

## 第4節 まとめ

### 1. 技法の用いられ方の特徴

#### (1) 助言・教示・意見・示唆

「助言・教示・意見・示唆」は、Case-C以外のすべてのケースで用いられた。以下では職業リハビリテーションカウンセリングに特有と考えられる「助言・教示・意見・示唆」の用いられ方に焦点を当てて考察する。

#### a. 事業主や関係機関のスタッフとの対話

信頼関係を構築する最も有効な方法は、クライアントの気持ちに同調せずに（中立的に）受け止めることである。確かに受け止めた、というクライアント尊重の姿勢は、単にカウンセラーが心の中に思っているだけでは伝わることはなく、意図的にクライアントへ伝え返す必要がある。それには、今回の調査結果にもあったように、「感情の反映」をはじめとする「基本的傾聴の連鎖」の技法を用いればよい。

前節のCase-E、Case-H、Case-Jで考察したように、関係機関や事業主との対話では、応答の目標で信頼関係の構築が求められた場合であっても、「基本的傾聴の連鎖」よりも「助言・教示・意見・示唆」で応答が行われた。また、母親が対話の相手であるCase-DやCase-Gでも同様の傾向がみられた。これは、「助言・教示・意見・示唆」が単なる問題解決の機能だけではなく、専門家としての見解や支援計画を相手へ呈示することで信頼を得る機能をも持っていることを示している。

#### b. うつ病（気分障害）への配慮

Case-I（職場復帰に弱気になるうつ病患者）への応答では、「助言・教示・意見・示唆」が最も多く用いられた。このことを説明する前に、うつ病（気分障害）の障害特性のうち、このような対話場面と関係が深い部分を概観しておきたい。

うつ病の症状が最も著しい時期の気分は、大変辛いものとされている。まず、マイナスの感情を伴う体験を繰り返し思い出し、日常の些細なことで決断ができなくなり、普段なら平気な相手と会うことすらおっくうになる。周りの人たちの人生が順調で優れたもののように見え、逆に自分の価値を極端に低いと感じ、自尊心が満たされない。このとき周囲の人たちから「無理しないで」「休んでいなさい」等と声をかけられると、「自分は役に立っていない存在である」という認識を強めてしまうかも知れない。このような気分には日内変動があり、寝起きから午前中にかけて悪く、次に夕方から夜にかけて軽くなる場合が多いが、その間、自己評価が絶えず上下することによる苦痛や、行き詰まった気分を感じるようになる。また、程度の差はあるが行動が遅くなり、口数が減り、自然な表情が少なくなり、また口や目などの粘膜が乾く（中井・山口, 2001）。表情が少なくなるということは、すなわち症状の深刻さが周囲に伝わりにくくなるということである。ところが、ある程度の社会経験を積んだクライアントの場合、人前で表情を作ることが当たり前になっており、他者から見ると普段の様子とほとんど変わらず、した

がって病状を理解されにくく、一層の孤立感を味わうのである。うつ病の患者が自分の体調のことを誰かに打ち明けるとき、内容が重大であるにも関わらず、まるで冗談半分で話しているように平板で軽い調子に聞こえてしまうかも知れない。

Case-Iの場合、嘆きの表情が出ていることから症状が軽快しているとみられ、カウンセラーはクライアントの気分を理解することが容易になっている。その一方で、自己評価を低く見積もるといった典型的な状態像もみられる。「応答の目標」では、職場復帰に向けた活動を途中で投げ出さないよう、カウンセラーが基軸となってクライアントの揺れる気分をしっかりと支えることが求められている。

Case-Iでは、「開かれた質問」によってクライアントの身の周りに起きた出来事を話すよう促されている。さらに「自己開示」も行われる等、クライアントの病的体験にあまり共感的態度を示さない方法も用いられている。これは、「改めて職場復帰を目指してほしい。もう少し粘ってほしい」という問題解決型の応答目標が与えられたことが理由として考えられるが、もうひとつの理由として、障害への配慮を挙げることができるのである。

うつ病のクライアントとの対話では、クライアントを辛い気分させてしまうと対話が継続できない。うつ病の症状によってマイナスの気分が沸いているときは、周囲の人たちが「無理に明るい話題へ引き込もうとしても、かえって症状を強める可能性すらある。このため、うつ病患者との接し方の一般原則として、人間関係を錯綜させないようにし、専門家から患者に対して生活上の指示はするが、その心理には深層まで介入するべきではないことが挙げられる。そのような対話のできる関係を維持し、それを支えにして、休養、服薬、負担軽減の効果が上がるのを待つという方法が取られるのである（吉松、2001）。

就業支援サービスでは、職業経験等、過去の辛い体験に焦点を当てた対話をしなければならない場合がある。その場合、以下の留意点が必要になる。

うつ病のクライアントにとって最も辛いのは、自尊心を傷つけられる場面である（菅野、2004）。そこで、周囲の人たちは自尊心を満たすことを意図して、クライアントを誉めたりその良い点を指摘してしまいがちだが、実は逆効果である。なぜならクライアントが持っている低い自己評価はクライアントにとっての現実であり、したがってそれを否定することはクライアントの判断を批判することになりかねないからである。このためカウンセラーは、クライアントの言動に良い・悪い等の評価を加えることなく、中立的で落ち着いた態度で接するのが良い。その洗練された形が基本的カウンセリング技法の「助言・教示・意見・示唆」である。カウンセラーの「助言・教示・意見・示唆」が、クライアントの揺れる気分を支える基軸となってクライアントに安心感をもたらし、改めて職場復帰を目指す気持ちが出てくる効果があると考えられる。その際、「助言・教示・意見・示唆」の効果は、「自己開示」、「解釈」、誉め言葉、励まし、叱責のように、価値観や評価の要素が入るものとは異なっている。

うつ病の障害特性に配慮して「助言・教示・意見・示唆」を用いる際に留意したいこととして、カウンセラーからクライアントへの信頼、尊重、誠実さ等で、前述の自尊心に配慮する視点を挙げることができる。一般に、クライアントからカウンセラーへの信頼が問題にされることはあっても、逆のことが

問題とされることはあまりないかも知れない。だが、うつ病のクライアントが安心して自分の表現したいことを表現でき、自分の問題を吟味できるような場や人間関係を形成するには、上に挙げた方法によって、カウンセラーがクライアントを信頼しているということを意図的に示すことが効果的であると言える。

## (2) 閉ざされた／開かれた質問

「閉ざされた質問」は、Case-B（希望進路があいまいな23歳の脊髄損傷者）、Case-C（就職に行き詰った左片麻痺の40歳男性）、Case-H（統合失調症の男性を雇う事業主）への応答で、「開かれた質問」はすべてのケースで用いられた。

「閉ざされた質問」には、会話を拡散させることなく、短時間に最低限の情報を得る効果がある。あるいは、クライアントがあまり主体的でない場合や、いやいやながら来所した場合などに、クライアントの反応を引き起こし、何か話し始めるよう促す効果がある。これらの効果は、「閉ざされた質問」がクライアントの五感に訴えるような直接的で具体的な内容であるほど明確に現れ易い（Havens, L., 1986）。一般に、「閉ざされた質問」では、回答の選択肢が限られているため選択肢に無い回答の方へ話題が展開しにくいという難点があると言われている。だが必ずしもそうではない場合も多い。たとえば、「あなたは今朝、ごはんを食べましたか？」という質問をする場合、質問者は「はい」か「いいえ」かのいずれかを選べば済むと考えているかも知れない。しかし、回答者にとって「ごはんを食べる」とは、米食にバランスのとれた惣菜や味噌汁、デザートで果物までついたものを意味しているとしよう。そして実際に食べたものがロールパン1個だけだったとしたら、回答は「はい」でも「いいえ」でもない。また、クライアントの両面感情<sup>1</sup>について聞くような質問は、“Yes / No”の二者択一の閉ざされた質問をしても、答えることはできない。本当の答えは“Yes”でもあり、“No”でもあるからである。このように、質問者が「閉ざされた質問」だと思っていた質問も、実は回答者にとっては「開かれた質問」である場合がある。すなわち、実際には「閉ざされた」と「開かれた」とは流動的で相対的な概念である。

以下では、クライアントとの対話の焦点をどのように当てるかに着目した「閉ざされた質問」と「開かれた質問」の使い分け方について考察する。

### a. クライアント自身による課題検討の促進

Case-B（希望進路があいまいな23歳の脊髄損傷者）へのカウンセラー No.11の応答では、「本当に就きたい仕事は何であるかを考えることができるよう援助したい」という目標を達成するため、「自動車のエンジン設計とか興味ありますか？」という「閉ざされた質問」によって個々の訓練コースについて

---

1 「両面的感情 (ambivalent feelings)」とも言う。たとえば「自分だけの力で作業をやり遂げたいが、助けてほしい」とか、「苦手な相手だけれど話をしてみたい」のように、一見相反する感情を同時に持ち合わせる。誰にでもある現象で、両面感情自体は問題にはならない。

具体的に考えるよう促した。

ここで呈示する内容は「自動車のエンジン設計」でなくても構わない。「本当に就きたい仕事は何であるかを考えることができるよう援助したい」というCase-Bの「応答の目標」に向かう意図で、仕事について、働くことについて、考えるための材料として「自動車」「設計」等のキーワードを用いているに過ぎない。同時にこのようにすることで職業的なパーソナリティに関してインフォーマルなアセスメントを行い、クライアントの自己理解を促進している。いずれにしてもこのカウンセラーは「閉ざされた質問」で特定のテーマへ焦点を当て、クライアントに考える機会を提供している。

このとき、たとえば訓練校のパンフレットを示しながら「何か関心のある訓練コースはありますか？」というように「開かれた質問」を用いることもできるが、これは「閉ざされた質問」を用いた場合よりもソフトな介入になる。この方法は、障害と付き合う日常生活にすっかり慣れ、仕事についても自分で考えるゆとりを持っているタイプのクライアントや、もともと頭で考えることが好きなタイプのクライアントに向いていると言えよう。そのようなクライアントであれば、複数の訓練コースの紹介や多様な職業に関して職業ハンドブック等を用いて膨大な情報を提供しても、それらを自分なりに整理し消化できる力を持っているであろう。ただし、「このコースは?」「この職業は?」と立て続けに複数の質問を浴びせてしまうと、クライアント自身が考えるというCase-Bの目標が達成できない可能性が高い。「何か関心のある訓練コースはありますか?」という「開かれた質問」は、「閉ざされた質問」よりも質問の焦点（関心のある訓練コース）の範囲が広いだけで、何かについて考える機会を与えている点では同じ趣旨なのである。クライアントの視点が曖昧な方向へと拡散してしまわないように、クライアントの考える力に配慮して質問法を使い分ける必要があると言える。

Case-D（子どもの療育手帳取得を勧められた母親）へのカウンセラー No.35の応答では、子どもの将来について母親が自分なりの考えを進めることを促すのが、応答の目標であった。このためカウンセラーは、「先生から療育手帳のことを聞いた時、どんな気持ちでした?（どんな感じを受けました?）」と、母親の気持ちに焦点を当てた「開かれた質問」をした。このようにカウンセラーの応答の焦点が母親の気持ちに当たっていると、母親自身も自分自身の気持ちに焦点を当て始める。もしこのあと対話が続いて、母親が自分の気持ちを話し始めたらこの応答は成功である。表層的な情報を伝えるのとは異なり、このように心の内側を話すには、対話の相手を十分信頼しなければできない。この後、もしも母親が自分の気持ちではなく他の話題について話す等、はぐらかそうとするのであれば、それはカウンセラーと母親との間に十分な信頼関係が構築されていなかった証拠である。そのような場合は「助言・教示・意見・示唆」を控えて、「基本的傾聴の連鎖」に含まれる技法で、関係の構築から入るのがカウンセリングの基本である。

#### b. クライアントの感情の統制

Case-F（感情をぶつける知的障害の男性）への応答例では、「閉ざされた質問」等によってクライアントを枠にはめ、窮屈な思いをさせて感情をさらに爆発させるより、クライアントの自由な言葉で答え

ることを求める「開かれた質問」によって主体的に考える立場を保障しようと努めている。つまり、当事者の同意を得ながら進める方略として、「開かれた質問」や「感情の反映」等の「基本的傾聴の連鎖」の技法が併用されていたとみることができる（依田・谷，2004）。職業リハビリテーションカウンセリンのように職業問題をテーマとするカウンセリングは、職業観が未発達な若年者へ専門家の判断を指導するという職業指導の伝統的なスタイルが常に行われていると捉えられがちである。しかしここには、それとは別の面を垣間見ることができる。カウンセラーはFさんに対し、感情のぶつけ合いではなく、その意思を尊重しながら対話を求めている。そこでは「基本的傾聴の連鎖」の技法は、知的障害者の意思を育てる教育的な機能をも果たしているのである。

### (3) 自己開示

「自己開示」は、クライアントの心の武装を解除させる目的で、「私」を主語にして個人的見解について話す技法で、Case-E（統合失調症患者を就業につなげたい医療ソーシャルワーカー）、Case-G（統合失調症の娘を持つ母親）、Case-H（統合失調症の男性を雇う事業主）の応答で用いられた。

カウンセリング分野ではこのような「自己開示」のあり方を否定し、カウンセラーの個人的見解を述べてはいけないという立場をとる専門家もいる。すなわち、カウンセリング場面にカウンセラーという個人は存在してはならず、常にその場から一步離れた視点から客観的に状況をとらえるべきであるという考え方である。たとえばFreud, S.は、治療者の個人的な価値観や思想がクライアントに影響を及ぼすことを厳格に禁止した<sup>1</sup>。Freud, S.の精神分析療法では、クライアントが治療者を様々な人物に見立て、本来はその人物に向けるべき様々な感情や願望を治療者に投げかけてくる場合がある。このとき、治療者という特定の個性を鮮明にすると、治療の妨げになると考えたからである。Freud, S.のこの考え方を受け継ぐカウンセリングでは、「自己開示」は行ってはならないとされるのである。

だが、カウンセリングに限らないことだが、対話をするということ自体が、自分という一人の個人をその場へ関与させ、参画させることに他ならない（Sullivan, H. S, 1953）。いかなるカウンセラーも、対話に参加する限り「自己開示」をまったく行わない無色透明の存在ではいられないのである。

Rogers, C. Rは、援助者がクライアントの内的枠組み（internal frame of reference）について共感的理解（empathic understand）を体験し、その体験をクライアントに伝えることがクライアントの成長を助けるとし、援助者がクライアントに「あなたの話を聞いて私はこんな感情を抱きました」と自身の感情に関する「自己開示」を伝えた上で、「いろいろ大変だとは思いますが、自分のことを考え成長する好機ととらえてはどうか」と「助言・教示・意見・示唆」を与えることは、むしろ重要であると考えた。玉瀬（1998）は「自己開示」の効果として、会話を一方的なものにしないことで自然で話しやすい雰囲気をつくり出し、クライアントの不安を軽減し会話を促進させたり、カウンセラーの自己表現のし方が

---

1 これを「匿名性の原則」と言う。

モデルとなって、クライアントの自己表現を促進する、等々を挙げている。このように、現代の折衷的なカウンセリングの考え方では、「自己開示」は適切かつ意図的に用いることで有効な技法として作用すると考えられている。

#### (4) 感情の反映

「感情の反映」は、Case-C（就職に行き詰った左片麻痺の40歳男性）、Case-F（感情をぶつける知的障害の男性）、Case-G（統合失調症の娘を持つ母親）、Case-I（職場復帰に弱気になるうつ病患者）、Case-K（上司に叱責された高次脳機能障害の27歳男性）への応答で用いられた。

Case-C（就職に行き詰った左片麻痺の40歳男性）のCさんの発言の中には、「生活」や「心配」の言葉は含まれていない。だがカウンセラーは、クライアントの態度、言葉、口調等から、その背景にある意味を理解し、別の言葉にいいかえて応答してみせることで、クライアントの自己探求、自己理解（self-awareness）を促進する。クライアントが自分の気持ちをはっきりわかるようになり、漠然とした不安が「生活への心配」という要素を持つことに気づいて、問題解決の手掛かりを得ることができるという形でカウンセリングが進行する。クライアントの思考力は刺激され、このカウンセラーと一緒にこの問題についてもっと考えてみようという意欲を持つようになる。これは、Ivey, A. E.が「感情の反映（reflection of feeling）」と呼んだ技法の核心であり、Rogers, C. R.の「リフレクション（reflection）」、Carkhuff, R. R.の「感情への応答（responding to feeling）」に通じるカウンセリングの中核とも言える技法である。この技法は、カウンセリングでは「言葉の反射（verbal mirroring）」（Goodman, J., 2001）とも呼ばれている<sup>1</sup>。

Cさんは「この歳でこの体じゃ、仕事なんてありゃしませんよ」と嘆いているが、これは謙遜ではなく無理をして、自分を卑下しているのではないか。Case-Cが抱える問題は深刻である。だが、手におえないと感じるほど難しい問題であるからこそ、クライアント自身が考え、取り組むことが重要である。それによって、たとえ障害を持つことになったとしても、社会で生きる一人の人間として、また家族の一員として尊厳を保つことができる。

その際、クライアントを取り巻く環境や、あるいはクライアント自身のことについてさえも、クライアントがすべて理解できていることは稀である。「反映」技法は、カウンセラーが、クライアントやその周りの状況を映し出す鏡（verbal mirroring）となって、クライアントの思考を助ける役割を果たす。クライアントは、クライアントしか知らない過去の経験、知識、自分を助けてくれる人とのつながり等、すでに持っている資源を思い出し、それらを問題解決に生かす意欲を持たなければならない。カウンセ

---

1 このように対象とそれへの気持ち（感情や思考・価値観）に応答する「反映」技法は、大学や大学院の臨床心理士やカウンセラーの養成課程で行われるトレーニングでは必要最低限の習得すべき技能とされる。このような技法の効果を意識し、意図的に使い分けることで、カウンセリングで言う傾聴や受容が実現し、カウンセリング関係が構築され、場合によってはさっそく問題解決に向けて行動を起こし始めるクライアントも出てくる。カウンセリングにおける発達とは、このようなことを言う。

ラーがいかに広範な知識を駆使して「助言・教示・意見・示唆」を行ったとしても、クライアントの生活や人生の全体像はクライアントにしかわからない側面が多い。カウンセラーの役割は、これらを引き出して問題解決に生かせるように支援することにある。

## 2. 今後の課題

本研究では、障害者就業支援サービスにおける基本的カウンセリング技法の特徴を整理するため、Ivey A. E.らの枠組みを応用し、職業リハビリテーションにおけるカウンセリングの実態を分析した。このアプローチは、前項で挙げた日本のカウンセリング概念の曖昧さを基本的カウンセリング技法の視点から解決する試みとなった。

調査結果に対して行った質的分析の方法は、他のカウンセリングプロセスの分析や、カウンセリング以外の産業・福祉・教育・医療・保健等における会話分析にも適用可能であり、それらとアメリカの“counseling”との比較をも可能にする方法であることから、カウンセリング研究の新たな方法論の開発にも資するものとなった。さらに、労働、福祉、教育、医療等々の各分野のコミュニケーションの特徴や、前述のクライアントの自己決定やインフォームド・コンセントの問題は、基本的カウンセリング技法という共通の視点から捉えることができると考えられた。

他方、障害者就業支援サービスにおける基本的カウンセリング技法の特徴から、職業リハビリテーションカウンセリングは、アメリカの“counseling”や、それに倣った日本の他のカウンセリングとの間に技法的に共通する要素を持つカウンセリングの一形態であることが明らかになった。また、一般のカウンセリングでは大きな重点が置かれることの多いクライアントの発言促進、クライアントの自己分析・自己理解の促進における技法の用いられ方は、他のカウンセリングと共通する側面があった。だがそれだけではなく、「助言・教示・意見・示唆」、「閉ざされた／開かれた質問」、「自己開示」、「感情の反映」の各技法の用いられ方に独自の側面が見られ、職業リハビリテーションカウンセリングは、問題解決に向け積極的に行動する応用分野のカウンセリングであることが示唆された。

最後に、これらの知見と前章の「職業リハビリテーションカウンセリングをめぐる課題」(p. 7)で提起された3つの問題（①事業主の存在、②意思尊重や自己決定の実現、③コミュニケーションの障害をもつクライアントの存在）とは、どのように関わるのだろうか。

第1に、職業リハビリテーションにおける信頼関係の構築を目的とする対話で、相手が事業主である場合と、クライアント（障害者）である場合とでは、基本的カウンセリング技法の使われ方が異なっていた。特に、通常、問題解決の技法とされる「助言・教示・意見・示唆」が、専門家としての支援計画の呈示や事業主への要請事項の伝達等の機能を果たすことにより、信頼関係の構築を図るためにも用いられているという点は、他の一般のカウンセリングにはみられない特徴である。

第2に、感情をぶつける知的障害者のケースで、クライアントが言葉による自己表現を行えることを目指して、カウンセラーがそのモデルとなったり、それぞれのクライアント自身による考える過程を保障するなど、その意思を育てる場として基本的カウンセリング技法が用いられていた。すなわち、「基

本的傾聴の連鎖」のような自己洞察や自己理解を中心にしたアプローチが、クライアントの意思の尊重や自己決定の実現と密接に関わるという点である。

最後の第3の問題、すなわちコミュニケーションの障害については、今回の実態調査の検討対象としていないことから別のアプローチが必要となっている。このため、カウンセリングにおける様々な障害特性への配慮については、別途検討することとした。

## 《第2章 補遺》分析方法の妥当性の検証

ここでは、分析結果が考察に値するものか否かを確認するため、本章における分析結果の処理方法について、その妥当性を検証する<sup>1</sup>。

### 1. 分析結果の一致度の評価

5名の分析結果を考察の対象とするためには、その前提として、5名の分析結果が偶然の一致の確率を超えて一致したものでなければならない。これを検証するため、今回のような質的分析で2名の評定者間の一致率を算出するために用いられるCohenの $\kappa$  (カッパ) 係数(Cohen, J., 1960)を用いることにする。一般に、2名の医師による診断の一致度や、2名の教師による生徒評価の一致度等、2者の評定者による評定結果の一致度の計算に際しては、Cohenの $\kappa$  係数が第一選択肢とされる場合がある。 $\kappa$  係数の算出方法は以下の通りである。

まず、5名の分析者から1対1の組み合わせをすべて作る。5名であるから全部で10組できることになる。10組のうち、ここでは例として分析者SとTとの組み合わせについて考えてみよう。分析者SとTのデータにはそれぞれ8,840個の分析単位があり、その1つ1つが技法に「該当する」か、または「該当しない」かのどちらかになっている。そこでこれをもとに、次の補遺表-1を作成する。

補遺表-1

		分析者T			
		技法に		計	
分析者S		該当する	該当しない		
	技法に	該当する	723	325	1,048
		該当しない	908	6,884	7,792
	計	1,631	7,209	8,840	

次に、補遺表-1の各欄の値から次の数式1によって $\kappa$  値を算出する。

1 ここでは、今回の方法に対する反証可能性を確保する。科学理論は実証可能性 (verifiability) つまり追試可能であることより、反証可能性 (falsifiability) を備えていることの方が重要だと主張したのは科学哲学者Popper, K. R.である。仮説の正しさを立証するために、あらゆる事例を調べることは不可能だが、仮説の誤りを立証すること (反証) は可能である。そこで、反証を繰り返せば理論が修正・淘汰され発展する。反証可能性を備えつつ未だ反証されていない仮説を科学的理論ととらえるのがPopper, K. R.の立場である。この考え方は、理論物理学等の演繹的方法論においては常識となっている。

$$\kappa = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e} \quad \dots\dots\dots \text{数式 1}$$

ただし、

$$P_o = \frac{723 + 6,884}{8,840}$$

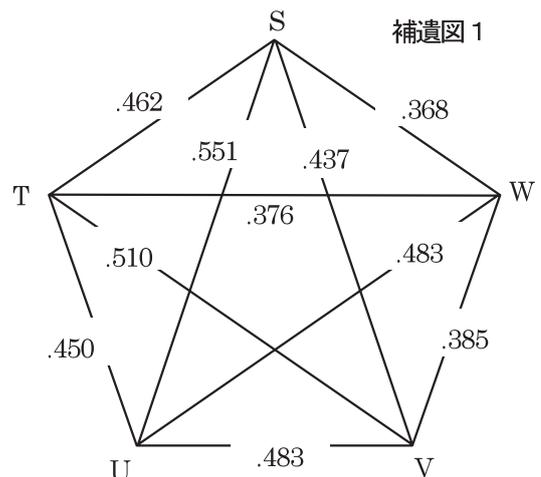
$$P_e = \frac{1,631 \times 1,048 + 7,209 \times 7,792}{8,840}$$

以上により分析者SとTの  $\kappa$  値は  $\kappa = 0.462$  となる。この値が分析者Sと分析者Tとの間の一致度を表すのである。一般にCohenの  $\kappa$  値は  $[-1 \sim 1]$  の範囲で変動することがわかっている。このとき、

- $\kappa = 1$  では完全な一致
- $\kappa = 0$  では偶然一致する期待値と同値
- $\kappa = -1$  では完全な不一致

を、それぞれ意味している。すなわち、 $\kappa$  値が  $[0]$  を上回り  $[1]$  に近づくほど、偶然の一致を超えて2名の一致傾向が強いことを表している。また、もし2人の分析者が2名とも無作為に「○」記入を繰り返せば、 $\kappa = 0$  となるはずである。上に例として示した分析者Sと分析者Tの間では  $\kappa = 0.462$  であったのだから、2人の分析は無作為とは言えず、2名の一致率は偶然の一致を超えていたことが立証された。同様に10組すべての組み合わせについてCohenの  $\kappa$  係数を計算したものが右の補遺図1で、どの  $\kappa$  値も  $[0]$  を上回っている。

だが、各  $\kappa$  値は偶然  $[0]$  を上回ったのかも知れない。そこで各  $\kappa$  値について信頼限界95%で区間推定を行い、その範囲に  $[0]$  が含まれていないかどうかを確認する<sup>1</sup>。一般に、Cohenの  $\kappa$  値における95%信頼区間<sup>2</sup>は次の数式 2によって算出される。



1 すなわち、今回たまたま得られたデータが、同様の手続きを繰り返して得られる膨大な量のデータの一部であるとみて、仮に何度もデータを取った場合に得られると予測されるデータの最大値と最小値（信頼区間）を推定し、その範囲に  $[0]$  が入らないことを確認する。  
 2 危険率5%（ $=1-0.95$ ）における正規分布のパーセント点の値を1.95996と置く。

$$\text{信頼区間} = [\kappa - 1.95996 \times \sigma, \kappa + 1.95996 \times \sigma] \dots\dots\dots \text{数式 2}$$

$$\text{ただし } \sigma = \sqrt{\frac{Po \times Qo}{n \times Qe^2}}$$

この式から補遺図-1の各 $\kappa$ 値の信頼区間を計算すると、次の表2-1が得られる。

表2-1 95%信頼区間の下限～上限

	分析者S	分析者T	分析者U	分析者V	分析者W
分析者S		0.434～0.490	0.521～0.581	0.405～0.47	0.335～0.401
分析者T			0.421～0.478	0.483～0.537	0.347～0.405
分析者U				0.451～0.515	0.418～0.482
分析者V					0.351～0.418
分析者W					

上のどの各区間内にも $\kappa=0$ は含まれていない。以上のことから、今回の5名の分析結果のうち分析が一致したデータは、無作為に行う等により偶然生じた結果ではなく、何らかの判断の結果として出されたことが立証された。

## 2. Cohenの $\kappa$ 係数の採用について

一般に、二者の評定者による評定結果の一致度の計算に際し、Cohenの $\kappa$ 係数を第一選択肢とするのは、医学（Evidence Based Medicine）や教育学では定着した方法論のひとつとなっている。しかし統計学者Uebersax, J.<sup>1</sup>によれば、Cohenの $\kappa$ 係数のこのような扱いは、統計研究者たちの認識とは必ずしも合致していない。まず、後述するようにCohenの $\kappa$ 係数自体は、一致か不一致かを判定する基準を持たない。また、評定者間の一致度を評定する方法には他にも複数の方法があり、Cohenの $\kappa$ 係数が第一選択肢としてふさわしいとは必ずしも言えない。そうであるにも関わらずCohenの $\kappa$ 係数が好んで用いられる背景には、計算が容易であること、 $\kappa$ 値が表現する一致度が直感的に理解し易いこと等が理由としてあると考えられる。

さて、Cohen, J.自身は $\kappa$ 係数の概念を確立し、二者の評定結果が偶然得られたものか否かを検証する方法と、一致度の尺度の概念とを確立しただけで、二者の評定結果が有意に一致しているとみなすために必要十分な $\kappa$ 値の最低限界点を[0～1]の間のどこに設けるかについては明らかにしなかった。

1 Uebersax, J.の見解については、<http://ourworld.compuserve.com/homepages/jsuebersax/agree.htm> を参照。

このため、Cohen, J.の $\kappa$ 値を一致度の検定に応用するため、Cohen以後の統計学者によって一致か不一致かを判定する複数の基準が示されていることになったが、未だ定説はないのが現状である。例えば、Landis, J. & Koch, G. G.(1977)は、 $\kappa > 0.2$ であれば適正 (fair) であると主張した。またFleiss, J. L.(1981)は $\kappa > 0.4$ であれば適正 (fair) であるとし、 $\kappa$ 値が0.4以下では不十分 (poor) であると述べた。最も厳しいガイドラインを示しているのはGardner, W. (1995) で、評定者間で一致していることを前提に分析を進めるには $\kappa > 0.7$ である必要があるとした。仮にGardner, W.の見解に従った場合、今回の $\kappa$ 値は信頼区間を含め $0.3 < \kappa < 0.6$ の範囲にあることから、必ずしも高い値とは言えない。だが、Cohen, J.の $\kappa$ 値が用いられることが多い医師の診断や教師の評価等と異なり、カウンセリングの発言分析に対しGardner, W.<sup>1</sup>のように高水準の一致度を求めることにはあまり意味が無いと考えられる。というのも、分析で用いられた17のマイクロ技法はカウンセラー養成課程のトレーニング場面でその最も典型的な例が示されるのが本来であり、実践場面では卓越したカウンセラーであればあるほど多様な技法が統合され、もはや典型的な技法の姿を止めないのが当然で、トレーニング場面のような精緻な分析が困難になっていくと考えられるからである。むしろ上述のように、分析結果の中に現れた一致点が、偶然に発生したのではなく何らかの判断に基づいて一致したことを立証するために用いる方が妥当である。また、この用法はCohen, J.の $\kappa$ 値の本来の趣旨にも沿うものである。

今回の調査では、応答分の回答者に対しIvey, A. E.の“Microcounseling”理論を踏まえた回答を行うことを求めなかったことが、 $\kappa$ 値を低くした可能性がある。何より、今回のような条件にも関わらずマイクロ技法が見出されたことが重要な結果であったと考えられる。

---

1 統計学者Gardner, W.は、アメリカ・ピッツバーグ大学の“Center for Research on Health Care” (<http://www.crhc.pitt.edu/about.html>) のスタッフとして、地域の精神保健に関する疫学的研究を行っている。

## 【文 献】

- 有賀夏紀 (2002) アメリカの20世紀 (下) 中公新書
- 市川佳居 (2004) EAP (従業員支援プログラム) (臨床心理学 Vol.4 No.1 pp.41-46)
- 伊藤順一郎・大島 巖・岡田純一・永井將道・榎本哲郎・小石川比良来・柳橋雅彦・岡上和雄 (1994) 家族の感情表出 (EE) と分裂病患者の再発との関連 (精神医学 Vol.36 pp.1023-1031)
- 高齢者雇用開発協会 (2002) 高齢者の職業能力発揮とメンタルヘルスのあり方に関する調査研究  
- 中間報告 -
- 征矢紀臣 (1998) 障害者雇用の理論と解説 労務行政研究所
- 田畑 治 (1992) 日本におけるカウンセリングの展開 (氏原寛・東山紘久 (編) カウンセリング入門  
別冊『発達』13 ミネルヴァ書房 pp.39-47)
- 玉瀬耕治 (1998) カウンセリング技法入門 教育出版
- 中井久夫・山口直彦 (2001) 看護のための精神医学 医学書院
- 中島寧綱 (1988) 職業安定行政史 雇用問題研究所
- 楡木満生 (1987) マイクロカウンセリングの研究 - 『3人のセラピスト』による面接技法の使い方-  
(学生相談研究 第9巻1号 pp.43-46)
- 楡木満生 (1989) マイクロカウンセリングの研究(2) - 『グロリアと3人のセラピスト』の中のマイク  
ロ技法の使い方: ロジャースの自己開示 - (学生相談研究 第10巻1号 pp.33-37)
- 福原眞知子, アレン・E・アイビー, メアリ・B・アイビー (2004) マイクロカウンセリングの理論と  
実践 風間書房 ※この文献は3名の共著により日本語で執筆された。
- 保坂亨・浅井直樹 (1997) 日本におけるクライアント中心療法 (こころの科学No.74 pp.59-63)
- 松本桂樹・市川烈・米沢宏・木村武登・藤原誠二・市川光洋 (1997) 企業のメンタルヘルス対策につい  
ての調査研究 - 日本におけるEAP導入の展望 - (カウンセリング研究 Vol.30 pp.18-24)
- 山本次郎 (2001) カウンセリングの実技がわかる本 (下巻) コスモス・ライブラリー
- 依田隆男・谷 素子 (2004) カウンセリング技法の視点からみた職業リハビリテーションにおける支援  
の特徴 (第12回職業リハビリテーション研究発表会プログラム・発表論文集 障害者職業総合セン  
ター pp.191-194)
- 渡辺三枝子 (1990) 職業カウンセリング理論 障害者職業カウンセラー労働大臣指定講習テキスト I,  
日本障害者雇用促進協会
- 渡辺三枝子 (1996) カウンセリング心理学 ナカニシヤ出版
- Carkhuff, R. R. (1987a). *The Art of Helping VI*. Human Resource Development Press. ロバート・R・  
カーカフ『ヘルピングの心理学』國分康孝 (監)・日本産業カウンセラー協会 (訳), 1992, 講談社現  
代新書
- Cohen, J. A. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological  
measurements, vol.20*, pp.37-46.

- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions (2nd Edition)*. John Wiley & Sons, pp.38-46
- Gardner, W. (1995). On the reliability of sequential data: measurement, meaning, and correction. In John M. Gottman (ed.). *The analysis of change*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Goodman, J. (2001). Basic Counseling Skills. In Locke, D.C., Myers, J.E., Herr, E.L. (ed.). *The Handbook of Counseling*. Sage Publications.
- Hackney, H., & Cormier, S. (2004). *The Professional Counselor: A Process Guide to Helping*. Allyn & Bacon
- Havens, L. (1986). *Making Contact: Users of Language in Psychotherapy*. レストン・ヘイヴンズ『心理療法におけることばの使い方 - つながりをつくるために -』下山晴彦 (訳), 2001, 誠信書房
- Herr, L. E., & Cramer, S. (1988). *Career Guidance and Counseling Through the Life Span : Systematic Approaches (3rd ed.)*. Scott Foresman.
- Ivey, A. E., Gluckstern, N. B., & Ivey, M. B. (1974). *Basic Attending Skills*. Microtraining Associates. アレン・E・アイヴィ, ノーマ・グルックスターン, メアリー・B・アイヴィ『マイクロカウンセリング - 基本のかかわり技法 -』福原真知子 (訳), 1999a, 丸善
- Ivey, A. E., Gluckstern, N. B., & Ivey, M. B. (1976). *Basic Influencing Skills*. Microtraining Associates. アレン・E・アイヴィ, ノーマ・グルックスターン, メアリー・B・アイヴィ『マイクロカウンセリング - 積極技法 -』福原真知子 (訳), 1999b, 丸善
- Ivey, A. E. (1985). *Introduction to Microcounseling*. アレン・アイヴィ『マイクロ・カウンセリング』福原真知子・相山喜代子・國分久子・楡木満生 (編・訳), 1985, 川島書店
- ※この文献は、和訳者が原著者の協力のもとに次の3つの文献の全文または一部を一冊の著書として再編集・和訳したもので、タイトルの“*Introduction to Microcounseling*”はこの文献に付された英文の固有名である。
- Ivey, A. E., & Glickstern, N. B. (1982). *Basic Attending Skills*. Microtraining Associates.
- Ivey, A. E., & Authier, J. (1978). *Microcounseling*. Charles C Thomas Publishers.
- Ivey, A. E. (1983). *Intentional Interviewing and Counseling*. Brooks/Cole
- Ivey, A. E., & Ivey, M. B. (2003). *Intentional Interviewing and Counseling : Facilitating Client Development in a Multicultural Society (5th ed.)*. Brooks/Cole.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, vol.33, pp.159-174
- Lewis, J. A. & Lewis, M. D. (1986). *Counseling Programs for Employees in the Workplace*. Brooks/Cole. ジュディス・A・ルイス, マイケル・Dルイス『アメリカの産業カウンセリング』中澤次郎 (編訳), 1997, 日本文化科学社
- Parsons, F. (1909). *Choosing a Vocation*. (reprinted by Agathon Press, 1967)
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy - Newer Concepts in Practice -*. Houghton Mifflin.

※この文献は、和訳に際し次の2冊に分冊された。

- ①『ロジャーズ全集 第2巻 カウンセリング』友田不二男（訳）・佐治守夫（編），1969，岩崎学術出版社
- ②『ロジャーズ全集 第9巻 カウンセリングの技術』児玉享子（訳）・友田不二男（編），1967，岩崎学術出版社

Rogers, C. R. (1961 a). *On Becoming a Person; A Therapist's view of Psychotherapy*. Houghton Mifflin

Rogers, C. R. (1961 b). A Therapist's View of the Good Life: The Fully Functioning Person. In Kirschenbaum, H. & Henderson, V. L. (ed.) (1989). *The Carl Rogers Reader*. Houghton Mifflin. カール・R・ロジャーズ「十分に機能する人間 -よき生き方についての私見-」伊東博（訳），ハワード・カーシェンバウム&ヴァレリー・L・ヘンダーソン（編）『ロジャーズ選集 下巻』伊東博・村山正治（監訳），2001，誠信書房，pp.190-204

Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. W. W. Norton & Company. ハリー・S・サリヴァン『精神医学は対人関係論である』中井久夫・宮崎隆吉・高木敬三・鏑幹八郎（訳），1990，みすず書房

Toffler, A. (1980). *The Third Wave*. Morrow. アルビン・トフラー『第三の波』徳岡孝夫（訳），1982，中公文庫

