第40巻 第1号 2025年8月1日発行
ISSN 2759-6524

日本保健医療行動科学会雑誌

Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science

2025 Vol.40 No.1

ウェルビーイングと行動科学

日保健医療行動会誌
J Jpn Acad Health Behav Sci

日本保健医療行動科学会

第40巻 第1号 2025年8月1日発行

ISSN 2759-6524

日本保健医療行動科学会雑誌

Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science

2025 Vol.40 No.1

ウェルビーイングと行動科学

日保健医療行動会誌
J Jpn Acad Health Behav Sci

日本保健医療行動科学会

日本保健医療行動科学会雑誌　第 40 巻　第 1 号　2025 年 10 月
Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science Vol.40 No.1, October 2025

ウェルビーイングと行動科学
Well-being and Behavioral Sciences

目　次
CONTENTS

＜巻頭論文＞
PREFASE
「いつものように」を支える／任　和子 …… 1
Supporting the Everyday “As Usual” /Kazuko Nin

Ⅰ．特別寄稿
Special Contribution
1．ウェルビーイング：「幸せ」との関係性／井筒　節 …… 3
Well-being: Distinction between “Well-being” and “Happiness” ／ Takashi Izutsu
2．慢性腎臓病患者の腎代替療法選択や ACP に活用できる「聞き書き」介入／岡美智代, 木村和美, 剱持貴史, 清水美和子，上星浩子，松本光寛…… 8
“Listening and Writing” Intervention That Can Be Used for Selecting Renal Replacement Therapy and ACP for People with Chronic Kidney Disease ／ Michiyo Oka, Kazumi Kimura，Takashi Kemmochi, Miwako Shimizu, Hiroko Joboshi，Mitsuhiro Matsumoto

Ⅱ．《焦点Ⅰ》　地に足をつけてウェルビーイングを考える
《SPECIAL ISSUE Ⅰ》Grounded Reflections on Well-being
1．ヤングケアラーの実態：保健医療との接点と専門職に期待したいこと／濱島淑恵……17
The Actual Situation of Young Carers: Their Interface with Healthcare and Expectations for Healthcare Professionals ／ Yoshie Hamashima
2．ホームレス支援の現場からみえる課題：認定 NPO 法人 Homedoor の取り組みから／浦越有希 ……22
Challenges Seen from the Frontlines of Homeless Support: From The Initiatives of Certified NPO Homedoor ／ Yuki Urakoshi

Ⅲ．《焦点Ⅱ》ウェルビーイングの行動科学的アプローチ
《SPECIAL ISSUE 2》
1．調整的音楽療法／山﨑香織……27
Regulative Music Therapy ／ Kaori Yamasaki
2．オープンダイアローグの体験：メンタルヘルスフィンランドの活動紹介とともに／岡本響子……31
Experiencing Open Dialogue: An Introduction to Mental Health Finland’s Activities ／ Kyoko Okamoto
3．応用行動分析を基盤とした ABC 分析：医療現場における行動変容への実践的介入／飛田伊都子，岸村厚志……34
The ABC Analysis Based on Applied Behavior Analysis: An Implementation-based Intervention for

Behavior Modification in Healthcare Settings ／ Itoko Tobita, Atsushi Kishimura
4．エネルギー療法としてのレイキ（Reiki）：先駆的臨床応用と今後の展望／吉岡隆之，飯高浩子 ……39
Reiki as a Form of Energy Therapy: Pioneering Clinical Applications and Future Prospects ／ Takayuki Yoshioka, Hiroko Iitaka

Ⅳ.《焦点Ⅲ》ウェルビーイング再考と支援の可能性への視座

《SPECIAL ISSUE 3》Reconsidering Well-being: Perspectives on the Possibilities of Support

1．量子論やホーリズムの観点からウェルビーイングを探る：動的調和と確固たる意志に着目して／吉岡隆之，馬込武志……46
Understanding Well-being from the Perspective of Holism and Quantum Theory: Focusing on Dynamic Harmony and Strong Will ／ Takayuki Yoshioka, Takeshi Magome
2．感情という糸口から事例の真実に迫る包括的事例検討会：Well-being の実現を援助する感性を磨こう／川俣文乃，宮本眞巳，宮本　晶，美濃由紀子……52
Case Conferences that Use Emotions as a Clue to Get to the Truth of Cases：Let's Refine Our Sensibility to Help People Achieve Well-being ／ Ayano Kawamata, Masami Miyamoto, Aki Miyamoto, Yukiko Mino
3．「多様性の尊重」を日常臨床に落とし込むために考えたいこと：クリニカル・バイアス，マイクロ・アグレッション，医学のまなざし／徐　淑子，石橋道子，ヨヘイル，髙塚麻由……59
How Can We Integrate Diversity into Everyday Clinical Care?: Clinical Bias, Microaggressions, and the Medical Gaze ／ Sookja Suh, Michiko Ishibashi, Haeil Yeo, Mayu Takatsuka
4．「ウェルビーイングを支える」ことに，わたしたちは何ができるのか？：リフレクティング・トークを活用したウェルビーイング支援の対話実践／樋口倫子，岡美智代，野呂瀬崇彦，木村聡子，小坂素子，二瓶映美，松本光寛，吉野亮子……64
What Can We Do to "Support Well-Being"?: Dialogical Practice for Supporting Well-Being through Reflecting Talks ／ Noriko Higuchi, Michiyo Oka, Takahiko Norose, Satoko Kimura, Motoko Kosaka, Emi Nihei, Mitsuhiro Matsumoto, Ryoko Yoshino

Ⅴ．原著論文

Original Article

1．Factors Influencing Heightened Awareness of Intractable Disease Diagnosis Among Primary Care Physicians: The Role of Gut Feeling, Medical Collaboration, and Diagnostic Experience ／ Hiroyuki Tanaka ……69
一次診療医における難治性疾患診断に対する意識向上に影響を与える要因：直感，医療連携，および診断経験の役割／田中弘之
2．ハンセン病療養所の共同体における看取りの維持と継承に関する研究：共同体メンバーとしての看護師が入所者と織りなすケアリング／塚本尚子，渡邉　彩，工藤みき子……79
Maintenance and Inheritance of End-of-life Care in the Community of a National Hansen's Disease Sanatorium: Caring of Residents by Nurses as Community Members ／ Naoko Tsukamoto, Aya Watanabe, Mikiko Kudo

Ⅵ．研究ノート

Reacearch Note

1．超重症心身障がい者の日常生活ケア：看護と福祉の協働に関するエスノグラフィ／竹内智子，道信良子 ……88
Daily Care for Individuals With Medically Dependent Severe Motor and Intellectual Disabilities: An Ethnographic Study of Collaboration Between Nurses and Social Welfare Workers ／ Tomoko

Takeuchi，Ryoko Michinobu
2．家族属性に焦点を当てた胃がん術後患者の食事管理に対する困難の特徴／北川　恵，上杉裕子，堀本知春 ……97
Difficulties in the Dietary Management of Postoperative Gastric Cancer Patients: A Focus on Family Characteristics ／ Megumi Kitagawa，Yuko Uesugi，Chiharu Horimoto
3．発熱事例を用いた小児救急外来の受療行動に影響を及ぼす要因：保護者の健康の捉え方に焦点をあてて／中島優子，田村葉子，平　英美…… 108
Factors Influencing Healthcare-Seeking Behavior in Pediatric Emergency Outpatient Visits Using Fever Cases: Focusing on Parents' Perceptions of Health ／ Yuko Nakashima，Yoko Tamura，Hidemi Taira

Ⅶ．鍵概念

KEY CONSEPT

異言語尺度の日本版開発の際の尺度における異文化適応・等価性について／近藤一貴，岡美智代，戸塚亮太朗，Marlouie Figueras …… 117
Cross-cultural Adaptation in Scales During the Development of the Japanese Version of the Cross-Language Scale: Introduction to Equivalence ／ Kazuki Kondo, Michiyo Oka, Ryotaro Totsuka, Marlouie Figueras

Ⅷ．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 …… 127
日本保健医療行動科学会 設立趣意書 …… 128
日本保健医療行動科学会 会則 …… 129
日本保健医療行動科学会 理事・監事選出規約 …… 132
日本保健医療行動科学会 中川記念奨励賞内規 …… 133
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 …… 134
日本保健医療行動科学会 奨励研究員内規 …… 135
日本保健医療行動科学会 利益相反に関する指針 …… 136
利益相反委員会規定…… 139
日本保健医療行動科学会 雑誌投稿規定 …… 141
日本保健医療行動科学会 雑誌投稿原稿チェックリスト …… 145
著作件譲渡同意書ならびに誓約書…… 146
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―…… 147
日本保健医療行動科学会 役員・委員会構成 …… 148
〈編集後記〉…… 149

Edited by the Japan Academy for Health Behavioral Science
4-1-22-702 Shinjuku Shinjuku-ku Tokyo, 160-0022 Japan
Email：info@jahbs.info　URL：https://www.jahbs.info/

〈基調講演〉

『いつものように』を支える

任　和子*
京都大学大学院

Supporting the Everyday “As Usual”

Kazuko Nin *
* Graduate School of Medicine, Kyoto University

キーワード
ウェルビーイング　well-being
いつものように　as usual
日常生活の営み　activities of daily living
ケア提供者　care provider

本学会が出版した『講義と演習で学ぶ保健医療行動科学』（第１版）では，保健医療行動を「人々がウェルビーイングを達成するために行う全ての行動」と定義されている[1)]。第２版では，この定義には，行動をとる人の「人生」という時間軸と，「ウェルビーイング（well-being）」という健康の意味や質を表す言葉が含まれている[2)]と説明されている。このように，ウェルビーイングは，保健医療行動に関わる人々にとってはなじみのある言葉かもしれないが，日本語で的確に言い換えるのは難しく，英語で「well-being」と表記したり，カタカナで「ウェルビーイング」と表現されることが一般的である。

1946 年にニューヨークで開かれた国際保健会議で採択された世界保健憲章（1948 年４月７日発効）の前文には，「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」という一文が含まれている。外務省のウェブサイトに掲載されている日本語訳では，「健康とは，完全な肉体的，精神的及び社会的福祉の状態であり，単に疾病又は病弱の存在しないことではない」[3)]となっている。また，日本 WHO 協会仮訳では，「健康とは，病気ではないとか，弱っていないということではなく，肉体的にも，精神的にも，そして社会的にも，すべてが満たされた状態にあること」[4)]としている。well-being をそのまま「健康」として訳すこともできるし，「幸福」や「満足度」とも言えるであろう。

近年，ウェルビーイングは，社会全体の持続可能な発展にも密接に関連していることが明らかになってきた。GDP のような経済統計に加え，社会の豊かさや人々の生活の質，満足度などに注目することが国際的な課題となっている。たとえば，「経済財政運営と改革の基本方針」では，2019 年から「well-being」という言葉が登場し，今年公表されたものまで毎年記述されている。2019 年は，「我が国の経済社会の構造を人々の満足度（well-being）の観点から見える化する『満足度・生活の質を表す指標群（ダッシュボード）』の構築を進め，関連する指標を各分野の KPI に盛り込む」と記述されており，well-being は「人々の満足度」としている[5)]。

では，「自分にとってウェルビーイングとはどのような状態か？」と問われた場合，私は「いつものように」今を生きている状態だと答える。いつものように朝が来て，平日であれば朝食を食べ，コーヒーを飲み，出勤し，帰宅して眠る。同じ１日は二度とないものの，そこには日常が存在している。風邪を

ひいたり寝込んだりしたとき，その日常のありがたさを実感する。私は，それぞれの「いつものように」を支えることが，ケア提供者としての重要な役割であると考えている。日常生活の営みこそが，病いとともに生きる人々にとっての生きる希望を象徴しているからである。

たとえば，災害時の看護職の活動は，日常の継続がいかに困難であり，そしてそれが人々にとっていかに重要であるかを再認識させている。医療が高度化し，高齢化が急速にすすむ中，日常の小さな支援が人々の生活の質を高める重要な要素となっている。

一人ひとりの身体的・精神的状態，生活背景，価値観は多様であり，そのため「いつものように」を支えるケアは個別性が求められる。その人の「いつものように」は何なのか，そのサポートが患者のウェルビーイングにどのように貢献するのかを考え続けることが重要である。

【文献】

1）橋本佐由理：2-1保健医療行動とは．講義と演習で学ぶ保健医療行動科学（第1版）．https://www.jahbs.info/TB2017/TB2017_1_2_1.pdf

2）徐淑子：2-1保健医療行動とは．講義と演習で学ぶ保健医療行動科学（第2版）．https://www.jahbs.info/tb2022/tb2022_1_2_1.pdf

3）外務省：世界保健機関憲章，https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000026609.pdf

4）日本WHO協会：世界保健機関（WHO）憲章とは．https://japan-who.or.jp/about/who-what/charter/

5）内閣府：経済財政運営と改革の基本方針2019 ～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～．https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2019/2019_basicpolicies_ja.pdf

〈特別寄稿〉

ウェルビーイング：「幸せ」との関係性

井筒　節*
*東京大学大学院農学生命科学研究科

Well-being: Distinction between “Well-being” and “Happiness”

Takashi Izutsu *
* Graduate School of Agricultural and Life Sciences, The University of Tokyo

キーワード

ウェルビーイング	well-being
人権	human rights
精神保健	mental health
多様性	diversity
文化	culture

Ⅰ．ウェルビーイングとは

「ウェルビーイング」とは何か。昨今，様々な場面で注目されるようになったが，新しい用語かというとそうではない。例えば，1919 年，第一次世界大戦後の講和条約として結ばれたヴェルサイユ条約の一部である「国際連盟規約」[1] には，第 22 条（委任統治）において「…人民ノ福祉（well-being）及発達ヲ計ルハ，文明ノ神聖ナル使命ナル…」とある。また，第二次世界大戦を経て創設された国際連合の「国連憲章」[2] では，第 55 条に「…諸国間の平和的且つ友好的関係に必要な安定及び福祉（well-being）の条件を創造するために，国際連合は次を促進せねばならない。a. 一層高い生活水準，完全雇用並びに経済的及び社会的の進歩及び発展の条件 b. 経済的，社会的及び保健的国際問題と関係国際問題の解決並びに文化的及び教育的国際協力 c. 人種，性，言語又は宗教による差別のないすべての者のための人権及び基本的自由の普遍的な尊重及び遵守」とある。更に，1946 年の世界保健機関（World Health Organization：WHO）憲章[3] にある「健康」の定義は，「完全な肉体的，精神的及び社会的福祉（well-being）の状態であり，単に疾病又は病弱の存在しないことではない」とされ，健康 = well-being として言及されている。

いずれにおいても，well-being は，外務省による日本語訳では「福祉」と訳されてきた。この「福祉」を広辞苑[4] で調べると，「幸福，公的扶助やサービスによる生活の安定，充足」とある。一方，関連用語である「社会福祉」は，「国民の生存権を保証するため，貧困者や保護を必要とする児童･母子家庭･高齢者・社会的障害を持つ人々の援護・育成・更生を図ろうとする公私の社会的努力を組織的に行うこと」とされている。

このように「ウェルビーイング」は，100 年以上前から重要な国際法にも含まれてきた一方，未だ国連でも公式な定義は定められていない。WHO は，暫定的に「個人や社会によって経験されるポジティブな状態を指す。健康同様，日々の生活の源であり，社会，経済，環境に左右される」との説明を提示している。

Ⅱ．今，なぜウェルビーイングなのか

国際社会，国，その他の集団，個人の状況を表す「指標」には，伝統的に，「農作物等の収穫量」，「死亡率」や「有病率」，そして，収入・国内総生産等の「経済指標」が用いられてきた。これは，食料，金，命をめぐるベーシック・ニーズが満たされない人々が多くいた状況を反映したものだった。

一方，第二次世界大戦から約半世紀が過ぎ，東西冷戦が落ち着く90年代に入ると，これらに加え，教育，環境，人権，ジェンダー，資源といった側面にも注目が集まるようになった。そして，「第2世代」の指標として取り入れられるようになっていく。食べ物やお金があり，健康に生きることができる人が増えた一方，識字率が低ければ仕事に就くことが難しかったり，ジェンダーを含む人権が守られていない状況や，エネルギー問題や環境破壊があったりする状況では，苦しい生活が強いられることに光があてられるようになったからだ。これは，後に，2000年の国連ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）として結実していく。

その後，MDGsを通した国際協力の取り組みや，情報通信技術を含む様々な分野における技術革新等により，極度の貧困や死亡率が更に減り，社会状況が改善していくにつれ，それまでの指標では捉えきれなかった側面，すなわち，「第3世代」の指標とも言える，生活の質（Quality of Life: QOL），満足度，そして，ウェルビーイングへの関心が高まるようになったのだ。言い換えると，一人一人の内面や感覚への関心が高まったとも言えよう。2000年代後半の「幸福度」への注目は，この流れの一つであった。（この一方で，90年代に，国家間の戦争に代わり民族紛争が急増し，国の庇護を受けられない国内避難民や難民が多く生まれた背景を受けて，国家の安全保障の代わりに，「人間の安全保障」にフォーカスが向けられたことも関連しているかもしれない。）

そして，2015年の国連持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）では，貧困削減，教育，保健，雇用から，街づくりや環境，平和課題に至るまで，これまでの「効率」を追求した「多数をターゲットとする」取り組み方から，最も苦しい状況にある人々を優先する方針への大きな転換を打ち出した。多くの人が，貧困や重篤な人権侵害から自由になった一方で，子供・女性・高齢者・病気や障害のある方・移民・難民・LGBTQI等の一部は，未だベーシック・ニーズすら満たされておらず，苦しい状況に追い込まれがちだからだ。そんなSDGsでは，「目指すべき世界」として「身体的，精神的，社会的福祉（well-being）が保障される世界」が挙げられた他，目標3では「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し，福祉（well-being）を促進する」ことが示され，目標3ターゲット4では，具体的に「精神保健及び福祉の促進（well-being）」が提示された。更に，目標9「強靱（レジリエント）なインフラ構築，包摂的かつ持続可能な産業化の促進及びイノベーションの推進を図る」のターゲット1にも，強靭なインフラ構築の目的として，「人間の福祉（well-being）の支援」が位置付けられた。

Ⅲ．幸せを追求すれば幸せになれるのか

「第1・2世代」の指標と「第3世代」の指標を隔てる特徴の一つに，後者における定義づけや定量的評価の難しさが挙げられるだろう。第1世代は，まさしくカウントすることで状況がわかる指標だった。第2世代も，社会的な側面を，アクセスの有無や指標の達成度で数値化し，比べることができた。しかし，第3世代になると，そう簡単にはいかなくなった。何が大切か，どの程度で満足するのか等，価値観，ニーズ，評価軸，期待値は，一人ひとり大きく異なるからだ。高級な物を持つのが好きな人，自然に触れるのが好きな人，仲間といるのが好きな人，一人でいるのが好きな人，これらすべてを手に入れたい人，どれもいらないという人もいる。また，それらは，同じ人の中でも時と共に移りゆく。更に，「幸せ」な状況は，慣れれば幸せと思わなくなったり，人と比較した瞬間に足りないと感じ始めたり，SNSのメッセージ一つで一瞬に失われることもある。逆に，とても苦しい状況でも，望んだ成果が得られたり，他者から感謝してもらえたりすれば，幸せな記憶に変わっていくこともある。

そして，興味深いのは，各々による幸せの追求は，時に，不幸につながりうることだ。一つしかないも

のを欲しい人が多くいれば，手にすることができた一人は幸せになれても，それ以外の人は手に入らなかった喪失感を覚えるかもしれない。また，人は，何かを手に入れると，もっと手に入れたくなることがある。どこまで手に入れても満足感を得られなければ，欠乏感にかられ辛い状態になるかもしれない。また，人間は，どれだけ持っていようと持っていまいと，他者と比較して，より多くを手に入れたがることがある。その欲求は，ものやお金に限らず，資源，領土，そして，名誉，権力へと広がり，いつの時代もとどまることを知らない。そして，このことは，個人間の諍いのみならず，時に戦争にさえつながり，数えきれないほどの命を奪ってきた。冷戦の時代には，考え方の違いも一つの火種になった。資本主義や社会主義などの考え方や宗教も，ある意味それぞれが描いた異なる幸せの姿であり，幸せの追求の仕方をめぐる価値観の違いともいえよう。関連して，「正義」をめぐる争いも多い。これも，それぞれの視座や意識が異なることで，多くの幸せと共に多くの争いを生んできた。このように，幸せの追求の中では，不安，怒り，恨み，差別，恐怖といった，幸せとは程遠い感覚が生じうるのだ。また，昨今ソーシャルメディアでも課題であるように，人を責めることで幸せにも似た感覚を得るような攻撃性も，人類は一側面として有しているようだ。特に，自分と「違い」がある存在に対しては，恐怖に基づく攻撃心を抱くことがある。その結果，今，世界は，第二次世界大戦後最も紛争が多い時代を迎え，次の大戦すら危惧される状況になっている。一方で，違いに対して興味とリスペクトを抱き，新たな文化を生みだしたり，争いや攻撃で傷を負った人を助けたり，つながりを通して真の幸せを生みうるのも同じ人間である。

Ⅳ．どうすればウェルビーイングを保護・促進できるのか

そのように考えると，幸せの追求が，必ずしも幸せにつながりうるものではないことがわかる。幸せは素晴らしいことだが，人はそのために他者と比べ，時に争い，幸せを手に入れてもそれに慣れると，もっともっとと更なる幸せを求める。これによって向上や進歩にもつながりうるが，自らか他者の苦しみや痛みにもつながりうるのだ。

そこで注目すべきが，ウェルビーイングの概念だ。ウェルビーイングは，幸せと似通っていて，異なる。ドーパミン作動型の幸せが，更なる「上」や最上の幸せを目指すものだとすると，ウェルビーイングは，必ずしも最高でも，最悪でもない，「よいあんばい」を示しうる概念と言えるのではないだろうか。Well-being は，文字通り訳すと，「良い状態」となり，これは「悪くない状態」とも言い換えられるかもしれない。

それには，広辞苑や WHO の説明にもあるように，身体や精神の側面はもちろん，社会との関わりの中での生活の安定といった，様々な要素が関わる。もしくは，そのバランスの上で，なりたつと言えるかもしれない。すなわち，平和，安全，経済，環境，人権，身体・精神保健，人との関わり，情報やサービスへのアクセス，文化・芸術，信仰等，「様々な要素のその人なりのバランス」と，自ら意思決定をできるかどうか，他者との格差があるかどうか，オプションがあるかどうかといった「コンテクスト」，これまでの経験やレジリエンスや期待値などの「個人の要素」との関係で決まるものといえるかもしれない。

この際，鍵となるのは，日本ではまだなじみが薄い「人権」の概念，特に「基本的人権」が脅かされていないことが，重要な要素となるだろう。つまり，お金がたくさんある，やりたいことが何でもできる，すべてが思った通りになるということではなく，また，昨今の多様性や人権という用語を誤用して要求や主張を際限なく行うことではなく，生命や安全やプライバシーが守られ，差別を受けず，身体や移動の自由があり，保健システム・教育・労働の機会にアクセスでき，それらを通して社会とつながることができる状態とも言えるかもしれない。これは，特に周辺化されがちな出身や文化や言語が異なる人々，障害のある人，ジェンダーや性自認や性表現が多様な人，高齢者，極度の貧困下にある人なども含め，一人ひとりの人権が守られ，包摂された状態とも言えるだろう。

その際，大切なのは，障害の「社会モデル」にも

あるように，環境・情報・制度・態度をめぐる社会的障壁をなくし，アクセシビリティ，オプション，クリエイティビティ，そして人と人との協力の輪を広げていくことだろう。そして，これにより，その人がその人らしくいられ，社会の中で包摂されている状態だ。それは，更なる「幸せ」を追求するのではなく，人権や精神保健の観点から「とても苦しい状態でない」ことを目指すことでもあるかもしれない。

Ⅴ．指標化の試み：「人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト」

こういった考えに基づき，第３世代の指標たるウェルビーイングを数値化して，比較可能にする試みとして生まれたのが，「人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト（Human Rights-based Well-being Checklist: HRWC）」（図１）である[5)]。HRWC は，紛争や災害等の人道危機時，平時を問わず，個人や集団の人権に基づくウェルビーイングの状況を簡便に評価するための 39 問からなる尺度である。国連が採択した最新の人権条約の一つである障害者権利条約に含まれる日常生活に関わる事項を元に，国連関係者，学識経験者，実務経験者，障害当事者団体，若者等からなる専門家チームが協働し，完成させた。英語版，フィリピン語版，日本語版の有用性が示されている。

Ⅵ．結論

ウェルビーイングとは，個人や社会の心身健康や生活の質を左右する，とても大切なものである。特に，「誰一人取り残さない」世界を目指す中で，周辺化され声が届きにくい人々のウェルビーイングは，HRWC 等の指標や SDGs 等を活用しながら見える化し，優先事項として保護・促進することで，着実に向上していく必要がある。その際は，果てしない幸せへの欲求とは区別し，人権アプローチに基づいて行うことが有用だ。

風邪を引いた時に気づかされるのは，そうでない時のありがたさだ。普段は不満が多くとも，風邪の症状がなくなったありがたさと共に，周りの人への感謝，生への感謝など，普段当たり前と感じることへの感謝を覚えることが多い。ウェルビーイングも，更なる幸せの追求よりも，ベーシック・ニーズを満たすこととそのことへの感謝，そして，誰かのウェルビーイングのために力を尽くすことから始まるのかもしれない。

利益相反はない。

引用文献

1）League of Nations: Covenant of the League of Nations, Versailles, 1919

2）United Nations: United Nations Charter, San Francisco, 1945

3）United Nations: Constitution of the World Health Organization, New York, 1946

4）新村出：広辞苑 第７版，東京，岩波書店，2018

5）井筒節，田中英三郎，堤敦朗，田中千佳，山田悠平，桑原未来，金吉晴：「人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト（HRWC）」の有用性に関する研究，兵庫，心的トラウマ研究，2019

以下の質問は，過去１年の間に，様々な出来事をどのくらいあなたが経験したかをうかがうためのものです。一つ一つの問いにつき，もっとも当てはまる数字に○をして下さい。

		まったくない	あまりない	しばしば	度々	いつも
1．	自分の性別やジェンダーのために，不平等や差別に合う。	0	1	2	3	4
2．	自分の年齢のために，不平等や差別に合う。	0	1	2	3	4
3．	自分の障害のために，不平等や差別に合う。	0	1	2	3	4
4．	自分の人種や民族のために，不平等や差別に合う。	0	1	2	3	4
5．	私は，能力がある人として尊敬されている。	0	1	2	3	4
6．	私は，あまり障壁に出会うことなく，街を散策できる。	0	1	2	3	4
7．	社会生活を送るために必要な交通機関を利用できる。	0	1	2	3	4
8．	社会生活を送るために必要な情報にアクセスできる。	0	1	2	3	4
9．	インターネットや新しいテクノロジーにアクセスできる。	0	1	2	3	4
10.	必要な時には，誰かに協力を頼むことができる。	0	1	2	3	4
11.	地域や国の意思決定に参加したい時には，参加できる。	0	1	2	3	4
12.	日常生活の中で，命の危険を感じる。	0	1	2	3	4
13.	この町で災害が起こったとしても，自分の最低限の安全は確保できると思う。	0	1	2	3	4
14.	法的な決断を，誰かに邪魔される。	0	1	2	3	4
15.	財産や持ち物を，誰からも邪魔されずに守ることができる。	0	1	2	3	4
16.	必要な時には，裁判などの法的サービスを利用できるだろう。	0	1	2	3	4
17.	不法に監禁されうる。	0	1	2	3	4
18.	身体的虐待もしくは性的虐待を受けうる。	0	1	2	3	4
19.	自分の体と心に関する事柄について，誰かに邪魔されることなく，自分で決めることができる。	0	1	2	3	4
20.	どこに住むかを自分で決められる。	0	1	2	3	4
21.	私が住んでいる住居は悪くない。	0	1	2	3	4
22.	必要な時には，自分の意見を聞いてもらうことができる。	0	1	2	3	4
23.	望めば，プライバシーを守ることができる。	0	1	2	3	4
24.	公正な選挙に参加することができる。	0	1	2	3	4
25.	望めば，誰かに邪魔されることなく，結婚したり，子供をもったりできる。	0	1	2	3	4
26.	望んだ時に，家族と連絡をとることができる。	0	1	2	3	4
27.	望んだ時に，友達と連絡をとることができる。	0	1	2	3	4
28.	質の高い教育を受けることができた（もしくは，できる）。	0	1	2	3	4
29.	体の調子が良くない時には，必要な保健サービスを受けることができる。	0	1	2	3	4
30.	精神の調子が良くない時には，必要な保健サービスを受けることができる。	0	1	2	3	4
31.	必要な時には，地域で暮らすために必要な社会的サービスを受けることができると思う。	0	1	2	3	4
32.	働きたい場合，自分で仕事を選ぶことができる。	0	1	2	3	4
33.	職場環境は悪くない（働いていない場合は，働くことを想定すると，悪くないだろう）。	0	1	2	3	4
34.	衣食住のレベルは悪くない。	0	1	2	3	4
35.	清潔な水とトイレが利用できる。	0	1	2	3	4
36.	文化・芸術（音楽，映画，劇場，美術館，図書館等）を楽しむことができる。	0	1	2	3	4
37.	スポーツを楽しむことができる。	0	1	2	3	4
38.	望めば，旅行やレジャーを楽しむことができる。	0	1	2	3	4
39.	自分の文化や宗教を大切にすることができる。	0	1	2	3	4

© The University of Tokyo

図１

人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト（Human Rights-based Well-being Checklist（HRWC））

〈特別寄稿〉

慢性腎臓病患者の腎代替療法選択やACPに活用できる「聞き書き」介入

岡美智代*　木村和美**　剱持貴史***　清水美和子****　上星浩子*　松本光寛*
*群馬大学大学院保健学研究科　**医療法人恵泉会　せせらぎ病院
*** 群馬医療福祉大学　看護学部　****東都大学ヒューマンケア学部看護学科

"Listening and Writing" Intervention That Can Be Used for Selecting Renal Replacement Therapy and ACP for People with Chronic Kidney Disease

Michiyo Oka*　Kazumi Kimura**　Takashi Kemmochi***　Miwako Shimizu****
Hiroko Joboshi*　Mitsuhiro Matsumoto*
* Gunma University, Graduate School of Health Sciences
** Seseragi Hospital
*** Faculty of Nursing, Gunma University of Health and Welfare
**** Tohto University Faculty of Human Care

キーワード

慢性腎臓病患者	people with chronic kidney disease
ACP	advance care planning
聞き書き	listening and writing
自己開示	self-disclosure

Ⅰ．はじめに

腎機能が障害されて，慢性腎臓病重症度分類G5の高度腎障害になると，生命の危機に陥ることになる。そのため，重症度分類G5以下になった患者は，自分の命に関わる治療についての選択を迫られることになる。しかし，その治療選択において，必ずしも患者の価値観や生活を重視した治療が選択できているとは限らない。

そこで，本稿では慢性腎臓病患者の生き方や価値観などについて，患者自身の自己認識の提示を支援する方法である「聞き書き」の概要について説明する。さらに，慢性腎臓病患者に聞き書きを行うことで，普段は医療者に語らないことも語るようになり，普段は意識していない自己認識の再構築を行ったうえでのACP（Advance Care Planning）につながった聞き書き事例について紹介する。そして，その効果の理由と今後の聞き書きの課題についても考察する。

Ⅱ．腎代替療法選択（RRT）や保存的腎臓療法（CKM）の選択が迫られる腎臓病患者の特徴とACP

我が国におけるCKD（慢性腎臓病）患者は，2005年では成人の８人に１人と言われていたが，2024年の推計では約2000万人であり，成人５人に１人と増加してきている[1)]。慢性腎臓病重症度分類G5になると，血液透析，腹膜透析，腎移植のうちいずれかのRRT（renal replacement therapy：腎代替療法）を行わない限り，生命の維持は困難である。これらのRRTのうち，2022年の新規導入患者は血液透析で37446人，腹膜透析で2237人，腎移

植は生体腎と献腎と合わせて1782人であり[2]，これらのことから腎代替療法では，血液透析を選ぶ人が圧倒的に多いことがわかる。

また，近年はCKM（conservative kidney management：保存的腎臓療法）という考え方も提唱されている。これは，RRTという長期的な生命維持のための治療法は選択せずに，透析導入見合わせという選択を行うという考え方である。

腎代替療法の選択が迫られている人の特徴としては，家族への申し訳なさや生活と治療の両立への不安を抱えていることがあげられる[3]。そのため，RRTは患者や家族が納得して選択することが重要であり，看護師が外来でRRT選択支援を行うことで，診療報酬の腎代替療法指導管理料が算定できるほど重要視されている。しかしRRTを決める慢性腎臓病患者や家族において，患者や家族の価値観や生活について十分確認したうえでRRTが決められているとは言い難い。例えば，患者へのRRTの説明が不十分なことによる悪影響や[4]，患者や家族へのRRT指導困難事例[5][6]が報告されている。さらに，RRT選択時に，透析を選択した患者の内１／３は，腎臓専門医によって決断を迫られたと感じているという報告もある[7]。

また，CKMについても，進行したCKD患者のほとんどは，CKMやACPなどの治療オプションを認識しておらず，さらに医師や家族と好きなことについて話し合う機会がほとんどないという報告がある[8][9]。また，多くの患者と介護者は終末期の希望について腎臓専門医と話し合っておらず，ACPや事前指示書のフォームに記入した理由に関係なく，意思表示ができなくなった際に誰かが自分に代わって話してくれるということや，自分の希望を尊重することの価値について言及した患者はわずかだったと報告されている[10]。さらにCKM患者におけるACPについては，腎臓専門医がACPの話し合いを主導することに不安を感じているという報告もある[11]。これらのことから，CKMを選択する慢性腎臓病患者や家族においても，RRT選択と同様，患者の価値観や生活について十分確認したうえでCKMを決めているとは言い難く，さらに患者や家族は自分の希望を伝えて良いと言うことにさえ気づいていないことも考えられる。

我が国の臨床では，透析施設によっては透析導入後も，年に１回はACPについて，透析患者に確認しているところもある。しかし，そのACPは実質的には心肺蘇生を行うかどうかというDNAR (Do Not Attempt Resuscitation）の選択を確認するという医療的対処への意思確認をしていることが多い。そこには，患者の生き方やこれからの過ごし方への意思確認が欠けているといえる。

以上のことから，RRTやCKM，ならびにACPの選択が迫られる腎臓病患者や家族は，患者の価値観や生活に関する患者自身の認識を明らかにした上で治療が選択できているとは限らないことがわかる。

Ⅲ.「聞き書き」とその目的

腎臓病患者や家族が，患者の価値観や生活を重視したRRTやCKMの選択，ならびにACPを行うために，筆者らは聞き書きが一助になると考えている。聞き書きとは，語り手にご自分のことを語っていただき，聞き手がそれを文字に起こして語り手の言葉を使って冊子やカードにするという，いわば「自分史」を聞き手が作成する活動である[11]。

聞き書きでは，語り手が今まで歩んできた人生が浮かび上がるように，語り手が話した言葉を残しながら文章にする。傾聴や共感，ナラティブストーリーでは，聞き手は聞くことだけで完結するが，聞き書きはさらにその話を書き起こし文字にして冊子やカードにする。そして対象者もその聞き書き冊子やカードを自分の物語として手に取って物理的にも視覚的にも確認する。そのため，聞き書きは傾聴や共感を具現化できる，一歩進んだ看護だと考える。

聞き書きの目的は，表１に示すとおり，１．対象者自身のため，２．他患に対してのメッセージ，３．学生や医療従事者が対象者を理解するための３つがある。RRTやCKMの選択，ならびにACPにおいては，目的１の対象者の自己認識の再構築という対象者のためということと，目的３の学生や医療従事者が対象者を理解するために聞き書きを行うことが該当する。

聞き書きでは半構成的インタビューを行うが，決まった質問があるわけではなく，その目的に応じて

表１　聞き書きの目的　（文献[12]より筆者改変）

「聞き書き」（別名，じっくりEASE）
１．対象者自身のため 対象者が自身の現在や過去を見つめることによって，自分が何を考えているのかという自己認識の再構築を行うこと。例えば，「自分はこれで良いのだ」という穏やかな自信を持ったり，周囲の人や環境が信頼感できるんだという気持ちを持ったりすること。 ２．他患に対してのメッセージ 現在は未病である人や，同一疾患を抱えている人に対して，今後の治療や検査，気を付けた方が良い症状など，先輩患者として自分の経験から伝えたいことを紹介すること。 ３．学生や医療従事者が対象者を理解するため 看護学生や看護師が，対象者が歩んできた人生や生活について語ってもらい，対象者のことを理解し，今後の医療支援に生かすこと。

対象者に質問する。そのため，RRTやCKMにおける聞き書きでは，対象者の生きがいやこれからやりたいことなどをまず聞くようにする。そのことで，対象者は自分が何を大切に生きていきたいのかという価値観について考えるようになる。次に，対象者には，その価値観ややりたいことをなるべく維持しながら，RRTまたはCKMを選ぶとすればどの方法が自分に適していると思うかについて質問することが良いと思われる。

また，ACPのための聞き書きでは，最終的にはどのような人生の最期を迎えたいかということについて，気づくような質問をする。今までどのようなことを大切にして生きてきたか，場合によっては後述する事例のように子供のころの思い出などを伺うこともある。

次項で，透析患者のACPとしての聞き書きを行った実践事例について紹介する。

Ⅳ．透析患者のACPとしての「聞き書き」実践事例

１．【聞き書き実践事例①】（図１）

70代男性，糖尿病性腎症が原疾患であり，透析歴13年のAさん。Aさんは合併症などを防ぐためには，塩分制限や水分摂取は1日500ml以下にする必要があった。しかし，食事は一日4食。鰻や肉類が好物であり，濃い味付けを好み，お茶，コーヒー，味噌汁など一日に制限の6倍以上の3L以上水分を摂取していた。胸部CTでは肺水腫が疑われ，心胸比も正常よりもかなり大きく，溢水状態であった。透析では身体に貯留した水分を除去するという除水を行うが，体重増加率が多いため，適正体重までの除水が行えないという，身体的には良くない状況が続いていた。「プールで溺れているようだ」と話され，呼吸が苦しくなっては，早めに透析を行うということを繰り返していた。本人は「妻をおいては死ねない」と話されるが，突然死の可能性も十分に考えられるような状況であった。

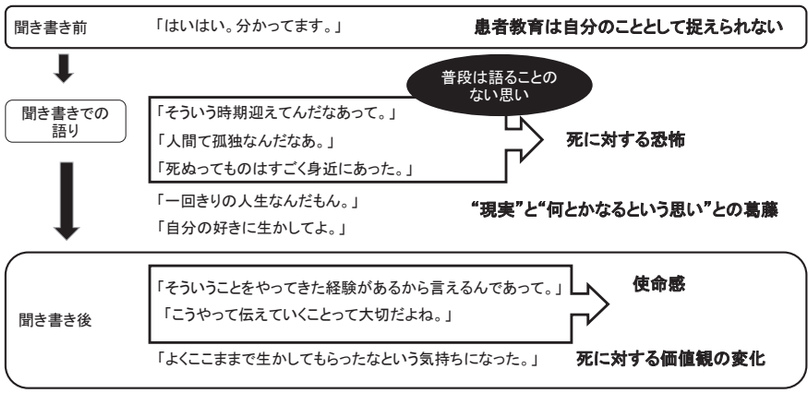

図１　聞き書き前後でのAさんの変化

水分制限の必要性や合併症予防のための教育をしても自分のこととして捉えることが出来ず，医師や看護師の話しに耳を傾けることも難しい状況が続いていた。そのため，指導的な関わりよりも本人が気持ちを表出できるような関わりが必要と考え「聞き書き」を実施した。A さんは，透析開始のために必要な入室時間より，いつも１時間以上早く来院しているため，待ち時間を利用してお話を伺った。

【A さんが聞き書きで語られたこと】

A さんが聞き書きで語られたことは，「今まで何度も命の危機を乗り越えてきたこと」「資格取得を頑張り，仕事で成功を収めてきたこと」「好きなように生きたい」「年齢的に“死”を身近に感じるようになり，恐怖を抱いていること」「精神疾患を持つ兄と妻を残していくことへの不安があること」「自分が培ってきた経験から言える考えを若い世代にも伝えたい，“聞き書き本”を役に立てたいという思いがあること」などであった。インタビューでは幼少期から現在に至るまでを語ってくれた。出来上がった本にご本人がつけたタイトルは「人生の奇跡」であった。

ここからは A さんの語りをもとに内容の関連性を推察する。自分の人生は奇跡そのものだと話され，「縁」や「めぐり合わせ」という表現を多用していた。幼少期から命の危機を乗り越えてきて，それは奇跡でもあり，現在の状況についても，どこか「何とかなる」という思いがあったと思われる。それが，年齢的にも死を身近に感じるようになり，恐怖を感じるようになっていくが，その背景には妻と精神疾患を持つ兄を残していくことの不安があった。聞き手である看護師としては，A さんは現実を見なければいけない状況であり，A さんは自分の置かれている状況は頭では分かっているが，それでも何とかなると思いたいという両方の気持ちの狭間にいると理解できた。そして，今まで十分頑張ってきたのだから自分の好きなように生きたいという思いがあり，そこにも現実とのギャップで葛藤があったと推察できた。A さんがたくさんの資格を取り，仕事で成功を収めるには努力が相当必要であったし，人の二倍三倍生きているような感覚を持ちながら過ごしてきた。だからこそ今があり，努力が奇跡を起こしたと A さんは捉えていた。そして，自分が培ってきた経験から言える考えを若い世代にも伝えたいという思いが芽生えてきたのであろう。

【聞き書き後の A さん】

A さんは聞き書きを実施してからは，呼吸苦で予定より早く透析をするということがなくなった。それは，普段の会話ではなかなか言えなかった自分の思いを表出することが出来，そして医療者側へ思いが伝わったと感じ，恐怖心の軽減に繋がったからではないかと考えられる。途中，下肢壊疽による手術の為，他院へ転院もしたが，「聞き書き」で語ることを使命のように感じていた様子で，今後の生活についても前向きに語られた。その後の会話で，「あの時は死が怖いと思っていたけど，よくここまで生かしてもらったなという気持ちになった。」と話された。死に対する受け止め方，価値観に変化がみられたと考えられた。この聞き書きで，A さんの本当の思いを引き出すことが可能となり，自身の生き方を見直すきっかけになったと思われる。

【倫理的配慮】

事例提示について，本人に同意を得ている。「せせらぎ病院学会研究発表等検討会：承認番号 13」。

２．【聞き書きを実践した事例②】（図２）

B さん，70 代男性。原疾患は多発性嚢胞腎で血液透析歴 15 年。以前より膵頭部の腫大があり，時折血尿や腰背部痛がみられるようになってきたが，定期的な検査では大きな変化なく過ごされていた。金型工場を営んでおり，納期が近いと夜中の２時３時まで仕事をすることもあった。ある日胃の痛みで胃内視鏡を行ったところ，粘膜下腫瘍が見つかり，高次医療機関で陽電子放出断層撮影（以下：PET）を施行した結果，膵頭部癌と診断され，十二指腸への浸潤や多発性肝転移もみられていた。抗癌剤治療が難しい状況であり，余命半年の宣告を受けた。B さんは出来る限り自宅から透析に通いたいと希望された。看護師は，B さんの終末期に寄り添いながらサポートできるような関わりが必要と考え，聞き書きを行うことにした。

今回は，B さんがあまり精神的・身体的な辛さについて訴えることがないので，妻からも現在の状況

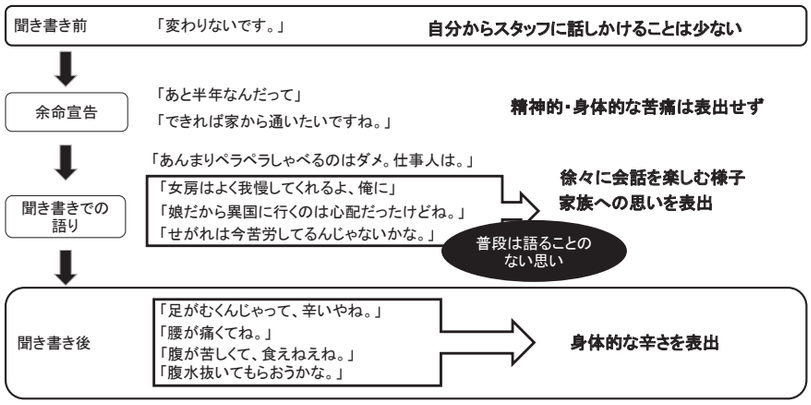

図２　聞き書き前後でのＢさんの変化

の受け止め方や自宅での様子について話を聞く機会を設けた。妻は「主人の母も姉も妹も膵癌で亡くなっているんです。」と，今後たどるであろう経過が分かってしまうだけに辛い様子であった。また，Ｂさんが仕事に対しての責任感から無理をするのではないかと心配していること，徐々に食べられなくなってしまうのを予想していて，今は好きなものを食べてもらうようにしていることなど話された。また，Ｂさんが非常に多趣味であり，楽器や植木や日本刀のことなど，Ｂさんが思い入れのある物について多弁に語ってくれた。そのため，そのＢさんの思い入れのある物についても聞き書きに取り入れることにした。Ｂさんには透析中にベッドサイドで聞き書きを行った。

【Ｂさんが聞き書きで語られたこと】

Ｂさんが聞き書きで語られたのは「子供時代からよく働いたこと」「夫婦で会社を立ち上げて頑張ってきたこと」「家族への思い」「仕事への情熱」「趣味，好きなものについて」などであった。

Ｂさんの聞き書きによる語りの内容から，Ｂさんの気持ちについて推察する。Ｂさんは職人気質で，「あまり話をするのが得意じゃない。」「職人は無口に限る」と話されていたように，余命を告げられてもあまり病気のことについて話すことはなかった。聞き手である看護師としては，「子供時代からよく働いた」という語りから，今の仕事に臨む姿勢やポリシーに繋がっていることが分かった。ご夫婦で会社を立ち上げ頑張ってきたこと，従業員への思いや責任感から，最期まで仕事を頑張りたいという気持ちに繋がっていて，そのことが余命宣告を受けても最期まで自宅で過ごしたいという思いにも影響していると考えられた。趣味についての話からは，仕事を頑張りながらも楽しい時間を過ごしてきたことが分かり，一緒に楽しんだ家族への思いも垣間見えた。息子さんが後を継ぐことに対して，苦労をかけるのではないかという気持ちや，妻への感謝の気持ちなどもあふれていた。これらの思いは，Ｂさんの性格から考えると，おそらく直接言葉では伝えていないのではないかと思われた。

【聞き書き後のＢさん】

Ｂさんは，聞き書きの最初は何を話したら良いか戸惑っていたが，徐々に会話を楽しむ様子がみられた。そして看護師との信頼関係を築くことが出来るようになり，聞き書き後は「痛い」とか「苦しい」など，身体的な辛さを我慢せずに伝えられるようになっていった。そしてＢさんはご自宅で息を引き取られた。ご存命の間，完成した聞き書き冊子を渡すことが出来なかったので，一年後ではあったが，ご家族に聞き書き冊子を手渡すことにした。

ご家族は，「話し言葉がお父さんそのままで，お父さんがしゃべってるみたい」「お父さんたらこんなこと言って，恥ずかしいなあ。」「こんなこと言ってたの？嘘みたい。」「これは違うわ。お父さん勘違いしてたのね。」「本を作ってもらえるって，嬉しそうに話していたのよ。」「一周忌のこの時期に，ちょうど思い出す良いタイミングでいただきました。」などと話された。小田[13]が著書の中で「その本の中で，語り手はいつまでも生き続ける。」と述べた

ように，家族は冊子から故人を感じ取っている様子であった。聞き書き冊子をＢさん本人に渡すことはできなかったが，家族の精神的なケアの一助となったと思われる。

【倫理的配慮】

事例提示について，家族に同意を得た。「せせらぎ病院学会研究発表等検討会：承認番号 13」。

Ⅴ．RRT や CKM 選択，ならびに ACP としての「聞き書き」とその効果

筆者らは，まだ RRT や CKM 選択が必要な患者に，聞き書き介入を行っていないため，RRT や CKM 選択が必要な患者への実際の効果は明確ではない。そのため，以下想定される効果について述べる。対象者に聞き書き介入を行うことで，自分の価値観や希望を RRT や CKM の選択の際に考慮してよいということに気づく。さらに，これらの対象者の語りを聞き書き冊子やカードにしてお渡しする。聞き書き冊子やカードでは，このように自分の価値観やそれに合わせた RRT や CKM についての選択への語りを自分で読むことになり，改めて自分の価値観やそれに合う治療法について視覚からも認識することになる。こうすることで，対象者は自分が何を望んでいるのかについて自己認識の再構築を行うことにつながると考えられる。

ACP のための透析患者への聞き書きの効果は，前述の事例に詳細を記載してあるが，まとめると次のようになる。２事例において共通して言えることは，普段の会話ではなかなか話さない思いを，聞き書きで語ることで表出できたということである。

２名の対象者は，聞き書き介入前は，自分から医療者に話しかけることは少なかったり，患者教育を受けても自分事としてとらえられなかった。しかし，聞き書きにより，自分の子供のころのことを語ったり，自分が専心してきたことや，家族への感謝の思い，死への恐怖などを語ってくれた。さらに，聞き書きが進むについて，普段は語ることのない思いを医療者に語るようになったり，死に対する価値観の変化が生じたりしている。

つまり透析患者への ACP としての聞き書きの効果として，２事例ではあるが，患者は聞き書き前には語ることがなかった思いを語ったということから，聞き書きにより普段は意識していなかった自己認識の再確認や再構築ができるようになったと思われる。そのことで，患者の価値観や生活を重視した最期の選択ができたと考えられる。

さらに，対象者Ａさんは，「あの時は死が怖いと思っていたけど，よくここまで生かしてもらったなという気持ちになった。」と話されるなど，どのように最期を迎えたいのかを落ち着いて穏やかに考えられるようになっている。対象者Ｂさんの聞き書きは，ご遺族のグリーフワークへの効果も見られたと考えられる。

Ⅵ.「聞き書き」が効果的な理由

では，なぜ聞き書きにより普段は意識していない自己認識の再構築ができるのだろうか。　効果の理由は複数あると考えられるが，ここでは次の２点を挙げてみる。

１つ目は，見ることの効果である。人間の脳は，視覚と聴覚を合わせて情報の 90％を得ており，その中でも視覚からの情報は 80％といわれている[14]。そのため，視覚からの情報がほぼすべての情報源となる。そのため，聞き書き冊子やカードに記載してある自分の語りを視覚的に理解することは，対象者にとって語ることだけよりも，より多くの自分の情報を得ることになる。自分を表す物や出来事を視覚的に確認することで，参加者は自分の分身を見るような気持ちになったのではないだろうか。その為，自分のことを客体化することができて，自分のことを客観的によく理解できたという効果があったと考える。

また，聞き書きは，対象者が自分のことを話すという行為であり，これは自分のことを紹介する自己開示の１つといえる。自己開示は，自分の内面の考えや混乱などを，ほかの人と共有するプロセスと定義されている[15]。また，自己開示は，自分に対する自分の捉え方である自己認識を再構築したり，自分が学んだことを要約することができるため，患者は病気にうまく対処することができるようになるという研究もある[16]。また，自己開示に関する概念分析では，その帰結として【自己理解と行動変容に

つながる】ことが明らかになっている[17]。そのため，聞き書きで自分のことを語ることが自己開示になり，自分の考えを要約することができて自己理解が進み，普段は語ることのない思いを医療者に語るという行動変容につながったと考えらえれる。

なお，Yao ら[16]は，がん患者が行った自己開示別の効果をメタ分析によって明らかにしている。例えば，自己統制型自己開示（Self-regulation self-disclosure）を行った患者は，睡眠の質，利益の発見，生活の質が有意に向上したが，情動型自己開示（Emotional self-disclosure）では効果が見られなかったと報告している。自己統制型自己開示とは，患者が感情の開示，利益の発見，認知的評価，対処戦略の４段階を経験する自己開示である（表２）。具体的には，感情の開示で患者は最初に自分の心の内を語り，次に利益の発見で研究者の指導を受けて前向きな人生の変化を発見し，認知的評価でがんに対する認識を再構築し，最終的に対象戦略で良い効果につながる対処戦略に気づくという自己開示である。情動型自己開示は，がんとは関係のない他のトラウマ（例：夫婦関係の悪化など）に関する自己開示である[16]。また，乳がんの診断を受けた女性が，自分の乳がん，乳がんによるトラウマ，乳がんに関する事実について表現豊かな文章を書くことで，生活の質が大幅に改善することの報告がある[18]。

Ⅶ．自己開示を促す「聞き書き」とは

以上のことから，どのような聞き書きでも良いわけではなく，効果的な自己開示に導く聞き書きとはどのようなものかを検討する必要がある。本稿の冒頭では，RRT や CKM における聞き書きでは，対象者の生きがいやこれからやりたいことなどをまず聞くようにすると紹介した。しかし，自己開示に関する先行研究を参考にすると，感情の開示，利益の発見，認知的評価，対処戦略の４段階を経ることが望ましいのかもしれない。たとえば，感情の開示では高度腎不全になったことへの気持ち，利益の発見では高度腎不全になりながらもできることは何か，認知的評価では高度腎不全になりながらもこれからやりたいことや生きがいは何か，対処戦略ではこれらのやりたいことや生きがいをできる限り続けながら行うにはどのような RRT が良いと思うかなどの順番で尋ねることを検討しても良いかもしれない。

Ⅷ．まとめ

本稿では以下のことについて述べた。慢性腎臓病患者は，RRT や CKM，ならびに ACP など，命にかかわる治療の選択を迫られる。そのため，生き方や価値観などについて患者自身の自己認識の提示を支援する方法として「聞き書き」について提案した。

聞き書きによって，患者の生き方や価値観などについて患者自身の自己認識の提示が可能となり，本稿では聞き書き介入によって普段は医療者に語らないことも語るようになった ACP の提示につながった事例を紹介した。聞き書きの効果は，自分の語りを読むという視覚情報による自分の客体化と，自己

表２　自己統制型自己開示（Self-regulation self-disclosure）から[16]著者改変

感情の開示
自分の心の内を自由に語ること。感情にまかせるままでも良いので，当該事象（慢性疾患やがんに罹患している事など）について，感じていることや考えていることを語ってもらう。ただし，当該事象と関係の無いことばかり話す，情動型自己開示は良い効果につながらないので注意する。
利益の発見
前向きな人生の変化を発見することについて語ること。慢性疾患やがんに罹患していても，何か前向きな変化があることに気づいてもらい，それについて語ること。あるいは，医療者などの支援を受けて，気づきを得て語ること。
認知的評価
当該事象に対する認識の再構築。慢性疾患やがんに罹患している自分に対する認識を新たにして，今までの自己概念とは異なる自己イメージについて語ること。
対処戦略
自分が考える，良い効果につながる対処戦略について語ること。当該事象について，対象者が考える効果的な対応や心の持ち方について語ってもらうこと。

開示による自己認識の再構築が考えられる。しかし，効果的な自己開示とそうではない自己開示があるため，今後は効果的な自己開示を促す聞き書きが必要であり，それを検討した上で，慢性腎臓病患者の命にかかわる治療の選択の一支援方法として聞き書きを活用する必要があるといえる。

引用文献

1）日本腎臓学会編：CKD 診療ガイド 2024，1-5，東京医学社，東京，2024

2）一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況（2022 年 12 月 31 日現在），日本透析医学会雑誌，47：477-481，2023

3）岡美智代：腎代替療法および CKM（保存的腎臓療法）の看護，武田徹朗，鈴木和浩，岡美智代，編集，腎・泌尿器科疾患（改訂第 2 版），88-95，南江堂，東京，2024

4）飯田美沙，金子さゆり，安東由佳子：血液透析患者の自己管理行動と血液透析導入期の腎代替療法選択における shared decision making（SDM）との関連，日本看護科学会誌，42：456-467，2022

5）八木早苗，宇佐美友規，佐々木智枝子，山本瑞紀，佐々木佳子，吉澤由紀枝，森潔：腎代替療法選択外来（そらまめ応援外来）を活用した在宅血液透析導入希望者フローシート作成への取り組み，日本在宅血液透析学会誌，2：36-38，2022

6）新田華代：腎代替療法　患者・家族間で腎代替療法選択の希望に食い違いがあった症例，透析ケア，冬季増刊：44-46，2022

7）Verberne WR, Konijn WS, Prantl K, Dijkers J, Roskam MT, van Delden J J M, Bos W J W: Older patients experiences with a shared decision-making process on choosing dialysis or conservative care for advanced chronic kidney disease: a survey study, BMC nephrology, 20 (1): 264, 2019 doi: 10.1186/s12882-019-1423-x

8）Karlin J, Chesla CA, Grubbs V: Dialysis or death: a qualitative study of older patients' and their families' understanding of kidney failure treatment options in a us public hospital setting, Kidney Med, 1 (3): 124-130, 2019 doi: 10.1016/j.xkme.2019.04.003

9）Wong SPY, McFarland LV, Liu CF, Laundry RJ, Hebert PL, O'Hare AM: Care practices for patients with advanced kidney disease who forgo maintenance Dialysis, JAMA Intern Med, 179: 305-313, 2019 doi: 10.1001/jamainternmed.2018.6197

10）Eneanya ND, Labbe AK, Stallings TL, Percy S, Temel JS, Tamar A, Klaiman& Park E R: Caring for older patients with advanced chronic kidney disease and considering their needs: a qualitative study. BMC nephrology, 21 (1): 213, 2020 doi: 10.1186/s12882-020-01870-1

11）岡美智代, 小曽根龍志, 川瀬真紀子：【「語る」「聴く」「書く」の多様性とその力】患者の自分史を作成するという看護イノベーションにおける「語る」，「書く」，「読む」ことの意味「じっくり EASE（イーズ）プログラム」を通して，日本保健医療行動科学会雑誌，33：15-21，2018

12）岡美智代：セルフケアと統合医療―セルフケアの意味から考える―，日本統合医療学会，2：1-6，2023

13）小田豊二：「聞き書き」をはじめよう，木星舎，福岡，2012

14）Man D, Olchawa R: Brain Biophysics: Perception, Consciousness, Creativity. Brain Computer Interface（BCI），Biomedical Engineering and Neuroscience, BCI.Advances in Intelligent Systems and Computing, vol 720. Springer, Cham. 55, Berlin, 2018

15）Jourard SM, Lasakow P: Some factors in self-disclosure, the Journal of Abnormal and Social Psychology, 56 (1): 91-98, 1958 doi: 10.1037/h0043357

16）Yao T, Li J, Su W, Li X, Liu C, Chen M: The effects of different themes of self-disclosure on health outcomes in cancer patients-A meta-

analysis, Int J Psychol, 59: 267-278, 2024
doi: 10.1002/ijop.13091

17）沼田茜，岡美智代，能美 亜紀子：看護学文献における患者の自己開示の概念分析，群馬保健学研究，44：11-20，2024

18）Craft MA, Davis DC, Paulson RM: Expressive writing in early breast cancer survivors, Journal of Advanced Nursing, 69(2): 305–315, 2012 doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06008.x.

〈焦点Ⅰ－1〉

ヤングケアラーの実態：
保健医療との接点と専門職に期待したいこと

濱島淑恵
大阪公立大学大学院現代システム科学研究科

The Actual Situation of Young Carers: Their Interface with Healthcare and Expectations for Healthcare Professionals

Yoshie Hamashima

キーワード
ヤングケアラー　young carer
家族介護　family caregiving
家族支援　family support

Ⅰ．ヤングケアラーとは

ヤングケアラーとは，概ね「家族のケアを担う子ども・若者」のことをさす。具体的に言うと，足腰が弱ってきた祖父がいる，認知症の祖母がいる，母親が精神疾患，精神障がいを有する，アルコール依存の父親がいる，ガンや難病等，慢性的な疾患を抱える家族がいる，障がいを有するきょうだいがいる，日本語を第一言語としない家族がいる等，何らかのケア，サポートが必要な家族がいる状況がまずはある。そして，そのために家事をする，年下のきょうだいの世話をする，身の回りの世話や介護・看護をする，感情的サポートをする，通訳をする等，様々なケアをしている子ども・若者を指す。

ヤングケアラーの定義についてみると，早くからヤングケアラーに関する活動を行ってきた日本ケアラー連盟は「家族にケアを要する人がいる場合に，大人が担うようなケア責任を引き受け，家事や家族の世話，介護，感情面のサポートなどを行っている，18歳未満の子ども」という定義を示している。

ここで注目すべき点は「責任」を引き受けていると記されている点である。お手伝いとケアの違いを聞かれることが多いが，ケアもある意味，お手伝いの一部であると考えられるであろう。しかし，「ケアを要する家族がいる」という状況で行うお手伝いには，「責任」が生じてくる。友人と遊びたいと思っても，疲れていても，テスト前であっても，何が何でもやらなければならない，自分がやらないと家族の生活が回らない，場合によっては生命に関わる事態も生じうる状況に置かれていることを理解する必要がある。

一方，政府は近年までヤングケアラーの定義を示していなかったが，2024年6月，子ども若者育成支援推進法を改正し，「家族の介護その他の日常生活上の世話を過度に行っていると認められる子ども・若者」として，ヤングケアラーが支援対象となることを明記した。ここで注目したい点は，「若者」もヤングケアラーに含まれたことである。「子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律」の一部施行について（ヤングケアラー関係）」（こ支虐第265号令和6年6月12日）によると，支援対象となる若者とは20代まで，状況によっては30代までが含まれることが記されている。また「過度」にケアをしている者をヤングケアラーとしている点であるが，これは負担が重い状態になっていることを意味して

おり，支援対象の範囲を狭めすぎないようにすべきであると示されている。

Ⅱ．ヤングケアラーの実態と医療職としての姿勢

ヤングケアラーに関する実態調査は2010年代半ば頃より着手されており，濱島らは2016年に大阪府立高校，2018年に埼玉県立高校の高校生を対象に，質問紙調査を実施し，ヤングケアラーの存在割合が約５％と考えられることを示した[1)2)]。その後，国は2020年度，2021年度に全国調査を実施し，小学６年で6.5％，中学２年生で5.7％，高校２年生で4.1％，大学３年生で6.2％と，様々な年代において，家族のケアを担っている子ども・若者が一定の割合でいると考えられることを示した[3)4)]。

現在では，自治体ごとの実態調査も進められ，ヤングケアラーの現状が明らかになりつつある。例えば，ケアの内容をみると，家事，見守り，話し相手，年下のきょうだい／こどもの世話等が上位に上がることが多く，その他，感情面のサポート，外出／通院の付き添いも比較的多くみられる。医療職であれば，通院に付き添うヤングケアラーと出会っている可能性が高いと考えられる。その他，身体的な介助や医療的なケア，金銭的管理を担っている者もいる。

ヤングケアラーのケアの内容は様々であるが，多くは家事，見守り，話し相手，遊び相手等，お手伝いの延長線上にあるような，日常的なケアを担っていると考えられる。そのため，「ケア」をしていると本人も周囲も認識しにくく，また大した負担ではないとみなされがちであると考えられる。このようなヤングケアラーが担うケアの特徴が，ヤングケアラーの気づきにくさにつながっていると推測される。

しかし，このようなケアであっても，子どもたちが日常のなかで行おうとした場合，かなりの負担になる。家事といっても毎日のことであり，「何だか知らないけど時間がかかる」「いつも真夜中に洗濯していた」等の話は，ヤングケアラーからよく聞くことである。たとえ，簡単な家事であっても，子どもがすると時間を要し，負荷がかかる。

また，部分的な介助や見守りだけでも生活が縛られてしまう。例えば，あるヤングケアラーが足腰が弱くなってきた祖母が動く時だけ介助をしていたが，祖母がいつ動くわからないため，常に祖母の気配を感じられるよう，つきっきりになった。そのため，集中して宿題，試験勉強等，自分のことをする時間を取ることができなかったという。認知症の祖母の見守りをしていたというヤングケアラーも同様であり，結果，そばから離れられず，高校中退寸前までいったケースもある。

話し相手も単なる「おしゃべり」とは異なり，相手の様子，表情をみながら，話題，言葉を選んで話をする必要がある。自分の感情は押し込めて，相手に合わせて話をすることは決して容易ではない。長時間にわたることも多く，時間がとられ，心身ともに疲弊するケアであると言える。

しかも，多くの場合，ヤングケアラー本人や家族は，ケアをしていること，それによって自分の時間や体力が奪われていることに気づいていない。その手伝いが実はケアであること，負荷がかかっていることに，まずは周囲が気づくことが大切である。特に専門職はそのことに気づく力，視点を身に着ける必要がある。

上記の他，書類（学校，行政，病院等に提出が必要なもの）の作成も大変だったという声を元ヤングケアラーからは聞く。また，ケアを要する家族がいる場合，家族関係がうまくいかなくなることもみられるが，その関係調整をヤングケアラーが担っていることも少なくない。

福祉職，医療職とのやりとりが負担だったという話も多い。ある元ヤングケアラーは精神疾患を有する母親の通院に付き添っていたが，医師や看護師は，毎回，そのヤングケアラーに対して，家での母親への接し方，薬の扱いに関する注意事項を伝えた。本人にしてみると，毎日のことだけで精一杯な状態であったが，自分の悩みを聞いてもらえるわけではなく，逆に，家族としてのタスクを課され，大きな負担になったという。「もう疲れた。もう嫌だ。」といった時，「そんなことを言ってはダメよ。家族なのだから頑張りましょう。」と言われたヤングケアラーもいる。また，祖母の入院時に付き添った20歳になったばかりのヤングケアラーは，身体拘束の同意に関する書類にサインをした。病院の説明では，祖

母が動くと危険なためその時だけ拘束をする，ということであったが，お見舞いにいくと常に祖母は拘束されていたという。大人であれば，病院側に説明を求める，苦情を言うこともできるが，そのヤングケアラーが咄嗟に思ったことは「私のせいだ。」である。自分がサインをしてしまったがために，大好きな祖母が一日中拘束されていると考え，自分がいるときだけ拘束を解いてもらえたため，授業は欠席し，祖母にずっと付き添うようにしたという。福祉施設に入所する祖母を尋ねると，職員から書類や伝言を頼まれることが多く，「絶対に間違えてはいけない。忘れてはいけない。」と思い，プレッシャーだったという話もある。

いずれの場合も，病院，医療職にしてみると，「家族」に対して通常の手続きを行っただけであろうが，それが意外とヤングケアラーには重い負担となりうることを理解する必要がある。家族に何らかの役割を担ってもらうのであれば，家族を支えるという視点も持つ必要がある。

最後に，専門職から見えるものは氷山の一角に過ぎないことを付け加えたい。ある小学生のヤングケアラーは，母親と一緒に，認知症の祖母の通院の付き添いをしていた。医療職には「えらいね」とよく声をかけられ，それがとても嬉しかったそうである。しかし，実はそのヤングケアラーは不登校の状態で，学校に行かず，一日中，家で，家事，祖母の見守り，話し相手，夜間徘徊の付き添い等をしていた。

ちょっとしたケアであっても，ケアを要する家族がいて，ケアを担っていれば，支援を必要としているか否かは別として，それはヤングケアラーである。そして，もっと役割を担っている可能性があること，今後，役割が増えていく可能性もあることを理解し，意識して，家族に接する必要がある。

Ⅲ．ヤングケアラーの抱える問題

ヤングケアラーが抱える問題として，①学校生活（遅刻・欠席，忘れ物が多い，授業中に寝てしまう，家で勉強するのが難しい等），②友人関係（友だちの誘いを断り，学校が終わったらすぐ帰る，話が合わない，深い仲の友人ができない等），③心身の健康（情緒不安定，希死念慮，摂食障害，慢性的疲労，介護ロス等），④人生設計（家族のために進学をあきらめる，就職を諦める，アルバイトや非正規にする等）における負の影響が指摘されることが多い。

実際に，国や自治体が行う複数の調査においても，ケアを担う生徒の方が遅刻・欠席が多い，心身の状態が思わしくないと回答する者が多い等が指摘されているほか，濱島らはヤングケアラーの方が生活満足感が低い，精神的苦痛が高いこと等を指摘している[5）6）]。当事者のインタビューでは友人関係がうまくいかない等が挙げられている[7）]。

その他，学校の教員からは，子どもが家事をすると言っても十分に行うことは難しいため，衣類や住居の衛生面が思わしくない，栄養面の偏りがあることが指摘されることがある。また，「誰にも話せない」，「誰にもわかってもらえない」という孤立・孤独については，多くのヤングケアラーが口にすることである。

ヤングケアラーが抱える問題，悩みは「ケア」そのものの大変さにだけではなく，そこから派生する様々なことに及ぶ点にも留意が必要である。

Ⅳ．ヤングケアラーの支援～保健医療の専門職に期待したいこと～

1）ヤングケアラー支援の現在地

現在，国はヤングケアラー支援に関わる補助事業を実施しており，①ヤングケアラーの実態調査・把握，②関係機関職員研修，③ヤングケアラー・コーディネーターの配置，④オンラインサロンの設置・運営支援，⑤ピアサポート等相談支援体制の推進，⑥（⑤＋）キャリア支援・イベント実施，⑦外国語対応通訳派遣支援，⑧市町村相談体制整備事業等が挙げられる[8）]。

上記に伴い，自治体単位で様々な取り組みが始まっている。多くの自治体ではヤングケアラーの相談窓口設けており，ヤングケアラー支援を調整するヤングケアラー・コーディネーターの配置も進められ，民間団体による支援（オンラインサロンやつどいのような「交流の場」の実施，同じような経験を有する（元）ヤングケアラーによる相談支援等）も増えてきている。取り組み状況に地域差があるという課題があるものの，確実に取り組みは広がってき

ていると言えよう。

2）保健医療との接点と専門職に期待したい支援

⑴　常に「ヤングケアラーかも？」という視点を持つ

第1に，常に「ヤングケアラー」という視点を持ち，その存在に気づくことが重要である。学校からでは見えにくく，保健，医療の領域からでなければ気づけないヤングケアラーもいる。例えば，病院にいつも付き添っている，施設や病院にお見舞いにくる，こども・若者に連絡・伝言をよく頼む，患者さんのお宅で，買い物をした子ども・若者が帰ってくる，主介護者を気遣う子ども・若者がいる等，気になる場面があれば，「ヤングケアラーかも？」という視点で様子をみる，機会をみつけて声をかけるよう心掛ける必要がある。

⑵　まずは「家族への支援」を検討する

第2に，ヤングケアラーに気づいた場合，「支援する・支援につなぐ」ことを考えてほしい。支援には①家族への支援と②ヤングケアラー自身への支援がある。

前者については，必要な医療，福祉サービスにつなぐことになるが，たとえ安定した生活を送っているように見える家庭であっても，家族内でのケアの体制とケアラーの負担を確認する必要がある。なお，ケアラーとは，ヤングケアラーだけではなく，大人のケアラー（ヤングケアラーとともに親，その他家族・親族がケアをしていることも多い）も含んでいる。大抵の場合，大人のケアラーの負担が大きいため，子ども，若者がケアに加わる。ヤングと大人，両方のケアラーの負担が軽減されるよう，医療，福祉サービスの利用を考える必要がある。特に，保健・医療の専門職は退院後の家族内で行うケアの体制を必ず確認する，特に医療，福祉サービスがない時間帯のケア体制を確認してほしい。

また，自分が所属する機関以外のサービスにつなぐことについてハードルが高い場合は，各自治体が設けるヤングケアラーの相談窓口に連絡することが望ましい。「ヤングケアラーである」という確信までは必要なく，気になる子ども・若者がいれば相談する，という姿勢で良く，他機関と連携するという発想を持つことが肝要である。

⑶　ヤングケアラー自身への支援につなぐ

上記のように，様々なサービスを利用したとしても，ヤングケアラーが担うケアが無くなるとは限らない。ケアを要する家族がいるという状況は継続し，家族がサービス利用を拒否する，家族の話し相手は自分でなければできない等，ヤングケアラーが担うケアが残る可能性は十分に考えられる。

そのため「ケアを要する家族がいるという状況で，自分の人生を歩めるようにする」ための支援が必要となる。それが②ヤングケアラー自身への支援であり，特に重要となるポイントは「ケアから離れられる時間・場を確保する」ということである。

近年では，先述したように，国の補助事業を中心として，様々なヤングケアラー支援が行われつつあり，精力的に取り組む民間団体がみられる。例えば，「NPO法人ふうせんの会」ではヤングケアラー同士が出会い，交流する場として「つどい」や「オンラインサロン」等を開催している。また，ケアから離れて小休止するためのサービス，いわゆる「レスパイトサービス」として，季節ごとのイベント（花見，バーベキュー，夏祭り等），はたらく部（自分の将来について考えるイベント）等を行っている。ここでは，同じような立場のヤングケアラー同士が出会うことによる孤独感の解消とともに，学校とケアだけの生活になりがちのヤングケアラーに多様な経験をする機会，家族のことを第一優先に考えることが多いヤングケアラーがじっくりと自分について考える機会を提供することを目指している。

なお，学習支援，子ども食堂，居場所等，既存の子どもの支援もまた，ケアから離れて自分のための時間を過ごす場として，有効であり，実際に，ヤングケアラー支援に理解ある団体も増えている。自分の地域にあるヤングケアラー支援情報を得て，ヤングケアラーと思われる子ども・若者に，日常的に紹介することも，保健・医療の専門職の役割である。

⑷　保健・医療の専門職だからこそできる「寄り添い」

最後に，日々，寄り添い，その都度生じる様々なことについて，一緒に考え，サポートする③寄り添

う支援が必要である。これは信頼できる身近な「味方」になると言い換えても良いであろう。この役割は，学校の教員，専門職，民間団体のスタッフ等，誰もがそれぞれの立場で取り組んでほしい支援である。

特に保健･医療の専門職であれば，心理的な負担，不安の受け止め，医療・福祉・ケアに関わる知識をわかりやすく伝える役割を担うことが可能であろう。例えば，ガンで闘病中の家族を抱えるヤングケアラーは，日々，ケアの負担とともに，大事な家族を失うかもしれないという恐怖心を抱えていたという。また，祖父母が認知症になった時や母親が精神疾患になった時，一体何が起こっているのか？この先，どうなってしまうのだろうか？という漠然とした不安を抱えていたと，いう話もよく聞く。しかも，病気や障がい等について，十分に教えてもらうことなく，家族内でもその話題に触れることができず，ただモヤモヤした思いや不安だけが，自分の中で膨らんでいった，ということは多くのヤングケアラーの話に出てくる。

病気や障がい，治療等についてわかりやすく伝え，心理的な負担，不安に寄り添うことは保健・医療の専門職だからこそできる支援である。必要であればケア（介護・看護）の方法をわかりやすく教えること，必要な書類の書き方をサポートする，福祉，学校，民間団体等，他機関にヤングケアラーの状況，思いを代弁することも，医療職に期待したいことである。

ヤングケアラーがケアをしている家族は，保健医療サービスの利用対象者であることが多い。保健医療の専門職はヤングケアラーに近い存在であり，できることは多い。保健医療の領域において，ヤングケアラーに対する理解と学校・福祉との連携が進むことを期待したい。

【文献】

1）濱島淑恵　宮川雅充：高校におけるヤングケアラーの割合とケアの状況―大阪府下の公立高校の生徒を対象とした質問紙調査の結果より―，厚生の指標，65(2)：22-9，2018

2）濱島淑恵，宮川雅充，南多恵子：高校生ヤングケアラーの存在割合とケアの状況：埼玉県立高校の生徒を対象とした質問紙調査，厚生の指標，67(12)：13-9，2020

3）三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング：令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業ヤングケアラーの実態に関する調査研究報告書，三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2021

4）日本総合研究所，令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業　ヤングケアラーの実態に関する調査研究報告書，日本総合研究所，2022

5）宮川雅充，濱島淑恵：ヤングケアラーの生活満足感および主観的健康感：大阪府立高校の生徒を対象とした質問紙調査，日本公衆衛生雑誌，68(3)：157-166，2021

6）宮川雅充，濱島淑恵，南多恵子：ヤングケアラーの精神的苦痛．埼玉県立高校の生徒を対象とした質問紙調査，日本公衆衛生雑誌，69(2)：125-135，2022

7）濱島淑恵：子ども介護者―ヤングケアラーの現実と社会の壁，KADOKAWA，東京，2019

8）こども家庭庁支援局虐待防止対策課：ヤングケアラーへの支援に活用可能な関係資料について（事務連絡令和６年６月 12 日），https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/e0eb9d18-d7da-43cc-a4e3-51d34ec335c1/ed90629d/20240612_policies_young-carer_17.pdf，2025 年３月 31 日

〈焦点Ⅰ－２〉

ホームレス支援の現場からみえる課題：
認定 NPO 法人 Homedoor の取り組みから

浦越有希
認定 NPO 法人 Homedoor

Challenges Seen from the Frontlines of Homeless Support: From The Initiatives of Certified NPO Homedoor

Yuki Urakoshi
Certified NPO Homedoor

キーワード
ホームレス　homelessness
生活保護　public assistance
NPO　non profit organization

Ⅰ．はじめに

本稿では，ホームレス支援を行う認定 NPO 法人 Homedoor（以下，Homedoor）の実践内容について報告する。Homedoor は「誰もが何度でもやり直せる社会」をつくることを理念に 2010 年に設立され，大阪市北区に拠点を置く支援団体である。団体設立当初は路上生活者の就労支援を中心的な活動としていたが，2013 年 9 月より相談支援事業を開始した。さらに，路上生活者だけでなくネットカフェ生活をしている人など居住喪失という意味で広くホームレス状態にある人に対し，一時的な宿泊場所を提供するシェルター事業にも取り組んでいる。

このように支援活動を展開するなかで，Homedoor では相談者が多様化し，付随して取り組みも変化してきた。本稿では Homedoor への相談者の現状や支援内容を報告するとともに，その中で見えてくる公的制度の課題について指摘し，Homedoor の取り組みがホームレス状態にある人に対してどのような役割を果たしているのか示したい。

Ⅱ．Homedoor への相談者の現状

１．年齢・性別と起居の場所

Homedoor への新規相談者数は相談事業を開始した 2013 年以降年々増加し，2020 年度以降は年間 1,000 件前後で推移している。性別は 2014 年度では男性が 9 割を占めていたが，徐々に女性が増加し，ここ 5 年は男性 7 ～ 8 割，女性 2 ～ 2.5 割，その他 1 割未満の比率が続いている。年齢層は 2014 年度では平均年齢が 47.7 歳だったのが 2023 年度では 42.2 歳に下がっており，内訳をみると 10 ～ 20 代の割合が増えていることが分かる。なお，2023 年度の 10 ～ 20 代の割合は 25% であった。

一方，厚生労働省が 2021 年に実施した「ホームレスの実態に関する全国調査」の生活実態調査をみてみると，対象となった路上生活者の 95.8% が男性で，平均年齢は 63.6 歳となっている[1)]。Homedoor への相談者は，厚生労働省調査と比較して，女性が多く，平均年齢が低いという特徴がある。また厚生労働省の調査によるとホームレス人数は 2007 年以降一貫して減少しており，2024 年 1 月に行われた調査では全国で 2,820 人であった[2)]。Homedoor で

は相談者数は年々増加してきて高止まりの状態にあり，ここにも異なる様相が見て取れる。

この年齢層や性別の違いには，どのような状態を「ホームレス」と捉えているかが背景にある。厚生労働省の調査で対象となる「ホームレス」は，ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法第２条に規定される「都市公園，河川，道路，駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし，日常生活を営んでいる者」のみである。一方 Homedoor への相談者は，厚生労働省の調査対象の「ホームレス」だけでなく，ネットカフェや知人宅で居候状態である人など所謂「広義のホームレス」も含まれている。2023 年度の Homedoor への相談者の起居の場所をみると，「路上・公園・河川敷など」「駅・商業施設」という厚生労働省の調査対象に当てはまる人は 114 人で全体の 15% 程度であった。ほかは「自分名義の家」が 25% ほどであり，残りの 60% は「ネットカフェ・ホテル・ドヤ・サウナ」「知人宅」「車中」など，広義のホームレス状態に置かれていた。Homedoor への相談者は，その時々の所持金や体調，知人との関係性などにより，起居の場所を転々としている者が多く，厚生労働省の調査では捉えられていない人々も含まれていると推察される。

２．子ども期の家庭環境

相談者がホームレス状態に至る背景を見てみると，家族関係が大きく影響を与えていることが分かる。以下は 2023 年度～ 2024 年度に対面で話ができた相談者 699 人が回答した子ども期の家庭環境についてまとめたものである。子ども期の家庭環境について，親の離婚・再婚や虐待の経験など，社会的不利につながり得る項目に関して可能な範囲で回答を得た。その結果，回答が最も多かった項目は親の離婚で，206 人（29.4%）であった。次に回答が多かった項目は親を含む同居者からの虐待であり，138 人（19.7%）であった。被虐待の経験は若年層ほど多く，20 代で 58 人，30 代で 35 人だった。対象となる相談者総数のうち 20 代は 150 人，30 代は 135 人だったので，その年代の相談者総数のうち被虐待の経験がある人の割合はそれぞれ 20 代で 38.7%，30 代で 25.9% となり，他の年代と比べても高い割合である。

女性の相談者では，相談時には家族やパートナーと同居している人が２割強で，男性の倍以上の割合を占めることが特徴的である。こうしたケースでは，たとえば幼少期より親から暴力があったものの住まいを失うリスクからやむを得ず実家に留まっていたが，いよいよ身の危険を感じて相談したなど，身の安全と住まいを天秤にかけている状況が見受けられる。

Ⅲ．Homedoor の取り組み

Homedoor では，様々な事情からホームレス状態にならざるを得なかった相談者に対して，即日無料で宿泊できるシェルター「アンドセンター」を準備している。アンドセンターは全室個室であり，各部屋にユニットバス，ベッド，エアコン，テレビ，冷蔵庫が設置されている。宿泊期間中は，Homedoor が運営するカフェ「おかえりキッチン」での昼食提供をはじめとした食事や日用品などの支援を行っている。相談者は，宿泊している間に次の入居先への引越しや寮付きの会社への就職など，次のステップを相談員と検討して決定している。

アンドセンターに宿泊する人数は，運営開始後増加を続けており，2022 年で最多の 318 名，翌 2023 年度も 316 名となった。2023 年度にアンドセンターに宿泊した人の退所後の経過としては，自分名義の部屋を借り生活保護を利用した人が 49.8%（146 人）と最も多く，寮付きの仕事を確保した人や仕事を続けながら居宅を確保した人など就労を通じた住まいの確保が 16.4%（48 人）と続いた。

アンドセンターへの宿泊期間は原則２週間としているが，２週間では次のステップが決定できず難航することもしばしばある。また，２週間という短い期間のため，その人にとってより良いと思われる選択肢を提示できなかったり，本当であれば時間をかけて関係を構築しその人の抱える生活の困難の解消に役立ちたいと考えても引っ越したあと連絡が取れなくなったり，アンドセンターだけでは十分な支援を行うことができないことに直面して忸怩たる思いを抱えていた。

このような思いを原動力に 2023 年度より新しくスタートさせた取り組みが「アンドベース」という

宿泊施設の運営である。このアンドベースでは，半年から１年程度の宿泊を前提として相談者が入居し，その人の望む生活の仕方やアンドベース退去後の目標にあわせて必要な支援に取り組んでいる。アンドベースもすべて個室であり，共用ではあるがキッチンが備え付けてある。またゆっくりと過ごしてもらえる共用スペースが準備してあり，入居者参加型のイベントやプログラムを開催している。スタッフには心理カウンセラーが在籍しており，希望者はカウンセリングを利用することもできる。始まったばかりの取り組みではあるが，既に多くの人が利用しており，24 室の居室の利用率は８割以上と高い状況が続いている。

Ⅳ．支援現場からみえる公的制度の課題

ホームレス状態にある場合，公的扶助である生活保護の利用が検討可能である。先述の通り，Homedoor に相談に来た上で生活保護を利用する人は多い。そうであるにもかかわらず，直接の窓口たる福祉事務所ではなく民間の支援団体である Homedoor を相談先とする背景の１つには，生活保護の利用に至る様々な障壁がある。その障壁について，ここでは大きく３点を取り上げたい。

１点目は，親族へ援助ができないか福祉事務所によって連絡をされる扶養照会である。先述の通り，相談者は生まれ育った家族との関係による社会的不利を背景に生活困窮に至った人が多い。一方で，家族とは連絡は取りあえる仲であるものの家族の生活保護への偏見が根強く，生活保護を申請したと知られると縁を切られてしまうと不安を抱く人もいる。このように一筋縄ではいかない家族関係で，家族を頼れないからこそ生活保護を申請しているにもかかわらず，扶養照会をすると言われてしまうのは相談者にとって時には申請自体を取りやめてしまうほどの大きな障壁となっている。なお，扶養照会については，厚生労働省が 2021 年に事務連絡を発出しており，その中で扶養照会について，扶養義務履行が期待できない者の判断基準を以前より明確にしたほか「要保護者が扶養照会を拒んでいる場合等においては，その理由について特に丁寧に聞き取りを行い，照会の対象となる扶養義務者が『扶養義務履行が期待できない者』に該当するか否かという観点から検討を行うべきである」と明記している[3)]。しかし，実際に扶養照会をされるかどうかは各福祉事務所の判断に委ねられている。相談者は，扶養照会をされるくらいなら生活保護は申請しない，という人も珍しくないため，扶養照会がされるかどうか分からないということ自体が生活保護の申請を躊躇させてしまっている。

２点目は，生活保護を申請する窓口でのネガティブな経験である。Homedoor では 2022 年に Homedoor を利用したことのあるホームレス経験者 29 人に対してインタビュー調査を行った。調査対象者のうち半数以上にあたる 16 人が過去に福祉事務所など行政の窓口での相談歴があり，さらに７人は Homedoor への相談前に行政の窓口で相談していた。それにもかかわらず Homedoor に相談に来た理由として「『他の地域に行ってと言われた』（１人），『家がないとダメ』『施設に入るしかない』と言われた（３人），貸付の話が優先された（１人）など，生活保護申請を抑制するいわゆる“水際作戦”を経験している」[4)] ことが語られた。生活保護を申請することは国民の権利であり，申請権を侵害するような言動があってはならないことは言うまでもない。しかしながら大変残念なことに，実際に先述のようなやりとりを経験をした人がいることも事実である。

最後に３点目は，生活保護を申請したあとの起居の場所である。Homedoor が所在する大阪市では，ホームレス状態で生活保護を申請すると，２段ベッドの相部屋で集団生活になる施設への入所が原則として案内される。同じ部屋になる人との関係，自分のいびきの大きさへの不安，物を盗まれないかという不安……様々な不安からこの施設への入所を希望しない人は後を絶たない。また，施設での集団生活を以前していたことがあり，その経験のトラウマから短期間であっても集団生活は耐えられないという人もいる。さらに，施設への入所には時間的な制約があり，本人は施設で良くても，時間の関係で入所できなかった，ということも聞く。

以上に挙げたことは，Homedoor の相談現場から見える，公的制度の課題の一部である。しかしながら，様々な調査研究からは，日本全体でも生活保護を取

り巻く現状は厳しいことが伺える。たとえば金子（2017）は複数の研究者の試算から，生活保護の捕捉率が２割程度と低い水準であることを示している[5)]。つまり，残る８割程度の人は，生活保護未満の貧困状態での生活を余儀なくされている可能性があるということである。生活保護が利用できるにもかかわらず利用しない（できない）背景には，先ほど挙げたような事由も少なからず含まれているだろう。

Ⅴ．Homedoor の支援が果たす役割

Homedoor での支援の最大の特徴は，相談者のプライバシーと自己決定をでき得る限り尊重しているところにあると考えている。この特徴は，個室のシェルターなどのハード面，相談対応における相談員のかかわり方などのソフト面の双方でみられる。相談者と関わるうえではこの基本姿勢をベースに置いた上で，相談者の意思決定をサポートしているといえる。

そうした特徴を持つ Homedoor の支援が果たす役割は様々あるが，今回整理した公的制度の課題に引き付けて考えると，それは安心して過ごせる環境における公的な制度へのつなぎ直し，といえると思う。

まず，安心して過ごせる環境について考えたい。相談者は多くの場合所持金が 1,000 円未満など非常に困窮した状態にあり，切羽詰まった様相の人も少なくない。まず必要なことは，その後の生活について様々な選択肢を提示されるより，安心できる環境で十分な休息と食事をとることだろうと思われる状況が往々にしてある。そうした状況の相談者に対して，Homedoor では，相談に来た時点で今後どうしたいかということが決まっていなくとも，まずはアンドセンターに入って，周囲の目を気にせずに一休みしてもらうことができる。それは相談者によっては，久方ぶりの布団の上での睡眠である。最低限のハード面の環境は緊急時においても欠かせないものであり，むしろハード面の環境が整っていることはその人が尊厳ある一人の人として扱われているという感覚にも繋がり得ると考えている。

次に，公的な制度へのつなぎ直しとはどういうことか。相談者は生活保護について知っている場合も少なくないが，制度への誤解があったり，もしくは先述の通り行政の窓口までいったけれども申請には至らなかったりと，つながらないままになっている。そうした相談者に対して，Homedoor では，生活保護の申請は当然の権利であるといった考え方から，具体的な金額，扶養照会をしてほしくない場合の交渉，借金があっても申請はできるということなど，生活保護に関して丁寧に説明をして，相談者の疑問解消に努めている。それだけではなく，生活保護を利用することへの心理的な障壁がある人に対して，相談員の考え方を伝えて一緒に検討するというやり取りもしばしば行っている。もちろん，どうするか決めるのは相談者本人である。ただ，相談者のこれまでの生活歴から「働くしかない」という強烈な思いを抱いている相談者には，違う視点を提供することが功を奏することもあると経験上感じている。このような様々なやり取りから，生活保護についての疑問が解消され，もしくは心理的障壁が軽減され，利用することを決断する相談者と幾人も出会ってきた。

最後に，Homedoor の取り組みで紹介した「アンドベース」の果たす役割について触れておきたい。この宿泊施設も役割の１つとして「安心して過ごせる環境における公的な制度へのつなぎ直し」ということを担っており，しかもそれがより充実したものになっている。公的制度へのつなぎ直しにおいては，生活保護だけではなく，障害福祉などといった分野にも及ぶ。障害福祉サービスの利用には時間がかかり，また精神科を受診すること自体のハードルの高さも人によっては感じている。その点，アンドベースでは時間をかけてじっくりと関わることができるので，その人の生活のペースや状況に合わせて，必要に応じた障害福祉サービスの説明や利用のサポートが行える。スタッフと相談しながら，悩んだり立ち止まったりすることも大切な過程として過ごしてもらえることが，アンドベースの強みの１つだろう。

Ⅵ．おわりに

以上，Homedoor の取り組みや相談者の現状の一部を紹介し，公的制度の課題を指摘するとともに，Homedoor が果たす役割の一端を考えた。ただし，Homedoor という一つの団体ではできることに限界

がある。限りある中でも相談者の声を聞いて，より良い支援を実践したい，ホームレス状態を生み出さない社会の仕組みづくりに貢献したいと試行錯誤の日々である。

ところで，公的制度の課題については，筆者が言わずとも，様々な研究者や支援者，生活保護の利用者が指摘しているところである。そして扶養照会の運用然り，以前と比べたら改善された部分も多くあると考えている。一方で，今でも Homedoor に相談者が絶えないのは，やはり公的制度の機能不全にその一因があると考えざるを得ない。本来，貧困状態にある人の生活を保障することは国の役割であるはずである。国の制度が十全に機能し，貧困に苦しむ人がいなくなることを望む。

利益相反

利益相反はない。

注

1）厚生労働省：ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）の結果（概要版），（https://www.mhlw.go.jp/content/12003000/000932239.pdf，2024年9月12日アクセス）

2）厚生労働省：ホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）：結果の概要（https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/63-15b.html，2024年9月12日アクセス）

3）厚生労働省：『生活保護問答集について』の一部改正について（https://665257b062be733.lolipop.jp/0303301.pdf，2025年4月30日アクセス）

4）永井悠大，白波瀬達也，小川未空，浦越有希：ホームレス当事者の生活歴と資源利用についての調査報告――大阪市の NPO 法人 Homedoor の事例から，大原社会問題研究所雑誌，784: 33-50, 2024

5）金子充：入門　貧困論――ささえあう／たすけあう社会をつくるために，明石書店，2017

〈焦点Ⅱ－１〉

調整的音楽療法

山﨑香織
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻

Regulative Music Therapy

Kaori Yamasaki
Kyoto University Human Health Sciences, Graduate School of Medicine

キーワード
音楽療法　music therapy
マインドフルネス　mindfulness
注意　attention

Ⅰ．はじめに

調整的音楽療法（Regulative Musik Therapie：以下，RMT）とは，旧東ドイツの音楽療法士であり心理士でもあるChristoph Schwabeが開発した受動的音楽療法である。クラシック音楽を聴取しながら，音楽そのものや周囲の音，自分自身の心や身体の「今・ここ」の状態に注意を向け，ありのまま受け止める練習を続けることにより，心身の状態をととのえることを目指す療法であることから，マインドフルネスを用いた音楽療法ともいわれている。

RMTのセッションはクラシック音楽の聴取を用いた注意を向ける練習と音楽聴取中の体験についてのシェアリング（分かち合い）から成り，段階に応じて用いる曲や目的が設定された20回のセッションから成るプログラムである。RMTは1980年代に我が国に導入されたが，他の音楽療法の介入技法に比べて実践報告は少ないものの，神経症や心身症，健常者を対象としており，感情の識別の困難さ（混乱），不安や緊張，抑うつ症状，倦怠感への有効性が示唆されている。

RMTの方法は，まずC. Schwabeによって選定されたクラシック音楽を10～20分間聴取する。その間，参加者は自己の注意を「音楽」,「身体の感覚」,「考え・感情・気分」の３つの領域に自由に気の向くままに振り子のように行き来させる。「音楽」,「身体の感覚」,「考え・感情・気分」のそれぞれの領域への注意を向ける順番や長さは自由だが，１つの領域に長く注意が向いていると気付いた時は別の領域に注意を向けてみるよう促す。音楽が終了した後，参加者全員で各自の体験を報告していただき，シェアリングを約20～40分間行う。音楽聴取中に，症状に関することや常日頃悩んでいることに注意が向くことは少なくないが，シェアリングでは他者に知られたくない内容について具体的に語る必要はなく，発言できる範囲で話していただく。RMTは個別でも実施可能な療法だが，複数人で行うことにより，シェアリングの際に他者との違いに気づき，人それぞれ固有の特徴があることに気づくことができることや，他者のやり方を参考にすることができるというメリットがある[1)]。

Ⅱ．ワークショップの実際

調整的音楽療法の概要についてお話しした後，筆者が乳がんサバイバーを対象に，セッション回数を12回に短縮したRMTの実践事例を報告した[2)]。対象者は，がん治療終了後６か月以上経過している乳

がんサバイバーであり，倦怠感がNRS（Numeric Rating Scale）４以上あり，12回のRMTプログラムに参加することが可能な者とし，３名が参加した。RMTは全20回のセッションが基本であるが，がんサバイバーの体調を考慮し，少ない回数のプログラムとした。参加者の平均年齢は46.7 ± 6.3歳で，RMTの平均参加回数は11.3/12回であった。RMTを12回実施することにより，３名全員の不安（HADS-Anxiety）が軽減し，３名中２名の抑うつ（HADS-Depression），倦怠感（Cancer Fatigue Scale）が軽減し，睡眠の質（PSQI）が改善したことから，RMTは乳がんサバイバーの倦怠感だけでなく，不安・抑うつ，睡眠の質を改善する可能性が示唆された。RMTプログラムのアンケートの結果，3名全員が，音楽療法に「参加してよかった」と回答しており，実施した回数（12回）と音楽療法の時間の長さはどちらも「ちょうどよい」と回答しており，今後このような音楽療法がある場合，全員が「参加したい」と回答していた。そのため，乳がんサバイバーにとって12回のRMTプログラムは大きな負担がなく，ある程度，効果を実感できるものであったと思われる。また，音楽を聴くことはだるさを軽減する上で「あまり役に立たなかった」が１名，「まあまあ役に立った」が２名であり，音楽聴取の後，体験をシェアリングすることはだるさを軽減する上で「まあまあ役に立った」が２名，「とても役に立った」が１名であったことから，RMTは音楽を聴取するだけではなく，シェアリングによって自己の心身の状態を客観的にとらえて語ることや他者の経験を知ることによる効果が大きく，体験のシェアリングの重要性が示唆された。

ワークショップの後半の時間では，RMTの初回セッションを実際に体験していただいた。また，RMTを１回実施した際の効果について自記式質問紙調査を行った結果を以下に述べる。自記式質問紙調査は無記名であり，回答については参加者の自由意思であり，アンケート結果は本報告書にて発表することについても説明し，アンケートの提出をもって対象者の同意を得ることとした。

セッションの流れ：RMTの開発者であるC. Schwabeが提示している音楽の１曲である「ベートーヴェン：ロマンス第１番ト長調 作品40」を聴取後，20分程度参加者と体験のシェアリングを実施した。音楽聴取の間は（1）音，（2）身体，（3）考え・感情・気分の３つの知覚領域に注意を振り子のように向け，今・この瞬間に起きていることをありのままに知覚するよう教示した。

調査方法と内容：自記式質問紙調査。マインドフルネス，RMTに関する認知度について（①知らない，②名前だけ知っている，③内容についてよく知っている）の３択にて評価した。RMT実施前後の身体の調子と気分の状態について10段階のNRSにて評価（０：最悪の状態，10：最高の状態とし，その時の自分の状態に合う数字を１つ選んで回答する），RMTの体験について（①特に問題なかった，②音が聴取しづらかった，③体験時間が長かった，④体験時間が長かった，から選択），実施人数について（①ちょうどよい，②多かった，③少なかった，から選択），「音，身体，考え・感情・気分」について自身の注意を振り子のように動かすことができたか（①できた，②まあまあできた，③少しできた，④できなかった，から選択）にて評価した。

結果：参加者は５名であり，男性１名，女性４名であった。マインドフルネスについて，５名全員が「名前だけ知っている」状態であった。また，RMTについては，「名前だけ知っている」が１名，「知らない」と回答したものが４名であった。RMT実施前の身体の状態・気分の状態ともにNRSの平均は６であり，実施後の身体の状態のNRSの平均は8.4であり，気分の状態のNRSの平均は７であった。RMTの体験は５名全員が「特に問題はなかった」と回答した。RMTの人数については５名全員が「ちょうどよい」と回答とした。注意の振り子については，「まあまあできた」が４名，「少しできた」が１名であった。RMT前後のNRSの変化について，注意の振り子が「まあまあできた」の４名は数値が上昇したが，「少しできた」の１名は変化がみられなかった。参加者の注意の振り子の状態と身体の状態と気分状態のNRSの変化を表１に示す。音楽聴取後の体験のシェアリングでは，参加者全員が途中から眠くなったという発言があった。その他，下記のような発言がきかれた。

表１　参加者の注意の振り子と身体・気分状態の変化

参加者	注意の振り子	身体の状態（NRS）		気分の状態（NRS）	
		RMT 前	RMT 後	RMT 前	RMT 後
A	少しできた	8	8	7	7
B	まあまあできた	6	7	5	6
C	まあまあできた	5	6	5	7
D	まあまあできた	7	7	6	7
E	まあまあできた	4	7	7	8

「途中から眠くなってしまった。椅子にしっかり腰掛けるより，背もたれにもたれかかった方が楽だと思って途中からもたれかかって音楽を聴いていました。他の人の体験を聞いたり，セラピスト（著者）のフィードバックコメントを聞いていると，そういえば，自分は途中から手足が温かくなっていたことに気付きました。クーラーがかかっているから，寒いかなと思ったけど，眠くなる時って心地いい感じがして，手足が温かくなっていきました。音楽の音の大きさもちょうどよかったです。」

「注意の振り子を①音，②身体の感覚，③考え・感情・気分の順番にしようと思っていて，頭痛・肩こりがあるなと知覚したりしていたけど，途中から音楽ばかりに注意が向いていました。」

「音に注意を向けようと思うと，なぜクラシック音楽なんだろうとか，他に洋楽やポップスじゃダメなのかとか，色々考えてしまって，結局，考え・感情・気分の部分に注意を向くことが多かったです。」

「身体全体をみるようになっていて，気づいたら眠くて，音楽の終了とともに山﨑さんの声で終わったことに気付きました。肌がピリピリする感じがありました。」

考察：参加者全員が RMT について初めて知り，体験する機会であったが，特に問題なく実施することができた。RMT の実施人数については，参加者全員が５名でちょうどよいと回答していたが，集団で行う場合は 20 名程度まで実施可能とされているが，５名前後がセラピストが参加者の注意の振り子の状態を把握しやすいと言われており[3)]，実施した著者自身も参加者の状態をよく観察しながら進めることができた。注意の振り子について，「まあまあできた」と回答した者は身体・気分の状態の改善が認められ，「少しできた」と回答した者は身体・気分の状態の変化が認められなかったことから，RMT の効果を得るためには注意の振り子をある程度習得することの必要性が示唆された。注意の振り子の習得には個人差があるが，初回では「できた」の状態に達成した者はおらず，やはり継続的な実施により習得することが求められる。しかしながら，たった一度の RMT の実施のみで，ある程度の注意の振り子を行うことができ，５名中４名は心身の状態の改善が認められたことから，20 回もの RMT の実施は困難であっても，より少ない回数での RMT プログラムが有効な可能性が示唆された。体験のシェアリングの際，参加者全員が眠気を自覚していたことが明らかになったが，RMT で使用する音楽は導入段階では音楽を聴取することによってリラックスし，心身ともにリラックスした状態で３つの領域に注意を振り子のように動かす練習をすることを目的としており，今回の参加者も音楽刺激のリラックス効果により眠気が生じたと思われる。他の集団におけるＲＭＴ実施時にも「眠ってしまった」や「眠くなってしまった」という発言はよく聞かれるが，眠くなること自体は悪いことではなく，眠くなっていることに気付いたことはすばらしく，眠くなる時の心身の状態に注意を向け続けてみるように促したりフィードバックを行った。参加者は自己の反応に善悪の判断をすることが少なくないが，知覚した反応について善悪の判断をせずありのままに受け入れ，受け流していくようにすることも大切であり，これには体験のシェアリングでセラピストが助言していくことが必要であると改めて感じた。

今回はワークショップであり，一度きりのグループセッションであったが，参加者の方々の反応は新鮮で，私自身とても学びの多い機会になった。

最後に，調整的音楽療法をご紹介する機会を与えていただきました本学会の皆さま，また，ワーク

ショップにご参加くださいました皆さまに心から御礼申し上げます。

本発表は科学研究費若手研究 No.19K19588 の一部である。

【利益相反】

利益相反はない。

【文献】

1）森平直子：調整的音楽療法（RMT）の展開と日本における実践，相模女子大学紀要，80：1 - 9 , 2016.

2）Kaori Ikeuchi, Nobuhiko Shinkura, Kazuko Nin：Exploring the effect of mindfulness-based music therapy on disease- free breast cancer survivors, Cancer Nursing, 40(65), E67, 2017.

3）國吉知子：調整的音楽療法（RMT）の実践と展望―マインドフルネスとの関連性―，神戸女学院大学論集，60(2)：65-80, 2013.

〈焦点Ⅱ－２〉

オープンダイアローグの体験：
メンタルヘルスフィンランドの活動紹介とともに

岡本響子
奈良学園大学 / オープンダイアローグネットワークジャパンアドバンストコース修了

Experiencing Open Dialogue: An Introduction to Mental Health Finland's Activities

Kyoko Okamoto
Nara Gakuen University

キーワード
オープンダイアローグ　open dialogue
ワークショップ　work shop
メンタルヘルスフィンランド　mental health Finland
クライシスセンター　crisis center

オープンダイアローグとは

オープンダイアローグとは，フィンランド西ラップランド地域で1980年代から行われている，対話を主体とした精神医療のアプローチのことである。その方法は，当事者，家族，そして当事者を支えるネットワークに関わる人達が集まり対話を行う。対話を続けることで統合失調症発症から５年後には，オープンダイアローグアプローチを受けた人全体の80％以上が就労や就学中，あるいは求職中と暮らしの場での生活を続けることが可能になっていると言われている[1)]。最近では，オープンダイアローグという言葉がより広い意味で用いられるようになってきた。例えば東京都渋谷区では区民のためのオープンダイアローグという講座が開かれ，オープンダイアローグのエッセンスや対話のワークなどが行われている[2)]。

オープンダイアローグにおける対話とは

オープンダイアローグにおいて対話とは，患者と家族が何らかの問題について論じあいながら，自身の人生においてより多くの媒介物（＝共有言語）を利用できるようになるための空間を意味する。また，オープンダイアローグの目標は，クライアントの経験を語り合うための共有言語を作り出すことである。従って支援者にとって重要なのは，聞くという行為であり，患者や他のメンバーが言ったことにしっかり答えること（＝応答）であると述べられている[3)]。

ワークショップのふりかえり

参加者は全員何らかの支援に関わっている方であった。そこでワークショップでは，参加者全員が３人１グループに分かれ，対話の基本である，話すと聞くを分けるワークを行った。対話においてまず大事なのが聞くという行為であるが，支援者は問題解決思考が身についており，話を聞きながらついアドバイスをしてしまう。対話においては，アセスメントや解釈はせず，ただ語られた言葉に耳を傾け，応答をつづける。支援者にとっては意外とこの姿勢が難しい。そこで私たちは，対話が行われる場（スペース）をどのように安心で安全な場にするかということにも心を砕きながら，このワークに取り組む必要を伝えて協力を仰いだ。

参加者からは，「お互いのプチ悩みを話していましたが，お陰様で，なんだか元気になっているようです」「話を最後まで聞いてもらえてすっきりしました，似たような会の体験はありますが，途中で聞く側の意見が入ったりしてしまう。今回は自分のことを最後まで話せたのが新鮮でした」といったようなフィードバックをいただけた。

本稿では，時間がなくあまり伝えられなかったメンタルヘルスフィンランドについて，2024年3月，筆者がメンタルヘルスフィンランドのヘルシンキ本部とケミ市にあるクライシスセンターを訪れた際に伺った内容を中心に補足させていただく。

メンタルヘルスフィンランドの活動紹介

メンタルヘルスフィンランド（フィンランド精神保健協会，略称MIELI,フィンランド語で，こころの意味）は，メンタルヘルス問題の予防を目的とした世界でももっとも古い非営利組織で，起源は1897年に遡る。現在はフィンランド全域に55の支部を持ち，180名以上の専門家と，3000人以上のボランティアが携わっている。メンタルヘルスフィンランドの2つの柱は,メンタルヘルスに関する向上・発展・開発に関わることと，予防である。他にボランティア育成やトレーニング，国への働きかけなどが主な活動である。

予防に関して，メンタルヘルスフィンランドのサービスは，移民や旅行者を含め，フィンランドに住んでいる人すべてが対象となる。対象が精神的なクライシス状態に陥った時，早期に関わることで，悪化を予防し，精神科的治療を必要とする段階に至らないようにすることが目的とされる。従って，対象はステージゼロ（誰でもアクセスできる）の方となる。紹介状は不要で，匿名も可能，そして無料でサービスが受けられる。ちなみにステージ1は専門家の助けが軽く入る人たちで，ステージが上がるにつれて時間も費用も増えていく。予防（difficult situation in life）に関しては4つの仕組みが設けられている。クライシステレフォン（いのちの電話サービスのようなもの），クライシスカウンセリング（全国22か所のクライシスセンターで提供されるサポート），クライシスチャット（ネット上でのサポート），そして様々な生活上の困難に直面している人々のためのピアサポートグループである[4)]。クライシステレフォンは完全匿名性でナンバーディスプレイもない。2023年度のアクセス数は416500件でそのうち電話につながったのは86900件であった。22か所のクライシスセンターで実施されているクライシスカウンセリングは年間14万件であった。因みにフィンランドの人口は約500万人である。

啓発活動はフィンランド全域で行われている。学校や職場，図書館や趣味の場といったあらゆる場，あらゆる人たち，あらゆる年齢層の方が対象であり，そのための教材も多数開発されている。筆者が印象的だったのは，2014年に高校生を対象にメンタルヘルスの授業が始まった時の話であった。実は授業を始めた頃は，教師にとってもメンタルヘルスを教えることは難しく，病気の話が中心であったという。自分も怖いし不安だし，どうしたらいいかわからない。一方でメンタルヘルスフィンランドには，感情の取扱いや相互作用について教えることで，うつや攻撃性が減るというエビデンスがあった。そういった経過から教材を開発する際，ヴァンダー市の協力を得て10人の教師も関わった。問いは「メンタルヘルスが生徒たちの強みになるにはどうすればいいか」。そしてメンタルヘルスとは，学べる・教えられる・サポートができて・さらに強められる・不快なことがあったとしてもあなたには強みがあるはず。メンタルヘルスとはそういうもの・今は問題がない段階であっても日頃からメンタルヘルスを意識すると良いといった内容が盛り込まれたという。筆者はそのプロセスを聞き，自分自身がメンタルヘルスという用語に抱いていた観点が変化したように感じた。

メンタルヘルスフィンランド訪問に先立ち，筆者はオープンダイアローグ発祥の地に隣接するケミ市にあるクライシスセンターを訪問した。所長は自らも精神疾患のユーザーで，経験専門家のハンネレ・マキオッリテルヴォさん。ケミ市でクライシスセンターができたきっかけは，元々精神科病院（オープンダイアローグ発祥のケロプダス病院）のハードルが高く，メンタルヘルスに関して助けが必要なのになかなか声に出せない。そこで行政のニーズとして，

医療・社会福祉・行政のメンバーが話し合って作られたのがケミのクライシスセンターであったという。

後日談であるが，今回の見学を経て，筆者は友人たちとともに奈良にクライシスセンターを立ち上げた。本学会でも彼らの協力のもと，ワークショップを実現することができた。参加者の皆さん，そして奈良クライシスセンターのメンバーに感謝の気持ちを置き，報告としたい。

謝辞

本稿の執筆にあたり，一般社団法人 kokko 奈良クライシスセンターの桑原由香氏，式部和也氏，森田真規子氏にご協力を賜った。ここに記して深く感謝申し上げる。

利益相反

本報告に関して利益相反はない。

引用文献

1）Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, et al. Five year experience of first epipsychosis in Open-Dialogue approach. Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research, 16(2): 214-228, 2006

2）区民のためのオープンダイアローグ，https://files.city.shibuya.tokyo.jp/assets/12995ab a8b194961be709ba879857f70/1630031edf70404 083903706687f8945/taiwa.pdf, 2024.09.17 閲覧

3）ヤーコ・セイックラ，トム・アーンキル／斎藤環監訳：開かれた対話と未来，今 この瞬間に他者を思いやる，71-74，176，198，医学書院，東京，2019

4）石井智也，田部絢子，能田昴他：コロナ禍５年目のフィンランドにおける子どものメンタルヘルス問題の動向―「フィンランド精神保健協会（MIELI）」の訪問調査から―，兵庫教育大学研究紀要，65：97-104，2024

〈焦点Ⅱ－３〉

応用行動分析を基盤としたABC分析：
医療現場における行動変容への実践的介入

飛田伊都子*　岸村厚志**
*大阪医科薬科大学　**大阪河﨑リハビリテーション大学

The ABC Analysis Based on Applied Behavior Analysis: An Implementation-based Intervention for Behavior Modification in Healthcare Settings

Itoko Tobita*　Atsushi Kishimura**
*Osaka Medical and Pharmaceutical University　**Osaka Kawasaki Rehabilitation University

キーワード

応用行動分析	applied behavior
ABC分析	analysis, abc
行動変容	behavior modification
医療現場	healthcare settings,
患者中心の医療	patient-centered healthcare

Ⅰ．はじめに

行動は，環境との相互作用によって形成・維持・変容される。特に医療など対人支援の現場においては，対象者の適応的な行動を促進し，不適応行動を抑制するための体系的なアプローチが求められる。応用行動分析（Applied Behavior Analysis, ABA）は，観察可能な行動を対象に，その機能を明らかにし，行動変容を促すことを目的とする実証的アプローチであり[1)]，適応行動の促進および不適応行動の抑制を可能とする。本稿では，ABAにおける基本的手法の一つであるABC分析（Antecedent-Behavior-Consequence分析）に焦点をあてる。ABC分析は，行動の直前（先行事象：Antecedent）と直後（結果：Consequence）の環境要因を系統的に捉えることにより，行動が生じる機序を明らかにするものであり，行動変容に向けた実践的介入の計画において中核的役割を果たす。医療現場では，患者の行動的課題（例：服薬拒否など）への対応が治療成績やQOL（Quality of Life）に影響を及ぼす。したがって，ABC分析を活用して行動の背景要因と機能を特定し，適切な支援方法を構築することは，患者中心の医療実現に寄与すると考える。

Ⅱ．応用行動分析（ABA）の理論的基盤

ABAは，古典的行動主義に端を発しスキナー（B.F. Skinner）によるオペラント条件づけ理論の発展とともに体系化された。スキナーは，行動はその結果（Consequence）によって影響を受け，将来の行動頻度が変化するという原理を提唱しており[2)]，この概念は現在の行動変容技法の基礎をなしている。ABAの特徴は，①行動を機能的に捉えること，②介入の効果をデータに基づき評価すること，③介入手続きの実証可能性を重視すること，の３点に集約される[3)]。すなわち，ABAは単に行動の表面的な改善を目指すのではなく，行動が生起する背景にある機能を明らかにし，それに即した介入を実施することを重視する。

医療領域においては，認知症患者における徘徊や

08 焦点2-40-1ー飛田.indd　34　　2025/12/25　8:48:58

図１　ABC 分析

介護拒否行動，慢性疾患患者の服薬アドヒアランス向上，小児リハビリテーションにおける積極的参加行動の促進などの多様な場面で取り入れられている[4]。さらに，ABA の介入効果は単一事例実験デザイン（Single-Subject Experimental Design）などにより検証される[5]。これにより，個別の患者特性に応じた柔軟な対応が可能となる一方で，介入の効果と限界についても科学的に評価できるという強みをもつ。つまり，ABA は医療分野における対象者中心の支援を推進するための理論的・実践的基盤を提供するものである。

Ⅲ．ABC 分析の基本構造

ABC 分析（Antecedent-Behavior-Consequence analysis）は，ABA において特定の行動が生じるか維持される際のメカニズムを明らかにするための基本的評価方法である[6]。この手法は，問題行動または標的行動の前後に生じる環境事象を系統的に記録・分析し，行動の機能的側面を理解することを目的とする。

ABC 分析は，図１に示す通り，次の３つの要素から構成される。

・先行事象（Antecedent）：特定の行動が生じる直前の状況や刺激であり，行動の発生を誘発または促進する役割を果たす。
・行動（Behavior）：観察可能かつ測定可能な対象行動である。行動は明確に定義される必要があり，誰が観察しても一貫した判断が可能となるように記述されなければならない。
・結果（Consequence）：行動直後に生じる環境の変化であり，行動の将来の出現頻度に影響を及ぼす。結果には，行動を強化するもの（強化子）や，行動を弱化するもの（弱化子）がある。

ABC 分析の実施にあたっては，対象行動の発生状況を直接観察し，先行事象，行動，結果を時系列に沿って詳細に記録することが求められる。一般的な方法としては，観察記録用紙に行動事象を逐次的に記載し，パターンの抽出と分析を行う[7]。得られたデータを分析する際には，特定の先行事象が行動を引き起こしやすいか，または特定の結果が行動を維持しているかを評価する。たとえば，行動の後に他者からの注目が与えられることで課題となる行動が頻発している場合，注目がその行動を強化する要因となっている可能性が示唆される。このような機能的理解に基づき，適切な介入を計画することが可能となる[8]。

医療現場においては，ABC 分析を活用することで，単に課題となる行動を抑制することを目的とするのではなく，行動の背景にある意図やニーズを理解し，患者中心の支援方略を構築することが可能となる。ABA において，行動の機能を理解し，適切な介入を計画するためには，対象となる行動の前後に生じる環境要因を詳細に把握することが不可欠である。ABC 分析は，この目的を達成するための基本的かつ有効なアセスメント手法であり，行動の生起メカニズムを体系的に捉える枠組みを提供する[6]。

Ⅳ．医療現場における ABC 分析の応用

医療現場では，患者の行動が治療やケアの質に直接的な影響を与えることがしばしばある。特に，行動的課題（治療アドヒアランスの低さや攻撃的行動など）は，治療の効果を損なうばかりか，他の患者や医療者の安全にも影響を及ぼす可能性がある。そのため，これらの行動を理解し適切に対応するためには，行動の機能を明確にした上で科学的根拠に基づく介入が必要である。ABC 分析は，こうした医療現場において，患者の行動の背後にある要因を明らかにし，個別化された支援を提供するために活用

できるツールである。

1．慢性疾患管理における ABC 分析

慢性疾患患者における行動的課題には，服薬アドヒアランスの低下や自己管理行動の欠如などの治療非遵守が挙げられる。これらの行動は，患者の疾病の進行を招く可能性がある。ABC 分析を用いることで，治療非遵守の背後にある心理的要因（例：薬の副作用への不安）や環境的要因（例：服薬のタイミングを忘れる）を特定し，介入を計画することができる。たとえば，服薬を忘れる行動がみられる患者に対しては，服薬前にアラーム音を鳴らす（先行事象），服薬後に社会的支援（言語的な称賛）を与える（結果）といった介入が有効である。このような介入は，服薬行動を強化し，治療アドヒアランスの向上に寄与する[9]。また，慢性疾患に伴う症状（例：痛み）への対応が重要な場合，患者が症状を軽減するために取る行動（例：過剰な休息）が，実際には逆効果を生んでいる可能性もある。ABC 分析を活用することで，患者の行動がどのような先行事象（例：痛みの発生）によって引き起こされ，どのような結果（例：痛みの軽減）が得られているのかを明確にすることができ，より効果的な介入が可能となる[10]。

2．リハビリテーションにおける ABC 分析

リハビリテーションの現場においても，患者の行動分析は治療成果に大きな影響を与える。特に，患者が積極的にリハビリに参加するかどうかは，その後の回復過程に重要な役割を果たす。しかし，多くの患者はリハビリ過程において，痛みや不安，動作の困難さから回避的行動を示すことがあり，その結果，回復が遅れることがある。このような場合，ABC 分析を通じて行動の背景にある先行事象や結果を特定し，介入の手がかりを得ることができる。例えば，先行事象として「治療が痛い」といった要因で患者がリハビリを休むという回避行動をとったとする。結果として，患者は一時的に痛みが軽減され，休息の機会が得られることとなる。このように，回避行動により，痛みが軽減され休息が得られるという強化される状況を改善するために，リハビリ前にリラックスできる環境を整えたり，リハビリ後にポジティブなフィードバックを提供することが効果的である[11]。また，リハビリの目標達成感を高めるために，小さな成功体験を重ねることも重要である。ABC 分析を活用して，患者が成功を感じる瞬間（例：階段が昇降できる，更衣時間が短縮される）を特定し，そこに言語的な称賛などを組み合わせることで，患者のモチベーションを維持し，リハビリの継続を促すことができる。

V．ABC 分析を活かす際の留意点

ABC 分析は，患者や利用者の行動を理解し，その行動を変容させるために非常に有用なツールであるが，実際に医療現場で効果的に活用するためにはいくつかの留意点がある。これらの課題を認識し，適切な対応を行うことが効果的な介入に繋がると考える。

1．行動の解釈における多義性

ABC 分析は，行動がどのような要因によって引き起こされるのかを明確にする方法であるが，患者の行動は多様であり，同じ行動が異なる状況の中では異なる意味を持つ場合がある。例えば，患者が痛みを訴える行動は，単なる身体的苦痛を示す場合もあれば，心理的な不安を表現していることもある。このため，単純な ABC 分析だけでは行動の本質を完全に理解できないことがある。行動をより正確に解釈するためには，患者の背景や個別の状況を十分に考慮する必要がある。行動の強化の要因を特定する際には，複数の視点からアプローチを行い，患者との信頼関係を築いた上で分析を進めることが重要である[3]。

2．システム的な環境の影響

ABC 分析は，行動の強化メカニズムを明確にし，適切な介入を設計するために有効であるが，その分析結果が個人の行動に留まらず，環境やシステムに関わる要因にも影響されることがある。例えば，慢性疾患患者の服薬アドヒアランスが低い原因として，患者の態度や意欲だけでなく，医療システムの問題（例：薬の供給遅延）が影響を与えている場合がある。このような環境的要因を軽視すると，介入

が不十分な結果になる可能性がある。環境やシステム的な要因を考慮し，個人だけでなく，患者を取り巻く社会的・物理的環境を総合的に評価することが重要である[12]。つまり，服薬支援プログラムを実施するには，患者個人の要因だけでなく，薬の供給体制などの環境も評価する必要がある。

3．行動変容の持続性の問題

ABC 分析に基づく介入は，短期的には行動変容を促進するうえ効果的であるが，長期的な行動維持には困難を伴う場合がある。特に医療現場では，患者の身体的・心理的状態や生活環境が時間とともに変化するため，初期には有効であった介入が，同様の効果を持続するとは限らない。たとえば，患者がリハビリテーションを開始した当初は，毎回の行動に対して介入(言語的称賛など)するとモチベーションの向上と行動の定着が見られる。しかし，長期的には毎回介入する連続強化は効果が減弱することがあり，間歇的な強化などに移行することが，行動の維持に効果的であるとされている[13][14]。このような強化のタイミングの調整に加えて，患者の状態や動機付けに応じた頻度の調整も重要である。たとえば，初期には物理的報酬（例:達成ごとのポイント）を用い，次第に社会的強化（例：他者からの称賛）へと転換させることが推奨されている[1]。このように，強化のタイミングの特性とその応用を理解し，状況に応じて調整することが，持続可能な行動変容の実現には不可欠である。

Ⅵ．今後の展望

ABC 分析は，医療現場における行動理解と変容を促すための有力な方法であり，患者の行動の背後にある要因を明確にし，より効果的な介入を提供するために活用されている。特に，慢性疾患管理やリハビリテーションにおいては，患者の行動が治療の成果に大きな影響を与えるため，ABC 分析を通じた行動理解は重要である。ABC 分析の今後の展望と課題について考察し，医療現場におけるさらなる応用可能性について紹介する。

1．ABC 分析の個別化と適応の必要性

ABC 分析の強みはそのシンプルさにあるが，その適用に際しては個別化と柔軟性が求められる。患者の行動がどのような先行事象と結果によって強化されているのかを理解するには，患者固有の状況や背景を十分に考慮する必要がある。特に，慢性疾患やリハビリテーションにおいては，個別の症状や治療経過に応じた適切な介入が求められるため，ABC 分析をどのように応用し，適応していくかが今後の課題となる。つまり，ABC 分析の個別化を進めるために，患者一人ひとりの行動パターンを詳細に記録し，行動の強化要因を特定することがさらに重要となる。今後は，ウエアラブルデバイス等による行動データ・生理データの活用，AI による画像解析技術を活用することで，患者の行動データをリアルタイムでモニタリングし，個別の介入選択や変更を迅速に行うシステムが発展することが期待される。

2．行動分析のエビデンスの拡充と実証研究

ABC 分析の応用には，特に医療分野において十分なエビデンスが必要である。現時点では，ABC 分析がどのように医療現場で役立つのか，具体的な効果が証明された事例は増えつつあるが，広範なエビデンスが蓄積されているとは言い難い。特に，慢性疾患やリハビリテーションにおける介入の効果や持続性に関する研究が進んでおらず，さらに多くの実証研究が必要である。今後は，より多くのランダム化比較試験やコホート研究が実施され，ABC 分析を用いた介入の効果が体系的に評価されることが求められている。これにより，ABC 分析の有効性や限界が明確になり，エビデンスに基づいた実践的なガイドラインが整備されることで，医療現場における活用が加速することが期待される。

3．患者との関係性と協働の重要性

ABC 分析を通じて行動を変容させるためには，患者との信頼関係が非常に重要である。介入が成功するかどうかは，患者がその行動変容に対してどれだけ積極的に参加し，協力するかにかかっている。患者が自己の行動の改善に向けて主体的に取り組むようになるためには，単に強化するだけでなく，患

者とともに目標を設定し，支援し合う姿勢が大切である。患者中心のケアを実現するために，患者とのコミュニケーション技術や動機付けの面での支援を強化する必要がある。患者が行動変容に対して自分自身の意思で取り組むことができるよう自己効力感を高めるアプローチが重要となる。

Ⅶ．おわりに

本稿では，医療現場における行動変容促進におけるABC分析の有効性とその応用方法を論じた。患者の行動の背景にある要因を明確にし，個別化された介入を通じて治療成績やQOLの向上を図ることが重要である。今後の課題としては，ABC分析の実証的な効果をさらに検証し，科学的根拠に基づいた介入法としての確立を目指した研究の推進が求められる。

利益相反

利益相反はない。

引用文献

1）Cooper JO, Heron TE, Heward WL: Applied Behavior Analysis（3rd ed.）, Pearson, New Jersey, 2020
2）Skinner BF: Science and Human Behavior, Free Press, New York, 1953
3）Baer DM, Wolf MM, Risley TR: Some current dimensions of applied behavior analysis, Journal of Applied Behavior Analysis, 1: 91-97, 1968
4）Matson JL, LoVullo SV: A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders, Behavior Modification, 32: 61-76, 2008
5）Kazdin AE: Single-case research designs, In “Methods for clinical and applied settings”（2nd ed.）, Oxford University Press, New York, 2011
6）Bijou SW, Peterson RF, Ault MH: A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts, Journal of Applied Behavior Analysis, 1: 175-191, 1968
7）Alberto PA, Troutman AC: Applied Behavior Analysis for Teachers（10th ed.）, Pearson, Boston, 2019
8）Hanley GP, Iwata BA, McCord BE: Functional analysis of problem behavior: A review. Journal of Applied Behavior Analysis, 36: 147-185, 2003
9）Bender BG, Rand MT, O’Connor DA, Johnson RS, Smith KL, Davis LM, Martin SP: Improving medication adherence in chronic disease: The role of behavior modification, Journal of Chronic Diseases, 64: 559-566, 2011
10）Reynolds L: The impact of behavior modification on chronic disease management. Health Behavior Research, 3: 45-50, 2013
11）Landy JF, McGraw TA: Strategies for improving compliance and engagement in rehabilitation: A behavioral approach, Journal of Rehabilitation Psychology, 52: 319-328, 2007
12）Kazdin AE: Behavior modification in applied settings（6th ed.）, Waveland Press, Long Grove, Illinois, 2012
13）Ferster CB, Skinner BF: Schedules of Reinforcement, Appleton-Century-Crofts, New York, 1957
14）Miltenberger RG: Behavior Modification: Principles and Procedures（6th ed.）, Cengage Learning, Boston, 2015

〈焦点Ⅱ－４〉

エネルギー療法としてのレイキ（Reiki）：先駆的臨床応用と今後の展望

吉岡隆之*　飯高浩子**
*レイキマスター・日本福祉大学　**レイキマスター・腹部デトックスマッサージセラピスト

Reiki as a Form of Energy Therapy: Pioneering Clinical Applications and Future Prospects

Takayuki Yoshioka*　Hiroko Iitaka**
*Reiki Master / Nihon Fukushi University　**Reiki Master / Abdominal Detox Massage Therapist

キーワード
レイキ（靈氣）　reiki
エネルギー療法　energy therapy
補完代替医療　complementary and alternative medicine
調和　harmony

Ⅰ．はじめに

レイキ（Reiki）は，厚生労働省 e-JIM（evidence-based Japanese Integrative Medicine）「統合医療」情報発信サイトの海外の情報「各種施術・療法」の一つとして，米国 NIH（National Institutes of Health：国立衛生研究所）の NCCIH（National Center for Complementary and Integrative Health：国立補完統合衛生センター）のサイトからの抜粋（引用）のかたちで紹介されており[1]，NCCIH のオリジナルサイトには次のように記載されている。

> Reiki is a complementary health approach in which practitioners place their hands lightly on or just above a person, with the goal of directing energy to help facilitate the person's own healing response. It's based on an Eastern belief in an energy that supports the body's innate or natural healing abilities. Reiki hasn't been clearly shown to be effective for any health-related purpose. It has been studied for a variety of conditions, including pain, anxiety, and depression, but most of the research has not been of high quality, and the results have been inconsistent. There's no scientific evidence supporting the existence of the energy field thought to play a role in Reiki. Reiki hasn't been shown to have any harmful effects.[2]

レイキ（Reiki，靈氣）に関する詳細は，ここでは省略するが，現代靈氣ヒーリング協会代表の土居裕が自身の著書[3, 4]で，レイキとは何か，レイキ法の構成・技法，臼井靈氣療法の発祥，西洋式レイキへの流れ，伝統靈氣と西洋式レイキの違い，現代レイキとは，レイキの本質等について詳しく解説されている。

これまで日本保健医療行動科学会（JAHBS）の学術大会において，レイキに関するワークショップは第 26 回 JAHBS 学術大会（2011 年）と第 33 回 JAHBS 学術大会（2018 年）の 2 回開催されており，

各大会の特集号として発行されたJAHBS雑誌（年報）にレイキに関する論考が掲載されている[5, 6]。第26回大会の論考では，レイキを含めたエネルギー療法としてのヒーリングについて，特に歴史，微細エネルギー場の視点・構造，方法等が詳細に述べられている[5]。第33回大会の論考では，補完医療としてのレイキヒーリングの可能性について，特にセルフヒーリング，ヒーラーによるヒーリング，ヒーラーへの作用など，主に実践経験に基づく医療との相乗効果の観点から述べられている[6]。

2023年4月にマドリード現代レイキ法協会主催のレイキ（Reiki）に関する大規模な国際会議（臼井靈氣療法創始100周年記念祭―レイキの新世紀のために）[7]が大阪で初めて開催され，著者らも参加し，世界の様々な系統の実践者・研究者と交流し，情報交換等を行った（29か国から約280名が参加）。その際，医療機関でのレイキ応用の先駆者の一人であるDr. Sheldon M. Feldman（MD）は，がんやその他の病気療養における長年のレイキ応用実践と革新（innovation）を経て得られた結果について報告している[8]。看護高等教育プログラムにレイキを導入した先駆者であるDeborah R. Ringdahl（DNP, APRN, CNM）は，どのようにレイキの実践を教育や研究に結びつけるかについて報告している[8]。また，日本の看護実践にレイキを導入した先駆者でありNPO法人国際ホリスティック看護協会代表の中ルミは，日本の医療機関と連携し，あるいは訪問看護で実践することで得られた長年のレイキに関する成果やその考え方について報告している[8]。

上述のように日本発祥と言われているレイキは安全なエネルギー療法の一つとして国際的に臨床でも応用され，主として事例的に研究されるようになってきている。

著者らは，第38回JAHBS学術大会（2024年）の体験学習ワークショップにおいて，上述のレイキに関する国際会議[7]での交流の様子や情報，さらにはレイキの系統等についても報告を行った。また，著者らがレイキマスターとして実践してきた内容のいくつかについても報告し，参加者のうちの希望者に対して実際にレイキの施術を行い，その体験を共有する機会を設けた。本論では，そのワークショップで報告した内容をまとめるとともに，今後の保健医療やウェルビーイングにおけるエネルギー療法としてのレイキの展望について考察する。

Ⅱ．米国と日本における先駆的なレイキ（Reiki）の臨床応用・教育・研究

1．米国の医療機関における先駆的なレイキの応用・研究

先述のDr. Sheldon M. Feldman（MD）[8]は，米国 の Montefiore Einstein Medical Center as the academic medical center and University Hospital for Albert Einstein College of Medicine（学術医療センター兼アルバート・アインシュタイン医科大学病院であるモンテフィオーレ・アインシュタイン・メディカルセンター）の乳腺外科および乳腺外科腫瘍科の主任，乳がんサービス部長，外科教授を務めている[9]。また，彼は医療機関でのレイキ応用の先駆者の一人でもあり，医療機関等でレイキを実践してきたレイキマスター・ティーチャーのRaven Keyes[10, 11]と共に，長年にわたり主に手術室においてレイキを応用実践することに取り組んできた。その結果，手術中にレイキを施すと患者の状態が大幅に改善され，例えば，患者の出血が減り，手術はよりスムーズに進み，術後1～2日ではほとんど痛みがなくなり，回復も早まるといった数々の有益性を確信するようになった[12, 13, 14]。そのようなレイキの効果を科学的に証明するための医学研究を推進するためにRaven Keyesと共にメディカル・レイキ・ワークスを設立している[14]。

レイキは，Cleveland Clinic，Brigham and Women's Hospital，Spaulding Rehabilitation，Dana Farber Cancer Institute，Johns Hopkins Hospital，Boston Children's Hospital，Mayo Clinicなどトップランクの病院をはじめ，全米の800以上の病院の救急室，手術室，術前・術後，腫瘍学，心臓学，整形外科，内科などで提供されており，主にストレス軽減，リラクゼーション，痛みの軽減，筋肉の緊張の緩和，吐き気の軽減，睡眠の改善，治癒の促進などの有益性（benefits）が認められている[14]。

2．米国の看護高等教育における先駆的なレイキの実践・研究とレイキマスター養成

先述のDeborah R. Ringdahl（DNP, APRN, CNM）[8]は米国の実践看護学博士，上級看護師，看護助産師であり，米国のEarl E. Bakken Center for Spirituality and Healing, University of Minnesota（ミネソタ大学バッケン・スピリチュアリティ・アンド・ヒーリング・センター）の臨床准教授（ミネソタ大学看護学部のFaculty ad Honorem）を務めている[15]。彼女は看護実践における補完代替療法としてのレイキ応用[16]の先駆者の一人でもあり，2003年にBakken Centerでレイキのクラスを教え始め，助産師としての臨床経験とレイキ実践の両方の経験を活かし，統合的看護リーダーシップと症状管理のための統合的療法の活用に焦点を当てた研究と教育に取り組んできた。彼女は2015年にBakken Centerにおいてレイキマスター養成プログラムを開発し，看護専門職者を中心とするヘルスケアの専門職者の間でレイキマスターの養成を促進させ，現在に至るまで継続している。一方，彼女は化学療法を受けている患者の症状管理における看護スタッフによるレイキの使用や小児血液骨髄移植ユニット（BMT）でのレイキプログラム導入のニーズ評価等の研究も行ってきた[15]。

3．日本の看護教育・実践における先駆的なレイキの応用

先述の中ルミ[8]は，NPO法人国際ホリスティック看護協会（アメリカホリスティック看護協会日本支部）の理事長（ルミナスグループ代表）を務め，身体，心，スピリットを統合的にケアする知識と技術を提供するルミナス・ホリスティックケア・アカデミー（LHCA），ヒーリングタッチやアロマを取り入れた多角的なアプローチで患者一人ひとりをサポートするルミナス・ホリスティックケアセンター（訪問看護事業）等を運営している[17]。ルミナス・ホリスティックケア・アカデミーの講座の1つにレイキマスター養成講座が含まれており，またルミナス・ホリスティックケアセンターによる訪問看護のサービス内容にもレイキヒーリングが含まれており，看護教育・実践に先駆的にレイキが導入されている。それらのレイキに関する教育・実践を行うなかで，事例的、経験的な成果も集積されている[17]。

Ⅲ．レイキの系統

先述のレイキに関する大規模な国際会議[7]はその規模もさることながら，世界の様々な系統の実践者･研究者が一堂に会したことでも画期的であった。レイキには様々な系統があり，1922年に臼井甕男（Mikao Usui）によって創始された臼井靈氣療法（伝統靈氣），そこから派生した西洋式レイキ，それらを統合した現代レイキに大別することができる。いずれも臼井甕男を創始者とし，宇宙の愛と調和と癒しのエネルギーであるレイキを活用し（レイキと響き合い），健康や幸福に導き，能力は指導者（レイキマスター）の伝授で与えられ，ある段階で同様のシンボル（図形）やコトダマ（言霊，マントラ）を使うということは共通している[3, 4]。

一方，レイキでいう宇宙の愛と調和と癒しのエネルギーのような存在は古くから世界各地で知られており，例えば，道教（タオ）では天の気（宇宙のエネルギー），大地の気（地球・自然のエネルギー）と中空の気（大いなる自己のエネルギー）[18]，Yoga（ヨーガ）ではPrana（プラーナ）とKundalini（クンダリニー）というエネルギーの流れが説かれており[19]，これらがレイキ（エネルギー）に相当すると考えられる。このタオやヨーガにおいては，宇宙の調和のエネルギーとの繋がりもさることながら，体内のエネルギー（生命のエネルギーなど）の流れ（循環）や調和（バランス）が重視されている[18, 19]。臼井甕男を創始者とするレイキの系統では，体内の生命エネルギーなどはあまり着目されていないが，タオやヨーガのように体内の生命エネルギーなどにも着目したレイキの系統も一部存在している。

Ⅳ．著者らのレイキ実践

第38回JAHBS学術大会（2024年）の体験学習ワークショップでは，著者らの実践報告やレイキ施術の実演を行ったが，ここではその実践報告の概要（いくつかの事例）を紹介する。

1．吉岡隆之によるレイキ施術の実践報告

吉岡は現代レイキ[3]のマスター（ティーチャー）

に認定され，その後，体内の生命エネルギーなどの流れや調和にも着目したレイキを模索し，Jnana Kundalini Reiki（ジェナナ・クンダリニーレイキ，以下 JK レイキ）[20] のマスターに認定されている。この JK レイキは，ヨーガの要素も取り入れ様々なレイキのエネルギーを融合させて創造されたレイキであり，マスター修得後も自身のスタイルで創造していくレイキである。吉岡は，JK レイキに上述のタオ [18] やヨーガ [19] の要素，さらに量子論やホーリズムの観点 [21] を加味して実践を行っている。

吉岡によるレイキの施術事例として，肝臓がん末期（余命２～３週間）の 70 歳前半の男性の強い希望により，旅立たれる前日までの 34 日間に計 16 回，毎回 30 ～ 60 分程度の施術を行った。施術後の感想は「痛みが和らいだ感じがする」「全身が気持ちよい感じがする」「気持ちが落ち着く」などで，そのような実感と回復したいという意志により頻繁な施術を強く希望されたのではないかと思われた。また毎回の施術前の会話ではネガティブな発言が多かったが施術後はポジティブな発言が多くなった。回復したいという意志は，症状の進行に伴う倦怠感や痛み，あるいは痛み止め薬の影響もあってか次第に揺らぎ弱くなっていったように思われた。

もう１つの施術事例として，不定愁訴や疲労感が少しあった 20 歳前半の男性の希望により，週１回 30 分程度の施術を計６回行ったところ，「やる気がとぼしい」「人と関わりたくない」「考えがまとまりにくい」「眠りが浅い」「免疫機能が低下している」などの自覚症状や疲労徴候はほぼなくなり，施術終了３か月後も良好な状態を維持していた。

２．飯高浩子によるレイキ施術の実践報告

飯高は現代レイキのマスターに認定され，その後 JK レイキのマスターに認定されており，タイ古式マッサージや腹部デトックスマッサージ（Abdominal Detox Massage，別名で気内臓療法）のセラピスト養成講座を修了し，薬膳料理やヨーガにも取り組んできた。飯高はそれらの要素・技法なども取り入れてレイキの実践を行っている。

飯高によるレイキの施術事例として，数年前にパーキンソン病と診断された 70 歳前半の男性に対し，ご本人とご家族の希望により，約１年半の間に計 17 回（月に１回，60 ～ 90 分程度）の施術を行った。施術中は「身体が温かく感じられる」「全身が気持ち良くなる」「心地良い感じ」などポジティブな感想が多く，状態には波があるものの，施術後には「だいぶ楽になった」「ぐっすり眠れた」「便秘が改善した」といった具体的な効果もみられた（その後も継続中で延べ 22 回施術を実施し，同様の感想や効果を得ている）。

もう１つの施術事例として，数年前に頸椎を痛め，以降左上肢全体に痺れが持続し日常生活にも支障をきたしていた 60 代女性に対して，ご本人の希望により施術を行った。この方は，整体や他の治療も受けたが十分な改善は見られず，頸椎への影響を懸念して手術は回避したいとの強い希望があった。月１回，60 ～ 90 分程度の施術を約半年間にわたり計６回行った。施術中は「あたたかく心地良い」「気持ちが良くて眠くなる」などの感想があり，３回目頃から左上肢の痺れは軽減し，５回目には痺れはほぼ解消された（その後も継続中で延べ 11 回施術を実施し，左指先に時折痺れが残るものの通常はほぼ無症状であり，良好な状態を維持している）。

倫理的配慮として，上述のいずれの事例についても，実践活動の過程で得られた対象者の個人情報やデータに関して適切な管理を行っており，上記学術大会のワークショップでの報告および本報告に関して，個人が特定されない配慮を行い，実践対象者から許諾を得ている（旅立たれた方については，生前に許諾を得ている）。

Ⅴ．今後の保健医療やウェルビーイングにおけるエネルギー療法としてのレイキの展望

上述のように，レイキは保健医療やウェルビーイングにとって，安全で，事例的，経験的に有益なエネルギー療法であると考えられる。

最近のレイキ療法の効果に関するランダム化比較試験のメタ分析によると，次のような結果および研究の限界が示されている。

最終的に抽出された 11 件の文献のメタ分析の結果，がん患者，外科手術を受けた患者，慢性疾患

患者，そして一般の人々を含む対象者661名において，レイキ療法の介入後に生活の質（QOL）が有意に向上し，サブグループ解析の結果，60分以上のレイキ療法の介入を8回以上行った場合，あるいは20分以下の短い介入を行った場合に，最も効果的にQOLが改善されていた。研究の限界として，経済状況，家族背景，個人の健康，心理的健康，環境条件などQOLに影響を与える可能性のある要因は複雑であるため，研究結果の信頼性はしばしば疑問視されていること，さらに，レイキ療法プログラムへの積極的な参加を含む主観的自発性（initiative）は，結果に影響を与える可能性のある重要な要因として認識されていることが挙げられる。[22]

このように，エネルギー療法としてのレイキの効果に関する実証的，科学的根拠を厳密に提示することは依然として困難である[2, 22]。言い換えれば，現在の科学の限界とも捉えることができ，科学の限界を見据えたアプローチも重要であると考えられる。

この点，吉岡らは，現在の科学の限界を見据えて，最新の量子論から導き出された示唆に基づき，意識と保健医療に関して次のように述べている。

極論的に言えば，未来の保健医療では「その人の健康や病気は，その人の意識（未来の捉え方）によって決まる」ということになるのではないかということである。そうだとすると，保健医療に携わる専門職者にとって，サービスの受け手が健康の改善あるいは病気の快復を叶えているという確固たる意志をもつ（未来を設定する）ことができるような支援を行うことが最も重要になってくると考えられる。[21]

上述のレイキ療法の効果に関するメタ分析[22]においても研究の限界として主観的自発性の影響が述べられていたが，最新の量子論の観点では，現在の科学では排除されがちな主観的自発性（個々の意識や意志）こそ重要であるということになる。

また，吉岡らは最新の量子論やホーリズムから導き出されたもう一つの示唆から，動的調和とウェルビーイングに関して次のように述べている。

ウェルビーイングは，個々のあらゆるポジティブな価値観や社会規範等が反映しつつも，相互につながりをもち，全体として動的に調和しているという統合的な状態概念であると考えられ，その統合体（意識）としての調和が乱れた状態がウェルビーイングを損ねた状態である。ウェルビーイングを維持・回復するためには，自分にとっての自己実現やウェルビーイングがどのような状態かということに気づき，短期的あるいは長期的に自分がそのような状態になっているという確固たる意志をもてば（未来を設定すれば）よいということである。[21]

以上のような量子論やホーリズムの観点から，レイキ，特に宇宙の調和のエネルギーとの繋がりと体内の生命エネルギーなどの流れや調和の両者を重視するレイキは，個々の意志に基づくウェルビーイング（統合体として調和のとれた状態）を維持・回復するための有効なエネルギー療法の1つになり得ると考えられる。

最後に，本論で紹介したレイキに関する大規模な国際会議[7]を主催していただき，世界の様々な系統の多数の実践者・研究者と交流し情報交換等を行う貴重な機会をつくっていただいたマドリード現代レイキ法協会のみなさまに敬意と謝意を表する。また，国際会議[7]の貴重な講演をとおして示唆をいただいたSheldon M. Feldman氏，Deborah R. Ringdahl氏，中ルミ氏，そして著者らのレイキ実践の対象となってくださったみなさま，著者らが担当させていただいた第38回JAHBS学術大会の体験学習ワークショップにおいて，貴重な意見や感想，示唆等を共有していただいた参加者のみなさまにこころより感謝を申しあげる。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

文献等

1）厚生労働省 e-JIM（evidence-based Japanese Integrative Medicine）：“レイキ（Reiki）”，海外の情報（各種施術・療法），「統合医療」に係る情報発信等推進事業，https://www.ejim.ncgg.go.jp/public/overseas/c02/10.html（2025年4月25日検索）

2）National Center for Complementary and Integrative Health（NCCIH）: “Reiki, Health Information”, https://www.nccih.nih.gov/health/reiki（2018年12月最終更新，2025年4月25日検索）

3）土居裕：癒しの現代霊気法―伝統技法と西洋式レイキの神髄，元就出版社，1998

4）土居裕：実践レイキヒーリング入門―愛と癒しの技法，講談社，2009

5）平墳昭一：ヒーリング，日本保健医療行動科学会年報，27：115-130，2012

6）増田亮子：補完医療としてのレイキヒーリングの可能性，日本保健医療行動科学会雑誌，33（2）：52-54，2018

7）Asociación Gendai Reiki Ho Madrid（マドリード現代レイキ法協会）：“The centenary of Usui Reiki Ryoho: To a new century of Reiki, Osaka, Japan, 2023（臼井靈氣療法創始100周年記念祭―レイキの新世紀のために，大阪，2023）”, https://usuireiki2022.org/en/（2025年4月25日検索）

8）Programme of the centenary of Usui Reiki Ryoho: To a new century of Reiki, Osaka, Japan, 2023, https://usuireiki2022.org/en/programme/（2025年4月25日検索）

9）Montefiore Einstein Medical Center: “Sheldon M. Feldman, MD”, Find a Doctor, Patient Care, https://montefioreeinstein.org/profiles/1942283742/sheldon-m-feldman（2025年4月25日検索）

10）Raven Keyes Medical Reiki International, LLC: “Raven Keyes, Founder”, https://www.ravenkeyesmedicalreiki.com/（2025年4月25日検索）

11）Raven Keyes: Medical Reiki: A groundbreaking approach to using energy medicine for challenging treatments, Llewellyn Worldwide Ltd, 2021

12）Dr. Sheldon Feldman on Reiki and Surgery, https://www.youtube.com/watch?v=X29PZzrgU4I（2013年12月2日作成，2025年4月25日検索）

13）Medical Reiki™ and You（copyright: Raven Keyes），https://www.youtube.com/watch?v=Z-9Izkvh58c（2016年4月22日作成，2025年4月25日検索）

14）Medical Reiki Works, https://www.medicalreikiworks.org/（2025年4月25日検索）

15）Earl E. Bakken Center for Spirituality and Healing, University of Minnesota: “Deborah R. Ringdahl, DNP, APRN, CNM”, Faculty and Staff, https://csh.umn.edu/bio/center-for-spirituality-and-he/deborah-r-ringdahl（2025年4月25日検索）

16）Ringdahl D: Chapter 25 Reiki, In Lindquist R, Snyder M and Tracy MF eds. Complementary / alternative therapies in nursing, 8th ed., Springer Publishing Co., 2018

17）NPO法人国際ホリスティック看護協会，https://npo-ihan.net/index.html（2025年4月25日検索）

18）謝明徳，帯津良一（監修）：タオ人間医学―天地と融合するヒーリング・サイエンス，産学社エンタプライズ，2014

19）成瀬雅春：クンダリニー覚醒―すべての人に宿る強大な精神パワー，BABジャパン，2022

20）Jnana Kundalini Reiki, https://jnanakundalinireikibali.com/（2025年4月25日検索）

21）吉岡隆之，馬込武志：量子論やホーリズムの観点からウェルビーイングを探る―動的調和と確固たる意志に着目して，日本保健医療行動科学会雑誌，40（1）：46-51, 2025

22）Liu K, Qin Z, Qin Y, et al.: Effects of Reiki therapy on quality of life: a meta-analysis of randomized controlled trials, Syst Rev 14, 72,

2025, https://doi.org/10.1186/s13643-025-02811-5（2025 年 4 月 25 日検索）

〈焦点Ⅲ－１〉

量子論やホーリズムの観点からウェルビーイングを探る：
動的調和と確固たる意志に着目して

吉岡隆之*　馬込武志**
*日本福祉大学　**東大阪大学短期大学部

Understanding Well-being from the Perspective of Holism and Quantum Theory: Focusing on Dynamic Harmony and Strong Will

Takayuki Yoshioka*　Takeshi Magome**
*Nihon Fukushi University　**Higashiosaka Junior College

キーワード
量子論　quantum theory
ホーリズム　holism
ウェルビーイング　well-being
調和　harmony
意志　will

Ⅰ．はじめに

日本保健医療行動科学会（以下，JAHBS）では，ホリスティック（holistic）という概念は，学会設立初期の頃（1986年）から様々な場面で話題となり，特に全人的という概念に近い形で身体的，心理的，社会的，さらにはスピリチュアルな各側面を含めた包括的な意味合いとして機関誌や学術大会等で取りあげられてきた[1)]。

ホリスティックの広義の概念は「人間を含めて，宇宙における万物（すべての事象）は，すべてが相互に一貫性のあるつながりをもっており，全体として動的に調和している」というホーリズム（holism）の考え方に基づいている。つまり，宇宙環境，自然環境，人工的環境，さらに人間の精神や意識を含め，細胞，物質，極微の量子に至るまで，すべてが相互に一貫性のあるつながりをもって全体として動的に調和しているという考え方である。ここでは，すべて全体，一体として捉え，全体を部分や要素に還元することはできないと考え，また物質と精神，科学とスピリチュアリティというように分けるのではなく統合的に考える。このような考え方自体は，決して新しいものではなく，近代科学が台頭する以前や東洋の伝統においてもみられるが，量子論，宇宙論，生命科学，意識研究などの最新の科学がこの考え方を支持しつつある[2, 3)]。

このホーリズムの考え方に基づいて行われるのがホリスティック・アプローチ（holistic approaches）であり，保健，医療，看護，福祉，教育などの分野で実践されるようになってきた。そこでは動的調和が着目され，相互性や全体性が考慮され，科学的，客観的な根拠だけではなく，人間の主観性や固有の感性，人間関係や対話も尊重される[3)]。もちろん普遍性や一般性を追求する際に科学は重要であるが，個々の生身の人間に寄り添って考えるとき，決して近代科学は万能とはいえない。科学の限界も見据えたアプローチも重要になってくる。意識や感情について科学によって解明するのは困難であるが，ケア・支援を行うときに，サービスの受け手の意識や感情

を考慮しないわけにはいかない。

著者らは，2022～2024年に開催された3回のJAHBS学術大会において，上述のホリスティックやホーリズムの概念をふまえて，特に量子論（quantum theory）に着目し，各大会のテーマにも関連した，和気あいあいと楽しい交流集会を企画し，意見・情報交換，交流を行った。本論では，それらの交流集会で探求し共有した考え方や示唆をまとめるとともに，今後の保健医療行動科学，さらにはウェルビーイングについて量子論やホーリズムの観点から考察する。

Ⅱ．量子論の観点から保健医療におけるホリスティック・アプローチを探る

2022年に開催された第36回JAHBS学術大会（大会テーマ：対話する保健医療）では「量子論の観点から保健医療におけるホリスティック・アプローチを探る」をテーマとした交流集会を開催した。この交流集会では，まず上述のホリスティックやホーリズム，さらには量子論の概念について関連する文献や動画等も交えて共有し，それらの概念をたたき台として，テーマに関して幅広く自由に意見・情報交換，交流を行った。

そこで浮かび上がったことは，ホリスティック・アプローチは，特に保健，医療などの分野で幅広く実践されるようになってきているが，上述のように全人的という概念に近い考え方で行われている場合がほとんどで，ホーリズムの考え方やそれを支持する量子論の概念を念頭に行われていることはほとんどなく，学術の場で議論されることもまだまだ少ないということである。ホリスティック・アプローチを行う上で量子論やホーリズムの概念は今後ますます重要になってくると考えられ，保健，医療，福祉の分野において，これらの概念についてできるだけわかりやすく情報発信していくことが肝要であると考えられる。

Ⅲ．量子論やホーリズムの観点から保健医療行動科学の未来を探る

2023年に開催された第37回JAHBS学術大会（大会テーマ：未来志向の保健医療行動）では「量子論やホーリズムの観点から保健医療行動科学の未来を探る」をテーマとした交流集会を開催した。この交流集会では，まず量子論やホーリズムの理解を深めるために，関連する文献（本論では一部補足）や動画等も交えて主に次の1～3のような話題提供を行った。

1．量子論の課題と現状

通常の理解では，私たちは縦・横・高さのある3次元の空間に住み，過去から未来に一様に流れる時間に沿って生きていると感じている。特殊相対性理論や一般相対性理論（重力の理論）では，観測者の速度や重力と関わって，時間と空間は伸び縮みすることになっている。その後，ミクロの世界の法則である量子力学が確立されると，重力の理論との間に深刻な矛盾があることがわかり，それを克服して両者を統合する理論（統一理論）の構築が現代物理学の大きな課題となっている[4)]。

超弦理論（超ひも理論）は，統一理論の有力候補として期待されており，難しい内容をかいつまむと，ミクロの世界の基礎理論（重力のホログラフィー原理）では，空間も温度も重力も本質的なものではなく，マクロな世界の私たちが感じているだけの幻想にすぎないということになっている。ただし時間については，超弦理論では幻想かどうかは明らかにしていない[4)]。

統一理論のもう1つの有力候補であるループ量子重力理論では，これも難しい内容をかいつまむと，量子的にミクロにみると世界は属性を持つ物（実体）で構成されているのではなく，あるのはただ出来事（現象）同士の関係（相互作用）だけである。そこでは空間も時間も存在せず，過去と未来の違いはなくなり，過去と未来が違うのは（時間が過去から未来へ連続して流れているように見えるのは），私たち人間のミクロな世界への無知が生むぼやけ（特殊な視点）から起こる幻想にすぎないということになっている[5,6)]。

2．量子論と心的世界

上述の超弦理論では心的世界との関係については特に言及されていない。ループ量子重力理論では直

接的に心的世界との関係について言及されていないが，間接的あるいは可能性として，意味や意識などの主観的な経験について対比的に考察されている。特に仏教の空の概念との対比についてナーガールジュナの著作[7]を引用して述べられている[6]。確かにループ量子重力理論の概念は仏教の法で説かれている空，縁起，諸行無常，諸法無我，無為などの概念[8]に類似しているようにも思われる。

統一理論の候補として心的世界について直接的に言及している量子モナド論（唯心論物理学）がある。難しい内容をかいつまむと，すべての事象（森羅万象）が心（意識）の現れ（作用）であるという哲学と物理学を融合したような理論で，個々の内なる意識世界（モナドの意識世界）が集まったものが宇宙であるという。個々の内なる世界は，自分以外の他の人々の内なる世界が構成要素として含まれており，全体として完全に調和（秩序化）するようになっている。これを予定調和と呼び，完全調和から自発的対称性の破れが起こったとき，完全調和に戻ろうとするエネルギーの働きが量子である。予定調和の働きにより他の人々の内なる世界との連関（相関）が起こり，人々の世界認識も変わる。この世界認識の変化を時間の流れだと錯覚しているということになっている[9, 10]。

3．量子論に基づく行動科学への示唆

通常の理解では，私たちは過去から未来に一様に流れる時間に沿って生きていると感じている。未来は，時間の経過のなかで，過去と現在（今）が影響して決まると考えている。例えば，ある願望は，時間の経過のなかで，才能がある，境遇が良い，周りの協力がある，運がある，努力をする，お金をためるなどの結果として叶うと考えている。この点，時間は幻想であるとういう上述した量子論[6, 9, 10]の観点から次のようなパッケージ理論が提唱されている。すなわち，まず未来を決める（設定する）と自動的に過去が決まり（選択され），その未来を実現するように現在（今）が決まって（構成されて）いくということにもなる。ここでは未来も過去も現在の認識の変化であるが，一つの時間軸の相対的なパッケージとして捉えることができ，1週間，1年，10年，一生など様々なスパン（時間軸）のパッケージを自分で自由にいくつでもつくることができるということになる[11]。

そのように捉えると，例えば，ある願望は願望を叶えた自分を設定するだけで叶うことになる。もちろん逆に自分が望まない（願望が叶わない）未来を設定してしまうと，その未来を実現するように現在が構成されていくということになる。どのようにしたら未来が実現し易いかについては，望むと望まざるとにかかわらず，その未来をどれだけ強く意識するか（確固たる意志をもつか）によると考えられる。

以上のような量子論やホーリズムに関する1～3の話題提供に基づき，保健医療行動科学の未来について，自由な形式で意見・情報交換，交流が行われた。そこで浮かび上がってきたことは，極論的に言えば，未来の保健医療では「その人の健康や病気は，その人の意識（未来の捉え方）によって決まる」ということになるのではないかということである。そうだとすると，保健医療に携わる専門職者にとって，サービスの受け手が健康の改善あるいは病気の快復を叶えているという確固たる意志をもつ（未来を設定する）ことができるような支援を行うことが最も重要になってくると考えられる。

ところで，先述した「人間を含めて，宇宙における万物（すべての事象）は，すべてが相互に一貫性のあるつながりをもっており，全体として動的に調和している」[2, 3]というホーリズムの考え方に関して，先述の量子モナド論でも「個々の内なる世界は，自分以外の他の人々の内なる世界が構成要素として含まれており，全体として完全に調和（秩序化）するようになっている」という予定調和について言及されている[9, 10]。ここで言及されている動的調和という概念ももちろん行動科学への重要な示唆になると考えられる。

Ⅳ．量子論やホーリズムの観点からウェルビーイングを探る

2024年に開催された第38回JAHBS学術大会（大会テーマ：ウェルビーイングと行動科学）の交流集会では「量子論やホーリズムの観点からウェルビーイングを探る」をテーマとした交流集会を開催した。

この交流集会では，先述の２回の交流集会を振り返りつつ，ウェルビーイングに関連して，量子論やホーリズムの観点から，特に「動的調和」と「確固たる意志」に着目して，自由な形式で経験の共有，意見・情報交換，討議を行った。

ここでは，2022 ～ 2024 年に開催された３回の JAHBS 学術大会における交流集会で探求し共有した考え方や示唆をふまえ，今後のウェルビーイングについて量子論やホーリズムの観点から考察する。

１．ホーリズムや量子論の観点をふまえたウェルビーイング

ウェルビーイング（well-being）は，世界保健機関（WHO）憲章の健康の定義に記載されていることは広く知られているが，この well-being の日本語訳としては「良好」「安寧」「満足」「幸福」「福祉」など様々なものがあり，近年ではウェルビーイングとカタカナで表記されることが多いようである。いずれにしても健康や福祉にとって主要な，個々の人や社会のポジティブな価値観や社会規範等が反映する状態概念であることは間違いなく，上述のような各々の概念として，あるいはいくつかを包括した概念として，あるいはすべてを統合した概念として捉えることができる[12, 13]。

ここで先述したホーリズムや量子論の観点[2, 3, 9, 10]をふまえると，ウェルビーイングは，個々のあらゆるポジティブな価値観や社会規範等が反映しつつも，相互につながりをもち，全体として動的に調和しているという統合的な状態概念であると考えられ，ウェルビーイングを次のように定義することができる。すなわち，人間は身体的，心理的，社会的，スピリチュアルな，さらには文化的，経済的，倫理的，実存的，生態学的など様々な側面をもち，固有の感性と尊厳をもち，自己実現を欲する，動的に調和のとれた統合体（意識）である。その統合体（意識）として調和のとれた状態がウェルビーイングであり，調和が乱れた状態がウェルビーイングを損ねた状態である。

２．ウェルビーイングの維持・回復

どのようにしたらウェルビーイングの状態を維持・回復できるかということについて，先述した量子論の観点[6, 9, 10, 11]をふまえると，極論的に言えば，そもそもすべては相互につながりをもちながら全体として調和するようになっているので，それに気づくことが重要である。自分にとってのウェルビーイング（統合体として調和のとれた状態）がどのような状態かということに気づき，その状態になっているという確固たる未来を設定すれば（決めれば）よいということになる。

ホーリズム[2, 3]や脳科学（特に統合的自己解釈機構）[14, 15, 16]の観点も加味して少し詳しく考察すると，人間がウェルビーイング（統合体として調和のとれた状態）を維持・回復するためには，あるがままの自分を受け入れ，自分の固有の感性と尊厳，自然治癒力に気づき，自らがポジティブな状態になることを実践し，できるだけ外的強制の少ない状況で，自分をとりまくあらゆるライフ（life: 生命，生活，人生，生涯，生存，共生，生態など）とより広範な環境（体内環境，宇宙を含む自然環境，様々な社会環境）に関心を向け，自己の信念（考え方）と行動をあらゆるライフとより広い環境の範囲で解釈することにより統合性を保ち[14, 15]，自分にとっての自己実現やウェルビーイングがどのような状態かということに気づき，短期的あるいは長期的に自分がそのような状態になっているという確固たる意志をもてば（未来を設定すれば）よいということである。

そうだとすれば，支援者は，その受け手が自分にとってのウェルビーイングに気づき，そのような状態になっているという確固たる意志をもつ（未来を設定する）ことができるような支援を行うことが最も重要であると考えられる。

３．ウェルビーイングの維持・回復ための具体的方策

先述したように，ウェルビーイングは個々のポジティブな価値観や社会規範等が反映する状態概念なので，一見すると，すべての人あるいはすべての社会に共通する一般的，普遍的な概念は存在しないように見える。ある人あるいはある社会にとってのウェルビーイングが，他の人あるいは他の社会にとって逆にウェルビーイングを損ねることに繋がる

場合はよく見受けられる。例えば，物質的な豊かさをウェルビーイングとした場合，自ずと物質的に貧困な人や社会が生じる。良好なことをウェルビーイングとした場合も，ある人あるいは社会にとって良いことが，他の人あるいは他の社会にとって逆に良好ではないこともある。その点，先述のように統合体として調和のとれた状態がウェルビーイングであると捉えた場合，より一般的，普遍的な概念が得られると考えられる。なぜなら，そもそもすべては相互につながりをもちながら全体として調和するようになっており，統合や調和という概念は個々の価値観や社会規範等の偏った影響を受けにくく不協和が生じにくい概念と考えられるからである。

そこで，先述のホーリズム[2, 3]，量子論[9, 10]および脳科学[14, 15, 16]の観点に基づき，ウェルビーイング（統合体として調和のとれた状態）を維持・回復するためのより具体的な方策について，あくまでも参考として列挙してみる（順不同）。もちろん，自分にとってのウェルビーイングがどのような状態かということに気づき，短期的あるいは長期的に自分がそのような状態になっているという確固たる意志をもつ（未来を設定する）ことは基本的に重要なことである。

1）できるだけ何も考えない，今に意識を向ける
2）直感，直観，暗黙知，身体知に委ねる
3）純真無垢な心（赤心），無邪気さ（子ども心）をもつ
4）愛につながる（自他への愛，無償の愛）
5）感謝する（自他への感謝，無償の感謝）
6）分かち合う（物，気持ち，経験の分かち合い）
7）赦す（自他への赦し，自他の受容）
8）祈る（自他への祈り）
9）ポジティブになることを行う（感動する，楽しい，美しい，気持ちよい，ウキウキする，ワクワクする，イキイキする，などと感じることを行う。具体的には，例えば，音楽を聴く，スポーツをする，創作活動をする，旅行するなど）
10）より広範な環境に関心を向ける（体内環境，宇宙を含む自然環境，様々な社会環境）
11）上記1～10を含むホリスティック・アプローチ（ワーク）を実践する

最後に，2022年～2024年にかけて開催されたJAHBS学術大会の3回の交流集会において，共に探求し貴重な意見，示唆や経験等を共有していただいた参加者のみなさまに，この場をお借りしてこころより感謝を申しあげる。また，本論の推敲時に校閲いただいたみなさまに厚くお礼申しあげる。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

文献

1）日本保健医療行動科学会：雑誌（旧年報）一覧，日本保健医療行動科学会 Web サイト，https://www.jahbs.info/journal-back2.html（2025年4月25日検索）
2）アーヴィン・ラズロ，吉田三知世（訳）：生ける宇宙―科学による万物の一貫性の発見，日本教文社，8-138，2008
3）吉岡隆之：ホリスティック・アプローチ，日本保健医療行動科学会編『講義と演習で学ぶ保健医療行動科学（第2版）』，日本保健医療行動科学会雑誌，36（別冊），94-99, 2022
4）大栗博司：大栗先生の超弦理論入門，講談社，3-10, 219-274，2013
5）カルロ・ロヴェッリ（Carlo Rovelli），冨永星（訳）：時間は存在しない，NHK出版，2019
6）カルロ・ロヴェッリ（Carlo Rovelli），冨永星（訳）：世界は「関係」でできている―美しくも過激な量子論，NHK出版，2021
7）ナーガールジュナ（龍樹），西嶋和夫（訳）：中論（改訂版），金沢文庫，2006
8）佐々木閑，大栗博司：真理の探究―仏教と宇宙物理学の対話，幻冬舎，78-139，2016
9）保江邦夫：人間と「空間」をつなぐ透明ないのち―人生を自在にあやつれる唯心論物理学入門，明窓出版，72-108，216-253，2022
10）中込照明：万物の起源―唯意識論が全てに答える，海鳴社，78-109，2023
11）保江邦夫：神様から愛される人になるタイムデザインの法則，ビオ・マガジン，14-72，2021
12）ベネッセ ウェルビーイング Lab：ウェルビー

イングってなんだろう，https://www.benesse.co.jp/well-being/about/index.html（2025 年 4 月 25 日検索）
13）Well-being Initiative：Well-being 有識者インタビュー，https://well-being.nikkei.com/interview/（2025 年 4 月 25 日検索）
14）マイケル・S・ガザニガ，藤井留美（訳）：〈わたし〉はどこにあるのか―ガザニガ脳科学講義．紀伊國屋書店，95-177，2014
15）吉岡隆之：ナラティヴと行動変容のからくりを脳科学から探る―科学の限界を見すえて，日本保健医療行動科学会雑誌，33(2)，1 - 8，2018
16）吉岡隆之：脳科学的背景，日本保健医療行動科学会編『講義と演習で学ぶ保健医療行動科学（第２版）』，日本保健医療行動科学会雑誌，36（別冊），18-21，2022

〈焦点Ⅲ－２〉

感情という糸口から事例の真実に迫る包括的事例検討会：
Well-being の実現を援助する感性を磨こう

川俣文乃*　宮本眞巳**　宮本　晶***　美濃由紀子****
*前石川県立看護大学　**元東京医科歯科大学　***あいせい紀年病院　****石川県立看護大学

Case Conferences that Use Emotions as a Clue to Get to the Truth of Case
: Let's Refine Our Sensibility to Help People Achieve Well-being

Ayano Kawamata*　Masami Miyamoto**　Aki Miyamoto***　Yukiko Mino****
*Former Ishikawa Prefectural Nursing University　**Former Tokyo Medical and Dental University
***Aisei Century Hospital　****Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード
事例検討会　case conference
事例検討方法論　case method
援助関係　supportive Relationships
感情体験　emotional Experience
ニーズアセスメント　needs assessment

〈要旨〉

本報告は,「ウェルビーイングと行動科学」をテーマに開催された本会第38回学術大会で，報告者らが企画実施した交流集会の体験に基づいて，表題のテーマについて論じたものである。事例検討会は保健医療の分野で，実践・教育・研究の要となる場として重視されているが，実際に参加するのは気が重いという声がよく聞かれる。交流集会の冒頭では，「患者，援助職，援助関係，臨床状況」の４局面を視野に入れた事例の巨視的把握，並びに事例提供者の感情（異和感）に反映した情報の微視的分析を２軸として，事例検討会を参加者のエンパワメントに役立つ場として組織するための方法論の概略を紹介した上で，訪問看護の一場面を紹介し交流集会の参加者全員で実際に事例検討を行った。事例検討会のレビューを通じて，援助職は概して，臨床場面で体験した感情の活用（察知，識別，理解，表現）に不慣れな傾向が窺われた。とりわけ感情の率直な表現を躊躇う傾向は多くの参加者に顕著であったが，意識的な経験を重ねれば感情活用に前向きな取り組みは可能であることが確かめられた。

Ⅰ．企画の主旨　宮本（眞），川俣

１．事例検討の方法論

援助職が，患者（＝援助を必要とする人）のWell-being[1]の実現を支えるには，援助関係や臨床状況にまで視野を広げながら，患者のニーズとその充足に至るプロセスを吟味し尽くすことが欠かせない。それには，人間のニーズは不快な感情体験に反映するという援助関係論の原則に沿って，患者・援助職双方の感情体験の吟味を軸として，両者間の相互作用を含め臨床事例の全体像に迫る事例検討を積み重ねる必要がある。企画者等は，精神科領域の看護師を主要なメンバーとした事例検討会を積み重ねる中でこのような問題意識を共有するようになった。

一般に，事例検討（case conference) とは，特定の人物や出来事（場合 = case）について理解を深める上で，重要と思われる情報を取り上げて検討を加えることである。事例検討とその方法論（case method）の重要性については，長年にわたり，ありとあらゆる専門分野で認識されているが，特に臨床分野で早くから重視され，実践と継続学習の要とみなされてきた。ところが，事例検討会への参加は気が重い，後で落ち込むという援助職は少なくない。その理由としては，「事例を提供すると批判にさらされる」「有効で現実的な解決策が得られにくい」などの声が上がることが多い。

そこで，企画者等は，事例検討の実態を見直し，事例提供者はもとより，すべての参加者にとって楽しく元気の出るような学習機会へと再編成する必要があると考えた。見直しの結果，事例検討会の実態をめぐる以下の問題点が浮かび上がった。

①患者の否定的な個人特性（症状・病理・問題行動）への関心の集中

②参加者からの援助過程への外在的な批判による事例提供者の自信や意欲の低下

③指導者・主催者からの評価への参加者の過剰な同調（迎合，忖度）

中でも企画者等が問題視したのは，参加者の関心が，症状や問題行動といった患者の弱みないし否定的な特性の客観的な評価（アセスメント）に偏る傾向であった。そのような傾向は，患者の潜在力を低く見積もり，回復や自立に向けた働きかけへの意欲を低下させがちだからである。このような傾向の払拭に向けては，以下の対処策が考えられた。第１に，患者の客観的特性についての理解に止まらず，患者の主観的な苦悩の体験（主訴）への共感的理解や，患者の強み（リソース，ストレングス）についての肯定的評価に努め，患者像の全体的把握を試みることである。第２に，患者の個人特性に関心を限定せず，主な援助職（事例提供者）の個人特性，援助職と患者の援助関係，そして両者を取り囲む臨床状況を視野に入れた，事例の包括的把握に努めることである。そして第３には，視野の拡大に伴って豊富に得られた情報を援助行動に結びつけるための基軸として，患者，援助者，関係者（臨床状況の構成員，事例検討会の参加者）の感情体験への関心を参加者が共有することである。事例検討会に臨むに当たって，参加者がこのような姿勢と関心を共有することによって，事例提供者も含むすべての参加者が，他の参加者の経験知から学び合って臨床能力を高め，エンパワーされると考えられた。

２．援助関係論の基盤―ニーズは感情に反映している

企画者等のこうした問題意識の重要な基盤となっているのは，20 世紀半ばの時点で，看護実践の本質を「人間関係を通じて患者の成長を促すこと」であるという看護の画期的な定義づけによって，援助関係論の理論的な基盤を築いたペプロウの看護論である。ペプロウによれば，患者にとって成長とは，自分のニーズ（欲求）を自ら評価・充足し，自立する力を高めていくことである。当時の看護界では，医学生物学的な観察や測定に基づく客観的な情報の収集と分析に関心が傾き，患者のニーズ（必要，欠乏）を正確に評価し充足することこそが看護師の専門的役割だとする見方が主流であった。ペプロウはそれに対抗して，人間のニーズの基盤は主観的な感情体験であるから，患者のニーズ評価とニーズ充足を主導するのはあくまで患者であって，看護師はそれを側面から支援する役割に徹するべきであると主張したのである。

ペプロウのニーズ論は，フロイドの精神分析学にミードのコミュニケーション論を組み込んだサリヴァンの精神療法論に依拠したもので，人間は自らの感情に反映したニーズを把握し充足することによって人格的成長を遂げるという前提に立っている。つまり，患者も看護師も，成長を遂げるためには自らの感情体験の吟味に基づくニーズの評価・充足という内省的な姿勢を求められるというのである。したがって，看護師は，患者と自分の感情とそこに反映しているニーズの評価を視野に入れながら，患者のニーズ充足に重点を置いた支援を行う必要があるというのが，人間関係論的な看護論（援助関係論）の要点である。

そこでペプロウは，援助関係作りの能力を高めるための方法として，学習者（主に大学院生）が患者

とのやりとりを再現したプロセスレコードを用いて，学習者と指導者が対等の立場で話し合うという学習法式を奨励した。その後，援助関係論は人間性心理学が重視する自己一致（率直な感情表現）の原則を取り入れ，1960年代にはアメリカの看護界に広く浸透した。プロセスレコードを用いた学習は日本にも紹介されたが，学習者（主に看護学生）が患者と円滑に話せるように導くための手段として利用されるという経過をたどった。プロセスレコードという一見すると便利な手段が，感情とニーズの関連についての理解を伴わずに普及したという日本的な事情が，援助関係論の普及を遅らせたという疑いも残る。とは言え，「感情にはニーズが反映している」というペプロウの指摘は，あまりにも単純すぎて，感情体験の意味理解や実践応用のための理論や方法論が不足していたという事情も見逃せない。

特に見逃せない問題点は，ペプロウが，看護師のニーズにも注意を払う必要があることを指摘しながら，患者の感情に反映したニーズの解明に関心が傾き看護師の感情やニーズへの言及は乏しかったことである。さらには，20世紀末以降，脳科学や情報科学の飛躍的な発展に支えられた感情科学の進歩によって得られた，感情とニーズの関連についての様々な知見を援助関係に組み込む工夫の立ち遅れという，ペプロウ以後の世代の立ち遅れも響いている。

そこで企画者等は，プロセスレコードを検討する際に，患者の言動に触発されて看護師に生じた異和感（予期とのずれに対応する否定的感情の集合体）への注目を促すことによって，看護師の感情に反映した看護師のニーズを解明することに重点を置くことにした。看護師の異和感を触発した患者の言動は，看護師の言動に触発され，その言動は患者の言動に触発されているというように，看護師と患者の異和感には両者の相互作用（人間関係）の経過についての情報が刻み込まれている。したがって，看護師の異和感への注目を糸口にして，異和感を構成する否定的感情の識別，それらの感情が生じた理由（因果関係）の意味理解，否定的感情の表現を通じた異和感の解消や肯定的感情の発生へと進めば，看護師，患者双方のニーズ発生からニーズ充足に向かう過程が浮き彫りにできるはずである。

本交流集会では，異和感への注目，識別，理解，表現の４段階からなる感情活用の過程を念頭に置き，「否定的感情の分類表」（表３）を援用しながら事例検討会を実施し，患者，看護師の感情とニーズの関連について理解を深めると共に，援助関係論の普及をめぐる問題点の明確化を図った。

Ⅱ．事例検討会での事例提供体験を通して（川俣）

事例検討会には，医療・看護分野の援助職９名の参加を得た。企画者らも含めて椅子のみで円を作って着席し，検討を始めた。通常は２時間程度を費やすが，今回は時間の制約上20分間の検討とした。事例は，企画者の一人である川俣が提供した。以下，提供者である川俣（以降，私）の体験を軸に，検討会の実際について述べる。なお，個人情報保護のため，事例の内容には一部改変を加えた。

１．患者理解と事例の全体像への接近

まず，事例（Ａさん）の簡単なプロフィール（表１）と，Ａさんと私の気がかりなやり取りを書き起こした看護場面の再構成（表２）を紹介した。その後，参加者に感想や質問，意見等の自由な発言を求めた。

検討の冒頭では，病状，容姿，療養経過等，Ａさんの全体像に関するイメージの共有に向けた質問が続いたが，しだいに，質問の焦点は治療状況や援助者との関係性に移っていった。参加者はそれぞれに，自身の意見や感想を述べるに当たって，治療状況におけるＡさん像を自分なりに描き，事例の実際と重ね合わせることを通じて，事例の全体像へ接

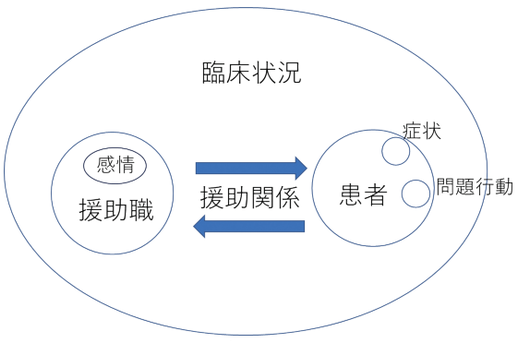

図　事例の４局面

近することを意識しているように感じられた。

2．否定的な感情を率直に表現すること（自己一致）への関心

検討が進むにつれて参加者の関心はしだいに，看護場面の再構成（表２）⑤で，私が「混乱している」とＡさんにはっきり伝えた瞬間に絞り込まれていった。援助対象者のニーズよりも援助者である私のニーズが優勢となって表現されたことが，不全感を引き起こす要因となった瞬間でもあったといえる。参加者からは，Ａさんとしては私が来るのを待っていて，ようやく現れた私の姿を見て安心し，頼みたいことを矢継ぎ早に伝えてしまったのではないか，という指摘があり，私も納得できた。そして，その時Ａさんの依頼に応えたい自分もいたし，過去に類似の場面でしっかりと応えられたことも思い出した。しかし，Ａさんとの関係性の真っ只中にいた自分を思い出そうとすると，不安や焦燥感に駆られてまとまらない言動や行動を繰り返すＡさんとのかかわりに苦労してきたことや，ご家族や援助職から，Ａさんに対する不満を口々に告げられていたことが，私自身の混乱を正直に告げることを後押ししたのではないかと思い至った。③で体位変換の最中に次々と依頼されたことに対して，こみ上げるように表現されてしまった私の混乱が，図らずもＡさんを取り巻く人々の混乱を代弁した格好になり，それを受けたＡさんは，この場にいない私以外の援助者を想起して，不安や焦りを感じながらも精一杯私に応答してくれたのかもしれないと考えることもできた。

⑤の言動については，意識的に率直な自己表現（自己一致）を試みたのではないか，との問いかけもあったが，私は，「そうでなかったと思う」と答えた。もし，混乱の表現を意識的に試みたとすれば，私の切実さはＡさんには伝わらなかったのではないかと想像できた。不安・焦燥や恐怖に支配されたＡさんを現実へと導き戻すことはそれまでにも何度か試みてきたが，一度そのような状態になると落ち着いて通じ合う手立てを持つことが著しく困難だったからである。一方この場面では，私自身が切迫感に駆られ率直な気持ちを思い切って表現することで，Ａさんを心から援助したいと思いながらも，期待に応え続けられずに苛まれ苦悩する局面があるのだということを，伝えることができたのではないかと感じた。

そうは言っても，私がＡさんに対して明確に否定的な感情を表現したのはこれがはじめてのことだったので，Ａさんを驚かせ不安にさせたかもしれない。その時の私はＡさんの視点を取れないほどに追い詰められていたと気付き，言葉遣いや口調にもう少しは工夫や配慮ができたはずだと自らの未熟さを省みた。ただ，私の言動によって生じたであろうＡさんの不安は，ほかならぬＡさんの現実的な思考によって和らげられたし，和らげるための援

表１　事例検討資料

Ⅰ．患者のプロフィール（家族背景・生育歴，病状・治療・看護の経過，生活・社会背景等）
Ａさん　60歳代　女性　診断名：統合失調症　　最初のかかわりから　　６ヶ月 20歳代で発症し，治療を受け続けている。自宅で一人暮らし。Ａさんは不安が増強したり，困ったことが起きたりすると，娘が仕事中であっても昼夜を問わず，連絡することがある。連絡の内容は現実的なこともあれば，病的体験に根ざすと捉えられることもあるが，娘は困りながらも粘り強くＡさんに応じている。Ａさんは服薬の自己管理が不安定で，薬物療法継続の援助を主な目的として訪問看護を利用している。 ＊個人情報が特定できないように一部内容に改変を加えた
Ⅱ．事例提供の動機（なぜこの事例を選んだか，何を話し合いたいか等）
度々繰り返されるＡさんの矢継ぎ早の要求にどのように応えることが望ましいのか話し合いたい。プロセスレコードに取り上げた場面では，私自身の混乱した気持ちをそのまま正直に伝えてしまった。それに対してＡさんから返ってきた反応には，Ａさんの日ごろの人間関係について理解を深める上で貴重な手がかりが含まれているように思われた。私の言動が，そこで，私の言動が援助対象者のＡさんにどのような影響を及ぼしたのかを振り返り，今後の援助に活用していきたいと考え，この事例を選んだ。
Ⅲ．問題と感じている出来事や事柄（援助をめぐって，困難や行き詰まり，気がかりや異和感を抱いた場面等） ＊異和感は「すっきりしない」あるいは「しっくりこない」感じのことです
Ａさんが次々に援助を求めてくるとき，対応の優先順位をつけにくく，次第に私も混乱したりイライラしたり，焦ったりしてしまう場面が多い。

表２　看護場面の再構成

場面・状況の説明
訪問看護師の私がＡさん宅を訪問したところ，Ａさんは布団に横になっていて，体の向きを変える手伝いをしてほしいと私に依頼してこられた。体位変換をしようとしたところ，次から次へと援助を求められた場面。

私の見たり聞いたりしたこと	私が感じたり考えたりしたこと	私の言ったり行なったりしたこと
①「…あ，やっぱりあのズボンに着替えなきゃ。これだと暑いのよ。寝るときはあのズボンがいいの。着替えさせてくれる？」	②体位変換の途中だけど，まず着替えたいのかな？それとも，今思い出したんだろうか。今日はヘルパーさんが来ない日だし，私が来るまで待っていたのかもしれない。（疑い，困惑）	
③「あとね，腰が痛くて…，湿布がそのへんにあったと思うから，貼ってほしいの。」「あとお薬飲まなきゃいけないのよね。あそこに置いてあるのよ。お昼飲んだかしら？確認しないと。それも見てくれる？」表情は強張っており，床の一点を見つめて話している。	④次から次へとしてほしいことが出てくるなあ。一体何からやったらいいんだろう？よくわからなくなってきたし，混乱する…。表情が病的体験を語るときと似た感じになってきたし，Ａさんの不安が暴走し始めてしまう前兆のような感じもする（驚き，疑い，混乱，苛立ち，不全感，焦り，緊張，不安，胸がどきどきする，息苦しい）	⑤「そんなに次々に言われたら私も混乱する！」
⑥不安げな表情で，「え…やっぱりそうなの？娘にも，みんなにそう言われるの。」	⑦Ａさんをサポートしてくれている多くの人が，似たような場面に遭遇して今の私と似たように感じているのかもしれない。こんな風に次々言われてしまうと，応えたくてもすぐには応えられないし，どうしたらいいかわからなくなってくるよなあ。とはいえ，正直に伝えすぎたかなあ。（驚き，困惑，徒労感，不全感，疲労感）	

表３　否定的感情の分類表

1	◆自尊感情の喪失感 （自分自身との関係の躓き，自尊感情の阻害）	怒り（対：侵入・支配），悔しさ，自信低下，屈辱感，情けなさ，後悔，羞恥心，罪責感，落ち込み，傷つく
2	♥愛情の喪失感 （相手との関係の躓き，親密感の阻害）	不信，怒り（対：拒絶・無視），苛立ち，恨めしさ，羨ましさ，嫉妬，裏切られ感，幻滅，寂しさ，悲しさ，嫌悪（対：人格・言動），憎悪，軽蔑
3	★現実統制の喪失感 （現実との関係の躓き，状況操作の阻害）	驚き，疑い，当惑，困惑，混乱，怒り（対:妨害・強奪），落胆，もどかしさ，無力感，徒労感，不全感，焦り，不安，恐れ，嫌悪（対：有害物質，有害生物）

助を微力ながらも提供できたとともに，Ａさんの援助に関する重要な発見が得られたという手応えも，私には残っていたことに気が付いた。

３．何が自己一致を支えるか

検討の場において，援助職による否定的な感情の率直な表現を目撃した参加者から，「勇気がいったのではないか」との疑問が投げかけられる場合がある。今回の参加者の中にも，同様の感想を抱いた方が少なからずいた。援助職が患者に異和感をはっきりと表現したという話を聞いて驚きや戸惑いを覚える人は多い。異和感を率直に投げ返した自己一致の姿勢には共感や感動を覚えながらも，援助対象者は怒ったり傷ついたりしているのではないかと心配になるようである。この場面では，勇気を奮い起こし意識的に自己一致したというより，窮地に陥り半ば

必要に迫られ言ってしまったと評した方が正確のように思えた。ただし，相手に対する真っ直ぐな信頼が率直な表現を後押ししたという感じはある。言い換えれば，相手の潜在力に期待し，Well-being を実現する方向で A さんの内省力に働きかけたといったところであろう。ただし，自己一致を援助的な営みにするためには，相手への確かな信頼や期待に基づきお互いを尊重し合える暖かい人間関係を築いていることが重要であろう。私が援助関係作りの過程で,否定的な感情を言語化して相手に伝えるときは，真剣な眼差しと態度で「私は今この瞬間，互いに抱える苦悩が和らぎ，よりよい在り方へ向かえるように共に取り組みたいと思っているのだ」というメッセージを併せて表現していると感じている。この感情を伝えるからには，これからもあなたとの関係性とますます誠実に向き合っていきたいし，その覚悟があるから伝えたい。そうした信念に突き動かされた自己一致のあとには，相手にも自分にも自己が開いて揺らがずに存在し地盤となって，より一層確かな両者の関係性が築かれる。このような関係性の形成や発展は苦悩が深いほど困難を極めるが，その体験を何度となく重ねるうちに確かな手応えを実感できるようになりつつあるということを記しておきたい。

感情体験に焦点を当てた検討の場では，主に事例提供者の感情が綿密に語られ，吟味されるが，参加者には，自分が同じ場面に遭遇したらどう感じ考えるのかを想像する機会を得られる。自分とは異なる他者の態度や表現に触れることが，かえって自身の傾向を浮き彫りにする契機にもなるともいえる。

検討会の体験中や終了後，参加者からは，報告事例と自身の体験した事例をていねいに照らし合わせた跡の窺われる貴重な感想が多数届けられた。短時間の検討においても，事例の諸局面に触発された感情体験について語り合うことによって事例理解の深化が導かれ，援助者と患者の感情的交流が及ぼす影響や，感情体験を意識的に活用する可能性の一端を感じてもらうことができたと考えられる。

Ⅲ.「事例検討会」への参加体験を通して　美濃，宮本（晶），宮本（眞）

事例検討会に参加するたびに，援助対象者の Well-being は援助者の Well-being とどうつながっているのだろうかと考えさせられる。不安や焦燥感に駆られてまとまらない言動を繰り返す A さんは，気づかないうちに家族や周りの人たちをも巻き込み自分自身を追い込んでいた。援助を求めながら相手を遠ざけ援助関係の成立を阻むという悪循環を繰り返しているように見える患者を前にして，途方に暮れる援助職は少なくないが，事例検討を通じて，A さんの本来持っている力を発見できた。「やっぱりそうなの」と，一瞬立ち止まることのできた A さんには，援助を受け入れる可能性が感じられたからである。急な坂道を焦って駆け登ろうとして疲れ果て動けなくなりながら懸命に先を急ぐ A さんに，川俣さんは現実的な時間を共有する仲間として待ったをかけた。A さんの Well-being に続く道は，ある時は暴走に待ったをかけ，またある時は後押しをしながら見守り続けてくれる仲間がいると気づいたことによって切り開かれた。そして川俣さんも，A さんに気づいてもらうことによって，援助関係の担い手としての行き詰まりを突破できた。

患者の言動に触発された異和感を正直に投げ返すことによって，患者とのギャップがあらわになり，結果的に患者と認識を共有できて援助につながることは多い。ただし，言い方しだいでは患者を怒らせたり傷つけたりして関係を損なうことを恐れる看護師は多い。複数の参加者から川俣さんの思い切りの良さに感心したとの声が聞かれたのも，そのような現状のあらわれだろう。異和感を安全に投げ返せるように表現を洗練する努力も大切だが，どのような反応が返ってきても，しっかりフォローを返す覚悟さえあれば何とかなることに気づくのは，やはりまずはやってみて，さらには場数を踏んでからのようである。

利益相反はない。

【文献】

1）World Health Organization：Health Promotion

Glossary of Terms 2021，10，2021.
2）宮本眞巳：改訂版 看護場面の再構成，日本看護協会出版会，東京，133，2019

〈焦点Ⅲ－３〉

「多様性の尊重」を日常臨床に落とし込むために考えたいこと：
クリニカル・バイアス，マイクロ・アグレッション，医学のまなざし

徐　淑子*　石橋道子**　ヨヘイル***　髙塚麻由****
*新潟県立看護大学　**広島大学保健管理センター　***日本性分化疾患患者家族会連絡会
****四日市看護医療大学

How Can We Integrate Diversity into Everyday Clinical Care?:
Clinical Bias, Microaggressions, and the Medical Gaze

Sookja Suh*　Michiko Ishibashi**　Haeil Yeo***　Mayu Takatsuka****
*Niigata College of Nursing　**Health Service Center, Hiroshima University　***nexdsdJAPAN
****Yokkaichi Nursing and Medical Care University

キーワード

ダイバーシティ	diversity
無意識の偏見	unconscious baias
留学生	international students
性分化疾患	DSDs
社会的少数者	minority populations

Ⅰ．はじめに

「多様性の尊重」を意味する「ダイバーシティ（diversity）」ということばは，日本でもすでに定着した感がある。2000年ごろから徐々に認識され始め，現在はその理念を具体化していく段階にあると言える。

例えば，保健医療福祉の領域では，『看護学教育モデル・コア・カリキュラム令和６年度改訂版』が，プロフェッショナリズムや対象理解に関する項目で「ダイバーシティ」に複数回言及しており，文書中には「文化的感受性」や「レイシズム（人種主義）」といった語も用いられている。他の医療・福祉専門職養成でも程度の差はあれ，何らかの形で「多様性」に関する内容を標準カリキュラムに含めており，多様性への対応は，専門職に求められる基本的スキルとして，今や広く認識されていることがわかる。

次なる課題は，多様性尊重を臨床の日常場面でどう実践するか，ということである。著者らは，この問題の手がかりとして「クリニカル・バイアス（clinical bias）」という概念に着目し，日本保健医療行動科学会第38回大会交流集会にて３題の話題提供を行った。本稿は，その内容を再構成して紙面報告するものである。なお、研究上必要な倫理的配慮については文中に記載した。

交流集会では，まず最初に徐･髙塚がクリニカル･バイアスについての概説を行った。その後，心理療法家である石橋とヨが，クリニカル・バイアスに加え，マイクロアグレッション（microagression），神話的イメージの押し付け，人間の標本化といった切り口から，社会的少数者が医療・援助の場面で経験する困難について，検討した。

Ⅱ．クリニカル・バイアスとは

1．クリニカル・バイアスの影響

クリニカル・バイアスとは，保健医療福祉の専門職が，診断・治療や支援の過程で患者・利用者に対して無意識に持つ判断の偏りや先入観を指す。認知バイアス―客観的根拠に基づかずにものごとや人を判断する傾向―の一種である。

クリニカル・バイアスは医療者の判断や行動に影響を及ぼし，診断の遅れや不適切な治療，ケアの質の低下をもたらすことが先行研究で指摘されている。たとえば，バイアスに起因する医療者と患者のディスコミュニケーションは，治療中断や受療行動の抑制につながり，結果として健康への悪影響を及ぼす[1)]。

また，クリニカル・バイアスは集団間の健康格差の原因にもなる。特定の属性を持つ患者（例：エスニック･マイノリティ，性的少数者，女性，高齢者，肥満者，貧困層）に対して起こりやすいためである。したがって，その低減は，ケアの質と公平性を高める上で極めて重要な課題である。

2．新しい「問題」ではなく，新しい「視点」

ここで，典型的なクリニカル・バイアスの例を３つ挙げる。

（例１）　女性の心疾患における診断の遅れ：女性では，心臓発作や冠動脈疾患の診断が遅れることが多く報告されている。心臓病が長らく「男性の病気」とされてきたためで，女性の胸痛や息切れといった症状が，不定愁訴やストレスと解釈され，検査・診断につながらないことがある。性別に基づく無意識のバイアスが，医療者の診断に影響する代表例である。

（例２）　精神疾患を持つ患者の身体症状の軽視：精神疾患を持つ患者では，身体症状が十分評価されず，診断が遅れて症状が悪化する傾向がある。医療者が「精神疾患の人」という側面に過度に注目することが一因とされる。

（例３）　非ホワイト・エスニシティの患者の痛みの軽視：北米などでは，アフリカ系，ヒスパニック系，先住民といった非白人の痛みの訴えが，白人に比べ軽視されがちであると報告されている。無意識の偏見により適切な疼痛評価が行われず，たとえば黒人患者に十分な鎮痛剤が処方されない事例もある。

これらに類似する現象は日本でも報告されているが，「クリニカル・バイアス」の観点からの検討は，性的少数者に関する近年の研究を除き，ほとんど見られない。この問題は新しい現象というより，新しい視点であり，多様性が意識されるようになった今，前景化したと言える。

3．クリニカル・バイアスの影響を軽減するための対策

長年の経験を通じて形成された無意識の思考パターンが，クリニカル・バイアスを生じさせることがある。つまり，経験豊富な医療者であっても，クリニカル・バイアスを回避できるとは限らない。また，限られた時間内で判断やアセスメントを行うためのツールも，用い方次第では，バイアスにつながる可能性がある。診断基準やガイドライン，エビデンスは，性別，年齢，エスニシティ，喫煙・飲酒歴などを「疾病リスク」として情報化するからである。

このようなバイアスの影響を軽減するため，いくつかの対策が提案されている。教育･研修の実施や，患者の文化的背景や個別ニーズを重視する姿勢を組織として徹底・支援する取り組みである。加えて，多様なバックグラウンドを持つスタッフを採用・配置することによって，複数視点化を図ることは，特に重要とされる。［徐・髙塚］

Ⅲ．留学生の調査からみるマイクロアグレッションとクリニカル・バイアス

1．日本における留学生の現況

近年，多様な文化的背景を持つ人々の移動は世界の国々を越境し活発化している。日本では，政府の受け入れ方針の変更により，在日外国籍者の数は令和６年時点で約 359 万人，10 年間で 140 万人増加した。18 万人増加（現在数約 37 万人）の外国人留学生では，グローバル化教育推進計画が増加の背景にある。こうした変化の中で急務なのが，社会システムの根本的な見直しだが，対応は追い付いていない。日本の社会システムは，多方面細部までマジョリティ文化を基盤としており，些細な事でも前例の

ない問題は扱い辛く，外国人が医療機関の利用やライフラインの設置・契約をする過程一つ一つでぶつかる障壁となってきた。

2．マイクロアグレッション

しかし，今後はシステム的な変革だけではなく，社会の様々な場面で起き得るマイクロアグレッション（偏見・差別）とどう向き合っていくかも重要な課題となる。米国の心理学者 Sue, D. は，マイクロアグレッションについて，社会的マイノリティ等の特定の人や集団に対する攻撃であり，多くの場合，日常の何気ない対話や行動に潜む偏見である事を指摘した[2)]。社会に属するほとんどの人間は，差別的態度や言動を発する可能性があり，善意で無自覚な事もある。Sue, D. は，人種差別マイクロアグレッションについて「個人的」「制度的」「文化的」タイプの３つに分類している。

20XX 年４月から 12 ヶ月間に日本のＡ大学学生相談室に訪れた外国人留学生 55 名を対象とし，相談主訴を含む１回以上の継続した面談の中で話された，国籍・人種・文化の違いが理由でこれまで日本で経験した偏見・差別の割合を調査したところ，78％が経験していることがわかった（倫理審査承認番号 E2015-0148）[3)]。偏見・差別行為を疑う事象１回ごとにカウントし，「身の危険を感じる具体的暴言や身体への暴力的攻撃（マクロアグレッション）」と，その他「マイクロアグレッション」の２つに分類すると，マクロアグレッションの経験が 33％，マイクロアグレッションが 65％となった。来談者の 91％が母国と日本の違いやコミュニケーション上の文化差について話題にしており，留学生の多くは日本で生活をする上で，「外国人」であるという意識を常に感じて生活している事を改めて示唆する結果である。

医療従事者や対人援助職者が，こうした日常生活に存在するマイクロアグレッションの知識を持つ事は重要であり，被害的過剰反応と否定したり，十分な受容がないまま，相談者の認知や反応の変容を促してしまう事は，相談者が心理的混乱に陥る二次的被害のリスクがある。

3．クリニカル・バイアス

医療機関で起こり得るマイノリティへの偏見「クリニカル･バイアス」には，「構造的」「制度的」「個人的」偏見や差別が存在する。日本人を指標とし，構造化された医療システムを外国人の場合に無理に当てはめる事，外国人にも与えられる権利を理解せず，必要な手続の案内をしない事，外国人の体質・病理・国柄・文化・性格・気質などを，少ないデータ（サンプル数），即ち，偏った情報に頼り判断する等，悪気なく，善意で，或いは無意識に行われる可能性が高く，外国人にとって医療機関を訪れる際の不安要因となり得る。

20XX 年３月～ 20XX ＋２年５月の 38 ヶ月間にＢ大学で外国人留学生 30 人を対象に，病院利用及び精神科受診に関する聴き取り調査では，23 人が参加した。調査は，個人情報特定防止への十分な配慮の上実施・本発表の許可を得ている。医療機関受診前にあった不安要素としては，①症状をうまく説明できず勘違いされる（より深刻な病名が付く）リスク（74％），②症状の過小評価や見過ごされるリスク（48％），③（人種）差別のリスク（78％），また，④医療費がどれ程かかるかイメージが沸かない（61％）等が挙げられた。異文化や宗教上の病気に対する理解や向き合い方，家族関係・母国の人間関係等は，日本では馴染みのない概念もあり，患者の服薬や治療継続への姿勢にも影響があると考えられる。一方，病院受診後の振り返りでは，①受診する際の流れ（受付・受診・支払いのタイミング・薬局で薬を受け取る事）がシステム化され，一度覚えると安心（78％），②通訳・通訳機器・申し込み用紙の多言語版使用（96％），③関係者（看護師等）からの事前説明，医師への説明内容の事前準備（74％），④「母国の医療制度や家族のサポート体制の違いがあり得る事」への理解を示す医師の言葉かけ（83％）は，肯定的に捉えられていた。受け入れ側の理解や手続き上の対応準備が出来ている医師・看護師・事務職の人々によって大きく回避される事がわかり，両者の不安や，マイクロアグレッションを含むコミュニケーションのトラブルを減らすことができると考えられる。

治療やケアの透明化，或いは患者・相談者へのイ

ンフォームドコンセントがある一方で，医療従事者や対人援助職者は，外国人・人種・文化への無意識な偏見を発する可能性が引き続きあり，新たな意識をもってこの多様性社会を見つめる必要があるだろう。［石橋］

Ⅳ．性分化疾患：イメージ，まなざし，そして多様性というバイアス

1．DSDs：体の性の様々な発達

DSDs：体の性の様々な発達（Differences of sex development）とは，X・Y染色体の構成や性腺の種類，女性の子宮の有無，外性器の形状などが「女性ならば男性ならばこういう体の構造のはず」とされる社会的生物学固定観念とは先天的に一部異なる発達をした女性（female）・男性（male）の体の状態を指す。DSDs は包括用語でしかなく，いくつかの体の状態がある。出生時に性別判定検査が必要な外性器の状態で生まれる，女児の先天性副腎皮質過形成，男児のマイクロペニス・尿道下裂の状態等。思春期前後に判明する DSDs には，染色体が 45,Xの女性のターナー症候群，女性で先天的に子宮がないロキタンスキー症候群，女性で染色体が 46,XY で性腺が精巣だが細胞のレセプターがアンドロゲンに反応しないために女性に生まれ育つアンドロゲン不応症等がある。男性不妊検査で判明するものとしては男性で染色体 47,XXY のクラインフェルター症候群等がある。

2．神話的な「両性具有」イメージと，現実の DSDs

歴史的にも社会では DSDs のある人々に対して神話的な「両性具有」イメージを投影し「男でも女でもない性」のように捉えてきた。しかし現在では医学上でも人権支援上でもそのようなイメージは不適切とされている。実際に専門調査機関 dsd-LIFE の調査でも当事者で自身を「男でも女でもない」とした人は 1.15％に過ぎなかったことが判明している。また，海外の国家機関による調査では，当事者は自身を疑いもなく男性／女性と認識し，男女以外の別のカテゴリーと見なされたいとは全く望んでおらず，むしろ他人が自分を完全な男性・完全な女性として見てくれるかどうか不安に思っていること，そして支援者や社会学の研究者は男女二元論に疑義を唱えている一方，DSDs 当事者自身は二元論を打ち崩したいという希望を全く持っていないということも指摘されている。

更に報告書では DSDs 当事者の大多数は自身を LGBTQ 等性的マイノリティの一員とは考えていないことも指摘している。特にトランスジェンダーの人々の「性自認」との混同が多いが，DSDs はあくまで身体の特徴を指すものである。DSDs を持つ人々で性別違和のある人は少なく，性別違和のある人で何らかの DSDs が判明することも少ない。

3．人間を標本化するまなざし

さて，本題はクリニカル・バイアスと多様性である。DSDs に対するバイアスには，やはり「男でも女でもない性別」の人,「トランスジェンダーの人々の性自認の話と同じ」といったものがあるだろう。DSDs のある人々に対して「性自認の尊重」を謳うのは一見良いことのように思うかもしれないが，それは,たとえばがんで子宮を失った女性に対して「性自認は女性ですね！」と言うことは,「あなたの体はもう女性とは言えないけれど，自分を女性だと思っているから女性だと認めてあげます」と言っているようなものなのである。

しかし，DSDs に対するクリニカル・バイアスとして挙げなくてはならないのは，それ以前の問題，すなわち，DSDs のある人々を「人間」として見ることを損なうことであろう。DSDs のある女性・男性は，医学において,「珍しい症例」として，まるで「見世物小屋」のような扱いを受けてきた歴史があった。「彼ら（医学生）はテーブルの周りに立って私のズボンを下ろしてジロジロ見たんです。いつも自分が展示されているように感じていた。私はフリークスなんだと思いました。」「私はベッドの上の『新しい対象（new thing)』でした…。医学生たちが診ることになっていて…。我先に見ようとする人もいました。その・・・私の，…性器をです…。」という生々しい証言もある。また，性器や全裸の標本写真を撮影された子どもたちもいる。これは,「珍しい症例」ばかりを見て，人間を標本化してしまう

根本的なバイアスと言えよう。

このような行為は現在のDSDs専門医療では，全人医療が叫ばれるようになってから厳に慎まれている。しかし，人間を標本にするようなこのような写真は，21世紀の現代，全く別の分野で見られるようになった。LGBTQ等性的マイノリティの人々の「性の多様性」の講座などである。

そこでは「体の性も多様性がある」「性はグラデーション」として，DSDsのある子どもたち・人々の全裸の標本写真や性器の図をディスプレイし，「性別は男女だけじゃない」と謳われ，「このような人のために男女以外の性別欄が必要なのです」と訴えられ，「何をもって男性器・女性器と言うのですか？」と問われる。このような「利用」をする人々は，自分が果たして何をやってしまっているのか全く見えていない，あるいは他者（＝人間）が全く見えなくなってしまっているのである。

われわれ人間は，ピンでとめた蝶の標本を色とりどりのグラデーションに壁に並べ，「自然は多様性を愛する」と謳えてしまう倒錯的な存在でもある。バイアスを脱するとはどういうことか？それは，目の前の人を，自分が好き勝手に使えるモノではなく，自分と異なる他者として見ることができる意識の在り方なのだろうと思われる。［ヨ］

［利益相反］

申告すべきCOIはない。

［引用・参考文献］

1）FitzGerald C, Hurst S: Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review, BMC Med Ethics, 18(1): 19, 2017

2）Sue, DW: Microaggressions in everyday life: Race, gender & sexual orientation. Wiley, 2010（マイクロアグレッション研究会訳，日常に埋め込まれたマイクロアグレッション―人種，ジェンダー，性的指向：マイノリティに向けられる無意識の差別― 明石書店，東京，2020）

3）石橋道子，二本松美里，矢式寿子，髙垣耕企，吉野敦雄，三宅典恵，岡本百合：日本の大学における外国人留学生の留学生相談およびメンタルヘルス支援に関する考察，総合保健科学，38：11-19, 2024（https://doi.org/10.15027/55782）

4）ヨヘイル：DSDs：体の性の様々な発達（性分化疾患／インターセックス）排除と見世物小屋の分裂，ジェンダー法研究７：99-157, 2022

〈焦点Ⅲ－４〉

「ウェルビーイングを支える」ことに，わたしたちは何ができるのか？：
リフレクティング・トークを活用したウェルビーイング支援の対話実践

樋口倫子*　岡美智代**　野呂瀬崇彦***　木村聡子****　小坂素子*****
二瓶映美******　松本光寛*******　吉野亮子********
*明海大学　**群馬大学大学院　***ならは薬局　****宝塚大学　*****神戸女子大学
******秀明大学　*******群馬大学大学院　********関西医療大学

What Can We Do to “Support Well-Being”?:
Dialogical Practice for Supporting Well-Being through Reflecting Talks

Noriko Higuchi*　Michiyo Oka**　Takahiko Norose***　Satoko Kimura****
Motoko Kosaka*****　Emi Nihei******　Mitsuhiro Matsumoto*******
Ryoko Yoshino********
* Meikai University　** Gunma University, Graduate School of Health Sciences　*** Naraha Pharmacy
**** Takarazuka University　***** Kobe Women’s University　****** Shumei University
******* Gunma University, Graduate School of Health Sciences
******** Kansai University of Health Sciences

キーワード
対話実践　dialogical practice
対話的空間　dialogical space
ウェルビーイング　well-being
リフレクティング・トーク　reflecting talk
関係的態度　relational attitude

Ⅰ．緒言

近年，保健・医療・福祉分野において「ウェルビーイング（well-being）」の概念が重要視されている。ウェルビーイングは，「個人や社会が経験するポジティブな状態であり，生活の質や意味・目的意識を持って世界に貢献する能力を含む」と位置づけられている[1)]。従来の疾病中心の医療モデルに代わり，個人の主観的幸福感や社会的つながり，意味のある生の追求といった包括的な健康観が求められている[1)]。患者のウェルビーイングに焦点を当てたケアへの転換は，医療をより人間中心で包括的なものへと進化させる重要な潮流となっている[2)]。

筆者らは，本学会企画運営委員会の「職種間連携の促進」に関する共同研究グループの一員として，対話的アプローチを通じた職種間理解の促進を目指し活動してきた。筆者らは，職種間の相互理解を促進するための対話プログラム「Dialogical Meeting for Interprofessional Understanding（DMIU）」を開発し，対話の実践を重ねる中で得られた知見や参加者の反応をもとに，プログラム内容の精緻化と構造の改善を重ねてきた[3)]。

DMIU では，リフレクティング・トーク[4)] を活用し，「聞く」と「話す」を丁寧に繰り返しつつ対話を紡ぐことを大切にしている。

13 焦点Ⅲ-40-1ー樋口 他.indd　64　2025/11/21　16:27:38

一方，専門職間や地域における連携・協働の場面では，対話が「問題解決」や「調整」の手段にとどまり，深い相互理解や価値観の共有にまでは至っていない。そのような現状に対し，本交流集会ではリフレクティング・トークという対話の枠組みに注目し，話すこと・聴くことを通じて，参加者が自己や他者の語りを新たに捉え直すことを試みた。

本稿では，第38回日本保健医療行動科学会の交流集会において，「『ウェルビーイングを支える』ことに，わたしたちは何ができるのか？」の問いを立て実施された対話を振り返る。

Ⅱ．理論的背景

1．対話の理論的基盤

対話は，一人ひとりが大切にされ，共に考え，意味を生成するプロセスである。Isaacs W[5]は，対話を「共に考えるための技法（art）」とし，単なる情報のやりとりではなく，相互に影響を与え合いながら新たな思考の地平を拓く行為であると述べている。

また，デヴィッド・ボーム[6]は，対話について，その語源から人々の間を通って流れている「意味の流れ」というイメージがあり，グループ全体に一種の意味の流れが生じ，そこから何か新たな理解が表れてくる可能性を伝えていると表現している。勝ち負けではなく，相違を起点とした共創的理解が対話であることを強調した。さらには，他者の他者性を尊重することが対話の核心となる[7]。

さらに，対話的構造においては，「無知の姿勢（not-knowing position）」[8]が重視される。対話は結論を急ぐものではなく，不確実性を受容し，他者の語りに対して丁寧に応答する態度を基盤とする。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[9]。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。

2．リフレクティングの思想と技法

リフレクティングは，トム・アンデルセンによって家族療法の現場で誕生した[10]。従来は，ワンウェイミラーを用いて専門家が観察・助言を行っていたが，アンデルセンはその構造を転換し，専門家同士の対話を相談者が直接聞くことができるようにした。この形式は，対話を「外側から眺める」構造をとる。自己の語りを新たに再構成する契機を生み出すことになる。

リフレクティングにおいては，「語ること（外的会話）」と「聴くこと（内的会話）」が交互に織りなされる[10]。話し手は自己の内面を語り，聞き手はそれに対する応答として，共感や連想を述べる。これらの発言は直接の応答ではなく，余白を開く応答となっている。この構造により，対話の場において単一の正解を求めるのではなく，多様な意味が共存する空間が生まれる。

また，マイケル・ホワイトは，語りへの応答として次の４つの焦点を挙げている[11]。(1) 話し手の表現への注目，(2) 浮かんだイメージの共有，(3) 共鳴した内容とその背景の省察，(4) 語りによって自分がどこに「運ばれたか（transport）」の検討である。これらは，語りを通じて新たな自己理解や他者理解が生まれる契機となる。

Ⅲ．交流集会の内容

1．参加者

参加者は，医療・保健・福祉・心理など多領域に関わる専門職および大学教員・大学院生ら約14名であった。事前にリフレクティングの目的と進行が共有され，自由参加のもとでグループに分かれて実践が行われた。

2．構成と進行

参加者は，２つのグループに分かれた。１つのグループは，Ａチーム２名とＢチーム２名，ファシリテーター１名で構成され，話し手側と聞き手側の役割を交互に担う４つのセッション（計30分）で構成された。

セッション１（８分）：Ａチームが語り，Ｂチームが傾聴・観察

セッション２（８分）：Ｂチームが語り，Ａチームが傾聴・観察

セッション３（７分）：Ａチームが再応答
セッション４（７分）：Ｂチームが再応答

各セッションでは，チーム間での対話と傾聴を交互に行い，「ウェルビーイングを支えるために私たちに何ができるか」という主題を深めることを目的とした。

セッション１では，Ａチームは，「ウェルビーイングを支えるために私たちに何ができるか」について，それぞれの思いや共有したい内容を言語化し，互いに質問を交えながら対話を深めた。一方，ＢチームはＡチームの対話に集中して耳を傾け，自己の内面に生じる思いや感覚に注意を向け，心に響く声を意識的に捉えることに専念した。

セッション２では，Ｂチームが発話の主体となり，セッション１を受けて，自身の中に生じた感覚や印象，心に響いた内容を言語化しながら，「ウェルビーイングを支えるために私たちに何ができるか」について思いを述べた。また，Ａチームの発言を踏まえた質問や応答も交えた。一方，Ａチームは傾聴に徹し，Ｂチームの発言に対して内的な感覚や思考の変化に注意を払った。

セッション３では，再びＡチームが発話を行い，Ｂチームの発言に対する応答として自身の思いを言語化した。Ｂチームからの問いにも応じつつ，Ａチーム内でさらに対話を広げ，主題の理解を深めた。Ｂチームは傾聴に徹し，内面に生じる感覚や思考を再度確認した。

最後のセッション４では，Ｂチームが再度発話し，Ａチームの対話内容への応答を行った。Ａチームからの質問に応じながら，Ｂチーム内で対話をさらに展開させた。一方，ＡチームはＢチームの語りに耳を傾け，自らの内面に生じる感覚や思いに再度意識を向けた。

その後，全体でシェアリングを行った。それぞれのチームは，語り手として「ウェルビーイングを支えるために自分たちができること」について自身の思いや経験を語り，また，聞き手側のチームは，相手側のチームへの応答として，内的に生じた感覚や気づきを後に言語化するよう促された。

３．グラウンドルールとファシリテーション

実施に際しては，以下のルールが提示された。(1) 参加者同士が対等な立場であること，(2) 断定的な表現を避けること，(3) 話す分量に配慮すること，(4) ＡチームとＢチームは視線を合わせない・直接応答しないなど，構造上の安全保障を担保した。

今回の対話におけるファシリテーターの役割は，参加者が心理的に安全な環境で語り，聴き合うことができるように支援することであった。まず，対話のグラウンドルールが遵守されているかを見守りながら，議論に陥らず，異なる意見が共存できる場を整えた。相づちや「そうなんですね」「なるほど」といった受容的な応答を行い，両チーム間において，語りが受け止められ，会話に対する対話が行われているか，また，話の切れ目では，語られた内容を話し手の言葉で要約・整理し，発言の意味をグループ全体で共有したりした。発言していない参加者にも穏やかに声をかけ，語りを引き出すことなどをおこなった。

また，ファシリテーター自身が断定的な言い方を用いず，「～という可能性もあるかもしれません」などのためらいがちな表現を用いて権力差を和らげ，参加者の自由な発言を促した。基本的には見守る姿勢で，対話が停滞したり，特定の発言者に偏ったりする場合には適切な介入を行い，場のバランスを整えた。

Ⅳ．「ウェルビーイングを支える」ことに，わたしたちは何ができるのか？

対話の中では，まず支援者自身のあり方や佇まいが語られた。相手にとって安心できる雰囲気への言及である。過度に介入しすぎず，穏やかにかかわることができるのは，支援者自身の持つ余裕や生き方といった姿勢が，支援に反映されていくという認識が共有された。支援者が「ぽけっとしているようなこころの余白」についても，話題となった。

さらに，ウェルビーイングの支援には「多様性の

尊重」が不可欠であるということが語られた。人それぞれに異なる生き方や価値観があることを前提に，「同じでなくてよい」「坂道ののぼり方は人それぞれ」といった表現を通じて，相手の「あるがまま」を受け入れる姿勢への注目である。多様な生のあり方を共に肯定する関係性の基盤とも言える。

ウェルビーイングを支える営みは，単に相手の問題を解決することではなく，「その人がその人らしくいられる」ための関係性の構築に深く関わってくることに焦点があてられた。つながりや仲間づくりについても，一辺倒ではなく，マイペースで過ごせることを好む対象もいる。ひとり一人にパーソナライズされた「その人らしさ」の支援や関係性の構築を考える機会となった。また，「そのままでいられること」の肯定は，支援が「変化を促すこと」以上に，「変化を強いないかかわり」に話題が広がり，医療モデルか社会モデルの視点への転換について，個人を取り巻く環境や社会構造に問いが向けられていった。

ウェルビーイングは一義的に「幸せな状態」と捉えられるものではなく，むしろ「辛くても，幸せ」といった曖昧さや揺らぎを含む多元的な状態であり，プロセスであることも語られた。私たちは，ウェルビーイングを静的なゴールではなく，動的で関係的な実践としてとらえる視点を得た。

自分自身が自分らしくあること，他者と信頼関係を築くこと，感覚的に通じ合う瞬間を大切にすることなど，身体感覚や情動に根ざした支援のあり方も語られた。支援者が「ご機嫌に」「落ち着いた波動」でいられることが，患者さんとの関係の質に作用しうるという身体感覚も印象的であった。

Ａチーム・Ｂチームともに，対話を通じて，患者のウェルビーイングを支えるためには，一方的な関わりではなく，関係性の中で立ち現れる“ケアのかたち”を理解し支援することが重要であり，それは「ともにあること」「ともにゆらぐこと」といった在り方の中で，互いに感じ合う営みであることに気づかされた。

Ⅴ．おわりに

患者・家族とのパートナーシップの新たな形態が模索されている。従来は，医療者が一方的に治療方針を決めることが多かったが，現在では患者・家族を対等な協働者とみなし，ケアの計画・実行に積極的に参加してもらうアプローチが広がっている[12]。

我々は，患者・家族が「経験の専門家」として参画してもらう患者中心のケアを実現するための新たなDMIU（Dialogical Meeting for Interprofessional Understanding）を開発中である。新たなDMIUは，患者・家族を「経験の専門家」として多職種チームに迎え入れ，対等な関係で対話を重ねることを可能にする枠組みとして再設計されている。私たちは，DMIU（Dialogical Meeting for Interprofessional Understanding）を通して，ウェルビーイングを関係のなかで生成される動的なプロセスとして捉えてきた。

本実践を通じて，「ともにある／ともにゆらぐ」ことを大切にしながら，人間中心で包括的なケアの実現に，ささやかではあっても貢献していきたいと考える。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

引用文献

1）WHO: Promoting well-being, https://www.who.int/activities/promoting-well-being, 2021

2）Lee HA, Poon N, Dolan P, Darzi A, Vlaev I: Patients' subjective well-being: Determinants and its usage as a metric of healthcare service quality, J Health Psychol. 20, 30(3): 486–497, 2024 doi: 10.1177/13591053241246933

3）野呂瀬崇彦，樋口倫子，木村聡子，上杉裕子，川村千恵子，小坂素子，瀬在泉，二瓶映美，松本光寛，吉野亮子：リフレクティング・トークが他職種理解，自職種理解をもたらすプロセスの質的検討，日本保健医療行動科学会雑誌，38(2): 53-61，2023

4）矢原隆行：リフレクティング　会話についての会話という方向，ナカニシヤ，京都，2016.
矢原隆行：リフレクティングの臨床社会学，青土社，東京，2023

5）Isaacs W: Dialogue And The Art Of Thinking Together, Crown Currency, 1999
6）デヴィッド・ボーム（著），金井真弓（訳）：ダイアローグ　対立から共生へ　議論から対話へ，英治プレス，2019
7）ヤーコ・セイックラ，トム　アーンキル　著　斎藤環監修：開かれた対話と未来，医学書院，東京，2019
8）ハーレー・アンダーソン：新装版　会話・言語・そして可能性，金剛出版，2019
9）Harlene Anderson（Ed），Diane R. Gehart（Ed）: Collaborative-Dialogic Practice Relationships and Conversations that Make a Difference Across Contexts and Cultures, Routledge, 2022
10）Andersen T:The reflecting team: Dailogue and meta-dialogue in clinical work. Family Process, 26（4）: 415-427, 1987
11）マイケル・ホワイト著，小森康永，奥野光訳：ナラティヴ実践地図，金剛出版，東京，2009
12）Ekman I. : Practising the ethics of person-centred care balancing ethical conviction and moral obligations. Nurs Philos. 2022; 23: e12382

〈原著論文〉

Factors Influencing Heightened Awareness of Intractable Disease Diagnosis Among Primary Care Physicians: The Role of Gut Feeling, Medical Collaboration, and Diagnostic Experience

Hiroyuki Tanaka *
* Graduate School of Health Innovation, Kanagawa University of Human Services, Kawasaki, Japan

一次診療医における難治性疾患診断に対する意識向上に影響を与える要因：直感，医療連携，および診断経験の役割

田中弘之*
*神奈川県立保健福祉大学大学院　ヘルスイノベーション研究科

Abstract

Background: For early diagnosis of intractable diseases, it is crucial for primary care physician to promptly suspect refractory conditions and collaborate with specialists. Efficiently advancing this process is vital; however, early definitive diagnosis of rare diseases remains unachieved worldwide. We aimed to design and validated a theoretical structural model to understand factors involved in early diagnosis of intractable diseases and their interactions.

Methods: This cross-sectional questionnaire survey included 309 primary care primary care physician. The primary outcome measures were the self-reported use of gut feelings, empathy, awareness of intractable disease diagnosis (readiness), medical collaboration, and level of experience in diagnosing intractable diseases in clinical practice. The causal relationships among the five observed variables were analysed using structural equation modelling.

Results: The factors that directly influenced the readiness score were the level of experience in diagnosing intractable diseases, establishment of medical collaboration, and gut feeling, with significant standardized partial regression coefficients of 0.37, 0.21, and 0.16, respectively. Additionally, the establishment of medical collaboration affected the level of experience in diagnosing intractable diseases, with a significant standardized partial regression coefficient of 0.15. Empathy affected the gut feeling, but not the readiness scores, with a significant standardized partial regression coefficient of 0.12.

Conclusions: In summary, establishing medical collaboration, increasing experience in diagnosing intractable diseases, and simultaneously enhancing gut feeling among primary care physician collectively contribute to heightened awareness about diagnosing intractable diseases. Efficient progression through this process may be crucial for achieving early definitive diagnoses of intractable diseases.

キーワード
early diagnosis　早期診断
empathy　共感
gut feeling　直感
intractable disease　難病疾患
primary care physician　一次診療医

Ⅰ．INTRODUCTION

Rare diseases pose an important unresolved global public health challenge[1),2)], with approximately 7,000 rare diseases affecting a combined total of 350 million people worldwide. Approximately 94% of rare diseases lack sufficient treatment and have been associated with diagnostic difficulties for decades[3),4)]. Owing to the complexity of diagnosis and limited access to specialists, many patients with rare diseases experience misdiagnosis or delayed definitive diagnosis[1),5)]. Therefore, building collaborative efforts across nations is essential[6)].

In addition to physician-related factors, previous studies have identified patient-related and healthcare system-related factors that hinder the early diagnosis of intractable diseases. Patient-related factors include ambiguous symptoms, delays in seeking medical attention, and doctor shopping, where patients consult multiple healthcare providers without proper coordination. System-related barriers include limited access to specialists, inadequacies in diagnostic infrastructure, and restrictions within healthcare reimbursement systems. The interplay of these factors often contributes to delays in definitive diagnosis. This study focuses on physician-related factors, particularly the diagnostic behaviors of primary care physicians, to clarify the elements that influence early definitive diagnosis of intractable diseases[7),8)].

In Japan, rare diseases are defined as those affecting fewer than 50,000 patients. Designated intractable disease meets the following five criteria: 1. the mechanism of onset is not clearly understood, 2. a treatment option has not been established, 3. it is a rare disease with a limited number of patients (approximately 0.1% of the population in Japan), 4. it requires long-term care, and 5. objective diagnostic criteria (or an equivalent) have been established. Diseases meeting these criteria are designated by the Minister of Health, Labour and Welfare based on the opinions of the Health Science Council and are eligible for medical expense subsidies[9)]. A network for intractable disease medical support has been established to shorten the time to definitive diagnosis[9)]. Despite these initiatives, we recently reported that patients in Japan still endure an extremely long period before receiving a definitive diagnosis of intractable diseases[10)].

Early definitive diagnosis is crucial for patients with intractable diseases to enable the implementation of strategies that control or delay disease progression, even if no effective treatment is available[11)], and improve the patient's quality of life[12)]. By 2027, according to The International Rare Diseases Research Consortium, all individuals with intractable diseases will receive accurate diagnosis, care, and available treatments within one year of seeking medical attention[1)].

Having an initial opportunity of diagnosing patients and referring them to specialists upon suspecting an intractable disease, primary care physician (PCPs) play a significant role in achieving this goal. However, PCPs typically have limited

experience with intractable diseases, which renders diagnosis challenging[2]. Additionally, owing to their routinely high workload, they may not have sufficient time for in-depth communication, which leads to the underdiagnosis of intractable diseases and a delayed referral to specialists.

Recent reports suggested that the "gut feeling" of PCPs, which is sometimes the basis of their judgements, is associated with the diagnosis of infrequent diseases[13)-17)]. Significant and promising findings have demonstrated the value of using gut feeling in diagnosis[18),19)]. Additionally, "empathy" of PCPs plays an important role in their relationship with patients by promoting trust and understanding, enabling effective communication of medical information, and reducing the emotional burden on both parties[20),21)]. Thus, using empathy to understand a patient's emotional state triggers and influences the decision to use gut feeling[22)].

In addition, the efforts of PCPs in daily practice to acquire knowledge related to intractable diseases so that they can suspect patients of having an intractable disease may correlate with their level of experience in diagnosing intractable diseases. For early diagnosis, it is crucial to establish collaboration between PCPs and specialized hospitals. By illustrating the respective relationships between these factors, there is a potential to indicate which initiatives should be reinforced to enable the early diagnosis of rare diseases.

This study aimed at establishing and validating a theoretical structural model for the early diagnosis of intractable diseases and at elucidating the causal relationships among the contributing factors.

Ⅱ. MATERIALS AND METHODS

Ethical approval and patient consent

This study was approved by the Research Ethics Review Committee of the Graduate School of Health Innovation at Kanagawa University of Human Services (approval registration number: SHI No. 23). This study followed the operational principles of the Declaration of Helsinki and adhered to the principles of the Belmont Report. In addition, informed consent was obtained from all of participants on the website.

Study population

This survey was commissioned to the NTTCOM Online Marketing Solutions Corporation in August 2023 and was conducted using their panel. All data were delivered in an anonymous processed format. The 309 participants who were surveyed in this study were primary care physicians in Japan. The exclusion criteria were physicians who had no intention of participating in the study and those who did not complete their responses to the mandatory questions.

Sample size calculation

Assuming that approximately 100,000 physicians work in general hospitals in Japan (with a 5% margin of error and a 90% confidence level), a sample size of 309 participants was considered statistically valid for describing the population.

Questionnaires

The survey was open only to those who agreed to the terms and conditions by the time they responded. Empathy was assessed using the Jefferson Scale of Empathy for Health Professionals[23)], which consists of 20 items rated on a 7-point Likert scale. Respondents were categorized into four groups based on their total empathy scores and quartiles. The classifications of the first, second, third, and fourth quartiles for empathy were <81.00, 81.01–94.00, 94.01–106.50, and >106.51, respectively. Based on the study by Stolper *et al.*[24)], gut feeling was defined as "the physician's gut feeling that something is wrong with the patient even when there are no clear clinical signs, or the physician's gut feeling that

the strategy related to the patient is correct even when there is diagnostic uncertainty." PCPs were asked "to what extent they used gut feeling in their daily clinical practice," and their responses were evaluated on a 5-point Likert scale ranging from "Do not use at all" to "Very frequently use." The use of gut feeling was classified into four groups, with "Do not use at all" and "Rarely use" categorized as "Low degree," "Somewhat use" as "Some degree," "Often use" as "High degree," and "Very frequently use" as "Very high degree."

The participants could choose between two options, namely "Medical collaboration is sufficiently established" and "Medical collaboration is not sufficiently established," to answer the question "Is medical collaboration established with specialized facilities for intractable diseases?" A question was also asked regarding the level of experience in diagnosing intractable diseases. Responses were used to classify the level of experience, in terms of the number of times they diagnosed intractable diseases, into four groups: <5, 6–10, 11–15, and >16.

Readiness score

In this study, we established a readiness score as an indicator of awareness regarding the diagnosis of intractable diseases. Respondents were asked four questions regarding their awareness of diagnosing intractable diseases: "Are you always aware about the possibility of intractable diseases?" "Are you prepared to suspect the possibility of intractable diseases at any time and take proper measures in response?" "Are you always aware of the intractable diseases you might face?" and "Are you always studying about the intractable diseases you may face?" The respondents were asked to answer these on a 5-point Likert scale, with responses ranging from "Strongly Agree" to "Strongly Disagree."

Factor analysis using the maximum likelihood method (Promax rotation) was conducted to determine whether these questions formed a valid model for measuring the level of awareness of intractable disease diagnosis. The results showed a significant probability of 0.109 and a Cronbach's alpha value of 0.922, indicating high reliability and internal consistency.

To further validate the construct validity and potential redundancy of the Readiness Score, we conducted polychoric correlation analysis and confirmatory factor analysis (CFA) using the maximum likelihood method. No items were removed following this process, and the total Readiness Score was used in subsequent analysis.

Hypothetical model

In this study, it shows the designed hypothesis-based theoretical structural model consisting of five variables. It was hypothesized that a "high awareness of intractable disease diagnosis" is essential as a critical process for PCPs to refer patients to specialists; this observed variable is referred to as "readiness." The proposed factors influencing this variable include gut feeling, level of experience in diagnosing intractable diseases, and establishment of medical collaboration. We hypothesized that empathy, while not directly affecting readiness, indirectly affects it by influencing gut feelings, level of experience in diagnosing intractable diseases, and establishment of medical collaboration.

Statistical analysis

The average values of readiness scores for gut feeling were categorized into four groups, empathy was categorized into quartiles, and the level of experience in diagnosing intractable diseases was categorized into four groups; these were compared using analysis of variance. Additionally, the presence or absence of established medical collaboration and average values of readiness scores were compared using Student's *t*-tests.

The correlation between the level of experience in diagnosing intractable diseases and the presence or absence of established medical collaboration was analyzed using Pearson's Chi-square test. P-values <5% were considered statistically significant.

Based on these analyses, structural equation modeling (SEM) was conducted to test the theoretical structural model predicting relationships between factors. The goodness-of-fit of the model through SEM was assessed using the chi-square test, root mean square error of approximation (RMSEA), and comparative fit index (CFI). A model was considered to have a good fit if the P-values from the Chi-squared test, CFI, and RMSEA were >5%, >0.90, and <0.05, respectively[25].

Statistical analyses were conducted using IBM SPSS version 29 (IBM, Armonk, NY), and SEM analysis was conducted using IBM AMOS version 29 (IBM).

Ⅲ. RESULTS

Figure 1 presents the results of the analysis of the relationship between the frequency of gut feeling usage in the four groups and the empathy scores divided into quartiles. Among those in the lowest quartile of empathy scores, only 9.1% used gut feeling to a very high degree. This percentage increased as the frequency of gut feeling usage decreased, reaching 31.8% in those in the low-degree category. In contrast, among those in the highest quartile of empathy scores, 13.6% used gut feeling to a low degree, whereas 63.6% used gut feeling to a very high degree. This trend suggests a relationship between the frequency of using gut feeling and empathy scores.

Comparisons among the average values of gut feeling usage frequency, empathy scores, levels of experience in diagnosing intractable diseases, and readiness scores were conducted using analyses of variance. Comparisons between the presence or absence of established medical collaboration and average values of readiness scores were performed using Student's *t*-tests (Table 1). As the frequency of gut feeling usage increased, the average readiness score tended to increase (P=0.003). Concerning the level of experience in diagnosing intractable diseases, the average

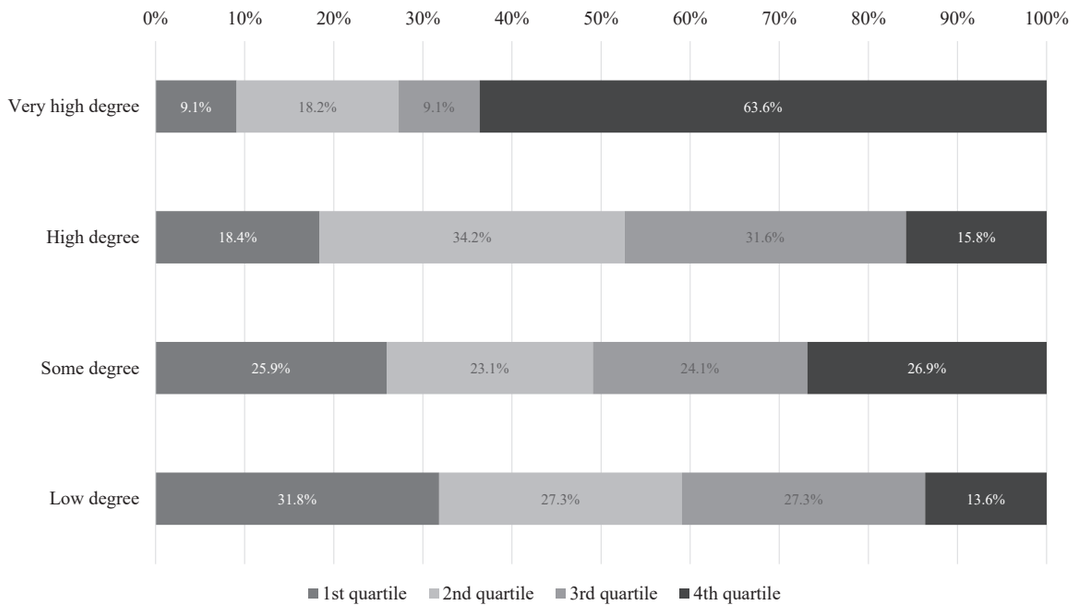

Figure 1. Relationship between the frequency of gut feeling usage and empathy among primary care physicians

Table 1. Relationship among the frequency of the gut feeling usage, empathy, experience in diagnosing intractable diseases, medical collaboration, and readiness score in 309 primary care physicians

	All, N=309 (100%)	Readiness score	P-value
	n (%)	Mean ± SD	
Gut feeling			
Low degree	44 (14.2)	11.0 ± 3.1	0.003*
Some degree	216 (69.9)	12.0 ± 3.2	
High degree	38 (12.3)	13.6 ± 3.4	
Very high degree	11 (3.6)	13.5 ± 5.3	
Empathy			
1st quartile	78 (25.2)	12.0 ± 3.4	0.975
2nd quartile	77 (24.9)	12.2 ± 3.2	
3rd quartile	77 (24.9)	12.1 ± 2.9	
4th quartile	77 (24.9)	12.0 ± 4.0	
Experiences †			
<5	180 (58.3)	11.0 ± 3.0	<0.001*
6–10	38 (12.3)	12.7 ± 2.8	
11–15	5 (1.6)	16.4 ± 3.2	
>16	86 (27.8)	13.9 ± 3.2	
Medical collaboration			
Well established	122 (39.5)	13.2 ± 3.3	<0.001*
Not well established	187 (60.5)	11.4 ± 3.2	

*Statistical significance: P <0.05; independent samples Student's *t*-test and analysis of variance performed for comparison of means.
†: Level of experience in diagnosing intractable diseases

readiness score was the highest when the level of experience was in the range of 11–15 (P<0.001). Regarding the relationship between the frequency of gut feeling usage and empathy, no significant difference was observed in the average readiness scores based on the empathy level. Furthermore, regarding the establishment of medical collaboration, the group that responded with "medical cooperation is sufficiently established" had a higher average readiness score than the group that responded with "Medical collaboration is not sufficiently established" (P<0.001). Based on these findings, there is a possible relationship among the frequency of gut feeling usage, level of experience in diagnosing intractable diseases, establishment of medical collaboration, and readiness scores.

To further examine the construct validity of the Readiness Score, we conducted polychoric correlation analysis and confirmatory factor analysis (CFA). The polychoric correlations among the four items ranged from 0.66 to 0.76. The highest correlation was found between Q6 and Q5 (0.76), while the lowest was between Q5 and Q9 (0.66). As none of the correlations exceeded 0.80, the results indicate that the items are moderately correlated but not redundant. CFA results showed that all four items had high factor loadings: 0.903 (Q8), 0.902 (Q6), 0.843 (Q5), and 0.818 (Q9). As all loadings exceeded the commonly accepted threshold of 0.40 and remained below 0.95, we confirmed that each item contributes meaningfully to the Readiness Score. Therefore, all four items were retained.

It is evident that the readiness score is related to these factors and serves as an indicator for the early diagnosis of intractable diseases. Although previous examinations revealed trends in the relationships between these factors in two-variable correlations, it is necessary to investigate how these factors are interconnected as well as their series of relationships to validate the proposed

theoretical structural model. Accordingly, we examined the causal relationships among the five observed variables using SEM (Figure 2).

The factors that directly influenced the readiness scores were the level of experience in diagnosing intractable diseases, establishment of medical collaboration, and gut feeling, with standardized partial regression coefficients of 0.37, 0.21, and 0.16, respectively. All these coefficients yielded statistically significant results. The level of experience in diagnosing intractable diseases had the most significant impact on the readiness score, followed by the establishment of medical collaboration and gut feeling. The establishment of medical collaboration also had an impact on the level of experience in diagnosing intractable diseases, with a significant standardized partial regression coefficient of 0.15. Empathy did not have a direct impact on the readiness score but influenced gut feeling, with a significant standardized partial regression coefficient of 0.12. Chi-square test, RMSEA, and CFI indices were used to evaluate the goodness-of-fit of this model. The P-values for the Chi-square test, RMSEA, and CFI were 0.538, <0.001, and >0.999, respectively, indicating a very good data fit in this model.

Main findings

In our previous research, we observed that many patients diagnosed with an intractable disease had been suspected of having the disease for over a year, yet it often took several years to receive a definitive diagnosis[10]. In patient surveys, many patients raised concerns about healthcare institutions not referring them to specialized hospitals without PCPs, suspecting the possibility of an intractable disease[7]. Patients facing such situations often experience a decreased motivation to seek medical attention; thus, longer periods are needed to obtain a definitive diagnosis. Despite the proactive efforts of national and local governments to establish intractable disease-support networks and enhance medical collaboration, our study revealed that 60.5% of the PCPs did not establish medical collaboration. Furthermore, the most common response explaining the underlying reason was, “We haven’t established medical collaboration itself in the first place,” followed by “Communication with specialized hospitals is difficult” and “Even if we refer patients to specialized hospitals, they don’t receive proper care.” Patients who visited PCPs might find it challenging to reach specialized hospitals

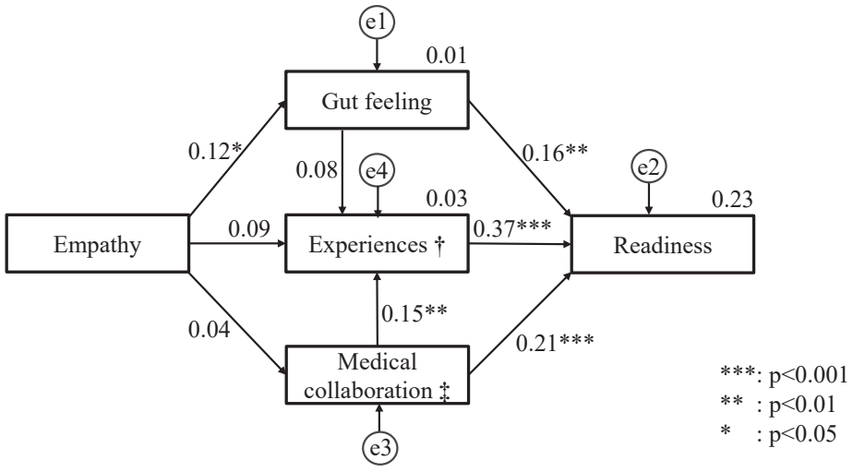

Figure 2. Results of structural equation modeling for respective factors.

† : Level of experience in diagnosing intractable diseases. ‡ : Establishment of medical collaboration

promptly. In this study, a significant difference in the average readiness score was observed between those who had and had not established medical collaboration (P<0.001). Those who had not established medical collaboration had lower readiness scores than those who had. A readiness score reflects awareness of intractable disease diagnosis; in the group that had not established medical collaboration and had a lower readiness score, there were concerns about the attitudes of PCPs towards intractable disease diagnosis.

This study demonstrates that establishing medical collaboration by PCPs, increasing the PCPs' experience levels in diagnosing intractable diseases, and simultaneously enhancing the PCPs' gut feelings and empathy comprehensively lead to increased awareness of intractable disease diagnosis. Thus, the efficient improvement of this process may be effective in achieving an early definitive diagnosis of intractable diseases.

Ⅳ. DISCUSSION

Previous reports have suggested that interventional training can raise empathy levels[26)-28)].

The results from Figure 1 indicated a potential association between empathy and gut feeling. However, the SEM analysis revealed that the influence of empathy on gut feeling was weaker than that of other factors, suggesting that additional elements contribute to its development.

Regarding the establishment of medical collaboration, it may be possible to further strengthen the infrastructure through cooperative efforts involving medical association networks and local authorities. Additionally, it is crucial to gather the necessary information for intractable disease diagnosis and prepare for the diagnosis of patients with suspected intractable diseases. To achieve this, it is necessary to centralize the information accessible to PCPs and individuals with intractable diseases. For example, providing opportunities for physicians to participate in regular educational programs, case-based learning, and simulation training can be considered essential strategies to prepare for diagnosing unknown intractable diseases. Recently, efforts were made to use social media platforms to connect patients with similar challenging health issues with clinical professionals who were knowledgeable about rare diseases[29)-31)].

The polychoric correlation results demonstrated moderate relationships among the Readiness Score items, with no excessive collinearity. Furthermore, CFA results supported the construct validity of the score, as all items had appropriate factor loadings. Given these findings, no item was removed or combined, confirming that the Readiness Score appropriately measures preparedness for recognizing and addressing rare diseases.

With the aggregation of such information, PCPs might easily utilize artificial intelligence for patient diagnosis. This could offer a solution for alleviating the diagnostic challenges faced by PCPs and serve as a crucial step in reducing delays in definitive diagnosis. Early diagnosis of intractable diseases will likely require addressing the issue from various perspectives and exploring multiple solutions.

Limitations

The strengths of this study lie in the following: 1) identifying crucial factors related to the referral of patients from PCPs to specialized hospitals, which is a critical step in expediting the definitive diagnosis of intractable diseases, and 2) developing and validating a theoretical structural model for this process. Furthermore, this study demonstrates the influence of the factors on each other within the model.

This study had several limitations. It focused on the challenges of achieving a definitive diagnosis of designated intractable diseases within the context of the Japanese healthcare environment. Therefore, caution should be exercised when

attempting to generalize this concept to all rare diseases in countries with different healthcare environments. Nevertheless, our approach offers insights into potential solutions to aid the efforts of each country to achieve early diagnosis.

In conclusion, establishing medical collaboration, increasing the long-standing experience in diagnosing intractable diseases, and simultaneously enhancing gut feeling and empathy among PCPs collectively contribute to a heightened awareness about diagnosing intractable diseases. Furthermore, efficient progression through the reported process may be a crucial step towards achieving an early definitive diagnosis of intractable diseases. Future studies need to address the methods to resolve delays in the diagnosis of intractable diseases.

Conflicts of Interest

There is no conflict of interest to disclose.

References

1）Austin CP, Cutillo CM, Lau LPL, et al.: Future of Rare Diseases Research 2017-2027: An IRDiRC Perspective, Clin Transl Sci., 11: 21-27, 2018

2）Schieppati A, Henter JI, Daina E, et al.: Why rare diseases are an important medical and social issue, Lancet., 371: 2039-2041, 2008

3）Groft SC, Posada de la Paz M: Rare Diseases: Joining Mainstream Research and Treatment Based on Reliable Epidemiological Data, Adv Exp Med Biol., 1031: 3-21, 2017

4）Reserved IUAR: OrphanetNovember 1, 2023. Available from: http://www.orpha.net/consor/www/cgi-bin/index.php?lng=EN.

5）Benito-Lozano J, Arias-Merino G, Gomez-Martinez M, et al.: Diagnostic Process in Rare Diseases: Determinants Associated with Diagnostic Delay, Int J Environ Res Public Health., 19, 2022

6）Stoller JK.: The Challenge of Rare Diseases, Chest., 153: 1309-1314, 2018

7）Tanaka H, Shimaoka M: Challenges associated with delayed definitive diagnosis among Japanese patients with specific intractable diseases: A cross-sectional study, Intractable Rare Dis Res., 12: 213-221, 2023

8）Tanaka H, Shimaoka M: Emotional journey of patients with specified intractable diseases in Japan, Intractable Rare Dis Res., 13: 57-62, 2024

9）Ministry of Health LaWoJ: December 21, 2024. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000149904_1.pdf.

10）Tanaka H, Shimaoka M: Trust in physicians and definitive diagnosis time among Japanese patients with specific intractable diseases: A cross-sectional study, Intractable Rare Dis Res., 12: 97-103, 2023

11）Zurynski Y, Frith K, Leonard H, et al.: Rare childhood diseases: how should we respond?, Arch Dis Child., 93: 1071-1074, 2008

12）Domaradzki J, Walkowiak D: Medical students' knowledge and opinions about rare diseases: A case study from Poland, Intractable Rare Dis Res., 8: 252-259, 2019

13）Oliva-Fanlo B, March S, Gadea-Ruiz C, et al.: Prospective Observational Study on the Prevalence and Diagnostic Value of General Practitioners' Gut Feelings for Cancer and Serious Diseases, J Gen Intern Med., 37: 3823-3831, 2022

14）Pedersen AF, Andersen CM, Ingeman ML, et al.: Patient-physician relationship and use of gut feeling in cancer diagnosis in primary care: a cross-sectional survey of patients and their general practitioners, BMJ Open, 9: e027288, 2019

15）Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, et al.: Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning, J Gen

Intern Med., 26: 197-203, 2011
16）Stolper E, van Royen P, Dinant GJ: The 'sense of alarm' ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression, Eur J Gen Pract., 16: 72-74, 2010
17）Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, et al.: Consensus on gut feelings in general practice, BMC Fam Pract., 10: 66, 2009
18）Donker GA, Wiersma E, van der Hoek L, et al.: Determinants of general practitioner's cancer-related gut feelings-a prospective cohort study, BMJ Open., 6: e012511, 2016
19）Hjertholm P, Moth G, Ingeman ML, et al.: Predictive values of GPs' suspicion of serious disease: a population-based follow-up study, Br J Gen Pract., 64: e346-353, 2014
20）Derksen F, Bensing J, Kuiper S, et al.: Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study, Fam Pract., 32: 94-100, 2015
21）Derksen F, Olde Hartman TC, van Dijk A, et al.: Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients, Patient Educ Couns., 100: 987-993, 2017
22）Pedersen AF, Ingeman ML, Vedsted P: Empathy, burn-out and the use of gut feeling: a cross-sectional survey of Danish general practitioners, BMJ Open., 8: e020007, 2018
23）Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, et al.: Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty, Am J Psychiatry., 159: 1563-1569, 2002
24）Stolper CF, Van de Wiel MW, De Vet HC, et al.: Family physicians' diagnostic gut feelings are measurable: construct validation of a questionnaire, BMC Fam Pract., 14: 1, 2013
25）Escobedo Portillo MT, Hernández Gómez JA, Estebané Ortega V, et al: Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados, Ciencia & trabajo., 18: 16-22, 2016
26）Hojat M: Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures, J Health Hum Serv Adm., 31: 412-450, 2009
27）Kelm Z, Womer J, Walter JK, et al.: Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review, BMC Med Educ., 14: 219, 2014
28）Stepien KA, Baernstein A: Educating for empathy. A review, J Gen Intern Med., 21: 524-530, 2006
29）Klein AZ, Sarker A, Cai H, et al.: Social media mining for birth defects research: A rule-based, bootstrapping approach to collecting data for rare health-related events on Twitter, J Biomed Inform., 87: 68-78, 2018
30）Subirats L, Reguera N, Bañón AM, et al.: Mining Facebook Data of People with Rare Diseases: A Content-Based and Temporal Analysis, Int J Environ Res Public Health., 15, 2018
31）Yamaguchi A, Queralt-Rosinach N: A proof-of-concept study of extracting patient histories for rare/intractable diseases from social media, Genomics Inform., 18: e17, 2020

〈原著論文〉

ハンセン病療養所の共同体における看取りの維持と継承に関する研究：
共同体メンバーとしての看護師が入所者と織りなすケアリング

塚本尚子*　渡邉　彩*　工藤みき子**
*上智大学総合人間科学部看護学科　**杏林大学保健学部看護学科

Maintenance and Inheritance of End-of-life Care in the Community of a National Hansen's Disease Sanatorium: Caring of Residents by Nurses as Community Members

Naoko Tsukamoto*　Aya Watanabe*　Mikiko Kudo**
*Sophia University, Faculty of Human Sciences, Department of Nursing
**Kyorin University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

要旨

本稿の目的は，ハンセン病療養所で引き継がれてきた共同体の看取りを維持し継承するにあたって，看護師の役割を明らかにすることである。国立ハンセン病療養所に10年以上勤務経験のある看護師10名を対象に，２時間の面接調査を行い，解釈学的現象学のアプローチを用いて分析を行った。この結果，延べ32の看取りの場面が抽出された。ここで勤務する看護師は，【入所者によって試されるプロセス】を契機として，＜入所者や先輩看護師から学ぶ姿勢＞の重要性に気づき，【入所者に受け入れられるための努力】が喚起されていた。この過程は，ケアリングを作りあげる過程と一致しており，トランスパーソナルケアリング関係の完成を機に，【自分たちの看護師としての受け入れ】がなされ，共同体への参画者となっていった。これにより【入所者による看護師の存在の位置づけ】には変化が生じ，＜自分の最期の決定を委ねる存在＞，＜自分が生きたことの証人としての存在＞となった。この過程で看護師はエンパワーされ，強固にあった【刷り込まれたあたりまえの意識】を突き崩し，良い看取りの実践を創造し，さらに共同体には相互の癒しがもたらされていた。共同体の看取りの継承にあたっては，看護師が共同体の参画者でありつづけることが大切であることが明らかになった。

キーワード

ハンセン病療養所	national hansen's disease sanatorium
共同体	community
看取り	end-of-life care
看護師	nurses
ケアリング	caring

Ⅰ．緒言

国立ハンセン病療養所（以下療養所とする）は，1907年法律第11号「癩予防ニ関スル件」に基づき設置され，1941年に厚生省に移管されたものである。「らい予防法廃止に関する法律」が制定されるまでの90年間に渡り，隔離収容政策のための強制収容施設として機能し，1909年からの102年間に56,575人の人々が隔離されたことが記録されている[1)]。らい予防法廃止以降はすべての人が退所可能となったものの，総退所者のうち軽快退所，自己退所は

19,502 名（36％）にとどまり，25,200 名（46％）は死亡退所であった[2]。2024 年 5 月現在，13 の施設で入所者の総数は 718 名，平均年齢 88.3 歳と報告されており[3]，施設全体が看取りの時期に入っている。

療養所の現在の様相は，他の身体不自由を伴う高齢者施設と類似しているものの，明らかに異なる点がある。それは，この施設が強制隔離を余儀なくされた場だった点であり，ここでの人々の活動の多くは長年規則によって管理されたものであった。しかしここに収容された人々は，長い隔離生活の過程において，自らの力によって相互扶助的な機能を創造し，生活組織としての共同体へと変化させてきた[4]。このように，ここで生活してきた人々は，被害者でありながらも自立的でありエンパワーされた人々である。

この施設の看取りや葬儀は，開院期より患者作業として制度化され，入所者同士で相互に担ってきた歴史がある[4]。当時，療養所の各部屋には患者の中から「籍元」と呼ばれる役割の者が置かれ，12 名ほどの患者たちの親的な役割を担っていた[5]。この籍元は，重病人の付き添いから看取り，葬式とその後の湯灌，荼毘にふすまでの 24 時間の付き添い，火葬後の骨上げまでを行っていた[5]。こうした看取りは制度として導入されたものであったが，「部屋の者がみんな（夜伽室へ）行ってお線香の支度したり，夜通しずっと起きとってな…心ばかりのお菓子を買うてきて，お供えしてあげて」（p 226）[5] という語りからは，義務的なものは感じられなかった。1950 年代以降この制度は廃止され，看取りや葬儀は職員によって行われるようになったものの，青山[4] は「療養所という場で親密な関係を結んだものを最期まで介護し，死後もなお供養したいという気持ちを，看取りというしきたりによって表現してきた」（p 98）と述べており，制度廃止後もここでの看取りは，生活共同体によって支えられてきたものと考えられる。共同体における死は，個人の死とは異なる側面がある。奥山[6] は，「教会の墓地は共同体の中心であり，市場や集会が開かれる公的空間なのであり，そこに死者は匿名的で公的なものとして存在し続け，生者は日常生活のなかであたりまえのこととして死に慣れ親しんでいた。」と述べている。すなわち共同体の中にあって死は，社会的な性質を帯びることによって，個人を癒し苦しみから救済してきた。しかし，療養所は縮小しつつあり，共同体の構成員である入所者数はもっとも多かった 1955 年（11057 名）に比べ，現在その 6 ％（718 名）へと推移している[3]。さらに入所者の高齢化も年々進展し，共同体の縮小に伴い，その機能も減衰してきているものと考えられる。

そこで，この共同体で受け継がれてきた看取りの機能を維持していくにあたり，看護師の役割に注目した。現在，入所者の看取りを含めた生活全般を支えるケアは，全面的に看護師と介護職者とが担っている。看護師のもつ本質的な役割は，対象と共にあり，そのセルフケア能力に応じて日常生活行動の不足を代替し，その人らしさを守るとともに，生体の諸臓器の機能を整えることにある。このような点から，看護師はこうしたケアを通じてこの共同体の参画者となり，それによって共同体がもっていた看取りによる癒し機能を補完，継承できるのではないかと考えた。

本研究では，看護師の看取り場面の語りを通じて，療養所での看取りの実態と，そこで看護師は何を考え，どのようにかかわってきたのか，そこには入所者と看護師のどのような関係性があるのかを明らかにすることを目的とする。それらの分析を通じて，看護師は，共同体の参画者となりえているのか，共同体にあった癒し機能を補完し，継承する役割を担うことが出来ているのかについて考察していくことを目指す。

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

療養所における看取りについて，看護師の観点から具体的かつ詳細に記述することによって，看護師と入所者の間で紡がれてきた関係性と，そこにある意味を理解するために質的記述的デザインを用いた。このデザインは，経験を記述しそれに意味を与えるためのアプローチ[7] である。これによって現象の中に埋め込まれている看護師の実践の意味を導き出し，共同体の中で看護師が成してきた看護実践の本質を可視化することができる。そこで，本研究

の目的を達成するにあたり最適なデザインであると考えた。

2．研究参加者

国立ハンセン病療養所での勤務経験が10年以上であり，施設長より推薦を受け，面接調査に同意の得られた看取りの経験が豊富な看護師とした。

3．データ収集方法

インタビューガイドを用いた，半構造化面接を行った。2021年12月～2023年3月に対象者の勤務地において対面で行ったが，1施設はオンラインとした。面接は「これまで経験されてきた看取りについてお聞かせ下さい。」という問いから始め，看取りのプロセスでの入所者とのかかわりの具体的な内容と，その時看護師が抱いていた気持ち，看取った入所者とのそれまでの関係性等について問い，一人2時間程度とした。

4．分析方法

本研究では，特定の経験の意味の探索を目指すCohen, Kahn, Steevesの解釈的現象学のアプローチ[8)]を参考として用いた。このアプローチによって，入所者と看護師の間にはどのような関係がつくられ，看取りにおいてそれがいかなる意味を作り出していったのかを明らかにできると考えた。具体的には，1）面接で得られた音声データから作成した逐語録を繰り返し読み，看取りに関する語りを抽出した。2）個人ごとの語りについて，看取りまでのかかわりの実際と，その時々に抱いていた気持ち，その背景となった記述について注意深く繰り返し読み，「看護師と入所者の織りなす関係性」にかかわる語り部分を取り出した。3）10名によって語られた内容について，文脈を損なわないように注意しながら，共通する語りを集約し，それらの内容をよく表現する単語をテーマとして＜＞で示した。4）得られたテーマについて，語りの内容を熟考しながら，その背後にある関係における意味に注目して統合した。そして，複数のテーマから立ち現れる，入所者あるいは看護師にとってもつ意味を【】で示した。これらの意味が，共同体の変化にどのようにつながっていたのかを解釈しながら，その流れについて全体の構造化を試みた。5）最終的に2つの主題に整理され，主題ごとに共同体の変化につながっていった根本的な構造を表現する文章へと整理した。

5．倫理的配慮

研究実施に先立ち，上智大学「人を対象とする倫理審査委員会」において実施許可を得た（承認番号2021-55）。研究参加者には，説明文書および，参加前には再度口頭で参加同意の確認を行い，同意撤回方法についても説明を行った。

Ⅲ．結果

1．研究参加者と看取り事例の概要

研究参加者は10名であり，療養所での平均勤務年数は15.7年だった。延べ32の看取り場面が抽出され，死の間際の12の場面では，看護師の「共にある」,「声をかける」,「触れる」,「そばにいる」といったケアが語られた。また看取りのプロセスでは，縁のあった外部の人々と最期を過ごしたいという希望を叶えるための調整の過程や，目の届きにくい居室での看取りを叶えるための配置の工夫，本人と家族の異なる希望を両立させるための調整の過程など，成功裡に行われた看護師の看取りの実践が多く語られていた。一方5つの事例では，入所者の希望が分からない状況下で吸引や点滴などに携わった過程や，入所者の希望を叶えられなかった後悔が語られた。

2．看護師が共同体の参画者となっていくプロセス

看取りにおいて看護師が共同体の参画者となっていくプロセスは，2つの主題で構成されていた。以下に，主題の中に立ち現れた構造を記述し，それを導き出した語りの中心となった箇所を表に示した。

1）看護師と入所者の織りなす関係性の変化

関係の始まりには，【入所者によって試されるプロセス】があった。これを契機として，看護師は様々な【入所者に受け入れられるための努力】を行っていた。はじめに＜入所者や先輩看護師から学ぶ姿勢＞が生まれ，これにより＜入所者のニーズの理解＞，＜入所者の抱えてきた痛みへの理解＞，＜入所

表1　看護師と入所者の織りなす関係性の変化

意　味	テーマ	看護師の語り＊
【入所者によって試されるプロセス】	＜入所者による厳しい評価＞	新しく来た看護師さんのことをじっと見とるんですよね。あの看護師さんは，どういう言葉遣いをするかなとか，どういう処置をするかなとか。そいで何かチクるんですよね，自治会長さんに。
		処置とか包帯巻いたりは得意としていたのに，それが，曲がった手や，全部の指に巻いていくっというのが最初できなくて，「どんな勉強してきたんや」ってすごい怒られて，文句を言われて。
	＜入所者によるケアの拒否＞	「痛いな，あんたそんなことしてからに。もっと優しくできんのかな」とか，「痛いと思っていないけん，そんなことをするんやろ」とかいう言葉も直接言われました。目は，触らせてくれませんでした。目は，大事な目やからということで。目薬を入れるんですけども，慣れた看護師さんでなかったら，あんたはいいよって言われましたし，傷の交換でも，見てちゃんと覚えなさいって言われました。
【入所者に受け入れられるための努力】	＜入所者や先輩看護師から学ぶ姿勢＞	入所者の人に言われることは，やっぱりつらかったし，腹がたったり色々しましたけど，先輩方がいろいろ教えてくれたっていうのもあって。「あの子に巻いてもらったら傷ができるから」って避けられてたんですよ。でも（私は）気がつかなっくって。クレームが入って初めて知って。その時おられた先輩が，自分の足を出して「わしの足で巻いて練習せえ」言うて，教えて下さって。
		患者さんに認めてもらうには，自分でそれを覚えて，どうですか言うて，患者さんに聞きながら教えてもらったっていうところです。
	＜入所者のニーズの理解＞	患者さん側も，他の病院だったら望まんのじゃないかなって。望もうと思っていないんじゃないかなって思うんです，一般の病院だったら。だけどここの人は，ここが生活の場だから，それを望まんて言うことは，一生しないということになってしまうから，望まざるをえんのかなと思う。
		外から来たものは，入所者の方を椅子に一人で座らせて待っててもらうということが危ないと思わないんですけれど，療養所でずっとされている看護師の先輩は，そういう状態で目を離すことが次の危険につながる（ことを知っている）。だから，本人に重々言うか，誰かと替わるとか，誰かに依頼するとか，何かを取りに行くんだったんですけど，こういうことも神経をとがらせておかないといかんのやなって思いました。
	＜入所者の抱えてきた痛みへの理解＞	私が就職した当初は，入所者さんがあれ食べて，これ食べてとか持ってくるものも，「自分は触ってないから大丈夫だよ。この取り分けるのは，自分でやってないよ，誰かにやってもらったから大丈夫だよ」っとか，そういう言葉を結構聞いたんで，私たちが思っているより，自分たちをハンセンっていうので，すごい（汚い者という）気持ち的なものがあるのかなと（感じた）。
		（療養所から）外に出られるというのは，顔が崩れていないとか，手が欠損していないとかいうことがあるだろうなあって。やっぱり目に障害があったりすると難しいですし，手は本当に見た目で分かっちゃうので，そういうのは（療養所から出て生活することを難しくしてきたと）思いますよね。
	＜入所者の苦しみへの共感＞	私，聞いたんです。そんなに自分が悪いことしたわけでもないのに，そういうふうに親とか，兄弟とか（に悪い）って思うんって聞いたんです。そしたら，思うって。それは，悪いことをしたわけではない。でも，ハンセン病にかかったから，ハンセン病になったから申し訳ないと，そう言ってました。
【自分たちの看護師としての受け入れ】	＜外部の看護師の前でのよそ行きの対応＞	よその病院に入院するのについて行って，入所者の方が気をつこうて，慌てたりとかして呼吸が乱れるのをこらえて，向こうの人（看護師）が言うように動く姿を見て，やっぱり外に行くと入所者の方もいつもの自分じゃあかんと思う。（療養所では言いたいことを言っていることが）分かっとんやなと思うたら，ちょっと，分かってしよんやったらええかって。
	＜家族のような遠慮のない会話＞	（入所者が）退院することがないという中で，（入所者と）対立することはままあって。やっぱりこれは言っておかなければならない時っていうのが自分の中であって，大体腹を割って話したほうが，その後に，自分でも悪かったところとかはもちろん誠意をもって謝って，最終的には落ち着けるようにしながら。
【人と人としての向かい合いと出会い】	＜相手を心から思う気持ち＞	最期の時に，とても多分さみしかったんだと思うんです。だんだん身の置き所がなくなってきて，すごく人（看護師）のことをたたいたりすることもあったけれど，でも合間合間にケアをして，こうだったよねと言って，ちょっと穏やかになってくると突然また「ごめんな」とかそういう言葉が出てくるんです。だから多分その人のなかで，やってもらっているということに感謝というのか，何かがあったんだろうなと思って。
	＜入所者へのいとおしさ＞	やっぱり最期は，一緒に見送りたいっていう気持ちですかね。一人で逝かせたくないっていうか，「お疲れさまでした」って言いたいっていう意味で。（一人で逝かせてしまったら）その後悔が残る感じですかね，自分だったら。家族がいたらね，それをあとから補完してもらえますけど，そうじゃない人がいっぱいいるので，魂が亡くなるその時は，誰かに立ち会ってもらいたいっていうか，いる人皆で（見送りたい）ってありますね。
	＜死後もつながった関係＞	「ミカン（木に）なってるよね。○○さん天国から「ミカンさ，ちょっとなったから取ってよ」って言ってるよねとか，○○さん，「天国でさ，アールグレイって言ってるよね」とか言っています。
【入所者による看護師の存在の位置づけの変化】	＜自分の最期の決定を委ねる存在＞	看護師さんが点滴をしないと私のことがすごくかわいそうだと思ったら，1，2回はしてもいいよ。でも，その後はしなくていいよ。私はかわいそうじゃないからって。「ご飯食べられなくなったらどうする」って言ったら，「しなくていいの，それはもう私は欲してないから，だから要らない」って言ったんです。
		他院から療養所へ救急車で迎えに行き，主治医からは救急車の中で亡くなってもおかしくない状況と告げられていたんですが，本人が亡くなる前に奥さんのお墓参りに行きたいというふうに言われて。とっさの判断で救急車でお墓に行って，手を合わせてきました。そこから2週間で亡くなったんですけど，本人はお墓参りしたときに，もういつ亡くなってもいいと思ったっていわれ，本当にありがとうっていう言葉を聞くことができて，一番心に残っています。
	＜自分が生きたことの証人としての存在＞	自分が死んでしまうことが受け入れられなくて，私はもっと生きられるはずだったっていう（思いがあり）。だからみんなにわっーってあたり散らして。でも私にその時言われた「私がこの世の中に生きとったことを覚えとってな」という一言が，本当に忘れれなくて，30年経った今も名前もちゃんと覚えてて，いまだにその人の話をすると切なくなるんですけど。

＊看護師の語りは、意味を抽出するにあたり中心となった語りを語り例として一部掲載したものである。

15 原著論文-40-1―塚本 他.indd 82　2025/11/11　9:51:47

表2　入所者の看取りをめぐる軋轢とその克服

意　味	テーマ	看護師の語り[註]
【刷り込まれたあたりまえの意識】	＜療養所の看取りのしきたり＞	自分が居室で亡くなるとしたら，次の人が入ってくる人が困る。だから，自分たちはもう部屋で亡くなるということができないのが，当たり前。誰がそれを言ったわけでもないのに，それが入所者さんの意識の中にあって。
	＜死を管理する医療体制＞	最後の最後まで全部やりきるみたいな。先生が次々指示を出すから，「これを静注とか，この時間にモニターがフラットになったら，そこから胸骨圧迫開始して」とか，とにかくやれることは全部やったよなって。私らは最後に，もうご臨終ですというだけだった感じがすごくしていて。
	＜医師の指示を絶対とする看護師＞	自分たちは先生（医師）が絶対なので，逆らえないというか，言葉を返してもバーンとまた返ってきたりする中で，「ああ，そうね」っていったぐらいのことしか多分できなかったような気がします。
【あたりまえへの変化の兆し】	＜医療的な看取りへの違和感＞	教科書で教えられてきた医師の指示の下で動くという（ことが頭にあって），だから先生の指示を守らなかったら駄目だし，その狭間ですごく揺れていて。（患者さんの）長くない日数を，ずっとこんな嫌な思いをさせながら過ごしていくのが，本当にいいことなのかどうかってすごい疑問に思ってて。
	＜あたりまえという意識への揺らぎ＞	時代背景的にも，今まで園で当たり前となっていたことが，当たり前じゃないんじゃないよなって，その人その人の気持ちをもっと大事にしてあげてもいいんじゃないというのは，みんなふつふつとは思いつつ，誰もがそれを行動にできなかったのは，なんでなんだろう。
【看取りに主体的にかかわる看護師】	＜自立した看護師の姿＞	この先，今の状況じゃないことを想像することはできないので，じゃあそれを誰がどう考えていくのかというところで，今の状況を先生から娘さんに説明してもらって，娘さんが最後の医療的なところっていうのをどう考えるかっていうことで，それを基にして，私たちがちゃんと，先生の独断ではなくて，医療チームとしてどう考えるかを倫理的に判断していこうというふうになりました。

註）看護師の語りは、意味を抽出するにあたり中心となった語りを語り例として一部掲載したものである。

15 原著論文-40-1―塚本 他.indd　83　2025/11/11　9:51:47

者の苦しみへの共感＞が深まっていった。この過程を経た看護師のかかわりは，入所者の認識に変化をもたらし，入所者によって【自分たちの看護師としての受け入れ】がなされていった。その結果，入所者との間に，【人と人としての向かい合いと出会い】が生まれ，新たな関係性が生じていた。そこでは【入所者による看護師の存在の位置づけの変化】があり，看護師は入所者にとって＜自分の最期の決定を委ねる存在＞，＜自分が生きたことの証人としての存在＞へとなっていった。

2）入所者の看取りをめぐる軋轢とその克服

入所者の看取りをめぐっては，＜療養所の看取りのしきたり＞や＜医師の指示を絶対とする看護師の認識＞，家族や看護師の抱いている＜死まで続く医療的治療への期待＞，＜各職種がもつ看取りにおける役割意識＞といった人々の【刷り込まれたあたりまえという意識】を背景に，さまざまな軋轢があった。これに変化をもたらしたのは，長い間看護師が抱えてきた＜医療的な看取りへの違和感＞と，勇気ある看護師の草の根的な発信だった。これらは，人々の中に深く根付いていた＜あたりまえという意識への揺らぎ＞を引き起こした。10年以上という長い年月を要しているものの，これら看護師や医療チームの中に生まれた意識の揺らぎは，小さな話し合いを惹起しながら多職種に広がり，やがて全体の【あたりまえへの変化の兆し】となって表面化していった。平成26年から組織的に看取りの改革に取り組んだ看護師によって，「看取りは医師の独断ではなく，医療チームとしてどう考えるか，医療倫理的に判断することが必要」と語られ，ここにきてはじめて＜自立した看護師の姿＞がくっきりと浮かび上がり，【看取りに主体的にかかわる看護師】へと変化を遂げたと解釈することができた。こうして看護職から始まった変革の機運は，施設長や各部門の長，さらに主治医や介護員も含め療養所全体に波及していった。

Ⅳ．考察

結果から，近年の療養所の看取りの多くは，看護師によってケアリングをもって行われていることを示していた。しかし，看取りのケアを，「人間らしく生きることを支援すること」[9]と捉える時，その全容を理解するためには，療養所の人々がどのように生き，看護師はどのようにかかわろうとしてきたのかという，より長期的な視点に立った見方が必要であると思われた。分析を通して，現在の看取りのあり方には，共同体における人々の関係性の変化と，そこに生じていた葛藤の克服への道筋があったことが明らかになった。

この共同体での看取りを理解する上で，重要と考えられた点は，看取りの形が作られてきたプロセスであった。分析の結果は，現在ある看護師による看取りの形は，長い年月をかけて少しずつ形作られたものであり，現在もまだその途上にあることを示していた。開設期からこの療養所で患者作業として行われてきた看取りは，1970年代には廃止されているものの，その風習は1990年代まで続いてきた。この背景には，この集団にあった“われわれ”という共属的な意識があった[4]。親しんだ者同士が最期まで介護し，死後もなお供養したいという気持ちこそが，共同体がもつ癒しの機能をもたらすものであったと考えられる。しかし，その後入所者の高齢化や保護者制度の衰退により，看取りの担い手は医療者へと変化していった。田代[10]は，1970年代から80年代にかけては，病院死の顕著な増大に伴い，日本における死にゆく過程の医療化が誰の眼にも見える形で進んでいった時期であったと指摘している。本研究の対象となった看護師は，1980年代から90年代に看護職となり，2000年前後にこの療養所の勤務を始めた者が多かった。看護師の【刷り込まれたあたりまえの意識】で語られた，臨終に至るまでの一連の形式化した治療の流れは，この時期，療養所においても，死が医療化されていたことを示していた。こうした状況の中看護師は，葛藤を抱えながらも医療化された看取りに従事してきたものと考えられる。

この流れを断ち切るプロセスで力を発揮していったのは看護師自身であったが，その変革の引き金は入所者の声であった。この療養所に勤務する看護師は，【入所者によって試されるプロセス】を経験していた。こうした経験は，看護師と入所者の間に軋

轢や葛藤を生じさせているものの，これが契機となって，看護師の中にケア者としての変化が引き起こされていた。ケアされる側に焦点を当てた上野[11]は，長年ケアされるものは，受動的な立場におかれ，自己否定感を抱え，声をあげることすらできなかったことを指摘している。しかし，ここに療養所における，ひとつの特徴を見出すことができた。この療養所の入所者は，強制収容され数々の人権侵害を受ける中でも，全国組織の患者会を発足させ，待遇改善や癩予防法改正問題に取組み，これらの諸要求を実現してきた[1]。すなわち，不条理な運命に翻弄されながらも，懸命に闘い尊厳回復の道を自ら切り開いてきた人々である。入所者によって看護師を厳しく試すプロセスは，そうした過程の中で培われてきた，人々の強さとしてとらえることができた。

こうしたプロセスによって看護師の内面に生じた変化は，看護師の根幹にある【刷り込まれたあたりまえの意識】を突き崩していった。看護師は否が応でも，自身を振り返ることが求められ，謙虚に＜入所者や先輩看護師から学ぶ姿勢＞を持たざるを得なかった。そして＜入所者のニーズの理解＞につとめ，＜入所者の抱えてきた痛みへの理解＞，＜入所者の苦しみへの共感＞を高めるなど，【入所者に受け入れられるための努力】を重ねていった。看護師の葛藤の中から生み出されたこの過程は，Swanson（1991）の示した，「知る」，「ともにいる」，「ために，する」，「できるようにする」，「信念を維持する」というケアリングを作りあげるプロセスそのものだった[12]。この理論におけるもっとも重要な要素は「知る」という過程であり，＜入所者や先輩看護師から学ぶ姿勢＞を前提として，入所者の抱えてきた痛みや，ニーズを知ろうとする動きが芽生えていったと言える。ワトソンは，ヒューマンケアリングの始まりとして「看護師が相手である患者の生の領域，現象野に入り込み，相手の状態（スピリットや魂）を理解し，自分の内部でそれを感じ取って患者の状態への対応する時」（p111）と述べている[13]。まさにこうした過程を経て，看護師と入所者は【人と人としての向かい合いと出会い】へと進展していた。

そしてこの関係性の完成は，看護師と入所者の間に，ワトソンの示す「トランスパーソナルケアリングという関係」[13]が作り出された瞬間であったとみることができる。この時に至って，入所者によって【自分たちの看護師としての受け入れ】がなされ，外のものとは一線を画した，内なる存在として位置づけられていったことがそれを裏づけていた。ワトソンは，トランスパーソナルケアリングが作り出すアートとして，看護師が「自分」と看護師を隔てている垣根を取り除き，患者と「人間と人間」として，精神と精神でつながる一体感を作り出すと述べている[11]。すなわち看護師と入所者とは，単に同じ場所に居たり，所属意識を持つということを超えて，互いに共に在ることを欲し，同一化可能な共同感情を抱くこと[14]によって，看護師もまたこの共同体の参画者となっていったと理解することができた。この一体感によって，看護師は入所者にとって＜自分の最期の決定を委ねる存在＞となり，＜自分が生きたことの証人としての存在＞となっていった。さらに，ケアリングは双方にとっての癒しの機能を発揮し，看護師の側も，＜入所者へのいとおしさ＞を抱き，亡き人々を思慕する＜死後もつながった関係＞が捉えられ，相互の癒しの関係が成立していたことを示していた。

さらに注目すべき点は，共同体の参画者となった看護師は，良い看取りの実現を阻む，看護師自身や他の職種，あるいは入所者の中に長年あった【刷り込まれたあたりまえの意識】を乗り越え，力強く解決の筋道を作り出している点である。ケアリングによって生じた一体感は，人間の心，スピリット，魂が自由になり，それによって大いなる強さ，力，能力をもたらすことを可能する[13]。入所者と看護師の間に生まれたケアリング関係は，看護師をエンパワーし【刷り込まれたあたりまえの意識】を覆す力をもたらし，さらにその波動が療養所全体の看取りの変革へとつながったものと考えらえる。

しかし，療養所で近年居室での看取りが進んできた背景には，我が国の超高齢化の現状を受けて，厚生労働省が「地域包括ケアシステム」を推進する流れのなかで，在宅での看取りが注目されるようになってきたという社会的要因[15]や，療養所の入所者数の減少により，看取りをした部屋を他の人が使用しなくてもよい状況ができてきたという物理的要

因，さらにはCOVID-19のパンデミックによって，人々の移動を避ける必要が生じたという環境的要因[16]も影響している点は押さえておくべき点である。

以上の点から，入所者の声を契機にした一連の看護師の内的な変化と，社会的な諸要因の後押しによって，ケアリング関係を基盤として入所者と看護師とは同じ共同体の参画者となり，共同体としての看取りが実現されていることが明らかになった。しかし，この過程において，一方的に看護師が共同体に参画すると考えたことは誤りであり，入所者の働きがあってはじめて看護師が参画者となることを可能にしていた。さらに共同体の中にあっては，看取りによる癒しは，看護師によって入所者に提供されるものではなく，相互の関係性の中で生じたものだった。このことは，今後共同体の癒しの機能を継承していくためには，看護師がこの共同体の参画者であり続けることが必要であることを示していた。

今後，看取りが在宅へと移行していく我が国の状況において，本稿はひとつの重要な示唆を提供している。小林[17]は，訪問看護による良い看取りのためには，訪問看護師が，自身の生き方や死生観を考えるプロセスが重要であると指摘している。このプロセスは，本稿で示された，ケアリングのアートを作り出すプロセスと一致するものだった。しかし一方で，多くの文献によって，訪問看護師の中には，看取る対象者やその家族との深い関係性に入ることに躊躇する心情があることが示されており[18]など，訪問看護師がこの重要なプロセスに入る前段階で立ち止まっている様相が捉えられている。本稿の結果は，在宅での良い看取りのためには，看護師がしっかりと当事者の声を聞き，自分の価値観を越えて，当事者の内面に入ることの重要性を示唆している。当事者が声をあげることが少ない現状の中で，入所者が残した看護師への厳しい声は，今後訪問看護に携わるすべての看護師が，看取りの当事者との関係づくりにおいて心に留めるべき重要な発信である。

Ⅴ．結論

ハンセン病療養所で勤務する看護師は，【入所者によって試されるプロセス】を契機に，【入所者に受け入れられるための努力】を行うことで，共同体への参画者となっていった。これにより【入所者による看護師の存在の位置づけ】は変化し，看護師は入所者にとって＜自分の最期の決定を委ねる存在＞，＜自分が生きたことの証人としての存在＞となった。この過程において看護師はエンパワーされ，【刷り込まれたあたりまえの意識】を突き崩しながら，良い看取りの実践を創造し，さらに共同体には相互の癒しがもたらされていた。

Ⅵ．研究資金および利益相反

本研究は，2021年度笹川保健財団研究助成を受けて実施した（助成番号2021A－002）。利益相反はない。

引用文献

1）猪飼隆明：近代日本におけるハンセン病政策と成立と病者たち，日本ハンセン病学会雑誌，86：101-106，2017
2）森修一，石井則久：国立療養所における入退所動向に関する研究―1909年から2010年の入退所者数調査から―，日本ハンセン病学会雑誌，86：69-90，2019
3）モグネット（茂木新聞社）：日本のハンセン病患者数の推移，https://mognet.org/hansen/japan/population.html，2024年6月1日
4）青山陽子：病いの共同体―療養所における患者文化の生成と変容，新曜社，東京，2014
5）大島青松園編：大島青松園で生きたハンセン病回復者の人生の語り（近藤真紀子監修），255，風間書房，東京，2015
6）奥山敏雄：死と社会―終末期医療の社会学的意味―，社会学ジャーナル，40：1-22，2015
7）Gray R, Grove SK：Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence 9th Ed, Elsevier, ARA, 2020（黒田裕子監訳：バーンズ＆グローブ 看護研究入門 原著第9版　評価・統合・エビデンスの生成，エルゼビア・ジャパン株式会社，東京，2023）
8）Cohen M，Kahn, D，Steeves R：Hermeneutic

Phenomenological Research: A Practical Guide for Nurse Researchers. SAGE Publications Inc, CA, 2000（大久保功子訳：解釈学的現象学による看護研究―インタビュー事例を用いた実践ガイド，日本看護協会出版会，東京，2005）
9）東野友子：看護師の看取りケアと死に対する考え，旭川大学保健福祉学部紀要，13：63-66，2021
10）田代志門：死にゆく人々へのケアはどう変わったか―ポストオープン認識の時代における医療社会学の課題―，保健医療社会学論集，26：21-30，2016
11）上野千鶴子：ケアされるということ―思想・技法・作法―，1-33（上野千鶴子，大熊由紀子，大沢真理，神野直彦，福田義也編：ケアされるということ），岩波書店，東京都，2008
12）Swanson.K: Empirical development of a middle-range theory of caring. Nursing Research, 40, 161-166, 1991
13）J.Watson：ワトソン看護論 第２版―ヒューマンケアリングの科学―，（稲岡文昭，稲岡光子訳），医学書院，東京，2014
14）中久郎：共同体論における共同性の問題，哲学研究，47：18-53，1982
15）秋山正子：訪問看護の実践からみた地域包括ケアにおける看取り―予防から看取りまで，地域の中で最期まで生きることを支える―，医療と社会，25：71-85，2015
16）新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード：医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第５版，https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001039370.pdf，2023年１月13日
17）小林裕美：家族の予期悲嘆支援に対する訪問看護師の認識について　質問紙による全国調査より，日本在宅ケア学会誌，27：93-101，2023
18）村田尚子：在宅看取りをする家族へのグリーフケアにおける訪問看護師の支援の実態と課題，日本エンドオブライフケア学会誌，8：80-86，2024

〈研究ノート〉

超重症心身障がい者の日常生活ケア：
看護と福祉の協働に関するエスノグラフィ

竹内智子*　道信良子**
*福井県立大学大学院健康生活科学研究科　**福井県立大学看護福祉学部社会福祉学科

Daily Care for Individuals with Medically Dependent Severe Motor and Intellectual Disabilities: An Ethnographic Study of Collaboration Between Nurses and Social Welfare Workers

Tomoko Takeuchi*　Ryoko Michinobu**
* Graduate School of Health and Human Life Science, Fukui Prefectural University
** Department of Social Welfare Science, Faculty of Nursing and Social Welfare Sciences, Fukui Prefectural University

〈要旨〉

目的：本研究は，保健医療福祉領域に応用されているエスノグラフィの手法を用い，超重症心身障がい者（以下，超重症者）に対する日常生活ケアの特徴を，看護職と福祉職の協働に着目し，その具体的な実践内容を明らかにすることに焦点を当てた。

方法：生活介護事業所の看護職３名と福祉職５名を対象として，超重症者へのケアの場面の参加観察とインタビューを行った。データの収集と分析には，人類学者の James Spradley が開発した領域分析の手法を用いた。

結果：超重症者に対する日常生活ケアの特徴として，【生活環境を整える】【体調を良好な状態に保つ】【日中活動を楽しめるようにする】という３つのテーマが抽出された。看護職と福祉職は，安全な環境を整え，体調管理を協働しながら行い，超重症者が安定した生活を送れるよう支援していた。また，両職種は超重症者の気持ちを代弁し，活動を楽しめるよう共に関わっていた。

考察：看護職と福祉職が「日中活動」に対する共通の目標をもち，協働して日常生活ケアを提供することによって，超重症者の生活の質に配慮できることが示唆された。協働のケアを通じた超重症者本人のニーズの把握や，多職種連携のさらなる展開については，今後の研究課題として検討する必要がある。具体的には，協働のケア実践がどのような手続きや対人援助の態度から効果的になり，生活介護事業以外の領域においても展開や援用ができるかを検討したい。

＜ Abstruct ＞

Objective: This study aims to describe the characteristics of daily care for individuals with medically dependent severe motor and intellectual disabilities (MD-SMID). It focuses on the collaboration between nurses and welfare workers using ethnographic methods in healthcare and welfare settings.

Methods: The participants were three nurses and five welfare workers from a Japanese daycare center. They were observed while providing daily care for individuals with MD-SMID, and interviews were conducted. Data collection and analysis were carried out using the domain analysis method developed by anthropologist James Spradley.

Results: Three themes were identified as characteristics of daily care for individuals with MD-SMID: “arranging a good living environment,” “maintaining a good physical condition,” and “enabling enjoyment of

daytime activities." Nurses and welfare workers provided safe daily care by thoughtfully arranging the living environment and supporting the physical well-being of individuals with MD-SMID. Additionally, both professionals advocated for individuals with MD-SMID and collaborated to make daytime activities enjoyable for them.

Discussion: Nurses and welfare workers suggested that sharing a common goal related to "daytime activities" and collaborating in the provision of daily care may support consideration of the quality of life of individuals with MD-SMID. Further research is needed to clarify the specific procedures and interpersonal approaches that promote effective collaborative care and to explore their applicability in care environments beyond daycare centers.

キーワード

超重症心身障がい者	medically dependent severe motor and intellectual disabilities（MD-SMID）
日常生活ケア	daily care
看護・福祉職	nurses and welfare workers
多職種協働	interprofessional collaboration
エスノグラフィ	ethnography

Ⅰ．緒言

近年の日本の周産期医療や重症心身障がいの医療技術の進歩により，重症心身障がい児・者の生命予後は改善している。その結果，気管切開や人工呼吸器管理，経管栄養などの高度な医療を必要とする超重症心身障がい者（以下，超重症者）が在宅生活を送っており，今後さらに増加すると予測されている[1) 2)]。しかし，超重症者は学校卒業後に社会資源とのつながりが減り，特に日中の社会参加が制限されるため，生活環境整備が重大な課題である。また，身体の成長に伴う健康問題が日中の活動や生活全般に影響するため，成人期以降は多職種協働の重要性が増す[3) 4)]。

生活介護事業所は，障害者総合支援法に基づき設置され，日常生活の介助や生産活動の提供，健康維持のための運動やリハビリテーション，社会参加の支援を行っている[5)]。しかし，超重症者が利用可能な事業所は少なく，必要なサービスの不足により親の介護負担は増大し，さらに社会からの孤立は超重症者本人の生活の質に大きく影響している[6) 7)]。

これまで，生活介護事業所においては，利用者の重度化や多様化に伴うケアの困難さや職員が感じる課題についての調査が行われてきた[8) 9)]。その調査のなかで，生命・健康維持のケアが優先されることにより，日中活動の実施が困難になりやすいことが指摘されており[9)]，日中活動の援助を担う福祉職が看護職と協働することが求められる。しかし，看護職と福祉職が協働する具体的なケアプロセスや実践の詳細は十分に明らかにされていない。特に，双方の専門性を活かした実践や，対象者のニーズをどのように把握しているのかについての検討は限られている。

そこで本研究においては，看護職と福祉職がどのように協働して超重症者のケアを行っているかという問いを立て，両職種のケア行為や語り方，超重症者の反応などを記述し，生活介護事業所における協働ケアの具体的な実践内容を明らかにすることを目的とした。多職種協働の実践を明らかにすることにより，高度な医療を必要とする超重症者のケアの質の向上に寄与すると考える。

Ⅱ．用語の定義

・超重症者の日常生活ケア：基礎生活（食事，排泄，清潔）に関するケア，日中活動に関するケアに加

え，健康維持に必要な医療的ケアも含めるものと定義する。日中活動とは，創作活動または生産活動の機会を提供する活動を意味する[5]。

・福祉職：生活介護事業所において，利用者の生活支援を担う職員または，生活支援員や介護福祉士など，看護職とは異なる支援スタッフを含むものとする。

・協働：異なる専門性をもつ職種が，共通の目的のもとに，互いの役割を理解し，協力しながら取り組む関係性を指す。本研究においては，看護職と福祉職が超重症者の生活を支えるために，それぞれの専門性を活かして日常生活ケアに関わることを意味する。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

本研究は，人類学者 James Spradley（1980）が開発した「領域分析」の手法を用いて，データの収集と分析を行った。Spradley の方法は，観察とインタビューを通して，人々の語りや行為に含まれる意味構造を明らかにし，対象者の文化的知識を体系的に捉える質的分析手法である[10]。本研究においては，看護職と福祉職が行う日常生活ケアの行為や語り，関係性のあり方を記述・分析することを目的としており，こうした意味構造の把握に焦点を当てる手法は，本研究に適していると判断した。

また，古典的なエスノグラフィは，人々の文化や日常生活を深く理解するための方法であり，この立場からは，看護職や福祉職という集団の文化や，文化的なやりとりが分析の対象となる。一方，保健医療福祉領域においては，「ヘルス・エスノグラフィ」の著者（道信，2020）が述べているように，人々の生命の営みに着目する視点が重要とされる[11]。本研究もこの立場を取り，超重症者の身体のケアに携わっている人々の協働を，文化の事象と捉えるのではなく，生命をケアする営みとして捉え，そこにある特徴を生命の現象として記述・分析により浮かび上がらせることを試みている。

2．研究協力施設

本研究においては，超重症者の日常生活ケアにおける看護職と福祉職の協働の実態を明らかにするために，①超重症者を受け入れ，日常的に医療的ケアを提供している，②看護職と福祉職の協働ケアが観察可能である，③研究協力の了承を得られ，観察・インタビューが可能な施設である，という基準のもとに，施設を選定した。

研究協力施設は，成人の重症心身障がい者を対象とした生活介護事業所である。1日の平均利用者数は約8名であり，利用者1名に対し職員1名のケア体制をとっている。職員の内，看護職は12名，福祉職は10名である。1日のスケジュールは，午前8時30分に職員が送迎を開始，9時から10時前後に利用者が登所し，朝の会，日中活動（創作，音楽，外出など），昼食，午後の活動に参加し，16時頃に帰宅する流れである。

3．研究対象者

研究対象者は，超重症者のケア経験が3年以上，かつ事業所勤務歴が1年以上の看護職と福祉職を対象とした。経験年数を3年以上とした理由は，超重症者のケアに必要な専門知識や技術を習得し，個別的なニーズに応じた適切なケアが行えると考えられるためである。また，勤務歴を1年以上としたのは，施設の業務やケア体制，多職種協働の実践を理解し，具体的なケア内容を説明できると判断したためである。

ケアの場面の観察を行う超重症者と家族は，「超重症児者・準超重症児者の判定基準」[12]により，超重症者または準超重症者と判定され，研究の説明を受けて調査に同意した利用者およびその家族とした。なお，超重症者本人の同意については，家族の代諾をもって得ることとした。

4．データ収集方法

データ収集は，2024年1月～5月に実施し，参加観察とインタビューによって情報収集を行った。観察は対象者から距離を置いて開始し，施設の環境や日課，活動を把握した。観察後すぐにフィールドノーツを作成し，全体の事象を把握した。次に，研究者（筆頭著者）はケアに参加し，繰り返し現れる事象に焦点をあてて，看護職と福祉職が超重症者・

家族と関わる場面や話し合い（両職種のやりとりや役割分担，ケアのタイミングなど），業務後の振り返りの場面を観察した。また，詳細の確認や研究者の解釈の妥当性を検討するため，各場面につき５～10分程度のインフォーマル・インタビューを実施した。

５．分析方法

データ分析は，得られた記録を精読し，コードの意味関係を整理してサブカテゴリーを形成した。サブカテゴリー間の類似性や相違性を考慮しながら包括的な意味をもつテーマを導き，看護職と福祉職によるケアの特徴を示すテーマを導き出した。分析過程において，研究者の解釈が実践と整合しているかを振り返り，必要に応じて再分析や追加の観察を行い，分析の精度を高めた。これらの過程において，スーパーバイザー（第二著者）からの指導と助言を受けた。これらの手続きを通じて，研究者の主観に依存せず，実践に即した解釈となるよう努めた。

６．倫理的配慮

本研究は，福井県立大学人権擁護・倫理委員会（承認番号 M2023019）と施設の理事会の承認を得て実施した。研究参加者には研究の趣旨と方法，研究参加の任意性，匿名性の保持，成果の公表について文書および口頭で説明し，文書で同意を得た。ケア場面の観察対象となる超重症者は，医療ニーズが高く意思の表出が困難なため，本人が意思表示を行うことが困難な場合には，家族に対して研究の趣旨と方法，研究参加の任意性，匿名性の保持，研究成果の公表について文書および口頭で説明し，文書で代諾を得た。

また，施設利用者の安全と安楽を最優先し，利用者や職員のケアに影響が出ないように注意して観察を行った。

Ⅳ．結果

１．研究参加者の概要

研究参加者は，看護職３人（経験年数６～10年）と福祉職５人（経験年数５年から９年）であった。ケアの場面の観察を行った超重症者は７名であり，全員が喀痰吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とし，日常生活すべてに介助を要した。超重症者７名の家族のうち，送迎の場面を観察したのは３名であり，いずれも母親であった。

２．超重症者への看護職と福祉職の関わり

分析データは，延べ48時間25分の観察とインタビュー記録92頁（72,102文字）であった。まず，記録を精読し，具体的なケアの行為や両職種のやりとりや役割分担，ケアのタイミング，対象者の反応に関する記述を抽出・コード化した（コード総数103個）。次に，コード意味関係を整理し，13のサブカテゴリーを形成した。サブカテゴリー間の類似性や相違性を検討し，超重症者の日常生活ケアの特徴を包括的に示す３つのテーマ【生活環境を整える】【体調を良好な状態に保つ】【日中活動を楽しめるようにする】が抽出された。

表１においては，超重症者の日常生活ケアにおける看護職と福祉職の協働の特徴がよく表れている場面を選定し，具体的な記録を提示した。場面の選定基準は，①看護職と福祉職の相互の関わりが確認でき，超重症者の生活や活動への具体的な影響がわかる場面，②観察やインタビューを通じて，研究対象者の協働に関する意図や意味づけ，または職員間で共通認識が確認できた場面，③当該サブカテゴリーのコード内容を代表する実践が含まれている場面である。また，場面によっては看護職または福祉職のいずれかが役割を担う場面も見られたが，それぞれの行為がケアプロセスの全体の中で補完的に機能しており，看護職と福祉職が専門性を活かしながら協働していることが観察とインタビューを通じて確認された。なお，観察事例には，観察記録に加えてインタビュー内容も含まれており，看護職はN1～N3，福祉職はCW1～CW6，超重症者はａ～ｇとして表記した（表１）。

以下に，３つのテーマについて，サブカテゴリー＜＞を用いて述べる。

１）生活環境を整える

看護職と福祉職は，超重症者の登所前から帰宅まで，利用者個々のベッド環境やバギーの位置，医療

表１　生活介護業所における超重症者の日常生活ケア

テーマ（３）	サブカテゴリー(13)	コード（103）	観察事例（抜粋）
生活環境を整える	ケアの環境を準備する	環境を整える（４）	N3 は，a さんのベッド上のクッションの配置を整え，吸引器用の延長コードを差し込んだ。次に，吸引器を載せるワゴンをベッドのすぐ近くに寄せ，個人記録ファイルを確認した。その後キッチンに向かい，注入メニュー表を所定の位置に置いた。（FN1）
		事前に準備する（５）	CW4 は看護師からバック類を受け取り，「洗いますよ。15 時のソリタ水の準備も。そこまでやっておきます。」と声をかける。 それに対して看護師は，「いいんですか？お言葉に甘えて。」と応じる。看護師はフロアに戻り，部屋をぐるっと一回りして，利用者の様子を確認していく。（FN6）
		詳細にケアの方法を記す（２）	吸引器を載せるワゴンの上には，個人ファイルと送迎時の注意事項が記された用紙が置かれている。注意事項には，スライドボードを持参する曜日，家の中への入り方，体調確認の方法，部屋から車までの見取り図や経路，さらには声をかけるタイミングまでが記載されている。（FN3）
	ケアの手順と対応を確認する	ケアの変更を確認する（２）	白湯の注入に入る直前，N3 は手を止め，「白湯 100ml ですかね？ですね。３月〇日から変わったんですよね。」と CW6 に確認する。検温表を記入していた CW6 は手を止めてキッチンへ向かい，注入メニュー表を確認する。そして，「白湯 100 ですね。変わっていますね。50ml になったのは 15 時の分ですね。」と伝える。（FN6）
		体調を確認する（６）	送迎中には，利用者のの昨日の体調（排便状況）や，超重症者の腹臥位についてなど，さまざまな情報が共有されている。CW4 は，N1 に質問している。（FN6）
体調を良好な状態に保つ	全身状態を観察する	呼吸状態を観察する（５）	N2 は d さんのサチュレーションモニターを気にしている。d さんは「ゴーゴー」という呼吸をしており，喀痰吸引が必要と思われる呼吸の様子である。N2 は d さんに「戻ろうかな。」と声をかけ，フロアへと移動する。先に吸引器を移動させベッドを動かす。N2 はすぐに喀痰吸引を行い，d さんの首の角度を調整したり，モニターの数値を確認している。（FN3）
		筋緊張を観察する（３）	外出先ではバラを鑑賞し，みんなで写真を撮っている。すると，突然 f さんの身体に力が入り始める。N3 はすぐに「f さん，楽しくなりすぎてしまった？」と声をかける。f さんは全身に力が入り，手足を突っ張り，顔を真っ赤にしている。もう一人の看護師も「大丈夫，大丈夫」と声をかけ，左手をさする。発作は 15 秒ほどで治まり，f さんは落ち着きはじめた。N3 は「そろそろ，帰りましょうか」と，f さんの発作が治まったところでワゴンに戻る。（FN9）
		常に観察する（２）	CW2 は g さんをベッドに移乗し，クッションで体勢を整える。CW2 は g さんの両足をゆっくりさすりながらマッサージを始める。g さんは周囲を見ようとし，ベッドの上で身体を反らせる。そのたびに CW2 は声をかけ両足をさする。すると，g さんの身体の力が少しずつ抜けていく。（FN9）
	体調変化の要因を判断する	複数の情報から判断する（５）	帰りの送迎中，f さんの両下肢が途中でブルブルと小刻みに震え力が入りはじめる。N3 は表情を確認し，呼吸の音に耳を澄ませる。そっと両足に手を添え，「大丈夫，大丈夫。」と声をかけながら，優しくさすっている。さすっているうちに震えは治まり，N3 は f さんの毛布を首元までかけ直す。（FN7）
		時間の経過から判断する（４）	CW2：「g さんは食べるのが好きだしね。入って間もない看護師さんほど心配なんやろね。すぐに吸引するけど，大丈夫なんだけどな。今日は口も開けなくなったし，もういらないのかなって思った。時間も経ってきていたし。食事は 1 時間を目安に考えてるから。」（FN9）
		反応の変化から判断する（２）	CW2：「咳き込んだら少し待ってみて，それでもごっくんできなかったらかなあ。飲み込めなくて，出たり入ったりして，食べ物がネバネバになってくると余計に飲み込みにくくなるから。g さんに“吸引する？”って聞いてみる。g さんは本当にしてほしいときは口を開けてくれる。昔は“して，して”って自分から訴えることもあったよ。」（FN9）
	全体を観る	目で観る（３）	CW4：「そんな全然，観察してるとか，気を付けて気を張ってとかではないですよ（笑う）。でも，そうですね，いつもと違う“違和感のある風景”がないかを観ていますね。（FN10）
		耳で観る（２）	N2：「g さんの場合，むせてるときはまだいい。“ヒィー、ヒィー”っていう引く呼吸ね。むせずにご飯を出せてないと，そのあと気管に入りやすくなるの。それはパッと振り向いて，“g さん、出してよー。”って声かける。でも，ご飯が好きだから自分で出せそうなときは，なるべく吸引しないようにしてる。」（FN10）
		常に観ている（６）	N2:「お昼は交替で休憩に入るからどうしても手薄になるんだよね。さっきは，たまたま f さんの介助をしていて，そのときフロアの方を向いてたの。d さんが変な頭の動きしてないかな（発作の始まり）とか，g さんの呼吸の音とかね。でもちゃんと f さんの呼吸の具合を手で感じながら，呼吸器の音にも注意を向けて，f さんの様子も確かめながらやってるの。」（FN2）
	活動に向けて体調を整える	予告する（６）	N3 は，f さんのおむつ交換をしている。C W 1 はおむつ交換が終わったタイミングで「どれくらいで行けますか？」と声をかける。N3 は「ちょっと待ってねー，あと少し」と返す。CW1 は「待ってます。」と穏やかに応じる。N 3 は焦らず吸引器の準備をゆっくり進める。（FN7）
		待つ（４）	f さんの吸引の処置が落ち着いたところで，CW ５は利用者と一緒に出席ボードを取りに行く。「それではみなさま，ばたばたしていますがそろそろ朝の会を始めたいと思います。」と声をかける。（FN3）
	体調管理の情報を共有する	職員全員で体調を確認し合う（３）	CW1：「はい，今日は４月△日，水曜日です。今日は良いお天気でね。今日の当番は〇さんです。」 周囲の職員：「〇さん，よろしくお願いしまーす。」 CW1：「次は g さんです。おはようございます。傷の具合はどうですか？」 CW6：「おはようございます。ちょっと…まあまあです。まだ軟膏を塗っています。」（FN7）
		医療処置の方法を共有する（１）	業務後の振り返り時間には，N1 から c さんの臨時薬が終了したこと、褥瘡の治癒状況と処置の継続について報告があった。CW3 はその内容を職員用の連絡ノートに記入する。明日の担当は，e さんの処置を行ったことがない看護師である。
		欠席者の体調を共有する（２）	CW1：「今日は a さんはお休みになりました。お熱が出ているそうです。他の症状はないようで，お母さんはいつもの熱かなと仰っていましたが，今日はお休みされます。このまま熱が下がれば明日はご利用になれると思いますが…。また夕方に連絡して確認します。」（FN9）
日中活動を楽しめるようにする	本人の気持ちを代弁する	反応を読みとる（３）	f さんは大きく目を開けているが，犬の方には視線はいかず表情は固まっている。その様子を見て，“あらーf さん，怖いの？”N2 と CW1 は顔を見合わせている。（FN7）
		気持ちになる（７）	玄関には薄ピンクの紙が額に入れられて飾られており，詩がしたためられていた。（詩）「私のながい　まつ毛の上　春の風がはこんだ　花びらの便り　ひとひら　ひとひら“まぶたを開けてみて”　遠くて近い未来が　キラキラ輝いてまぶしく見えた」この詩は，N3 が f さんと一緒に行ったお花見散歩のときのことを表現したものだった。（FN9）
	職員自ら日中活動を楽しむ	自ら楽しむ（７）	パネルシアターが始まると，利用者さんと職員全員がフロアの中央を向いている。話が進むごとにいろいろなキャラクターが登場する。b さんはニコニコして観ている。他の利用者さんも食い入るようにしている。職員たちは「おいしそう。」「きゃー。」と場面が変わるごとに楽しんで声をあげる。（FN3）
		一緒に楽しむ（８）	“新年おめでとうの歌”をみんなで歌う。すると，b さんはニコニコと笑顔を見せる。N1 はその様子を見て，“楽しいね”と顔を覗き込み一緒にニコニコと笑っている。b さんはミュージックケアの間，笑いながら参加している。（FN2）
	利用者を独りにしない	声をかける（４）	朝の受け入れの時間に看護師は注入物品を片付けにキッチンにいる。d さんは，バギーに乗ったままでフロアにいる。すると，CW2 は他の利用者さんの車いすを押しながら d さんに挨拶をしに行く。（FN1）
		気にかける（１）	CW4 は食事介助を行いながら，隣のベッドの b さんにも声をかけている。b さんの担当看護師は休憩中だ。b さんの好きな音楽をスマホで探し，“どれにしようかな。”とつぶやきながら曲を選び，スマホを枕元に置いて耳元で流す。b さんは CW4 をじいっと見つめる。（FN10）
	活動時の良い反応を家族に伝える	好きな活動があることを伝える（２）	朝のお迎え時，N3 は玄関を出るときに f さんと母親に声をかける。「f さん，今日は救急隊のお話を準備してきたからね。また CW4 さんに“f さん，何聴いてるの？”って言われるね。お母さん，f さんがラジオ小説を聴いてると，いつも CW4 さんが声をかけてくれるんですよ。」母は，「そうなのね。f ちゃん，いいね」と笑っている。（FN7）
		本人の楽しむ様子を伝える（２）	N2 は先に荷物を母親に渡し，体調は変わりがなかったと伝えている。また，今日の活動は e さんの誕生会であったこと，e さんの好きな歌とゲームを楽しんでいた様子を伝える。（FN2）
	職員間で活動時の反応を語り継ぐ	日中活動の様子を共有する（２）	振り返りの時間には，本日の活動である郵便局訪問について報告がある。担当看護師から，c さんの笑顔が素晴らしかったこと、普段は覚醒していないことが多い a さんが，訪問中はしっかり起きていたことが報告される。他の職員もその様子を思い出すように，うんうんとうなずいている。（FN4）
		他の職員の関わりを語る（２）	N3:「昨日の振り返りで聞いたのですが，b さんは本当によく分かっているんだなぁと思いました。お迎えのとき，職員が母の日の買い物に出かけると伝えたそうです。すると お母さんは，“b ちゃん，お花はいいからね。”って言われたそうです。それで買い物のときに“b さん、お花は？”って聞いたら，b さんはすごく眉をしかめていたそうですよ。b さんは，お母さんをよく見ていて，お話もちゃんと聞いているんだと思います。もう，感動しちゃいました。」（FN9）
	日中活動の意味を大切にする	特別な活動の成功を願う（６）	玄関に入ると「二十歳を祝う会」の飾りつけがされている。これまでの活動で作った制作物や，二十歳を迎える利用者の写真が飾られている。キッチンでは CW6 と N1 が「明日は雪マークついてるんだって。いよいよ明日だね。」と，明日の天候や会の進行を心配しながら話している。（FN6）
		日中活動を楽しんでもらいたい（２）	N2：「そうね，安全に過ごして帰ってもらうっていうのももちろん大事だと思うけど，どちらかというと“その子が良い状態で活動に参加できるようにしてあげたい”って思うかな。たとえば，その子によって得意な向きがあったりするでしょ。痰を取ったり，ポジショニングしたりして，できるだけベストな状態で活動に臨めるようにしたのよ。本人がちゃんと楽しめていないのは，やっぱり…ちょっと違うなって思う。」（FN8）

注１：テーマ（　），サブカテゴリー（　）の数値は，それぞれの分類の数を示す。
注２：コード（　）の数値は，観察された事例の頻度を示す。
注３：（FN）は、観察時に記録されたフィールドノートの通し番号を示す。

的ケアに必要な物品を＜ケアの環境を準備（する）＞していた。物品を整え，配置を工夫することにより，必要時に即座に使用できるようにされていた。また，日々変化する医療的処置や利用者の状態に応じて，看護職が手順書を準備し，福祉職を含む職員全体でケアの進め方を確認していた。こうした＜ケアの手順と対応を確認する＞行為は，朝の会や振り返りだけでなく，日中の何気ない会話の中でも頻繁に行われ，職員全体が共通理解のもとでケアが実践されていた。

２）体調を良好な状態に保つ

看護職と福祉職は一日を通して，超重症者の状態変化に常に注意を払いながらケアにあたっていた。看護職は呼吸音やサチュレーションモニターの値，表情などを観察し，福祉職も，筋緊張や嚥下状態などの特徴を捉えて＜全身状態を観察（する）＞していた。また，看護職は呼吸・循環・体温・筋緊張や表情などから全身状態をアセスメントし，福祉職も嚥下状態や筋緊張の状態を経時的に観察し，反応の変化から＜体調変化の要因を判断する＞ようにしていた。

施設においては，朝の会や日中活動に利用者全員が参加できるよう配慮されていた。福祉職は活動の始まりを予告し，利用者の体調が整うのを待つ間に，看護職が医療的ケアを行うことができ，超重症者は＜活動に向けて体調を整える＞ことができていた。また，看護職と福祉職は常にフロア全体を見回し，自分の担当以外の利用者の呼吸音やサチュレーションモニター，レスピレーターのアラーム音に耳をすませていた。こうした常に目と耳で＜全体を観る＞姿勢が，利用者の急変への迅速な対応につながっていた。

看護職と福祉職は，朝の会や振り返りを通じて＜体調管理の情報を共有する＞ようにしていた。欠席情報を翌日のケア計画に反映され，チーム内で見通しを共有していた。これらの内容は申し送りノートに記録され，回覧されていた。体調に関する情報は，職員同士の何気ない会話を通じても共有されており，常に利用者の体調に気を配る様子が確認された。

３）日中活動を楽しめるようにする

看護職と福祉職は，安定した体調を土台に利用者が活動に参加できるよう支援していた。活動中，職員は表情や呼吸，身体の動きなど利用者の反応に注意を払っていた。活動中，超重症者はしっかりと覚醒していることが多く，好きな活動では笑顔を見せることもあった。その様子をみた職員は，本人の気持ちを＜本人の気持ちを代弁する＞ように言葉にしていた。両職種は利用者と音楽を聴いたり，歌ったりしながら寄り添い，＜職員自ら日中活動を楽しむ＞様子が見られた。こうした関わりの中で，職員自身も笑顔を見せ，身振りで活動を盛り上げていた。

迎え入れや帰宅前の時間，利用者の体調悪化時など，超重症者と看護職の関わりが少なくなるときがあった。そのようなときに福祉職は，超重症者のそばに付き添い，声をかけて＜利用者を独りにしない＞ように対応していた。

超重症者が日中活動中に示した反応は，家族や職員の間に共有されていた。看護職は送迎時に，朝は本人の好きな活動があることを，帰りには＜活動時の良い反応を家族に伝える＞ようにしていた。家族はその様子を聞いて嬉しそうな笑顔を見せていた。また，職員間では振り返りや連絡用ノートを通じて情報を回覧し＜職員間で活動時の反応を語り継ぐ＞ようにしていた。これにより，担当時以外の職員も超重症者の様子を把握し，新たな反応に気付くことができていた。

職員は，利用者の好みに合わせた音楽や活動を工夫し，季節行事などを通じて利用者の楽しみと成長を支える機会を多くつくり，＜日中活動の意味を大切に（する）＞姿勢で支援していた。

Ⅴ．考察

本研究においては，日本の生活介護事業所に通う超重症者に対する日常生活ケアの特徴として，【生活環境を整える】【体調を良好な状態に保つ】【日中活動を楽しめるようにする】の３つのテーマが抽出された。これらは，超重症者が健康かつ充実した生活を送るために重要であることが示唆された。以下において，看護職と福祉職がどのように協働し，これらを実践しているかを考察する。

1）生活環境を整える

看護職と福祉職は，医療的ケアに必要な物品の即時使用を可能にする空間の調整や，身体の安定を図る環境調整を日常的に行っていた。これは単なる準備の行為にとどまらず，呼吸や姿勢，動線，安全性への配慮を含む包括的なケア実践である。髙谷は，重症心身障がい児・者の生活の質の向上には，呼吸の安定や適切な姿勢保持などの身体的ケアが不可欠と述べており[13]，本研究の観察結果もこの指摘と合致している。また，看護職は記録や申し送りにより処置の手順や変更点を明確にし，福祉職と共通の認識を形成していた。

このような環境調整により，日常生活ケアはスムーズかつ安全に実施されていた。特に高度な医療を必要とする超重症者にとって，生活環境の整備は安全で快適な生活の基盤となっていたと考えられる。

2）体調を良好な状態に保つ

超重症者の健康管理において，看護職と福祉職は体調変化を常に観察し，適切に対応していることが示された。両職種は呼吸や筋緊張，表情の変化に注意を払い，必要なケアを行うことで超重症者の快適な生活を支援していた。また，担当利用者に限らずフロア全体を見回し，呼吸音やサチュレーションモニターのアラーム音，姿勢の変化にも気を配っていた。超重症者は呼吸や筋緊張の変化が日常生活に直接的に影響するため，両職種の「全体を観る」姿勢は施設全体の体調管理のために不可欠であると考える。

また，看護職と福祉職は緊密な情報共有を通じて，超重症者の健康維持を支援していた。朝の会や送迎，振り返り，申し送りノートなどを活用して情報交換を行っていた。超重症者のケアにおける看護師の専門性に関する研究では，看護師は体調に関する判断の際に，対象との関わりから得た情報を他者に共有し，個別性の高いケアを可能にしていると報告されている[14]。本研究においても福祉職は，超重症者の微細な身体の動きからてんかん発作に気付き，咳嗽音や口腔内の頻回な観察から誤嚥のリスクを判断していた。このように，職種間の緊密な情報共有により，超重症者を直接担当する機会が少ない福祉職でも超重症者の健康状態を把握し，体調変化に対応できていたと考える。

3）日中活動を楽しめるようにする

看護職と福祉職は協力して生活環境を整え，超重症者が心身の状態を安定させたうえで活動に参加できるよう支援を行っていた。超重症者は呼吸状態や姿勢が安定することで手足を動かしやすくなり，感覚器からの刺激も取り込みやすくなる[15]。本研究においても，楽器の音への反応や好きな活動での表情など，活動への反応が表れやすくなっていた。こうしたことから，活動に向けた体調調整は日中活動への参加促進に重要であると考える。

また，看護職と福祉職は超重症者の表情や仕草から気持ちを代弁し，共に活動を楽しむ様子が観察された。超重症者は周囲の変化に敏感で心理的ストレスを受けやすく，身体的ケアに加え精神的・社会的支援も重要である[16]。本研究においては，看護職と福祉職の関わりにより，超重症者と周囲とのコミュニケーションが生まれ，生き生きと過ごす様子が観察された。両職種が共に活動することにより，超重症者の身体的・精神的な健康が促進され，社会的孤立感も軽減されていたと考える。

日中活動においても，職種間の情報共有は重要であった。山下は，重症心身障がい者と介護者のコミュニケーションにおいては，介助者同士が不安や悩みを共有し，他者の考え方に触れることで新しい気づきを得て，介助や関係構築に反映されると述べている[17]。本研究でも，看護職と福祉職が活動内容や超重症者の良い反応を共有することにより，新たな反応への気づきが促され，相互にポジティブなフィードバックが行われていた。カンファレンスや記録，日常会話を通じた反応の共有により，効果的なケアが明確となり，日中活動の充実につながっていたと考える。こうした反応の共有は，看護職と福祉職が「日中活動」の充実を共通の目標として認識し，その目標意識が協働の土台となっていることを示唆していた。

本研究は，看護職と福祉職が超重症者の日常生活ケアにおいてどのように協働しているのかを明らか

にすることを目的とした。分析の結果，両職種はそれぞれの専門性を活かしながら，利用者の安全と快適さを確保するために協力していたことが示された。協働の具体的な要素としては，①ケアを通じた相互の役割補完，②利用者の状態に応じた柔軟な役割の変化，③医療的ケアと日中活動支援を統合するアプローチが確認された。これらの知見から，多職種の協働は単なる連携にとどまらず，現場において柔軟に展開されていることが示唆された。

今後は，協働のプロセスをさらに詳しく検討する必要がある。特に，①職種間の協働がどのように成立するのか，②ケアに関する情報共有や意思決定の在り方，③超重症者のニーズの把握とケアへの反映という視点を深めることによって，より包括的な協働モデルの構築につながると考える。

4）研究の限界と今後の課題

本研究は質的調査の特性上，研究者の主観的解釈を完全には排除することはできないという限界がある。そのため，研究の妥当性と客観性を高めるために，観察後のインタビューでの確認や，研究者間の議論を重ね，客観性の確保に努めた。さらに，研究者自身もデータ収集・分析を通じて自己の解釈や先入観を内省し，その影響を抑えるように努めた。ただし，本研究の記述は一時点における解釈であり，文脈や分析者により異なる結果が導かれる可能性がある。今後は主観性・客観性の問題を継続的に検討し，多様な視点から妥当性の高い質的分析を積み重ねていくことが求められる。

Ⅵ．結論

本研究は，生活介護事業所における超重症者対する日常生活ケアにおいて，看護職と福祉職がどのように協働しているかを明らかにすることを目的とし，その結果，超重症者の日常生活ケアの特徴として，【生活環境を整える】【体調を良好な状態に保つ】【日中活動を楽しめるようにする】という３つのテーマが抽出された。看護職と福祉職は，生活環境の調整により安全に日常生活ケアを提供し，超重症者の体調を良好な状態に整えていた。また，超重症者が活動を楽しめるように，本人の気持ちを代弁しながら共に活動していた。さらに，両職種は，本人の良い反応を家族と職員間で共有し，超重症者の活動を支えることを目指していた。両職種の協働によるケアは，超重症者の安定した生活，充実した日常の実現に寄与していた。

Ⅶ．利益相反

利益相反はない。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に，心より感謝申し上げます。

Ⅷ．引用文献

1）浅倉次男：重症心身障害児のトータルケア，改訂第２版，36-39，へるす出版，東京，2017
2）田村正徳:医療的ケアを必要とする子どもたち，チャイルドヘルス，23：78-81，2020
3）中山祐一，新家一輝，髙島遊子，山崎あけみ：特別支援学校卒業後の重症心身障害児とその養育者の生活の安定に寄与する要因，小児保健研究，77（３）：243-252，2018
4）吉見啓子，矢島卓郎：特別支援学校卒業後の重症心身障害者の日常生活の実情と課題 ―東京都多摩地区の生活介護施設通所者の家族へのアンケート調査から―，日本重症心身障害学会誌，46（３）：401-412，2021
5）厚生労働省：障害福祉サービスについて，https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html, 2024. 9. 26 検索
6）後藤一也，西巻靖和，中村友亮：重症心身障害児者の加齢と施策，総合リハ，48(12)：1145-1150，2020
7）田中千恵，佐島毅：在宅重症心身障害者における在宅サービス利用の実態と在宅関連因子，リハビリテーション連携科学，19（２）：116-124，2018
8）矢島雅子：成人期の障害のある人の日中活動支援の現状と課題，京都ノートルダム女子大学研究紀要，44：75-87，2014

9）杉原彩乃，加瀬進：重度障害者の日中活動の実態に関する研究Ⅱ―療養介護事業所へのアンケート調査を手がかりに―，東京学芸大学紀要総合教育科学系Ⅱ，66：11-23，2017
10）James P. Spradley: Participant Observation, Thomson Learning Inc, London, 1980（田中美恵子，麻原きよみ監訳：参加観察入門，医学書院，東京，2010）
11）道信良子：ヘルス・エスノグラフィ――医療人類学の質的研究アプローチ，第１版，12-25，医学書院，東京，2020
12）厚生労働省：第３回総合福祉部会資料 2010年６月１日，https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/2010/06/dl/0601-１d.pdf，2024. 9. 26 検索
13）髙谷清：重い障害を生きるということ，77-79，岩波新書，東京，2011
14）土井恵子，泊祐子：重症心身障害児の臨床判断から観るケアの専門性，日本重症心身障害学会誌，45（３）：283-290，2020
15）Koto Y, Tomozawa M, Sato T, Niinomi K, Sakai N, Nagai T: Supporters' experiences of sensory characteristics of children with profound intellectual and multiple disabilities in after-school daycare centers: A qualitative study, Nursing Open, 10 (12): 7826-7838, 2023
16）市原真穂：障がい児の痛みの種類と原因，小児看護，37：544-552，2014
17）山下幸子：重度心身障害者とのコミュニケーションに関する質的研究，社会福祉学，43（１）：227-236，2002

〈研究ノート〉

家族属性に焦点を当てた胃がん術後患者の食事管理に対する困難の特徴

北川　恵*　上杉裕子**　堀本知春***
*愛媛県立医療技術大学　保健科学部　看護学科　**金城学院大学　看護学部
***東京医療保健大学　和歌山看護学部　看護学科

Difficulties in the Dietary Management of Postoperative Gastric Cancer Patients: A Focus on Family Characteristics

Megumi Kitagawa*　Yuko Uesugi**　Chiharu Horimoto***
* Ehime Prefectural University of Health Sciences, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing
** Kinjo Gakuin University, Department of Nursing
*** Tokyo Healthcare University, Wakayama Faculty of Nursing, Department of Nursing

〈要旨〉

本研究は，胃がん術後患者25名（男性13人，女性12人，平均年齢65.2歳）を対象に，在宅移行期である退院後一ヶ月目に半構成的面接を実施し，家族属性の世帯構造と調理者役割に着目し，食事管理に対する困難を質的帰納的に分析した。

単身世帯では，対象者が調理者の場合は【食事管理の簡素化・固定化・孤立化】，非調理者である介護保険利用者は【ヘルパーに対する食事管理調整困難】を認めた。同居世帯では，調理者である対象者の場合，【家族を優先した食事管理と役割遂行困難】を抱えていたが，家族からのサポート状況に応じて役割は変化し【調理者役割分担・移行にまつわる食事管理調整困難と役割葛藤】を認めた。非調理者である対象者は，妻またはパートナーへの【調理者への「おまかせ」にまつわる食事管理調整困難】を示し，介護保険利用者と同様に提供される食事の調整に困難を抱えていた。

上記５つのカテゴリーは，胃の再建術による消化力低下や器質的変化，体力低下，味覚・嗅覚機能の低下などを抱える対象者にとって，在宅移行期に直面する食事管理上の困難であり，医療者による早期かつ継続的支援が必要である。また，単身・同居といった世帯構造は，患者の負担や孤立感だけでなく，家族内での役割変化や関係性にも影響を及ぼしていた。これらの結果から，家族属性を加味し，家族内の役割やサポート状況を含めた包括的な支援の必要性が示唆された。

＜ Abstract ＞

In this study, we conducted semi-structured interviews with 25 postoperative gastric cancer patients (13 males, 12 females, mean age: 65.2 years) one month after discharge. Using a qualitative inductive approach, the study explored difficulties in meal management, focusing on household structures and the role of the cook as components of family characteristics.

In single-person households, participants who had the role of the cook experienced feelings of “simplification, fixation, and isolation related to meal management.” Non-cooking participants using the Japanese long-term care insurance system reported “difficulties in coordinating meal management with a helper.”

In cohabiting households, participants who were the cook showed concerns about “family-first meal management, and difficulties in role performance.” Furthermore, depending on the level of support they

received from family members, their roles changed, leading to “difficulties in coordinating meal management and role conflicts, both stemming from the division and transition of the cook’s role.” Non-cooking participants reported “difficulties in meal management coordination caused by ‘leaving it up’ to their spouses or partners,” similar to the difficulties faced by non-cooking long-term care insurance users in single-person households in coordinating meals provided to them.
The five categories above are diet-managing difficulties faced by participants with reduced digestive capacity; organic（structural）changes in the stomach; reduced physical strength; and reduced taste and smell functions, due to gastric reconstruction surgery during the transition period from hospital to home. These difficulties require both early and ongoing support from medical personnel. In addition, household structure, such as singledom and cohabitation, affect not only patients’ feelings of burden and isolation, but also their changing roles and relationships within the family. These findings suggest the need for comprehensive support that takes into account patients’ family characteristics and includes the roles of the cook and their received levels of support.

キーワード

胃切除術後	post-gastrectomy
食事管理	dietary management
家族属性	family characteristics
退院移行期	discharge transition
困難	difficulties

Ⅰ．緒言

胃がんは，2021 年には 78.3 万人の死亡数が発表され，世界で五番目に多い悪性腫瘍である[1)]。本邦では，長年胃がんはがん死亡率の第一位を占めていたが，検診システムの普及や早期治療，術式の改善等が功を為し 2014 年以降第三位に低下した[2)]。しかし，胃がんの主要な治療である胃切除術を受けた患者は，消化・貯留機能の永続的な低下や障害が伴う。患者は，消化力低下や再建術に応じた食事内容や食形態に合わせること[3)]，分割食やよく噛んで時間をかけて食べる，吸収力低下に伴う低栄養への対策として少量かつ栄養価の高い食事摂取をするといった術後の変化に対応するための知識習得と食行動の変容が求められる[4)]。

胃切除術後患者に対する質的研究では，食べる体験を “struggle” と表現し，もがくような強い苦痛を伴ったと報告されている[5)]。この食事摂取に伴う症状は胃切除術後障害（Postgastrectomy syndrome; 以下 PGS）と呼ばれる。その PGS の代表的な症状である早期ダンピング症状は 7 割の患者に出現していたこと[6)]，また下痢や活動力障害は 3 割以上に存在していたことが報告されている[7)]。PGS は単に身体的脆弱性だけでなく，症状の予測困難性や不安から，「外出先での排泄への懸念」や「人との会食の回避」などを引き起こし，心理的・社会的活動の制限に繋がると考えられる。こうした影響は，身体的・心理的・社会的な脆弱性を複合的に進行させる点で，フレイルの構成要素と重なりその出現に関与する可能性がある。胃切除術後患者のフレイル有病率は最大 72.3％と報告され[8)]，PGS の予防が重要である。そのため PGS につながる様々な側面から患者の食生活を検証する必要がある。

また胃切除術後患者の食生活は，患者個人の問題にとどまらず，家庭内の食事の在り方や家族関係にも影響を及ぼす。例えば，家族と食事を共にできないことで患者が食事を楽しめない状況や[9)]，食事に

対する家族への気兼ねが患者の回復に負の影響を及ぼすと報告されている[10]。筆者の先行研究では，男性患者とその妻を対象に，退院後の食生活における実態を明らかにした。男性患者は，胃切除術に応じた新たな食べ方の習得に困難を抱える中，妻を巻き込みながら食の再構築に取り組んでいた[11]。また，患者の体調に応じた食事管理を妻が主体的に行う様子も明らかになった[12]。同様に，他の研究においても，家族サポートの存在が食生活の再構築過程を強力に促進していることを示唆していた[13]。一方，独居の患者や調理を自身で担う必要がある患者は，体調に応じた食事の準備や調整を自分が主体となって行わなければならず，術後早期の体力低下や不安定な症状を考慮すると，食生活の再構築には，より大きな困難を抱えることが推察される。近年，独居，核家族世帯，超高齢世帯が増加しており，支援を担う家族の減少や，支援者自身も高齢化に伴う健康上の問題などにより必要なサポートの質の変化が生じていると考えられ，食事支援へのサポートの課題は多様化していると思われる。このように，患者の世帯環境によって術後の食生活における困難の内容は異なると考えられるが，家族属性の観点から胃切除術後患者の食事管理の困難を明らかにした研究はない。さらに胃切除術後患者の QOL は，退院後一ヶ月目に最も低下しており[14]，病院から地域への移行期における食事管理の困難が予測される。

本研究では，胃がん術後患者が退院移行期に直面する食事管理の困難を家族属性の観点から明らかにし，医療者の食生活支援や指導への示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

本研究は，質的探索的記述研究デザインを採用した。家族属性の異なる胃がん術後患者が在宅復帰後に直面する食事管理の困難を明らかにするため，家族属性による食事管理の違いを探索しつつ，得られたデータを質的に記述する質的研究方法が適切であると判断した。

2．用語の定義

食事管理：食事の準備や調理，食事提供によって生じる症状や体調管理，食事に対する感じ方や考え方，知識習得までを含む。

困難：食事管理において生じる困りごと，戸惑い，ストレス，苦痛を指す。基本的には患者本人が感じる困難を対象とするが，場合によっては，低栄養の進行など，支援者が臨床的に問題であると判断することもある。このような判断は，適切な介入や支援の契機となるため，本研究では主観的苦痛に加え第三者による臨床的判断も「困難」に含める。

家族属性：Friedman[15] が提唱する家族の基本的構造のうち世帯構造，家族内の役割を示す。本研究では，同居世帯・単身世帯等の世帯構造と，家族内役割の中でも特に調理者役割に焦点をあてる。

調理者役割：本研究においては，「家族属性」の中でも家族内役割の一側面として捉えている。この場合の調理はメニューの決定，食材調達，調理，片付けなど一連の行為を指す。また，対象者が調理を担う場合に限らず，調理を行わない場合であっても，食事の調達方法や内容を自ら選択する行為も含める。

サポート：調理や買い物等の物理的・道具的な直接的支援を指し，本研究では情緒的支援を含まない。

3．研究対象者

本研究の対象は，関西圏に所在する総合病院３施設において胃切除術を受け，退院後に消化器外科外来へ通院中の胃がん患者とした。適格基準は，20歳以上であること，胃がんの告知を受けていること，インタビューに口頭で回答できる能力を有すること，調査に協力可能な心身の状態にあることである。除外基準としては，内視鏡的胃切除術を受けた者，残胃がんの再手術を受けた者，胃がん病期分類において病期Ⅳに該当する者[16]，抗がん剤または放射線治療を受けている者（ただし補助化学療法の内服は除く），および他の消化器疾患を併存している者とした。

4．データ収集方法

該当する候補者は，上記３施設の病棟看護師長が

選定し，研究協力を依頼した。入院中に研究の趣旨を説明し研究参加の同意を取得した。その後，退院後一ヶ月の外来受診時に半構成的面接を実施した。インタビューでは，術後の食事摂取状況やPGSを含む食事管理に関する経験を中心に，食材調達，調理・摂食状況，症状，サポート体制，体調変化，食事に伴う困難について聴取するためのガイドを作成し，データを収集した。具体的な問いには，「術後の食事内容や摂り方の変化」「体調や症状に応じた工夫」「食事に関して困難と感じたこと」などがあり，対象者の経験とその対応を詳しく聴取した。面接内容は，同意を得てICレコーダーに録音した。また，対象者の年齢，性別，家族構成，就労状況などの基本属性は，カルテ情報および本人からの聴取によって確認した。

5．分析方法

対象者の語りは，録音記録及びメモを基に逐語録を作成した。分析の焦点は，①世帯構造（同居世帯・単身世帯）のタイプの違いによる食事管理の特徴，②調理者・非調理者の役割による食事管理の違いについて設定した。分析のプロセスは，まず世帯構造の側面からデータを分類し，次に調理者・非調理者の視点でデータを分類した。家族属性ごとに分け，対象者の食行動に伴う困難を比較・分類をしながら内容を抽象化しカテゴリー化した。なお，「調理者・非調理者」の分類は，退院時点における本人の役割意識に基づいて設定したが，分析の過程で，体調や支援状況の変化により退院後に調理者としての役割を継続できなくなる事例を認めた。そのため，こうした役割の変化を踏まえた視点を分析に加えることで，食事管理上の困難をより実態に即して把握することを試みた。最終的に，調理者役割・サポートのタイプを上位カテゴリーとして表示し，家族属性の特徴を明確化した。データ分析における解釈の偏りを最小限に抑え，信頼性を確保するため，質的研究に精通した共同研究者（博士号取得者および質的研究経験者）によるスーパービジョンを受けながら，分析内容を検討・修正した。

6．倫理的配慮

本研究は，筆頭著者の所属機関（承認番号：15-I-8），及び研究協力病院の倫理審査委員会から承認を得て実施した。対象者には，研究目的，方法，秘密保持等を説明し，書面で同意を得た。インタビューは，外来の仕切りがある談話室を基本とし，可能な限りプライバシーが確保できる場所で実施した。施設の状況により談話室の使用が困難な場合は，外来の診察室前の椅子を使用することもあったが，その際は周囲の混雑状況や声量に配慮し，隣人との空間を確保した上で，個人情報やプライバシーの保護に十分留意した。また，収集したデータについては，個人が特定されることの無いように，対応表を用いて研究用のIDを付け匿名化を行った。

Ⅲ　分析結果

1．対象者の背景（表1）

対象者は，25名で平均年齢65.2歳（± 9.0歳），男性13名，女性12名であった。術式は，胃全摘術8名，幽門側胃切除術11名，噴門側胃切除術2名，幽門保存胃切除術4名であった。退院時の世帯構造は，単身世帯6名（うち訪問介護サービス利用2名），同居世帯19名であった。面接時間は一人につき30～90分の時間で平均は52分であった。対象者は，退院までに胃切除術後の食生活に関するパンフレット等を用いた指導を受けていた。術後の食事開始時には，胃切除術後に適した食事内容や摂取量，食べ方の工夫，ならびに食事に関連する症状（PGS）について，管理栄養士および看護師から説明を受けていた。さらに，術後1か月の外来受診時には，管理栄養士による食事摂取量の評価とPGSをもとにした個別指導がいずれの施設でも共通して実施されていた。これらの内容は，3施設間で大きな差異はなかった。

以下，調理者役割・サポートのタイプ【 】，カテゴリー《》，サブカテゴリー［ ］，データの部分を“ ”で表す。なお、本文中で引用されるコード番号（例：1－1）は、表2のコード対応表を示している。

2．家族属性のタイプ別による食事管理の特徴

世帯構造と調理者役割の側面から家族属性ごとに

表１　対象者の背景（N=25）

項目		n（%）
年齢	60 歳未満	5（20）
	60 歳～ 69 歳	14（56）
	70 歳～ 79 歳	5（20）
	80 歳以上	1（4）
平均年齢（歳）		65.2 歳（± 9.0 歳）
性別	男性	13（52）
	女性	12（48）
術式	開腹下	2（8）
	腹腔鏡下	23（92）
	胃全摘術	8（32）
	幽門側胃切除術	11（44）
	噴門側胃切除術	2（8）
	幽門保存胃切除術	4（16）
世帯構造	単身者	6（24）
	同居者：夫婦またはパートナー	8（32）
	：夫婦と子供，孫	11（44）
インタビュー時の補助化学療法の有無	有	4（16）
仕事	あり	11（44）
	なし	14（56）

食事管理に直面している困難を述べる（表２）。

１）同居世帯（同居家族がいる対象者）

（１）【調理者役割継続型;同居家族からの調理サポートが得られにくい対象者】

術前から調理者役割を担っており，同居家族がいても調理や片付けといった日常の食事管理の多くを自ら担っていた対象者は，術後も引き続き自身が主体となって調理者役割を継続していた。買い物など一部の作業については家族の支援を受ける場合もあったが，調理者としての役割は引き続き本人が中心だった。いずれの対象者も女性であり，術後も引き続き家族のメニューを優先しながら，自身の胃切除術後に適した食事（以下，胃切除食）への対応に苦慮していた。症状の出現も加わり，術前のように調理者役割を遂行することが困難となり，身体的および心理的に負担を抱えていたため，《家族を優先した食事管理と調理者役割遂行困難》と命名した。

具体的には，“起きて食事作るのがね，体力的にもしんどい。メニューを考えるのも。（L 氏：1-1）”のような［体力低下による調理困難］，“味覚がね，イマイチわからないし，ゲップがあったら痰とかが残るでしょ。ちゃんとした味付けができない。（P 氏：1-5）”のように［味覚・嗅覚変化による味付け困難］が生じていた。しかし，最初から同居家族からのサポートを期待しておらず，“しんどいけれど家のことをしないと誰もご飯作ってくれへんし，家も片づかん。（V 氏：1-9）”のように［他者を当てにできない］環境下で調理負担の軽減を工夫するが，自分のことが後回しになり体力的な余力がないことから［自分の胃に適したメニューを調理することの困難］を感じていた。また，“主人は食べろといってそして早く休めというけれど，私はせっかちでいろいろとやらないと気が済まないたちだから，いろいろとやり合ってそれが一番しんどかったわね。本当格闘よ，この人と。（P 氏：1-14）”のように［術前のような家事役割を果たせないことへの焦りと同居家族へのストレス］も抱えていた。

（２）【調理者役割変更型；娘からの調理サポートあり】

同居家族から調理サポートを期待できる対象者は，入院中は全員が調理者役割を継続する意向を持っていたが，症状出現により退院後一ヶ月では役割分担や移行を認めた。対象者は全員女性で，主なサポートは娘であった。対象者は，調理者役割を遂行する上での困難や，食事を提供している家族とのやりとりにおける非調理者としての困難を認めた。また役割を担う家族に感謝しながらも役割を果たせない負い目を感じていたため，《調理者役割分担・

表２　家族属性の側面からみた食事管理に関する困難

世帯構造	調理者役割・サポートのタイプ	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード対応番号
同居世帯	**調理者役割継続型（６人）同居家族からの調理サポートが得られにくい**	**家族を優先した食事管理と調理者役割遂行困難**	体力低下による調理困難	重い荷物が伴うような体力を要する買い出しは一人では難しい	１－１
				食後の症状の辛さのため食事の片付けなどすぐに動けない	１－２
				メニューを考えるのも調理をするのも疲れる	１－３
				自分と家族の２パターンのメニューを調理すると疲労が大きく精一杯である	１－４
			味覚・嗅覚変化による味付け困難	味覚に自信がないため味つけが大丈夫か家族に確認してもらう	１－５
				鼻につく匂いが辛く調理を中断することもある	１－６
			他者を当てにできない	自分以外家事をする人がいない	１－７
				元々家族が面倒がるため、支援を期待せず自分で対応していた	１－８
				退院直後から家族のサポートはなく自分が動くしかない	１－９
			自分の胃に適したメニューを調理することの困難	身体が辛いが家族の調理を優先してしてしまう	１－10
				家族と一緒に食べられるメニューを探すことが難しい	１－11
				体力がないため細やかに食事内容に気を配れない	１－12
			術前のような家事役割を果たせないことへの焦りと同居家族へのストレス	家族に迷惑をかけたくないため無理して家事役割を頑張りすぎてしまう	１－13
				自分の今までの家事スタイルを容易に変えられないことで患者を心配する家族と喧嘩になる	１－14
	調理者役割変更型（５人）娘からの調理サポートあり	**調理者役割分担・移行にまつわる食事管理調整困難と役割葛藤**	味覚・嗅覚の変化に伴う味付け困難による調理者役割の変更	口の中が変化し味つけが安定しないため娘が代わって調理するようになった	２－１
				お酢の匂いで嘔吐して調理を中断した	２－２
				味付けに自信をもてなくなり調理を娘が代わってくれた	２－３
			調理者との食事内容・食事量調整困難	娘も胃を切った人にどんな食事を提供したら良いのか迷っている	２－４
				調理してくれた食事が匂いのために食べられなかったためわがままだと自分を責める	２－５
				娘に依頼した食事を瞬間的な食欲の変化のため食べることができず娘と揉める	２－６
				娘が自分のために食事を作ってくれたが食形態が合わなかった	２－７
				娘が自分の食事に合わせてくれるが味が物足りない	２－８
			病人役割と調理者役割間の役割葛藤	娘に感謝している反面望むように動いてくれないことで苛立ちを感じる	２－９
				体力低下のため娘に甘えたいが家族の負担を考えると動かないといけない	２－10
				調理者を代わっている娘に迷惑をかけている負い目から関係を乱さぬよう口を出さずにいる	２－11
			家族以外を頼りたいが社会資源が使いにくい	胃に適した食事を探したが離乳食用や介護食用のため活用ができない	２－12
				できるだけ家族に頼らないように介護の人に来てもらいたいが活用方法がわからない	２－13
	非調理者役割型（８人）妻・パートナーからの調理サポートあり	**調理者への「おまかせ」にまつわる食事管理調整困難**	味覚・嗜好変化による調理者との味付けの調整困難	妻からの提供された食事の味付けが合わず自分の好みのものを買う	３－１
				妻から提供された料理の味が合わずに自分で好みの味を加える	３－２
				妻が体に良いと思う食事を提供してくれたが対象者の味つけが合わずに食べられない	３－３
				対象者の味覚や嗜好に重視した食事提供によって他の家族が満足する味付けではないため調理者が調整に苦慮する	３－４
			調理者との食事内容・食事量調整困難	消化に良い食事内容の提供のため全体的な食事量に満足できない	３－５
				妻から提供された食事量が多すぎて苦労する	３－６
			調理者からの食事提供をそのまま摂取することでの症状出現	妻が出してくれた食事をそのまま食べて逆流に苦しんだ	３－７
				提供される多い食事量をそのまま摂取することでの胸焼け・嘔吐の出現	３－８
				妻が提供した元々対象者の好みの食事を摂取したことによる胃のもたれ・便秘による苦悶	３－９
			調理者の厳しい食事管理に対する抵抗感	対象者の体を考え妻の判断で自分の好物が排除されることへのストレス	３－10
				管理が厳しいため自分好きなものを自由に食べさせて欲しいと願う	３－11
				体調を含めて管理をしてくれる妻に感謝はしているが食事管理に厳しさを感じる	３－12
			家族に対する甘えの出現による食事への意識づけの緩み	退院直後は妻からの忠告を聞いていたが慣れて今は聞いていない	３－13
				自宅では妻の調理のため自分の食べたいものを家族に求めて徐々に甘えを出す	３－14
単身世帯	**単身・調理者役割型（４人）**	**食事管理の簡素化・固定化・孤立化**	偏ったパターン化した食事摂取	こまめに調理ができないため繰めて調理をするため同じメニューが続く	４－１
				同じようなメニューに飽きを感じる	４－２
			体力低下のため消化に適していないが食材調達や調理は手軽さを重視する	消化に問題を抱えていても手軽にできるものを優先的に取り入れる	４－３
				惣菜を手軽に買える店は消化に適してはいないが体力を考え近いから購入している	４－４
			胃切除術後に対応した食生活の継続困難	理屈ではわかっているが胃にあった食事を継続することが難しい	４－５
				消化に対応した柔らさに対応した調理を面倒だと感じる	４－６
			他者を当てにできない	自分も大変だけれど家族の生活もあるから当てにしていない	４－７
				体が辛くても自分で調理から片付けまで一人で行わなければならない	４－８
	非調理者役割・ヘルパー利用型（２人）	**ヘルパーに対する食事管理活用困難**	ヘルパーへの要望伝達困難	ヘルパーに対する調理や買い物への伝達困難	５－１
				対象者に適した食事内容をヘルパーに伝達することの煩わしさ	５－２
			偏ったパターン化した食事摂取	つまも程度の食事ばかりで食事らしい食事を摂取できていない	５－３
				結局は同じような食事内容ばかりになる	５－４
			食欲が湧く食品選択困難による健康の回復への焦り	食欲が湧く食品選択困難による健康の回復への焦り	５－５

17 研究ノート-40-1-北川他.indd 102 2025/12/25 8:49:55

移行にまつわる食事管理調整困難と役割葛藤》と命名した。

例えば，補助化学療法使用中の対象者は［味覚・嗅覚の変化に伴う味付け困難による調理者役割の変更］を認めた。そして非調理者になり，“あれ買ってきて言っても，さあ食べよう思ったら「嫌！」言うのがある。お母さん食べたいものわからんから言うて。（W 氏：2-6）”のように，瞬間的な食欲の変化等による［調理者との食事内容･食事量調整困難］が見られた。また，“病人のくせに何にもしてないくせに何って言われたらお終いだとおもうから，細かいことは寝たふりをしてね。（O 氏：2-11）”のように［病人役割と調理者役割間の役割葛藤］や，胃切除食に該当するものを探しても離乳食や介護食用しかない等［家族以外を頼りたいが社会資源が使いにくい］状況を認めた。

（３）【非調理者役割型；妻・パートナーからの調理サポートあり】

対象者は非調理者であり，同居している妻・パートナーが調理者役割を担っている場合このタイプに該当する。この対象者は全員男性で，主に妻・パートナーが中心となり食事提供だけでなく体調把握まで含めた食事管理を行なっていた。対象者が，妻・パートナーに食事管理を委ねることで生じる非調理者としての困難であり，《調理者への「おまかせ」にまつわる食事管理調整困難》と命名した。

具体的には，［味覚・嗜好変化による調理者との味付けの調整困難］や，“「これぐらいでええの？」「これくらいにして」と言うことでな，やりとりしても出された量が多くて残したり，ちょっと食べすぎて苦労する。（B 氏：3-6）”のように［調理者との食事内容･食事量調整困難］を認めた。対象者は，基本的に食事管理を調理者に任せており，“妻が，食べれると思ってお好み焼きくれたけど，胸が焼けてね。その後，饅頭の甘いものをくれたけどまた胸が焼けました。（A 氏：3-9）”のように［調理者からの食事提供をそのまま受け取って摂取することでの症状出現］が確認された。また，妻やパートナーからのサポートについて，“あんまり神経質になられたら嫌なんや。やっぱり好きなもん食べてね，とりあえずしたいように。（T 氏:3-11）”のような［調理者の厳しい食事管理に対する抵抗感］を感じることや，“病院の時はね，栄養士さんが考えて作ってくれて出てるから食べてたけれどな。やっぱりこのごろ調子がええからかもしれんけれど，奥さんが作ってくれるから自分の好きな食べ物を言うてワガママが出てきてるから”（C 氏:3-14）”のように［家族に対する甘えの出現による食事への意識づけの緩み］も見られた。

２）単身世帯

（１）【単身・調理者役割型】

単身者で，自分で食事の準備や調理を担ったり，調理を行わなくても日々の外食で摂取する食事内容を考えたり，惣菜等を自分で調達している人が該当する。しかし，対象者は他者に頼ることを積極的に行わず，深刻な体力低下のため胃切除食への対応は困難であった。本研究では《食事管理の簡素化・固定化・孤立化》と命名した。

具体的には，“比較的甘いパンとかご飯ものが多いんですよ。何回も食べるから飽きてくる（Y 氏：4-2）”のように［偏ったパターン化した食事摂取］，近所の惣菜を手軽に買える店は消化に適してはいないが体力を考え近いから購入しているなど［体力低下のため消化に適していないが食材調達や調理は手軽さを重視する］，最初は胃を意識した食事をしていたが“手術する前と同じパターンに戻ってる。軟らかいものを食べたり，食べる量を控えたり，理屈ではわかっとるけれどね。（U 氏：4-5）”のように体力不足や調理を手間に感じたため［胃切除術後に対応した食生活の継続困難］を生じたり，“結局全部自分でせんといかんからそれが一番しんどいよね。やっぱり体がしんどくても洗い物までせなあかんからね，やっぱりえらいですよね。作るだけじゃないですもんね。（Y 氏：4-8）”のように［他者を当てにできない］といった特徴を示した。

（２）【非調理者役割；ヘルパー利用型】

このタイプは調理者役割を他者に委ねる場合である。本研究では，対象者が介護保険を利用し訪問介護員（以下;ヘルパー）が調理者役割を担っていた。対象者は胃切除食のメニューを考えヘルパーに食材調達や調理を依頼していた。しかし，体力低下や食欲の不安定さのため摂取したいものを上手く伝達で

きず十分な食事摂取に繋がっていなかった。そのため《ヘルパーに対する食事管理活用困難》と命名した。

例えば，本人からヘルパーに対して，胃切除食の概要についてパンフレットを用いて説明したり，食欲が湧くような食事内容についてやり取りしたりする中で，“何を作って欲しいんかと言われたらな，わからへんねん。スーパーとかで品物を見てこそ「これや」って言えるけど。（J 氏：5-1）”のように，ヘルパーとの調理や買い物の伝達が困難となる状況が見られた。また，“パンフレット読ましたけれどね，読んだだけの話や。そうめん湯がいてもらっただけや。あれ一番簡単やから。（I 氏：5-2）”のように，体調不良，伝える煩雑さなどにより，希望をうまく伝えられず諦めに似た感情が生じており，［ヘルパーへの要望伝達困難］を生じていた。結果的に，［偏ったパターン化した食事摂取］に繋がったり，直接店に行くことができず［食欲が湧く食品選択困難による回復への焦り］を感じたりしていた。

Ⅳ　考察

1．調理者役割にまつわる食事管理に伴う困難の背景について

対象者が調理者の場合，［味覚・嗅覚変化による味付け困難］，［体力低下による調理困難］が生じた。一方，非調理者は，提供される料理の味付けや，消化力や残胃の大きさに合わない食事の提供により［調理者との食事内容・食事量調整困難］，食欲や体調の変化により何が食べたいのか対象者自身がわからず［調理者（ヘルパー）への要望伝達困難］が生じた。これらの困難の根底には，体力不足，味覚・嗅覚機能の低下，瞬間的な嗜好変化，消化力低下，吻合部及び残胃の容量等胃の再建法の影響があると考えられる。術後一ヶ月の患者は，術後侵襲の影響を受け消化液・消化ホルモンの分泌量減少やグレリンやレプチン等のホルモン分泌量減少が食欲不振を引き起こすと報告されている[17]。また，補助化学療法服用中の対象者は，味覚・風味減退や異常味覚を生じることや，悪心，食欲不振，倦怠感などの幅広い副作用が見られ，体調や食欲が日々変動しやすくなる傾向がある[18][19]。このように退院移行期は著しい身体変化を経験する時期であり，味覚・嗅覚変化や PGS などの症状に関する相談体制の整備，および体調変動に応じた食事調整への支援を通じて体力低下を予防し，栄養状態の改善を図るための早期介入および継続的支援が重要であると考えられる。

2．家族属性のタイプによる食事管理に対する困難の特徴について

家族属性のタイプごとに５つの食事管理の困難カテゴリーが見出された。同居世帯で調理者役割を担う対象者は，【調理者役割継続型】及び【調理者役割変更型】に分類され，《家族を優先した食事管理と調理者役割遂行困難》《調理者役割分担・移行にまつわる食事管理調整困難と役割葛藤》を認めた。これらは，体調不良を抱えながらも家族の日常生活を維持しようとする過程で生じていた。対象者は全て女性であり，胃がん罹患率は 60 歳以降に急増している点[2]を考慮すると役割規範の影響が大きいと思われる。内閣府の調査では，60 歳代女性の 40.4％が「家事・育児は女性がするべき」とするアンコンシャス・バイアスを持つ[20]。また，地域で生活する胃全摘術後がん患者は，家族役割遂行の困難さが自己概念に影響を与えていたという報告がある[21]。これらの背景から，［術前のような家事役割を果たせないことへの焦りと同居家族へのストレス］や［病人役割と調理者役割間の役割葛藤］に繋がったと思われる。調理者役割を担う対象者は全員役割継続を希望したが，退院後の症状出現により，家族のサポート状況に応じた役割変容を余儀なくされた。この時期は体力の温存が重要であり，退院後に症状や役割の調整に苦慮する対象者に対しては，「役割を十分に果たせなくても，罪悪感を抱く必要はない」と伝えるだけでなく，本人が抱える葛藤や焦りに医療者が気づき共感を示すことが大切である。その上で，術後の身体的・心理的変化や生活環境の変化に応じて，調理者としての役割や家庭内の役割を柔軟に見直し適応していく「役割の再構築」を支援する必要がある。その際には，家族の協力体制や宅配・調理サービスなどの社会的資源を活用しながら，対象者の状況に応じた役割再編を後押しすることが望まれる。

同居世帯で，調理者役割を夫婦・パートナーが担っている【非調理者役割型；妻・パートナーからの調理サポートあり】の場合，《調理者への「おまかせ」にまつわる食事管理調整困難》が認められた。土居が示した「甘え」の構造は，日本特有の心理状態であり密接な人間関係の時に生じる感情である[22]。本研究では対象者は全員男性であり，夫婦・パートナー関係において「おまかせ」をコーピングとして食事管理を行っていると考えられる。一方，調理者である家族側の課題について，筆者の先行研究により，妻が夫の健康管理の不備を契機に後悔や自責の念を感じ，妻が患者の食事管理の負担を引き受ける状況が明らかになっている[12]。以上を踏まえ，同居家族がいる患者の場合は，術後早期から調理者の特定や家族サポート状況を把握し，家族間の関係性や調理者役割の変化を視野に入れた対応が必要になる。患者だけでなく調理者を含めた指導及び支援の必要がある。例えば，患者が食事管理を調理者におまかせする傾向が強い場合，味覚変化への対応や摂取量の調整といった判断も調理者に委ねられ，結果として調理者の負担が増大する可能性がある。そのため，術後早期から患者に対しては，自身の体調や嗜好の変化を調理者に適切に伝えることの重要性を伝え，食事に対する主体的な関わりを促す支援が求められる。一方で，調理者には，術後の味覚変化や食欲の変動に対応した調理の工夫を支援するとともに，食事提供に伴う心理的なストレスや戸惑いに対するサポートも必要である。このように，患者のQOLの維持と家族の介護負担の軽減の両立を図る支援が求められる。

単身世帯の場合は，【単身・調理者役割型】では，《食事管理の簡素化・固定化・孤立化》が生じた。これは，周囲からの道具的サポート不足や体力低下により手軽さを重視した結果と推察された。このタイプは，医療者が胃切除術後に適した食事指導を行っても行動変容は困難であると予想される。Health Belief Model[23]によれば，行動変容は合併症の発症リスクやその結果がもたらす重大性に基づく脅威の認識によって促される。患者が症状や合併症のリスクを理解してその重大性（perceived severity）を認識していたとしても，体力不足や道具的サポートの欠如があると「行動を起こすための障壁」（perceived barriers）として作用し，行動変容を阻害すると考えられる。このような障壁を乗り越えるためには，患者の自己効力感（self-efficacy）を高める支援が重要である。Bandura が示す 4 要素（成功体験，代理経験，言語的説得，生理的・情緒的状態）[24) 25)]に基づき，患者にとって無理のない小さな目標を設定し，着実に成功体験を重ねられるよう支援することが有効である。過度な変容を求めるのではなく，日常生活の延長で取り組める実践的な工夫が，行動の継続性と自己効力感の向上につながると考えられる。具体的には，簡単に取り扱える栄養価の高い食材，シンプルな調理法，手軽に取り入れることができる栄養補助食品の紹介，外食場面での食事ポイントの指導等が体力不足や物理的負担を補う効果的な支援となりうると考える。また，体力不足や道具的サポートの不足といった障壁を乗り越えてきた他の患者の取り組みを伝え，参考にできるよう支援することや医療者による声かけなどの「代理経験」および「言語的説得」，術後の侵襲による体調の変動や体力不足への不安を踏まえた「生理的・情緒的状態」に対する支援が必要になる。これらの視点は，【単身・調理者役割型】のように体力の低下や道具的サポートの不足が背景にあるタイプに対して、患者が無理なく食事管理に主体的に取り組めるよう支える実践的な方略として有効である。

【非調理者役割・ヘルパー利用型】では，《ヘルパーに対する食事管理活用困難》を認めた。背景には，対象者の体調や嗜好の不安定さが影響し，買い物・調理などに関する［ヘルパーへの要望伝達困難］が生じていることがある。その結果，ヘルパーが胃切除食の特徴を踏まえた適切な食事提供を行うことが難しくなっていた。このような状況では，患者が食に関する希望を伝えることを諦め，低栄養に傾くリスクが高まる可能性がある。そのため，直接支援するヘルパーに対し，胃切除食の特徴をまとめたパンフレット等を提供し，理解を深めてもらうことが重要である。

単身世帯の【単身・調理者役割型】，【非調理者役割・ヘルパー利用型】，及び同居世帯の【調理者役割継続型】のように，サポートが乏しく体力低下が

見られる場合は，特にきめ細やかな支援が必要である。地域包括ケアの視点から，急性期病院や地域のかかりつけ医による長期的な栄養支援に加え，栄養ケアステーションの活用や，介護認定の該当者への訪問看護師派遣等，患者の状況に合わせ地域で支える栄養管理体制の構築が不可欠である。

Ⅴ．本研究の限界と今後の課題

本研究はいくつかの限界がある。例えば調理者である同居家族が婿嫁関係の場合等，多様な世帯構造を十分に網羅できていない。また，調査対象地域が限定されており，一般化には限界がある。今後は，調査機関や対象者数を拡大し，量的な研究方法を用いて一般化を試みる予定である。

Ⅵ．結論

本研究は，胃がん術後患者の家族属性からみた食事管理の困難を明らかにするため，25名のインタビュー調査を実施した。その結果，世帯構造及び調理者役割により５つの食事管理の困難カテゴリーが示唆された。困難の背景は，体力低下，味覚・嗅覚機能の低下，再建術による影響等が考えられ，医療者による早期介入や継続的支援が重要であることが示唆された。医療者は，調理者役割やサポート状況等家族属性を加味し食事管理の困難に対して包括的な支援を行う必要性が示唆された。

謝辞

本研究を実施するにあたり，ご協力くださった対象者様，施設の方々に深く感謝申し上げます。

利益相反

なし

文献

1）World Health Organization: Cancer Tomorrow: Estimated number of deaths from 2022 to 2050, Males & Females, age［0-85+］, https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/trends?mode=population&types=1, 2024,（2024/3/29 閲覧）

2）がん情報サービス：がんの統計，国立がん研究センター，https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html, 2024 年 11 月 3 日閲覧）

3）北川恵，上杉裕子，島村康弘：胃切除術後患者における食事内容の食物特性に関する因子探索的研究，日本静脈経腸栄養学会雑誌，33(5)：1153-1158，2018

4）中田浩二：胃切除術後症候群の実際とその管理，日本消化器外科学会教育集会，1-11，2010.

5）Carey S, Laws R, Ferrie S, Young J, Allman-Farinelli M: Struggling with food and eating-life after major upper gastrointestinal surgery, Support Care Cancer, 21(10): 2749-2757, 2013

6）Mine S, Sano T, Tsutsumi K, Murakami Y, Ehara K, Saka M, Hara K, Fukagawa T, Udagawa H, Katai H: Large-scale investigation into dumping syndrome after gastrectomy for gastric cancer, J Am Coll Surg, 211(5): 628-636, 2010

7）野口明日香，佐藤冨美子，佐々木康之輔，吉田詩織，山村明寛：胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関連，福島県立医科大学看護学部紀要，25：1-10，2023

8）Wang X, Sun Y, Wang P, et al.: Impact of frailty on survival and readmission in patients with gastric cancer undergoing gastrectomy, A meta-analysis, Front Oncol, 12: 1-9, 2022

9）Wang HM, Wang TJ, Huang CS, et al.: Nutritional Status and Related Factors in Patients with Gastric Cancer after Gastrectomy, A Cross-Sectional Study, Nutrients, 14(13): 2634, 2022

10）数間恵子，石黒義彦：胃がん術後患者の栄養状態回復と摂食行動および心理社会的要因との関連に関する研究（その２）栄養状態回復と摂食行動に影響する心理社会的要因について，千葉大学看護学部紀要，13：55-65，1991

11）北川恵，吉永喜久恵：胃がんによる胃切除術患者および家族の食への取り組み：入院中から退院後の患者に焦点をあてて，第 33 回日本看護

学会抄録集 成人看護Ⅰ，2002：60
12）北川恵，吉永喜久恵：胃がんによる胃切除術後患者の妻における食への取り組み，日本がん看護学会誌，19(2)：74-80，2005
13）内田静香，藤田あけみ：胃がん術後患者の食生活再構築過程，保健科学研究，14(1)：21-31，2023
14）Kobayashi D, Kodera Y, Fujiwara M, Koike M, Nakayama G, Nakao A: Assessment of Quality of Life After Gastrectomy Using EORTC QLQ-C30 and STO22, World J Surg, 35(2): 357-364, 2011
15）Friedman MM: Family Nursing: Theory and Assessment, Appleton & Lange, Stamford, 1992（野嶋佐由美訳：家族看護学，理論とアセスメント，第５版，へるす出版，東京，1993）
16）日本胃癌学会：胃癌取扱い規約 第15版，1-86, 金原出版，東京，2017
17）Takachi K, Doki Y, Ishikawa O, et al.: Postoperative Ghrelin Levels and Delayed Recovery from Body Weight Loss after Distal or Total Gastrectomy, J Surg Res, 130(1): 1-7, 2006
18）狩野太郎：化学療法に伴う味覚変化，狩野太郎，神田清子（編）：がん治療と食事―治療中の食べるよろこびを支える援助，48-57，医学書院，東京，2015
19）Boltong A, Aranda S, Keast R, et al: A prospective cohort study of the effects of adjuvant breast cancer chemotherapy on taste function, food liking, appetite and associated nutritional outcomes. PLoS One, 9(7): e103512, 2014
20）内閣府男女共同参画局総務課：令和３年度 性別による無意識の思い込み（アンコンシャス・バイアス）に関する調査結果，共同参画，149，2021
21）近藤恵子，鈴木志津枝：地域で生活する胃全摘術後がん患者の自己概念，高知女子大学看護学会誌，33(1)，28-38，2008
22）土居健郎：「甘え」の構造，新装版，33-61，弘文堂，東京，2021
23）Pender NJ: Health Promotion in Nursing Practice, Appleton & Lange, Norwalk, 1996（小西恵美子監訳：ペンダー ヘルスプロモーション看護論，79-112，日本看護協会出版会，東京，1997）
24）レズニックバーバラ：自己効力感とレジリエンスを高める看護の実践（任和子編），１-73, 学研メディカル秀潤社，東京，2020
25）Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, Psychol Rev. 84(2): 191-215, 1977

〈研究ノート〉

発熱事例を用いた小児救急外来の受療行動に影響を及ぼす要因：
保護者の健康の捉え方に焦点をあてて

中島優子*　田村葉子**　平　英美**
*梅花女子大学　**京都看護大学

Factors Influencing Healthcare-Seeking Behavior in Pediatric Emergency Outpatient Visits Using Fever Cases: Focusing on Parents' Perceptions of Health

Yuko Nakashima*　Yoko Tamura**　Hidemi Taira**
*Baika Women's University　**Kyoto College of Nursing

〈要旨〉

目的：小児救急外来を利用する保護者の過去の健康状態と現在の健康状態の捉え方，及び過去に救急外来を利用した経験に焦点をあて受療行動の可能性との関連を明らかにすることを目的とした。

方法：A市の保育園を利用している6歳未満の子ども1人以上を持つ保護者320人を対象とした。子どもの発熱事例を挙げ，事例のような状況におかれた場合，どのような判断や行動をとるかについて無記名自記式質問紙法を実施した。発熱事例による受療行動の可能性の有無と発熱事例による不安の程度，育児不安得点，子どもの健康管理，早めの受診理由，保護者の健康の捉え方の各設問との関連性をみるためにχ^2独立性の検定を行った。

結果：320人に調査票を配布し239人から回収した。最終分析対象者は233人であった。分析の結果，発熱事例による受療行動の可能性の有無と発熱事例による不安の程度，時間外でも対応してくれる医師がいる，周囲の家族の干渉が強い，乳幼児の頃はよく熱を出して病院へ行った，自分は日頃から健康だと思っている，の関係で有意差がみられた。さらに，過去の救急外来の利用経験と発熱事例による不安の程度との関係においても有意差がみられた。

結論：子どもの発熱事例を挙げ，事例のような状況におかれた場合，どのような判断や行動をとるかを尋ねた結果，保護者がとる受療行動には，保護者の過去の健康状態や現在の健康の捉え方が関連していることが示唆された。

＜ Abstruct ＞

Objective: This study aimed to clarify the relationship between parents' healthcare-seeking behavior in pediatric emergency outpatient settings and their past conditions and current perceptions of health, as well as their previous experiences with emergency outpatient visits.

Methods: The participants were 320 parents with at least one child under six years old attending daycare in City A. An anonymous, self-administered questionnaire was conducted, presenting a hypothetical fever case and asking how they would make decisions and act in such a situation. A chi-squared independence test was performed to examine the relationship between healthcare-seeking behavior in response to the fever case and factors such as the degree of anxiety caused by the fever case, parenting anxiety scores, child health management practices, reasons for seeking medical care promptly, and parents' perceptions of health.

Results: A total of 320 questionnaires were distributed, and 239 were collected. Data from 233 respondents were included in the final analysis. The analysis revealed significant associations between healthcare-seeking behavior in response to the fever case and the following factors: the degree of anxiety caused by the fever case, having a physician available after hours, strong interference from family members, frequent fever incidents in infancy requiring hospital visits, and the parent's perception of being generally healthy. Additionally, there was a significant relationship between previous experiences with emergency outpatient visits and the degree of anxiety caused by the fever case.

Conclusion: The findings indicate that parents' decisions and actions regarding healthcare-seeking behavior in response to a hypothetical fever case are influenced by their past health conditions and experiences, as well as their current perceptions of health.

キーワード

発熱事例	fever Cases
小児救急外来	pediatric emergency outpatient visits
受療行動	healthcare-seeking behavior
保護者	parents
健康の捉え方	health perceptions

Ⅰ．序論

我が国で，小児救急外来（以下，救急外来）の緊急性の無い「社会的救急」が注目されて久しい。子どもが突然，病気になった場合，救急外来への受診判断の多くは保護者の判断に委ねられる。子どもの身体表現とそれに対する両親自身の解釈に頼らざるを得ないため，医師の診断を仰ぐかどうかの判断は複雑である[1)]。一方，救急外来を受診した保護者は「早く受診して専門家に判断を仰ぐ」という受診行動を以て，問題解決への最短距離と考える傾向がある[2)]。こうした社会背景を受けて厚生労働省は，2004年より小児救急電話相談事業を講じている。2010年度にはすべての都道府県において実施されており，2019（令和元年）の相談件数は約102万件と年々増加している[3)]。

救急外来の受診抑制については，受診場面での患者教育が必要であり，次回からの救急外来の利用について適切な判断力を育てることが重要である[4)]ことが報告されている。急病時の受診判断のツールとしては，こども救急受診ガイドブッグが作成されているが，子どもが病気になった場合，自然に回復する軽度の急性気道感染症のみ経験した親は，病気がもたらす脅威はごくわずかであるという認識をもち，対照的に，重篤な急性気道感染症を経験した親は，病気の脅威をより強く認識，さらに親としての自己効力感を低下させ，発症するたびに受診をする[5)]ことが明らかにされている。さらに，病気の重症度の認知については，乳幼児や初めての子どもであること，家族の病歴が高める[6)]ことが明らかにされており，母親自身の幼少期における虐待，良好でない人間関係，および出生前の精神的健康症状は，それぞれ，乳児の救急受診の増加と関連している[7)]ことも示唆されている。一方，救急受診の適正利用を目的に保護者の過去の健康状態や現在の健康状態に焦点をあてて執筆された論文は見当たらなかった。

そこで，本研究では保護者の過去の健康状態と現在の健康状態の捉え方，及び過去に救急外来を利用した経験に焦点をあて，受療行動の可能性との関連を明らかにすることを目的とした。実際の受療行動の測定は不可能であることから，小児救急電話相談事業で最も相談件数が多い，子どもの発熱事例を挙

げ，夜間に 39.0 度の発熱に気付いた場合，どのような判断や行動をとるかを尋ねた。保護者が自身の過去の健康状態や現在の健康状態をどのように捉え，救急外来への受療をどのように判断しているのかを知ることは，適切な救急外来の受療行動に向けた一助になり得ることが期待できる。

Ⅱ．用語の定義

本研究においての小児救急外来受診とは，救急医療体制に基づく初期救急医療と第二次救急医療を担う施設への受診とした[8]。受療行動については小児救急外来への受診とした。

保護者については，子どもを現に監護，保護しているすべての者とした[9]。

Ⅲ．研究方法

1．調査対象者

都市部のＡ市にある，私立保育園３か所に調査を依頼した。各保育園の定員は 90 名，120 名，110 名であった。０～６歳の子ども１人以上を持つ保護者 320 人を対象とした。

2．調査方法および調査内容

無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は主に下記の６つで構成した。

1）基本属性については年齢，職業，勤務形態（フルタイム又はパートタイムか），家族構成，子どもの人数，家族に保健医療関係の勤務者がいるかどうか，ならびに主な育児の相談相手・医療知識の入手方法を尋ねた。

2）これまでの救急外来の受診については，受診経験の有無，受診経験のある場合は利用施設の種類・選択した理由を尋ねた。また，小児救急医療電話相談の認知・活用状況ならびに急病時の対処方法ついても尋ねた。

3）受療行動の可能性については，子どもの発熱事例を挙げた。発熱は，小児救急電話相談の主訴別相談件数の頻度順で 32.5％と最も多い。また，相談対象児の年齢は３歳未満で 54.1％であり，男女比では男子が多い[10]。そこで，発熱事例を用いた。

事例は下記の通りである。

３歳，男児，発育状態は平均的であり既往歴はない。通常通り，登園・帰宅するが午後 10 時過ぎに子どもの発熱に気づく。体温を測定すると 39.0 度の発熱がみられた。いつもより食欲はなく，活発さに欠けるも水分は摂れている。すでに，かかりつけの小児科医院や近辺の病院は診療時間を終えている。

調査内容については，事例のような状況におかれた場合，どのような判断や行動をとるかを尋ねた。まず事例のような状況におかれた場合，どの程度の不安を感じるか「全く不安はない」～「非常に不安がある」の５件法で尋ねた（以下，発熱事例による不安の程度）。続いて，時間外受診について「受診すると思う」，「受診しないと思う」の２件法で尋ねた。

4）育児不安については，育児期における不安の傾向を知る尺度として，育児に対する否定的な感情と肯定的な感情を含んでいる牧野の育児不安尺度 14 項目[11]を用いた。この尺度は。「よくある」～「全くない」の４件法で評価し得点化をおこなった。最高は 56 点であり最低は 14 点である。得点が多いほど不安が強いことを示す。

5）子どもの健康管理，早めの受診理由，保護者の健康の捉え方に関する各設問は，「非常にあてはまる」～「あてはまらない」の５件法で尋ねた。

3．データ収集方法

Ａ市にある３か所の保育園の園長へ調査協力を依頼した。口頭と書面で研究の目的・方法および倫理的配慮を説明し承諾を得た後，2019 年 10 月～ 11 月にかけて園の担任から保護者へ研究協力依頼文と調査票の配布を行った。回収は職員室などを避け，強制力が働かないよう園内の所定の場所で回収した。書面にて研究の目的・方法および倫理的配慮について説明した。回答の返信をもって研究参加の同意とした。

4．分析方法

各調査項目の記述統計を行った。子どもの発熱事例にともなう受療行動の可能性ついて，「受診すると思う群」と「受診しないと思う群」に分けて比較を行った。次いで，発熱事例の不安の程度，子どもの健康管理，早めの受診理由，保護者の健康の捉え方に関する各設問については，標本数の分布の形状より２群に集約した。育児不安尺度の得点については，対象者ごとに算出し，得点が中央値 37.0 以上の者を育児不安高群，中央値 37.0 未満の者を育児不安低群とした。統計学的分析はχ^2独立性の検定を適用した。有意水準については危険率５％未満とした。関連の度合いとしてϕ係数も求めた。統計ソフトは SPSS Ver. 28.0 を用いた。

5．倫理的配慮

研究対象者には，調査の目的と方法，研究参加への自由意思，研究に参加しなくても不利益はないこと，個人情報の保護，結果の公表について書面で説明をした。本研究は，所属機関の倫理委員会の承認（第 201404 号）を得て実施した。

Ⅳ．結果

320 名に調査票を配布し回答があった 239 名（回答率 74.7％）中，未回答が半分以上あった６名を除外して 233 名を分析対象とした（有効回答率 97.5％）。

1．記述統計の結果

保護者の平均年齢は 36.9（± 5.13）歳であった。クロス集計を行った結果，年齢の分布では 30 ～ 39 歳が 116 人（49.8％）と最も多かった。就労状況は，働いている 225 人（95.6％）であった。同居家族では夫と子どもとの同居が 187 人（80.2％），子どもの数は２人が 117 人（50.2％）と最も多く，３歳以下の子どもを持つ者が８割以上であった。主な育児相談相手は夫 102 人（43.7％）が最も多かった。

また，過去に救急外来を利用した経験のある保護者は 194 人（83.3％），利用経験のない保護者は 39 人（16.7％）であった。よく利用する受診施設は，救急病院 89 人（38.1％），次いで，地域の休日・夜間診療所 76 人（32.6％）であった。小児救急医療電話相談については，202 人（86.6％）が知っていると回答し，そのうち利用経験のある者は 123 人（60.8％）であった。急病時の対処方法では，まずは身近な人に相談する 126 人（54.0％）の回答が最も多かった。

育児不安の合計得点については，本研究の対象者の平均値は 36.7 点（± 3.80），中央値 37.0 であった。そこで得点が中央値 37.0 以上の者を育児不安高群，中央値 37.0 未満の者を育児不安低群とし２群分けを行った。低群 110 人（47.2％），高群 123 人（52.8％）であった。

子どもの発熱の発熱事例による不安の程度は「不安がある」135 人（57.9％），「不安はない」55 人（23.6％）であった。続いて，受療行動の可能性については「受診すると思う」16 人（6.9％），「受診しないと思う」217 人（93.1％）であった。

子どもの健康管理，早めの受診理由，保護者の健康の捉え方に関する各設問を２群分けし比較した結果，「あてはまらない」の多かった項目は，時間外でも対応してくれる医師がいる 201 人（86.3％），周囲の家族の干渉が強い 213 人（91.4％），乳幼児の頃は，よく熱を出して病院にいっていた 178 人（76.4％），気になることがあればすぐに病院に行く 153 人（65.7％）であった（表１）（表 2-2）。

2．発熱事例にともなう受療行動との関連

1）「発熱事例による不安の程度」と「発熱事例にともなう受療行動」の関係では，発熱事例により不安がある者は不安がない者に比べて受療すると思うと回答した者が多く（$\chi^2(1)=6.635$, $p=.005$），弱い関連がみられた。「発熱事例による不安の程度」と「過去の救急外来の利用経験」との関係では，発熱事例により不安がある者は不安がない者に比べて過去に救急外来の利用経験があると回答した者が多く（$\chi^2(1)=4.036$, $p=.045$），弱い関連がみられた。

2）「時間外でも対応してくれる医師がいる」と「発熱事例にともなう受療行動」の関係では，対応してくれる医師がいる者は対応してくれる医師がいない者に比べて受療すると思うと回答した

表 1　対象者の背景

（*N*=233）

	Total	発熱事例による受療行動の有無					
		受診すると思う *n*=16			受診しないと思う *n*=217		
	n	*n*		%	*n*		%
年齢							
平均（± SD）	36.9（± 5.13）						
20 ～ 29	14	2		12.5	12		5.5
30 ～ 39	116	4		25	112		51.6
40 歳以上	58	4		25	54		24.9
無回答	45	6		37.5	39		18
就労状況							
働いている	225	16		100	209		96.3
パートタイム	156		8	50		148	68.2
フルタイム	72		8	50		64	29.5
無回答	5	0		0	5		2.3
働いていない	4	0		0	4		1.8
無回答	4	0		0	4		1.8
同居家族							
夫 / 子ども	187	12		75	175		80.6
夫以外の大人	19	2		12.5	17		7.8
同居者なし	13	0		0	13		6
その他	11	2		12.5	9		4.1
無回答	3	0		0	3		1.4
子どもの人数							
1 人	71	6		37.5	65		30
2 人	117	9		56.3	108		49.8
3 人	39	0		0	39		18
4 人以上	4	1		6.3	3		1.4
無回答	2	0		0	2		0.9
子どもの年齢（複数回答）							
0-3 歳	194	13		81.3	181		83.4
4-6 歳	151	11		68.8	140		64.5
その他	84	4		25	80		36.9
主な育児相談相手							
夫	102	6		37.5	96		44.2
両親・義父母	49	4		25	45		20.7
兄弟・姉妹	11	0		0	11		5.1
友人	25	0		0	25		11.5
誰もいない	3	1		6.3	2		0.9
その他	3	1		6.3	2		0.9
無回答	40	4		25	36		16.6
最もよく使う医療知識の入手方法							
育児書	11	0		0	11		5.1
インターネット	111	6		37.5	105		48.4
テレビ・ラジオ	2	1		6.3	1		0.5
新聞	0	0		0	0		0
育児経験者	23	0		0	23		10.6
医療関係者	18	1		6.3	17		7.8
誰からも得ていない	0	0		0	0		0
その他	9	0		0	9		4.1
無回答	59	8		50	51		23.5
過去の救急外来利用の有無							
ある	194	16		100	178		82.0
ない	39	0		0	39		18
よく利用する救急外来の施設（利用経験者のみ）							
かかりつけの医院・病院	12	3		18.8	9		4.1
地域の休日・夜間診療所	76	4		25	72		33.2
救急病院	89	8		50	81		37.3
無回答	56	1		6.3	55		25.3
小児救急医療電話相談の認知							
知っている	202	13		81.3	189		87.1
知らない	29	3		18.8	26		12
無回答	2	0		0	2		0.9
小児救急医療電話相談利用（知っている者のみ）							
利用したことがある	123	8		50	115		53
利用したことはない	83	5		31.3	78		35.9
無回答	27	3		18.8	24		11.1
子どもの急病時の対処方法							
まずは身近な人に相談する	126	7		43.8	119		54.8
小児救急医療電話相談を利用する	61	2		12.5	59		27.2
すぐに病院へ連れていく	36	6		37.5	30		13.8
その他	5	0		0	5		2.3
無回答	5	1		6.3	4		1.8

18 研究ノート-40-1ー中島他.indd　112　　2025/11/21　16:37:31

者が多く（$\chi^2(1)=19.071$, $p=.000$），関連がみられた。

3）「他の人へ感染させると大変なので早めに受診したい」と「発熱事例にともなう受療行動」の関係では，早めに受診したい者は早めに受診しない者に比べて受療すると思うと回答した者が多く（$\chi^2(1)=4.814$, $p=.016$），弱い関連がみられた。「周囲の家族の干渉が強い」と「発熱事例にともなう受療行動」の関係では，家族の干渉が強い者は干渉が強くない者に比べて受療すると思うと回答した者が多く（$\chi^2(1)=18.306$, $p=.001$），関連がみられた。

4）「乳幼児の頃はよく熱を出して病院へ行った」と「発熱事例にともなう受療行動」の関係では，よく熱を出して病院へ行った者は病院へ行ってない者に比べて受療すると思うと回答した者が多く（$\chi^2(1)=10.153$, $p=.004$），弱い関連がみられた。さらに，「自分は日頃から健康だと思っている」と「発熱事例にともなう受療行動」の関係では負の関係がみられた。日頃から健康だと思っていない者は健康だと思っている者に比べて受療すると回答した者が多く（$\chi^2(1)=6.866$, $p=.013$），弱い関連がみられた（表 2-1, 2-2）

V．考察

発熱事例にともなう受療行動との関連

1．育児不安得点・発熱事例による不安の程度

牧野[11]は，育児不安の概念を「この現状や将来あるいは育児のやり方や結果に関する漠然とした恐れを含む情緒の状態」とし，育児行為の中で持続し蓄積された不安状態であると述べている。本調査での育児不安得点の平均は 36.7 点であり，先行研究[11]と比較して高い得点となった。子どもの数が多くなるほど不安や抑うつも高くなり，特に１人から２人に増えると子育て情報が欲しいと感じる[15]。本調査対象者の約７割が２人以上の子どもを持っており，こうした要因の影響が示唆される。さらに，発熱事例による不安の程度と過去の救急外来の利用経験の関係においても有意差がみられた。つまり，発熱事例による不安の程度は，具体的な事例ケースに関する不安の程度を示すものであり，実際にある現象を見て不安が高くなれば，その不安を減少させるために行動を起こす[12]というものである。

子どもが突然病気になった場合，保護者は子どもの病気の不安を軽減するための行動として，受療行動をとる可能性が高いと考える。

2．子どもの健康管理

時間外でも対応してくれる医師がいると発熱事例にともなう受療行動の関係で有意差がみられた。つまり，時間外でも対応してくれる医師がいる場合は，受療行動をおこなう可能性があることが示唆された。本調査で，これまで救急外来を利用した経験のある保護者は８割以上であった。一方，よく利用する救急外来の施設で，かかりつけ医院・病院を選択した者は 0.5％にとどまった。

近年，開業小児科医の高齢化や都市部を中心としたビル診療の増加などの問題から開業医は夜間診療を行いづらくなっている[13]ものの，97.5％[14]と高い割合で保護者は，かかりつけ医を持っている。

以上より，昼間は「かかりつけ医」，夜間は「救急外来」と受療行動の使い分けをおこなっている可能性が示唆された。

3．早めの受診理由

子どもを早めに病院受診をさせる理由として想像できる外部からのプレッシャーや感染予防に関する

表 2-1　発熱事例にともなう受療行動との関連

（N=190）

		過去の救急外来利用経験の有無				
		ある		ない		
		n	%	n	%	
発熱事例による不安						$\chi^2(1)=4.036$, $^*p=.045$, $\phi=.146$
	ある	115	85.2	20	14.8	
	ない	40	72.7	15	27.3	

χ^2 独立性検定 $^*p<.05$

表 2-2　発熱事例にともなう受療行動との関連

（N=233）

		発熱事例による受療行動の有無				統計量（χ^2）
		受診すると思う n=16		受診しないと思う n=217		
		n	%	n	%	
育児不安得点						$\chi^2(1)$=.054, p=.817
	低（25-36 点）	8	50	102	47.0	
	高（37-47 点）	8	50	115	53.0	
発熱事例による不安 a）						$\chi^2(1)$=6.635, **p=.005, ϕ =.187
	ある	15	100	120	68.6	
	ない	0	0	55	31.4	
子どもの健康管理						
信頼できる相談相手						$\chi^2(1)$=.841, p=.359
	あてはまる	12	75	182	83.9	
	あてはまらない	4	25	35	16.1	
緊急時に他の子どもを預ける場所 a）						$\chi^2(1)$=1.187, p=.276
	あてはまる	6	46.2	96	61.5	
	あてはまらない	7	53.8	60	38.5	
時間外でも対応してくれる医師						$\chi^2(1)$=19.071, **p=.000, ϕ =.286
	あてはまる	8	50	24	11.1	
	あてはまらない	8	50	193	88.9	
早めの受診理由						
他に感染させると大変なので早めに受診						$\chi^2(1)$=4.814, p=.016, ϕ =.144
	あてはまる	16	100	166	76.5	
	あてはまらない	0	0	51	23.5	
重症化しないように						$\chi^2(1)$=1.267, p=.260
	あてはまる	16	100	201	92.6	
	あてはまらない	0	0	16	7.4	
周囲の家族の干渉が強い						$\chi^2(1)$=18.306, **p=.001, ϕ =.280
	あてはまる	6	37.5	14	6.50	
	あてはまらない	10	62.5	203	93.5	
仕事を持っている						$\chi^2(1)$=2.025, p=.155
	あてはまる	14	87.5	154	71.0	
	あてはまらない	2	12.5	63	29.0	
保護者の健康の捉え方						
乳幼児の頃はよく熱を出して病院へ						$\chi^2(1)$=10.153, **p=.004, ϕ =.209
	あてはまる	9	56.3	46	21.2	
	あてはまらない	7	43.8	171	78.8	
自分は日頃から健康だと思っている						$\chi^2(1)$=6.866, *p=.013, ϕ =-.172
	あてはまる	7	43.8	161	74.2	
	あてはまらない	9	56.3	56	25.8	
気になることがあればすぐに病院へ						$\chi^2(1)$=1.870, p=.171
	あてはまる	8	50	72	33.3	
	あてはまらない	8	50	145	66.8	

注）a）は非該当，無回答を除いて算出した
χ^2 独立性検定 *p<.05，**p<.01

設問をおこなった。結果，周囲の家族の干渉が強い，他の人へ感染させると大変なので早めに受診したいと発熱事例にともなう受療行動の関係で有意差がみられた。家族の過干渉や感染拡大の懸念から受療行動をおこなう可能性があることが示唆された。先行研究[4]においても保護者の医療機関の受診背景には，祖父母の同居などによる周囲からの圧力が指摘されている。祖父母との関係では，同居している者は子育て環境としては良いと感じ，同居していなくても親から育児情報を入手している[15]。こうした利点を感じているものの，祖父母の心配のしすぎや病気の看護方法の意見の分かれ[16]，母親自身の不安や抑うつも高くなる[15]など，マイナス面も明らかにされている。さらに，祖父母の同居や受診前に夫や家族に相談した者の方が時間外受診の割合が高い[4]との報告もある。今回の調査対象の８割以上が核家族であったが，子どもの急病時の対処方法としては，「まずは身近な人に相談する」と回答した者は半数以上に及んだ。本調査では，これらの先行研究を支持する結果であったと言える。つまり，育児不安の低減には，夫や親などの家族からの情緒的サポートが重要な役割を担っている[17]。一方，救急外来の適正利用の観点では示唆に富む結果であったと考える。

４．保護者の健康の捉え方

乳幼児の頃はよく熱を出して病院へ行ったと発熱事例にともなう受療行動の関係で有意差がみられた。また，自分は日頃から健康だと思っていると発熱事例にともなう受療行動の関係においては，負の

関係による有意差がみられた。本調査の結果，子どもの数が多くなるほど不安や抑うつは高くなり[15]，育児得点の平均値が高くなる傾向が示唆された。さらに，母親の心理的健康状態に関する課題（例えば，抑うつ，不安）は，乳児の救急外来の利用率と関連している[7]ことからも，乳幼児の頃によく熱を出して病院へ行った経験のある保護者や自分自身の健康状態を日頃からあまり健康だと捉えていない保護者は，受療行動に結びつく可能性があることが示唆された。

以上より，保護者の健康の捉え方を知ることによって，子どもが突然病気になった場合，保護者がどのような行動を起こすのか予測できる可能性が示唆された。一方，緊急を要する対応や診療の中で，医療者が保護者の健康の捉え方を把握していくには限界がある。したがって，保護者が自身の健康の捉え方と受療行動の傾向を知る機会が持てるよう，引き続き情報提供の場や方法を検討していく必要がある。

研究の限界と課題

本研究は，実際の受療行動ではなく発熱事例の仮想に基づくものである。そのため，間接的な質問の回答と実際の場面での行動には違いが起こり得る可能性があり，仮想事例の限界とも言える。また，本調査では子ども１人に１枚の調査依頼を行ったため，１家庭より複数の回答があった可能性も否定できない。加えて，対象者も都市部に限定されているため一般化するには限界がある。一方で，本研究結果は保護者の健康の捉え方が救急受診の適正利用に寄与し得る可能性を示した結果であると言える。今後，本研究結果を検証するために，医療現場でのデータ収集と分析が課題である。

結論

本調査では子どもの発熱事例を挙げ，事例のような状況におかれた場合，保護者はどのような判断や行動をとるかを検討した。その結果，子どもが突然病気になった場合，病気への不安が高まり，受療行動を促す要因になり得ることが示唆された。また，保護者がとる受療行動には，開業医の夜間診療の困難状況や家族の過干渉が関連している可能性も示唆された。さらに，保護者の過去の健康状態や現在の健康の捉え方が受療行動に関連している可能性があり，受療行動の傾向を知ることが適切な救急外来の受療行動に向けた有効な一助になり得る可能性があることも示唆された。

利益相反

本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

文献

1）Ruth KE, Susanne R, Margareta SD: Is my child sick? Parents 'management of signs of illness and experiences of the medical encounter: Parents of recurrently sick children urge for more cooperation. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 29: 23-27, 2011

2）柳橋達彦，佐藤清二，小島直子，友次直輝，白岡亮平，佐藤裕史，高橋孝雄：救急外来における母親の不安と心理社会的背景の検討，小児保健研究，70（２）：298-304，2011

3）厚生労働省：令和元年度 #8000 情報収集分析事業分析結果の概要，https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000902632.pdf, 2023.5.1 参照

4）広野優子：保護者はなぜ不要な救急外来受診をするのか ?- 電話相談の分析から -，外来小児科，12：90-94，2009

5）Christie C, Patricia JL, Jenny I, Alastair DH, Jeremy H: “It's safer to ...” parent consulting and clinician antibiotic prescribing decisions for children with respiratory tract infections: An analysis across four qualitative studies. Social Science & Medicine, 136-137: 156-164, 2015

6）Sarah O, Katie Hopgood, Ian H, Andrew I, Jason ES: Why do parents use the emergency department for minor injury and illness? A cross-sectional questionnaire, JRSM open, 12:

7(3), 2016

7）Katherine LG, Debra LB, Alissa CH: Maternal Psychological Well-Being and Infant Emergency Department Utilization. Journal Academic pediatrics, 21(5): 885-891, 2021

8）厚生労働省：救急医療について，https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001094025.pdf, 2024.11.1 参照

9）厚生労働省：第１章　子ども虐待の援助に関する基本事項，https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/01.html#:~:tex, 2025.4.1 参照

10）厚生労働省：平成 30 年度 #8000 情報収集分析事業報告書【全体版】，https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000596028.pdf, 2025.7.1 参照

11）牧野カツコ：乳幼児をもつ母親の生活と＜育児不安＞，家庭教育研究所紀要，３：34-56, 1982

12）中島優子：時間外診療を決定するまでの保健行動に関連した諸要因の検討 - 発熱事例を想定した母親の保健行動に焦点をあてて - ，京都市立看護短期大学紀要，37：67-74，2013

13）市川光太郎：（１）小児救急医療の現状と課題，IRYO，58(12)：688-690，2004.

14）中田弥沙，井上幸子：子育て中の母親の情報活用の実践力と小児救急医療受診の関連３歳の子どもの母親を対象とした調査，日本公衆衛生看護学会誌，９（２）：91-100，2020

15）寺見陽子:母親の育児ストレスの背景とソーシャルサポートに関する研究：母親の成育経験と子育て環境との関連神戸松蔭女子学院大学研究紀要人間科学部篇，４：59-73，2015

16）石井博子，田中哲郎，市川光太郎，山田至康：母親の疾病の理解度および看護力, 小児科臨床，55（７）：1511-1516，2002

17）山崎さやか，篠原亮次他：乳幼児をもつ育児不安と日常の育児相談との関連：健やか親子 21 最終評価全国調査より，日本公衆衛生雑誌，65（７）：334-346，2018

〈鍵概念〉

異言語尺度の日本版開発の際の尺度における異文化適応：等価性について

近藤一貴*　岡美智代**　戸塚亮太朗***　Marlouie Figueras****
*群馬医療福祉大学　**群馬大学大学院保健学研究科　***恵泉会せせらぎ病院
**** Trinity University of Asia

Cross-cultural Adaptation in Scales During the Development of the Japanese Version of the Cross-Language Scale: Introduction to Equivalence

Kazuki Kondo*　Michiyo Oka**　Ryotaro Totsuka***　Marlouie Figueras****
* Gunma University of Health and Welfare　** Gunma University, Graduate School of Health Sciences
*** Keisen Medical Corporation Seseragi Hospital　**** Trinity University of Asia

要旨

本稿は，前半で異文化適応の概要とその必要性について論じる。ある言語の尺度を異なる言語に翻訳し，翻訳先の国の文化に適応させることを異文化適応という。その必要性はある言語の尺度を母国の言語に翻訳するにあたり，言語の意味が正しく翻訳できるか，母国の文化に適応させるにはどうしたらよいかを考慮すべきであるためである。異文化適応の利点は母国の尺度では不足している分野の国外の先行研究を活用できることと，国際比較を可能にすることである。本稿の後半では，Herdman らが報告した６つの等価性の概要について解説し，等価性が検証された研究例を紹介する。尺度が両文化間で同等に異文化適応されたかを検証するには等価性を確認する必要がある。６つの等価性とは，概念等価性，項目等価性，意味等価性，実行等価性，測定等価性，機能等価性である。概念等価性は両文化間での概念の同等性。項目等価性は両文化間の概念を構成する領域や項目の同等性。意味等価性は両言語の翻訳前後の意味の同等性。実行等価性は翻訳前後の書式の同等性。測定等価性は翻訳前後での妥当性や信頼性の同等性。機能等価性は先に挙げた５つの等価性が翻訳前後でどの程度同等かということである。ある言語から他の言語に翻訳するためには等価性を確認することが重要である。

キーワード

異文化適応	cross-cultural adaptation
翻訳	translation
尺度開発	scale development
等価性	equivalence
異言語尺度開発	cross-language scale development

Ⅰ．はじめに

関心のある対象者の心理的状態について測定したいと思ったことはないだろうか。その時に，日本語の尺度が開発されておらず，英語版見つかったとする。読むと有用な尺度であることはわかるが，果たして自分だけで翻訳した尺度は本当に英語版と同等の概念や言葉の意味を取り扱っているのだろうか，英語版と同等の信頼性や妥当性を有しているのだろ

うか，という問題に直面すると思われる。このような問題に対し，Herdman ら[1]は，HRQoL（Health-related quality of life：健康に関連した生活の質）尺度の翻訳と異文化適応を例に挙げながら，オリジナルの尺度と翻訳した尺度が文化間で同等であるかを検証する「等価性」について報告している。そして，等価性の検証は，「Cross-cultural adaptation」（異文化適応）として様々な尺度の翻訳と文化適応に活用されている。本稿では，以下の２点を目的とする。

① 異文化適応とはなにか，そして，その必要について述べる。
② Herdman が報告した等価性について解説と考察を述べる。

Ⅱ．異文化適応とはなにか

Beaton ら[2]は，「異文化適応とは異なる文化のために質問票を作成する過程で，翻訳と文化適応について両文化間で生じる問題を検証すること」と述べている。異文化適応が翻訳と文化適応について両文化間で生じる問題を扱うのであれば，「翻訳」と「文化」について考慮する必要がある。

まず翻訳についてだが，とある言語の尺度を他の言語に翻訳することは、単に直訳を行えば良いということではないことが容易に想像できるだろう。翻訳にあたり Xiaomei ら[3]は，「２つの言語群の語彙的意味が絶対的に同一であることは頻繁にはない」と述べている。海外で開発された尺度が扱う概念や質問票の用語を，正確に日本語に翻訳できているのだろうかという疑問が生じる。そのため，翻訳とは何かについて理解する必要がある。

長沼[4]は「翻訳行為は異文化コミュニケーションを遂行する複雑な言語行為である。」と述べている。また河原[5]は，「翻訳とは，当該行為の社会文化史的コンテクスト依存性（社会指標性）および翻訳者のイデオロギーや価値観（象徴性）を不可避的に内包しつつ，ある言語テクストを基に別の言語テクストへと社会的な等価構築を行う，非合目的的効果を伴った行為である。」と定義している。すなわち翻訳とは，異文化コミュニケーションを遂行するため，翻訳者の文化的背景や価値観を内包しながら，とある言語を異なる言語へ，一部目的にかなわない部分もあるが可能な限り等価に変換する行為であると言える。異文化適応における翻訳では，一言一句が果たしてオリジナル尺度の言語と同等に翻訳できているかを考える必要がある。

次に文化であるが，とある概念に対する考え方が異なる文化間で完全に一致することは，言語同様ほとんどないのではないだろうか。とある尺度を他国の文化に適応させるにあたり，概念に対する考え方が一致していないことが問題となる。ここで異文化間でとある概念についての考え方が異なること示す報告をいくつか紹介する。Rowsell ら[6]は胃がん患者の生活の質について系統的レビューを行い，異文化間の差異を報告した。それによると，「がん」という概念は東アジアでは話題に挙げることすら受け入れられず，「胃がん」には社会的偏見があると報告している。また，Lee ら[7]は胃がんを持つカナダ人と韓国人の生活の質を比較した結果，韓国人のほうが生活の質が低いと報告している。その理由は，韓国人は社会参加を重視する文化であり，がんを患うと社会参加の機会を失うためだと述べている。一方，カナダのがん罹患者は多くの支持的療法を受けており，ピアサポートと身体活動プログラムを最も利用している（Sinasac ら）[8]ため，カナダではがんに罹患しても社会参加できる機会を失わず，生活の質が低下しづらい可能性があることが考えられる。このようにカナダと韓国では，文化の違いから「がん」という概念に対する考え方が違うことがわかる。

また，森田ら[9]は，胃癌患者用 QOL 調査票である英語版 QLQ-STO22（STO22）の日本語版を作成するにあたり，食事に関連した質問項目の文言に「米」という文言を追加した。これは，日本人が米を主食とする文化であり，胃がん患者が米やお粥を食べられなくなることは，食事の満足度すなわち生活の質に影響があるためと述べている。私達の食文化を考えれば，米が食べられなくなることは食事の満足度に直結することが想像できる。

このように文化間で，とある概念に対する考え方が異なるため，異文化適応の際に尺度の質問項目が翻訳先の文化に上手く適応できない問題が生じる可能性がある。そのため，翻訳の際にはこうした文化

の違いを踏まえた訳語を考える必要がある。

以上のことから，異文化適応とは「可能な限り等価な翻訳と尺度が扱う概念について両文化の違いから生じる問題を検証し，翻訳先の文化に適応させること」であると考えられる。また，異なる言語の尺度を自国に適応させるためには，文化間で概念に対する考え方が異なること及び，翻訳の際に可能な限りそうした文化間の差異を減らすような翻訳をすることが必要であろう。

Ⅲ．異文化適応の必要性

前項で述べたように異文化適応は翻訳と文化適応が重要となる。しかし，さまざまな研究者の翻訳や文化適応の方法に一貫性がなく，方法論が確立してない場合，その異文化適応ははたして科学的根拠を持っているのだろうか，オリジナル尺度と同等の測定機能を有しているのだろうかとういう問題をもつ。

例えば、がん患者の生活の質を測る尺度である欧州がん研究治療機構の QLQ-C30 は，22 ヵ国語に翻訳されているが，Scott ら[10] はそのうちの 13 個の尺度を調査すると各尺度で少なくとも１つの統計的に有意な項目機能の違いが検出され，一部の尺度で大きく異なる結果が示され、それは臨床試験の結果に影響を及ぼすと報告している。世界的に翻訳され等価性が検証されている尺度であっても，結果に影響を及ぼす差異が検出されてしまうことがある。よって異文化適応で等価に翻訳し，各国の文化に適応させることは簡単なことではなく，ただ直訳して独自の考えで翻訳や文化適応を行った場合、尺度の測定結果に大きな差異を生む危険がある。

異文化適応の利点は，日本語の尺度では不足している分野の国外の先行研究を活用できることと，国際比較を可能にすることである。Cant ら[11] は看護学生の満足度の特徴を説明する研究を総合的にレビューしており，その中で３つの看護学生満足度尺度に言及しているが，日本国内では看護学生の満足度をレビューした研究は検索されず，看護学生を対象にした満足度を調査する尺度開発もみられない。日本国内で行われた研究のみを参照していては今後の研究を推進してゆくにあたり限界がある。また，日本国内だけを調査した研究では，他国との社会的，文化的背景の違いから研究結果を広く汎用することができないだろう。我が国が今後グローバルに研究を推進していくためには海外の先行研究を積極的に活用していくことが求められる。それにより，日本では研究が行われていない概念や尺度を先行研究として参照し，日本に合わせ適応させ活用することが可能となる。また，他国で開発された尺度を日本に適応し調査を行えれば，その尺度が扱う調査内容を国際比較することが可能となる。

上記理由から，異文化適応は今後本邦の研究をグローバルにて展開してゆくにあたり重要となる。それは看護職のみならず，様々な医療従事の職種にもあてはまることであり，医療の質を向上させることに繋がるであろう。

Ⅳ．異文化適応における等価性

異文化適応を行う上では，「等価性」について理解をしておく必要がある。そのため本稿では，等価性について解説をする。等価性とは Herdman ら[1] が報告した，「文化適応における等価性のモデル：普遍的アプローチ」で報告した６つの等価性を指し，とある尺度を異言語に翻訳し文化適応する場合６つの等価性を考慮する必要があると述べている。Herdman はこの報告で Health-related quality of life（健康に関連した生活の質）尺度の異文化適応を例に等価性について述べている。

Herdman が報告した６つの等価性を筆者の解釈を踏まえて表にまとめたため以下に示す。（英語で分かりづらい表現は筆者が一部加筆，修正をしている）

次に６つの等価性について Herdman の報告を筆者の解釈を含みながら解説し，それぞれの調査方法や実際に行われた調査例を紹介する。（英語でわかりづらい表現や不足は筆者が適時，加筆・修正を加えている。）

１．概念等価性

概念等価性とは，とある概念が異なる文化間で存在し，両文化で同じように捉えられているかということである。とある概念は対象文化において概念を構成する領域のうちどの領域が重要であるか，それらは異なる文化間でどのように関係しているのかを

表１．Herdman が報告している６つの等価性

等価性の種類	定義
概念等価性	とある概念が異なる文化間で存在し，両文化で同じように捉えられているかということ
項目等価性	概念を構成する領域や項目は両文化で異なる可能性があるため，それらは同等かということ
意味等価性	翻訳を行ったターゲット言語（翻訳先の言語）の意味はソース言語（翻訳元の言語）と同じように解釈されているかということ
実行等価性	異文化適応したターゲット言語の尺度が開発時に対象文化でソース言語版同様に実行されているかということ
測定等価性	異文化適応したターゲット言語の尺度はソース言語の尺度と同等の妥当性や信頼性を有しているかということ
機能等価性	先に挙げた５つの等価性が両文化間でどの程度同等かということ

調べる必要がある。以下は Herdman が報告した概念等価性の調査方法である。

例えば「生活の質」という概念を調査する場合，さまざまな集団が生活の質をどのように認識しているのか調査する。また、対象文化は生活の質を構成する領域の中のどこに価値を置いているかを調査する。例えば、生活の質という概念を構成する領域の１つに社会関係というものがあるが，スペインは北米よりも家族関係を重視している可能性がある。概念等価性の調査は、調査すべき概念に関する現地の文献や民族誌を確認することである。次に対象文化の人類学者、言語学者、医療専門家などの専門家に相談することである。最後に，対象文化の多くの一般人に対して調査する概念について聞き取り調査を実施することである。例えば，一般人に対し，「生活の質を表す単語やフレーズは何ですか？」と質問することである。(Herdman)[1)]

おそらく，英語や他国の言語の尺度を発見した場合，多くの日本語を母国語とする研究者はすぐに翻訳して活用したいと考えるだろう。しかし，翻訳を行う前に尺度が扱う概念が両文化でどのように概念化されているのかを明らかにする必要がある。もし，概念の段階で両文化の概念の認識に違いが生じていた場合，いくら正確に翻訳しようともターゲット言語の文化に適した尺度にはなりえないだろう。以下は異文化適応を行うにあたり，概念等価性を検討した研究例である。

Salcedo ら[12)] は Patients' Perception of Feeling Known by their Nurses（PPFKN）Scale（患者が看護師に認知されているという感覚尺度）を英語版からスペイン語に異言語尺度開発をするにあたり，概念等価性の検証を行った。その方法は，研究チームにスペイン人の患者ケアや医療分野の専門家を含め，「看護師に認知されているという感覚」についてスペインで質的記述的研究を実施し，アメリカとスペインでその概念を比較することであった。その結果，アメリカとスペインでは看護師に認知されているという感覚という概念を構成する４領域は両国で一致した。

このようにして，上記研究ではアメリカとスペインの「患者が看護師に認知されているという感覚」という概念は構成する４領域が一致したため，概念等価性は保たれていると考える。Herdman が述べたように人類学者や言語学者を研究チームに加えることはそう簡単な話ではない。現地の文献や，民族誌を調べ読みこむだけでもかなりの時間が費やされるだろう。まして，ターゲット言語の一般人に概念に関する質問調査をする場合は年単位で時間がかかることは容易に想像がつく。概念等価性の調査は，尺度の概念が同等であるかを調査するとても重要な最初のステップであるが，ここに時間を取られすぎると本来の目的である尺度の異文化適応が何年も先延ばしになってしまう可能性がある。

２．項目等価性

項目等価性とは，概念を構成する領域や項目は両文化で異なる可能性があるため，それらは同等かということである。以下は Herdman が報告した項目等価性の解説と調査方法である。

項目等価性は，概念がどのような領域や項目で構成されているかに着目する。概念の領域や項目が両国で同じ特徴を持つこと，両文化で同様に項目間の

関連性が認められる時に項目等価性が保たれていると言える。例えば生活の質を尋ねるにあたり，身体的健康の領域において睡眠や睡眠剤使用の有無を尋ねる項目があるならば，睡眠剤が存在しない文化圏ではこの項目は関連性がない。尺度の質問項目の中には対象文化にとって不快な質問や宗教的にタブーとされる項目があるかもしれない。その場合，項目の慎重な言い換えが必要になることもあり，場合によっては質問項目を省かなければならない。(Herdman)[1]

このように，概念を構成する領域や更にそれに属する項目についても両文化で同等に捉えられているか，関連性があるかを調査する必要がる。先に述べた概念等価性を調査すればおのずと項目等価性も調査することになるだろう。以下に概念と項目の等価性を調査した研究例を紹介する。

Lima ら[13] は英語版 Neighborhood Environment Walkability Scale for Youth（NEWS-Y：青少年近隣環境活動容易尺度）をブラジルポルトガル語へ異文化適応を行った。翻訳と逆翻訳（ターゲット言語に翻訳したものを再度ソース言語に翻訳する作業。）を行い作成された試作版は，英語とブラジルポルトガル語に精通し，環境と身体活動に関する研究に経験を持つ研究者４人と著者らによって概念や項目が検討された。NEWS-Y の各項目の等価性は三段階のリッカート尺度（「変更なし」，「少し変更」，「大きな変更」）で評価された。NEWS-Y の 67 項目のうち，49 項目（73.1％）は，意味，概念，および文化的観点から「変更なし」と分類された。他の 12 項目（17.9％）は，対象文化特有の表現や例に関連して「少し変更」された。さらに，6 項目（９％）は，意味，概念，および文化の観点から等価性において「大きな変更」が見られた。

概念等価性の調査と同様，項目等価性についても医療従事者やターゲット言語の文化に詳しい専門家を研究チームに加えることが望ましいと Herdman は述べている。上記に挙げた研究例のようにアメリカとブラジルでは若者の活動を取り巻く環境が違うためそこを考慮し項目に変更を加えることはまさに文化適応といえる。可能な限りそういった専門家をチームに加えたいところではあるが，他分野の専門家とつながりがない限り容易なことではないだろう。

３．意味等価性

意味等価性とは，翻訳を行ったターゲット言語（翻訳先の言語）の意味はソース言語（翻訳元の言語）と同じように解釈されているかということである。以下は Herdman が報告した意味等価性の解説と調査方法である。

例えば，「余暇活動」という言葉は，人々が余暇に行う幅広い活動になる。しかし、「レジャー活動」という単語は人によって異なる活動を指すため、意味は個人，グループ，文化によって異なる。ある人にとってレジャー活動は積極的に楽しむものである一方，他の人は単にリラックスする方法と見なす場合がある。さらに重要なことは，翻訳先の対象者に合わせた語句を使用することである。例えば，HRQoL をスペイン語に翻訳した際，abdomen（腹部の医学用語）は言語としてレベルが高かったため，多くの回答者が理解できなかったと報告している。この解決策は，元の英単語（腹部）と同じ意味をもつ，２つのスペイン単語に置き換えることだった。意味等価性の調査方法は，翻訳の前に質問票内のキーワードや表現を理解することである。オリジナル尺度の開発者が，質問票で使用されている言語の背景にある考え方について解説している場合もある。(Herdman)[1]

次に意味等価性を担保するための手順について１つの研究例を紹介する。

岡ら[14] は，Professional Practice Scale（PPS：専門実践尺度），Attitudes to Nursing Research Scale（ANRS：看護研究への態度尺度），Barriers to Research Utilisation Scale（BRUS：研究活用へのバリア尺度）の３つの英語尺度を日本語へと異文化適応を行った。３つの尺度を翻訳するにあたり，以下の手順を踏み，意味等価性を担保した。

① 質問項目を看護研究者２名が別々に翻訳し，その後，概念検討を行う。
② 医療従事者ではない，アメリカ在住 10 年で現地大学院で博士号をとり，英語で授業を行っているバイリンガル日本人研究者により

①を検討してもらう。

③　看護研究者２名に異言語尺度開発研究経験のある研究者１名を加えた計３名による②の概念と語義の検討を行う。

④　看護関係の翻訳や通訳の経験のあるオーストラリア人翻訳家による，③の英語から日本語へ逆翻訳をしてもらう。

⑤　逆翻訳を受けて，日本語版を更に修正する。そして、それを米国在住の日本人歯科医にレビューしてもらい修正を行った。

重要なことは，医療従事者ではない翻訳者を研究チームに加えることだろう。医療従事者のみで翻訳した場合，数ある類似した言葉の中から医療的な専門用語に偏った翻訳する可能性があり，それはターゲット言語の一般的な対象者に理解してもらえない可能性がある。対して，翻訳者は翻訳する言葉がターゲット言語の文化で一般的にどのように使われているかを理解しているため，一般的な対象者に理解できる翻訳をできる可能性が高い。Kirkpatrick ら[15]はネパールの若者の生殖的健康に関する文化調査において，質問紙の設計，翻訳，書き起こし，言語の分析の全段階において研究者と翻訳者の間のコミュニケーションを強化する必要があることを報告している。実際の研究ではどこまで翻訳者を研究に関与させるかは研究チームの判断によるだろうが，翻訳者の存在は異文化適応において重要な役割を果たすと考える。

４．実行等価性

当初，岡ら[14]は Operational equivalence を操作等価性と記載していたが，この等価性は実行という言葉に翻訳することが適切と判断したため本稿では実行等価性と記載する。

実行等価性とは，異文化適応したターゲット言語の尺度が開発時に対象文化でソース言語版同様に実行されているかということである。以下は Herdman が報告した実行等価性の解説と調査方法である。

実行等価性は，ソース言語とターゲット言語の尺度が同様の書式（例えば，視覚的アナログ尺度やリッカート尺度の形式をとるのか，質問文の配置・レイアウトは同じようになっているか，質問の順番，文字の大きさは同じか）を採用し，同様の指示や実施方法や測定方法を行い，これらの要素が結果に影響なければ実行等価性は担保されたと言える。実行等価性を調査するには，ターゲット言語の文化における尺度の使用に関する文献レビューや，他の分野の研究者が蓄積した尺度の実施結果が重要な情報源となる。ターゲット言語の文化の識字率は，書面によるを効果的に使用できる指標となる。また、対象文化の住所の表記や，質問文の適切な形式などは，対象文化の人類学や社会学から情報を得られる。インタビューや，対象集団サンプルを用いたパイロットテストを行えば，作成した尺度がどの程度成功するかがわかる。（Herdman）[1]

前述した岡ら[14]の研究で異文化適応された３つの尺度は，設問や選択肢をオリジナルと同一に作成した。そして，日本語版と英語版が同様の測定用具として使用できるかについて，次の手順を行い実行等価性の検証を行った。同一対象者に英語版と日本語版の調査用紙を配布した。英語版を回答する時に母国後での質問の意味や単語を記憶したまま日本語版の回答をすることを避けるため，対象者には先に英語版を回答してもらい，その後翌日～７日後に日本語版を回答してもらった。その結果，実行等価性は保たれていると結論付けている。

このように質問票の設問や選択肢をオリジナルと同じにすること，配布方法や回収方法を統一することが実行等価性を担保する上で重要である。オリジナル尺度の開発者が実施方法を説明しているなら可能な限りそれを遵守した方が良いだろう。質問票がインタビューの形式を取るなら，対面なのか，電話なのか，場所や時間や相手との関係性も結果に影響することを考慮する必要がある。

５．測定等価性

測定等価性とは，異文化適応したターゲット言語の尺度はソース言語の尺度と同等の妥当性や信頼性を有しているかということである。以下は Herdman が報告した測定等価性の解説と調査方法である。（一部筆者による補足をおこなっている。）

測定等価性を調査する目的は，ターゲット言語版が，主に信頼性，応答性，構成概念妥当性の心理測定特性に関して許容できる水準に達成していることを確認することである。信頼性のテストには，内部一貫性のCronbachのαや，再テスト信頼性のクラス内相関係数などのテストがある。応答性とは，尺度が測定する内容が，時間経過による変化を測定できているか確認するものである。応答性のテストには，対応のあるt検定，効果量統計，応答性統計などのテストがある。構成妥当性のテストは，尺度が開発の狙いどおりに概念に関する項目を測定できているかの程度を検証することができ，さまざまなタイプの分析がある。例えば，尺度が同じ特性を測定することを目的とした他の尺度と正の相関関係にある程度（収束妥当性），異なる特性を測定する尺度と負の相関関係にある程度（弁別妥当性）などである。因子分析は，尺度の因子構造を調べるために用い，翻訳前後の構成概念の因子負荷量を調べ，因子負荷量を比較検討する。これにより，翻訳前後で因子が同等であるかを判断することができる。(Herdman)[1]

次に，測定等価性を調査した研究例を紹介する。意味等価性のところで紹介した岡ら[14]は，PPS：専門実践尺度，ANRS：看護研究への態度尺度，BRUS：研究活用へのバリア尺度の３つの英語尺度を日本語へ異文化適応し，測定等価性の検討のため妥当性や信頼性を確認した。妥当性の調査は，基準関連妥当性として英語版と日本語版の２つの尺度の相関を確認している。その結果，それぞれ３つの英語と日本語の両尺度の項目全体の順位相関係数はいずれも0.7以上と強い相関を示し日本語版の基準関連妥当性が確認された。信頼性の調査は内的整合性として日本語版尺度のCronbachのα係数を算出した。その結果，Cronbachのα係数は日本語版の専門実践尺度と研究活用へのバリア尺度で0.8以上を示し信頼性を確認できた。しかし，日本語版看護研究への態度尺度のα係数は0.53であり若干低値であった。その原因として英語版の看護研究への態度尺度尺度もα係数は0.66とあまり高くなかったため，その影響を受けていることを考察している。そして，これらの結果から今後は調査の対象者を増やし，妥当性と信頼性を確認してさらに測定等価性を検討する必要があると述べている。

このようにターゲット言語版がソース言語版と同等の妥当性を有しているかを検討するには，基準関連妥当性として，両尺度の項目に相関がみられるかを確認する必要がある。作成したターゲット言語版の信頼性を検討するためにはCronbachのα係数を算出し，α係数が許容できる水準であるか，ソース言語版のα係数との比較をおこなうことが測定等価性の検証方法のひとつである。

６．機能等価性

機能等価性とは，ここまで説明してきたした５つの等価性が異なる文化間でどの程度同等かということである。以下はHerdmanが報告した機能等価性の解説と調査方法である。

機能等価性を調査することは，他の５種類の等価性が達成された程度を評価するということある。機能等価性が達成できているかについては以下を確認する。①尺度が取り扱う概念が対象文化でどのように定義または概念化されているか。②尺度が測定する対象の特性をどの程度測定することができているかである。(Herdman)[1]

Herdmanは，HRQoL質問票における異文化間の同等性を評価するモデルを図で示した。この図は５つの等価性と機能等価性の関連を図示し，他の尺度にも適応ができると考えられるため，図１に示す。（これまでの等価性の解説を加味して，理解しやすいように筆者が図の文の翻訳に関しては加筆や修正を加えている。）

このように５つの等価性はすべて，機能等価性に関連している。

次に，機能等価性の調査について言及している研究例を紹介する。

Leeら[16]は英語版Heart Quality-of-Life尺度をマレー語に異文化適応し，Herdmanの６つの等価性を調査した。報告によると，バイリンガル言語学者による翻訳と社会学の専門家による項目評価を行い試作版作成し，それをマレーシア現地人にテストすることで項目等価性や意味等価性，実行等価性を確認した。そして，マレー語最終版を現地人に実施し，

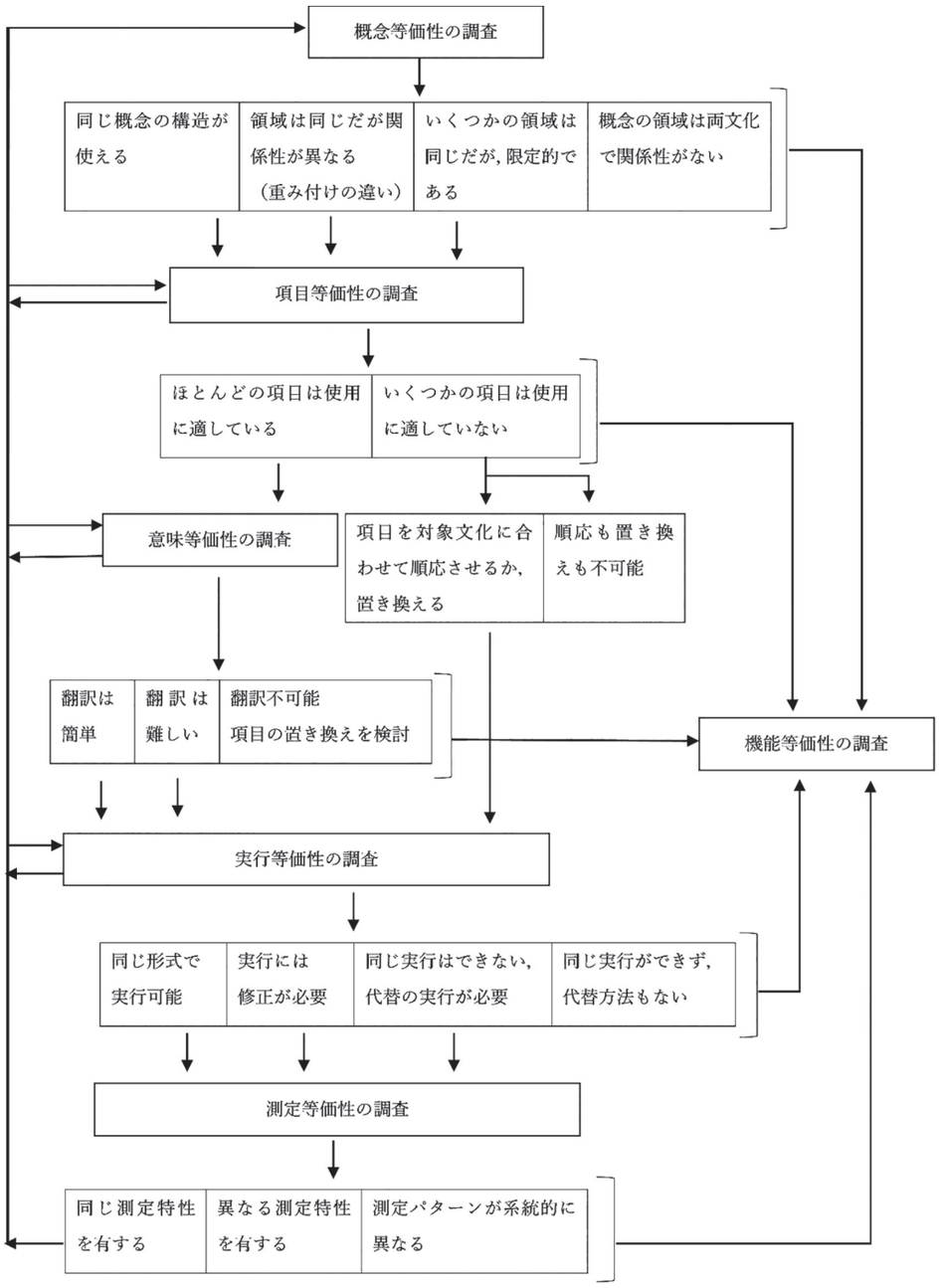

図１．HRQoL 質問票における異文化間の等価性を評価するモデル[1]（筆者が図の文の翻訳に関しては加筆や修正を加えている。）

確認的因子分析を行うことで，概念等価性や測定等価性について確認した。５つの等価性を確認した結果，どの等価性も十分担保ができたため，機能等価性も担保できたと結論付けている。

機能等価性とは，５つの等価性が担保できているかの総合的な評価であると考える。測定等価性と機能等価性以外の４つの等価性はお互いに関連し合う関係にある。図１で注目すべきは，概念等価性の調査はスタート地点であり，測定等価性以外のすべての等価性と相互に関連していることである。実行等価性が測定等価性と関連していることから，間接的に概念等価性と測定等価性も関連がある。概念等価性の調査は異文化適応における最初のステップであり，ここが不十分な場合，他のすべての等価性に影

響を及ぼし，その結果，機能等価性が担保されない不適切な異文化適応が行われる危険性が高い。

V．終わりに

本稿では異文化適応の等価性についてまとめた。本稿を執筆する中で最も重要と考えたことは，オリジナル尺度が取り扱う概念の理解し，概念等価性の担保をすることである。機能等価性の関連図にも示されていたが，概念等価性の調査がすべてのスタートであるため，概念の理解が不十分であるとすべての等価性に影響を与え，不適切な異文化適応となってしまう。よって，両文化の概念を理解する必要があり，そのためにはオリジナル尺度が開発された経緯や，その国の文化の理解をする必要がある。また，文化の理解にはその国に詳しい言語学者や社会学者，翻訳家の協力が必要であり，研究活動は１人で行うには限界があることを再認識する。

近年は高性能な機械翻訳が誰でも利用可能になり，機械任せに翻訳することは誰にでもできる。しかし，機械翻訳では両国の文化を考慮した翻訳をすることはできない。文化の同等性を考慮した翻訳を行う場合は，概念等価性や項目等価性や意味等価性を確認する必要がある。また両国で同様の形式で質問票調査を実施できるかは実行等価性を確認し，数値として科学的に同等性を保つためには，測定等価性を確認する必要がある。そして，異文化適応として多様な側面の同等性を確認し，両言語の尺度が同等であるか評価するために機能等価性を確認することが必要である。

本稿は異文化適応における等価性の解説と等価性が検証された研究例を紹介した。異文化適応においては等価性の検証のみならず，翻訳と文化適応のためのガイドラインが示されている。それについては次回の鍵概念にて紹介する。

今回紹介した等価性の検証がこれから尺度の異文化適応を計画している研究者の一助になれば幸いである。

利益相反開示すべき、利益相反はない。

引用文献

1）Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X: A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach, Quality of Life Research,7: 323-335, 1998

2）Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB: Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome, Institute for Work & Health, 2007

3）Xiaomei Y: Equivalence in Bilingual Dictionaries, English Language Teaching, 13 (12), 2020

4）長沼美香子：翻訳研究における「等価」言説，通訳翻訳研究，13：25-41，2013

5）河原清志：翻訳等価性再考―社会記号論による翻訳学のメタ理論研究―，通訳翻訳研究，15：221-225，2015

6）Rowsell A, Sodergren SC, Vassiliou V, Darlington AS, Guren MG, Alkhaffaf B, Moorbey C, Dennis K, Terada M: Systematic review of health-related quality of life（HRQoL）issues associated with gastric cancer: capturing cross-cultural differences. Gastric Cancer, 25(4): 665-677, 2022

7）Lee KE, Lim KH: Differences in Factors Affecting the Quality of Life Over Time After the Gastrectomy in Patients With Stage I Gastric Cancer. Gastroenterol Nurs, 43(3): 241-248, 2020

8）Romkey-Sinasac C, Saunders S, Galica J: Canadian Resources, Programs, and Models of Care to Support Cancer Survivors' Transition beyond Treatment: A Scoping Review. Curr Oncol, 28(3): 2134-2145, 2021

9）Morita S, Kaptein AA, Oba K, Sakamoto J: The domain structure of the EORTC QLQ-STO22 supported by Japanese validation data. Psychooncology, 17(5): 474-479, 2008

10）Scott NW, Fayers PM, Bottomley A, Aaronson NK, de Graeff A, Groenvold M, Koller M, Petersen MA, Sprangers MA: EORTC and the Quality of Life Cross-Cultural Meta-

Analysis Group: Comparing translations of the EORTC QLQ-C30 using differential item functioning analyses. Qual Life Res, 15(6): 1103-1115; discussion 1117-1120, 2006

11）Cant R, Gazula S, Ryan C: Predictors of nursing student satisfaction as a key quality indicator of tertiary students' education experience: An integrative review. Nurse Educ Today, 126: 105806, 2023

12）Zaragoza-Salcedo A, Oroviogoicoechea C, Saracibar-Razquin MI, Osacar E: The significance of exploring conceptual equivalence within the process of the cross-cultural adaptation of tools: The case of the Patient's Perception of Feeling Known by their Nurses Scale. J Nurs Scholarsh, 55(6): 1268-1279, 2023

13）Lima AV, Rech CR, Reis RS: [Semantic, item, and conceptual equivalence of the Brazilian version of the Neighborhood Environment Walkability Scale for Youth (NEWS-Y)]. Cad Saude Publica, 29(12): 2547-2553, 2013

14）岡美智代，石田貞代，河村誠，Chaboyer W, Creedy, D: Evidence based practice に関する日本語版尺度開発と等価性の検証，日本保健医療行動学会年報，20：100-113, 2005

15）Kirkpatrick P, Teijlingen EV: Lost in Translation: Reflecting on a Model to Reduce Translation and Interpretation Bias. The Open Nursing Journal, 3: 25-32, 2009

16）Lee WL, Lim Abdullah K, Chinna K, Abidin IZ: Utility of Equivalence and Cognition Models in Enhancing Validity of Translated Questionnaires: A Methodological Example Using the Heart Quality-of-Life Questionnaire. J Nurs Res. 7; 29(1): e136, 2020

東京支部研究会報告

東京支部における 2024 年度の研究会活動の概要について報告する。

第 112 回東京支部研究会

［日　時］2024 年 9 月 7 日（土）9：00 ～ 16：00
［会　場］順天堂大学お茶の水キャンパス
［テーマ］人々の暮らしに寄り添うエスノグラフィック・インタビューを学ぼう
［講師］道信良子先生
（福井県立大学　看護福祉学部　教授 / 日本保健医療行動科学会評議員）
［研修内容］

本研修の目的は，エスノグラフィック･インタビュー（Ethnographic Interview: EI）の主要な概念や手法について，実際に体験しながら学ぶことであった。
内容は以下の通りである。

・エスノグラフィック・インタビューの主要概念
・エスノグラフィック・インタビューの実践的手法

本研修は，2022 年 6 月に開催された第 36 回日本保健医療行動科学会学術大会において実施した，2 時間の短縮版ワークショップが参加者から高い評価を得たことを受けて，内容を拡充し改めて実施したものである。今回は，学会員 10 名，非学会員 12 名，合計 22 名が参加した。

「エスノグラフィーの理論と実践の両面を学ぶことができた」という感想が多く寄せられた。3 人 1 組のグループワークでは，インタビューの実施からメモの分析までの一連の流れを体験し，質問の難しさを実感しながら学びを深めていた。

また，テーマの絞り方や質問紙の作成といった具体的な論文執筆に向けた助言が得られたこと，さらに質的研究に取り組む仲間との出会いが有益であった点として挙げられていた。「ワークに没頭していた」と振り返る参加者もおり，全体として，充実した学びの場となっていたことがうかがえる。

（蓮井貴子）

第 113 回東京支部研究会

［日　時］2025 年 2 月 23 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 2025
［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
演習 1：無関心期・関心期の動機づけ面接（MI）
瀬在泉
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）

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でいる。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。

20 その他-40-1.indd　128　　2025/11/21　16:44:29

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。

20 その他-40-1.indd　129　2025/11/21　16:44:29

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，本会に特別功労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。

20 その他-40-1.indd　131　2025/11/21　16:44:30

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っ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。

20 その他-40-1.indd　132　2025/11/21　16:44:30

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後 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生じた場合は，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後 10 年未満」に改定（2023.6.17.）

20 その他-40-1.indd　133　2025/11/21　16:44:30

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.）

20 その他-40-1.indd　134　　2025/11/21　16:44:30

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.）

20 その他-40-1.indd　135　2025/11/21　16:44:30

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

20 その他-40-1.indd　136　　2025/11/21　16:44:30

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・寄付などをしている関係

（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。

20 その他-40-1.indd　139　2025/11/21　16:44:30

（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

20 その他-40-1.indd　140　　2025/11/21　16:44:30

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：○○の健康行動に及ぼす○○の影響，日本○○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：○○人類学，○○学事典（日本○○学会監修），270, ○○社，東京，1999

16）行動花子:○○療法，24-29, ○○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:○○療法臨床ハンドブック，○○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，○○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⑤，6，６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：

20 その他-40-1.indd　145　2025/11/21　16:44:30

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。

20 その他-40-1.indd　146　　2025/11/21　16:44:30

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]　つくられた環境つくりかえる行動
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]　ナラティヴと保健医療
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る挑戦
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
雑誌 Vol.39(1) [2024]　保健医療のネガティヴケイパビリティ
雑誌 Vol.39(2) [2025]　アドバンス・ケア・プランニングの行動科学

＊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。

（2025 年 1 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 14 期（任期：2025 年 6 月 1 日～ 2028 年 5 月 31 日，顧問は任期の定めなし）

〈顧　問〉末松弘行（医学），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），Brian Hurwitz（ブライアン・ハーウィッツ）（医学，英国），
John Launer（ジョン・ローナー）（医学，英国）

〈会　長〉諏訪茂樹（社会学）

〈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），岡 美智代（看護学），上山千恵子（看護学），河口てる子（看護学），
小林好信（健康科学），酒井幸子（社会学），白土菜津実（看護学），諏訪茂樹（社会学），
中川 晶（医学），任 和子（看護学），花家 薫（健康科学），蓮井貴子（看護学），
樋口倫子（心理・福祉学），深井穫博（歯学），道信良子（社会学），村上 真（健康科学），
元村直靖（医学），安酸史子（看護学），吉岡隆之（健康科学）

〈監　事〉天野雅夫（社会学），宮本眞巳（看護学）

〈評議員〉上杉裕子（看護学），大芦 治（心理・福祉学），村岡 潔（社会学），岡本響子（看護学），
川村千恵子（看護学），小坂素子（看護学），紺井拡隆（歯学），佐藤冨美子（看護学），
瀬在 泉（看護学），徐 淑子（社会学），平 英美（社会学），髙橋さつき（看護学），
二瓶映美（看護学），林 哲也（心理・福祉学），藤田裕一（心理・福祉学），本庄恵子（看護学），
松田 聡（医学），山口 豊（心理・福祉学），山崎裕美子（看護学），渡辺理和（社会学）

20 その他-40-1.indd　148　2025/11/21　16:44:30

＜編集後記＞

1970 年に開催された大阪万博から 55 年を経て，2025 年大阪・関西万博が開催されています。「いのち輝く未来社会のデザイン」をテーマに，世界中の人々が集まり，新たなアイデアや技術を共有し，持続可能な社会を共創する場です。社会の分断が課題とされる現在において，人々のつながりだけではなく，人間，動物，物，自然などすべてのつながりを再認識する機会となります。万博を通じて，テーマでもある保健医療の重要性が再認識され，未来の社会における医療等のあり方について多くの示唆を得ることができそうです。

これからも，安心して暮らせる社会の実現に向けて，保健医療の分野での取り組みを続けていくことが求められます。さらに，万博の開催には，多様な背景を持つ来場者やボランティアスタッフ，AI，ICT など最新技術の貢献が欠かせません。会場内外で来場者の案内やサポートを行い，異なる文化や言語を持つ人々が安心して万博を楽しむことができるよう尽力されています。これら万博での活動や技術を通じて，地域社会の絆が深まり，未来の社会における多様性と包摂性の重要性が再認識されました。

このような時代の中で編集委員会も第 14 期の新体制となり，査読協力者の皆さまと共に新しい知見や価値を提供し続けることができるよう精進していきます。会員の皆さま，今後ともよろしくお願いいたします。

（花家　薫）

本号には，一次診療医による難治性疾患の早期診断，ハンセン病療養所における看取りの継承，超重症心身障がい者への日常生活ケア，胃がん術後患者の食事管理における家族の影響，小児救急外来における保護者の受療行動など，じつに幅広いテーマの投稿論文が掲載されました。病気や障がいを「その人の暮らしや関わりの中でどう支えられるか」という，共通した学術的な問いがあります。医師の直感や診断経験，療養所の共同体の文化，看護職と福祉職の協働，家族の役割やサポート，保護者の健康観など，どの研究も，専門家としてとともに「人と人として」が大きな鍵になっていました。それぞれが個別の領域に根ざしながらも，「人の生を支える営みをどのように理解し，どのように共に担うか」という根源的な問いに応答するものに感じます。多職種協働や当事者参画を視野に入れたこれらの実証的研究が，今後社会に還元されていくことを期待します。

本号の編集にあたり，新たに査読協力者として加わってくださった先生方にも多大なご支援をいただきました。これまでの経験豊かな査読者に新しい視点が加わったことで，投稿論文の採択に向けてより充実した議論が可能となり，誌面の質の向上につながったと感じています。一方で，残念ながら採択に至らなかった論文も少なくありませんでした。しかしながら，査読を通して得られたコメントややりとりは，次の研究発展の大きな糧となるはずです。著者の皆さまの挑戦に敬意を表するとともに，今後の成果として形になっていくことを願っております。

（樋口倫子）

◆編集委員長：樋口倫子
◆編集委員：梓川 一，岡 美智代，岡本響子，上山千恵子，小坂素子，瀬在 泉，諏訪茂樹，任 和子，蓮井貴子，花家 薫，深井穫博，吉岡隆之
◆査読協力者：梓川 一，岩谷久美子，岡本響子，川村千恵子，小坂素子，小林好信，塚本尚子，鷹田佳典，日高直保，藤田裕一，松浦美晴，松田 聡，眞崎由香，向笠京子，山手美和，吉田詩織

ウェルビーイングと行動科学
日本保健医療行動科学会雑誌　Vol.40　No.1　2025

2025 年 10 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：info@jahbs.info　URL：http://jahbs.info/
制　作　日本保健医療行動科学会
印　刷　よしみ工産株式会社

Physical Activity and Behavioral Science
Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science Vol.40 No.1, October 2025

Edited by the Japan Academy for Health Behavioral Science
4-1-22-702 Shinjuku Shinjuku-ku Tokyo, 160-0022 Japan
Email：info@jahbs.info　URL：https://www.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。

Health
Behavioral Science