

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

岡田 憲・佐々木 妙子
伊藤 光・高畑 佳世・富樫 公一

要約

我が国において、へき地医療のサービスは十分ではない。本研究の目的は、これらの地域において在宅療養中のがん患者とその家族から求められる臨床心理学的援助モデルを構築することである。予備調査の実施後、へき地在宅療養中のがん患者とその家族四組がフォーカス・グループ・インタビュー (FGI) に参加するために選ばれた。これらのインタビューの逐語録に対して、Mayringの手法 (二〇〇四) による質的内容分析が施された。結果、へき地において在宅療養中のがん患者とその家族から求められる臨床心理学的援助の種類は治療上の問題、生活上の問題、対人関係上の問題、気兼ねの問題のそれぞれに対応したものであることがわかった。このうち気兼ねの問題は言葉を主なツールとする臨床心理士にとって特に重大な課題であると考えられた。へき地では都市部と比べて人口や医療機関

等の数が少ないことから、臨床心理士といった支援者との人間関係を失うことを自然と恐れやすくなり、気兼ねが強まることが推測された。以上のことから特に気兼ねに配慮した臨床心理学的援助の在り方が必要であると結論づけた。

キーワード へき地、在宅医療、がん患者、気兼ね

1 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・介護あんしん二〇一二)」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、二〇〇六年策定の第一〇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、二〇〇九）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、二〇〇九）。二〇一五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。当院のある町は平成二四年時点で人口六七〇〇人程度で年々減少している。高齢化率は三九・三三%で、国立社会保障・人口問題研究所の推計を参考にすれば平成七二年（二〇六〇年）の日本の高齢化率とほぼ一致しており、およそ五〇年先の日本の高齢化率を表現しているといえる。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。そこで本研究では、へき地在宅療養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を目的とする。最終的には、へき地在宅医療で期待される臨床心理学的援助モデルを構築することを指すが、今回はその基礎研究として、へき地医療拠点病院を普段利用して認知症や精神疾患を有しない在宅療養中のがん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。なお、がんについては既に入院中のチーム医療体制に臨床心

理士が組み込まれており、在宅チーム医療の中での臨床心理士の役割を検討する際に参考にできる。例えば岩満ら(二〇〇九)はがん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの医師及び看護師に対して「心理士に行ってほしいこと・望むこと」などをテーマにFGIを行い、患者・家族への心理療法や心理アセスメントといった「患者・家族への対応」、心理士としての専門性を活かした「チーム内での連携」、スタッフへのコンサルテーションや心のケアといった「医療職へのサポート」などがあると述べている。これについては考察にて検討する。

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、任意団体である町内がん患者会に対して行政側の協力者として派遣されている町役場保健師一名と、任意に研究協力の意思を示した町内に住む在宅療養中のがん患者一名と家族一名の一組であった。

②データ収集

まずは町役場保健師に対して、臨床心理士でもある代表研究者及び共同研究者一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実施した(四五分間程度)。ICレコーダーにて録音した。場所は町役場であった。尚インタビュー項目は次の通りであった(表1)。

次にがん患者一名と家族一名の一組に対して、代表研究者及び共同研究者一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実施した(二時間程度)。別の共同研究者一名がICレコーダーによる録音及びビデオカメラによる録画を行なった。データ収集は二〇一二年一〇月に行なった。なお対象者の基本情報及びインタビュー項目は次の通りであった(表2、表3)。

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「在宅療養中のがん患者と家族はどのようなプロセスで生活上の困難を感じるようになるのか」と設定し、木下(二〇〇三)の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、MGT&Aと略記)を参考に共同研究者二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、分析者二名は協議し、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(二〇一二年四月)。

3、結果と考察

在宅療養中のがん患者と家族が生活上の困難を感じていくプロセスについて分析した結果、三つの問題に分類された(表4)。なお以下、カテゴリーは【 】、概念は△、▽、発話例は「」で記述している。

①【町の特性が現れた問題】

町の特性として、店や行政機関または家族や親戚の家が患者らの自宅から遠方にあるにも関わらず公共交通機関が日に数本の便のバスしかなく、その結果「交通弱者、買い物弱者」などのへ交通機関の不十分さに困っている▽。さらに遠方の家族や親戚とは互に行き来が減り疎遠となると考えられた。またインタビューの中で「専門家ではないから」「医療行為に口出しできない」「死なんのに子供に迷惑はかけられない」などの専門家や家族といったへ他者に対して気兼ねして何も言えないことに困っている▽ことについて度々語られたことから、町の住民には気兼ねという感情を抱きやすい傾向があると思われる。

②【町の特性が複雑にしている問題】

「友達がいないと寂しい」などのへ対人接触の有無にまつわる問題に困っている▽が、過疎化や高齢化といった町の特性によって、都市部と比べて対人接触の機会は少なくなり、寂しさを和らげることが困難となっている。さらに「訪問看護が整っていない」「条件が合わない」と在宅ができない」などのへ医療行政システムの不十分さに困っている▽は、経済的な余裕の無さといった町の特性によって、都市部と比べて医療行政サービスの整備は思うように進まなくなると考えられた。

③【必ずしも町の特性とは言えない問題】

患者や家族は治療過程において、「がんの痛み」「再発不安」といった病気そのものや、それに対する治療に対して不安を感じながら治療を続けているが、「麻薬の副作用」への不安といった医薬品の副作用などに関する苦悩も抱き、病気と治療にまつわる不安に対処することに困っている。また「元氣な自分をなつかしむ」「仕事があれば氣がまぎれる」「肺に転移して亡くなる」といった抑うつ感や死にまつわる感情に関する苦悩を抱え、死に対する感情や抑うつ感の取り扱いに困っている。主治医との間では、「治療法の選択の判断が出来ない」「抗がん剤のモルモット」といった治療法の選択や治療、医者との話し合いやインフォームドコンセントにまつわる苦悩を抱え、治療や医療的判断をするときに困っている。

全国のがん体験者に行った調査結果（二〇〇四年厚生労働省研究班がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書概要版）によれば、がん体験者の多くが抱える悩みとして再発転移の不安など心の問題、症状・副作用・後遺症、治療法の選択といった診断・治療に関するものが挙げられており、これらはへき地に限らずがん患者が一般的に抱える問題と考えられた。

以上のことから、へき地の問題を抽出し本調査におけるFCIの質問項目を作成するため、へき地の特性とは言えない

③のカテゴリーを除き、①及び②のカテゴリーに基づいて本調査インタビュー項目を作成した。

III 本調査

1、目的

へき地在宅療養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を目的とする。

2、方法

①対象者

町内へき地医療拠点病院にて参加希望者を募集した。任意に調査研究協力の意思を示した認知症や精神疾患のない在宅療養中のがん患者とその家族三組であった。

②データ収集

まずはFCIを各組一回ずつ実施し、次に患者を除く家族グループに対してFCIを一回実施し、最後に家族を除く患者グループに対してFCIを一回実施した。場所としては、町の行政の協力により町の公共施設を利用した。各FCIの実施前には代表研究者及び共同研究者一名が研究の趣旨説明、研究協力の同意を確認した。データ収集は二〇一三年四月から同年七月の間に行った。なお対象者の基本情報及び本調査インタビュー項目は次の通りであった（表

5、6)。

③データ分析

インタビュー内容を逐語に起こした後、「在宅療養中のがん患者（または家族）は何に困っているのか」及び「在宅療養中のがん患者（または家族）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、Maying (二〇〇四) の手法を参考に共同研究者二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、分析者二名が協議し、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（二〇一二年四月）。

3、結果

患者及び家族の FGI、患者グループの FGI、家族グループの FGI の分析結果を以下に示した。なお、上位カテゴリーは【】、下位カテゴリーは△、▽、コードを「」で記述している。

①患者及び家族 FGI の分析結果（表7）

患者及び家族 FGI の三組分の逐語データを質的内容分析し得られた結果を表7に示した。上位カテゴリーは次の i ~ iv に分けられ、それぞれいくつかの下位カテゴリーに分けられた。

i 【生活上の問題】

【生活上の問題】は次の三つの下位カテゴリーに分けられた。患者や家族は、第一に「通院のバスがない」「運転が不安」といった生活の中で自由に移動できないことに伴う問題へ交通機関が不十分▽を抱えており、「病院行きのバスがほしい」「病院に連れて行ってほしい」といったニーズを持っていた。第二に「お金がない」「医療費が高い」といった収入より支出が多く生活に困難を感じることに伴う問題へ経済的問題▽を抱えており、医療費の補助を求める「お金がほしい」といったニーズを持っていた。第三に「家族の世話が大変」「畑仕事が大変」「家事ができない」といった体力不足や人手不足

により日常の用事ができないことに伴う問題へ生活上の雑事Vを抱えており、「炊事や掃除をしてほしい」「ゴミ捨てをしてほしい」といったニードを持っていた。

ii 【治療上の問題】

【治療上の問題】は次の三つの下位カテゴリーに分けられた。患者や家族は、第一に「病院設備が不十分」「医療技術不安」「遠くの病院に行かざるをえない」といった心身の問題を相談できる機関の医療設備又は技術の不足や低さに伴う問題へ地元の医療の問題Vを抱えており、「設備を充実させて欲しい」「医療技術を上げて欲しい」「地元大病院が欲しい」「往診して欲しい」といったニードを持っていた。第二に、「同じ体験がない人に言えない」「がんの話ができない」「副作用」といったがん又はその治療によって生じる否定的な感情に伴う問題へがん治療の不安・不満Vの問題を抱えており、「同じ体験の人に言いたい」「傍に相談できる人が欲しい」「楽な治療にしてほしい」といったニードを持っていた。第三に、「死の不安の相談ができない」「寂しい」「生きているのが辛い」「普段動けない」がん又はその治療に直接関係のない心身のトラブルに伴うへ身体・心理的ストレスVを抱えており、「話し相手が欲しい」「病气以外の話が見たい」「土地のことを知っている人と話したい」といっ

たニードを持っていた。

iii 【対人関係上の問題】

【対人関係上の問題】は次の四つの下位カテゴリーに分けられた。患者や家族は、第一に「地域住民同士のコミュニケーションが少ない」「過疎化で寂しい」「若い人がいないので不安」といった地域の日常的な対人関係上の過不足に伴う問題へ地域住民とのやり取りVの問題を抱えており、「地域のコミュニケーションを増やしたい」といったニードを持っていた。第二に、「行政に願いごとをしても返事がない」「行政に訴える機会がない」「行政の対応が不十分」「医療制度が不十分」といった行政職員とのコミュニケーションに伴う問題へ行政とのやり取りVの問題を抱えており、「行政・立法・農協に要望を叶えて欲しい」といったニードを持っていた。第三に、「医者の説明でショック」「医学的見通しへの不安」「納得できる説明がない」といった医師または医療従事者とのコミュニケーションに伴う問題へ医師とのやり取りVの問題を抱えており、「納得できる説明をして欲しい」「主治医は患者の家庭のこともよく知って対応してほしい」といったニードを持っていた。第四に、「子どもが遠方に住んでいる」「子どもに思いを伝えられない」「子どもにも援助できない」「子どもが来れない」と語った一

方で「子どもが帰って来ると信じている」という思いも持っているなど、子どもとの現在や未来の物理的・心理的距離に伴う問題へ子どもとの関係Vの問題を抱えており、「子どもが近くにいる欲しい」といったニードを持っていた。

iv 【気兼ねの問題】

患者や家族は、「配偶者への罪悪感」「人の役に立てない罪悪感」「頼ることの罪悪感」「お返しをしないと頼めない」「気兼ねしている」「セカンドオピニオンが聞きにくい（他の医者に会うと「主治医に「悪いので」といった劣等感や他者への配慮から対人関係における言動が抑制されることに伴う問題へ気兼ねや罪悪感Vの問題を抱えており、「迷惑をかけずに死にたい」といったニードを持っていた。

②患者グループFCIの分析結果（表8）

患者グループFCIの逐語データを質的内容分析し得られた結果を表8に示した。上位カテゴリは次のi～ivに分けられ、それぞれいくつかの低位カテゴリに分けられた。

i 【生活上の問題】

【生活上の問題】は①患者及び家族FCIの分析結果と同様に交通機関が不十分Vと生活上の雑事Vとの二つの低位カテゴリに分けられた。ただし経済的問題Vについては私的な内容であるため他人の前で口にするのを避けたのか話題とならなかった。

ii 【治療上の問題】

【治療上の問題】はA地元の医療の問題VとAがん治療の不安・不満VとA身体・心理的ストレスVという三つの低位カテゴリに分けられた。①患者及び家族FCIの分析結果と共通していた。

iii 【対人関係上の問題】

【対人関係上の問題】はA行政とのやり取りVとA医師とのやり取りVとA子どもとの関係Vという三つの低位カテゴリに分けられ、これらは①患者及び家族FCIの分析結果と共通していた。ただしA地域住民とのやり取りVの問題については同じ町の住民を目の前にして口にするのを避けたかったのか話題とならなかった。

iv 【気兼ねの問題】

患者は、「家族には病気のことを言わないようにしている」「家族には何ともないふりをしていないといけない」「家の人に話してもわからない」「（配偶者に）頼みごとを

するのが気兼ねする」といった△家族への葛藤▽という問題を抱えており、①患者及び家族FCIの分析結果とほぼ共通していた。

③家族グループFCIの分析結果(表9)

家族グループFCIの逐語データを質的内容分析し得られた結果を表9に示した。上位カテゴリーは次のi～ivに分けられ、それぞれいくつかの下位カテゴリーに分けられた。

i 【生活上の問題】

【生活上の問題】は①患者及び家族FCIの分析結果と同様に△交通機関が不十分▽という下位カテゴリーがあった。ただし△生活上の雑事▽は家族にとっては実行可能なためか問題として話題とならなかった。また△経済的問題▽については私的な内容であるため他人の前で口にすることを避けたのか話題とならなかった。

ii 【治療上の問題】

【治療上の問題】は△地元の医療の問題▽と△がん治療の不安・不満▽と△身体・心理的ストレス▽という三つの下位カテゴリーに分けられた。①患者及び家族FCIの分析結果と共通していた。ただし、△身体・心理的ストレス▽の問題は話題とならなかったが、「専門家に相談してほしい」「話を聞いてあげてほしい」「話を聞いてほしい」

といった患者に対して何かしてあげてほしいというニーズを持っていった。

iii 【対人関係上の問題】

【対人関係上の問題】は②患者グループFCIの分析結果と同様、△行政とのやり取り▽と△医師とのやり取り▽と△子どもとの関係▽という三つの下位カテゴリーに分けられ、△地域住民とのやり取り▽が話題とならなかった。

iv 【気兼ねの問題】

家族は「話や態度に気を遣う」「配偶者以外に相談できる人がいない」「患者の前で医師に質問できない」といった△家族(患者)への葛藤▽の問題を抱えており、「患者も戦ってほしい」というニーズを持っていた。

④FCI結果における下位カテゴリーの定義(表10)

①～③までの分析結果の下位カテゴリーの定義を表10に掲載した。

4、考察

①へき地在宅療養中のがん患者とその家族の抱える問題(図1、表11)

分析結果から、患者や家族の抱える問題は【生活上の問題】【治療上の問題】【対人関係上の問題】【気兼ねの問題】という四つに分けられ、これらは互いに影響を与えている

と考えられた。例えばがん治療を受ければ、その費用が家計を圧迫し生活上の問題につながるし、また医師や行政、家族との関わりが増えることとなり、その中で対人関係上の問題が生じる。生活上の問題や対人関係上の問題は自然と治療上の問題へとつながっていく。対人関係上の問題には常に気兼ねの問題が含まれている。

概念間の関係図を図1に示し、調査協力者のインタビューの一部から概念間の関係に当てはまるものを参考として掲載した。

②気兼ねの問題

分析結果から、患者や家族の抱える問題が【生活上の問題】【治療上の問題】【対人関係上の問題】【気兼ねの問題】という四つに分けられることが明らかとなった。これらのうち、患者や家族が支援者を含め他者に対して遠慮し自らの言動を抑制する【気兼ねの問題】について、言葉を主なツールとする臨床心理士にとって特に重大な課題であると考えられた。臨床心理士は気兼ねした患者の発言からその気持ちを十分に理解できなかつたり、誤解したりする可能性は高まるであろうし、臨床心理士が言動の抑制について話題にしたとしても患者は気兼ねしていないと否定するかもしれないし、本心を語らないかもしれない。そこで、ま

ずは気兼ねについて考察する。

インタビューにおいて患者や家族が気兼ねを度々口にしており、気兼ねは彼らが人に対して自然と抱くものであることがうかがわれた。気兼ねは日本人特有の心理として論じた『甘えの構造（土居、一九七二）』の中で「相手に遠慮する気持をあらわすが、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らという不安があるからである」「遠慮しないと凶々しいと考えられ、相手に嫌われはしないかという危惧がそこには働いている」と記述されている。そもそも甘えとは「相手の好意をあてにして振舞うこと（土居、二〇〇一）」であり、相手に「甘えが許容されている際に成立する（土居、一九七一）」。そして甘えの相手とは「それなくしては自分が持たない相手（二〇〇一）」を指す。これらのことをまとめると、甘えを受け容れてもらえず不可欠な大事な相手との関係を失うかもしれないという恐れを抱いている際に気兼ねが生じるということになる。インタビューでも、気兼ねは配偶者や子供のほか、支援者の中でも特に主治医に対して抱かれており、いずれも自分にとって不可欠な相手である点で共通している。

インタビューからは、気兼ねの背景に「健康者⇄患者（迷惑な存在）」及び「専門家⇄素人（無知な存在）」とい

う二つの劣等感の存在がうかがわれた。前者については例えば患者の「(配偶者へ)頼みごとをするのが気兼ねする」「頼ることの罪悪感」「お返しをしないと頼めない」「人の役に立てない罪悪感」といった発言に、人に頼つてばかりいて役に立たない迷惑な存在という劣等感がうかがわれる。後者については例えば「(医師から)納得できる説明がない」「主治医以外に相談するのが(主治医に)悪い」という発言に、患者や家族が支援者への不満や疑問を抱いたとしても、自分たちは専門知識のない無知な存在であり、専門知識のある支援者の判断ややり方に口出しできないという劣等感がうかがわれる。劣等感または恥は人との「隔離」に対する悲しみ(土居、一九七二)であり、相手と自分とが異なる存在として感じているとも言えるため、劣等感が相手とは分かりあえないかもしれない、相手に受け容れてもらえないかもしれないという不安を強めることが推測される。

気兼ねは日本人に共通する感情であると考えられるが、ただ人口が多く、遠慮を働かす必要のない無縁の他人(土居、一九七二)と接する機会が多い都市部と比べて、人口が限られるゆえに自然と身内や知人に接する機会が多いへき地では気兼ねが生じやすいことが推察された。また患者・家族と支援者との人間関係でいえば、へき地では都市

部と比べて医療機関等の数が少なく、支援者との人間関係を失うことを自然と恐れやすくなり、気兼ねが強まること
が推測できる。

以上のような気兼ねの生じやすい条件が重なることによつて、患者や家族は専門家を含め他者にはほとんど本音を言えなくなり、またその結果、本音を言う事自体を諦めていき、在宅療養生活の困難さを解決できず抱え込んでいくと考えられる。

③ FFDのグループ間の共通点と違い

どのグループにも共通した特徴は、困ったことは何かと尋ねられると、困ったことはないという過程であった。その後困っていることを語っていくという過程であった。またニードについては既存のシステム(例えばデマンドバスの活用)にとどまり、新たな案が出されなかったことも特徴的であった。この背景には本音を言うことの出来ない気兼ねと諦めが存在しているのかもしれない。

一方、患者と家族とが同席したインタビューと比べて、患者グループへのインタビューでは家族への葛藤が見られ、家族グループへのインタビューでは患者への葛藤が強く見られる。気兼ねはそうした家族関係、主として夫婦関係の背景に常にあり、その中でコミュニケーションが行われて

いるのが特徴と考えられる。また患者及びその家族へのインタビューに比べて、会話が活性化したことも特徴的である。その意味では、患者ごと、家族ごとのグループセッションは有効かも知れない。しかし、がんサロンや健康教室にはなかなか主体的にいかないとあるところもあることから、会のリーダーなどがグループに参加するように促すといった作業が必要となるかもしれない。

④求められる臨床心理学的援助

へき地在宅療養中のがん患者とその家族が抱える四つの問題のそれぞれに対する援助が求められていた。具体的な臨床心理学的援助としては、緩和ケアチーム内で求められる臨床心理士の役割（岩満ら、二〇〇九）を参考にすれば、例えば【治療上の問題】のうち患者や家族の抱える身体心理的ストレス \vee や \wedge がん治療の不安・不満 \vee に対する心理療法や心理アセスメント、【対人関係上の問題】のうち \wedge 医師とのやりとり \vee に対しては患者と他職種との仲介や他職種へのコンサルテーションといった種類があげられる。ただし、患者が支援者に本音を言うことができなくなるという気兼ねの問題はへき地に強く存在し被援助行動を難しくしているため、気兼ねに配慮しなければ臨床心理士はこれらの援助を十分に提供できないと考えられる。以上のこ

とからへき地在宅医療における臨床心理士は気兼ねに配慮した援助の在り方を模索する必要がある。

気兼ねに配慮した臨床心理学的援助として、例えばある研究協力者は「G」の後日、「例えば郵便局の人が何かの配達の手伝いで手伝ってくれるというのが一番良い」と語っていた。患者の劣等感が過度に刺激されず、臨床心理士の好意をあてにできる感覚をもちやすくなるためには、臨床心理士が自分と似た存在として感じたり、分かりあえるかもしれない、相手に受け容れてもらえるかもしれないと期待できる馴染みある存在となるよう努める必要がある。たとえば、普段から臨床心理士は患者らと顔を合わせ自然と彼らが口にする問題の話聞き、具体的な解決に自然な形で手を貸すという姿勢をもったり、地元の方言や慣習をもとにした言動を行ったりする。ただ臨床心理士が患者らにとつて大事な存在になればなるほど気兼ねが生じる可能性は高まっていく。気兼ねを文化として理解することが役立つかもしれない。臨床心理士が患者の気兼ねに対して必要ないと否定したり理解できない場合は、患者はわかってくれない、分かりあえないと体験する可能性がある。臨床心理士は気兼ねが患者にとつて不可欠で大事な相手に自然と抱く感情であることをまずは理解し、その上で患者が大事な相手に思いをいくらか伝えられるよう援助することが

大切であろう。

IV おおめ

へき地において在宅療養中のがん患者とその家族から求められる臨床心理学的援助の種類は治療上の問題、生活上の問題、対人関係上の問題、気兼ねの問題のそれぞれに対応したものであり、特に気兼ねに配慮した援助の在り方が必要であると考えられた。今後は、本研究で考察した臨床心理学的援助を実際に適用し、修正を図り、その効果を確認する実践研究が必要である。また実践研究や、へき地在宅療養中の認知症患者や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や、都市部・他のへき地との比較研究が必要である。

へ付記V 本研究は一般社団法人日本心理臨床学会平成二四年度研究助成 (No.2012, (三)一) を受けました。私たちの調査研究に協力してくださった患者様及びご家族をはじめ多くの関係者の皆様にご心より感謝を申し上げます。

参考文献

岩満優美・平井啓・大庭章・塩崎麻里子・浅井真理子・尾形明子・笹原朋代・岡崎賀美・木澤義之(二〇〇九)・緩和ケアチームが求

める心理士の役割に関する研究—フォークスグループインタビューを用いて— *Palliative Care Research*, 4(2), 228-234
梶井英治(二〇〇九)・地域医療テキスト 自治医科大学(監修) 医学書院, pp. 2-7

国立社会保障・人口問題研究所(二〇一一)。「日本の将来推計人口(平成二四年一月推計)」。 <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tonkei/newest04/gn2401.pdf> (二〇一五年二月二日取得)

木下康仁(二〇〇三)・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。

厚生労働省(二〇一一)。「在宅医療・介護あんしん二〇一一」。 <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsite/bunya/kenkou/iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf> (二〇一五年二月二日取得)

高橋明彦(二〇〇九)・地域医療テキスト 自治医科大学(監修) 医学書院, pp. 82-88

土居健郎(一九七二)。「甘え」の構造。 弘文堂。

土居健郎(二〇〇一)・続「甘え」の構造。 弘文堂。

松本正俊(二〇〇九)・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.

(おかだ・けん／臨床心理学／社会医療法人石州会六日市病院)

(いとう・ひかり／臨床心理学／医療法人社団弥生会旭神経内科)
 (ささき・たえこ／臨床心理学)
 (たかはた・かよ／甲南大学大学院)
 (とがし・こういち／臨床心理学・精神分析／甲南大学)
 リハビリテーション病院)

【付属資料】

表1 予備調査 保健師へのインタビュー項目

1) がん患者様やご家族から相談を受けることの多い内容 2) 臨床心理士を紹介した方が良かった相談内容 3) 山間地域特有の悩み。町ならではの悩み 4) その他”
--

表2 予備調査 がん患者及び家族の基本情報（インタビュー当時）

患者：70歳代前半女性。60歳代前半に乳がんを発病し摘出手術を受けた。病期は不明。 夫との二人暮らし。子は3人でいずれも他県在住。 家族：夫。70歳代前半男性。
--

表3 予備調査 がん患者及び家族へのインタビュー項目

① 現在困っている心理的・行動的な問題、 ② 専門家に相談したいが医師または看護師、社会福祉士に話したくない内容 ③ 医師または看護師、社会福祉士に話したものの不十分に感じた内容 ④ 臨床心理士に相談したい内容または何でも依頼できる人が居たら何を依頼するか ⑤ 山間地域または町特有の悩み ⑥ その他

投稿論文

表4 予備調査の結果

カテゴリー	概念	プロセス
町の特性が現れた問題	交通機関の不十分さに困っている	「バスが無い」「交通弱者、買い物弱者」「行政が中央集権化された」など生活を維持するのに必要な活動の場所にアクセスすることが難しく、また「一人になったときの不安」「ネコは救急車を呼んでくれない」など家族や親戚が町外の都市部に住むためすぐに頼りにできないことに困っている。
	他者に対して気兼ねして何も言えないことに困っている	「専門家ではないから」「医療行為に口出しできない」「言っても解決できないので言わずにおく」といった恥の意識や、「病気になって申し訳ない」といった罪悪感を感じ、その結果、他者への要望や思いなどを正直に言葉にすることができないことに困っている。専門家に対してだけでなく、「死なんのに子どもにも迷惑はかけられない」といった実子や同居家族同士に対しても抱く。
町の特性が複雑にしている問題	対人接触の有無にまつわる問題に困っている	「友達がいなくて寂しい」「不安だから（家族に）ついていく」といった寂しさから仲間や人を求めるが、過疎化や高齢化などの町や地域の特性によって人はなかなか得られないことに困り、そして仲間や人と関われば「家族でも十分に聞いてくれない」など対人関係上の悩みを抱く
	医療行政システムの不十分さに困っている	「放射線治療、透析ができない」「訪問看護が整っていない」「条件が合わない在宅ができない」といった医療機関、在宅療法システム、行政サービスの不十分な整備や、「(情報が無くて) 心理士に会えない」「情報が交錯している」といった医療行政システムに関する情報が十分に得られないことに困っている。それらの整備は町の財政問題や人材確保問題などの町や地域の特性によってなかなか進まない。
必ずしも町の特性とは言えない問題	病気と治療にまつわる不安に対処することに困っている	「がんの痛み」「再発不安」といった病気そのものや、それに対する治療に対して不安を感じながら治療を続けているが、その治療過程で「麻薬の副作用」への不安といった医薬品の副作用などに関する苦悩も抱えている。
	死に対する感情や抑うつ感の取り扱いに困っている	治療過程では、「元気な自分をなつかしむ」「仕事があれば気がまぎれる」「肺に転移して亡くなる」といった抑うつ感や死にまつわる感情に関する苦悩を抱えている。
	治療や医療的判断をするときに困っている	治療過程では、「治療法の選択の判断が出来ない」「抗がん剤のモルモット」といった治療法の選択や治験、医者との話し合いやインフォームドコンセントにまつわる苦悩を抱えている。

表5 対象者の基本情報（インタビュー当時）

患者A：80歳代前半、女性。70歳代後半に乳がんを発病し摘出手術を受けた。病期は不明。現在は再発もなく定期的に検査を受けている。独居。子は家族1の三男の他に、長男（他県在住）がいるが、次男は他界。

Aの家族1：三男。60歳代前半。Aと同じ町内在住だが、患者Aとは別に家を構えている。

Aの家族2：三男の嫁。60歳代前半。

患者B：70歳代前半、女性。60歳代前半に乳がんを発病し摘出手術を受けた。1年後に肺転移。病期Ⅳ。以後抗がん剤治療を継続中。夫との二人暮らし。子は娘（いずれも他県在住）3人がある。

Bの家族：夫。70歳代後半。70歳代前半に前立腺がんを発病し放射線治療を受けた。現在は再発もなく定期的に検査を受けている。

患者C：70歳代後半、女性。60歳代後半に乳がんを発病し摘出手術を受けた。病期は不明。現在は再発もなく定期的に検査を受けている。夫との二人暮らし。子は娘1人（近隣市内在住）と息子1人（他県在住）とがいる。

Cの家族：夫。70歳代後半。

患者D：70歳代前半、男性。60歳代前半に食道がんを発病し摘出手術を受けた。その後再発し、放射線治療及び抗がん剤治療を受け、現在は抗がん剤治療を継続中。病期は不明。妻との二人暮らし。子は息子1人（他県在住）がいる。

Dの家族：妻。60歳代前半。

表6 本調査インタビュー項目

- ①あなた（家族）が病気のために仲間がいなくて寂しいとき、心の専門家がいたら、どのようなことを話してみたいと思いますか？
- i. 人と一緒にいないことで、不安や孤独を感じたときには、何をしてもらいたいですか
 - ii. 病気の仲間だった人と会えなくなって寂しさを感じたときには、何をしてもらいたいですか
- ②あなた（家族）が病気を抱えて町で暮らす中で、交通の便の悪さが問題となるとき、どうなればよいと思いますか？
- i. 近くの場所に行くための移動手段がなくてお困りのとき、何をしてもらいたいですか
 - ii. 遠くにいる家族に会えなくて不安やさみしさを感じる時、何をしてもらいたいですか
- ③医療・行政サービスについてどういうものがあればいいと思いますか？
- i. 田舎であるために十分なサービスが受けられないとき、何をしてもらいたいですか
 - ii. 自分から聞いたり、要望したりすることに気兼ねがあるとき、何をしてもらいたいですか
- ④自分（家族）の病気について誰かに相談することに気兼ねがあるとき、どのようにされますか？
- i. 患者（の家族）であることに罪悪感や劣等感を覚えるとき、何をしてもらいたいですか
 - ii. 医療の専門家ではなく素人であるために劣等感を感じる時、何をしてもらいたいですか
- ⑤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？

投稿論文

表7 患者及び家族 FGI 結果

上位 カテゴリー	下位 カテゴリー	困っていること	ニーズ
生活上の 問題	交通機関が 不十分	通院のバスがない、将来運転できなくなる、運転が不安、がんサロンに行けない、バスがつかない、病院が遠い、デマンドバスが大きすぎて気兼ねする	病院行きのバスが欲しい、病院に連れて行ってほしい、足が欲しい、バスを便利にして欲しい、タクシー券が欲しい、小さいデマンドバスがよい
	経済的問題	お金がない、医療費が高い	お金が欲しい
	生活上の 雑事	家族の世話が困難、土地の管理、墓守、畑仕事が辛い、物の上げ下ろしが辛い、家事する人がいない、家事ができない、畑仕事ができない、ごみ捨て、買い物のお店が少ない	生活上の雑事をして欲しい、墓守を頼みたい、家族の面倒をみて欲しい、炊事や掃除をしてほしいゴミすてをしてほしい、自分でやりたい、買い物宅配がほしい、移動販売がほしい
治療上の 問題	地元の医療 の問題	医師不足、病院設備が不十分、遠くの病院に行かざるをえない⇔それほど不便ではない、地元の病院に行くとか聞かれる、医療技術不安、地元の病院の対応が悪い、投書しても返事が遅い	近くの病院が欲しい、医療技術を上げて欲しい、設備を充実させて欲しい、在宅医療を望まない、地元で大病院が欲しい、地元の病院に真剣に対応して欲しい、地元で診察してほしい、地元の病院を育てたい、往診して欲しい、地元の医師の技術向上
	がん治療の 不安・不満	医者に相談できない、同じ体験がない人に言えない、がんの話ができない、医者にしか相談できない、配偶者以外に相談できない⇔治療の不安を言えることがある、最後まで治療してくれるか不安、がん以外の病気、副作用、身体のことなどで家族に迷惑をかけられない	病院の速い対応が欲しい、同じ体験の人に言いたい、傍に相談できる人が欲しい、楽な治療にしてほしい、
	身体・心理 的ストレス	死の不安の相談ができない、生きているのが辛い、治療への不安、普段動けない、普段身体を思い通りにケアできない、精神的落ち込み、寂しい、心細い、一人でいる不安、がん以外の病気	一緒に死にたい、話し相手が欲しい、病気以外の話がかきたい、土地のことを知っている人と話したい
対人関係上 の問題	地域住民との やり取り	地域住民同士のコミュニケーションが少ない、過疎化で寂しい、若い人がいないので不安	地域のコミュニケーションを増やしたい
	行政との やり取り	行政に願いごとをしても返事がない、行政に訴える機会がない、行政に訴える機会がある、行政の対応が不十分、医療制度が不十分	行政・立法・農協に要望を叶えて欲しい
	医師との やり取り	医者の説明でショック、医学的見通しへの不安、納得できる説明がない、受診する意味が分からない	説明時に家族が同席して欲しい、納得できる説明をして欲しい、Dr.の対応を考えて欲しい、主治医は患者の家庭のこともよく知って対応してほしい
	子どもとの 関係	子どもが帰って来ない、子どもが遠方に住んでいる、子どもに思いを伝えられない、子どもに援助できない、子どもがこれない、⇔子どもが帰って来ると信じている	子どもが近くにいる欲しい
気兼ねの 問題	気兼ねや 罪悪感	配偶者への罪悪感、人の役に立ってない罪悪感、頼ることの罪悪感、お返しをしないと頼めない、気兼ねしている、セカンドオピニオンが開きにくい [他の医者に会うと悪い]	迷惑をかけずに死にたい

表8 患者グループ FGI 結果

上位 カテゴリー	下位 カテゴリー	困っていること	ニーズ
生活上の 問題	交通機関が 不十分	運転できない、オンデマンドバスが大き すぎて気兼ねする	病院に連れて行ってほしい、小さいオン デマンドバスがよい
	生活上の 雑事	買い物の店が少ない、草むしりができな い	買い物宅配がほしい、移動販売がほし い、ごみ出しをしてほしい、炊事や掃 除をしてほしい、
治療上の 問題	地元の医療 の問題	投書しても返事が遅い、病院の対応が悪 い	休日夜間の医療体制の充実、地元の病 院に発展してほしい
	がん治療の 不安・不満	再発の恐れ、医学的診断への不安・疑問、 医療費のことを相談しづらい、治療がつ らくても人に言えない	同じ病気の人に話したい、医学的診断 は医師にしてもらいたい、医師以外に 医学的相談ができる専門家がほしい、 治療がつらくても人に話せない、病気 のことを詳しく知りたくない
	身体・心理 的ストレス	夫と二人だけはさみしい、元気な人への 羨望、落ち込み、劣等感や矮小感、さみ しい、(加齢で) 転びそうで怖い、(病気 や加齢で) 友人を失う恐れ	一人になったら話を聞いてもらえる専 門家がほしい
対人関係上 の問題	行政との やり取り	地域の健康教室が不十分	行政の福祉企画をもっと宣伝してほし い、がんサロンの宣伝をしてほしい
	医師との やり取り	主治医以外に相談するのが悪い、主治医 に気持ちをわかってもらえない、医師が 変わると困る、セカンドオピニオンをと るのは気兼ねする	同じ医師にかかりたい、患者の家庭状 況まで理解して対応してほしい
	子どもとの 関係	子どもに会いたいがあうと疲れる	子どもに心配かけたくない、子どもや 孫に会いたい
気兼ねの 問題	家族への 葛藤	家族には病気のことを言わないようにし ている、家族には何ともないふりをし ていないといけな、家の人に話してもわ からない、夫に頼みごとをするのが気兼 ねする	

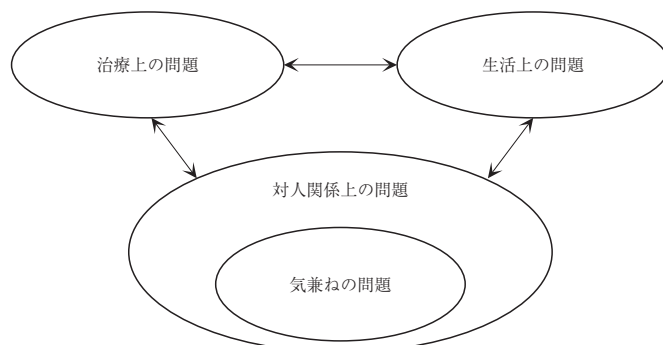
投稿論文

表9 家族グループ FGI 結果

上位 カテゴリー	下位 カテゴリー	困っていること	ニーズ
生活上の 問題	交通機関が 不十分	バスがない	バスがほしい
治療上の 問題	地元の医療 の問題	病院設備が不安、病院の技術への不安、 遠くの病院に行かざるを得ない	院長と話をしたい、病院設備を充実さ せてほしい
	がん治療の 不安・不満	検査が多くてかわいそう、医学的見通し の不安、検査結果がよくわからない、病 状の悪化が不安	
	身体・心理 的ストレス		専門家に相談してほしい、相談施設が ほしい、話を聞いてあげてほしい、話 を聞いてほしい、安心してほしい【患 者に対して何かしてあげてほしいとい うニーズであることが特徴】
対人関係上 の問題	行政との やり取り	町長に金がないと言われる、議員や町長 と親しすぎて相談できない	
	医師との やり取り	家族と医師の連携が困難、医者に病状を 聞けない	主治医と話をしたい、医師の言葉に安 心したい
	子どもとの 関係	子どもが何も言わない、子どもに迷惑を かけられない	病気のことを言いたくない、子どもに 心配かけたくない
気兼ねの 問題	家族（患者） への葛藤	話や態度に気を遣う、感情的になる。同 じ体験がない人言えない、配偶者以外に 相談できる人がいない、患者の前で医師 に質問できない	患者も戦ってほしい

表10 FGI 結果における各カテゴリーの定義

上位 カテゴリー	下位 カテゴリー	定 義
生活上の 問題	交通機関が 不十分	生活の中で自由に移動できないことに伴う問題
	経済的問題	収入より支出が多く生活に困難を感じることに伴う問題
	生活上の 雑事	体力不足や人手不足により日常の用事ができないことに伴う問題
治療上の 問題	地元の 医療の問題	心身の問題を相談できる機関の医療設備又は技術の不足や低さに伴う問題
	がん治療の 不安・不満	がん又はその治療によって生じる否定的な感情に伴う問題
	身体・心理 的ストレス	がん又はその治療に直接関係のない心身のトラブルに伴う問題
対人関係上 の問題	地域住民と のやり取り	地域の日常的な対人関係上の過不足に伴う問題
	行政との やり取り	行政職員とのコミュニケーションに伴う問題
	医師との やり取り	医師または医療従事者とのコミュニケーションに伴う問題
	子どもとの 関係	子どもとの現在や未来の物理的・心理的距離に伴う問題
気兼ねの 問題	気兼ねや 罪悪感	劣等感や他者への配慮から対人関係における言動が抑制されることに伴う問題



備考：↔は相互に影響を与えることを示す

図1 概念間の関係図

投稿論文

表11 概念間の関係に該当する対象者（患者B・患者C）のインタビュー内容

概念間の関係	患者Bの語った内容	患者Cの語った内容
治療上の問題と生活上の問題	地元の病院は近いので移動が楽だからここで治療を受けたい。しかし地元の病院では治療ができない。仕方なく遠方の都市部の病院で治療を受けている。	病気の治療のために費用がかさみ、病気を持ち治療を続けながら生活できるのか不安。
治療上の問題と対人関係上の問題（気兼ねの問題含む）	主治医に自分を手術をして治してほしいと言いたい。しかし、主治医は手術できないと言う。私がいくら言っても、主治医に任せるしかないのだから、私は手術を諦め、仕方なく点滴による治療を続けている。	地元の病院には、他の病院へ転送せず処置できるようになってほしい。しかし地元の病院には医者が少ない事情もあるので、自分たちが求めても彼らが困るだけなので、言っても仕方ない。
生活上の問題と対人関係上の問題（気兼ねの問題含む）	誰かに家の用事を頼みたい。しかし、私が頼むと、皆忙しいので困るだろう。だから頼まず諦めた。	入院先の病院近くに住む娘に洗濯物を頼みたい。しかし、不規則な勤務の娘には断られる可能性があるため、洗濯を頼めない。