研究ノート

看護におけるかかわり（involvement）研修の評価

牧野　耕次[1)]、比嘉　勇人[2)]、山本佳代子[3)]、甘佐　京子[1)]、山下真裕子[1)]
松本　行弘[1)]
[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)]東京工科大学医療保健学部看護学科

背景　看護におけるinvolvement（かかわり）は患者との関係を構築し患者のニーズに沿った看護を行う上で重要な概念である。他方、involvementの他の訳語である「巻き込まれ」は、患者との関係においてストレスになることが示唆され、問題として警告されてきた。involvementは我が国においてなじみのない概念であり一つの概念としてほとんど認識されてはおらず、両価的な評価をそれぞれ反映し、かかわりと「巻き込まれ」として認識されていると言える。

看護におけるinvolvementを概念として理解せず、かかわりの技術（skill）を修得しないまま臨床で働く看護師は、巻き込まれすぎて精神的に落ち込んだり、患者に近づけず、深くかかわることができなかったりするなどの問題に直面した時に、振り返って解決する糸口を見つけにくいと考えられる。

目的　看護におけるかかわり（involvement）を意識化し、適度な距離を持って患者とかかわることができるようになることを目指した「看護におけるかかわり研修」を看護師に実施し、その効果を検討する。

方法　関西圏の700床以上の総合病院に勤務する看護師23名を対象に、看護におけるかかわり研修を実施し、その前後のOver-involvement尺度（OIS）およびUnder-involvement尺度（UIS）を測定し、前後の因子および尺度得点を比較した。

結果　研修終了約１カ月後に、OIS高群の得点合計が49点（P=0.027）、因子「被影響性」の得点合計が20点（P=0.027）、さらに因子「気がかり」の得点合計が20点（P=.020）と有意に低下した。同様に、UIS高群の因子「不関与」が13点（P=0.047）低下し、さらにUIS低群の因子「不関与」が11点（P=0.026）、有意に増加した。

結論　本研修が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。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と推察できる。

キーワード　看護、かかわり、研修、評価

Evaluation of training on the nursing involvement

Koji Makino[1)], Hayato Higa[2)], Kayoko Yamamoto, Kyoko Amasa[1)], Mayuko Yamashita[1)], and Yukihiro Matsumoto[1)]

[1)]School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture,
[2)]Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama,
[3)]Tokyo University of Technology, School of Health Sciences Department of Nursing

2011年９月30日受付、2012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

Ⅰ．緒　言

患者との関係を構築し患者のニーズに沿った看護を行う上で、involvement（かかわりと訳されることが多い）が重要であることが、米国の看護理論家により述べられている[1)2)3)4)5)]。他方、involvementの他の訳語である「巻き込まれ」は、患者－看護師関係における看護師のストレス[6)]と関連していることが示唆されている。また、「巻き込まれ」は看護師が苦痛を経験することや専門性を見失うことにつながる可能性があるため[7)]、問題とし

て警告されてきた。involvementは我が国においてなじみのない概念であり一つの概念としてほとんど認識されてはおらず、両価的な評価をそれぞれ反映し、かかわりと「巻き込まれ」として認識されていると言える。

さらに、看護におけるinvolvementは、前述した両価的側面だけでなく、広範で、研究者の視点により多様な捉え方が可能であるため、重要視されていながら看護学教育において取り上げられる機会はほとんどない。看護におけるinvolvementを概念として理解せず、かかわりの技能(skill)を修得しないまま臨床で働く看護師は、巻き込まれすぎて精神的に落ち込んだり、患者に近づけず、深くかかわることができなかったりするなどの問題に直面した時に、振り返って解決する糸口を見つけにくいのではないだろうか。Bennerは、臨床の場面や問題において、患者や家族などの人間関係に注意深く、正確な内容と深さでかかわることを「かかわり（involvement）の技能（skill）」と呼び[8]、臨床で働く看護師が身につけなければならない人間関係の技能（skill）であるとしている[9]。しかし、Bennerは「かかわり（involvement）の技能（skill）」を、臨床の文脈を重視したかたちで示し、詳細かつ理論的なかたちでは提示してない。牧野らは、看護におけるinvolvementの４つの構成要素を提示し[10]、看護師版対患者Over-Involvement尺度（以下OISと記す）[11]と看護師版対患者Under-Involvement尺度（以下UISと記す）[12]を開発している。また、かかわり(involvement)が看護の中心的な位置づけとなる精神科に勤務する４名の看護師を対象に、上手くかかわれなかったという思いのある事例解釈が、看護におけるかかわり（involvement）の視点を学習してどのように変化したのかを検討している[13]。しかし、看護におけるかかわり（involvement）の研修は実施されていない。そこで、本研究では、牧野らの枠組みを用いて、看護におけるかかわり（involvement）を意識化し、適度な距離を持って患者とかかわることができるようになることを目指した「看護におけるかかわり（involvement）研修」を看護師に実施し、その効果を検討した。

看護の現場では、24時間患者に向き合い、患者のプライバシーである日常生活に対する援助を行うため、「巻き込まれ」が起こりやすいことが指摘されている。看護における「巻き込まれ」は、燃え尽き（burnout）との関連が示唆されていたり[14]、チームのメンバーや他職種を圧倒したり[15][16]、専門職性が発揮しづらくなったりするなどの問題点が挙げられている。そこで、看護におけるかかわり（involvement）研修の効果が確認されれば、上記の問題点の改善が期待される。また、現場に即した継続教育が可能になり、良好な患者－看護師関係を構築する能力の向上につながると考えられる。

Ⅱ．研究方法

１．研究対象

対象施設：関西圏の700床以上の総合病院

対象者：看護におけるかかわり（involvement）研修の呼びかけに各病棟から希望を募り集まった看護師のうち、本研究に同意した23名。

２．用語の操作的定義

看護におけるかかわり（involvement）

看護師が「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」の４つを行いながら、患者と対応すること（図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。「感情の投資」：患者に対して感情や関心をむけること。「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。「境界の調整」：患者との対応の中で専門的技能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。

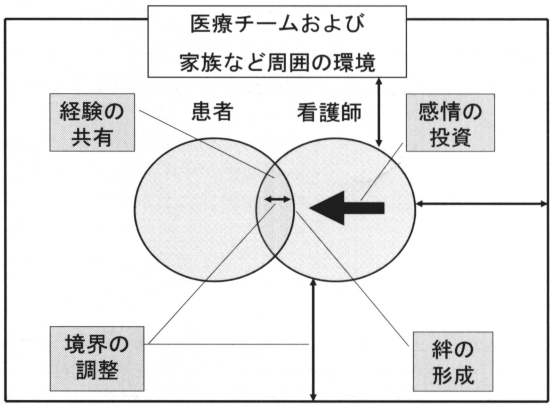

図１　看護における「かかわり(involvement)」の概念図

３．看護におけるかかわり（involvement）研修（介入）の内容

１）講義内容（表１）：50分

① 看護における「かかわり（involvement）」の前提

② 看護を支えているものと看護における「かかわり（involvement）」

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ったと思った時、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」を大切にし、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

③　看護における「かかわり（involvement）」の重要性
④　看護における「かかわり（involvement）」の4視点
⑤　看護における「かかわり（involvement）」の統合

2）グループワーク（事例検討）：40分

家族の強い希望でがんの転移を告知されていない患者との症状に関する対応で、患者に怒鳴られる事例について、自分であったとしたらどのように考え対応するかを6名のグループメンバーでディスカッションして発表する。発表に対して、ファシリテーターは、看護におけるかかわり（involvement）を振り返るときの以下の6ポイントも提示しながら、共感的に受け止める。さらに、かかわり（involvement）に関する4つの視点を用いた事例の振り返りを共有する。

①患者も看護師も、それを取り巻く周囲（医療チーム、家族）もその時点においては、例え失敗や間違いが

あったとしても、持っている対処能力を用いて全力を尽くしていると考えてみる。

②自分を責めなくてもいい：「～してしまった」という振り返りは、振り返りの時点で、既に自分が悪いという前提に立ってしまって客観的な振り返りが難しくなる。

③上記の看護におけるかかわり（involvement）に関する4つの視点から、かかわりを振り返ってみる。

④看護における「巻き込まれ」は、援助量が増大することや入院期間が長くなることで、誰にでも起こりえる。

⑤看護における「巻き込まれ」は、問題として取り上げられがちであるが、それを振り返ることにより、その看護師自身がどこまで患者に踏み込みかかわることができるのかということを振り返り実感として学ぶ貴重な経験となる。

⑥巻き込まれてはいけないと意識しすぎると、事務的・機械的な対応になったり、患者の本心が分からなくなったりする。

4．調査方法

1）看護におけるかかわり（involvement）の傾向の研修実施前測定

看護師が患者に対して巻き込まれすぎる傾向を測定するOIS、および患者との心理的距離を近づけることが難しい傾向を測定するUISを対象者に実施する。

2）看護におけるかかわり（involvement）の傾向の研修実施1カ月後測定

研修実施約1カ月後に対象者にOISおよびUISを再測定する。この時、対象者のIDを研修前後で対応させるために、次のように実施した。研修実施当日に行った調査紙を、約1カ月後に行う調査紙および最終提出用の封筒と合わせて封筒に入れ、署名厳封した。約1カ月後に署名に基づいて、対象者に返却し、回答後、最終提出用の無記名の封筒に2回分の調査紙を入れ、病棟で回収した。

5．調査内容

1）対象の属性

対象の属性として、年齢、性別、看護師の経験年数を調査した。

2）看護師版対患者Over-Involvement尺度（OIS）得点

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過同一化となり、患者の責任まで引き受けること傾向を測定する尺度。12項目の質問項目（5件法；尺度合計範囲12～60点）で、「残心感（4項目）」「被影響性（5項目）」「気がかり（3項目）」の3つの因子から構成される。牧野ら[11]によって開発され、信頼性および妥当性が検証されている。

3）看護師版対患者Under-Involvement尺度（UIS）得点

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傾向を測定する尺度。10項目の質問項目（5件法；尺度合計範囲10～50点）で、「非自己開示（4項目）」「不関与（3項目）」「固定的関係（3項目）」の3つの因子から構成される。牧野ら[12]によって開発され、信頼性および妥当性が検証されている。

5．分析方法

1）経験年数における各因子および尺度得点の合計に有意な差がみられるか、独立サンプルによるMann-WhitneyのU検定を行った。

2）研修前後の各因子および尺度得点の合計に有意な差がみられるか、対応サンプルによるWilcoxonの符号付き順位検定を行った。

また、研修前の各尺度の中央値をもとに各尺度高群および低群に分割し、高群および低群それぞれの研修前後の因子および尺度得点の合計に有意な差がみられるか、対応サンプルによるWilcoxonの符号付き順位検定を行った。

なお、分析には、IBM SPSS Statistics（Ver. 19）を用いた。

6．研究期間

平成22年3月上旬～平成22年4月中旬

7．倫理的配慮

研究対象者に対して、研究の意義、目的、方法などについて、文書により説明を行った。この内容を理解したうえで、研究に参加することに同意し、自らの自由意志に基づき、同意書に自筆で署名し提出したものを本研究の対象者とした。

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。

本研究に参加することによるメリット（看護における「巻き込まれ」傾向が改善されることが期待できること）とデメリット（グループワークにおいて、過去の体験がよみがえる可能性）を説明し、話すことができる範囲の内容で構わないことを事前に伝えた。

調査紙は本人が特定できないよう、上記の質問紙調査方法で示した工夫を行い病棟で回収した。研究に協力しない対象者は点数の変化を確認したうえで、研究に同意しないことができるよう配慮した。

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り、研究の成果を公表する場合は、研究対象者を特定できないようにした。

本研究は、滋賀県立大学倫理審査委員会の承認（承認番号141号）および対象施設の倫理審査委員会の承認（E09-11-011）と院長の許可（P09-11-011）を受けて実施した。

Ⅲ．研究結果

1．対象者の属性

研修には24名の看護師が参加したが、研究に同意した（同意書が得られた）23名を本研究の対象者とした。

年齢は、20歳代が19名、30歳代が２名、40歳代が２名であった。性別は、女子22名、男子１名であった。

有効回答は23名中18名で、経験年数は、２年目が10名（本研修が３月に行われほぼ２年目終了時）、３年目以上が８名であった。

表２　２年目と３年目以上における各因子および尺度得点の比較

介入前後	各因子および尺度	2年目中央値	3年目以上中央値	P値
介入前	残心感	12.5	12.0	.653
	被影響性	20.0	17.5	.264
	気がかり	9.5	10.5	.532
	OIS	40.0	38.5	.964
	非自己開示	10.0	10.0	.964
	不関与	7.0	8.5	.256
	固定的関係	11.0	11.0	.964
	UIS	27.5	30.0	.562
介入後	残心感	12.0	11.0	.685
	被影響性	18.5	17.5	.242
	気がかり	10.0	10.0	.964
	OIS	40.0	39.5	.473
	非自己開示	10.0	10.0	.555
	不関与	7.5	8.0	.467
	固定的関係	9.5	10.0	.718
	UIS	27.0	27.5	.558

独立サンプルによるMann-WhitneyのU検定（P ＜ 0.05）

2．分析結果

1）２年目と３年目以上における各因子得点合計および尺度得点合計の比較

経験年数２年目10名と３年目以上８名を比較したが、各因子得点および尺度得点の合計について、研修前後ともに有意な差は認められなかった（表２）。

2）プログラム研修前後の各因子得点合計および尺度得点合計の比較

研修１カ月後の各因子得点および尺度得点の合計（n=18名）に有意な差はみられなかった。

研修前の各尺度の中央値をもとに各尺度高群および低群に分割した結果（各群ともにn=９名）、研修前OISの中央値は39.5点、UISの中央値は28.5点であった。研修１カ月後にOIS高群の得点合計が49点（P=0.027）、因子「被影響性」の得点合計が20点（P=0.027）、さらに因子「気がかり」の得点合計が20点（P=0.020）と有意に低下した。

同様に、UIS高群の因子「不関与」が13点（P=0.047）低下し、さらにUIS低群の因子「不関与」が11点（P＝0.026）増加した（表３）。

Ⅳ．考　察

本研究結果では、看護におけるかかわり（involvement）研修１カ月後に、患者に対して巻き込まれすぎる傾向がより強いOIS高群について、OIS得点合計とその因子で患者の状態に対して過度の反応を示す「被影響性」の得点合計および責任の範囲以上に患者のことが気になる「気がかり」の得点合計が有意に低下していた。OISの残りの因子である「残心感」の得点合計について

表３　プログラム研修前後の各因子得点合計および尺度得点合計の比較

因子および尺度（項目数）	対象者全体(n=18)					OIS高群(n=9)					OIS低群(n=9)					UIS高群(n=9)					UIS低群(n=9)				
	合計得点		中央値		P値	合計得点		中央値		P値	合計得点		中央値		P値	合計得点		中央値		P値	合計得点		中央値		P値
	前	後	前	後		前	後	前	後		前	後	前	後		前	後	前	後		前	後	前	後	
残心感 (4)	216	201	12.5	11.5	.390	123	114	14.0	13.0	.228	93	87	11.0	10.0	.833	116	100	13.0	11.0	.178	100	101	11.0	12.0	.888
被影響性 (5)	338	319	18.0	18.0	.184	185	165	21.0	18.0	.027 *	153	154	17.0	18.0	.478	164	159	18.0	18.0	.518	174	160	19.0	18.0	.156
気がかり (3)	187	182	10.5	10.0	.674	111	91	13.0	10.0	.020 *	76	91	9.0	10.0	.078	99	96	10.0	10.0	.892	88	86	11.0	10.0	.724
OIS (12)	741	702	39.5	40.0	.245	419	370	45.0	40.0	.027 *	322	332	36.0	39.0	.483	379	355	39.0	39.0	.310	362	347	40.0	40.0	.611
非自己開示 (4)	181	180	10.0	10.0	.719	86	84	9.0	8.0	.498	95	96	10.0	11.0	.931	101	95	11.0	11.0	.238	80	85	9.0	9.0	.596
不関与 (3)	137	135	7.5	8.0	.972	65	66	7.0	8.0	.566	72	69	8.0	7.0	.581	84	71	9.0	8.0	.047 *	53	64	6.0	8.0	.026 *
固定的関係 (3)	190	183	11.0	10.0	.088	88	84	9.0	9.0	.102	102	99	11.0	11.0	.334	102	99	11.0	10.0	.366	88	84	9.0	9.0	.102
UIS (10)	508	498	28.5	27.0	.467	239	234	27.0	27.0	.446	269	264	30.0	28.0	.766	287	265	32.0	28.0	.074	221	233	25.0	27.0	.233

対応サンプルによるWilcoxonの符号付き順位検定（* P ＜ .050）

は、有意な差がみられなかったが、OIS高群は9名と非常に少ない対象者数で有意な差が検出されにくい条件であるにも関わらず、OIS全体と3因子中2因子の得点合計が有意に低下していた。また、全対象者の1カ月後のOIS合計得点は有意な差がみられず、OIS高群で有意な低下がみられたことから、本研修がover-involvementの傾向を強く示す群に対して、選択的にその傾向を緩和する可能性が示唆された。これは、「巻き込まれ」を振り返ることで関わりを磨くことができる可能性を講義で示唆していることや、グループワークで患者に巻き込まれた事例を用いるなど、over-involvement傾向により強く働きかける研修内容であったことが一因であると推察される。over-involvementや「巻き込まれ」は、ストレス[6]や燃え尽き[14]との関連が指摘されているため、実際の患者とのかかわりにおいて、over-involvementや「巻き込まれ」で困難を抱えている看護師に対するストレスマネジメントの視点でも本研修は効果が期待される。

また、本研修前後で、UIS高群について、UISの因子「不関与」が、有意に低下していた。患者との心理的距離を近づけることがより難しいUIS高群である対象者に関して、患者の内的世界にかかわろうとしない傾向である「不関与」が低下したことで、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。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UIS低群について、「不関与」が有意に増加していたことで、患者の内的世界にかかわり過ぎる傾向が緩和されたと推察できる。本研修は、OIS高群だけでなく、UIS高群および低群において、UISの1因子で患者の内的世界にかかわろうとしない傾向である「不関与」に対して作用し、患者の内的世界へのかかわりの程度の極端さを緩和する可能性が示唆された。今後、患者との心理的距離を近づけることに困難を覚えるunder-involvement傾向が強い看護師が、無理なく患者との心理的距離を近づけるための講義内容や事例を加えていくことで、より幅広く安定性のある研修に発展させていくことが可能である。また、over-involvementもしくは、under-involvement傾向が強い対象に絞った研修に改編することも可能である。

総合病院では、入院期間の短縮や入院患者の重症化などにより、身体性をともなった看護技術が必要な診療の補助と療養上の世話に看護師の業務時間の大半が費やされている。この看護技術は、看護の専門性の核であることは言及するまでもない。他方、患者のニーズの充足、安全安楽の確保、退院後のより良い生活の実現などには、看護におけるかかわり（involvement）も同様に必要な看護の専門性の重要な核であり、Bennerは看護師が身につけなければならない人間関係の技能としている[9]。それは、身体性をともなった看護技術と切り離して考えられないものである。看護におけるかかわり（involvement）は看護師自身を媒体・道具として用いるために、性格や相性、センス等の問題として扱われることも多く、その状況依存性や、再現の難しさから教育や指導の難しさがあるといえる。看護師の立場からは、教育や指導の難しさは学ぶことの難しさと感じられるであろう。しかし、教育や指導の難しさ、学ぶことの難しさのために、いつまでも性格や相性、センス等の問題と位置づけていては、看護師がその専門性を発展させる重要な機会を逸する可能性も大きくなる。看護が学問としてさらに発展する上でも、問題となる可能性がある。本研修は、そのような難しさはありながらも、看護の先達が磨き[7]、看護理論家が重視している看護におけるかかわり（involvement）そのものに焦点を当てることで、その系統立てた教育や指導、もしくは学習の発展に寄与する可能性があると考える。看護におけるかかわり（involvement）は、看護師自身の感情や価値観などの個人的な部分も含まれるため、全てが、教育や指導の対象として扱われることに倫理的な問題等が生じる可能性がある。強制的な受講ではなく、現時点では、かかわり（involvement）を振り返り磨くことで看護の専門性をさらに発展させたいと希望する看護師が自発的に受講できる研修とすることが望ましい。

なお、本研究は1総合病院おける少数の対象者に関する結果であり、効果を検証するには、対象者を増やし、対象群を設けるなど、研究デザインを検討しながら調査を続けていく必要がある。

V. 結　語

関西圏の700床以上の総合病院に勤務する看護師23名を対象に、看護におけるかかわり（involvement）研修を実施し、その前後のOISおよびUISを測定した結果、研修1カ月後にOIS高群の得点合計が49点（P=0.027）、因子「被影響性」の得点合計が20点（P=0.027）、さらに因子「気がかり」の得点合計が20点（P=0.020）有意に低下した。同様にUIS高群の因子「不関与」が13点（P=0.047）低下し、さらにUIS低群の因子「不関与」が11点（P=0.026）増加した。

本結果から、看護におけるかかわり（involvement）研修は、over-involvementの傾向を強く示す群に対して、選択的にその傾向を緩和する可能性および、患者の内的世界へのかかわりの程度の極端さを緩和する可能性が示唆された。

謝　辞

研究遂行にあたり、ご協力いただいた施設の皆様に深

謝申し上げます。
なお、本研究は平成19年度科学研究費補助金基盤研究(C)(課題番号：19592588)を受けて行った研究の一部である。

文　献

1）Peplau, H. E. Professional Closeness. O'Toole, A. W., Welt, S. R. (edited by): Interpersonal Theory in Nursing Practice: selected works of Hildegard E. Peplau. 230-243, Springer Publishing Company, New York, 1989, 池田明子，小口徹，川口優子，小林信，吉川初江，小田葉子：専門職的な接近；ペプロウ看護論　看護実践における対人関係理論，197-209，医学書院，1996. Cloud, H., Townsend, J.: Boundaries, Zondervan, Grand Rapids, 1992 中村佐知，中村昇共訳，境界線，地引網出版，2004
2）Travelbee, J. : Interpersonal Aspect of Nursing. 145-147, F. A. Davis Company, Philadelphia, 1971, 長谷川浩，藤枝知子：人間対人間の看護，215-218，医学書院，1974
3）Watson, J.: Nursing: Human Science and Human Care; The Theory of Nursing. 64-67, National League for Nursing, New York, 1988. 稲岡文昭，稲岡光子：ワトソン看護論　人間科学とヒューマンケア，93，医学書院，1992
4）Benner, P.: From Novice to Expert; Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. 163-166, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1984, 井部俊子，井村真澄，上泉和子：ベナー看護論　達人ナースの卓越性とパワー，116-117. 医学書院，1992
5）Benner, P. & Wrubel, J.: The Primacy of Caring; Stress and Coping Health and Illness.1-56, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1989. 難波卓：現象学的人間論と看護，1-62，医学書院，1999
6）山崎登志子，齋二美子，岩田真澄：精神科病棟における看護師の職場環境ストレッサーとストレス反応との関連について，日本看護研究学会雑誌，25(4)，73-84，2002
7）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
8）Benner, P., Stannard, D., & Hooper, P. L.: A "thinking-in-action" approach to teaching clinical judgment: A classroom innovation for acute care advanced practice nurses. Advanced Practice Nursing Quarterly, 1, 70-77, 1996
9）Benner, P., Hooper, P. L. & Stannard, D.: A thinking-in-action approach: Perceptual acuity and the skill of involvement, 14-16, Saunders, Philadelphia, 1999. 井上智子：ベナー　看護ケアの臨床知　行動しつつ考えること；鋭敏な知覚と関わりの技能，21-24，医学書院，2005
10）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，3，105-112，2006
11）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
12）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，人間看護研究，8，1-8，2010
13）古山祐可，田中能理子，牧原加奈，二上嘉代，牧野耕次，比嘉勇人：精神科看護師による上手くいかなかったという思いのある事例解釈の変化―看護における「かかわり(involvement)」を学習して―，人間看護学研究，9，107-115，2011
14）Baillie, L.: How nurses view emotional involvement, Nursing Times, 92(9), 35-36, 1996
15）Morse, J. M.: Negotiating commitment and involvement in the nursing-patient relationship. Journal of Advanced Nursing, 16, 455-468, 1991
16）Ramos, M. C.: The nurse-patient relationship; theme and variations. Journal of Advanced Nursing, 17, 496-506, 1992

(Summary)

Background Giving careful consideration to "involvement" is important for building a good relationship with patients and for providing adequate nursing care to meet their needs. On the other hand, it has been suggested that over-involvement with patients is risky because it creates a lot of stress for nurses. "Involvement" is not a familiar concept in Japan, which is recognized not as a clear-cut concept but as an ambivalent concept that has the meaning of both *kakawari* and *makikomare*. We consider that those nurses who fail to understand the concept of involvement and to master the skill of involvement tend to be afraid of getting deeply involved in nursing care.

Objective The purpose of this research is to make a comparison between the scores of over-involvement scale (OIS) and those of under-involvement scale (UIS) before and after a training of nursing involvement.

Methods 23 nurses working for a general hospital with more than 700 beds in the Kansai region participated in the training of nursing involvement. We measured their OIS and UIS before and after the training and compared the scores of their factors and scales.

Results About one month after the completion of the training the total scores of following items were changed at a statistically significant level: a factor - "non-engagement" in the low score group of UIS rose 11 points (p=0.026), and the high score group of OIS, factors - "affectedness" and"concern" in the high score group of OIS, and a factor - "non-engagement" in the high score group of UIS declined 49 points (p=0.027), 20 points (p=0.027), 20 points (p=0.020), and 13 points (p=0.047), respectively.

Conclusion Our analysis showed that the training of nursing involvement could help over-involved nurses reduce that tendency in a selective way. Participation in the training was also useful for those nurses who are not good at shortening the psychological distance between patients and them to mitigate their tendency not to be involved in patients' private matters. It is also inferred that the training of nursing involvement contributed to decrease the tendency to be involved in patients' private matters too much among those nurses who did not experience difficulty in shortening the psychological distance between patients and them.

Key Words nursing, involvement, training, evaluation