

研究ノート

精神科看護におけるかかわり (involvement) 研修の開発と評価



牧野 耕次¹⁾、比嘉 勇人²⁾、甘佐 京子¹⁾、山下 真裕子³⁾、清水 康男⁴⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

²⁾富山大学大学院医学薬学研究部

³⁾神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

⁴⁾滋賀里病院

背景 精神科では、責任転嫁が激しい人格障害を持つ患者や統合失調症の陰性症状により主体性が乏しくなった患者らとかかわる機会があるため、看護師は両価的なinvolvementを半ば無意識的に技術として身につけてきた。そこで、精神科看護師のかかわりを技術として発展させる患者-看護師関係の枠組みが必要であると考えた。

目的 精神科看護におけるかかわり (involvement) の研修プログラムを開発し、精神科看護師に実施し評価する。

方法 精神科看護師 8 名に本研修プログラムを実施した。介入群 8 名および対照群 8 名に、かかわり (involvement) 関連尺度を用いて研修前後の各尺度平均得点を比較し、研修に対する意識調査も実施した。

結果 看護師版対患者Over-Involvement尺度 (以下Over-Involvement尺度) 総得点で増加がみられ、Over-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」でも増加がみられ、看護師版対患者Under-Involvement尺度の下位尺度「非自己開示」で減少がみられた。また、対照群 8 名の各尺度得点をプログラム前後で比較した結果、Over-Involvement尺度総得点で減少がみられ、Over-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」でも減少がみられた。研修に対する意識調査では、おおむね肯定的な評価が得られた一方で、研修の難易度の高さが指摘された。

結論 研修後に患者に対する関心が増し、研修前よりも自己開示を行うようになったことが示唆された。本研修の難易度を典型的な事例を用い理解しやすくする必要性が示唆された。かかわりについて理論的に理解でき、チームで精神科看護におけるかかわりを共有できたことが示唆された。

キーワード かかわり、involvement、研修、プログラム、精神科看護

I. 緒言

看護において、「かかわり」や「巻き込まれ」と訳されているinvolvementは、科学的客観性や職業倫理的観点から否定的な現象と理解されていた¹⁾。その一方で、患者の経験を理解し苦痛を軽減する上で、不可欠な要因として重視する看護理論家も多い²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾。精神科では、責任転嫁が激しい人格障害を持つ患者や統合失調症の陰性症状により主体性が乏しくなった患者らとかかわる機会があるため、看護師は両価的なinvolvementを半ば無意識的に技術として身につけてきた⁶⁾。看護において、両価的なinvolvementはその訳語と同じように、わが国では「かかわり」と「巻き込まれ」という全く別な概念として、分離して考えられがちである。患者と信頼関係を構築し、問題なく患者の退院につながれば「良いかか

The Development and Evaluation of a Training Program of "Involvement" in Psychiatric Nursing

Koji Makino¹⁾, Hayato Higa²⁾, Kyoko Amasa¹⁾,
Mayuko Yamashita³⁾, Yasuo Shimizu⁴⁾,

¹⁾School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

²⁾Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

³⁾Kanagawa University of Human Service Faculty of Health & Social Services School of Nursing

⁴⁾Shigasato Hospital

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理

連絡先：牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : makino@nurse.usp.ac.jp

わり」として看護と認識されやすい。一方、患者との信頼関係の構築が上手くいかず「問題」が生じた場合、そのinvolvement（かかわり）は、巻き込まれすぎであるover-involvementや患者に近づけないunder-involvementなど、「巻き込まれ」に関する「個人的な問題」や「問題のあるかかわり」として認識されやすい。involvementは自分自身を道具（媒体）として活用し⁴⁾、看護師自身の性格や価値観、感情、対人能力などが関与するため、性格、センス、資質など、個人的な問題として扱われやすい。しかし、involvementに関する問題すべてを個人の問題に帰すると、学問的、教育的、専門職的発展が阻害される可能性がある。また、看護におけるinvolvement（かかわり）を「巻き込まれ」として、看護を振り返らず個人的な問題として扱うと、自分自身を責めることにもつながり、自尊心や職務満足⁵⁾の低下につながりやすい。また、看護におけるinvolvement（かかわり）の振り返りができないことで、患者やその家族、もしくはチームへの責任転嫁にもつながる可能性がある。

海外では、看護理論家らの評価と並行して、骨髄移植看護⁷⁾、がん看護⁸⁾⁹⁾、内科と外科病棟における看護¹⁰⁾¹¹⁾、CCU看護¹²⁾など様々な領域でinvolvementに関連した研究が行われている。さらに進んで、Bennerら¹³⁾は、看護におけるinvolvementを、熟練看護師が身につけているべきかかわりの技術と位置付けた。また、involvement（かかわり）の技術は、長期の経験の積み重ねが必要であると指摘し、「臨床教師（clinical faculty）」がコーチングにより指導していると述べている¹⁴⁾。しかし、involvement（かかわり）の技術を指導する内容は系統的、具体的には示されていない。

牧野らは、看護における「巻き込まれ」について、その現象を明らかにする一方で、「巻き込まれ」概念の肯定的側面を共有し、発展させることへの限界¹⁾¹⁵⁾から、看護におけるinvolvementに注目した。involvement概念に関する国外での評価を紹介し¹⁾、その概念の要素を様々な視点から提示し¹⁶⁾¹⁷⁾している。また、under-involvement及びover-involvementに関する評定尺度も作成している¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾。さらに、involvement概念を実践の振り返りの枠組みとした臨床看護師への研修の評価²¹⁾など、看護におけるinvolvementに関して継続的な研究を行っている。加えて、看護におけるinvolvementや「巻き込まれ」において非常に重要となる、自他の感情や責任などの「境界」についても、境界の技術的要素²²⁾やモデル²³⁾、境界調整技術の獲得過程²⁴⁾の提示など、継続的な研究を行っている。

「巻き込まれ」に関する問題は、看護におけるinvolvement（かかわり）の概念や技術が系統的、理論的に看護学教育に位置づけられていないことに起因していると推察される。看護師が個人的な問題として抱え込まずに、

技術として発展させる患者－看護師関係の枠組みが必要である。特に、精神科では、治療に不同意で、人格や自我の障害による激しい責任転嫁や主体性の欠如のある患者が入院しているため、involvementに関する問題が起こりやすく多様で専門性の高いかかわり（involvement）が要求される。そこで、本研究では、精神科看護におけるかかわり（involvement）研修プログラムを開発し、精神科看護師に実施しその効果を評価することを目的とする。

II. 方法

1. 精神科看護におけるかかわり（involvement）研修プログラムの開発

本研修プログラムは、involvement概念を実践の振り返りの枠組みとした臨床看護師への「看護におけるかかわり（involvement）研修」²¹⁾をベースとした。さらに、本研究グループおよび海外のinvolvement関連文献を参考に精神科看護における要素である「精神科看護におけるinvolvement（かかわり）の技術を習得してきたプロセス²³⁾」を追加し、新たに精神科の患者におけるinvolvementの事例を提示することで精神科看護におけるかかわり（involvement）研修プログラムを開発した。

2. 研修プログラム内容

研修期間は約6ヶ月間（平成25年4月～平成25年10月）で、月1回の間隔で計6回実施した。精神科看護におけるかかわり（involvement）研修プログラムの内容は以下のとおりである。

- 1) 第1回（面接）：主任研究者が、参加者の施設において、かかわりについての考え方、かかわりについて困っていること、かかわりをどのように修得してきたか、本研修に期待することなどについて、個人面接を行う。初回に個人面接を行うことにより、研修の対象者のニーズを把握し、プログラムに反映させる。面接は、1対1で約1時間とする。
- 2) 第2回（講義）：看護におけるかかわり（involvement）²¹⁾（表1）に関する講義を行う。
- 3) 第3回（グループワーク）：精神科看護におけるかかわり（involvement）に関する患者中心の事例を用いたグループワークを行う。
- 4) 第4回（グループワーク）：精神科看護におけるかかわり（involvement）の技術を習得してきたプロセスについて、共有するためのグループワークを行う。
- 5) 第5回（全体発表・共有）：本研修で学んだことや感想を全体で発表し、共有することで、まとめを行う。
- 6) 第6回（面接）：研修対象者がどのように本研修内

表1 看護における「かかわり（involvement）」に関する研修内容

-
1. 看護における「かかわり（involvement）」の前提
 - 1) 自分自身を媒体（道具）として用いる
 - 2) 「診療の補助と療養上の世話」は「かかわり」を通して行われている
 - 3) プロセスとして「かかわり」を考える
基本的に良い悪いという判断は避ける
 2. 看護を支えているもの
 - 1) プロフェッショナリズム
臨床現場で看護を守る外枠として機能⇒価値観の多様化、専門細分化などによる限界
 - 2) ケアリング
看護の中心概念として機能⇒巻き込まれやゆらぎの位置づけや概念化に関する限界
ケアリングできなかつたと思った時、自身の人間性を否定してしまう可能性
 - 3) 「かかわり（involvement）」の可能性
プロフェッショナリズムとケアリングの機能していた面を活かし限界を補う
 3. 看護における「かかわり（involvement）」の重要性
 - 1) プロフェッショナリズムとケアリングの長所を残しながら、限界を補う
 - 2) 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
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
様々な役割や職業でどのように人とかわればよいのかわからない人が増えてきた？
⇒看護の「かかわり（involvement）」の応用可能性
 - 3) 巻き込まれを振り返ることで自分を道具とした「かかわり」を磨くことができる
 - 4) 「かかわり（involvement）」の4視点が振り返りの視点となる
 - 5) 患者の主体性と看護師の専門性（主体性）が尊重される⇒相互主体的看護の可能性
 - 6) 複雑で多様な「かかわり」を比較的容易に言語化できる
 4. 看護における「かかわり（involvement）」の4視点
 - 1) 「経験の共有」：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・自身の経験していることを患者に伝えること。
 - 2) 「感情の投資」：患者に対して感情や関心をむけること。
 - 3) 「絆の形成」：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。
 - 4) 「境界の調整」：患者との対応の中で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・それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと。
 5. 看護における「かかわり（involvement）」の統合
 - 4視点から振り返り⇒4視点の具体的な関連性⇒統合させて次回に「かかわり」を行う
-

容を理解してきたのか確認し、強化、修正などを行う。そうすることで、本研修によるかかわり (involvement) の概念と技術を参加者の経験の中に位置付け、今後の実践において活用できるよう援助する。

3. 対象者

関西圏にある私立精神科病院の看護部に本研究の概要を説明し、研修の参加者を募集した。本研究および本研究における研修内容に関する説明に口頭と文書により同意し、すべての研修に参加することができた看護師 8 名と対照群 8 名の計 16 名を本研究の対象者とした。

4. 精神科看護におけるかかわり (involvement) 研修プログラムの評価

1) データ収集

(1) 研修プログラム前後の尺度得点

研修プログラム実施前および実施後に、研修参加者 8 名および対照群 8 名に対して、involvement (かかわり) に関連することが想定される看護師版対患者 Over-Involvement 尺度 (以下 Over-Involvement 尺度)¹⁹⁾、看護師版対患者 Under-Involvement 尺度 (Under-Involvement 尺度)²⁰⁾、スピリチュアリティ評価尺度 (SRS-A)²⁵⁾ を用いた自記式質問紙調査を実施した。

(2) 研修に対する意識

研修後に、研修内容の充実度および難易度、かかわりを考える上でどの程度役立ったか、どの程度活用しようと思うか、本研修プログラムへの参加を他の精神科看護師にどの程度勧めるかなどを 4 件で自記式質問紙調査を実施した。また、自記式質問紙には、本研修プログラムに関する自由記載の欄も加えた。

2) データ分析

(1) 研修プログラム前後の質問紙調査

本研究では、研修プログラムに参加した 8 名および対照群 8 名と少数であったため、記述統計的に群ごとにプログラム前後の各尺度得点の平均値を対応のある t 検定 ($p < .10$) を用いて比較した。

(2) 研修に対する意識調査

研修終了後、研修内容の充実度および難易度、かかわりを考える上でどの程度役立ったか、どの程度活用しようと思うか、本研修プログラムへの参加を他の精神科看護師にどの程度勧めるかなどをきく研修後の自記式質問紙調査については、単純集計を行った。また、本研修全体に関する自由記載は記述が少なかつたため、そのまま結果に掲載した。

4. 倫理的配慮

参加者は、研修における課題はできる範囲で構わず、避けてもかまわないこと、それによって、何ら不利益を被ることはない旨を事前に伝えた。研究への参加は任意であり、参加に同意しないことをもって不利益な対応を受けないこと、参加に同意した場合であっても、不利益を受けることなくこれを撤回することができることを保障した。研究者相互間でのデータのやり取り、保管にあたっては、個人を特定できないようにして取り扱うなど、安全管理の徹底を図った。また、発表等で、データを引用する場合などにも、個人を特定できないよう個人名や施設名等の固有名詞は記号化することで、匿名性を保護することを伝えた。また、研究終了後、個人情報を含むデータは、消去または裁断処理により廃棄し、適正に処分することも伝えた。本研究は、滋賀県立大学の研究に関する倫理審査委員会による承認 (第 318 号) を受けた。

III. 結果

1. 対象者の属性

対象者 16 名の年齢は、平均年齢が 41.0 ± 9.9 歳、精神科経験年数が 11.6 ± 8.4 年であった。

表 2 研修参加者における各尺度の統計量

	平均値	N	標準偏差	平均値の標準誤差
OIS前	27.50	8	7.746	2.739
OIS後	32.38	8	8.158	2.884
残心感前	7.50	8	1.927	0.681
残心感後	8.88	8	2.850	1.008
被影響前	12.75	8	3.240	1.146
被影響後	14.38	8	3.701	1.308
気がかり前	7.25	8	3.105	1.098
気がかり後	9.13	8	2.475	0.875
UIS前	32.88	8	5.111	1.807
UIS後	31.38	8	6.823	2.412
非自己開示前	13.13	8	3.137	1.109
非自己開示後	11.00	8	3.295	1.165
不関与前	8.13	8	1.126	0.398
不関与後	9.13	8	2.232	0.789
固定的関係前	11.63	8	2.615	0.925
固定的関係後	11.25	8	2.121	0.750
SRS前	37.63	8	5.423	1.917
SRS後	39.13	8	5.410	1.913

表3 研修参加者における研修プログラム前後の尺度平均得点の比較

	対応サンプルの差			t 値	自由度	有意確率 (両側)
	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差			
OIS前-OIS後	-4.875	6.937	2.453	-1.988	7	0.087
残心感前-残心感後	-1.375	2.134	0.754	-1.823	7	0.111
被影響性前-被影響性後	-1.625	3.583	1.267	-1.283	7	0.240
気がかり前-気がかり後	-1.875	2.232	0.789	-2.376	7	0.049
UIS前-UIS後	1.500	4.375	1.547	0.970	7	0.365
非自己開示前-非自己開示後	2.125	2.295	0.811	2.619	7	0.034
不関与前-不関与後	-1.000	2.507	0.886	-1.128	7	0.296
固定的関係前-固定的関係後	0.375	1.685	0.596	0.629	7	0.549
SRS 1 合 - SRS 2 合	-1.500	3.928	1.389	-1.080	7	0.316

2. データ分析結果

1) 研修プログラム前後の質問紙調査

研修に参加した8名の各尺度得点をプログラム前後で比較した結果、Over-Involvement尺度の総得点で増加（平均値の差-4.875, SD=6.937, t=-1.988, p=0.087）

表4 対照群における各尺度の統計量

	平均値	N	標準偏差	平均値の標準誤差
OIS前	35.63	8	8.141	2.878
OIS後	33.38	8	8.991	3.179
残心感前	10.38	8	2.722	0.962
残心感後	10.00	8	3.162	1.118
被影響前	15.38	8	3.815	1.349
被影響後	15.00	8	3.381	1.195
気がかり前	9.88	8	2.100	0.743
気がかり後	8.38	8	2.774	0.981
UIS前	32.38	8	3.739	1.322
UIS後	31.38	8	3.378	1.194
非自己開示前	12.88	8	1.808	0.639
非自己開示後	12.63	8	1.598	0.565
不関与前	8.38	8	1.061	0.375
不関与後	8.13	8	1.808	0.639
固定的関係前	11.13	8	2.295	0.811
固定的関係後	10.63	8	1.768	0.625
SRS前	38.63	8	5.502	1.945
SRS後	40.13	8	4.883	1.726

がみられ、Over-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」でも増加（平均値の差-1.875, SD=2.232, t=-2.376, p=0.049）がみられた。さらに、Under-Involvement尺度の下位尺度「非自己開示」で減少（平均値の差2.125, SD=2.295, t=2.619, p=0.034）がみられた（表2および表3）。

対照群8名の各尺度得点をプログラム前後と同時期で比較した結果、Over-Involvement尺度の総得点で減少（平均値の差2.250, SD=3.327, t=1.913, p=0.097）がみられ、Over-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」でも減

少（平均値の差1.500, SD=1.604, t=2.646, p=0.033）がみられた（表4および表5）。

2) 研修に対する意識調査

本研修プログラムの内容の充実度については、8名中6名が「まあまあ充実していた」、2名が「とても充実していた」と回答していた。本研修プログラムの難易度については、「とても難しかった」が1名、「まあまあ難しかった」が7名であった。自身のかかわりを考える上で、1名が「あまり役立たなかった」、2名が「まあまあ役立った」、5名が「とても役立った」と回答していた。また、本研修プログラムで学習したことを「まあまあ活用しようと思う」が4名、「とても活用しようと思う」が4名であった。さらに、他の精神科看護師に本研修プログラムへの参加を勧めるかどうかについては、5名が「まあまあ勧める」、3名が「とても勧める」と回答した。

自由記載については、「理論的にかかわりを学んだことがなく今まで大変だったので、難しかったけど勉強になった」「かかわりについてのグループワークで、他の看護師がどのように考えているのか共有したことがなかったので、どのように考えてどのようにかかわるのかわることができてよかった」などの意見が見られた。

IV. 考察

1. 研修プログラム前後の質問紙調査

本研修プログラム前後の尺度得点の比較では、Over-Involvement尺度の総得点とOver-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」で増加がみられた。結果からは、患者に対する「気がかり」が増加し、over-involvementの傾向が増加した可能性が考えられる。しかし、対象者に

表5 対照群における研修プログラム前後の各尺度平均得点の比較

	対応サンプルの差			t 値	自由度	有意確率 (両側)
	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差			
OIS前-OIS後	2.250	3.327	1.176	1.913	7	0.097
残心感前-残心感後	0.375	1.188	0.420	0.893	7	0.402
被影響性前-被影響性後	0.375	1.685	0.596	0.629	7	0.549
気がかり前-気がかり後	1.500	1.604	0.567	2.646	7	0.033
UIS前-UIS後	1.000	4.472	1.581	0.632	7	0.547
非自己開示前-非自己開示後	0.250	1.909	0.675	0.370	7	0.722
不関与前-不関与後	0.250	2.375	0.840	0.298	7	0.775
固定的関係前-固定的関係後	0.500	3.162	1.118	0.447	7	0.668
SRS 1 合 - SRS 2 合	-1.500	6.459	2.283	-0.657	7	0.532

における研修前のOver-Involvement尺度の総得点平均は27.50 (SD=7.746) であるのに対して、対照群における研修前の同時期の平均は35.63 (SD=8.141) と、研修前から対象者が低得点であったことがわかる。また、対象者における研修後のOver-Involvement尺度の総得点平均が32.38 (SD=8.158) であるのに対して、対照群における研修後の同時期の平均は33.38 (SD=8.991) と同程度の平均得点となっている。対照群では、Over-Involvement尺度の総得点とOver-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」で減少がみられているが、対象者と対照群における上記の研修後の平均得点は同程度である。したがって、研修により対象者の患者に対する「気がかり」が増加し、over-involvement傾向を示したと考えるよりも、患者に対して低かった「気がかり」が対照群と同程度になり、患者に対する関心が増したことが考えられる。さらに、対象者におけるUnder-Involvement尺度の下位尺度である「非自己開示」が研修後に平均得点が減少したことから、自己を開示しない傾向が減少したことがわかる。言い換えると、対象者が研修前よりも自己開示を行うようになってきていると考えられる。ワトソン⁴⁾は、看護を個人的なかわりを含むものでありトランスパーソナルなものとして捉えているが、その看護におけるトランスパーソナルなケアの技(アート)について、患者への関心や感情表現を用いて次のように述べている。「技(アート)としての看護と、ケアという活動とが成立する基盤こそ、他人の感情表現を受容し、自分のために経験できる人間の能力に他ならない。」看護師が「ケアの感情(フィーリング)や関心を抱いている『自分』と相手をつなげる対象と一緒に、具体的なサイン(記号や合図)を使って、そのような感情(フィーリング)を表現する。」一読すると自分自身に対する関心のようにも

読めるが、彼女が、関心の持ち方について看護師が「個人としてかわる場合は、自身の『自分(というもの)』から離れて相手の『自分』へ向けられるという形になる」と述べていることから、「患者への」関心であることがわかる。すなわち、ワトソンは、看護におけるかかわりの中で、関心を自分自身から患者へ向け、自身の感情を自己開示(感情表現)すると説明している。本研修を受講した対象者が、より患者に関心に向け自己開示を行うようになったが、それはワトソンが述べる看護におけるかかわりが行えるようになってきことを示唆している。

本研究においては、対象者の「気がかり」の平均得点は、対象群の平均値と同程度であり、患者への関心が増すことで患者への「気がかり」が増大するまでには至っていない。これは、患者への関心が増し自己開示を行っても、患者との境界が調整できていることが考えられる。対照群で、Over-Involvement尺度の総得点とOver-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」で減少がみられているため、対象者と対照群が各8名と少数であり対象者および対象群の個々の得点傾向が影響していることが考えられる。今後対象者と対照群の人数を増やして、本研修プログラムの効果を検討する必要がある。また、Over-Involvement尺度の尺度としての安定性に問題がある可能性も原因として排除できないため、今後Over-Involvement尺度について安定性を確認し、不安定であれば精練していく必要がある。

2. 研修に対する意識調査

研修に対する意識については、かかわりを考える上でどの程度役立ったか、どの程度活用しようと思うか、本研修プログラムへの参加を他の精神科看護師にどの程度勧めるかについては、おおむね肯定的な評価が得られた。しかし、1名が「あまり役立たなかった」と答えており、全員が難易度の高さを指摘し、1名が「とても難しかった」と回答していることから、今後の課題であると考えられる。難易度を考慮して事例を用いたが、今後、研究等を行うことで典型的な事例を収集し、分析することで対象者が容易に理解できる事例を提示していく必要がある。また、事例を用いることで現象や概念について、固定的なイメージを与えては、系統的、理論的に看護におけるかかわりを理解する妨げになるため注意が必要である。一方で、看護におけるかかわり(involvement)は、

ワトソンも述べている通り個人的な要素が大きいことや、基礎看護教育において、かかわり (involvement) について系統的に学習していないことも難易度が高く感じられた原因と考えられる。臨床において、現象に対応している臨床の看護師にとっては、いきなり理論的に理解することには抵抗も感じられたかもしれない。その点を考慮して、面接を初回に持ってきたがそのギャップを埋めるには限界があったと考えられる。

プログラム全体に対する自由記載では、本研究の意義でもある精神科看護におけるかかわりについて理論的に理解することを示唆するような意見もみられている。また、チームで精神科看護におけるかかわりを共有することの重要性を示唆するような意見もみられている。したがって、今後も、今回の研究を活用して研修内容を吟味しながら、本研修を行っていくことが重要であると考えられる。

3. 看護におけるかかわり (involvement) の系統的教育的必要性

本研修プログラムは、involvement概念を実践の振り返りの枠組みとした臨床看護師への「看護におけるかかわり (involvement) 研修」²¹⁾をベースとした。さらに、本研究グループおよび海外のinvolvement関連文献を参考に精神科看護における要素である「精神科看護におけるinvolvement (かかわり) の技術を習得してきたプロセス」を追加し、新たに精神科の患者におけるinvolvementの事例を提示することで精神科看護におけるかかわり (involvement) 研修プログラムを開発した。総合病院の看護師を対象とした研修では、over-involvementの傾向をより強く示す対象者に対して、選択的にその傾向を緩和する可能性が示唆された。また、患者との心理的距離を近づけることがより難しい対象者に関して、患者の内的世界にかかわろうとしない傾向が緩和されたことが示唆された²¹⁾。さらに、患者との心理的距離を近づけることに、より困難を覚えていない対象者について、患者の内的世界にかかわり過ぎる傾向が緩和されたことが示唆された²¹⁾。今回の精神科の看護師を対象とした研修では、患者に対する関心が増したことが示唆された。また、対象者が研修前よりも自己開示を行うようになったことが示唆された。対象者、研修内容、研修時間などが異なるため、厳密な比較はできないが、どちらの研修においても、患者とのかかわり (involvement) において良好な結果が示唆されている。両研修の対象者は、看護におけるかかわり (involvement) の系統的教育的を受けていないため、看護におけるかかわり (involvement) を習得していく上で困難を覚え、自己流でその技術を習得していくことになりやすいと考えられる。両研修で良好な結果が得られたということで、看護におけるかかわり

(involvement) の系統的教育的教育が望まれる。

4. 本研究の限界

本研究の対象者は16名で研修参加者は8名(対照群8名)と少数であり、一般化するには限界がある。今後、本研究結果によりプログラムを精練し、対象者を増やして研究を行っていく必要がある。

V. 結 語

精神科看護におけるかかわり (involvement) の研修プログラムを開発し、精神科看護師に実施しその効果を評価することを目的に、関西圏にある私立精神科病院の看護師8名の看護師に半年間で6回の研修を行った。involvement関連尺度を用いて、研修プログラム前後の得点の比較と研修の意識調査を行った結果以下のことが明らかになった。

1. 研修後に対象者の患者に対して低かった「気がかり」が対照群と同程度になり、患者に対する関心が増したことが示唆された。
2. 対象者が研修前よりも自己開示を行うようになったことが示唆された。
3. 本研修の難易度を典型的な事例を用いることで理解しやすくする必要性が示唆された。
4. 精神科看護におけるかかわりについて理論的に理解できたことや、チームで精神科看護におけるかかわりを共有できたことが示唆された。

謝 辞

本研究に協力してくださった皆様に深謝申し上げます。なお、本研究は平成24年度科学研究費補助金基盤研究(C)(課題番号:24593500)を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvementの概念. 人間看護学研究, 1, 51-59, 2004.
- 2) Peplau, H. E. (著) Professional Closeness... as a special kind of involvement with a patient, client, or family group. Nursing Forum, 8 (4), 342-360, 専門職業人としての《したしみ》患者やその家族との特殊なかかわりあり. 総合看護, 5 (3), 66-81, 1970.
- 3) Travelbee, J. (著), 長谷川浩, 藤枝知子(訳): 人間対人間の看護, 215-218, 1974, 医学書院.

- 4) Watson, J. (著), 稲岡文昭、稲岡光子 (訳): ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア, 84-99, 1992, 医学書院.
- 5) Benner, P. & Wrubel, J. (著), 難波卓訳: 現象学的人間論と看護, 1999, 医学書院.
- 6) 牧野耕次: 精神科看護における看護師の「巻き込まれ」体験の構成要素とその関連要因, 人間看護学研究, 2, 41-51, 2005.
- 7) Artinian, B. M.: Personal involvement with critically ill patients. *California Nurse*, January, 78(7), 4-5, 1983.
- 8) Artinian, B. M.: Risking involvement with cancer patients. *Western Journal of Nursing Research*, 17(3), 292-304, 1995.
- 9) Turner, M.: Involvement or over-involvement? Using grounded theory to explore the complexities of nurse-patient relationships. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 153-160, 1999.
- 10) May, C.: Affective neutrality and involvement in nurse-patient relationships: perceptions of appropriate behaviour among nurses in acute medical and surgical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 552-558, 1991.
- 11) Ramos, M. C.: The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 496-506, 1992.
- 12) Field, D.: 'We didn't want him to die on his own'--nurses' accounts of nursing dying patients. *Journal of Advanced Nursing*, 9(1), 59-70, 1984.
- 13) Benner, P. & Gordon, S.: *Caregiving*, 40-55, 1996, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- 14) Benner, P., Sutphen, M. & Leonard, V. (著), 早野ZITO真佐子 (訳): ベナー ナースを育てる, 262-276, 2011, 医学書院.
- 15) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 山下真裕子, 松本行弘: 看護における「巻き込まれ」の概念分析: Rodgersの革新的概念分析法を用いて, 人間看護学研究, 13, 71-79, 2015.
- 16) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 精神看護実習において看護学生に生じたinvolvementの概念分析とその多軸評定の作成, 人間看護学研究, 4, 13-22, 2006.
- 17) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究, 人間看護学研究, 3, 103-110, 2006.
- 18) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvement尺度原案作成に関する研究, 人間看護学研究, 5, 97-105, 2007.
- 19) 牧野耕次, 比嘉勇人, 池崎潤子, 甘佐京子, 松本行弘: 看護師版対患者Over-Involvement尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 人間看護研究, 7, 1-8, 2009.
- 20) 牧野耕次, 比嘉勇人, 池崎潤子, 甘佐京子, 松本行弘: 看護師版対患者Under-Involvement尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 人間看護研究, 8, 1-8, 2010.
- 21) 牧野耕次, 比嘉勇人, 山本佳代子, 甘佐京子, 山下真裕子, 松本行弘: 看護におけるかかわり(involvement)研修の評価, 人間看護研究, 10, 101-108, 2012.
- 22) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子他: 精神科看護師による境界の調整に関する技術的要素, 人間看護学研究, 9, 117-125, 2011.
- 23) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 山下真裕子, 松本行弘: 総合病院勤務の看護師における境界の調整モデルの抽出, 人間看護研究, 11, 21-30, 2013.
- 24) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 山下真裕子, 牧原加奈: 精神科看護における境界の調整技術の獲得過程, 人間看護研究, 12, 1-8, 2014.
- 25) 比嘉勇人: spirituality評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討, 日本看護学会誌, 22(3), 29-38, 2002.