

がん医療・緩和医療における臨床心理士の仕事

—事例への対応経験からの検討—

藤 土 圭 三¹

Clinical Psychologist's Role in Medical and Palliative Care of Cancer

—An Investigation Based on Experience with Cases—

Keiso FUJITO¹

問題

がん医療・緩和医療の分野で臨床心理士はどのような活動が可能なのだろうか？

平成19年4月に「がん対策基本法」が施行され、わが国のがん医療・緩和医療の体制が大きく変わろうとしている。具体的対策として、「がん対策推進基本計画」はがん対策基本法第9条に基づき政府が策定する。具体的には、平成19年度から平成23年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るために、がん対策基本法・がん対策推進基本計画は都道府県が「がん対策推進」のための指針となる。

がん対策基本法が平成19年4月に施行され、わが国のがん医療緩和医療の体制が大きく変わる。なかでも、がん医療・緩和医療の推進のための拠点として各県に「がん診療連携拠点病院」が指定され、医師、看護師、薬剤師、医療心理に関わる者等を含めたチームによるがん医療・緩和医療体制の推進を求められるようになり、臨床心理士が新たに採用されるという状況にある(児玉憲一 2007)。

陽はがん医療・緩和医療の分野に差し込んできたと言える。このような時期に、筆者は「陽の注ぐ以前」、1993年(平成元年ころ)から「死を近く感じ、医師から余命を限定された患者とその家族の抱く心理現象の有様」に関心を持つようになった。このような時期に『死の臨床研究会』を知り参加した。研究会参加によって、関心が高まり、知人の医療関係者に願って「緩和ケア期、(当時はターミナル期と言う)」にある患者とその家族への心理面接を試みた。医療関係者に願って「終末期の患者で心理カウンセラーの面接をしてもよいという方があったら紹介してほしい」と依頼して近隣の総合病院を廻った。以下に「がん患者とその妻」への心理面接を経験した。

「がん患者とその妻へのカウンセリング的接近について」～心理面接は患者の心を癒すことが可能だろうか～というテーマで第21回日本死の研究会年次大会事例検討3(1997年11月8～9日)広島市立安佐市民病院村上須賀子「MSW」と連名で名古屋国際会議場で発表した(第21回日本死の臨床研究会プログラム・予稿集 p202)。この時代の心理面接を死の臨床研究会全国大会で報告することは稀有なことであった。

ここでは見本事例を通して筆者が経験し考えた検討結果を報告する。

¹広島文教女子大学名誉教授

見本事例(1)

本事例(見本例)は食道がん(進行がん)で入院中、リンパ節転移を伴う60歳代の男性で、患者とその家族は「食道がん」であることを知らされていた。本事例研究ではがん疾患に苦しむ患者とその妻の心を癒すための心理面接(カウンセリング的接近)を試み、その可能性を検討することを目的とした。患者とその妻の面接では①来談者の思いや気持ち・感情・潜在的意識を出来る限り丁寧に傾聴する②来談者の思いや気持ち・感情などが自由に表出できる関係(相互交流の豊かな関係)の形成に努める③来談者の現実を出来る限り精緻に理解し、来談者の現実認知がより正確なものとなるような面接を目標とした。

患者紹介と治療経過；患者は定年退職のための共済組合からの推奨で人間ドックを受けたところ、「食道がん」が発見され精密検査のために公立病院に検査入院して、前記疾患の確定診断(食道がんリンパ節転移)を受ける。放射線療法を受けるも食道狭窄が発生し出血、経口摂取不良、予後不良、家族には1年の余命と告げられる。患者への病名告知に際しては主治医・精神科医・病棟看護師が同席したとのこと。

心理面接経過；「第一段階」患者とその妻との同席面接期；週一回、1時間の面接契約で、患者と妻との同席面接で、面接形態は対面法で実施する。面接場所は医療相談室を利用した。患者と妻との同席面接11回、患者の病状悪化後、妻のみとの面接8回、合計19回、「第二段階」患者死亡後の妻との面接期；患者死亡後、妻との面接は3年間に20回の面接を継続した。患者死亡後の妻との面接は一回ごとの契約で、その都度、電話の申し込みによる面接を契約し、面接をするという方法であった。患者死亡後の面接は大学の面接室を利用した。

面接過程；第一期(#1~#3：不安・心配期)患者とその妻との同席面接であったが、妻は殆ど発言せず、患者(夫)の訴え(発言)が中心であった。発病経過、経緯が詳細に語られ、どうしよう!と表情も硬く、うつ傾向が強く示された。妻は殆ど発言されないで、Thから妻に問いかけたりしたが、言葉は少なかった。第二期(#4~#10：安定期)症状が安定したので、患者自身の生い立ち、仕事、社会事情などが語られた。中でも自分の生い立ち、成育の事情、仕事上の経験について語りには迫力を感じた。

第三期(#11~#16：症状悪化・衰退・長男の結婚準備)症状が顕著になり、衰退が激しくなって、医療相談室に来ることが不可能となり、Thが訪室しての短時間の面接と、引き続いての妻との医療相談室での面接を継続した。第四期(#17~#19：体力減退、昇天)命ある間に息子の結婚式を行いたいと希望し、その思いをほぼなし遂げて昇天した。第五期(#20~#28 夫の死亡後；妻の悲嘆・動揺・落胆への支援開始)葬儀後、暫くして弔い訪問を実施、患者(夫)の死亡後悲嘆に暮れる妻との面接を契約する。月1回程度の面接を実施する。当初は悲嘆・動揺が激しかったが、漸次安定してきた。夫の生前に身内だけの結婚式は行ったものの披露宴が行われていなかったため、妻が披露宴の準備に取りかかれるようになった。

第六期(#29~#39：安定・積極的行動期)息子夫婦に子供が出来たし、団体旅行にも参加できるようになり、妻の生地に転居したことを契機に面接を終結する。

見本事例(2)

長短の差はあったが、事例対応の経験を重ねて、前回の日本死の臨床研究大会での研究報告から2年後に以下の研究発表を行った。

「がん患者との心理面接過程について」～カウンセリング的面接についての検討～というテーマで第23回日本死の研究会年次大会事例検討2(1999年9月17~18日)広島市立安佐市民病院玉田八

重子「外来看護師長」と連名で、北海道厚生年金会館で発表した（第23回日本死の臨床研究会プログラム・予稿集 p171）。

見本事例(2)では患者が個室で治療されたので、訪室面接が計画的に実施可能であった。このため、心理面接がThの企画通りに実施することができた。ここでは企画通りと言っても、それは患者の様態とその家族の了解と協力があったからである。

患者の在院個室には患者用のベットに、付き添い家族のための補助ベットとシャワー付きの風呂とキッチン室に4名が座れる程度の応接セットが用意されていた。出窓には色々な季節花が置かれていた。中でもひととき大きな「花」の鉢植があった。

心理面接の目的と方法；患者は「肺がん」に罹患している50歳代の男性で、祖母と妻に子供2人の5人家族であった。「がんと言う課題」を背負った患者に対して定期的に面接して、それが患者理解を促進すると共に、患者の心理過程（状態）を検討することを目的とした。このためには患者の言葉の一言々に含まれる潜在的意味を深く理解し、的確な対応を図るには如何にあるべきか、如何に応答すればより効果的な「こころの居場所」が得られるかを検討すると共に患者の心理的安定とその経過を検討する。

患者紹介と面接契約；患者はX年6月A病院内科に入院し治療を受けた。4か月後の10月に筆者に紹介された。患者もThの心理面接を了解した。主治医には患者の動揺が激しいので、カウンセリングを受けることで安定するのではないかとする期待があった。

カルテを見て必要な情報を得た。初回面接は11月6日であった。訪室し来意を伝える。患者は元気であり、「病気は必ず治癒し、元気になるのだと意欲的」であった。

面接開始以来、X+1年4月11日までの6か月間、22回の継続的面接を実施した。22回の心理面接の内、言葉を利用して面接できたのは18回であった。X+1年3月になってから、患者の様態が悪化し、言葉を使つての面接は不可能となった。しかし、付き添いの家族と話していると、時折患者がその話しに割り込むと言う方法で面接が継続された。患者の衰弱が激しく、定期的面接の可否について相談すると、患者とその家族も出来れば継続して訪室してほしいとの希望があり、Thも最後まで見届けたいと思い、定期的訪室面談を継続した。

面接経過；第一期（#1～#3：不安・動揺期）#1では病棟師長の同席で面接をする。#2では患者の病状を患者と師長から詳しく聴取した。#3では仕事のこと、家庭のこと、結婚のこと性格のことについて語る。Thは傾聴し、必要な時には積極的傾聴技法も活用して、患者の揺れ動く体験を詳細に共感し、確認するために、時として患者に問い返すようにした。この結果、患者とThとの交流関係は一気に深まり、豊かな交流関係（患者の心の休まり癒される関係・心の居場所）が形成された。ここでは、患者の言葉・非言語的表現・感情などを積極的に傾聴し理解を深めることで、患者は症状中心の話しから、次第に家族関係・生活・職業生活の話へと変化し、患者の生活全般について言及し、これからの人生を語るようになった。

第二期（#4～#10：自己開示・人生の再検討期）#4では放射線療法について詳細に語り、その結果として頭髪が瞬間に抜け落ちたと語る。頭髪の抜け落ちる様を丁寧に傾聴する。#5ではこれまでの人生を語り、前向きに生きたいと語気強く語る。何か自分自身に言い聞かせる感がする。#6でも前向きに生きたいと強く訴える。#7では人生を一段と深く語る。表現の派手さの中にペーソスを感じる。#8では人生観確立のためと言って多読中。#9では病と共に生きるのだと言う。共生を語る。#10では症状悪化、面接中言葉数が少なくなる、家族を交えて面談。多くの書物を読み、心に残る文章を記録に残し、何度も読み直すと言う。特にホスピス医山崎章郎氏の「病院で死ぬということ」を愛

読し山崎氏の経歴を書いてベットの側に張り出している。このことを話題にして深い面接を展開する。

第三期 (#11～#14：不安・疲労感期) #11 では主治医から退院を勧められ不安となる。#12 では職場での配置転換を知り落胆する。#13 では再検査結果を知ってショックを受ける。#14 では激しい疲労感、新興宗教・民間治療（薬）に関心を示す。主治医からの退院を勧められたことで、見捨てられ感が強く不安定となる。結果的には中止となる。椅子に付いての面接は不能となる。以後患者との面接時間は少なくなるが、付き添い（実母）との面接時間が長くなる。

第四期 (#15～#22：疲労・衰退期) #15 では疲労が激しく、心が大きく揺れ動く。外泊して益々疲労がますます。#16 外泊中に仏事に参加する。疲労が強く、話す元気も出ない状況となる。#17 では症状悪化し、実母への依存が強くなる。#18 では妻も会社を休んで看病に付く。#19 衰弱激しく、言葉が出なくなる。#20 衰弱激しい、よく来てくれました、うれしいです。ありがとうございますと細い声で語る。#21 の予定日前に担当看護師より電話、患者が危篤となり間もなく死亡。#22 暫くして家族に電話する。

第五期 (#23～#26：弔い訪問) #23 患者死亡後、妻に面接。#24 では夫の死亡後2か月たつて家庭訪問による面接を実施する。以後、3～4か月ごとに2回にわたり家庭訪問をする。

2つの見本事例の掲載については、「日本死の研究会での報告事例を元に加執訂正を加えて個人が同意できないように配慮することで個人情報に配慮した。

考察

1993年（平成5年）ころには心理臨床家が「がん医療・緩和医療に関わる」ことは少なかった。事実、筆者が「がん患者とその家族に面接をさせて欲しい」と医療関係者に願っても、多くの主治医は、その必要性を感じる事がなく、面接の希望を断られることがあった。根気強く、ひたむきに面接希望を願っている内に、一部の看護師やMSWから、心理面接の必要が認識され、知り合いの仲介で、心理面接を許されるようになった。筆者は担当看護師の後ろについて歩いて心理職です。私と話がしたいと希望があれば面接させてくださいと願って歩いた。根気よく病室訪問をしている内に、一人の内科医と親しくなり、内科医の紹介で何例かの患者と心理面接を継続することが可能となった。見本例はこれらの事例の中の一つである。ここで感じたことは得体の知れない心理職者がいきなり心理面接をしても応じてくれるような患者はなく、大切なことは、心理面接実施より前に「患者がこの人となら私的な話をしてみようかを感じるような安心感を売り込むこと」であると実感した。このことは医療関係者についても同じことであり、対応に困る患者とその家族を引き受けることを宣伝し、実績を作ることで、医療関係者の信用を得ることが大切なことであった。

見本事例(1)を中心に周辺事例も参考にしながら、心理面接のあり方について分析検討して、がん患者とその家族の心理面接推進のための留意点について検討する。

- (1) 患者の疾患が短期間の内に改善し、健康が回復できる場合には、心理臨床家が患者との心理面接を実施する必要ないかも知れないし、あったとしても機会は少ない。がん患者のように、その治療経過が慢性化し、日常生活が不全になるような場合には、心理面接が求められる。換言すれば患者の闘病生活中的のQOL向上のための一貫としての導入が可能である。
- (2) しかし、慢性疾患のため心に大きな負荷を背負っている患者とその家族の場合でも、「何かお話があれば聴きます」と言っても、その気になれないのが実情である。なぜ家族は話をする気持ちになれないのだろうか。それは、話ができればお聞きしますと告げられても、更にはお話があれば

お聴かせくださいと言われても、患者がその気持ちになれるような心理的安心を感じる雰囲気が必要なければ話す気持ちにはなれない。この方になら話をしてもいいかなと思えるような雰囲気（関係）を創ることが第一に必要なことである。これが「がん患者とその家族」への接近の第一歩である。

(3)心理的安心を育む関係こそ心理面接の基本要件である。この点について小谷英文(2008)は心理面接構成の3条件として①心理的安心感、②関係性 ③心理的世界への関心の三条件を上げている(小谷英文 2008)。心理面接では患者とその家族が安心してThに話して見ようと言う気持ちになれる関係(相互交流の豊かな関係・気持ちが語り合える関係)が必要である。筆者の場合、見本事例(1)に見るように、患者は中堅企業のブロック支店の責任者であり、他国への業務出張の経験もあり、名実共に油の乗り切った感じのする方であった。上背もあり、最初の印象では、培われ磨かれた企業人という印象であった。Thが心理面接を希望していると告げた時には、米国ではTh(患者の意識ではMSWと同一視)が付くのが当然と聞いているし、自分としては希望しているとして受託してもらえた。

この結果、一人の患者と心理面接の契約できた。契約できたとは言え患者にとっては、Thは未知の人にしか過ぎなかったため、Thにとっての第一の仕事は、患者とその関係者(妻)がこのTh(この人)となら、世間話くらいならしてもいいかなと言う気持ちになってもらえるような関係的雰囲気を形成しなくてはならない状況にあった。Thは主治医から紹介を受けて、自己紹介後は、患者に対し「どんなお話しても話してみようかと思われることがあったらお話しください。私も知っていることなら何でも答えさせていただきたく思っています」と水を向けた。幸い紹介を受けた患者の症状が安定していたし、主治医から患者の疾患について丁寧な説明を受けていたし、心理的にも安定していた。結果として、Thの専攻する心理学についての質問攻めから、心理面接が始まった。Thはこれに対し一つ一つ丁寧に応えた。患者の仕事が商品を説明し、注文をとって歩くことが主たる仕事であったため、商売に関わる人間関係についての体験談が多かった。販売業務における人間関係についての充実した面接過程が実現し、同席していた妻が、【貴方はそんな仕事をして来たの!!】と聞き返すような場面さえあった。患者とThとの関係には緊張感はなく、話し合いが出来るという心理的安心感を経験できたし、Thと患者間の双方向性の豊かな関係性が醸成され、人と人との交流の特異性という心理学的心性(心理的世界)を刺激したものと考えられる。結果的にThと患者とは心理的な相互交流の豊かな関係形成の入り口に到着することができたものと考えられる。課題を背負った患者とその関係者にとってこの人になら話をしてみようかという気持ちになるような相互交流関係を形成することがThに取っての第一の仕事となる。

具体的には患者と関係者が、この方となら私的なことも含めて話しをして見たいという気持ちが醸成できることである。Thが病院のスタッフであれ、非常勤であれ、患者と関係者に取って頼りになる方だと言う感覚が掴めるような関係的雰囲気を創ることである。

(4)患者とその関係者(妻)との同席面接中で、患者の様態が悪化後はベットサイドで短時間の面接を実施したり、医療相談室で患者の妻との心理面接を継続して19回で、患者は他界した。その後の妻の憔悴を感じて、「希望があれば、継続面接が出来ることを伝え、希望されれば電話で面接を契約して面接の継続が可能なこと」を伝え、引き継ぎの心理面接が月1回程度の割合で継続された。Mourning workの開始であった。この経験の結果、患者とその妻(その家族を含めて)は時間の経過と共に、その思い、感じ方が変化して、生きる希望が芽生えてくることを経験で

きた。言い換えれば“時間が心を癒すための妙薬となる”ではないだろうか。更に言えば、相互交流関係が継続され維持されることが喪失に混乱する妻の心の再生に大きく寄与することを実感した。第五期（#20～#28）から第6期（#29～#39：）までの面接回数は19回であるが、期間は1年半以上となった。この間、残された妻は、現在地を離れて、子供達が生活する地域（妻の出身地）への転居を決意され、実行された。ThはMourning workの面接を通して妻の心の再生を関係内で傾聴し共感し、理解し支援することが出来た。ここで大切なことは、Thは混乱する妻の心に寄り添い相互交流の豊かな関係を継続し、関係内情報に添って対応することであった。具体的には関係内情報を検討し、適応的な手法を来談者と共に考え出すことである。

2つ目の見本事例とその周辺事例を参考にした事例対応経験を通して次のようなことが考えられる。

- (5)見本事例(1)では迫ってくる死を感じた患者は、子供の結婚と言う仕事を始めることで何かを成してきたという達成感の中で死を迎える方策をとり、それを成しえて死を迎え、夫の死後は残された妻が一人で生活するという事態があり、Mourning work後の面接が長期に継続した。妻の息子の生活圏（生家近く）に転居することで完結した。
- (6)見本事例(2)ではMourning workは3回しか出来なかった、患者家族の生活地が遠隔地にあったので、度々訪問することが難しかった。一回目の訪問では妻も在宅していたし、子供達にも面会できた。残された家族全員で、患者（夫・父・息子）を語り合うことができた。特に実母と妻の言葉が多く、患者の生前のエピソードが多く語られた。家族が集って死者を語ることは死者を弔うことであると同時に残された者の心の整理が進み、死者との布置関係が再確認され、遺族のこれからの発展（進展）することが可能となる。【患者の死後に関係者が集って語り合うこと】の重要性を確認できた。
- (7)死者の生前を語る中で、実母は息子と自分の関係を語り整理することが顕著であった。妻は夫を語ることで、共に生きて来た意味ある他者を語った。所謂、それは夫婦関係であり、実母にも子供達にも知りえない、解りえない二人の世界であり、二人の依存・共存・対立・反発など、二人だけの世界が語られた。子供達は、依存対象としての父であり、モデルとしての存在であり、好むと好まざるに係わらずモデル対象となっていると語る。
- (8)何れにしても、事例に深く長期に係っていると見えることは以下のようなものである。①押し寄せて来る、しかし解決策の見えない、見えにくい巨大課題を背負った患者がまず口にするのは「何で私に・・・どうして私が・・・思いもしないことが・・・」「主治医はたばこが引き金と言いか信じられない・・・」などの言葉を口にする。②一時すると、「怒り・攻撃・悲しみ・慟哭・嗚咽・うつ状態などの感情失禁・・・」などの心理的反応が伝えられる。中でも「うつ状態」が頻度的には多く見られる。③状態が悪化すると「退行傾向」が示され依存的・自己中心的言動が激しくなる。Thの手を握り締め、悶えつく感じさえある。死を直前にした患者の心理現象はThの手を求めて、握り締め、悶えることで全てを示しているのかも知れない。④全ての事例にとは言えないがかなりの事例では、終末が近くなると「せん妄」が見られる場合がある。「家や焼ける・虫がいる・人が見ている・茶筆筒の引き出しから、じいさんがのぞきよる・カーテンの陰から男の人が見よる・×△※？（言葉ははっきりしない）が追いかけてられている・あそこで、爺さんたちがベチャベチャ喋りようる・ベットの下に蛇がおる」などがある。このような「せん妄」に対してThがどのようなかわりを持つかはこれからの検討課題である。筆者の知る限りThで「せん妄」に積極的に係ったという報告は耳にしない。Thに係れることが可能なのかど

うか、係るとすればどのように係るか、今後の課題である。

(9)二つの見本事例を軸にした筆者のがん患者の事例経験から次のようなことが考えられる。

①心理職が患者との心理面接を紹介されても、その必要性は感じてはいるのだが、具体的にどのようなことが展開されるのか理解できず、不安・心配が先にたつて、躊躇するが多い。このため病院に勤務する臨床心理士は主治医や看護師について患者の病室をラウンドして自己PRに努め、<話をしてみたいときには何時でも訪室することを伝え、こころの問題を相談することができること>をPRする努力をして、一部の患者から、承諾を得て心理面接が開始されるということが実情である。患者にとって心理面接は疑心暗鬼の中で躊躇しながらの参加というのが現実ではあるまいか。筆者のように院外にいて「患者との面接を契約すること」には相当の準備と手配りが必要だと感じている。不安・心配・慟哭のある患者とその家族にとっては誰かにその苦衷を聞いては欲しいが、安心して語るだけの余裕がもてないのが現状である。このためにはThは院内をことあるごとにラウンドして名前と顔をPRして歩くことである。②筆者の知人で院内でのThの存在感を高める小技としてどこにでも顔をだし、参加し、医学用語を知らないことを武器にしてDrや看護師に質問するという行為で、他職種の方や患者と関係者とのコミュニケーションを深める。院内では「どこにでも顔を見せる〇〇さん」というニックネームが付いているというエピソードを聞いているが、心理職者の現状に即応した存在のあり方を示すものとする。筆者はこの様な行動を比喩的に「蒔きえをして歩く」と名付けている。いずれにしても心理職者は勤めて立ち居振舞いを印象付け歩く時代である。③心理職者にこのような行為がなぜ必要なかは仕事上での特殊性にも関係するものと筆者は主張する。それは心理職者は患者とその関係者の心の問題に接近する仕事であるから、機械的に、患者の心に接近できるものではないと言う実情を確認しなくてはならない。心に迷いがあり不安・心配が強いほど患者は疑心暗鬼となり機械的には自己開示ができない心理的メカニズム(防衛機制)があるから当然のことである。④このためには、あらゆるチャンスを活用して、緩和ケアにおける心理臨床活動では心理面接に応じてみようかと思えるような安心感のある心理的交流関係があるように努力しなくてはならない。これは心理面接関係(カウンセリング関係)と名付けることもできるが、内容的には心理的相互交流の豊かな関係である。具体的には患者がこの人になら話しをしてもいいなと言う感じになれるような雰囲気(交流関係)を作れることである。現実的にはThが患者のベットサイドに訪室して自己紹介をし、<いかがですか・・・先日担当の看護師と一緒に伺いました〇〇です。カウンセラーですけど、お話しがあれば聴かせていただければと思ひまして・・・>となげかけてみる。これに対し患者としては具合が悪く話す気持ちにならない時には、今日は状況が悪いから又にしてほしいと言う場合がある。<では、またにしましょう・・・>と言って退室する。1~2日して又訪室する。<今日は如何ですか・・・>と問いかけてみる。患者に余裕がある時には、何度も訪室してくれる方だしと言う気持ちになり、「そうね、どんなことを言えればいいの・・・」と応えるかもしれない。<貴方がお話しになりたいことから聴かせてください>と返すと、患者は多くの場合「発病の契機や症状を語る」Thは丁寧に傾聴すると、患者が「貴方にこんな話しをしても仕方ないかな・・・」と言うかも知れない。これに対してThは<私は貴方の症状の現象的なお話しもさることながら、私はその症状を貴方がどのように感じ受け止めていらっしゃるかに関心があります>と応える。敏感な患者はThのこの応答を聴くことで、医師や看護師とは一味違うと感じるようになれば、これが心理面接の入り口になる。⑤Thにとって大切なことは、患者が医師や看護師とは一味違

うスタントの人だと感じるような面接を仕立てることである。患者が「そうか、自分が自分の症状をどのように受け止めているかと言う面があるのだな・・・そうか・・・ただ痛い痛いだけではなく、痛いを自分ではどのように受け止めているのかと感じられれば心理面接の第一歩の始まりである。症状を語る女性患者が「足がだるくて、だるくて」と訴える。Th「さすりますしょうか?」と水を向けてみる。患者が「男子にさすってもらうのは気恥ずかしい」と言うかもしれない。<気恥ずかしいのと、足がだるいのと、どちらにしますかね>と返してみる。患者がやはりさすって貰おうか、もうこんなにおばあちゃんだから・・・Th「からくでも気恥ずかしいお気持ちがあるのは嬉しいです。生きる力になるかも知れませんね」と返しなが足をさす。患者は「痩せているでしょう。骨皮でしょう」とか色々とせわしく語る。大切なことは「せわしく語る内容よりも語る心の流動化に注目する。Th「からく気持ちいいですか?」と問いかける。患者が「男の人の揉み方には力があるね」と・・・そうですかと返す。このようなやり取りを続ける中で、患者との間に心の交流関係を形成する。

(10)ここでの交流関係は別名間主観の関係であり、患者から得られる情報は関係内情報で、至って患者中心の感じ方であり、考え方・認知である。それはきわめて主観的、感情的な情報であるが、これこそ患者の行動を支える強力な原動力である。この原動力の理解の上に立って患者のこれからの相談付くで、検討することが心理面接の具体像となる。ここでは患者の開示する主観的・感情的考え方・対処方法にThの持つ専門的(こころのメカニズム)知見とを、組み合わせて患者のための新しい対処法を創成する作業が心理面接の主たる作業となる。このためには患者の訴えを丁寧に、詳細に傾聴し、患者の内的な枠組みの添って理解し、その理解が患者の思いに添っているものであるかどうかを確認することでその面接は漸次深くなる。面接が深化する中で、そこで患者の感じている感性に共感し、Thはこのように共感していると言うことを患者に伝え、共有すると、ここで感じあい共感したことを受容して行くうちに、患者とThの関係は交流の豊かな関係が出来ると共に患者の様態・個性的特質・性格・生活様態などを総合的に判断して、これからどのような対処が患者にとってより合理的なものとなるかを含む「見立て・アセスメント」が必要となる。

(11)面接が経過すると共に関係内での事情がわかってくるので、その情報を基にして、専門的知見に照らし合わせて、患者のためのこれからの生活の仕方を見込んだ見立てと方略を組み込んだ面接を創成してゆくことになる。支持療法・短期療法(課題解決志向カウンセリング)・認知行動療法・芸術療法・箱庭療法などの多くの心理治療的技法を合理的に導入し、活用する。いずれにしてもここでは精密な見立てと患者との協力関係の形成が前提となる。

(12)このような面接は視点を変えてみると、Narrative Therapyの考え方が部分的に導入できるかも知れない。ここでは患者の語りとThの専門的な語りとを組み合わせて、軋まないように組み合わせた面接を形成することが可能である。著者の言葉による「歯車関係の中で、患者の課題解決を図る」ことになるのではないだろうか。軋みのない、二つの力、即ち患者の潜在的な力とThのもつ専門的力との合力が患者の課題の解決に利するものとなる。日本心理臨床学会第27回大会(つくば大学)で報告された事例研究A503:井上実徳(2008)の事例報告で、Thと患者の合力の姿(軋みのない歯車関係)を具体的に示された。第3期「最期は母親に謝って死にたい」と母親への想いが語られる。一方母親は「始めてあの子が自分の弱さから逃げずにいるんです。ああ!これであの子も赦される、そんなふうに思いました」「本当に謝らなくてはい

けないのは私のほうです」「あの子の最期と一緒にいることができ、不思議と幸せなんです」と語る。患者がThに魂・宗教・来世を語る。

引用・参考文献；

- 赤穂理恵他 2008 ところに寄り添う緩和ケア～病と向き合う「いのち」の時間～ 新曜社
本家好文著 1996 がんと知るとき伝えるとき 家の光協会
井上実穂 2008 日本心理臨床学会 第27回大会 発表論文集 p111
金沢吉展著 1995 医療心理学入門～医療の場における心理臨床家の役割～ 誠信書房
柏木哲夫著 1997 死にゆく患者の心に聴く～末期医療と人間理解～ 中山書店
岸本寛史著 2004 緩和のこころ～癌患者への心理的援助のために～ 誠信書房
児玉憲一 2007 広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要 第6号 pp1~2
小谷英文編 2008 ニューサイコセラピー ～グローバル社会における安全空間の創成～
P98～101
三木浩司監 2006 死をみるこころ生を聴くこころII 緩和ケアの場にいる心理的援助と技法
木星社
三木浩司監 2002 死をみるこころ生を聴くこころ～緩和ケアにおける心理士の役割～ 木星社
内富 庸介 2008 QOLの向上のための各種疾患患者支援プログラムの開発に関する研究～
平成19年度 総括・分担研究報告書
山本 孝史著 2008 日本のがん医療への提言～救える命のために～ 朝日新聞社
山中康裕他 1998 病院の心理臨床 金子書房