

2014 年度後期

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

一般公募研究

「へき地在宅療養中の認知症患者と家族に対する臨床心理学的援助モデルの構築」
報告書

研究代表者 岡田憲
社会医療法人 石州会 六日市病院

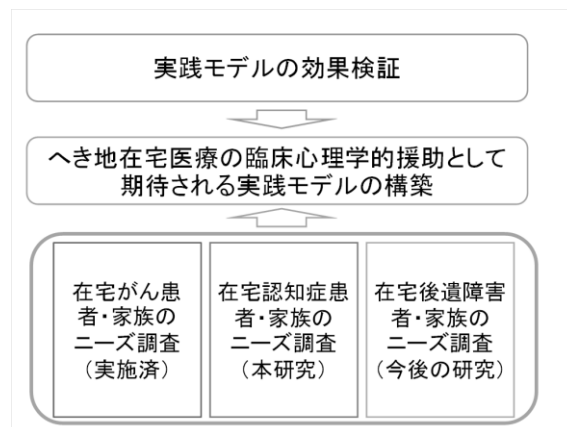
提出日：平成 28 年 2 月 28 日

I 問題と目的

我が国では医療費削減、高齢者の増加に伴う療養場所及び看取り場所の確保等の理由から在宅医療が推進されている。「在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である（在宅医療・介護あんしん 2012）」としており、全国的に在宅医療チーム体制の構築が求められている。

ところで筆者らはこれまで「へき地医療拠点病院」の入院・外来患者に対して、さまざまな立場から臨床心理学的援助を行ってきた。へき地医療拠点病院は、我が国が医療の確保が困難な山間地や離島といったへき地における医療の向上を目的として定めている「へき地保健医療計画」のうち、2006年策定の第10次計画で新たに設置されるようになった。それは「都道府県知事によって指定され、無医地区を中心とした県内へき地の小規模医療機関を実務面でサポートすることが求められる病院（群）（松本，2009）」であり、具体的には「へき地診療所への代診医の派遣や巡回診療など」を行ったり、「へき地診療所の後方病院として患者の受け入れなど、病診連携も積極的に行うことが期待されている（松本，2009）」。2015年に厚生労働省のまとめた『へき地保健医療対策検討会報告書』においては「地方中山間地や離島を中心に超高齢化、人口減少」が進んでいることが指摘されている。当院のある町は2012年時点で人口6,700人程度であり年々減少している。高齢化率は39.33%で、国立社会保障・人口問題研究所の推計を参考にすれば2060年の日本の高齢化率とほぼ一致しており、およそ50年先の日本の高齢社会を表しているともいえる。筆者らが日々の業務の中で、思いを強くしたのは、へき地では患者本人や家族の高齢化、若年者の流出、福祉資源の少なさが問題を複雑にしやすく、都市部よりも多角的な視点で心理的援助を考える必要があることであった。例えば、ある高齢患者は在宅療養を希望しながら当院に数年間入院している。その背景には、看護・介護のできる家族が他県の遠方に住んでいることや医療介護サービスの種類の少なさや人材の不足、十分でない公共交通機関の整備といったものがある。『へき地保健医療対策検討会報告書』の中でも、へき地において「病院では医師・看護師不足が発生し、診療所においても医師の高齢化、後継者の不在等」が起きており、へき地医療における医療職の人手不足が指摘されている。医療職の不足するへき地において在宅医療チーム体制を組むことは容易なことではなく、へき地における在宅医療チーム体制のモデルの構築は喫緊な課題であろう。

患者や家族の心理的ケアに対して力を発揮できる臨床心理士は、へき地だからこそ求められる臨床心理学的援助の種類及び内容を十分に知り、医療チームにおいて効果的な援助を行っていくことが求められるであろう。ただわが国ではこれまでへき地在宅医療における臨床心理学的援助について論じられた研究はほとんどない。そこで、筆者らはこうした地域に多い「がん患者」「認知症患者」「後遺障がい」といった疾患を持つ在宅療養患者とその家族を対象として、へき地在宅医療で広く必要とされている心理的援助モデルを構築する総合調査研究を計画した。その計画は、へき地医療拠点病院である当院が所在するA県B町において、在宅療養患者とその家族に対してフォーカスグループインタビュー（以下、FGIと略す）を行い、質的内容分析を通して彼らを感じている困難、ニーズを明らかにし、その後それを統合して最終的な具体的な支援モデルとするものである（下図参照）。



筆者らは2012年から2013年にかけてへき地在宅療養中のがん患者とその家族の期待する臨床心理学的援助について調査を実施した(岡田ら, 2016)。その中で、筆者らは支援者に対する気兼ねや遠慮の問題に注目した。土居(1971)は日本人の心理として甘えについて論じ、その中で気兼ねについて「相手に遠慮する気持ちをあらわすが、それは相手がこちらの甘えをすんなりと受け容れてくれるかどうかかわからないという不安があるからである」とし、気兼ねや遠慮は知人や義理の関係において働くものであると説明している。へき地では都市部と比べ患者数も医療機関等や支援者の数も限られるゆえに、自然と患者は同一の支援者と接する機会が増え、患者や家族は支援者に対して気兼ねを抱きやすいことが推察された。臨床心理士にとっては言語的なコミュニケーションを主要なツールとして用いる場合が多いと思われることから、気兼ねにいかに取り組むかが重要な課題であると考えられた。

今回の調査では、へき地在宅療養中の認知症患者とその家族が臨床心理士に期待する援助について、フォーカス・グループ・インタビュー(以下 FGI)の質的内容分析を通して明らかにする。認知症については患者本人だけでなく、介護にあたる家族も困難を抱えており、臨床心理学的援助の必要性がある。患者は「日常生活においてすでに数々の失敗や挫折を経験している。こうした経験を通じて患者は自信や意欲を失い、生活場面における活動性が低下し、全般的な機能水準が低下する患者もいる(松田, 2008)」。一方、家族介護者は「①BPSDや日々の介護に対して身体的・精神的な負担を感じており、②社会的な孤立感があり、③サービスの利用について不安、④経済的な不安、⑤自分自身の暮らしや将来への不安を抱えている(平成26年度「認知症初期集中支援チーム」テキスト)」。

なお、従来のチーム医療体制における臨床心理士の役割としては、外来では医師の診察前に「臨床心理士が心理検査を施行するなど診察時に必要な情報を整理する」といった診断補助を担い、入院では「日常生活機能回復訓練・回想法等の活動や定期的なケースカンファレンスを看護師・作業療法士・臨床心理士・精神保健福祉士等多職種で行い、課題の整理や問題解決に向けてチームで取り組んでいる」といった例がある(厚生労働省, 2011 チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集)。他にも、認知症患者に対する学習療法や記憶訓練といった「認知リハビリテーション(松田, 2006b)」や、患者及び家族に対して心理的サポートや病状理解や生活障害への対応法の指導といった「サイコエデュケーション(松田, 2006a)」などの臨床心理学的援助が行われている。これらを参考にへき地において求められる臨床心理学的援助について考察する。

II 予備調査

1. 目的

目的は、本調査においてへき地在宅療養中の認知症患者やその家族が期待する臨床心理学的援助の種類や内容を抽出するためのインタビューの質問項目を作成するためのデータ収集であった。

2. 方法

①対象者

対象者は、町内の医療・福祉施設に所属し普段から認知症患者や家族の支援に携わっている医療ソーシャルワーカー1名及びケアマネージャー1名、そして任意に研究協力の意思を示した町内で在宅療養中の認知症患者1名【70歳代女性、臨床的認知症尺度CDR（本間，1991）で3〔重度〕】とその家族1名（50歳代娘）であった。なお、CDRの判定は研究者1名が行った。

②データ収集

支援者へのインタビューの質問項目

問1	患者様やご家族から相談を受けることの多い内容
問2	臨床心理士を紹介した方が良かった相談内容
問3	中山間地域特有の悩み。B町ならではの悩み。 他、生活上の問題（交通の便，経済苦，生活の雑事）、治療上の問題（専門的治療を受けられない，認知症の不安，その他の心身の問題）、対人関係上の問題（地域住民，行政，医師・病院，子ども）、気兼ねの問題（他者への遠慮）に関する悩み
問4	その他

次に認知症患者1名及び家族1名それぞれに対して、研究者2名が研究の趣旨説明、研究協力の同意を確認した後、半構造化面接によるインタビューを各1回実施した。いずれもICレコーダー及びビデオカメラによる録音録画を行ない、場所は患者及び家族の自宅であった。時期は2015年7月であった。尚インタビュー項目は次の通りであった（表2、表3）

表2 患者へのインタビューの質問項目

問1	現在困っていること
問2	B町に住んで困っていること 他、生活上の問題（交通の便，経済苦，生活の雑事）、治療上の問題（専門的治療を受けられない，認知症の不安，その他の心身の問題）、対人関係上の問題（地域住民，行政，医師・病院，子ども）、気兼ねの問題（他者への遠慮）に関する悩み
問3	普段の暮らしで、誰かの支援を必要だと感じていること
問4	B町に住んでいることで、誰かの支援を必要だと感じていること

表3 家族へのインタビューの質問項目

問1	認知症の家族を持って困っていること 他、現在困っていること（心理的・行動的問題を含む）、専門家（医師 看護師、相談員など）に相談したいのだが相談したことのない内容、専 門家に相談したものの不十分に感じた内容
問2	B町に住んで困っていること 他、生活上の問題（交通の便、経済苦、生活の雑事）、治療上の問題（専 門的治療を受けられない、認知症の不安、その他の心身の問題）、対人 関係上の問題（地域住民、行政、医師・病院、子ども）、気兼ねの問題 （他者への遠慮）に関する悩み
問3	認知症の家族を持って必要だと感じている支援 他、心の専門家である臨床心理士に相談したい内容
問4	その他

③データ分析

インタビュー内容を逐語に起こした後、リサーチクエッションを「在宅療養中の認知症患者と家族、周囲の人がどのようにして困ることを体験するようになるのか」と設定し、木下（2003）の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTAと略記）を参考に研究者2名で質的内容分析を行った。具体的な分析方法としては、まずリサーチクエッションに基づいて逐語データから意味のまとまりごとに解釈を行い「概念」を生成した。次に類似例及び対極例を確認しながら概念の精緻化を図った。そして複数の概念をまとめて「カテゴリー」を生成した。新たな概念及びカテゴリーが生成されなくなった時点で理論的飽和に達したと判断した。この間、研究者2名は協議し、意見が一致するまでその協議を繰り返し、その内容的妥当性を検討した。

④倫理的配慮

調査前に、研究者は調査協力者に対して、調査協力は任意によるものでインタビュー前ならばその承諾はいつでも取り消すことが可能なこと、匿名性を守ることといった倫理事項に関する文書を配布して説明を行い、質問の時間を十分にとった。その上で、協力者から研究協力の同意を得た。調査協力者が調査によって病状を悪化させないために、あらかじめ主治医に承諾を得た。代表者の所属する六日市病院倫理委員会より承認を得た（2016年3月）。

3. 結果

分析結果は以下の通りであった。なお、上位カテゴリーは【 】、下位カテゴリーは<>、コードを「 」で示している。

①支援者

支援者インタビューの分析結果の概念図を図1に示す。

	家族	本人	支援者	地域
サービスの次元	病院に行きづらい	病院に行きづらい	支援につなげられない・拒否感がある・介護が難しい	
医学的問題	鑑別できない	病識ない (認知機能低下・精神症状)	精神症状に困る・精神症状がわからない	理解・対応出来ない
対人関係	強く言えない	孤立化	支援を必要としている人がつかめない	妄想の対象になる
居住スタイル	一緒に住めない	一人暮らし		
地域	理解されない・プライバシーが守られない	差別される・プライバシーが守られない	地域の人は対象外	近所迷惑
気持ち	休まらない	過去の感情的葛藤		
経済的問題	経済的に困難			

図1 支援者インタビュー結果 概念図

i 家族

支援者は家族の困惑について次のように理解していた。家族は【サービスの次元】では「一般病院で、認知症で～おかしいなと思ってかかるのは、なんかかかりづらい」「専門の病院が遠い」など<病院に行きづらい>、【医学的問題】では「認知症なのか高齢で弱っているのは判断できない」など<鑑別できない>、【対人関係】では「(患者に対して) 子どもではないので(してほしいことを) 強く言えない」など<強く言えない>、【居住スタイル】では「都会にいる家族が誘っても長年住み慣れた家から(患者が) 離れてくれない」など<一緒に住めない>、【地域】では「(地域の人など) 他の人が見るときには本人が結構しっかりしているので理解されない」など<理解されない>、「(近所に) 心配してもらってもやっぱり迷惑」「(地域の) 人間関係が濃いので面倒くさい」など<プライバシーが守られない>、【気持ち】では「本当に、しんどい。あの、出かけとつても気になるし気が休まらんし」など<休まらない>、【経済的問題】では「(仕事に出るか出ないかで) 賃金が違うので(仕事に出るのだが) ～(家に残った患者にとっては) 日中独居になる」、といった困惑を抱えている。

ii 本人

支援者は患者本人の困惑について次のように理解していた。患者本人は、【サービスの次元】では「(精神科に) 抵抗ある人もいるよね」「専門の病院が遠い」など<病院に行きづらい>、【医学的問題】では「自分はしっかりしているのでどうして(介護サービス等を) 使わないといけないのだとなる」「(熱・血圧・食事) ひとりだとなかなかそういうことができないので、持病が悪化」「不安で死にたいと訴える」など<病識ない (ADL の低下、BPSD のために感じる精神的苦悩を含む) >、【対人関係】では「壊れた人間みたいに思われるので隠す」「人に助けてもらおうとお礼をしなければならぬので世話になりたくない」など<孤立化>、【居住スタイル】では「一人でいると不安」「(住み慣れた) 土地から離れたくない」など<一人暮らし>、【地域】では「(周りが) 認知症の問題行動だけを捉えて (患者との) 関わりを避ける」など<差別される>、「自分が病気だってこと知られたくないって思っとる人はいる」「(地域の人たちに病気だと) 知られたくないのに知られる」など<プライバシーが守られない>、【気持ち】では「家に帰りたくない」など<過去の感情的葛藤>、といった困惑を抱えている。

iii 支援者

支援者は、【サービスの次元】では「精神科に行くのに抵抗がある介護者、被介護者がいる」「予防プログラムの参加率は高い (⇔発病した人は来なくなる)」など<支援につなげられない>、「看護の抵抗があるときはある」など<拒否感がある><介護が難しい>、【医学的問題】では「物をとられる妄想とか、なんだかんだ言うんですけども、それがわからない」「支援者が行ったときには結構調子がいいので、本当の問題を把握できない」など<精神症状に困る><精神症状がわからない>、【対人関係】では「介護者も本人も抱え込むので、本当に困っている人がいっぱいいるだろうがわからない」など<支援を必要としている人がつかめない>、【地域】では「近所の人でも上手に対応してくれているが、精神的につらいといわれるが対応できない」など<地域の人 (支援の) 対象外>、といった困惑を抱えていた。

iv 地域の人

支援者は地域の人々の困惑について次のように理解していた。地域の人々は、【医学的問題】では「介護者の深刻度がわからない」「本人が悪いように見えない」(〔介護家族が〕うちの婆ちゃん呆けてきたねって言うだけで、それに対してそれでどうしたらいいかっていうのは分からないというのは) 近所も一緒」など<理解・対応できない>、【対人関係】では「(地域の人) 妄想の相手にされて困って、結局離れていく」など<妄想の対象になる>、【地域】では<近所迷惑>、といった困惑を抱えている。

②家族

家族インタビューの分析結果の概念図を図2に示す。

サービスの次元	サービスの不十分さ
医学的問題	
対人関係	コミュニケーションの障害
居住スタイル	就労の制限 介護者の生活の制限
地域	他者への配慮
気持ち	精神的負担 身体的負担
経済的問題	経済的支援が少ない

図2 家族インタビュー結果 概念図

家族は、【サービスの次元】では「土日とか、デイサービスやってくれたらいいなって思います」「(B町と異なり、近隣の市では) グループホームとか、いろいろある」などの< (福祉) サービスの不十分さ >、【対人関係】では「(ダメと叱っても、患者は点滴を) 痛いから触ろうとする」などの< コミュニケーションの障害 >、【居住スタイル】では「(デイサービスの時間が短いので) 仕事はフルではできない」などの< 就労の制限 >、「テレビつけると、機嫌が悪くなるんで (テレビを見ることができない)」などの< 介護者の生活の制限 >、【地域】では「(検診を受けさせたいが) 他の人の迷惑にもなる (のでためらう)」などの< 他者への配慮 >、【気持ち】では「(デイサービスが休みで患者が自宅にいと、患者の問題行動が生じ、その対応をするために) すごい憂鬱」などの< 精神的負担 >、「(デイサービスが休みの日は、夜中に寝ずに頻回にトイレに行くようになり、その対応をするため) 眠れない」などの< 身体的負担 >、【経済的問題】では。「介護しないといけないのに自主的に (仕事を) 辞めてるから、(税金の) 控除の対象にならない」などの< 経済的支援が少ない >、といった困惑を抱えていた。

③患者

患者は、インタビューに対して困ったことはないという回答しかなく、分析の対象となるデータはなかった。他、現在も家事は全部自分でやっている、病気がなく病院にかかることがない、といった発言が特徴的であった。

4. 考察

介護にあたる家族は認知症の周辺症状（認知症の行動・心理症状 BPSD）の対応に困り支援の必要性を認識している。一方、患者は病識をもたず支援の必要性を認識していなかったが、その要因としては中核症状（記憶障害、判断力の低下など）が考えられる。さらに家事は全部自分でやっているといった発言が幾度とみられるなど、できなくなったことへの自尊心の低下やそれに対する防衛も支援の必要性を訴えなかった要因の一つであると思われる。このように患者と家族との認識のズレがあるために家族が患者にいくら理解を求めようしてもそれは叶わず、家族が患者への不満を募らせ、家族と患者との間で感情的な衝突が生じると考えられた。

以上のことから、本調査では当初計画していた患者とその家族とが同席したインタビューの実施は倫理的な配慮から中止することとした。さらに、支援者が患者を援助する際にも存在し、援助に対する患者からの拒否という形で現れ、支援者も対応に困惑していた。家族に加えて、支援者の抱える困惑やニーズも把握する必要があると考えられたため、本調査では新たに支援者への FGI の実施を追加することとした。以上をもとに本調査ガイドラインを作成した。

その他、へき地の特徴としては「デイサービスが土日やっていない」などの〈（福祉）サービスの不十分さ〉によって「仕事をフルではできない」などの〈就労の（選択肢の）制限〉が生じることであった。

Ⅲ 本調査

1. 目的

本調査の目的は、へき地在宅療養中の認知症患者やその家族が期待する臨床心理学的援助の種類や内容を抽出することであった。

2. 方法

①対象者

対象者は、任意に研究協力の意思を示した町内で在宅療養中の認知症患者3名（70代男・CDR1 軽度、80歳代女性・CDR2 [中度] 80歳代女性・CDR3 [重度]）とその家族3名（70歳代妻1名、60歳代娘2名）、町内の医療・福祉施設に勤めるケアマネジャー兼医療ソーシャルワーカー1名、理学療法士1名、作業療法士1名であった。なお、CDRの判定は研究者1名が行った。

②データ収集

まず家族3名に対してFGIを1回実施した（2時間程度）。次に患者FGI実施の同意が家族1名から得られなかったため、患者1名（70代男性）に対して、患者2名（80歳代女性ら）に対して、半構造化面接によるインタビューをそれぞれ1回ずつ実施した（30分程度）。最後に支援者3名に対してFGIを1回実施した（2時間程度）。FGIまたは半構造化面接によるインタビューの実施前には、研究者2名が研究の趣旨を説明し、研究協力の同意を確認した。いずれもICレコーダーにて録音しビデオカメラにて録画した。場所は町内公共施設で、時期は2015年9月～同年10月であった。インタビュー項目は次の通りであった（表4・5・6）。

表4 家族FGIの質問項目

問1	認知症のご家族にしてはいけないことを理解させることが難しかったり、予測不可能なことが生じるのは、どのような場面ですか？
問2	ご家族が認知症であるために自分の生活が思い通りにいかないと感じるのは、どのような場面ですか？
問3	ご家族が誰かに迷惑をかけるかもれしなと思うのはどんな場面ですか？
問4	介護サービスが期待したように利用できないと感じるのは、どのような場面ですか？
問5	ご家族の困った行動の対応のため、精神的・肉体的に疲弊するのはどんな場面ですか？
問6	認知症のご家族の介護をしながら、経済的支援が受けられないとき、どのようなことに困りますか？
問7	最後に、何でもしてもらえたとしたら、どのようなことをしてもらいたいですか？

表5 患者へのインタビューの質問項目

問1	あなたが不安を感じることがありますか？どんな場面ですか？
問2	あなたはご家族のことで困っていることはありますか？どんな場面ですか？
問3	あなたは周りの人とうまくいかないことはありますか？どんな場面ですか？
問4	あなたは物忘れがあるとされたことはないですか？どんな場面ですか？
問5	あなたは、介護サービスをうけづらいですか？どんな場面ですか？
問6	あなたが一人で暮らすことで困っていることはありますか？どんな場面ですか？
問7	最後に、何でもしてもらえたとしたら、どのようなことをしてもらいたいですか？

表6 支援者 FGI の質問項目

問1	認知症の患者様を支援する上で、どのようなことに困りますか？
問2	あなたが認知症の患者様を支援につなげられないと感じるのはどんな場合ですか？
問3	あなたが認知症の方を支援する際に、不安や妄想などの精神症状で困ることはどんなことですか？
問4	認知症の患者様を支援することに拒否感を覚えるとき、どんなことに困りますか？
問5	あなたが認知症の患者様に困っている地域の人の悩みに対応できないと感じるのはどんなことですか？
問6	最後に、何でもしてもらえたとしたら、どのようなことをしてもらいたいですか？

③データ分析

インタビュー内容を逐語に起こした後、「在宅療養中の認知症患者（または家族、支援者）は何に困っているのか」及び「在宅療養中の認知症患者（または家族、支援者）は何を求めているのか」というリサーチクエッションを設定し、Mayring (2004) の手法を参考に共同研究者2名で質的内容分析を行った。具体的な分析方法としては、まず抽出された表現内容に名称（コード名）を付与し、類似する内容のコード化を実施した。それをもとに類似したコードを集約し、カテゴリーとし、名称を付与した。この間、分析者2名が協議し、意見が一致するまでその協議を繰り返し、その内容的妥当性を検討した。

④倫理的配慮

調査前に、研究者は調査協力者に対して、調査協力は任意によるものでインタビュー前ならばその承諾はいつでも取り消すことが可能なこと、匿名性を守ることといった倫理事項に関する文書を配布して説明を行い、質問の時間を十分にとった。その上で、協力者から研究協力の同意を得た。調査協力者が調査によって病状を悪化させないために、あらかじめ主治医に承諾を得た。代表者の所属する六日市病院倫理委員会より承認を得た（2016年3月）。

3. 結果

分析結果は以下の通りであった。なお上位カテゴリーは【 】, 下位カテゴリーは< >, コードを「 」で示している。

①家族 FGI の分析結果

i 家族の困っていること

家族の困っていることの分析結果を概念図(図3)及びカテゴリー別のコード(表7)に示す。家族は、認知症の「妄想」「徘徊」「拒薬」「忘れる」などの<症状>に伴った、「本人は気を使われていることがわからない」「症状理解ができない」「デイサービスに行かない」「妄想を否定しても通じない」などの<コミュニケーション>、「離れられない。ずっと一緒にいないといけない」「手間がかかる」「自分のしたいことができない」などの<行動の調整>、「いらいら。腹立つ」「ずっと一緒にいるとつらい」などの<感情>、「対応できない不安」「将来の不安」などの<不安>、「わが身が持たん」などの<疲労>、「(患者が自分は)死んだ方がいいって言う」などの<患者の情緒>といった悩みを抱えその対応の負担を感じている。家族は、「どこへ相談してよいかわからない」「(専門家には)自分の気持ちが話せない」などの<専門家との関係>や「施設の利用の仕方がわからない」「介護認定が取れない(そのため施設を利用できない)」などの<施設の問題>に困り、さらに「認知症のことを近所の人に話せない」「話をしても他人にわかってもらえない」「周りから見ると普通に見える」などの<近所との関係>や「妹に言えない」「妹に遠慮する」などの<他の家族との関係>といった周囲の者との関係に困り、患者に関する悩みを一人で抱え込んでいく。また支援を受けるにしても「お金がない」などの<経済>の問題が生じる。

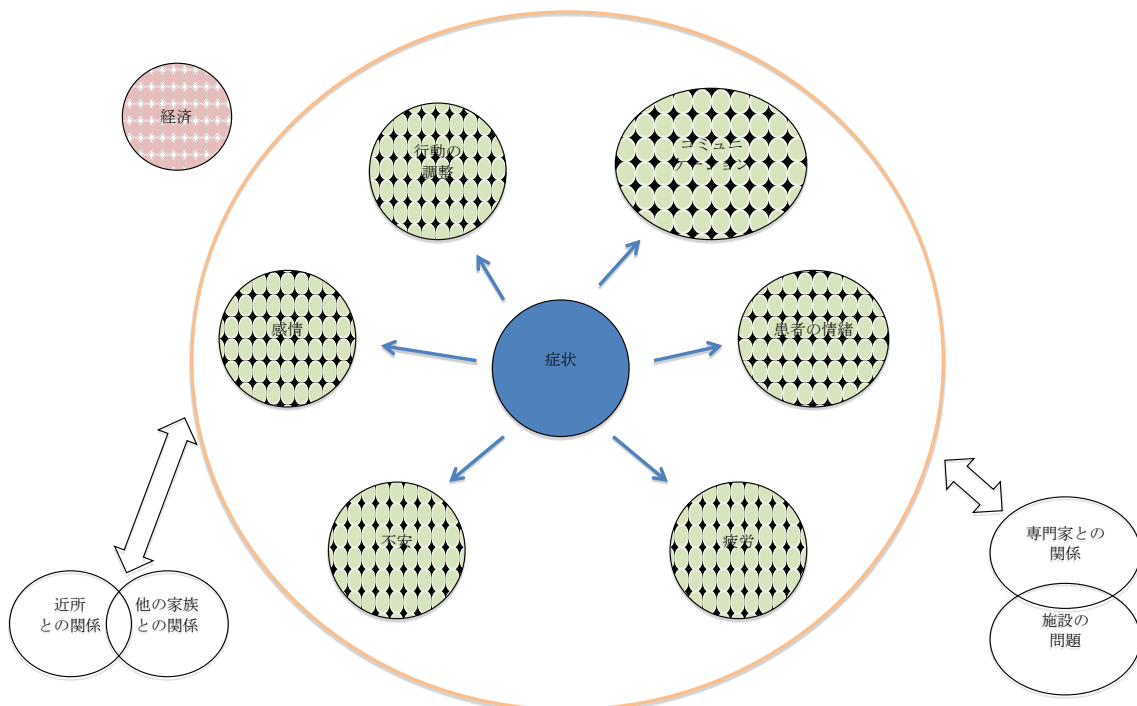


図3 家族の困っていること (概念図)

表7 家族の困っていること（カテゴリー別のコード）

カテゴリー	コード	カテゴリー	コード
症状	妄想	近所との関係	近所で大騒ぎ
	徘徊		地域の人に話すのが恥
	食べても食べていない		認知症のことを近所の人に話せない
	部屋がぐちゃぐちゃ		近所の人みんな理解してくれるわけでない
	きちんと仕事ができない。病気がここが抜ける		話をしても他人に分かってもらえない
	よその家に入る		周りから見るとふつつ見える
	道路で危ない		
	おかしな所に電話をする		
	忘れる		
	暴力		
	操作を間違える危険性		
	道路にいる危険性		
	新しいことが覚えられない		
	トマトをもぐ		
	機械を注文しちゃう		
	薬の管理ができない		
	拒薬		
コミュニケーション	自分の行動の問題を記憶していない	専門家との関係	どこへ相談してよいかわからない
	本人を傷つけないようにする		自分の気持ちが話せない
	妄想を否定しても通じない		専門家は忙しいだろうと思う
	食べても食べていない		
	互いに感情的になる		
	本人は気を使われていることがわからない		
	病院に行かん		
	精神科医にいかん		
	病院に行っても帰ってきちゃう		
	本人のおかしな行動の訂正		
	デイサービスに行かない		
	症状理解ができない		
	思ったことが言えない		
	喧嘩になる		
繰り返す			
介護サービスに行かない			
自分のいいように解釈する			
行動の調整	仕事が増える	他の家族との関係	妹に言えない
	離れられない。ずっと一緒にいないといけない		妹に遠慮する
	自分のしたいことができない		配偶者から自分も認知症と言われる
	たくさん動かないといけない		
	自分のやりたいことが置き去り		
	一緒になって起きないといけない		
	本人に余計な時間を与えないようにしないといけない		
	手間がかかる		
	離れられない。ずっと一緒にいないといけない		
自分だけの時間は持てない			
感情	いらいら。腹立つ	患者の情緒	死んだ方がいいっていう
	腹立つ		認知症の検査がストレス
	ずっと一緒にいるとつらい		患者が感情的になる
	認知症は大変		
不安	将来運転できなくなった時の不安	施設の問題	施設には入れない
	施設に入れなかったときの不安		老人ホームのイメージが悪くていけない
	対応できない不安		使いたい介護サービスが使えない
	私ができなくなったらと思うと不安		介護認定が取れない
	先が見えなくて心配		介護度がわからない
	将来の不安		施設の利用の仕方がわからない
症状を見ていて不安になる			
疲労	わが身が持たん	経済	お金がない
	疲れる		

ii 家族の求めていること

家族の求めていることを概念図（図4）及びカテゴリ別のコード（表8）に示す。家族は、「デイサービスに促してくれる人」「患者（の面倒）を見てほしい」などの<支援者>、「薬（で何とかしてほしい）」などの<医療>、「サービスの情報がほしい」などの<行政>、「デイサービスへの送迎（をしてほしい）」などの<交通環境>に対して、患者に関する問題を解決してもらうことを求めている。さらに「自分の思い通りにしたい」など<家族（自分自身）>の自分の自由な時間をもてることを求めている。

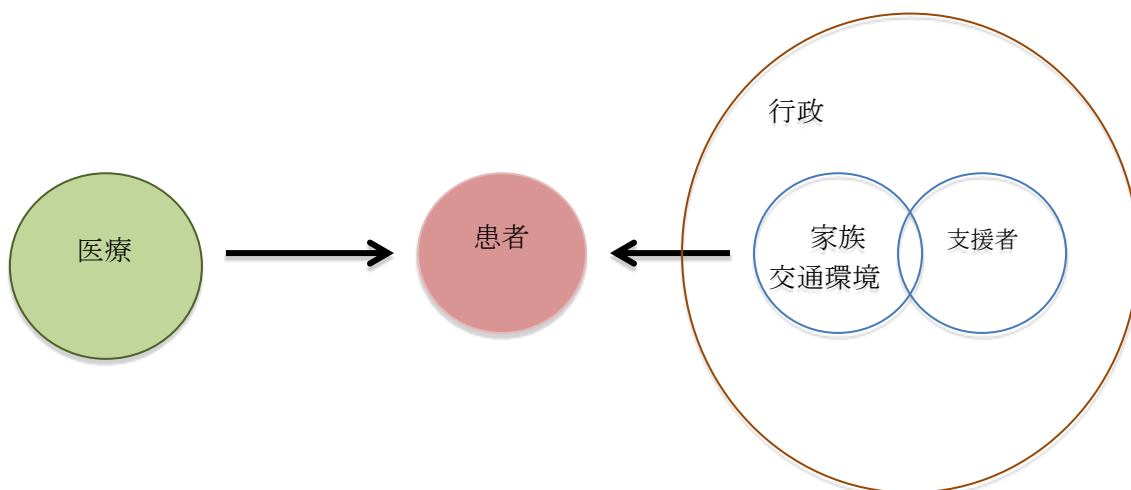


図4 家族の求めていること（概念図）

表8 家族の求めていること（カテゴリ別のコード）

カテゴリ	コード
支援者	デイサービスに促してくれる人
	専門家のアドバイス
	家族に手伝ってほしい
	しゃべる相手
	患者を見てほしい
自分	自分の思い通りにしたい
医療	薬
行政	サービスの情報がほしい
交通環境	近くに施設がほしい
	施設以外のところに連れて行きたい
	デイサービスの送迎

②支援者 FGI 分析結果

i 支援者の困っていること

支援者の困っていることを概念図（図5）及びカテゴリ別のコード（表9）に示す。支援者は、患者に対して、「病気の説明を患者が受け入れないので、何も（支援が）できない」などの＜病態による困難さ＞、「暴力を振るわれるのが怖い」「暴言を吐かれるのがショック」などの＜言動による困難さ＞、「患者と信頼関係を作りにくい」「“ぼけ老人扱いをするな”と患者に怒られる」などの＜関係作りの困難さ＞を感じている。さらにこれらの問題は、「地元出身の支援者は顔が割れているので、（患者が）介入を受け入れない」などの＜支援システムに内包する困難さ＞、「独居（の患者）が多く家族の援助が得られない」などの＜家族の援助の困難さ＞、といった地域特性によって複雑化している。

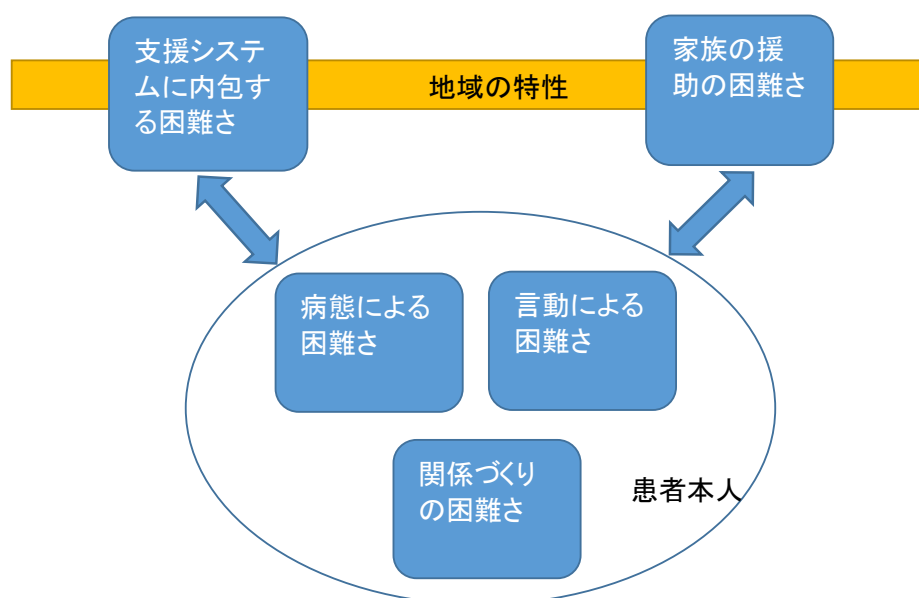


図5 支援者の困っていること（概念図）

表9 支援者の困っていること（カテゴリー別のコード）

カテゴリー	コード
病態のために患者への直接支援ができないこと	病気の説明を患者が受け入れないので、何もできない
	患者をどのように支援につなげたらよいかわからない
	患者に質問しても大丈夫と言われるので、何もできない
	行政が介入しても患者が受け付けてくれない
	ヘルパーを入れても門前払いされる
	カンファでスタッフが共有したことが実際にはできない
	サービスを紹介しても患者が行きたくないという
	先が寝たきりになることがわかっていても、予防的介入を受け入れてもらえない
	リハビリに来ても、すぐに帰りがかる
家族の協力が得られずに支援につながらないこと	家族の協力が得られないので、病態の悪化につながる
	同居家族がいても問題を把握してくれないので支援にならない
	遠方の家族がいても問題を把握してくれないので支援にならない
	独居が多く 家族の援助が得られない
患者の言動に感情的反応が生じて辛い	家族が本人の病気を認めずに支援にならない
	暴力を振るわれるのが怖い
	暴言を吐かれるのがショック
システムのために患者への直接支援ができないこと	患者の言動に怒りや悲しさを感じる
	認知症以外の障害がないために訪問看護が使えない
患者との関係づくりがむずかしいこと	地元出身の支援者は顔が割れているので、介入を受け入れない
	患者と信頼関係を作りにくい
	ぼけ老人扱いをされると患者に怒られる

※黄色は地域の特性

ii 支援者の求めていること

支援者の求めていることを概念図（図6）及びカテゴリー別のコード（表10）に示す。支援者は、「（支援者に）患者の状態を説明してほしい」などの＜病態の把握＞、「患者の寂しさを和らげてほしい」「患者の興奮を抑えてほしい」などの＜患者の気持ちへの対応＞、「患者にサービスの必要性を理解させてほしい」などの＜患者の理解を促す介入＞といった【患者対応（患者にアプローチする人材）】を求めている。この他にも「家族の支援をしてほしい」などの【家族対応（患者家族へアプローチする人材）】、「近所の人に（患者のことを）理解させてほしい」などの【地域住民対応（地域住民にアプローチする人材）】、「医療スタッフへのアドバイスがほしい」などの【支援スタッフ対応（支援スタッフへアドバイスする人材）】、といったことを求めている。さらに、地域の特性として「デイサービスの延長型の滞在施設が地域にないので必要」などの【支援システム（システムの充実）】がある。

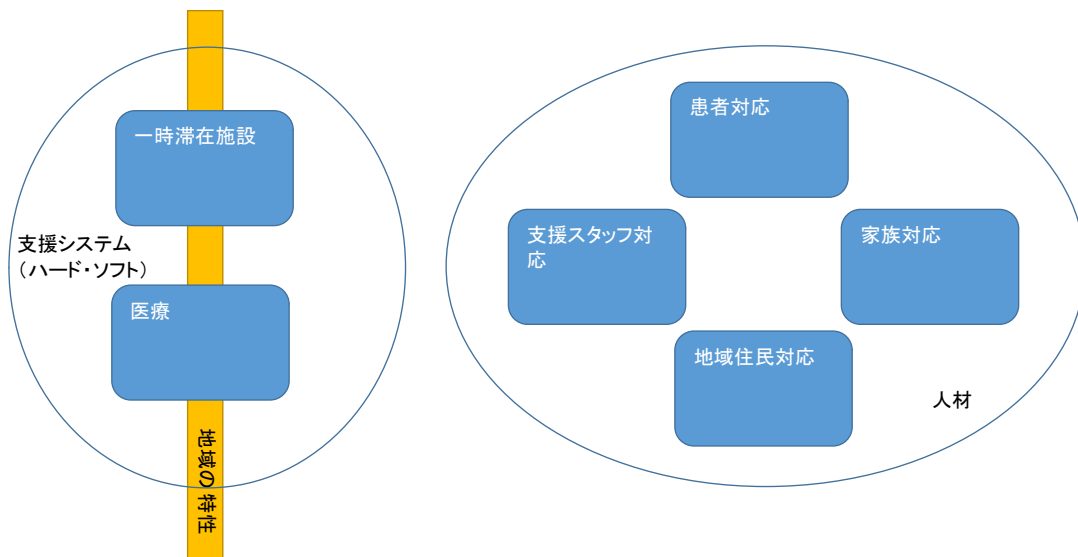


図6 支援者の求めていること（概念図）

表 1 0 支援者の求めていること（カテゴリー別のコード）

上位カテゴリー	下位カテゴリー	コード
患者にアプローチする人材	病態の把握	患者の状態を説明してほしい
		患者の状態を教えてください
	患者の気持ちへの対応	患者の話を聞いてほしい
		患者の寂しさを和らげてほしい
		患者の心を開いてほしい
		患者の興奮を抑えてほしい
		患者の興奮を落ち着けてほしい
患者の理解を促す介入	患者にサービスの必要性を理解させてほしい	
システムの充実	在宅サービス支援の充実	
	デイサービスの延長型の滞在施設が地域にないので必要	
患者家族へアプローチする人材	認知症一時滞在施設がほしい	
	家族の支援をしてほしい	
支援スタッフへアドバイスする人材	家族へのアプローチをしてほしい	
	今とは違う聞き方を教えてください	
地域住民にアプローチする人材	医療スタッフへのアドバイスがほしい	
	近所の人が理解できない原因を探してほしい	
医療の充実	近所の人に理解させてほしい	
	治療薬が必要	

※黄色は地域の特性

③患者インタビュー分析結果（参考）

患者 FGI の実施については家族から同意が得られず、患者らに対しては代わりに半構造化面接法によるインタビューを実施した。分析結果を参考までに示す。

i 患者の困っていること

患者の困っていることを概念図（図 7）及びカテゴリー別のコード（表 1 1）に示す。患者は、「土を触るだけで、他の仕事がない」「いつの間にか仕事をはずされている」などの<仕事が少ない>、「昔のように仕事ができない」「食事の準備ができない」「洗濯ができない」などの<仕事ができない>ことに困難を感じている。さらに「家族と話が合わない」「家族に任せているので申し訳ない」「いらぬことを言うと怒られる」などの<家族との葛藤>があるが、それは患者と家族間の病識の有無による断絶が生じていることが背景にある。家族との葛藤に伴い、「一人で住んでいるので寂しい」などの<感情>の問題を抱えている。

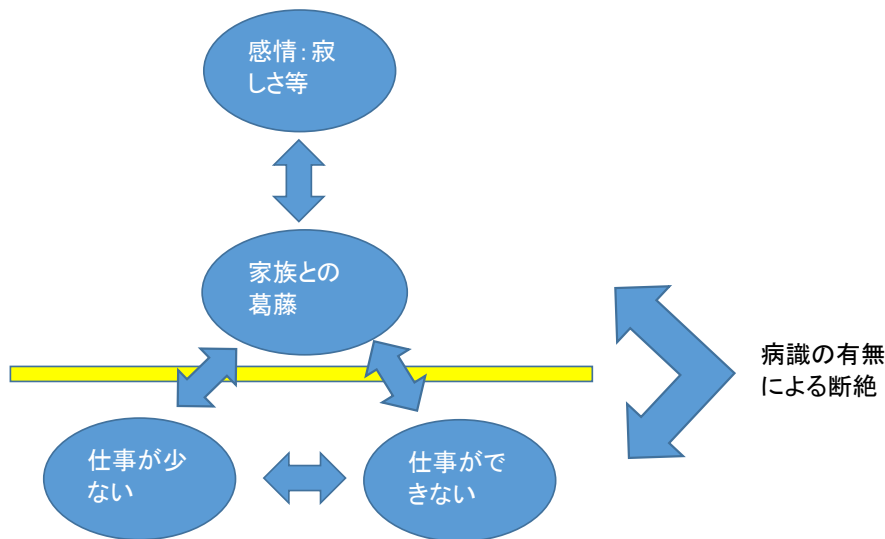


図 7 患者の困っていること（概念図）

表 1 1 患者の困っていること（カテゴリー別のコード）

カテゴリー	コード
仕事が少ない	土を触るだけで、ほかの仕事がない
	いつのまにか仕事をはずされている
家族との葛藤	家族と話が合わない
	家族に任せているので申し訳ない
	いらぬことをいうと怒られる
感情的問題	一人で住んでいるので寂しい
仕事ができない	昔のように仕事ができない
	食事の準備ができない
	洗濯ができない

ii 患者の求めていること

患者は、「ちょっとした仕事の手伝いがほしい」などの〈手伝いがほしい〉といったことを求めている。

4 考察

①困っていることと求めることについて

i 家族

家族は患者の症状に対する介護の負担や悩みを抱き、さらに近所や親類、支援者との関係上の悩みも抱いている。家族が求めることは、例えば<支援者>の「デイサービスに促してくれる人」「専門家のアドバイス」など介護の具体的な支援であり、<自分>の「自分の思い通りにしたい」といった自分自身の時間をもつことである。これらの結果からは、家族は普段介護を一人で担い孤立し、介護に協力してくれる者を求めていることがうかがわれる。以上の結果は一般的に認知症の介護者が抱く悩みと共通している。例えば今回の調査で明らかとなった、症状に対応できない<不安>や、妄想を否定しても通じないなどの<コミュニケーション>の問題や、介護の<疲労>などは、公益社団法人認知症の人と家族の会が全国の介護者に行ったアンケート調査（2012）においても「症状への適切な対応の仕方がわからないつらさ」や「意思疎通がうまくいかないつらさ」、「排泄の世話など本人の基本的な生活行動の介助によるしんどさ、睡眠不足から生じる心身の疲れ」など同様の報告がなされている。そして「介護する家族は、これまでのように本人とコミュニケーションをとりたいと願う中で、本人との関係構築にストレスを感じるものがつらさや悲しさ」につながることで、「本人と関わり介護をすることで新たに生じた周囲や専門職との関係性の構築プロセスにおいてもつらさや苦しさ」を感じることも指摘されている。次に今回の調査で明らかとなったへき地に住む家族が求めることについても、認知症の人と家族の会の全国調査結果（2012）と共通しており、知識や情報がほしいといった「病気治療や症状への対処法支援」やショートステイやデイサービスの充実といった「サービスの質と量の向上」などを求める意見が報告されている。その背景として「本人の介護から解放されることは自分の時間を持つことにつながり、趣味や友人との交流など心休まる時間や人間関係を持つことができる（中略）介護者が自分を取り戻し、新たな気持ちをもって本人に関わることができる」こと、そして介護する家族の「暮らしや人生を充実させる」ための家族支援について指摘されている。つまり、家族は孤立化し介護につきっきりとなり、自分の人生を豊かに生きることができていないのである。

以上の通り、今回の調査では家族が抱くへき地特有の困ったことやニーズは明らかとならなかった。ただし、表7の<専門家との関係>の「専門家は忙しいだろうと思う（と相談できない）」、<他の家族との関係>の「（過去に一度だけ妹に掃除を手伝ってほしいとお願いしたことがあったが、結局手伝ってくれなかった。その後、働いている）妹に言えない」「（自分のできないことを依頼し、自分のできることについては）妹に遠慮する（ため依頼しない）」といったように周囲の者へ支援を求め難い状況や、表7の<施設の問題>の「使いたい介護サービスが使えない」ことや表8の<交通環境>の「近くに施設がほしい」「デイサービスの送迎（を便利にしてほしい）」といった支援サービスの不十分さがあり、都市部と比べて支援サービスが限られるへき地においては問題が深刻化しやすいことが推測される。例えば本調査のインタビューに答えた家族からは就労の問題はあがってこなかったが、予備調査の家族では支援サービスの不十分さから就労の制限が生じ、仕事をやめざるをえず、またへき地では就職口も限られるため仕事が見つからず、経済的な問題へと発展していた。

家族が周囲の者との関係に悩み、支援を求め難い状況がある。その背景には周囲の者に理解されない不安があることがうかがわれる。例えば、表7の<専門家との関係>の「（分かってもらえないのではないかと、これくらい皆は我慢しているのではないかと）専門家に）自分の気持ちが話せない」、表7の<近所との関係>の「話

をしても他人にわかってもらえない」に表れている。繁田（2011）が「自らの介護に自信をもてず、ケアの仕方が悪いために BPSD が生じているのだと自分を責める家族は多い。彼らは負い目や罪悪感を抱いている」と述べているように、家族は周囲に対して自身の能力について劣等感や恥を抱いている。また、表 7 の〈近所との関係〉の「(家族のことを認知症であると) 地域の人に話すのが恥」「(患者の言動によって) 近所で大騒ぎ」には、認知症であることへの恥も含まれている。土居（1971）が恥について「自分自身の存在そのものが不完全で不足していると感じる」「集団から指弾されることこそ恥」と述べていることを考えれば、家族が周囲に支援を求めづらい背景には周囲の者から劣った存在・家だと思われ疎外される恥を避けようとする思いがあるのかもしれない。

以上のことから、親類や近所の者が患者や介護の様子を十分に理解できず誤解する状況は、家族が介護の悩みについて話さないことで促進され、その結果ますます周囲が理解できず誤解するために家族は支援を求めないという悪循環が生じていることが推測される。

ii 支援者

まず支援者が困っていることとして、表 9 の〈病態のために患者への直接支援ができないこと〉〈患者の言動に感情的反応が生じて辛い〉〈患者との関係づくりがむずかしいこと〉といった患者への対応が挙げられる。これらは家族の困っていること(表 7) の〈コミュニケーション〉〈感情〉という家族の困っている内容と類似している。他、表 10 の〈地域住民にアプローチする人材〉と表 7 の〈近所との関係〉との間でも、近所の者が理解してくれないので困っているという点で類似している。そのため、これらの困っていることに取り組むことは、支援者と家族いずれにとっても助けとなるだろう。

これらの問題に対して、表 9 〈家族の協力が得られずに支援につながらないこと〉の「独居が多く家族の援助が得られない」という若者の流出というへき地の特性や、表 10 の〈支援システムに内包する困難さ〉の「地元出身の支援者は顔が割れているので、(患者が) 介入を受け入れない」とあるように、へき地では人口が限られるゆえに支援者が患者や家族と顔見知りや親類、近所の者である場合も少なくなく、支援者は患者や家族から恥を持たれやすいという特性によって、支援を円滑に提供できず、問題が複雑化している。その他、「デイサービスの延長型の滞在施設が地域にない」といった支援システムの不十分さもあり、それも支援上の問題となっている。

なお、支援者は、表 10 の〈支援スタッフへアドバイスする人材〉とあるように、支援を円滑に提供できるような助言をしてくれる人材を求めている。また患者、地域住民、患者家族への援助も支援者は求めている。

iii 患者

患者インタビューの分析結果を参考までに見れば、患者は家族の困っている認知症の症状を認識していないなど、周囲の者と問題が共有されていないと考えられる。患者は家事や畑仕事ができないまたは仕事自体が少ない、家族との葛藤などの日常生活上の問題に困り、「ちょっとした仕事の手伝いがほしい」と、それまで担っていた家事や畑仕事など役割を継続したい思いと、それが継続できる支援を求めている。患者の認識している困ったことは、認知症特有の悩みやニーズではなく、高齢者が一般的に抱きやすい悩みやニーズに近いものと思われる。例えば、高齢者の喪失体験としては「①身体機能の低下（脳機能の低下を含む）、②親しい人（配偶者、同胞、友人など）との死別、③独居の不安、④役割の喪失、⑤社会的孤立、⑥経済上の不安（小西，2013）」が挙げられるが、仕事ができない悩みは①身体機能の低下と関連しており、仕事が少ない悩みは④役割の喪失や⑤社会的孤立などと関連していると思われる。このように患者の認識する問題と家族や支援者など周囲の認識する問題とが一致しないことは、患者が支援を拒否する要因の一つとなっているであろう。なお、患者が役割を失いつつあり、孤立していくことについては、介護を担う家族と同様、患者自身も自分の人生を豊かに生きることができていないことを示唆している。

他、支援者が表9の<システムのために患者への直接支援ができないこと>で「地元出身の支援者は顔が割れているので、介入を受け入れない」ことに困っていたが、患者も家族もこれについては語らなかったため、その理由は明らかとはならなかった。ただ患者が地元の支援者を拒否する背景には、認知症という恥があるのかもしれない。これは本調査では明らかとはならなかったが、予備調査の支援者インタビューにおいて、患者本人の対人関係上の悩みとして「壊れた人間みたいに思われるので隠す」、サービス上の悩みとしては「精神科に抵抗がある人もいる」にはそれが表れている。いずれにしても、支援者が地元の者である場合に患者が支援を受け入れない可能性が高まることを推測して事前に対応を考えておくことや、可能であれば地元でない者が支援にあたるといった配慮も必要であろう。

②求められる臨床心理学的援助の在り方

人口の少ないへき地においては支援者やサービスも都市部と比べてその数が限られるため、家族や患者が支援を受け難い状況は、都市部よりも問題を深刻化させ、その結果余裕のなくなった家族は患者との関係を良好に保つことが困難となるものと考えられる。「BPSDは介護する人にとって、中核症状よりも介護を困難にさせる場合が多い。（中略）介護者はストレスを感じたり、いらいらしたりする。その結果、（中略）不適切なケアをしてしまうことがある（加藤，2011）」。そして、不適切なケアがさらなるBPSDを生じさせるという悪循環が起こる。以上のことを考えると、へき地の限られた資源を最大限活用するためには、他の支援者から患者、家族へのサービスの提供が円滑化されるような臨床心理学的援助が求められるだろう。

家族に対してはいち早い支援の提供が求められる。その際に臨床心理士が家族の劣等感や恥など支援を求め難くなる感情に注目し、時に悩みや他の支援者への要望を口にした際には、家族の気持ちに沿う形でいかにそれに取り組んでいくかを話し合い、他の支援者との仲介役として機能することが有用であろう。また家族は孤立化しやすいことを踏まえれば、家族と定期的に会うなど積極的かつ継続的な関わりが必要かもしれない。また支援者が対応に困っている患者、家族、地域住民にアプローチする中で、支援者に臨床心理学的な助言を行うことが求められる。

一方、患者が家族や支援者とは異なる問題を認識している場合、その認識のずれが患者の支援への拒絶につながるのかもしれない。支援者は患者の認識を理解することで円滑な支援の提供につながる。患者がそれまで担っていた家事や畑仕事など役割を継続できる支援を求めている場合、患者の人生を豊かに過ごせることを目指した臨床心理学的援助を行うことで円滑な支援の提供につながると考えられる。元々本人が何の役割を担い、何に価値を置き、人生を豊かに感じられてきたのかを知る必要がある。小澤（2003）が認知症患者の話を「繰り返し繰り返し語られる彼らの言葉を（中略）あまり誘導したり、時間的順序を正したりはせずに、聴く。多くは、自らの意思ではなく私たちの前に連れてこられた彼らは、このような作業を通じてようやく物語る主体となる。（中略）彼らの断片的な物語を、家人らの情報ともあわせて、ストーリーとして読むことができるようになると、痴呆の症状とみえていたものが、その人らしい表現とみえてくる」と述べていることは参考となる。また、この共同作業自体が患者と家族の「ここを通じあわせ、それまでのへだたり、険悪だった関係に折り合いをつける（小澤，2003）」でもあるため、患者と家族関係に対する援助にもつながってくる。患者の役割が理解されれば、実際に患者がその役割をとれるよう他の支援者とともにも援助することになる。例えば農業に従事していた患者であれば園芸という作業を希望するかもしれないし、作業療法士と連携を図ることにもなるかもしれない。他にも、例えば介護予防教室のように健康な地域の高齢者を対象に行う事業に臨床心理士が参加し、その人のことを知ることができ、患者となった住民に対して援助もしやすくなるかもしれない。何よりも顔なじみになることで患者や家族が臨床心理士に支援を求めやすくなるだろう。

患者と周囲との認識のずれがある場合には、従来の臨床心理学的援助である「臨床心理士が心理検査を施行するなど診察時に必要な情報を整理する」といった診断補助（厚生労働省，2011 チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集）や、認知症患者に対する学習療法や記憶訓練といった「認知リハビリテーション（松田，2006b）」や、患者及び家族に対して心理的サポートや病状理解や生活障害への対応法の指導といった「サイコエデュケーション（松田，2006a）」の実施には患者の拒否が生じやすいことが推測されるため、十分な配慮が必要であろう。例えば松田（2008）は「記憶の問題は、患者にとって最大の関心事であると同時に、最もつらく苦しい事柄である」と述べたうえで、認知リハビリテーションの一つである記憶訓練法の実施にあたっては失敗体験を最小限に抑える配慮をすべきであると指摘している。

5. まとめ

在宅療養中の認知症患者をもつ家族は認知症による介護の負担を感じつつも、支援を周囲に求め難く、孤立化し、介護につきっきりな家族は自分の人生を豊かに生きることができないという問題がうかがわれた。ただしへき地に特徴的な問題とはいえなかった。支援者は病識がなく支援の必要性を認識しない患者に対して支援を円滑に提供できないという問題を抱えていた。しかしながら、へき地においては支援者やサービスも都市部と比べてその数が限られるため、家族や患者が支援を受け難い状況は、都市部よりも問題を深刻化させることが推測された。へき地の限られた資源を最大限活用するためには、他の支援者から患者、家族へのサービスの提供が円滑化されるような臨床心理学的援助が求められるだろう。また患者が家族や支援者とは異なる問題を認識している場合、そのずれが患者の支援への拒絶につながるのかもしれない。支援者は患者の認識を理解することで円滑な支援の提供につながる。今後は、都市部・他のへき地との量的な比較研究を行い、今回明らかとなったへき地の特徴を検証する必要がある。また、へき地在宅療養中の後遺障害をもつ患者を対象とした調査研究との比較検討、実践研究を行う必要もある。

<付記> 本研究は 2014 年度後期公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団研究助成を受けました。私たちの調査研究に協力して下さった患者様とご家族の皆様、陽だまりの会の皆様、多くの関係者の皆様に心より感謝を申し上げます。

6 参考文献

- 岡田憲・佐々木妙子・伊藤光・高畑佳世・富樫公一 (2016). へき地在宅療養中のがん患者とその家族に対する臨床心理学的援助モデルの構築 甲南大学人間科学研究所編 〈心の危機と臨床の知〉, 17, pp. 149-169
- 加藤伸司 (2011). 認知症ケア基本テキスト BPSD の理解と対応 日本認知症ケア学会 (編集) ワールドプランニング, pp. 51-76
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 弘文堂.
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会 (2012). 認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究事業報告書～介護家族の立場から見た家族支援のあり方に関するアンケート～
- 植田恵 (2012). 認知症ケア標準テキスト 改訂・認知症ケアの実践Ⅱ：各論 日本認知症ケア学会 (編集) 日本認知症ケア学会, pp. 216-224
- 小澤勲 (2003). 痴呆を生きるということ 岩波新書, 岩波書店
- 小西徹 (2013). 高齢期に夫と死別した女性との心理療法における老いの受容過程 心理臨床学研究 31(3), pp. 399-409
- 繁田雅弘 (2011). 認知症ケア基本テキスト BPSD の理解と対応 日本認知症ケア学会 (編集) ワールドプランニング, pp. 13-24
- 平原佐斗司 (2013). 医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門—早期診断、BPSD の対応から緩和ケアまで 平原佐斗司 (編著) 中央法規, pp. 186-195
- 本間昭 (1991). 高齢者のための知的機能検査の手引 大塚俊男・本間昭 (監修), ワールドプランニング, p65-69
- 松田修 (2006a). 高齢者の認知症とサイコエデュケーション 老年精神医学雑誌, 17(3), pp. 302 -306
- 松田修 (2006b). 認知リハビリテーション 老年精神医学雑誌, 17(7), pp. 736 -741
- 松田修 (2008). 記憶訓練法(memory training) 老年精神医学雑誌, 19(2), pp. 241 -247
- 松本正俊 (2009). 地域医療テキスト 自治医科大学 (監修) 医学書院, pp. 20 - 33
- Mayring P. (2004). Qualitative content analysis. In:Flick U, Kardorff EV, Steinke I. et al (Eds). *A Comparison to Qualitative Research*. SAGE Publications Ltd, London, pp. 266—269
- 土居健郎 (1971). 「甘え」の構造. 弘文堂.