

フィールド便り

地域における養育者支援の新たなビジョン

—PCITとCARE 今後の展開と関西研究会の意義と役割—

神戸女学院大学 人間科学部 心理・行動科学科 教授 國吉 知子

1. はじめに

本稿は本学研究所の「地域貢献・活性化のための助成」により実現した、関西地域における主にPCITやCARE（詳細は下記を参照）による子育て支援の実践者、研究者が一堂に集い、開催された研究集会についての報告である。

2022年7月31日（日）13時30分～17時30分まで「地域における養育者支援の新たなビジョン～PCITとCARE今後の展開と関西研究会の意義と役割～」と題した研究集会を西宮市大学交流センター講義室 1 において対面で開催した。参加者は24名で、会員の半数弱が出席し盛況であった。今回は、本学から標記助成金を得たことで「特別講演会」と位置づけ、日本に初めてPCITを導入された加茂登志子氏（一般社団法人日本PCIT研修センター長・PCIT International Global Trainer）を招聘することができた。加

茂氏から特に関西地区での今後のPCITやCAREによる子育て支援の展開についての啓蒙的講演をして頂き、約2時間の講演の後、講師を交えてのディスカッションの時間を1時間半程度フロアの参加者と持った。講演内容報告に先んじて、以下PCITとCAREさらに関西研究会について簡単に説明を行うことにする。

PCIT（親子相互交流療法（Parent-Child Interaction Therapy））とは、Sheila Eyberg氏により1974年に開発された遊戯療法と行動療法を融合したユニークな心理療法である。子どもと養育者の関係を改善し、子どもの問題行動を低減する関わり方について、養育者がライブコーチングを通して具体的に学べる心理教育的な短期セラピーである。前半養育者と子どもの共感的な良い関係を構築するCDI（Child Directed Interaction：子ども指向相互交流）の段階を経て、親の指示に子どもが従う練習を行うPDI（Parent Directed Interaction：親指向相互交流）の段階に移行するよう二部構成に構造化されている。およそ半年程度で終結する家族短期療法でもある。

CARE（子どもと大人の絆を深めるプログラム：Child Adult Relationship Enhancement）とは、PCITの主要スキルをベースに開発されたペアレンティングプログラムである。子どもとの関係改善に効果的な、誰でも使用できるスキルをロールプレイやアクティビティを通して実践的に学ぶことができる。養育者でも専門家でも誰もがCAREを学ぶことで子どもとのコミュニケーションが改善できるプログラムである。な

図1 加茂先生特別講演チラシ「関西研究会の意義」ver.3

お、PCITは子どもの問題行動の矯正も含まれる個別心理治療である一方、CAREは心理教育であり、心理治療ではないが、短時間でマスターできるため取り組みやすく、普及しやすいという利点がある。

PCIT&CARE関西研究会は、2019年に関西地区のPCITやCARE実践者の交流と研修の場として、筆者が立ち上げた地域研究会である。兵庫県、大阪府、京都府、和歌山県、三重県、愛知県、岡山県、石川県などから（一部関東圏からの会員も含め）、講演会が開催された2022年7月現在、57名の会員を擁している（本稿執筆時には60名を超えている）。メンバーはPCITやCAREによる養育者支援に携わる心理師、医師や看護師をはじめとする医療従事者、福祉関係者、大学関係者などメンタルヘルスの専門家によって構成されている。主に年2回の例会を継続的に実施し、地域での子育て支援に関する諸問題やPCITやCAREに関する臨床実践、研究、教育、資格制度などについての情報共有と会員相互の学びの場を提供している。今般の講演会は、上述の通り、初めて会員外の外部講師を招聘して開催された。

2. 講演概要（要約）

（1）PCITの日本導入の経緯と歴史

加茂氏はまず、関西における実践の特徴として、多職種でありながら、特に大学関係者が多く臨床も研究も両方できている点、また名古屋での実践者も関西研究会に入っているのがユニークであると評された。その後、PCITの日本へ

の導入についてご自身も含めた具体的なエピソードを交えながらこれまでの経緯を以下のように振り返られた。ポイントごとにまとめて紹介する。

PCITの日本導入の契機は2004年にFrank Putnam氏に子どものトラウマ・ケアに適切な治療法として紹介されたことによる。2005年にシンシナティ子ども病院でPCITのワークショップを受講。親子の変化を目の当たりにし、PCITの効果を実感した。特にDV親子は難事例が多いがPCITは大変効果的だった。2008年にシンシナティ子ども病院のチームに来日して頂き、日本で初めてのワークショップを開催し、受講生とともに日本の家族にPCITの適用を始めた。その後、創始者Eyberg先生を中心としたPCIT Internationalが立ち上がり、資格・研修システムが組織化されるに伴い、2010年Eyberg先生のワークショップを米国で改めて受講。プロトコルの日本語翻訳やECBIの妥当性検証結果を2011年のPCIT Biennial Conventionで日本の成果として発表した。翌年、Eyberg先生とBrestan-Knight先生による来日ワークショップを開催。2013年からZoomによるBrestan-Knight先生によるコンサルテーションを開始した。当時は記録映像に英語字幕をつけるなど大変だった。その後、ECBI（アイバーク子どもの問題行動評価尺度：Eyberg Child Behavior Inventory）の標準化を行った。2015年に最上位資格であるGlobal Trainer資格を取得したことで、日本語によるワークショップが開催できるようになり、ここから日本での展開が一気に促進された。2017年に日本PCIT研修センターを設立し、現在では日本でのワークショップ修了者500人、資格認定者70名以上となっている。隔年開催されるPCIT Internationalによる学会（Biennial Convention）や2018年のドイツの国際学会も皆勤で参加。日本でも2012年に第1回のPCIT&CARE合同研究会を開催して以来、海外からの講師を招聘するなど、その後も順調



写真1 関西研究会加茂先生ご講演風景

に合同研究会を実施してきた。

PCITの日本での実践者は直接Eyberg先生に学んだ17名の第一世代に続き、2017年に第二世代となった。今は第三世代、第四世代となり、順調に日本での普及が行われている。PCITが日本で展開できたのは、相互交流についての治療であったこと、また、子育て中の女性をとりまく日本の問題や社会的ニーズが非常に大きく、それらにマッチしたことによる。介入ニーズが高い現在、良いセラピストの育成が課題だが、ポストも手当もなかなかつかない現状がある。しかしPCITはエビデンスに基づくセラピーであり、実際に成果を挙げていることは、今後実践者の環境や条件を改善していくうえで有効であろう。

(2) コ・セラピーモデルからカスケードモデルへ

PCITは元来、Eyberg先生と初期メンバーが実践を通して共同治療者に1対1でスキルを伝えていく実践者モデル(コ・セラピーモデル)で展開されてきたが、Eyberg先生は研究者でもあり、研究も非常に多くなされてきた。虐待被害者の研究などがきっかけとなり国際的に広がり、ニーズが高まった。その必要性の中でカスケードモデルが出てきた。これは、第一世代、第二世代、第三世代とスキルを伝達していくモデル。現在は、コ・セラピーモデルからカスケードモデルで指導や養成が進められている。実践者数が多くなると質保証とプロトコルへのFidelity(忠実性)の問題が重要となる。日本はカスケードモデルがうまく行った国の一つで、質を保ちながらセラピストの数を増やすことができた。それは日本のセラピストがプロトコルを守る力、学ぶ力があるということが大きい。数の分布から見ると、2008-9年の2年間では受講生は31人、2012-3年では17人、2015-6年は36人と少なかったが日本PCIT研修センターが開設されてから一気に増えた。2017-19は103人、2020-21年は143人と日本国内での普及につなが

った。2020-21年に受講生が増えたのはインターネットによるワークショップを導入したことが大きい。何故か対面よりインターネットの方がスキルの定着が早い。ただし対面の良さもあり、オンラインと対面の両方できるのが一番良く、地域研究会は対面での活動や実施という点で大変意義があると考えている。

(3) 実践者の地域分布

受講者の地域による分布表を見ると、関東や関西地域に修了者が多い。現在は、広島と岡山で大きく増えている。九州、金沢、北海道も増えてきた。これは児相で実施した受講生は除外した人数である。専門職区分は心理師が一番多く、医師が3割。医師は児童精神科、小児科の先生方が多い。さらに、Within Agency Trainer(機関内トレーナー(以下、WAT))が存在する地域はコミュニティ活動が活発化する。現在は、地域研究会は、関西、北海道、九州、その後、関東の研究会が組織された。近い将来、日本各地で地域研究会ができていくだろう。各地域でそれぞれ自発的に動いてくださってこういう活性化がされてきているのが特徴。地域による活動の特色もあり、ASD児へのPCITは九州が活発。アタッチメントの問題にも積極的に取り組んでいる。東京など関東圏では児相の活動が活発で、地域の児相や支部でのPCIT実践をオンラインでスーパーバイズできるようになっている。児相では親子再統合や虐待などが中心だが、里親への支援にも利用されている。児相は難事例が多いが、日本PCIT研修センターではCDIにフォーカスしたCDIトレーニングという取り組みも始めている。

(4) 日本のPCIT実践の強み

日本の強みは、Eyberg先生の直接指導があり、Fidelityを遵守して実践できている点である。包括的研究でも脱落率が低く完遂率は高い(脱落率31%)。効果率は1.85で大変高い。ここ

までのエビデンスがきちんと出ている治療は稀。これが日本での普及の大きな要因で特徴。また、PCITは日本の“縦割り系治療者コミュニティ”の地域交流を繋いだと考えている。心理師と医師、大人支援者と子ども支援者、福祉関係者と心理師を繋ぐ、虐待対応者と支援者を繋ぐなど、相互乗り入れができています。これは地域研究会、コミュニティの功績ではないか。PCITでは早い時期から横の連携ができ、縦割りの改善が進んだ。これからのチャレンジは、日常臨床の実践が大きな課題。ケース数をこなすこと、そのためには診療報酬の問題がある。治療で生活している人がいる限り、経済的問題が生じるのはやむを得ないこと。どのようにクライアントから報酬を得るのか。さらに、セラピストの質を上げるために知識と技術のステップアップをしていく課題がある。インターネットによるPCIT実践家の育成、大学と地域クリニックの連携ルートづくりなども地域コミュニティに期待されている。

心理療法に対する信頼感は重要。セラピストがPCITに信頼を持っていることは患者さんに伝わっている。子育てはリアリティと問題解決の連続。PCITはリアリティが高く、インターネット親和性も高い。インターネットで関われる良さは、親が小さい子どもを連れて移動する苦労がないこと。生活の現場を見ることができ、最初から般化の課題がクリアされているのが大きなメリット。また、PCITは疾患治療的というより問題解決的で症状を具体的に扱っていく。また、問題の背景は問わない。状況によって若干のテイラリングは必要だが、基本的スキルは共通している。子どもの癇癪や暴力、親の自信のなさ、親の暴力、親自身のうつでもトラウマでも発達障害でも、どのような症状や問題にでも適用できる。唯一の禁忌は性的虐待の親と子どもだが、幅広く問題解決的に対応できる汎用性の高さがPCITの強み。また、スキルや治療方法が明確でわかりやすいことも特徴。

(5) 治療のエビデンスについて

エビデンスについてももう少し紹介すると、PCITが同じプロトコルやアセスメントを世界共通して利用しているのは特筆に値する。ベーシックスキルや構造は同じ。適合することなしに、言語を超えて共通プロトコルやアセスメント、スキルを使っている。PCITは研究論文数が多いが、1976-2021年でPCITをキーワードとする論文は412本ある。うちメタアナリシス11本、RCT（ランダム化比較試験）56本、感情発達16本、マルトリートメント65本、ADHD 12本、ASD 42本、里親子23本、場面緘黙4本、不安関連57本、教育現場で行うTCIT（Teacher-Child Interaction Training）6本と多くの研究に支えられている。関西研究会でもぜひ論文発表を続けて頂きたい。PCIT Internationalのリサーチページの参照も有効。日本でも大阪でインターネットPCITのRCT研究を始めた。ADHDやASDのRCT研究も始まった。ちなみに、多くの治療間の効果率の比較データを見ると、子ども中心の遊戯療法0.34、Triple-P 0.35-57、Incredible Years 0.5、CBT（認知行動療法）0.66、神経治療薬0.67、なかでもPCITは1.65と極めて高い効果率が出ている（図2）

こうやってみてくると、日本に導入された親子への介入治療の中ではPCITが一番使いやすく取り組みやすいのでCAREと一緒に使っていくのが効果的。CAREでもRCTが始まっている。PCITほどの効果率はないにしても中程度の効

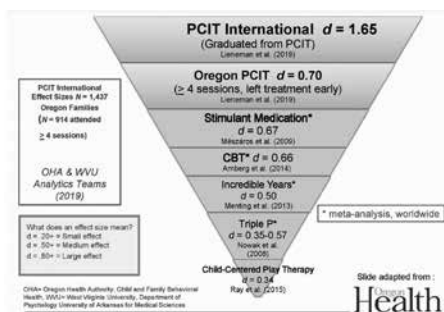


図2 世界規模での治療技法ごとの効果率 (PCIT International ホームページ <http://www.pcit.org> より引用)

果は出ると思っている。

PCITでは、治療効果の般化があることが強み。長期間の効果が見られている。論文審査中の日本における2019年の包括的研究で21機関による197例を調査対象として、1.85の効果率が出ている。完遂率も61%と高い。子どもの年齢が5歳以下だと完遂率が高い。また、開始時のECBI強度が高いこと、逆境の体験（ACE）がないこと、医療機関で治療していること、コ・セラピー体制ができており、スーパービジョンがあると完遂率が高くなる。エビデンスに貢献するDPICSのアプリももうすぐ発売になる。これまでは決められたビデオでのコーディングだけだったが、自分の映像をコードできるアプリになる。このように徐々にデジタルベース化も進めていく予定。面白いネクストステップができるのではないかな。

(6) 発展のための今後の課題

次にチャレンジについて。セッションでのスキルを親が自宅に般化できない問題がある。対策としては、インターネットPCITで最初から自宅と繋いで般化を狙うか、あるいは対面とのハイブリッド型で行うのもあり得る。ただし、ハイブリッド型は医療機関での実施は難しい。医療機関は保険診療と自費診療は一緒にできないため。これは心理の先生にプライオリティがある。しかし、そういうところに研究の種はある。今後の地域の発展の一つのカギになると思う。

親子への介入をするときに、治療者がスペシャリストか、ジェネラリストかという問題もある。例えば発達障害を専門にしている人が治療にPCITも入れていくスタイルなのかどうか。また、治療機関の性質、所属機関とPCITのマッチングの問題もある。公的機関か私的機関か、規模なども関係する。大きな施設は安定しているがクライアントの希望に柔軟に対応しにくい。日本PCIT研修センターでは、常勤心理師1

名、非常勤心理師、事務1人の小さい所帯で研修と臨床をやっている。PCITに特化した研修センターを作る時、訓練されたセラピストが最大限良い支援ができること、必要な養育者に治療を届けられることが重要。今後はインターネット、電子カルテの導入も進めたい。スーパービジョンをデジタルネットワークでできるようにしたい。また、経済的な問題も大きい。経済的な安定をもちながら治療に携わる先生方が活躍できる場を作る必要がある。なので、将来的なことを見据えて、あまりディスカウントした治療はしないしてほしいと思う。収入を安定させつつPCITの効果をしっかり感じてもらえるシステムをどう作るか。心理的安全性をどう作るか。そういったシステム構築が必要。一方、この点についてCAREの良いところは、たった3時間程度でエッセンスを学べて予防効果が高いこと。4時間程度でマスターできるCAREはペアトレの中でも破格。この両者を組み合わせるのは、例えばハイリスク家庭で有効。両方を合わせながら治療していく。例えば東京都見相ではCAREから始め、ピックアップされた親子をPCITで治療するというルートができています。これはPCITとCAREでスキルが共有しているから実現可能となる。こういう形でクライアントを増やしていくのも良い方法。

(7) PCITのバリエーション

PCITの適合版の開発は可能性を拓けてくれる。1歳～2歳児対象のPCIT Toddlersは、日本でも3期目のワークショップが終わり、既に36名がToddlers（赤ちゃん）版PCITを実施している。これは、アタッチメントの構築や足場づくりが中心で感情調節のスキルやCDIが充実している。PDIの方法も異なり、回数も少なく実施しやすい。アセスメントにはDECA（Devereux Early Childhood Assessment for Infants）とDPICS Toddlersを使う。ASDのケースでも適用できている。標準版PCITは2歳

～7歳児が対象だが、それ以上の年長児版も開発された。年長児版はPDIが充実しており、子どもが自発的にタイムアウトの椅子に座れるよう工夫されている。適用年齢は8歳～10歳以上。実際の臨床では8歳～9歳で治療を求めてくるケースが多いので非常に有効。このように適合版が充実してきたので、これらを取り入れて裾野を広げるのが大切。その他、場面緘黙症児のためのPCITも開発され、日本での導入準備をしている（本稿執筆時点では既に開始済み）。場面緘黙は疾患に対するPCITだが、不安障害を対象とするPCITも近いうちに特別講義をして頂く予定である。先述のTCITもワークショップが進みつつある。最初のトライアルケースも始まった。トラウマにフィッティングさせたPCITも出ている。それから、児相の先生方のPCITの工夫として、前述のCDIトレーニングという短縮版も導入している。プレアセスメントとCDIティーチを1回で行い、その後コーチを3回行い、計4回で構成。最後に良い命令の出し方を説明し、子どもが遂行したら具体的にほめるように伝えて終わる。児相や年長の子どもに向いている。年長児の相互交流はアタッチメントの問題が多いため、年長児はむしろCDIトレーニングから始めた方がスムーズなケースも多い。4回という回数は意識していなかったが、4回までで終わったオレゴンPCITの効果率が高いので、これくらいの介入でも効果が出るのが理解できる。

以上、PCITの日本導入の歴史から、PCITやCAREの特長、強みとチャレンジ、ビジネスモデル、PCIT適合版についてなど幅広い観点からPCITの今後の展開について加茂登志子氏から解説していただく貴重な講演となった。この後、関西の実践現場、治療実践をおこなっている参加者から様々な質疑応答がなされ、関西地域における様々な個別事情や問題を共有し、さらに深く語り合う非常に充実したディスカッションがなされた。

3. 参加者アンケートから

特別講演会実施後に参加者へのアンケートを実施した。内容は、(1)満足度について、「講演会のテーマ・内容への満足度」「講師の話への満足度」「ディスカッションの有益度」「今後の臨床実践への有益度」「スタッフの対応について」「会場設備などについて」と6項目について5件法で、さらに「講演会で良かったと思う点」



写真2 講演会ディスカッションの様子

を自由記述で回答を求めた。(2)「今後関西での活性化に何が必要だと思うか」(自由記述)、(3)「関西研究会に望むこと」(自由記述)、(4)「今後希望する講演テーマ」(自由記述)、(5)その他感想(自由記述)であった。24名の出席者のうち19名の方が回答された。その結果を簡単に示す。

(1)「満足度」については、全項目平均で30点満点中29点と大変高い満足度となった。会場やスタッフ対応にごく一部満点ではなかったものもあったが、講演やディスカッションなど内容の満足度や有益度は満点であった。次に、「講演会で良かった点」については、「経済的な話ができた」「地域の多様な立場の先生方の話が聞けた」「現実的な経験談が聞けた」「これまでの歴史や経緯を踏まえての今後の課題が明確になった」「講師の講演内容とディスカッション内容が良かった」などが挙げられ、①対面での交流、②話題の適切性(経済面や運営上の問題や体験の共有)、③導入と発展の歴史を知れた意義、④今後の課題の明確化、などの点で有意義であったことが

窺えた。

- (2) 「関西での活性化に必要なもの」については、①「交流・情報共有や交換の場」(交流の場、情報共有の場、コミュニティでの繋がり、ネットワーク強化、継続性のある情報共有の場など、6名)、②「啓蒙活動」(啓蒙的な研修の場、3名)、③「広報」(広報や宣伝、ニーズの掘り起こし、3名)となっていた。
- (3) 「関西研究会に望むこと」は計6名の方より「定期的な対面交流の機会設定」「現場の声の共有」が挙げられた。(2)と(3)からは、地方研究会における、①コミュニティで情報共有しあえるネットワーク機能、②教育的機能、③広報面の強化、④継続的支援の必要性などの役割が明確となった。
- (4) 「今後希望する講演テーマ」には、PCITの難事例への対応、地域での実践例、児相や医療クリニックでの実践、行政との連携、トラウマのある事例、TCITなどが挙げられていた。ここから、①難事例を含む、さまざまな背景を持つ事例検討の必要性、②施設種別ごとの運営や実践ノウハウの共有、③行政との連携、④幼稚園・保育園や学校現場での実践への関心が示されていることが理解できる。
- (5) 「その他感想」では、“加茂先生による再度の講演希望”や、“関西研究会の意義を再認識できた”、“主催者や助成金への感謝”などが示されていた。以上の結果より、今回の特別講演会は参加者にとり実り多い機会となったと言えるだろう。

4. 関西研究会の意義と今後の課題

加茂氏の講演から地域研究会の意義や特徴として、(1) コミュニティにおける対面実施機能、(2) 職種や専門の相違による縦割りの関係から連携を生み出す場、(3) 地域の特性やニーズに即した独自の活動が素早く展開できる機動性の高さ、などが挙げられる。関西研究会では、既にメーリングリストやSlackを利用した即時

の状況共有ネットワークを作り上記への対応を行って来た。しかし、関西研究会に何ができるのかという、今後の課題については参加者からのコメントにも要望として示されていたが、すぐに解決できる内容ばかりではない。重複する点もあるが、筆者が現在感じている問題点を以下に示す。

- (1) 地域の偏りについて：関西地区でも普及しているとはいえ、PCITセラピストやCAREファシリテーターは大阪と兵庫に集中する傾向があり、それ以外の府県で実践者数やトレーナーが少ないという地域内での実践者偏在の問題がある。今後、阪神地区以外の関西地域での実践者をいかに増やしていけるかが関西研究会の課題であろう。
- (2) トレーナー育成を含めた認定資格者の養成サポート機能：講演でもトレーナー(WAT)の増加が地域実践を活性化すると指摘があったが、2021年の関西研究会において筆者は「WATについて」という資格に関する情報提供のミニレクチャーを行った。その際、ある参加者から「WATは雲の上の夢物語だと感じていたが、今後WATを目指したいと思うようになった」との感想を頂いたことがある。認定セラピストやトレーナーの日々の実践や育成の支援と連携こそ地域研究会の大きな役割であると言ってよい。PCIT Internationalが統括する認定資格の申請や更新手続きは日本人にはわかりにくい点が多い。地域研究会は日本PCIT研修センターと連携して、そういった会員相互サポート基地の役割を果たすことができるのではない。
- (3) 広報の問題：昨今は行政や公的機関でもPCITやCAREへの関心が高まり、筆者も同技法についての紹介を行政の福祉職・心理職の研修会などで依頼される機会も増えている。しかし行政や養育者など、一般の方々への周知という意味では、PCITやCAREは関西

ではまだまだ認知度が低い。養育者支援は日々待ったなしの問題解決の連続であるだけに効果率が極めて高く具体的な対処方法が明確に示されているPCITやCAREは養育者のニーズに合致するツールである、それらをいかに必要とする人々に届けていけるかを早急に考えていく必要がある。加茂氏はデジタルコンテンツやネットワークの重要性を強調されていたが、関西研究会でも広くPCITやCAREを周知できるホームページやYouTubeなど、オンラインでの情報提供コンテンツを作成して発信していくことが必要であろう。また今回はPCITやCARE実践者に限定した講演会であったが、一般の養育者向けの紹介講座なども積極的に開催していくのも有効であると考えられる。

(4) ビジネスモデルの検討：経済的観点から見た時、PCITは対面実施の場合、タイムアウトのための部屋や機材のセッティングなどが必要になる。またPCITはセッションやクライアントの状況によっては1回1時間で収めるのが難しい時もあり、コ・セラピストと2名体制で実施することも多いため、コストパフォーマンスの悪さという点は正直否めない。しかし、料金を上げるとなると、出費や負担の多い子育て時期の養育者にとって、来談の大きな阻害要因となり、モチベーションの維持や継続を困難にする。特に保険が適用できない心理師にとって、これは難しい問題である。例えば、大学から民間機関へのPCITケースリファーに関しても、大学等の公的機関で安く設定された料金と民間機関の料金とのギャップが連携を阻む事例も散見されている。行政との連携を今後考えて行く必要はあるものの“行政は無料だが民間では高額”という図式はPCITの普及にとってネックとなるのは明らかである。利用者、提供者両者にとって適正な価値判断がなされることが今後の課題である。このようにビジネスモデルという点

でPCITやCAREを見てみると問題点は多いことが認識される。

(5) 地域の意識高揚の必要性：(4)に述べたことは、単にPCITに限った問題ではなく、実は心理療法全般（および教育など）に共通する問題であるとも言える。つまり、目に見えない心理・教育的サービスに料金が発生することに抵抗感を持つ地域が、関西をはじめ、まだまだ多く存在するよう感じられる。コロナ禍で以前より多くのコンテンツが無料で視聴できる昨今、いかに一般の方々が心理的、教育的なサービスに価値を見出し、いけるのかが実は最も根底にある大きな課題かもしれない。この点については、何よりも“論より証拠”つまり、PCITやCAREの日本における効果実証研究の蓄積が有効であることは言うまでもない。加茂氏も指摘されたように、関西地域は他の地域よりも研究が盛んという特徴がある（TCIT、Toddlers、場面緘黙症児を対象とした研究も関西でいち早く進められている）。今後の関西からの研究結果の発信が大いに期待されるところである。上記のようなポイントについて多角的なサポートを今後関西研究会が提供できるためには、各会員の取り組みやニーズを把握するとともに、早急に機能的な組織化を行い、地域研究会に所属しておられる有為な人材の資源をひき出しやすいシステム作りが肝要となる。日本で最も早く地域研究会として産声を上げた関西研究会の機能を再吟味し、地域での活動をともに担う実際的な協力者を増やしていくこと、さらにそのシステムを地域研究会のモデルとして示していくことが、日本における地域研究会全体のステップアップに繋がるのではないだろうか。

日本に導入されて14年、日本でのワークショップ開催から10年が経過したとはいえ、PCITやCAREは、まだまだ導入期が過ぎたばかりの新

しい心理的支援である。これまでは日本PCIT研修センターに一元化されていた情報発信が、地域ごとの研究会やコミュニティが設立されることで、それぞれの地域の特色を活かした独自の研究や実践についての多角的な情報発信という形に拡充されてきている。今後、さらに地域のニーズや個別事例に細やかに合致したユニークなサービスを全国各地で展開していけるようになるだろう。ちょうど昨年、日本のWAT有志によって、親子対交流観察システム (DPICS) に関して、日本語特有の言い回しや日本文化を鑑みてのコーディングをサポートするための「日本版コーディングシステム」も検討され、補足マニュアルも一部公開された（筆者もその検討チームの一員である）。それと同じように、例えば、さらにローカルな方言（関西弁）を反映させたコーディングルールを検討していくことも地域に根ざした活動となるのではないか。また、関西地域には元々事例検討を丁寧に行う気風もあり、この特色は行動療法以外の心理療法実践者が多い関西において、技法上の混乱なくPCIT実践を深めていける土壌となっている。これもまた関西研究会の特筆すべき点であろう。このように、PCITの基本は忠実に守りつつも、地域の特徴を知り、地域のニーズに根ざしたPCITやCAREの展開を行うことが地域研究会の終わりになきチャレンジであることは言うまでもない。今後も関西研究会の活動を基盤として、サポートを必要とする地域の多くの養育者に少しでも必要かつ有効な支援がスムーズに届けられるよう務めていきたい。

謝辞：本講演会は2022年度神戸女学院大学研究所「地域貢献・活性化のための助成」により開催することができました。今回、素晴らしい講師を東京からお招きし、多数の参加者を得ての対面による充実した会を開催できましたのは本助成によるものです。また酷暑の中、関西研究会にて貴重なご講演をしてくださった加茂先生

に感謝申し上げます。この場を借りて、改めて心より御礼申し上げます。