

多いだろうが、少し解説を加えておこう。

遺伝子の特定部位の大きな欠損や重複が発病の原因となっている場合は、遺伝子診断がもたらす情報の確度はきわめて高い。1塩基レベルの変異や小さな欠損でも、停止コドンやフレームシフトなど遺伝子の読み取り機構を介して遺伝子産物の大きな異常に結びつき、発病の引き金になる場合も多い。しかし、遺伝子解析により発見される遺伝子変異のなかには異常なのか正常変異（多型）なのかわからないものも多い。遺伝子多型でも連鎖解析により遺伝子異常の診断に結びつくことがあるが、これは確率的な診断である。特にSNPsと呼ばれる1塩基レベルの遺伝子変異をもとにした診断は一般に確率的な発病予測しかたない

場合が多い。

今後、遺伝子診断の信頼性は大幅に増すと考えられるが、現時点では遺伝子診断可能といわれている遺伝病は限られていて、診断の確度が高いものから確率的な診断しかできないものまで多様である。また、遺伝子診断は治療困難な疾患の「発症前診断」とか、必然的に同胞や親戚など血縁の診断へと波及する可能性など、倫理的な問題への対応を準備しておかねばならないことはもちろんである。

3. 対照（コントロール集団）と比較して確率を伝える

確率をクライアントに伝える場合に、数値の絶対値のみでは「高いのか、低いのか」評価できない

場合が少なくない。例えば、コラムでも紹介した「いとこ婚」のカウンセリングで説明しよう（コラム「クライアントの認知を変える—いとこ婚の遺伝カウンセリング」）。いとこ婚で「かなり重篤な先天異常が生まれる確率」が10%弱だということ、ほとんどのクライアントは「やはり、そんなに危険なのですか」と不安が増す。しかし、一般の先天異常の発生頻度が5%前後（軽度の異常まで含めると10%を超える）と比較すると2倍弱にすぎない。

最初に「いとこ婚で障害をもった子どもが生まれる確率はどれくらいと思えますか」と質問して「50%以上」（この程度の認知をしているクライアントは多い）と答えたクライアントなら、上

記の説明を聞いて「ホッと」することが多い。確率の「遊び」であるが、「近親婚でなくても、2人の子どもを産むと先天異常の発生確率は5%×2=10%になるのですよ」というとクライアントの意識が大きく変わることもある。「子どもをあきらめよう」と深刻に悩む夫婦の場合、産児数により確率が変わることに気付かせるのも遺伝カウンセリングの技術である。また、対照集団との比較を数学的に厳密に行ったり、確率の意味を強調するのがオッズ比の利用である。次に解説しよう。

4. 確率がオッズ比か

確率は小数点を含んだ数値である。保因者確率を家系図から計算して再発の確率を述べる場合は分数で表現することも多い。少数点を含む数値や

Column

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

本連載ではロジャースのカウンセリング論を採用しているので、カウンセラーは事実を中立的に伝えるべきであり、自分の価値観をクライアントに押し付けてはいけないという「掟」を覚えておられる読者は多いだろう。遺伝の確率についても数値をそのままクライアントに伝えるべきであり、クライアントがそれを「高い」と感じるか、「低い」と感じるかはクライアントに任すべきだとお考えの読者はいないだろうか。遺伝カウンセリングは医療カウンセリングなので、この批判は当たらない。病像について偏見をもっているクライアントはもちろん、専門家と比べて関連知識が少なく不安が高まっているクライアントや、異常な体験により認知が偏っているクライアントが「中立的な」確率を正当に評価できるとは考えられない。

遺伝カウンセリングはこれらの情報をクライアントが正当に評価し、自らの生活に役立てていくための援助過程であることを思い出して欲しい。「正当」という表現は多分にあいまいであるが、本連載で採用している行動理論をもとに「好ましい行動変容」に向かえるような認識と解釈していただい

簡単ないうと、一般的な考え方と比べて高すぎた危険意識をしているクライアントには危険意識を下げよう、低すぎる危険意識をしているクライアントには危険意識を高めるように介入しなくてはならない。この場合の介入は「支持的行為」と考える必要はなく、医療の流れに乗った遺伝カウンセリングであるということができる。

カウンセリングを行う医師はクライアントの認知レベルを評価できる心理学的技術を持ち、「一般的な考え方」についても十分な知識をもっていない。一般的な考え方とはEBMの立場から医学的根拠や、社会通念に基づいていることが重要である。独善的な考え方や、極端な理想論に走ることとはカウンセラーとして失格である。しかし、「どう考えるのが一般的なのか」は個人的見解もあるので判断が難しい場合も少なくない。お困柄が違えば考え方も異なる。自信がなければ周囲の関係者の意見を聴くことが有効である。医師は必ずしも社会通念に詳しいというわけではないので、身近に遺伝カウンセラーがいない場合、看護師やケースワーカーなど違った職種の見解を聴くこともお勧めしたい。

遺伝専門部門を設置している部門では遺伝カウンセリングを行う前に、チームカンファレンスを行うのが普通である。ディスカッションには各科の専門

医や臨床心理士、遺伝カウンセラーその他多くの専門職が参加し、それぞれの専門的立場から意見を交換する。そのうえでカウンセラーがクライアントと個別に対応するのである。臨床遺伝専門医、あるいは遺伝カウンセラーといえども、個人的判断には限界があるからである。倫理的課題が背景にある場合はチームカンファレンスは特に有効である。

クライアントの認知を変える—いとこ婚の遺伝カウンセリング

実際の遺伝カウンセリングの事例である。いとこ婚の場合、子どもになんらかの障害（先天異常）が発生する確率は10%弱（他人婚の1.6~2倍弱）というのが人類遺伝学の常識である。しかし、他人婚から先天異常をもった子どもが生まれる一般頻度は約5%、すなわち20人に1人はなんらかの障害をもつと考えられている。いとこ婚に不安をもつクライアントは先天異常が生まれる一般頻度（多くのクライアントは当初、限りなくゼロに近い確率と誤解している）が予想以上に高いことを知ると、いとこ婚の10%弱を許容範囲と納得（結婚がもたらす幸福（プラス要因）といとこ婚の不安（マイナス要因）を天秤にかけて結婚を選ぶ）するケースが多い。

ところが不安がまったく解消しないクライアント（女性）がいた。そこでカウンセラーはクライアントの障害に関する過去の体験について話を促し、クライアントが小学生のときに知的障害をもったクラスメイトから手を握られ、強い恐怖感をもった経験を聞き出した。また、そのクライアントが大学時代に教育実習で養護学校を見学した際にも障害をもった子どもが「怖かった」ことを聞きだした。過去の体験が障害に対する認知を強く歪めている典型的な例である。いとこ婚どころか、極端な場合、妊娠恐怖症や夫婦生活の破綻にも繋がりがかねないので、このクライアントの場合、いとこ婚に対する不安と自分の実体験がカウンセラーとの対話の中で結びつけられたことにより、「もしかしら、その子が自分の手をにぎったのは、親愛の情を表現したかったのかも知れませんね」と自分で不安を解決していった。

専門的な認知療法は心理専門職の領分であるが、医師や遺伝カウンセラーを相手の心を開いた対話が自然にクライアントの理解を深め、認知を変えていくことも珍しくない。遺伝カウンセリングは単なる情報提供だけではないという事例である。

分数はクライアントにとって理解が難しいことがある。一般的にはパーセントのほうが馴染みやすいという意見もある。発病の確率が30%といわれると、「残りの70%は発病しない」と対比が容易だからである。

いっそのこと、掛け率（オッズ比）のほうがわかりやすいというクライアントもいる。海外の遺伝カウンセリングではオッズ比がよく用いられるようであるが、わが国ではよほど「賭事」に馴れたクライアントでないイメージがわからないという意見もあるし、オッズ比は危険性を強調する場合もある。遺伝子検査による発病予測にはオッズ比がよく用いられるので解説しておこう。

今後、予防医学の分野で生活習慣病の遺伝子検査が普及すると予想されるが、多くは1塩基レベルの遺伝子変異（SNPsなど）や機能が特定できない遺伝子変異がマーカーになることが多い。これらの遺伝子変異の特徴は、「罹患者の〇〇%にこの遺伝子変異が見つかる」が、非罹患でも同じ

変異をもっている個体がある点である。「罹患者の70%がこの遺伝子変異をもっているから、同じ遺伝子をもっているあなたの発病する確率は70%です」というのはまったく正しくない。このような場合にはオッズ比による説明が必要である。オッズ比の正式な定義は、下記の通りである。

ある遺伝子変異が罹患患者集団Aにみつかるとの頻度をa、対照集団（非罹患患者集団）Bにみつかるとの頻度をbとすると、オッズ比はa/bで表される。

厳密には非罹患患者集団（コントロール集団）のとらえかた（サンプリング）が難しく、コホート研究など、非遺伝的環境の影響（交絡因子）を補正した疫学データをもとにオッズ比（発病確率）を計算しないと正確ではない。このようなオッズ比をクライアントにわかりやすく説明するのはなかなか難しいが、下記のような説明が現場で一般的に用いられている。

高齢妊娠によりダウン症が生まれる確率を説明してみよう。例えば38歳の母親からダウン症が

生まれる確率が一般の出産データから1/145だったとする。「あなたの年齢でダウン症が生まれる確率は1/145です」といっても、クライアントには「高いのか、低いのか」見当がつかないのが普通である。「35歳の母親からダウン症が生まれる確率1/295と比較すると約2倍」、「全出産の一般頻度1/1,000（現在の日本人ではもう少し高い）と比較すると約7倍」と説明するとわかりやすいだろう。これがオッズ比による説明である。

注意しなければならないのは、対照集団における罹患者の確率が極端に低い（すなわち「稀な遺伝病」）場合は、発病確率をオッズ比で説明すると倍率が極端に高くなるので、クライアントの不安を強調しやすいことである。

例えばある常染色体性優性遺伝病の神経難病の家系で、クライアントが変異遺伝子を保有する確率を、年齢による補正を行って8%と計算したとしよう。比較的予後の悪い疾患でも10%以下はやや低い確率と評価するのが普通である。もしこの

遺伝病の一般罹患率頻度が1/10,000だったとしたら、オッズ比を計算すると0.08/0.0001=800倍となる。掛け率800倍は一般には「当たり確実な確率」である。近親婚の遺伝カウンセリングでも、ある特定の遺伝性疾患が生まれる確率を計算して一般集団の罹患率頻度とのオッズ比で説明すると、遺伝子頻度が低い疾患の場合は近親婚が「とてつもなく恐ろしいもの」にみえるので注意が必要である。このように、確率（小数点を含む数値、分数、パーセント）を用いるか、オッズ比を用いるかは、クライアントに与える効果を予測して選択しなくてはならない。

5. 経験的な再発確率を利用する

コラム「クライアントの認知を変えるーいと婚の遺伝カウンセリング」で解説したいと婚の先天異常の発生確率もそうだが、経験的な調査から得られたデータをそのまま確率として用いることは遺伝カウンセリングで一般に行われている。確率計算というと、メンデルの法則や配偶子形成

Column

転座保因者の親から染色体異常が生まれる確率

少し古い遺伝学の教科書には相互転座保因者から染色体異常の子どもが生まれる確率を、配偶子ができるときの成熟分裂（減数分裂）の組み合わせから理論的に求める方法が書かれているが、実は「理論的な間違い」が多い。多くは、交互分離と隣接1分離によりできる4種類の配偶子しか考慮していないものが多い。ダウン症の転座保因者からダウン症が生まれる確率は、「モノソミーは流産するから、正常核型と転座保因者とダウン症の原因になる3種類の配偶子が同じ確率でできるからダウン症が生まれる確率は理論的には1/3である」といった調子である。実は、転座保因者からは隣接1分離、隣接2分離、3:1分離など多様な配偶子ができることがわかっている。さらに重要なことは染色体異常をもった受精卵は発生途上で流産することが多い。この流産率がダウン症が生まれる確率を左右するので

ある。

経験的に母親が転座保因者（相互転座）の場合、ダウン症が生まれる確率は10%前後であることがわかっている。この事実から、正常核型と相互転座の受精卵が流産する確率を0.1、とするとダウン症が流産する確率は0.8と計算できる。すなわち、正常核型、転座保因者、ダウン症の受精卵ができる確率が同じと考えると、ダウン症が生まれる確率は0.2/(0.9+0.9+0.2)=0.1（10%）となるからである。その他の染色体異常の流産率は相対的にきわめて高いと考えれば無視できる。父親が転座保因者の場合、経験的にはダウン症が生まれる確率は5%であるが、おそらく転座染色体をもった精子が受精過程で淘汰を受けるのではないかと説明されている。

いささか理屈っぽくなったが、要するに経験的な確率と合致しない理論的な確率は理論として完成されていないので、実際に用いてはいけないということを知って欲しい（その意味で、EBM的な根拠を

確認しなくてはならない。専門医や遺伝カウンセリングはこのようなデータをもっている）。

ダウン症以外にも染色体転座保因者には多くの種類があり、子どもに染色体異常が生まれる確率が問題になることが珍しくない。個々の染色体異常は頻度が低いので、経験的な確率がわからない場合が多い。このような場合は、生まれる可能性のある染色体異常についてはある程度予想できるが、実際に生まれる確率についてはそれぞれの受精卵の流産率がわからないので正確な値はわからない。流産率を無視して計算することもある。生まれる確率の最大値と考えるべきで実際にはそれより低い。専門医は染色体異常の臨床像や、専門的な知識から推測を行うので、安易に理論的に考えるのではなく専門医にリファーするべきである。

染色体異常に関しては一般に知られていないことで、もう1つ重要な事実がある。男性や女性の配偶子の染色体検査を行うと、誰でも10~20%の配偶子に染色体異常が見つかる。これらの染色体異常を

もった配偶子も受精に関与するので、初期の段階ではかなり多数の受精卵に染色体異常が発生していると考えられている（50%以上の頻度を推定する報告もある）。実際に染色体異常が生まれる一般頻度は新生児の1%前後なので、ほとんどの染色体異常をもった胚は流産しているのである（臨床的に確認できる流産は15%程度であるが、多くの流産は母親本人も気付かない発生初期に生じている）。

誰でもベースにはさまざまな染色体異常が高い確率で起っていて、そのうえに転座保因者が原因の染色体異常が加わるわけである。理論的な確率を求めることが困難な理由が理解できると思う。薬や放射線の影響で、染色体異常が心配だというクライアントが遺伝カウンセリングに訪れることがある。誰でも染色体異常の受精卵は頻繁にできていて、個人のレベルでどの染色体異常が環境要因に誘発されたものかを特定することは特殊な染色体異常を除いて不可能に近い。

過程における相同染色体の分離様式から理論的に再発確率を計算するのが遺伝カウンセリングの方法だと思われている読者も少なくないと思われるが、実は経験的な確率を用いる場合のほうが多いし、また理論的な確率よりも経験的な確率を優先するのが遺伝カウンセリングの原則である。実際のデータと理論的な数値が異なる場合は「理論」に問題があるのである（コラム「転座保因者の親から染色体異常が生まれる確率」）。

しかし、理論的に確率を予測できれば、疾患別の調査データを探す必要はないし、経験的なデータが入手できない場合もある程度の予測ができる。理論を考える場合は機構の解明に繋がるので自然科学の重要なプロセスである。遺伝カウンセリングではこのような理由からメンデルの法則やその他の確率計算の理論がよく用いられるが、実際のデータが判明した段階で理論を補正しなくてはならない。

6. 遺伝確率に一般的な許容値（限界）はあるのか

臨床検査データは統計疫学的な背景から95%信頼域とか、標準偏差の概念で危険域が提唱されているのが普通である。1つの検査データの絶対値だけで確定診断を行うことは稀である。遺伝性疾患の再発や病像の重篤性については確率的な未来予測がなされる。確率そのものは科学的な数値であるが、クライアントは確率の科学的背景ではなく、この確率が「高い」のか「低い」のかの判断を要求することが多い。EBM的データではないが、遺伝カウンセラーの間では10%以下の確率を一般的に許容できる範囲として用いることもある。前述したいとこ婚で先天異常が生まれる確率は10%弱で、いとこ婚より血縁度が高い結婚は法的に禁じられているから、10%許容説はなるほどと思わないこともない（もちろん、法的には公序良俗など社会的立場から設けられた措置と思われる、確率は無関係である）。

後で解説するが、許容値（リスク限界）が費用対効果理論から設定されることもあり、医学・生物学的な背景をもっているとは限らない。もちろん、疾病の重篤度によって危険度の認識は大きく

異なるし、比較的近未来に起こるのか、ずっと未来に起こるのかも異なる。その疾患に対する偏見や医学的に誤った情報も影響する。これらはすでに解説した通りである。最初に述べたように、人間の行動特性を考慮して、確率的な検査データにリスク限界を設けて「正常範囲」と「ハイリスク集団」の2群に分けて対応することも行われている。

予防医学では発病のハイリスク集団を把握することが重要なので、スクリーニング検査により、一定の検査値を危険度が高いリスク限界して設定することが多い。この場合のリスク限界はスクリーニングに要する費用と治療費や福祉に要する費用を比較した費用対効果から設定される。

高齢妊娠のリスク限界値として35歳が基準になることはよく知られているが、背景をご存知だろうか。実は、1970年代に羊水検査を扱った公衆衛生学的な論文¹⁾で、ダウン症の発生を予防するためには35歳以上をハイリスク妊娠としてスクリーニングするのが最も費用対効果がよいという意見がきっかけである（疫学的には35歳以上の妊娠を羊水検査によりスクリーニングするとダウン症の出生総数の1/3を把握できるという。コラム「集団を対象としたスクリーニング検査と個人を対象とした診断の違い—遺伝子マーカー検査の例」で紹介する遺伝子マーカー検査は全妊娠を対象にすれば1/2のダウン症を把握できる。スクリーニングとしてはより優れているとの判断で、欧米諸国の一部では採用されている）。

このようなスクリーニングの概念であるリスク限界の考え方をそのまま確率の許容値として遺伝カウンセリングの現場に持ち込むと大きな混乱が生じる場合がある。1つの例が、トリプルマーカーテスト²⁾としてよく知られた遺伝子マーカースクリーニングであり、コラム「集団を対象としたスクリーニング検査と個人を対象とした診断の違い—遺伝子マーカー検査の例」で紹介する。

以上、述べたように遺伝カウンセリングの現場で、確率が「高い」か「低い」かの判断をクライアントが遺伝カウンセラーに求める気持ちはよく理解できるが、「10%以上だから高い」と安易な

判断は禁物である。クライアントはその確率を聞いて「不利益の予測とそれを冒した場合の利益の損得勘定」から行動を決定するのが普通であるが、カウンセラーの立場からの判断ではなく「クライアントの立場」からの決定（自律的な判断）でなくてはならない。クライアントの状況を「共感的に理解」しながら、歪んだり、明らかに間違った認知を修正してクライアントが冷静に判断できる

よう援助するのがカウンセラーの役割である。次にこの技法について触れよう。

① クライアントの確率の認識に介入するカウンセリング技術

クライアントが確率を「高く」（あるいは「低く」）認識し過ぎているため、明らかに「好ましくない行動変容」に結びつく危険性があるとカウンセ

Column

① 集団を対象としたスクリーニング検査と個人を対象とした診断の違い—遺伝子マーカー検査の例

かつてトリプルマーカーテスト³⁾（ダウン症、18トリソミー、神経管異常の3種の先天異常を妊婦の血液からスクリーニングする検査）が、「先天異常の出生前診断」として登場し、医療現場で混乱を招いたことがある。この検査は各種のホルモン値や母親の年齢、人種、その他の身体条件などの数値を入力し、上記の疾患が生まれる確率を数値で表す検査である。あくまでスクリーニング検査であり、確定診断に用いるのではない。数値化された確率をどのように被検者に伝えるか、大変難しい問題がある。

わが国の年間妊娠数（出生数+死産数+人工妊娠中絶数）を150万件としよう。このうち90%（135万人）がこの検査を受けるとすると、15%（20万人）はダウン症を産む確率が35歳の母親の同確率より高くなる。当初はこれを「陽性」と判定していた。陽性と判定された事例の80%が羊水検査を受けたとすると（羊水検査数は16万件）、そのなかから約640名（0.4%）のダウン症が見つかることになる。年間出生数120万人の新生児のなかで約1,200名がダウン症であると考えると、約半数のダウン症は出生前に診断できたことになる。

年間135万人の同検査や、年間16万件の羊水検査が可能ならばマススクリーニングと同じ考えでわが国でも導入が可能であるとの意見がある。イギリス、アメリカの大部分の州など欧米ではすでに導入されている。論理的に大きな課題があることはもち

ろんであるし、スクリーニング医療の立場からもしやゆる早期発見早期治療を目的としているとはいえないという意見や、母体保護法に胎児条項を欠くわが国では羊水検査そのものが法的背景に問題があるとの意見がある。社会的にも優生思想ではないかとの批判が高く、わが国では集団を対象としたスクリーニング検査としてではなく、個別の胎児情報の1つとして医療現場に登場した。このことが、現場で大きな混乱を呼び起こしたのである。

すでにオーダーメイド医療の現場では確率がカウンセリングのテーマとなるので、インフォームド・コンセントの取り方など慎重に工夫しながら研究が進められているが、近い将来、生活習慣病や癌などの分野での遺伝子検査を前提とする予防医学的なスクリーニングの実施が検討される時代が到来するだろう。

また、健康産業（健康食品、サプリメント、美容関係など）でも遺伝子マーカーが商品として登場する可能性が高い。すでに筆者の勤務先には個人の体質を根拠に健康食品やサプリメントを処方するために遺伝カウンセラーを雇用したいという問い合わせがある。遺伝子情報の安易な取り扱いが国民に誤解を生む原因となるので、遺伝カウンセラーなど専門的な知識をもつスタッフを雇用するという考えは間違っているとは思わないが、すべての企業が遺伝子情報の伝え方の難しさを理解して遺伝子産業に参入するとは思えない。遺伝子マーカースクリーニングの教訓を忘れてはならないと思う。国民の遺伝子テラシーが進むことを願っている。

ラーが感じた場合は、なんらかの介入が必要である。基本的な考え方についてはこれまでの説明のなかでいくつか触れているが、ここに一般的な技術をまとめておこう。

1. 確率が「高い」か「低い」かの判断

確率が「高い」か「低い」かの判断は問題となっている疾患のEBMに基づいた疾患情報や社会通念が基準になるべきで、カウンセラー自身も持っているかも知れない偏見や行き過ぎた使命感が基準にならないよう注意する。専門施設ではスタッフカンファレンスを開催してこの問題を議論するが、医師がカウンセリングを行う場合は、遺伝カ

ウンセラーや他の専門職の意見をよく聞くことである。

2. クライアントが「高すぎた」認識をしていると感じた場合

まずクライアントが「なぜそのような認識に至ったのか」を探る必要がある。単にクライアントの疾患に対する知識不足が原因の場合が少なくないが、教育歴や職業その他の個人属性、特にクライアント自身の体験、コーピングのスタイル、宗教観や信条が原因で、認識の歪みが生じたと判断できる場合もある。

3. 疾患に対する知識不足が原因と考えられた場合

教育的な介入を行う。これは医師の本来業務である。専門領域の点で問題があれば専門医にリファーすることはもちろんである。

4. クライアントの特殊な体験が原因と考えられる場合

一種のトラウマが形成されている場合は、心理専門職の協力を仰ぐべきである。いとこ婚のコラムで触れたが、年少の頃、障害者に手を握られたことが障害に対する過度な恐怖感を形成させたと思われるような事例では、クライアントにそのことを話させ、カウンセラーが共感的な理解を行いながら分析していく過程で、クライアントが自分の力で少しずつ考え方を変えていくこともある。「もしかしたら、あれは私に対する親愛の気持ちを表す表現だったのかも知れませんね」など言語化することにより、漠然とした不安の不当性に気付く場合もある。カウンセラーが無理にクライアントの障害観を変えようと努力しなくても対話だけで気持ちが変わることは珍しくない。

一般の診療現場では、このような対話をもつことはかなり工夫がいるだろう。病棟では看護師がこのようなカウンセラーの役割をかなり上手に果たしていることもある。また、現代ではインターネット情報（例えば患者の闘病記や子育て日記など）も利用できるが、好ましくない情報も多いので注意が必要である。

5. 確率の考え方に問題がある場合

クライアントの確率の考え方に問題がある場合は、理解を助ける援助を行う。すでに述べたように、「対象集団と比較」、「確率がオッズ比か」な

ど、情報提供のあり方に問題がなかったか注意が必要である。いろいろな事象が起こる確率と比べるというのも1つの方法である（コラム「確率の説明」）

6. 共感的理解

遺伝確率の理解が、クライアントの今後の人生により結果をもたらすよう、総合的な援助が遺伝カウンセリングの目的である。情報の提供のみが最終目的であってはならない。医療も治療のみが最終目的ではない。疾病の治療が患者の生活のQOLを向上させるから治療が必要なのだというのが現代医療思想の主流である。

とはいえ、医師が日々患者の治療に追われる毎日であることも現実である。せめて遺伝カウンセリングは本来の目的から逸脱しないよう頑張りたい。専門的な援助にはいろいろあるが、とにかく十分な時間をかけてクライアントの話を傾聴することである。クライアントの立場になって話を聞いていると、専門的な知識や技術をもった医師であれば必ずクライアントにあった選択がみえてくるはずである。これが共感的理解という手法である。

● 文献

- Stein Z, Susser M, Guterman AV: Screening programme for prevention of Down's syndrome. Lancet 10: 305-310, 1973
- 千代豪昭: 遺伝カウンセリング—面接の理論と技術。医学書院, 東京 2000
- 佐藤孝道: 遺伝カウンセリング・ワークブック, 中外医学社, 東京, 2000
- Baker DL, Schuette J, Uhlmann WR: A Guide to Genetic Counseling. A John Wiley & Sons Publication, New Jersey, 1998

Column

● 確率の説明

クライアントの確率の評価を援助するために、カウンセラーは遺伝病とは関係ない生活に密着した確率を例にとることがある。下記は、お茶の水女子大

学の遺伝カウンセリングコースの学生が、遺伝カウンセリング技術の学習の一環としてまとめたレポートから引用したものである。参考にいただければ幸いです。

1年間に交通事故(死傷)にあふ確率	9/1,000
交通事故にあふ生涯確率	0.5 (1/2人)
航空事故にあふ確率	1/20万~1/50万
(毎日飛行機に乗ったとして438年に1回)	
落雷死する生涯確率	1/400万
年間のがん死亡確率	255.1/10万人(1/400)
がんで死亡する生涯確率	約1/3人
がんに罹患する生涯確率	約1/2人
うつ病の生涯確率	女性 0.25 (1/4人) 男性 0.15 (1/6.7人)
先天異常(機能欠損を伴う)の発生頻度(年間)	0.033 (自然妊娠) 0.1 (顕微受精, ICSI)
先天異常(機能欠損を伴わない)の発生頻度(年間)	0.172 (自然妊娠) 0.241 (顕微受精, ICSI)
乳幼児突然死症候群(SIDS)の頻度	1/4,000人
40人のクラスにあなたと同じ誕生日の学友がいる確率	0.104
雄の三毛猫が生れる確率	1/3万
四つ葉のクローバーの頻度	1/10万

四元淳子: 日常遭遇する様々な「確率」(提出レポート, 2006)より引用
参考資料: 国土交通省, 厚生労働省, 保険会社:

The 22nd annual conference of European Society of Human Reproduction and Embryology, その他

遺伝カウンセリングにおける 「説得」の理論と技術の応用

千代 豪昭*

◎ はじめに ◎

今回は「説得」の技術を紹介する。紹介する技術は心理学的に裏づけされたものが多く、現代社会ではセールスの現場をはじめいろいろな場面でよく知られたものである。

誤解されては困るが、「説得」の技術を遺伝カウンセリングの現場でも積極的に応用してほしいというわけではない。もともと、遺伝カウンセリングは、クライアントに役立つ情報を提供し、クライアント自身で自律的に選択できるように援助する過程である。「自律的な選択」を重視し、無理な「説得」は禁物なのである。もしクライアントが明らかに好ましくない選択をしようとしている場合は、カウンセラーは「共感的な理解」によって、クライアントがなぜそのような選択をするのか背景を探り、周囲の環境を調整することにより好ましい選択に導くというのがロジャースのカウンセリング技術の基本である。無理な「説得」はカウンセラーの独善的な意見をクライアントに押し付け、クライアントにとっては大きな迷惑となる。遺伝カウンセリングと違って、一部のキャッチセールスなどのセールス現場における「説得」は、必ずしも購入者の利益を目的に行うものではない。セールスにも倫理はあるだろうが、購入者に一時的な錯覚を起こさせ、「その気にさせる」のが

目的の場合も少なくない。

しかし、コラム(次頁)でも紹介したように、クライアントの偏見が明らかで、どうしてもクライアントの行動を支持することができないときや、緊急的に危機介入を行わねばならない場合には遺伝カウンセラーによる「説得」が必要になる。また、人はどのようなときに「説得されやすいか」を知っておくことは、クライアントにとって真の自律的な選択をめざす遺伝カウンセラーとしても必要であろう。このような考えから「説得」のポイントを紹介してみた。

◎ 「説得」の技術 ◎

1. 「説得」しようとする前に

第2回連載の「遺伝カウンセリングの目標と準備」で「好ましい行動変容を患者に起こさせるための準備」について詳説した。しっかりとクライアントの生活にかかわる環境を調整できれば、経験ある医師による遺伝カウンセリングは順調に進むはずである。技術的にも、ロジャースのカウンセリング論による3つの基本的原則に注意するだけで特に「説得」の技術が必要となる場面は少ないはずである。

クライアントの選択がカウンセラーの目からは好ましくないと感じたときは、まずカウンセラーの「共感的理解」が十分であったかどうか反省し、

How to use the persuasion skills 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

Column

カウンセラーの「説得」：赤ちゃんの引き取り拒否事例

「赤ちゃん引き取りポスト」が話題になっている。小児科医の立場からこれまで何度か、障害を持って生まれた子どもを親が引き取り拒否した事例を経験している。例えば染色体異常の18トリソミーでは、生後2か月くらいはNICUでの管理が必要になることが多いが、この間のケアが非常に大切である。母子の愛着形成を強める保育訓練、外泊訓練、地域との連携などを十分に行い、在宅保育へと移行しなければならぬ。ケアを手抜きすると、家族が引き取りを拒否する場合がある。これは論外であるが、周産期の看護ケアを十分に行っても「障害を持った子ども」の救命手術や引き取りを拒否する家族が珍しくない。かつて筆者がある乳児院から得た情報であるが、入所している20名前後の子どものなかにダウン症が5名もいた。ダウン症というだけで親から捨てられる子どもがいることも現実である。家族への対応は主治医が行うのが普通であるが、これからは遺伝カウンセラーが対応することも考えられる。大変難しい局面であるが、いくつか原則を指摘しておく。

1) 安易に相手の行為を「支持」しない：「障害を持った子どもを育てるのが不安だ」という親の気持ちは受け入れてよいが、「育てたくない」気持ちを支持してはならない。遺伝カウンセラーの受容的態度が親の反社会的態度を強化しないよう注意する。

2) 医療従事者としての態度を守る：親の側に同情すべき「やむにやまれない事情」がある場合（特に母親に自殺の危険があるなど）を除き、遺伝カウンセラーは医療従事者の立場（育児放棄は罪）を堅持しておくべきである。

3) 「偏見」は説得する：子どもを拒否する気持ちの背景に「障害児に対する偏見」があることも珍しくない。特に親族が集まると「信じられない意見」が飛び出す。「こんな子どもを生ませたのは医療ミスではないか」とか、「出生届は出さない。どこか乳児院でも預けてくれ」という家族もいる。集団全員を一度に相手せず、キーパーソンが誰かを見極めようとして、個別にカウンセリングに持ち込むのが原則である。この場面はある意味での緊急対応と考えて、カウンセリングというより、「説得」が必要になることが多い。筆者は友人の産婦人科医から、「昔は、

『そんなこと言ったら警察を呼ぶぞ』と親を脅した先生がいましたよ、あれはあれで案外うまくいったのですがね」と聞いたことがある。一種の「恐怖説得」であり、現代では通用しないが、遺伝カウンセラーが主治医や看護師と役割を分かち合って協力するのも1つの方法である。

4) 早い時期から行政的な対応を考慮する：2006年から児童虐待防止法が改正されているが、育児放棄は刑法で定められた犯罪である。もしも話し合いがうまくいかない場合は、カウンセリングによる対応と並行して、社会福祉士や病院のMSW（医療ソーシャルワーカー）の協力を仰ぐのも一法である。必要に応じて児童相談所（子ども家庭センター）と相談するのもよい。医療的ケアを要する場合は、措置入院が必要になる。措置一般を扱うのが児童相談所であるが、もちろん、病院からの依頼を即座に引き受けてくれるものではない。しかし、親や親族に「措置」がいかに大変なことなのか理解してもらうことも必要で、このような対応を経て「自分で育てる決意」をする親も少なくない。

5) 最終的には子どもの被害防止を最優先で考える：どうしても説得がうまくいかない場合もある。筆者も、措置になったり、救命的な手術を拒否された例など苦い体験がある。障害を持っていてもこの世に生を受けたことは大きな意味のあることであり、その子どもが少しでも幸福な生涯を送れるよう尽すのが医療従事者の役割であろう。

● 偏見に対する説得：「色覚特性」の遺伝カウンセリング

事例は母親が連れてきた2人の中学生の兄弟。色覚の障害の程度とタイプを確認するために院内の眼科に紹介し、診断を待ってカウンセリングを行うことにした。ところがその日、クライアントの家族はいつまでも遺伝カウンセリング室に帰ってこない。不思議に思い、眼科外来に電話してみると、診察はとっくに終わっている。家族は診察終了後に帰宅してしまっていた。翌日、なんとなく不安に思い、家族の自宅に電話してみた。電話に出た母親によると、「飛行機のパイロットになりたい」という兄に対して、眼科医から「とんでもない。自動車の運転もしないほうがよい」と言われ、母親と子ども達はすっかり落ち込んでしまい、そのまま家に帰っ

たとのこと。「今日は2人とも学校を休み、朝から母親と一緒に泣いている」とのことだった。母親と子ども達の来訪を強く勧め、その日の午後には家族と会うことができた。眼科の診断は2人とも1型3色覚で、程度も普通の「色弱」といわれるレベルであった。中学の進路指導で色覚検査が行われ、2人とも引掛かったとのことだった。

それにしても眼科医の発言は明らかに脅かしすぎである。遺伝カウンセリングではまず日本人の色覚に対する偏見を認識させ、その是正を行う。小学生の健康診断における色覚検査が廃止されてすでに久しい。小学校の色覚検査は色覚が重視された戦前の軍国主義時代（徴兵検査でも色覚異常は近視と同じく不適合格となった）の名残で、集団検査だけが戦後長く残ってしまい、このために日本人に色覚異常についての偏見が根づいたと考えられる。普及している石原式色盲検査表では男性の20人に1人に赤緑色覚異常が見つかるが、ほとんどは実生活で大きな不便を感じるような障害はない。近視の頻度が低い西洋では色覚異常より近視のほうが障害として重いと見なされるのが普通である。意外に誤解されているが、医学部や薬学部などの医療系の大学でも入学試験に色覚検査はないし、信号の色を見分けることができれば（ほとんどの色覚異常は大丈夫である）自動車の第1種免許（自家用）は取得できる。

1990年代から壘長類の色覚に関係する遺伝子の研究により人間の色覚のメカニズムが明らかになった。人間の色覚は、第7番染色体に存在する遺伝子が作る青視物質とX染色体上に並んだ2つの遺伝子が作る赤・緑視物質の3つの視物質の働きを脳が色として認識することがわかっている。X染色体上の色覚に関する2つの遺伝子はタンデムに並んでいるため、DNAの複製時に組換えなどの間違いが起こりやすく、色覚異常の原因となっている。

難しいことはともかく、大切なことは色覚には個人差があり、異常と判定された方でも日常生活にさほど不便を感じないということである。色覚正常と判定されている人も薄暗いところでは錐体細胞の視物質が働かないので、色覚はわかりにくくなる。薄暗いところでは誰でも色を間違える。「色覚異常の人がどのような世界を見ているのか想像がつかない」とたいていの人が言うが、色覚の障害は誰でも体験していることである。別の説明であるが、「カラーテレビの色が自然の色と同じと考えている人はいな

い」が、色のバランスがかなりずれた古いテレビでドラマを見ていてもそれほど不自然とは感じない。色覚とはそのようなものなのである。

このような背景から、普通にみられる3色型の色覚異常は「異常」というより個人「特性」というべきだともっともな意見がある。さて、確かに色覚異常の場合、職業パイロットや職業運転手の免許は欠格条件となっている。これは乗客の生命の安全を守る立場からやむを得ない規則であり、偏見とは区別すべきである。遺伝差別ではなく、能力による選抜と考えるべきなのである。努力さえすれば誰でもオリンピックの選手になれるとは普通の大人なら誰も信じていない。残念ながらもって生まれた能力には個人差があるわけで、職業パイロットには色覚だけでなく、学力や体力、健康についても厳しい審査がある。それは差別ではない。職業選択は自分に合った進路を選ぶことが大切で、それが子どもの社会と大人の社会の違いなのである。

遺伝カウンセリングにおける筆者の論理的説得の過程を紹介した。この話の途中で兄が眼鏡を装着しているのに気づいた。近視も職業パイロットの欠格条件である。このことを指摘すると母親は「近視は治るかもしれませんが、色覚異常は遺伝だから治らないでしょう」と言った。遺伝という言葉の重さを改めて知らされた気がした。

この兄弟は同じタイプ³⁾の色覚異常を持っていたので、おそらく母親が保因者であろう。しかし、女性の10人に1人は赤緑色覚異常の遺伝子を持った保因者なので、母親に責任を押し付けてはならない。色覚異常の遺伝カウンセリングは当事者の偏見を取り除くのが大きな目標である。当事者の偏見は社会にそのような偏見が形成されていることが原因なので、対応はとても難しい。医療従事者は社会の偏見を取り除くためのオピニオンリーダーとならねばならない。

注) 兄弟の色覚異常の型が石原式色盲検査表のレベルで異なることがある。この場合は、おそらく保因者である母親の配偶子形成過程でX染色体に組換えが起こったと考えれば不思議ではない。異常視物質を作る原因となった遺伝子は赤視物質遺伝子と緑視物質遺伝子の組換えによってできたハイブリッド遺伝子で、これらの遺伝子はタンデムに並んでいるため、さまざまな組換えが起こりやすいことが知られている。

「好ましい行動変容を患者に起こさせるための準備」を一つずつ再チェックしてみてほしい。決して無理に「説得」してはいけない。逆にクライアントの行動変容が容易に起こりすぎた場合は、クライアントとの対話のなかでカウンセラーが「説得」をしてしまったのではないかと反省しなくてはならない。

2. 信頼感あるカウンセラーの印象を強化する
初対面から終了に至る対話過程を通じて、カウンセラーはクライアントの信頼性を獲得する努力をする。いったんクライアントの信頼の獲得に成功するとカウンセリングはスムーズに行われるし、クライアントの行動変容が確実なものになりやすいからである。もちろん、信頼性を獲得するためには提供する「情報の質」と「対話技術」が重要であるが、そのほかにもカウンセラーの人格、親しみやすさ、社会的な地位、評判、年齢、性別など、多くの条件が影響する。カウンセラーは自分に合ったスタイルを利用しなくてはならない。

さて、せっかく獲得したカウンセラーに対する信頼感であるが、時間がたつとクライアントの記憶から薄れていくことを覚えておかなければならない。信頼感あるカウンセラーの印象と、その説得内容がクライアントの記憶のなかで「連結している」のは比較的短時間の間だけで、時間がたつにつれ、両者は分離していく（分離仮説）。クライアントの決心が簡単にぐらついたり、「再説得」されてしまうのはこのような理由である。1回きりのカウンセリングでは行動変容が長続きしないことが多い。クライアントのしっかりした行動変容を期待するなら複数回のカウンセリングと、1, 2か月後にブースター効果をめざしたカウンセリングを行うべきである。多忙な医師がこのような時間をとることは難しいので、電話によるフォロー・カウンセリングも効果がある。

遺伝医療の専門施設では、フォローをカウンセラー以外の職種（看護師その他）が担当することもあり、その目的は必ずしもフォロー・カウンセリングではないが、担当者が「カウンセリング内容とカウンセラーの人格は1セット」であることを理解していないと上記の分離現象を促進するこ

とがある。フォロー担当者が、「カウンセラーからのメッセージを伝える」などして、クライアントにカウンセラーの記憶を蘇らせるとカウンセリングの効果が持続しやすい。カウンセラーの名前を一度も出さなかったり、逆にカウンセラーの批判をしたりするとカウンセリングの効果を弱める結果になる。

3. 相性の悪いクライアントへの対応：スリーパー効果の応用

遺伝カウンセラーとクライアントの「相性」が合わないこともある。初対面でのぎこちなさが最後まで尾を引く場合や、カウンセラーのちょっとした冒険・仕草がクライアントの気分を害することもある。対話しているうちに、価値観の大きな相違にカウンセラー、クライアント双方が気づくこともある。特にロジャース型の遺伝カウンセリングは人格同士の交流があるため、情報提供型の一方通行と違って「相性」が問題になりやすい。ただ、クライアントの気持ちがわかりにくい一方通行型のカウンセリング(?)よりは「相性」の悪さを自覚できるカウンセリングのほうが効果を予測できる利点がある。

カウンセラーに対する嫌悪感がクライアントに芽生えたと、クライアントは最善と思っている選択肢をあえて拒否する場合がある。嫌悪感とまではいなくても、カウンセラーの人格がクライアント自身の人格と違うことに気づいたクライアントは、カウンセラーへの期待・依存態勢から自己復帰の強い意志が働き、カウンセラーの提案をあえて拒否したり、反射的に「拒否」したりする場合がある。皆さんも記憶があるかも知れないが、テレビを見ていて「そろそろ、明日の宿題をやらねば……」と思っていたとき、親から「遊んでばかりいないで、勉強しなさい」と言われると、かえって反対の決断をしてしまった思い出があるだろう。ブーメラン効果と呼ばれるが、このような拒否は時間がたつともとに戻ることが多い。同様のことは遺伝カウンセリングでもしばしば起こる。

クライアントが健全な自己と強い自立心を持っている点を客観的に評価するべきで、決して「あ

きらめたり」、「喧嘩別れ」してはならない。「もうどうなっても私には責任がありませんからね」などの捨てぜりふは最悪である。心理学ではスリーパー効果と呼ばれるが、カウンセリング終了後、ある程度の時間がたつと、敵対していたカウンセラーの人格の印象が薄れ、クライアントは冷静な判断により「好ましい選択」へ向かうことが多い。このような成り行きに気づいたカウンセラーは、クライアントに対する感情を抑えて、誠実に中立的な説明を行い、情報提供に徹することである。セカンドオピニオンを求めるよう勧めるのも1つの方法であろう。クライアントがカウンセラーの人格を意識して好ましい選択に抵抗しているのではないかと感じた場合は、無理な「説得」は禁物である。

4. 自己確立が強い顧客の説得

一般に「好みがはつきりしていない（すなわち、自己確立が曖昧な）顧客を説得するほうが簡単であるといわれている。他人の意見に左右されたり、その場の雰囲気になされやすい性格が背景にあるからである。流行に敏感な世代や逆に新しい時代に取り残され感を持っている世代に自己確立が弱い者が多く、セールスマンの流れるような弁舌や、説得技術が効果を発揮することが多い。

一方、自分に自信を持ち、しっかりと自己確立している顧客を説得させるには別の技術が必要となる。このような顧客は経験的に自分の目で確かめながら選択を行う癖がついているので、セールスマンの話を鵜呑みにすることはない。このようなときにセールスマンが使う技術は、「相手の自己意識の強さ」を逆に利用することである。このような顧客は「自分は他人とは違う」という自己復帰の願望が絶えず働いているので、セールスマンから自分の自己を認めてもらおう（たとえそれがお世辞でも）、ついストレスが解けておおらかな気分になってしまう。この瞬間に契約を結んでしまうのである。

このようなタイプは一般に、社会的な成功者、指導的立場にある者、教師、学者など知識階級に属する人間に多いといわれる。セールスマンは相手がこのタイプの場合は「相手の人格を尊重」す

る態度を取らなくてはならない。顧客の「体験」や「地位」について「お世辞」や「おべっか」攻撃も効果がある。「あなたのような経験豊富な方に私が説明することではありませんが……」で、むしろ意外に簡単に契約がとれるというのである。独居老人がキャッチセールスに引っ掛かりやすいのは「話し相手が欲しい」老人特有の寂しさが背景にあるといわれているが、「若い頃はあんなに立派だった」老人が簡単に詐欺に引っ掛かるのはセールスマンの巧みな説得技術も影響しているであろう。

さて、この「説得」技術は遺伝カウンセリングでも知っておいたほうがよい。遺伝カウンセリングを訪れるクライアントは医学や遺伝学の素人ばかりではない。クライアントが遺伝学の研究者、生物学の教師、医師その他の医療従事者の場合もある。専門職でなくてもインターネットの発達で、たくさんの情報を持っているクライアントも少なくない。また、自尊心が非常に強いクライアントもいる。遺伝病が多発している家系であるが、自分の社会的地位と家柄の良さをことさら強調するクライアントにカウンセリングしたこともある。このようなクライアントを相手に遺伝カウンセリングを行うときは、上述のセールスマンの技術を借りるとよい。お世辞を言う必要はないが、相手の自尊心を傷つけることは禁物である。むしろ注意しなくてはならないことは、相手が専門職だからといって、知識や理解力を過信しないことである。相手が医師であったため、つい専門用語を交えた情報提供を行い、後になって「理解が不十分」であったことに気づき、あわてた経験がある。

5. クライアントのコーピング・スタイルを探る

これは「説得」技術というより、遺伝カウンセリングの常套技術である。障害の受容など、「受け入れたい事実」の受容を援助する場合にはクライアントの自己対処機制（コーピングメカニズム）を探る必要があることはすでに述べた。カウンセリングに時間がかかるが、いままでに遭遇した困難な出来事をクライアントがどのように克服してきたか、過去の体験を語らせるのである。一般には「逆境の体験」が豊富なクライアントほど、受

容はスムーズに進む。コーピングスタイルがわかると、予後の予想にも役立つ。また、過去の体験を語らせる行為そのものが、クライアントの自己確立へと誘導し、過去の記憶を呼び戻すことにより新しい困難に向かう勇気づけになることが少なくない。クライアントのコーピングのスタイルを探る行為がそのままカウンセリングに役立つのである。しかし、医師にとって本格的なカウンセリングは時間的にも無理があるので、心理専門職や遺伝カウンセラーに任せたいほうがよいかも知れない。

6. カウンセリング的な「説得」方法と論理的な「説得」方法

「説得」の方法としては、大きく分けると、カウンセリング的な方法（共感的な方法ともいう。クライアントの気持ちを大切に、カウンセラーの好意を前面に出しながら説得する）と、論理的な方法（理屈で納得させる方法で、どちらかというと言情を抑えた中立的な説得）とがある。理屈っぽい話が嫌いなクライアントを論理的に言い負かそうと思っても無理なことは明らかである。筆者は友人から、「ある障害医療に関する講演会で『先天異常がなぜ生まれるのか』講演したが、一番前で聴いていたお年寄りから、『お陰で、障害の医学についてよく理解できました。実は孫が近所の障害者といつも遊んでいるのですが、感染しないものか教えてください』と質問されて言葉が失った」と聞かされたことがある。医師は学問を論理的に学んでいる。そのために、クライアントも論理的に説明すればわかってくると誤解しやすい。逆に、知識階級^{注1)}のクライアントや、自分をインテリと自覚しているクライアントを相手にするときはカウンセリング的な説得が向いていない場合もある。カウンセラーの共感的態度がクライアントには「自分を素人と見なしている」と感じさせ、自尊心が傷つけられるのである。

筆者は一般的なカウンセリングでは、まず論理的な説明を行って、このクライアントは理屈っぽい話はあまり好きでないようだと感じた時点で、クライアントの気持ちを大切に共感的な説明に移ることにしている。場合によっては両

方の説得を試してみるのも悪くない。論理的な説得をしながら、カウンセリング的な要素を追加していく方法もある。知識階級のクライアントは論理的な説明を好むといったが、専門知識の理解力はクライアントによりさまざまなので案外難しい。いきなり特殊な専門用語をシャワーのように浴びせるのは論外だが、最初は素人扱いをしすぎないよう注意して話を開始するのが無難である。最初からやさしく話すと、相手の高い理解力に最後まで気づかず、クライアントの不満を募らせてしまうことがある。

注1) 知識階級：知的な職業についている、あるいは論理的な思考を好む集団を表す用語としてこの用語を用いた。決して社会階級のうえから人間を階級で分けているのではない。

7. 両面提示か一面提示か

論理的な説得は知識階級のクライアントに向いているといった。論理的な説得方法の代表として「両面提示」という方法がある。1つの選択の「よい点と悪い点」を公平に提示して選択させる方法である。遺伝カウンセリングにおける情報提供の原則である。もちろん、公平な提示なら問題は無い。しかし、「悪い点」の表現を操作することにより、「よい点」の魅力度を強めることができる。セールスの現場では知識階級の顧客を騙す方法としてよく使われている。「よい情報はオーバーに提供されるが、悪い情報は隠される」と疑うのが顧客の大切な防衛策である。これに対して理屈っぽい説明を嫌うクライアントに対しては、最初から徹底した「一面提示」のほうが説得しやすいといわれる。悪い点については触れず、よい点だけを訴えるのである。例えば売場で洋服を選ぶときに、材質やメーカーにこだわる顧客（どちらかという年齢の知識階級）と、感覚的に「好きだから好き、いいからいい」と割り切る顧客（どちらかという若い年代）など、顧客に合った勧め方（説得）が必要なのは理解していただけるだろう。

さて、このような話をすると、「遺伝カウンセリングは販売セールスではない」という声が聞こえそうである。しかし、受容の過程とか、教育の過程で同じようなテクニックが用いられることがあ

る。例えば診断告知の場面で、最初から悪い予後の情報とか、起こる可能性が低い合併症まで並び立てる医師はいないだろう。最初は疾患の「受け入れやすい」面から情報提供するのが普通である。受容や理解には時間がかかるので、1回のカウンセリングですべてを情報提供することは無理であるし、「言わないこと」と「嘘をつくこと」は異なるという理解も必要である。

8. 対比提示のテクニック

カウンセラーがクライアントにAという選択をさせたいと思ったときに、同時にBという選択肢を提示する方法である。Bには明らかにクライアントにとって「魅力度の低い要素」を盛り込んでおく。Bと比較することによって、Aのよさが目立つのである。実はこの方法には大きな錯覚が隠されている。クライアントに選択肢は「AかBしかない」と錯覚させる点である。実はCという選択肢があるかもしれない。また、「A・Bいずれも選択しない」という選択肢もあるのである。

対比提示は「どちらを選択するかはクライアントの自由」と選択の主体をクライアントに預けるため、知識階級のクライアントにとっては「自尊心がくすぐられる」し、カウンセラーが「良心的」に見えてしまう。

医療の現場でよく行われる「もし、治療しなかったら」という「脅し」を伴った選択肢はこの類のものが多い。提供された選択肢自体はEBM (evidence-based medicine) にならなくても、治療方法がすべて提示されているとは限らない。両極端な提示方法をステレオタイプの提示というが、クライアントに選択の余地は「どちらかしかない」と錯覚させやすいのである。医師が独善的に1つの治療法を勧めるときによく使われる技術である。遺伝カウンセリングはクライアントの「自律的な選択」を原則とするが、情報提供の操作にカウンセラー自身が陥らないよう、常に自覚が必要である。

9. 対比提示の応用

対比提示の応用であるが、最初にダミーを提示していったんクライアントに拒否させ、その後で本命の選択肢を提示する方法がある。不動産販売

で、まず購入者に魅力的ではあるものの、価格に手が届きそうにない物件を見せ、次にこれはと思う物件を見せる。最初の提案を拒否したという「負い目」が購入者にあるので、次の物件の魅力度が多少下がっても契約に向かう可能性が高い。ダミーといっても話にならないような無茶な提案では効果がなく、あくまで「セールスマンは私のために良心的に勧めてくれている」と感じさせねばならない。うまくいくと利益率ははるかに高いダミーを選択してくれるかも知れない。これに対して、ダミーとして「魅力度がまったくない」選択肢を最初に提示するという方法もある。ダミーを拒否する感情が積極的に本命を選ばせてしまうのである。この場合は、最初から購入者を「二者選択しかないのだ」と錯覚させておくことが大切である。ほんとうは「両方とも選ばない」という選択肢があるのだが、「いま、この場で決めなくては」という気持ちにしておかねばこの方法は成功しない。

対比提示は説得の方法として誰もが経験的に知っている方法である。医師による患者指導の場面でもよく使われている。「ほんとうは〇〇したほうがいいんですがねえ。でも△△だけは絶対守ってくださいよ」(〇〇を拒否した負い目が△△を守ろうという気持ちにさせる)とか、「〇〇したら大変でしょう。ちゃんと△△してくださいね」(△△しないと、〇〇になるという恐怖と錯覚があり、行動変容が強いられる)などである。

遺伝カウンセリングでは、情報を提示するときに上記のような対比提示にならないよう注意なくてはならない。カウンセラーが情報提供者の立場から選択肢を提供した場合、今度はクライアントの立場になって一緒に選択肢を吟味してみるという方法も有効である。もちろんこのときは「共感的理解」を利用しなくてはならない。カウンセリングはこのように人間の心理や行動に深くかかわるので、カウンセリングの最中に「悪魔が囁く」とカウンセラーはクライアントの気持ちを誘導することができる。カウンセラーの職業的倫理観・正義感・良心に訴えるしかないが、カウンセリング内容を正確に記録しておき、後にカウンセラー

自身がスーパービジョンを受けるといったシステムも必要なのではないかと考えている。

10. クライアントの関心を一点に収束させる

セールスでは顧客の関心を商品に集中させねばならない。あるいは、顧客の気持ちを「買う」か「買わない」かに集中させ、他のことを考える余裕をなくさねばならない。バーゲンセールで商品を競争的に買い漁っている顧客は他のことを考える余裕がない。「今月の給料のこと」とか、「同じような物を先月も買った」など、顧客を冷静に考えさせたのでは、商品は売れないのである。顧客を一種の狂躁的なパニック状態に誘導し、「こんな機会はまだとない」とか、「これを買わないでどうする」といった説得が常道である。

遺伝カウンセリングでは同じ理論がまったく逆に用いられている。クライアントの「視野」を局所から全体に広げるという対話技術である。障害受容の技術で価値観の転換という技術を解説した(連載第6回、障害を受けた人間の比較的長期にわたる反応に関する理論、「価値変換理論」61巻4号504頁)。「障害の面だけに意識を集中すると気がめいるだけだが、人生にはほかに価値のあるものがたくさんあるではないか」というカウンセリングである。あるいは、「癌に罹患する生涯確率が30%以上なのに、10%の発病確率をくよくよ悩むのはおかしい」といった説得もある。このように一歩退いて全体的に概観すると冷静に判断できるものであるが、不安や恐怖感にクライアントの視野を一点に集中する。心理学的には同じ理論なのに、遺伝カウンセリングとセールスの説得技術でまったく反対の応用が行われている。

11. 価値観を転換させる

さて、前の項で解説した「価値観の転換」が起きやすいクライアントと起きにくいクライアントがいる。性格のうえからは一般的に次のようなイメージがあろう。

<価値観の転換が起きやすい性格>

適応性、合理性、進歩性、妥協的、楽観的、外向的、流行に敏感

<価値観の転換が起きにくい性格>

堅実性、頑固、完璧主義、潔癖症、悲観的、形

式的、内向的

適応能力に富んだ前者のほうが患者としては好ましいように思えるが、キャッチセールスなどに引っかけやすいのも前者であり、どちらがよいというものではない。また、実際には両極端に分類できるものではなく、1人の人間が両面の性格を使い分けていることも多いことを覚えておかなければならない。

遺伝カウンセリングの現場における利用法を紹介したい。結婚を考えているクライアントが「ある確率で疾患遺伝子を保有している」ことが判明したとしよう。遺伝カウンセリングの常道として、「人は誰でも重篤な常染色体劣性遺伝病の遺伝子を平均10個くらいは保有しているが、どんな病気の遺伝子を持っているかはわからない。あなたはその1つが特定できたというだけで、あなたの家系が特に遺伝学的に欠陥があるわけではない」と説明するだろう。この説明に対するクライアントの反応は2つに大きく分かれる。「なるほど、そういうことか」と納得するタイプと、あくまで「判明した遺伝子」にこだわるタイプである。結婚がからんでいる場合は、「結婚することの利益が遺伝学的な欠点を上回ればよいのでは」と持ちかけても、どうしても「欠点」を受け入れることができないクライアントがいる。同様に遺伝病の再発確率が1%と計算されたとき、遺伝カウンセラーは一般の先天異常発生確率の5%と比較せよと試みる。しかし、どうしても「1%にこだわる」クライアントも珍しくない。多くの場合、クライアントの性格はカウンセリングの過程でカウンセラーにわかるものであるが、筆者は性格を探るために、半分冗談めかして、「中古車を買ったことはありますか」とか、「購入した品物にキズが見つかった場合、交換してもらいに行くタイプでしょう」と聞くことがある。中古車はいろいろなキズや問題があるのが当たり前で、メリット(価格の安さなど)が欠点を越えているという柔軟な判断ができないと購入できない。商品のキズも機能に関係ないなら我慢するという融通性は逆境を乗り越えるには役立つのである。

12. 部分的な説得から始める

行動変容の理論の項で解説したが、人間は一度に大きな行動変容は難しい。昔、心理学の講義で聞いたことであるが、家の前の壁に「ポスター」を貼ってもらうための説得実験がある。最初から「ポスターを貼らせてください」と頼むと、ほとんどの訪問家庭で断られた。一方、最初に車のリアガラスに吸盤でつけられる玩具(宣伝文句が描かれている)を「この玩具をお宅の車につけてくれませんか」と頼むと、ほとんどの家庭でOKだった。この承諾を得た直後に「ポスター」を頼むと、半分近くの家庭で承諾を得たという。最初から大きな譲歩や許容はできないが、小さな譲歩・許容が大きな受け入れにつながるという理論である。セールスでは「Door in the Face Technique」と呼ばれる基本技術で、セールスにはまず、玄関に入れてもらうことが第一歩だということである。電話によるキャッチセールスもよく行われているが、「電話を取る」という行動を伴った譲歩を第一歩に、「話を聞く」(話を聞くだけなら無害という意識が顧客にはある)という譲歩が加わり、加速度的に説得されていくという。「買ってもらうなくても結構です、見るだけでも見てください」は常道テクニックなのである。

この技術は遺伝カウンセリングでもよく使われる。例えば、染色体の異常が発見された子どもがいたとしよう。小児科医は早期訓練を勧める。リハビリテーションの効果を上げるためだけでなく、家族を1つのことに向かわせ、新しい状況を受け入れ、適応させていきたいと考えるからである。しかし、「訓練」に抵抗する家族も少なくない。「訓練を受け入れる」ことは「子どもの障害を受け入れる」ことであり、また「治療法がない」ことを受容することにほかならない。障害の受容が十分でない家族はなかなか訓練に踏み切ることができない。このような場合は「部分的な説得」が有効である。下記は筆者が実際に使ったことのある方法である。

「今日はどうしても訓練の開始に同意していただけですね。いまの段階では無理のないことと思います。次回は○月○日に来ていた

だけですか。新しい情報も加えて、もう少し詳しい話をします。」(何はさておき、次回の予約を納得させる必要がある。)

・「次回越しになったときは理学療法士の○○先生を呼んでおきますから、一緒に意見を聞きませんか。」(他の人の話を聞くという、新たな行動を納得させる。)

・「この手記をお貸しします。次回の予約日までにお読みになっていただけませんか。次に来られたときに話がはずむと思いますよ。」(本を読むという行動を譲歩させる。)

・「次の日曜日に○○保健所で同じ障害を持った子どもの親の会があります。いろいろな方が来られて楽しいですよ。ご夫婦で一度、参加してみませんか。私のほうから保健師に連絡しておきますから。」(クライアントが出向くことができれば影響力は非常に大きい。)

そのほか、患者会への入会を勧めるとか、一種の行動療法の理論を応用した「説得」方法がいろいろ考えられる。「時間をかけて一歩ずつ」好ましい行動変容(この場合は訓練を開始するという)へ向かわせるのである。目的は異なるが、「Door in the Face Technique」と同じ技術である。

13. 遺伝カウンセリングでは禁物の「説得」技術

遺伝カウンセリングでは絶対に使用してほしくない「説得」技術がある。例えば、カウンセラーが「理解が難しい専門知識」をクライアントにシャワーのように浴びせたり、「立板に水」のような流暢な話でまくし立てる方法である。クライアントは応答する気力を失い、黙ってしまう。クライアントは「取り残された」気持ちになったり、カウンセラーを拒否してしまうこともある。決して好ましい行動変容は起こらない。しかし、カウンセラー自身はクライアントを「説得」できたと錯覚してしまうので始末に悪い。「権力を笠に着た」説得やクライアントをいたずらに「恐怖感」に陥れる「説得」も同様である。これらは「その場限り」の説得効果を目標にしたもので、悪質なセールスで用いられることが多い。

① おわりに ①

日常の遺伝カウンセリングの現場で、意識している「説得」技術を思いっくまに紹介してみた。改めて強調しておきたいが、遺伝カウンセリングで「説得」技術を用いる機会は少ない。むしろ、自分のカウンセリングが強引な「説得」になっていないか反省するために「説得」の理論と技術を思い出してほしい。

遺伝カウンセリングは医療カウンセリングなので、クライアントの選択が明らかに医学の常識や社会通念に反していると感じたときは、安易にクライアントの行為を支持することはできない。「共感的な理解」でクライアントがなぜその選択に魅力を感じているのか探り、誤解や偏見、好ましく

ない干渉が見つかった場合は適切な方法で介入を行う。時間をかけて好ましい選択へ誘導していくのが遺伝カウンセリングの基本である。このとき、クライアントがなぜ誤解や偏見を持つに至ったのか、なぜ他人の間違った言葉を信じるにいたったか理解するときに、「説得」の知識が役立つことがある。また、クライアントのパニックをコントロールしたり、危機介入の手段として「説得」の理論と技術を思い出してほしい。くどいようであるが、行動変容の目標である「好ましさ」の背景はEBMに基づいた正確な情報、倫理と社会通念、クライアントに対する深い人間愛であるべきで、カウンセラーは決して独善的な「説得」を行ってはならない。

病院

【2007年6月号】(Vol.66 No.6) 6月号 【月刊】1部定価2,940円(本体2,800円+税5%)
2007年 年間予約購読料 34,200円(税込)



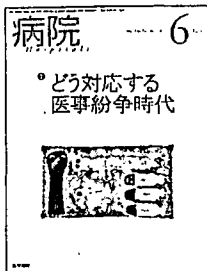
どう対応する 医事紛争時代

福島医大の産婦人科医選捕事件をはじめとして、医療と法のあり方について、新たな視点から考える時期と思われる。生命倫理から臨床現場の治療の場におけるガイドラインや指針などソフトローのあり方と限界その他について、幅広い視点から考える。

主要目次

- 「医療と法」をめぐる新たな状況と課題 植木 哲
- 医療過誤における民事・行政・刑事責任のあり方 神谷恵子, 山田奈美恵
- 弁護士から見た医療ADR 宮澤 潤
- 事故の真の解決に向けた初期対応の重要性とその内容・手順の一例
..... 前田正一, 江原一雅
- 世界に広がる「医療事故・真実説明・謝罪運動」 植岡健一
- 「診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業」における「紛争解決システム」
..... 稲葉一人
- 医療者のホンネと悩みホットライン 山口育子

※広告(一般営業、求人)のご掲載も承っております。お問い合わせはPR部(TEL 03-3817-5696)までどうぞ。



【表紙の絵】山本純子・作 1973年生。単純化されたフォルム、大胆な平面設計と色使い、高所に鋭角的な手仕事が見え、6月号では、病や痛、あなごや膝の痛きなど魚屋の店頭を彷彿とさせ、ユーモラスだ。



医学書院 〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 【販売部】TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替 00170-9-96693

「悪い知らせ」の伝え方と援助技法

千代 豪昭*

① はじめに—医師と診断告知①

診断告知は医師の専任業務とされている。専門的な知識や技術が必要な「診断の過程」が、医師の専任業務であることは容易に理解できる。では、「告知」すなわち「診断名を告げ」たり、「医療情報を提供」する行為はどうだろう。やはり、医師のみが行うことができる「医療行為」だろうか。

医療法の解釈だけではなく、医療の本質から考えてみよう。誤った診断や不適切な診断告知は患者の不利益、特に重大な健康被害の原因になる可能性がある。診断から告知にいたる行為が、医師の専任業務であるとされる理由である。これはどちらかというと医療法の立場からの解釈であるが、その他にもいくつかの理由が考えられる。1つは予後の悪い病気の告知は、告知そのものが患者にとっては苦痛を与える行為であり、医学的な知識・技術・経験に裏付けされた告知技術によりその苦痛は最小限に押さえられるであろう。もう1つは、患者にとって医師の告知は自らの状況を「受容」する過程の第一歩であり、患者が自分の病気を正しく受容することが治療を進めていくうえで必須の条件だからである。

このように診断告知は診断過程だけでなく、告知行為そのものが患者の健康に深くかかわると考えられる。やはり、診断告知における医師の責任は

重いといえよう。近年、がんなど予後の悪い診断告知をどう行うべきかの議論が続いているので、このことは改めて強調することは必要ないであろう。

非医師である専門職遺伝カウンセラーが行う遺伝カウンセリングの現場でも「悪い知らせ」を伝える技術は、カウンセラーの重要な技術とされている。遺伝カウンセラーが診断告知まがいの業務を行うという意味ではない。1人の患者だけではなく家族、親族が診断の対象となったり、治療法が限られている先天異常や遺伝性疾患では、主治医が遺伝カウンセラーと協力して患者やクライアントに対応するほうが効果的だからである。経時的に医師の診断告知と連繫した遺伝カウンセラーによる「告知後の援助」や、クライアントが遭遇する色々な場面で役割を分担しながらの協力作業が必要となる。

遺伝子診療部などチームで遺伝医療を行っている現場では、主治医が告知や医療情報を提供したうえで退席し、後を遺伝カウンセラーが引き継ぐというスタイルを採用しているところが多い。この場合でも、遺伝カウンセラーは必ず主治医の告知に立ち会ったのが普通である。「主治医の役割は診断から告知まで」、「遺伝カウンセラーの業務は告知後の援助から」と機械的に役割分担したのでは、双方の連繫を上手に行うことは難しい。遺伝カウ

How to inform a bad news and how to support the client?

* Hideaki Chiyo お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科特設遺伝カウンセリング講座
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創成科学研究科特設遺伝カウンセリング講座

ンセラーが医師の告知の後を引き継いだ場合でも、クライアントを相手に「告知の状況を再現」したうえで、クライアントの心理的介入を行うこともある。これもカウンセリング技術である。

このように、遺伝医療の現場でも、診断告知が主治医の責任下に置かれることは他の疾患と同様であるが、クライアントに馴染みの少ない遺伝学上の説明が必要だったり、受容が難しい内容を多く含むため、遺伝カウンセラーの協力による補助的医療行為が診断告知の質を大きく高める。専門職の遺伝カウンセラーにとっても「診断告知」は重要なテーマなのである。眼科医の皆さんにとって診断告知は日常業務であろう。もし専門職の遺伝カウンセラーが協力させていただく場合、主治医が「告知が患者に及ぼす影響」や「告知後援助の基本技術」を理解したうえで協力要請を行うか、そうでないかで患者の受容過程は大きく変わるのである。本稿で遺伝カウンセリングにおける「悪い知らせ」を伝える技術を取り上げた理由はここにあり。

① 「悪い知らせ」とは？ ②

遺伝カウンセリングの現場では、「予後不良な疾患の診断告知」、「保因者である可能性の告知」、「治療や社会適応の困難性の告知」など「悪い知らせ」を告知しなくてはならない機会が少なくない。わが国では「がんの告知」や「死の臨床」に類する論文や著書が数多く紹介されていて、いずれも「悪い知らせ」の告知技術は重要なテーマとなっている。

ここではロバート・バックマンによる“*How to break the bad news*”（「真実を伝える—コミュニケーション技術と精神的援助の指針」恒藤 焼監訳、診断と治療社、2000）を紹介したい。この本は「悪い知らせ」を伝える実践技術に照準を絞ってまとめられた本で、内容も具体的に優れた著書である。筆者は一読したときに、バックマンの基本的な理論と技術が、風土の異なるわが国の遺伝カウンセリングの現場で培われてきた理論や技術と非常によく似ているので驚いた。ただ、どちらかというところとがんや成人疾患が対象で、遺伝性疾患

や先天異常の領域とは疾患の特殊性による違いがあること、そしてやはり西洋文化と日本文化の違いを感じた。

本稿ではバックマンの考え方も引用しながら、これまでに述べた基本的な理論や技術を背景に「悪い知らせ」を伝える技術について独自にまとめてみたいと思う。

カウンセリング技術のうえからは「死」、「肉体的な苦痛」、「障害」、「社会からの隔離・差別」、「別れ」、「経済的な負担」など現場に則したカテゴリーのうえから「悪い知らせ」を分類する方法が実際的である。しかし個別に解説したのでは、本稿におさまらないので、カウンセリング技術のうえから一般化してお話したい。これらのカテゴリーに共通した特徴とはどんなものだろう。一時期は生物にとって同種のゲノムを子孫に伝える行動を基本行動と考え、これに支障を与える行為を「悪い」と考える遺伝子決定論的な思想が流行したこともある。いわゆる利己的遺伝子の話であるが、高度に社会化した人間の行動にそのまま当てはめることは困難である。また、前述の個々のカテゴリーに対する個人の感情は個人差が大きく、「悪い知らせ」の概念の定義は簡単ではない。

バックマンは「悪い知らせ」とは「現実と自らの願望が離れていることを告げる知らせ」でその「悪さの程度」は、「現実と願望との距離に正比例する」との定義を紹介している。「現実と願望のギャップ」からストレスが発生すると考えたロジャースの自己理論そのものであり、筆者の遺伝カウンセリング論も同じ考え方に立っている。「現実と願望との距離」は「悪い知らせ」の内容によって決まるものではなく、その距離を客観的に測定することも不可能である。これらは「絶対に受け入れ不可能」なものから、「取引なら可能」、さらに「受け入れ可能」なレベルまでクライアントの心理状況によって異なり、また時間とともに変化するものである。クライアントの心理や行動に表現された「受容困難さ」の程度から推定するしかない。

そこで、筆者は「受容困難」の程度を「悪い知らせ」の指標としている。わかりやすくいうと、

「苦痛や恐怖などマイナスイメージの可能性（または現実）を容易に受け入れることができない知らせ」が「悪い知らせ」である。そのうえで受容行動を一種の行動変容と考え、行動変容理論を用いて対応するというのが筆者のカウンセリング技法の基本である。同じ内容の「知らせ」でもどうしても受け入れることができない人にとっては「悪い知らせ」であり、それを受け入れた人にとっては必ずしも「悪い知らせ」ではないという考え方はある。ここでもあくまでクライアント中心療法にこだわっている。「現実」は動かすことができないので、「願望」を少しずつ変えて「現実」を許容させていこうというのがバックマンの技法であるが、本質的には「受容」を進めていく方法と変わりがない。

1つ加えると、「がん」や「死の臨床」はどちら

かかという「短期勝負」であるが、遺伝カウンセリングで対象となる「悪い知らせ」は長期にわたる対応が必要になることが多い。遺伝カウンセリングではクライアントや家族が「悪い知らせ」を受け入れた状況で長い人生を生きていかなければならないことが珍しくない。このために、クライアントの受容行動への介入は長期の間、効果が持続するような対応が必要となる。

欧米と日本の違いについては、コラム「たてまえと本音」で話題提供しておきたい。ここでは、「悪い知らせ」とはその内容から善し悪しを判断するのではなく、それを受け取るクライアントの立場から判断すべきだというロジャースのクライアント中心療法の思想を強調しておきたい。

医療の立場からもう1つの定義は、結果的にクライアントに精神、肉体的に傷害を与えるような

Column

① 「たてまえ」と「本音」

バックマンは「悪い知らせ」とはどのような背景をもった情報か、社会的要因、患者側の要因、医師側の要因から分析を行っている。実践的な技術に結びつく分析として、非常に優れた考え方と思う。このなかで彼は社会的な要因として、西洋文化では「若さ・健康・富」が世間一般の称賛を受ける対象であり「高齢者・病人・貧困者」はこれらの対象から離脱することを意味し、「悪い知らせ」はこのことを告知する行為とみなすことができるという。

確かに合理的な考え方でいかにも西洋的である。「若さ・健康・富」に対する称賛は生物としての人間の基本的な行動特性によるもので、西洋人だけでなく日本人にとっても基本的には同意できる。ただ改めてそのようにいわれると、日本人は少し「引っ掛かるもの」を感じるかも知れない。少なくとも日本文化は西洋文化と比較して歴史的に精神的な自己抑制や周囲との調和を重視してきたのではないかと反論されそうである。「肉体的若さより心の若さ」とか「お金より心の豊かさ」

との意見である。

個人的な意見だが、日本人は「本音とたてまえ」の2重の心理構造が人格の基盤となる傾向が強いと考えている。倫理的対応の項で改めて解説するつもりであるが、わが国の文化は西洋のような徹底した個人主義よりも周囲との和を重んじる傾向が強いと指摘されている。「たてまえ」は本心から離れた形式的なものとのイメージがあるが、周囲の同意を得やすいため「和」の要索としては重要な意味をもっている。日本人が「たてまえ」をいうときには、周囲に対する「はばかり」を意識している場合が少なくなく、カウンセリングで気を付けなくてはならない。

倫理学における原理主義と功利主義の対立に同様の論争がある。もちろんステレオタイプの思い込みは危険であるし、日本人も世代や社会的立場により価値観が大きく異なる。「病気がないことだけが健康ではない」とWHOの健康の定義にあるように、バックマンもその著書で「西洋では」とわざわざ断っているように、文化によってこの辺りの感覚が異なることを強く意識しているようである。

「知らせ」は「悪い知らせ」であるとの考え方も付け加えておきたい。「重度の悲嘆」、「うつ状態」、「適応困難」、「周囲との不和」、「自殺」、「心中」の原因となるような「知らせ」が「悪い知らせ」であることは医療従事者であれば誰しも納得できるであろう。

④ 「悪い知らせ」の伝え方④

最初に理論や抽象的な概念にこだわったが、あまりこだわり過ぎると現場で役に立たない技術論になりやすい。われわれが遺伝カウンセリングの現場で利用している技術や思想を紹介したい。基本的な技術はカウンセリングの一般的な技術の応用である。できるだけ「悪い知らせ」の伝え方に特化した項目を整理しておくので、個々のスキルについてはカウンセリングスキルの項を読み返して欲しい。

1. 「告知」を行う前に

1) 「悪い知らせ」を行う「環境」の準備

本連載第4回の「カウンセリングを行う環境」の項を読み返して欲しい。環境はきわめて重要である。同じ説明でも外来の喧騒のなかで行うのと、別室で行うのでは効果が異なる。バックマンは「患者を座らせて話をすること、けっして立ち話で悪い知らせを行わないこと」を強調している。

2) 「悪い知らせ」を行う予告をすべきかどうか

「この次にいらしたときは検査結果が出ていると思いますから、結果をお知らせできると思います」など告知を予告する場合がある。内容によっては、待機中のクライアントや家族は「死刑執行を待つ囚人」のように不安な毎日を過ごさなくてはならない。場合によっては「危機感」が異常に高まる場合もある。だからといって、心の準備をしないクライアントに「暗天の霹靂」のように「悪い知らせ」を伝えると強い受容障害が起こりがちである。どちらがよいか遺伝カウンセリングを行う者が悩む選択であるが、クライアントの性格や家族の状況に合わせて「準備」が必要である。

3) 「悪い知らせ」の「予告」の行い方

予後を決定するような重要な検査を行う場合

は、医師は検査についてあらかじめインフォームド・コンセント（以下、IC）をとるであろう。このときに「悪い結果」の可能性についてどのように話しておくかが大切である。「まず心配ないと思いますが、もしその病気だったら大変なことになりますから」とか、「その可能性はまずないと思いますが、念のために……」と「悪い結果」を否定しながら検査を勧めると「悪い結果」が出たときの対応に苦慮することになる。

染色体検査や遺伝子検査は検体を採取して検査会社に送るだけの簡単な検査なので、主治医が「安易に」検査を行う場合が少なくない。「思いがけず異常結果が出てしまった。どう説明したらよいかわからないから」と臨床遺伝専門医や遺伝カウンセラーに説明の依頼がくることもある。多くの場合は、主治医が遺伝学的な検査の重要性を十分に理解していなかったことが原因であるが、「悪い結果」の確率が低いと考えたことが安易な検査に繋がることもある。「どんなに低い確率でも、現実には起り得る」という確率の本質を思い出して欲しい。遺伝子検査に遺伝カウンセリングが必須な理由である。

ICの過程で、検査結果の可能性について話をするときにはクライアントの反応に注意を払う。この段階の話はあくまで「可能性」なので、「最終的な告知」と違って話の進め方に自由度がある。クライアントの反応で「もし、最悪の結果が出てもこのクライアントなら乗り切ることができるであろう」とか、「このクライアントは悪い知らせを受け入れることが困難であろう」と予測をたてることできる。

4) 「告知」を待つクライアントの気持ちを理解する

「予告」の方法にもよるが、「告知」を待つクライアントや家族は「死刑執行を待つ囚人」のように不安な毎日を過ごさなくてはならない。場合によっては「危機感」が異常に高まっている場合がある。カプランの危機展開に関する段階理論を紹介したが（本連載第6回「危機意識をもった人間の短期的な反応に関する理論」）危機感が高まるのは「予告」して1~2日の間と、「告知」の1~2

日前であろう。しかし、正式な告知を待っている間に他の情報もたらされると、危機感が大きく変わることがある（友人やマスコミから該当する病気の話を聞いてパニックが起こることがある）。

経験的には告知の予定日まで1~2週間であれば、クライアントは「その日まで待とう」と頑張ることが多いが、1か月以上間が空く場合は、クライアントは我慢できず他の医療機関や保健所を訪ねることがある。筆者は「主治医には内緒だが、結果が出るまで待つのが心配でたまらない」という患者の相談を受けたことが少なくない。専門家にうまく繋がったときはクライアントにとって幸運だが、誤った情報が入ると危険なことがある。

「検査について説明させていただいたので結果がご心配でしょうね。どうしても我慢できないときは、何時でもお会いしますから連絡してください」あるいは「……お電話ください」と告げておくべきである。その一言で、クライアントが冷静に次の受診日待つことができる場合が少なくない。ICの際に、クライアントの態度に危険を感じた場合は、途中で主治医あるいは看護師が電話を

入れて様子を見ることも考慮すべきである。

遺伝カウンセリングでは特殊な例であるが、予後絶対不良の疾患について診断的な検査を行った場合は、結果を待つ間に心理学的な介入を行って告知後の受容の準備を行う場合もある（コラム「告知の準備に十分な時間をかける一神経難病の遺伝子検査例」）。

5) クライアントの性格を読む

実際に「悪い知らせ」を告知する前に、クライアントの危機の対処に関する経験や特徴を知っておくことが望ましい。コーピングメカニズムというが、危機対処のスタイルは一人ひとり異なる。「自己対処（コーピング）機制の影響」（本連載第2回「遺伝カウンセリングの目標と準備」）を読み返していただきたい。一般に「挫折」や「不幸」の経験が多いほど危機への対応は巧みなことが多い。

6) 援助者に関する情報の収集

一人で困難に対処するより援助者（親密な相談相手）がいるほうが、受容行動がスムーズに起こる。夫婦、家族、友人、仕事関係などクライエン

Column

告知の準備に十分な時間をかける —「神経難病」の遺伝子検査例

本連載第1回のコラム「ハンチントン病と遺伝子診断」で紹介したが、ハンチントン病の遺伝子検査が実用化されたとき、病的遺伝子を保有していると診断されたクライアントが自殺する例が報告されはじめた。変異遺伝子の発見に寄与したナンシー・ウエクラーも、発病に至るまで自らの遺伝子診断を行わなかった。遺伝子診断を行うかどうかはクライアントが自分で決めなければならないが、クライアントが強く要求しても直ちに遺伝子診断を行ってはならないとの意見が一般的である（コラムにも紹介した通り、わが国では発症前遺伝子診断は受け付けられない施設が多い）。もし実施する場合は、検査前に半年くらいの時間をかけ、数回のカウンセリングを行い、カウンセラーの目

から「どのような検査結果が出てもこのクライアントは乗り越えることができる」と確信がもててから検査を行うのが普通である。さらに、検査結果が判明してからも、告知まで1、2か月の時間をかけて再確認するという慎重な対応を行う。

これだけ慎重に対応すれば安心だというわけではない。3、4年前にテレビで「早期発症型の若年性アルツハイマーの遺伝子診断を行い、自らが病的遺伝子のキャリアであることが判明した男性が苦悩の毎日を送り、遺伝カウンセラーや恋人の援助のもと健気に生きていく」という感動的なドキュメントが紹介されたことがある。しかし、番組制作後半年くらいしてその男性は自殺したというのが真相であった。安易な対応は論外であるが、われわれ遺伝カウンセリングに従事している者にとっても、「悪い知らせ」をどう伝え、どう援助していくかはきわめて困難なテーマなのである。

トの周囲の人間関係を臆き取り、利用できる援助者がいるかどうか探しておく。

7) クライアントが支払わなくてはならない代償について共感的に理解しておく

もし最悪の事態を受け入れねばならない場合、クライアントがどのような代償を支払わなくてはならないか探しておくことが、受容困難度の予測に役に立つ。例として、検査結果を受け入れることにより「予後の悪い疾患の発症」、「進行中の結婚話がこわれる」、「仕事を辞めねばならない」、「障害児の出産」などの避けがたい将来に対して、クライアントがその時点でどのようにして対処しようと考えているか、あるいは途方に暮れているかを確認することである。クライアントの気持ちをクライアントの立場にたって共感する（共感的理解）ことができれば受容がどの程度難しいかの予測に役立つ。

2. 告知の実際

1) スムースな「受容」が告知の目的である

医療現場でお馴染みの場面であるが、患者の死を宣告した後、医師は部屋を退出するのが普通である。医師が「全力を尽くして職責を全うした」という表現の意味と「家族に肉親との別れの場を提供」するという2つの意味がある。その後、家族を一時退室させ、病室の医療器具を片付け、遺体の拭拭やベッドを整えた後、改めて家族にお別れの機会を提供する。これらは看護師の役割である。

これらの一連の行為は家族に肉親の死を「受容」させる重要なプロセスとなっている。遺伝カウンセリングの場で、「悪い知らせ」の告知をいかにうまく演出するか、現場に合わせて考えて欲しい。基本思想として「スムーズな受容」が告知の目的であることを忘れてはいけない。

2) 「誰が」、「どのように」話すか

「悪い知らせ」は何らかの業務の「片手間」に行っただけではない。落ち着いた部屋と十分な時間を確保する。主治医は患者に対して全責任を負う立場なので、「悪い知らせ」を行う主体者となるべきである。専門領域ではないからといって「話しにくい部分」にまったく触れずに他の職種に振ることは避けなくてはならない。「専門ではないから」と

断ったうえで専門職にリファーするか、主治医が同席のうえ、専門職から話してもらうべきである。

特に妻や子どもが罹患者の場合、「奥さんにはご主人の口から話してください」とか、「お子さんにはお母さんから上手に話してください」というのは「悪い知らせ」の告知を素人に委ねることになり大変危険である。次に遺伝医療の場で「悪い知らせ」を行うスタイルを3つに分けて紹介する。

① 医師と遺伝カウンセラーの協カスタイル

遺伝子診療部のようにスタッフが揃っている場合は、医師（臨床遺伝専門医）が告知と重要な医療情報を時間をかけて提供し（30分～1時間）、医師が退室した後に同席していた遺伝カウンセラーが補足的な情報提供や心理的なケアを行いながら受容のための援助を行う（1時間）というスタイルがよく行われている。難しいケースでは医師と遺伝カウンセラーが事前に打ち合わせをしておくことはもちろん、ケースカンファレンスを利用して同僚や専門職の意見を聞いておくことが重要である。

② 医師による遺伝カウンセラーの紹介スタイル

主治医が告知した後、改めて遺伝カウンセラーを紹介するという方法である。遺伝情報に関する「悪い知らせ」は臨床のさまざまな場面で必要となり、必ずしもスタッフの揃った遺伝専門部門だけで行われるわけではない。①のように遺伝カウンセラーが常に同席できたり、院内に待機しているような状況は遺伝カウンセリングが普及していない現状では不可能であるから、この紹介システムは現実的である。

このスタイルの問題点は、遺伝カウンセラーが医師の告知現場を見ていないことである。医師の紹介を受けた遺伝カウンセラーは「先生はどのようにおっしゃいましたか」と医師の告知内容をクライアントの口から話させることからカウンセリングを開始することが多い。クライアントの理解度をチェックし、告知の場を再現してクライアントの心理反応を確かめながら受容援助を開始する。場合によっては、カウンセリングを開始する前に遺伝カウンセラーが主治医と連絡をとり、打

ち合わせを行うことも必要である。このスタイルでは医師の告知と遺伝カウンセラーによるカウンセリングの間の時間経過が問題になることがある。あまり時間が立ちすぎるとは論外として、どれくらいの時間が理想的なのかは、ケースによって異なる。受容が極端に困難な「悪い知らせ」を行った場合は間を置かず、継続して介入すべきである。

告知後、ケア不十分のまま帰宅させることは好ましくない。危機理論の項で解説したが（本連載第6回「危機意識をもった人間の短期的な反応に関する理論—第3段階」）、告知後24時間は非常に危険な時期である。一方、医師の告知だけで概ね好ましい受容に向かうと判断された場合は、遺伝カウンセラーは「理解度の確認」や受容の「ブースト効果」が主な役割となるので、2,3日～1週間程度の期間をおいてから対応したほうが効果を期待できる場合もある。

医師が「悪い知らせ」の受容援助の目的で遺伝カウンセラーを紹介するときに特に注意して欲しいことがある。それは遺伝カウンセラーを訪問するクライアントに、訪問の動機付けをしっかりと行って欲しいことである。クライアントはなんのために遺伝カウンセリングを受けなくてはならないのか疑問に思っていることもあるし、新しい治療法を紹介してもらえると誤解していることもある。

③ 主治医1人で対応するスタイル

主治医が1人で「悪い知らせ」を伝えた後に、その後のケアまで責任をもたねばならない場合も少なくないだろう。クライアントが通常の日常生活を保てることを配慮しながら受容を進めていかねばならない。カウンセリング前の準備、カウンセリングスキル、受容理論などすでに解説したことを思い出しながら、事例毎に計画を立てながら介入を進めていくべきである。

特に、危機の展開に関する情報収集と適切な対応は重要である。受容が困難と思われる場合は2回、3回に分けて援助していくことも大切である。遺伝カウンセラーの援助が得られない場合でも、看護師や保健師に手伝ってもらうことができれば

効果が大きい。筆者が大学の臨床遺伝部に勤務していたときは、受容困難と予想される診断告知の場面には、あらかじめ地区担当の保健師に同伴受診を依頼することが多かった。医師による告知が終わった後で、クライアントが看護師や保健師と話し合うだけで、クライアントの受容が進み、自殺、心中などの事故を防止できる可能性がある。

3) 告知はクライアントが理解し、受け入れることができる範囲で少しずつが原則

障害をもった子どもの母親に初めて告知を受けたときのことを聞くと、「告知を受けたときは『知的障害が起こるかも知れない』という言葉で頭がいっぱいになり、他に何をいわれたかまったく覚えていない」と告白されることが多い。「悪い知らせ」のすべてを一度で話してしまおうとしてはならない。

4) 最初にマイナスイメージを強調しない

短い時間にすべてを話そうと思っただけではない。特に発生の確率が低い事態や合併症まで並び立てるのは最悪である。家庭医学書の類いは最悪の症状まで記載しているのに、読んだクライアントが強い不安に陥りやすい。

5) 「嘘」や「気休め」はいわない

「嘘」や「気休め」は薬物である。いずれ誰かがその「つけ」を支払わなくてはならない。また、医師の「気休め」や「嘘」をクライアントは見抜くものである。障害をもった子どもを出産した母親に「いつ、お子さんに問題があるとわかりましたか」と聞くと、「分娩直後に医師や助産婦さんの顔付きでわかりました」と答える場合が少なくない。「医師が気休めをいっている」と感じたクライアントは余計に「事態の重大性」に絶望的になる。嘘をつくことと、いわないことは異なることを思い出して欲しい。

6) 何度かに分けて告知する方法①

受容を援助するために、「悪い知らせ」を何度かに分けて告知していく方法は実際的である。クライアントの理解度や環境に合わせて告知ができるからである。しかし「今日はこのへんで止めておきましょう。後は次回にお話しします」と安易に告知を打ち切ると、クライアントは「次回はどん

な悪いことを聞かされるのだろう」と不安になる。「大切なことはすべてお話ししたつもりですが、理解ができなかったことも多いでしょう。次回はもう少し具体的にお話ししましょう」とか、「今日はお疲れになったでしょう。次回は〇〇についてお話ししましょうね」など不安を助長しないように次回の予告をしておくべきである。

次の予約日までの期間は1週間程度が一般的である。「今日お話ししたことで、何か不安を感じられたら次の予約日を待たずに何時でもご連絡ください」と告げておくことと完璧である。何時でも聞けるという安心感は、不安の増長を抑制する効果がある。

7) 何度かに分けて告知する方法②

次の予約までにクライアントに「宿題」を課するのも受容を進める効果がある。夫婦に告知した場合、「この問題についてお二人で話し合ってください」とか、ある程度、理解や受容が進んだと判断できる場合は、「インターネットに同じ病気をもった方のホームページがありますから、1度お眺みになってみてはいかがですか。きっと色々な疑問が出てくると思いますから、次にお会いしたときにお話ししましょう」などである。

「宿題」の出しっぱなしはよくなく、必ず「カウンセラーに報告させる」ことが大切である。一方的に「宿題」を与えるのではなく「〇〇の問題については私も情報を集めてみます。この次にお会いしたときにお話させていただきます」とカウンセラーが約束すると、クライアントとカウンセラーが対等な関係になり「カウンセリングのスタイル」になる。クライアントはカウンセラーが「一緒に」問題を解決してくれるのだと感じカウンセラーとの「よい関係」が生まれ、受容行動への意欲が湧いてくるのである。

8) 「受容援助」に繋がる告知を行う

何度も強調しているように「告知」は医師の単なるルーチン業務ではなく、スムーズな「受容」を目的としなくてはならない。「悪い知らせ」を伝える瞬間から「受容援助」が始まっているのである。本連載第6回でまとめた「受容の段階理論」

に従ってクライアントの反応を評価しながら告知を進めていくのも1つの方法であるし、「価値変換理論」を意識しながら話を進めていくのもよい。これらの「理論」をイメージしながら話をすると、「話の内容」が自然に変わってくるものである。

例えば「失明」を「残念ながら視力の低下を防ぐ方法はないでしょう」と事実を正確に伝えることも大切である。しかし「価値変換理論」をイメージしていると、「視力が落ちて人間がもつ色々な能力が障害を補ってくれます。これから新しい世界があなたの目の前に広がるかも知れませんよ」と告知と同時に受容に向けての働きかけへと話題が進むかも知れない。それまで抱いていたクライアントの将来予測（願望など）を大きく修正することによって現実を受け入れるしかない場合は、その修正が決して「悪いことだけではない」という気持ちをもたせるよう援助しなくてはならない。

もちろん「受容」には時間がかかる場合が多く、告知直後に行う援助には限界がある。「段階理論」的に評価しながら「適切な時期」に「適切な援助」を行うのが原則であるが、最初の告知のときに医師が送った「希望を捨ててはいけません」というメッセージをクライアントは後々まで覚えているものである。そのときの医師の暖かい言葉や態度が「辛い日々を乗り越える励みになった」と述懐するクライアントは少なくない。医師から好ましい告知を受けたクライアントは遺伝カウンセラーの介入にも積極的に反応し、受容への経過を取りやすい。

9) 告知は「義務的」に行うべきではない

前項の「受容を目的に」という主張と同じであるが、検査を行ったからには結果を伝えるのが医師の「義務」だからという考えは危険である。十分なICを取った場合でも「悪い知らせ」をクライアントが受け入れることが困難な状況になったと感じた場合は「告知の行い方を再検討」すべきである。主治医1人で考えるより、カンファレンスなどで多くの意見を聞いたほうがよい。遺伝カウンセラーや心理専門職と相談することもよいだろう。

人間の「悪い知らせ」を受け止める能力は医療

閑話休題

● AIDS 検査とカウンセリング

遺伝カウンセリングの主目的はクライアント個人の支援である。しかし、カウンセリングの2次的効果が他の社会目的に利用される場合がある。エイズカウンセリングが1つの例である。

1980年代にAIDS患者の発生が確認されるや、アメリカでは徹底した感染者の隔離政策が開始された。感染症対策の第1は「感染源対策」だからである。一方、ヨーロッパではコンドームや注射シリンジ（若者が違法の麻薬を回し打ちして感染が拡大するのを防止するため）の無料配布を含む感染経路対策や、感染者のカウンセリング態勢の整備（一種の社会適応策）を優先し、隔離政策を二の次とした。感染者の潜在化防止を優先したのである。

10年遅れてアメリカもヨーロッパ方式に政策を転換し、わが国もこれに習った。新しい政策では、カウンセリングは単に感染者のケアだけが目的ではなく、感染者を社会に繋ぎ止め潜在化を防ぐことにより社会防衛の役割を担うと考えられた。1990年代の話になるが、本邦では国の保健所を窓口「AIDS 匿名検査」が始まった。筆者は当時、大阪府の保健所長であったが、AIDS 検査を目的に訪れた住民にどのように対応するのか、AIDS 対策のマニュアルもない状況下でのスタートであった。

筆者はAIDSのカウンセリングを行った経験は皆無であったが、急遽、遺伝カウンセリングのカウンセリング技術（ロジャース）を応用して、簡単なマニュアルを作り保健師を対象に研修指導した。2、3年後に旧厚生省からエイズ対策マニュアルが送られてきた。AIDS カウンセリングの経験をもつ臨床心理士が執筆したものだが、ロジャースの理論が採用されていて、筆者のマニュアルとさほど変わらなかったと自負している。「未経験」の分野では「理論」がある程度役立つという見本である。

従事者が想像する以上に強いものであるが、それでも危険を冒すべきではない。「より慎重で適切な」告知方法をもう一度考えるべきである。クライアントや家族にとってどうしても必要な告知だ

さて、匿名検査であるから感染者の隔離や感染経路の追跡などの対策はたてられない。大切なことは感染者を潜在化を防ぎ治療のコースにのせることで、カウンセリングが重要なポイントとなる。現場でAIDS 検査に訪れた住民に、「悪い結果」についてどのように事前に話をすべきか苦慮した。その当時は「AIDS が治療不可能で、平均10年で死の転帰をとる伝染病である」という知識が一般的で、「心当たり」がある住民が「不安」にかられて匿名検査に訪れたのである。最初の対応では、抗体検査を行う時期として適当かどうか（感染後2か月以上経過していることを確認）の確認と、もし抗体陽性だった場合、次の行動（指定医療機関を受診して精密検査と治療の開始）へ確実に移れるようなカウンセリングを提供しなくてはならない。

検査を行う際に「安心させすぎると検査をしただけで満足し、検査結果を聞きにこない住民もいる。「脅かしすぎると反社会的行動に走ったり潜在化する危険性がある。結果が陰性と聞いて「あよかった、また遊びに行こう」と保健師の忠告に耳を貸さない住民もいる。匿名検査ということもあって、この辺りの対応が非常に難しかった。もし検査結果が陽性であっても、適切な治療により発病を遅らせ、新しい治療法が開発されるのを待つことができる希望はあるのだから自暴自棄になってはいけません、われわれは決して感染者を見捨てない」といった態度の表明や、AIDS に対する偏見を是正するためのカウンセリングを行わなくてはならない。その一方で「危険を避ける」ための教育的な指導も行わなくてはならない。

AIDS 感染者に対するカウンセリングは専門カウンセラーが行うべき領域であるが、検査前カウンセリングは医療従事者として必要な一般技術である。筆者の遺伝カウンセリング論はAIDSの体験も生かしているつもりである。

が、その結果が避けたい悲劇の原因になる恐れがある場合は、クライアントと話し合ったうえで「条件付きの告知」を行う場合がある（コラム「条件付きの告知—夫婦の保因者診断の例」）。

10) 1人に「告知」する危険性

筆者は小児科医であるため「悪い知らせ」を母親に告知する機会が多い。これまでに説明したように、受容が困難と予測された場合は1人に告知するのは危険である。母親を待たせておいて、夫を呼び寄せて一緒に告知したこともある。あらかじめクライアントの住所を管轄する保健所の地区担当保健師に事情を話して、同伴のうえで告知したことも多い(大阪府の保健師はよく対応してくれた)。前述した通り「頭が真っ白」になったクライアントは医師の話をほとんど理解できていない。2人で聞くと、聞き漏らしが少なくなるのでその点でも効果がある。また告知後の「帰る道」の危険性を回避できる(絶望したクライアントが

帰りに「電車で飛び込まないか」告知した医師も本当に不安である)。特に保健師がかかわるとその後の援助に繋がってくれるので便利である。前項「1. 告知を行う前に」で「援助者に関する情報収集」の重要性を述べたが、クライアントの相談相手として誰が適当か、あらかじめ特定できている場合は告知に立ち合ってもらってもよいし、告知後の援助の協力を依頼することもできる。

11) 危機の展開には常に注意を払う

カプランの危機感の展開に関する段階理論を思い出して欲しい。クライアントが「悪い知らせ」の告知を受けて第3段階に入ると、自殺など反社会的な行動を起こす可能性がある。危機の管理はあくまで予防が第一である。クライアントの一挙

一動に気を配り、告知が危機感を制御不能なレベルまで上げないように注意する。バックマンは患者の反応を正常な反応(適応反応)と異常な反応(不適応反応)に分けているので引用しておくが、参考になるであろう(コラム「クライアントの危険な反応」)。医師が危険を感じた場合は、告知をいったん中止したうえで経過を観察し、必要に応じて本格的な危機介入を考慮すべきである。

12) 告知の内容を診療記録に記載する

遺伝カウンセリングの記録については稿を改めて解説する予定であるが、告知は「医療行為」なので内容を①なぜ告知する必要性があったか(どのような行動変容を期待して告知したか)、②どのように告知したか、③そのときのクライアント

の反応はどうだったか、④告知によって期待した行動変容がクライアントに起こったかにまとめてカルテに記載して欲しい。

最後の項目は告知後のフォローが終わってから記載するが、①～③は告知終了後に記載しておく。単なる覚書やメモではなく、受容援助を科学的に進めていくために必要なものである。また遺伝カウンセリングはチーム医療の側面が強いが、医師がどのような告知やカウンセリングを行ったか、遺伝カウンセラー、心理専門職、看護職など協働する専門職にわからないとチーム援助を行うことができない。

Column

● 「条件付きの告知」 ■ 夫婦の保因者診断の例

「悪い知らせ」の伝え方の「番外編」である。染色体異常をもった子どもの両親の染色体検査を行うことがある。一種の保因者診断であるが、子どもの予後を推定するための正確な診断に結びつき、夫婦が次の子どもをもうける際に必要な情報となる。

一方で「夫婦のどちらかに原因がある」ことを明らかにする検査であるから、検査前のカウンセリングはきわめて重要である。家族の状況によっては、もし女性側に原因がみつかった場合、女性側が不当に不利益を被る可能性がある。万一、離婚問題に繋がると夫婦にとっても悲劇であるだけでなく、子どもが第1の被害者となる。このような背景を配慮して、「検査結果が判明しても、どちらがキャリアかはわからない」という約束(契約)のもとに検査を実施して告知することがある。どうしても知りたい場合は「夫婦の同意」が開示の条件と約束しておくのである。

何度もこのような変則的な告知を行った経験があるが、最近ではいくつか難しい対応に迫られる事例が出てきて頭を悩ませている。夫婦が離婚したり、片方が死亡してから情報の開示を迫られる場合であ

る。これらの場合、「夫婦の同意」を取り付けることが難しい。診療現場では夫婦の検査の際、それぞれのカルテを作り、検査結果はカルテに記載されている。カルテ開示は患者の権利である。しかし、もし一方が検査正常とわかれば、他方がキャリアであることが判明する。万一、開示した一方の情報が発片方の本人や親族に伝わり、何らかの不利益が発生することも起り得る。この場合、「約束の不履行」を理由に主治医が訴えられる可能性も考えておかなければならない。色々な対応の仕方が考えられるが、もともとこの「契約」は正式のものではなく、「夫婦と主治医間の善意」を前提に結ばれたものであることの確認、夫婦関係が解消された段階でこの「契約」は無効となったと考えて、子どもや双方の親族に対する影響を改めて話し合い、新たな合意を得るという方法が実際的であろう。

情報の管理が重視される現代では、事前にこのような事態を予測して夫婦と話し合っておくことが必要となろう。遺伝医療は個人だけでなく家族や血縁の利益や不利益がからむので、個人の遺伝情報の開示をめぐって法廷論争にまで発展する場合がある。遺伝性疾患の告知の難しさをご理解いただきたい。

● 「クライアントの「危険な」反応

クライアントの心理状況を評価することは難しい(そのために専門職がいるのである)。初対面の場合や診療時における面識だけの人間関係だけで、クライアントの心理状況を判断することには限界がある。専門職の遺伝カウンセラーは、カウンセリングを通じてクライアントの行動や対人関係に関する比較的長期間の客観情報を評価することにより、クライアントの人格像や性格を描く訓練を行っているが、医師が告知を行わなくてはならない30分や1時間の観察で同じことを行うのは困難であろう(本連載をお読みになった方は挑戦して欲しい)。そこで役に立つのは医師の言葉に対するクライアントの反応(言語、表情、態度)である。バックマンが「悪い知らせ」を聞いた患者の「正常な反応(適応

反応)と「異常と考えるべき反応(不適応反応)」をまとめているので紹介する。

原則的には「適応反応」は受容への過程と考えられるので経過観察でよいが、「不適応反応」は受容が遅れ偏った受容に向かう場合があるので適切な介入が必要となる。しかし、これも自己抑制の強いクライアントや過剰に反応するクライアントもいて、個人差が大きいのであくまで一般的な基準である。下記の不適応反応と考えられる反応でも、一時的なものであれば病的とはいえない場合もある。この他にも、「放棄や逃避」は不適応反応と考えられるが、「あきらめ、解脱」は適応の結果と評価できる場合がある。また、「異常に素直な受け入れ」も現実からの逃避の結果による危険な不適応反応と考えられる場合がある。

適応反応 (adaptive)	冗談や皮肉 (humor)、否認 (denial)、形のない怒り (abstract anger)、病気に對する怒り (anger against disease)、泣く行為 (crying)、恐れ (fear)、希望をかなえるためのなりふり構わない努力 (fulfilling an ambition)、現実的な願望 (realistic hope)、性的な衝動 (sexual drive)、取引 (bargaining)
不適応反応 (maladaptive)	罪悪感 (guilt)、病的な否認 (pathological denial)、長く続く激怒 (prolonged rage)、カウンセラーに対する怒り (anger against helper)、虚脱感 (collapse)、不安感 (anxiety)、不可能な要求 (the impossible quest)、非現実的な願望 (unrealistic hope)、絶望 (despair)、ごまかし (manipulation)

Robert Buckman: How to break bad news. A guide for health care professionals. The Johns Hopkins Univ. Press: 103, 1992より引用(訳:筆者)

3. 「告知」の終わり方

1) 危機感が異常に高まった状態で終わってはいけない

カプランの危機の展開理論をよく復習して欲しい。やむを得ない場合は、家族を呼び寄せる必要があるし、本当に危険を感じた場合は精神科医や心理専門職に繋いでいかねばならない。このまま帰宅させることに危険を感じて入院を勧めた経験もある。

2) 「24時間の安全性」を確認する

前項と同じ内容であるが、告知後24時間が「魔の時間」と考えておかねばならない。一晩ゆっくり睡眠をとることができれば、クライアントの危機感はかなり遠のくのが普通である。医師がカウンセラーの場合、精神安定剤や眠剤を投与することも効果がある。

3) 「次の予約」を忘れない

「次の予約」をしないで告知を終了すると、「医師に見放された」と感じて絶望感が強まる危険性がある。「次の予約」によりその日まで頑張ろうとの気持ちが生まれてくることが多い。「心配なときは何時でも連絡してよい」の一言は大きな効果がある。

クライアントの状態によっては、カウンセラーが個人の電話番号を教えることもある。効果は大きいですが、カウンセラーが支払わなければならない代償は大きいことを覚悟しておかねばならない。筆者は何度も夜中の長電話に付き合わされたことがある。自殺など具体的な危険性があり、やむを

得ない場合に限るべきであろう。その点Eメールは対応が楽であろうが、緊急事態に対応できるかどうか疑問である。

4) 「受容」には時間がかかることを理解しておく
「悪い知らせ」を1回1時間程度の話で受け入れることができると考えてはならない。本連載第6回のコラム「受容に時間がかかるのは異常？」を読み返して欲しい。

●告知後のフォロー●

継続的に受容援助を計画している場合は別として、「悪い知らせ」を行った場合はその後のクライアントの行動を確認しておかねばならない。内容によって1週間後とか、1か月後に何らかの方法でクライアントにアプローチする。電話、Eメール、遺伝カウンセラーあるいは看護師から電話をかけるなどの方法が一般的である。前述した保健師同伴で告知した場合は、保健師が「その後」を専門職の立場から報告してくれるのでありがたい。

確認内容によって「経過観察」とどめたり、「さらなる介入」の必要性を判断するが、カウンセリングの内容によっては、カウンセリング終了時に2か月後辺りを目処に予約をしておき、経過の確認、カウンセリングの修正、ブースト効果をねらった再カウンセリングなど適切な対応を行うのもよい（クライアントは医師のもとに継続的に通う習慣があるので、医師がカウンセラーの場合、この方法がとりやすい）。

医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版

高橋祥友

●A5 頁192 2006年
定価2,835円(本体2,700円+税5%)
[ISBN978-4-260-00378-0]

1998年以来、わが国の年間自殺総数は3万人台で、交通事故死の4倍以上という深刻な状況が続いている。彼らの多くは自殺を図る前にさまざまな身体症状を伴って医療機関を訪れている。自殺に予兆はあるのか？ 医療の介入によって予防しうるのか？ 自殺未遂者にどう対応したらよいのか？ 不幸にも患者が自殺してしまったら？ 個々の医療者が自殺予防において大きな役割を果たしうることを知ってほしいという思いをこめて全面改訂。

遺伝カウンセリングと倫理問題 (1)

千代 豪昭*

はじめに：遺伝カウンセラーの倫理的態度とは

倫理観は人格の一部である。人間は一人一人の個性が違いうように、倫理観も一人一人異なっている。ロジャースのカウンセリングではクライアントがカウンセラーの倫理観に影響されながら自律的に判断を下すが、決してカウンセラーが自らの倫理観をクライアントに押しつけてはならない。しかし、遺伝カウンセリングは医療カウンセリングであるから、「好ましい方向」へクライアントを誘導したい。「好ましい方向」が EBM (evidence-based medicine) に基づいた医療思想、社会通念や法律に基づいているべきであることは、これまでに何度も強調した。このためには遺伝カウンセラー一人一人の倫理観が異なっている、ある程度の共通した基本的態度は必要であろう。「基本的な倫理的態度」をどう学ぶかということが今回の連載のテーマである。

結論から先に申しあげると、「……は好ましい」「……はよくない」と価値判断をそのまま学ぶことは好ましくない（それこそ、倫理原則に反する。倫理原則に反した教育は学習者に拒否される）。倫理的な考え方、もう少しはっきりいうと、「倫理分析」の手法を学ぶのがよいと考えている。カウンセリングの技術論からも、クライアントの倫理観

をそのまま受け入れ分析してみることは、クライアントの決断や行動を理解し予測することに役立つ。教育する立場からも、学習者の倫理的判断を「その考え方は間違っている」と指摘するよりは、「なぜ、そのように考えるのか」を分析させることにより、もっと違った考え方があることに気づかせることができる。いろいろな倫理観を持ったクライアントを相手にする遺伝カウンセラーにとっては、この技術を学ぶことが重要である。最も重要な遺伝カウンセラーの倫理的態度は、クライアントのさまざまな倫理観を受け入れ理解する態度である。遺伝カウンセラーの基本的な倫理的態度は、このような倫理学習により結果的に備わってくるのではないかと考えている。そのため、筆者は倫理学の講義で最初から倫理ガイドラインの類いを暗記させるようなことはしない。偏狭な倫理観に凝り固まった遺伝カウンセラーはクライアントにとって迷惑そのものだからである。

結論を先に述べてしまったが、現代の遺伝医療現場は「共通の倫理観」で対応できるほど単純ではない。クライアントの立場、社会の立場、医療を提供する立場によりいろいろな考え方が可能で、倫理的に「正しい」とか「間違っている」とか判断を下すことはきわめて難しい。遺伝カウンセラーとして共通の倫理的態度がもしあるとすれば、社会の一員として最低限守らねばならない基

Ethical problems in genetic counseling (1)

* Hideaki Chiyo お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科特設遺伝カウンセリング講座
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創成科学研究科特設遺伝カウンセリング講座

本的な倫理観・社会通念・遵法観念と医学に基づいた基本思想くらいで、それも「たてまえ」と現実的対応の間で苦慮することが多いのである。

さて、よくある誤解に倫理学を学習すると「道徳的な人格が形成される」とか「何が正しく、何が間違っているか判断ができるようになる」という期待がある。倫理学は道徳教育ではない。ある時代、ある集団の倫理規範がどのような背景で形成されたのか、社会風土、宗教、科学思想、政治思想などさまざまな条件から科学的に分析するのが倫理学の研究手法である。したがって先端医療の出現など、人類がこれまでに経験したことのない新しい局面で、どのような倫理的問題が発生するか、ある程度の予測をつけることはできるかも知れないが、「この考え方は正しい」とか「倫理的に間違っている」とか、価値判断を下す方法は教えてくれない。現場の課題を倫理ガイドラインを引用しながら評価することは比較的容易であるが、科学技術や社会が急速に変化しつつある現代では評価は暫定的なものだし、医療体制や文化の違いも考慮しなくてはならない。

教育者が自分の倫理観を学生に押しつけることは非常に危険なので、筆者は学生に対して「この考え方は倫理的に正しい」とか「誤っている」といった価値判断は決して下さないようにしている。個別の倫理的価値判断は関係する社会、集団が合意形成を行って決めるべきだというのが筆者の考えである。このとき、議論を可能にするのは共通の分析手法である。個人の独善的な倫理観をぶつけ合っても意見は平行線をたどるばかりで決して合意形成が得られない。この点でピーチャム(Beauchamp TL)の倫理分析は役に立つ。同じ手法を用いて倫理分析すると、誰でも同じ結論に至るということは絶対ない。しかし、どの段階で意見が異なったのか、共通の議論が可能となる。このことが倫理的合意形成を行う過程で重要なのである。

本連載では誌面が限られているので、ガイドラインの紹介で話をまとめるのが無難かと思ったが、そのような啓発書は数多く出版されているし、講演を聞く機会も多いだろう。本稿ではあえて倫

理学のオーソドックスな解説と倫理分析の基本について解説する。コラムを紹介するので行間を理解していただければ幸いである。

① 「倫理」の定義 ①

「倫理」という言葉の意味を小学生でも理解できるように説明しなさい」というと、答に窮してしまう学生が多い。「人間としての正しい行いをするための原則」とか、「法律をつくる時の原則」といったかなり立派な答が返ってくることもあるが、これらの答は稀である。筆者は倫理分析の技法を教えるために、倫理とは「人間は社会的動物。社会生活を行うためにはルールが必要である。善悪の基準でつくられたルールが倫理規範。基本的な倫理規範を成文化したものが法律。倫理規範がつけられる過程で、人間性や普遍性を求めるのは道徳家の仕事」と割り切った定義をしている。この定義から倫理分析の世界に学生を誘うのである。「文化、風俗・習慣が異なった民族でも基本的な倫理行動は似ている。やはり人間として普遍的な規範が存在するのではないかと」の反論には「生物種としての人間の基本的な行動パターンのたまたまの一致」によると答え、逆に「ではあなたが考える普遍的な倫理規範を挙げてみなさい」と質問する。「人を殺すことは絶対的な悪」と答える学生には「では、戦争で敵国民を殺すのはなぜか、死刑をどう考えるのか」と反論する。「生命の尊厳」を主張する学生には「では、君は肉や魚を食べないのか、野菜だって立派な生命だよ」と逆襲する。「公務員倫理とか、政治倫理という言葉があるが、職業により倫理規範は異なるのか? 医師と看護師で倫理意識は同じだろうか?」など、倫理規範が個々の社会集団で特徴がある例はいくらでもある。

筆者として「倫理」という言葉に崇高な人間性の原点を求めたい気持ちはあるし、これから紹介するピーチャム自身もある程度の普遍的な倫理原則のようなものを想定している。もしかしたら遺伝子に組み込まれた人間の基本的な行動パターンのようなものが倫理の原点にあるのかもしれない。反論は多いであろうが、あえて倫理規範を「人間

Column

医療系学生に倫理学をどう教えるか

いまから10数年ほど昔に看護大学に赴任したとき、看護学生を相手に生命倫理学を教えることになった。遺伝医療の現場にいた経験から、倫理的課題に直面した体験には事欠かなかったが、学問として教えるのはまた別物である。ちょうどその当時は生命倫理学への関心が高まっていた頃で、遺伝関連学会でも海外から専門家を招いて多くの講演や研修会が開催されていた。また、専門分野の書籍がいくらでも入手でき、講義の準備として必死で勉強したものである。

しかし、生命倫理学の専門書を読んでも「どうもしっくりした」感じがあつた。お叱りを受けるかもしれないが、生命倫理の専門家が多くが海外の哲学畑出身の研究者であり、わが国の臨床現場で利用するための理論としては不満が残

るのである。特に遺伝医療の現場は従来の社会常識や法解釈では判断できない問題が多い。「海外の研究者の話を聞くより、われわれがわが国の遺伝医療現場あった倫理学習の方法論を確立する必要があるのではないか」と強く感じる毎日であった。

このようなときに、ピーチャムとチルドレスの生命倫理学に出会った。一読したとき、「これは使える」と目の前が明るくなったような気がした。大切なことは学生に倫理専門家の価値観をそのまま教えるのではなく、「倫理的課題の分析方法」を教え、「お互いに理解できる言語」で「議論できる」ようにすることだとわかったのである。その方法論としてピーチャムは大変すぐれていて、医療現場における倫理原則としては世界的にも主流である。決して「倫理的な人間」ではない筆者でも分析方法なら学生に教えることができると気持ちが悪くなったのである。

閑話休題：倫理学に対する筆者のトラウマ

倫理学については、筆者には学生時代からのトラウマがあった。大学に入学して倫理という言葉に何となく興味を感じた筆者は、教養科目として倫理学を選択した。講義内容はギリシャ哲学の流れを汲むもので、最初に予想したほど「楽しい」講義ではなかった。単位認定はレポートであったが、筆者は当時ちょっとした話題になった、インドで発見された「おおかみ少女」の論文(心理学)を読み、「人間の倫理観は環境により決定されるもので、講義で学んだような人間独自の能力・文化とは考えにくい」といったような結論でレポートをまとめた。かなりの力作(当時の本人の評価に過ぎないが)のつもりであったが、評価は「良」であった。納得できずに研究室に押しかけた(嫌な学生だったようだ)。教授は筆者に「人間を生物学で理解しようと思っただけじゃない?」君のような学生が医学部に行くから日本の医学はダメなんだと言った。この言葉は筆者にとつて強いトラウマになったが、おかげで倫理学への興味を強くしたのかもしれないと感謝している(負け惜しみ

である)。ちなみに人間の倫理行動に普遍的な行動パターンがあるのかどうかは難しい問題である。本文で解説しているように、倫理は社会的動物である人間の「社会生活におけるルールの1つ」と考えると、一見普遍性があるかにみえる倫理的行動(国や言語が違う集団でも倫理規範は比較的一致している)の一致性も単に生物として同一種である人間の行動パターンの一致に帰属できるのかもしれない。しかし、人間の倫理行動は進化の過程できわめて有利に働いて人類の繁栄につながったとするダーウィニズム的思想もあるし、倫理行動を遺伝子の機能と考える生命論的な意見もある。環境の影響は大きいだろうが、遺伝学的な背景も存在するのかもしれない。次元が違った話であるが、遺伝カウンセリングの現場で、「犯罪傾向が遺伝する」とか、「不倫は遺伝する」と固く信じているクライアントに出会うことも珍しくない(優生学の時代では真面目に信じられていた)。人間の感情と行動については脳科学の発展を待たねば筆者のような「生物学的な人間」を満足させるような答は得られないだろうと考えている。

関係のなかで、機械的に決定されたルールに過ぎない」と定義したのは、「ツールとしての倫理分析技法」を教えるにはこのほうが理解しやすいからである。先端医療の現場は多彩な倫理観が囂している状況で、独善的な倫理観を主張したのでは議論にならない。だからこそ遺伝カウンセラーにとって倫理学の学習が大切なのである。

④ 現代の倫理思想 ④

倫理学の歴史を解説するためには誌面が足りないが、簡単に触れておこう。倫理学は人間性の追究に源を発し、国の東西を問わず道徳家や哲学者の研究対象として発祥した。しかし、ギリシャ哲学を継承した西洋では中世以後、倫理問題は宗教が関与する領域となり、キリスト教の影響を強く受けた。洋の東西を問わず、宗教は国家権力の庇護を受けて大きな力を持つに至ったが、1つの理由は人間の倫理行動の規制が国の統治に利用できるからである。しかし、ヨーロッパではルネサン

ス、産業革命を経て近代に移行すると「宗教離れ」が進行した。特に科学思想の発達は人間の倫理行動をキリスト教の教義だけで説明することに疑問を投げかけた。さらに20世紀になって大きく発達した生物学の発達も無視できない。

20世紀の前半には現代倫理学の原点ともいえるメタ倫理学が主流になった。哲学の影響を強く受け、「善とはなにか」など概念分析が盛んに行われた。1960年代に高校・大学生を送った筆者らの年代では、『善の研究（西田幾多郎）』『愛と認識の出發（倉田百三）』『三太郎の日記（阿部次郎）』は学生がポケットに入れておく「三種の神器」であったが（当時、どれだけ理解できたか疑問であるが）、これらの哲学書はメタ倫理学の研究手法と同一のものであった。新しい倫理学として、もつと実社会に役立つ倫理学の模索も行われ、規範倫理学とよばれるジャンルも発達した。「死刑廃止は善か」といった、現実社会の規範に倫理学を応用しようという試みである。さらに20世紀後半の

Column

● 肉食主義者は倫理的人間？

アメリカから赴任したある看護学教授が、「私は肉食主義です。それは看護は生命を慈しむべきという主張があるからです。」と挨拶したことがあった。植物も立派な生命である。植物を生命として扱わない態度が環境破壊の一因ではないだろうか。筆者がドイツに留学していたとき、地元の新間に「日本のスッポン料理の写真」が掲載されたことがあった。翌朝、研究室では「日本人は亀を食べるのか、残酷だ」と話題が盛り上がっていた。「でも、君たちは子鹿を丸焼きにして食べるではないか（とても美味しかった！）。日本では鹿は神様のお使いだから食べない（半分、ウソであるが）」と言ったところ、「鹿は神様が人間が食べるために作ってくださったのだ」と反論された。これでは議論にならない。

確かに、子ウシやヒヨコを見た直後に肉料理は食べにくい。それでも生きた魚に出刃をふるうの

はそれほど良心がとがめない。人間性のイメージから離れたものほど、共通の生命を感じにくいことは確かである。人間性のイメージとしては視覚的なものが大きい。捕鯨反対論者のように「クジラは知性をもった動物だから」という根拠もある。反捕鯨運動には生命論争以外の理由があるようだが、「外見」とか「知性」を人間性の条件とする思想は、遺伝医療の現場でも人間差別に通じる深刻な課題である。前述した「環境問題」は現代倫理学では「人間の権利」を中心に議論されることが多いが、なぜ「人間だけ」なのか筆者は時々疑問に思わざるを得ない。いずれにせよ倫理観は人間が社会生活を行ううえで、ルールとして形成されていくのである。

ちなみに宗教ではこのあたりの矛盾にうまく対応している。人間は生きていくために罪を犯さざるを得ない。仏教では「業」、キリスト教では「原罪」として扱い、「だから神様に祈りなさい」と諭すのである。

先端科学の発達は、単に社会のルール（規範）だけでなく、人間の歴史で経験しなかった倫理課題の実践的解決をめざした倫理学が必要となった。応用倫理学とよばれる領域である。特に、医学技術の発達は過去に経験しなかった倫理的課題に直面した。このような背景に第二次大戦の悲惨な体験から生まれた人権運動が影響し、生命倫理学の発祥へと進んだ。本稿で扱っている倫理学は主としてこの生命倫理学である。

④ 生命倫理学の発達 ④

例えば、難産で胎児を助けるべきか、産婦を助けるべきかの判断が迫られたとしよう。キリスト教的には「人間として罪を犯していない」胎児を殺すことは重大な罪であった（中絶を禁じる思想の根源）。しかしフレッチャー（Fletcher J）は、「人間としての生活が長い」産婦のほうが高い「生命の質」をもっていると考え、胎児より産婦の生命を優先する考えもあり得ると主張した。彼の思想は宗教の呪縛から完全に逃れただけでなく、生物学的な価値判断でもない（生物学は生命現象を説明するが、生命の価値判断は教えてくれない）。また、規範倫理学の流れからも離れた新しい領域を開拓したのである。

彼の思想は「パーソン論（人格論）」と呼ばれ、人間の生命に序列をつける危険性が指摘されたが、新しい生命倫理学の興隆の基礎を築いた実績は大きい。確かに障害児医療の現場や植物人間の生きる権利を問題にしたカレン裁判、臓器移植の現場など、パーソン論的思想を警戒する考えは現代倫理学でも強いが、一方で「生命の質」を宗教や生物学のうえから議論するのではなく、人間の生活の質から判断するという思想は「生活の質（QOL）」を重視する現代医療思想につながっていったのである。フレッチャーに続いて多くの生命倫理学の学説が生まれ、生命倫理学は現代倫理学の重要な地位を獲得しつつある。

生命倫理学は学問として追究する価値がある分野であるが、これは本稿の主旨ではない。本稿では、医療従事者が現場の倫理的課題に対応するための「ツール」としての可能性を追求してみたい。

あくまで遺伝カウンセリングに役立つ倫理学にこだわりたいと考えている。

④ 医療現場における倫理思想 ④

生命倫理学は新しい学問であるといったが、倫理思想を医療現場の倫理的課題への対応に利用しようとするとき、思想的には倫理学の古典ともいえる「原理・原則主義」と「功利主義的な思想」の対立が問題になることが多い。コラムでも解説したが、厳密な原理・原則主義（いわゆる「たてまえ」主義）は医療現場では利用しにくい。また、功利主義（「結果主義」）は暴走の危険性が高い。このため、医療現場では功利主義的な考え（患者の利益を優先）を基調にしながら倫理原則に基づいたガイドラインを用いて規制を行うのが一般的である。ガイドラインは現実的な解決となり得るが、「全体的な合意」を形成する段階で、「少数の意見、利益」をどうするかという功利主義的思想に対する宿命的な論争が起こる。ピーチャムとチルドレスはその著書（Beauchamp TL, Childress JF, 永安幸正・立木教夫（訳）：生命医学倫理。成分堂、1997）で、基本的な倫理原則ごとに分析を行い、最後に統合的に議論し、一定の評価を行うプロセスを提唱した。基本的には原理・原則主義であるが、最初から一定の価値観をもって分析するのではなく、個々の原則を個別に議論し、最後に統合する。原則のなかで「正義の原則」は功利主義的な判断が議論されるし、統合の段階でも現実的な調整が行われるので、医療現場で使いやすい。基本的には原理主義に基づいているので、功利主義の暴走もある程度抑えることができる。この方法を用いると、医師間、あるいは医師と他職種の間で「倫理判断が異なった」ときに、「どの段階で意見が違ったのか」よくわかり、議論が前向きに行われるという長所がある。独善的に議論したのでは、倫理問題は平行線のままで合意形成が非常に難しい。

ごく大ざっぱに解説したが、功利主義を例にとっても、現代功利主義には多くの修正された学説があり、単純ではない。また「原則」の間で結果が対立することもある。このためにさらに多く