

医療従事者における信念対立の尺度開発と要因間の検討
および e ラーニングシステムによる学習支援方法の実践的検討

2019 年

吉備国際大学大学院
保健科学研究科
保健科学専攻

D311601 大岸太一

目次

掲載論文リスト	3
定義リスト	4
省略文字リスト	5
序章	6
第1章 研究1. 医療従事者のための信念対立における要因と反応測定尺度（ABC-FR : Assessment of Belief Conflict for Factor and Response）の開発	10
第1節 背景	10
第2節 方法	11
第3節 結果	15
第4節 考察	22
第5節 結論	24
第2章 研究2. ABC-FR の尺度特性の検証と構造的関連性の検討	25
第1節 背景	25
第2節 方法	25
第3節 結果	28
第4節 考察	38
第5節 結論	40
第3章 研究3. 医療従事者に対する信念対立解明アプローチに基づく e ラーニングシステムによる介入効果の実践的検討	41
第1節 背景	41
第2節 方法と結果	42
第3節 全体考察	56
第4節 結論	57
第4章 総合考察	58

第1節 本研究から得られた新たな知見.....	58
第2節 臨床応用可能性.....	58
終章.....	60
第1節 結論.....	60
第2節 研究の限界.....	60
謝辞.....	61
文献.....	62
資料.....	66

掲載論文リスト

本博士論文は3つの研究で構成される。そのうち、研究1「医療従事者のための信念対立における要因と反応測定尺度（ABC-FR：Assessment of Belief Conflict for Factor and Response）の開発」、研究2「ABC-FRの尺度特性の検証と構造的関連性の検討」が査読付き学術誌へ掲載された。

研究1「医療従事者のための信念対立における要因と反応測定尺度（ABC-FR：Assessment of Belief Conflict for Factor and Response）の開発」

大岸太一，京極真（2018）医療従事者のための信念対立における要因と反応測定尺度（ABC-FR：Assessment of Belief Conflict for Factor and Response）の開発．日本臨床作業療法研究 5：94-101

研究2「ABC-FRの尺度特性の検証と構造的関連性の検討」

大岸太一，京極真（2018）医療者の信念対立，作業機能障害，職業性ストレスの構造的関連性について．日本臨床作業療法研究 5：80-86

定義リスト

本博士論文における主要概念の定義は以下の通りである。

(概念)	(定義)
信念対立 (Belief conflict)	立場や価値観の違いから生じる対人関係上のトラブルである ¹⁾ 。
信念対立の要因 (Factor of belief conflict)	矛盾する信念に気づくきっかけになった出来事である ²⁾ 。
信念対立の反応 (Response of belief conflict)	信念対立によって生じた応答である ²⁾ 。
作業機能障害 (Occupational dysfunction)	生活行為（仕事、遊び、日課、休息）が適切に行えない状態である ³⁾ 。
職業性ストレス反応 (Job stress response)	仕事上の要求・圧力によって、自分の知識・能力にあわない仕事に取り組まなければならないときに生じる反応である ⁴⁾ 。
ストレス反応 (Stress Response)	日常体験するさまざまなストレスラーによって引き起こされる情動的、認知的、行動的変化である ⁵⁾ 。

文献

- 1) 京極真（2011）医療関係者のための信念対立解明アプローチ・コミュニケーションスキル入門。誠信書房，東京
- 2) 大岸太一，京極真（2018）医療従事者のための信念対立における要因と反応測定尺度（ABC-FR：Assessment of Belief Conflict for Factor and Response）の開発。日本臨床作業療法研究 5：94-101
- 3) 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
- 4) World Health Organization (2007) Workers' Health：global plan of action . http://www.who.int/entity/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf [Accessed November 1, 2018]
- 5) 鈴木伸一，嶋田洋徳，三浦正江，片柳弘司，右馬埜力也，坂野雄二（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。行動医学研究 4 (1)：22-49

省略文字リスト

本研究における省略文字は以下の通りである。

- ABC-FR : Assessment of Belief Conflict for Factor and Response, 信念対立における要因と反応測定尺度
- ABCP : Assessment of Belief Conflict for Profession, 専門職のための信念対立評価尺度
- ABCR-14 : Assessment of Belief Conflict in Relationship-14
- AUC : Area Under the Curve, 曲線下領域
- AVE : Average Variance Extracted, 平均分散抽出
- CAOD : Classification and Assessment of Occupational Dysfunction, 作業機能障害の種類と評価
- CBT : Cognitive Behavioral Therapy Training, 認知行動療法
- CFA : Confirmatory Factor Analysis, 確認的因子分析
- CFI : Comparative Fit Index, 比較適合度指標
- CI : Confidence Interval, 信頼区間
- COSMIN : COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments, 健康関連尺度の選択に関する合意に基づく指針
- DAB : Dissolution Approach for Belief conflict, 信念対立説明アプローチ
- EFA : Exploratory Factor Analysis, 探索的因子分析
- HPA : Hypothalamic-Pituitary-Adrenalaxis, 視床下部-下垂体-副腎皮質系
- ID : Instructional Design, インストラクショナルデザイン
- MBP : Model Based Practice, 理論に根ざした実践
- OBP : Occupation-Based Practice, 作業に根ざした実践
- OBP2.0 : Occupation-Based Practice 2.0, 作業に根ざした実践 2.0
- RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation, 平均二乗誤差平方根
- SD : Standard Deviation, 標準偏差
- SRS-18 : Stress Response Scale-18, 心理的ストレス反応尺度
- SSD : Single-System Design, シングルシステムデザイン
- TLI : Tucker-Levis Index, タッカー・ルイス指標
- WLSMV : Weighted Least-Squares estimation with Mean and Variance adjustment, ロバスト重み付き最小二乗法
- WHO : World Health Organization, 世界保健機関
- WFOT : World Federation of Occupational Therapist, 世界作業療法士連盟

序章

1. 背景

世界保健機関（World Health Organization：以下、WHO）は、労働者の健康問題への対策を重要課題の一つとして挙げている¹⁾。労働者の健康問題への取り組みの背景には、労働者個人の身体や精神の健康維持に寄与すると同時に、国家や世界経済の持続、および発展にも関わる重要な問題であるといった認識がある¹⁾。本邦においても、労働者のメンタルヘルスの不調および自殺率が増加傾向にあり、厚生労働省の主導で2015年12月からストレスチェック制度が導入された^{2,3)}。また、医療・福祉に関する事業所でメンタルヘルス不調者がいると回答した割合は76.6%と高く、医療従事者にとってもメンタルヘルスは大きな問題となっている²⁾。

近年、作業療法では、医療従事者のメンタルヘルス問題に関連する概念として、信念対立が着目されつつある^{4,6)}。信念対立は元来、哲学領域を中心に扱われていた概念であり、立場や価値観の違いから生じる争いとして位置付けられてきた⁷⁾。哲学の信念対立の例としては、主観客観問題がある⁷⁾。これは、主観と客観がどう一致するのかを問うものであり、長年哲学では、主観と客観の一致不一致を巡って議論が紛糾してきた⁷⁾。その結果として、相互不信を生み出し、対人関係上のトラブルに発展し、極限では宗教戦争や国際紛争を引き起こす問題であると認識されてきた^{7,8)}。

一方、現代医療は異なる職種で構成される多職種連携を基本としている^{9,10)}。多職種連携は患者とその家族、医師、看護師、薬剤師、作業療法士、理学療法士など様々なメンバーが協力しあう営みである^{9,10)}。つまり、異なる認識を持つ人々が議論しながら実践するのが、多職種連携の特徴である。ところが、多職種連携には、死亡率や再発率などの減少、治療満足度の改善、円滑なコミュニケーションの促進、専門性の発揮などさまざまな利点があるものの、その実践には困難がともなうことがあると指摘されている^{10,11)}。その理由は、多職種連携は患者とその家族や医療従事者といった立場の異なる人々が協働するため、信念対立が生じやすい構造にあるからである^{11,12)}。医療保健福祉領域における信念対立は、立場や価値観の違いから生じる対人関係上のトラブルであると定義される¹²⁾。これまでの研究結果より、医療従事者の信念対立は複雑で多様な様相を呈する問題であることが分かってきた。例えば、先行研究では、信念対立は同職種間、他職種間、患者とその家族間で生じ、対人関係の悪化と強い相関を示した^{13,14)}。また、医療者の治療理論の違いが信念対立を引き起こし、治療目標を達成するために連携できないことも明らかになった¹⁵⁾。加えて、医療従事者が信念対立を経験することで、怒り、不安、葛藤、悲しみなどの否定的な感情が生じることや、信念対立への対処に難渋し、逆に信念対立を強化することが報告されている¹⁶⁻²⁰⁾。以上の報告より、医療従事者の信念対立は多職種連携の帰結として発生する問題として捉えることができる。一方、医療従事者の信念対立が職業性ストレス、およびバーンアウト症候群を悪化させる要因である可能性が指摘されている^{4,6)}。また、医療従事者の信念対立は作業機能障害と中等度の相関があり、信念対立を経験する人は作業機能障害も経験することが多いという報告もある¹³⁾。作業機能障害とは、生活行為（仕事、遊び、日課、休息）を適切にやり遂げられない問題であり、労働者のストレス、バーンアウト症候群、抑うつ状態といったメンタルヘルス問題に関与することが報告されている²¹⁾。このように、医療保健福祉領域の信念対立は、医療従事者のメンタルヘルスを直接的、間接的に悪化させる一要因であるという報告もある^{4,6,10-14)}。つまり、医療従事者における信念対立は、

研究者の関心によって、結果にも要因にもなりうる問題であることが示されている。そして、医療保健福祉領域における立場や価値観の対立は、臨床力の低下による治療成績の悪化、インシデントの発生率の上昇、患者の満足度の低下、患者・医療者の治療関係の悪化や、チーム医療の機能不全を引き起こし、最悪の場合は医療崩壊に発展する可能性が指摘されている^{12,22)}。よって、信念対立の低減・予防が重要であり、信念対立への対処は喫緊の課題であると言える。

医療従事者の信念対立への対処に特化した理論には信念対立解明アプローチ (Dissolution Approach for Belief conflict : 以下, DAB) がある¹²⁾。これまで信念対立は、現象学や構造構成主義によって対処が試みられてきた^{7,8)}。現象学とは、主観客観問題を解消するためフッサールが体系化した哲学であり、竹田⁷⁾が信念対立を克服するための方法論として再構築している。その後、西條⁸⁾がフッサールと竹田の現象学をベースに人間科学の信念対立の克服に向けた新たな哲学である構造構成主義を体系化した。そして、京極¹²⁾が両理論をベースに医療従事者の信念対立への対処法として上記のDABを体系化した。近年、DABは医療保健福祉領域のみでなく、情報工学や教育工学などといった領域でも応用が進められている²³⁾。また、作業療法士の専門技術である作業に根ざした実践 (Occupation-Based Practice : 以下, OBP) とDABの両理論を統合した作業に根ざした実践2.0 (Occupation-Based Practice 2.0 : 以下, OBP2.0) が提唱されている²⁴⁾。作業療法士がOBP2.0を用いることで、作業療法士がクライアントの作業機能障害という問題を解決すると同時に、その実行にともない発生するクライアントおよびその家族、医療従事者との間で生じる信念対立への対処も並行して行うことが可能である²⁴⁾。

OBP2.0における先行研究では、信念対立と職業性ストレス反応、信念対立と作業機能障害との関連が検証されてきたが、それらを総合的に分析した報告は皆無であった。職業性ストレス反応は、仕事上の要求・圧力によって、自分の知識・能力にあわない仕事に取り組まなければならないときに生じる反応である¹⁾。そこで、研究者はOBP2.0を理論的基盤に置き透析医療に携わる医療従事者の信念対立と職業性ストレス反応、および作業機能障害の構造的関連性の検証を行った⁶⁾。その結果、透析医療に携わる医療従事者の信念対立は、作業機能障害を介して職業性ストレス反応を増悪させることが明らかとなった⁶⁾。つまり、職場で遭遇する対人関係上の衝突や確執は、日々の生活行為の適切な営みを阻害し、さらに、身体と精神の両面に不調を引き起こす可能性が示唆された⁶⁾。この結果から、職業性ストレスの根本には信念対立が潜んでいる可能性が示され、信念対立に対する適切な評価と対処は職業性ストレス反応の軽減につながるという仮説が立てられた⁶⁾。

先行研究から、信念対立には対立を引き起こす意見の確執など何らかの要因と、そこから発生する怒りや不安などの反応で構成されることが明らかになった^{4,6,14,20)}。つまり、信念対立への具体的な対処を検討するためには、信念対立を生じさせる要因と、そこから生じている反応について正確に評価できなければならない。信念対立の評価法には、Assessment of Belief Conflict in Relationship-14 (以下, ABCR-14)¹⁴⁾ と、Assessment of Belief Conflict for Profession (以下, ABCP)¹⁵⁾ がある。しかしながら、両尺度は信念対立の要因と反応を測定する尺度構成にはなっていない。つまり、信念対立の要因と反応に焦点化した評価法は未整備である。そして、新たに開発された尺度の頑健性を検証するため、複数の集団で信頼性と妥当性を検証する必要がある。また先行研究において、医療従事者における信念対立の要因やそこから生じる反応が医療従事者の作業機

能障害や職業性ストレス反応に与える影響について調べた報告はない。さらに、実際の臨床現場で生じた信念対立に対して、DABを用いた具体的な対処方法の効果に関する報告は少なく、実践場面において十分な検証がなされているとは言えない状況である。

2. 目的と意義

本研究の目的は、医療従事者の信念対立を低減・予防するために、信念対立を評価・解釈できる知見を創出し、対策を検討することとした。この目的を達成するために、3つの副目的を立てた。研究1の目的は、信念対立を要因と反応に区別して評価することのできる尺度（Assessment of Belief Conflict for Factor and Response：以下、ABC-FR）を開発することであった。研究2の目的は、①開発時と異なる対象者でABC-FRの尺度特性を検証すること、およびカットオフ値の生成を行い、②医療従事者の信念対立と作業機能障害、職業性ストレス反応との関連を調査することであった。研究3の目的は、DABの学習を目的としたWeb学習プログラムを開発し、その効果を検証することであった。

研究の意義は、多職種連携を阻害する人間関係の問題である信念対立に対し、ABC-FRの開発とDABの学習を目的としたWeb学習プログラムの効果検証を行うことで、信念対立の低減と予防に向けた具体的な介入方法を検討する上で有益な知見が得られることである。臨床現場における医療従事者の信念対立への評価と対処は多職種連携を促進し、多職種連携をマネジメントするという作業療法士の役割を果たすことにも繋がると期待できる。

3. 期間

データ収集期間は、平成29年5月から平成30年5月であった。

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16-42）、しげい病院倫理審査委員会（第2017-010号）、重井医学研究所附属病院、医療法人万成病院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, 2, 3, 4で示した。研究1, 2, 3の対象者には研究の概要について書面で説明し、調査用紙の返信による同意が確認された上で実施した。研究2における施設の選定は有意抽出で実施し、各施設に研究協力の打診を行った。了承の確認後、各施設の代表者へ研究概要に関する書面と調査用紙を送付し、研究協力者に調査用紙の配布と回収を依頼した。

5. 博士研究の全体の構成（図 1）

博士研究の概要を以下の図 1 に示す。医療従事者の信念対立における新たな評価方法を開発するため、研究 1 では、医療従事者の信念対立を要因と反応に分けて評価できる尺度として ABC-FR の開発を行い、研究 2 では ABC-FR の尺度特性の検証、および信念対立の関連要因の検証を行う。続いて、信念対立の低減・予防に向けた対処方法の検討を行うため、研究 3 では DAB の学習を目的とした Web 学習プログラムを開発し、実際の臨床現場で働く医療従事者の信念対立に対する Web 学習プログラムの効果検証を行う。なお、研究 3 の Web 学習プログラムの開発で使用する信念対立解明アプローチについては、開発者の名称を踏襲し Dissolution Approach for Belief conflict、もしくは略語の DAB と呼称することとする。

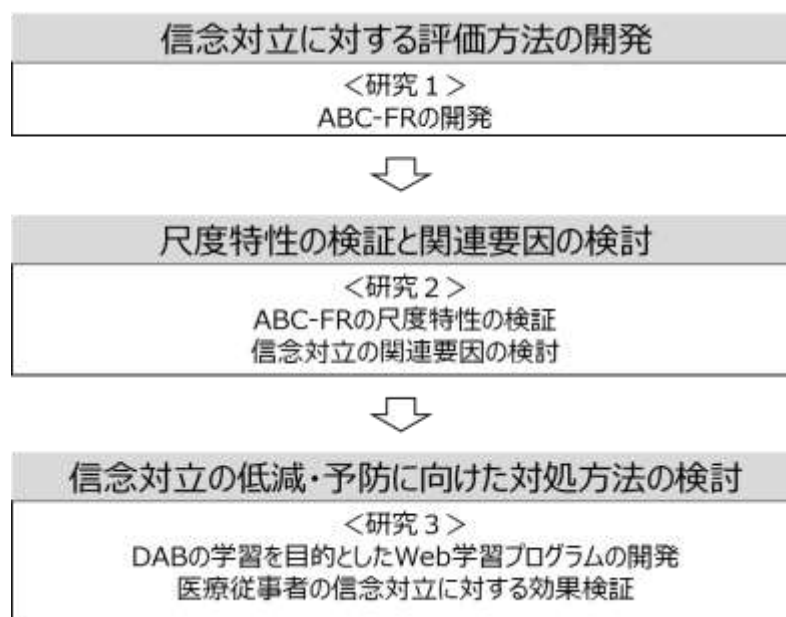


図 1 博士研究の概要

第1章 研究1. 医療従事者のための信念対立における要因と反応測定尺度(ABC-FR : Assessment of Belief Conflict for Factor and Response) の開発

第1節 背景

世界作業療法士連盟 (World Federation of Occupational Therapist : 以下, WFOT) によると, 作業療法とは作業を通じて健康と安寧を改善する方法である²⁵⁾. また作業療法士の役割は, クライエントの作業機能障害への評価と介入に加えて, 多職種連携のマネジメントを行うことにある²⁶⁾. しかし, 医療従事者の協働を基本とする多職種連携では, 専門性の違いから意見や価値観の確執である信念対立が生じやすい¹²⁾. 作業療法士による多職種連携のマネジメントを促進するため, 作業療法理論の一つである OBP2.0 が提唱されている²⁴⁾. OBP2.0 は, 医療従事者, およびクライアントやその家族との間で生じた信念対立を解明しつつ, クライエントの作業機能障害の改善に取り組むための理論である²⁴⁾. したがって, 作業療法士が多職種連携のマネジメントという役割を担う上で, 信念対立への対処は避けて通れない課題であるといえる.

医療保健福祉領域における信念対立研究では, 信念対立は対人関係の悪化と強い相関を示し, 特に同職種間, 他職種間, 患者や家族と医療従事者の間で生じることが報告されている¹⁴⁾. また, 特定の作業療法, および諸関連理論が混在する臨床現場において, 作業療法士が依拠する学派の違いから信念対立が生じ, 治療目標を達成するために連携できないことも明らかになっている¹⁵⁾. 加えて, 信念対立に直面した多くの医療従事者は, 怒りや不安, 葛藤などを経験し, 信念対立への対処を試みようとするものの十分に対処できず, 反対に悪化を招くことが報告されている¹⁵⁻²⁰⁾. さらに, 信念対立は, 日常生活行為を適切に行うことを妨げ, 職業性ストレス反応の増大につながる可能性が示された^{6,13)}.

以上より, 信念対立は意見や価値観の確執といった何らかの要因と, そこから生じる怒りや不安, 葛藤といった反応で構成されており, 作業療法士は信念対立の要因と反応を同時に捉えて, 多職種連携のマネジメントに取り組む必要がある. 信念対立の要因は, 意見や価値観といった世界観の相違で生じる問題である¹²⁾. 他方, 信念対立の反応は, ストレス反応に含まれる怒り, 不安, 葛藤などの感情問題を表す¹⁶⁻²⁰⁾. ストレス反応とは, 「日常体験するさまざまなストレスナーによって引き起こされる情動的, 認知的, 行動的変化である」と定義されている²⁷⁾. これを前提にすれば, ストレス反応の一部に信念対立の反応が含まれるが, 先行研究を見ると, 一般的なストレス反応と信念対立の要因の相関は弱い相関しかない^{6,14)}. このことから, 信念対立の要因で生じる反応は, 一般的なストレス反応とは異なる側面があると考えられる. しかし, 現状において信念対立を測定できる尺度は, 同職種間, 他職種間, および患者・家族と医療従事者間との人間関係のトラブルを測定する ABCR-14, 作業療法士の専門性の違いによって生じる信念対立を測定する ABCP のみであり, 信念対立の要因と反応を区別して測定できる尺度はない^{14,15)}. 本研究の目的は, 医療従事者の信念対立の要因と反応を捉える尺度の開発を行うことである. それによって, 作業療法士の役割の1つである多職種連携のマネジメントに有用なツールを提供できる.

第2節 方法

1. 倫理的配慮

本研究は吉備国際大学倫理審査委員会（受理番号 16-42）及び、しげい病院倫理審査委員会（第2017-010号）で承認された。対象者には研究の概要について書面で説明し、調査用紙の返信による同意が確認された上で実施した（資料1,2）。

2. 概要（図2）

本研究は、尺度開発の国際基準である COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstrument（以下、COSMIN）²⁸⁾を参考に実施した。本研究は2つの手順からなる。手順1では、構成概念の整備、項目プールの作成、表面妥当性と内容妥当性の検討により、仮尺度を作成した。手順2では、本尺度を開発するため、仮尺度でのデータ収集を実施し、信頼性と妥当性を検討した。



図2 研究1の手順の概要

註）手順1でABC-FR仮尺度を作成した後に、手順2でABC-FR本尺度を開発した。

3. 手順1

1) 目的

手順1の目的は、表面妥当性と内容妥当性が確認された構成概念と項目による仮尺度を作成することとした。

2) 方法

(1) 構成概念の整備

筆者と信念対立研究者の2名（38.5±4.2歳）で、医学中央雑誌、Google Scholarなどの電子データベース、およびハンドサーチにより収集した先行研究^{4,6,13-20)}や関連書籍^{7,8,12)}のレビューを行い、「要因」と「反応」の操作的定義を検討した。

(2) 項目プール作成

筆者と信念対立研究者の2名（38.5±4.2歳）で、心理測定尺度集I～VI²⁹⁻³⁴⁾などの書籍からハンドサーチにより、信念対立に関連する評価尺度を収集した。収集した既存の尺度から、「要因」と「反応」に関連する項目を選別し、医療従事者の現状に即した質問項目であること、簡潔で理解しやすい内容であることを基準に内容の加筆修正を行った。

(3) 表面妥当性、内容妥当性の検討

信念対立に精通した研究者 9 名 (31.4±4.7 歳) を対象に、作成した項目の表面妥当性と内容妥当性に関するアンケート調査を実施した。項目の表現が理解できるかどうかという表面妥当性と、構成概念に適した内容かどうかという内容妥当性を、○ (=同意)、△ (=要修正)、× (=不適切) の 3 件法で検討した。△、× と判断された場合、コメント欄にその理由や修正案を記載してもらった。得られた結果は、百分率を算出し 9 名中 8 名 (80%) 以上同意の得られた項目を採用することとした。なお、80%未満の項目はコメント欄の記載内容を参考にさらに分かりやすくなるように研究者間で検討し、異論が出なくなるまで加筆修正を行った。加筆修正を複数回行っても基準を満たさない場合は、筆者と指導教員、大学院生などとの議論やコメントの内容から削除項目として検討した。

3) 結果

(1) 対象

対象は、10 名 (男性 6 名、女性 4 名) であり、専門領域は、身体障害領域が 6 名、精神障害領域が 3 名、高齢期障害領域が 1 名であった。平均年齢は 32.0±4.8 歳、平均経験年数は 8.9±4.0 年であった。

(2) 構成概念の整備

研究者間で検討した結果、「要因」とは「矛盾する信念に気づくきっかけになった出来事である」、「反応」とは「信念対立によって生じた応答である」と定義した。信念対立は本来、立場や価値観の違いから生じる争いである⁷⁾。先行研究では、信念対立には対立を引き起こす何らかの要因と、そこから発生する怒りや不安などの反応で構成されることが示されている^{4,5,14,20)}。そうした点において、信念対立の「反応」はストレス反応に相似する概念であり、信念対立の「反応」はストレス反応に該当する事象を含む。ストレス反応とは、「日常体験するさまざまなストレスラーによって引き起こされる情動的、認知的、行動的变化である」と定義されている²⁷⁾。ところが、先行研究を見ると、信念対立とストレス反応の相関は弱い^{6,14)}。つまり、信念対立の「要因」によって生じる「反応」は「ストレス反応」に含まれるものの、その立ち現れは一般的なストレス反応とは異なる様相を呈している可能性を考慮する必要がある。そのため、信念対立の「要因」から生じる信念対立の「反応」を抽出するためには、ストレス反応の中でも、より信念対立の「要因」に強い関連を持つストレス反応を抽出する必要があると考えた。したがって、本研究で整備した信念対立の反応は、立場や価値観の違いから生じる争いという要因で生じる応答を測定するための構成概念として位置づけた。

(3) 項目プール作成

関連文献から収集した既存の尺度から「要因」と「反応」を表す項目として、「要因」203 項目、「反応」533 項目を抽出した。上記方法に従い、項目内容の加筆修正を行った結果、最終的に採用された項目は、「要因」32 項目、「反応」29 項目の合計 61 項目で項目プールは完成した。

(4) 表面妥当性、内容妥当性の検討 (表 1)

表面、および内容妥当性は、全 3 回で終了した (回収率 100%)。一連の手順を通し、「要因」、「反応」の各 30 項目、合計 60 項目の ABC-FR 仮尺度が完成した。

表1 ABC-FR 仮尺度の項目内容

項目	項目内容	項目	項目内容
1	寝られないことが多くなった	31	何事も最後までやり遂げられないと感じてしまう
2	いつも疲れているような感じがする	32	上司や部下と考え方が食い違う
3	自分の気持ちを上司や部下から理解してもらえないと感じる	33	患者の支援方法について多職種と意見が食い違う
4	患者・家族に長時間拘束されることがある	34	上司と気が合わないことが多い
5	何も手につかない	35	上司や先輩に反対意見を言いづらい
6	何事も無駄だと感じてしまう	36	私の考えは、周囲の人たちとは違うと感じることがある
7	治療に関する説明をいくらしても納得してもらえない	37	患者・家族に気をつかい、本当の感情を抑えることがある
8	何かに追い詰められている感じがする	38	気分が落ち込んでいる
9	同職種でも意見が食い違うことがある	39	人間関係をわずらわしいと感じる
10	どうしようもないのであきらめる	40	患者への介入効果が実感できない
11	警戒心が強くなった	41	体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある
12	食欲が以前よりも無くなったと感じる	42	意見や考え方の違いから多職種と仕事を連携して行えないことがある
13	患者・家族と信頼関係が築けないと感じる	43	患者が良い気分になるよう懸命に努力しなくてはならず大変だと思うことがある
14	患者・家族に文句を言われることがある	44	悲しくなることがある
15	同僚や患者と何も話したくない時がある	45	イライラしている
16	イライラして人や物に当たることがある	46	わざと仕事の妨害をされたことがある
17	同僚から批判されたり、からかわれたりする	47	相談をしても馬鹿にされる
18	惨めな気分になることがある	48	今の仕事をいつまでも続けたくない
19	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある	49	職場内で自分と異なる主張をする人がいると気になって仕方がない
20	私は、よく批判される	50	性格が合わない人ばかりで困っている
21	他者が自分を認めてくれないと不満を感じることもある	51	気持ちが動揺している
22	患者の気分によっては、患者とうまくかかわれないことがある	52	多職種で構成されるチームには明確な上下関係ができている
23	充実して生きている感じがしない	53	他人からの忠告を重視しない
24	上司や同僚から受ける指示に食い違いが多い	54	人の意見に構わず、自分の意見を述べることもある
25	自分に怒りを感じることもある	55	意見が合わない人と一緒に仕事をできないと思うことがある
26	憂うつである	56	お互いにいがみあっているスタッフがいる
27	朝、起きた時、気分がすぐれない	57	人に嫌われるぐらいなら、言いたいことを我慢するほうが良い
28	出勤するのがつらくて、家にいたいと思うことがある	58	お互いに理解しあえる人は、ほとんどいないと思う
29	気疲れしやすい	59	患者・家族からの悲観的な訴えを繰り返し聞かされる
30	意見が合わないと、相手を批判したくなることもある	60	自分が不利になりそうなことは関わりたくないと思うようになった

註) 網掛けの項目は、第1因子「要因」の項目を表しており、網掛けの無い項目は第2因子「反応」の項目であることを表している。

4. 手順 2

1) 目的

手順 2 の目的は、作成した ABC-FR 仮尺度から、信頼性と妥当性の担保された ABC-FR 本尺度を開発することであった。

2) 対象

対象は、本研究に同意の得られた一般病院に勤務する医療従事者 292 名とした。除外基準は、調査開始時点で精神疾患に罹患している者とした。

3) 調査用紙

調査用紙にはフェイスシート、ABC-FR 仮尺度、ABCR-14 を用いた。

(1) フェイスシート

フェイスシートでは、対象者の基本情報として、年齢、性別、資格、経験年数、勤務形態を収集した。

(2) ABC-FR 仮尺度 (表 1)

ABC-FR 仮尺度は手順 1 で整備した尺度であり、「要因」と「反応」の 2 因子 60 項目から構成された。ABC-FR の回答法は、「当てはまる (4 点)」から「当てはまらない (1 点)」の 4 件法とした。

(3) ABCR-14¹⁴⁾

ABCR-14 は多職種連携で生じる信念対立を測定する尺度であり、3 因子 14 項目 (第 1 因子「同職種間の信念対立」: 5 項目, 第 2 因子「他職種間の信念対立」: 5 項目, 第 3 因子「患者・家族と医療従事者間の信念対立」: 4 項目) で構成される。ABCR-14 の回答法は、「当てはまる (7 点)」から「当てはまらない (1 点)」の 7 件法であり、得点が高いほど信念対立が重度であると判断できる。

4) データ解析

ABC-FR 本尺度を開発するために、得られた調査結果から、記述統計量の算出、項目分析、併存的妥当性の検討、因子妥当性の検討、構造的妥当性の検討、仮説検証、内的整合性の検討を実施した。統計ソフトウェアは、HAD Ver.15 (<http://norimune.net/had>)³⁵⁾、Exametirka Ver.5.3 (<http://antlers.rd.dnc.ac.jp/~shojima/exmk/jindex.htm>), Mplus Ver.7.2 (<https://www.statmodel.com/>) を用いた。

(1) 記述統計量の算出

フェイスシートから得られた対象者の基本情報について百分率、平均値、標準偏差 (Standard Deviation: 以下, SD) を算出した。

(2) 項目分析

ABC-FR 仮尺度全項目の妥当性、および信頼性を検討するために、床効果・天井効果の確認、項目得点多列相関分析、項目反応理論を実施した。床効果は算出された項目得点の平均値から SD を差し引いた値が回答の取り得る下限値を下回っていること、天井効果は項目得点の平均値に SD を足した値が回答の取り得る上限値を上回っていることを基準とした。項目得点多列相関分析では、ABC-FR 仮尺度の合計得点と各項目得点の相関を確認した。基準値は多列相関係数 0.2 以上とした³⁶⁾。項目反応理論では、段階反応モデルにより、項目の鋭敏性を示す指標である識別力と、項目の難易度の指標である困難度を算出した。推定法は EM アルゴリズムに基づく周辺最尤推定だった。基準値は識

別力が 0.2~2.0, 困難度が絶対値 4.0 未満とした³⁶⁾。上記分析の基準値を満たさない項目は不適切な項目であると判断し削除を検討した。

(3) 併存的妥当性の検討

ABC-FR 仮尺度と信念対立の関連を明らかにするために、ABC-FR 仮尺度の全項目と ABCR-14 の合計得点・下位因子との相関を確認した。分析には、Spearman の順位相関分析を用いた。判断基準は、相関係数が 0.2 以上 0.4 未満を弱い相関, 0.4 以上 0.7 未満を中等度の相関, 0.7 以上 0.9 未満を強い相関とした³⁷⁾。ABCR-14 は人間関係による信念対立の状態を測定する尺度であるため、ABC-FR 仮尺度の項目と中等度の正の相関を示すと予測した。無相関を示す項目は不適切な項目であると判断し、削除を検討した。

(4) 因子妥当性の検討

項目分析, および併存的妥当性の検討で基準を満たさなかった項目を削除し, 残った項目でカテゴリカルデータのための探索的因子分析 (Exploratory Factor Analysis for ordered categorical data : 以下, EFA) を実施した。EFA では尺度の構成概念として想定した「要因」と「反応」が因子として抽出されるかを確認した。回転法には, ジェオミン回転を選択した。項目選定の判断基準は, 共通性の初期解が 0.3 以上, 因子負荷量が 1 つの因子に 0.4 以上であり, かつその他の因子に 0.3 未満であることとした³⁸⁾。推定法はロバスト重み付き最小二乗法 (Weighted Least-Squares estimation with Mean and Variance adjustment with missing data : 以下, WLSMV) を用いた。適合度指標は Comparative Fit Index (以下, CFI), Tucker-Levis Index (以下, TLI), Root Mean Square Error of Approximation (以下, RMSEA) を用い, 適合度の基準は, CFI > 0.90, TLI > 0.90, RMSEA < 0.05 (最良), 0.08 (良), 0.1 (可) とした³⁹⁾。

(5) 構造的妥当性の検討

EFA で抽出された因子とデータの当てはまりの良さを, カテゴリカルデータのための確認的因子分析 (Confirmatory Factor Analysis for ordered categorical data : 以下, CFA) により確認した。推定法と適合度は EFA と同様とした³⁹⁾。

(6) 仮説検証

尺度の想定する因子で概念を構成できるか検討するため, 収束的妥当性と弁別的妥当性を確認した。収束的妥当性では, CFA で構成された各因子から各項目へのパス係数から平均分散抽出 (Average Variance Extracted : 以下, AVE) を算出し, 良好な基準を 0.50 以上とした⁴⁰⁾。弁別的妥当性では, 因子間相関の二乗値と AVE の値を比較し, 基準は AVE が高いこととした⁴⁰⁾。

(7) 内的整合性の検討

ABC-FR の各項目が同じ概念を測定できているか検討するため, ABC-FR の全項目と各因子を構成する項目に対して Cronbach の α 係数 (以下, α 係数) と ω 係数を算出した。良好な基準値は 0.8 以上とした⁴¹⁾。

第 3 節 結果

1. 記述統計量の算出 (表 2)

対象者は合計 186 名 (男性 24 名, 女性 160 名, 不明 2 名), 平均年齢は 39.7 ± 10.5 歳, 平均経験

年数は 15.5±9.9 年であった。

表 2 対象者の基本属性 (n=186)

属性		人数	%	平均	SD
年齢				39.7 歳	10.5
性別	男性	24	12.9		
	女性	160	86.0		
	不明	2	1.1		
資格	医師	11	5.9		
	看護師	114	61.3		
	臨床工学技士	23	12.4		
	理学療法士	5	2.7		
	作業療法士	2	1.1		
	介護士	24	12.9		
	社会福祉士	6	3.2		
	不明	1	.5		
経験年数				15.5 年	9.9
勤務形態	3 交代制	69	37.1		
	2 交代制	39	21.0		
	それ以外の交代制	3	1.6		
	当直制	3	1.6		
	日勤のみ	57	30.6		
	夜勤勤務あり	5	2.7		
	オンコール体制	3	1.6		
	その他	6	3.2		
	不明	1	.5		

註) SD= Standard Deviation

(出典：文献 45 表 1)

2. 項目分析 (表 3)

床効果・天井効果の確認、項目得点多列相関分析、項目反応理論の結果、15 項目 (項目 2, 5, 6, 9, 12, 17, 37, 38, 46, 47, 50, 52, 53, 54, 56) が基準値を満たしておらず、削除した。

3. 併存的妥当性の検討 (表 3)

併存的妥当性の検討では、併存尺度である ABCR-14 と中等度の正の相関を認めた。項目 53 のみ ABCR-14 の合計得点・下位因子全てと無相関を示し、削除した。

表3 項目分析, 併存的妥当性の検討

項目	項目内容	平均値±SD	多列相関	項目反応理論				Spearman の順位相関			
				α	β1	β2	β3	F1	F2	F3	合計
1	寝られないことが多くなった	2.02±1.01	.60	.77	-.48	.78	2.02	.23	.22	.31	.28
2	いつも疲れているような感じがする	3.13±.92	.70	.99	-1.91	-1.19	.31	.28	.16	.25	.27
3	自分の気持ちを上司や部下から理解してもらえないと感じる	2.35±.85	.73	1.18	-1.39	.39	1.63	.56	.45	.41	.57
4	患者・家族に長時間拘束されることがある	2.19±.89	.40	.48	-1.63	.94	3.24	.19	.22	.49	.34
5	何も手につかない	1.62±.85	.74	1.10	.27	1.22	2.64	.29	.21	.33	.32
6	何事も無駄だと感じてしまう	1.83±.85	.75	1.10	-.30	1.10	2.44	.37	.30	.48	.44
7	治療に関する説明をいくらしても納得してもらえない	2.08±.76	.56	.66	-1.28	1.00	3.93	.27	.30	.49	.40
8	何かに追い詰められている感じがする	2.23±1.03	.74	1.08	-.66	.33	1.51	.28	.26	.43	.36
9	同職種でも意見が食い違うことがある	3.08±.74	.25	.25	-9.81	-3.23	2.05	.28	.19	.14	.25
10	どうしようもないのであきらめる	2.45±.91	.50	.57	-1.79	-.07	2.45	.35	.28	.43	.42
11	警戒心が強くなった	2.28±.95	.65	.89	-.96	.27	1.98	.36	.36	.43	.43
12	食欲が以前よりも無くなったと感じる	1.62±.85	.64	.88	.29	1.55	2.60	.24	.21	.27	.27
13	患者・家族と信頼関係が築けないと感じる	1.90±.75	.57	.78	-.77	1.45	3.23	.35	.34	.58	.47
14	患者・家族に文句を言われることがある	2.47±.83	.44	.50	-2.76	.21	2.73	.22	.24	.47	.35
15	同僚や患者と何も話したくない時がある	2.30±1.04	.75	1.19	-.80	.28	1.25	.49	.43	.54	.58
16	イライラして人や物に当たることがある	2.05±.88	.46	.53	-.97	.90	3.81	.18	.20	.34	.26
17	同僚から批判されたり, からかわれたりする	1.67±.75	.70	.96	-.03	1.52	3.25	.36	.27	.28	.35
18	惨めな気分になることがある	2.17±.97	.77	1.22	-.68	.45	1.64	.35	.37	.44	.46
19	考えるつもりはないのに, そのことを考えてしまうことがある	2.89±.79	.55	.65	-3.04	-1.12	1.46	.24	.26	.32	.31
20	私は, よく批判される	1.93±.74	.60	.88	-.88	1.46	2.63	.30	.23	.18	.28
21	他者が自分を認めてくれないと不満を感じることもある	2.05±.85	.54	.82	-.80	.76	2.83	.30	.31	.36	.37
22	患者の気分によっては, 患者とうまくかかわれないことがある	2.48±.84	.58	.64	-1.92	-.14	2.63	.21	.20	.52	.33
23	充実して生きている感じがしない	2.04±.98	.78	1.4	-.49	.60	1.48	.30	.22	.39	.34
24	上司や同僚から受ける指示に食い違いが多い	2.06±.77	.71	1.27	-.89	.82	2.26	.48	.45	.32	.50
25	自分に怒りを感じることもある	2.35±.95	.47	.56	-1.56	.25	2.31	.01	.15	.25	.12

註) 各分析で基準を満たさなかった質問項目と分析数値に網掛けをした。SD= Standard Deviation, 多列相関= 項目得点多列相関係数, α= 識別力, β= 困難度, F1= 同職種間の信念対立, F2= 他職種間の信念対立, F3= 患者・家族と医療関係者間の信念対立, 合計= ABCR-14 の合計得点 (出典: 文献 45 表 2 一部改編)

表3 項目分析, 併存的妥当性の検討 (つづき)

項目	項目内容	平均値±SD	多列相関	項目反応理論				Spearman の順位相関			
				α	β1	β2	β3	F1	F2	F3	合計
26	憂うつである	2.12±.97	.86	1.96	-.49	.36	1.45	.23	.22	.31	.28
27	朝, 起きた時, 気分がすぐれない	2.48±.99	.76	1.27	-1.10	.030	1.13	.28	.16	.25	.27
28	出勤するのがつらくて, 家にいたいと思うことがある	2.50±1.07	.82	1.50	-.83	-.060	.93	.56	.45	.41	.57
29	気疲れしやすい	2.97±.81	.63	.94	-2.52	-.91	.86	.19	.22	.49	.34
30	意見が合わないと, 相手を批判したくなることがある	2.31±.81	.43	.57	-1.97	.41	3.31	.29	.21	.33	.32
31	何事も最後までやり遂げられないと感じてしまう	2.25±.82	.52	.62	-1.76	.65	2.81	.37	.30	.48	.44
32	上司や部下と考え方が食い違う	2.24±.75	.69	1.19	-1.42	.58	2.13	.27	.30	.49	.40
33	患者の支援方法について多職種と意見が食い違う	2.07±.62	.63	.90	-1.69	1.37	2.98	.28	.26	.43	.36
34	上司と気が合わないことが多い	2.01±.77	.70	1.18	-.87	1.04	2.25	.28	.19	.14	.25
35	上司や先輩に反対意見を言いづらい	2.57±.86	.49	.63	-2.31	-.09	2.01	.35	.28	.43	.42
36	私の考えは, 周囲の人たちとは違うと感ずることがある	2.25±.80	.55	.79	-1.66	.79	2.36	.36	.36	.43	.43
37	患者・家族に気をつかい, 本当の感情を抑えることがある	2.82±.77	.46	.38	-4.93	-1.34	2.66	.24	.21	.27	.27
38	気分が落ち込んでいる	2.21±.95	.88	2.42	-.72	.41	1.20	.35	.34	.58	.47
39	人間関係をわずらわしいと感じる	2.53±.96	.77	1.37	-1.14	-.15	1.15	.22	.24	.47	.35
40	患者への介入効果が実感できない	2.23±.82	.67	1.08	-1.24	.50	2.02	.49	.43	.54	.58
41	体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある	2.90±.95	.75	1.19	-1.50	-.71	.71	.18	.20	.34	.26
42	意見や考え方の違いから多職種と仕事を連携して行えないことがある	2.10±.71	.58	.85	-1.45	1.03	2.92	.36	.27	.28	.35
43	患者が良い気分になるよう懸命に努力しなくてはならず大変だと思うことがある	2.61±.75	.49	.47	-3.62	-.42	3.17	.35	.37	.44	.46
44	悲しくなることがある	2.43±.93	.78	1.36	-1.13	.09	1.34	.24	.26	.32	.31
45	イライラしている	2.51±.98	.75	1.29	-1.17	-.050	1.09	.30	.23	.18	.28
46	わざと仕事の妨害をされたことがある	1.52±.76	.58	.83	.43	1.89	3.10	.30	.31	.36	.37
47	相談をしても馬鹿にされる	1.40±.58	.63	.87	.54	2.71	4.11	.21	.20	.52	.33
48	今の仕事をいつまでも続けたくない	2.26±1.04	.63	.78	-.94	.40	1.61	.30	.22	.39	.34
49	職場内で自分と異なる主張をする人がいると気になって仕方がない	2.01±.81	.58	.71	-.97	1.19	3.01	.48	.45	.32	.50
50	性格が合わない人ばかりで困っている	1.64±.71	.60	.78	-.13	2.25	3.29	.01	.15	.25	.12

註) 各分析で基準を満たさなかった質問項目と分析数値に網掛けをした。SD= Standard Deviation, 多列相関= 項目得点多列相関係数, α= 識別力, β= 困難度, F1= 同職種間の信念対立, F2= 他職種間の信念対立, F3= 患者・家族と医療関係者間の信念対立, 合計= ABCR-14 の合計得点 (出典: 文献 45 表 2 一部改編)

表3 項目分析, 併存的妥当性の検討 (つづき)

項目	項目内容	平均値±SD	多列相関	項目反応理論				Spearman の順位相関			
				α	β1	β2	β3	F1	F2	F3	合計
51	気持ちが動揺している	1.89±.83	.80	1.41	-.45	.96	2.05	.27	.22	.40	.32
52	多職種で構成されるチームには明確な上下関係ができています	2.32±.80	.35	.34	-3.30	.85	4.67	.11	.18	.14	.17
53	他人からの忠告を重視しない	1.95±.69	.29	.31	-2.45	3.81	6.06	.11	.02	.03	.05
54	人の意見に構わず, 自分の意見を述べることもある	2.10±.76	.32	.28	-2.86	2.13	7.38	.09	.14	.12	.14
55	意見が合わない人と一緒に仕事をできないと思うことがある	1.94±.79	.61	.79	-.73	1.14	3.22	.35	.43	.33	.44
56	お互いにいがみあっているスタッフがいる	1.97±1.02	.50	.53	-.27	1.15	2.84	.33	.30	.18	.31
57	人に嫌われるぐらいなら, 言いたいことを我慢するほうが良い	2.47±.94	.37	.42	-2.39	.01	2.72	.19	.14	.28	.22
58	お互いに理解しあえる人は, ほとんどいないと思う	2.17±.90	.53	.65	-1.29	.93	2.34	.34	.17	.35	.33
59	患者・家族からの悲観的な訴えを繰り返し聞かされる	2.05±.80	.61	.83	-1.03	1.00	2.63	.30	.29	.44	.40
60	自分が不利になりそうなことは関わりたくないと思うようになった	2.65±.88	.50	.58	-2.41	-.54	1.99	.29	.36	.41	.41

註) 各分析で基準を満たさなかった質問項目と分析数値に網掛けをした。SD= Standard Deviation, 多列相関= 項目得点多列相関係数, α= 識別力, β= 困難度, F1= 同職種間の信念対立, F2= 他職種間の信念対立, F3= 患者・家族と医療関係者間の信念対立, 合計= ABCR-14 の合計得点 (出典: 文献 45 表 2 一部改編)

4. 因子妥当性の検討（表 4）

基準を満たさなかった 15 項目を削除し、EFA を実施した結果、「要因」7 項目、「反応」12 項目、合計 19 項目の 2 因子モデルが抽出された（CFI=.955, TLI=.943 , RMSEA=.088）.

表 4 ABC-FR 仮尺度の EFA の結果

項目	項目内容	Factor1	Factor2
24	上司や同僚から受ける指示に食い違いが多い	.79	.06
32	上司や部下と考え方が食い違う	.87	-.01
33	患者の支援方法について多職種と意見が食い違う	.70	-.03
34	上司と気が合わないことが多い	.60	.26
36	私の考えは、周囲の人たちとは違うと感ずることがある	.44	.16
49	職場内で自分と異なる主張をする人がいると気になって仕方がない	.46	.15
55	意見が合わない人と一緒に仕事をできないと思うことがある	.53	.08
15	同僚や患者と何も話したくない時がある	.03	.73
18	惨めな気分になることがある	.09	.68
23	充実して生きている感じがしない	.02	.78
26	憂うつである	.05	.82
27	朝、起きた時、気分がすぐれない	.07	.72
28	出勤するのがつらくて、家にいたいと思うことがある	.01	.82
39	人間関係をわずらわしいと感じる	-.02	.83
40	患者への介入効果が実感できない	-.09	.79
41	体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある	-.07	.80
44	悲しくなることがある	-.11	.85
45	イライラしている	-.08	.84
51	気持ちが動揺している	.05	.76
因子間相関		Factor 1	—
		Factor 2	.60
適合度			—
CFI/TLI/RMSEA			=.955/.943/.088

註) Factor1= 要因, Factor2= 反応

(出典：文献 45 表 3 一部改編)

5. 構造的妥当性の検討（表 5）

CFA では、EFA で抽出された 2 因子から各観測変数へ向かうパス係数において 0.4 未満の項目は無く、2 因子モデルが再現された（CFI=.963, TLI=.958, RMSEA=.075）。

表 5 ABC-FR 仮尺度の CFA の結果

項目	標準化推定値	標準誤差	Z 値	P 値
Factor 1				
24	.81	.04	21.26	.00
32	.80	.03	23.94	.00
33	.63	.05	11.76	.00
34	.84	.04	24.25	.00
36	.58	.06	10.57	.00
49	.59	.06	10.59	.00
55	.58	.06	9.64	.00
Factor 2				
15	.75	.04	20.77	.00
18	.74	.04	20.12	.00
23	.79	.03	24.16	.00
26	.85	.03	32.57	.00
27	.77	.04	21.79	.00
28	.83	.03	27.13	.00
39	.81	.03	27.36	.00
40	.73	.04	18.80	.00
41	.75	.04	21.63	.00
44	.78	.03	23.4	.00
45	.78	.04	22.56	.00
51	.79	.03	23.18	.00
因子間相関	.68	.04	15.47	.00
適合度				
CFI/TLI/RMSEA = /.963/.958/.075				

註) Factor1= 要因, Factor2= 反応

6. 仮説検証（表 6）

収束的妥当性の検討の結果、AVE は「要因」が.49、「反応」が.61であった。弁別的妥当性の検討の結果、因子間相関の二乗値は.46であり、両因子とも基準を満たした。

表 6 仮説検証

因子	収束的妥当性 (AVE \geq .5)	弁別的妥当性 (AVE $>$ 因子間相関の二乗値)
Factor1	.49 $<$.5	.49 $>$.46
Factor2	.61 \geq .5	.61 $>$.46

註) Factor1= 要因, Factor2= 反応, AVE= Average Variance Extracted

7. 内的整合性の検討

構造的妥当性が確認された項目で α 係数と ω 係数を算出した。その結果、全項目における α 係数は.927、 ω 係数は.931であった。「要因」では α 係数、 ω 係数ともに.809、「反応」では α 係数、 ω 係数ともに.928であった。

第 4 節 考察

研究 1 では、「要因」7 項目、「反応」12 項目の 2 因子 19 項目で構成された ABC-FR を開発した。ABC-FR は良好な尺度特性を備えており、信念対立の要因と反応を測定可能なツールであると考えられる。以下に、その論拠を述べる。

1. 対象者の特性

本研究の対象者は、職種の内訳として約 60%が看護師で最多であった。この結果は、我が国における医療職種の内訳⁴²⁾と照らし合わせても一般的な傾向であり、その分布において大きな偏りは認めなかった。

2. ABC-FR の尺度特性

ABC-FR の各項目の信頼性と妥当性は、床効果・天井効果の確認、項目得点多列相関分析、項目反応理論を通して検討した。項目得点多列相関分析は、全項目が基準を満たしており、項目妥当性が得られていると判断したが、より安定した尺度を構築するために床効果・天井効果の確認、項目反応理論で基準を満たしていない項目を削除した。結果として、ABC-FR の各項目は信頼性と妥当性が明瞭なものになったと考えられる。

併存的妥当性の検討は、当初の仮説通り、ほぼ全ての仮尺度項目が ABCR-14 の下位尺度得点、および合計得点と中等度から弱い正の相関を示した。ABCR-14 は、多職種連携における信念対立を測定し、ABC-FR は信念対立の要因と反応を測定するものである。両尺度は信念対立という同一の事象に焦点化しつつも、測定する側面が異なることから中等度の正の相関は妥当なものであると考えられる。

因子妥当性の検討は、「要因」を構成する項目は上司や部下、および他職者や同職種との認識や考え方の違いを表す項目によって構成されることが分かった。特に、上司や部下との対人関係を表す項目の因子負荷量が高いことから、「要因」がそうした問題をより反映していることが考えられる。ま

た「反応」は、不安や不満、倦怠感やイライラといった抑うつ傾向を表す項目によって構成されていることが分かった。これらの中には、項目 26, 44, 45 などのように、ストレス反応の一部に含まれるものがある。先行研究を見ると信念対立の要因とストレス反応は弱い相関を示している^{6,14)}。本研究で信念対立の「反応」として採用した項目は、ストレス反応の中でも特に信念対立の「要因」と特に関連が強い項目であると考えられた。信念対立はストレスやバーンアウトの増悪要因であるため、「要因」によって引き起こされる「反応」が抑うつ傾向を表すものになったと考えられた。

構造的妥当性を検討したところ、良好な適合度であった。そのため、本尺度は当初の想定通りに、信念対立の「要因」と「反応」の 2 因子構造で解釈が可能であると考えられた。また、因子間相関も中等度の正の相関を認めており、「要因」と「反応」は一方が高ければ他方も高いというようにお互いにある程度連動する関係であると考えられる。

仮説検証は、収束的妥当性の検討において、「要因」の AVE は基準を満たさなかった。その理由は、「要因」から各項目へ向かうパス係数が比較的低い値であったことが原因だと考えられる。しかしながら、基準を満たすためにパス係数が低い項目を削除するなどの措置を講じた場合、最終的に残された項目が似通った内容ばかりで構成されるなど、意図から外れた結果になりかねないことが予想された。そのため、パス係数の低い項目でも採用することとした。結果的に、得られた「要因」の AVE は基準値に近い値であることから概ね良好な結果が得られたと考えられる。弁別的妥当性の検討は良好な結果が得られたことから、ABC-FR は理論的に構成概念との関連性の弱い項目を区別できる尺度であると判断した。

内的整合性の検討は、 α 係数、 ω 係数のどちらも基準値を満たしていた。 α 係数は、尺度の因子負荷量が全て等しいことを仮定しており、項目数が多ければ多いほど信頼性係数が高くなるため、 α 係数のみで十分な信頼性を示したとは判断しがたい⁴³⁾。しかし ω 係数は、因子分析によって因子負荷量を重み付けることで算出され、より厳密な信頼性係数として位置付けられる。ABC-FR は α 係数と ω 係数で基準値を満たしていることから、尺度の信頼性は担保されていると考えられる。

以上を踏まえると、ABC-FR は高い妥当性と信頼性を備えており、良好な尺度特性を示していると考えられる。

3. ABC-FR の臨床有用性

ABC-FR の目的は、医療従事者の信念対立を要因と反応に分けて捉えることである。本研究の結果、ABC-FR は 2 因子 19 項目で構成され、比較的短時間で回答できる、対象者にとって負担の少ない実用的な尺度になったと考えられる。また ABC-FR で捉えられる信念対立の「要因」と信念対立の「反応」は原因と結果に対応しているため、対象者の現状に合わせた適切な方略の立案が可能になると考えられる。たとえば、要因と反応ともに高い対象者に対しては、要因と併せて精神面の負担軽減に働きかける必要性を考慮した総合的な対処を行う必要がある。また、要因のみ高い対象者には、状態が継続することで生じる心理面への負の影響を説明し、信念対立の要因をマネジメントする必要性を理解してもらおうと反応増悪の予防につながる可能性がある。逆に、反応のみが高い場合は、本尺度では明らかになっていない別の要因があることを示しており、心理検査の追加による精査といった対応につながれると考えられる。

信念対立における既存の尺度である ABCR-14 との関係は、ABCR-14 は同職種、他職種、患者と

その家族との間で生じる信念対立の程度を把握できるという特徴を有し、ABC-FR と測定する対象は大きく異なる。したがって、ABC-FR の開発によって ABCR-14 では測定できなかった信念対立の側面を捉えることができ、この問題をより一層多角的に評価することが可能となり、信念対立領域における研究発展に寄与すると考えられる。そして、医療従事者の信念対立は職業性ストレスとも関連する問題であり、信念対立研究の発展は職業性ストレスの対策にも貢献できると考えられる。

4. 研究の限界と今後の課題

研究の限界として、対象者の個人要因に偏りがあったことが分析の結果に影響を与えている可能性がある。したがって今後は、尺度の汎用性を高めるため、開発時とは異なる対象者における尺度の信頼性と妥当性について検証する必要がある。

第5節 結論

研究 1 の目的は、医療従事者の信念対立を要因と反応に分けて評価できる尺度を開発することであった。その結果、2 因子 19 項目で構成される ABC-FR が完成した。医療従事者の信念対立を ABC-FR によって評価することで、信念対立を引き起こす要因と、そこから生じている反応を測定でき、より具体的な対処につながる情報を得られることが可能になったと考えられる。

第2章 研究2. ABC-FRの尺度特性の検証と構造的関連性の検討

第1節 背景

研究1では、医療従事者を対象にABC-FRを開発した。本研究では、新たな対象者を通じてABC-FRの尺度特性を検討し、信念対立に関連する要因との関係性を解明することとした。

近年、予防的作業療法では、労働者の職業性ストレスの関連要因として、信念対立と作業機能障害が注目されている^{4,6,21)}。医療保健福祉領域における信念対立は、立場や価値観の違いから生じる対人関係上のトラブルである¹²⁾。医療保健福祉領域で実践される多職種連携においても、様々な専門性を持つ医療従事者が協働するため、意見や価値観の確執である信念対立が生じやすい^{11,12,44)}。先行研究では、信念対立における意見や価値観の対立といった要因と、そこから生じるネガティブな反応から構成されることが報告されている^{4-6,14-20)}。

そこで我々は、研究1で信念対立の要因とそこから生じる反応を測定するためABC-FRを開発した⁴⁵⁾。ABC-FRの尺度構造は、「要因」7項目と「反応」12項目の2因子19項目で構成された。「要因」とは矛盾する信念に気づききっかけになった出来事である、「反応」とは信念対立によって生じた応答である、と定義した⁴⁵⁾。尺度開発では、開発時に得られた結果が、別の対象者においても再現できる程度を確認することが極めて重要である³⁷⁾。ABC-FRは、医療従事者を対象に信頼性、妥当性を確認しているが、開発時とは異なる対象者でどの程度の信頼性と妥当性を示すかについては未検討である。

他方、作業機能障害とは、生活行為を適切にやり遂げられない問題である⁴⁶⁾。先行研究によると、一般労働者の約36%、および医療者の約75%に作業機能障害が存在すると報告されている^{47,48)}。職業性ストレス反応と信念対立、作業機能障害の関連について先行研究では、多職種連携で生じる信念対立が作業機能障害や職業性ストレス反応の増悪因子となる事が確認されている⁶⁾。しかしながら、対象が透析医療従事者に限局しており、しかも信念対立の要因と反応を区別した検討は行っていない⁶⁾。信念対立は要因と反応から構成されることから、研究1で開発したABC-FRで捉えられる信念対立の「要因」と「反応」が、医療従事者の作業機能障害と職業性ストレス反応にどのように関連するかを明らかにする必要がある。それによって、医療従事者の職業性ストレス対策には、信念対立と作業機能障害への評価と対処が必要である可能性を示すことができると考えられる。

したがって、本研究の目的は2つある。1つは、新たな対象者でABC-FRの信頼性と妥当性を検討し、因子構造の再現可能性の程度を明らかにすることである。もう1つは、信念対立の要因と反応を区別し、それらが作業機能障害、職業性ストレス反応にどう関連するかを明らかにすることである。それによって、医療従事者の職業性ストレス対策の検討にABC-FRが活用できる可能性を提供できる。

第2節 方法

1. 倫理的配慮

本研究は吉備国際大学の研究倫理審査委員会（受理番号16-42）、及び、重井医学研究所附属病院等において承認を得て実施した。施設の選定は有意抽出で実施し、各施設に研究協力の打診を行った

(資料 1, 3). 了承の確認後, 各施設の代表者へ研究概要の説明書や承諾書を送付し, 研究協力者に調査用紙の配布と回収を依頼した. なお, 対象者の同意は調査用紙の返信をもって得られたものとした.

2. 対象者

対象は, 本研究に同意の得られた 3 施設に勤務する医療従事者 363 名とした. 除外基準は調査開始時点で精神疾患に罹患している者とした.

3. 調査用紙

1) フェイスシート

フェイスシートでは, 対象者の基本情報として, 年齢, 性別, 経験年数, 職種, 役職位の有無, 勤務形態, 勤務時間, 通勤時間, 気分転換の機会, 余暇時間, 睡眠時間, 飲酒と喫煙の有無, 職場での人間関係を収集した. 回答形式は, 気分転換の機会は「かなりある」(1点)から「ほとんどない」(5点), 余暇時間は「十分満足している」(1点)から「全然満足していない」(5点), 職場での人間関係は「非常に良い」(1点)から「かなり悪い」(5点)の 5 件法とした.

2) ABC-FR⁴⁵⁾

ABC-FR とは, 医療従事者の信念対立を要因と反応に分けて測定する尺度である. ABC-FR の尺度構造は 2 因子 19 項目 (第 1 因子「要因」: 7 項目, 第 2 因子「反応」: 12 項目) で構成される. ABC-FR の回答は, 「当てはまる」(4 点) から「当てはまらない」(1 点) の 4 件法であり, 結果の解釈は得点が高いほど信念対立が重度であると判断できる.

3) 作業機能障害の種類と評価 (Classification and Assessment of Occupational Dysfunction : 以下, CAOD)^{49,50)}

CAOD とは, 作業機能障害の種類を評価できる尺度である. CAOD の尺度構造は, 4 因子 16 項目 (第 1 因子「作業不均衡」: 4 項目, 第 2 因子「作業剥奪」: 3 項目, 第 3 因子「作業疎外」: 3 項目, 第 4 因子「作業周縁化」: 6 項目) で構成される. CAOD の回答法は, 「当てはまる」(7 点) から「当てはまらない」(1 点) の 7 件法である. カットオフ値である 52 点以上の者は, 作業機能障害であると判断できる. また CAOD は, 作業機能障害の重症度を 5 段階の潜在ランクで評価することが可能であり, ランク 3 以上は作業機能障害であると解釈する.

4) 心理的ストレス反応尺度 (Stress Response scale-18 : 以下, SRS-18)²⁷⁾

SRS-18 とは, 心理的ストレス反応を簡便に評価できる尺度である. SRS-18 の尺度構造は, 3 因子 18 項目 (第 1 因子「抑うつ・不安」: 6 項目, 第 2 因子「不機嫌・怒り」: 6 項目, 第 3 因子「無気力」: 6 項目) で構成される. SRS-18 の回答は, 「その通りだ」(3 点) から「全くちがう」(0 点) の 4 件法であり, 結果の解釈は得点が高いほどストレス反応が高いと判断される.

4. データ解析

本研究におけるデータ解析では, ABC-FR の尺度特性を検証するため, 記述統計量の算出と, 項目妥当性, 項目特性, 構造的妥当性, 併存的妥当性, 内的整合性, および, 仮説検証とカットオフ値を生成した. また, ABC-FR, CAOD, SRS-18 との構造的関連性を検証するため, 構造方程式モデリングのパス解析を実施した. 統計ソフトウェアは, HAD Ver.15 (<http://norimune.net/had>)³⁵⁾, Exametirka Ver.5.3 (<http://antlers.rd.dnc.ac.jp/~shojima/exmk/jindex.htm>), Mplus Ver.7.2 (h

ttps://www.statmodel.com/) を用いた。

1) 記述統計量の算出

対象者の基本情報については、百分率、平均値、SD を算出した。また、ABC-FR、CAOD、SRS-18 の尺度合計得点、因子得点・下位尺度合計得点の平均値、SD、尖度、歪度を算出し、正規性の検定には Jarque-Bera 検定を用いた。正規性を満たさない尺度合計得点、因子得点・下位尺度合計得点は尖度を確認し、絶対値で 2.0 を超えない場合に構造方程式モデリングが適用可能であると判断した⁵¹⁾。

2) 項目妥当性の検討

ABC-FR で捉えたい概念を ABC-FR の各項目内容が適切に反映しているかを確認するために、項目得点多列相関分析によって各項目の得点と合計得点の相関の強さを推定した。基準値は研究 1 と同様とした³⁶⁾。

3) 項目特性の検討

ABC-FR の項目の信頼性を確認するために、識別力と困難度を算出し、テスト反応関数とテスト情報曲線を描いた³⁶⁾。信頼性の検討には、項目反応理論の段階反応モデルを用い、推定法は EM アルゴリズムに基づく周辺最尤推定法とした。基準値は研究 1 と同様とした³⁶⁾。

4) 構造的妥当性の検討

ABC-FR、CAOD、SRS-18 において既存の因子構造が再現可能であるか検証するために、CFA を実施した。各因子から観測変数へのパス係数で 0.4 未満の項目を認めた場合、EFA を用いてモデルの修正を検討することとした³⁷⁾。推定法は WLSMV を用い、適合度指標として、CFI、TLI、RMSEA を算出した。適合度の基準は研究 1 と同様とした³⁹⁾。

5) 併存的妥当性の検討

ABC-FR と CAOD、SRS-18 との関連を確認するために、ABC-FR と CAOD、SRS-18 の相関を Spearman の順位相関分析で検討した。ABC-FR の各因子得点と合計得点、CAOD の各因子得点、SRS-18 の各因子得点を算出し、相関を求めた。判断基準は、研究 1 と同様とした³⁷⁾。先行研究によると、信念対立は作業機能障害、および職業性ストレス反応と関連していることが明らかとなっており⁴⁶⁾、ABC-FR は CAOD、SRS-18 と正の相関を示すことが予想された。

6) 内的整合性の検討

ABC-FR の各項目が同じ概念を測定できているか検討するために、ABC-FR の全項目と各因子を構成する項目に対して α 係数と ω 係数を算出した。基準値は研究 1 と同様とした⁴¹⁾。

7) 仮説検証 (収束的妥当性, 弁別的妥当性)

仮説検証では、ABC-FR の既存の因子で概念を構成できるか検討するために、収束的妥当性と弁別的妥当性を確認した。判断基準は、研究 1 と同様とした⁴⁰⁾。

8) カットオフ値の生成

ABC-FR のカットオフ値を生成するために、CAOD のカットオフ値である 52 点以上を 1、それ未満を 0 の 2 値変数に変換し、ABC-FR の ROC 曲線を描出した。ABC-FR のカットオフ値は ROC 曲線領域である Area Under the Curve (以下、AUC) の指標を参考に、感度と 1-特異度が 1 に近い点を算出した⁵²⁾。AUC の指標は、0.5 以上 0.7 未満を低い精度、0.7 以上 0.9 未満を中等度の精

度, 0.9 以上を高い精度と判断した⁵³⁾. ABC-FR で測定できる信念対立の「要因」と信念対立の「反応」はセットで立ち現れ, 両概念は独立を仮定しない. そのため, 研究 2 におけるカットオフ値の生成には ABC-FR の合計得点を用いた.

9) 構造的関連性の検討

医療従事者の信念対立の「要因」と信念対立の「反応」, 作業機能障害, 職業性ストレス反応との概念間の構造的な関係性を検証するため, 本研究では, 先行研究を踏まえて図 3 の仮説モデルを構築した. 職業性ストレス反応に対しては, 信念対立「要因」, 「反応」と作業機能障害からパスをひいた. その理由として, 職業性ストレス反応との関連要因として信念対立と作業機能障害が報告されているためである. また, 作業機能障害に対しては, 信念対立「要因」と信念対立「反応」からパスを引いた. その理由は, 信念対立は作業機能障害を経由することで職業性ストレス反応の悪化を引き起こす可能性が示唆されているためである. そして, 信念対立「反応」に対しては, 信念対立「要因」からのパスを引いた. その理由は, 信念対立の「要因」と「反応」が原因と結果に対応しているためである. 仮説モデルは, 構造方程式モデリングのパス解析を用いて検証した. 推定法にはロバスト最尤推定法を用い, 適合度は構造的妥当性の基準と同様とした³⁹⁾. なお, 調査で用いた各尺度と個人要因の相関分析において, 有意水準 1%未満で相関を認めた個人要因は, 仮説モデルの観測変数に影響を与える可能性があり, 仮説モデルの検証に共変量として投入した. 各尺度と個人要因の相関分析には, Spearman の順位相関分析を用い, 判断基準は, 上記の併存的妥当性の検討と同様とした³⁷⁾.

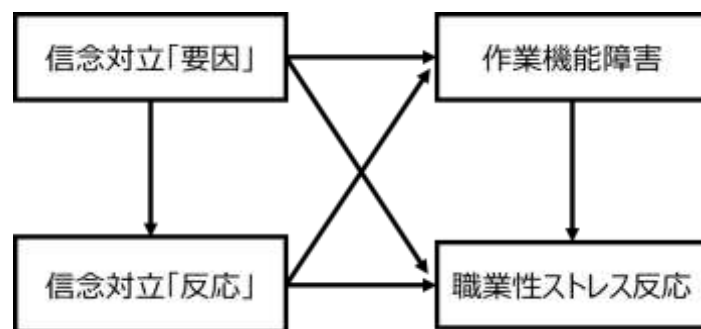


図 3 仮説モデル

(出典：文献 55 図 1)

第 3 節 結果

1. 記述統計量の算出 (表 7, 8)

対象者は男性 65 名, 女性 240 名の合計 305 名であり, 平均年齢は 36.1±10.2 歳であった. 正規性は, 有意水準 5%において ABC-FR の第 1 因子「要因」, 第 2 因子「反応」, ABC-FR 合計, および CAOD 合計で確認された. 正規性を認めなかった, SRS-18 の各因子および合計, CAOD の各因子は尖度を確認し, 絶対値で 2.0 を越えるものは認めなかった.

表 7 対象者の基本情報 (n= 305)

属性		平均値	SD	人数	%
年齢 (歳)		36.1	10.2		
経験年数 (年)		11.5	8.8		
勤務時間 (時間)		8.1	.9		
通勤時間 (分)		24.6	13.4		
性別	男性			65	21.3
	女性			240	78.7
役職位の有無	ない			247	81.0
	ある			54	17.7
	不明			4	1.3
勤務形態	3 交代制			68	22.3
	2 交代制			38	12.5
	それ以外の交代制			5	1.6
	当直制			0	0
	日勤のみ			173	56.7
	夜勤専従			0	0
	夜勤勤務あり			11	3.6
	オンコール体制			7	2.3
	その他			2	.7
	不明			1	.3
職種	看護師			137	44.9
	介護士			18	5.9
	臨床工学技士			31	10.2
	理学療法士			39	12.8
	作業療法士			51	16.7
	言語聴覚士			13	4.3
	社会福祉士			5	1.6
	介護支援専門員			3	1.0
	その他			8	2.6
気分転換の機会	かなりある			15	4.9
	ある程度ある			203	66.6
	どちらともいえない			24	7.9
	あまりない			44	14.4
	ほとんどない			19	6.2

註) SD= Standard Deviation

(出典：文献 55 表 1 一部改編)

表 7 対象者の基本情報 (n= 305) (つづき)

	属性	平均値	SD	人数	%
余暇時間	十分満足している			16	5.2
	ある程度満足している			155	50.8
	どちらともいえない			64	21.0
	あまり満足していない			53	17.4
	全然満足していない			17	5.6
睡眠時間	十分である			140	45.9
	十分でない			165	54.1
飲酒	有			124	40.7
	無			180	59.0
	不明			1	.3
喫煙	有			44	14.4
	無			260	85.3
	不明			1	.3
職場での人間関係	非常に良い			16	5.2
	おおむね良い			182	59.7
	どちらとも言えない			75	24.6
	少し悪い			22	7.2
	かなり悪い			10	3.3

註) SD= Standard Deviation

(出典：文献 55 表 1 一部改編)

表 8 ABC-FR, SRS-18, CAOD の尖度, 歪度, 正規性の検定

尺度	因子	平均値	SD	歪度	尖度	正規性
ABC-FR	要因	15.33	3.59	.17	.34	<u>.24</u>
	反応	27.29	7.49	.22	-.45	<u>.08</u>
	合計	42.58	10.06	.12	-.01	<u>.70</u>
SRS-18	抑うつと不安	4.41	4.04	.99	.64	.00
	不機嫌と怒り	4.95	4.22	.89	.23	.00
	無気力	5.46	4.19	.72	.03	.00
	合計	14.79	11.25	.89	.41	.00
CAOD	作業不均衡	16.98	6.45	-.22	-.75	.01
	作業剥奪	10.59	4.74	-.19	-.74	.01
	作業疎外	9.94	4.41	.13	-.81	.01
	作業周縁化	16.75	6.95	.34	-.43	.02
	合計	54.05	19.36	-.62	-.61	<u>.87</u>

註) 下線は正規性を認めたことを示す。ABC-FR= Assessment of Belief Conflict for Factor and Response, SRS-18= Stress Response Scale-18, CAOD= Classification and Assessment of Occupational Dysfunction, SD= Standard Deviation

(出典：文献 55 表 1 一部改編)

2. 項目妥当性の検討 (表 9)

項目得点多列相関分析の結果, ABC-FR の全項目で基準を満たしていた ($r = .43 \sim .86$).

3. 項目特性の検討 (表 9, 図 4)

項目反応理論の結果, ABC-FR の全項目で識別力, 困難度ともに基準を満たしていた (識別力 = .73 ~ 1.30, 困難度 = -1.51 ~ 2.25). テスト反応関数では, 能力値 θ が -1.6 から 1.6 (得点: 28.2 点 ~ 61.2 点) の間により強い直線関係を認めた. テスト情報関数では, 能力値 θ が 0 から .8 の間にあるときの最大情報量は 7.5 点であった.

表9 ABC-FRの項目妥当性・項目特性の検討

項目	平均値	SD	項目得点多列 相関係数	項目反応理論			
				α	β_1	β_2	β_3
1	2.51	.84	.54	.96	-1.51	-.03	1.46
2	2.25	.95	.70	1.21	-.72	.18	1.53
3	2.56	.83	.73	1.23	-1.40	-.17	1.33
4	2.22	.73	.43	.73	-1.42	.56	2.24
5	2.48	.84	.76	1.28	-1.43	.11	1.26
6	2.10	.78	.65	1.08	-1.02	.81	1.74
7	2.01	.76	.79	1.24	-.72	.73	2.20
8	2.14	.73	.69	1.15	-1.13	.70	1.93
9	2.18	.70	.60	1.00	-1.37	.68	2.03
10	2.53	.88	.71	1.22	-1.35	-.04	1.20
11	2.09	.77	.60	.97	-1.04	.80	1.93
12	2.12	.88	.86	1.30	-.69	.52	1.52
13	1.96	.88	.73	1.19	-.50	.81	1.59
14	2.25	.99	.72	1.22	-.77	.35	1.18
15	2.11	.72	.67	1.11	-1.10	.77	1.97
16	2.19	.72	.50	.81	-1.37	.61	2.25
17	2.03	.82	.78	1.24	-.69	.71	1.77
18	2.73	.94	.74	1.23	-1.36	-.34	.82
19	2.14	.93	.77	1.23	-.69	.49	1.44
平均値	2.24	.83	.68	1.13	-1.07	.44	1.65

註) SD= Standard Deviation, α = 識別力, β = 困難度

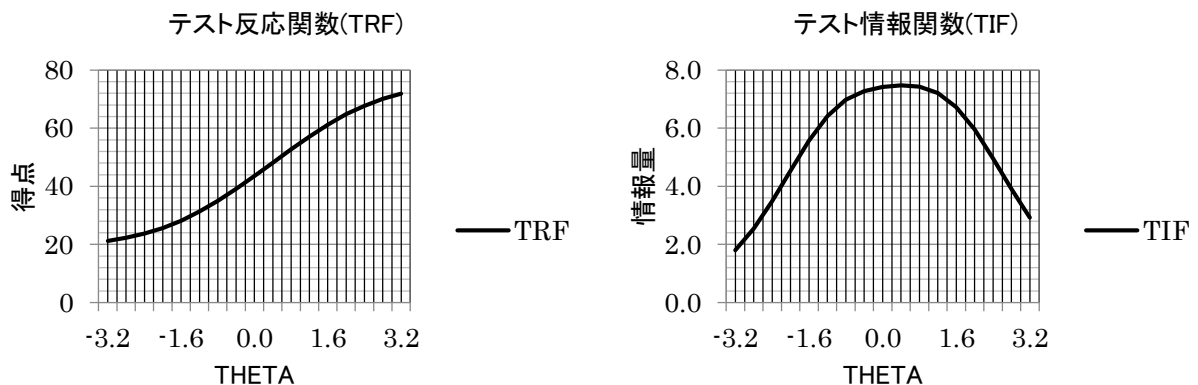


図4 ABC-FRの項目特性

註) THETA は能力値 θ を表す. TRF は, θ が -1.6 ~ 1.6 (得点: 28.2 点 ~ 61.2 点) の間により強い直線関係を認めた. TIF は, θ が 0 ~ .8 の間にあるときの最大情報量は 7.5 点であった.

4. 構造的妥当性の検討 (図 5, 6, 7)

CFA の結果, ABC-FR, CAOD, SRS-18 の全ての尺度で既存の因子構造が再現された (ABC-FR : RMSEA=.090, CFI=.942, TLI=.934, CAOD : RMSEA=.097, CFI=.971, TLI=.964, SRS-18 : RMSEA=.093, CFI=.966, TLI=.960).

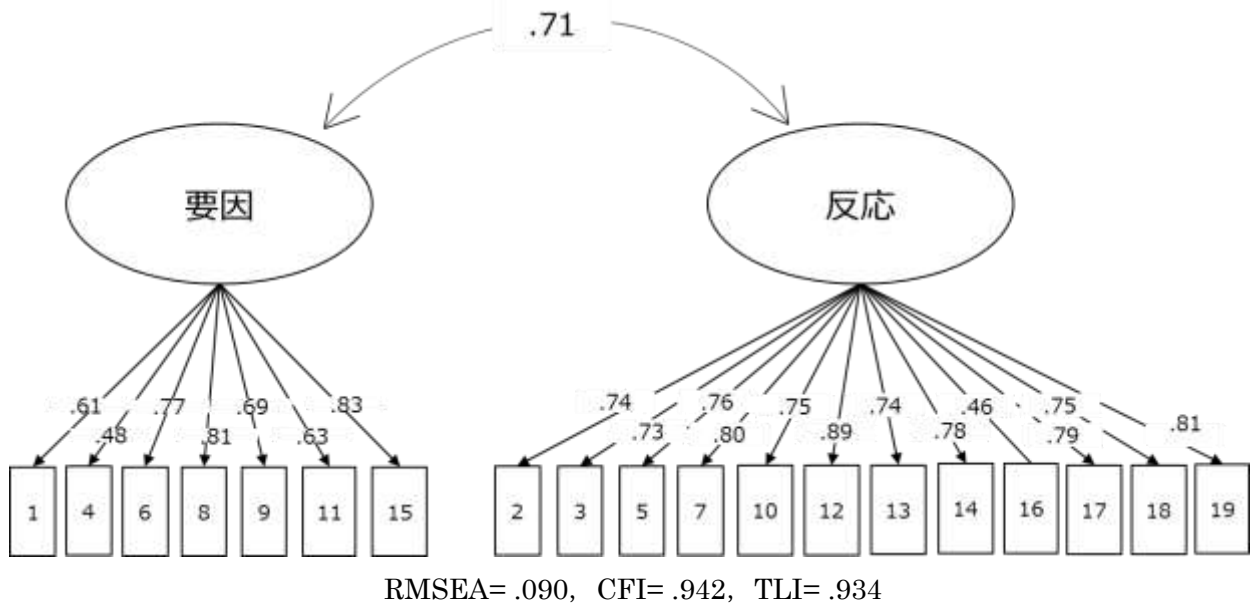


図 5 ABC-FR の構造的妥当性

註) 図中の誤差は省略した.

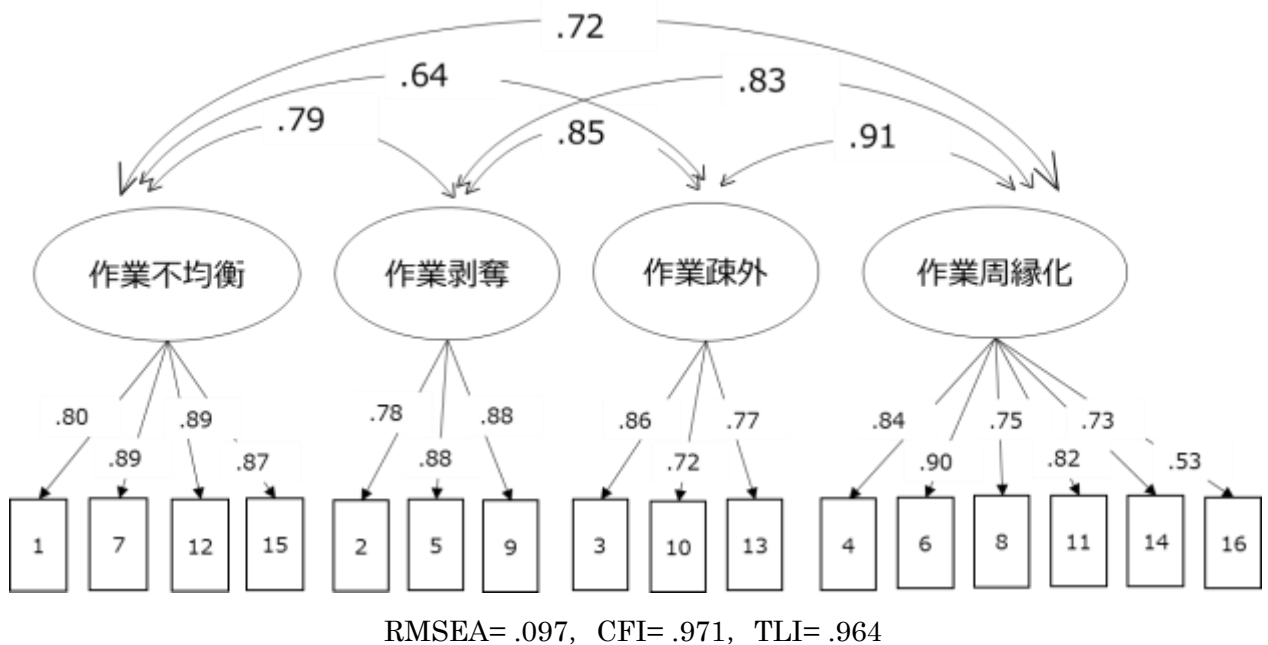
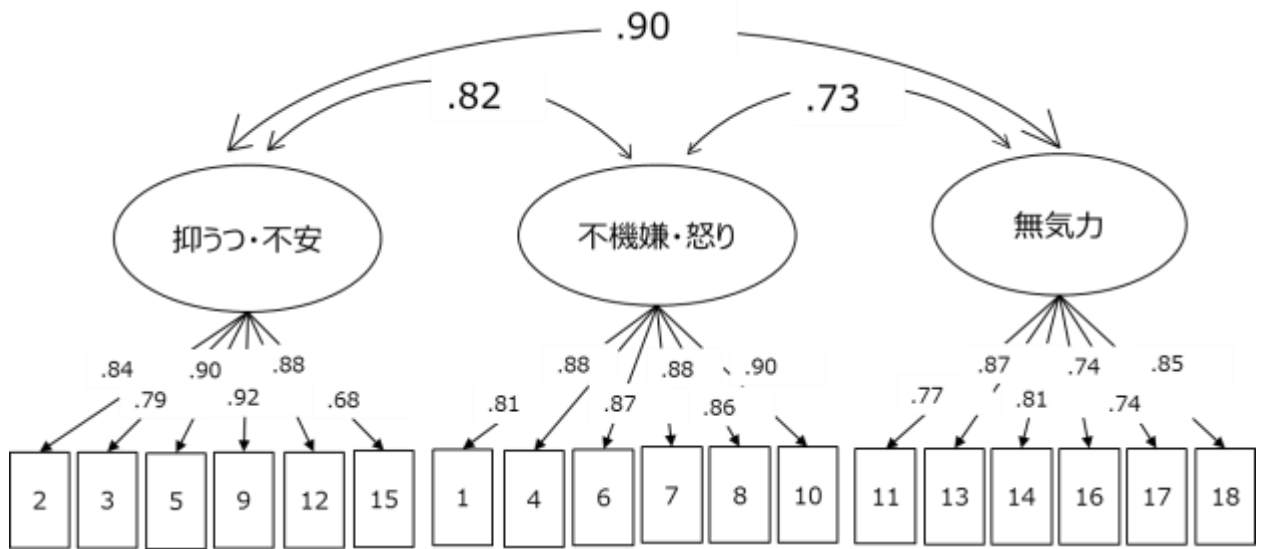


図 6 CAOD の構造的妥当性

註) 図中の誤差は省略した.



RMSEA= .093, CFI= .966, TLI= .960

図7 SRS-18の構造的妥当性

註) 図中の誤差は省略した.

5. 併存的妥当性の検討（表 10）

Spearman の順位相関分析の結果、ABC-FR は、CAOD と強から中等度の相関を認めた ($r = .713 \sim .418$)。また、ABC-FR は、SRS-18 と強から中等度の相関を認めた ($r = .792 \sim .335$)。

表 10 併存的妥当性の検討

ABC-FR	CAOD				SRS-18		
	作業不均衡	作業剥奪	作業疎外	作業周縁化	抑うつと不安	不機嫌と怒り	無気力
要因	.439**	.454**	.418**	.588**	.415**	.501**	.335**
反応	.572**	.548**	.668**	.676**	.792**	.652**	.708**
ABC-FR 合計	.591**	.573**	.650**	.713**	.749**	.670**	.659**

註) **は危険率 1%以下とする。ABC-FR= Assessment of Belief Conflict for Factor and Response, CAOD= Classification Assessment of Occupational Dysfunction, SRS-18= Stress Response Scale-18

(出典：文献 55 表 2 一部改編)

6. 内的整合性の検討（表 11）

信頼性係数を算出した結果、ABC-FR の全項目における α 係数 = .920, ω 係数 = .923, 「要因」w を構成する項目の α 係数 = .810, ω 係数 = .812, 「反応」を構成する項目の α 係数 = .915, ω 係数 = .918 となり、良好な結果が得られた。

7. 仮説検証（表 11）

収束的妥当性の検討の結果、「要因」と「反応」の AVE はそれぞれ .49, .57 であり、「要因」の AVE は基準値を下回った。弁別的妥当性の検討の結果、「要因」の AVE は因子間相関の二乗値 (.50) を下回っており、基準値を満たさなかった。

表 11 ABC-FR の内的整合性の検討と仮説検証（収束的妥当性、弁別的妥当性）

因子	α 係数	ω 係数	収束的妥当性 (AVE \geq .50)	弁別的妥当性 (AVE > 因子間相関の二乗値)
要因	.810	.812	.49 < .50	.50 > .49
反応	.915	.918	.57 \geq .50	.50 < .57
ABC-FR 合計	.920	.923		

註) α 係数= Cronbach の α 係数, AVE= Average Variance Extracted

8. カットオフ値の生成（図 8）

ABC-FR の合計得点で感度と 1-特異度が 1 に近い場所は 45 点であった。感度は .606, 特異度は .876 であった。AUC は .83 で、95%信頼区間 (Confidence Interval: 以下, CI) は、[.78-.88] であった。

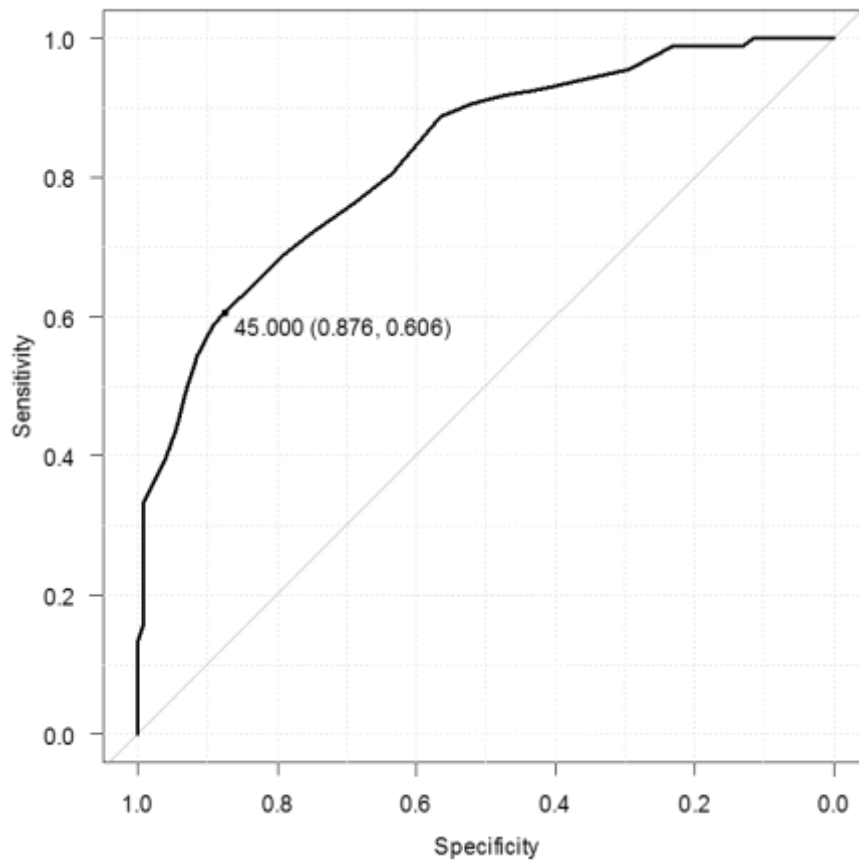


図 8 ABC-FR のカットオフ値（感度：.606，特異度：.876）

註）縦軸を感度（Sensitivity），横軸を特異度（Specificity）とする．AUC=.83，95%CI[.78-.88]

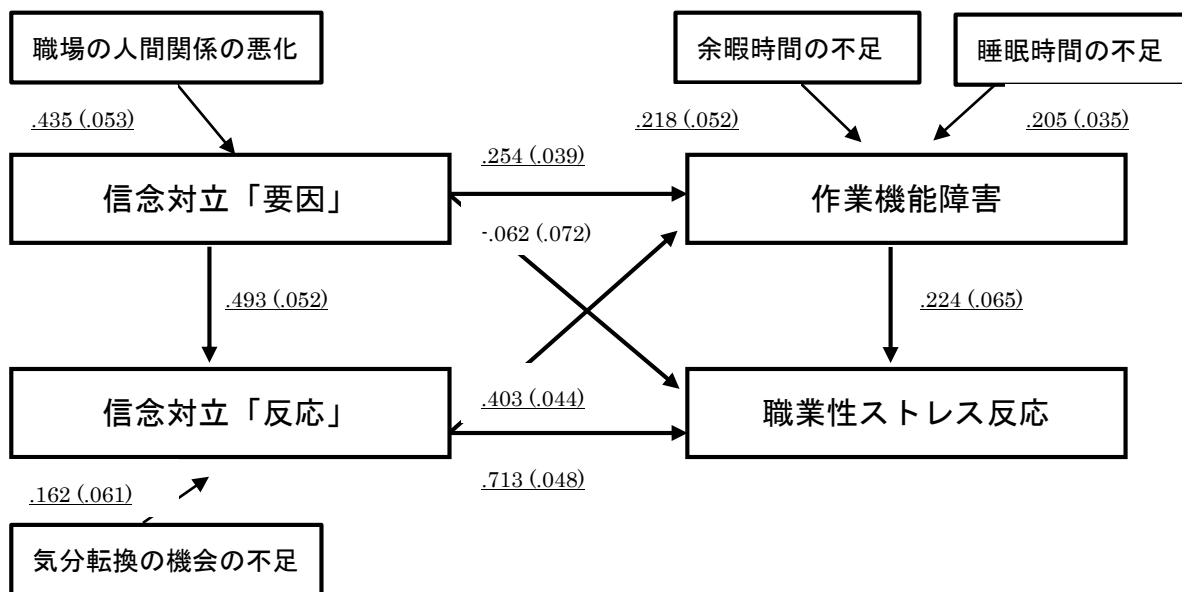
9. 構造的関連性の検討（表 12，図 9）

ABC-FR, CAOD, SRS-18, 個人要因との相関分析では, ABC-FR の各因子と合計, および SRS-18 の合計は, 気分転換の機会, 余暇時間, 睡眠時間, 職場での人間関係と中等度から弱い正の相関を認めた. また CAOD の合計は, 職種, 勤務体制, 気分転換の機会, 余暇時間, 睡眠時間, 職場での人間関係と中等度から弱い正の相関を認めた (表 12). 各尺度と個人要因の相関分析において有意水準 1%未滿で相関を認めた個人要因を共変量として投入し, パス解析を実施した結果, 最終的に収束したモデルは良好な適合度を示した (RMSEA=.024, CFI=.999, TLI=.994) (図 9). 信念対立「要因」は, 信念対立「反応」, および作業機能障害との関連を示し, 職業性ストレス反応との関連は認めなかった. 信念対立「反応」は作業機能障害, および職業性ストレスとの関連を示した. 作業機能障害は, 職業性ストレス反応との関連を示した. 個人要因では, 職場の人間関係が信念対立「要因」と, 気分転換の有無が信念対立「反応」と, 余暇時間, および睡眠時間が作業機能障害と関連を示した.

表 12 ABC-FR, CAOD, SRS-18, 個人要因との相関関係

	個人要因					
	職種	勤務体制	気分転換	余暇時間	睡眠時間	人間関係
要因	-.005	-.042	.191**	.238**	.199**	.445**
反応	-.086	-.112	.370**	.388**	.284**	.398**
ABC-FR	-.083	-.099	.346**	.372**	.295**	.446**
CAOD	-.212**	-.171**	.488**	.573**	.472**	.438**
SRS-18	-.061	-.062	.293**	.334**	.194**	.329**

註) **は危険率 1%以下とする. 個人要因の内, 年齢, 性別, 臨床経験, 職位, 勤務時間, 通勤時間, 飲酒と喫煙の有無, については ABC-F, ABC-R, ABC-FR, SRS-18, CAOD のいずれとも相関を認めなかったため省略した. 要因=ABC-FR の第 1 因子「要因」, 反応=ABC-FR の第 2 因子「反応」, ABC-FR= Assessment of Belief Conflict for Factor and Response の合計, SRS-18= Stress Response Scale-18, CAOD= Classification Assessment of Occupational Dysfunction, 気分転換= 気分転換の機会, 人間関係= 職場の人間関係
(出典 ; 文献 56 表 2 一部改編)



RMSEA= .024, CFI= .999, TLI= .994

図 9 パス解析の結果

註) 下線のパス係数が 5%水準で有意であることを示す. () 内の数字は標準誤差を示す.

(出典 : 文献 55 図 3)

第4節 考察

研究2では、ABC-FRの尺度特性の検証、および医療従事者における信念対立、作業機能障害、職業性ストレス反応との構造的関連性に関する仮説モデルの検証を行った。その結果、ABC-FRは十分な信頼性と妥当性を備えた尺度であることが確認された。さらに、構造的関連性の検証では、医療従事者において、信念対立が作業機能障害、および職業性ストレス反応にとって増悪因子になる可能性が示された。以下に、その論拠を述べる。

1. 対象者の基本属性、およびABC-FRの記述統計量

対象者数は305名であり、各分析において大きな測定誤差が生じない程度のデータ数が確保されたと考えられる。またデータの歪みに関しても、正規性の検定により第1因子「要因」、第2因子「反応」、および合計得点において正規性が確認されたことから、歪みの少ないデータが収集できていると考えられる。また、本研究の対象者は、職種の内訳として約45%が看護師で最多であった。この結果は、我が国における医療職種の内訳⁴²⁾と照らし合わせても一般的な傾向であり、その分布において大きな偏りは認めなかった。SRS-18の各因子および合計、CAODの各因子は正規性を認めなかったが、尖度を確認し、絶対値で2.0を超えていなかったことから構造方程式モデリングが適応できると判断した。

2. ABC-FRの信頼性と妥当性

ABC-FRの信頼性の検討は、項目反応理論、および α 係数と ω 係数の算出により実施した。項目反応理論では、各項目の識別力、困難度ともに良好な結果が得られた。また、平均識別力は1.127と高く、個人の信念対立の違いが適切に識別され、回答へ反映されていると考えられる。また、 α 係数と ω 係数ともに基準値以上の値であり、ABC-FRは高い真値の分散割合を備えた信頼性のある尺度であると考えられる。

ABC-FRの妥当性の検討は、項目得点多列相関分析、CFA、AVEの算出、AVEと因子間相関の2乗値の比較により実施した。項目得点多列相関分析では、全ての項目が基準値を満たし、各項目は尺度で測定しようとする概念を適切に反映した内容になっていることが考えられる。CFAの結果、調査に用いたABC-FR、CAOD、SRS-18は全て既存の因子構造による適合度の基準値を満たし、各尺度のモデルが妥当であると判断された。併存的妥当性の検討では外部基準であるCAOD、およびSRS-18と強いから中等度の相関を認め、ABC-FRは労働者の職業性ストレス反応や作業機能障害を適切に予測できる指標であることが考えられる。仮説検証では、「要因」において、収束的妥当性および弁別的妥当性で基準値を下回る結果を示したが、算出された値は基準値に近似していることから概ね良好と判断できると考えられる。よって、「要因」と「反応」の両因子で良好な結果が得られ、「要因」と「反応」は同様の概念を測定しつつ、各項目が異なる概念を測定していると考えられる。そのほか、ABC-FRの特性を明らかにするため、テスト情報関数、およびテスト反応関数を調べた結果、 θ が0から0.8の時にピークを迎えており、ABC-FRは信念対立がやや高い対象者において最も測定精度が高くなることが明らかとなった。テスト反応関数では、合計得点28.2から61.2の間で高い測定精度を有し、尺度の取りうる最小合計得点は19点、最大合計得点は76点という数字から判断しても、多くの対象者において尺度の測定精度が保たれていると考えられる。また、カットオフ値の生成は、臨床場面における臨床応用可能性の向上を目的に実施した。その結果、ABC-FRは合計得

点が 45 点以上のとき、高い信念対立状態に陥っていることが予想できると考えられる。そして、感度と特異度を比較した時、ABC-FR は特異度が高いため、信念対立に陥っている者が陽性であることを検出するのに有効な尺度であると考えられる。ABC-FR のカットオフ値を生成したことで、集団に対する介入研究の際に対照群の抽出が容易になると考えられる。また、合計得点を算出するだけで、高信念対立群かそうでないかの判断が容易に可能となり、信念対立に精通していない医療従事者にとっても使いやすい尺度になったと考えられる。

3. 医療従事者における信念対立、作業機能障害、職業性ストレス反応との構造的関連性

パス解析は、データに対して仮説モデルが適合しているという結果を示した。信念対立「要因」は、信念対立「反応」、および作業機能障害といった複数の経路を経由することで、職業性ストレス反応の増大に関与していることが示唆された。ただし、信念対立「要因」が作業機能障害を経由して職業性ストレス反応に向かうパス係数よりも、信念対立「要因」が信念対立「反応」を媒介して職業性ストレス反応に向かうパス係数の方が大きかった。つまり、職業性ストレス反応は信念対立の「要因」が「反応」を介して関与する経路でより増大しやすいと考えられる。しかしながら、結果が有意であったことから、対象者が作業機能障害に陥っている可能性はパス係数の大小にかかわらず、見落としはならないと考えられる。信念対立「要因」から職業性ストレス反応に向かうパスが有意にならなかった理由としては、信念対立「要因」が職業性ストレス反応よりも信念対立「反応」とより関連が強いことを表しており、信念対立「反応」は職業性ストレス反応に先行する形で発生し、信念対立「反応」の高まりにより職業性ストレス反応を高めるという関係性を示していると考えられる。

なお、個人要因では職場の人間関係の悪化は信念対立の「要因」を高め、気分転換の機会の不足は信念対立の「反応」を高め、余暇、睡眠の不足は作業機能障害を高めていた。その理由として、医療従事者にとって職場内の人間関係の悪化は、連携不足に直結する問題であるため、それゆえに信念対立の要因を高める原因の一つであると考えられる。また、コーピング方略に関する先行研究では、ストレスフルな状況に置かれた場合、心理的負荷を軽減させるため様々なコーピング方略を用いることが報告されている⁵⁴⁾。適度な気分転換も、ストレスフルな状況を緩和する有効なコーピング方略の一つであり、気分転換が十分に行われないことで信念対立の反応を増悪させる可能性が考えられる。そして、十分な余暇時間や睡眠時間は円滑な日常生活を送る上で重要な要素であり、ワークライフバランスの不調和や、家庭や労働環境による生活上の問題により作業機能障害に負の影響を及ぼす可能性があると考えられる。

4. 予防的作業療法への貢献

本研究は予防的作業療法において、医療従事者の職業性ストレス軽減に向けた効果的な対処方法の検討に信念対立と作業機能障害へ注目することが重要であることを示した。医療従事者の職業性ストレスの背景要因である信念対立と作業機能障害の評価は ABC-FR や CAOD を用いることで可能となり、職業性ストレスとの関連を整理することで具体的な方略の立案と実行につながると考えられる。

5. 本研究の限界と今後の展望

本研究の限界は、対象者の個人要因に偏りがあったことが分析結果に影響を与えた可能性がある。今後、さらに多くの医療従事者を対象に尺度の特性を検証する必要があると考えられる。また、本研

究は観察研究であるため、介入効果については未検討のままである。

第5節 結論

研究2の目的は、ABC-FRの尺度特性、および医療従事者の信念対立、作業機能障害、職業性ストレス反応との構造的関連性を調査することであった。その結果、ABC-FRは開発時とは異なる対象者においても高い信頼性と妥当性を有していることが明らかとなった。また、医療従事者の経験する信念対立は作業機能障害や職業性ストレス反応を増悪させる可能性が示唆された。つまり、医療従事者の作業機能障害、職業性ストレス反応に対する対処には、信念対立の適切な評価と対策が効果的である可能性が示唆された。

第3章 研究3. 医療従事者に対する信念対立解明アプローチに基づくeラーニングシステムによる介入効果の実践的検討

第1節 背景

研究1では、信念対立の要因と反応を区別して測定できるABC-FRを開発した⁴⁵⁾。研究2では、ABC-FRの再現可能性の程度を検証し、カットオフ値を生成したうえで、信念対立の要因と反応、および作業機能障害、職業性ストレス反応の構造的関連性について検証した⁵⁵⁾。その結果、医療従事者の信念対立の増大が作業機能障害や職業性ストレス反応を悪化させる可能性が示唆され、医療従事者の信念対立の低減が重要であると考えられた。そこで、研究3では、研究1と2の結果を踏まえて、医療従事者を対象にDABを基盤にしたWeb学習プログラムの効果を検証することとした。

職場におけるメンタルヘルスに関する報告では、仕事に対して「強い不安、悩み、ストレスを感じている」と回答した労働者の割合は平成29年時点で約58.3%と半数を超えているとの報告がある⁵⁶⁾。また、強い不安、悩み、ストレスを感じる要因として、「仕事の質・量(62.6%)」と「仕事の失敗・責任の発生(34.8%)」、それに次いで、「対人関係(セクハラ・パワハラを含む)」が30.6%で3番目に多かったと報告されている⁵⁶⁾。また、研究2でも対人関係上のトラブルである信念対立が作業機能障害や職業性ストレス反応など、医療従事者のメンタルヘルス増悪に関連する要因である可能性を示した⁵⁵⁾。この結果は、これまで医療従事者の信念対立とメンタルヘルス問題における先行研究^{4,6,13)}で示された知見と一致し、信念対立は医療従事者のメンタルヘルスの不調を助長する可能性を有していると考えられた。そして、信念対立は立場や価値観の違いから生じる人間関係の問題であり、多職種連携を阻害することで医療崩壊という最悪の結果を招く可能性が指摘されている¹²⁾。よって、信念対立への対処は喫緊の課題であると言える。

信念対立は、哲学領域を中心に議論されてきた問題であり、これまでに哲学における信念対立を克服する方法として現象学が提唱された⁷⁾。また、現象学を継承するかたちで人間科学における信念対立の克服に向けた理論として構造構成主義が体系化された⁸⁾。そして近年、現象学、構造構成主義を基礎に、医療保健福祉領域における信念対立の対処に特化した理論と実践であるDABが体系化された¹²⁾。作業療法は、信念対立の克服に向けたいくつかの報告がある。寺岡ら²⁴⁾は、作業機能障害への対処を目的としたOBPとDABを統合し、新たな作業療法理論であるOBP2.0を構築した。OBP2.0の構築により、OBPの実践で作業療法士が経験する信念対立を克服し、クライアントの作業機能障害に対する円滑な実践を可能にする可能性が担保された²⁴⁾。また古桧山ら⁵⁾は、理論に根ざした実践(Model Based Practice: 以下、MBP)で生じる作業療法士間での信念対立と自己受容性の関連性について仮説モデルを検証した。そこでは、信念対立の低減に有効な対策として、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であると明らかにした。これらの報告では、臨床現場で発生しうる信念対立事例に対し、DABの有効性を論じている^{5,12,24)}。しかしながら、実際の臨床現場におけるDABの効果を実験的に検証した報告はなく、医療従事者の信念対立、およびメンタルヘルスに関する効果についても未検討である。

本邦において、労働者のメンタルヘルス問題への関心は高く、職業上のストレスマネジメントに関する報告が多くある⁵⁷⁻⁵⁹⁾。近年では、認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy Training :

以下、CBT)が注目されており、労働者の抑うつ感情に対する軽減効果⁵⁷⁾や、長期失業者の就職活動に好影響をおよぼすこと⁵⁸⁾などが報告されている。また、本邦における労働者のストレスマネジメントに関するレビュー論文では、介入方法としては時間的・空間的制約の少ないWeb上で実施可能なプログラムの開発が必要になってくると述べている⁵⁹⁾。したがって、本研究の目的は、信念対立を体験する医療従事者を対象にDABを基盤にしたWeb上で実施できる学習プログラムの効果について検討することとした。労働者のメンタルヘルス問題を引き起こすとされるストレス要因は多岐にわたるが、一作業療法士として臨床現場で働く医療従事者のストレスマネジメントに寄与できる手段として、信念対立の解明に向けた働きかけが現実的であり意義があると判断した。

第2節 方法と結果

1. 研究倫理

本研究は、吉備国際大学倫理審査委員会（承認番号16-42）の承認を得て実施した（資料1）。

2. 概要

本研究は、2つの手順で実施した（図10）。手順1では、DABの習得を目的としたeラーニングシステムによるWeb学習プログラムを開発した。手順2では、開発したWeb学習プログラムの介入効果をシングルシステムデザイン（Single-System Design：以下、SSD）で検討した。



図10 手順の概要

註）手順1において、eラーニングで用いるWeb学習プログラムを開発し、手順2でWeb学習プログラムを用いた検討を実施した。

3. 手順1

1) 目的

手順1の目的は、DABの習得を目的としたeラーニングシステムによるWeb学習プログラムを開発することであった。

2) 方法（図11）

Web学習プログラムの質を担保するための条件として、eラーニング用の教材として適切であること、学習の目的を達成させるための適切な内容であることを挙げた。これらの条件を満たすため、eラーニングにおけるWeb学習プログラム開発の方法論としても研究されてきたInstructional Design（以下、ID）を参照した⁶⁰⁾。IDとは、教育活動の効果や効率、魅力を高めるための理論や研究、ま

たそれらを応用して学習環境を構築するプロセスを指す⁶⁰⁾。Planでは、(1) 学習目標の明確化、(2) 学習内容と指導方略の検討、Doでは、(3) 学習プログラム試作版作成、Seeでは、(4) 試作版の内容妥当性の検討のためプレテストを実施した。本研究では、Web上での学習を可能にするためのeラーニングシステムとして、米国のインターネットサービス関連企業であるGoogle（グーグル）が開発した、無料サービスGoogle Classroom(<https://edu.google.com/intl/ja/k-12-solutions/classroom/>)を用いた。Google Classroomを選択した理由として、学習者の学習進捗状況が把握しやすいこと、必要な時に学習者とやり取りが可能な双方向性のコミュニケーション機能があること、高いセキュリティ機能を有していることなどの利点が挙げられた。

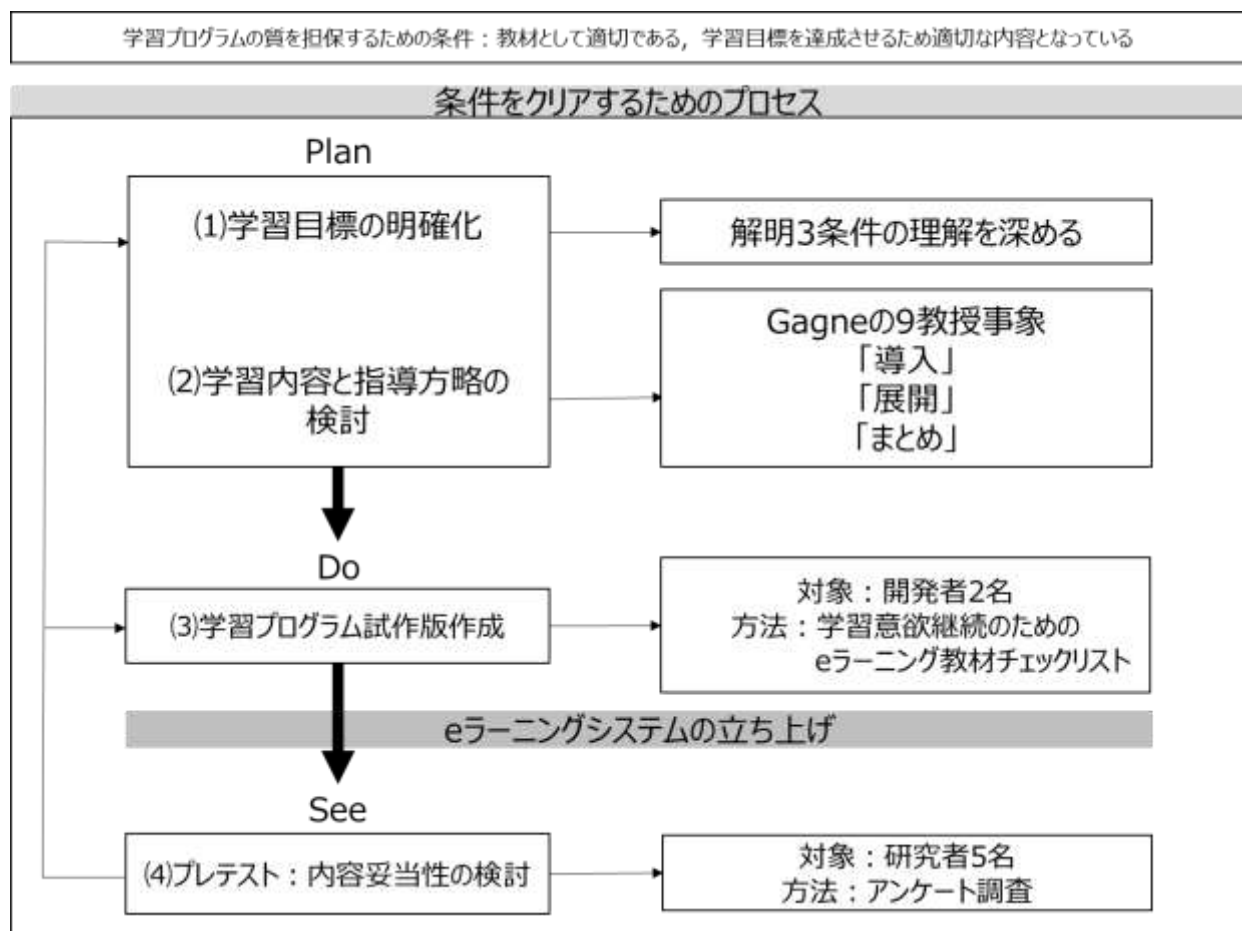


図11 学習プログラム開発の流れ

(1) 学習目標の明確化

Web学習プログラムで達成すべき目標としては、DABの解明3条件である契機-志向相関性、相対可能性、共通理解可能性を理解し、実生活でも応用可能な解明態度を身に着けることとした。契機-志向相関性とは、あらゆる確信（意味、価値、存在）は、目的、関心、欲望、身体などの志向に応じて規定され、それらは成立した確信や志向に応じて変化するという原理である^{11,12)}。相対可能性とは、あらゆる確信には絶対的なものではなく、個人によって異なる相対的なものであるということ

である^{11,12)}。共通理解可能性とは、確信を成立させる契機と志向が明らかになることで、対立する者同士が互いに理解できる可能性が生まれる状態である^{11,12)}。信念対立は、自身にとっての確信を絶対化し、異なる確信を押し付けることによって生じるため、上記3つの考え方を理解することによって問題を軽減できる可能性がある^{と論証されている}^{11,12)}。

(2) 学習内容と指導方略の検討

本研究で用いるWeb学習プログラムの開発は、独学を支援するためGagneの9教授事象⁶¹⁾を参考に、「導入」、「展開」、「まとめ」で構成することとした。「導入」では、学習者の注意を引き付け、学習することの意義を高めてもらうため、信念対立に関する動向と本学習プログラムの目的を伝えた。「展開」では、DABの解明3条件を学ぶための具体的な学習内容をChapter1～6（資料5）で提示した。その際、学習者にとって解明3条件への理解を促すための工夫として、専門用語は最小限にとどめること、物語形式で文字は少なくイラストを多用すること、などを念頭に構成した。また、研究2で明らかになったように、信念対立の「要因」が信念対立の「反応」、および作業機能障害に関連することが明らかとなったため、Web学習プログラムの指導方略として、信念対立に悩む医療従事者がDABの解明3条件を用いることで、信念対立の「要因」を解き明かし、「反応」を制御していくという内容で構成した。1回の学習が概ね30分から1時間程度で終わられるような内容とし、学習内容の復習を兼ねた小問題を各Chapterに設けた。各Chapterに設けた小問題への回答に対し、学習プログラムを提供する側からコメントの返信を実施し、学習者の理解度のチェック、モチベーション維持の支援を行う体制を整えた。「まとめ」では、学習内容の振り返りと、今後の学習継続を支援するための関連情報を提供した。

(3) Web学習プログラム試作版作成

筆者とDABの開発者の2名で、信念対立に関連する文献^{11,12,44)}をリサーチし、学習内容の具体化を図った。その後、天野の開発した「学習意欲継続のためのeラーニング教材チェックリスト」(<http://home.riise.hiroshima-u.ac.jp/~ten/ycl.html>)を用い、説明に不備や不足が無い点検し、試作版の作成を行った。チェックリストは、eラーニング教材の開発に関する文献や先行研究の知見をもとに開発されており、「学習意欲を継続させる工夫」と「学習意欲を阻害させる要因を含まないこと」の2つに大きく分けて構成されている⁶²⁾。「学習意欲を継続させる工夫」は、KellerのARCSモデルを参照に評価項目が作成されている^{62,63)}。ARCSとは、学習意欲の向上と継続に必要とされる、注意 (Attention)、関連性 (Relevance)、自信 (Confidence)、満足感 (Satisfaction) の頭文字から命名される⁶²⁾。また「学習意欲を阻害させる要因を含まないこと」は、学習意欲を低下させるようなデザインとしての欠点である「ユーザビリティ」、「アクセシビリティ」に対する評価項目がある⁶²⁾。なお、このチェックリストには動画や音声を含むという項目があるが、本研究で開発するWeb学習プログラムは利便性を考慮して動画や音声は含まないものにしたため、それに関する質問は割愛した。

(4) プレテスト (表13)

試作版の内容妥当性を検討するため、信念対立研究者5名を対象にアンケート調査を実施した。対象者には、事前にeメールで調査の概要を説明した上で研究への同意を得た。Web学習プログラムの試作版をGoogle Classroomで実施してもらい、終了後にアンケートへの回答を求めた。得られた

アンケート結果から、検討事項について対象者と研究者双方で納得した時点で終了し、完成版を作成した。

表13 アンケート内容

項目	質問内容
1	Chapter 1の目的は、信念対立解明アプローチの解明条件1『契機-志向相関性』について学ぶことでした。ここでは、信念対立は、各人の認識の違いによって生じており、それは個人の状況や関心によって成立している、と解説しました。『契機-志向相関性』を学ぶための適切な内容となっていたでしょうか？ あなたの意見を教えてください。
2	Chapter 2・3の目的は、信念対立解明アプローチの解明条件2『相対可能性』について学ぶことでした。そのため、ここでは、自分自身の信念が正しいと思える根拠について気づいてもらう内容にしました。Chapter 2・3はそうした気づきを得るために適切な内容でしたでしょうか？ あなたの意見を教えてください。
3	Chapter 4の目的は、信念対立解明アプローチの解明条件3『共通了解可能性』について学ぶことでした。それゆえ、Chapter 4は対立する両者の背景を理解した上で、両者に共通する目標を探すことの重要性を伝える内容にしました。その内容は、『共通了解可能性』を学ぶため適切な内容でしたでしょうか？ あなたの意見を教えてください。
4	Chapter 5の目的は、Chapter 4で検討した共通目標を達成するための具体的なアクションプランの立案を学ぶことでした。ここでは、学習者が自分自身の信念対立事例に汎化して、共通目標とアクションプランの立案について理解できる内容にしました。Chapter 5の内容は適切でしたでしょうか？ あなたの意見を教えてください。
5	今回、eラーニングシステムにGoogle classroomを利用しましたが、利用中に起きた不具合があれば教えてください。

3) 結果

(1) Web学習プログラム試作版作成 (表14, 15)

「学習意欲継続のためのeラーニング教材チェックリスト」(<http://home.riise.hiroshima-u.ac.jp/~ten/ycl.html>)の結果は、全78目中、「はい」と回答した項目は61項目、「いいえ」と回答した項目は5項目、「該当なし」と回答した項目は12項目であった。「いいえ」に当てはまる場合、要検討項目であることを表しており、「いいえ」と回答した質問項目のみ抜粋し、その理由を表15に記載した。

表14 学習意欲継続のためのeラーニング教材チェックリストの結果

カテゴリ	項目数	はい	いいえ	該当なし
アクセシビリティ	14	7	4	3
ユーザビリティ	20	19	0	1
うそのなさ	5	4	1	0
ARCS : A	12	11	0	1
ARCS : R	8	6	0	2
ARCS : C	9	6	0	3
ARCS : S	11	9	0	2
合計	78	61	5	12

註) ARCSとは、学習意欲の向上と継続に必要とされる、注意 (Attention)、関連性 (Relevance)、自信 (Confidence)、満足感 (Satisfaction) の頭文字から命名される。

表15 「いいえ」と回答した質問項目とその理由

カテゴリ	質問内容	「いいえ」の理由
アクセシビリティ	画像には代替テキストがある。	
	音声・映像のコンテンツには、別にその内容がわかるテキストだけのファイルを用意している。	本研究では代替テキストを必要とする対象者が含まれていないため。
アクセシビリティ	複数のページがある場合、サイトマップやリンク一覧を提供している。	Google Classroomそのものがサイトマップやリンク一覧を必要とする構造ではなかったため。
	ユーザが、いま自分がいるページがわかるようにしている。	
うそのなさ	教材の内容は必要に応じて更新している。	本研究においては、学習プログラムの更新は予定していなかったため。

(2) プレテスト (表16) (資料4)

対象者5名から得られたアンケートへの回答結果、および検討事項と改善点について表16に示す。アンケートによって得られた回答をもとに検討を行い、Web学習プログラムの完成版を作成した (資料4)。

表16 アンケートの回答結果および検討事項と改善点

項目	アンケート回答結果	検討事項と改善点
1	内容は分かりやすかったが、登場人物の名前と立場を説明してほしい。	Chapter1Aのスライド3に登場人物の名前と立場の説明を追加する。
	どの程度までの理解を促したいのか不明だが、Chapter1の内容だけでは現象を構造化する際に契機と志向性が関連しているという所まで理解ができる内容ではないと思う。	Chapter1のみでは「契機-志向相関性」に対する理解のための十分な内容になっていないが、情報量が多くなることで学習意欲が下がる、逆に理解できなくなるといったことを避けるため、やや控えめの内容で作成した。そのため、Chapter2と3においても「契機-志向相関性」の理解を促す形の構成とした。
	学習頻度は1週間に1つのChapterだが、対象者によっては短時間で終える人もいると思う。	作業スピードが速い対象者にとっては、遅くてテンポが悪いと感じさせる可能性は考えられる。じっくりと内省を促すためにもフィードバックの機会を利用しペース配分に配慮する。
2	Chapter2Bのスライド3で「エビデンス」という表現を用いると「エビデンスレベルの高い意見なら疑わなくて良い」と誤解を受ける可能性がある。	「エビデンス」という言葉がミスリードを発生させる可能性があり、Chapter2Bのスライド3「エビデンス」という言葉を「根拠」に変更する。
	相対可能性について徹底的に学習するためにも、もう少し例題が必要ではないか。	例題に関しては、対象者の遂行スピードも解らないので、現状で様子を見て検討する。
3	Task of Chapter4A が、以前の質問に対しての回答なのか、自分の経験全般についての質問なのかがやや分かりづらい。	Task of Chapter4Aは、Task of Chapter1～3で回答した対象者の信念対立事例を尋ねた設問であったが、より意図を明確にするため「あなたが経験した対人関係上のトラブルに直面した時、どんな感情を抱きましたか？」に変更する。
	自分で立てた目標に基づき実際に行動に反映される対象者がいると思うので、フィードバックが必要だと思う。	対象者と双方向的にフィードバックを実施する。
4	初学者が本プログラムの1事例のみで、介入プランの立案や理解に役立っているのか判断が難しい。表面的な理解に留まる場合や、異なる状況下で応用できない対象者もいるのではないか。	学習過程で学習者の理解度をモニタリングしつつ、それを深めるためのフィードバックや、支援を適宜実施していく。
5	データの読み込み時間が全般的に長い。	回答者のインターネット環境にも左右される可能性を考慮し、対象者にも配慮する。
	レイアウトの乱れ、文字の重なっている箇所があった。(端末：mac book air 13インチ、OS：10.13.1、ブラウザ：safari バージョン11.0.1(13604.3.5))	Web上での文字の重なりを確認し修正する。対象者のインターネット環境を確認し、指摘のあったsafariであれば他のブラウザを薦める。
	直接勉強するため、プログラムの教材をダウンロードしようとしたができなかった。	教材は全てPDF化し、Google Classroomにアップすると同時に、対象者に配布する。
	Lineのトーク形式のように、発言ごとに吹き出しを作り交互に展開していく方が、会話の流れが分かりやすく直感的に理解しやすいのではないか。	発言ごとに吹き出しを作成し、レイアウトを修正する。

4) 考察

本研究では、教材開発の方法論であるID理論を用い、信念対立に精通した複数の研究者間で内容妥当性の検討を実施したことで、質の担保されたWeb学習プログラムを開発できたと考えられる。ここで開発したWeb学習プログラムを「事例で学ぶ信念対立解明アプローチ・Exercise of Dissolution Approach for Belief Conflict-」と命名した。教材としての質が担保された根拠を以下に論じる。

試作版作成では、教材の質保証について客観的な視点で評価するために開発された天野の「学習意欲継続のためのeラーニング教材チェックリスト」⁶²⁾を用いることで、より客観的な検討が可能となり、Web学習プログラムの質向上につながったと考えられる。試作版では、「アクセシビリティ」の4項目、「うそのなさ」の1項目に「いいえ」が付き、計5項目が満たされていないという結果であった。しかしながら、「アクセシビリティ」の項目「画像には代替テキストがある」、「音声・映像のコンテンツには、別にその内容がわかるテキストだけのファイルを用意している」については、本研究で対象となる者のなかに代替テキストを必要とする対象者が含まれていないことから問題にならないと考えられる。また、「複数のページがある場合、サイトマップやリンク一覧を提供している」、「ユーザが、いま自分がいるページがわかるようにしている」については、Google Classroomがマップを要する構造ではないため、サイトマップやリンク一覧を提供する必要がなく、問題はないと考えられる。「うそのなさ」の「教材の内容は必要に応じて更新している」については、使用を予定している介入研究中には更新を必要としない内容として作成しているため、問題はないと考えられた。したがって、チェックリストの質問項目上では不備が無いことが確認されたと考えられる。

信念対立研究者5名によるプレテストの実行により、試作版作成の段階では分からなかった不備が発見された。指摘があった場所は動機づけやアクセシビリティ、ユーザビリティにおいてだった。ユーザビリティに関する意見から、より見やすさを考慮したデザインへの変更や、文字化けをふせぐためPDF化するなどの対処を行った。アクセシビリティについても、コンテンツのダウンロードが遅いというアンケート結果が得られていたが、他4名の研究者からはそうした回答は無かったことから、システムやコンテンツの容量ではなく、使用端末やアクセス状況にも左右された結果である可能性が高いと判断した。また学習内容についても、解明3条件である「契機・志向相関性」、「相対可能性」、「共通理解可能性」の学習にとって内容が不十分な箇所に指摘が得られた。そのため、学習者に誤解を与えかねない言葉については言い回しを変更するなどの修正を行った。また、学習の理解度に関してプログラムのみでは不十分となる可能性が多く指摘されたことを受け、フィードバックの重要性が明らかになった。また内容だけでなく、Web学習プログラムを運用するプラットフォームとして採用したGoogle Classroomの実動についても、フィードバックを得ることができた。このように開発者、研究者などの複数名で何段階ものチェックを行うことで、Web学習プログラムは解明3条件を習得するための運用上の整備がなされたと考えられる。

4. 手順2

1) 目的

手順2の目的は、実際の臨床現場で働く医療従事者に対し、手順1で開発したWeb学習プログラム「事例で学ぶ信念対立解明アプローチ-Exercise of Dissolution Approach for Belief Conflict-」を用いた介入研究を実施し、その効果を検証することであった。

2) 方法

(1) 対象者

対象者の選定基準は、ABCR-14でカットオフ値の58点以上、かつCAODで潜在ランク3以上の者とした。CAODの潜在ランクの推定には、サイト(<http://mutsumiteraoka.blogspot.jp/>) からダウンロードしたCAODの項目カテゴリ参照プロファイルが保存されたファイルを用いた。統計ソフトはExametrika ver.5.3を用いた。選定基準を満たす対象者を募集するため、県内2施設、県外6施設の42名に対してABCR-14とCAODを郵送、および手渡しで配布し調査を依頼した。なお、調査の同意については調査用紙の返信により得られたものとした。

(2) 調査用紙

① フェイスシート

フェイスシートは、対象者の基本情報として年齢、性別、職種、臨床経験、勤務形態を聴取した。

② ABC-FR⁴⁵⁾

ABC-FRは、研究2と同様とした。

③ CAOD⁴⁹⁾

CAODは、は研究2と同様とした。

④ SRS-18²⁷⁾

SRS-18は、は研究2と同様とした。

(3) 研究デザイン (図12)

本研究の研究デザインはSSDのABAデザインとした。ABC-FRとCAOD、およびSRS-18を図12の①、②、③、④の4時点で実施した。介入期は、対象者に研究3で開発した「事例で学ぶ信念対立解明アプローチ-Exercise of Dissolution Approach for Belief Conflict-」を学ぶためのWeb学習プログラムを導入した。介入期の前は、介入期との差異を検討するための基準データを収集するためベースライン期を設けた。また、介入期の後は介入の長期効果を確認するためフォローアップ期を設けた。期間はベースライン期が2週間、介入期が8週間、フォローアップ期が4週間とした。



図12 研究デザイン

(4) eラーニングの学習環境

Google Classroomを用い、対象者1人につき1つのクラスを準備した。クラスごとに発行されたクラスコードを対象者に配布しクラスへのログインを促した。

(5) 学習スケジュール (図13)

介入期における学習の頻度は、1週間に1回とし、全8回を予定した。1回毎にパワーポイントで作成された課題を実施するように求めた。なお、第2回～6回にかけては、問題が設置されており回答欄への回答を促した。得られた回答は研究者が確認し、内容に応じて適宜返信することとした。



図13 学習スケジュール

註) Chapter1では、DABの解明条件1「契機・志向相関性」を、Chapter2・3では、DABの解明条件2「相対可能性」を、Chapter4・5では、DABの解明条件3「共通了解可能性」を学習できる課題内容とし、復習のための問題を添付した。

(6) データ解析

データ解析は、対象者の属性に関する要約、各調査結果の傾向分析とインタビュー、Web学習プログラムの効果検証を実施した。対象者の属性は、フェイスシートの結果を記述統計量で算出した。各調査結果の傾向分析は、図12の研究のデザインに示した①、②、③、④の4時点で得られたABC-FR、CAOD、SRS-18の結果をグラフ化し、目視法で分析した。さらに、調査期間中に各調査結果に影響を及ぼしうるイベント発生の有無、およびWeb学習プログラムの主観的效果についてインタビューを実施した。Web学習プログラムの効果検証は、ABC-FRの介入期前後のデータ間で差があるという仮説が正しい確率をベイズ推定による一要因分散分析により算出した。ベイズ推定を用いる利点は、従来用いられてきた推定法よりも得られる情報量が多く結果の解釈が容易になる点である⁶⁴⁾。また、これは今回のような小サンプル数でも推定精度を高められる手法である⁶⁴⁾。ベイズ推定の設定は、シミュレーション回数2000、バーンイン期間1000、マルコフ連鎖の数4とした⁶⁴⁾。また、事前分布はコーシー分布、事後分布は正規分布を仮定した。データ解析の収束判断は、R

hatが1.05以下とした⁶⁴⁾。統計ソフトは、R3.5.1 (<http://www.rproject.org>) とrstan2.17.3 (<http://mc-stan.org/users/interfaces/rstan>) のパッケージを使用した。

3) 結果

(1) 記述統計量の算出 (表17)

調査用紙の返信率は100%であり、返信の得られた42名中8名が選定基準を満たしていることが分かった。その8名のうち、介入研究への参加同意が得られたのは理学療法士1名、作業療法士5名、言語聴覚士1名の合計7名（男性5名、女性2名、平均年齢：32.0±4.3歳）であった。同意の得られた7名のABCR-14合計点の平均は65.9±7.0点、CAOD合計点の平均は76.0±15.1点であった。

表17 対象者の属性

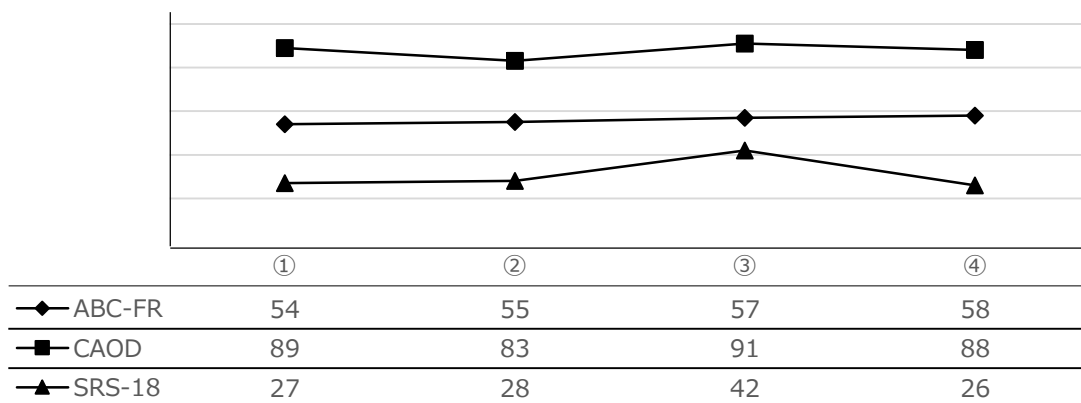
対象者	職種	性別	年齢	経験年数	ABCR-14 合計点	CAOD 合計点	CAOD 潜在ランク
1	理学療法士	男性	37	8	60	86	5
2	作業療法士	女性	27	4	58	44	3
3	作業療法士	男性	34	4	66	79	5
4	作業療法士	男性	35	13	65	76	5
5	言語聴覚士	男性	26	3	63	78	5
6	作業療法士	女性	30	3	70	91	5
7	作業療法士	男性	35	2	79	78	5
平均	-	-	32.0±4.3	5.3±3.9	65.9±7.0	76.0±15.1	-

註) ABCR-14= Assessment of Belief Conflict in Relationship-14, CAOD= Classification and Assessment of Occupational Dysfunction

(2) 各調査結果の傾向分析とインタビュー (図 14, 表 18)

7名中、設定した学習期間中に Web 学習プログラムを完遂できたのは5名（表 17 の対象者 1～5）であった。5名から得られた計 4 回のデータを対象者ごとにグラフで示した（図 14）。介入前のデータ②と介入後データ③を比較した時、対象者 1 と 2 については、ABC-FR, CAOD, SRS-18 の全てで介入後のデータが増加していた。また、対象者 3 は、ABC-FR については介入後のデータが減少した。一方、CAOD は介入後のデータが増加しており、SRS-18 は変化を認めなかった。対象者 4 と 5 については、ABC-FR, CAOD, SRS-18 のすべてで介入後のデータが減少していた。eラーニング後のインタビューにより、対象者 1 と 2 は、ベースライン期で役職昇進や人事異動などの労働条件の変化を経験したことがわかった。Web 学習プログラムの主観的効果に関して、実際の労働場面で学習した内容を応用し自身の経験した信念対立の解消、および軽減にいたる高い習熟度が伺えたのは対象者 3 と 4 の 2 名であった。その他の 3 名についても、信念対立に対処しようと DAB を実行していた。

対象者 1



対象者 2

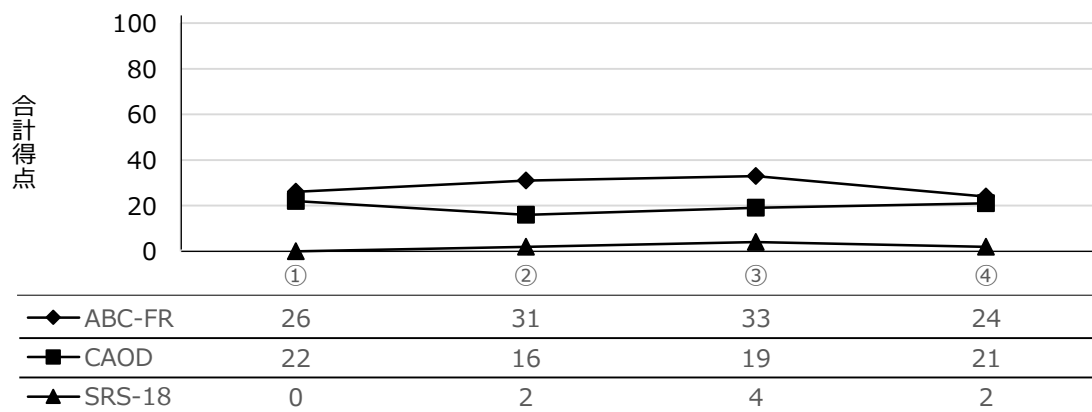


図14 各対象者におけるABC-FR, CAOD, SRS-18の調査結果

註) ①ベースライン期前, ②介入期前, ③介入期後, ④フォローアップ期後のデータ

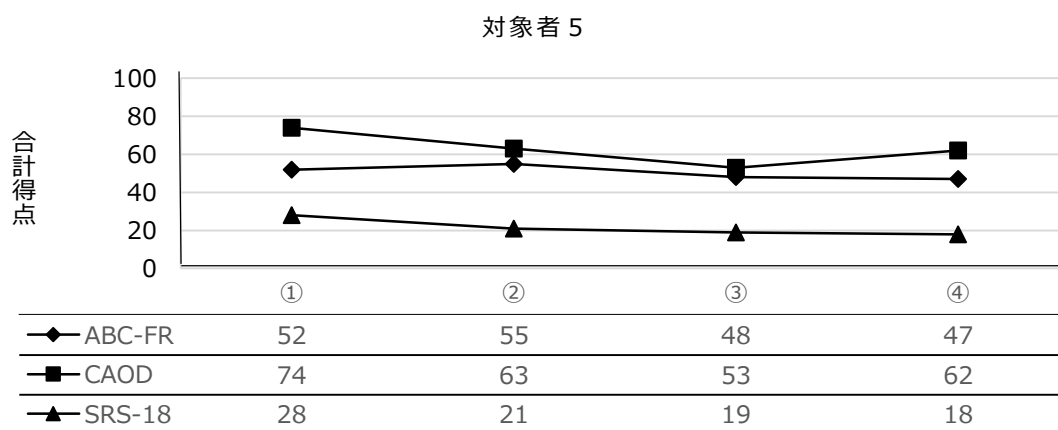
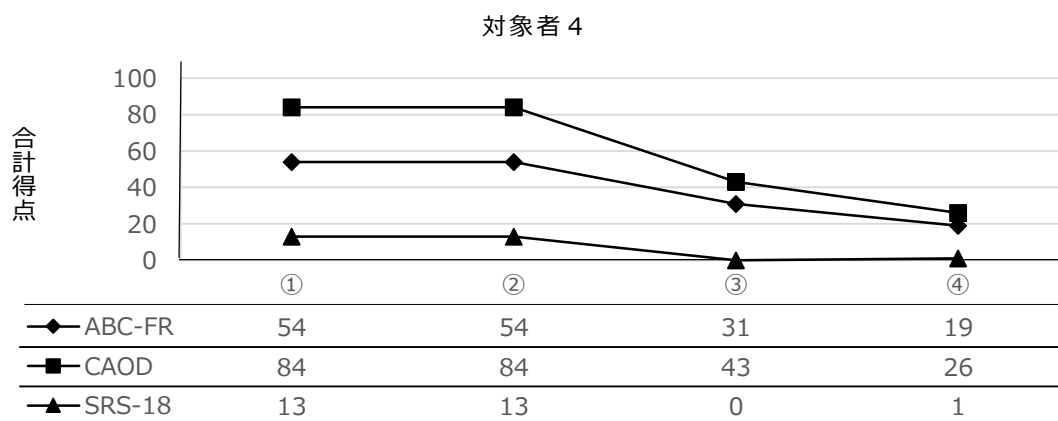
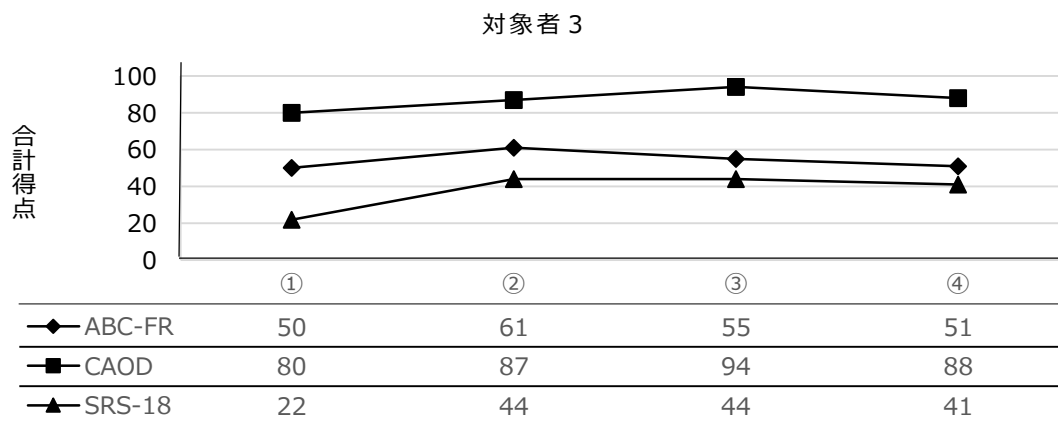


図14 各対象者におけるABC-FR, CAOD, SRS-18の調査結果 (つづき)
 註) ①ベースライン期前, ②介入期前, ③介入期後, ④フォローアップ期後のデータ

表18 インタビュー結果

	イベント発生の有無	Web 学習プログラムに対する主観的効果
対象者 1	ベースライン期 (①～②) で役職昇進の内示を受けた。介入期 (②～③) において臨床業務に加え管理業務が増大した。	自分の根底にある考え方について、再考できた。実生活での応用までには至らない。
対象者 2	ベースライン期 (①～②) に人事異動の内示を受け、同法人の別病院への勤務を命じられた。介入期 (②～③) では新しい職場に異動し、臨床業務も多く、身体的疲労は以前よりも蓄積していた。	信念対立場面に出くわした時、相手にも背景があることを頭に浮かべるようになった。
対象者 3	特になし。	以前は腹を立てていたようなシチュエーションでも、腹を立てることが少なくなった。選択肢が広がったような感覚がある。学習初期の頃は、学んだことを実践する際、意識しないとできなかったが、今は、意識しなくとも自然に出来ている。
対象者 4	特になし。	普段から対立場面に出くわす機会が多く、学んだ DAB を実践した所、対立していた相手と上手く話ができるようになった。
対象者 5	特になし。	学習内容を実践に結びつけることは難しいように感じた。自分自身が信念対立という状況に陥っているという事実を把握するように意識するようになった。そうすることで、対立から生じるネガティブな気持ちを落ち着けることができた。

(3) 一要因分散分析 (表19)

Web学習プログラムの効果を検証するため、介入前と介入後に計測したABC-FRのデータを比較検討した。対象者1と2は、ベースライン期で労働条件上の大きな変化を経験しており、介入以外の要因の変化が結果に大きく影響していると判断し、本分析では対象者3, 4, 5のデータのみ用いた。その結果、Rhatは1.05以下であり、収束基準を満たした。表19のU₆₃₋₂<0より、研究仮説「 $\delta_{3-2}<0$ 」が正しい確率は.92であり、「Web学習プログラム実施後のABC-FR平均点はWeb学習プログラム実施前のABC-FR平均点よりも低下する」という仮説が正しい確率が92%を示した。

表19 一要因分散分析の結果

	推定値	事後標準偏差	l-95% CI	u-95% CI	n_eff	Rhat
μ_1	51.95	2.90	46.83	56.65	769	1.00
μ_2	56.75	3.14	50.49	63.66	552	1.01
μ_3	45.01	11.70	25.04	67.2	293	1.01
μ_4	39.24	12.55	13.64	65.87	1172	1.00
δ_{2-1}	4.79	3.99	-2.59	12.36	624	1.01
δ_{3-1}	-6.94	11.71	-26.91	14.8	296	1.01
δ_{4-1}	-12.72	12.41	-38.38	13.65	1247	1.00
δ_{3-2}	-11.73	11.88	-32.74	11.09	301	1.01
δ_{4-2}	-17.51	12.55	-43.78	9.54	1118	1.00
δ_{4-3}	-5.78	16.37	-37.83	23.75	459	1.01
U $\delta_{2-1} > 0$	.93	.26	.00	1.00	961	1.01
U $\delta_{3-1} < 0$	.84	.37	.00	1.00	993	1.00
U $\delta_{4-1} < 0$	.88	.32	.00	1.00	1393	1.00
U $\delta_{3-2} < 0$	.92	.27	.00	1.00	588	1.00
U $\delta_{4-2} < 0$	.93	.25	.00	1.00	1355	1.00
U $\delta_{4-3} < 0$	.67	.47	.00	1.00	1433	1.00

註) CI= confidence interval, l-95% CI= 95%信用区間下限, u-95% CI= 95%信用区間上限, n_eff= 有効標本数, μ_1 = ベースライン期前のデータ平均値, μ_2 = 介入期前のデータ平均値, μ_3 = 介入期後のデータ平均値, μ_4 = フォローアップ期後のデータ平均値, δ_{2-1} = μ_1 と μ_2 の差, δ_{3-1} = μ_1 と μ_3 の差, δ_{4-1} = μ_1 と μ_4 の差, δ_{3-2} = μ_2 と μ_3 の差, δ_{4-2} = μ_2 と μ_4 の差, δ_{4-3} = μ_3 と μ_4 の差, U $\delta_{2-1} > 0$ = μ_1 よりも μ_2 が大きいという仮説が正しい確率, U $\delta_{3-1} < 0$ = μ_1 よりも μ_3 が小さいという仮説が正しい確率, U $\delta_{4-1} < 0$ = μ_1 よりも μ_4 が小さいという仮説が正しい確率, U $\delta_{3-2} > 0$ = μ_2 よりも μ_3 が小さいという仮説が正しい確率, U $\delta_{4-2} > 0$ = μ_2 よりも μ_4 が小さいという仮説が正しい確率, U $\delta_{4-3} > 0$ = μ_2 よりも μ_3 が小さいという仮説が正しい確率

4) 考察

手順2では、医療従事者5名を対象にDABに基づくWeb学習プログラムの効果を検討した。その結果、ベースライン期に労働条件が変化しなかった対象者3, 4, 5は、「Web学習プログラム実施後のABC-FR平均点はWeb学習プログラム実施前のABC-FR平均点よりも低下する」という仮説が正しい確率が92%であった。そのため、本学習プログラムの実施により、対象者の信念対立は92%以上の確率で軽減すると考えられる。対象者3, 4, 5におけるWeb学習プログラムに対する主観的効果のインタビュー結果からも、この結果は支持されている。本研究で開発したeラーニングの基盤にあるDABは、信念対立を軽減するために、契機・志向相関性、相対可能性、共通理解可能性を担保する思考法を身につける必要があるというものである。本研究で開発したWeb学習プログラムは、DABの思考法を身につけるものであり、本研究の結果はDABの理論的見解を支持するものであったと考えられる。

他方、対象者1, 2ではABC-FR, CAOD, SRS-18の全ての結果で増加傾向を認めた。その理由は、研究期間中に対象者が役職昇進や人事異動といった労働条件の変化を経験したためであると考えられる。また対象者1, 2のインタビュー結果からも、役職昇進や人事異動による業務内容の変化や業務量の増大は、人間関係の変化を生じさせ、ストレスの増大や労働時間以外の日常生活にまで影響を及ぼす可能性が示された。これは、信念対立がさまざまな条件に応じて変化する問題であることを示していると考えられる。また、こうした労働条件の変化は、DABの介入効果が得られなかったことに影響した可能性が考えられる。先行研究では、医療従事者の経験する否定的な感情は、バーンアウトや生活の質の低下を引き起こすだけでなく、知識やスキルを学習する認知プロセスに悪影響を及ぼす可能性が示唆されている⁶⁵⁾。つまり、本研究で対象者1と2は、人事異動や役職昇進といった経験から否定的な感情が生じ、結果的に学習効果が得られにくい状況に陥っていた可能性が考えられる。さらに、神経心理学的側面から心理的ストレスが身体に及ぼす影響について調査したいくつかの報告では、労働者における疲労や慢性的なストレスといった精神的負荷により、生態的なストレス反応である、視床下部-下垂体-副腎皮質系（Hypothalamic-Pituitary-Adrenalaxis : 以下、HPA系）の遷延化を引き起こし、脳血流の低下や脳機能を低下させることが報告されている⁶⁶⁻⁶⁸⁾。本研究の対象者の選定条件から、高ストレス状態にある可能性が高く、慢性的なストレスにより介入で用いたWeb学習プログラムの学習効果が得られにくい状況にあった可能性も考えられる。

本研究では、労働条件に著しい変化がない医療従事者の信念対立は、eラーニングによるDABのWeb学習プログラムにより軽減できることが示された。しかしながら、対象者の職業性ストレス反応を高める可能性のある労働条件の変化が生じた場合、学習プログラムの効果が得られにくい状況に陥っている可能性を考慮する必要があると考えられる。したがって、DABの導入に際しては、Web学習プログラム実施期間中に否定的な心理的变化を生じさせるような労働条件や日常生活の変化を経験していないかどうかについてもモニタリングしながら進める必要がある。また、対象者が信念対立以外でストレスを高める要因を抱えていないか精査すると同時に、ストレスを自覚している期間の長さについても聴取する必要があると考えられる。

第3節 全体考察

研究3の目的は、DABを学ぶためのWeb学習プログラムを開発し、その効果について検討することであった。その結果、研究期間中に労働条件に大きな変化を経験しなかった対象者においては、本研究で作成したWeb学習プログラムで信念対立が軽減する可能性が示された。当初、研究期間内で完遂できたのは対象者7名中5名であり、半数以上の対象者が遂行できていることから、今回作成した学習プログラムは比較的負担なく実施できる内容であったと考えられる。

他方、学習後のインタビュー結果の記載内容から、DABの習熟度にバラつきが生じており、習熟度の高い対象者ほど臨床場面で積極的にDABを活用し信念対立の軽減を図ろうとしている様子が示唆された。このように、日常業務で活用する機会の多さが信念対立軽減の可能性を高めていると考えられる。また学習者一人一人の習熟度を高めるため、信念対立事例を増やしてDABについて理解を促すなどの工夫が必要であると共に、学習の理解度を適宜モニタリングし、学習者の理解度に合

わせ理解を深めるための声掛けや質問などの働きかけが重要であると考えられる。学習者との双方向性のコミュニケーションにより、習熟度が高まって活用機会の増大につながると考えられる。また、活用機会の増大はさらに習熟度を高め、信念対立の軽減を促すと考えられる。

本研究の限界は、SSDで検討したため結果の一般化ができない点にある。また、Web学習プログラムで用いた教育方略のうち、どれが効果的であったのかは特定できなかった。

第4節 結論

研究3の目的は、信念対立の軽減を目的としたDABに基づくWeb学習プログラムを開発し、その効果を検討することであった。その結果、質の担保されたWeb学習プログラムが開発され、信念対立を抱える医療従事者に対して一定の効果を示すことが確認された。なお、労働条件の変化によって業務負担が増大した強いストレス状態は、Web学習プログラムの効果を打ち消す可能性が明らかとなり、導入に際しては対象者の労働条件に対する詳細な把握が重要であると考えられる。

第4章 総合考察

本博士論文の全体の目的は、医療従事者の信念対立を低減・予防するために、信念対立を評価・解釈できる知見を創出し、有効な対策を検討することであった。この目的を達成するために、研究1では、医療従事者を対象に信念対立の要因と反応を測定できる尺度であるABC-FRを開発した⁴⁵⁾。研究2では、ABC-FRの再現可能性の程度を確認し、カットオフ値を設定したうえで、信念対立と作業機能障害、職業性ストレス反応の構造的関係を明らかにした⁵⁵⁾。研究3では、信念対立と作業機能障害を体験している医療従事者を対象にSSDでDABを基盤にしたWeb学習プログラムの効果を明らかにした。総合考察では、研究1から研究3で得られた知見を総括し、本研究の臨床応用可能性について検討する。

第1節 本研究から得られた新たな知見

研究1は、医療従事者186名を対象に、信念対立の要因と反応を測定できる尺度であるABC-FRを開発した⁴⁵⁾。方法は、尺度開発における国際基準であるCOSMINを参考に標準的な手続きを採用した⁴⁵⁾。その結果、ABC-FRは2因子19項目で構成され、妥当性と信頼性を担保した尺度であることが示された⁴⁵⁾。ABC-FRは、医療従事者の経験する信念対立を要因と反応に分けて測定できる尺度として機能すると考えられる⁴⁵⁾。

次に研究2は、研究1で開発したABC-FRについて、開発時と異なる医療従事者305名を対象に、尺度特性を検証した。その結果、ABC-FRは既存の因子構造が再現され、尺度として高い妥当性と信頼性を有した尺度であることが確認され、ABC-FRのカットオフ値が45点に設定された。つまり、ABC-FRで45点以上の得点を有する対象者は、強い信念対立を抱えている可能性があり、何らかの対処が必要な状態であると解釈できると考えられる。さらに、研究2はABC-FRを用い、305名の医療従事者を対象に信念対立と作業機能障害、職業性ストレス反応の関連を調査した⁵⁵⁾。その結果、医療従事者の信念対立は作業機能障害、および職業性ストレス反応の増悪要因となる可能性が示された⁵⁵⁾。つまり信念対立に対する適切な評価と対処により、作業機能障害や職業性ストレス反応を抑制できる可能性が示されたと考えられる⁵⁵⁾。

最後の研究3は、DABの習得を目的としたWeb学習プログラムを開発し、信念対立と作業機能障害を体験する医療従事者7名を対象に介入効果を検討した。その結果、DABに対して高い学習意欲を持ち、実際の臨床現場で積極的に使用する機会の多かった3名には、介入効果を示すことがわかった。一方、人事異動や昇進などの労働条件の変化を体験した2名にはWeb学習プログラムの効果が認められなかった。その理由は、対象者は元々、信念対立と作業機能障害を体験している上に、新たな環境への適応や業務量の増大というストレスがさらに加わり、学習困難な状態に陥ったことが考えられる。

第2節 臨床応用可能性

医療保健福祉領域における信念対立は、医療従事者のメンタルヘルスの不調に関連する要因である^{4,6,13)}。また信念対立は、立場や価値観の違いから生じる人間関係の問題であり、その結果、医療崩壊といった社会的課題に発展する可能性がある¹²⁾。よって、信念対立の低減・予防に関する取り

組みは、医療従事者のメンタルヘルス問題や多職種連携の促進に寄与する可能性が考えられる。研究 1, 2, 3 で得られた知見は、医療従事者の信念対立改善の一助になると考えられる。研究 1, 2 で開発した ABC-FR を信念対立に直面する医療従事者に用いることで、信念対立を引き起こしている要因と、そこから生じる反応を客観的に捉え、具体的な対処の検討につなげられることが可能となる⁴⁵⁾。また ABC-FR にはカットオフ値 (45 点) が設けられており、信念対立に精通していない医療従事者でも合計点を算出するだけで、高信念対立群かどうかを容易に判定できる。つまり、ABC-FR は専門家、非専門家の両者において有効に利用が可能な尺度になっていると言える。そして、ABC-FR が 45 点以上で高信念対立群と判定された者には、研究 3 で開発した DAB に基づく Web 学習プログラムの実施により、信念対立が軽減できる可能性が考えられる。この Web 学習プログラムの習得において、学習した内容を臨床現場で積極的に用いるほど、効果が得られやすいことが明らかとなった。その一方で、人事異動や役職昇進などの労働条件が変化した場合、対象者のストレスは増幅し、Web 学習プログラムの効果を打ち消す可能性が示唆されている。したがって、DAB に基づく Web 学習プログラムの効果をより高いものにするためには、学習者のストレス状態を適宜把握すること、また、学習者が Web 学習プログラムで学んだ内容を普段の臨床現場で用いるためのサポートを行うことが重要となる。その点については、DAB に基づく e ラーニングシステムのプラットフォームである Google Classroom 上で、学習者と双方向なコミュニケーションを図り、ストレスの変化を捉えながら、学習者の信念対立状況に応じた具体的な助言体制が整っているといえる。以上のことより、信念対立に直面している医療従事者に対し本研究で開発した ABC-FR と学習プログラムを用いることで客観的な状態把握が可能となり、Web 学習プログラムの導入により信念対立の改善に役立てられると考えられる。そして、人間関係のトラブルである信念対立の改善により多職種連携の促進につながる可能性が考えられる。

終章

第1節 結論

本研究の目的は、医療従事者の信念対立を低減・予防するために、信念対立を評価・解釈できる知見を創出し、対策を検討することだった。この目的を達成するため、研究1では医療従事者の信念対立を要因と反応に区別して測定することが可能な尺度としてABC-FRを開発した⁴⁵⁾。研究2では、ABC-FRの尺度特性を検証、カットオフ値の生成、および医療従事者の信念対立と作業機能障害、職業性ストレス反応との構造的関連性の検討を実施した⁵⁵⁾。研究3では、DABの習得を目的としたWeb学習プログラムを開発し、実際の臨床現場で働く医療従事者を対象にその効果を検証した。

その結果、研究1から研究2では、ABC-FRの高い妥当性と信頼性が明らかとなり、医療従事者の信念対立を適切に測定することができる尺度であることがわかった⁴⁵⁾。ABC-FRのカットオフ値を設定できたことで、対象者の状態を判断するための一指標となり、尺度の運用可能性が高まったと考えられる。加えて、研究2では医療従事者の信念対立、作業機能障害、職業性ストレス反応との構造的関連性が明らかとなった⁵⁵⁾。医療従事者が臨床現場で経験する信念対立の軽減は、作業機能障害や職業性ストレス反応の軽減につながる可能性を示した⁵⁵⁾。研究3では、DABの習得を目的に開発したWeb学習プログラムが、学習に対する意欲が高く、習得した知識や技術を積極的に実施する対象者に介入効果を示すことが分かった。ただし、本人が望んでいないにもかかわらず、労働条件に大きな変化がある場合、その効果を示さない可能性が示唆された。

第2節 研究の限界

本研究の限界は、研究3において単一事例実験計画法による結果であるため、介入効果として強い根拠を示せていないことが挙げられる。しかしながら、研究1, 2を通じて医療従事者を対象に良好な尺度特性を有したABC-FRが開発できたこと、研究3では信念対立の軽減に向けた効果的な介入方法における知見を得ることができた。したがって、本研究の目的である医療従事者の信念対立を低減・予防するために評価を開発し、関連する要因との関係を検討し、有効な対策を立案するということは達成できたと考えられる。

謝辞

本博士論文は、私が吉備国際大学大学院保健科学研究科博士課程において取り組んできた研究をまとめたものです。研究実施にあたり、ご協力いただきました各施設における研究協力者様、およびアンケートに回答いただいた対象者様など、全ての方に深い感謝の意を申し上げます。特に、私の所属先である、しげい病院リハビリテーション部元室長である亀山愛先生には、同大学院修士課程進学当初から、私が研究をスムーズに進められるようにと折に触れ多大なる援助を頂きました。同じく、所属先のリハビリテーション部に在籍するスタッフには幾度となく研究への協力を依頼し、快諾いただきました。今、私がこうして博士論文を執筆できるのも、職場の上司や同僚に恵まれたためであると、深く感謝申し上げます。

本博士論文に関してご精読いただき、有益なご指導、ご鞭撻を頂きました、主査の原田和宏教授、副査の河村顕治教授、齋藤圭介教授に深く感謝いたします。諸先生から頂いたご助言により、このような博士論文を提出することができました。

修士課程から、博士課程の全期間においてご指導いただきました京極真准教授には言い尽くせない感謝の念を感じております。今後の研究を続けていく上で基礎となる重要な礎を京極先生のご指導のお蔭で築くことができたと感じています。直接ご指導いただけたことは当然のことながら、先生ご自身の研究に臨む様子を傍で拝見し、研究活動に対する真摯な態度、最後までやり抜く姿勢の大切さを教えていただきました。こうした機会に恵まれたことに感謝し、今後の研究活動の励みにしていきたいと思えます。また、京極研究室のメンバーである、寺岡睦氏、佐野伸之氏、野口卓也氏、古桧山建吾氏、諸星成美氏には、研究に対する重要な助言と多くの励ましを頂きました。また、上記のメンバーをはじめ、京極研究室に所属する全ての方々に心より感謝申し上げます。

最後に、厳しい研究生生活を最後までやり遂げることができたのは、家族の支えのお蔭です。妻と二人の子供たちには心から感謝します。本当にありがとう。

文献

- 1) World Health Organization (2007) Workers' Health : global plan of action .
http://www.who.int/entity/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf
[Accessed November 1, 2018]
- 2) 独立行政法人労働政策研究・研修機構 (2012) 職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査. www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0100.pdf [Accessed November 1, 2018]
- 3) 厚生労働省 (2015) ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等. www.mhlw.go.jp [Accessed November 1, 2018]
- 4) 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 PrePrint 3, e809v1
- 5) 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 - 複線経路・等至性モデルを用いて -. 日本臨床作業療法研究 3 : 10-16
- 6) Oogishi T, Kyougoku M, Teraoka M (2017) An analysis of the structural relationship between job stress, coping, belief conflict, and occupational dysfunction in healthcare workers involved in dialysis treatment. PsyArXiv preprints, doi: 10.17605/OSF.IO/Z3P93
- 7) 竹田清嗣 (2004) 現象学は思考の原理である. 筑摩書房, 東京 pp 90-121
- 8) 西條剛央 (2012) 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, 東京 pp 1-76
- 9) 細田満和子 (2003) 「チーム医療」の理念と現実, 看護に生かす医療社会学からのアプローチ. 日本看護協会出版. 東京
- 10) West MA (2012) Effective Teamwork Practical Lessons from Organizational Research. Third edition, John Wiley & Sons, New York pp 188-199
- 11) 京極真 (2011) チーム医療・多職種連携の可能性をひらく信念対立解明アプローチ入門. 中央法規出版株式会社, 東京
- 12) 京極真 (2014) 医療関係者のための信念対立解明アプローチ・コミュニケーションスキル入門. 誠信書房, 東京
- 13) Kyougoku M, Teraoka M (2018) Bayesian analysis of relationship between belief conflict and occupational dysfunction. American Journal of Occupational Therapy (採択日 : 2019 年 5 月 31 日, 掲載予定 : Volume 73, Issue 5)
- 14) Kyougoku M, Teraoka M, Masuda N, Ooura M, Abe Y (2015) Development of the Assessment of Belief Conflict in Relationship-14 (ABCR-14). PloS One 10(8), e0129349
- 15) 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 36(5) : 470-482
- 16) 小林夕子 (2012) 介護老人保健施設で働く作業療法士が体験する信念対立とその対処法. 吉備国際大学大学院保健科学研究科修士学位論文 (未公開)
- 17) 増田典子 (2013) 終末期患者と関わる作業療法士が抱く信念対立と対処法の現状. 吉備国際大

学保健科学研究科修士学位論文（未公刊）


- 18) 河野崇, 京極真 (2013) 回復期リハビリテーションの作業療法士・理学療法士に対して抱く信念対立と対処法. 第10回東京都作業療法学会
- 19) 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
- 20) 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 : 31-36
- 21) Teraoka M, Kyogoku M (2015) Analysis of structural relationship among the occupational dysfunction on the psychological problem in healthcare workers : a study using structural equation modeling. PeerJ 3, e1389
- 22) Mosser G, Begun JW (2014) Understanding Teamwork in Health Care. McGraw-Hill Education, New York pp 170-180
- 23) 辻川達郎, 小川泰助, 瀬田和久, 池田満, 松田憲幸, 他 (2014) 信念対立解明アプローチを基礎とした異文化理解力涵養プログラムのためのシステム開発. 教育システム情報学会全国大会予稿集
- 24) 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
- 25) World Federation of Occupational Therapist (2018) Definition of Occupational Therapy. <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx> [Accessed November 1, 2018]
- 26) Paul S, Peterson C (2002) Interprofessional Collaboration in Occupational Therapy. Routledge, London pp 82-278
- 27) 鈴木伸一, 嶋田洋徳, 三浦正江, 片柳弘司, 右馬埜力也, 坂野雄二 (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. 行動医学研究 4 (1) : 22-49
- 28) Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, Vet HC (2010) The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. Qual Life Res 19(4) : 539-549
- 29) 山本真理子・編, 堀洋道・監修 (2001) 心理測定度集 I, 人間の内面を探る〈自己・個人内課程〉. サイエンス社, 東京
- 30) 吉田富二雄・編, 堀洋道・監修 (2001) 心理測定尺度集 II, 人間と社会のつながりをとらえる〈対人関係・価値観〉. サイエンス社, 東京
- 31) 松井豊・編, 堀洋道・監修 (2001) 心理測定尺度集 III, 心の健康をはかる〈適応・臨床〉. サイエンス社, 東京
- 32) 櫻井茂男, 松井豊・編, 堀洋道・監修 (2007) 心理測定尺度集 IV, 子どもの発達を支える〈対人関係・適応〉. サイエンス社, 東京
- 33) 吉田富二雄, 宮本聡介・編, 堀洋道・監修 (2011) 心理測定尺度集 V, 個人から社会へ〈自

- 己・対人関係・価値観〉. サイエンス社, 東京
- 34) 松井豊, 宮本総介・編, 堀洋道・監修 (2011) 心理測定尺度集VI, 現実社会とかかわる〈集団・組織・適応〉. サイエンス社, 東京
 - 35) 清水裕士 (2016) フリーの統計ソフト 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
 - 36) 豊田秀樹・編 (2011) 項目反応理論 [事例偏] -新しい心理テストの構成法-. 朝倉書店, 東京 pp 26-53
 - 37) 村上宜寛 (2012) 心理尺度の作り方. 北大路書房, 京都 p 23
 - 38) Hooper D, Coughlan J, Mullan M (2008) Structural Equation Modeling: Guidelines for Determining Model Fit. *EJBRM*, 6(1): 53-60
 - 39) Kline RB (2005) Principles and practice of structural equation modeling. 2nd edition, Guilford Press, New York pp 189-229
 - 40) 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 池田俊也 (2001) 臨床のための QOL ハンドブック. 医学書院, 東京 pp 19-29
 - 41) 尾崎幸謙, 荘島宏武朗 (2014) パーソナリティ心理学のための統計学-構造方程式モデリング. 誠信書房, 東京 pp 64-67
 - 42) 厚生労働省 (2008) 医療関係従事者. www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/.../22010209.pdf [Accessed January 1, 2019]
 - 43) 清水和秋 (2007) α はやめて ω にしよう - 因子分析で構成した尺度の共通性と信頼性 -. 日本心理学会第 72 回大会
 - 44) 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
 - 45) 大岸太一, 京極真 (2018) 医療従事者のための信念対立における要因と反応測定尺度 (ABC-FR : Assessment of Belief Conflict for Factor and Response) の開発. 日本臨床作業療法研究 5 : 94-101
 - 46) Kielhofner G (山田孝・監訳) (1999) 人間作業モデル - 理論と応用 -. 第 2 版, 協同医書出版社, 東京 pp 153-186
 - 47) 秋山絵里, 京極真 (2010) 勤労者の作業機能障害の実態調査 - 「作業に関する自己評価」改訂版 (OSAII) を用いて -. 総合リハビリテーション 38 (4) : 373-379
 - 48) 三宅優紀, 寺岡睦, 荻野景規, 京極真 (2014) 病院勤務のリハビリテーションスタッフにおける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 : 93-100
 - 49) Teraoka M, Kyougoku M (2015) Development of the Final Version of the Classification and Assessment of Occupational Dysfunction Scale. *PLoS One* 10 (8), e0134695
 - 50) 寺岡睦, 京極真 (2017) 作業機能障害の潜在ランク数の推定 - 医療従事者を対象として -. 作業療法 36 (3) : 309-319
 - 51) Kunnan AJ (1998) An introduction to structural equation modeling for language assessment research. *Language Testing* 15 : 295-332

- 52) 新谷歩 (2015) 今日から使える医療統計. 医学書院, 東京 pp 135-150.
- 53) Akobeng AK (2007) Understanding diagnostic tests 3 : receiver operating characteristic curves. *Acta Paediatr* 96: 644-647, Doi : 10.1111/j.1651-2227.2006.00178.x
- 54) 島津明人 (1998) 職場ストレスに関するコーピング方略の検討. *産業ストレス研究* 5 : 64-71
- 55) 大岸太一, 京極真 (2018) 医療者の信念対立, 作業機能障害, 職業性ストレスの構造的関連性について. *日本臨床作業療法研究* 5 : 80-86
- 56) 厚生労働省 (2017) 労働安全衛生調査 (実態調査) 結果の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h29-46-50b.htm> [Accessed November 1, 2018]
- 57) Kojima R, Fujisawa D, Tajima M, Shibaoka M, Kakinuma M, Shima S, Tanaka K, Ono Y (2010) Efficacy of cognitive behavioral therapy training using brief e-mail sessions in the workplace: a controlled clinical trial. *Ind Health* 48(4) : 495-502
- 58) Proudfoot J, Guest D, Carson J, Dunn G, Gray J (1997) Effect of cognitive-behavioral training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet* 350(9071) : 96-100
- 59) 金ウヰ淵, 津田彰, 松田輝美, 堀内聡 (2011) 本邦における予防的ストレスマネジメント研究の最近の動向. *久留米大学心理学研究* 10 : 164-175
- 60) 鈴木克明 (2003) 教材設計マニュアル・独学を支援するために. 北大路書房. 京都
- 61) Gagne RM, (鈴木克明, 岩崎信・監訳) (1987) カリキュラムと授業の構成. 北大路書房, 京都
- 62) 天野由貴 (2016) 学習意欲継続のための e ラーニング教材チェックリストの開発. 熊本大学大学院修士論文 (未公刊)
- 63) Keller. JM (鈴木克明・監訳) (2010) 学習意欲をデザインする・ARCS もでるによるインストラクショナルデザイン. 北大路書房. 京都
- 64) 豊田秀樹 (2017) 基礎からのベイズ統計学・ハミルトニアンモンテカルロ法による実践的入門. 朝倉書店, 東京
- 65) McConnell MM, Eva KW (2012) The role of emotion in the learning and transfer of clinical skills and knowledge. *Academic Medicine* 87 (10) : 1316-1322
- 66) Conrad CD, Galea LAM, Kuroda Y, McEwen BS (1996) Chronic stress impairs rat spatial memory on the Y maze, and this effect is blocked by tianeptine pretreatment. *Behav Neurosci* 110 (6) : 1321-1334.
- 67) 山田一夫 (1998) 慢性ストレスによる海馬の形態的・機能的変化に関する研究の動向. *筑波大学心理学研究* 20 : 51-58
- 68) 小山文彦, 松浦直行, 影山淳一, 大月健郎 (2010) 労働者の抑うつ, 疲労, 睡眠障害と脳血流変化—^{99m}Tc-ECD SPECT を用いた検討—. *日職災医誌* 58 : 76-82

資料

資料 1 吉備国際大学大学院倫理審査結果通知書

倫理審査結果通知書	
平成30年11月16日 吉備国際大学倫理審査委員会	
京極 真 殿	
委員長 河村 顕治 	
受理番号	16-42
課題名	信念対立に関連した尺度の開発、および学習支援方法の検討
研究者名	京極 真、大岸 太一
さきに申請のあった上記課題を、平成29年1月25日の委員会で審査し、実施先機関からの承諾書が必要であったため、条件付承認となっていたが、この度、承諾書が提出されたため、下記のとおり判定した。	
判定	非該当 <input type="radio"/> 承認 <input checked="" type="radio"/> 条件付承認 <input type="radio"/> 実施計画変更の勧告 <input type="radio"/> 不承認 <input type="radio"/>
理由又は勧告	

資料 2 医療法人創和会しげい病院倫理審査委員会審査結果通知書

承認日・承認番号	創和会倫理委員会メンバー	病院本邦教育委員会メンバー	所属長	申請日
29年9月5日 第2017-010号				29年9月22日

承認経路：所属長→病院教育委員会→本邦教育委員会→事務部長（必要な場合）→創和会倫理委員会→事務部長→コピー記録 日28.12.19 様式改訂

研究計画書

〔氏名〕	リハビリテーション部 大岸太一
〔研究テーマ〕	信念対立要因・反応・解明スキルを測定可能な尺度の開発
〔研究の背景〕	<p>職業性ストレスは心疾患や精神疾患などの健康問題の増加につながる事が指摘されており、世界保健機構（World Health Organization：WHO）は、労働者の職業性ストレス対策を重要課題の一つとして挙げている。我が国においても、労働者のうつ病罹患率や自殺率は増大しており、2015年12月には厚労省より労働者に対するストレスチェック制度が義務化された。</p> <p>近年の作業療法分野における研究では、作業機能障害、および信念対立と職業性ストレスとの構造的関連性が明らかになっており、職業性ストレスを増悪させる要因であると示唆されている。</p> <p>吉備国際大学保健科学研究科修士課程では、透析医療に携わる医療従事者の職業性ストレスとコーピング、信念対立および作業機能障害の構造的関連性の検証を行った結果、職業性ストレスの根本には信念対立が潜んでおり、信念対立に対する適切な評価と対処は職業性ストレスの軽減につながるという仮説が立てられた。現在、信念対立への対処を目的とした理論である信念対立解明アプローチやツールとして信念対立解明ツールが開発されている。しかしながら、実際の労働場面で生じた信念対立において、これらの理論やツールを用いた報告例は少ない。一方で、信念対立の状態に関する測定尺度は、信念対立の要因を測定するABC-R-14に限られており、信念対立から生じる反応や、それを解明するためのスキルを測定する尺度は未整備である。今後、より精緻な効果検証により信念対立解明を促進するためには、信念対立の要因だけでなく、それによって生じる反応、および解明スキルの測定が適切に行われる必要があると考える。</p>
〔研究の目的〕	信念対立の要因、反応、解明スキルを正確に測定可能な尺度を作成する。
〔研究の意義〕	信念対立要因のみでなく、反応や解明スキルの測定が可能になることで、解明スキルの向上に伴う信念対立要因や反応に対する影響を客観的に捉えることが可能となる。
〔倫理的配慮〕	<p>本研究計画は、人を対象とする医学的研究の倫理原則であるヘルシンキ宣言と厚生労働省の臨床研究に関する倫理指針に基づいて作成した。また、所属施設の倫理審査委員会の審査を受けた後、開始することとする。</p> <p>研究の成果は、被験者の個人情報が決して明らかにならないように配慮し、データを統計的に解析した上の結果資料として、学会及び学術雑誌上で公表する。研究によって得られた、被験者自身の識別データに関しては、本人に限り希望があれば知らせる。個人情報と切り離され、表計算ソフトに入力したデータは、本研究以外の今後の関連研究にも利用できる可能性があり、同意を得てこれを研究終了後も保管する。</p>

平成29年6月19日

施設承諾書

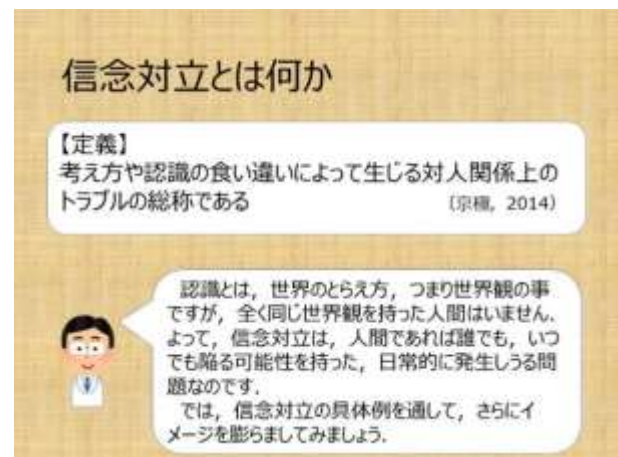
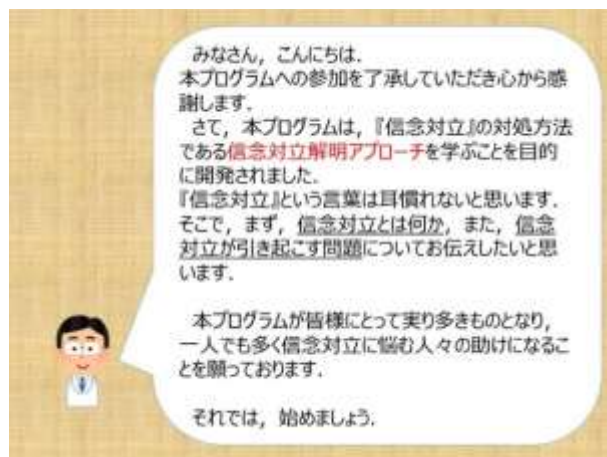
吉備国際大学大学院

大岸 太一 殿

「信念対立要因・反応・解明スキル測定尺度の尺度特性の検証と構造的関連性の調査」について、内容を十分に理解し調査へ協力することを承諾いたします。

施設名：岡山市南区山田2117
医療法人 重井医学研究所附属病院
別荘会
代表者名：院長 福島正樹 印

研究者保管用



事例その3：患者・家族と医療従事者間での信念対立

入院から1か月経ちますが、全身体調が良くならないです。今は点滴治療を中心に受けているのですが、一向に熱が下がる気配も無く、効果を感じることができません。おまけに、先生はほとんど病室に来ることも無く、相談しなくてもできません。看護師さんには、先生に診てもらおうとお断りしているんですが、返事もありません。出来ることなら他の病院に移りたいです。



患者



患者と医療従事者との間に生じた信念対立の一例です。治療効果が無い上に、医療従事者の対応に強い不信感を抱えていることが解ります。

信念対立から起こること



これらの事例から分かるように、人々の間に信念対立が生じると、**不安、怒り、葛藤、悲しみ**などのネガティブな感情が生まれます。しかし、信念対立がもたらすものは、それだけではありません。

信念対立は何をもたらすか①

職場の人間関係が悪くなる



信念対立は、現場のチームワークを乱します。



WHO（世界保健機関）はチームワークの有効性について以下のようにまとめています。逆に考えると、チームワークの乱れは様々な問題を引き起こすことが分かります。

組織	チーム全体	患者	医療者
入院時間とコストの削減	ケアの質の改善	ケアに対する満足感の向上	職業満足度の向上
予期しない入院の減少	効率性の向上	治療の受け入れが改善	専門性の明確化
患者の利便性の向上	コミュニケーションエラーの予防	治療効果の向上	健康状態の改善
	多様な専門性の活用	医療過誤、医療事故の減少	

チームワークの効用（世界保健機関：WHO）

信念対立は何をもたらすか②

スタッフのメンタルヘルス不調を引き起こす



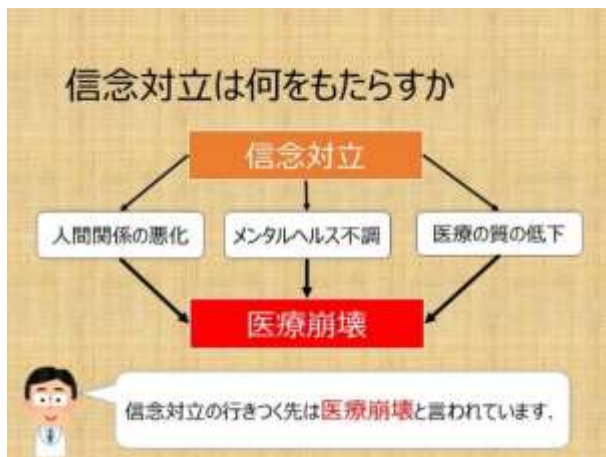
信念対立による労働環境の悪化は、スタッフの精神衛生上の問題を引き起こす可能性があります。

信念対立は何をもたらすか③

医療の質が低下する



信念対立は、医療過誤や医療事故発生のリスクを高め、患者に不利益を生じさせる可能性があります。



信念対立について、どういった問題なのか、また何をもたらすか、について述べました。

内容は一部ですが、信念対立は解消すべき喫緊の課題であることが解っていただけただけではないでしょうか？

信念対立への対処を身に着けることは、自分と患者を守ることに繋がります。

それでは、具体的な学習に入っていきます。

Chapter1 A

対人関係上のトラブルを発生させる要因とは？？

- ### 登場人物
- <講師>**
信念対立学習プログラムの講師&ナビゲーター
 - <課長>**
F医師と看護婦についての悩みを相談する看護課長
 - <F医師>**
患者の話を受けないドクター
 - <看護婦>**
F医師との関係で悩む看護婦

エピソード～ある日の診察室の一コマ～

まったく！時間も無いのに、私の診察室に挟んでくる患者がいて困る。

いやいや先生！もう少し患者さんの話に熱心に耳を傾けるべきじゃないですか？

患者の体のことを一番分かっているのは主治医である私だ！余計な口を挟んでもらいたくない。

F先生

看護婦

① 課長おはようございます。
…なんか元気が無いですが、悩み事ですか？

② おはようございます。
実は、ある看護婦から相談を受けたんですが、どうやって解決すれば良いのかわからなくて、先生、聞いていただけますか？

③ 私で良ければ、
それで、どんな相談だったんですか？

④ こうした《↓》相談なんです。

問題文

医師のF先生がフンマンで困っています！非常に熱心な先生ですが、診察では、ろくに患者の話も聞かず、自分の意見を押し付けることがあります。先日患者からクレームがあって、先生にそれとなく伝えましたが、『患者の体のことを一番分かっているのは主治医である私だ！余計な口は挟むんじゃない！』と一蹴されてしまいました。どうにもなりません。

相談

医師のF先生がアンマンで困っています！非常に熱心な先生ですが、診察では、よくに患者の話をお聞き、自分の意見を押し付けることがあります。先日患者からクレームがあって、先生にそれとなく伝えましたが、『患者の体のことを一番分かっているのは主治医である私だ！余計な口は快むんじゃない！』と一蹴されてしまいました。どうにもなりません。

① なるほど、F先生との関係が上手いかか悩んでいるという相談ですね。

② はい、いわゆる対人関係の問題です。

③ 医療従事者間でのこうしたトラブルは良く聞きますよね。

④ はい、でも、こうした問題は、第三者が間に入ると逆に事態を悪くすることもある。どうすればいいか悩んでました。

① 新しい問題ですね…。

② そうなんです。

私も人間関係で悩むことは良くあるんですが、いくつかポイントを押さえることで問題の解決を図ることが出来ていますよ。

③ できると思いますよ、わかりました。では、やってみようか！

④ よろしくお願ひします！！

今回のケースにも応用できますか？方法を教えていただけますか？

<対人関係上のトラブル>
多職種との連携がとりにくい。
後輩にアドバイスするが一向に改善する気配が無い。
職場には何となく思ったことを自由に発言できない雰囲気がある。
同僚の悪口ばかり言う人がいて困る。
etc.

① まずは職場でよく聞かしている対人関係上のトラブルについて事例をみてみましょう。

② 確かにどれも聞いたことありますね。自分も経験者です。

③ では、これらのトラブルを発生させる共通の原因があるんですが、それは何だと思えますか？

④ 何でしょうか…。

意見が合わないとか、思いが通じないとか、そういうことでしょうか？

① その通りです。

② はい、相談してきてくれた看護師もF先生に思いが通じずに困っているようでした。

③ 課長は看護師からこの話を相談されたときどう感じました？

④ やはりどう考えても、患者の話をうけ聞かないというF先生の態度に問題があって、看護師が怒るのも無理はないと思いはした。

こうした問題は自分自身の考え方や思い、意見が、うまく伝わらない相手や状況に出ひした時に発生します。

② たしかにF先生に注意した所で、態度を改めるとは考えにくい。まともな話も聞かない可能性もあります。

③ 今回の悩みのポイントはそこですね。

④ では、ここで一旦休憩して、次の視点を考えてみることにしましょう。

① でもだからと言って、F先生に何か注意したところで受け入れるとは思えません。

③ 打つ手がないと言った感じですか。

⑤ はい、宜しくお願いします。

この看護師も一蹴されています。

Chapter1 B

対人関係上のトラブルを発生させる要因とは？

登場人物

<講師>
 国立総合大学プログラムの講師&ナビゲーター

<課長>
 F医師と看護婦についての悩みを相談する看護課長

<F医師>
 患者の話を読まないドクター

<看護婦>
 F医師との関係で悩む看護婦

エピソード～ある日の診察室の一コマ～

F先生 まったく！時間も無いっていうのに、私の診察室に口を挟んでくる患者者がいる。

看護婦 いやいや先生！もう少し患者さんの話に興味を持って聞けるべきじゃないですか？

F先生 患者の体のことを一番分かっているのは主治医である私だ！余計な口を挟んでほしくない。

② はい。

では、少し考えてもらいたいのですが、このF先生に対する看護婦の「言い分」は前だとお思いますか？

④ ではなぜ、ちゃんと話を聞かないといけないと思っただけでしょうか？

① 宜しくお聞きします。

早速ですが、先ほど言われていた「視点を変えたらどのようなことをするんですか？

③ それは、『ちゃんと患者の話聞けよー！』じゃないですか？

⑤ それも、うん話を聞かずに一方的に言われたら患者さんも信頼してくれませんよ。

医療従事者と患者の信頼関係はコミュニケーションにかかっていると云っても良いと思います。

① なるほど、課長は患者の話聞くことも医療従事者の大切な仕事の一つであると思うんですね。

③ ヒートアップしてしまいましたね。

課長、感情的にならず、冷静に考えてほしいのですが、看護婦の「言い分」は解つたとして、F先生の「言い分」はどのようなものがあると思いますか？

つまり、F先生はなぜ患者の話もうん聞かないのでしょうか？

② はい。

というか、そんなこと医療従事者なら常識でしょう。ヤツのどう考えてもF先生がおかしいですよ！

④ 申し訳ないですが、F先生にまともな言い分があるとは思えません!!

もしあるとしたら「患者の話をもっと聞けるのは面白いこと」ってことくらいでしょうか。

① か、課長、冷静に、でも、看護婦の話にもあるように、F先生は非常に熱心な先生みえます。

本当に真剣な言いなら、診察そのものをしないのではないのでしょうか？

③ では、少しF先生の立場にたって考えてみましょうか。

課長は、これまで、患者の話聞くことができないという経験は無いですか？

② ……そういわれると、確かに、中にはほんとに診察されない先生もいますね、でも他に、F先生の言葉を説明できる理由なんてあるんですか？

④ 私は、いつも患者さんとのコミュニケーションは大切にしたいので無いですが、

⑤ ……あ、でも、ご丁寧に、業務が立て込んで忙しい時には、ゴブゴブ話を聞けないことがあるかも…。

あと、用事が無いのに頻りにナースコールを押す患者さんへの対応は素っ気ないものになってしまったり。

① なるほど、その時の状況によって対応は一定でなかったということですね。

② 確かに、そう考えれば先生の行動が全く理解できないわけじゃないかもしれませんが、

③ では、F先生が患者の話聞かないという行動を説明できる状況にはどのようなものが考えられますか？

④ そうですね…。

ただ忙しなくても診察そのものをしないという行動もありそうですが、熱心なF先生の場合それだけでは説明できないような気がします。

⑤ 色々な可能性が考えられると思うので、F先生の「言い分」については次回じっくり考えるようにしましょうか。

⑥ 良かった、何かお役にたてないことばかりで随分クダり前のごさでした。

まとめ

□ 対人関係上のトラブルは、自分の伝えたい思いや、考え、意見といったものが、通用しない相手や状況に出くわした時に発生する



- この対人関係上のトラブルを専門用語では『**信念対立**』と呼びます。
- 医療福祉分野における信念対立は、医療従事者の**ストレスを高める**ばかりでなく、**チーム医療を阻害し、またケアの質の低下から患者が不利益を被る**可能性があります。
- 信念対立への**対処法**を身に着けることは、自身の**ストレスコントロール**に加え、**適切で安全な医療の提供を維持**することにもつながります。

Task of chapter1 B

Task of chapter 1 Aの問題で解答した自身の対人関係上のトラブルは、どのような認識や考え、あるいは価値観が通用しなかったと考えますか？

Chapter2 A

対人関係上のトラブルを解消するためには価値判断をしない

Chapter1のおさらい

①



医師のF先生がアンマンで困っています！非常に熱心な先生ですが、診察などろくに患者の話をおかず、自分の意見を押し付けることが多すぎます。先日患者からクレームがあって、先生にそれとなく伝えましたが、『患者の体のことを一番分かっているのは主治医である私だ！余計な口は挟むんじゃない！』と一蹴されてしまいました。どうにもなりません。

<Chapter1の学びのポイント>

- ① 対人関係上のトラブルは意見の食い違いや思いが通じないなどの場合に生じる。
- ② 対立する両者にはお互いに『言い分』がある。



① 課長、今回も引き続き宜しくお願いします。

② 宜しくお願いします！



③ Chapter1では、看護士とF先生の事例を通じ、お互いに利がら『言い分』を持っているということに気が付いたと思います。

④ はい。

はじめ理解がなかったF先生の行動も、自分と重ねて考えることで、わずかながら理解できるかもしれないという感覚が湧きました。

⑤ はい。

なので、今回はF先生の『言い分』について検討していきますよ。

でも、まだ、F先生の『言い分』に関しては納得できるものは思い浮かびませんでした。

⑥ 宜しくお願い致します。

<F先生はなぜ患者の話をおかないのか？>

- ◆『ほとんどの患者は、医療に関する知識を持っていないから、医学的に正しい判断は難しいだろう』
- ◆『多くの患者は、聞くたびに訴えがコロコロ変わるため、当てにならないから聞いてもしょうがない』



① では、私が考えたF先生の『言い分』について、いくつかおぼろげにみたので見てみましょう。

② うーん、確かに、医療に関する知識は圧倒的にF先生が持っているとは思いますが、やや一方的ですね。



① はい、おっしゃる通りだと思います。

② そうですね、今は治療方針に関して、インフォームドコンセントが義務付けられているから、一方的な治療方針の押し付けは良くないと思います。

③ だと思いましたが、課長の顔に書いてあります。

④ でも、こうした問題を考えるときに重要なのは、出来るだけ感情的にならないことが重要です。

⑤ 冷静にならないと、問題への対処は余計に難しくなる場合があるからです。

⑥ では、先生の「言い分」を検討する前に冷静に考えるための準備をしましょう。

⑦ 先生、私なんか、前回の独立しんじゅんがよみがえってきました！

⑧ そうですよね…。

⑨ すいません、直では解っていても、つい感情が先走ってしまいます。

⑩ どうすればいいのでしょうか？

① 先ず、課長がなぜ感情的になるのか、その理由を考えていきましょう。

② 確かに、看護師の「言い分」は、医療従事者として当たり前を持って置かなければならないマインドだと感じています。

③ スバリ、その理由は課長が、看護師の「言い分」(＝患者の話は良く聞くべき)が正しいと強く思っているからです。

④ そうですね、看護師の「言い分」について正しいと思うことを止めたいことですか？

⑤ お気持ちはよくわかります。

⑥ しかし、こうしたトラブルへの対処を検討していく上で、個人の考え方や認識に対し、良い悪いといった価値判断を行わないことが重要です。

① 一旦沸き上がった感情は捨てるという事は難しいはずです。

② 確かに、感情が先走り、失敗することは多いです。

③ はい、でも、自分の気持ちや感情を少し歩かせてみることであれば、とりあえず感情から解放され、冷静さを保つことに繋がります。

④ それは、直では理解できるんですが、実際にやるとなると、かなりむづかしいですね。

⑤ 出来るか自信がありません。

⑥ では、一旦休憩し、冷静になるための方法に関しては、次に行うようにしましょう。

⑦ はい、宜しくお願いします。

Chapter2 B

対人関係上のトラブルを解消するためには価値判断をしない

① では、始めましょう。

② ……はい。

③ なるほど。

④ その通りです。

⑤ か、課長、表情が険しいですが、大丈夫ですか？

⑥ でも、やはり価値判断を保留にするというのは難易度が高くて自分には無理なじやないかなと、思い、ちょっと不安です。

⑦ でも、大丈夫ですよ。ここでは、こう考えてみてください。

⑧ 課長は「患者の話は良く聞くべき」という看護師の「言い分」に強く共感しますよね？

⑨ と云うが常識レベルの話で、わざわざ議論することはないとすら感じています。

① そこまで悩んでいるなら、この言い分が正しいと認める確かな根拠を示すことができますか？

② 根拠ですか！！？

③ 根拠はあまり意識しない部分です。

④ そうですね、患者さまが良くなったという成功体験と、上司からの承認してもらった経験が大きく影響しているんですね。

⑤ でも、なんだか、課長に先ほどの勢いがなくなっちゃいますか…。

⑥ そう言われると困りますね…。

⑦ 根拠とまでは言えないかもしれませんが、例えば、私が新人の時などに患者の話は良く聞くようにしていました。

⑧ それで当時の上司からはめづいたり、患者さん自身も話を聞くだけで気持ちが落ち着かれるなど、今までと違った経験を多くしてきたからだと思います。

② これは非常に重要な気づきです。そんなんです、そんなに間違いないと思える考えでも、その成立根拠を問われたときに、ハッキリ答えられないことが多いんです。

① あ、はい。

先生に言われて考えたんですが、思ったよりも根拠に薄いなつか、自信を持って答える根拠って案外ないんですよね。

④ それは、課長の話にも出てきたように、上司から決められたという承認体験や、形番が落ち着いたという成功体験によって、知らないうちに権威になっていくと考えられています。

③ でも、何でそこまで『患者の話は聞くべきである』という看護師の『高い分』が正しいと信じていたんでしょうか？

② その通りです、課長！！

自分の中で絶対化した『高い分』に対し、疑いの目を向ける作業を通し、最終とも言える思いや価値観を崩してあげること、一歩引いた客観的な視点を手に入れることとなります。

① そうなんです。自分が間違いないって思っていることでも、こういった体験から強化されただけで、他例と根拠に乏しい可能性があることが分かりました。

④ 気づいてもらえてうれしいです。

③ そうすれば、『感情を一旦脇にやる』という作業に委みやすくなりますね。

⑤ はい！ なんだか強がりがなくなった感じがします！

② では、先ほどの私が考えた先生の『高い分』をもう一度見てみましょう。

④ これでも、冷静に話をする事ができそうですね。

⑤ 今なら、『一旦脇にやる』作業ができる気がします。

<F先生はなぜ患者の話を受けないのか？>

- ◆『ほとんどの患者は、医療に関する知識を持っていないから、医学的に正しい判断は難しいだろう』
- ◆『多くの患者は、聞くたびに訴えがコロコロ変わるため、当てにならないから聞いてもしようがない』

② 御明察です。

受け入れたい意見かもしれませんが、良い悪いと考えることなく一旦飲み込んでみましょう。

その上で、F先生の『高い分』を説明できる理由が思い浮かびますか？

① 先生、確認ですが、看護師の『高い分』に対する価値判断は行わないということなんですが、もしかして、F先生の『高い分』について、ですか？

② すてき良い視点だと思います。

その考え方で、今回は、F先生の『高い分』を聞かれた、エピソードとしてどのようなものがあるか探っていきましょう。

① いやー、なんとかが、難しいですね。

でもこんな極端な意見を持つということはF先生自身が私たちでは想像できない経験をされてこられたのかな。

④ その調子です！

③ はい、今日も頭が疲れましたー。

⑤ 次回も頑張ってください！

② 次回も頑張ってください！

⑤ でも、なんか自分の考え方の幅が広がってます！ 次回も喜んでいきます！

まとめ

- 対人関係上のトラブルに上手く対処するためには、自分の価値判断を一旦脇にやって冷静に考える必要がある
- どんなに間違いないと思っている考えや意見も、その成立根拠を問われたときには、ハッキリと答えられないことが多い

①

- ・自分が正しいと思う考えのことを専門的に『信念』と呼びます。
- ・『信念』はそれを誰かに認めてもらう(=承認)、何かに役立つ(=成功)、また以前から行われている(=慣行)などの状況によって、強化されます。

Task of chapter2 B

Task of chapter1 Aで書いた『信念』が正しいと思える理由について考え書き出してみましょう。

例) これまでの経験を通して、周りも同じ意見だから。

Chapter3 A

F先生の思い

Chapter2のおさらい

<学びのポイント>

- 対人関係上のトラブルに上手く対処するためには、自分の価値判断を一旦脇にやって冷静に考える必要がある
- どんなに間違いないと思っている考えや意見も、その成立根拠を問われたときには、ハッキリと答えられないことが多い

① では、始めましょうか！

② 今回も宜しくお願いします。

③ 宜しくお願いします。
今回は、F先生が自分の「言い分」を持つに至った経緯やエピソードを想像し、よりフィットする内容を考えて行こうと思います。

④ はい、そのことをあれから考えているのですが、なかなかむづかしいです。
でも、可能性としては過去に経験した体験が基になっていると考えられないでしょうか？

⑤ なるほど。

⑥ ほら、看護師の「言い分」は私が強く信じたのも、色々な経験が原因だって言われていたし、

① では、F先生が確信とも思えるような意見を持つに至る経験って何でしょうか？

② うーん。もしかすると、F先生以前は患者の話をよく聞くようにしていたけど、話を聞きすぎて、良い悪い事態に陥った経験があるとか。

③ なるほど。
以前は治療方針についても患者の話をよく相談されていたけど、それがよくない結果につながった。

④ はい、そんなイメージです。
でも、どんな失敗体験だろう…。

⑤ つまり、なにか失敗体験をして、それがきっかけになっているものはないと。

① 例えば、患者の話をよく聞くことで起こりうるデメリットって何が思い浮かびますか？

② デメリット…。
話を聞くことも過度になら良いんですが、聞きすぎると、患者から信頼されなくなるという可能性があります。

③ というと？

④ はい、話は良く聞いてくれるけど、何だか患者任せで頼りない印象をもたれる患者さんもおられるかもしれません。

⑤ なるほど。
では、もしかするとF先生は過去に話を聞くことで、患者からの信頼を失ったという経験をしたかもしれませんね。

⑥ 患者さんも、色々なので、中にははっきりクレームを口にされる方もおられます。

① 確かに、
自分では良かったと思って話を聞くことに強いた結果、クレームを言われると、もっちはあせりを感じないようと思うかもしれませんがね。

② もっと、言えば、治療方針について患者と良く話して決めるという方針を取った結果、患者が良くない状態に陥ったとか？

③ それは、更に詳しくそうですね。
まして、F先生は本来熱心なので、余計思いつめた可能性もありますね。

④ はい…。
そう考えるとなんだか切ないというか、F先生が根源的な言い分になるのも無理ない気がします。

①
では、次に、F先生がそう思った体験をしたことがあると仮定して、その体験を通してF先生の診察に向かう時の視点はどのようなものがあると思いますか？

②
視点…ですか？
視点とは、関心を寄せるところ、とか注意するところということですか？

③
そうです。
今まで私と課長が想像したような失敗をF先生が経験した過去があると仮定した時、今診察に向かわれている先生の関心はどのようなものがあると思いますか？

④
もし、私が、F先生の立場で、そういった辛い失敗体験をしたとしたら、もう失敗を繰り返さないよう治療に関して徹底的に調べると思います。

①
可能性としては有りそうですね。
では、失礼な言い方にはなりますが、素人同様の思考から、熟慮に熟慮を重ねた治療方針について口を挟まれたら、F先生はどう思っただろうか？

②
さっさと、その意見は耳を貸さなくなるのではないのでしょうか？
もう二度と失敗をしくくないですからね。
あ、そうか！
話なんかまともに関かない、正に今のF先生の行動にどつたとあてはまりますね。
⑥
あくまで想像ですが、ちょっと近づけた感覚です。

③
そうですね。
なんとなくF先生の「高い分」が理解できる気がしてきたのではないのでしょうか？

Chapter3 B

F先生と看護師の思い

①
とても、良い感じの展開なので、一度整理したいと思います。

②
はい。

③
F先生の「高い分」を理解するため、F先生のこれまでの経緯について想像してみました。
その結果、もともとは、患者の話をよく聞いていたが、強い失敗体験により、患者の話は聞かないという意思の発現に切り替わってしまった可能性がある。

④
あくまで想像の域を超えないのですが、可能性の話なら無くはないと思います。

①
わたしも、そう思います。
そして、F先生が診察に向かう時、失敗を繰り返したくないという思いから、患者の話あまり聞かないという診察スタイルに移行していった可能性が考えられました。

②
はあ…何だか色々考えて頭がバグッてます。
そんなに深い背景があったかもしれないということですね。

③
内容に関して推測の域は超えません。こうした人々の強い思いが成立するためには、必ず何かのきっかけとそれによって生じた関心や目的があることは間違いないと思います。

④
そうですね。
今まで、そんなこと考えてみたことも無かったです。
すぐ色々と考えさせられました。

①
そうした、背景をイメージすることで、F先生の現状について理解できる気持ちが芽生えましたね？

②
そうですね。
あんなに怒りを感じていたのに、いまでは何だか同情すら感じています。

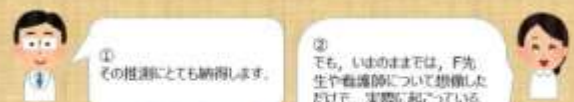
③
自分が何か正しいと思いつつ、視野が狭くなり他の可能性が見えなくなることがあります。
大事なのはそれを自覚できるかどうかです。

④
自分でも解らないうちに、思考の柔軟性が失われていたんですね。
気が付いて良かったです。



①
最後に、もう一つ大切なことを確認したいと思います。
F先生の態度に腹を立てていた、看護師の『患者の話は聞くべきである』の主張について、それが正しいという考えをもった背負、つまりきっかけと関心、もしくは目的は何だと思われませんか？

②
なるほど、これまでF先生の『言い分』を理解するために行ってきたことを、看護師でもやってみるのですね。
ええと…、少し前に**成功体験**や**承認体験**といった話をしたと思います。
例えば、看護学校で先生に教わった、もしくは臨床現場での実体験などが背骨にあり、患者との関係を良好に保ちたいという関心があったのではないのでしょうか？




①
その指図にとっても納得します。

②
でも、いはいはもまでは、F先生や看護師について想像しただけで、実際に起こっている問題の解消にはならないですよね？
この先はどうかって問題の解消に進んでいければいいんでしょうか？

③
はい、課長の言われる通り、今のままでは問題の解消にはつながりません。
でも、その具体的な方法論に関する話に進むための準備が整ったようです。
次回、その具体的な方法について学んでいきましょう。
はい、次回行いようお断り致します！

まとめ

□ 対立している個人の高い主張や意見(信念)が成立するためには、なにかしらのきっかけと、そこから生じる関心や目的が関与する。




- 信念が成立するためのきっかけを専門的には『契機』とよび、関心や目的を『志向』とよびます。
- 契機や志向は人によって異なっているから、それによって生じている信念も人によって価値が異なる『相対的』なものであるということに気が付く。

Task of chapter3 B

Task of chapter 1 Aに書かれた、あなたが経験した対人関係上のトラブルに関して、対立する相手の考え方や意見に関して、それが成立するための契機と志向にはどのようなものが考えられるか？

Chapter4 A

あなたと私、きっと分かり合える



② 課長、やる気ですね。
私も、更に本腰を入れて説明していきますね！

③ さて、前回の終付の頃、課長からまた問題の解消に至っていないという指摘をいただきました。

④ 課長の言われる通り、F先生と看護師の間に生じたトラブルは何も解消されていません。

① さあ、先生！
今日も張り切っていますよ！

④ はい。
F先生や看護師の『言い分』やその理由については、何となくイメージできました。
でもこれだけでは何も問題の解消になっていないと感じました。

① しかし、これまで行ってきた

- お互いの言い分を抽出する
- 『言い分』が成立させる目的と状況をイメージする

など、これらの作業が上手く出来ないと、具体的な問題解決につなげることができないと苦ても言い過ぎではありません。

③ そうです。

では、あて行きましょう。

② そんなに、大切なんですね、ええ。

- お互いの言い分に対する価値判断を止める
- その上で、その言い分を成立させる個人の背景を想像すること

が大切であると書かれていたと思います。

そして、今回やっと、具体的な解決方法について学ぶことになるのですかね？

① 方法の一つ目は、ずばり、看護師とF先生の両者に医療従事者として共通する考えはないかというのを考える必要ががあります。

② 共通する考え、ですか？？

もともと二人の意見は正反対で、互から対立していて…。共通する考えってなさそうですよ！？

③ では、医療従事者としての考え、という枠を外し、どんなことでも良いです。何か二人の共通点はないですか？

④ えっ！！？

二人の共通点って…。うーん、人間であるってことくらいか思いつきません。

⑤ それでいいんです。

他に？？

⑥ 良いんですか？

話の本題から外れているような気がしますが…。うーん、あ、でも医療従事者という立場は共通しますね。

① いいですね、だんだん絞られてきましたね。

もう一声！！

② まだ？？

先生もうこれ以上は無いですか？？

③ そこを何とか！！？

④ 何とかって書かれても…。

なんで急にわがままになるんですか。

⑤ そこを何とか！！！？

⑥ わ、分かりました。

⑦ さー！！！！！

そうです、それです。

⑧ えーと…。あつ、そうか、二人は医療従事者だから、患者を良くしたいっていう気持ちは共通するんじゃないでしょうか？？

① 大あります。

この共通点こそ、これ以上人間関係を修復するためのキーとなります。

この回もご覧ください。

② ふー。なんか嫌れたー。

でも、この共通点が何か問題解決に役立つんですか？

③ 二人は、意見は正反対ですがからこのままでは、お互い歩み寄る可能性が低いです。

④ こっちもです。

患者の話をもっと聞くことはない！

ちゃんと患者の話聞けよー！

① では、このように、異なる意見をもつ二人に、共通点があるということを示唆するとうなるでしょうか？

② あれ、言っていることは正反対なのに、書いていることは一緒なんですね。

患者の話をもっと聞くことはない！

ちゃんと患者の話聞けよー！

① そうなんです。

言っていることが違うだけで、ゴールは同じものを目指しているんです。

② そうですね、看護師です。

『なーんだ、やり方が違うだけで、ゴールは一緒なんだ！』って、急にいきりかっているのがあはらしくなるっていうか…。

③ はい、その感覚によって、お互いに歩み寄れる可能性が生まれます。

④ なるほど、対立ではなく、協力しようという建設的な関係の再構築に向けて気持ちが変わっていく可能性が低いですね。

⑤ その通りです！

では、ここで一旦休憩し、この方法でF先生と看護師の問題解決を図る流れをみていきましょう。

⑥ はい、次回宜しくお願いします。

Chapter4 B

あなたと私。きっと分かり合える

① じゃ、はじめましょう。

② 宜しくお願いします。

③ 前回、対立する相手との間に、なにか共有できる目標がないか、ということを検討しました。

④ はい、その共通目標が見つかることで、対立する気持ちに変化が生まれました。

⑤ そうですね。この方法を利用して、F先生と看護師に起こっている対立の解消を目指していきたいと思えます。

⑥ つまり、F先生と看護師にも、お互いの共通目標に気づいてもらい、対立ではなく建設的な関係の再建を促す、ということですね。

① その通りです。

② そうですね……。

③ では、具体的に、どのような方法で二人にアプローチしてもお互いを受け入れられますか？

④ 例えば、互いが仲介役になるというのはどうでしょうか？

⑤ それもひとつですね。

⑥ あ、そうですね。二人同時ではなくまずは看護師から？

⑦ そんな場合、まずは看護師に働きかけるという方法が良いと思います。

① はい。

② なるほど。

③ その理由は、今回の問題が、『看護師のF先生に対する不満』という形で生じているからです。

④ 私が、さきほど行ったように、F先生の『言い分』に対する理解について看護師に想像するよう働きかけ、F先生に対するネガティブな感情を取り除くという流れですね。

⑤ その通りです。

⑥ そうでした！

⑦ そして、恐らくですが、看護師は自分自身の主張が正しいという確信を持っているとおもいます。

⑧ でも、そんなに正しいと思えることでも、その根拠は乏しいかもしれないというやつですね。

① それです！

② 自分の意見の正しさに確信を持っているからこそ、相手の考えを否定します。

③ もし、看護師が自分の意見の正しさを主張するようであれば、F先生との関係修復は難しいですね。

④ それです！

⑤ なので、F先生の『言い分』に対する理解を想像すること、自分の意見が確信を持っている根拠についても想像してもらった必要があります。

⑥ お互いの言い分について、正しい、正しくないという価値判断を中止して、客観的に振り返るんですね？

① それです！

② お互いの意見の正しさを主張すると、建設的な話し合いはよそよそしい気持ちになれません。

③ では、流れとしては

1. 自分の意見の正しさを疑い、なぜそれが正しいと思のか考える
2. 相手の意見の背景を想像する
3. お互いの共通目標を考える

④ はい。

⑤ 1と2を繰り返して、歩み寄れる状態を作り出す。

⑥ そして、3で出した共通目標の達成をめがけて建設的な関係の再建を目指します。

⑦ 1. 自分自身の意見の正しさを疑い、なぜそれが正しいと思のか考える
2. 相手の意見の背景を想像する
3. お互いの共通目標を考える
といった所でしょうか？

② はい、実はそこが難しい所です。
F先生が看護部に対して不満を言っているわけではないので、F先生に『看護部さんよ、先生は実はお互いに共通の目標があって、...』と語ってみるところで全くどこかないはずですよ。

③ ①でも、F先生への働きかけはどうするんですか？

③ そうですよ、
F先生はそもそも現状に問題意識を感じておられないですね。

④ でも、F先生がこのまま何も変わらずに今の診療スタイルを続けていくと、また同じような問題が生じるからしれません。

⑤ そうなるとスタッフ間の連携が薄くなりますね。何とか先生にも気が付いてもらいたいですね。

⑥ ではそれについては次回じっくり考えていきましょう。

⑦ はいお願ひします。
私もどうすればいいか考えます。

まとめ

□ 対立に陥った両者の共通点を見つけることで、相手と根底では同じ考えを持っていることに気が付き、『建設的な関係の再建』の可能性が生じる。

① 自分の主張の正しさを疑い
② 相手の『言い分』に思いを巡らし
③ 両者に共通する目標を探索する
このステップにより、不安や怒りなどの感情が抑えられ、歩み寄るころが生まれます。

Task of chapter 4 B

Task of chapter 1 Aに書かれた、あなたが経験した対人関係上のトラブルに関して、その対立相手と、自分自身の間に共通する目標を書き出してみよう。

Chapter 5

本当の連携に向かって

① それでは、始めましょう。

② はい。
今回はF先生に対する働きかけについての検討でしたよね。

③ そうです。
このままF先生が従来の診療スタイルを続けた場合、患者や一緒に働くスタッフとも関係が悪くなり働きづらくなる可能性も考えられます。

④ やはり、何らかの形でF先生に私たちの思いを伝えたい方がよいと思います。
でも、いきなり『もっ』と患者の話を聞くべきなんじゃないですか？』なんて言っても、取り合ってくれないからしれません。

① そうですよ。
教科書にあるような一般論では、受け入れられない可能性が高いですね。
何か感情に訴えるような内容の方が置きやすいかもしれません。
そういうエピソードがあれば良いんですが。

② そういえば、思い出したんですが、F先生が休みの時に代診で乗られた先生は熱心に患者さんの話を聞かれています...
F先生の診療の時にはほとんど話さない患者さんでもこの時は良い話を話されてましたよ。

③ 患者さんの中にも、半ばあきらめているような方がおられるんですね。

④ 私もそう感じました。
中には、診療とは関係ないけども笑顔で話される方もいらっしゃいました。

① 話が長引くと、他に待たれている患者さんが気になるのですが、でも、そういう一見関係なさそうな会話から新たな病気の徴候が見つかったなんてこともありそうですよね？

② そうなんです。こないだも、整形疾患で通院されている患者さんが診察中に、たまたま、便秘と下痢を繰り返すという話きかれて、詳しく検査した結果大腸がんが見つかったというケースもあります。

③ それは不幸中の幸いでしたね。早期の大腸がんは、便秘や下痢といった比較的にみられる症状のため癌病のサインだと気が付かないことがありますからね。

④ はい、だから、そういう意味でも話を聞くというのは有用な場合があると思います。

① では、その話に基づき、F先生にはどう伝えてみるのでしょうか？

- ◆ 患者の中には、F先生にもっと話を聞いてもらいたいと思っている人が居ること
- ◆ 双方向的なコミュニケーションによって、治療上有効と思われる体のサインを早期に発見し、深刻な状態に陥るといリスクを軽減できる可能性があること
- ◆ 円滑なコミュニケーションにより、患者ばかりではなくスタッフとの信頼関係が深まるなどいい波及効果が期待できること

② その通りです。患者さんを良くしたいという目標が共有できる以上、患者との積極的なコミュニケーションが、それを達成できる方法であると伝えることで、より納得がいきやすいのではないかと思います。

① なるほど。患者とのコミュニケーションを深めることで、F先生にも良い状況が生まれることを伝えるようにすれば、働きやすいということですね？

④ その、難れはメッセージをF先生が気づいて下さると、より効果が期待できるからいいですね。

③ 逆に、このままいけば、良くないことが起こる可能性があるという逆のメッセージも含まれますね。

② スッ！？いや……。僕はほら、この病院に勤め始めたのはF先生よりも後だしなので……

① 何か、話している内に可能性が芽生えてきたように感じます。じゃあ、先生早速、F先生へのアクションをお願いします！！

② そういえば、課長は確かF先生より長くお勤めですね？？現場で話す機会も多そうだし、ね！？

③ ……結局そうなんです。まあ、大体予想はしてましたけど。解りました！では、頑張ってみますか！

④ よ！課長！！

⑤ ……今度は先生とトラブルになりそうです。

まとめ

□ 固執した考えや認識を持つ相手には、主張を述べるだけでなく、目的や状況を合わせて伝えることで、より納得が得られやすくなる。

ただ、一方的な意見は受け入れられにくく、対立が生じる原因となる。相手との共通目標を踏まえることで、相手の状況も解った上での意見となり、聞き入れられやすくなる。

Chapter6

エピソード

① 課長、その後F先生には話
ができましたか？

② できました！
大変でしたよ！も～～！

③ か、課長、おちついて！
では、やはり、F先生にはう
まくたわりませんでしたか、

④ 子それぐらいのことは君に言
われなくても解っている
よ！！知ったようなことを
言うな！って、

⑤ あれ～っ、それはまた……
辛い思いをさせてしまいました。
では、また作戦を練り直しま
しょう。

⑥ いえ、話はまだ終わってはい
りません。

① と、言つと……
まさか……、

② その、まさかです。
私、F先生に言われた言葉
で、ぶち切れたりはしした。

③ えっ！えっ～～～～！
……ど、どのように……、

④ 言っつてやりましたよ、悪いの
だけよ。
だって、こんなに考えに考
えて考え抜いて、配慮に
配慮を重ねて話したのに、
『もうこのわからずや』って！

⑤ 出来した『わからずや』！
で、で、何を言っつてやっ
たんですか？？

⑥ ……先生、楽しんでませんが、

① いや～、その時の課長を
見てみたかった。

② やっつ、楽しんでますね、
でも、取り返して、相手を
両断するようなことはしてませ
んよ。

④ それって、先日、私と話し
たときの内容をそのまま、F
先生に伝えたということでは
ね。

ただ、強固な表現はやめ
て高いこと、考えているこ
とをストレートに伝えたくです。

① それです。

1. 先生の言動に困惑し、連
携を取りにくいと感じるスタッ
フがいる、
2. 患者の中にも、話しづらさ
を感じている人がいる、
3. よって、このままF先生が変
わらなければ、スタッフにも協
力が得られなくなるだけでなく、
患者が離れている、孤立す
る可能性がある

ってね。

② ……
言っつちやりましたか、
これ、火に油になつたんぢや
ないですか？？

④ たぶん、ビックリしたんでしょ
うね。

③ いえ、私も驚愕したんですが、逆に
黙ってしまわれて、そのまま帰られ
ました。

② でも、その後、どうしたん
ですか？

① そうだと思います。
気が抜けたような顔で帰られてま
した。

③ 翌日も、F先生の診察予定が
入っていました。
もしかしたらF先生は欠勤ではな
いかと心配したのですが、予定通
り診察に来られました。

④ 良かった。
わたしも、課長と同じ心配
をしましたが、来られたんで
すね。

⑤ はい。
で、さすがに私に言い過ぎたことを
謝らうと、F先生が診察を終える
のを待っていました。

① 診察が終わるまで、なんとか
言えない気分ですな。

② はい。
でも、F先生にちよとした変
化があったんです。
いつもはそんなこと言わない
んですが、患者さんより今の
治療に関して、気になること
や、不安はないですか？よ
って聞かれてたんです。

③ えー！
課長に言われたことで、改め
てこれまでの自分を振り返ら
れたということの表れではない
でしょうか？

④ 私ち、もしかしたらって感じま
した。

② 今まで、一方的な態度で接してきたF先生の変化に患者さんも何か違うと感じてきましたね。

③ ほかも、首肯はしないような世間話をされたり、F先生の口数が多いような気がして、患者さんも先生の変化に気づいたような表情をされていました。

④ その一言で、F先生にも講師の気持ちが伝わったと思いますよ。
本当にお疲れ様でした。講師の調子で、何とかなうはずですね。

⑤ 私先生、色々ありがとうございました。また何かあったら相談させてください。

⑥ はい、いつでも待っています。

おわり

まとめ

事例で学ぶ
信念対立学習プログラム
～Exercise of Belief Conflict～

みなさん、こんにちは。
8週間もの長い間、本プログラムを最後まで受講していただき、心から感謝いたします。

今回の「まとめ」をもちまして、本プログラムは無事に終了となります。

本プログラムの目的は、対人関係上のトラブルを解消するための理論でかつ実践でもある**信念対立解明アプローチ**の学習でした。

それでは最後に、これまで学習した内容について振り返ってみたいと思います。

おさらい

Chapter 1 ～ 5

> Chapter 1では、信念対立は自分の考えや意見（以下、信念）が、通用しない相手や状況に出くわした時に発生すると学びました。

> Chapter 2では、自分の信念そのものが正しいを測る根拠が意外に乏しいこと、そして、信念対立に上手く対処するためには信念に対する価値判断を行わないことが重要であることを学びました。



 > Chapter 3では、信念対立を生じさせる信念は、なにかの経験や関心といった個人的背景因子によって成立していることを学びました。



> 経験や関心は個人的なものである以上、そこから生じる信念に感じる価値観は人によって異なります。
 > 且、意見が合わない人に出会った時には、相手の背景（経験や関心）について考えることで、相手の信念を理解できるようになります。


 > Chapter4では、対立を超えて連携するための具体的な方法として、自分自身と対立相手に共通する目標を探索することであると学習しました。
 > 相手と根底では同じ考えを持っていることに気が付き、『建設的な関係の再建』の可能性が生じる。




 > Chapter 5では、その共通目標を踏まえた上で、コミュニケーションを図ることで対立が生じにくくなることを学習しました。
 > 相手の信念を踏まえた上で、自分の状況や関心を踏まえて話すことで、聞き入れられやすくなります。

信念対立を回避するための3ステップ


ステップ1：自分の考えや意見の正しさを疑うと、信念に抱く「正しさ」はその態度変化する相対的なものであると理解する。

ステップ2：相手の信念（考え方や意見）が生まれる背景を理解する。信念を持つにいたる過程を理解することで負の感情（怒り、悲しみ、イライラ等）が鎮まる。

ステップ3：自分と相手に共通する目標を見つけ出し共有する。根底には共通する考えがあると知ることで、建設的な関係の再構築に向かう。

さいごに

学習継続を支援するツール&参考資料


 本プログラムを終えられ、信念対立解明アプローチについて更に学習したいと思われる方に、それを支援するためのツールと参考資料を紹介したいと思います。

学習継続を支援するツール

信念対立解明ツール

<開発者>
 ・若田清 ・京極真 ・岡田和久 ・松田美希
<http://www.wakazuma-u.ac.jp/belief/>

参考資料

- ◆チーム医療・多職種連携の可能性をのり信念対立解明アプローチ入門（京極真，2012）
- ◆医療関係者のための信念対立解明アプローチ—コミュニケーションスキル入門（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（京極真，2014）