Test:SAT)のプログラムも用意され，ここで学校の勉強もできる。聴覚障害の子どもが来所。指示すると英語を読み上げる音声認識ソフトを用いて再学習に取り組んでいた。しかし子どもたちにとっては，隣り合わせに座る人とのおしゃべりが楽しみのようであった。CRC はその騒ぎの中に入って楽しさを分かち合いながら，上手に訓練を促していた。見事な気配りであった。

5．高校卒業後，就職するまでの困難を克服するためのプログラム

特定の高校(Richard L. Sanders High School)に在学する15～21歳の重度情緒障害学級の生徒を対象として行うプログラムである。高校と施設を往復するスクールバスを利用して，生徒は本施設で２時間の訓練をして過ごす。CRC は職業評価をまず行ったあと，生徒に職場体験学習を用意する。生徒はこの場で，書類の整理のような軽作業を体験する。この体験は学校からのドロップアウトを防ぎ，生徒に〝労働〟ということに目を向けさせるよい機会となっている。サイコモータースキル，対人関係能力およびコミュニケーション能力の向上，労働習慣の獲得，身辺整理能力，職業選択能力，生産技術，自立生活能力の向上および獲得が目標となっている。

6．職場調整訓練プログラム

発病前に就職者であった人を対象とする。本プログラムは労働に対する忍耐を養う訓練と，適切な作業態度を身につける訓練を含む。３～６カ月間にわたるプログラムには，個人カウンセリングまたはグループカウンセリング，治療的教育などが含まれている。

7．職業訓練プログラム

自分で選択した新たな仕事に立ち向かえるように，入所者に対してその仕事内容を復職前に覚えることを目的に設定された訓練をいう。

8．職場と共同で再配置を含めた職場復帰のための訓練

40歳以上の障害者を対象とした職場復帰のためのプログラムである。ここではキャリアカウンセリングから始まり，コンピューター操作訓練，実際の職場配置，そして就職後のフォローアップが含まれる。

9．後天性脳障害者に対するサービス

今日，驚異的な医学の進歩で脳障害者の9割は生き残る。彼らは身体麻痺と多くは記憶・思考の障害をもつ。1993年からスタートした脳血管障害，脳腫瘍，主に自動車やオートバイ事故による頭部外傷などの後天性脳障害者に対するサービス内容としては，職業評価，メンタルへ

ルスカウンセリング，生活技術訓練，職業発達，過渡的生活，集団療法，職場調整訓練，治療教育，職業訓練，職業指導，長期生活のための住宅供給，コミュニティ・リ・エントリィなどのプログラムが用意されている。

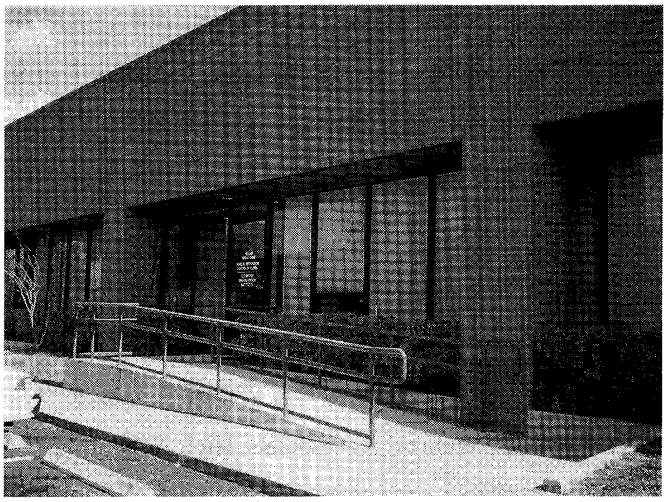

図5　ＣＲＩの玄関。面接室と訓練室が入ったところにある。

以上CRCには数多くの業務が用意されているが，CRCは何も身体障害のみを対象としているわけではない。本施設内には巨大なコンピューター製造工場があり，まだ未完成の数多くのコンピューター機器が置かれてあった。従業員は5人の成人男性であった。工場はコンピューター製造場所であるために，周囲は金網で厳重に囲まれていた。ここで働く人は全員が鬱病などの精神科患者である。本施設は国，州のいずれからも援助を受けておらず，コンピューター機器の販売，下請け契約作業としての部品の組立，退所者の雇用契約に伴う施設への還元収入等で維持運営されている。過去5年間に全施設で2000人以上が退所し，総退所者の再雇用に伴う年間総収入は2400万ドルになるという。つまり一人年間12000ドルを得る職業に復帰したことになる。現地の有力新聞 The Tampa Tribune（1996年5月7日付）によれば，全米の大学卒業者の初任給の平均は20000～37000ドルである。この数字は驚きである。いかに施設内でクライエントとCRCが互いに協力して心身の機能回復に力を注いだかが感じとれる。

②Cognitive Rehabilitation Institute(CRI)の概要

CRIはUSF正門前に位置するpost-acute期にある脳障害者のための地域に密着したリハビリテーション専門の研究機関である（図5）。宿泊設備はなく，外来通所部門のみの比較小規模な施設である。ここでの筆者のスーパーバイザーは神経心理学者であるDr. John J. Dabrowski.であった。USF教授のDr. John D. Raschより紹介され，初めて彼と会ったときの彼から筆者への最初の質問は「日本では，脳障害者に対して，どんな薬を用いているのか？」であった。日本の臨床心理士は投薬の資格をもたないために一般的には薬物に対する関心は薄いようであるが，アメリカでは神経心理学者になるためには，博士課程で精神薬理学の科目履修があるという。筆者は臨床訓練として，本施設で神経心理学的評価法，リハビリテーションセッティング，個人および集団療法，行動管理そして脳障害者に対する教育的介入の方法等の実習を受けた。

CRIでは神経心理学的評価，言語療法，物理療法，作業療法，ケース管理，認知障害治療，コミュニティ・リ・エントリ，職業分析，職業配置，個人カウンセリング，集団カウンセリン

グ，家族カウンセリング，職業カウンセリング，専門的コンサルテーションのサービスを行っている。CRIには一日およそ20人くらいのクライエントが訓練を受けに来所する。スタッフには神経心理学者，カウンセリングサイコロジスト，コンサルティングサイコロジスト，精神科医，神経科医，ＣＲＣ,作業療法士，理学療法士等がいるが，非常勤スタッフとして宗教学者，内科医なども名を連ねている。以下にCRIの活動の一部である認知障害訓練と個人カウンセリング，コミュニティ・リ・エントリィ，神経学的評価についてその内容の一部を紹介する。

1．CRCによる認知障害治療と個人カウンセリングの実際

クライエントは交通事故による脳損傷で右前頭葉障害を認めた男性Adam（45歳）であった。左足に短下肢装具を装着，杖歩行の状態にある。彼は毎週一日，個人カウンセリングと視空間障害に対する認知治療を受ける目的でCRIに通所中である。

CRCのMs. Cristyは彼には左方の視空間障害があることを筆者に伝えてから，早速個室で訓練を開始した。Adamはそばにいる筆者が気になるのか，最初はやや緊張気味であった。後に彼は饒舌となり，冗談を連発した。

最初の課題は，プラスティック製の円，星，四角，台形等の幾何学図形を，厚いプラスティック製の変形円盤上にある凹状態の各図形穴に，いち早くはめ込む課題であった。時間は20秒間であり，Adamは10個のうち６個を正確にはめ込んだ。次に円形のランダム配置の数字盤を用いて，Cristyが言う数字をいち早く指で示す課題が与えられた。Adamは全問正答した。“Good job!”と誉められた彼は少し照れた。第３訓練は赤と白の2色からなる９つのキューブを用いて，同じ模様に組み合わせる積み木模倣課題であった。Cristyは自分がつくったモデルを箱の中に隠してAdamに模倣再生を求めた。Adamは模倣および再認課題はパスしたが，記憶再生は困難だった。彼は実に悔しそうな表情をした。

次にCristyはAdamをコンピューターに誘った。彼は軽度の麻痺が残存している右手でぎこちなくマウスを握り，コンピューター画面を見つめながら，Psychological Software Services Inc. 発行，PSSCogRehab（PSSCR）という名のリハビリテーション用ソフトを用いて，CRCのCristyによる訓練を受けた。PSSCRの内容は以下の通り。

イ．画面に小さい四角形がひとつあり，ランダムに動いている。マウスでこの四角形を追跡する。四角形の中にマウスのポインタが入ればよい。１分間でどれくらい正確に追跡できたか，課題が終われば％で結果が画面にすぐに表示される。Adamの結果は48％であった。苦笑している。

ロ．画面は黒。突然画面上に黄色の四角形が上方左側から右方向へ，そして一段下降し方向を変えて左方向へとうねりながら，ランダム間隔で出現する。図形が画面に現れたらすぐさま四角形上をクリックする。正しくクリックすれば高音が，間違えば低音が聞こえる。結果は％ですぐに表示される。これを何回か反復し，％結果を上げる。反応時間が一つの指標になって

いる。Adamの結果は52%であった。彼は首をひねっている。

両課題とも視覚追跡課題であり，視覚–運動の協調を目的としていた。このあとAdamは別のCRC，Ms. Lindaによる個人カウンセリングを受けた。そこで彼は何度繰り返しても訓練成績が伸びないことで悩んでいると打ち明けた。労働からまだ遠ざかっていたいというAdamの心を感じたLindaは，訓練は労働と結びつけるためのものであることを伝えながらも，可能な限り彼の気持ちを受けとめようとした。Lindaの表情は苦しそうだった。AdamはLindaにどうも感情転移を起こしているらしい。帰り際，Adamは筆者に「自分はLindaと会って話すのが楽しい。彼女はこれまで会ったことのない人だ」と打ち明けた。

以上の訓練はすべてAdamが加入している保険が適用されたため，支払いは彼にとって負担とはならなかった。

この他にPSSCRのプログラムには長文記憶想起課題もあった。内容は「A氏はB氏に明日木曜日に会うことになっていた。B氏の友達はマイアミにいて○○の仕事をしている。私は昨日ボートを買った…」といった画面に提示された文章をコンピューターが読み上げる。内容をクライエントは記憶する。その直後，5者択一の質問が提示され，クライエントは正答と思う数字を入力する。LindaはAdamの訓練結果のみならず，一挙一動を書類にメモしながら話をする。全く無駄がない対応である。LindaはAdamの冗談にも笑顔で答えるが，今ここでAdamがすべきことは何かという治療の本筋からは決してそれない。この態度は次のCRCのMs. Jamieについても同じだった。

2．コミュニティ・リ・エントリィの実際

案内役はJamieであった。彼女はUSFの大学院リハビリテーションカウンセリング研究科を修了し，認定資格試験にパスしCRCとなった。彼女はCRCのほかにメンタルヘルスカウンセラー（LMHC）とケースマネージャー（CCM）の資格ももっている。最初彼女はフロリダ州department of labor and employment securityに勤務したが，あまりに多い書類作業(red tape)に嫌気がさして臨床現場に転身したという。筆者が体験したコミュニティ・リ・エントリのプログラムのひとつを紹介する。

クライエントは25歳の女性Kristiで，結婚1年後に交通事故に遭遇。脳を損傷した。視野狭窄があり，左右の側からの人の飛び出しに対応できない。記憶障害も残存し，忘れっぽい。しかし麻痺は認めず，発語も問題を認めない。

8：10　筆者はJamieと車でKristi宅に向かった。自宅はDale Mabry大通りに面してあった。この通りには市営Hartline Busが走っている。

8：20　到着。JamieはKristiと今日の予定の確認を数回行った。Kristiは少し混乱してるように見えた。Jamieはバスのスケジュール表を見せて，どのバスに乗り，帰りは何時のバスを利用するかを尋ねた。緊張した表情でKristiはスケジュール表をサーチした。

Jamieによれば「これらすべてが訓練」であった。

8：40　出発。最寄りのバス停まで歩いていく。歩道といったものはなく，芝の上を歩く。筆者は少々危険を感じた。すぐそばを車が猛烈な勢いで走っている。

9：05　バスが10分遅れで到着。Kristiは障害者割引定期券を提示，$0.50を支払った。筆者らの運賃は距離無制限のlocalで$1.15であった。

9：40　タンパ市立Northwest図書館に到着。初めての利用故，KristiはJamieの援助で個人登録を行った。視野狭窄のためにカード内容が全部読みとれず，登録を終えるのにずいぶん時間がかかった。入館。案内板を見て，どこに関心ある本が置いてあるかKristiは確認を行った。本をリファレンスより探し出す。文字をサーチ。結局，Kristiは料理の本3冊と，VTRを1本借りた。手続きの一切をJamieは少し離れたところで見守っていた。途中，Kristiの希望で，この後に予定していた医療受診をキャンセルすることになった。Jamieがもっていた携帯電話で医師に連絡。Kristiが出て，その理由（疲労）を述べ，了承を得た。Jamieから「これはエクササイズではない。通常は携帯電話は高いので使用しないが，今回は緊急だったので…」という言葉をもらった。バス賃も電話料も経費として計上するとのこと。そのたびにJamieは明細をメモした。実にてきぱきとした動きである。

Kristiのかばんには，今必要なすべてのものが一括して入っていた。彼女は徐にかばんを開き，中にあるものを全部取り出し筆者に見せた。障害者手帳，多数のカード，メモ用紙，筆記用具などが入っている。毎朝その日のスケジュールをKristiが確認する。確認が終わればチェックを入れる。夜，夫が一日のスケジュールをチェックする。これを繰り返している。Kristiは障害者となり車を運転することができなくなった。フロリダで『歩く』のは大変なことである。人が歩くことを前提に道路は造られていない。バスはあまりにもゆっくり走る。Jamieの話では，運転手が走らせたいときに動き，自分が休憩したいときに止まる。なるほど運転手のトイレタイムでバスは数分停止した。乗客には若い女性もいたが，多くは老年者，障害者であった。乗客数は少ない。

11：20　Kristi宅に戻る。持ち物の確認と，今日のスケジュールの確認を終えて訓練終了。筆者とJamieは次回の面接の約束を確認しKristiと別れた。

11：40　CRIに戻り，その内容をDr. Dabrowskiに報告した。彼の話ではCRCの活動のかなり多くの部分がコミュニティ・リ・エントリィに費やされるとのことである。

この他にCRIでは定期にカンファレンスをもっている。事例研究を主とし，クライエントの神経学的評価から始まり，クライエントに合った治療プログラムの立案，施行，経過，評価などを全スタッフで話し合う。どちらかというと研究的側面が強い会議であった。最初の神経学的評価の一例をMr. Foxらの事例で以下に示す。

3．Miss Lの神経心理学的評価（Ⅰ年6月19～22日）

プログラムマネージャーであるMr. Steve Fox.; MA, CRCとサイコロジストのMintz, P.M.; Ph.D.による共同研究である。ケースカンファレンスにおける非公開資料の概要をＣＲＩの許可を得て以下に記す。

Ｌ子は現在13歳，WH中学1年生女子である。リハビリテーション計画立案のために神経心理学的評価を行った。評価の際は母親が同伴した。

【背景となる情報】：Ｌ子はカンザスで生まれ，3歳のときフロリダに引っ越した。父親が病気で死去したあと，保険会社に勤める彼女の母は小売業を営む男性と再婚した。義父には前妻との間に３人の子どもがあり，Ｌ子はこの子どもたちと同居することになった。以降彼女は家庭の中で緊張とコミュニケーション上の困難を味わった。Ｌ子は小学校４年まではhonor studentであったが，５年生になり社会活動に関心をいだくようになってから成績が下降した。43日間の不登校もあったが，６年の終わりになって奮起し，最終成績は数学の場合，５つのＢの他はすべてＡ，体育だけがＤという比較的良好な結果であった。学習上の問題はなかった。

【既往歴】：Ｌ子の出生に問題はなかったが，Ｌ子には花粉と動物に対するアレルギーがあった。その後６歳の時に前額をぶつけ縫合手術を受け，９歳時に右腕を折った。そして11歳のとき首に外傷を受け病院のＩＣＵに入ったが，治療の必要なく，病院から自宅に帰された。昨年４月，バイク事故に巻き込まれ，顎，右腕，左手を傷つけた。

Ⅰ年２月10日，Ｌ子は不運にも歩行中に自動車にはねられ，意識不明の重体となり，タンパ総合病院に運ばれた。Ｌ子は３日間昏睡状態だったが，奇跡的にも意識を取り戻した。しかし事故にあった日の出来事はどうやっても思い出せない。このとき受けた脳外傷が彼女の運命を変えた。脳神経外科医の診断では左の側頭葉に出血を認めた。その他に右鎖骨の骨折，両肺臓の損傷そして随所に裂傷を認めた。

Ｌ子はタンパ総合病院に１週間入院したのちに退院し，自宅に戻った。彼女は医学的なフォローアップもリハビリテーションサービスも受けず，現在も薬を飲んでいない。彼女は本年７月11日にDr. Steven Williams. ; MDに神経学的検査を受ける予定である。

【主訴】：Ｌ子は，発語困難を訴えた。語尾が想起されるまで，語頭部分を繰り返した。カルテによると，彼女の行動は変化した。Ｌ子は「人は私のことを，気味が悪くてかなり奇妙な人だと言っている」と言い，見られる自分を気にしている。心を動かすと疲れやすい。授業中はしばしばうたた寝をした。頭痛は問題の種ではあるが，緩和されてきている。Ｌ子は軽度の呼吸困難も訴えている。また欲求不満，怒りと錯乱状態をも表した。彼女は言う。「私は前よりも気がふれているし，これはこれからも長く続くんだ」と。彼女はこの状態から逃避するために自分を傷つけたい（怪我をしたい）という感情を経験した。彼女は自分が容易く自分の感情に圧倒されるのを感じた。彼女は感情を麻痺させるために，アルコールに手を出した。それを知った母親は驚き，娘に対する不信感を募らせ，苦痛を感じた。Ｌ子は自傷行動を繰り返した。

自分の髪に火をつけ，燃やした。記憶状態について尋ねられたとき，Ｌ子は記憶障害は問題の一部であって，集中力が持続できないことが自分としては大きな問題だと述べた。

【退院時の記録】：タンパ総合病院の退院報告書によれば，入院当初，Ｌ子はGlasgow Coma Scaleで３のレベルにあった。頭部のＣＴスキャン結果は，右の側脳室に少量の出血を認めた。頭蓋内圧モニタリング機器が患者の脳に挿入された。前頭葉障害も認められた。その事故の６日後，認知能力の確かめが行われた。その結果，Ranchos Level ７とわかり，学業復帰前に神経心理学的評価を受けること，そして入所でリハビリテーションケアを受けることを医師は薦めた。

【観察】：Ｌ子は小柄で右利きの金髪の白人であり，年齢相当に見える。彼女は右手に発疹があり，歩行はいくぶん不安定だった。Ｌ子は面接時，短パンとＴシャツを身につけていた。歯には矯正具をつけていた。Ｌ子はおどおどした声で話したが，話はわかりやすかった。反応は単純で直接的だった。滅多に彼女は複合文を使用しなかった。綿密な説明を求められた際は決まって同席の母親の方を見た。彼女は警戒しながら応えた。彼女とのアイコンタクトは少なかった。Ｌ子はためらい，恥ずかしがり，気が進まない様子で保留の態度をとり続けた。その後に実施された神経学的評価の間もちょっと不安な様子を示したが，全体的には愛想良く協力的な姿勢を見せた。アルコール飲用のエピソードに触れたとき彼女の母は泣き出し，娘に関して苦しんでいることを伝えた。Ｌ子は自分の問題を要約しようと試みたが，事故以降，彼女が経験した未知の不安定な感情が出現，言いたいことを伝えられなかった。

【手順】：Ｌ子が受けた課題は26にのぼるが，主なものを列挙すると，『診断的面接を受ける，所定の用紙に生育歴を記入，記録の振り返り，WISC―Ⅲ，デンマン神経心理学的記憶尺度，聴覚言語学習テスト，統制された語想起テスト，ボストンネーミングテスト，言語カテゴリー化，文章完成法テスト，ベンダーゲシュタルトテスト，HTPテスト』などがあげられる。この中，面接およびHTPテスト結果から，Ｌ子は今，現実吟味ができないまま外界とコンタクトをとっていること，他者との交流はストレスとなっていて，自己評価の切り下げの兆候が認められること，彼女は家庭生活はストレスフルだと感じていること，そして彼女は理解と受容を必要としていることなどがわかった。

【結果】：省略。

【結論】：Ｌ子の受検場面および結果にはムラがあった。あるテストでは高い成績を示したが，同じ種類の他のテストでは受検中怒り出し，かっとなってテストを放棄した。それでもなお，我々はこの評価が彼女の現在の神経心理学的な状態を正確に表していると思う。Ｌ子の塗り替えられた情動，怒り，緊張および不安の統制困難は，彼女が最近受けた脳外傷の情緒的発現であろう。

【診断】：頭部外傷にもとづく２次性痴呆

【要約および提言】：Ｌ子とその家族に対し情緒的安定を図ることと，エタノール使用を慎し

むことを目的とする個人および家族カウンセリングを強く勧める。この他に視覚運動と視覚構成機能障害および短期記憶障害に対する認知治療，概念把握と喚語機能向上を図るための言語療法，また歩行機能向上のための物理療法，聴覚障害の程度を見定めるための聴覚機能の精査を勧める。 Dr. Williams の神経学的なフォローアップが望まれる。

以上の神経心理学的評価をもとに，各専門家がクライエントに関わることとなる。Mintz, P. M.(1993) によると，1993年におけるクライエントの総数は男性43名，女性20名，合計63名であり，平均年齢は34.8歳，範囲は13歳から62歳，脳障害の原因は，乗り物による事故30名，脳血管障害８名，落下事故８名，暴行７名，脳腫瘍３名，銃撃事故２名，爆発事故２名，感電事故１名，感染１名，家事での事故１名となっている。治療に要する期間は，平均22.4週間であり，範囲は５～40週であった。また一人のクライエントが受ける１週あたりの訓練の平均時間は8.2時間で，範囲は2.5～22時間であった。セラピーの種類については，カウンセリングが34名，認知障害治療が32名，コミュニティ・リ・エントリィが21名，言語療法が20名，物理療法が14名，作業療法が12名であり，カウンセリングがもっともポピュラーであった。受傷の程度については，軽度３名，中等度20名，重度11名，不明４名ということである。転帰については，職業復帰からみると，フルタイムの職業に就いた者４名，パートタイムに就いた者12名，ボランティアの職業に就いた者３名，家事手伝い１名，求職中の者８名となっている。学業復帰については該当者33名中２名がフルタイムで，２名がパートタイムでの復帰を果たした。最後にクライエントがどの機関にかかるとどのくらいの費用が必要となるかについてのデータを図６に示した。その結果，ＣＲＩ利用がもっとも出費が少ないことがわかる。

③Regents Park および Barrington Woods の概要

本施設の紹介は筆者の知人の Mr. Marvin Romerstein による。彼の父親は長年当施設に入所していた。筆者と本施設との関わりは，スタッフおよび入所者との訪問面接と，Marvin からの諸々の情報によっている。筆者は Health Care & Rehabilitation Center と看板が出ている Regents Park を訪問した（図７）。応対者は Rehab Services Director の Ms. Tess G. Rosales.(RPT)であった。その後，同じ敷地内にある Barrington Woods と呼ばれる Assisted Living Residences を訪問した。その

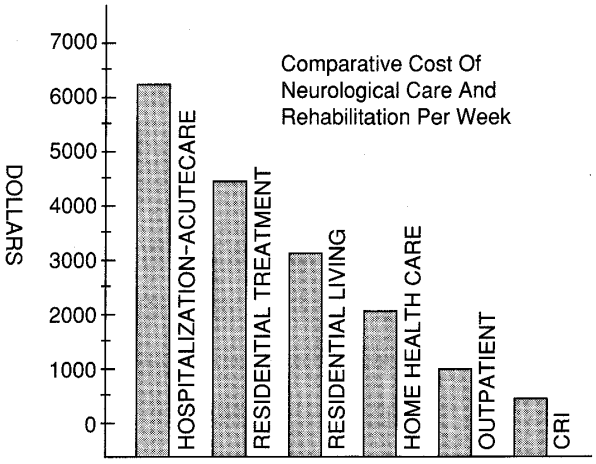

図６　リハビリテーションカウンセリングにかかるクライエント側の出費(Mintz, P. M., 1993)

際の応対者はDirector of MarketingのMs. Kathy Keenanであった。以下にこのリハビリテーション総合施設の概要を記す。

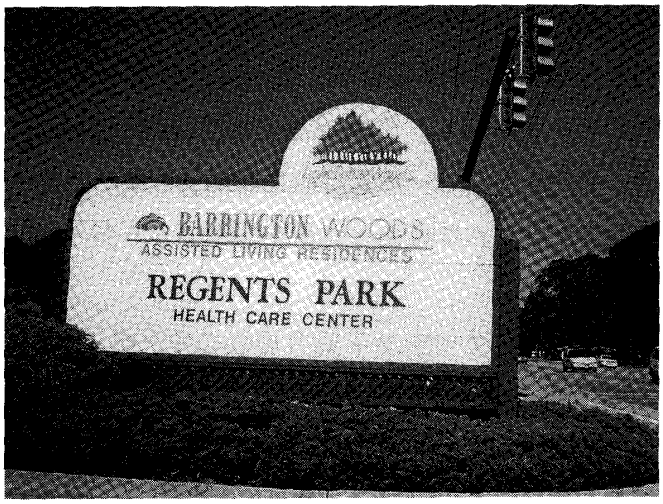

図7　Regents Park & Barrington Woodsの玄関前の看板。

Assisted Living Residencesとは車椅子，杖，歩行器などを自力操作し，かつ自力移動できる人で，重い病気をもたない人が入所対象となっている。全財産をつぎ込み，なくなれば国家が生活を保障するという施設である。ここは入所料金も高額な私立施設で，全米水準でみると平均以上の備えをもつ施設である。因みにMarvinの父親の場合は1カ月＄2100（約21万円）を支払っている。家具のレンタルもあり，父親はこれに1カ月＄1000（約10万円）を支払っている。アメリカではかなり上位水準の施設であるが，Marvinが長年住んでいたNewYorkでは同じ料金で入所するとなると，本施設よりかなり劣る設備の施設を選ぶことになる。NewYorkは物価が高い。

Barrington Woodsでは看護婦1名が常勤し，医療ケアにあたっている。隣接するRegents Park勤務の医師が必要に応じてやって来る。職員は約50名で，ほとんどが非専門職である。専門職員は少ない。ここはあらゆるサービスを実施中で，定員は110名の施設である。入所者はresidentと呼ばれ，各自プライベートな部屋をもつ。鍵はかけられるが，本施設では皆開けっ放しの状態で過ごしている。これまで盗難等の事件はいちども起こっていない。部屋には3つの呼び鈴が取り付けられており，シャワー中でも担当職員を呼び出すことが可能。シャワー室は座椅子スペースがあり，座ってシャワーを浴びる事ができる。職員1名を除き，全員が白人である。入所者の身元もしっかりしている。相互信頼関係があるという。何時にどのような催しがあるか，1カ月のスケジュールが事前に細かに決まっており，それに沿って入所者はそれぞれのプログラムに自分の意思で参加する。筆者の訪問時には，入所者はクラフトをして楽しんでいた。食事に先だって各自がメニュー表から好きな食べ物を選び，係の職員に連絡する。従って食べ残しは少ない。本施設の食事は典型的なアメリカ料理がでる。例えばJewishの場合は食事が違うため，入所者は困惑する。家族がときどき民俗料理を持参して対応していると言う。アジア系の人は食事が合わず，入所は大変だろうとのことであった。施設所有のバスで街まで出かけ，入所者は買い物などの用を足す。このとき病院へ行くこともできる。心理的問題に対しては常勤のソーシャルワーカーがこれにあたる。サイコロジスト，精神科医は常駐せず，必要に応じてその都度，非常勤を依頼する。

一方Regents ParkはNursing Homeとしての機能をもつ。医師が常勤し，神経学的・整形外

科的および疼痛管理プログラムをもっている。本施設には作業療法士が5名（アシスタント1名を含む），理学療法士が2名，言語療法士が1名常勤している。不足の時は非常勤を依頼するとのことである。作業療法士が受け持つ Patient は一日あたり，1人で外来者の作業療法を含んで30名くらい。患者は脳血管障害を始めとして，心臓病，ガン患者など多岐にわたる。全施設とも外からは自由に建物を撮影できるが，Policy により施設内では一切写真撮影を禁じている。

当リハビリテーション総合施設には上記2施設のサービスの他に Independent Living（com-domium)Services がある。Smith, Q.W.ら(1995)によれば，入所者はまず部屋を買い，お金を出して隣接する両施設のスタッフからケアを適宜受ける。入所者は自分でケアワーカーを雇う。つまり本プログラムは自立生活を目指すサービスを意味している。具体例をあげると，アパートを共同で購入しグループホームを体験する。そこで適宜能率的なサービスを受ける等の試みである。いずれにしても，人は自分の人生の残りをどこで過ごすか自己決定しなければならない。アメリカでは18歳を過ぎると，多くの子どもは親と離れて暮らす。80歳を過ぎても自分で自分が入所する施設を探さなければならない。アメリカでは年齢に関係なく自立を人に求めている。"自立" が望ましい姿だとされているようだ。

ところで施設入所希望者が気になる保険システムについては，つぎのとおりである。フロリダ州では老齢年金は62歳から請求できる。Marvin の例では，彼が勤めていた大手電力会社が彼の保険料を負担した。しかし自営業の人は自分で支払わなければならないために保険料負担は大きい。今国家が保障しているのは，65歳以上の老年者と貧困者に対する年金保障のみであり，今後のアメリカが目指しているのは，自営業に携わっている人やごく一般の人が加入できる国家の保険制度の確立である。20年後にはアメリカも老齢社会となる。今真剣に保険のことが論じられるようになったと言う。

以上，3つのリハビリテーション関係機関における業務の概要を記した。筆者はリハビリテーションカウンセラーは実に多くの役割をこなし，さまざまな能力を求められいると感じたが，これは多くの CRC の実感でもあるらしい。何人のクライエントが社会復帰を果たしたかが問われる実用能力社会アメリカで，セラピストとして生き抜くことの難しさを垣間見た。

第3節　カウンセリングの事情

カウンセラー資格取得手順はおよそつぎのような経過になっている。カウンセラー資格を取得するには上位団体が実施する試験に合格し，州のライセンスを取得しなければならない。州のライセンスを取ると保険が適用され，クライエントは低料金で面接を受けることができるようになる。従って，個人開業する場合は，学位取得と，州のライセンスを取得することがクライエント獲得のために必須となる。個人開業する各カウンセラーは,看板に学位(MA, Ph.D)と

ライセンス番号，保険適用の有無を表示する。受験資格に職業（臨床）経験が必要で，受験生はPracticum, Internshipをこなした上で受験する。早くて27歳前後の受験となるのが通常である。

ところでカウンセリングへの保険適用の問題についてフロリダ州における心理臨床の現状をつぎに述べる。Private Officeで仕事をする場合，例えばサイコロジストのような国家免許を取得している者はよいが，修士号で得られるカウンセラー資格では保険の適用が難しい。アメリカには保険会社も把握できていないくらい多くのカウンセラー資格がある。USFのDepartment of Counselor Education（MAコース）でカウンセリングを教授しているDr. Street自身も「フロリダ州にいくつのカウンセラー資格があるのかわからない」と答えている。それほど資格が多いという意味である。彼女はJungianだが，講義ではロジャースも教えている。因みにカウンセリング関係の就職口は，現在のところキャリアカウンセリングが圧倒的に多く，家族カウンセリングやリハビリテーションカウンセリングなどの特殊な仕事は少ない。求職も自分で電話帳で仕事場を見つけて電話し，了承を得て面接の機会を得る。ある学生は職業カウンセリングをやりたくて，リハビリテーションカウンセリングを勉強したが，気に入る職場がなく，現在仕事待ちの姿勢である。

知人が夫婦でセントピータースバーグにおいて心理臨床のオフィスをもち開業した。夫はライセンス保持者であったが，彼女は保持していなかった。夫がいたので開業ができたものと思われる。通常，１セッション＄90～110受け取るが，これは保険適用可能の場合である。開業では保険が下りないことが多い。無理に保険適用しようとすればPaper workが大変になるので，別の開業カウンセラーのOfficeでは，＄30～40で相談を受けていると言う。料金を低く設定したことで多くのクライエントが来談し，今では面接時間が足りず，困っているのが現状だと言う。しかし，全体として見れば，個人開業ではカウンセリングの仕事は成り立たなくなっているのがアメリカの現状と言える。クライエントは安くて，信用のあるセンターへ行こうとする。上記紹介したような専門のセンター内で勤務しセラピーを行う場合は，信用があるために保険適用が容易になる。この間の事情は日本とあまり変わりがないように思える。

個人カウンセリングおよび家族カウンセリングなどにおける心理療法のスタイルについては，各センターでは，カウンセラーが何派であるかはこだわらない。アメリカではいろいろなケースがあり，行動療法が向いているクライエントにはそれを，洞察だけでよくなるクライエントには洞察療法をと，療法を適宜変えていくのが一般的である。これを折衷学派と呼ぶ。アメリカの臨床心理士は大学院で多くの心理治療技法を学ぶ。多くの臨床教授は一人で多くの学派のカウンセリングを教える。パーソンセンター学派（ロジャーズ派と名乗るセラピストは，減ってきている）は，それと何かを組み合わせて心理療法をしているのが現状である。しかし中にはある特定の学派のみ依拠する臨床家もいる。たとえばUSF助教授，Dr. Evansはアドラー派で個人心理学しか教えない。またAlbert Ellis, Ph. D. 創始の論理療法(RET)はそれだけで治

療を行う学派である。Familyの場合はSystem theoryが中心的という印象をもった。リハビリテーションカウンセリングではその学習の性格上，個人カウンセリング，家族カウンセリングおよびSexuality counseling（Weinstein, E. and Rosen, E.による著書がUSFではテキストとして使用されていた）が必須とされている。

近い将来，日本でも臨床心理士は規定通り全員が修士課程以上を学修し，臨床心理士が国家資格となり，専門的な相談はほとんどが有料化され，その行為に保険が適用されるようになった暁には，今アメリカで起こっているような問題が浮上してくるような気がしてならない。

第4節　結び

筆者は渡米前にDr. Raschに病気・障害に対する患者の気づきを重視した心理治療的アプローチを模索していることを伝えたら，「アメリカではキャリアカウンセリングが盛んで，カウンセリング結果，個人が社会的により有用になることが望まれている。リハビリテーションカウンセリング領域ではあなたが志向するようなカウンセリング研究者は恐らく存在しないだろう。実用が優先される」という返事をいただいた。「実用が優先される」という意味は，上記に示した各リハビリテーション機関での研修を体験して理解できた。プログラムの多くは，クライエントが社会復帰を達成することに目標が置かれていた。それでも彼が筆者を受け入れたのは，偶然にも彼自身が東洋に対する造詣が深い人物だったことが大きい。彼はUSF大学院で“Seminar in Jungian Studies”を開講していた。彼の自宅の居間にはギリシャ時代のコインや絵画が随所に配置され，瞑想室には座布団が数枚おかれ，彼はそこに座り曼陀羅観想法を試みた。おそらく彼自身も行動的接近を図る臨床と内界を視座に据えた臨床との間に横たわっている障壁の大きさを実感していたに違いない。心理臨床において，障害因，障害対象に直接注意を払い，阻害因子の克服に留意すべきは無論のことであるが，我々は外にある「もの（身体および身体としての脳）」および「こと（クライエントと関わる外界のエピソード）」に目を奪われすぎた。21世紀は病者・障害者にとってもこころの時代だと筆者は思う。

『障害者の内面に深くゆっくりと触れ，内面から外（身体，身体としての脳および自分と関係する外界）をとらえる』心理臨床は，なにも特異なものではない。東山（1970）は今からおよそ30年前に，精神遅滞児の遊戯療法においてその視点から研究を行っている。「鎖を解く」というプレイが母子間の心理的切断をきたさずに身体的分離に基づく不安を和らげていく経過は見事である。また近年東山（1993）は著書『21世紀の障害児教育とこころ』の中で，「障害児のこころがわからなくては教育は始まらない。それはこころが知能の次元と異なる次元に存在するからである」と述べている。これは多く脳障害者の知的側面に関心を抱いてきた人にとっては痛烈な指摘であろう。脳障害者と触れあうセラピストにとって，援助の視点を身体からこころへと移すことは，不慣れもあって実に難しいことかもしれない。しかしこの試みは，心理臨床家にとって，最も基盤にしなければならない治療に向かう態度のように思える。「脳障

害者のこころがわからなくてはセラピーは始まらない。それはこころが，脳障害によって傷ついた知能の次元と異なる次元に存在するからだ」と筆者も感じるからである。

謝辞

筆者は1996年４月から１年間，長期国外研究員として南フロリダ大学大学院リハビリテーションカウンセリング研究科に客員研究員として在籍した。本論文はその研究成果の一部である。本論文を執筆するに当たって筆者のスーパーバイザーであったＵＳＦ教授，John D. Rasch 博士に心からお礼申し上げます。

文献

小山充道（1997）：アメリカにおける「リハビリテーションカウンセラー」養成の現状と未来　札幌学院大学心理臨床センター年報第２号，63–81.

東山紘久（1970）：精神薄弱児の遊戯療法にみられる象徴的表現　臨床心理学研究，９．137–143.

東山紘久，綾部捷編著（1993）：『21世紀の障害児教育とこころ』　ミネルヴァ書房

Mintz, P. M.(1993): Program data and patient outcomes. Cognitive Rehabilitation Institute–Neurological Rehabilitation.

Smith, Q. W, Frieden,S. and Richards, L. (1995): Independent Living. Orto, E. D. and Marinelli, R. P. (ed.); Encyclopedia of disability and rehabilitation. Macmillan Library Reference USA, 401.

Weinstein, E. and Rosen, E. (1988): Sexuality counseling. University of South Florida Bookstores.

（こやま　みつと　本学人文学部教授　臨床心理学専攻）