

日本保健医療行動科学会雑誌

Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science

2024 Vol.39 No.1

保健医療のネガティブ・ケイパビリティ

日本保健医療行動科学会雑誌

Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science

2024 Vol.39 No.1

保健医療のネガティヴ・ケイパビリティ

保健医療のネガティブ・ケイパビリティ

Negative Capability in Health Care

目次

CONTENTS

I. 特集論文

SPECIAL ARTICLE

1. 保健医療の臨床及び教育の場で求められるネガティブ・ケイパビリティ／安酸史子 1
Negative Capabilities Required of Health Care Workers/Educators / Fumiko Yasukata
2. 地域包括ケアとネガティブ・ケイパビリティ—不確実性の中での協働知の創造—／蓮井貴子 5
The Community-Based Integrated Care System and Negative Capability: Creating Collaborative Knowledge in the Midst of Uncertainty / Takako Hasui
3. ネガティブ・ケイパビリティ——精神科における臨床体験を振り返る中で／幸 信歩10
Negative Capabilities: Back on Clinical Experiences in Psychiatry / Shihou Yuki
4. 対話実践とネガティブ・ケイパビリティ／樋口倫子, 蓮井貴子, 瀬在 泉16
Dialogical Practice and Negative Capability / Noriko Higuchi, Takako Hasui, Izumi Sezai

II. 研究ノート

RESEARCH NOTES

1. 一般病棟における後期高齢者の生活機能に応じた看護実践と課題—ICFモデルを用いた検討—／岡村勇飛, 小松美砂24
According to the Life Function of the Late Elderly in the General Ward Nursing Practice and Challenges: Study Using the ICF Model / Yuhi Okamura, Misa Komatsu
2. 冠動脈バイパス術後壮年期男性の就労継続の困難感と対処に関する体験—治療と仕事の両立が困難な職場環境にある就業者に焦点を当てて—／北林真美, 吉田詩織32
Experiences of Difficulty in Continuing to Work and Coping Skills of Middle-aged Men after Coronary Artery by Pass Surgery: Employees Whose Work Environment Makes it Difficult to Balance Treatment and Work / Mami Kitabayashi, Shiori Yoshida

III. 鍵概念

KEY CONCEPT

- 概念分析の方法の手順の紹介：先行要件・属性・帰結のデータ抽出を中心として／白土菜津実, 岡 美智代41
Introduction to the Procedures of the Method of Concept Analysis: Focusing on Data Extraction of Antecedents, Attributes, and Consequences / Natsumi Shirato, Michiyo Oka

IV. 学会関連記事

INFORMATION

日本保健医療行動科学会 支部研究会報告	59
日本保健医療行動科学会 設立趣意書	61
日本保健医療行動科学会 会則	62
日本保健医療行動科学会 理事・監事選出規約	65
日本保健医療行動科学会 中川記念奨励賞内規	66
日本保健医療行動科学会 中川記念奨励賞候補者の業績についての選考内規	67
日本保健医療行動科学会 奨励研究員内規	68
日本保健医療行動科学会 利益相反に関する指針	69
利益相反委員会規定	72
日本保健医療行動科学会 雑誌投稿規定	74
日本保健医療行動科学会 雑誌投稿原稿チェックリスト	78
著作権譲渡同意書ならびに誓約書	79
日本保健医療行動科学会雑誌（旧年報）—バックナンバーのご案内—	80
日本保健医療行動科学会 役員・委員会構成	81
〈編集後記〉	82

Edited by the Japan Academy for Health Behavioral Science

4-1-22-702 shinjyuku shinjyuku-ku Tokyo, 160-0022 Japan

Email : info@jahbs.info URL : <http://jahbs.info/>

保健医療の臨床及び教育の場で求められるネガティブ・ケイパビリティ

安酸史子*

*日本赤十字北海道看護大学

Negative Capabilities Required of Health Care Workers/Educators

Fumiko Yasukata *

* Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

キーワード

ネガティブ・ケイパビリティ negative capability

VUCA VUCA

保健医療行動科学 health behavioral science

I. VUCA 時代に求められるネガティブ・ケイパビリティ

VUCA とは、Volatility (変動性)・Uncertainty (不確実性)・Complexity (複雑性)・Ambiguity (曖昧性)の頭文字をとった造語で、社会やビジネスにとって、未来の予測が難しくなる状況のことを意味する時代の特性を表している言葉である。このような時代には、先の見通しを立てることが出来ず、将来の予測が難しくなり、不安要素が増す。2020 年 2 月から 3 年以上に渡って世界中のすべての人が経験した未曾有のコロナ禍での出来事は、まさに VUCA 時代を象徴する出来事であった。ワクチン接種の是非等をめぐっては専門家の意見が分かれ、病院からはワクチン接種が臨地実習の条件として求められるが、親が反対していてワクチンを打たない学生がいたりして、教員としては対応に困窮する事態も多くあった。

私は看護教育学が専門で、看護学生への実習教育では、学生が実習で困ったり気になった経験を聴いて、学生の経験の意味の再構成を支援する教育方法として「経験型実習教育」を提唱してきた¹⁾。また患者教育では、「セルフマネジメント教育」を提唱している²⁾。セルフマネジメント教育は、患者さん

が病気を有することによって引き起こされる自分自身の反応に気づき、どのように病気と付き合っていけばよいかを意思決定し、行動できるようになることを目的としている。いずれも基本的な人間観として、人は、①主体的な存在である、②一人一人は異なっている、③自分自身で変わる存在である、と考えている。この基本的なスタンスは、30 年以上に渡って患者教育のモデルを開発してきた患者教育研究会のメンバー間で確認してきた価値観である³⁾。こうしたヒューマニズムの教育観は、ケアリングやエンパワメントの概念とも通底している。ただ私がこだわっていることは「ハウツー」ではないんだと感じているのに、伝えることは難しいと思ってきた。総論的に同意してくれても、実質的には、やる気がない患者や学生のことを信じて待つことは無理だと言われることが多い。安酸先生は理想論ばかり言うけど、現実的ではないと揶揄されることもあった。経験型実習教育もセルフマネジメント教育も、まずは相手を知ること、そのためには話を聴くことが必須である。この「聴く」という行為が前提としてないと、教育は前に進まないと考えている。この「聴く」という行為には忍耐が必要である。忙しい臨床や教育現場では、いつのまにか聴く能力が不足して

しまう看護師や看護教員は多い。帯木先生の本⁴⁾で、初めてネガティブ・ケイパビリティの概念と出会ったときに、私が大切に感じてきた教育者の能力の基本は、この能力なんだと、長年のもやもや気分が晴れる気がした。指導困難事例と言われる患者に対して、熟練看護師が、臆することなく自然と接して、いつのまにか相手が変わっていく様を目にすることはあったが、その理由が、ネガティブ・ケイパビリティだったんだと合点がいった。正解があるわけではない事態に向き合う時に正解探しに躍起になっても意味をなさない。答えの出ない事態に耐える力、ネガティブ・ケイパビリティがないと、いわゆる指導困難事例には全く歯が立たないのである。

Ⅱ. ポジティブ・ケイパビリティとネガティブ・ケイパビリティ

保健医療従事者は、資格を取るための基礎教育課程のなかで、その職種に必要な知識を学ぶ。看護で言えば、講義・演習・実習で基礎教養科目、専門基礎科目、専門科目をみっちり学ぶのだが、ここで学ぶのは、問題が生じれば、的確かつ迅速に対処する能力であり、これは言わばポジティブ・ケイパビリティと言える。ポジティブ・ケイパビリティは早く正確な問題解決に向いた能力であり、専門家には必要な能力である。

一方、ネガティブ・ケイパビリティは答えの出ない事態に耐える力であり、生半可な意味付けや知識でもって、未解決の問題にせっかちに帳尻を合わせず、宙ぶらりんの状態を持ちこたえる能力である。性急に証明や理由を求めずに、不確かさや不思議さ、懐疑の中にいることが出来る能力である。直面する問題がすぐに好転しない状況下でも、投げ出さず腰を据えて解決策を模索する能力と言える。急性状況下で求められる能力としては、ポジティブ・ケイパビリティは必要な能力であるが、慢性疾患を持っている患者への看護や終末期の患者への関りでは、ネガティブ・ケイパビリティで、どうしようもない状態を耐え抜くことで、状況が好転していったことを幾度か経験したことがある。

帯木氏の書によると、ネガティブ・ケイパビリティは、詩人のジョン・キーツ (1794-1821) がシェイ

クスピアに備わっていると発見した「負の力」のことである。最初は「受け身的能力 (passive capacity)」という表現で、共感的あるいは「客観的」創造力、これが個別性を打ち消してくれるとし、「屈服の能力 (capability of submission)」こそが、個別性を消し去って、詩人は対象の真実を把握できると考えたと記されている。キーツは、シェイクスピアの「無感覚の感覚 (the feel of not feel)」つまり対象に同一化して、作者がそこに介在していない境地に通じると考えた。こうした考えがネガティブ・ケイパビリティ (negative capability) の概念に結実したと言われている。

その後、英国の精神分析学会の大御所である精神科医であるウィルフレッド・R. ビオン (1897-1979) が、精神分析の分野で、ネガティブ・ケイパビリティは不可欠だと主張したことで、ネガティブ・ケイパビリティに光が当たった。ビオンは、ネガティブ・ケイパビリティを保持しつつ、治療者と患者の出会いを支え続けることによって、人と人との素朴な、生身の交流が生じると説いた。ビオンは、将来のノーベル文学賞受賞者のサミュエル・ベケットを患者として治療する中で、不可解さに性急に結論を与えず、神秘さと不可思議さに身を浸しつつ、宙ぶらりんを耐え抜く力、ネガティブ・ケイパビリティに行きついたとされる。

ビオンは当時すでに精神医学界の重鎮であったこともあり、ネガティブ・ケイパビリティが重要だというビオンの主張は高い影響力で広まった。

Ⅲ. なぜ保健医療の臨床及び教育の場でネガティブ・ケイパビリティが必要か

医療現場では、解決できない問題に向かわざるを得ない状況が多い。ネガティブ・ケイパビリティがないと、そうした状況で忍耐強く耐えることが出来ないため、そうした状況をなかったことのようにスルーしてしまったり、あるいは解決しようと躍起になって疲弊してバーンアウトしてしまう可能性もある。医療現場や教育の場では、曖昧さに苛立たない。早急な結論・判断やけんかに飛びつかない。自己や思考を閉じずに、広げ、理解しようとする。相反する現実を同時に受け止める。不確かさ、決めら

れないこと、分からないことから生じるプレッシャーに屈しないといった態度が重要となる。これこそがネガティブ・ケイパビリティである。ネガティブ・ケイパビリティは、様々な経験を経ることによって、いつの間にか経験知・暗黙知身として身につけていく能力なのかもしれない。能力はポジティブなものに光が当てられ身に付ける努力をするが、「負」のことを能力として価値づけて身に付ける努力をすることは今までなかった。しかし敢えて、「ネガティブ・ケイパビリティ」として概念化して、「負の力」に価値を与えることにより、寛容さが身につく、さらにポジティブ・ケイパビリティがより一層効果を発揮することにつながるのではなかろうか。

詳細は忘れたが、私が主任看護師として臨床で働いていた時に、クレマーのような患者さんがいて、私はその時にその場でその患者さんのクレームをなだめるでもなく、ただ聴いていたら、その患者さんのクレームのトーンが下がって、その場が収まったことがあった。その時に、その場にいた他の患者さんが「さすが安酸さん！」と言ってくれたことがあった。私はただ聴いていただけで何も介入したわけでもないのに、何が流石なんだと不思議に思っていたが、今考えると、ネガティブ・ケイパビリティが発揮できていたということだったんだと思う。師長や主任という立場では、答えを持っているわけではなくても前面に出て調整を任される事態は多い。そうした場面で、師長や主任が相手の話を聴くことなく、相手の話の腰を折って正論をぶつけたりすると、火に油を注ぐだけになる。経験知として知らず知らずに身に付けてきた能力なのだろう。しかし、ビヨンのように敢えて、「ネガティブ・ケイパビリティ」として、その負の能力に光を当てる視点を持つことによって、寛容力や忍耐力のある教育者が育っていくのではないかと考えている。

私は、看護教員として、学部長、学科長、学長と経験してきたなかで、困難な経験もたくさんしてきたが、ネガティブ・ケイパビリティで乗り越えてきたように今は実感している。

IV. 組織風土としてのネガティブ・ケイパビリティの醸成

忙しい臨床や教育の場では、専門家にはポジティブ・ケイパビリティが必須の能力として求められる。そのため、ポジティブ・ケイパビリティの高い人が能力ある人としてもてはやされる傾向にある。しかし、上述したようにネガティブ・ケイパビリティは目立たず地味ではあるが、医療や教育の場ではとても重要な能力である。

臨床の現任教育や教育現場でのFD (Faculty Development) では、ポジティブ・ケイパビリティの育成のための教育が企画されることが多く、ネガティブ・ケイパビリティに関してはその必要性すら共有できてない組織も多いのではないかと思う。

個人の努力だけでネガティブ・ケイパビリティを育むことは限界がある。組織風土として心理的安全性があり、ネガティブ・ケイパビリティの必要性を共有しているような組織風土がある中だと、安心して新人看護師や新人教師はネガティブ・ケイパビリティを醸成していけるのではないかと考えている。心理的安全性が担保され、ネガティブ・ケイパビリティの重要性を共有している組織風土を形成するには、管理者の責任が大きい。

V. ネガティブ・ケイパビリティを高めるためには

枝廣淳子氏はネガティブ・ケイパビリティのススメとして答えを急がない勇気を表している。その書の中で、臨床心理学者の河合隼雄氏が迷いを持ちこたえる力のことを「葛藤保持力」と呼んでいたとし、ネガティブ・ケイパビリティの日本語訳の一つとしてわかりやすいと紹介している。悩みや迷いがあるのが問題なのではなく、問題があるのにちゃんと悩んだり迷ったりしないことが問題なのだと。まさに言いえて妙である。

枝廣氏は、器の大きな有能な人物になるために、有名な「ニーバーの祈り」に倣って、「ネガティブ・ケイパビリティの祈り」を記している。

「ニーバーの祈り」

神よ、私たちにお与え下さい。

変えられないことを受け入れる冷静さを

変えるべきことを変えていく勇気を

そしてこの二つを見分ける知恵を

(ラインホルト・ニーバー)

「ネガティブ・ケイパビリティの祈り」

神よ、私たちにお与えください。

テキパキと処理していくべき時に、テキパキ

と処理していく力を

不確実な中でとどまり続けるべき時に、じっ

ととどまり続ける力を

そしてこの二つを使い分ける知恵を

(えだひろ・じゅんこ)

ネガティブ・ケイパビリティを高めるためには、個人の努力としては、まずは結論を焦らない姿勢を保つことである。そして分からないもどかしさに耐えつつ、自分の頭で考え続ける習慣を身に付けることである。情報に溢れている現代においては、デジタルデトックスを意識的に取り入れて、自分の頭だけで考える時間を作ることは大切かもしれない。そして組織的には、ネガティブ・ケイパビリティの重要性を認めあう職場環境の醸成が急務であり、そのためには管理者の意識改革が必要だと考えている。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 安酸史子：経験型実習教育 看護師をはぐくむ理論と実践，医学書院，2015
- 2) 安酸史子：NURSING GRAPHICUS 成人看護学③セルフマネジメント（第4版），メディカ出版，2022
- 3) 河口てる子編：慢性看護の患者教育 患者の行動変容につながる「看護の教育的関わりモデル」，メディカ出版，2018
- 4) 帯木蓬生：ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力，朝日新聞出版，2017
- 5) 枝廣淳子：ネガティブ・ケイパビリティのススメ 答えを急がない勇気，イーストプレス，2023

地域包括ケアとネガティブ・ケイパビリティ —不確実性の中での協働知の創造—

蓮井貴子*

* 日本赤十字北海道看護大学

The Community-Based Integrated Care System and Negative Capability: Creating Collaborative Knowledge in the Midst of Uncertainty

Takako Hasui*

* Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

キーワード	
地域包括ケア	community-based integrated care
地域共生社会	community symbiosis
ネガティブ・ケイパビリティ	negative capability
不確実性	uncertainty
協働知	collaborative knowledge

I はじめに

わが国の高齢化は急速に進んでいる。令和4年10月1日現在、65歳以上の高齢者人口は3623万6千人に達し、総人口に占める割合は29.0%となった。高齢化のスピードは西欧諸国と比較しても非常に速く、極めて短期間で高齢社会に突入している¹⁾。国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によると、2040年には高齢者人口の割合が34.8%に達し、15歳から64歳の生産年齢人口は全人口の55.1%にまで減少すると見込まれている²⁾。

こうした中、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築がすすめられている。

しかし、高齢者をめぐる課題は複雑多様化しており、8050問題³⁾や健康格差⁴⁾など、従来の縦割りの制度では対応が難しい課題が顕在化している。

こうした状況において、地域包括ケアの推進には、「支え手」「受け手」といった関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が支え合いながら、地域を共

に創っていく地域共生社会の実現が求められている⁵⁾。地域共生社会の実現に向けて、不確実な状況の中で答えのない問題に対し、多様な価値観を認め合いながら、一緒に考え、学び合う協働のプロセスが不可欠である。本稿では、こうした協働のプロセスを支えるものとしての「ネガティブ・ケイパビリティ」に着目し、地域包括ケアシステムの中で求められる地域住民と専門職の協働で行われる課題解決のあり方について考察する。

II 地域包括ケアと地域共生社会

高齢化の進展にともない、介護を必要とする高齢者の増加が予測され、高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして2000年に介護保険法が施行された。

介護保険法施行の背景には高齢者人口の増加に伴い、介護を必要とする人の増加のほか、核家族化など家族の介護機能も変化してきたことがある。「尊厳の保持」「自己決定の尊重」「利用者本位」の3つを基本理念とする介護保険法の施行により、多様なサービスが提供されるようになり、それまでの行政が

介護サービスを決定する制度から利用者と家族が自らサービスを選択することが可能となった。

しかし、介護保険制度の開始から10年が経過し、重度の要介護者の増加や医療ニーズの高い高齢者の増加、単身・高齢者のみの世帯の増加などの課題に直面した⁶⁾。このため2011年の介護保険法の改正により地域包括ケアシステムの構築が推進されるようになっていく。

地域包括ケアシステムとは「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される体制のこと」である⁷⁾。地域包括ケアシステムのめざすところは、介護保険法の改正に基づき、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることである。そのためには、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が一体的、継続的に提供される包括的な支援体制を地域の実情に応じて作り上げていくことが必要とされる⁷⁾。

一方、地域共生社会は、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人與人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものである。地域共生社会の実現に向けては、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築していく必要がある。そのためには、地域住民の様々な参加

の場を通じて、地域とのつながりを実感できる機会を生み出す「地域づくりに向けた支援」を一体的に進めていくことが重要とされている⁸⁾。

Ⅲ 高齢者をめぐる複雑多様な課題

複雑多様化している高齢者の今日的課題の一つに8050問題がある。8050問題とは、80歳代の親と50歳代の子どもの組み合わせによる生活問題⁹⁾とされ、地域の課題として顕在化している。

8050問題には様々な生活課題が積み重なっていると言われる¹⁰⁾。特定非営利活動法人KHJ全国ひきこもり家族連合会が全国の地域包括支援センターを対象に行った調査によると⁹⁾、調査対象となった地域包括支援センターの8割が「高齢者の親」と「無職の子ども」に対応した経験があると回答していた。そして、その実態として親の認知症や要介護状態などの他に、経済的困窮や、無職の子どもの引きこもりや高齢の親への虐待などがあることが報告されている。また、専門機関の支援拒否という社会的孤立につながる背景には、経済的な困窮により「介護にお金を使いたくないため介護関係者に対しても家を閉ざしている」、「認知症の親を子どもがネグレクトしており、住居の衛生状態も悪化した結果、外からの支援が入りにくい」などのパターンがあることが示されている¹⁰⁾ (図1)。

また、経済的な困窮や社会的孤立は、健康格差の問題としても捉えられる。健康格差とは健康には個人的な要因のほかに社会経済的な要因が存在することである¹¹⁾。WHOは「健康の社会的決定要因の確か

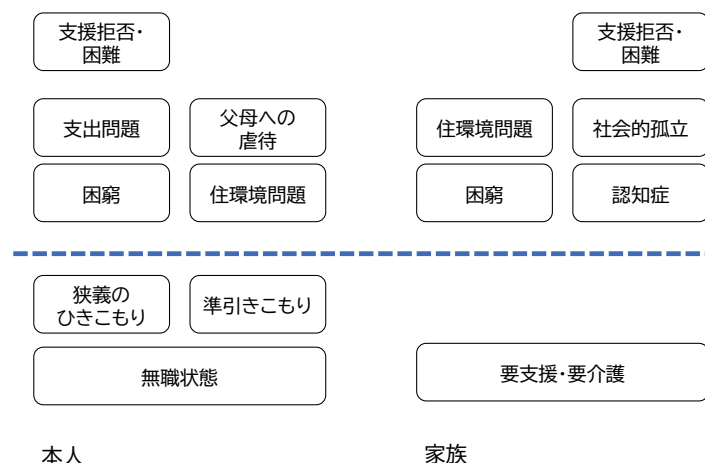


図1 8050問題が抱える本人と家族の複合的な問題の例 (文献10より引用)

な事実」として社会経済状態やソーシャルサポートの少なさが健康に影響することを示している¹²⁾。そして、高齢者の要介護状態の前段階であるフレイルは低栄養状態が起点となることが知られている。さらに、高齢者の低栄養の要因としては貧困や独居世帯などの社会的要因が比較的多いことが示されている。¹³⁾

こうした急速に進む高齢多死社会の中での高齢者をとりまく複雑多様な課題をあらわす概念として社会のVUCA化がある。VUCAとは「Volatility(変動性)」、「Uncertainty(不確実性)」、「Complexity(複雑性)」、「Ambiguity(曖昧性)」の略語で社会や経済の環境が複雑化、不安定化していく状況をさす¹⁴⁾。医療、介護、福祉の専門職だけで解決することが困難な不確実な課題に対応するために、それぞれの主体の柔軟な思考や地域全体での支え合いが求められる。加えて、さまざまな人が集い、ともに考え学び合うプロセスを通して新たな解決策を見出していくことが期待される。

IV 地域包括ケアで求められるネガティブ・ケイパビリティ

地域において様々な主体によるこうした協働のプロセスを支えるものとして、ネガティブ・ケイパビリティに着目する。ネガティブ・ケイパビリティとは、「どうにも答えの出ない、どうにも対処しようのない事態に耐える能力」、「性急に答えを求めずに、不確実さや不思議さ、懐疑の中にいることができる能力」を指す¹⁵⁾。

越川¹⁶⁾はネガティブ・ケイパビリティの特徴として、「多様な考えやあり方を重視すること」、「複雑な状況や不確実性、耐えがたい心理状態に耐えること、あるいはそれを受容すること」、「早急に答えを求めず、問題や目的にとらわれず積極的なアクションをしないことを積極的に選択すること」、「これらの状態に対して希望を持つこと」、「無私の状態であること」の5つを挙げている。これらから言えることは、ネガティブ・ケイパビリティが単に我慢強く耐えることを意味するのではないということである。むしろ、自分と異なる意見を聴き、それを受け止めることが必要となる。多様な意見を受け止めることで、新たな可能性に気づくことができる。

地域の複雑な課題の解決には、このようなネガティブ・ケイパビリティが求められる。様々な立場の人が、それぞれの知識や経験を持ち寄り、多様な見方や考え方を出し合うことで、一人では思いつかないような柔軟な発想や新しいアイデアが生まれる可能性がある。

V 地域のレジリエンスを高める必要性

地域の高齢者をめぐる課題の不確実性が増すほど、ネガティブ・ケイパビリティを発揮し、多様な主体の協働を促し、地域のレジリエンスを高めることが求められる。清水は、レジリエンスを「状況の変化を重視し、短・中・長期的な視点から社会に散在する点を線で結び、木を見て森を見ながら、予測できないことが起きても、逆境にあっても折れない環境を生み出すこと」と定義している¹⁷⁾。また、清水はレジリエンスについて、プロセスと深くかかわるものであり、普段の対話の気づきの中からレジリエンスを追求することができることを示している¹⁸⁾。そして、どのようなことがレジリエンスにつながるかについての対話の中から引き出された言葉を紹介している(図2)。

これらの言葉は高齢者をめぐる課題の不確実性にどのようにかかわるかを考える際にも欠かすことができない視点である。医療、介護、福祉の専門職の連携はもちろんのこと、地域住民と専門職がお互いを信頼することで地域の支え合いが促される。また、地域の実情に合わせてケアのシステムを柔軟に構築し、粘り強くかかわり続けることや、個別の健康課題を地域全体の健康課題としてとらえ、システムを改善する機会ととらえることも必要である。それと同時に地域の中で「ないもの」に着目するのではなく、地域の強みや現在ある資源に着目し、それらを活かした地域包括ケアの体制づくりにもつながる。

- ・信頼
- ・多様性
- ・柔軟性の積み重ね
- ・深く沈んでも折れないこと、異なる軌跡を通して跳ね返ること
- ・自分の弱さ(社会でいえばリスク)を知っていること
- ・危機を「機会」に変えること
- ・あらゆる既存の枠を超えること
- ・ないものではなく、あるものに集中すること
- ・あらゆるものと繋がること
- ・異なるものを組み合わせて新しいものに創りかえること

図2 気づきの視点から「レジリエンスとは何か」
(文献18より引用)

様々な主体がもっている経験や知識を集団の知識へ転換するためには、対話の場が必要であるとされる¹⁹⁾。日頃から地域住民同士のつながりを築き、対話の積み重ねによって生まれたネガティブ・ケイパビリティと地域のレジリエンスを土台として、多様な主体が協働して新たな知を創造していくことが、地域の複雑な課題の解決には不可欠である。専門職の知識や技術だけでなく、地域住民の生活の知恵やボランティアの経験知など、多様な知を結集することで、一人では思いつかないような柔軟な発想が生まれる。例えば、認知症の人を支援するために、医療・介護の専門職、家族、近所の人、商店街の人など、様々な立場の人が集まり対話することで、認知症の人が困っていることを出し合い、それぞれができることを考えることができる。そして、より生活に即した具体的な支援策を生み出すことも可能となる。多様な主体の協働による知の創造は、地域の一人ひとりが当事者意識を持ち、できることから積極的に関わっていくことで実現される。また、地域で暮らす一人ひとりが、地域の課題を「自分ごと」として捉え、自分にできる役割を考えることが大切である。

Ⅵ おわりに

本稿では、地域包括ケアの推進に求められる協働知の創造について、ネガティブ・ケイパビリティの概念を手がかりに考察してきた。地域の複雑な課題に対して、多様な主体が協働していくためには、不確実な状況に耐え、多様な見方を受け止めることや、支え合いの関係性を育む地域のレジリエンスが土台となる。地域共生社会の実現のためには、分野を超えた柔軟な発想と、ともに知恵を出し合う協働の取り組みが欠かせない。多様な立場の人が集い、お互いの知恵を出し合いながら、課題にかかわり続け、新たな知を創造していく。そこでは、これまでの「支え手」「受け手」という関係を超えて、一人ひとりがかけがえない存在として尊重される地域共生社会の実現が求められている。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

引用・参考文献

- 1) 一般社団法人厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生指標 増刊・第70巻第9号，40-41，一般社団法人厚生労働統計協会，東京，2023
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口，https://www.ipss.go.jp/pp-zenko-ku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp (2024年4月17日閲覧)
- 3) 前野有佳里：社会生活における精神的課題，公衆衛生看護学jp（第6版）（鳩野洋子，神純子），386，インターメディカル，東京，2024
- 4) 尾島俊之：社会構造・文化的背景の変化，標準保健師講座1 公衆衛生看護学概論（第6版），（標美奈子），76，医学書院，東京，2024
- 5) 厚生労働省：「我が事・丸ごと」の地域づくりについて，<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo-shougai-hoken-fukushibu-Kikakuka/0000153276.pdf> (2024年4月17日閲覧)
- 6) 岡山寧子：高齢者保健医療福祉の変遷，公衆衛生看護学jp（第6版）（鳩野洋子，神純子），308，インターメディカル，東京，2024
- 7) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書～今後のための論点整理～，<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf> (2024年4月17日閲覧)
- 8) 厚生労働省：包括支援体制の構築に向けた基本的な考え方，<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000564530.pdf> (2024年4月17日閲覧)
- 9) 特定非営利活動法人KHJ 全国ひきこもり家族連合会：地域包括支援センターにおける「8050」事例への対応に関する調査～報告書，<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000525388.pdf> (2024年4月17日閲覧)
- 10) 川北稔：8050問題 介護サービスの利用が発見のきっかけに，月刊ケアマネジメント，6：

54-57, 2019

- 11) 近藤克則：健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか, 4-17, 医学書院, 東京, 2006
- 12) WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会, 健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44468/WHO_NMH_WKC_10.1_jpn.pdf?sequence=5&isAllowed=y (2024 年 4 月 17 日閲覧)
- 13) 和田忠志：在宅医療と栄養, Geriatric Medicine, 55 (7) : 773-775, 2017
- 14) VUCA-WORLD: Create future, think VUCA, <https://www.vuca-world.org/> (2024 年 4 月 17 日閲覧)
- 15) 帯木蓬生：ネガティブ・ケイパビリティ 答えない事態に耐える力, 朝日新聞出版, 東京, 2017 (e-book)
- 16) 越川陽介：見通しの立たない時代の歩き方を考える：メンタルヘルスの未病とネガティブ・ケイパビリティ, 日本未病学会雑誌, 28(2) : 59-63, 2022
- 17) 清水美香：協働知創造のレジリエンスの視点から：原子力防災政策・施策の間, 日本原子力学会誌, 59 (1) : 59-60, 2017
- 18) 清水美香：協働知創造のレジリエンス 隙間をデザイン, 30-35, 京都大学出版会, 京都, 2015
- 19) 野中郁次郎, 竹内弘高：新装版 知識創造企業, 98-124, 東洋経済, 東京, 2020

ネガティヴ・ケイパビリティ ——精神科における臨床体験を振り返る中で

幸 信歩*

*横浜 YMCA 学院専門学校

Negative Capabilities: Back on Clinical Experiences in Psychiatry

Shihou Yuki*

* Yokohama YMCA College

キーワード	
もやもや力	tolerate obscurity
精神科臨床	psychiatry clinical
精神科保健の歴史	history of mental health

I. はじめに

本稿は、筆者がリハビリテーション従事者である作業療法士として精神科病院での勤務経験から得られた臨床での体験を主として、臨床での「戸惑い」の意味合いを模索してきた過程を振り返る。

養成校では「戸惑い」は対象者に不信や不利を与えるという視点からよくないものだとして教育される。それはいわゆるラポールが取れていない、セラピストの自信のなさ、治療評価が実施できていない、治療評価の計画が立てられないと作業療法士自身に問題があるかの如くの視座にある。

つまり臨床に立つ者は決められた評価と治療計画に基づいて臨床でのマニュアル通りに動けることが求められている。これは帚木のポジティブ・ケイパビリティとして「早く、正確に問題を解決する能力」ということになる¹⁾。そして病院という縦社会の組織の在り方が最も大切であるという経営視点が関与しているだろう。社会人として、属する組織で作成されたマニュアル通りに動くことは業務評価としても高い評価が得られるのが一般論である。

では、臨床においてマニュアル通り、教科書の内

容通りのような対象者は存在するのだろうか。基本に返って、事例を紹介しつつ検討したい。

II. 精神科病院の人的エネルギー構造

今更ではあるが、精神科病院の構造は医師を筆頭に対象者を底辺として、ひとがひとを支配するヒエラルキー構造であるとされてきた²⁾。それは日本の精神科病院が医療的要素を持つ構造となるまでの歴史から十二分にわかる。

周知のごとく、我が国は1978年からの相馬事件をきっかけに1900年に当時の帝国議会で我が国初の精神障害者に関する法律「精神病者監護法」が制定された。その主目的は監護することであった。つまり、精神障害者を自宅に監禁するという「私宅監置」が合法化され、その手続きを定めたのだ。さらに監護義務者である家族が私宅監置を正しく行っているかどうかを内務省と警察が監督することとなった。この時点で精神病をもつ人を監視する仕組みが出来上がり、その監視役は警察であった。精神「病」という「やまい（病）」を警察という医療とはかけ離れた部署が管轄する。日本の精神医療法制はまさしく治療が目的

ではなく、ひとがひとを管理し、閉じ込めるヒエラルギーの基盤が完成したのである²⁾。

その後、呉秀三が『わが邦十何万の精神病患者は実にこの病を受けたるの不幸の他に、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし』という有名な言葉を残しながら、1919年に「精神病院法」を制定させた。今度は、精神病をもつ人を「病院」という箱に入れたのである。入れる箱が異なるだけで、収容意識に変容は見られない³⁾。言うなれば、箱に入れた管理体制である。この時から、「病院」という名の箱の中でひとがひとの上に立ち、管理する体制、ヒエラルキーの完了である³⁾。ここに戸惑いを許し考える余地は見つからない。

では、精神科医療とは管理することなのだろうか。

Ⅲ. 歴史の消えた「動き」

日本は明治2年イギリスの医療を、翌年3年にはドイツ医療を導入した。それに沿って、精神医療も主にドイツやオーストリアでの医療を取り入れた。

このプロセスの中で、明治初期の精神医療ではお雇い外国人医師たちの講義と診療が主流であった。例えば、京都府の京都癲狂院ではフェルディナント・アダルベルト・ヨンケル・フォン・ランゲグ (Ferdinand Adalbert Junker von Langeegg, 1828-1901) が、治療のなかに作業治療、遊び治療を発案し、心理療法 (moral treatment) をその大指針としたことが窺われると岡田は述べている⁴⁾。さらに、「癲狂院規則」のなかで「職業」という作業と1877 (明治10) 年1月10日には「患者教則及ヒ工場假規則」が制定され、翌年1878 (明治11) 年2月5日には「癲狂院工場」が落成した⁴⁾。このようにモラル・トリートメントを方針に据えつつ「職業」という項目が見つかる。

ヨンケルは患者の状態が改善すればそれに応じて「事業」をさせるためにさまざまな方法を設け、適切な運動をするということにした。患者を集めて、彼等を養護してそれぞれに合う療法を受けさせることが仁慈の深厚であるとしている⁵⁾。ヨンケルは自分の指導のもと、庭園を造り、そこを散歩させ、患者の状態に合わせて従事者が関わることなどを実施すれば、よりよい治療が行えると述べている⁵⁾。

また、東京府癲狂院建設計画では愛知県のお雇い

外国人教師アルブレヒト・フォン・ローレツ (Albrecht von Roretz, 1846-1884) との交流が見て取れる記載がある。この記載の中に「患者ノ操業」 (以下「操業」) がある。この「操業」が現在作業療法に相当する一面があり、近代日本の精神医療における最初の治療計画であるともいえる³⁾。

そこには癲狂者 (精神障害のもつ者を表す言葉、ママ使用) の個人「衛生」としての健康という幸福を求める「自由権理」を有するとみなされていたとしている³⁾。そして、癲狂院建設の目的は「最大不幸」の者を「幸福」にすることにとどまるものではなく、他に二つの目的をあげている。第一に「患者ヲ (ソ) 其中ニ住居セシメ以テ其思慮ナキ状態ニ於テ自家或ハ他人ヲ損害セザラシムル」こと⁶⁾、すなわち、自傷他害のおそれがある者をその「住居」に収容することである。第二に「患者ノ回復ヲ促ガシ其功ヲ達スルニ至ラハ再ヒ人民社会ニ齡ヒセシムル」こと⁶⁾、すなわち「回復」させて社会生活で人生を全うさせることである。これらを行うためにローレツは計画書の付録に「操業」を記載した⁷⁾。

「患者ノ操業」とは、第一に「鬱憂患者強暴患者及誤神患者等ハ操業ニ由テ神氣ヲ放散」するという「鬱憂」・「強暴」・「誤神」のなどの患者に適応可能であると、第二の「強暴」については、「強暴患者ハ其勞力ニ由テ睡眠及鎮静ヲ催起セラレ且ツ力ヲ費ヤスヤ (中略) 妨害ニ渉ルヲナク専ハラ存益ナル操業上ニ転用スルヲ」としている。そして、第三に「誤神」に相当すると思われる「病的思想」については「操業ニ習慣スル如ハ精神自ラ之ニ誘ハレ漸次ニ病的思想ヲ変移シ為メニ心恟スル等ノヲナキニ至ル」としている⁷⁾。しかし、第四に「鬱憂」に関しては「病症ニ空過シ操業セサルニ起由シ又鬱憂患者ノ如キ操業セシメサルニ在テハ遂ニ痴呆ニ陥ルモノ」と述べ⁷⁾、その「痴呆」化を予防するものとしている。つまり、「操業」の実施は患者の状態によって導ける効果が違うということである。

さらに、ローレツは「操業」を15種目あげているが、その役割や機能に着目すると、生活維持の関わる作業や製品販売に関係するもの、学習に関わるもの、娯楽に関わるもの、病院経営に寄与するもの、または患者の収入に繋がるものに分類されている。

これ以降の呉秀三が対象者を解放する方向性で実施していたように周知されているが、実質は対象者を私宅監置から院内監置へと導いたと解釈できる³⁾。監置という概念ではなく、対象者自らが「動く」という行為を推奨していたのは外国人医師たちだった。

つまり、対象者が「動く」という行為を行うと、従事者はそれに対してどのように対応したらよいのかと困り、また考えなければならないという戸惑いを生み出す。日本では、この戸惑いを解決するよりはマニュアル通りに決められたところへの監置という方法に発展していった。このように日本の精神医療の歴史上で消されていった対象者の「動き」があったと捉えることができる。

IV. 体験創作事例

日本の精神医療の構造の中で戸惑いを消されたとしても、完全に消し去ることができないであろう従事者たちの戸惑いを、過去の体験事例を基に検討する。

尚、この事例は30年以上の臨床体験を基にした集合的な要素をおり込めていることを前置きしておく。

【体験事例 A】

28歳の時に精神科病院に入院して30年以上になる60歳男性A氏。ある日、PSWから退院を促された。A氏の答えは「退院したくない」だった。その理由は「ここにいた方が楽」「外に出たくない」だった。このように答えたのはA氏のみならず長期入院者に多数いた。長期入院者たちの答えを聞いた後にチームカンファレンスが行われた。テーマは退院促進だった。カンファレンスに参加していた看護師、PSW、臨床心理士、作業療法士は、PSWから報告された長期入院者たちの答えに声をそろえたように「そうだよね」と感想を述べた。この「そうだよね」の理由は、病院にいれば楽で、慣れた場所、働かなくていいなどであった。厚生労働省の思惑や病院の方針との真逆な状況となったことに、スタッフたちはため息をつき、頭をかかえるばかり。スタッフの中から「病院を出たら楽しいことが待っていることがわからないからじゃない」「自由になれることがわからないから」という意見が出た。それに対して「楽しい経験が少ないだろうし、大変な思いをして入院してきた人ばかり

だから」と答えたスタッフもいた。

この状況は長期入院患者をマニュアル通りに動かせないという現実におち当たり、先が見えなく、これからの方法が明確ではないカンファレンスとなった。対象者の立場に立つことが正しいのか、病院や国の方針に従い対象者をその気にさせる何かを打ち出すことが役割なのか不確実な状況に直面したのだ。この問題を解決できないまま結果は保留となった。スタッフたちは口々に「わからない」と言いつつ、カンファレンスが終った。

【体験事例 B】

32歳の男性B氏。中度知的障害と統合失調症で施設では対応できないと入院していた。B氏は月に2、3度は病棟内で暴れ、その度に保護室に入れられる。B氏は5分おきに「コーヒーが飲みたい」と看護師に言う。その度に看護師は「さっき飲んだでしょう」と答えるか無視をしていた。作業療法士が病棟作業療法を実施するために病棟を訪れると、柵の向こうにいるB氏から呼び止められた。そして耳打ちするようにB氏は作業療法士に「寂しい」と言った。このようなことが毎月のようにあった。作業療法士は何とか病棟作業療法を実施する45分だけでもレクリエーションに参加できないかと考えた。病棟作業療法には基本的に看護師も参加することになっていた。作業療法士はB氏の言葉を信じて、気持ちに寄り添い、また少しでもいつもの病棟生活の感覚を忘れず、作業を通して他の入院患者さんとの交流を促進することを目的に病棟作業療法への参加を看護師と医師に相談した。

医師は看護師が見ていて、暴れ出したら保護室へという条件で許可を出した。看護師は「寂しいなんて嘘、かまってほしいだけ」「見ているの大変」という意見だった。作業療法士としては、B氏の状態が安定に向かえばと考えての提案だったが、そればかりが正しい訳ではなく、看護側の業務負担にもなるというマニュアル通り思考では解決しないもやもやした気持ちのまま毎週の病棟作業療法を実施することとなった。

【体験事例 C】

養成校を卒業したての作業療法士 C 氏は精神科病院に入職し、精神科作業療法室に配属となった。そこでは午前中は各病棟から入院患者が精神科作業療法室に集まってきて、パラレルの場でそれぞれに作業に取り組んでいた。C 氏は最初の 3 か月は大勢の患者さんの名前と作業内容を覚えるのに必死だった。それが一段落した 4 か月目に気がついたことがあった。

午前中の集団の作業療法場面に参加していた先輩作業療法士たちの言動である。集団は 9 時半から 11 時半だった。9 時半になると各病棟から連絡があったり、患者さんが来室したりとざわざわと雑踏のような状態になる。30 分もすると場面は落ち着き、患者さんたちは皆、黙々と作業をしている。すると、先輩たちは患者さんを横目に私語を始めてほぼ終わりの時間まで続いていた。患者さんに聞こえる声で話し、笑っていた。C 氏は患者さんが困って作業療法士を呼ぶ時は「行かなきゃ」と必死だった。C 氏は自分だけが必死になっていたことに気がつき、この状況に違和感を覚えた。先輩たちから話しかけられたことがあったのを思い出した。先輩たちの誘いにのって一緒に私語をすることが場の空気に合わせることなのか、それともこれまで通りに仕事として一人でも患者さんに対応していくことがよいのか迷った。新人としてはどちらも必要だと頭では理解しながら、どちらに傾くことなく、自分に問いかけながら時間は過ぎていった。

V. 解決できない状況を踏まえて

事例 A から事例 C まで、これらは全てマニュアル通りの解決ができる状況ではない。

事例 A は日本の精神医療史が生んだ生産性のない人を収容することによって、そこに診療報酬という名の対価が精神病院（ママ）にとっての経営を豊かにし、益々入院者を増加させた過去の遺産が発端となったものである。それによって少ない医療従事者に対して多数の患者数という構造となり、ひとがひとを監視し飼いつづけていくシステムが構築されていた証のようなものだ。しかし、その 100 年の歴史から作られた精神病院の中で長期にわたって暮らしてきた患者を、今度は国の方針が 180 度転換し患者を地域へと変った結果、生じたことだ。

従事者は国のシステムに従って治療計画や看護計画を作成し、患者に働きかけたのである。患者の回答は至極当然である。従事者たちは退院促進というシステム化のなかで行為を実施した。患者がおかれた状況よりも患者をいかに退院させるかという目標が頭注にあったのだ。つまり、患者は「退院したい」と言うだろうと従事者たちは思いこんでいた。しかし、現実を考えていたものとは違い「まさか」の事象が起こったのである。よって、入院者の回答は不可解な事象で、今後の計画が不確実の状況となり、その場の問題解決に迫られたのだ。この事情をシステムとして早い問題解決を実行し効率性を優先させれば、患者に有無を言わず地域社会に投げ込むことになる。システムに沿わずともその場での即座の対応を避け、問題解決を急がないとすれば、これから更に思考を巡らせなければならなくなる。従事者たちにとってはまさに選択を迫られてモヤモヤし、状況的にあきらめることもできず、退院促進について考えることに留まらなければならなくなった。

これはネガティブ・ケイパリティな力が必要となった事例である。

この臨床状態は現在でもなお続いている。国は精神科の包括ケアシステムを打ち出したが、具体的な実践方法は検討段階である。

事例 B のケース対応は今でもよくある事象である。看護師も作業療法士も院内で作成された業務をマニュアル通りに働くことがほとんどである。近年は増々その傾向が増えている。その理由の一つにリハビリテーション従事者の養成に関する実習の方法として厚生労働省から CCS が打ち出されたからだ。CCS は周知されているが、臨床思考という名のもとに見学が主となる。臨床で対象者の思いに触れ、考えを巡らす過程が抜けてしまう。そのような実習を終え、卒業していく学生たちは、現場で一から対象者との関りを考え始めることになる。しかし、簡素化されたシステムのなかでは臨床で思い悩む場面すら奪われてしまう可能性がある。

事例 B 氏のような患者に新人が接した場合に、病棟内での作業療法の時間だけでも解放するという意識すら少ないと聞き及ぶ。それは、B 氏は保護室に入っているからそのままいいというマニュアル通りの業

務を実施するのが新人の思考だからである。しかし、B氏の「コーヒーがほしい」という言葉の真実を考えることなく、B氏をそのままにしておけば、看護師や作業療法士、医師の仕事は増えず、現場に波風は立たないと推測できる。これが帚木がいうポジティブ・ケイパビリティ、「早く／正確な問題解決能力」となる。しかし、生身の人間を相手にし、人間が持つ気持ちの波と一緒に揺れながら、時にはバランスを崩しながらも立て直しつつ複雑性の中で立ち止まりながらも、あきらめない力が人間の気持ちを相手にしていく領域としては特に必要とされるのではないか。この作業療法士のようにもやもやしたままでも病棟作業療法を実施して、今後を検討していく力、揺れることに耐える力がこれから益々求められる。

事例C氏の場合、職場の上下関係が強く影響している。ボトムアップと言われて久しいが、現実先輩は許され、新人は言う立場さえないというのが実際である。このC氏がこれから先輩たちの文化に同化していくか、迷いながら時間を過ごせるかは職場環境の圧力関係にもよる。

VI. まとめ

今回は精神医療の歴史が作り出した精神病院の構造と日本の精神保健の方向性、またその中で消された対象者の「動き」から簡素化と複雑性を捉えた。それを基に現在の臨床体験から得られた曖昧な力を持つ大切さを振り返ってきた。

精神保健における臨床場面では医学的理解のみでは解決しない事象が発生するのは日常茶飯事である。マニュアルで解決できることばかりになると、ひとの気持ちを扱う精神科がAI化することにも成りかねない。「ひと」が「ひと」に関わる側面が多いからこそ、数値のみで判断や治療や評価の方法を決めることに迷いをもちたい。疾患の機序とされる脳内伝達物質の異常だけでは解明できないことは明らかである。

ひとを包囲している社会的環境、つまり地域、経済、人間関係、性格等形成過程などが影響していることは否めない。周知の事実のみだけでも、ケイパビリティには「ひと」やその他の環境との関係性が強く関与していることがわかる。

統合失調症はひととの関係性によって妄想や幻覚

といった主症状は減少させることができるとされている。また精神科の医師によると抗精神薬は主に思考を緩めるには役立つが根本的な治療ではないとしている。こうなると、病院内であれば、医師を含めた医療従事者の関わり方が最も治療となるのである。

その関わり方は何らかの情報を受け取り、それを基に対象者に接することになる。その情報は観察や主観的な言葉などとなる。

そうなるとポジティブ・ケイパビリティ、情報が早くて正確で、それを用いて問題解決をする。ひとが捉えたひとの状態を余白なしに判断するシステムにのせるだけになると思えば優位となる。業務システムとしては手順通り、つまりマニュアル通りとなる。この方法のみでは、対象者を「ひと」と見ているのではなく、情報の塊の存在となっていることが多い。この場合、情報を頼りして、そこに曖昧さを残さない判断となる。しかし、前記した通りに精神疾患をもつ人にとって会話やコミュニケーションこそが治療的関りとなるとしたら、そこにはポジティブ・ケイパビリティではなく、意味不明の言葉や思考に接しても不可解で不確実なまま、共に作業を続けることが大切となる。つまり、対象者との関りに最も大切な視座は曖昧さや余白があるままのネガティブ・ケイパビリティである。作業療法士はその場で評価し、その場で治療方法を検討する思考をもつ。しかし、その思考を駆使することを一旦緩めて曖昧さを受け止め、そのままの状態で隣に「いるだけ」の行為こそ大切な関係作りになるのではないか。

一方、ひとがひとを支配し兼ねない精神科のイデオロギーのなかで対象者の発言や事象をネガティブ・ケイパビリティとして、その最中のなかに留まることは困難性を伴う。それは業務遂行とその日の課題を熟す課題解決をすることがよしとされるシステムメタクな日常に支配されており、一度立ち止まることが許されないという医療保健従事者の遂行意識、責任感等があるからである。

しかし、敢えて一度立ち止まり、対象者の話に耳を傾ける重要性が精神科におけるイデオロギーのなかで対象者に「患者」を演じさせないことにもつながる。これによって精神領域における人間関係で保健医療従事者と対象者との対話を取り戻せる可能性が探れ

るのではないか。

利益相反

利益相反はない。

【引用・参考文献】

- 1) 帚木蓬生: ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力, 朝日新聞出版, 2020
- 2) 小俣和一郎: 精神病院の起源, 太田出版, 1998.
- 3) 幸信歩: 近現代日本の精神医療における作業療法に関する歴史研究—作業を介在させた治療法の導入と展開, 立命館大学大学院先端総合学術研究科博士論文, 2021
- 4) 岡田靖雄: 日本精神科医療史, 医学書院, 2002
- 5) 府史第二篇 政治部 衛生類 第六 癲狂院一件, 京都府第三十四号
- 6) 愛知県公立病院及醫学校第一報告 自明治六年至同十三年, 編輯局
- 7) 後藤新平関係文書, マイクロ・フィルム版 No10 後藤新平文書の目録 No3 「名古屋時代」の9 「名古屋時代勉強のあと」「ローレツから長谷川泰に宛てた東京癲狂院に関する明治12年6月27日付の書類」水沢市立後藤新平記念館蔵

対話実践とネガティブ・ケイパビリティ

樋口倫子* 蓮井貴子** 瀬在 泉***

*明海大学 **日本赤十字北海道看護大学 ***防衛医科大学校

Dialogical Practice and Negative Capability

Noriko Higuchi* Takako Hasui** Izumi Sezai***

* Meikai University ** Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing *** National Defense Medical College

キーワード

対話実践

dialogical practice

対話の空間

dialogical space

ネガティブ・ケイパビリティ

negative capability

ダイアロジカルスーパーヴィジョン

dialogical supervision

無知の姿勢

not knowing

I. はじめに

精神医学の領域では、オープンダイアログやナラティブ・セラピー、コラボレーティブ・アプローチなど、いわゆるポストモダンと呼ばれる支援アプローチが、わが国でも広がりを見せている。ポストモダンのアプローチは、支援者自身が治療システムの一部となる¹⁾。対話主義では、「わたしが」「あなたが」という立ち位置からではなく、「わたしたち」としての立場をとる²⁾。それゆえに、目の前の人に問題が重くのしかかった時には、それは「わたしたち」の問題ともなる。筆者にとって、ネガティブ・ケイパビリティは、支援実践の本質を問い続ける営みでもある。

この特集では、対人支援の現場でのネガティブ・ケイパビリティの現れ方や活用法についての探求が求められている。本稿では、対人支援者のネガティブ・ケイパビリティが活用される対話的な姿勢、枠組み、取り組みについて考察してみたい。

II. ポジティブ・ケイパビリティとネガティブ・ケイパビリティ

問題に直面した時に、余計な時間や苦勞を掛ける

ことなく、効率よくスピード解決を求めることをよしとする風潮ある。通常は、問題をそのままの状態にしておくことよりも、問題を即決する力を、問題解決能力として価値が置かれる傾向にある。ネガティブ・ケイパビリティとは、不可解な出来事や不確実な状況に直面した際に、表面的な理解や即座の対応を避け、問題解決を急がない能力³⁾のことを指す。この概念を提唱した詩人 John Keats は、『「事実や理解に決して拙速に手を伸ばさず、不確実さ、謎、疑いの中にいることができること」に見いだせる能力⁴⁾』のことを、ネガティブ・ケイパビリティとしている。

特に、保健医療の分野では、ネガティブ・ケイパビリティの重要性が認識されている。例えば、手を尽くしても患者の改善が見込めない状況に直面した際にも、医療従事者が匙を投げることなく、そこにふみとどまれる力として、この概念が重要視されている。

谷川⁵⁾は、ネガティブ・ケイパビリティを、『「自分の意見はこうだ!』と押し通すことなく、誰かと一緒に過ごせる力』と、定義する。対話に参加すると意見が変わるかもしれないという、しなやかな姿

勢で、意見の異なる人と対立ではなく、協働することができる力といえる。

対話実践は、ネガティブ・ケイパビリティが、発揮される場であり、涵養される場でもある。指導・介入というモノローグから共同で生み出すダイアログを活用すると、困難な状況を希望に変えていくことができる。オープンダイアログでも、「不確実性への耐性」⁶⁾、「対話主義」⁷⁾、「ポリフォニー」の3つが原則となる⁶⁾。「不確実性への耐性」を、単なる忍耐のイメージとは異なり、不確実性を「可能性」と捉え、楽観的で見られることを意味している。

しかし、実際の臨床には、「反・対話」の関係性がずっしりと根付いている⁷⁾。医師の判断で決定され、医療従事者も、「医師の指示の下で」という呪縛の中で、治療方針への違和感を容易に口にすることができない。「反・対話」的な臨床は、「不確実性」を否定的に捉えられ、言い換えれば、効率よく物事が進むようにポジティブ・ケイパビリティが求められる世界ともいえる。

Ⅲ. ネガティブ・ケイパビリティと対話の空間

ネガティブ・ケイパビリティが涵養される対話の空間にフォーカスを当ててみたい。対話の空間とは、応答的な優しいスペースである。リスペクトのある対話になるための5つの要素（身体的空間、時間的空間、言説的空間、心理的空間、社会的空間）が、トム・アーンキルによって紹介されている⁸⁾。

身体的空間は、十分に話し合うことのできる環境のことである。話し合う場所、机やいすの配置など、適切に話し合える空間であり、対話の前にはこれを整えておくような配慮が大切である。また、対話が深まるためには十分な時間が必要になる。時間的空間とは、話すことと聴くことをわけ、外的・内的な声の双方向が聴かれるための、ゆっくりとした空間を作り出すことがねらいとなっている。社会的空間とは、対話の場にだれかを招くかということや、もしくは誰かを招かないこと、でもある。「いまここにいるわたしたち」という感覚をうみだしているかどうか、重視される。

心理的空間は、ひとり一人みな、他のだれにも占有できない世界を捉えるための独自の視点を持って

いることを前提としている。専門家は、相手に対して変化を起こすための介入やセラピーといったアプローチを用いず、コントロールすることから距離をとる必要性が強調されている。自分が考えていることだけに関心を向けるのではなく、他者が考えていることにも興味を示すような心理なスペースのことである。他者を尊重して、ともに考えることで、自分の理解を広げ深め、コントロールを排して制御不能になることに耐性をもつことが強調されている。トム・アーンキルは、対話に適した心理的空間の特徴として、「無知であることの確実性」を持つことと指摘している。無知であることは、ハーレーンも「無知の姿勢」⁹⁾として、重視している。「無知の姿勢」は、言いたいことを言わなかったり、知らないふりをしたり、偽ったり中立を保ったりすることではない。対話では、他者との違いについて、より多くを学ぶための好奇心旺盛な質問を用意することだと述べている。

言説的空間は、だれかが一方的に話し、それに意見ができないということなく、お互いに主観的な視点で話され、それを聞きいてもらって、応えるといった双方向のやりとりができる空間のことである。最終的に、結論が出るとか意見の完全な一致に至ることはないことを念頭に置くことが肝要となる。対話の中で感情の共有と共通理解は得られたとしても、視点の共通理解は、得ることができないことを、強調している。

これらの5つが同時に起こっているのが、対話的な空間であり、感情に満ちた場になる。そこにやってくる人々にとって安全な場になっているかが、最も大切な視点である。日常の会話や会議であっても、その場において、お互いを見て話したり、聞けたりする状態になっている対話の空間を意識的に創ることで、ネガティブ・ケイパビリティを育むことになるだろう。

また、対話実践の中での5つの課題があげられている（表1）。この5つが、意識的に使用された場合ユーザーのネガティブ・ケイパビリティも自ずと発揮され、見通しのない中での対話の航海を続けることができるだろう。対話は続けることによって、相互理解や自己理解が進む。対話を続けることで、

表1 対話実践における共通課題（文献8より引用）

- ・ 物理的な場所を、対話を行うのに適したものへと調整すること
- ・ 十分な時間があることや、対話に開かれた形で時間配分がなされているかを確認すること
- ・ 重要な人を巻き込み、プレゼンスとしての社会的空間に参加してもらえるように支援すること
- ・ 経緯に満ちた好奇心や共感のために開かれた心理的空間を促すこと
- ・ 他者との出会いの中で互いに連帯し、対話的ディスコースを失わないように気をつけ、権威的なディスコースを避けること

「問題が解決する」ではなく、「問題が解消する」ことを、目指す。対話を続けることで、その意味は変化し、解消する⁹⁾。

IV. 不確実さの探求 —Values-Based PracticeとPTMF

不確実さや謎の中に入り込む一つの要因として、他者との相容れない価値観の相違が浮かび上がる。価値観は、何が重要であるか、何が善いとされるかに関する信念や判断の基準である。これは、文化、宗教、個人の経験、家族や社会的環境など様々な要因によって形成され、人々の生活や行動をガイドする基本的な枠組みになっている¹⁰⁾。価値観は行動や意思決定に影響を与え、異なる価値観を持つ人々との対立や調整の場面でも重要な役割を担う。価値観の違いから対立や回避が生じるが、対話を続けることで、相互理解や共創に至ることも可能である。共通理解を得るための価値観の対立構造の解明が、対立や回避を防ぐだけでなく、深い相互理解にもつながっていくと考えられる。

医療の領域では、EBM (Evidence-Based Medicine) を補完する新しい方法論としてVBP (Values-Based Practice) が推奨されている¹¹⁾。VBPは、多様な価値観を考慮した医療的意思決定を支える方法論で、意思決定に影響するユーザーの好みや願望などの価値を十分に聞いて、落としどころを探るユーザー中心となっている点が特徴である。VBPの10のプロセスの中で、「きしむ車輪の法則」が紹介されている¹¹⁾。車の車輪は油がさされて摩擦の少ない時には、音が出ないが、油が足りなくなり、摩擦が増えると軋む音が出るようになる。異なる価値観同士が衝突し摩擦を生むとはじめて、個人個人の価値観が意識されるようになる。この価値観の対立という現象は、価値

観が大切に見つめられる機会であることも指摘されている。この価値観の対立の機会に、ユーザーの価値観への関心や、自らの価値観への問い直しを丁寧にする姿勢が、ネガティブ・ケイパビリティともいえるのではないだろうか。価値は至るところに存在し、それを排除することは不可能である。したがって、自分と相手の価値判断に意識的になり、自分の価値観を再確認したりすることが、見通しのない状況では必要になる。

昨今、メンタルの問題を必ずしも「疾患」のレベルでアセスメントせず、精神科や医療的な治療以外の選択肢があると考えるPTMF (Power パワー・Threat 脅威・Meaning 意味のフレームワーク)¹²⁾が普及しつつある。Power Threat Meaning Framework (PTMF) は、精神的健康の従来の医学モデル・診断モデルに取って代る概念的アプローチである¹³⁾。専門家とサービス利用者が共同作成し、英国心理学会によって発行されたものである。トラウマインフォームドケアを含む幅広い視点を活用しつつ、メンタルヘルスの問題についてトラウマに基づいた理解をサポートするために、エビデンスに基づいたメタフレームワークを提供している。PTMFの視点は、見通しのない状況を支える際にも役立つ。以下は、PTMFの中心的な質問であり、相談者のナラティブの構築をサポートするように設計されている。

- (1) あなたに何が起こりましたか？(パワー、あなたの人生にどのように作用しているのか)
- (2) それはあなたにどのような影響を与えましたか？(これはどのような脅威をもたらしますか？)
- (3) あなたはそれをどのように理解しましたか？(これらの状況や経験はあなたにとってどのような意味がありますか？)

- (4) 生き残るために何をしなければなりませんでしたか？(どのような種類の脅威への反応をしているのでしょうか？)
- (5) あなたの強みは何ですか？(パワーソース(力を与えてくれるもの)にどのようにアクセスできますか？)
- これら(1～5)を統合するために、
- (6) あなたのストーリーを教えてください。

PTMFでは、パワーが言葉や言語を通して作動するため、言葉をどのように使うかが変化の重要な要因と捉える。精神科の診断を、人々と人々の困難についてまるで妥当な生命であるかのように提示することは、専門的にも科学の視点からも、あるいは倫理的にも、正当化されないという立場をとる¹²⁾。それらの苦悩については、日常の中で用いられる単語や描写の表現こそ、その役割を果たすのだと説いている。例えば、「統合失調症」は、「声が悩まされる」に、「ADHD」は「アイディアが溢れる」に、「双極性障害」は、「気分の波がやってくる」のように、である。専門家が、アセスメントや診断名に依存しすぎている場合がある。筆者もそうである。「ADHD」による困難事例と容易にアセスメントすることで、これまでの困難に抵抗して生きてきた生き様に目が向かなかった経験がある。アセスメントという専門知が、見通しの立たない状況を耐え難いものにしてしまうと考えられないだろうか。PTMFは、見通しのない状況の中に長い間おかれた人に、診断を下すのではなく、話を丁寧に聞き、様々な症状は、パワーや脅威から生き延びようとする戦略であったことを理解し、またその中でもなんとか生きてきた力強い自分を、再度物語ることによって、力を取り戻すことを可能にすると考えられる。

V. ネガティブ・ケイパビリティを育むダイアロジカル・スーパーヴィジョン

対人支援者のネガティブ・ケイパビリティを支える手段として、スーパーヴィジョンの役割に焦点を当ててみたい。近年、対人支援領域におけるダイアロジカル・スーパーヴィジョン(以下DSと略す)¹⁴⁾やリフレクシヴ・スーパーヴィジョン¹⁵⁾が欧米を中心に発展し、さらに多様化してきている。

解決志向、認知行動療法、実存主義、ナラティブアプローチ、システム理論、社会構成主義、リフレクティングなど、様々な理論と方法論が導入されている。これにより、スーパーヴィジョンは多くの異なる視点を取り入れ、より包括的なアプローチが提供されている。また、その対象が個人のみならず、グループ、コミュニティ(職場)など、形態も多岐にわたる。

従来のスーパーヴィジョンは、権威による指導が中心で、日々難解なクライアントへの対応に真摯に向き合う対人援助者への労いや見守りといった観点が不足していることが指摘されている¹⁶⁾。これらの対話的なスーパーヴィジョンは、リフレクティブ・スーパーヴィジョンのプロセスにより、参加者間の防御的な姿勢が減少し、建設的な学習環境が形成されることが確認されている。具体的には、フィードバックのセッションでの多様な視点の共有によって、スーパーバイザーの自己評価と専門的成長に寄与することが示されている¹⁵⁾。

筆者らがこれまでに行ったDSのトライアルの体験を振り返ってみたい。トライアルの内容を図1に示す。DSには、スーパーバイザーのほかに、リフレクティングを担当する人が1～3名ほど加わる。スーパーバイザー(相談者)が、スーパーバイザーに、取り上げたいテーマを語る。次に、スーパーバイザー、バイザーにそのテーマのどこに注目しながら話を聞いてほしいかを尋ねる。話したいテーマについて、スーパーバイザーは、スーパーバイザーに様々な視点から質問をして、スーパーバイザーに語ってもらう。この時のスーパーバイザーは無知の姿勢で、会話的質問⁹⁾を工夫しスーパーバイザーに問うことになる。

スーパーバイザーから、「あなたは、どんなことを期待して、その活動を続けているのだろうか?」「あなたのどんな価値観が、その取り組みを継続させているのだろうか?」「あなたのどんな体験と、そのことは結びついているのだろうか?」「この状況に、名前を付けるとしたらどうなるだろうか?」、さまざまな角度からの会話的質問が投げかけられた。また、DSには、リフレクティング・チームのセッションが入る。バイザーとバイザーの会話を、外からみて

ダイアロジカル・スーパーヴィジョン演習 (3~4 人)

ワークの前に、呼ばれた名前や今日この場に何と言われて参加しているか、どんなことができればいいと思っているかなどを最初に確認し合い、いい時間となるように準備する。

ワークのプロセス(60 分)

- 1) 役割分担：話し手 (1 人)、聞き手 (1 人)、リフレクティング担当 (1~2 人) に分かれる。
話し手は日常の気になることや心配事を話題として選択する。
- 2) 聞き手の役割：話し手が自由に話せるよう促し、リフレクティングのプロセスにも参加する。
- 3) シェア：最後に、全員で話し合いの意義を共有する。

ワークの手順

1. 話し手と聞き手の会話 (15 分) (リフレクティング担当は聞く)
・現時点で、話し手が自分の取り組みをどのように捉えていて、どのような点を検討したいのかを、ポイントに話してもらう。
・聞き手は必要に応じて、話し手がどんな風に感じているのか、どうしたいと思っているのか？これまではどのように取り組んできたのか、などが明確になるように質問する。また、なぜその状況が自分にとって問題なのかについて、説明してもらう。
2. リフレクティング I (8 分) (聞き手とリフレクティング担当が話す。)
認証する：話し手が取り組んだこと、取り組もうとしたこと、大切にしようとしたこと、望んでいそうなことなどを語り合う。そして、そのことに対する意味や価値、意義を認証する。
質問を考える：
・話し手が検討したい点にフォーカスしながら、詳細に聞いてみたい内容を挙げてみる。
3. 話し手と聞き手の会話 (8 分) (リフレクティング担当は聞く)
・どのように、リフレクティングを聞いたのかをたずねる。
・リフレクティングの質問に答えたいものだけに、答えてもらう。
4. リフレクティング II (8 分) (聞き手とリフレクティング担当が話す。話し手は聴く)
問題の見え方の多様性の共有：
・話し手の問題について、どのように見えているかを言葉にしてみる。
可能性の生成：
・リフレクティング担当は、話し手が取り組もうとしたこと、取り組めたかもしれないことなどを検討する。「〇〇を試してみる余地はあったのかな…」など、ためらいがちに伝える。
5. 話し手と聞き手の会話 (8 分)
リフレクティングの感想を再度聞き、問題の本質を再確認する。
6. 全員で振り返り (10 分)
全員が、自分の立ち位置で感じた意味や気づき、今後の取り組みに与える影響について話し合う。

図 1 ダイアロジカル・スーパーヴィジョン演習の進め方 (文献 14, 15 に基づいて筆者作成)

いて、感じたことを伝えてもらう。この時に、1 回目のリフレクティングセッションでは、理解のためにもっと教えてほしいこと (会話的質問) や、本人があたりまえを思っ流してしまっている言葉を、一旦拾上げて、大切に眺めるという機会となる。2 回目のリフレクティングは、他者からその体験がどのようにみえているのか、さらには「〇〇を試して

みる余地は、あるのだろうか…」とためらいがちに、可能性を生成するアイデアが提案される。スーパーバイザーには、これらの 2 回のリフレクティングを聞きながら、内省がおこる。

筆者が、スーパーバイザーとして体験した際に気がついたことは、決めつけられないこと、強いられない、十分に聞いてもらえるという安心感である。

支援者は聞いてもらえる機会が少ない。労われ、励まされながら、安心安全な環境の中で、内的会話が進んでいくことになる。

VI. 対話実践はネガティブ・ケイパビリティを最大限に活用する

オープンダイアログをはじめとする対話的なアプローチは、手段であって目的ではない。オープンダイアログトレーナーである岩波初穂医師によれば、「臨床家は、どう対話的な姿勢でその場に居続けられるのか。」「専門性とは何かを、どう問い続けることができるか。」といった姿勢が対話には必要と述べている¹⁷⁾。専門家の自分自身との対話が、オープンダイアログの本質として見えてくる。見通しのたたない状況下でその場に居続けられるということは、自らの「専門性」を更新しなおす作業であり、自分の「見方」を問い続ける作業でもある。すなわち、ネガティブ・ケイパビリティが最大限に活用されている場でもある。谷川⁵⁾は「自分を振り返る目」としてネガティブ・ケイパビリティを提案している。私たちは通常、原則的なものに従う傾向があるが、それだけではなく、よくわからないものや割り切れないものを掬い取る技術を高めることが求められていると指摘している。

相容れない価値観をもつ人々同士の対立から、お互いの差異を興味深く探求し協働し合うための対話の持続は、ネガティブ・ケイパビリティそのものと見て取れる。ハーレーンは、対話は必ずしも調和していると限らない。差異は日常の一部であり、非明確さ、あいまいさ、不確実性、誤解という緊張を誘発する。差異とそれらが生み出す緊張こそが、対話と共有された探求のリソースであると述べている¹⁸⁾。相容れなさや違いは、共同探求する気持ちに切り替えられた時には、むしろリソースとして必要なものになる。

ネガティブ・ケイパビリティの概念、「不可解な出来事や不確実な状況に直面した際に、表面的な理解や即座の対応を避け、問題解決を急がない能力」を、再度振り返ってみたい。「不可解な出来事や不確実な状況に直面した際に、それらは自分の立場(専門性)への問いを深める力であり、共同探求する力」

と言えないだろうか？社会構成主義では、この不可解な出来事や不確実な状況の中で、その先の未来をつくっていくのは、わたしたちの言葉であると考え¹⁶⁾。専門家の見立て、アセスメント、治療枠組み、介入などが中心となるモノローグ的なアプローチから距離を置き、対話的な姿勢をとるとどうなるだろうか？迷いの中にある人をアセスメントし、導くことだけが専門知ではなく(緊急事態では、道を教えた方がよいが)、迷いの中にある人がどのような迷い方をしているのか、混乱の中にある人がどのように混乱に至ったのか、何を目指したのか、その物語を教えてもらう。そのような対話を丁寧に続けるプロセスを通してでしか、見いだせない本質的なゴールがあることに気づかされる。

VII. おわりに

大学の学生相談に従事している。2024年4月より、私立大学においても合理的配慮の提供が義務化された。学生自身の困難感、社会モデルで考えた場合に、「わたしたちごと」になる。そこで、関係者を招き入れた対話の場を開く機会を増やした。建設的対話は、学生本人、教職員、カウンセラーで話し合われる。建設的対話とは、何度も何度も双方の情報をキャッチボールしながら、歩み寄っていくというようなプロセスになる。そこでは、「前例がない」ことや常識的に考えて対応困難となるテーマが多々ある。「前例がない」や「対応困難」とは、常識的に考えることで生じる。筆者らは、本人に言葉にしてもらうこと、どのように感じているのか、どのような世界に住んでいるのかを語ってもらう。そして、その場に教員や職員も同席してもらい、「場」の共有を通して、新たな可能性の生成を試みている。

しかし、障害学生を支援する部署の立ち上げは、理想論を掲げただけでは難しく、現実的には大きな障壁が立ちはだかる。筆者は、DSを通じた内省によって、直面している状況を、「冬きたりなば、春遠からじ。」と捉えることができた。どんなに働きかけても、投げかけても暖簾に腕押しで、放り出したくなるような状況の中にあっても、穏やかに現実的に対処する気持ちで、もう少し続けてみようかと決心ができた。筆者の一方的な理想論や倫理観を貫

くことを放棄して、反論する立場にある人の話をよく聞き、全員で作り上げることを始めたときに、ようやく進展がみられるようになった。

同僚に、「最近、珍しくアンコントラブルだったね」と言われるようになったが、筆者にとっては、褒め言葉に聞こえている。制御しようとすることを一度放棄できるようになったからだ。新しい会話の仕方は、新しい関係の結び方の可能性が潜んでいる¹⁹⁾。若松は、レーチェル・カーソンのセンスオブワンダーを、「何かを愛して、そしてその真実を見極めようとする『好奇心』のことである」と解説している²⁰⁾。見通しの立たない状況では、異なるローカルな文化を持っている人と対話をし、学んでいくといったワクワク感、センスオブワンダーが役立っている。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Maruyama, M.: The Second Cybernetica: deviation-amplifying Mutual casual Process. American Scientist. 51. 1963. 佐藤敬三 (訳): セカンド・サイバネティックスー逸脱増幅相互因果過程, 現代思想, 11 (12):198-214, 1984
- 2) 矢原隆行: リフレクティングの臨床社会学, 青土社, 東京, 2023
- 3) 帯木蓬生: ネガティブ・ケイパビリティ 答えない事態に耐える力, 朝日新聞出版, 東京, 2017
- 4) Rollins HE ed: The letters of John Keats Vols 1&2, Harvard University Press, 1958
- 5) 谷川嘉浩, 朱喜哲, 杉谷和哉: ネガティブ・ケイパビリティで生きる, さくら舎, 2023
- 6) 斎藤環: オープンダイアログがひらく精神医療, 日本評論社, 2019
- 7) 竹端寛: 「反・対話」の関係性を変える, 心理臨床と政治 信田さよ子, 東畑開人 (編), 150-156, 2024
- 8) Tom Erik Arnkil (著), 浅井伸彦 (監訳): DIALOGICAL SPACE 対話の空間を生み出すということ オープンダイアログ 未来語りのダイアログ 対話的实践が市民権を得ることへの挑戦, NPO 法人 ダイアログ実践研究所 事務局, 2019
- 9) ハーレーン・アンダーソン: 新装版 会話・言語・そして可能性, 金剛出版, 2019
- 10) 笠井清登: トラウマインフォームドケアを深める, 笠井清登 (責任編集) こころの支援と社会モデル, 笠井清登 (責任編集), 熊谷晋一郎, 宮本有紀, 東畑開人, 熊倉陽介 (編集), 金剛出版, 2023
- 11) 榊原英輔: Values-based Practice, 笠井清登 (責任編集) こころの支援と社会モデル, 笠井清登 (責任編集), 熊谷晋一郎, 宮本有紀, 東畑開人, 熊倉陽介 (編集), 金剛出版, 2023
- 12) メアリー・ボイル, ルーシー・ジョンストン (著) 石原孝二, 白木孝二, 辻井弘美, 西村秋生, 松本洋子 (訳): 精神科診療に代わるアプローチ PTMF, 北大路書房, 2023
- 13) Johnstone L, Boyle M: The power threat meaning framework: An alternative nondiagnostic conceptual system, J Humanistic Psychol. 0, 1-18, 2018
- 14) Alhanen K, Kansanaho A, Ahtainen OP: Dialogical Supervision: Creating A Work Culture Where Everybody Learns, Books on Demand, 2020
- 15) Paré, DA Audet C, Bailey J, Hatch K, Wong-Wylie C: Courageous Practice: Tales from Reflexive Supervision, Canadian Journal of Counselling, 38: 118-130, 2004
- 16) 国重浩一: もう一度カウンセリング入門, 日本評論社, 2021
- 17) 岩波初穂: ゆうりんクリニック家族療法基礎研修会資料, 2024
- 18) Harlene Anderson (Ed), Diane R. Gehart (Ed): Collaborative-Dialogic Practice Relationships and Conversations that Make a Difference Across Contexts and Cultures, Routledge,

2022

- 19) ケネス・J・ガーゲン (著), 鮫島 輝美 (翻訳),
東村知子 (翻訳): 関係からはじまる—社会
構成主義がひらく人間観, ナカニシヤ出版,
2020

- 20) 若松英輔: いのちの秘儀 —レーチェルカー
ソン「センスオブワンダー」の教え, 亜紀書
房, 2022

一般病棟における後期高齢者の生活機能に応じた看護実践と課題 —ICF モデルを用いた検討—

岡村勇飛* 小松美砂**

* 四日市看護医療大学 ** 相山女学園大学看護学部

According to the Life Function of the Late Elderly in the General Ward Nursing Practice and Challenges: Study Using the ICF Model

Yuhi Okamura* Misa Komatsu**

* Yokkaichi Nursing and Medical Care University ** Sugiyama Jogakuen University Department of Nursing

〈要旨〉

本研究は、一般病棟において看護師が実践している後期高齢者の生活機能に応じた実践内容と、実践に伴い生じている課題を明らかにし、ICF モデルを用い多側面から包括的に把握することを目的とした。研究参加者は後期高齢者に対して看護を実践している一般病棟の看護師 15 名であり、研究方法は質的記述的で半構造化面接にて実施した。

研究結果として、看護実践として【後期高齢者のその人らしさを生かした日常生活活動の継続】【後期高齢者の退院後の生活を見据えた多職種での協働】等、実践上の課題として【後期高齢者の意欲や状況に応じた活動への支援の困難さ】【後期高齢者の思いや意向を受けとめ尊重することの困難さ】等が明らかとなった。ICF モデルの各項目は相互に影響しているため、各項目の状況を把握し包括的にとらえることが必要であると示唆された。後期高齢者の心身機能や残存機能、強みを把握したうえで活動と休息への支援等、退院を見据え多職種間で連携し家族を含めた支援を行う必要があると考える。さらに、物理的環境とともに人的環境も含め安全に安心して入院生活を過ごすための環境整備や意思や固有の価値観を尊重した関わりが生活機能の維持・向上につながると思われる。一方で、後期高齢者の特徴を捉えるための学習会や対応が困難であった事例をチームで振り返る機会を設けるなど、知識や実践力を高めるための支援体制等を整える必要があると考える。

一般病棟	general ward
後期高齢者	late elderly
生活機能	life function
看護実践	nursing practice
課題	challenges

I. 諸言

近年、急速な高齢化が進行しており、医療や福祉だけでなく社会保障制度や財政など様々な問題が深刻化するなか、超高齢社会において健康寿命を延伸することは優先すべき課題といえる。現在まで高齢者の保健・医療・社会福祉への対策として、地域に

において包括的な支援やサービスを提供する地域包括ケアシステムの構築が推進されている¹⁾。

そのなかで健康寿命延伸に向け、看護において高齢者を支援する人材育成、ケアの質の向上、ケア体制の強化などが求められている²⁾。特に、多要因が絡む複雑な健康課題を持つ高齢者に対して、最善な

健康状態をもたらす看護支援を提供し、高齢者を 1 人の生活者としてとらえ、どのような場であっても経済面や衣食住を含む生活基盤の設備や心理面のケア、家族への支援とともに生活機能を高める必要性があると指摘されている³⁾。また、高齢者のできない部分や問題点ばかりに目を向けるのではなく、できることに着目しポジティブな視点を持ち、残存機能や生活背景からプラスの見方に転換していく必要性が示されている⁴⁾。

その人らしく生活することができるといった考えを基盤に 2001 年に提示された国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下 ICF) は生活機能、健康状態、背景因子の 3 つの要素から構成され、相互に関連する特性を持っている^{5) 6)}。それらモデル化したものを ICF モデルと称し、様々な医療分野や健康問題、対象者において活用されている。

特に、加齢に伴い心身機能の低下から様々な疾患に罹患するリスクが高くなる 75 歳以上の後期高齢者は予備機能の低下からも入院を契機に寝たきりや介護が必要になる場合や入院や治療によって認知機能の低下やせん妄症状が生じる場合がある。また、後期高齢者の長年積み重ねてきた生活習慣や価値観といった多様な背景も健康に多大な影響を与える要因となることから、ICF を用いて多角的な視点で後期高齢者の特徴をふまえた看護介入が必要であると考える^{7) 8)}。

回復期リハビリテーション病棟や在宅医療の場において生活機能に焦点を当てた研究は多くなされているが、一般病棟を対象にした研究は少なく、一般病棟の看護師がどのように高齢者の生活機能に応じた看護を実践しているかは明らかにされていない。症状や治療状況の変化で日常生活に支障が出やすく、経過や退院の予測が難しい一般病棟に入院する後期高齢者を看護実践するうえで特有の課題が生じると考える。

そのため本研究では、一般病棟において看護師が実践している後期高齢者の生活機能に応じた実践内容と、実践に伴い生じている課題を明らかにし、ICF モデルを用い多側面から包括的に把握することを目的とした。後期高齢者は生活機能の差異が大き

く、様々な要因で健康状態に多大な影響を及ぼすが、生活機能の視点から一般病棟における看護実践や課題を明らかにした先行研究はみられない。本研究結果は、後期高齢者の生活機能の維持・向上に向けた支援に活用することができるため独自性があると考ええる。

II. 用語の定義

生活機能：生きることの全体像を示す ICF は各要素相互に影響を与えることから、本研究では健康状態に影響を及ぼす生活機能を構成要素である身体構造・心身機能、活動、参加と環境・個人因子を含む背景因子から捉えることとする⁵⁾。

一般病棟：後期高齢者が疾患に対し、治療を目的に入院している場であり、一般病床 (医療法における病院の病床のうち、精神、結核、感染症、療養病床以外の病床) のうち ICU, CCU, NICU を除く病棟とする⁹⁾。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

半構造化インタビュー法による質的記述的研究とした。

2. 研究参加者

2 次・3 次救急に該当する一般病棟に勤務し、後期高齢者への看護を実践している看護師 15 名を対象とした。選定基準は自身で看護ケアを計画・実施・評価することが可能となり、1 つの問題だけでなく全体を捉え解決に向けた行動を理論的かつ分析的な思索のもと看護を提供できる 3 年目以上の看護師とした¹⁰⁾。

3. データ収集方法

後期高齢者への看護を実践している一般病棟を対象に機縁法により研究協力の依頼を行った。病院管理者および看護部長、病棟管理者の承諾を得て後、対象となる看護師に依頼文書と同意書を配布し、同意書の返送をもって同意とした。研究参加者に対し、新型コロナウイルス感染症拡大を考慮し、遠隔システムを用いてオンラインにて実施した。インタ

ビュー内容は研究参加者の同意を得た上で、IC レコーダーに録音した。データ収集期間は2022年1月から2022年7月であった。

看護師へのインタビューにおいては、基本属性を聴取するとともに後期高齢者の生活機能に応じた看護実践と課題を明らかにするために、ICFの構成概念をふまえてインタビューガイドを設定した。内容は、後期高齢者の身体・心理面をふくむ全体像をどのように把握し看護を行っているか、後期高齢者の入院生活での活動や退院後の役割に関して行っていることは何か等であった。インタビューでは常に、それらの看護や課題が後期高齢者に特有なものであるか、前期高齢者とどのように異なるかを確認し、研究目的に即した結果を得るよう留意した。

4. 分析方法

得られた看護師の語りを逐語録化し、一般病棟における後期高齢者の生活機能に応じた看護実践と課題について語られた箇所をコードとして抜き出し、意味内容の類似性に沿って質的帰納的にカテゴリ化を行った。生成したカテゴリはICFモデルを用いて、身体構造・心身機能、活動、参加、背景因子（環境因子・個人因子）の項目ごとに整理した。整理の際にはICFモデルに関する資料や文献を確認し、ICFモデルの示す項目の内容と生成したカテゴリとの類似性や相違性をふまえ指導教員とディスカッションを行い検討した。また、分析終了後には結果を研究参加者に提示し、メンバーチェックを行うことによって信用性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

本研究は三重県立看護大学研究倫理審査会の承認を得て実施した（通知書番号：213303）。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者はA県内の一般病棟のある3施設の男性3名、女性12名の計15名の看護師であり、平均年齢は 30.2 ± 6.2 歳、看護師経験年数は 8.0 ± 5.2 年であった。面接は一人につき1回実施し、一人当たりの平均面接時間は 51.7 ± 15.8 分、合計時間は

776分であった。

2. 一般病棟における後期高齢者の生活機能に応じた看護実践と課題

研究参加者の語りから、一般病棟における後期高齢者の生活機能に応じた看護実践としては627コード、31サブカテゴリ、10カテゴリが抽出された。看護実践上の課題としては198コード、17サブカテゴリ、5カテゴリが抽出された。以下、カテゴリは【 】、サブカテゴリ《 》、研究協力者の語りは「 / 」とし、ICFモデルの項目ごとに整理して記載する（図1）。なお、研究参加者の語りにおいて方言が強い箇所は一部修正して使用した。

1) 身体構造・心身機能に該当する看護実践と課題

看護実践として研究参加者は、「後期高齢者の思いを尊重しつつ、治療と折り合いがつけられるよう、治療の目的と必要性を説明している」と《後期高齢者が望む生活と治療に折り合いを付けられるような説明》をしていた。その他2サブカテゴリから【後期高齢者の身体状況に応じた治療環境の確保】のカテゴリが示された。また、「なるべく部屋に行き、五感を活用して、基礎疾患や複数の既往歴を持つ後期高齢者の全身状態を観察し、細かい変化を捉えるようにしている」と《後期高齢者との関わりを通じた心身機能の変化の把握》を行っていた。その他3サブカテゴリから【後期高齢者の心身機能の特徴をふまえた入院生活における支援】のカテゴリが示された。

看護実践上の課題としては、「せん妄や認知症の後期高齢者への関わりや予防に向けた支援といった看護の知識が十分に足りていない」と《せん妄や認知機能の予防に関する知識の不足》がみられた。その他2サブカテゴリから【後期高齢者の心身機能を的確にとらえ看護を提供する実践力の不足】のカテゴリが示された。

2) 活動

活動の看護実践として研究参加者は、「病棟のタブレットを使用して好きな曲を流したり、好きな事や習慣にしていることを続けられるよう関わってい

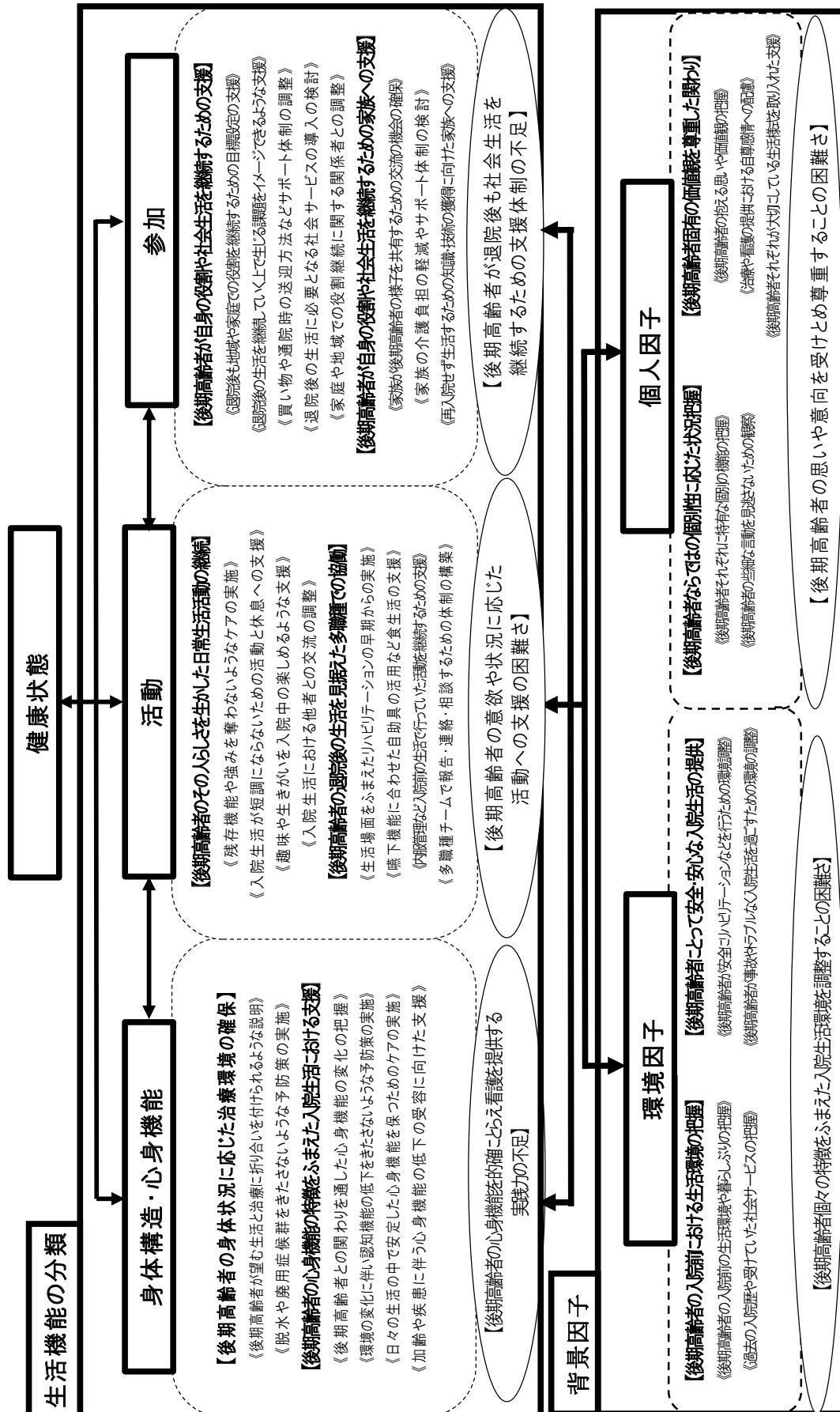


図1：一般病棟における後期高齢者の生活機能に応じた看護実践と課題

凡例：□ ICFモデルの構成要素・分類 → ICFモデルの影響・相互作用 □ 看護実践 ○ 課題 【】カテゴリ 《》看護実践のサブカテゴリ

る」と《趣味や生きがいが入院中の楽しみになるような支援》、その他3サブカテゴリから【後期高齢者のその人らしさを生かした日常生活活動の継続】のカテゴリが示された。また、「退院後も内服管理や家事が出来るよう、本人の能力に合わせた方法を医師や薬剤師とともに検討している」と《内服管理など入院前の生活で行っていた活動を継続するための支援》を行い、その他3サブカテゴリから【後期高齢者の退院後の生活を見据えた多職種での協働】のカテゴリが示された。

看護実践上の課題としては、「繰り返し・長期に渡る入院でリハビリなど活動に消極的な後期高齢者に活動意欲を持てるよう関わるのが難しい」と《苦痛や疲労のあるなか活動意欲を促す支援の困難さ》があり、その他3サブカテゴリから【後期高齢者の意欲や状況に応じた活動への支援の困難さ】のカテゴリが示された。

3) 参加

参加の看護実践として研究参加者は、「後期高齢者が地域や家庭の役割を退院後も継続できるよう、本人と目標を設定して達成に向け活動を促している」と《退院後も地域や家庭での役割を継続するための目標設定の支援》を行い、その他《家庭や地域での役割継続に関する関係者との調整》といった4サブカテゴリから【後期高齢者が自身の役割や社会生活を継続するための支援】のカテゴリが示された。また、「家族と交流できる機会が増えるようテレビ電話などを活用し、お互いの意思や役割を尊重して折り合いがつけられるよう話し合う機会を設けている」と《家族と入院中の状況を共有するための交流の機会の確保》を行っていた。その他2サブカテゴリから【後期高齢者が自身の役割や社会生活を継続するための家族への支援】のカテゴリが示された。

看護実践上の課題としては、「後期高齢者にとって何が大切か看護師や医師など多職種で考えが異なるため方向性の統一が必要であるが、多忙で情報の共有が図れていない」と《多職種間の方向性の統一や情報共有の不足》を感じ、その他3サブカテゴリから【後期高齢者が退院後も社会生活を継続するための支援体制の不足】のカテゴリが示された。

4) 背景因子（環境因子・個人因子）

環境因子における看護実践として、《後期高齢者の入院前の生活環境や暮らしぶりの把握》や《過去の入院歴や受けていた社会サービスの把握》のサブカテゴリから【後期高齢者の入院前における生活環境の把握】のカテゴリが示された他、研究参加者は「後期高齢者が安全にリハビリを含めた日常生活が送れるよう適した服装、環境を整えている」と《後期高齢者が安全にリハビリテーションなどを行うための環境調整》を行い、その他《後期高齢者が事故やトラブルなく入院生活を過ごすための環境の調整》のサブカテゴリから【後期高齢者にとって安全・安心な入院生活の提供】のカテゴリが示された。課題としては、「様々な年代や疾患、治療を受けている一般病棟に入院する患者のなかから後期高齢者と関わる時間や人員を十分に割くことが難しい」と《関わる時間や人材確保の困難さ》があり、その他《個々の筋力や認知機能といった個別の特徴に合わせた環境調整の困難さ》のサブカテゴリから【後期高齢者個々の特徴をふまえた入院生活環境を調整することの困難さ】のカテゴリが示された。

個人因子における看護実践として、《後期高齢者それぞれに特有な個別の機能の把握》や《後期高齢者の些細な言動を見逃さないための観察》のサブカテゴリから【後期高齢者ならではの個別性に応じた状況把握】のカテゴリが示された。また、研究参加者は「年を積み重ね慣れ親しんだ、馴染みのある思い出や物事を日常生活支援に取り入れている」と《後期高齢者それぞれが大切にしている生活様式を取り入れた支援》を行い、その他2サブカテゴリから【後期高齢者固有の価値観を尊重した関わり】のカテゴリが示された。課題としては、「苦痛のある後期高齢者に日々の心身機能や状態の変化を些細な表情や言動から捉えることが難しい」から《苦痛や悩みといった状況の把握や対応の困難さ》があり、その他3サブカテゴリから【後期高齢者の思いや意向を受けとめ尊重することの困難さ】のカテゴリが示された。

V. 考察

本研究結果から、研究参加者が特に後期高齢者であるからこそ意識して実践している看護とその課題を捉えている内容が具体的に示された。ICF モデルの各項目は相互に影響しているという特性を持つことから、ここでは項目ごとに生活機能に応じた看護実践とその課題、一部相互作用について考察する。

1. 身体構造・心身機能に応じた看護実践と課題

治療のために一般病棟に入院する脱水や廃用症候群のリスクの高い後期高齢者は様々な疾患を有し、予備機能が低く症状も個々で異なる。生活背景や価値観も多様であるため、それら症状がきたさないような【後期高齢者の身体状況に応じた治療環境の確保】として予防策を実施し、本人の望む生活と療養生活の折り合いを付けられるよう丁寧に説明することが必要と思われる¹¹⁾。また、入院環境によって認知機能の低下や悪化、せん妄や不穏症状の出現リスクの高い後期高齢者に対し、心理面や認知機能の変化をとらえ、予防に向けた対策を行う必要があるとされていることから、【後期高齢者の心身機能の特徴をふまえた入院生活における支援】を行うことで円滑に治療が進み早期離床・退院につながると考える¹²⁾。

【後期高齢者の心身機能を的確にとらえ看護を提供する実践力の不足】の課題に対し、後期高齢者は複数の既往歴や加齢現象も関連しているため症状を限定することが困難であり、廃用症候群や疾患の急性増悪のリスクも高いとされている³⁾。そのため後期高齢者における身体構造や心身機能の変化の影響を捉え、治療に専念できるよう状態に合わせた療養環境の調整や活動支援につなげるための学習会や予測や対応が困難であった事例をチームで振り返る機会を設けるなど、専門看護師や認定看護師と協働し予防や対策について知識や実践力を身に着ける機会の提供の必要性が示唆された。

2. 活動に応じた看護実践と課題

日常生活動作だけでなく入院生活に刺激を与えることが重要とされていることから、日常生活が単調にならないよう後期高齢者に合わせたバランスの取

れた活動・休息の支援が必要である³⁾。後期高齢者の残存機能や強みを生かし趣味や生きがいを取り入れた支援や交流の場を調整して活動の輪を広げることで【後期高齢者のその人らしさを生かした日常生活活動の継続】につながると考える。また、早期退院につなげるために早い段階から運動や食事、内服管理といった日常生活1つの場面をリハビリテーションととらえることも重要となる¹³⁾。特に医師や薬剤師、リハビリテーションを行う療法士、栄養士、ソーシャルワーカー、認知症看護や摂食・嚥下障害看護の認定看護師などが多職種チームとなり報告・連絡・相談するための体制の構築し、【後期高齢者の退院後の生活を見据えた多職種での協働】を行うことで一貫した支援を実践する必要があると考える。

【後期高齢者の意欲や状況に応じた活動への支援の困難さ】の課題に対し、活動は身体構造や心身機能の影響を受け、本人の意欲が伴わないと進めることができないことから、ICF モデルの活用により後期高齢者を包括的にとらえ、身体状況や思いを把握する必要があると考える。後期高齢者の個々が持つ価値観や今まで積み重ねてきた習慣といった背景を把握し情報共有を多職種間で行い、入院している現在のことだけでなく退院以降の活動を見据えた支援の方向性を統一することがより良い看護実践につながると考える。

3. 参加に応じた看護実践と課題

後期高齢者の多くが最期は自宅で過ごしたいと希望していることから、退院を見据えた目標の設定やそこで生じる課題を具体的にイメージできるよう支援することが必要である¹⁴⁾。入院で家や地域での役割を継続できない【後期高齢者が自身の役割や社会生活を継続するための支援】を関係者と行い、また、買い物や通院時の送迎方法などの具体的なサポートや社会サービスを調整することで不安の軽減につながると考えられる¹³⁾。また、後期高齢者を支える家族に対し、入院の状態の変化や日常生活の暮らしぶりを知ってもらえるよう交流の機会を確保し、【後期高齢者が自身の役割や社会生活を継続するための家族への支援】につなげる必要があると思

われる。特に後期高齢者の家族も高齢である場合もあるため、介護能力や協力体制など情報を把握し、家族の負担を少しでも軽減でき、希望する生活が続けられるよう生活に関する知識や技術の獲得に向けた支援が必要と考える。

【後期高齢者が退院後も社会生活を継続するための支援体制の不足】の課題に対し、複数の疾患、多様な生活背景を持つ後期高齢者は治療計画通りに進まないことが多く、多職種間の方向性の統一や情報共有の不足が生じやすいと思われる。また、新型コロナウイルス感染症の影響で医療がひっ迫した状況で面会制限により後期高齢者家族と関わる機会も減り限られた時間のなか、退院を見据え本人の入院前も含めた生活状況や背景、その思いといった情報を聴取することが必要と思われる。社会生活が今後も継続できるよう後期高齢者を支える家族やサービス体制といった周囲の取り巻く環境も捉え、支援につなげていることからICFモデルの身体構造や心身機能、活動、背景因子とすべてが相互に影響するため、それぞれの状況を的確に把握し、参加を阻害する要因を軽減するよう、多職種連携のもと退院後の生活を見据えた支援を実施する必要性が示唆された。

4. 背景因子（環境因子・個人因子）に応じた看護実践と課題

後期高齢者にとって入院とは今まで住み慣れた生活環境から一変した環境であり、その寂しさや孤独とを感じる環境が原因でせん妄や認知症を助長するリスクが高くなるとされている¹⁵⁾。そのため入院前の生活環境に近づけられるよう【後期高齢者の入院前における生活環境の把握】し、事故やトラブルが起きないよう徹底した予防策を実施し【後期高齢者にとって安全・安心な入院生活の提供】を行う必要があると示された。また、入院により予測できない突然の出来事で様々な不安や悩みを抱える【後期高齢者ならではの個別性に応じた状況把握】するため、入院時から些細な言動を見逃さないよう観察し、入院中や退院後の生活に反映されるよう【後期高齢者固有の価値観を尊重した関わり】が求められる。入院により出来ない事が増え、様々な制約のある生活

のなかで慣れ親しんだ物や思い出など後期高齢者それぞれが大切にしている価値観を生活に取り入れ、尊厳が損なわれない安心した入院生活を提供することが必要であると考ええる。

一方で後期高齢者は大切な人との別れといった多くの喪失体験を重ね、心身機能や地域や家庭の役割の変化など様々な要因から生じる苦痛や悩みを抱えている¹⁶⁾。そのなかで【後期高齢者個々の特徴をふまえた入院生活環境を調整することの困難さ】や【後期高齢者の思いや意向を受けとめ尊重することの困難さ】の課題に対し、物的環境の調整だけでなく苦痛や希望を傾聴し思いに寄り添った関わりがとれるよう家族や医療者を巻き込んだ人的環境を調整することも必要と思われる。個々の健康状態を捉えてうえで物的・人的環境を両側面から調整できるよう後期高齢者と関わる時間や人材を十分に確保し課題に対して、刻々と変化する後期高齢者の心身機能や活動能力の変化を見逃さないよう、病棟単位・病院単位と組織的に物的・人的環境の両側面から調整に取り組む必要があると考える。

VI. 結論

一般病棟における後期高齢者の生活機能に応じた看護実践と課題についてICFモデルを用いて検討した結果、看護実践として【後期高齢者のその人らしさを生かした日常生活活動の継続】【後期高齢者の退院後の生活を見据えた多職種での協働】などで、実践上の課題として【後期高齢者の意欲や状況に応じた活動への支援の困難さ】【後期高齢者の思いや意向を受けとめ尊重することの困難さ】などが明らかとなった。ICFモデルの特性にある相互関係についても各項目の状況を把握し包括的にとらえることが必要であると示唆された。

本研究の限界として、一般病棟に勤務する看護師がICFモデルを用いて多角的な視点で後期高齢者をとらえることでより質の高い看護実践の一助となると示唆されたが、研究参加者は県内3施設の一般病棟の看護師であり限られた地域における分析結果となっている。今後は対象者を拡大し検討していく必要があると考える。

【利益相反】

本研究における利益相反はない。

【謝辞】

本研究にご協力いただきました看護職者の皆様、および対象施設の看護管理者の皆様に心より感謝いたします。また、本研究は2023年三重県立看護大学大学院看護学分野に提出した修士論文の1部を加筆・修正したものである。

【文献】

- 1) 百瀬由美子：6. 超高齢社会に求められる老年看護の役割, 老年医学会雑誌, 53 (1): 47-51, 2015
- 2) 中島紀恵子：老年看護の過去・現在・未来, 日本老年看護学会雑誌, 16 (1): 5-12, 2011
- 3) 堀内ふき, 諏訪さゆり, 山本恵子 (編)：老年看護学①高齢者の健康と障害第6版, 50-75, ナーシング・グラフィカ, 大阪, 2022
- 4) 小木曾加奈子：地域包括ケアにおける高齢者に対するシームレスケア, 9-44, 学文社, 東京, 2019
- 5) 障害者福祉研究会 (編)：国際生活機能分類 (ICF) 国際障害分類改定版, 3-23, 中央法規, 東京, 2002
- 6) 大冢賀政昭：国際生活機能分類 (ICF) をめぐる状況と活用に向けた展望, 保健医療科学雑誌, 67 (5): 480-490, 2018
- 7) 上田敏：国際生活機能分類 (ICF) とリハビリテーション医学の課題, リハビリテーション医学, 40: 737-743, 2003
- 8) 鈴木隆雄：高齢者における生活習慣変容の意義と限界 - 生活習慣病予防と介護予防の戦略を考える -, 日本臨床, 68 (5): 953-968, 2010
- 9) 厚生労働省：病棟単位でみた一般病床の現状について, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002pgwk-att/2r9852000002ph0u.pdf> 検索日 2022 年 12 月 2 日
- 10) Benner P, Tanner C, Chesla C: Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment and Ethics, Springer Publishing Company, 2009 (早野 ZITO 真佐子訳：ベナー看護実践における専門性 - 達人になるための思考と行動 -, 医学書院, 東京, 2015)
- 11) 加藤真紀, 竹田恵子：高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー, 日本看護研究科学雑誌, 40 (4): 685-694, 2017
- 12) 浦島尚子, グライナー智恵子, 岡本菜穂子：急性期病院で必要とされる認知症看護実践能力, 日本看護科学雑誌, 40: 448-456, 2020
- 13) 村木敏明：高齢者ケアに生かすりハビリテーション：作業療法による虚弱・認知症高齢者支援の考え方, 老年看護学雑誌, 18 (2): 5-18, 2014
- 14) 内閣府：令和元年版高齢社会白書 - 高齢期の生活に関する意識, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s_1_3_1_4.html 検索日 2022 年 12 月 16 日
- 15) 北井園子, 長畑多代：急性期治療下において低活動型せん妄を呈する高齢患者への看護実践, 大阪府立大学看護学雑誌, 27 (1): 41-50, 2021
- 16) 岡本佳也：骨・関節疾患術後高齢者が退院に際して抱く不安の分析, 老年看護学雑誌, 24 (2): 96-105, 2020

冠動脈バイパス術後壮年期男性の就労継続の困難感と対処に関する体験 —治療と仕事の両立が困難な職場環境にある就業者に焦点を当てて—

北林真美* 吉田詩織**

*日本赤十字秋田看護大学 **東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野

Experiences of Difficulty in Continuing to Work and Coping Skills of Middle-aged Men after Coronary Artery by Pass Surgery:

Employees Whose Work Environment Makes it Difficult to Balance Treatment and Work

Mami Kitabayashi* Shiori Yoshida**

*Japanese Red Cross Akita College of Nursing

**Department of Nursing Oncology, Tohoku University

〈要旨〉

目的：治療と仕事の両立が困難な職場環境にある冠動脈バイパス術後壮年期男性の就労継続の困難感と対処に関する体験を明らかにし、必要な看護支援を検討する。

方法：治療と仕事の両立が困難な職場環境にある者として農業および中小企業の就業者5名に半構造化面接を行い、質的記述的分析を用いた。

結果：就労継続の困難感は【仕事上の人間関係や立場の変容による困惑】【強い身体的負荷や不十分な収入による体調管理への困難さ】【身体症状と仕事内容の不均衡】の3カテゴリ、対処は【健康的な生活を送るための調整】【人間関係の再構築】【罹患による自己や健康に対する認識の変化】の3カテゴリが示された。

結論：対象者は就労継続の困難を感じながらも、健康的な生活を送るための調整、人間関係の再構築を行っていた。これは、罹患による自己や健康に対する認識の変化によるものと考えられる。今後、看護師には、治療と仕事の両立に向けたサポートを行う身近な医療職であることを発信し、両立支援の知識提供や職場との関わり方の支援、医療と職場をつなぐ専門職と連携することが求められる。

虚血性心疾患	ischemic heart disease
冠動脈バイパス術	coronary artery bypass surgery
中小企業	small and medium-sized enterprises
一次産業	primary industry
両立支援	balance between work and treatment

I. 序論

本邦における虚血性心疾患の死亡割合は、症状増悪時の搬送時間の短縮や治療技術の進歩、心臓リハビリテーションの充実により、1990年の20.2%から、2000年以降は15.0%台に減少した¹⁾。しかし、虚血性心疾患の死亡率は心疾患の約4割を占めること

から¹⁾、対策の重要性が高い。虚血性心疾患の誘因となる代謝性疾患や高血圧症は、40歳代後半から増加するため¹⁾、壮年期の虚血性心疾患罹患率の増加が危惧される。特に、壮年期虚血性心疾患男性は、社会的孤立やうつ病、不安に加え、食事療法や運動療法、薬物療法といった二次予防対策の非遵守が課

題となっている²⁾。そのため、再入院の予防や長期的な予後の向上に向け、社会復帰後の支援が重要になる。

壮年期虚血性心疾患男性の二次予防対策の非遵守の要因は次の2点が考えられる。1点目は、在院日数の短縮化により、患者の疾患管理能力であるセルフマネジメントが不十分な状態で退院する患者の増加である。二次予防を目的とした心臓リハビリテーションは、心機能に合わせた運動耐容能の把握、栄養・体重・血圧等の管理、心理的・社会的側面の管理と多岐に渡り、かつ個別性が高い。一方で、2017年の平均在院日数は、病院が30.6日と2014年から減少しており¹⁾、退院後のセルフマネジメントをいかに継続していくかが重要な課題である。

2点目は、虚血性心疾患をもつ就業者が労働環境の調整を行う可能性が低いことである。虚血性心疾患患者は努力家、責任感が強い、完璧主義、頑固というタイプA型行動が多い³⁾といった特徴を持つため、仕事と休息のバランスの崩れを招き、過労状態に陥りやすい⁴⁾。特に、虚血性心疾患の中でも冠動脈バイパス術は良好な生命予後に繋がると報告されるが、経皮的冠動脈形成術と比較して、身体的侵襲が大きく入院期間が長いことによる社会復帰の遅れや⁵⁾、創部のつっぱり感などによる行動の不便さ⁶⁾が就労に影響を与えている。冠動脈バイパス術を受けた患者の退院後の治療は、外来通院による心臓リハビリテーションが中心で、頻回な受診や身体的負担が大きい外来治療は不要であることから、がんや脳血管疾患に比べて時差出勤や所定内労働時間の短縮などの制度利用率は低い⁷⁾。このため、心臓リハビリテーションは退院後の包括的疾患管理プログラムとして重要であり⁸⁾、その定着が重要な課題である。

東北地方における就業者の特徴には、農業就業者が全国の約18%を占め⁹⁾、中小企業における企業数や常用雇用数、従業者総数の割合が、関東地方と比較して高いことがある¹⁰⁾。農業は、労働時間や休憩、休日といった事項が労働基準法の適用外である。また、正職員規模が小さい企業になるほど傷病休暇制度が整備されてない¹¹⁾。そのため、東北地方の農業および中小企業に従事する多くの就業者

は、治療と仕事を両立する就労環境の整備が十分ではないことが考えられる。加えて、東北地方は人口減少や少子高齢化、生産年齢人口の減少が進んでおり¹²⁾¹³⁾、慢性的に労働力不足の問題を抱えていると推測される。よって、東北地方において冠動脈バイパス術を受けた農業および中小企業に就業する壮年期男性は、治療と仕事の両立が困難な職場環境にあり、治療と仕事の両立に困難を抱えていることが推察される。しかし、虚血性心疾患心疾患患者の復職に関する先行研究は、治療法や職種、地域⁶⁾¹⁴⁾¹⁵⁾を限定しておらず、東北地方の農業および中小企業の就業者を対象としていない。また、両立支援の認識に関する先行研究は、実際に治療を受けた者を対象としていない¹⁶⁾¹⁷⁾ことから、治療を受けている壮年期男性の困難や対処は明らかではない。

本研究の目的は、治療と仕事の両立が困難な職場環境にある冠動脈バイパス術後壮年期男性として、東北地方の農業および中小企業に就業する対象者の就労継続の困難感と対処に関する体験を明らかにし、必要な看護支援を検討することである。本研究により、冠動脈バイパス術を受けた就業者の疾病増悪を予防するセルフマネジメント支援への示唆が得られると期待される。

II. 用語の定義

壮年期は、Eriksonの発達段階における壮年期(40～64歳)とする。

就労継続は、就業形態等に変更があっても冠動脈バイパス術施行前と同様の職場に就労することとする。

中小企業就業者は、中小企業基本法¹⁸⁾で定められている基準を満たした企業に従事する者とする。

農業就業者は、基幹農業従事者(自営で農業に従事する者)とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究を用いた。

2. 対象者の選定

適格基準は、1)虚血性心疾患に対して冠動脈バ

イパス術後に外来通院をしている、2) 農業および中小企業に就業している、3) 壮年期男性とした。除外基準は、1) 手術前から無職、または、2) 手術後に復職しなかった者とした。対象者は、適格基準および除外基準を全て満たした者とした。選定施設は、一般社団法人日本循環器学会に登録している東北地方の循環器研修施設・研修関連施設のうち協力が得られた3施設とした。

3. 調査期間

2019年10月～2019年12月

4. データ収集方法

調査方法はインタビューガイドに基づく半構造化面接法とし、対象者の承諾を得てICレコーダーで録音した。インタビューの所要時間は平均38分(範囲:30～45分)だった。インタビュー内容は、①年齢、職種、業種、入院期間、自宅療養期間、復職後の年(月)数、配偶者の有無、②就労継続における困難感、③就労継続によって生じた自分自身や周囲の変化、④困難感を乗り越えられたきっかけや支え、⑤就労を継続していくことができる理由や工夫とした。

5. データ分析方法

初めに録音した面接内容の逐語録を作成した。その後、全体の文脈を把握し、就労継続における困難および対処を語っている部分の意味を損なわないようにすべて抽出して、素データとした。素データの内容を保ったまま簡潔な表現に変換したものをコードとした。コードの意味内容の共通性を解釈してまとめたものに名前をつけ、サブカテゴリとした。サブカテゴリを比較検討しながら類似したものを統合しカテゴリとした。語りの意味がくみ取れるように文脈を考慮しながらコードとして抽出した。コード、サブカテゴリ、カテゴリそれぞれの分析過程において、逐語録と分析結果が真実であることの信頼性を確保するために、質的研究に精通している共著者と結果の洗練を目指した。

6. 倫理的配慮

本研究は、所属施設研究倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号29-106)。研究協力施設より適格基準および除外基準を満たした候補者の紹介を受けた。候補者の最終的な選定は、インタビューの時点で研究者が実施した。研究参加は自由意思であり、同意の撤回は可能とした。さらに、匿名性を保持し、面接中の体調不良が生じた場合の面接中断や、データ管理、結果の公表等について文書および口頭で説明し、文書にて同意を得た。面接は、対象者が通院する病院内のプライバシーが保たれるよう個室で実施した。

IV. 結果

1. 対象者の属性

対象者5名の平均年齢は53.4歳、入院期間41日、自宅療養期間71日、復職後の月数11.8か月、全員が既婚者で配偶者と同居していた(表1)。対象者の職種や手術時期によって復職までの自宅療養期間が30～180日間とばらつきがあった。自宅療養期間が180日と最も長いA氏は、農作業繁忙期終了直後に手術を受け、その後から春季にかけて自宅療養をしていた。

2. 治療と仕事の両立が困難な就労環境にある冠動脈バイパス術後壮年期男性の就労継続に関する困難感の体験

全対象者の逐語録を分析した結果、3カテゴリ、11サブカテゴリ、31コードが抽出された。カテゴリは【 】サブカテゴリを〈 〉、素データは「 」で示した(表2)。

1) 【仕事上の人間関係や立場の変容による困惑】

対象者は「手術前は、部下に“ああだ、こうだ”と教えていたのに、今ではそれができないから、俺って必要なのかな」と〈仕事で不必要だと認識されることへの恐れ〉や「タバコを吸っている時って、ふっと息が抜けるでしょ。そんな時に人の本音が聞けるのに、もうそれができない」と〈体調を心がけることにより付き合いが悪いと思われることへの不安〉を感じていた。また、「今まで人に頼ったことも弱音を吐いたこともなかった。それが自分にとって誇

りだった。だから、人に仕事ををお願いすることにごく抵抗がある」と〈罹患前のように仕事ができない悔しさ〉や「同僚も忙しいのに申し訳ない」と〈同僚へ仕事を依頼する申し訳なさ〉を語った。

2) 【強い身体的負荷や不十分な収入による体調管理への困難さ】

対象者は「夜勤があったり、遅くまで仕事をしたりで、体調のコントロールが難しい」と〈体調管理には不適切な仕事環境〉にあった。また、「復職したばかりの頃は診断書を提示していたので仕事の負荷を抑えてもらうことができたが、今は入院前のような仕事をしなければいけない」と〈身体的負荷が強い仕事内容への不満〉や「収入から考えても、毎食バランスのいい食事はできない」と〈体調管理には不十分な収入〉であること、「早朝勤務のために冷凍食品やコンビニ弁当の食事を摂らざるを得ない」と〈仕事上のストレスによる食生活の乱れ〉を語った。

3) 【身体症状と仕事内容の不均衡】

対象者は「重量物の取り扱いや長い時間の運転をしています。そのせいか、疲れや息が切れを感じます」と〈就労により自覚する症状への不安〉や「これといった自覚症状はないので、逆に怖いですね」という〈無症状による病状悪化への不安〉、「多少無理をしても気になる症状はないので、治ったかなと勘違いすることがあります」と〈無症状による完治の誤解〉を語った。

3. 治療と仕事の両立が困難な就労環境にある冠動脈バイパス術後壮年期男性が就労に抱く困難感への対処

分析の結果、3カテゴリ、9サブカテゴリ、30コードが抽出された（表3）。

1) 【健康的な生活を送るための調整】

対象者は「有給休暇などを利用して、ストレスを抱えこまないように気を付けています」と〈体調管理に配慮した就業の調整〉や「これまでは空いた時間があれば“何かできることはないか”とせっかちに行動していたが、今はしっかり休むようにしている」と〈十分な休息時間の確保〉を行っていた。また、「飲み会で“もっと飲もう”とか言われるけど、病気のことを話してお断りしている」と〈飲酒や喫煙の場における周囲理解の調整〉や「入院中に看護師さんから聞いた話を生活の参考にしている」と〈入院中に得た情報の生活管理への取り入れ〉、「基本はバランスのよい食事を心掛けるけど、嗜好品もたまには交えようって。生真面目に指導に縛られることをやめるようにした」と〈無理のない食生活管理〉を実施していた。

2) 【人間関係の再構築】

対象者は「これまでも妻や部下に感謝はしていたけど、ちゃんと表現していなかった。今は、感謝の気持ちを言葉で伝えるようにしている」と〈家族や仕事仲間の理解への感謝〉を示していた。また、「“今日は疲れているな”って思う時は、遠慮しないで人に相談し、仕事を代わってもらうようにしている」と〈周囲へ体調管理の必要性に関する情報共有〉をしていた。

3) 【罹患による自己や健康に対する認識の変化】

対象者は「職場は自分の席を空けて待っていてくれた。これからはがむしゃらに頑張るのではなく、職場に迷惑をかけないようにしっかり健康管理をして、職場に貢献したい」と〈健康の大切さの自覚〉をし、「あんな大きな手術を乗り越えて生きているんだから、強く生きているような気がする」と〈手術経験を自分自身の成長の糧にする思考〉を語った。

表 1 対象者の属性

ID	年齢	職種	業種	入院期間	自宅療養時期	復職後の年(月)数	配偶者
A	60代前半	専業農家	農作業	35日	180日	2年	有
B	40代半ば	会社員	事務(夜勤あり)	40日	30日	6か月	有
C	40代後半	会社員	運送	25日	60日	2か月	有
D	60代前半	兼業農家	事務・農作業	45日	45日	1年	有
E	50代前半	会社員	建築	60日	40日	1年3か月	有
平均	53.4歳			41日	71日	11.8か月	

表2 治療と仕事の両立が困難な就労環境にある冠動脈バイパス術後壮年期男性の就労継続に関する困難感の体験

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
仕事上の人間関係や立場の変容による困惑	仕事で不必要だと認識されることへの恐れ	自分は必要とされていないのではないかと悩む 周りの人の重荷になっている リストラの対象になるのではないかと心配になる 部下に模範を示すことができず悔しい 健康な同僚と同じような扱いを受けたい
	体調を心がけることにより付き合いが悪いと思われることへの不安	機会飲酒を減らしたことでコミュニケーション機会が減った 禁煙をしたことで喫煙場所での情報交換の機会が減った 健康な食生活のために飲み会を断ると同僚に付き合いが悪いと思われる
	罹患前のように仕事ができない悔しさ	入院前の自分には戻れないことに気づき悔しい 仕事内容を変更しなければいけないほど体力が落ちて悔しい 一人でできていた力仕事ができなくなり悔しい
	同僚へ仕事を依頼する申し訳なさ	仕事を代わってもらう度にお断りしなければならず申し訳ない
強い身体的負荷や不十分な収入による体調管理への困難さ	体調管理には不適切な仕事環境	自由裁量が少ない業務のため体調に応じた調整がしにくい 従業員不足により休みをとりにくい 医師に指導された範囲を超えて長時間運転や荷物運搬が必要になる 長時間の運転により休憩がとりにくい 昼食に時間を十分に取れない 早朝勤務や外勤によって偏食になる
	身体的負荷が強い仕事内容への不満	重量物を取り扱うため身体的な疲労が強く、もう少し楽な仕事に変更できないか不満がある こまめに休息することが難しく身体を休めらず、仕事体制や内容に不満がある
	体調管理には不十分な収入	夜勤を伴う不規則な勤務形態のため疲れが溜まりやすい 発症前の仕事と同じ重労働を行わなければいけないことに不満がある 術後に就労状況の変更が必要になり収入が減少しただけでなく、治療費への支払いによる経済的負担がある 野菜を追加して取り入れるといった栄養バランスを考えた食事をするほどの収入がない
	仕事上のストレスによる食生活の乱れへの懸念	仕事の疲労感から塩分の濃い食事を食べていることはダメだと思っている 仕事のストレスを解消するために飲酒多くしてしまうことはよくないと思っている
	就労により自覚する症状への不安	重量物運搬時に創部の痛みやつっぱり感がある 血圧が安定せず不安になる 作業負加によって疲労感と息切れが増えて不安になる
身体症状と仕事内容の不均衡	無症状による病状悪化への不安	無症状なため症状を見逃しているのではという不安になる時がある
	無症状による完治の誤解	超過勤務を行い、症状が出なかった時に完治した誤解することがある
3 カテゴリ	11 サブカテゴリ	31 コード

V. 考察

本研究は、東北地方の農業および中小企業に就業する冠動脈バイパス術後壮年期男性にインタビュー調査を実施し、治療と仕事の両立が困難な職場環境にある対象者の困難感と対処を明らかにした。冠動脈バイパス術を受けた者は、社会的な役割を遂行する上で身体を第一に考えることに困難を抱きながらも、周囲の気遣いを受けながら自己管理行動を継続している¹⁴⁾。本研究対象者においても、【仕事上の人間関係や立場の変容による困惑】と【身体症状と

仕事内容の不均衡】といった困難感を体験し、その対処として【健康的な生活を送るための調整】や【人間関係の再構築】を行っていることが明らかになった。本研究における新たな知見は、就労継続の困難感の体験には、【強い身体的負荷や不十分な収入による体調管理の困難さ】があり、対処には【罹患による自己や健康に対する認識の変化】があったことである。

【強い身体的負荷や不十分な収入による体調管理の困難さ】が抽出された背景には、中小企業従業者

表3 治療と仕事の両立が困難な就労環境にある冠動脈バイパス術後壮年期男性が就労に抱く困難感への対処

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
健康的な生活を送るための調整	体調管理に配慮した就業の調整	体力的に難しい仕事は代わってもらえるように依頼する 達成可能な範囲の仕事量を調整する 多少の体調変化に対応できるように仕事を詰め込まない 治療との両立ができるように就労形態を調整する 休暇を取得し無理のないように出勤日を調整する 有休休暇や時短勤務制度を積極的に活用する 自分の体調に適した新しい仕事内容や楽しい趣味を発掘する
		段階的に活動量を増やし、体力を回復する 車内など一人の時間を利用した休息時間の確保する 規則を守って休憩時間内はしっかり休養する 現在の体力や健康を維持できるように休んだり、人に頼んだりして健康管理する
	十分な休息時間の確保	禁煙・飲酒制限の必要性について周囲の理解を得る 飲酒制限を仲間に宣言した上で、飲み会に参加する 喫煙所やお酒の場以外でコミュニケーションがとれるように誘う
	飲酒や喫煙の場における周囲理解の調整	入院中に得た情報の生活管理への取り入れ 既に退院した同じ疾患、同年齢の患者のよい生活を真似する
	無理のない食生活管理	嗜好品も取り入れながらバランスの良い食事をする 予算の範囲内で食べられるバランスの良い食事を見つける
人間関係の再構築	家族や仕事仲間の理解への感謝	家庭への経済的負担をかける妻に感謝する 食事管理や体調を気遣う家族に感謝の気持ちを伝える 早く仕事を調整してくれる同僚や部下へ感謝の気持ちを伝える
	周囲へ体調管理の必要性に関する情報共有	病気が完治しているという周囲の誤解を修正する 自分の症状や体力について職場の理解を得る
罹患による自己や健康に対する認識の変化	健康の大切さの自覚	健康管理ができていないことは他者に迷惑をかけることに気がつく 安定的かつ長期間就労するために体調の自己管理は大切だと思う 一家の主である責任に気がつき、自分の健康を大切に思うようになった 社内で自分が必要な人間であることを自覚する
	手術経験を自分自身の成長の糧にする思考	大手術を乗り越えた自分は、困難があっても強く生きていけると思う 手術よりも大変なことは多くないと明るい将来を想像する 術後は弱い立場にある人の気持ちを推し量るようになった
3 カテゴリ	9 サブカテゴリ	30 コード

は、勤務先の両立支援環境が整備されていないことや両立支援に関する取り組みが従業員に周知されていないために支援の申し出がしづらい環境におかれていること¹⁹⁾が影響している。農業就業者は、有給休暇や労働時間の管理といった労働条件が定められていないことがあると考えられ、本邦の中小企業従業者は、人手不足の常態化が課題になっている²⁰⁾。加えて、中小企業と大企業の2020年の40～44歳男性正職員賃金は、中小企業が354万円、大企業が403万円²¹⁾と格差がある。よって、このカテゴリは、中小企業および農業の就業者が大企業に就業する者よりも人手不足による困難や体調管理に費やす経済的負担の困難を自覚している可能性を示している。

【身体症状と仕事内容の不均衡】が抽出されたことは、対象者が就労しながらセルフマネジメントを獲得するために有効な手段につながる可能性があると考えられる。つまり、ヘルスビリーフモデルでは、保健行動をとる可能性に与える要因として、脅威・有益性・障害の認識のバランスがあり、なかでも、脅威は保健行動をとる動機を高める²²⁾。対象者における脅威は、肉体労働や労働環境の調整が困難な環境で就労することによる合併症発症や再発の可能性と考えられる。そのため、対象者は合併症の発症や再発を予防するために、健康的な生活を送るための調整や健康認識の変化といった対処に至っている可能性がある。しかし、労働意欲は身体症状や不安を有すると低下することから²³⁾、対象者は【身

体症状と仕事内容の不均衡】に困難感を抱いている。よって、看護師は対象者が捉えている体調やその管理に対する考えを自身で認識できるように語る機会を設け、良好な認識は肯定し、不足している情報は教育するといった看護支援が求められる。

【仕事上の人間関係や立場の変容による困惑】における特徴として、〈仕事で不必要だと認識されることへの恐れ〉が含まれたことがある。対象者は壮年期で、家庭では配偶者や子どもを養う主たる生計者、職場では上司や自営業者としての社会的役割を担っている。加えて、慢性疾患患者として医療者から提供された健康管理を継続的に遂行するという新しい役割を担う必要がある。先行研究では、冠動脈バイパス術後の中年期男性は、家族に対する申し訳なさや再発への不安から一時的に不安定な精神状態になることが示された⁶⁾。そのため、対象者からはリストラの対象になるのではないかと職場内の付き合いが悪いと思われるのではないかとといったコードが抽出されたと考えられる。一方で、就労継続には、家族、上司、主治医、友人などの相談者の存在が重要となることから²⁴⁾、対象者は【人間関係の再構築】として、〈家族や仕事仲間の理解への感謝〉と〈病状及び体調管理への周囲理解の促し〉を行っていた。また、就労継続による困難感を経験したことによって新たな自己概念を再構築している様相として【罹患による自己や健康に対する認識の変化】が生じていた。小室²⁵⁾は、呼吸器慢性疾患患者は仕事内容のサポートや気遣いの配慮を受ける過程で、体力のなさや仕事の能率低下を自覚して自己概念の再構築に向かうとしている。本研究対象者において、〈健康の大切さの自覚〉や〈手術経験を自分自身の成長の糧にする思考〉といった対処が抽出されたことは、対象者が慢性疾患患者という新しい役割を獲得したことにより、新たな自己概念が構築されたと推察される。よって看護師には、対象者が新しい自己概念をスムーズに構築できるように支援することが求められる。しかし、結果で興味深い点として、対象者のソーシャルサポートにフォーマルな資源として医療者の存在が挙げられなかったことがある。これは対象者に、医療者から治療と仕事の両立に関するサポートが得られるという知識が不足していることが

影響している可能性がある。先行研究^{6) 26)}では、患者は、医療者からの症状マネジメントのアドバイスにより仕事の継続ができるが、医療者に相談ができない者や治療後の自己概念を再構築できない者は離職至ることが報告されている。したがって、看護師は患者に対し、治療と仕事の両立に向けたサポートを行う身近な医療職であることを発信する必要がある。加えて、看護師には具体的な支援として、治療と仕事の両立支援の気がかりについて積極的に確認し、患者が両立支援を求める場合に必要な個別的な知識を提供することや、社会保険労務士や産業医、産業保健師等の医療と職場をつなぐ専門職へ連携する支援が求められる。

本研究は生産年齢人口が減少している東北地方に焦点を当て、かつ、治療と仕事の両立が困難な職場環境にある中小企業および農業に就業している冠動脈バイパス術後壮年期男性に焦点を当てたため一般化には限界がある。今後は、大企業や都市において就労している冠動脈バイパス術後壮年期男性の体験を調査し、本研究における知見と比較しながら、本邦における冠動脈バイパス術後壮年期男性に対する支援を検討していく。

VI. 結論

対象者は就労継続の困難を感じながらも、健康的な生活を送るための調整、人間関係の再構築を行っていた。これは、罹患による自己や健康に対する認識の変化によるものと考えられる。今後、看護師には、患者の治療と仕事の両立に向けたサポートを行う身近な医療職であることを発信し、両立支援の知識提供や職場との関わり方の支援、医療と職場をつなぐ専門職と連携することが求められる。

利益相反関係

本研究における利益相反はない。

文献

- 1) 財団法人厚生労働省統計協会：厚生 の 指 針 増 刊 国民衛生の動向 2021/2022, 財団法人厚生労働省統計協会, 62, 89, 91, 93, 東京, 2021
- 2) Chow, CK., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, KA.,

- Anand, S., Yusuf, S.: Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes, *Circulation*, 121: 750-758, 2010
- 3) 大木桃代: Holtzman Inkblot Technique を用いた Type A 者の人格特性の検討, *健康心理研*, 3: 14-21, 1999
- 4) 島本和明: 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2012 年改訂版), 28, https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Makita.pdf, 公開日 2021 年 3 月 27 日
- 5) 宮崎俊一: PCI と CABG の選択と適応, *心臓*, 47: 528-531, 2015
- 6) 横一美, 鈴木千絵子, 掛橋千賀子: 冠動脈バイパス術後の中年期男性の体験－復職に焦点を当てて－, *ヒューマンケア研究会誌*, 9: 21-29, 2017
- 7) 独立行政法人労働政策研究・研修機構: 病気の治療と仕事の両立に関する実態調査 (WEB 患者調査), 18-22, 27-28, <https://www.jil.go.jp/institute/research/2018/documents/180.pdf>, 公開日 2018 年 7 月
- 8) 日本循環器学会: 2021 年改訂版心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン, https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Makita.pdf, 公開日 2021 年 3 月 27 日
- 9) 東北農政局: 期間的農業従事者数 (販売農家), 118, <https://www.maff.go.jp/tohoku/stinfo/toukei/nenpo64/attach/pdf/nougyou3-4.pdf>, 検索日 2024 年 4 月 5 日
- 10) 中小企業庁: 都道府県・大都市別企業数, 常用雇用者数, 従業者総数, https://www.chusho.meti.go.jp/pamflet/hakusyo/2020/shokibo/b2_3_2.html, 検索日 2023 年 12 月 13 日
- 11) 独立行政法人労働政策研究・研修機構: 病気の治療と仕事の両立に関する実態調査 (企業調査), 16-17, <https://www.jil.go.jp/institute/research/2018/documents/181.pdf>, 公開日 2018 年 7 月
- 12) 国立社会保障・人口問題研究所: 人口統計資料集 (2022) 表 12- 8 都道府県別人口の平均年齢, 中位数年齢および年齢構造指数: 2020 年, https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2022.asp?fname=T12-08.htm, 検索日 2024 年 4 月 5 日
- 13) 国立社会保障・人口問題研究所: 人口統計資料集 (2022) 表 12-13 都道府県別 15 ～ 64 歳 (生産年齢) 人口の割合: 1920 ～ 2020 年, https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2022.asp?fname=T12-13.htm, 検索日 2024 年 4 月 8 日
- 14) 川上千普美, 松岡緑, 樗木晶子, 長家智子, 赤司千波, 篠原純子, 原頼子: 冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する要因－家族関係および心理的側面に焦点を当てて－, *日本看護研究学会誌*, 29 (4): 33-40, 2006
- 15) 平良由香利, 中村美鈴: 心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応 (第 2 報), *日本クリティカルケア学会誌*, 8: 40-51, 2012
- 16) 須賀万智, 山内貴史, 和田耕治, 柳澤裕之: 治療と仕事の両立支援の現状と課題～労働者と経営者に対するアンケート調査, *産業衛生学雑誌*, 61 (2): 59-68, 2019
- 17) 山内貴史, 島崎崇史, 柳澤裕之, 須賀万智: 中小企業労働者への両立支援の情報提供による申出意図の変化: 協働的風土に注目して: *産業衛生学雑誌*, 65 (2), 63-73, 2023
- 18) 中小企業庁: 中小企業・小規模企業者の定義 <https://www.chusho.meti.go.jp/soshiki/teigi.html>, 2023 年 9 月 13 日
- 19) 志岐直美: 治療と仕事の両立支援のさらなる普及に向けた課題と提言～中小企業におけるガイドラインの認知度調査の結果～, 17: 1-9, 2019
- 20) 中小企業庁: 中小企業白書・小規模企業白書 2023 年版, https://www.chusho.meti.go.jp/pamflet/hakusyo/2023/PDF/chusho/00Hakusyo_zentai.pdf, 検索日 2024 年 1 月 15 日
- 21) 厚生労働省: 令和 2 年度賃金構造基本統計調査

の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2020/dl/13.pdf>, 公開日 2022 年 2 月 4 日

- 22) 黒田裕子：看護のためのよくわかる中範囲理論 第2版, 50-51, 学研, 東京, 2015
- 23) 升味正光, 白川勝己, 岡田尚子, 望月譜子, 高原香, 阿部和弘, 時信弘, 中川一廣：青壮年期男性におけるストレスと日常生活習慣について, 日本人間ドック学会誌, 14 : 19-23, 1999
- 24) 富田真紀子, 高橋都, 多賀谷信美, 角田美也子, 青木美紀子, 甲斐一郎, 武藤孝司：乳がん患者の診断後の就労変化とその関連要因, 乳癌の臨床, 32 : 81-90, 2017
- 25) 小室圭子：病棟看護師が実践するセルフマネジメント支援—在宅の生活スタイルを考えて—, 日本呼吸・リハビリテーション学会誌, 28 (2) : 249-252, 2019
- 26) 館岡周平, 會田玉美：脳血管障害経験後に復職したホワイトカラー職種の男性の就労継続プロセス, 日本作業行動研究, 22 (1) : 20-29, 2018

概念分析の方法の手順の紹介： 先行要件・属性・帰結のデータ抽出を中心として

白土菜津実* 岡 美智代**

*群馬大学大学院保健学研究科 博士後期課程 **群馬大学大学院保健学研究科

Introduction to the Procedures of the Method of Concept Analysis: Focusing on Data Extraction of Antecedents, Attributes, and Consequences

Natsumi Shirato* Michiyo Oka**

* Gunma University, Graduate School of Health Sciences, Doctoral Program

** Gunma University, Graduate School of Health Sciences

概念分析	concept analysis
ロジャース	Rodgers
ウォーカー&アヴァント	Walker & Avant
手順	procedures
概念図	conceptual diagram

I はじめに

皆様は言葉の使われ方で迷ったり、相手との異なる意味で言葉をとらえていたりといった困った経験はないだろうか。筆者（白土）は臨床工学技士であるが、現在看護学の研究室に所属している。ある言葉について、他職種のため、看護用語や研究室の他の学生の意図している言葉と異なる意味で解釈してしまう経験があった。その為、筆者の考える医療者と患者との「信頼関係」と、看護師の考える医療者と患者との「信頼関係」は同じとは限らないと考え、概念分析により曖昧な言葉を整理しようと考えた。そこで研究目的を「看護師以外のコメディカルからみた患者との信頼関係の概念分析」と設定して実際に研究を行った¹⁾。

概念分析を始めるにあたって、最初に行ったのは「看護における理論構築の方法」²⁾の本の概念分析を読むことであった。しかしこの本はWalker & Avant²⁾の概念分析の方法論が中心であり、Rodgers³⁾や他の概念分析方法についてや、研究パラダイムについては記載がなかった。Rodgers³⁾の方法は他の文献を探しているときによく気づい

た。概念分析は様々な方法論があり、研究パラダイムを確認した後、方法を選択する必要がある。その為、研究パラダイムから手順をまとめる必要性を強く感じた。

また共同研究者達と特に議論になったのは、先行要件・属性・帰結のデータの抽出である。概念分析では文献から先行要件・属性・帰結といったデータを抽出する必要があるが、その際に文献からどのように抽出すればよいかの基準がWalker & Avant²⁾、Rodgers³⁾の両方の文献で記載がない。その為抽出する際、単語か語句、文章などの言葉の長さはどうなのか、抽出したデータは辞書的な意味なのか前後の文脈の解釈も考慮するのか、抽出する部位は論文であれば構成のどこからなのか（例えば考察からのみ）が議論となった。

筆者は概念分析を修士課程にて行ったが、看護研究が何かもわからず、どこから始めればよいのか全く分からない状況からのスタートであった。修士課程では研究自体が初めての人もいる。これらのことも加味して、具体的に概念分析をするうえで、どのように行えばよいのか、具体例をまとめる必要を感

じた。

その為本稿では以下の2点を目的とする。

1. Rodgers と Walker & Avant の概念分析を中心として、先行文献を元に方法の手順の具体例について紹介する。
2. 概念分析の先行文献を元に、先行要件・属性・帰結のデータ抽出基準を明らかにする。

目的1に関しては、本稿の「Ⅳ 看護分野における概念分析の方法」の1～6にて紹介する。目的2に関しては、目的1の概念分析の手順の一部である「Ⅳ-3 同定するに関連したデータを収集する」にて述べる。

概念分析の多くは看護学で利用されているが、他の研究分野でも利用されている。例えば社会福祉学を専門としている和田上⁴⁾は「しつけ」の概念分析を行っている。大出⁵⁾は医療系のデータベースを用いることなく「遠隔教育」の概念分析を行っている。英語文献では理学療法における「臨床推論」の研究が行われている⁶⁾。その為看護以外の研究分野でも概念分析は十分の応用可能と考え、上記の目的2つを紹介する。

Ⅱ 概念分析の方法論における研究パラダイムの違い

概念分析を始める際には、パラダイムの違いを理解しないと方法論を選択できないため、本稿ではこれらについて簡単にまとめる。そのまとめには今福の文献⁷⁾が参考になるため、その文献を元に紹介する。

実証主義は仮説や命題を観察可能な経験的事実によって検証しようとする立場をとり、厳格な科学的方法を重視する。一方構成主義は、「人間の知識や現実はすべて構成されるものである」という基本的前提をもつ⁷⁾(表1)。

概念分析の方法には、量的なアプローチをとる Walker & Avant²⁾, Chinn & Kramer, Schwartz-Barcott & Kin の方法がある。一方質的なアプローチをとる Rodgers³⁾, Morse の方法がある⁸⁾。これらの中で多く用いられている Walker & Avant²⁾ と Rodgers³⁾ の研究パラダイムの違いは、すでに濱田⁹⁾が詳細に論じているため、本稿では、濱田

の論文を参考に概要を確認する。

量的なアプローチの Walker & Avant²⁾ は、現象の本質を探索していく本質主義や実証主義を研究パラダイムとしている。本質主義の見解に基づけば、概念は文脈上バリエーションがなく、変化のないもの、普遍的なものであるとされる。その為、Walker & Avant²⁾ は、概念を「現象がその概念と適合し、またどの現象が適合しないかを決定できるような、その概念を定義づける属性あるいは特性を含んでいる」ものであるとしている。

一方質的なアプローチの Rodgers³⁾ は、解釈的あるいは構成主義的な認識論が内在する進化的視点を研究パラダイムとしている。その為 Rodgers は、概念はダイナミックに変化するものであり、境界が曖昧で、文脈依存のもの、固有の真実というよりはいくつかの実践的な有用性や目的をもつものという考え方を採用する⁹⁾。

このような研究パラダイムが異なる Walker & Avant と Rodgers の2つのアプローチ方法は、以下の様に目的も異なると濱田⁹⁾は述べている。Walker & Avant²⁾ のアプローチ方法は、概念を定義するために必要な属性の抽出に目的が焦点化され、実践や研究における実用的な利用が想定されている。これに対し、解釈的あるいは構成主義的な認識論が内在する進化的視点を哲学的基盤と研究パラダイムとする Rodgers³⁾ のアプローチ方法では、概念が使用される文脈や概念の変化に注意を払い、概念を社会的・経時的に説明し、理解することを目的とするとしている。詳しくは濱田⁹⁾の論文を参照していただきたい。

本稿は多く用いられている Walker & Avant と Rodgers に絞って方法の手順を紹介する。その為、その他の方法論などは以下を参考にさせていただきたい。Gunawan¹⁰⁾は8つの概念分析の方法をまとめて紹介している。看護における概念開発³⁾では、Walker & Avant のベースとなる Wilson, Rodgers, Schwartz-Barcott & Kin, Haase, Morse の概念分析方法が記載されている。他にも上村¹¹⁾は概念分析の方法の発展について考察している。

表1 実証主義と構成主義のパラダイム比較⁷⁾ (今福の許可を得て転載)

哲学的前提	実証主義	構成主義
存在論 (ontology) 「現実」の本質はなにか。 「真実」はどこにあるか。	現実主義者 (Realist) ・ 現実は一である。 ・ 現実を観察可能な存在である。 ・ 現実、因果関係を持った自然法則に従うものである。	相対主義者 (Relativist) ・ 現実が多様である。 ・ 現実、人々の経験や知識をもとに心の中で構築される。 ・ 現実、人々との関わりを通して社会的に生み出される。 ・ 現実、複雑で文脈依存的である。
認識論 (epistemology) 「現実」をどのようにとらえるか。 研究者と研究対象はどのような関係性か。	客観主義者 (Objectivist) ・ 研究者と研究対象の現実、二つの独立した存在である。現実から離れた場に研究者はいるべきである。 ・ 現実、測定や実験を通して特定および理解可能なものである。 ・ 客観性を高めることを重視する。	主観主義者 (Subjectivist) ・ 研究者と研究対象の現実、切り離すべきではない。 ・ 現実、研究者と研究対象との直接的な相互の関わりにより明らかにされる。 ・ 現実、人々の経験を通して作り出される。 ・ 人々が現実をどう捉えているかといった主観性を重視する。
方法論 (methodology) どのようなアプローチで研究対象に関する知識を得るのか。	実験的・操作的 (Experimental/manipulative) ・ 予測や RCT 等により「何があるか」の特定が目的 (因果関係や根底にある法則の特定と結果の一般化) ・ 演繹的・仮説検証 【主に量的研究手法】 実験研究、相関研究、調査研究、比較研究など	解釈学的 (Hermeneutic) ・ 自然なままの環境で起こる現象の「理解」が目的 (多様な解釈の蓄積) ・ 帰納的、仮説生成、理論生成 【主に質的研究手法】 エスノグラフィー、グランデッドセオリー、ケーススタディ、現象学、現象記述学 (Phenomenography)、談話分析、ナラティブ研究など

III 本稿の文献検索手順

概念分析の具体例を紹介するために、日本語文献は医学中央雑誌、英語文献は Pubmed を用いて、各 50 文献、計 100 文献の先行文献を確認した。先に他分野でも研究されていると述べたが、実際は看護分野のものが多く占めるため、google scholar などは用いずに、これらの医学系データベースを用いることとした。英語文献を用いた理由は、筆者が研究した時に日本語の先行文献では先行要件・属性・帰結のデータ抽出基準が記載されていなかった。その為英語文献では記載がある可能性があると考え、調べることにした。また、日本語文献と英語文献を比較検討することで新たな違いが見つかることも考えた。

検索条件は以下の通りである。医学中央雑誌では、検索キーワードは「概念分析」、PubMed では、“concept analysis” とし、最新順の上位 50 文献を確認した。

日本語 50 文献のうち、方法論は多い順に Rodgers 33 件、Walker & Avant 16 件、Schwartz-Barcott & Kin 1 件であった。英語 50 文献のうち、Walker & Avant 27 件、Rodgers 16 件、Schwartz-Barcott & Kin 6 件、Morse 1 件であった。

IV 看護分野における概念分析の方法

本稿では筆者が実際行った Rodgers³⁾ の次の 6 つ手順を元に、具体例をまとめる。

1. 関心のある概念と関連する表現 (代用語を含

- む)を同定する
- 2. データ収集のための適切な範囲(設定・サンプル)を同定し, 選択する
- 3. 以下を同定することに関連したデータを収集する
 - a. 概念の属性
 - b. 学際的, 社会文化的, 時間的(先行要件と帰結としての出来事)変化を含めた概念の文脈的基盤
- 4. 上記の概念の特徴に関するデータを分析する
- 5. 適当な場合, 概念の例証(モデル例)を同定する
- 6. 意味すること, 仮説, 将来の概念の発展のための示唆を同定する

なお Walker & Avant²⁾の方法は, 概念を選択し, 選択した概念の属性や特性, 先行要件や帰結, モデル例を明らかにする点で Rodgers³⁾の方法と類似している⁹⁾。

IV - 1 関心のある概念と関連する表現(代用語を含む)を同定する

概念を選択する際は, 同時に方法論も選択することとなり, 先に述べたようにパラダイムの違いを考慮する必要がある。Walker & Avant²⁾はあまりにも広範で, いくつかの意味を包含していて, 分析を混乱させるような用語を避けることを推奨している。量的なアプローチをとる Walker & Avant²⁾の方法では利用可能な文献を使って, 概念のできるだけ多くの用法を発見し, 明らかにする方法である。その為広範な意味の概念では研究対象となる文献数が膨大となり, 現実的ではないと考える。先行文献では, 「看護師と患者の協働の概念分析」¹²⁾や「慢性疾患患者に対するアドバンス・ケア・プランニングの概念分析」¹³⁾といった, 「看護師と患者」や「慢性疾患患者」などのように, 分析対象者を限定していても, Walker & Avantの方法を選択している。このことから, Walker & Avantの方法でも, 分析対象者を限定して行うことができるのかもしれない。

一方 Rodgers³⁾も概念の選択は重要な段階としているが, 特に文献の検索条件などは提示していな

い。しかし同じ概念が異なる用語(代用語)を使って表現されていることはよくあるため, 代用語を理解することは, 適切な概念と用語の選択を可能にするために肝要であるとしている³⁾。このことから概念を選ぶ段階では, 辞書やデータベースを用いて予備検索し, 代用語を調べておく必要があると考える。

筆者は Rodgersの方法を選択し, 看護師以外のコメディカルからみた患者との信頼関係について概念分析した¹⁾。Rodgersを選択した理由は, 「コメディカルと患者との信頼関係」という限定された状況での, 「信頼関係」という用語の用いられ方を明確にしたかったためである。Walker & Avant²⁾を選択した場合, 「IV - 2 - 4 分析対象とする文献の種類, 文献数とその妥当性」で後述するが, 利用可能な文献を使って, 概念のできるだけ多くの用法を発見し, 明らかにすべきとしている。その場合コメディカルと患者だけでなく, すべての人間関係における信頼関係を調べる必要があり範囲が膨大であると考え, Rodgersを選択した。

代用語について, 筆者は検索キーワードを決定する前に, 心理系, 医学系, 看護系の辞書で, 「信頼関係」を調べた。その際に, 看護学大辞典¹⁴⁾では, 「信頼関係」と「ラポール」は同じ意味で用いられていることから, 代用語に「ラポール」を追加した¹⁾。代用語については「IV - 2 - 2 類義語や同義語も含めた検索キーワード」にて紹介している。

IV - 2 データ収集のための適切な範囲(設定・サンプル)を同定し, 選択する

データ収集のための適切な範囲の設定とは, 文献発行年, 対象となる学問分野や文献の種類を指し, サンプルとは分析対象文献数を意味すると考える。その為本項では検索データベース, 類義語や同義語も含めた検索キーワードの設定, フローチャート図の記載, 分析対象とする文献の種類, 文献数とその妥当性について, 具体例を用いて紹介する。特にフローチャート図の記載については, Rodgers³⁾の手順には書かれていないが, 先行文献には多く記載されているため, 項目立てして紹介する。

IV - 2- 1 検索データベース

Walker & Avant の方法でも Rodgers の方法でも具体的なデータベースの指定はしていない。その為ここでは、概念分析の先行文献 100 文献で使われていた検索データベース結果を表 2 に示す。

日本語文献の使用検索データベース数は、最少 1 エンジン¹⁵⁻²¹⁾ から最大 7 エンジン²²⁾ が検索に用いられており、平均は 3.18 エンジンであった。英語文献の使用検索データベース数は、最少 2 エンジン²³⁻²⁶⁾ から最大 11 エンジン^{27, 28)} が検索に用いられており、平均は 4 エンジンであった。

データベースの分野は、医学中央雑誌などの医学の分野に特化したデータベースだけでなく、Google Scholar, J-STAGE, Scopus, Web of Science, ScienceDirect, ProQuest といった、多くの学問分野を網羅した検索データベースも使用されている。さらに英語文献では Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 声明²⁹⁾ に則り網羅的な検索が行われたものが、9 文献あった^{28, 30-37)}。PRISMA とはシステマティックレビュー (SR) を行う際の報告ガイドラインである^{29, 38)}。SR では系統のかつ徹底的な文献検索を行うための検索戦略を行う必要がある。PRISMA 声明²⁹⁾ を用いて検索を行った 9 文献のうち 5 文献³³⁻³⁷⁾ は Walker & Avant の方法を選択していた。Walker & Avant²⁾ の方法ではできるだけ多くの文献を用いることを推奨していることから、PRISMA 声明²⁹⁾ に則り網羅的な検索は理にかなっていると考えられる。

筆者は医学中央雑誌と国立情報学研究所学術情報ナビゲーター (CiNii) を利用した。Rodgers³⁾ は、一般的な文献を含めることが重要であるとしていることから、CiNii を利用することで及第点に届いたのでないかと考える。

概念分析を行う上で、検索データベースは、多種に及び時代によって妥当なデータベースが変化すると考える。また、研究目的や概念分析の方法論に応じた、妥当なデータベースを検討することが必要であろう。

IV - 2- 2 類義語や同義語も含めた検索キーワード

Walker & Avant²⁾ は、概念の用法を明らかにするために、辞書、シソーラス、同僚、利用可能な文献を使って、概念のできるだけ多くの用法を発見し、明らかにすべきとしている。シソーラスの一つとして、医学中央雑誌が独自に作成している医学・歯学・薬学・看護学・獣医学・公衆衛生学等の分野で使われている用語を体系的に関連付けたキーワード集がある。また Pubmed では MeSH (Medical Subject Headings) と呼ばれる米国国立医学図書館 (NLM) が作成するシソーラスが利用可能である。

概念分析を行った日本語 50 文献のうち、同義語や類義語、シソーラス検索が行われた文献は Walker & Avant の方法を利用した文献が 44%, Rodgers の方法を利用した文献が 34% であった。一方英語 50 文献では同義語や類義語、シソーラス検索が行われた文献は Walker & Avant の方法を利用した文献が 50%, Rodgers の方法を利用した文献が

表 2 概念分析の先行文献における検索データベース結果

日本語 50 文献	文献数	英語 50 文献	文献数
医学中央雑誌	49	Pubmed (Medline を含む)	47
Pubmed (Medline を含む)	25	CINAHL	40
CINAHL	20	PsycINFO	20
google scholar	5	Scopus	22
メディカルオンライン	4	google scholar	17
PsycINFO	4	Web of Science	16
J-STAGE	3	ScienceDirect	13
(以下省略)		Embase	11
		ProQuest	10
		(以下省略)	

76%であった。この結果から実際にはシソーラス検索が行われていない文献もあることがわかる。

筆者は自分の研究で「信頼関係」だけでなくその代用語の「ラポール」を追加し、各職種名と患者関係だけでなく、さらにその用語のシソーラスである「医療従事者－患者関係」も用いて検索を行った¹⁾。

Rodgers³⁾は、概念分析の手順は反復的であるとしている。乳がん女性における身体イメージの変化を概念分析したAhnら³⁹⁾は、検索キーワードを決める前に、Google Scholarで「乳がん」と「ボディイメージ」というキーワードで文献検索を行い、代用語を把握した後、データ収集の適切な範囲を決定している。

このことから「IV - 1 関心のある概念と関連する表現（代用語を含む）を同定する」の段階で、辞書やデータベースを用いた予備検索を行い、代用語を調べて把握しておく。そして網羅的な検索する際、IV - 1とIV - 2- 2は行きつ戻りつ、研究目的に合っ

た検索キーワードを決定するのが実際なのではないだろうか。

IV - 2- 3 フローチャート図の記載

Walker & Avant²⁾もRodgers³⁾の方法でも、文献を取捨選択する経緯を示すフローチャート図の記載の可否は書かれていない。しかしフローチャート図を活用することで、適切な文献の集約が可能となる。また、先行文献を調べたところ、日本語文献と英語文献で顕著な差が見られたので、報告する。

概念分析を行った日本語50文献では、検索結果のフローチャート図の記載率は2%であるのに対し、英語文献では76%であった。PRISMA 声明²⁹⁾では、検索で特定した文献数から分析対象文献数まで、システマティック・レビューのためのPRISMA 2020 フローチャート（図1）を用いて、検索と選択プロセスの結果を記載することが理想的であるとしている。

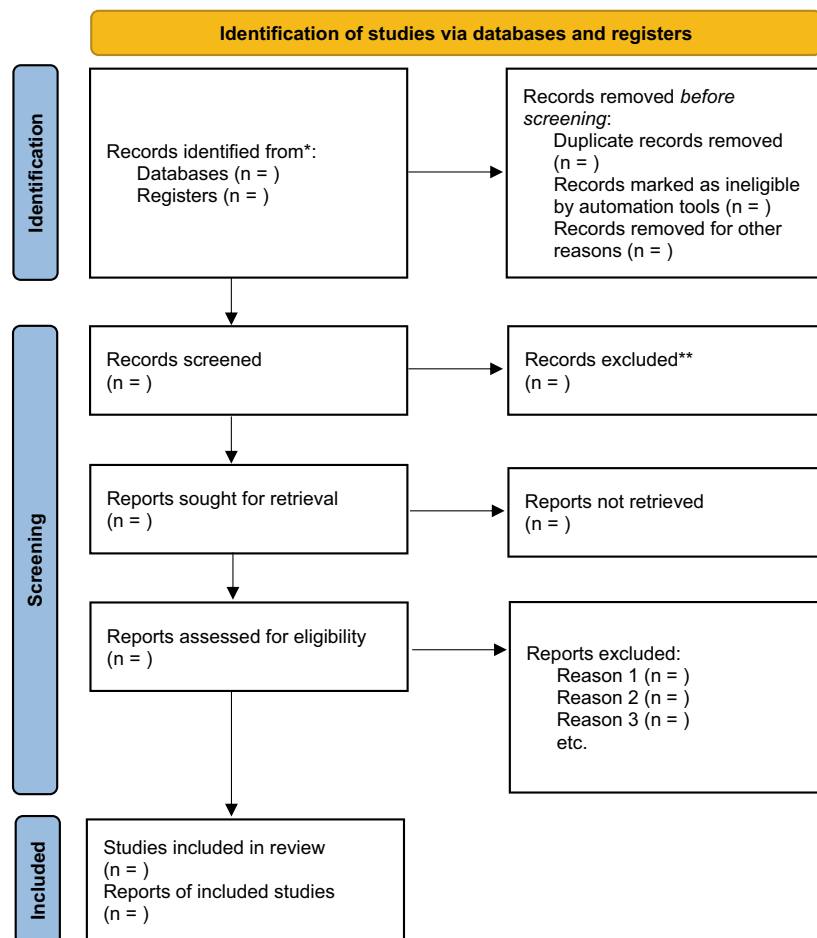


図1 システマティック・レビューのための PRISMA 2020 フローチャート²⁹⁾

今後概念分析を行う際には、より高い再現性のある検索を行うために、フローチャート図の掲載が必要になる可能性もあると考えられる。

IV - 2 - 4 分析対象とする文献の種類，文献数とその妥当性

分析対象とする文献の種類として、前述した Walker & Avant²⁾ は、概念の用法を明らかにするために、辞書、シソーラス、同僚、利用可能な文献を使って、概念のできるだけ多くの用法を発見し、明らかにすべきとしている。その為、明らかにしたい用語のすべての用法を考慮するためには、検索対象を看護や医療の文献に限定してはならないとしている²⁾。

一方 Rodgers は、具体的な文献の種類は明示していない。しかし看護や医療の中でなじみのある概念を分析する際には、大衆的な文献を含めることが重要としている³⁾。その理由は、多くの人が大衆メディアにより情報を得ているため、この種の文献を分析に含めることで、ケアの提供者とケアを受ける人のそれぞれの視点のギャップを埋めるのに有益であるからでとしている³⁾。

分析対象文献数について、Walker & Avant は具体的な文献数については明言していない。一方 Rodgers³⁾ は各学問領域や層から少なくとも 30 文献、あるいは母集団の 20% または 30% を占める文献のどちらか大きい方をサンプルとして選別すべきであるが、概念に曖昧さや多様性が認められる場合にはより大きなサンプルが必要となるかもしれないと経験から述べている。

また文献数について、概念分析を行った先行文献 100 文献における分析対象文献数の結果を表 3 示

す。英語文献における Rodgers の分析対象文献数は数値の偏りが大きいため、平均値ではなく中央値を用いた。

Rodgers³⁾ は、少なくとも 30 文献、あるいは母集団の 20% または 30% を占める文献のどちらか大きい数を選別すべきとしており、母集団は索引付き文献全体としている。しかし Rodgers の方法を使う際に、具体的に PRISMA2020 のフローチャート²⁹⁾ (図 1) のどの段階で母集団を同定するのかわからなかったため、100 文献からさらに追加検索を行い、先行文献を確認した。その結果、どの段階を母集団と同定するのかは 2 通りの解釈があった。1 つは、スクリーニング後の文献であり、フローチャート図では「Records screened」に該当する段階を母集団とする解釈である⁴⁰⁾。もう一つは適格基準を満たした文献であり、フローチャート図では、「Reports assessed for eligibility」に該当する段階を母集団とする解釈である⁴¹⁻⁴³⁾。スクリーニング後の文献、すなわち「Records screened」に該当する段階を母集団とする場合、選択した 20% の文献から、さらに適格基準を満たす文献を選択すると、分析対象文献数が非常に少なくなる可能性がある。その為、適格基準を満たした文献、フローチャート図では、「Reports assessed for eligibility」に該当する段階を母集団と同定する方が、分析対象文献数が多くなるため、良いかもしれない。

また文献数が多くなるほど、文献の管理は大変である。先行文献では文献管理ソフトとして Endnote や Mendeley を用いていた。筆者も大学で契約している Endnote web を用いて管理していた。さらに PRISMA 声明²⁹⁾ に則り文献検索する場合には、RAYMAN, Covidence, JBI SUMARI などのソフ

表 3 分析対象文献数結果

日本語 50 文献						英語 50 文献					
最少			最大			最少			最大		
5.0			141.0			7.0			651.0		
Walker&Avant 50 文献中 16 文献			Rodgers 50 文献中 33 文献			Walker&Avant 50 文献中 26 文献			Rodgers 50 文献中 17 文献		
最少	最大	平均	最少	最大	平均	最少	最大	平均	最少	最大	平均
14.0	141.0	41.1	5.0	92.0	33.0	9.0	145.0	34.7	7.0	651.0	33*

* 中央値を使用

トウェアがあるので、参考していただきたい。

IV - 3 同定することに関連したデータを収集する

ここでの同定することに関連したデータとは、概念の属性、先行要件、帰結、引用文献、代用語、関連概念のことを指す³⁾。Walker & Avant も Rodgers も文献内ではこれらのデータの抽出基準について何も明言しておらず、データ抽出に関する基準が示されていない。ここで、代用語については、すでに「IV - 1 関心のある概念と関連する表現（代用語を含む）を同定する」にてある程度同定されている。また関連概念とは、関心のある概念と何らかの関係を有しているが、同じ属性の集合を共有してはいないような概念のことである。先行文献 100 文献では、約 25% のみ関連概念を収集していた。これらのことから本項では、引用文献、代用語、関連概念は割愛し、先行要件・属性・帰結のデータ収集に焦点を絞ることとする。

まず先行要件・属性・帰結とはなにかを確認する。先行要件とは、その概念に先立って生じる出来事や例のことである^{2, 3)}。属性とは、Walker & Avant²⁾ は、どの現象が概念と適合し、またどの現象は適合していないか決定できるような、概念を構成する特性、すなわちそのものだけが持つ特性のことであると述べている。一方 Rodgers³⁾ は、ある同義的な表現を他に置き換えるだけの名目上もしくは辞書的な定義とは異なり、現実的な定義を構成するものとしている。帰結とは、概念が発生した結果として生じる出来事や事件である^{2, 3)}。

Rodgers³⁾ はこれらの具体的な抽出基準は明言していないが、Toftthagen⁴⁴⁾ は抽出基準としてコア分析フェーズで使用される質問を紹介している（表 4）。実際に表 4 の質問項目を参考で問いを立て、

抽出を行った文献があるので、参照にいただきたい^{45, 46)}。

また谷津⁴⁷⁾ らはデータ整理のために、各文献のタイトル、著者名、雑誌名、研究目的、興味深い文章の抜粋、コードをまとめた独自のコーディングシートを開発し用いていた。筆者も Microsoft Excel を用いてコーディングシートを作成し、データの抽出、分析を行った。

IV - 3- 1 抽出する言葉の長さ

抽出する言葉の長さとは、単語、語句、文章といった長さのことである。語句とはデジタル辞書の精選版 日本国語大辞典では、「ことばの句切り。ことばの一まとまり。」と定義されており⁴⁸⁾、文章よりは短い言葉の長さを指す。

日本語の先行文献では、先行要件・属性・帰結を抽出する際、文章を切片化して抽出を行った文献⁴⁷⁾ や文章を抽出している文献^{20, 49)} があった。英語の先行文献も文章（sentences）で抽出している文献があった⁵⁰⁾。他にも英語の先行文献では単語（the word や single words）を分析単位としている文献や^{50, 51)}、語句（expressions）で抽出している文献もあった³⁷⁾。

筆者は先行要件・属性・帰結を抽出する際は語句にて抽出を行った¹⁾。その理由は単語の場合は、言葉が少なく十分に意味が伝わらないと考えたためである。実際語句により、詳細な違いを確認し、異なるカテゴリになった例があるので紹介する。

「理解」という単語を、何を「理解する」かを語句単位で抽出したところ、「指導者の（病へ）の理解」⁵²⁾ や、「患者が抱く不安や辛さへの理解」⁵³⁾ などの記述があった。さらに分析したところ、「指導者の（病へ）の理解」はサブカテゴリ＜病気への

表 4 コア分析フェーズで使用される質問

代用語	他の言葉は選択した概念と同じことを言いますか？
	他の言葉にもその概念と共通するものはありますか？
先行要件	過去にその概念に関連した出来事や現象はどれですか？
属性	概念の特徴は何ですか？
モデル例	データ資料には概念の具体例が記載されていますか？
帰結	概念の後、または概念の結果として何が起こるのでしょうか？

十分な知識を有していること>に分類され、カテゴリ【専門職としての役割を果たす】に分類された。「患者が抱く不安や辛さへの理解」は、サブカテゴリ<患者の身体・心理的理解をすること>に分類され、カテゴリ【患者情報を収集すること】に分類された。このように、語句単位で抽出した結果、「理解」という単語を含む語句であっても、全く異なるカテゴリに分類された。

このことから先行要件・属性・帰結の抽出には、単語か語句、文章といった言葉の長さの規定はないが、読み手に十分に意味内容が伝わる言葉の単位で抽出を行えばよいのかもしれない。

IV - 3 - 2 抽出したデータの意味内容の解釈

抽出したデータは意味内容の解釈については、方法論のパラダイムが大きく影響する。Walker & Avantの本質主義や実証主義のパラダイムに基づけば、概念は文脈上バリエーションがなく変化しないもの、普遍的なものである⁹⁾。一方Rodgersは、概念はダイナミックに変化するものであり、境界が曖昧で、文脈依存のもの、固有の真実というよりはいくつかの実践的な有用性や目的を持つものとしている⁹⁾。筆者はRodgersの方法を選択したため、概念は文脈に依存すると考え、文脈の解釈や患者の置かれている背景などの考慮して、先行要件・属性・帰結を選択する際に語句を抽出した¹⁾。語句で抽出された言葉が理解困難な場合は、()内に意味を補足、または論文内で言い換えている言葉へ置き換え、意味が通じるように書き加えることとした¹⁾。

このことから、抽出したデータの意味内容の解釈には、まず自身の研究パラダイムの見解を確認することが重要である。次にデータを抽出する際に、データの普遍的な意味内容を解釈するのか、もしくはデータは文脈依存であるという立場に立って、文献内で用いられている意味内容が伝わるよう解釈するのかを、留意しても良いのかもしれない。

IV - 3 - 3 抽出部位

分析対象文献から、先行要件・属性・帰結を抽出する部位について、具体的に明記している日本語文献があった⁵⁴⁾。看護師が用いる用語としての「不穏」

を概念分析した井上ら⁵⁴⁾は、各文献に定義づけされた「不穏」の記載を抽出していた。他の文献では、研究目的とする概念の用語が含まれる文章や、その概念の用語が含まれていないものの、その前後の文章から抽出を行った文献があった。臨床看護実践における「アンテナ」の概念分析を行った秋田²⁰⁾は、「アンテナ」が含まれる文章を抽出している。また研究目的とする用語が含まれる文章やその前後の文章から抽出を行っているかはわからないが、「cultural competence」を研究した久保ら¹⁵⁾は、「cultural competence」という言語が使用されている文章をチェックしている。高齢者に対する「トラディショナルケア (TC)」を研究した小木曾⁵⁵⁾も、抽出部位の記載はないが、「TC」に関する用語に着目をして、「用語の前後の文脈を詳細に読んだ」との記載がある。英語文献では、具体的に抽出部位を明記している文献はなかったが、頻繁に現れる用語や繰り返し現れる特徴などに注目し、それらを抽出している文献が見られた^{51, 56-59)}。

筆者が実際に抽出を行った際には、共同研究者との一致率を高めるため、「信頼関係」または「ラポール」という用語を含む文章と、その前後一文の文章の中に、該当用語に関連する意味が含まれていた場合、その語句も適宜抽出するという条件を設定した¹⁾。この条件の設定により、分析対象文献は極端に制限されてしまった為、このような条件設定は十分に文献数がある場合に限られると考える。

研究者によっては、現実には研究者と研究対象との直接的な相互のかかわりによって明らかにされるといった主観主義的な抽出を行う可能性がある。それ故具体的な抽出基準が記載されなかった文献も多かったのかもしれない。ただし、PRISMA 声明²⁹⁾を用いて検索を行うほど、透明性や再現性を重要視するのであれば、データ抽出基準も明記することで、より客観性が保つことができると考える。

このことから、客観的な抽出を行いたい場合で、かつ文献数が十分量あると想定される場合は、抽出部位を限定することで、再現性の高い抽出が可能であると考える。しかし研究パラダイムによっては、再現性を求めないこともあるかもしれない。

IV - 4 上記の概念の特徴に関するデータを分析する

Rodgers³⁾は、分析はテーマ分析の標準的な手順に沿って行われるとしており、継続的に文献の類似点を整理および再編成するものとしている。そしてRodgers³⁾は、データの分析は帰納的な手技であるとしている。

先行文献100文献において、43%が文献内に、コードを類似性や共通性、相違性などで分類したとの記載があった。英語文献では分析方法に、BraunとClarke⁶⁰⁾のthematic analysisの方法を使った文献⁶¹⁾や内容分析⁶²⁾を用いた文献²⁴⁾もあった。

筆者は論文には記載していないが、類似性によりコードをグループ化していき、帰納的にサブカテゴリ、カテゴリを作成した¹⁾。コードを抽出する際、研究目的に沿って文脈の解釈や患者の置かれている背景なども考慮して抽出を行ったため、分析でもそれらを考慮した。コードの抽出には、できる限り意味内容が伝わるよう、コードの抽出に努めた。しかし分析時、コードの内容だけでは、背景を理解が難しく、何度も対象文献に戻り、かなり時間が割かれたしまった。その為、コーディングシートにある程度、文献の概要や患者背景も記載することで効率よく分析ができるかもしれない。

以上のことから、概念の特徴に関するデータの分析は、Rodgers³⁾はコードの類似性により、グループ化し、サブカテゴリ、カテゴリの作成を推奨しているが、先行文献では異なる分析方法を用いている文献^{24, 60)}もあった。

IV - 5 適当な場合、概念の例証（モデル例）を同定する

モデル例とは、その概念のすべての定義属性を例示する概念の用法の例のことである²⁾。モデル例を同定することは、概念の内部構造を把握するのに役立ち、概念の意味と文脈を明らかにすることにも有用であるとされている²⁾。

Walker & Avant²⁾の方法では、自分でモデル例を構築することを認めており、モデル例の提示を手順の一つとしている。その為、先行文献100文献において、Walker & Avantの手法をつかった42文献のうち74%の文献がモデル例を提示している。

一方、Rodgers³⁾の方法は、モデル例は研究者により構築されるものではなく、先行文献から同定されるものであるとしている。その為、適切なモデル例を見つけ出せない可能性を示唆している³⁾。実際Rodgersの方法では、モデル例を提示している文献は50文献のうち、28%であり、Walker & Avantの方法のものよりも少なかった。Rodgers³⁾は多様性のある概念については、複数のモデル例が望ましいとしている。このことから、一つのモデル例にてすべての属性を含めた文献からの同定が難しい場合、複数のモデル例を用いる、または境界が曖昧な属性に絞ってモデル例を提示することも、一つの手段ではないかと考える。

筆者はモデル例の同定は行わなかった。その理由はすべての定義属性を例示する概念が、研究対象文献から見つからなかったためである。

このことから、Walker & Avant²⁾の方法では、モデル例を提示するのが望ましい。一方Rodgers³⁾の方法で適切なモデル例が見つからない場合は、複数のモデル例を用いる、または境界が曖昧な属性に絞ってモデル例を提示することが望ましいと考える。

IV - 6 意味すること、仮説、将来の概念の発展のための示唆を同定する

意味することとは、結果を解釈することを指し、仮説、将来の概念の発展のための示唆を同定することは、将来の探求の方向性を同定すること考える。

Rodgers³⁾は結果の解釈は、二つの方法があるとしており、一つ目は、概念の現状についての洞察を与えることである。ここでの洞察とは、概念図の構築や定義の作成を含めた考察を指すと考える。二つ目は、現状と同定された知識のギャップに基づいて、探求に示唆を与えることである³⁾。Rodgers³⁾はギャップの同定のために、学際的比較と時間的比較の二つを提示している。

Rodgers³⁾は仮説、将来の概念の発展のための示唆を同定することは、概念分析が終点ではなく、将来の探求と概念開発の基盤であるとしている。将来の探求については、概念分析の結果を基に、より概念の明確化のため、フィールドワーク研究による

データ収集があると述べている³⁾。また概念開発の基盤については、概念分析の結果は、ケアのアウトカムや測定用具の開発の際に、強固な概念的基盤になりえるとしている³⁾。

筆者は結果の解釈として、概念図の構築と定義の作成を行った¹⁾。これにより、「看護師以外のコメディカルからみた患者との信頼関係」の概念が明確に定義できた。さらに概念図の作成により、複雑な概念を、少しは読者に伝わりやすく表現できたと考える。概念図の詳細については「V 概念図の記載」で述べる。一方、仮説、将来の概念の発展のための示唆として、筆者の論文¹⁾の「臨床への応用」に記載した様に、概念分析の結果を院内教育や新人教育に応用することが可能であると考えている。

以上のことから、意味すること、仮説、将来の概念の発展のための示唆を同定する場合、概念分析の結果を基に作成した概念図や定義について考察することで、可能になるかもしれない。

V 概念図の記載

概念図の記載の必要性については Walker & Avant²⁾ も Rodgers³⁾ も明言していない。しかし日本語文献では 50 文献中 88% と高い確率で掲載されていた。英語文献では 54% の文献で概念図が掲載されていた。このことから、概念図はどのように描かれているのか分類することで、今後概念図を作成するうえでの参考になると考え項目立てする。

先行文献 100 文献中、概念図の記載があった 71 文献を分類した結果、概念図には次の 5 種類の図が見受けられた (図 2)。

①先行要件・属性・帰結間の関係性を、一方向のみで示した図：一方向の図

最もシンプルな図であり、概念分析は先行要件から属性、帰結へと至るという一方向の時系列に沿うため、先行要件・属性・帰結間の順序性が示されている。しかし、各カテゴリ間の関係性は示されておらず、各カテゴリの関係性は並列であるといえる。一方向の図は概念図の基本となるといえる。

②先行要件・属性・帰結間の関係性を、循環型の関係性で示した図：循環型の図

例えば帰結から先行要件へフィードバックがある

文献がある⁶³⁾。「ホスピタリティ」の概念分析を行った大谷⁶³⁾の概念図では、感動や感謝をもたらすことや、実践への気づきと内省といった帰結は、他者への積極的な関心や役に立ちたいといった先行要件を補強する要素となる可能性を示唆している。

③先行要件・属性・帰結内でカテゴリよりさらに抽象度の高い大カテゴリを示した図：大カテゴリの図

例えば先行要件の枠内でカテゴリをさらに上位である大カテゴリに分類しているものである。アルコール依存症者の「リカバリー」を概念分析した井藤⁶⁴⁾の概念図では、分析結果から先行要件が 13 カテゴリ生成され、それらをさらに医療者や支援者の要件、個人の要件の 2 つの大カテゴリにまとめている。なお図 2 の③は、複数の文献⁶⁴⁻⁶⁶⁾を元に筆者が合成したものである。

④先行要件・属性・帰結内のカテゴリ間の関係性を示した図：カテゴリ間の関係性の図

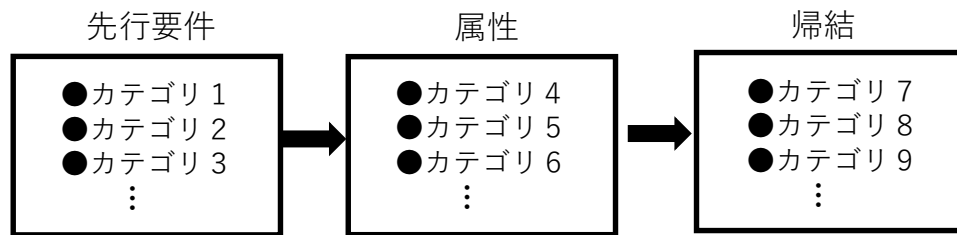
枠内でカテゴリ同士の関係性を示しているものである。例えば先行要件は、カテゴリ間に順序性があることを示している⁶⁷⁾。属性は、中核となるカテゴリに他のカテゴリが影響していることを示している⁶⁸⁾。帰結は、カテゴリ間の繰り返しを示している¹³⁾。なお図 2 の④は、複数の文献^{13, 67, 68)}を元に筆者が合成したものである。

⑤これらを複合して示した複合図

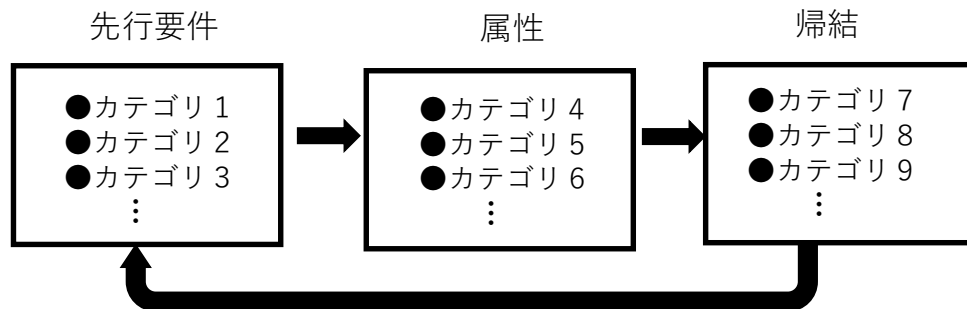
複合図として、「社会的ハイリスク妊婦」の概念分析を行った新田の概念分析の概念図⁶⁹⁾を参考にする。この概念図では②循環型の図と④カテゴリ間の関係性の図を組み合わせで作成されていた。②循環型の図は、帰結のカテゴリ 9 が先行要件へと繰り返される概念図であった。一方④カテゴリ間の関係性の図は、先行要件と帰結で示されていた。先行要件では、④カテゴリ間の関係性の図でも、中核となるカテゴリ 2 に他の 2 つのカテゴリが影響していることを、概念図で示していた。帰結では、カテゴリ 6 から 7 とカテゴリ 8 から 9 の間に順序性があることを概念図で示していた。

筆者の概念図は、②循環型の図と④カテゴリ間の関係性の図を複合した概念図である¹⁾。②循環型の図は、帰結から先行要件のフィードバックを概念図

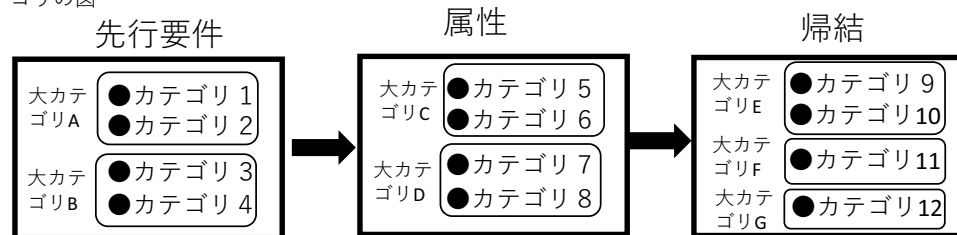
①先行要件・属性・帰結間の関係性を一方向のみで示した図：一方向の図



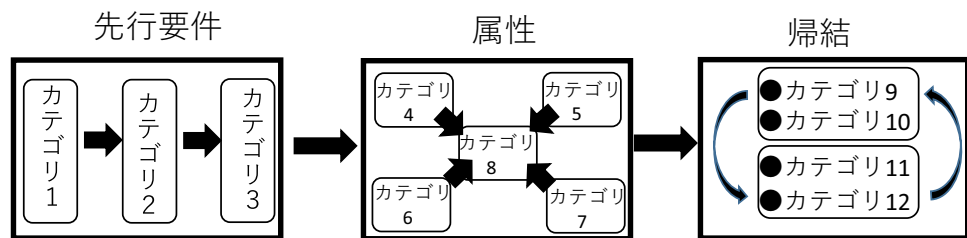
②先行要件・属性・帰結間の関係性を循環型の関係性で示した図：循環型の図



③先行要件・属性・帰結内でカテゴリよりさらに抽象度の高い大カテゴリを示した図：大カテゴリの図



④先行要件・属性・帰結内のカテゴリ間の関係性を示した図：カテゴリ間の関係性の図



⑤これらを複合して示した複合図

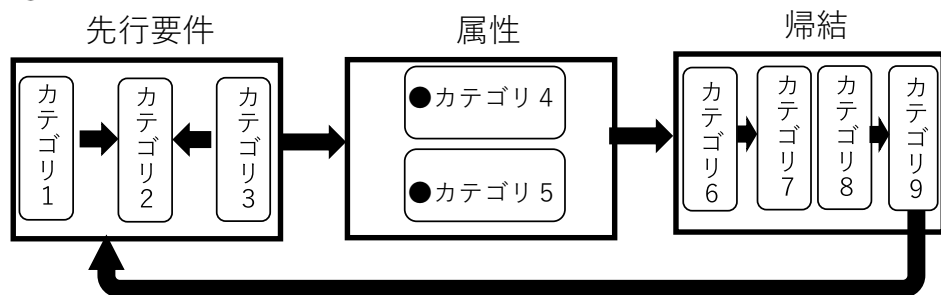


図2 概念図の種類

にて示した。一方④カテゴリ間の関係性の図は、対をなす先行要件と属性を繰り返す概念図として示した。

これらのことから、非常に複雑な概念ほど、文書による説明は伝わりにくいため、概念図を用いることで、理解の促進につながると考える。

Ⅵ 概念分析の活用方法

Walker & Avant²⁾は概念分析の結果の利用について、理論・教育・研究・実践における曖昧な用語を洗練すること、明確な理論的基礎を持つ操作的定義の提供をすること、概念の基礎となる属性を理解させること、研究の測定用具の開発を促進すること、看護用語の開発を援助することの5点を示している。一方Rodgers³⁾は、「Ⅳ-6 意味すること、仮説、将来の概念の発展のための示唆を同定する」で述べたように、概念分析の結果の利用は、フィールドワーク研究も行うことで、概念の明確化を図る将来の探求と、概念の使用における現代の文脈を反映した概念開発の基盤になるとしている。しかし先行文献を確認したところ、これら以外の活用をしている文献が2例あったためここで紹介する。

1 例目は概念分析のメタ統合である⁷⁰⁾。メタ統合とは質的データの統合方法の一つであり、「複数の質的な一次研究の結果を統合して、ある目的について、新たな、かつ拡大された理解をもたらす一連の方法論的なアプローチ」である⁷¹⁻⁷³⁾。メタ統合研究の意義は2点あり、1 点目はある共通の関心で行われた異なる研究者の知見を統合することにより、より普遍性やエビデンスレベルが高まることである。2 点目は一次研究論文を執筆した研究者とは異なる関心から、メタ統合によって二次的な分析を行うことにより、新たな知見が見出されることである^{73, 74)}。

Antunes ら⁷⁰⁾は、「希望」について概念分析した13 文献から、先行要件、属性、帰結、経験的指示対象を抽出し、より広範で現代的な「希望」の先行要件、属性、帰結、経験的指示対象を見出していた。経験的指示対象とは、その現象の实在または存在によって、概念自体の発生を例示する実際の現象の種類やカテゴリのことである²⁾。そして「希望」のメ

タ統合の結果を、ケアマネジメントにおける実際の意思決定に適用する有用性を述べていた。「希望」の様にすでに多くの概念分析がなされている文献では、概念分析の結果をメタ統合することで、より広範な先行要件、属性、帰結を抽出することができ、それにより最新の定義や新たな知見が得ることができると述べている。

2 例目はスコーピングレビューの分析の一部分として、概念分析を利用していた文献が複数見られた⁷⁵⁻⁷⁸⁾。スコーピングレビューとは比較的新しい文献レビューの一つであり、ナラティブレビューとシステマティックレビューの中間に位置している⁷⁹⁾。スコーピングレビューを立案したArksey と O'Malley⁸⁰⁾によれば、「スコーピングレビューとは、その研究領域の基盤となる主要な概念、主な情報源、利用可能な文献や情報（エビデンス）の種類を素早くまとめること」と定義されている。

スコーピングレビューでは、広範な研究分野の基礎となる主要概念をマッピングし、利用可能なエビデンスの量、範囲、性質を調べることができるが、データを定性的に分析する方法に関するガイドラインはほとんど提供されていない⁷⁵⁾。概念分析では、レビューの中で適切な出版物を特定し、文献を選択する体系的な手順を欠いている⁷⁵⁾。そこでLam⁷⁵⁾らはスコーピングレビューと概念分析のアプローチを組み合わせる研究行っていた。スコーピングレビューの方法論は、関連する出版物を特定・選択し、数値分析を行うために使用し、概念分析の方法論は、データの図表化と分析に使用していた⁷⁵⁾。研究結果から、「リハビリテーションの可能性」という概念の定義を提示することができ、このことで急性期後リハビリテーションへの患者紹介に関する臨床的意思決定がより改善される可能性を示していた⁷⁵⁾。

筆者は概念分析の活用として、臨床での概念の捉え方に関するインタビューガイドを作成したいと考えている。そしてそれを元にインタビュー調査を行い、さらなる概念の明確化を図りたいと考えている。

Ⅶ 結論

本稿ではRodgers と Walker & Avant の概念分析を中心とした、先行文献を元に実際の概念分析の

手順について紹介した。

そこでは、研究パラダイムを確認し、看護分野における概念分析の方法手順として関心のある概念と方法論の選択、検索データベース、検索キーワード、フローチャート図、文献の種類と文献数の妥当性、データ抽出基準、データ分析方法、モデル例、結果の示唆の同定、概念図、概念分析の活用方法をまとめて紹介した。特に先行要件・属性・帰結のデータ抽出基準については、抽出する言葉の長さや抽出部位の具体的な基準は見つからなかった。一方抽出したデータの意味内容の解釈は方法論に大きく依存することが再確認できた。

Walker & Avant²⁾ や Rodgers³⁾ の方法では記載されているが、代用語の同定や複数のデータベースによる網羅的検索は、行われていない先行文献があることもわかった。一方 Walker & Avant²⁾ や Rodgers³⁾ の方法では記載されていないが、フローチャート図や概念図などは、先行文献では記載されていることがわかった。研究目的の理解を深めるための創意工夫がなされ、目的にあった方法で取捨選択していることが見ることが出来た。

筆者は特に、概念分析の中で、PRISMA 声明²⁹⁾ を用いた網羅的な検索を行っていたり、分析に Braun と Clarke⁶⁰⁾ の thematic analysis を用いていることに強い関心を抱いた。他の方法論と組み合わせることにより、概念分析がより信頼度の高い研究に繋がることを知ることができ、一層概念分析の可能性が広がるように感じられた。

本稿では、筆者はどの方法が良いのかを述べる立場にはないが、筆者らの経験が、概念分析を行う手順を選ぶ際の参考になれば幸いである。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 白土 (向井) 菜津実, 岡美智代, 猪熊綾子, 松本光寛: 看護師以外のコメディカルからみた患者との信頼関係の概念分析, 日本保健医療行動科学会雑誌, 37 (1): 41-53, 2022
- 2) Lorraine Olszewski Walker, Kay coalson

Avant: Strategies for Theory Construction in Nursing Forth Edition, Pearson Education Inc, New Jersey, 2005 (中木高夫, 川崎修一訳: 看護における理論構築の方法, 医学書院, 東京, 2008)

- 3) Beth L. Rodgers, Kathleen A. Knafl: Concept Development in Nursing Foundations, Techniques, and Applications SECOND EDITION, Elsevier Inc, New York, 2000 (近藤麻理, 片田範子訳: 看護における理論概念開発 基礎・方法・応用, 医学書院, 東京, 2023)
- 4) 和田上貴昭: 「しつけ」の概念分析, 日本女子大学紀要 家政学部, 70: 27-34, 2023
- 5) 大出順: 「遠隔教育」の概念分析, 帝京科学大学総合教育センター紀要 総合学術研究, 4: 1-10, 2021
- 6) Huhn K, Gilliland SJ, Black LL, Wainwright SF, Christensen N: Clinical Reasoning in Physical Therapy: A Concept Analysis, Physical therapy, 99(4): 440-456, 2019
- 7) 今福輪太郎: 理論的貢献ができる研究をデザインする: 研究パラダイムの理解の重要性, 医学教育, 50 (1): 53-60, 2019
- 8) John R. Cutcliffe, Hugh P. McKenna: The Essential Concepts of Nursing: Building Blocks for Practice, Elsevier Health Sciences, New York, 2005 (山田智恵里訳: 看護の重要コンセプト 20: 看護分野における概念分析の試み, エルゼビア・ジャパン株式会社, 東京, 2008)
- 9) 濱田真由美: Beth L. Rodgers の概念分析について: 哲学的基盤に基づく目的と結果の再考, 日本赤十字看護学会誌, 17 (1): 45-52, 2017
- 10) Gunawan J, Aunguroch Y, Marzilli C: Beyond the classics: A comprehensive look at concept analysis methods in nursing education and research, Belitung Nursing Journal, 9(5): 406, 2023
- 11) 上村朋子, 本田多美枝: 概念分析の手法についての検討: 概念分析の主な手法とその背景, 日

- 本赤十字九州国際看護大学 intramural research report, 3: 194-207, 2005
- 12) 宮宇地秀代, 藤田佐和: 看護師と患者の協働の概念分析 血液透析患者の看護支援における概念活用の有用性, 高知女子大学看護学会誌, 47 (2): 1-10, 2022
 - 13) 川原佳代: 慢性疾患患者に対するアドバンス・ケア・プランニングの概念分析, 日本看護科学会誌, 41: 279-85, 2021
 - 14) 小倉一春: 看護学大辞典第5版, 2164, 株式会社メヂカルフレンド社, 東京, 2002
 - 15) 久保宣子, 角濱春美: 看護学における cultural competence の概念分析 -Rodgers の概念分析法を用いて-, 日本ヒューマンケア科学会誌, 16 (1): 65-74, 2023
 - 16) 相澤麗奈, 二宮杏珠, 花谷実歩, 山本紗佑里, 吉岡真奈, 森永裕美子: 「産後の母親役割獲得」の概念分析, 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 29: 1-10, 2023
 - 17) 馬場友美, 清村紀子: 「患者の苦痛」の概念分析, 看護科学研究, 20 (1): 1-13, 2022
 - 18) 熊倉深里, 石川ふみよ: 「意味づけ」の概念分析 がん患者への適用可能性, 上智大学総合人間科学部看護学科紀要, 5: 25-31, 2021
 - 19) 服部弓子, 鈴木幸子, 兼宗美幸, 北畠義典: 性の健康を守る看護職の支援の概念分析, 母性衛生, 63 (4): 793-801, 2023
 - 20) 秋田由美: 臨床看護実践における「アンテナ」の概念分析, 駒沢女子大学研究紀要 (人間健康学部・看護学部編), 4: 85-92, 2023
 - 21) 森麻希: 日本における高齢者のセクシュアリティの概念分析, 埼玉医科大学看護学科紀要, 15 (1): 41-9, 2022
 - 22) 森島千都子: 急性重症患者の家族成員におけるレジリエンスの概念分析, 日本クリティカルケア看護学会誌, 17: 98-109, 2021
 - 23) Pitse SB, Risenga PR: A concept analysis: Support for lay healthcare workers in HIV services, Bojanala District, North West, Curationis, 46(1): e1-e11, 2023
 - 24) Lee DA-O, Tak SH: A concept analysis of fear of falling in older adults: insights from qualitative research studies, BMC Geriatr, 23 (2): 651, 2023
 - 25) Lewis CL, Yan A, Williams MY, Apen LV, Crawford CL, Morse L, Valdez AM, Alexander GR, Grant E, Valderama-Wallace C, Beatty D: Health equity: A concept analysis, Nurs Outlook, 71(5): 102032, 2023
 - 26) Hugo-Van Dyk L, Botma Y, Ndhlovu M, Nyoni CN: A concept analysis on the transfer climate in health sciences education, Heliyon, 9(3): e14299, 2023
 - 27) Zamanzadeh V, Babaei N, Valizadeh L, Avazeh M: Human dignity of patients in nursing: A concept analysis, Indian J Med Ethics, VIII(3): 108-115, 2023
 - 28) Laranjeira C, Carvalho D, Valentim O, Moutinho L, Morgado T, Tomás C, Gomes J, Querido A: Therapeutic Adherence of People with Mental Disorders: An Evolutionary Concept Analysis, Int J Environ Res Public Health, 20(5): 3869, 2023
 - 29) Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D: The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews, BMJ, 372: n71, 2021
 - 30) Åhs JW, Eriksson H, Mazaheri M: Distant suffering: A concept analysis, Int J Nurs Stud, 151: 104672, 2024
 - 31) Zhang S, Li J, Zou J, Ai Y, Qin S, Xiao X, Hu H, Wang Y: Empowerment of the older adults in the context of Chinese culture: an evolutionary concept analysis, Front Psychol, 14: 1271315, 2023
 - 32) Lima GS, Figueira ALG, Carvalho EC,

- Kusumota L, Caldeira S: Resilience in Older People: A Concept Analysis. *Healthcare* (Basel), 11(18): 2491, 2023
- 33) Medeiros HPDS, Araújo JNM, Silva ABD, Dantas RAN, Lopes CT, Vitor AF: Nursing diagnosis proposal "Impaired Peripheral Venous Return": concept formation, *Rev Bras Enferm*, 76(5): e20220426, 2023
- 34) Mrayyan MT, Abunab HY, Abu Khait A, Rababa MJ, Al-Rawashdeh S, Algunmeeyn A, Abu Saraya A: Competency in nursing practice: a concept analysis, *BMJ Open*, 13 (6): e067352, 2023
- 35) Konlan KD, Lee H, Choi EK: Hypertension literacy: Concept analysis, *Nurs Open*, 10(9): 6078-6090, 2023
- 36) Larsson F, Strömbäck U, Rysst Gustafsson S, Engström Å: Perception of feeling safe perioperatively: a concept analysis, *Int J Qual Stud Health Well-being*, 18(1): 2216018, 2023
- 37) Reis de Sousa A, de Carvalho Félix ND, Rosendo da Silva RA, de Santana Carvalho ES, Pereira Á: Men's health care: concept analysis, *Invest Educ Enferm*, 41(2): e14, 2023
- 38) 剣持貴史, 岡美智代: システムティックレビューとメタアナリシスの実施方法 メタアナリシスの経験を通して, *日本保健医療行動科学会雑誌*, 38 (1): 60-69, 2023
- 39) Ahn J, Suh EE: Body image alteration in women with breast cancer: A concept analysis using an evolutionary method, *Asia Pac J Oncol Nurs*, 10(5): 100214, 2023
- 40) Liang Y, Hao G, Wu M, Hou L: Social isolation in adults with cancer: An evolutionary concept analysis, *Front Psychol*, 13: 973640, 2022
- 41) Cheng L, Chen H, Lin L, Li H, Zhang F: Spiritual needs of older adults with cancer: A modified concept analysis, *Asia Pac J Oncol Nurs*, 10(12): 100288, 2023
- 42) Taghinezhad F, Mohammadi E, Khademi M, Kazemnejad A: Humanistic Care in Nursing: Concept Analysis Using Rodgers' Evolutionary Approach, *Iran J Nurs Midwifery Res*, 27(2): 83-91, 2022
- 43) Zhang Y: Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis, *J Clin Nurs*, 27(15-16): 3205-3224, 2018
- 44) Tofthagen R, Fagerström LM: Rodgers' evolutionary concept analysis—a valid method for developing knowledge in nursing science, *Scandinavian journal of caring sciences*, 24: 21-31, 2010
- 45) 吉川あゆみ: 女性特有のがんに罹患した妻と夫の「がん罹患以降の親密性の獲得」における概念分析, *奈良県立医科大学看護研究ジャーナル*, 18: 9-20, 2022
- 46) 佐藤仁美, 松永篤志, 田口敦子: 医療・保健分野における災害に関するコミュニティ・レジリエンスの概念分析, *日本地域看護学会誌*, 25 (2): 23-31, 2022
- 47) 谷津裕子, 児玉久仁子, 永吉美智枝, 濱田真由美, 山下真裕子, 青木紀子, 北素子: 「慈恵」概念の明確化 Rodgers の進化論的概念分析明治期以降の社会福祉研究の文献を手がかりに, *東京慈恵会医科大学雑誌*, 137 (4): 87-101, 2022
- 48) VOYAGEGROUP, 朝日新聞社: コトバンク, <https://kotobank.jp/word/%E8%AA%9E%E5%8F%A5-499060#w-1963304,2024.3.28> (検索)
- 49) 飯岡由紀子, 杉本知子, 辻恵子: 看護師の調整力(コーディネート力)の概念分析, *日本看護学教育学会誌*, 32 (2): 15-26, 2022
- 50) Johnsson N, Strandberg S, Tuveesson H, Fagerström C, Ekstedt M, Lindberg C: Delineating and clarifying the concept of self-care monitoring: a concept analysis, *Int J Qual Stud Health Well-being*, 18(2): 2241231, 2023
- 51) Azizi TH, Begjani J, Arman A, Hoseini ASS: The concept analysis of helplessness in nurses during the COVID-19 pandemic: A hybrid

- model, *Nurs Open*, 10(10): 6782-6793, 2023
- 52) 小口江美子, 岡崎雅子, 石野徳子, 越川裕樹: 薬物療法中のうつ病患者に対してヨーガによる運動療法が奏功した1例, *昭和学士会雑誌*, 76(4): 505-513, 2016
- 53) 小林亜子加, 小山可菜, 田中涼子, 徳山陽美, 羽賀亜希子, 諸角とも, 三枝加代子, 島田力, 菅原之人: 患者—鍼灸師間の信頼関係に関するアンケート調査, *東洋療法学校協会学会誌*, 25: 110-117, 2002
- 54) 井上千穂, 齋藤信也, 古賀雄二: 我が国の看護師が用いる用語としての「不穏」の概念分析, *日本クリティカルケア看護学会誌*, 19: 47-57, 2023
- 55) 小木曾加奈子: わが国における高齢者に対するトランジショナル・ケアの概念分析, *日本医療・病院管理学会誌*, 60(1): 21-30, 2023
- 56) Serafica R, Grigsby T, Donahue B, Evangelista L: Occupational Stress: A Concept Analysis with Implications for Immigrant Workers' Mental Health in the United States, *Nurs Forum*, 2023: 1332479, 2023
- 57) Shirindza KJ, Malwela T, Maputle MS: Concept analysis: Community-based postnatal care, *Curationis*, 46(2): e1-e8, 2023
- 58) Thummak S, Uppor W, Wannarit LO: Patient compliance: A concept analysis, *Belitung Nurs J*, 9(5): 421-427, 2023
- 59) Saputra F, Uthis P, Sukratul S: Conduct problems among middle adolescents in the community settings: A concept analysis, *Belitung Nurs J*, 9(4): 293-301, 2023
- 60) Braun V, Clarke V: Using thematic analysis in psychology, *Qualitative research in psychology*, 3(2): 77-101, 2006
- 61) Cassidy L, Quirke MB, Alexander D, Greene J, Hill K, Connolly M, Brenner M: Integrated care for children living with complex care needs: an evolutionary concept analysis, *Eur J Pediatr*, 182(4): 1517-1532, 2023
- 62) Cole FL: Content analysis: process and application, *Clinical nurse specialist*, 2(1): 53-57, 1988
- 63) 大谷健太郎, 永田美和子, 大城凌子, 新城慈, 田場真由美, 溝口広紀: 相互作用としてのホスピタリティに着目した教育と地域貢献に関する基礎的研究, *名桜大学環太平洋地域文化研究*, 4: 129-34, 2023
- 64) 井藤日向子, 石塚百華, 大石菜央, 佐藤恵美, 鈴木日奈乃, 田家歩夢, 中村隼斗, 古山愛深, 菅原裕美, 中村裕美, 田中留伊: 我が国におけるアルコール依存症者のリカバリーの概念分析, *東京医療保健大学紀要*, 17(1): 37-45, 2022
- 65) 田林麻里絵, 川原妙, 菊池良太, 山崎あけみ: 「妊娠期の父性」の概念分析, *家族看護学研究*, 28(1-2): 101-11, 2023
- 66) 安東彩, 石川ふみよ: 「看護の専門性」の概念分析, *上智大学総合人間科学部看護学科紀要*, 6: 13-22, 2022
- 67) 山田咲樹子: 「子どもに対する医療者の倫理的感受性」の概念分析, *武蔵野大学看護学研究所紀要*, 16: 1-9, 2023
- 68) 萩原結花, 小林康江: 「乳幼児を育てる母親の余裕」の概念分析, *母性衛生*, 64(2): 374-380, 2023
- 69) 新田祥子: 「社会的ハイリスク妊婦」の概念分析, *長崎県立大学看護栄養学部紀要*, 20: 1-8, 2022
- 70) Antunes M, Laranjeira C, Querido A, Charepe Z: "What Do We Know about Hope in Nursing Care?": A Synthesis of Concept Analysis Studies, *Healthcare (Basel)*, 11(20): 2739
- 71) 岡美智代, 岡山久代, 香取洋子: 看護研究におけるメタ分析とメタ統合, *看護研究*, 38(3): 189-197, 2005
- 72) 宮崎美砂子: 質的研究のメタ統合の創出 -Paterson らによるメタスタディを中心に-, *看護研究*, 41(5): 359-366, 2008
- 73) 植村美砂子: 看護学雑誌におけるメタ統合研究の動向 -2005年から2014年に出版された国内外論文の検討-, *千葉看護学会会誌*, 21(2):

45-54, 2016

- 74) 石垣和子, 山本則子: なぜいま質的研究のメタ統合が必要か, 看護研究, 41 (5): 351-357, 2008
- 75) Lam Wai Shun P, Swaine B, Bottari CA-O: Combining scoping review and concept analysis methodologies to clarify the meaning of rehabilitation potential after acquired brain injury, Disability and rehabilitation, 44(5): 817-825, 2022
- 76) Mikolajczak-Degrauwe K, Slimmen SR, Gillissen D, de Bil P, Bosmans V, Keemink C, Meyvis I, Kuipers YJ: Strengths, weaknesses, opportunities and threats of peer support among disadvantaged groups: A rapid scoping review, Int J Nurs Sci, 10(4): 587-601, 2023
- 77) Araújo JNM, Fernandes APNL, Dantas AC, Ferreira Júnior MA, Lopes MVO, Vitor AF: Ocular dryness in intensive care: proposal for a new nursing diagnosis, Revista Brasileira de Enfermagem, 76 (Suppl 4): e20220698, 2023
- 78) Sawada T, Oh K, Namiki M, Tomori K, Ohno K, Okita Y: The Conceptual Analysis of Collaboration in the Occupational Therapy by Combining the Scoping Review Methodology, Int J Environ Res Public Health, 20(11): 6055, 2023
- 79) 友利率之介, 澤田辰徳, 大野勘太, 高橋香代子, 沖田勇帆: スコーピングレビューのための報告ガイドライン日本語版: PRISMA-ScR, 日本臨床作業療法研究, 7 (1): 70-6, 2020
- 80) Arksey H, O'Malley L: Scoping studies: towards a methodological framework, International journal of social research methodology, 8(1): 19-32, 2005

東京支部研究会報告

東京支部における 2023 年度の研究会活動の概要について報告する。

第 110 回東京支部研究会

[日 時] 2023 年 11 月 11 日 (土) 13:00 ~ 16:00

[会 場] 明海大学浦安キャンパス第二管理研究棟

[テーマ] 多職種連携のダイアロジカル・ミーティング (DMIU)

— 自職種を知る・他職種を知る対話

[ファシリテーター] 学会共同企画研究チーム

[研修内容]

日本保健医療行動科学会東京支部第 110 回研究会が、2023 年 11 月 11 日 (土) に明海大学浦安キャンパス第二管理研究棟 4301 会議室にて開催されました。コロナ禍でしばらくの間、オンライン開催となっていた研究会でしたが、コロナ後の記念すべき初めての対面開催となりました。対面の準備は大変なのですが、皆さんと再会できたことで、その苦勞が吹き飛びました。

この研修会は、岡美智代先生が代表を務める研究グループが企画しました。テーマは「多職種連携のダイアロジカル・ミーティング (DMIU) — 自職種を知る・他職種を知る対話」で、筆者と野呂瀬崇彦氏 (帝京大学) がファシリテーターを務め、12 名の参加者が学びを深めました。

職種間連携が、医療の質向上に不可欠だからです。自然科学中心の医学から患者中心の医学への転換が進む中で、患者の wellbeing を支える医療の在り方が再評価されています。北欧で普及しているネットワーク型の支援や対話の価値が見直され、職種間理解のための DMIU が開発・実践されています。

研修会では、リフレクティング (反想法) の理論を学び、後半は患者家族の立場での DMIU 体験学習を実施しました。医療専門職が経験専門家の意見に耳を傾けることで、治療に新たな価値を見出すことが可能になるのではないのでしょうか。

参加者からは、「自職種の重要性を再認識した」「多職種連携の醍醐味を感じた」「家族の人生も大切にすべき」「患者家族としての体験が想起された」などの感想が寄せられました。

(樋口倫子)

第 111 回東京支部研究会

[日 時] 2024 年 2 月 18 日 (日) 13:00 ~ 17:00

[会 場] オンライン会場 (Zoom 会場)

[テーマ] 行動変容を支援する動機づけ面接 (MI) とコーチング

[ファシリテーター] 諏訪茂樹 (東京女子医大)

瀬在泉 (防衛医科大学校)

[研修内容]

導入講義：行動変容ステージと支援技術 諏訪茂樹 (東京女子医大)

演習 1：無関心期・関心期の動機づけ面接 (MI) 瀬在泉 (防衛医大)

演習 2：準備期・実行期のコーチング 諏訪茂樹
まとめ 質疑応答

会員・非会員合わせて約 40 名が参加した。参加者からは、「動機づけ面接とコーチングの関連性が理解できました。」「相手の状況に合わせて技法を柔軟に変えていくことを学びました。」「『大切なことはマニュアルにしないガイドラインとして考える』という言葉がしっくりきました。」などの感想が寄せられた。

(諏訪茂樹)

近畿支部研究会報告

近畿支部における 2023 年度の研究会活動の概要について報告する。

第 138 回近畿支部会報告

[日 時] 2023 年 7 月 2 日 (日)

[会 場] 京都看護大学

[テーマ] ナラティブ・アプローチワークショップ

[ファシリテーター] ジョン・ローナー博士

[研修内容]

近畿支部会は長らく休止していましたが、ナラ

ティヴ・アプローチの世界的第一人者であるジョン・ローナー先生の来日に合わせて再開されました。2023年7月2日に約3時間の研修が行われ、参加者は看護師、医師、臨床心理士、鍼灸師、弁護士、フードライターなど多様な背景を持つ約20人でした。

ローナー先生は筆者の友人で師匠でもあり、英国で30年にわたり Narrative Based Medicine (NBM) の潮流を作り上げた一人です。ローナー先生はタビストック・センターに所属し、ナラティヴ・セラピーの黎明期から活躍し、著書『Narrative Based Practice in Health and Social Care』もあります。また、ケンブリッジ大学文学部も卒業しており、エッセイ集『HOW NOT TO BE A DOCTOR』の著者でもあります。

当日の研修はローナー先生の講演から始まり、スライドには日本語訳が付いており、通訳も行われました。後半はワークショップが予定されていましたが、パソコンのトラブルにより、参加者の自己紹介に時間が充てられました。自己紹介の中で、ローナー先生がコメントをし、参加者全員がナラティヴについて学ぶ機会となりました。

最後に、ローナー先生が患者との診察場面のビデオを見せ、独自の診察スタイルを披露しました。彼の診察では、自分の意見を最小限に抑え、患者に多くの質問をし、患者自身が病気についてどう考えているかを明確にしていくプロセスを重視しています。ある女性患者の慢性疼痛の例では、どんな治療も効果がないと失望を述べた彼女に対し、ローナー先生は「今、私ができることは何かありますか?」と尋ねました。彼女は「初めて自分の考えを医師に話せて、痛みが少し軽減した」と答えました。医師は話すのが得意でも、聞くのが苦手なことが多いように感じる機会となりました。

(中川 晶 京都看護大学, なかがわ中之島クリニック)

日本保健医療行動科学会 設立趣意書

保健・医療従事者は単に病気をみるだけではなく、病気をもつ、あるいはその恐れをもつ人間をみるものだという言葉をよく耳にする。しかし実際は病気しかみていないことが多い。

しばしば人々は、日常の苦しみや悩みを、本人の気づかないまま病気で表現したり、不健康な生活を改めることができないままにいる。しかも本人自身がそれらに気づいておらず、その気づきを手助けするはずの保健医療従事者も十分認識がすすんでいないことがある。このような病気や不健康な側面のみならず、保健医療を考える際には、予防や健康増進といった面での行動科学的知識はなお一層重要となってくる。

ところで、このような健康や病気の心理社会的な背景と、身体的側面との相互作用を研究しようとする行動科学が米国を中心に進歩してきた。それは、心理学、社会学、人類学、生理学などを総合的に応用し、人間の健康問題にかかわる行動（個人・集団・社会）の変容過程を実証的、体系的に解明しようと努力している。こうした保健医療関連の行動科学（医療社会学、医療心理学、医療人類学等を含む）は、米国では、医師や看護などの保健医療従事者の教育に取り入れられ、資格試験にも採用されている。しかしわが国では、このような関心はようやく高まりつつあるが、研究は緒についたばかりである。

こうした中で、わが国において保健医療領域での行動科学的研究・教育の発展のために、社会・人文科学、自然科学の各分野の国内外研究や学習の場づくりを目的とした学術団体の創設が必要と思われる。

日本保健医療行動科学会 会則

(1986年6月8日制定施行, 2014年6月1日最終改正)

第1章 総 則

第1条 (名称)

1. 本会は、日本保健医療行動科学会と称する。
2. 本会の英文名は、The Japan Academy for Health Behavioral Science と称する。

第2条 (目的)

本会は、保健医療行動科学の発展・普及および研究者相互の連携・協力をはかることを目的とする。

第3条 (事業)

本会は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

1. 大会・部会および研究会の開催
2. 共同調査研究
3. 機関誌その他の刊行物の発行
4. その他、必要な事業

第2章 会 員

第4条 (会員)

本会の会員は、通常会員、賛助会員、機関会員および学生会員とする。

第5条 (通常会員)

通常会員は、本会の趣旨に賛同し、保健医療領域の行動科学あるいは関連領域の学術の知識をもつ者、あるいは役員によって推薦された者で、理事会の承認を得た個人とする。

第6条 (賛助会員)

賛助会員は、本会の趣旨に賛同し、本会の事業を後援するため財政的援助等をなした者で、理事会の承認を得た個人および機関とする。

第7条 (機関会員)

機関会員は、本会の趣旨に賛同し、保健医療領域の行動科学あるいは、関連領域等で理事会の承認を得た機関とする。

第8条 (学生会員)

学生会員は、本会の趣旨に賛同し、保健医療領域の行動科学あるいは関連領域の学術の知識を学んでいる大学院生・学部学生で、理事会の承認を得た個人とする。

第9条 (入会)

本会に通常会員として入会を希望する者は、所定の入会申込書に当該年度の会費を添えて入会手続きをとらねばならない。

(会員の権利)

会員は、本会の行う行事に参加することができ、また本会の発行する刊行物の配布を受けることができる。

第10条 (除名)

会員にして、次の各号に該当する者は理事会の決議により除名することができる。

1. 本会の名誉を著しく毀損した者
2. 会費を滞納（5年以上）した者

第3章 役 員

第11条 (役員)

本会に次の役員を置く。

1. 会長 1名
2. 副会長 2名
3. 顧問 若干名
4. 理事 14名（会長1名、副会長2名を含む）
5. 評議員 若干名
6. 委員 若干名
7. 監事 2名

第12条 (会長任命理事)

前条の規定にかかわらず、会長任命による理事を6名以内に限って置くことができる。ただし、その人選に当たっては理事会の議を経なければならない。

第13条（役員の選出）

役員の選出は次による。

1. 会長および副会長は理事の互選とし、総会の承認を得るものとする。
2. 顧問は、本会に特別功勞のあった者を理事会の議を経て総会で推挙する。ただし、任期は別に定めない。
3. 理事は、別に定める規定により選出する。
4. 評議員および委員は、理事会の議を経て会長が委嘱する。
5. 監事は、別に定める規定により選出する。

第14条（役員の任務）

役員の任務は次のとおりとする。

1. 会長は、本会を代表し、会務を総括する。
2. 副会長は、会長を補佐する。
3. 顧問は、本会の重要会務につき、会長の諮問に応じる。
4. 理事は、会長とともに理事会を構成し、本会の運営にあたる。
5. 理事会は、各種委員会を置く。編集委員会、広報委員会、国際交流委員会、中川記念奨励賞選考委員会の常置委員会を置き、各委員会の委員長によって運営される。また、必要に応じて、委員長は副委員長および委員を指名することができる。
6. 評議員は、理事会の諮問に応じる。
7. 委員は会務を助ける。
8. 監事は本会の会計および会務の運営状況を監査する。

第15条（役員の任期）

会長、副会長、理事、評議員、委員、監事の任期は1期3か年とする。ただし、再任を妨げない。

第4章 会 議

第16条（理事会）

1. 理事会は、会長がこれを招集する。なお、半数以上の理事が理事会の開催を求めた場合、会長は、すみやかに理事会を招集しなければならない。

2. 理事会は、理事の過半数の出席をもって成立する。ただし、出席は委任状をもってこれに代えることができる。

3. 理事会の議は、出席者の過半数の賛同によって決する。

第17条（総会）

1. 総会は、全会員をもって組織し、次の事項を審議する。

- (1) 事業の執行
- (2) 役員の選任
- (3) 予算および決算の承認
- (4) 会費に関する事項
- (5) 規約の変更
- (6) その他、理事会が必要と認めた事項

2. 総会は、年1回開催するものとし、理事会の議を経て会長が招集する。このほか、理事会が必要と認めた場合、臨時に開催することができる。なお3分の2以上の会員が総会の開催を求めた場合、会長はすみやかに総会を招集しなければならない。

3. 総会の議は、出席者の3分の2以上の賛同によって決する。

第5章 会 計

第18条（経費）

本会の経費は、会費および寄付金その他の収入によって支弁する。

第19条（会費）

会費は次のものとする。

1. 通常会員の会費は年額7,000円とする。
2. 賛助会員の会費は年1口以上（1口10,000円）とする。
3. 機関会員の会費は年額20,000円とする。
4. 学生会員の会費は学部学生は年額3,000円、大学院生は年額5,000円とする。
5. 顧問会員は会費を納めることを要しない。会費は、年度初めに納入するものとする。機関誌代はこれに含まれる。

第20条（予算・決算）

理事会は、予算を編成し、総会の議を経ることを要する。理事会は、また、前年度の事業報告・収支決算を作成し、監事の承認を経て総会に報告する。

第21条（会計年度）

本会の会計年度は、4月1日に始まり3月31日に終る。

第6章 付 則

第22条（改正）

本会則の改正は、総会の議決を要する。

第23条（事務局）

本会の庶務を担当するため、事務局を置く。その他、事務局に必要な事項は、会長がこれを定める。

第24条（施行）

本会則は、昭和61年6月8日より施行する。

*本会則、第5条は昭和63年6月25日より改正施行する。

*本会則、第19条は平成5年6月1日より改正施行する。

*本会則、第11条および第13条は平成6年7月20日より改正施行する。

*本会則、第12条は平成16年6月27日より改正施行する。

*本会則、第11条、第13条および第16条は平成18年6月17日より改正施行する。

*本会則、第8条、第10条、第13条、第14条、第19条および第23条は平成24年6月16日より改正施行する。

*本会則、第14条は平成25年6月22日より改正施行する。

*本会則、第21条は平成26年6月1日より改正施行する。

日本保健医療行動科学会 理事・監事選出規約

(1986 年 6 月 8 日制定施行, 2021 年 6 月 26 日最終改定)

会則第 13 条 3 項および 5 項により, 理事および監事の選出手続きを次のとおりに定める。

第 1 条 会長は理事会の議を経て, 会員の中から 3 名の選挙管理委員を委嘱し, 選挙管理委員会を組織しなければならない。

第 2 条 選挙管理委員会は, 選挙有権者名簿を作成し, 選挙の期日および手続きを会員に公示しなければならない。ただし, 選挙関係書類等の送付をもって公示に代えることができる。

第 3 条 投票は郵送, あるいは電子投票により実施する。

第 4 条 理事は選出法により下記の 2 種類とする。
A 理事: 学系別に選出される理事
B 理事: 学系の枠を越えて選出される理事

第 5 条 理事の定数は, A 理事および B 理事の合計 14 名とする。ただし, 会則第 12 条による会長任命理事を加えて 20 名とすることができる。

第 6 条 理事選挙は以下のとおりとする。
A 理事: 会員の所属する学系の有権者名簿から第 8 条 1 項に掲げる当選者数を投票する。
B 理事: 学系の枠を越えて全有権者名簿から第 8 条 2 項に掲げる当選者数を投票する。

第 7 条 監事選挙は, 学系の枠を越えて全有権者名簿から第 8 条 3 項に掲げる当選者数を投票する。

第 8 条 理事および監事の当選者数は, 下記のとおりとする。

1. A 理事については, 社会学系 1 名, 心理学・福祉学系 1 名, 看護学系 3 名, 歯学系 1 名, 医学系 2 名, 健康科学系 1 名と

する。

2. B 理事については 5 名とする。ただし, A 理事に当選した場合は除外する。

3. 監事については 2 名とする。ただし, A・B 理事に当選した場合は除外する。

第 9 条 選挙管理委員会は, 当選者に通知し, 文書をもって役員就任の承諾を得なければならない。当該者が役員就任を辞退した場合には, A 理事, B 理事, 監事それぞれの枠内で次点の繰り上げを行い, 前条 2・3 項を適用する。

第 10 条 選挙管理委員会は, 新しい理事会の発足をもちて任務を終了し解散する。

※本規約, 第 3 条, 第 6 条および第 7 条は 2021 年 6 月 26 日より一部改定する。

日本保健医療行動科学会 中川記念奨励賞内規

(1994 年 6 月 1 日制定施行, 2023 年 6 月 17 日最終改定)

1. (名称)

本賞は、日本保健医療行動科学会中川記念奨励賞（略称：中川賞）と称する。
 2. (目的)

本賞は、保健医療行動科学に関する学術的研究や諸活動を若い会員に奨励するために、優れた貢献をした者を表彰し、もって保健医療行動科学の発展に寄与することを目的とする。
 3. (受賞資格)

本賞の受賞者は、次の 3 条件をすべて満たさなければならない。

 - 1) 日本保健医療行動科学会の通常会員であること。
 - 2) 保健医療行動科学に関する学術的研究あるいは教育を含む諸活動において、その業績が顕著であること。
 - 3) 受賞年度において 45 歳未満もしくは学会入会后 10 年未満であること。
 4. (本賞の選考)

本賞の選考は、中川賞選考委員会が行う。
 5. (選考委員会の構成)

中川賞選考委員会を次のとおり定める。

 - 1) 中川賞選考委員会は、日本保健医療行動科学会会長によって任命された 8 名の委員によって構成される。8 名のうち 4 名は理事から、残りの 4 名は評議員から選出される。
 - 2) 委員の任期は 3 年とする。
 - 3) 中川賞選考委員長は、委員の互選によって決められる。
 6. (受賞者の選考)

選考に当たっては、日本保健医療行動科学会評議員ならびに編集委員会より優れた論文や活動業績の推薦を得て、それを参考にするものとする。
 7. (受賞者の推薦)

中川賞選考委員会は、日本保健医療行動科学会の通常会員の中から、毎年、若干名を中川賞候補者として選考した後、これを理事会に推薦しなければならない。
 8. (受賞者の決定)

理事会は、中川賞選考委員会から推薦された受賞候補者の中から受賞者を決定する。
 9. (賞の授与)

日本保健医療行動科学会会長は、日本保健医療行動科学会の年次大会の総会において、8 によって決定された受賞者に対して、日本保健医療行動科学会中川記念奨励賞として賞状等を授与し、公示する。
 10. (中川賞基金)

中川賞基金を次のとおり定める。

 - 1) 日本保健医療行動科学会が主催する事業に伴う収入、ならびに 2 の目的で贈与される寄付金等の積立金をもって中川賞基金とする。
 - 2) 中川賞基金を使用する必要がある場合は、理事会の承認を得なければならない。
 11. (改廃)

本内規の改廃は、理事会によって決議される。
- ※本内規 3. (受賞資格) の 3) の年齢を「40 歳未満」から「45 歳未満」に改定 (2008.10.13.)
- ※本内規 5. (選考委員会の構成) の 2) の委員の任期を「2 年」から「3 年」に改定 (2013.6.22.)
- ※本内規 3. (受賞資格) の 3) を「45 歳未満」から「45 歳未満もしくは学会入会后 10 年未満」に改定 (2023.6.17.)

日本保健医療行動科学会 中川記念奨励賞 候補者の業績についての選考内規

(2001 年 11 月 28 日制定施行, 2023 年 6 月 17 日最終改定)

日本保健医療行動科学会中川記念奨励賞内規 3 (受賞資格) の 2) 及び 6 (受賞者の選考) についての内規を次のとおり定める。

1. 本学会機関誌に掲載論文 (1 編は必ず First Author) が必ずあり, 年次大会に 1 回以上 First Author で発表を行っていること。

(Second Author 以下は 2 回を 1 回に換算する。)

2. 著書があれば参考とし (単著・共著等は問わない), 支部活動等にも協力的であること。

3. 特に社会的に問題となる行為 (例: 刑法犯歴) の無いこと。

以上の事項を参考にして選考に当たるものとする。

※本内規 1 の「医歯系」を「学部が 6 年学系」に改定 (2004.11.10.)

※本内規 1 の「学部が 6 年学系」を「6 年制学部卒業の場合」に, 2 の「年報」を「機関誌」に改定 (2013.6.22.)

※本内規の「1. 修士入学日 (6 年制学部卒業の場合は学部卒業の日) またはこれに準ずる日 (本学会年次大会もしくは雑誌に単独もしくは連名以上で発表した日とする) をもって起算する研究歴が 7 年 5 年以上 (6 年制学部卒業の場合は 5 年 3 年以上) であること。」「3. 類似の学会誌・学会及び大会においても発表している。発表形式は 2 に準ずる。」「4. 本学会関連の博士号を取得しているか又は博士論文作成の可能性 (テーマから見て本学会に関連するものであること) があること。」を削除し, 本内規 2 の「年次大会に 2 回以上」を「1 回以上」とし, 内規 2 を内規 1, 内規 5 を内規 2, 内規 6 を内規 3 とする改定 (2023.6.17.)

日本保健医療行動科学会 奨励研究員内規

(1998 年 4 月 1 日制定施行, 2013 年 6 月 22 日最終改定)

1. (名称)

本研究員は, 日本保健医療行動科学会奨励研究員 (略称: 奨励研究員) と称す。

2. (目的)

本奨励研究員制度は, 社会的立場が定まっていない会員に保健医療行動科学に関する学術的研究を奨励し, もって保健医療行動科学の発展に寄与することを目的とする。

3. (奨励研究員の資格)

- 1) 日本保健医療行動科学会の通常会員であること。
- 2) 保健医療行動科学分野の学術的研究において, その業績が十分評価されうること。
- 3) 博士課程単位取得満期修了者および博士号を有する者 (その見込みの者も含む), あるいはそれと同等の研究歴を持ち, 研究職としての社会的地位が定まっていない者。

4. (選考)

本奨励研究員の選考は, 履歴書および研究業績をもって, 本学会理事会において行う。

5. (継続の条件)

本奨励研究員の継続について 1 年毎に見直しを行う。その際の条件として, 本学会機関誌に原著等において研究業績が毎年少なくとも一つ報告されていること。ただし, 本学会機関誌以外での論文も参考にすることができる。

6. (報酬)

原資の制約から, 当分の間, 無報酬である。

7. (改廃)

本内規の改廃は, 理事会によって決議される。

※本内規 4 の「常任理事会」を「理事会」に, 5 の「年報」を「機関誌」に改定 (2013.6.22.)

日本保健医療行動科学会 利益相反に関する指針

(2023 年 6 月 17 日制定)

1. 目的

日本保健医療行動科学会（以下「本学会」という。）は、「人間の健康にかかわる行動（個人・集団・社会）の変容過程を実証的、体系論的に解明しようとする健康行動科学に関する研究・教育の発展のために、社会・人文科学・自然科学の各分野の国内外の研究や学習の場づくり」を目的とし、学術大会、研究会の開催、機関誌の発行などの事業を推進してきた。

本学会が、保健医療行動科学に関する学術活動を推進するためには、「保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とした団体」との産官学の連携により取り組むことが求められるところであるが、その際に本学会の会員（以下「学会員」という。）として果たすべき責務と、学会員が個人あるいは所属する組織として得る金銭、地位、利権など（私的利益）との間に、利益相反（Conflict of Interest, 以下「COI」という。）が発生することがある。

このような COI に適切に対応しなければ、研究対象者、研修を受ける人々の人権や生命の安全・安心が損なわれ、研究の方法、データの解析、結果の解釈がゆがめられるおそれも生じる。また、適切な研究成果であるにもかかわらず、公正な評価がなされないことも起こりうる。

そこで、本学会では、COI に関する基本的な考え方を示すことによって、本学会の学術活動の透明性、中立性の確保、説明責任を果たすための適切な措置をとり、産官学が連携した学術活動を積極的に推進し、保健医療行動科学の発展を図るために「日本保健医療行動科学会利益相反に関する指針」（以下「本指針」という。）を定めるものである。

2. 基本方針

- (1) 本学会の使命である学術活動の責務を十分に果たしながら、学会員が「保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とした団体」との産官学連携活動及び保健医療行動科学への貢献活動を積極的に推進できるよう、環境整備を図る。
- (2) COI を未然に防ぐこと、また COI が生じた場合に必要な措置を行うなど、利益相反マネジメントを実施する。

3. 指針の適用となる対象者

COI 状態が生じる可能性がある以下の対象者に対し、本指針が適用される。

- (1) 本学会会員（通常会員、賛助会員、学生会員）
- (2) 本学会の学術大会で発表・講演する者及び機関誌にて論文発表をする者
- (3) 本学会の顧問、会長、副会長、理事、監事、評議員、学術大会長、各委員会委員

4. 対象となる活動

対象者が行うすべての事業活動に対して、本指針を適用する。

5. 「保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とした団体」の定義

「保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とした団体」とは、保健医療行動科学に関し、本学

会と次のような関係を有する企業・組織や団体をいう。

- (1) 保健医療行動科学に関する開発や研究を依頼し、または共同で行った関係（有償無償を問わない）
- (2) 保健医療行動科学で評価される教材、機材などに関連して特許権などの権利を共有している関係
- (3) 保健医療行動科学で使用される教材、機材などを無償もしくは特に有利な価格で提供している関係
- (4) 保健医療行動科学に対して研究助成・寄付などを行っている関係
- (5) 保健医療行動科学で開発中の教材や機材などを提供している関係

6. COI 自己申告の基準

本指針が適用される対象者個人が次の（１）～（８）に該当する場合であって、次の開示基準額を超える場合、あるいは開示基準事項に該当する場合には、当該個人は所定の様式に従って COI 自己申告をするものとする。

	開示基準額又は開示基準行為
(1) 保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とする団体の役員、顧問職等に就任した場合	1つの団体からの報酬合計が年間100万円以上
(2) 保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とする団体の株式等を保有した場合	年間利益（配当、売却額の総和）が100万円以上又は株式保有の場合、当該会社の発行済株式総数の5%以上を保有
(3) 保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とする団体に対し、対象者の有する特許権等の使用許諾、貸与をしている場合	使用料が年間100万円以上
(4) 保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とした団体から、日当、講演料等の報酬を受け取った場合	1つの団体からの報酬合計が年間50万円以上
(5) 保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とした団体から、パンフレットなどの執筆に対して原稿料等を受け取った場合	年間100万円以上
(6) 保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とした団体が提供する、受託研究、共同研究、奨学寄附金などを受け取った場合	1つの研究に対して受領した金額年間合計額が200万円以上
(7) 保健医療行動科学に関連する企業・組織、営利を目的とする団体がスポンサーとなる寄付講座に所属している場合	所属
(8) (1)～(7)に定める場合以外で、保健医療行動科学に関連する企業・組織、営利を目的とする団体から報酬等（研究とは関係のない旅行、贈答品等含む）を受け取った場合	合計が年間10万円以上

7. 実施方法

- (1) 学術活動の成果を本学会の学術大会、研究会等で発表する場合、筆頭演者は当該研究に係る COI 状態を本指針に従って演題登録時に申告し、発表時に公開する。
- (2) 学術活動の成果を機関誌で発表する著者は、当該研究に係る COI 状態を本指針に従って確認し、論文投稿時に投稿規程にそって申告し、発表時に公開する。
- (3) 本学会の役員、学術大会長は、就任時に当該事業に係る COI 状態を自己申告によって開示する。また、

就任後、新たに COI 状態 が発生した場合には修正申告を行うものとする。

- (4) 学術大会長, 研究会担当理事は, 本指針に反する事態が生じた場合には, 利益相反委員会に報告するものとする。利益相反委員会は疑義が発生した会員個人の COI 状態にかかる調査結果を理事会に報告する。学術大会長, 研究会担当理事は, 理事会での承認を得て, 該当者にその内容に応じて改善や発表の差し止め, 発表の撤回, 機関誌などへの謝罪文の掲載を求める等の措置を講ずる。この場合, 当該研究等の発表者に理由を付して, その旨を通知する。
- (5) 編集委員長は, 本指針に反する事態が生じた場合には, COI 申告結果を利益相反委員会に報告するものとする。利益相反委員会は疑義が発生した会員個人の COI 状態にかかる調査結果を理事会に報告する。編集委員長は, 理事会での承認を得て, 著者にその内容に応じて改善や掲載の差し止め, 論文撤回, 謝罪文の掲載を求める等の措置を講ずる。この場合, 当該研究等の発表者に理由を付して, その旨を通知する。

8. 本指針の改正

社会情勢や, 産学官連携に関する法令の改正等により, 本指針を改正する必要性が生じた場合には, 理事会の決議により, 本指針を改正することができる。

理事会承認日: 2022 年 11 月 23 日

2023 年 6 月 17 日制定

利益相反委員会規定

(2023 年 6 月 17 日制定)

(設置)

第1条 日本保健医療行動科学会理事会（以下「理事会」という。）に、特別委員会として利益相反委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(任務)

第2条 委員会は、本学会「利益相反に関する指針」に基づき、次の各号に掲げる事項を行う。

- 一、本学会会員などの利益相反を適正に管理するための方策の立案
- 二、利益相反申告書の管理
- 三、利益相反申告書の開示及び公開
- 四、疑義が発生した会員個人の利益相反状態にかかる調査
- 五、疑義が発生した会員の利益相反状態にかかる調査結果の理事会への報告
- 六、不服申し立ての受理、理事会への報告

2. 委員会委員が関与する事案が調査・審査の対象となった場合、当該委員は調査・審査業務に加わらないものとする。

(組織)

第3条 委員会は、理事4名をもって組織する。

2. 委員長は、委員の互選とする。

(任期)

第4条 委員の任期は理事の任期と同一期間とする。

(会議)

第5条 委員会は、委員長が招集し、その議長となる。

2. 委員会は、委員の全員の出席をもって開催する。
3. 委員会は、必要に応じて委員以外の者の出席を求め、その意見を聞くことができる。

(委員等の守秘義務)

第6条 委員会の委員は、職務上知り得た秘密を、正当な事由なくして他に漏らしてはならない。その職務を退いた後も同様とする。

2. 第5条の規定により委員会に出席を求められた者及び委員会の事務を行う者についても、前項の規定を準用する。

(事務)

第7条 委員会の事務は、事務局が行う。

(改廃)

第8条 この規定の改正又は廃止は、理事会の決議によらなければならない。

附則 本規定は、2023年6月17日から施行する。

理事会承認日：2022年11月23日

日本保健医療行動科学会 雑誌投稿規定

(2009年 6 月27日全面改定施行, 2022年11月23日最終改定版)

本学会では、学会雑誌に掲載する保健医療行動科学に関する論文の投稿を歓迎いたします。

投稿原稿は、オンライン投稿・審査システムで受け付けます。本規定および別に示す「投稿マニュアル」に従って投稿してください。

1. 投稿者の資格

投稿者は、編集委員会からの依頼原稿を除いて、共同著者も含めて本学会会員とし、投稿原稿は国の内外を問わず未発表のものに限ります。重複投稿は禁止します。

2. 投稿原稿の種類

投稿原稿の種類は、原著論文、総説、研究ノート、資料、実践・活動報告です。その分類基準は次のとおりです。どの種類の論文に投稿するか表紙に明記してください。鍵概念の投稿は受け付けていません。

1) 原著論文 (Original Contribution)

保健医療行動科学に関する論文で、独創的な内容あるいは新しい事実を含むもので、かつ研究論文としての形式が整っているもの。

2) 総説 (Review)

保健医療行動科学に関する特定のテーマについて多面的に内外の知見を集め、総合的かつ独創的に当該領域の状況を概説し、独自の見解を示したもの。

3) 研究ノート (Research Note)

保健医療行動科学に関する論文で、内容的には原著論文には及ばないが、研究結果の意義が大きいもの。

4) 資料 (Research Report)

上記の分類に該当しないもので、記録にとどめる価値のあるもの。

5) 実践・活動報告 (Practice and Activity)

健康行動に関する実践・活動報告（事例報告を含む）等で、記録にとどめる価値のあるもの。

3. 投稿原稿の構成

原稿は和文または英文とします。

1) 和文の場合

① 投稿原稿（原著論文、総説、研究ノート、および資料）の総字数は、12000字以内（総字数は、図表等、注と文献を含み、題名、著者名、所属、要旨、キーワードを含まない）としてください。ただし文献検討を含む論文（実践・活動報告を除く）では、文献一覧の字数を実字数の半分に換算し、総字数で16000字以内としてください。実践・活動報告の総字数は、8000字以内としてください。査読を経て、編集委員会が特別に認めた場合はこの限りではありません。

② 図表等は刷り上がり1頁相当を2000字（半頁相当を1000字）換算で計算し、文字数との合計（総字数）が制限字数を超えないようにしてください。

③ 表紙には、原稿の種類、題名、著者名（共同著者名）、所属、総字数（図表を含む）、本文の字数と図表等の換算字数を明示してください。なお、題名、著者名（共同著者名）、所属には英訳をつけてください。

④ 600字以内の要旨（和文）を添付してください。また、日本語およびそれに対応する英語のキーワードを5語以内でつけてください。原著論文および総説については、400語以内の正確な英文要旨（abstract）を添付してください。それ以外の論文は英文要旨の添付は任意ですが、掲載の可否は原稿枚数を考慮に入れて編集委員会で決定します。

⑤ 表紙、要旨およびキーワードは本文の前、

図表等は本文（文献等）の後にまとめて配置してください。

2) 英文の場合

- ① 投稿原稿（原著論文，総説，研究ノート，および資料）の総語数は，5000 語以内（総語数は，図表等，注と文献を含み，題名，著者名，所属，要旨，キーワードを含まない）としてください。ただし文献検討を含む論文（実践・活動報告を除く）では，文献一覧の語数を実語数の半分に換算し，総語数で6600 語以内としてください。実践・活動報告の総語数は，3300 語以内としてください。査読を経て，編集委員会が特別に認めた場合はこの限りではありません。
 - ② 図表等は刷り上がり 1 頁相当を 600 語（半頁相当を 300 語）換算で計算し，語数との合計（総語数）が制限語数を超えないようにしてください。
 - ③ 表紙には，原稿の種類，英文の題名，著者名（共同著者名），所属，総語数（図表を含む），本文の語数と図表等の換算語数を明示してください。なお，題名，著者名（共同著者名），所属には和訳をつけてください。
 - ④ 400 語以内の英文要旨および 800 字以内の和文要旨を添付してください。また，英語およびそれに対応する日本語のキーワードを 5 語以内でつけてください。
 - ⑤ 表紙，要旨およびキーワードは本文の前，図表等は本文（文献等）の後にまとめて配置してください。
- ## 3) 和文の場合の英文要旨および英文の投稿原稿については，原則として，投稿前にネイティブチェック（専門家による校閲）を受け，それを証明する書類（証明書等）を添付してください。

4. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は，倫理的配慮について本文中に明記してください。特に，人が対象である研究等においては，研究の計画立案や実施にあたって，所属研究機関あるいは所

属施設の倫理委員会ないしはそれに準じる機関等の承認を得たことを本文中に記載してください。

5. 論文の書き方

本規定および別に示す「投稿マニュアル」に従ってください。

1) 和文の場合

- ① 原稿はワードプロセッサソフトウェアを使用し，横書きで「である」調でお書きください。新かな使いで句読点を正確につけてください。句読点は「，」と「。」を使用してください。用紙の設定は，A 4 判縦長（横書き），40 字× 30 行，余白を上下左右 25 ミリとしてください。また，本文には頁をつけて，ページ左側に行番号（連続）を表示してください。
- ② 外国語，外国人名，外国地名，外国薬品名などは原語のまま記入してください。一般に日本語化しているものはカタカナで表現してください。
- ③ 度量衡の単位は，mm，cm，mL，dL，L，mg，mmol，N/10 など国際単位系（SI）を用いてください。
- ④ 字句を略して表記する場合には，その字句が最初に表記された箇所で（ ）内に適切な略語を表記してください。
- ⑤ 文献は引用箇所に肩番号を付け末尾に一括し，次の形式に従い引用順に並べてください。（全角文字の前の「：」「，」は全角，半角英数字の前の「：」「，」は半角と半角スペースにしてください。）

a. 雑誌の場合

著者名（全員）：論文名，雑誌名，巻：頁（初め－終わり），西暦年

例)

- 12) 健康太郎，行動花子：〇〇の健康行動に及ぼす〇〇の影響，日本〇〇学会雑誌，19: 88-104, 2004

- 13) Kodo H, Kenko T: Psychological effect on x by y, Jpn J Z Nurs, 32: 621-631, 2005

b. 書籍の場合

著作名（全員）：論文名，書籍名（編者名），
頁（初め－終わり），出版社名，所在地，
西暦年

例)

15) 健康太郎：〇〇人類学，〇〇学事典（日本
〇〇学会監修），270，〇〇社，東京，1999

16) 行動花子：〇〇療法，24-29，〇〇出版，大阪，
2005

17) Kenko T, Kodo H: Narrative approach to x.
In “Integrative care for y” ed Kodo H, 20-
28, Z Publishers Inc, New York, 1997

c. 翻訳書の場合

原著者名（全員）：原書書籍名，出版社名，
所在地，西暦年（訳者名：翻訳書籍名，出
版社名，所在地，西暦年）

例)

18) Freeman A, Fleming B, Simon CD:
Clinical applications of x therapy, Y
Publishers Inc, New York, 1990（健康太郎
訳：〇〇療法臨床ハンドブック，〇〇出版，
東京，1995）

d. ウェブページの場合

制作者名：ページタイトル，アドレス
（URL），公開日（もしくは検索日）

e. 誌名を略記する場合

出典雑誌の定める略名を使用する。外国の
ものは Index Medicus 所載のものをを用い
る。

2) 英文の場合

① 原稿はワードプロセッサソフトウェアで
作成してください。用紙の設定は，A 4 判，
ダブルスペース，余白を上下左右 25 ミリと
してください。また，本文には頁をつけてく
ださい。

② その他の論文の書き方は，上記「5. 論文
の書き方，1) 和文の場合③～⑤」に準じます。

6. 投稿手続き（再投稿時も同様）

本誌は，年 2 回（6 月，12 月に）発行されます。
投稿原稿の受け付けは随時行っています。掲載
される時期は編集委員会により決定されます。

投稿原稿は，オンライン投稿・審査システムで
受け付けます。本規定および別に示す「投稿マ
ニュアル」に従って投稿してください。

1) 投稿原稿は 2 種類作成してください。1 つ
は「編集用」として，表紙に，希望の原稿
の種類，題名，著者名，所属，総字数（総
語数），本文の字数（語数）と図表等の換
算字数（換算語数）に加えて，投稿者の連
絡先（郵便番号，住所，電話番号，電子メー
ルアドレス）を記載したものを作成してく
ださい。もう 1 つは「査読用」として，表
紙の著者名，所属，投稿者の連絡先は削除
し，本文中の倫理委員会等の名称や謝辞等
についても投稿者が特定できないように工
夫したものを作成してください（例えば，
〇〇倫理委員会と表記）。

2) 投稿時には別に示す「投稿原稿チェックリ
スト」に従ってオンラインでチェックを
行ってください。

3) 投稿手続きの詳細は別に示す「投稿マニ
ュアル」に従ってください。

7. 投稿原稿の受付と採否

1) 投稿原稿が本投稿規定等を満たしている場
合は，編集委員会が原稿を確認した日を受
付日とし，その旨を投稿者に通知します。
本投稿規定等を満たしていない場合は，投
稿者にその理由と合わせて本投稿規定等を
満たして提出するよう連絡します。

2) 原稿（実践・活動報告は除く）の採否は，
査読を経て編集委員会により決定されま
す。なお，編集委員会の判定により，掲載
論文の種類の変更を勧めることがあります。
実践・活動報告の採否は編集委員会の
議を経て決定されます。

8. 最終投稿原稿の提出等

1) 最終投稿原稿（査読完了後の原稿）の提出
方法の詳細は別に示す「投稿マニュアル」
に従ってください。なお，特殊なソフトを
使用して作成した場合は事前に編集委員会
に相談してください。また，特殊な印刷が

必要な場合、実費は著者負担とさせていただきます。

- 2) 別刷を必要とされる方は、最終投稿原稿の提出時に、その旨（部数も含め）を明記してください。なお、別刷に要する実費は著者負担とさせていただきます。
- 3) 査読完了後の最終投稿原稿は、編集過程で著者校正を1回させていただきます。校正の際の加筆はご遠慮ください。

9. 著作権

本誌に掲載することが決定した著作物の著作権は、本学会に帰属するものとします。編集委員会から依頼した著作物についても同様の扱いとします。投稿時には別に示す「著作権譲渡同意書ならびに誓約書」をPDFファイルにして添付してください。

10. 利益相反関係

利益相反関係の有無を別に示す本学会「利益相反に関する指針」に基づき、次の1)及び2)により開示（報告）してください。

- 1) 本文（文献リストの前）に明記してください。著者全員が利益相反はない場合は「利益相反はない。」と記載し、利益相反がある場合は具体的に記載してください。
- 2) 利益相反がある場合は、著者全員の利益相反関係を明記した「利益相反申告書（様式2）」を投稿時にPDFファイルにして添付してください。

附則

この投稿規定の改定は2009年6月27日から施行する。

本規定、3の1)の③④及び6の3)は2011年12月23日より一部改定する。

本規定における学会誌の名称及び6は2012年12月16日より一部改定する。

本規定、3の1)の③、5の1)の①と⑤、6の3)及び8の1)は2013年5月12日より一部改定する。

本規定、6の3)は2014年6月22日より一部

改定する。

本規定、2, 3の1)の①③④, 2)の①③④, 3)及び6の1), 2), 3)は2014年11月15日より一部改定する。

本規定、8を9とし、4から7までを1条ずつ繰り下げ、3の4)を削り、3の3)の次に1条(4. 倫理的配慮)を加え、3の3)を一部改定する(2016年6月25日)。

本規定、2の5)を加え、2, 3の1)の①②, 3の2)の①②④, 3の3), 5の1)の⑤, 6の3)及び7の2)を一部改定する(2019年6月22日)。

本規定、前文、3の1)の①, 2)の①, 6の前文、6の1), 3), 7の1), 8の1), 2)及び9を一部改定し、3の1)の⑤及び2)の⑤, 5の前文、10を加える(2022年6月18日)。

本規定、5の3)の①を一部改訂する(2022年11月23日)。

※本誌の投稿に関するお問い合わせは、本学会編集委員会までお願いいたします。

日本保健医療行動科学会編集委員会

Email: edit @ jahbs.info

日本保健医療行動科学会雑誌
「投稿原稿チェックリスト」

(2022 年 11 月 23 日改定版)

以下の項目を確認の上、☐にチェック (✓) を入れてください。

☐国の内外を問わず他誌に発表済み、あるいは投稿中の論文ではない。

☐分割投稿ではない。

☐保健医療行動科学に関する論文である。

☐共同著者も含めて著者全員が日本保健医療行動科学会の会員である。

☐図表を含めた総字数（英文の場合は総語数）が制限範囲内である。文字数は MS Word の「校閲」メニュー内の「文字カウント」機能で、和文は「文字数（スペースを含めない）」、英文は「単語数」を参照してカウントを行っている。

☐ページ設定は A 4 判縦長（横書き）、40 字×30 行（英文の場合はダブルスペース）、余白が上下左右とも 25 ミリとなっている。本文には、ページをつけて、ページ左側に行番号（連続）が表示されている。

☐英文の投稿原稿、和文の場合の英文抄録はネイティブチェック（専門家の校閲）を受け、それを証明する書類等を添付している。（該当しない場合、チェック (✓) は不要）

☐ヒトおよび動物が対象の研究は、倫理的配慮を本文中に明記し、ヒトが対象の研究等においては、倫理委員会等の承認を得たことを本文中に記載している。（該当しない場合、チェック (✓) は不要）

☐文献の記載方法は投稿規定に沿っている。

☐著者が負担する費用のある場合（別刷、特殊な印刷を要する等）を了承している。

☐雑誌に掲載することが決定した著作物（依頼した著作物を含む）の著作権は日本保健医療行動科学会に帰属することを了承し、「著作権譲渡同意書ならびに誓約書」を添付している。

☐雑誌に掲載することが決定した著作物（依頼した著作物を含む）が電子化され、ウェブサイトで公開されることを了承している。

確認年月日：_____年 ____月 ____日

投稿者（確認者）氏名：_____

日本保健医療行動科学会雑誌 (2020 年 11 月 29 日版)

著作権譲渡同意書ならびに誓約書

日本保健医療行動科学会 様

論文タイトル：_____

上記の論文は、下記の全著者が共同して執筆したものであり、国内外を問わず過去に他の学術誌に掲載済みあるいは投稿中でないことを誓約いたします。

本論文が「日本保健医療行動科学会雑誌」に掲載された場合には、その著作権を日本保健医療行動科学会に譲渡すること、また本論文が電子化されウェブサイトで公開されることに同意いたします。

筆頭著者署名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

共同著者署名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

共同著者署名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

共同著者署名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

共同著者署名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

共同著者署名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

共同著者署名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

共同著者署名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

* 本同意書・誓約書は、著者全員の署名が必要です。

* 本フォーマットをコピーし、複数枚の提出でも構いません。

日本保健医療行動科学会 雑誌 (旧年報)

—— バックナンバーのご案内 ——

- 年報 Vol. 1 [1986] 健康と病気の行動科学
年報 Vol. 2 [1987] 保健医療と行動科学
年報 Vol. 3 [1988] クオリティ・オブ・ライフと保健医療
年報 Vol. 4 [1989] 健康問題とセルフケア／ソーシャルサポートネットワーク
年報 Vol. 5 [1990] ヘルスプロモーションと行動科学
年報 Vol. 6 [1991] 「食」をめぐる保健行動
年報 Vol. 7 [1992] 保健医療とコミュニケーション戦略
年報 Vol. 8 [1993] つくられた環境づくりかえる行動
年報 Vol. 9 [1994] 慢性の病とエイズ —ノーマライゼーションの行動科学—
年報 Vol.10 [1995] 行動変容のパフォーマンス
年報 Vol.11 [1996] 自己決定の行動科学
年報 Vol.12 [1997] セルフヘルプの行動科学
年報 Vol.13 [1998] 医療倫理と行動科学
年報 Vol.14 [1999] ターミナルケアの行動科学
年報 Vol.15 [2000] グリーフケアの行動科学
年報 Vol.16 [2001] すこやかな生の行動科学
年報 Vol.17 [2002] 健康への自己決定を支援する
年報 Vol.18 [2003] 全人的医療と行動変容
年報 Vol.19 [2004] 保健医療のコミュニケーションとその教育
年報 Vol.20 [2005] ナラティブと保健医療
年報 Vol.21 [2006] 健康と病いの語り
年報 Vol.22 [2007] 保健と医療の語りとアート
年報 Vol.23 [2008] 患者の世界 —医療の不確実性のなかで—
年報 Vol.24 [2009] 健康格差社会における病気と医療 —行動科学的アプローチ—
年報 Vol.25 [2010] ヘルスケアの現在と未来 —気づきと行動変容のために—
年報 Vol.26 [2011] 心身に効く技術と理論の統合
年報 Vol.27 [2012] 保健・医療現場におけるリスクコミュニケーション
雑誌 Vol.28(1) [2013] 全人的なチーム医療への新たな挑戦
雑誌 Vol.28(2) [2014] やる気・やりがいと保健医療
雑誌 Vol.29(1) [2014] 東日本大震災と保健医療
雑誌 Vol.29(2) [2015] ライフサイクルと行動科学
雑誌 Vol.30(1) [2015] 保健医療行動科学と教育
雑誌 Vol.30(2) [2016] <連携(つ・な・ぐ)>来るべき時代における医療共同体のあり方
雑誌 Vol.31(1) [2016] 生活習慣病と行動科学
雑誌 Vol.31(2) [2016] 幸せにつながる保健医療
雑誌 Vol.32(1) [2017] 地域包括ケアと行動科学
雑誌 Vol.32(2) [2017] セルフケアを支援する
雑誌 Vol.33(1) [2018] 「語る」「聴く」「書く」の多様性とその力
雑誌 Vol.33(2) [2018] ホリスティックヘルスでつながる調和的ライフ
雑誌 Vol.34(1) [2019] 保健医療と行動変容
雑誌 Vol.34(2) [2020] 当事者として感じ、語らう
雑誌 Vol.35(1) [2020] 身体活動と行動科学
雑誌 Vol.35(2) [2021] 新型コロナ時代の行動変容
雑誌 Vol.36(1) [2021] 長期化するパンデミック下の保健行動科学
雑誌 Vol.36(2) [2022] 医療者が当事者性を持つことの意義を問う
雑誌 Vol.37(1) [2022] 保健医療の行動科学再考
雑誌 Vol.37(2) [2023] 対話する保健医療
雑誌 Vol.38(1) [2023] 保健医療の研究倫理
雑誌 Vol.38(2) [2023] 未来志向の保健医療行動

*バックナンバーを購入希望の方は本学会事務局にお問い合わせください。

*バックナンバーに収録されている論文は本学会 web サイトから閲覧可能です。

(2023 年 8 月 11 日現在)

日本保健医療行動科学会 役員・委員会構成 (敬称略, 五十音順)

第 13 期 (任期: 2022 年 6 月 1 日 ~ 2025 年 5 月 31 日, 顧問は任期の定めなし)

- 〈顧問〉稲岡文昭 (看護学), 仲尾唯治 (社会学), 藤崎和彦 (医学), 南 裕子 (看護学),
宗像恒次 (健康科学), John Launer (ジョン・ローナー) (医学, 英国),
Brian Hurwitz (ブライアン・ハーウィッツ) (医学, 英国)
- 〈理事・会長〉諏訪茂樹 (社会学)
- 〈理事・副会長〉岡 美智代 (看護学), 樋口倫子 (心理・福祉学),
- 〈理事〉梓川 一 (心理・福祉学), 大門恭平 (健康科学 ~ 2023 年 3 月 31 日), 末松弘行 (医学),
中川 晶 (医学), 任 和子 (看護学), 蓮井貴子 (看護学),
花家 薫 (健康科学 2023 年 5 月 21 日~), 林 哲也 (健康科学), 深井穫博 (歯学),
宮本眞巳 (看護学), 安酸史子 (看護学), 吉岡隆之 (健康科学)
- 〈会長任命理事〉小林好信 (健康科学), 酒井幸子 (社会学), 白土菜津実 (看護学 2022 年 8 月 24 日~),
岡本響子 (看護学 2022 年 9 月 4 日~), 上山千恵子 (看護学 2022 年 9 月 4 日~)
- 〈監事〉天野雅夫 (社会学 2023 年 5 月 21 日~), 花家 薫 (健康科学 ~ 2023 年 5 月 20 日),
河口てる子 (看護学)
- 〈評議員〉上杉裕子 (看護学), 大芦 治 (心理・福祉学), 岡本響子 (看護学 ~ 2022 年 9 月 3 日),
小田和美 (看護学), 上山千恵子 (看護学 ~ 2022 年 9 月 3 日), 川村千恵子 (看護学),
小林昌廣 (健康科学), 紺井拡隆 (歯学), 佐藤富美子 (看護学), 島井哲志 (心理・福祉学),
瀬在 泉 (健康科学), 徐 淑子 (社会学), 平 英美 (社会学), 高橋さつき (看護学),
藤内修二 (医学), 東中須恵子 (看護学 ~ 2023 年 3 月 31 日), 久村正也 (医学),
藤田裕一 (心理・福祉学), 本庄恵子 (看護学), 馬込武志 (社会学), 眞崎由香 (看護学),
松田 聡 (医学), 松原みゆき (看護学), 道信良子 (社会学), 村岡 潔 (社会学),
村上 真 (健康科学), 村田正章 (医学), 元村直靖 (医学), 守本とも子 (看護学),
山口 豊 (心理・福祉学), 山崎裕美子 (看護学), 吉村雅世 (看護学), 渡辺理和 (社会学)
- <顧問 7 名, 理事 19 名 (会長・副会長・会長任命理事を含む), 監事 2 名, 評議員 30 名>

【編集委員会 (常設)】

樋口倫子 (委員長), 岡 美智代, 岡本響子 (2022 年 9 月 4 日~), 上山千恵子 (2022 年 9 月 4 日~)
諏訪茂樹, 任 和子, 蓮井貴子, 深井穫博, 宮本眞巳, 吉岡隆之

【広報委員会 (常設)】

岡 美智代 (委員長), 大門恭平 (~ 2023 年 3 月 31 日), 小林好信 (ウェブサイト担当),
白土菜津実 (ニュースレター担当 2022 年 8 月 24 日~), 林 哲也

【国際交流委員会 (常設)】

中川 晶 (委員長), 岡 美智代, 諏訪茂樹, 樋口倫子, 吉岡隆之

【中川記念奨励賞選考委員会 (常設)】

安酸史子 (委員長), 末松弘行, 梓川 一, 宮本眞巳 (以上, 理事から選出)
上杉裕子, 藤田裕一, 本庄恵子, 道信良子 (以上, 評議員から選出)

【企画運営委員会 (特別委員会)】

諏訪茂樹 (委員長, 教科書企画担当), 梓川 一, 大門恭平 (~ 2023 年 3 月 31 日),
岡 美智代 (共同研究企画担当), 岡本響子 (2022 年 9 月 4 日~), 上山千恵子 (2022 年 9 月 4 日~),
小林好信, 酒井幸子, 白土菜津実 (2022 年 8 月 24 日~), 末松弘行, 中川 晶, 任 和子, 蓮井貴子,
花家 薫 (2023 年 5 月 21 日~), 林 哲也 (オンライントーク企画担当), 樋口倫子, 深井穫博,
宮本眞巳, 安酸史子, 吉岡隆之

【総務担当】 小林好信 (会員管理, 予算管理, ウェブサイト管理),

酒井幸子 (総会準備運営, 理事会準備運営, 事務局労務管理)

<編集後記>

本号から日本保健医療行動科学会雑誌は、デジタル版のみの発刊となる。紙媒体の廃止については、これまで理事会で何度も議論が繰り返されたが、時代の流れに即した形態をとることが、最終的に決定された。

本号では、ネガティブ・ケイパビリティと保健医療行動科学をテーマに特集を組んだ。安酸先生には、主に臨床や臨床家育成で求められるネガティブ・ケイパビリティにフォーカスして、執筆いただいた。患者さんの話を、白黒つけずに受容的に聞き続けることは、実際には難しい。安酸論文は、ネガティブ・ケイパビリティの必要性を共有している心理的安全性が担保された組織風土の中でこそ、新人のネガティブ・ケイパビリティは醸成されるのではないかと、投げかける。蓮井先生には、地域包括ケアに必要なネガティブ・ケイパビリティについてご執筆いただいた。「支え手」「受け手」の関係を越え、ネガティブ・ケイパビリティによって生み出される創造知が地域のレジリエンスになり得ると述べられている。幸先生には、精神科臨床でのご自身の体験をもとに、ネガティブ・ケイパビリティについて論考いただいた。一度立ち止まることが難しい臨床現場にあって、それでも一度立ち止まり、対象の話に耳を傾けることの意義が強調されている。樋口論文では、対話実践の中で活かされているネガティブ・ケイパビリティに焦点を当てた。

鍵概念は、白土先生に「概念分析」の方法について、執筆いただいた。若手の研究者の皆様や概念分析の初学の皆様にとってガイドとなる論考である。

投稿論文は、研究ノートとして、岡村論文の「一般病棟における後期高齢者の生活機能に応じた看護実践と課題 ―ICF モデルを用いた検討―」と、北林論文の「冠動脈バイパス術後壮年期男性の就労継続の困難感と対処に関する体験―治療と仕事の両立が困難な職場環境にある就業者に焦点を当てて―」の2本が掲載されている。

ジャーナルのデジタル媒体化のメリットとしては、今後カラー化や投稿の文字数制限を含め、柔軟な対応も可能になる。会員の皆様からには、さまざまなご意見をお寄せいただきたい。

(樋口倫子)

◆編集委員長：樋口倫子

◆編集委員：岡 美智代，岡本響子，上山千恵子，瀬在 泉，諏訪茂樹，任 和子，蓮井貴子，花家 薫，
深井穫博，宮本眞巳，吉岡隆之

◆査読協力者：荒川博美，岡本響子，上山千恵子，瀬在 泉，塚本尚子，二瓶映美，蓮井貴子，深井穫博，
幸 信歩

保健医療のネガティヴ・ケイパビリティ

日本保健医療行動科学会雑誌 Vol.39 No.1 2024

— 会員配付 —

2024 年 8 月 1 日発行

編 集 日本保健医療行動科学会・編集委員会

発行者 日本保健医療行動科学会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 4-1-22-702

Email : nfo@jahbs.info URL : <https://www.jahbs.info/>

制 作 日本保健医療行動科学会

印 刷 ヨシミ工業株式会社

Negative Capability in Health Care

Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science Vol.39 No.1, August 2024

Edited by the Japan Academy for Health Behavioral Science

4-1-22-702 shinjyuku shinjyuku-ku Tokyo, 160-0022 Japann

Email : info@jahbs.info URL : <http://jahbs.info/>

*引用・転載および複写にあたっては、事前に文書により日本保健医療行動科学会の許諾を得てください。

