ー原著ー

口蓋裂言語が長期残存している成人口蓋裂患者の心理的受容過程

深井真澄[1)]，大湊　麗[1,2)]，高木律男[1,2)]

[1)] 新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学分野（主任：高木律男教授）
[2)] 新潟大学医歯学総合病院歯科言語治療室（主任：高木律男教授）

Psychological Process in adult patients with long-term residual cleft palate speech

Masumi Fukai[1,2)], Rei Ominato[1,2)], and Ritsuo Takagi[1,2)]

[1)] *Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences (Chief: Prof. Ritsuo TAKAGI)*
[2)] *Speech Clinic in Dentistry, Niigata University Medical and Dental Hospital (Chief: Prof. Ritsuo TAKAGI)*

平成 29 年 10 月 2 日受付　　平成 29 年 11 月 30 日受理

要旨

口蓋裂患者は乳児期から成人期に至るまでの一貫治療により，多くの症例では正常な顎形態ならびに言語機能を獲得している。しかしながら，一般的に，ごく少数では個々の様々な要因により，機能障害を残存する症例があり，成人期以降の治療管理に苦慮する場合がある。今回，口蓋裂言語に着目し，成人口蓋裂患者の心理的受容過程を質的に検討し，患者の視点に立った言語管理のあり方について考察した。なお，口蓋裂患者が自らの言語の特異性の認識から受容に至るまで生成されたカテゴリーは，1）日常的な通院，2）言語の特異性の未認識，3）告知に対するショックと戸惑い，4）いじめ体験や親への反発，5）言語の特異性の認識と他者との違いへの葛藤，6）周囲の支えと新たな気付き，7）言語の特異性の受容，8）自己への自信，9）医療者への信頼，10）言語治療への希望であった。言語管理の一側面として，継続的な心理的サポートの役割が再確認された。

キーワード：口蓋裂言語，心理的過程，質的研究

Abstract

To optimize management, we conducted a qualitative assessment of patients with cleft palate until they reached adulthood to understand their acceptance of long-term residual cleft palate speech characteristics. The speech-specific effects of cleft palate perceived by patients were as follows: 1) need for day-to-day ambulatory therapy, 2) no recognition of the specificity of their speech, 3) shock and confusion relating to the specificity of their speech, 4) experience of bullying and opposition faced by their parents, 5) recognition of the specificity of their speech and conflicts regarding the differences from the speech of others, 6) family support and recognition, 7) acceptance of the specificity of their speech, 8) self-confidence, 9) trust in the care provided by medical professionals, and 10) acceptance of treatment benefits. As an aspect of cleft speech management, the role of ongoing psychological support was reaffirmed.

Key words: cleft palate speech, psychological acceptance process, qualitative research

【緒　　言】

口蓋裂は先天性の顔面奇形の中で高率に認められる疾患である[1)]。乳児期から成人期に至るまでの一貫治療により，多くの口蓋裂患者が正常言語を獲得するが，一般的に，少数では口蓋裂に関連した言語の異常（以下，口蓋裂言語）が長期残存する症例がある。口蓋裂言語は第一印象で相手に好意的な印象を与えにくく[2)]，口蓋裂言語が残存している場合，コミュニケーションは受身的になりやすい[3)]。また，口蓋裂言語が負の要因となり，人格形成に負の影響[4)]や，顔面の審美障害なども加わっ

て大きな心理社会的影響[5]となり，口蓋裂患者の社会的相互作用に特異な影響[2]を与える可能性は否定できない。本研究では，口蓋裂言語が長期残存している成人口蓋裂患者の心理的受容過程を把握するため質的検討を行い，患者の視点に立った言語管理のあり方について考察した。

【対象と方法】

対象は口蓋裂言語が長期残存している成人口蓋裂患者７名とした（表１）。個々の治療経過や口蓋裂言語の残存要因はさまざまであった。

方法は質的研究の分析手続きに従い，半構造化面接[6]およびグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下，GTA）[7]を用いた。調査期間は2014年12月から2015年12月とし，新潟大学医歯学総合病院歯科診療室の個室にて，対象者，筆頭著者および共同著者が在室して面接を行った。まず，半構造化面接の質問項目をインタビューガイド（表２）として設定し，自由回答法のインタビュー形式により，対象者の語りを引き出した。面接内容は対象者に録音許可を得てICレコーダーで記録した。次に，データの分析をGTAの手続きに従い，以下の通り行った。

①面接内容の全てを逐語録化した。個人名や地域名などは削除または別表記とし，対象者を特定できないようＡ～Ｇに記号化した（表１）。
②逐語録から心理的過程に関わる文脈を抽出し，意味解釈と比較を行い，コード名を付与した。
③同類のコード名ごとに分類し，サブカテゴリーおよびカテゴリーを生成した。
④サブカテゴリーおよびカテゴリー同士のまとまりからコアカテゴリーを生成した。
⑤カテゴリー間の相互関係と構造から概念図を見出し，ストーリーラインを生成した。
⑥データの分析や解釈について信頼性および妥当性を得るため，質的研究に豊富な経験を有する質的研究者と定期的な検討を行い，コンサルテーションを受けた。また，真実性の確保に際して，筆頭著者および共同著者間での検討を随時行った。

本研究の実施にあたり，新潟大学歯学部倫理委員会の承認を得た（26-R29-10-03）。

【結　　果】

対象者の心理的過程に関する25のサブカテゴリー，10のカテゴリーおよび３のコアカテゴリーが生成され（表３），概念図が見出された（図１）。以下，対象者の代表的な語り（具体例）を「 」とし，文尾の（ ）に対象者と文脈番号を入れ，サブカテゴリーを≪ ≫で，カテゴリーを＜ ＞で示し，コアカテゴリーごと（言語の特異性の認識はない時期，言語の特異性を認識する時期，言語の特異性を受容する時期）に示した。

１．言語の特異性の認識はない時期

本コアカテゴリーは＜１）日常的な通院＞＜２）言語の特異性の未認識＞＜３）告知に対するショックと戸惑い＞の３のカテゴリーにより構成され，乳幼児期から学童期前期～後期であった。

乳幼児期では，「保育園に通いながら言語に通っていたのね，小さい時からそういうことが普通だった（C23）」「気付いたら通っていたくらい，もう来るのが当たり前な感じだった（D37）」といった≪(1)日常的な通院≫や，「本当に赤ん坊の頃なので分からない（D1）」といった≪(2) 認識の未熟さ≫があり，＜1）日常的な通院や治

表１　対象者の概要

対象者	年齢	性別	裂型
A	20歳代	男性	口蓋裂
B	70歳代	女性	口蓋裂
C	20歳代	女性	口蓋裂
D	20歳代	男性	片側唇顎口蓋裂
E	20歳代	女性	粘膜下口蓋裂
F	50歳代	女性	口蓋裂
G	50歳代	男性	片側唇顎口蓋裂

表２　インタビューガイド

質問内容
①基本的属性（手術時期，教育歴，職業，家族歴）
②自らの言語への認識の時期と自己評価
③学校や職場での言語に関しての経験とそのときどきの気持ち
④心の支えとなった経験もしくは周囲への期待
⑤これからの治療への期待

表３　カテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
１）日常的な通院	（１）日常的な通院
	（２）認識の未熟さ
２）言語の特異性の未認識	（３）自己意識の未熟さ
３）告知に対するショックと戸惑い	（４）口蓋裂の告知
	（５）ショックと戸惑い
	（６）家族の思い
４）いじめ体験や親への反発	（７）周囲からの非難
	（８）いじめ体験
	（９）周囲への不信感
	（10）親への反発
５）言語の特異性の認識と他者との違いへの葛藤	（11）交流での困難
	（12）言語の特異性を認識する
	（13）情報の検索
	（14）他者との違いへの葛藤
６）周囲の支えと新たな気付き	（15）家族や周囲の支え
	（16）病気への思い
	（17）新たな気付きと思い
７）言語の特異性の受容	（18）自己との葛藤
	（19）自己の理解
８）自己への自信	（20）治療継続による自信
	（21）個性としての捉え
９）医療者への信頼	（22）医療者からの支援
	（23）医療者への思い
10）治療への希望	（24）将来への不安
	（25）治療への思い

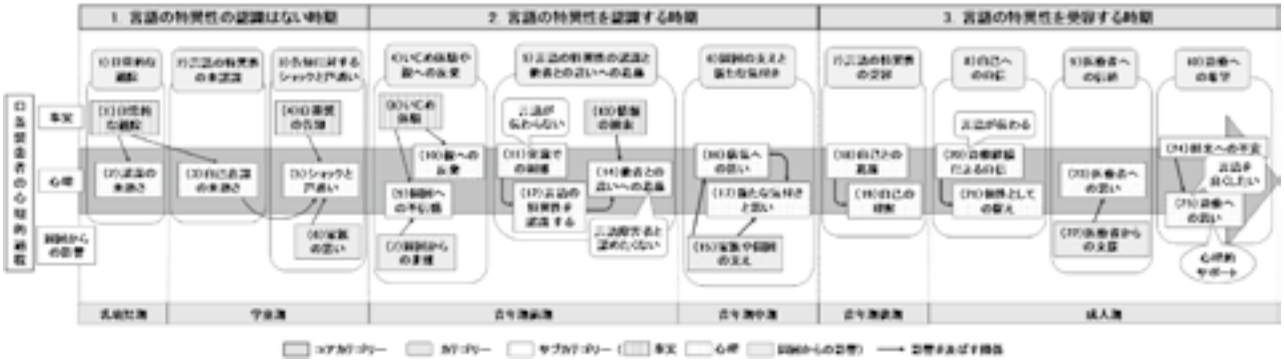

図１　概念図

療＞があった。

学童期前期では，「からかわれたけど，それを聞いて悩むこともなかったわね（B16）」「皆が何回も聞いてくれるから，俺そんなに悪くないって（A40）」といった≪(3) 自己意識の未熟さ≫があり，＜2）言語の特異性の未認識＞があった。

学童期後期では，「大きな顎の手術やるから，俺に知ってもらおうと思って，親が言ってくれた（A3）」「入院する時に理由とか病気のことを教えてもらった（D30）」といった≪(4) 口蓋裂の告知≫や，「よく分かんないから急に頑張れって言われても（A40）」といった≪(5) ショックと戸惑い≫があり，＜3）告知に対するショックと戸惑い＞があった。また，入院中に「母が後ろを向いて食べていました，私に悪いと思ってね（B6）」といった≪(6) 家族の思い≫があった。

２．言語の特異性を認識する時期

本コアカテゴリーは＜4）いじめ体験や親への反発＞＜5）言語の特異性の認識と他者との違いへの葛藤＞＜6）周囲の支えと新たな気付き＞の３のカテゴリーにより構成され，学童期後半から青年期前期～中期であった。

青年期前期では，「自分では普通にしゃべっているつもりでも相手には聞き取りづらいじゃないですか，何言ってるんだよあいつみたいな（E42）」といった≪(7) 周囲からの非難≫があり，「中学２年生の時に部活の先

輩からいじめられて，人目はばからず泣きました（A42）」「いじめられて，中学卒業するまで７年間，ことばが分からないっていう理由で（E141）」「分からなかったら無視されましたね（G30）」といった≪(8)いじめ体験≫があった。また，「話しても分かってくれないんじゃないか，話すことで逆にいじめられるんじゃないかって（A72）」「友達は信頼していなかった，そういうこと（いじめ）もあったし（E49）」といった≪(9) 周囲への不信感≫や，「先輩にいじめられた分，学校の先生にも言えなくて，親に当たるんですよ（A44）」といった≪（10）親への反発≫があり，＜4）いじめ体験や親への反発＞があった。さらに，「聞き返されても，どういうふうに言い直せば良いかも分からなかったわね，ここに来る前はね（B23）」「何度も話さないと通じない時もあって，嫌だなと思っていた（C63）」「伝わらないなというのは感じていました（F23）」「話していて聞き返されたり，あまりにも分からない時は筆談で（G41）」といった≪(11) 交流での困難≫があり，「感じ始めたのは小学校高学年とかそのくらい（C30）」「ことばのことを一番強くコンプレックスに感じ始めたのは中学２，３年くらいだと思います（D23）」といった≪(12) 言語の特異性を認識する≫であった。また，「母は俺がお腹にいる時に風邪を引いて薬をいっぱい飲んだって，その時，自分で病気を調べてそれが原因だと思い込んで（A46）」「家のインターネットで自分で調べて，その時はショックだった（A50）」といった≪(13) 情報の検索≫があった。また，「俺って人と違うんだって，俺って障害者なのかなって（A44）」「俺は普通の人間だって言い聞かせて，悩んでても，自分は他の人と違うって思っているんですよね（A76）」「大体中学あたりから周りの距離感とかを感じ始める，他人との違いとか気にしますね（D57）」といった≪(14) 他者との違いへの葛藤≫があり，＜5）言語の特異性の認識と他者との違いへの葛藤＞があった。

青年期中期では，「周りの皆が気遣ってくれて，皆優しかった（A37）」「家にいると，友達といる時とかも，自分が病気だってことを忘れるくらい（A89）」「手術をやってもらえて恵まれていた，恵まれた環境だったからこういうふうにこれた（B89）」「何人かは分かるんです，親，兄弟，友達は理解してくれる（D24）」「付き合っていた人がいて，病気を全部理解してくれた（E148）」「やっぱりその先生がいなければ，今はないと思います（F124）」といった≪(15) 家族や周囲の支え≫があった。また，「学校で，周りの友達は病気のこと分からないし，そこはやっぱり病院の人が伝えてくれたらいいのかなって（A112）」「自分から病気のことを伝える時に，どういうふうに言えば良かったのかなって（A113）」といった≪(16) 病気への思い≫や，「うまく話せなくても，何度言ったら分かるのとか，そういうことは絶対に言わないでほしい（A114）」「（母親の立場になって）できる治療をやってあげてね，やれるだけのことはやってあげることね（B62）」「母はすごい強い人で，そんなことは全く思っていなかったと思う（A53）」といった≪(17) 新たな気付きと思い≫があり，＜6）周囲の支えと新たな気付き＞があった。

３．言語の特異性を受容する時期

本コアカテゴリーは＜7）言語の特異性の受容＞＜8）自己への自信＞＜9）医療者への信頼＞＜10）治療への希望＞という４のカテゴリーにより構成され，青年期後期から成人期であった。

青年期後期では，「弱い自分が嫌いだったから，この先生のもとで部活頑張れば精神的に強くなるんじゃないかって（A81）」「どうしても口で伝えたいんですよ，自分が逃げているように思ってしまう（A134）」「病気のこと感じるとストレスになっちゃうから，思い出さないようにしている（E118）」といった≪(18) 自己との葛藤≫や，「完全に頭で理解したのが中学になってから（A2）」「病気のことは話して，でも，普通の人より話し方とか声も小さいけど，同じように接してくださいって言ったんです（A83）」といった≪(19)自己の理解≫があり，＜7）言語の特異性の受容＞があった。

成人期では，「前よりは通じるっていうのが良くなったんでしょうね（B79）」「今で言えば，手術して正解だったなって思ってる（C86）」といった≪(20) 治療継続による自信≫や，「開き直っているみたいだけどね，私の個性だなって思うようになったの（B78）」といった≪(21) 個性としての捉え≫があり，＜8）自己への自信＞があった。また，「先生からそういう手術（咽頭弁形成術）もあるよって教えてもらって，今に至るみたいな（C63）」「ずっと知ってる先生でしたから，中学，高校くらいまで面倒みてもらいましたね（F29）」といった≪(22) 医療者からの支援≫があり，「みてくれるのがないのは良くないので，こういうふうにみてくれるようにしてほしいです（F147）」「みてもらえて良かったっていうのはあります（G58）」といった≪(23) 医療者への思い≫があり，＜9)医療者への信頼＞があった。また，「自分みたいな，ことばの障害がある人が，恋愛なんてできるんでしょうか（A145）」「接客業もやりたいけど，なんか不安（C70）」といった≪(24)将来への不安≫があった。また，「先生のところに行って，私からそういうところないでしょうかって，言語の場所ね（B43）」「ことばを治せたらとは思いましたね，それはもう，ずっとね（B45）」「心のケアの方が大事かなって思う（A114）」「今までこういうふうに話すこともあんまりなかったから，こういう場所があると良いと思います（F138）」「本音を言ったら，心のケアをしてほしいなと思う（F142）」

「話をゆっくり聞いて，患者と向き合ってほしい（G63）」といった≪(25）治療への思い≫があり，＜10）治療への希望＞があった。

【考　　察】

本研究では，まず，口蓋裂言語が長期残存している成人口蓋裂患者の心理的受容過程を把握するため質的検討を行った。患者の発達段階に即してみると，乳幼児期および学童期では，口蓋裂患者は家族や友人から何度も聞き返される場面を頻回に経験し，その状況を否定的に感じてはいたが，聞き返される要因が自らの言語の特異性にあるとは認識していなかった。学童期後半では，手術入院に際して家族からの説明などを契機に徐々に口蓋裂を認識し，次第に自らの言語の特異性を認識し始めていた。障害認識について，松本の調査[8]では，容貌の認識の観点から検討しているが，審美障害や言語障害などに対する他者の言及や治療などを契機として，漠然と自身の容貌の特異性に気付いていた。本研究でも，口蓋裂言語の特異性の認識について，口蓋裂患者の自己意識と他者評価が育っていくにつれて，学童期後半の小学校高学年頃から青年期前半の中学校前半頃にかけて，自らの言語の特異性を認識していくことが明らかとなった。

青年期前期では，口蓋裂患者が自らの言語の特異性を認識する契機の一つとして，冷やかしやいじめを振り返っていた。Chiristina ら[2]の調査では，患者は共通して冷やかしやいじめ体験を語っていた。これらの体験は時に口蓋裂言語に直接的な場合があり[9]，児の心理的機能に重大な影響を与えうる[10]。また，この時期は思春期と重なり，誰しも自己意識と他者評価を気にする傾向がある中，口蓋裂患者は特に審美障害や言語障害を有する症例でより先鋭化しやすく[8]，本研究でもこの時期に個々の問題が顕在化していた。一方，三浦[11]は思春期の口蓋裂患者のアンケート調査を行っているが，口蓋裂患者の学校生活での適応状態は良好であり，社会的人間関係の学習が大きな問題はなく行われたという。しかしながら，対象者の審美障害や言語障害の程度などは明らかにしておらず，また，口蓋裂患者と保護者を対象としたことから，子どもは自責の念を持つ母親や家族を気遣って話さない選択をする場合があり[12]，アンケートによる調査だけでなく，質的調査の必要性がうかがえた。また，この時期では，口蓋裂や言語の特異性の要因について，自ら情報を求めようとする傾向がみられた。急に多くの新たな情報を得ることで，結果的に大きなショックと戸惑いを抱えていた症例や，知ることに葛藤を抱えていた症例があった。患児への家族の対応として，松田ら[13]は子どもであっても手術に対する詳細な説明を受け，理解して臨む必要があり，家族ともよく相談して実施していく必要があると指摘している。また，Chiristina ら[2]も，口蓋裂や口蓋裂言語について家庭でよく話をすることが重要であるとし，子どもに開放的な状況を設定することは，後に冷やかしやからかいを受けた際に自らの状況を他者に適切に説明するのに役立つという。ただし，子どもの発達段階によって理解度は異なる[14]ため，早期からの慎重かつ柔軟な対応が重要であろう。青年期中期では，家族や友人，教師から支えられた経験を振り返っていた。須川の調査[15]では，先天性心疾患について検討しており，患者は他者からのサポートを有益であると考え，自らの関係する人々，例えば教師や友人から理解されることを求めていた。本研究でも同様の傾向がみられ，周囲からの支えが心理的受容過程に大きく影響していた。

青年期後期から成人期では，さまざまな葛藤を経て，自らの言語の特異性を受容していた。相手に自らの言語の状況を積極的に伝えようとするなど，社会参加を志向する一方，就職の選択や婚姻など将来の不安について語っていた。また，自己を理解し，口蓋裂言語を自らの個性として捉えるようになっていった。松本の調査[8,16]によると，青年期後期は口蓋裂を自己の一部として理解する段階へと移行しており，成人期は障害を肯定的に理解し，自己の中にどう位置付けるか，また，就職の選択や婚姻などが課題になるといい，本調査でも同様の傾向がみられた。さらに，Billboul ら[17]によると，肯定的な自己意識の形成は積極的な社会参加を通して達成され，自己を受け入れるようになるといい，Chiristina ら[2]も自らの言語の状況を捉えることはコミュニケーション参加の妨害になるものではなく，自らのコミュニケーションに責任をもつことにつながり，その後に生じうる困難に向き合うために必要であるという。なお，幼少期から成人期において，医療者との信頼関係について振り返っていた。また，今後の言語改善の希望とともに，継続的な心理的サポートを望んでいることが明らかとなった。当院では 1991 年より口蓋裂診療班を発足しており，口蓋裂患者の出生直後よりチームアプローチによる一貫した治療管理を行っている。その一端である口蓋裂の言語管理は，主として言語発達の促進，言語障害の予防および言語障害の治療を担っている。具体的には，乳児期および幼児期前期では児の発達に即した母親指導が中心となり，吸う・吹く・飲む・食べる・話すなどの口腔機能と鼻咽腔閉鎖機能との関連について理解を促し，日常の何気ない行動に意味付けを行っていく。口蓋形成術後は呼気流の経路が変わったことを児に感じさせるよう，工夫と働きかけが重要である。また，児の社会性発達を促す指導や環境調整など，子育ての一環として，母親の不安や悩みを傾聴しやすい。幼児期後期では児への直接指導に移行し，鼻咽腔閉鎖機能および構音の治療を行って

いる。母子ともに試練の時期となるが，母親が児の成長にじっくり向き合う絶好の機会であり，通常，就学頃までに正常な言語機能を獲得させることが目標である。その後は鼻咽腔閉鎖機能および構音の定期評価を青年期頃まで継続し，発育に伴う変化や矯正治療の影響などの詳細を確認した後，終診としている。しかしながら，一般的に，ごく少数では個々の様々な要因により，口蓋裂言語が成人期以降も長期残存している症例があり，その後の言語管理に苦慮する場合がある。患者にとって共感してくれる医療者やカウンセリングは支えであり[15]，言語管理の一側面として，継続的な心理的サポートの必要性が再確認された。

なお，本研究で用いた手続きについて，質的研究は対象者を内面から理解するため，記述および解釈する研究手法の総称であり，現象の性質や特徴などを数値で表せない質的データとして扱っている[6]。面接手法の一つである半構造化面接は，主な方向性を決めた面接項目に沿って質問を行う形式を取り，対話の流れに合わせて質問を加えるなど柔軟な変更が可能である[18]。また，分析手法のGTAは，データに根ざして引き出された理論を構築するための方法論であり，対象とする現象がプロセス的性格をもっている研究領域に適している[7]。本研究の目的に際して，妥当な方法であったと考えられた。

【謝　　辞】

本研究の遂行にあたりご指導いただきました，大分大学大学院福祉社会科学研究科隅田好美教授に感謝申し上げます。

【文　　献】

1）宮崎　正，小浜源郁，手島貞一，他：我が国における口唇裂口蓋裂の発生率について．日口蓋誌，10：191-195，1985.

2）Christina, H., Katja, L., Anette, L., et al.: Taking Charge of Communication : Adults' Descriptions of Growing Up With a Cleft-Related Speech Impairment. Cleft Palate Craniofac J., 48 : 717-726, 2011.

3）Slifer, K.J., Amari, A., Diver, T., et al.: Social Interaction Patterns of Children and Adolescents With and Without Oral Clefts During a Videotaped Analogue Social Encounter. Cleft Palate Craniofac J., 41 : 175-184, 2004.

4）糟谷政代，河合　眞，藤内　祝，他：口蓋裂言語と人格特性との関連性について―MMPI検討成績を中心に―．口科誌，31：235-242，1982.

5）高橋庄二郎：口唇裂・口蓋裂患者の心理社会的研究に関する文献の展望．歯科学報，103(7)：579-624，2003.

6）ウヴェ・フリック（著），小田博志，山本則子，春日　常，他（訳）：質的研究入門―＜人間科学＞のための方法論．208-244，271-294，323-333，春秋社，東京，2002.

7）A. L. ストラウス, J. コービン（著）, 南　裕子（訳）：質的研究の基礎―グラウンデッド・セオリーの技法と手順―．55-203，医学書院，東京，2003.

8）松本　学：Visible Differenceにまつわる心理的問題―その発達的理解と支援―．心理学研究，79：66-76，2008.

9）Noor, S.N., Musa, S.: Assessment of Patients' Level of Satisfaction with Cleft Treatment Using the Cleft Evaluation Profile. Cleft Palate Craniofac J., 44 : 292-303, 2007.

10）Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., et al.: Self-Reports of Psychosocial Functioning among Children and Young Adults with Cleft Lip and Palate. Cleft Palate Craniofac J., 43 : 598-605, 2006.

11）三浦真弓：アンケートによる思春期口唇裂口蓋裂患者の心理．日口蓋誌，20：159-171，1995.

12）吉田留巳，佐山光子，朝日藤寿一，他：口唇裂・口蓋裂患児の第Ⅰ期矯正歯科治療終了時期における母親の心情とその構造．日口蓋誌，36：158-165，2011.

13）松田美鈴，中新美保子，西尾善子，他：複数回の手術を受けた口唇裂･口蓋裂児の体験．日口蓋誌，41：17-23，2016.

14）筒井真優美：子どものインフォームド・コンセントをめぐる課題．小児看護，23：1731-1736，2000.

15）須川聡子：先天性心疾患患者とその家族への支援に関する研究の概観と展望．東京大学大学院教育学研究科紀要，49：285-293，2009.

16）松本　学：口唇裂口蓋裂者の自己の意味づけの特徴．発達心理学研究，20：234-242，2009.

17）Bilboul, M.J., Pope, A.W., Snyder, H.T.: Adolescents With Craniofacial Anomalies: Psychosocial Adjustment as a Function of Self-Concept. Cleft Palate Craniofac J., 43 : 392-400, 2006.

18）鈴木淳子：調査的面接の技法．21-40，ナカニシヤ出版，東京，2005.