

先端医療が生み出す心の問題に関する研究の展望

兒玉憲一・内野悌司¹・磯部典子¹

(2003年9月30日受理)

A review of clinical psychological studies on psychosocial aspects of advances in medical technology

Kenichi Kodama, Teiji Uchino, and Noriko Isobe

The purpose of this study is to describe and consider some psychosocial problems associated with amazing advances in medical technology. About 30 clinical psychological studies on HIV/AIDS counseling, genetic counseling, neonatal care, counseling for infertile couples, counseling for cancer patients, and mental care for donors and recipients in organ plantation in Japan were reviewed and examined in detail. Among these 6 fields, some common psychosocial problems (e.g., the roller coaster syndrome between expectance and despair, difficulties in decision-making before testing and beginning therapies, and repeated experiences of loss and grief) were observed. Although the significance of psychological support and care were recognized, clinical psychologists participating in these fields were very few, and their practical activities were not sufficient to satisfy patients' needs toward them.

In order to develop their professional networks, nationwide researches into activities of clinical psychologists in these fields were suggested to be required.

Key words: advances in medical technology, psychosocial problems, clinical psychologist

キーワード：先端医療，心理社会的問題，臨床心理士

1. 研究の背景と目的

かつては「死に至る病」だった HIV (human immunodeficiency virus) 感染症，及びその末期的病態としての AIDS (acquired immune deficiency syndrome) も，1990年代後半に普及した逆転写酵素阻害剤とプロテアーゼ阻害剤などの抗 HIV 薬物療法，いわゆる HAART (highly active anti-retroviral therapy) により，ごく普通の慢性疾患となった。AIDS による死亡率が減少し，HIV 感染症から AIDS を発症することもかなり防げるようになった。HIV の増殖を遺伝子レベルで阻害する抗 HIV 薬の登場は，HIV 医療を先端医療と変えた。その結果，HIV 医療でも，先端医療ならではの新たな心の問題が生じた。まず，抗 HIV 薬は，感染者や患者に確実に延命効果をもたら

す一方で，患者は生涯100%の服薬率を求められ，服薬には強い副作用が伴うため，治療開始によって生活の質 (Quality of Life; QOL) の低下が生じる。また，抗 HIV 薬は，末梢血液や精液中の HIV 量を激減させ，感染妊婦における母子感染率を1%前後まで低下させ，感染した夫の精液を用いて安全に体外授精できるようになった。その結果，一方あるいは両方が感染したカップルは子どもをもうけるかどうか新たに迷うこととなった。HAART の導入は，感染者患者及びその家族等への HIV/AIDS カウンセリング (以下，HIV カウンセリング) にも大きな影響を与えた。筆者らは，11年間の HIV カウンセリングの話題分析を通して，HAART 導入の前後でカウンセリングの話題が大きく変化したことを示した (兒玉他，2001)。いまや感染者患者は，学業や就労を続け，恋愛，結婚，子どもをもうけることが普通にできるようになった。ただ，いまだに偏見差別の対象となりやすい慢性進行性疾患を抱えた人生には多くの困難があり，今後

¹保健管理センター

HIV カウンセリングが必要とされることは変わらない。

ところで、筆者らは臨床心理士として、抗 HIV 薬の進歩がもたらした新たな心の問題について感染者患者やその家族と語り合うなかで、他の先端医療の領域では、どのような心の問題があり、どのように対処されているかを調査する必要があるようになった。患者が抱える疾患やそれに対する医療技術は異なっても、新たな心の問題や対処法には共通性があるのではないかと考えたわけである。そこで、本稿ではわが国の先端医療の現場で臨床心理士が活動している領域のうち、遺伝子診療、周産期医療、補助生殖医療、がん医療、臓器移植医療の5領域を選び、臨床心理学的な研究を展望し、先端医療が生み出す心の問題とそれに対する臨床心理学的援助について検討することを目的とする。

2. 研究方法

上記の HIV カウンセリングを除く5領域で活動している臨床心理士による専門雑誌、報告書、著書等に掲載された論文を検索・収集し、各領域における「先端医療が生み出す心の問題」及びそれに対する「臨床心理学的援助」あるいは「臨床心理士の役割」を整理した。ただし、検索・収集を行った結果、現時点では該当する臨床心理士数がまだまだ多くなく、その論文数も多くはなかった。そのため、本稿の展望も試行的なものにとどまらざるを得なかった。なお、筆者らは、本研究を基に、該当臨床心理士に対し質問票調査を実施し、さらにこの問題を広範かつ正確に把握する試みを行う予定である。

3. 結果

1. 遺伝子診療における心の問題と臨床心理学的援助

筆者らが、HIV カウンセリングを先端医療の観点から見直す契機となったのは、信州大学医学部遺伝子診療施設で遺伝カウンセリングに従事する臨床心理士玉井真理子氏との出会いであった。玉井氏には、日本臨床心理士会主催第9回 HIV カウンセリング・ワークショップ(2000年12月開催)で講演してもらった。それ以来、第21回日本心理臨床学会大会準備委員会企画シンポジウム「先端医療と臨床心理士の役割」(2001年9月開催)などの機会に HIV カウンセラーとの意見交換が続いている。HIV カウンセラーにとって、遺伝子診療という領域は、もっとも代表的な先端医療のように思われ、遺伝カウンセリングにおける臨床心

理士の活動は、先端医療における臨床心理学的援助を考えるのに示唆的と思われた。一方、玉井氏にとっては、すでに15年の歴史を持つ HIV カウンセリングは、臨床心理士による遺伝カウンセリングをわが国の医療システムの中に定着させていく上で示唆的と思われたようである。

(1) 遺伝子診療の生み出す心の問題

現在急速に進歩している遺伝子解析技術は、治療よりも診断に効果を発揮している。すなわち、遺伝子レベルで先天性、遺伝性の疾患・障害を診断する遺伝子診断は高度に発達しているが、遺伝子レベルで先天性、遺伝性の疾患・障害を治療する遺伝子治療技術はいまだ開発途上である(武田, 2001)。したがって、出生前診断で胎児の先天異常や遺伝性疾患・障害(例えば、ダウン症、筋ジストロフィー、血友病等)を確定あるいは予測できても、その予防や根治的な治療は不可能な場合が多い。また、発症前診断で家族性の遺伝疾患(例えば、ハンチントン病等)が、親と同じく自分にもいずれ現れることを遺伝子レベルで確定したとしても、そうした疾患にはいまだ発病を防ぐすべも、治療法もない場合が多い。このように、遺伝子診断で、将来の自分やわが子の疾患・障害の出現についてかなり正確に知ることができるが、そうした知識は予防法や治療法がない場合は深刻な苦悩をもたらすことになる。玉井(1999)によると、たとえ知ることができるとしても、知らないという選択肢も重要であるが、当事者にとっては知らないままであることもまた困難であるという。

(2) 臨床心理学的援助

玉井(2002)によると、2002年5月の時点で心理職(臨床心理士を含む)が遺伝カウンセリングに従事しているのは全国7施設にしか過ぎないという。そこで心理職の役割について、「出生前診断や遺伝子診断を受けるか否かという選択に際し、単に納得のいく意思決定をサポートするにとどまらない。意思決定できないでいる葛藤状態をそのまま抱えていくことがその人の課題になることもあれば、選択した後の迷いや苦しみにとことん付き合うこともある(694頁)」という。なお、わが国の遺伝カウンセラー制度は、看護師等のコ・メディカル職種を中心に養成され始めており、心理職が遺伝カウンセリングチームの中で、さらには当事者によるサポート・グループとの連携の中でその専門性をどう発揮していけるかが今後の大きな課題となっている。

心理職の専門性について、玉井(2001)は、「治療に対して『無力』であるということが逆説的に存在意義になっている心理職のかかわりの基本は、ただひた

すらに『聴く』ことである。(中略)何も話さないでそこにいてもいいのだという安心感とともに時間を共有することで、結果的に、内的葛藤の表出が助けられ、洞察が深まっていく(614頁)」と述べている。

2. 周産期医療における心の問題と臨床心理学的援助

(1) 周産期医療が生み出す心の問題

筆者らが、「周産期心理臨床」の領域を知ったのは、研究室の院生のひとりが低出生体重児の母親の精神的健康に関する研究を行なったからである。周産期医療あるいは新生児医療技術の進歩、とりわけNICU(Neonatal intensive care unit)の発達で、かつては流産死産であった出生体重2,500g未満の低出生体重児が数多く無事誕生するようになった。1,000g未満の超低出生体重児の救命率も80%を超えるという。ただ、低出生体重児の場合、先天性の疾患・障害を抱えたり、その後の発達に遅れが目立つリスクも大きく、中には出生後まもなく死亡する場合もある。したがって、小さく生まれた子どもを持つ母親は、普通に生まれてきた子どもの場合とは比較にならぬほど、母親となること、育児を行うこと、母子関係を形成すること等に様々な心理的困難が生じやすい。また、折角生まれてきたわが子を生後まもなく失う母親の喪失感は大い。そのような意味で、先端医療である周産期医療にも、光と影の両面がある(橋本, 1996; 永田, 2001)。

(2) 臨床心理学的援助

永田(2001)によると、NICUでの心理的ケアには、「①(わが子が)早産やNICUに入院となったことに対する(親の)情緒的反応への援助、②低出生体重児や、リスクをもつ新生児の発達ガイダンス、③きょうだいや家族を含めた子どもを抱えている環境へのアプローチ、④親自身に対する精神療法など(88頁)」が挙げられる。永田(2002)は、低出生体重児の母親の場合、出産直後に母子分離を余儀なくされること、子への罪責感を抱きやすいこと、妊娠・出産に対する傷つきを経験しやすいこと等のため、母親の中に潜在していた母親になることへの葛藤が鮮明になりやすく、その結果、親子関係を形成していくことに困難が生じやすいと述べ、母子関係への予防的支援がNICUにおける臨床心理士の重要な課題であると述べている。

周産期心理臨床では、様々な困難を抱える親子関係を育むための支援の一方で、流産や死産やNICUで赤ちゃんを亡くした家族とりわけ母親への心のケアが臨床心理士の重要な役割である。この領域のパイオニアである橋本(2001)は、「(赤ちゃんが)死にゆく時のドゥーラ(支援的同行者)があってもいいのではないかと思う。(中略)悲しみをわかってくれる人との

間で悲しみを表出し、それが受けとめられる時、自分の中でも少しずつ悲しみをもてるようになっていくのではなかろうか。それこそが悲しみが癒されていくための『器』なのだろうと思う(122頁)」と述べ、赤ちゃんを亡くした家族の心理的な喪の仕事を援助する臨床心理士の役割を示唆している。

橋本(2002)によると、周産期心理臨床に従事する臨床心理士は全国で20数名であるという。彼女たちは、「問題のある家族だけでなく、できるだけ(NICUの)どの家族にもかかわることができるよう心がけている(210頁)」という。具体的には、保育器の中に横たわる乳児を見守る両親のそばに佇み、「両親と心理士がともに赤ちゃんを見守る形になり、親-乳幼児心理療法と呼ばれる臨床システムに近い状況が生まれる(211頁)」という。NICUにおける心理士の役割について、「心理士がいることで、スタッフのなかにある『当たり前』の心の動きが活性化されるかもしれない。それは必ずしもスタッフの心の負担を軽くすることにはつながらず、かえって葛藤を意識化することになる可能性は高いが、心の健康にはむしろ必要なことではないかと思う(214頁)」と述べている。橋本(1998)は、同様のことを「臨床心理士としての私の仕事のひとつは、NICUが赤ちゃんと家族を『抱える環境』としてふさわしく変化していくための、触媒になることかもしれないと思っている(20頁)」という。いずれにしても、経験豊かな臨床心理士は、NICUの医師、看護師、助産師などの医療チームの中で、自らの果たす役割について、ある時は「ドゥーラ」と表現し、ある時はNICUを「悲しみの器」や「抱える環境」に変容させる「触媒」と表現する。

3. 生殖補助医療における心の問題と臨床心理学的援助

(1) 生殖補助医療が生み出す心の問題

不妊治療技術、とりわけ体外受精・胚移植法(in vitro fertilization & embryo transfer; IVF-ET)を始めとする生殖補助医療(assisted reproductive technology; ART)が進歩した結果、これまで子どもをもうけることができなかった多くの人々が妊娠出産できるようになった(今井, 2001)。とはいうものの、野田(2001)によると、不妊クリニックを受診する全不妊カップルのうち不妊治療が成功するのはせいぜい50%であり、IVFの最終的な挙児率は20%前後にとどまり、患者の期待と現実の治療成績との間のギャップは大きい。また、不妊治療は、治療効率が悪く、治療が長期化しやすい。とくに、治療に熱心に長期間通っているにもかかわらず、妊娠の失敗を繰り返すカップルには、心理的、身体的、経済的な負担が大きい。平山他(1998a)

は、不妊クリニックでARTを受け、とくに体外受精の不成功を繰り返し経験した不妊カップル62組に質問票調査を行った。それによると、①ARTを受ける患者は、ARTによるストレスも感じつつ、ARTに多大な期待と希望をもち、それが故にART以外の選択がしにくくなっている、②ARTを受ける女性患者には頼るべきサポート（資源）が少なく孤立した状況にあること、③ART治療施設に患者へのサポートシステムが導入される必要がある、の3点を明らかにした。

(2) 臨床心理学的援助

平山他 (1998b) は、上記の調査結果を基に、ARTを受ける患者に対し、次のようなサポートが必要であると述べている。①治療初期に、治療の内容や治療成績に関して適切な情報提供を行う。具体的には、医師によるインフォームド・コンセントを徹底し、ナースやカウンセラーによる治療前カウンセリングを行う。②治療中の不安には、カウンセラーによる個別・夫婦カウンセリングを行う。③患者同士の自助グループなどのソーシャル・サポート（資源）を増やす。④ART反復不成功例の患者には、これまでの治療的努力を肯定的に受け止め、子どもをもたない生き方を考えるよう促す。

ART患者に対する心理的ケアについて、ますますそのニーズが高まっている。平山他 (2001)、平山・高橋 (2002)、赤城 (2002) などは、不妊治療に関する専門知識をもった心理職としての先駆的な経験を基に、不妊カウンセラーあるいは生殖心理カウンセラー (Reproductive psychologist) として、長期不妊患者の心理的ケアの留意点やガイドラインを明らかにしている。例えば、平山他 (2001) では、長期不妊症患者の心理的特徴を、①年齢的な限界、②「究極の治療」としてのIVF、③治療不成功体験の反復、④その他の問題、の4つの観点から考察し、心理的サポートの留意点について、次のように述べている。まず、一般的な留意点として、①これまでの治療努力を認める、②できるだけ多くの治療のオプションを提示する、③治療をやめる決断の難しさを理解する。また、不妊症患者が一旦失われたコントロール感覚を取り戻すために、①治療期間中であっても治療以外の生活、特に楽しいことを大事にする、②治療をする前の生活を取り戻す、③治療のコントロールを取り戻す、④人生のコントロールを取り戻す、といった点の重要性とその方法を詳細に述べている。

ところで、平山・高橋 (2001) は、不育症の心理的ケアにも言及している。不育症 (habitual abortion) とは、妊娠はするが流産等により拳児が得られないという病態のことである。不育症は、華々しい不妊治療

や生殖補助医療の陰で見過ごされやすいが、心理的に罪責感をともなう「孤立」と「喪失体験」の反復が特徴的で、生殖心理カウンセラーによる専門的な援助がぜひとも必要である。

不妊カウンセラーあるいは生殖心理カウンセラーとなるべき心理職は、婦人科あるいは不妊クリニックに勤務するわけだが、その数はきわめて少ない。しかも、今日の医療経済をめぐる状況では、その数は容易に増えそうにない。平山 (2002) は、厚生科学審議会生殖補助医療部会に提出した「わが国の今後の不妊カウンセリングのあり方」という報告書の中で、一種の派遣カウンセラー制度のシステムを提唱している。「当面は、公的管理運営機関（仮称）が全国の不妊心理カウンセラーのネットワークを把握し、地域の医療機関からの要請に基づき派遣依頼等を行うことで対応する」と提言している。

4. がん医療における心の問題と臨床心理学的援助

(1) がん医療が生み出す心の問題

わが国で本格的ながん医療が始まってからこの30年間に、早期発見のための診断技術、放射線治療、外科手術、抗がん剤など飛躍的に進歩した。その結果、がん患者の生存率や延命率は著しく向上した。そのような意味で、がん医療は、先端医療のもっとも代表的な領域である。また、精神医学の領域では、20世紀後半にサイコオンコロジー（精神腫瘍学、psycho-oncology）も発達し、わが国でもこの10年余り、研究や実践が活発に行われている。保坂 (2003) の総説によると、サイコオンコロジーは、①すべての病期にある患者・その家族・ケアギバーの情緒的な反応、②発症率や死亡率に影響を与える心理的・行動的・社会的因子、という2つの心理的な側面を扱う領域であり、「がんと心の間の双方向性の関係性を扱う学問・臨床領域である（7頁）」と定義される。ただ、わが国の場合、がん患者やその家族の心理社会的な問題やそれに対する治療的予防的、さらにはターミナルケアに関する研究、すなわちサイコオンコロジーやリエゾン精神医学的な研究は、主に精神科医によって行われている。臨床心理学的な研究としては、岸本 (1996, 1999)、勝見 (1996)、藤土 (1998, 1999)、大木 (2003) などがあるが、本稿では、国立がんセンターにおける臨床心理士の草分けとして実践と研究を重ねてきた小池真規子氏の見解を中心に紹介する。

小池 (2002) によると、がん患者の不安と期待が交錯する心理は、その臨床経過にそって理解する必要がある。すなわち、がんを疑う症状を自覚した時、検査を受けた時、がんの診断がなされた時、初期治療が開

始された時、再発・転移が告げられた時、症状が次第に進行する時、そして治癒の可能性がなくなった終末期と、それぞれの病期において患者の直面する心理的な危機は異なる。がん治療が飛躍的に進歩しているとはいえ、わが国ではがん死は死因の第一位を占め、毎年30万人近くががんで死亡している。そのため、がんと診断された人々の心理的衝撃は大きく、強い不安や抑うつ状態に陥る患者も少なくない。初期治療にもかかわらず再発・転移を告げられた時、最初の病名告知よりも大きな精神的動揺を示す患者も少なくない。がんの終末期患者は緩和ケアの対象となるが、わが国ではいまだ緩和ケア病棟は少なく、多くの患者は一般病棟でその生涯を閉じる。そこでは、末期患者を孤立させず、その患者の個性を尊重したターミナルケアを行うことが課題とされる。

(2) 臨床心理学的援助

小池(2001)によると、がん医療において次のような臨床心理学的援助があげられる。まず、がん患者や家族からの様々な相談を電話や対面で受け付ける「患者・家族相談窓口」がある。また、早期乳がん患者が術後の生活に再適応するためのグループ療法も有効な方法である。もちろん患者本人や家族へのカウンセリングも臨床心理士にとって重要な活動である。患者へのカウンセリングでは、緩和ケアの選択を決意する時、身体機能の喪失過程にともなう悲嘆に対処する時、死の恐怖に直面した時などに有効である。末期患者の家族に対するカウンセリングは、家族が予期悲嘆や死別後の悲嘆にくれる時に重要な役割を果たす。

ところで、本来、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー等とのチーム医療として行われるがん医療や緩和ケアにおいて、臨床心理士はどのような役割を果たすべきであろうか。臨床心理士の役割は、がん患者や家族が抱える心理社会的な問題を他の職種よりも早く正確に認識し、その対処法とともに他職種に伝えることである。そのために、臨床心理士には、がんに関する基本的な医学的知識が必要である。また、「カウンセリングの基本を踏まえたうえで、そのときどきで柔軟に対処していく(148頁)」といった臨床的な柔軟性が必要である。さらには、死を間近にしている患者の一人ひとりの人生観や価値観、すなわち個性を尊重する必要がある。

大木(2003)によると、臨床心理士はカウンセリング・自律訓練・認知行動療法等の心理学的手法で患者に心理的安定をもたらすだけでなく、「患者・家族と医療関係者との『責任ある中間的な立場』で、患者・家族の話聞き、精神的サポートを行う(127頁)」こ

とが重要であると述べている。

5. 臓器移植医療における心の問題と臨床心理学的援助

(1) 臓器移植の生み出す心の問題

わが国でも、1997年に「臓器の移植に関する法律」が施行され、脳死者からの臓器提供が可能になった。ただし、わが国では、腎臓や肝臓の生体移植の歴史は古く、数多くの生体臓器移植手術が行われてきた。ところで、医療のなかでも臓器移植は独特の医療である(長谷川, 1998)。すなわち、従来の医療は主に患者と医療者との2者関係で行われてきたが、臓器移植では、患者(レシピエント)、臓器提供者(ドナー)、医療者に加えて、第3者の立場の移植コーディネーターが加わる。そのため、福西(1998)、佐藤(1998)、渡辺(1998)など、生体臓器移植事例のコンサルテーションを行ってきた精神科医によると、ドナー、レシピエント、それをとりまく家族において、生体臓器移植のドナー選択の時、ドナーが臓器提供を決意をする時、術前術後、さらには移植が成功した場合あるいは失敗した場合、それぞれの段階でさまざまな精神医学的問題や家族力動が生じるという。例えば、親きょうだいから腎臓や肝臓など臓器の一部を提供してもらったレシピエントで、術後に移植された臓器がうまく機能しなくなった場合、命がけて臓器を提供してくれたドナーに申し訳ないと過度に自責になる例があるという。また、親がドナーで子どもがレシピエントの場合、その後の経過で、親離れや子離れが順調にいかない例もあるという。さらには、本来臓器移植を必要とする患者・患児は病気が重く、臓器移植をしたにもかかわらず亡くなっていく場合が少なくなく、遺された親きょうだいの悲嘆も強い場合もある。

(2) 臨床心理学的援助

臓器移植では、ドナー、レシピエント、及びその家族に対し、移植前から長期にわたる臨床心理学的援助が必要とされているにもかかわらず、いまだわが国では臨床心理士による本格的な研究論文は発表されていない。磯本明彦氏は、第21回日本心理臨床学会大会企画シンポジウムで、佐藤(1998)とともに担当した生体腎移植事例における臨床心理学的援助の報告をしたが、いまだ論文としては発表されていない。おそらく、他のどの領域よりも臓器移植では臨床心理士が医療チームの一員として参加しにくい事情(法的な制約等)があるためと思われる。ただし、ドナー及びレシピエントの臨床心理士へのニーズがあることは明らかで、できるだけ早く臨床心理士が参入できる体制が整うことを期待したい。

4. 考 察

1. 心の問題は先端医療の影か

医療技術の進歩で、患者の生存率、延命率、QOL、妊娠率、挙児率が向上する面が光の部分だとすると、先端医療技術につきもののリスクの大きさ、強い副作用、身体機能の変化に伴うライフスタイルの変化、治療が失敗した場合の取り返しのつかなさ（早すぎる死を含む）は影の部分である。こうした影の部分を、インフォームド・コンセントとして事前に知らされ、あるいは告知を通して、あるいは実際の症状で直面させられる患者や家族には、当初の期待とは裏腹の不安、恐怖、葛藤、ジレンマ、落胆、失望、絶望、悲嘆などの心理的な反応（いわゆる「ローラー・コースター症候群」）が生じる。先端医療の専門医は、この影の部分とそれともなう心の問題の大きさを認識するがゆえに、自ら心のケアの研修を積むとともに、医療チームの中に精神科医や臨床心理士等の「心の専門家」の参加を求める。

ただ、本稿で示したように、臨床心理学的には、心の問題は単に影や負や否定的な部分にとどまるものではない。むしろ、人々は心理社会的な危機に直面した時、新たな意味や価値を獲得する好機を手に入れることができる。遺伝子診断で胎児に先天性の疾患・障害がわかった時、低出生体重児が疾患・障害を抱えて生まれてきた時、不妊治療が失敗を繰り返した時、がんでもはやこれ以上延命を可能にする治療法がなくなった時、親から提供された臓器が自分の体の中で機能しなくなった時、つまりもはや医療技術では対処できなくなった時、多くの人は絶望の淵に追いやられるかもしれない。しかし、むしろそこで臨床心理学が本来研究と支援の対象とする心の問題が浮き彫りとなるのである。一人の人間として、あるいはカップルとして、家族として自らの、パートナーの、胎児の、あるいは子どものこれからの人生、おそらく苦難の多いと思われる人生をどのように引き受け、どのように意味あるものとしていくのか、という課題に直面した人々にとって、臨床心理士は他の誰よりもよき相談相手や人生の同伴者となりうるのである。これは、臨床心理士にとってもきわめて重い課題で、決して小手先の技術で対応できるものでもなく、長くて深い臨床経験の蓄積を必要とする。しかし、本稿で紹介した何人かの経験豊かな臨床心理士は、このテーマにしっかり取り組み、多くの患者や家族の厚い信頼を得ている。

2. 6領域に共通の臨床心理学的援助

HIV 医療も含め本稿で取り上げた先端医療の6領

域における臨床心理学的援助は、対象とする疾患や診断治療技術の多様性にかかわらず、共通した面が多いことがわかった。すなわち、いずれも、診断・治療技術の使用に先立つ段階で情報提供、不安解消、自己決定の促進のための「検査（治療）前カウンセリング」に始まり、当該のクライアントが診断・治療技術の使用にたえられるかどうかの「心理査定」が行われ、診断・治療結果の告知を受け止め次の選択を行うための「検査（治療）後カウンセリング」、さらには副作用の強い治療における「精神的サポート」、診断・治療技術がなくなった段階での「ターミナル・ケア」、さらには患者と死別した遺族の「喪の過程の支援（悲嘆カウンセリング）」と続く一連のプロセスは共通して認められる。また、臨床心理士の理論的立場がどのようなものであれ、個人カウンセリングや心理療法、リラクゼーション技法、認知行動療法、グループ・アプローチ、他職種とのチーム医療、コンサルテーション、さらには当事者によるサポート・グループやセルフヘルプ・グループとの連携など、多様な援助技法が駆使される点も共通している。患者、家族、さらには他の医療者から臨床心理士に対して向けられるニーズはきわめて多様であり、それに的確に応じるには、臨床心理士サイドに柔軟な心と多様な援助技法の修得が求められる。

3. パートナーとしての専門医

医療心理臨床で常に臨床心理士に求められることは、職業的パートナーとしての専門医との良好な関係をつくり、維持することである。国家資格を持たないわが国の臨床心理士が医療現場でその本領を発揮するためには、医療チームのリーダーである医師に、その役割と活動について正しく理解してもらう必要がある。そのために、単なる出会い、あるいは相性の良さといった偶然に頼るのではなく、臨床心理士と医師の双方に、相互に理解し合うための努力が長期間続けられる必要がある。そこでは、お互いが出来ることだけでなく、出来ないことをよく認識し、期待と失望の反復にも壊れない安定した関係をつくる必要がある。とりわけ、先端医療の専門医は、医学の領域でも先端を走っているだけに、研究と実践と領域の開拓に多忙であり、臨床心理士に上述した心の問題の解決をとときには過大に期待する場合もある。一方、臨床心理士は、日々更新される先端医療の知識の獲得に追われながら、その領域で自らに期待される役割を模索し、しかも上述したような重い課題を抱えたクライアントと日々向かい合うことになる。したがって、先端医療の専門医と臨床心理士の関係は、基本的に不安定な要素を孕んでいる。

それにもかかわらず、本稿で紹介した臨床心理士は、それぞれよきパートナーとしての専門医に恵まれていることは注目に値する。HIV 医療でも、精力的に活動している経験豊かな臨床心理士には、かならずその領域で有名な専門医の名前が良きパートナーとして挙げられる。このことは他の先端医療の領域でも同様であることが今回確認できた。さらに言えば、専門医と臨床心理士のパートナーシップは、臨床実践だけでなく、研究活動でも維持されていることがわかった。すなわち、臨床心理士と専門医が連名で数多くの論文を発表している場合が少なくなかった。逆に言うと、先端医療の専門医との良好なパートナーシップを維持するためには、臨床心理士に調査研究活動や論文作成能力が求められていると言っていいのかもしれない。

もちろん、臨床心理士が日常業務を円滑に行うには、医師だけでなく、看護師など医療チームを構成する他職種との良好なパートナーシップも不可欠である。ただ、HIV 医療の領域以外の先端領域では、臨床心理士による医療チーム論、他職種との連携論はまだ十分に展開されていないように思われる。

4. 各領域の臨床心理士のネットワークづくりに向けて

HIV カウンセラーの立場から見ると、今回取り上げた5領域とも、臨床心理学的援助に従事する臨床心理士の数やその活動の実態がまだまだ十分明らかにされていないように思われる。HIV カウンセラーは、その活動を開始した1990年代前半から、当時の厚生科研究班の研究協力者として、つねにその活動の実態を調査し、公表してきた。当初、HIV カウンセリング研究班の代表者(分担研究者)は医師であったが、そのことにあまりこだわらず年に数回全国の HIV カウンセラーが合宿を重ね、カウンセラー間のネットワークづくりを行ってきた。1990年代後半には、臨床心理士が分担研究者となり、さらにネットワークづくりは容易となった(兒玉, 2001a)。今回取り上げたいいくつかの領域でも、医師を代表者とする厚生労働科研究班に臨床心理士が参加していると思われるので、そこで臨床心理士が活発に研究活動を行い、臨床心理士間のネットワーク作りが進められることを期待したい。もし科研究班レベルでの活動が困難であれば、関連学会の年次総会の際に自主的にシンポジウムや研究会を開催し、臨床心理士同士の交流を深めることができる。また、お互いの臨床活動に関する実態調査を行い、各領域の臨床心理士の活動の問題点と課題を積極的に医療者や行政担当者に公表していくことが望ましい。その際に、患者に対する援助活動だけでなく、医師や看護師など他職種との連携、さらには当事者や

ボランティアによるサポート・グループやセルフヘルプ・グループとの協力関係についても実態を把握し公表することが重要である(兒玉, 2001b)。臨床心理士が常に他職種や他の立場との関係づくりに努力していることを示すならば、連携や協力関係の相手から好意的に評価され、かつ有益な支援が得られるものである。

5. まとめと今後の課題

本稿では、HIV カウンセラーの視点から、遺伝子診療、周産期医療、生殖補助医療、がん医療、臓器移植医療の5領域において、医療技術が急速に進歩するにともない、新たに生み出される心の問題を文献的に検討した。その結果、先端医療における心の問題とそれに対する臨床心理学的援助には共通した部分が多いことが明らかになった。ただし、HIV カウンセラーの15年間の経験によると、他の5領域では、臨床心理士のネットワークがまだまだ未発達であると思われた。そこで、今後は先端医療に従事している全国の臨床心理士を対象にその活動に関する実態調査を行い、その結果に基づいて、臨床心理士という専門家集団として取り組むべき課題を明らかにしていく必要があると思われた。なお、本稿では、臨床心理士自らが執筆した論文や著書を検索収集して展望を試みたが、入手できた文献は必ずしも満足できる数ではなかった。今後さらに広範に検索収集し、現時点の展望として十分なものとしていく必要がある。

付 記

- 1 本研究は、平成15年度文部科学省科学研究補助金基盤研究(C)(2)「先端医療が生み出す心の問題に関する臨床心理学的援助」(研究代表者兒玉憲一)の一部として行われた。
- 2 文献の収集に際し、橋本洋子、玉井真理子、平山史朗、小池真規子、西巻美幸の各氏の協力を得た。ここに記して、謝意を表したい。

【引用文献】

- 赤城恵子 2002 長期不妊、妊娠不成立時の心理カウンセリングから見えるもの 助産婦雑誌, 56(12), Pp.78-83.
- 藤土圭三 1998 痛に罹患した夫とその妻との心理面接について 広島文教女子大学紀要, 33, Pp.129-141.
- 藤土圭三 1999 癌患者との心理面接過程に関する研究 広島文教女子大学紀要, 34, Pp.25-40.
- 福西勇夫 1998 臓器移植精神医学におけるメンタル

- ケア 福西勇夫・岡田宏基(編) 先端医療と心のケア 現代のエスプリ No.371 至文堂, Pp.47-55.
- 長谷川浩 2000 臓器移植とヒューマンケア 岡堂哲雄(編) 患者の心理 現代のエスプリ別冊 至文堂, Pp.132-142.
- 橋本洋子 1996 新生児集中治療室(NICU)における親と子へのこころのケア こころの科学, **66**, Pp.27-31.
- 橋本洋子 1998 NICUにおける赤ちゃん和家人への心理的サポート Neonatal Care, **11**(6), Pp.16-20.
- 橋本洋子 2001 赤ちゃんが亡くなった時 渡辺久子・橋本洋子(編) 乳幼児精神保健の新しい風 ミネルヴァ書房, Pp.113-122.
- 橋本洋子 2002 臨床心理士の役割 Neonatal Care, 春季増刊, Pp.210-214.
- 平山史朗 2002 わが国における今後の不妊心理カウンセリングのあり方 第13回厚生科学審議会生殖補助医療部会資料(厚生労働省ホームページ, <http://www.go.jp/shingi/2002/05/s0523-1.html> に掲載.)
- 平山史朗・吉岡千代美・出口美寿恵・向田哲規・高橋克彦 1998a ARTに対する患者の心理調査 日本受精着床学会雑誌, **15**, Pp.145-149.
- 平山史朗・吉岡千代美・出口美寿恵・向田哲規・高橋克彦 1998b 体外受精反復不成功女性はいかに心理的ストレスに対処しているか 産婦人科の実際, **47**(11), Pp.1903-1909.
- 平山史朗・富山健太・高橋克彦・岡親弘 2001 長期不妊症患者に対するカウンセリング 久保春海(編) 不妊カウンセリング・マニュアル メジカルビュー社, Pp.160-168.
- 平山史朗・高橋克彦 2001 不育症の心理的ケア 産婦人科治療, **82**(5), Pp.567-572.
- 平山史朗・高橋克彦 2002 高度生殖医療の現場から見た「自己決定」の実際と今後の課題 産婦人科の世界, **54**(5), Pp.51-57.
- 保坂隆 2003 サイコオンコロジーの現況と展望 保坂隆(編) サイコオンコロジー 現代のエスプリ No.426 至文堂, Pp.5-17.
- 今井道夫 2001 生殖補助医療技術について 長島隆・盛永審一郎(編) 生殖医学と生命倫理 太陽出版, Pp.20-44.
- 勝見吉彰 1996 末期癌患者の内的体験に関する一考察 心理臨床学研究, **14**(3), Pp.299-310.
- 岸本寛史 1996 悪性腫瘍患者の語り 心理臨床学研究, **14**(3), Pp.269-278.
- 岸本寛史 1999 癌と心理療法 誠信書房
- 兒玉憲一 2001a わが国のHIV/AIDSカウンセリングに関する研究上の課題 日本エイズ学会誌, **3**, Pp.155-158.
- 兒玉憲一 2001b HIVカウンセリング 山本和郎(編) 臨床心理学的地域援助の展開 培風館, Pp.20-35.
- 兒玉憲一・内野悌司・喜花伸子・森川早苗 2001 HIV/AIDSカウンセリング11年間の話題分析 広島大学大学院教育学研究科紀要, **50**, Pp.257-262.
- 小池真規子 2001 終末期医療といのち 矢永由里子(編) 医療のなかの心理臨床 新曜社, Pp.125-162.
- 永田雅子 2001 NICUにおける心理的サポート 渡辺久子・橋本洋子(編) 乳幼児精神保健の新しい風 ミネルヴァ書房, Pp.81-90.
- 永田雅子 2002 低出生体重児の親子への母子支援心理臨床学研究, **20**(3), Pp.79-85.
- 野田洋一 2001 医学的側面からみた不妊カウンセリング 久保春海(編) 不妊カウンセリング・マニュアル メジカルビュー社, Pp.56-71.
- 岡堂哲雄 2000 患者の心理 岡堂哲雄(編) 患者の心理 現代のエスプリ別冊 至文堂, Pp.9-28.
- 大木桃代 2003 サイコオンコロジーにおける患者支援 岡堂哲雄(編) 患者の心理 現代のエスプリ別冊 至文堂, Pp.119-131.
- 佐藤喜一郎 1998 肝移植のコンサルテーション精神医学 福西勇夫・岡田宏基(編) 先端医療と心のケア 現代のエスプリ No.371 至文堂, Pp.76-84.
- 武田伸一 2001 遺伝子治療の基礎知識 貝谷久宣・日本筋ジストロフィー協会(編) 遺伝子治療と生命倫理 日本評論社, Pp.99-108.
- 玉井真理子 1999 出生前診断とカウンセリング 生命倫理, **9**(1), Pp.121-126.
- 玉井真理子 2001 出生前診断とカウンセリング 日本新生児学会雑誌, **37**(4), Pp.611-614.
- 玉井真理子 2002 遺伝相談に心理職としてかかわること 臨床心理学, **2**(5), Pp.691-694.
- 渡辺俊之 1998 生体腎移植患者の家族力動 福西勇夫・岡田宏基(編) 先端医療と心のケア 現代のエスプリ No.371 至文堂, Pp.65-75.