

作業療法士を中心とした理論に根ざした実践で生じる  
信念対立の評価開発と介入効果の探索的検討

2018 年

吉備国際大学大学院  
保健科学研究科  
保健科学専攻

学生番号 D311501  
氏名 古桧山建吾

目次	
掲載論文リスト .....	5
定義.....	6
省略文字.....	7
序論（総合） .....	8
1. 背景.....	8
2. 目的と意義.....	10
3. 期間.....	11
4. 倫理的配慮.....	11
第1章 研究1：信念対立等化尺度の開発.....	12
第1節 背景.....	12
第2節 目的.....	13
第3節 方法.....	13
1. 倫理的配慮.....	13
2. 研究デザイン .....	13
3. 統計ソフトウェア .....	13
4. 研究1の全体像.....	13
5. 手順1の項目反応理論と等化.....	15
6. 手順1 .....	16
7. 手順2 .....	17
第4節 結果.....	20
1. 手順1の結果.....	20
2. 手順2の結果.....	23
第5節 考察.....	27
1. 対象の属性及びABC Pの記述統計量と正規性.....	27
2. ABC Pの妥当性と信頼性 .....	27
3. 等化尺度としてのABC Pの特性と活用の方向性.....	27
4. 研究1の課題と今後の展望.....	28
第6節 結論.....	28
第2章 研究2：理論に根ざした実践で生じる信念対立と自己受容性との関連性 .....	29

第1節 背景.....	29
第2節 目的.....	30
第3節 方法.....	30
1. 倫理的配慮.....	30
2. 研究デザイン.....	31
3. 統計ソフトウェア.....	31
4. 手順1.....	31
5. 手順2.....	33
第4節 結果.....	35
1. 手順1の結果.....	35
2. 手順2の結果.....	39
第5節 考察.....	42
1. ABCP-19の信頼性と妥当性.....	42
2. SASSVの信頼性と妥当性.....	43
3. MBPで生じる信念対立と自己受容性との関連性.....	43
4. 研究2で明らかになった知見の活用.....	44
5. 研究2の課題と今後の展望.....	44
第6節 結論.....	45
第3章 研究3：信念対立に対するマインドフルネストレーニングの影響の解明 –混合研究法を用いて–.....	46
第1節 背景.....	46
第2節 目的.....	47
第3節 方法.....	47
1. 倫理的配慮.....	47
2. 研究デザイン.....	48
3. 統計ソフトウェア.....	48
4. 対象者の選定・除外基準.....	48
5. マインドフルネストレーニングについて.....	49
6. 質的研究.....	50
7. 量的研究.....	51
第4節 結果.....	52
1. 対象者.....	52

2. 対象者の課題実施率.....	52
3. 質的研究.....	52
4. 量的研究.....	57
第5節 考察.....	61
1. 信念対立に対するマインドフルネストレーニングの影響.....	62
2. 信念対立に対するマインドフルネストレーニングの効果とその知見の活用の方向性 .....	63
3. MBP で生じる信念対立に対するマインドフルネストレーニングの活用 .....	63
4. 研究3の限界.....	63
第6節 結論.....	63
第4章 総合考察 .....	65
1. 3つの研究で明らかになった知見.....	65
2. 本研究で得られた知見の臨床現場での活用.....	66
3. 本研究の限界.....	67
終章.....	68
1. 結論 .....	68
2. 謝辞.....	69
文献.....	70
資料1 .....	77
資料2.....	78
資料3.....	79
資料4.....	80
資料5.....	81
資料6.....	84

## 掲載論文リスト

本博士論文は3つの研究で構成される。その中の研究1「信念対立等化尺度の開発」と研究2「理論に根ざした実践で生じる信念対立と自己受容性との関連性」が査読付き学術誌へ掲載済、または印刷中となっている。

### 1) 研究1：信念対立等化尺度の開発

古桧山建吾，京極真（2017）専門職のための信念対立評価尺度（Assessment of Belief Conflict for Profession: ABCP）の開発：作業療法士を対象にして．作業療法 36(5)：470-482

### 2) 研究2：理論に根ざした実践で生じる信念対立と自己受容性との関連性

古桧山建吾，京極真（2018）理論に根ざした実践で生じる信念対立と自己受容性との関連性．作業療法 37（印刷中）

## 定義

- 1) 理論に根ざした実践 (Model Based Practice): 専門職が意図的に理論 (アプローチ・モデル・コンセプトなど) を使って評価・介入を行うことである 1,2).
- 2) 信念対立: 疑義の余地なき確信 (認識/行為) に齟齬が生じた時に起きる問題であり, ストレスなどの感情問題がともなう 3,4).
- 3) 自己受容性: 人が「その時点」で「どの程度」の自己を受け入れるかといった状態ではなく, ありのままの自己を受け入れようとする「態度」や「姿勢」, またはその「過程」である 5).
- 4) マインドフルネス: 「今」ここでの経験に, 評価や判断を加えることなく能動的な注意を向け, ありのままの自己を受け入れることである 6,7).

## 文献

- 1) 古桧山建吾, 京極真 (2016) 理論に根ざした実践で生じる信念対立の問題解明: 複線径路・等至性モデルを用いて. 日本臨床作業療法研究 3(1): 10-16
- 2) Gail B, Alison S (2012) Using Occupational Therapy Theory in Practice. Wiley, New Jersey
- 3) 京極真 (2011) 医療関係者のための信念対立解明アプローチ. 誠信書房, 東京
- 4) 京極真 (2014) 医療関係者のためのトラブル対応術: 信念対立解明アプローチ. 誠信書房, 東京
- 5) 春日由実 (2015) 自己受容とその測定に関する一研究. 南九州大学人間発達研究 5: 19-25
- 6) 井上ウィマラ (2016) マインドフルネスストレス低減法. 精神療法 42(4): 499-505
- 7) Kabat-Zinn J (春木豊・訳) (2007) マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房, 京都

## 省略文字

本研究の省略文字は以下の通りである。

ABCP: Assessment of Belief Conflict for Profession

ABCP-A: Assessment of Belief Conflict for Profession test-A

ABCP-B: Assessment of Belief Conflict for Profession test-B

ABCP-19: Assessment of Belief Conflict for Profession-19

ABCR-14: Assessment of Belief Conflict in Relationship-14

AIC: Akaike's Information Criterion

AUC: Area Under Curve

BIC: Bayesian Information Criterion

CAOD: Classification and Assessment of Occupational Dysfunction

CAIC: Consistent Akaike's Information Criterion

CFI: Comparative Fit Index

CI: Confidence Interval

COSMIN: Consensus-based Standards for the Selection of health Measurement INstruments

IRT: Item Response Theory

MBP: Model Based Practice

OT: Occupational Therapist

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SASSV: Self Acceptance Scale Shorted Version

SD: Standard Deviation

SRS-18: Stress Response Scale-18

TEA: Trajectory Equifinality Approach

TEM: Trajectory Equifinality Model

TIF: Test Information Function

TLI: Tucker-Lewis Index

TRF: Test Response Function

## 序論（総合）

### 1. 背景

作業療法とは仕事、セルフケア、遊び、休息などの作業を通して、クライアントの健康と安寧を促進するための実践である<sup>1)</sup>。これまでに、クライアントへの効果的な作業療法実践のために、様々な理論が開発されてきた<sup>2-4)</sup>。それは、作業療法士（Occupational Therapist；以下、OT）が意図的に理論を用いることで専門性が明確になり、様々な利点があると考えられているからである<sup>2-14)</sup>。例えば佐藤<sup>7)</sup>は、理論は作業療法の学術的基盤を支え、作業療法研究と切り離せないものであると論じた。宮前<sup>8,9)</sup>は、クライアントやその家族だけでなく、他職種にもその専門性を理解してもらうには理論が必要不可欠であると述べた。Mosey<sup>13,14)</sup>は、OT が意図的に理論を選択することで行動の指針ができ、科学を臨床実践に応用することになると明らかにした。

作業療法に関する理論には、医学モデルに分類されるモーターコントロール理論や認知神経理論から、作業モデルに分類される人間作業モデルやカナダ作業遂行モデルまで幅広く存在する<sup>5-11)</sup>。OT は、これら様々な理論を自らの関心や職場だけでなく、養成校や研修会などをきっかけに学ぶ<sup>5,6,9,10)</sup>。しかし宮前<sup>8)</sup>は、理論、モデル、アプローチ、コンセプトなどの用語を明確に区別して使用することは少ないと指摘している。例えば、ボバースコンセプトは従来ボバースアプローチと呼ばれていたが、時代の潮流と理論の発展に沿ってその呼び方を柔軟に変化させている<sup>15)</sup>。つまり、理論、モデル、アプローチ、コンセプトなどの用語は、同義的に扱われることが多い。以上のような議論を踏まえて、クライアントへのより質の高い実践を目指し、専門職が意図的に理論（アプローチ・モデル・コンセプトなど）を使って評価・介入を行うことは「理論に根ざした実践（Model Based Practice；以下、MBP）」と呼ばれている<sup>2,16)</sup>。MBP は、OT が適切に作業療法を行うために欠かせないと言える。

一方、この MBP は、OT 間に葛藤や軋轢を生じさせることが分かっている<sup>10,11,16-18)</sup>。そのような問題は、信念対立という<sup>19-22)</sup>。信念対立は、疑義の余地なき確信（認識／行為）に齟齬が生じた時に起きる問題であり、抑うつや不安など様々なストレスがともなう<sup>20,21)</sup>。信念対立という用語は、哲学者の竹田<sup>19)</sup>が、現象学の本質は信念対立の根本解明に求められると論証したことが起源にある。その後、西條<sup>22)</sup>が、竹田現象学を発展的に承継し、人間科学の領域で生じる様々な問題の根幹に信念対立があり、それを解明することで研究者間や専門職間の共通理解可能性を担保すると発展的に論じた。そうした議論を受けて、医師の齋藤<sup>23)</sup>は、医療の分野でも信念対立の問題を解明することが重要だと主張した。田島<sup>17,18)</sup>は、作業療法の歴史研究によって理論に精通した者同士だと、お互いの専門性に配慮して建設的な議論が展開されにくい傾向にあると明らかにした。また、高畑<sup>10)</sup>は、本邦の作業療法理論を概観し、特定の理論に精通した者同士が閉じた世界をつくり、その結果同じ OT であっても何をしているのかわからない状態に陥ることがあると論じた。京極<sup>11)</sup>は、理論



研究で理論は人の行動を規定し、理論間に対立があれば総合性の欠如という実践上の問題を招くと論証した。これらのことから、OT の理論間に対立は、人間関係の対立に発展しやすく、その問題が表面化しやすいと考えられる。これまでに、信念対立の問題は、病院勤務の OT の 85%以上が経験していることが明らかにされている<sup>24,25)</sup>。寺岡<sup>26)</sup>は、理論研究で OT が信念対立に対処しながらクライアントや他職種と目標を共有することが、作業療法の実践には欠かせないと論証している。そして、京極<sup>27,28)</sup>の医師、看護師等の医療従事者を対象にした研究では、信念対立が増幅することでその人の生活行為全般に悪影響を及ぼすことが示された。また、専門職間の人間関係が悪化すると、組織が機能不全に陥り職業性ストレスが高まることが報告されている<sup>29-33)</sup>。職業性ストレスが高まると、医療事故・過誤が増え、適切な患者サービスが行えなくなる<sup>31-33)</sup>。以上から、信念対立の問題は、職場でのストレスを増幅させ、実践の質を落とす問題であり、OT のみでなく、医療専門職全般が積極的に対処すべき課題の 1 つであると考えられる。

こうした議論を背景に、古桧山ら<sup>16)</sup>は、OT 同士の MBP で生じる信念対立の問題のプロセスを明らかにすることを目的に、質的研究を行った。そして、対象者のインタビューデータを KJ 法で分析し、複線径路・等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach: 以下、TEA) によって、MBP で生じる信念対立の時間経過を可視化した。その結果として、OT 同士の MBP で生じる信念対立は、時間経過の中でその状態が変化し、状態が悪化すると OT 同士の目標共有を困難にさせる問題であることが明らかになった。この質的研究の結果から、信念対立の状態の変化を定量化する尺度があることで、信念対立の実態をより精緻に把握することができ、MBP で生じる信念対立に何らかの介入をした際にその効果が捉えやすくなることが考えられる。

しかし、これまでに、医療現場での専門職同士の連携の質や、専門職個人の連携能力を評価できる尺度はあるが、理論の相違によって生じる信念対立に焦点を当てた尺度は無かった<sup>34-36)</sup>。そして、介入効果を検証するには、1 回目の回答が 2 回目の回答に影響を与えるというキャリーオーバー効果を抑制して、計測できる尺度が必要であるが、そうした尺度も皆無であった<sup>37)</sup>。

また、信念対立にはストレスなどの感情問題がともなうことから、ありのままを受容するという自己受容性が、MBP で生じる信念対立の問題を緩衝させ、問題の悪化を防ぐと考えられる<sup>38-45)</sup>。本研究における自己受容性とは、どれくらい自己を受容できているかという状態ではなく、ありのままの自己を受け入れようとする「態度」や「姿勢」、またはその「過程」であり、自己受容性が高いと他者への共感性が高くなる<sup>42,43)</sup>。このような自己受容性はマインドフルネスというストレス低減法の中心に位置し、これは信念対立説明アプローチという信念対立の対策に特化した哲学的実践論の感情調整スキルであるため、自己受容性が肯定的な人間関係の構築に影響すると予測される<sup>20,21,44-46)</sup>。また、自己受容性は幸福感に影響を与えることが分かっている<sup>44)</sup>。しかし、MBP で生じる信念対立と自己受容性との関連性は明らかになっていない。

さらに、自己受容性は上述したように、あるがままの自己を受け入れるマインドフルネスの考え

方の中心に位置すると考えられる<sup>20,21,44~46)</sup>。マインドフルネスとは、「今」ここでの経験に、評価や判断を加えることなく能動的な注意を向けることである<sup>47,48)</sup>。信念対立は、意見や価値観の衝突にともなって生じる自責、失望、不快感、我慢、遠慮などのストレスを含む問題であり、感情調整を促進するマインドフルネスが有効である可能性が考えられる<sup>49~52)</sup>。実際、信念対立の対応に特化した信念対立解明アプローチは、原理的思考法、コミュニケーションスキル、感情調整スキルなどを実装した方法論として発展しつつある<sup>52)</sup>。これまでに、マインドフルネスの習慣的な実践は、自己受容性と同様に、他者との肯定的な関係の形成に関連があることが報告されている<sup>53)</sup>。また、癌患者を対象にした研究で、マインドフルネスを高めることが心理症状を緩和し、それに自己受容性が間接的に関わっている可能性が示されている<sup>46)</sup>。医療分野では、マインドフルネスは、慢性的な痛みや睡眠障害といった身体症状だけでなく、うつなどの感情障害に効果を示すことが報告されている<sup>53~71)</sup>。最近では、マインドフルネスが高いセラピストは患者の状態を改善させやすい傾向にあるといった報告がある<sup>72)</sup>。これらのことから、マインドフルネスは、専門職同士で肯定的な人間関係を形成する必要がある医療専門職のストレスマネジメントとして注目を集めている<sup>62,63)</sup>。しかし、マインドフルネスの効果は即時的、一面的であるとした指摘もあり、信念対立に対する効果やどのようなプロセスを辿るのかといった実態は十分に明らかにされていない<sup>66,73)</sup>。

以上から、医療専門職のMBPで生じる信念対立を低減・予防するための有効な対策を構築するには、その変化を測定できる尺度が必要である。そして、MBPで生じる信念対立と自己受容性との関連性を明らかにする必要がある。さらに、自己受容性と近接していると考えられるマインドフルネスが、信念対立にどのような効果を与えるのか、その実態を明らかにする必要がある。

## 2. 目的と意義

本研究の目的は、OTを中心に医療専門職のMBPで生じる信念対立を低減・予防するための有効な対策を構築することである。それを実現するために、本研究では、①MBPで生じる信念対立の状態の経時的変化を評価する尺度を開発する、②MBPで生じる信念対立と自己受容性との関連性を明らかにする、③信念対立に対するマインドフルネストレーニングの効果を解明する、の3つの目的を達成することとした。

本研究の意義は、MBPで生じる信念対立の問題の経時的変化を量的捉えることを可能にすることで、その実態を客観的に捉えやすくし、その問題を低減するうえでの有効な方略を専門職自身が備えることである。そして、本研究で得られた知見を、OTを中心に医療専門職がセルフマネジメントや組織マネジメントに活用することで、クライアントへの質の高い実践を提供することに繋がると考える。

### 3. 期間

データ収集期間は、平成 28 年 1 月から平成 29 年 8 月までであった。

### 4. 倫理的配慮

本研究は、吉備国際大学倫理審査委員会（承認番号 15-47）及び関中央病院倫理審査委員会（受付番号 2016-31）の承認を得た後に開始した。倫理審査結果通知書を資料 1、資料 2 で示した。研究 1・研究 2 では、対象となる病院・施設の責任者に書面で研究の主旨と方法を説明し回答を同意に置き換えた。研究 3 では、対象者に書面で同意を得た。

## 第1章 研究1：信念対立等化尺度の開発

### 第1節 背景

作業療法とは、クライアントが意味を見いだした作業を通して健康と安寧を改善するための方法論である<sup>1)</sup>。作業とは日々の生活行為であり、OTはクライアントの生活の再構築を促進する役割を担う<sup>2~4)</sup>。これを実現するために、作業療法ではMBPが重要視されている<sup>2~14)</sup>。MBPとは、専門職が意図的に理論（アプローチ・モデル・コンセプトなど）を使って評価・介入を行うことである<sup>2,16)</sup>。MBPによってOTは、クライアント、家族、他職種に作業療法の意味と効果を説明し、より有効性のある実践を行うことができる<sup>5~14)</sup>。

しかし、MBPは信念対立を引き起こすという問題点をもっている<sup>10,11,16)</sup>。信念対立とは、疑義の余地なき確信（認識／行為）に齟齬が生じた時に起きる問題であり、ストレスなどの感情問題がともなう<sup>20,21)</sup>。例としては、異なる理論に根ざした実践を行うOTが互いに不可侵状態に陥って建設的な議論が行えないことや、特定の理論を自らの権威付けに使用して、特定の理論に精通した者同士が閉じたその中だけで通じる世界観を作り、周りの専門職が何をしているのか理解できなくなるなど、などが挙げられる<sup>10,17,18)</sup>。古桧山ら<sup>16)</sup>は、質的研究でMBPで生じる信念対立は、「怒り」、「虚しさ」、「戸惑う」、「諦め」などの感情を経験することを報告した。京極<sup>11)</sup>は、理論的研究で理論には行動を規定する側面があり、理論間に対立があれば結果として総合性の欠如という帰結を導く可能性が高まると論証している。また複数の先行研究から、医療現場における人間関係の対立は、医療事故・過誤の可能性を高めることが分かっている<sup>29~33)</sup>。そして、医療専門職を対象にした先行研究から、信念対立の問題は、職業性ストレス、うつ、作業機能障害などに関連し、日常生活に支障をきたす要因の1つになる可能性が分かっている<sup>74,75)</sup>。以上のことから、MBPで生じる信念対立は、OTだけでなく、医療専門職全般がその問題の解明に向けて対処すべき課題の1つであると言える<sup>16,20,21)</sup>。

古桧山ら<sup>16)</sup>は、MBPで生じるOT同士の信念対立の時間経過を明らかにした。それによって、MBPで生じる信念対立は時間経過の中でその状態が変化することが分かった。また、OT同士が建設的な議論が展開できないままであると、最終的にはクライアントへの共通目標の構築を困難にさせることが分かった。この結果から、信念対立の経時的変化を定量化することができれば、自身の信念対立の状態がどのように変化したのか、また平均的な信念対立の状態と比較して、自分が経験している信念対立が重症か軽症かといったことが捉えやすくなると考えられる。そして、MBPで生じる信念対立の当事者がその実態を客観的に把握することや、MBPで生じる信念対立に対して何らかの対策を講じた場合の効果が明らかになると考えられる。さらに、MBPで生じる信念対立の状態を経時的に測定できれば、組織のマネジメントやセルフマネジメントに有効活用でき、クライアントへの良質な治療・介入の提供に繋がると考えられる<sup>76)</sup>。

しかし、これまでに医療専門職同士の連携の質や、個人の連携能力を評価するものはあるが、OTのMBPで生じる信念対立の経時的変化を捉えることを目的とした尺度はなかった<sup>34,35)</sup>。そこで本研究の目的は、先行研究<sup>16)</sup>のインタビューデータを用いてOTの信念対立の経時的変化を測定する等化尺度を開発することとした。なお、本研究で開発する等化尺度は、Assessment of Belief Conflict for Profession test-A・test-B（以下、ABCP、ABCP-A、ABCP-B）と名付けた。

## 第2節 目的

本研究の目的は、OTのMBPで生じる信念対立の経時的変化を測定する等化尺度を開発することであった。それによって、信念対立に対して何らかの対策を講じた際の効果を定量的に評価できるようになることが期待される。

## 第3節 方法

### 1. 倫理的配慮

研究1は、吉備国際大学倫理審査委員会の承認後に実施した（承認番号15-47）。研究依頼施設の作業療法部門の責任者へ書面で、本研究の①目的、②手順、③参加の自由、④調査結果の論文化の4点を説明し、同意が得られた場合に、調査用紙に回答してもらった。

### 2. 研究デザイン

本研究の方法は2つの手順で構成される。手順1でOTのMBPで生じる信念対立を測定するための仮尺度を開発することとした。手順2では、仮尺度を用いて、本尺度を開発することとした。

### 3. 統計ソフトウェア

本研究では、記述統計量の分析と因子分析の統計解析にHAD15.8 (<http://norimune.net/had>)とMplus7.3 (<https://www.statmodel.com>)を用いた<sup>77-79)</sup>。項目反応理論及び等化の統計解析では、Exametrika 5.3 (<http://antlers.rd.dnc.ac.jp/~shojima/exmk/jindex.htm>)を用いた。

### 4. 研究1の全体像

図1で示すように、本研究の等化には共通項目計画法を採用した<sup>80,81)</sup>。前述の通り、本研究は、図2で示す手順1と手順2の2段階で構成される。

手順1では、まずOTのMBPで生じる信念対立の状態を測定するための仮尺度を作成し、内容妥当性を検討し、独自項目A、独自項目B、共通項目の3つに振り分けた（図1）。なお、仮尺度Aは独自項目Aと共通項目、仮尺度Bは独自項目Bと共通項目で構成した。

そして、手順2では仮尺度Aと仮尺度Bを用い、病院・施設・養成校に勤務するOTを対象に調査を実施した。その後、仮尺度Aと仮尺度Bの妥当性と信頼性を検討し、尺度の等化を実施した。最後に、完成した等化尺度の妥当性と信頼性を確認した。

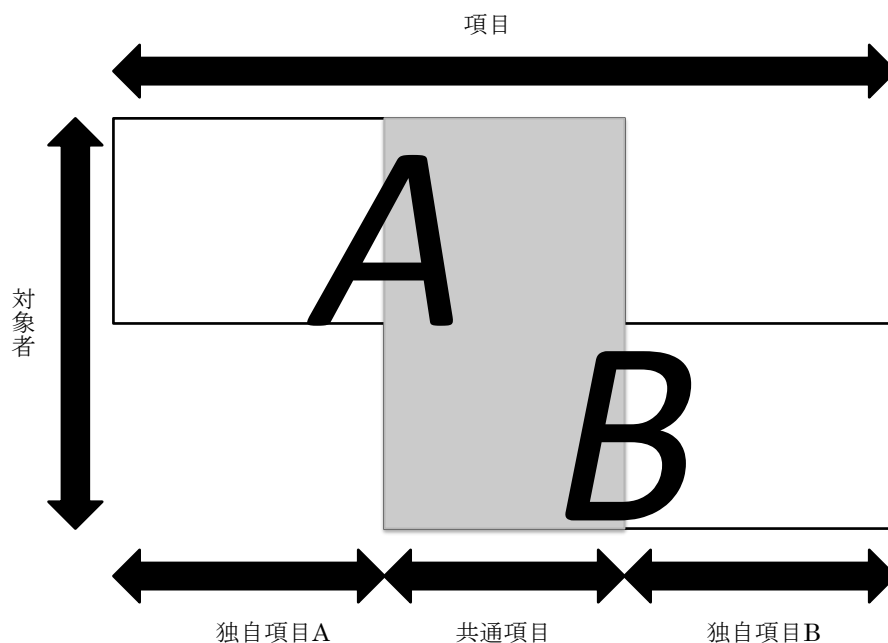


図1 共通項目計画法の概要

註) 網掛け部分が共通項目であった。共通項目は、仮尺度A対象者、仮尺度B対象者ともに実施した。独自項目Aと独自項目Bは、それぞれの対象者のみに実施した。

(出典：文献91の図1 一部改変)

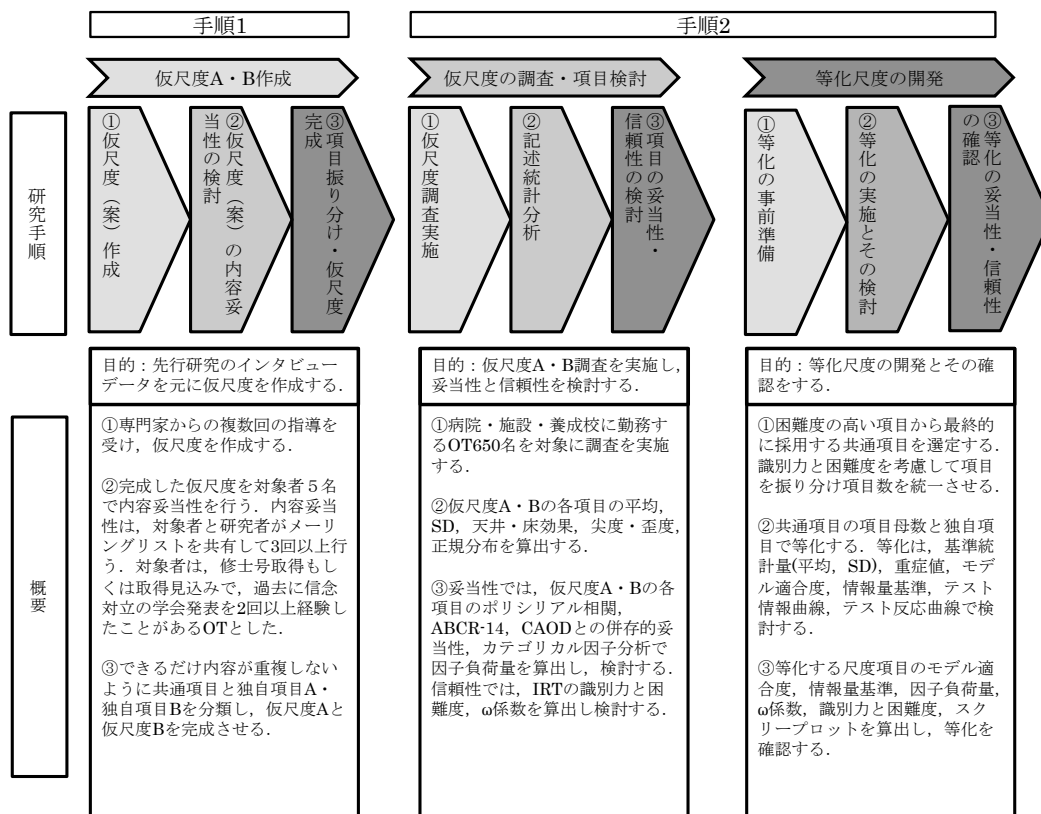


図2 研究1のプロトコル

註) 作業療法士 (Occupational Therapist : OT), 標準偏差 (Standard Deviation : SD), Assessment of Belief Conflict in Relationship-14 (ABCR-14), 作業機能障害の評価と種類 (Classification and Assessment of Occupational Dysfunction: CAOD), 項目反応理論 (Item Response Theory : IRT)

## 5. 手順1の項目反応理論と等化

等化とは、異なる項目で構成される複数の尺度を同一の測定精度を持つ比較可能な尺度に変換することである<sup>80,81)</sup>。一般に、同一の心理尺度で対象者の何らかの心理状態の経時的変化を測定すると持ち越し効果が発生し、正確な測定が困難になると考えられている<sup>37)</sup>。持ち越し効果とは、一度目の回答が二度目の回答に影響を与えることで、正確な測定を困難にさせる問題である。等化尺度には、その問題を低減し、経時的変化を測定できる特徴がある<sup>80,81)</sup>。また、等化尺度の開発では、項目反応理論 (Item Response Theory ; 以下、IRT) という統計手法を使うが、IRTは健康関連尺度の選択に関する合意に基づく指針 (Consensus-based Standards for the Selection of health Measurement Instruments ; 以下、COSMIN) で必須事項として挙げられる分析手法である<sup>82)</sup>。それは、IRTによって開発された尺度が、サンプリング方法や対象者の特性に依存しない一般化された回答を導出できるからである<sup>80,81)</sup>。研究1でIRTによって信念対立の等化尺度を開発するこ

とで、尺度の得点とは別に信念対立の重症値を推定することが可能となる。つまり、尺度を使用する者は、自らが経験した信念対立がどの程度の状態であるか、一般化された重症値を知ることが可能になる<sup>80,81)</sup>。

## 6. 手順 1

### 1) 目的

手順 1 の目的は、仮尺度 A と仮尺度 B の 2 つの仮尺度を作成することであった。

### 2) 仮尺度の作成

ABCP の仮尺度は、OT を中心に医療専門職が MBP で生じる信念対立の状態を測定するためのものである。前途の通り、研究者は質的研究の手法を用いて、OT の MBP で生じる信念対立の過程やその原因の一部を明らかにした<sup>16)</sup>。ABCP の仮尺度の項目は、この先行研究のインタビューデータを精読し、考案することとした。考案の際には、信念対立に関する尺度を開発した専門家 1 名からの指導を受けた。専門家は、これまでに健康関連尺度の開発の経験が複数回あった。ABCP は、「全くそう思わない (1 点)」～「とてもそう思う (6 点)」の 6 件法で測定する。全ての項目は、回答者が理解しやすくなるように簡潔で明瞭な文章になるように作成した<sup>83)</sup>。

### 3) 仮尺度の内容妥当性の検討及び項目の振り分け

#### (1) 対象者

対象者は、医療分野の信念対立をテーマにした研究を実施したことがある 5 名の OT とした。その基準は、修士以上の学位を取得、もしくは取得見込みで、信念対立に関する学会発表を 2 回以上したことがあるものとした。これは、対象者に信念対立に関する見識があることで、対象者間での積極的な意見交換が行われやすく、内容妥当性の検証が十分なものになると考えられたからであった<sup>83)</sup>。

#### (2) 内容妥当性の検討

手順 1 では、はじめに研究者と対象者 5 名でメーリングリストを共有し、E メールで内容妥当性の検討を行った。これによって、対象者 5 名が同時に検討を行い、対象者間でも意見交換ができるようにした。項目の検討では、対象者に「どの領域で働く OT が読んでも、自らの実践場面に照らして質問項目の意味が理解できる」という観点からの項目の評価を依頼した。研究者が対象者に、ABCP の仮尺度の全項目の記載してある用紙をメールで送信し、対象者は仮尺度の各項目を「妥当」、



「要検討」、「不適切」の3段階で評価した。そして、「要検討」か「不適切」の場合はその理由を記載したものを研究者に送り返した。対象者5名との協議を繰り返し、3回以上加筆・修正しても2名以上が<不適切>と評価した項目を除外することにした<sup>83,84)</sup>。

### (3) 項目の振り分け

作成した仮尺度の項目は共通項目、独自項目A、独自項目Bの3つに分類した。共通項目は、対象者5名と研究者がメーリングリストで協議を行い、全員が「妥当」と判断した項目の中から、質問内容ができるだけ重複しない12項目を選定した。共通項目の項目数に関して泉<sup>85)</sup>は、6項目程度が目安となるとしているが、現在までに統一した見解は得られていない<sup>80,81,85)</sup>。本研究では、手順2で妥当性・信頼性を検証した段階で除外項目が出現することを考慮して、12個の共通項目を予め仮尺度に入れることとした。独自項目Aと独自項目Bは、共通項目と除外項目を除いた仮尺度からできるだけ内容が重複しないように振り分けることとした。

## 7. 手順2

### 1) 目的

手順2の目的は、ABCPをIRTによる等化で開発することであった。

### 2) 対象者

対象者は139の病院・施設・OT養成校に勤務する650名のOTであった。なお、対象となるOTが実践する理論に関しては、特に条件を設けなかった。

### 3) 使用した調査用紙

調査用紙は、フェイスシート（年齢、性別、経験年数、実践領域）、仮尺度Aと仮尺度Bの何れか、信念対立評価尺度（Assessment of Belief Conflict in Relationship-14；以下、ABCR-14）<sup>36)</sup>、作業機能障害の種類と評価（Classification and Assessment of Occupational Dysfunction；以下、CAOD）<sup>86)</sup>で構成した。仮尺度Aと仮尺度Bは、それぞれの配布する数が均等になるように各病院・施設・養成校に配布した。ABCR-14とCAODを調整用紙に加えたのは、個人の信念対立がチームワークや作業機能障害に影響することが指摘されており、今回の調査対象である「MBPで生じる信念対立」との関連が予測できたからである<sup>26,27)</sup>。ABCR-14は、チームワークで生じる信念対立を評価する尺度である。CAODは、作業機能障害とその種類を評価する尺度である。ABCR-14とCAODは、医療系の大学生や医療従事者を対象にした調査で十分な信頼性と妥当性が確認されている<sup>36,86)</sup>。フェイスシートの実践領域は、身体障害、老年期、地域、発達障害、精神障害、教育、

その他の7項目を設定した。

#### 4) 統計解析

統計解析では、フェイスシートと仮尺度 A と仮尺度 B の記述統計量の算出、仮尺度 A・B の項目分析、等化とその確認を行うこととした。

##### (1) 記述統計量の算出と正規性の検定

フェイスシートの平均値と標準偏差 (Standard Deviation ; 以下, SD), 仮尺度 A・B 各項目の平均値と SD, 天井効果・床効果, 尖度・歪度の算出を行った。正規性の検定はジャックベラ検定で行った<sup>83)</sup>。

##### (2) 項目の妥当性

項目の妥当性は、ポリシリアル相関分析とピアソン相関分析、探索的カテゴリカル因子分析で検討した<sup>83)</sup>。ポリシリアル相関分析では、尺度全体の合計得点と各項目との関連を推定することができる。本研究の基準は相関係数が 0.2 以上とし、それ以下の場合は削除を検討した<sup>80,83)</sup>。ピアソン相関分析では、仮尺度 A・B の各項目の尺度値と CAOD, ABCR-14 の合計得点との関連を検討した<sup>80,83)</sup>。本研究の基準は相関係数が 0.2 以上とし、それ以下の場合は削除を検討した<sup>80,83)</sup>。探索的カテゴリカル因子分析では、各項目の因子負荷量を確認した。推定法はロバスト重み付き最小二乗法を用いた<sup>80,81)</sup>。基準値は 0.3 以上とし、それに満たない項目は削除を検討した<sup>80,83)</sup>。

##### (3) 項目の信頼性

項目の信頼性は、内的一貫性と IRT の識別力と困難度で検討した。内的一貫性では、項目妥当性の検討後に仮尺度 A・B の  $\omega$  係数を算出し、0.7 以上を基準値にした<sup>87,88)</sup>。IRT では項目の性能を識別力と困難度で判断する。識別力とは、尺度値の変化によってどれだけ反応確率が変化するかを表現する指標であり、値が高いほどその項目は尺度値の変化を敏感に検出することになる<sup>79)</sup>。困難度とは、項目の難易度を表す指標であり、その値が高いほど難しい項目であり、低いほど簡単な項目ということになる<sup>79)</sup>。本研究の項目の信頼性の基準は、識別力が 0.2~2.0, 困難度が絶対値 4.0 以内とし、基準を満たさない場合は削除を検討した。また、3 件法以上の尺度を IRT で分析する際には、段階反応モデルを採用する<sup>89)</sup>。本研究では、推定法に EM アルゴリズムを用いた周辺最尤推定法を用いて、段階反応モデルで分析することとした<sup>90)</sup>。

##### (4) 等化とその確認

はじめに、等化する 2 つの尺度が項目分析で妥当性と信頼性の基準を満たした共通項目と、独自

項目 A と独自項目 B が同数になるように調整した<sup>80,81)</sup>。また、共通項目の中から、最終的な独自項目として採用することも検討することとした。なお、最終的な共通項目は、困難度が高い項目を上位から選別した。これは、尺度の難易度を統一させるためである。そして、本研究では、最終的に尺度が 10~15 項目になることを目安にした。振り分けた仮尺度 A の共通項目の項目母数と仮尺度 B の独自項目、仮尺度 B の共通項目の項目母数と仮尺度 A の独自項目を IRT で等化した。

ABCP-A は仮尺度 A の独自項目と共通項目、ABCP-B は仮尺度 B の独自項目と共通項目で構成された。2 つの等化尺度の測定精度の検討は、基本統計量 (平均値, SD), 重症値 (平均値, SD), 重症値に対する測定の精度を表すテスト反応関数 (Test Response Function ; 以下, TRF), 尺度の性質を示すテスト情報関数 (Test Information Function ; 以下, TIF), モデル適合度, 情報量規準で行うこととした。情報量規準は、一般に良く用いられる赤池情報量規準 (Akaike's Information Criterion ; 以下, AIC), 一致赤池情報量規準 (Consistent Akaike's Information Criterion ; 以下, CAIC), ベイズ情報量規準 (Bayesian Information Criterion ; 以下, BIC) を採用した<sup>80,81)</sup>。重症値は、-3~3 の値で推定し、値が高いほど信念対立の状態が重度であると推測できる指標である。TRF は、曲線で重症値に対する測定の精度を表す。比較する尺度の TRF の線形が似ていれば、対象者の重症値に対して、同様の反応精度を持っている可能性が高くなる<sup>80,81)</sup>。TIF は、曲線で重症値に対する尺度の特性を示す<sup>79)</sup>。比較する尺度の TIF の線形が似ていれば、重症値に対して尺度が持っている特性が似ていることになる<sup>79)</sup>。TRF と TIF は比較する尺度同士の間で線形が似通っていることが望ましい<sup>79)</sup>。適合度は絶対評価で、情報量規準は相対評価である<sup>79)</sup>。本研究の適合度は、Comparative Fit Index (以下, CFI), Tucker-Lewis Index (以下, TLI), Root Mean Square Error of Approximation (以下, RMSEA) を採用した。本研究の基準値は CFI, TLI が 0.95 以上, RMSEA は 0.08 未満とした。情報量規準 (AIC, BIC, CAIC) はできるだけ、低値であることが望ましい<sup>80,81)</sup>。

そして、等化尺度を確認するために、最終的な共通項目と独自項目が決定したら、それらの項目で適合度と情報量規準、探索的カテゴリカル因子分析による因子負荷量と累積寄与率、尺度の内的一貫性、識別力と困難度を確認することとした。また、IRT の等化は尺度が一次元性であることが前提である<sup>80,81)</sup>。本研究では、「MBP で生じる信念対立の状態」が一次元性の対象となる。したがって、探索的カテゴリカル因子分析のスクリープロットで尺度の一次元性が担保されているか確認することとした。

## 第4節 結果

研究1の手順1と手順2の結果を以下に示した。

### 1. 手順1の結果

#### 1) 仮尺度の作成

専門家から1回約90分の指導を計5回受けた。仮尺度は全78項目となった。項目作成では例えば、「(信念対立を経験して) …ちょっと複雑な心境で、むなしかったです」と記述されたインタビューデータから、共通項目4の「自分の実践が理解しえもらえないことにむなしさを感じる」を作成した。

#### 2) 対象者

対象者は、OT5名（男性2名，女性3名）で平均年齢は33.2歳（26歳~38歳），経験年数は平均10.6年（5年~16年）であった。

#### 3) 項目の整備

対象者とは，項目の加筆・修正と削除を全4回検討した。最終的には68項目を仮尺度として採用した。例えば，「他の人に対して考え方を押し付けなくて欲しいと感じることがある」は，最終的に共通項目10「実践に対する考え方が違う人に対して，考えを押し付けなくて欲しいと感じることがある」と修正した。また，必ずしも信念対立の状態にあるとは言えないという理由で「専門職は常に進化すべきだと思う」などの10項目が削除対象となった。

#### 4) 項目の振り分け

共通項目は12項目を採用した(項目1~12)。独自項目Aと独自項目Bは各28項目を採用した。仮尺度の項目は，表1，2で示した。

表1 仮尺度A各項目の妥当性と信頼性

No.	質問項目	平均値(SD)	天井効果	床効果	歪度	尖度	正規性	ポリシリアル相関	ARCR-14	CAOD	因子負荷量	α	B1	B2	B3	B4	B5		
1	やる気のない専門職が嫌いだ	4.16±1.24	5.39	2.92	-0.53	-0.22	<u>0.00</u>	0.44	0.23	**	<u>0.08</u>	0.46	0.96	-1.94	-1.21	-0.63	0.16	1.16	
2	現状の日本の医療制度では満足いく実践ができないと思う	4.00±1.06	5.06	2.94	-0.21	-0.19	0.37	0.35	0.25	**	<u>0.17</u>	**	0.30	0.63	-2.38	-1.38	-0.54	0.47	1.47
3	特に理由がないのに方法を批判されていると思うことがある	2.95±1.08	4.02	1.87	0.34	0.20	0.09	0.48	0.40	**	0.34	**	0.55	0.95	-1.38	-0.46	0.65	1.41	2.11
4	自分の実践が理解してもらえないことに対してむなしさを感じる	3.02±1.09	4.11	1.92	0.19	-0.27	0.36	0.66	0.44	**	0.39	**	0.67	1.21	-1.44	-0.44	0.46	1.38	2.22
5	自分の実践に対して間違っただけで貼られていると感じることがある	2.85±1.05	3.90	1.79	0.47	0.13	<u>0.01</u>	0.47	0.33	**	0.32	**	0.58	1.02	-1.44	-0.26	0.70	1.51	2.22
6	実践の考え方が違う人と理解しあえないことを悲しいと思う	3.44±1.21	4.65	2.23	-0.17	-0.29	0.39	0.55	0.20	**	<u>0.11</u>	+	0.56	1.12	-1.47	-0.75	-0.11	1.04	1.71
7	他の人に自分の実践がわかってももらえないことへの怒りを感じる	2.68±1.06	3.74	1.61	0.37	0.13	0.07	0.63	0.32	**	<u>0.29</u>	**	0.67	1.24	-1.10	-0.14	0.82	1.81	2.22
8	他の人の実践をみて自分が患者ならその方法ではやって欲しくないと思う	3.43±1.25	4.67	2.18	0.05	-0.56	0.21	0.67	0.22	**	<u>0.04</u>	**	0.60	1.21	-1.58	-0.70	0.07	0.84	1.66
9	他の人に対してもっといろいろな考え方を取り入れるべきだと感じる	3.89±1.17	5.06	2.72	-0.26	-0.39	0.14	0.63	<u>0.19</u>	**	<u>0.07</u>	**	0.59	1.19	-2.02	-1.12	-0.40	0.48	1.47
10	実践に対する考え方が違う人に対して、考えを押し付けなくて欲しいと感じることがある	3.66±1.23	4.89	2.42	-0.12	-0.38	0.38	0.60	0.37	**	0.21	**	0.56	1.10	-1.71	-0.90	-0.22	0.74	1.47
11	実践の考え方の違う人が何が言いたいかわからなくなる	3.07±1.13	4.20	1.93	0.22	-0.16	0.36	0.60	0.32	**	<u>0.13</u>	*	0.59	1.14	-1.30	-0.62	0.31	1.23	2.01
12	自分が実践する以外の理論を積極的に受け入れようとは思わない	2.11±0.96	3.07	1.15	0.73	0.75	0.00	0.35	0.21	**	<u>0.16</u>	*	0.44	0.73	-0.53	0.44	1.58	2.02	2.62
13	実践の考え方が違う人に距離を置かれていてと感じることがある	2.96±1.19	4.15	1.77	0.41	0.05	<u>0.04</u>	0.59	0.22	**	0.24	**	0.63	1.15	-1.25	-0.38	0.56	1.33	1.81
14	実践の考え方が違う人と接することが辛いと感じることがある	2.90±1.21	4.11	1.69	0.39	-0.12	0.05	0.70	0.30	**	0.21	**	0.76	1.30	-1.16	-0.29	0.56	1.36	1.87
15	実践の考え方が違う人にわかってももらえない切なさを感じる	2.97±1.16	4.13	1.82	0.31	0.09	0.16	0.72	0.28	**	0.27	**	0.76	1.37	-1.28	-0.40	0.46	1.54	1.81
16	実践の考え方が違う人に対してげんざりした気分になる	2.98±1.22	4.20	1.76	0.20	-0.32	0.28	0.80	0.28	**	0.22	**	0.83	1.50	-1.12	-0.42	0.47	1.28	1.94
17	実践の考え方が違う人に対して生意気なことを言わないで欲しいと思うことがある	2.68±1.12	3.79	1.56	0.40	-0.12	<u>0.04</u>	0.72	0.28	**	<u>0.17</u>	*	0.77	1.40	-1.04	-0.09	0.75	1.66	2.22
18	実践の考え方が違う人に対してイラ立つことがある	2.91±1.17	4.08	1.73	0.46	-0.04	<u>0.02</u>	0.76	0.29	**	<u>0.16</u>	*	0.80	1.44	-1.28	-0.29	0.61	1.30	1.94
19	実践の考え方が違う人との議論を不毛だと感じる	2.68±1.19	3.86	1.49	0.59	0.06	<u>0.00</u>	0.62	<u>0.19</u>	**	<u>0.14</u>	*	0.73	1.15	-1.00	-0.04	0.78	1.44	2.02
20	実践の考え方が違う人との議論の時間を作ろうとは思わない	2.55±1.14	3.69	1.41	0.82	0.76	<u>0.00</u>	0.42	0.25	**	<u>0.10</u>	**	0.64	0.92	-0.97	0.06	1.04	1.47	2.02
21	実践の考え方が違う人から危険人物だと認識されていると感じることがある	2.10±1.07	3.17	1.04	0.92	0.80	<u>0.00</u>	0.45	0.23	**	<u>0.30</u>	**	0.52	0.89	-0.39	0.46	1.33	1.96	2.37
22	実践に対する他の人の考えを聞いて視野が狭いと思うことがある	3.35±1.25	4.60	2.09	-0.14	-0.54	0.17	0.61	0.21	**	<u>0.16</u>	*	0.63	1.12	-1.33	-0.69	0.05	0.93	1.87
23	他の人に対して実践への内省が足りないと感じることがある	3.15±1.17	4.31	1.98	0.02	-0.27	0.71	0.70	0.26	**	<u>0.16</u>	*	0.73	1.34	-1.30	-0.62	0.31	1.23	2.01
24	実践の考え方が違う人に対して、何故そのようなことを行うのかと怒りを感じる	2.48±1.16	3.65	1.32	0.68	0.30	<u>0.00</u>	0.73	0.20	**	<u>0.15</u>	*	0.72	1.34	-0.77	0.09	0.98	1.58	2.11
25	理論がない実践を行う人はクライアントに対して失礼だと思う	3.57±1.25	4.82	2.32	-0.04	-0.44	0.39	0.43	<u>0.16</u>	*	<u>0.05</u>	**	0.38	0.81	-1.62	-0.85	-0.08	0.77	1.51
26	新しい考え方を受け入れることができない専門職には苛立ちを感じる	3.35±1.18	4.53	2.17	0.22	-0.09	0.39	0.60	0.24	**	<u>0.11</u>	**	0.56	1.16	-1.62	-0.77	0.18	1.06	1.62
27	実践では異なる専門職がひとつのチームになることが重要だと思う	4.91±1.00	5.91	3.92	-0.85	0.75	<u>0.00</u>	0.23	<u>0.00</u>	**	<u>-0.03</u>	**	<u>0.15</u>	0.40	-2.62	-2.01	-1.44	-0.50	0.46
28	実践の考え方が違う人を偽物の専門職だと思う	1.87±0.89	2.76	<u>0.98</u>	0.72	-0.18	<u>0.00</u>	0.43	<u>0.19</u>	**	<u>0.12</u>	+	0.54	0.88	-0.21	0.70	1.76	2.62	
29	他の人の実践のエビデンスに疑問を感じる	3.09±1.15	4.21	1.91	0.20	-0.33	0.27	0.64	0.22	**	<u>0.09</u>	**	0.68	1.22	-1.41	-0.42	0.36	1.32	2.01
30	他の人の実践に対して一部分のみに焦点を当てすぎていると感じることがある	3.44±1.14	4.57	2.30	-0.24	-0.29	0.22	0.66	0.20	**	<u>-0.02</u>	**	0.65	1.20	-1.58	-0.82	-0.06	1.02	2.01
31	他の人の実践に対して「それだけは違う」と感じる	2.98±1.15	4.13	1.83	0.21	-0.24	0.32	0.67	0.29	**	<u>0.08</u>	**	0.70	1.29	-1.27	-0.43	0.50	1.33	2.11
32	他の人の実践に対してそのやり方では自分は満足できないと感じることがある	3.16±1.10	4.26	2.06	-0.02	-0.18	0.85	0.68	0.24	**	<u>0.10</u>	**	0.74	1.34	-1.44	-0.63	0.27	1.35	2.11
33	他の人の実践をみて、そのやり方では良くならないと思う	3.04±1.07	4.11	1.97	0.03	0.01	0.98	0.73	0.26	**	<u>0.02</u>	**	0.77	1.33	-1.35	-0.56	0.42	1.58	2.11
34	他の人の実践をみて無知だと感じる	2.84±1.18	4.01	1.66	0.34	-0.19	0.10	0.61	0.26	**	<u>0.13</u>	+	0.71	1.25	-1.10	-0.29	0.66	1.35	2.11
35	他の人と自分の実践では絶対に相容れない部分があると思う	2.76±1.07	3.83	1.69	0.45	0.52	<u>0.01</u>	0.59	0.23	**	<u>0.15</u>	*	0.55	1.09	-1.18	-0.29	0.88	1.58	2.11
36	自分が実践する理論は同じ専門職であれば知って当たり前だと思う	2.73±1.06	3.79	1.66	0.30	0.14	0.17	0.51	<u>0.15</u>	*	<u>0.01</u>	**	0.49	1.05	-1.12	-0.24	0.80	1.76	2.22
37	自分だったらこうするのにもっともあえて意見をいわなくてぶつからないようにしている	3.67±1.17	4.85	2.50	-0.15	-0.33	0.38	0.28	<u>0.19</u>	**	<u>0.17</u>	*	0.30	0.65	-1.81	-0.98	-0.21	0.72	1.62
38	自分が実践している理論や手技を他の人にも広めていきたいと思う	3.29±1.09	4.37	2.20	0.12	0.07	0.74	0.25	<u>-0.04</u>	**	<u>-0.08</u>	**	0.32	0.56	-1.62	-0.83	0.27	1.16	1.94
39	自分が実践する理論に対して「これが本質だ」という感覚がある	2.76±1.10	3.86	1.66	0.59	0.26	<u>0.00</u>	0.43	<u>-0.04</u>	**	<u>-0.08</u>	**	0.44	0.83	-1.27	-0.15	0.78	1.47	2.10
40	テクニックより理論の方が絶対に大事だと思う	2.56±0.99	3.55	1.56	0.49	0.31	<u>0.01</u>	0.22	<u>-0.04</u>	**	<u>-0.05</u>	**	0.52	0.52	-1.11	-0.01	1.07	1.75	2.62

註) No.1~No.12が共通項目、No.13~No.40が独自項目Aである。網掛けされている項目が最終的に採用された項目である。各基準を満たさなかった場合に下線を引いた。尺度平均値の正規性の検定は、p=0.01であった。仮尺度Aのω係数は0.94であった。標準偏差(Standard Deviation : SD)、Assessment of Belief Conflict in Relationship-14 (ABCR-14)、Classification and Assessment Occupational Dysfunction (CAOD)、ABCR-14とCAODはピアソン相関係数を記載した。\*\* p < 0.01, \* p < 0.05, + p < 0.10, α=識別力, B1~B5=困難度。(出典: 文献91の表2 一部改変)

表2 仮尺度B各項目の妥当性と信頼性

No.	質問項目	平均値(SD)	天井効果	床効果	歪度	尖度	正規性	ポリシリアル相関	ABCR-14	CAOD	因子負荷量	α	B1	B2	B3	B4	B5
1	やる気のない専門職が嫌いだ	4.19±1.26	5.46	2.93	-0.58	-0.01	<u>0.00</u>	0.41	<u>0.09</u>	<u>0.12</u>	* 0.40	0.80	-1.75	-1.29	-0.66	0.16	1.05
2	現状の日本の医療制度では満足い実践ができないと思う	4.04±1.12	5.16	2.93	-0.26	-0.22	0.21	0.23	0.20	** 0.26	** <u>0.27</u>	0.56	-2.22	-1.35	-0.55	0.39	1.35
3	特に理由がないのに方法を批判されていると思うことがある	3.06±1.12	4.18	1.94	0.16	-0.13	0.58	0.67	0.46	** 0.43	** 0.67	1.13	-1.37	-0.54	0.45	1.32	2.10
4	自分の実践が理解してもらえないことに対しむなしさを感じる	3.17±1.21	4.39	1.96	0.01	-0.45	0.39	0.66	0.57	** 0.45	** 0.71	1.21	-1.29	-0.55	0.21	1.17	1.93
5	自分の実践に対して間違ったレッテルを貼られていると感じることがある	2.88±1.14	4.02	1.74	0.28	-0.33	0.14	0.74	0.58	** 0.47	** 0.83	1.30	-1.22	-0.32	0.63	1.32	2.37
6	実践の考え方が違う人と理解しあえないことを悲しいと思う	3.44±1.27	4.71	2.18	-0.13	-0.53	0.19	0.54	0.34	** <u>0.19</u>	** 0.54	1.02	-1.43	-0.76	0.01	0.81	1.75
7	他の人に自分の実践がわかってもらえないことへの怒りを感じる	2.71±1.10	3.81	1.61	0.33	-0.11	0.12	0.70	0.53	** 0.42	** 0.73	1.22	-1.07	-0.19	0.81	1.57	2.37
8	他の人の実践をみて自分が患者ならその方法ではやって欲しくないと思う	3.38±1.27	4.64	2.11	0.04	-0.41	0.43	0.55	0.37	** 0.26	** 0.62	1.11	-1.43	-0.66	0.03	0.99	1.57
9	他の人に対してもっといろいろな考え方を取り入れるべきだと感じる	3.93±1.21	5.14	2.73	-0.15	-0.24	0.50	0.55	0.29	** <u>0.14</u>	* 0.58	1.11	-1.93	-1.12	-0.44	0.55	1.20
10	実践に対する考え方が違う人に対して、考えを押し付けたくないと感じることがある	3.68±1.20	4.88	2.48	-0.08	-0.25	0.66	0.46	0.31	** 0.20	** 0.44	0.91	-1.75	-1.01	-0.19	0.75	1.47
11	実践の考え方が違う人が何を言いたいのかわからなくなる	2.82±1.09	3.91	1.72	0.23	-0.09	0.37	0.74	0.38	** 0.29	** 0.80	1.44	-1.17	-0.30	0.65	1.65	2.21
12	自分が実践する以外の理論を積極的に受け入れようとは思わない	2.00±0.83	2.83	1.17	0.24	-0.96	<u>0.00</u>	0.44	0.26	** 0.27	** 0.56	0.82	-0.47	0.53	2.00		
13	実践の考え方が違う人に冷ややかな態度をされたと感じることがある	2.90±1.23	4.13	1.67	0.39	-0.20	0.05	0.69	0.47	** 0.35	** 0.72	1.27	-1.13	-0.27	0.54	1.32	1.86
14	実践の考え方が違う人とのつきあいを絶つと思うことがある	2.28±1.12	3.40	1.17	0.87	0.53	<u>0.00</u>	0.64	0.36	** <u>0.12</u>	* 0.71	1.21	-0.63	0.36	1.13	1.65	2.37
15	実践の考え方が違う人を叩き潰してやりたいと思うことがある	1.71±0.98	2.69	<u>0.73</u>	1.79	4.11	<u>0.00</u>	0.62	0.29	** <u>0.18</u>	* 0.63	0.96	0.10	0.96	1.65	2.10	2.22
16	実践の考え方が違う人から小馬鹿にされたと感じることがある	2.44±1.28	3.72	1.16	0.70	-0.03	<u>0.00</u>	0.70	0.49	** 0.32	** 0.73	1.25	-0.55	0.16	0.82	1.57	1.93
17	実践の考え方が違う人が何を言いたいのかわからなくなる	2.91±1.28	4.19	1.63	0.41	-0.34	<u>0.02</u>	0.73	0.38	** 0.25	** 0.71	1.32	-1.11	-0.19	0.44	1.32	1.75
18	実践の考え方が違う人に対しては無視することが最善だと思っている	1.92±1.00	2.92	<u>0.93</u>	1.03	0.85	<u>0.00</u>	0.47	0.30	** <u>0.19</u>	** 0.61	0.85	-0.20	0.67	1.43	2.22	2.62
19	実践の考え方が違う人とは無理に関わらない	2.61±1.34	3.95	1.27	0.53	-0.50	<u>0.00</u>	0.54	0.33	** <u>0.13</u>	* 0.62	0.93	-0.67	0.09	0.55	1.47	1.86
20	実践の考え方が違う人は他者に対して排他的だと思う	2.40±1.17	3.57	1.23	0.57	-0.11	<u>0.00</u>	0.55	0.28	** <u>0.16</u>	** 0.59	1.03	-0.62	0.15	0.92	1.80	2.22
21	実践に対する考え方の違いから職場を退職しようと思うことがある	2.54±1.26	3.80	1.28	0.49	-0.63	<u>0.00</u>	0.47	0.48	** 0.46	** 0.56	0.99	-0.70	0.15	0.62	1.57	2.21
22	他の人に自分の考えを理解させようと思うことがある	2.90±1.12	4.01	1.78	-0.03	-0.41	0.44	0.64	0.29	** 0.20	** 0.63	1.13	-1.13	-0.04	0.44	1.80	2.21
23	治療法について実践の考え方が違う人に相談しても結局はわかりあえないと思う	2.77±1.07	3.84	1.70	0.07	-0.54	0.24	0.59	0.42	** 0.28	** 0.61	1.09	-1.13	-0.24	0.63	1.80	2.61
24	他の人が特定の理論に傾倒していることに嫌悪感を抱く	2.79±1.14	3.93	1.64	0.11	-0.63	0.12	0.49	0.23	** <u>0.17</u>	** 0.53	0.93	-1.02	-0.35	0.59	1.65	2.61
25	他の人の実践をみて違和感がある	2.84±1.08	3.93	1.76	0.02	-0.49	0.32	0.76	0.41	** 0.25	** 0.80	1.45	-1.15	-0.35	0.59	1.65	2.61
26	自分の実践が何に向かっているかわからなくなる時がある	3.74±1.27	5.01	2.47	-0.36	-0.26	0.06	0.37	0.33	** 0.27	** 0.39	0.78	-1.53	-0.95	-0.36	0.64	1.46
27	理論がない実践を行う人は専門職のアイデンティティがないと思う	3.09±1.14	4.23	1.95	0.01	-0.15	0.89	0.50	0.28	** <u>0.11</u>	* 0.46	0.86	-1.29	-0.57	0.32	1.43	2.00
28	実践の考え方の違いから周囲の人に対して拒絶を感じる	2.50±1.05	3.56	1.45	0.42	0.06	<u>0.03</u>	0.71	0.52	** 0.42	** 0.75	1.32	-0.90	0.02	0.99	1.93	2.37
29	技術を高めるには特定の理論に傾倒することも必要だと思う	3.59±1.20	4.79	2.48	-0.31	-0.41	0.08	0.20	-0.04	<u>0.00</u>	<u>0.13</u>	0.34	-1.61	-0.83	-0.23	0.79	1.80
30	他の人からの自分の実践に対する評価が低いと感じる	2.80±1.08	3.88	1.72	0.34	0.34	0.07	0.51	0.37	** 0.25	** 0.52	0.90	-1.15	-0.39	0.88	1.46	2.21
31	他の人に対して自分の実践を振り返るスキルが足りないと感じることがある	3.28±1.31	4.59	1.97	0.14	-0.41	0.31	0.38	0.21	** <u>0.06</u>	0.43	0.84	-1.29	-0.61	0.18	1.00	1.53
32	他の人の実践に対してわけがわからないと感じることがある	3.01±1.13	4.14	1.88	0.23	0.12	0.35	0.75	0.36	** 0.28	** 0.78	1.39	-1.29	-0.52	0.51	1.43	1.93
33	他の人の実践に対して実践としての意味は無いと感じる	2.32±0.96	3.28	1.36	0.42	0.34	<u>0.02</u>	0.64	0.32	** 0.22	** 0.74	1.18	-0.77	0.15	1.43	2.21	2.61
34	他の人の実践をみてクライアントが可哀想だと感じる	2.97±1.18	4.25	1.69	0.24	-0.37	0.18	0.72	0.34	** 0.26	** 0.81	1.34	-1.04	-0.35	0.38	1.34	1.74
35	他の人の実践はクライアントのためでなく自分のためにやっているように感じる	3.09±1.28	4.37	1.82	0.27	-0.31	0.17	0.67	0.32	** <u>0.19</u>	** 0.74	1.19	-1.21	-0.44	0.33	1.19	1.65
36	自分の信じているものを否定されたと感じることがある	2.70±1.18	3.88	1.53	0.60	0.29	<u>0.00</u>	0.74	0.51	** 0.43	** 0.78	1.36	-1.02	-0.13	0.82	1.46	1.93
37	自分の実践が他の人に誤解されていると思う	2.39±0.96	3.35	1.43	0.53	0.94	<u>0.00</u>	0.71	0.44	** 0.35	** 0.75	1.29	-0.88	0.08	1.40	2.00	2.37
38	自分の理論は絶対に崩せないと思う	2.24±0.96	3.21	1.28	0.54	0.04	<u>0.00</u>	0.47	0.22	** <u>0.18</u>	** 0.51	0.92	-0.71	0.33	1.37	2.00	
39	現実と理論にギャップがあっても理論が間違っているとは思わない	2.71±1.11	3.82	1.59	0.50	0.05	<u>0.01</u>	0.52	0.28	** 0.20	** 0.47	0.83	-1.12	-0.14	0.88	1.40	2.36
40	専門職にしかできないような実践をすべきだと思う	4.18±1.38	5.55	2.80	-0.74	-0.08	<u>0.00</u>	0.40	0.26	** <u>0.06</u>	0.34	0.76	-1.49	-1.12	-0.06	0.06	1.02

註) No.1~No.12が共通項目, No.13~No.40が独自項目Bである。網掛けされている項目が最終的に採用された項目である。各基準を満たさなかった場合に下線を引いた。尺度平均値の正規性の検定は、p=0.61であった。仮尺度Bのα係数は0.94であった。標準偏差(Standard Deviation: SD), Assessment of Belief Conflict in Relationship-14 (ABCR-14), Classification and Assessment Occupational Dysfunction (CAOD), ABCR-14とCAODはピアソン相関係数を記載した。\*\* p<0.01, \* p<0.05, + p<0.10, α=識別力, B1~B5=困難度 (出典: 文献91表3 一部改変)

## 2. 手順2の結果

### 1) 対象者の属性

表3で示すように、本研究では、96の病院・施設・養成校に勤務する454名のOTから回答を得た（回答率69.8%）。

表3 対象者の基本属性

	仮尺度A実施者	仮尺度B実施者	全体
男性	87名	88名	175名
女性	141名	138名	279名
合計	228名	226名	454名
年齢	31.6±7.8年	31.3±8.2年	31.3±7.9年
経験年数	8.0±6.3年	8.0±6.7年	8.0±6.5年
身体障害	158名	163名	321名
精神障害	19名	19名	38名
発達障害	6名	5名	11名
老年期	22名	19名	41名
地域	6名	2名	8名
教育	12名	11名	23名
その他	5名	7名	12名

註) 所属は、身体障害の病院が55病院、精神障害の病院が10病院、発達障害の専門施設が4施設、老人保健施設が15施設、訪問看護ステーションが6施設、OTの養成校が4校であった。

(出典：文献91表1 一部改変)

### 2) 記述統計量の算出と正規性

表1, 2が示すように、仮尺度Aの項目28, 仮尺度Bの項目15, 18で床効果を認めた。正規性の検定では仮尺度A・Bの共通項目の9項目、独自項目Aの16項目、独自項目Bの13項目、計39項目で正規性を認めた。

### 3) 仮尺度A・Bの項目の妥当性

表1, 2が示すように、ポリシリアル相関分析では、共通項目、独自項目A・B全ての項目で0.2以上の相関を認めた ( $r = 0.20\sim 0.80$ )。ピアソン相関分析では、ABCR-14との相関は、仮尺度Aで10項目、仮尺度Bで2項目が基準を満たさなかった。CAODとの相関は、仮尺度Aでは30項

目, 仮尺度 B は 15 項目で基準を満たさなかった. 探索的カテゴリカル因子分析の因子負荷量は, 仮尺度 A で 2 項目, 仮尺度 B で 2 項目が基準を満たさなかった.

#### 4) 仮尺度 A・B の項目の信頼性

表 1, 2 が示すように, 仮尺度 A・B とともに $\omega$ 係数は 0.94 であった. IRT の識別力と困難度は, 仮尺度 A, 仮尺度 B とともに全項目で基準を満たした.

#### 5) 等化及びその確認

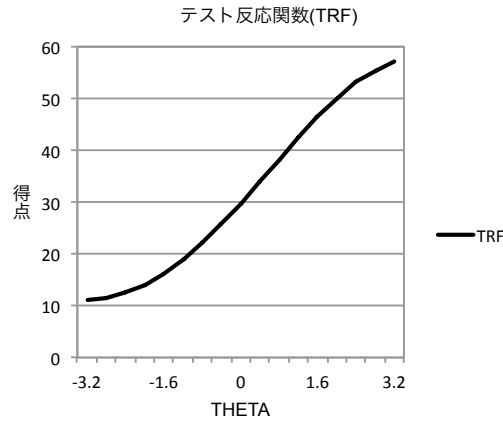
表 1 が示すように, 仮尺度 A では, 計 10 項目が全ての妥当性・信頼性の基準を満たした. 表 2 が示すように, 仮尺度 B では, 計 19 項目が全ての妥当性・信頼性の基準を満たした. 最終的な共通項目は, 困難度の高い項目 3, 4, 5 の 3 項目となった. 双方の困難度と識別力を参考に同水準になるように並べた. 仮尺度 A の項目 7, 10, 13, 14, 15, 16, 21, 仮尺度 B の項目 13, 16, 17, 21, 25, 34, 36 が採用された. なお, 共通項目の 7, 10 は最終的な独自項目として採用することになった. 図 3 が示すように, 等化尺度 ABCP-A, ABCP-B の基本統計量と, 重症値はおおよそ近似値を示した. TRF は ABCP-A で 10.8~57.0 点までに反応し, ABCP-B では, 11.0~57.1 点までに反応し, 線形はほぼ同一であった. TIF では, ABCP-A, ABCP-B とともに, 重症値が -1.2~2.4 で情報量が頂点の 6.1 になり, 測定精度が高くなった. 適合度は, ABCP-A, ABCP-B とともに, CLI が 1.00, TLI が 1.00, RMSEA が 0.00 で良好な適合度で情報量規準も同水準であった.

等化の確認は, 図 4 が示すように, ABCP-A, ABCP-B とともに適合度は, CLI が 1.00, TLI が 1.00, RMSEA が 0.00 と全て良好であり, 情報量規準も同水準であった. 探索的カテゴリカル因子分析による因子負荷量では, ABCP-A で 0.81~0.53 (累積寄与率 49.78), ABCP-B で 0.86~0.62 (累積寄与率 50.55) となり一次元性も確認された. 各項目の識別力と困難度も良好であった. 信頼性係数では, ABCP-A で 0.89, ABCP-B で 0.89 と良好な数値が示された.

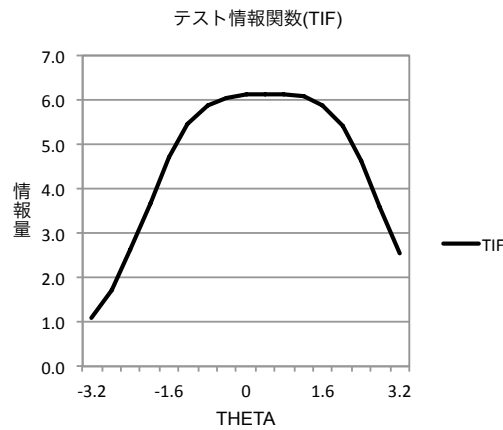


ABCP-Aの等化

尺度得点	
平均値(SD)	29.03±7.97
重症値	
平均値(SD)	-0.07±0.85
テスト適合度	
CFI	1.00
TLI	1.00
RMSEA	0.00
AIC	-957.35
CAIC	-5165.23
BIC	-4215.23

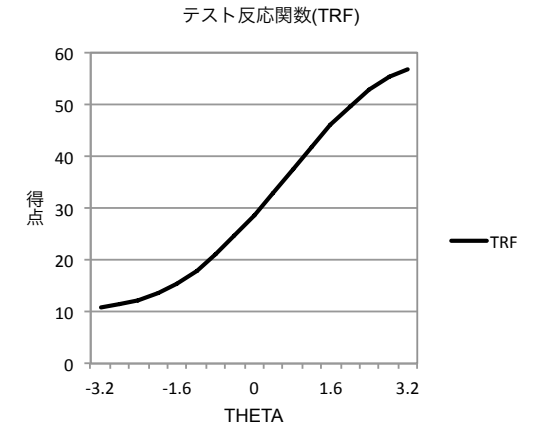


ABCP-Aは、仮尺度Bの共通項目(3, 4, 5)の項目母数と、仮尺度Aの独自項目(7, 10, 13, 14, 15, 16, 21)で等化した。TRFは10.8~57.0点までに反応し、TIFでは、重症値が-1.2~2.4で情報量が頂点の6.1になった。



ABCP-Bの等化

尺度得点	
平均値(SD)	28.19±8.63
重症値	
平均値(SD)	-0.05±0.92
テスト適合度	
CFI	1.00
TLI	1.00
RMSEA	0.00
AIC	-1121.57
CAIC	-5316.86
BIC	-4366.86



ABCP-Bは、仮尺度Aの共通項目(3, 4, 5)の項目母数と、仮尺度Bの独自項目(13, 16, 17, 21, 25, 34, 36)で等化した。TRFは、11.0~57.1点までに反応し、TIFでは、重症値が-1.2~2.4で情報量が頂点の6.1になった。

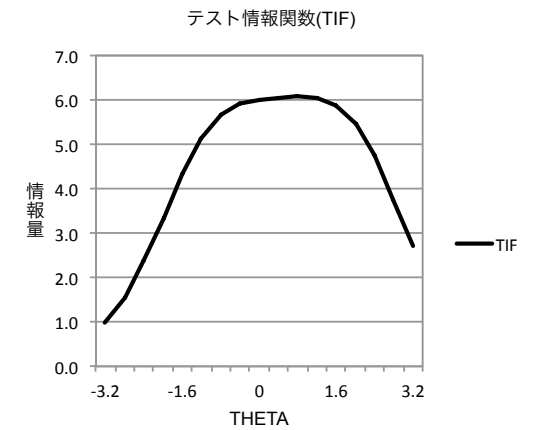


図3 ABCP-A・ABCP-Bの等化の検討

註) 標準偏差(Standard Deviation : SD), テスト反応関数 (Test Response Function:TRF), テスト情報関数 (Test Information Function:TIF), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), 赤池情報量基準(Akaike's Information Criterion : AIC), 一致赤池情報量基準 (Consistent Akaike's Information Criterion : CAIC), ベイズ情報量基準(Bayesian Information Criterion : BIC), 略語は図4も同様とした。(出典:文献91の図2 一部改変)

Assessment of Belief Conflict for Profession Test-A

No.	因子負荷量	$\alpha$	$\beta 1$	$\beta 2$	$\beta 3$	$\beta 4$	$\beta 5$
3	0.69	1.39	-1.38	-0.45	0.65	1.41	2.11
4	0.76	1.40	-1.44	-0.44	0.46	1.38	2.22
5	0.72	1.38	-1.44	-0.25	0.70	1.51	2.22
7	0.71	1.46	-1.09	-0.14	0.82	1.81	2.22
10	0.56	1.26	-1.70	-0.89	-0.21	0.74	1.47
13	0.71	1.45	-1.25	-0.38	0.56	1.33	1.81
14	0.81	1.51	-1.16	-0.29	0.56	1.36	1.87
15	0.80	1.55	-1.27	-0.39	0.46	1.54	1.81
16	0.81	1.51	-1.11	-0.41	0.47	1.28	1.94
21	0.54	1.11	-0.39	0.46	1.33	1.94	2.37

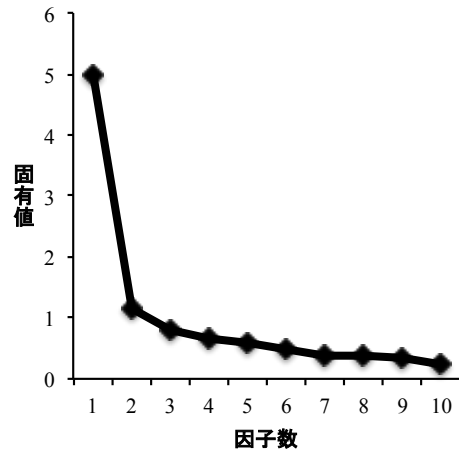
註) No.は仮尺度Aの項目で質問文は省略した。モデル適合度は、CFI=1.00, TLI=1.00, RMSEA=0.00であった。情報量基準は、AIC=-1053.90, CAIC=-5261.78, BIC=-4311.78であった。 $\omega$ 係数は、0.89であった。尺度平均値の正規性の検定は、p値=0.07であった。 $\alpha$ =識別力,  $\beta 1 \sim \beta 5$ =困難度

Assessment of Belief Conflict for Profession Test-B

No.	因子負荷量	$\alpha$	$\beta 1$	$\beta 2$	$\beta 3$	$\beta 4$	$\beta 5$
3	0.75	1.40	-1.37	-0.54	0.45	1.32	2.10
4	0.78	1.44	-1.29	-0.55	0.21	1.17	1.93
5	0.86	1.55	-1.21	-0.31	0.63	1.32	2.37
13	0.77	1.50	-1.12	-0.27	0.54	1.32	1.86
16	0.77	1.49	-0.55	-0.15	0.82	1.57	1.93
17	0.62	1.27	-1.10	-0.19	0.44	1.32	1.75
21	0.64	1.27	-0.69	-0.15	0.62	1.57	2.21
25	0.75	1.32	-1.14	-0.34	0.59	1.65	2.61
34	0.69	1.21	-1.04	-0.34	0.38	1.34	1.74
36	0.79	1.55	-1.02	-0.12	0.82	1.46	1.93

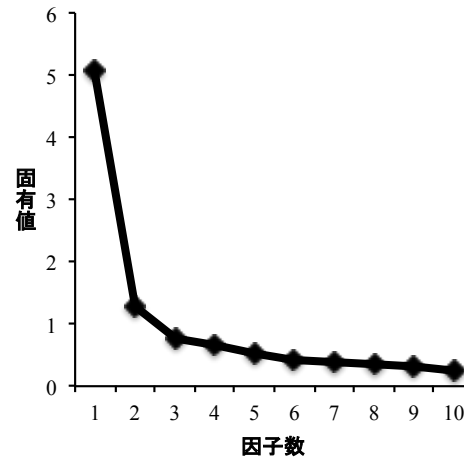
註) No.は仮尺度Bの項目で質問文は省略した。モデル適合度は、CFI=1.00, TLI=1.00, RMSEA=0.00であった。情報量基準は、AIC=-1120.35, CAIC=-5315.64, BIC=-4365.64であった。 $\omega$ 係数は、0.89であった。尺度平均値の正規性の検定は、p値=0.76であった。 $\alpha$ =識別力,  $\beta 1 \sim \beta 5$ =困難度

ABCP-Aのスクリープロット



註) 累積寄与率が49.78で一次元性が確認された。

ABCP-Bスクリープロット



註) 累積寄与率が50.55で一次元性が確認された。

図4 ABCP-A と ABCP-B 等化尺度の確認

註) (出典: 文献 91 図 3 一部改変)

## 第5節 考察

研究1では、OTの信念対立の状態の経時的変化を測定する等化尺度の開発を行った。その結果、1因子各10項目で構成されたABC-P-AとABC-P-BからなるABC-Pが完成した。以下にその論拠を述べる。

### 1. 対象の属性及びABC-Pの記述統計量と正規性

統計解析では安定した推定精度を維持するために200名以上の対象者数が必要になると考えられている<sup>89)</sup>。また、身体障害領域に属するOTが他の領域に属するOTより多かったが、仮尺度Aと仮尺度Bを実施した対象者がほぼ同様の所属領域から構成されており、本研究の目的に合致した対象者集団だと考えられる。そして、正規性の検定では、最終的に採用されたABC-P-Aの項目No.5, 13, 21, ABC-P-Bの項目No.16, 17, 21, 36が正規性を認めなかった。しかし、各項目の尖度・歪度では極端な値は認められず、尺度平均値の正規性の検定でも正規分布を認めた。また、天井効果・床効果も全項目で認めなかった。以上から、ABC-P-A, ABC-P-BともにMBPで生じる信念対立を適切に評価できる可能性を示唆する。

### 2. ABC-Pの妥当性と信頼性

妥当性は、ABC-P-AとABC-P-Bの全項目で基準を満たした。ABC-Pは、医療専門職のMBPで生じる信念対立を測定する項目としてその内容が妥当であると考えられる。また、ABC-R-14, CAODとの良好な相関を示したことから、他職種とのチームワークや作業機能障害との関連性のある項目の構成になったと考えられる。

信頼性では、ABC-P-AとABC-P-Bほぼ同水準の良好な $\omega$ 係数を示した。したがって、ABC-P-AとABC-P-Bともに、OTが経験する信念対立を測定する項目としての内的一貫性が保たれていると考えられる<sup>80,89)</sup>。また、IRTの識別力と困難度、モデル適合度の基準を満たしていた。加えて、TIF, TRFからもABC-P-A, ABC-P-Bが特性の似通った尺度であることが示唆される。以上から、ABC-Pの両尺度は、信頼性が高いというだけでなく、同水準の難易度と特性を備えた尺度であると考えられる<sup>80,81)</sup>。

### 3. 等化尺度としてのABC-Pの特性と活用の方向性

IRTで開発した等化尺度は、対象者を無作為抽出していなくても、得られた結果を一般化し、比較できるという特徴がある<sup>80,81)</sup>。ABC-Pで信念対立の重症値を推定すれば、重症値が+値であれば信念対立が平均より重度の状態にあり、-値であれば信念対立が平均より軽度の状態にある、と簡便に結果を解釈できる。また、ABC-P-AとABC-P-Bは、TRFがほぼ同じ線形を示し、TIFは両尺度とも重症値-1.2~2.4で最も精度が高くなっていた。これは、両尺度が対象者の属性に関係なく、

信念対立の重症値に対してほぼ同様に反応し、さらに-1.2~2.4の重症値の対象者に対して高い情報量を持つという同質の尺度特性を備えていると考えられる。これらのことから、ABCP-AとABCP-Bを用いてそれぞれの重症値を導出した場合、概ね同難易度と同特性の尺度であることから点数比較が行えると考えられる。そして、ABCP-AとABCP-Bは、10項目中7項目が異なる項目で構成されている。したがって、ある2時点の信念対立の状態を計測した場合、使用者の持ち越し効果を抑制でき、経時的変化を測定するのに適していると考えられる。医療専門職の多職種連携を促進するには、組織内の信念対立のマネジメントが重要である<sup>29,76)</sup>。ABCPは、信念対立の問題に介入した際に、効果検証の評価ツールとして活用できると考えられる。

#### 4. 研究1の課題と今後の展望

ABCPの重症値は、尺度に回答するだけでは推定することができない。重症値を推定するためには、IRTに特化した機能をもつ特定の統計ソフトウェアをダウンロードして使用する必要がある。そこで、ABCPの使用者は、筆者らが用意したwebサイト

([https://sites.google.com/site/kengokohiyama/abcp-testa\\_testb](https://sites.google.com/site/kengokohiyama/abcp-testa_testb))からABCPマニュアルをダウンロードし、その手順に沿って重症値を導出する必要がある。このように、重症値を推定するには、使用者の労力を必要とするため、その使用方法はさらに検討していかなければならないと考えられる。出来上がった尺度と使用マニュアルに関しては、資料3~5で示した。

#### 第6節 結論

研究1の目的は、OTのための信念対立の等化尺度を開発することであった。その結果として、3項目の共通項目と各7項目の独自項目で構成されるABCP-AとABCP-BからなるABCPが完成した。ABCP-AとABCP-Bは、同程度の尺度特性を担保した等化尺度である。そして、ABCPは、信念対立の重症値が導出でき、その結果を一般化して解釈できる。以上から、ABCPを活用することで、信念対立の状態の経時的変化を捉えることが可能になったと考えられる。

## 第2章 研究2：理論に根ざした実践で生じる信念対立と自己受容性との関連性

### 第1節 背景

研究1では、信念対立の経時的変化を測定できるようにするために、IRTの等化機能を活用してABC-P-AとABC-P-Bを開発した<sup>9)</sup>。両尺度は一部の共通項目以外を除いて異なる項目から構成されており、反復測定による推定精度の歪みを方法論上抑制することができ、結果を一般化することができるという利点をもっている。これによって、信念対立の対策の効果を定量的に評価できる基盤が整った。研究2では、研究1の成果を踏まえつつ、次の課題であるMBPで生じる信念対立と自己受容性との関連性を明らかにすることに取り組む。

作業療法は意味のある作業を通して健康と安寧を高めるものであり、それを実現するためにはMBPが重要になってくる<sup>5-11)</sup>。MBPとは、専門職が意図的に理論（アプローチ・モデル・コンセプト）を使って評価・介入を行うことである<sup>2,16)</sup>。クライアントへの質の高いMBPを実現するには、専門職同士がお互いの実践する理論を尊重し、良好な人間関係を構築する必要がある<sup>10,11,16)</sup>。なぜなら、MBPは専門職同士に葛藤や軋轢などの信念対立を生じさせるからである<sup>10,16)</sup>。

信念対立とは、疑義の余地なき確信（認識／行為）に齟齬が生じた時に起きる問題であり、怒りや不安などの様々なストレス反応がともなう<sup>20,21)</sup>。例えば、同職種であっても特定の理論の専門用語が理解できないと、何をしているか分からず、目標の共有ができなくなる<sup>10)</sup>。また、異なる理論で実践する専門職同士だと、お互いの専門性に配慮し、建設的な議論が展開されにくくなる<sup>16-18)</sup>。そして、特定のMBPが個人の権威付けに利用され、理論そのものへの批判的吟味ができにくくなる<sup>9)</sup>。そのうえで、専門職同士のMBPで生じる信念対立の状態が悪化すると、抑うつなどを引き起こす可能性を高める<sup>27,74,75)</sup>。つまり、信念対立は意見や価値観の衝突から感情問題まで包括した事象であると言える<sup>20,21)</sup>。

一方、良好な人間関係を構築する因子には、自己受容性があると指摘されている<sup>38-45)</sup>。自己受容性とは、「その時点」で「どの程度」の自己を受け入れるかといった状態ではなく、ありのままの自己を受け入れようとする「態度」や「姿勢」、またはその「過程」である<sup>42)</sup>。これまでに、板津<sup>43)</sup>の大学生を対象にした研究で、自己受容性が高いと他者への共感性も高くなる傾向にあることがわかっている。山田ら<sup>44)</sup>の大学生を対象にした研究では、自己受容性は自尊感情や社会的不安へ影響を与えることが報告されている。また、高井<sup>39)</sup>の18歳から88歳の男女1600名以上を対象にした調査研究では、社会的活動に積極的に関わっている人は、ありのままの自己を生きる姿勢を強くもっていることが示されている。これらから自己受容性は、心理的健康指標の1つと考えられる<sup>42)</sup>。

また、信念対立の対策に特化した理論である信念対立解明アプローチも異質な他者に対する寛容性の重要性を論証している<sup>20,21)</sup>。信念対立は考え方、感じ方が異なるために生じる問題であり、その背景には異質な他者への非寛容があるためである。それゆえ、信念対立を解消するためには、人

それぞれ考え方や感じ方が異なっているという共通理解可能性を担保することが求められる<sup>20,21)</sup>。信念対立解明アプローチは、原理的思考を基盤に、コミュニケーションスキル、感情調整スキルなどを実装した哲学的実践論として発展しつつある。感情調整スキルには、解明という考え方のルーツのひとつであり、感情調整で高い効果が確認されているマインドフルネスが導入されている。マインドフルネスはありのまま受け入れるという考え方であり、上述の自己受容性という考え方が中心に位置していると言える<sup>20,21,52)</sup>。それゆえ、信念対立と自己受容性の関係性を明らかにすることは極めて重要であると考えられる。

しかし、これまでに信念対立と自己受容性との関連性は未検討のままである。上記の議論を踏まえると、肯定的な人間関係を構築する要因である自己受容性と人間関係の問題である MBP で生じる信念対立とは関連が予測される<sup>44-46)</sup>。つまり、自己受容性が他者との考え方の違いを許容し、MBP で生じる信念対立の問題を低減・予防する因子として関与しているという仮説が成立すると考えられる。そして、自己受容性は医療専門職が信念対立に対処し、専門性の高い MBP を展開するうえで重要な役割を果たすと考えられる。

信念対立と自己受容性との関連性を検討するためには、MBP で生じる信念対立の実態調査に適した尺度を開発する必要がある。研究 1 の ABCP は、信念対立に対する介入効果の検証での使用を前提に、質問項目が各 10 項目と少数項目で構成されており、調査研究で使用するには信頼性の低下が懸念される。また、ABCR-14 は横断的な調査研究に適した作りになっているものの、これは多職種連携で生じる信念対立の測定が目的であり、MBP で生じる信念対立とは異なる問題に焦点化している<sup>36)</sup>。これらから、MBP で生じる信念対立と自己受容性の関連を検討するためにはまず、研究 1 で開発した ABCP よりも項目数の多い、より MBP で生じる信念対立を精緻に捉えることができる尺度を開発する必要があると考えられる。

## 第 2 節 目的

本研究の目的は、MBP で生じる信念対立と自己受容性との関連性を明らかにすることであった。この目的を達成するために、本研究では、第一の目的として専門職の MBP で生じる信念対立を横断的に測定する評価尺度を開発すること、第二の目的として研究 2 で開発した信念対立尺度と自己受容性の関係を明らかにすること、を設定した。本研究の意義は、専門職が MBP で生じる信念対立に対処する際の具体的な対策を講ずる一助になることであった。

## 第 3 節 方法

### 1. 倫理的配慮

研究 2 は、吉備国際大学倫理審査委員会の承認後に実施した（承認番号 15-47）。研究依頼施設の

作業療法部門の責任者へ書面で、本研究の①目的、②手順、③参加の自由、④調査結果の論文化の4点を説明し、同意が得られた場合に、調査用紙に回答してもらった。

## 2. 研究デザイン

本研究は、手順1と手順2で構成した。手順1では仮尺度を作成し、MBPで生じる信念対立を測定する評価尺度を開発した。手順2では、手順1で開発した尺度を用いてMBPで生じる信念対立と自己受容性との関連性を検証する横断研究を実施した。

## 3. 統計ソフトウェア

研究2では、記述統計量の分析と因子分析にHAD15.8 (<http://norimune.net/had>)、構造方程式モデリングにはMplus7.3 (<https://www.statmodel.com/>)、IRTの解析には、Exametrika 5.3 (<http://antlers.rd.dnc.ac.jp/~shojima/exmk/jindex.htm>)、カットオフ値の算出には、SPSS Statistics 23 (<https://www-01.ibm.com/software/jp/marketplace/spss/stat.html>)を用いた<sup>77-79</sup>。

## 4. 手順1

### 1) 目的

目的は、医療専門職のMBPで生じる信念対立を調査するための評価尺度を開発することであった。

### 2) 仮尺度作成

前述の通り研究者は、MBPで生じる信念対立を経験したOTを対象にした質的研究を行った<sup>16</sup>。そのインタビューデータを元に仮尺度を作成した。内容妥当性の検証は研究1と同様であった。仮尺度は40項目で、MBPで生じる信念対立を1因子で捉えると仮定し、評価は、「まったくそう思わない(1点)」から「とてもそう思う(6点)」の6件法とした。

### 3) 調査用紙

調査用紙は、フェイスシート(性別、年齢、経験年数、所属領域)、作成したMBPで生じる信念対立を測定する仮尺度とABC-R-14、CAODの4つを使用した<sup>36,86</sup>。ABC-R-14とCAODを調査用紙に加えたのは、研究1と同様に信念対立と作業機能障害の関連性がこれまでに報告されているからであった<sup>26,27</sup>。

#### 4) 対象

手順1の調査では、80施設320名のOTに調査用紙を配布した。

#### 5) 統計解析

手順1の統計解析では、各項目の記述統計量と正規性、各項目の信頼性と妥当性の検証をした後、作成した尺度の一次元性とモデル適合度を確認した。そして、完成した尺度の信頼性を検証し、カットオフ値を算出した<sup>83)</sup>。

##### (1) 記述統計量と正規性の検定

各項目のデータの偏りを検証するために、仮尺度の各項目の平均値と標準偏差から天井効果と床効果を算出し、正規性の検定（ジャックベラ検定）を行った<sup>83)</sup>。正規性は、 $p$ 値0.05以上を基準にした<sup>83)</sup>。

##### (2) 仮尺度の項目の信頼性と妥当性の検証

仮尺度の項目の信頼性は、IRTの識別力と困難度で検証した<sup>80,81)</sup>。項目の取り込み基準は、研究1と同様とした<sup>80,81)</sup>。仮尺度の項目の妥当性は、ピアソンの相関分析と項目得点多列相関分析で検証した<sup>80,81)</sup>。ピアソンの相関分析では、仮尺度の各項目の尺度値と、ABCR-14とCAODの合計得点との関連を推定した。項目得点多列相関分析とは、各項目が測定しようとする対象との類似性を相関係数で算出し、その妥当性を示す手続きである<sup>80)</sup>。項目得点多列相関分析では、仮尺度の合計得点と各項目との関連を推定した。項目の取り込み基準はいずれも相関係数0.2以上とした<sup>80,81)</sup>。

##### (3) 本尺度の妥当性の検証

本研究で設定した信頼性と妥当性の基準を満たした項目で作成した本尺度は、一因子モデルとしてその妥当性を検証した。まず、探索的カテゴリカル因子分析のスクリープロットで因子寄与率を確認した。推定法には、重み付き最小二乗法を用いた<sup>78,79)</sup>。基準は、累積寄与率が20%以上とした<sup>82)</sup>。そして、作成した尺度のモデル適合度を確認した。適合度指標には、研究1と同様にCFI、TLI、RMSEAを採用した。基準値は、研究1と同様とした<sup>80,81)</sup>。

##### (4) 本尺度の信頼性の検証

作成した本尺度の信頼性を検討するために、 $\omega$ 係数で内的一貫性を検証した。本研究の基準は、 $\omega$ 係数0.7以上とした<sup>87,88)</sup>。



## (5) カットオフ値の算出

カットオフ値は、ABC-R-14 のカットオフ値 58 点を参考に算出した<sup>36)</sup>。対象者を ABC-R-14 が 58 点以上の群と 58 点未満の群に分類した後、感度と特異度を ROC 曲線で推定し、カットオフ値を設定した。本研究では、曲線下の面積 (Area Under Curve ; 以下, AUC) が 0.7 以上をカットオフ値の基準にした<sup>83)</sup>。

## 5. 手順 2

### 1) 目的

目的は、MBP で生じる信念対立と自己受容性の関連性を明らかにすることだった。

### 2) 調査用紙

手順 2 では、フェイスシート、手順 1 で開発した MBP で生じる信念対立を測定する尺度、板津<sup>38,93)</sup>の自己受容尺度短縮版 (Self Acceptance Scale Shorted Version ; 以下, SASSV) を用いた。SASSV は、自己受容性を「生き方」、「他者との関わり方」、「情緒不安定でないこと」、「自信・自己信頼に欠けていないこと」、「自分自信への満足感」の 5 項目の各 25 点満点で構成する。SASSV は、大学生を対象にした研究で信頼性・妥当性が検証されている<sup>38,43)</sup>。SASSV の評定は、「そう思う (5 点)」から「そう思わない (1 点)」までの 5 件法である。

### 3) 対象

手順 2 は、104 施設 500 名の OT に調査用紙を配布した。

### 4) 統計解析

手順 2 の統計解析では、手順 1 で開発した尺度項目の記述統計量と正規性、各項目の信頼性・妥当性を検証し、開発した尺度の各項目が、対象者が変化しても信頼性・妥当性を担保した結果が得られるのかを検証した。その後、SASSV の各項目の記述統計量と正規性、各項目の信頼性と妥当性、尺度の適合度を検証した。最後に、自己受容性が MBP で生じる信念対立を低減するという仮説モデルを構造方程式モデリングで検証した。板津<sup>38)</sup>、山田ら<sup>41)</sup>は、自己受容性尺度の各因子を足しあわせて、それを自己受容性として扱うのではなく、各因子間のバランスを考慮するために、必要に応じて各側面を観測変数にして自己受容性を解釈した。これは、研究者間で一貫した解釈が難しい自己受容性を、柔軟に解釈できるからである<sup>42)</sup>。本研究も、その考え方に準拠し、SASSV を自己受容性の測定に用い、尺度の 5 項目の各合計得点を観測変数として扱うこととした。

#### (1) 使用する尺度の記述統計量と正規性の検定

開発した尺度と SASSV の各項目の偏りを検証するために、各項目の平均値、標準偏差、天井効果と床効果、正規性の検定（ジャックベラ検定）を検証した。正規性は、 $p$  値 0.05 以上を基準にした<sup>83)</sup>。

#### (2) 使用する尺度の信頼性の検証

開発した尺度と SASSV の各項目の信頼性は IRT の識別力と困難度で確認した。そして、各尺度の内的一貫性は $\omega$ 係数で検証した。信頼性の各基準は全て手順 1 と同様とした<sup>80,81)</sup>。

#### (3) 使用する尺度の妥当性の検証

開発した尺度の各項目 SASSV の妥当性は、項目得点多列相関分析で検証した。これは、測定したい因子と各項目の関連を検証できるため、尺度の妥当性の検証に用いることができるからである<sup>83)</sup>。基準は相関係数 0.2 以上とした<sup>83)</sup>。

#### (4) 仮説モデルの検証

本研究では、図 5 で示すように、自己受容性によって信念対立が低減するという仮説モデルを作成した。そして、信念対立に対する個人の特性を考慮するためにモデルに年齢と経験年数を追加した。これは、原田<sup>94)</sup>の研究で病院勤務の若年層と高齢層の OT のストレス反応が高いことと、京極<sup>27)</sup>の研究で 10 年目以上の医療専門職の信念対立が高い状態にあることが報告されているからであった。一方で、自己受容性に関しては、医療従事者に対象を限定した調査研究はなかった<sup>38-45)</sup>。今回は、現状で関連が推定される信念対立に対してのみ年齢と経験年数のパスを追加した。推定法には、ロバスト最尤法を採用した<sup>78,79)</sup>。本研究では、適合度でデータに対する仮説モデルの妥当性を確認した。適合度指標には、CFI, TLI, RMSEA を採用した。基準値は手順 1 と同様とした<sup>80,81)</sup>。また、それぞれのパスに対してパス係数と 95%信頼区間 (Confidence Interval ; 以下, CI) を算出した<sup>79)</sup>。年齢・経験年数の追加前, 追加後のモデルの比較は、情報量規準で検討することにした。情報量規準には、AIC, BIC を採用した。情報量規準は、相対評価であり、数値が低いほど良いモデルであるとされる<sup>80,81)</sup>。本研究では、最終的に適合度と情報量規準がもっとも良好なモデルを採用した。

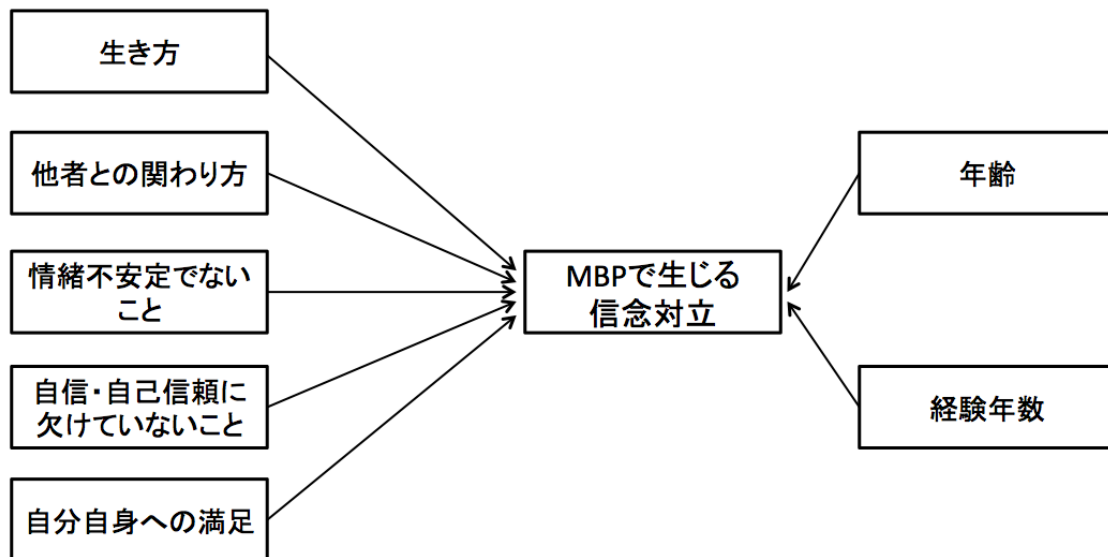


図5 研究2の仮説モデル

註) (出典：文献95の図1 一部改変)

#### 第4節 結果

##### 1. 手順1の結果

###### 1) 対象者

回答のあった226名を対象にした。回答率は、70.6%であった。詳細は、表4で示した。

表 4 研究 2 の対象作業療法士の属性

	手順1	手順2
男性	88名	151名
女性	138名	211名
合計	226名	362名
年齢	31.3±8.2年	30.2±7.2年
経験年数	8.0±6.7年	7.6±6.1年
身体障害	163名	285名
精神障害	19名	10名
発達障害	5名	12名
老年期	19名	26名
地域	2名	6名
教育	11名	7名
その他	7名	16名

註) (出典：文献 95 の表 1 一部改変)

## 2) 仮尺度の記述統計量と正規性

仮尺度の 17 項目で正規性を認めなかった。しかしながら、仮尺度の全項目で天井・床効果を認めなかった。記述統計量と正規性の検定では、除外項目はなかった。

## 3) 仮尺度の項目の信頼性と妥当性

表 5 が示すように、信頼性を検証した IRT の識別力と困難度は、全項目で基準を満たした。妥当性を検証した ABCR-14 と CAOD とのピアソン相関分析と項目得点多列相関分析では、基準を満たさなかった 21 項目が除外項目になった。残った 19 項目で構成された尺度は、Assessment of Belief Conflict for Profession-19 (以下、ABCP-19) と名付けた。

表5 研究2の手順1のABCP-19の分析結果

No.	質問項目	平均値(SD)	天井効果	床効果	p値	ABCR-14	CAOD	項目得点多列相関	$\alpha$	$\beta_1$	$\beta_2$	$\beta_3$	$\beta_4$	$\beta_5$
1	特に理由がないのに方法を批判されていると思うことがある	3.06±1.12	4.18	1.94	0.58	0.46 **	0.43 **	0.67	1.13	-1.37	-0.54	0.45	1.32	2.10
2	自分の実践が理解してもらえないことに対してむなしさを感じる	3.17±1.21	4.39	1.96	0.39	0.57 **	0.45 **	0.66	1.21	-1.29	-0.55	0.21	1.17	1.93
3	自分の実践に対して間違っただけを貼られていると感じることがある	2.88±1.14	4.02	1.74	0.14	0.58 **	0.47 **	0.74	1.30	-1.21	-0.31	0.63	1.32	2.37
4	他の人に自分の実践がわかってももらえないことへの怒りを感じる	2.71±1.10	3.81	1.61	0.12	0.53 **	0.42 **	0.70	1.22	-1.06	-0.19	0.81	1.57	2.37
5	他の人の実践をみて自分が患者ならその方法ではやって欲しくないと思う	3.38±1.27	4.64	2.11	0.43	0.37 **	0.26 **	0.55	1.11	-1.43	-0.66	0.03	0.99	1.57
6	実践の考え方が違う人が何が言いたいかわからなくなる	2.82±1.09	3.91	1.72	0.37	0.38 **	0.29 **	0.74	1.44	-1.16	-0.29	0.65	1.65	2.21
7	実践の考え方が違う人に冷やかな態度をされたと感じることがある	2.90±1.23	4.13	1.67	0.05	0.47 **	0.35 **	0.69	1.27	-1.12	-0.27	0.54	1.32	1.86
8	実践の考え方が違う人から小馬鹿にされたと感じることがある	2.44±1.28	3.72	1.16	<u>0.00</u>	0.49 **	0.32 **	0.70	1.25	-0.55	0.15	0.82	1.57	1.93
9	実践の考え方が違う人が何がやりたいのか理解できなと感じることがある	2.91±1.28	4.19	1.63	<u>0.02</u>	0.38 **	0.25 **	0.73	1.32	-1.10	-0.19	0.44	1.32	1.75
10	実践に対する考え方の違いから職場を退職しようと思うことがある	2.54±1.26	3.80	1.28	<u>0.00</u>	0.48 **	0.46 **	0.47	0.99	-0.69	0.15	0.62	1.57	2.21
11	治療方法について実践の考え方が違う人に相談しても結局はわかりあえないと思う	2.77±1.07	3.84	1.70	0.24	0.42 **	0.28 **	0.59	1.09	-1.12	-0.24	0.63	1.80	2.61
12	他の人の実践をみて違和感がある	2.84±1.08	3.93	1.76	0.32	0.41 **	0.25 **	0.76	1.45	-1.14	-0.34	0.59	1.65	2.61
13	実践の考え方の違いから周囲の人に対して阻害感を感じる	2.50±1.05	3.56	1.45	<u>0.03</u>	0.52 **	0.42 **	0.71	1.32	-0.89	0.02	0.99	1.93	2.37
14	他の人からの自分の実践に対しての評価が低いと感じる	2.80±1.08	3.88	1.72	0.07	0.37 **	0.25 **	0.51	0.90	-1.14	-0.39	0.88	1.46	2.21
15	他の人の実践に対してわけがわからないと感じることがある	3.01±1.13	4.14	1.88	0.35	0.36 **	0.28 **	0.75	1.39	-1.28	-0.51	0.51	1.43	1.93
16	他の人の実践に対して実践としての意味は無いと感じる	2.32±0.96	3.28	1.36	<u>0.02</u>	0.32 **	0.22 **	0.64	1.18	-0.77	0.14	1.43	2.21	2.61
17	他の人の実践をみてクライアントが可哀想だと感じる	2.97±1.18	4.25	1.69	0.18	0.34 **	0.26 **	0.72	1.34	-1.04	-0.34	0.38	1.34	1.74
18	自分の信じているものを否定されたと感じることがある	2.70±1.18	3.88	1.53	<u>0.00</u>	0.51 **	0.43 **	0.74	1.36	-1.02	-0.12	0.82	1.46	1.93
19	自分の実践が他の人に誤解されていると思う	2.39±0.96	3.35	1.43	<u>0.00</u>	0.44 **	0.35 **	0.71	1.29	-0.88	0.07	1.40	2.00	2.37

註) Assessment of Belief Conflict for Profession-19 (ABCP-19), No.1~No.19 が最終的に採用された項目である。正規性を満たさなかった場合に下線を引いた。標準偏差 (Standard Deviation : SD), Assessment of Belief Conflict in Relationship-14 (ABCR-14), 作業機能障害の評価と種類 (Classification and Assessment of Occupational Dysfunction : CAOD), \*\* p < 0.01,  $\alpha$ =識別力,  $\beta_1$ ~ $\beta_5$ =困難度 (出典: 文献 95 表 3 一部改変)

#### 4) ABCP-19 の妥当性

ABCP-19 の探索的カテゴリカル因子分析のスクリープロットの第一因子への累積寄与率は、43.47%で尺度の一次元性が担保された。スクリープロットは図 6 に示す。ABCP-19 のモデル適合度は、CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = 0.00 と非常に良好であった。

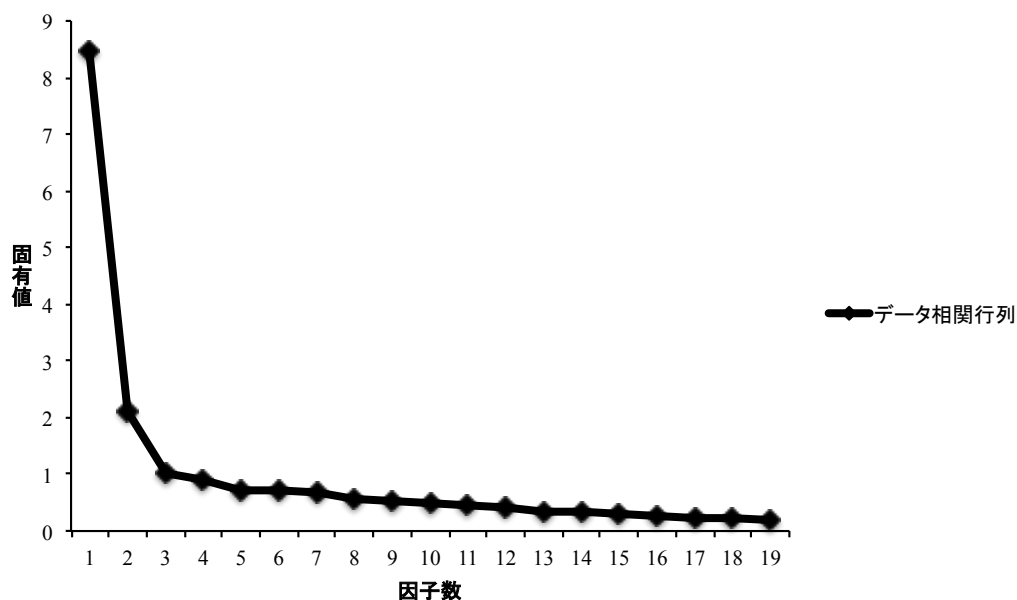


図 6 ABCP-19 のスクリープロット

#### 5) ABCP-19 の信頼性

ABCP-19 の内的一貫性は $\omega$ 係数 0.87 で基準を満たした。

#### 6) ABCP-19 のカットオフ値の算出

感度が 0.98, 特異度が 0.76, AUC が 0.77 で基準を満たし, ABCP-19 のカットオフ値は, 40 点になった。ROC 曲線は図 7 で示した。

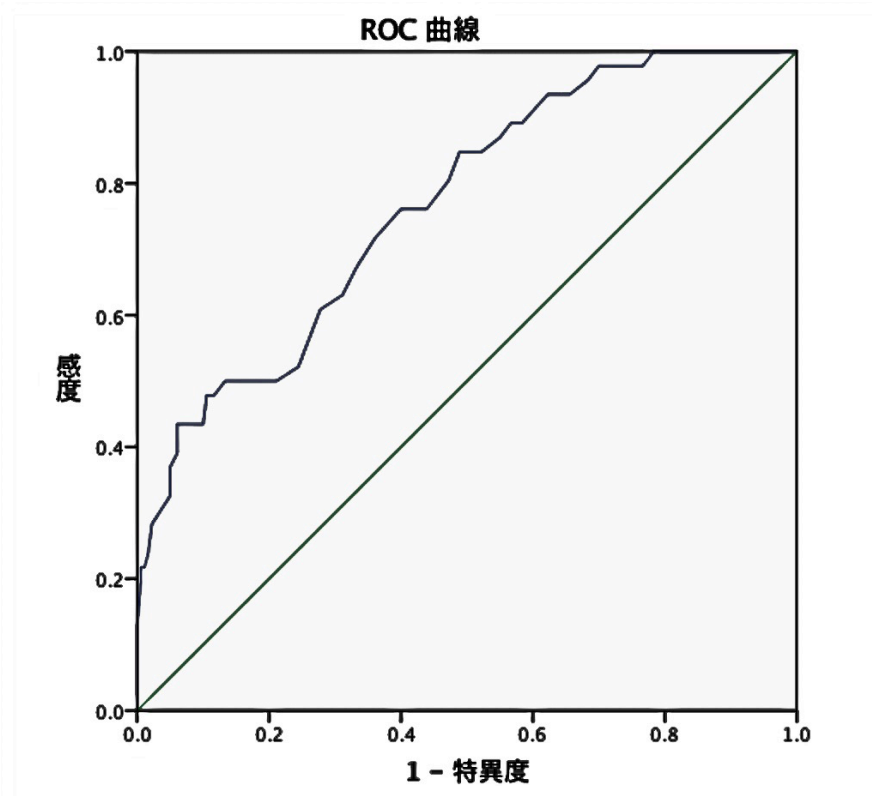


図7 ABCP-19のROC曲線

## 2. 手順2の結果

### 1) 対象者

回答のあった362名を対象にした。回答率は、72.4%であった。詳細は、表4で示した。

### 2) ABCP-19の記述統計量

表6が示すように、ABCP-19の10項目で正規性を認めなかった。しかし、天井効果・床効果は、全ての項目で認められなかった。

### 3) ABCP-19の各項目の信頼性

表6が示すように、ABCP-19のIRTの困難度は全項目で基準を満たした。また、識別力も全項目で基準を満たした。ABCP-19の $\omega$ 係数は0.87で基準を満たした。

### 4) ABCP-19の各項目の妥当性

表6で示すように、ABCP-19の全項目で本研究の項目得点多列相関分析の基準を満たした。

表6 手順2の対象者でのABCP-19の信頼性と妥当性

No.	平均値 (SD)	天井効果	床効果	p値	項目得点多列相関	$\alpha$	$\beta 1$	$\beta 2$	$\beta 3$	$\beta 4$	$\beta 5$
1	3.13(±1.07)	4.20	2.06	0.35	0.58	1.05	-1.57	-0.60	0.40	1.33	2.07
2	3.23(±1.08)	4.34	2.19	0.38	0.56	1.22	-1.67	-0.75	0.30	1.09	2.29
3	2.96(±0.99)	3.95	1.97	0.02	0.66	1.25	-1.52	-0.54	0.70	1.52	2.29
4	2.74(±1.04)	3.78	1.71	0.04	0.70	1.29	-1.25	-0.17	0.78	1.62	2.77
5	3.33(±1.12)	4.45	2.21	0.66	0.65	1.20	-1.57	-0.76	0.11	1.14	1.96
6	2.92(±1.06)	3.98	1.86	0.48	0.74	1.40	-1.28	-0.43	0.59	1.52	2.54
7	2.76(±1.06)	3.82	1.70	0.18	0.70	1.35	-1.15	-0.26	0.77	1.65	2.39
8	3.09(±1.06)	4.15	2.03	0.21	0.66	1.32	-1.54	-0.53	0.37	1.37	2.54
9	2.58(±1.23)	3.81	1.35	0.00	0.70	1.29	-0.78	0.03	0.80	1.44	2.13
10	2.88(±1.14)	4.02	1.74	0.00	0.63	1.18	-1.34	-0.23	0.62	1.37	2.01
11	2.98(±1.01)	3.99	1.96	0.62	0.74	1.42	-1.48	-0.48	0.52	1.65	2.29
12	2.53(±0.93)	3.47	1.60	0.00	0.79	1.48	-1.12	-0.05	1.24	2.10	2.54
13	2.79(±0.90)	3.69	1.89	0.00	0.63	1.13	-1.48	-0.39	0.97	1.92	2.40
14	2.86(±1.01)	3.87	1.84	0.04	0.78	1.44	-1.46	-0.30	0.71	1.55	2.54
15	2.47(±0.96)	3.43	1.50	0.04	0.72	1.37	-0.99	0.07	1.11	2.01	
16	2.89(±1.10)	3.99	1.79	0.22	0.66	1.34	-1.23	-0.35	0.58	1.48	2.40
17	2.78(±1.00)	3.78	1.77	0.17	0.75	1.42	-1.29	-0.27	0.79	1.70	2.54
18	2.75(±1.03)	3.78	1.72	0.00	0.79	1.49	-1.28	-0.21	0.82	1.73	2.20
19	2.63(±0.95)	3.57	1.68	0.00	0.78	1.46	-1.30	-0.13	1.14	1.92	2.14

註) Assessment of Belief Conflict for Profession-19 (ABCP-19), 質問文は省略した。標準偏差 (Standard Deviation : SD),  $\alpha$ =識別力,  $\beta 1$ ~ $\beta 5$ =困難度, 正規性を満たさなかった場合に下線を引いた。(出典 : 文献 95 表 4 一部改変)



## 5) SASSV の記述統計量と正規性

表 7 が示すように、SASSV の 17 項目で正規性を認めなかった。しかし、天井効果・床効果は、全ての項目で認められなかった。

## 6) SASSV の信頼性と妥当性

表 7 が示すように、信頼性では、SASSV の IRT の困難度はすべて基準値を満たした。しかし識別力は、9 項目で 0.2~2.0 以内の基準を外れた（項目 3, 4, 7, 12, 14, 15, 19, 20, 23）。妥当性では、項目得点多列相関で 2 項目が相関係数 0.2 の基準を満たさなかった（項目 4, 12）。また、SASSV の  $\omega$  係数は 0.69 であった。

表 7 SASSV の信頼性と妥当性

No.	平均値	標準偏差	天井効果	床効果	正規性	$\alpha$	$\beta 1$	$\beta 2$	$\beta 3$	$\beta 4$	項目得点多列相関
1	3.67	0.86	4.54	2.81	<u>0.00</u>	0.66	-3.07	-1.47	-0.47	1.29	0.48
2	3.75	0.97	4.72	2.78	<u>0.00</u>	0.62	-2.91	-1.31	-0.48	0.88	0.54
3	3.29	0.91	4.20	2.38	0.05	<u>0.16</u>	-2.40	-0.80	0.14	1.50	0.37
4	3.26	0.91	4.17	2.34	<u>0.02</u>	<u>0.02</u>	-2.04	-0.80	0.15	1.67	<u>-0.10</u>
5	2.91	0.99	3.90	1.92	0.20	0.82	-1.75	-0.62	0.71	2.29	0.59
6	2.88	0.90	3.78	1.98	0.76	0.68	-1.94	-0.52	0.87	2.26	0.46
7	3.11	1.14	4.24	1.97	<u>0.00</u>	<u>0.17</u>	-1.53	-0.40	0.20	1.24	0.42
8	3.03	1.04	4.08	1.99	<u>0.03</u>	0.72	-1.76	-0.58	0.41	1.90	0.50
9	2.92	0.99	3.91	1.93	<u>0.01</u>	0.48	-1.88	-0.31	0.51	1.90	0.34
10	2.61	0.99	3.60	1.62	<u>0.04</u>	0.54	-1.25	-0.15	0.92	2.51	0.38
11	3.45	0.80	4.26	2.65	0.23	0.71	-3.13	-1.50	0.02	1.79	0.52
12	3.32	0.93	4.25	2.39	<u>0.01</u>	<u>0.01</u>	-2.04	-0.85	0.06	1.53	<u>-0.15</u>
13	3.17	0.90	4.08	2.27	0.14	0.63	-2.37	-0.87	0.32	1.99	0.46
14	3.18	1.01	4.19	2.18	<u>0.00</u>	<u>0.06</u>	-2.04	-0.53	0.17	1.46	0.38
15	3.18	1.01	4.19	2.17	<u>0.03</u>	<u>0.15</u>	-1.87	-0.60	0.21	1.41	0.36
16	3.79	1.09	4.88	2.70	<u>0.00</u>	0.44	-2.07	-1.17	-0.44	0.56	0.48
17	3.26	0.92	4.18	2.35	0.29	0.81	-2.53	-1.09	0.29	1.85	0.47
18	3.10	0.90	4.00	2.20	0.45	0.94	-2.48	-0.91	0.56	2.31	0.55
19	3.04	1.01	4.05	2.04	<u>0.03</u>	<u>0.05</u>	-1.78	-0.44	0.36	1.53	0.34
20	2.35	0.92	3.27	1.43	<u>0.00</u>	<u>0.02</u>	-0.96	0.26	1.18	2.49	2.39
21	3.17	0.91	4.08	2.25	<u>0.04</u>	0.78	-2.45	-0.90	0.29	2.21	0.45
22	3.46	0.83	4.30	2.63	<u>0.00</u>	0.53	-2.30	-1.35	-0.17	1.92	0.49
23	3.58	0.94	4.52	2.65	<u>0.00</u>	<u>0.10</u>	-2.41	-1.11	-0.20	1.02	0.30
24	2.99	0.97	3.96	2.01	<u>0.02</u>	0.22	-1.98	-0.43	0.53	1.54	0.30
25	2.83	0.91	3.75	1.92	0.53	0.52	-1.65	-0.46	0.79	2.33	0.45

註) Self Acceptance Scale Shorted Version (SASSV), No.1, 6, 11, 16, 21 が「生き方」、2, 7, 12, 17, 22 が「他者との関わり方」、3, 8, 13, 18, 23 が「情緒不安定でないこと」、4, 9, 14, 19, 24 が「自信・自己信頼に欠けていないこと」、5, 10, 15, 20, 25 が「自分自身への満足」である。 $\alpha$ =識別力、 $\beta 1$ ~ $\beta 5$ =困難度、基準を満たさなかった場合に下線を引いた。

## 7) 仮説モデルの検証

図 8 で示すように、仮説モデルの適合度は、CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = 0.00 であった。年齢と経験年数をモデルに追加すると、適合度が良好 (CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = 0.00) なままで情報量規準は AIC が 2874.15 から 2797.77, BIC が 2901.39 から 2832.54 へと改善した

ため、年齢と経験年数を追加したモデルを採用した。SASSV の各因子から信念対立に引いたパス係数は、「生き方」は 0.43, 95%CI [-0.12; 0.99], 「他者との関わり方」は -0.85, 95%CI [-1.51; -0.19], 「情緒不安定でないこと」は -0.47, 95%CI [-0.90; -0.05], 「自信・自己信頼に欠けていないこと」は 0.51, 95%CI [-0.26; 1.30], 「自分自身への満足」は -0.17, 95%CI [-0.71; 0.36], 年齢は -0.07, 95%CI [-0.71; 0.36], 経験年数は 0.18, 95%CI [-0.46; 0.83]であった。

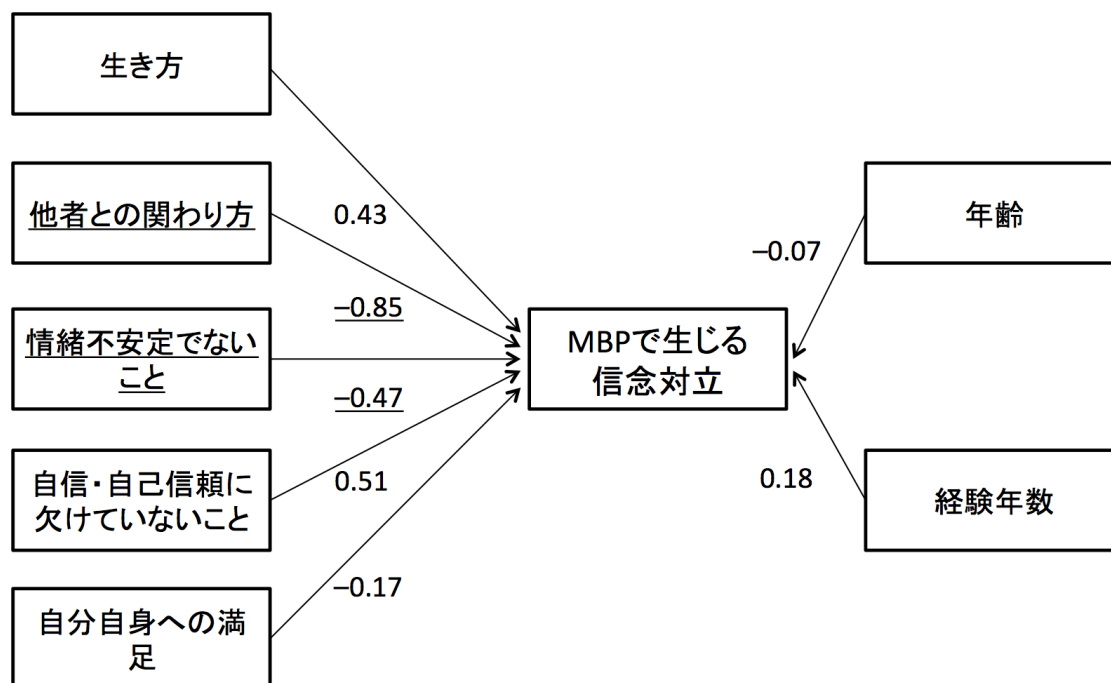


図 8 構造方程式モデルの結果

註) Comparative Fit Index =1.00, Tucker-Lewis Index =1.00, Root Mean Square Error of Approximation =0.00, Akaike's Information Criterion =2797.77, Bayesian Information Criterion =2832.54 95%信頼区間で 0 を超えなかったものに下線を引いた。(文献 95 図 2 一部改変)

## 第 5 節 考察

研究 2 では、手順 1 で信頼性と妥当性を担保した ABCP-19 を開発した。手順 2 で ABCP-19 の再現性と SASSV の信頼性と妥当性を確認した後、MBP で生じる信念対立と自己受容性との関連性を明らかにした。以下に、その論拠を述べる。

### 1. ABCP-19 の信頼性と妥当性

ABCP-19 に採用した各項目はデータの偏りが少なく、設定した全ての信頼性・妥当性の基準を

満たした。そして、ABCP-19は、尺度の一次元性が担保され、モデル適合度が非常に良好で、尺度全体の信頼性も高かった。以上のことから、ABCP-19の各項目は適切にMBPで生じる信念対立を調査できると考えられる。そして、ABCP-19はIRTの識別力と困難度の結果が良好であったことから、尺度として多くの専門職に妥当する適切な難易度で構成されていると考えられる<sup>80,81)</sup>。またABCP-19は、尺度全体で専門職のMBP生じる信念対立という1つの因子を的確に捉えていると考えられる。加えて、カットオフ値が設定されたことで、MBPで生じる信念対立の有無を簡便に評価することが出来ると考えられる。

また手順2では、ABCP-19の各項目の信頼性・妥当性を再検証したが、概ね手順1と同様の結果が得られた。手順2では、身体障害領域に所属するOTが多く、対象者の属性に偏りがあると考えられる。しかしながら、ABCP-19の各項目の識別力と困難度が概ね良好であったことから、ABCP-19は、測定する対象者の属性が変化しても、その結果が大きく影響を受けない頑健性の高い尺度だと考えられる<sup>80,81)</sup>。

## 2. SASSVの信頼性と妥当性

SASSVは一部の項目で測定精度に問題があり、それが仮説モデルに影響及ぼした可能性は否定できない。IRTの結果を見ると、SASSVの側面のうち、「他者との関わり方」で2項目、「情緒不安定でないこと」で2項目、「自信・自己信頼に欠けていないこと」で3項目、「自分自身への満足」で2項目が識別力の基準を満たしておらず、内的一貫性の値もやや低かった。このような結果になった理由として、サンプリングエラー、尺度の信頼性の問題などが考えられる。しかし、それ以外は全項目で天井効果、床効果を認めず、困難度も全項目で良好な結果であった。尺度特性は複数の妥当性、信頼性の結果から判断する必要がある。SASSVは十分な信頼性と妥当性を担保しているとは言い切れないが、統計手法によって結果が一貫しておらず、明確に否定できるほどの問題があるわけではないと考えられる。また、本研究では仮説モデルの検証を合計得点で行っており、個々の項目の識別力などの個性の影響を受けにくいものになっていると考えられる。

## 3. MBPで生じる信念対立と自己受容性との関連性

研究2では、良好な適合度を備えたMBPで生じる信念対立と自己受容性のモデルを構築することができた。したがって、設定した仮説に対して得られたデータの当てはまりが良いと推察される。本研究で用いたSASSVが設定した自己受容性の側面のうち、「他者との関わり方」がもっとも信念対立の低減に影響を与えると考えられる。これは、従来の先行研究を踏襲し<sup>38,39)</sup>、自己受容性の一要因である「他者への関わり方」に寛容的な態度であることが、MBPで生じる信念対立を低減・予防することに繋がる可能性が考えられる。次に、「情緒不安定でないこと」が信念対立に影響を与えると考えられる。これから、MBPで生じる信念対立の問題は、自身の情緒の状態が安定して

いれば問題を低減し、情緒が不安定だと必要以上に問題が悪化する可能性が考えられる。

他方、自己受容性の他の側面である、「生き方」、「自信・自己信頼に欠けていないこと」、「自身への満足」は、信念対立へ影響を与えとは考えられない。高井<sup>39)</sup>の研究で、自己受容性が高まると、自身の生き方に自信を持つ傾向にあることが報告されているが、そのことは、OT 同士の対立には大きく関与していない可能性が考えられる。そして、OT の年齢・経験年数も信念対立に影響を及ぼしていると考えられない。これは、先行研究<sup>28)</sup>とは異なる結果である。したがって、MBP で生じる信念対立の問題は、年齢や経験年数に左右されにくいという独自性を備えている可能性が考えられる。つまり、理論を学習し、実践するようになれば、MBP で生じる信念対立の問題は、年齢や経験年数に関係なく引き起こされる可能性のある問題だと考えられる。

#### 4. 研究 2 で明らかになった知見の活用

本研究では、MBP で生じる信念対立を測定するための 1 因子 19 項目で構成される ABCP-19 を開発した(資料 6)。これによって、MBP で生じる信念対立を調査するための基盤が整い、医療専門職の MBP で生じる信念対立と様々な環境因子・個人因子との関連を検証することが可能になったと考える。また、ABCP-19 を活用することで、簡便に MBP で生じる信念対立の状態をセルフチェックすることが可能になったと考える。そして、MBP で生じる信念対立に遭遇した場合、年齢や経験年数に関係なく、相手の実践に寛容な態度を示し、自らの情緒の安定を保つことが、信念対立の問題を低減させる有効な対策の 1 つになる可能性が考えられる。

#### 5. 研究 2 の課題と今後の展望

本研究は、対象者を OT に限定した横断研究によって MBP で生じる信念対立と自己受容性との関連性を明らかにした。本研究の結果だけでは、医療専門職全般の信念対立と自己受容性との明確な因果関係に言及できない。また、手順 1、手順 2 ともに、対象者の平均年齢、平均経験年数が若く、経験年数ごとの特性は結果に反映されていない。そして、今回は因子合計得点によって MBP で生じる信念対立に対する影響を検証し、複数の適合度から MBP で生じる信念対立と自己受容性に関する良好なモデルを構築したと判断するに至った。しかし、MBP で生じる信念対立に影響を与えと考えられる「他者との関わり方」、「情緒不安定でないこと」に関して各 2 項目、関連性が認められなかった「自信・自己信頼に欠けていないこと」の 3 項目、「自分自身への満足」の 2 項目で識別力が基準を満たしておらず、そのことがどこまで構築したモデルに影響しているのかは不明である。加えて、自己受容性以外の他の心理的要因と MBP で生じる信念対立の関連性を今回は検討に含んでいない。したがって今後は、対象職種を拡大し、年齢や経験年数を考慮したうえで、自己受容性以外の心理的要因を含めた縦断的な調査研究や自己受容性を高める介入研究によって、信念対立の問題に自己受容性がどれくらい貢献できるのか、より精緻にその検証を続ける必要がある。

ると考えられる。

## 第6節 結論

研究2の目的は、MBPで生じる信念対立と自己受容性との関連性を明らかにすることであった。そして、そのためにMBPで生じる信念対立を調査するための尺度を開発した。結果、信頼性と妥当性を担保したMBPで生じる信念対立を調査するためのABC-P-19が完成した。そして、自己受容性の側面のうち、「他者との関わり方」、「情緒不安定でないこと」がMBPで生じる信念対立に影響を与えると考えられる。つまり、自己受容性の側面のうち「他者との関わり方」、「情緒不安定でないこと」を高めることは、信念対立を低減・予防する可能性を示唆する。そして、MBPで生じる信念対立は、年齢や経験年数に関係なく生じる問題である可能性が高いと考えられる。

### 第3章 研究3:信念対立に対するマインドフルネストレーニングの影響の解明 –混合研究法を用いて–

#### 第1節 背景

研究1では、IRTの等化機能を基盤にし、信念対立の経時的変化を測定するためにABCP-AとABCP-Bという等化尺度を開発した<sup>91)</sup>。研究2ではABCP-19という尺度を開発したうえで、自己受容性とMBPで生じる信念対立の関連性を検討し、自己受容性の側面のうち、他者への寛容さと情緒の安定が信念対立を低減させる可能性を明らかにした<sup>95)</sup>。研究3では研究1と研究2の成果を踏まえて、自己受容性と関連が考えられるマインドフルネストレーニングが信念対立に与える影響を量的研究と質的研究を用いた収斂型の混合研究法で明らかにする<sup>96)</sup>。収斂型の混合研究法とは、量的研究と質的研究を同時並行で実施する研究デザインである<sup>96)</sup>。

これまでに、理論研究や歴史研究でOT間のMBPで生じる信念対立が問題視されてきた<sup>11,17,18)</sup>。MBPは、OTのアイデンティティを支え、クライアントへの専門性の高い治療・介入を可能にする<sup>5-11)</sup>。しかし、その反面でMBPは、特定の理論の専門用語が理解できないと、①同職種であつても何をしているかわからなくなる、②職場で特定の理論の実践を強いられることで強い心的ストレスが生じる、③理論の前提を受け入れられないものにとっては、その理論を用いるものが宗教を信望しているのと同じ印象を抱いてしまう、などの問題が報告されている<sup>10,17,18,92)</sup>。つまり、MBPには専門性を明確にしたうえでアウトカムを改善するという利点以外に、理論に依拠したために信念対立が生じるという欠点があるといえる。

これに対して、研究2では、自己受容性の「他者に寛容であること」、「自身の情緒が安定していること」がMBPで生じる信念対立の問題の低減・予防の影響を与える可能性を示した<sup>95)</sup>。自己受容性とは、人が「その時点」で「どの程度」の自己を受け入れるかといった状態ではなく、ありのままの自己を受け入れようとする「態度」や「姿勢」、またはその「過程」である<sup>42)</sup>。自己受容性の働きによって、MBPで生じる信念対立の問題を緩衝し、良好な人間関係の構築に繋がると考えられる<sup>95)</sup>。

そして、このありのままの自己を生きようとする自己受容性は、近年様々な領域で注目されているマインドフルネスの中心的考え方であると理解できる<sup>20,21,44-46,52)</sup>。マインドフルネスとは、「今」ここでの経験に、評価や判断を加えることなく能動的な注意を向け、ありのままの自己を受け入れることである<sup>47,48)</sup>。禅とマインドフルネスはともにブッタの教えである八正道（正見、正思惟、正語、正業、正命、正精進、正念、正定）をベースにしており、このうちマインドフルネスは正念に注目して発展的に継承したものである<sup>47,48,97)</sup>。正念とは、いま現在をありのままに受け取ることであり、気づきと訳されるものであり、自己受容性という考え方につながる。信念対立は意見や価値観の衝突とそれによって生じる感情問題を包括する問題である<sup>20,21)</sup>。信念対立に特化した対策であ

信念対立解明アプローチは原理的思考法、コミュニケーションスキル、感情調整スキルなどを実装した哲学的実践論として発展しつつある<sup>20,21)</sup>。信念対立解明アプローチの感情調整スキルのひとつはマインドフルネスである<sup>52)</sup>。その理由として、信念対立解明アプローチは目的と状況に応じてあらゆる有効な方法を活用することと、解明という考え方のルーツのひとつがブッダの考え方であるためマインドフルネスとの相性が良いことなどがある<sup>20,21,52)</sup>。

これまでに、マインドフルネストレーニングの習慣的な実践は、自己受容性と同様に、他者との肯定的な関係の形成に関連があること報告されている<sup>53)</sup>。また、癌患者を対象にした研究で、マインドフルネスを高めることが心理症状を緩和し、それに自己受容性が間接的に関わっている可能性が示されている<sup>46)</sup>。そして、マインドフルネスは、慢性的な痛みや睡眠障害といった身体症状だけでなく、うつや感情障害などにも効果を認めることが報告されている<sup>60-65)</sup>。現在、マインドフルネスは医療だけでなく、ビジネスやスポーツ分野のストレスマネジメントの手段として注目を集めている<sup>62,63,97)</sup>。

しかしながら、信念対立解明アプローチに包容されたマインドフルネスの信念対立に対する効果の実態は十分に分かっていない。また、MBPで生じる信念対立は、葛藤や苦悩などの心理的問題が生じることが分かっており、それに対する対策を講ずる必要があるが、OTなどの医療専門職の信念対立の問題に焦点化したマインドフルネストレーニングの報告はこれまでにない。したがって、マインドフルネストレーニングの過程で医療専門職がどのような状態を辿るのかも分かっていない。以上から、信念対立に対してマインドフルネスがどのような影響を与えるか、そして医療専門職がマインドフルネストレーニングを実践することでどのように主観的体験の変化をするのかを明らかにすることが、MBPで生じる信念対立に関する対処法の構築に繋がり、組織のマネジメント及びセルフマネジメントの一助となると考えられる。

## 第2節 目的

本研究の目的は、医療専門職のマインドフルネストレーニング中の主観的体験の変化をモデル化し、信念対立の問題に対してマインドフルネストレーニングがどのような影響を与えるかを明らかにすることであった。それによって医療専門職への信念対立に対する具体的な対処法を提案することができる。

## 第3節 方法

### 1. 倫理的配慮

研究3は、吉備国際大学倫理審査委員会と関中央病院倫理審査委員会の承認後に実施した（承認番号15-47、受付番号2016-31）。対象者には、個別に説明し書面で同意を得た（資料2）。

## 2. 研究デザイン

本研究は、設定した目的を達成するために質的研究と ABBABB のシングルシステムデザイン(以後、ABBABB の各期は、A1, B1, B2, A2, B3, B4) に基づく量的研究から構成される収斂型の混合研究法を採用した<sup>96)</sup>。その理由は、マインドフルネスの実態そのものが、まだ不明なことが多く、多角的に検討する必要がある、量的・質的に検討することで、より豊かな結果が得られると考えられるからである<sup>54-57)</sup>。質的研究では、TEA<sup>98-100)</sup>と事例-コード・マトリクス<sup>101)</sup>を採用し、医療専門職がマインドフルネストレーニングを実践することで辿る主観的体験の変化とその特性を明らかにすることとした。量的研究では、研究1で開発した ABCP-A と ABCP-B を用いて、対象者の尺度の回答への持ち越し効果を抑制しながら、医療専門職が抱える信念対立へのマインドフルネストレーニングの効果を明らかにすることとした。研究の一連の流れは図9で示した。

介入期	A 1	B 1	B 2	A 2	B 3	B 4
期間	1週	2週	4週	5週	6週	8週
量的研究	→					
質的研究	→					

図9 研究3の流れ

註) 本研究の量的研究には、ABBABB のシングルシステムデザインを採用した。A 期 (A1, A2) はベースライン期、B 期 (B1~B4) は介入期であった。ABBABB の各期は、A1, B1, B2, A2, B3, B4 と記載した。

## 3. 統計ソフトウェア

本研究では、ABCP の信念対立の重症値の導出に Exametrika5.4、介入効果の検証に RStudioVer1.0.153 (<https://www.rstudio.com>) を用いた。

## 4. 対象者の選定・除外基準

対象者の選定基準は、以下の4点に該当する者とした。① ABCR-14 でカットオフ値以上、心理的ストレス反応尺度 (Stress Response Scale-18 ; 以下、SRS-18)<sup>102)</sup> で高ストレスグループに該当する者、② 研究者との個別の面接で職場での信念対立に悩んでいることが確認できた者、③ 職場での臨床経験が3年以上のもの、④ 本研究の主旨に賛同し、マインドフルネストレーニングに参加・協力してもよい者であった。

対象者の除外基準は、以下の3点で、いずれか1つにでも該当する者とした。① 本研究の目的に同意できない。② 現在までに何らかの精神疾患の既往がある。③ 現在までに医師の処方による精神



安定剤を服用したことがある。

なお、研究 1, 2 では対象者の職種は OT のみであったが、研究 3 の対象者は選定基準に職種を含めず、OT 以外も対象にした。その理由は、研究 3 が研究 1, 2 とは異なって、介入効果の探索的検討であり、多職種を対象にマインドフルネストレーニングの効果を検討する必要があると考えられたためである<sup>54-57)</sup>。マインドフルネストレーニングは職種による制約はなく、また信念対立も職種を問わず生じる問題であり、それが悪化すると生活行為に悪影響を与えることがわかっている<sup>20,21)</sup>。また、信念対立が悪化すると、チームが適切に機能しなくなり、人間関係に軋轢が生まれ、ストレスfulな状態に陥る可能性が高まる<sup>16,29-33)</sup>。したがって、信念対立に対するマインドフルネストレーニングの効果を探索的に検討する研究 3 では、研究 1, 2 の成果を踏まえて OT 以外の対象者を含めることにした。

## 5. マインドフルネストレーニングについて

研究 3 のマインドフルネストレーニングは、マインドフルネストレーニングの専門家である認定音楽療法士（以下、介入者）が担当した。介入者の選定基準は、マインドフルネスに関する見識があり、これまでに病院・福祉施設などで医療・福祉スタッフを対象にしたマインドフルネストレーニングのレクチャーを複数回経験したことがある者とした。

研究者と介入者は大下<sup>97)</sup>、近藤ら<sup>103)</sup>のマインドフルネスプログラムを参考に 8 週間のヴィパッサナー瞑想を基盤にした全 4 回、1 回 60 分のマインドフルネストレーニングプログラムを計画・立案した。詳細は、表 8 で示した。マインドフルネストレーニング実施時は、対象者にリラックスしてもらうために室内のブラインド・カーテンを引き、電気を消し、薄暗くすることにした。対象者全員に畳一畳を用意し、その上でマインドフルネストレーニングを実践することにした。プログラムは 2 週間に 1 回の頻度で実施した。加えて、対象者は 8 週間毎日、マインドフルネストレーニングを宿題として自宅で実践した。そして、対象者に研究者が作成した 8 週間分の記録用紙を渡した。対象者は自宅での課題実施後に毎日その感想をそれに記入することとした。なお、最終的な対象者の実施率を百分率で求めた。

表 8 マインドフルネストレーニングの詳細

時期	説明
第1週・第2週	ボディスキャンと呼吸法，静坐瞑想法を中心としたマインドフルネストレーニングのイントロダクションを実施した。宿題として毎日10分以上の瞑想と，その時に感じたこと，頭を巡ったことを記録につけた。
第3週・第4週	第2週までの振り返りを行った。インストラクターから各対象者個別に指導を行い，ボディスキャンと呼吸法に関してフィードバックし。引き続き，宿題として毎日10分以上の瞑想と，その時に感じたこと，頭を巡ったことを記録につけた。
第5週・第6週	第4週までの振り返りを行った。各人の姿勢や態勢などのフィードバックを再度インストラクターから行った。
第7週	インストラクターとともに，45分以上の瞑想法を実践した。宿題は引き続き行い，自宅での瞑想時間を25分程度に延長した。
第8週	2ヶ月間の振り返りを行い，自分なりのトレーニングでマインドフルネスを開始することを許可した。

## 6. 質的研究

### 1) 目的

質的研究の目的は，対象者のマインドフルネストレーニング中の主観的体験の変化を明らかにすることであった。

### 2) 質的研究のデータ分析

質的研究では，TEA と事例-コード・マトリクスを用いた。まず TEA では，対象者の主観的体験の変化を明らかにすることとした<sup>98-100</sup>。TEA は，対象者の経験の非可逆的時間経過をモデル化することができ，作成されるモデル図を複線径路・等至性モデル (Trajectory Equifinality Model ; 以下，TEM) という<sup>98-100</sup>。TEM 作成のために，最初にマインドフルネストレーニングの実践記録の逐語録を作成し，それを KJ 法で分析することにした。KJ 法は，研究者と質的研究の専門家の 2 名で行った。分析は双方に異論がなくなるまで繰り返した。KJ 法で生成されたカテゴリーを用いて，マインドフルネストレーニング中の主観的体験の変化の TEM を作成した。TEM では，対象者が特定の経験をするまでのプロセスを可視化することが出来る<sup>98-100</sup>。そして，TEM では，等至点という多くの対象者がそこに至るという時点を設定し，そこまでの分岐点や，必ず通過すると考えられる必須通過点を明らかにできる<sup>99</sup>。本研究では，マインドフルネストレーニングの目的の「ありのままの自分を受け入れる」という対象者の経験を等至点とすることとした。また，TEM はより多様な径路を描くために，等至点と相反する架空の両極化した等至点を設定する<sup>99</sup>。最終的

な TEM のモデルの妥当性は、等至点的飽和とトランスビュー的飽和の 2 つで確認した。等至点飽和とは、等至点と対となる両極化した等至点が設定できることである。トランスビュー的飽和とは、研究者と対象者双方が納得したモデル図を作成できたことである。本研究では、対象者と研究者の両者が納得するまで両極化した等至点とそれを組み込んだモデル図を推敲することとした<sup>99)</sup>。

また、事例-コード・マトリクスでは、対象者の主観的体験の特性を明らかにすることとした<sup>100)</sup>。KJ 法で分析した結果から生成されたカテゴリーの出現率を求め、それを縦軸に対象者、横軸に生成されたカテゴリーを表すマトリクス表を作成した<sup>101)</sup>。

## 7. 量的研究

### 1) 目的

目的は、ABBABB のシングルシステムデザインを用いて、対象者の信念対立に対するマインドフルネストレーニングの効果を明らかにすることであった。

### 2) 量的研究のデータ分析

本研究の量的研究の効果指標には、研究 1 で IRT を基盤に開発した ABCP-A と ABCP-B からなる ABCP で導出可能な信念対立の重症値を使用した。ABCP は、共通項目 3 項目と、独自項目 7 項目からなり、同じ尺度特性を備えている<sup>90)</sup>。したがって ABCP は、ある時点からある時点の信念対立の状態の変化を測定する際に、一度目の回答がその後の回答に影響を与えるという持ち越し効果を抑制しながら評価することができる<sup>91)</sup>。そして、導出される重症値は-3~3 の値を取り、0 を超えると平均的な信念対立より重症で、0 を超えなければ平均的な信念対立より軽症であると解釈することができる<sup>91)</sup>。

本研究では、ABBABB デザインを用いてベースラインの A 期 (A1, A2) では 16 時 (ABCP-A) と 18 時 (ABCP-B)、介入時の B 期 (B1~B4) ではマインドフルネス実施前 (ABCP-A) と実施後 (ABCP-B) に測定を行った。なお、重症値の導出時は適合度と情報量規準 (基準は研究 1, 2 と同様とした)、TRF と TIF の線形で ABCP-A と ABCP-B の信頼性と妥当性を確認した<sup>79)</sup>。本研究では、信念対立の経時的変化を検討するために、各対象者の ABCP の信念対立の重症値の変化量をグラフ化した。そして、対象者個人を変量効果として扱い、マインドフルネストレーニングの信念対立に対する時系列の効果を一般化線形混合モデルによる一元配置分散分析と Tukey 法を用いた多重比較検定で検証した<sup>104)</sup>。

## 第4節 結果

### 1. 対象者

対象者は、OT2名、理学療法士2名、言語聴覚士1名の計5名となった。対象者の詳細は表9で示した。

表9 対象者の詳細

年齢／経験	性別	職種	信念対立の理由
34歳 (3年)	女性	理学療法士	上司との関係がギクシャクしている。後輩指導もうまくいかず、日頃からチームの中で自分が孤立傾向にあると感じている。
36歳 (15年)	女性	言語聴覚士	特定の同僚との関係が壊滅的な状態にある。その同僚に対して自分から会話ができない。それが理由で職場に閉塞感を感じている。
37歳 (15年)	女性	作業療法士	部門のリーダー的ポジションだが、意見の異なる上司と後輩との板挟みになり常に強いストレスを感じている。
33歳 (13年)	女性	作業療法士	他職種との関係性に軋轢がある。なんとかうまく付き合っていきたいが、相手が非常に攻撃的なため思うように話し合いが進まないことにストレスを感じている。
27歳 (6年)	男性	理学療法士	自分の立場と仕事量との差にストレスを感じている。

### 2. 対象者の課題実施率

対象者の8週間のマインドフルネストレーニング中の課題実施率は95.0%であった。

### 3. 質的研究

#### 1) KJによるデータ分析

表10で示すように、12の小カテゴリーと4つの大カテゴリーに分類された。

表 10 KJ 法の結果

大カテゴリー	小カテゴリー	具体例
マインドフルネス導入期	疑念を持つ	目の前にある真っ黒な世界も心地よく感じる事ができた。CDの 声で集中が高まるが、人の気配を感じるとすぐに現実に戻ってし まった。これでいいのかというのはある。
	清新な感じ	昨日考えたことについての対処法（瞑想）をした。だいぶスッキリ した。
	自信がない	くよくよした気持ちが瞑想で楽になっているのか、時間が経って楽 になっているのかわからない、前月は苦しかったなあー。
	困難さを感じる	続けることはむずかしい。できる時、したい時に集中するとなんだ か気が楽になる。重い時はやっぱり瞑想し終えた時も重さを感じ る。
マインドフルネスによる心身の変化	楽しみになる	自分の体の様子に目が向きやすい。自分の状態で瞑想の形が変わっ ていくのがおもしろい。
	痛みを感じる	特に何をしたわけでもないのに体が疲れているのがよくわかった。 股関節の重み、まぶたの重み、どっしりとした重みのかかる臀部 ...痛み、いつもの体と違うのがよくわかる。
	平穏を感じる	呼吸と心臓の音に耳を傾けていると、どんどんお尻のあたりからポ カポカして、ホットカーペットに座っているかようになってき た。
	心の動揺が減る	呼吸が整うと、体が温かくなり、心地いい時間が過ごせるよう になってきた。自分の心臓の音がここまでおおくなるのかというく らい、身体いっぱい広がる。
マインドフルネスの効果	意見を受け流す	仕事上合わないひとはいるけれど、みんなをみているとそれなりに我 慢してやってるんだなあと思った。余分なことも言わなければ、時 間が経てば解決することの方が多い。
	問題を焦点化する	瞑想で頭の中がスッキリしたことで、今やるべきことが整理でき るように思う。瞑想は1日を整理するきっかけになっていると思う。
自分を否定せずに受	このままでいいと思う	呼吸に集中すると、その問いに対する答えはないが、受け入れるこ との難しさを思う。自分の考えを否定しないことはむずかしい。 ゆっくりでいいので、そんな自分を否定しないようにしたい。
	リラックスできる	深呼吸するとスッと楽になる感じがした。その後の瞑想中の呼吸も 自然にできる。瞑想のおかげでストレスのある時は無意識に深呼吸 をして心を落ち着かせるようになったと思う。

## 2) TEA によるマインドフルネストレーニング中の対象者の主観的体験の変化のモデル化

本研究では、合計3回の対象者と研究者との協議の結果、等至点と両極化した等至点、対象者全員が通過すると考えられる必須通過点を含む医療専門職のマインドフルネストレーニング中の主観的体験の変化をモデル化することができた。したがって、トランスビュー的飽和と等至点的飽和に達したと考えられる。

図10が示すように、対象者は、【マインドフルネス導入期】に、＜疑念を持つ＞、＜清新な感じ＞、＜自信がない＞、＜困難さを感じる＞の経験をし、その後、【マインドフルネスによる心身の変化】として＜楽しみになる＞、＜痛みを感じる＞、＜平穏を感じる＞、＜心の動揺が減る＞の経験をした。そして、図10が示すように、【環境調整が重要】という必須通過点を通過して、【マインドフルネストレーニングの効果】として＜意見を受け流す＞、＜自分の問題を焦点化する＞という気づきを得ていた。最終的には、【ありのままの自分を受け入れる】として＜このままでいいと思う＞、＜リラックスできる＞という等至点に至った。

一方で、【マインドフルネスの導入期】以降に、心身の変化に気づかない場合、【ありのままの自分を受け入れない】という【ありのままの自分を受け入れる】と相反する両極化した等至点にたどり着いた。

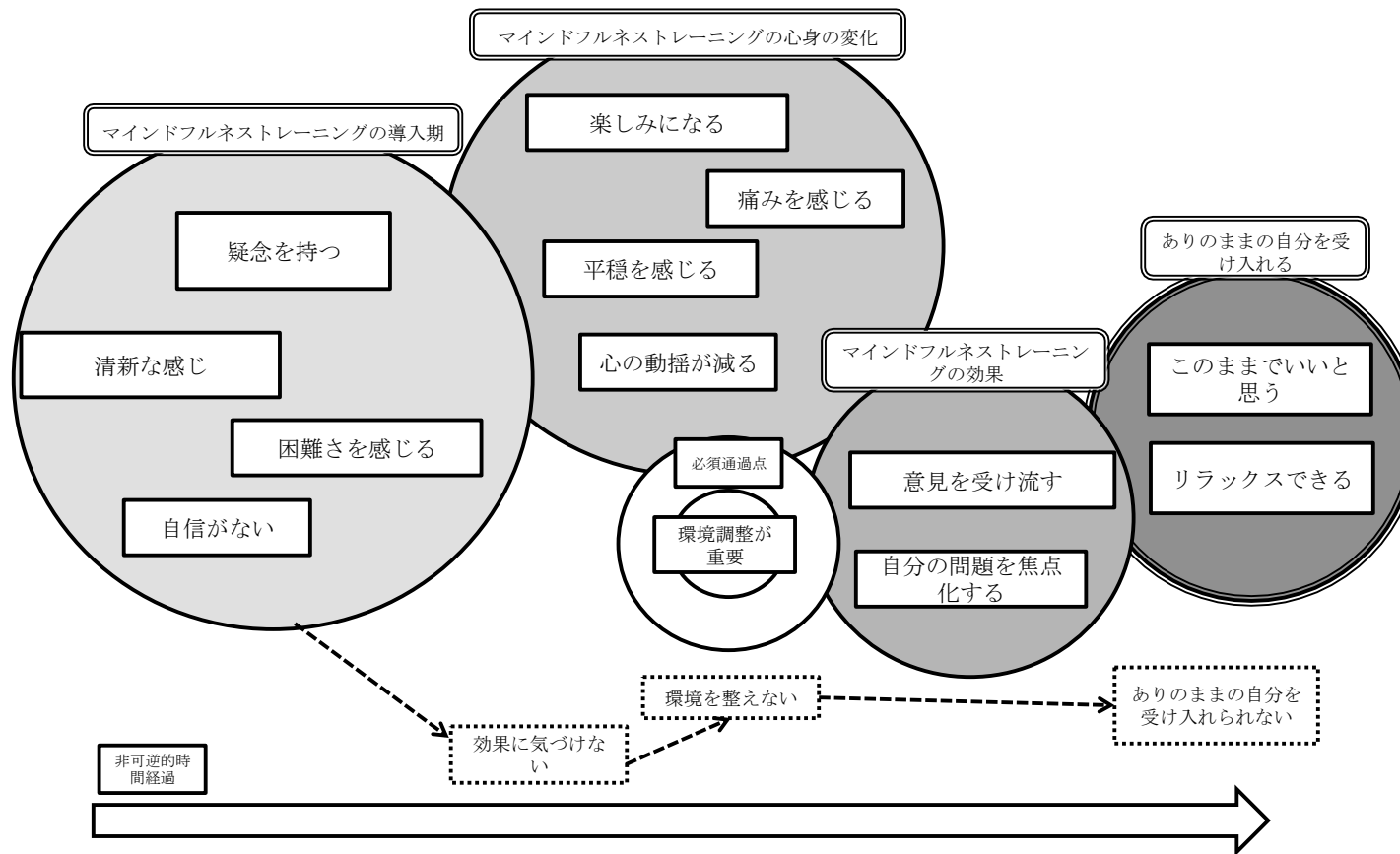


図10 対象者のマインドフルネストレーニングの中の主観的体験の変化のTEM

註) 点線矢印は架空の径路である。対象者は、【マインドフルネス導入期】に、＜疑念を持つ＞、＜清新な感じ＞、＜自信がない＞、＜困難さを感じる＞の経験をし、その後、【マインドフルネスによる心身の変化】として＜楽しみになる＞、＜痛みを感じる＞、＜平穏を感じる＞、＜心の動揺が減る＞の経験をした。そして、図10が示すように、[環境調整が重要]という必須通過点を通過して、【マインドフルネストレーニングの効果】として＜意見を受け流す＞、＜自分の問題を焦点化する＞という気づきを得ていた。最終的には、【ありのままの自分を受け入れる】という等至点に至った。

### 3) 事例コード・マトリクス

表 11 が示すように、最も出現率が高いカテゴリーが「リラックスできる」で 100%であった。80%の出現率のカテゴリーが「清新な感じ」、「平穏を感じる」、「問題を焦点化する」の 3 個であった。次いで 60%の出現率のカテゴリーが、「疑念を持つ」、「楽しみになる」、「痛みを感じる」、「心の動揺が減る」の 4 個であった。40%の出現率のカテゴリーが、「自信がない」、「困難さを感じる」、「意見を受け流す」、「このままでいいと思う」の 4 個であった。

表 11 事例コード・マトリクスの結果

対象者	マインドフルネス導入期				マインドフルネスによる心身の変化				マインドフルネスの効果			
	疑念を持つ	清新な感じ	自信がない	困難さを感じる	楽しみになる	痛みを感じる	平穏を感じる	心の動揺が減る	意見を受け流す	問題を焦点化する	このままでいいと思う	リラックスできる
a	●		●	●		●	●			●	●	●
b		●		●	●		●		●	●		●
c	●	●	●		●	●	●	●				●
d	●	●			●		●	●	●	●	●	●
e		●				●		●		●		●
出現率	60%	80%	40%	40%	60%	60%	80%	60%	40%	80%	40%	100%

註) ●が対象者個人に出現した小カテゴリーである。



#### 4. 量的研究

##### 1) ABCP の妥当性

図 11 が示すように、本研究の対象者から得たデータで IRT を用いて信念対立の重症値を導出した ABCP-A, ABCP-B の適合度は、CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = 0.00 であった。情報量規準も同水準で、TRF と TIF もほぼ同様の線形であった。

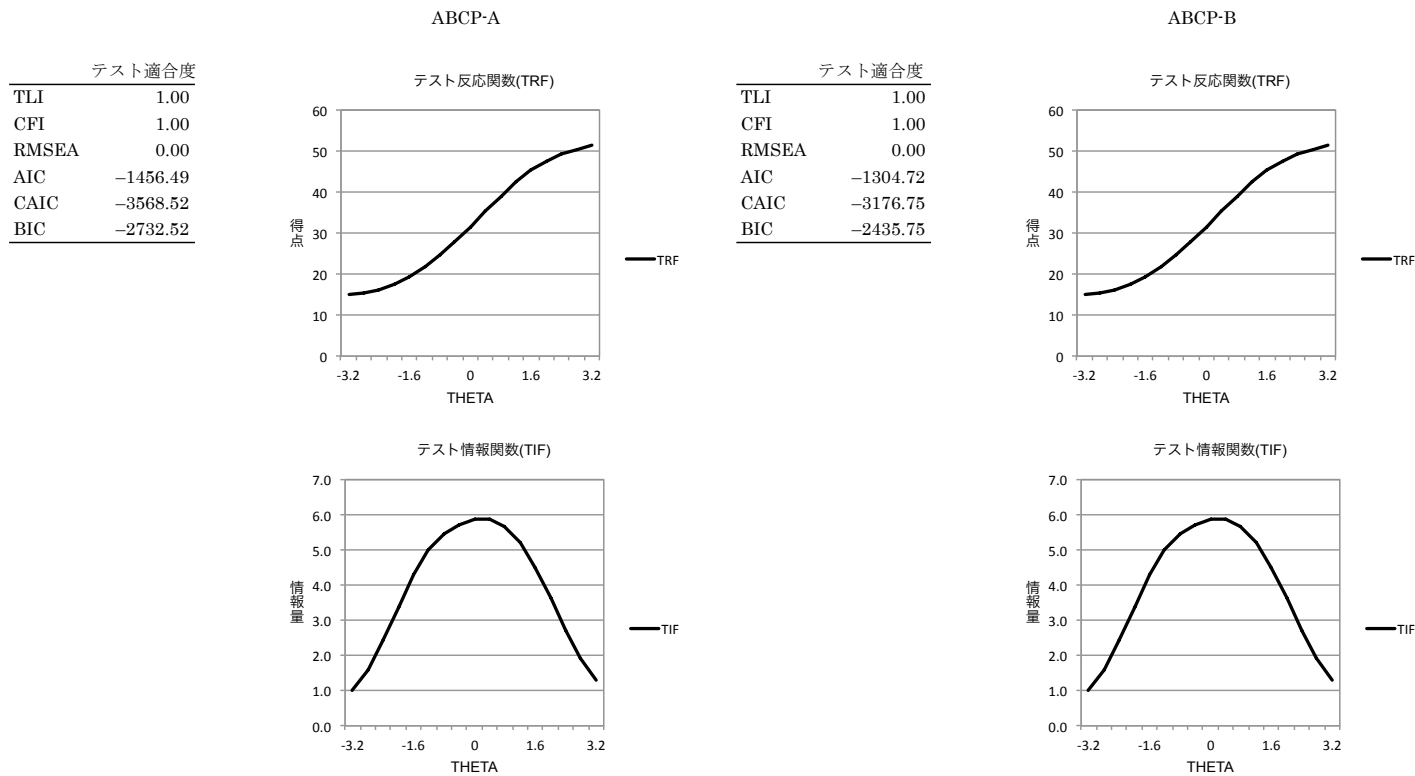


図 11 研究 3 の ABCP の信頼性と妥当性

註) テスト反応関数 (Test Response Function: TRF), テスト情報関数 (Test Information Function: TIF), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), 赤池情報量基準(Akaike's Information Criterion : AIC), 一致赤池情報量基準(Consistent Akaike's Information Criterion : CAIC), ベイズ情報量基準(Bayesian Information Criterion : BIC)

## 2) ABCP の重症値のグラフ化

図 12 のグラフで対象者の ABCP の重症値の増減の経時的变化を示した。

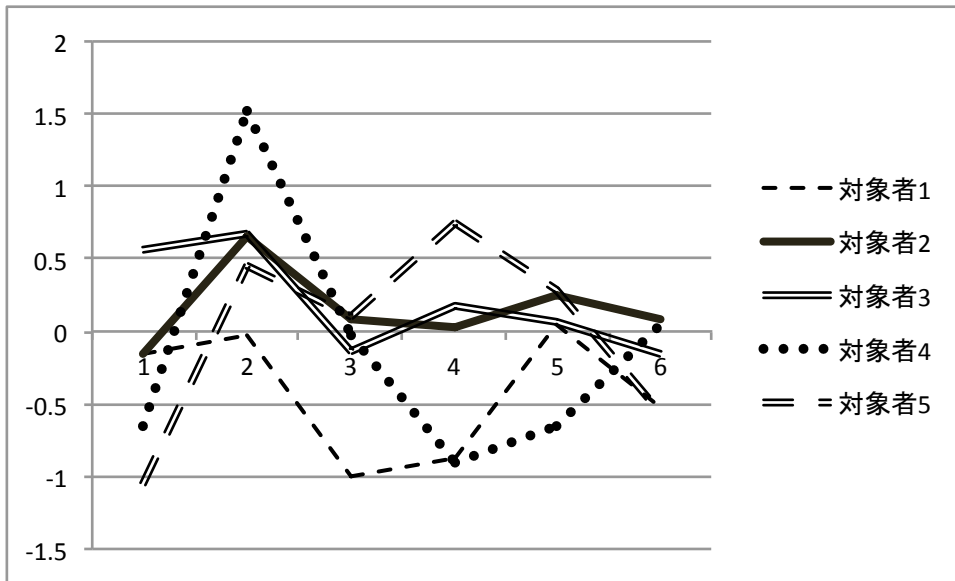


図 12 対象者の ABCP の重症値の変化量の増減

### 3) 分散分析の結果

表 12 で固定効果・変化量効果の分散分析の結果を示した。変量効果である対象者は、固定効果である ABCP の分散に影響を与えていた。

表 12 固定効果・変量効果の分散

固定効果					
	推定値	標準誤差	自由度	T値	P値
切片	-0.28	0.23	23.44	-1.23	0.23
A2	0.12	0.32	20.00	0.38	0.71
B1	0.94	0.32	20.00	2.96	0.01 **
B2	0.09	0.32	20.00	0.28	0.78
B3	0.29	0.32	20.00	0.90	0.38
B4	0.06	0.32	20.00	0.20	0.84

変量効果		
	分散	標準偏差
対象者	0.02	0.14
標準化残差	0.25	0.50

註) 本研究の量的研究には、ABBABB のシングルシステムデザインを採用した。A 期 (A1, A2) はベースライン期, B 期 (B1~B4) は介入期であった。ABBABB の各期は, A1, B1, B2, A2, B3, B4 と記載した。 \*\*  $p < 0.01$

#### 4) 多重比較検定の結果

表 13 の多重比較検定の結果が示すように、有意水準 0.05 で A1-B1、有意水準 0.1 で B1-B2 と B4-B1 が有意であった。

表 13 ABBABB デザインの多重比較検定

	推定値	標準誤差	Z値	P値
A1-A2	0.12	0.32	0.38	1.00
A1-B1	0.94	0.32	2.96	0.03 *
A1-B2	0.09	0.32	0.28	1.00
A1-A3	0.29	0.32	0.90	0.95
A1-B4	0.06	0.32	0.20	1.00
A2-B1	0.82	0.32	2.58	0.10
A2-B2	-0.03	0.32	-0.10	1.00
A2-B3	0.16	0.32	0.51	1.00
A2-B4	-0.05	0.32	-0.18	1.00
B1-B2	-0.85	0.32	-2.67	0.07 .
B1-B3	-0.65	0.32	-2.06	0.31
B1-B4	-0.88	0.32	-2.75	0.06 .
B2-B3	0.20	0.32	0.61	0.99
B2-B3	-0.02	0.32	-0.08	1.00
B3-B4	-0.22	0.32	-0.69	0.98

註) 本研究の量的研究には、ABBABB のシングルシステムデザインを採用し、Tukey 法による多重比較検定を行った。A 期 (A1, A2) はベースライン期、B 期 (B1~B4) は介入期であった。ABBABB の各期は、A1, B1, B2, A2, B3, B4 と記載した。\* 0.05、. 0.1

#### 第 5 節 考察

研究 3 では、研究 2 の結果から、MBP で生じる信念対立の低減・予防に自己受容性と関連すると考えられるマインドフルネスが有益であるという仮説を立案し、質的研究とシングルシステムデザインに基づく量的研究で構成された収斂型の混合研究法で信念対立に対するマインドフルネストレーニングの効果を探索的に検討した。その結果として、マインドフルネスは信念対立とそれとともに生じる心理的問題に対して異なる作用を示すことが明らかになった。以下にその論拠を述べる。

## 1. 信念対立に対するマインドフルネストレーニングの影響

本研究では、質的研究と量的研究の両側面から検討することで、信念対立に対するマインドフルネストレーニングの影響が複雑な様相を示すことがわかった。本研究の結果から、対象者はマインドフルネストレーニングを受けると、その初期で問題を認識し始めて信念対立を強く感じやすくなり、しかしそれでもなお感じるままに感じていると信念対立の状態は続くものの、主観的には等しく<リラックスできる>状態に至る、というものになると考えられる。

まず、質的研究の結果をみると、表 10 にあるように、すべての対象者は最終的に<リラックスできる>状態に至ることができた。また、トレーニングの過程で感じる状態を見ると、80%以上の対象者が<清新な感じ>、<平穏を感じる>、<問題を焦点化する>と報告していた。先行研究を見ると、マインドフルネストレーニングは、ストレスや抑うつ状態を低減させる効果が確認されている<sup>60-65</sup>。マインドフルネスは感じるままに感じることを促進し、価値判断を一旦保留することから気持ちの落ちこみを解消できるためだといえる<sup>54-57</sup>。他方、信念対立はストレスや抑うつ状態を高めることが明らかになっている<sup>20,21,27,28</sup>。つまり、本研究の結果をみると、マインドフルネストレーニングは信念対立によって生じる問題の低減に効果がある可能性があると考えられる。

他方、量的研究の結果を見ると、マインドフルネストレーニングは信念対立そのものの低減にはほとんど作用しない可能性が示唆された(表 10)。上述したように、マインドフルネストレーニングは問題を否定も肯定もせず、あるがまま受け入れることによって、ストレスの感じ方を変えるものである<sup>54-56</sup>。つまり、マインドフルネストレーニングは対象者のストレスの感じ方を変える可能性があるものの、ストレスの元になったトラブル状況である信念対立の状況を克服する方法論的力動をもっていないと考えられる。その結果として、質的研究の結果では<リラックスできる>状態に至ることが示されているものの、量的研究の結果では信念対立それ自体は成立したままという事態に至ったと考えられる。

注意点として、表 12 に示したように、マインドフルネストレーニング直後(A1・B1)に信念対立の状態が増幅する結果が示されたことがある。本研究の質的研究の結果を見ると、対象者はマインドフルネストレーニングの初期段階で<困難さを感じる>と体験しており、ストレス低減の手法としてマインドフルネストレーニングが定着していない可能性がある。また、先行研究で示されるように、マインドフルネストレーニングでは非常に強い集中を要し、これまで顕在化してなかった自身の問題に意識が向き、心的ストレスを感じやすくなっている可能性がある<sup>54-56</sup>。こうした結果を踏まえると、対象者はマインドフルネストレーニングを受けると、その初期で問題を認識し始めて信念対立を強く感じやすくなり、しかしそれでもなお感じるままに感じていると信念対立の状態は続くものの、主観的には等しく<リラックスできる>状態に至ると考えられる。

## 2. 信念対立に対するマインドフルネストレーニングの効果とその知見の活用の方向性

信念対立は、問題の実態が悪化することで心理的なストレスが高まることが分かっている<sup>27,28)</sup>。本研究の結果から、医療専門職の信念対立に対してマインドフルネストレーニングは、問題に対して主観的なくリラックスした>、<このままでいいと思う>という実感を提供することができることが分かった。つまり、信念対立の問題で生じる、心理的側面への改善の効果が期待できるといえる。これは、対象者の属性や問題の重症度に関係なく、その効果を期待することができると考えられる。一方で、心理的に楽になっても、信念対立によって悪化してしまった人間関係などの信念対立の実態そのものは、マインドフルネストレーニングによって改善されるとは考え難かった。以上から、信念対立に対して、心理的側面の問題はマインドフルネストレーニングで低減される可能性があるが、問題そのものを解決するには信念対立解明アプローチの原理的思考法、コミュニケーションスキルなどを活用していく必要があると考えられる<sup>20,21)</sup>。

## 3. MBP で生じる信念対立に対するマインドフルネストレーニングの活用

MBP で生じる信念対立は、葛藤や苦悩などの心理的問題が生じることが分かっている<sup>10,17,18,92)</sup>。本研究の結果から、MBP で生じる信念対立に OT などの医療専門職が悩み葛藤している場合に、信念対立解明アプローチで対立相手への具体的な問題解明の手段を講じながら、マインドフルネスを併用することで、リラックスした気分を得て心理的問題を軽減していくことができると考えられる。そして、それによって医療専門職が精神的な安寧を得ることができれば、考えの異なる専門職の意見に寛容になることで建設的な議論が展開され、クライアントへの質の高いMBPの実現へと繋がりやすくなると考えられる<sup>29,76)</sup>。

## 4. 研究3の限界

本研究では、8週間のマインドフルネストレーニング中に合計4回のプログラムを実践した。先行研究<sup>54-57)</sup>では、1週間に1回を目安に実践を行っており、約半分の回数しか行っていない。これは、対象者の全員の予定調整を行ったところ、2週間に1回が現実的限界であったからである。そして、対象職種が一施設のリハビリテーション専門職に限局されている。

## 第6節 結論

本研究では、質的研究と量的研究の両側面から検討することで、信念対立に対するマインドフルネストレーニングの効果を明らかにした。対象者はマインドフルネストレーニングを受けると、その初期で問題を認識し始めて信念対立を強く感じやすくなり、しかしそれでもなお感じるままに感じていると信念対立の状態は続くものの、主観的には等しく<リラックスできる>状態に至る、というものになると考えられる。一方で、信念対立それ事態は成立したままという状態であると考え

られる。マインドフルネストレーニングは、信念対立で生じる心理的問題に対して、主観的な効果が期待できると考えられる。したがって、マインドフルネストレーニングは、MBP で生じる信念対立への具体的な対策の1つになり得ると考えられる。



## 第4章 総合考察

### 1. 3つの研究で明らかになった知見

本研究では、OTを中心に医療専門職のMBPで生じる信念対立を低減・予防するための有効な対策を構築するために、研究1～3で以下の3つを達成した。研究1では、OTの信念対立の経時の変化を測定するための等化尺度を開発した<sup>91)</sup>。そして、研究2では、MBPで生じる信念対立を調査するABC-P-19を開発したうえで、MBPで生じる信念対立と自己受容性との関連性を明らかにした<sup>91)</sup>。研究3では、自己受容性と関連があると考えられるマインドフルネストレーニングの信念対立に対する効果を検証し、MBPで生じる信念対立に対して、マインドフルネストレーニングを実践することでリラックスした気分を得て心理的問題を軽減する可能性を示唆した。

研究1では、2つの異なる項目群で構成されたABC-P-AとABC-P-Bを開発した<sup>91)</sup>。2つの尺度は、異なる項目群で構成されるが、同難易度で同質の尺度特性を備えていると考えられる。信念対立の状態は、その時間経過によってそれが変化すると考えられる<sup>91)</sup>。2つの尺度が開発されたことで、信念対立の経時の変化をより精緻に捉えることが可能になったと考えられる。また、従来の心理尺度では、その点数だけでは、その結果を一般化して解釈することができなかった<sup>80)</sup>。今回、研究1で開発したABC-Pは、IRTを基盤に開発されていることから、その結果を一般化でき、時系列に比較検討しやすくなったと考えられる。

次の研究2では、信頼性・妥当性を担保したMBPで生じる信念対立を調査する尺度が開発されたうえで、自己受容性の側面のうち、「他者への関わり方」、「自身の情緒が安定していること」がMBPで生じる信念対立の問題を低減・予防することに影響を与えると考えられる<sup>95)</sup>。したがって、他者に寛容な態度を示し、自身の情緒を安定させることが、信念対立への有効な対策になる可能性が考えられる<sup>95)</sup>。

研究3では、収斂型の混合研究法で自己受容性と近接していると考えられるマインドフルネストレーニングの信念対立に対する効果を検証した。マインドフルネスは信念対立の対策に特化した信念対立解明アプローチの技術のひとつに組みこまれている。その結果、対象者はマインドフルネストレーニングを受けると、その初期で問題を認識し始めて信念対立を強く感じやすくなり、しかしそれでもなお感じるままに感じていると信念対立の状態は続くものの、主観的には等しくくリラックスできる>状態に至る、というものになることが分かった。つまり、マインドフルネスは、信念対立の問題の心理的側面への効果は認められると考えられるが、問題の実態そのものが解明されるわけではない可能性が高いことが示唆される。したがって、信念対立の問題それ事態には、信念対立解明アプローチの原理的思考法、コミュニケーションスキルなどを同時に実施する必要があると考えられる。信念対立解明アプローチの先行研究では、多職種連携で生じる信念対立に対して、目標の共有を繰り返し実践したことで、チームの人間関係が円満になり指示系統が円滑化したとする報

告がなされている<sup>51)</sup>。また、患者-治療者の関係でも、目標の共有がその関係を改善し、より効果的な介入を実現しやすくすると報告されている<sup>49,50)</sup>。本研究の結果は、信念対立解明アプローチに組み込まれているマインドフルネスが、信念対立の心理的側面への効果が期待できるということを示す。またそれによって、原理的思考法やコミュニケーションスキルなどを実践しやすくなる可能性が考えられる。これらから、OTなどの医療専門職がMBPで生じる信念対立に遭遇した際に、信念対立解明アプローチとマインドフルネスを併用し、リラックスした気分を促進することができれば、考えの異なる専門職の意見に寛容になり、より建設的な議論が展開され、クライアントへの質の高いMBPへと繋がりやすくなると考えられる<sup>29,76)</sup>。

## 2. 本研究で得られた知見の臨床現場での活用

近年、病院や施設に所属するOTなどの医療専門職には、信念対立に対処しながら、患者・利用者に質の高いサービスを提供するために、組織全体のマネジメントと個人のマネジメントの2つのマネジメント能力が求められている<sup>29,76)</sup>。

まず、研究1で開発したABCP-A、ABCP-Bから構成されるABCPを用いることで、管理職が部下の信念対立の経時的変化を捉えるといった組織全体のマネジメントと、自身の信念対立の状態の変化を捉える個人のセルフマネジメントに活用することができるようになったと考えられる<sup>91)</sup>。

研究2の結果から、開発したABCP-19を活用することで、医療専門職のMBPで生じる信念対立と自己受容性以外の心理的要因や様々な環境因子・個人因子との関連を調査することが可能となった。これによって、組織全体のマネジメントに有用な知見を検証することが可能になったと考えられる。また、「他者への寛容な態度」、「自身の情緒を安定させること」という方略を取ることがMBPで生じる信念対立の問題に有効であると可能を示した<sup>95)</sup>。これによって、OTなどの医療専門職に対して、信念対立に対するセルフマネジメントの1つの具体策を構築することができたと考えられる。

最後に研究3では、マインドフルネストレーニング受けると、その初期で問題を認識し始めて信念対立を強く感じやすくなり、しかしそれでもなお感じるままに感じていると信念対立の状態は続くものの、主観的には等しく<リラックスできる>状態に至る、というものになることが分かった。これによって、医療専門職のMBPで生じる信念対立の根本的な解決・解明には、マインドフルネストレーニングで心理的問題に対処し、原理的思考法やコミュニケーションスキルなどで具体的に対応していくことの必要性を示した。

現在、超高齢社会の国民の健康を支えるという要請に応えるため、この20年間で看護師は60万人から約150万人、リハビリテーション専門職(OT・PT・ST)は5万人から約24万人にその有資格者数を増やした<sup>105,106)</sup>。また、回復期病棟や地域包括ケア病棟などの登場によって、1年365日一定以上の医療・介護のサービスを提供するために、300名以上の医療専門職が在籍する病院施

設も少なくない。この20年間あまりでOTなどの医療専門職が働く職場環境は劇的に変化していったと言える。そして、そのような状況下で多くの医療専門職が上司・同僚・後輩とのMBPで生じる信念対立を経験している。今回3つの研究で得られた知見を活用することは、医療専門職が組織の中でMBPで生じる信念対立に遭遇しても、多職種と円滑に連携しながら質の高い実践を実現するうえでの一助になると考える。

### 3. 本研究の限界

本研究の研究1と研究2では、OTのみを対象とした。したがって、OTを除く他の医療従事者のMBPで生じる信念対立の特性は結果に反映されていない。また、研究3の介入研究は、身体障害領域の1施設のみで実施した。医療専門職が働く領域は、精神領域、発達領域、地域領域、教育領域など多様であるが、実践領域ごとの特性は結果に反映されていない。そして、マインドフルネストレーニングは、ヴィパッサナー瞑想だけでなくサマタ瞑想も実践するものが多いが、今回は、ヴィパッサナー瞑想のみの介入結果である。今後、本研究の知見を活用した縦断研究や多施設共同研究により、MBPで生じる信念対立の実態と信念対立に対するマインドフルネストレーニングの効果がより明らかになっていくと考えている。

## 終章

### 1. 結論

本研究は、OTを中心に医療専門職のMBPで生じる信念対立を低減・予防するための有効な対策を構築するために、3つの研究で構成された。研究1では、OTの信念対立の状態の経時的変化を測定することを目的に、医療専門職のための信念対立評価尺度を開発した。研究2では、医療専門職のMBPで生じる信念対立を調査するための尺度を開発した後、MBPで生じる信念対立と自己受容性との関連性を明らかにした。研究3では、研究1と研究2で得られた知見を基に、医療専門職の信念対立の問題に対するマインドフルネストレーニングの効果を検証した。

結果、研究1では、信頼性と妥当性を担保したABC-P-AとABC-P-Bから構成されたABC-Pが開発できた。そして、研究2では、医療専門職の信念対立を調査するためのABC-P-19が開発され、「他者への寛容な態度」、「自身の情緒の安定」が信念対立の低減・予防に影響を与える可能性を示唆した。最後の研究3の介入研究では、医療専門職の信念対立に対するマインドフルネスの主観的な効果は確認されたが、信念対立という問題の実態が解決・解明に向かうわけではないことが明らかになった。しかしながら、MBPで生じる信念対立に対して、マインドフルネストレーニングを実践することで、心理的問題を軽減し、クライアントへの質の高いMBPの実現へと繋がりがやすくなる可能性が考えられる<sup>29,76)</sup>。

MBPで生じる信念対立は、年齢や経験年数に関係なく生じる可能性が高いと考えられる<sup>95)</sup>。そして、その問題が悪化すると、重大な職場トラブルに繋がる可能性も考えられる<sup>29-33)</sup>。今回、3つの研究で得られた知見から、医療専門職がMBPで生じる信念対立を経験した時は、相手に寛容な態度を示しながら、自身の情緒を安定させること、またマインドフルネストレーニングを活用することで、主観的に「リラックスした」状態になることが期待できる<sup>91,95)</sup>。一方で、研究3の結果から、マインドフルネストレーニングを実践しても、信念対立の実態そのものが低減されるわけではないことが示されている。また先行研究からも、マインドフルネストレーニングを習慣的に実践しても、他者との肯定的な関係づくりにすぐに発展するわけではないと考えられる<sup>54-57,73)</sup>。以上から、MBPで生じる信念対立に対処し、建設的な結果を得るには、今回得られた知見を活用しながら、長期的な視点でその問題に取り組む姿勢が必要になると考えられる。そして今後、本研究の知見が、医療専門職の組織全体のマネジメントやセルフマネジメントに積極的に活用されることを望む。

## 2. 謝辞

この論文は、吉備国際大学大学院博士後期課程で行った3つの研究をまとめたものです。まず、この研究にご協力下さった全ての対象者の方に心より御礼申し上げます。ありがとうございました。皆様のご協力がなければ、この博士論文は完成させることはできませんでした。この論文で示した知見が皆様の臨床・管理・研究業務の幾ばくかの助けになれば、研究者としてこれ以上の幸せはありません。次に、修士課程の2年間を含め、5年間ご指導頂いた京極真准教授に深謝します。現在までに京極先生のもとで3本の研究論文が学術誌に掲載可まで辿り着きました。決して本数は多くありませんが、どれもがその時の自身の渾身の論文であったと自負しております。京極先生の元で過ごした5年間は言葉では言い尽くせない私の人生のかけかけがえのないものとなりました。私の研究者としての道はこの研究室で始まり、これからもそれを誇りに研究を続けていきます。そして、修士論文と博士論文ともに主査をお引き受け頂きました籾脇健司教授に心より御礼申し上げます。これまでに籾脇先生から頂いた研究への端緒は数え切れません。また、研究を進めていくうえで貴重なアドバイスを与えてくれ、時に研究の厳しさや楽しさを共有してくれた京極研究室のメンバー全員に御礼申し上げます。ひとりでは、ここまで続けることは出来なかったと思います。そして、関中央病院リハビリテーション科スタッフにも御礼申し上げます。私の大学院生生活は、関中央病院での臨床・管理業務との2足の草鞋でした。スタッフの皆様の多大なる配慮のもとに私の院生生活が支えられていたことは言うまでもありません。最後に、私が博士課程に進学すると決めた時に「何があっても応援するので、やり抜いて下さい」と言ってくれた妻といつも私を笑顔にしてくれる娘達への感謝を記して本論文を擱筆します。いつもありがとう。

## 文献

- 1) World Federation of Occupational Therapists (2004) Definition of Occupational Therapy. <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>. [Accessed January 25, 2018]
- 2) Gail B, Alison S (2012) Using Occupational Therapy Theory in Practice. Wiley, New Jersey
- 3) Rosalie B, Kay W, Menks F, Susan D, Julia V (岩崎テル子・監訳) (2003) 作業療法実践のための6つの理論：理論の形成と発展. 協同医書出版社, 東京
- 4) Kielhofner G (山田孝・監訳) (2014) 作業療法実践の理論. 原書第四版, 医学書院, 東京
- 5) 吉川ひろみ (1994) 作業療法理論確立への取り組み. 作業療法 13(1) : 18-23
- 6) 吉川ひろみ (2003) 作業療法理論の概観：用語の意味と枠組みの違い. OT ジャーナル 37(7) : 691-695
- 7) 佐藤剛 (1995) 作業療法理論の再考. 総合リハビリテーション 23(4) : 293-298
- 8) 宮前珠子 (1995) 身体障害領域における作業療法の理論と臨床. OT ジャーナル 29(4) : 263-268
- 9) 宮前珠子 (2001) 作業療法の学問的位置づけと 21 世紀の展望. 広島大学保健学ジャーナル 1(1) : 11-15
- 10) 高畑進一 (2013) 理論の成立と発展：OT の臨床実践に役立つ理論と技術・概念から各種応用まで. OT ジャーナル 47(7) : 602-607
- 11) 京極真 (2007) 作業療法の超メタ理論の理論的検討：プラグマティズム, 構成主義, 構造構成主義の比較検討を通して. 人間総合科学会誌 3(1) : 53-62
- 12) Reed K (1984) Understanding theory: The first step in learning about research. American Journal of Occupational Therapy 38(10): 677-682
- 13) Mosey AC (1992) Applied Scientific inquiry in the Health Professionals: An Epistemological Orientation. American Journal of occupational Therapy 46(11): 1047-1048
- 14) Mosey AC (1973) An alternative: the bio psychosocial model. American Journal of occupational Therapy 28(3): 137-140
- 15) 阿瀬寛幸, 新保松雄 (2013) ボバース概念における回復期脳卒中患者アプローチへの COPM と GAS 併用の有用性検討. OT ジャーナル 47(4) : 373-377
- 16) 古桧山建吾, 京極真 (2016) 理論に根ざした実践で生じる信念対立の問題解明：複線径路・等至性モデルを用いて. 日本臨床作業療法研究 3(1) : 10-16
- 17) 田島明子 (2012) 作業療法の理論化の動向：特に 1992 年以降に着目して. Core Ethics 8 : 245-256
- 18) 田島明子 (2013) 日本における作業療法の現代史：対象者の「存在を肯定する」作業療法学の構築に向けて. 生活書院, 東京

- 19) 竹田青嗣 (2004) 現象学は思考の原理である. ちくま書房, 東京
- 20) 京極真 (2011) 医療関係者のための信念対立解明アプローチ. 誠信書房, 東京
- 21) 京極真 (2014) 医療関係者のためのトラブル対応術 : 信念対立解明アプローチ. 誠信書房, 東京
- 22) 西條剛央 (2005) 構造構成主義とは何か : 次世代人間科学の原理. 北大路書房, 京都
- 23) 齋藤清二 (2008) 物語と対話に基づく医療 (EBM) と構造構成主義. 構造構成主義研究 2 : 177-189
- 24) 古桧山建吾, 京極真, 寺岡睦 (2014) 作業療法士が考える信念対立への適切な対応 : 質的統合法を用いて. 岐阜作業療法 17:27-29
- 25) 古桧山建吾, 京極真, 寺岡睦, 篠原香, 三宅優紀, 永井成佳 (2013) 身体障害領域の作業療法士を対象にした信念対立の実態調査. 第 29 回岐阜県病院協会医学会演題抄録集 : 180
- 26) 寺岡睦, 京極真 (2014) 作業に根ざした実践と信念対立解明アプローチを統合した「作業に根ざした実践 2.0」の提案. 作業療法 33(3) : 249-258
- 27) Kyougoku M, Teraoka M (2015) The influence of belief conflict on stress and burnout syndrome in healthcare workers: using structural equation modeling in a cross-sectional study. PeerJ PrePrints 3: e809v1
- 28) 京極真, 寺岡睦 (2017) ベイジアンアプローチによる信念対立と作業機能障害の関連性の検討. 第 29 回岡山県作業療法学会抄録集 : 28
- 29) Almost J, Wolff AC, Stewart-Pyne A, McCormick LG, Strachan D (2016) Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. Journal of Advanced Nursing 72(7): 1490-1505
- 30) Chou LP, Li CY, Hu SC (2014) Job stress and burnout in hospital employees Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. BMJ Open 4(2): doi: 10.1136/bmjopen-2013-004185
- 31) Ramsay MA (2001) Conflict in the health care workplace. Proceedings (Baylor University Medical Center) 14(2): 138-139
- 32) Ilhan MN, Durukan E, Taner E, Maral I, Bumin MA (2008) Burnout and its correlates among nursing staff questionnaire survey. Journal of Advanced Nursing 61(1): 100-106
- 33) Ulich B, Crider NM (2017) Using Teams to Improve Outcomes and Performance. Nephrology Nursing Journal 44(2): 141-151
- 34) 三沢良, 佐相邦英, 山口裕幸 (2009) 看護師チームのチームワーク測定尺度の作成. 社会心理学研究 24(3) : 219-232
- 35) 相川充, 高木真寛, 杉本信吉, 古屋真 (2011) 個人のチームワーク能力を測定する尺度の開発

- と妥当性の検討. 社会心理学研究 27(3) : 139-150
- 36) Kyoungoku M, Teraoka M, Masuda N, Oomura M, Abe Y (2015) Develop of the Assessment of Belief Conflict in Relationship-14 (ABCR-14). PLoS ONE 10(8): doi: 10.1371/journal.pone.0129349
- 37) 山口洋 (2005) キャリーオーバー効果をめぐる二つのジレンマ. 社会学部論文集 41 : 49-60
- 38) 板津祐巳 (1994) 自己受容性と対人態度との関わりについて. 教育心理学研究 42(1) : 86-94
- 39) 高井範子 (1999) 対人関係性の視点による生き方態度の発達研究. 教育心理学研究 47(3) : 317-327
- 40) 板津裕巳 (2013) 自己受容性研究の発展(2): 自己受容性の発達の研究の整理. 高崎健康福祉大学紀要 12 : 195-206
- 41) 山田みき, 岡本祐子 (2006) 現代青年の自己受容 : 自己による自己受容と他者を通しての自己受容の観点から. 広島大学大学院教育学研究科紀要 3 : 339-348
- 42) 春日由実 (2015) 自己受容とその測定に関する一研究. 南九州大学人間発達研究 5 : 19-25
- 43) 板津祐巳 (2006) 自己受容性と共感性との関わりについて. 高崎健康福祉大学紀要 5 : 33-45
- 44) Wang Z, Liu H, Wu Y, Chang S, Wang L (2017) Associations between occupational stress, burnout and well-being among manufacturing workers: mediating roles of psychological capital and self-esteem. BMC Psychiatry 17(1): doi: 10.1186/s12888-017-1533-6
- 45) Paulsson DU, Edlund B, Stenhammar C, Westerling R (2017) Psychosocial vulnerability underlying four common unhealthy behaviors in 15-16-year-old Swedish adolescents: a cross-sectional study. BMC Psychol 5(1): doi: 10.1186/s40359-017-0209-9
- 46) Wei XU, Yuyang Z, Zhongfang FU (2017) Relationships between dispositional mindfulness, self-acceptance, perceived stress, and psychological symptoms in advanced gastrointestinal cancer patients. Psychooncology 26(12): doi: 10.1002/pon.4437
- 47) 井上ウィマラ (2016) マインドフルネスストレス低減法. 精神療法 42 : 499-505
- 48) Kabat-Zinn J (春木豊・訳) (2007) マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房, 京都
- 49) 河野崇, 京極真 (2015) 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者が作業療法士に対して抱く信念対立と対処法の構造. 作業療法 34(5) : 530-540
- 50) 多田哲也, 京極真, 山内大輔 (2017) ハンドセラピーを受ける患者が体験する信念対立. 日本臨床作業療法研究 4(1) : 31-36
- 51) 山森真理子 (2014) 職場のトラブルメーカーに対する医療従事者の信念対立の現状と対処法. 吉備国際大学大学院修士論文 (未公刊)
- 52) 大石醒悟, 柴田龍宏, 高田弥寿子・編 (2018) 実践から識る! 心不全緩和ケアチームの作り方 (仮題). 南山堂, 東京 (印刷中)




- 53) Luca L, Marco L, Valentina C, Fabrizio D (2017) Dimensions of Mindfulness and Their Relations with Psychological Well-Being and Neuroticism. *Mindfulness* 8(3): 664-676
- 54) 織田靖史, 京極真, 西岡由江, 宮崎洋一 (2015) 感情調節困難患者へのマインドフルネス作業療法の効果検証：シングルシステムデザインを用いて. *精神科治療学* 30(11) : 1523-1531
- 55) 織田靖史 (2017) 作業にひたり, 作業を味わうことで, ひとは救われる：マインドフルネス作業療法とは何か？. *OT ジャーナル* 51(3) : 244-247
- 56) 織田靖史, 京極真, 西岡由江, 宮崎洋一 (2017) 感情調節困難患者がマインドフルネス作業療法(MBOT)を実施した際の内的体験の解明. *精神科治療学* 32(1) : 129-137
- 57) 織田靖史, 京極真, 平尾一樹, 宮崎洋一 (2016) 近赤外分光法を用いた前頭前野の参加へモグロビン量の比較によるマインドフルネス作業療法の効果：マインドフルネス作業療法とマインドフルネス・スキルトレーニング・精神科作業療法の比較. *日本臨床作業療法研究* 3(1):26-32
- 58) 平野美沙, 湯川進太郎 (2013) マインドフルネス瞑想の怒り低減効果に関する実験的検討. *心理学研究* 84(2) : 93-102
- 59) 田村法子, 朴順禮, 藤澤大介 (2012) 身体疾患のストレスとマインドフルネス. *精神療法* 42(3) : 671-676
- 60) Hrdison ME, Roll SC (2016) Mindfulness Interventions in Physical Rehabilitation: A Scoping Review. *American Journal of occupational Therapy* 70(3): doi: 10.5014/ajot.2016.018069
- 61) Piersol CV, Canton K, Connor SE, Giller I, Lipman S, Sager S (2017) Effectiveness of Interventions for Caregivers of People with Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders: A Systematic Review. *American Journal of occupational Therapy* 71(5): doi: 10.5014/ajot.2017.027581
- 62) 中嶋秀明, 萱間真美 (2016) 看護・介護者のストレス, *精神療法* 42(3) : 677-680
- 63) 森まき子 (2016) 職場の集団マネジメント. *精神療法* 42(3) : 648-653
- 64) Qing QL, Zong KZ, Xiu JY, Fan CK, Xiao JS, Cui YF (2018) Mindfulness and sleep quality in adolescents: Analysis of rumination as a mediator and self-control as a moderator. *Personality and Individual Differences* 122: 171-176, 2017.
- 65) Beattie J, Hall H, Biro MA, East C, Lau R (2017) Effects of mindfulness on maternal stress, depressive symptoms and awareness of present moment experience: A pilot randomised trial. *Midwifery* 50: doi: 10.1016/j.midw.2017.04.006
- 66) Lina R, Linda L, Eva BJ, Walter O (2017) Prevalence of mind and body exercise (MBE) in relation to demographics, self-rated health, and purchases of prescribed psychotropic drugs and analgesics. *PLoS ONE* 12(9):doi: 10.1371/journal.pone.0184635

- 67) Shimon B, Raymond P, Preston A, Tracy L, Simpson D, Richard J (2017) Is mindfulness research methodology improving over time? A systematic review. PLoS ONE 12(10): doi: 10.1371/journal.pone.0187298
- 68) Luken M, Sammons A (2016) Systematic Review of Mindfulness practice for Reducing Job Burnout. American Journal of occupational Therapy 70(2): doi: 10.5014/ajot.2016.016956
- 69) Simon B, Raymond P, Richard J, Bruce E, David J, Tracy L (2017) Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review 59: doi10.1016/j.cpr.2017.10.011
- 70) Taehwan P, Maryanne RS, Cynthia RG (2013) Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome. Quality of Life Research 22(10): 2639-2659
- 71) Vindholmen S, Højgaard R, Espenes GA, Seiler S (2013) Return to work after vocational rehabilitation: does mindfulness matter? . Psychology Research and Behavior Management 7: doi: 10.2147/PRBM.S56013
- 72) Pereira JA, Barkham M, Kellett S, Saxon D (2017) The Role of Resilience and Mindfulness in Effective Practice: A Practice-Based Feasibility Study. Administration and Policy Ment Health 44(5): doi: 10.1007/s10488-016-0747-0
- 73) Nicholas T, Van D, Marieke K, David R (2018) Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. Perspective on Psychological Science 13(1): doi:10.1177/1745691617709589
- 74) 大岸太一 (2015) 透析医療に携わる医療従事者の職業性ストレス, コーピング, 信念対立, 作業機能障害の構造的関連性に関する研究. 吉備国際大学大学院修士論文 (未公開)
- 75) 三宅優紀, 寺岡睦, 萩野景規, 京極真 (2014) 病院勤務のリハビリテーションスタッフの作業機能障害の種類の実態と職業性ストレスとの関連. 日本予防医学会雑誌 9(2) : 93-100
- 76) 澤田辰徳・編 (2016) 作業で結ぶマネジメント: 作業療法士のための自分づくり・仲間づくり・組織づくり. 明唱堂, 東京
- 77) 清水裕士 (2016) フリーの統計分析ソフト HAD: 機能の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案. メディア・情報・コミュニケーション研究 1 : 59-73
- 78) Muthén B, Asparouhov T (2002) Latent variable analysis with categorical outcomes: Multiple-group and growth modeling in Mplus. Mplus web notes 4: 1-22
- 79) 小杉考司, 清水裕士・編 (2014) M-plus と R による構造方程式モデリング入門. 北大路書房, 京都
- 80) 豊田秀樹・編 (2011) 項目反応理論[事例編]: 新しい心理テストの構成法. 朝倉書店, 東京

- 81) 加藤健太郎, 山田剛史, 川端一光 (2014) R による項目反応理論. オーム社, 東京
- 82) 土屋政雄 (2015) 尺度研究の必須事項. 行動療法研究 41(3) : 107-116
- 83) 村上宣寛 (2006) 心理尺度のつくり方. 北大路書房, 京都 pp63-78
- 84) Yaghmaei F (2003) Content validity and its estimation. Journal of Medical Education 3(1): 25-27
- 85) 泉毅, 山野井真児, 山田剛史, 金森保智, 対馬英樹 (2012) 共通項目数が等化の精度に及ぼす影響-大規模学力テストデータを用いた探索的研究. 教育実践学論集 13 : 49-57
- 86) Teraoka M, Kyougoku M (2015) Development of the Final Version of the Classification and Assessment of Occupational Dysfunction Scale. PLoS ONE 10(8): doi: 10.1371/journal.pone.0134695
- 87) 荘島宏二郎, 豊田秀樹 (2002) 項目反応理論における Cronbach の  $\alpha$  係数の推定. The Japanese Journal of Psychology 73(3): 227-233
- 88) 岡田謙介 (2011) クロンバックの  $\alpha$  に代わる信頼性の推定法について : 構造方程式モデリングによる方法・McDonald の  $\omega$  の比較. 日本テスト学会誌 7(1) : 37-50
- 89) 井上信次 (2015) 項目反応理論に基づく順序尺度の等間隔性 : 質問紙調査の回答選択肢 (3~5 件法等間隔性と回答のしやすさ) . 川崎医療福祉学会誌 25(1) : 23-35
- 90) Bock R, Aitkin M (1981) Marginal maximum likelihood estimation of item parameters: Application of an EM algorithm. Psychometrika 46(4): 443-459
- 91) 古桧山建吾, 京極真 (2017) 専門職のための信念対立評価尺度 (Assessment of Belief Conflict for Profession: ABCP) の開発 : 作業療法士を対象にして. 作業療法 36(5) : 470-482
- 92) Grady A (1987) Nationally speaking: Research: Its role in enhancing the professional image. American Journal of Occupational Therapy 41(6): 347-349
- 93) 板津祐巳 (1989) 自己受容尺度短縮版 (SASSV) 作成の試み. 応用心理学研究 14 : 59-65
- 94) 原田雄輔, 長谷川利夫 (2014) 訪問リハビリテーションに従事する作業療法士のメンタルヘルスに関する研究 : 病院に勤務する作業療法士との比較を通して. 作業療法 33(4) : 324-336
- 95) 古桧山建吾, 京極真 (2018) 理論に根ざした実践で生じる信念対立と自己受容性との関連性. 作業療法 37 (印刷中)
- 96) 抱井尚子・編 (2016) 混合研究法への誘い : 質的・量的研究を統合する新しい実践研究アプローチ. 遠見書房, 東京
- 97) 大下大圓・編 (2016) 臨床瞑想法 : 心と身体がよみがえる 4 つのメソッド. 日本看護協会出版会, 東京
- 98) 安田裕子, サトウタツヤ・編 (2012) TEM でわかる人生の径路 : 質的研究の新展開. 誠心書房, 東京

- 99) サトウタツヤ (2006) 発達の多様性を記述する新しい心理学方法論としての複線径路等至性モデル. 立命館人間科学研究 12 : 65-75
- 100) 荒川歩, 安田優子, サトウタツヤ (2012) 複線径路・等至性モデルの TEM 図の描き方の一例. 立命館人間科学研究 25 : 95-107
- 101) 佐藤郁哉 (2010) 質的データ分析法 : 原理・方法・実践. 新曜社, 東京
- 102) 鈴木伸一, 嶋田洋徳, 三浦正江, 片柳弘司, 右馬埜力也 (1997) 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討. The Japanese Society of Behavioral Medicine 4(1): 22-29
- 103) 近藤育代, 越川房子 (2016) MBSR/MBCT グループ療法. 臨床心理学 16(4) : 450-455
- 104) 久保拓弥 (2012) データ解析のための統計モデリング入門 : 一般化線形モデル・階層ベイズモデル・MCMC (確率と情報の科学). 岩波書店, 東京
- 105) 日本看護協会 (2016) 総数 (年次別・就業場所別) .  
<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html> [Accessed November 12, 2017]
- 106) 厚生労働省 (2016) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士需給調査.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000132674.html> [Accessed November 12, 2017]

別紙様式第2

倫理審査結果通知書	
平成28年1月21日	
古桧山 建吾 殿	吉備国際大学倫理審査委員会 委員長 河村 顕治
受理番号 15-47	
課題名	理論に根ざした実践(Model Based Practice:MBP)で生じる信念対立の尺度開発と意志力との関連及びその効果検証
研究者名	古桧山 建吾
さきに申請のあった上記課題を、平成28年1月20日に倫理審査委員会が審査し、下記のとおり判定した。	
判定	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>非該当</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 10px;">承認</span> <span>条件付承認</span> <span>実施計画変更の勧告</span> <span>不承認</span> </div>
理由又は勧告	

資料 2

(様式 3)

平成 29 年 2 月 28 日

中嶋科長 殿

関中央病院グループ

院長 植松孝広



### 審査結果通知書

受付番号 2016-31

課題名 マインドフルネス呼吸法を活用した医療従事者のストレス反応への介入研究

研究責任者 古桧山 健吾

平成 29 年 2 月 24 日付けで申請のあった上記課題に係る研究計画について、関中央病院グループの倫理審査会議の審査結果に基づき、下記のとおり決定したので通知します。

記

【判定】	非該当 変更の勧告	<u>承認</u> 不承認	条件付承認
【理由又は勧告】			

## ABCP-A

あなたのここ2週間の状態にあてはまるものに○をつけてください。

No	質問項目	とても そう思う	そう 思う	少し そう思う	あまり そう 思わない	そう 思わない	全く そう 思わない
1	特に理由がないのに方法を批判されていると思うことがある。	6	5	4	3	2	1
2	自分の実践が理解してもらえないことに対してむなしさを感じる。	6	5	4	3	2	1
3	自分の実践に対して間違ったレッテルを貼られていると感じることがある。	6	5	4	3	2	1
4	他の人に自分の実践がわかってもらえないことへの怒りを感じることもある。	6	5	4	3	2	1
5	実践に対する考え方が違う人に対して、考えを押し付けないで欲しいと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
6	実践の考え方が違う人に距離を置かれていると感じることがある。	6	5	4	3	2	1
7	実践の考え方が違う人と接することが辛いと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
8	実践の考え方が違う人にわかってもらえない切なさを感じることもある。	6	5	4	3	2	1
9	実践の考え方が違う人に対してげんなりした気分になる。	6	5	4	3	2	1
10	実践の考え方が違う人から危険人物だと認識されていると感じることがある。	6	5	4	3	2	1

## ABCP-B

あなたのここ2週間の状態にあてはまるものに○をつけてください。

No	質問項目	とても そう思う	そう 思う	少し そう 思う	あまり そう 思わない	そう 思わない	全く そう 思わない
1	特に理由がないのに方法を批判されていると思うことがある。	6	5	4	3	2	1
2	自分の実践が理解してもらえないことに対してむなしさを感じる。	6	5	4	3	2	1
3	自分の実践に対して間違っただけを貼られていると感じることがある。	6	5	4	3	2	1
4	実践の考え方が違う人に冷ややかな態度をされたと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
5	実践の考え方が違う人から小馬鹿にされたと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
6	実践の考え方が違う人が何がやりたいのか理解できないと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
7	実践に対する考え方の違いから職場を退職しようと思うことがある。	6	5	4	3	2	1
8	他の人の実践をみて違和感がある。	6	5	4	3	2	1
9	他の人の実践をみてクライアントが可哀想だと感じるがある。	6	5	4	3	2	1
10	自分の信じているものを否定されたと感じることがある。	6	5	4	3	2	1



# ABCP

Assessment of Belief of Conflict for  
Profession testA & testB



# ABCP

## Assessment of Belief Conflict for Profession test A/ test B

はじめまして、ABCP開発者のコヒヤマです。ABCPは、専門職の信念対立を測定するための尺度です。ABCPは、Test AとTest Bの2つのTestで構成されています。そして、ABCPを使えば、信念対立の経時的変化を測定することができます。ABCPは3stepでみなさんに使ってもらうことができます。では、以下にその説明をします。

### step1 (ABCPを使用するための準備)

古松山のホームページから、ABCPの用紙 (PDF) 、Excelファイルの2つをダウンロードしてください。そして、ABCPの結果を導きだすための統計ソフト (exametrika) をこのサイト (<http://www.rd.dnc.ac.jp/~shojima/exmk/index.htm>) からダウンロードしてください。

### step2 (ABCPに回答して点数と重症値をだす)

ABCPに回答し、信念対立の重症値を導出します。点数を指定のExcelシートに入力して下さい。その後、シートにファイル名をつけて保存してください (日本語でも英語でもOKです)。exametrikaを起動します。分析手順は以下の通りです。①【データ】入力したファイルを指定→②【データワークシート】入力したシート (test\_A or test\_B) を指定→③【データの起点】一番最初の数字をクリック→④【分析する項目の選択】“全項目をチェックする”にチェックを入れる→⑤【分析内

容】IRT→⑥【推定の設定】サメジマの段階モデル→⑦【モデルの母数】A, Bを指定→⑧【IRP固定シート】使用した評価用紙（test\_Aの固定シート or test\_Bの固定シート）を選択→⑨【出力オプション】全ての項目をチェック→⑩【分析実行】

### **step3（結果をみる）**

分析結果は、指定したファイルに導出されます。テスト回答者の方のIDを探してください。dammyが4つ入っていますがdummyは消さないで下さい。“事後期待値”が重症値になります。重症値は-3.0～3.0の値をとり、値が大きいほど信念対立が重症であるということになります。

### **Appendix**

ABCPは、約500人の作業療法士の方に協力して頂いて作成しました。今後具体的な使用事例を増やしていくことで、作業療法士だけでなく専門職全般の信念対立の問題を解明・解決していくためのサポートをしていきたいと考えています。多くの方に自由に使うために、使い方に関しては、細かい規定を定めていません。今後さらに、使いやすいものになるように改良していきたいと考えています。使用して頂き、何かお気づきの点がありましたら、snowlife0211アットマーク（@に変換してください）yahoo.co.jpまでご連絡ください。よろしくお願いいたします。

## 資料6

## ABCP-19

あなたのここ2週間の状態に当てはまるものに○をつけて下さい。

番号	質問項目	とても そう思う	そう 思う	少し そう思う	あまり そう 思わない	そう 思わない	全く そう 思わない
1	特に理由がないのに方法を批判されていると思うことがある。	6	5	4	3	2	1
2	自分の実践が理解してもらえないことに対してむなしさを感じる。	6	5	4	3	2	1
3	自分の実践に対して間違ったレッテルを貼られていると感じることがある。	6	5	4	3	2	1
4	他の人に自分の実践がわかってもらえないことへの怒りを感じる。	6	5	4	3	2	1
5	他の人の実践をみて自分が患者ならその方法ではやって欲しくないと思う。	6	5	4	3	2	1
6	実践の考え方が違う人に冷やかな態度をされたと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
7	実践の考え方が違う人から小馬鹿にされたと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
8	実践の考え方が違う人が何がやりたいのか理解できないと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
9	実践に対する考え方の違いから職場を退職しようと思うことがある。	6	5	4	3	2	1
10	治療方法について実践の考え方が違う人に相談しても結局はわかりあえないと思う。	6	5	4	3	2	1
11	他の人の実践をみて違和感がある。	6	5	4	3	2	1
12	実践の考え方の違いから周囲の人に対して阻害を感じる。	6	5	4	3	2	1
13	他の人からの自分の実践に対しての評価が低いと感じる。	6	5	4	3	2	1
14	他の人の実践に対してわけがわからないと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
15	他の人の実践に対して実践としての意味は無いと感じる。	6	5	4	3	2	1
16	他の人の実践をみてクライアントが可哀想だと感じる。	6	5	4	3	2	1
17	実践の考え方が違う人が何が言いたいかわからなくなる。	6	5	4	3	2	1
18	自分の信じているものを否定されたと感じることがある。	6	5	4	3	2	1
19	自分の実践が他の人に誤解されていると思う。	6	5	4	3	2	1