

研究種目：基盤研究（C）  
 研究期間：2007～2009  
 課題番号：19592588  
 研究課題名（和文）  
 情緒的 involvement 対人援助技術プログラムの開発  
 研究課題名（英文）  
 Development of a Program of Interpersonal Support Skills on the Affective Involvement  
 研究代表者  
 比嘉 勇人（HIGA HAYATO）  
 滋賀県立大学・人間看護学部・教授  
 研究者番号：70267871

## 研究成果の概要（和文）：

情緒的 involvement は「経験の共有、感情の投資、絆の形成、境界の調整で構成される対人相互過程」と定義される。本研究では、「over-involvement（看護師が消耗するほど感情を患者に向け、自分の延長線上に患者をみるため同一化過剰となり、患者の責任まで引き受けること）尺度」と「under-involvement（関係性を深めないように可能な限り対象に関与せず、心理的距離を一定に保とうとすること）尺度」および「情緒的 involvement における対人援助技術プログラム」を開発した。

## 研究成果の概要（英文）：

By definition, affective involvement is an interpersonal relation process with components of “sharing experiences,” “investing emotions,” “forming bonds,” and “negotiating boundaries.” We have developed a Scale for Rating Over-Involvement, a Scale for Rating Under-Involvement, and a program of interpersonal support skills on the affective involvement. This study calls maintaining too much distance in nurse-patient relationship “under-involvement” as opposed to “over-involvement” and defines it as “trying to have as little interest in the patient as possible in order to maintain a certain level of psychological distance and avoid building a close personal relationship.”

## 交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2007年度	1,600,000	480,000	2,080,000
2008年度	200,000	60,000	260,000
2009年度	1,400,000	420,000	1,820,000
総計	3,200,000	960,000	4,160,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・地域・老年看護学

キーワード：患者看護師関係、かかわり、対人援助、ストレス、スピリチュアリティ

## 1. 研究開始当初の背景

1950年代において、看護では情緒的 involvement 現象は科学的客観性や職業倫理的観点からネガティブな現象と理解されていた。ところが、1960年代に入ると、情緒的 involvement 現象は患者の経験を理解しストレスを軽減するための不可欠要因であることが指摘されてきた。その後も、involvement の程度やプロセス、over-involvement との関連等が検討されてきた。また、統合失調症患者とその家族の感情表出 (expressed emotion) に関する研究によって involvement 現象理解の共有化が家族教育の発展要因であることや精神科看護師が「患者に巻き込まれること」の臨床的意義等が検討された。

特に、臨床現場で生じる involvement 現象が熟練看護師に必要な技術であると強調され、involvement 現象に対する具体的な技術教育プログラムの開発がまたれていた。

そこで、看護領域に焦点を絞って involvement 関連の文献レビューを行い、involvement について、臨床看護の中心的概念に位置づけられること、看護において評価されている involvement の肯定的側面には「共感」が使用され否定的側面には「巻き込まれ」が使用されていることを確認した。また、精神科看護師の実践における involvement 体験の構成要素を示し、否定的な体験であってもその体験を振り返ることによって看護にとってより建設的な involvement へと発展させていることを論じた。さらに、看護における involvement 概念の4つの構成要素として「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」を提示し、その4つの構成要素が、< detachment (切り離された) — nursing involvement (適度な) — over-involvement (過剰な) > という involvement の程度に応じて、どのように変化するのかを示した。

以上の検討をもとに、2007年に看護師版 involvement 尺度原案を試作した。

臨床現場では、患者との心理的距離が離れすぎると患者理解が深まらず情緒的交流が希薄となり、一方で、心理的距離が接近すぎると仕事とプライベートの境界があいまいになって専門性が発揮できなくなるといった問題状況が生じる。先行研究によると、これらの状況に対して「対象を知ることにつながる経験の共有」「関心を対象に向けるなどの感情の投資」「対象との親密さを形成し対人関係の距離を調整する絆の形成」などのコア概念が情緒的 involvement であることが示唆されている。この対人援助場面で不可避な情緒的 involvement 現象に積極的に対応し、対人援助技術としてプログラム化することで看護技術教育の発展に寄与できると期待される。

なお、本研究では、情緒的 involvement を『「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」で構成される対人相互過程』と定

義する。

## 2. 研究の目的

以下の開発を、本研究の目的とした。

- (1) 情緒的 involvement における対人援助技術プログラム開発に必要な看護師用対患者 over-involvement 尺度 (OIS) の開発
- (2) 情緒的 involvement における対人援助技術プログラム開発に必要な看護師用対患者 under-involvement 尺度 (UIS) の開発
- (3) 情緒的 involvement における対人援助プログラム (ISS プログラム) の開発

## 3. 研究の方法

(1) 看護師 265 名を対象に「OIS 原案 21 項目」「臨床看護職者の仕事ストレス測定尺度 33 項目」「ワーク・コミットメントに関する尺度 32 項目」を使い質問紙調査を実施した。over-involvement については「看護師が消耗するほど感情を患者に向け、自分の延長線上に患者をみるため同一化過剰となり、患者の責任まで引き受けること」と定義した。222 名の有効回答を用いて検討した。

(2) 看護師 288 名を対象に「UIS 原案 25 項目」および「職業コミットメント尺度 8 項目」「職務コミットメント尺度 10 項目」「組織コミットメント尺度 9 項目」を使い質問紙調査を実施した。under-involvement の定義は「関係性を深めないように可能な限り対象に関与せず、心理的距離を一定に保とうとすること」とした。200 名の有効回答を使い検討した。

(3) 対象者は S 病院に勤務する看護師 ABCD の 4 名で、臨床経験は A と B が 2 年、C が 3 年、D が 5 年であった。看護師 ABCD には、ISS プログラム (学習会および受持ち患者との関係不全体験についてのグループディスカッション) の参加前と参加後に、事例の振り返り (自己解釈) および看護師版対患者 OIS (患者への巻き込まれ傾向を 3 因子で測定) と UIS (患者との心理的隔り傾向を 3 因子で測定) への回答を求めた。得られた結果をスピリチュアリティ (自己内発的なつながり志向) の観点から検討した。

## 4. 研究成果

- (1) 看護師 222 名の有効回答を用いて検討した結果、以下のことが明らかとなった。
- ① 項目分析および探索的因子分析 (最尤法・プロマックス回転) 後、3 因子構造の 12 項目版 OIS が採択された (因子寄与率 48.91%, 因子間相関 0.49~0.67)。
  - ② 各因子は、第 1 因子: 仕事の責任の範囲以上に患者のことが気になる『気がかり』(4 項目)、第 2 因子: 受け持ち終了後にも残る患者への思いである『残心感』(5 項目)、第 3 因子: 患者の状態に対する過度の反応である『被影響性』(項目 3)、と解釈された。
  - ③ OIS と理論的な関連性が考えられる NJSS、WCS (職務コミットメント)、WCS (職業コミ

ットメント)との相関係数が  $r=0.45$  ( $p<0.01$ )、 $r=0.34$  ( $p<0.01$ )、 $r=0.30$  ( $p<0.01$ ) を示し、OIS の収束的妥当性が確認された。

④OIS と異なる構成内容と考えられる WCS(組織コミットメント) との相関係数が  $r=0.10$  ( $p>0.05$ ) を示し、OIS の弁別的妥当性が確認された。

⑤OIS の内的一貫性 (Cronbach の  $\alpha$  係数) については、12 項目全体が  $\alpha=0.87$ 、『気がかり』『残心感』『被影響性』が  $\alpha=0.77$ 、 $\alpha=0.73$ 、 $\alpha=0.81$  を示し、OIS の信頼性が確認された。

以上より、OIS (OI 因子) は他標本を対象とした検討を残しているが、使用可能な尺度と判断された。

(2) 看護師 200 名の有効回答を用いて検討した結果、以下のことが明らかとなった。

①項目分析および探索的因子分析 (最尤法・プロマックス回転) 後、3 因子構造の 10 項目版 UIS が採択された (因子寄与率 52.8%、因子間相関係数 0.46~0.50)。

②各因子は、第 1 因子：看護師自身の気持ちやプライバシーなどを患者に教えようとする『非自己開示』(4 項目)、第 2 因子：患者の内的世界に看護師自身からかかわろうとしない『不関与』(3 項目)、第 3 因子：患者との関係性を固定化しようとする『固定的関係』(3 項目)、と解釈された。

③UIS と理論的な関連性があると考えられる「職業コミットメント」との相関係数が  $r=-0.22$  ( $p<0.01$ ) を示したことから、UIS の収束的妥当性が確認された。

④UIS と異なる構成内容と考えられる「職務コミットメント」との相関係数が  $r=-0.08$  ( $p>0.05$ ) を示し、また「組織コミットメント」で  $r=-0.08$  ( $p>0.05$ ) を示したことから、UIS の弁別的妥当性が確認された。

⑤UIS の信頼性 (内的一貫性: Cronbach の  $\alpha$ ) については、10 項目全体が  $\alpha=0.82$ 、『非自己開示』が  $\alpha=0.77$ 、『不関与』が  $\alpha=0.73$ 、『固定的関係』が  $\alpha=0.76$  を示したことから確認された。

以上より、UIS (UI 因子) は使用可能な尺度と判断された。

(3) 看護師 ABCD の回答および事例解釈について検討した結果、ISS プログラム効果について以下の点が示された。

①看護師 ABCD において「患者への被影響的つながり感 (OI 因子)」および「患者との固定的つながり感 (UI 因子)」の軽減効果が示唆された。

②看護師 ACD において「患者への心氣的つながり感 (OI 因子)」の軽減効果が示唆されたが、看護師 B には ISS プログラム参加前後の変化が認められなかった。

③看護師 ABC において「患者との不関与的つながり感 (UI 因子)」の軽減効果が示唆されたが、看護師 D には ISS プログラム参加前後の変化が認められなかった。

④「患者への残心的つながり感 (OI 因子)」および「患者との非自己開示的つながり感

(UI 因子)」については、一定の効果が認められなかった。

⑤看護師 ABCD の「事例の振り返り」の記述内容において、患者との関係不全体験 (悲観的・自罰的体験) に対し中庸的な態度変化 (理想的結果重視から、かかわり過程重視への転換) が認められた。

以下に、ISS プログラムの資料内容を示す。

#### ISS プログラムの目標

- ◇ 看護における「かかわり (involvement)」の前提を理解する
- ◇ 看護における「かかわり (involvement)」の重要性を理解する
- ◇ 看護における「かかわり (involvement)」の 4 つの視点について理解する
- ◇ 自分らしく看護してみようかなと少し思うことができる

#### 看護における「involvement」の前提

困難はあっても看護・看護師は OK  
看護師は自分自身を媒体 (道具) として他者にかかわっている  
「診療の補助と療養上の世話」= 私たちの仕事は「かかわり」を通して、行われている  
看護における教育や管理も、主に「かかわり」を通して行われている  
プロセスとして「かかわり」を考える  
「良い vs 悪い」「all or nothing」「失敗 vs 成功」「勝ち vs 負け」などの視点は極力避ける

#### 看護を支えているもの

プロフェッショナリズム  
：外枠として看護を固めている  
ケアリング  
：看護の中心概念、看護の本質、起源  
ナーシング (養育すること)  
：看護の中心概念、看護の本質、起源  
看護における「かかわり (involvement)」は？

#### 看護における「involvement」の重要性①

看護師は「かかわり」を重視し大切にしている  
にもかかわらず、看護における「かかわり」の明確な定義はあいまいである  
「かかわり」に焦点を当てた学習方法もないため、各看護師は自力で磨くしかない  
「かかわり」を意識し、看護として意図的に活用しないと、近づけなかったり、巻き込まれすぎたり、距離がとれなくなったり、ゆらいだりすることが起こり、相互に主体的であることが難しくなる  
その人はその人らしく、あなたはあなたらしく、看護の専門性を発揮する (相互主体的に看護する) ことができる

#### 看護における「involvement」の重要性②

「かかわり」は様々な職業で使われているが看護は 24 時間対象と向き合い「かかわり」を大切に磨いてきた歴史がある

だから、看護師は、「かかわり」ということに関しては、プロフェッショナルになれる様々な役割や職業の中で、どのように人とかかわって、それぞれの役割をはたしたらよいのかわからない人が増えてきた  
→看護が磨いてきた「かかわり」が役に立つかもしれない

### 看護における「involvement」

看護における「かかわり」の中で、患者と看護師の間で、どのようなことが起こっていると皆さんは思いますか？  
イメージしてみてください  
以下の4つの視点は複雑であいまいな看護における「かかわり(involvement)」を捉える上で非常に便利

### 一般的なかかわり

みなさんは一般的なかかわりをどのように理解していますか？  
広辞苑(第5版)を見てみると・・・  
かかわり：関係、つながり  
Involvement：かかわること、巻き込まれること、巻き込むこと、熱意、やる気、やりがい、充足感、(男女間の)深い関係、関与、かかわり

### 看護における「involvement」の4つの視点

看護における「かかわり」を4つの視点から理解する  
→臨床で意図的にかかわることができるようになる  
現場で看護師は「正しい」看護をいつも行えるわけではなく、距離を置きすぎたり、巻き込まれすぎたり、距離が取れなくなったり、ゆらいだりする  
→4つの視点から「かかわり」の振り返り方を学ぶことで、より相互に主体的な「かかわり」を行うことができるようになる  
4つの視点により、複雑であいまいな看護における「かかわり(involvement)」を捉えやすくなる

### 経験の共有①

時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること  
→共有部分と未共有部分ができる  
患者が感じたり思ったりしていることを、看護師側がどう理解したのかを伝える  
患者側のことだけでなく、看護師が感じたこと考えたこと(ケアを行う理由・目的など)もできる範囲で相手に伝え理解してもらう  
患者看護師双方の価値観、看護観、準拠枠、世界観、人生観などを共有することが非常に重要になる  
●共有部分を増やせば増やすほど良い？

### 経験の共有②

自分の世界だけで他者とかがかわる危険性  
例：「傷つけるかもしれない」と大切なことを言わない  
看護師はネガティブな感情を表出することが苦手  
自己一致の重要性  
→これができないと自責的、被害的  
→伝え方を工夫する。色々な伝え方がある！  
患者さんとは「常識」を手がかりにかかわれていると思いきやひょっとするとそれは思い込みで、ズレが生じているのかも  
→観察と傾聴から患者の思いを知る  
共感はこちらの思い込みかもしれないので確認が必要  
患者の言動の意味を確認する  
例：患者の拒否＝本当に拒否？ 拒否できる自由

### 感情の投資①

患者に対して看護師の感情や関心を向けること  
→感じていることなのでありのまま見てみる  
かかわっているときの看護者の感情や関心の質・方向性、程度、安定性などがどのようになっているのかを知ることは非常に大切である。  
●患者への関心や感情は大きいほど良い？  
●感情や関心はそれぞれ一つで、一方向だけ？  
自分や患者、それを取り巻く人々は、みんな全力を尽くして、OKだという前提に立ってみる  
→誰かが悪いという前提に立って、振り返ることは難しい  
リセットした状態で振り返りを行う

### 感情の投資②

「看護師自身の感情に気づくことが大切」と教科書にあるが大変難しい  
しかし、気づかなければその気持ちに左右されて、意図的にかかわることが難しくなる  
自分の感情を客観的に見ているようで、主観的に見ていることが多い  
感情に良い悪いもないと考えてみる  
「へえ～な気持ちがあったんだ」と言ってみると自分の感情と距離が取れるかもしれない  
「～とってしまった」というのはその感情が起こったことが悪いという前提で見ている可能性が高い  
起こった感情に対して自分を責めなくてもいい  
自分の気持ちに気づく方法を見つけることが大切  
看護師自身が自分の感情を大切にすると：感情＝触覚

### 絆の形成①

患者とのつながりを深めていくこと  
つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる  
その看護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる  
→関係性のイメージはありのままみる  
関係性のイメージがケアにどのように影響しているのか把握しておく  
●患者との関係は深まるほど良いのか？  
●何のための患者－看護師関係なのか？  
自分自身をどれだけ受け止められているかが影響する

### 絆の形成②

信頼関係ができてくれば「経験の共有」もしやすくなる  
関心を示す（感情の投資）：援助のたびごとに意図的に言葉をかける  
→何気ない気配りが関係を築く  
相手の配慮・感謝もしっかり受け止める（相互作用）  
→何でもしてあげるのが看護ではない（看護師の奢り）  
相手をまずは一旦受け止める覚悟  
：尊敬、尊重、OK  
相手の言動を無制限に許容することとは別  
相手の感情表出をネガティブに捉えない  
例：怒り→向けられた≠失敗  
関係があるから言えることもある  
何かわかってほしいことがある  
まれに人を傷つける目的で向けられることもある  
どんな怒りなのか関係性も手がかりにアセスメントしてみる

### 境界の調整①

看護師が患者との対応の中で、患者と共有する互いのプライバシーの境界を調整し、患者だけでなく家族や医療チームに対しても専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと  
→どこまで援助するのか、援助できるのかの見極めどこまで援助するか＝どこまで患者が自分で行うのかにより、責任の境界が発生する。援助者と他者の様々な境界を明確にする必要がある  
●良い「かかわり」はどこでも良いかかわりか？  
●他にどんな境界が患者－看護師間にある？

### 境界の調整②

看護師が境界線を引くことがアイデンティティを形作りそこに責任と主体性・専門性が生じる  
専門職の原則  
：自分の仕事は自分で評価（自立・自律）  
境界線が引けない  
→アイデンティティが確立しない  
→主体性がない、責任感がない、充実感・達成感がない  
自己評価の難しさ：アイデンティティ確立まで（学校）は他者評価が必要  
→できたかどうか他者が評価してくれる  
→教員や患者の反応が良かったらOK、悪かったら not OK  
他には周囲との比較  
→この間に自己評価の能力を育てることが大切（実はみんな持っている）  
就職するといきなり自己評価が必要になる  
責任の肯定的な側面をしかりと理解する

### 境界の調整③

自分の自己評価能力に気づかないと、先輩の評価、患者の反応、周囲との比較（判断材料）に一喜一憂  
他者の評価はコントロールできないので自分自身に完璧を求める  
→完璧といってもどこまでするのかもわからない  
→莫大なエネルギーを消費、消耗する  
失敗するとさらにプレッシャーがかかり悪循環が生じる  
悪循環を断ち切る  
：自分自身で自分の仕事の評価をする  
→どこまで援助するかの見極め  
→どの程度効果があったのか、どの程度かわれたか評価する  
→次、どうかかわるかにつなげる  
→評価する能力も高まっていく  
：このプロセスは看護過程と対人関係理論（プロセスレコード）で学習済みのはず  
→なぜ活かせないのか？

### 境界の調整④

「かかわり」は時間や場所により評価が変化  
例：勤務時間帯、病棟の許容範囲、病棟や病院のルール、施設の違い、家族の文化、看護観、社会の価値観などの影響を受ける  
患者看護師間で調整されたかかわりであっても、周囲の環境とのすり合わせ（境界の調整）が重要  
→看護師は非常に現実的！  
→臨床経験や周囲の力・知恵を活用する能力が必要  
看護師の仕事とプライバシーの境界も調整  
自分の感情に気づきながら、看護師の専門性を発揮する  
個人的な感情で反応すると  
→専門性の発揮が困難

### 「involvement」の統合

「かかわり」を振り返る場合、まず、上記の4つの視点から振り返りを行い、次に4つの視点の具体的な関連性を考える

そして、一つの統合された「かかわり」として、次回どういう「かかわり」を行うのかを導き出す

患者に関心を寄せ（感情の投資）、思いに寄り添うことで（経験の共有）、信頼関係が築かれるが（絆の形成）、看護師自身の感情にも気づき（感情の投資）、ケアとしてそれを伝え（経験の共有、境界の調整）、患者のニーズを明確にし（境界の調整）援助する  
…この例文でもわかるように「かかわり」は4つの視点が密接に絡み合い構成される  
→もとのかかわりに戻す

### 相互主体的な看護を目指して

今までは「患者主体」だけが強調されてきたが「看護者の主体性・専門性」も同時に強調された「相互主体的看護」が重要となる  
患者看護師のそれぞれの主観を共有する

「経験の共有」は、現象学では「関主観的＝相互主観的(intersubjective)」であるということが出来るが、それは「相互主体的」という意味も持っている

教育や管理では看護における「かかわり」がまだまだ強調されていない

→ハラスメントの危険性

相互の主体性のバランスが取れた時、何かが生じる

### 復習①

☆良い悪いで判断しない、プロセスが大切。  
☆戸惑ったり、うろたえたり、ゆらいだりしても構わない。ゆらぐことで振り返り「かかわり」について学ぶことができる。「失敗」という点で見ない。

☆『メタ』な視点から振り返ること。  
☆患者-看護師関係の発展過程を考慮する。  
☆双方の感情や価値観、看護観が影響する。  
☆自分を道具とするため、自分でかかわり、自分で振り返ることで「かかわり」を極め、お互いを成長させることができる。

### 復習②

☆他者に「看護のかかわり」を押し付けない、他者はコントロールできない、コントロール可能な自分の「かかわり」を改善する。

☆主体性、看護の専門性、職業的アイデンティティについてこれを機会に考えてみる。

☆看護におけるかかわりを磨くと「相互主体的看護」がみについていく。

☆看護におけるかかわりを磨くと自分のやるべきことに集中できるので精神的負担の軽減が期待でき、看護師本来の責任を果たせるので達成感や充実感を味わうことができ、それが援助にいかされていく。

### 5. 主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計2件）

① 牧野耕次、比嘉勇人、池崎潤子、甘佐京子、松本行弘、看護師対患者Over-Involvement尺度の開発と信頼性・妥当性の検討、人間看護学研究、査読有、7巻、2009、pp.1-8

② 牧野耕次、比嘉勇人、池崎潤子、松本行弘、甘佐京子、看護師版対患者Under-Involvement尺度の開発と信頼性・妥当性の検討、人間看護学研究、査読有、8巻、2010、pp.1-8

### 6. 研究組織

#### (1) 研究代表者

比嘉 勇人 (HIGA HAYATO)

滋賀県立大学・人間看護学部・教授

研究者番号：70267871

#### (2) 研究分担者

牧野 耕次 (MAKINO KOUJI)

滋賀県立大学・人間看護学部・助教

研究者番号：00342139

#### (3) 連携研究者

なし

#### (4) 研究協力者

牧原 加奈 (MKIHARA KANA)

滋賀県立精神医療センター・看護師

田中 能里子 (TANAKA NORIKO)

滋賀県立精神医療センター・看護師

二上 嘉代 (HUTAKAMI KAYO)

滋賀県立精神医療センター・看護師

古山 祐可 (HURUYAMA YUUKA)

滋賀県立精神医療センター・看護師