

# ヒューマン・ケア研究

May 2010  
第11巻第1号

Journal of Human Care Studies Vol.11 No.1

- 日本ヒューマン・ケア心理学会第11回大会特別講演 ..... 吉岡泰夫 1  
 「良好な患者一医療者関係を築くコミュニケーションとは」

**原 著**

- IPA (Inventory of Parent Attachment) 日本語版の作成 ..... 福井義一・河合三奈子 9  
 及びその信頼性・妥当性の検討

- 血液透析患者の病気認知が病気適応に及ぼす影響 ..... 片山富美代・小玉正博・長田久雄 21

**展 望**

- 糖尿病者のソーシャル・サポート概念の検討 ..... 東海林 渉・安保英勇 32  
 一尺度のレビューを通して—

**海外文献紹介**

- 親密な関係における依存性のパラドックス ..... 竹澤みどり 45  
 依存の受容が自立を促進する

**自著紹介**

- 健康心理学・入門 ..... 島井哲志・長田久雄・小玉正博 47  
 一健康なこころ・身体・社会づくり—

- 会 報 ..... 48

- 編集後記 ..... 61

## 日本ヒューマン・ケア心理学会第11回大会特別講演

# 「良好な患者一医療者関係を築くコミュニケーションとは」

別府大学大学院文学研究科 吉岡泰夫先生

### 1. 研究の目的

近年、医療現場では安全で信頼される患者満足度の高い医療の実践が提唱され、社会からの要請も高まっている。その実現には医療現場におけるコミュニケーションの適切化が不可欠であり、これはそのまま医学教育の重要な課題ともなっている。医療コミュニケーションの適切化は、患者・家族と医療者が医療情報を共有し、合意を形成して最善の医療を選択する患者参加型の意思決定を行うことや、ラポール（共感を伴う心の交流）に基づく信頼関係、闘病の同志（医療チーム）と言える協力関係を築くための前提条件である。

この研究は、このような社会的要請に応えるために、患者と医師の双方を対象にした各種調査の分析結果に基づいて、医療コミュニケーション適切化の具体策を検討することを目的とする。その一環として、ポライトネス理論を応用した医療コミュニケーション教育プログラムを開発し、それを研修医教育の場で実施・評価することによって、医療コミュニケーションの適切化、および、医療者のコミュニケーション・スキル向上に有効であることを検証する。

### 2. 理論的背景

この研究では、Brown & Levinson (1987) のポライトネス理論を医療コミュニケーションに応用する。B & Lは、相手のポジティブ・フェイス（親近欲求=他者から理解され、共感され、称賛

されたいという欲求。他者との心理的距離を縮めたい、親しく接してほしいという欲求）を満たすように働きかける親近方略・ストラテジー（親近方略）15と、相手のネガティブ・フェイス（不可侵欲求=他者に立ち入ってほしくない、邪魔されたたくないという欲求。他者との心理的距離を保っておきたい、礼儀正しく接してほしいという欲求）を脅かさないように配慮するネガティブ・ポライトネス・ストラテジー（不可侵方略）10をあげている。

### 3. ポライトネス理論を応用した医療 コミュニケーション教育プログラムの開発

科研費研究の研究分担者・研究協力者である5人の指導医と協力して、Brown & Levinson (1987: 101-211) があげているポライトネス・ストラテジーを応用した医療コミュニケーション教育プログラムを開発した。まず、B & Lがあげているポライトネス・ストラテジーを医療コミュニケーションにどう適用できるか、5人の医師のこれまでの診療経験に基づいて検討した。次に、ひとりの指導医の外来診療場面における患者とのコミュニケーションをビデオカメラとICレコーダで収録した。また、別の指導医の診察室で2日間、外来診療の参与観察を行い、患者とのコミュニケーションとフォローアップ・インタビューをICレコーダで収録した。その音声・映像データにみられる医師一患者間の相互作用を、Thomas (1995) の談話分析の方法で分析し、医療コミュニケーションの適

切化に効果的な16の親近方略（ポジティブ・ポライトネス・ストラテジー）と、7の不可侵方略（ネガティブ・ポライトネス・ストラテジー）を抽出した。

親近方略についてみると、医療コミュニケーションに応用できるのは、B & Lの15ストラテジーより多い16のストラテジーである。B & Lはあげていない、《過剰な敬語の使用を控えて、患者との心理的距離を近づけるように話す》ストラテジーが、医療コミュニケーションでは効果的であることが分かった。実践例は、患者が必要以上に距離を置かれていると感じないように、簡素な敬語を使うことや、患者に対する敬称を「さま」から、親近感が湧く「さん」に変えることなどである。

不可侵方略についてみると、医療コミュニケーションに応用できるのは、B & Lの10ストラテジーより少ない7のストラテジーである。応用できないのは、《悲観的に言う》（Strategy 3 : Be pessimistic）、《話し手も聞き手も非人格化する》（Strategy 7 : Impersonalize S and H: Avoid the pronouns 'I' and 'you'）、《名詞化する》（Strategy 9 : Nominalize）の三つのストラテジーである。特に、《悲観的に言う》ストラテジーは、ただでさえ病気や怪我を悲観している患者を奈落の底に突き落とすような言語行動であり、医療現場では禁忌とされる。また、B & LのStrategy 1 : Be conventionally indirect と Strategy 2 : Question, hedge とは合わせて、《緩衝的・間接的表現や婉曲表現を使って、やわらげて言う》ストラテジーにまとめられる。さらに、Strategy 10 : Go on record as incurring a debt, or as not indebting H は、《患者の協力に対して感謝のことばを述べる》ストラテジーと、《患者をねぎらう》の二つのストラテジーに分けることができる。

指導医と言語研究者が協力して抽出した、親近方略16と不可侵方略 7 を実践例を添えて、以下に列举する。

### 3. 1 親近方略

（ポジティブ・ポライトネス・ストラテジー） 16

《1》過剰な敬語の使用を控えて、患者との心理的距離を近づけるように話す。（B & Lに無し）

例：患者が必要以上に距離を置かれていると感じないように、簡素な敬語を使う。

例：患者に対する敬称は「さん」を使う。

《2》患者の興味、望み、要求、利益に注目し、耳を傾ける。

（B&L Strategy 1 : Notice, attend to H (his interests, wants, needs, goods)）

例：患者が何を求めて来たか、主訴に対してもうしてもらいたいのか、傾聴する。

例：患者に寄り添って、患者の視点でいっしょに病気を見る。

《3》患者に対する関心・賛同・共感を強調する。

（B&L Strategy 2 : Exaggerate (interest, approval, sympathy with H)）

例：患者の努力を認めて褒める。

例：患者の意思に賛同し、共感を覚えることをはっきり表現する。

《4》患者への関心を増大する。（B & L Strategy 3 : Intensify interest to H ）

例：患者を人間として心理的・社会的側面にも関心を持って、情報を収集する。

例：真の受診動機を明らかにする。

《5》仲間内アイデンティティ・マーカーを使う。

（B & L Strategy 4 : Use in-group identity markers）

例：患者が使う方言を理解し、ときには患者と同じ方言を使って、気さくに話す。

《6》同意点を探る。（B & L Strategy 5 : Seek agreement）

例：患者が理解できる用語や表現でなるべく噛み砕いて、分かりやすく説明する。

例：同意点を探るために、患者の解釈モデ

ルを把握する。

例：復唱する。要約する。確認する。合意を形成する。

《7》不一致を避ける。(B & L Strategy 6 : Avoid disagreement)

例：患者にメニューを提示して、選択させる。

例：交渉する。すり合わせをする。

《8》協力関係を提案する。(B & L Strategy 7 : Presuppose / raise / assert)

例：「いっしょに頑張りましょう」「共にゴールに向って歩みましょう」

《9》患者の緊張を和らげ、前向きにするユーモアを交える。患者がジョークを言ったらそれに応じる。(B & L Strategy 8 : Joke)

《10》患者の要求に対して自分の知る限りを明言する、または、推定する。

(B&L Strategy 9 : Assert or presuppose S's knowledge of and concern for H's wants)

例：患者の納得を得る段取りとして、あるいは、ヒーリング・セラピーとして、はっきり言う。「検査結果をみても99%大丈夫です。心配ありません」

《11》提案する。約束する。(B & L Strategy 10 : Offer, promise)

例：医師としてお勧めを提案する。

例：「私が責任を持って退院後も診ます」と約束する。

《12》楽観的に言う。(B & L Strategy 11 : Be optimistic)

例：「早期に発見できてよかったです」「上手に転びましたね」「これぐらいで済んでよかったです」

《13》患者を医療チームの一員に加える。

(B & L Strategy 12 : Include both S and H in the activity)

例：情報を共有して患者参加型の意思決定

を行う。

「最善の治療をいっしょに考えましょう」「あなたが医療チームの主役です」

《14》訳を言う機会を与える。理由を尋ねる。

(B & L Strategy 13 : Give (or ask for) reasons)

例：患者の言い訳を肯定する。

例：理由を尋ねるとき、尋問風にならないよう、決して患者を責めない。

「なぜ禁煙できなかったのか、一緒に考えてみましょう」

《15》患者と医師の相互利益を想定する、または主張する。

(B & L Strategy 14 : Assume or assert reciprocity)

例：検査結果が異常なしの患者に「悪性腫瘍が見つからなくて、私もほっと安心しました。手術の腕を振るうチャンスを失って私もうれしい」と言う。

《16》患者に有益な情報（パンフレット、Take Home Message、相談窓口やHPの情報、など）を与える。(B & L Strategy 15 : Give gifts to H (goods, sympathy, understanding, cooperation))

例：説明カード、図解メモなどを書いて渡す。分かりやすい病気の解説や治療法の説明をプリントして渡す。

### 3.2 不可侵方略（ネガティブ・ポライティス・ストラテジー）7

《1》患者に敬意を表す。(B & L Strategy 5 : Give deference)

例：ていねいに挨拶し、初めての患者には自己紹介する。

例：敬称、尊敬語、謙譲語、丁寧語、丁重語などの敬語を適切に使う。

《2》緩衝的・間接的表現や婉曲表現を使って、

やわらげて言う。

(B & L Strategy 1 : Be conventionally indirect)

(B & L Strategy 2 : Question, hedge)

例：患者に精神的苦痛を与えるような露骨な表現を避けて、やわらげて言う。

例：患者が悲観的原因になるような直接的な表現を避ける。否定的なことを言わない。

《3》患者の負担を軽減するように言う。(B & L

Strategy 4 : Minimize the imposition, RX)

例：「秘密は守ります」「どうしても言いたいにくいことは、言わなくてもいいですよ」

《4》患者の協力に対して感謝のことばを述べる。

(B & L Strategy 10 : Go on record as incurring a debt, or as not indebting H)

例：治療に協力した患者に「頑張ってくださいましたおかげで、スムーズに治療できました」と言う。

《5》患者をねぎらう。

(B & L Strategy 10 : Go on record as incurring a debt , or as not indebting H)

例：「おつかれさまでした。リハビリたいへんでしたね」

《6》ことわり、お詫び、前置きを言って謝罪する。(B & L Strategy 6 : Apologize)

例：性や家計など患者が話しくいことを尋ねるときに、お詫びを言って謝罪する。

例：手術が終わって眠っている患者に注射をするとき、「お休みになつたんですね。すみません。抗生素の注射をしますので、左腕を出してくださいませんか」と言う。

《7》患者が侵害されたくないと思う領域まで、踏み込んでしまう可能性のある問診や診療行為を、一般的なルールとして述べる。

(B & L Strategy 8 : State the FTA as a

general rule)

例：この疾患ではプライバシーに関わることを尋ねるのが、感染の広がりを防ぐ一般的なルールだと説明する。

例：患者の恥ずかしさに配慮して、「この病気の原因をつきとめるためには、どうしてもこのことをお尋ねしなければなりません」と言う。

#### 4. 医療ポライテス・ストラテジー

##### 教育プログラムの有効性の評価

親近方略（ポジティブ・ポライテス・ストラテジー）16と、不可侵方略（ネガティブ・ポライテス・ストラテジー）7で成る医療ポライテス・ストラテジー教育プログラムを用いて、聖路加国際病院（一般内科など41診療科、520床、東京都）の内科後期研修医5人を対象に、コミュニケーション教育を実施し、教育介入の前と後の外来診療をビデオ収録した。また、教育を受けた研修医が、外来診療でポライテス・ストラテジーを効果的に活用できるようになったか、受診した患者による評価、研修医の自己評価、指導医の評価によって総合的に評価した。その目的は、この教育プログラムの医療コミュニケーション教育への有効性を評価し、改良に役立てることである。

診療場面のビデオ収録、および、診療後の患者評価表の記入は、研究の目的・背景・手順・参加の自由・プライバシーの保護などを説明し、ビデオ収録では患者は写さないことを条件に、同意を得られた患者102人を対象にした。なお、ビデオ収録は拒否したが、評価表の記入は承諾した患者が1人いたので患者評価表は103人分回収した。

## 5. 評価の結果と考察

### 5.1 研修医の自己評価の結果

5人の内科後期研修医は、医学部で新しく始まったコミュニケーション・スキル習得を重視する医療面接教育も客観的臨床能力試験（OSCE）による評価も受けている若い世代の医師である。コミュニケーション教育は受けているが、ポライトネス・ストラテジーを学習するのは初めてである。

自己評価表は、3.1に示した親近方略の16のストラテジー、および、3.2に示した不可侵方略の7のストラテジーについて、それぞれ次の四つの指標で行動変容を評価するものである。

- このストラテジーは効果的と納得したので、実行するようになった。
- もともとこのストラテジーを実行していたので、自信を持った。
- このストラテジーは効果的と納得したが、実行できなかった。
- このストラテジーは効果的ではないと思ったので、実行しなかった。

また、それぞれのストラテジーについて、自分の外来診療ビデオ映像でジョブレビューして、感じたことや考えたことも書いてもらった。

得られた結果を親近方略、不可侵方略の順に以下に示す。

#### 《親近方略》

(1)医療ポライトネス・ストラテジー教育プログラムを受講した後、5人中3人の研修医が「このストラテジーは効果的と納得したので、実行するようになった」のは、次の親近方略である。

#### 《4》患者への関心を増大する。〈3人〉

例：患者を人間として心理的・社会的側面にも関心を持って、情報を収集する。

例：真の受診動機を明らかにする。

#### 《7》不一致を避ける。〈3人〉

例：患者にメニューを提示して、選択させ

る。

(2)5人中3人以上の研修医が「もともとこのストラテジーを実行していたので、自信を持った」、つまり、医療ポライトネス・ストラテジー教育プログラムを受講して、自分がすでに実行していたことにさらに自信を持ったのは、次の親近方略である。

#### 《3》患者に対する関心・賛同・共感を強調する。〈4人〉

例：患者の努力を認めて褒める。

例：患者の意思に賛同し、共感を覚えることをはっきり表現する。

#### 《6》同意点を探る。

例：同意点を探るために、患者の解釈モデルを把握する。〈3人〉

例：復唱する。要約する。確認する。合意を形成する。〈5人〉

特に《6》の合意を形成するプロセスの例は、受講した研修医全員がチェックしている。

#### 《不可侵方略》

(1)不可侵方略のすべてのストラテジーについて、「このストラテジーは効果的と納得したが、実行できなかった」、および、「このストラテジーは効果的ではないと思ったので、実行しなかった」にチェックした研修医はいないか、いても1人である。つまり、研修医にとって、不可侵方略のほとんどは効果的だと納得できるし、医療面接で実行するようになったか、実行にさらに自信を持ったかのいずれかである。

(2)不可侵方略については、5人中3人以上の研修医が「もともとこのストラテジーを実行していたので、自信を持った」、つまり、医療ポライトネス・ストラテジー教育プログラムを受講して、自分がすでに実行していたことにさらに自信を持ったのは、次のストラテジーである。

#### 《1》患者に敬意を表す。〈3人〉

例：ていねいに挨拶し、初めての患者には

自己紹介する。

例：敬称、尊敬語、謙譲語、丁寧語、丁重語などの敬語を適切に使う。

《2》緩衝的・間接的表現や婉曲表現を使って、やわらげて言う。〈4人〉

例：患者に精神的苦痛を与えるような露骨な表現を避けて、やわらげて言う。

例：患者が悲観的になるような直接的な表現を避ける。否定的なことを言わない。

《3》患者の負担を軽減するように言う。〈4人〉

例：「秘密は守ります」「どうしても言いたいことは、言わなくてもいいですよ」

《5》患者をねぎらう。〈4人〉

例：「おつかれさまでした。リハビリたいへんでしたね」

《6》ことわり、お詫び、前置きを言って謝罪する。〈3人〉

例：性や家計など患者が話しにくいことを尋ねるとき、前置きでお詫びする。

例：〈侵襲のお伴び〉手術が終わって眠っている患者に注射をするとき「手術のお疲れでお休みになってたんですね。すみません。抗生素の注射をしますので」

《7》患者が侵害されたくないと思う領域まで、踏み込んでしまう可能性のある問診や診療行為を、一般的なルールとして述べる。〈3人〉

例：この疾患ではプライバシーに関わることを尋ねるのが一般的なルールだと説明する。

例：患者の恥ずかしさに配慮して、「この病気の原因をつきとめるためには、どうしてもこのことをお尋ねしなければなりません」

## 5.2 指導医による評価

ビデオ映像の分析に基づく医療面接の評価は、指導医 5 人が評価表を用いて行った。指導医の評価表は、以下に示す項目について、3段階ないしは、2段階で評価するものである。

【医療面接の進め方】3段階評価〔良い=3 ふつう=2 ない=1〕

《1》患者が自由に話せるように配慮する。

《2》患者に共感的理解を示す。

《3》患者の心理的・社会的側面の情報収集。

《4》患者の解釈モデルを把握する。

《5》患者の受療行動を把握する。

《6》真の受診動機を明らかにする。

《7》インタビューの内容を要約する。

《8》質問や追加したいことがないかを尋ねる。

【医療面接による情報の把握】3段階評価〔良い=3 ふつう=2 ない=1〕

《1》主訴を十分に把握する。

必須 7 項目〔部位、性状、程度、経過、状況、影響因子、随伴症状〕

《2》現病歴を的確に把握する。

【電子カルテ入力のタイミング】2段階評価〔適切=2 過剰=1〕

※電子カルテの入力作業に気をとられ、患者に集中できていない場合や適切なアイコンタクトができていない場合には、タイミング過剰と判断。

### 【ポライティス評価：ポジティブ】

《17》患者との心理的距離を縮める言語行動をする。(非言語行動を含む)

①マイクを使わずに患者を呼び入れる。2段階評価〔マイクを使わず マイクを使って〕

②アイコンタクト。3段階評価〔良い=3 ふつう=2 ない=1〕

③タッチング（身体診察とは別の場面で触ること）。3段階評価〔良い=3 ふつう=2 ない=1〕

### 5.3 患者による患者満足度評価

患者による評価に用いた評価表は、患者満足度を尋ねる以下の14項目について、5段階〔たいへん良い=5 良い=4 普通=3 悪い=2 たいへん悪い=1〕で評価するものである。

- 《1》気持ち良い敬称で呼んでくれた。
- 《2》適切な敬語を使って、気持ち良く話してくれた。
- 《3》話しやすい雰囲気だった。
- 《4》自分の訴えをよく聞いてくれた。
- 《5》自分の訴えに共感を示してくれた。
- 《6》患者の気持ちを大切にしてくれると感じた。
- 《7》話をさえぎらずに聞いてくれて、言いたいことが十分に言えた。
- 《8》自分の訴えをまとめてくれた。
- 《9》専門用語を使わず、分かりやすく説明してくれた。
- 《10》症状や治療について十分な説明をしてくれた。
- 《11》堅苦しくない、気さくな話し方だった。
- 《12》気持ちのこもった、ねぎらい、いたわりの

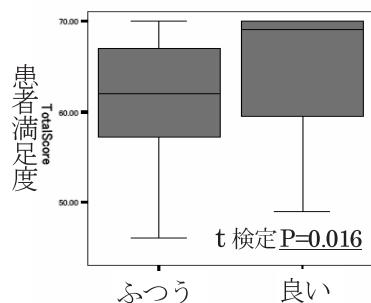


図1 患者が自由に話せるように配慮する

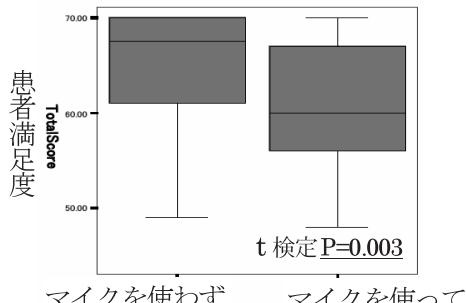


図3 マイクを使わずに患者を呼び入れる

言葉をかけてくれた。

《13》終わり頃に、「ほかに何かありませんか?」と尋ねてくれた。

《14》また、この医師に診てもらいたいと思った。14項目すべてに最高の5点が付いた場合、つまり、患者満足度の満点は70点である。

### 5.4 指導医による評価と患者による

#### 患者満足度評価との関連

指導医による評価の項目の中で、患者による評価の患者満足度との関連がみられたのは、次の4項目である。分析の結果を、それぞれ図に示す。

##### 【医療面接の進め方】

- 《1》患者が自由に話せるように配慮する。 .....図1
- 《3》患者の心理的・社会的側面の情報収集。 .....図2

##### 【ポライティネス評価：ポジティブ】

- ①マイクを使わずに患者を呼び入れる。 .....図3
  - ②アイコンタクト。 .....図4
- 分析の結果から次のことが明らかになった。

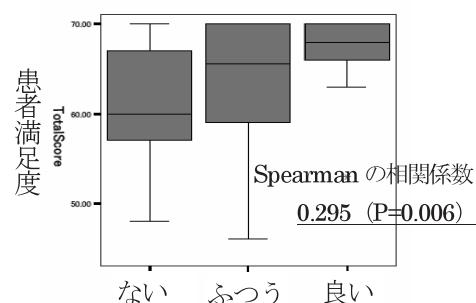


図2 患者の心理的・社会的側面の情報収集

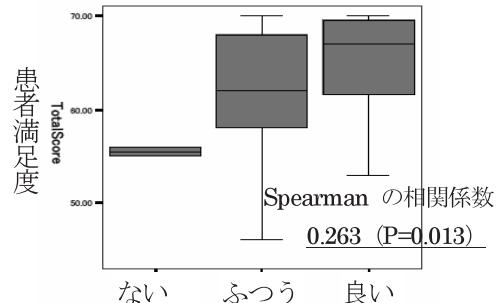


図4 アイコンタクト

- (1) 【医療面接の進め方】については、「患者が自由に話せるように配慮する」、および、「患者の心理的・社会的側面の情報収集」が適切な場合、患者満足度は顕著に高くなる。
- (2) 【ポライトネス評価：ポジティブ】については、「（診察室へ入るドアを開けて）マイクを使わずに患者を呼び入れる」、および、「（患者への）アイコンタクト」という非言語行動による親近方略が適切に実行された場合、患者満足度は顕著に高くなる。
- (3) 【電子カルテ入力のタイミング】の頻度や時間の多寡は、患者満足度に影響しない。

## 5.5 考察

患者医師間の信頼関係・協力関係の構築、情報の共有や患者参加型の意思決定に貢献するコミュニケーション・スキルとして、親近方略の16ストラテジー、不可侵方略の7ストラテジーが有効であることを、分析結果によって検証できた。これらのポライトネス・ストラテジーの習得を目的とする医療ポライトネス・ストラテジー教育プログラムは、総じて医師のコミュニケーション・スキル向上に有効と言える。さらに、患者のその時々のフェイス（欲求）を敏感に察知する力と、それを効果的に満たすポライトネス・ストラテジーを的確に選択する力をつける教育プログラムも開発し、これに加える必要がある。

電子カルテの普及に伴い、医療面接中に、その入力作業（タイミング）に気をとられて、相対的に患者と向き合う時間が減少することが懸念される。しかし、医療面接中の電子カルテ入力作業を避ける必要はなく、入力作業の合間に、適度のアイコンタクトを行うことで患者満足度を高めることができる。この適度なアイコンタクトは、患者

医師間の心理的距離を縮める効果的な親近方略である。また、電子カルテの前を離れ、医師が自ら診察室のドアを開けて、マイクを使わずに患者を呼び入れるのも、患者満足度を高める効果的な親近方略である。

## 参考文献

- Brown, P. & Levinson, S. (1987). *Politeness : Some universals in language usage*. Cambridge University Press.
- 西崎祐史・吉岡泰夫・徳田安春・早野恵子・三浦純一・本村和久・竹井淳子 (2008). 電子カルテ時代の医療面接技法の評価と患者満足度の関連性について, 医学教育, 39補冊 (第40回日本医学教育学会大会予稿集), 日本医学教育学会.
- Thomas, J. (1995). *Meaning in Interaction : an Introduction to Pragmatics*. Longman.
- 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 (2008). 良好的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 (4), 日本医学教育学会.
- 吉岡泰夫・早野恵子・徳田安春・西崎祐史・三浦純一 (2008). 医療コミュニケーション適切化に有効なポライトネス・ストラテジー教育プログラム, 医学教育, 39補冊 (第40回日本医学教育学会大会予稿集), 日本医学教育学会.

## 付 記

この論文は、平成19～20年度科学研究費補助金（基盤研究（C） 課題番号：19520408 課題名：医療コミュニケーションを適切化するポライトネス・ストラテジーの研究と資料の提供 研究代表者：吉岡泰夫）による研究成果である。

原 著

## IPA (Inventory of Parent Attachment) 日本語版の作成及びその信頼性・妥当性の検討

福井 義一\*・河合 三奈子\*

### Development of Japanese version of Inventory of Parent Attachment and examination of its reliability and validity

Yoshikazu Fukui\*, Minako Kawai\*

#### Abstract

**Aims:** This study aimed to develop a Japanese version of the Inventory of Parent Attachment (IPA) (Armsden & Greenberg, 1989) to measure adolescents' attachment to their parents, and to examine its reliability and validity.

**Methods:** University students were surveyed and the data were analyzed using factor analysis.

**Results:** The result of factor analysis confirms a common factor structure with the original version for both father and mother. The factors extracted were trust, alienation, and communication, and their internal consistencies were sufficiently high. On top of that, re-test reliability was also sufficiently high, and it is concluded that the scale has high reliability. When correlation analysis was carried out for attachment, nurturing attitude and psychological health; trust and communication, which are positive subscales of the IPA, correlated significantly with secure attachment, positive nurturing attitude and psychological health, while alienation, which shows negative attachment, correlated positively and significantly with unsecure attachment, negative nurturing attitude, and psychological distress.

**Conclusion:** The above correlations were more prominent among females compared to men. These results confirm the Japanese version of the IPA has sufficiently high validity.

Key words: adult attachment style, adolescence, attachment to parent, gender,  
Inventory of Parent Attachment.

#### はじめに

Bowlby (1969, 1973, 1980) によって愛着理論が提唱されて以来、乳幼児期 (e.g. Ainsworth et al., 1978) から青年期・成人期 (e.g. Main & Goldwyn, 1984) まで様々な発達段階を対象に研

究がなされてきた。中でも、青年期以降の愛着の個人差研究は、以下の二つの流れを軸として進められている (安藤・遠藤, 2005; Simpson & Rholes, 1998)。第一に、早期の親子関係が生涯発達全般に強く影響することを前提として、“過去の自己と養育者との関係”についての現在の認知を問う

\* 甲南大学・八幡市福祉センター (Konan University & Yawata Social Welfare Center)

受稿2009.10.5 受理2010.3.16

もので、Main et al. (1985) が開発したアダルト・アタッチメント・インタビュー (Adult Attachment Interview: 以後 AAI) がその代表である。AAIは、幼児期における父母との愛着関係などについての半構造化面接であり、語られる内容やその一貫性、面接に対する構えなどによって成人の愛着表象を分類する手法である (久保, 2003)。AAIでは通常は意識化されることのない内的ワーキングモデルを測定できると仮定されている<sup>1)</sup>。

第二の流れは、過去の親子関係ではなく、“現在の親友や恋人、配偶者などとの関係性や一般的な対人関係の実態”を問題とするもので、独自に開発された質問紙法によって、意識的に想起される関係性の側面を捉えようとするものである。こうした観点からいくつかの愛着尺度が開発されており、それらは青年の“恋人”への愛着スタイル (Brennan et al., 1998; 中尾・加藤, 2004a) や“一般他者”への愛着スタイル (Hazan & Shaver, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991; 詫摩・戸田, 1988; 中尾・加藤, 2004b) を捉えることを意図している。これらの研究で測定される愛着スタイルは、意識化された内的ワーキングモデルを反映していると思われる。

こうした二つの流れに含まれていないのが、“現在の親との愛着関係”という視点からの研究である。青年期は、一般的に親から自立する過程にあると同時に、友人や恋人など親以外の対象との関係性が深まる時期であり、後者との関係の方が重視される傾向にある。そのため、この時期の親との愛着関係は比較的軽視されている。しかし、親から離れて自律的にふるまおうとする動きは、一種の探索行動と捉えることができる (安藤・遠藤, 2005)。マクロな視点で捉えると、乳幼児期の探索活動と比べてその外界での活動範囲や活動

時間、関係性は広がり複雑化するものの、我々は思春期以降においても親への愛着を基盤として、新たな対人行動や社会活動を促進するという形の探索活動を行っているのである。それゆえ、青年期の親との愛着関係もまた、心理的健康や対人関係の発達における重要な要素であると言える。

Armsden & Greenberg (1987) は、青年期の親への愛着を測る尺度として IPA (Inventory of Parent Attachment) を開発した。IPA は Bowlby の理論に基づいて、愛着対象の応答性や接近可能性に関する信頼感について、情緒的・認知的側面から青年期の愛着を捉えている (Lyddon et al., 1993)。尺度化は、大学生を対象に行われており、因子分析の結果、「親は私の気持ちを尊重してくれる」などに代表される“信頼感 (Trust)” 因子、「私は親からあまり関心を向けられていない」などに関係が深い“疎外感 (Alienation)” 因子、「私は問題や悩みなどを親に話す」などを含む“コミュニケーション (Communication)” 因子という 3 因子が抽出されている。信頼性分析による内的整合性も高く ( $\alpha = .86-.91$ )、さらに 3 週間後の再検査信頼性 ( $r=.93$ ) も高いことから尺度の信頼性は保証されている。また、理論的に関連がある家族特性、家族内での自己評価等との相関関係を検討することで、理論的な妥当性も確認されている。なお、IPA 作成当初は、親の性別を考慮せずに “親への愛着” と表記されており、調査対象者との間の関係性が父親と母親で異なる場合には、より大きな影響を受けてきた方の親への愛着について回答させていた。その後、対象を父親と母親とに分けて評定するように改訂された (Armsden & Greenberg, 1989) ため、本研究ではこの改訂版から日本語版を作成した。

これまで、IPA は親への愛着を捉える際に、高

註1) AAIは、そこで語り方の特徴からアタッチメント表象への近接のあり方を捉えるものであるが、個人のアタッチメントシステムの活性化を促すよう工夫されており、通常は意識化し得ないようなアタッチメントに関する情報処理過程の個人的特性を抽出するという特徴がある。一方、後者は質問紙法によってアタッチメントの個人差を測定するため、AAIのような表象レベルのワーキングモデルというよりは、個人が意識的に想起し得る関係性の実態を問題としている (安藤・遠藤, 2005)。

い信頼性と妥当性を備えた尺度として多くの研究で使用されてきた。Armsden & Greenberg (1987) は、親への愛着が自尊感情や生活満足度といった well-being と強く関連し、抑うつや不安、疎外感などの感情状態には負の方向で影響を及ぼしていることを報告した。Wilkinson & Walford (2001) も同様に、親への良好な愛着が well-being と正の関連を持ち、怒りやネガティブな感情と負の関連をもつことを示している。また、Papini & Roggman (1992) はコンピテンスや抑うつ、怒りと、Noom et al. (1999) は自律性や社会的適応との関連について検討している。こうした、IPA を用いて青年期の精神的健康との関連を調べた研究からは、概ね上記のように、親との愛着と精神的健康との関連が確認されている。さらに、IPA から算出された愛着得点は、アイデンティティの発達 (Lapsley et al., 1990) や学校適応 (Cotterell, 1992)、性役割 (Haigler et al., 1995)、ソーシャルスキル (Engels et al., 2001) など様々な変数との関連が確認されている。

一方、わが国では、藤井 (1994) が翻訳した IPA を用いて大井ら (2006) や井上ら (2006) が研究を行っており、高木 (1994) も独自に訳出しているが、信頼性・妥当性を備えた IPA の日本語版が未だ作成されていないため、上記のような研究がほとんどなされていない。IPA 日本語版を作成することによって、青年期においてこれまで検討してきた恋人や友人、一般的な他者との関係に加えて、親との愛着関係を捉えられることになり、このことは青年期の愛着研究の広がりにとって重要な意義をもつと考えられる。

そこで、本研究では、IPA の日本語版を作成し、その信頼性と妥当性を検討することを研究 1 の目的とした。IPA が親との愛着を適切に測定できていれば、親との愛着の肯定的な側面は、養育態度の肯定的要素や安定型の愛着スタイル特性と正の相関を示すのに対し、否定的な側面は、同じく養

育態度の否定的要素や不安定型の愛着スタイル特性と正の相関を示すことが予測される。また、親との愛着の肯定的側面は、心理的健康と有意な関連があるだろう。なお妥当性を検討する際、愛着や養育態度が心理的健康に与える影響に性差が報告されている (福井・河合, 2005; 河合・福井, 2005) ことから、男女別に分けて検討を行った。さらに、作成された IPA 日本語版の再検査信頼性について調査することを研究 2 の目的とした。

## 研究 1

### 方 法

#### 調査協力者

近畿圏の四つの大学の学部学生 1187 名（男性 556 名、女性 606 名、無記名 25 名）の協力を得た。平均年齢は 19.6 歳 ( $SD = 1.39$ ) であった。心理学関連科目の講義中に口頭で同意を得た上で、集団法により無記名で実施した。調査時期は 2005 年 7 月から 2006 年 11 月までであった。なお、最大母数は 1187 名であるが、四回の調査で少し尺度構成が異なっているため、尺度毎に若干の人数の変動がある。

#### 翻訳過程

Armsden & Greenberg (1989) の作成した IPPA (Inventory of Parent and Peer Attachment) について、原版の著者である Greenberg 氏に日本語版作成の許可を得た上で、仲間 (peer) への愛着を除いて、母親と父親についての各項目を翻訳した。英語に堪能な者 2 名のチェックを受けて自然な日本語になるよう修正をくり返した。

#### 尺度構成

両親への愛着を測定するために、上で翻訳した IPA 日本語版を用いた。本尺度は父親・母親ともに同内容の 25 項目からなり、5 件法で評価された。質問票には本研究では使用されない尺度も含まれていた。また、フェイス項目として、年齢と

性別の記入を求めた。

また、基準関連妥当性を検討するために、以下の尺度を用いた。養育態度を測定するために、PBI (Parental Bonding Instrument) (Parker et al., 1979) の邦訳版 (北村, 1995) を用いて、父親と母親について over-protection から autonomy の軸を規定する protection (干渉) 得点と、care から neglect の軸を規定する care (愛情) 得点を得た。

成人愛着スタイルを測定するために、親密な対人関係体験尺度の一般他者版 (ECR-GO) (Brennan et al., 1998) の邦訳版 (中尾・加藤, 2004b) を用いて、「親密性の回避」と「見捨てられ不安」の二つの下位尺度得点を得た。また、内的ワーキングモデル（以後、IWM）尺度（詫摩・戸田, 1988）を用いて、安定得点・アンビバレンス得点・回避得点の三つの下位尺度得点を得た。

心理的健康度を測定するために、以下の尺度を用いた。自尊感情を測定するために Rosenberg (1965) の自尊感情尺度の邦訳版 (山本ら, 1982) を用いて、その合計点を自尊感情得点とした。また、抑うつの程度を測定するために、Radloff (1977) によって開発された Center for Epidemiological Studies Depression Scale (以後 CES-D) の邦訳版 (島ら, 1985) を用いて抑うつ得点を算出した。さらに Spielberger et al. (1970) による State-Trait Anxiety Inventory (以後 STAI) の日本語版 (清水・今栄, 1981) を用いて、状態不安と特性不安を測定した。

## 結果

統計分析には SPSS Statistics 17.0 を使用した。最初に Table 1 に父親と母親に対する IPA 各項目の平均値と標準偏差を示した。項目 3 について両親共に床効果が見られたが、“疎外感 (Alienation)” を示す中心的な項目であるため、除外しなかった。また母親の項目 10、18 に床効果が、項目 22 に天井効果が、両親とも項目 2 に天井効

果が見られたが、これらもその程度が許容範囲内であると思われるため除外しなかった。

母親と父親に対する愛着を別にして、主因子法による因子分析を行った結果、項目 14 の共通性が .10 前後と非常に低かったため削除し、さらに因子分析を行い、固有値の減衰状況と解釈可能性から、原版通りの 3 因子解を採用した。再度主因子法、プロマックス回転による因子分析を行い、その結果から因子負荷量が .35 を下回る項目 7 を除外してさらに因子分析をくり返した。次に母親について因子負荷量が .35 を下回った項目 23 を削除して因子分析し直し、さらに含まれる因子が両親間で異なっていた項目 21 を除外した結果、父親、母親共に共通の因子構造が得られた。その結果を Table 2 示した。母親については 3 因子で分散の 57.2%、父親について 59.9% が説明できた。

Armsden & Greenberg (2004) や西本 (2001)において、母親と父親では愛着の因子構造に若干の違いが報告されているが、本研究ではわずかに一項目が別の因子に負荷しているに過ぎなかったため、両親で採点方法を同一とした。因子間相関は総じて高かった。また、各因子について信頼性分析を行った結果、信頼性係数は .84 から .92 の範囲内と高く、本尺度の内的整合性が確認された。

Table 3 に各下位尺度と原版 (Armsden & Greenberg, 2004) に従って算出した愛着得点の男女別平均得点を示した。愛着得点は、親に対する肯定的な愛着を示す信頼感とコミュニケーションの合計に、否定的な意味合いの疎外感の各項目の値を逆転して加算したため、得点が高いほど愛着が肯定的であることを示す。性差を検討するため、*t* 検定を行った結果、母親疎外感と母親コミュニケーションに有意な性差が見られ、前者は男性の方が、後者は女性の方が有意に高かった。また、愛着得点も女性の方が有意に高かった。

また、Table 4 に下位尺度間の内部相関を示した。因子間相関で示された通り、信頼感とコミュ

Table 1 IPAの各項目の平均値と標準偏差

質問項目	母親		父親	
	MEAN	SD	MEAN	SD
1. 母親は、私の気持ちを尊重してくれる。	3.775	.909	3.554	1.128
2. 母親は、親として立派にやっていると思う。	4.292	.888	3.997	1.136
3. 今の母親が違う人ならいいのにと思う。	2.006	1.370	2.240	1.423
4. 母親は、ありのままの私を受け入れてくれる。	3.824	1.025	3.555	1.093
5. 自分が悩んでいることについて、母親の意見を聞きたい。	3.090	1.207	2.741	1.196
6. 自分の気持ちを母親に見せても、何にもならないと思う。	2.566	1.197	2.867	1.254
7. 母親は、私が動搖(狼狽・イライラ)しているのがわかる。	3.670	1.075	2.728	1.122
8. 母親に自分の問題を相談すると恥ずかしい、あるいは馬鹿げた気持ちにさせられる。	2.616	1.258	2.830	1.271
9. 母親は、私に期待しそぎている。	2.614	1.161	2.525	1.225
10. 母親が近くにいると、たやすく動搖(狼狽・イライラ)してしまう。	2.316	1.339	2.637	1.361
11. 私は、母親が思っているよりもずっと動搖(狼狽・イライラ)しやすい。	2.689	1.219	2.807	1.237
12. 母親は、話し合いしているとき、私の意見を重要視してくれる。	3.282	1.000	3.101	1.140
13. 母親は、私の判断を信頼してくれる。	3.489	1.000	3.397	1.093
14. 母親は彼女自身の問題を抱えているので、私は自分のことで母親を煩わせない。	2.824	1.087	2.979	1.153
15. 母親は、私がもっと自分自身を理解できるように助けてくれる。	3.204	1.027	2.889	1.101
16. 私は、問題や悩みを母親に話す。	2.874	1.280	2.125	1.120
17. 私は、母親に怒りを感じる。	2.388	1.237	2.537	1.383
18. 私は、母親からあまり関心を向けられていない。	2.268	1.285	2.484	1.239
19. 母親は、私が困っていることを話せるように助けてくれる。	3.007	1.093	2.573	1.096
20. 母親は、私を理解している。	3.650	1.071	3.183	1.178
21. 私が何かで怒っていると、母親は理解しようとしてくれる	3.267	1.107	2.840	1.140
22. 私は、母親を信頼している。	4.132	.998	3.774	1.203
23. 母親は、私が最近、どんな状態(状況・気持ち)でいるのか分かっていない。	2.940	1.104	3.197	1.160
24. 何か打ち明けて心の重荷を降ろす必要がある時、母親を頼りにすることができる。	3.246	1.203	2.760	1.206
25. 母親は、何かが私を悩ませているのを知ったら、そのことについて尋ねてくれる。	3.166	1.133	2.571	1.152

(質問項目は母親に対する愛着を測定する項目。父親に対する愛着は「母親」を「父親」に、「彼女」を「彼」に置き換える。)

Table 2 両親への愛着の因子分析結果（主因子法・プロマックス回転）

No	項目内容	母親に対する愛着			父親に対する愛着		
		F1	F2	F3	No	F1	F2
F1: 信頼 ( $\alpha=.883$ )					F1: 信頼 ( $\alpha=.916$ )		
1 母親は、私の気持ちを尊重してくれる。	.878	.060	-.105	1	.944	.045	-.106
13 母親は、私の判断を信頼してくれる。	.817	.076	-.068	4	.807	.003	.004
4 母親は、ありのままの私を受け入れてくれる。	.703	-.035	.026	13	.780	.035	.013
12 母親は、話し合いしているとき、私の意見を重要視してくれる。	.696	.036	.013	2	.720	-.006	-.027
20 母親は、私を理解している。	.689	.022	.135	22	.697	-.039	.120
22 私は、母親を信頼している。	.624	-.047	.131	12	.661	-.001	.119
2 母親は、親として立派にやっていると思う。	.531	-.111	.011	20	.623	.037	.256
F2: 肖外 ( $\alpha=.847$ )					F2: 肖外 ( $\alpha=.837$ )		
10 母親が近くにいると、たやすく動搖(狼狽・イライラ)してしまう。	.032	.883	.024	10	.045	.854	-.002
3 今の母親が違う人ならいいのにと思う。	-.035	.820	.096	17	-.070	.811	.069
17 私は、母親に怒りを感じる。	-.088	.747	.111	3	-.160	.726	.145
18 私は、母親からあまり関心を向けられていない。	.000	.733	.006	11	.130	.603	-.073
8 母親に自分の問題を相談すると恥ずかしい、あるいは馬鹿げた気持ちにさせられる。	.028	.492	-.245	18	-.169	.560	.053
6 自分の気持ちを母親に見せても、何にもならないと思う。	-.103	.478	-.157	8	.059	.506	-.239
11 私は、母親が思っているよりもずっと動搖(狼狽・イライラ)しやすい。	.039	.469	-.026	9	.149	.427	.041
9 母親は、私に期待しそぎている。	.131	.467	.006	6	.015	.415	-.267
F3: コミュニケーション ( $\alpha=.873$ )					F3: コミュニケーション ( $\alpha=.883$ )		
16 私は、問題や悩みを母親に話す。	-.193	-.006	.956	16	-.142	-.016	.840
5 自分が悩んでいることについて、母親の意見を聞きたい。	-.003	.020	.749	25	.009	.029	.749
24 何か打ち明けて心の重荷を降ろす必要がある時、母親を頼りにすることができる。	.127	-.011	.712	19	.040	-.008	.744
19 母親は、私が困っていることを話せるように助けてくれる。	.195	.028	.598	24	.135	.004	.700
25 母親は、何かが私を悩ませているのを知いたら、そのことについて尋ねてくれる。	.188	.034	.481	15	.293	.030	.573
15 母親は、私がもっと自分自身を理解できるように助けてくれる。	.334	-.014	.439	5	.204	.005	.507
因子間相関	F1	-.411	.687	F1	-.487	.711	
	F2	-.282		F2		-.356	

(質問項目は母親に対する愛着を測定する項目。父親に対する愛着は「母親」を「父親」に、「彼女」を「彼」に置き換える。)

Table 3 IPA各下位尺度における男女別平均値と標準偏差

	男性	度数	女性	度数	t値
信頼	母親	26.18 (550)	26.68 (603)	-1.603	
	母親	5.055	5.491		
	父親	24.29 (543)	24.85 (594)	-1.460	
	父親	6.326	6.599		
疎外	母親	20.35 (546)	18.56 (602)	4.353 ***	
	母親	7.120	6.819		
	父親	21.27 (546)	20.51 (590)	1.804	
	父親	7.170	7.065		
コミュニケーション	母親	17.90 (554)	19.22 (606)	-4.184 ***	
	母親	4.881	5.871		
	父親	15.65 (540)	15.63 (593)	.061	
	父親	5.272	5.648		
愛着	母親	71.65 (533)	75.58 (579)	-4.774 ***	
	母親	12.084	15.307		
	父親	66.59 (527)	68.22 (580)	-1.732	
	父親	14.904	16.166		

(上段は平均値; 下段は標準偏差: \*\*\* p&lt;.001)

Table 4 IPA各下位尺度の内部相関

母親				父親				
	信頼	疎外	コミュニケーション	愛着	信頼	疎外	コミュニケーション	愛着
母親	信頼	-	-.188 ***	.625 ***	.782 ***	.470 ***	-.085 *	.290 *** .347 ***
	疎外	-.531 ***	-	-.016	-.678 ***	-.178 ***	.655 ***	-.135 *** -.434 ***
	コミュニケーション	.708 ***	-.465 ***	-	.677 ***	.278 ***	.021	.402 *** .245 ***
	愛着	.867 ***	-.820 ***	.847 ***	-	.409 ***	-.431 ***	.356 *** .503 ***
父親	信頼	.514 ***	-.247 ***	.386 ***	.428 ***	-	-.330 ***	.718 *** .844 ***
	疎外	-.341 ***	.637 ***	-.306 ***	-.518 ***	-.544 ***	-	-.301 *** -.732 ***
	コミュニケーション	.410 ***	-.171 ***	.496 ***	.409 ***	.724 ***	-.415 ***	- .808 ***
	愛着	.506 ***	-.442 ***	.457 ***	.544 ***	.895 ***	-.802 ***	.822 *** -

(対角線を挟んで右上半分は男性・左下半分は女性: \* p&lt;.05, \*\*\* p&lt;.001)

ニケーションの相関は強く、信頼感と疎外感はやや弱い負の相関を、コミュニケーションと疎外感は有意ではあるがかなり弱い相関を示した。この結果は、井上ら（2006）の結果ともよく符合していた。母親、父親とも下位尺度の内部相関は、母親と父親への愛着の下位尺度間の相関よりも強い関連を示した。女性では、全ての組み合わせに有意な相関が見られたのに対して、男性では母親のコミュニケーションと疎外感、母親の信頼感やコミュニケーションと父親の疎外感の相関が有意ではなかった。

IPA の下位尺度や愛着得点と養育態度、愛着ス

タイル、心理的健康度の諸変数の間の相関分析を行った結果を Table 5 に示した。IWM の三つの下位尺度との相関を見ると、女性においては、肯定的な愛着（信頼感、コミュニケーション）は肯定的な IWM（安定）と正の相関、否定的・不安定な IWM（アンビバレント、回避）とは負の相関を示すなど、理論的に妥当な方向での有意な相関が得られたが、男性では母親との肯定的な愛着の下位尺度との相関がなく、アンビバレント型得点とは全く有意な相関を示さなかった。見捨てられ不安や親密性の回避とも同様に、女性の方が男性よりも IPA の下位尺度と強い相関を示した。

Table 5 IPAと他の愛着尺度、養育態度尺度、心理的健康の各下位尺度との相関分析結果

		愛着型			成人愛着スタイル			養育態度				心理的健康				
		安定型	アンビバレン特型	回避型	見捨てられ不安	親密性の回避	父親 care	母親 care	父親 protection		母親 protection		特性不安	状態不安	自尊感情	抑うつ
度数	男性	399	402	405	418	412	416	430	415	425	396	396	403	270		
	女性	428	429	431	493	496	504	510	503	518	418	418	425	338		
母親	信頼	.092	-.150 **	-.085	-.202 ***	-.109 *	.150 **	.143 **	-.058	-.104 *	-.075	-.111 *	.138 **	-.062		
	疎外	-.231 ***	-.086	.236 ***	.322 ***	.151 **	-.148 **	-.255 ***	.151 **	.183 ***	.130 *	.050	.037	.188 **		
	コミュニケーション	.043	-.040	-.059	-.003	-.121 *	.154 **	.163 **	-.061	-.107 *	.086	.030	.104 *	.007		
	愛着	.200 ***	-.028	-.213 ***	-.212 ***	-.155 **	.188 ***	.237 ***	-.109 *	-.164 ***	-.076	-.058	.069	-.086		
男性	信頼	.127 *	-.087	-.159 *	-.106 *	-.183 ***	.252 ***	.089	-.123 *	-.086	-.102 *	-.031	.111 *	-.056		
	疎外	-.257 ***	-.059	.183 ***	.235 ***	.185 ***	-.296 ***	-.179 ***	.170 ***	.112 *	.138 **	.055	-.036	.154 *		
	コミュニケーション	.177 ***	-.067	-.116 *	.007	-.159 *	.242 ***	.033	-.038	-.025	-.059	.012	.113 *	-.029		
	愛着	.250 ***	-.031	-.199 ***	-.135 **	-.195 ***	.314 ***	.130 **	-.137 **	-.093	-.134 **	-.033	.112 *	-.090		
母親	信頼	.300 ***	-.240 ***	-.268 ***	-.269 ***	-.258 ***	.123 **	.162 ***	-.050	-.086 *	-.293 ***	-.280 ***	.268 ***	-.308 ***		
	疎外	-.251 ***	.119 *	.322 ***	.362 ***	.274 ***	-.103 *	-.160 ***	.071	.119 **	.208 ***	.147 **	-.065	.333 ***		
	コミュニケーション	.279 ***	-.139 **	-.148 **	-.162 ***	-.278 ***	.060	.110 *	.057	.042	-.181 ***	-.170 ***	.214 ***	-.177 *		
	愛着	.315 ***	-.180 ***	-.290 ***	-.284 ***	-.274 ***	.094 *	.155 ***	-.007	-.048	-.252 ***	-.221 ***	.193 ***	-.287 ***		
女性	信頼	.228 ***	-.239 ***	-.214 ***	-.188 ***	-.238 ***	.266 ***	.079	-.055	-.014	-.253 ***	-.262 ***	.247 ***	-.246 ***		
	疎外	-.263 ***	.132 **	.253 ***	.289 ***	.244 ***	-.290 ***	-.140 **	.120 **	.098 *	.198 ***	.171 ***	-.110 *	.306 ***		
	コミュニケーション	.167 ***	-.163 ***	-.072	-.087	-.175 ***	.157 ***	-.007	.057	.067	.194 ***	-.205 ***	.198 ***	-.188 ***		
	愛着	.280 ***	-.206 ***	-.230 ***	-.214 ***	-.248 ***	.268 ***	.087	-.048	-.020	-.261 ***	-.271 ***	.220 ***	-.282 ***		

(\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001: 度数は最大値)

養育態度との相関では、性別を問わず、父親への愛着は父親の養育態度との、母親への愛着は母親の養育態度との関連が強かった。care は IPA の肯定的な下位尺度とは正の、疎外感とは負の相関を示した。protectionについて、男性はいくつかの下位尺度で有意な低い相関が見られたが、女性では疎外感が有意な低い相関を示したのみで、IPA の肯定的な下位尺度とは無相関であった。

心理的健康との関連について、女性ではほとんど全ての下位尺度との間に中程度から低い有意な相関が見られ、IPA の肯定的な下位尺度は心理的健康と、否定的な下位尺度である疎外感は心理的苦痛との相関が見られた。しかし、男性ではそれより低い相関か無相関のものも多く、状態不安とは全くの無相関であり、女性において強い関係性が見られたのと対照的であった。

## 研究 2

### 方 法

#### 調査協力者

東海圏の学部大学生 233 名（男性 56 名、女性 169 名、無記入 8 名：平均年齢 20.54 歳）を対象とし、4 週間から 5 週間の間隔で二度の質問票調

査を実施した。研究 1 と同様に、心理学関連科目の講義中に口頭で同意を得た上で、集団法により無記名で実施した。二回の結果をマッチングするために、整理番号を付した。二回とも回答が得られたのは 123 名（男性 20 名、女性 100 名、無記入 3 名：平均年齢 20.70 歳）であった。調査時期は 2008 年 10 月から 11 月であった。

### 尺 度

研究 1 と同様の IPA 日本語版 25 項目を使用した。本研究で使用しない尺度が 20 項目含まれていた。

### 結 果

一回目と二回目の得点を元に、研究 1 で得られた通りの三つの下位因子を算出した。その結果、母親の信頼感 ( $r=.82$ )、疎外感 ( $r=.77$ )、コミュニケーション ( $r=.89$ )、愛着得点 ( $r=.90$ )、父親の信頼感 ( $r=.83$ )、疎外感 ( $r=.81$ )、コミュニケーション ( $r=.79$ )、愛着得点 ( $r=.89$ ) の全てで十分な値が得られたため、再検査信頼性が確認された。

## 考 察

### IPA 日本語版の作成と信頼性の検討

本研究では、IPA 日本語版を作成し、その信頼性と妥当性を検討することが目的であった。IPA 日本語版の因子構造は、ほぼ先行研究に等しくなった。原版では、信頼感には項目 1、2、4、12、13、20、21、22 と逆転項目として 3、9 の 10 項目が含まれていたが、日本語版では 1、2、4、12、13、20、22 の 7 項目となり、21 は削除、3、9 は疎外感に含められた。疎外感は原版では 8、10、11、17、18、23 の 6 項目であったが、日本語版では 3、6、8、9、10、11、17、18 の 8 項目となり、23 は削除、3、9 は信頼感から、6 はコミュニケーションから編入された。コミュニケーションは原版では、5、7、15、16、19、24、25 と逆転項目として 6、14 の 9 項目であったが、日本語版では 5、15、16、19、24、25 の 6 項目となり、7 は削除、6、14 は疎外感に含まれた。総じて見ると、全ての逆転項目が疎外感に含まれた以外は、ほぼ原版通りの因子構造が抽出されたと言える。逆転項目は、否定的な意味合いの記述からなっており、同じく否定的な文章で構成される疎外感に含まれてしまったことはやむを得ないと思われる。

先述したように、Armsden & Greenberg (2004) は、IPPA のマニュアルの中で、愛着の因子構造が父親と母親で若干異なっていることを注記し、さらなる研究の必要性を説いているが、具体的なデータは公開されていない (Greenberg, 2008, personal communication)。ただし、因子構造が異なると表現されているが、父親に対する愛着と母親に対する愛着では、幾つかの項目が別の因子に含まれていたに過ぎず、3 因子構造が崩れている訳ではないため、この表現は不適当であろう。本研究では、父親と母親で異なる因子に含まれる一項目を除外した結果、両親で因子構造が同一になった。尺度としての汎用性を考慮した場合、両親で

異なる算出方法を用いるのは煩雑になるため、その項目を削ることになったとしても共通の因子構造を持たせ、含まれる項目も揃えることが望ましいと考えられる。

下位尺度の性差を検討した結果、親の性別にかかわらず疎外感は男性の方が、コミュニケーションは女性の方が有意に高かった。愛着得点は、母親について女性の得点の方が有意に高く、全体的には男性よりも女性の方が親との愛着関係が良好であることが示された。こうした結果は先行研究とも一致しており、例えば佐藤 (1993) は、親への愛着の「不信・拒否」は男子のほうが高く、「安心・依存」は女子の方が高いことを報告しているし、Skolnik (1985) は、幼児期の親への愛着とその後の対人関係の持ち方との関連についての縦断研究で、男子の方が否定的な影響を受けやすいことを示唆している。また、高木 (1994) でもほぼ同様の性差が報告されている。本研究の IPA 日本語版でも同様の結果が得られたことは、本尺度の妥当性を補強するものであると言える。

IPA 日本語版の下位尺度の内的整合性を検討するため、下位尺度毎に信頼性係数を算出した結果、どの因子についても高い値が得られた。これにより、本尺度は十分に高い内的整合性を有していると言える。さらに、研究 2 から再検査信頼性も十分な値であることが確認された。さらに、内部相関の分析からも、先行研究 (井上ら, 2006) と同様な相関が見られ、両親間の値は同じ親に対する下位因子同士の相関値よりも低かったという結果が得られていることからも、IPA の信頼性が確認されたと言える。

### IPA 日本語版の妥当性

IPA 日本語版の理論的な妥当性を検討するためには、愛着、養育態度、心理的健康との関連について検討した。その結果、これらの変数と理論的に想定される方向で相関関係を示すことが分かり、IPA の妥当性が確認されたが、性別による違いが

見られ、特に女性において先行研究や予測と同様の結果が見られた。

愛着との関連では、信頼感やコミュニケーションといった肯定的な因子は安定型得点と正の相関を、否定的な愛着関係を示す疎外感は負の相関を示した。しかし、男性においてアンビバレンツ得点とはほとんど無相関であり、有意な相関も女性より係数が低かった。また、見捨てられ不安や親密性の回避との関連も、先行研究 (Moller et al., 2003) と同様かそれよりもやや強い相関を示し、その傾向は女性の方が男性よりも強かった。このことは、男性においては親との愛着関係が、現在の内的ワーキングモデルの有様や一般他者に対する愛着スタイルとは、ある程度独立していることを示している可能性を示唆している。男性は女性と比較して、社会的にも文化的にも親からの精神的自立を期待される程度が未だに強いことも一つの要因として考えられる。ただ、性別を問わず母親の疎外感は他の下位尺度に比較して、見捨てられ不安と比較的強い関係を示した。これは特に心理的健康と関連の深い愛着の主要次元が、青年期においても母親との愛着の質にある程度依存していることの証左となると思われる。

養育態度との関係では、care は IPA の肯定的側面と正の相関が、否定的側面とは負の相関が見られ、protection は疎外感とのみ一貫して負の相関が見られた。care は IPA で測定される愛着の全ての要素と関連するが、protection は肯定的な愛着の側面とは関連しないようである。この結果は親への愛着の否定的側面が、養育態度の否定的要素と関連すると予測した通りであったが、protection との相関係数が小さいことは、本研究ではPBIの原法通りに2因子解を採用したことに起因しているかもしれない。最近の研究では PBI は 3 因子構造が提唱されており (竹内ら, 1989; Kendler, 1996; Murphy et al., 1997; Sato et al., 1999)、protection はさらに 2 つの因子に分けて解釈する方が優れて

いる可能性がある (井上ら, 2006)。今後、さらなる研究が必要であろう。

心理的健康との関係では、先行研究 (福井・河合, 2005; 河合・福井, 2005) で報告された通り性差が見られた。女性では予測された通り、親への愛着の肯定的な側面との間には正の、否定的な側面との間には負の相関がそれぞれ見られた。しかし、疎外感は自尊感情とは無相関であった。対照的に、男性ではいくつか低い相関が見られたものの、全体的に親への愛着が心理的健康に影響を及ぼす程度はかなり小さく、状態不安に至っては、全く相関が見られなかった。女性においては IPA の基準関連妥当性は確認されたと言えるが、男性についてはやや不明瞭な結果となった。

こうした性差について、*t*検定の結果を見ると、男性の方が有意に状態不安、特性不安、抑うつ得点が低く、自尊感情が高いことが示されている。また、回避型得点や、親密性の回避得点も男性の方が有意に高いことから、心理的苦痛について男性の方が小さく見積もっている可能性が高い。従来から、心理的苦痛を表明する程度には性差が見られることが分かっており、IPA の肯定的な要素も男性の方が有意に低いため、両変数の分散が小さくなることにより、相関が見られなかつた可能性もある。さらに、アレキシサイミア傾向や社会的な表示規則の影響、回避・否認などにおける性差といった本研究では測定されていない要因が影響している可能性も考えられる。こうした諸変数を統制した研究によって、愛着の心理的健康への寄与の実態が明らかになるだろう。

本研究により、IPA 日本語版の信頼性と妥当性はほぼ確認できたと言える。今後、本尺度を用いて、青年期における親への愛着が、心理的健康のみならず、対人関係や適応行動、ストレス過程などに与える影響について研究が進展することを期待したい。

## 引用文献

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, R., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 安藤智子・遠藤利彦 (2005). 青年期・成人期のアタッチメント. 数井みゆき・遠藤利彦 (編) アタッチメント 生涯にわたる絆. ミネルヴァ書房. pp.127-173.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-453.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1989). *The Inventory of Parent and Peer Attachment: Preliminary test manual*. (Available from Armsden, G. C., Department of Community Health Care Systems, University of Washington, Seattle.)
- Armsden, G., & Greengberg, M. T. (2004). *Scoring manual for the Inventory of Parent and Peer Experience*. Unpublished manual, College of Health and Human Development, Pennsylvania State University.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1*, N. Y. (ボウルビィ, J. 黒田実郎他 (訳) (1976) 母子関係の理論 I 岩崎学術出版社)
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. 2*, N. Y. (ボウルビィ, J. 黒田実郎他 (訳) (1977) 母子関係の理論 II 岩崎学術出版社)
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Vol. 3*, N. Y. (ボウルビィ, J. 黒田実郎他 (訳) (1981) 母子関係の理論 III 岩崎学術出版社)
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In. J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationships*. New York: The Guilford Press. pp.46-76.
- Cotterell, J. L. (1992). The relation of attachments and supports to adolescent well-being and social adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 7, 28-42.
- Engels, R. C. M. E., Finkenauer, C., Meeus, W., & Dekovic, M. (2001). Parental attachment and adolescents' emotional adjustment: The associations with social skills and relational competence. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 428-439.
- 藤井まな (1994). Parental Bondに関する基礎的研究－育児ストレスとの関連性－. 関西学院大学教育学科研究年報, 20, 89-103.
- 福井義一・河合三奈子 (2005). 認知された養育態度が対人困難と心理的健康に与える影響. 日本心理学会第69回大会発表論文集, 158.
- Haigler, V. F., Day, H. D., & Marshall, D. D. (1995). Parental attachment and gender-role identity. *Sex Roles*, 33, 203-220.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511 – 524.
- 井上俊哉・大井京子・西村純一・井森澄江・斎藤こずゑ (2006). 親子関係の生涯発達心理学的研究 II －PBIとIPAの尺度の再検討－. 東京家政大学研究紀要, 46, 245-251.
- 河合三奈子・福井義一 (2005). 青年期における内的作業モデルと心理的健康との関連. 日本教育心理学會第47回総会発表論文集, 293.
- Kendler, K. S. (1996). Parenting: A genetic-epidemiologic perspective. *American Journal of Psychiatry*, 153, 11-20.
- 北村俊則 (1995). 精神症状測定の理論と実際：評価尺度質問票面接基準の方法論的考察（第2版）. 海鳴社.
- 久保 恵 (2003). 情緒的対人情報処理と内的ワーキングモデル. 風間書房.
- Lapsley, D. K., Rice, K. G., & FitzGerald, D. P. (1990). Adolescent attachment, identity, and adjustment to college: Implications for the continuity of adaptation hypothesis. *Journal of Counseling & Development*, 68, 561-565.

- Lyddon, W. J., Bradford, E., & Nelson, J. P. (1993). Assessing adolescent and adult attachment: A review of current self-report measures. *Journal of Counseling & Development*, 71, 390-395.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse and Neglect*, 8, 203-217.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1 & 2, Serial No. 209), 66-104.
- Moller, N. P., Fouladi, R. T., McCarthy, C. J., & Hatch, K. D. (2003). Relationship of attachment and social support to college students' adjustment following a relationship breakup. *Journal of Counseling and Development*, 81, 354-369.
- Murphy, E., Brewin, C. R., & Silka, L. (1997). The assessment of parenting using the parental bonding instrument: Two or three factors? *Psychological Medicine*, 27, 333-342.
- 中尾達馬・加藤和夫 (2004a). 成人愛着スタイル (ECR) の日本語版作成の試み. 心理学研究, 75, 154-159.
- 中尾達馬・加藤和夫 (2004b). “一般他者”を想定した愛着スタイル尺度の信頼性と妥当性の検討. 九州大学心理学研究, 5, 19-27.
- 西本幹子 (2001). 青年期における父親・母親に対する愛着関係と対人コンピテンスに関する研究. 追手門学院大学心理学論集, 9, 1-9.
- Noom, M. J., Dekovic, M., & Meeus, W. H. J. (1999). Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: a double-edged sword?. *Journal of Adolescence*, 22, 771-783.
- 大井京子・西村純一・井森澄江・井上俊哉・斎藤こずゑ (2006). 親子関係の生涯発達心理学的研究Ⅲ：愛着および親の養育態度の検討. 東京家政大学研究紀要, 46, 253-261.
- Papini, D. R., & Roggman, L. A. (1992). Adolescent perceived attachment to parents in relation to competence, depression, and anxiety: A Longitudinal Study. *Journal of Early Adolescence*, 12, 420-440.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychiatry*, 52, 1-10.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-report depression scale for research in the General Population, *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- 佐藤朗子 (1993). 青年の対人的構えと親および親以外の対象への愛着の関連. 名古屋大学教育学部紀要, 40, 215-226.
- Sato, T., Narita, T., Hirano, S., Kusunoki, K., Sakado, K., & Uehara, T. (1999). Confirmatory factor analysis of the Parental Bonding Instrument in a Japanese population. *Psychological Medicine*, 29, 127-133.
- Skolnick, A. (1985). Early attachment and personal relationships across the life course. *Life-span Development and Behavior*, 7, 173-206.
- 島悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌弘 (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学, 27, 717-723.
- 清水秀美・今栄国晴 (1981). State-Trait Anxiety Inventoryの日本語版(大学生用)の作成. 教育心理学研究, 29, 62-67.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (Eds) (1988). *Attachment theory and close relationships*. New York: The Guilford Press.
- Spielberger C. D., Gorsuch R. L., & Lushene R. E., (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- 高木信子 (1994). 青年期の愛着の諸相に関する基礎的研究. 教育学科研究年報(関西学院大学), 20, 43-55.
- 竹内美香・鈴木忠治・北村俊則 (1989). 両親の養育態度に関する因子分析的研究. 周産期医学, 19, 108-112.
- 詫摩武俊・戸田弘二 (1988). 愛着理論からみた青年

の対人態度—成人版愛着スタイル尺度作成の試み—.

東京都立大学人文学報, 196, 1-16.

山本真理子・松井 豊・山成由紀子 (1982). 認知さ

れた自己の諸側面. 教育心理学研究, 30, 64-68.

Wilkinson, P. B., & Walford, W. A. (2001). Attachment and personality in the psychological health of adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 473-484.

### 謝 辞

本研究の実施に当たり、データ収集にご協力下さった大阪国際大学人間科学部心理コミュニケーション学科の卒業生の皆様（三宅由晃さん、高橋まどかさん、深井福子さん、樋山紗世さん、平野由佳さん、岡崎剛さん、湯浅俊治さん、岡田信吾さん）と、現甲南大学大学院人文科学研究科人間科学専攻博士後期課程の山下由紀子さんに心からお礼申し上げます。

原 著

## 血液透析患者の病気認知が病気適応に及ぼす影響

片山 富美代\*・小玉 正博\*\*・長田 久雄\*\*\*

### Influence of illness cognition of hemodialysis patients on illness adjustment

Fumiyo Katayama\*, Masahiro Kodama\*\*, Hisao Osada\*\*\*

#### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to clarify the effect of the illness cognition of hemodialysis patients on their illness adjustment.

**Method:** The 212 patients participating in this research completed the Japanese version of the Illness Perception Questionnaire, EQ-5D (an index of QOL), and the Illness Adjustment Scale (IAS). Structural equation modeling was applied to depict the relationship among the variables. The model assumed that the influence of illness cognition on the illness adjustment was mediated by the emotional representation.

**Result:** Analysis showed that the dimension of "consequences" influences "negative emotional representation" positively and the dimension of "illness coherence" has negative influence on it. The dimensions of "acute timeline", "personal control" and "treatment control" had a positive influence on positive emotional representation. In addition, negative emotional representation showed a positive influence on the EQ score, the VAS score and the IAS, and positive emotional representation showed positive impact on the perceived illness adjustment and the adjusted action. An immediate relation was not found between the effect of the sickness role and the dweller role on the illness adjustment (QOL).

**Conclusion:** Both were mediated by the emotional representation and were indirectly related.

**Key words:** illness cognition, illness perception, illness adjustment, hemodialysis patients, QOL.

#### 背景および問題

慢性腎臓病（chronic kidney disease; CKD）は、生活習慣に関連した高血圧や高脂血症、糖尿病などの疾患によって引き起こされる臓器合併症のひとつである。CKDの状態になった場合、原因疾患や生活習慣の改善をしなければ、末期腎不全と

なり人工透析が必要な病態となる。2008年12月現在、人工透析患者は約28万人超であり、毎年の透析導入患者数は3万5千人を越えている（日本透析医学会, 2009）。このような患者数増加は、生活習慣病の増加と透析技術の進歩が関係している。つまり、現代社会では、医療の高度化や患者の高齢化によって、慢性疾患をもちらん生活す

\* 桐蔭横浜大学工学部 (Faculty of Engineering, Toin University of Yokohama)

\*\* 筑波大学人間総合科学研究所 (Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba)

\*\*\* 桜美林大学大学院老年学研究科 (Graduate School of Gerontology, J.F.Oberlin University)

ることが当たり前になってきており、末期腎不全状態でも透析治療によって多くの患者が家庭で日常生活を送れるようになっている。

日本では透析治療の約 96 % が血液透析である。この治療は、通常 1 日おきに 3 ~ 4 時間の時間をかけて行われるため時間的拘束や身体的拘束がある。加えて除水に伴う疲労感や血管穿刺による苦痛を伴う。また、透析治療は病気治療というよりも生命維持のための補償行為に留まっている状態であり、患者は常に「死」を意識し、全面的に機械に依存しながら生き続けなければならない。自分では病気をコントロールすることが非常に難しく、病気の回復を期待することができないといった、八方塞がりの状況にある。それに加え、食事管理と水分制限それに付随した体重の管理といった、日常生活の自己管理能力が問われ、この管理をいかに適切に継続するかが闘病上のひとつの課題にもなっている。これらの作業は基本的欲求のひとつである食事や飲水を制限されることを意味している。食事行動は単なる生命維持機能に留まらず、人との出会いや関係作りにおいても大きな役割を担っている。そのために、食事・飲水が大幅に制約される透析患者の中には、社交場面はできるだけ控えるという者も多い。このような社会的行動の抑制は透析患者の QOL を低下させる可能がある。実際、透析患者の QOL 研究では、男女共に家に引きこもるようになるという結果が報告されている（木村・石川・吾郷晋・江村・鈴木, 1993）。

ところで、患者はこのような自分の状況をどのように捉えているのであろうか。医療者は医学的視点から疾病（disease）として捉えるのに対し、患者は「私が体験した、私の病気（illness）」として固有のイメージを形成する。これがその患者の自分の病気に対する病気認知（illness cognition, illness perception）であり病気表象（illness representation）である。患者は、この病気のイメージ

によって病気やそれに伴って生じる問題を判断し、それらに対して対処行動をとることになる。その結果、同じ疾患で同じ治療を受けていても、病気に対する感情的反応や生活のあり方などに差異が生じ、病気の適応状態や QOL に影響が現れると考えられる（片山, 2009）。

医療場面において、特に慢性疾患患者がセルフケア行動を維持・形成することは重要なことであるが、非常に困難を極めることもある。医療者は患者の立場に立ってケアを提供するが、このセルフケアの維持・形成のための援助は単に患者の生活の個別性を理解するだけでなく、患者の病気認知を理解し、患者が自分の判断でセルフケアが維持できるような認知を支える必要があると思われる。しかしながら、具体的援助方法を提示するための基礎研究としての病気認知の研究が乏しく、病気適応や QOL との関係を量的に調査したものはない。

そこで、本研究は、血液透析患者が有する病気認知と病気適応および QOL の関係を明らかにする。また、透析患者の病気認知においては本研究で理論的枠組みとしている Leventhal の自己調節モデル（Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980; Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, 2001）が適合するかについても検討する。

## 方 法

調査は、2007 年 4 月～2008 年 5 月に都内、神奈川県内、茨城県内の病院の透析センターまたは透析クリニック 5 カ所で外来血液透析を行っている患者に協力を求め、無記名の自記式質問紙法で行われた。調査用紙は、透析センターのスタッフから調査の簡単な説明の後、協力者に配布された。調査用紙の回収は、自宅で記入してもらい、記入後封筒に入れ封をしたものを、3 施設では各センター入り口の回収箱にて回収、2 施設では封書に

て調査代表者あてに返送してもらった。

倫理的配慮として、調査票の表に、調査の協力は自由であること、調査の協力の有無が病院での治療やケアに影響がないこと、調査は途中で中断できること、および、調査用紙への記入によって調査の同意をしたことになるなどの説明を記入した上、別紙にて、研究目的や調査に関する連絡先などを書いた「調査への協力のお願い」の文章を添付した。

調査用紙は450部を配布し、そのうちの352部が回収された（回収率78.2%）。このうち病気認知と病気適応の質問項目に対して未回答項目のある140件を除いた212件（47.1%）を分析対象とした。分析には、SPSS17.0 for windows、Amos7.0を用いた。

## 調査尺度と項目

### 1. 日本語版病気認知質問紙

この質問紙は、Leventhalの自己調節モデルの病気認知の考え方を元に作られたThe Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2002)を原著者の承認を得て、日本語版として筆者らが作成したものである（片山・小玉・長田, 2009）。なお、IPQ-R原尺度は9つの下位次元、①病気の同定、②急性／慢性時間軸、③周期性時間軸、④病気の結果、⑤病気自己統制、⑥治療統制、⑦病気一貫性、⑧感情表象、⑨病気の原因で構成されているが、日本語版では、急性／慢性時間軸は、急性時間軸と慢性時間軸に分かれた。さらに、感情表象は病気に対する陰性感情表象のみを測定しているため、これらの質問の表現に対応させた形で病気陽性感情表象4項目、治療陰性感情表象6項目、治療陽性感情表象4項目、計14項目を作成し追加した。これらを踏まえて既存の感情表象を病気陰性感情表象とした。

質問紙の構造は、「病気の同定」と「病気の原因」に関する質問、それ以外の次元に関する質問の3セクションによって形成されている。

最初に示された病気の同定は、14の共通に体験される症状から構成される。「はい」、「いいえ」の2件法による回答形式を用いて、それぞれの症状を体験したかどうかを尋ね、次にその症状が彼らの病気と特に関連していると信じているかどうかが尋ねられる。この病気関連症状に対して「はい」と答えた項目数が病気同定の下位尺度の得点となる。

次のセクションは、急性時間軸、慢性時間軸、周期性時間軸、病気の結果、病気一貫性、病気自己統制、治療統制、治療陰性感情表象、病気陽性感情表象、治療陰性感情表象、治療陽性感情表象の11次元、52項目である。各質問項目は、「まったくそう思わない」から「非常にそう思う」の5段階で評価される。この各次元における高得点は、急性時間軸では病気がすぐに回復する、慢性時間軸では病気が慢性的経過をたどる、周期性時間軸では病状が安定していない、病気の結果では病気が彼らの生活に重大な影響をもたらしているとそれぞれ考えていることを示している。さらに病気自己統制では、自分の病気をコントロール可能であり、治療的統制次元では自分の病気の統制に血液透析が有効であり、病気一貫性の次元では患者が病気を理解していると考えていることをそれぞれ示している。感情表象の次元は病気または治療に対するポジティブまたはネガティブな情緒的反応を示している。

最後のセクションは、病気の原因の次元である。質問項目数は18であり、上記と同じ5段階の評価を用いて、それぞれ一般的に病気の原因となると考えられる項目が自分の病気の原因になっていると思う程度を尋ねる。なお、病気の原因の次元は、先行研究 (Moss-Morris et al., 2002; 片山ら, 2009) の結果から他の病気の次元と同列にして分

析することが困難であるため、今回は分析の対象外とする。

## 2. 病気適応尺度

病気適応に関しては、これまで基準となる統一された概念的枠組みがない（片山, 2009）。そのため、本研究では、病気適応の概念枠組みを、「病気適応とは、病気、病気である自分、治療やそれに伴う自己管理の必要性を受け入れること」と設定し、患者としての適応の評価を病気適応として測定することとした。

病気適応に関する評価は、患者病気である個人が現在の病気と治療に対する個人の見方と具体的なその行動から捉えることとした。この 2 つは、内的病気適応（病気適応感）と外的病気適応（病気適応行動）の 2 側面からの評価である。病気適応感は、「私は自分の腎不全と上手に付き合っている」、「私の透析治療はうまくいっている」の 2 項目を、病気適応行動として、透析患者に特化したものではあるが、「私は透析と透析の間の飲水量を一定に保つことができている」、「私は控えなければならない栄養素など（例えば、リン、塩分、カリウム）を控えることができている」の 2 項目とした。評価は、「まったくそう思わない」から「非常にそう思う」の 5 段階で行う。

## 3. EQ-5D (EuroQoL)

EuroQoL は、ヨーロッパ 5 カ国（英国、フィンランド、オランダ、ノルウェー、スエーデン）の研究者により作成され、1990 年に公表された（池上・下妻・福原・池田, 2001）。この尺度は、国際的に利用可能な健康関連 QOL (Health-Related Quality of Life: HRQOL) の尺度として、臨床研究、医療政策、薬剤臨床試験において幅広く用いられている。日本語版 EQ-5D は 1997 年に EuroQoL Group の認定を受け、1998 年に発表された（日本語版 EuroQoL 開発委員会, 1998）。

EQ-5D は、自己記入回答式の 5 項目からなる選択式解答法と VAS (Visual Analogue Scale) による患者の健康状態の自己評価により構成される。選択式回答法の測定項目は、①移動の程度（歩きまわれるかどうか）、②身の回りの管理（洗面や着替え）、③普段の活動（仕事、勉強、家事、余暇など）、④痛み／不快感、⑤不安／ふさぎ込みの 5 項目であり、回答はそれぞれ、「問題がない（レベル 1）」から「問題がある（レベル 3）」までの 3 段階の回答のうち、最もよくあてはまるものを選択する。この回答の組み合わせによる 243 通りの健康状態と「死」と「意識不明」の 2 つを加えた全部で 245 通りの健康状態のそれぞれについて、効用値換算表により最上の健康状態を 1.0、死を 0、最低の健康状態を -0.111 とした間隔尺度上に、効用値が表される。つまり対象の QOL 値が一次元の数値で示される（以下、EQ 得点）。VAS は、垂直に引かれた 20cm の線分上で行われる。線分は 100 等分され、下から 10 ポイントごとに 0 から 100 までの数字が打たれ、一番上には「想像できる最もよい健康状態」、下端には「想像できる最も悪い健康状態」と記されている（以下、VAS 得点）。

## 4. 個人属性、病気特性

個人属性として、年齢、性別、同居家族の状況、仕事の有無と程度、家事の有無と程度、主観的経済状況を、病気特性としては、透析（腎不全）の原因疾患名、透析歴（カ月）、透析実施の時間帯についてたずねた。

## 結 果

分析対象となった協力者 212 人は、男性 140 人、女性 68 人、未記入 4 人であり、平均年齢は  $62.5 \pm 9.8$  歳（未記入 8 人）であった。平均透析期間は、 $105.5 \pm 88.7$  カ月（範囲 1 ~ 382 カ月）であっ

た。協力者の主な個人属性と病気特性は表1、表2に示した。調査協力病院の1施設は夜間透析を行っているために仕事を持しながら透析されている人数が平均的な透析患者の属性に対して若干多いのが本調査協力者の特徴的な部分である。

### 1. 血液透析患者の病気認知構造

病気同定と病気の原因以外の病気認知構造を確認した。尺度作成(片山ら, 2009)では、原尺度(IPQ-R)との比較のため、追加した感情表象3

次元は別に分析し、さらに全項目を残すようにして因子構造を確認した。今回は、血液透析の病気認知構造と病気適応の関係を明らかにすることを目的としているため、追加感情表象項目を加えた全52項目を用い、探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った。その結果、陰性感情表象は病気と治療の項目が同じ因子に含まれ、陽性感情表象は治療に関する項目のみが残り、感情表象は2因子となった。陰性感情表象に関しては、「私は腎不全が怖い」と「私は透析治療が怖い」

表1 協力者の個人属性 n=212

	人数	%
<b>同居家族</b>		
一人暮らし	22	10.4
配偶者との二人暮らし	74	34.9
配偶者と他の親族	78	36.8
配偶者以外の親族	30	14.2
配偶者以外	2	0.9
未記入	6	2.8
<b>仕事の有無</b>		
現在仕事あり	78	36.8
現在仕事なし	123	58.0
未記入	11	5.2
<b>家事の有無</b>		
家事をしている	112	52.8
家事をしていない	91	42.9
未記入	9	4.2
<b>主観的経済状態</b>		
余裕がある	10	4.9
十分である	103	48.6
苦しい	90	42.3
未記入	9	4.2

表2 協力者の病気特性 n=212

	人数	%
<b>原因疾患</b>		
慢性糸球体腎炎	46	21.7
慢性腎盂炎	22	10.4
慢性腎炎などの腎疾患	17	8.0
糖尿病性腎症	56	26.4
不明	17	8.0
知らない	19	9.0
その他	24	11.3
未記入	11	5.2
<b>透析時間帯</b>		
日中	153	72.2
夜間	52	24.5
未記入	7	3.3

といったように同じ表現のものが病気と治療でそれぞれ残されたため、因子帰属項目数を他の因子と揃えるため、病気の表現の項目を採用した。それにより、全 29 項目による 9 因子構造が示された。抽出された因子は、急性時間軸（3 項目）、慢性時間軸（3 項目）、周期性時間軸（3 項目）、病気の結果（5 項目）、病気自己統制（3 項目）、治療統制（2 項目）、病気一貫性（3 項目）、陰性感情表象（4 項目）、陽性感情表象（3 項目）である。各次元の内的信頼性は、病気一貫性次元 ( $\alpha=.57$ ) を除き、 $\alpha=.69$  以上となり以後の分析に耐え得る内的信頼性を確認した（表 3）。

## 2. 血液透析患者の病気認知と病気適応 および QOL の関係

結果 1 で確認された病気認知の 9 次元に病気同定を加えた病気認知 10 次元、病気適応（病気適応感、病気適応行動）2 次元、QOL（EQ 得点、VAS 得点）の関係をみるために共分散構造分析をおこなった。

### 1) 共分散構造分析モデルの検討

モデル全体の構造は、本研究の目的から「病気認知が病気適応と QOL に影響を及ぼしている」であるが、それに加え、病気認知の各次元間の関係、および病気適応と QOL の関係について検討した。

まず、病気認知の各次元の関係である。IPQ-R 原尺度では、病気認知の構造については言及していないが、尺度構成から見ると全次元は同水準であることを示している。しかしながら、これらの病気認知の次元は、病気に対して慢性か急性か、病状の変化はあるか、病気によって周囲との関係や経済にどのような影響があると思っているのかという病気そのものに対する認知と、それに伴い形成される病気に対する恐れや、治療に対する希望といったような感情として分けることができる

（片山・小玉・長田, 2008）。また、Leventhal の自己調節モデルは本来、平行モデル（Parallel Model）によって（Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984, p.221）、病気認知を示す病気表象（illness representation）と感情表象（emotional representation）は独立したものとして示されている。そこで、病気認知の次元を、病気同定、急性時間軸、慢性時間軸、周期性時間軸、病気の結果、病気一貫性、病気自己統制、治療統制を下層とし、それに影響を受ける形で陰性感情表象、陽性感情表象を上層とした 2 層構造にした。

次に、病気適応と QOL の関係であるが、対象者の適応を評価する場合には患者と生活者の 2 つの側面から捉える必要がある（片山, 2009）。そのため、患者の立場からの適応を測定する病気適応と生活者の立場からの適応を測定する QOL を並列においた。また、EQ 得点と VAS 得点、病気適応項目の適応感と適応行動のそれぞれの関係においては、双方向的な関係が考えられるが、本研究では外的に規定されるもの（EQ 得点と病気適応行動）が、自己の主観的健康感（VAS 得点と病気適応感）に影響を及ぼすと考えた。

以上のように検討した結果、下層の病気認知次元が上層の病気認知次元である感情表象に影響を及ぼし、さらに QOL と病気適応にそれぞれ影響を及ぼすというモデルを作成した。

### 2) 病気認知と病気適応および QOL の関係 (図 1)

共分散構造分析の結果、モデルの適合度は  $\chi^2$  値 = 125.887,  $p$  値 = .000, CFI = .906, RAMSEA = .071 であった。なお、QOL の項目に欠損値 1 ~ 2 個があるものも分析に加えたため、GFI および AGFI は算出できなかった。

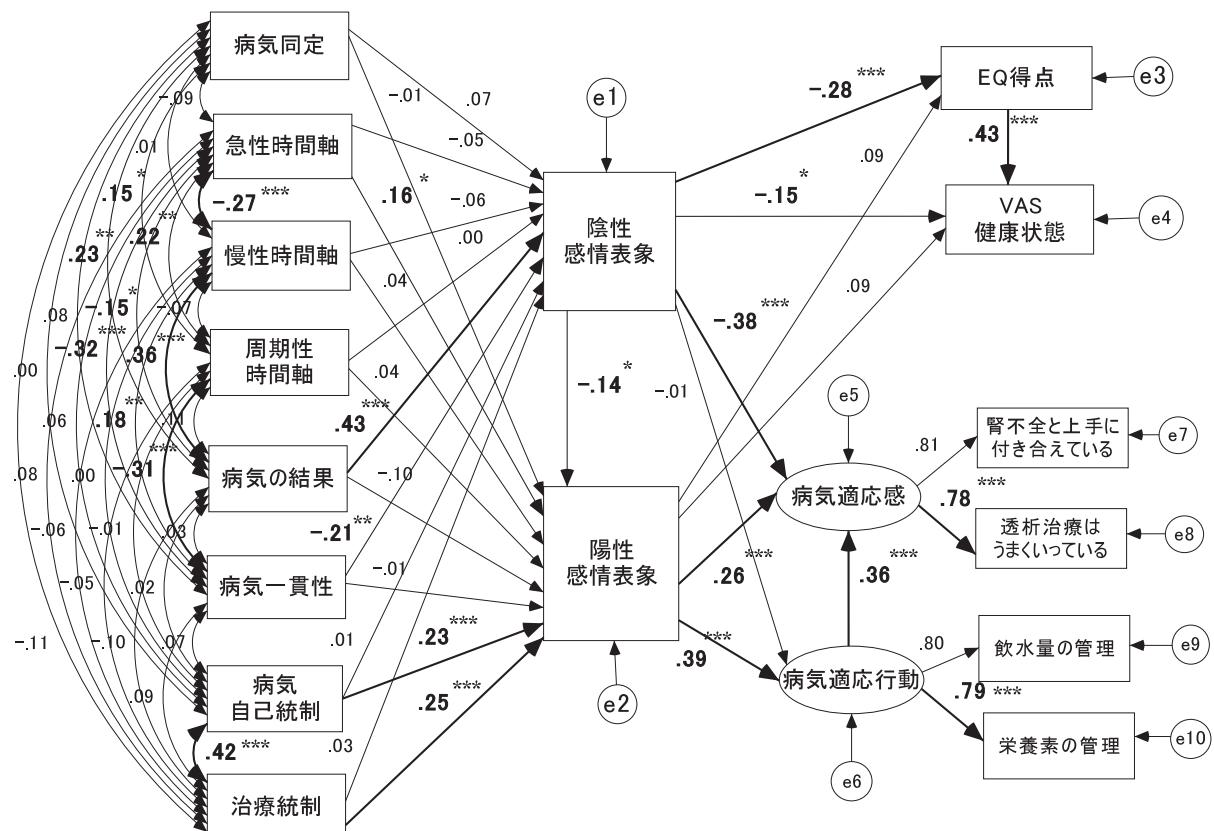
まず、下層に位置する病気認知次元の関係を見る。急性時間軸は、周期性時間軸と正の相関が、慢性時間軸とは負の相関があった。病気一貫性は、



た。症状の多いほど病気によるマイナスの影響と病状の変化があると考え、治療効果の可能性のあると思う人は、自己のコントロール可能性もあると考えている。

次に、病気認知の下層次元、上層次元の関係であるが、陰性感情表象に対して病気の結果は正の影響、病気一貫性は負の影響を及ぼしている。つまり、病気によってマイナスの影響があると考えたり、病気を理解していないと考えている人はネガティブな感情を持つ傾向にある。一方で、陽性感情表象に対しては、急性時間軸、病気自己統制、治療統制の次元が正の影響を及ぼしている。病気が回復すると考え、自分の行動や治療が病状に影響を及ぼすことができると考える人はポジティブな感情を持っているということを示している。

最後に、病気認知の上層次元、つまり感情表象と QOL および病気適応の関係をみる。陰性感情表象は EQ 得点、VAS 得点および病気適応感と負の関係にあり、これは陰性感情が少ないほど自分の生活の質や健康感が高く、病気にも適応していると感じていることを示している。また、陽性感情表象は病気適応感と病気適応行動に正の影響を示し、治療のポジティブな感情が病気適応にプラスの効果を与えていることがわかる。なお、QOL と病気適応の関係であるが、QOL と病気適応の間には直接的な関連はなく、両者は感情表象が介在した間接的な関係であった。



\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

$\chi^2$  値 = 125.887     $p$  値 = .000

CFI = .906    RMSEA = .071

図 1 痘氣認知と病気適応、QOL の関係

## 考 察

### 1. 血液透析患者の病気認知構造

本研究の分析対象者の病気認知は、感情表象を除き先行研究（片山ら, 2009）と同じ構造を確認することができた。今回の結果では、感情表象4次元のうち、病気と治療の陰性感情表象の項目はひとつの陰性感情表象次元に含まれ、陽性感情表象次元は治療に関する項目のみが残った。先行研究（片山ら, 2009）では、対応する陰性感情表象項目の半数に得点差があることを確認したが、本研究の分析では同次元の中に収束された。これは、得点差はあるにせよ陰性感情に関しては、両者の反応の方向性は同じであるということであろう。反対に、陽性感情表象では、病気と治療に対する反応は異なっていることが明らかになった。病気に対するプラスの感情を尋ねる質問は、「自分の腎不全に喜びを感じる」や「腎不全を患っていることで安心感がある」といった問い合わせであったため、患者にとっては質問の意図が不明確で、不適切と感じることが回答のバラツキをまねき、項目が削除される結果となったと思われる。一方で、治療は一般的に患者にとっては苦痛を伴っていても病状を改善するための手段であるためプラスの感情をもつ要素がある。つまり、病気に対して質問の意図が明確である。それに加え、透析の場合「透析によって生かされている」という現実があり、多くの患者が助けられているという感覚をもつていてプラスの反応を示すことが考えられる。

今回の結果では、感情表象が陰性と陽性の2つの次元となったが、透析導入時からの時間経過を考えると病気と治療の側面に分けて考えることが必要であろう。これまでの筆者らの知見（片山ら, 2008）から、透析導入期は病気や透析に対する恐怖や苦痛があるが、それが過ぎると病状は安定し透析に対する不安は軽減する。しかしながら、長期になれば、病気に対しては生活環境などの変化

も含め不安や恐怖が再燃する。また、ポジティブ心理学でも指摘されているように、病気に対する有意義感により病気に対してポジティブな感情を持つ可能性もある。患者の感情表象を病気の経過による変化として捉えるためには、やはり感情を陰性／陽性の側面だけでなく病気／治療の側面からも捉える必要がある。そのためには、質問の表現や方法に対する吟味が必要である。

感情表象以外の各次元の項目は、結果的に逆転項目のうち病気一貫性の2項目以外の7項目と表現が曖昧な3項目が削除された。今後、臨床的に使用者に負荷の少ない使用可能な簡易版とするためには、項目数とIPQ-R原尺度にとらわれない日本語的な表現を吟味しながら質問項目を検討する余地が残された。

### 2. 血液透析患者の病気認知と病気適応

#### およびQOLの関係

共分散構造分析の結果、モデルの適合度はあまりよい適合度を示してはいない。しかしながら、これまで明確にされていなかった病気認知、病気適応とQOLの全体の関係の概要を捉えることができた。

IPQ-R尺度を用いた先行研究でこれまで明らかにされたことは、病気認知の次元とQOL (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004; Scharloo, Baatenburg de Jong, Langeveld, Velzen-Verkaik, Doorn-op den Akker, & Kaptein, 2005)、またはウエルビーイング (Figueiras & Weinman, 2003)、対処方略 (Fortune, Smith, & Garvey, 2005) と、どれも2者の関係を確認することにとどまっている。病気認知の階層的構造や病気適応とQOLの関係には言及していない。

本研究で示されたモデルによって、病気認知は感情表象とそれ以外の病気認知が2層構造を示しており、この患者の解釈による感情評価によってQOLや病気適応に影響を及ぼしている可能性が

示された。また、QOL や病気適応は、対象者を患者と生活者の 2 側面からみているが、この結果は同一のものを評価する指標でないことも明らかとなった。これまで、医療や援助の成果を評価する際に QOL を指標とする研究が多い。これは、患者の患者役割としての病気適応は、生活者としての生活の質に内包されているという考えがあることを裏付けしている。しかしながら、結果では病気適応と QOL は直接の関係性を示していない。透析患者は、生活者と患者の 2 つの生活枠の中でその時々によってその立場での生活を送り、それぞれの立場の枠の中での評価をしているのではないだろうか。

QOL に対しては陰性感情表象が、病気適応には陰性感情表象と陽性感情表象が影響を及ぼしていた。先行研究でも、抑うつや不安などの情緒的反応が低いことが良好な QOL と関係し (Covic et al., 2004)、再発を心配し、自責的で強い情緒反応を示している患者では QOL が低い (Scharloo et al., 2005) ことが示されている。つまり、病気を脅威と思うことが出発点であることが本研究でも示され、治療に対する感情ではなく病気への脅威を減らすことによって良好な QOL を維持することができ、病気に対する理解や病気に対する影響が少ないと認識することで前向きな生活が送れるようになる。一方で、患者が病気に適応するためには自分の治療に対する陽性の感情をもつことが重要であり、援助者にとってはこのことが治療の継続や適切な自己管理の維持へのサポートに対する視点となることも示された。

本研究の結果は、透析患者を対象としているため、すべての疾患に対してこのモデルが適応できるかどうかはわからない。しかしながら、病気認知の各次元が患者の病気適応や QOL に影響を及ぼしていることが明らかになった。また、患者の病気適応には治療に対するポジティブな感情が重要であり、医療者は単に将来的な予測も含めた病

気の脅威を語ることで患者の治療への姿勢やセルフケアの自律的姿勢を形成しようとするだけではなく、患者の持つポジティブな感情への働きかけが必要であることが明らかにされた。

## 文 献

- Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O., & Goldsmith, D. J. A (2004). Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19, 2078-2083.
- Figueiras & Weinman (2003). Do congruent patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery ?, *Psychology & Health*, 18, 201-216.
- Fortune, Donal G., Smith, Jo V., & Garvey, Kay (2005). Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: An exploration using self-regulation theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 319-331.
- 池上直己・下妻晃二郎・福原俊一・池田俊也（編集）（2001）. 臨床のため QOL 評価ハンドブック 医学書院, pp.14-20.
- 片山富美代・小玉正博・長田久雄 (2008). 語り分析による血液透析患者の病気認知の検討－自己調節モデルの視点から－ ヒューマン・ケア研究, 9, 4 - 17.
- 片山富美代 (2009). 病気適応と病気適認知に関する研究動向とその課題 ヒューマン・ケア研究, 10, 40-52.
- 片山富美代・小玉正博・長田久雄 (2009). 日本語版 病気認知質問紙の作成と信頼性・妥当性の検討－血液透析患者による検証－ 健康心理学研究, 22, (印刷中)
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.): *Contributions to medical psychology*, Vol. 2 , New York: Pergamon Press, pp.17-30.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representation and coping with health threats. In Baum,

- A., Taylor, S. E., & Singer, J. E. (Eds.), *Handbook of psychology and health (Vol. 4)*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp.219-252.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (Eds.), *Handbook of Health Psychology*, Lawrence Erlbaum, pp.19-47.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.

日本語版 EuroQol 開発委員会 (1998). 日本語版 EuroQol の開発 医療と社会, 8, 109-123.

日本透析医学会 (2009). 図説 わが国の慢性透析療法の現状 2008年12月31日現在. Retrieved September 7, 2009, from [http://www.jsdt.or.jp/overview\\_confirm.html](http://www.jsdt.or.jp/overview_confirm.html).

Scharloo M., Baatenburg de Jong R. J., Langeveld APM, Velzen-Verkaik E van, Doorn-op den Akker M. M., & Kaptein A. A. (2005). Quality of life and illness perceptions in recently diagnosed head and neck cancer patients. *Head and Neck*, 27, 857-863.

## 展望

# 糖尿病者のソーシャル・サポート概念の検討

—尺度のレビューを通して—

東海林 渉\*・安保 英勇\*\*

## Evaluation of the concept of social support for diabetes : A review of the scales

Wataru Shoji\*, Hideo Ambo\*\*

### Abstract

〈Objectives〉 To evaluate the concept of Social Support (SS) for diabetics. 〈Method〉 Scales used in previous studies on diabetics were retrieved from electronic databases and the concept features were reviewed. 〈Results〉 Review suggested that the concept of SS for diabetics has the following features: (1) SS is divided broadly into General support and Specific support, (2) Contents are key to Specific support, (3) Family, friends and medical staff are mostly observed as support resources in Specific support whereas peers, by contrast, are rarely included, (4) A perspective of reciprocity in Specific support is rarely considered. In addition, the need for further research on support supplied by peers is revealed. 〈Conclusion〉 Some studies suggested that General support and Specific support lead to different results respectively. Thus, in future research, we need to distinguish accurately between both types of SS and review the results of previous studies of this area.

Key words: social support, diabetes, specific support, reciprocity.

## 問題

ここ数年、糖尿病者<sup>註1</sup>数は増加傾向にある（厚生労働省, 2008）。糖尿病者の中には予後の悪い者も多く（久保, 2003）、合併症による疾患の重篤化が深刻な問題となっている（石井, 1999; 日本糖尿病学会, 2001）。そのような中で、近年、糖尿病者をとりまく心理社会的要因として「ソ-

シャル・サポート (Social Support; 以下、SS)」に注目が集まっている。

SSは、糖尿病者の疾患管理や精神的健康を支えるものとして注目を集めている。SSの高い者はセルフケアを行いやすく（Schafer, McCaul, & Glasgow, 1986; Wang & Fenske, 1996など）、血糖コントロールが良好で（Eriksson & Rosenqvist, 1993; 三浦・中越・岡村・坂井・彼末, 1994など）、

\* 東北大学大学院教育学研究科 臨床心理学研究コース 博士課程後期 (Graduate Student, Graduate School of Education, Tohoku University)  
\*\* 東北大学大学院教育学研究科 人間発達臨床科学講座 准教授 (Associate professor, Graduate School of Education, Tohoku University)  
受稿2010.2.15 受理2010.3.29

註1) 本論文では糖尿病を患っている者の呼び名について、病を抱えた「人」にスポットを当てるという臨床心理学的視点を重視し（中野, 2005），病そのものに焦点を当てた「糖尿病患者」という呼び名ではなく、病を抱えた人に焦点を当てた「糖尿病者」という呼び名を用いる。

抑うつ症状が少なく（Connell, Davis, Gallant, & Sharpe, 1994; Bailey, 1996など）、QOLも良い（Aalto, Uutela, & Aro, 1997; Rose, Burkert, Scholler, Schirop, Danzer, & Klapp, 1998など）ことが報告されている。

こうしたSSの有用性を支持する報告が着実に積み重ねられている一方で、SS研究には、「SSの定義は研究者によってまちまちで、一貫していない」という、問題点ともいえる特徴が存在する（Brandt & Weinert, 1981; 久田, 1987; 桑原・工藤・深山, 2000など）。この特徴ゆえに、「SSのさまざまな効果は、単一のモデルないし視点では説明しえないので現状である」という指摘もなされており（ローデス・レイキー, 2001）、久田（1987）は、研究ごとにさまざまに概念化され測定された結果は比較のしようがなく、SSの効果について的一般化を妨げていると指摘している。

どのようなサポートが何に対して有効か検討することは糖尿病者への有益なかかわりを検討するのに多くの示唆を与える。しかし上述のようにSSの定義は一貫していないため、結果を単純には比較できない。したがって、結果の比較を行う前に各研究において扱われているSSの特徴を整理する必要があると思われるが、先に糖尿病者を対象としたSS研究をレビューした桑原ら（2000）においても、そうした方法論はとられておらず、どのような特徴をもったSSが何に対して有効なのかについて詳細で正確な示唆が得られているとは言いがたい。より正確で価値ある知見を得るためにには、SS研究における定義の非一貫性を考慮し、「SS」としてまとめられている概念の下位区分を明確にした上で、各研究結果の整理を行う必要がある。

この体系的なレビューを進める具体的な方法論として、以下の2ステップが考えられる。第一に、SSに関する研究は調査研究のデザインが多いことから、これまでに糖尿病者のSS研究で用いら

れた尺度をレビューし、尺度が測定している構成概念の特徴を整理する必要がある。そして第二に、その概念の特徴に基づき、同質の概念を扱っているみなせる研究を分類した上で、各研究の結果を整理していくなければならない。この手順により、SS研究に潜在している定義の非一貫性という問題に対処することができるとともに、より詳細で正確な知見を得ることができると考えられる。

## 目的

そこで本研究では体系的なレビューに向けた第一のステップとして、これまで糖尿病者を対象としたSS研究で測定してきたSSの概念の特徴を整理する。また尺度のレビューを通して、現状の糖尿病者のSS研究の課題を検討する。

## 尺度の検索方法

SS尺度の検索はWeb上の文献検索エンジンを利用した。調査時期は2009年6月で、検索対象は調査時点までに公表されている文献とした。国外・国内の尺度の検索はそれぞれ下記の手順で行った。

- ①電子データベース（国外の尺度は「MEDLINE」「CINAHL」「PsycINFO」、国内の尺度は「医中誌Ver.4」）をキーワード検索した。キーワードには、diabetes（糖尿病）、social support（ソーシャルサポート）の両方を含み、かつ質問紙として公表されている尺度を抽出するためにscale, questionnaire, inventory（尺度、質問紙、アンケート）のいずれかを含むものを検索した。
- ②その中から質問紙形式で糖尿病者のSSを測定しているものを探すため、国外文献についてはAbstractを参照し、国内文献については本文を通読して本研究の趣旨から外れる文献を除いた。除外は、本研究の主旨を考慮して筆者が独自に定めた基準（Table 1）に従った。③残ったもののうち、国外文献についてはAbstractに尺度名が明記

Table 1 レビュー対象文献の選別のための 6 つの除外基準<sup>a)</sup>

- 
- ① 糖尿病を対象疾患としていないものは除く(ただし慢性疾患患者対象の研究で糖尿病者が含まれているものについてはこの限りでない)。
- ② 糖尿病者本人を対象としているものは除く(例えば、糖尿病者の家族が対象の研究)。
- ③ 糖尿病が対象者の属性としてではなく、結果の一部として取り扱われているものは除く(例えば、糖尿病の罹患率を算出した疫学研究)。
- ④ 心理社会的変数としてソーシャル・サポートを測定していると判断できないものは除く。
- ⑤ ソーシャル・サポートを群間のマッチングのためだけに利用しているものは除く。
- ⑥ ソーシャル・ネットワークのみを測定していると判断されるものは除く。
- 

<sup>a)</sup> 6つの基準のうち、一つでも当てはまれば除外した。

されており入手可能であった尺度を、国内文献について入手可能であった尺度を検討の対象とした。

#### 尺度の検索結果

手順①の結果、国外で296本、国内で36本の文献が検索された。さらに手順②の結果、国外で136本、国内で23本の文献が抽出された。そして手順③により、最終的に国外の27尺度、国内の10尺度を検討の対象とした。

#### 各尺度で扱われている概念の特徴を

##### 整理するための視点

各尺度が測定している構成概念の特徴を整理するために、糖尿病者用 SS 尺度の整理を試みた Hanna (2006) を参考に、「対象者」「サポート区分」「サポートを捉える視点」「サポート源」「互恵性の視点の有無」の 5 点に着目した。

#### 尺度ごとの概念整理の結果

上述の 5 つの視点に基づいて国外・国内の尺度

を公表年順にまとめた (Table 2, Table 3)。

#### 各視点の整理<sup>註2)</sup>

##### 〈対象者とサポート区分〉

対象者としては、「糖尿病者」のほか、「慢性疾患患者」や「一般人」をサンプルとして作成された尺度が存在した。またサポート区分としては、「糖尿病者特有の問題へのサポート（糖尿病特異的サポート）」のほか、「慢性疾患患者に特有の問題へのサポート（慢性疾患特異的サポート）」、「健常者にも糖尿病者にも同じように起こりうる問題へのサポート（一般的サポート）」を扱った尺度が確認された。ここから、糖尿病者の SS を測定するために用いられる尺度は「糖尿病者用」「慢性疾患患者用」「一般人用」に分類でき、測定される SS は「糖尿病特異的サポート」「慢性疾患特異的サポート」「一般的サポート」の 3 つに分類できると思われた (Figure 1)。また、糖尿病特異的サポートと慢性疾患特異的サポートはどちらも食事療法のサポートや運動療法のサポートなどで構成され、両者は重複する部分が多いことから、

註2) レビューの対象とした国外の尺度には、同じシリーズの尺度や、原版と改訂版など、同一の視点を持った尺度が複数存在していた。そこで、各視点の整理に際してそれらの重複を避けるため、PRQとPRQ-85とPRQ2000、PSS-FaとPSS-Fr、CIRSとbrief CIRSと22-item CI RS、DSSQ-FamilyとDSSQ-Friendsを、それぞれ 1 つの尺度とみなしてカウントした。

Table 2-1 糖尿病者に実施された国外のソーシャルサポート尺度における構成概念の特徴

尺度名	対象者(サブグループ)	サポートを捉える観点 <sup>c)</sup>	サポート源 <sup>c)</sup>	形式 <sup>c)</sup>	互換性
1 <sup>a)</sup> Personal Resource Questionnaire (PRQ) (Brandt et al, 1981)	一般人	一般	[第一部]記述的情報/満足度/傾聴者の有無(S,N) [第二部]①親密さ/②社会的統合/③愛情ある世話を/④価値/⑤援助(F) ⑥関係の喪失(F,N)	[第一部]助けが必要な8項目についてサポート源を選択。 また3,4ヶ月内の満足感と傾聴者の有無を答える。 [第二部]不特定(ただし)親しい人/親類/友人などは明記されている) 各5項目:7件法	受領/提供 <sup>e)</sup>
2 Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) (Norbeck et al, 1981; 1983)	一般人	一般	①機能(情緒/肯定/援助)/②ネットワーク(サイズ/安定性/利用可能性)/③関係の喪失(F,N)	サポート源はミニメート式で回答を求めるため不特定 各サポート源に対して全11項目(①6項目/②2項目/③1項目):5件法	受領
3 <sup>a)</sup> Perceived Social Support from Family (PSS-Fa) (Procidano et al, 1983)	一般人	一般	1因子	家族	全20項目;3件法
4 <sup>a)</sup> Perceived Social Support from Friends (PSS-Fr) (Procidano et al, 1983)	一般人	一般	1因子	友人	全27項目;(数)人數(満足度)6件法
5 Social Support Questionnaire(SSQ) (Sarason et al, 1983)	一般人	一般	頼れる人の数/満足度(S,N)	不特定	全16項目(①9項目/②7項目)(食事/運動/血糖測定/インスリン注射/全般C,P/N)
6 Diabetes Family Behavior Checklist (DFBC) (Schafer et al, 1986)	1型糖尿病者	DM	①支援的/②非支援的;食事/運動/血糖測定/インスリン注射/全般3項目:5件法	家族	全16項目(①9項目/②7項目/③8項目)3件法
7 Young Adult Social Support Inventory (YAS-SI) (Grochowski et al, 1987)	一般人	一般	感情的/尊重的/ネットワーク/評価的/利他的(F,N)	①親や兄弟姉妹、②靈的信仰/③大学の友人/④特別な所属集団/⑤仕事仲間/⑥教会や礼拝堂のグループ/⑦大学の教授、カウンセラー、管理人/⑧読書、テレビ鑑賞、音楽鑑賞/⑨高校の友人/⑩他の専門家やサービス提供者/⑪他の親族	全60項目(①10項目/②~⑪受領5項目);3件法
8 Functional Social Support Questionnaire(Broadhead et al, 1988)	一般診療所の患者 (疾患は不特定)	一般	①親密的/②情愛的(F)	不特定	全8項目(①5項目/②3項目/③件法)
9 <sup>a)</sup> Personal Resource Questionnaire 85 (PRQ-85) (Weinert et al, 1987; Weinert, 1988; Weinert et al, 1990)	一般人	一般	[第一部]記述的情報/満足度/傾聴者の有無(S,N) [第二部]①親密さ・援助/②統合・肯定/③互恵性(F)	[第一部]助けが必要な10項目についてサポート源を選択。 また3,4ヶ月内の満足感と傾聴者の有無を答える。 [第二部]不特定(ただし)親しい人/親類/友人などは明記されている) 各5項目:7件法	受領/提供 <sup>e)</sup>
10 MOS Social Support scale (Sherbourne et al, 1991)	慢性疾患患者	一般	①感情的/情熱的/②道具的/③積極的/④相互作用/④愛着的(F)	不特定	全19項目(①8項目/②4項目/③4項目)5件法
11 Diabetes Family Behavior Scale (DFBS) (McKelvey et al, 1993)	1型糖尿病者	DM	①指導・管理/②思いやり・世話/③その他(F)	家族	全47項目(①15項目/②15項目/③17項目);5件法
12 <sup>a)</sup> Multidimensional Diabetes Questionnaire(MDQ) (Talbot et al, 1997)	2型糖尿病者	DM	①糖尿病の知覚と糖尿病についてのノーチャルサポート(障害の知覚/DMの深刻さ/知覚されたソーシャルサポート)(なし)	重要な他者/家族/友人/医療従事者 16項目;7件法	受領
13 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPPS) (Zimet et al, 1998,1990)	一般人	一般	(サポート源に同じ)(R)	①家族/②友人/③重要な他者 112項目(①4項目/②4項目/③4項目)	受領
14 Diabetes-Specific Support (Boey, 1999)	2型糖尿病者	DM	血糖コントロールの觀察/食事/服薬/体重管理/身体的活動/フタローアップ治療/否定的経験の克服/合併症予防/糖尿病治療全般のサポート(C)	全18項目(①②各9項目);回答方式不明	受領

Table 2-2 糖尿病者に実施された国外のソーシャルサポート尺度における構成概念の特徴

尺度名	対象者(サンプル)	サポートを扱える項目 <sup>c)</sup>	サポートによる源泉 <sup>d)</sup>	形式 <sup>e)</sup>	互換性
15 Chronic Illness Support Survey (CISS) (Glasgow et al, 1999)	1型/2型糖尿病者	慢性	(サポート源に)同じ(R)	①個人/②家族や友人/③ヘルスケアチーム/④職業や組織/⑤近所や地域社会/⑥メディアや政策	項目数不明確; 7件法
16 Internet-related Diabetes Support Scale(ISS) (Glasgow et al, 1999)	1型/2型糖尿病者	DM	①情緒的/②助言的/③共感的(F) (F)	同病者/その他	全12項目(①~③各4項目); 7件法
17 Interpersonal Support Evaluation Checklist (ISEC) (Glasgow et al, 2000)	1型/2型糖尿病者	一般	①道具的/②所属/③評価(情値)的 (F)	①医師やヘルスケアチーム/②家族や友人/③個人的活動/④近所・地域社会/⑤メディアや政策/⑥コミュニティの組織(7)職場	全6項目(①~③各2項目); 2件法
18 <sup>a)</sup> Chronic Illness Resource Survey (CIRS) (Glasgow et al, 2000)	慢性疾患患者	慢性	食事/運動/服薬; 情報的/感情的/道具体的/表現的; 重要度(F,C,S)	①医師やヘルスケアチーム/②家族や友人/③個人的活動/④近所・地域社会/⑤メディアや政策/⑥コミュニティの組織(7)職場	全64項目(①⑦各5項目)/⑤10項目/⑨項目/⑦7項目); 5件法
19 <sup>a)</sup> Brief Chronic Illness Resource Survey (Brief CIRS) (Glasgow et al, 2000)	慢性疾患患者	慢性	食事/運動/服薬; 情報的/感情的/道具体的/表現的; 重要度(F,C,S)	①医師やヘルスケアチーム/②家族や友人/③個人的活動/④近所・地域社会/⑤メディアや政策/⑥コミュニティの組織(7)職場	全29項目(①④項目/②④項目/③4項目/④6項目/⑤3項目/⑥4項目/⑦4項目); 5件法
20 <sup>a)</sup> Diabetes Social Support Questionnaire for Family (DSSQ-Family) (La Greca et al, 2002)	1型糖尿病者	DM	有用性/頻度/重要度/有用性×頻度; ①インスリン注射/②血糖測定/③食事/④運動/⑤感情的(C,S)	家族	全52項目(①⑧項目/②⑫項目/③⑩項目/④⑦項目/⑤⑤項目); 有属性; 5件法(頻度)6件法
21 <sup>a)</sup> Diabetes Social Support Questionnaire for Friends (DSSQ-Friends) (Bearman et al, 2002)	1型糖尿病者	DM	有用性/頻度/重要度/有用性×頻度; ①インスリン注射/②血糖測定/③食事/④運動/⑤感情的(F,C,S)	友人	全28項目(①⑫項目/②⑥項目/③⑯項目/④⑪項目/⑤⑯項目); 有属性; 5件法(頻度)6件法
22 <sup>a)</sup> Personal Resource Questionnaire 2000 (PRQ2000) (Weinert, 2003)	多発性硬化症を有したカッブル	一般	3因子(因子名は無し)(不明)	不特定(ただし親しい人/親類/友人などは明記されている)	全15項目; 7件法
23 <sup>a)</sup> 22-item Chronic Illness Resource Survey(22-item CIRS) (Glasgow et al, 2005)	慢性疾患患者	慢性	食事/運動/服薬; 情報的/感情的/道具体的/表現的(F,C,S)	①医師やヘルスケアチーム/②家族や友人/③個人的活動/④近所・地域社会/⑤メディアや政策/⑥コミュニティの組織(7)職場	全22項目(①③項目/②③項目/③⑯項目/④⑭項目/⑤③項目/⑥③項目/⑦③項目); 5件法
24 Diabetes-Specific Parental Support for Adolescents' Autonomy Scale (DPSAS) (Hanna et al, 2005)	1型糖尿病者	DM	頻度/有用性の知覚/複合(頻度×有用性)(S)	親	全4項目; 5件法
25 Diabetes Teacher Support Questionnaire (DTSQ) (Sato et al, 2008)	1型糖尿病者	DM	頻度/支援のかどうかの感覚(S)	教師	全11項目; 頻度; 6件法(支援のかどうかの感覚)5件法
26 Ideal Teacher Questionnaire (ITQ) (Sato et al, 2008)	1型糖尿病者	DM	①積極的開かず/②プライバシーの尊重(F)	教師	全9項目(①⑨項目/②③項目); 5件法
27 Instrument to measure Resources and Support for Self-Management (RSSM) (McCormack et al, 2008)	糖尿病者	DM	①個別アセスメント/②協同的目標設定/③スキルの向上/④フォローアップやサポートへの継続/⑤コミュニケーション(資源不明)	医療従事者(医師・看護師・健康教育者・医療助手・一般の保健士・栄養士など糖尿病治療に携わっている全ての人)コミュニティ	全17項目(①②項目/②③項目/③③項目/④⑦項目/⑤②項目)

<sup>a)</sup> 検討にあたって、PRQとPRQ-85とPRQ2000、PSS-FaとPSS-Fr、CIRSとbrief CIRSとDSSQ-FamilyとDSSQ-Friendsは、同じシリーズごとにまとめてカウントした。<sup>b)</sup> 一般:一般的サポート、慢性:慢性疾患特異的サポート、DM:糖尿病特異的サポート<sup>c)</sup> ①②、③…のそれぞれの番号は、その尺度内の同じ番号に対応している。<sup>d)</sup> F:機能的侧面、C:内容的側面、S:満足度、R:サポート源、N:ネットワーク、P/N:ポジティブ/ネガティブ、不明:視点の識別不可、なし:分類の視点なし<sup>e)</sup> PRQでは、明確に「提供」の視点が強調されているわけではないが、項目の一部がそれと近似の表現になっている。<sup>f)</sup> Functional Social Support Questionnaireの対象者は「患者であったが、尺度の内容は特定の疾患ではなく、尺度の実施対象は「一般人」と思われる。MDQは、「糖尿病の知覚とソーシャルサポート」、「セルフケア行動に関する社会的刺激」、「セルフケア行動における自己効力感と結果予期」の3部構成となっていたが、SSSを測定する部分のみを取り上げ、検討の対象とした。

Table 3 糖尿病者に実施された国内のソーシャルサポート尺度における構成概念の特徴

尺度名	対象者(サンプル)	サポート区分 <sup>a)</sup>	サポートを捉える観点 <sup>b)</sup>	サポート原形 <sup>c)</sup>	形式 <sup>d)</sup>	互換性
1 <sup>d)</sup> ソーシャル・サポート(三浦, 1994)	糖尿病患者	②③⑤一般/ ①④⑥慢性 <sup>e)</sup>	(サポート源に同じ) (R)	①家族/②親類/③友人/ ④仕事仲間/⑤趣味仲間/ ⑥患者仲間	全18項目(各サポート源3項目ずつ)	受領/提供
2 <sup>d)</sup> 患者-医療者関係(三浦, 1994)	糖尿病患者	慢性	伝達・納得/威圧/尊重・受容(F)	医療者	全9項目(各カテゴリー3項目ずつ)	受領
3 慢性疾患児のソーシャルサポート尺度(中村ら, 1997)	慢性疾患 患児	①～③一般/ ④慢性 <sup>e)</sup>	尊重/他者との関係性の納得/実際的援助への満足/安心や楽しさなど自然な自我状態の保証/コミュニケーション/愛着(F)	①親/②友人/③教師/④医師/看護師	全28項目(①～④各7項目);4件法	受領
4 慢性疾患患者用ソーシャルサポート尺度(金ら, 1998)	慢性疾患 患者	慢性	①日常生活中における情緒的なサポート ②疾患に対する行動的サポート(F)	不特定	全20項目(①12項目/②8項目) 4件法	受領
5 情緒的支援ネットワーク尺度(宗像ら, 1985;宗像, 1989)	一般人	一般	(サポート源に同じ) (R)	家族/家族以外	全10項目(各項目をサポート原形に分けて実施);2件法	受領
6 糖尿病患者用ソーシャルサポート尺度(岡田ら, 2001)	1型/2型糖尿病 患者	DM	(サポート源に同じ) (R)	①家族/②友人/③患者間 ④医療スタッフ	全15項目(①⑤項目/②⑤項目/ ③④項目/④②項目;4件法	受領
7 成人糖尿病患者に対する家族ソーシャルサポート尺度(矢田ら, 2003)	糖尿病患者	DM	①清潔/②食事/③感染防止/④休息/睡眠/⑤運動(C)	家族	全30項目(①⑦項目/②⑦項目/ ③⑥項目/④⑥項目/⑤④項目);4件法	受領
8 <sup>d)</sup> 社会的支援に関するアンケート(鈴野ら, 2005)	2型糖尿病患者	DM	実用的な支援/心理的な支援/血糖コントロールを困難にさせる影響 力を持つた人の存在/希望する支援方法など(不明)	父母/兄弟/姉妹/子/嫁/友人/看護栄養士/その他	全8項目	受領
9 <sup>d)</sup> 社会的支援状況(横田ら, 2007)	糖尿病患者	DM	詳述なし(不明)	家族/医師/医療スタッフ	全4項目	受領
10 <sup>d)</sup> 社会關係とソーシャルサポートのニーズ に関する質問表(SDS-D)(小関ら, 2008)	2型糖尿病患者	DM	「社会関係」①医師との関係/②友人・同僚との関係/③家族との関係 (R) 〔ニーズ〕④情緒的ニーズ/⑤道具的ニーズ/⑥情報的ニーズ(F)	医師/家族/友人・同僚 ③⑤項目/④⑥項目/⑤⑤項目/⑥③項目);5件法	全30項目(①⑥項目/②⑤項目/ ③⑤項目/④⑥項目/⑤⑤項目/⑥③項目);5件法	受領

a) 一般:一般的サポート、慢性:慢性疾患特異的サポート、DM:糖尿病特異的サポート  
 b) 「①、②、③…」のそれぞれの番号は、その尺度内の同じ番号に対応している。

c) F:機能的側面、C:内容的側面、S:満足度、R:サポート源、N:ネットワーク、P/N:ポジティブ/ネガティブ、不明:視点の識別不可、なし:分類の根拠なし

d) 三浦ら(1994),鈴野ら(2005),横田ら(2007)で用いられた質問項目は、体系的に開発された尺度ではなくながら、文献に質問項目が記載されていたので、それをもとに特徴を整理した。

e) 三浦ら(1994)と中村ら(1997)の質問項目群および尺度は、サポート源ごとに、測定しているサポート内容に違いがあるため、全体で一つのまとまりをもつた項目群として示されていた。そこで、サポート内容としては、より特徴的な慢性疾患特異的サポートを測定しているものとして扱った。

†) 先行研究を検索した結果、SNS-Dには小関ら(2008)の他、山崎・中野・石飛・吉田・麻生・大桐・高井(2007)の報告があつたが、尺度の開発過程がより詳細な小関らの報告をもとに整理した。

「特異的サポート」としてまとめて扱うことがで  
きると考えられた。

特異的サポートと一般的サポートの違いに着目  
した研究はいくつか存在し (Connell et al., 1994;  
Bailey, 1996; Aalto et al., 1997; Cheng & Boey,  
2000), 両者でその効果に違いがあることが報告  
されている。例えば Connell et al. (1994) や Bailey  
(1996) は、一般的サポートは糖尿病者の抑うつ  
に関連するが、特異的サポートは抑うつに関連し  
ないことを指摘している。そのため、糖尿病者の  
SS を議論する際には両者を明確に区別した上で  
扱っていく必要があると思われる。

そこで、以下の「サポートを捉える視点」、「サ  
ポート源」、「互恵性の視点の有無」の検討におい  
ても、「一般的サポート」と「特異的サポート」  
の区別に着目しつつ考察していくことにする。本  
論文では、糖尿病者の SS の特徴を検討する目的  
から、主に特異的サポートに着目する。

### 〈サポートを捉える視点〉

各研究者が言及していた「サポートを捉える視  
点」としては、道具的サポート・情緒的サポート  
というような、サポートが本質的にも機能的な  
部分（「機能的側面」）に着目したもののか、食  
事・運動・薬物など、サポートの具体的な内容、す  
なわち「内容的側面」に着目したもの、さらには  
サポートの「必要度」と「頻度」をかけ合わせて  
間接的に、もしくは直接的にサポートの「満足度」  
を評価することに着目したもの、「サポート源」  
に着目したもの、「サポート・ネットワーク」に  
着目したもの、サポートが「ポジティブかネガティ  
ブか」に着目したものなどがあった。

ここでも、一般的サポートと特異的サポートで  
は、その特徴に違いがみられた。いずれも機能的  
側面に着目したものが多かったが、一般的サポー  
トではネットワークに、特異的サポートでは内容  
的側面に着目したものが多かった (Figure 2)。

特異的サポートに関して、サポートを複数の側  
面から捉えているものがいくつか存在した。Dia-

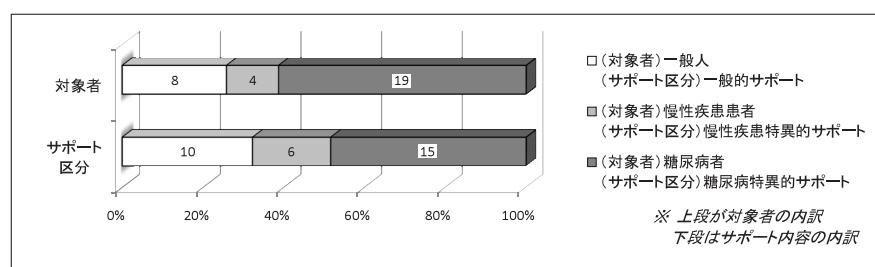


Figure 1 糖尿病患者に実施されたSS尺度における対象者とサポート区分の内訳

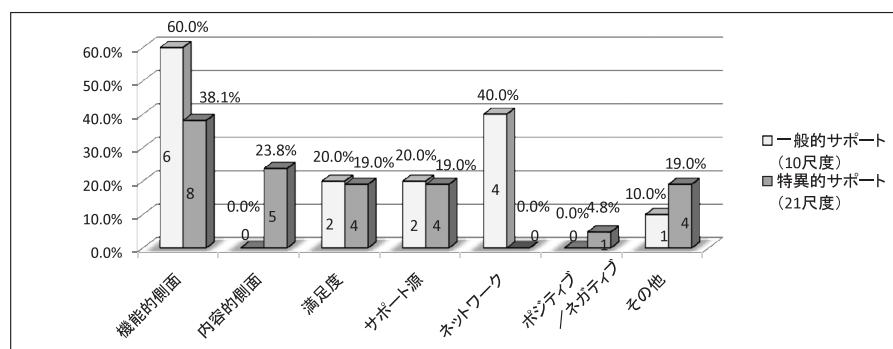


Figure 2 糖尿病患者に実施された一般的サポート尺度および特異的サポート尺度に  
含まれるサポートを捉える視点の頻度と割合

abetes Family Behavior Checklist (DFBC) (Schafer et al., 1986), Chronic Illness Resource Survey (CIRS) とその改訂版 (Glasgow, Strycker, Toobert, & Eakin, 2000; Glasgow, Toobert, Barrera, & Strycker, 2005), Diabetes Social Support Questionnaire (DSSQ) の家族版と友人版 (Greca & Bearman, 2002; Bearman & Greca, 2002) は、「ポジティブ／ネガティブ」、「機能的側面」、「満足度」の各側面を「内容的側面」とかけ合わせていた。

以上のこととは、特異的サポートにおいて「内容的側面」が重要視されていることを示唆している。福西・秋本 (1999) は、糖尿病者に対するサポートは手段的支援と情緒的支援に大きく分けることができるとしているが、それに加えて食事・運動といった内容的側面へ注目することにより、糖尿病ケアに関して具体的かつ現実的で包括的なサポートを考えることができると思われる。

#### 〈サポート源〉

サポート源としては「家族」や「友人」、「医療従事者」のほか、「同病者」や「親類」、「教師」、「職場や学校の知人」、さらには「地域社会」や「メディア」、「政府の政策」なども広く想定されていた。ここで特異的サポートを扱った21尺度のうち、人的なサポート源に着目すると、家族を想定しているものが15尺度、友人を想定しているものが10尺度、医療従事者を想定しているものが10尺度、同病者を想定しているものが3尺度、その

他の人的サポート源（重要な他者、親族、職場の仲間、教師など）を想定しているものが7尺度みられた (Figure 3)。

特異的サポートの人的サポート源のうち、同病者を想定している尺度は少なかった。これは、糖尿病者の SS 研究における新たな問題を提起するものと思われる。

同病者サポートの有用性については、van Dam, van der Horst, Knoops, Ryckman, Crebolder, & van den Borne (2005) が、RCT による糖尿病者の SS 介入研究のレビューを通して、同病者サポートは家族や友人のサポートよりも有用であると指摘している。van Dam et al. (2005) の指摘に基づけば、同病者サポートが糖尿病者の疾患管理や精神的健康の維持に寄与する可能性は十分にある。

しかし van Dam et al. (2005) の指摘は、それが“介入”研究に基づく指摘であるという点で結論の解釈に注意がいる。というのは、介入研究では「研究者」の要因が不可避なためである。SS の効果について久田 (1987) は、サポートの発生形態（自然発生的か否か）の影響を指摘しており、同病者サポートが自然発生したものかどうかで効果に差が生まれてくる可能性がある。同病者サポートの代表的なものとしてはサポート・グループがあげられるが、介入研究で運営されるグループが非自然的な発生形態をとらざるを得ないことを考えると、van Dam et al. (2005) の指摘は、「非自然的な発生形態をもつ同病者サポートの有用性」

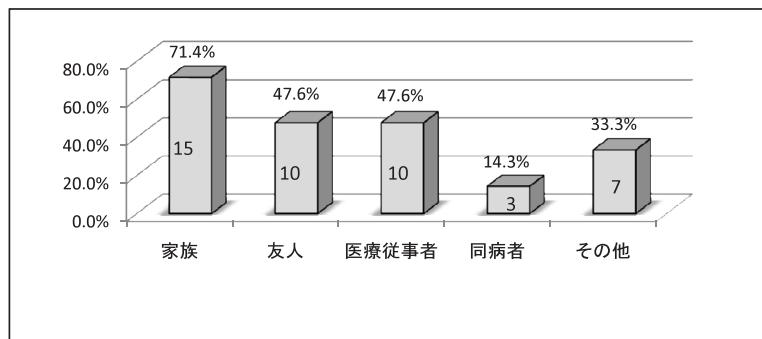


Figure 3 糖尿病者に実施された特異的サポート尺度 (21尺度) において想定されている人的サポート源の頻度と割合

を支持するものであり、研究者によるテコ入れなしに自然発生した同病者サポートの有用性を支持するものではない。したがって、自然な発生形態をとる同病者サポートの有用性を検討するためには介入研究ではない研究デザインを検討する必要がある。

セルフヘルプ・グループやコミュニティにおける日常的なサポートに代表される自然発生的なサポートの有用性を検討するには、観察研究や調査研究などの研究デザインが考えられる。これらは、いわば「研究者の介入」という要因の影響を受けにくい方法であり、自然発生した同病者サポートの有用性を捉えるのに有効なものと思われる。

#### 〈互恵性の視点〉

互恵性の視点が組み込まれている尺度は、Personal Resource Questionnaire (PRQ) とその改訂版 (Brandt & Weinert, 1981; Weinert & Brandt, 1987; Weinert, 1988; Weinert & Tilden, 1990; Weinert, 2003) と、Perceived Social Support (PSS) の家族版と友人版 (Procidano & Heller, 1983)、三浦ら (1994) のわずか 3 つであった。前の 2 尺度はいずれも一般的サポートを扱ったものであり、唯一、特異的サポートを扱っている三浦ら (1994) の質問項目は、同病者サポートに関する項目の中に同病者間で「教えあえる」という文面が含まれていたため、互恵性の視点を含んでいると判断した。ここで見られるように、特異的サポートの尺度に互恵性の観点を含んだものがほとんど存在しなかったことには、糖尿病者が特異的サポートを提供できる相手が同病者に限定されていることに関連があると思われる。

そもそも互恵性ではサポートの受領と提供のバランスが重要視されるが (Jung, 1990; 福岡, 1999 / 2003; 森本, 2006)、特異的サポートの受け渡し

(授受) の場合、それは同病者間でしか可能ではない。なぜなら、家族や友人は糖尿病者とは限らないため、糖尿病者でない者にとって特異的サポートを受けることは不要だからである。したがって、特異的サポートをやり取りできる可能性は、家族や友人などとの間では低く、一方、同病者との間では高いといえる。本論文では、こうした特定のサポートに関する相互的な受け渡しの可能性を「授受可能性 (possibility of reciprocity)」と呼ぶこととする<sup>註3)</sup>。糖尿病者の特異的サポートに関して言えば、同病者は授受可能性の高い相手であり、糖尿病に罹患していない家族や友人などは授受可能性の低い（もしくは可能性がまったくない）相手であるということができる。

Riessman (1990) は、他者を助けることが自らを助けることになるという「ヘルパー・セラピー原理」を唱えている。サポートを提供することの重要性を強調した Riessman (1990) の指摘は、特異的サポートの授受可能性の高い相手、つまり同病者と交流することの意義を高めると思われる。なぜなら糖尿病者が同病者に特異的サポートを提供することで大きな恩恵が得られると見込まれるためである。

先述のように同病者サポートの発生形態や特異的サポートの授受可能性の高低、授受の量などが、同病者サポートの有用性をどれほど規定するのかは未だ明らかではない。互恵性の観点から同病者サポートを測定することのできる尺度が存在しなかったことは、この点に関する検討が進んでいないことを示す一つの論拠である。したがって今後、同病者サポートを適確に査定できるツールの開発を進め、それらを用いて同病者サポートの有用性を検討していく必要があるだろう。

ところで、授受可能性は互恵性のパラダイムに依拠する概念であるが、それはもしかすると、あ

註3) 「授受可能性」は授受の「量」の問題とは区別される。授受可能性の高低は、サポートをどのくらい受領できているか、もしくはどのくらい提供できているかといった、量の問題として解釈されるものではない。

る個人全体の互恵性の成立のために必須のものではないかもしれない。すなわち、糖尿病者が授受可能性の低い相手との間で特異的サポートと一般的サポートを代替的にやり取りして受領と提供のバランスをとっている可能性は十分考えられる。これは、例えば糖尿病者が家族に対して糖尿病特異的サポートを提供することができない代わりに、一般的サポートを提供することでサポートの授受のバランスを保っているような場合である。

このことは互恵性の成立に関して一つの疑問を提起する。それは異なる区分のサポートの受け渡しでも互恵性は成立するのか、すなわち一般的サポートと特異的サポートの代替的なやりとりは可能なのかという疑問であり、両者に本質的な違いがあるのかというものである。この点を明らかにすることは、糖尿病者のSS概念の精緻化を促し、疾患有した者の互恵性に関する新たな示唆を提供すると思われるため、今後、積極的に取り組んで行くべき課題であろう。

### まとめと今後の課題

以上より、糖尿病者を対象とした研究で扱われているSSの特徴が明確になった。主な特徴は、①「一般的サポート」と「特異的サポート」に大別できる、②特異的サポートを捉える視点の中で、内容的側面への着目は重要な視点である、③特異的サポートでは家族、友人、医療従事者をサポート源としているものが多く、同病者を想定しているものは少ない、④特異的サポートに関して互恵性の視点はほとんど取り込まれていない、というものであった。

糖尿病者のSSの特徴①～④のうち、①サポート区分（一般的サポートであるか特異的サポートであるか）は糖尿病者のSSを検討する際に考慮すべき重要な特徴と思われる。抑うつに関するいくつかの研究（Connell et al., 1994; Bailey, 1996）では、一般的サポートと特異的サポートでは異なる

結果が得られており両者の機能は異なっていることがうかがえる。今後、糖尿病者のSS研究では両者を明確に区別して取り扱っていくとともに、これまでに得られた知見をこの区分によって整理していくことが必要である。

またこれまでのSS研究で用いられてきた尺度のレビューから、発展的にいくつかの考察を行った。中でも、同病者サポートの有用性に関する検討は今後の課題であり、上述したように互恵性の視点からも効果のメカニズムを解明していく必要がある。それらを通して、糖尿病者のセルフケアを促進させる要因を一つずつ解明していくことが期待される。

### 引用文献

- Aalto, A. M., Uutela, A., & Aro, A. R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: Disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education & Counseling*, 30, 215-225.
- Bailey, B. J. (1996). Mediators of depression in adults with diabetes. *Clinical Nursing Research*, 5, 28-42.
- Bearman, K. J., & La Greca, A. M. (2002). Assessing friend support of adolescents' diabetes care: The Diabetes Social Support Questionnaire-friends version. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 417-428.
- Boey, K. W. (1999). Adaptation to type II diabetes mellitus: Depression and related factors. *International Medical Journal*, 6, 125-132.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-723.
- Cheng, T. Y. L., & Boey, K. W. (2000). Coping, social support, and depressive symptoms of older adults with type II diabetes mellitus. *Clinical Gerontologist*, 22, 15-30.

- Connell, C. M., Davis, W. K., Gallant, M. P., & Sharpe, P. A. (1994). Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 13, 263-273.
- van Dam, H. A., van der Horst, F. G., Knoops, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F., & van den Borne, B. H. (2005). Social support in diabetes: A systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education & Counseling*, 59, 1-12.
- Eriksson, B. S., & Rosenqvist, U. (1993). Social support and glycemic control in non-insulin dependent diabetes mellitus patients: Gender differences. *Women & Health*, 20, 59-70.
- 福西勇夫・秋本倫子 (1999). 糖尿病患者への心理学的アプローチ 学習研究社。
- 福岡欣治 (1999). 友人関係におけるソーシャル・サポートの入手—提供の互恵性と感情状態—知覚されたサポートと実際のサポート授受の観点から— 静岡県立大学短期大学部研究紀要, 13, 57-70.
- 福岡欣治 (2003). ソーシャル・サポートの互恵性に関する考察—認知レベルと実行レベルの区別に焦点を当てて— 行動科学, 42, 103-108.
- Glasgow, R. E., Barrera, M. Jr., McKay, H. G., & Boles, S. M. (1999). Social support, self-management, and quality of life among participants in an internet-based diabetes support program: A multi-dimensional investigation. *CyberPsychology & Behavior*, 2, 271-281.
- Glasgow, R. E., Strycker, L. A., Toobert, D. J., & Eakin, E. (2000). A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management: The Chronic Illness Resources Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 559-583.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Barrera, M. Jr., & Strycker, L. A. (2005). The Chronic Illness Resources Survey: Cross-validation and sensitivity to intervention. *Health Education Research*, 20, 402-409.
- Grochowski, J., & McCubbin, H. (1987). YA-SSI: Young adult social support inventory. In McCubbin, H., & Thompson, A. (Eds.) *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin Press, 273-281.
- Hanna, K. M. (2006). Existing measures of diabetes-specific support for use with adolescents with diabetes. *The Diabetes Educator*, 32, 741-750.
- Hanna, K. M., Dimeglio, L. A., & Fortenberry, J. D. (2005). Parent and adolescent versions of the diabetes-specific parental support for adolescents' autonomy scale: Development and initial testing. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 257-271.
- 久田 満 (1987). ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題 看護研究, 20, 170-179.
- 石井 均 (1999). 糖尿病合併症が進行している患者の心理ケア 日本医事新報, 3947, 24-29.
- Jung, J. (1990). The role of reciprocity in social support. *Basic and Applied Social Psychology*, 11, 243-253.
- 金外淑・嶋田洋徳・坂野雄二 (1998). 慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果 心身医学, 38, 317-323.
- 厚生労働省健康局 (2008). 平成19年 国民健康・栄養調査結果の概要 2008年12月  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/seisaku/00001225-5.html>  
(2009年9月4日)
- 久保克彦 (2003). 糖尿病患者への心理援助 臨床心理学, 3, 896-898.
- 桑原ゆみ・工藤禎子・深山智代 (2000). 糖尿病患者とともに生きる人々のソーシャルサポートに関する研究動向 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 7, 49-59.
- La Greca, A. M., & Bearman, K. J. (2002). The Diabetes Social Support Questionnaire-family version: Evaluating adolescents' diabetes-specific support from family members. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 665-676.
- McCormack, L. A., Williams-Piehota, P. A., Bann, C. M., Burton, J., Kamerow, D. B., Squire, C., Fisher, E., Brownson, C. A., & Glasgow, R. E. (2008). Development and validation of an instrument to measure resource and support for chronic illness self-management: A model using diabetes. *The Diabetes Educator*, 34, 707-718.
- McKelvey, J., Waller, D. A., North, A. J., Marks, J. F., Schreiner, B., Travis, L. B., & Murphy, J. N. 3rd. (1993). Reliability and validity of the Diabetes Family

- Behavior Scale (DFBS). *Diabetes Educator*, 19, 125-132.
- 三浦かず子・中越照子・岡村鈴恵・坂井栄子・彼末奈美子 (1994). セルフケア行動と患者医療者関係・ソーシャルサポートとの関連性—糖尿病患者のアンケート調査の分析から— 高知市民病院紀要, 18, 17-24.
- 宗像恒次 (1999). ヘルスカウンセリング事典 日総研出版
- 宗像恒次・仲尾唯治・藤田和夫・諫訪茂樹 (1985). 都市住民のストレスと精神健康度 精神衛生研究, 32, 49-68.
- 森本寛訓 (2006). ソーシャル・サポートの互恵性と精神的健康との関連について 川崎医療福祉学会誌, 16, 325-328.
- 中村美保・兼松百合子・横田碧・武田淳子・中村伸枝・丸光恵・古谷佳由理・野口美和子・内田雅代・杉本陽子 (1997). 慢性疾患児と健康児のソーシャルサポート 日本看護科学会誌, 17, 40-47.
- 中野祐子 (2005). 糖尿病者の語り—臨床と研究の接点— 臨床心理学, 5, 192-196.
- 日本糖尿病学会 (2001). 糖尿病療養指導の手びき (改訂第2版) 南江堂
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, 264-269.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1983). Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative data and validity testing. *Nursing Research*, 32, 4-9.
- 岡田弘司・黒田健治・江村成就・米田博・北岡治子・呉美枝・寺嶋繁典 (2001). 糖尿病治療におけるソーシャルサポートの効用 大阪医科大学雑誌, 60, 103-108.
- 小関紀之・中野智紀・山崎愛・石飛裕樹・竹林晃三・麻生好正・犬飼敏彦・高井孝二 (2008). 糖尿病患者の社会関係とソーシャルサポートのニーズに関する質問表 (SNS-D) の開発 肥満と糖尿病, 7 (別冊7), 84-88.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Riessman, F. (1990). Restructuring help: A human services paradigm for the 1990 s. *American Journal of Community Psychology*, 18, 221-230.
- ローデス G. L. • レイキー B. (2001). ソーシャル・サポートと心理的障害；社会心理学からの洞察 In Kowalski, R. M., & Leary, M. R. (Eds.) 安藤清志・丹野義彦 (監訳) 臨床社会心理学の進歩—実りあるインターフェイスをめざして— 北大路書房
- Rose, M., Burkert, U., Scholler, G., Schirop, T., Danzer, G., & Klapp, B. F. (1998). Determinants of the quality of life of patients with diabetes under intensified insulin therapy. *Diabetes Care*, 21, 1876-1885.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sato, A. F., Berlin, K. S., Hains, A. A., Davies, W. H., Smothers, M. K., Clifford, L. M., & Alemzadeh, R. (2008). Teacher support of adherence for adolescents with type 1 diabetes: Preferred teacher support behaviors and youths' perceptions of support. *The Diabetes Educator*, 34, 866-873.
- Schafer, L. C., McCaul, K. D., & Glasgow, R. E. (1986). Supportive and nonsupportive family behaviors: Relationships to adherence and metabolic control in persons with type I diabetes. *Diabetes Care*, 9, 179-185.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705-714.
- 鈴野千鶴子・安井典子・脇水玲子・木原容子・押野榮司・藤井寿美枝・瀬田孝・三輪梅夫 (2005). 2型糖尿病独身男性患者の血糖コントロールに関与する要因の一考察 石川県立中央病院医学誌, 27, 43-46.
- Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Gosselin, M., & Audet, J. (1997). The assessment of diabetes-related cognitive and social factors: The Multidimensional Diabetes Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 291-312.
- Wang, C. Y., & Fenske, M. M. (1996). Self-care of adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: Influence

- of family and friends. *The Diabetes Educator*, 22, 465-470.
- Weinert, C., & Brandt, P. A. (1987). Measuring social support with the Personal Resource Questionnaire. *Western Journal of Nursing Research*, 9, 589-602.
- Weinert, C. (1988). Measuring social support: Revision and further development of the Personal Resource Questionnaire. In Waltz, C. F., & Strickland, O. L. (Eds.) *Measurement of nursing outcomes*. NY: Springer, 309-328.
- Weinert, C. (2003). Measuring social support: PRQ 2000 In Strickland, O. L., & Di Lorio, C. K. (Eds) *Measurement of nursing outcomes*, 2 nd edition, volume 3 : Self care and coping. NY: Springer, 161-172.
- Weinert, C., & Tilden, V. P. (1990). Measures of social support: Assessment of validity. *Nursing Research*, 39, 212-216.
- 矢田和誉・横田 恵・高間静子 (2003). 糖尿病患者の家族のソーシャルサポート測定尺度作成の試み 富山医科薬科大学看護学会誌, 5, 97-103.
- 山崎 愛・中野智紀・石飛裕樹・吉田浩之・麻生好正・犬飼敏彦・高井孝二 (2007). 糖尿病患者の社会関係とソーシャルサポートのニーズに関する QOL 質問表 (SNS-D) の開発 日本糖尿病学会総会, 50, 139.
- 横田友紀・菅野咲子・多田純子・石村郁恵・山下りさ・奥田昌恵・横山宏樹 (2007). 糖尿病外来における通院中断例にみられる意識の調査 糖尿病, 50, 883-886.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1998). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-617

## 海外文献紹介

### 親密な関係における依存性のパラドックス： 依存の受容が自立を促進する

竹澤 みどり\*

The dependency paradox in close relationships: Accepting dependence promotes independence

Brooke C. Feeney, Carnegie Mellon University

Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 92, 268-285, 2007

一般的に、依存的な行動は人をより依存的にし、自信を失わせると信じられている。多くの西洋文化では他者に依存することは弱さの表れであり、自信を失わせるものとみなされている。しかし、愛着理論では愛着対象への健全な依存が生涯を通してより良く生きるために重要であり、愛着対象によって依存が受容されることがむしろ依存性を減少させるとしている。これまで、この仮説は主に子供を対象として実証されているのみであり、成人においては未だ検証されていない。そこで、親密な関係にある成人口カップルを対象に、必要な時にパートナーによって依存が受容されることによって、その受け手の依存性が減少し、より自律的に機能することができ、自信が増大するかを検証することを目的とした。(以下、依存を受容する側を“パートナー”、受容される側を“受け手”とする。) 依存の受容を「相手の欲求に対する反応性や相手の苦悩のサインに対する敏感さ」とし、自律的な機能は自立性や自己効力感、自立的な探求活動への取り組みによって操作化した。

#### 研究 1

##### 方 法

参加者：115組のカップル（平均年齢は27.5歳）が参加した。

手続き：1) 報告式評定：パートナーによる依存の受容は、独自に作成した尺度と Caregiving Questionnaire (Kunce & Shaver, 1994) によって測定された。受け手の自立的機能は、自己効力感尺度 (Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs, & Rogers, 1982) と目標を達成するための自身の能力に関する自己評定、目標を追求する程度や新しい探索の機会に自立的に進んで取り組む程度に関する自己評定等によって測定された。2) 観察評定 1：実験室において、受け手が挙げた個人的な目標についてカップルで話し合うよう求められる。このやり取りを録画し、依存の受容を示すパートナーの 3 種類の言動（パートナーからのサポートの将来的な利用可能性を示すやり取り、目標に関する問題に対処することの回避、敏感で反応的なサポート提供）と受け手の目標追求に関連した自立的機能を示す 2 種類の言動（自信を持った目標の追求、自立的な目標追求の回避）についてコード化した。3) 観察評定 2：受け手が

\* 富山大学保健管理センター

一人で実験室においてコンピューターゲームを解くよう求められる。パートナーは別室からコンピューター上でそのゲームを見ることができる状態で、受け手に簡易メッセージを送ることができると教示される。パートナーからのメッセージは受け手の見ているスクリーンの右側に見えるようになっている。しかし、実際のメッセージは全て実験者によって与えられる。受け手は、答えを教えるなどの道具的なサポートを提供するメッセージを与えられる条件と、情緒的なサポートを提供するメッセージを与えられる条件に割り当てられる。受け手の自立的探求を示す 3 種類の態度（パートナーからのメッセージへ注意を払う程度、メッセージへの反応性、メッセージに対する拒否的な態度）がコード化された。

## 結 果

パートナーによる依存の受容は、受け手の自立的機能に関するすべての指標（自己効力感、自立的探求への取り組み、目標の達成能力、独立性、自己信頼感）と有意な正の相関を示していた。受け手は、自身の依存欲求に対してパートナーが受容を示した時には、より目標の追求に自信を持ち、それを回避せず、将来パートナーのサポートが利用できることについて言及されているときには目標の追求を回避しようとしないことが示された。パートナーによる依存の受容は、受け手の道具的サポートを提供するメッセージへの注意深さや反応性とは負の、拒絶とは正の相関を示したが、情緒的サポートではそうではなかった。

## 研究 2

### 方法

参加者：165組の既婚カップル（平均年齢は39.1歳）が参加した。

**手続き：**1) 報告式評定 (Time 1)：概ね研究 1 と同様。（ただしこでの受け手の挙げた自立的目標はこの後 6 カ月で達成可能なものとした）2) 観察評定 (Time 1)：概ね研究 1 と同様。3) 報告式査定 (Time 2：6 ヶ月後)：受け手の自立的機能の査定として、自己効力感尺度 (Time 1 と同様)、目標に特化した自立的機能の査定として、“6 カ月前に挙げた目標を達成したかどうか” を用いた。

### 結 果

階層的重回帰分析の結果、Time 1においてパートナーによって依存が受容されている受け手は、Time 2において高い自己効力感を示し、より自立的探求への取り組みを行っていた。また、また、6 カ月後に目標を達成したか否かで、Time 1 でのパートナーの依存の受容が異なるのかを検証するために分散分析を行った。その結果、目標を達成した受け手のパートナーの方が、6 カ月前の時点より依存を受容していたことが示された。

### 総合考察

様々な方法を用いた 2 つの研究から、人は依存を受容されることによって、結果的に自立を促進させるという逆説的な仮説が実証的に支持された。つまり、重要な他者の愛着欲求の受容やそれに対する反応の良さによって、人は自信を持って自立的に世界を探求することが可能となるという愛着理論における仮説に実証的なエビデンスを提供したと言える。

自著紹介

## 健康心理学・入門 —健康なこころ・身体・社会づくり—

島井哲志\*・長田久雄\*\*・小玉正博\*\*\* 編  
発行／有斐閣 2009年11月20日 初版

心理学の研究から得られた知見を、保健医療領域の実践や研究に生かすことを目指す領域のひとつとして健康心理学がある。かつては、身体疾患への心理的リスク要因を中心として展開されてきたが、最近では、その対象は、心理、身体、社会を含む、より広いとらえ方がなされるようになり、これに伴って、実践活動も、予防、医療、コミュニティ活動と幅を広げている。本書は、このような最近の変化に対応した内容を目指したものである。

本書は、基本的には、健康心理学をはじめて学ぶため人たちのためのテキストとして編集したものであり、本学会でもご活動の先生方をはじめとして、研究・実践の第一線でご活躍中の先生方にご執筆いただいている。15回を標準とする大学の授業でテキストとして用いることを念頭に、全体は15章から構成されている。しかし、全体で250頁あまりと、まず必要な知識をコンパクトにまとめた。

また、各章には、記述を補うためのコラムや、比較的やさしい課題、学習文献案内といった、受講生の理解を深めるためのツールを配置して、授業時間外の学習を進めるためにも役立つように工夫した。

全体は4部より構成され、第I部は全体のイントロであるが、その第1～3章は編者らが担当し、健康習慣とその増進、健康リスク要因とリスク集団、臨床場面での健康心理学の展開という内容を紹介しており、それぞれが責任編集をした、第II～IV部の導入を兼ねている。

したがって、第I部で全体の導入をした後、担当の先生が特に強調する領域を、さらに詳しく展開していくという用い方も可能となっている。その場合にも、全体の中の位置づけも理解しやすくなっている。

各章のタイトルと著者（敬称略）は以下の通りである。担当著者をみていただければ、この十数年の間に、この領域に、多くの実力のある研究実践家が育ってきたことが理解されるだろう。

- 第I部 健康心理学とは何か（「健康とウェルビーイング」島井哲志、「健康リスクへのアプローチ」長田久雄、「健康心理学と臨床心理学」小玉正博）  
第II部 健康増進の心理学（「健康な社会づくり」杉田秀二郎、「現代生活とストレス」川崎直樹、「健康な食生活」長谷川智子、「運動と休養による健康づくり」荒井弘和、中村菜々子、岡浩一朗）  
第III部 リスクと予防の健康心理学（「健康リスク要因とパーソナリティ」大芦治、「健康リスク要因と行動」山田富美雄、「女性と健康」大竹恵子、「高齢者と健康」谷口幸一）  
第IV部 臨床健康心理学（「患者の心理と病気対処行動」小玉正博、「健康心理学の臨床的展開」赤松利恵、石原俊一、大木桃代、「医療場面でのコミュニケーション」遠藤公久、「ヘルスケアシステムの現状と将来の問題」島井哲志）

これまでの健康心理学のテキストと比較して、本書の特徴のひとつは、臨床健康心理学に多くの頁を割いている点にある。現在の日本の臨床心理学と健康心理学は十分な協力体制にはないが、このふたつの領域は相補的な関係にあり、将来には、多くの臨床心理学の専門家が、臨床健康心理学の領域でも活躍することを願っている。

この意味で、本書の編集にあたっては、社会的なニーズに応えて、さまざまな専門分野が協力関係を築いていくことを目指すヒューマン・ケアという視点から、どのように心理学の知見を生かして貢献するかということを、常にここにとめてきた。本書の中では十分に展開できなかった部分もあるが、医療に関わる人たちにとって必要な心理学の基礎を紹介する役割も担ってもらいたいと願っている。

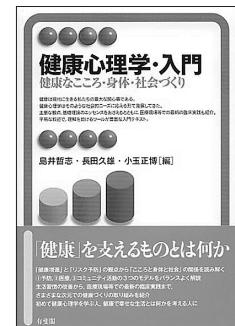


図 本書の表紙

\* 日本赤十字豊田看護大学

\*\* 桜美林大学大学院

\*\*\* 筑波大学

## 会 報

### 常任理事会議事録（第4期）

2009年度

#### 第6回常任理事会議事録

期 日：2009年9月19日（土）14:00～17:30

場 所：桜美林大学四谷キャンパス

出席者（敬称略）：

小玉正博、木村登紀子、長田久雄、遠藤公久、

廣瀬清人（書記）、清水裕子（事務局）

欠席者（敬称略）：

岩崎祥一、田中久仁美（事務局）

#### 1. 議事録承認

第4期役員第2回理事会、第11回総会、第5回常任理事会の各議事録案を検討し、一部修正のうえ、承認された。

#### 2. 会員の異動

入会者5名が審査され、承認された。なお大橋英寿会員については名誉会員の推薦の提案があった。

#### 3. 審議事項

##### 1) 研修会の今後のあり方について

一層の会員増のために、研修会参加者に対し、学会認定による資格を付与する可能性を検討した。関連して、研修修了証明に関する確認作業を通知することとした。

##### 2) 研究奨励賞贈呈に関する内規変更の件

研究奨励賞の名称変更に伴い、内規の変更を行うことが承認された。

##### 3) 執筆要領改訂の件

(1) 執筆要領に「展望」(12,000～16,000文字)のカテゴリー追加が審議され原案通り承認された。

(2) 投稿論文の投稿料（編集管理費）について審議され、原案通り10,000円が承認された。

##### 4) 日本学術会議へ科学研究費の時限つき細目

を提案する件

キーワードについて審議され、「ヒューマンケア」を提案することが承認された。

#### 5) 名誉会員の推薦について

名誉会員の推举について次回会議にて審議することが承認された。

#### 3. 報告事項

##### 1) 会長からの報告（小玉会長）

(1) 学術集会発表の会員資格について  
非会員の学術集会発表について、遠藤理事に原案を依頼することで了承された。

(2) 研修会参加者の資格付与について  
学会認定の資格付与の可能性については、継続審議となった。

(3) 奨励賞名称変更について  
「研究奨励賞」の名称を「学会賞」に変更することが提案された。

##### 2) 学術担当（木村理事）

(1) 学術集会第11回大会報告  
2009年7月19日（日）20日（月）東北大  
学（仙台）において「ケアとコミュニケー  
ション」をテーマに開催された。参加者数  
は55名、口頭発表6件、ポスター発表20件  
であった。

##### （2）学術集会第12回大会準備状況

2010年7月18日（日）19日（月）日本赤  
十字看護大学（広尾キャンパス）において  
「ケア」「コミュニティ」「支え（支えあう）」  
などをキーワードにし開催する旨の報告が  
あった。8月28日（金）に第1回準備委員  
会が日本赤十字看護大学で開催されたとの  
報告があった。大会準備委員長から常任理  
事に向けて、協力の依頼があった。

##### 3) 研修担当（長田理事）

2009年7月19日（日）20日（月）東北大  
学（仙台）において「事例研究の進め方－方法  
論を踏まえての検討－」（木村登紀子氏）に

による研修会が開催された旨の報告があった。

4) 編集担当（遠藤理事）

(1) ヒューマン・ケア研究10(2)、11(1)  
の編集委員会報告

ヒューマン・ケア研究10(2)の投稿論文は、掲載決定1本、修正中3本、査読中2本、取り下げ2本である旨の報告があった。

ヒューマン・ケア研究11(1)の投稿論文は、受付中であり、各常任理事への協力依頼があった。

(2) 学術集会第11回大会に関する記事依頼の件

学術集会第11回大会に関する記事（特別講演は「良好な患者・医療者関係を築くコミュニケーションとは」（吉岡泰夫氏））をヒューマン・ケア研究11(1)に掲載予定であり、岩崎理事を通して依頼される旨の報告があった。

5) 広報担当（廣瀬理事）

ニュースレターNo.11の原稿割付について報告と執筆担当者が確認された。構成は学術集会第11回大会の報告が中心になる。

6) 事務局担当（清水事務局長）

(1) 研修会参加者名簿収集の件

学会認定資格検討に備えて、研修修了者名簿を収集するとの報告があった。

(2) 監事による監査時の交通費支給の件

今後、実費程度を支給していくことが了承された。

**次回常任理事会予定**

第7回 2009年12月12日（土）

第8回 2009年3月の土曜日（未定）

場所はいずれも桜美林大学四谷キャンパス

**第7回常任理事会議事録**

期 日：2009年12月12日（土）14:00～16:30

場 所：桜美林大学四谷キャンパス

出席者（敬称略）：

小玉正博、木村登紀子、岩崎祥一、長田久雄、遠藤公久、廣瀬清人（書記）、清水裕子（事務局長）

欠席者（敬称略）：田中久仁美（事務局）

1. 議事録承認

第6回常任理事会議事録（案）を検討し、一部修正のうえ、承認された。

2. 会員の異動

入会者4名が承認され、退会者1名が報告された。

3. 審議事項

1) 名誉会員の件

(1) 名誉会員の推薦

継続審議された大橋英寿会員が名誉会員となることが承認された。

(2) 内規

名誉会員の内規については、次回以降の常任理事会において、継続審議となった。

1) ヒューマン・ケア研究掲載論文著作権の件

掲載論文について、著作権の同意書をとることが承認された。

2) 学会賞への名称変更の件

従来、「研究奨励賞」の名称を使用したが、「学会賞」へと名称変更することが承認された。

3) 非人格の正会員の件

会則第5条第3項（③）の直後に「非人格の者が会員になる場合は、選挙権を有さないものとする」の一文を挿入することが承認された。

4) 学会による資格認定の件

(1) 日本ヒューマン・ケア心理学会資格認定

を検討する件が提案され、継続審議となつた。

- (2) 資格の名称については、ヒューマン・ケア心理士、ケア心理士、ケアカウンセラーの3案が候補として出された。
- (3) (2)の名称について、商標登録が検討された。

#### 4. 報告事項

##### 1) 学術集会（木村理事）

###### (1) 学術集会第12回大会の件

2009年7月18日（日）・19日（月）、日本赤十字看護大学（広尾キャンパス）にて、木村登紀子先生を大会長、遠藤公久先生を副大会長、廣瀬清人先生を事務局長として「つながりあう“ケア”」を大会テーマに開催されることが報告された。

###### (2) 学術集会第13回大会の件

石井京子先生（大阪市立大学）を大会準備委員長とすることが報告された。

##### 2) 学術（web）（岩崎理事）

ヒューマン・ケア研究の執筆要領改訂に対応し、その内容をwebにアップした旨の報告

があった。

##### 3) 研修（長田理事）

学術集会第12回大会の研修会について、木下康仁先生（立教大学）にグランデッドセオリーについて、講演頂く旨の報告があった。

##### 4) 編集（遠藤理事）

(1) ヒューマン・ケア研究10（2）の編集進捗状況が報告された。

(2) ヒューマン・ケア研究11（1）の編集  
学術集会を中心に編集する旨の報告があつた。

##### 5) 広報（廣瀬理事）

ニュースレターNo.11のゲラ刷りについて報告があった。

##### 6) 事務局（清水事務局長）

(1) ゆうちょ銀行の口座を会員向けの会費納入口座として周知した旨が報告された。

(2) 会報の原案訂正箇所が報告された。

(3) 「平成23年度公募において設定する「時限付き分化細目」の新分野候補の提案を提出した旨の報告があつた。

(4) 事務局長の交通費について、了承された。

会 報

日本ヒューマン・ケア心理学会学術集会第 11 回大会

収支報告書

第 11 回大会委員長 岩崎 祥一

収入の部

内訳	金額
事前参加費	84,000
事前参加費(学生)	18,000
当日参加費	123,000
学会より	250,000
研修会より	29,000
寄付(研修会講師 木村先生より)	15,000
合計	519,000

支出の部

内訳	金額
講師謝金	240,000
プログラム印刷代	49,623
会場費(貸室料、ポスター用パネル設置費、光熱費など)	154,976
事務費(事務用品、郵送料、振り込み手数料)	30,876
雑費	43,526
合計	519,000

研修会収支報告書

収入の部

内訳	金額
研修会費	69,000
合計	69,000

支出の部

内訳	金額
謝金	40,000
大会会計へ	29,000
合計	69,000

# 日本ヒューマン・ケア心理学会会則

制定 1999年5月1日  
改正 1999年10月30日  
改正 2002年6月2日  
改正 2006年9月6日  
改正 2007年9月8日  
改正 2009年7月20日

## (名 称)

第 1 条 本会は、日本ヒューマン・ケア心理学会と称する。

## (事務局)

第 2 条 本会の事務局は、聖路加看護大学に置き、その事務を有限会社プライムアソシエイツ（東京都文京区本郷2-38-14 TKビル5F）に委託する。

## (目 的)

第 3 条 本会は、看護・介護・世話などのヒューマン・ケアにかかわる領域の心理学的研究を推進し、その進歩・発展・普及に貢献することを目的とする。

## (事 業)

第 4 条 本会は、前条の目的を達成するために、機関誌の発行、ヒューマン・ケア心理学に関する研究発表・研修のための集会、関連分野との学際的な連携等の事業を行う。

## (会 員)

第 5 条 本会は、正会員、名誉会員及び賛助会員をもって構成される。

正会員は、次のいずれかの条件を満たす者で、ヒューマン・ケア心理学に関心のある者とする。

- ① 大学で心理学及びその隣接領域を専攻し、学士の学位を有する者
- ② 学士の学位を有し、看護師、保健師、助産師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、保育士などとして登録されている者
- ③ 上記の①ないし②と同等以上の経験を有すると認められる者

名誉会員は、正会員のうち本会の運営・学術研究活動において著しい功績のあった者で、理事会の発議により総会の承認を得た者とする。

賛助会員は、本会の事業に財政的な援助をなす者で、理事会の承認を得た者とする。

## (入 会)

第 6 条 本会に正会員として入会しようとする者は、正会員1名以上の推薦により、常任理事会の承認を得なければならない。

(会員の権利)

第 7 条 本会の会員は、本会の諸事業に参加し、本会の編集出版物等について優先配付を受けることができる。

正会員は、本会が行う研究のための集会、並びに機関誌に研究発表を行うことができる。

(退 会)

第 8 条 会員が退会しようとするときには、文書をもってその旨本会に通知し、常任理事会の承認を得なければならない。

(除 稽)

第 9 条 所定の会費を 2 年以上滞納した者に対しては、理事会の議決を経て、これを除籍することができる。

(役 員)

第 10 条 本会の事業を運営するために、正会員は次の役員を互選する。役員の任期は 3 年とする。ただし、再任を妨げない。

会長 1 名 会長は理事の互選により決定し、本会を代表し、会務を統括する。会長は、常任理事の内 1 名を副会長に指名できる。

常任理事若干名 理事の互選により決定し、通常会務を執行する。内 1 名は事務局長とする。

理事若干名 正会員の互選により決定し、本会を運営する。

監事 2 名 正会員の互選により決定し、本会の会計及び会務執行を監査する。

2 顧問を置くことができる。顧問は理事会の承認を得て会長が委嘱する。顧問の任期は 3 年とする。ただし、再任を妨げない。

(運 営)

第 11 条 総会は、正会員をもって構成し、本会の最高機関として会の意思と方針を決定する。決議は、出席者の過半数の同意による。

理事会は、本会の事業の運営と執行の責任を負う。

常任理事会は、理事会の委託を受けて、本会の通常会務の執行にあたる。

(会 計)

第 12 条 本会の経費は、会費、寄付金及び補助金などでまかなう。

会計年度は、毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日までとする。

会費は、入会金及び年会費とする。

入会金は、3,000 円とする。

正会員の年会費は、7,000 円とする。

賛助会員の年会費は、1 口 20,000 円とする。

名誉会員から年会費は徴収しない。

年度会費は、前年度末（3月31日）までに納めるものとする。

（会則の変更）

第 13 条 本会則は、理事会の議を経て、総会に出席した正会員の3分の2以上の賛成による承認をもって、これを変更することができる。

付 則

1. 本会則は、日本ヒューマン・ケア心理学会設立の日（1999年5月1日）から施行する。
2. 本学会の第1期役員は、第11条第1項（上記の現会則第10条第1項）の規程にかかわらず、日本ヒューマン・ケア心理学会設立発起人をもって充てる。
3. 本会則は、1999年10月30日に一部改正し、同日より施行する。
4. 本会則は、2002年6月2日に一部改正し、同日より施行する。
5. 本会則は、2006年9月6日に一部改正し、同日より施行する。
6. 本会則は、2007年9月8日に一部改正し、同日より施行する。
7. 本会則は、2009年7月20日に一部改正し、同日より施行する。

実務の連絡先は、

〒113-0033 東京都文京区本郷2-38-14 TKビル5F プライムアソシエイツ気付  
日本ヒューマン・ケア心理学会 TEL03-5805-0527 FAX03-3812-5187、メール  
アドレスはhumancarepsy@primeassociates.jp（日本ヒューマン・ケア心理学会専用）である。なお、WEB関係の業務は、引き続き岩崎祥一氏（東北大学）のもとで行われている。

## 日本ヒューマン・ケア心理学会役員選挙規程

第1条 日本ヒューマン・ケア心理学会会則第11条に定める役員の選挙等を適正に実施するために、この規程を定める。

第2条 日本ヒューマン・ケア心理学会の役員選挙の管理業務は当該選挙の事由が発生する3ヶ月以前を基準として、当該時の本学会理事会が選挙管理委員会（以下、委員会という）を組織してこれを行う。

2. 委員会は、3名の委員によって構成され、その代表責任として選挙管理委員長を定めなければならない。
3. 委員会の事務は、学会事務局が担当する。

第3条 理事の定員は当分の間正会員の互選による理事（以下、互選理事という）10名及び常任理事会推薦による理事（以下、推薦理事という）10名とする。

2. 常任理事の定員は当分の間、若干名とする。

第4条 委員会は以下の業務を行う。

- (1) 選挙実施日程の確定と公示

当該選挙のための委員会が成立した日より6ヶ月以内に選挙実施日程と実施手続きに関する計画書を作成し、これを公示する。

- (2) 選挙台帳の作成と公示

選挙台帳は役員改選年の1月1日の会員名簿により作成し、第6条による指定日の1か月以前に公示するものとする。

ただし、前年度までの会費未納者は選挙台帳から削除する。

- (3) 選挙の実施と開票結果の確定

本規定第6条により厳正な選挙を実施する。開票結果の確定は第8条によりこれを行う。

開票に際して会員の任意な立ち会いを認めるが、会場の都合により人数を制限することがある。

- (4) 選挙結果の報告

委員会は開票業務の終了後、その結果を常任理事会に報告する。

- (5) その他選挙を厳正かつ円滑に行うのに必要と思われる業務を行う。

第5条 選挙権及び被選挙権は選挙台帳に記載されるものに与えられる。

2. 選挙台帳の作成される所定期日に海外に居住するものは選挙権及び被選挙権を有しない。

第6条 選挙は選挙台帳記載会員の互選により無記名投票とする。投票は所定の投票用紙を用いる郵便投票とし、指定の日付までの消印のあるものをもって有効とする。その他無効となる投票内容は委員会の定めるところによる。

第7条 投票は互選理事については3名連記とし、監事については単記とする。

第8条 当選者の確定は得票順による。ただし、次の場合はこの限りではない。

1. 同点者の生じた場合は抽選によって決める。
2. 欠員の生じた場合は次点者をもって補う。ただし、次回改選期日の1年以前に限り適用する。
3. 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

4. 理事及び監事の双方に当選した場合は、理事の当選を優先し、監事は次点者をもってあてる。

第9条 推薦理事は、ヒューマン・ケア心理学領域における顕著な業績あるいは日本ヒューマン・ケア心理学会への貢献度等に基づいて、常任理事会が選出する。

第10条 会長及び常任理事の指名は、互選理事及び推薦理事による最初の理事会が行う。

第11条 会長指名のための選挙は無記名の投票で行う、ただし、同点者の場合は抽選によって決める。

2. 欠員の生じた場合は、次点者をもって補う。

3. 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

第12条 常任理事指名のための選挙は3名連記無記名の投票で行う。当選は得票順として同点者の場合は抽選によって決める。

2. 欠員の生じた場合は、次点者をもって補う。

3. 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

第13条 委員長は互選理事・推薦理事及び監事に関する選挙・選出の結果を総会に報告して、承認をうるものとする。

第14条 会長は理事会が指名した会長、常任理事及び事務局長について総会に報告するものとする。

第15条 本規定の改正は理事会の3分の2以上の賛成による議決と総会の承認により行われる。

附 則 この規程は、2004年8月26日より施行する。

2. 第8条第2項、第11条第2項および第12条第2項の欠員が生じた場合の認定は、次の(1)又は(2)によるものとする。

(1) 当該役員は疾病・外傷等により職務執行が困難であると理事会が認めたとき

(2) 当該役員が提出した辞意表明の文書を、理事会が受理したとき

## 編集規程

1. 名称：本会誌は「ヒューマン・ケア研究」と称し、英文名は Journal of Human Care Studies とする。
2. 企画・編集：本会誌は当分の間、年2回発行するものとし、その企画・編集は常任理事により構成される機関誌編集委員会が担当する。
3. 機関誌に関する事務は当分の間、学会事務局が取り扱うものとする。
4. 内容：本会誌は、本学会正会員のヒューマン・ケア心理学に関する未刊行の論文を掲載する。本会誌には、オリジナルな内容の研究報告である原著論文、また追試的あるいは試験的内容の研究報告である報告・資料等の論文；巻頭言、展望、特集、書評等の編集委員会による依頼論文；及び本学会報等が収録される。
5. 投稿論文は、編集委員会によって審査され、採択の可否が決定される。その際、編集委員会は、本学会正会員の編集協力者に査読を依頼し、その査読結果を参考にして採択の可否を決定する。
6. 投稿論文の原稿は、「ヒューマン・ケア研究」の執筆要項に準じたものとする。執筆要項は、編集委員会で定める。
7. 採択論文の掲載に要する費用は、原則として本学会で負担するが、図表等に関してその費用の全部もしくは一部を執筆者に請求することがある。
8. 採択論文の別刷りは、執筆者の希望部数に応じるが、その費用は執筆者の負担とする。
9. 投稿採択論文は返却しない。
10. 本会誌に掲載されたものの著作権は、本学会に帰属する。

## 執筆要領

1. 原著論文（Article）は16,000字相当（図表も含む）、報告・資料論文（Report）・展望は12,000～16,000字相当とする。
2. 上記論文はA4判用紙に32字×25行1段の字詰め・行詰め、英文原稿の場合は、A4判でダブルスペース仕様にする。英文の場合、本誌1頁あたり800語程度に相当するものとして換算する。オリジナル原稿には、表題・著者名・所属機関名を記したタイトルページ、およびそれらの英訳は本文とは別に書くこと。原稿は1つのファイル（図表は本文に貼り付ける形式）にして、下記事務局まで電子メールにて添付・送付し、同原稿も事務局まで郵送すること。
3. 原著論文および資料論文は原則として、問題（目的）、方法、結果、考察、文献からなることが望ましい。
4. 全ての論文には英文アブストラクトをつける。アブストラクトは、問題（Objectives）、方法（Method）、結果（Results）、結論（Conclusion）などを100～175語以内で簡潔にまとめる。投稿時には、アブストラクトの日本語原稿（和文抄録）も添付すること。英文アブストラクトおよび日本語原稿（和文抄録）にそれぞれ3～5語のキーワードをつける。なお、英文アブストラクトは事務局によって校閲するので

経費10,000円を要する。

5. 本文の記述は簡潔で明解にし、新仮名使い、当用漢字、算用数字を用い、図表はその大きさを本文に換算して所定枚数に納めること。所定枚数を超えた分については著者負担とする。
6. 図および写真はそのまま掲載可能な鮮明なものを提出すること。なお、図がカラーの場合には著者負担になる。
7. 表の場合は上にTable 1、Table 2あるいは表1、表2のように、図の場合には下にFigure 1、Figure 2あるいは図1、図2のように通し番号をつけ、それぞれに見出しをつける。表、図、写真などの題、説明文、図表中の文字は英文にしてもよい。
8. 数字は原則として算用数字を用いる。計量単位は原則として国際単位を用いる。
9. 略語は一般に用いられているものに限る。ただし、初出の時にその旨を明記する。
10. 脚注は通し番号をつけて別紙に書き、本文中の番号と対応するように註1) 註2) のように記す。
11. 外国人名、地名等の固有名詞以外は訳語を用い、必要な場合、初出のとき原語を付すること。
12. 本文で引用された文献の配列は、著者名のアルファベット順とする。

文献掲載様式は、雑誌の場合：著者名・発行年（西暦）・題名・雑誌名・巻号数・掲載頁とする。単行本の場合：著者名・発行年（西暦）・書名・発行所・引用・参考箇所の頁とする。翻訳の場合：原典の著者名・発行年（西暦）・書名・発行所（著者名の訳語・翻訳者名・翻訳書の発行年・書名・発行所）とする。このとき、和文、欧文を問わず、雑誌の巻数はボールド（太字、あるいは波線のアンダーライン）に、また欧文の雑誌名および書名はイタリック（斜体、あるいは実線のアンダーライン）にする。

〈凡例〉

日野原重明 (1999). <ケア>の新しい考え方と展開 春秋社

木野和代 (2000). 日本人の怒りの表出方法とその対人的影響 心理学研究, 70, 494-502.

Sourial, S. (1966). An analysis and evaluation on Watson's theory of human care. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 404-402.

Kleinman, A. (1988). *Patients and healers in the contexts of culture*. University of California Press.

(クラインマン, A. 江口重幸・五木田紳・上野豪志(訳) (1996). 病の語り～慢性の病をめぐる臨床人類学 誠信書房)

なお、その他表記の詳細については、『APA論文作成マニュアル』(医学書院、2004年) あるいは日本心理学会発行の「執筆・投稿の手びき」(2005年版) を参照のこと。

#### 原稿送り先

日本ヒューマン・ケア心理学会事務局

〒113-0033

東京都文京区本郷2-38-14 TKビル5F

プライムアソシエイツ気付

TEL : 03-5805-0527 FAX : 03-3812-5187

E-mail : humancarepsy@primeassociates.jp

## 『ヒューマン・ケア研究』投稿用紙 (コピーしてご利用下さい)

### 論文名

和文	
英文	
原稿枚数	本文 枚 + 図・表 点 = 合計 枚

### 論文の種類 (ひとつだけ○をつける)

原著	報告・資料	展望	その他 ( )
----	-------	----	---------

### 投稿履歴 (ひとつだけ○をつける)

初回投稿原稿	修正ないし再投稿原稿
--------	------------

### 連絡先

氏名	姓	名	Middle name
住所	〒		
電話番号		FAX	
E-mail			

## 投稿者用チェックシート

### 投稿に際しては以下を必ずご確認下さい

- 投稿原稿は、表紙（タイトル、著者、キーワード、所属）、抄録、英文要約、本文、図表の順に頁番号を入れた電子ファイル（ワープロあるいはテキスト）にして下さい。ただし、表紙は無番号にして下さい。
- 図表は本文中に挿入せず、挿入位置のみを指示して下さい。
- 和文原稿には和文抄録と英文要約を添付し、英文原稿では和文要約を添付して下さい。
- タイトル、キーワード（3～5個）、著者名・所属機関名には、それぞれ英文を併記して下さい。
- 投稿原稿はメールで電子ファイルを1部提出し、別途印刷原稿1部を郵送して下さい。
- 修正原稿の際は、修正論文中に修正箇所の表示（アンダーラインなど）して下さい。
- 修正原稿の際は、修正済み論文に修正箇所と審査者への回答一覧表を添付して下さい。

---

原稿提出年月日 年 月 日

---

原稿受稿年月日 年 月 日 (←編集委員会記載欄)

原稿受理年月日 年 月 日 (←編集委員会記載欄)

## 日本ヒューマン・ケア心理学会入会申込書

申込日 年 月 日 ( ) 正会員・( ) 賛助会員 \*受付番号 \_\_\_\_\_

<b>氏名</b>	<b>フリガナ 漢字</b>	印		<b>生年月日</b>	<b>西暦 年 月 日生</b>
	<b>ローマ字</b>				
<b>現住所</b>		〒 Phone: fax:			
<b>所属機関</b>	<b>勤務先 所属</b>				
	<b>勤務先 住所</b>	〒 Phone: Fax:			
	<b>所属先*</b>	* 学生の場合。			
	<b>所属先* 住所</b>	〒 Phone: Fax:			
<b>e-mail address (必須)</b>					
<b>専攻分野</b>		心理学・看護学・社会福祉学・社会学・法律学・医学・教育学・リハビリテーション科学 作業療法・理学療法・言語療法・その他 ( ) 資格 :			
<b>最終学歴</b>		( 年 月 )			
<b>推薦者 氏名</b>					
<b>連絡希望先</b>		( ) 自宅 ( ) 所属機関			

\*事務局記入欄

受付年月日	年 月 日	会員番号	
承認年月日	年 月 日	承認通知	

## 日本ヒューマン・ケア心理学会役員（第4期）

(\*は常任理事、五十音順)

会長 小玉 正博(筑波大学)

理事 足立 久子(岐阜大学)、安保 英勇(東北大学)、石川 利江(桜美林大学大学院)、井部 俊子(聖路加看護大学)、\*岩崎 祥一(東北大大学学院)、\*遠藤 公久(日本赤十字看護大学)、岡堂 哲雄(聖徳大学)、\*長田 久雄(桜美林大学大学院)、小山田 隆明(岐阜女子大学)、\*木村 登紀子(淑徳大学)、\*小玉 正博(筑波大学)、後藤 宗理(名古屋市立大学大学院)、志賀 令明(福島県立医科大学)、島井 哲志(南九州大学)、\*清水 裕子(香川大学)、菅 佐和子(京都大学)、\*廣瀬 清人(聖路加看護大学)、堀毛 裕子(東北学院大学)、三田村 啓子(修学院ことばと子どもの相談室たかきたクリニック)、山崎 登志子(広島国際大学)

監事 飯田 澄美子(聖隸クリストファー大学)、藤澤 伸介(跡見学園女子大学)

顧問 長谷川 浩(東京女子医科大学・名誉教授)、岡堂 哲雄(聖徳大学)

事務局長 清水 裕子(香川大学)

機関誌編集委員(\*は委員長、五十音順)

岩崎 祥一、\*遠藤 公久、長田 久雄、木村登紀子、小玉 正博、清水 裕子、廣瀬 清人

### 編集後記

暖かい日が続いたかと思うと、異例の雪が舞う寒い日もあるなど、今年の春は異常気象でした。その影響でしょう、桜の開花において、観察史上、3つの新(タイ)記録があったそうです。「開花の早さ」(3月10日高知)、「開花から満開までの期間の長さ」(19日間松山)、そして「開花期間の長さ」(日本最後の開花が稚内で5月22日。高知から数えて73日目)だそうです。日本列島でおよそ2ヶ月半も桜を楽しめたことになりますが、儂い桜のイメージからすると不思議な気もします。

さて、異常気象で体調を崩しておられる方も多いようですが、会員の皆様におかれましてはいかがお過ごしでしょうか。

今号では、「医療場面におけるコミュニケーション」をテーマに、吉岡先生のご講演を掲載いたしました。ボライドネス理論を導入した研究などありましたら、是非投稿をお願いします。他にもこのテーマの論文や研究紹介を募集いたしますので、よろしくお願ひいたします。

2010/05/31 編集委員長 遠藤 公久

### ヒューマン・ケア研究 第11巻 第1号 2010年5月31日発行

編集 日本ヒューマン・ケア心理学会編集委員会

代表者 遠藤 公久

発行 日本ヒューマン・ケア心理学会

代表者 小玉 正博

事務局 〒113-0033 東京都文京区本郷2-38-14

TKビル5F プライムアソシエイツ気付

日本ヒューマン・ケア心理学会

TEL: 03-5805-0527 FAX: 03-3812-5187

E-mail: humancarepsy@primeassociates.jp

印刷 東洋出版印刷株式会社

〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-2 第1三沢ビル

TEL: 03-3813-7311 FAX: 03-3813-7314

©日本ヒューマン・ケア心理学会2010

(本誌掲載の記事は無断転載を禁じます)

$\mathcal{H}^C$