

# 遺伝カウンセリングの歴史



## 千代豪昭\*

◎はじめに◎

2005年10月に東京で第1回目の認定遺伝カウンセラー制度による認定試験が行われ、5名のわが国で初めての認定遺伝カウンセラーが誕生した。この制度は日本人類遺伝学会と日本遺伝カウンセリング学会の共同の認定によるもので、原則的には養成専門課程と認定されたコース(大学院)の修了が認定試験の受験資格となっている。現在、7つのコースが専門課程として認定を受け、遺伝カウンセラーをめざした学生が教育を受けているが、今後10数年の間には400名を超える遺伝カウンセラー(「認定遺伝カウンセラー」と呼称)が誕生する見込みである。21世紀はゲノム医学の時代といわれているように、研究領域のみならず、臨床領域でも遺伝子診断を始めとする遺伝医学的なアプローチが普及し、遺伝カウンセリングのニーズが高まると考えられる。遺伝カウンセリングは臨床遺伝専門医と並んで遺伝医療をささえる主なメンバーであるが、今ようやくわが国でもこれらのメンバーの養成がスタートしたところである。

もともと眼科の領域には先天異常や遺伝性疾患が少なくなく、多くの先駆的な眼科医がわが国の臨床遺伝学の発展に貢献してきた。また、視覚障害者のサポートや色覚障害に対する社会運動など

千代豪昭(ちよひであき) 1971年 大阪大学医学部 卒。小児科研修後、神奈川県 緑色体科シニアレジデント、兵庫医科大学遺伝学講座助教授、西独キール大学 小児科細胞遺伝部(フンボルト留学)、金沢医科大学 人類遺伝学講座主任助教授として臨床遺伝学の基礎研究や教育に従事。この過程で母子保健行政に興味を持ち大阪府環境保健部に転職。保健所長を経て大阪府立看護大学看護学部 大学院教授。2004年よりお茶の水女子大学特設遺伝カウンセリングセンター 副センター長。主な担当:「遺伝カウンセリング 面接の理論と技術」(学生のための医療機関) (以上、医学書院)、「遺伝カウンセリング」その役割と資格取得に向けて」(真興交響会誌)。趣味:ヨット、スキー。専攻担任の健康増進のための巻頭相手の室内プレーチェア。



ど、眼科医の社会貢献には大きいものがある。遺伝性の眼疾患の診療やカウンセリングに精通しておられる眼科医も少なくない。しかし、日本人類遺伝学会など遺伝医学に関係する学会の会員名簿をみると眼科医の数は必ずしも多くはないし、筆者(小児科医)の遺伝臨床の経験のうえからも、現場で気障に専門的なコンサルテーションに当たっていただけの眼科医の数は決して多くはなかった。1つには眼科医そのものの数が少ないうえ、

The history of genetic counseling  
 \* Hideoaki Chiyō 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センター 別冊請求先: 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センター

眼科医は日常診療に多忙なこと、その診療の性格上、領域あるいは視覚に限定した治療が主で、生活全般や遺伝の問題にまで包括的に介入する機会が少ないためかも知れない。

今回の企画は、現場の眼科医の方々に遺伝医療を理解し、臨床遺伝専門医の資格取得をめざしていただき、今後現場に参入する認定遺伝カウンセラーを上手に使いこなしていただくと、それが目的

方々が日常の眼科臨床に遺伝カウンセリングの技術を応用していただければありがたいし、さらに臨床遺伝専門医の資格取得をめざしていただければこれ以上の喜びはない。

### ④ 遺伝カウンセリングの歴史 ④

遺伝相談、遺伝カウンセリングという言葉を用いたことがない医師はいないだろう。しかし、そ

の概念や内容が時代とともに大きく変化してきていることはあまり知られていない。遺伝カウンセリングがどのようなものか、なぜ今、遺伝カウンセリングなのかについて、歴史的な経過とともに詳しく説明させていただきたいと思う。

## Column

### ⑤ 遺伝カウンセリングを受け入れた欧米諸国の事情

戦後の欧米諸国で遺伝カウンセリングが急速に普及したのには背景があり、ドイツ、イギリス、アメリカとそれぞれ事情が異なる。戦後のドイツでは未熟な遺伝学の理論を応用した優生学が国家主義と結び付き、多くの悲劇を生んだとの反省から近代的な遺伝学の研究と普及活動が盛んに行われた。すべての大学医学部には人類遺伝学研究所が設立され、近代的な遺伝学の研究とともに、遺伝カウンセリングが広がっていった。わが国で出版された最初の遺伝カウンセリングに関する著書は Fuhrmann と Vogel の「一般医のための遺伝相談(坪井幸幸訳、1971年)」<sup>1)</sup>で筆者も勉強した本である。

一方、イギリスでは、神経管発生異常(多因子遺伝病の代表で、イギリスのスコットランド地方では無脳症や髄膜瘤の重症型が多く発症する。日本人でも二分脊椎は珍しくない)は国民病ともいえる遺伝病で、潜在的なものが多い)は国民病ともいえる遺伝病で、その医学・社会的対策として遺伝カウンセリングが利用された。1980年ころからは全妊娠について遺伝子マーカーテストが行われることになり、遺伝カウンセリングを確保するために看護教育の修士課程に専門コースを作って遺伝専門看護婦(genetic nurse)の養成を行った。その結果、年間数百名生まれていた重症型の神経管異常はほとんど生まれなくなった。検査の説明には必ず遺伝カウンセリングが対し、胎児の障害が判明した場合、産むか産まないかは両親が選択する。いずれの選択も家族にとつて不利にならないよう国がノーマリゼーションを保証

し、カウンセリング体制や患者のケアシステムを整備するなど、イギリスは国を挙げて戦前に行われた優生相談と一線を画すための配慮を行った。

本家ともいえるアメリカでも遺伝カウンセリングの普及には国民病ともいえる遺伝病の対策が背景にあった。ハンチントン病と呼ばれる遺伝性神経難病がその疾患である。遺伝子診断が可能になったことにより、わが国でも進行性の認知症(痴呆)と診断されていた患者のなかからみつかる例が増えているので、詳しく解説したい。

ハンチントン病は東洋人には比較的に珍しい常染色体優性遺伝病(罹患率頻度は十万人に1人)だが、アメリカの白人では疾患遺伝子のキャリア頻度が1万人に1人と高率である。DNAタイプの研究から疾患遺伝子(3塩基配列の延長)はヨーロッパから疾患遺伝子が世界に広がったと考えられ、に起る遺伝子変異が世界中に広がったと考えられ、このような現象は遺伝学では「創始者効果」と呼ばれる。アメリカの白人に疾患遺伝子のキャリア頻度が高い理由としてアメリカの建国にまつわる仮説が提唱されているが定かではない。メイフラワー号でアメリカに渡った清教徒の1家族が遺伝子をもたしたのではないかとこの仮説がその1つある。メイフラワー号は稀な遺伝子が集団に由来した大集団では、一般には稀な遺伝子が集団のなかで大きな頻度を占めるようになる可能性は十分にあり得る。

ハンチントン病は常染色体上に疾患遺伝子(3塩基配列の延長)がある優性遺伝病で、疾患遺伝子をもつキャリアは60歳までに90%以上が発病(浸透率が高いと表現)する。典型的な例では30歳代後半～

40歳代で発病し、性格の変化や物忘れなどの前兆といわれる期間が数年間続いた後に神経筋筋運動の障害を伴った特有の症状(かつて舞踏病と呼ばれた所以)が発現し、急速に進行して2～5年の経過で死の転機をとる。病理学的には大脳基底核線条体を構成する細胞の変性が原因で現時点では有効な治療法がない。

アメリカ人類遺伝学会が提唱した遺伝カウンセリングの基本的な方法論はハンチントン病対策を念頭に置いて組み立てられていたとしても過言ではない。すなわち、病気の遺伝子を積極的に減らす努力(これは優生学的な考え方)をしないで、カウンセリングによる教育さえきちんとして行えば、遺伝子をもった家族の自発的な生殖の抑制によって、長い年月(建国にかかった年月以上)のうちにはアメリカのハンチントン病の遺伝子頻度は他の白人諸国と同じレベルになるだろうという考え方である。当時は、遺伝リスクは遺伝統計学の理論を用いて推定するしかなかったが、近年の遺伝子診断の普及し、ますます遺伝カウンセリングの役割が重視されてきている。

### ⑥ ハンチントン病と遺伝子診断

母親が発病したため、自らが疾患遺伝子のキャリアのリスクをもっていた(遺伝カウンセリングにおける家系分析では at risk と表現)女性心理学者ナシ・ウェクスラーが父変な苦勞をしてヴェネズエラのハンチントン病家系のDNAを収集し、グゼラらの疾患遺伝子の同定(連鎖解析法)による、1984年の疾患遺伝子の同定(連鎖解析法)による、1984年を導いた。

現在では疾患遺伝子がクローニングされていて、No.4 染色体短腕上の1つの遺伝子エクソン内のCAGリピートの延長が遺伝子変異の原因であることが判明し、遺伝子診断が容易になった。遺伝子診断が可能なようになったため、わが国でも多くの家系が発見されるようになったが(従来は進行性認知症と診断されていた例が少なくなかったと思われ)、治療不可能な病気のことで、発症前に診断された疾患遺伝子のキャリアの心理的耐性サポートが可能なのかという深刻な問題が生まれてきている。血縁に疾患遺伝子が証明されたとき、自分ももしかしたら遺伝子をもっていてもいいかもしれないという不安は容易に想像できよう(前述のナンシー・ウェクスラーも自らは遺伝子診断を行っていない)。

同じ神経筋難病の仲間である遺伝子診断が可能になったものの、治療法が確立していない若年性アルツハイマー病や、筋緊張性ジストロフィについても同様な問題が生じていて、わが国でも遺伝カウンセリングシステムの整備が求められている(患者団体である日本ハンチントンネットワークがホームページ上でさまざまな情報提供や支援活動を行っている)。わが国の現状ではこれらの疾患については、発症前診断を控えるという姿勢の医療機関(遺伝専門部門)が多いが、一部には、事前に半年くらいの間をかける回数のカウンセリング(必要に応じて臨床心理士による心理面接を加える)を繰り返して、被験者の意思確認と、陽性結果となっても自信をもって生きていけるという確認のもとに、慎重な心理介入を行ないながら検査を進めるといった施設もある。

## 1. 黎明期—第二次世界大戦後に生まれた遺伝カウンセリング

近代的な遺伝カウンセリングは戦後にアメリカから導入された。遺伝カウンセリングの本質を理喻していただくために、少し詳しく歴史を辿りたい。遺伝カウンセリングという言葉は最初に用いたのは人類遺伝学者のリード博士 (Reed S.) で、1950年代のことといわれている。この当時、アメリカ人類遺伝学会は「遺伝カウンセリング」という新しい概念を提唱した。戦前の優生学の過ちを反省しながらも、ヒト染色体の核型決定(1956年)や遺伝子の本体であるDNAの構造決定(1954年)などに代表される近代遺伝学の成果を人類の幸福のために役立てたいという人類遺伝学者達の願いの1つが新しい臨床技法である遺伝カウンセリングを生んだといえる。新しく提唱された遺伝カウンセリングは選択や決定をクライアントの意思にまかせ、対話過程による科学的な情報提供という方法論によるもので、かつて国家権力を背景に婚姻を禁じたり、断種手術を行った優生相殺とは一線を画していた。アメリカやヨーロッパの各国でこの新しい遺伝カウンセリングが医療現場に取り入れられて普及した。

このような遺伝カウンセリングが1960年代にはわが国にも伝えられた。1970年代にはドイツの遺伝カウンセリングの警備がわが国で翻訳出版されている。当時わが国では遺伝カウンセリングは医師により行われたが、基礎系の研究者が研究室で行うことも多かった。

### 2. わが国における遺伝カウンセリングの普及—新しい母子保健政策の影響と出生前診断の導入をめぐる議論

1950年代にわが国で紹介された遺伝カウンセリングは1970年代になってようやく普及するかにみえたが、これには国の母子保健政策の流れが影響している。戦後の混乱期をようやく脱したわが国は、1960年代になると福祉立国を目指すという画程に従って、先天異常対策に乗り出した。先天異常は発生頻度がきわめて高率で、根本的な治療が難しいというえ、一生を通じての障害原因となるものか少なくない。対応には福祉政策との連携

が必要で、実施には余裕のある国力が不可欠である。戦後の経済復興を機会に対策が始まったのであるが、わが国ではいったん政策が定まると、「早期発見・早期治療」の掛け声のもとに、保健所機構を利用した乳児健診システムの確立、各種スクリーニングの実施、各県1か所の小児専門病院内で設立、市町村における療育施設の整備など、現在では世界のトップクラスといわれる先天異常対策を次々に整備していった。これらの風潮のおかげで、遺伝カウンセリングは先天異常対策の1つとして、遺伝学会では遺伝相談ネットワーク委員会を設け、行政の追い風を受けたのである。日本人類遺伝学会では遺伝相談ネットワーク委員会を設け、遺伝カウンセリングの普及が計画された<sup>9)</sup>。

ちょうど同じ時期に羊水検査の普及が始まった。羊水検査は妊娠10数週の時期に羊水を採取し、胎児由来細胞を培養して染色体の検査や生化学的検査を行う技術である。もし、胎児が異常と判定された場合は妊娠の中期を前提として流産を予知された胎児が選択的に妊娠中絶される行為が、かつての優生思想につながるという批判が生まれた。一部の地方自治体が羊水検査の費用を先行行政的に負担しようとしたことがきっかけとなり、全国的な反対運動<sup>10)</sup>にまで発展した。

遺伝カウンセリングの立場からは羊水検査は数ある選択肢の1つに過ぎず、すでに障害をもった子どもをもつ家族や、染色体転座保因者の親の深刻な問題解決に局限した個別の対応と考えられていて、無闇な検査はむしろ控えるべきとの立場をとっていた。本来の遺伝カウンセリングは家族の支援が目的であり、障害児の出生数を減らそうといった社会的な効果は主目標ではない。遺伝医療に携わる医師達は羊水検査は産科医と家族の間だけで契約され実施されるべきものではなく、遺伝カウンセリングの窓口を經由すべきだと学会活動を通じて主張した。

しかし、臨床現場では羊水検査は多くのニーズを呼び、その暴走が国民の強い批判を受けたとさえられる。特に障害の有無で生命を選別するという行為は、障害者の生存権を犯すと強い批判を受けた。この指摘は着床前診断が議論されるよう

なった現代においても大きな倫理的課題として残っている。一部ではこのような動向が遺伝カウンセリング=出生前診断」という誤解にまで発展し、残念なことに行政も遺伝カウンセリングから距離をおこうとする姿勢が目立つようになった。

羊水検査の在り方をめぐる議論も1つだった。きっかけになり、1974年には日本人類遺伝学会から分派した日本臨床遺伝学会(現在の日本遺伝カウンセリング学会)が家族計画協会と協働して遺伝カウンセリングの普及活動や医師遺伝カウンセリングの養成を開始した。医師のカウンセラーを中心に、保健師など現場のコマデイカル・スタッフに遺伝思想を普及して協力態勢を作り、遺伝カウンセリングのニーズに対応するという基本思想であった。いわば初期のアメリカ型の遺伝カウンセリングを目標にしたのであるが、この時期にはアメリカではすでに医師ではない専門職の遺伝カウンセリングの養成を目指した専門コースが設立されていた。

このように一部の先駆的な医師の努力にもかかわらず、わが国では、遺伝カウンセリングの普及は困難をきわめ、また、国民皆保険を基本とするわが国の医療制度では健康保険に収載されていない遺伝カウンセリングを医療施設で行うことは困難であった。日本人類遺伝学会では遺伝カウンセリングの保険収載を国に訴えたが、財源問題や遺伝カウンセリングは健康保険で対応すべき基本的医療行為とは認めにくいとか、資格がある医師だけが保険収入を得るのは好ましくないとする日本医師会の反対など、医療制度上の理由から学会の要望は認められなまま現在に至っている。

また、当時の状況では遺伝をタラシく扱わなければならない風土や、カウンセリングというサービスが国民に馴染まなかったことも考えられるが、遺伝カウンセリングは優生運動ではないかという、羊水検査の導入をめぐる批判も多大な影響を与えたと考えられる。遺伝カウンセリングの普及にかけた先駆者達の努力にもかかわらず、遺伝カウンセリングの普及はなかなか進まなかったわが国であるが、1980年代になると新しい生命科学の発達や医療思想の変貌により、遺伝カウンセリング

をめぐる情勢は大きく変わっていく。

## ④ 遺伝医学の発達と遺伝カウンセリングの変貌

1980年代になると、生命科学は大幅な進歩を遂げ、遺伝子診断や生殖医療分野に新しい技術が登場してきた。これらの技術に対応するために遺伝カウンセリングにとって、遺伝子情報とその医学的な理解が必須となった。また、遺伝医学の知識だけでなく、心理学的対応技術も重視されるようになった。例えばハンチントン病の遺伝カウンセリングを例にとると、従来は家系分析により、変異遺伝子をもつメンバーを確率的に推定するという方法がとられていたが、遺伝子診断を行うと発病前に自分が将来発病するかどうかはつきりする。宗教的に自殺を認めないアメリカでも、遺伝子診断の結果から将来を悲観したクライアントが自殺するといった事例がみられるようになった。心理学的対応技術や家族間の調整能力は医師にとつて必ずしも得意な領域ではない。また、従来から指摘されていたように遺伝医療や遺伝カウンセリングの現場では高度の倫理的課題が議論の中心になることが多い。遺伝カウンセリングには生命倫理学の深い理解を背景に、法律やガイドライン、社会通念に関する知識や洞察が要求されるようになった。遺伝カウンセリングはもはや医師が診療の片手間に行えるものではなく、責任をもった専門職が行うべきとの思想が生まれてきたのである。

さらに新しい専門職が必要となった重要な理由がもう1つある。現代医療の医療思想の変化がある。現代医療思想の変化を一言でいうと、「医師中心の医療から患者中心の医療への変貌」である。キーワードを挙げてみよう。

現代医療思想のキーワード：患者中心の医療、autonomy(自律的決定、自己決定ともいう)、患者の権利章典、インフォームド・コンセント、セカンダリ・オピニオン、情報公開、カルテ開示、医事訴訟、QOL重視の医療、チーム医療、施設中心の医療から地域医療へ、POS、クリニカルパス、倫理ガイドライン、倫理委員会、病院の機能評価。

これらの現代医療思想の変化は倫理的な課題を内包する先端医療、特に遺伝医療の現場で最も真剣な対応が迫られた。もともと遺伝カウンセリングの場では、クライアントの自律的な行動決定が尊重されてきたが、このような医療思想の背景から、遺伝カウンセリングは医療の提供者である医師よりも、倫理的に独立し、セカンド・オピニオンを提供しやすい職種が望まれるようになった。ま

## Column

### 優生思想の過去と現代

昨年12月に日本人類遺伝学会50周年記念シンポジウムが東京で開催されたが、公開シンポジウムでフロアの聴衆から「皇位継承問題について遺伝学の立場からの意見を聞きたい」という質問があった。皇位継承を男系に限らない場合、Y染色体上の「重要」な遺伝子が途切れてしまうのではないかという質問である。席上ではY染色体にかかす科学的な情報提供が行われたが、基本的にこのような問題は文化の問題であり、遺伝学がかわるべき問題ではない。かつて一部の遺伝学者が自国民の優秀性を遺伝学の立場から証明しようとした愚行が優生運動に発展し、多くの悲劇を生んだ歴史を忘れてはならない。

遺伝学はもともと育種学や品種改良の基礎理論として発達してきた経緯がある。19世紀後半になって細胞学の発達により遺伝学の基礎理論が確立し、近代的な生物学の一翼を担うようになったのである。20世紀初頭の世界は帝国主義の時代と呼ばれるが、現代の国際協調主義とは異なっており、一國で経済的、文化的に完結した帝国内に支配される。支配民族の優越性を証明しようとする帝国主義の指導者にとって遺伝学は大きな魅力であった。

国家的な賛助を受けてイギリスのゴートン(F. Galton)らが主導した優生学は瞬く間に全世界に広がった。優生学が興り所にした当時の人類遺伝学はきわめて未熟であったが、「劣悪な形質を

た、医師には時間のかかる心理的対応や各種のコーディネーションを行う時間的余裕もないのが普通である。

このような背景から、イギリスでは1980年より遺伝カウンセリングとして遺伝専門看護婦(genetic nurse)が、アメリカでは1980年から専門職遺伝カウンセリング(学部の専門を問わない)の養成が始まった。その後、オーストラリアやカナダ

子孫に残さないことをめざして法律に基づいた断種手術や差別運動が積極的に行われた。当時、劣悪と考えられた遺伝形質には科学的な根拠がないものも多く、ナチス政権下のドイツでは民族の浄化運動にまで発展した。優生運動はわが国でも決して例外ではなく、昭和60年代のわが国の保健所にはまだ「優生相談」の看板が見られたし、現在における行政や法律の一部にその名残がみられることは皆さんがご存知の通りである。戦後、優生学は否定された。科学的根拠がないことから、誤った理論が大きな人権侵害の原因になるからである。西ドイツでは、優生学が再びあった1つの原因が人類遺伝学の未熟性にあり、反省され、すべて医科大学に人類遺伝学研究所を設置した。このように戦後の人類遺伝学者にとっても、優生学からの決別は大きなテーマだったのである。

ちなみに「獲得形質も遺伝する」というルイセンコの学説が戦後まもなくころに社会主義革命を進めるスターリンによって採用され、世界の国々の研究者達に深刻な影響を与えたことがあった。未熟な学問が政治に利用されることの危険性をわれわれはしっかりと理解しておく必要がある。

優生思想の背景には「より完璧なものを求める」生物共通の本能があるという意見もある。人間が容易に優生思想に傾きやすい原因に生命論的な背景を指す生物学者もいる。遺伝学を扱うことが可能になった現在、先端医療の方向性に新しい優生学的な背景が生まれつつあるのではないかと驚嘆をならす研究者も少なくない。歴史的な優生思想から現代の優生思想まで、これらは遺伝カウンセリングにとっても大きな課題なのである。

でも新しいアメリカ型の専門職遺伝カウンセリングが制度化されていったが、遺伝カウンセリングの養成はすべて大学院修士レベルの教育が行われている。

ポストゲノム解析時代を迎えて生命科学が著しく発展しつつある現状で、遺伝カウンセリングにはさらに新たな役割が期待されるようになった。すでにゲノム科学の研究現場や創薬関係の企業で生命科学情報を扱う専門家への期待が高まっている。生命科学情報管理者の養成が一部の大学で開始されている。臨床医学の現場でも、遺伝学診断など遺伝情報はすべての領域の臨床医にとつて必要不可欠なものになりつつあるが、膨大な生命科学情報を臨床現場の臨床医が管理することは並大抵なことではない。遺伝カウンセリングは遺伝性疾患に特化した生命科学情報管理者としてのトレーニングを受けているので、収集に時間がかかり専門知識が必要な遺伝情報管理を診療に忙しい医師に代わって遺伝カウンセリングが援助することにより、遺伝医療の質を高めることが可能になると考えられる。

これらの医療の変化を背景として、現代医療にあった遺伝カウンセリングの養成が必要になったのである。2000年に「わが国の遺伝医療体制の構築」を目指した研究班が発足し、6年間にわたって議論が続けられた。その成果が、臨床遺伝専門医と認定遺伝カウンセリングの資格認定制度の発足である。臨床遺伝専門医は講習会受講と指定された研修施設での実習で資格試験を受けられるが、認定遺伝カウンセリングは認定された専門課程(大学院修了課程)が条件となっている。2005年現在、7か所の大学大学院(修士課程)に遺伝カウンセリング養成の専門課程が設置され、2005年10月には第1回目の認定試験が実施されて日本初の専門職遺伝カウンセリングが誕生した。

### 専門職遺伝カウンセリングの誕生と眼科医の役割

専門職の遺伝カウンセリングが誕生した現在、眼科医が遺伝カウンセリングを勉強する意味はどこにあるのか疑問に思われる読者もいるかもしれない

い。もともと眼科領域には遺伝性疾患が多く、遺伝学診断の普及や研究手段としての遺伝子研究は眼科領域でも盛んに行われている。研究レベルでは3省庁ガイドラインで遺伝カウンセリングが研究推進に必須となったが、2005年に施行された個人情報保護法では臨床検査のレベルでも遺伝カウンセリングの重要性が謳われている。遺伝カウンセリングの理解は眼科領域でも必要になりつつあるといえよう。遺伝カウンセリングは臨床遺伝専門医や専門各々の臨床医と協力して働く医療補助者である。医師の側も遺伝カウンセリングに関する理解なしに遺伝カウンセリングを上手に使いこなすことはできないであろう。

また、遺伝カウンセリングの知識や技術を現場の眼科医の日常診療で積極的に利用していただきたいという希望がある。専門職遺伝カウンセリング(認定遺伝カウンセリング)は名称独占であるが、業務独占ではない。遺伝カウンセリングの数が少ない現在ではほとんどの遺伝カウンセリングは臨床遺伝専門医が行っているが、一般の眼科医が日常診療のなかで遺伝カウンセリングを応用することは、眼科診療の質を高めるだけでなく、遺伝医療に大きく貢献すると考えられる。このような考えから、これから遺伝カウンセリングの理論と技術について紹介していきたいと考えている。

### 文献

- 1) Fuhrmann W, Vogel F (坪井孝幸・訳)：一般医のための遺伝相談。中外医学社、東京、1971
- 2) 半田順俊・大倉興司・松田健史：日本人類遺伝学会；遺伝相談ネットワーク委員会報告資料。認定遺伝カウンセリング制度委員会ホームページ <http://plaza.umin.ac.jp/~GC/>
- 3) UNSCEAR：1977年国連科学委員会報告書、1977
- 4) 千代豪昭：わが国における出生前診断をめぐる論争から学ぶこと。Neonatal Care 16：81-89、2003
- 5) 千代豪昭・黒田研二(編)：医療は誰のものか。学生のための医療概論。第2版、233-275、医学書院、東京、2003
- 6) 臨床遺伝専門医制度委員会ホームページ <http://ishg.jp/qualifications/clinenet.htm>
- 7) 認定遺伝カウンセリング制度委員会ホームページ <http://plaza.umin.ac.jp/~GC/>

# 遺伝カウンセリングの目標と準備



千代 豪昭\*

## ① はじめに ①

遺伝カウンセリングの方法や技術を学習する前に、まずカウンセリングについての一般的な理解を深めていただきたい。カウンセリングの目的について考えてみよう。

もともとカウンセリングは精神医療の一領域として誕生した。何度が映画化されたグラムストーカーの「ドラキエラ」の場面から、19世紀後半の精神医療の姿が想像できる。当時は細胞学など近代的な科学が芽生えて発達しつつあった時代で、精神病についても多くの研究が行われ、治療が試みられた時代であった。しかし人間の精神領域を対象とするこの分野は、治療といってもその多くはとて科学といえるものではなかった。このような時代にフロイト (S. Freud, 1856~1939) の精神分析が登場して初めて精神医学は近代医学の仲間入りをしたともいえよう。精神分析は患者の自己を解体して再構成させるという外科治療に匹敵するもので、訓練された精神科医が担当すべきものとされた。このようなときに心理学者であるロジャース (Carl R. Rogers, 1902~1987) は新しい自己理論 (次回に取り上げる予定) を唱え、カウンセリングという技法を提唱した。おそらくは多くの統合失調症や重症の気分障害には効果がなかったであろうが、軽いつつな状態やノイローゼと呼ばれた神経症には効果的であった。しかも

カウンセリングは精神分析と違って、精神医学に運使した医師でなくとも実施が可能であった。このように最初は精神治療がカウンセリングの主な目的であったのである。

しかし、新しく登場した薬物療法が精神医療に導入されたからは、精神科治療としてのカウンセリングの役割は薄れ、カウンセリングは心理学者たちによって、独自の地位を築いていった。厳密には心理カウンセリングと呼ばれ、第二次世界大戦後のアメリカを中心に全盛時代を迎え、次々に新しい理論や技法が開発された。カウンセリングの理論は精神医療の延長上ともいえる心理臨床の現場や教育の現場、はては商業活動まで応用されている。

遺伝カウンセリングがわが国に導入された当時は情報提供や人類遺伝学の理論を応用した分析が中心で、人類遺伝学の研究者や医師により行われたため「遺伝相談」と呼ばれた。しかし、遺伝相談は教育的な介入を行う機会が多く、クライエントの自律的な意思決定を援助したり、本稿で取り上げる好ましい行動変容をめざす行為は単なる相談業務というよりカウンセリングに近い技術であり、専門的なトレーニングを積んだ医師や専門職のカウンセラーが担当するようになってからは「遺伝カウンセリング」と呼ばれるようになった(コラム)。

遺伝カウンセリングは決して心理カウンセリング

\* *Hiideaki Chijo* 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

グの一領域ではないが、カウンセリングの技法を利用したり、心理カウンセリングの理論から学ぶところが少なくない。コラムで紹介したように遺伝カウンセリング技術を学ぶためにはまず理論から勉強するのが近道と考えている。

さて、心理療法に近い理論まで含めると、現在はおそらく50を超えている。遺伝カウンセリングの現場で活用されている。遺伝カウンセリングはいろいろな理論や技術を応用して日常の「カウンセリング」に対応しているが、遺伝カウンセリングを養成する立場からは、私はまずロジャースの理論を教育している。ロジャースの理論は心理専門職でない医療従事者が医療現場で用いやすいことと、

カウンセラーの基本的態度を学ぶのに適しているという特徴がある。具体的なロジャースの理論やカウンセリング技術を紹介するのは次回以降に回して、今回は遺伝学的な問題を抱えたクライアントの心理特性を把握(アセスメント)し、どのような行動変容にもっていくべきかという「カウンセリングを行う前段階の準備」に必要な理論を紹介したい。

### ④ カウンセリング理論や技術を臨床へ応用する意義

カウンセリングの目的について理解を深めていただくために、臨床現場でカウンセリング技術を

## Column

### ④ 「相談」「カウンセリング」「インフォームド・コンセント」

遺伝カウンセリングが国に導入されてしばらくの間は「遺伝相談」と呼ばれていた。現在は「遺伝カウンセリング」が一般的である。「相談」と「カウンセリング」はどこが違うのだろうか。

心理カウンセリングで有名な河合英雄氏は「相談はどちらからという専門家が一方向的に専門情報を提供する対話形式だが、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」といった説明をしている。確かに、弁護士による法律相談や教育者による教育相談など、どちらかという専門情報の提供が中心である。相談は英語ではconsultationにあたるだろう。カウンセリングはカウンセラーとクライアントの対話によりクライアントの自律的な決定や行動変容を援助する技術である。遺伝カウンセリングは、専門情報の提供も重要であるが、その情報をクライアントが自ら利用できるまで教育したり、各種の対話技術を使って援助しなくてはならない。カウンセリングは患者中心の医療を標榜する現代医療に適している点も指摘できる。

しかし、実際の医療現場では「相談業務」から

応用する意義について解説しておきたい。

### 1. 患者情報を引き出すために

とつきの悪い医師の対応や難解な言葉が、かえって「名医」の条件としてもはやされた時代もあつたかも知れない。しかし、現代は「患者の話をよく聞いてくれる医師」や「患者にわかりやすい言葉で話してくれる医師」が良医のイメージとして求められている。「愛想のよさ」は医療技術とは無関係ではないかとの意見もあるだろうが、「とつきの悪い医師」は正確な患者情報を得ることには失敗しやすい。客観的な医学情報だけでなく向上をめざした医療に必要な患者の性格・価値観や生活情報は、患者自身の積極的な協力なしには得ることができない。このような患者情報を聞き出す(あるいは患者に進んで言わせるようにする)のにカウンセリング技法は有効である。

### 2. 主治医と患者の間の信頼関係を築き、治療をスムーズにするために

教育用語に「教授錯覚」と呼ばれる言葉がある。教師は講義したことは学生が必ず理解しているものと「錯覚」しやすい。試験を行ってみてはじめて学生が理解していないことを悟るのである。教育現場では、「このところは試験に出すよ」との「脅迫」が一部の真面目な(気の弱い?)学生には効果的かも知れない。しかし、医療現場では医師と患者の契約関係は教師と学生ほどは強くないのが普通である。医療現場では医師の脅迫は患者の「拒否」に会いやすく、このような患者は、黙って主治医のもとを去り、他の医療機関に転院する。教師は試験により自らの「錯覚」に気づくことが多いが、主治医は患者が受診しないのは患者の問題が解決されたからだと思ひ込みがちで、「錯覚」が気づかれにくい。主治医を信頼して治療を継続する気持ちをも患者に起こさせることもカウンセリング技術でいうところの「行動変容」であり、医師と患者の信頼関係の樹立にカウンセリング技術は役立つ。

3. 患者とのトラブルを予防するために  
医師会(勤務医部会)での活動経験から、いままて何度か医事訴訟を目にしてきた。もし医師と

患者とのコミュニケーションがうまくいっていったら訴訟は回避できたのではと思える事例がほとんどであった。訴訟は極端な場合であるが、日常診療をスムーズに行うためにも医師と患者の信頼関係は重要である。

4. QOLの向上をめざした医療を行なうために  
眼科医の皆さんは豊富な経験と最新の医学知識を背景に、治療学の原則に則りながら日常の診療をこなしておられることと思う。治療効果の判定は科学的に行われるべきもので、そのことが現代医学の発達をもたらしたことは論を待たない。しかし、現代の医学思想では医療評価に、医学的な面だけではなく、患者の満足度を重視している。この背景には、第1回で指摘したように「患者中心の医療」を生んだ現代社会の特徴がある。

医学的な医療評価は、患者の治療後の改善を数値的な科学データ(ADL的評価)や厳密な疫学的手法を用いて行われる。一方、患者の治療への満足度を科学的に客観評価することはさきわめて難しい。生活の質の向上(QOLの改善)を目標にするといつても患者の生活様式や価値観は一人ひとり異なる。EBM(evidence-based medicine)に基づいた医学的なアプローチは多くの場合、患者の満足につながらず可能性が高い。しかし、治療が困難であったり、治療効果に個人差がある場合はこのような方法だけでは患者を満足させることができず、眼科臨床は人間の生活の質に及ぼす影響がきわめて大きい。QOLの改善を目標にした治療方針は特に重視されるべきであらう。このような医療では患者と医師の間のコミュニケーションや信頼関係が特に重要で、カウンセリング技術から学ぶ面は多いであらう(コラム)。

### ⑤ カウンセリングの目標

ある程度、医療カウンセリングについて理解が深まってきたと思えるので、カウンセリングの目的をもう少し詳しく定義しておこうと思う。

研修会などで、「カウンセリングとは一体どのような行為だと思われませんか」と質問すると、「インフォームド・コンセントのようなもの」「相手の話

をゆっくり聞いてあげること」「精神療法の種類」「患者の不安を対話によって解消させてあげる技術」「口で相手を納得させる技術」など、なかには



9 QOLの向上をめざした医療

ある整形外科の治療によって、肘関節の拘縮があった患者が90°まで自由に動かせるようになった。0°から90°に関節の可動範囲が広がった(ADL的評価)ことは医学的には大きな成果である。術前に、関節が少しでも動かせようになる。日常生活が大きく改善されることを説明され理解していた患者は手術の結果に満足するだろう。しかし、180°まで動くことを夢見ていた患者は手術結果に満足せず、診療ミスではないかと思うかも知れない。

似たようなことは眼科臨床でもめずらしくない。視力0.01から0.7の改善は医学的には大きな成果である。しかし、1.0までの改善を期待していた患者にとつては不満足である。ADL的評価が同じでも患者の満足度は異なる場合があることを忘れてはならない。QOLの向上をめざした医療では治療前のカウンセリングはきわめて重要な意義をもつ。

10 QOLの向上をめざした医療と遺伝カウンセリング

さて、いま「視力」という言葉を使用した。わが国では屈折異常(特に近視)の罹患率が高いため、国民の間に「視力」の理解に誤解がみられるような気がする。遠伝カウンセリングに訪れる外国人はめずらしくないが、視力について質問すると、近視や遠視についてはD(ジオプター)で答えるクイズエントが多い。眼科医のみならずにとつては常識であるが、ジオプターは近視や遠視を正規にするために必要な補正レンズの焦点距離(メートル)の逆数である。一方、日本人に視力を聞くと、ほとんどの方が視能能(分別能力)を誤す1.0とか1.2という数字を挙げる。矯

「はてな？」と思える意見も含めていろいろな答が返ってくる。心理臨床で行われるカウンセリングは個人の心理的なストレスに介入して治療すること

正視力が1.2でも裸眼視力が0.3だから「私は目が悪い」というクイズエントが多い。実はこの9月に開催された遠伝医学セミナーの遠伝カウンセリングロールプレイ実習で私は色覚異常のクイズを材料に指導したが、そのなかでクイズエントが視力についてジオプターで答える場面を設けてみた。講習生の多くが医師であるが、予想どおり眼科領域を専門としていない医師はとまどうたようである。医学教育にも問題があるわけで、一般の国民が誤解することは無理がないのかも知れない。

近視の一般表現である「目の悪さ」と網膜色素変性などの視機能の低下はまったく違う、という説明から遠伝カウンセリングを開始しなければならぬことかめずらしくない。黄斑部の機能が侵されていない場合は視野狭窄が進んでも識字能力などの視機能はかなり長期間維持される場合が多い。この状況は決して「失明」ではないが、家庭医学書の類いなかには、これらの障害を「失明」と表現しているものも見受けられる。このために患者本人や家族が深刻に悩んでいる場合が少なくない。遠伝カウンセラーが網膜色素変性の遠伝カウンセリングを行う際に特に注意しなければならぬとされている。白い杖をもっている視覚障害者を見て、「目が見えないのに上手に歩く」と感心する人は多いが、一般には視覚障害=全盲との誤解が少なくない。特に遠伝カウンセリングの現場では罹患者の家族など発病の可能性がある者(すなわち視覚正常者)を相手にお話しすることが多く、「失明」に対する恐怖感をいかに正確に伝えるかという点が一つのテーマとなる。また、ADLの改善に限界がある患者に対して最大の満足度を与えることが難病医療の原則であるが、この場合はQOL改善が結果を左右することが多い。

とが主目的で、精神療法の延長にある場合が多い。

一方、遠伝カウンセリングなどの医療カウンセリングは、医学的な問題をもったクイズエントの生活のコントロールや受療行動も含めた広い意味での社会適応が重要な課題となる。また、クイズエントの心理的ストレスは多くの場合、医学・科学情報の理解不足に由来することが多く、心理的介入よりも教育的介入を行う場面が多い。

このような医療カウンセリングの大きな目標は、クイズエントの「好ましい行動変容」にあるといってもよい。ここでいう行動とは、身体の動きを伴う外見の行動だけでなく、困難な事態を心理的に受け入れた(受容行動)、医師から提示された治療を選択する(選択行動)など内的な心の変化も含める。「好ましい」という表現は多分に主観的であまりだとの指摘を受けるかも知れない。カウンセラーが専門的な知識や経験をもとに望ましいと考えた目標をさすもので、EBMとは確かに異なる。今回のカウンセリングの理論の項で解説するが、遠伝カウンセラーとして一定の知識・技術・態度に基づく判断(カウンセラーの自己一致)に依存する点が多い。カウンセラーの背景となる知識や理論は科学的であるが、人間の心理反応は科学で割り切れない部分も多く、このあたりがカウンセリングの難しさであり、面白さであると考えていただきたい。

「好ましくない」行動変容がどのようなかを考えてみると、「好ましい」についてもある程度、同意が得られるのではないかとと思われる。次に「好ましくない行動変容」の例を挙げてみよう。

1) 医師を拒否する

医師の拒否は患者と医師の診療契約の中断、すなわち診療の途絶につながる。医師に向かって「あなたの言うことは信じられません」と言う患者は少ない。黙ってその医師を去り、他の医療機関を受診するだけである。このため、患者が拒否していることは主治医には察外わりやくいものである。医師を選ぶのは患者の権利であるが、医師と患者のコミュニケーションの悪さが原因で、患者が多く悪い状況とはいえない。

2) 医学的に最善の選択をしない

治療の選択肢が増えたことも現代医療の特徴である。患者は自らの価値観やライフスタイルから医師が勧める治療法を選べばよいのだが、主治医とのコミュニケーションの不足のために、医学的には明らかに好ましくない選択をする患者もいる。

3) 科学的でない選択

一部の新興宗教など、医学そのものを拒否する場合がある。信仰は個人の自由であるが、子どもられる被害が信仰をもった本人ではなく、子どもや家族に及ぶ場合が少なくない。医学的に好ましくない選択も同様であるが、非科学的な選択が一時的に患者の心に希望や平静さを与えることもある。しかし必ず近い将来に患者や家族のカスタムロフイヤーが訪れるので決して好ましい状況とはいえない。後にカブランの精神的危機を回避するため予定であるが、患者の精神的危機を回避するため危機介入では、このような非科学的な選択も認める場合がある。しかし、あくまで緊急的な対応である。

4) 倫理的あるいは社会通念のうえから好ましくない選択

生殖医療や先端医療の現場で問題となることが多いテーマである。医師と患者の間の医療契約は法的、倫理的に理にかなったものであるべきであるが、実際の臨床現場では必ずしも杓子定規にはいかない。倫理的に好ましくない選択も一時的に患者や家族を救済するために止むを得ない場合もあるが、そのまま放置すると患者や家族だけでなく医療従事者の心に長期間、トラウマとして残りやすい。また社会通念に反した行動は習慣化しにくくという。また社会通念におかればならない。

5) 反社会的な行動選択

あくまで一般的な話であるが、患者の離婚や自殺は好ましい選択ではない。特殊な例で、患者や家族が医療を信じないで社会から逃避する場合もある(コラム)。医学的な問題がきっかけで患者や家族が反社会的行動に走る例はめずらしくない。医師と患者の好ましい人間関係は、患者を反社会的行動へ走らせないために大きな役割をしている。

ことを理解していただきたい。詳しくは後に危機介入の項で解説する予定である。

### ◎ 好ましい行動変容を患者に起こさせるための準備

「好ましい」の意味を大まかにつかんでいただいた段階で、ではどうすれば行動変容が起こるのか考えてみたい。医師が日常診療のなかで、「どうしてこんな簡単なことを決められないのか」とか、「何回説明しても患者は理解しない」など嘆く場面は少なくないが、このことを患者の科学的理解力が低いからだと思いついては聞かず、患者の間の意思決定と行動の開始はそれほど簡単ではない。

遺伝性疾患や障害児医療の現場に教育原理で用いられる理論を応用すると、行動が起こるためには一般に次のような条件が必要であることがわかる。「行動変容」の例として、以下の事例を検討してみたい。

#### 〔事例A〕

A君は大学生で下宿生活をしている。ある朝、目覚めたとき身体に異常を感じ、体温が38°Cもあることに気づいた。咽喉も痛む。登校前に近くの診療所に寄った。医師は「風邪ですね。咽頭に炎症があり、少しこじらせているから、

2, 3日は自宅で安静にしていただくさい。お薬を出しておきますから指定した時間ごとに服用してください」と言った。A君はその日は学校を休み、医師の指示どおりに薬を服用した。

#### 〔事例B〕

Bさんの子どもは生まれてまだ3か月。結婚して初めての子でもあった。少し心配なことがある。ミルクの飲みが悪く体重が少ないうえに、特に元気がないわいではないので心配はしていない。健診に訪れた近くの小児科で医師は「お母さん、染色体異常って知っていますか。どうもお子さんはダウン症のような気がします。もしそうだったら大変ですから検査してみます。2週間後にもう一度いらしてください」と言った。Bさんは強い不安にかられてすぐに他の大学病院を受診した。

1, 自分に何らかの異常な状況が生じていることを認識できる

上記事例のA君には、風邪に伴う症状が出現していた。一方、Bさんは子どもの体重の増加が思わしくなから診てもらおうと思っただけである。体重が少なめの子どもはめずらしくない。Bさんにはダウン症の診断を受けられなくてはならないような症状はもちろん、異常な状況との認識はほとんどなかったはずである。

## Column

### ◎ 反社会的行動の1例

実際に体験した例である。神経線維腫症(NF-1, レックリングハウゼン病)の未治療患者が発見されたことがある。40歳に近い女性だった。

老女が一人で暮らしていると思われていた大きなお屋敷があった。「最近、老女の顔が見えない」との通報を受けて市の職員が屋敷に入ってみたところ、倒れている老女を発見した。同時に奥の壁敷で患者が発見された。幸い、2人とも一命をとりとめたが、老女が30年以上も病気の娘を隠して育てていたことがわかった。神経線維腫症は線

異常事態の認識なしに病的な状況を受け入れる(受容)ことはできず、受容なしには行動など次のアクションは起こらない。筆者は小児科医であるが、子どもが生まれて幸福の絶頂にある夫婦にダウン症の診断告知が必要な場合がある。そのような場合は、まず夫婦にわかる異常の告知とその異常を受け入れさせることから始める。「ミルクの飲み方が少し減った」「抱いたとき少し身体が柔らかい感じがしませんか」「心臓の音が雑音が聞こえますね」などである。先天異常をみられた専門医にしかわからない所見(特に顔貌の特徴など)や、将来起こる可能性の高い合併症の話は、この段階では禁句といってもよい。特に、「将来、知的な障害が起こる可能性」や「生命予後を左右するような状況」は両親にとって「受け入れがたい」ことであり、現在の子どもの姿と直ちに連結できる概念ではないために受容はきわめて困難となる。眼科領域では「失明」がこの「受け入れがたい」状況にあたるだろう。このような受容には時間がかかるのが普通である。

2, 自分が抱えている状況を客観的に理解できる

「異常な事態」を認めるとしたら、なぜそれが起こったのか、これからどうなるのか、そのために何をすべきなのか、今後の自分の生活にどう影響するのか、など自分の生活を中心に次々に疑問がわいてくるはずである。内容によっては、異常な事態を「否定」したり、「嘆いたり」、あるいは「部分的に受け入れ」たりしながらこの過程は進んでいく。診断告知を行った医師はこのように患者の心理過程に付き合わなくてはならないが、難解な説明、あいまいな説明や情報隠しは、患者の気持ちの整理を遅らせ好ましい行動変容を阻害する。

先の事例で、風邪を何度も経験しているA君にとって、医師の「風邪」という診断は自分の症状の説明に合っていると感じはせずである。経験上、医師のいうとおりにしている2, 3日で治るだろうという確信もあるだろう。2, 3日学校を休んでも支障がない場合は、医師の期待した行動変容は容易に起こるはずである。これに対して、Bさんにとっては染色体異常など初めて聞く言葉で簡

単に理解できるものではない。ましてや将来、知的障害が起こるなど、なぜそうなるのか理解を越えていよう。こんなBさんに主治医がいろいろ指導的な助言をしたり、教育しても無駄というものである。

3, 行動変容を起こすための具体的技術を獲得していること

異常な事態を受け入れたとしても、好ましい行動変容がすぐに起こるとは限らない。治療が必要であることを納得しても、具体的にどのよう治療を進めていけばよいかのかわからず好ましい治療行動は起こらないのである。カロリ制限が必要ということが理解できても、毎日の献立をどう作っていくべきかわからないことと学習の改善ができないうことで理解できよう。患者に日常生活を自分の力でこなすための自信を与えることが重要で、その自信は具体的な技術を伴っていないと習慣化した行動変容にはならない。

4, 行動変容を達成したときの代償が我慢できる

異常な事態を受け入れると、必ずそのために支払うべき代償があるのが普通である。代償を受け入れられない場合は受容や行動変容がスムーズに起こらないことはあたりまえである。A君が素直に医師の勧めに従ったのは、2, 3日休んでも学業には影響ない、風邪なら治ってしまえば何の心配もないという心理的な「取引」があったからである。もしも診察当日にA君にとつて重要な未試験があった場合は、「家で安静にして置いていい」という主治医の指導には従わないかもしれない。

一方、Bさんにとつて、医師の言葉を受け入れると、いままで子どもに描いていた夢や今後の家族生活を大きく変えねばならない。簡単に受け入れられるものではない。大きな障害を受け入れるためには「〇〇は仕方ないとしても、〇〇は免れるかも知れない」などの部分的な受け入れを繰り返しながら時間をかけて「受容」していくのが普通である。

5, 自己対処(コーピング)機制的影響

ストレスに対処する能力は人間の重要な適応能力の1つであるが、個人差が大きい。また、対応



には一人ひとり異なったスタイルがあり、自己対処機制と呼ばれる。自己対処機制は個人の育った環境、教育、宗教や信条、家族や職場の人間関係、病気や死別など逆境の体験などからくる各種の体験が加わって形成されるものと考えられているが、クライアントの自己対処機制のスタイルに合った指導は行動変容が起りやすい。カウンセリングではクライアントの対処機制を探ることが重要な技術となる。逆に好ましい行動変容が起らない原因に患者の自己対処機制の欠陥が見つかる場合もめずらしくない。宗教や教育に由来する偏見や過去の体験からくるトラウマがその例である。自己対処機制を修正あるいは強化したり、時には新たな教育による再構築が求められる場合もある。一般診療の場では対応が難しいことが多いので、必要に応じて心理専門職と連携をとること

## Column ちよとこ一言

### 「医学教育でニュアール」と行動変容理論

私が行動変容理論と最初に出会ったのは医学教育の領域であった。1970年代から国家的な医師倍増計画に従って全国各地に新設医科大学が設置された。医学教育の質を担保するために医師国家試験の改革など多くの施策がとられたが、日本医学教育学会主導で行われた医学教育のための原理(以下、教育原理と略)の普及も医学教育に大きな影響を与えた。

ここで用いられた教育原理は米国で発展した指導原理であるが、もともとは徴兵された兵隊を短期間に効率よく教育するための原理であった。この教育原理の特徴は教育の目標を「学生の行動変容」に求めることであった。すなわち、知識だけでなく、技術の習得とその習慣化に基づく専門家としての態度変容を求めたのである。教育カリキュラムの作成には、教育内容を「知識レベル」「技術レベル」「態度レベル」に分けてそれぞれ具体的な到達目標(行動目標)を定め、個々の行動目標を達成するために適切な教育模式を選んだ

が望ましいだろう。

### 6. 適切な社会的援助(家族、友人、医療関係者、カウンセラー)があること

簡単にいえば、独りぼっちでは行動変容は起こりにくい。仲間や理解者がいるとはるかに起こりやすくなる。「赤信号、皆で渡れば怖くない」ではないが、人間が社会的動物である所以であろう。カウンセリングで夫婦同席を重視したり、「親の会」など患者会を利用するのも同じ理由である。また、医師をはじめ医療従事者は患者の「社会的援助」を行う重要なメンバーであることを忘れてはならない。

### ④ アセスメントの整理と目標の設定

カウンセリング(対話)による介入を始める前に、クライアントの話をよく聴いて正確なアセス

(教育方略) うえで到達度をチェックする(評価、試験)するという方法がとられた。ニュアールの時代にも米国らしい教育原理には経験が豊かな教員ほど強い塩気があったが、私たち駆け出しの大学教員にとっては大きな支えになったものである。

また、私にとって当時は遠伝カウンセリングの基礎理論を探求していた時期でもあった。実験科学的な研究方法に慣れた医師にとっては、現代心理学といえども理解は容易ではない。一方、客観的な判断がしやすい(科学的に評価しやすい)行動の変化はカウンセリングの指標としても扱いやすさを感じられたのである。もちろん、人間の心理行動を行動変容だけで説明することはできない。この教育原理の活用は遠伝カウンセリングの計画立案や実際に多に役立つので、私のカウンセリング理論では重視している。

なお、医学教育の現場におけるこの教育原理や教育技法を紹介した成書として、日本医学教育学会編「医学教育でニュアール」<sup>2)</sup>は大部作であるが現代でもなお定番の地位を保っている。

メントを行うことが重要である。正確なアセスメントに基づいて目標を設定し、介入を開始する。介入を行いながら評価を繰り返し、修正を加えながらクライアントの行動変容を求めていく。これがカウンセリングの過程であるが、アセスメント・目標設定・介入・評価・修正などの段階は個別に行うのではなく、同時進行で行うことが多い。これもカウンセリングの技術である。アセスメントは初回面接の重要なテーマとなるが、以下まとめしておく。

- 1) クライアントが抱えている問題の医学的・遺伝学的背景の理解
- 2) 性格、自己対処機制の特徴、家族関係、社会的立場、倫理観、宗教観などのクライアント情報
- 3) 行動変容理論からみたクライアントの現在の心理状況(クライアントの疾患に対する理解、受容状況、社会的支持)
- 4) 精神均衡理論の項で解説予定)

これらの情報を整理し、クライアントの心理状況をアセスメントしてから目標(ゴール)を設定して介入を開始するわけであるが、具体的な技術については次回に回したい。ここでは、眼科医による目標設定の例を引用させていただきたい。

#### (例) 網膜色素変性症の患者への対応

網膜色素変性症は、筆者のように眼科領域を専門としない臨床遺伝専門医にとつて、対応が難しい遠伝カウンセリングの筆頭である。多くの遺伝子が関与していて、遺伝様式も多様であるが、遺伝子診断が普及していないために家系情報から遺伝学的予後を推定するしかなく、判断に迷うことも稀ではない。また、この疾患は進行性で治療法が確立していないし、「失明するかも知れない」という大きな恐怖感があるためにカウンセリングは容易ではない。このようなカウンセリングについては経験だけに依存せず、まず理論に従って計画を立ててみるのが重要である。2006年の遠伝医学セミナー(大阪)で高橋政代先生が眼科医の立場から遠伝カウンセリングの進め方についてまと

めておられたので、許可を得て一部改変のうえ紹介したい<sup>3)</sup>。理論的背景については行動変容理論を利用されている。

テーマ: 網膜色素変性症の遠伝カウンセリングを始めるにあたって

#### 行動目標の設定

1. 「見えない」のではなく「はつきり見えないう」ことを理解し、その状況を受け入れさせる。
2. 残された視機能を最大限利用する技術を身につけさせる。
3. 「不自由」ではあるが、「不幸」ではないと意識改革させる。「不幸」との考えは社会の無理解に由来することも多いが、自らの意識のなかに存在する差別感からくるものも多い。
4. 可能な範囲での生活の自立をめざす(社会的、経済的、精神的)。

行動変容を起すための条件のチェック

1. 自分に異常事態が生じていることを正しく認識しているか(疾患の理解)
2. なぜ行動変容を起す必要があるのか理解しているか(進行性の疾患であること、治療法がないこと)
3. 抱えている問題の本質を理解しているか(医学的知識、遺伝学的リスク、社会適応能力など)
4. 行動変容を起すための具体的技術を獲得しているか(ロービジョンケアを受けて補助具を使いこなすことができる、各種の援助を利用しながら生活を自立できる、など)
5. 適切な社会的援助があるか(家族、友人、医療関係者、福祉関係者、カウンセラーなど)

### ⑤ 文献

- 1) 岡分康孝: カウンセリングの理論、誠信書房、1980
- 2) 日本医学教育学会(編): 医学教育でニュアール、1~5巻、徳原出版、2000
- 3) 高橋政代: トビック/網膜色素変性と再生医療研究、第16回遠伝医学セミナー、2006(大阪)

## ロジヤーンズのカウンセリング理論

千代 豪昭\*

## ① はじめに ①

前回の連載で、遺伝カウンセリングの目標は医療の現場でクライアントに好ましい行動変容を促すことであると述べた。医師が患者のために最も適切なと信じる選択を勧めても、患者が素直に医師の意見に従うとは限らない。好ましい行動変容が起るためには、クライアント側のさまざまな条件を満たす必要があることがわかりたいだけだと思う。カウンセリング・スキルも影響する。具体的なカウンセリング・スキルの話は次の連載で述べることにし、今回はカウンセラーがどのようにしてクライアントの行動変容を促し、行動変容を援助していくことができるのか、カウンセリングの理論について紹介したい。今しばらく理論的な話を我慢していただきたい。

すでに述べたが、カウンセリングにはさまざまな理論が提唱されていて、それぞれが特徴をもっている。専門職のカウンセラーは内容や場面に応じていくつかのカウンセリング理論を使い分けているのが普通である。この連載ではロジヤーンズの初期の理論を解説したい。なぜロジヤーンズなどの疑問の声もあるかも知れない。心理学の専門家ではない著者自身がロジヤーンズを中心に勉強したという理出もあるが、ロジヤーンズの理論は医師が医療の現場で利用するカウンセリングの理論としては最も適していると思えるからである。ロ

ジヤーンズは理系人間にも理解がしやすく、また、カウンセラーの基本的なスキルを学習したり、カウンセリング・マインドを習得するために最適な技法である。心理専門職も基本的な理論のひとつとしてロジヤーンズは必ず学ぶし、一時ほどではないとしても現代なおロジヤーンズのフアンは少なくない。ロジヤーンズは研究者としての活動が長期間であるため、初期と晩年では内容が少し異なる。またロジヤーンズの理論は現在なお多くの研究者により手を加えられながら発展しつつあるが、世界中で有名になりカウンセリングの普及に大きな貢献をした初期の理論を遺伝カウンセリングに導入してみたいと思う。

## ② ロジヤーンズのカウンセリング理論 ②

わが国では多くのロジヤーンズのフアンがいるので、解説書に事欠かない。しかしほとんどどの解説書は心理相談を志向したものである。ここでは医師が遺伝カウンセリングを行う場面を考えながら、ロジヤーンズの基本的な理論を解説してみたい。すでに述べたようにロジヤーンズは心理学者であり、主として神経症の治療を目的にこの理論を提唱した。彼によると、人間は「自分はこういう人間だ」、あるいは「自分はこうありたい(願望)」と自らが抱いている自己概念と「現実の自分」との認識の間に「ギャップ」が生じたとき(自己不一致の状態という)にストレスが発生する。この

\* Hidakari 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  
 別冊講求先：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

ストレスが神経症など精神・身体の異常となつて発現してくるというのである。この「ギヤップ」がなくなつた状態、すなわち「自己一致」の状況に自己概念が変容（自己変容）すると、ストレスが消える、すなわち治癒ができるだといふ。またこの自己変容はクライエント本人がもっている力（ホメオスタシス）によつて起こるのであり、カウンセラーの役割はその力を援助することにあるといふ。強制された自己変容は一時的なもので習慣化しにくい、クライエントに拒否の感情を生みやすいから、カウンセラーは決して直接的な指示をしてはならないといふ。自己概念の変容に注目するという意味で、彼の理論は自己理論とも呼ばれる。

では具体的にどのようなようにして自己概念を変えることができるのだろうか。彼は基本的に「カウ

センセラがクライエントを絶対的に受け入れること」と、「カウンセラー自身が自己一致していること」と、「カウンセラーがコミュニケーション・スキルをもっていること」の3点を重視し、この3つの条件さえそろえればクライエントはカウンセラーとの対話過程を経て、自然にカウンセラーの影響の下に自己概念が変化するのだと考えた。これがロジャースのカウセンセラの3条件として有名になったのである。

すなわちカウンセラーはクライエントの気持ちにただ受け入れるだけでよい、自己一致の状態にあるカウンセラーが、クライエントと対話を通じて好ましい人間関係を築くことができれば、指導など特別なことをしなくてもクライエントはカウンセラーに勇気づけられたり、カウンセラーから学びながら自然に自己変容していくというのであ

る。特にロジャースはカウセンセラがクライエントに強制的な指示を与えることを禁じたので、彼の理論は「非指示的カウセンセラ」として有名になった。自己一致という言葉は専門用語であり、後に詳しく解説するが、要は十分な知識をもち経験豊富なカウンセラーとクライエントの間により人間関係が築けて十分に話し合いをもつことができれば、クライエントは自然にカウセンセラから学び自分のライフスタイルに合った形で自己決定をしていくだろうという考え方である。このときにカウセンセラはクライエントの気持ちをしつかりと受け止めることが大切だというのがロジャースのカウセンセラである。カウセンセラを勉強したことのない読者のなかには「えっ、たったそれだけの理論？」と意外に思われるかたも多いと思われる。しかし簡単な理論ほど応用は難しい

ことも確かだ、ロジャースの理論には1つ1つかなり深い意味があることをあらかじめ申し上げておきたい。

前述したように、ロジャースの初期の著作と晩年の著作では幾分考え方が変化してきている。「3条件」は初期の考え方で「非指示型カウセンセラ」として世界に広まった。わが国でも一部に「医療現場では患者の生活指導など指導場面は不可欠だ。指示なしには、医療カウセンセラはできない」といわれた時期もある。これはロジャースをきちんと勉強していないかいたの誤解である。一例として、「もしも先生ならどうしますか」と患者が医師に質問した場合、「私は自分だったらどうするかお話しする立場にはありません。大切なことは、あなた自身が決めることです」と突き放すのがロジャースのカウセンセラだとの意見もあ

## Column

### ● 面白い話のような「傾聴」

著者のドイツ留学時代の話である。大学の小児病棟の細胞遺伝部に籍を置き研究に従事していたが、あるとき部長の教授に急用ができ外来が中止になった。ところが連絡が間に合わず、一組の夫婦が染色体検査の結果を聞きに来院してしまつた。細胞遺伝部の検査技師から教授に代わつて検査結果を説明してくれと依頼され、報告用紙を持って夫婦に面するはめになってしまった。一気に一方的な説明を行ったものの、夫婦の質問のドイツイ語がさっぱり理解できない。仕方がないので適当に相槌を打ちながら黙って座っていた。30分ほどして夫婦が退席したとき、身体は冷や汗でぐぐぐと深く反省していたのだが、後で検査技師からその夫婦は「日本人のドクターが自分たちの話をゆっくり聞いてくれた」と大変感謝して帰っていた「この手」は2回目の相談では性を突感した。ただし「この手」は2回目の相談では使えない。二度と私一人で患者と対面しなかつたのは勿論である。

介医は寡黙な先生でこの母親は多様な性格であったが、「自分の話を黙って最後まで聞いてくれた先生に出会ふのは初めての体験だ」とのことだった。

心理カウセンセラでは「カウセンセラ」がどのくらい長い時間、沈黙を守ってクライエントの話を聞くことができるか」を難う風潮がなくもない。クライエントが1時間以上一人でしゃべって、カウンセラーは黙って聞くだけだったが、クライエントは話し終わって後カウセンセラにお礼を述べて、ちゃんと料金を支払って帰っていったなどウソのような話がある。傾聴はカウセンセラの受容的態度や共感的態度を表現するだけでなく、クライエントが考えをまとめたり選択を行うきっかけを作る効果もあり、心理カウセンセラでは重視されている。一方、医療の現場では短い時間なかで医師が患者の話を耳を傾けることはとても難しい。そのためにかえって傾聴は受容的態度を示す方法として有効であるといえるだろう。

### ● 「究極」の？ 共感的態度

これも私の体験である。私は神奈川子ども医療セ

ンターの遺伝染色体科で2年間のレジデント生活を行った。遺伝カウセンセラはそのときに初めて経験した。指導は当時、医員だった松井一郎先生から受けたが、松井先生のカウセンセラは他人に真似ができない特徴があった。クライエントの多くは障害をもつた子どもの母親であったが、松井先生は母親の話を聞きながらすぐに泣きだすのである。若い研修医達は「遺伝カウセンセラではなくて泣きカウセンセラ」と評したものであったが、後にロジャースのカウセンセラ理論にであつた私は、これは「究極の共感的態度」だと感じた。自分の話を聞いて涙を流す主治医を見て、母親が「この医師は自分の苦しみをおわけてくれた」と感じるのとはごく自然だろう。「この先生がいうことなら」とあとのカウセンセラはカウセンセラの思うまま？ である。

このように共感的態度は「あなたの気持ちをはわかります」を口で連発するより、態度で表すことが大切である。ただ涙を流すというスキルの欠点は、誰にでも真似ができる技術ではない。もって生まれた感性が、俳優のように感情のコントロールを自由にできるという高度の技術が必要なのである。私にはいまだに体得できていない技術である。

る。医師が自分の意見をいうと、患者に「指示」することになるからという理由である。しかしカウンセラーが自分の意見を述べることをかたく拒むとカウンセラーとクライエントの関係が希薄になりがちである。共感的態度に欠けたり、はなだしい場合はクライエントがカウンセラーから拒否されたと感じるかもしれない。私自身は「私なら多分、〇〇するでしょう。でも私はあなたは立場が違います。あなたにとつて一番よい方法を探しましょう」と話すことが多い。一方的な指示はクライエントに拒否されたり、中途半端な変更の原因になりやすい。これを防がねばならないというのがロジャースの理論の真意であり、指示そのものが悪いというわけではない。指示の仕方にも「クライエントが受け入れやすい」指示と、

Column

ロジャースを理解するために  
「ロジェリアンはお人好し?」

中のよい精神科医と議論するとき、彼はときどき私に向かって「君はロジェリアンだから……」ということがある。精神科医がロジャースの信奉者をロジェリアンと罵るときは、はつきりいうて「尊敬の念」は入っていないと感じるのですが……。ロジャースのような素人っぽい理屈で精神医療を云々されては困るという意味と、ロジャースを信奉しているカウンセラーは大体において「お人好し」で「楽天気が多い」という精神科医連の思い込みがある。確かにロジャースの理論はカウンセラーがクライエントを絶対的に信頼することを前提としている。クライエントの気持ちを受入れることと、自己概念を築いていくクライエント自身の力を信頼することからロジャースのカウンセリングが始まるのである。教師が生徒に生まれつき備わった力を信じることから教育が始まることと似ていると思う。クライエント一人ひとりの個性を大切に。これがロジャースの理論の素晴らしいところで、医療現場では「患者中心 patient oriented」の思想につながるのである。

「クライエントから拒否されやすい」指示があることを知っておく必要がある。ロジャース自身も「非指示」があまりにも有名なになり、ロジャースの真意から離れてきている現実を修正するため、晩年の著書では「カウンセラーは積極的に自己表現を行うべきだ」との意見（実存主義的カウンセリング）に変わってきている。「非指示」でさえあればロジャースのカウンセリングだというのは明らかに誤解である。

1. クライエントの絶対的受容

受容的態度とも呼ばれるが、ロジャースの技法のなかでもっとも重視されている技法である。特にクライエントの喜びや悲しみなどを共感する共

一般的に医師は患者を疾病として扱う傾向がある。患者のことを「フィジック」病巣としか、*「ダウン症のお母さん」と表現しがちである。極端な例であるが、ダウン症の子どもに向かって「ダウンちゃん」と呼んで周囲のひんしゅくを買った医師がいる。医師の役割は疾病の治療や医学的管理なのだからある程度は仕方ないが、カウンセラーの相手は「病氣」ではなく「人間」である。一人ひとりが大切な人生をもっている人格なのである。病名は同じでも、人格は一人ひとり異なる。カウンセラーはクライエントを必ず名前前で呼ぶし、自分のことを「先生」とは呼ばせない。カウンセリングはカウンセラー一人の人格とクライエントの人格の対等な交流で成り立っていることを忘れてはならない。特にロジャースの理論はこの点を重視するのである。*

危機介入の際にもこの考え方は利用できる。一例として自殺願望があるクライエントに対しては「自殺はバカらしい」と、強硬勸定で思いとどませるのではなく、「他の誰でもない、あなたに生きていて欲しいのだ」という気持ちで介入することが大切だといふのである。長年の知己ならともかく、知りあつてまだ間もないクライエントにそのようなメッセージを伝えることは容易ではない。プロフェッショナル

共感的態度は無条件に必要な態度といわれている。わかりやすいえば、まず最初（必ずしも最初にはこだわらないが）に「このカウンセラーは自分の気持ちをよくわかってくれる（受容的態度）」とクライエントに感じさせることが大切だといふのである。一般にカウンセラーはクライエントとの「最初の出会い」にすべてをかけるといわれる。初対面で「このカウンセラーは自分の気持ちを理解してくれそうだ」と感じさせることができれば、カウンセリングはほとんど成功（カウンセラーが期待する行動変容がクライエントに起こる）したも同然だといふのである。逆に初対面で「このカウンセラーは自分の気持ちがわかかってくれない」とクライエントに思わせてしまうと、次の対話過程でカウンセラーがどんなに頑張っても行動変容

ルのカウンセラーだからこそ可能な技術ともいえよう。最後に、負け惜しみではないが、遺伝カウンセラーは基本的にはお人好しで楽天的な性格が望ましいと思っている。いくらか共感的態度といつても、クライエントと一緒に悲嘆にくれて「心中」にまで付き合ふなんてサマにならぬ。子供絶対不良の子どもをかかえた家族に、今日一日楽しく暮らせたことを感謝しようなど、楽天安でなくしてはいうことができない。悪い予後に目を向けず、その一日の瞬間を精一杯生きていくことに生きる価値をみいだそうである。クライエントとの出会いに一期一会にも似た気持ちで対応するロジェリアンの姿は、医師の理想にも通じるものがあると感じている。

●私とロジャースの出会い

医学部の先輩にあたるが、泌尿器科医の立場から障害児医療をめざし、一時期「東大阪方式」と呼ばれた新方式の療育センターを東大阪市に設立した中野井邦夫先生という先生がおられた（その劇的な生涯

は起こりにくいという。実際の遺伝カウンセリングの現場では、初回の面接からクライエントの情報の収集整理、「カウンセリングが可能かどうか」の判断、アセスメントに合った介入……などなど、カウンセラーがやらねばならない仕事は多い。数回の面接に分けてカウンセリングが行われる場合も少なくないが、初回のカウンセリングの一番の目標はクライエントとの好ましい人間関係樹立にあり、この際最も重要なことはカウンセラーの受容的態度をクライエントに理解させることであるといつて過言ではない。

さて具体的にどうやってカウンセラーの受容的態度を表現すればよいかという問題である。「あなたの気持ちはよくわかりますよ」とロでいうのは簡単だが、「このカウンセラーは自分の気持ちがわ

は単行本になって出版されている（たまたかいは命はてるまで(向井承子、新潮社、1984)）。先生はセンター開設2年目に男性には珍しい乳がんで寝れられたが、先生を応援しようという声に応じても週に一日、小児科医として外来診療と病棟を手伝った。先生の図書室にはロジャース全集が揃っていた。名前しか知らなかったロジャースだったが、たまたま暇な時間に手に取って読んだら、(本当は「ロジャース(ロ-ジャ-ス全集、岩崎学術出版社)とロジャースは同じ人かな」という疑問から手に取ったのである)、遺伝カウンセリングの理論としても役に立ちそうである。おもわず読み初め、約2年近くかけて全23巻の全集を読破したのである。その後、伊藤博先生や國分康孝先生の著書を読み、ロジャースに影響を受けて初めて書いたカウンセリングに関する論文が「カウンセリング技術-クライエント中心型の遺伝相談(臨床遺伝研究)」で1983年のことであつた。当時、遺伝カウンセリングのカウンセリング理論について書かれた物は内外を通じてほとんどみかけなかった。

かってくれそうだとクライエントに感じさせることにはなかなか難しい。基本的には「クライエ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）」、「クライエントと一緒に喜んで、悲しむ（共感的態度）」、「カウンセリングはクライエントの気持ちを受け入れる自分の気持ちや態度で表すこと」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、コラムにカウンセリング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という動機づけができてきた状況を受けている（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り、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自分のよき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ことで、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. カウンセラの自己一致

クライエ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。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行動も患者に行動変容（喫煙行動を止めるといふ行動の変容）は起こらないであろう。指導場面の話であるが、特にカウンセリングはカウンセラーとクライエ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遠伝学の最新情報、および社会信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、クライエントの課題をもしカウンセリング自身だつ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るもつてもよい。カウンセラー自身が自分でどうしてよいかかわからない状況でクライエントと対話しても、クライエントがカウンセリング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エ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エントは対話によりカウンセリング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。結果的にクライエ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、クライエ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エ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な場合が多い。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エ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。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エントに「話を促す」技術ではない。クライエントに「話を促す」ための技術なのである。クライエントに話を促すためには、クライエ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。

## ④ 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エ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エ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エントの一部（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エ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。このようなクライエントは精神科医による精神療法が適切で、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エントに対してカウンセリングを行ってしまえば、カウンセラー自身がパニックに陥った同僚の例などを経験している。また、認知の極端なひずみがあるクライエントには、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。遠伝カウンセリング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エントはカウンセリングで対応して大丈夫かどうか」しつ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なければならない。

## ⑤ 文献

- 1) 佐守夫・友田不二夫（編）：カウンセリング（ロージャース全集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（ロージャース全集11巻）、岩崎学術出版社、東京、1966
- 3) 伊藤 博（編）：クライエント中心療法の評価（ロージャース全集17巻）、岩崎学術出版社、東京、1966
- 4) 友田不二夫・伊藤 博（編）：クライエント中心療法の研究（ロージャース全集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) 千代壽昭：カウンセリング技術クライエ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.jishg.jp/

MEDICAL BOOK INFORMATION

# ロービジョンケアの実際 第2版

編者 高橋 広

●B5 頁328 2006年  
定価3,980円(本体3,800円+税5%)  
(ISBN4-260-0216-3)

眼科領域でロービジョンケアの考え方は浸透してきたものの、実臨床での普及はまだまだこれからからの段階。視覚障害児、者のQOLの向上には、医療職のみならず、福祉職、教員等を念めた訓練が不可欠である。「特別支援教育」「障害者自立支援法」など、個々のニーズに即した支援が求められつており、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。

医学書院

# 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(ダイアベート)」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

### ④ 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エ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からと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リングが

「何もしていない」ダイアノ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一つであり、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究に偏らざるをえ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

\* Hishizaki 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  
別冊請求先: 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

今後のクライエ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、最終的にはクライエ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ますが、これらの基本的な対応から、クライエ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

## コラム

### ●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、相手に語らせるよれ自分で話を聞い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。初學者のカウンセラーに時々みられるが、まず黙ってクライエントの話を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うのでは、まったく傾聴になっていない。クライエントに「カウンセラーが自分の話をしっかり聞いてくれていて」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、クライエ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がえってクライエントにより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、クライエ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なのである。

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

ウンセラーが上手にプレゼンテーションをした場合、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、

ウンセラーが話を一方的にリードしがちなのが原因である(ラジオやテレビによる有名な電話相談があるの類いである)。逆にこのことを知っておけば、電話でどう応対するとよいのか理解ができて、「命の電話」など自殺予防に効果を上げていく電話相談もある)。最近のメールによる相談形態は、クライエ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つとしての意味がなくなり、「カウンセリング」ではない。もちろん、クライエ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？

「この病気が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。拝んでもらうと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な考えなら、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

経験だけに頼ると多くの失敗経験と長い時間が必須になる。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の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

にお話したつもりですが、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な考えなのですか。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、少し詳しくお話しください。」

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。だから拝んでもらうとは思われたのです。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とうするの一番よいか、もう一度ゆっくり考えてみますか。」

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。それで拝んでもらうとは思われたのです。」

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はないことを知っておくべきである。Dは「分析型」の対応で、初學者のカウンセ

本にしてはいるが、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から学べるものがとても多いと考えている。

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と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ませんが、「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ざるべきである。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エントに示すよい機会と考えざるべきである。クライエントのカウンセラーへの気持ちをしかりつけ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られる。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、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。

### ⑩ カウンセリングを行う環境

「冷感房のない部屋でカウンセリングを行ってほならない」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。クライエ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エントに与える効果  
カウンセリングは基本的に予約制にするべきで、クライエ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ない。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エントが自発的に決断する気持ちが起こらない。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、クライエントは自分の気持ちを抑える意欲すら失い、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。この方法が一つ、一部の国で指導者が敬重と面会する場合、相手も長時間待たせてから面会するなど、実際に用いられるものである。待合室の快適な環境づくりも効果があるだろうが、心ならずもクライエ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

### ● 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る。小さな部屋で机を挟んで刑事と被疑者が向かい合っていて座っている姿はカウンセリングとどこが違うのであるうか。違いはつ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事実を語らせ、罪を認めさせることにある(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)。カ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、何日でも長時間の訊問を繰り返す。もちろん自分で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

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、作り話を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。

警察を待たすために、窓の位置(被疑者の背(中側)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。ものわりがよさそうな刑事が質問を担当し、凶悪な(?)刑事が周りで間の手を入れるなど、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っていた政治家が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エ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、クライエントの自発的な発言でなくしては自由な気持ちで、十分に考える時間を与えるのが重要である。クライエ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)と呼ばれる間をつくったりする。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。訊問とまではいかなくても、それに近い診察室風景はないだろう。

### 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Ajou 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一面接の理論と技術」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体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、クライエントの精神的な疲れを一掃する効果がある。

#### 2. クライエントへの指示の連発

職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。「○○さん、1番の診察室の前廊下でお待ちください。番号のラソフがついた

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いね……」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○○に置いてくださいいね。○○番の部屋にお入りくださ

い。終わったら○○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エ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エント自身の意思の力なので、クライエ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。せっかく患者が真意を出して医師に



自らの状況や気持ちなど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、患者は何もしやべれなくなってしまう。  
臨床の現場では一人の患者だけを相手にしてい

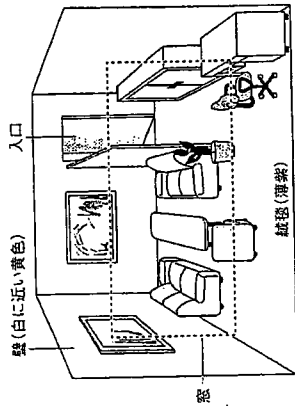
るわけではないので、閉鎖的な質問もやむを得ない場合があるが、このような質問を繰り返さなくてはならない場合は、質問の間に「中立的な質問」や「開放的な質問」を効果的に挿入しようね」とか「な

るほど、それで〇〇したのでですね」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）、「それであなたはどのようにされたのですか」と相手を手をうながすなどクライエントにとっ

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ではないのですか」など、クライエントにとっ

## コラム

### 視覚伝達カウンセリング室：筆者の失敗



この図は20年以上前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、ソファアを用いた。カウンセラーは一人用の椅子に座り90°の位置にクライエ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（もろろん模造品）を飾り、部屋の雰囲気と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室を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だろうか。答えはソファアである。クライエ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アを選んだのだが、外国のように、ソファアにリクライニングして座るクライエントは日本

ウンセリングを行った経験が多い。自宅ではクライエ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エントの逃げ場がなくなるため逆効果の場合もある。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。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よい?

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よいのである。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シャツで患者に成対すると、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患者らしく見えて、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感じられる住民はいない。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のべきであり、一概に決められるものではない。大切なことは、白衣がいまクライエントにどのような心理的効果を与えているか、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いごと一般にいえるだろう。逆に一個の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れる目的で白衣を脱ぐのは問題であろうが）。しかし、逆に白衣を着た医師が共感してくれただけでクライエントの信頼が効果的に高まる場合もある。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。清潔感と不潔感をわかりやすくするの目的なら、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、動脈を切って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。このような場合にも術者の冷静に判断を下せるよう、血液が付着しても術者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闘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、クライエ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

カウンスラーはクライアントとの初対面にすべてをかける前回説明したことを覚えておられるだろうか。「このカウンスラーは私の話をきちんと聞いてくれそう、私の気持ちを理解してくれそう」とクライアントに感じさせることがカウンスリングを開始するにあたり重要だからである。一般の診療風景を見てもよい。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に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、相手を一箇の人格として認める姿勢を積極的に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。」などは救切り型ではあるが、効果的である。

5. 静かな環境

最近では大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。遠伝カウンス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、カウンス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環境

気をつくるよう心がけることもある。「……いかがでしょうか、お願います」「お願ひできませんか」と言うのは半強制的で、「同意を求めたことにはならぬ」。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制するのでよくない。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。度で難しい。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、カウンスリング室としてはどうであろうか。もともと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、リビングウムの床、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スラーは円いテーブルを好む場合が多い。カウンス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。カウンスリングにおけるカウンスラーとクライアントの位置関係はカウンスラーが手を伸ばす

とクライアント肩に触れる位置がよいといわれる。この位置関係は医師が診察しやすいよう、問診のときから「腰を突き合わせ」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。カウンス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、遠伝カウンスリングの場合は資料の提示や説明に便利である。筆者は端が行くなっている机が使いやすいと思う。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、できれば腰にかけて)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は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」といつても、カウンス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 ●

病院の診療風景をイメージしながら、主としてカウンス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った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。カウンス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」という「条件づけ」を行わないことも重要である。遠伝カウンスリングは医療カウンス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、それでもカウンス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のは、カウンスラーと医師の役割をきちんと分けるほうがよいだろう。カウンスラーはあくまで患者のサイドに立つべきである。今回は、実際のカウンス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 今日の小児治療指針 第14版

編集 大橋武彦・古川 漸・横田俊一郎

●B5 頁872 2006年 定価 16,800円(本体16,000円+税5%) ISBN978-4-426-00990-1)

医学書院

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・ドネジメント」の章が加わった。各章では、チャート・パーやフロッピーソフトなどのポイントなどにも触れている。

# 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 (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園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として基本技術であるが、医療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**(フオロー)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。園分による「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 ① 基本的なスキル

### 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(次の連載でカフ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 Chigo* 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。通常の遠くカウセリングを開始したが、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。途中で気付き、大変なカウセリングになってしまった。「遠くの問題」を本人に知らせないで遠くカウ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」というカウセリングにはほとんどの場合、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つて……。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られることももちろんであるが、カウセラーが安易に譲歩することも気を付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、最初にカウセラーとしての「取引」を安易に許すと、後でカウ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が、なんとか調整できませんか」といつてみるのも行動カウセリング的には1つのテクニックである

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ヨックを和らげる効果があることも無弱でない。クライアントがある程度、悪い結果を予測してカウ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。実際の遠くカウ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広がっていくことが少なくない。

## 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?

遠くカウ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つて……。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られることももちろんであるが、カウセラーが安易に譲歩することも気を付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、最初にカウセラーとしての「取引」を安易に許すと、後でカウ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が、なんとか調整できませんか」といつてみるのも行動カウセリング的には1つのテクニックである

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」という気持ちにしよう(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ったら将来、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てはならない。カウ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」ということだけではない。他のこと、何をいわれたのか何か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握りさせ、注意を1点に絞ら込んでいるが(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いし、人間が本来もっている防衛機構が自然に働いてシヨックを

(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。カウセリングはクライアントとカウ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、思ったことをいやすい(作り話しやすい)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(行動カウセリングの技法の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感が明確になり、対応が可能になるのである。試しに、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「制約な経験」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人やクロマニヨンを抑えて進化を選じたのは、その言語発達が大きく貢献しているといえるのは進化の常識である(クリスチャン・ド・デューブ、「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。複数回のカウセリングが必要であれば、電子メールを補助的に使うのも効果的である。ただし、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、カウセリングの経過のなかで行うのが原則である。