

かってくれそうだとクライアントに感じさせることはなかなか難しい。基本的には「クライアントの話をよく聞くこと（カウンセリングでは傾聴という）」「クライアントと一緒に喜んだり、悲しむ（共感的態度）」「カウンセラーはクライアントの気持ちを受け入れる自分の気持ちを態度で表すこと」などがポイントとなる。次回のカウンセリング・スキルの解説でもいくつかの例を紹介する予定であるが、コラムにカウンセラーの共感的態度に関連した話題を紹介してみた。

日常の臨床場面（医師・患者モデル的な人間関係）では、患者は医師の指示を受けたいという動機づけができた状況で受診している（少なくとも医師はそう考えがちである）ので、医師は受容的態度にあまりこだわる必要がないとの意見もあるかも知れない。しかし日常診療と同じ態度で遠伝カウンセリングに臨むとカウンセリングそのものが成立しない危険がある。患者は医師の前ではものわりのよい人間を演じようとするし、患者が医師を拒否した場合は黙って医師のもとを去るので、医師は患者から拒否されたことがわかりにくいことを知っておくべきだろう。

2. カウンセラーの自己一致

クライアントはカウンセラーから「学ぶ」のであるから、カウンセラーが自己不一致の状態では困る。一般には自己一致とはカウンセラーの言動と本音の間にギャップがないことをさすが、例えば医師が患者の前で喫煙をしながら禁煙指導を行った場合、指導の内容がどんなに素晴らしいとしても患者に行動変容（喫煙行動を止めるという行動の変容）は起こらないであろう。指導場面での話であるが、特にカウンセリングはカウンセラーとクライアントの共同作業であり単なる一方的な情報提供ではない。遠伝カウンセリングでは、この自己一致をもう少し拡大解釈する必要がある。

すなわちカウンセラーの言動が科学的な論理と医学や遺伝学の最新情報、および社会通念と矛盾しない倫理的判断力に基づいているという点で自己一致している必要がある。いいかえると、クライアントの課題をもしカウンセラー自身だったらどう解決するか、上述のような基盤に基づいた信

念をもっていることと考えてもらってもよい。カウンセラー自身が自分でどうしてよいかわからない状況でクライアントと対話しても、クライアントがカウンセラーから学ぶことは少ないだろう。

ただカウンセラーは自分の意見をクライアントに押し付けてはならない。ロジャースの考え方はクライアントは対話によりカウンセラーの考えを自然に学び、自らの意思決定の参考にしていくというのである。結果的にクライアントの行動は必ずしもカウンセラーと同じではないかも知れないが、クライアントは自分が置かれた状況を判断して周囲の条件を考慮したうえで自分に最もよい方法を選択しているのである。このように「自律的に決定」された内容は一時的なものではなく、習慣化しやすい。また倫理的に難しい決断であってもクライアント自身の責任のもとで決定されたというプロセスが後に重要になる場合が多い。このためにWHOによるガイドライン（遠伝医学と遠伝サービスにおける倫理問題に関する国際ガイドライン、1995）でも遠伝カウンセリングにおける自律的決定プロセスがきわめて重視されている。

3. コミュニケーション・スキル

自己一致したカウンセラーが受容的態度でクライアントと対話をもつのがロジャースのカウンセリングであると述べたが、対話を進める技術が必要である。この技術をコミュニケーション・スキルと呼ぶが、決してカウンセラーがクライアントに「話をする」技術ではない。クライアントに「話を促す」ための技術なのである。クライアントに話を促せるためには、クライアントの気持ちを奮い立たせ（気持ちの高揚）、考える意欲を湧かせる必要があるが、これが決して容易な技術ではない。心理学的な背景をもった多くの技術が紹介されている。今回はこのコミュニケーション・スキルについて述べたいと思う。

⑥ ロジャースのカウンセリング理論の限界

コラム（「ロジェリアンはお人好し？」）でも述べたが、ロジャースのカウンセリングはクライアントを信頼しなくてはならず、それがロジャース

の限界でもある。自己不一致の状態から自己一致の状態に変容する原動力に問題があるクライアントにはロジャースのカウンセリング技法は適切ではない。

一例として精神疾患を背景にもつクライアントの一部（実際に遠伝カウンセリングの場で服薬中の患者や境界領域のクライアントに遭遇する機会は稀ではない）が挙げられるであろう。このようなクライアントは精神科医による精神療法が適応で、決してカウンセリングで対応してはならない。

人格障害と分類されることがある境界領域の精神疾患で、救済願望が強いクライアントに対してカウンセリングを行ってしまい、カウンセラー自身がパニックに陥った同僚の例なども経験している。また、認知の極端なひずみがあるクライアントには、ロジャースより介入力が強い認知療法など専門的な心理カウンセリングが必要であろう。遠伝カウンセラーは精神疾患の臨床についての基本的な理解が必要で、最初の出会いの段階に「はたしてこのクライアントはカウンセリングで対応して大丈夫かどうか」しっかりと見極める必要がある。

ある。このあたりの技術や理論については、カウンセリングのスキルの項で詳しく述べるつもりである。大切なことは、カウンセリングは心理療法や精神療法とは違うということを理解しておかねばならない。

◎ 文献

- 1) 佐治守夫・友田不二夫（編）：カウンセリング（ロジャース全集2巻）。岩崎学術出版社、東京、1966
- 2) 友田不二夫（編）：カウンセリングの立場（ロジャース全集11巻）。岩崎学術出版社、東京、1966
- 3) 伊藤 博（編）：クライアント中心療法の評価（ロジャース全集17巻）。岩崎学術出版社、東京、1966
- 4) 友田不二夫・伊藤 博（編）：クライアント中心療法の研究（ロジャース全集18巻）。岩崎学術出版社、東京、1966
- 5) 國分康孝：カウンセリングの理論。誠信書房、東京、1980
- 6) 千代豪昭：カウンセリング技術クライアント中心型の遠伝相談。臨床遠伝研究 5：89-99, 1983
- 7) 遠伝医学と遠伝サービスにおける倫理問題に関する国際ガイドライン1995。松田一郎（監）：<http://www.jshg.jp/>

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

ロービジョンケアの実際 第2版

視覚障害者のQOL向上のために

編集 高橋 広

●B5 頁328 2006年
定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN4-260-00216-3]

眼科領域でロービジョンケアの考え方は濃縮してきたものの、実践面での普及はまだこれからの段階。視覚障害者のQOLの向上には、医療職のみならず、福祉職、教育職を含めた連携が不可欠である。「特別支援教育」「障害者自立支援法」など、個々のニーズに応じた支援が求められており、第2版では「連携」と「教育」に重点を置き、大幅な改訂を行った。

カウンセラーの基本的態度と コミュニケーション・スキル(1)

千代 豪昭*

① はじめに ②

今回は、遺伝カウンセリングの現場におけるカウンセラーの基本的態度とコミュニケーション・スキルについて解説したい。医師の診療とカウンセリングの違いがあるのですべてとはいわないが、日常診療にもお役に立てる部分があれば幸いである。

最初に2つのことを強調しておきたい。第1にカウンセリングのスキルとは「上手に説明するための技術(プレゼンテーション)」でも、「相手を説得するための技術(ディベート)」でもない。クライアントが「話しやすいような雰囲気をつくる」ための技術なのである。前回「傾聴」の重要性について解説したが、相手の話を引き出し、真実を語らせること、そして相手の気持ちを読み取って

Column

遺伝カウンセリング講習会のロールプレイではプレゼンテーション技術を評価されるようだが？

日本人類遺伝学会主催の遺伝医学セミナーや家族計画協会(遺伝カウンセリング学会後援)の講習会では、かなりの時間をかけて遺伝カウンセリング・ロールプレイ実習を行う。多くの場合は疾患情報の提供や遺伝病再発の確率をクライアントに伝える技術を練習する。確かに情報の正確さや流暢な説明が評価される傾向があるので、心理職対象のカウンセリング・ロールプレイを経験された方には、こんなカウンセリング・ロールプレイがあるのだろうかとか疑問に思われるだろう(極端な場合、「傾聴」や後述する「間を置くこと(pause)」はこれらの講習会ではカウンセラーが

「何もしていない」とマイナスのポイントをつけられる可能性もあるかもしれない)。

遺伝カウンセリングは医療カウンセリングの1つであり、医療カウンセリングでは「情報提供」や「患者指導」も確かに重要である。これらは医師の重要な役割であり、医師を対象としたセミナーでは遺伝をテーマにしたプレゼンテーション技術の研鑽に偏らざるをえないという背景がある(カウンセリングの指導者が少ないという現状も否定できないが)。本文では「カウンセリング技術はプレゼンテーション技術ではない」と書いたが、このあたりが医師と専門職のカウンセラーの役割分担が必要な領域である。ただ、医師がカウンセリングマインドを理解したうえで医師としての職責を果たすことは、遺伝医療の質を大きく向上させるものと考えている。

Manners and skills for genetic counselors

* Hideaki Chiyo お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース
別刷請求先: 千代豪昭(ちよ・ひであき) 〒112-8610 東京都文京区大塚2-1-1 お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース

今後のクライアントの行動について予測を立てる心理的対応技術なのである。

「でも、最終的にはクライアントの行動変容を目的にしているのではないか。話を聞いただけで相手の行動が変わるのか。」と疑問の声が上がりそうだが、これらの基本的な対応から、クライアントを自己洞察させ、好ましい自律的決定へと導くのである。相手の力を上手に利用するのである。カ

ウンセラーが上手にプレゼンテーションをしたり、巧みにディベートを行う必要はないことを理解していただきたい。コラムにも紹介したが、能弁な人はかえってカウンセラーに向かないといわれる所以である。

第2に、コミュニケーション・スキルを上達させるためには、カウンセリング理論による裏付けが効果的である。もちろん経験も重要であるが、

経験だけに頼ると多くの失敗経験と長い時間が必要になる。日常使っているスキルについてカウンセリング理論から裏付ける習慣をつけておくと、未経験の場面でも応用が効くはずである。プロフェッショナルのカウンセラーと素人の違いは経験の違いだけでなく、理論についての理解の差であるといつてよい。

今回、紹介するスキルはロジャースの理論を基

本にしているが、種々のカウンセリング技法にはその技法（理論）特有のスキルがある。なかにはロジャースと異なる考え方もあるだろうが、医療現場で働く医師はまずロジャースを学んで欲しい。特にカウンセリング・マインドといわれるカウンセラーの基本的態度にはロジャースの考え方から学べるものがとても多いと考えている。

Column

能弁より訥弁がカウンセラー向き？

弁舌さわやかで能弁な人はカウンセラーに向かないといわれる。傾聴の態度に欠け、相手に語らせるより自分で話をしてしまいがちだからである。「最初に相手の話を聞く時間を〇〇分間とったからもう十分な傾聴を行った」というものではない。初学者のカウンセラーに時々みられるが、まず黙ってクライアントの話を10分間聞いて、それから一方的にカウンセラーがしゃべりまくるといっては、まったく傾聴になっていない。クライアントに「カウンセラーが自分の話をしっかり聞いてくれている」と実感させることが大切なのである。

筆者の経験でも、2時間以上に及ぶカウンセリングで、「今日は上手にカウンセリングができた」と実感できたようなときに限って、クライアントの理解が不十分で、期待した行動変容が起らないことがある。大体においてそのようなカウンセリングでは、カウンセラーがしゃべりすぎて自分の話に酔ってしまっていることが多い。逆に、「今日はうまく話せなかったなあ」と反省したようなカウンセリングがかえってクライアントによい効果を与える場合も少なくない。そのようなカウンセリングでは、クライアントがカウンセラーとの対話をリードした満足感に勇気づけられて、問題解決がスムーズにいくのである。

電話によるカウンセリングは相手に行動変容を起す力がとても弱いといわれるが、機械を通じての人間関係という理由だけでなく、どうしてもカ

ウンセラーが話を一方的にリードしがちなのが一因である（ラジオやテレビによる有名人の電話相談がその類いである）。逆にこのことを覚えておけば、電話でどう対応するとよいかの理解ができよう（「命の電話」など自殺予防に効果を上げている電話相談もある）。最近のメールによる相談形態は、クライアントにとってインターネット情報と同じで多数の情報の1つとしての意味しかなく、「カウンセリング」ではない。もちろん、クライアントとカウンセラーの人間関係が樹立してからは情報提供手段として便利であり、筆者も活用している。

あなたはどのタイプ？

「この病気はわれわれの不信心が原因かも知れないので、いっそのこと治療を止めて教祖様におすがりしてみようかと思うのですが。」

これはある難病の子どもをもった母親が主治医に語った言葉である。さて、あなたなら、どのように対応するだろうか。次の主治医の言葉から選んでみてほしい。

- A: 「ちょっと待ってください。いま治療を止めたら大変なことになりますよ。拝んでもらってよくなるはずがないじゃないですか。一体、あなたはお子さんがかわいくないのですか。」
- B: 「治療を止めるのはあなたの勝手です。あなたがそんなふうを考えるなら、私たちはもう治療に責任がもてません。」
- C: 「病気の原因や治療の方針については十分に

お話ししたつもりですが、どうも、まだ理解しておられないようですね。治療にはこの病気の本態を科学的に理解することが一番重要です。今日、もう一度詳しくご説明しますので、聞いてください。」

D: 「一体、どうしてそんなふう考えたのですか。あなたがどうしてその教祖様のことを信じたのか、また、この病気のことをどのように理解しておられるのか、少し詳しくお話をください。」

E: 「お子さんの将来について、不安な気持ちでいっぱいなのですね。だから拝んでもらってはと思われたのですか。私があなたの立場でも同じような気持ちになるかも知れません。でも冷静にお子さんにとってどうするのが一番よいか、もう一度ゆっくり考えてみませんか。」

F: 「この間、治療に長い時間がかかると申しあげたので、ご自分の不信心のせいかも知れないと思われたのですか。それで拝んでもらってはと思われたのですか。」

もっとよい対応があるかも知れないが、典型的な5つのタイプの対応を挙げてみた。AとBはいわゆる「脅迫型」の対応である。教師や医師が取りやすい対応である。患者の拒否（この場合は治療の中止）へと導きやすい。Cは「教育型」の対応である。これも医師が取りやすい対応であるが、このような状態の患者に対して行動変容を起す力は必ずしも強くないことを覚えておくべきである。Dは「分析型」の対応で、初学者のカウンセ

ラーが取りやすい対応である。時間を十分にかけることができる場合は患者の認知スタイルを変えて好ましい行動変容に導くことも可能だが、短い診療時間にカウンセリングを行うことはおそらく難しいだろう。

Eはいわゆる「受容型」の対応で、経験を積んだカウンセラーが選択する基本的な対応である。「治療を止めて宗教に走る」行為を支持してはいけないが、「そうせざるをえない患者の気持ち」をまず受け入れてあげるべきである。このような場面はカウンセラーにとって、自らの受容的な態度をクライアントに示すよい機会と考えるべきである。クライアントのカウンセラーへの気持ちをしっかりとつないでから次の対応に移ることができるからである。最後のFは「中立的」な対応である。患者の気持ちを拒否するわけではないが、積極的に介入するわけでもない。しかし、相手の気持ちを確認するまではこのような中立的な対応は無難で、実際のカウンセリングでも利用する機会は多い。

誤解していただきたいくないが、カウンセリングを行うときに、カウンセラーは常に「受容的」な態度をとらねばならないというのではない。カウンセリングの流れに沿って、これらの基本的態度はいろいろに使い分ける。カウンセラー自身が現在どのような対応をしているか、常に自覚しておくことが重要である。日常、患者と接している医師にとって、自分の性格や癖を知っておくことも役に立つのではないだろうか。

④ カウンセリングを行う環境

「冷暖房のない部屋でカウンセリングを行ってほならぬ」といわれるが、カウンセリングでは、環境づくりも大切なテーマである。クライアントが自分で考えをまとめることができ、決断を行いやすい環境をつくらねばならない。まず、一般的な病院の外來診察室という環境を例にとり、解説してみよう。

1. 長い待ち時間がクライアントに与える効果
 カウンセリングは基本的に予約制にするべきで、クライアントを好ましくない環境のもとで長時間待たせてはいけぬ。待っている間にクライ

エントの不安が増強したり、精神的に疲れてしまうと、カウンセリングが始まってもクライアントが自発的に決断する気持ちが起らない。特に長時間待たされたあげく、医師の権威主義的な態度に遭遇すると、クライアントは自分の気持ちを訴える意欲すら失い、医師の一方的な指示を受け入れるだけしかできなくなる。この方法はかつて一部の国で指導者が政敵と面会する場合、相手を長時間待たせてから面会するなど、実際に用いられたものである。待合室の快適な環境づくりも効果があるだろうが、心ならずもクライアントを長時間待たせてしまった場合は、「長く待たせて申し訳ありません。お疲れになったでしょう。カウンセ

Column

⑤ 刑事の訊問とカウンセリングの違い

現場を見た経験はないが、警察の取り調べ風景は映画やドラマで皆さんもおなじみであろう。小さな部屋で机を挟んで刑事と被疑者が向かい合っており、座っている姿はカウンセリングとどこが違うのであろうか。違いをはっきり認識することがカウンセリングの理解につながると思われるので、少し解説しよう。

いわゆる訊問も、実は高度の心理学の理論が応用されている。訊問の目的は相手の自己を正常に保ったままで真実を語らせ、罪を認めさせるところにある（相手の自己概念を壊してしまうなど精神的な侵襲を与えたり薬物により誘導したりするのは犯罪を立証する訊問にはならない。いわゆる洗脳や拷問とは異なる）。ガードが固い被疑者に対しては高度の緊張を与え続けることにより、言い逃れや話のつじつまを合わせる余裕をなくし、真実を語らせなくてはならない。このために、何日間も長時間の訊問を繰り返す。もちろん自白だけでは証拠とならないし、無理な訊問は裁判で警察側に不利になる。最低限の人権は考慮されるだろうが、精神的に疲れさせることが目的なのでほとんど休憩なしの訊問が続く。同じことを何度聞いてもよい。このような状態が長く続くと「ああ

質問してきたら、こう答えよう」とか上手に嘘をつく余裕はなくなり、作り話はすぐにつじつまが合わなくなる。最後は被疑者を実際にやったことしか話せない状態に追い込むのである。

緊張を持続するために、窓の位置（被疑者の背側）や照明（間接照明ではなくスポット照明が好ましい）にも配慮する。ものわかりがよさそうな刑事が質問を担当し、凶暴な（？）刑事が周りで問の手を入れるなど、いろいろな心理的駆け引きを行う。国会などでは実に巧妙に質問をかわしていた政治家が2、3日で全面自供に追い込まれた例もある。

カウンセリングと訊問はまったく異なる。カウンセリングでクライアントに本音を語らせるのはカウンセラーが適切な援助を行うために必要なのであり、クライアントの自発的な発言でなくては自律的な決断に結びつきにくい。クライアントには自由な気持ちで、十分に考える時間を与えるのが重要である。クライアントが考えに集中しているときは、カウンセラーはわざと視線をそらしたり、ポーズ（pause）と呼ばれる間をついたりする。警察の訊問風景からカウンセリングのあり方を学んで欲しい。訊問とまではいなくても、それに近い診察室風景はないだろうか。

閑話休題

● 韓国と遺伝カウンセリング事情

2006年11月に韓国のSuwon市にあるAju大学医学部において第33回韓国遺伝医学会総会と第6回東アジア人類遺伝学会が開催された。日本の遺伝医療システム（臨床遺伝専門医制度）と認定遺伝カウンセラーの制度化と養成システムについて紹介してほしいと日本人類遺伝学会に正式の依頼があり、他の委員と一緒に筆者も招待講演を行ってきた。

韓国の臨床遺伝の指導者の多くはアメリカで経験を積んだ医師たちである。しかし、医療制度や文化的背景を考慮した結果、特に遺伝カウンセリングについては日本の制度を導入したいと言われ、大変嬉しく思った（医学書院の『遺伝カウンセリング—面接の理論と技術』は韓国語に翻訳され、よく読まれている）。一部の不祥事があったものの、生命科学や遺伝学に対する韓国の意気込みは著しい。西洋医学と韓国医学が共存するお国柄であるが、国民の健康志向が強い国なので、オーダーメイド医療や生殖医療など遺伝医療が発展す



る土壌は十分にあると感じた。遺伝カウンセラーが社会的に認知されていないという、わが国と同様の課題はあるが、今後の発展が期待される。

筆者の大学で学んでいる韓国人留学生（修士課程2年生）を学会に同行させ、日本の遺伝カウンセラー教育について韓国語でプレゼンテーションをさせたところ、学会終了後に多数の医師から、大学院を卒業して韓国に帰国したら自分のところで働いて欲しいというメールが届き、うれしい悲鳴をあげている。文化交流という見地からも、日本の遺伝カウンセリングを海外に輸出できれば素晴らしいと思うがいかがだろうか。

リングを始めてもかまわないでしょうか。」など、カウンセラーの相手をいたわる一言が、クライアントの精神的な疲れを一掃する効果がある。

2. クライアントへの指示の連発

戦場のような一般外来では、診療の流れをよくするために事務職員や看護師が外来患者へ指示を連発しがちである。「〇〇さん、1番の診察室の前のお待ちください。番号のランプがついたら、中へ入って名前が呼ばれるまでお待ちください。予診を受けてからの診察になります。診察が終わったら、3番の窓口に来てくださいね……」等々。事務職員の案内から始まって看護師の病歴聴取や予診、予備検査は簡単な質問や指示が中心なので、患者は自分で考えたり判断するのではなく、相手の質問や指示に従うよう「条件づけ」が行われてしまう。診察の直前にも「荷物は〇〇に置いてくださいね。〇〇番の部屋にお入りくださ

い。終わったら〇〇へ行くのですよ。」とさらに行動に直接介入する「条件づけ」が徹底される。ようやく医師と対面した患者は聞かれたことに答え、素直に指示に従うのが精一杯といった状態となる。5分間の診療をスムーズにこなすためには効果的であろうが、カウンセリングを行うのは難しくなる。

3. 閉鎖的な質問

「はい、いいえ」で答えられるような質問は「閉鎖的な質問」と呼ばれるが、病歴聴取ではこのタイプの質問項目が非常に多い。このような質問を繰り返されるとクライアントの精神状態は不活発になったり、抑圧されて相手の指示を待つようになる。カウンセリングによる行動変容の原動力はクライアント自身の意思の力なので、クライアントの精神状態は常に高揚するように仕向けておかなければならない。せっかく患者が勇気を出して医師に

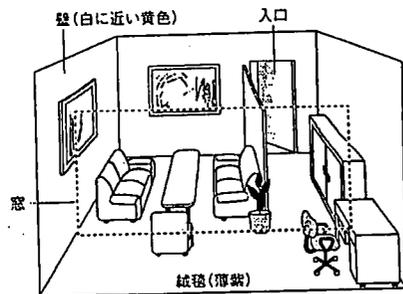
自らの状況や気持ちを説明しようとしたときに、「ちょっと待ってください。まず、私の質問に答えてください。」と質問を封じてしまうと、患者は何もしゃべれなくなってしまいます。

臨床の現場では一人の患者だけを相手にしてい

るわけではないので、閉鎖的な質問もやむを得ない場合があるが、このような質問を繰り返さなくてはならない場合は、質問の間に「中立的な質問」や「開放的な質問」を効果的に挿入するよう心がけたい。「それは大変だったでしょうね」とか「な

Column

● 遺伝カウンセリング室：筆者の失敗



この図は20年以上昔に筆者がある大学で作ったカウンセリング室の見取り図である。同じような部屋を並べて2つ作った。アメリカの情報から、ソファを用いた。カウンセラーは一人用の椅子に座り90°の位置にクライアントを長椅子に座らせた。床は絨毯を敷き、入り口のドアとはパーティション、記録管理用に金属の戸棚と事務机を置いた。壁の色はクリーム色で、絵画(もちろん模造品)を飾り、部屋の雰囲気や和らげるような配慮を行った。どうみてもなかなかの出来栄え(?)で、病棟の面接ルームや指導室が事務机を置いただけの冷たい感じの部屋が多かった当時としては、とても贅沢だったといえよう。

しかし、実際にカウンセリングに使ってみるとどうしても具合が悪く、3か月後には取り換えざるを得なかった道具がある。おわかりいただけるか。答えはソファである。クライアントが座る椅子が肉体的な苦痛を与えないようにとの配慮でソファを選んだのだが、外国のように、ソファにリラックスして座るクライアントは日本

ではまずいない。背中をもたれずに、ちょこんと浅く座る場合は、ソファはととても疲れる。また、筆者は小児科医であったため、クライアントは母親が多い。女性の場合、座る位置が低いソファはひざ下が気になるものである。結局、高価なソファより、安価な食卓セット用のテーブルが使いやすいことがわかった。

このように、環境づくりは大切である。基本は、静かで(冷暖房機器や外部からの音が遮断されている)、落ち着いた雰囲気をつくることである。「窓がない部屋でカウンセリングを行ってはいけない」ともいわれる。クライアントの横に窓があると、クライアントの微妙な表情を観察しやすいし、クライアントが少し目をそらすと外の風景が眺められるため、クライアントの気持ちを開放的にする。窓があっても隣のビルの壁しか見えないというのでは、むしろ意なしのほうがいい。窓の位置がクライアントの背中側だと、クライアントは心理的圧迫感を感じるし、カウンセラーの背中に窓があるとカウンセラーの顔の表情がクライアントにわかりにくく、人間関係が作りにくい。

壁の色で最も緊張度を高めるのは「白」といわれている(血圧、呼吸数の変化である程度客観的にとらえることができる)。一般にカウンセリング室の壁の色は暖色系がよいといわれているが、白い壁の場合は、絵画を1枚掛けるだけで雰囲気が大きく変わる。床もできるだけ柔らかく暖かい感じにするのが理想的である。

このように説明すると、「それなら、いっそのこと病院や公共の建物でカウンセリングをするより、クライアントがくつろげる自宅が一番ではないか」との意見が出てくるかもしれない。筆者は保健師同伴で、クライアントの自宅を訪問してカ

るほど、それで〇〇したのですね」と相手に同情したり(この場合も「はい、いいえ」の答えが帰ってくるだろうが、閉鎖的な質問ほど強い条件づけの効果はない)、「それであなたはどうかされたのですか」と相手をうながすなどクライアントにとっ

て深く考えなくても簡単に説明できる「中立的な質問」を挿入する。さらに、「どうしてそう思ったのですか」とか、「前にも同じような経験をしたことはないのですか」など、クライアントにとって予期できない質問や、よく考えないと答えられない

ウンセリングを行った経験が多い。自宅ではクライアントが主人公であり、最も自律的な決断や行動が起こりやすい。ただ、カウンセラーが自宅に乗り込むとクライアントの逃げ場がなくなるため逆効果の場合もあるので、それなりの準備が必要である。ケースによっては、カウンセラーに対する過度な信頼や依存性が形成される危険もあるので、判断が重要である。

● カウンセリングでは白衣は着ないほうがいい?

壁の色としては「白」が最も緊張感を高めると説明した。では、白色が緊張を高めるのなら、カウンセリングでは白衣は着ないほうがいいのだろうか。白衣の効果を考えてみよう。

医師の白衣が患者の緊張感を高め、権威主義的な威圧感を与えることは間違いない。しかし医療に対する信頼感をつくり出す効果があることも事実である。医学生がジーンズにTシャツで患者に対応すると、患者を怒らせてしまうだろうが、そんな学生でも白衣を着せると医者らしく見える。いわゆる「制服の効果」である。海外の保健師(PHN)は仕事でもほとんど私服で活動しているが、日本では私服で家庭訪問して気軽に応じてくれる住民はいない。権威と信頼は紙一重のものであるから、場合に応じて使い分けるべきであり、一概に決められるものではない。大切なことは、白衣がいまクライアントにどのような心理的效果を与えているか、医師自身がよく理解しておくことである。個人的感情を抑えて医師としての役割を演じなくてはならない場面や、ある程度強い介

入(特に「契約」や「取引」)を行う場合は白衣の効果が大きいかは一般にいえるだろう。逆に一個人間としての人格を強調したいときや、受容的態度を強調するためには白衣が障害になる場合がある(だからといって、医師としての責任を逃げる目的で白衣を脱ぐのは問題であろう)。しかし、逆に白衣を着た医師が共感してくれたことでクライアントの信頼が効果的に高まる場合もあるので、これも一概には言えない。

では、手術着が青(または緑)色をしている理由をご存知だろうか。「緑色は目を疲れさせないから」ではない。清潔域と不潔域をわかりやすくするのが目的なら、白色が一番である。もともと予防着だった白衣が白い所以である。しかし、術中に万一、動脈を切った血が飛び散った場合、白い布が真っ赤に染まると手術を行っている術者の緊張が高まってしまふ。このような場合にでも術者が冷静に判断を下せるよう、血液が付着しても補色の関係で黒く見える青や緑が手術着や手術用覆布の色に選ばれたのである。

同じような例だが、筆者はイギリスの博物館で、ネルソン時代の戦艦の砲甲板の模型を見たことがある。大砲の周囲の壁の色は朱色であった。「朱色は水兵の戦闘意欲を高めるのが目的」で選ばれたのではない。説明文によると、「戦闘開始後、敵の砲弾によって戦艦員の身体が四散して、壁に肉片が付着したり、血で赤く染まると水兵の戦闘意欲が萎えてしまふ、それを防止するために最初から壁は朱色に塗られた」のだそうである。手術着と同じ理屈である。色を例にとったが、クライアントの心理状況を理解し環境を整えることは、カウンセリングでは重要な技術なのである。

い(場合によっては答がなくてもよい)ような質問は「開放的な質問」と呼ばれ、クライアントの精神状態を効果的に高揚させるといわれている。

4. 初対面の態度とスキル

カウンセラーはクライアントとの初対面にすべてをかけると前回説明したことを覚えておられるだろうか。「このカウンセラーは私の話をきちんと聞いてくれそうだ、私の気持ちを理解してくれそうだ」とクライアントに感じさせることがカウンセリングを開始するにあたり重要だからである。一般の診察風景を見てみよう。医師が、「そこへお座りください」と患者の顔も見ないで指示し、前の患者のカルテの整理を続けているなど、もつての外であるが、「さあ、今日はどうしました」と、まったくの初対面であるにもかかわらず十年來の知己であるかのような振る舞うのも不自然である。こんなとき、患者は医師の「職業スマイル」のなかに誠実さを感じることができない場合がある(もちろん、無愛想な対応よりずっとましであるが)。基本どおりであるが、医師から先に姓名を名乗り、相手をも一人の人格として認める姿勢を積極的表現する態度が大切である。「長くお待ちでしたのでなければよいのですが……」など、相手を気遣う態度や、「今日お越しになった理由は紹介状で存じています。お待ちしていました。」などは紋切り型ではあるが、効果的である。

5. 静かな環境

最近は大変な大学病院でも診察室は患者のプライバシーによく配慮して作られているが、少し前までは隣の診察室や待合室との間がカーテン1枚で仕切られていたり、看護師が出たり入ったりで、患者のプライバシーがまったく配慮されていない診察室もめずらしくなかった。遺伝カウンセリングでは特にクライアントのプライバシーの保護が重視される。教育施設だと、若い医師や学生、記録係や陪席者が同席する場合があるが、必ずクライアントの許可を得ることが必要である。筆者は研修医や学生を同席させる場合は「教育のため、カウンセリングに同席させたいのですが、やっぱり嫌でしょうね」とネガティブな同意を求め、クライアントがほんとうに嫌な場合は断りやすい雰囲気

をつくるよう心がけることもある。「……いかがでしょうか」と同意を求めるともかく、「……お願いします」「お願いできませんか」と言うのは半強制的で、同意をとったことにはならない。初対面がうまくいっている場合は、ネガティブな同意でも「いや、かまいませんよ」と答えるクライアントのほうが圧倒的に多い(同意を得ることが難しいクライアントに同意を得るスキルについてはいずれ解説する予定)。

緊張を高める雰囲気はすべてクライアントの精神活動を抑圧するのでよくない。一般の診察室には緊張を高める要素が少なくない。部屋の雰囲気づくりについてはコラムを参照してほしいが、一方では患者の医療への信頼感を高める環境づくりも重要である。一般に、信頼感を高める環境と緊張度を高める環境とは正の相関をする傾向があるので難しい。昔の診察室や待合室には「寄生虫の標本」「人体解剖図」や「骨格標本」、眼科医院では「トラホームの症状」(実は筆者は子どものころ通った眼科医院に貼ってあったトラホームの末期症状の写真がいまでも脳裏に焼き付いている)が所狭しと貼ってあったが、これらは患者教育というより、医院の権威を示すのが目的だったのである。最近の診察室では電子カルテの普及により、パソコン端末が医師の机を占領しているが、カウンセリング室としてはどうであろうか。もっとも若い世代にはパソコンはかえって“at home”な雰囲気なのかも知れない。一概にはいえないだろうが、リノリウムの床、蛍光灯の冷たい照明、医師の白衣など、清潔感を感じさせる裏にも緊張を高める因子が存在する。やむを得ない物も少なくないが、医師はこれらの環境が現在、クライアントにどのような心理的影響を与えているかは常に理解していかなくてはならない。

6. 医師と患者の位置関係

心理領域や社会福祉領域のカウンセラーは円いテーブルを好む場合が多い。カウンセラーとクライアントの位置関係が取りやすいし、クライアントの家族が同伴した場合も対応しやすいからである。カウンセリングにおけるカウンセラーとクライアントの位置関係はカウンセラーが手を伸ばす

とクライアント肩に触れる位置がよいといわれる。この位置関係はいわゆる「慰めの位置関係」である。診察室では医師が診察しやすいよう、問診のときから「膝を突き合わせる」位置関係がとられやすい。この位置では白衣の効果もあり、患者は医師に対して威圧感を感じやすい。話が中心のときには医師はあえて半身を机のほうに向ける配慮も効果的である。このことは患者が若い異性の場合は特に大切な心得である。人間は顔をのぞきこまれると緊張が高まるのは当たり前である。カウンセラーとクライアントの間に机を挟むと、心理的にクライアントをリラックスさせるし、遺伝カウンセリングの場合は資料の提示や説明に便利である。筆者は端が円くなっている机が使いやすいと思っている。看護教育ではベッドに寝ている患者に話しかける場合の位置関係(横から1メートルくらい、できれば腰かけて)をきちんと教えるが、時々、研修医がベッドに寝ている患者の顔の真上から話かけているシーンを見ることがある。自分が患者の身になるとすぐにわかることであるが、後が枕で逃げ場がない患者にはとっては大変苦痛である。「机を挟んで」といっても、カウンセラーがクライアントの正面に対峙する位置関係は

「警察の取調室」であり、好ましくない。

●おわりに●

病院の診察風景をイメージしながら、主としてカウンセリングを効果的に行うための環境について解説した。基本的にはクライアントがゆつくりと落ち着いて医師と対話できる雰囲気をつくることである。カウンセリングの目的がクライアントの自律的な意思決定の援助にあるからである。同じ理由でクライアントに「相手の指示を待つ」ような「条件づけ」を行わないことも重要である。遺伝カウンセリングは医療カウンセリングとしての側面があるため、教育や指導的な背景も加わるが、それでもカウンセリングの過程で行われる教育や指導はクライアントの自律的決定に基づく行動変容を強く意識して行われる。強制的な指導が必要な場合は、カウンセラーと医師の役割をきちりと分けるほうがよいだろう。カウンセラーはあくまで患者のサイドに立つべきである。

今回は、実際のカウンセリングで一般に用いられるスキルについてもう少し幅広い見地から紹介したい。

(参考文献は次回に一括して掲載予定)

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

今日の小児治療指針 第14版

編集 大関武彦・古川 漸・横田俊一郎

本書は小児科医だけでなく、小児を診る機会のある医師全体に向けて作られた。今版では新しく開業医による「クリニック・マネジメント」の章が加わった。各章では、キャリアオーバーやフォロアアップのポイントなどにも触れている。

●85 頁872 2006年
定価16,800円(本体16,000円+税5%)
ISBN978-4-260-0090-1

カウンセラーの基本的態度 とコミュニケーション・スキル (2)

千代 豪昭*

① はじめに ①

前回の連載では主としてカウンセリングを行う環境について解説した。主として物理的環境がクライアントにどのような影響を与えるかを考えることが、カウンセリングの理解に役立つと考えたからである。今回は実際にカウンセリングを進めていく一般的な方法と、カウンセラーが注意を払わねばならない態度・スキルについて紹介したい。行動療法とか認知療法といった、心理職が行う専門的な技法の解説ではなく、遺伝カウンセリングで応用できる一般的なスキルが中心である。

ここで改めて復習をしておこう。ロジャースのカウンセリングでは、カウンセラーとクライアント間の好ましい人間関係(ラポール, リレーション)を前提に対話を繰り返し、クライアントがカウンセラーから影響を受けながら自律的な決断による行動変容に向かうことを目標にしている。カウンセラーは行動変容の方向について強制はしないが、医療カウンセリングであるから「好ましい」方向に上手に誘導しなくてはならない。この一連の過程で用いられるのがカウンセリング・スキルと呼ばれるものである。

ロジャース派のカウンセリングの指導者である國分によるとカウンセリングを進めるうえでの基本的な態度やスキルとして、受容・支持・繰り返

し・明確化・質問の5項目を強調している(「カウンセリングの技法」, 誠心書房)。これらはカウンセリングでは基本技術であるが、医療カウンセリングとしての側面が強い遺伝カウンセリングにおいては、動機付け、受容、支持、情報提供と教育、確認、勇気付け、自律的な決断と行動変容の誘導、習慣化(フォロー)といった基本的な流れに沿ったほうがわかりやすいだろう。國分による「繰り返し」、「明確化」、「質問」などのカウンセリング・テクニックはこれらの過程の随所で必要となる技術である。

① カウンセリングを進めるうえでの基本的なスキル ①

1. 動機付け

遺伝カウンセリングを訪れるクライアントは、医師やカウンセラーの援助により問題を解決したいという第一段階の動機をすでにもっていることが普通である(次回の連載でカプランの精神均衡理論の項でもう一度解説する)。この場合はカウンセリングがスムーズに進みやすい。しかし、なかには目的がはっきりわからずに他人から進められてカウンセリングを訪れるクライアントもいる。この場合はまず動機付けからカウンセリングを開始しなくてはならないので注意が必要である。極端な例ではクライアントが誤解している場合もあ

Manners and skills for genetic counselors (2)

* Hideaki Chiyo お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース
別刷請求先: 千代豪昭(ちよ・ひであき) 〒112-8610 東京都文京区大塚 2-1-1 お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース

る。筆者の失敗談であるが、保健師の紹介により神経難病の患者をもった家族が相談に訪れたことがある。通常の遺伝カウンセリングを開始したのだが、実はその家族は筆者がその神経難病の専門家と誤解し、新しい治療法を聞くために来訪したのであった。途中で気が付き、大変なカウンセリングになってしまった。「遺伝の問題」を本人に知らせないで遺伝カウンセリングを紹介する医師もときどきいる。最初に来訪の動機を探ることはカウンセラーにとって大切なことである。

動機付けについての介入は「カウンセリングの予約」を受け付ける段階から開始されることがある(コラム「予約時間を変更してくれませんかというクライアントにどう対応するか?」参照)。予

約の多くは電話によるが、クライアントの来訪の動機を知るよいチャンスである。動機付けが不十分と判断された場合は、第1回目のカウンセリングはクライアントの動機付けから行う必要がある。

動機付けが不十分だと行動変容が起こりにくいことは容易に理解できようが、十分な動機付けがショックを和らげる効果があることも無視できない。クライアントがある程度、悪い結果を予測してカウンセリングに臨むのと、唐突に予期しなかった悪いニュースを聞かされるのではクライアントの反応はまったく異なる。実際の遺伝カウンセリングではクライアントが予期していなかった問題について話が拡がっていくことが少なくな

い。この場合もクライアントを「その点について、話を聞きたい」という気持ちにしたうえで(動機付け)言及しないと、クライアントをパニックに陥れたり、拒否されてしまう場合がある。

[事例A]

カ:「もし、染色体検査で異常が見つかる则将来、知的発達が遅れる可能性もありますからね」

ク:「えっ、何が遅れるですって……?!」

[事例B]

カ:「染色体の検査についてご説明したつもりですが、その結果、何がわかるかについて、もう少し詳しくお話したほうがよいようですね」

ク:「もし、検査で異常が見つかったらどうなるのですか? それが心配なのです」

事例Aのように、クライアントが明らかに予期していなかったことを唐突に話すのは避けなくてはならない。カウンセリング後のアンケート調査などで指摘されているが、この場合はクライアントの頭は「知的発達が遅れる」ということだけでいっぱいになり、その他のことは、何をいわれたのか何も覚えていないという状態になりやすい。事例Bはクライアントになんとなく不安を提起させ、注意を1点に絞りに絞っているが(フォーカシング)、このように1クッション置いて話をすると、クライアントは理解しやすし、人間が本来もっている防御機構が自然に働いてショックを

Column

「予約時間を変更してくれませんか」というクライアントにどう対応するか?

遺伝カウンセリングはほとんどの場合、電話予約制である。

カ:「では〇〇日の〇〇時からではいかがですか?」

ク:「すみません、その日はちょっと友人と約束があって……。〇×日の〇〇時からでしたら空いているのですが、いかがでしょうか?」

カ:「……?」

このように、予約時間について「注文をだす」クライアントは珍しくない。できるだけクライアントの都合を考えてあげることもちろんであるが、カウンセラーが安易に譲歩することも気をつけなくてはならない。「なんとか都合をつけて受診する」という行動そのものが「動機付け」を深める効果として作用する場合があるし、最初にカウンセラーとの「取引」を安易に許すと、後でカウンセラーとのリレーション形成に悪い影響がある可能性についても知っておくべきである。カウンセラー自身に予定がなくても「〇〇日は〇〇時からしか時間がとれません。なんとか調整できませんか」といってみるのも行動カウンセリング的には1つのテクニックであ

る。

次のようなことも同じように動機づけに影響を与える可能性があるので注意して行なわねばならない。

- ①無料でカウンセリングを行う
- ②クライアントからの突然の電話質問に応じる(時間を指定してこちらから連絡をとる、かけなおさせるのも1つの方法である)
- ③クライアントに過度の便宜を図る
- ④電子メールによる相談(コラム「カウンセリングからみた電子メールの効果」参照)

● カウンセリングからみた電子メールの効果

多忙な医師にとって、クライアントからの手紙による問い合わせは返事を書くのが容易ではないし、電話も対応が大変である。その点、電子メールによる回答は時間のあるときに処理できるので大変都合がよい。クライアントにとっても、手紙よりはるかに気楽に質問ができる。しかし、初対面のクライアントからの電子メールは相手の背景がまったく不明で、一方的なので一般的な情報提供の域を越えることはできない。なかには住所、氏名を名乗らないで

(名乗ったとしても正しいものかどうかは確認できない)質問してくるクライアント(本来は「クライアント」は相談契約が成立してから用いる言葉である)もいるが、電話による正式な予約を勧める以上の回答はしないほうが無難だと思っている。カウンセリングはクライアントとカウンセラーの相互対話により成り立つもので、片方向の対話は特殊な場合を除いて行わないのが原則である(聴覚障害者と筆談でカウンセリングを行う場合とか、外国人相手に通訳を介してのカウンセリングが例外に当たるだろう)。今回の連載で紹介したスキルのほとんどがメールでは実践困難なことで理由はおわかりだろう。電話によるカウンセリングも同じ理由で「行動変容が一番起こりにくいカウンセリング」といわれている。

一方、すでに面識があり、ラポールのついたクライアントとの電子メール交換は、目的がはっきりしていると効果的な場合がある。クライアントにとって、電子メールはアクセスが容易であり、思ったことをいいやすい(作り話もしやすい点も知っておかねばならない)。また、電子メールの特に優れた点は、確実に「言語化」した気持ちをやり取りすることである(行動カウンセリングの技法の1つになるが、クライアントに作文を書かせる方法もある)。カウ

セリングが「対話による過程」であることは誰でも理解しているが、対話の大きな重要性は「言語化」である。「不安な気持ち」も言語化することにより、クライアント自身にとっても実態が明確になり、対応が可能になるのである。試みに、1つの概念を言語を使わずに認識してみるよとい。それはいわゆる「純粋な経験」ではあるが、単純なものに留まるだろう。しかし、いったん言語化されると概念は複雑に分類、類型化され、他の言語化された概念と連繋しながら高度な概念に組み立てられていく。ホモサピエンスがネアンデルタールやクロマニオンを抑えて進化を遂げたのは、その言語発達が大きく貢献しているというのは進化学の常識である(クリスチャン・ド・デュープ、「生命の謎」、1996)。

進化論はともかく、電子メールを補助的にカウンセリングに利用することはお勧めしたい。クライアントの理解度を確かめる、問題の明確化につなげる、クライアントの自己洞察を促すなど、カウンセリング的な対応も電子メールを介してある程度は可能である。複数回のカウンセリングが必要なケースでは電子メールを補助的に使うのも効果的である。ただ、このような電子メールの活用は十分に人間関係が樹立し、カウンセリングの経過のなかで行うのが原則である。

軽減できる可能性もある。

2. 受容的態度と共感的理解

ロジャースの理論の解説で受容的態度の重要性については十分にお話ししたと思う。受容的態度と共感的理解はどこが違うのか、わかりにくいという読者のために解説しておこう。実は受容的態度と共感的理解、そして次に解説する支持的態度は心理カウンセリングの分野では重要な概念であるが、自然科学の学徒たるわれわれには理解が容易ではない。学派ごとに考え方が微妙に異なることも理解を難しくしている一因である。ここではロジャースの考え方(初期の著作による)を中心に遺伝カウンセリングの立場から解釈してみたい。

受容的態度とはクライアントが悩む問題を正当なものだと考えて「あまり注釈を加えずにそのまま受け入れる」ことである。「なんだ、そんな馬鹿なことを考えていたの」とか、「そんな相談のために私のところにこられても困るなあ」というのは受容的態度とは反対の「拒否的態度」である。「共感」とはカウンセラーがクライアントの喜怒哀楽の感情を共有するというが字句的な解釈であるが、ロジャースは単にクライアントの気持ちになってみるだけ(これは心理学では同一視という)で終わっては駄目で、カウンセラーがクライアントの立場からクライアントの感情(不安や悩み)の由来や現在の気持ちに至った理由を探る(理解的態度)ことであるという。すなわち、プロフェッショナルなカウンセラーとしての立場を忘れてはいけないということである。

ロジャースでは「共感」・「共感的態度」ではなく「共感的理解」という言葉が使われる。「なるほど、あなたは検査の結果を〇〇と考えたから、心配になったのですか」とか、「お子さんが〇〇となることが耐えられないのですか」、「それなら、あなたの気持ちはよくわかります」など、まずクライアントの立場になって気持ちを理解することが大切である。もちろんカウンセラーが完全にクライアントになりきることは不可能であるから限界はあるが、クライアントの理解に役立つだけでなく、受容的態度と相俟ってクライアントに強い信頼感を与える効果がある。クライアントの受容的

態度と共感的理解はセットとして用いられることが多い。

④ 支持 (support) ④

医療カウンセリングでは「指示 (reed) をしないで支持 (support) しなさい」といわれる。「〇〇してください、〇〇しなくては駄目ですよ」と指示するより、「そのほうがよいと思いますよ」とか、「私も賛成です」と患者の行為を支持してあげるほうが、「自律的決定」を促し、確実な効果があるというのである。支持よりさらに強く介入するのが「勇気付け」で、教育現場でよく用いられる「叱らず」に「替めて」行動変容させる教育技術と同じものである。非指示型カウンセリングでは「あしなさい」、「こうしなさい」とはいわれないが、カウンセラーの「支持」により、クライアントはカウンセラーの期待する方向に向かう。それでは結局「指示」していることにならないかといわれると、「イエス」なのである。支持によりクライアントが自律的に決断した行動変容は「指示」による行動変容より容易に起こり、習慣化しやすい。介入力はむしろ支持のほうが強いのである。また「支持」は「指示」と比較して、カウンセラーや医師の倫理的責任を回避しやすいという意見から、先端医療の現場では「非指示」が好ましいとされる1つの理由になっている。

さて、大きく分けて「支持」には2つの概念がある。支持の対象が「理論」や「科学的な考え方」なのか、それとも「相手の人格」なのかという違いである。医療の現場で医師が支持する内容は「クライアントの科学的な物の考え方」や「医学的見地からみた妥当性」が対象となることが多い。確かに「好ましい行動変容」は医学的にも好ましいことが理想である。しかし、注意しないといけないことが「支持」は「指示」と同じものになり、クライアントの自律的決定に向かいにくい場合がある。また、クライアントが医師の顔色をみて、気に入られそうな選択を提案する危険性もある。

このようなクライアントの「理論、考え方」を対象とした「支持」に対して、ロジャースは「クライアントの人格の支持」を重視する。受容的態

度と共感的理解が基盤となってカウンセラーがクライアントを支持することにより、クライアントとのリレーションが形成され、自律的決定へと誘導しやすい状況が生れてくるのだというのである。「医学的にはそのほうがよいと思います」と「考え方」そのものを支持するより、「君がそう考えるのはもっともだよ」とか「私も君が正しいと思う」とクライアントの全人格を支持してはどうかというのである。ロジャースのカウンセリングが「クライアント中心療法」と呼ばれるのはこのためである。「勇気付け」の項で「自殺」を例にとりて解説したので参考にしていただきたい。受容・共感・支持・指示は実は紙一重の違いしかないことも理解しておこう。

3. 「確認」と「明確化」

遺伝カウンセリングは教育的な要素が多い。クライアントが専門的な情報を理解し、活用できるように教育することがカウンセリングの目的の

1つだからである。教育現場で教師が日常的に用いている技術にはカウンセリングでも応用がきくものが多い(もともと教育理論や技法にはカウンセリングの応用が多い)。現場で困るケースの1つに「何がわからないのか、よくわからない」学生に対する介入がある。このような場合、本人に理解できるところまで遡り、そこから「何がわかると問題が解決するのか一緒に探る」作業を行う。

遺伝カウンセリングでも、クライアントが何となく不安を感じているのだが、その原因が一体何であるのか、自分ではわかっていない(場合によっては誤解している)ことがある。このような場合、カウンセラーはクライアントが解決しなくてはならない問題を「明確化」する作業を行う。目標が定まらないと好ましい行動変容は決して起こらない。明確化は各種の診断情報や遺伝医学情報の整理、クライアントの知識を強化したり認知の歪みを補正する作業を組み合わせながら行う。明確化

Column

● 医師とカウンセラーの役割

手術の不安を訴える患者に対して、医師が共感・支持を強調するために「ご心配する気持ちはよくわかります。私だって、本当は心配なのです」と応じたらどうだろう。患者は不安でたまらなくなるに違いない。患者は医師に「大丈夫ですよ。安心して任せてください」といって欲しいのである。医師とカウンセラーの役割の違いである。一般に医師は正義感に裏付けられた決断力や実行力が患者から期待される。一方、カウンセラーに対する期待は異なる。

例えば話であるが、もしあなたが学生で、単位認定にかかわる試験で悪い点をとったとする。友人の誰かに相談したいと思ったとき、どのような友人を選ぶだろうか。おそらく、単位を落としたり経験などまったくない優等生の友人は選ばないだろう。自分の気持ちはわかってくれないだろうし、このような場合、どうするのがよいかノウハウも知らないと思うからである。受容的態度と共感的

な理解を示してくれるのは「同じような経験が豊富な?」普通の友人であろう。

遺伝カウンセラーは情報の正確さや問題解決能力は医師以下であってはならないが、悩みや絶望感をもっているクライアントを相手にするので、カウンセラーとしての顔が大切である。すなわち、遺伝カウンセラーには医師のような「信頼感」とカウンセラーのような「話しやすさ」の両方が必要だが、筆者は、ウエイトとしてはカウンセラーとしての話しやすい態度のほうが優先されると考えている。医師と協同して役割を分担できればチーム医療として大きな効果を発揮すると考えられるからである。また、医師が医師としての役割を發揮しながら、カウンセラーの態度を上手に使い分けられることができればそれこそ理想的であろう。しかし、実際には「わかったうえで」医師の立場を選ばざるを得ない場合も多い。そんなときは遺伝カウンセラーに協力を申し出たいただきたいものである。本連載の目的はまさにその点にあるといつてよい。

はクライアントの気持ちを言語化（「言語化」についてはコラム「カウンセリングからみた電子メールの効果」参照）することで行う。対話の技法としてクライアントの言葉のなかで重要な部分を選んで「繰り返し」たり、「あなたは〇〇だから、〇〇だと考えているのですね」など「確認」しながら理解を深めていく。カウンセラーから明確な言葉により繰り返されることにより、クライアントは自分の言葉の意味を正しく理解したり、自分が解決しなくてはならない問題がみえてくるのである。言語化の手段として、教育現場ではレポートを書かせるという技法があるが、カウンセリングでも手紙や電子メールで気持ちをまとめさせるのも1つの方法であろう。

注意しなくてはならないことがある。明確化の

過程で、「新たな問題」を掘り起こしてしまうことがある。遺伝の問題が家族内だけでなく、親族の問題にまで拡がるとか、病気の予後について、クライアントが考えていなかった問題が明らかになる場合も、珍しくない。一般的な原則として、「解決できない（あるいは解決困難な）問題を掘り起こさない」ことが大切である。その時点では「解決できない問題」であっても、時間が経ったり、クライアントの対応力が一定のレベルに達すると「解決可能な問題」に変わることも多い。そのときまで「そっとしておく」こともカウンセリングの技法の1つである。

4. 質問

前回の「閉鎖的な質問」で解説したが、よい質問は概ねクライアントの精神活動を高揚させ、気

持ちを言語化することにより問題の明確化を進めて自律的な決定に導くのに有効である。どうしても話しすぎる傾向のあるカウンセラーは意識して質問を多用することも1つの方法である。

カ：「あなたにそれができますか？」

ク：「大丈夫です。きっとできると思います」

と自律的な決定にまで誘導できるとひとまず成功である。

5. 勇気付け

「赤信号、みんなで渡れば怖くない」ではないが、われわれは援助者がいると行動変容が起こりやすい。夫婦、友人、仕事仲間など誰でも援助者になり得るが、医療従事者やカウンセラーは援助者として適役である。援助は人間だけでなく、マスコミや法律・制度など社会機構も有効に働くので、

「社会的支持」と一括してまとめられることが多い。勇気付けとはクライアントに決断のきっかけを誘導し、「保証」（支持とほとんど同義語であるが、保証の対象はクライアントの人格ではなく、「考え方」や「行動」に限定される傾向が強い）によりクライアントの決断を確固たるものにする行為である。医師が援助者として適切な理由の1つは、専門的な医学知識によってクライアントの決断や行動に保証を与えるからである。カウンセラーの立場からは、クライアントが直面した状況のよき理解者として決断に総合的な保証（支持）を与えることが勇気付けとなる場合が多い。専門家としてだけでなく、友人の立場というか、一個人間としての立場といってもよい。

「支持」の項目でも指摘したが、「決断や行動」

Column

■ 医学生を対象とした カウンセリング実習

カウンセリング技術の練習にはロールプレイ実習が採用されることが多い。カウンセラーの態度や技術を総合的に評価したり指導するにはロールプレイはよい方法であるが、欠点もある。演技が思わぬ方向に向いてしまうと、指導者に相当の力量がないとあらかじめ用意した教育目標を達成することが難しい。また、ロールプレイは医学教育のように多人数を一度に教育するには必ずしも向いていない。特に遺伝カウンセリングのロールプレイを行うと、どうしても知識の正確度にこだわったり、プレゼンテーションの上手さが評価されやすい。カウンセリングの技術を指導するには指導者だけでなく、演技者の双方に一定以上の経験が必要である。筆者は30年も昔にある医科大学で診断告知の医療面接の講義を担当した経験があるが、ロールプレイ・ビデオの利用が成果があったので紹介したい。

患者役と医師役の学生を指名して、あらかじめ用意しておいたテーマ（例えばダウン症の診断告知など）を実演させる。一部始終をビデオ撮影し、この教材を医学生にみせて批判させるという講義であ

る。医師役の学生には事前にテーマを提示し、疾患について十分に学習させておく。また、患者役の学生は事前に療育施設を見学させたり、患者宅を家庭訪問させて、テーマの疾患をもった子どもの家族にインタビューをさせておく。このような準備を行ったうえでロールプレイを行うと、まだ本格的な医学教育が始まっていない2年生くらいの医学生でも、指導していた筆者自身が驚くほど真に熱のこもったロールプレイを行う。講義では、約20分くらいのロールプレイ・ビデオをみさせた後、数人単位のスモールグループに分けて、「学生の診断告知の方法の問題点」や「診断告知のありかた」についてディスカッションさせる。後でグループ毎に発表させたり、レポートにまとめさせるという方法をとった。作成したビデオはあらかじめ病院の医療社会福祉部のカウンセラーにもみてもらい、問題点をリストアップしておいたが、1時間ほどのグループ・ワーキングで学生達は専門家が指摘した約60項目近い問題点（基本的なカウンセリングの態度や技術はほとんどが含まれていた）をほとんどリストアップすることができた。

自分ではわかりにくいカウンセリング技術であるが、他人の行為を指摘するのは比較的容易なことと、

医師としての経験がない学生でも患者の気持ちに共感すれば問題点の指摘は容易であることが指摘できるだろう。この教育方法では実際のカウンセリングを体験させることはできないが、聴講者に基本的な態度や技術について知識として理解させることは実際にロールプレイを実演させて指導するより容易である。ロールプレイの準備学習として適当かも知れない。

当時、機会をみつければ、ことロールプレイ・ビデオを使って講義したが、面白いことに気付いた。医学生の場合、入学後2年目くらいの教育がもっとも効果的で、ポリクリが終わった6年生に同じ教材を使って講義をすると批判のポイントがカウンセリングとは離れがちになる。「あの説明は医学的には正確ではない」とか、「こう説明したほうがよいのでは」と医師役の演技者の説明技術に対する批判は活発なのだが、患者の気持ちに関する意見が出てこないのである。例えば、医学部6年生では「なぜ、難しい医学用語を使って説明するのか」とか「なぜ医師は白衣を着なくてはならないのか」といった意見は絶対に出てこない。2年生ではほとんどのグループが「将来起こるかどうかわからない合併症を片っ端から羅列されたら、患者の不安は高まる一方だ」といっ

た指摘をするが、6年生では逆に「〇〇の合併症をいうのを忘れていた」といった意見になりやすい。

最も挫折感を味わったのは、ある医師会で講演したときで、「最近の学生はよく勉強しているし、話がうまいですね」とカウンセリングの重要なポイントとかけ離れた意見しか返ってこなかった。なかには「失礼だが、私は先生より20年以上臨床経験を積んでいるので、いまさら面接技術を教えてもらわなくても……」といった意見もあり、ほうほうの体で会場を後にしたことを覚えている。これに対して、看護学生や看護職を対象とした講義ではこちらが準備した通りの教育が可能であった。カウンセリングで重要なことは、相手の気持ちを推し量ることにあるのだが、医師としての経験を積むと「医師の気持ちはよくわかるようになるが、患者の気持ちを組み取ることは難しくなる」のではないかと感じた。もし、それが本当であれば、医学教育の立場からは大きな問題である。筆者は医学教育における面接技術は、できるだけ早期に学習させたほうがよいという意見をもっている。国家試験直前に形だけの医療面接を学んでもどれだけカウンセリングの本質に迫れるか疑問である。

だけに注目するのではなく、「クライアントの人格」を認めてあげることが何よりの勇気付けになる場合がある。行動そのものを「科学的・客観的に認める」だけでなく、「あなたが決断したことだから間違いはないでしょう」という態度を付け加えることである。「自殺を思いとどまらせる」技術で、「自殺のバカらしさ」を理屈を並べて説くのではなく、「他の誰でもない、あなたに生きていて欲しいのだ」と説く技法にもつながるが、ロジャースのロジャースたる所以の思想である。好みもあるだろうが、筆者は好きな思想である。医師の科学的・客観的な態度とカウンセラーの人間的な態度がうまく連携するとクライアントの行動変容は確固たるものになるだろう（コラム「医師とカウンセラーの役割」参照）。

6. その他の態度・スキル

前述したように、動機付け・受容・共感・明確化・情報提供・教育・確認と質問・勇気付け・自律的決定の誘導・フォローなど、カウンセリングの流れに沿った基本的スキルは筆者自身が常に意識していることであるが、この他にも注意してはならない態度やスキルは多い。いくつか選んで解説しておきたい。

1) 相手の目をみて話す

現代の医学教育の現場では学生はOSCEに代表されるように数々の医療面接の指導を受けている。「相手の目をみて話す」も1つのポイントであるが、ただ機械的に患者の目をみるだけではいけない。何故、目をみなくてはならないのか、目をみると患者にどのような効果を与えるのか、きちんと理解している学生は必ずしも多くない。

1つの理由は、クライアントの精神状態が目の動きに表われやすいからである。もちろん正面から目を見つめられると誰でも緊張が高まるし、日本人は目上の人の目を正視するのは失礼という文化的背景があるので、相手（年齢、育った環境など）によっては、それなりの配慮が必要である。クライアントが考えをまとめようとしているときはわざと目をそらしてあげるといふスキルもある。もっともそのタイミングは相手の目をみていなければわからない。特に経験が浅いカウンセ

ラーのなかには初対面のとき、クライアントの目を正視できず、視線を左右に泳がせたり、伏し目がちに話者がある。これはクライアントに「自信のなさ」や「不誠実な印象」を与え、信頼を得にくくするので注意しなくてはならない。特にクライアントが訴えているときにカウンセラーが視線をそらすのは、後述する「拒否のポーズ (pose)」であり、カウンセリングでは禁忌である。

一般に女性は男性より相手の嘘を見抜く能力が高いといわれるが、男性と比べて女性のほうが相手の目の動きに注意を払う傾向が強いという心理実験の報告もあり、もしかしたら関係しているのかも知れない。筆者もそうなのだが、妻に隠しごとができない男性の医師のなかには思い当たる方がいるのではないだろうか。

2) 相手の緊張度を押し量る

初対面のスキルの1つである。昔読んだアメリカの医学生向けのテキストに、診察室に患者が訪れたとき、ドアをノックする音の強さや握手したときの手の力で相手の緊張度を押し量りなさいというくだりがあった。わが国の医学教育とは随分違うなと感じたものである。遠伝カウンセリングでも、初回の来訪直後からくつろいだ雰囲気でのカウンセリングを開始できることは珍しく、まずクライアントの緊張を解かねばならない。権威主義的な対応は禁忌で、「お待ちしていました」の一言は定番であるが、緊張を解く効果がある。必要に応じて本題とは関係ない雑談から始めることも多い。筆者は小児科医なので、障害をもったお子さんを同伴して来訪するクライアントも少なくないが、「いやあ、可愛いお子さんですね」と抱き上げる行為が一気に母親の緊張を解く場合もある。

同時に、初回の対面では、クライアントの日常の精神状態の推量も大切である。カウンセリングが可能なのは日常生活が正常に維持されているクライアントに限られるからである。クライアントの正常な社会生活が維持できていないと予測された場合は、心理専門職や、精神科医に回さねば（リファーしなければ）ならない。このために筆者はクライアントがきちんと食事を摂り、睡眠時間が確保できているかとか、服装の乱れを必ず

チェックするようにしている。育児の態度（肌着やおむつの汚れ）も有力な情報である。要するにカウンセリングに入ってよいかどうかの判断である。カウンセリングが開始されてから、クライアントの精神科的背景に気付かれることがあるが、この問題については後述する予定である。

3) お待ちしていました

「お待ちしていました」は最初の挨拶としては定番であるが、クライアントに与える効果は大きい。病院馴れしているクライアントならともかく、一般的にはクライアントは「こんなことを相談してよいのだろうか」とか、「カウンセラーがきちんと応対してくれるだろうか」など不安をもって来訪するのが普通である。忙しそうにしているカウンセラーをみると相談する気持ちも萎えてしまうのが普通である。このようなときにカウンセラーがきちんとクライアントに向いての「お待ちしていました」はクライアントにホッとさせるものがある。

同じ理由で、クライアントはどれだけの時間、カウンセラーが自分のために時間を割いてくれるのかわからない。遠伝カウンセリング外来のようにあらかじめカウンセリングは1時間が単位というふうに時間が明記されている場合はともかく、一般の診療の合間でカウンセリングを行う場合、一人当たりの診療時間は決まっていないのが普通である。このような状況では、患者は「あと何分、医師が自分の相手をしてくれるのか」がわからない。こんなとき、医師がちりと時計をみると、「ああ、先生は忙しいのだ、もう話を切り上げたがっているのだ」と思い、話を止めてしまう（これは「拒否のポーズ」に当たる）。カウンセリングでは必ず最初に、「今日は〇〇時まで時間をとってありますから、ゆっくりお話を伺いましょう」とクライアントに伝える。このことにより、クライアントは時間やカウンセラーを顔色をうかがう必要がなくなり、落ち着いた気分で話ができるのである。

4) 易しい言葉で話す

医学生に診断告知のロールプレイ（コラム「医学生を対象としたカウンセリング実習」参照）を

やらせると、まず第1に気付くのが「難解な専門用語」の連発である。専門用語を使わないと減点されると思っているのか、「医者らしさ」を無理して演じようとしているのだろう。「難解な専門用語」は専門家としての役割を強調するのには役立つが、無機質な冷たい感じをクライアントに与えるし、「理解できない言葉」を連発されるとクライアントは不安や緊張度が増し、考えるどころか質問することもできなくなってしまう。わざわざ、「背が低い」を「低身長」、「心臓が悪い」を「心疾患」と表現する必要があるのだろうか。英語では日常語がそのまま専門用語になっているものが多いが（ラテン語の影響はあるにしても）、日本語では明治以来、外来の医学用語は日常語とはかけはなれた専門用語に翻訳されたものが多い。かなり経験を積んだ医師のなかにも、まず患者が理解しやすいように易しい言葉で話して、すぐ後で専門用語に置き換える方がいる。「……生まれたときの体重が妊娠期間にしては少ないですね、SFDというのですがね……」などである。どうしても必要な場合もあるだろうが、クライアントの不安を増したり「カウンセラーはあなたの方案人とは違うのですよ」と上下関係を押し付ける効果にもなり有害無益なことが多い。

5) 拒否のポーズ (pose)

クライアントが訴えようとする気持ちを削ぐような行為は拒否のポーズといわれ、カウンセリングでは禁忌である。始末に悪いことに、カウンセラー自身は自分がクライアントを拒否したことに気付かないケースが非常に多い。「その話はもうやめましょう」とか、「それは私にはわかりませんが話を変えましょう」など直接的な拒否は論外として、実際のカウンセリングでおかしやすい拒否のポーズを挙げてみよう（実は筆者自身が身に覚えがあることばかりである）。

① クライアントが話している最中にカウンセラーが時計をみる

クライアントは「カウンセラーは時間がないのだな」とか「カウンセラーは自分の話を聞きたくないのだな」と感じ、話をする意欲を失ってしまふ。カウンセリングでは時間をみることも必要な

ので、筆者は部屋のあちこちに時計を置いて、視線を動かさなくても時間がわかるようにしてある。

②特定のテーマになったときにカウンセラーが目をそらしたり、無意味な動作（それがカウンセラーの癖であっても）をする

これも、クライアントにはカウンセラーはこのテーマについてはもう聞きたくないのだなと感じさせる。筆者は考えをまとめるときに目を伏せる癖があるが、これが拒否のポーズにとられやすいと指摘を受けた経験がある。「頭を揺ぐ」、「鉛筆をいじる」、「腕を動かす」などの行為を無意識に行うカウンセラーもいる。

③クライアントの話をきちんと聞いていないことを暴露する

クライアントの質問を聞き返したり、一度話したことを何度も質問したりすると、クライアントは「自分の話はきちんと聞かれていない」と感じる。話をする意欲が削がれるのは当然である。遺伝カウンセリングでは家族構成など複雑なケースでは間違えやすいので注意しなくてはならない。間違えるくらいなら、きちんとメモをとるべきである。

④クライアントが話をしている最中に電話をとったり、他のスタッフに対応する

カウンセリングは独立した部屋で行われるべきであるが、外来診療室など医療現場で行われる遺伝カウンセリングではこのようなことが起こりやすい。やむを得ない場合は、クライアントにきちんと了解をとってから対応しなくてはならない。

⑤クライアントの訴えに気付かない

わが国の医療現場ではクライアントが自分の希望をダイレクトに訴えることはむしろ稀であることを知っておくべきである。

ある選択の場面で、本当は1つの選択に魅力を感じているクライアントも医師がそれを積極的に勧めない場合は、遠慮をしてしまう。特に倫理的な課題が関係する場面でこのようなことが起こりやすい。

クライアントが精いっぱい遠回しに希望を表現していてもカウンセラーがそれに気付かないことがある（気付いていても気付かないふりをするこ

ともあろう）。これも一種の拒否のポーズである。クライアントが一生懸命に話を続けようとしているのに、カウンセラーが無造作に話題を変えてしまうことがある。これもクライアントを著しく落胆させる。

⑥カウンセラーの服装

カウンセリングではカウンセラーが私服で対応することも多い。これから遊びに行くような格好でカウンセリングの場に臨むことは論外であるが、深刻なカウンセリングの場にそぐわないカウンセラーの身だしなみ、持ち物は最初からクライアントを拒否しているようなものである。診療の忙しさや疲れを感じさせるカウンセラーも同様である。

拒否のポーズはカウンセラー自身にはわかりにくい場合が多い。ほとんどの行為がカウンセラー自身の意識下で行われることが多いからである。カウンセリングの経験者（必ずしも上級者でなくてもよい）に陪席してもらい、後で指摘してもらうことが効果的である。昔のカウンセリング室には「隠しビデオ」や「隠し録音機」を設置するのが普通だったし、精神科面談室では隣の部屋から鏡を通して面接場面を観察できるようになっていた。カウンセリングや診療面接のスーパービジョンを行うために使われたのであるが、患者の人権保護の見地から現代ではそのようなことはできない。筆者も自分の面接をビデオ録画して勉強したことがあるが、カウンセリングの最中は自分では気付かない拒否のポーズも後で録画されたビデオをみると一目瞭然である。同様に面接に陪席してもらい、スーパービジョンを受けることがカウンセリング技術の向上に役立つ理由である。

⑦カウンセリングでメモをとるべきか？

「傾聴」では「あなたの話をちゃんと聞いていますよ」というカウンセラーの態度を積極的に表現することが大切だと述べた。日本ではカウンセリングの場面でテープレコーダやボイスレコーダを使用する例は少ないが、アメリカでは、カウンセラーがテープレコーダのスイッチを入れないと、話を始めないクライアントがいると友人から聞いたことがある。クライアントは、自分の話をきち

んと聞いて欲しいのである。

これらの背景から、カウンセラーがクライアントの話をメモをとることは一般的に効果がある。なかには嫌がるクライアントもいるので、承諾は必要であるが、カウンセラーがクライアントの話の聞き漏らしたり、間違えたりするくらいならメモをとったほうがよい。すでにクライアントが説明した話をカウンセラーが再度聞いたりすると、せっかく時間をかけて傾聴した効果が無になってしまう。もちろん、記録に一生懸命になるあまり、傾聴の態度に差し障りになるのでは逆効果である。

ちなみに東京女子医科大学の遺伝子診療センターにおける遺伝カウンセリングでは、陪席した臨床心理士や遺伝カウンセリングコースの大学院生がメモを取り、そのメモを遺伝カウンセリング終了後にクライアントに渡すシステムを採用している。クライアントに正確な情報を提供し、自律的決断を促すのにより効果があるだけでなく、スタッフへの信頼感を強める効果も大きいと考えられる。筆者もカウンセリング終了後に希望したクライアントには整理した記録をコピーして郵送するようにすることが多いが、複数回のカウンセリングによる介入が必要なケースでは特に有効である。カウンセラーのアセスメントをクライアントに開示するのは危険ではないかと指摘があるだ

ろうが、記録を郵送するケースはその危険性が低いものを選んでいたので、後で困った例はほとんど経験していない。むしろ、「ここは叔父ではなく叔母です」とクライアントから修正されたり、「この言葉の本音は〇〇なのです」と次回のカウンセリングがとても活発になり、期待以上の効果が現れることが多かった。ただもちろん、記録は重大な個人情報であるから、管理には十分過ぎるほど気をつける必要がある。

●文献

- 1) 伊藤 登：新訂 カウンセリング。誠信書房，東京，1966
- 2) 堀川直哉：問診と面接の技術—医師と看護婦のために。医学書院，東京，1977
- 3) 國分康幸：カウンセリングの技法。誠信書房，東京，1979
- 4) D・エバンス，M・ハーン，M・ウルマン・他（援助技術研究会・訳）：面接のプログラム学習。相川書房，東京，1990
- 5) 河合雄雄：カウンセリング入門。創元社，大阪，1998
- 6) 千代綾昭：遺伝カウンセリング，面接の理論と技術。医学書院，東京，2000
- 7) 窪寺俊之：スピリチュアルケア入門。三輪書店，東京，2000
- 8) Christian de Duve：植田充美・小幡すぎ子（訳）：生命の塵。翔泳社，東京，1996

MEDICAL BOOK INFORMATION 医学書院

今日の診療プレミアムVol.16 ハイブリッドDVD-ROM版
新規購読専用

- ・医学書院のベストセラー書籍12冊を収録
- ・インターネット時代に応じた新しいユーザーインターフェイスを追求
- ・オンラインユーザー登録でハードディスクにすべてを格納して使用可能
- ・Vol.16では収録データ4冊を最新データに更新

●DVD-ROM 2006年
定価74,550円(本体71,000円+税5%)
(ISBN978-4-280-00291-3)

遺伝カウンセリングに役立つ心理的介入の理論と技術

千代 豪昭*

①はじめに①

前2回は遺伝カウンセリングの現場で必要となるカウンセラーの基本的態度とコミュニケーション・スキルについて述べた。改めて強調する必要はないかも知れないが、遺伝カウンセラーは心理専門職ではない。クライアントが遺伝病や遺伝に関する不安や悩みを抱えていたとしても、「日常生活は正常に保たれている」のが普通である。クライアントと初対面するカウンセラーはまずこのことを確認しなければならない。「睡眠」が確保されているか、「食事」がきちんと摂れているか、服装など「外見的なところに気配りする余裕がある」か、などは簡単に確認できる。これらに乱れがある場合は、精神科医や心理専門職へのリファーを考慮するのが原則である。遺伝カウンセリングは情報提供や教育的な介入が必要となるが、精神・肉体的な条件が正常の域を外れているクライアントにとってこのようなカウンセラーの介入を受け入れる余裕はないし、事故を誘発する危険もある。

一般にクライアント自身が「前の状況への復帰について強い希望をもっている」限りは、遺伝カウンセラーの援助によりクライアントが自分自身で問題解決できる可能性がある。しかし、一線を越えたクライアントは苦悩から逃れたい気持ちで一杯で、ストレスが発生する前の状況に帰りたい

という気持ちは失せている場合がある。このようなクライアントにカウンセリングで対応することはきわめて危険である。「日常生活が正常に保たれているかどうか」はこの「一線」を判断する根拠となるのである。

このような「一線」を越えていないクライアントでも背景となる遺伝病や遺伝に関する問題は重い精神的負荷を与えているのが普通だし、医師から伝えられた情報が原因で精神的ストレスが危険なほど高まっているかも知れない。むしろ、クライアントのほとんどが、このような心理的葛藤を抱えた状態で遺伝カウンセラーを訪れるのが普通である。遺伝カウンセラーは心理専門職ではないが、クライアントの心理的状況を評価し、カウンセリングで対応可能か、専門職にリファーすべきか判断できなくてはならない。遺伝カウンセラーの教育課程で心理学や臨床心理学の基礎をしっかりと教育するのはこれらの判断に有効だからである。

医学教育では主として精神病理学を教えるため、医師は個別の精神疾患についての理解はあっても、正常の人間の心理については十分な教育がなされていない傾向がある。筆者も心理学は専門外であるが、遺伝カウンセリングの現場でよく用いる理論や技術について紹介したい。日常の眼科臨床にも役立てば幸いである。

Application of psychological theories for genetic counseling

* Hideaki Chiyo お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース
別刷請求先: 千代豪昭(ちよ・ひであき) 〒112-8610 東京都文京区大塚2-1-1 お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース

① 危機意識をもった人間の短期的な反応に関する理論

日常生活のなかで嫌な出来事や思いがけない失敗は危機として意識され、ストレスとなって気分を暗くするのは誰もが経験していることである。そのときはショックを受けひどく落ち込んで、たいていの場合は2、3日たつと立ち直ることができるのも事実である。これは人間のホメオスターシスの1例で、精神的ストレスが身体を必要以上に傷つけないよう自己防衛機構がはたらくからである。人間がどのようにして精神的ストレスに反応するかについて、古典的な理論であるが精神科医カプラン（コラム）の精神均衡説を紹介しよう。

カプランによると、人間の精神は外界からの小さなストレスによって絶えず影響を受けているが、多くの場合は本人が危機意識やストレスを感

じなうちに意識下で精神的均衡が保たれるよう調整されている。しかし、ストレスが一定のレベルを越えると危機（クライシス）として意識され、意識的に対処しようとする。人間は危機を意識しなかった元の状態に戻りたいという願望（カプランによると「均衡回復に対する切実なニーズ」）をもっているため、対処に成功すると危機意識は意識下に押し込まれ、危機感消失する。このような危機意識に対する人間の対処方法は次の4段階に分けて考えるとわかりやすいという。

第1段階

ストレスを初めて意識し、危機意識が浮上した段階である。われわれはまず自己の経験や知識を総動員して問題を解決しようとする。例えば、「頭が痛く、身体がゾクゾクした」としよう。「身体が変だ」→「この症状は風邪だろう」→「職場でも風邪がはやっているのだから感染したのだろう」→「風邪なら、安静にしておけば自然に治るだろう」と

安心し、危機意識は消失する。しかし、自分の経験や知識では解決できないと危機意識は増大し、次の段階に入る。

第2段階

自己の経験や知識では危機対処がうまくいかないと次の第2段階に入る。前回の例で「どうも、自分がいまままでに体験した風邪とは症状が違うようだ。こんなことは初めてだ」といった段階である。このような場合、われわれは自分で解決することをあきらめ、他人に助けを求める。この段階の特徴は、「危機を意識しなかった元の状態に戻りたい」という強い動機がある。医療機関を受診するのはこの段階で、適切な介入により、解決される可能性が高い。遺伝カウンセラーのもとを訪れるのも多くはこの段階で、カウンセリングが効果的にはたらきやすい状態である。しかし、この段階で対処に失敗すると危機意識は一気に高まり、第3段階に突入する。

第3段階

カプランによると、この段階は「不可逆的な段階」と呼ばれる。いったん第3段階に入ると、人間の正常なホメオスターシスの機構では、前の状態に復帰することは難しくなる。この段階の特徴は「ストレスから逃れたい」という強力な願望が先に立ち、前の自分の状態には必ずしもこだわらない（「均衡回復に対する切実なニーズ」が消失している）。いわば「なりふりを構わず」にストレスから逃れたいという状態である。日常生活は破綻し、睡眠・食事など生命維持の基本行動さえも損なわれる。自殺など反社会的行動に走りやすいのもこの段階である。この段階ではカウンセリングは無効であると考えたほうがよい。教科書的には、入院管理のもとに薬物により鎮静させたり、専門的なセラピストによる危機介入を行う必要がある。

一般に人間が危機を意識してから消失するまで4~6週という長期にわたるといのがカプランの意見であるが、最初にストレスを意識してから、不可逆的な段階である第3段階に24時間以内に到達することもめずらしくないという。筆者は小児科医であるが、予後不良な先天性疾患の診

断告知を行ったときは、母子心中のような事故が発生しやすいことを常に意識しておかねばならない。われわれの常識でも最も危険なのは24時間以内である。病院で診断告知を受けた帰り道とか、その日の晩に事故が起こりやすい。72時間以上たつて事故が発生する可能性はきわめて少ない。睡眠はストレスを著しく軽減するので、危険な場合は鎮静薬を処方することも勧められる。

さて、この第3段階は放置すると、1~2週間以内に次の第4段階に移行する（第2段階に復帰するのではない）という。第3段階の状態が持続して身体や精神を害さないよう自己防衛の機構がはたらくのである。

第4段階

この時期では患者の精神状態は「見かけ上」は平衡に保たれている。本人も危機を意識していない。ただ、「正常な日常生活」のパターンはかなり歪められているのが普通である。社会の一員としての意識は失われていて、対話を試みることもほとんど「異常」に気づかされることが多い。自己の身体や精神を守るため、無理な形でホメオスターシスがはたらいっている状態と考えられる。医療を拒否したり、社会から逃避する場合がこの段階にあたる（連載第2回コラム「反社会的行動の1例」参照、60巻2022頁）。ある種の新興宗教に走る患者もいる。この段階では患者の精神は安定しているため、生命的な危険はないので緊急の対応が必要というわけではない。背景に医学的な問題がある場合は放置すると、治療が行われないために近い将来に必ずカストロフィが訪れる。

緊急の対応は原則として直接被害を受ける者（例えば本人の子どもや周囲の家族）に限定すべきである。必要に応じて人権保護の立場から法的な介入を考えたほうがよい場合もある。この段階の患者本人に遺伝カウンセラーがカウンセリングで対応することはまったく無力であるだけでなく、危険でもある。無理やりに正常な状況に復帰させようすると、第3段階のような危機が再来することがあり、再び危険な状況になる。精神科医や心理専門職に任せるべきである。医療が原因で患者が第4段階に入ることがある。第3段階に

Column

■ 人物紹介：G. カプラン

精神科領域でカプランというと、医学生にも馴染みの深い「臨床精神医学」のHarold I Kaplanが有名である。しかし、本書で引用したのはGerald Caplanである。彼も精神科の臨床教授であったが、「予防精神医学」という新しい領域を提唱し、精神衛生の領域では草分け的な存在である。予防医学でよく用いられる概念の1次予防（発症予防）、2次予防（早期発見・治療）、3次予防（療育・ノーマライゼーション）を提唱し、精神疾患を地域で対応する重要性を主張した。このなかで、カウンセリングは1次予防システムとして重要である。アメリカにおける地域精神医療システムの整備には故ケネディ大統領の貢献が大きいといわれているが、カプランの意見は大統領に強い影響を与えたといわれている。危機介入の理論や技術の中枢としてカプランの功績は大きい。筆者は遺伝カウンセリングにおいても応用可能と考え、本文中で引用した。

いじめや虐待、猟奇的な殺人事件、自殺など最近のわが国の社会現象をみると、日本もアメリカに30年ほど遅れて精神衛生対策が深刻な課題になってきたのではないかと感じる。原因には家族や近隣との連帯感の薄れ、教育の荒廃、人権思想と個人主義的傾向の歪み、医療構造の変化、社会・公的介入力の衰退、ストレスフルな生活環境、経済的格差の拡大など、実に多くの要因があり、ある意味では現代社会病としての側面があるだろう。30年前にカプランが唱えた予防精神医学は現代の日本でこそ注目すべき医学思想ではないかと感じている。

心理・社会カウンセリングと並んで、遺伝カウンセリングも予防精神医学の社会機構として重要な役割を担うことができる。21世紀は予防医学が大きく発達すると予想されていて、遺伝医学が重要な役割を担うと注目されている。我田引水と批判されるであろうが、筆者はカウンセリングのような心理的介入技術も現代医学の手法として普及するのではないかと想像している。

至ったと考えられる患者の生命を救うため、「危機介入」と呼ばれる強い精神的介入を行うことがある。危機介入はカウンセリングではなく、短期的な緊急措置であるため、嘘を言うこともある。とりあえず第4段階に移行させ、患者の命の安全性を確保したうえで、ゆっくりと対応しようという方法もある。この場合の対応も、精神科医の管理の下に慎重に対応しながら患者を正常な精神状態に戻さねばならない。

④ 障害（ストレス）を受けた人間の比較的長期にわたる反応に関する理論

障害を受けた人間がどのようにそれを受け入れ（受容）、新しい状況に適応していくかという理論である。第一次世界大戦では長期にわたる塹壕戦が多くの精神病患者を発生させ、近代的な精神医学の発展を導いたことはよく知られている。第二次世界大戦では戦傷者の医学的治療と社会復帰が大きなテーマとなり、リハビリテーションという新しい医療の発展を導いた。リハビリテーションは患者側の対応だけでは不十分で社会的な対応が必要であるということから、戦後の社会運動にまで発展した。現代ではさらに一歩進んで、「障害者が障害を感じないような社会をつくる」すなわちノーマライゼーション思想へと向かっている。しかし、どのような社会であっても、四肢の欠損による機能の喪失など、治療不可能な障害や肉親の死など、元に戻りようがないストレスは人間にとって簡単に受け入れられるものではない。このようなストレスを受けた人間を適切に援助し、少しでも早く新しい状況に適応させていこうとする立場から数々の理論が考えられた。

初期の理論の例として、「残された機能に価値を見いだすことにより、失ったものの価値を代償することができる」という価値変換理論がある。確かに現実を目に向けて「死んだ子どもの齡を数えない」というのは1つの考え方である。しかし、多くの事例を観察すると、必ずしも新しい体験が古い体験に上書きされて古い体験が忘れられていくのではなく、時間とともに辛い体験の影響を少

なくするような人間に生来備わったホメオスタシスのような機構があるのではないかという意見が強くなってきた。

1960年頃からは、人間は誰でも段階的にストレスを克服していく力をもっているという、段階理論が主流になった。段階ごとに適切な介入を行うことにより、患者の適応を早めることができるという考えから、当時普及しつつあったリハビリテーションの分野で積極的に応用された。後で述べるように、段階理論にもいろいろな批判があるが、現代でも障害受容の基本的な考え方となっている。いろいろな理論が紹介されているが、一番よく引用されているのが皆さんもよくご存知のキューブラー・ロスによる死の受容理論であろう。もともと「死」を目前にした人間がどのように受容していくかを多くの症例の観察から理論化したものであるが、障害やその他のストレスの受容理論としても蓋然性が高いといわれている。ここでは、わが子が治療困難な遺伝病と告知された両親が受容に至る経過を例にとって、段階理論を用いて解説しよう。

1) 驚愕, ショック

告知された瞬間に訪れる正常な反応である。告知前の準備状況により、驚愕の程度は異なる。直ちに次の段階に進むのが普通である。

2) 否認

「まさか、なにかの間違いではないか」という否定的な反応も正常反応である。「検査が間違っているかもしれない、もう一度検査してください」とか、他の医療機関を受診するなどの行動をとる患者もいるが、決して異常な反応ではない。ショックを和らげ、自らの正常な精神機能を守るアプソバーとして働くとして働くことが説明されている。

3) 罪悪感, 怒り

「いったいなぜ、こんなことに……」というどこにも持っていきようのない「怒り」や、過度に自分を責める反応（罪悪感）がみられる。これらの時期が長すぎるのは問題であるが、受容に至る生理的な反応と考え、見守ることも重要である。家族や友人、あるいはカウンセラーと一緒に悲しんであげることも安全に次の段階に移行するために

有効である。

4) 取引

部分的な受容の段階である。「ダウン症に間違いないとしても、知的発達には正常のこともあるのでは」など、一部を受け入れることにより、他の受け入れがたいテーマを拒否する保証を得ようとする。患者にとっては「必要な時間」なのであるから、医師は無造作に否定してはならない。なかには、医学的には無意味と思われる治療や宗教にすがろうとする患者もいる。このような場合は医師がきちんと論ず必要があるが、患者の「藁にでもすがりたい」気持ちは受け入れることが必要である。医師と良好なコミュニケーションがとれていれば、「取引」は全面的な「受容」へと変っていくことが多い。

5) 抑うつ

受容へと向かう経過で抑うつ症状が出てくることがある。軽度の場合は心的外傷といわれる症状に似ている。事故で四肢を切断するなど強いストレスを受けた患者では、強い抑うつ症状や、時には退行反応（人格の変化、幼稚化など）が出現することがある。これらは明らかに精神障害の範疇に入るので、すみやかに精神科医にリファアすることが大切である。

6) 受容

「受容」というと患者の積極的な意思の結果であるかのように聞こえるが、「起こってしまったことは仕方ない」と現実を受け入れざるを得ない「あきらめ」に近い状況ともいえる。しかし、受容なしに新しい状況への適応は起こらないので、1つの目標ともいえる重要な段階である。筆者の経験では重い障害をもった子どもの親が受容の段階に至るまで1~数か月かかるのが普通である。なかには3年以上かかったケースもあり、個人差が大きい。受容の段階に至ったかどうかは対話を続けているとだいたいわかるが、「訓練の話」など将来を見据えた話などがきちんとできるようになり、実際の行動が確認できればまず間違いはない。受容も「受容行動」という行動としてとらえ、受容を促すための行動理論を先に解説したので参考にしてほしい（第2回「好ましい行動変容を患者に起

させるための準備」、60巻2022~2024頁）。

7) 反応期

受容ができた段階で、患者は新しい状況に積極的に適応しようとする。この時期を反応期という。子どもの将来を考え、訓練や教育などに積極的になったり、公的な援助を申請したり、患者会への参加に生き甲斐を見いだすなどの反応がみられる。医師としてはその専門性や知識を生かした対応ができるので、最もやり甲斐を感じる時期といつてよい。

8) そして解脱へ

患者や家族が新しい状況に適応でき、そのまま一生を幸福に終えることができれば素晴らしいことである。しかし、そのような理想的な事例は必ずしも多くはない。良好に反応期に至り、一見、新しい状況で一生懸命に生きているかにみえた患者が突然、思わぬ事故を起すことがある。夜間の発熱で救急病院を受診した際に医師が発した「なんだ、障害児か」の一言や、就学相談に訪れた役所の窓口での心ない対応が原因で親子心中を選んでしまった親達を知っている。小学校入学を目前にしていたのに、たまたま会社の倒産のために失業した父親が子どもと心中しようとした事例もあった。カプランの精神均衡理論を紹介したが、患者の精神的均衡はきわめてきわどいところで保たれていると考えたほうがよい。このような患者家族に対しては、日常の小さなストレスの発生にきめ細かく対応できる医療・社会システムが必要である。

また、患者を抱える両親が高齢化して、老人性のうつ傾向が事故の原因となったと考えられる事例もあった。染色体異常を持った子どもが小さい時から筆者がかかわった家族の事例である。両親は地域の障害をもった患者会のリーダー的存在として長い間活躍していたが、その父親がある日突然ビルの屋上から飛び降り自殺をしたのである。新聞では「将来を悲観して」と簡単に書かれたが、老人のうつ傾向には特に注意が必要である。このように若い間は積極的に適応できていた患者が、加齢により「あきらめ」から「絶望」へと変わることもめずらしくない。最後まで「適応」が理想

であるが、せめて「あきらめ」から「解脱」への道を選んでほしいと思うことがよくある。

障害の受容経過を段階理論を使って説明した。キューブラー・ロスの「死の受容段階」は「否認→怒り→取引→抑うつ→受容」にまとめられているが、遺伝性疾患など一般的な障害の受容理論としては臨床的にやや使いにくいので、筆者が自分の体験から一部修正したものを紹介した。段階理論の長所は臨床家にも理解しやすいこと、段階に応じて対応の仕方を理論的に考えることができる点にある。段階理論が紹介された当時は、医師や心理専門職としての訓練を受けていない理学療法士にとっても、この程度の心理的な対応は可能で、リハビリテーションに役立つと考えられ、大いにもてはやされたのである。一方、段階理論に対する批判も少なくない。まず第1に個人差が大きいこと、第2に患者の心理状態は必ずしも「段階的」には進まないことである。

個人差については、行動変容理論の項で解説した「自己対処機制（セルフ・コーピング・メカニズム）」の違いで説明できる。一般には逆境の体験をもつ患者はそのような体験がない患者よりストレスに対して強いといえるだろう。ストレスに対する対処機制が過去の体験により強化されているからである（逆にクライアントの自己対処機制の強化は治療に結びつく可能性があるわけで、心理療法に利用されている）。遺伝カウンセラーはクライアントの自己対処機制を探ることにより、ある程度、クライアントの危機克服スタイルを予測することが可能である。

受容は必ずしも段階的には進まないという批判はもっともで、すべてを「受容」したうえで、新しい状況に「喜びをもって」適応している患者に出会うことは、きわめて稀である。確かに一見、受容期を経て新しい境遇に落ち着いたかに見える患者も、実は「悲しみ」「苦しみ」「絶望感」が常に見え隠れし、健気に「受け入れよう」「適応しよう」と努力している姿が見られる。心理反応は教科書的な段階に沿って変化することはむしろめずらしいのである。障害をもった患者や家族の精神

的均衡があやういところで保たれているように見えるのも、これらの背景があるからだと考えられる。人間の複雑な心理状態を機械的に類型化することは危険である。段階理論は障害の受け入れ過程にある患者や家族に接する医師が、大まかな長期的対応を計画するときの参考と考えるべきで、カウンセリングは変化するクライアントの心に沿ってあくまで個別に行わなくてはならない。

精神均衡理論や障害受容における ① 段階理論の遺伝カウンセリング ② への応用

初回の面接でカウンセラーは、「このクライアントにカウンセリングは有効かどうか」を判断しなくてはならない。カプランによる第2段階にあるクライアントは危機意識がなかった元の自分の状態に戻りたいという強い願望があるので、カウンセラーの適切な援助により自分の力で危機を乗り切ることができる。正確な情報提供だけで問題が解決するのはこのようなクライアントである（コラム）。遺伝カウンセリングに訪れる動機がしっかりしていることもこの段階の特徴である。逆にまだ動機がしっかりしていない、当然のことながらカウンセラーに対する期待もはつきりしていない第1段階のクライアントへの対応は、問題の重要性を悟らせることから始めなくてはならない。きちんとした診断告知を受けない状態で遺伝カウンセラーにリファアされたクライアントにこのような状況がみられる。

また、カプランによる第3段階に至ったクライアントにカウンセリングを行うことは危険である。クライアントは原状復帰への願望は必ずしも強くなく、とにかく目の危機感から逃れたいという気持ちだけが強い。理性的に情報を理解したり、問題解決する力も失われていると考えるべきである。精神科医にリファアして鎮静させたり、心理専門職による危機介入を行わなくてはならない。しかし、わが国では周囲に容易に利用できる精神科医や心理専門職がいない場合もある。このような場合に筆者が心がけていることは、「時間をかけて話を聞いてあげること」、「クライアントを

Column

① 遺伝カウンセリングで失敗をしない コツ?

答えを聞くと、「なあーんだ」と言われるかも知れない。カプランの第2段階のクライアントを選んで遺伝カウンセリングを行うのである。本文で述べたとおり、この時期のクライアントは「問題を解決したい」という切実なニーズをもつので、遺伝カウンセラーの援助により、問題解決しやすい。前述した行動変容理論に従って最低限の情報提供やクライアントの環境整備を試みるだけでもクライアントは自分の力で危機を乗り切ることができよう。

では、第2段階以外のクライアントはどうするのだと疑問に思われるかも知れないが、実は医療施設でカウンセリングを行う限り、来訪するクライアントの大多数は第2段階にあるのである。第1段階や第4段階のクライアントは自分の意志で来訪することはほとんどない（カウンセリングが難しいことは本文で解説したとおりである）。したがって最も重要な技術は、来訪したクライアントのなかから第3段階にあるクライアントを見抜き、精神科医や心理専門職の協力を仰ぐことである。この段階の失敗はクライアントの自殺や離

決して一人にしないこと（家族を呼びよせたり、保健師の緊急協力を仰ぐなど）、「十分な休養（特に睡眠）を取らせる工夫をして、近日中に再受診させること」などである。再受診の目的は危機感が時間の経過により少しでも治まる効果をねらうのであるが、この場合は、今回の話のテーマを予告しておき、クライアントの不安を増強させない配慮が必要である。再受診や専門家にリファアする時期は1週間後では第4段階に移行してしまう場合も考えられるので、2,3日後が理想である。一般的に「次の予約を忘れないこと」は危機感が十分に治まっていないクライアントのカウンセリングを終了する際に特に重要である。次の予約をすることにより、クライアントは「この次まで頑

婚、その他の好ましくない行動（連載第2回「遺伝カウンセリングの目標」を参照）に結びつきやすい。

一方、医療行政・福祉機関で活動する医師や遺伝カウンセラーにとっては、カウンセリングを行う相手がいつも第2段階にあると考えてはならない。保健所や保健福祉センターなど地域保健福祉施設のスタッフは医療的・社会的危機を予防するために積極的に住民生活に介入することが求められる。保健師の間では「ニーズの掘り起こし」といわれるが、保健師は住民が「どうやって自分や家族の問題を解決したらよいのか途方に暮れている段階」（場合によっては本人が危機意識をまだ知覚していない時期）に、問題を明確化して遺伝カウンセリングへの道筋を立ててあげる（紹介手続をとる）機会も少なくない。あるいは社会を拒否し、自宅に引きこもってしまった住民に強制的に介入することもある。自殺企画が発見されて緊急に介入することもある。このような医療・福祉に関連した地域活動に対応して遺伝カウンセリングを行う場合は、クライアントの背景はさまざまであり、「一定の動機をもって医療施設を来訪するクライアント」と同様に対処するわけにはいかない。

張ろう」という気持ちが生まれるものである。

果たして危険な第3段階に到達しているかどうかの判断は、クライアントとの対話より、行動観察から判断させることが多い。1例として、「死にたい」を連発するクライアントは、多くの場合は第2段階にあると考えられる。「命の電話」をかけるのはこの段階である。一方、遺書や大量の睡眠薬が発見されたり、死に場所を探すような行動がみられた場合は、もう第3段階に入っていると判断され、一刻の猶予もできない。

カプランによると、高い危機感が1週間以上継続することは稀で、適切な対応がないと第4段階に移行するという。このようなクライアントが自発的に医師や遺伝カウンセラーを来訪することは

まずないが、家族が無理やり連れてきたり、保健師が紹介してくる場合がある。クライアント（厳密にはカウンセリングの契約が成立しているわけではないので「クライアント」とは呼べない）は社会、特に医療を拒否している場合が多く、一般の臨床医や遺伝カウンセラーの手に負えるものではないと考えておくべきである。新興宗教に走った親などがその例で、基本的には障害を受ける可能性のある者（多くは子ども）の人権の擁護や健康被害の防止を考えるべきである。

カプランの理論はカウンセリングを終了するときにも思い出して欲しい。「この状態でカウンセリングを終えてクライアントを帰宅させても大丈夫か」の判断に利用できる。危機感が高まった状態でカウンセリングを終了してはいけない。第3段階のカウンセリングの一般的な注意と重複するが、危険を感じたクライアント（妻）を待合室に待た

せて夫に連絡し、迎えに来てもらったこともある。どうしても不安が残るクライアントに自宅の電話番号を教え、「心配になったら夜中でもよいから電話してください」と言ったこともある。ただ、この方法は最後の手段とするべきで、カウンセラーが支払う代償も大きい。実際に真夜中に何度も長電話につきあうはめになった経験がある。

次に段階理論はクライアントの心理状況の変化には時間がかかることを教えてくれる。医師は「科学的な理屈がわかれば病気を受け入れることができる」と考えがちである。しかし、遺伝性疾患をはじめ障害の受容は、疾患の病態を理解するだけでは決して起こらない。クライアントにとって、障害を受け入れることは、自分の人生が大きく変わることを受け入れなくてはならない。それまでにクライアントが抱いていた人生の計画や夢や自己概念を大きく変えなくてはならないのである。

段階理論が脱くようにいろいろな心因反応を経て少しずつ受容への向かうのであり、十分な時間が必要である（コラム）。逆に、段階を飛び越して短時間に受容に向かうほうが異常と考えるべきである。「怒り」「絶望」「抑うつ」など正常な反応が出現せずに受容に向かう場合は、「見せかけの受容」であったり、背景に精神疾患が潜んでいることを疑わなくてはならない。クライアントの生育歴や人生観を聞いたりしながら自己対処機制を探ることも役に立つ場合がある。筆者の若いころの経験であるが、染色体異常の子どもを分娩した直後の産婦に検査結果を告げたことがある。受け入れがあまりに素直すぎて異常を感じ、精神科医にリファアしたところ、産婦の一過性の精神障害と診断された。医師として恥ずかしいことであるが、「マタニティ・ブルー」の危険性を身をもって体験したことがある。

④ 医師が注意しておかねばならない クライアントの精神状態 ④

1. 精神疾患の存在

これまで解説したのは正常な社会生活を行っている患者やクライアントへの対応が中心であった。しかし、背景に精神疾患が存在している患者やクライアントに遭遇することはめずらしくない。特に境界領域あるいは人格障害に属すると思われるクライアントはきわめて多い。服薬を隠している患者も多いが、医師であれば対話の過程でほとんどの場合、気づくであろう。

患者の人権問題があるので対応は難しいが、保健師など医療従事者の紹介によるクライアントについては、紹介源から当人の精神疾患が明らかになることがある。このような場合、精神科医でない筆者は当人に対しては「傾聴」と「医療情報の

Column

④ 受容に時間がかかるのは異常？

人間の受容行動には時間がかかると解説したが、実際にはどれくらいの時間がかかるものだろうか。筆者の体験では、重い障害をもった子どもの両親が診断告知後、子どもの現状（医学的な状況、将来の予測など）を受容して新しい状況に適應しようと具体的な努力を開始するまで2、3か月かかるのが普通である。1年以上かかった例も稀ではない。一般的には「6か月以上受容行動がみられない場合は、背景に何か（精神疾患、その他の特殊な事情）が存在するかもしれないと疑う必要がある」というのがわれわれ小児科医の常識である。心理専門職（臨床心理士、社会福祉士など）と相談するほうがよい。受容に6年近くかかったというギネスブック的な自験例について紹介したい。

第一子は染色体異常をもった子どもで、生後まもなく亡くなった。筆者は亡くなる直前にクベースに入った子どもの顔写真を撮り、母親に渡した。

最近では新生児のターミナルケアで家族の死の受容を考慮した「エンゼルケア」が普及してきたが、一般には出生後まもなく死亡した新生児は写真がないことが多く、家族がそのことを悔やむ例が多い。さて、その母親は亡くなった子どもの写真を居間に飾り、毎朝その写真（チューブ類のついた、いわゆるスバゲッティ症候群的な写真で、お世辞にも赤ちゃんらしい可愛い顔ではない）に向かって語りかけていた。半年以上もその状態が続いていたことを筆者は知っていたが、特に対応は行わなかった。

やがて、次の子どもが生まれた。産婦人科医に「次の子どもが生まれたら、前の子のことは忘れることができますよ」と次の出産を勧められたことだった（小児科医としては、この意見には反対である。次の子どもが生れても、前の子は親にとって別の人格であり、他人に取って代わられるものではない）。しかし、依然として前の子どもの写真は居間に飾られていて、毎朝、母親は写真に向かって語りかけていたという。不安に思った

家族の紹介で筆者は再び母親のカウンセリングを行った。その母親の日常生活や会話はすべて正常で、精神的な背景は否定的であった。「受容に時間がかかることはよくあることなので、もうしばらくそっとしておきましょう」と家族に話し、母親とは定期的に連絡をとることにした。1年たっても、2年たっても状態は変わらなかった。同僚スタッフからは白い目で見られるし、筆者自身も内心一抹の不安があったが、無理な心理介入は必要ないと少し意地になっていたのかも知れない。

そろそろ6年になろうというある日、母親から手紙をもらった。「写真をしまうことができた」という報告であった。ある朝、写真を見ると「子どもが笑っている」のに気づいたという（不謹慎にも、そのとき、筆者は背筋に冷たいものを感じた。筆者はその顔写真が笑っているようには決して見えないことを知っていたからである）。そして、その笑顔は「お母さん、いままで長い間、あ

りがとう」と言っているように感じ、「これでやっとこの子は天国に行けたのだ」と確信したという（当然のことだが、変化したのは写真ではなく母親自身なのである）。そう思うと写真を仏壇の奥にしまうことができたのだそうだ。

この母親は「早く前の子どものことは忘れなくてはいけない」という気持ちと「亡くなった子どもに対する愛着」の間で葛藤し、周囲の目も気にしながら自分の心と闘っていたのである。心理学的には重症障害児の医療現場という特殊な体験とか、母親の愛着形成の異常その他の心理学的背景などいろいろな原因が考えられるだろうが、筆者は「この母親」にとっては6年という期間が必要だったのではないかと考えている。大変長く辛い期間だったろうと思う。ただ、この事例を経験してからは、筆者は教科書どおり、6か月を過ぎても受容ができない例は必ず一度は精神科医や心理専門職にコンサルトするようにしている。

提供や教育」に限定したカウンセリングにとどめ、積極的な心理的介入を控えるように心がけている。本人が精神科治療を告白した場合は、許可を得たうえで主治医と連携し、リエゾン役に徹しながらカウンセリングを行う場合もある。

2. 人格障害

最も対応が難しいのは人格障害で、国際的な診断名になっているものの精神医学的に確立された概念とはいえない。明らかに病的な場合は精神疾患の対応に準じるが、クライアントのなかには治療の対象になっていない正常限界の人格障害が決してめずらしくない。典型的な性格では、周囲に対する攻撃性が強い一方、医師に対しては過度の救済者願望をもっている。理知的で真面目な性格に見えるが、家族、友人、医療などに強い不満をもっていることが多い。話を聞いているうちに、離婚歴や職場における適応に障害をもっていることが明らかになる。医師に対しては「自分を救って欲しい」という願望が強いので、一見、「自分を信頼してくれる良い患者」に見えることがある。過度な介入をすると、医師自身が患者と離れられずにパニックに陥ることがあるので注意を要する。タイプによっては他人ではなく自己を過度に攻撃するものもある。この場合でも周囲との適応は不得手な場合が多く、引きこもりや職場不適応、自殺企画などの既往がある場合が多い。

われわれ素人には統合失調や気分障害と鑑別がつきにくいので、もしやと思われる事例は精神科医にリファーするべきである。正常限界と思われる場合は、早い段階に医師またはカウンセラーの立場と役割をはっきりと述べ、「契約」を結んだうえでカウンセリングを進めること（よくあることだが、予約なしの来訪や頻回の来訪には応じない）、1対1のカウンセリングではなく、家族、友人を交えたカウンセリングを試みることで、非指示的中立的なカウンセリングを心がけることなどがポイントである。

人格障害は薬物治療に抵抗性であることが特徴の1つで、本人が自分自身をコントロールしながら社会と適応していくしかなく、立派に社会で活躍している者も少なくない。社会適応を進めるた

めにも、典型的な事例は専門職が対応すべきであるが、境界領域の患者は医師や遺伝カウンセラーが対応せざるを得ない場合があるので一応の知識は必要である。心理・社会カウンセリングの領域でも対応が困難であったという報告例のなかには、このような精神的背景をもつ事例が少なからず含まれているのではないかと考えられる。

3. 情報社会の産物

精神的背景ではないが、インターネットなど「情報社会の産物」ともいえるクライアント(?)が増加してきている。最新の専門情報を知っていることを披露したくてしかたないかにもえたり、明らかに医師の知識を試すクライアントがいる。医師を評価して選択するのは患者の権利であり、最新情報を知らなかった場合は専門職として謙虚に反省すべきであるが、情報を評価する力は医師は素人とは違うのだから自信をもって対応してほしい。しかし、度を過ぎたクライアントに対しては「よく勉強されているので驚きました。ところで、今日は私に何をしてほしいと思って来訪されたのですか」と聞き、クライアントの具体的な目標がつかめない場合は早々に引き取っていただくことにしている。

その他、医療訴訟がからむ来訪もあるので注意を要する。セカンドオピニオンは現代医学では特に重視されており、情報提供を中心とした遺伝カウンセリングもセカンドオピニオンの対応が求められる場合がある。しかし、カウンセラーが医療訴訟における鑑定人的な役割を求められていることが明らかになった場合は、注意を要する（もちろん、裁判所から正式な鑑定人依頼があった場合は別である）。カウンセリングが当事者の幸福を目ざすのなら、訴訟もクライアントの幸福につながるのではないかの意見があるかも知れない。しかし、医療従事者はあくまで医学の立場からクライアントを援助するのが原則で、訴訟の援助は明らかに医療の目的から逸脱していると考えべきである。

⑥ 精神均衡理論からみた医療従事者の役割 ⑦

今回は、心理的に追い込まれた状態のクライアントを精神科医やその他の心理専門職にリファーするタイミングを見極める重要性について何度も強調した。コラムでは「カプランの第2段階のクライアントを選んで遺伝カウンセリングを行えば失敗する可能性が少ない」と少々穿った解説をした。筆者の苦い体験が背景にあることを否定する気持ちはない。

しかし、精神医療の専門職ではない医療従事者や遺伝カウンセラーは精神医療分野では役に立たないと考えては大きな誤りである。第2段階の患者の適切な対応に失敗すると危険な第3段階に進むというのがカプランの理論である。わが国で年間2万人を越える自殺者をはじめ、その他の反社会的な事故・事件の背景に医学的な要因が潜む割合は決して少なくない。カプランはコラムでも紹介したとおり、精神衛生的な社会予防システムを構築するために精神均衡理論を唱えた。専門職による危機介入システムに加えて医療・福祉・

保健関係者、教育機関、産業現場、そのほか社会のいろいろな場面で精神衛生的な予防システムが必要であると主張した。遺伝性疾患あるいは遺伝に関する問題を抱えて医師や遺伝カウンセラーを訪れるクライアントに適切に対応し、危機意識が増大することを防ぐことはカプランが唱えた第1次予防であり、まさにわれわれの重要な役割である。本格的なカウンセリングは専門職に任せるというのではなく、医師が基本技術を学び、日常の診療に生かすことはきわめて重要なことである。このことを理解していただくことも今回の連載の目的の1つであった。特にロジャースのカウンセリング理論や技術は治療というより予防面で活用できるという筆者の考えも付け加えておきたい。

● 参考文献

- 1) カプラン G (新福尚武訳): 予防精神医学. 朝倉書店, 1970
- 2) キュープラー・ロス E (鈴木 晶訳): 死ぬ瞬間. 中央公論新社, 2001
- 3) アギュララ DC, メズイック JM (小松源助・荒川鏡子訳): 危機療法の理論と実際. 川島書店, 1978

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

DNAサイエンス 第2版

DNA Science
A First Course 2nd Edition
著 David A. Micklos, Greg A. Freyer,
David A. Crotty
監訳 清水信義・養島伸生・工藤 純

●B5 頁380 2006年
定価6,825円(本体6,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00045-1]

10年ぶりに大改訂された「DNAサイエンス」の第2版「テキスト」篇。全面的な修正により、内容は新たに、そして強力となった。米国で学ぶ学生にとって最も基本的なテキストであり、実験操作法の「実習テキスト」の姉妹版。図表もほとんどが刷新。ゲノム時代に入突した読者にとって「DNA探検」の案内地図として有用である。

遺伝確率に関する情報提供と カウンセリング技法 —確率をどのように伝えるか—

千代 豪昭*

① はじめに ①

遺伝カウンセリングでは「遺伝病が発病したり、再発する可能性をクライアントに伝える」という過程がある。「カウンセラーから知らされた遺伝医学情報をもとに、クライアントが自らの意志で罹病による不利益を回避するために行動決定する」のが遺伝カウンセリングの1つの流れである。遺伝カウンセリングが医療行為に準じるというのも、この過程がクライアントの精神・身体の健康に深く関わるからである。

さて、科学性を重視する遺伝カウンセリングでは、遺伝性疾患の発病や再発の可能性を「確率」という数字で説明することが多い。確率を読み取り未来を予測することが難しいのは天気予報の降水確率を例にとっても明らかであるが、遺伝現象の確率的な表現の伝達が難しい理由として、いくつかの問題が指摘できる。

第一に、確率は%で表すと0~100%まで連続した数字であるが、人間の行動や認識は二者択一の判断によるものが多い。例えば「行く」か「行かないか」であり、15%だけ「行く」という行動は選択できないのが普通である。連続した数値のなかに行動を起こすしきい限界（リスク限界、許容値）を設けないと、行動のきっかけをつかめないのが普通である。この限界値は絶対的なものでは

なく、回避すべき不利益の認識の違いなど個人差が大きい。

第二は確率という「言語」の特殊性である。医学をはじめ、自然科学の領域では確率は日常言語に近い感覚で用いているが、一般にクライアントは確率に馴れていないことが多い（コラム「降水確率と遺伝確率」）。クライアント側の確率の理解度の問題だけではなく、情報を提供する側にも遺伝確率の伝え方には課題が少なくない。遺伝子が伝わる確率と発病する確率は必ずしも一致しないなど遺伝学の知識や理解の問題もある。

また、特定の疾患の発病予測だけがクライアントの行動や人生のすべてを決めるわけではない。クライアントにとってその確率が人生にどのようにかかわるか、一人ひとり事情は異なるはずである。医師はその役割上、特定の疾患を中心に物事を考えやすく、遺伝カウンセリングでも特定の遺伝子にクライアントの意識を集中させがちである。特に遺伝学の初学者ほど、遺伝子至上主義や優生学的な思想に走りやすいので注意が必要である。メンデルイズムは現代遺伝学でも基本的な法則である。法則自体は黄金律のように完璧なものなのであるが、見掛け上、メンデルの法則がそのまま成立するのは特殊な場合に限られることがわかってきた。

ミレニアムを迎えて現代遺伝学が急速に発達し

How to inform the expected genetic risk to the clients in the genetic counseling ?

* Hideaki Chiyo お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース
別刷請求先：千代豪昭（ちよ・ひであき）〒112-8610 東京都文京区大塚2-1-1 お茶の水女子大学大学院人間文化研究科特設遺伝カウンセリングコース

はじめたとき、一般の国民だけでなく医師や研究者さえも「将来、遺伝学が発達すると個人の遺伝情報を調べるにより疾病の発病や人間の行動まで正確に予測することができるようになる」と信じたのではないだろうか。つい最近までは「がんや生活習慣病も遺伝子診断により正確な発病予測が可能になる」と信じられていた。しかし、現代遺伝学が明らかにしつつある事実は、遺伝子と疾患の発病の間の関係はそれほど単純ではなく、複数の遺伝子の段階的な異常発現（ここには環境など偶然が多く作用する）や、遺伝子間の複雑な調節作用（エピスタシス）を経て形質の表現（発病など）が決定されることが明らかになりつつある。

むしろ個々の遺伝子の働きは確率的な表現なのである。国民と専門家の間で遺伝子の理解に大きな隔たりが生まれつつあり、行きすぎた遺伝子ビジネスの普及や新たな優生思想の誕生の原因となっているとの警鐘もある。遺伝子テラシー教育の必要性が叫ばれている現状がある。

現在、急速に普及しつつあるオーダーメイド医療の現場でも、確率的（それ自体は科学的なデータなのだが）な情報を患者に説明するためには、

医師・患者双方に教育が必要だという意見がある。行き過ぎた遺伝子至上主義（「遺伝子がすべてを決定する」という思想）は反省の時期にさしかかっているといえよう。

このように、遺伝カウンセリングでよく用いられる確率的な表現には情報提供の主体者であるカウンセラーにも、受け取る側のクライアントにも多くの課題がある。クライアントの行動を左右し、遺伝カウンセリングの重要な過程である「再発の可能性」の伝え方を今回の連載のテーマとする。筆者の解説で満足いただけるか心配だが、基本思想は「クライアントの好ましい行動変容に繋がるような話し方」であることを強調しておきたい。

なお、遺伝学では「確率」を遺伝学的危険率（genetic risk）、再発危険率（recurrence risk）、経験的危険率（empirical risk）など「危険率（risk）」という用語で表現するのが一般的である。しかし、「危険」という表現はカウンセラーの価値観を押し付けるのではないかという意見と、クライアントの遺伝病に対する恐怖感をおおるとの考えから、カウンセリングの現場では用いない傾向である。本連載では「再発（発病）の可能性」あるいは「再発（発病）の確率」という用語に統一する。

① 再発の可能性の伝え方 ①

1. 遺伝確率についての理解

人類遺伝学の復習である。日頃から科学的な数値データの扱いに慣れている医師でも、進歩が著しい遺伝学的なデータの解釈には限界がある。個別のデータの解釈については他書に譲り、ここでは基本的な考え方をまとめておきたい。

まず、単一遺伝子異常が発病に結びつくメンデル遺伝病を例にとりたい（厳密には「遺伝形質」というべきだが、ここでは形質の1つの表現である「遺伝病」を対象にする）。遺伝病のなかで単一遺伝子異常が発病に結び付くと考えられる疾患は、メンデルの法則が成立するのでメンデル遺伝病または古典的遺伝病と呼ばれる。常染色体劣性遺伝病、常染色体優性遺伝病、伴性遺伝病（X連鎖遺伝病）が代表的である。個々のメンデル遺伝病は稀な疾患であるが、ヒトのメンデル形質は1万種類以上が知られていて、そのなかには遺伝病としてよく知られたものが多く、遺伝カウンセリングの対象としては決して稀なものではない。

メンデル遺伝病では異常をもった遺伝子（変異遺伝子）をもつ確率を家系分析によって理論的に求めることができる。常染色体性劣性遺伝病では保因者同士の親から罹患者（劣性ホモ接合体）が生まれる確率は1/4であるとか、常染色体性優性遺伝病では罹患者（優性ヘテロ接合体）の親から罹患者が生まれる確率は1/2といった具合である。保因者が確率的に推定される場合には罹患者が生まれる確率は1/60とか1/250というようにさまざまな値をとる。

これらの確率は「変異遺伝子が伝わる確率」であって、かならずしも「発病する確率」ではない。特に常染色体性優性遺伝病の場合は変異遺伝子が伝わっていても、「発病するかどうか」、「発病するとしても症状が重いか軽いか」、「発病年齢が若いかどうか」など、疾患差や個体差が多い。発病を確率で予測するためには、遺伝子が伝わる確率をもとにさまざまな方法で補正しなくてはならない。最終的に求められた発病確率は無機質な数値データである。与えられた数値データを「確率が

高い」と判断するか、「安心できる（許容できる）」と判断するかでクライアントの行動が決まる。

対象となる疾患の臨床症状の軽重は1つの条件である。例えば日本人の多くが「障害」とは考えていない近視であれば1/2以下の確率であれば「低い」と感じるかも知れないが、染色体異常のダウン症では、母親年齢が35歳を少しでも超えたり（35歳の母親がダウン症の子どもを産む確率は1/295）、妊娠中の超音波診断によるNT所見からダウン症の確率が少しでも高まることと羊水検査を希望する家族が多い。また、家族の疾患に関する知識や経験が危機意識を左右することも多い。心理学的には認知が歪められていると表現するが、疾患の発症について極端に強い恐怖感や嫌悪感をもったクライアントにとっては医師の立場からは「十分に低い」と考えられる確率でも「高い」と感じるであろう。

疾患の発病（再発）確率をクライアントに伝えるときは、疾患のイメージを正しく伝えることが医師や遺伝カウンセラーの重要な役割となる。障害をもった子どもとの統合教育など、子ども時代からの教育が大切な理由である。クライアントの認知が歪んでいると思われる場合は、正しい認知にむけて介入することも大切である（コラム「確率についてカウンセラーが見解を述べるのは指示的行為になるのか」）。

2. 過大に評価されやすい遺伝子検査

メンデル遺伝病の場合、遺伝子を受け継いでいるかどうかは確率的に議論するより、遺伝子検査を行えばはっきりするのではないかと意見もあろう。「遺伝子検査があるから家系分析など必要ない」という極端な意見が聞かれることがある。これは間違いである。遺伝子検査は家系分析その他の医学的状況証拠から変異遺伝子をもっている、またはもっていない確率が十分に高い場合に選択されるべきであり、安易な検査は時間と費用のむだ遣いであるし、対応困難な問題を引き起こしやすい。また、遺伝子診断によっては確率的な結果しか得られない場合も少なくない。遺伝子診断が可能な遺伝病の数は年々増加していて、眼科領域でも例外ではない。事情をよくご存知の眼科医も

Column

● 降水確率と遺伝確率

降水確率は過去の気象データと予測プログラムの入ったコンピュータに数値化された種々の気象要素を入力し、シミュレーションによって求められた数値予測値であるが、国民に正しく理解されていない確率の代表ではないだろうか。

例えば「1時間の降水確率が15%」というのを、クライアントに説明する方法を考えて欲しい。「同じ降水確率（入力する気象要素が同じという意味ではない）の日が100日あれば、降水量には関係なく、そのうちの15日は1ミリ以上の雨が降る確率」という説明でクライアントが満足するだろうか。降水確率の定義からは正しくないで専門家からはおしかりを受けるだろうが、「ある地域（特定の地点で

はない）の1時間の降水確率が15%というのは、もしその地域の100か所で降雨を観測すると15か所で1ミリ以上の降雨があるという確率」と説明すると15%の降雨（降雨量は関係ない）のイメージを理解しやすいかも知れない。

われわれはその地域の定点で生活しているため、本当に雨が「降る」のか「降らない」のか、もし降る場合は「大雨」か「小雨」かを問題にする。15%の降水確率というと、「降っても大したことはない」と誤解しやすいし、もし局地的な大雨に出会うと「予報が外れた」と考えやすい。比較材料として適当かどうかは意見があるだろうが、降水確率を遺伝確率に、降水量を病気の症状の軽重に置き換えると、確率の伝え方の難しさについて同意いただけるだろう。