

ヒューマン・ケア研究

March 2014

14-2

Journal of Human Care Studies Vol.14 No.2

第14巻第2号

15周年記念特集号

I部 創設期について（準備から立ち上げまで）

ヒューマン・ケア心理学会立ち上げに伴う苦労話、日本心理学会でのラウンド・テーブルの
 ときのこと、本学会に寄せた思い（ヒューマン・ケアのコンセプト）など。

……………岡堂哲雄・小玉正博・木村登紀子・上野 轟・志賀令明 84

II部 その後の15年間について（15年間の活動等を振り返って）

15年間の学会活動について思うこと、大会を主催された苦労話など。

……………島井哲志・後藤宗理・菅 佐和子・岩崎祥一・石井京子 93

III部 今後のヒューマン・ケア心理学会について

これからの学会のあり方について思うことなど

……………安保英勇・山崎登志子・三田村啓子・東海林 渉 101

IV部 15年間のデータ

学会事務局の15年……………清水裕子 108

15年間の『ヒューマン・ケア研究』を振り返って……………遠藤公久 114

財務指標からみた学会の方向性 ―日本ヒューマン・ケア心理学会について―……………藤澤伸介 125

過去の学会の写真……………廣瀬清人 131

報告・資料

ソーシャルサポートと自己効力感が糖尿病のセルフケアに及ぼす影響

……………東海林 渉・大野美千代・安保英勇 139

流産による悲嘆に関する探索的研究……………伊藤美奈子・竹ノ上ケイ子・ケニヨン充子 153

会 報…………… 165

編集後記…………… 183

はじめに

本学会が創設されたのが20世紀末の1999年です。21世紀を迎え、今年度で15周年を迎えることとなりました。会員数も当初の目標の300名を超えるまでになりました。まだまだ発展途上の本学会ではありますが、とりあえずここで一区切りをつけ、これまでの歩みをまとめて資料として残すことにいたしました。もう一度原点に戻り、本学会が目指そうとした方向とはなんであったか、そして今後どのような行き方を模索していくべきかなど、一人ひとりの会員の皆様が思慮していくための資料になればと思います。まとめるにあたって、以下の4部に分けて、これまでの15年を牽引してくださった先生方にご執筆いただきました。

第一部は、学会の創設期として、その準備から立ち上げに伴う苦労話、日本心理学会でのラウンド・テーブルのときのこと、本学会に寄せた思い（ヒューマン・ケアのコンセプト）などについて執筆いただきました。第二部では、立ち上げ後の15年間について、とりわけ大会を主催された先生方に苦労話などをいただき、15年間の活動等を振り返っていただきました。第三部では、これからのヒューマン・ケア心理学会の行方について、その思いについて各先生に自由に語っていただきました。そして、最後にこの15年間の基本的な資料データとして、学会員数、大会参加者、大会発表数、研究参加者などの推移、『ヒューマン・ケア研究』に掲載された論文の特徴、そして財務指標からみた学会の方向性について監事の立場からのご意見などを頂戴いたしました。また、最後に残存する各学術集会の際に撮影した写真を数枚ずつを選択いたしました。

まとめるにあたって作業が遅々として進まず、また必ずしも完全な資料とはいえません。ひとえにまとめ役の私の力不足とお詫び申し上げます。お忙しい中、今回ご執筆いただきました先生方には多大なご尽力をいただきました。この場をお借りして、厚く御礼申し上げます。

編集委員会委員長 遠藤 公久

I部 創設期について（準備から立ち上げまで）

ヒューマン・ケア心理学会立ち上げに伴う苦労話、日本心理学会でのラウンド・
テーブルのときのこと、本学会に寄せた思い（ヒューマン・ケアのコンセプト）など。

創立時を回顧し、未来を展望する

岡堂 哲雄

ヒューマン・ケア心理学会が創立15周年を迎え、足跡を回顧しつつ、今後の歩みを展望する好機に際し、心から祝意を申し上げます。

1999年5月1日付の「学会設立趣意書」に、創設の経過が記されておりますが、看護教育にかかわる心理学研究者が1996年、97年、98年に開かれた日本心理学会大会時に集まり、ヒューマン・ケアに関する心理学的研究・実践についての相互交流と情報交換のための場が必要であることが認識され、1999年に本学会が創設されることになりました。

ヒューマン・ケアにかかわる心理学には、感覚生理心理、認知心理などの実験心理学、文化・社会にかかわる社会心理学、人格・性格に取り組むパーソナリティ心理学、心の病理に取組み支援する臨床心理学、心身の健康にかかわる健康心理学の諸領域があります。それぞれの領域から22名の方々が発起人に参加されました。

15年の間に、花沢成一先生、楡木満生先生が他界されましたが、20名の方々は、学会の発展にさまざまなレベルで寄与し続けられています。発起人会代表として、心から感謝申し上げる次第です。

会員数が増加し、年次大会が盛大に開催され、機関誌・ニュースレターの発行が着実になされています。今後のいっそうの発展が期待されます。

ヒューマン・ケア心理学会との出会い

小玉 正博

1. 本学会との出会い

今回日本ヒューマン・ケア心理学会創立15周年記念誌ということで、これまでの経緯についてそれぞれの立場と視点から振り返るということになりました。事実関係の詳細については、木村登紀子先生がご用意くださった資料に譲り、本学会とのかかわりについて筆者個人の心象を述べてみたい。

そもそものかかわりは、筆者が日本赤十字看護大学に勤務していた1996年当時、初代会長の岡堂先生を発起人とする「看護心理研究会」からの自主企画ラウンドテーブルへの参加のお誘いからである。同年秋に立教大学で開催された日本心理学会大会最終日のセッションに顔を出したところ、岡堂先生はじめ看護系の大学で研究教育されている心理学の先生方がおいでになり、それぞれのお立場から「看護心理学」の意義や可能性についてディスカッションされている様子が新鮮な想いがしたことを思い出す。

もともと筆者は大学の相談施設での相談活動を中心にしながら、臨床系の心理学の教育と研究を行っていたのだが、縁あってそれまでとは畑の違う看護系の大学で心理学を教えることになったのである。このセッションに参加してみようと思いついた動機は幾つかある。これは勤務した当時の大学の事情だったのかも知れないが、大学における心理学教育への扱いが当初考えていたようなものではなく、一般教育としての位置づけを越えて

いないことに少なからず失望感と物足りなさを感じていたことが大きい。

着任当時は折角看護大学に勤めたということもあって、看護学の先生方に「看護とは何ですか？」という素朴な質問をしてみたり、素人ながら看護理論や看護哲学に関する論文などを多少かじってみたりしていたものである。その中で興味をもったのは、J. ワトソン（Watson, J）の human caring の理論だった。その内容は、一読したぐらいでは十分に理解することが困難だったが、少なくとも“ケアという現象”が病気や医療場面に限定されるものではなく、個人次元を越え、スピリチュアルな次元にまでも包含する多次元的な領域であるという認識を得ることができた。こうした体験をきっかけとして、心理学はもっと看護の世界に貢献できることがあるのではないか、看護の人達と一緒に研究や教育が出来るのではないか、などと思いついていたのだが、現実には、心理学の存在はむしろ「目障り」とすら考えている看護教員もいることに大きな驚きを感じたものである。

また看護系の大学での心理学の教員はたいてい一人であるか、非常勤講師だったりするため、その境遇を共感できる勉強仲間がいなかったということもあった。

2. ヒューマン・ケアという命名とその概念の広がり

看護側からの心理学への冷ややかな反応を感じたのは、関西学院大学での「看護心理学の課題と展望（1）」というラウンドテーブルでのやりとりである。話題提供者として筆者の看護場面における心理学的知見のより有効な活用と連携の可能性がないのだろうかという趣旨の発表に対して、フロアーから質問に立った看護職の方の発言には正直困惑してしまった。彼女の論点は、「心理学が看護について口出しすることはおこがましい」

ということであったかと記憶している。それ以前の看護系、特に臨床場面で活躍している皆さんから看護場面での心理学との連携の必要性について異口同音に聞かされていた筆者にとっては、職場での感触と相まって、「看護心理学」という言葉が学問的というよりは、極めて複雑、微妙な政治的意味合いで受けとられることを実感させられたのであった。

こうした経験は、本学会がさまざまな議論の上で「ヒューマン・ケア心理学会」という名称を掲げる遠因となったかも知れない。誤解のないように付け加えておくと、「ヒューマン・ケア心理学会」という名称には、学会を心理学と看護の領域のみではなく、人のケアにかかわる人びとの分野を超えた勉強と研究の場にしたいという積極的な意図と希望が込められていたことをぜひご理解いただきたい。そして、その名称は前述のJ・ワトソンの理論にヒントを得た部分が大きかった。そして、一定の規模に成長した暁には学会名称から「心理学」を外していくことも夢見ていたのである。本学会機関誌名を「ヒューマン・ケア研究」としているのはそうした理由による。

3. 筑波大学でのヒューマン・ケア科学の命名

時間が前後するが、筆者は6年の看護大学勤務の後に筑波大学に戻ることになった。間もなく文科省の大学院重点化政策に伴い、大学院研究科の部局化と再編成が実施されることになる。その結果、筑波大学には「人間総合科学研究科」という医学から教育までを包含し、所属する教員は600名強という、中規模大学なみの巨大研究科が誕生するのである。そこに新たに医学、看護、体育、心理、教育などをはじめ、10分野にまたがる学際的学融的専攻が新設されることになるのだが、さて、この包括的な専攻の名称をどうしようかということになって準備委員会のメンバーが悩まされることになる。「ヒューマン・ケア科学と

いう名称がもっとも適切ではないか」という筆者の提案に、当時の準備委員長であった清水一彦現副学長は、「そんな言葉があるのか」と驚きつつも、納得した面持ちであった。このエピソードは、「ヒューマン・ケア」という言葉が学術的にも十分な期待を担っている証であると自画自賛しているところである。因みに、ヒューマン・ケア科学専攻は、筑波大学の大学院でも人気の高い専攻の一つであることを付け加えておく。

本学会の発足後、ひいき目かも知れないが、あちこちに「ヒューマン・ケア」という名称を掲げる大学が増えてきているように思われる。これは名称の市民権を得たということと同時に、今後はその実体が問われる段階ではないかと思う。その意味でも本学会の更なる飛躍と発展を目指して、会員各位のこれからの活躍を期待したいところである。

学会創立への想い、夢と希望

木村登紀子

1. 学会設立までの経緯

学会の名称が「日本ヒューマン・ケア心理学会」と命名されることになったのは、その年の10月末に予定された創立大会の開催準備がすでにはじまっていた1999年4月初旬であった。そして、5月1日付けでこの学会は創設された。

想いを同じくする者が集まったこの学会の芽生えは、1996年春に遡る。岡堂哲雄先生を中心に、郵送で「看護系大学の心理学担当の教員の現状の調査（常勤、非常勤の別、担当者名）」についての調査が行われた（回答の宛先：金子書房内「看護心理研究会」）。その結果の報告と「看護心理学」を模索すべく、回答された各大学の「心理

学教員宛」に、日本心理学会第60回大会（1996年）における自主的企画への参加を呼びかけた。同年9月12日、開催校の立教大学9号館9201演習室には、後に発起人になった岡堂・小玉正博・次郎丸睦子・木下清の各氏と木村を含む8名が参集した。翌年の第61回大会（関西学院大学・1997年9月17日）では、「看護心理学の課題と展望（Ⅰ）」というテーマでラウンドテーブルが開催された（企画と司会：岡堂、話題提供：小玉・次郎丸・菅佐和子・木下の各氏、指定討論：木村）。以降、翌年の第62回大会までには、「看護心理学検討会」と称する会合が7回ほど（於：聖路加看護大学）開かれ、そこでの討論内容は、「看護心理学の課題と展望（Ⅱ）」（於：東京学芸大学、1998年10月8日）で発表された（企画：岡堂、司会：木村、話題提供：飛田操・長田久雄・小山田隆明、指定討論：上野轟の各氏）。その後、冒頭に述べた「日本ヒューマン・ケア心理学会」と命名されるまでには、11回の話し合いがもたれている。会議の会場は、東北学院大学の心理学科（田多英興研究室、3回）、岩手県立大学福祉臨床学科（細江達郎研究室、1回）、浜松町メルパルク（1回）、ガーデンパレス（2回）、聖路加看護大学（4回）であり、その間の主な参集者は、岡堂・木村・小玉・上野・次郎丸・田多・細江・志賀令明の各氏などであった。学会名については、「医療・看護心理学会（12/13）」、「医療心理学会（1/24）」、「ヒューマンケア心理学会 1/31（最初にこの名前が登場したのは1998年7/24）」、「看護・介護心理学会（2/13）」であり、1999年3月18日には、「看護心理学会」として岡堂先生を中心に趣意書・会則案・入会申込み書が作成され、学会事務局は、聖路加看護大学と福島県立医科大学の2箇所のデュエットとされた（*）。そして、この日に、創立大会は、10月30日、聖路加看護大学という案で具体化された。（*後に、志賀令明事務局長のもと、福島県立医科大学の1箇

所となった。) 創設の発起人名(第1期の理事候補)とその依頼方法について話し合われたのは、4月4日であり、大会準備委員会の1回目の会議は、6月12日と決定された。そこまで準備された段階で、急遽、学会名が「日本ヒューマン・ケア心理学会」になった経緯については、それぞれのさまざまな想いが秘められているであろう。一例であるが、学会名称に纏わる筆者の想いについては、下記に述べる。

2. 学会創立に込めた夢と希望

筆者の専門領域は心理学であり、大学における教育の傍ら、心理臨床の場では、1970年代から病院ベッドサイドの心理的ケアの在り方を模索している。1979年より岡堂先生の後任として聖路加看護大学に勤務し、1981年看護学専攻の大学院修士課程の発足に伴い、「看護心理学」(特論と演習、各2単位)を担当していたので、この新しい専門分野の課題と方法の探究は職務でもあった。また、病床の傍らで、あるいは看護師を世に送りながら、医療の場で人間が尊重されるためには、医療従事者が人間として大切にされなければならないことを痛感した。他方で、現今の医療状況では、早期退院、高齢者の増加、医療の高度化などにより、慢性疾患を抱えた人、死を間近に控えた人が地域社会で生活するようになっている。ここでは医療・保健・福祉、地域の行政などの連携が必須となる。そして、人の尊厳の重視とか、その人らしく生きることを支援する場合、背景にある人間観や世界観を同時に視野に入れなければ、具体的な選択、人としてのケアが中途半端にならざるを得ない。たとえば、病気を抱えて地域で生活するためには、医療機器の工夫、バリアフリーの建築や生活の道具、そして同時に、人的資源とそのシステムの構築が必要になる。さらに、その人にとって何が幸せかを決めるには、哲学や倫理学、宗教学などの知恵も借りなければなるまい

し、臨床哲学や生命倫理学などにも、現場に即した利用者からの発想で研究を重ねて欲しい。それには、学際的な境界領域の共同研究が重要になるし、多様な人々の協働による実践的な知見が積み重ねられなければなるまい。

まず、同じ想いを抱く者同士が、顔の見える関係で集まり、語り、楽しく将来を夢見るのが良いのではないか。今、われわれに手堅くできる第一歩は、ヒューマン・ケア心理学と称して、いわば、「心理学」という「横に長ーい」テーブルを用意し、生理心理学から、認知・記憶・学習、動機・欲求、パーソナリティなどの各心理学、あるいは社会心理学、健康心理学、臨床心理学などを、そのテーブルに並べて置くことではないか。そこへさまざまな専門家が課題となっているテーマを持ち込んで載せる、それに対して集まった人々がディスカッションをする、シェアした成果を各自の実践領域に、あるいは研究の場に持ち帰って試行錯誤をする、再び持ち寄る、そのような「場」を提供することを願った。

3. 創立大会

第1回の集まりは、1999年10月30日に聖路加看護大学アリスセントジョンメモリアルホールにおいて開催された。準備委員会メンバーは、小玉・次郎丸・長田・白崎けい子・遠藤公久の各氏と木村(大会委員長)などであり、大会事務局は日本赤十字看護大学・遠藤研究室に置かれた。創立記念講演は、日野原重明先生(当時、聖路加看護大学名誉学長、聖路加国際病院院長)の「ケアのサイエンスとアート」(司会:木村)であった。午後の、創立記念シンポジウム「ヒューマン・ケアにおける心理学の役割と意義—基礎研究と実践活動の統合をめざして—」では、座長小玉、講演者は、志賀令明「精神神経疫学とケア行為」、長田久雄「老年心理学からQuality of Lifeを考える」、島井哲志「ケア行為を認知心理学的に読み

解く」、大橋英寿「臨床人類学とヒューマン・ケア」の各氏と演題であった。なお、学会黎明期の大会運営は、しばしば、ひとりが複数の役目を担って、裏方をやった次の瞬間には表舞台に駆け上がるという、さながら「田舎芝居」の一座のような場合もあったが、有り難いことに、参集者も不便にめげずに楽しく協力してくれていた印象がある。

そして、2013年7月には、第15回大会を数えることが出来、同じ聖路加看護大学において開催されたことは、個人的には特に嬉しいことでもある。大会委員長堀内成子先生をはじめ、ここに至までの本学会初代会長岡堂先生、現会長小玉先生、歴代事務局の方々と理事会の先生方、開催校の皆さま、そして学会の会員の皆さまのご努力に、心からの感謝を申し上げたい。

日本ヒューマン・ケア心理学会設立趣意書

現代社会は高度情報化が進捗し、物質的な繁栄のなかで人間関係の絆が揺らぎ、さまざまな心身の問題に直面しています。少子化、高齢化が急速に進むわが国では、病者の看護や障害をもつ人の介護への社会的関心が一段と強くなり、人間関係的な営みである看護・介護への心理学的支援に対する社会的要請もまた高まりつつあります。

ヒューマン・ケア心理学は、「看護、介護、世話などのヒューマン・ケアにかかわる諸現象を心理学的取り組みによって解明し、人間の健康及び福祉の向上を支援すること」を理念とする心理学の新しい領域です。

看護心理学研究会の呼びかけにより、看護教育にかかわる心理学者の最初の集まりが、一九九六年九月十二日（日本心理学会第六〇回大会）に立教大学で開かれました。そこでの討論の経緯にそって、看護にかかわる心理学の現状への理解を深め、将来を展望するには、研究者の相互交流の場が必要であるとの認識に基づき、学会創設に向

けてオープンな討論を続けることになりました。「看護心理学の課題と展望」という論題のラウンドテーブル・ディスカッションが、日本心理学会の第六一回大会（関西学院大学、一九九七年九月）及び第六二回大会（東京学芸大学、一九九八年十月）において開かれ、生理心理・認知心理・社会心理・臨床心理等の心理学領域の諸分野において活躍されている研究者、実践家の方々が、多数参集されました。看護はもとより介護や世話などのヒューマン・ケアに関する心理学的研究・実践について相互交流と情報交換等の場を設定する必要性が、ますます痛感されました。

心理学は、これまでも看護、介護、世話などのヒューマン・ケアの諸分野でそれぞれ相応の寄与をしてきましたが、この度従来からの個々の活動を総合するとともに、心理学の諸領域、各分野における人間、行動及び人間関係に関する学術的・実践的知見を結集することによって、ヒューマン・ケア心理学の理論的、実践的な進展を促すべく、本日付けで日本ヒューマン・ケア心理学会を創設することになりました。

日本ヒューマン・ケア心理学会では、ヒューマン・ケアにかかわる学術研究・実践研修等の集会、機関誌の発行の活動を通じて、各分野の研究者・教育者・実践家の学術交流、情報交換、連携等を強化することによって、社会的要請に応えることを目指しております。

以上の趣旨に賛同され、この新しい領域「ヒューマン・ケア心理学」に関心のある研究者・教育者・実践家の方々が参集され、日本ヒューマン・ケア心理学会の発展に貢献されますことを切望いたします。

一九九九年（平成十一）年五月一日

日本ヒューマン・ケア心理学会設立発起人会

代表 岡堂 哲雄

発起人 福島県立医科大学医学部 岩崎 祥一

同 大阪教育大学教育学部 上野 轟

同 日本赤十字看護大学看護学部
遠藤 公久

同 東北大学大学院文学研究科 大橋 英涛

同 文教大学人間科学部 岡堂 哲雄

同 東京都立保健科学大学 長田 久雄

同 岐阜大学教育学部 小山田隆明

同 東京大学大学院教育学研究科
亀口 憲治

同 関西学院大学文学部 木下 清

同 聖路加看護大学看護学部 木村登紀子

同 筑波大学心理学系 小玉 正博

同 福島県立医科大学看護学部 志賀 令明

同 神戸女学院大学人間科学部 島井 哲志

同 聖徳大学人文学部 次良丸睦子

同 京都大学医療技術短期大学部
菅 佐和子

同 東北学院大学教養学部 田多 英興

同 お茶の水女子大学生活科学部
楡木 満生

同 日本大学文理学部 花沢 成一

同 福島大学教育学部 飛田 操

同 岩手県立大学社会福祉学部 細江 達郎

同 東亜大学大学院総合学術研究科
村山 正治

同 大阪府立看護大学看護学部 山田富美雄

事務局
福島県立医科大学看護学部心理学研究室気付
日本ヒューマン・ケア心理学会事務局
事務局長 志賀 令明

創設にかかわらせていただいたこと

上野 轟

日本ヒューマン・ケア心理学会創設15周年本
当におめでとうございます。

いよいよ中学校を卒業し、高等学校入学の年に
至るまで、順調に発展・成長を遂げられましたこ
と、顧問の岡堂哲雄先生、会長の小玉正博先生初
め、役員および会員の諸先生方の育ての手を添え
ていただいたご尽力に深く感謝の念申し上げます。

そして、今後、高校、飛び級して、大学、大学
院また専門職業界へと、ますます拡充、発展され
て行かれますこと、心から祈念いたしております。

ヒューマン・ケア研究の編集委員長の遠藤公久
先生からこのようなお声をかけてくださり、あり
がたく、うれしく、万感胸に迫るなかにあります。

かねてより、私は、学生時代の辛い罹病体験が
契機となって、身体疾患の方々への精神的援助・
ケアに取り組むことに恵まれ、生涯課題となって
おります。

この課題は、当初以来、絶えず、早坂泰次郎先
生初め、先達の岡堂先生と長谷川浩先生の「看護
心理学」のお蔭で育てていただけてきました。

本学会の創設にかかわらせていただいたの
は、機会に恵まれ、聖路加看護大学の木村登紀子
先生を通して、先生の研究室に伺ったとき、お話
を聴き、心ときめく思いが湧いたことでした。そ
れは、自分の研究課題とアイデンティティーのも
てる学会がほしいと願う思いでもありました。

専門研究は、基本的に歴史的に縦割りによって
領域化されており、総合研究とか学際研究が言わ
れながら、これが現実にはなかなか至難なことは
諸先生方ご存知の通りと存じます。

とりわけ、本学会創設にかかわって、一方で看

護が学として認知され、大学教育に引き上げられ、急速に、自主独立の潮流にありました。他方、心理学では、心理臨床学が協会による資格認定が始まって、動き出していました。このように、本学会成立の是非が問われる状況にあったと思います。

この間、岡堂先生がタクトを取ってくださり、木村先生が仲介役をしてくださり、小玉先生、長田久雄先生、岩崎祥一先生、志賀令明先生と出会うことができ、とても心強く感じました。志向を同じくする同志と巡り会えたからです。

岡堂先生中心に、同志が幾度か集まり、討議の会を持ったり、日本心理学会でラウンド・テーブルを持ったり、討議の折、出版編集の方が参加されたりしたことがありました。

ある冬の日、盛岡の県立大学の福祉学部に見学で訪問、人間工学の枠なる介護援助の施設、設備に感嘆。木村先生ではありませんが、本学会のコンセプトの視野に入れたいものでありました。

同志の討議会を重ねてくるなかで、各人の専門領域とそのアプローチに、当然、違いがあるのですが、いま、ここでの討議をともにし合っているのを覚えたものでした。これが学際の共有土俵のように実感致しました。

討議がこのように煮詰まって来た会の折、本学会の名称について、小玉先生から、“ヒューマン・ケア”という名称が提案されました。

英語的使用として適うか議論がありました。最終的に一同描く本学会にピタッとしたすてきな名称だということになったのを覚えております。私にとっては、まさに、上の学際共有土俵を指し示すものだと思います。

本学会とのかかわり合いで、この“ヒューマン・ケア”から私は、専門家中心の視座から被援助者中心の視座へ、各専門領域、アプローチを成立させる共有基盤をなすという貴重な方法論および統合的人間学への構想を教えられた思いであり

ます。

大きな不安と期待に揺れるなか、岡堂先生の識見とその力と英断をもとに、一同日本ヒューマン・ケア心理学会創設に向けて、討議で描かれてきたイメージの現実化に向けて、迅速に会則を初め種々事務的作業の整備に走りしました。

そして、いよいよ、日本ヒューマン・ケア心理学会発起記念大会が、木村先生の大会会長のもと、聖路加看護大学において開催されました。理事長・学長でいらっしゃる日野原重明先生にお出ましをいただき、ご講演を頂戴し、本学会発起への饒贖（はなむけ）の言葉を送られ、大きく力強い励みを覚えたことが今も髣髴（ほうふつ）として思い浮かんできます。

この日が1999年10月30日、奇しくも、20世紀終末そして21世紀幕開を間近に控えた時で“21世紀への光明たれ”を象徴しているように思えたものでした。

21世紀の光明たるべく、第2回大会は、小山田隆明先生のもと岐阜大学教育学部に引き継がれました。

また、日本ヒューマン・ケア心理学会創設記念もあわせて、21世紀の光明たるべく、発展への祈願を込めて、本学会会長に就任いただいた岡堂先生の思いのもと、一同力を合わせ、ヒューマン・ケア心理学にかかわる研究に携わっておられる諸先生方の執筆協力を賜り、ヒューマン・ケア心理学シリーズ『患者の心理』『病気と痛みの心理』『生活習慣の心理と病気』を至文堂の現代エスプリ別冊で3冊の刊行が成ったことも忘れられないことでありました。

この度、本学会15周年を迎えられ、会長小玉先生のもと、役員および会員の諸先生方とともに歓びをわかち合い、このように成長・発展にご尽力くださっていることに心から感謝しつつ、より一層の充実・発展と盛会のことを祈って止みません。

ヒューマン・ケア心理学会とのかかわり

志賀 令明

ヒューマン・ケア心理学会という名称が定着するまでそれなりの時間がかかったような気がする。初代会長の岡堂哲雄先生が学会設立の前に考えておられた学会名は、「日本看護心理学会」という類のものだった。この学会が立ち上がろうとしていた時点での日本の看護系大学の数はまだ20校前後で、高知女子、聖路加、千葉などのいわゆる有名校が四大化を果たしており、その他では医療技術短期大学部や看護短大、専門学校が看護教育を担っていた。そのような状況の中で、看護に携わっている人、医療従事者などのいわゆるコメディカルの人たちに、主に心理系よりの発表の場を作ろうとしたのが本学会の端緒である。そこには、長年日本の看護界の中で、看護実践を通しての心理学の教育と実践を展開されてきた岡堂先生の「ケアのこころ」を理解した看護師さんに育ててもらいたいという強い気持ちが反映されていたものだと思う。

しかし実際に立ち上げが始まってみると、看護という（当時は）病院のなかでの医療に限定するよりも、より幅広く、病める人間のケアを前面に押し出したほうが良いのではという議論になり、「日本ヒューマン・ケア心理学会」という名称に落ち着いた。

そうこうしているうちに、日本の看護系大学の数は右肩上がりに増え、2014年の現在では学会発足当初の10倍を越える200校以上になっている。看護短大や看護専門学校が四年制大学化を遂げたのに加えて、福祉や教育関係の学部まで看護系に改組したことが大きい。つまり、日本経済の不景気が若者の「手に職を持つ」志向を高め、それに合致する形として四大卒の高学歴資格としての「看護師」が浮上してきたといってよい。

本学会が始まった頃、日本の看護界をリードしていたのは主にアメリカで看護学博士を取得した「医師に負けないほどの実力を持った看護師を育てる」という強い意志を持った看護師の人たちであった。その人たちのほとんどが定年を迎え、次世代の看護の先生たちが200校を超える数の看護系大学の中で奮闘されている。カリキュラム的にも看護の実習時間が増え、いわゆる教養科目である心理学は時間数が減少していたりするのも事実である。

だがそれは必ずしもがっかりするような出来事でもないのかもしれない。学生たちは実習を通して大人になっていく。1年生の頃にまるで宇宙人であるかのように人と人との距離が分からないでいた若者たちが、学年が進むにつれてそれなりに対人技能を獲得していく様子が見える。実習という現場で鍛えられることが大きいのだろう。

たぶん今後この学会が寄与するとしたら、学生たちが患者さんやスタッフと接していくうちに何をどうつかんだのかをきちんと言語化できる手助けをすることでもあると思う。看護を実践することはそれなりに深い人間知を必要とする。看護という行為は、一方的に与えるものではなく、相互的な行為である。実習などを通じて、その相互性がいかに築かれてきたかを意識化・言語化する力が若い人たちについていけば、ケアされる側も安心する。

幸いなことに現在ケアされる側にいる人の多くは高齢者である。高齢者は高齢者なりの対人知を持っており、それが若い学生のこころを育てるのに大いに役に立っている。

しかし、あと50年もしたら、現代の若者たちがケアされる側に回ることになる。他者から評価されることに過剰に敏感で、自己肯定感が低い若者たちがそのまま高齢者としてケアの対象になったとき、それでも対人関係を維持することのできる看護師や医療従事者を育てるのがこの学会の持

つ意義の一つなのだと思う。

本学会の益々の発展を祈念する所以である。

Ⅱ部 その後の15年間について（15年間の活動等を振り返って）

15年間の学会活動について思うこと、大会を主催された苦労話など。

日本ヒューマンケア心理学会第8回大会

島井 哲志

第8回大会は、2006年9月6日（水）と7日（木）を会期として、兵庫県西宮市にある神戸女学院大学を会場として、開催されました。（以下、ご所属は開催当時とさせていただきます）。

特別講演としては、「文化と Well-Being」と題して、ヴァージニア大学心理学部の大石繁宏先生にご講演をいただきました。内容としては、幸福感や Well-Being に関する研究の歴史的展開と最新の知見を紹介していただき、それを比較文化の視点からとらえることの大切さを指摘していただき、日本の研究の今後の方向性を解説していただきました。このご講演の内容も含めた幸福感の文化心理学のご研究については、「幸せを科学する心理学からわかったこと」という、読み応えのあるご著書として出版されています（新曜社、2009年）。

また、教育講演としては、「医療通訳者の役割と現状」と題して、神戸女学院大学文学部英文学科の長尾ひろみ先生にご講演をいただきました。この中では、日本のなかで外国人として生きていく時にライフラインであるべき医療通訳では、その報酬が保障されないボランティアによっているという問題点や通訳者に求められる役割について解説していただきました。

シンポジウムは、「看護と心理学の連携」と題して、香川大学医学部看護学科の当日雅代先生と、大阪人間科学大学の山田富美雄先生の企画と司会によってもたれました。この内容は、本学会

の主要なテーマでもあり、初心に帰る意味で取り上げていただきました。シンポジストとしては、呉大学看護学部の津田茂子先生、園田学園女子大学の呉小玉先生、和歌山県立医科大学の藪下八重先生、県立広島大学保健福祉学部の網島ひづる先生から、小児看護、国際看護、慢性疾患の看護、がん看護の立場からご発題をいただき、淑徳大学の木村登紀子先生に指定討論、前出の山田富美雄先生からもコメントいただき、ますます必要とされる看護と心理のよりよい連携についてご示唆をいただきました。

一般演題としては、口頭発表6件、ポスター発表19件がありました。発表者名は割愛しますが、口頭発表の演題は、「炎症性サイトカインIL-1 β と食行動」「人工血液透析患者の病気知覚に関する研究（1）—日本語版IPQ-R作成における予備調査の結果から—」「新規入職看護師の看護ストレスへの対処、セルフ・エフィカシー」「その人にとっての幸せ—白血病青年の言葉からの学び—」「中年勤労者の健康について」「生と死をめぐるヒューマン・ケア心理学〔I〕—人間の生涯と健康の終焉としての「死」に焦点を当てて—」でした。

ポスター発表の演題は、「乳がん患者の不安（Ⅱ）—不安の継時的変化と関連要因—」「『健康』に関する個人の態度」「診療場面での医師—患者間相互作用における患者のセルフエフィカシーと医療情報希求度に関する検討」「高齢者施設の音環境に関する—考察—実習生の聞いた音の調査から—」「大学院生の就学生活におけるストレス要因に関する検討」「勤労女性のストレス反応と月経随伴症状との関連—月経周期の変化に

着目して一」「児童・思春期およびその家族に対する心理的支援のために一職域を越えた草の根的連携の試み一」「腎透析患者のセルフケア行動に関する半構造化面接による聴き取り調査」「成人アトピー性皮膚炎患者における主観的健康感の影響要因の検討一男女別の検討一」「健康へのセルフケア行動における健康診断意識と行動に関する検討」「対人関係能力促進プログラムの検討一ボディーワーク実施後の振り返りシートからの分析一」「対話特性尺度の妥当性の検討」「知的障害児・者職員の対処行動と精神的健康との関連について」「EFTにおける効果検討一ショートカットプログラム（EFT-Y3）による介入一」「職務満足度と精神健康度の関連一主観的幸福感に注目して一」「勤労者の役割曖昧性・役割葛藤の認知とストレス反応について」「大学生における死の捉え方について」「幸福の行動特性一幸福とうれしかった思い出に関する予備的調査一」「看護師特有のビリーフを測定する尺度の試み」でした。

また、研修会としては、あだち健康行動学研究所の足達淑子先生から、「健康日本21がめざすメンタルヘルスとしての『行動療法による睡眠習慣改善』」と題して、先生が開発された指導者用教材や一般用教材を用いて、行動療法による睡眠習慣の改善の原理と指導法について、実践的に学ぶ機会をいただきました。

生涯発達とヒューマン・ケア：

第9回大会を主催して

後藤 宗理

「生涯発達とヒューマン・ケア」をメインテーマとして、第9回大会は、2007年9月に名古屋市立大学人文社会学部棟で開催された。筆者が当

時勤務していた人文社会学部は1996年4月に人間科学科・現代社会学科・国際文化学科の3学科からなる学部としてスタートし、2000年4月に大学院人間文化研究科修士課程、2002年に同博士課程も開設した。このうち人間科学科の設立趣旨のキーワードが人間の生涯発達、心身相関、ここらからだの健康であった。このような学部の理念と東海地区の特徴を生かした学会プログラムを企画するために、大学内部では看護学部所属の会員である小笠原昭彦先生・中嶋（現姓服部）律子先生、学外では岐阜地区の足立久子先生、小山田隆明先生、宮本邦雄先生、大府市にある国立長寿医療センター研究所の協力を得ることが必要と考え、実行委員を依頼した。そして、子ども、成人、ターミナルケアという人間の一生を視野に入れたテーマにもとづいて講演、シンポジウムを企画し、縦断研究に関わる研修委員会主催の講習会を加えて、内容の統一化を図った。

具体的には以下に掲げるニューズレターに記したように、充実した内容になったと思う。これらの企画は、名古屋地区の実行委員のネットワークから生まれたもので、日ごろは個別に活動している様々な領域の専門家が学会を機に組織されたことは興味深いものであった。

****（ニューズレター掲載記事）****

残暑厳しい2007（平成19）年9月8日（土）9日（日）の2日間、名古屋市立大学人文社会学部棟に於いて、「生涯発達とヒューマン・ケア」をメインテーマに第9回大会を開催させていただきました。

大会参加者は91名（会員69名、非会員22名）、研修会参加者も25名（会員23名、非会員2名）でした。研究発表は、口頭発表が14題、ポスター発表が20題あり活発な議論がなされました。

特別講演は「生涯発達とターミナルケア」と題して柏木哲夫先生（金城学院大学学長）をお願い

し、これまでの看取りの体験から高齢者の特徴やターミナルケアのポイントについてユーモアを交えてお話いただきました。

シンポジウムは「子どもの発達とヒューマン・ケア」をテーマに、「小児と家族のための療育環境デザイン」（鈴木賢一氏：名古屋市立大学大学院 芸術工学研究科）「子どもが主役の医療を求めて－病院におけるチャイルド・ライフ」（佐々木美和氏：名古屋大学医学部附属病院 チャイルド・ライフ・スペシャリスト）「小児看護学の視点から」田崎あゆみ氏（あいち小児保健医療総合センター 小児看護専門看護師）の3人の方から具体的なお話を伺いました。

教育講演は数井みゆき氏（茨城大学教育学部）に「アタッチメントの発達」についてのお話をさせていただきました。

研修会では「老化とその要因－疫学的研究からのアプローチ」として、下方浩史氏（国立長寿医療センター研究所疫学研究部 部長）に進行中の大規模な縦断研究をご紹介いただきました。

今このニューズレターの記事を読み返してみると、大会のメインテーマと自分の教員生活でのその時々巡り合わせが反映されていて、感慨深いものがある。

大学教員として保育士養成、看護師・助産師養成、幼児教育から高等学校までの教員養成など文字通り「ゆりかごから墓場まで」人間の一生にさまざまな場面で関わってきた。その過程で、名古屋市立大学人文社会学部で心理学を学んだ佐々木美和氏（前出）がチャイルド・ライフ・スペシャリストとして活躍していること、何人かの看護教員が学位取得を目指して学んでいたことなど、身近な所にヒューマンケア心理学の目指すものを実

現していく人となりができたことを大変心強く思ったのである。

筆者自身は2010年3月に名古屋市立大学を退職し、同年4月から現在の勤務先である椙山女学園大学看護学部勤務することになった。

1976年に第21回国際心理学会議（パリ）で岡堂哲雄先生にお目にかかったのがご縁で、本学会第1回大会（聖路加看護大学）から参加し、その後役員を務めさせてもらってはいたものの、ヒューマンケア心理学の趣旨である心理学と看護医療領域の懸け橋となることを特に意識したわけではなかった。しかし、30数年の教員生活を経て、発達心理学をテーマとしながら、現在看護学部で教育研究はもとより管理的職務も務めることになった。さらに、名古屋市内の2つの臨床研究審査委員会（IRB）の外部委員を務めることになり、以前よりも心理学の立場から医療分野にかかわるようになったと感じている。自ら求めたわけではないが様々な役割体験をさせていただいていることを、不思議な巡り合わせだと改めて感じているのである。

日本ヒューマン・ケア心理学会

第10回学術集会の思い出

菅 佐和子

2008年9月13日（土）・14日（日）に、本学会の第10回学術集会を、筆者の勤務先（当時）である京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻の校舎において開催させていただきました。校舎は、京大病院の西構内にあり、東に大文字山、西に鴨川の流れを望む山紫水明の地にあります。そこへ、全国から学会員の皆様をお迎えし、実りある研究発表や交流を行いたいと考えました。た

だ、専攻内には本学会会員が極めて少なく、同僚は、それぞれの専門分野である看護、リハビリ、医療等の学会活動に多忙であり、本学会のためにさらなる負担をかけることは自粛せざるを得ない状況でした。そこで、自発的に協力を申し出てくださった方以外は、地元にお住いの学外の本学会員（主に心理学関係）に準備・運営に協力していただくことになりました。発表者を募るにあたっては、本学会理事の先生がたに一方ならぬご支援を賜り、感謝の念に堪えません。

京都は、その土地柄から、一年中、多くの大規模な学会、研究・研修集会等が開催されています。そのなかで、小規模で知名度もまだ低い本学術集会は、参加者がお互いに近い距離で、温もりのある、ざっくばらんな交流ができることこそ、その特色であると考えられました。そこで、その特色を生かした集まりになるよう、一同、全力を尽くしました。また、本学会のことを知っていただく機会として、心理、看護、リハビリテーション、福祉、教育などの組織にも、手分けしてご案内メールを送るよう努力いたしました。おかげさまで、予想以上の人数が当日参加していただき、充実した集会になったと感謝いたしております。

それでは、2日間のプログラムを、順を追ってご紹介いたします。

まず、1日目の午前中（9：30～12：00）に「研修会」が開催されました。テーマは「臨床現場に根ざした研究開発の方法論」を選びました。臨床現場で活動する方々が、その体験から見つけたテーマを、研究という形に結実させることは、さまざまな意味で重要なことといえましょう。ただ、研究を行うにはそれなりのノウハウが必要です。日々、臨床活動に専念していると、研究のノウハウを学ぶ機会がないことも稀ではありません。基本的な方法論さえ身に着けておけば、日常の臨床活動の中に珠玉のテーマはたくさん埋

まっているので、臨床に根ざした研究論文を世に問うことは困難なことではないと考えられます。そこで、この「研修会」では、現・本学会会長である小玉正博先生（当時：筑波大学大学院教授・本学会常任理事）に講師をお引き受けいただき、研究の方法論に関するご懇切なご指導をお願いいたしました。この研修会には、若い方々だけでなく、中堅やベテランの方々も熱心に受講しておられたのが印象に残っております。

13：00～14：00は、ポスター発表1（9題）が行われました。

14：15～15：30には「こころのケアの本質とは」をテーマとして、「特別講演」が行われました。講師として、精神科医・臨床心理士として数多い著作でも著名な山中康裕先生（京都大学名誉教授・京都ヘルメス研究所所長）をお招きいたしました。山中先生は、人間の「こころ」や「たましい」の領域に働きかけるCore（核心）を、Cure、Careと並ぶ概念として提唱され、その本質について豊富な事例を紹介しながら熱く語ってくださいました。広い会場には、当日会員も数多く参集し、熱気にあふれた講演会となりました。

15：45～17：00には、教育講演「広汎性発達障害の対人相互性の問題」が行われました。講師として、児童精神科医であり、この分野における第一人者のおひとりである十一元三先生（京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻）をお招きいたしました。広汎性発達障害は、近年、幅広い関心を集めていますが、その本質を「対人相互性の問題」として抽出されたご講演は学ぶところが極めて多く、フロアの手ごたえが感じられました。

その夜、18：00から懇親会が行われました。全国からのお客様に楽しんでいただける京都らしい場所として鴨川の床料理を設定いたしました。会場となった「がんこ二条苑」は、その昔、高瀬川

を拓いた角倉了以の屋敷跡として知られ、豪華な日本庭園を持つ料亭です。まだ暑さの残る時期ではありましたが、多数の皆様喜んでいただき、楽しい懇談の時間を共有できましたことは、心に残る思い出となりました。

さて2日目は午前中、9:30～12:00 口頭発表（3室・計9題）とポスター発表2（10題）が行われました。

午後は、総会の後、14:00～16:00 「チーム医療の発展と進化を目指して---現場からの提言」をテーマとするシンポジウムが開催されました。これは、多種多様な対人援助職が職域を超えて集まる本学会ならではの視点から選ばれたテーマでした。

シンポジストとして、斉藤ゆみ先生（看護師の立場から）、古井由美子先生（臨床心理士の立場から）、岩佐順子先生（作業療法士の立場から）にご登壇いただき、それぞれの立場で全力投球されている実践のお話を伺うことができました。指定討論者としては、精神科作業療法の指導者である山根 寛先生（当時・日本作業療法士協会副会長）をお招きし、包括的なまとめをしていただき、今後の課題をお示しいただくことができました。

以上のプログラムをすべて終了し、余韻の残るなかで閉会の時を迎えました。すべて手作りの運営のため、行き届きも多々あったと存じますが、ご協力いただいた皆様、ご参加いただいた皆様に改めて深く感謝申し上げるとともに、本学会の今後の発展を心から祈っております。

第11回大会

岩崎 祥一

第11回大会は、平成21年（2009年）7月19・20日に仙台で開催されました。この大会では、東北大学・大学院情報科学研究科の岩崎祥一が大会長を、同じく東北大学・大学院教育学研究科の安保英勇が副大会長として、大会の運営を行いました。

大会を開催するにあたって最も悩ましかったのは、大会テーマをどうするかという問題でした。岩崎の専門は認知心理学で、ヒューマンケアの実際の問題について十分に通じているとは言えないのが実際のところでした。そのため、大会テーマをどうしたらよいかといろいろと考えました。当時、たまたま学内のある研究科に、招待講演をお引き受けいただいた吉岡泰夫先生の講演のポスターが掲示されていました。講演の要旨をみると、ポライトネス理論をベースに医療における治療者と患者のコミュニケーションはどのようなものかという内容のようでした。これを見て、そうだこれだ、と思いました。そこから「ケアとコミュニケーション」という大会テーマを思いつきました。

ケアの現場は、人と人の交流の場であり、心と心のつながりがその重要な基盤となっております。心が通い合うケアを実現するためにはコミュニケーションはどうあるべきかという問題は、ケアに携わる方はどなたも日頃考え、悩んでいることではないかと思われまふ。このテーマであれば、私の専門分野とも親和性があり、かつ、臨床の現場でお仕事をされている参加者の方々にとっても得るところがあるのではないかと思われました。

吉岡先生はその当時、国立国語研究所の上級研究員をされておられましたので、さっそく、連絡

をさせていただき、招待講演をお願いしたところ、快くお引き受けいただけました。ところが、吉岡先生との打ち合わせを行う中で、1つ悩ましいことが判明しました。それは、大会が開催される平成21年度には、先生が別府大学文学部へ移動される予定となっていたことでした。大きな学会であれば、講演者にとっては移動の手間が増えるということを除けば、特別問題になるほどのことではないのですが、東京から仙台への移動と比べ、別府からの移動では旅費が増えることでした。みみっちい話ですが、我々の学会は、会員数が少ないこともあり、大会参加者の数がそれほど多くないために、大会の予算に限りがあり、旅費の増加はできれば避けたいところでした。

ともかくも、招待講演者と大会テーマが決定したので、後はこれに沿って残りのプログラムを埋めていくことにしました。次に決定したのは、教育講演でした。これには、東京慈恵会医科大学の野呂幾久子先生をお願いすることにしました。野呂先生は、当時、私の所属する情報科学研究科で同じ講座に所属し、部屋が隣同士の邑本俊亮先生のところで学位をお取りになったばかりでした。その指導教員の邑本先生は、ご専門が文章理解であり、言語によるコミュニケーションをご専門とされている先生です。そのお弟子さんの野呂先生は、研究テーマとしてインフォームド・コンセントの文章を患者さんにとって分かりやすくするにはどうしたらよいかという問題を扱っておられました。研究室のゼミなどで、野呂先生の発表をお聞きしていたこともあって、先生の研究内容は、まさに大会テーマからみてもお誂え向きだと思います。さっそくお願いし、快くお引き受けいただきました。

さらに、シンポジウムは、「ケア現場でのコミュニケーションを巡る諸問題」と題し、精神科医としてのお立場から上埜高志先生（東北大学・教育学研究科）に、看護師としてのお立場から清

水裕子先生（香川大学医学部看護科）に、さらに薬剤師としてのお立場から奥野雅子先生（東北大学・教育学研究科）に、それぞれケアの現場で遭遇するコミュニケーションを巡る具体的な問題やそれに対する提言などをお話いただきました。先生方のお話に加え、参加者との質疑応答を通してこの問題に一層の理解を深めるきっかけとなったのではと考えております。シンポジストの先生方やフロアの先生方にこの場を借りて改めてお礼申し上げます。

大会の開催日は、本大会からそれまでの9月中旬から7月の海の日前後となりました。これは、一つには、9月には心理学関係の諸学会が集中しているため、他の学会と開催日程が重複することで参加に支障が出るという話が出たことが関係しております。地の利がいいとは言えない仙台での開催でもあり、また開催日が梅雨の最中の7月中旬に変わったことで、参加者が少ないのではとの危惧の念もありましたが、幸い常任理事の先生方をはじめとする諸先生方のご協力のおかげで、何とか大会としての体裁を保つことができました。講演やシンポジウムでご講演いただいた先生方をはじめ、大会にご参加いただいた方々、及びスタッフとして準備や運営を支えていただいた大学院の学生さんなど、多くの皆様のご協力により、こじんまりとしてはいましたが、まとまりのある有意義な大会になったと感じております。あらためて、この場をお借りしてご協力いただいた皆様に御礼申し上げます。

13回大会を開催して

石井 京子

関西で初めてヒューマン・ケア心理学会を開催することが決まり、すぐに準備委員会を開催しました。テーマの決定では、これまでのヒューマン・ケア心理学会の流れを踏まえ、さらに関西ならではの主張を取り入れたいと議論し、「輪・和・笑」としました。ヒューマン・ケアにおける他職種との共同・協働・チームワークはもちろん重要ですので、理解してもらいやすいと思われましたが、“笑”についてはいろいろと議論しましたが、ヒューマン・ケアが最も必要とされるターミナル期においても、笑いの精神の重要性は指摘されています。わが国に死の準備教育の概念を提唱してきたアルフォンス・デーケンが、ご自身の母親の臨終の場面を紹介しながら、最もシビアなターミナル期のケアであるからこそ、そこにはユーモアが必要であり、それはケアする者にもケアされる者にも有用であることを述べています。このヒューマン・ケアの真髄であるユーモアのこのころを持つことが、ヒューマン・ケアを志すものに大切だと思い、輪・和と並んでテーマの1つとしました。

そのような議論をしている最中の2011年3月11日に、日本中を震撼させた東日本大震災が発生しました。テレビをはじめとするメディアから流れてくる映像を伴った情報は、ただただ画面全体を押しつぶしそうな膨大で未曾有な被害を伝えていました。学会の情報管理を統括していただいていた東北大学自身にも大きな被害が出て、ホームページなどの通信機能はストップしてしまいました。幸い、今回は、大会で独自にホームページを立ち上げていましたので、対応にはそれほど齟齬は生じなかったように思いました。このような災害が起きている最中に学会の開催を議論してよ

いのかと準備委員会で議論いたしました。7月開催ということはすでに第1報で発信しており、その遂行は重要な任務であるという意見や、被災地の広範囲さから大会テーマにも災害問題を入れたいという意見、さらに、何らかの支援ができないかということをお話し合いました。その中で、山田富美雄先生から大会講演の主題に災害からの立ち直りを入れていただくことを申し出ていただきました。また、被害が広範囲に及ぶことから、発表原稿提出期限の延長などの措置を取りましたが、大会の実施は予定通りといたしました。

本大会の大会講演では尼崎のJR事故からの家族の立ち直りに友人の支えと落語という笑いの場が有用であったことが紹介され、まさに本大会のテーマにふさわしい内容であったと感銘を受けました。特に、講演者の身内の当事者である立場からの実体験は、聴く者の心を揺さぶるものがあり、家族の和・友人の輪・そして生きがいとしての笑が、困難な状況からの立ち直りを支え、立ち上がることができたことが伺えました。シンポジウムにおいても、急きょ災害支援の観点を木村登紀子先生にお話しいただきたいとお願いいたしましたところ快くお引き受けくださり、ほっとしたものです。こうした多くの災害などの人生の困難事象は私たちを一時的には押しつぶしそうになりますが、そこから立ち直る力、レジリエンスを発揮できるのが人間であり、そして家族・友人、地域などの場であると実感しました。

口頭発表論文ではロング・スピーチを新たに設け、ゆっくり研究の検討をフロアと行ってもらおうと計画しました。申込み数を懸念しましたが、予想を上回る申し込みをいただき真剣に研究の向上を目指す姿に安堵いたしました。当日は発表者もご自分の研究を丁寧に説明でき、フロアとの熱い議論が交わされたと座長から報告を受け、うれしく思いました。

また、本大会の目玉としまして、発表論文賞の

企画が上がりました。学術論文には学会賞などがありますが、その前段階の学会発表の斬新なアイデアや新機軸の研究に対する励みになるような支援を考えました。対象は若手の支援ということで厳密な年齢区分はできませんが、そこは有名な先生方にはご遠慮いただくということで審査基準を作成し準備委員会メンバー6名で審査をいたしました。口頭発表部門、ポスター発表部門のそれぞれから1題ずつ選び総会時に表彰させていただきました。

こうして、大震災の影響を危惧いたしましたのが、理事の先生方の多大なるご支援をいただき、発表論文数も例年同様に集まり準備委員会一同本当に安堵いたしました。しかし、大会申込み者数

や懇親会の申込者は当初少なく、会場設営側としては非常に予測がたてにくいことを実感いたしました。前年くらいの規模は見込めるはずと、勝手に予測見込みをつけて会場の交渉を依頼しましたが、当日申込で結局は前納者のほぼ3倍の人数となり、逆におもてなしが十分に行き渡らなかったのではないかと心配いたしました。自戒を込めて大会主催校が早めに人数確認ができるように、すべての申し込みや振り込みを行うことをお願いしたいと存じます。

当日は前日までの悪天候が嘘のように晴れあがり本当に良い一日となりました。ご協力いただきました多方面の方々に心よりのお礼を申し上げます。

Ⅲ部 今後のヒューマン・ケア心理学会について

これからの学会のあり方について思うことなど

個性化と社会化

一今後の学会の在り方に思うこと

安保 英勇

日本ヒューマン・ケア心理学会に私が会員となったのは、2002年の秋のことである。当時、淑徳大学にいらっしゃった木村登紀子先生に「いい学会があるのよ」と誘われ、聖路加看護大学で心理学の教員をしていた私には断る理由はなかった。しかしながら入会のお誘いの裏には大会事務局の裏方の仕事があった。翌年に筑波大学大塚校舎で開催される第5回大会（岡堂哲雄大会長、木村事務局長）のお手伝いである。かくしてプログラム委員に任命された私は、小玉正博先生、清水裕子先生のご指示の下、一度も参加したことのない学会の発表論文集を作成する羽目になった。すなわち発表者の原稿をチェックしたり、作画ソフトを駆使し会場までのアクセス図を作るなどして発表論文集の制作にあたったのである。更にはPC内を検索すると「招待講演お礼状」「大会委員証明書」「研修証明書」「ボランティア証明書」なども私が関与した痕跡があり（記憶はない）、しかも作成日時は開催の1週間前となっている。要するに人手不足の状態ですたばたと準備にあたったのである。

学会開催中もそのような、よく言えば臨機応変な体制は変わらず、総会時には「安保先生、書記やって」とその場で頼まれたりしていた。このような状況を木村先生は“田舎芝居”と度々おっしゃっていた。役者が、もぎりもやれば裏方もやる、そのような会員総出の手作り感いっぱいの、

しかし達成感も十分味わうこともできた大会運営であった。

それから約10年、欠かさず大会には参加してきているが、少なくとも外側から見ると随分と洗練されてきた印象を受ける。論文集も立派になり、運営スタッフの動きもスムーズである。大方の同規模の学会と遜色なくなってきた。一方、学会自体も先生方のご尽力により大きく様変わりした。具体的ところは他の先生方が記しておられるところと思い、詳細は省くが、大会同様、概ね学会のありようも整備されてきたように思える。15歳を迎え、思春期から青年期に入りつつある私たちの学会である。

さて、今後どのような人間になっていくかには2つの道があるように思われる。一つは、いうまでもなく学会の拡大である。学会を名乗る以上それは公器であり、学会としての成果をアカデミックにも社会にも還元していくことがその機能である。学会が大きく発展することでその機能がよりよく発揮されることは明白であり、学会の勢力拡大はまぎれもなく正常な発達といえる。他の学会に目をやると、研究助成、学会認定資格制度の確立、英文誌の刊行、一般広報誌の刊行、公開シンポジウムの実施、国際学会の開催など種々の活動を行うことでその展開を図っているように思われ、私たちが注目するに値するものであろう。

もう一つの道は、小規模なことをむしろメリットと捉え、じっくりと会員間の討議や交流が行われるような大会運営や学会運営を行うものである。私はこのような形式の会にかつて2つほど所属していた。一つは100人強の規模、もう一つは30名ほどの規模であった。いずれも3泊程度

の合宿形式で行われ、夜遅くまで濃密な討論が行われ、いまでも彼らとの交流は続いている。メンバーシップは半ばクローズドにして大規模化するのを防いでいたが、「何か面白いことやっているようですね」と聞きつけてきたり、メンバーが信頼できる同僚を誘い込むなどして参加者数が減ることはなかった。既存の学会に物足りなさを覚える人々が集っていたように思う。合宿で行う必要はないが、小規模学会の利点、“田舎芝居”のよさを生かし、活発で小回りの利く学会運営が一つの方策と思われる。

「大きな人」と「個性的な人」。無理を承知で換言すれば「社会化」と「個性化」とみなすこともできよう。そうとなればこれらは排他的なものではなく、この二つの側面をバランスよく進行させてゆくことが、健康的な発達に必要なことと思われる。他者にはない個性を持ち、それが社会の中で受け入れられ、他者を惹きつける魅力ともなっていることが重要であろう。

私たちの学会の特色は、看護学と心理学が手を携えていること、研究者と実践家が共に学ぶ場となっていることの2点にあると私は考える。接点があるようで少ない人々の架け橋となっている点である。この類を見ない個性を大事にし、設立に携わった先生方の思いを大切にしつつも、学会の発展を模索してゆきたい。

「ソフトランディングと

ヒューマン・ケア心理学会」

山崎登志子

「今後のヒューマン・ケア心理学会について」というテーマをいただいた時、真っ先に浮かんだ言葉が「ソフトランディング」であった。ここで

は「ソフトランディング」の言葉の使われ方を概観し、ヒューマン・ケア心理学会におけるソフトランディングの方向性について考えてみたい。

ソフトランディング soft-landing という用語を近年看護や介護の分野でもよく見かけるようになってきた。ソフトランディング（軟着陸）とは、元来、宇宙開発において月や火星などの衛星・惑星にロケットエンジンの逆噴射で速力をおさえながらゆっくりと着陸することをいう（デジタル大辞泉）。その後、航空業界でも使用されるようになり、航空機等が緩やかに降下し地面に着陸をするという意味でも使用されるようになった。周囲の環境に自然に無理せず適応していくプロセスという意味合いで、この言葉がまさにゆっくりと時間をかけて様々な専門領域に浸透してきている印象である。

データベースの総合案内サイト magazine plus でここ10年間の「ソフトランディング」をテーマにした記事を外観したところ、444件がヒットした。1982年から1990年まではそのほとんどが、経済用語として使用されている。例えば、「ソフトランディング目指すアメリカ経済」（小島、1989）、「自動車産業は軟着陸（ソフト・ランディング）できるか」（栗山、1990）等である。マネー辞典によると、経済用語では、過熱した景気を経済への悪影響が最小限に抑えられる形で、継続的に維持可能な成長水準まで穏やかに減速させることを指すと定義づけられている。つまり、経済分野においてはリスクを最小限にしながら緩やかに経済回復を乗り切るという意味あいで使用されているようである。さらに、デジタル大辞泉をみると、「被害者住民の意向を汲みながらソフトランディングをはかる」等、交渉やめ事で、無理に言い分を通そうとせずよく話し合っって結論を出すことという定義もある。時間をかけソフトに問題を解決するという意味は経済分野と同様であるが、コミュニケーションの回復過程にまで応用されてい

る点が興味深い。

次に、国立情報学研究所の提供の論文情報検索サイト（CINii）で、ソフトランディングをキーワードとし検索したところ、201件が検出された。これらを分類したのが、表1である。

この中から医療・福祉分野に関連した内容を拾い上げてみると、1980年代は「日本型高齢化社会—ソフトランディングへの提言」（袖井、1985）という1件のみであった。しかし、1990年代になると「これからの健康づくりの行方—21世紀へのソフトランディングに向かって」（吉田、1990）、「在宅リハと訪問看護の連携を探る—回復期リハビリテーション病棟から在宅への視点—病棟の現状とソフトランディングの課題を考える」（栗原、1994）、「高齢化へのソフトランディング—50～64歳の男女の意識と行動」（深野、1995）等、病院から地域への移行や高齢に向けて準備を整えるという意味でソフトランディングを使用している文献6件がヒットする。さらに2000年代になると、高齢社会へのソフトランディングに関する内容9件、高齢社会に関連した退職後の生活に関する内容4件、障害者施策における施設から地域生活への移行に関する内容2件の計16件に加え、職場のメンタルヘルスについてが1件、臓器移植等の治療後の生活へのソフトランディングが2件の他、西洋医学における薬物療法から漢方へのソ

フトランディングに関する内容が1件、また、医療・福祉の分野からは除外したが、看護学生から看護師へのソフトランディング等、学生から社会人への移行に使用されている文献も出てきており、さらに使用範囲が多様化している印象である。

さて、ヒューマン・ケア心理学会においては、何に向かってどのようなソフトランディングが必要だろうか。岡堂先生によるヒューマン・ケア研究創刊号の巻頭言を引用すると、ヒューマン・ケア心理学は「看護、介護、世話などのニューマン・ケアに関わる諸現象を心理学的取り組みによって解明し、人間の健康および福祉の向上を支援することを理念とする新しい領域」であるらしい。本学会での発表や雑誌投稿を概観すると心理、福祉、医療、看護、教育等、様々な立場からの研究が報告されている。「心理学的取り組み」にこだわらず、様々な学問領域での研究を紹介しあう場としての立ち位置が現在のヒューマン・ケア心理学会の非常に重要な部分になっているのではないだろうか。IPW（Interprofessional Work）の重要性が叫ばれている今、現在の立ち位置を尊重し切磋琢磨しつつ、様々な立場の研究者間での共同研究が増え、より学際的な学会へとソフトランディングしていくことも重要になってくると思われる。

表1 ソフトランディングをキーワードとして抽出された文献

就労	学生から社会人へ 5件、転職 2件、労働市場問題 2件
医療・福祉	高齢社会 22件、臓器移植 1件、他症例 1件、 職場のメンタルヘルス 1件 薬物療法(漢方への移行) 1件
ライフプラン	年金・保険 9件
経済	アメリカ経済 38件 中国等アジア経済 26件 日本経済 16件 銀行 1件、企業 5件、農業自由化 2件、自動車産業 1件 産業構造1件、石炭産業 1件、国際調和 1件、 経営危機からの脱却 2件、経済全般7件
エネルギー問題	石油から自然エネルギーへ1件
政策	少子化 2件、民主主義 1件、環境問題 1件 市町村合併・過疎地 2件
建築	摩擦問題・耐震 5件、建設 17件
その他	工学・物理学 9件 他 18件

国立情報学研究所の提供の論文情報検索サイト(CINii)にて2013.7.1検索

これからの学会のあり方について思うこと

三田村啓子

1. はじめに：

私は言語聴覚士と臨床心理士を仕事としてきた。仕事の流れでケアマネージャーも取得している。

社会福祉施設を出発に、医療、教育分野そして個人開業や訪問も経験してきた。現在は専門学校の教官で今後の言語聴覚士界に人材を育て送り出す仕事についている。

上記に掲げたどの分野においても基礎と応用知識の必要なことはいうまでもないが、看護をはじめ対人関係職種にとってヒューマン・ケアは切っても切り離せない。

私の日本ヒューマン・ケ心理学会への参加は第9回からである。第9回からの本年16回までのテーマを追ってこれからの学会のあり方について思うことを述べてみたい。

2. 学会の趣意とこれまでのテーマ

当学会の設立は1999年である。設立の趣意書によれば『看護・心理・世話などのヒューマン・ケアがかかわる諸現象を心理的取り組みによって解明し、人間の健康及び福祉の向上と支援すること』を理念としている。

わかりやすい言葉を使用した趣意書である。特に看護・心理のあとに日常的な『世話』を趣意書に入れているところにこの学会の特徴が表れている。

心理学は人の心の動きや行動を研究する学問である。

私は常々、心理は真理だと思っている。心理とは「人の心奥深く隠された気づかれぬ深層心理」と考えがちだが、表面に見えている当たり前の悩みも真の心理である。趣意書の「世話」を

「生活支援」に置き換えて考えてみた。

9回から本年の16回までテーマは以下である。

第9回 2007年 9月 生涯発達とヒューマン・ケア

第10回 2008年 9月 チーム治療とヒューマン・ケア

第11回 2009年 7月 ケアとコミュニケーション

第12回 2010年 7月 つながりあう“ケア”

第13回 2011年 7月 ヒューマン・ケアと感情
～輪 和 笑～

第14回 2012年 7月 ケアする人のケアを考える

第15回 2013年 7月 死別後もつづく絆

第16回 2014年 7月 ヒューマン・ケアと看護学

テーマを大きく分けた。1.『コミュニケーション・絆・感情』とひとりひとり個別的なのつながりを重視するテーマ、2.『チーム医療』で多業種協働、3. 生涯発達や死別後と人生の縦の流れと幅広い。今年は『看護学』である。

9回から16回だけのテーマだけでも実に幅広く深く多彩で人のこころのあり様を線や面だけでなく立体的に追及してきた。

学会のテーマを振り返ると、私の医療、リハビリテーション領域に思いが膨らんだ。思うことを述べる。

3. ADLからQOLへ

世話—生活支援から人生・生活の質

医療や介護の世界ではADL（日常生活動作）やIADL（手段の日常生活動作）がいわれて久しい。ADLは食事や排泄、移動や入浴など日常生活を営む上で一般的に行っている行為・行動である。IADLはその日常生活を送るために必要な動作でADLより複雑な買い物や洗濯、調理、掃除などの家事全般から、さらに金銭管理や服薬管理など

をさしている。

さらに進んで最近ではADLからQOL(人生・生活の質)がより重視されている。多様な疾病や障害を抱えている患者個人の日々の生活の質や人生の質にどれだけ貢献できるかまだ迷いの中である。

4. 「キュア」から「ケア」へ

QOLが重視されることは医療や介護がより患者個人を中心に置く姿勢への変化である。医療者や介護者の価値観ではなく、対象者自身の充実感を重視する姿勢を前面に出すことである。

QOL重視の動きはキュア(cure)「治療する」からケア(care)への流れを生み出している。従来の治療中心からQOLを向上させる医療・介護へ変化の潮流がある。

キュアは治療・病気を治すことであり、医師中心の診断から治療をさす。日々進歩を遂げるキュアは人の命を助け、長生きを助けてきた。一方変わらぬ人のこころの動きがある。キュアと違いケアは定義しにくい。あえて言えば「ケアは個々人の対象者に合わせて多業種協働でチームとしてかわり支援すること」だと思う。医師だけではなく多業種が専門性をもって健康や生活を支援し守る変革が今後の課題である。

5. ヒューマン・ケア心理学会の課題

ヒューマン・ケア心理学会は個々人が病や障害、悩みを抱えながらも『生き生きと暮らす』ためにできる心理的支援を発展させてきた。当学会は看護から心理、福祉関係者が参画すでに多業種専門チームが出来上がっている。しかし、まだまだ個々人の支援を展開するだけのケアが成熟していないように思われる。

本年は医療保険の改訂の年である。医療保険や介護保険の経済的基盤に追われることなく、専門チームの特質を今後もさらに縦に横に発展させることも今後の進む道であると思う。

6. おわりに

ヒューマン・ケア心理学会がめざす姿勢は、絆を大切に幅広いコミュニケーションを目指すことである。ひとつのことだけを追求するのではなく専門職チームとしてお互いに切磋琢磨しつつ多くの他業種とともに協働していきたい。

おわりに谷川俊太郎の『みみをすます』を紹介する。この詩は非常に長い詩である。この中でヒューマン・ケアの目指す姿勢を表現している部分を引用する。

みみをすます 谷川 俊太郎

みみをすます

ひとつのこえに

ひとつのおとに

みみをすますことが

もうひとつのおとに

もうひとつのこえに

みみをふさぐことに

ならないように

みみをすます

ヒューマン・ケア心理学会は、今後も今までのテーマが指し示してきた広く深い、時には特定の領域に切り込んだ人の営みとこころの健康を支援する学会であり続けたいと思う。

参考文献：

みみをすます 谷川俊太郎 福音館書店

人と人とが交流しあう学会を目指して ——若手が学会に期待すること

東海林 渉

1. はじめに

私が日本ヒューマン・ケア心理学会に入会してから7年が経ちました。先輩方が苦労して立ち上げ、運営されてきた学会で、こうして若手の一人として発言できることを光栄に思います。

学会には、研究者や実践家を志す若手が得るべきものが多く詰まっていると思います。かく言う私も、たくさんの方をこの学会から学ばせていただいています。その経験を振り返りながら、この場をお借りして、若手の立場で今後の日本ヒューマン・ケア心理学会のあり方について考えてみたいと思います。

2. 「はじめの一步」を踏み出す場としての学会

若手にとっては、まず学会に入会するということが第一のハードルではないでしょうか。私の場合は、当時の指導教員から学会発表を勧められたのが入会のきっかけでした。知り合いからの勧めや、学会の特徴などの細かい情報を提供したり、学生の年会費を割安に設定したりといった具体的な配慮が、若手が学会に興味をもつきっかけになると思います。

3. 若手が継続的に発表できる学会

私が初めて学会で発表した時は、「自分はまだまだ勉強不足で未熟だ」という意識が強く、学会発表なるものは自分には恐れ多いことのように感じられました。入会したての頃、「発表しても非難されるのではないか」、「意味のない研究だと相手にされないのではないか」と、不安を抱えながら友人たちと話していたことを思い出します。

駆け出しの若手が学会に慣れるまでは、いくら

か時間がかかるように思います。場数を踏むことで徐々に慣れてくるとと思いますから、継続的に発表できる場としての意味は大きいと思います。入会1～2年目の頃、本学会の柔らかく包み込まれるような雰囲気になされた記憶があります。本学会を貫く「ケア」の精神の賜物だと思いますが、そうした雰囲気を基盤としながら、その中で、若手の未熟な点、改善すべき点についてご指導いただけると、若手の成長になると思います。核心を突く指摘や学問上の建設的な批判は、若手にとって、とても貴重なものです。

われわれ若手は、こうした諸先輩方の指導やアドバイスを真摯に受け止め、自らの至らない点を見つめ、研鑽を積む積極的な姿勢を持つことが必要なことでしょう。

4. 領域を越えて人と情報が行き交う学会

若手にとって学会は、同じテーマを研究している多領域の専門家と出会える貴重な場です。人のネットワーク、情報収集のネットワークを広げられる点で、本学会が存在する意義は大きいと思います。入会当時を振り返ると、学会に参加しはじめた頃ほど、ネットワークの広がり求めていたように思います。若手が慣れない場にあえて飛び込んでくる背景には、何らかの動機があるはずで

す。また、自分を含めて、若手の多くは経験不足のために洞察が浅く、視野が狭くなりがちです。それゆえ、同じ領域の専門家どうして話せる場と、異なった領域の専門家と話せる場、その両方が必要だと思います。学会には、それぞれの専門領域を越えて、人や情報を結びつける役割があるように思います。

例えば、学術集会の新しい企画として、大会テーマについて同じ領域の専門家どうして意見交換するセッションと、異なる領域の専門家で意見交換するセッションを両方組み、それぞれの専門

のバックグラウンドの違いを比較してみるといった試作的な取り組みも、若手が視野を広げるには面白いのではないかと思います。若手が領域を越えて、ベテランの先生たちと交流を深められる仕掛けがあると、学会への参加がより魅力的なものになると思います。

5. 成長の機会をくれる学会

数年前から本学会が企画している「優秀発表賞」ならびに「学会論文賞」は、若手の大会参加や論文投稿を動機づけてくれるものです。研究や発表をすることに慣れてきた若手にとって、こうした賞は、自分が取り組んでいる研究の「問い」や「意義」を改めて見直す機会になります。私自身がそうであったように、賞へのエントリーを通して、若手は自らの研究の意義や実用性、オリジナリティを改めて考えることができます。また、研究者を志す若手にとっては、受賞の経歴はキャリアアップ・ステップアップにもつながるものです。そうしたものを学会が準備してくれることは、若手にとってとても嬉しいことです。

この報賞制度は、現状でも十分にその意義を果たしていると思いますが、もし若手の視点で制度の更なる充実を考えるなら、審査基準の明確化という方策もあり得るのではないかと思います。審査基準に沿って若手が自身の研究を振り返り、ヒューマン・ケアの精神を包含しながらその質を高めていけるように審査基準が働くならば、報賞制度の価値がさらに高まると思います。ただし、

それには若手自身が、受賞だけが研究・実践の本位ではない点を十分に自覚しておくことが肝心だと思います。

6. 学会における若手の役割

ここまで、若手の立場から学会に期待することを考えてきました。整理してみると、その多くに、人と人とのつながりを大切にするヒューマン・ケアの精神が含まれていることがわかります。これはおそらく、諸先輩方が労を惜しまずに熟慮しながら学会を作ってきたことの証だと思います。いま、学会設立以前に先輩方が歩んできた歴史、そして15年という学会設立からの歴史の上に立てていることに喜びを感じます。

若手には、学会の発展のために、次のような役割が期待されているように思います。①挑戦的な研究を行い、積極的な論文の投稿や学会参加を通して学会を盛り上げていくこと、②若手なりの新しい切り口で意見や要望を出し、時代に沿った学会運営に携わっていくこと、③若手の時にしか経験できないことを十分に経験し、学会を担っていける存在に成長してゆくこと。先輩方が用意してくれた成長の機会を積極的に活用し、若手がこれらの役割を果たしてゆくことが、学会の更なる発展につながるのではないのでしょうか。

多職種が交流を深め、先輩と若手が手を取り合う姿はケアの本質につながっていると信じています。この先の15年も、人と人とが交流しあいながら、本学会を盛り上げていければと思います。

第IV部 15年間のデータ

学会事務局の15年

事務局長 清水 裕子

これまでの学会の15年の歩みについて、データをご覧いただきながらご説明したいと思います。

1. 学会会員数の推移

本会初期の会員は、1999年10月30日の創立大会からさかのぼって、1997年の入会者が最初の会員に始まる。その頃はまだ、日本心理学会でのラウンドテーブルの集まりであったため（木村登紀子先生の記録をご参照されたい）、正式な入会手続きはおこなわれていなかった。この最初の会員は、初代会長でおられる岡堂哲雄先生、創立大会長となられた木村登紀子先生、現常任理事の長田久雄先生、遠藤公久先生、理事の菅佐和子先生で

あり、現在5名の方が残っておられる。1998年に会員登録された方々は、2代目小玉会長、志賀令明初代会務局長、岩崎祥一2代目学会事務局長、3代目清水裕子現学会事務局長、上野轟・大橋英寿両名誉会員など、13名の方が残っておられる。これらの先生方の入会届は1999年6月から7月にかけて行われ、1999年には72名の会員で創立大会が出発した。現在はこのうち、33名の会員が残っている。翌年2000年には132名、2003年の第5回大会では200名となり、その後、約10年を経過して昨年2012年には最高で290名になった。尚、理事会報告をもとにした。

2. 大会参加者の推移

大会への参加者は、第8回神戸女学院大学での参加者が不明ではあるが、年々増加の傾向にある。参加者数は、創立大会での140名をなかなか超えられなかったが、菅佐和子大会委員長の京都

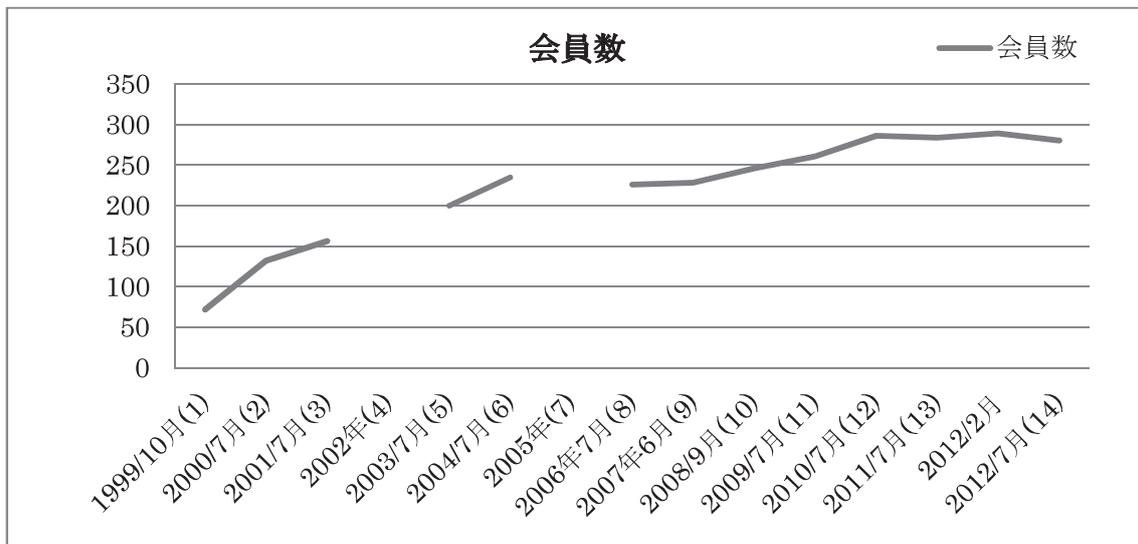


図1 会員数の推移

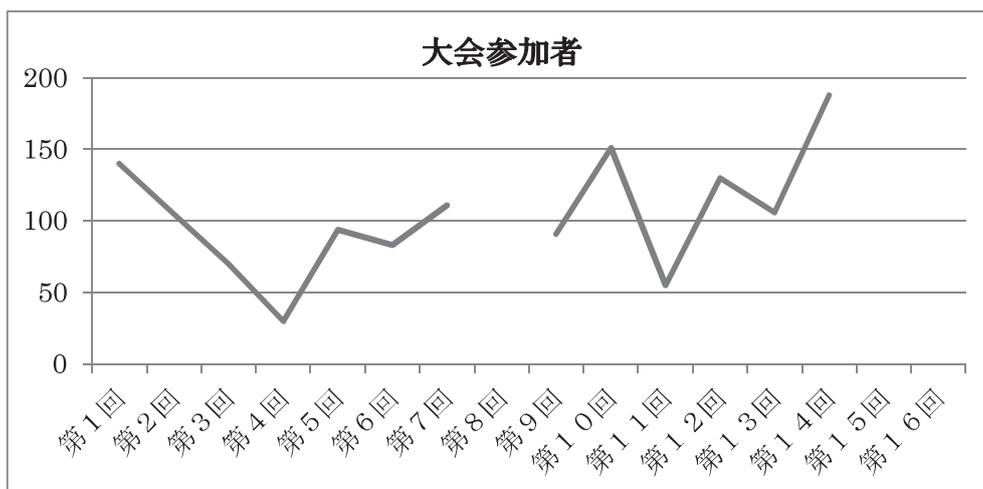


図2 大会参加者の推移

表1 大会委員長の一覧

回	期 間	開催場所	代表者	代表者の所属
1	1999年 10月 30日	聖路加看護大学	木村 登紀子	聖路加看護大学看護学部
2	2000年 10月 21～22日	岐阜大学	小山田 隆明	岐阜大学教育学部
3	2001年 6月 2～3日	東京都立保健科学 大学	長田 久雄	東京都立保健科学大学 保健科学部
4	2002年 6月 1～2日	福島県立医科大学	志賀 令明	福島県立医科大学看護学部
5	2003年 9月 22～23日	筑波大学	岡堂 哲雄	聖徳大学人文学部 (学会本部主催)
6	2004年 8月 26～27日	東京キャンパス 東北学院大学 土樋キャンパス	堀毛 裕子	東北学院大学教養学部
7	2005年 8月 26～27日	桜美林大学 町田キャンパス	石川 利江	桜美林大学文学部
8	2006年 9月 6～7日	神戸女学院大学	島井 哲志	神戸女学院大学人間科学部
9	2007年 9月 8～9日	名古屋市立大学	後藤 宗理	名古屋市立大学人文社会学部
10	2008年 9月 13～14日	京都大学	菅 佐和子	京都大学医学部
11	2009年 7月 19～20日	東北大学	岩崎 祥一 安保 英勇	東北大学情報科学研究科 同 教育学研究科
12	2010年 7月 18～19日	日本赤十字看護 大学	木村 登紀子 遠藤 公久	淑徳大学総合福祉学部 日赤看護大学看護学部
13	2011年 7月 23～24日	大阪市立大学	石井 京子 山田 富美雄	大阪市立大学医学部 大阪人間科学大学人間科学部
14	2012年 7月 15～16日	筑波大学 東京キャンパス	小玉 正博 伊藤 まゆみ	筑波大学人間総合科学研究科 共立女子短期大学
15	2013年 7月 6～7日 (予定)	聖路加看護大学	堀内 成子	聖路加看護大学看護学部

大学における第10回大会では151名となり、小玉会長が大会委員長を務められた第14回大会では、ついに188名を数えるに至った。

これまでの大会を主催された大会長は、全て心理学系の先生方であったが、2013年の第15回大会では、初めて看護系の大会長が主催者となる。

3. 大会の研究発表数の推移

大会での研究発表は、創立大会では、日野原重明先生による「ケアのサイエンスとアート」の記念講演と「ヒューマン・ケアにおける心理学の役割と意義」の創立記念シンポジウムであり、研究発表はなかった。研究発表は、岐阜大学で小山田隆明大会長のもとで行われた第2回大会に始まった。いくつかの大会を経て、第5回大会は本部主催で岡堂会長が大会委員長を務め、常任理事が大会委員を行って演題数が口頭発表、ポスター発表数を合わせて26演題に至った。さらに桜美林大学石川利江大会長の第7回大会では、合計42演題となり、充実した大会を迎えることができた。さらに、木村登紀子大会長の第12回大会では54演題、石井京子大会長による第13回大会では56演題と増加した。それに伴い、心理学、看護学分

野のみならず、他のコメディカル分野からの発表も行われるようになった。

4. 研修会参加者の推移

研修会は、ヒューマン・ケアに関する将来的な資格養成を目指して、第2回大会から実施された。第2回大会での受講者は40名であったが、第12回大会では141名と、テーマによっては多くの会員の関心が寄せられた。第12回大会から非会員の参加も可能にし、大会参加者への便宜を図ったことも、多くの参加者が得られた結果をもたらしたと思われる。

研修会は、参加費3000円を支払い、申し込み制で受講し、修了証が発行されている。これまでに、第4回を除いて延べ約523名が受講している。むろん重複があるが、多くの研究者に貴重な機会を提供している。

研修会は、研修担当常任理事（現在、長田久雄常任理事）が大会準備委員会と調整しながら実施している。具体的には大会長の意向にそって、参加者が学びたいテーマを設定して講師を招請し、実施している。これまでのテーマは次のとおりである。

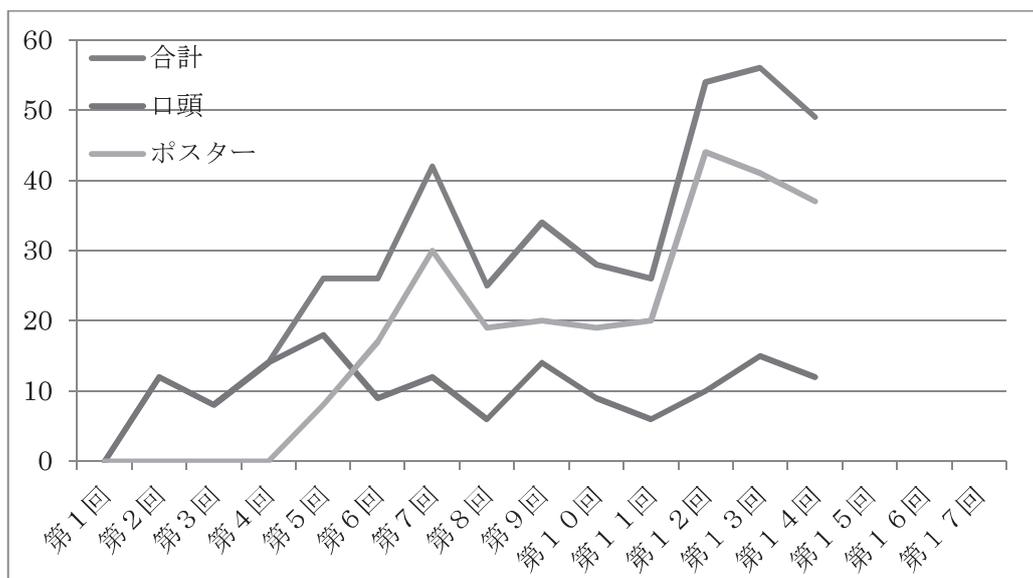


図3 大会発表数の推移

表2 研修会のテーマと講師一覧

開催日	開催場所	研修会テーマ(第1回はなし、第2回から第4回はワークショップ)	講師名
1999年10月30日	聖路加看護大学 アリスセントジョン 講堂	なし	
2000年10月21/22日	岐阜大学教育学部	ケア場面における交流分析	志賀令明(福島県立大学)
		ケア場面におけるマイクロカウンセリング	小玉正博(筑波大学)
2001年6月2・3日	東京都立保健科学大 学	家族療法に学ぶヒューマン・ケアの理念と技法	亀口憲治(東京大学)
		ヒューマン・ケア場面におけるストレス・マネージメント	山田富美雄(大阪府立大学)
2002年6月1・2日	福島県立医科大学	看護場面におけるマイクロカウンセリング	小玉正博(筑波大学)
		危機的状況への電話介入の仕方	大山正博
2003年9月22・23日	筑波大学 東京キャンパス	「高齢者に対するカウンセリング」	長田久雄
		「ヒューマン・ケアと認知行動カウンセリング」	石川利江(桜美林大学大学院)
2004年8月26・27日	東北学院大学 土樋キャンパス	特別研修会「家族支援とヒューマン・ケア—家族カウンセリングのすすめ—」	岡堂哲雄(文教大学)
2005年8月26・27日	桜美林大学 町田キャンパス	「エビデンスに基づいた実践的研究法」	佐々木和義(兵庫教育大学)
		「個人情報保護法と医療—特に研究への影響について」	畑中綾子(社会政策研究システム)
2006年9月6日・7日	神戸女学院大学	「健康日本21がめざすメンタルヘルスとしての『行動療法による睡眠習慣改善』」	足立淑子(あだち健康行動学研究所)
2007年9月8日・9日	名古屋市立大学	「老化とその要因—疫学的研究からのアプローチ—」	下方浩史(国立長寿医療センター研究所疫学研究部 部長)
2008年9月13・14日	京都大学	「臨床現場に根ざした研究開発の方法論」	小玉正博
2009年7月19・20日	東北大学	「事例研究の進め方」	木村登紀子
2010年7月18・19日	日本赤十字看護大学	「質的研究方法M-GTA(修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ: Modified Grounded Theory Approach)の独自性と分析方法」	木下康仁(立教大学社会学部教授、PhD.)
2011年7月23・24日	大阪市立大学	「がん患者に対する問題解決療法」	平井 啓(大阪大学大学院)
		「楽しさをあきらめないケア:ダイバーショナルセラピー」	芹澤 隆子(日本ダイバーショナルセラピー協会理事長)
2012年7月16日	筑波大学 東京キャンパス	「認知行動療法 実践の最先端」	堀越 勝(国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター)

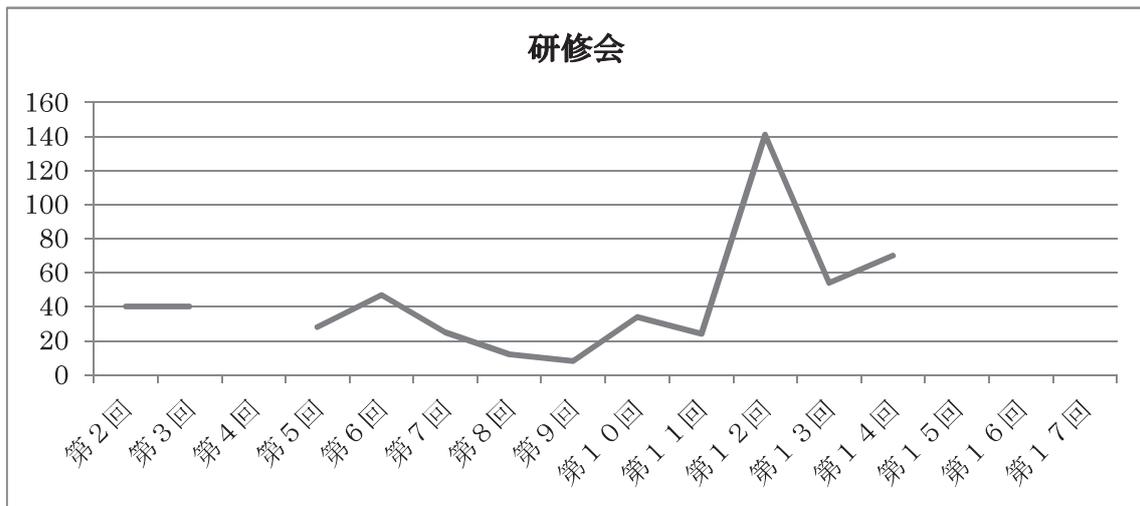


図4 研修会参加者数の推移

5. これまでの学会表彰者

学会では、学術集会や論文を公表することでヒューマン・ケアの学術生成を促進してきた。中でも、本学会ではヒューマン・ケアの学術報賞について2004年8月26日に、「研究奨励賞贈呈に関する内規」を定めて制度化し、本学会の諸活動を含むヒューマン・ケア心理学領域において優れた業績をあげた個人に対して「日本ヒューマン・ケア心理学会研究奨励賞」を贈ることとした。第1回、第2回研究奨励賞を授与したのち、業績を研究業績と改め、優れた研究業績をあげた個人に対して「学会論文賞」を授与することとした。

- 第1回研究奨励賞（2005年） 伊藤 龍子先生
（国立国際生育医療センター研究所）
- 第2回研究奨励賞（2009年） 石井 京子先生
（大阪市立大学）
- 第1回学会論文賞（2011年） 片山富美代先生
（桐蔭大学）

6. これまでの歴代会長

歴代の会長は、初代から会長をお務めくださった岡堂哲雄先生と現在は、創立以来の常任理事でおられる小玉正博先生がお務めになった。

- 初代会長 岡堂哲雄先生（聖徳大学）
1999年から2007年
- 第2代会長 小玉正博先生（筑波大学）
2008年から現在

7. これまでの機関紙編集委員長

これまでの「ヒューマン・ケア研究」の編集委員長は、お三方が務められた。

- 初代編集委員長 上野 轟先生（大阪教育大学）
1999年から2003年
- 第2代編集委員長 志賀 令明先生（福島県立医科大学）
2004年から2008年
- 第3代編集委員長 遠藤 公久先生（日本赤十字看護大学）
2009年から現在

機関紙は、第9号までは年間に1号の発行であったが、第10号から2号を発行した。3-4号は合併号である。この機関紙は、現在、購読会員として1大学1図書館、丸善経由で3大学3図書館、三省堂経由で1大学1図書館、学会事務局からの直接販売が2大学2図書館である。

8. これまでの学会事務局長

これまでの学会事務局長は、4名の方が務められた。志賀先生は創立以来、学会事務局機能を発足させ、岩崎先生は、学会HPを立ち上げるなど学会の社会化に多いに貢献された。第3代は創立以来の常任理事でおられる木村先生が務められ、外部業者のプライムアソシエイツに業務委託を行い、会計業務を改善され、監査に対応できる体制づくりを行った。現在は、看護分野から清水が事務局長をつとめ、編集事務局機能と分離して業務を行っている。

初代学会事務局長

志賀 令明先生（福島県立大学）

1999年から2002年

第2代学会事務局長

岩崎祥一先生（東北大学）

2002年から2005年

第3代学会事務局長

木村登紀子先生（淑徳大学）

2005年から2008年

第4代学会事務局長

清水 裕子（香川大学）

2008年から現在

以上のように、学会は、さまざまな会員のための情報提供と情報管理をおこなって、学術の社会的貢献の役割をつないでいる。今後も、会員の利便とヒューマン・ケア学術の発展のために、ご支援をいただきながら務めたいと考えている。

9. 学会ホームページの開設と管理

社会に学会の姿を公表する手段として学会ホームページは有用な役割を果たしている。開設以来、東北大学岩崎祥一常任理事のもとでアップロードが行われ、管理されてきた。2011年の東日本大震災の折には、サーバーが被害をうけ、一

時休止したもののその後回復し、現在は商業サーバーへの移行を検討している。

10. ニュースレターと学会一斉メールの開設

学会では、創立以来ニュースレターを発行してきた。これを現在の清水事務局長がPDFとして全てのナンバーをHPにアップロードし、会員に一般に提供している。初期のころは、人材や経費の面でカラー印刷が実現しなかったが、第5号からカラー印刷とし、その後商用での印刷を行い、現在に至っている。第6号と第7号は、筑波大学文京キャンパスに在職しておられた小玉正博先生のもとで、カラー原案を作成し、A3サイズの両面印刷を手動で行い、日中から夜中までかかって印刷を終え、疲労困憊した記憶がある。経費節減のこの努力は、翌年までとし、印刷所への依頼を検討した経緯があった。しかし、現在の色使い、割り付けは、このときの手作りの印刷のイメージを残している。

また、2012年には学会一斉メールを廣瀬常任理事と安保理事との連携のもとに開設し、会員の用に供している。

11. 学会事務局のこれから

学会は、他の外部機関への情報提供を重要な用務としている。日本学術会議への情報提供、情報受け取り、学会名鑑への情報提供、医学中央雑誌、国会図書館などへの学術誌提供、医学書院などへの大会情報の提供など年間にさまざまな外部機関との情報のやり取りが行われている。学会事務局は、本務を行いながらボランティアで行っているが、数時間のアルバイトを得ながらの業務では、十分でない現状にある。これまでの会員へのサービスが十分でなかったことをお詫び申し上げるとともに、今後は、会員各位の学会事務局へのご助力もお願いする次第である。

ますますのご支援をよろしくお願いいたします。

(なお、データは2013年3月7日現在のものである。)

15年間の『ヒューマン・ケア研究』

を振り返って

編集委員長 遠藤 公久

2000年から創刊された『ヒューマン・ケア研究』は、毎年1刊のペースであったが、2009年の10巻から2号ずつ発刊されるようになった。資料に示したように、これまで掲載された論文は、原著では62本、報告・資料では20本、展望では9本、その他(依頼論文、ケース研究)3本の合計94本である。(「ケース研究」という分類は例外である。)昨年「短報」という分類も取り入れ始めたが、現時点ではまだ掲載に至っていない。ここでは、類似したキーワードに着目して、簡単であるが、その特徴について考察したい。なお、詳細は各自論文を照会していただきたい。

1. 研究対象者別にみた特徴

言うまでもなくケアは相互互惠的であるが、いま仮にケアの提供者とそれを享受する者と分けた場合、表1のように分類することができた。ケア提供者としては、〈看護師〉〈看護学生〉〈対人援助職を目指す学生〉、ケア享受者として〈高齢者・高齢患者〉〈(高齢者)家族〉〈中高年女性〉〈患者〉〈幼児〉〈遺族〉などである。

ケア提供者として、〈看護師〉あるいは〈看護学生〉そして〈対人援助職を目指す学生〉は比較的近い関係にあるだろう。看護師を対象にした論文では、「看護師の臨床判断」、「ケアの困難さ」、「看護援助の意味」、「治療法の選択」、「共依存傾向」、「感情不協和」、「注視行動と危険認知」、「高

齢患者とのコミュニケーション問題」など多岐に亘ったテーマが取り上げられており、論文数も多い(8本)。看護学生を対象にした場合には、実習で「臨死患者を担当したことで受けた心的衝撃」に対してどのような対処プロセスがあるか、また看護師として重要な「感情知能」や「死生観」、そして看護ケアに対する「自己効力感」などが検討されている。また、看護学生における移乗移送動作における「注視行動と危険認知」について、看護師のそれと行動学的に比較しようとした意欲的な研究もある。対人援助職を希望する学生を対象にした場合、看護師だけでなく臨床心理士を目指す大学院生などの対象になる。論文では、彼(彼女)らにの適応と「情動知能」と「セルフ・エスティーム」について検討している。〈幼児〉を対象にした論文は初期の頃に見られたのみで“self-regulation”という視点から研究されている。〈遺族〉ではがんなどにより死別後に家族が悲嘆からどのような回復していくのかについて興味深い研究をしている。

ケア享受者としては、〈高齢者・高齢患者〉を対象にした論文数が最も多かった(5本)。高齢者における「主観的健康観」、「死の準備」、「看取り体験」、「退院指導に対する受け止め方」などがテーマになっている。また、〈(高齢者)家族〉では、「レジリエンス」や「障害との共存」との視点から家族関係について調べている。〈中高年女性〉では、骨量減少と動脈硬化や加齢に伴って生き方の違いに着目して語りを分析している。〈患者〉では、胸膜中皮腫、人工股関節全置換術を受けた患者、透析患者、糖尿病患者など多彩にあげられ、「コミュニケーション教育介入効果」、「退院に対する認識」、「病の経過と直面する困難」など患者の思いについて検討されている。

2. 疾患別にみた特徴

疾患としては、表2に示すように、〈胸膜中皮腫〉

表1 研究対象者別にみた論文タイトル

<ケア提供者>

○看護師

- 開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断
- 胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難
- 'もう薬ではない'と感じた精神科看護師の看護援助の意味—不穏患者の寂寥感と向き合った実践より—
- 糖尿病患者シナリオを用いた治療法の選択に関する研究—看護師を対象として—
- 看護師における共依存傾向とその影響についての検討
- 对患者関係において看護師が知覚する感情不協和の検討—葛藤頻度と葛藤強度の視点から—
- 移乗移送動作における看護師と学生の注視行動と危険認知の比較
- 救急外来看護師の高齢患者とのコミュニケーション問題

○看護学生

- 移乗移送動作における看護師と学生の注視行動と危険認知の比較
- 臨死患者のケア実習における看護学生の心的衝撃への対処プロセス
- 看護学生の感情知能に関する縦断的研究
- 看護学生の「死生観」の構造に関する研究
- 与薬エラー管理訓練が看護学生の自己効力感に及ぼす効果—時間圧力との関連から—
- インド・ネパール・日本の看護婦と看護学生の死観、来世信仰、死の不安についての比較文化的研究

○対人援助職を目指す学生

- 対人援助職を目指す学生の適応と情動知能ならびにセルフ・エスティームとの関係
- 対人援助職を目指す学生の適応と情動知能ならびにセルフ・エスティームとの関係(2)—臨床心理士指定大学院で学ぶ大学院生についての検討—

<ケア享受者>

○高齢者・高齢患者

- 音楽療法・音楽活動の歌唱における高齢者の曲の高さや速度の好み、声域及び声の検証
- 高齢者が体験した看取りに対する意味分析
- 高齢者の死の準備状態に関する研究—5年間の経時的変化から—
- 高齢者への死の準備学習を促進するプログラムの実践活動
- 高齢患者の退院指導に対する受け止め方と自己効力感との関係

○(高齢者)家族、

- 高齢者の介護を行う家族のレジリエンスの構造要素分析
- 高齢者の長期入院が家族にもたらす影響
- 障害との共存と家族の関係性—精神障害を抱えた人のライフストーリーからみえてくること—
- 在宅要介護高齢者を支える家族介護者の生活満足感に関する研究
- 在宅で介護する高齢者の主観的健康感とソーシャルサポートの検討—高齢介護者と高齢非介護者との比較

○中高年女性

- 福島県只見町在住中高年女性の骨量減少と動脈硬化に関わる要因の検討
- 中高年女性の加齢に伴う「獲得」に関する語りの分析—生き方の違いによる比較から—

○患者

- 胸膜中皮腫患者のたどる経過と直面する困難
- 医師・患者間のコミュニケーション向上に関する研究動向—患者のコミュニケーションスキル教育介入研究に関する文献的検討—
- 人工股関節全置換術を受けた患者の退院に対する認識の構造化

○幼児

幼児の Self-Regulation : 概念分析

慢性疾患をもつ幼児の治療・処置場面における Self-Regulation プログラムの有効性

○遺族

遺族の死別後の主観的变化とその影響要因 — ストレス関連成長の視点から —

がん患者の遺族の悲嘆からの回復に関する研究 — サポートグループ参加者のグループ体験の分析 —

〈糖尿病〉〈血液透析〉〈がん〉であるが、論文数としてはそれほど多くない（計 8 本）。胸膜中皮腫では、患者本人が直面する困難さとケアする看護師側の困難さについて、糖尿病では、患者自身の健康状態の客観的評価と、このような健康状態への評価に認知的スキーマ（ここでは糖尿病スキーマ）が及ぼす影響について取り上げられている。また、血液透析に関する 2 本の研究では、病気認知を中心に据えた研究であった。がんでは、先に述べた遺族の悲嘆からの回復過程を検討した研究と患者本人のがんと闘病意欲を対象とした研究があった。

3. 開発された尺度

本誌で掲載された尺度は、表 3 に示すように、

愛着に関わる尺度、主観的安寧感に関わる尺度、介護効力感に関わる尺度の 3 本と少ない。ヒューマン・ケアにおいて、尺度がどのように有用であるかということとも関連するので、今後さらなる検討が必要であろう。

4. ヒューマン・ケアという現象へのアプローチ
(キーワードを通して)

創刊号で岡堂は、ヒューマン・ケア心理学会は、「看護、介護、世話などのヒューマン・ケアにかかわる諸現象を心理学取り組みによって解明し、人間の健康及び福祉の向上を支援すること」(2000) を理念とする心理学の新しい領域であると定義している。この理念は、人間は生活体システムであるとの立場にたち、心と身体、病気と健

表 2 疾患別の論文

○胸膜中皮腫
胸膜中皮腫患者のたどる経過と直面する困難
胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難
○糖尿病患者
I 型糖尿病患者の現在の健康状態の評価に与える糖尿病スキーマの影響
S F - 36 を用いた糖尿病患者の健康状態評価
○血液透析患者 病気認知
血液透析患者の病気認知が病気適応に及ぼす影響
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 —
○がん
がん患者の遺族の悲嘆からの回復に関する研究 — サポートグループ参加者のグループ体験の分析 —
肝臓がん患者が闘病生活を継続する力についての研究

表 3 開発された尺度

I P A (Inventory of Parent Attachment) 日本語版の作成 及びその信頼性・妥当性の検討
青年用主観的ウェルビーイング指標 (AI-SWB) の作成 : 因子構造、信頼性、および横断的検討
介護効力感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討

康をこのシステムの構成要素として捉え、それらの相互関連性に注目しながら、統合体としての人間へのケアを重視するものである。理念達成のために、基礎実験系から応用臨床系にいたる心理学の諸分野の成果を統合し、ケアのために総合的にアプローチしようとする分野である。

ヒューマン・ケアという現象を心理学的に読み解こうとするとき、その重要な概念は多面的、多層的である（小玉、2000）。創刊号で組まれている特集では、そういったヒューマン・ケアにおける心理学の役割や意義、そして可能性について、長田氏、志賀氏、島井氏、そして大橋氏によるシンポジウムの要旨が掲載されている（大橋氏の要旨は小玉氏によって要約されている）。

長田によれば、ヒューマン・ケアという観点から加齢変化を捉えるとき、さまざまな重要なテーマが提起される。例えば、①要介護・要支援状態の人に対する質の高いケアとは何か、②若年期からの健康教育など、疾病や傷害や老化の予防をどうするか、③高齢化社会を迎え、normal agingの人たちがsuccessful agingへ方向づける支援とは何か、などがあげられる。

志賀は、疾病罹患時や入院時などに、それまでとは異なる生活変化体験によって、強いストレスを受ける人たちがいるので、精神神経免疫学の視点からケア行為を捉えることの重要性を訴えている。そのためには、患者の状況を心身両面から正確に評価し、その個人に合った目標を立て達成する経験が、予測不能、対処不能な事態への有用な対処になる。病気や死などの喪失体験、また大きな失敗体験などに直面しても、抑うつを軽減し、生きる力を取り戻すためには、自己が受容される経験や素直な自己表現が不可欠である。そのようなケア行為は、精神神経免疫力を高めると述べている。ここでは述べられていないが、昨今ユーモアや笑いなどがNK細胞の活性化に有効であることが実証されていることや、がん患者へのサポー

ト・グループの生きる意欲（QOL）を高めること、また遺族の悲嘆を癒す効果もあることなどがテーマとして上げられるであろう。

島井は、ケア行為の構成要素として、ケア提供者とケア享受者、そして提供者からのケア行為がある。通常はこの二者間は相互性のあるケア行為関係にあることが多い。しかし、一時的にもその相互性が崩れることもあり、一方向性のケア行為が継続される場合、保健医療の問題として重要な課題が提供される。例えば、何らかの理由で脳死状態に陥ったばかりの患者や自然災害に遭遇したばかりの被害者たちなどは、一時的にも一方向性のケア行為を受けることになるのではないだろうか。

大橋は、ケア行為が個人的・社会的・文化的な多層的ヘルスケアシステムの上に成立しているとしている。具体的には、医療場面あるいは介護場面において専門家が関わるケア領域を「専門職セクター」、日常生活のなかで普段から行っている養生法や保健行動は「民間セクター」に属する行為であり、さらに祈願や信仰などのシャーマニズムは「民俗セクター」に属する。これらのセクターが重複しながら「病い」に対処する個人的・社会的・文化的なヘルスケアシステムを重層的に構成している（小玉、2000）。このような社会心理学的な視点からヒューマン・ケアを捉えるときどのようなテーマが生まれてくるだろうか。

上記の多様な視点から人間という1つの生活体システムへのヒューマン・ケアを心理学的に読み解くこと、あるいはさらに進めて読み解いた結果を応用することが求められていく。この15年間に掲載された論文は、その意味で学会員の成果であり、次の方向性の礎となると考えられる。

以下に過去の論文からキーワード（主に心理学的用語）を拾ってみると、表4のようになるだろうか。

表 4 キーワードからみた論文

	キーワード	論文タイトル
自己・自我	セルフ・エスティーム (自尊感情)	・ハビリテーション過程における自尊感情の変容 一日常生活動作、心理・社会的要因との関連一 ・対人援助職を目指す学生の適応と情動知能ならびにセルフ・エスティームとの関係 ・組織内自尊感情 (Organization-Based Self-Esteem) 一本邦の産業保健領域における活用可能性一
	セルフ・エフィカシー (自己効力感)	・看護臨床地実習における学内事前実習がセルフ・エフィカシーに及ぼす影響：母性看護学実習の場合 ・高齢患者の退院指導に対する受け止め方と自己効力感との関係 ・与薬エラー管理訓練が看護学生の自己効力感に及ぼす効果 一時間圧力との関連から一 ・介護効力感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討 ・ソーシャルサポートと自己効力感が糖尿病のセルフケアに及ぼす影響
	Self-regulation	・幼児の Self-Regulation：概念分析 ・慢性疾患をもつ幼児の治療・処置場面における Self-Regulation プログラムの有効性
	自我同一性	・閉経に対する認知と自我同一性発達段階との関連 ・性同一性障害 (GID) 当事者が辿る心理的プロセスに関する研究：性別移行を終えた G I D 当事者へのインタビューを通して
	自己受容 病の受け入れ (病気受容)	・中学生の学校生活スキルに及ぼす自己受容の効果 ・神経難病者の病の受け入れの促進要因に関する研究 一脊髄小脳変性症を中心として一
QOL	QOL	・介護職をめざす短期大学生の Q O L に関する基礎的研究 ・慢性疾患患者の Health-RelatedQOL の研究 一 TimeTrade-Off 法による検討一
死	死の準備状態 準備学習	・高齢者の死の準備状態に関する研究一5年間の経時的変化から一 ・高齢者への死の準備学習を促進するプログラムの実践活動
	死生観	・インド・ネパール・日本の看護婦と看護学生の死観、来世信仰、死の不安についての比較文化的研究 ・看護学生の「死生観」の構造に関する研究
	安楽	・看護における「安楽」の定義と特性 ・看護師が実践している「安楽」モデルの検証
サポート	震災後のこころ のケア (活動)	・東日本大震災後の福島市でのケア活動の実践とその問題点 ・震災後の心理的ケアのあり方一体験をことばにするということ一 ・東日本大震災におけるこころのケア活動の評価 ～学会発表データからみた日本赤十字社のこころのケア活動の分析～
	ソーシャル・サ ポート (サポート・グ ループ)	・在宅で介護する高齢者の主観的健康感とソーシャルサポートの検討 一高齢介護者と高齢非介護者との比較一 ・糖尿病患者のソーシャル・サポート概念の検討 一尺度のレビューを通して一 ・がん患者の遺族の悲嘆からの回復に関する研究 一サポートグループ参加者のグループ体験の分析一 ・ソーシャルサポートと自己効力感が糖尿病のセルフケアに及ぼす影響
コミュニ ケーショ ン	医療コミュニ ケーション (医師一患者 間) (患者コミュニ ケーション)	・医師・患者間のコミュニケーション向上に関する研究動向 一患者のコミュニケーションスキル教育 介入研究に関する文献的検討一 ・医療面接における患者コミュニケーション行動モデルの検証 ・救急外来看護師の高齢患者とのコミュニケーション問題 ・模擬患者を活用した学生用老年者コミュニケーション教育プログラムの特性 ・精神科中堅看護師による精神障害者を理解する自己投入コミュニケーションの構成要素とプロセス
	その他コミュニ ケーション	・合意を目的とするコミュニケーションに及ぼす空間的ジェンダーと性的影響
	情動	抑うつ (傾向)
	孤独感・疎外感	・在日外国人女性の出産 一孤独感や疎外感を抱く体験一
	バーンアウト	・精神科看護師のバーンアウトの要因と情緒的支援の有効性に関する研究
	悲嘆 喪失体験	・がん患者の遺族の悲嘆からの回復に関する研究 一サポートグループ参加者のグループ体験の分析一 ・流産による悲嘆に関する探索的研究

第IV部 15年間のデータ

情動	主観的幸福感 SWB (主観的安寧感) 生活満足感	<ul style="list-style-type: none"> ・個の尊重性の認知からみた介護老人保健施設入所者の主観的幸福感の検討 ・青年用主観的ウェルビーイング指標 (AI-SWB) の作成：因子構造、信頼性、および横断的検討 ・在宅要介護高齢者を支える家族介護者の生活満足感に関する研究
	感情知能	<ul style="list-style-type: none"> ・看護学生の感情知能に関する縦断的研究 ・対人援助職を目指す学生の適応と情動知能ならびにセルフ・エスティームとの関係
	感情状態	<ul style="list-style-type: none"> ・対人援助職者の感情状態と関連する職業生活出来事の検討 ・わりきり志向と感情体験、精神的健康の関連の検討
ヒューマン・エラー	医療エラー	<ul style="list-style-type: none"> ・医療エラーにおける人的要因と環境のダイナミックな相互作用
	ミス	<ul style="list-style-type: none"> ・疲労とうっかりミス
精神神経免疫	自律神経系	<ul style="list-style-type: none"> ・好みの音楽とクラシック音楽における自律神経系への影響 ・腹式呼吸と自然呼吸の相違による自律神経系への影響
	生理的効果	<ul style="list-style-type: none"> ・3技法における生理的効果 一腹式呼吸・足部マッサージ・両技法併用一
ストレスとストレス・コーピング	ストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・小学生における震度と学年の震災ストレス反応に対する影響 一バウムテストを用いて一 ・受験ストレス環境に対して予備校生が行う積極的意味づけ過程に関する検討 ・遺族の死別後の主観的变化とその影響要因 一ストレス関連成長の視点から一
	対処 コーピング	<ul style="list-style-type: none"> ・臨死患者のケア実習における看護学生の心的衝撃への対処プロセス ・人が見返すプロセスの検討 一怒り感情喚起後の対処として、仕返しプロセスとの比較から一 ・怒り感情喚起後の見返し対処が大学生の対人適応に与える影響の検討 一仕返し対処との比較から一
	首尾一貫感覚 (SOC)	<ul style="list-style-type: none"> ・首尾一貫感覚 (Sense of Coherence) とストレス反応、および対処方略との関連
	レジリエンス	<ul style="list-style-type: none"> ・子育てレジリエンス尺度の作成 ・高齢者の介護を行う家族のレジリエンスの構造要素分析 ・我々は困難な状況でどう成長するのか：困難体験に対する肯定的意味づけの視点から
認知	病気認知	<ul style="list-style-type: none"> ・病気適応と病気認知に関する研究動向とその課題 ・語り分析による血液透析患者の病気認知の検討 一自己調節モデルの視点から一 ・血液透析患者の病気認知が病気適応に及ぼす影響
	スキーマ シナリオ	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病患者シナリオを用いた治療法の選択に関する研究 一看護師を対象として一 ・I型糖尿病患者の現在の健康状態の評価に与える糖尿病スキーマの影響
	リスク認知	<ul style="list-style-type: none"> ・移乗移送動作における看護師と学生の注視行動と危険認知の比較
	感情認知	<ul style="list-style-type: none"> ・対患者関係において看護師が知覚する感情不協和の検討 一葛藤頻度と葛藤強度の視点から一
介護	介護行動	<ul style="list-style-type: none"> ・介護員の在宅介護に対する反応と問題 ・配偶者への看取り時の介護行動に関する研究
適応	適応過程 障害との共存	<ul style="list-style-type: none"> ・文章完成法によるオストメイトの心理社会的再適応過程の特徴の把握 ・“障害との共存”と家族の関係性 一精神障害を抱えた人のライフストーリーからみえてくること一
共依存	共依存傾向	<ul style="list-style-type: none"> ・「共依存：Co-dependency」に関する研究の概観 ・看護師における共依存傾向とその影響についての検討

資料 創刊号から 14 - 2 号までに掲載された論文タイトル

原著論文

通し 番号	論文タイトル	号数
1	文章完成法によるオストメイトの心理社会的再適応過程の特徴の把握	創刊号
2	若年女子抑うつ傾向と D X A 法腫骨 BMD - 血清コルチゾールとの関連で -	創刊号
3	リハビリテーション過程における自尊感情の変容 - 日常生活動作、心理・社会的要因との関連 -	第 2 号
4	介護職をめざす短期大学生の Q O L に関する基礎的研究	第 2 号
5	慢性疾患患者の Health-Related QOL の研究 - Time Trade-Off 法による検討 -	第 2 号
6	インド・ネパール・日本の看護婦と看護学生の死観、来世信仰、死の不安についての比較文化的研究	第 2 号
7	3 技法における生理的効果 - 腹式呼吸・足部マッサージ・両技法併用 -	第 2 号
8	高齢者の死の準備状態に関する研究 - 5 年間の経時的変化から -	第 3 号
9	小学生における震度と学年の震災ストレス反応に対する影響 - バウムテストを用いて -	第 3 号
10	看護臨床実習における学内事前実習がセルフ・エフィカシーに及ぼす影響：母性看護学実習の場合	第 3 号
11	在宅要介護高齢者を支える家族介護者の生活満足感に関する研究	第 3 号
12	在宅で介護する高齢者の主観的健康感とソーシャルサポートの検討 - 高齢介護者と高齢非介護者との比較	第 3 号
13	糖尿病患者シナリオを用いた治療法の選択に関する研究 - 看護師を対象として -	第 3 号
14	高齢患者の退院指導に対する受け止め方と自己効力感との関係	第 4 号
15	がん患者の遺族の悲嘆からの回復に関する研究 - サポートグループ参加者のグループ体験の分析 -	第 4 号
16	介護効力感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討	第 4 号
17	高齢者が体験した看取りに対する意味分析	第 4 号
18	教職経験の蓄積は生徒への学習ケア行動を増加させるか - 教育におけるヒューマン・ケアのあり方を考える -	第 4 号
19	介護員の在宅介護に対する反応と問題	第 4 号
20	老人施設における痴呆性患者の不穏行動の発生頻度に関する研究	第 5 号
21	慢性疾患をもつ幼児の治療・処置場面における Self-Regulation プログラムの有効性	第 5 号
22	肝臓がん患者が闘病生活を継続する力についての研究	第 5 号

第IV部 15年間のデータ

23	腹式呼吸と自然呼吸の相違による自律神経系への影響	第6号
24	配偶者への看取り時の介護行動に関する研究	第6号
25	福島県只見町在住中高年女性の骨量減少と動脈硬化に関わる要因の検討	第6号
26	与薬エラー管理訓練が看護学生の自己効力感に及ぼす効果 —時間圧力との関連から—	第6号
27	模擬患者を活用した学生用老年者コミュニケーション教育プログラムの特性	第6号
28	S F・36を用いた糖尿病患者の健康状態評価	第7号
29	対人援助職を目指す学生の適応と情動知能ならびにセルフ・エスティームとの関係	第7号
30	閉経に対する認知と自我同一性発達段階との関連	第7号
31	看護師における共依存傾向とその影響についての検討	第7号
32	スポーツ選手の完全主義と競技不適応についての検討	第8号
33	看護職者の針刺しに伴う経験の構造	第8号
34	中高年女性の加齢に伴う「獲得」に関する語りの分析 —生き方の違いによる比較から—	第8号
35	個の尊重性の認知からみた介護老人保健施設入所者の主観的幸福感の検討	第8号
36	在日外国人女性の出産 —孤独感や疎外感を抱く体験—	第8号
37	対人援助職を目指す学生の適応と情動知能ならびにセルフ・エスティームとの関係 (2) —臨床心理士指定大学院で学ぶ大学院生についての検討—	第8号
38	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—	第9号
39	中学生の学校生活スキルに及ぼす自己受容の効果	第9号
40	看護師が実践している「安楽」モデルの検証	第9号
41	受験ストレス環境に対して予備校生が行う積極的意味づけ過程に関する検討	第9号
42	医療面接における患者コミュニケーション行動モデルの検証	第10-1号
43	首尾一貫感覚 (Sense of Coherence) とストレス反応, および対処方略との関連	第10-1号
44	わりきり志向と楽観性、自動思考の関連の検討	第10-2号
45	青年用主観的ウェルビーイング指標 (AI-SWB) の作成: 因子構造、信頼性、および横断的検討	第10-2号
46	I P A (Inventory of Parent Attachment) 日本語版の作成及びその信頼性・妥当性の検討	第11-1号
47	血液透析患者の病気認知が病気適応に及ぼす影響	第11-1号
48	精神科看護師のバーンアウトの要因と情緒的支援の有効性に関する研究	第11-2号

49	在宅要介護高齢者とホーム・ヘルパー間の依存と自立の構造 — 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた分析から —	第 11-2 号
50	神経難病者の病の受け入れの促進要因に関する研究 — 脊髄小脳変性症を中心として —	第 11-2 号
51	開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断	第 12-1 号
52	臨死患者のケア実習における看護学生の心的衝撃への対処プロセス	第 12-1 号
53	対人援助職者の感情状態と関連する職業生活出来事の検討	第 12-1 号
54	胸膜中皮腫患者のたどる経過と直面する困難	第 12-2 号
55	合意を目的とするコミュニケーションに及ぼす空間的ジェンダーと性の影響	第 12-2 号
56	子育てレジリエンス尺度の作成	第 12-2 号
57	精神科中堅看護師による精神障害者を理解する自己投入コミュニケーションの構成要素とプロセス	第 13-1 号
58	胸膜中皮腫患者のケアにおける看護師の困難	第 13-1 号
59	看護学生の感情知能に関する縦断的研究	第 13-2 号
60	わりきり志向と感情体験、精神的健康の関連の検討	第 13-2 号
61	性同一性障害 (GID) 当事者が辿る心理的プロセスに関する研究 : 性別移行を終えた G I D 当事者へのインタビューを通して	第 13-2 号
62	対患者関係において看護師が知覚する感情不協和の検討 — 葛藤頻度と葛藤強度の視点から —	第 14-1 号

報告・資料論文

通し 番号	論文タイトル	号数
1	高齢者の長期入院が家族にもたらす影響	創刊号
2	人工股関節全置換術を受けた患者の退院に対する認識の構造化	第2号
3	看護学生の「死生観」の構造に関する研究	第4号
4	I型糖尿病患者の現在の健康状態の評価に与える糖尿病スキーマの影響	第5号
5	‘もう薬ではない’と感じた精神科看護師の看護援助の意味 ―不穏患者の寂寥感と向き合った実践より―	第5号
6	看護における「安楽」の定義と特性	第5号
7	音楽療法・音楽活動の歌唱における高齢者の曲の高さや速度の好み、声域及び声の検証 ―「故郷」の曲において―	第7号
8	高齢者の介護を行う家族のレジリエンスの構造要素分析	第7号
9	好みの音楽とクラシック音楽における自律神経系への影響	第7号
10	“障害との共存”と家族の関係性 ―精神障害を抱えた人のライフストーリーからみえてくること―	第8号
11	高齢者への死の準備学習を促進するプログラムの実践活動	第9号
12	救急外来看護師の高齢患者とのコミュニケーション問題	第11・2号
13	人が見返すプロセスの検討 ～怒り感情喚起後の対処として、仕返しプロセスとの比較から～	第12・2号
14	箱庭作品の特徴およびイメージの諸相と不安との関係	第13・2号
15	怒り感情喚起後の見返し対処が大学生の対人適応に与える影響の検討 ～仕返し対処との比較から～	第13・2号
16	遺族の死別後の主観的变化とその影響要因 ―ストレス関連成長の視点から―	第14・1号
17	移乗移送動作における看護師と学生の注視行動と危険認知の比較	第14・1号
18	東日本大震災におけるこころのケア活動の評価 ～学会発表データからみた日本赤十字社のこころのケア活動の分析	第14・1号
19	ソーシャルサポートと自己効力感が糖尿病のセルフケアに及ぼす影響	第14・2号
20	流産による悲嘆に関する探索的研究	第14・2号

展望論文

通し 番号	論文タイトル	号数
1	幼児の Self-Regulation : 概念分析	創刊号
2	医療エラーにおける人的要因と環境のダイナミックな相互作用	第 5 号
3	「共依存 : Co-dependency」に関する研究の概観	第 5 号
4	医師・患者間のコミュニケーション向上に関する研究動向 ー患者のコミュニケーションスキル教育介入研究に関する文献的検討ー	第 7 号
5	疲労とうっかりミス	第 10-1 号
6	病気適応と病気認知に関する研究動向とその課題	第 10-1 号
7	我々は困難な状況でどう成長するのか : 困難体験に対する肯定的意味づけの視点から	第 10-2 号
8	組織内自尊感情 (Organization-Based Self-Esteem) ー本邦の産業保健領域における活用可能性ー	第 10-2 号
9	糖尿病患者のソーシャル・サポート概念の検討 ー尺度のレビューを通してー	第 11-1 号

その他

	論文タイトル	号数
ケース 研究	大学で起こったいじめに関する 1 事例 ー危機管理の観点からー	第 3 号
依 頼 論 文	東日本大震災後の福島市でのケア活動の実践とその問題点	第 13-1 号
依 頼 論 文	震災後の心理的ケアのあり方 ー体験をことばにすることー	第 13-1 号

財務指標からみた学会の方向性

— 日本ヒューマン・ケア心理学会について —

監 事

藤 澤 伸 介

はじめに

筆者は、日本ヒューマン・ケア心理学会に設立時より所属し、第2期の役員改選時に選出され、2002年5月1日より監事を務めさせていただいている。

就任当時は、設立後間もないために色々な点が未整備状態で、会計書類一つをとっても、筆者が同時に所属している日本心理学会や、日本教育心理学会の会計書類と異なり、日本ヒューマン・ケア心理学会の決算報告書は、収支計算書のみで貸借対照表すらないような状態であった。

監事の役割は、学会の財産及び理事の業務執行を監査することなので、まずは決算書を整備するところから改善していく必要があると考えた。企業の決算書であれば、必ず損益計算書と貸借対照表の両方が示されている。それは、両者があって初めて、その会社の経営状態が把握できるからである。学会という組織もこれと同じで、収支計算書だけで貸借対照表がなければ、ある時点の財政状態を把握することはできない。例えば、見かけ上帳尻が合っているだけで、実は借金を抱えているというような状況があっても、それが見えてこないからである。

そこで、監査の時に決算書類の整備を強く訴えたところ、時の岩崎事務局長がこれに理解をお示し下さり、2004年度（平成16年度）の決算時より貸借対照表が作成されるようになった。これによ

り、学会の財務状況を分析したり、他の学会と比較したりできるようになったので、これは、大きな進歩であった。

従って、平成16年度以降は、きちんとした決算書が蓄積されてきているので、本稿を執筆する機会に、これまでの決算書から日本ヒューマン・ケア心理学会の財務状態を読み取って、以下にまとめておきたい。

非営利組織の財務指標

企業のような営利組織においては、総資本経常利益率、売上高伸長率、設備投資効率などの様々な指標があって、数値によって財務評価がしやすい。これに比べ、学会のような非営利組織については、財務データベースが十分に整備されていないこともあり、一般的な財務指標も少なく、評価するのに十分な比較材料があるわけでもない。

Herman (1990)によれば、利益を目標としている営利企業の場合は単一指標で分析評価が可能であるが、非営利組織の場合はその有効性が多面的相対的であるため、保健・医療・福祉、国際協力、など各分野共通の指標を用いることが困難ということなので、これも指標が少ない原因であろう。

そこで本稿では、馬場(2009)で、提案されている各種財務指標の中から、学会として有効な指標を選び出し、それに基づいて、日本ヒューマン・ケア心理学会の財務分析を、経年変化の視点から行うことにする。

会員数と総収支の推移

図1は、16年度以降の総収入と総支出の推移である。17年度に一時赤字になっているが、これは図2に示すように、会員数が一時的に減少したことが原因で、以降は会員数も回復し、順調に総収入が総支出を上回る状態が続いている。(但し、ここでの会員数は、当該年度の会費納入者人数と定義している。)

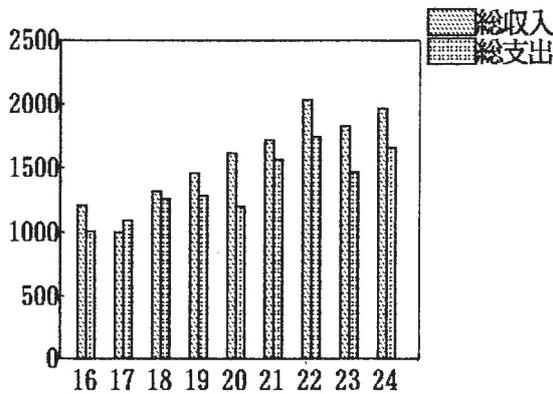


図1 総収入、総支出の推移 (千円)

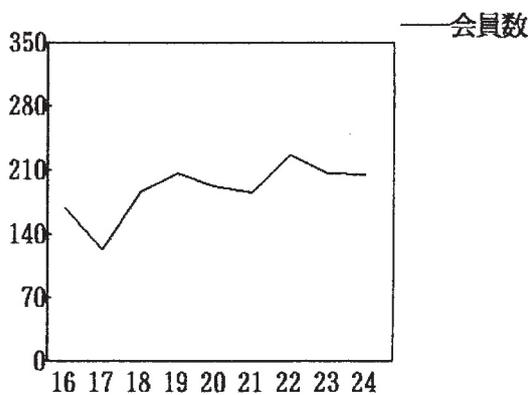


図2 会員数の推移 (人)

流動性の評価

運転資本と支払可能期間という指標から、まずは流動性を見ていくことにする。流動性とは、日常語でいう、短期的支払能力のことである。

表1は、運転資本の推移であり、運転資本は、流動資産－流動負債として定義しうる。

田中他(2008)によれば、日本の非営利法人の7

割が百万円以下の運転資本しか保有していないということであるから、本学会の運転資本が20年度に百万を越し、24年度に二百万を越しているのは、喜ばしい進歩であると言えるだろう。

図3は、表1の運転資本をグラフにしたものであるが、順調な進展をしていることがわかる。

表1 運転資本の推移

年度	流動資産 C_A	流動負債 C_L	運転資本 $W_c = C_A - C_L$
16	650,863	215,000	435,863
17	574,601	231,000	343,601
18	485,163	79,420	405,743
19	983,143	400,000	583,143
20	1,080,966	73,000	1,007,966
21	1,283,293	122,000	1,161,293
22	1,655,845	202,000	1,453,845
23	2,117,552	309,000	1,808,552
24	2,330,687	212,000	2,118,687

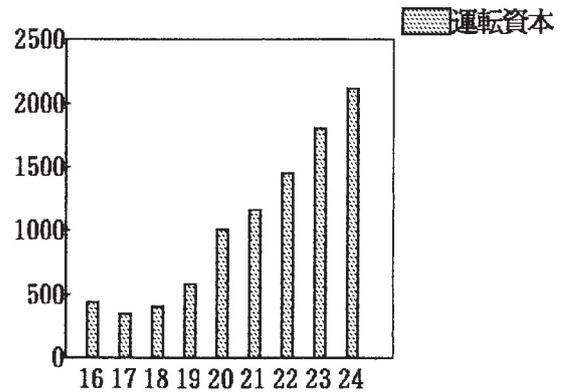


図3 運転資本の推移 (千円)

表2は、支払可能期間の推移である。支払可能期間は、流動資産÷月平均支出として、定義してある。この表から、日本ヒューマン・ケア心理学会は、万が一のことがあっても、17か月つまり1年半位は持ちこたえられるということが、わかる。馬場(2009)によれば、非営利法人の3割は支払可能期間が1か月以下で、1年を越える法人はごく僅かであることから、我々の学会は極めて良好な状態にあることがわかるだろう。

表2 支払可能期間の推移

年度	流動資産 C _A	月平均支出 A _E	支払可能期間 C _A / A _E
16	650,863	84,219	7.7
17	574,601	90,987	6.3
18	485,163	104,655	4.6
19	983,143	107,153	9.2
20	1,080,966	99,775	10.8
21	1,283,293	130,339	9.8
22	1,655,845	145,526	11.4
23	2,117,552	122,512	17.3
24	2,330,687	138,138	16.9

持続性の評価

次に、持続性を見ていくことにする。つまり、中長期的に学会を維持運営できるかということである。これには、資産負債比率と収入正味財産比率の2つの指標を取り上げることにする。

資産負債比率は、総負債／総資産 × 100 (%) として定義され、表3が本学会における推移である。資産負債比率は借金体質であるかどうかを見る指標である。この数値が100%以下ならば、借金をすべて自分のお金で賄っていることになり、比率が低ければ低い程、外部環境に対する組織の抵抗力は強いことになる。非営利法人の多くが負債依存度50%を超えているのに比べれば、日本ヒューマン・ケア心理学会は、超優良組織ということが出来るだろう。

表4は、収入正味財産比率の推移である。この

表3 資産負債比率の推移

	総負債 (D)	総資産 (A)	D/A
16	215,000	650,863	33%
17	231,000	574,601	40%
18	79,420	485,163	16%
19	400,000	983,143	41%
20	73,000	1,080,966	7%
21	122,000	1,283,293	10%
22	202,000	1,655,845	12%
23	309,000	2,117,552	15%
24	212,000	2,330,687	9%

指標は、正味財産／総収入 × 100 (%) として定義され、不測のリスクに備えて、収入の一定割合を内部留保としてプールしてあるかどうかを見る指標である。この数値が10%以下だとリスクに弱いと考えられ、逆に60%を超えていると、事業に資源を有効活用できていないと言われている。

両者を総合して持続性を考えると、借金体質でなく健全ではあるが、収入正味財産比率が100%を超え、近年は内部留保のし過ぎと言えるだろう。

表4 収入正味財産比率の推移

	正味財産 (n)	総収入 (I)	n/I
16	435,863	1,211,715	36%
17	343,601	999,577	34%
18	405,743	1,318,003	31%
19	583,143	1,463,235	40%
20	1,007,966	1,622,127	62%
21	1,161,293	1,717,399	68%
22	1,453,845	2,038,860	71%
23	1,808,552	1,824,845	99%
24	2,118,687	1,967,788	108%

効率性の評価

次に、管理費比率と総資産回転率から効率性を見ていくことにする。

管理費比率とは、総支出に占める管理費の割合であるが、これを正確に把握するためには、収支計算書が他の学会のように、管理費、事業費、予備費ときちんと分類されていないと、計算できない。本学会の計算書の場合は、その区分がまだ明瞭でないので、とりあえず会議費、旅費交通費、事務局費、人件費、広報費、通信費、消耗品費、雑費を抜き出して管理費と定義し、管理費比率を計算したのが、表5である。

管理費比率がどれ位なら適正かということはかなり難しい問題である。収入規模が小さくて百万以下の所は、ボランティアによる管理が中心で、この場合は管理費比率は低くなるが、その労力は

表5 管理費比率の推移

	管理費 (g)	総支出 (E)	g/E
16	310,622	1,010,622	31%
17	410,839	1,091,839	38%
18	530,651	1,255,861	42%
19	550,145	1,285,835	43%
20	391,329	1,197,304	33%
21	417,372	1,564,072	27%
22	697,678	1,746,308	40%
23	412,534	1,470,138	28%
24	493,383	1,657,653	30%

数値に表れてこないのが適正であるか判断しがたい。多くの場合、百万を超えて五百万円以下の組織は非常勤スタッフによる管理が中心で、その上の五百万円を超えて二千万円以下の規模に成長すると、常勤スタッフが1~2名で管理することになり、体制が変化する。従って、非営利法人のデータベースが完備していない現在では、一般的な比較に基づく適正判断が困難なのである。

従って、ここでは筆者が入手した某学会の決算書と比較して、数値評価をしておきたい。この学会は、日本ヒューマン・ケア心理学会と比較すると、一般会員年会費が同一で、会員数も年間収入も、ほぼ同規模である。異なる点は、機関紙を年3回発行していることと、継続年数が29年なので2倍長く続いていて、運営についての評判も良好である。結構似ている存在でもあるので、比較の対象として差し支えないであろう。

図4からわかるように、比較した某学会の24年度管理費比率が53%で半分以上行っているのに対し、日本ヒューマン・ケア心理学会の管理費比率は30%、過去の平均管理費比率は35%で、約3分の1に抑えられている。

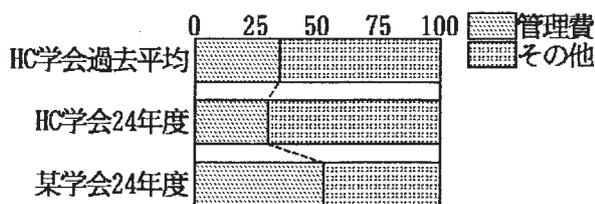


図4 HC学会と某学会の管理費比率比較

本学会が無理なく管理運営されているのであれば、抑制的予算でも構わないわけであるが、無理が来ている場合には、某学会が5割前後の管理費比率で、本学会の倍期間順調に存続しているわけであるから、本学会も管理運営予算を増強していくことを検討すべきだろう。

2番目の総資産回転率は、総収入/総資産で定義され、投下した資金でどれだけ効率よく活動でき、収入を得たかということである。ほぼ同クラスの非営利組織における回転率は、平均2回転前後であるから、本学会の回転率はやや低めであり、最近2年間は特に効率が落ちている結果になっている。但し、非営利組織は営利企業とは異なり、投下資本により利益を得ることが目的ではないから、総資産回転率で効率性が判定できないという主張もあることは言うまでもない。

表6 総資産回転率の推移

	総収入 (I)	総資産 (A)	I/A
16	1,211,715	650,863	1.86
17	999,577	574,601	1.74
18	1,318,003	485,163	2.72
19	1,463,235	983,143	1.49
20	1,622,127	1,080,966	1.50
21	1,717,399	1,283,293	1.34
22	2,038,860	1,655,845	1.23
23	1,824,845	2,117,552	0.86
24	1,967,788	2,330,687	0.84

収益性の評価

非営利組織は収益を上げてはいけないという誤解もあって、収益率が10%以下の団体が7割から8割ある(馬場, 2009)とのことである。しかしながら、心理学関係の学会の場合は、資格認定事業を行うことによって多大な収益を上げている所が多い。これに比べると、日本ヒューマン・ケア心理学会は、特に大きな収益事業を行っているわけでもなく、表7のように収益率は低迷が続いている。

表7 収益率の推移

	総収入 (I)	総支出 (E)	(I-E)/I
16	1,211,715	1,010,622	17%
17	999,577	1,091,839	△09%
18	1,318,003	1,255,861	05%
19	1,463,235	1,285,835	12%
20	1,622,127	1,197,304	26%
21	1,717,399	1,564,072	09%
22	2,038,860	1,746,308	14%
23	1,824,845	1,470,138	19%
24	1,967,788	1,657,653	16%

表8 社会的支援収入比率の推移

	会費寄附 (f)	総収入 (I)	f/I
16	1,148,715	1,211,715	95%
17	959,577	999,577	96%
18	1,263,000	1,318,003	96%
19	1,386,419	1,463,235	95%
20	1,529,000	1,622,127	94%
21	1,580,000	1,717,399	92%
22	1,925,000	2,038,860	94%
23	1,715,000	1,824,845	94%
24	1,837,900	1,967,788	93%

表8は社会的支援収入比率で、社会からの資金的支援の収入に占める割合を示している。現在の「会員のための会員の組織」という性格から考えれば、当然の比率ということになるだろう。

その他、馬場(2009)では、収入多様性指標も提案されているが、学会は、世間の不特定多数を相手にする非営利法人とは異なるので、多様な資金源を確保することが活動をより活発にすることにつながる。従って本学会の分析には、加える必要がないと考えられる。

総合評価

以上、流動性、持続性、効率性、収益性の4つの観点から、日本ヒューマン・ケア心理学会の財務状況を診断してきたわけであるが、ここで全体をまとめておくと、次のようになるだろう。

即ち、日本ヒューマン・ケア心理学会は、これまで、短期的な支払能力を着実に形成してきており、極めて堅調と言える。また、中長期的に見て

も、着実に内部留保を蓄積してきているので、今後の持続性にも期待が持てる。但し、管理運営に関しては、抑制的予算のためにその資金力の活用が近年不十分で、管理効率が低くなり、円滑な活動を停滞させている可能性がある。従って、学会活動を、より活発化するためには、収益事業までも視野に入れて必要な資源獲得力をつけ、管理運営に対する予算の抑制をやや緩和する方向を、検討すべき時期に来ていると言える。

最近では、一般社団法人「学会支援機構」(ASAS)に、データベース管理、会計業務、事務局業務を委託する学会も増えている。収入規模が小さくて百万円以下の時は、ボランティアによる管理でも構わないかもしれないが、本学会は既にワンランク上の収入規模になって足腰も強い状況にあるので、「学会支援機構」への業務委託を、強く提案したい。

決算書の整備について

どこの企業も決算報告を行い、これは損益計算書と貸借対照表から成り立っている。両方ないとその企業の経済活動が見えてこないから当然のことである。研究者の多くが所属する大学も、学校法人としての決算報告があり、これも両者揃って大学の経営状態が把握できるようになっている。筆者の所属する他学会も、大半が決算では収支計算書と貸借対照表を示していたので、筆者にとっては当初の貸借対照表なしの決算書は大きな違和感があった。しかし、筆者の指摘により貸借対照表が作成されるようになり、そのおかげで財務状況がよく見えるようになった。本稿で財務分析を行うことができたのは、決算書がきちんと整備されたからであり、これは歴代事務局長の御協力があったこととあり、この紙面を借りて感謝の意を表したい。

しかしながら、残念なことに、学会員の一部に

貸借対照表に対する無理解が残っているようなので、折角継続してきたことが消えてしまわないように、ここで誤解を解いておきたい。

無理解の一つ目は「貸借対照表を作っても役立たない」という誤解である。しかし、本稿での分析はいずれも貸借対照表があつて初めて可能になることであり、本稿をここまで読んでこられた方なら、その必要性がお分かりいただけたのではないだろうか。また、集計に当たっての計算ミス等が、発見し易くなるという利点もある。

無理解の二つ目は「貸借対照表は作成に手間がかかり過ぎる」という誤解である。

日本心理学会の貸借対照表を見ると、資産の部では、流動資産に有価証券があり、固定資産も色々保有しているし、負債の部には、退職給付引当金などの固定負債が含まれるから、決算書としてこのような大規模学会の貸借対照表を作成するのは、確かに、会計の専門家でないは無理である。

しかしながら、それに比べると、日本ヒューマン・ケア心理学会の場合は、資産の部は固定資産もなく流動資産のみで、勘定科目も現金及び預金を中心である。負債の部も、せいぜい前受金（次年度会費の受け取り合計額）と未払金（印刷所への支払予定金額）しかない。従って、立て替え払い等を年度内に精算完了してしまえば、特別な会計ソフト等使わなくても、貸借対照表は簡単に作れてしまうのである。収支計算書と貸借対照表の揃った決算書は、今後とも続けて欲しいものだ。

おわりに

筆者にとって、学会の監査は全く初めての体験である。数値を扱うのが苦手な筆者に、よく勤まったものだと思つながら思う。

専門性の高い学術領域であれば、「私は専門でないので分かりません」といって逃げられるだろ

うが、決算書等は世間の経営者なら誰でも見慣れているものだし、分からないままにするのは大学の教員として恥ずかしい事だという思いもあり、会計の本を読んで勉強し、分からない事は専門家に教を乞いながら、何とかやって来た次第である。小玉現会長は励ましの名人で、「会計の事がよく分かりますね」と迫真の驚嘆の言葉で絶えず励まして下さるし、一緒に監査を行って下さった島井監事が、減法数字に強い方であったお蔭で、乗り切つてこられたのだとつくづく思う。その他ここで一人一人のお名前を挙げることはできないが、木村理事を始めとして温かく応援して下さい下さった方々のすべてに、紙面を借りて感謝の意を表したい。

引用文献

- 馬場英朗(2009). 非営利組織の財務評価—NPO法人の財務指標分析及び組織評価の視点から—非営利法人研究学会誌 11, 145-162.
- Herman, R. D. (1990). Methodological issues in studying the effectiveness of non-governmental and nonprofit organizations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 19, 293-306.
- 田中弥生・栗田佳代子・粉川一郎(2008). NPOの持続性と課題 — 財務データベース分析から考える — ノンプロフィット・レビュー 8, 33-48.

過去の学会の写真

廣瀬 清人

日本ヒューマン・ケア心理学会 創立大会（聖路加看護大学）



日本ヒューマン・ケア心理学会 第5回大会（筑波大学 東京キャンパス）

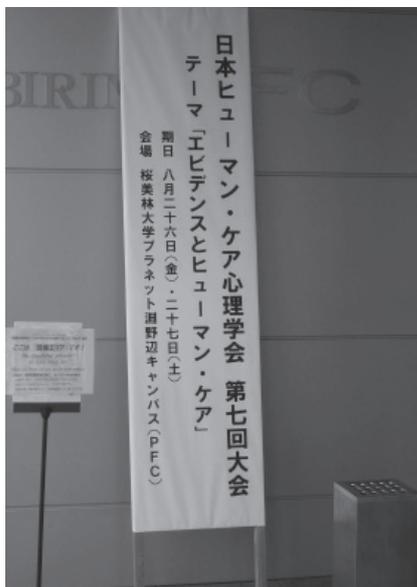




日本ヒューマン・ケア心理学会 第6回大会（東北学院大学）



日本ヒューマン・ケア心理学会 第7回大会（桜美林大学 町田キャンパス）



日本ヒューマン・ケア心理学会 第8回大会（神戸女学院大学）



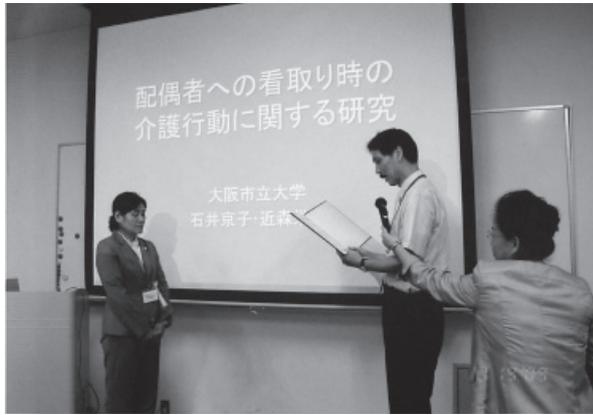
日本ヒューマン・ケア心理学会 第10回大会（京都大学）





日本ヒューマン・ケア心理学会 第11回大会（東北大学）





日本ヒューマン・ケア心理学会 第12回大会（日本赤十字看護大学）



日本ヒューマン・ケア心理学会 第13回大会（大阪市立大学）



日本ヒューマン・ケア心理学会 第14回大会（筑波大学 東京キャンパス）



日本ヒューマン・ケア心理学会 第15回大会（聖路加看護大学）



報告・資料

ソーシャルサポートと自己効力感が 糖尿病のセルフケアに及ぼす影響

東海林 渉*・大野 美千代**・安保 英勇***

The effects of social support and self-efficacy on diabetes self-care

Wataru Shoji*, Michiyo Ohno**, Hideo Ambo***

Abstract

< Objectives > The purpose of this study is to define the important support sources from among family, friends, patients with the same disease, and healthcare professionals, and clarify the mechanism of maintaining self-care.

< Method > We inquired patients with type 2 diabetes (N = 375) about diabetes-specific social support, task-specific self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control (HbA1c). Using structural equation modeling (SEM), we examined the relation between variables.

< Results > The result shows the model has sufficient fitness. In the verified model, family support directly affects the diet-related self-care behavior. And, the support from both family and healthcare professionals has an impact on the patients' self-efficacy which affects their self-care behavior. Also, self-care behavior for eating has significant influence on HbA1c.

< Conclusion > The result indicates that family support and healthcare professionals support are especially important in diabetics' self-care. In addition, it was suggested that satisfactory family support helps environmental arrangement in diet and enhances the efficacy.

Key words : diabetes, social support, self-efficacy, self-care, glycemic control.

問題と目的

はじめに

ここ数年、糖尿病患者数は増加傾向にある（厚生労働省，2008）。糖尿病患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；門脇・

真田，2011）。そのため、糖尿病患者のセルフケア（self-care）^{註1}を促す要因の特定とセルフケアが維持されるメカニズムの解明は、糖尿病臨床に携わる専門家にとって関心が高い問題である。

糖尿病患者のセルフケアを支える心理社会的要因の一つに、ソーシャルサポート（social support）がある。これまでの研究では、ソーシャルサポート

* 東北大学大学院教育学研究科 臨床心理研究コース 博士課程後期 [現 北陸学院大学 教授]
(Graduate Student, Graduate School of Education, Tohoku University [currently Assistant professor, Hokuriku-Gakuin University])

** 淑徳大学看護学部 助手 (Research Assistant, School of Nursing, Shukutoku 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2012.01.17 受理2013.07.10

を多く有している者ほど、セルフケアに対する苦手意識が少なく（岡田, 2006）、セルフケア行動をよく行い（服部・吉田・村嶋・伴野・河津, 1999; 木下, 2002; Shafer, McCaul, & Glasgow, 1986; 高梨・杉澤・手島・矢富・出雲・高橋・荒木・井上・井藤・冷水・柴田, 1996; Wang, & Fenske, 1996）、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）、精神的健康が保たれている（Connell, Davis, Gallant, & Sharpe, 1994; Bailey, 1996）ことが指摘されている。したがって、糖尿病を抱えた者にとって、ソーシャルサポートは欠かすことのできない要因といえる。

糖尿病患者を対象とした

ソーシャルサポート研究の課題

ソーシャルサポートの概念のとらえ方は研究者によって異なり、一義的な定義をすることが難しい。そのため、研究間の比較が難しいとされている（Brandt, & Weinert, 1981; 久田, 1987; 坂本・佐藤, 2004）。ソーシャルサポート概念の広がり、結果の普遍性について解釈を難しくするが、一方で、ソーシャルサポートの有用性に関して多角的な議論を可能にするものでもあり、一概に問題であるとは言えない。そのため、ソーシャルサポート研究が盛んに行われるようになってきた頃から、概念の統一を目指すよりも、具体的にどのような問題にどのようなサポートが有効であるかを明らかにすることが重要であると強調されてきた（久田, 1987; 稲葉・南・浦, 1987）。そして、ソーシャルサポートの効果は、サポートの機能（行動的サポートか情動的サポートか）や、サポート源の違い（誰からのサポートか）などといった、サポートの諸条件によって異なるとされてきた（久田, 1987）。

ソーシャルサポート概念の多様性の問題は、糖尿病患者を対象とした研究においても例外ではなく（桑原・工藤・深山, 2000; 東海林・安保, 2010）、糖尿病に関するどのような問題に、どのようなサポートが有効であるかを検討していく必要がある。重篤な合併症のリスクがある糖尿病においては、まず良好なセルフケアに必要となるサポートが、どういった条件のサポートであるのかを同定することが重要と思われる。

セルフケアの維持に有用な

ソーシャルサポートの条件

セルフケアに対するサポートの効果に影響する条件のひとつに、一般的サポート（疾患を抱えた者だけでなく、誰しもが受けうるサポート）であるか、特異的サポート（疾患を抱えるために受けることがあるサポート）であるかといった、サポート区分の違いがある（東海林・安保, 2010）。先行研究を概観すると、糖尿病患者の抑うつ感の低減には、特異的サポートよりも一般的サポートの方が効果を示すが（Connell, et al., 1994; Bailey, 1996）、セルフケア行動の促進には特異的サポートが効果を持つことが示されている（高梨ら, 1996; 服部ら, 1999）。したがって、良好なセルフケアを維持するためには、特異的サポートの充実が必要といえる。

また、別の条件として、家族や友人、同病者、医療従事者といった、サポート源の違いもサポートの効果に影響する（三浦ら, 1994; 岡田, 2006; Rosland, Kieffer, Israel, Cofield, Palmisano, Sinco, Spencer, & Heisler, 2008）。例えば、三浦ら（1994）や岡田（2006）は、上述の4つのサポート源から提供されるサポートの量を測定し、サポート源ごとの効果の違いを指摘している。したがって、セルフケアの維持で重要なサポートを同定するに

註1：本研究では「セルフケア」を「食事療法、運動療法、薬物療法などの自己管理の結果、良好な血糖管理を実現すること」と定義し、操作可能な行動的変数である自己管理行動そのものに着目する場合は、「セルフケア行動」と表記することとした。

は、どのサポート源からのサポートであるかに注目する必要がある。

しかし、各サポート源の効果に関しては、以下に挙げる問題点があり、十分に検討されているとはいえない。

問題点の一つは、三浦ら(1994)や岡田(2006)の研究のように、サポート源を網羅した研究が少ないことである。多くの研究は、サポート源を同定していないか、一つまたは二つのサポート源に限定されており、各サポート源の効果の比較が十分には行われていない。

二つ目は、一般的サポートと特異的サポートの混同である。例えば三浦ら(1994)にみられるように、複数のサポート源を網羅的に測定しているものの、研究で扱っているソーシャルサポートが一般的サポートなのか、特異的サポートなのか明確ではなく、効果がサポート源の違いによってもたらされているのか、サポート区分の違いによってもたらされているのか、判断できない研究がある。

三つ目は、各サポート源の間の共変関係の統制が徹底されていないことである。そもそも個人が知覚するソーシャルサポートの量には、その個人の性格や特性などが影響するため(豊松・小村・高木, 1998)、各サポート源の間に、そうした個人要因を交絡変数とした共変関係が生まれる。しかし、これまでの研究では、あるサポート源の効果を検討する際、他のサポート源の効果を固定せずに分析することがあり(例えば、三浦ら, 1994; 岡田, 2006)、共変関係を統制した上で分析を行うことが徹底されていない。そのため、それぞれのサポート源が本来持っている効果を正確に見積もることができていない。

以上、糖尿病患者を対象としたソーシャルサポート研究では、サポート区分に関して、特異的サポートがセルフケアの維持において重要であることが示唆されているが、各サポート源の効果に関

しては、(1)サポート源の網羅的測定、(2)サポート区分を明確にした上での各サポート源の効果の比較、(3)共変関係の統制という3点で、課題が残されている。

セルフケアの維持に本質的に影響しているサポート源を同定することは、糖尿病患者の支援を考える際に、誰のサポートを強化すべきかについて有益な示唆を与えてくれると期待される。そこで本研究では、上述の課題に取り組み、家族・友人・同病者・医療従事者からの特異的サポートが、セルフケア行動や血糖コントロールにそれぞれどれほどの影響を及ぼしているか検討し、セルフケアの維持要因を特定することを目的とする。

セルフケアが維持されるメカニズムについて

維持要因の特定だけでなく、それらの要因がどのようにセルフケア行動を促し、血糖コントロールに影響しているかというメカニズムの解明も重要な検討課題である。本研究では、この点にも着目する。

セルフケアが維持されるメカニズムを考える際には、社会的要因であるソーシャルサポート以外にも、セルフケアを動機づける個人内要因にも注目することが重要である。ソーシャルサポートと関連の深い要因としては、自己効力感(self-efficacy)(Bandura, 1977)があげられる。

これまでに多くの研究で、ソーシャルサポートと自己効力感の関連、ならびに自己効力感とセルフケア行動の関連が指摘されており(服部ら, 1999; 金・嶋田・坂野, 1998; 木下, 2002; 富澤・平岡・北宮, 2006)、自己効力感はソーシャルサポートとセルフケア行動を媒介する要因であると言われている(Rosland, et al., 2008)。これは、セルフケアの維持メカニズムとして、自己効力感を媒介としたソーシャルサポートの間接効果があることを示している。

また一方で、多くの有益なサポートを得られる

ことはセルフケアを実行しやすい環境の整備につながり、独力では取り組むことが難しい課題の遂行を可能にすると考えられる。これは、先の間接効果に対して、セルフケアの維持におけるソーシャルサポートの直接効果といえる。

以上より、セルフケア行動に対するソーシャルサポートの効果には、直接効果と間接効果の両方が考えられる。そこで本研究では、これらの効果を含めて仮説モデルを構成し、セルフケアの維持メカニズムの解明として、モデルの検証を行う。

本研究の目的

以上、本研究では、家族・友人・同病者・医療従事者から提供される特異的サポートのうち、セルフケアの維持において特に重要となるサポート源を特定し、自己効力感との関連を踏まえてセルフケアが維持されるメカニズムを解明することを目的とした。

なお、本研究では、サポート源の間の共変関係を統制した上で分析を行うために、変数間の共変関係の統制や複雑な因果モデルにおける間接効果の検討が可能で、結果が視覚的に理解しやすい（朝野・鈴木・小島、2005）という特徴がある構造方程式モデリング（structural equation modeling；SEM）による分析を行うこととした。

方 法

対 象

東京都内A病院にて通院治療を行っている20歳以上の2型糖尿病患者のうち、糖尿病の診断から1ヶ月以上経過し、現在、インスリン注射もしく

は経口治療薬による薬物治療を行っている者を対象とした。

研究倫理

本研究はA病院の倫理委員会の承認のもとに行われた。待合室で口頭にて研究の主旨を説明後、研究参加に同意が得られた者を対象とした。

調査手続き

775名に質問紙を配布し440名から回答を得た（回収方法：その場で回収130名、郵送法による回収310名。回収率56.8%）。分析には、医師による処方を受けていなかった2名のデータと、同居家族について独居と回答した31名のデータ、1型糖尿病であった32名のデータを除く375名のデータを用いた。分析対象者の人口統計データをTable 1に示す。

調査内容

フェイスシート 年齢、性別、職業、同居人数、罹病期間、治療方法、合併症の有無、HbA1c（JDS）^{註2}について自己記入式で回答を求めた。

糖尿病特異的サポート（以下、SS） 東海林・大野・安保（2010）の糖尿病患者用サポート環境尺度（Support Environment scale for Diabetes；SED）の家族版、友人版、同病者版、医療従事者版を用いた^{註3}。家族版SEDは「食事・薬物サポート」（ α 係数／再検査信頼性は $\alpha = .89 / r = .80$ ）と「運動サポート」（.72 / .75）の2下位尺度からなる尺度で、友人版SED（.80 / .75）、同病者版SED（.94 / .74）、医療従事者版SED（.94 / .89）はいずれも1因子構造である。家族版、友人版、同病者

註2：本研究では血糖コントロールの指標としてHbA1c（JDS）を採用した。HbA1cの性質上、数週間から数ヶ月前の管理状態を反映するものとならざるを得ず、他の心理社会的変数の評価時期と誤差が生じることとなった。この点について本研究では、糖尿病の管理状態や行動パターン、心理状態が短期間で劇的に変容するケースは少ないと考え、先行研究にならい（Schafer, et al., 1986；三浦ら, 1994）、分析を行うこととした。

註3：SEDの各版が想定するサポート源は以下の通りである。家族版では、家族が糖尿病をもっているかどうかに関わらず、家族からのサポートが測定される。友人版では、糖尿病をもっていない友人からのサポートが測定される。同病者版では、糖尿病をもった友人など、家族以外の糖尿病の知り合いからのサポートが測定される。医療従事者版では、医師や看護師、栄養士などからのサポートが測定される。

Table 1 調査対象者の人口統計データ (N=375)

平均(SD) 又は度数		平均(SD) 又は度数	
年齢	65.61(9.67)歳	罹病期間 ^{b)}	208.18(123.82)カ月
65歳以下*	177名	15年以下*	187名
66歳以上*	196名	15年より長い*	180名
無回答	2名	無回答	8名
性別		治療方法	
男性*	292名	経口治療薬のみ*	216名
女性*	81名	インスリン注射あり*	155名
無回答	2名	無回答	4名
職業		合併症の有無	
仕事あり*	206名	合併症あり*	102名
正社員	113名	網膜症	77名
アルバイト, パート	21名	腎症	30名
自営業	49名	神経障害	52名
その他	23名	合併症なし*	257名
仕事なし*	154名	無回答	16名
無回答	15名		
同居人数 ^{a)}	2.74(1.05)人		
2人暮らし*	203名		
3人暮らし以上*	169名		
無回答	3名		

^{a)} 同居人数は回答者自身を含めた人数

^{b)} 罹病期間の平均値の単位は月数

^{c)} 基本属性の違いによる各変数(ソーシャルサポート, 自己効力感, セルフケア行動, HbA1c)の差の検討では, 基本属性ごとに, *印を付した群で t 検定を行った(血糖自己測定セルフケア行動はダミー変数化したため, χ^2 検定により回答の偏りを検討した)。基本属性の違いによる各変数の関連の仕方の検討では, 基本属性ごとに, *印を付した群で各変数間の相関係数を比較した。

版SEDについては一般的サポートとの関連、医療従事者版SEDについては患者－医療従事者間の関係性との間で妥当な関連が確認されている。本研究では「まったくそうでない(1)」～「とてもそうだ(4)」の4段階評定で回答を求めた。

糖尿病の課題特異的自己効力感(以下、SE)

McDowell, Courtney, Edwards, & Shortridge-Baggett (2005), Wu, Courtney, Edwards, McDowell, Shortridge-Baggett, & Chang (2008) が作成した Diabetes Management Self-Efficacy scale (DMSES) を翻訳して用いた。先行研究における因子分析の結果、研究間で多少違うものの、「食事」「運動」「服薬(注射も含む)」「観察(血糖測定とフットケア)」の4因子が認められており、尺度全体の α 係数は.81から.93と報告されている。

回答は「まったくできない(0)」～「確実にできる(10)」の11段階評定で回答を求め、下位尺度ごとに合計点を算出した。

セルフケア行動(以下、SC) 大徳・本田・奥宮・山崎・笠山・池上・宮川・久保田・江川(2006)が作成した The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure の日本語版(J-SDSCA)を用いた。SDSCAは、食事(一般的な食事・特別な食事)・運動・血糖自己測定・服薬管理・フットケア・喫煙の下位尺度で構成され、「過去7日間においてどの程度セルフケア行動を行ったか」について、セルフケア行動がとれた日数を得点化するのである。本研究では、血糖コントロールに直接的に影響を及ぼすことが示されている「食事」「運動」「服薬管理(注射も含む)」「血糖自己測定」

(Heisler, Smith, Hayward, Krein, & Kerr, 2003)の下位尺度を実施した^{註4}。回答は、過去1週間の実行日数をそのまま0～7点に得点化し、下位尺度ごとに合計点を算出した。

仮説モデル

ソーシャルサポートに関しては、自己効力感(服部ら, 1999; 金ら, 1998)やセルフケア行動(服部ら, 1999; 木下, 2002; Rosland, et al., 2008; Shafer, et al., 1986; 高梨ら, 1996; Wang, & Fenske, 1996)との関連が指摘されている。また、自己効力感とセルフケア行動の関連について、服部ら(1999)は.66から.83の強い正の関連を示しており、冨澤ら(2006)は自己効力感の影響を $\beta = .50$ と報告している。さらに、セルフケア行動はHbA1cと関連しており(Heisler, et al., 2003)、冨澤ら(2006)はセルフケア行動の影響を $\beta = -.31$ と見積もっている。

以上を参考にFigure 1の仮説モデルを作成した。仮説モデルは、ソーシャルサポートが自己効力感を介してセルフケア行動に影響する(間接効

果)とともに、ソーシャルサポートが直接的にセルフケア行動を促進させ(直接効果)、最終的にHbA1cに影響するというモデルである。

分析

仮説モデルの検証のため、SEMによる分析を行った。分析ソフトはSPSS19、AMOS19を用いた。

結果

欠損値処理

375名のデータについて欠損値処理を行った。欠損項目の数が尺度項目数の半分以下の場合には、回答が得られた同一尺度内の項目から算出した平均値を欠損部分に代入し、尺度の合計点を算出した。欠損項目の数が過半数に及んだ場合は、回答のあった項目を含め全ての項目を欠損値とし、尺度得点も欠損のままとした。

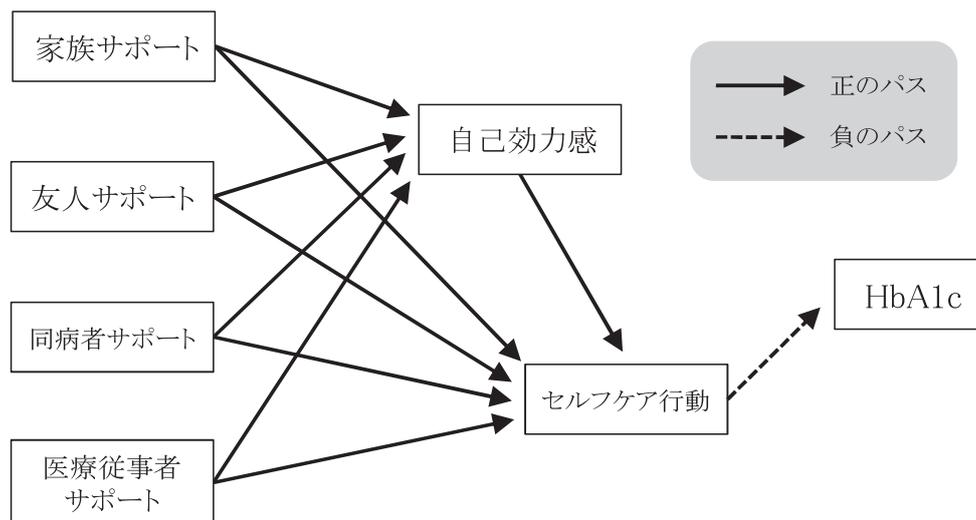


Figure 1 糖尿病患者のセルフケアに関する仮説モデル

註4：SDSCAに含まれる「フットケア」の下位尺度については、療養行動上は非常に重要なものであるが、フットケアのセルフケア行動単独でHbA1cへの影響はみられないことが報告されているため(Heisler, et al., 2003)、本研究では調査項目に含めなかった。

Table 2 各下位尺度の平均値と標準偏差および下位尺度の α 係数

	N	調査方法	得点範囲	平均値	標準偏差	α 係数
HbA1c(JDS)	364	自己記入式	-	7.00	0.94	-
ソーシャルサポート (SED: Social Environment scale for Diabetes)						
家族の食事・薬物サポート	359	8項目 4件法	8~32	22.72	5.31	.88
家族の運動サポート	356	3項目 4件法	3~12	8.32	2.24	.75
友人サポート	355	4項目 4件法	4~16	10.70	3.31	.93
同病者サポート	244	10項目 4件法	10~40	25.79	7.03	.95
医療従事者サポート	366	10項目 4件法	10~40	32.41	5.69	.93
自己効力感 (DMSES: Diabetes Management Self-Efficacy scale)						
食事の自己効力感	368	9項目 11件法	0~90	52.78	17.46	.94
運動の自己効力感	375	4項目 11件法	0~40	25.03	8.41	.84
服薬の自己効力感	368	3項目 11件法	0~30	27.39	4.15	-
観察の自己効力感	371	4項目 11件法	0~40	25.67	9.87	.76
セルフケア行動 (J-SDSCA: Japanese version-the Summary of Diabetes Self-Care Activities)						
食事のセルフケア行動	362	5項目 8件法	0~35	20.10	6.56	.71
運動のセルフケア行動	366	2項目 8件法	0~14	7.04	4.50	.80
服薬管理のセルフケア行動	365	2項目 8件法	0~14	13.53	1.72	-
血糖自己測定セルフケア行動	359	2項目 8件法	0~14	4.26	5.76	.97

記述統計

各尺度の平均値および標準偏差を Table 2 に示す。いくつかの尺度において分布に偏りがみられたため、以下の処理を行った。

服薬SEと服薬管理SCは分布が著しく歪んでおり（それぞれの歪度：-2.13, -4.27）、極端な天井効果がみられた（それぞれの第2四分位数：30点、14点、いずれも満点）。これら2変数については、数値変換による処理を施しても正規分布を仮定した分析を行うことが困難であったため、以降の分析に含めないこととした。

また、血糖自己測定SCにおいて、最低点と最高点を頂点とする二峰の分布型が確認された。二峰性の分布形状については、インスリン使用者では二峰性がある一方、経口薬のみの治療を行っている者では床方向への著しい偏りがみられ、治療方法の影響が確認された。そこで、血糖自己測定SCについては二峰の分布型を考慮して尺度得点の中心点を基準に2値変数に変換し、ダミー変数としてモデルに含めることとした。

基本属性の違いによる

各変数の差および関連の検討

基本属性の違いにより、ソーシャルサポート、自己効力感、セルフケア行動、HbA1cに差がみられるかどうか、また、関連の仕方に違いがみられるかどうか検討した（Table 1の脚註参照）。

その結果、注射の有無により、観察SEと血糖自己測定SCに得点差がみられた（それぞれ、 $t(368) = 7.84, p < .01$, effect size Hedgesの $g = .83$; $\chi^2(1) = 129.97, p < .01, \phi = .60$ ）。それ以外には、属性の違いによる得点差や関連の仕方の違いはみられなかった。

以上より、注射の有無は観察SEと血糖自己測定SCの高低に影響する属性であることが確認されたため、モデル内で考慮することとした。

仮説モデルの補足的検討

尺度得点間の相関を Table 3 に示す。尺度得点間の相関関係から仮説モデルの細部を検討した。

SSに関しては、サポート源の間の共変関係を統制するため、すべてのサポート間に共分散を仮定した。

Table 3 下位尺度得点の相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 ^{a)}	12
1 家族の食事・薬物サポート		.686 ** N=356	.422 ** N=342	.494 ** N=236	.394 ** N=353	.380 ** N=352	.297 ** N=359	.198 ** N=355	.477 ** N=346	.186 ** N=350	.092 N=344	-.132 * N=350
2 家族の運動サポート	[1] 22.70(5.30) [2] 8.32(2.24)		.335 ** N=339	.459 ** N=234	.318 ** N=350	.271 ** N=349	.320 ** N=356	.157 ** N=352	.260 ** N=343	.228 ** N=347	.039 N=342	-.083 N=347
3 友人サポート	[1] 22.67(5.21) [3] 10.65(3.28)	[2] 8.32(2.22) [3] 10.63(3.27)		.591 ** N=238	.260 ** N=350	.339 ** N=350	.241 ** N=355	.165 ** N=351	.253 ** N=345	.169 ** N=348	.051 N=341	-.125 * N=346
4 同病者サポート	[1] 22.61(5.54) [4] 25.72(6.97)	[2] 8.40(2.26) [4] 25.63(6.93)	[3] 10.74(3.38) [4] 25.73(7.01)		.455 ** N=242	.345 ** N=241	.268 ** N=244	.202 ** N=237	.276 ** N=240	.130 * N=235	.064 N=235	-.067 N=236
5 医療従事者サポート	[1] 22.69(5.34) [5] 32.39(5.70)	[2] 8.32(2.25) [5] 32.36(5.70)	[3] 10.68(3.32) [5] 32.41(5.70)	[4] 25.72(7.00) [5] 32.66(5.59)		.318 ** N=359	.267 ** N=366	.284 ** N=362	.272 N=353	.160 ** N=357	.146 ** N=350	-.048 N=356
6 食事の自己効力感	[1] 22.71(5.30) [6] 22.74(17.22)	[2] 8.33(2.23) [6] 32.62(17.03)	[3] 10.73(3.31) [6] 32.66(17.34)	[4] 25.76(7.07) [6] 31.97(17.30)	[5] 32.39(5.70) [6] 32.67(17.46)		.763 N=368	.388 ** N=364	.527 ** N=366	.360 * N=359	.105 * N=359	-.225 * N=357
7 運動の自己効力感	[1] 22.72(5.31) [7] 25.02(8.34)	[2] 8.32(2.24) [7] 25.05(8.29)	[3] 10.70(3.31) [7] 24.99(8.40)	[4] 25.79(7.03) [7] 25.25(8.14)	[5] 32.41(5.69) [7] 24.99(8.40)	[6] 32.78(17.46) [7] 25.00(8.44)		.324 ** N=371	.434 ** N=362	.508 ** N=366	.019 N=359	-.212 ** N=364
8 観察の自己効力感	[1] 22.70(5.32) [8] 25.66(9.75)	[2] 8.30(2.24) [8] 25.74(9.64)	[3] 10.68(3.30) [8] 25.71(9.70)	[4] 25.73(7.03) [8] 25.82(9.63)	[5] 32.42(5.70) [8] 25.65(9.80)	[6] 32.77(17.43) [8] 25.63(9.92)	[7] 25.03(8.36) [8] 25.67(9.87)		.236 ** N=358	.101 N=362	.453 ** N=355	.071 N=361
9 食事のセルフケア行動	[1] 22.72(5.33) [9] 20.11(6.46)	[2] 8.33(2.24) [9] 20.09(6.46)	[3] 10.74(3.32) [9] 20.13(6.48)	[4] 25.79(7.11) [9] 19.61(6.55)	[5] 32.43(5.70) [9] 20.08(6.54)	[6] 32.80(17.44) [9] 20.10(6.56)	[7] 25.00(8.47) [9] 20.10(6.56)	[8] 25.72(9.89) [9] 20.02(6.55)		.336 ** N=362	.193 ** N=356	-.233 ** N=351
10 運動のセルフケア行動	[1] 22.70(5.32) [10] 7.03(4.52)	[2] 8.34(2.24) [10] 7.04(4.51)	[3] 10.72(3.32) [10] 7.01(4.52)	[4] 25.75(7.08) [10] 7.17(4.38)	[5] 32.42(5.71) [10] 7.00(4.54)	[6] 32.80(17.44) [10] 7.04(4.50)	[7] 25.02(8.44) [10] 7.04(4.50)	[8] 25.70(9.88) [10] 7.06(4.51)	[9] 20.10(6.56)		.000 N=359	-.111 * N=355
11 血糖自己測定 のセルフケア行動 ^{b)}	[1] 22.69(5.33) [11] 1.29(0.45)	[2] 8.34(2.23) [11] 1.29(0.45)	[3] 10.72(3.30) [11] 1.29(0.45)	[4] 25.64(7.02) [11] 1.31(0.46)	[5] 32.45(5.70) [11] 1.29(0.46)	[6] 32.78(17.31) [11] 1.29(0.45)	[7] 25.02(8.42) [11] 1.29(0.45)	[8] 25.83(9.81) [11] 1.28(0.45)	[9] 20.01(6.55) [11] 1.29(0.46)	[10] 7.01(4.49) [11] 1.29(0.45)		.188 ** N=348
12 HbA1c	[1] 22.74(5.28) [12] 7.01(0.95)	[2] 8.33(2.23) [12] 7.01(0.95)	[3] 10.67(3.29) [12] 7.01(0.94)	[4] 25.90(7.00) [12] 7.08(1.00)	[5] 32.50(5.63) [12] 7.01(0.95)	[6] 32.74(17.40) [12] 7.00(0.94)	[7] 25.06(8.34) [12] 7.00(0.94)	[8] 25.86(9.72) [12] 7.01(0.94)	[9] 20.11(6.40) [12] 7.01(0.94)	[10] 7.02(4.47) [12] 7.01(0.94)	[11] 1.29(0.45) [12] 7.01(0.95)	

^{a)} 右上上段:相関係数, 右上下段:リストワイズ事前検定分析に投入されたサンプル数
^{b)} 左下:表の対角線のある相関係数の算出で用いられた下位尺度得点の平均値と標準偏差(角括弧内は各指標の番号と対応させている。丸括弧内の数値は標準偏差)
^{c)} 血糖自己測定セルフケア行動の尺度得点は2値変数(得点範囲:1~2)に変換したため、相関に関する指標は点双列相関係数である。それ以外の指標は、Pearsonの積率相関係数である。
 *p<.05, **p<.01

SSとSEの関連の仕方には、サポート源の違いによる著しい差異はなかった。そこで各サポート源からSEに対して一様にパスを想定し、探索的に検討することとした。また、SSとSCについては、強い関連を示した家族の食事・薬物サポートと食事SCとの間にパスを想定し、それ以外の関連については適合度を参考に探索的に検討することとした。

SEの尺度どうしの強い関連は、特性的な要素である一般的自己効力感(嶋田, 2002)の影響を受けていると思われる。そこで、食事SE、運動SE、観察SEのそれぞれの誤差間に共分散を仮定した。

SEとSCについては、食事SEと食事SC、運動SEと運動SC、観察SEと血糖自己測定SCのそれぞれを対応させてパスを設定した。

モデルの検討

検討された仮説モデルについてSEMによる分析を行った。375名のデータを用いて完全情報最尤推定法を用いた分析を行った。有意でないパスを削除しながら分析を繰り返し、Figure 2に示すモデルを得た。モデルの適合度は、 $\chi^2(49) = 70.64$ ($p = .02$)、CFI = .99、RMSEA = .03であり、あてはまりのよいモデルとなった。

採択されたモデルにおいて、家族SSは食事SE

および運動SEへ、医療従事者SSは食事SE、運動SE、観察SEへそれぞれ影響を及ぼしていた。加えて、家族SSは食事SCにも影響を与えていた。また、食事SE、運動SE、観察SEから、それぞれ食事SC、運動SC、血糖自己測定SCへ影響がみられた。運動SC、血糖自己測定SCからHbA1cへの影響はみられず、食事SCのみHbA1cへ影響がみられた。また、HbA1cが高いほどインスリン注射の使用が増え、注射の有無によって、観察SEや血糖自己測定SCが影響を受けていた。また、注射の有無に関しても、医療従事者SSの影響がみられた。

考察

本研究では20歳以上の2型糖尿病患者を対象に、糖尿病管理に関するモデルの検証を行った。分析の結果、ソーシャルサポートと自己効力感が、セルフケア行動および血糖コントロールに対してどのように影響を及ぼしているかについて、適合度の高いモデルが示された。

ソーシャルサポートがセルフケアに及ぼす影響

サポート源の間の共変関係を統制して分析を行った結果、家族のサポートは、自己効力感を介してセルフケア行動に影響する間接効果と、自己

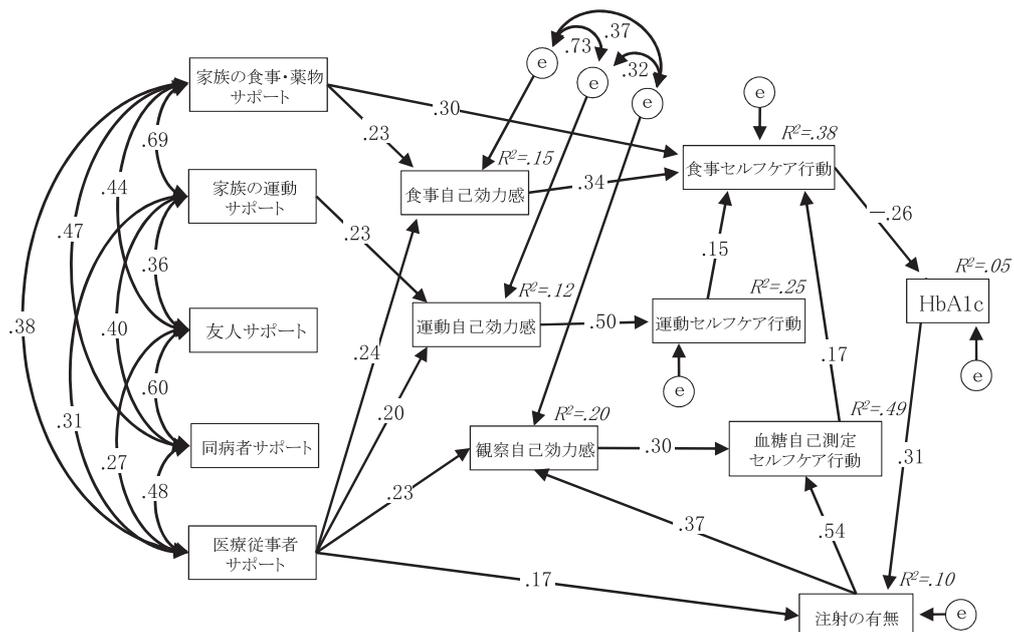


Figure 2 ソーシャルサポートと自己効力感がセルフケア行動と血糖コントロールに与える影響に関するパス・ダイアグラム (モデルの適合度: $\chi^2(49) = 70.64$ ($p = .02$), CFI = .99, RMSEA = .03, 図中のパスはすべて $p < .001$)

効力感を介さずにセルフケア行動を促進させる直接効果の両方を併せ持つことが示された。また、医療従事者のサポートはすべての種類の自己効力感に影響していた。この結果は、医療従事者による専門家のサポートを統制した後もセルフケア行動に対する「家族・友人サポート」の影響がみられるという Rosland, et al. (2008) の研究結果と一致する。Rosland, et al. (2008) の研究では「家族・友人サポート」と一括して調査されていたが、本研究の結果から、特に家族サポートが自己効力感やセルフケア行動に強く影響していることが明らかとなった。

共変関係を統制した条件の中で、各種のサポート源のうち、家族サポートだけが直接効果と間接効果を示したことは、改めて家族サポートの重要性を強調するものである。本研究の結果から、家族サポートの機能には、糖尿病患者が健康行動を起こしやすい環境を整えるという直接効果としてみられた側面と、間接効果としてみられたような、サポート的な状況の中で糖尿病患者がセルフケア

に関する自信を育て、それが実行を促すという効力感の増幅の側面があると考えられた。Anderson (1997) は、糖尿病治療において家族メンバーをうまく参加させる必要があることを強調しているが、この指摘は、家族サポートが持っている2つの機能を引き出し、強化するための重要な指摘であると思われる。

また、医療従事者のサポートは、各種の自己効力感を高めるのに有効であった。自己効力感の向上には、成功体験・代理体験・言語的説得・生理的状态の4つが有効であるとされるが (Bandura, 1977)、医療従事者と糖尿病患者の関係では、これらすべてを活用できる可能性がある。医療従事者は糖尿病患者の成功体験を確認するだけでなく、別の糖尿病患者の成功例や工夫例を伝えて代理体験を促したり、声かけや励ましなどの言語的説得を利用したりすることができる。また、検査結果などの生理指標をフィードバックすることを通して肯定的な情動喚起をはかることも可能と思われる。先行研究 (服部ら, 1999; 富澤ら, 2006) において

も、本研究と同様に自己効力感とセルフケア行動には強い関連がみられるため、糖尿病患者とのかかわりにおいて自己効力感の向上に力点をおくことは、非常に有益であると考えられる。

一方で、友人のサポートは自己効力感やセルフケア行動への影響がみられなかった。この理由には、成人の糖尿病患者が友人に対してあまり多くの特異的サポートを要求していないこと（東海林・安保, 2009）や、必要なだけの特異的サポートを得られている傾向にあること（Connell, et al., 1994）が関連していると考えられる。成人の糖尿病患者にとって、同病者ではない友人から病気に関してあれこれと支援を提供されることは、逆に本人の自尊心を損ねることにもなりかねない。そのため、友人の特異的サポートがセルフケアを促す効果は小さいと考えられる。

また、同様に同病者サポートに関しても、セルフケアを促進させるような影響はみられなかった。しかし、本研究の結果のみで同病者サポートをセルフケアの維持において無益であると判断することは早計と思われる。なぜならば、本研究では相手から特異的サポートを受けとることに着目して研究を行ったが、相手に特異的サポートを提供することの効果については検討していないためである。先行研究では、他人を助ける行為が自らに恩恵をもたらす（Riessman, 1990）とされ、同病者どうしの交流は、当人の尊厳の維持や自己実現といった主観的な効果をもたらす（織田・大倉・佐伯・大澤・鈴木・寺島・野村・松浦・山内, 2007）と指摘されている。したがって、同病者間での交流の中で相手にサポートを提供することで、自らの治療意欲や自信を高める可能性がある。さらに、同病者サポートの意義を支持する別の理由として、インスリン療法導入時の苦手意識の軽減などに同病者の支えが役立つ可能性が示唆されており（岡田, 2006）、治療方法の変更など、何らかのストレス状況に陥った場合には、同じ経験を持つ者

からの情報提供などが危機を乗り越える助けとなる可能性がある。また、本研究では着目しなかったが、同病者が当人にとってどういった間柄の人物であるのかも、同病者サポートの効果に影響を及ぼす重要な要素であると思われる。したがって今後は、以上の点を踏まえて、同病者サポートの有用性について更なる検討を重ねていく必要があるだろう。

自己効力感、セルフケア行動、HbA1cの関連

食事、運動、観察の自己効力感は、それぞれ食事、運動、血糖自己測定セルフケア行動に関連を示した。しかし、HbA1cへの影響は、食事のセルフケア行動から弱い関連がみられるのみであり、HbA1cの説明率も低かった。

セルフケア行動とHbA1cの関連が弱かったことには、SDSCAの測定とHbA1cの確認を同時点で行ったことが影響した可能性がある。SDSCAは直近1週間のセルフケア行動を評価するが、HbA1cは数週間から数ヶ月前の管理状態を反映する指標である。そのため、評価の対象となる時期がずれ、関連が弱められた可能性がある。

ただし、両指標の関連が強くないことは、これまでの研究においても指摘されており（石井, 2011）、セルフケア行動の自己評価だけでHbA1cを予測することには限界があると言わなければならない。本研究では、食事のセルフケア行動がHbA1cの変動を予測する割合は5%と見積もったが、同様の検討を行っているHeisler, et al. (2003)でも、食事、運動、薬物、血糖自己測定、フットケアのセルフケア行動の合計得点でHbA1cの変動をわずか11%しか説明できていない。したがって、石井(2011)が指摘している通り、HbA1cの改善には糖尿病患者それぞれの病態や治療法の適切性など、セルフケア行動以外の要因が与える影響も大きいことを認識し、セルフケア行動のレベルとHbA1cとが単純に相関しないことに注意して

おく必要がある。

また、本研究では、運動および血糖自己測定セルフケア行動から食事のセルフケア行動へのパスがみられた。SDSCAの研究を概観すると、各領域のセルフケア行動の関連は、23程度とされており（Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000）、各領域の行動間には弱い関連しかみられない。しかし、弱い関連であっても、ある領域のセルフケア行動が促されることで別の領域のセルフケア行動が喚起される可能性は無視できない。本研究の結果は、個々のセルフケア行動は、その行動に直接的に関係する自己効力感から大きな影響を受けつつ、それとは別に、他の領域の行動が生起することによって弱いながらも肯定的な影響を受けることを示している。

血糖自己測定および

服薬・注射の尺度における特異的分布について

本研究では、血糖自己測定セルフケア行動の尺度において、インスリン使用者では二峰性が、経口薬だけを使用している者では床方向への著しい偏りがみられた。この分布がみられた背景には、血糖自己測定の処方を受けているか否かが影響していると思われる。今回調査を実施した病院では、インスリン使用中で血糖コントロールが悪化した者に限り血糖自己測定を処方する方針がとられていたため、血糖自己測定が処方されていない経口薬だけの者と一部のインスリン使用者では低得点となり、血糖自己測定が処方されているインスリン使用者では平均して高いレベルのセルフケア行動がみられたと考えられる。なお、パス・ダイアグラムにおいて注射の有無から血糖自己測定セルフケア行動に比較的強いパスがみられたのは、血糖コントロールが悪化すると、多くの者がインスリン導入と同時に血糖自己測定の処方を

受けるためと思われる。

また、服薬に関する自己効力感、服薬管理のセルフケア行動の尺度では天井方向へ得点の偏りがみられた。この傾向は国外の研究でも同様に確認されている（Toobert, et al., 2000；Wu, et al., 2008）。先行研究や本研究の結果から、一般的に服薬に関する取り組みの水準は、食事や運動に比べて高いレベルにあると推察されるが、服薬コンプライアンスの悪さは不良な血糖コントロールを招く要因の一つとされている（山川・福田・泉・佐藤・岡野・吉村・夏目・西村・久萬田, 2010）。本研究では、使用した尺度の得点が極端な天井効果を示し、服薬関連の尺度を分析に用いることができなかったが、今後は、わずかな差を検出できる尺度の作成や服薬コンプライアンスの良否に関する新たなスコアリング方法を検討していく必要がある。

本研究のまとめと今後の課題

糖尿病患者のセルフケアを促す要因の特定と維持メカニズムの解明を目的とした本研究の結果、家族のサポートと医療従事者のサポートが自己効力感の向上とセルフケア行動の促進に有用であることが示され、家族の食事に関するサポートは特に重要であることが示唆された。

ただし本研究では、得点の偏りのため薬物療法に関する指標を含めたかたちで、セルフケアの維持メカニズムを検討することができなかった。薬物療法の不履行は血糖コントロールの悪化に直結し、将来的な合併症のリスクを高めることが予測されるため、今後は、それらに関する測定器具の改良を重ね、薬物療法に関する指標も含めて総合的にセルフケアの維持メカニズムを検討していく必要がある。

付記・謝辞

本研究は東北大学大学院教育学研究科に提出した修士論文および日本ヒューマン・ケア心理学会第11回大会で発表した内容を再検討し、再分析のうえ加筆修正を加えた稿である。調査にご協力いただきました協力者の皆様ならびに病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- Anderson, B. J. (1997). 糖尿病治療への家族メンバーの参加 中尾一和・石井均(監訳) 糖尿病診療のための臨床心理ガイド メジカルビュー社
- 朝野熙彦・鈴木督久・小島隆矢(2005). 入門 共分散構造分析の実際 講談社
- Bailey, B. J. (1996). Mediators of depression in adults with diabetes. *Clinical nursing research*, 5 (1), 28-42.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Brandt, P. A., Weinert, C. (1981). The PRQ – a social support measure. *Nursing research*, 30 (5), 277-280.
- 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(3), 263-273.
- 大徳真珠子・本田育美・奥宮暁子・山崎義光・笠山宗正・池上博司・宮川潤一郎・久保田稔・江川隆子(2006). セルフケア行動評価尺度 SDSCA (The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure) の日本人糖尿病患者における妥当性および信頼性の検討 *糖尿病*, 49, 1 - 9.
- Eriksson, B. S., Rosenqvist, U. (1993). Social support and glycemic control in non-insulin dependent diabetes mellitus patients: gender differences. *Women & health*, 20 (4), 59-70.
- 服部真理子・吉田亨・村嶋幸代・伴野祥一・河津捷二(1999). 糖尿病患者の自己管理行動に関連する要因について—自己効力感、家族サポートに焦点を当てて *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 3, 101-109.
- Heisler, M., Smith, D. M., Hayward, R. A., Krein, S. L., & Kerr, E. A. (2003). How well do patients' assessments of their diabetes self-management correlate with actual glycemic control and receipt of recommended diabetes services? *Diabetes Care*, 26 (3), 738-743.
- 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 (2), 2-11.

- 稲葉昭英・浦光博・南隆男(1987). 「ソーシャル・サポート」研究の現状と課題 哲学, **85**, 109-149.
- 石井 均(1999). 糖尿病合併症が進行している患者の心理ケア 日本醫事新報, **3947**, 24-29.
- 石井 均(2011). 糖尿病医療学入門—心と行動のガイドブック 医学書院
- 門脇 孝・真田弘美(2011). すべてがわかる最新糖尿病 照林社
- 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 日本心身医学会誌, **38**, 317-323.
- 木下幸代(2002). 糖尿病をもつ壮年期の人々の自己管理の状況および関連要因 聖隷クリストファー看護大学紀要, **10**, 1- 9.
- 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/houdou/2008/12/h1225-5.html>> (2012年 6月 28日)
- 久保克彦(2003). 糖尿病患者への心理援助 臨床心理学, **3** (6), 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.
- McDowell, J., Courtney, M., Edwards, H. & Shortridge-Baggett, L. (2005). Validation of the Australian/English version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale. *International Journal of Nursing Practice*, **11**, 177-184.
- 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.
- 織田初江・大倉美佳・佐伯和子・大澤志保・鈴木寛之・寺島早希子・野村 碧・松浦祥子・山内康史(2007). セルフヘルプグループへの参加が糖尿病療養者の自己管理過程にもたらす効果 金沢大学つるま保健学会誌, **31**, 89-92.
- 岡田弘司(2006). 糖尿病治療におけるソーシャルサポートの意義 石井 均・久保克彦(編著) 実践糖尿病の心理臨床 医歯薬出版 pp. 133-140.
- Riessman, F. (1990). Restructuring help: A human services paradigm for the 1990s. *American Journal of Community Psychology*, **18**, 221-230.
- Rosland, A-M., Kieffer, E., Israel, B., Cofield, M., Palmisano, G., Sinco, B., Spencer, M. & Heisler, M. (2008). When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, **23**, 1992-1999.
- 坂本真士・佐藤健二(2004). はじめての臨床社会心理学—自己と対人関係から読み解く臨床心理学 有斐閣
- 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.
- 嶋田洋徳(2002). セルフ・エフィカシーの評価 坂野雄二・前田基成(編) セルフ・エフィカシーの臨床心理学 北大路書房
- 東海林渉・安保英勇(2009). 中高年の男性糖尿病患者のサポート・ニーズに関する研究—属性の違いによるニーズの差異に着目して 東北大学大学院教育学研究科研究年報, **58**, 267-292.
- 東海林渉・安保英勇(2010). 糖尿病患者のソーシャル・サポート概念の検討—尺度のレビューを通して ヒューマン・ケア研究, **11**, 32-44.
- 東海林渉・大野美千代・安保英勇(2010). 糖尿病患者用サポート環境尺度の開発 東北大学大学院教育学研究科研究年報, **59**, 293-317.
- 高梨 薫・杉澤秀博・手島陸久・矢富直美・出雲祐二・高橋龍太郎・荒木 厚・井上潤一郎・井藤英喜・冷水豊・柴田 博(1996). 高齢糖尿病患者の食事療法・運動療法の順守度と治療に対する信念および家族支援との関係 老年社会科学, **18** (1), 41-49.
- 富澤登志子・平岡恭一・北宮千秋(2006). 糖尿病の食事療法の実施に影響する心理的要因の検討 日本看護研究学会雑誌, **29** (2), 63-72.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., Glasgow, R. E. (2000).

The summary of diabetes self-care activities measure :
results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes
Care*, **23** (7), 943-950.

豊松展史・小村緩岳・高木敬雄 (1998). 知覚された
ソーシャル・サポート 広島修大論集人文編, **38**,
295-336.

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.

Wu, S-F. V., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J.,
Shortridge-Baggett, L. M. & Chang, P-J. (2008).
Development and validation of the Chinese version
of the Diabetes Management Self-efficacy Scale.
International Journal of Nursing Studies, **45**, 534-542.

山川典子・福田一仁・泉善雄・佐藤和生・岡野真弓・
吉村友里・夏目君幸・西村廣志・久萬田俊明 (2010)
糖尿病患者における服薬コンプライアンスと治療
効果の関係 通信医学, **62** (1), 37-40.

報告・資料

流産による悲嘆に関する探索的研究

伊藤美奈子*・竹ノ上ケイ子**・ケニヨン充子***

The exploratory study on the grief for abortion

Minako Ito*, Keiko Takenoue**, Kenyon Michiko ***

Abstract

The aim of this study was to collect the items to measure the grief for abortion, and to explore the relation with other factors.

In the preliminary study, 28 items were collected from the experiences of the women who experienced abortion, in the past. In second research, the grief items were asked for 371 women who experienced abortion.

By the factor analysis and the α -coefficient, 18 items were consisted of five factors: ① shock, ② refusal, ③ anger, ④ the wish to talk, ⑤ recovery.

From the correlation analysis, ①' score, ②' score, ③' score and ④' score had a mutual relation, and these showed positive correlation with score of depression and uneasy. And scores of ①, ②, ③ and ④ were decreased, conversely ⑤' score was increased with time from abortion. Grief for abortion was not associated with their age and number of abortion.

Key words: abortion, grief, course of change.

問 題

“流産”とは、22週未満に妊娠が終了することである。牧野（2007）の試算によると“すべての妊娠の約13パーセントが12週以前に流産となる”ことが導き出されている。他方、名古屋市立大学研究チームが実施した「岡崎コホート研究」によると“妊娠したことのある女性の41パーセントが流産を経験している（杉浦・鈴木・尾崎・北折，2009）”という報告もある。3回以上連続する流産を習慣流産というが、その原因はまだわからない

ことも多く、多角的な原因の結果として起こっているといわれる。

愛情や依存の対象を、その死によって失う体験を“対象喪失（object loss）”という（小此木，1979）。フロイト（Freud, S.）は、対象喪失に伴う心理過程を悲哀の仕事（mourning work）と呼んだ。この対象喪失に伴うさまざまな症状および心的反応を“悲嘆（grief）”、人が愛する対象を失った後に見られる混乱から適応に至るプロセスは“悲哀”あるいは“喪の過程（mourning process）”と定義される。こうした喪の過程には、ある一定の

* 奈良女子大学大学院生活環境科学系（Nara Women's University Faculty of Human Life and Environment）

** 慶應義塾大学看護医療学部（Keio University Faculty of Nursing and Medical Care）

*** 東邦大学看護学部（Toho University Faculty of Nursing）

受稿2012.05.10 受理2014.02.13

時間的な過程と段階、そして反応パターンがあるとされ、多くの研究が行われてきた。その代表である Bowlby (1961) はモーニングの 4 段階を提起している。第 1 期は、亡くなってから数時間～1 週間ほど続く「情緒的危機の段階」である。別れのショックのあまり否認が起きたり、強烈な苦悩や怒りを伴ったりする。第 2 期は、失った対象を思慕し探し求める「思慕と探索の段階」で、数ヶ月から数年続くとされる。その後、永久に戻ってこない現実を受け入れ、一次的に激しい絶望と失意が起こる「混乱と絶望の段階」が来る。こうした過程を経て、ようやく諦めの中で現実を受け入れ「離脱・再起の段階」にたどり着くという (永田, 2011)。

流産も、胎内に宿った我が子を失うという意味で、まさしく対象喪失の一つである。その一方、流産という経験が複雑なのは、大切な子どもを失うとともに自己の一部 (自分の胎内に確かに存在した胎児) を失うという意味で、“対象喪失と自己喪失という二重の喪失体験 (Kennell, Slyter & Klaus, 1970)” であり、多様で複雑な喪の過程を辿ると考えられる。流産という対象喪失に伴う心理過程については、Kellner & Lake (1993) による“悲哀の 4 段階” (TABLE 1) や Mander (2006) の“悲嘆の 5 段階” (TABLE 2) が提起されてい

る。もちろん、個々が感じる悲嘆の強さについては個人差も大きく、その順序についてもこれらの段階を一つ一つ直線的に進むとは考えられていない。段階が前後したり反復したり、さらにはさまざまな感情が混在し複雑に絡み合い行きつ戻りつの過程の中で徐々に回復に向かうと考えるのが一般的であろう。また、その回復までの長さ (期間) についても諸説ある。流産後の身体的回復は比較的早いのに対し、心理・社会的回復には通常 3 ヶ月から 1 年、あるいは 2 年、深刻な場合は数年を要すると考えられる (松下・加藤・池田・野口・水野・八神・青木・梶浦, 1994a; 松下・加藤・池田・野口・水野・八神・青木・梶浦, 1994b; 竹ノ上・佐藤・松山, 2000; Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988)。

一方“不育症”とは「流産や子宮内胎児死亡を繰り返し、生児を得るに至らない病状」(杉, 2009) であり、“出生 1 週間以内に死亡する周産期死亡”も含まれる。流産や不育症によるわが子との別れによる悲しみについて、平山・高橋 (2001) は、以下の 4 つの特徴を挙げている。一つは、流産等の喪失が“繰り返し起こること”である。その結果、不育症患者にとって妊娠するという事は喜びだけでなく、恐怖を引き起こす事態でもあるのである。第 2 の特徴としては“多重な喪失であ

Table 1 Kellner & Lake (1993) による“悲哀の 4 段階”

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ショック、信じられない思い (Shock and disbelief) 2. 死児へのあこがれ、探索、不安 (Yearning, searching and anxiety) 3. 無秩序、絶望、鬱 (Disorganization, despair, and depression) 4. 再統合、立て直し (Reorganization) |
|---|

Table 2 Mander (2006) による“悲嘆の 5 段階”

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ショック、驚き、否認、孤立 (Denial or isolation) 2. 怒り、混乱、死児へのあこがれ (Confusion or anger) 3. 自己尊重の低下、自責感、罪責感 (Bargaining) 4. 鬱、無力感 (Depression) 5. 受け入れ、再統合、次の人生へと踏み出す (Acceptance) |
|---|

る”ことが挙げられる。すなわち、“妊娠、未来の希望、今後の出産可能性、健康、正常に出産できるという女性イメージ、自尊心などの喪失を同時に経験”するため、喪の過程は複雑で困難なものとなる。そして第3は、産婦人科医療提供者によってさえ“喪失であることが認知されていない”ことがある。その結果として、病院関係者の言葉や対応（「またすぐに妊娠できるから」と喪失体験を無視されたような発言や、流産・死産で生まれた我が子を抱くこともなく処分されるなど）により、流産の苦しみが増幅してしまうような不幸なケースもある。第4としては“喪失に対する男女差”が挙げられる。悲嘆を共通すべき夫婦の間でも喪失に対する反応が異なることは珍しくない。そうした温度差が悲しみのどん底にいる母親を一層傷つけてしまうこともあるのである。流産直後の母親は“健康な赤ちゃんを産むことができなかつたことを恥ずかしく思い、あるいは死なせてしまったことに罪悪感を抱き、自ら重荷を背負う”という（Kennell, Slyter & Klaus, 1970など）。家族の手前、表面的には平静を保っていても内的に深刻なダメージを受けていることも多く、その苦しみを夫婦で共有できない場合にはますます孤立感を深めてしまうこともある。こうした現状により、流産・不育症女性たちは、流産による心身の傷つきに加え、医療関係者や家族、そして身近な人々から何重にも傷つけられ、悲しみを吐露しそれを受けとめてもらえる場が少ないことから、その苦しみを患者自身が一人で抱え抑圧してしまうことも多い。

流産の最大の原因は、“約60～70%を占める胎児側の染色体異常”といわれ（小澤, 2007）、母体側の原因に関しては、子宮奇形、自己免疫の異常（抗リン脂質抗体症候群）、母児間の免疫学的流産などが挙げられる（牧野, 2007）。これ以外にも不育症のリスク因子とその予後については、多くの研究が蓄積されつつある（齋藤・杉浦・田中・

藤井・杉・丸山・竹下・山田・小澤・木村・山本・藤井・中塚・下屋, 2009）が、“高レベルのエビデンスはあまりない”という指摘もある（杉浦, 2009）。他方、周産期医療技術のめざましい進歩により、子どもを持つことをあきらめていた（不妊症や不育症に苦しむ）女性たちが、妊娠・出産に至るケースも増えてきた。しかし、それとは対照的に、先進医療の力でもどうにもならず“子どもを抱けない苦しみ”を抱え続ける女性たちも確実にいる。社会全体においても流産や不育症への理解と認識は決して高くない。胎児側の原因で起こることが多いにもかかわらず、「自分が無理をしたせい」と自分を責める流産患者がいる一方、身近な人からの「またすぐに妊娠できるよ」「運命だったのだから、忘れなさい」などの言葉に傷ついてしまうケースもある。流産・死産を繰り返す不育症に苦しむ女性たちへの心理臨床的な立場からの基礎研究や支援方法については、面接調査による知見が集まりつつあるが（大井, 2001；太田, 2006；秋山, 2010ほか）、まだ十分な研究結果として蓄積されていないのが現状である。

目的

そこで本研究では、流産を経験した女性の喪のプロセスを探る一助として、その悲嘆をとらえるための項目を収集し、流産による悲嘆の特徴をさぐることを主たる目的とする。

予備調査

流産に関する悲嘆感情を測定する項目を、Mander（2006）や竹ノ上・佐藤・松山（2000）を参考とし、各段階に該当する記述を流産経験者の「生の声」をもとに、以下の手順で収集した。

方 法

調査時期 2009年12月。

調査方法 流産に関する悲嘆をとらえる項目を作成するため、次のような手順で、項目の原案となる記述を収集した。流産・死産経験者で作る「ポコズママの会」ホームページ (<http://pocosmama.babymilk.jp/>) で公開されている「私の流産・死産体験記」、および『ともに生きる－たとえ産声をあげなくとも』(流産・死産経験者で作るポコズママの会, 2007) の体験記の中から、各段階に該当するような記述を収集した。

結果と考察

上記の方法で収集された項目について、重複するものを省き、不適切な表現やまぎらわしい表現については修正を加えた上で、Mander (2006) による5段階を基準に分類したのがTABLE 3である。表では、項目作成のもとになった体験談の一部や文献からの引用部分と、その結果作成された項目内容を示した。各項目に付された番号は、因子分析の結果より最終的に分類された因子の番号を示している。

<ショック・否認・孤独>には、流産直後のショック状態や、「なぜ私の子どもが？」に対して答えを模索する気持ちなど3項目が分類された。流産という経験が「予想もしなかったこと」であり、その経験が自分に降りかかってきたことへの答えを切望する思いであり、その“圧倒的な悲しみ”(橋本, 2004) を誰にも分かってもらえないという孤独感が分類された。<怒り、恨み、拒絶>に該当するものとしては、自分の運命(流産という突然の出来事)に対する怒りや、医療関係者やほかの妊婦に対する恨みや羨望、身近な人との確執など、6項目が集まった。これらは、子どもを失うという現実が受け入れられず、その失意から

起こってくる怒りであり、子どもを失ったことから生じる恨みや羨望であると考えられる。<自責感、罪責感>には、流産を自分のせいと感じて自分を責める気持ちや、何もできなかったという無力感を意味する2項目が分類された。「誰もが当たり前にできること」を、なぜ自分ではできないのかという思い、自分のお腹にいたはずの赤ちゃんをなぜ守ってあげられなかったのかというやりきれなさが背景にある。<鬱、無気力>には、大きな喪失による抑うつ状態の深刻さを意味する2項目が集まった。対象喪失による抑うつは「正常反応」の一つであるが、“自然流産後には病的な鬱の危険性が存在する”(松下・加藤・池田・野口・水野・八神・青木・梶浦, 1994a・b) とも言われる。流産経験者の体験談(ポコズママの会ホームページ)や先述の手記からも、重い抑鬱症状を呈していると考えられる記述も多い。<感謝、立ち直り、次の人生>に該当するものには、配偶者や家族への感謝を意味する3項目が集まった。ただし、ホームページ上の体験記は、まだ流産後の傷が癒えない段階でその苦しみを吐き出す場として書かれたものが多いため、対象喪失からの立ち直りや次の人生に踏み出すような内容は多くはなかった。そこで、流産支援の実践にあたる流産経験者2名、および、助産師・看護師でありかつ流産支援の研究や臨床に携わっている大学教員・大学院生により6項目(TABLE 3参照)が加えられた。

さらに、Mander (2006) の5段階には分類しにくいものとして、苦しみや悲しみを聴いて欲しい・わかって欲しいという気持ち3項目(<聴いて>と分類)、立ち直りへの焦りを意味する3項目(<焦り・自制>と分類)が抽出された。

Table 3 項目作成のもととなった記述と、作成された項目

記述内容	作成された項目
【ショック・否認・孤独】	
<p>・(流産発覚直後) その時は頭が真っ白で、先生の説明も何も耳に入りませんでした。</p> <p>◇私は何も感じる事ができず、瞬きもしていなかったのではないかと思います。(P.108)</p>	ショックで頭が真っ白になった状態①
<p>・まさか、自分が流産、死産を経験するとは思わなかった。妊娠したら、元気な赤ちゃんを抱けると信じて疑わなかった…。</p> <p>・毎日「どうして私が」と、悶々と問い続けています。でも、答えは出ません。</p>	「なぜ私の子どもが？」に対し答えを求める気持ち①
<p>・流産直後は夫との気持ちの温度差を感じたり、誰にも悲しみをわかってもらえないような孤独感をとても感じていました。</p> <p>・流産した人でないと、この気持ちは絶対にわからないと思う。</p>	流産の苦しみを誰にもわかってもらえない孤独感②
【怒り、恨み、拒絶】	
<p>・(病院側の説明である)「染色体の異常」「珍しくないこと」も納得できません。日に日に「どうして私が…」という気持ちが強くなって妊婦さんが羨ましくてどうしようもないのです。</p>	「どうして私がこんな目に遭うのか」という怒り②
<p>・(流産発覚直後) 周りの妊婦さんは「順調です」と言われているのに、なぜ私だけ…とみんなを恨みました。</p>	運命を呪いたくなる気持ち②
<p>・「子どもができるだけ、不妊症よりはまし」と友だちから言われた。</p> <p>・実母から「生まれてもきっと弱い子だったんだから、これでよかった」と言われた。励ましの言葉が、そのときは受け入れがたかった。</p>	身近な人の言葉による傷つき
<p>・私だけ子どもがない。またみんなと差が付いてしまったと感じます。そんな自分が嫌なことで、自分の心の平穏を保つため自ら友だちとの連絡を絶ちました。</p>	誰にも会いたくないという気持ち③
<p>◇妊婦さんを見るのも、赤ちゃんを見るのも嫌でした。おむつのコマーシャルから目をそらさずにはいられません。感情をどうコントロールしたらいいかわかりませんでした。(P.100)</p> <p>・友だちが出産しましたが、いまだにお祝いには行きません。</p>	妊婦や子ども連れの姿を避けたいという思い③
<p>・まだ周りの赤ちゃんは見られません。涙が出て来てしまうからです。</p>	赤ちゃんに関するものを見たくないという思い③
【自責感、非責感】	
<p>・(臍の緒が巻き付いて死んだと知り)「苦しかったんだね…」と自分を責めました。どうして私は生きているんだろう…。</p> <p>・誰もが当たり前のように子どもを持つのに、その当たり前ができていない自分もどかしく…。</p> <p>◇外出するのは嫌。人に会うのも嫌。笑ったときの自分が嫌。ご飯を食べる自分が嫌。私だけ生きている自分が嫌。(P.127)</p>	自分が悪かったと、自らを責める気持ち①
<p>・(入院中) 私は自分の身などどうでもよく、何よりも赤ちゃんのことしか考えられませんでした。どうして守ってあげられなかったのか。辛かったよね。苦しかったよね。本当にごめんね、と。</p> <p>・入院中はわりと落ち着いたので、自宅に戻ると無力感で一杯になりました。もっとしてあげられることはなかったかとか、自分のせいのような気がして自分を責めたり、主人に当たったりしてしまいました。</p>	流産に際し、何もできなかったという無力感①
【鬱、無気力】	
<p>・「赤ちゃん、お腹の中で亡くなっています」その瞬間、頭が真っ白になり、全身が震え、その場で子どものように泣き崩れました。全身の力が抜けて歩くこともできず、そのまま入院することになりました。</p>	家事も仕事も何も手に付かないという脱力感③
<p>・心も痛い、お腹も痛い、このままいつその子と死んでしまいたい。</p> <p>・喪失感というか、何かとつもなく大きなものを失ってしまったような空っぽさが襲ってきて、このまま狂ってしまったら楽になるのに…と何度も思いました。</p> <p>◇少しずつ胸の痛みが和らいできて、たとえ次の子が生まれても、亡くなった子への重いが消えることはありません。(乗り越えたかに見えても) 本当は人に話さなくなっただけで、心の中ではいつでも存在を求めているのです。(P.128)</p>	子どもがなくなった悲しみ
【感謝、立ち直り、次の人生】	
<p>◇悲しい別れではあったけれど、夫婦の絆を深め両親への感謝を教え、いかに私が周りの愛情に恵まれているかを再認識させてくれました。(P.20)</p>	夫や家族との関係を大事にしようという思い⑤
<p>・夫は仕事が大変なのに、ずっと私を励まし、一緒にいてくれました。周りのみんなに感謝しています。8週間だったけど、パパとママでいさせてくれてありがとう。</p>	自分を支える人がいてくれることへの感謝⑤
<p>・私のがむしやらに泣いたときも、八つ当たりした時も主人は嫌な顔せず支えてくれました。そして一緒に泣いてくれました。主人には本当に感謝しています。</p>	思う存分泣けたという気持ち⑤
追加項目	日常生活が大事に送れている感覚⑤
追加項目	自分の生き方をしようという思い⑤
追加項目	子どもを持たない生き方をしようという決心
追加項目	不育症や流産の治療をやめようという気持ち
追加項目	子どもを持つこと以外が考えられるようになった
追加項目	子どもを持つことについてがんばり過ぎないでこうという気持ち

【聴いて】	
・亡くなったこのために、自分のために、流産経験やなくなった子の思い出などを話せる環境が欲しいです。	気持ちを聴いて欲しい・話したいという思い④
・流産直後より、半年後、1 年後のカウンセリングを強く望んでいます。体験者にしか分からない苦しみ。わかってももらえないと、心を閉ざしがちです。	自分の辛さをわかって欲しいという思い④
・専門家によるカウンセリングができるサイトがもっと増えて欲しい。	心理カウンセラーなど、心の専門家に相談したい
【焦り・自制】	
・この悲しみを癒すには、亡くした赤ちゃんをもう一度妊娠しなおして、今度こそ無事に生んであげることができない。	一日も早く赤ちゃんを抱きたい
・夫に心配かけてもいけないので、早く立ち直らなければと思うが、笑顔になることができない。	早く立ち直らねばという焦り
・誰かに話したいと思う。泣きたいと思う。でも上の子は小さいし、不安にさせてはいけないので泣けない。	家族の手前、泣いてはいけないという思い

注 1 「・」で始まる項目は、ネット上の記述より抽出。「◇」で始まる項目は、流産・死産経験者で作るポコズママの会（2007）より抽出。

注 2 項目欄の番号（①～⑤）は、最終決定した後の因子番号。番号がないものは削除された項目。

本調査

次に、収集された 28 項目について、流産経験者を対象に調査を実施し、その結果より流産による悲嘆の一面を明らかにすることを目的とする。

方 法

調査時期 2010 年 1 月～2 月。

調査方法 流産・死産経験者が作る「ポコズママの会」ホームページ、および特定非営利活動法人（NPO 法人）不育症友の会ホームページウェブ（<http://www.heartbeatclub.jp/index.html>）上にアンケートを公開した。調査の趣旨に関する説明文を読んだ上で「調査への参加」について同意が得られた方に、ウェブ上でアンケートへの回答を求めた（ウェブ上で回答し送信する形）。途中で辛くなった場合は、回答を中止できること、個人情報厳守されることが付記された。それぞれの回答は、「ポコズママの会」が管理するサーバに自動送信・保存された後データ化した形で回収された。アンケートの最後に、結果のフィードバックを求める人には自由意志によるアドレス記入欄があるが、そこに記入されない限り回答者の匿名性は守られる。なお、アンケート調査の内容および実施方法については、慶應義塾大学看護医療学部の倫理委員会による審査を経ている。

調査内容 ウェブ上アンケートは、以下のような内容からなる。①流産による悲嘆についての 28 項目に対し、＜流産直後*¹>と＜現在＞の 2 時点について「強く感じていた（強く感じている）」「少し感じていた（少し感じている）」「感じなかった（感じていない）」の 3 件法で回答を求めた。②抑うつ尺度：Beck ら（1979）によるベック抑うつ性尺度（BDI：Beck Depression Inventory）、ならびに Spielberger ら（1970）による状態-特性不安尺度（STAI：State Trait Anxiety Inventory）を参考に抽出した 10 項目に対し、回答の簡便さを考慮し「いつもある（3 点）」「ときどきある（2 点）」「ない（1 点）」の 3 件法で回答を求めた。これら 10 項目は主成分分析の結果、すべての項目が第 1 因子に、400 以上の負荷量を示したことより 1 因子性が強いことが確認された。また 10 項目の α 係数は、.846 と十分な信頼性が確認されたため、以下の分析では 10 項目の回答結果を 3～1 点に換算し、合計した得点を 10 で除した値を抑うつ・不安得点として扱う。これら以外に、年齢や妊娠・流産に関する履歴（何歳の時に出産・流産・死産したかを尋ねる）についての質問があり、最後に自由記述欄（随意）を設けた。

調査対象 それぞれの掲示板では、「不育症と診断された方、または流産（妊娠 22 週未満の流産を意味します）を経験された方にお尋ねします」という形で呼びかけた。調査への協力者は 375 人

注 1) 流産を複数回経験している場合は「一番最近の流産直後」について回答するよう教示を加えた。

(女性)であった。年齢別では、30歳未満が84人(22.4%)、30歳以上35歳未満が136人(36.3%)、35歳以上40歳未満が118人(31.5%)、40歳以上が37人(9.9%)となった。最後の流産からの経過年数によると、1年未満が153人(41.1%)、3年未満(累計)が323人(86.8%)、5年未満(累計)が358人(96.2%)と、流産後の年数が比較的若い女性が多数を占めた。

結果と考察

因子分析結果

より悲嘆の感情が明確であると考えられる「流産直後」に関する31項目についての回答を「強

く感じていた(強く感じている)」=3点、「少し感じていた(少し感じている)」=2点、「感じなかった(感じていない)」=1点とし、その結果について因子分析(最尤法、バリマックス回転)を行った(TABLE 4)。その結果、最初に想定した因子(Mander(2006)の“5段階”、および予備調査で加えた<聴いて><焦り・自制>)とは異なる因子構造が確認された。第1因子は、「赤ちゃんに関するものを見たくないという思い」「誰にも会いたくないという気持ち」など5項目からなり<拒絶>と命名した。この第1因子には、待ち望んだ子どもの死という悲痛な気持ちを逆なでするような「赤ちゃん」「妊婦」という存在、それに無神経な言葉を投げてくる人々からの防衛ともい

Table 4 流産後の悲嘆に関する項目についての因子分析

項目内容	fac1	fac2	fac3	fac4	fac5
12.妊婦や子ども連れの姿を避けたいという思い	.76	-.07	-.05	.27	.13
5.赤ちゃんに関するものを見たくないという思い	.75	-.10	.01	.27	.06
15.誰にも会いたくないという気持ち	.63	.01	.26	.09	-.147
7.家事も仕事も何も手に付かないという脱力感	.56	-.10	.33	-.17	.27
24.夫や家族との関係を大事にしようという思い	.03	.75	.05	-.09	-.01
16.自分を支える人がいてくれることへの感謝	.01	.68	-.09	-.21	-.01
19.思う存分に泣けたという気持ち	.04	.65	.01	.13	-.01
25.自分の生き方をしようという思い	-.33	.51	.09	.03	.19
27.日常生活が大事に送れている感覚	-.18	.49	-.03	-.04	.12
3.流産に際し、何もできなかったという無力感	.06	-.00	.78	.02	.04
17.自分が悪かったと、自らを責める気持ち	.01	-.04	.75	.08	-.09
4.ショックで頭が真っ白になった状態	.11	.10	.54	.18	.13
6.「なぜ私の子どもが？」に対し答えを求める気持ち	.24	-.09	.41	.39	.15
10.運命を呪いたくなる気持ち	.07	-.12	.13	.78	.08
2.「どうして私がこんな目に遭うのか」という怒り	.23	.09	.06	.77	.02
18.流産の苦しみを誰にもわかってもらえない孤独感	.19	-.29	.23	.47	.24
14.自分の辛さをわかって欲しいという思い	.15	.05	.09	.39	.84
13.気持ちを聴いて欲しい・話したいという思い	-.03	.11	.01	.11	.82
累積比率	21.2	32.6	40.2	47.3	53.4
α係数	.668	.640	.627	.664	.703
因子名	拒絶③	立直り ⑤	シ ョ ッ ク①	怒り②	聴いて ④

える拒否反応や、誰とも会いたくない・何もしたくないというひきこもり願望がまとまった。第 2 因子には「夫や家族との関係を大事にしようという思い」「自分を支える人がいてくれることへの感謝」など、配偶者や家族への感謝を意味する 2 項目に加え、その「思う存分に泣けた」「自分の生き方をしよう」「日常生活を大事に送れている」と気持ちの切り替えを意味する 3 項目から構成された。その内容をもとに「立ち直り」と付けた。第 3 は、「流産に際し、何もできなかったという無力感」「自分が悪かったと、自らを責める気持ち」「ショックで頭が真っ白になった状態」など、流産によるショックや自責に関する 5 項目が集まり、＜ショック＞と命名した。流産直後、感情麻痺に陥り、子どもを死なせてしまった自分を責める一方で、自分に降りかかった運命に対する答えを探し求めるという茫然自失な状態を表す項目から成っている。「身近な人の言葉による傷つき」は第 1～3 因子に同程度の負荷量（.330 前後という低い負荷量）を示したため本分析では削除した。第 4 因子は「どうして私がこんな目に遭うのかという怒り」「運命を呪いたくなる気持ち」など 4 項目が集まった。このうち「一日も早く赤ちゃんを抱きたいという思い」については、負荷量が .400 以下であると同時に、第 5 因子への負荷量も同様に高く、また内容からもほかの項目との共通性が薄かったため削除した。流産後の悲嘆の一つとして怒りや非難という攻撃行動が出現することは、多くの理論や研究（Mander, 2006；松下・加藤・池田・野口・水野・八神・青木・梶浦, 1994a・b など）が言及している。その矛先は、医療関係者や家族（配偶者や両親、上の子ども）、友人、さらには罪のない赤ちゃんや妊婦にまで向けられる。それらに通底しているのが、子どもを亡くした自分自身や、自分が背負う運命に対するやり場のない怒りであり恨みである。そしてこれらと同じ因子にまとまったのが「人に理解してもらえない」

という孤独感であった。「誰にもわかってもらえない」という孤独の背景にも周りへの怒りの思いが潜んでいると考えられるため＜怒り＞と命名した。第 5 は「自分の辛さをわかってほしいという思い」「誰かに気持ちを聴いて欲しい・話したい」など 4 項目が集まった。このうち、「心理カウンセラーなど心の専門家に相談したい」については、負荷量が .400 未満であると同時に、第 7 因子にも同程度の負荷量が得られた。さらに、この項目を除いた方が因子としての信頼性（ α 係数）が高まることもわかったため削除した。また「子どもがなくなった悲しみ」については、負荷量が .284 と極端に低かったため削除し、残る 2 項目を＜聴いて＞因子と命名した。第 6 因子としては「子どもを持たない生き方をしようという決心」「不育症や不妊症の治療を辞めようという思い」など 5 項目で、子どもを持たない次の人生への踏み出しを意味する＜別の道＞と名付けた。流産による悲嘆や悲哀過程に関する理論においても、“次の人生”（Mander, 2006）や“新しい目標”（Nimeyer, 2002）を最後の目標に含めているものが多い。ここでまとまりを見せた“子どもを持たない生き方”を志向する項目も、悲嘆からの回復や悲嘆の最終段階を示唆するものと考えられる。第 7 因子には「家族の手前、泣いてはいけないという思い」「早く立ち直らねばと言う焦り」など 5 項目が集まり＜焦り＞と名付けられた。上記の削除項目を除いた上での α 係数を見ると、 $\alpha = .703 \sim .435$ となった。 α 係数が .600 に満たない第 6、第 7 因子は不採用とし、5 因子構造を採用した。削除項目を除いた 18 項目で因子分析（最尤法、バリマックス回転）を行った結果と、各因子ごとの α 係数を TABLE 4 に示す。以下では、各因子ごとに項目得点を合計し項目数で除した値を流産による悲嘆 5 得点として扱う。なお以下、Mander (2006) の前 4 段階に関連すると見られる＜ショック＞＜怒り＞＜拒絶＞を第 1、第 2、第 3 因子とし、新たに追加し

た<聴いて>を第4因子、Mander (2006) の第5段階に該当する<立ち直り>を第5因子と並べ替え、以下の分析を行う。

直後と現在の悲嘆5得点間の相関

悲嘆5得点が、どのような構造を示すかについて、5得点間の相関を調べた (TABLE 5)。“流産直後”の5得点については、悲嘆の中核ともいえる<ショック><怒り><拒絶>は互いに正の相関関係にあり、このうち<怒り><拒絶>は<聴いて>と弱い相関が見られた。また<怒り><拒絶><聴いて>は<立ち直り>との間に|.200|未満の負のごく弱い相関が見いだされた。他方、“現在”の5得点の相関については、<ショック><怒り><拒絶><聴いて>が互いに正の相関でまとまっており、<立ち直り>は<怒り><拒絶>との間に負の相関が見出された。これらの結果より、悲嘆5得点のうち<ショック><怒り><拒絶><聴いて>は互いに関連し合いつつ悲嘆の中核を成すことが確認された。また<立ち直り>については、直後には悲嘆とはごく弱い関連しか見られなかったが、現在については、<怒り><拒絶>との間に負の関連が見出された。周りへの感謝や立ち直りの感情は、その後の時間経

過により怒りや拒絶という強い悲嘆の感情とは対極的な位置づけを示し、悲嘆からの回復や悲嘆を軽減する効果を持つことが示唆された。

抑うつ得点との相関

“現在”の悲嘆5得点と抑うつ不安得点(調査に回答した“現在”の抑うつ不安)との相関を求めた (TABLE 6)。その結果、悲嘆の中核ともいえる<ショック><怒り><拒絶><聴いて>が強いほど、抑うつ感が高まる一方、<立ち直り>の意識が強いほど抑うつ感や不安は低減される可能性が示された。

流産後の時間、流産回数、年齢による直後・現在の悲嘆得点の比較

直後・現在の悲嘆5得点と、年齢、流産回数、および流産後の時間(経過年数)との相関(ピアマンの相関係数)を調べたところ (TABLE 7)、年齢と流産回数については、部分的にごく弱い相関関係しか見いだせなかった。一方、経過年数については、直後の<ショック><怒り><聴いて>との間にごく弱い正、現在の<拒絶>との間に負、<ショック><拒絶><聴いて>との間にごく弱い負の相関が有意であることがわかった。

Table 5 悲嘆5得点の流産直後と現在との相関

直後\現在	ショック	怒り	拒絶	聴いて	立ち直り
ショック	—	.569***	.430***	.302***	-.104
怒り	.385***	—	.531***	.373***	-.295***
拒絶	.349***	.412***	—	.377***	-.350***
聴いて	.159**	.239***	.204***	—	-.150**
立ち直り	-.045	-.189***	-.199***	-.115*	—

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

Table 6 現在の悲嘆5得点と抑うつ不安得点との相関係数

ショック	怒り	拒絶	聴いて	立ち直り
.378***	.380***	.515***	.347***	-.391***

*** : p<.001

Table 7 現在の悲嘆5得点と年齢・流産回数との相関係数

流産直後	ショック	怒り	拒絶	聴いて	立ち直り
年齢	.000	.054	.007	.048	.017
流産回数	.032	.138**	.003	-.027	-.022
経過年数	.133*	.198***	.051	.140**	-.100
現在	ショック	怒り	拒絶	聴いて	立ち直り
年齢	.033	.090	-.016	-.017	-.089
流産回数	.055	.130*	-.082	.012	-.125*
経過年数	-.118*	-.130*	-.337***	-.111*	.087

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05

Table 8 最後の流産からの年数による比較 (平均と標準偏差)

	1年未満	1~2年未満	2年以上	分散分析 (F値)
直後 ショック	2.60(.45)	2.65(.42)	2.75(.32)	3.18* 1<3
怒り	1.72(.47)	1.79(.44)	1.94(.34)	7.04** 1,2<3
拒絶	2.52(.51)	2.53(.49)	2.66(.39)	ns
聴いて	2.39(.70)	2.48(.64)	2.62(.58)	3.45* 1<3
立ち直り	1.95(.48)	2.03(.46)	1.91(.48)	ns
現在 ショック	2.07(.55)	1.95(.51)	1.84(.53)	4.83** 3<1
怒り	1.49(.48)	1.45(.48)	1.33(.46)	3.27* 3<1
拒絶	1.84(.53)	1.61(.51)	1.25(.42)	36.06*** 3<2<1
聴いて	2.21(.67)	2.11(.65)	1.94(.69)	4.13* 3<1
立ち直り	2.25(.41)	2.35(.44)	2.35(.39)	2.44+
抑うつ不安	2.00(.40)	1.85(.39)	1.76(.46)	9.36*** 3,2<1

*** : p<.001 ** : p<.01 * : p<.05 + : p<.1

F値横の1~3は、それぞれ「1年未満群」「1年以上2年未満群」「2年以上群」を意味し、不等号は、多重比較により差が見出された部分に付した。

そこで、経過年数による差異を詳しく分析するため、流産後の時間により3群に分け、それぞれの直後・現在の悲嘆5得点について群間比較(分散分析)を行った(TABLE 8)。“直後”では<ショック><怒り><聴いて>で有意差が見出され(それぞれ、 $F(2/364) = 3.18, p < .05$; $F(2/364) = 7.04, p < .01$; $F(2/368) = 3.45, p < .05$)、3得点とも2年以上群が最も高く、1年未満群が最も低いという点で共通していた。

“現在”については5得点とも有意差および差の傾向が見出され(それぞれ $F(2/357) = 4.83, p$

$< .01$; $F(2/357) = 3.27, p < .05$; $F(2/359) = 36.06, p < .001$; $F(2/362) = 4.13, p < .05$; $F(2/337) = 2.44, p < .1$)、<立ち直り>だけは1年未満群が最も低く、1年以上である2群との間に有意傾向が見出された。他方<ショック><怒り><拒絶><聴いて>は1年未満群が最も高く、2年以上群が最も低いという共通した結果であった。<拒絶>だけは、3群間の差がすべて有意となった。さらに、抑うつ不安得点についても群間差が有意で($F(2/362) = 9.36, p < .001$)、1年未満群が最も高く、1年以上2年未満・2年

以上群との間の差が有意であった。

以上より、流産による悲嘆は、対象者の年齢とは全く関連がなく、流産回数によっても明確な特徴が見出されなかった。流産という経験が対象者の年齢や流産回数とは関係なく、1回1回特別な喪失体験として意識されていることが示唆された。一方、流産後の時間による違いに注目すると、ある傾向が見出された。すなわち、“流産直後”の悲嘆は、流産後の経過年数が長くなるほど得点が高くなる。これより、経過年数とともに、記憶の中での流産による悲嘆はより深刻なものとして思い出されることがわかる^{*2}。一方、“現在”については、悲嘆の中核でもあるショックや拒絶、怒りや聴いてほしいという思いや抑うつ不安は、2年（あるいはそれ以上）という長い時間をかけて徐々に軽くなる一方、周りへの感謝や気持ちや立ち直りの感覚は時とともに緩やかに上昇していくことが明らかになった。

まとめ

本研究では、流産を経験した女性の“言葉”から、流産後の悲嘆を表す18項目、5因子が抽出された。5因子のうち<ショック><怒り><拒絶>は流産直後の女性たちが抱く身を切るような悲嘆の気持ちを表すものである。そして<聴いて>も、その心の叫びを聴いて欲しい・苦しみをわかって欲しいという思いに通じるものであり、これらの気持ちが大きいほど抑うつ傾向も強くなる。しかし、その苦しみは長い時間経過とともに徐々に薄らいでいくことも示唆された。他方、<立ち直り>は時間とともに高まっていく。しかも、悲嘆の中核4得点（現在）とは負、抑うつ不安得点とも負の関連を示すことより、周りへの感謝や気持ちの切り替えという感情は流産による悲

嘆とは対極ともいえる状態、あるいは悲嘆を和らげる原動力となるものである可能性が示唆された。こうした結果は、さまざまな体験談や体験事例（流産・死産・新生児死で子をなくした親の会、2002；流産・死産経験者で作るポコズママの会、2007；永田, 2011など）、そして事例研究による成果（大井, 2001；太田2006；秋山, 2010ほか）とも合致するものであり、作成された項目が、流産による悲嘆の一面をとらえるものであることを示す結果であるといえよう。

今後は、今回作成された項目を用いて、さまざまな要因（配偶者との関係や家族等からのサポートの有無など）との関連からも、丁寧に分析することが求められる。その際、調査研究からでは論じることができない時間経過による悲嘆の変化過程については、面接調査や事例研究など質的分析により丁寧に確認することが有効であろう。また、一口に流産といっても、初めての流産もあれば、2人目不育（2人目を希望しているのに、流産を繰り返すというパターン）もある。流産に苦しむ女性たちへの心身両面からの支援を考える上でも、さらなる研究結果の蓄積が求められる。

引用文献

- 秋山花 (2010). 産後の女性の主観的体験とそのプロセス—反復・習慣流産経験者の語りから— お茶の水女子大学大学院修士論文.
- Beck, A. T., Ruth, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1961). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. (黒田実郎ほか訳 (1981). 母子関係の理論Ⅲ 愛情喪失 岩崎学術出版社.)
- 橋本洋子 (2004). 赤ちゃんの死とところのケア 竹内正人 (編) 赤ちゃんの死を前にして—流産・死

注2) 今回の調査対象者は、最後の流産からの年数が1年未満のものが41.1%と多くを占め、全体の96.2%が5年未満という比較的短期間のものが多いことを踏まえると、直後と現在の違いは、時代の影響や価値観の変化によるものとは考えられにくい。

- 産・新生児死亡への関わり方とこころのケア pp. 13-36. 中央法規.
- 平山史朗・高橋克彦 (2001). 不育症の心理的ケア 産婦人科治療, **82**, 567-572.
- Kellner K. R. & M. F. Lake (1993). Grief Counseling. In Knuppel R. A. & J. E. Drukker *High Risk Pregnancy: A Team Approach*, pp. 717-732, W. B. Saunders Company.
- Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H. (1970). The Mourning Response of Parents to the Death of a Newborn Infant. *The New England Journal of Medicine*, **283**, 344-349.
- 牧野恒久 (2007). 「不育症」をあきらめない 集英社新書.
- Mander, R. (2006). *Loss and Bereavement in Childbearing (2nd.)*, London: Routledge.
- 松下美恵・加藤高枝・池田玉味・野口眞弓・水野金一郎・八神喜昭・青木耕治・梶浦詳二 (1994a). 自然流産を経験した女性の心理過程の分析—自然流産後における悲嘆の反応について 母性衛生, **35**, 187-192.
- 松下美恵・加藤高枝・池田玉味・野口眞弓・水野金一郎・八神喜昭・青木耕治・梶浦詳二 (1994b). 自然流産を経験した女性の心理過程の分析—悲嘆反応における怒り・不信感・非難の感情についての分析と考察 母性衛生, **35**, 278-283.
- Neimeyer R. A. (2002). *Lessons of Loss: A Guide to Coping*. (鈴木剛子訳 (2006). <大切なもの>を失ったあなたに—喪失をのりこえるガイド 春秋社.)
- 永田雅子 (2011). 周産期のこころのケア 遠見書房.
- 小此木啓吾 (1979). 対象喪失 中央公論社.
- 大井けい子 (2001). 胎児または早期新生児と死別した母親の悲哀過程—死別に関する母親の行動—(第 2 報) 母性衛生, **42**, 303-315.
- 太田尚子 (2006). 流産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ 日本助産学会誌, **20**, 16-25.
- 小澤伸晃 (2007). 不育症と死産 産科と婦人科, **75**, 426-433.
- 流産・死産・新生児死で子をなくした親の会 (2002). 誕生死 三省堂.
- 流産・死産経験者で作るポコズママの会(編) (2007). ともに生きる—たとえ産声をあげなくとも 中央法規.
- 齋藤滋・杉浦真弓・田中忠夫・藤井知行・杉俊隆・丸山哲夫・竹下俊行・山田秀人・小澤伸晃・木村正・山本樹生・藤井俊策・中塚幹也・下屋浩一郎 (2009). 本邦における不育症のリスク因子とその予後に関する研究 日本周産期・新生児医学会雑誌, **45**, 1144-1148.
- 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.
- 杉俊隆 (2009). 不育症学級 金剛出版.
- 杉浦真弓 (2009). 不育症の診断と治療 血栓止血誌, **20**, 501-509.
- 杉浦真弓・鈴木貞夫・尾崎康彦・北折珠央 (2009). 本邦における不育症患者の頻度調査 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 分担研究報告書.
- 竹ノ上ケイ子・佐藤珠美・松山敏剛 (2000). 自然流産後の女性の心理 (1) —流産直後、3 ヶ月、6 ヶ月後の変化 日本助産学会誌, **13**, 20-34.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and Initial Validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, **58** (3), 435-449.

会 報

第5期 常任理事会

第10回常任理事会議事録

期 日 2013年8月31日(土) 10:30～

場 所 桜美林大学 四谷キャンパス Y404
教室

出席者 小玉会長、長田理事、木村理事、岩崎
理事、遠藤理事、廣瀬理事、清水事務
局長、梅村事務局次長(議事録担当)

配布資料 省略

議 事

1. 第9回常任理事会議事録案について
第8回、第9回常任理事会議事録案は承認された。
2. 会員の異動
 - 1) 入会申し込み者(平成25年7月5日以降)
5名が承認された。
 - 2) 退会者(平成25年7月5日以降)0名が
承認された。現会員数307名である。
3. 審議事項
 - 1) 第6回役員選挙の件
 - (1) 選挙管理委員会委員の委嘱
遠藤公久理事、梅村美代志会員が承認され、残り1名をメール会議で承認を得ることとする。
 - (2) 第6回役員選挙日程・作業日程について：配布資料(第6期選挙管理委員会スケジュール案)参照
 - ・選挙管理委員会の立ち上げ
 - ・選挙名簿の作成、12月中の発送
 - ・平成26年1月20日に投票を締切
 - ・2月に会長選挙用紙と同意書の郵送
 - ・新理事10名が集まり開封する。新会長のもと常任理事が指名される。
 - ・3月中に新旧理事会を開催する
 - 2) 学会の公益法人化の件(確認)

監査を受けている収益に関する事業は社会貢献をしていると但し書きをつけ、公益法人とはしないと返答する。

3) 日本ヒューマン・ケア心理学会論文賞審査委員会の件

(1) 審査委員の委嘱：安保先生、石川先生、志賀先生、島井先生の4名に委員を委嘱する。

4. 報告事項

1) 学術(木村理事)：

(1) 学術集会第15回大会について
第15回大会長からの配布資料参照

(2) 学術集会第16回大会について
準備進捗状況

① 合同学会口座を開設する。

参加費は共同開催の日本交流分析学会と同額とする。

懇親会は、日本交流分析学会と合同で開催(イタリアンレストラン)し、予算は1人3000円。

(3) 学術集会第17回大会について
検討したが、結論には至らなかった。

2) 学術Web(岩崎理事)

- ・第15回学術集会の写真を掲載する予定。
- ・ホームページの委託業者と具体的内容についての検討は未定であるため、検討を行う。

3) 研修(長田理事 代理事務局)

(1) 資格養成ワーキングの位置づけの件

- ・独立した資格を創設するのは難しい。研修によるポイントについて他学会(心理学、看護を含め)を調査し、検討を進める。

4) 編集(遠藤理事) 配布資料参照

- ・現在、査読中および修正中の論文は資料にある通り。引き続き論文を募集していく。

5) 広報(廣瀬理事)

- ・2014年3月に発刊できるように進めている。

6) 事務局 (清水事務局長)

- (1) 会員登録情報確認情報状況：日本赤十字大学の学会室の菊本さんに依頼した。
- (2) 学会の商標登録ワーキングの件：「ヒューマン・ケア研究」を登録する。ヒューマンとケアの間の「・」の有無の両方を登録する予定だが、詳細は今後検討する。
- (3) 学会事務局一部業務委託および事務員交代

日本赤十字看護大学学会室の菊本さんが部分的に受け入れを受諾された。監査用現金出納は引き続き学会事務局で作成する。今後の事務局業務の詳細については後日打ち合わせを行う。

5. その他

丸善和書部が著作権を管理している。ヒューマン・ケア研究の6、7は絶版。別刷についてどうするのかを検討する必要がある。

次回、第11回常任理事会予定

2013年10月27日 (日曜日)、14時から16時
場所は、桜美林大学 四谷キャンパス

第11回常任理事会議事録

期 日 2013年10月27日 (日) 14:00~15:30

場 所 桜美林大学 四谷キャンパス

出席者 小玉会長、長田理事、木村理事、岩崎理事、遠藤理事、廣瀬理事、清水事務局長、梅村事務局次長 (議事録担当)

配布資料 省略

議 事

1. 第10回常任理事会議事録案は承認された。
2. 会員の異動
 - 1) 入会者、退会者ともになく、現会員数307名である。
3. 審議事項

1) 第6回役員選挙の件

- (1) 選挙管理委員会委員の委嘱

梅村美代志会員 (昭和大学保健医療学部)、残り1名は後日委員長が依頼することとし、追認することで了承された。立会人は関東地方在住会員を指名し、後日追認することで了承された。

- (2) 第6回役員選挙日程・作業日程について
選挙日程：会則第10条に則り下記の通り行う。

平成25年12月2日 (月)：選挙公報郵送。
12月1日付け被選挙人名簿をHPに掲載する。

平成25年12月6日 (金)：選挙日程の公示

平成25年12月16日 (月)：被選挙人名簿への異議申し立て締切

平成25年12月20日 (金)：有権者名簿、投票用紙などの発送

平成26年1月20日 (月)：投票締め切り (当日消印有効)

平成26年1月24日 (金)：開票・集計作業 (日本赤十字看護大学)

平成26年3月中旬：選挙結果公示 (NLおよび学会ホームページ)

4. 報告事項

- 1) 学術 (木村理事)

- (1) 学術集会第16回大会について (配布資料参照)

① 開催日程2日間、合同で約380名で予算編成を行った。

② 前日夜19時から常任理事会開催、理事会は初日朝9時から、総会は12時からを予定する。

③ 日本交流分析学会会員1名が口頭発表を希望していることが了承された。

④ 大会2日目のラウンドテーブル (学会

の資格認定について考える)には交流分析学会からのコメンテーターの参加を依頼する。

⑤ ラウンドテーブルは2日目10時開始、座長は長田研修委員会委員長に依頼し、4名(医師:交流分析学会)、言語聴覚師、助産学、心理学)の立場の方に参加を依頼する。

⑥ シンポジウム、特別講演の両方を市民公開講座とし、参加費は各1,000円とすることを了承した

⑦ 現在、寄付金は学研から5万円があった。総額50万円を目標にしている。

(2) 学術集会第17回大会の件

2015年7月頃、開催場所は日本赤十字看護大学遠藤大会準備委員長で了承された(単独開催)。

2) 学術Web(岩崎理事)

HC14巻1号が閲覧できるようにした。ウェブサイト更新の見積もりは33万7500円。基本的構造は現在のものを踏襲し、デザインは多少の変更がある。これを依頼する。

3) 研修(長田理事) 報告なし。

4) 編集(遠藤理事)

14巻2号は12月末に発行する。論文賞の審査依頼があるので早くの発行に向け努力する。何度か催促をしているが特集号の原稿の集まりが順調ではないとの報告があった。

5) 広報(廣瀬理事)

NLの原稿は依頼を完了した。

6) 事務局(清水事務局長)

(1) 会員登録情報確認作業の委嘱の件

特に期限はないが、日本赤十字看護大学学会事務室菊本さんに委嘱の予定である。

(2) 学会事務局一部業務委託状況

現在は日本赤十字看護大学学会事務室菊本さんに編集委員会の業務を委託している

が、追加で会計監査用書類の作成、2年に1度の選挙事務等委嘱内容を相談する予定である。学会事務局には、渉外業務、入会審査、年会費の管理等の業務が残る。

(3) 学会事務局事務員交代

榊原智子さんから藤井千鶴さんに交替した。

5. その他

本学会の知的財産を商標登録する件が先の第3回理事会で承認されたことを受け、専門家に相談した結果、大学からの申請と大学所属研究者の研究活動のために申請することができる。

清水事務局長所属の国立大学法人香川大学社会連携・知的財産センターに相談し、申請を検討する方向である。『ヒューマン・ケア研究』(ヒューマン・ケアおよびヒューマンケア)を申請の方向で検討する。申請費用は17万円程度の予定である。

次回、第12回常任理事会：2013年12月15日(日曜日)15:00~17:00、場所：桜美林大学

第12回常任理事会議事録

期 日 2013年12月15日(日)14:00~16:00

場 所 桜美林大学 四谷キャンパス404教室

配布資料 省略

出席者 小玉会長、長田理事、木村理事、岩崎理事、遠藤理事、廣瀬理事、清水事務局長、梅村事務局次長(議事録担当)

議 事

1. 第10回議事録案について

誤植訂正を行って承認された。

2. 会員の異動

1) 入会者、退会者ともなく、現会員数308名である。

3. 審議事項

1) 第6回役員選挙の件

① 選挙管理委員会委員は、遠藤委員長、梅村委員のほか、金子多喜子委員（東京工科大学医療保健学部看護学科）で承認された。尚、立会人は、伊藤まゆみ会員（共立女子大学看護学部）で承認された。

② 選挙日程

2014年1月24日（金曜日）

選挙管理委員が開票・集計（日本赤十字看護大学）、メール会議で承認

2014年1月25日（土曜日）

学会事務局から互選理事（10名）、監事に同意を確認（2月2日までに同意を得る）、後日、文書で同意を得る。

2014年2月15日（土曜日） 会長選挙締切

2014年2月16日（日曜日） 10時から
会長選挙開票（日本赤十字看護大学）

2014年2月16日（日曜日）

13時から 旧常任理事会（日本赤十字看護大学）、新会長承認。新会長に10名の指名理事の指名依頼を行う。

2014年2月17日から3月上旬に学会事務局は、指名理事の同意を得る。

互選理事、監事に対して理事会召集日の日程調整を行い理事会開催日を決定する。

その後、互選理事、監事の召集を行う。互選理事、監事の交通費は半額支払う。

2014年3月2日（日曜日）10：30～ 新旧理事会候補日（場所は日本赤十字看護大学）、

2014年3月9日（日曜日）10：30～、13：00～、15：00～（場所は日本赤十字看護大学）、上記のいずれかが困難な場合は、3月16日、3月21日、3月22日、3月23日に開催する。

③ 新会長が決定の後、新旧理事会を開催する。

ここで常任理事、指名理事も本来は決めるべきであるが、時間がない時には指名理事で常任理事候補だけは決めてほしいと伝える。

常任理事は、互選理事、指名理事の中から会長が指名し、総会で承認を得る。

④ NLには、〇月〇日現在、あるいは速報として新会長、互選理事を伝える。

⑤ 現段階での異議申し立ては1件（三田村先生の件）。

12月20日には有権者名簿と投票用紙を発送するので、12月19日まで異議申し立てを待つ。

⑥ 平成24年度、25年度会費未納のため、三田村先生、石川先生に選挙権がないことを学会事務局から伝える。

⑦ 投票用紙には指名を書かず、同封筒に名前を記入するように注意を喚起する。

2) 商標登録の件（配布資料2参照）

資料を基に検討を行ったが、商標登録の件は次の新会長に申し送る。

4. 報告事項

1) 学術（木村理事）：

(1) 学術集会第16回大会について（配布資料参照）

① 進捗状況：ラウンドテーブルの件で、研修委員会の三田村先生、志賀先生、井出先生の3名の委員に企画を送付した。現時点まで意見はないが、再度打診のうえ、意見がなければ実施に問題はないものとする。

討論者は個別に相談する。座長は長田研修委員長である

・資料代として1,000円の負担を求める方向である。

・日本交流分析学会との関係で、非会員の参加料は8,000円とする。

(2) 学術集会第17回大会について

遠藤先生が準備委員長となることが検討された。開催月は9月になる可能性がある。

2) 学術Web (岩崎理事)

スピーバ年間使用料7,000円。

3) 研修 (長田理事)

ラウンドテーブル関連で意見交換があった。

4) 編集 (遠藤理事) (配布資料参照) :

- ① 初めて短報が投稿された。
- ② 滞っている論文 (#1005) には何度か催促をしているが、継続意思を確認する。
- ③ 15周年記念誌の原稿の催促をしているが、集まらない。平成26年1月末の発刊を目指す。

5) 広報 (廣瀬理事) 配布資料参照

大会記事内容について、配布資料の訂正を行った。

6) 事務局 (清水事務局長)

(1) 日本赤十字社事務局ミーティング報告 :

- ① 日本赤十字看護大学学会室菊本さんを、前回常任理事会終了後に、小玉会長、清水事務局長、遠藤編集委員長、梅村次長が訪問し、ミーティングを行った。
- ② 依頼内容は、編集委員会業務に加え会計監査用書類の作成、3年に1度の選挙管理事務を依頼し、了承を得た。
- ③ 機関誌のペーパーレスについて、次の体制の検討事項として申し送ることとする。

(2) 学会事務局一部業務委託状況

学会事務局に残る業務は、渉外業務、年会費審査、年会費管理等である。

次回、第13回常任理事会：2014年2月16日（日曜日） 13：00～、場所：日本赤十字看護大学

第13回常任理事会議事録

期 日 2014年2月16日（日）13：00～14：15

場 所 日本赤十字看護大学 404研究室

配布資料 省略

出席者 小玉会長、長田理事、遠藤理事、岩崎理事、清水事務局長、梅村事務局次長
(議事録担当)

議 事

1. 第12回議事録案について

承認された。

2. 会員の異動

1) 入会者 0名

2) 退会者 2名 現会員数 305名

3. 審議事項

1) 第6回役員選挙の件

(1) 互選理事の開票および同意の結果

2014年1月24日（金）18時から日本赤十字看護大学で開票、(選挙管理委員長：遠藤公久常任理事、選挙管理委員：金子多喜子会員、梅村美代志事務局長補佐)

投票総数69通、6通無効、有効投票総数63通×3票=169票（内、10票無効）、有効投票数179票であった。

(2) 互選理事候補者同意結果

小玉正博、遠藤公久、安保英勇、菅 佐和子、長田久雄、木村登紀子、清水裕子、竹田真理子、伊藤まゆみ、森 和代（敬称略 以上10名）各会員から得た。

(3) 監事候補者同意結果

島井哲志、志賀令明両会員から得た。

(4) 会長投票お結果および同意の結果

2014年2月16日（日）11時から日本赤十字看護大学で開票、(選挙管理委員長：遠藤公久常任理事、選挙管理委員：金子多喜子会員、梅村美代志事務局長補佐)

投票総数：9通、無効票なし、有効投票数9票、その結果、会長候補者は遠藤公久

会員となり同意を得た。

4. 報告事項

1) 学術（木村理事代理 第16回大会準備委員長 清水理事）

(1) 学術集会第16回大会について（配布資料参照：資料3、3-1、3-2、第16回大会ラウンドテーブルについて、大会ホームページ）進捗状況について配布資料を基に、準備が順調に進められていることが説明された。

① 学術集会前日（2014. 9. 12（金）17：30~19：30常任理事会を行い、その後20：00~和食での会食が予定されている。

② ラウンドテーブル出席者は、山梨大学教授中込さと子氏、富山大学講師竹澤みどり氏、岩手県立大学教授菊池和子氏に依頼し、快諾が得られた。1人10分以内の発表、日本交流分析学会江花昭一先生15分、討論を25分とする。討論では会員からは现阶段でのニーズを把握できるようにし、理事はフロアから意見を述べ活発な討議が行われるようにしたいとの座長の長田研修委員長から方向性の説明があった。

③ ニュースレター原稿は、修正したものを廣瀬委員に送付する。

④ 学術集会への参加等はすべてWeb入力（大会URLはホームページに記載されている）となる予定である。

(2) 学術集会第17回大会について

大会長を遠藤理事として日本赤十字看護大学での開催を検討したが、日程は现阶段では未定との遠藤理事からの説明があった。

2) 学術Web（岩崎理事）

① HPを新しく更新した。内容は今後充実

させていく。更新費用33万円余を支払った。

② 新しい入会申込書を掲載した。

3) 研修（長田理事）

ラウンドテーブル関連（報告事項1）（1）参照）

4) 編集（遠藤理事）（配布資料参照）

15周年記念原稿は入稿され、論文2本（#1111、#1201）と併せて、3月発刊を目指す。

5) 広報（廣瀬理事代理 梅村次長）

ニューズレターは、選挙結果と第6期互選理事第6期会長、新会長の挨拶原稿、修正第16回大会告知原稿を入稿すれば発刊できるとの説明があった。

6) 事務局（清水事務局長）

(1) 大会援助金、HP作成費執行について：大会援助金、HP作成費を送金した。

(2) 役員の同意書について：書面による同意書の時期について確認があり、指名理事が指名されてから互選理事とともに手続きを行うことでした承された。

(3) 総会承認までの異議申立期間の設定について

総会は9月に開催されるため、理事会承認を受けて4月から9月までの期間の新体制の運営を行うにあたり、総会の意向を確認する手続きとして、り、常任理事会で新体制が承認されたことをHPに掲載し、学会員に告知、並びに異議申し立てをうけることでした承された。

(4) 今後の学会執行機関の進め方について確認があった。

互選理事・監事および会長選挙結果を第5期理事会に諮り、承認を受ける（持ち回りメール会議）。

会長による常任理事、指名理事選出を受け、新互選理事会に常任理事と指名理事、委員会担当を会長が報告し、承認を受ける

(平成26年3月9日を候補日とする)。

その後、旧新常任理事会を開催し、新常任理事会に引き継ぐとともに、速やかに第6期第1回理事会を開催し、平成26年度執行機関を発足させる日程で事務局業務を確認した。

次回第5期第14回常任理事会、第6期第1回常任理事会：2014年3月9日（日曜日）13時から

場所：日本赤十字看護大学 404遠藤研究室（予定）

13 巻第 2 号掲載の決算書に追加

貸借対照表			
2012年3月31日現在			
資産の部		負債及び正味財産の部	
科目	金額	科目	金額
現金	30,563	前受金	309,000
振替貯金	838,000	次期繰越金	1,808,552
普通貯金	1,248,989	負債及び正味財産合計	2,117,552
資産合計	2,117,552		

以下の表が上記巻号に掲載されていませんでしたので、追加いたします。

14 巻第 1 号掲載内容の訂正

平成24(2012)年度 決算書				
収支計算書				
				自 2012年4月 1日
				至 2013年3月31日
				(単位:円)
科 目	予 算 額	決 算 額	差異(△減)	備 考
収入の部				
会費収入				
入会金	90,000	60,000	30,000	入会金3000円×20名
2012年度会費	1,610,000	1,435,000	175,000	7000円×205名
過年度会費	49,000	231,000	△ 182,000	7,000円×33名
事業収入				
雑誌売り上げ	30,000	86,000	△ 56,000	医中誌、文教大学湘南図書館、京都文教大学大学院図書館、立正大学心理学部、査読料
雑収入				
別刷代	60,000	43,500	16,500	
その他の寄付金	0	111,900	△ 111,900	第14回大会委員会からの寄付
受取利息	1,000	388	612	
当期収入計(A)	1,840,000	1,967,788	△ 127,788	
前期繰越収支差額	1,808,552	1,808,552	0	
収入合計(B)	3,648,552	3,776,340	△ 127,788	
支出の部				
大会援助金	250,000	300,000	△ 50,000	第15回大会
通信費	150,000	114,470	35,530	
会議費	60,000	20,000	40,000	理事会、弁当代含む
旅費交通費	224,000	170,300	53,700	常任理事(岩崎先生、清水先生)、監査役(藤澤先生、島井先生)
消耗品費	100,000	25,493	74,507	
学会事務局運営費	270,000	83,000	187,000	人件費(別途香川大学男女共同参画雇用有)
編集事務局費	240,000	32,460	207,540	人件費(アルバイト)含む
機関誌発行費	1,200,000	831,810	368,190	機関誌 13(1)(2)東洋印刷
広報紙発行費	65,000	63,000	2,000	
研究奨励賞	10,000	0	10,000	
雑費	15,000	17,120	△ 2,120	振替手数料、封筒印刷など
予備費	1,064,552	0	1,064,552	
当期支出計(C)	3,648,552	1,657,653	1,990,899	
当期収支差額(A)-(C)	△ 1,808,552	310,135	△ 2,118,687	
次期繰越収支差額(B)-(C)	0	2,118,687	△ 2,118,687	

上記巻号に掲載された平成24年度決算書に一部訂正(網掛け部分)があります。貸借対照表には訂正はありません。

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19日
改正 2010年7月19日
改正 2010年12月11日
改正 2011年7月24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、当面、761-0701 香川県木田郡三木町大字池戸1750-1、香川大学医学部看護学科清水裕子研究室に置く。

(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、購読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、言語聴覚士、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と同等以上の経歴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。

購読会員は、学会誌ヒューマン・ケア研究の購読ができる個人と機関である。

(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 籍)

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。

購読会員の年会費は、年間に発行された機関誌実費とする。

年会費は、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19日に一部改正し、同日より施行する。
8. 本会則は、2010年7月19日に一部改正し、同日より施行する。
9. 本会則は、2010年12月11日に一部改正し、同日より施行する。
10. 本会則は、2011年7月24日に一部改正し、同日より施行する。

学会事務関連の連絡先

学会事務局

〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1

香川大学医学部看護学科 清水裕子研究室気付 日本ヒューマン・ケア心理学会事務局

E-mail humanpsy@med.kagawa-u.ac.jp ダイヤルイン087-891-2240（FAX共）

機関誌編集事務局

〒150-0012 東京都渋谷区広尾4-1-3

日本赤十字看護大学 遠藤公久研究室気付 ヒューマン・ケア研究編集委員会

E-mail humancarepsy@redcross.ac.jp ダイヤルイン 03-3409-0914（FAX共）

学会広報メール事務局

〒980-8576 宮城県仙台市青葉区川内27-1

東北大学教育学研究科安保英勇研究室気付

日本ヒューマン・ケア心理学会広報メール事務局 E-mail member@j-hc.jp

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10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名及び会長指名による理事(以下、指名理事という)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。

(イ) 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。

(ロ) 選挙台帳の作成と公示

選挙台帳は役員改選年の12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。

(ハ) 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。

(ニ) 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。

(ホ) 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個人に与えられる。

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。

(イ) 同点者の生じた場合は抽選によって決める。

(ロ) 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。

(ハ) 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。

(ニ) 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 会長指名のための選挙は互選理事により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10条 指名理事は、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会長が指名する。

第11条 常任理事は互選理事及び指名理事のなかから会長が指名する。

第12条 会長は、会長、常任理事、理事、監事及び事務局長について総会で承認をうるものとする。

第13条 本規定の改正は理事会出席者の3分の2以上の賛成による議決と総会出席者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 この規程は、2010年12月11日に改正し、同日より施行する。

3 この規程は、2013年7月6日に改正し、同日より施行する。

日本ヒューマン・ケア心理学会学会論文賞贈呈に関する内規

第1条 日本ヒューマン・ケア心理学会（以下、本学会）は、優れた研究業績をあげた個人に対して「日本ヒューマン・ケア心理学会論文賞」（以下、学会論文賞という）を贈るために本内規を定める。

第2条 学会論文賞は、第1回を2011年度に、以後3年ごとに、年次総会または学会論文賞贈呈式において、これを表彰して贈る。

第3条 学会論文賞は、当分の間、一件につき3万円相当の副賞を添えてこれを贈る。

2. 副賞は、経常経費の一部をもって、これに当てる。

第4条 学会論文賞を贈るための審査委員会（以下、委員会という）を本学会に設ける。

2. 委員会は、学会論文賞表彰前年に構成し、理事会の互選によって選ばれた5名の委員によって組織するものとする。

3. 審査委員長は、原則として編集委員長がその任にあたる。

4. 委員長は、当該年度の総会・学会論文賞贈呈式の開催日の1ヶ月前までに当該年度の表彰者を内定し、所定の書式により、これを会長に報告するものとする。

5. 会長は、委員長の報告内容を常任理事会に諮問し、その承認を得て表彰者を決定する。

第5条 委員会は、当該年度の学会論文賞候補者（以下、候補者という）の推薦を得るために、理事に別に定める手続きにより候補者の推挙を得なければならない。

2. 委員会の定める候補者の推薦手続きに関する事項は、原則として以下による。

①学会論文賞候補者は、審査委員会が開催される時点で3年以上本学会会員であること。

②学会論文賞候補者の推薦は、所定の期間に「ヒューマン・ケア研究」に候補者が単独または筆頭著者として発表した原著論文に基づくこと。

③推薦を行う場合は、その理由を明示した推薦書を委員会に提出すること。

3. 選考基準については別途定める。

4. 委員会は、委員長を議長として審議し、被表彰者の内定は、出席委員の5分の4以上の賛成によりこれを決する。

5. 学会論文賞の受賞者は、直近の学術集会において、その成果に関する講演を行うものとする。

第6条 委員会の審議内容は、他に口外してはならない。

第7条 本内規の改廃は、理事会の審議を経て本学会の会長が行う。

附 則 本内規は2010年7月18日より施行する。

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)、展望 (Review) は20,000字程度、報告・資料論文 (Report) は12,000字程度、短報 (Short Report) は4,000～8,000字程度とする。
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。原稿は本文、図表を同一ファイルにして、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. 論文の表題、著者名、所属機関名およびそれらの英訳は本文とは別に書くこと。
4. 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。
5. 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各自ネイティブチェック（専門家）を受け、その証明書を提出する。（希望者はHomepageからダウンロードできる）

6. 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。
7. 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。
8. 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。図表は本文中には挿入せず最末尾に置き、掲載箇所のみ本文欄外に明示すること。
9. 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。
10. 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。
11. 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。
12. 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。
13. 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

「ヒューマン・ケア研究」編集委員会

〒150-0012

東京都渋谷区広尾 4-1-3

日本赤十字看護大学 遠藤公久研究室気付

TEL: 03-3409-0914 (FAX 共) (ダイヤルイン)

E-mail: humancarepsy@redcross.ac.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	短報	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ください

- 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、初回のみ印刷原稿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・() 機関会員 * 受付番号

氏名	フリガナ 漢字	印	生 年 月 日	西曆 年 月 日生
	ローマ字			
現住所		〒 Phone : Fax : E-mail address: (必須)		
所属 機関	勤務先	所属		
		住所	〒 Phone : Fax : E-mail address: (必須)	
	所属先*	所属	* 学生の場合。	
		住所	〒 Phone : Fax : E-mail address: (必須)	
専攻分野 (該当箇所○) (複数可)		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 :		
主な研究テーマ (複数可)				
最終学歴		(年 月)		
推薦者 氏名				
機関紙送付先		() 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	承認番号	

日本ヒューマン・ケア心理学会役員（第5期）

（*は常任理事、五十音順）

会 長	小玉 正博(埼玉学園大学)
理 事	足立 久子(岐阜大学)、安保 英勇(東北大学)、石井 京子(大阪人間科学大学)、石川 利江(桜美林大学)、井部 俊子(聖路加看護大学)、*岩崎 祥一(東北大学)、*遠藤 公久(日本赤十字看護大学)、*長田 久雄(桜美林大学)、岸 太一(東邦大学)、*木村 登紀子(いちかわ野の花心理臨床研究所)、*小玉 正博(埼玉学園大学)、後藤 宗理(椋山女学園大学)、志賀 令明(福島県立医科大学)、*清水 裕子(香川大学)、菅 佐和子(関西看護医療大学)、*廣瀬 清人(聖路加看護大学)、三田村 啓子(修学院ことばと子どもの相談室)、山崎 登志子(広島国際大学)
監 事	藤澤 伸介(跡見学園女子大学)、島井 哲志(日本赤十字豊田看護大学)
顧 問	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

寒い冬を耐え抜いた生命の息吹に触れられる季節になってまいりました。会員の皆様におかれましては、如何お過ごしでしょうか。温度差に体調を崩しかねない季節でもありますので、どうぞご留意ください。

さて、今号は、本学会が創設されて15周年を迎えるにあたって、記念号として特集を組ませていただきました。作業が遅々として進まず、発刊が大幅に遅れましたことを、深くお詫び申し上げます。是非ご一読いただき、ご意見ご感想などお寄せください。

また、今号をもちまして編集担当者が交代いたします。5年間にわたり、ありがとうございました。

2014/03/31 編集委員長 遠藤 公久

ヒューマン・ケア研究 第14巻第2号 2014年3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	〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部看護学科 清水裕子研究室気付 日本ヒューマン・ケア心理学会 TEL: 087-891-2240 (FAX 共) E-mail: humanpsy@med.kagawa-u.ac.jp
印 刷	東洋出版印刷株式会社 〒113-0033 東京都文京区本郷1-10-13 G Sハイム本郷1 F TEL: 03-3813-7311 FAX: 03-3813-7314

©日本ヒューマン・ケア心理学会2012
(本誌掲載の記事は無断転載を禁じます)

JC