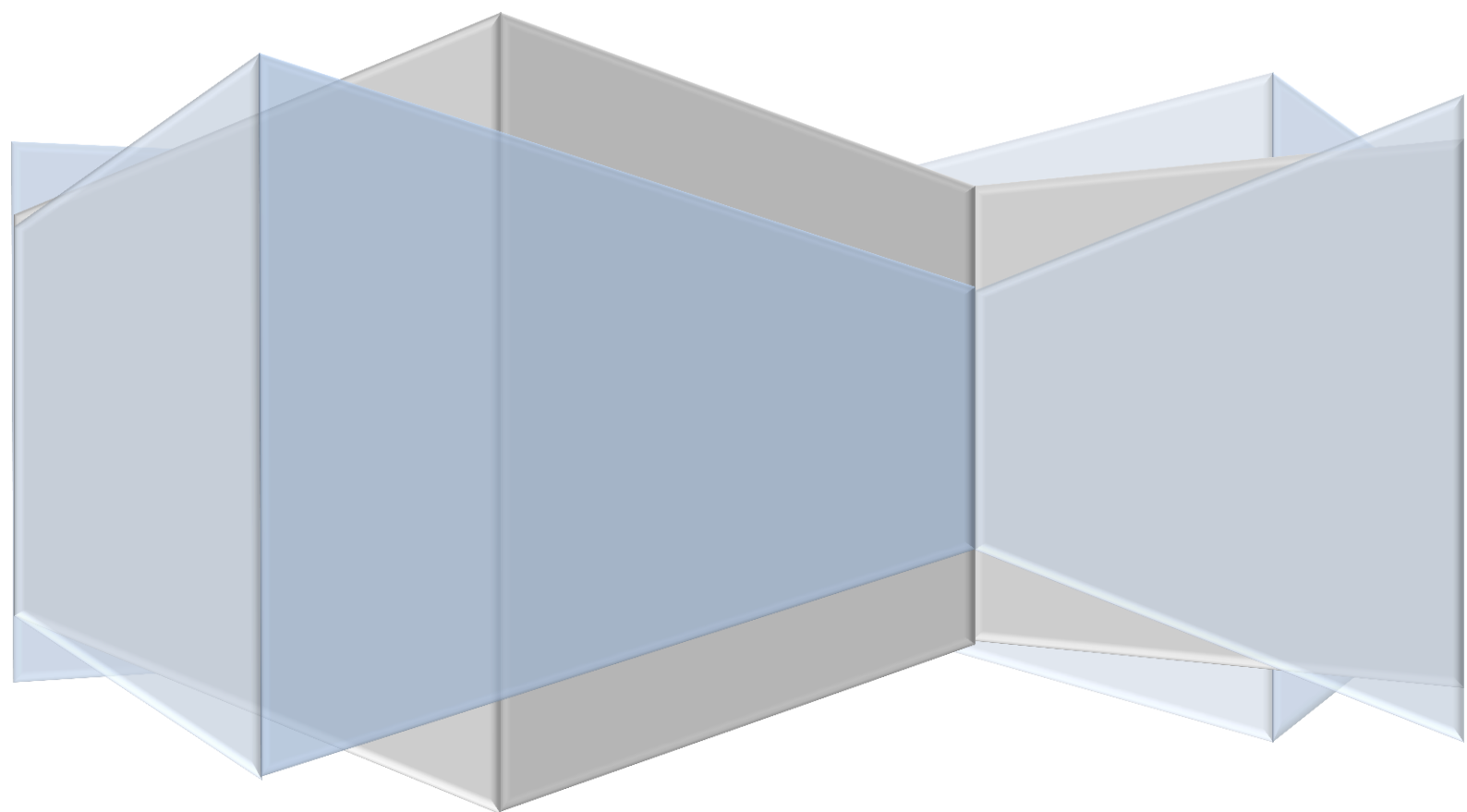


平成 28 年度 年報

大阪教育大学保健センター



はじめに

保健センター所長 宮前 雅見	3
----------------	---

沿 革	4
-----	---

平成 28 年度年間行事	6
--------------	---

I：学生健康診断等

1. 概要	8
2. 学生定期健康診断受診率と結果	10
(1) 受診率一覧	
(2) 過去 5 年間の受診状況	
(3) 項目別検査結果	
(4) 治療中・管理中疾患内訳	
(5) 健康調査（喫煙/飲酒/運動）	
3. 体育会所属クラブ心電図検診実施結果	20
(1) 受診状況一覧	
(2) 有所見率とその内訳	
4. 非正規留学生結核検診実施結果	22
(1) 受診率一覧	
(2) 対象者の出身国一覧とその内訳	
5. 学生特殊健康診断	23
(1) 概要	
(2) 受診状況及び管理区分	
6. 新入生の「麻しんに関する確認書」提出状況	25

II：職員健康診断

1. 概要	27
2. 職員定期健康診断受診率と結果	28
(1) 受診率一覧	
(2) 過去 5 年間の受診状況と内訳	
(3) 項目別有所見状況	
3. 職員特殊健康診断	31
(1) 概要	
(2) 受診状況及び管理区分	
4. ストレスチェック実施結果	33

III：安全衛生活動

1. 安全衛生委員会活動報告	35
----------------	----

IV：利用状況

1. 月別利用状況	39
-----------	----

2. 保健センターで実施した診察及び検査	39
3. 症状別利用状況	40
4. 健康診断証明書及びその他の証明書発行状況	41

V：メンタルヘルス

1. メンタルヘルス相談状況	43
(1) 月別来談者数	
(2) 新規来室者の相談内容	
2. メンタルヘルス相談結果と印象	44
3. 講演	45
(1) クライン派の治療技法：変化をもたらす力の本質 ——クライン派における転移・逆転移概念とビオンのコンテイナー・コンテインド・モデル——	
(2) ヒステリーの現代的理解と臨床 ～実像なき魂のリアリティ～	65

VI：研究・業績

1. 論文並びに著書・翻訳	71
2. 研究発表並びに講演，司会・助言	72
3. 競争的外部資金の獲得状況	72

VII：規定等

1. 大阪教育大学保健センター規定	74
2. 構成員	76

あとがき

保健センター准教授 飛谷 渉	77
----------------	----

はじめに

当保健センターは産業医2名と看護師2名で運営し、学生・教職員の身体的・精神的健康管理を主眼としています。内科医である私が身体的分野を、精神科医の飛谷准教授が精神的分野を担当しています。主に予防医学的分野に重点を置き、勉学や部活動、勤務環境や生活習慣を把握することで心身ともに健康であるよう適切な助言を行うように努めています。当大学の健診受診率は学生・教職員とも良好で昨年までのデータではそれぞれ、約94%、98%となっています。これは当センターのスタッフおよび人事課など事務方の貢献度が大きく、厚く感謝を申し上げたいと思います。最近の傾向としては肥満の増加、メンタルケアを必要とする学生の増加が上げられます。今後、これらの対策を強化して行きたいと考えています。

昨年度より開始された労働安全衛生法改正に伴うストレスチェック制度は労働者が自分のストレスの状態を知ること、ストレスをため過ぎないように対処したり、高ストレス者に対しては医師の面接で助言を得たり、業務の軽減化によりうつ病などのメンタルヘルス不調を未然に防ぐものです。これは法的には任意となっているためか当大学の昨年度の受診率は約50%でした。これは健診受診率と比べると極めて低くなっています。今後、受診率の増加を目指して対策を考えているところであります。近年、長時間勤務などの過重労働が問題となっています。テクノロジーの進歩により **work**（キャリア）と **life**（家族、健康、趣味など）の境界線があいまいになって行く一方です。アメリカでは **work-life balance** よりも **work-life integration**（仕事と私生活の融合）の方が今の世の中には合っていると考える人もいます。その比重の置き方は独身か既婚者か、新人かベテランか、共働きかどうかなど個人によって様々かと思います。我々は個人の置かれた状況を詳細に把握し、定期健診結果と合わせて総合的に判断して助言する必要があると考えています。これは日常業務を円滑に進める上で極めて重要であり、適切な助言を提供していこうと考えています。限られたマンパワーではありますが最高の医療を提供できるように業務に邁進したいと思います。今後とも皆様のご協力・ご支援をお願い申し上げます。

2017 年 9 月

大阪教育大学保健センター

所長 宮 前 雅 見

沿 革

昭和 49 年 4 月	大阪教育大学保健管理センター設置 (国立学校設置法施行規則第 29 条の 3 の制定による) 助教授定員 1 名, 講師定員 1 名, 看護婦定員 1 名による組織 所長事務取扱に教育学部 (保健学) 上林久雄教授を任命 (併任)
昭和 49 年 9 月	大阪教育大学保健管理センター規程, 大阪教育大学保健管理センター所長選考規定制定 看護婦松井幸子, 採用
昭和 50 年 1 月	教育学部 (心理学) 安福純子助手, 保健管理センター講師就任
昭和 50 年 3 月	教育学部 (保健学) 上林久雄教授, 保健管理センター所長就任 (併任)
昭和 50 年 4 月	大阪市立大学医学部 (内科学) 尾崎達郎助手, 保健管理センター助教授就任
昭和 50 年 5 月	保健管理センター施設, 池田分校に完成
昭和 50 年 6 月	保健管理センター開所式举行
昭和 50 年 9 月	看護婦松井幸子, 国立療養所賀茂病院へ転出
昭和 51 年 5 月	看護婦茶谷利子, 採用
昭和 52 年 3 月	尾崎達郎助教授, 退職
昭和 52 年 4 月	大阪市立大学教養部 (保健学) 山田耕司助教授, 保健管理センター教授就任
昭和 54 年 3 月	山田耕司教授, 保健管理センター所長就任
昭和 58 年 8 月	安福純子講師, 保健管理センター助教授昇任
昭和 59 年 3 月	山田耕司教授, 退職
昭和 59 年 4 月	教育学部 (保健学) 仲井正名教授, 保健管理センター所長就任 (併任) 大阪市立大学医学部 (内科学) 朝井均助教授, 保健管理センター教授就任
昭和 61 年 3 月	看護婦茶谷利子, 定年により退職
昭和 61 年 4 月	朝井均教授, 保健管理センター所長就任 看護婦梅田美津子, 大阪大学より転任
平成 4 年 4 月	移転統合に伴い施設を柏原キャンパス大学会館中集会室に仮設
平成 5 年 4 月	看護婦定員 1 名より 2 名に増員 看護婦川口小夜子, 天王寺分校学務係より配置
平成 6 年 9 月	事務局棟に保健管理センター完成
平成 8 年 3 月	看護婦梅田美津子, 退職
平成 8 年 4 月	看護婦中司妙美, 大阪市立大学より転任
平成 13 年 3 月	安福純子助教授, 学校教育講座 (心理学教室) へ転出
平成 13 年 4 月	和歌山県立医科大学 (神経精神医学) 坂口守男助手, 保健管理センター助教授就任
平成 14 年 4 月	保健管理システム導入
平成 16 年 4 月	国立大学法人大阪教育大学保健センターに名称変更
平成 19 年 11 月	坂口守男准教授, 保健センター教授昇任
平成 20 年 3 月	朝井均教授, 退職
平成 20 年 4 月	坂口守男教授, 保健センター所長就任 大阪市立大学医学部 (神経精神医学) 飛谷渉, 保健センター准教授就任
平成 22 年 3 月	看護師川口小夜子, 定年により退職
平成 22 年 4 月	看護師有川智美, 大阪教育大学附属幼稚園より転任

平成 25 年 3 月	看護師中司妙美，定年により退職
平成 25 年 4 月	看護師甚九美保，採用
平成 25 年 12 月	第 35 回全国大学メンタルヘルス研究会開催(於：ホテルアウリーナ)
平成 27 年 3 月	坂口守男教授，退職
平成 27 年 4 月	大阪歯科大学大学院(内科学) 宮前雅見准教授，保健センター所長教授就任
平成 27 年 4 月	保健センター天王寺分室へ非常勤看護師配置

平成 28 年度年間行事

月	行 事
4月	学生定期健康診断（健康調査・身体計測・視力・血圧・検尿・内科診察・胸部X線間接撮影検査） 対象学生：第一部学部学生，第二部学部学生，大学院生，特別専攻科生 実施日程：柏原キャンパス 4月1日（金） 新入生 4月4日（月） 在学生 4月5日（火） 在学生 天王寺キャンパス 4月6日（水） 新入生及び在学生 非正規留学生入学時結核検診（前期）
5月	健康診断証明書の自動発行開始 学生への健康診断結果報告書配布 学生定期健康診断事後措置開始 新入生U P I 検査の結果説明（希望者） 新入生歓迎行事の救護体制
6月	体育会所属クラブ学生心電図検診 職員定期健康診断 第1回職員特殊健康診断（有機溶剤・特定化学物質・電離放射線） 第1回学生特殊健康診断（電離放射線） 熱中症指導
7月	体育会所属クラブ学生心電図検診事後措置 オープンキャンパスの救護体制 職員定期健康診断結果の判定と事後措置開始 特殊健康診断結果の判定と事後措置
8月	プール試験救護体制（天王寺分室）
9月	大学院第1次入試の救護体制 幼稚園資格認定試験（1次）の救護体制 第二部3年次編入試験（推薦・特別選抜）の救護体制 全国大学保健管理協会近畿地方部会研究集会参加
10月	ストレスチェック実施 非正規留学生入学時結核検診（後期） 幼稚園資格認定試験（2次）の救護体制 第54回全国大学保健管理研究集会参加
11月	ストレスチェックにおける面接指導の実施 大学祭の救護体制 学部推薦入試の救護体制
12月	第2回職員特殊健康診断（有機溶剤・特定化学物質・電離放射線） 第1回学生特殊健康診断（有機溶剤・特定化学物質） 第2回学生特殊健康診断（電離放射線） 第38回全国大学メンタルヘルス研究集会参加
1月	特殊健康診断結果の判定及び事後措置 大学院2次，特別専攻科，私費留学生入試の救護体制 大学入試センター試験の救護体制
2月	第二部3年次編入試験の救護体制 学部一般（前期日程）入試の救護体制
3月	保健センター運営委員会 学部一般（後期日程）入試の救護体制

I : 学生健康診断等

1. 概要

学生の疾病予防と早期発見に努めるとともに、健康保持・増進及び健康教育の向上を図ることを目的に実施。

区分	検 査 項 目	対象者	実施時期	実 施 場 所
定期 健康診断	①健康調査（問診） ②身体計測（身長・体重・BMI） ③検尿（蛋白・糖・潜血） ④血圧測定 ⑤胸部X線間接撮影 ⑥内科診察（視診・聴打診）	全学生	4月	柏原キャンパス 天王寺キャンパス
	⑦視力検査（裸眼又は矯正）	第一学部：1回生，4回生以上 第二学部：1回生，3回生， 5回生以上 大学院生全員 特別支援特別専攻科生		
	胸部X線直接撮影	胸部X線間接撮影有所見者	5月	請負者が有している 健診専門施設
心電図 検診	問診 安静時心電図検査	体育会所属クラブの学生	6月	柏原キャンパス
結核検診	問診 胸部X線直接撮影	新入学非正規留学生 （在籍期間半年以上であること）	4月 10月	柏原キャンパス

【 二次検診及び精密検査 】

①健康調査（問診）

現病歴、管理・治療中の疾患がある場合は、保健センター医師の診察又は看護師の面談を行い、管理状況を調査する。

②身体測定

BMI30以上の学部1回生を対象に、肥満指導を実施する。（一次検診より2ヶ月後実施）

③尿検査

- ・有所見者を対象とする。
- ・早朝尿に対して試験紙で再検査を実施。（+）以上の者は同様に再々検査を実施する。
再々検査でも（+）以上の者は、保健センター医師による診察の後、精密検査が必要と判断された場合は医療機関へ紹介する。

④血圧測定

収縮期血圧140mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上の者を対象に再測定を行う。
再測定後も有所見の場合は、家庭血圧の測定を指導し、その結果に基づき保健センター医師が診察。精密検査が必要と判断された場合は医療機関へ紹介する。

⑤胸部X線間接撮影

有所見者を対象とし、胸部X線直接撮影による再検査を実施する。その結果有所見であった者は、保健センター医師による診察の後、精密検査が必要と判断された場合は医療機関へ紹介する。

⑥内科診察

有所見者を対象とし、保健センター医師による診察を行う。精密検査が必要と判断された場合は、医療機関へ紹介する。

⑦心電図検診

有所見者の中から保健センター医師が必要と判断した者は、再検査の後診察を行う。その結果、精密検査が必要と判断された場合は医療機関へ紹介する。

⑧結核検診

有所見者のうち結核が疑われる者は、結核検診事後措置マニュアルに添って指定医療機関を受診できるよう対応する。それ以外の有所見者は、保健センター医師の診察後医療機関を紹介する。その際国際センターへ協力を依頼し、対象者の受診サポートを行う。

2. 学生定期健康診断受診率と結果

(1) 受診率一覧

全対象者数：4,708人 受診者数：4,444人 受診率：94.4%

【第一部学部】

区 分		男女別比較		課程・学科別比較		合計
		男	女	教員養成	教養学科	
1 回 生	対象者数	445	500	510	435	945
	受診者数	441	499	507	432	940
	受診率(%)	99.1	99.8	99.4	99.3	99.5
2 回 生	対象者数	433	505	511	427	938
	受診者数	428	497	507	418	925
	受診率(%)	98.8	98.4	99.2	97.9	98.6
3 回 生	対象者数	409	501	503	407	910
	受診者数	385	488	489	384	873
	受診率(%)	94.1	97.4	97.2	94.3	95.9
4 回 生	対象者数	424	489	494	419	913
	受診者数	395	473	477	391	868
	受診率(%)	93.2	96.7	96.6	93.3	95.1
5 回 以 上	対象者数	78	48	58	68	126
	受診者数	36	24	28	32	60
	受診率(%)	46.2	50.0	48.3	47.1	47.6
合 計	対象者数	1,789	2,043	2,511	1,321	3,832
	受診者数	1,685	1,981	2,441	1,225	3,666
	受診率(%)	94.2	97.0	97.2	92.7	95.7

【第二部学部】

区 分	男	女	合計
1 回 生	対象者数	20	23
	受診者数	20	23
	受診率(%)	100.0	100.0
2 回 生	対象者数	23	22
	受診者数	23	22
	受診率(%)	100.0	100.0
3 回 生	対象者数	48	42
	受診者数	47	41
	受診率(%)	97.9	97.6
4 回 生	対象者数	46	40
	受診者数	43	38
	受診率(%)	93.5	95.0
5 回 生	対象者数	44	44
	受診者数	42	41
	受診率(%)	95.5	93.2
6 回 以 上	対象者数	13	9
	受診者数	9	6
	受診率(%)	69.2	66.7
合 計	対象者数	194	180
	受診者数	184	171
	受診率(%)	94.8	95.0

【特別支援教育特別専攻科】

区 分	男	女	合計
1 回 生	対象者数	11	22
	受診者数	11	22
	受診率(%)	100.0	100.0

※図表等では特専と表記する

【大学院】

区 分	男	女	合計
1 回 生	対象者数	106	120
	受診者数	89	109
	受診率(%)	84.0	90.8
2 回 生	対象者数	89	107
	受診者数	78	90
	受診率(%)	87.6	84.1
3 回 以 上	対象者数	30	17
	受診者数	16	8
	受診率(%)	53.3	47.1
合 計	対象者数	225	244
	受診者数	183	207
	受診率(%)	81.3	84.8

(2) 過去5年間の受診状況

区 分			平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
第 一 部	1 回生	対象者数	937	923	927	943	945
		受診者数	931	912	920	936	940
		受診率	99	99	99.2	99.3	99.5
	2 回生	対象者数	916	933	921	918	938
		受診者数	887	905	892	897	925
		受診率	97	97	96.9	97.7	98.6
	3 回生	対象者数	925	913	920	914	910
		受診者数	847	851	868	867	873
		受診率	92	93	94.3	94.9	95.9
	4 回生	対象者数	908	916	908	916	913
		受診者数	830	854	850	863	868
		受診率	91	93	93.6	94.2	95.1
	5回生 以上	対象者数	135	149	152	139	126
		受診者数	52	64	53	62	60
		受診率	39	43	34.9	44.6	47.6
	小 計	対象者数	3821	3834	3,828	3,830	3,832
		受診者数	3547	3586	3,583	3,625	3,666
		受診率	93	94	93.6	94.6	95.7
第 二 部（夜間学部）	1 回生	対象者数	43	44	41	45	43
		受診者数	43	44	41	45	43
		受診率	100	100	100.0	100	100
	2 回生	対象者数	43	42	44	41	45
		受診者数	40	41	43	41	45
		受診率	93	98	97.7	100	100
	3 回生	対象者数	95	92	90	86	90
		受診者数	91	90	87	84	88
		受診率	96	98	96.7	97.7	97.8
	4 回生	対象者数	99	93	92	89	86
		受診者数	94	90	83	86	81
		受診率	95	97	90.2	96.6	94.2
	5 回生	対象者数	88	99	91	90	88
		受診者数	81	93	87	86	83
		受診率	92	94	95.6	95.6	94.3
	6 回生 以上	対象者数	15	13	15	18	22
		受診者数	5	4	5	9	15
		受診率	33	31	33.3	50	68.2
小 計	対象者数	383	383	373	369	374	
	受診者数	354	362	346	351	355	
	受診率	92	95	92.8	95.1	94.9	
大 学 院	1 回生	対象者数	188	200	185	200	226
		受診者数	170	175	170	181	198
		受診率	90	88	91.9	90.5	87.6
	2 回生	対象者数	182	183	199	182	196
		受診者数	149	146	157	159	168
		受診率	82	80	78.9	87.4	85.7
	3 回生 以上	対象者数	48	41	45	46	47
		受診者数	28	10	19	23	24
		受診率	58	24	42.2	50	51.1
	小 計	対象者数	418	424	429	428	469
		受診者数	347	331	346	363	390
		受診率	83	78	81	85	83
特 専	1 回生	対象者数	24	26	26	21	33
		受診者数	24	26	25	20	33
		受診率	100	100	96	95	100
合 計		対象者数	4646	4667	4,656	4,648	4,708
		受診者数	4272	4305	4,300	4,359	4,444
		受診率	92	92	92.4	93.8	94.4

(3) 項目別検査結果

① 尿検査

区分		受診者数	有所見者数		
			蛋白	糖	潜血
第一部	1回生	940	28	3	11
	2回生	925	24	5	11
	3回生	873	19	2	9
	4回生	868	23	2	5
	5回生以上	60	1	1	3
第二部	1回生	43	3	0	0
	2回生	45	4	0	1
	3回生	88	3	0	5
	4回生	81	4	0	5
	5回生	83	2	1	2
	6回生以上	15	1	0	1
大学院	1回生	198	2	5	5
	2回生	168	2	2	2
	3回生以上	24	0	0	0
特専	1回生	33	1	0	0
合計(割合)		4444	117(2.6)	21(0.47)	60(1.4)

有所見者 184 人のうち、再検査により陰性を確認した者は 166 人。(その内訳については延べ数で左表に記す。)

管理中疾患が要因と考えられるため、主治医による診察後、経過報告を指示した者が 4 人。保健センター医師の判断で経過観察となった者が 2 人。

医療機関での精密検査が必要と判断された者が 4 人。精密検査の結果は、異常なしと診断された者が 3 人、未受診者が 1 人であった。

呼び出しに応じない者は 23 人であった。

② 胸部X線

区分		受診者数	一次検診 (間接撮影)		二次検診 (直接撮影)
			有所見者数	二次検診 対象者数	有所見者数
第一部	1回生	940	24	0	0
	2回生	925	22	2	0
	3回生	873	17	2	0
	4回生	868	12	2	0
	5回生以上	60	1	0	0
第二部	1回生	43	0	0	0
	2回生	45	1	0	0
	3回生	88	2	0	0
	4回生	81	2	0	0
	5回生	83	1	0	0
	6回生以上	15	0	0	0
大学院	1回生	198	2	0	0
	2回生	168	4	0	0
	3回生以上	24	0	0	0
特専	1回生	33	0	0	0
合計(割合)		4444	88(1.98)	6(0.13)	0(0.0)

一次検診有所見者のうち、二次検診が必要となった者は 6 人。その詳細は、索状影 1 人、粒状影 1 人、網状影 1 人、左肺尖肥厚 1 人、透過性亢進 1 人、線状影 1 人であった。

また二次検診の結果、医療機関での精密検査が必要と判断された者はいなかった。

③ 血圧

区分		受診者数	有所見者数	B M I	
				30以上 40未満	40以上
第一部	1回生	940	21	1	0
	2回生	925	15	1	1
	3回生	873	19	4	0
	4回生	868	34	3	1
	5回生以上	60	3	0	0
第二部	1回生	43	0	0	0
	2回生	45	1	0	0
	3回生	88	2	1	0
	4回生	81	3	0	0
	5回生	83	1	1	0
	6回生以上	15	1	0	0
大学院	1回生	198	8	0	0
	2回生	168	11	0	0
	3回生以上	24	1	1	0
特専	1回生	33	3	1	0
合計(割合)		4444	123(2.76)	13(10.56)	2(1.62)

有所見者のうち、再測定をして正常となった者は142人。

再測定後も有所見となり、家庭血圧を測定するよう指導した者は8人。

そのうち高血圧治療中の者は1人。かかりつけ医により経過観察となった者が2人。

残り5人は家庭血圧においては正常であった。

呼び出しに応じなかった者は53人であった。

④ BMI

男 子	区分		受診者数	有所見者数	有所見内訳			
					25以上 30未満	30以上 40未満	40以上	18.5未満
	第一部	1 回生	441	53	44	7	1	45
		2 回生	428	55	47	6	2	31
		3 回生	385	57	45	11	0	34
		4 回生	395	64	52	11	1	3
		5 回生以上	36	12	9	3	0	1
	第二部	1 回生	20	3	3	0	0	3
		2 回生	23	3	3	0	0	2
		3 回生	47	13	11	2	0	2
4 回生		43	6	5	1	0	3	
5 回生		42	10	2	8	0	4	
6 回生以上		9	2	2	0	0	1	
大学院	1 回生	89	18	15	2	1	7	
	2 回生	78	21	14	7	0	4	
	3 回生以上	16	6	5	1	0	0	
特専	1 回生	11	3	1	2	0	1	
小計(割合)		2063	326(15.8)	258(79.1)	61(18.7)	5(1.5)	169(8.1)	

女 子	区分		受診者数	有所見者数	有所見内訳			
					25以上 30未満	30以上 40未満	40以上	18.5未満
	第一部	1 回生	499	25	21	3	0	75
		2 回生	497	26	22	2	0	56
		3 回生	488	26	23	2	1	69
		4 回生	473	20	20	0	0	73
		5 回生以上	24	2	2	0	0	3
	第二部	1 回生	23	3	2	1	0	2
		2 回生	22	2	2	0	0	2
		3 回生	41	3	2	0	1	6
		4 回生	38	6	6	0	0	5
		5 回生	41	4	3	1	0	4
		6 回生以上	6	1	1	0	0	1
	大学院	1 回生	109	14	13	1	0	15
		2 回生	90	9	7	2	0	10
		3 回生以上	8	1	0	1	0	0
特専	1 回生	22	2	2	0	0	3	
小計(割合)		2381	144(6.0)	126(87.5)	13(10.3)	2(1.3)	324(13.6)	

合計(割合)		4444	470(10.5)	384(81.7)	74(15.7)	7(1.4)	493(11.0)
--------	--	------	-----------	-----------	----------	--------	-----------

⑤ 内科診察

区分		受診者数	有所見者数	有所見内訳				
				結膜貧血	甲状腺 肥大	心雑音	不整脈	※ その他
第一部	1回生	940	9	1	5	3	0	0
	2回生	925	16	1	5	6	0	4
	3回生	873	23	1	8	5	2	7
	4回生	868	11	2	5	1	0	3
	5回生以上	60	2	0	1	0	0	1
第二部	1回生	43	0	0	0	0	0	0
	2回生	45	0	0	0	0	0	0
	3回生	88	2	0	2	0	0	0
	4回生	81	2	0	2	0	0	0
	5回生	83	1	0	1	0	0	0
	6回生以上	15	0	0	0	0	0	0
大学院	1回生	198	2	0	1	0	0	1
	2回生	168	0	0	0	0	0	0
	3回生以上	24	0	0	0	0	0	0
特専	1回生	33	2	0	1	0	1	0
合計(割合)		4444	70(1.57)	5(0.11)	31(0.69)	15(0.33)	3(0.06)	16(0.36)

有所見者のうち医療機関へ紹介となった者は14人。

保健センター医師による診察にて異常なし、または経過観察となった者は41人。

すでに医療機関で管理中である者は10人。

呼び出しに応じなかった者は5人であった。

※その他の内訳

アトピー性皮膚炎(11人) 湿疹(2人) 呼吸音の異常(1人) 漏斗胸(1人)

(4) 治療中・管理中疾患内訳

循環器系	W P W症候群(4人) 高血圧症(3人) 心室性期外収縮(2人) 修正大血管転移(1人) 心室中隔欠損症(4人) 急性心筋炎(1人) 川崎病(2人) 僧帽弁閉鎖不全症(1人) 大動脈弁狭窄症(2人) 肺動脈弁狭窄症(1人) 不完全右脚ブロック(1人) 不整脈(1人) 心サルコイドーシス(1人) 房室ブロック(2人) 起立性低血圧(1人)
呼吸器系	喘息(18人)
腎・泌尿器系	I g A腎症(2人) 腎炎(3人) 腎結石(2人) 膀胱直腸障害(1人) 無症候性血尿(1人) 左腎盂尿管移行部狭窄症(1人) 前立腺炎(1人) ネフローゼ症候群(1人)
消化器系	B型肝炎(2人) クロウン病(2人) 潰瘍性大腸炎(2人) 胆石症(1人) 胆道閉塞症(1人) 過敏性腸症候群(3人)
代謝・内分泌 免疫系	バセドウ病(3人) 橋本病(3人) 甲状腺機能低下症(1人) 副甲状腺機能低下症(1人) 甲状腺腫(2人) 全身性エリテマトーデス(2人) 膠原病(2人) 皮膚筋炎(1人) 痛風(1人) 高脂血症(2人)
血液・造血系	貧血(2人) 血小板増多症(1人) 再生不良性貧血(1人)
骨・筋系	腰椎椎間板ヘルニア(4人) 腰椎分離症(2人) 胸郭出口症候群(1人) 側弯症(5人) 半月板損傷(1人) 靱帯断裂(3人) 若年性突発性関節炎(1人)
感覚器系	ポスナーシュロスマン症候群(1人) 右ピット黄斑症候群(1人) 先天性白内障(1人) 難聴(2人) アトピー性皮膚炎(24人)
精神・神経 脳神経系	うつ病(1人) 自律神経失調症(1人) 起立性調節障害(1人) 急性硬膜下血腫(1人) 偏頭痛(1人) てんかん(3人) クモ膜下出血(1人)
婦人系	無月経(1人) 子宮内膜症(1人)

(5) 健康調査

①喫煙状況

区分		受診者数		毎日喫煙する		時々喫煙する		喫煙しない		未回答		喫煙者数(割合)	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
第一部	1回生	441	499	2	0	1	0	433	497	5	2	3(0.7)	0(0.0)
		940		2		1		930		7		3(0.3)	
	2回生	428	497	4	0	5	0	416	497	3	0	9(2.1)	0(0.0)
		925		4		5		913		3		9(1.0)	
	3回生	385	488	18	2	20	6	347	480	0	0	38(9.9)	8(1.6)
		873		20		26		827		0		46(5.3)	
	4回生	395	473	35	4	29	5	330	463	1	1	64(16.2)	9(1.9)
		868		39		34		793		2		73(8.4)	
	5回生以上	36	24	7	0	3	2	26	22	0	0	10(27.8)	2(8.3)
		60		7		5		48		0		12(20.0)	
第二部		184	171	13	0	9	0	160	169	2	2	22(12.0)	0(0.0)
		355		13		9		329		4		22(6.2)	
大学院		183	207	14	3	10	2	141	178	18	24	24(13.1)	5(2.4)
		390		17		12		319		42		29(7.4)	
特専		11	22	2	1	2	0	7	20	0	1	4(36.4)	1(4.5)
		33		3		2		27		1		5(15.2)	
合計		2,063	2,381	95	10	79	15	1,860	2,326	29	30	174(8.4)	25(1.0)
		4,444		105		94		4,186		59		199(4.5)	

②喫煙率の年次推移

区分		26年度	27年度	28年度
受診者数	男	2,006	2,012	2,063
	女	2,294	2,347	2,381
	計	4,300	4,359	4,444
喫煙者数(割合)	男	192(9.6)	199(9.9)	174(8.4)
	女	30(1.3)	27(1.2)	25(1.0)
	計	222(5.2)	226(5.2)	199(4.5)

③飲酒状況

区分		受診者数		毎日飲酒する		時々飲酒する		ほとんど飲酒しない		未回答		飲酒者数(割合)	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
第一部	1回生	441	499	0	0	11	5	425	492	5	2	11(2.5)	5(1.0)
		940		0		16		917		7		16(1.7)	
	2回生	428	497	3	0	90	44	333	453	2	0	93(21.7)	44(8.9)
		925		3		134		786		2		137(14.8)	
	3回生	385	488	5	5	257	312	123	171	0	0	262(68.1)	317(65.0)
		873		10		569		294		0		579(66.3)	
	4回生	395	473	11	0	264	293	118	179	2	1	275(69.6)	293(61.9)
		868		11		557		297		3		568(65.4)	
	5回生以上	36	24	1	1	20	9	15	14	0	0	21(58.3)	10(41.7)
		60		2		29		29		0		31(51.7)	
第二部		184	171	9	3	98	80	75	86	2	2	107(58.2)	83(48.5)
		355		12		178		161		4		190(53.5)	
大学院		183	207	11	4	103	103	51	76	18	24	114(62.3)	107(51.7)
		390		15		206		127		42		221(56.7)	
特専		11	22	1	1	7	7	3	13	0	1	8(72.7)	8(36.4)
		33		2		14		16		1		16(48.5)	
合計		2,063	2,381	41	14	850	853	1,143	1,484	29	30	891(43.2)	867(36.4)
		4,444		55		1,703		2,627		59		1,758(39.6)	

④飲酒率の年次推移

区分		26年度	27年度	28年度
受診者数	男	2,006	2,012	2,063
	女	2,294	2,347	2,381
	計	4,300	4,359	4,444
飲酒者数(割合)	男	886(44.2)	920(45.7)	891(43.2)
	女	791(34.5)	842(35.9)	867(36.4)
	計	1,677(39.0)	1,762(40.4)	1,758(39.6)

⑤運動状況

区分		受診者数		毎日運動する		時々運動する		ほとんど運動しない		未回答		運動者数(割合)	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
第一部	1回生	441	499	74	33	282	209	78	254	7	3	356(80.7)	242(48.5)
		940		107		491		332		10		598(63.6)	
	2回生	428	497	125	49	228	241	74	207	1	0	353(82.5)	290(58.4)
		925		174		469		281		1		643(69.5)	
	3回生	385	488	107	54	199	198	76	236	3	0	306(79.5)	252(51.6)
		873		161		397		312		3		558(63.9)	
	4回生	395	473	101	32	201	197	93	243	0	1	302(76.5)	229(48.4)
		868		133		398		336		1		531(61.2)	
	5回生以上	36	24	4	1	18	8	14	15	0	0	22(61.1)	9(37.5)
		60		5		26		29		0		31(51.7)	
第二部		184	171	24	8	109	105	48	55	3	3	133(72.3)	113(66.1)
		355		32		214		103		6		246(69.3)	
大学院		183	207	24	10	90	71	50	102	19	24	114(62.3)	81(39.1)
		390		34		161		152		43		195(50.0)	
特専		11	22	0	0	9	12	2	9	0	1	9(81.8)	12(54.5)
		33		0		21		11		1		21(63.6)	
合計		2,063	2,381	459	187	1,136	1,041	435	1,121	33	32	1,595(77.3)	1,228(51.6)
		4,444		646		2,177		1,556		65		2,823(63.5)	

⑥運動率の年次推移

区分		27年度	28年度
受診者数	男	2,012	2,063
	女	2,347	2,381
	計	4,359	4,444
運動者数(割合)	男	1,428(71.0)	1,595(77.3)
	女	1,407(59.9)	1,228(51.6)
	計	2,835(65.0)	2,823(63.5)

3. 体育会所属クラブ心電図検診実施結果

(1) 受診状況

団 体 名	部員数			受診者数			受診率(%)		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
男子バスケットボール部	33	4	37	33	3	36	100.0	75.0	97.3
女子バスケットボール部	—	16	16	—	16	16	—	100.0	100.0
男子バレーボール部	12	5	17	11	5	16	91.7	100.0	94.1
女子バレーボール部	—	10	10	—	10	10	—	100.0	100.0
男子ハンドボール部	16	1	17	16	1	17	100.0	100.0	100.0
女子ハンドボール部	—	22	22	—	21	21	—	95.5	95.5
硬式野球部	43	5	48	39	5	44	90.7	100.0	91.7
準硬式野球部	19	4	23	19	4	23	100.0	100.0	100.0
男子サッカー部	73	8	81	72	8	80	98.6	100.0	98.8
ラグビー部	27	6	33	25	6	31	92.6	100.0	93.9
アメリカンフットボール部	42	15	57	39	14	53	92.9	93.3	93.0
硬式庭球部	11	10	21	10	9	19	90.9	90.0	90.5
ソフトテニス部	16	3	19	12	3	15	75.0	100.0	78.9
卓球部	15	7	22	13	6	19	86.7	85.7	86.4
剣道部	23	16	39	18	14	32	78.3	87.5	82.1
柔道部	10	1	11	10	1	11	100.0	100.0	100.0
合気道部	13	4	17	10	4	14	76.9	100.0	82.4
空手部	8	6	14	7	4	11	87.5	66.7	78.6
体操競技部	4	2	6	4	2	6	100.0	0.0	100.0
陸上競技部	60	25	85	56	22	78	93.3	88.0	91.8
バドミントン部	14	10	24	13	10	23	92.9	100.0	95.8
水上競技部	10	14	24	9	14	23	90.0	100.0	95.8
体育会スキー部	16	11	27	15	9	24	93.8	81.8	88.9
民族舞踊部	6	18	24	5	15	20	83.3	83.3	83.3
モダンダンス部	1	31	32	1	22	23	100.0	71.0	71.9
フィギアスケート部	0	2	2	0	2	2	0.0	0.0	0.0
女子サッカー部	—	18	18	—	18	18	—	100.0	100.0
女子ラクロス部	—	43	43	—	42	42	—	97.7	97.7
弓道部	18	21	39	16	19	35	88.9	90.5	89.7
L S B	48	79	127	38	64	102	79.2	81.0	80.3
男子ラクロス部	54	17	71	51	16	67	94.4	94.1	94.4
山岳部	9	3	12	6	3	9	66.7	100.0	75.0
合 計	601	437	1,038	548	392	940	91.2	89.7	90.6

(2) 有所見率とその内訳

区分	受診者数	有所見者数	有所見率(%)
男	548	35	6.4
女	392	12	3
合計	940	47	5

W P W症候群(2人) 上室性期外収縮(5人)
心室性期外収縮(2人) 洞性徐脈(5人)
不完全右脚ブロック(5人) 平低T波(5人)
完全右脚ブロック(4人) 左軸偏位(4人)
二段脈(1人) 洞性不整脈(8人)
Ⅱ度房室ブロック(1人) ST低下(2人)
心室内ブロック(2人) 三段脈(1人)

有所見者のうち医療機関へ紹介となった者は2人で、精査の結果異常なしが1名、経過観察が1名であった。

再検査後、保健センター医師の診察にて異常なし、または経過観察となったものは45人であった。

4. 非正規留学生結核検診実施結果

(1) 受診率

区 分		男	女	合計
前期	対象者数	4	14	18
	受診者数	4	14	18
	受診率(%)	100	100	100
後期	対象者数	7	22	29
	受診者数	7	22	29
	受診率(%)	100	100	100

平成 28 年度より実施を開始し、
有所見者はいなかった。

(2) 対象者の出身国一覧と内訳

	前期(人)	後期(人)	合計(人)
アメリカ	1	0	1
インド	0	1	1
オーストラリア	0	1	1
韓国	8	2	10
カンボジア	0	1	1
スペイン	1	0	1
台湾	1	6	7
中国	3	6	9
ドイツ	0	1	1
バングラデシュ	1	0	1
ブラジル	1	0	1
フランス	0	2	2
ベトナム	1	3	4
ペルー	1	0	1
ポーランド	0	2	2
ロシア	0	1	1
タイ	0	3	3

5. 学生特殊健康診断

(1) 概要

区分	検 査 項 目	対象者	実施予定日	実施場所
電離放射線健康診断	1 共通項目 ① 被ばく歴の有無，自覚症状の有無の調査 ② 白内障に関する眼の検査 ③ 皮膚の検査 2 指定の検査項目 ① 白血球数及び白血球百分率の検査 ② 赤血球数の検査及び血色素量又はヘマトクリット値の検査	放射線及び放射性物質取扱者	6月，12月	柏原キャンパス
有機溶剤等健康診断	1 共通項目 ① 業務経歴調査 ② 有機溶剤による既往歴の調査（自・他覚症状の既往の有無，既往の検査異常所見の有無） ③ 特殊健診専門医による診察（有機溶剤による自・他覚症状の有無） ④ 尿蛋白 ⑤ 特殊健診専門医による①～④の総合判定 2 指定の検査項目 ① 尿中馬尿酸量 ② 尿中メチル馬尿酸量 ③ 尿中2・5-ヘキサンジオン量 ④ 尿中N-メチルホルムアミド量 ⑤ 尿中マンデル酸量 ⑥ 尿中トリクロル酢酸又は総三塩化物 ⑦ 赤血球数・ヘモグロビン ⑧ 肝機能検査（GOT・GPT・γ-GTP） ⑨ 眼底検査（両眼）	有機溶剤常時取扱作業者		
特定化学物質健康診断	1 共通項目 ① 業務経歴調査 ② 化学物質の種類ごとに定められた自覚症状・他覚症状の既往歴の有無 ③ 特殊健診専門医による診察（化学物質の種類ごとに定められた自覚症状・他覚症状の有無，鼻腔の所見） ④ 特殊健診専門医による①～③の総合判定 2 指定の検査項目 ① 尿沈査検鏡 ② 尿蛋白検査 ③ 尿潜血検査 ④ 尿ウロビリノーゲン検査 ⑤ 尿中マンデル酸 ⑥ 肝機能検査（GOT・GPT・γ-GTP） ⑦ 全血比重，貧血検査 ⑧ 白血球数及び白血球百分率の検査 ⑨ 血清インジウム，血清シアン化糖鎖抗原KL-6 ⑩ 胸部X線直接撮影 ⑪ 肺活量，血圧測定 ⑫ 握力	特定化学物質常時取扱作業者	12月	
歯科健康診断	歯科医師による健康診断	塩酸，硫酸，硝酸など歯又はその支持組織に有害な業務に常時従事する作業者（特定化学物質健康診断健診項目を除く）		

(2) 受診状況及び管理区分

(6月・12月実施)

区 分	対象者数	受診者数	管 理 区 分	
			管理 A (異常認めず)	管理 T (当該因子以外の有所見)
電離放射線健康診断 (第1回)	2	2	2	0
電離放射線健康診断 (第2回)	5	5	5	0

(12月実施)

区 分	対象者数	受診者数	管 理 区 分	
			管理 A (異常認めず)	管理 T (当該因子以外の有所見)
有機溶剤等健康診断	26	26	25	1
特定化学物質健康診断	25	25	22	3
歯科医師による健康診断	25	25	25	0

- ◎ 学生特殊健康診断における電離放射線健康診断は、学内の放射線障害予防規定に基づき年2回実施する。また、学外研究機関で放射線取り扱いする学生については、年1回(12月)血液検査も実施する。
- ◎ 学生特殊健康診断における有機溶剤および特定化学物質健康診断は、大学の安全衛生の自主的な取り組みとして、平成17年度より大学教員と同一環境下で研究活動を行う大学院生・学部学生を対象に年1回(12月)実施する。
- ◎ 特殊健康診断実施後の措置として、有所見者には産業医による面接指導を実施する。

6. 新入生の「麻しんに関する確認書」提出状況

区 分		対象者数	①ワクチン接種	②抗体検査	③その他 (予防接種不可)	④書類未提出
第一部	教員養成	510	484	23	0	3
			94.9%	4.5%	0.0%	0.6%
	教養学科	435	377	32	0	26
			86.7%	7.4%	0.0%	6.0%
※ 第二部		93	80	10	0	3
			86.0%	10.8%	0.0%	3.2%
大学院		227	144	70	0	13
			63.4%	30.8%	0.0%	5.7%
特専		34	22	10	0	2
			64.7%	29.4%	0.0%	5.9%
合計		1,299	1,107	145	0	47
			85.2%	11.2%	0.0%	3.6%

◎ 平成20年度より、入学時に麻しんに関する書類の提出を求め、入学者全員のワクチン接種状況または抗体値を確認している。(ワクチン接種は2回、抗体値はEIA法IgG検査で8以上)

◎ 抗体検査の結果が、本学の基準値以下の場合は追加でワクチン接種するよう促している。

※第二部の対象者には、3年次編入者50人を含む。

また対象者数は入学時のものを記載しているため、年度内の休退学者数も含まれる。

Ⅱ：職員健康診断

1. 概要

労働安全衛生法に基づき、職員の健康影響、健康障害及び疾病の早期発見、健康保持増進を目的として実施する。

区分	検 査 項 目		対 象 者	実施時期	実 施 場 所
定期健康診断	①健康調査（問診）		全員	5月末～ 6月上旬	柏原キャンパス 天王寺地区 池田地区 平野地区 附属特別支援学校
	②計測(身長・体重・BMI)				
	③検尿（蛋・糖・潜血）				
	④血圧測定				
	⑤視力検査(裸眼又は矯正)				
	⑥聴力検査(1000Hz/4000Hz)				
	⑦胸部X線デジタル撮影				
	⑧内科診察（視診・聴打診）				
	⑨血液検査	貧血検査（赤血球数・血色素量）	35歳及び40歳以上の者		
		肝機能検査（GOT・GPT・γ-GTP）			
		脂質代謝検査（HDL-ch・中性脂肪・LDL-ch）			
		空腹時血糖			
	⑩安静時心電図検査				
	⑪腹囲測定				
○VDT健診(問診・近点視力検査)		40歳未満の事務系職員で、新規採用者及び雇用から3年毎にあたる者、前年度有所見者			
○麻しん（はしか）抗体検査		40歳未満で、本学において未受診の者			
○胃部X線間接撮影		40歳以上の希望者 （検査費用は自己負担）			
○大腸がん検査（便潜血）					
雇入時の健康診断	定期健診項目の①～⑪		採用者	採用時	請負者が有している健診専門施設で実施
	○便培養検査		給食業務に従事する採用者		
特定業務従事者の健康診断	定期健診①～⑪の対象項目		特定業務従事者	(6月)	(定期健康診断)
				12月	特殊健康診断と同日

* 特定業務従事者の健康診断について…鉛、水銀、クロム、砒素、黄りん、弗化水素、塩酸、硝酸、亜硫酸、硫酸、一酸化炭素、二酸化炭素、青酸、ベンゼン、アニリン、ホルムアルデヒドその他これらに準ずる有害物のガス、蒸気、又は粉じんを発生する場所における業務等に従事する者は、6月・12月の年2回、定期健康診断と同じ項目の健康診断を受けなければならない。ただし、胸部X線検査については6月に異常がなければ2回目は免除される。

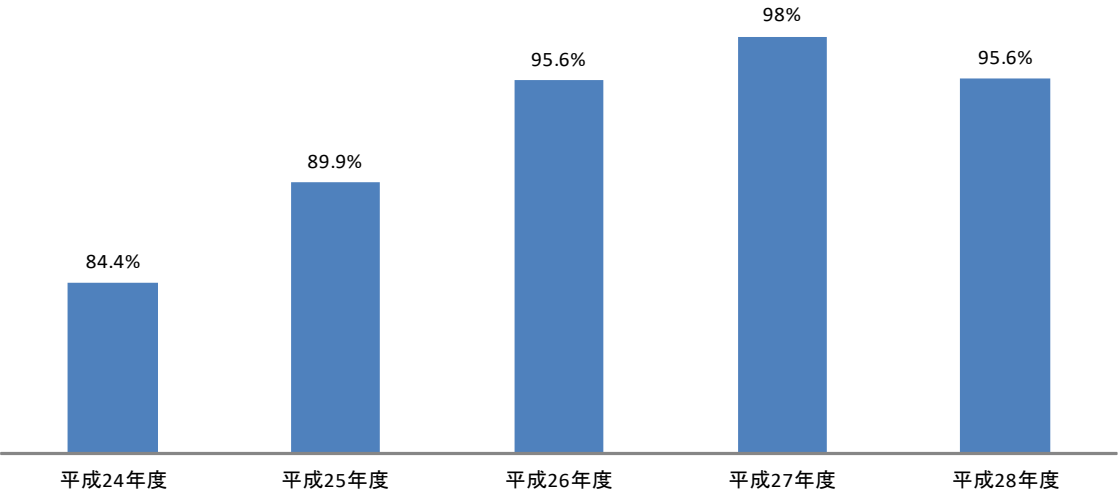
2. 職員定期健康診断受診率と結果

(1) 受診率一覧

区分	部局	対象者数			受診者状況			
		男	女	計	定期健診 受診者数	人間ドック 受診者数	受診者 合計	受診率 (%)
柏原キャンパス	監査室	2	1	3	1	2	3	100.0
	経営戦略課	2	3	5	3	2	5	100.0
	総務部総務課	9	11	20	16	4	20	100.0
	総務部人事課	13	8	21	17	4	21	100.0
	総務部財務課	12	12	24	18	6	24	100.0
	総務部施設課	10	3	13	10	3	13	100.0
	学務部教務課	12	14	26	21	5	26	100.0
	学務部学生支援課	6	17	23	18	5	23	100.0
	学務部入試課	6	2	8	6	2	8	100.0
	学部部学術連携課	5	12	17	15	2	17	100.0
	学部部学術情報課	3	19	22	19	3	22	100.0
	学部部学術情報課情報企画室	8	1	9	9	0	9	100.0
	学部部附属学校課	3	7	10	8	2	10	100.0
	教員養成課程	80	33	113	69	31	100	88.5
	教養学科	69	17	86	46	29	75	87.2
	キャリア支援センター	1	0	1	1	0	1	100.0
	科学教育センター	1	1	2	2	0	2	100.0
	教職教育研究センター	8	2	10	7	2	9	90.0
	国際センター	2	4	6	2	1	3	50.0
	情報処理センター	3	0	3	3	0	3	100.0
	保健センター	2	4	6	5	0	5	83.3
	小計	257	171	428	296	103	399	93.2
天王寺キャンパス	学務部天王寺地区総務課	9	2	11	10	1	11	100.0
	学部部学術連携課地域連携係	1	0	1	1	0	1	100.0
	学部部学術情報課天王寺分館サービス係	1	1	2	2	0	2	100.0
	第二部	11	3	14	11	0	11	78.6
	大学院連合教職実践研究科	11	5	16	9	7	16	100.0
	科学教育センター	1	0	1	1	0	1	100.0
	小計	34	11	45	34	8	42	93.3
附属学校	学校危機メンタルサポートセンター	5	3	8	6	2	8	100.0
	附属池田小学校	17	19	36	35	1	36	100.0
	附属池田中学校	17	13	30	29	1	30	100.0
	附属高等学校池田校舎	19	17	36	27	6	33	91.7
	附属天王寺小学校	19	9	28	26	2	28	100.0
	附属天王寺中学校	17	12	29	27	2	29	100.0
	附属高等学校天王寺校舎	21	14	35	27	8	35	100.0
	附属平野小学校	16	15	31	29	2	31	100.0
	附属平野中学校	14	9	23	19	4	23	100.0
	附属高等学校平野校舎	20	7	27	20	7	27	100.0
	附属特別支援学校	16	23	39	35	4	39	100.0
	附属幼稚園	2	11	13	9	4	13	100.0
	小計	183	152	335	289	43	332	99.1
合計		474	334	808	619	154	773	95.7

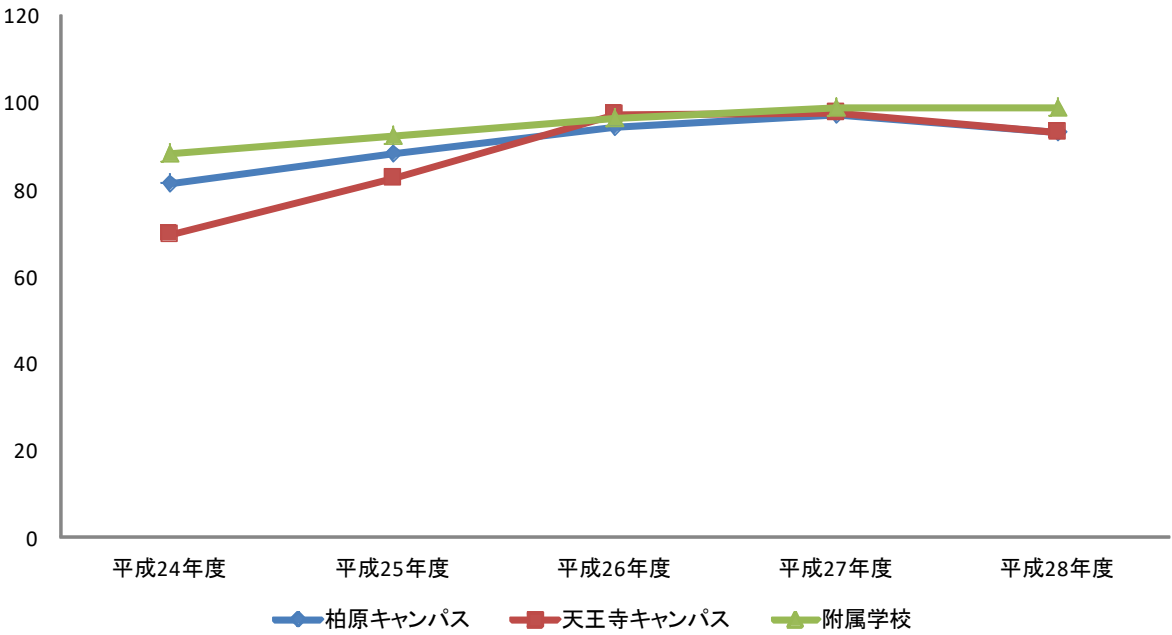
(2) 過去5年間の受診状況とその内訳

①受診状況



	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
職員総数	878	828	833	810	808
総受診者数(割合)	727 (84.4)	744 (89.9)	796 (95.6)	793 (98.0)	773 (95.6)

②受診状況内訳



	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
柏原キャンパス	365 (81.4)	384 (88.3)	421 (94.6)	431 (97.2)	399 (93.2)
天王寺キャンパス	16 (69.6)	33 (82.5)	37 (97.4)	46 (97.8)	42 (93.3)
附属学校	325 (88.4)	327 (92.6)	338 (96.6)	316 (99)	332 (99.1)

※()内は受診率を%で示す

(3) 項目別有所見状況

区分		柏原キャンパス			天王寺キャンパス			附属学校			合計			
		受診者数	有所見数	有所見率(%)	受診者数	有所見数	有所見率(%)	受診者数	有所見数	有所見率(%)	受診者数	有所見数	有所見率(%)	
身長・体重 (BMI)		男	237	41	17.3	31	5	16.1	180	25	13.9	448	71	15.8
		女	162	8	4.9	11	0	0.0	152	7	4.6	325	15	4.6
聴力	1000Hz	男	236	11	4.7	31	2	6.5	180	8	4.4	447	21	4.7
		女	161	1	0.6	11	0	0.0	152	5	3.3	324	6	1.9
	4000Hz	男	236	23	9.7	31	3	9.7	180	11	6.1	447	37	8.3
		女	161	3	1.9	11	0	0.0	152	1	0.7	324	4	1.2
血圧		男	237	51	21.5	31	6	19.4	178	27	15.2	446	84	18.8
		女	162	8	4.9	11	1	9.1	152	3	2.0	325	12	3.7
検尿	糖	男	236	2	0.8	31	1	3.2	178	2	1.1	445	5	1.1
		女	162	1	0.6	11	0	0.0	150	0	0.0	323	1	0.3
	蛋白	男	236	12	5.1	31	0	0.0	178	8	4.5	445	20	4.5
		女	162	2	1.2	11	0	0.0	150	6	4.0	323	8	2.5
貧血検査		男	200	29	14.5	27	2	7.4	178	12	6.7	405	43	10.6
		女	114	16	14.0	11	1	9.1	150	15	10.0	275	32	11.6
血糖検査		男	200	30	15.0	27	4	14.8	117	16	13.7	344	50	14.5
		女	114	3	2.6	11	0	0.0	98	2	2.0	223	5	2.2
肝機能検査		男	200	35	17.5	27	4	14.8	117	21	17.9	344	60	17.4
		女	114	13	11.4	11	1	9.1	98	7	7.1	223	21	9.4
血中脂質検査		男	200	107	53.5	27	10	37.0	117	59	50.4	344	176	51.2
		女	114	53	46.5	11	6	54.5	98	42	42.9	223	101	45.3
胸部X線検査		男	235	12	5.1	31	1	3.2	178	5	2.8	444	18	4.1
		女	156	4	2.6	10	0	0.0	147	2	1.4	313	6	1.9
心電図		男	200	5	2.5	26	3	11.5	115	3	2.6	341	11	3.2
		女	113	4	3.5	11	0	0.0	98	1	1.0	222	5	2.3
喀痰検査		男	1	0	0.0	0	0	－	1	0	0.0	2	0	0.0
		女	0	0	－	0	0	－	0	0	－	0	0	－

3. 職員特殊健康診断

有機溶剤中毒予防規則および特定化学物質障害予防規則，その他関係法令に基づき健康に有害な業務に従事する職員に対して実施する。

(1) 概要

区分	検 査 項 目	対象者	実施予定日	実施場所
電離放射線健康診断	1 共通項目 ① 被ばく歴の有無，自覚症状の有無の調査 ② 白内障に関する眼の検査 ③ 皮膚の検査 2 指定の検査項目 ① 白血球数及び白血球百分率の検査 ② 赤血球数の検査及び血色素量又はヘマトクリット値の検査	放射線及び放射性物質取扱者	採用時，配置換時，その後6月以内ごとに1回（6月及び12月）	柏原キャンパス 天王寺キャンパス （委託健診機関）
有機溶剤等健康診断	1 共通項目 ① 業務経歴調査 ② 有機溶剤による既往歴の調査（自覚症状・他覚症状の既往の有無，既往の検査異常所見の有無） ③ 特殊健診専門医による診察（有機溶剤による自覚症状・他覚症状の有無） ④ 尿蛋白 ⑤ 特殊健診専門医による①～④の総合判定 2 指定の検査項目 ① 尿中馬尿酸量 ② 尿中メチル馬尿酸量 ③ 尿中2・5-ヘキサンジオン量 ④ 尿中N-メチルホルムアミド量 ⑤ 尿中マンデル酸量 ⑥ 尿中トリクロル酢酸又は総三塩化物 ⑦ 赤血球数・ヘモグロビン ⑧ 肝機能検査（GOT・GPT・ γ -GTP） ⑨ 眼底検査（両眼）	有機溶剤常時取扱作業員		
特定化学物質健康診断	1 共通項目 ① 業務経歴調査 ② 化学物質の種類ごとに定められた自覚症状・他覚症状の既往歴の有無 ③ 特殊健診専門医による診察（化学物質の種類ごとに定められた自覚症状・他覚症状の有無，鼻腔の所見） ④ 特殊健診専門医による①～③の総合判定 2 指定の検査項目 ① 尿沈さ検査 ② 尿蛋白検査 ③ 尿潜血検査 ④ 尿ウロビリノーゲン検査 ⑤ 尿中マンデル酸 ⑥ 肝機能検査（GOT・GPT・ γ -GTP） ⑦ 全血比重，貧血検査 ⑧ 白血球数及び白血球百分率の検査 ⑨ 血清インジウム，血清シアン化糖鎖抗原KL-6 ⑩ 胸部X線直接撮影 ⑪ 肺活量，血圧測定 ⑫ 握力	特定化学物質常時取扱作業員		
歯科健康診断	歯科医師による健康診断	塩酸，硫酸，硝酸など歯又はその支持組織に有害な業務に常時従事する作業員（特定化学物質健康診断健診項目を除く）		

(2) 受診状況及び管理区分

第1回 (6月実施)

区 分	対象者数	受診者数	管 理 区 分	
			管 理 A (異常認めず)	管 理 T (当該因子以外の有所見)
有機溶剤等健康診断	15	15	13	2
特定化学物質健康診断	19	19	19	0
電離放射線健康診断	10	10	9	1
歯科医師による健康診断	14	14	14	0

第2回 (12月実施)

区 分	対象者数	受診者数	管 理 区 分	
			管 理 A (異常認めず)	管 理 T (当該因子以外の有所見)
有機溶剤等健康診断	14	14	14	0
特定化学物質健康診断	19	19	19	0
電離放射線健康診断	10	10	10	0
歯科医師による健康診断	14	14	14	0

◎特定化学物質健康診断の結果，異常の疑いのある者で産業医が必要と認める者については，特
化則第 39 条第 3 項の第二次検診を行う。

4. ストレスチェック実施結果

診断実施期間	2016年10月1日～2016年10月31日							
実施方法	WEB 及び 自記式シート							
対象人数	817人							
受診者数	446人（54.6%）	男	239人					
		女	207人					
高ストレス 該当者数※	42人（9.4%）	心理的ストレス反応	37人	男	20人	～39歳	10人	
						40～49歳	5人	
						50歳以上	5人	
		身体的ストレス反応	27人	女	22人	～39歳	15人	
						40～49歳	4人	
						50歳以上	3人	
仕事のストレス要因	14人							
面接申請者数	2人							

◎診断結果の通知とともに、高ストレス者には産業医の面接指導を勧奨。面接希望者には11月1日より保健センター内において面接を実施した。
また診断結果通知直後には面接の希望がなかった高ストレス者には、再度個別にメールで面接を勧奨した。

Ⅲ：安全衛生活動

1. 安全衛生委員会活動報告

保健センターのスタッフは学内の安全衛生委員会の主要な構成委員である。

以下に、平成 28 年度の柏原キャンパスと天王寺キャンパスの主な議事内容について略記する。

【柏原キャンパス安全衛生委員会】

4 月 21 日（木）第 1 回

- 議題 (1)平成 28 年度安全衛生目標・計画について
- (2)平成 28 年度定期健康診断の実施について
- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（3 月分）
- (2)平成 28 年度衛生管理者の選任について
- (3)平成 28 年度人間ドック助成事業について

5 月 31 日（火）第 2 回 メール会議

- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（4 月分）

6 月 28 日（火）第 3 回 メール会議

- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（5 月分）

7 月 25 日（月）第 4 回 メール会議

- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（6 月分）

8 月 30 日（火）第 5 回 メール会議

- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（7 月分）

9 月 13 日（火）第 6 回

- 議題 (1)平成 28 年度ストレスチェック実施計画について
- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（8 月分）
- (2)作業環境測定及び職場の安全衛生点検の実施について

10 月 26 日（水）第 7 回

- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（9 月分）

11 月 29 日（火）第 8 回

- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（10 月分）
- (2)平成 28 年度第 1 回作業環境測定の結果について

12 月 26 日（月）第 9 回

- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（11 月分）

1 月 30 日（月）第 10 回 メール会議

- 報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（12 月分）
- (2)職場の安全衛生点検の結果について
- (3)平成 29 年度安全衛生対策経費予算要求について

2月28日（火）第11回 メール会議

- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（1月分）
(2) 平成28年度業務災害発生件数について

3月23日（木）第12回

- 議題 (1) 平成28年度安全衛生目標・計画の達成状況について
(2) 平成29年度衛生管理者配置計画等について
- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（2月分）
(2) 新入生に対する敷地内全面禁煙の周知について
(3) 局所排気装置定期自主点検結果について
(4) 平成28年度定期健康診断受診率について

【天王寺キャンパス安全衛生委員会】

4月28日（木）第1回

- 議題 (1) 平成28年度安全衛生目標・計画について
(2) 平成28年度衛生管理者配置計画等について
(3) 災害発生時の避難誘導について
- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（3月分）
(2) 平成28年度定期健康診断日程について

5月31日（火）第2回 メール会議

- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（4月分）

6月29日（水）第3回 メール会議

- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（5月分）

7月28日（木）第4回 メール会議

- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（6月分）

8月29日（月）第5回 メール会議

- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（7月分）

9月28日（水）第6回 メール会議

- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（8月分）

10月26日（水）第7回 メール会議

- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（9月分）
(2) 職場の安全衛生点検（化学薬品管理関係）の実施について

11月28日（月）第8回 メール会議

- 報告事項 (1) 衛生管理者の職場巡視結果報告について（10月分）

12月26日（月）第9回 メール会議

報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（11月分）

1月30日（月）第10回 メール会議

報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（12月分）
(2)作業環境測定結果（第1回）について

2月27日（月）第11回 メール会議

報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（1月分）

3月27日（月）第12回 メール会議

議題 (1)平成28年度安全衛生活動報告について
(2)平成29年度安全衛生活動計画について

報告事項 (1)衛生管理者の職場巡視結果報告について（2月分）
(2)水質検査成績について（平成29年2月9日検査分）

IV：利用状況

1. 月別利用状況

月 区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H29.1月	2月	3月	合計
第一部	312	609	447	339	147	127	240	205	196	280	154	68	3124
第二部	25	24	32	16	5	1	9	11	9	16	3	2	153
大学院	17	40	26	13	3	14	13	19	17	16	11	13	202
特専	1	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	7
非正規生	11	5	10	3	1	5	23	7	3	6	1	3	78
教員	1	4	7	3	2	3	2	1	6	2	5	2	38
職員	12	8	8	20	12	11	8	12	14	17	17	8	147
学外者	1	1	6	2	4	2	1	0	0	1	2	4	24
合計	380	692	538	397	174	163	296	256	245	338	193	101	3773

2. 保健センターで実施した診察及び検査

項目 区分	診察	検尿	血圧測定	心電図	視力検査	身体計測	体脂肪測定	アルコール パッチテスト	合計
第一部	157	80	95	91	2	1	1357	174	1957
第二部	1	18	31	0	0	0	12	32	94
大学院	13	5	20	0	0	0	62	0	100
特専	2	0	1	1	0	0	0	0	4
非正規生	0	0	0	0	0	0	0	0	0
教員	0	0	0	0	0	0	0	0	0
職員	1	1	0	0	0	0	32	0	34
合計	174	104	147	92	2	1	1463	206	2189

アルコールパッチテストは、平成 28 年度より天王寺キャンパスでも実施開始となる。
体脂肪測定については、希望者が自由に測定できるように開放している。

3. 症状別利用状況

症状 区分	脳神経	呼吸器	消化器	循環器	外科	整形	眼	皮膚	耳鼻咽喉	泌尿器	婦人科	精神/ その他の 症状	感染症 報告	保健サービス 証明書発行・ 相談等
第一部	38	192	47	4	388	21	14	6	1	0	57	92	98	2168
第二部	1	15	0	0	5	3	0	3	0	0	1	7	1	71
大学院	3	14	9	0	27	1	3	3	0	0	2	8	2	116
特専	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
非正規生	0	22	7	0	28	0	1	6	0	0	2	5	0	7
教員	0	14	1	0	11	3	0	0	0	0	0	2	0	6
職員	5	28	10	1	31	8	2	1	1	0	4	12	0	42
学外者	2	2	1	0	9	1	0	0	0	0	1	1	0	7
合計	49	288	75	5	500	37	20	20	2	0	67	127	101	2421

◎症状別利用者状況は、健康診断事後措置及びメンタルヘルス直接予約は含まない。

4. 健康診断証明書及びその他証明書の発行状況

(1) 月別の学生種別の健康診断証明書発行枚数

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
第一部	70	924	310	138	77	77	230	106	38	45	82	86	2,183
第二部	2	10	6	9	5	5	22	22	5	3	20	7	116
大学院	8	39	28	28	3	9	16	12	8	9	16	26	202
特専	0	2	2	5	1	1	1	0	0	0	0	2	14
合 計	80	975	346	180	86	92	269	140	51	57	118	121	2,515

(2) 月別の健康診断証明書・健康診断書発行枚数

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
証明書	80	975	346	180	86	92	269	140	51	57	118	121	2,515
診断書	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	2	7
合 計	80	975	346	183	86	93	269	140	51	57	119	123	2,522

(3) 過去5年間の健康診断証明書・健康診断書発行枚数

区 分	平成23年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
証明書	2,203	2,329	1,938	2,494	2,515
診断書	15	7	13	20	7
合 計	2,218	2,336	1,951	2,514	2,522

(4) 月別の麻しん抗体検査結果証明書及び予防接種証明書発行枚数

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
証明書	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	5

V : メンタルヘルス

1. メンタルヘルス相談状況

(1) 月別来談者数

月	メンタルヘルス相談									
	新規来室者数					延べ面接回数				
	学 生		教職員		計	学 生		教職員		計
	男	女	男	女		男	女	男	女	
4	2	4	4	3	13	4	16	8	3	31
5	2	3	0	0	5	4	26	4	2	36
6	1	0	2	0	3	1	29	5	10	45
7	2	2	0	0	4	5	20	4	6	35
8	1	0	0	0	1	3	0	0	1	4
9	1	5	0	0	6	4	26	5	3	38
10	0	0	0	0	0	3	39	10	2	54
11	0	1	1	2	4	0	36	6	7	49
12	0	0	0	1	1	0	37	8	9	54
1	1	0	0	1	2	2	40	3	16	61
2	0	0	0	0	0	0	26	5	6	37
3	0	0	0	0	0	0	15	5	4	24
合計	10	15	7	7	39	26	310	63	69	468

(2) 新規来室者の相談内容

精神科的問題	学生	教職員	精神科的以外の問題	学生	教職員
神経症圏	2	1	性格	1	0
気分障害圏	4	8	進路	1	0
統合失調症圏	0	0	対人関係	2	0
人格障害圏	3	1	学業	1	0
摂食障害	0	0	家族友人	3	0
ストレス性障害	2	1	恋愛・性	1	0
発達障害圏	3	2	その他	0	1
その他	3	0			
合 計	17	13	合 計	9	1

2. メンタルヘルス相談結果と印象

平成 28 年度のメンタルヘルス相談は、新規来室者数 39 件であり、昨年 の 32 件とほぼ変わらない件数だった。延べ相談回数は 468 回と例年よりも多かったが、継続相談が増えた結果だと思われる。例年通り、女子学生の相談者数が男子学生を大きく上回っていた。今年度も、自傷行為や自殺念慮のある重症の精神科的問題を呈する学生があり、精神科主治医と密に連携を取りつつ、看護スタッフとともにサポートした。また本年の特徴として、ネット依存の学生や SNS 上での対人関係に悩む学生が散見され、精神的サポートを必要とした。

他方、教職員の受診数には大きな変化はなかったが、昨年度よりストレスチェックが導入されたことで、職場における対人ストレスなどの相談が保健センター産業医に持ち込まれるケースが増加した。この傾向は今後も続くものと思われ、引き続き産業医活動の拡充が望まれる。

3. 講演

(1) クライン派の治療技法：変化をもたらすカの本質

——クライン派における転移・逆転移概念とビオンのコンテイナー・コンテインド・モデル——

大阪教育大学保健センター 飛谷 渉

「二つのパーソナリティが会う時、そこには情動の嵐が生成する。」

Bion, 1979. 'Making the best of a bad job.' In: Clinical seminars and Four Papers.

A. 転移概念の発展

1. フロイトによる転移という用語の使用 transference (Übertragung)

「ヒステリー研究 1895, (Anna, O. と Breuer との転移性恋愛ドラマへの関心)」

「夢解釈 1900」「ドラ症例 1905」

二つの起源：記憶 memory と欲望 desire

a. 誤連結 false connection (対象関係バージョン)

患者は抑圧した記憶表象（フロイトの例は痕跡というより体験！）を意識化するのに抵抗して、その記憶を想起するかわりに、記憶内容の対象をその場にいる医師に移し替える。つまり誤って対象を医師に移すこと、あるいは体験の内実を誤って医師へと連結をすることで実際の場面想起を回避する。これをフロイトは、ヒステリー研究の中で「転移」と呼んだ。ここで初めて転移という言葉が使われた。

フロイトの例：「ある私の患者では、ヒステリー症状が、何年も前に経験した願望に根ざしており、それはそのとき即座に無意識へと追いやられていたのだった。その願望というのは、そのときに会話していた男の人が、突然彼女を抱き寄せてキスするということが起こって欲しいというものだった。あるときセッションの終わりに、同様の願望を彼女は私に対して持つことになった。そのことに彼女はおびえ、眠れぬ夜を過ごしたのだった。次のセッションにやってきて治療を受けることを拒みはしなかったものの、その日はほとんど治療にならなかった。～」 「ヒステリー研究：第4章ヒステリーの精神療法」 SE2:p302.

ここでフロイトは、「ある時点で体験され即座に抑圧された願望を思い出すことの不快を克服すること」が治療となるのだと、考えている。ここですでに、願望 wish-desire, 記憶と想起 memory-remembering が治療の中心になるという認識と、転移概念の萌芽とが認められる！

b. 願望の転移（移動）：夢の仕事（象徴化バージョン）

「夢解釈：セクションC第7章、願望充足」（精神分析の発見、生みの葛藤）

フロイトは夢の仕事のプロセスを説明する際に「転移」という用語を用いている。無意識的願望は意識に到達することはできず、さらに、検閲 Censorship（後の超自我概念へとつながる心的審判機能）の効力を避けることもできないため、夢では、前意識にある前日残渣 day-residue に当該願望の負荷 charge をかけ顕在夢に現れる。願望が意識化と検閲をかいくぐるためになされる偽装としての移動・転移。表象と内容の移動。シニフィアンとシニフィエ。欲望（リビドー）と対象の移動。

a, b 二つの「転移」は、それぞれ別々に出てきた心的プロセス概念だが、これらは全く無関係ではない (J. Strachey)。

2. フロイトによる転移の発見

「ドラ症例 1905」

18 歳のヒステリー女性、非器質性の咳、失声、自殺の脅かし、治療の中で明らかとなる外傷的葛藤状況（父親の不倫相手の夫 K 氏に誘惑される。K 夫人への同性愛的愛着、K 氏との性的接触 ect. 分析治療は二つの夢をめぐって進行するが、その途中で一方的に中断、フロイトの失敗、K 氏との同一視＜転移＞に気付かなかったことが要因での中断と反省）このケースの中断という苦い体験を振り返るなかフロイトはドラの転移に気づく。

「さて、転移とは何だろうか。それは衝動と空想の新版 new editionあるいは複製 facsimilie であり、分析が進展する際に立ち上がり意識化されるものである。——そこではより以前の人物が治療者という人物によって置き換えられるのだ——心理的経験のすべてのシリーズが過去に属するものとしてではなく、現在の瞬間における治療者という人物へと適用される形で復活するのである。」

（フロイト 1905）

ドラ症例における洞察——転移神経症

「精神分析治療の間には、通常新たな症状が形成されることはなくなるものだ。だが、神経症の生成力は全く衰えてはいない。つまり、それは大部分無意識的なある特殊な心的構造物の創造のためにもっぱら使われることとなる。それには「転移」という名があたえられるだろう。」フロイト 1905 p. 116

「もし転移が避けられないものなのだとすれば、それは患者が病原的素材を接近不可能なままおかれていることを確かめるためである。——その転移が解決されるまでは、分析作業の中で得られる過去の体験の再構成がもっともで確実なものとはならないのである。」

「精神分析の最も大きな障害物となる定めのように見える転移というものは、その存在がその都度発見されて、その存在を患者に説明することができるのならば、それは精神分析にとって最大の味方になるのだ。」フロイト p117

想起することへの抵抗として現れる転移（障害物としての転移・抵抗）、
病理形成の原動力（治癒をもたらす心的構造物・精神分析プロセス）

3. フロイトによる転移概念の洗練

Five lectures (1909)における定式化（アメリカのクラーク大学における講演録）

第五講義：転移は精神分析過程における同盟者である。「現実と空想」「意識と無意識」「現在と過去」という三つのパラメーターを強調。「患者が思い起こすことのできない情緒生活が転移の中で再び生き直され relive, そこにこそ病が解決される場が生じる。」

フロイトによる転移概念：転移とは、幼児期に起源を持つ特殊な対象関係である。それは無意識的性質を持つため不合理である。そこでは過去と現在が混同され、不適切で不適応的応答になる。

治療者に対する幼見的・不合理的・不適応的反応

いいかえると、転移とは無意識的現象なのであり、外的現実ではなく、心的現実と空想に根ざしている。これは、治療者に向けられた転移状況という現在に現れる感情、衝動、欲望が、治療者の実際の諸側面に関して理解されるべきではなく、過去の人物や体験と関連づけて理解される必要があるということである。

Greenson (1967)

転移反応の主要な二つの性質は、「反復性」と「不適切性」である。

Ferenczi (1909)

心的現象は必ず空想と現実との弁証法的関係の結果である。

Fenichel (1945)

表出の機会を待っている抑圧された衝動と欲望が強ければ強いほど、過去と現在との区別を正確にできなくなり、その人物の言動における転移性要素が多くなる（現実を吟味できなくなる）。

Etchegoyen, H. (1991)

「心的反応のすべてを転移」というわけではなく、「すべての反応の内部には転移が存在している」のであり、この二つは同じことではない。

4. 転移と抵抗：精神分析治療の中心軸

「転移の力動性について 1912」

転移はなぜ神経症者においてかくも強力な抵抗となるのか。

愛（リビドー）が満たされていない個人は、その満足の対象を実生活において常に探すこととなる。愛の対象の探索が意識的リビドー部分によってなされれば、それは合理的で適応的、意識的コントロールが可能なものとなる（健常者）が、リビドーの無意識部分に支配されるならそれは一次過程的な動きに突き動かされ、快原則に基づいてその満足を得ようと、コントロールの困難な、不合理な動きとなる（神経症者）。

分析家には、転移を「記憶 memory を想起すること」への単なる抵抗であると考ええるものと、記憶は単に転移を理解するために機能するのだと考えるものがある。換言するなら、過去を取り戻す（再構成する）ために転移を使用する分析家と、転移を理解するために過去の助けを借りる分析家があるということである。（ラッカー1952）

「転移は、分析状況が創造するものでは決してない。それは神経症という病気自体から生じる。」

（フロイト 1912）

記憶と欲望 memory and desire Etchegoyen, H.

もし、病源的記憶を取り戻すことが治療のために最も必要となることなのであるとすれば、転移現象は最も有効にその記憶を歪曲し隠蔽することに役立つ。したがって、患者は想起することを避けるために転移状況を構築する。（想起への抵抗、抵抗としての転移）。

一方、欲望（衝動の内容）を中心に考えるなら、転移は欲望の内実を最も明確に自覚することに役立つ。したがって、治療者に向かう転移を自覚し、それを転移の対象である治療者に向かって告白することは、最も難しいことである（転移への抵抗）。記憶、転移、歴史は現実においては不可分に結びつく。分析家は、抑圧とスプリッティングによって過去と現在とが分離されている状況を克服することによって、患者の心の中においてその過去と現在が収束する converge（交差する）ことを助けなくてはならない。

転移とはそれ自体矛盾を含んだ複雑な代物である。それ自体が分析作業の弁証法的あり方を示している。転移とは、過去であると同時に現在であり、意識的であると同時に無意識であり、記憶であると同時に欲望である。

まとめ：フロイトの転移概念史

i. エネルギー経済論からのアプローチ：思弁的

「転移は抵抗を緩和し取り除く力 force である。」1913

フロイトにとって当初、転移は分析者へのリビドー備給であり、抑圧を解除するにあたって妨害となる「陰性力としての抵抗」に対抗できる陽性の力を発揮するものと考えられた。

そもそも転移というものが、「原初的問題や関係性が展開する場」であるという発見と認識は、ドラの治療の失敗によって生じていたものの、当時フロイトが自らの理論的基礎を、心的エネルギー・モデルにおいていたために、それら二つ（場：対象関係という概念とエネルギー経済論）に折り合いをつけるのは容易ではなかった（転移は二人の人物の間に展開するので、エネルギー・モデルにはそもそも無理があった）。したがってエネルギー論的な思考の流れは、1921 年の自我・超自我・イドという構造論的発想と合流することで、治療的变化というものを「自我の組織化の探求」という方向へと求めることになる（自我心理学）。つまり、治療については「より適応的な本能表出を目指す適応的防衛の再構築」「超自我との折り合い」「昇華によるリビドーの代理満足」といった方向づけがなされることになる。

ii. 同一化概念からのアプローチ：経験的

「悲哀とメランコリー」1913, 「集団心理と自我の分析」1921

一方、転移概念はエネルギー・モデルという理論よりも、むしろフロイトの臨床実践の中で形を持ち始める。つまり、彼が図らずも創造したセッティングに、転移の意味を探求する鍵があった。その理論的基盤は同一化概念であり、精神分析の体験型モデルをベースとした個人的な存在様式の探求であるともいえるだろう。

カウチ設定、分析時間設定 analytic hour（週 6 回、一回 60 分）という個人精神療法設定

この同一化概念に基づく転移理解と臨床は、フロイト自身よりはむしろフェレンツィとアブラハムによって発展させられることになる。さらに、それを飛躍的に前進させ、対象関係論という精神分析の流れを決定づけたのは、クラインの遊技技法による子どもの精神分析であった。

5. メラニー・クラインの転移に関する鍵概念：a. 内的対象, b. 投影同一化, c. 全体状況

クライン自身は、遊技技法を大人の分析に匹敵するものだと見なしただけだったが、実はそれ以上の含みをもっていた。それは以後の展開へと繋がる重要な基礎的観察技法となり、数々の発見と概念化の発生源となる。

クラインは、プレイのなかで、与えられたおもちゃによって、子どもの深い無意識的体験と不安の内実が直に分析者の目の前で実演されることを発見した。したがって、おもちゃによって子ども自身とその内的対象との関係が実演される場 play out であるという発想は、大人の転移における全体状況という重要な概念的革新へと展開する。

a. 内的対象という概念

内的対象概念の複雑さ

クラインのいう内的対象は、概念として主観的空想が強調され、とりわけ取り入れられた対象を自己の内部において実際にいる存在として主観的に体験することが強調された。クラインの主観性に基づく概念はこのフロイトの心のモデルそのものを脅かすものとなり、多くの分析家が疑念と困惑を感じた（クライン・フロイト論争）。

クライン自身による内的対象概念の説明：私が、「自我の中に据え付けられた対象 an object installed in the ego」という古典的な定義による用語よりもむしろ、こちらの方、つまり内的対象 inner object を好む

わけは、こちらの方が子どもの無意識やそれに相当する大人の深層が、それに関して感じているものを正確に表現するからである。これらの層では、超自我が心の内部における両親の声であるというような形では、自分の心の一部であるとは感じられていない。これ（両親の声）はより高次の層における無意識で感じる概念なのだ。しかしながら、より深い層では、それは単一の身体的存在 physical being あるいはむしろ複数の存在であると感じられており、友好的であったり敵対的であったりするすべての活性とともに個人の身体、特に腹腔内に宿っているのだと感じられている。この身体とは過去から現在にわたるすべての種類の生理学的プロセスがその形成に寄与した概念となる。「メラニー・クラインの講義ノート（メラニー・クライン・トラスト・アーカイヴより）」

リカーマン M (2004) による概念化：「内的対象に相当する心的プロセスは、主体を絶えず特徴的なやり方で扱うということになる。悪意ある内的対象を例にとってみると、これはまず身体に痛みを、そして心に恐怖をまき散らす内部にいる破壊的存在として、患者に主観的に体験されているものだと考えられる。これを理論的にみるなら、ある固有の不安をかき立てる空想パターンに相当するものだとはいえるだろう。このパターンはそれ自体主体を不安によって迫害するし、そのような迫害はそのパターンが現れる様式に本来的に備わったものでもある。

クラインの対象関係アプローチにおけるもっとも際立った本質はまさに、心の内部のメカニズムが人間関係を模倣するのだという発想にある。彼女は、人間の心的装置について考える際、心的装置は高まる刺激の圧力への応答として発達するというフロイトの考えのラインに沿うだけでは不十分であると示唆した。このようなフロイトの構図に欠けていたのは、心が圧力に反応する際にその適応的応答として、それを関係の次元で枠づけるということ、すなわち、それぞれ異なる心的存在を絶え間ない関係的対話の中へと持ち込むことで応答するということであった。

したがって、内的対象は、ややこしいことに、元々は取り入れられた乳房に端を発する内的存在に関する主観的体験であり、またそれと同時に、個人を良くも悪くも様々な形で扱う関係パターン、そして同様に個人が内的にそれらを扱う方法がかたどられた関係パターンの双方として表れされるようなプロセスの理論的名称でもある。さらにそのようなパターンが心的プロセスそのもののフォーマットに組み込まれるそのあり方ために、クラインの内的対象は心というものに計り知れない影響力を持つパワフルな実在なのである。したがってその個人にとって、内的対象は実際に自分の内的領域に住んでおりその場を占めているものだと体験されている。」 Meira Likierman ‘Melanie Klein: her work in context’ p110.

b. 投影同一化概念

メラニー・クラインの投影同一化

「憎しみを伴って放出されたこれらの有害な排泄物とともに、自我の分割排除された部分は母親の上に投影される。あるいは、それはむしろ母親の「中に」といった方がいいと私は思う。これらの排泄物と自己の悪い部分とは対象を害するばかりではなく、コントロールし占領することをも意味する。母親が自己の悪い部分を包み込む contain かぎり、母親のことを分離した個人であるとは感じられず、悪い自己「そのもの」と感じられる。」（メラニー・クライン「ある分裂機制に関する覚え書き 1946」）

投影同一化は、基本的に病理的で暴力的な投影である（不法侵入と投げ入れ）。したがって過度の投影同一化 excessive projective identification を行った主体は、投影の暴力性ゆえ、外部（迫害的对象）からその仕返しとしての暴力的な入力（侵入、破壊、支配）を極度に恐れることになる。投影同一化によって引き起こされる悪循環は、このような妄想性不安が惹起され、良い対象の取り入れが深刻に妨害されることで

ある。これがメラニー・クラインの考えた投影同一化の基本パターンである。

ローゼンフェルドによる投影同一化のタイプとその動機分類：

交流的投影同一化と排泄的投影同一化（動機）

投影同一化の動機は大きく二つに分けられる。コミュニケーションのための投影同一化と、望まれない自己部分を心から取り除くための投影同一化を区別。

これらは同時に同じ主体の投影において起こりうるが、それでもタイプ分けをしておくことに意義がある。（投影同一化の「体験」と「現象」の区別も臨床上重要）

技法的含意：もし主体がコミュニケーションとしての投影同一化を行っているならば、彼は分析家に「理解してもらうことを望む」。したがって解釈が適切であれば理解された体験となり安堵する。一方、もし主体が排泄としての投影同一化を行っているなら、分析家に排泄を認可されることを望み、分析家が行う解釈を逆投影（力ずくの押し戻し、仕返し、侵入）だと見なす（体験する）かも知れない。

患者にとって「たえられない心的要素」がパーソナリティの中で、その先どのような運命を辿るのか？これを探求することがローゼンフェルドの基本的問いであった（ビオンのコンテイナー・コンテインド概念とほぼ同時期に発想されている 1962）。

その後の展開：ローゼンフェルドとシーガル：精神病の分析的研究

ローゼンフェルドの投影同一化論：

投影同一化の動機： 排泄，侵入，コントロール，コミュニケーション

シーガルの投影同一化論：

投影同一化と象徴形成（PS→D），スプリッティングと抑圧

心的要素の具象性と象徴等価そして象徴

ビオンのコンテイナー・コンテインド・モデル：

「現実的投影同一化」を中心とした情動体験論，根本的に治療技法を塗り替えてしまう力となり，この概念自体がいわば破局的激変 catastrophic change であるといえる。

病理的投影同一化と正常の投影同一化の区別

現実的投影同一化を介した原始的コミュニケーション・モデル

象徴化（思考）の情緒的発達

具象思考から象徴思考へ（ β 要素から α 機能により α 要素へ）

メラニー・クラインの発想を自我心理学的に洗練

投影同一化の本質を情動の連結ととらえる

c. 転移の全体状況という概念「転移の起源 The origin of transference. 1952」

「転移の詳細を説明する際に，過去から現在へと転移されている全体状況 total situation について考察することが，情動，防衛，対象関係について考えることと同様に重要である。」

体験主体からみた全体状況：乳児が世界をどう体験しているのかという観点から，つまり主観性を起点としてみた，主体の内的外的世界が立ち上がる様子のすべてをクラインは全体状況と呼んだ。乳児が授乳をめぐる，無意識的空想における内的対象関係を乳房に投影するとともに，外的現実における母親・乳房との満足，依存，保護の現実的体験を取り入れることで，乳児の内的世界が構築される。つまり投影と取り入れとの相互作用によって内的対象関係は構築されてゆく。

乳児の世界体験には必ずそれに相応した無意識的空想が伴っている。無意識 (Kleinian deep unconscious) はリビドーの貯留の場ではなく、リビドー/欲動は常に対象関係として体験されている (つまり対象はリビドー満足の対象ではない)。無意識的空想は常に活性化されている (アイザックス 1943)。乳児にとって乳房という対象との関係がすべてである。父親も空想上の同胞も乳房との関係として体験される。欲望は常にその対象とともに体験され、防衛態勢は必ず対象関係として体験される。

転移状況は遡及的な位置から見ることは不可能である。全体から部分を見ることは不可能、未来から現在は見えない (「確かな道は後ろにしかない」)

分析的設定によって活性化される (分析的対象 analytic understanding object との接触) 患者の全ての無意識的レスポンスが転移状況として立ち現れてくる。クラインにとって転移生成の主要な因子とは、「不安 (抑うつ・妄想分裂的)」であった。

転移の全体状況：転移は深い無意識が規定するものであり、その発現形態は治療者という単一の人物への言及に限定されるものではない。治療者に関しての言語的連想や治療者を伺わせる夢の登場人物などはもちろん転移対象や転移関係を示しているものであるといえるのだが、それだけではなく、治療者以外との日常生活エピソードの描写、夢や空想の断片、面接室内での非言語的態度、声のトーン、話のリズム、治療者からの言葉をどう受け取るか、肯定否定、など、それら言語的・非言語的素材全てが転移状況を構成するという考え。

その内的世界構築のプロセスが分析治療という設定、そして分析家という人物、に出会うことによって再出現してくる。それをクラインは転移の全体状況 total situation/complete situation と呼んだ。それは分析家に関する言及のみならず、分析家に対する非言語的態度、日常生活の描写、分析家や両親以外との関係、夢素材、持ち込まれるすべてが転移の全体状況として理解される可能性を賦与されるべきである、という考えである。ここにはクラインの無意識的空想と内的対象という概念が色濃く反映されている。つまり、転移は無意識的空想の表れであり、内的対象として体験 (内的対象関係の外在化) されるものである。

B. 治療機序論とクライン派の技法

1. 転移解釈

a. 治療機序の二大潮流

- i. エネルギー経済論からの自我心理学的展開: 転移を使用可能な力であると見なす。治癒力としての転移。
- ii. 同一化理論からの個人の内的対象関係論的展開: 転移を個人的特性とそれへの洞察をもたらすものと見なす。患者の心を理解する道具としての転移。

クライン派の価値観：治療的变化は、転移によって表現され実演されるその個人特有の役割と関係を深く理解し、洞察することによってもたらされる。クラインの Epistemology, ビオンの K-link

自我心理学の価値観：フロイトの自我構造への関心から派生した自我心理学では、患者の自我が新しい適応的防衛と昇華を再編成し、身につけるよう影響力を行使することを治療の中心においている。イド衝動を直接表出したり満足させたりするのではなく、そうした生 (なま) のエネルギー表出に抗うすべを身につけることが治療の目的となる。そのために転移も洞察も使用されることになる。

両者の治療的価値観に共通するのは、「自我の拡張」というフロイトの価値観である。

クライン派：よりよい自己理解による自我の拡張

自我心理学：よりよい防衛組織化による自我力の拡大強化

b. クライン派の解釈：深い解釈 deep interpretation

自由連想の内容そのものは意識的である。だが、連想内容の流れの中で、あるいは転移の対象としての治療者の前で連想しているという転移状況そのものの中で、患者は種々の無意識的な不安、恐怖、動揺を感じている。この不安と動揺に対して、抵抗あるいは防衛が動員されてくる。それを分析者は患者の連想素材の背後に感知し観察し、同定せねばならない（体験、直観、観察）。患者の自我にとって対処不可能である経験や不安が、分析状況において無意識下で動き動揺していることを、分析者が直に感知するならば、ここで分析者はこの観察と体験の結果に対してどうするのか、解釈するのかもしれないのか、決定する必要がある。この不安・動揺の感知の地点がクライン派における深い解釈がなされる分岐点となる。

クラインは、最も深くダメージを受けている子どもや大人の患者は、最も深い層に届く解釈によって最も深く安堵し、安全感を得ることを臨床経験の中で発見した。最も深いダメージは、表現、体験、関係の「抑制 inhibition」として現れるのだと彼女は考えた。面接室で観察されるのは、プレイ素材、転移関係素材、夢素材の抑制である。

これらの抑制は、深い層に届く解釈によってのみ緩和されうるのでとクラインは考えた。専ら深い解釈とはエディプス素材・原光景素材に対してなされるものである。その妥当性は、

（自由連想、遊びと夢素材）→（解釈）→応答（解釈投与後の素材の吟味）という順序で展開する流れにおいて確証される。

解釈が妥当であるならば、投与後の素材において変化が生じ、抑制が緩和され、象徴的、想像的に進展することが確認される。抑制の緩和にともなって、連想が進展し、情動が表面化する。ここで患者に生じてくる苦痛な情動体験を、分析者はできる限り徹底的かつ大胆に掌握し、それに対して敏感に応答する必要がある。つまり、クライン派分析者の感度 sensitivity は、患者の無意識的ニーズに差し向けられるのだといえるだろう。

c. 転移解釈：ストレイチーによる変化惹起性解釈論：‘Here and Now’ 技法の起源

フロイトは、患者の自我が弱体化している要因を当初トラウマと固着であると考えた。特に彼が、トラウマの事実性は必ずしもはっきりと確証されるものではなく、むしろトラウマが「空想上の体験」によっても生じると考えることで、事実上誘惑説を放棄したところから、外傷体験はそれがたとえ空想上のものであったとしても、自我の発達を歪めうると考えるようになった。したがって、過去の外傷記憶を取り戻し、それへの洞察を得ることで、トラウマ記憶が抑圧されていたために損なわれた自我を再編する道が新たに開かれるという発想も可能となる。

だが、ストレイチーの発想はよりラディカルである。彼はクラインの内的対象概念と全体状況の概念に強く影響を受け、外傷をもたらした空想が転移によって「いま、ここで」活性化しているのだと結論づけた。ストレイチーにとって、転移とは病因論的体験のリプレイであり、蒼古的対象関係の再演となる。したがって、洞察が向けられるべきなのは、自我が弱かった過去に対してなのではなく、今ここで現在活性化されている空想体験に対してである。つまり解釈は、転移を外傷的体験へと作り替えている現在、今ここにいる分析者に対する今ここでの空想に対して向けられる必要があるのだということになる。

今ここでの転移について吟味し、自らの転移・投影に気付くことで、実際の分析者には様々な側面があり、自分の空想対象とはちがっているという発見ができることで、患者は現実検討力を高め、空想と現実とをそれぞれ区別して体験できるようになる、という発想がストレイチーの治療モデルである。したがって、転移

解釈は現実原則の発達を促すためになされるのであり、防衛の再編のためになされるのではない。

分析セッションの「今ここで」展開する対象関係に重点を置くことは、クラインの遊技技法と基本的に同じである。転移を蒼古的対象（原始的超自我）の再活性化と見なす場合、分析者は無意識の中に抑圧された過去の記憶を掘り起こす考古学者なのではなく、生きた対象関係を実演する現実の対象となる。したがって、変化惹起性がある解釈とは、即時的生命活性と迫真性を帯びた瞬間における現実体験に向けられた解釈である。転移の「体験性」を経て、はじめて「認識すること、洞察すること」が変化に結びつくのだというクライン派の基本的スタンスがここで明確にされた。

したがって技法的には、蒼古的内的対象のイメージと転移体験を一方で保持しつつ、他方で転移的期待を満たさない「理解する態度と機能」を維持し続けることが分析者に必要とされる（精神分析的態度）。つまり、患者の空想によって歪められた転移対象になることを引き受けつつ、現実的に考える機能を保持することが必要である。

自我心理学における治療同盟（Zetzel, 1956）という発想との決定的な相違点は、患者が自らの過去の体験に対して客観的な立ち位置に「浮上することができる」とは考えない点である。むしろ転移・空想体験は、常に on-going であり、流転しているので、「はいストップ、そこで止まって考えてみましょう」といった客観的位置に立つことは実際問題不可能なのであって、関与しつつ、自分も流されつつ、そこから解釈せねばならないということである。したがって、治療者も Blank Screen ではあり得ないのである。

精神分析の治療機序：変化惹起性解釈 mutative interpretation

変化をもたらす力の本質や変化の生じる機序という問題について、フロイトからストレイチーへの流れをより詳しく述べてみよう。患者たちは一見すると何らかの症状や困難をもち、それに苦悩している。彼らはそれらの苦悩からの一刻も早い解放を切に願っているように見えるが、実際にはそうではない。彼らが重症であればあるほど、一方で変化に巧妙に抵抗している様子が早晩浮き彫りになるのである。そうした困難な状況に対していかにして変化をもたらすことができるだろうか。その方法論について考えるには、そもそも精神分析はどのようにして患者の内的世界に変化をもたらすことができるのかという基本的なメカニズムに立ち戻る必要がある。つまり精神分析の治療機序というとても重要な問題である。

クライン派の分析家ベティ・ジョゼフは、「私たち分析家の目的は、患者のパーソナリティが自己自身のより多くの側面をコンテインでき、より多くの側面に責任を持つことができるようにすることである」、述べている。それによって、自我は拡張され、構造（structure）は変容できるのであり、その結果として現実検討能力や思考能力は高まる。これはフロイトの「イドあるところにエゴあらしめよ」という言葉のクライン派における意味である。

フロイトの治療機序論

フロイトは精神分析入門第28講「精神分析療法 1917」という項目において概ね次のような治療機序を考えている。

まず第1段階として、

症状に備給されているリビドーを転移のなかに集約すること、つまりこのことで症状は消失するとともに、転移神経症の状態がもたらされる。

第2段階として、

リビドーを恐れることなく（抑圧することなく）意識化することができ自我の拡大がなされる段階が必要である。願望の意識化、抑圧の解除という機序を考えているわけである。言い換えれば、まず無意識中に抑圧されていたイド衝動との葛藤が転移のなかで治療者に向かう形で再燃する。そして、意識化された葛藤を再び抑圧することなく分析家の助けにより昇華する必要がある、という図式である。分析家の暗示の力によ

り抑圧を解除した後、分析家の解釈により無意識を意識化するというプロセスが想定されているわけである。

ストレイチーの変化惹起性解釈 *mutative interpretation*

フロイトの分析治療における自我の拡大という発想をより進んだ形に高めたのは先述したストレイチーである。特にフロイトの経済論におけるリビドー概念と構造論における超自我概念とを臨床的に統合した画期的な論立てであるとともに、超自我概念を中心軸として、クラインの発見、つまり投影と取り入れ、さらには内的対象という概念をその機序の中心に据えていることで、対象関係論的な治療機序論の基礎を築いたものといえる。さらに、フロイトの治療機序論には、その執筆時期の問題(1910～15 年前後)から攻撃性や破壊性、あるいは超自我という構造の入る余地はなかったが、ストレイチーの理論ではフロイトの 1921 年以降の理論が反映されている点で、より進展したものである。

彼は分析治療の中心的課題を超自我の過酷さの緩和であると考え、そのために解釈の作用をより重要視した。そして、いかにして解釈が変化をもたらすのか、自我を拡大するのかを解明しようとした。そこで彼は、「過酷な超自我を緩和する解釈こそ変化を持たらす」ことを発見した。そして、そのような超自我における変化のプロセスをもたらす解釈を変化惹起正解釈と呼んだ。その変化のメカニズムをフロイトにならって 2 段階に設定する。

すなわち、まず前駆段階として、精神分析という特殊なセッティングのもとに分析家と出会うことを通じて、患者は分析家を特殊な位置に置くことになる段階がある。分析家が中立性を保つことで、理想化されず迫害的でもない対象として患者の世界に現れる。これは患者にとっては新しい対象との出会いとなるはずである。この分析家の位置を補助的超自我 *Auxiliary super-ego* とストレイチーは呼んでいる。だが補助的超自我として機能できるのは、最初だけであり、転移(投影同一化)によって患者は治療者を蒼古的な超自我そのものとして体験しはじめる。

このような出会いと即座に生じ始める転移状況を前提として、第 1 段階が生じて来る。すなわち第 1 相として、幼児的自己と蒼古的超自我(過酷な幼児的超自我)のペアが転移に浮上してくる段階が現れるわけである。これは、患者が分析家に蒼古的対象への衝動を向ける段階である(*aggressive or sexual impulse towards the analyst*)。それは、イド衝動の意識化と空想的対象の再活性化の段階であるといえるだろう。

そして次には、第 2 相というとても重要な段階がやってくることになる。すなわち、イド衝動を向けて、恐れたり、怖がったり、怒ったり、愛したり、愛してもらおうとしたり、そういう衝動を向けていたのは内的空想対象にであって、現実の分析家はその対象とは違っているのだと気づく、そういう段階である。

この相の重要な鍵は、ファンタジーからリアリティへという動きである。これは外的現実と心的現実とに気づくことであり、目から鱗が取れるような体験、それが *positive* な現実であれ、*negative* な現実であれ気づきを得た本人はある種の安堵感を得る。このような現実へと目を開くよう援助するための解釈が変化惹起性を持つのだとストレイチーは考えている。これはあたかも激変のように捉えられがちだが、繊細でそれぞれが小さなステップであり、小さな変化の積み重ねによって患者が成長して行く現実的な治療機序モデルである。

ただ、このプロセスはあくまでも心的変容に至る理想像でもあり、そう簡単にこのプロセスが起こるわけではない。

現代的展開

ベティ・ジョゼフは、この変化惹起性解釈を不可能にしてしまう状況に関心をもった。彼女がインタビューで語っているところでは、「これは間違いのないと思った解釈が全く届いていないことを何度も経験した、そしてそれはどうしてなのかと不思議に思った」と述べており、それが彼女の技法革新の動機だったと述べている。

しかもジョゼフは、そのいわば抵抗のプロセスに治療者が巻き込まれ、積極的な役割を担ってしまうことに気づく必要があり、そこにこそ治療機序の鍵があるとしている。ジョゼフの取り上げている患者の場合にはこの抵抗が抑圧抵抗というよりは、スプリッティング・否認・理想化など、全て万能感によって支配されているようなプリミティブな機制による抵抗である。もう少しいえば、その機制を支配しているのが、リビドー的要素ではなく死の本能をめぐる葛藤すなわち、羨望や破壊的ナルシズムなのである。

プリシラ・ロスによる転移解釈のレベル（ストレイチーよりも精緻に細分化・より緩徐な繰り返しによる変化）

クライン派の分析家プリシラ・ロスは、2001の論文において、日常分析臨床において行う転移解釈の水準を、特にそこで浮上している無意識的空想の質を基準にして、4つに分けて論じその作用を明確にした。

レベル1 転移外解釈：分析状況において生じている事象と、患者の生活史上の経験とを結びつける解釈

レベル2 非特異的転移解釈：患者の現在の外的生活で生じている事象を分析者や分析状況に関する無意識的空想とを結びつける解釈

レベル3：いまここでの特異的転移解釈：患者が分析者や分析状況をどのように使っているのかということの描写やその意味を、いまここで患者の中で活性化している無意識的空想に結びつける解釈

レベル4：逆転移的反応や転移の行動化の吟味と理解を含めた、いまここでの転移解釈：分析状況において、患者の中で活性化している無意識的空想をもとに、患者が治療者をも様々な形で引き込み、そこで生じる治療者の逆転移の行動化も含めて大規模に実演されていることを理解し、その実演状況の描写とともに、患者に生じている無意識的空想を捉えた解釈

2. 逆転移

フロイトが、逆転移について認識し始めた当初、それは分析治療に臨むにあたって分析者が克服すべき障壁であると考えられた。治療者はblank screenであらねばならないという警句がさらにその風潮を強めた。したがって、治療者が患者の転移に対して無意識的に反応してしまわぬように、治療者も分析を受けるように推奨されることとなる。つまり患者の転移の醸成を邪魔しないように、分析者の神経症反応を含め不要な無意識的反応を根絶すべく、訓練分析が推奨されることになった。すなわち、「逆転移は夾雑物に過ぎず、分析状況から取り除くべきである」という考えが訓練分析の必要性に関する最初の発想だったわけである（擬似科学的、擬似医学的純粋性）。ところが、この前提は人間観の変遷とともに変化する。

- a. 訓練分析が盛んに行われた結果、このスタンスが現実的でないことが経験的に明らかとなる。
- b. 第二次世界大戦前後、科学的人間観の負の側面が白日の下に（ナチの非人間性 etc.）。その結果、職業生活に民主的人間観がもたらされることとなる。

そうした中「分析者は機械ではない。一人の人間として振る舞うことが自然である。」という考えが市民権を得る。

分析者の個人的反応を、もはや夾雑物だと見なす必要はなくなり、むしろ「患者の転移をよりよく知るための重要な源となり得る（Heimann, 1950）」との考えが可能となる。つまり、分析者の患者に対する反応から「患者の無意識についての何か」を知ることができるかも知れないと考えられ、逆転移が分析者の未解決の問題を示すばかりとは限らないことが共有され始める。

Money-Kyrle, R. 'Normal counter-transference and some of its deviations.' 1956.

分析状況を「患者が話し、分析者がそれを聴く、分析者が話し、患者がそれを聴く」という相互作用として捉え、投影と取り入れの相互作用の場として描写した。つまり、クラインの内的世界（内的対象関係）が、

そのまま分析状況としてコンサルティング・ルームに現れてくるのだということの指摘、そしてその定式化を行った。

この定式化によってマナー・カールは、分析者の機能の blank screen/隠れ身はもはや可能でないことを明らかにし、そもそも分析者の心的反応（応答）こそ重要な治療設定の一部分を構成するという形で逆転移の本質的重要性を明らかにした。分析者が自分の感情・思考・経験を注意深く探索・吟味することで、患者の転移状況の中で分析者が期待されている役割を感知したうえで、それを取り上げることができるならば、逆転移は転移を理解するための重要な道具となり得るという発見である。だがここには注意が必要である。逆転移はあくまでも、転移理解の深化を通じて患者の内的対象関係を知り、内的世界における変化が生じるための援助に資するよう使用されるものであって、治療者の無意識的問題の解決のために使われてはならない（ブリトンによる原子力の喩え）。

重要な議論：治療者の本物の反応が、人間的に尊重される経験となり、それ自体治療的なのだという考えが生じ得る。特に尊重される経験の少ない患者には治療者の本物の反応 authentic response は重要な治療的要素であるとの議論である（要するに修正感情体験）。だがそれは精神分析による変化とは別物である（Segal の治療機序論によって明確化される。）過剰な自己開示と、陰性逆転移の否認に至るリスク、あるいは転移に反応している逆転移的応答（患者に対して過剰に親切にしたいくなる、etc.）に気づけなくなるリスクが生じる。

クラインが逆転移の使用に対し極度に批判的であった理由：治療者自身の無意識的葛藤や不安、分析者としての未熟さなど、逆転移を構成するものの多義性をすべて患者のせいにしてしまうような風潮に陥ることは目に見えているという懸念。投影同一化概念の過剰使用への警戒と基本的には同種の危惧であった。

分析者が逆転移を使う際に重要なこと：分析状況において患者とともにいるという経験について、自分自身の中でそれを形にしてみる。つまり、逆転移の体験を自分の中で描写し、自分の観察自我、もしくは分析的対象（自我）との関係の中に位置づけて吟味することである。ブリトンの三角空間を分析者内部に構成する試みが重要である。逆転移を体験しつつ、それを観察し、生じる理解を自ら内的に解釈すること、これが特に、「面接室内に主体が一人しか存在できなくなりがちなナルシズム患者（ブリトン）」との治療において重要となる。

スキゾイド患者：体験主体が患者の中からいなくなり（投影され）観察（判決的）主体のみとなる。

ボーダーライン患者：体験主体が肥大化して観察主体が機能できなくなる。

これらの患者においては、治療空間を分析者の中で構築することから始めねばならない。それによって患者の内的空間を再度、修復再生する試みが可能となる。

「治療者が患者をどう体験するか」「患者の持ち込む臨床素材の受信と観察」この異なる二つの次元の素材が重ね合わされることで、転移理解が有機的、多面的、立体的になるという発想。

3. コンテインメント

a. 「探求の治療」から「分析的接触の治療」へ

1950 年代の後半になるとクライン派の分析者たちは、治療者の心の果たす役割の決定的な重要性に気づくようになる。それにともなって、分析プロセスが患者と分析者の相互関係から生じるのだという側面をさらに強調し始めた。彼らは、深い不安に形と表現を与える解釈が患者に与えるインパクトこそ、「今ここでのプロセス」を活性化させるのだと考えた。特にマナー・カールは二つの主体的精神が織りなす投影と取り入れの循環を分析プロセスにおける本質的なものと位置づけた（クライン派バージョンの

inter-subjectivity 間主観性・どちらかと言えば相互主観性と訳す方がよい)。このような治療観の変化によってもたらされたのは、過去の外傷体験の再構成やそれへの防衛、あるいはゆがんだ記憶についての探求よりも、むしろ「今ここで」立ち現れる対象関係そのものに焦点づける治療技法への大転換であった。これは、「探求的治療」から「分析的接触の治療」へのパラダイム・シフトとして捉えられる。

クライン派の治療機序モデルが「今ここで」へとシフトしたことで、自ずとクライン派分析技法は、

「分析的に機能しようとする分析者の心に患者がいかにして、
会おう（接触する）か、出会えないか、
それを回避するか、
心に侵入するか、
寄生的に入り込むか
接触を破壊するか
誘惑するか
利用するか
支配するか etc.などを

観察し、理解し、それを修正してゆくこと」へと重心を移動させることとなった。

b. ビオンのコンテイナー・コンテインド・モデル

マナー・カールと同時期にこれらの技法的転換を、特に統合失調症患者の分析経験を通じて、より理論的に洗練したのがビオンであった。

コンテインメント概念—発想の嚆矢

「何を犠牲にするにしても、とにかく真実を追究するのだという精神分析の暗黙の目的は、破棄され、切り離されたパーソナリティ部分を、バランスのとれた見地を維持しながら包容する力が必要なのだと主張することと同じだと感じられる。」Bion, ‘On arrogance’ 1958.

「患者は、自分のパーソナリティにとって、死の恐怖というものがあまりにも強力すぎて持っておけないと感じられるため、その恐怖を自分から取り除き、切り離し (split off), そして私の中に置いたのだ。そこにあるのはどうも、それが私の中に十分長く滞在することが許されるならば、それはその間に私の心にあって変形を被り、それなら安全に取り入れることができる、というアイデアのようである。」Bion 1959, ‘Attack on thinking’

患者の何かが分析者の中に、少なくとも一時的に逗留しているのだと両者によって体験され、その逗留の間に治療者の心の中で変形（解毒・消化）されて、患者の心の中に戻される。この変形プロセスこそコンテインメントと呼ばれるものであり、以後ビオンがこの概念を様々な側面から洗練してゆく。こうして、コンテイナー・コンテインド・モデルこそクライン派の治療と解釈の基礎を形作ることとなる。

「分析者の心が、患者の一部あるいは患者の体験の一部を迎え入れ、それをより耐えられる形へと変容し、適切なタイミングと適切な強度でもって、患者に返してゆく」というプロセスである。また、ビオンが明確にしたのは、「その変容の内実とは、患者の情動体験を知りうるものにするというプロセスだと云うことである。」Hinshelwood, 2007.

ベータ要素：知ることができない体験、考えることができない考え（情動、思考）

アルファ要素：「形を持つこと」で耐えられる、意味を持った「自分自身の」体験・考え

これは、そもそも人の体験とは、このように内的対象との相互作用に基盤を持っているのだという考えとし

て捉えられる（情動体験はコンテイナー・コンテインド関係が成立して初めて可能となる）。つまり、ベータ要素は、アルファ機能の破綻によって生じるのであって、ベータ要素がはじめにあって、それをアルファ要素へと変換するというのではない（アルファ、ベータという名称の由来、反対の順ではない理由）。

c. クライン派バージョンの洞察概念

したがって、マナー・カールとビオン以後のクライン派においては、「耐えられず知ることができなかった情動体験を、対象に知られることを通して知る」というプロセスこそ「洞察」なのであり、それはコンテインメントとアルファ機能のプロセスそのものなのだということになる。言い換えれば、それは内的・外的対象との投影同一化を通じて初めて可能となるプロセスである。あるいは、投影同一化によって失われていた自分自身の心・体験を対象の心での受容と理解を通じて、新たな意味とともに取り戻す過程であるともいえるだろう。もちろん自分自身の心とは内的対象と同義である。また、患者にとって耐えられない心的内容・情動体験は分割と投影同一化により削除され、空想上、外部（内的対象の内部、パーソナリティの外側 etc.）に位置づけられている。あるいは、その体験が形すら持たないこともある。

i. ダメージを受けた内的対象の修復 reparation

ii. 意味の生成、第三の対象、エディプス的、成長的再生産、心の成長による増大

iii. 考える乳房（アルファ機能、コンテイナー）の内在化、他者性を持つ自分自身の心、夢

したがって、アルファ機能とは、夢見の機能であると同時に、意識と気づきの器官である。

放棄した体験 disowned experience を変形して、耐えられるものにするというコンテインメントが最初に生じる場合は、したがって分析者の心の中においてであるということになる。

コンテインメントと分析的接触に関するローゼンフェルドの言及

「分析治療における前提条件は、患者の中で生じていることを分析者自身が感じ、体験するために、患者の感情や考えに対して十分接触する必要があるということである。」 Rosenfeld, 1987

d. Irma Brenman-Pick の貢献（「逆転移のワークスルー」1985）

「生まれながらの潜在性として、乳首を探す口があるのだとすれば、その心的代替物も存在するのだと私は信じる。つまり、ある心的状態が別のある心的状態を探し出すということである」 Brenman-Pick
患者の無意識は、分析者のある特別な部分を、その投影の受け皿として探し当てる（探知、喚起）。

例えば、分析者の批判的超自我

分析者の母親的気遣い

この探知・喚起作用によりエナクトメントが起動せられる。

ビオンの言えば、mating pre-conception/realization

e. マナー・カール（1956）、ビオン（1962）、シーガル（1975）による逆転移概念の再定式化

分析者による取り入れと、それに伴って分析者の心が患者の「耐えられない心の状態（対処できない、何かも分からない、気づいていない etc.）」を「知り得る状態 intelligible state of mind」として自らの中に作り出すプロセスについてそれぞれ概念化している。これは変形された恐怖の再投影以上のプロセスを描写している。

「コンテiningとは、耐え難い葛藤の解決というものではなく、むしろ心の修復を意味している。」

Hinshelwood, 2007

「葛藤の理解」から「心の機能不全の在り方と自己崩壊プロセスの理解」へ
つまりは、理解が向けられるべきは、人格の精神病部分に対してということになり、コンテイングのプロセスは患者の自我機能に保持を与えることだということになる。それは、バラバラになり機能不全を起こしている心をついにまとめ、後に自らその包容・統合機能と葛藤解決機能とを回復し、自ら行えるよう援助することである。

「人格の非精神病部分は、神経症的問題、すなわち観念や感情間の葛藤解決に焦点づけられた問題に関わるのであり、これは自我が作動したことで生じさせてしまったものであった。だが、人格の精神病分は自我の修復という問題に関わっていた。」 Bion, 1957

「非精神病人格から精神病人格を区別する」

ビオンによる人格の精神病部分という発想と、コンテイナー・コンテインド概念の創出とともにクライン派臨床は根底から変化した。つまり、自我の損傷という現象の探知に焦点づけられた分析臨床。クラインと同様にビオンも、自らの精神病臨床から導き出したことは、解体、脱統合、損傷といったものがスプリッティングと投影同一化という能動的なプロセスによってもたらされたのだという結論である。これによって、クラインの「深い解釈 deep interpretation」の妥当性が確証されたことになる。すなわち、深い解釈は心自体のダメージへの理解をもたらすからである。

f. コンテインメントと「良い対象」

クラインは、良い対象の取り入れを基礎として自我が自らを形成してゆくと考えていた。母親は乳児に良い体験を提供し、満足と愛を与える。自我は、この内在化された良い対象を核として成長してゆく。一方、精神分析の経験によって、内在化されるのはより特異的な良い対象である。それは理解をその特徴とするものでありいわば、「理解する良い対象 ‘the good understanding object’」である。患者の耐えられない心的体験・心的要素が分析者の中に一時逗留し、そこで体験され理解されたとき、患者は安堵とともにその「理解する良い対象」を内在化する。そして、その機能すなわち体験し理解する能力、機能をも内在化する。その内在化によって、患者の自我が拡大成長することができる。

自分自身の心を持つこと、自分自身の経験を持つこと

したがって、クライン派の分析者にとって、治療技法は自我が拡大し成長することへと向けられるのであり、それは情動体験をコンテインし、葛藤に耐えうる能力を高めることである。

理解する良い対象とその関係化

コンテイナー・コンテインド関係：nipple & mouth ♂♀ (Bion) 成長をもたらすカップル

結合両親像・結合対象：nipple&breast (Meltzer) 良い原光景カップル、良いペニスと良い赤ん坊を内包する母親の内部

g. K-link

ビオンは、この理解する良い対象の内在化へと至る一連のプロセスを K-link と呼んだ。患者と分析者との関係はお互いに関する知識と自己知 (self knowledge) を高めるものである。ここで、分析者の心について患者が知ることは大変重要である。なぜなら、患者は自分にとって耐えられず気づけない情動体験に対して、分析者の心がどのようにしてそれを知り、それに取り組み、消化するのかわかることが必要だからである。したがって、分析状況は患者の心だけではなく、分析者の心も含めたフィールドがその対象となる。相互理解と互惠性プロセスなのである。

h. ビオン版の禁欲原則

LとHを差し控えること。だが、患者も分析者も容易にKから滑り落ちてしまう。

L：極端な例は性的バウンダリーの越境、相互理想化、なれ合い

H：極端な例は、暴力的解釈、道徳的優位性からの解釈、患者の悪い過酷な超自我への同一化がもたらすこのようにLやHに陥ることは時として避けられないが、それが間違いであることに気づくことがまずは重要である。さらにその間違いの出所を明らかにし、それを転移の核心を理解するために使えるなら、良い理解する対象の回復が得られるだろう。特に分析者の中で、 $K \rightarrow L$ or H へと陥るプロセスを辿ることができるなら、患者の転移（内的対象関係）をよりよく理解することができる。したがって、ここでも分析者の心の中が重要な探索フィールドとなる。

i. Steiner の分析者中心の解釈 *analyst centred interpretation*

患者にとっては分析者の心の働きが非常に重要であり、「そこ（分析者の心）で何が起きていると患者が感じ、体験しているのか、何を恐れているのか、あるいは何が起きていると欲しいと望むのか」、など患者の投影とその展開する場としての分析者の心の中こそ、まずは吟味され知られる対象となる。これは特に内的コンテインメントが弱く、したがって情動体験基盤の弱い患者（ナルシズム患者）に当てはまる。この分析者中心の解釈は、シュタイナーの重要な貢献のうちの一つである「心的退避（ローゼンフェルドの自己愛的組織への依存的部分の幽閉からの発展）」から患者の健康な自己が一時的にでも出てくるよう働きかける意味合いがある。

j. 逆転移を含みこむ「転移の全体状況」の拡大：ベティ・ジョゼフ

ジョゼフは、先述したクラインの「転移の全体状況」という概念を特に重要視した。クラインの発想は、そもそも転移というものは、治療者への感情への言及に限ったものではなく、様々な対象との関係として再体験されており、過去のある状況と無意識的空想とが不可分に結びついた形でもう一度生き直されている（*relive* とか *living out*）というものであった。したがって、転移とは治療者へ向けられた感情だけではなく、分析治療によって活性化されてきた状況全てである。したがって、分析家に対する直接の言及だけでなく、日常生活の出来事の報告や別の人に対する感情を語ることなど全てが転移状況であるということになる。さらに、このような転移概念の拡張によって、アクティング・インあるいはアクティング・アウトはもちろん転移解釈の対象だと見なされ得る。ジョゼフが特に貢献したのは、この全体状況が逆転移状況をも巻き込んでアクティング・インされるという側面についてであった。ジョゼフが特に関心を持ったのは、面接室内における患者のアクティング・インとそれに共鳴する分析家のアクティング・インとの相互作用である。したがってこのアクティング・インには非言語的要素が強く、それは逆転移によってのみ感知することができるのだという発想へと結びつく。患者の転移の圧力に巻き込まれて、治療者が無意識的にとる行動をも含めた逆転移状況が、この転移の全体状況に含まれてくるという発想である。これによって転移状況の観察フィールドが著しく拡大されることになる。

では、逆転移から知るべきこととはいかなることだろうか。

ジョゼフの強調点：Nudging こづき

「患者が分析家に対してどのように振る舞い、そのことでどのような感情を引き起こそうとしているか。」
「患者は分析家に無意識的に何を期待しどのような役割を担うようプレッシャーをかけているのか」
「患者が彼らのどのような防衛システムに、いかにして分析家を引きずり込もうとしているのか」
これらのアクティング・インについての理解がフルに得られることで、乳幼児の時から内的世界が構築されてきたプロセスが、転移関係にどのように持ち込まれ再演(*living out in the transference*)されているのか、過去の体験と無意識的空想がいかにして結びついているのかということが見えてくるのだとジョゼフは主張している。

4. 死の本能と破壊的ナルシシズムの臨床技法（ジョゼフとフェルドマン）

クラインは子どもの患者の不安は自らの攻撃性をめぐって生じることを発見した（迫害妄想不安、抑うつ不安）。これを彼女は、原光景と母親の身体内部への羨望的攻撃と、それへの不安から形作られる原始的超自我（蒼古の対象関係）の作用と結びつけた。また、これを死の本能の発現であると考え、羨望こそ死の本能の直接的な現れであるとした。羨望を死の本能の直接の現れと捉える見地には、現在では疑問が投げられており、むしろ、羨望という情動が死の本能を活性化させるという関係にあるとの考えが支持されている（Feldman 2009）。また、羨望をより根源的な自己破壊現象（反思考、反生命、差異の消失、反意味作用）として位置づけ、広範な発現形式を持つ反・情動作用 anti-emotion として捉えるビオンの立場がより臨床的に有用である。いずれにせよ、羨望による自己部分の破壊とその排泄により、自己の体験、自己への知識、気づきは失われる。破壊の様子と破壊により失われた部分の帰結を観察すること、死の本能の発現であると見なせる「心的平衡維持」Joseph とナルシシズム的組織化の構造を把握し、さらに羨望によって破壊されている体験基盤（内的対象、コンテイナー）を、転移・逆転移の生成により修復してゆくという発想がクライン派の治療の中心軸となる。特に死の本能と羨望とが、面接室における転移状況の中で細かく時々刻々と瞬間瞬間のやりとりに現れてくる様子を捉えようとするのがジョゼフの技法である。1セッションの中でのやりとりの中で、陰性治療反応をより細かく観察する手法である。洞察や安堵を得た患者のパーソナリティ部分がどういう運命を辿るのか、分析者の理解がどのように使用されるのか、いかにして洞察が死んだものとなるのか、いかにして平衡維持がなされるのか、そうした動きを一つ一つのやりとりの中で観察し、解釈するというコンセプトである。

a. 心的平衡と変化：ベティ・ジョゼフ

シーガル、ローゼンフェルド、ビオンが、主に精神病患者の分析治療からナルシシズム概念を探求し洗練していったのに対して、ベティ・ジョゼフは「一見正気だが、通常の分析治療には反応せず治療抵抗性である到達困難な患者」にスポットを当てた。彼らの中に共通して認められるのは変化への強固な抵抗であり、それは心的平衡の維持が人生の目的化しているということである。ジョゼフはこのような患者たちとの分析から、患者の発言内容の解釈のみでは患者に変化をもたらすことはほとんどないと確信した。さらに緻密な観察から次のようなことを発見して行った。

- 1) 患者たちが様々な意識的無意識的防衛操作によって平衡を保っていること（組織化された防衛態勢）。
- 2) 分析家が患者の平衡維持に荷担させられ、防衛組織の維持に一役買うことになるという観察。
- 3) 患者の連想のみを解釈するのみでは患者に触れることはできないという経験。
- 4) 患者が分析状況にあるいは分析家を、そして分析家の解釈を、どのように使うのかに焦点化した観察が最も有効である。
- 5) 分析家へのプレッシャーを観察する際にはその影響に着目する必要がある、それは逆転移からのみ知りうる。

ジョゼフはこのような難しい患者との分析セッションにおいて、「これは間違いないと思った解釈が全く届いていないこと」を何度も経験した。それが技法を革新する動機になった。ジョゼフはとくに、抵抗のプロセスに治療者が巻き込まれ、積極的な役割を担ってしまうことに気づき着目した。ジョゼフの取り上げている患者の場合には、この抵抗が抑圧抵抗というよりは、スプリッティング・否認・理想化など、全て万能感によって支配されているような原始的機制による抵抗だと考えられた。その抵抗機制を支配しているのが、リビドー的要素ではなく死の本能をめぐる葛藤すなわち、羨望や破壊的ナルシシズムであると彼女は結論づけた。

このような難しい患者との分析においては、まず一見スムーズに進んでいる分析が実はほとんど進んでいないことに気づく必要がある。さらに治療者自身が病理的平衡維持に参加していることへの洞察を得なくて

はならない。多くの場合、これに気づくのは非常に困難で、一見洞察に充ちているかのようだが何も変化しない不毛なプロセスが続くことになる。彼女が強調するのは、このとき逆転移が唯一の手がかりとなることが多いということである。しかも、1セッション内でのやりとりの詳細に着目することが最も有用だとも主張している。瞬間瞬間で起こる進展と退行にフォーカスを当て続けるのが彼女のやり方である。

彼女の技法はクラインの技法の一部分をより先鋭化したものともいえる。一部分というのは、今ここで活性化されている無意識的空想への解釈というポイントである。それを特に、今ここでの治療者患者関係という関係性のフレームワークへと持ち込んで解釈するという手法となる。ジョゼフが技法的に最重要点と見なしたのは、患者と情緒的に、じかに、リアルに接触することである。そして分析家とのじかの接触を通して、患者が自分の本当の感情に触れることを援助する、そういう交流を目指すのである。このリアリティとのコンタクトという作業が最も重要視されている。それは、言い換えれば、「良い内的対象」の再発見を援助するプロセスであるといえる。これはそのままコンテイナー・コンテインド概念となる。

ここで、ジョゼフは言語的（象徴的）素材のみを解釈の対象にしている患者とコンタクトすることはできないと主張する。時々刻々と変化する態度と患者の持ち込む空気を解釈の対象とすること、すなわち声のトーンや抑揚、沈黙の質、これらの要素と解釈との関係を非常に重要視している。さらに自然な流れとして、逆転移的感覚も非言語的要素が重要視されることになる。特に分析家に対する非言語的圧力に敏感になることが、患者の投影同一化を受け取り理解するために重要であると述べている。さらに、分析家に惹起されたレスポンスを吟味しなくてはならない。つまり分析家自身が逆転移を非言語的に行動化している部分である。こういった発想の背景には、難しい患者たちの困難の起原が言語獲得以前の母子関係あるいは家族関係にあるという考えがある。

さらに言語的連想と解釈に関しても、その非言語的側面に着目する。たとえば、ある瞬間に、患者は分析家の解釈をどのように聞き、どのように体験し、さらにそれをどのように使うのかをつぶさに観察することが重視される。それらを観察することで、患者の内的力動関係が浮き彫りになると彼女は説明している。解釈をどう扱うかによってその人のファンタジーとヒストリーとが同時に見えてくるというわけである。さらに、投与された解釈が患者に受け取られてどのような運命を辿るのかということだけでなく、その解釈によって少しでも洞察を得た患者の一部分に、その後いったい何が起こるのかということにも注目しておく必要がある。別の部分から攻撃されたり、飲み込まれてしまったり、過剰な不安状態を引き起こしたり、スプリッティングされたり、分析家に投げ返されたり、そういうダイナミクスが起こることを観察することになる。

b. フェルドマンの治療機序論と精神分析的態度の探求

フェルドマンは、ブリトン、スタイナー、オシヨネシーらとならぶロンドン・現代クライン派の中心的分析家の一人である。彼は特にジョゼフの技法をさらに洗練し、特に逆転移の緻密な観察をもとに、患者の病理的平衡が分析室内において現れてくる有り様を観察した。また、死の本能は、死へと向かう力動を持っているばかりでなく、むしろ生命の表れとしての成長や創造性を減衰されることにその満足があることを見いだし、死の本能の「反生命的性質 anti-life quality」を強調している。このように、フェルドマンは死の本能論を洗練拡張することによって、その臨床応用の幅を大きく広げた。パーソナリティの病理的平衡は、分析状況での頑なな受動性として表出されてくることが多いと指摘し、そこに死の本能の満足が関わっていることを想定している。したがって、死の本能の満足は、生体の死ではなく、生き生きとしたものを枯れさせるフォースとして現れるのであり、この上なく不満足な状況に甘んじているかに見える患者たちの無意識に、死の本能の積極的な満足があるのだと見なし、それを浮き彫りにしてゆかないかぎり治療は進展しないと結論づけた。

ジョゼフの心的変化論の深化

ジョゼフの強調点は、患者が「心的現実への直面を援助してくれる良い対象を再発見すること」にあった。だが、多くの場合患者は自分がそのような対象から理解されず、愛されず、耐えてもらえないと信じており、さらにはそのような重要な対象から憎まれているとさえ感じているのだとフェルドマン(2009)は指摘する。したがって、患者はその対象に適合し服従することしかできない。だが、そのように適合することでは、本当の理解は得られず結局は、理解することを放棄した対象、意味を生み出さない対象に迎合するか、同一化するかしかなくなってしまう。

そのため、分析家の解釈や介入が「援助しようとせず、無理解な原始的对象」から生じているものと体験されがちであることを分析家は理解しておく必要がある。また、次のような悪循環が往々にして生じてくる。

ナルシシスティックな患者における分析的悪循環

- 1) 分析家の解釈は真の気づきや真の理解の試みであるというよりは、脅かしとして、侵入として、服従の要求として体験されがちである。
- 2) 解釈は患者の中に、分析家へのしがみつきや侵入欲求を発動させることになる。
- 3) 分離していて助けになるはずの対象としての分析家の側面は削除されてしまう。
- 4) 分析家の心に乗っ取ることにより、患者が自分で思考し理解する能力も削除されてしまう。
- 5) 解釈に対して、自分の理解によって応答する能力を失う。

これを打開するためには、患者から発生していてその影響で分析家からも生じてくる「従順さ compliance」と「エナクトメント」という分析状況での特有のコミュニケーション様式を把握することが必要になる。特にこの従順さとエナクトメントにまずは気づく必要がある。これが病理的状況を維持している死の本能の暗躍システムを照らし出すことにつながる。どこことなく分析家自身を満足させたり、安心させたりする解釈がなされる傾向がある場合、実は患者の防衛システムに取り込まれて倒錯的満足や防衛的安全感を提供することになってしまいか、と検証し、モニタリングする必要がある。つまり、面接室内にて細やかな観察を通じて、破壊性の繊細な働きを捉え、瞬間瞬間に作動する死の本能の動きを把握することが重要なのである。

フェルドマンの治療機序論の骨格

フェルドマンの治療機序論は、ストレイチィの変化惹起性解釈概念(超自我の過酷さの緩和)とジョゼフの心的平衡論とに、逆転移要素を加えて再編成し発展させたものである。

患者が分析家という存在、および分析家が行う解釈を体験することで、原初的对象関係に基づいた無意識的空想が喚起される (archaic object relation, 蒼古的超自我対象関係)。だが、そこで喚起されている無意識的空想をそれが生じているそのときに正確に捉え理解することは困難である。それは分析家の理論的仮説や、理解の限界によって多くの場合歪曲を被ることになる。だが、分析家がセッションにおいて患者に向けて話しかけるそのなされ方は、そのときの患者の心的状態を想定してなされるので、分析家が無意識的に把握しエナクトしている要素を含んでいる(逆転移のエナクトメント, 逆転移的共鳴, counter-transference immersion)。分析家が自分の介入の言語的・非言語的性質と、それらに対する患者のレスポンスの両方に対して緻密な注意を向けるなら、その場に現れている対象関係の性質を知ることが出来る。そうすることで、その場で活性化している無意識的空想や患者にとっての分析家の介入の持つ意味を理解することが出来る。これらを理解できるならば、分析家は患者の空想や、その場での体験に対して、より直接的に焦点化することが出来る。それを次の解釈を行う際に考慮に入れる必要がある。

- 1) 患者が分析家と解釈を体験することで、原始的对象関係に基づく無意識的空想が喚起される。
- 2) 分析家の介入に対する患者のレスポンス(無意識的空想のエナクトメント)に対して緻密な注意を向けることで、その場に息づく対象関係の性質を知ることができる。

- 3) 分析家自身が患者にどう振るまい、どう話しかけるかは分析家が患者の心的状況を反映する（逆転移の行動化）。
- 4) 患者のレスポンスとともに分析家自身の振る舞いに焦点化して患者の対象関係を理解する。
Emergence from counter-transferential immersion

フェルドマンの内的対象概念と精神分析的態度

「われわれは、その利便性から蒼古的内的対象関係を固定した実質的構造として語ることが多い。だが、実際には内的対象をダイナミックに流動する構造として捉えることが有用である。」内的対象の流動構造とは、それが扱われる仕方と、そこに投影されるものによって維持される流体構造として捉えられる（水と川の関係）。対象関係の変化とは、患者の中でも分析家の中でもつねに生じており、何一つスタティックなものはない。一見スタティックに見える病理的対象関係、あるいは病理的構造は、心的ニーズの持続性により生じ維持されているのだとフェルドマンは考えている。この心的ニーズは、多くの場合破局的不安とその防衛システムとによって安定化維持されている（ブリトンの三角空間やPS (n+1)、シュタイナーの心的退避、病理的組織化概念と連動する臨床概念となる）。

分析家は、まずこのシステムがどのように維持されているのかを、そこに過度に巻き込まれてしまわずに（不可避に少しは巻き込まれないと始まらないが）観察し理解する必要がある。患者が、分析家や患者自身に対して何を体験し、何を見て、何をしようとしているのかへの観察と理解を患者と共有することが目指される。そこには、患者が分析家の解釈をどう使っているのか、分析家という人物をどう使っているのかへの観察と理解が含まれる。

このような分析家の性質や仕事、あるいは態度といったものが総体として、「理解する対象 understanding object（分析的对象）」として立ち現れる。この理解する対象とのコンタクトが患者に安心感と安全感そしてコンテインメントを提供する。その安堵感が病理的パターン（蒼古的内的対象関係）への圧力を減少させる。このような理解する対象との情緒的接触と、理解の共有とが、安心感と同時に患者の内的対象関係の質の変化、分析家を体験するその様式自体の変化をもたらすことになる。フェルドマンは考えている。だが、そこに生じてくる分析家のタスクは容易なものではない。特に重要な性質は「理解 understanding」「自制 constraint」「包容 containment」である。

だが、理解する対象とのコンタクトを可能にするのは、必ずしも理解をそのまま与えることによってではない。たとえば、患者の精神生活史や夢などから知られる無意識的空想を明確に捉えておくことは大変重要であるが、セッション中に分析家の思考にそれらが侵入してくることは避けねばならない。（それらを否認したり軽視したりするのではなく、背後に保持しておく必要がある。）なぜならば、それらはあまりに直接的に過ぎるため、患者自身が自分の蒼古的対象をめぐって複雑に構成された無意識的空想を自分で理解することで得られる治療的効力を促進する機会を奪うことにつながりかねないからである。ここでフェルドマンの述べる分析的对象 understanding object とのコンタクトは、ビオンのいう act of faith「記憶なく、欲望なく、理解なく」という精神分析的態度の臨床的探求から得られた一側面であるといえる。

(2) ヒステリーの現代的理解と臨床

実像なき魂のリアリティ

大阪教育大学保健センター 飛谷 渉

1. はじめに

精神分析は、当時女性の病気とされていたヒステリー疾患に対する一つの治療法として、開業神経科医だったフロイトによって考案された。このヒステリー治療への取り組みは、彼が自らの父の死に際して直面した内的危機をワークする無意識的なストラグル、すなわちフロイトのやむにやまれぬ自己分析の試みと同期して進んでいった。そこでフロイトがつかみ取ったのは、エディプス・コンプレックスこそ人間の中核的葛藤であるという気づきであり、その発見によって精神分析はヒステリー治療という枠を大きく逸脱して、より広く深く人間を理解する方法として成長する道を歩みはじめた。そうした意味において精神分析は、フロイトを父として、ヒステリー者を母として生まれ、成長してきたといえる。

他方、ヒステリーという病名がすでに女性の子宮という意味を含んでいることにも示されているとおり、長らくそれは女性特有の、あるいは女性性に関する病気であると見なされてきた。フェミニズム的社会学に造詣の深い異色の女性分析家ジュリエット・ミッチェルも指摘するように、ヒステリーは男女ともに陥る可能性のある病理的コンステレーションであるにもかかわらず、それは長らくフェミニイズ（女性化）されてきたといえる。しかも彼女によると、フロイトのエディプス・コンプレックスの発見と同期した精神分析の発見によって、フロイトにも巣くっていた男性ヒステリーが社会を巻き込んで大規模に抑圧されることとなった。たしかに、1900 年以降のフロイトは、ヒステリー研究への情熱を失ったかのように見える。これは精神分析による、男性ヒステリーの抑圧であるというのが彼女の見解である。

さらに、メラニー・クラインに端を発する英国対象関係論学派の臨床的理論的發展によって、より微視的で精密な内的対象関係に関する視野が急速に開けたことで、フロイトのヒステリーに関する素朴な説明は、もはやその時代の精神分析の発展に見合ったものではなくなってしまった。フロイトのモデルでは、通常エディプス状況において高まる異性の親に対するリビドー的願望は、去勢恐怖に基づく禁止とともに抑圧されるが、ヒステリーでは何らかの強固な近親姦のファンタジーあるいはトラウマによって、この正常のエディプス状況の抑圧が不可能となって、症状という形でその禁止された願望が回帰してしまうこととなり、そこで代理満足が表象されるというものであった。このモデルは、リビドー経済論的理解にとどまるものだったが、残念ながらそれ以後大きく発展した彼の心的構造論や本能二元論のもとで見直されることはなかった。また、対象関係論の発展とともに、当然分析家の関心はナルシズムや死の本能論などへとシフトし、ヒステリー研究はさらに精神分析的臨床研究の視野から外れていった。この流れは精神医学領域での研究や診断方法のあり方の変化とも同期し、ヒステリーはその症状としての転換と解離に分解されるとともに、境界例や多重人格などパーソナリティ障害論や、病因論としての心的トラウマ概念の中に隠れて行くことになった。つまり、ヒステリーのマトリクスが、症状、パーソナリティ、病因という要素に分解されたまま拡散・断片化するに至り、当のヒステリー者の雲隠れを助長することとなったのである。

とはいえ、1960 年以降現在に至るまで、ヒステリーをその時代的文脈に位置づけようとする試みは、数年ごとに思い出したように催されることはあった。たとえば、1974 年に催された I P A のヒステリー疾患概念はいまだ有益かを問うパネル ‘Hysteria Today’ において、クライン派の分析家ブレンマンは、ヒステリーというエンティティの有用性を認めた上で、改めて精神分析においてヒステリー者を定義づけることの本質的な難しさについて述べている。ブレンマンがいうには、分析家が臨床においてヒステリー者に出会うと、遅かれ早かれその人をヒステリー者だと感知することはできる。したがってやはりヒステリー者は存

在する。ところが、いざヒステリーとは何か、何がヒステリー者をそれと特徴づけるのかと問われると、とたんに口ごもってしまい、それぞれの理論的臨床的立場からのバラエティに富んだ説明をすることになり、到底同じ疾患について述べているとは思えない有様となる。彼はこのようにヒステリー者の本質的な捉え難さを指摘する。その上で彼が指摘するのは、心的破滅状況(つまり精神病)とその否認による防衛という布置である。言い換えれば、ヒステリー者は特有の否認によるヒステリー性防衛組織を構築しており、最早期不安の体験による破綻を防ぐべく振る舞っているのだという見方である。

これがヒステリーの本質であるとしても、これではヒステリー者がある種のナルシシズム的防衛態勢あるいは防衛組織を構築するパーソナリティだと述べているに過ぎないともいえる。そこで本発表では、ヒステリー者の構築してゆく防衛組織につき、もう一步踏み込んだ理解を試みようと思う。

2. ブリトンのヒステリー論

現代クライン派の代表的分析家ブリトンは、自験例とともに、ブロイアーの患者「Anna, 0」、そしてユングの患者「ザビーナ・シュピールライン」の生活誌と病歴、そして治療経過を詳細に研究し、ヒステリー者のパーソナリティのダイナミクスの核を、原光景からの疎外体験を受け入れることができない病理としてとらえた。彼によるとヒステリー者は、育むカップル nursing couple (良い結合両親像)としての両親からの分離に耐えられずそれを否認する。その強固な否認によるヒステリー防衛態勢は、「性的に結びついて本人を排除するエディプス神話的カップル sexual couple」の構成メンバーうちのどちらかの位置を、空想的もしくは現実的に乗っ取ることで維持される。ところが、この防衛態勢の維持のためにヒステリー者は、自己自身の空洞化を招くとともに、自らの性愛性を放棄せざるを得なくなり、他者の性愛、つまり原光景そのものの中でしか生きることができない悲劇的存在となる。このように、ブリトンによってヒステリーの病理は現代クライン派の発展させた病理的組織化の特殊なあり方、つまり最初期の早期エディプス関係での分離による破滅の恐怖と対象喪失の恐怖の揺れ動きという原始的な不安状況を、性愛的な全体対象の次元にいわばバーチャルで偽りの参加を続けることで否認するパーソナリティとして再定式化された。ここでヒステリーが、最初期のエディプス三角化における困難を、見せかけの全体対象関係におけるエディプス三角化で代償しようとして組織化される防衛態勢であることが理解される。

3. 三角化不全とヒステリー: Rupprecht-Schampera のヒステリー論

早期三角化不全という発想をもとに、ヒステリー防衛態勢の構築プロセスを定式化したのはブリトンだけではない。イスラエルの女性分析家 Rupprecht-Schampera もその一人であり、彼女の分離性の獲得をめぐるヒステリーの防衛組織化論は非常に優れており、原光景への時期尚早の参入を中心とした前述のブリトンの微視的な内的対象関係からの概念化と相まって、ヒステリー者のあり方を照らし出すことができる。

ここで、両者の定式化を相補的な形で組み合わせて、それぞれの症状を生む防衛態勢の成り立ちや対象関係の在り様について、女性のヒステリー者における展開をなぞってみたい。

さて、ヒステリーを生む成因の第一として、主体の分離不能性と母親によるその禁止、波長が合わないまま母親に飲み込まれる状況、あるいは赤ん坊の心が母親の所有物化してしまう関係など、母親との二者間の閉塞的関係が前提となる。これはある面でタスティンの描写する自閉症パーソナリティの母子関係を想起させるだろう。どちらにしても、そこでは母親との間で何らかの形で原初的三角化の失敗が生じている。ここで生じる恐怖に満ちた葛藤は、目の前にいる母親との間では解決されることはない。そこで時期尚早に求められるのがエディプス対象としての父親である。別の言い方をすれば、自己の破滅を伴う悪い部分対象関係(悪い性的母親)から逃れ、神話化された全体対象としての性的父親・ペニスに、未だなされていない三角化の活路を見出そうとする。そこで女兒は、エディプス化、あるいは sexualize された関心を父親から得られる可能性に気づく。

そこで、母子間の閉塞的状況からの解放を求めて、遠くにいてそれまでは乳児的状況における三角化（つまり早期エディプス状況）には役に立たなかった父親を、性愛領域において誘惑することになる。ここで重要となるのは、三角化対象としての外的内的父親の応答性である。母子関係での三角化を促せなかった最早期と同様に父親からの応答がないなら、ヒステリーは生じないと考えられる。こうしたとき女兒は、例えば同性愛へと転じるか、醜形恐怖などより深刻なナルシシズム的防衛・病理を発展させねばならない。あるいは、父親がここで非性的な暴力や残酷さで応答するなら、憎しみを核とした病理、例えば性倒錯、嗜癖、強迫症、摂食障害などの破壊的ナルシシズムへと陥るかもしれない。そして、もし父親が性愛的に応答した場合には二つの経路がある。女兒の母親との困難を理解した上で適切に性的に反応し、しかもそれを受け止めた上で、母親の果たせなかったコンテインメント、つまり適切な理解と応答がなされるならばここで、遅ればせながらの三角化が可能となり、ヒステリー病理へと進むことなく、代償されることになるだろう。ところが、父親が性的にのみ応答し、彼がそもそも自分の妻との関係をないがしろにしたまま娘を近親姦パートナーの位置においてしまうならば、ヒステリーの防衛の組織化への道が開けてしまうことになる。ここから組織化の進展は自ずと外的対象を通じてもたらされる。なぜなら、それはそもそも彼らが内的破局状況に耐え難いために、外的対象のみを自分の関係性の住处とし、内的生活を放棄するからである。要するにヒステリー者は自らの内的状況を虚空にしてしまう。あるいは、そもそも彼らは存在における虚空から始まっているともいえる。Rupprecht-Schamperaはこのヒステリーの防衛組織化を、性愛化、抑圧、転換、否認、解離、幼児化という6つの段階に分けてたどっている。

まずここで、母親との緊張関係、あるいはコンテイング不全によって被ったダメージを修復する目的でなされたはずの、無関心で遠い存在だった父親を性愛的アプローチによって呼び戻す試みが、父親が性愛領域のみで応答することになると、娘は境界侵犯を行う搾取者によって迎えられることになり、さらなるダメージを被ることとなる。自己解放と自己修復への試みは、結局コントロール不能の災厄を招き、母子関係ばかりでなく父子関係も緊張に満ちたものになってしまう。ここで女兒は、父親の裏切りを恨み、敵意を持つに至ると同時に、性的興奮と勝利感、誇大感を母親に対して持つ。そしてその状況を招いたことに罪悪感を抱える。その一方で、元々あった最早期の母親との関係から生じていた絶望的な無力感と孤独、そして破滅の恐怖は変わらず持続している。父親という性愛化されたエディプス対象を実際に獲得してしまった女兒は、ここで再び三角化に失敗するとともに母親との関係はさらに複雑化する。これを第一の段階とする。ここでヒステリーは準備されることになる。

次に生じるのは、様々な緊張に満ちた内的対象関係の抑圧である。それは万能的に母親との葛藤を解決してくれ、三角化を促してくれる父親対象が強固に理想化される。それは実際の父親ではないかもしれない。その理想化のメッキの次の相には、悪い母親に飲み込まれる恐怖、流産と不妊の恐怖、去勢の恐怖が生々しく活動していると同時に、父親への幻滅、敵意、復讐心が突出すべく待ち構えている。それが破綻しそうになると次の防衛的組織化が必要となる。

第三の段階が転換症状であり、葛藤領域を身体へと移動することである。これによって、葛藤惹起的対象との距離を維持することができる。つまり、身体を三角化対象として使用することになる。ここで、基本的に彼らが脅かされている心的状況は相変わらずであり、深い虚無と無力の感情、母親への飲み込まれる恐怖、父親の性愛的応答への不信、恐れ、そして幻滅である。さらに、それを追放される疎外体験、救済を求めての動き、さらなる父親の対象の理想化といった心的状態によって背景にある破滅的状況は視野から巧妙に排除される。ここで対象との間での接近と逃走の振幅は大きくなり、対象関係はさながら「鬼ごっこ」と「隠れん坊」の様相を呈する。

第四の段階は、エディプスが真実に対して自ら眼を突いて盲目となったことに象徴される強固な否認である。母親との乳児的葛藤も、父親への敵意と失望もともに強固に否認して、ヒステリー者は理想化された三角化対象としての永遠に手に入らない父親イマージを追求し続ける。これによって、いわば偽物のエディプ

ス葛藤 pseudo-Oedipus complex が形成される。背後には相変わらず、強大な母親対象に脅かされた破局的不安があるにもかかわらず、この否認によって実生活での母親に対しては、「全ては母親のせいである」と失敗をなすりつけて軽視できる罪人あるいはマゾキスティックな使用人などとして防衛的脱価値化がなされる。

抑圧や否認が機能しないほど原初的ダメージが深い場合に生じるのが第五の段階としての解離である。ここで彼らは自分自身の知覚を攻撃し破壊することになり、意識の変容を生じさせる。幻を作り出し、その虚構の世界を生きることで真実を回避し、全ての世界を操作できるかのように振る舞う。そして狂気と現実とは逆転し、ダメージを受けたという自分の心的現実があたかも自分自身の狂気や幻想であるかのように知覚するヒステリー精神病特有の状況が顕現する。

さらに第五段階とほぼ同時に、耐え難い罪悪感と自らの原始的な殺人的悪意に耐えられないことから、第六の段階すなわち幼児化が生じる。ここでヒステリー者は、母親を軽視することと父親との近親姦関係から生じる二重の罪悪感に苛まれる。この痛みを回避すべく、成長を拒否し責任を回避するとともに、永遠に運命の犠牲者であり続けようとする。

4. ヒステリーのナルシズム：セックスと死、ジュリエット・ミッチェルによる定式化

ヒステリーをナルシズムの面から捉えることは重要である。ヒステリーの防衛態勢を維持するには、理想化された王子様的な父親対象をどこかで維持することが必要となるのは前述したとおりである。これはローゼンフェルドのいうリビドー的ナルシズムに他ならない。この防衛的理想化を一度むくと激しい羨望の体験が突如姿を現すとするのが彼のナルシズム的組織化の概念であるが、ヒステリーではさらに特有の状況を見ることができる。すなわち、冒頭で紹介したジュリエット・ミッチェルによると、ヒステリーのナルシズム状況ではセックスと死が様々な形で分かちがたく結びついていることを観察できる。また、彼女はヒステリー者の早期体験の中心にエディプス状況よりも、むしろ兄弟姉妹の出現による追放と自己消滅という破局状況を見る。

そうしたある種のトラウマと自己の空洞化を元にヒステリー特有のナルシズム的防衛が形成される。つまり、ヒステリーのナルシズムでは、死の本能の体現として、ローゼンフェルドが描き出したようなあからさまな破壊性やそれが情緒化する羨望の体験が突出するのではなく、むしろ死とセックスが結びつき、性愛によって不毛な自己再生産が延々と持続するというたぐいの、いわば心理的不妊症状況として捉えられるものである。それは、愛想の良い性愛性の偽装のもとで、同じものを生み出し続けて、内的外的世界を不毛化してゆくものであり、結局は破壊的ナルシズムと変わらぬ状況を招くかもしれない。あるいは、彼らが女性であっても男性であっても、深いところでは処女懐胎空想と自己再生産空想を持ち合わせており、その体現にいそむ人たちであることは、表面的には溢れんばかりの善意と情熱のみなざる彼らと、少しの間でも分析的設定においてつきあうならば、臨床家はその同語反復性に嫌気がさし、彼らが何のコミュニケーションもしていないことに気づくことになるだろう。ここでセックスと結びついているのは死である。倒錯者の場合にセックスと結びついているのは憎しみという情動であって、ヒステリー者のように死ではない。ヒステリー者のナルシズムにおいて羨望は、情緒体験として現れることはなく、同語反復にあらわれるようなコミュニケーションにおける生産性の消滅という形で、換言すれば、個人が社会化することで生じるはずの豊かさを消滅させて同一物を生み続けることによる不毛化という形で、その機能を発揮するのである。

5. 終わりに

ヒステリーの防衛的組織化の展開プロセスについて現代的展望を試みた。ヒステリーのナルシズムの特性についても論じた。とはいえ、この短い解説でもってヒステリー者がいかなる人たちなのかを掌握できるほど十分に紹介できるわけではない。ヒステリー者に出会うという体験が、臨床家にもたらす逆転移的反応

など、精神分析的プロセスにおいても独特の展開があるだろう。臨床家が実際にヒステリー者と出会ってそれと気づくことでこそ、そもそも実態の欠如した心的現象を携えてくるヒステリー者が、人間界において実体化する第一歩となるのだと思う。

参考文献

- 1) Ronald Britton (2003): ‘Sex, Death, and the Superego—Experiences in Psychoanalysis’
- 2) Ute Rupprecht-Schampera (1995): ‘The concept of ‘early triangulation’ as a key to a unified model of hysteria’ Int. J. Psycho-anal., p. 457-473.
- 3) Juliet Mitchell (2000): ‘Mad men and Medusas—Reclaiming Hysteria’

VI：保健センター関係業績

1. 論文並びに著書・翻訳

- (1) 飛谷 渉 著書・単著「精神分析たとい話——タヴィストック・メモワール」誠信書房, 2016.
- (2) 飛谷 渉 著書・共著「ベータ要素のバリエーションと自閉性知覚要素-ビオンの変形理論から見た幻覚心性と自閉性変形」In:「精神分析から見た成人の自閉スペクトラム」第14章 pp. 254-275. 誠信書房, 2016. 11 月
- (3) 飛谷 渉 著書・共著「テクスチャーの精神分析」 In:「精神分析から見た成人の自閉スペクトラム」第17章 pp. 377-386. 誠信書房, 2016. 11 月
- (4) 飛谷 渉 特集論文「アートと夢」精神分析的な心理療法フォーラム. vol. 4. pp. 72-77. 2016. 12 月

2. 研究発表並びに講演, 司会・助言

研究発表

- (1) 飛谷 渉 「クライン・シーガル・ビオン・メルツァーの精神分析概念について」日本精神分析的な心理療法フォーラム第5回大会・分科会「精神分析アート, アートと夢」京都市. 2016 年 6 月
- (2) 飛谷 渉 「『この人は死ぬかもしれない』という逆転移について」指定討論演題, 日本精神分析学会第62回大会. 広島市. 2016 年 11 月
- (3) 飛谷 渉 「思春期のためのアセスメント」教育研修セミナー「子どもの精神分析的な心理療法——子ども・思春期の精神分析的な心理療法のアセスメント」日本精神分析学会第62回大会. 広島市. 2016 年 11 月
- (4) 飛谷 渉 「狂気の舞台としての夢——ヒステリー精神病患者との分析的な接触の試み」シンポジウム「夢臨床のスペクトラム」日本精神分析学会第62回大会. 広島市. 2016 年 11 月
- (5) 飛谷 渉 「ヒステリーの現代的な理解と臨床——実像なき魂のリアリティ」日本精神分析的な精神医学会第15回大会, 東京 2017 年 3 月
- (6) Tobitani, W. Hallucination, dramatization, and dreams: an attempt of analytic contact with a hysteric with hallucinosis. Clinical seminar presentation at the 15th Congress JAAPP, 2017. March.

講演

- (1) 飛谷 渉 講演「ベティ・ジョゼフ——変化をもたらす力」精神分析研究会・神戸セミナー, 神戸市 2016 年 4 月
- (2) 飛谷 渉 講演「閉所(クロストラム)-内的対象の体験的側面の探究」京都精神分析・臨床セミナー, 京都市, 2016 年 7 月
- (3) 飛谷 渉 講演「思春期のアセスメント」こども・思春期精神分析セミナー, 東京, 2016 年 11 月
- (4) 飛谷 渉 講演 「精神分析的な精神療法の実効性と可能性: 精神科医療に組み込むための位置づけについて」第7回大阪精神科臨床懇話会. 2016 年 11 月
- (5) 飛谷 渉 講演「思春期の世界」大阪府臨床心理士会研修会, 大阪市, 2016 年 11 月
- (6) 飛谷 渉 講演「コンテイナー・コンテインド・モデル: ビオンの概念化とその後の展開について」第22期広島精神分析土曜セミナー, 広島市, 2017 年 2 月
- (7) 飛谷 渉 講演「ナルシズム的防衛と原始的対象関係の諸相—クライン, ローゼンフェルド, ビオン, タスティンの観点から」第22期広島精神分析セミナー, 広島市, 2017 年 2 月
- (8) 飛谷 渉 講演「早期心性とことば-ビオンのコンテイナー論を中心に」大阪精神分析セミナー, 大阪市, 2017 年 2 月

司会・助言

- (1) 飛谷 渉 助言：精神分析研究会・神戸セミナー事例検討会，神戸市 2016 年 4 月
- (2) 飛谷 渉 助言：さくら精神分析研究会事例検討会，大阪市，2016 年 5 月
- (3) 飛谷 渉 指定討論：「思春期の心の諸相と精神分析的アプローチ」日本精神分析的心理療法フォーラム第 5 回大会・分科会 2016 年 6 月，京都市
- (4) 飛谷 渉 指定討論：「セラピー・プロセスはいかにして促進させうるか」日本精神分析的心理療法フォーラム第 5 回大会・シンポジウム，2016 年 6 月，京都市
- (5) 飛谷 渉 助言：京都精神分析・臨床セミナー事例検討会，京都市，2016 年 7 月
- (6) 飛谷 渉 助言：佛教大学学生相談センター事例検討会，京都市 2016 年 7 月
- (7) 飛谷 渉 助言：大阪心理臨床研究所・思春期事例検討会，2016 年 8 月大阪
- (8) 飛谷 渉 助言：みどり精神分析研究会・事例検討会，大阪市，2016 年 9 月
- (9) 飛谷 渉 助言：「身体疼痛を訴える女性との心理療法過程」新宅千絵子先生発表，日本精神分析学会第 62 回大会研修症例，広島市，2016 年 11 月
- (10) 飛谷 渉 助言：こども・思春期精神分析セミナー事例検討，東京，2016 年 11 月
- (11) 飛谷 渉 司会：認定制度の集い「指導者に求められる資質：臨床経験とトレーニングについて」日本精神分析学会第 61 回大会，千葉市，2016 年 11 月
- (12) 飛谷 渉 集計報告：「臨床実践・学会認定・教育研修に関するアンケート」日本精神分析学会第 62 回大会，千葉市，2016 年 11 月
- (13) 飛谷 渉 助言：みどり精神分析研究会事例検討会，大阪市，2016 年 3 月
- (14) 飛谷 渉 助言：佛教大学臨床心理研究センタースタディ・デイ事例検討講師，京都市，2016 年 1 月
- (15) 飛谷 渉 助言：東大阪子ども家庭センター困難事例検討会，乳児院・ガーデンロイ，東大阪市，2017 年 1 月
- (16) 飛谷 渉 助言：池田子ども家庭センター困難事例検討会，児童養護施設・希望の杜，高槻市，2017 年 2 月
- (17) 飛谷 渉 助言：大阪精神分析セミナー事例検討会，大阪市，2017 年 2 月
- (18) 飛谷 渉 指定討論：日本精神分析的精神医学会第 15 回大会代議委員会推薦演題，東京，2016 年 3 月

3. 競争的外部資金の獲得状況

- (1) 宮前雅見（代表研究者）：揮発性麻酔薬の虚血心筋保護作用におけるユビキチン・プロテアソーム系の役割の解明
日本学術振興会科学研究費（基盤 C）：2014—2018 年

各種学会委員会役職等

飛谷 渉

- (1) 日本精神分析学会第 62 回大会プログラム準備委員
- (2) 日本精神分析学会認定制度委員長
- (3) 日本精神分析的心理療法フォーラム理事
- (4) 日本摂食障害学会評議員
- (5) 日本精神分析的精神医学会代議員長

VII：規定等

1. 大阪教育大学保健センター規程

第1章 総則

(目的)

第1条 保健センター（以下「センター」という。）は、厚生補導施設として、保健管理に関する専門的業務を行い、大阪教育大学（以下「本学」という。）の学生及び職員の心身の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

(業務)

第2条 センターは、前条の目的を達成するため、次に掲げる業務を行う。

- (1) 保健管理についての企画立案
- (2) 定期及び臨時の健康診断
- (3) 健康診断の事後指導
- (4) 健康及び精神衛生に関する相談及び助言
- (5) 環境衛生及び伝染病予防に関する指導
- (6) 保健管理に関する調査研究
- (7) その他センターの目的達成に必要な業務

(職員)

第3条 センターに、次の各号に掲げる職員を置く。

- (1) センター所長（以下「所長」という。）
- (2) センターの専任教員
- (3) 学校医
- (4) カウンセラー
- (5) 医療職員
- (6) その他必要な職員

(所長)

第4条 所長は、センターの業務を掌理する。

2 所長の選考については、別に定める。

（センターの専任教員）

第5条 センターの専任教員は、センターの業務を処理する。

第2章 運営委員会

(運営委員会)

第6条 センターに、センターの運営に関する事項を審議するため、運営委員会を置く。

(任務)

第7条 運営委員会は、次に掲げる事項を審議する。

- (1) 保健管理の基本方針に関する事項
- (2) センターの事業計画に関する事項
- (3) その他センターの運営に関する事項

(組織)

第8条 運営委員会は、次に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 所長
- (2) 学長が指名する副学長 1人
- (3) 初等教育課程長
- (4) 教員養成課程長
- (5) 教育協働学科長
- (6) 大学院教育学研究科主任
- (7) 大学院教職実践研究科長
- (8) センターの専任教員
- (9) カウンセラー
- (10) 本学の専任教員 若干人
- (11) 総務部長
- (12) 学務部長

2 前項第10号の委員は、所長の推薦に基づき学長が任命する。

3 第1項第10号の委員の任期は、1年とし、再任を妨げない。

4 運営委員会に委員長を置き、所長をもって充てる。

(議長及び議事)

第9条 委員長は、運営委員会を招集し、その議長となる。ただし、委員長に事故があるときは、委員長があらかじめ指名した者がその職務を代行する。

2 運営委員会は、委員の過半数の出席がなければ議事を開くことができない。

3 運営委員会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数の場合は議長の決するところによる。

(委員以外の者の出席)

第10条 運営委員会が必要と認めた者の出席を求め、意見を聴取することができる。

第3章 雑則

(その他)

第11条 この規程に定めるもののほか、センターに関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成17年4月1日から施行する。

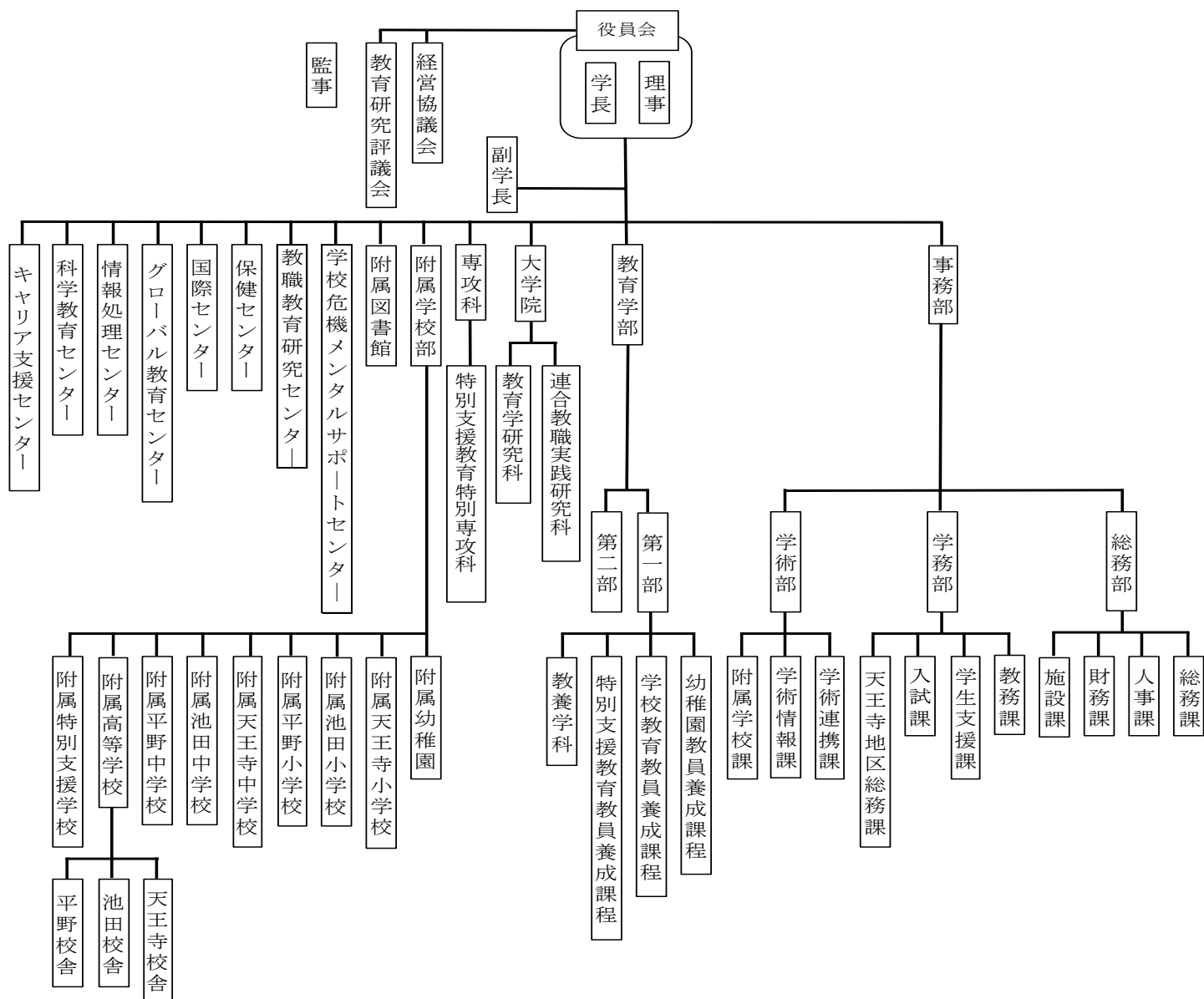
附 則

この規程は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成27年4月1日から施行する。

(参考) 機構概要図



2. 構成員

保健センター所長	宮前 雅見（教授）
（内科医）	
専任教員	飛谷 渉（准教授）
（精神科医）	
医療職員	有川 智美（看護師）
	甚九 美保（看護師）
	水野 美根子（非常勤看護師/天王寺分室勤務）
事務員	濱向 香苗

保健センター担当部署：学務部 学生支援課学生支援係

あとがき

メンタルヘルス相談を担当している印象として、ここ数年で学生さんのパーソナリティが急激に変わってきた感があります。コミュニケーションの様式はもとより、彼らの自己認識やアイデンティティのあり方が急激に変わってきたようです。スマホ世代の彼らにとって、人とのつながり方が一昔前の世代とは全く違うのです。ジェネレーションのギャップとして片付けるにはあまりにも急激な変化のように感じられます。

主体性に欠け、情緒的応答性に乏しくドライで、一見すると発達障害のように見え、自らもそうだと感じている学生さんが増えています。でも、発達障害特性を持った学生さんたちとの相談面接を重ね、そうした特性の内実が生物学的特性と全く無関係ではないにせよ、むしろ、ここ最近変容してきた育児の方にあるのではないかと思えるケースが少なくありません。今後はもしかしたら、こうしたパーソナリティの方が多数を占め、これまで「普通の人」とされてきた情緒活性の高い人たちの方が、むしろ少数派になる世の中もそう遠くはないかもしれません。時代は変わりつつあるようです。

(飛谷記)