

生体腎移植のレシピエントに関する 臨床心理学的考察

山 本 典 子

1. はじめに

近年、臓器移植を含む先端医療の進歩はめざましく、今後も更なる発展が期待されている。しかし、かつては選択の余地のなかった生と死の問題に新たな選択肢ができることで、別の苦悩が生じる可能性も否めない。なかでも臓器移植は、倫理的、社会的な問題が未解決であると批判されることも多く、この問題に対する援助法を探っていくことは、必要不可欠な課題である。

移植医療には、通常の医療としての諸問題以外に、臓器、組織または細胞の提供者（以下、ドナーとする）を必要とするという特殊性があり、それに随伴する様々な配慮が不可欠であるといえる。特に生体臓器移植の場合は、臓器受容者（以下、レシピエントとする）、ドナー双方のメリット、デメリットを考慮しつつ、最終的には双方のメリットへとつなげていく必要がある。生体腎移植の場合は、ドナーが2つある腎臓のうちの1つをレシピエントに提供し、結果として医学的には移植が成功してドナーとレシピエントの双方が、ともに一つの腎臓で健康な生活が営めるようになることが前提とされている。しかし、医学に絶対はあり得ず、腎臓がうまく生着しないことも、一旦は生着しても、その後期待したよりも短い期間で腎機能が廃絶してしまうことも、ドナーの健康状態に問題が生じることもあり得る。また、家族の一員の病、移植、その後の経過を通じてドナー、レシピエント、その他の家族（以下、ノンドナーとする）の関係性が変化し、そこに様々な問題が生じ得る。

本稿では、臨床心理学的な見地から生体腎移植のレシピエントに焦点をあて、レシピエントにとって生体腎移植という体験のもつ意味について考察している。

II. 生体腎移植の特殊性

臓器移植とは、心臓や肝臓、肺、膵臓、腎臓など、生命を維持するために重要な役割を果たしている臓器が、ほぼ（或いは全く）機能なくなり、基本的には臓器を代替する以外に治療法がない場合に行われる医療である。この医療は患者と医師のみではなく、第三者の善意による臓器の提供がなければ成り立たない。臓器移植は、その臓器の供給源により、死体臓器移植と生体臓器移植にわけられる。

臓器移植のなかで、現在最も移植件数が多いものが腎移植である。世界的には献腎移植（死体腎移植）が主流であるが、日本では、日本人の死生観、死者に対する独特の感情、宗教的背景、倫理観など様々で複雑な要因が絡んで、死後の臓器提供数が少なく、生体腎移植が主流である（表1）。「臓器の移植に関する法律」が「脳死は人の死」であるということを中心に2009年7月に改正され、2010年7月より施行されている。しかし、この改正臓器移植法施行後も、脳死を人の死と見なすかどうかという論議に倫理的な決着がつかないといえない。その他にも、病気腎移植、海外渡航移植など、腎臓の需要に対する供給の不足に端を発する問題が山積している。

生体腎移植が献腎移植と大きく異なる点は、ドナーが健康な人、しかも、基本的には親族（6親等内の血族、配偶者、3親等内の姻族）に限られていることであり、病気をもたない健康な人間が他の人間を病気から救う目的で手術をうけるという、従来の病人を対象に行われてきた手術とは違った状況がうまれる。そして、ドナー、レシピエントの匿名性が守られる献腎移植とは違って、

表1 2010年の腎移植実施症例数

	腎移植実施症例数	
生体腎移植	1,276	(86.0%)
献腎移植（心停止下）	146	(9.8%)
献腎移植（脳死下）	62	(4.2%)
合計	1,484	

生体腎移植の場合は、ドナーとレシピエントの殆どが血縁者あるいは配偶者であるがゆえに、互いの存在が常に意識のなかであればこそその様々な問題が生じることも想像に難くない。

また、先述のように、臓器移植は基本的には臓器を代替する以外に治療法がない場合に行われるが、臓器不全のなかでも腎不全には透析治療という生命を維持しうる代行手段があり、必ずしもすぐに移植手術を行わなければならないわけではない。また、移植後の拒絶反応などにより、移植した腎臓が機能しなくなった場合には、透析療法に戻ることにによる生命維持も可能である。移植、透析ともにそれぞれのメリットとデメリットがあるが、合併症の危険性や生活の質（Quality of Life 以下、QOL とする）の観点から、治療法としては移植が望ましいと考えられることが多い（表2）。

表2 腎移植、血液透析、腹膜透析のメリット・デメリット

	腎移植	血液透析	腹膜透析
腎機能の代償程度	かなり正常に近い	部分的で10%程度	部分的で10%程度
腎機能の代償時間	連続的	4時間×3回/週	連続的
内分泌機能	正常に近い	なし。不完全だが投薬で代償	なし。不完全だが投薬で代償
生活の制約	ほとんどない	多い	やや多い
社会復帰率	高い	制約される	比較的よい
食事・水分制限	少ない	多い	やや多い
通院回数	1回/1～2カ月	3回/週	1回/月
出産	可能	きわめて難しい	きわめて難しい
必要な手術	腎移植	シャント造設	カテーテル留置
10年以上の長期治療	可能	可能	従来法では難しい
最大の問題点	ドナーが必要	長期透析合併症	腹膜炎
その他の問題	拒絶反応の危険 重篤な感染の危険 免疫抑制剤が必要	シャント維持	カテーテルトラブル

多くの先行研究で、生体腎移植にまつわる心理的問題の多くは、ドナーの腎提供の自発性に大きく影響されるということが述べられている（安藤、尾崎 1990、春木 1995、Hilton ら 1994 など）。生体腎移植が行われはじめた頃（1980年代前半ぐらいまで）は、純粋に免疫学的なデータによりドナー選択が行われていたため、血族からの提供が多数を占めていた。しかし、最近では免疫抑制剤の進歩などにより、必ずしも最適なマッチングでなくても移植が可能となり、夫婦間など非血縁間の移植が増えることとなった。今も昔も親から子どもへの提供が多数を占めることには変わりはない。しかし、2001年までは夫婦間での移植が、親子間、同胞間移植について3位だったものが、2002年に同胞間を抜いて2位となった。夫婦間での移植の割合が増える傾向は今後とも続くものとみられている。医学の進歩により、タイピングの問題が以前に比べて緩やかになった分、ドナーの意思が尊重されるようになり、その心理的側面が重視されることとなっている。いわば、家族全員がドナーになる可能性に直面し、それぞれ何らかの結論を出すことになるのである。ドナーの腎提供という体験にまつわる心理的問題については筆者も別稿で既に述べている（山本 2010、2011 など）ため、ここでは割愛するが、この問題がドナーのみではなく、レシピエント、ノンドナーにも大きな影響を与えることは想像に難くない。

これらの特殊性をもつ生体腎移植は、まず腎移植にふみきるかどうかということが問題になり、腎移植が決まると、次は誰がドナーになるのかというドナー選択が問題になり、腎移植が行われると、ドナーに対するレシピエントやノンドナーの負債感、罪責感や、ドナー、レシピエントの抑うつが問題となるというように、レシピエントとドナーの一個人をこえて家族全体を巻き込む問題をもつくりだす。そして、実際に移植という体験を経、かかわった者すべてが事実をどのように受けとめ、その体験を自らの人生においてどのように位置づけるかということが大きな課題となる。この意味で、生体腎移植は人間同士の関係性を超えて、人生や人間の存在そのものをも問い直す、奥深い医療であるといえる。

生体腎移植はまずドナーの腎提供が自発的なものであることが絶対条件であり、レシピエントがそれを受け容れることを自主的に選ぶことによって始めて成り立つ医療である。患者（レシピエントとなる人）とその家族は、こうした状況の中、自己決定権の名のもとで、移植を選択するかしないか、ドナーになるかならないかなどの決断をすることを迫られる。移植という治療法を選ぶか選ばないか、腎臓を提供するかしないかなど、最終的な決断をするのは自分自身でなければならない。しかし、決断の途上で迷ったり、後になって自分の下した決断の正当性や意味に疑問をもったりした場合に、様々な領域からの知をもった援助の手がさしのべられれば、その対処法に柔軟性が出るであろう。先にも述べたように、移植医療は、倫理的な問題が未解決であると批判されることも多いが、既に一般医療として位置づけられており、今後も移植件数が増加していくことが予想される。臓器移植という治療法が提供される以上、それに関わる心理的な問題に対する援助法を探っていくことは必要不可欠な課題であると考えられる。

Ⅲ. レシピエントにとっての生体腎移植

生体腎移植は先述のように、親族の中に自らの意思で2つある腎臓のうちの1つを提供しようとするドナーがいないと成り立たない医療である。その意味では、レシピエントは受け身の立場にあるといえる。そもそも、腎臓に病を得て、腎不全に至る経緯自体、決してレシピエント自らが望んだものではなく、受け容れざるを得なかった理不尽な運命といえるであろう。しかし、そこで受け身的な姿勢にならざるを得なかったとしても、レシピエントの自発性や自己決定権が全く否定されてしまうものではない。

筆者はドナーが腎提供という体験をとおして自らの家族に与えられた理不尽ともいえる運命を自らのものとして主体的に受け容れ、Jungのいうところの個性化をめざしていく過程について論じている（山本 2010、2011 など）。本稿ではレシピエントにとっての生体腎移植という体験の意味を考察する。

生体腎移植とは、単に「一つの身体の中からもう一つの身体の中へ」腎臓を

移し、時間が経って腎機能が廃絶して終わりという医療では決してない（森岡 2000）。腎臓の状態が悪くなり、治療法として移植を視野に入れた段階から始まり、移植手術を経、その後たとえいつか移植腎の機能が廃絶しようとも一生続くものといえる。なぜならば、治療法として生体腎移植を考え始めたときから、移植を実施するのかしないのか、どの時期に家族の中の誰がドナーになるのか、といった様々な選択肢が家族全体につきつけられ、その選択によって移植手術が行われ、その結果、家族のそれぞれがレシピエント、ドナー、ノンドナーとなったという永遠の事実ができるからである。このことから、移植医療とは、単なる臓器不全の治療法にとどまらず、人間同士の関係性や人間の存在の在り方そのものと深く関わる医療であるといえる。

「1000人の移植者がいれば1000人のドラマ」がある（日本移植者協議会 1994）というように、生体腎移植に至るまでの経緯、背景、その後の経過などはひとそれぞれである。スタート地点も辿り着く先も個々によって異なり、様々な方向性や速度のベクトルをもって進んでいくものである。しかし、本稿では、その個別性の中に存在する元型レベルの力動ともいえるような普遍性に焦点をあてる。

生体腎移植がレシピエントの健康状態やQOLの改善を第一の目的として行われることは、どのレシピエントにも共通する。レシピエントの多くが、移植前は身体のだるさ、水分や食事の制限、透析のための時間的拘束などによる生活上の様々な制約に悩まされている。「難病患者、あるいは慢性疾患の患者」は、「経済的不安、治療的不安、心身を脅かされている不安」などに苛まれ、「何か食べたいとか、何か読みたいとか、何かしたいとか、何か知りたいたいとか、どこかに行きたいとか、今感じない。自信も、意欲も、かつて自分がどうやって生活し、生きていたのか思い出せない。自分は何が好きとか、これをやれているときに幸せとか、わからなくなってしまった」（大野 2011）というような状態におかれることもある。「平穏無事なくらしにめぐまれている者にとっては思い浮かべることさえむづかしい」ような、「耐え難い苦しみや悲しみ、身の切られるような孤独とさびしさ、はてしもない虚無と倦怠」（神谷

2004) にさらされている人も多い。そのため、そのような状態から解放される手段であると考えられる移植は、彼らにとって「生まれかわり」、「第二の人生の始まり」、「よみがえり」などと表現されることがある(日本移植者協議会 1994)。レシピエントにとって移植が「新しい生きがいを見いだす」(神谷 2004) きっかけになるといえるのではなかろうか。

IV. 生きがい

そもそも生きがいとは何であろうか。神谷は「生きがい」を、「日本語らしいあいまいさと、それゆえの余韻のふくらみ」のある言葉で、「生存理由」や Frankl のいうところの「意味観」に近いものと説明している(2004)。

人は通常の生活の中では生きる意味や運命といったことを特に意識せず、よいことはとかく当たり前のこととして受けとめがちである。しかし、ひとたび生命の危機や別離の悲しみといった人生の障壁ともなり得るような困難に出会うと、「なぜ自分がこのような運命を背負わなければならないのか」、「こんな人生を生きてゆく価値があるのか」といったように、運命や生きる意味、生きがいについて否定的な意味合いで意識することとなる。人間は生きる意味を問わざるをえない存在である。苦悩の中で生きる意味を問うことで生きがいを見だし、自らの存在価値を、決して否定的な意味合いをもつのみではない新たな形で認識することができるのである。

Frankl は「生きるとは、問われていること、答えること——自分自身の人生に責任をもつことである」と述べている(1947)。Frankl はまた、「私たちが『生きる意味があるか』と問うのは、はじめから誤っているのです。…中略…私たちは、人生がたえずそのときそのときに出す問い、『人生の問い』に答えなければならない、答えを出さなければならない存在なのです」(1947)、「生きるとはつまり、生きることの問いに正しく答える義務、生きることが各人に課す課題を果たす義務、時々刻々の要請を充たす義務を引き受けることにほかならない」(1977) とも述べている。つまり、人間が本当の意味で生きるためには、運命を与えられた受け身の存在として「人生から何を期待できる

か」と問うのではなく、運命をどう引き受け、答えるのかという能動性が必要であると言い換えることができるであろう。与えられた苦痛や困難を嘆き、それによって自ら生きる意味、生きがいに制約をつけてしまうのではなく、運命は運命として引き受け、それに対してどのような態度をとるかということで、その人の意味のある人生が実現されるといえる。運命そのものを変えることはできなくとも、自分の人生をどのように作っていくか、どのような生きがいを見いだすかということは自らに課せられているのである。

V. 生体腎移植のレシピエントの生きがい

慢性疾患を抱える患者にとって、「治る」という言葉には微妙なニュアンスが存在する(大野 2011)。当たり前のことながら、治ることと、一時的に症状が軽減することは同じではない。語弊があるかもしれないが、その意味では、生体腎移植は腎不全という疾患を完全に「治す」医療ではなく、移植を受けた後も、免疫抑制剤を服用し続け、定期的な通院や自己節制を続けることで移植腎をできるだけ長く良い状態に保つ努力が個々のレシピエントに課せられる。移植手術や免疫抑制剤の開発などにより、移植腎の生着率成績は向上しており、移植後数十年良好な状態を保つ症例もあるが、残念ながら1年にも満たず機能が廃絶する症例もある。腎不全の場合は透析療法という代替法があるので、移植腎の機能廃絶が即、死に結びつくとは限らないが、常に健康状態やQOLの低下の可能性を認めつつ、その運命とつきあっていかねばならない。

また、生体腎移植のレシピエントが自らの運命に向き合い、つきあっていくことの難しさには、生体腎移植が自分だけの運命にとどまらず、ドナーやノンドナーなど周囲の人の運命の介入が不可欠であることが大きく関係する。

筆者は現在、生体腎移植を年間数十例行っているX病院にて、生体腎移植を受ける患者対象の心理学的な援助体制構築を目的として、生体腎移植のレシピエントとドナーにインタビュー調査を実施中である。調査自体はまだ途上であり、その詳細や分析結果の発表などは後日別の機会に譲るが、実際にレシピエントと話すと、「ドナーのほうから提供を申し出てくれた」、「私のほうから

欲しいとは言えなかった」といったドナー主導の成り行きが語られることが多いことが印象的である。一方、ドナー側からは「私の（腎提供をしたいという）気持が一番強かった」、「とにかくレシピエントを元気にしてあげたかったから、私が移植を希望した」といった自らの自発性を強調するような語りが多くきかれる。しかし、ドナーからは「レシピエントから（腎提供の希望を）言い出して、とんとん拍子に決まってしまった」、「レシピエントの移植したいという思いが初めから強くて」というレシピエント主導型の声もちらほらと聞かれたのに対して、レシピエントから、自らの自発性を強調するような語りが増え、なされないのは、腎移植がドナーの健康な身体にメスを入れるという犠牲の上に成り立つものであるがゆえに、レシピエント自らが先に立って移植をしたい、腎提供してほしいといった希望を表明することに困難を感じたり、或いはそのような願望をもつこと自体に罪悪感や負い目を感じることは想像に難くない。また、ノンドナーである同胞から「（ドナーである母親はレシピエントである）あなただけのお母さんじゃないんだよ」などと牽制されたという話もきく。移植後も、レシピエントからは「せっかくもらった腎臓を短期間で駄目にできない」、「ドナーがあれだけのことをしてくれたんだから、私は弱音を吐けない」、「不安や不満をぶつけられる相手がない」といった声が、ドナーからは「レシピエントが私の（あげた）腎臓を大事にしていない」、「（レシピエントやノンドナーが）もっと感謝してくれると思っていたのに」という声がかきかれる。また、ドナーの残された1つの腎臓に不測の事態がおこって摘出し、ドナーが透析を余儀なくされることとなったというような事例もある。このように、様々な形で家族間の微妙な心の力動が、それぞれの運命を他から切り離して自分のものとして引き受けることを阻んでいると感じられる例も多い。しかし、レシピエントが現実にその時点では受け身的な姿勢にならざるを得ない、或いは、ドナーへの感謝や罪悪感、使命感が必要になるとしても、後から遡る形で自らの運命は自らの運命として能動的に受けとめ、新しい生きがいを得て人生を生きることは可能であると考えられる。人間はみな自分が自由に生きていることに意味や価値、すなわち生きがいを感じたい欲求があり（神谷

2004)、それは自己の根底から自発的に、積極的に求めているのであって、本来決して他律的、強制的なものではないからである。

生体腎移植のレシピエントと話していて、多くの場合を感じるもののひとつが、希望や満足感、期待などポジティブな姿勢を表すような言葉が高揚感をもって語られることが多く、不安や不満を先に出す人が少ないことである。具体的には、移植前のレシピエントに対する〈移植が決まっていますか〉〈移植の日が近づいてきていますか〉というような質問には、「もうすぐ透析を離れられると思うと嬉しい」「わくわくしている」「とうとうこの日がきたか」というような言葉、移植後に〈移植してみていますか〉と聞くと、「満足です」「順調です」「毎日が楽しくなった」「生活に余裕ができた」というような言葉が返ってくることが多い。また、「緊張—不安」「抑うつ—落ち込み」「怒り—敵意」「活気」「疲労」「混乱」の6つの気分を評価する質問紙法であるPOMSを実施すると、移植前、移植後とも、いずれも良好な心理状態を表すといわれる活気を頂点とする氷山型を示す例が多い。緊張—不安、抑うつ—落ち込み、怒り—敵意、疲労、混乱のマイナスイメージの項目が低く、活気の値が高いのは、レシピエントの意識の中では、移植を受けられる喜び、移植を受けたあとの生活に対する期待、希望、移植後であれば移植手術そのものの成功に対する喜びが大きく、不安や心配が覆い隠されている、あるいは、無意識的に不安を抑圧しないとやっていけないというような、躁的防衛のあらわれであると考えられる。また、過剰適応の状態になっている可能性も懸念される。ポジティブで良好な心理状態にあること自体が悪いわけではないが、もしそのレシピエントが、理不尽な運命や苦しみに直接向き合って受けとめることができずに躁的防衛、過剰適応の状態にあるのであれば、今後その苦しみを引き受け、未来を信じつつ、ありのままの運命に生きがいを求めていく課題が残されているといえよう。

生体腎移植のレシピエントはドナーから腎臓を譲り受け、新しく生まれ変わった身体を統合して、新しい人生を生きてゆく人である。ドナーからかけがえないものを譲り受け、新しい腎臓やドナーとともに生きていくという神秘

的融即レベルの意識も必要である一方、自らは自らの運命を背負い、ただ一つの人生を生き続けることができるのは「ふたつとないあり方で存在している」(Frankl 1977) 自分だけなのだという自分に対する責任の重さを自覚する必要もある。生きるということは、決して絵空事ではなく、一瞬一瞬が具体性をもった人間の定めである。生きること、運命が人間に問いかけてくることは常に具体的で、人はそれに何らかの答えを迫られ、考え、行動している。生体腎移植のレシピエントは、もし腎不全にならなければ、移植をうけなければ、体験することのなかったかもしれない運命を受け入れることを求められた人である。与えられた運命をどう生きるのか、どのような生きがいを見いだすのか、常に問われ、それに能動的に答えていくことで人生の新しいステージに立てるといえよう。

VI. 総合考察

生きがいとは、それぞれの人により、また瞬間ごとに変化するものであり、一般論で語ることは容易ではない。しかし、全ての人に共通していることは、意識的にせよ無意識的にせよ、常に生きがいを求めて生きているということである。「人生の意味や価値を求めることは、人間固有のきわめて人間的な問い」なのである(山田 1999)。しかし、そのことを意識するのは、多くの場合、危機的状況にあったり、不安や不満に苛まれたりしているときなので、生きがいがなかなか見いだせない状態をまるで病的なもの、あってはならぬもののように思ってしまうことすらあるが、決してそうではなく、人生の意味を問い、答えていくことは人間の間たる所以であり、自らの人生に向き合うチャンスであるといえる。

生体腎移植のレシピエントの体験は、レシピエントにさまざまな問いを投げかける。「なぜ腎臓が悪くなってしまったんだろう」、「移植をうけるべきなのだろうか。透析を続けておくべきかもしれない」、「誰にお願いしようか」、「ドナーの腎臓をもらってもいいのだろうか」、「他人の腎臓をもらってまで生きる価値はあるのか」、「どんなふうに恩返しができるだろう」、「移植腎が短期間し

かもたなかったらどうしよう」、「移植腎は誰のものなのか」、「この結果に私は満足していてよいのだろうか」…。レシピエントに選択をせまる問い、是非を問う問い、行動を促す問い、倫理的な問いなど、問いかけは具体性をもって、ときには圧倒的な力をもって永遠に続く。これらの問いに真摯に向き合い、答えていくことで、レシピエントは生体腎移植という体験を自分のものとし、新たな生きがいを胸に人生を歩んでいけるものとする。

しかし、生体腎移植の問いかけは、ときに短期間のうちに究極的な選択をせまったり、レシピエントを無力で孤立無援の状態にいるように思わしめたりするなど、レシピエントを圧倒的な力でねじふせてしまいそうになることもある。問いかけに対して出した自らの答えと、ままたらぬ現実とのギャップにとまどうレシピエントもいるであろう。不安や苦悩に打ちのめされて、問いかけに向き合い、答える力をなくしそうになる場合もあろう。絶対的な正解のない問いに答える自信がもてないレシピエントもいよう。そのようなときに、レシピエントの主体性を支え、はぐくむような環境があれば、レシピエントは運命を引き受け、自らの生きがいを見いだす手がかりを失わずにすむ。レシピエントを支える上では、普段から密接な関わりをもつ家族や主治医などとは別の立場からの関与もまた必要であることが示唆されている。身体の状態と心の状態には密接な結びつきがあり、レシピエントを支えていく上で、医学的な治療と心理学的な援助の密接な連携は有用である。生きがいを模索しつつ新たな人生を歩む生体腎移植のレシピエントを理解し、支えていくための、臨床心理学的な見地からの援助体制の構築が急務であると考えている。

VII. 参考文献

安藤勝久、尾崎紀夫. 1990. 「腎移植と家族関係」『臨床透析』Vol.6, No.9, pp.1299-1304.

Frankl, V.E. 1947. “...Trotzdem Ja zum Leben sagen” 山田邦男、松田美佳訳『それでも人生にイエスと言う』春秋社 1993.

Frankl, V.E. 1977. “Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager”, …

- trotdem Ja zum Leben sagen. 池田香代子訳『夜と霧』みすず書房 2002.
- 春木繁一. 1995. 「腎移植にともなう精神医学的問題—日本の移植医療における場合」『現代のエスプリ』Vol.340, pp.89-100.
- Hilton, B.A., Strazomski, R.C. 1994. "Family decision making about living related kidney donation." ANNA Journal, Vol.21, No.6, pp.346-355.
- Jung, C.G. 1921. Psychologische Typen, Rascher Verlag. 林 道義訳『タイプ論』みすず書房 1987.
- Jung, C.G. 1939. "Bewusstsein, Unbewusstes und Individuation", Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete, XI-5, pp.257-270. 林 道義訳「意識、無意識、および個性化」『個性化とマンダラ』みすず書房 1991, pp.49-70.
- Jung, C.G. 1952. Antwort auf Hiob, Rascher Verlag. 林 道義訳『ヨブへの答え』みすず書房 1988.
- 神谷美恵子. 2004. 『生きがいについて』神谷美恵子コレクション みすず書房
- 川戸 圓. 1998. 「境界例の心理療法 1 ユング派」. 山中康裕、河合俊雄編. 『境界例・重症例の心理臨床』金子書房 1998, pp.34-46.
- 森岡正博. 2000. 『増補決定版 脳死の人—生命学の視点から—』法蔵館
- 日本移植学会広報委員会編. 2012. 「臓器移植ファクトブック 2011」
- 日本移植者協議会編. 1994. 『移植者として伝えたいこと—腎移植者 13 人の移植体験』はる書房
- 大野更紗. 2011. 『困ってるひと』ポプラ社
- 山田邦男. 1999. 『生きる意味への問い—V・E・フランクをめぐって』佼成出版社
- 山本典子. 2010. 「生体腎移植のドナーに関する臨床心理学的考察 —グリムのおとぎ話『七羽のからす』をとおして—」『Humanitus』Vol.35, pp.39-49.
- 山本典子、高原史郎. 2010a. 「生体腎移植のドナーに関する臨床心理学的考察I 腎提供という体験」『今日の移植』Vol.23, pp.157-162.

山本典子、高原史郎. 2010b. 「生体腎移植のドナーに関する臨床心理学的考察Ⅱ 腎提供という体験」『今日の移植』Vol.23, pp.277-282.

山本典子. 2011. 「生体腎移植のドナーに関する臨床心理学的考察－C.G.Jung『ヨブへの答え』をとおして－」『Humanitus』Vol.36, pp.23-33.

山本典子. 2012. 「医療の現場における臨床心理学の研究について－生体腎移植に関する研究における一考察－」『Humanitus』Vol.37, pp.39-52.