

日本保健医療行動科学会雑誌

Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science

2026 Vol.40 No.2

人生100年時代の保健医療行動科学

日本保健医療行動科学会雑誌

Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science

2026 Vol.40 No.2

人生100年時代の保健医療行動科学

人生 100 年時代の保健医療行動科学

Health Behavioral Science in the Era of 100-Year Lifespans

目次

CONTENTS

<巻頭論文>

PREFACE

- 健康長寿と歯科医療・口腔保健／深井稔博…………… 1
Healthy Longevity and Dental Care/Oral Health / Kakuhiro Fukai

I. 特別寄稿

SPECIAL CONTRIBUTION

1. 共有意思決定〈Shared Decision Making: SDM〉—共創とエンパワメントに向けて—／中山健夫…………… 3
Shared Decision Making (SDM): Toward Co-creation and Empowerment / Takeo Nakayama

II. 《焦点1》 知のシェアリング：健康関連学会のつながりと役割

《SPECIAL ISSUE 1》 Knowledge Sharing: Connections and Roles of Health-related Academic Societies

1. 日本行動医学会の歩みと展望—人生 100 年時代における行動医学の役割／井上 茂…………… 9
The Progress and Future Directions of the Japanese Society of Behavioral Medicine: The Role of Behavioral Medicine in the Era of the 100-Year Life / Shigeru Inoue
2. 医学教育における行動科学と日本保健医療行動科学会／諏訪茂樹……………13
Behavioral Science in Medical Education and Japan Academy for Health Behavioral Science / Shigeki Suwa

III. 《焦点2》 人生 100 年時代の保健医療行動科学

《SPECIAL ISSUE 2》 Health Behavioral Science in the Era of 100-Year Lifespans

1. 「たがね餅」による高齢者窒息事故予防アクション／萩 名子……………17
Action to Prevent Choking Accidents Among the Elderly Through Activities Offering “Tagane Mochi” / Meiko Hagi
2. 人生 100 年時代を笑顔で謳歌！歩く力と交流で築く心身の健康長寿／石橋タミ……………24
Walking Power and Social Ties: A Prescription for Healthy Longevity in the 100-Year Life Era / Tami Ishibashi

IV. 《焦点3》 共生社会の構築に向けた医療・福祉コミュニケーション

《SPECIAL ISSUE 3》 Medical and Welfare Communication for Building a Symbiotic Society

1. 「患者として感じる」医療・歯科医療者と患者のコミュニケーションワークショップを通じて／萩 名子，吉野浩一，深井稔博……………29
Workshop on Communication Between Medical and Dental Professionals and Patients: A Patient's Perspective / Meiko Hagi, Koichi Yoshino, Kakuhiro Fukai

2. DMIU プログラムの新たな可能性についての検討—体験学習ワークショップ「多職種連携で創る人生 100 年時代—それぞれの専門性を地域住民の方とともにもう一度、見つめ直してみませんか?—」を振り返って／二瓶映美, 野呂瀬崇彦, 木村聡子, 小坂素子, 樋口倫子, 松本光寛, 吉野亮子, 岡 美智代……34
Reflections on the DMIU Program's New Possibilities: Looking Back at the Experiential Learning Workshop: "Creating the 100-Year Life Era Through Multidisciplinary Collaboration —Why Not Reexamine Your Expertise Together with Local Residents?" / Emi Nihei, Takahiko Norose, Satoko Kimura, Motoko Kosaka, Noriko Higuchi, Mitsuhiro Matsumoto, Ryoko Yoshino, Michiyo Oka
3. こどもと家族のヘルスエスノグラフィー—質的研究における分析の単位と数—／道信良子……39
Health Ethnography of Children and Families: Unit of Analysis and Sample Size in Qualitative Research / Ryoko Michinobu

V. 原著論文

ORIGINAL ARTICLE

- 大学におけるピアサポート利用経験者によるピアスタッフとしての活動が及ぼす心理的影響の検討／西谷 崇, 森 麻友子, 小河健一, 辻 あさみ……43
The Psychological Effects of Peer Staff Activities on Individuals Who Experienced Peer Support in the Course of Their University Studies / Takashi Nishitani, Mayuko Mori, Kenichi Ogawa, Asami Tsuji

VI. 研究ノート

RESEARCH NOTES

- 中山間地域に居住する住民の蓄積疲労と生活様式との関連／川村晃右, 更田新太郎……54
The Relationship Between Accumulated Fatigue and Lifestyle Among Residents in a Hilly and Mountainous Area / Kosuke Kawamura, Shintaro Fuketa

VII. 資料

RESEARCH REPORTS

- 精神科病棟における病棟空間の利用と患者に及ぼす影響に関する文献レビュー／井手段幸樹, 川口桂嗣……62
A Literature Review on Psychiatric Ward Space Utilization and Its Impact on Patients / Koki Itedan, Keiji Kawaguchi

VIII. 学会関連記事

INFORMATION

- 日本保健医療行動科学会 設立趣意書 ……71
日本保健医療行動科学会 会則 ……72
日本保健医療行動科学会 理事・監事選出規約 ……75
日本保健医療行動科学会 中川記念奨励賞内規 ……76
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 ……77
日本保健医療行動科学会 奨励研究員内規 ……78
日本保健医療行動科学会 利益相反に関する指針 ……79
利益相反委員会規定 ……82
日本保健医療行動科学会 雑誌投稿規定 ……84
日本保健医療行動科学会 雑誌投稿原稿チェックリスト ……88
著作権譲渡同意書ならびに誓約書 ……89
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— ……90
日本保健医療行動科学会 役員・委員会構成 ……91
〈編集後記〉 ……92

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

〈巻頭論文〉

健康長寿と歯科医療・口腔保健

深井 穂博*

*深井保健科学研究所

Healthy Longevity and Dental Care/Oral Health

Kakuhiro Fukai*

*Fukai Institute of Health Science

日本人の平均寿命は男性 81.1 年、女性 87.1 年であり、90 歳の生存率でみるとそれぞれ 26.0% および 50.1% となった¹⁾。住民基本台帳に基づく 100 歳以上の高齢者数は 95,119 人と報告されている²⁾。まさに人生 100 年時代が現実のものとなってきた。長寿は人類の長年の夢であり、その夢が現実になってきた。

しかしその一方で、日本人の健康寿命と平均寿命との間には男性で約 9 年、女性では約 12 年の開きがある。年齢を重ねるごとに病気や要介護状態になるリスクが高まるので、これに対する公衆衛生的な対策として、医療保険・介護保険制度および高齢者の社会的孤立を防ぎながら個人の特性を踏まえた健康支援と共に、社会環境の整備が必要である³⁾。そして、人口構造の高齢化は社会保障制度の維持のための財政負担をもたらす。そのため、健康長寿社会を達成することが国の健康政策の柱の一つとなっている。

この政策目標の中で、生活習慣病（非感染性疾患：Non-communicable diseases, NCDs）と要介護状態・フレイルの予防は欠かすことのできない目標である。健康寿命と歯科口腔保健との関係について、疫学研究をはじめとするエビデンスが蓄積してきている。歯科口腔保健が健康長寿に寄与するメカニズムは、食生活・栄養に関わるものと、口腔衛生状態の悪化や歯周病をはじめとする口腔に起因する持続的炎症が原因と考えられている。

歯・口の健康状態を示す指標として最も広く用いられる歯数は、健康な食生活を営む上で直接的な影響を及ぼす。また歯を失う主な原因はう蝕と歯周

病が重症化した結果なので、長期間にわたるこれらの疾患が蓄積した影響を示す。例えば 40 歳以上を対象とした 15 年間の追跡調査で、しっかり噛むために必要な歯数を有している人はそうでない人に比べて約 1.4 倍生存率が高くなっている⁴⁾。また、歯周病や歯数と糖尿病、がん、脳血管疾患などの生活習慣病（NCDs）や肥満などそのリスクとの関係も報告されるようになってきている。例えば全国の歯科患者約 1 万人を 5 年間追跡した最近の報告でも、歯数が多い人では明らかに生活習慣病の発病リスクが低下し、定期歯科受診をしている人でもそうでない人に比べてその傾向がみられる⁵⁾。要介護状態の原因との関係では、65 歳以上を対象とした追跡調査で何でも噛める人に比べて噛めるものに制限がある人は、要介護状態になるリスクが 1.3 倍に高まる。認知症との関係でも、4 年間の追跡調査で歯が 20 本以上ある人に比べて自分の歯がほとんどなく義歯も使っていない人は 1.9 倍認知症になるリスクが高い⁶⁾。フレイルとの関係を示した最近の調査では、65 歳以上の高齢者を対象とした調査で、①半年前に比べてかたいものが噛みにくくなった、②お茶や汁物でむせることがある、③現在の歯数が 20 本未満、④滑舌の低下、⑤噛む力が弱い、⑥舌の力が弱い、という 6 項目のうち 3 項目以上該当する人をオーラルフレイルと定義した場合、4 年間の追跡調査で、オーラルフレイルの人はそうでない人に比べて、身体的フレイルで 2.4 倍、生存率で 2.2 倍リスクが高まる⁷⁾。このような背景の中で、高齢者が歯科口腔保健サービスを受けることは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）として高齢者の権利

である⁸⁾。

歯科口腔保健の健康施策における位置づけは、歯科口腔保健の推進に関する法律（2011年制定）に基づき、歯・口腔の健康づくりプランおよび健康日本21（第2次）（2013-2022年）以降調和のとれた形で進められている。特に健康日本21においては、健康寿命延伸、NCDs予防および高齢者の健康保持に、運動、栄養・食生活、禁煙、飲酒に加えて歯科口腔保健が基本要素と位置づけられている。この中で、歯・口腔の健康指標は、高齢者の咀嚼状況、中高年の歯周病、歯科検診（健診）受診状況の有無が代表的な評価項目となっている。

施策の動向をみると、このような歯科単独の指標を健康政策評価に位置づけるだけでなく、歯科口腔保健が生活習慣病（NCDs）と要介護・フレイル予防の施策の中に組み込まれるようになってきている。すなわち、（1）がん施策、（2）認知症施策、（3）糖尿病施策、（4）高齢者フレイル施策、（5）メタボリックシンドローム（NCDs予防）施策等の中に歯科口腔保健が位置づけられるようになってきた。

歯・口腔の健康は、「食べる、話す、笑う」という個人のQOLの維持と健康寿命の延伸に不可欠な要素である。その一方、う蝕・歯周病に代表される口腔疾患は、食べている限り生涯その発病のリスクを伴う。また、高齢者においては、加齢による内在的能力（intrinsic capacity）の変化による咀嚼・嚥下など口腔機能の低下を引き起こしやすい。

これらの口腔疾患と口腔機能低下の予防には、生涯にわたる健康行動の維持およびその支援が必要であり、そのための健康な環境づくりと多職種連携が求められる。健康寿命の延伸における歯科口腔保健に関するエビデンスの蓄積と政策評価の発展が期待される。

文献

- 1) 厚生労働省. 2023年簡易生命表, 2024年7月
- 2) 厚生労働省. 百歳高齢者表彰対象者. 2024年9月
- 3) WHO. World report on Ageing and Health. 2015

- 4) Fukai K, Takiguchi T, Ando Y, Aoyama H, Miyakawa Y, Ito G: Functional tooth number and 15-year mortality in a cohort of community-residing older people, *Geriatrics & Gerontology International*, 7(4): 341-347, 2007
- 5) 深井稜博, 古田美智子, 嶋崎義浩, 相田潤, 安藤雄一, 宮崎秀夫, 神原正樹, 小林隆太郎, 住友雅人, 佐藤保: 歯科患者の口腔保健状態および歯科医療の受療状況と全身の健康状態との関連, 8020推進財団. 歯科医療による健康増進効果に関する研究（5年間追跡調査）, 日本歯科医学会誌, 40: 82-95, 2021
- 6) 日本歯科医師会（深井稜博編）. 健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス, 2015
- 7) Tanaka T, Takahashi K, Hirano H, Kikutani T, Watanabe Y, Ohara Y, Furuya H, Tsuji T, Akishita M, Iijima K: Oral frailty as a risk factor for physical frailty and mortality in community-dwelling elderly, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 73(12): 1661-1667, 2018
- 8) Fukai K, Dartevelle S, Jones J, McKenna G, Hirano H: Making the right to oral health a reality for older adults. *International Dental Journal*, 75(3): 1732-1735, 2025

本稿は、第39回日本保健医療行動科学会学術大会（2025年）に掲載された学会抄録を当該大会の趣旨を共有する目的で、巻頭言として再掲したものである。

〈特別寄稿〉

共有意思決定〈Shared Decision Making: SDM〉

— 共創とエンパワメントに向けて —

中山健夫*

*京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 健康情報学分野

Shared Decision Making (SDM) : Toward Co-creation and Empowerment

Takeo Nakayama*

*Department of Health Informatics, School of Public Health, Kyoto University

キーワード	
エビデンスに基づく医療	evidence-based medicine
診療ガイドライン	clinical practice guidelines
共有意思決定	shared decision-making
臨床倫理	clinical ethics
共創	co-creation

I. EBMの誕生・発展

1991年にカナダのGuyattの提唱後¹⁾, EBM (evidence-based medicine) は多くの臨床家の関心と社会的な意識の高まりと共に多様な分野で普及した。

EBMは「臨床家の勘や経験ではなくエビデンスを重視して行う医療」と言われる場合があるが、本来のEBMは、「研究によるエビデンス、医療者の熟練・専門性、患者の希望・意向・価値観、そして患者の臨床的状況・環境を統合し、よりよい患者ケアのための意思決定を行うもの」とされている²⁾。臨床家の経験を軽視してエビデンスばかりを偏重することは、この定義に立ち戻れば誤解であると言える。EBMの主導者であるSackettらは、1996年のBMJ誌で「EBMとは個々の患者のケアに関する意思決定過程に、現在得られる最良の根拠 (current best evidence) を良心的 (conscientious), 明示的 (explicit), かつ思慮深く (judicious) 用いること」と述べ、ランダム化比較試験の絶対視や、患者の多様性・個別性を尊重しないcook-book的な扱いに警鐘を鳴らしている³⁾。EBMのパイオニアによる本論文からは、「思慮深く (judicious)」という言葉を通して、「私たち医療者が患者に良かれと信じて行ったことが、本当に患者に

とって良かったのか。問い続けよ」という強く、真摯なメッセージが読み取れる。その後もHaynesらが“Evidence does not make decisions, people do”, すなわち研究による一般論であるエビデンスがあれば、物事が自動的に決まるわけでは決してなく、決めるのは常に人間の総合判断であることを強調し、EBMのあるべき姿の再考を促している⁴⁾。

II. EBMと診療ガイドライン

1. 国内における診療ガイドラインの発展

国内では1990年代後半からEBMの手法を用いた診療ガイドライン作成が始まり、2002年からは日本医療機能評価機構Mindsが、診療ガイドラインや関連情報の提供を進め、国内の拠点となっている。Mindsによる診療ガイドラインの定義は「健康に関する重要な課題について、医療利用者と提供者の意思決定を支援するために、システマティックレビューによりエビデンス総体を評価し、益と害のバランスを勘案して、最適と考えられる推奨を提示する文書」である⁵⁾。

診療ガイドラインを適切に用いれば、現場での臨床判断が円滑化・効率化され、患者アウトカムの向

上が期待できる。社会的には臨床行為やその結果が、臨床家の個人的信念や技能によって過剰にばらつく事態が改善される。しかし診療ガイドラインはあくまでも一般論であり、現場の経験や裁量に基づく判断を抑制するものではない。診療ガイドラインで十分なエビデンスに基づき、幅広い関係者の慎重な議論による合意形成で「強い推奨」とされた治療法であっても、個々の患者への適用は常に慎重さが必要である。それは研究による「エビデンス」と、総合判断による実践である「EBM」は同義ではないというEBMの基本と共通する。例えば肥満した糖尿病の患者に対して運動療法は、確実性の高いエビデンスに基づいて一般的に強く推奨されるが、臨床の場で接した患者が、変形性膝関節症で歩行も容易でない状況であれば、患者が受け入れられる別の方法を中心に治療に当たる必要がある。

臨床現場では無批判に診療ガイドラインを利用するのではなく、EBMの4要素に立ち戻り、個別の患者に慎重に適用し活用することで（推奨を「行わない」という選択も含めて）、より良い医療判断に役立てることが求められる。

2. 診療ガイドラインの作成

診療ガイドラインにおけるエビデンスの扱いは個々の研究結果だけでなく、システマティックレビューから得られる「エビデンス総体」が重視される⁵⁾。以前の診療ガイドラインでは研究によるエビデンス以外の要因の考慮が必ずしも十分ではなかったが、現在の作成法ではエビデンスを尊重しつつ、患者・国民の意向・価値観を含む総合判断による推奨決定が重視されている。診療ガイドライン作成法の標準となりつつあるGRADEシステム⁶⁾やMindsの方法⁵⁾、米国IOMの報告⁷⁾では論文としてのエビデンスと、臨床家や患者を含む様々な立場の関係者の総意形成を強調している。推奨を決定する際の議論のポイントとしてGRADEから派生したDECIDEプロジェクトがEtD (evidence to decision) フレームワークを開発し、Mindsマニュアル2020でもその活用が勧められている。

III. EBM から SDM へ

SDMは「患者と医療者が、対話を通して、ご本人の考え方や価値観、医学研究によるエビデンス、医療者の専門的経験を合わせて、患者自身が納得できる治療方針を決めていくこと」とされる。日本語では共有意思決定、協働（または共同・協同）的意思決定と訳されることもある。筆者は“shared”という英語の持つ意味を重視して「共有意思決定」を使い、後述する「何を共有すべきか？」という問い繋げている。

EBMの実践では、治療の選択肢、益と害、患者の希望・意向・価値観を共有して意思決定を行うSDMは本来切り離せない⁸⁾。2014年にHoffmanがJAMA誌に発表した論考⁹⁾で「SDMの無いEBMはエビデンスによる圧政 (evidence tyranny) に転ずる」という警鐘を鳴らした。HoffmanはEBMと患者を尊重するコミュニケーションの合流点でSDMが行われることで最適な患者ケアが実現するとしている。Hoffmanは女性の作業療法士であり、その論文がJAMA誌に発表されることは、海外では多職種連携の視点からもSDMが議論されていることを示している。

EBMが“研究によるエビデンス”と同義と誤解されるように、EBMへの関心の多くが「エビデンスをつくる」研究の方法論に向けられ、臨床現場で「エビデンスをつかう」局面での検討が十分ではなかった。医療者が研究によるエビデンスのみを提示し、それに対して熟慮の過程を共有できずに患者が（何らかの不安や疑問を抱いていても、それを表明できずに）その提示に同意していたら、それはネガティブな意味で父権的で強制的なインフォームドコンセント (IC) の側面の色濃いものとなる。臨床研究によるエビデンスは一般論であり、患者にとって（医療者以上に）選択の「手がかりの一つ」に留まる場合もある。患者は、臨床的なアウトカムの限られた（わずかな）改善よりも、入院の必要性や副作用のリスク、医療費含め治療を受けることの負担、自分自身の社会的な役割や自尊感情、アイデンティティ、家族との関係性など広い意味でのQOLを重視するかもしれない。医療者がその専門知識に基づいて「患者に良かれ」と信じて行う医療行為が、「患

者にとって本当に良いのか？」と自問する意味は大きく、前述したEBMの「思慮深く (judicious)」という言葉とも繋がる。

IV. SDMで「共有」するものは何か？

1. 患者と医療者の距離

医療の場で患者と医療者は立ち位置と視点が本質的に異なる。共通するのは同じ制度のもとで、同じ場所で、同じ病気に向き合っている点だけで、両者には大きな距離がある。何を指して治療を行うか、治療の目標という基本的な方向性すら、両者の関係の初期には必ずしも共有されていない。それを擦り合わせていくために、患者と医療者は、それぞれの情報を相手に伝え、相手から受け取り、そのやり取りを繰り返す。その過程で臨床的に実現可能で、患者自身も受け入れることのできる次第に目標が明確になり、両者に共有されていく。そして、それに向けて治療法が決まり、目標の実現に向けて協働を進めていく。その過程で、医療者も患者も、それぞれの形で責任を共有することになる。これまでの患者は、医療におけるさまざまな選択に際して、必ずしも自律的な意思決定ができなかったが、SDMの普及と共に、そのような場面に出会うことが多くなるであろう。患者の自己決定の拡大は、社会から好意的に受け止められるが、同時に患者の抱える葛藤や責任は重くなることも予想される。

2. SDMにおいて「共有」すべきもの

最終決定を患者が行ったとしても、医療者はその全責任を患者にあずけることはできない。一つの意思決定に患者と医療者が共に関わり、その責任を分かち合うことは、SDMの大切な要件と言える。すなわち、SDMにおいて「共有」すべきものは、「(双方の) 情報・目標・責任」となる。これらの共有を進めるために医療者と患者・家族の間で十分なコミュニケーションが必要とされる。コミュニケーションは、双方向性・交互作用があり、時間と共に変化する動的なプロセスである。このようなコミュニケーションに際して医療者は患者に対し、価値観の尊重、葛藤への共感、必要な時間を待ち、リスクの認知と自分の価値観を擦り合わせていく過程の支

援などが求められる。医師が診断結果と選択肢を一方的に患者や家族に預けて意思決定を迫ることは、SDMと似て非なる行為と言える。

不確実性が高い、しかし決断を下さなければならぬ状況に置かれた時、医療者と患者は、立ち位置と視点は異なるが、何をしたら良いか分からず、心の中で困惑していることは同じである。そこでできることは、協力して、その状況に共に向き合うことであろう。臨床家がEBMの知識に加えて、SDMの意識を持って、患者と力を合わせることであれば、不確実性の高い困難な現実自体は変えられなくても、それに向き合う人間の力を変えていけるかもしれない。

V. ICとSDM

ICは医療者が勧める治療に対し、適切な情報開示の上でなされる患者の自発的な受諾とされる。しかし医療者に説明された治療に、患者が同意の署名をするだけであれば、医療者の法的な免責の意味合いが増し、患者の意思を尊重しようとする当初の目的から逸れていく。SDMは選択されうる治療の決定過程の共有を重視し、患者と医療者双方の意思決定と、両者の合意形成が並行して行われる。ICでは、医療者が最良と考える方法を提示し、(患者の納得が尊重されるにせよ) それに対する患者の「同意する・しない」が結論となる。十分な臨床的エビデンスに基づき、慎重に作成された診療ガイドラインで強く推奨される治療法であれば、医療者の行う基本的なコミュニケーションは(丁寧な)ICとなる。一方、SDMは「患者だけでなく医療者自身も、どうしたら良いか本当には分かっていない時(医学的には研究によるエビデンスが乏しい状況)、協力して解決策を探す」取り組みと言える^{8, 10)}。SDMでは患者と医療者が解決策を協力して見つけ出そうとする点で、医療者の主導するICと異なる。

すなわち、ICと対比したSDMの特徴の一つは、SDMは“困難な状況での協働”としての意味が大きい点である。

SDMの過程は双方向的で、相互作用を持つものであり、「得られた同意」のように固定された結果ではなく、患者と医療者が「共に変わる」プロセス

を共有すること、そしてその中で両者の関係性が築かれていくことにこそ意味がある。患者と医療者が対話・コミュニケーションを積み重ねることで、目指す目標が明確化され、そこに近づく方法を探し、選び、合意を形成していく。

SDMの問いは、「どうして良いか分からない時、どうしたら良いか？」である。

どうして良いか分からない時は、相談して、協力して、一緒に悩んで、進む道を探す。

SDMとは（困難な）意思決定と合意形成を同時に行う新たなコミュニケーションであり、意思決定の方法と言える。目標の明確化に際して、患者自身による状況の（一定の）理解、自分の大切にしたいこと、価値観の言語化が必要となり、医療者にはその支援が求められる。そのような状況では医師のみでなく、多職種による連携が不可欠となるだろう。

VI. SDMの実施ステップと臨床倫理

1. 3 talk model

Elwynら^{11, 12)}が提案した「3 talk model」は、臨床現場におけるSDMを構造的かつ実践的に支援するための枠組みである。

Team talk（チームとして話し合う）：患者に対して「あなたは医療の意思決定に参加できるパートナーである」ことを明確に伝える。つまり、医療者が一方的に決めるのではなく、チームとして共に考える姿勢を示すことが重要である。選択肢が存在することを伝え、話し合いの場を開くことが主な目的である。

例：「いくつかの治療の選択肢があります。一緒に最適な方法を考えていきましょう。」

Option talk（選択肢について話し合う）：この段階では、利用可能な治療やケアの選択肢を平易に説明し、それぞれの利点・欠点を共有する。患者の理解を確認しつつ、情報提供の偏りを避け、できる限り中立的に説明する姿勢が求められる。

例：「手術にはこのような利点とリスクがありますが、内科的治療という選択肢もあります。」

Decision talk（意思決定に向けて話し合う）：患者の価値観や希望を踏まえて意思決定を共有する。医療者は、患者が自分にとって重要なことを明確に

できるように支援しつつ、意思決定を急がせない配慮が求められる。必要に応じて意思決定を一時保留する選択も含まれる。

例：「あなたにとって大切なことは何か、一緒に整理しながら考えていきましょう。」

2. 9-step model

Kristonら¹³⁾はSDMの実践過程として次の“9-step model”を示している。

意思決定の必要性を認識する

意思決定の過程において、対等なパートナーであることを認識する

可能なすべての選択肢を同等のものとして述べる
 選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する
 理解と期待を吟味する

希望・意向を特定する

選択肢と合意にむけて話し合う

意思決定を共有する

共有した意思決定のアウトカムを評価する時期を相談する

3. 臨床倫理の4要因

Jonsenら¹⁴⁾は臨床倫理の視点から意思決定に関与する要因として、医学的適応、患者の意向、生活・人生の質、周囲の状況（contextual features）を挙げている¹⁰⁾。3-talk modelや9-step modelのようなモデルを実臨床で適切に活用するためには、これらの視点を踏まえていることが欠かせない。またJonsenらは治療方針の決定に際して患者の意向を尊重することの4つの意義を述べている。第1に治療結果の改善につながる臨床的意義、第2に患者の自律の尊重、第3に患者の権利の法的な保護と、その結果として医療訴訟の予防、第4に患者の自尊心への配慮である。患者の意向は、患者の欲求でもあり、医療者がそれに配慮することは、患者の精神面だけでなく、治療選択後の行動にも影響する。もちろん、患者の希望をすべて最優先することは現実的でも、適切でもない。目指すところは患者の意向・希望をすべて反映することではなく、医療者と患者が向き合い、不確実性の高い現実の問題に協力して向き合う関係を築いていくことがSDMの目標であ

り、意義と言える。

Ⅶ. ナラティブとエビデンス、そして「3つのLife」の交差点

ナラティブとナラティブに基づく医療 (Narrative-based Medicine) は、しばしば同じ文脈で語られるが、両者は本質的に異なる側面を持つ概念であると言える。ナラティブとは、患者や当事者自身によって語られる「物語」そのものであり、医療者の存在とは独立した、人間としての意味づけや経験の再構成を含んだ営みである。自己の生を振り返り、言語化し、統合する行為には、語る者自身にとっての癒しや洞察が伴う可能性がある。一方、ナラティブに基づく医療とは、医療者が患者の語りに対して共感的に耳を傾け、その物語を医療判断に反映しようとする実践である。そこでは、患者が自己の人生における病の意味をどう捉えているのか、どのような価値観をもって治療選択に臨んでいるのか、といった視点が重視される。つまり、患者の「物語」を単なる背景情報として扱うのではなく、それを意思決定における出発点として尊重する態度が求められるのである^{15, 16)}。

このような視点は、Shared Decision Making (SDM) とも深く関係している。医療者と患者が協働し、科学的根拠に基づく情報と、患者の価値観や希望をすり合わせながら治療選択を行うプロセスとしてのSDMにおいて、ナラティブとエビデンスの接点はますます重要になってきている。

ここで、「3つのLife (生命・生活・人生)」という枠組みが示唆的である。これは1970年代にリハビリテーションの第一人者である上田敏が提唱し¹⁷⁾、2015年に発足した日本医療研究開発機構 (AMED) の初代理事長・末松誠がその使命として強調したことで改めて注目された。「生命 (Life)」は、生物学的な存在としての人間の生を指し、主に基礎医学や生命科学の領域で扱われる。「生活 (Living)」は、日常の営みや社会との関わりに根ざした健康の姿であり、看護・介護・地域医療などの領域と重なる。「人生 (Life-course)」は、個人が紡ぐ時間的連続性をもった物語であり、その人が何を大切に生きていくかという価値に関わる。

エビデンスの多くは「生命」の視点に基づいて医学研究者によって科学的に構築される。特にがん治療における全生存期間 (Overall Survival: OS) のように、生命の長さを主要アウトカムとする研究は典型である。しかし、副作用を伴いながら延びる数年間と、穏やかだが短い期間のどちらを望むかは、「生活」や「人生」の価値観に深く根ざした問いであり、医療者が一義的に判断すべきではない。生命の延長が、生活の質や人生の意味と必ずしも一致しないという現実には、医療の意思決定においてしばしば直面するジレンマであろう。

エビデンスは再現性と客観性という点で信頼性が高い一方で、その適用には当然のことながら限界もある。すべての個人に当てはまるわけではなく、平均化された知見であるがゆえに、個性は捨象されている。一方、ナラティブは特定の文脈における個別的真実を浮かび上がらせるものであり、科学的な意味での再現性には乏しいが、その人の医療における意味を深く理解する手がかりとなる。

より良いSDMを実現するには、医療者がエビデンスの強みと限界、ナラティブの深さと可能性の双方を意識化し、それぞれを批判的に吟味しながら統合的に活用する態度が求められるだろう。そこには、複数の「Life」を交差させ、医学的妥当性と個人の意味を調和させようとする倫理的・実践的な努力が含まれる。医療者の一方的な価値観や判断に陥らず、患者との対話を通じて「その人にとっての最適解」を共に見出すこと——そこにナラティブとエビデンス、そして「3つのLife」の交点に立つSDMの可能性と意味があるのではないだろうか。

Ⅷ. 結語 共創の医療を目指して

SDMとは、「答えを知っている誰か」が、「それを知りたい、しかし知らない誰か」に「正しい答え」を一方的に押しつけるための手法ではない。不確実性の中で、患者と医療者が共に向き合い、共に考え、共に選んでいく。そのプロセスそのものが、エンパワメントであり、共創と言えるだろう。このような意思決定を可能にするには、多職種連携を含む医療チーム全体のコミュニケーションが欠かせない。看護師、薬剤師、リハビリ職、ソーシャルワーカー、

そして地域社会の支援者たちと共に「支える力」がSDMを現場で実現可能なものとしていく。

患者の語りに耳を傾け、医療の専門知と生活知をつなぎ、確実なことが分からない現実の中で、それぞれが情報を持ち寄り、少しでも納得できる道を探していく。SDMが、患者と医療者だけの枠組みに留まらず、様々な立場の人々が、これからの医療、そして社会の在り方を探していくための一つの手がかりとなることを願い、本稿を終える。

利益相反：

本論文について、開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Guyatt GH: Evidence-based medicine, ACP Journal Club, 114(2): A-16, 1991
- 2) Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB: Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach It, 5th ed., Elsevier Churchill Livingstone, 2019. (中山健夫監訳：EBM—根拠に基づく医療—実践と教育の方法, インターメディアカ, 東京, 2023)
- 3) Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: what it is and what it isn't, BMJ, 312(7023): 71-72, 1996
- 4) Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH: Physicians' and patients' choices in evidence-based practice, BMJ, 324(7350): 1350, 2002
- 5) 日本医療機能評価機構：Minds 診療ガイドライン作成マニュアル Version 3.0, 2020, https://minds.jcqh.or.jp/s/manual_2020_3_0 (2026年3月2日)
- 6) 相原守夫：診療ガイドラインのためのGRADEシステム 第3版, 凸版メディア, 東京, 2018
- 7) Institute of Medicine: Clinical Practice Guidelines We Can Trust, National Academies Press, Washington DC, 2011
- 8) 中山健夫, 藤本修平 (編著): 実践 シェアード・デシジョンメイキング 改題改訂第2版, 日本医事新報社, 東京, 2024
- 9) Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C: The connection between evidence-based medicine and shared decision making, JAMA, 312(13): 1295-1296, 2014
- 10) 患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための研究会：医療従事者と患者の共有意思決定が成り立つ社会の実現に向けて (報告書), 2021年11月
- 11) Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M: Shared decision making: a model for clinical practice, Journal of General Internal Medicine, 27(10): 1361-1367, 2012
- 12) Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, Cochran N, Frosch D, Galasiński D, Gulbrandsen P, Han PKJ, Härter M, Kinnersley P, Lloyd A, Mishra M, Perestelo-Pérez L, Scholl I, Tomori K, Trevena L, Witteman HO: A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process, BMJ, 359: j4891, 2017
- 13) Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M: The 9-item Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9): Development and psychometric properties in a primary care sample, Patient Education and Counseling, 80 (1): 94-99, 2010
- 14) Jonsen AR (白浜雅司, 赤林朗ほか監訳)：臨床倫理学—臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ 第5版, 13, 新興医学出版社, 東京, 2000
- 15) 中山健夫：闘病記とエビデンス, 薬学図書館, 56 (3) : 220-224, 2011
- 16) 中山健夫, 石川翔吾：ヘルスケアにおけるナラティブ, 人工知能学会誌, 39(5) : 629-633, 2024
- 17) 上田敏：目でみるリハビリテーション医学, 東京大学出版会, 東京, 1971

〈焦点1〉

日本行動医学会の歩みと展望 - 人生 100 年時代における行動医学の役割

井上 茂*

*東京医科大学公衆衛生学分野, 日本行動医学会顧問・前理事長

The Progress and Future Directions of the Japanese Society of Behavioral Medicine: The Role of Behavioral Medicine in the Era of the 100-Year Life

Shigeru Inoue*

*Department of Preventive Medicine and Public Health, Tokyo Medical University

Former President of the Japanese Society of Behavioral Medicine

キーワード

行動科学

behavioral science

生物・心理・社会モデル

bio-psycho-social model

医学部教育

medical education

学際性

interdisciplinary collaboration

本稿では、日本行動医学会の特徴と活動を紹介するとともに、他の健康関連学会との連携を通じた『知のシェアリング』の意義を考察し、人生 100 年時代における保健医療行動科学の役割について展望する。なお、本稿は著者個人の理解、意見を記すもので日本行動医学会の見解ではないことを付記する。

I. 設立の経緯

一般社団法人日本行動医学会 (Japanese Society of Behavioral Medicine) は、日本における行動医学の発展を目的として 1992 年に創立され、同年に国際行動医学会 (International Society of Behavioral Medicine, ISBM) の 7 番目の正規加盟学会となった。設立から任意団体として活動してきたが、2024 年には一般社団法人化され、現在に至っている。

II. 国際行動医学会 (ISBM) との連携

ISBM の加盟学会となるべく立ち上げられた学会であり、ISBM と連携しながら発展してきた。会員数は 400 人に満たない小規模な学会であるが、ISBM の加盟学会の中では比較的規模が大きく、隔

年で開催されている ISBM の学術大会では日本人参加者が国別参加者数の上位 (毎回フォローしているわけではないが 2 位近辺) を占めている。ISBM からの期待も高く、継続的に理事・役員、ISBM の機関誌 International Journal of Behavioral Medicine の編集委員を輩出している。現在、東京大学名誉教授の川上憲人先生は ISBM の理事長を歴任している。本学会は ISBM と連携しつつ、日本における行動医学の発展に寄与してきた学会である。国際的な交流が本学会の魅力の一つとなっており、ネットワークを通じて、国内の研究成果を世界に発信するとともに、海外の最新知見を導入することで、日本の行動医学の水準を高めてきた点に大きな意義がある。

III. 会員・運営

会員数は 2025 年 8 月の時点で約 360 名である。領域横断的な行動医学の特性を反映し、領域間のバランスや融合に配慮した運営がなされている。会員は入会時に専門領域として「臨床医学系」「社会医学系」「心理社会行動科学系」の中から自身の専門

領域の一つを選択する。また、理事の定数は各領域の会員数で案分した上で定められている。さらに、理事長はこれら三つの領域から順番に選出することとなっており（表1）、前理事長である井上茂は社会医学系、現理事長の中尾睦宏先生は臨床医学系、次期理事長は心理社会行動科学系に属する。近年の動向として、心理社会行動科学系の会員が増加する一方で、臨床医学系、社会医学系はやや減少傾向にあり、心理学の専門家が優勢になっている。このように、会員構成と理事選出の仕組みそのものが、学会が学際性と多様性を重視し、異なる専門分野の知を共有し合う場となるように工夫されている。

IV. 学会活動

国内においては年1回の学術大会を開催し、機関誌『行動医学研究』およびニュースレターを発行している。また、専門研究グループ（Special Interest Group: SIG）制度を設け、共通の関心領域を持つ研

表1 日本行動医学会歴代理事長

期	任期	理事長
第1期	1992-1994	池見 西次郎
第2期	1994-1996	内山 喜久雄
第3期	1996-2000	荒記 俊一
第4期	2000-2004	五十嵐 正紘
第5期	2004-2008	坂野 雄二
第6期	2008-2012	下光 輝一
第7期	2012-2016	野村 忍
第8期	2016-2020	島津 明人
第9期	2020-2023	井上 茂
第10期	2023- 現在	中尾 睦宏

日本行動医学会ホームページより著者作表

究者が集い、研究を推進することを支援している。現在では廃止されたが、設立当初には「専門グループ」や「専門団体」という制度が存在しており、これらは日本行動医学会のスコープを端的に示すものであった（表2）。さらに、本学会は全国公衆衛生関連学協会連絡協議会（全公連）、日本心理医療諸学会連合（UPM）に加盟し、関連学会との連携を行っ

表2 日本行動医学会設立時の専門グループ・団体

専門グループ名	代表者	専門グループ名	代表者
1 心身医学	池見西次郎	28 行動カウンセリング	中澤次郎
2 行動療法	内山喜久雄	29 公衆衛生活動	星 旦二
3 産業保健	荒記俊一	30 社会病理	斎藤 学
4 予防医学	青木國雄	31 原子力保健	安本 正
5 疫学	田中平三	32 国際保健	石川信克
6 AIDS & Society	宗像恒次	33 老年学	箕野脩一
7 カウンセリング	杉溪一言	34 リスクアセスメント	酒井亮二
8 行動分析	中村正純	35 環境保健	桜井治彦
9 行動学	松永一郎	36 行動薬理学	栗原 久
10 環境心理生理学	兜 真徳	37 高次神経機能	森 昭胤
11 臨床人間性心理学	水島恵一	38 行動科学・医学一般（上記以外）	
12 発達行動小児科学	長畑正道		
13 地域保健	青山英康	専門団体名	代表者
14 公衆衛生学	多田羅浩三	1 バリント式保健医療協会	永田勝太郎
15 計量行動学	野村 忍	2 タイプA 行動パターンカンファレンス	桃生寛和
16 情動科学	津田 彰	3 ERP 研究会	平松謙一
17 Quality of Life	栗原 稔	4 日本小児心身医学会	高木俊一郎
18 ストレス科学	岩根久夫	5 循環器心身症研究会	菊池長徳
19 健康管理・看護	前田和子	6 日本芸術療法学会	徳田良仁
20 臨床心理学	飯長喜一郎	7 自治医科大学地域医療学教室	五十嵐正紘
21 心理・社会医学	小林章雄	8 産業行動医学研究会	矢野栄二
22 産業生態科学	吉村健清	9 職場の精神衛生研究会	川上憲人
23 健康政策	田中慶司	10 日本保健医療行動科学会	中川米造
24 行動介入	田中宏二	11 日本サイコオンコロジー学会	河野博臣
25 糖尿病	後藤由夫	12 日本交流分析学会	桂 戴作
26 保健医療社会学	園田恭一	13 呼吸器心身症研究会	桂 戴作
27 民族衛生学	鈴木庄亮	14 日本東洋心身医学研究会	桂 戴作

行動医学研究第24巻2号110頁（2019）より著者作表

ている。

V. 最近の活動の紹介

1. 国際行動医学会における行動医学の定義の再考

国際行動医学会憲章(1990)によれば、行動医学(Behavioral Medicine)とは「健康と疾病に関する心理社会科学的、行動科学のおよび医学生物学的知見と技術を集積統合し、これらの知識と技術を病因の解明と疾病の予防、診断、治療およびリハビリテーションに応用していくことを目的とする学際的学術」であり、「行動医学の研究領域は、基礎的な脳-身体相関の解明から、臨床診断と治療、さらに疾病予防および健康増進のための公衆衛生活動にまで広がっている」とされている¹⁾。著者自身は、生物学的要因のみならず、心理的要因、社会的要因が健康を決定するとするBio-Psycho-Social Modelが、行動医学をもっともよく表現していると考えている。学術総会においても、このような行動医学の特徴を反映した多様な演題が発表されている。近年、Dekkerら(2021)は日本を含む各国の加盟学会の行動医学専門家をパネリストとしてDelphi法による行動医学の定義の再検討を行った。その結果、行動医学は「Behavioral medicine is a field of research and practice that builds on collaboration among multiple disciplines (行動医学とは、複数の学問分野の協働に基づく研究および実践の領域である)」と定義され、「These disciplines are concerned with the development and integration of behavioral and biomedical knowledge relevant to health and disease. Behavioral knowledge refers to psychosocial, societal, economic, cultural, existential, and environmental processes of health- and disease-related behavior, and biomedical knowledge refers to physiological, pathological, and medical processes. This knowledge is applied to prevention, health promotion, diagnosis, treatment, rehabilitation, and care. The scope of behavioral medicine is broadly inclusive of behavioral and biomedical science as well as clinical and public health practice (これらの分野は、健康と疾病に関連する行動科学のおよび生物医学的知識の開発と統合に関わる。行動科学的

知識とは、健康・疾病関連の行動に関わる心理社会的、社会的、経済的、文化的、実存的、環境のプロセスを指し、生物医学的知識とは、生理学的、病理学的、医学のプロセスを指す。これらの知識は、予防、健康増進、診断、治療、リハビリテーション、ケアに応用される。行動医学の範囲は、行動科学と生物医学のみならず、臨床および公衆衛生の実践をも広く包含する)」とされた²⁾。

2. 医学部教育における行動科学カリキュラムの提案

現在、医学教育では世界医学教育連盟(WFME)が示す国際基準³⁾に沿った医学部認証が行われている(医学教育分野別評価制度)。この国際基準には医学部教育のミッション、管理体制、教育資源など多岐にわたる項目が含まれているが、そのの一つに「教育プログラム」がある。そして教育プログラムの三本柱は「基礎医学」「行動科学と社会医学、医療倫理学と医療法学」「臨床医学と技能」であり、全国の医学部は「行動科学」の教育に力を入れていることになっている。

このような背景を受けて、日本行動医学会は医学部教育における行動科学教育のモデルカリキュラムの作成に取り組んだ(座長:堤明純先生)。学会評議員を対象にデルファイ法を用いた意見調査を実施し、議論を重ねた結果、演習や実習を取り入れた行動科学1単位=15時間の学習モジュールを提案するに至った。その概要を表3に示す⁴⁾。

3. 行動医学テキストの出版

日本において行動科学を体系的に学ぶ確かなテキストが存在しなかったため、学会としてテキストの作成に取り組み、2015年に『行動医学テキスト』を出版するに至った⁵⁾。本書は行動医学・行動科学の歴史や概念、臨床実践をわかりやすく解説する初学者向けの入門書であり、医学、看護、心理、公衆衛生、看護学など幅広い領域の教育への寄与が期待されるほか、医療現場のスタッフが臨床で活用できる実践的マニュアルとしての役割も果たしている。多くの専門職から好評を得た結果として2023年には第2版が刊行され、第三世代認知行動療法、遺伝

表3 日本の医学部における行動科学学習モジュール
(日本行動医学会行動医学コアカリキュラム作成ワーキンググループ)

項目番号・タイトル	キーワードもしくは実習方法
1. 行動の成り立ち	・刷り込み ・古典的 (レスポナント) 条件づけ ・オペラント (道具的) 条件づけ ・認知学習 ・社会的学習 (観察学習, 模倣学習) ・脳内神経伝達物質
2. 動機づけ	・動機づけ (内発的, 外発的) ・欲求 ・フラストレーション ・葛藤 ・適応機制 ・防衛機制
3. ストレス (心理)	・ストレスサー ・ストレス反応 ・心理学的ストレスモデル ・認知的評価 ・コーピング ・ライフイベント ・リラクゼーション法
4. ストレス (環境) と健康	・職場のストレス ・その他のストレス (子供のストレス, 育児ストレス など) ・ストレス対策 ・ソーシャルサポート
5. 生涯発達	・こころの発達 ・ライフサイクル ・遺伝環境相互作用 ・ライフタスク (人生課題)
6. 個人差	・パーソナリティ ・類型論 ・特性論 ・ビッグファイブ ・知能 ・役割論 ・ジェンダー
7. 対人関係	・対人認知 ・欲求と葛藤 ・集団心理 ・社会適応 ・対人コミュニケーション ・文化
8. 行動変容における理論	・動機づけ ・行動療法 ・認知行動療法 ・刺激統制 ・セルフ・エフィカシー ・多理論統合モデル ・エンパワーメント
9. 行動変容の技法	・生活習慣指導 ・保健指導 (禁煙指導/服薬指導) ・ティーチングとコーチング
10. ヘルスコミュニケーション	・保健医療情報の普及 (ガイドライン, 健診受診率) ・医師患者コミュニケーション ・医療者間コミュニケーション
11. 社会と健康	・格差と健康 ・ソーシャルキャピタル ・社会参加 ・社会疫学 ・健康の社会的決定要因 ・文化能力 (Cultural competence)
12-15. 演習・実習	シナリオを用いた実際の治療戦略の考案やロールプレイ

文献⁴⁾より抜粋し作表

カウンセリング, デジタルヘルスなど, 近年の学問進展と社会的関心を反映した新たなトピックが追加された。

VI. 最後に

以上, 日本行動医学会の概要と最近のアクティビティについて紹介した。生物学的な寿命だけではなく, 健康寿命やウェルビーイングが重視される時代にあつて, 行動医学はますます重要性を増している。人生 100 年時代において, 行動医学は単に疾病の予防や治療にとどまらず, 社会的健康やウェルビーイングを支える学問としての役割を果たすものである。今後は, 学会間の知のシェアリングと国際的なネットワークを基盤に, 学際的な研究・教育をさらに推進していくことが期待される。

利益相反: 本論文について, 開示すべき利益相反はない。

参考文献

1) 日本行動医学会ホームページ: 日本行動医学会

憲章, <https://plaza.umin.ac.jp/jsbm/about/charter.html>, 検索日: 2025 年 9 月 5 日

2) Dekker J, Stauder A, Penedo F, et al.: Definition and Characteristics of Behavioral Medicine, and Main Tasks and Goals of the International Society of Behavioral Medicine - an International Delphi Study, *Int J Behav Med*, 28 (3): 268-276, 2021, doi:10.1007/s12529-020-09928-y

3) 一般社団法人日本医学教育評価機構: 医学教育分野別評価基準日本版, <https://www.jacme.or.jp/accreditation/wfmf.php#1a>, 検索日: 2025 年 9 月 5 日

4) 網谷真理恵, 石川善樹, 乾明夫, 井上茂, 島津明人, 諏訪茂樹, 津田彰, 堤明純, 坪井康次, 中尾陸宏, 中山健夫, 端詰勝敬, 吉内一浩 (座長: 堤明純): 医学部教育における行動科学カリキュラムの提案, *医学教育*, 46 (1): 37-40, 2015

5) 日本行動医学会 (編集): 行動医学テキスト第 2 版, 中外医学社, 東京, 2023

〈焦点1〉

医学教育における行動科学と日本保健医療行動科学会

諏訪茂樹*

*東京女子医科大学

Behavioral Science in Medical Education and Japan Academy for Health Behavioral Science

Shigeki Suwa*

* Tokyo Women's Medical University

キーワード

行動科学

behavioral science

医学教育

medical education

日本保健医療行動科学会

Japan Academy for Health Behavioral Science

I. 行動科学の誕生と普及

日本保健医療行動科学会が編纂した『保健医療行動科学事典』(1999)¹⁾において、私は行動科学を「人間の行動を総合的に解明し、予測・統御しようとする実証的経験科学」と説明した。この説明は、シカゴ大学の心理学者であったミラー、J. G. の考えに基づく。彼は、人の行動を解明するためには生物科学と社会科学とを統合しなければならないとし、1940年代後半から行動科学という言葉を使い始めた。

この言葉がその後に広まった歴史的背景として、1950年代に米国で吹き荒れたマッカーシズム（反共主義）を無視することはできない。共産主義や社会主義との関係を疑われて、政府職員、ジャーナリスト、映画関係者などの他、全米で多くの学者も職を追われることになった。そこで、行動科学として研究を継続することにより、社会主義と混同されやすい社会科学という表現を避けるねらいもあったと思われる²⁾。

ミラーは行動科学の広まりを受けて、生物学、心理学、社会学など、人間の行動に関する諸科学の統合を試みる。共通する構造と機能を抽出するシステム論的アプローチにより、人間の行動を細胞レベル

から国を超えた国際レベルまで統一して説明する一般理論を構築しようとした³⁾。

II. 米国の医学教育への導入

医学教育に行動科学が取り入れられたのは、その誕生からおよそ20年後である。1972年から米国の医師国家試験のパートI（基礎科学）において、行動科学の問題が出題されるようになる。こうして解剖学、生化学、微生物学、病理学、薬理学、生理学などと並び、行動科学は医学教育の基礎科学として位置づけられた。

米国の当時の医師国家試験委員会が作成した科目概要をみると、行動科学は①行動生物学、②個人行動、③対人関係と集団過程、④文化と社会の4領域から構成されている⁴⁾。つまり、従来からあった生物科学の他に、心理学、社会心理学、社会学、文化人類学などの人文社会科学が取り入れられたことになる。人間を身体として捉えるだけでなく、自分で感じたり考えたりする主体としての意識を持ち、しかも他者と相互に影響を及ぼしながら社会の中で暮らす存在として捉えることが、医師にも求められるようになったのである。

その背景として、20世紀後半の米国では、心疾患、

悪性新生物、脳血管疾患などのいわゆる生活習慣病が死因の上位を占めており、患者の主体的なセルフケア行動が治療や予防に欠かせなくなっていたことがあげられる。患者の行動を解明するためには、ウィルヒョウ、コッホ、パスツール等の生物科学者が19世紀に築いた近代西洋医学だけでは限界があり、そこで人々の生活習慣を変えるために人文社会科学も不可欠になったと言える。

Ⅲ. 日本保健医療行動科学会の誕生

日本でも第2次世界大戦後、徐々に生活習慣病が死因の上位を占めるようになった。そうしたなかで、米国における行動科学教育の現状を視察した国立精神衛生研究所(当時)の宗像恒次は、帰国後に大阪大学医学部(当時)の中川米造や東京大学医学部(当時)の園田恭一ほか、多くの医学者、保健学者、看護学者、心理学者、社会学者、社会福祉学者、文化人類学者らに声をかけて、1986年に日本保健医療行動科学会が設立されることとなった。当時の設立趣意書には次のように書かれている。

「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、欧米では、医師や看護などの保健医療従事者の教育にとり入れられ、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」⁵⁾。

米国と同様の疾病構造となった日本でも、保健医療に関する行動科学研究の必要性が高まっており、やがて保健医療従事者の教育でも行動科学が不可欠になるという見通しのもと、それに備えようとしたことが、この設立趣意書からもうかがえる。

当時の医療従事者の養成教育でも、心理学、社会学、文化人類学などの教育は、もちろん取り入れられていた。しかし、それらは保健医療に関する行動科学としてではなく、どちらかという一般教養科目としての位置づけであり、語学とか体育などと並べられることも少なくなかった。

Ⅳ. 日本の医学教育への導入

米国の医師国家試験での行動科学の出題と時同じくして、1972年に設立された世界医学教育連盟(WFME)の国際認証評価項目でも、教育プログラムにおいて行動科学が、社会医学、医療倫理学、医療法学とともに並べられていた。しかし、日本の医学教育において行動科学が本確的に導入されることになるのは、その約40年後である。

きっかけは、米国の海外医学部卒業生教育委員会(ECFMG)が2010年に出した一つの通達であった。それは2023年以降、国際認証評価を受けていない医科大学の出身者には、医師の資格を与えないというものであった。この国際認証評価を医科大学が受けるためには、基礎医科学や臨床医学とともに「行動及び社会科学と医療倫理」を必修科目としていなければならなかったのである。

日本では2012年に、東京女子医科大学が初めて、世界医学教育連盟による国際認証評価を受けて適合となっている。その後、同連盟の国際基準をふまえて日本国内の医学教育プログラムを評価することを目的とし、2015年に日本医学教育評価機構(JACME)が設立され、国内の医科大学の医学教育分野別評価を行うようになった(表1)⁶⁾。

表1 医学教育分野別評価基準日本版 Ver. 2.36

2. 教育プログラム
2.1 教育プログラムの構成
2.2 科学的方法
2.3 基礎医学
2.4 行動科学と社会医学、医療倫理学と医療法学
2.5 臨床医学と技能
2.6 教育プログラムの構成、構成と教育期間
2.7 教育プログラム管理
2.8 臨床実践と医療制度の連携

文献6)より作成

海外医学部卒業生教育委員会(ECFMG)による通達内容の実施は、実際には新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、1年遅れて2024年からとなったが、こうして日本でも行動科学は実質的に必修となり、医科大学において行動科学教育が一挙に広がったのである。

ただし、医科大学では以前から、生物学などの自然科学の履修が基礎教育として必修であった。そのために行動科学教育の中心は実質的に、心理学、社

会心理学, 社会学, 文化人類学などの人文社会科学であることにも留意する必要がある。日本の医科大学では, 従来の自然科学系や臨床医学系の教員が行動科学教育も担当することもある。そうすると従来の教育内容と重複したり, 「対人関係と集団過程」や「社会と文化」などが社会科学教育とならず, 「挨拶をなさい」や「社会規範を守りなさい」などの道徳教育にすり替えられたりする危険性があることも言及しておきたい。

V. 本会の特徴と今後

行動科学という言葉が生まれて三四半世紀, 米国の医師国家試験に行動科学が出題されるようになって半世紀が経過した。今日, 日本の医療従事者の教育でも行動科学教育が不可欠となり, 本学会の存在意義はこれまで以上に高まったと言える。

2025年5月の時点での本会会員の会員数を学問分野別の割合で見ると, 社会学系 8.3%, 心理学・福祉学系 13.8%, 看護学 53.3%, 歯学系 1.1%, 医学系 7.7%, 健康科学 14.9%であり, 看護学の分野の会員が半数を占める。これは, 患者を生活者としてとらえ, 患者の身体だけではなく, その心理・社会的背景や実存的な側面まで理解し, 全人的にケアしようとする看護や看護学の特徴と深くかかわっていると思われる(図1)。

また, 本会の初代会長の中川米造は医学者であっ

たが, その後の歴代会長の専門分野を見ると, 社会学・保健学, 医学・医学教育学, 臨床心理学, 哲学・倫理学, 心身医学, そして社会学・社会心理学となっている。本会に会長の専門分野に関する取り決めは特にないが, さながら医学と人文社会科学とが対話するかのようになり, 医学者と人文社会学者とが交互に会長を務めており, これは本会の特徴を表していると言えよう。

本会は保健医療にかかわる理系と文系の多様な分野の教育研究職や実践家などから成り立っており, 多様性こそが本会の特徴であると言える。専門とする学問分野, 職種, 所属する組織内での地位などにかかわらず, 会員間で対等な関係を築いて相互作用をするとき, 本会の多様性は新たな価値を生み出すことになるであろう。安心・安いで質の高い患者中心のチーム医療の実現に向けて, 学術大会の開催と雑誌の発行だけではなく, 研究会やオンライントーク, 共同研究など, 相互作用のための様々な企画を本会は試み続けている。

※本論文は文献7)と8)を基に加筆されたものである。

利益相反

申告すべき利益相反はない。

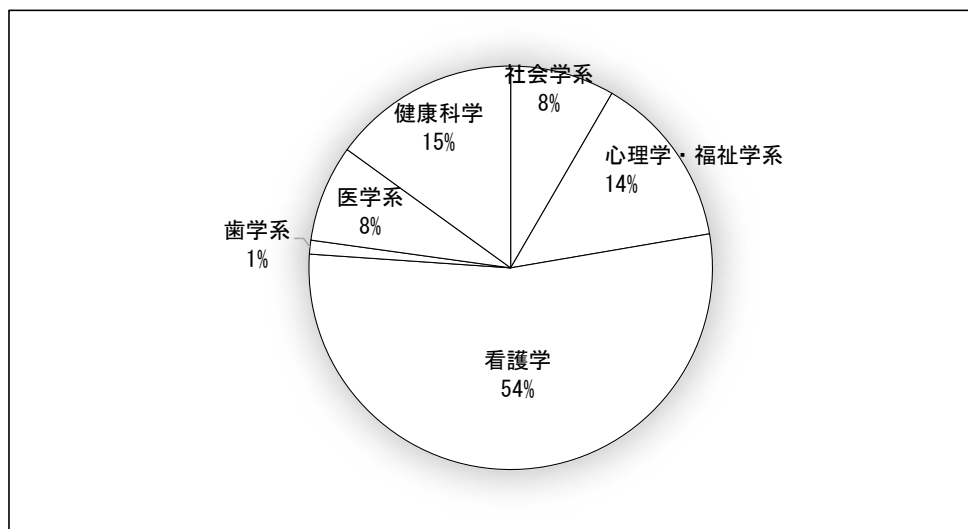


図1 日本保健医療行動科学会会員の所属領域
2025年5月現在

文献

- 1) 諏訪茂樹:行動科学, 保健医療行動科学事典 (日本保健医療行動科学会編纂), 105-106, メヂカルフレンド社, 1999
- 2) 佐藤 毅:行動科学の批判, 社会労働研究, 第15巻第2号:61-82, 1968
- 3) Miller, J. G.: Toward a general theory for the behavioral sciences. *American Psychologist*, 10 (9): 513-531, 1955
- 4) 宗像恒次:アメリカの医学校の行動科学教育の現状, 医学教育, 第19巻3号:179-184, 1988
- 5) 日本保健医療行動科学会:設立趣意書, 同会年報, 第1巻:215, メヂカルフレンド社, 1986
- 6) 日本医学教育評価機構:医学教育分野別評価基準日本版 Ver.2.36, https://www.jacme.or.jp/pdf/wfine-jp_ver2.36.pdf, 検索日 2025年10月1日
- 7) 諏訪茂樹:医療職養成と行動科学教育 人文社会科学の視点育成, 日本保健医療行動科学会雑誌, 第40巻特別号:17, 2025
- 8) 諏訪茂樹:第14期会長就任ご挨拶, 日本保健医療行動科学会ニューズレター 第114号, 2025

〈焦点2〉

「たがね餅」による高齢者窒息事故予防アクション

萩 名子*

*明海大学

Action to Prevent Choking Accidents Among the Elderly Through Activities Offering
“Tagane Mochi”

Meiko Hagi*

* Meikai University

キーワード

窒息事故予防

地域食材

行動変容

高齢者

コミュニティーナース

choking accident prevention

local food

behavioral change

the elderly adults

community nurse

I. はじめに

消費者庁が2019年、2020年について人口動態調査の調査票情報を基に分析したデータによれば、「餅による窒息死亡事故の43%が、餅を食べる機会が多い1月に発生し、特に正月三が日に多い、男性の死亡者数は、女性より2.6倍も多い」とされ、「65歳以上は年間死亡者数の87～91%を占め、80歳以上の死亡者数は平成21年以降、年間2,500人を超える水準で推移」とされる。

また、谷口によれば、「2021年の65歳以上の不慮の事故による死亡者数では、窒息全体（餅だけではなく）の死亡数は、転倒・転落・墜落に継ぐ、第2位で7989人を数え、65歳以上の高齢者が90.7%（うち80歳以上66.2%）を占める」。食物による窒息事故は、緊急度が高く、意識消失が起こればすぐに心マッサージが必要で、バイスタンダー（居合わせた人）への影響も大きい。窒息事故が起こってしまったからの対応は、難易度が高くできるだけ起こらないようにするのが理想である。

窒息による死亡の9割を占める高齢者の方々に對し、お正月という日常とは違う時間に、窒息事故に対する対策を具体的にどう届けるかは、食材、食べ

る人、食べ方、という要因それぞれに対しての働きかけが必要である。

今回の試みは、食材そのものに対してのアプローチに加え、少人数で近しい関係の方たちに、実際に会って話し、食材を渡してくるというスタイルで行った。今回の活動地域は三重県の北勢、山にごく近い里山であり、救急体制も十分とは言えない。これからますます進む高齢化を見据え、お正月を安全に過ごせるような働きかけが必要である。

II. 活動の概要

1. 2008年頃から、筆者は三重県のいなべ市で市民活動グループ「シズカナオニワ」を主宰し、各種のワークショップ活動を行っている。ワークショップの拠点とする古民家には杵と臼があり、2015年よりそれを利用して昔ながらの餅つきを復活する企画を立て実施し2024年まで継続している。

当初の目的は餅つきの方法を含めた食文化保全で、地域で作られなくなってきた粒の残ったお餅「たがね餅」を作り始めた。新しく地域の特産である「大安桜米」という古代米は風味そして、製法を簡単に

するため混合した。「たがね餅」はもち米ばかりで作るお餅より伸びにくく噛み切りやすい。筆者の経験ではあるが、1980年代にはお雑煮や焼き餅などで食卓に上っていた。近年見かけなくなっているが、活動地域の高齢者の方々にはなじみのある食材である。

餅をはじめとした窒息事故の特性と、地域の緊急医療体制と窒息事故のリスクに対する課題も認識できたので、2022年からは、ワークショップでたがね餅を作り、参加者の方におみやげにすることに加え、近隣のお宅、知り合いのお宅などに配り始め、業者さん、お知り合いになった方にも、「おすそわけ」「味見」というスタイルで差し上げるようにした。

2. 活動のコンセプト

活動のコンセプトは、「行動変容を強くない」ということである。高齢者の方の尊厳ある人生や人生を支えてきたお楽しみに、水をささないようにしよう、と考えた。そこで、行動変容を直接的な目的とせず、「おいしい食体験」を基軸とすること、懐かしい食材として楽しんでいただくことを基本姿勢とした。これは、窒息事故予防という目的を過度に強調することで、受け手である高齢者が「圧」を感じ、活動が受け入れられにくくなることを避けるためである。伝統食材が持つ機能的側面を前面に出すのではなく、あくまで「年末年始にお餅を美味しく食べる」ことを主目的とし、その背景にある配慮として窒息事故予防の情報を、雑談の中で状況に応じて提供した。

多くの人生経験を積まれた高齢者の方々に行動を変えてもらうというのは、長い間に培ってきた習慣を変えなければならないという重さがある。現状まで長生きをされていたという事実は、今までのご自身の行動が現状までの生命を維持するのに必要充分であった、ともいえ、そこに介入するというのは心苦しい。長い人生の間には、白とされていたものが黒と変わった経験も多くされているので、いままでの生活やたのしみが減弱する方向の指導、たとえば、甘いものを控えめに、お酒は控えめになどという保健指導を受けられたあとに「そんなこといわれてもようしやんわ（とてもできないわ）」、(若い担

当者の方に生活指導を受け)「あなたに私の生活のなにがわかるの、と思いながら、ハイハイと聞いていた」という反応で、「相手も仕事やでね」という保健指導を行うものに対しての慈しみはあれ、行動は変えない、という様子もうかがわれる。

現在の高齢者とされる方は、2025年に65歳の方で1960年生まれ、80歳の方は1945年生まれであり、日本の戦後の社会状況の流れを見れば、若い世代からの体験は大きく違い、高齢者とひとくくりにしては過去の経験からくる考え方はつかみにくい。

現在までの生活やたのしみをさらに付け加える方向性のお願いごとであれば、リスクを強調したり、声高に注意喚起をしなくとも、自然にそれぞれの方に合った方法で健康行動へ向かっていただければと感じる。

3. 「たがね」餅とは

「たがね」とは、もち米の中にうるち米を混ぜてつくなどの方法で、粒をあえて残した餅のことである。「たがね餅」と呼ばれることは実際には少なく、対象地域では単に「たがね」と呼ばれる。子供の頃からの「たがねは噛み切りやすくてたべやすい」という体験も加わり、たがねを思いついた。

1960年代「たがね」は、今回活動を行ったいなべ市では、餅つきの際にはかなり作られていたが、しだいに一般的ではなくなり、「たがねって最近ないね」「(たがねは)しやんね(しなないね)」という言葉が雑談に混じるようになる。「たがね」は昔ながらの餅つきを家で行う際に、もち米だけで作られるいわゆる普通のお餅つきが終わりに近づくころ、「そろそろたがねにしよか」と少しだけ作られるサブアイテムのような存在である。これがどうして作られるのかは、不明だが、もち米の撮れ高が少ない、神様に備える「しとき」の変形したもの(注1)、など考えられる。高齢者の方への配慮かどうかは不明である。

*今回の活動内の「たがね」は茨城県の特産とされるなまこ餅の形をした「たがね餅」(注2)ではなく、三重県で食べられる四角い切り餅の形をしたものである。

(注1 「たがねや」HP/ (注2 茨城県 HP)

4. たがね餅の製法

食材には、三重県いなべ市の地域食材である**古代米「大安桜米」**ともち米を混合して使用した。一般的なもち米のみで作る粘り気の強い餅に対し、たがね餅はもち米にうるち米を混ぜたり、蒸す時間を調整したりし、つぶつぶ感を残して作る餅である(図1)。



図1 お雑煮にいれた大安桜米たがねお雑煮としての見た目が確保できる。



図2 切り餅にした大安桜米たがねお箸で切りやすく、お口の中でもほぐれやすいので、ある程度の厚みが確保できる。

大安桜米たがね餅の作り方は以下の通りである。

この製法により、餅に粘り気が出過ぎず、噛み切りやすい物性を確保できる。

- 1) ひと臼(一回に臼に入れる分量)あたり、1.5kgのもち米に大きじ3杯の大安桜米を混ぜ、1日浸水させた後、蒸し器にかける。
- 2) 米に火が通ったら、臼に移して杵で「こづき」と呼ばれる、杵を大きく振り上げずに小刻みに落

とす作業を主に行う。

- 3) 数回杵でつく(まとまりをよくするため)
- 4) もち粉の上で伸ばして切り餅にする。

他の作り方としては、①もち米とうるち米を3:1の割合で別々に蒸し、撞くときに混ぜる、②もち米に時間差をつけて蒸し、全体量の1/3量、蒸し時間の短いもち米を混ぜる、③簡易的に、炊飯器でもち米を炊き(または蒸し器で蒸し)、それを鍋またはボウルに入れ、すりこぎなどで撞き、それをまとめて餅とする、鍋餅(なべもち)と呼ばれる作り方がある。

また、力がある作業、手間のかかる作業という餅つきをできるだけ簡易的に、高齢者でも体調に不具合を来さないような作業工程にする、という視点もあったため、火の通りの違う古代米と一緒に蒸して、一緒につくという工程の簡素化のためにも上記の方法を取った。

家庭のできる簡易な方法として、鍋餅とよばれる餅がある。もち米を炊飯器で炊く、または蒸したものを鍋に入れてすりこぎなどで潰し、それをまとめて餅の形にする、というものである。これには三重県の大台町の地域食として、きなこをまぶして提供されるものもある。

5. 「おすそわけ」として配る方式

「おすそわけ」スタイルは、通常野菜やお菓子のちょっとしたやりとりは、地域の方々のお知り合いの間ではよく行われているので、特にめずらしい行動ではない。「おすそわけ」であるから、いつもありがたいという気持ちで持っていくわけなので、お返しが必要なほど持って行っては逆に気を遣ってもらうこととなる。「コレ、食べてくれやん?」「あんたんとこ、よう食べる?(たべてもらえるか)」という声掛けとともに、「もらってもらう、余っているのをたべてもらう」ことで、相手の方が気を遣わないやりとりが成立する。わざわざ買って持っていく、というのは習慣には合わないようである。しかも見ず知らずの家に「おすそわけ」は不似合いなので、近隣の方、親戚の方、など、顔の見える関係の方のみがおすそわけの対象である。

活動場所：三重県いなべ市大安町石樽地区

期間：2015年～2024年（年1回年末、現在までに11回継続中／2023年は年に2回）

対象者：ワークショップ参加者および近隣にお住まいの住民の方、親戚、知人

ワークショップ参加者は1回あたり3から4人程度。

近隣住民への「大安桜米たがね」おすそ分けは2022年より開始。

方法：口コミやSNSでワークショップの参加者を募集し、最大6名までの少人数で実施。

もち米を蒸す→撞く→餅として試食。昼食→おみやげ持ち帰りとして行っている。

別途、ご近所に出向き、「おすそわけ」として提供している。

地域は行政区分とは別に「区」（自治会）があり、さらにその中に一番組、二番組と番号のついた「組」という小集団に分けられている。活動範囲は著者の所属する「組」（現状5世帯）とワークショップの参加者、お世話になった方、お知り合いなどで2024年には10箇所程度に配ることができた。

6. 窒息事故の予防としてのたがね

年末に、ご近所、親戚に配りはじめたのは、「たがね餅」が、餅による窒息事故予防活動のひとつになるかもしれないと気づいたからでもある。活動地域は、三重県の北勢地域、もっとも山に近い地域であり、救急搬送には時間がかかる。しかも、窒息事故の予後は非常に良くない。餅による窒息事故は高齢者に特徴的な窒息事故である。

窒息事故の要因は、1) 食材の特性、2) 食べる側の特性、そして、3) 食べる際の方法、の方向性がある。その中で、今回のたがねのアプローチは、1, 2, 3のいずれにも配慮しているが、特に、食材の特性を変化させる方策として、かみきりやすいたがねを製作した。

1) については、噛み切りやすさや口腔内への粘着性、2) 食べる側の特性としては、年齢、加齢による咀嚼能力、嚥下能力の変化や中咽頭の解剖学的な特徴など、3) 食べる際の条件、これは正月に餅を食べるといった伝統的な日本の食文化とともに、正

月であることから、ふだん食べ慣れないものを食べる、家族人員の変化など日常生活とは違う状況があることなども推測される。

III. 活動のディテールと発見

1. たがね餅の製作と餅つきの作業負担の軽減

餅つきは大家族で人手のある場合ならともかく、少人数でしかも餅つきに慣れていないメンバーでは、非常にハードルの高い作業である。昔ながらの餅の品質の評価は、「よくつくことによってなめらかでよく伸びるお餅」がよしとされるが、たがね餅の場合、あえて「つぶが残っているようにする、「粘着性は餅がまとまる程度でいい」ので杵を大きくあげて振り下ろすという動作が非常に少ない。そこで体力のある人でなくてもできる。腰への負担を少なくするため、手水の位置、タイミングの調整などを行った。

また、前述の鍋餅の方法で行えば、杵や臼がなくても作ることができ、「餅つき」のハードルを下げることができた。

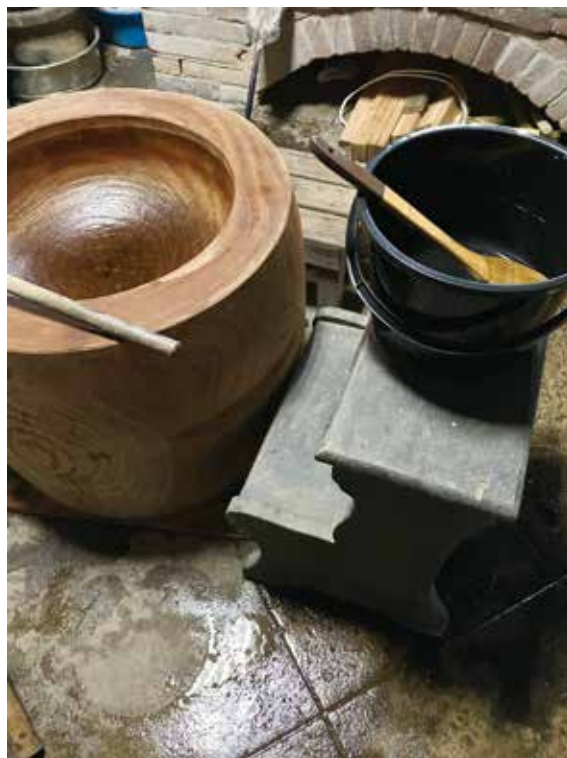


図3 たがね餅の製造している現場の様子作業が楽になる工夫がしてある。

2. 餅の提供とおすすめに関して

おすすめは、たがねを作った翌日の午前中に餅をカットし、お家の玄関先までうかがって、少しの雑談とともに差し上げるという日常によくある生活の一部としてお持ちした。

お配りした方からは「おいしかった」「めずらしいものを（ありがとう）という反応をいただいている。「おいしい」「めずらしい」「なつかしい」「手作り」（買った物品は返礼のご負担を感じられるので）「返礼がいらぬ程度の量」がポイントかと思う。

またご高齢のご家族を抱えた方からレシピを聴かれるというシーンもでき、ご家族が窒息事故を心配されている様子もうかがうことができた。餅つき器を利用しつつたがねを復活されたお家も見受けられた。

ネット上で、不特定多数の方々に対しては、餅による窒息事故予防をハッシュタグにつけるなどして、食品の機能面についても情報提供したが、「おすすめ」をするにあたっては「よかったらたべてみて、たべやすいで」ぐらいのお話で、お餅についての機能を強調しないようにした。

たまたま介護関係の職種の方には、窒息事故の話も少しだけ話題にした。

3. 活動範囲の小ささが生み出すもの

おひとりおひとり対面で知っている人に対して行う活動は、専門家と一般の人という関係でなく、ご近所さん、知り合い、お世話になった人、ワークショップに来てくれる友人という対象なので、「行動変容を促す」「指導する」という言葉に表現されるような一方的な情報提供でなく、雑談として話をしてもらえることがとてもありがたく感じる。

食材に対しての認知も、伝統的な食材として地域にあったもの、あるものをアレンジして復活しているだけなので、まったく新しいものを手にするのではなく、昔食べたことがある、前はよう（よく）作った、となつかしさを味わってもらえる。多く社会の変化とともに、昔ながらの食材であったり、その製法であったりは失われていく傾向があり、昔ながらの生活のなつかしさを復活して、当時のことをお話いただけたりする機会ができる。

おすすめ範囲のみなさまは、「家でお餅をついていた、けれど今はやっていない」という方や「以前は杵と臼でやっていたが、今は餅つきの機械でやる」という餅つきに関してはベテランの方々であるから、ある程度製法が安定してきたものを食べていただかないと受け入れていただきにくいと思い、おすすめするまでには時間がかかった。

4. 窒息事故予防の広報と実際のギャップ

窒息事故予防の注意事項については、政府の広報をはじめ、自治体からも発信されている。そのひとつに、「お餅は小さく切って食べましょう」という情報提供がある。実際にはどのような方法で、いつ小さく切るのかをやってみた。

1) 包丁で小さく切ってからお雑煮にする。

市販の餅は水分量が多いので、ある程度の力があれば切れるが、家庭で作った餅は一般に市販の餅より固くなるので、一度固くなったお餅を小さく切るにはかなり力が必要である。

一人暮らしの高齢者の方、高齢者の男性がひとりぐらしをされているときはどうだろう、行動を起こしてもらえらるだろうかという懸念がある。小さいという程度も、半分に切ると8分の1に切るとではかなり大きさは変わってくる。実際に小さく切ったお餅を筆者は実際にお雑煮として作ってみたが、確かに大きいまより食べやすいという利点はあるがお餅の口腔内へのくっつきやすさに変わりはなく、義歯であればさらにくっつきやすいとおもわれる。カットしていないお餅を同じお鍋で作った場合、気をつけていないと小さいお餅はくっついてしまう。また8分の1に切ったお餅をお雑煮にすると、通常のお雑煮のビジュアルは失われてしまう。

2) 調理してから餅を小さく切る。

一旦お雑煮の調理をして、お汁の中に入れて餅を小さく切るというのは、包丁やナイフでは難しい。フードカッター（食卓で使える食品用のハサミ）で餅をカットするという方法が考えられる。煮た餅をフードカッターでカットする方が簡単である上、お雑煮のビジュアルを確認した後に、食べる前にカットする方が心の満足度が上がると思われる。

今回製作配布した「たがね」は、フードカッター

を用いなくてもお箸で簡単に切れるので、見た目はふつうのお雑煮だが切らずにお雑煮にしても、食べる時にお箸で切れるので、お雑煮のビジュアルを保つことができる。

IV. 課題と展望

1) 「おいしいから」という動機

おいしいから、とよろこんで選んでもらった結果、それが窒息事故の予防につながる、という構造が理想的である。個別に話せるという小規模な活動は、その地域、その地区、その人の状況を把握できる。小さな規模で食材の性質がコントロールしやすい点もメリットがある。

「広がるといいですね」といってくださった方がいらした。広げていくための方策として、大規模なムーブメントにしていくスタイルもあるかもしれない。

しかしながら、三重県の「たがね餅」を全国に広げるのではなく、地域地域にある伝統的食文化の中から、窒息事故の予防に役立ちそうな食材を探し、それが地元の方々の中ですこしずつ広がっていくという、一見時間のかかる広がり方のほうが、長期的な定着への近道ではないかと感じる。小規模な中で、顔の見える関係話をしながら作っていくには、各地のコミュニティーナースの方々の活躍が期待される。

2) 奈良県のお雑煮スタイルと地域文化に溶け込む対策

SNSで大安桜米のワークショップと窒息予防についての記事を告知したところ、奈良でお茶の生産をしている方から、「奈良では、お正月にお雑煮を食べる際に、お雑煮に入れたお餅をお箸で小さくして取りだし、きなこにつけて食べる、これは平安時代から続いている食べ方で、この食べ方だとのどに詰めない」とコメントをくださった。

農林水産省のウェブサイトによれば、この飲食方法は、大和の雑煮として、県内全域で伝承され若い世代にまで伝わっているとのことである。飲食方法との関連は不明であるが、餅による窒息事故の都道府県別の件数では、奈良でも京都と同様に低い水準である。

さらに考えをすすめれば、「小さいポーションにした餅になにかをまぶして食べる」方法は、ずんだ餅、くるみ餅など全国に見られる。その中に窒息予防や食べやすさの要素は隠されていないだろうか。

伝統的な食文化の変化とともに、食べやすさに対する配慮が内包されている可能性もあるのではと感じるとともに、食文化保全の意義深さを再考している。

謝辞

小規模な活動にも関わらず、毎年のように「大安桜米作り」のワークショップにご参加いただいている参加者の方々、ご近所の方々、いなべ市内外で活躍のコミュニティーナースの方々、および、窒息事故に対する視野を広げていただいた「文京区ご近所 de 防災」の主催者の方々に敬意と感謝を捧げます。

付録

上記の内容の一部は第39回日本保健医療行動科学会大会、シンポジウムⅡの演目のひとつとして、提供させていただきました。

利益相反

本論文に開示すべき利益相反はない。

参考文献)

- 1) Taniguchi Y, Iwagami M, Sakata N, Watanabe T, Abe K, Tamiya N: Epidemiology of Food Choking Deaths in Japan: Time Trends and Regional Variations, J Epidemiol, 31 (5): 356-360, 2021
- 2) 消費者庁ニュースリリース 令和2年12月23日
https://www.gov-online.go.jp/policies/policy/consumer_safety/release/pdf/consumer_safety_cms204_20201223_01.pdf
- 3) 高齢者の事故に関するデータとアドバイス等
https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/caution/caution_055/assets/

caution_055_211208_0002.pdf 最終確認日
2026年3月2日

- 4) 厚生労働科学研究補助金総括研究報告食品による窒息の現状把握と原因分析研究主任研究者
向井美恵 昭和大学歯学部口腔衛生学教室
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/chissoku/dl/02.pdf> 最終確認日 2026年3月2日
- 5) 雑誌 救急医学 2023年3月号 へるす出版 印刷版：2023/03
- 6) 農林水産省ウェブサイト (うちの郷土料理 奈良県 大和の雑煮 (やまとのぞうに))
https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/caution/caution_055/assets/caution_055_211208_0002.pdf 最終確認日
2026年3月2日
- 7) 別冊「うかたま」(2019年6月1日発行) 伝え
継ぐ日本の家庭料理「米のおやつともち」一般
社団法人日本調理科学会 企画・編集

注1) 「たがねや」ウェブサイト

注2) 「茨城県」ウェブサイト

人生 100 年時代を笑顔で謳歌！歩く力と交流で築く心身の健康長寿

石橋タミ*

*東京女子医科大学看護学部

Walking Power and Social Ties: A Prescription for Healthy Longevity in the 100-Year Life Era

Tami Ishibashi *

*Tokyo Women's Medical University Department School of Nursing

キーワード	
健康長寿	healthy longevity
社会的孤立	social isolation
歩く力	walking ability
地域における居場所	place in the community
保健医療行動科学	health behavioral science

I. はじめに (緒言)

世界に類を見ないスピードで高齢化が進行している日本において、「人生 100 年時代」はすでに現実のものとなりつつある。平均寿命が延伸する一方で、健康で自立した生活を送れる期間を示す健康寿命との間に乖離が生じており、この健康寿命の延伸は喫緊の国民的課題となっている¹⁾。健康寿命の延伸は、個人の Quality of Life (QOL: 生活の質) を飛躍的に向上させるだけでなく、医療費や介護費用といった社会保障費の抑制という観点からも、社会全体にとって極めて重要な意義を持つ。

この大きな課題を解決し、すべての高齢者が心身ともに健康で、生き活きとした (well-being な) 生活を長く継続するためには、従来の疾患治療中心のアプローチから、個人の行動変容と社会的な環境整備を統合した保健医療行動科学の視点が不可欠となる。特に、老年期における健康長寿の実現を左右する二大要素として、「歩く力(身体活動の維持・向上)」と「社会的交流(社会的なつながりの維持・確保)」の重要性が、近年の研究で改めて浮き彫りになってきている。

本総説では、シンポジウム全体のテーマである「人

生 100 年時代の保健医療行動科学」に基づき、すべての高齢者が笑顔で人生を謳歌するために不可欠なこの二つの要素—「歩く力」の維持と「社会的交流」の重要性—に焦点を当てる。近年の疫学研究や社会的な背景を踏まえて、これらの要素が心身の健康長寿にどのように貢献するかを考察する。さらに、特に社会的交流の重要な基盤となる地域における「居場所」が、個人の健康増進と社会的な繋がりを育む上で果たす役割について掘り下げ、今後の保健医療行動科学的なアプローチの方向性を示唆する。

II. 身体的基盤の確立: 「歩く力」の維持と行動変容の促進

1. 健康長寿実現に向けた「歩く力」の維持

高齢期における「歩く力」の維持は、単なる移動手段の確保にとどまらず、健康で自立した生活を続けるための身体活動の基盤そのものである。歩行能力を維持・向上させることは、身体が多岐にわたる機能にプラスの効果をもたらす。歩行能力の維持・向上を目的とした身体活動は、高齢者の健康を多角的に支える。厚生労働省の『健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023』においても、筋力・筋

量の維持によるサルコペニア・フレイルの予防、骨に負荷をかける運動による骨密度の保持（骨折予防）、バランス運動による転倒リスクの低減という複合的な効果が、科学的根拠に基づき推奨されている²⁾。

生涯にわたる無理のない身体活動の推奨は、高血圧、糖尿病、脂質異常症といった慢性的な生活習慣病の予防に極めて有効であることが広く認知されており³⁾、これにより健康寿命の延伸に大きく貢献する。各国や日本の厚生労働省からも、高齢者を含むすべての世代に対し、具体的な身体活動ガイドラインが提示されており⁴⁾、この行動変容を促すことが、保健医療分野の重要なミッションとなっている。

2. 「歩く力」の維持と認知機能の関連性

近年、「歩く力」は単なる運動機能の指標を超え、全身の健康状態や特に認知機能の状態を反映する重要なバイオマーカーとして認識され始めている⁵⁾。特に、歩行速度の維持が高齢者の予後予測因子として注目されている。歩行速度の低下は、身体能力の衰えだけでなく、脳の機能、神経系、そして全身の統合的な衰退を示すサインであるという見解が強まっている。さらに、近年の研究では、定期的な歩行を含む身体活動が、脳の血流を改善し、神経栄養因子（BDNF など）の産生を促すことで、認知機能の低下を抑制する可能性が示唆されている⁶⁾。

また、二重課題（Dual-task）歩行、すなわち「何か別の作業（計算や会話）をしながら歩く」能力の維持は、認知機能の複合的な指標として用いられ、これが低下すると認知症や転倒のリスクが高まることがシステムティックレビューでも報告されている⁷⁾。これらの知見から、「歩く力」を維持するためのアプローチは、高齢者の精神的・認知的健康と共に身体的健康を保持するための極めて重要な行動科学的介入であると言える。

Ⅲ. 心理社会的健康の保持：孤立リスクと「社会的交流」の役割

1. 社会的交流がもたらす精神的な健康とウェルビーイング

人間は社会的な動物であり、「社会的交流」は、

人生のあらゆる段階において、精神的な健康を維持し、幸福感（ウェルビーイング）を高める上で不可欠な要素である。交流を通じて得られるソーシャル・サポート（社会的支援）は、ストレス耐性を高め、抑うつ傾向を軽減する重要な緩衝材として機能する^{8) 9)}。核家族化の進展や単身世帯の増加が著しい現代社会において、高齢者の社会的孤立（Social Isolation）、そしてそれが引き起こす孤独感（Loneliness）は、解決すべき深刻な社会問題となっている。

2. 社会的孤立の健康リスク

「社会的孤立」(Social Isolation)とは、家族や近隣、地域など、のコミュニティなどとほとんど接触や交流がない状況を示す¹⁰⁾。社会的孤立は、単に「人と会わない」という状態を示すだけでなく、それが高齢者の心身の健康に深刻な影響を及ぼすことが、数多くの疫学研究によって明らかになっている。社会的孤立が高齢者の抑うつや不安のリスクを高め、さらには認知症の発症リスクを上昇させると報告されている¹⁰⁾。また、社会的孤立はストレスホルモンの増加を招き、心血管疾患や免疫機能の低下に関連している可能性も指摘されおり¹²⁾、喫煙や肥満といった既知の健康リスクと同等、あるいはそれ以上に、早期死亡リスクを高める可能性が示されている⁸⁾。

これらの研究報告は、社会的交流の欠如は「生活不活病」のリスクを高め、結果として健康寿命を縮める決定的な要因となり得ることを示している。高齢者に対する保健医療行動科学的アプローチにおいて、「社会的交流」の確保は、「歩く力」の維持と並ぶ最優先課題であると認識すべきである。

Ⅳ. 交流のインフラ：地域における「居場所」の創出と持続性

1. 地域における「居場所」の多様な役割

社会的交流の重要な基盤となるのが、地域社会における様々な「居場所」の存在である。高齢者にとっての「居場所」は、公民館、地域のサロン、趣味の集まり、ボランティア活動の拠点、そして国が推進する「通いの場」など、多様な形態を持つ。これら

の居場所は、単なる時間潰しの場ではなく、「気軽に集い、交流し、互いに支え合う関係性を築く機会」を提供する、高齢者の社会的インフラとしての役割を担っている。

地域社会における高齢者にとっての「居場所」の機能は、主に以下の三点に集約される。①交流と繋がり：定期的な接触を通じて、信頼感と所属意識を育み、孤立感や孤独感を効果的に軽減する。②活動機会の提供：運動、学習、趣味など、身体的・精神的な刺激となる多様な活動を提供し、生活の不活発化を防ぐ。そして、③役割と生きがいの発見：他者を援助したり、自分の知識や技能を教えたりする機会を通じて、高齢者が「与える側」として新たな役割や生きがいを見出す場となる。このような「居場所」機能の具体的な実践例として、近年全国的に普及している高齢者向けの「通いの場」が挙げられる。

2. 「通いの場」と「歩く力」の維持における相乗効果

近年、全国的に普及している高齢者向けの「通いの場」は、社会的交流の場としてだけでなく、身体的健康の維持にも貢献していることがJAGES (Japan Agency for Gerontological Evaluation Study : 日本老年学的評価研究機構) での研究でも明らかとなっている¹³⁾。「通いの場」とは、地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通し「生きがいづくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所であり、介護予防や体力・筋力の低下(フレイル)予防に資する月1回以上を基準に活動する地域の介護予防の拠点となる場所である¹⁴⁾。多くの「通いの場」では、転倒予防や筋力維持のための体操やレクリエーションが取り入れられており、これは「歩く力」の維持・向上に直接的に資するという相乗効果を発揮している。

高齢者にとっての地域の「居場所」は、高齢者が社会的交流という精神的な動機づけを得ながら、身体活動という具体的な健康行動を実践できるという相乗効果を生み出している。例えば、「仲間と一緒に運動する」という行動様式は、個人で運動を継続するよりも高いモチベーションを維持させることが、行動科学的にも裏付けられている¹⁵⁾。さらに、「通

いの場」への参加者は、参加を通じて外出する機会が増加し、様々なボランティア活動やスポーツの会などの地域活動への参加のきっかけや会話する機会や会話の相手が増えるため、非参加者と比べて、活動能力の維持・改善、認知症発症リスクの低下がみられることが報告されている¹⁶⁾。

しかし、このような地域活動への参加には性差が見られ、厚生労働省による住民主体の通いの場の展開状況に関する調査によれば、男女別の参加比率は男性高齢者 20.5%、女性高齢者 79.5%と男性高齢者の参加が圧倒的に低いことが報告されている¹⁷⁾。男性高齢者の参加促進は依然として課題である。男性高齢者の関心に合わせた「居場所」(例：ものづくり、将棋、地域貢献活動など)を提供し、その参加のハードルを下げる工夫が、今後の地域づくりの鍵となる。

3. 「居場所」の持続的機能と地域社会の活性化

「居場所」を高齢者の健康長寿に真に貢献させるためには、その持続的な機能と活性化が不可欠である。短期的なイベントではなく、高齢者の生活の一部として定着する「居場所」にするためには、運営主体の多層化が重要となる。具体的には、行政からの支援に依存するのではなく、まず地域住民自身による主体的な運営を核とすべきである。さらに、NPOや企業がそれぞれの専門性や資源を注入して地域を支え、役所(行政)は、これらの多様な主体間の連携を調整し、活動が継続できるよう環境整備を行う「応援団長」へと役割を変えていくことが望ましいと考える。

また、多世代交流が可能な地域のイベントやボランティア活動などは、高齢者に社会参加を促すだけでなく、地域全体の連帯感を高める効果がある。若いうちから地域活動へ参加し、人との繋がりを築く経験は、高齢になった際の社会的な繋がりをスムーズに築くための重要な準備期間となる。この世代を超えた活動は、高齢者が持つ知識や経験を地域に還元する機会となり、自己肯定感を高める上でも極めて重要である。

V. 今後の保健医療行動科学：行動科学的アプローチの統合

本総説では、「人生 100 年時代を笑顔で謳歌」するために、「歩く力」の維持と「社会的交流（居場所）」の確保が、心身の健康長寿にとって不可欠な二大要素であることを論じた。

「歩く力」は、身体活動の基盤として生活習慣病やフレイルを予防し、さらに認知機能の維持にも貢献する重要な健康指標である。「社会的交流」は、精神的な健康を支え、孤独による健康リスクを軽減する防波堤であり、その基盤となるのが地域における多様な「居場所」である。

このように多面的な機能を持つ「居場所」が地域社会において持続的に機能し、活性化していくためには、運営上の視点も重要となる。具体的には、高齢者のニーズに応じて性別や趣味、関心に応じた多様な「居場所」を提供し続けることが求められる。特に、男性高齢者や引きこもりがちな高齢者に対しては、施設で待つだけでなく、支援側から積極的に出向いて声をかけるアウトリーチ型の支援が不可欠となる¹⁸⁾。

健康長寿の実現は、個人の努力のみならず、それを支える地域社会の構造と機能に深く依存している。このため、今後の保健医療行動科学においては、単に「運動しなさい」「交流しなさい」といった指導に留まらず、個人の健康行動変容を促すための動機づけ（モチベーション）の醸成と、その行動を継続させる地域レベルの環境整備（居場所の持続的なサポートなど）を統合的に組み合わせるアプローチが求められる。個人の行動と環境の相互作用を深く解明し、誰もが健康で長く人生を謳歌できる社会を実現する具体的な指針として、保健医療分野における行動科学的な知見の役割は大きい。本稿で論じた内容が、今後の地域における保健事業や、社会における活動の推進に一助となれば幸いである。

本稿に関連して、開示すべき利益相反（COI）はありません。

文献

1) 内閣府：令和 7 年版高齢社会白書, [https://](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/zenbun/07pdf_index.html)

www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/zenbun/07pdf_index.html, 検索日 2025 年 7 月 1 日

- 2) 厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023, <https://www.mhlw.go.jp/content/001194020.pdf>, 検索日 2025 年 6 月 1 日
- 3) Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A: Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association, *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8): 1423-1434, 2007. DOI: 10.1249/mss.0b013e3180616b27.
- 4) World Health Organization : WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour, <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/faa83413-d89e-4be9-bb01-b24671aef7ca/content>, 検索日 2025 年 6 月 1 日
- 5) Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, Brach J, Chandler J, Cawthon P, Connor EB, Nevitt M, Visser M, Kritchevsky S, Badinelli S, Harris T, Newman AB, Cauley J, Ferrucci L, Guralnik J: Gait speed and survival in older adults, *JAMA*, 305(1): 50-58, 2011. DOI: 10.1001/jama.2010.1923.
- 6) Cefis M, Chaney R, Wirtz J, Méloux A, Quirié A, Leger C, Prigent-Tessier A, Garnier P: Molecular mechanisms underlying physical exercise-induced brain BDNF overproduction, *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 16: 1275924, 2023. (DOI: 10.3389/fnmol.2023.1275924)
- 7) Ramírez F, Gutiérrez M: Dual-task gait as a predictive tool for cognitive impairment in older adults: A systematic review, *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13: 769462, 2021. DOI: 10.3389/fnagi.2021.769462.
- 8) Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB: Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review, *PLoS Medicine*, 7(7):

- e1000316, 2010. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- 9) Noguchi T, Saito M, Aida J, Cable N, Tsuji T, Koyama S, Ikeda T, Osaka K, Kondo K: Association between social isolation and depression onset among older adults: a cross-national longitudinal study in England and Japan, *BMJ Open*, 11(3): e045834, 2021. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045834.
- 10) 内閣府：平成 22 年版高齢社会白書（全体版）第 3 節 高齢者の社会的孤立と地域社会, <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/zenbun/22index.html>, 検索日 2025 年 6 月 1 日
- 11) Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, Smidt N: Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies, *Ageing Research Reviews*, 22: 39-57, 2015. DOI: 10.1016/j.arr.2015.04.006.
- 12) Cacioppo JT, Cacioppo S, Capitano JP, Cole SW: The neuroendocrinology of social isolation, *Annual Review of Psychology*, 66: 733-767, 2015. DOI: 10.1146/annurev-psych-010814-015240.
- 13) Kanamori S, Kai Y, Aida J, Kondo K, Kawachi I, Hirai H, Shirai K, Ishikawa Y, Suzuki K, JAGES Group: Social participation and the prevention of functional disability in older Japanese: the JAGES cohort study, *PLoS ONE*, 9(6): e99638, 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0099638.
- 14) 厚生労働省：通いの場の課題解決に向けたマニュアル ver.1, <https://www.mhlw.go.jp/content/001244024.pdf>, 検索日 2025 年 6 月 1 日
- 15) Beauchamp MR, Ruissen GR, Dunlop WL, Estabrooks PA, Harden SM, Wolf SA, Liu Y, Schmader T, Puterman E, Sheel AW, Rhodes RE: Group-based physical activity for older adults (GOAL) randomized controlled trial: Exercise adherence outcomes, *Health Psychology*, 37(5): 451-461, 2018. DOI: 10.1037/hea0000616.
- 16) 井上祐介, 鄭丞媛, 井手一茂, 近藤克則：住民主体の「通いの場」の介護予防効果 システムティック・レビュー, *地域保健*, 53 (3) : 72-75, 2022
- 17) 厚生労働省：介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の令和 4 年度（2022 年）実施状況, https://www.mhlw.go.jp/content/1230000/R4survey_gaiyou.pdf, 検索日 2025 年 6 月 1 日
- 18) Cacioppo JT, Cacioppo S: Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation, *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2): 58-72, 2014. DOI: 10.1111/spc3.12087.

〈焦点3〉

「患者として感じる」医療・歯科医療者と患者の コミュニケーションワークショップを通じて

萩 名子* 吉野浩一** 深井穂博***

*明海大学 **東京歯科大学 ***深井保健科学研究所

Workshop on Communication Between Medical and Dental Professionals and Patients : A Patient's Perspective

Meiko Hagi* Koichi Yoshino** Kakuhiko Fukai***

*Meikai University **Tokyo Dental College ***Fukai institute of Health Science

キーワード	
ワークショップ	workshop
対話	dialogue
コミュニケーション	communication
歯科医療	dental care
患者-医療者関係	patient-physician relationship

I. はじめに (序論)

患者さんと医療従事者のコミュニケーションは、インフォームドコンセントがベースとされているが、実際に「患者さん」として医療機関を選び診療を受ける立場になると、「あらかじめ知っておきたかったこと」、「初診時、再診時に聴いてほしかったこと」、「言いたかったこと」など、コミュニケーション不足をたびたび経験した。

歯科医院の受診にあたっては、医院のホームページ等で事前に情報を得ていくが、初診時の面接時間は、歯医者さんにとっても患者さんにとっても限られている。聞きそびれたこと、言いそびれたことがないよう、患者の必要事項は初診時に「問診票」として歯科医院に提出するが、逆に「歯医者さんに対しての問診票」があれば、聞きそびれることが少なくなるのではないかと思った。

そこで、歯医者さんに対して聴きたいことを他の患者さんと一緒に出し合い、問診票としてとりまとめておくのはどうだろうと考えた。

II. 実践方法 (実施内容)

- ・開催日時・場所：2025年6月21日(土)明海大学浦安キャンパス 15時～17時
- ・参加者：8名(一般参加者2名、医療保健介護等従事者6名)
- ・プログラム構成：テーマの提示→体験談を話してもらう→休憩→全体で対話→感想を述べる→アンケート
- ・配慮事項：ファシリテーターも参加者もひとつのテーブルに座って会話できるようにし、熱中症対策とリラクゼーションのために、お茶を用意した。話し方のルールという資料を作り、守秘義務や言動についてのポリシーを提示した。ファシリテーターの歯科医師を含め、役職名などは名乗らず、自分の呼ばれたい名前を付箋に書き、胸に貼り、その名前を呼び合うようにした。
- ・事前説明：医療者と患者さんのコミュニケーションは、治療の一環として大切なものです。今回医療機関、特に歯科医院での体験と経験をシェアしながら、専門職の立場をリリースし、「ひとりの患者として」どう感じるのか、の体験を共有した

いと思います。専門職、一般の方も「患者さんの立場」としてご参加ください。

・当日の流れ：1～7)

1) はじめに 15分 ファシリテーター名前だけ自己紹介、歯科分野の専門職

*進行とそのルール（誹謗中傷帽子や守秘義務などについて）

*患者になる体験を大事にする。

*他分野の専門職からみた歯科についての体験を共有したい。

*専門性を手放してみたとき、どう感じるか、気づきをシェアしたい。

2)「あなたが患者さんだったときワーク」(1グループ3人ぐらい) 20分

<ワークシート>またはスライド

Q 1 医療・歯科医療で「とまどった」「安心した」などの経験は？

個人の体験をシェア。

Q 2 そのときどんな感情が起こっていましたか？
(付箋)

不安な気持ち、怒り、悲しい気持ち、ほっとした

Q 3 どんな風にしてもらったり、言葉をかけてもらったりするとよかったですか？

答えは付箋でテーブルにまとめて貼ってもらう。

(付箋)

3)「説明ロールプレイ」10分

(ジルコニアとかインプラントとか、オーラルフレイル、などについて説明する。(対面、スライド、動画など) ABCDEからまず選んでもらい後にグループワーク。

A よくわかった

B なんとなくつかめた

C ところどころわからなかった。

D 内容が入ってこなかった。

E 途中で聴いているふりになった。

どこでつまづいた？何が不安だったかを個人→グループで話す。

どうしたらもっと・・・安心してもらえるの？

→グループ

4) 今までの気づき、専門職としての気づき、患者としての気づきをシェア。10分

=全体でシェア（ファシリ）=
今まで55分

5) 休憩10分

6)「作ってみよう！患者から歯科医師への『ホントは聞きたい』問診票」20分

このシートは、受診前や診察前、治療中に「本当は聞きたい」と思っているものを歯科医師にあらかじめ伝えておくためのツールです。

必要な所にチェックをし、1チーム3個、追加の質問と選択肢も作って見ましょう！

歯科医院を選ぶ前

Q 1 先生の得意分野はどこですか？

1) むし歯の治療

2) 入れ歯を作る

3) 歯周病の治療

4) 歯を抜く

5) 矯正治療

6) その他

Q 2 院長先生が治療してくれますか？

1) はい

2) いいえ

3) 簡単な所は若い先生に任せる

4) 混み具合による

Q 3 補綴ってなんですか？

治療について

Q 1 どのくらい期間がかかりそうですか？

Q 2 どんな治療法があるか選択肢を教えてください

Q 3 保険と自費の違いを教えてください。

Q 4 セカンドオピニオンに快く送り出してくれますか？

お金について

Q 1 保険の負担金は全体でいくらですか？

Q 2 次回の治療の負担金が前もってわかりますか？

*以上のようなシートをグループでひとつ作り、書き込んでもらったものをシェアする。

iPad で写真を撮影→スクリーン投影などの方法で。

10分

QRコードでアンケートを取る 10分

7) エンディング 挨拶と謝辞 5分-10分前に終わる。気づきとアンケートのお願い、おみやげを渡す。



図1 ワークショップ当日の掲示物

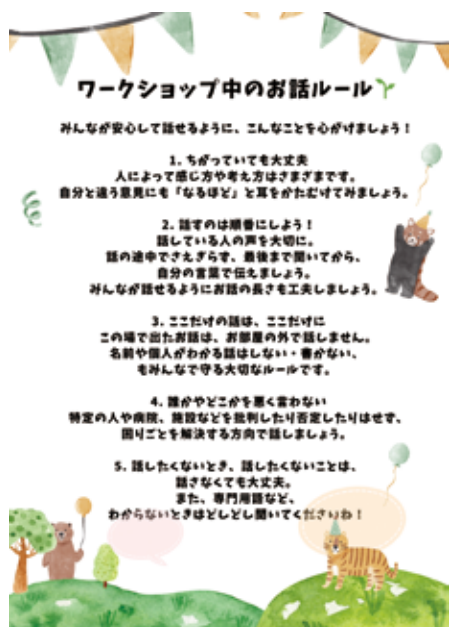


図2 ワークショップ中のグラウンドルール

Ⅲ. 実践の気づき（アンケート結果）

一般参加者の方、歯科医療以外の分野の対人支援職の方などと忌憚なく話す機会を得た。今回は問診

票を作るという具体的な成果物は作成できなかったが、アンケート結果では、以下の様であった。

設問1 このワークショップで得た気づき 自由記載

- A 疑問に思ったこと。不安な事は正直にドクターに聞く。最終的判断は自分でする責任を持つ。
- B 先生とよく話し合うこと。
- C 患者の立場で歯科医療者に何を求めているのか治療費経営もあり、特に歯科医師の技術をどう判断すれば良いのか。
- D 医療側が相手の持っていることや、不安に思っていること、聞きたいことに気づけるかが大事ななと思った。
- E 患者に医学知識があったとしても、コミュニケーションの課題は生じること。
- F 日常やビジネス上のコミュニケーションとは異なるもので、患者サイドがコントロールするのは非常に難しいと思いました。
- G 技術的知識的に「良い治療」を評価するのは難しい。相当な割合で、コミュニケーションが良し悪しを決めている。
- H 自分の要求水準やこだわりすぎ、心配しすぎなものもあるなど感じた。

設問2 今後の生活にどのように活かすか。自由記載

- A 自分の体のことに関心を持ち続け、勉強したい。
- B わからない事は何でも聞く。
- C 患者が歯科医院を選択する基準が、インターネット等での事前調査に苦勞していることがよくわかった。
- D なるべく双方向のコミュニケーションとなるよう意識してみたい。
- E 知識の格差故に仕方ないと諦めない。
- F 日常の中で、ときには医療者ときには患者となることがありますが、患者にも日常生活があると言うことを常に念頭に置きたい。
- G 医療とは、身を委ねること、委ねる方に悔いのないように。
- H なんとなくしみてくる感じに役立つと思いま

す。

設問3 参加満足度

【チェックボックス】 とてもそう思う 7 / 8 そう思う 1 / 8

- A とてもそう思う。
- B とてもそう思う。
- C とてもそう思う。
- D そう思う (患者側というより, 医療側の人間として考えさせられました)
- E とてもそう思う。
- F とてもそう思う。(参加者の方とお話を通じて交流でき, 新たな視点を得られました)
- G とてもそう思う。
- H とてもそう思う。

問4 参加者属性【チェックボックス】

- A 一般の方
- B 一般の方
- C 60代医療・介護・福祉・保健関係者
- D 60代医療・介護・福祉・保健関係者
- E 70代医療・介護・福祉・保健関係者
- F 40代医療・介護・福祉・保健関係者
- G 50代医療・介護・福祉・保健関係者
- H 60代医療・介護・福祉・保健関係者

問5 その他自由記載

- ・高齢化社会に向かい, 訪問歯科の充実を望む。
- ・話しやすく参加してよかったです。ありがとうございました。
- ・歯科医院の選び方に苦労する人が多いことがよくわかった。
- ・相手の気持ちに寄り添うことが難しい学生に, どうコミュニケーションについて伝えていけば良いか自分も学んでいきたい。
- ・参加前は難しいテーマのワークショップだと思いましたが, なごやかな雰囲気で行進していただきリラックスして発言させていただきました。ありがとうございました。
- ・まとまらなかったけれども, いろいろ話ができよかったです。

IV. 考察

今回は問診票を作るという具体的な課題を提示した。企画としては興味を惹き, 医療従事者に対して力関係の逆転をイメージしたタイトリングであったかもしれない。しかし, ワークショップを経験してみると, 問診票の作成という作業そのものの価値よりも対話の重要性が感じられた。患者として自分自身が伝えたいことに対する気づきを得て, 伝えるためのツールとして, 問診票という形のあるものを前提にしておく価値もあると感じるが, コミュニケーションを助けるアイテムとしてはさらに検討する余地がある。

実際に患者から医療従事者に向けて問診票を作成するというのであれば, 2時間の枠内では収まらず, 十分な時間と対話の積み重ねとともに, 分野別検討会などが必要と感じた。話すことによって, 患者としての自分自身が, なぜそのようなコミュニケーションに対する要望が出てくるのか, という感情や自身の行動特性に関する気づきも得られた。

V. 結論

医療者と患者が, 医療機関での立場を超えて, 話す機会を作ることができた。今後は患者さんの聞きたい事項をまとめたチェックリストを作成していきたい。

利益相反: 本論文について, 開示すべき利益相反はない。

謝辞

この企画にご興味を持っていただき, ご自身の貴重な体験を提供して下さった参加者の皆様, 第39回日本保健医療行動科学会でのワークショップ実施をお認めくださった, 日本保健医療行動科学会の会長, 大会長, 学会員の皆様に感謝いたします。

引用文献

- 1) 松岡順子, 深井穂博: 歯科臨床におけるコミュニケーションの評価, ヘルスサイエンス・ヘルスケア, 4: 48-53, 2004

- 2) 吉岡泰夫, 早野恵子, 徳田安春, 三浦純一, 本村和久, 相澤正夫, 田中牧郎, 宇佐美まゆみ: 良好な患者医師関係を築くコミュニケーションに効果的なポライトネス・ストラテジー, 医学教育, 39: 251-257, 2008
- 3) 眞木吉信, 萩名子: 患者さんと話そう 花咲く歯の話 (第1回) 食後30分は歯を磨かないほうがいい?, デンタルハイジーン, 37: 786-787, 2017
- 4) 眞野俊樹: 医療と消費者～コミュニケーションの重要性～ [論文] 医療に求められる変化～患者満足を高めるために～, 国民生活研究, 59: 16-33, 2019

〈焦点3〉

DMIUプログラムの新たな可能性についての検討—体験学習ワークショップ「多職種連携で創る人生100年時代—それぞれの専門性を地域住民の方とともにもう一度、見つめ直してみませんか?—」を振り返って

二瓶映美* 野呂瀬崇彦** 木村聡子*** 小坂素子**** 樋口倫子*****

松本光寛***** 吉野亮子***** 岡 美智代*****

*秀明大学 **一般社団法人ソーシャルユニバーシティ ***宝塚大学 ****神戸女子大学

*****明海大学 *****群馬大学大学院 *****関西医療大学

Reflections on the DMIU Program's New Possibilities: Looking Back at the Experiential Learning Workshop: "Creating the 100-Year Life Era Through Multidisciplinary Collaboration—Why Not Reexamine Your Expertise Together with Local Residents?"

Emi Nihei * Takahiko Norose ** Satoko Kimura *** Motoko Kosaka ****

Noriko Higuchi ***** Mitsuhiro Matsumoto ***** Ryoko Yoshino *****

Michiyo Oka *****

* Shumei University ** General Incorporated Association, Social University

*** Takarazuka University **** Kobe Women's University

***** Meikai University ***** Gunma University, Graduate School of Health Sciences

***** Kansai University of Health Sciences

キーワード

人生100年時代

the 100-Year Life

多職種連携実践

interprofessional work

地域住民

local residents

リフレクティング

reflecting

DMIU

dialogical meeting for interprofessional understanding

I. はじめに

第38回日本保健医療行動科学会学術大会（以下、第38回大会）において、体験学習ワークショップ「多職種連携で創る人生100年時代—それぞれの専門性を地域住民の方とともにもう一度、見つめ直してみませんか?—」を開催した。本稿では、今回実施したDMIUプログラムについて、着想に至った経緯、本ワークショップにおけるDMIUプログラムの概要について報告するとともに、今後の展望や課題について考察する。

II. 着想に至った経緯—人生100年時代とDMIU—

第38回大会のテーマは「人生100年時代の保健医療行動科学」であった。

わが国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される、「地域包括ケアシステムの構築」が推進されてきた¹⁾。

これにより、地域では様々な保健医療福祉の専門職が地域住民と接する機会が増えている。

例えば、病院での療養を終え、在宅での療養へと移行する際、「退院調整カンファレンス（あるいは退院調整会議）」が開催される。これは、患者およびその家族、これまで療養や支援に携わってきた病院の医師や看護師をはじめとする専門職、そして今後、在宅での療養や支援に携わる、医師や看護師、介護専門職、保健師、ケアマネジャーをはじめとする地域の様々な専門職が一堂に会して開催される。ここでは、病状や退院に向けた準備の状況に加え、本人および家族の病状・療養生活に対する理解、介護力、ケア技術の習得状況や対応能力など、自宅で療養生活を送る上で必要となる情報の共有が図られ、申し送りや具体的な手立ての協議が行われる²⁾。

また、地域には「地域包括支援センター」が設置されており、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職が配置されている。ここでは、地域の高齢者やその家族に対し、初期段階から継続的・専門的に相談支援を行い、地域における様々なサービス等につなげるといった「総合相談支援事業」をはじめとする様々な事業が展開されている³⁾。

さらに、近年、地域包括支援センター等には「認知症初期集中支援チーム」が配置されており、認知症の専門医および保健師、看護師、社会福祉士をはじめとする専門職から構成されている。このチームでは、家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメントを行った上で、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行っている⁴⁾。

このように、現在、様々な場面で地域住民と保健医療福祉の専門職が接する機会が存在する。しかし、専門職と地域住民とのコミュニケーションは十分に図ることができているだろうか。地域住民は日常生活における困りごとや分からないことなど、専門職へ十分に伝えることができているのだろうか。地域住民ができる限り長く住み慣れた地域で暮らし続けられるために、様々な専門職が連携、協働しながら支援に携わる。とはいえ、地域住民に各専門職の専門性について十分理解していただいているだろうか。地域住民からすれば、何をどの職種に相談したらよいのかさえも分からないというようなこともあ

るのではないか。そこで、我々はこうした課題を解決するために、まずは地域住民に各専門職の役割や専門性を知ってもらうこと、その上でより「賢い患者」になっていただくことが必要であると考えた。

我々は、2021年に本学会企画運営委員会の発案のもと、学会員有志によって構成された、「職種間連携の促進」に関する共同研究グループである。これまで、職種間理解のための対話的プログラム「DMIU (Dialogical Meeting for Interprofessional Understanding)」を開発してきた。DMIUの最大の特徴は、オープンダイアログにおける特徴的な対話様式であるリフレクティング・トークを取り入れ、「聞く」と「話す」を丁寧に繰り返しながら対話を紡いでいくことである⁵⁾。我々は、これまで、2022年度の自治体の多職種連携研修会をはじめ、本学会の第36回以降の学術大会や研究会等、様々な場でDMIUを実施してきた。

人生100年時代において、100年という長い期間をより充実したものにするために、全ての国民に生涯にわたる学習や活躍の場があり、全ての人が元気に活躍し続けられる社会、安心して暮らすことのできる社会をつくることが重要な課題となっている⁶⁾。人生100年時代について初めて提言したリンダ・グラットンら⁷⁾は、人生100年を生き抜くために3つの無形資産を身に付けることを勧めており、このうちの1つに「変身資産」がある。「変身資産」とは、変化する状況に適応する能力であり、例として「自分についての知識（自分についての十分な理解）」や「多様性に富んだ人的ネットワーク」「新しい経験に対して開かれた姿勢」が挙げられる。

DMIUについては、これまで専門職間で「自職種への理解」および「他職種の価値観・思考への理解」等を促すプログラムであることが明らかになっている⁸⁾。DMIUを専門職および地域住民間で実施した場合、専門職は患者の価値観・思考を改めて理解しながら「自職種への理解」、すなわち「自分についての知識（自分についての十分な理解）」の深まりが期待できる。一方、地域住民にとっては、各専門職の専門性を理解しつつ、これまでの専門職との関わりを振り返りながら、今後、必要に応じてどのように専門職と関わっていけばよいかを考える契

機となる。すなわち、「賢い患者・家族」として主体的に考える機会となり、「自分についての知識（自己理解の深化）」へとつながる可能性がある。

したがって、DMIU プログラムは専門職および地域住民の双方にとって、人生 100 年を生き抜くために身に付けるべき無形資産の 1 つである、「変身資産」の構築につながる可能性があるのではないかと考えた。加えて、DMIU プログラムは様々な専門職と地域住民の対話を紡ぐことにより成り立つことから、「多様性に富んだ人的ネットワーク」を構築できることが期待され、こうした点からも「変身資産」の構築につながる可能性が期待された。

Ⅲ. 本ワークショップにおける DMIU プログラムの概要—これまでの DMIU プログラムとの比較—

本ワークショップにおける DMIU プログラムは、従来の DMIU プログラムと同様、4 つのセッションで構成した。具体的には、「同職種グループによる対話のセッション」「他職種メンバーによる対話のセッション」「同職種グループの参加者による 2 回目のセッション」「参加者全員で振り返り」の 4 つのセッションを順番に行うものとした⁹⁾ (図 1)。DMIU プログラムの詳細については、以前の報告⁵⁾をご参照いただきたい。

ただし、本ワークショップにおける DMIU プログラムでは、他職種グループの中に、地域住民にも家族の立場で参加していただいた。実際、これまでも DMIU プログラムを当学会の学術集会や研究会等で実施する中、保健医療福祉の専門職でない方々も興味を持って下さるようになり、参加していただくことがあった。そして、こうした方々には患者・利用者の家族の立場で参加していただいた。しかし、DMIU プログラムは、先述したように多職種連携における課題や困難さの一助となるよう⁵⁾、「職種間相互理解」を目的としていたことから、参加者の多くは専門職であり、家族の立場での参加者は極少数であった。このような状況もあり、これまでの DMIU プログラムを振り返ると、家族の立場での参加者はどちらかといえば、職種間相互理解を促す、サポート的な役割を果たす存在であった。したがって、家族の立場での参加者に関して、これまでの DMIU プログラムでは、主たる評価対象としてこなかった。

しかし、本ワークショップでは、地域住民に家族の立場で参加していただき、「専門職と地域住民の相互理解を深めること」を目的とした。そこで、専門職および地域住民の双方にプログラム実施時（実施前後）および 3 か月後に質問紙を用いて、この目的の検証を試みることにした。前者にはこれまでの

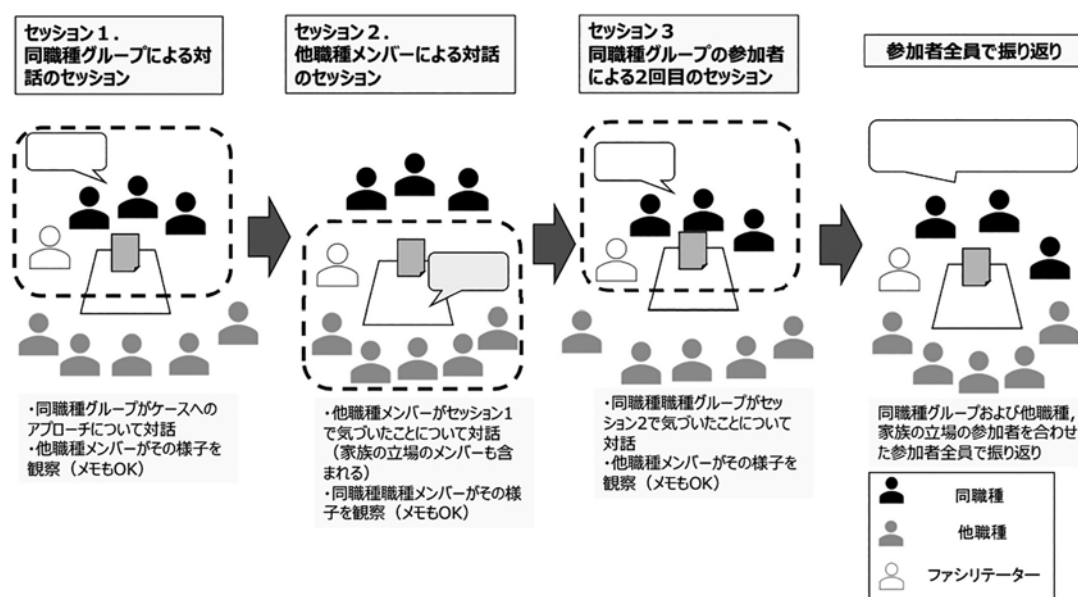


図 1. DMIU プログラムにおけるセッションの流れ⁹⁾

DMIU プログラムと同様に、「日本語版多職種連携コンピテンシー自己評価尺度 (JASSIC)」¹⁰⁾ および自由記述 (研修前後:「気づいたこと・感じたこと」, 3 か月後:「意識変化」「取り組んだこと」) からなる質問紙を用いた。一方, 後者には, 「日本語版多職種連携コンピテンシー自己評価尺度 (JASSIC)」¹⁰⁾ に基づき, 患者・家族の立場で検討し, 作成した尺度および自由記述 (研修前後:「気づい

表 1. 患者・家族を対象とした「日本語版多職種連携コンピテンシー自己評価尺度 (JASSIC)」¹⁰⁾ を参考に作成した尺度

セルフアセスメントシート (患者・利用者版)

あなたが、当事者 (患者、利用者) あるいはその家族の立場で、家族や医療介護職との関わりを振り返り、下記の各質問について、最も当てはまる数字を選択してください。

|-----|-----|-----|-----|
 1 2 3 4 5

全く当てはまらない ほとんど当てはまらない どちらともいえない ある程度当てはまる とても当てはまる

ドメイン 1: 患者・利用者・家族・コミュニティ中心

1. 私は、自分の価値観や関心事を、家族や医療介護職に伝えている。	1 2 3 4 5
2. 私は、当事者を中心とした治療やケアの目標を、家族や医療介護職と話し合っている。	1 2 3 4 5
3. 私は、治療やケアに関して、医療介護職から聞いた内容を、家族や他の医療介護職と共有している。	1 2 3 4 5

ドメイン 2: 当事者、家族、職種間コミュニケーション

4. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、自分に関する情報を、家族や医療介護職に伝えている。	1 2 3 4 5
5. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家族や医療介護職の役割や意見を尊重した返答または問いかけをしている。 (非言語コミュニケーション含む)	1 2 3 4 5
6. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、自分の見解を、家族や医療介護職に理解してもらえるように説明している。	1 2 3 4 5

ドメイン 3: 当事者、家族、職種としての役割を全うする

7. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、自分の知識や経験、価値観を、家族や医療介護職に伝えている。	1 2 3 4 5
8. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、治療・療養に主体的に関わる一員として自身の責任を果たしている。	1 2 3 4 5
9. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家族や医療介護職から求められる役割を担っている。	1 2 3 4 5

ドメイン 4: 関係性に働きかける

10. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家族や医療介護職と対等な関係を作っている。	1 2 3 4 5
11. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家族や医療介護職と一緒に成長している。	1 2 3 4 5
12. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家族や医療介護職との葛藤が起こらないように気を付けている。	1 2 3 4 5

ドメイン 5: 自分自身、自職種を省みる

13. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、「家族や医療介護職が期待する」自身の役割を理解している。	1 2 3 4 5
14. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家庭における自身の役割を理解している。	1 2 3 4 5
15. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家族や医療介護職に影響し得る自身の行動を理解している。	1 2 3 4 5

ドメイン 6: 家族、他職種を理解する

16. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家庭における家族の役割を理解している。	1 2 3 4 5
17. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家族や医療介護職が持ちやすい価値観について理解している。	1 2 3 4 5
18. 私は、自分が当事者あるいはその家族の立場で、家族や医療介護職が働く環境について、理解している。	1 2 3 4 5

たこと・感じたこと」, 3か月後:「意識変化」「取り組んだこと」)からなる質問紙を用いた。なお、「日本語版多職種連携コンピテンシー自己評価尺度(JASSIC)」は, 多職種連携コンピテンシーとして報告されている¹¹⁾, 「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」「職種間コミュニケーション」の2つのコア・ドメイン, およびこれらのコア・ドメインを支えあう「職種としての役割を全うする」「関係性に働きかける」「自職種を省みる」「他職種を理解する」の1つのドメインで構成されていることから, 本尺度もこれらに準じて作成した。今回用いた尺度を表1に示す。

なお, 検証結果については稿を改めて報告したい。

IV. 今後の展望と課題

本ワークショップを通して, 第38回大会のテーマ「人生100年時代の保健医療行動科学」を踏まえ, DMIUプログラムが人生100年時代を生き抜く上で果たし得る役割や, 専門職と地域住民との相互理解を深める可能性について検討する一つの契機となった。

しかしながら, これらについて十分な検討を行うには, 今後様々な場で実践し, データを蓄積した上で分析を行っていく必要がある。

利益相反

本論文について, 開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 厚生労働省: 地域包括ケアシステム,
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html, 検索日 2025年10月22日
- 2) 佐藤文俊: 連載 場面・状況別で見る, 訪問看護の臨床判断・第2回退院調整カンファレンス, 訪問看護と介護, 29(3): 228-238, 2024
- 3) 厚生労働省: 地域包括支援センターについて,
<https://www.mhlw.go.jp/content/1230000/001401860.pdf>, 検索日 2025年10月22日
- 4) 厚生労働省: (参考) 認知症初期集中支援チームについて,
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000035310.pdf>, 検索日 2025年10月22日
- 5) 小坂素子, 野呂瀬崇彦, 樋口倫子, 木村聡子, 二瓶映美, 松本光寛, 吉野亮子, 岡美智代: 職種間理解のための対話的ミーティング(DMIU)を体験してみよう! - DMIU(Dialogical Meeting for Interprofessional Understanding)で深める自職種, 他職種理解-, 日本保健医療行動科学会雑誌, 38(2): 26-31, 2023
- 6) 厚生労働省: 人生100年時代構想会議 中間報告,
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo_4/042/siryo/_icsFiles/afieldfile/2017/12/27/1399988_06.pdf, 検索日 2025年10月22日
- 7) Gratton L, Scott A: The 100-Year Life: Living and Working in an Age of Longevity, Bloomsbury Publishing, London, 2016. (リンダ・グラットン, アンドリュー・スコット著, 池村千秋訳: ライフシフト 100年時代の人生戦略, 東洋経済新報社, 2016)
- 8) 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, 岡美智代: 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
- 9) 二瓶映美, 木村聡子, 樋口倫子, 野呂瀬崇彦, 小坂素子, 松本光寛, 吉野亮子, 岡美智代: DMIU(Dialogical Meeting for Interprofessional Understanding)におけるファシリテーターの役割と課題, 日本保健医療行動科学会雑誌, 38(2): 32-37, 2023
- 10) Haruta J, Goto R: Development of a Japanese version of the Self-assessment Scale of Interprofessional Competency (JASSIC), J Interprof Care, 36(4): 1-8, 2021
- 11) 春田淳志: 専門職連携コンピテンシー, 保健医療福祉連携, 9(2): 106-115, 2016

〈焦点3〉

こどもと家族のヘルスエスノグラフィ

— 質的研究における分析の単位と数 —

道信良子*

*福井県立大学

Health Ethnography of Children and Families: Unit of Analysis and Sample Size in Qualitative Research

Ryoko Michinobu*

*Fukui Prefectural University

キーワード	
こども	children
家族	families
エスノグラフィ	ethnography
分析の単位	unit of analysis
症例数	sample size

I. はじめに

人は、衣食住は勿論のこと、その人自身の最もプライベートな領域である身体のケアにおいても、他者の助けを得て生きているが、多くの社会において、身体のケアの担い手は家族であり、その具体的な方法は、親から子へと伝えられてきた。

一方、家族からコミュニティへ目を転じると、老いて弱った人や、災害によってすべてを失った人、そして死を迎えようとしている人など、多様な状況におかれている人々がいることに気づかされる。しかし、家族のような関係にはない人を見放すような行動規範は、地球上のコミュニティには存在しない。言い換えれば、人は人をケアすることを通して、人のいのちの営みを見つめ、そのような互いにかかわりあうケアのネットワークが、それぞれの人になじみのあるコミュニティをつくりあげていると言えるだろう。

一方、現代の医療の現場では、病んだ人は多くの場合、近い人やなじみの場所ではなく、病院などの特別な場所で治療を受け、快復後に元の場所に帰る。福祉においても、子どもが親から、高齢者が子

どもから離されて過ごすという制度があり、また、戦争や災害においても、家を追われ、故郷を追われた人びとを保護する制度が、世界中に発展し、しかも現代社会においては、それらの制度は著しく拡大してきている。このような医療や福祉の現場だけではなく、研究においても、多様な状況におかれている「個人」を社会集団から取り出し、「個」を単位として分類し、それをさらに抽象化してまとめるといったような方法が主流となっている。しかし、冒頭で述べたような相互にかかわりあうケアのネットワークの中で生きている人々をどのように帰属する集団から取り出し、個別化することができるのかという疑問が生まれる。人間にとって、そのいのちが生まれ育った環境から切り離されるということは、身体的な苦痛や、社会的な死を意味することもある。

以上述べてきたような状況を踏まえて、ワークショップを開催し、こどもと家族のいのちや生活をテーマにする質的研究において、「分析の単位」をどのように問えばよいのかを参加者と共に考え、こどもと家族のいのちの相互作用をひとつの出発点として、分析の単位について検討した。

研究をはじめで行う人、研究計画を立てている人、それらの人を指導している人などが本ワークショップに参加し、こどもと家族のいのちや生活にかかわるエピソードなど、グループワークにおいて共有できる研究資料を持ち寄り、対話した。

本稿では、その議論のなかで話題になった「症例数（研究に参加する人の数）」について、筆者が、いくつかの文献をもとに検討を重ねてまとめたものを報告する。

II. 質的研究における症例数の考え方

保健医療福祉領域の質的研究には、研究仮説を練り直しながらか進めていく方法や手順があるが、そのように進めるとき、インタビューや観察研究に必要な症例数をあらかじめ定めることは難しい。しかし、近年、研究計画時に症例数を設定し提示することが大学や研究施設における倫理審査委員会から求められるようになってきている。そのため、何人の症例があれば、十分だろうかという問いが生まれる。現在のところ、質的研究において研究に必要な症例数に関する意見の一致は存在せず、症例数を考える上での明確な基準も示されていない。^{1, 2)}

III. エスノグラフィにおける考え方

人類学の調査においてよく用いられる方法論に、エスノグラフィという、調査地に長期に滞在して資料を集める方法がある。「情報を伝える人」という意味を込めて、研究の対象者をインフォーマントと呼ぶ。長期の調査では、インフォーマントの数を事前に厳密に設定することはまれである。古典的なエスノグラフィにおいて、個別の事象ではなく、村全体の文化を把握しようとする場合などは、インフォーマントの人数はより多くなる。²⁾

エスノグラフィの研究の一環として、アンケート調査や100人規模のインタビューが行われることがある。後者の場合に、母集団から無作為に標本を抽出するという方法はあまり用いられない。なぜなら、エスノグラファーは、インフォーマントとのラポール（信頼関係や共感）を重視して資料を集めるからである。³⁾ また、無作為抽出とは異なるサンプリング法に理論的サンプリング(theoretical sampling)⁴⁾

があり、エスノグラフィにおいて広く用いられている。研究者は、資料を集めながら分析を行い、その結果にもとづいて、次のインフォーマントを探す。一つひとつの症例から得られた資料に意味があり、その意味を深める（分析する）ことによって、次に必要とされる症例が明らかになるという考え方である。

A村で生業の調査をするという仮定で、理論的サンプリングの方法を簡単に説明する。研究者は、最初にA村の北側に居住する4人のインフォーマントにインタビューと観察研究を行う。次にA村の南側に住む4人にインタビューと観察研究を行い、その結果を比較する。南側に住む4人（比較対照群）は、北側で明らかになったことを南側でも見つけられるかどうかを確認するために、理論的サンプリングによって追加されたものである。南側の4人から、新しい知見が見つからなければ、A村内において理論的飽和(theoretical saturation)⁴⁾となる。

また、南側においてインフォーマントを追加するのではなく、北側だけに調査地を絞り、異なる属性のインフォーマントを追加することもできる。たとえば、最初は男性、次に女性のインフォーマントを探す。社会内部における属性別の違いを見るためなど、その理由は多様である。理論的サンプリングは、研究の目的に沿って行われるため、何を軸にインフォーマントを追加し、何人が十分であるかということについてのガイドラインはない。理論的サンプリングは、サンプリングの手続きを明確にするという意味で、日和見的サンプリング(opportunistic sampling)よりも改善されている。³⁾

ただし、研究者になじみのある文化の枠組みを使って、対象者を理論的に選別することが、正しいともいえない。³⁾ この場合の「理論」は、あくまで自文化の理論である。たとえば、年齢、性別、職業などの属性によって対象者を分ける「階層化」は、年齢や性別の規範（当該社会において、その年齢や性別に期待されていること）が異なる文化においては、意味をなさないこともある。性別役割分業がほとんどない社会では、性別による生業の調査そのものがあまり意味をなさないだろう。年齢による労働

規範も同様に、5歳児を子どもとみなす社会もあれば、5歳ともなれば親の手伝いや、何かしらの仕事を得ることを期待される社会もあるからである。

IV. 1人から始めるという考え方

質的研究における基本的な分析単位は1症例の研究 (single case study) であり、経験的な資料の量とは無関係であるという論考がある。⁵⁾ 1人の症例を深く探求することによって、豊かな情報を得ることや理論を導くことができるという考え方である。⁶⁾

1人から始め、それでは、何人まで増やすことができるのかということに対する明確な答えはなく、通常、研究の目的や目標、研究者がもっている資源や実現可能性などをふまえて決まっていく。3人から6人くらいに数を増やせば、分析に必要な資料の幅を得ることができるという考え方や、方法論によっては、10～20人の参加者が、知見の信頼性や真実性を担保するために必要であるという考え方もある。1症例の研究の対極には、何百人もの個人を対象にインタビューを行う研究や、長期にわたってその人たちの変化を追う大規模な追跡調査もあり、その場合は、1人の研究ではなく、チームで行う研究となる。⁶⁾

関連する論考に、情報の力 (information power) という概念を使ったものがある。⁷⁾ この方法は、研究の対象者から得られる情報の質が、対象者の数を決めるという考え方である。たとえば、糖尿病患者を対象にセルフケア研究を行うと仮定する。「患者個人の資源が糖尿病性足潰瘍のケアにどのように関与するか」という問いを立て、研究の目的を個人の資源とケアの関係の探究に絞ると、1人あるいは数人に対するインタビュー調査から、興味深い仮説を立ち上げることができるかもしれない。⁷⁾ 症例がもつ情報力が高いほど、対象者は少なくともよく、研究目的に沿って症例を慎重に選ぶことができれば、1人であっても、セルフケアの本質をあらわしている典型的な例をあげて、説明することができる。

その一方で、セルフケアの多様な側面を明らかにするためには、1人の資料だけでは不十分である。中核となるものから、少し外れたものまでを幅広く

みることも、研究においては大切である。そこで、正反対の生活習慣をもつ2人の患者を選別し、それぞれから話を聞くことにする。2人の資料から、セルフケアという連続した現象にある異なる側面について説明できるかもしれない。

しかし、この場合もセルフケアの連続した現象から外れたものを把握できない。50人くらい集めれば、セルフケアの核となる部分から外れた部分までを示すことができるということなのかもしれない。⁷⁾

V. “Magic number six” という考え方

健康科学領域の応用人類学者が、健康科学領域の質的研究における症例数はいくつ必要かということをも理論的サンプリングの視点から議論している。⁸⁾ 西アフリカの女性60人 (ガーナとナイジェリアから各30人の参加者) を対象に個別インタビューで資料を集め、理論的飽和とカテゴリーの特性という2つの視点から、エビデンスに基づいた必要症例数の検討を行った報告である。理論的飽和とは、現象を説明する理論が得られることをいう。特定の現象を説明するために必要なすべてのカテゴリーが特定され、そのカテゴリーの特性の幅も特定されて理論に組み込まれることが必要となる。⁸⁾

検討の結果、理論的飽和は12人で達成され、理論を構成する基本的な要素は最初の6人の段階で得られていたことがわかった。資料内部の多様性を示すカテゴリーの幅についても同様である。その後対象者を増やしても、大きなテーマとその幅に変化はなかった。他の現象学的研究⁹⁾ においても、6人という症例ないし数字が、意味のあるテーマを抽出するのに十分であると論じられている。

もっとも、6～12人で理論的飽和を得るためには、同質性の高い人々であることが前提になってくる。異質性の高い集団や、対照的な二つの集団間の違いや多様性をみる場合、あるいは変数の相関を調べる場合などでは、より多くの人数が必要になる。⁸⁾

VI. おわりに

質的研究において重視されることは資料の量ではなく、資料の質であり、基本的な分析の単位は、1症例である。1人から始めて、その後、6～12人程度に症例数を増やせば、理論を導くことができる。現象学ではより少ない人数でも可能である。6～12人程度であれば、個別のケースを詳細に検討する現象学的な分析にも、比較対照する研究にも対応できる。同質性が高ければ高いほど、必要な症例数は少なくなる。症例間の多様性や変数の相関を見る場合には、理論的サンプリングを行い、初めの6人、次の6人というように、ほぼ同じ数を足すことによって、2つのコーホートの比較が可能になる。

今回のレビューでは、最小値を考察したが、研究や分析の手法に応じて、余裕のある症例数をもとに研究を進めるのが望ましい。実際、対象者を長期に追う研究では、途中で脱落するケースもあることを念頭に置く必要がある。対象者の個性に着目するのか、より普遍な特徴を見るのかによっても、症例数の考え方は異なってくる。症例数を比較的少なく設定している研究では、個別の特性に着目し、症例数を比較的多く設定している研究では、普遍の特性に着目していると考えられる。研究開始において、研究者が、個別と普遍という概念を検討することによって、より適切な数を導くことができるかもしれない。

謝辞

ワークショップに参加して下さったみなさんに深く感謝いたします。本稿の執筆にあたり、山田恵子先生（元札幌医科大学准教授）から丁寧なご指導を賜りました。心から感謝申し上げます。

利益相反はありません。

引用文献

1) Vasileiou K, Barnett J, Thorpe S, Young T: Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period, *BMC Medical*

Research Methodology, 18(1): 148, 2018

- 2) Wutich A, Beresford M, Bernard HR: Sample sizes for 10 types of qualitative data analysis: An integrative review, empirical guidance, and next steps, *International Journal of Qualitative Methods*, 23, 2024
<https://doi.org/10.1177/16094069241296206>
- 3) Agar M: *The Professional Stranger: An Informal Introduction to Ethnography*, 2nd ed., Emerald, Bingley, 2008
- 4) Glaser B, Strauss A: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Sociology Press, Mill Valley, 1967
- 5) Sandelowski M: Sample size in qualitative research, *Research in Nursing & Health*, 18 (2): 179-183, 1995
- 6) Saldana J: *Fundamentals of Qualitative Research*, Oxford University Press, New York, 2011
- 7) Malterud K, Siersma V, Guassora AD: Information power: Sample content and size in qualitative studies, In: *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design*, 2nd ed., American Psychological Association, Washington DC: 67-81, 2021
- 8) Guest G, Bunce A, Johnson L: How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability, *Field Methods*, 18(1): 59-82, 2006
- 9) Morse JM: Designing funded qualitative research, In: *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, Thousand Oaks: 220-235, 1994

〈原著論文〉

大学におけるピアサポート利用経験者による ピアスタッフとしての活動が及ぼす心理的影響の検討

西谷 崇* 森 麻友子* 小河健一* 辻 あさみ**

*和歌山大学キャンパスライフ・健康支援センター **和歌山県立医科大学

The Psychological Effects of Peer Staff Activities on Individuals Who Experienced Peer Support in the Course of Their University Studies

Takashi Nishitani* Mayuko Mori* Kenichi Ogawa* Asami Tsuji**

* Health and Counseling Center, Wakayama University ** Wakayama Medical University

〈要旨〉

背景：大学の保健管理施設では学生のメンタルヘルス問題に対する取り組みの一つとしてピアスタッフの配置がある。ピアスタッフの配置は、学生にとってメリットのある取り組みであることが分かっている。一方でサポート側に焦点を当て活動が及ぼす心理的影響について明らかにしたものはない。

目的：大学におけるピアサポート利用経験のあるピアスタッフに焦点を当て、活動が及ぼす心理的影響について明らかにし、大学生のメンタルヘルス問題に対する支援への示唆を得ることを目的とした。

方法：大学生をメンタルサポートするピアスタッフ2名に対して、半構造化面接を行い、Steps for Coding and Theorization (SCAT) を用いて分析を行った。

結果：分析の結果、Aは83、Bは84の構成概念からなる学生時代とピアスタッフ活動におけるストーリーラインが得られた。

結論：ピアスタッフは活動中に想定していない学生への支援で困り事が起こる一方で、その経験が支援活動を客観視、自身を客観視するきっかけとなること、活動を通して自分らしさの表出や社会との擦り合わせ等をもたらされることが考えられた。ピアスタッフの活動はピアスタッフにとって体や心の良好な状態や、周りの学生やスタッフとの安全で良好な状態が整いやすい環境で、生き辛い社会との擦り合わせが行える貴重な準備期間として存在する、有効な活動であることが示唆された。

< Abstract >

Background: In health administration facilities at universities, the placement of peer staff is one approach to deal with the mental health problems of students. Previously, we have shown that the placement of peer staff is an approach that has positive effects on students. However, turning our attention to the peer staff supporting students, it is still unknown what kind of problems they face and their state of mind in their activities.

Objective: In this study, we investigated the psychological effects of peer staff activities on individuals who experienced peer support in the course of their university studies.

Methods: We interviewed two peer staff members who were supporting university students and analyzed them using the Steps for Coding and Theorization (SCAT).

Results: Based on our analysis, We constructed histories for each of the two individuals: both of their (A) time as students and of their (B) peer staff activities with 83 constructs for A and 84 constructs for B.

Conclusion: We concluded that peer staff encounter difficulties when providing unexpected support to students during their activities, but such experiences can serve as opportunities to objectively reflect on their support activities and themselves. Furthermore, we concluded that these activities could promote individual expression and social adaptation. And we concluded that this peer staff activity is effective for the peer staff as a valuable preparatory period for maintaining physical and mental health, fostering safe and positive relationships with students and staff, and adjusting to a society that is difficult to live in.

キーワード	
大学	university
ピアスタッフ	peer staff
心理的影響	psychological effect
インタビュー	interview

I. はじめに

大学生の年代は、青年期後期で環境の変化に富んだ不安定さを内包する時期である。多くの大学生は、色々な人とのやりとりの仕方や問合いの取り方、観念的になりがちな社会観と現実の社会のルールや人間関係の妥協といった経験を積む中で、ひとりの個人として社会やコミュニティに適応していく能力を獲得し、不安定さに揺れ動きながらも環境に適応していくが、なかには十分に順応できずに心身に不調を起こす場合もみられる¹⁾。

学生のメンタルヘルス問題に対して、各大学は一对一の個別の相談だけでなく、居場所の提供や自助グループ等の集団を対象とした取り組みが実施²⁾されており、その中でピアサポートが行われている。精神保健福祉領域におけるピアサポートの価値および意義について、相川は1. ピアサポートが生み出す経験の語り合いが、孤立からの解放を気づかせる、2. 自身の経験を自ずと語りたくなるダイナミクスが生まれ語り始める、3. 自身の経験が共感され、理解される経験を通して自尊心が芽生え、リカバリーの一步を歩みだすきっかけとなる、の3点を挙げており³⁾、大学生においても、学生が同じ境遇を分かち合うことができ、仲間としての感覚が得られるといったメリットがあることが明らかにされている⁴⁾。

過去に困り事を抱えていたものがサポート側に立ちその役割を担うことによる効果について、精神障害やがん患者、慢性疾患患者、妊婦による研究で明

らかにされている⁵⁾。そのため大学時代に困り事を抱えていた経験のあるものがピアスタッフの役割を担うことは、メンタルヘルス問題に対する支援方法として、何らかの効果があるのではないかと考えた。しかしこれまでの先行研究²⁾では、大学生の集団を対象として実施した支援体制構築という実践報告でのサポート側の変化⁶⁾、また当事者会のメンバーである卒業生の変化⁷⁾については明らかにされているが、ピアサポートされた経験のあるピアスタッフの体験について明らかにされた研究は見当たらない。

そこで本研究では、過去に大学におけるピアサポート利用経験のあるピアスタッフの活動が及ぼす心理的影響について明らかにし、大学生のメンタルヘルス問題に対する支援への示唆を得ることを目的とした。

II. 用語の定義

本研究における「ピアスタッフ」は、障がいや病気、困り事を通して得た自身の経験を生かして、事業所等と雇用契約を締結し、利用者をサポートする職員と定義する。

III. 方法

1. 研究デザイン

質的研究

2. X大学の保健管理施設について

X大学の保健管理施設は、学生及び教職員の心身の健康の保持増進を図ることを目的に、保健管理に関する専門的業務を行い、先行研究²⁾から抽出された居場所とピアサポートの両方の取り組みを行う施設である（以下「センター」とする）。メンタルサポートの一環として、困り事等を抱える学生が大学内で安心感を得られる場として設置されている「居場所」において、学生時代に利用しピアサポートされた経験のあるものがピアスタッフとして有償の雇用形態でピアサポートする取り組みを行っている。

3. 研究参加者（以下「参加者」とする）

過去に大学におけるピアサポート利用経験があり、活動中の心の機微な部分におけるインタビュー調査のため在職中のスタッフであることを条件とした。センターでピアスタッフとして学生のメンタルサポートに取り組んでいる2名全員を参加者とした（表1）。

4. データ収集期間

2021年2月から3月。

5. データ収集方法

第1著者が参加者の所属機関の面談室でプライバシーの保てる個室を準備し、1回60～90分、途中で休憩を挟みながらインタビュー調査をそれぞれ2回ずつ行った。インタビューガイドを用いて半構造化面接を行った。参加者の自由な語りがある場合は、それを中断せず面接を実施した。2回目のインタビューは、1回目のインタビューから日にちを空けて行い、1回目の分析結果を反映させて行った補足のインタビューである。インタビューは参加者の同意を得てICレコーダーを使用して録音し、終了後に録音内容の逐語録を第1著者が作成し、テキスト

データ化した。音声記録に残せない非言語的観察項目（表情・態度・視線・姿勢・距離等）は、同意を得てインタビュー中に第1著者が記録した。

6. インタビューガイド

インタビュー内容は、①学生時代のサポートされる側としてピアスタッフに対する思いや、印象に残っているエピソードについて、②実際にピアスタッフとして活動していく中で感じた（経験した）困り事について、③活動を通しての心の変化について、④ピアスタッフの今後、将来性について、である。

7. 分析方法

大谷の開発した質的データ分析手法である Steps for Coding and Theorization (SCAT)⁸⁾を用いて分析した。SCATを用いた分析の特徴として、本研究のような比較的小規模のデータにも適用可能とされている点、明示的で段階的な分析手続きを有する点等が挙げられる。分析の手続き（表2）として、まずテキストデータを分析フォームに入力し、内容のまとまりからテキストをセグメント化（切片化）した。次に、4ステップコーディング（〈1〉「テキスト中の注目すべき語句」を書く、〈2〉「テキスト中の語句の言い換え」を書く、〈3〉「左を説明するようなテキスト外の概念」を書く、〈4〉「テーマ・構成概念」を書く）を進め、得られた構成概念からストーリーライン（データに記述されているできごとと潜在する意味や意義を、主に〈4〉に記述した構成概念を紡ぎ合わせて書き表したものを）を記載し、理論記述（テキストの分析によって言えること）を行った。分析では、テキストをよく読んだ上で、分析するいくつかのテーマを決め、そのテーマに関連する部分を切り出して集めたうえで分析した。次に2事例のストーリーラインについて、分析結果の共通性に着目し、活動が及ぼす心理的影響に焦点を当

表1. 参加者の一覧

参加者	性別	年齢	ピアスタッフとしての活動歴 (2021年3月時点)	学生時代での居場所の 利用開始から卒業までの期間
A	男性	30代	2年11か月	4年7か月
B	男性	30代	3年11か月	6年11か月

て分析した。SCAT は理論記述をもって元データの背景にある思考や意味を概念化しているが、本研究ではそれぞれの個別性やプロセス性について、ストーリーラインを用いた方法がより浮かび上がると考え、ストーリーラインを用いた検討を採用した。

分析にあたっては、第1著者がまず分析を行い、分析結果を第2、第3、第4著者と共有し、信頼性を高めるために概念構成や表現について検討したうえで最終的な分析結果とした。また第1著者が博士後期課程の学生として所属する大学の質的研究の経験がある指導教員複数人による分析結果の指導・助言を受けた。

8. 著者の位置づけ

第1著者はセンターの保健師(職員)で10年以上の経験がある(社会福祉士と公認心理師の資格あり)。第2著者はセンターの臨床心理士(専任教員)で、事例検討と質的データ分析に基づく論文を執筆している。第1、第2著者と参加者とは学生時代はスタッフとして、ピアスタッフ時代は同僚として関わりがある。第3著者はセンターの医師(専任教員)で、参加者Bとはインタビュー後のピアスタッフ時代に同僚として関わりがある。第4著者は看護学を背景に持つ第1著者が博士後期課程の学生として所属する大学の指導教員で、10年以上の質的データ分析経験のある研究者である。第1、第4著者は本研究に取り組むに際し、SCATのセミナー・ワークショップに参加しトレーニングを受けている。

9. 倫理的配慮

本研究は和歌山大学研究倫理審査会の承認(令02-01-3J)を得て実施した。

倫理的配慮として参加者には説明文書を渡し、口頭で研究計画の概要、研究への参加が任意で参加拒否による不利益は受けないこと、同意撤回がいつでも可能なこと、研究参加を願う理由、研究により期待される便益、答えたくない質問への拒否や参加自体の拒否が可能なこと、個人情報取り扱い、研究終了後の対応と研究成果の公表、研究のための費用、問い合わせ先および苦情等の連絡先について、口頭と文書で説明し同意を得た。

IV. 結果

SCATによる分析の結果、本研究の目的に沿ったAは83、Bは84の構成概念からなるストーリーラインが得られた。学生時代のストーリーラインは(1)、ピアスタッフ活動におけるストーリーラインは(2)で示す。それぞれのテーマごとに分析して得られたストーリーラインには特徴的な構成概念を見出し(①~⑦)として付した。下線部は分析過程で得られた構成概念(4)を示す。

1. 参加者の背景

A: 卒業研究着手中に突然気力が湧かず無気力な状態となり、自らセンターを来所した。卒業後は、別の学校に通った後に一度就職するがすぐに離職、その離職期間中に声がかかりピアスタッフとなった。

B: 在学中に家から出られない状態となり、休学手続きの流れの中で、教員の勧めでセンターを来所した。その後卒業は出来たが就職先が未定で声がかかりピアスタッフとなった。

2. Aのストーリーライン

(1) 学生時代のストーリーライン

① 生き辛さ体験者特有の匂い

Aは心安らがない孤独で生き辛い日常セカイに対しての苦痛^{注1)}を感じつつ、表面的な付き合いが繰り返されるセカイでありイイヒトを演じるセカイ^{注2)}で生きていた。Aにとってピアスタッフとの出会いは、生き辛さ体験者特有の匂い^{注3)}を発する同じ生き辛さを抱える人の発見で、否定の関係性のセカイから肯定の関係性の世界への大転換だった。Aはそこでゆったりとした寄り添い合いから育まれる心理的安心感や、生き辛さ共有体験の積み重ねから得る安楽を感じた。そしてそれらが継続利用への内発的動機付けとなって、Aは心安らぐ生き辛さ共有体験世界への溶け込みを行っていった。またAにとってそこは生き辛い日常セカイを分け隔てなく共有できる非日常世界であり、演じる必要がない世界、安全と社会的欲求を満たしてくれる世界、そして内省と自己肯定の高まりが積み重なる世界であった。その中でもピアスタッフには生き辛さ共有体験世界

内でも際立つ懐の深みがあり、Aはピアスタッフに生き辛いセカイを生き抜いてきた先駆者への絶大な信頼を寄せていた。

(注1) Aの日常における本心を通わす付き合いができない空間の異様さを「セカイ」という表記で表した。

(注2) 「セカイ」に順応するために、自身の本心を表に出せない偽りの姿を「イイヒト」という表記で表した。

(注3) 同じ生き辛さを経験した者同士でしか分かり合えない特有の共通した感覚を「匂い」という表記で表した。

(2) ピアスタッフ活動のストーリーライン

① 新人時代における生き辛さの種類が異なるヒトとの出会い

Aは新人時代における生き辛さの種類が異なるヒトとの出会い^{注4)}で、そのヒトの感情の読み取り困難さや、理解し難い頑なな主張、そのヒトと自身の当たり前とのずれに対し、秘めた苛立ち感情を持った。Aはその感情を持ちつつ、過去に自身が受けた支援内容の記憶による流れ作業的傾聴業務の遂行を行うことで、思考と行動の不一致な状態になった。またAは互助・互惠関係を基盤とした活動への固執があり、双方向な関係性から生まれる一体感への期待を持っていた。しかし実際は生き辛さの種類が異なるヒトに生き辛さの種類の違いが起因となる共有体験の困難さや表面的な対応に伴う不完全燃焼感や一方向な対応に伴う違和感を持った。その結果やりとりの途切れが起こり、生き辛さの種類が異なるヒトとの心の隔たりを感じていた。しかしAは自己客観視による固定観念に囚われた自身の行動への気づきや、過去の生き辛さ体験からの糧生成の結果、“自分は自分、人は人”という考えに至り、それは相手の生き辛さの視点取得で、その人らしさの受容だった。その結果、心の許容範囲の広がりがもたらされ、生き辛さの種類が異なる人への寄り添い行動や使える経験知の伝達といったやりとりの継続が可能となり、心の接近に伴う喜び感情を得るに至った。しかし依然として生き辛さの種類が異なる人への寄り添いの不完全さの思いもあり、類似した生き辛さ体験者雇用の必要性を感じていた。

(注4) 相手に対しての本心を通わす付き合いの難しさや未知な感覚を「ヒト」というカタカナ表記で表した。

② 重い生き辛さを抱えた人からの歪な信頼の寄せ

Aは活動権限範囲を逸脱した重い生き辛さを抱えた人との出会いで、重い生き辛さを抱えた人からの歪な信頼の寄せに対する応急的傾聴業務の遂行の中で、活動権限範囲内での解決が困難な対応に伴う不完全燃焼感を抱いた。そのため個人情報保護が確約された支援者間での情報共有を行い、他の支援者との情報共有化による不完全燃焼感の軽減を図った。また過去の生き辛さとの向き合い困難さや生き辛さとの向き合い苦難さの経験から、生き辛さとの向き合いの猶予期間中である生き辛さとの向き合いを拒む人に対して、過去の自身の体験との重なりによる静観感情と干渉感情の揺れ動きが生じた。

③ 回復過程にある人との伴走体験に伴う喜び感情

Aは活動の中で、回復過程にある人との伴走体験に伴う喜び感情や回復過程にある人の朗報入手に伴う喜び感情を持った。

④ 生き辛さ体験を持つ自身のありのままの生き方の追求

Aは利用者の社会的孤立への絶対的な危機感を持ち、ピアスタッフが先天的・後天的人間性や生き辛さ体験を持つ自身のありのままの生き方の追求が求められることを認識していた。またピアスタッフが専門家と友達間内での立ち位置の揺れ動きの中で利用者主導の立ち位置の発生がある支援者臭のない稀有な存在であることも認識していた。一方で、ありのままと演技の共存をしながら、時に意識的な心の制御による快適な共有空間づくりをしていた。Aは活動の中で自身の許容範囲拡大への感触を持つ一方で、ありのままの枠から外れる活動への消えない違和感も持ち、ありのままの枠から外れる活動への見切りの感情を抱いていた。

⑤ 生き辛いセカイとの距離の縮まり

Aは規則正しい生活習慣のじっくりとした確立を活動の中で行った。そして継続した活動を通じての自己内省の深まりへの感触を持ちながら継続した活動の中で育まれる自己受容が行われる中で、生き辛いセカイとの距離の縮まりを感じていた。

⑥ 貨幣経済セカイにおける価値基準にのらない自身の活動への嘆き

Aは自身の活動の客観的評価基準の曖昧さや貨幣

経済セカイにおけるピアスタッフの存在価値への疑念を持っていた。一方でAはピアスタッフの存在価値を唯一理解する生き辛さ共有体験者のひとりとして、貨幣経済セカイにおける価値基準にのらない自身の活動への嘆きの感情を持ち、存在価値を理解できない貨幣経済セカイへの周知の必要性を感じていた。

⑦高等教育機関における共有体験活動の適齢期

Aは活動の中で画一セカイの労働経験者としての生き辛さを抱える人に即した助言や生き辛いセカイで生きる知恵の何気ない伝授、生き辛さ共有体験の次世代への承継を行っていた。また活動には高等教育機関における共有体験活動の適齢期があり、周期的な世代交代の必要性から生き辛さ共有体験の次世代への周期的引継ぎが行われることを前提に、ありのまま生きる未来を見据えた準備期間として活動していた。

3. Bのストーリーライン

(1) 学生時代のストーリーライン

① 滲み出る同類の匂いへの勘付き

Bは高等教育機関における学力不振や人付き合いへの不適応や制御不能な気分の浮き沈みに翻弄される日々を過ごす中で、修学に向けた自己流の試行錯誤を繰り返していた。Bは居場所の利用者やピアスタッフに滲み出る同類の匂いへの勘付きがあり、唯一無二な心の支えとなった。その中でもピアスタッフは拠り所を護る存在で、利用者との潤滑油的役割として語り場の醸成をしていた。Bはピアスタッフに利用者との隔てのなさを感じ、ピアスタッフの自己開示から始まる会話に対して心を許す相手への応えを行っていた。またBの気分の浮き絶頂状態下における迷惑行動に対して、ピアスタッフからの絶不調状態への寄り添いもあり、ピアスタッフに心の扉の開きが起こっていた。またその場所では学生やピアスタッフが言葉にせずとも分かる互いの感情のもと、近況報告やサブカルチャーな趣味の話、健康的な不平不満の発散や治療内容まで踏み込んだ内緒話の共有を昼夜問わずの語り合いの中で行っていた。Bは変わらない他者への関心を持ちながら、他者を利用しながらの自律に向けた期待と前進として様々

な生き方からの刺激と吸収を行う中で、人との適切な距離感の掴みや他者を通じての価値観の変容が起きていた。Bは拠り所を利用しながらの安定した気分の浮き沈みへの挑戦の思いを持ちつつ、厄介な気分の浮き沈みとの良い付き合いへの模索や厄介な社会との良い付き合いへの模索を続けていた。そしてBは長い心の整理期間の中で、これまでについて惨めで笑える話への昇華を行いながら、自身で生きている理想の自分を目指し、理想の自分への脱皮を続けていた。

(2) ピアスタッフ活動のストーリーライン

① 異種との出会い

Bは異種との出会いの中で世代の違いがもたらす会話の困難性を経験した。また過去に受けた支援へのこだわりが初心者期における応対への戸惑いを膨らませ、利用者に対して空回りする一方通行の応対を生んでいた。しかし学生時代から人との最適な距離感への模索を続けてきたBは、利用者との適度な間合いへの試行錯誤の中で、これまで受けた支援と与えた支援の振り返りを行った結果、相手に寄り添った適度な応対が可能になった。そして活動の中で段階的な自分らしさの表出をしながら自分らしい応対が可能になり、それが余裕ある応対への感触と応対への後悔の減少をもたらした。

② 状態改善への素直な喜び

Bは利用者の状態改善への素直な喜びやそれぞれの個の幸福に沿った喜びを得ていた。

③ 心の変容とともに形成される自分らしいピアスタッフ像

Bは学生時代と比べて、利用者との横の繋がりが縦も加わった繋がりへの変化があり、活動の中で横と縦の繋がりの意識的な使い分けを行っていた。そしてこれまで影響を受けた人達の集合体として、利用者へ成長を心掛けた言葉かけへの意識を持ち関わっていた。またこの立場の変化は主観的視点を経ての客観的視点の発生ももたらした。そして主観的視点と客観的視点の意識的な使い分けの中で、それが人との適切な距離感の掴みを得る機会となり、心の変容とともに形成される自分らしいピアスタッフ像が築かれていった。

④自分らしい生き方への歩み

Bはこれまで社会がつくる“社会からはみ出した人”という社会に合わせる個に対しての疑念を持ち、行き場のない怒りとなっていた。しかし学生時代からの積年の滞留や、利用者や離れた友との引き続き対話で生きづらさを抱えた人全般の思いに触れながらの対話による内省の発生が起り、怒りの明確化や怒りの共有、怒りの静まりが可能となった。そして自分との適切な擦り合わせと社会との適切な擦り合わせを意識する中で、生き辛い社会への不満と抑制の共存と擦り合わせからの踏み出しが可能となった。そして活動と生き方の融和の中で、自分らしさと社会生活の良い塩梅への模索を行ってきた。そしてBは生き辛い社会からの手の差し伸べの感覚はあるが、今は貸し借りのない自分らしい自由を求めたい期間で、自分らしい生き方への歩みを続けている。Bは活動を通しての気分の安定化と他者を通じた内省の深まりを感じつつ、活動経験による心の成長の実感を得ていた。そして今の連続体上にいる未来の自分を見据え、自分らしい生き方を抱きながらの現実との調和と猶予期間との良い塩梅の付き合いをする中で定まりつつある自分らしい生き方をさらに進めようとしている。

⑤バトンの次世代への引継ぎ

Bは活動の制度継続への期待を持ちつつ、制度を担う者の宿命としてバトンの次世代への引継ぎの意識を持っていた。

V. 考察

2事例の分析結果の共通性に着目した考察を次に示す。1ではA、Bの学生時代に焦点を当て、2と3ではピアスタッフ活動に焦点を当て考察する。

1. 学生時代のピアスタッフに対する思いや印象について

AとBの共通点で挙げるのが、A生き辛さ体験者特有の匂いやB滲み出る同類の匂いへの勘付きといった、学生とピアスタッフ間で起こる「感覚的」な繋がり意識と、A生き辛さ共有体験の積み重ねから得る安楽やB心の扉の開きといった、共に過ごす時間に対して起こる安心感や心の開きである。言

葉上における仲間のくくりでは収まらない「感覚的」に訴えてくるものをピアスタッフが持ち合わせていることが考えられる。そしてこの「感覚的」な繋がり意識や共に過ごす時間が、A否定の関係性のセカイから肯定の関係性の世界への大転換やB唯一無二な心の支えといった、困り事を抱えた学生にとって、これまでの人生の中でもポジティブな側面が強調された非日常的な出来事になっていたことも考えられる。これは同じ境遇を分かち合うことができる仲間としての感覚⁴⁾や、孤立からの解放を気づかせる³⁾ことにも繋がり、これまで周りの人に理解されない日常の世界を生きてきた人にとって、自身の経験が共感、理解され、孤立感からの解放を気づかせてくれる経験は、非常にポジティブな出来事で心の支えになることが考えられる。

2. ピアスタッフ活動が及ぼす心理的影響について

心理的影響の共通点として、A新人時代における生き辛さの種類が異なるヒトとの出会いやB異種との出会いといった、想定していない学生への支援で起こる困り事があった。学生時代に受けてきた支援に対してのこだわりや、A生き辛さの種類が異なる人への寄り添いの不完全さといった、学生との「感覚的」な繋がり意識の乏しさから困り事が生じていることが考えられ、いかに多くの学生の困り事に共感性をもてるピアスタッフを雇用するかは大きな課題といえる。

次にAにみられた、学生との境界が曖昧なことで起こる困り事である。A重い生き辛さを抱えた人からの歪な信頼の寄せといった、学生からの過剰な期待や、A生き辛さとの向き合いを拒む人への支援で、過去の苦しみの経験から学生への過剰な反応が起こり、判断に迷いが生じることが考えられた。相川は、ピアサポートの活動上抱える課題の一つに、境界(バウンダリー)を挙げ、支援される者と支援する者の境界は明確な線で分けられず、利用者に近い関係の中で「あなたが大切、私も大切」という関係性を形成、維持させていこうとするときに葛藤が生じることを挙げており⁹⁾、本研究ではA個人情報保護が確約された支援者間での情報共有といった、多職種の専門職を交えたチームでの対応により、困り事の軽

減や解決がみられたが、ピアスタッフが特性上困り事を抱えやすいことを、周りのスタッフは意識し、ピアスタッフに対して活動範囲や枠組みを示す必要があると考えられる。

活動上における良い面の共通点は、想定していない学生への支援の中で起こる困り事が、A自己客観視による固定観念に囚われた自身の行動への気づきやB受けた支援と与えた支援の振り返りといった、活動を客観視するきっかけとなり、B適度な間合いへの試行錯誤といった、学生との距離感を微調整する中で、学生との良好な関係が構築され、A心の許容範囲の広がりやB余裕ある応対への感触といった、心の成長につながる変化がみられた。田中は対人関係におけるセルフモニタリングを「社会的な状況や対人関係の中で、観察をして、状況を察知する。それを踏まえて状況に対する適切な行動の選択とコントロールを行うこと」と示し、セルフモニタリングの結果、状況への適応、関係の円滑化、といった状況を見極めた行動や、自己の肯定的思考、自己の能力へのプラスの影響、自己の変容、といった自己の内面的変化がもたらされることを明らかにしており¹⁰⁾、本研究の結果と合致する点は多いと考えられる。また、ピアスタッフであるために抱える困り事がある一方で、A回復過程にある人との伴走体験に伴う喜び感情やB状態改善への素直な喜びといった、過去の苦しみの経験があるからこそ、支援者と利用者の関係以上に喜びの感情を得る機会にもなっていることも考えられる。

次に共通点で挙げるのが、A生き辛さ体験を持つ自身のありのままの生き方の追求やB心の変容とともに形成される自分らしいピアスタッフ像といった、活動を通して自分らしさの表出である。先行研究からも活動を通しての自分らしさの獲得に関するカテゴリー抽出がみられ⁵⁾、活動と自分らしさの表出が切り離せない関係にあることが考えられる。そしてこの自分らしさの表出は、ピアスタッフひとりで完結しておらず、B他者を通じた内省の深まりといった、常に学生をはじめとした他者がいること、その他者もその場における出会いだけでなく、B影響を受けた人達の集合体といった、学生時代からピアスタッフへの環境変化の中での出会いや、これま

で関わってきた過去や現在の様々な人達からの影響の混ざり合いにより、独自の自分らしさが確立されていくことも考えられる。またこの自分らしさの表出は、Aありのまま演技の共存といった、学生や状況に応じた感情の意識的な調整や、B主観的視点と客観的視点の意識的な使い分けといった、時に客観的にスタッフとしての立場を捉えながら活動していることも考えられる。

また共通点として、生き辛い社会との擦り合わせがあった。生き辛い社会の中でのB行き場のない怒りが、利用者時代や活動を通して、居場所を発見し共有する中で、B自分との適切な擦り合わせやB社会との適切な擦り合わせといった、自身や自身と学生、そして社会との微調整をしながら、A生き辛いセカイとの距離の縮まりやB自分らしい生き方への歩みといった、生き辛い社会との縮まりを感じつつ自分らしさを表出し、新たな踏み出しが行われている様子が考えられる。また自分らしさの表出や社会との擦り合わせが成り立つ前提として、A規則正しい生活習慣のじっくりとした確立やB活動を通しての気分の安定化といった、体や心の良好な状態や、周りの学生やスタッフとの安全で良好な状態が整いやすい環境が雇用期間中に存在していることも考えられる。

3. ピアスタッフ制度の継続に向けて

制度の継続に向けて、A貨幣経済セカイにおける価値基準にのらない自身の活動への嘆きやA存在価値を理解できない貨幣経済セカイへの周知の必要性といった、活動が営利を目的とせず、“そこにピアスタッフが存在する”という存在価値がとても重要であるが、その価値に気づいているのは利用学生とピアスタッフだけという、活動が社会で認知されていない状態を感じていることが考えられる。一方でB制度継続への期待といった、今後への期待も寄せており、活動について更なる周知や知見の積み重ねが必要と考えられる。

また共通点で挙げるのが、A生き辛いセカイで生きる知恵の何気ない伝授、A高等教育機関における共有体験活動の適齢期、B制度を担う者の宿命、Bバトンの次世代への引継ぎといった、活動に対する

終わりへの意識と次世代への制度の引継ぎ意識である。これはピアスタッフは元学生でありながら期限付きの雇用という制度の影響を受けていることが考えられる。そしてこの雇用の循環はピアスタッフは学生にとって近い存在であり続けるために必要な循環であることを学生時代、ピアスタッフとして活動する中で感じていることも考えられる。またAありのまま生きる未来を見据えた準備期間といった、ピアスタッフの活動期間というのはいつまでも続くものではなく、新しい居場所を確保していくための過程の期間であり、将来を見据えるための貴重な準備期間として捉えていることが考えられる。

VI. 結論

本研究では、大学におけるピアサポート利用経験のあるピアスタッフに焦点を当て、活動が及ぼす心理的影響について明らかにした。その結果、ピアスタッフは活動中に想定していない学生への支援で困り事が起こる一方で、その経験が支援活動を客観視、自身を客観視するきっかけとなること、活動を通して自分らしさの表出や社会との擦り合わせ等がもたらされることが考えられた。大学生のメンタルヘルス問題に対して、ピアスタッフの活動は学生にとって「感覚的」な繋がり意識、安心感や心の開きをもたらす貴重な支援となり、またピアスタッフにとっても、体や心の良好な状態や、周りの学生やスタッフとの安全で良好な状態が整いやすい環境において、生き辛い社会との擦り合わせが行える貴重な準備期間として存在する有効な活動であることが示唆された。

VII. 今後の展望

本研究の意義は、これまで明らかにされていなかった大学生をメンタルサポートするピアスタッフの活動が及ぼす心理的影響について明らかにできたことにある。課題は、多くの学生の困り事に共感性をもつピアスタッフの雇用や制度の持続化である。ピアスタッフ制度が今後も発展していけるように、本稿を含め活動についての更なる周知や知見の積み重ねが必要と考える。本研究の限界として、第1, 第2, 第3著者と参加者の関わりが深く、データ収

集や分析、結果、考察において、研究の公正性におけるバイアスの存在は否定できない。また本研究は参加者がピアスタッフ活動期間中に行われた研究で、その後の人生において活動が及ぼした心理的影響がどのように意味を持つのかという長期的な視点では明らかにされていない。そのため今後の展望としては、このピアスタッフの経験がその後の人生にどのように生かされているのか追跡し、活動への理解をより進めていきたいと考える。

利益相反

本研究において、利益相反に該当する事項はありません。

文献

- 1) 一宮厚, 梶谷康介: 大学生の適応障害, 大学のメンタルヘルスの現状と課題, そして対策 (全国大学メンタルヘルス研究会編), 82-90, 全国大学メンタルヘルス研究会, 岡山, 2015
- 2) 西谷崇, 森麻友子, 岩谷潤, 林佐智代, 小河健一, 山本明弘, 柳川敏彦: 困り感を抱える学生に対しての集団を対象とした学生保健医療サービスに関する文献検討, CAMPUS HEALTH, 59(2): 38-43, 2022
- 3) 相川章子: ピアスタッフとは, ピアスタッフとして働くヒント 精神障がいのある人が輝いて働くことを応援する本 (加藤伸輔, 岩谷潤, 斉藤剛, 宮本有紀編), 2-8, 星和書店, 東京, 2019
- 4) 西谷崇, 山本朗, 池田温子, 別所寛人: ひきこもり大学生が授業参加・就職活動へとステップを踏み出すための居場所の役割についての考察 - 学生へのインタビュー調査からの検討 -, 全国大学メンタルヘルス研究会報告書, 34: 74-81, 2012
- 5) 西谷崇, 森麻友子, 林佐智代, 小河健一, 柳川敏彦, 山本明弘: ピアサポート活動を通じたサポーター自身の心の変化に関する文献調査, 和歌山大学クロスカル教育機構研究紀要, 4: 70-82, 2023

- 6) 早川徳香, 萩野咲智子, 田並年子, 郷田妙美, 中村美詠子, 猪子香代, 尾崎紀夫: 自閉症スペクトラムの学生に対する支援—ピア・サポートグループと学内支援体制—, CAMPUS HEALTH, 48(2) : 85-90, 2011
- 7) 坂本玲子, 大塚ゆかり, 比志真美: アスペルガー症候群当事者会の参加者における気分および生活困難の自覚とその変化, CAMPUS HEALTH, 53(2) : 121-126, 2016
- 8) 大谷尚: 質的研究の考え方 研究方法論から SCAT による分析まで, 名古屋大学出版会, 愛知, 2019
- 9) 相川章子: 精神障がいピアサポーター 活動の実際と効果的な養成・育成プログラム, 中央法規出版, 東京, 2013
- 10) 田中広美: 対人関係におけるセルフモニタリングの概念分析, 日本看護学教育学会誌, 28 (1) : 13-23, 2018

中山間地域に居住する住民の蓄積疲労と生活様式との関連

川村晃右 更田新太郎
京都橘大学看護学部看護学科

The Relationship Between Accumulated Fatigue and Lifestyle Among Residents in a Hilly and Mountainous Area

Kosuke Kawamura Shintaro Fuketa

Kyoto Tachibana University, Faculty of Nursing, Department of Nursing

〈要旨〉

目的：本研究では、中山間地域に居住する住民の蓄積疲労と生活様式との関連を明らかにすることを目的とした。

方法：2024年6月16日と2025年5月17日に中山間地域にあるA町で開催された健康増進イベントに参加した者に対して、無記名の自記式質問紙調査を実施した。質問紙の内容は、基本属性、食事・運動習慣、睡眠時間、休息などの生活様式、蓄積疲労（自己診断疲労度チェックリスト）で構成した。対象者を自己診断疲労度チェックリスト（以下、疲労度尺度）で安全域とされる安全群、要注意域とされる要注意群、危険域とされる危険群の3群に分け、基本属性と生活様式を比較するなどした。

結果：本研究に同意が得られた126人（有効回答率57.3%）を分析対象とした。疲労度尺度による3群間で生活様式を比較した結果、食事中の気分では、「いつも楽しい」と答えた者が危険群で有意に少なかった。また、朝食の頻度で有意差はみられなかったが、昼食では、「週に2～3回」と答えた者が要注意群で有意に多く、「食べない」と答えた者が危険群で有意に多かった。休養状況では、「あまりとれていない」と答えた者が要注意群、危険群で有意に多かった。重回帰分析の結果、疲労度に対して、食事中的気分、休養状況が負の関連を示していた。

結論：食事時の楽しさや休養の確保が蓄積疲労の管理に重要であり、包括的な支援策の検討が重要であることが示唆された。

キーワード
中山間地域
蓄積疲労
生活様式

hilly and mountainous area
accumulated fatigue
lifestyle

I. 緒言

日本においては、1998年以降連続して自殺者数が3万人を超過していたが、2012年に3万人を下回り、2024年には20,268人となった¹⁾。しかし、依然として年間自殺者数は2万人を超え、人口10万人あたりの自殺率は先進7か国中で最も高い水準にあり²⁾、自殺対策は喫緊の課題である。

自殺者の地理的分布に着目すると、傾斜の強い山間部に多く、過疎化したコミュニティ、低温かつ積雪のある地域で発生率が高いことが示されている³⁾。特に農村部における60歳未満男性の自殺リスクは都市部よりも高く、これは農村部特有の社会経済的困窮やインフラの未整備による社会資源へのアクセス障害と関連しているとされる⁴⁾。このため、

中山間地域などの地域特性と生活様式との関連性に
応じた自殺対策が求められる。

各地域においては、地域自殺対策強化事業の一環
として²⁾、抑うつ状態のスクリーニングを実施して
いる自治体があり、抑うつ症状の早期発見および適
切な医療機関への受診促進が図られていたり、保健
師等が相談に応じたりしている⁵⁻⁸⁾。しかしながら、
「抑うつ」という語に対してはネガティブなイメ
ージが根強く、メンタルヘルスの問題を個人的な弱さ
や失敗の証と捉える社会的偏見が存在するため、当
事者が医療機関の受診をためらう傾向が指摘されて
いる⁹⁾。一方、うつ病の発症率と蓄積疲労との関連
が明らかにされており¹⁰⁾、近年、蓄積疲労に起因
するうつ病および自殺者数の増加が社会問題化して
いることから¹¹⁾、個々人の蓄積疲労の状況の適切
な把握は自殺予防における重要な施策である。

蓄積疲労と生活様式の関連に関する先行研究で
は、中学生において朝食頻度や睡眠の充足感が蓄積
疲労に影響を与えることが報告されている¹²⁾。大
学生を対象とした研究においては、睡眠不足や運動
不足、対人関係の問題が蓄積疲労と有意に関連す
ることが示されている¹³⁾。また、高齢女性の抑うつ
状態と体力について、食生活や運動習慣を考慮した
研究も存在する¹⁴⁾。しかしながら、これらの研究
は対象集団が限定的であり、中山間地域における住
民の蓄積疲労と生活様式との関連を包括的に検討し
た調査は未だ希少である。

そこで、本研究は、中山間地域に居住する住民の
蓄積疲労と生活様式との関連を明らかにすることを
目的とした。本研究により、うつ病予防および自殺
対策としての蓄積疲労の軽減を促すセルフケアの推
進につながることを期待できる。

用語の操作的定義

本研究では、「生活様式」を健康状態に影響を及
ぼす日常的な行動とし、先行研究¹⁵⁾を参考に、食事・
運動習慣、デジタル機器使用状況、睡眠・休息状況、
喫煙・飲酒習慣とした。

II. 方法

1. 対象

2024年6月16日と2025年5月17日にA町で開
催された健康増進イベントに参加した住民とした。

A町について、公式のホームページをもとに特徴
を記載すると、総土地面積の約75%が森林で占め
られており、2020年時点の人口は約8,900人の自治
体である。就業者の割合は約53%であり、産業別
就業者数を見ると、製造業が最も多く（常住地
24.1%・従業地44.5%）を占め、次いで卸売業・小
売業が（14.3%・11.8%）である。高齢化率は2024
年に32%を超えている。地域内公共交通の状況は、
バスの年間乗車人数が約27,500人（2019年度）で
あったが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり
2023年度は約7,900人に減少した。登録自動車台数
は2019年度以降ほぼ横ばいで推移している。

自殺者数は2019年～2024年まで年間3～4人で
推移しているが、人口10万人あたりの自殺率は約
40.6人と推定され、同県全体の18.8人（2024年）
を大きく上回っている。自殺予防として相談窓口を
設置し、支援体制の強化および地域の見守りネット
ワークの推進を図っている。

2. 調査方法

無記名の自記式質問紙調査を実施した。

質問紙の内容は、基本属性、生活様式、蓄積疲労
で構成した。

1) 基本属性

年齢、性別、就労、定期的な通院、同居家族につ
いて尋ねた。

2) 生活様式

食事習慣、運動習慣、デジタル機器使用状況、睡
眠状況、休養状況、喫煙習慣、飲酒習慣について尋
ねた。

食事習慣は、栄養素のバランスを「いつも考える」
「時々考える」「あまり考えない」「考えない」の4
段階で、食事時の気分を「いつも楽しい」「楽しい
時もある」「ほとんど楽しくない」「楽しくない」の
4段階で、朝食、昼食、夕食、間食の頻度を「毎日
食べる」「週に4～6回」「週に2～3回」「週に1回」
「食べない」の5段階で尋ねた。

運動習慣は、定期的に運動（1回30分以上の運動を週2回以上、1年以上継続）「している」「していない」で尋ねた。

デジタル機器使用状況は、1日当たりのテレビ（動画・ゲームを含む）総視聴時間、1日当たりのコンピューター・スマートフォン総使用時間を、いずれも「120分以上」「60分以上120分未満」「30分以上60分未満」「30分未満」の4段階で尋ねた。

睡眠状況は、睡眠時間を「8時間以上」「6時間以上8時間未満」「4時間以上6時間未満」「4時間未満」の4段階で尋ねた。

休養状況は、休息が「十分とれている」「まあまあとれている」「あまりとれていない」「全くとれていない」の4段階で尋ねた。

喫煙習慣は、「喫煙している」「喫煙していない（したことがない）」「禁煙している」で尋ねた。

飲酒習慣は、「よく飲酒する」「ほとんど飲酒しない（したことがない）」「禁酒している」で尋ねた。

3) 蓄積疲労

自己診断疲労度チェックリスト¹⁶⁾を用いた。自己診断疲労度チェックリスト（以下、疲労度尺度）は、身体的疲労、精神的疲労から構成され、点数が高いほど疲労度が高い。本研究では身体的疲労と精神的疲労の合計である総合的評価を用いた。総合的評価は、安全ゾーン（男性16点以下、女性19点以下）、要注意ゾーン（男性17～22点、女性20～28点）、危険ゾーン（男性23点以上、女性29点以上）に分類される。

3. 分析方法

2024年と2025年の対象者の疲労度尺度の総合的評価について、Mann-WitneyのU検定において有意差が認められなかったため、合わせて分析した。

疲労度尺度の総合的評価の安全ゾーンの者を安全群、要注意ゾーンの者を要注意群、危険ゾーンの者を危険群に区分し、基本属性と生活様式を比較した。比較には χ^2 検定（調整済み残差の算出）またはKruskal-Wallis検定と多重比較にはDunn検定（Bonferroni訂正）を用いた。

また、疲労度に影響する生活様式を探索するために、疲労度尺度の総合評価を従属変数とし、基本属

性と生活様式を独立変数とした重回帰分析を行った。その際、性別、就労、定期的な通院、同居家族、運動習慣、喫煙習慣、飲酒習慣はダミー変数に置き換え、食事習慣、デジタル機器使用時間、睡眠時間は上記の段階順に4～1または5～1点を配点した。基本属性を補正要因として強制投入し、生活様式をステップワイズ法で投入し解析した。

統計学的有意水準は5%とし、分析にはIBM SPSS Statistics Ver.30を用いた。

4. 倫理的配慮

対象者に対して本研究の趣旨を説明するとともに、研究への同意は任意であり、同意しない場合も不利益を受けることは一切なく、その場合も健康増進イベントへの参加状況には関係しないこと、また、研究者はA町の日常的な住民サービスに関与していないため、研究への同意状況や回答内容による影響は一切ないことなどを伝えた。質問紙は無記名で回答してもらい、個別に封筒に入れたうえで回収箱に投入してもらった。回答後は無記名であるため、撤回はできないことを伝えた。得られたデータは個別に解析せず全体で解析するため、研究者もA町関係者も個人を特定することはない。本研究により得られたデータは、研究目的以外で利用することはなく、学会等での結果の公表時も匿名性は保持されることなどについて文書を用いて口頭で説明し、質問紙への回答および提出により、同意が得られたものとした。本研究は京都橋大学研究倫理委員会の承認後に実施した（承認番号23-70）。

III. 結果

健康増進イベントに参加した住民は220名（2024年92名、2025年128名）で、そのうち本研究に同意が得られた者は135名であった（回収率61.4%）。回収された質問紙のうち記載漏れがあったものを除いた126名（2024年55名、2025年71名）を分析対象とした（有効回答率57.3%）。

対象者の平均年齢は52.9（標準偏差19.3）歳、性別は男性が44名（34.9%）、女性が82名（65.1%）、就労「している」者が83名（65.9%）、「していない」者が43名（34.1%）、定期的に通院「している」者

が60名(47.6%),「していない」者が66名(52.4%),同居家族が「いる」者が111名(88.1%),「いない」者が15名(11.9%)であった。

疲労度による3群で属性を比較したところ,定期的に通院「している」と答えた者が危険群で有意に多く,「していない」と答えた者が危険群で有意に少なかった(表1)。

生活様式を比較したところ,食事中的気分を「いつも楽しい」と答えた者が安全群で有意に多く,危険群で有意に少なかった(表2)。また,「楽しい時もある」と答えた者が安全群で有意に少なく,危険群で有意に多かった。朝食,夕食,間食の頻度で有意差はみられなかったが,昼食の頻度を「週に2~3回」と答えた者が要注意群で有意に多く,「食べない」と答えた者が危険群で有意に多かった。

睡眠時間では有意差がみられなかったが,休養状況で「あまりとれていない」と答えた者が安全群で有意に少なく,要注意群,危険群で有意に多かった(表3)。

また,重回帰分析の結果,疲労度に対して,食事中的気分,休養状況が負の関連を示した(表4)。

IV. 考察

1. 対象者について

本研究の対象者の属性について,2020年のA町の住民全体のデータ(以下,A町住民)¹⁷⁾と比較した。A町住民の年齢は約48.3歳であり,性別の割合は

男性50.5%・女性49.5%であったため,本研究の対象者の方が年齢はやや高く,女性の割合が高かった。また,A町住民の就労者の割合は約53%であったため,対象者の方が高かった。A町に限った定期的な通院者数は分からないため比較できないが,定期的に通院している者が危険群で有意に多かったことから,疲労度と罹患との関連が窺えた。また,A町住民で世帯人員が1人の世帯の割合は約10.1%であり,対象者の同居家族のいない者の割合の方がやや高かった。本研究結果には,これらの対象者の属性が影響していることに配慮が必要である。

2. 疲労度と生活様式との関連について

本研究では,食事中的気分をいつも楽しいと答えた者が危険群で有意に少なかった。濱下ら¹⁸⁾のスコピングレビューでも,食事を楽しいと感じることが健康的な生活行動と関連しているとする研究が多かったことが報告されており,健康を考える上で食事時の気分に着目する意義は大きい。重回帰分析において,疲労度に対して食事中的気分は有意な負の関連を示していたことは,食事満足度と抑うつや不安,ストレスとに負の相関がみられたとする報告¹⁹⁾とも関係し,ポジティブな食体験がメンタルヘルスの維持・改善に資することが示唆される。また,疲労は自覚しづらく,特に慢性的な疲労では,本人がその存在に気づきにくいという特性がある²⁰⁾。このような場合,食事中的気分などの日常

表1 疲労度3群における属性の比較

	全体 (n=126)	安全群 (n=93)	要注意群 (n=16)	危険群 (n=17)
年齢#	52.9 (19.3)	52.5 (20.2)	53.4 (19.7)	54.8 (14.5)
性別 §				
男性	44 (34.9)	30 (32.3)	5 (31.3)	9 (52.9)
女性	82 (65.1)	63 (67.7)	11 (68.7)	8 (47.1)
就労 §				
している	83 (65.9)	60 (64.5)	11 (68.7)	12 (70.6)
していない	43 (34.1)	33 (35.5)	5 (31.3)	5 (29.4)
定期的な通院 §				
している	60 (47.6)	40 (43.0)	8 (50.0)	12 (70.6) ▲
していない	66 (52.4)	53 (57.0)	8 (50.0)	5 (29.4) ▼
同居家族 §				
いる	111 (88.1)	83 (89.2)	13 (81.3)	15 (88.2)
いない	15 (11.9)	10 (10.8)	3 (18.7)	2 (11.8)

#平均(標準偏差) §人数(割合)

▲残差分析で有意に多い(p<0.05) ▼残差分析で有意に少ない(p<0.05)

表2 疲労度3群における生活様式（食事習慣）の比較

	全体 (n=126)	安全群 (n=93)	要注意群 (n=16)	危険群 (n=17)
栄養バランス				
いつも考える	40 (31.7)	34 (36.5)	2 (12.5)	4 (23.5)
ときどき考える	62 (49.2)	40 (43.0)	12 (75.0)	10 (58.8)
あまり考えない	22 (17.5)	17 (18.3)	2 (12.5)	3 (17.7)
考えない	2 (1.6)	2 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
食事の気分				
いつも楽しい	54 (42.9)	49 (52.7) ▲	4 (25.0)	1 (5.9) ▼
楽しい時もある	69 (54.8)	43 (46.2) ▼	11 (68.7)	15 (88.2) ▲
ほとんど楽しくない	3 (2.4)	1 (1.1)	1 (6.3)	1 (5.9)
楽しくない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
朝食の頻度				
毎日	103 (81.6)	75 (80.6)	13 (81.2)	15 (88.2)
週に4～6回	7 (5.6)	6 (6.5)	0 (0.0)	1 (5.9)
週に2～3回	7 (5.6)	6 (6.5)	0 (0.0)	1 (5.9)
週に1回	5 (4.0)	4 (4.3)	1 (6.3)	0 (0.0)
食べない	4 (3.2)	2 (2.1)	2 (12.5)	0 (0.0)
昼食の頻度				
毎日	120 (95.2)	90 (96.8)	14 (87.5)	16 (94.1)
週に4～6回	2 (1.6)	2 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
週に2～3回	3 (2.4)	1 (1.1)	2 (12.5) ▲	0 (0.0)
週に1回	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
食べない	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.9) ▲
夕食の頻度				
毎日	122 (96.8)	89 (95.6)	16 (100.0)	17 (100.0)
週に4～6回	1 (0.8)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
週に2～3回	1 (0.8)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
週に1回	1 (0.8)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
食べない	1 (0.8)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
間食の頻度				
毎日	48 (38.1)	39 (41.9)	6 (37.5)	3 (17.6)
週に4～6回	21 (16.7)	15 (16.1)	2 (12.5)	4 (23.6)
週に2～3回	35 (27.8)	25 (26.9)	7 (43.7)	3 (17.6)
週に1回	10 (7.9)	6 (6.5)	1 (6.3)	3 (17.6)
食べない	12 (9.5)	8 (8.6)	0 (0.0)	4 (23.6)

人数（割合）

▲ χ^2 検定と残差分析で有意に多い（ $p < 0.05$ ） ▼ χ^2 検定と残差分析で有意に少ない（ $p < 0.05$ ）

生活に伴う情動の変化に気付いたり、周囲からフィードバックを受けたりすることで、疲労度の把握が可能になると推察される。

先行研究では、抑うつ状態と朝食欠食に有意な正の関連が認められている²¹⁾。山懸ら¹⁴⁾も、抑うつ状態と朝食の摂取状況の間に有意差を示さなかったものの、抑うつ傾向が強まると食事の不規則化や栄養バランスの乱れが生じやすいことを報告している。これらの研究は朝食に着目しているが、本研究では朝食の摂取頻度に有意差は認められなかった。一方で、昼食の摂取頻度を「週に2～3回」と回答した者が要注意群で、「食べない」と回答した者が

危険群で有意に多かった。これにより、朝食のみならず昼食など他の食事においても定期的に摂取できているかを評価することが、疲労のマネジメントにおいて重要であることが示唆された。また、中山間地域においては、独居高齢者を中心に、スーパーやバス停などの物理的アクセスが食事状況に影響を及ぼしているとの報告²²⁾もみられる。物理的アクセスが規則的な食事に影響している可能性もあるため、食事の規則性に、地域の社会環境などの多面的な視点も考え合わせて包括的な支援策を検討する必要がある。

本研究では、睡眠時間には有意差が認められな

表3 疲労度3群における生活様式（運動習慣、デジタル機器使用・睡眠・休養状況、喫煙・飲酒習慣）の比較

	全体 (n=126)	安全群 (n=93)	要注意群 (n=16)	危険群 (n=17)
定期的な運動				
している	57 (45.2)	40 (43.0)	10 (62.5)	7 (41.2)
していない	69 (54.8)	53 (57.0)	6 (37.5)	10 (58.8)
テレビ総視聴時間				
120分以上	36 (28.6)	25 (26.9)	3 (18.7)	8 (47.1)
60分以上 120分未満	41 (32.5)	33 (35.5)	6 (37.5)	2 (11.8)
30分以上 60分未満	29 (23.0)	19 (20.4)	6 (37.5)	4 (23.5)
30分未満	20 (15.9)	16 (17.2)	1 (6.3)	3 (17.6)
コンピューター・スマートフォン総使用時間				
120分以上	39 (30.9)	31 (33.3)	4 (25.0)	4 (23.5)
60分以上 120分未満	36 (28.6)	25 (26.9)	6 (37.5)	5 (29.4)
30分以上 60分未満	28 (22.2)	21 (22.6)	2 (12.5)	5 (29.4)
30分未満	23 (18.3)	16 (17.2)	4 (25.0)	3 (17.7)
睡眠状況				
8時間以上	7 (5.6)	4 (4.3)	2 (12.4)	1 (5.9)
6時間以上 8時間未満	60 (47.6)	42 (45.2)	7 (43.8)	11 (64.7)
4時間以上 6時間未満	54 (42.8)	42 (45.2)	7 (43.8)	5 (29.4)
4時間未満	5 (4.0)	5 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
休養状況				
十分とれている	27 (21.4)	23 (24.7)	1 (6.3)	3 (17.6)
まあまあとれている	82 (65.1)	63 (67.7)	10 (62.5)	9 (53.0)
あまりとれていない	17 (13.5)	7 (7.6) ▼	5 (31.2) ▲	5 (29.4) ▲
全くとれていない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
喫煙習慣				
している	9 (7.1)	9 (9.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
していない (したことがない)	114 (90.5)	82 (88.1)	15 (93.7)	17 (100.0)
禁煙している	3 (2.4)	2 (2.2)	1 (6.3)	0 (0.0)
飲酒習慣				
よく飲酒する	31 (24.6)	24 (25.8)	2 (12.5)	5 (29.4)
ほとんど飲酒しない (したことがない)	76 (60.3)	58 (62.4)	11 (68.8)	7 (41.2)
禁酒している	19 (15.1)	11 (11.8)	3 (18.7)	5 (29.4)

人数 (割合)

▲ χ^2 検定と残差分析で有意に多い ($p<0.05$) ▼ χ^2 検定と残差分析で有意に少ない ($p<0.05$)

表4 疲労度に関連する生活様式

	B	標準誤差	β	t 値	p
食事時の気分	-8.256	1.565	-0.420	-5.276	<0.001
休養状況	-4.396	1.505	-0.243	-2.920	0.004

B: 偏回帰係数 β : 標準化偏回帰係数ANOVA $p<0.01$ $R^2 = 0.292$ 調整済み $R^2 = 0.250$ n=126 強制投入した変数: 年齢, 性別, 就労, 定期的な通院, 同居家族
ステップワイズ法で生活様式を投入し, 最終モデルに残ったものを提示

かった。しかし、休養をあまりとれていないと回答した者が要注意群や危険群で有意に多く、重回帰分析においても、疲労度に対して休養状況が有意な負の関連を示していた。これらは、先行研究の、睡眠時間の長短にかかわらず睡眠の質が低い場合に疲労が増加するという報告²³⁾に符合している可能性が

ある。本研究の対象者は、A町全体と比較して就労者の割合が高かったが、職務内容などについては把握できていない。また、中山間地域においては、生活利便性や地域環境が睡眠の質に影響を与える可能性が高いといわれる²⁴⁾。本研究では睡眠時間や休養の確保について調査したものの、質については

確認できていなかった。そのため、今後も引き続き検討が必要となるものの、睡眠時間や休息の確保を目指した支援にも中山間地域の特性を考慮する必要があることが示唆された。

V. 本研究の限界

本研究は、A町に局限したデータであり、中山間地域に居住する住民全てに当てはめることには限界がある。また、本研究の対象者をA町の住民全体と比較した場合、特に性別や就労の状況に違いがあったこと、さらに対象者はA町が行う健康増進イベントに参加した者であったことが結果に影響している可能性がある。

VI. 結論

本研究では、対象者を疲労度による区分で生活様式を比較した。その結果、食事時の気分を「いつも楽しい」と答えた者が危険群で有意に少なく、休養を「あまりとれていない」と答えた者が要注意群、危険群で有意に多かった。また、疲労度に対して、食事時の気分、休養状況が負の関連を示した。

これらのことから、食事時の楽しさや休養の確保が蓄積疲労の管理に重要であり、包括的な支援策の検討が重要であることが示唆された。

謝辞

調査にご協力いただきましたA町の皆さまに、心より厚く御礼申し上げます。また、調査の実施にあたり、さまざまなご調整をいただきましたA町役場の職員の皆さま、アンケートの円滑な配布・回収にご尽力いただいた2024・2025年度川村ゼミの皆さまにも、深く感謝申し上げます。

利益相反はない。

文献

- 1) 厚生労働省：警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移等, <https://www.mhlw.go.jp/content/001386269.pdf>, 検索日 2025 年 10 月 20 日
- 2) 厚生労働省：令和 6 年版自殺対策白書, 6 海

外の自殺の状況, <https://www.mhlw.go.jp/content/2024-1-1-06.pdf>, 検索日 2025 年 10 月 20 日

- 3) Oka M, Kubota T, Tsubaki H, Yamauchi K: Analysis of impact of geographic characteristics on suicide rate and visualization of result with Geographic Information System, *Psychiatry Clin Neurosci*, 69 (6): 375-382, 2015
- 4) Yoshioka E, Hanley S J B, Sato Y, Saijo Y: Geography of suicide in Japan: Spatial patterning and rural-urban differences, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 56 (5): 731-746, 2020
- 5) 栃木県日光市：こころの健康, https://www.city.nikko.lg.jp/soshiki/5/1022/5/171.html?utm_source=chatgpt.com, 検索日 2025 年 10 月 20 日
- 6) 青森県平川市：自殺予防対策, https://www.city.hirakawa.lg.jp/fukushi/kenkou/jisatsuyobou.html?utm_source=chatgpt.com, 検索日 2025 年 10 月 20 日
- 7) 愛媛県西予市：【調査】こころの健康調査を行います, https://www.city.seiyo.ehime.jp/kakuka/seikatsu_fukushi/kenko/support/11283.html?utm_source=chatgpt.com, 検索日 2025 年 10 月 20 日
- 8) 新潟県五泉市：うつ病スクリーニングテスト, https://www.city.gosen.lg.jp/organization/9/4/4/1/964.html?utm_source=chatgpt.com, 検索日 2025 年 10 月 20 日
- 9) Waumans R C, Muntingh A D, Draisma S, Huijbregts K M, M van Balkom A J, Batelaan N M: Barriers and facilitators for treatment-seeking in adults with a depressive or anxiety disorder in a Western-European health care setting: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22 (1): 165, 2022
- 10) Corfield E C, Martin N G, Nyholt, D. R: Shared genetic factors in the co-occurrence of depression and fatigue, *Twin Res Hum Genet*, 19 (6): 610-618, 2016
- 11) 近藤一博：疲労誘発因子と抗疲労因子：うつ病の疲労による誘発気候, 日本生物学的精神医学

- 会誌, 24(4) : 218-221, 2013
- 12) 服部伸一：中学生の蓄積疲労感とライフスタイル要因との関連について：数量化Ⅱ類を用いた検討, 小児保健研究, 70(3) : 380-392, 2011
- 13) 續木智彦, 平田大輔, 円田善英：大学生における生活規律の乱れと自覚疲労症状の実態, 運動とスポーツの科学, 15(1) : 17-23, 2009
- 14) 山縣恵美, 山田陽介, 杉原百合子, 小松光代, 木村みさか, 岡山寧子：地域在住の自立高齢女性における体力と抑うつ状態との関連, 日本公衆衛生学雑誌, 60(4) : 231-240, 2013
- 15) 升田由美子, 松浦和代：医学部学生の健康状態に影響を及ぼす生活習慣要因の検討, 日本看護研究学会雑誌, 32(5) : 51-62, 2009
- 16) 疲労科学研究所：自己診断疲労度チェックリスト, <https://www.fatigue.co.jp/check.htm>, 検索日 2025 年 10 月 20 日
- 17) e-Stat. : 令和 2 年度国勢調査, <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003445078>, 検索日 2025 年 10 月 20 日
- 18) 濱下果帆, 赤松利恵：「食の楽しみ」と健康的な食生活に関する研究の系統的レビュー, 日本健康教育学会誌, 33(Suppl.) : 110, 2025
- 19) Moradi F, Heshmati J, Daneshzad E, Daneshzad E, Ahmadi A, Jafari T, Parsad E, Fazelian S: Association between dietary satisfaction and depression, anxiety and stress in obese and overweight patients during the coronavirus pandemic, Clin Nutr ESPEN, 45: 399-403, 2021
- 20) Ishii A, Tanaka M, Watanabe Y: The neural substrates of self-evaluation of mental fatigue: A magnetoencephalography study, PLoS ONE, 9 (4): e95763, 2014
- 21) 日比野瑞歩, 李媛英, 宋澤安, 高田碧, 洪英在, 福田知里, 王爽, 桶川龍世, 西尾七海, 服部優奈, 太田充彦, 玉腰浩司, 八谷寛：勤労者における朝食欠食と抑うつ発症の関連：愛知職域コホート研究, 東海公衆衛生雑誌, 12(2) : 135-142, 2025
- 22) 五味達之祐, 上岡洋晴：中山間地域在住高齢者の近隣食環境とたんぱく質摂取量の関連, 栄養学雑誌, 79(1) : 3-13, 2021
- 23) Nakagawa T, Yasumoto S, Kabayama M, Matsuda K, Gondo Y, Kamide K, Ikebe K: Association between prior-night sleep and next-day fatigue in older adults: A daily diary study, BMC Geriatrics, 23: 817, 2023
- 24) Watanabe M, Shobugawa Y, Tashiro A, Ota A, Suzuki T, Tsubokawa T, Kondo K, Saito R: Association between neighborhood environment and quality of sleep in older adult residents living in Japan: The JAGES 2010 cross-sectional study, Int J Environ Res Public Health, 17 (4): 1398, 2020

〈資料〉

精神科病棟における病棟空間の利用と患者に及ぼす影響に関する文献レビュー

井手段幸樹* 川口桂嗣**

*北里大学健康科学部看護学科 **敦賀市立看護大学看護学部看護学科

A Literature Review on Psychiatric Ward Space Utilization and Its Impact on Patients

Koki Itedan* Keiji Kawaguchi**

* Kitasato University ** Tsuruga Nursing University

〈要旨〉

【目的】 精神科病棟の空間は、患者の治療や療養生活において重要な役割を果たす。入院によって社会生活から切り離される患者にとって、病棟空間は治療だけでなく、心理的安定や社会性の再獲得を支える要素となる。そこで本研究は、精神科病棟の空間的環境が患者にどのように利用され、どのように意味づけられているかを明らかにするとともに、それらが患者の療養生活や心理的社会的側面に与える影響を明確にすることを目的とする。

【方法】 医中誌 Web および J-STAGE を使用し、「精神科病棟」「空間構成」「空間利用」「個室環境」をキーワードに文献検索を行った。適格基準に基づき 8 編の論文（医療系 2 編，建築系 6 編）を分析対象とした。

【結果】 分析の結果、以下の 2 点が明らかになった。1) 空間利用と影響: 共有空間の広さや家具配置、スタッフステーションとの連続性が患者間の交流を促進する一方、長期入院は他者と関わる意欲を低下させる可能性が示された。個室はプライバシーを確保し心理的安定に寄与するが、社会的交流の機会を減少させる側面もあった。2) 空間への意味づけ: 患者は共有空間を「一人になれる場所」、個室を「テリトリー」として認識するなど、物理的環境に対して独自の心理的社会的意味づけを行っていた。

【結論】 病棟空間の設計は、患者の心理的安定、社会的交流、ひいては治療プロセスに影響を及ぼす。患者の多様なニーズに応じた柔軟な空間設計と、患者による空間の意味づけを理解した上でのケア提供が、治療環境の質向上に不可欠である。

< Abstract >

Aims: In psychiatric wards, the ward space plays a significant role as an environment for patient treatment and recuperation. For patients who are separated from their social life due to hospitalization, the ward space is not only important for treatment but also for supporting psychological stability and the reintegration of social skills. This study aimed to clarify, through a review of domestic literature, psychiatric ward space utilization and its impact on patients' daily lives and psychosocial well-being, specifically how these spaces are used and imbued with meaning.

Methods: Using databases such as Ichushi Web and J-STAGE, A literature review was conducted using the keywords 'Private room environment' 'spatial configuration' 'space utilization' and 'psychiatric ward'. Eight papers were selected for analysis, including two medical papers and six architectural papers.

Results: The review revealed that the size of shared spaces and the arrangement of furniture can enhance patients' willingness to communicate, with spacious environments encouraging interaction. Private

rooms help maintain privacy and provide psychological stability, though they may reduce opportunities for social interaction. Crucially, it was found that patients assign unique psychological and social meanings to their environment, such as perceiving a shared space as “a place to be alone” or a private room as their personal “territory”. On the other hand, long-term hospitalization can diminish the motivation to engage with others, hindering social reintegration.

Conclusions: Therefore, the design of a ward space significantly impacts patients’ psychological stability, social interaction, and the overall treatment process. Improving the therapeutic environment requires flexible designs adaptable to diverse patient needs, combined with care that is informed by an understanding of how patients attribute meaning to their space.

キーワード

精神科病棟	psychiatric ward
病棟空間	ward space
空間的環境	spatial environment
空間構成	spatial composition
空間利用	space utilization

I. 緒言

現在、精神科に入院中の患者数は年々減少しているが、なお20万人以上が入院¹⁾している。さらに、精神科における平均在院日数は年々短縮されているが、他診療科と比較して10倍近くも長い傾向がある²⁾。また、精神科における在院期間別では、7割弱の患者は入院期間が1年以上³⁾である。入院前の居住状況として、7割程度の患者は1人暮らしあるいは家族と過ごしていた⁴⁾。つまり、入院以前の社会生活が入院することで今までの環境から切り離されることを意味する。患者は精神疾患によって、生活の質を脅かす様々な障害を抱えると同時に、精神科病棟への入院により日常生活から切り離され、行動制限のある環境で過ごすことになる。この精神科病棟への入院により日常生活から切り離され、行動が制限される環境で過ごすことは、患者の社会性の維持を困難にし、社会復帰を妨げる一因となりうる。このため、患者が多くの時間を過ごす病棟の空間的環境の質を向上させることは、精神科医療における重要な課題である。

精神科医療では、病棟の空間そのものが治療的意味をもつとしばしば言われる。隔離室から個室、多床室へと移室するプロセスと急性期から脱する患者の治療プロセスは並行⁵⁾であり、心理的安定や治療

プロセスに重要な影響を与える。例えば、共有空間や個室などの空間構成が患者間のコミュニケーションや社会性の涵養にどのように寄与するか⁶⁾論じられており、空間と人の心的状態の関係⁷⁾が近年注目を集めている。もちろん、入院によって患者が社会から一時的に切り離されるという現実是不変である。しかし、その療養生活の基盤となる病棟空間が、患者の社会性を維持・再獲得し、退院後の生活へ円滑に移行するための治療的役割を果たすことは可能である。患者にとっての「空間」や「場所」の意味づけに対する理解を深めることは、単なるアメニティの向上に留まらず、社会復帰を見据えた療養環境を構築する上で不可欠である。

このことから、精神科病棟における物理的空間の利用が患者に与える影響を多角的に検討することは、治療効果の向上やより効果的な療養環境の構築に寄与すると考えられる。また、精神科病院の空間的環境について、患者の視点から居心地が良い病院環境が望まれている⁸⁾。つまり、患者にとっての「空間」や「場所」の意味づけに対する理解を深めることで、個別的な対象理解や疾病理解を促進することが期待できる。本研究では、精神科病棟の空間構成や空間利用が患者に及ぼす影響について多角的に探求し、治療環境の最適化に資する知見を提供するこ

とを目指す。

II. 用語の定義

- ・病棟空間：本研究における最も広範な概念。精神科病棟内の物理的な広がり全体を指す。
- ・空間的環境：病棟空間の広がり，部屋の配置，そこにある家具などの調度品を含む総合的な環境を指す。
- ・空間構成：個室，多床室，共有空間（食堂，談話室など）の配置や関係性といった，空間の構造的側面を指す。
- ・空間利用：患者やスタッフが，病棟空間をどのような行為（会話，休息，作業など）のために，どのように使用しているかという機能的側面を指す。
- ・個室環境：プライバシーの確保や心理的安定を目的として，患者一人が占有する病室の環境を指す。

III. 目的

本研究では，国内の文献を整理・分析することを通じ，精神科病棟の空間的環境が患者にどのように利用され，どのように意味づけられているかを明らかにするとともに，それらが患者の療養生活や心理的社会的側面に与える影響を明確にすることを目的とする。

IV. 研究方法

A. 文献の抽出方法

1. データベース：医中誌 Web, J-STAGE
対象キーワードに空間の広がりや空間の利用を含めて幅広く検索するため，医学関連の文献だけでなく，幅広い学術論文を網羅するため J-STAGE も含めた。
2. 検索キーワード：医中誌及び J-STAGE では「精神科病棟 / 精神病棟」「空間構成」「空間利用」「個室環境」を用いた。「空間構成」「空間利用」は病棟環境の構造的・機能的側面を幅広く捉えるために，「個室環境」は近年の精神科病棟における重要な設計要素であり，患者への

影響を考察する上で不可欠な視点であるため，キーワードとして選定した。

3. 掲載誌発行年：医中誌 Web（検索実施年月日：2024 年 9 月）は，2000 年以降に発行された全ての論文を対象とした。J-STAGE（検索実施年月日：2024 年 9 月）でも 2000 年以降に発行された全ての論文を対象とした。
4. 医中誌 Web の絞り込み条件「分類」に関する設定として，「抄録あり」及び「会議録除く」を選択した。
5. 検索式：検索キーワードを用いて以下のように行った。
 - (1)「精神科病棟 / 精神病棟」and「空間構成」
 - (2)「精神科病棟 / 精神病棟」and「空間利用」
 - (3)「精神科病棟 / 精神病棟」and「個室環境」

B. 分析方法

1. 論文の選定基準

論文の抽出は，主観的・場当たりのに行うことを避けるため，システムティック・レビューの方法⁹⁾に準じて行い，以下のチェックを行った。本研究における選定基準は，次のとおりである。

1) 適格基準

- ・精神科の一般病棟を対象とした研究
- ・患者の空間利用や空間への意味づけを主たるテーマとする研究
- ・精神科治療に対する文化的な違いに基づく環境の違いを除くため，国内を対象とした研究

2) 除外基準

- ・環境特性や利用のされ方が本質的に異なる児童精神科病棟，医療観察法病棟，および安全確保のための特殊な治療空間である保護室・隔離室を主たる対象とした研究は，分析の均質性を担保する観点から除外
- ・2000 年以降，精神科医療を取巻く法や社会環境が変化しているため 2000 年以前の研究は除外
- ・解説や総説に該当する論文や，具体的なデータや調査が含まれないものは除外

2. 論文の抽出手順

- 1) Title and Abstract Screening: データベースから検索した論文のタイトルおよび抄録を精読し、適格基準に該当しない論文は除外した。判断がつかなかった論文は、実際にその論文を入手し精読してから判断することとし、Fulltext Screeningに進んだ。
- 2) Fulltext Screening: 論文を入手して全内容を精読し、適格基準に該当しない論文を除外して、研究対象論文を抽出した。
- 3) Data Abstraction: 研究目的や適格基準から著者らが文献を分類する上で必要と考えられる以下の項目を選定し、項目ごとに論文内容を抽出してデータ化した。
 - ・論文タイトル, 著者名, 出版年, 研究目的, 対象病棟, 対象者, 研究方法, 研究結果 (空間利用と影響, 空間の意味づけ)

V. 倫理的配慮

対象文献から内容を抽出する際に、論旨および文脈の意味を損なわないように配慮した。また、文献の使用において出典を明らかにし、著作権を遵守し実施した。

VI. 結果

A. 研究対象論文の抽出の流れ (図1)

データベースから検索した論文は26編であったが、Title and Abstract ScreeningとFulltext Screeningによって、本研究の適格基準に該当した研究対象論文は、8編であった。1回目のスクリーニングで除外した17編の主な理由は、研究目的の不一致(例:入院患者のストレスに焦点を当てているなど)、対象が一般精神科病棟ではない研究などであった。出版年は2001年が1編¹⁰⁾、2002年が1編¹¹⁾、2004年が2編^{12) 13)}、2013年が3編^{14) 15) 16)}、2017年が1編¹⁷⁾であった。また、医療系論文が2編^{12) 13)}、建築系論文が6編^{10) 11) 14) 15) 16) 17)}であった。

B. 空間利用に影響を与える要因についての分析結果

レビュー対象論文を統合した結果、患者の空間利用には、①滞在場所や空間の物理的構成といった環境側の要因と、②病室の種類や入院期間といった患者側の要因が複合的に影響していることが明らかになった。詳細は表1に示す通りである。

1) 滞在場所と共有空間(デイルーム・食堂などの空間構成)の多面的な利用

患者は病室で最も長い時間を過ごしていたが、食堂や談話室などの共有空間も頻繁に利用されていた。これらの空間は会話や娯楽などの社会的活動の

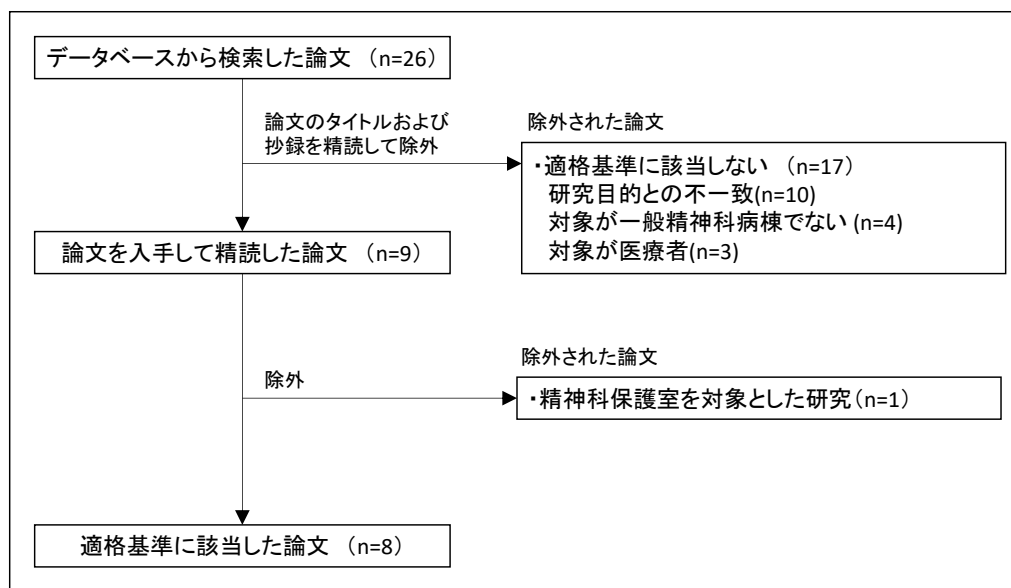


図1: 研究対象論文の抽出の流れ

表1 患者の空間利用に関する要素と影響

要素	利用・行動の傾向	患者への影響
滞在場所 ^{10) 11) 14) 15) 17)}	<ul style="list-style-type: none"> ● 食堂・談話室など共有空間も多様に利用される ● 病室は休息・睡眠の場。共有空間は交流と孤独の双方に活用される 	● 病室 = 休息・睡眠の場, 食堂・談話室 = 交流と孤独の双方に活用される
空間構成 ^{15) 16) 17)}	● 広さ, 家具配置, スタッフステーションとの位置関係が利用方法に影響する	● 広さ・開放感が会話や交流を促進, 家具配置は行動範囲を制限するし拡張も促す
病室の種類 ^{12) 13) 16)}	<ul style="list-style-type: none"> ● 個室はプライバシー・心理的安定といった私的活動が中心となる ● 多床室は他者との交流や相互サポートといった観察行動が見られる 	● 個室はプライバシーが守られる。多床室は仲間意識や支え合いを生む中で安心感が生じる
入院期間・疾患種別 ^{16) 17)}	● 長期入院で交流意欲が低下, 疾患により行動パターンが異なる	● 社会性の低下や孤立のリスク, 疾患特性に応じた空間設計が必要となる

場であると同時に、「一人で過ごす」といった個人的な目的でも利用される多面的な性格を持っていた^{10) 14)}。特に、空間が広く他者との物理的距離を保ちやすい食堂は、逆説的に「一人になれる場所」として利用される実態が明らかになった¹¹⁾。また、スタッフステーションに隣接する空間や、分散配置された小規模な空間では、患者間の自発的なコミュニケーションが促進される傾向が見られた^{15) 17)}。

2) 病室の種類による利用の違い

病室の種類は、患者の行動に明確な影響を与えていた。患者が最も長く滞在する場所は病室であり、主に「睡眠」や「休息」といった個人的・私的な行為に利用されていた¹⁰⁾。また、個室ではプライバシーが確保されるため、患者は休息や自己と向き合うといった個人的な活動に時間を費やす傾向があった^{12) 13)}。一方、多床室では、他患者との会話や相互の様子をうかがうといった社会的行動がより多く観察された。これは、他者の存在が孤独感を和らげる一方で、常時プライバシーの確保が困難な環境であることを示している¹⁶⁾。

3) 入院期間・疾患種別による影響

長期入院の患者は、短期入院の患者に比べて他者との交流意欲が低下し、自室やベッド周辺で過ごす時間が長くなる傾向が見られた^{16) 17)}。また、疾患によっても空間利用のパターンは異なり、例えば統合失調症の患者は準私的空間をより多く利用するのに対し、うつ病の患者は個室での利用が多いなど、病理特性が行動に反映されていた¹⁶⁾。このことは、画一的な空間構成では、多様な患者のニーズに対応しきれない可能性を示唆している。

C. 患者による空間への意味づけと機能に関する分析結果

患者は、病棟内の各空間に対し、単にその機能を利用するだけでなく、自身の心理状態や他者との関係性を反映した多様な意味づけを行っていた。特に、①共有空間や準私的空間の独自の機能的意味づけと、②個室や多床室といった私的空間に対する両義的な意味づけという2点が、特徴的な点として抽出された。詳細は表2に示す通りである。

1) 共有空間における「個人的テリトリー」の形成

患者は、デイルームの特定の椅子や窓際の席など、共有空間の中に自分のお気に入りの場所を見出し、そこを自身の「個人的テリトリー」として意味づける傾向があった¹⁶⁾。さらに「病棟のパブリックスペースを都市に見立てる」ことは、患者が「社会に出る予行練習の場」として、交流と孤独、公共性と個別性を行き来しながら、自己と他者との関係性を調整する空間的意味を持つ^{11) 15)}。また、公共空間の中でのこのようなテリトリーの形成は、予測不能な他者との関わりの中で、自身の存在を安定させ、病棟という特殊な環境に適応していくための重要な心理的メカニズムである^{15) 16)}。

2) 準私的空間への意味づけ

病室前のアルコーブのような空間は、完全にプライベートな自室と、完全にパブリックな廊下・共有空間との間に位置する「緩衝空間」として患者に認識されていた。ここは、自室から出るための一種の「準備スペース」であり、他者との偶発的なコミュニケーションが生まれる場としても機能しており、

表2 患者による空間の意味づけとその機能的特徴

空間	意味づけ	機能的特徴
共有空間 (食堂・談話室) ^{10) 11) 15) 16)}	<ul style="list-style-type: none"> ●他者との関わりと自己の時間を両立できる公共的空間あるいは、個人的なテリトリーを形成し、「自分の居場所」として意味づけられる ●「社会に出る予行練習の場」として自己と他者との関係性を調整する空間的意味を持つ 	<ul style="list-style-type: none"> ●「他者と関わる場」「一人で過ごす場」「都市の公共空間に類似」その他、会話や交流だけでなく、「一人で過ごす」ためにも利用される
準私的空間 ^{15) 16)}	<ul style="list-style-type: none"> ●「病室と外部をつなぐ場」として、プライベートからパブリックへの「緩衝空間」として意味づけられる 	<ul style="list-style-type: none"> ●病室と廊下の中間領域として、立ち話や小休憩に利用される
個室 ¹³⁾	<ul style="list-style-type: none"> ●「安心できる場所」という心理的安定と「孤独を感じる場所」としての社会的交流の制限の対立が生じる場としてとして意味づけられる 	<ul style="list-style-type: none"> ●プライバシー確保、休息、自己洞察のために利用される ●一方で、「孤立感」「寂しさ」が生じる場所となる
多床室 ^{13) 16)}	<ul style="list-style-type: none"> ●「仲間意識が生まれる場」であるが、常に他者の存在を意識する緊張も伴う場としてとして意味づけられる 	<ul style="list-style-type: none"> ●他患者とのコミュニケーションや支え合いの場となる

患者が病棟内の人間関係を円滑にする上で重要な役割を担っていた^{15) 16)}。

3) 個室環境への両義的な意味づけ

患者は個室に対し、「プライバシーが守られ、安心して休息できる場所」、「自分自身を振り返る場所」といった肯定的な意味づけを行っていた¹³⁾。一方で、他者との接触機会が減ることから「寂しさや不安を感じる場所」という否定的な意味づけもなされており、個室は患者にとって治療的な空間であると同時に、孤立を深めるリスクも併せ持つ両義的な場であることが示された¹³⁾。

4) 多床室への意味づけ

多床室は、患者にとって「仲間意識や支え合いが生まれる場」として肯定的に意味づけられていた。同室者との会話や共通の経験を通じて、孤独感が緩和され、治療への動機づけが高まる効果が示唆された。しかし同時に、他者の視線や物音から逃れられない「プライバシーのない空間」としても認識されており、患者は安心感とストレスの両方を感じる複雑な場として意味づけられていた^{13) 16)}。

Ⅶ. 考察

A. 研究全体の概要

本研究は、精神科病棟における治療環境を考える上で空間の重要性を捉えるため検討が始まった。そ

の結果、病棟の空間構成が患者の心理状態、行動、および社会復帰に大きく影響を与えることが示唆された。特に、共有空間の設計や個室・多床室の環境が、患者の社会的交流や治療プロセスに関連していることが明らかになった。本邦において精神科病棟の空間を研究対象とした文献を調査した結果、建築系が6編、医学系が2編と、後者の研究が少ない現状が明らかになった。患者の視点に立った治療やケアを重視する医学分野において、療養生活の基盤となる空間に関する研究が限定的であることは、今後の課題の一つといえる。

B. 空間的環境が患者に与える影響

1) 精神科病棟における病棟空間の「利用方法」

本研究の結果から、精神科病棟における患者の空間利用は、単に物理的な環境に規定されるだけでなく、患者自身の内的要因や他者との関係性によって多様に変化する動的な実態が明らかになった。

結果で示されたように、患者は多くの時間を病室で過ごす¹⁰⁾一方で、共有空間を他者との交流だけでなく、「一人で過ごす」という個人的な目的でも利用していた。この事実は、共有空間が設計者の意図を超え、患者にとって多義的な場として機能していることを示している。また、病室の種類（個室又は多床室）は、患者の空間利用や病棟の生活リズム

にきわめて決定的な影響を与える¹⁵⁾。近年の病院では病床の個室化が進み“全室個室”の病院が増えて¹⁸⁾おり、日本の精神科病棟においても個室割合が増加する一方で、共有空間の設計が不十分であることが指摘されている¹⁹⁾。多床室では、他患者との会話や相互の様子をうかがうといった社会的行動がより多く観察され¹⁶⁾ことから、社会的交流の機会が減少し、孤立を助長する可能性がある。

スタッフステーションとの連続性や空間の分散配置によっては、患者の能動的関わりが促進される¹⁶⁾。しかし、疾患種別によって選択が異なる¹⁵⁾と報告された。統合失調症の場合、認知機能の低下に伴い、他者とのコミュニケーションが減少、患者の社会機能（仕事、対人関係、日常生活）に影響を及ぼす。そのため、共有空間の広さや家具の配置といったデザインが、患者のコミュニケーション意欲を向上させる¹⁷⁾と考えられる。特に、人の出入りが多く十分な広さを持つ共有空間¹⁰⁾では、開放的な雰囲気「共同性」に影響を与え、他者との交流を促進する²⁰⁾と期待できる。さらに、自然環境を取り入れた共有空間ほど患者間の交流が促進する¹⁴⁾ことは、患者のストレス軽減や情緒の安定に効果があるとされ、欧米では自然環境を取り入れた病棟設計が積極的に行われている²¹⁾。日本の精神科病棟においても、自然光の取り入れや屋外空間の活用を促進することで、治療環境の質を向上させる可能性がある。

空間を構成する1つであるTVの設置は利用方法に影響する¹⁶⁾。これはTVを共に見ることによって話のきっかけや場の共有による親密性が高まることも考えられる。一方、固定された家具やTVの設置が患者の定位様態を限定する¹⁶⁾こと、能動的関わりを阻害する^{16) 17)}ことが指摘されている。このため、可動式の家具や多用途に使用可能な広い空間を確保することが重要であり、柔軟な空間設計が患者の多様なニーズに対応する鍵となる。

長期入院の患者は、短期入院の患者に比べて他者との交流意欲が低下し¹⁶⁾、対人関係の希薄化が進行する。これにより患者同士のピアサポートが失われ、無為自閉の傾向が強まる可能性がある。筆者の経験からも、長期入院している患者は他者との交流

が少なく、共有空間では一人で過ごすことが多い^{14) 17)}。さらに、必要がなければ自室から出ないケースも散見される。しかし、多床室では患者同士の間、形には表れないが仲間意識が生まれることがあり²²⁾、同室者同士で互いにサポートし合う関係が存在する可能性がある。このことから、適切な空間設計によって、社会的交流を促進し、長期入院患者の心理的安定や社会性の回復を支援することが求められる。

精神科病棟の空間デザインは、治療と社会復帰をつなぐ重要な役割を果たす。患者が「生活の場」として病棟空間を認識し、そこでの体験を社会復帰に活かせる工夫が求められる。共有空間を「小さなコミュニティ」として機能させることができれば、患者の社会性の再獲得が促される。また、病棟空間のデザインにおいては、地域社会との連携を視野に入れることも重要である。例えば、地域の人々が参加できるスペースを設けることで、退院後の生活にスムーズに移行できる環境を整えることができる。こうした取り組みにより、精神科病棟は単なる治療の場にとどまらず、患者の社会復帰を支援する場としての役割を果たすことが期待される。

2) 精神科病棟における患者による空間への「意味づけ」

入院患者にとって、病棟の空間は単なる物理的な環境ではなく、心理的社会的な意味を持つ重要な要素である。デイルームの特定の椅子や窓際の席など、共有空間の中に自分のお気に入りの場所を見出し、そこを自身の「個人的テリトリー」として意味づけている¹⁶⁾。食堂を「1人で過ごす場」^{15) 16)}と捉えており、病室よりも空間的な広がりがあることで行動に落ち着きをもたらす¹¹⁾、適度な他者の話し声や活気のある雰囲気が、いわゆる心地の良い第三の居場所を指す「サードプレイス」としての機能を果たしている²³⁾と推察される。個室環境では、自分自身を振り返る場¹³⁾であり、患者が自分のプライバシー¹³⁾が守られ、心理的な防壁となり安心感を得ることができる。一方、多床室では患者同士の仲間意識や支え合いが生まれる場となる。このように、病棟空間は治療の場であると同時に、患者の心理的安定や社会性の再獲得を支える生活の場としても機

能する。また、病室前の準私的な空間は、自室から出るための一種の「準備スペース」であり^{15) 16)}、「準備スペース」としてワンクッション置ける場所があることで、他者との交流に対する不安が和らぎ、自発的に共有空間へ向かうきっかけとなり得る。したがって、空間の「意味付け」を深く理解することは、治療環境の改善にとって不可欠である。

病棟の配置や構造が患者に与える影響は多岐にわたる。特に精神科病棟では、入院患者の約1/3が5年以上の長期入院患者³⁾であり、その大部分が統合失調症患者である。病棟の環境変化が少ないため、一見すると症状が安定し、日常生活を問題なく送れる状態に見える「病院内寛解」²⁴⁾と呼ばれる状態の患者も一定数存在する。精神科病棟が治療だけでなく生活の場としても機能するという点は、患者の長期的な健康と社会復帰に重要な意味を持つ。しかし、閉鎖的な環境や刺激の乏しい空間は、施設病棟のリスクを高める。特に長期入院患者では社会的活動能力の低下が顕著であり、再入院や退院困難の要因となる。また、病棟のパブリックスペースを都市に見立てる^{11) 15)}と捉えていることは、病棟空間の工夫次第で社会的活動能力の再獲得が可能であることを示唆する。したがって、精神科病棟の空間設計を工夫することで、治療効果の向上だけでなく、患者の心理的安定や社会復帰能力の向上にも寄与できる。病棟を治療と生活の場としてバランスよく機能させるためには、患者の多様なニーズや疾患特性を考慮し、柔軟で快適な空間づくりが求められる。さらに、医療スタッフが積極的に関与し、患者の空間利用を適切に誘導することで、病棟環境の有効活用が期待される。しかしながら、本レビューの分析からは、空間の物理的特徴が患者の行動パターンに影響を及ぼすことを示した定量的な研究は見られたものの、その行動の変化が患者の心理状態の改善や、ひいては社会復帰といった治療目標の達成にどう繋がるのかを、客観的な指標を用いて定量的に評価した研究は見当たらないという課題も明らかになった。

VIII. 今後の研究課題

本レビューで明らかになったように、国内の先行研究では、行動マッピングなどの観察手法を用いて、

病棟空間の物理的特性が患者の行動（居場所、交流頻度など）に与える影響を定量的に分析した研究が蓄積されてきた。観察された行動の変化が、患者の心理状態の改善や社会復帰といった、より本質的なアウトカムにどう結びつくのかを定量的に評価した研究が不足していた。例えば、「光庭によって患者間の会話が増えた」という事実は重要であるが、その結果として「患者の対人不安が軽減したか」「退院後の地域社会での適応能力が高まったか」までを検証した研究は、今回のレビューでは見当たらなかった。このギャップを埋めるため「どのような空間が、患者の心理的安定に寄与するのか」といった患者の空間利用と心理状態の関連を定量的に評価する研究が必要である。また、病棟デザインと治療効果の関係について、実際の病棟改修前後での患者の行動変容を比較する研究も求められる。加えて、地域移行支援を前提とした空間設計のあり方についても検討を深め、退院後の住環境と病棟環境の類似性を考慮した設計が、患者のスムーズな社会復帰にどのように寄与するかを明らかにする必要がある。以上の点を踏まえ、単に行動を変えるだけでなく、患者の回復と社会復帰を真に促進する療養空間とは何かを、科学的根拠に基づいて追求していくことが、今後の重要な課題である。

IX. 文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課：令和5年度精神保健福祉資料（630調査）、<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>、検索日2025年9月10日
- 2) 厚生労働省：令和3（2021）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/21/>、検索日2025年9月10日
- 3) 厚生労働省：精神病床入院患者の疾病別内訳、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/indexshingi.html>、検索日2025年9月10日
- 4) 厚生労働省：平成27年度障害者支援状況等調査研究事業（精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査）、<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/archive/link>

- html, 検索日 2025 年 9 月 10 日
- 5) 計見一雄：スタンダード精神科救急医療 II 精神科救急医療の戦術 B 各段階ごとの技術, 34-87, メヂカルフレンド社, 東京, 1998
 - 6) 徳永雄一郎：精神科病棟におけるアメニティ空間の位置づけ 精神科治療論としてのアメニティ, 日本精神病院協会誌, 20(7), 685-687, 2001
 - 7) 前田哲男：空間と人間との相互関係 環境としての建築創作論, 山口県立大学生生活科学部研究報告, 26 : 5-10, 2000
 - 8) 藤崎敦子, 濱田由紀：我が国の精神科病院建築に関する文献検討, 東京女子医大看会誌, 2 (1) : 61-69, 2007
 - 9) 小島原典子, 中山健夫, 森實敏夫, 山口直人, 吉田雅博 (編), 公益財団法人日本医療機能評価機構 (発) : Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017 第 4 章 システムティック・レビュー, 69-168, 2017
 - 10) 阪田弘一, 柏原士郎, 吉村英祐, 横田隆司, 飯田匡：精神病棟における空間構成が入院患者行動に及ぼす影響 精神病棟の共用空間および病室の空間構成に関する研究, 日本建築学会計画系論文集, 66 (548) : 121-128, 2001
 - 11) 岡本和彦, 長澤泰：移転による精神病棟の空間の変化が患者の行動・コミュニケーションに与える影響 精神療養環境についての建築計画的な研究, 日本建築学会計画系論文集, 67(559) : 125-130, 2002
 - 12) 笈淳夫：精神科医療施設の物的環境, 保健医療科学, 53(1) : 26-30, 2004
 - 13) 豊田由起子, 三木明子, 藪下祐一郎, 鬼塚愛彦：精神科急性期病棟での精神疾患患者の考える個室環境の意味, 岡山大学医学部保健学科紀要, 15(1) : 29-37, 2004
 - 14) 竹宮健司, 阿部光：精神医療施設における入院患者動態と病棟内行動分析 K 病院における 3 年間の継続調査から, 日本建築学会計画系論文集, 78(683) : 25-33, 2013
 - 15) 巖爽：精神疾患患者における「場所の意味づけ」及び「空間の認識プロセス」に関する考察 段階的空間構成を持つ精神科病院の治療・療養環境に関する研究 その 1, 日本建築学会計画系論文集, 78(683) : 35-43, 2013
 - 16) 巖爽, 児玉千枝：患者の空間利用特徴および他者との関わり方を通してみた精神科病棟の空間的あり方 段階的空間構成を持つ精神科病院の治療・療養環境に関する研究 その 2, 日本建築学会計画系論文集, 78(691) : 1919-1927, 2013
 - 17) 巖爽, 岡本和彦, 松田雄二：患者のコミュニケーションに寄与する精神医療環境に関する考察 段階的空間構成を持つ精神科病院の治療・療養環境に関する研究 その 3, 日本建築学会計画系論文集, 82(740) : 2501-2510, 2017
 - 18) 病院経営事例集：コスト高にも関わらず, “全室個室”の病院が増えているわけ, <https://hpcase.jp/>, 検索日 2025 年 9 月 10 日
 - 19) 厚生労働科学研究成果データベース：精神病院等の設備構造及び人員配置の在り方に関する研究, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/>, 検索日 2025 年 9 月 10 日
 - 20) 石川敦雄, 西田恵, 渡部幹, 山川義徳, 乾敏郎, 楠見孝：背景にある室内空間要因が対人認知に及ぼす影響 初対面の人物に対する印象形成を対象として, 環境心理学研究, 4 (1) : 1-14, 2016
 - 21) チューリッヒ小児病院：建築で「癒し」の環境を生み出す小児病院, <https://mag.tecture.jp/culture/20241219-kinderspital-zurich/>, 検索日 2025 年 9 月 10 日
 - 22) 都留春夫：病者のこころの動き II 病者をめぐる環境と人々, 医学書院, 東京, 1975
 - 23) 松本真生子：サードプレイスの概念からみたカフェの心地よさに関する研究, 奈良県立大学研究報告, 8 : 111-145, 2016
 - 24) 藤縄昭：「病院内覚解」について 病院精神医学の立場から, 精神医学, 4 (2) : 95-101, 1962

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なく、病気をもつ、あるいはその恐れをもつ人間をみるものだという言葉をよく耳にする。しかし実際は病気しかみていないことが多い。

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

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

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

日本保健医療行動科学会 会則

(1986年6月8日制定施行, 2014年6月1日最終改正)

第1章 総則

第1条 (名称)

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

第2条 (目的)

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

第3条 (事業)

本会は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

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

第2章 会員

第4条 (会員)

本会の会員は、通常会員、賛助会員、機関会員および学生会員とする。

第5条 (通常会員)

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

第6条 (賛助会員)

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

第7条 (機関会員)

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

第8条 (学生会員)

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

第9条 (入会)

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

(会員の権利)

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

第10条 (除名)

会員にして、次の各号に該当する者は理事会の決議により除名することができる。

1. 本会の名誉を著しく毀損した者
2. 会費を滞納（5年以上）した者

第3章 役員

第11条 (役員)

本会に次の役員を置く。

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

第12条 (会長任命理事)

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

第13条 (役員を選出)

役員を選出は次による。

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

第14条 (役員の仕事)

役員の仕事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 (役員の仕事)

会長、副会長、理事、評議員、委員、監事の仕事は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) 役員の仕事
- (3) 予算および決算の承認
- (4) 会費に関する事項
- (5) 規約の変更
- (6) その他、理事会が必要と認めた事項

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

3. 総会の議は、出席者の3分の2以上の賛同によって決する。

第5章 会 計

第18条 (経費)

本会の経費は、会費および寄付金その他の収入によって支弁する。

第19条 (会費)

会費は次のものとする。

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

第20条 (予算・決算)

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

第21条 (会計年度)

本会の会計年度は、4月1日に始まり3月31日に終る。

第6章 付 則**第22条 (改正)**

本会則の改正は、総会の議決を要する。

第23条 (事務局)

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

第24条 (施行)

本会則は、昭和61年6月8日より施行する。

*本会則、第5条は昭和63年6月25日より改正施行する。

*本会則、第19条は平成5年6月1日より改正施行する。

*本会則、第11条および第13条は平成6年7月20日より改正施行する。

*本会則、第12条は平成16年6月27日より改正施行する。

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

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

*本会則、第14条は平成25年6月22日より改正施行する。

*本会則、第21条は平成26年6月1日より改正施行する。

日本保健医療行動科学会 理事・監事選出規約

(1986年6月8日制定施行, 2021年6月26日最終改定)

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

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

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

第3条 投票は郵送, あるいは電子投票により実施する。

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

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

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

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

第8条 理事および監事の当選者数は, 下記のとおりとする。

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

する。

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

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

第10条 選挙管理委員会は, 新しい理事会の発足をも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。

日本保健医療行動科学会 中川記念奨励賞内規

(1994年6月1日制定施行, 2023年6月17日最終改定)

1. (名称)

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

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

本賞の受賞者は、次の3条件をすべて満たさなければならない。

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

本賞の選考は、中川賞選考委員会が行う。
5. (選考委員会の構成)

中川賞選考委員会を次のとおり定める。

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

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

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。
9. (賞の授与)

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。
10. (中川賞基金)

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。
11. (改廃)

中川賞基金を次のとおり定める。

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

本内規の改廃は、理事会によって決議される。

※本内規3. (受賞資格)の3)の年齢を「40歳未満」から「45歳未満」に改定 (2008.10.13.)
 ※本内規5. (選考委員会の構成)の2)の委員の任期を「2年」から「3年」に改定 (2013.6.22.)
 ※本内規3. (受賞資格)の3)を「45歳未満」から「45歳未満もしくは学会入会后10年未満」に改定 (2023.6.17.)

日本保健医療行動科学会 中川記念奨励賞 候補者の業績についての選考内規

(2001年11月28日制定施行, 2023年6月17日最終改定)

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

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

(Second Author以下は2回を1回に換算する。)

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

3. 特に社会的に問題となる行為(例: 刑法犯歴)の無いこと。

以上の事項を参考にして選考に当たるものとする。

※本内規1の「医歯系」を「学部が6年学系」に改定(2004.11.10)

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

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

日本保健医療行動科学会 奨励研究員内規

(1998年4月1日制定施行, 2013年6月22日最終改定)

1. (名称)

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

2. (目的)

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

3. (奨励研究員の資格)

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

4. (選考)

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

5. (継続の条件)

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

6. (報酬)

原資の制約から, 当分の間, 無報酬である。

7. (改廃)

本内規の改廃は, 理事会によって決議される。

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

日本保健医療行動科学会 利益相反に関する指針

(2023年6月17日制定)

1. 目的

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

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

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

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

2. 基本方針

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

3. 指針の適用となる対象者

COI状態が生じる可能性がある以下の対象者に対し、本指針が適用される。

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

4. 対象となる活動

対象者が行うすべての事業活動に対して、本指針を適用する。

5. 「保健医療行動科学に関連する企業・組織や営利を目的とした団体」の定義

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

会と次のような関係を有する企業・組織や団体をいう。

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

6. COI 自己申告の基準

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

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

7. 実施方法

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

就任後、新たに COI 状態が発生した場合には修正申告を行うものとする。

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

8. 本指針の改正

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

理事会承認日: 2022 年 11 月 23 日

2023 年 6 月 17 日制定

利益相反委員会規定

(2023年6月17日制定)

(設置)

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

(任務)

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

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

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

(組織)

第3条 委員会は、理事4名をもって組織する。

2. 委員長は、委員の互選とする。

(任期)

第4条 委員の任期は理事の任期と同一期間とする。

(会議)

第5条 委員会は、委員長が招集し、その議長となる。

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

(委員等の守秘義務)

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

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

(事務)

第7条 委員会の事務は、事務局が行う。

(改廃)

第8条 この規定の改正又は廃止は、理事会の決議によらなければならない。

附則 本規定は、2023年6月17日から施行する。

理事会承認日：2022年11月23日

日本保健医療行動科学会 雑誌投稿規定

(2009年6月27日全面改定施行, 2022年11月23日最終改定版)

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

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

1. 投稿者の資格

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

2. 投稿原稿の種類

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

1) 原著論文 (Original Contribution)

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

2) 総説 (Review)

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

3) 研究ノート (Research Note)

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

4) 資料 (Research Report)

上記の分類に該当しないもので、記録にとどめる価値のあるもの。

5) 実践・活動報告 (Practice and Activity)

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

3. 投稿原稿の構成

原稿は和文または英文とします。

1) 和文の場合

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

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

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

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

⑤ 表紙、要旨およびキーワードは本文の前、

図表等は本文（文献等）の後にまとめて配置してください。

2) 英文の場合

① 投稿原稿（原著論文，総説，研究ノート，および資料）の総語数は，5000語以内（総語数は，図表等，注と文献を含み，題名，著者名，所属，要旨，キーワードを含まない）としてください。ただし文献検討を含む論文（実践・活動報告を除く）では，文献一覧の語数を実語数の半分に換算し，総語数で6600語以内としてください。実践・活動報告の総語数は，3300語以内としてください。査読を経て，編集委員会が特別に認めた場合はこの限りではありません。

② 図表等は刷り上がり1頁相当を600語（半頁相当を300語）換算で計算し，語数との合計（総語数）が制限語数を超えないようにしてください。

③ 表紙には，原稿の種類，英文の題名，著者名（共同著者名），所属，総語数（図表を含む），本文の語数と図表等の換算語数を明示してください。なお，題名，著者名（共同著者名），所属には和訳をつけてください。

④ 400語以内の英文要旨および800字以内の和文要旨を添付してください。また，英語およびそれに対応する日本語のキーワードを5語以内でつけてください。

⑤ 表紙，要旨およびキーワードは本文の前，図表等は本文（文献等）の後にまとめて配置してください。

3) 和文の場合の英文要旨および英文の投稿原稿については，原則として，投稿前にネイティブチェック（専門家による校閲）を受け，それを証明する書類（証明書等）を添付してください。

4. 倫理的配慮

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

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

5. 論文の書き方

本規定および別に示す「投稿マニュアル」に従ってください。

1) 和文の場合

① 原稿はワードプロセッサソフトウェアを使用し，横書きで「である」調でお書きください。新かな使いで句読点を正確につけてください。句読点は「，」と「。」を使用してください。用紙の設定は，A4判縦長（横書き），40字×30行，余白を上下左右25ミリとしてください。また，本文には頁をつけて，ページ左側に行番号（連続）を表示してください。

② 外国語，外国人名，外国地名，外国薬品名などは原語のまま記入してください。一般に日本語化しているものはカタカナで表現してください。

③ 度量衡の単位は，mm，cm，mL，dL，L，mg，mmol，N/10など国際単位系（SI）を用いてください。

④ 字句を略して表記する場合には，その字句が最初に表記された箇所で（ ）内に適切な略語を表記してください。

⑤ 文献は引用箇所に肩番号を付け末尾に一括し，次の形式に従い引用順に並べてください。（全角文字の前の「：」「，」は全角，半角英数字の前の「:」「,」は半角と半角スペースにしてください。）

a. 雑誌の場合

著者名（全員）：論文名，雑誌名，巻：頁（初め－終わり），西暦年

例)

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

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

b. 書籍の場合

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

例)

15) 健康太郎: ○○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A4判縦長(横書き)、40字×30行(英文の場合はダブルスペース)、余白が上下左右とも25ミリとなっている。本文には、ページをつけて、ページ左側に行番号(連続)が表示されている。
- 英文の投稿原稿、和文の場合の英文抄録はネイティブチェック(専門家の校閲)を受け、それを証明する書類等を添付している。(該当しない場合、チェック(✓)は不要)
- ヒトおよび動物が対象の研究は、倫理的配慮を本文中に明記し、ヒトが対象の研究等においては、倫理委員会等の承認を得たことを本文中に記載している。(該当しない場合、チェック(✓)は不要)
- 文献の記載方法は投稿規定に沿っている。
- 著者が負担する費用のある場合(別刷、特殊な印刷を要する等)を了承している。
- 雑誌に掲載することが決定した著作物(依頼した著作物を含む)の著作権は日本保健医療行動科学会に帰属することを了承し、「著作権譲渡同意書ならびに誓約書」を添付している。
- 雑誌に掲載することが決定した著作物(依頼した著作物を含む)が電子化され、ウェブサイトで公開されることを了承している。

確認年月日： _____ 年 月 日

投稿者(確認者)氏名： _____

日本保健医療行動科学会雑誌 (2020 年 11 月 29 日版)

著作権譲渡同意書ならびに誓約書

日本保健医療行動科学会 様

論文タイトル： _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*本同意書・誓約書は、著者全員の署名が必要です。

*本フォーマットをコピーし、複数枚の提出でも構いません。

日本保健医療行動科学会 雑誌 (旧年報)

— バックナンバーのご案内 —

- 年報 Vol. 1 [1986] 健康と病気の行動科学
 年報 Vol. 2 [1987] 保健医療と行動科学
 年報 Vol. 3 [1988] クオリティ・オブ・ライフと保健医療
 年報 Vol. 4 [1989] 健康問題とセルフケア／ソーシャルサポートネットワーク
 年報 Vol. 5 [1990] ヘルスプロモーションと行動科学
 年報 Vol. 6 [1991] 「食」をめぐる保健行動
 年報 Vol. 7 [1992] 保健医療とコミュニケーション戦略
 年報 Vol. 8 [1993] つくられた環境づくりかえる行動
 年報 Vol. 9 [1994] 慢性の病とエイズ —ノーマライゼーションの行動科学—
 年報 Vol.10 [1995] 行動変容のパフォーマンス
 年報 Vol.11 [1996] 自己決定の行動科学
 年報 Vol.12 [1997] セルフヘルプの行動科学
 年報 Vol.13 [1998] 医療倫理と行動科学
 年報 Vol.14 [1999] ターミナルケアの行動科学
 年報 Vol.15 [2000] グリーフケアの行動科学
 年報 Vol.16 [2001] すこやかな生の行動科学
 年報 Vol.17 [2002] 健康への自己決定を支援する
 年報 Vol.18 [2003] 全人的医療と行動変容
 年報 Vol.19 [2004] 保健医療のコミュニケーションとその教育
 年報 Vol.20 [2005] ナラティブと保健医療
 年報 Vol.21 [2006] 健康と病いの語り
 年報 Vol.22 [2007] 保健と医療の語りとアート
 年報 Vol.23 [2008] 患者の世界 —医療の不確実性のなかで—
 年報 Vol.24 [2009] 健康格差社会における病気と医療 —行動科学的アプローチ—
 年報 Vol.25 [2010] ヘルスケアの現在と未来 —気づきと行動変容のために—
 年報 Vol.26 [2011] 心身に効く技術と理論の統合
 年報 Vol.27 [2012] 保健・医療現場におけるリスクコミュニケーション
 雑誌 Vol.28(1) [2013] 全人的なチーム医療への新たな挑戦
 雑誌 Vol.28(2) [2014] やる気・やりがいと保健医療
 雑誌 Vol.29(1) [2014] 東日本大震災と保健医療
 雑誌 Vol.29(2) [2015] ライフサイクルと行動科学
 雑誌 Vol.30(1) [2015] 保健医療行動科学と教育
 雑誌 Vol.30(2) [2016] <連携(つ・な・ぐ)>来るべき時代における医療共同体のあり方
 雑誌 Vol.31(1) [2016] 生活習慣病と行動科学
 雑誌 Vol.31(2) [2016] 幸せにつながる保健医療
 雑誌 Vol.32(1) [2017] 地域包括ケアと行動科学
 雑誌 Vol.32(2) [2017] セルフケアを支援する
 雑誌 Vol.33(1) [2018] 「語る」「聴く」「書く」の多様性とその力
 雑誌 Vol.33(2) [2018] ホリスティックヘルスでつながる調和的ライフ
 雑誌 Vol.34(1) [2019] 保健医療と行動変容
 雑誌 Vol.34(2) [2020] 当事者として感じ、語らう
 雑誌 Vol.35(1) [2020] 身体活動と行動科学
 雑誌 Vol.35(2) [2021] 新型コロナ時代の行動変容
 雑誌 Vol.36(1) [2021] 長期化するパンデミック下の保健行動科学
 雑誌 Vol.36(2) [2022] 医療者が当事者性を持つことの意義を問う
 雑誌 Vol.37(1) [2022] 保健医療の行動科学再考
 雑誌 Vol.37(2) [2023] 対話する保健医療
 雑誌 Vol.38(1) [2023] 保健医療の研究倫理
 雑誌 Vol.38(2) [2023] 未来志向の保健医療行動
 雑誌 Vol.39(1) [2024] 保健医療のネガティブケイパビリティ
 雑誌 Vol.39(2) [2025] アドバンス・ケア・プランニングの行動科学
 雑誌 Vol.40(1) [2025] ウェルビーイングと行動科学

*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), 佐藤富美子 (看護学),
瀬在 泉 (看護学), 徐 淑子 (社会学), 平 英美 (社会学), 高橋さつき (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)

<編集後記>

丙午の新年を迎え、本号をお届けできることを大変嬉しく思います。保健医療を取り巻く環境は、社会構造の変化や技術革新により、日々新たな課題と可能性が生まれています。

その中で、行動科学の視点を活かした研究や実践は、より効果的な保健医療の推進に不可欠な役割を果たしています。

本号では、特集論文として現場での実践事例や政策への応用を視野に入れた論考を掲載しました。これらの論文が、会員の皆様の研究活動や実務において、新しい発想や議論のきっかけとなれば幸いです。

引き続き、皆様からの積極的なご投稿とご意見をお待ちしております。本会では、研究成果の社会での浸透を促進し、保健医療の現場における行動科学の価値をさらに高めることを目指します。そのため、会員の皆様との双方向の交流を重視し、情報発信や意見交換の場を広げてまいります。今後とも、日本保健医療行動科学会の活動へのご参加を心よりお願い申し上げます。
(花家 薫)

本号には、3本の投稿論文が掲載されました。原著として掲載された西谷論文は、ピアスタッフが支援者として活動する中で経験する困難と学びを質的に描き、支援の担い手としての成長過程を示唆しました。研究ノートの川村論文では、中山間地域住民の蓄積疲労と生活様式の関連を検討し、「休養」や「食事時の気分」といった生活に根ざした指標が疲労と関連することを示しました。資料（総説）の井手段論文は、精神科病棟の空間が交流や安定に影響し得ること、同時に患者が空間に独自の意味づけを行うことを整理し、アウトカム評価の課題も提起しました。3本の論文はいずれも、当事者の経験、周囲との関係、そして環境の条件の中で支援や回復を捉え直そうとする点で通底していました。また、支援やケアを「何をするか」だけでなく、「どのような関係と環境のもとで成立するか」という問いへと接続し、実装可能な知見として提示しようとする姿勢が示されていたように思います。

本号も査読者の皆様のご尽力を賜りました。多様な専門性と視点が交わることで、採択に向けた議論がより厚みを増し、誌面の質向上につながったと感じています。採択に至らなかった論文についても、査読者からのコメントは研究を前進させる重要な資源となります。投稿された皆さまの挑戦に敬意を表するとともに、次なる成果として結実していくことを心より願っております。
(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、深井稜博、吉岡隆之

◆査読協力者：上田敏子、川村晃右 城戸口親史、瀬在 泉、林 哲也、毛利貴子、二瓶映美、野呂瀬崇彦

人生 100 年時代の保健医療行動科学

日本保健医療行動科学会雑誌 Vol.40 No.2 2026

2026 年 3 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 : <https://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

Health Behavioral Science in the Era of 100-Year Lifespans

Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science Vol.40 No.2, March 2026

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://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