

研究ノート

看護における involvement の概念



牧野耕次、比嘉勇人、甘佐京子、松本行弘
滋賀県立大学人間看護学部

はじめに 本論文では、両価的な意味をもつに至った“involvement”の概念を看護の中でどのように理解し使用していけばよいのか等について、文献整理を通し考察した。

“involvement”の概念と類似する用語 “involvement”は、無意識の感情的反応だけでなく意識的な感情の反応も含んでおり、行動を伴うことが他の類似概念と大きく異なると考えられる。

看護領域における“involvement”への関心 1960年代以降、看護における“involvement”が文献の中でどのようにとらえられているか、年代で区分し概観した。

看護学領域以外の“involvement”への関心 看護学領域以外の“involvement”に関する文献についても学問領域ごとに概観し、その概念がどのようにとらえられているのか確認した。

“involvement”のさらなる探求の方向性 科学的客観性や中立性を重視するため、医学や心理学では“involvement”という概念そのものがほとんど重視されず、“involvement”の否定的側面に焦点が当てられることが多い。しかし、24時間患者やその生活における様々な問題に向き合い、健康であれば本人が行う日常生活動作を本人に代わって行い、ニーズを把握しながら苦痛を伴う医療的処置をも行わなければならない看護は中立性や距離を置くという視点よりも、避けがたい“involvement”を実践、評価し、発展させることでその中心的概念に位置づけてきたと考えられる。

キーワード 巻き込まれ、患者-看護師関係、逆転移、共感

1. はじめに

日本の看護教科書や看護関連文献では、“involvement”が「巻き込まれ」¹⁾「巻き込まれ関与すること」²⁾「関与」³⁾「かかわり(あい)」⁴⁾⁵⁾等と訳され用いられている。“involvement”の概念については、患者-看護師関係を構築する過程において患者の感情や認識を理解し苦痛を軽減するための不可欠要因として肯定的に捉えられることもあるが、精神科看護の領域では、患者の「対人操作」により看護師が「振り回され」適切な看護が継続できなくなる、という否定的意味合いで捉えられていた。ところが近年、精神科看護関連の教科書⁶⁾や事例報告⁷⁾においても“involvement”の肯定的側面が主張され始めた。研究論文のデータベースであるCINAHLと医学中央雑誌を利用して“involvement & nurse-patient relationship”、“関与”“巻き込まれ”

“かかわり(関わり)”と患者-看護師関係をキーワードに検索してみると、最近10年間で文献数が増加傾向にあるのがわかる(表1)。

しかしながら、論文の種別については「かかわり(関わり)」に関する事例報告が大多数を占めており、例えば「何々の患者とのかかわりを振り返る」というように「かかわり(関わり)」=「看護」として扱われ、“involvement”の概念そのものに焦点を当てた研究論文はほとんどみられない。

表1. 患者-看護師関係における“involvement”関連の文献数の推移

『CINAHL』および『医学中央雑誌』*	Involvement	関与	巻き込まれ	かかわり(関わり)
1984~1988	1	0	0	18(8)
1989~1993	8	0	0	23(14)
1994~1998	78	2	2	41(79)
1999~2003	83	1	5	105(210)
計	170	3	7	187(311)

*医学中央雑誌については1984年を1986年以前とした。また、機械などへの物理的な「巻き込まれ」および患者-看護師関係を含まない「かかわり(関わり)」は除外した。

そこで本論文では、両価性的な意味をもつに至った“involvement”の概念を看護の中でどのように理解し使用していけばよいのか等について、文献整理を通し考察してみたいと思う。

II. “involvement”の概念と類似する用語

involvementの概念との類似語には、次のようなものがある。

- 同一視（同一化：identification）
- 投影（投射projection）
- 投影同一視（投影同一化：projective identification）
- 共感（感情移入：empathy）
- 同情（sympathy）
- 同感（sympathy）
- コミットメント（commitment）

「同一視（同一化）」は、無意識に相手の考え、感情、態度を取り入れ真似ること、「投影（投射）」は、自分自身の感情や考えを相手のものとみなすこと、「投影同一視（投影同一化）」は、相手に対して強く思い入れを持つことで、自分の中に起きている感情は相手も感じているかと思ひ、自分にとって状況が悪化すると、それを相手の責任であると考えることである。これらは、防衛機制であり基本的に無意識の反応である。「逆転移」は、精神分析の用語で本来は患者の転移に対する治療者の無意識的な反応（態度、感情、考えなど）である。「共感（感情移入）」は、対象の中に自分の心を入れ移し入れて、対象の感情を感覚的に知覚することである。「同情」は相手に対するあわれみととらえられている。「同感」は一つのプロセスであり、その中で他人の苦悩を理解できそれによって心を動かされ、その原因を和らげたいと願うことである³⁸⁾。「コミットメント」は、「既成の思想、心情、規範あるいはこれらを保持する集団に対して、心情的にあるいは制度的に関わりをもつこと」である⁹⁾。また、コミットメントは看護において傾倒するという意味で患者に対しても使用するが、P. Bennerは、コミットメントはもともと社会学の用語として使用され、量的な語であり、強弱の観点から分析されると述べている²⁾。一方、Psychiatric Nursing in the Hospital and the Communityにおいては、“involvement”を他のメンタルヘルスの職種と看護を区別する特徴の一つと位置づけ、単に共感して話を聴くだけでは不十分で直接的な行動を伴うとしている¹⁰⁾。従って、“involvement”は、無意識の感情的反応だけでなく意識的な感情の反応¹¹⁾¹²⁾も含んでおり、行動を伴うことが他の類似概念と大きく異なると考えられる。

III. 看護領域における“involvement”への関心

(1) 1960年代以前

“involvement”は否定的に捉えられ、問題視されることが多かった。職業的倫理観に関しては、仕事とプライベートを分けるラインを越えてはいけないという考え方があった¹³⁾¹⁴⁾。科学的客観性や中立性に関しては、感情的な中立性（affective neutrality）が治療的関係を客観的に保つものであり、関係が援助的でなくなるのは看護師が感情的に巻き込まれる（become involved）からであるという多くの社会学者による議論がある¹⁵⁾。公平性という観点では、看護師は一人の患者だけのものではなく、ケアの配分が極端に偏ってはならないという考え方があった¹⁶⁾。看護師の感情という観点においては、患者の感情に共感しすぎてどうしてよいかわからない状態に陥ることや、患者の問題を抱え込み精神的に参ってしまうことがあると言われている¹⁷⁾。また、患者の状態が悪い結末に至った時に看護師が精神的に傷つき、その後同じような患者に上手くかかわれなくなることや¹⁷⁾、看護師が患者と理解を深め合うことにより友人となった場合、看護師としての自分自身との間で役割葛藤に陥ること¹³⁾などが問題点として挙げられている。これらの視点は、1960年代以降も継続して見られる。

(2) 1960年代～1970年代

J. Travelbeeは、患者との信頼関係（rapport）を築く上で“involvement”が必要であると述べている⁹⁾¹⁸⁾。また、J. Travelbeeは、その著書の中で“involvement”は、人への気づかい（caring）を援助行動に移す能力であり、そのレベルが成熟したものであれば看護を促進するとしている。そして、“involvement”がなければ、患者を知ることや人が危機のときに支えることができないこと、“involvement”の対象や手段、結果に注目しなければならぬことなどについて述べている³⁾。彼女は、知的、感情的理解であるが中立的なプロセスである共感（empathy）よりも、その理解を援助につなげたいと願う同感（sympathy）をより看護にとって重要な段階としていたが、その両者をつなぐものとして“involvement”を位置づけていた。H. E. Peplauは、“involvement”の特殊な種類として「専門職的な接近（したしみ：professional closeness）」をあげ、それが看護の場や患者 - 看護師関係において重要な要素であると述べている⁴⁾⁵⁾。その他、J. Goldsboroughは、患者 - 看護師関係は、“involvement”の本質的な過程でそれは看護の中心・核心であり、人に何が起っていて何が起ころうとしているのかを知り、その人と一緒にその人のために何かをすることであると述べ、“involvement”が可能となる条件として次の5つあげている¹⁹⁾。

①看護師の態度が患者とともにあり、患者のためのものである②患者 - 看護師関係の目的が両者に明確である③看護師が自身の役割に気づいている④利用可能な患者 - 看護師におけるコミュニケーションの知識と技術を活用する⑤看護師が絶えず、評価と自己理解の過程にいる。S. Gadowは、看護師の個人的な部分と専門職的な部分の対立的な考え方について、患者を全体 (whole) としての人ととらえるなら、看護師も全体としての人として行動すること、「巻き込まれるようになる (become involved) こと」が求められていると述べている²⁰⁾。

(3) 1980年代以降

①B. M. Artinian

B. M. Artinianは、個人的な (personal) “involvement” に関して骨髄移植患者とその家族を対象に質的記述的研究を行い、家族のサポートが機能しなくなった場合、看護師はどれだけ個人的な “involvement” が必要かの判断を発達させると述べている¹⁵⁾。母親が付き添うことができない患児に対して、服や手料理を患児のために持ってきたり、病院から離れたところに住んでいてお金が尽きてしまった特別な関係にある家族に対して、外泊中や退院後の短期間、経過を見るために看護師が患者に自宅の部屋を貸したりすることがある。そして、看護師の “involvement” が患児だけを対象にしていた場合、母親を脅かす可能性があるが、家族を対象とした場合は患児がターミナル期を迎えた時に家族と現実を受け止めることができる。また、患児を擁護したり、他のスタッフが既にしているより多くのことをしてほしいと望んだりしたとき、他のスタッフの嫉妬や怒りをかうことがある。看護師はこの特別な関係にある患児がおかれた状況に感情的に反応し、患児が亡くなった時には、他の移植を待つ患児に対する思いと合わせて二重に苦痛を味わう。しかし、これらの “involvement” は、他者の人生経験全体に入っていく必要があるため、看護師自身の人生にも学ぶ機会を与えることなどを明らかにした。看護師は家族の役割を時に取る必要があるが、不在の家族に取って代わることは決してできないとしている。また、患者のニーズと自分がそれにどれだけ答えることができるかをアセスメントすることによってのみ、患者看 - 護師双方にとって利益のある “involvement” がどの程度かというジレンマを解決することができるかと述べている。

さらに、B. M. Artinianはグラウンデッド・セオリーを用いた手法により、がん患者と看護師の特別な関係である “risking involvement (riskには「覚悟してやってみる」という意味がある)” のプロ

セスを明らかにした¹¹⁾。そのプロセスでは、看護師は意識的に、客観性を重視する看護師は無意識的に、その関係に入っていた。そのプロセスは、看護師にとって初めての “involvement” で詳細な観察や特別な注意や配慮を行ったり、個人的なスケジュールを調整したり、勤務外に患者の死に立ち会ったりする。そして、患者が亡くなった後、悲しみの受容や身体反応、成長があり、悲嘆を解決した時感情的な成熟があり、再び他の患者への “risking involvement” を決意し、“involvement” を実践する。一方、悲嘆が解決されなかった場合、“risking involvement” をしない決心をし、患者との接触の制限や平等に患者を「患者として」みるなど、慎重に感情的な中立性をとり “involvement” に抵抗することなどを明らかにした。

この2つの研究は、看護師は “involvement” の対象である患者の死によって大きな苦痛を味わうが、それを乗り越えることで成長することを示している。

②J. M. Morse

J. M. Morseは、8領域の看護師を対象にグラウンデッド・セオリーを用いた手法により、患者 - 看護師関係における看護師の “involvement” について、“clinical relationship (臨床的關係)” “therapeutic relationship (治療的關係)” “connected relationship (結びついた関係)” “over-involved relationship (巻き込まれすぎた関係)” の4つの患者 - 看護師関係のタイプを明らかにした²¹⁾。ケアにおける時間、相互作用、患者のニーズ看護師のコミットメントが増すにしたがって “clinical relationship” “therapeutic relationship” “connected relationship” “over-involved relationship” と順に “involvement” は増し、“over-involved relationship” では、非常に多くの患者のニーズがあり、期間も長期にわたる。看護師の傾倒はケアの体制や他職種を圧倒する。看護師は患者と親友となり家族として扱われる。この関係においては、ケアの目標は捨てられ、患者も看護師もそれぞれの役割を放棄し、看護師は患者が退院しても他の施設に行けば、病院を移ることもある。J. M. Morseは、この研究により “involvement” に関するレベルとその関連要因を理論的に明らかにした。

③M. C. May

M. C. Mayは、患者 - 看護師関係における感情の中立と “involvement” についての研究において、急性期の内科と外科病棟の看護師を対象にグラウンデッド・セオリーを用いて、“involvement” の3つの特徴、患者を知ること (knowledge)、患者との

相互関係 (reciprocity)、看護技術の投資 (investment) を明らかにした²²⁾。また、以下の3つの患者 - 看護師関係におけるモデルも明らかにした。個人的な熱意と制度上の役割、客観性のバランスが保たれた“primary (本来の) involvement”は、患者に有益で問題はない。相互関係を強調し過ぎて看護の適当な役割調整のできない“demonstrative (あらわに示された) involvement”は、ケアの分配にも問題があり患者にも良い影響を与えない。相互関係よりもケアの投資が強調された“associational (共同的) involvement”は、労働やケアの分配に問題はないが、看護師を患者から遠ざけるので患者にとっては有効ではないことを明らかにした。

④M. C. Ramos

M. C. Ramosは、患者 - 看護師関係における最も近く知覚された関係について、主に内科・外科に3年以上勤務している看護師を対象にインタビューし内容分析を行い、患者 - 看護師関係の3段階のレベルと2つの難局 (impasse) を明らかにした²³⁾。レベルIは、看護業務が行われたかどうかという視点にもとづいて行動するレベルで、患者との面識や患者の意識がなかったり、他からの情報や患者と過ごす時間がほとんど得られなかったりする。機械のニーズに圧倒された場合にはその場で必要なデータ収集以外は排除される。患者とのつながりは表面的で簡単なものであり、深い感情的結びつきとは区別された。これは、忙しすぎて患者と話す時間がない、患者は他からサポートを受けている、患者と相性が合わないなどということにつながる。レベルIのひとつの結果として、表面的なつながりのみで認知の取次ぎに欠けている感情的“involvement”により、患者の状況に圧倒されどのようにしてよいかかわらず、苦痛を感じる“pure emotional impasse”が明らかになった。これは、「燃え尽き (burn out)」の原因にもなり、一時的な場合もあれば継続する場合もある。レベルIIは、患者と、感情的、認知的つながりがあり、患者の助けになる“involvement”である。これは、患者がコミュニケーションを取れなかったり、関係に参加できなかったりするため看護師が一方的にそのコントロールを保っている。その関係では、看護師は状況に認知的に、また感情的に入り込み、患者に対し気の毒に思う自身の感情を超えて患者が感じていることを感じようとする。患者の状態により、そのつながりは目的があり有効であるが、患者の望みや価値観はその看護師の仮説である。看護師がその関係のコントロールを保っているために様々な理由で過剰な権威の行使と受け取ら

れ“control impasse”に陥ることがある。以上のレベルや難局をこえるとレベルIIIへと関係は進んでいく。それはよりリラックスした近いつながりにより看護師はエネルギーを要するが、患者の苦しみを背負い込むことでエネルギーを得る。そのつながりは、感情的にも認知的にも患者とは区別されているが、非常に強く職業的にも評価されるものであり、“over-involvement”は伴わない。この関係の結果、看護師は「業務をこなす」よりも役立っていると感じ、楽しんで患者と時間を過ごし、患者が必要とする特別なニーズも患者にとってより完全なヘルスケアニーズの理解にもとづいて満たすことができる。レベルIIIの関係はすべての看護師が経験するわけではないことなどをM. C. Ramosは明らかにした。

⑤D. Field

D. Fieldは、CCUの看護師を対象に、死にゆく患者に対する“involvement”に関して、質的記述的研究を行った¹²⁾。CCUにおける患者の死には、心停止による「突然の死 (quick death)」と慢性心不全による「ゆっくりとした死 (slow death)」があり、「突然の死」により名前も知らない「匿名の」死を親族に伝えることは、看護師にとって“involvement”がないことでより動揺する仕事である。慢性の心疾患患者はCCUに長く滞在し、看護師も患者のことをよく知り、“involvement”もある場合は、その死に心乱されるが、親族に伝える困難さは「匿名の死」より少ない。この研究が行われたCCUでは患者 - 看護師の割合が高く、比較的患者の滞在期間が短く、患者に対してより多くの“involvement”が許されているため、看護師たちは患者と多くの時間を過ごし、楽しんで仕事をしてきた。その理由を、ある看護師は“involvement”と答え、それにより、患者の知るべき、そして患者が知っておいてほしいと思うすべてを知ることができる」と述べている。それらの看護師による死にゆく患者への“involvement”は、首尾一貫しており、患者の他の側面に影響を与えることはなかった。“involvement”と死にゆく患者の看護による満足や報酬は、患者が死を受け入れ、威厳を持った死につながるため、患者の死に対する開かれた意識と率直なコミュニケーションに関連している。死にゆく患者への“involvement”は代価もあるが、患者と看護師にとって否定的であるより肯定的であることが多い。個別化された患者ケアには、ある程度の“involvement”が避けがたく発生し、それは死にゆく患者への良い看護につながっていた。その一方で“involvement”をともなった患者が亡くなるたびに動揺し、私生活にまで影響を受ける看護師のケー

スも明らかにされている。

⑥M. Turner

M. Turnerは、“involvement”に関してがん看護を行う看護師を対象にグラウンデッド・セオリーを用いた手法により、“involvement”の肯定的側面と否定的側面を明らかにした²⁴⁾。肯定的側面に関して、看護師は仕事に満足し価値を見出し、患者はケアの継続や安心、安全、ケアに対する信頼を得ていた。否定的側面に関して、看護師は患者の独占や患者への過度の依存、仕事と私生活の切り換えができないこと、患者に関しては看護師への依存やその看護師が勤務していないときに問題であること、他の患者に対するケアの不平等などが明らかになった。その他、“involvement”を看護師自身が管理する上で、“involvement”と“over-involvement”に気づくこと、患者との関係において“involvement”をどこまでにするのか境界を設定することや仕事を「スイッチ・オフ」して私生活と区別することで“involvement”をコントロールしていることが明らかになった。

⑦J. Watson

J. Watsonは、個人的な部分と看護師である部分を分けず、看護師自身のあらゆる側面を使い全体の自己 (entire self) でかかわる職業的な“involvement”が患者看護師のトランスパーソナル・ケア関係の概念に必然的に伴うと述べている²⁵⁾。

⑧P. Benner

Bennerは、“involvement”により「ナースたちは、みずから患者に対応するための資源をさらに十分引き出すことができ、かつ資源は、その患者、その家族、その状況に応じて提供されている」と仮説を立て、熟練看護師にはあるレベルの“involvement”が必要であると評価した¹⁾。その後、P. Bennerは、気づかい (caring) が人にとって思考と感情と行為を区別しない第一義的なものであるとして、恋愛から看護を含めた仕事まで広く気づかい (caring) という語を用いて“involvement”を説明できるとした²⁾。P. Bennerは、caringと“involvement”をほぼ同等に扱い、それらによって喪失や苦しみを体験するかもしれないが、気づかい (caring) があれば、喪失や苦しみに対処する中で喜びや充実感もたらされると述べている²⁾。以上のように、看護理論家は“involvement”を、それぞれの看護理論の中心的な概念として組み込み、その重要性について理論的に説明している。

P. Bennerの2つの著作において“involvement”が「巻き込まれ」¹⁾「巻き込まれ関与すること」²⁾と翻訳され、“involvement”と「巻き込まれ」が関

連付けられ、その引用が見られるようになってきた⁷⁾。田中らは、Bennerを引用し、精神科看護における「巻き込まれ」の意味についてKJ法を用い、看護師は「巻き込まれ」により患者に対する負の感情を抱き看護師としてのアイデンティティの危機に陥るが、看護師として言動の意味づけを行い、患者理解のための新たな視点を得られる場合もあることを明らかにした²⁶⁾。また、患者 - 看護師関係に関して教科書でもBennerの文献が引用され、「巻き込まれ」の重要性が解説されるなど、“involvement”の肯定的側面にも焦点が当てられている⁶⁾。

それ以前は、現在もその視点は継続しているが、“involvement”は評価される前の海外と同様に否定的側面に焦点が当てられ、問題として扱われ、否定的な意味を含んだ「巻き込まれ」として認識されることがほとんどであった。事例研究や報告により、巻き込まれた看護を振り返り看護師自身の感情に気づくことの重要性を理解したという内容の報告が数多く行われている²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾。また、転移・逆転移や投影同一視 (投影同一化) など精神力動的な枠組みによる「巻き込まれ」防止の解説が見られる。そこでは、患者は精神的身体的な苦痛のため退行的になり、依存的・感情的になりやすく過去の重要な他者に対する感情を看護師に向けること (転移) があり、それに対して、看護師が無意識的に過去の重要な他者に対する感情を患者にむけること (逆転移) が「巻き込まれ」であると解説されている³⁰⁾³¹⁾。また、患者が自分の感情を看護師のものとして看護師の中に見出し攻撃性を向け (投影同一視)、それに対して看護師が不快感など感情的に反応することが「巻き込まれ」と解説されている³²⁾³³⁾。それぞれ患者の転移や投影同一視、看護師の逆転移もしくは看護師自身の感情や行動に気づくことの重要性が述べられている。境界性人格障害患者の看護に関して、教科書では、患者の「対人操作」に巻き込まれないよう一貫した毅然とした態度でかかわる必要があると述べられている³⁴⁾。また、共感 (感情移入) において、「巻き込まれ」に注意を促す記述が見られる³⁵⁾³⁶⁾。

III. 看護学領域以外の“involvement”への関心

患者 - 医師関係においても、患者 - 看護師関係と同様に距離を置いた客観的な態度が必要であると長い間考えられてきた³⁷⁾。しかし、文学作品³⁸⁾³⁹⁾や臨床経験などにより、患者に対する共感と専門的な客観性のバランスをどのように保つのか、即ちdetachment (距離を置くこと) と“involvement”の問題についても医師の間で議論が行われ始めた³⁷⁾⁴⁰⁾⁴¹⁾⁴²⁾。人として患者に関心を持ち

ながらも患者との間に距離を置くことにより客観的臨床判断を行い、“over-involvement (巻き込まれすぎ)”やパターンリズムを防ぐという意味で、「detached concern (距離を置いた関心)」や「compassionate detachment (思いやりながら距離を置くこと)」、 「clinical distance (臨床的な距離)」などの用語が使用されている。

精神医学においては、統合失調症患者とその家族に関する感情表出 (expressed emotion) について一連の研究が行われている。G. W. Brownらは統合失調症患者の家族面接において、“involvement scale (尺度)”⁴³⁾を使用し、患者と家族のキーパーソン相互の感情表出におけるコントロールの程度や敵意の表出の程度、家族のキーパーソンから患者への支配的、指示的な行動の程度により、“involvement”を測定した。その後、J. LeffとC. Vaughnは、統合失調症患者の家族面接において、家族により「報告された行動」と家族の「面接中の行動」を基に、6段階の相対的評価尺度を用いて“emotional over-involvement (情緒的巻き込まれすぎ)”を測定した⁴⁴⁾。“over-involvement”は、「報告された行動」に関しては、〈大げさな情緒反応〉、〈自己犠牲と献身的行動〉、〈極端な過保護〉などの中に、そして、「面接中の行動」に関しては、〈態度表明〉、〈情緒表出〉、〈ドラマ化〉などの中に見いだされている。家族の患者へのかかわりが“over-involvement”である場合、退院した患者の予後に否定的に影響することやそれらの家族に対する教育的介入が効果的であることなどが明らかにされている。

精神分析学においては、医療者の“involvement”や“over-involvement”は逆転移 (countertransference) としてとらえられていることが多い³²⁾³³⁾⁴⁵⁾⁴⁶⁾。O. Kernbergは、逆転移の概念を、S. Freudに近い「古典的アプローチ (classical approach)」とD. W. Winnicott⁴⁷⁾らによる「全体主義的アプローチ (totalistic approach)」に分類している⁴⁸⁾。「古典的アプローチ」において、逆転移は、患者の転移に対する分析者の無意識的な反応と定義され、中立性 (neutrality) がより重視されている。一方、「全体主義的アプローチ」において、逆転移は治療状況における分析者による患者への全ての感情的反応とみなし、分析者の感情的な反応を排除せず焦点を当てることにより、患者を理解し援助するための重要な技術的道具として、分析を進める。M. Littleは、「古典的アプローチ」に近い定義を行っているが、患者とコミュニケーションをとるための材料として逆転移の使用を提案している⁴⁹⁾⁵⁰⁾ため、O. Kernbergは彼女を「全体主義的アプローチ」の「急進派」としている⁴⁸⁾。池田は、逆転移について触れながら、「治療者がある程度治療関係に巻き込まれなければ、患

者にはかかわれないし、巻き込まれすぎてしまえば観察できない」とし、ある程度巻き込まれながらも巻き込まれ過ぎずにいることは、極めて難しいが治療者の機能として必要なことであると述べている⁵¹⁾。

わが国の心理学界では、自己と他者との境界が保てない状態＝「巻き込まれ」として、否定的な意味で“involvement”がとらえられることが多い。鈴木・小川⁵²⁾や橋本⁵³⁾は“involvement”に関する尺度開発を行っているが、「情緒的巻き込まれ」の英語タイトルに、それぞれ“emotional over-involvement (直訳では、「情緒的巻き込まれすぎ」) ”、“emotional deep involvement (直訳では「情緒的深い巻き込まれ」) ”が使用され、「巻き込まれ」という概念が“involvement”ではなく、“over-involvement”としてとらえられている。

IV. “involvement”のさらなる探求の方向性

以上みてきたように、海外の看護においては1960年代から“involvement”を評価する動きが起こった。しかし、わが国の看護においては“involvement”という概念に対する肯定的な評価は海外文献の翻訳を待つまではほとんど見られなかった。これは、適した訳語がみられないことが大きく影響していると考えられる。

“involvement”の訳語である「巻き込まれ」は、能動的な意味はなく受動的な語であり、「関与」は、受動的な意味はなく能動的な語である。一方、“involvement”は、動詞形“involve”が他動詞で能動的であるが、看護において動詞として使用される場合は、“be involved”や“become involved”、“get involved”などというように受動態で使用されている。また、「巻き込まれ」¹⁾、「巻き込まれ関与すること」²⁾、「関与」³⁾、と翻訳されているように“involvement”は、能動的、受動的な意味を兼ね備えている。“involvement”の肯定的側面は、この能動的行動と結びついていることが多い¹¹⁾¹²⁾。

“involvement”の否定的側面に関しては、「事件や機械に巻き込まれる」という使われ方や看護における問題視は「巻き込まれ」、「involvement」双方にみられることである。しかし、日本語の「巻き込まれ」に関して、海外で評価されたような肯定的側面が語感から感じられないのは、受動的な語感、コントロール不能感や主体性の喪失感など否定的印象がより強く残るからであると考えられる。わが国においては、“involvement”は全体としては認識されず、その肯定的側面に関しては共感やその他の語が、否定的側面に関しては「巻き込まれ」が使用され、“involvement”が区別され認識されてきたと考えられる。しかし、「巻き込まれ」や“involvement”の現象や概念の認識が不明確なまま使用されるため、看護学生が患者に共感した時に「巻き込

まれた」と感じて、“involvement”を否定的に受け止めた場合、共感と「巻き込まれ」の間で深刻なジレンマに陥るような現象³⁶⁾が起これると考えられる。従って、“involvement”には否定的側面と肯定的側面があり、“involvement”のレベルが発展したものである場合¹³⁾、患者にとって有効なものとなることを認識しておくことが看護にとって重要であると考えられる。“involvement”の結果が否定的なものであっても、患者のニーズと看護師自身がそれにどれだけ答えることができるかをアセスメントすること¹⁵⁾が重要であり、否定的な結果を振り返ることにより“involvement”のレベルを有効なものへと発展させることが可能であると考えられる。

科学的客観性や中立性を重視するため、医学や心理学では“involvement”という概念そのものがほとんど重視されず、距離を置く (distance, detach) 視点から“involvement”の重要性を表現 (detached concern など) し、その一方で“involvement”の否定的側面に焦点が当てられることが多い。看護においても科学的客観性や中立性に関して同様の議論がある。しかし、人が疾患や障害により損い失った主体性 (それは排泄から死を迎えることにまで及ぶ) をその人が回復していくプロセスにおいて、看護師は主体性に基づいた多様で個別的なニーズを共有し、主体性を奪うことなくその人がニーズを満たすことを目標としてきた。そして、24時間患者やその生活における様々な問題に向き合い、健康であれば本人が行う日常生活動作を本人に代わって行い、ニーズを把握しながら苦痛を伴う医療的処置をも行わなければならない看護は中立性 (neutrality) や距離を置く (distance, detach) という視点よりも、避けがたい“involvement”を実践、評価し、発展させることでその中心的概念に位置づけてきた。今後、わが国においても、“involvement”に関して同様のプロセスを経ることにより、さらに患者の立場に立った看護につなげていくことが期待される。

以上、“involvement”に関する文献を中心に概観し考察してきたが、“involvement”は言語や文化により多様に理解されている可能性があり、本論文は、日本語と英語の文献を用いた概観および考察であるという限界がある。今後、看護師が“involvement”の能力を発展させるプロセスや関連因子・条件を明らかにし、看護師に対する“involvement”の教育的能力開発プログラムを作成していく必要があると考える。また、教師や介護関係職など他の対人援助職、または、育児などにも応用可能な概念であると考えられるため、更なる研究が行われることが望まれる。

文 献

- 1) Benner, P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. P163-166, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1984, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, p116-117. 医学書院, 1992.
- 2) Benner, P. & Wrubel, J. The Primacy of Caring: Stress and Coping Health and Illness. P1-56, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1989. 難波卓訳, 現象学的人間論と看護, p1 - 62, 医学書院, 1999.
- 3) Travelbee, J. Interpersonal Aspect of Nursing. P145-147, F. A. Davis Company, Philadelphia, 1971, 長谷川浩, 藤枝知子訳, 人間対人間の看護, p215-218, 医学書院, 1974.
- 4) Peplau, H. E. Professional Closeness... as a special kind of involvement with a patient, client, or family group. Nursing Forum, 8(4), p342-360, 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い, 総合看護, 5(3), p66-81. 1970.
- 5) 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. p230-243, Springer Publishing Company, New York, 1989, 池田明子, 小口徹, 川口優子, 小林信, 吉川初江, 小田葉子訳, 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, p197-209, 医学書院, 1996.
- 6) 岡谷恵子, 援助関係の形成, 山崎智子 (監修), 野嶋佐由美 (編), 明解看護学双書 3 精神看護学, p84-85, 1997.
- 7) 伊藤智恵, 巻き込まれていた自分を振り返る, 聖隷浜松病院看護研究収録, 1998号, p25-27, 1999.
- 8) Travelbee, J. What's wrong with sympathy? American Journal of Nursing, January; 64, p68-71, 1964.
- 9) 橋本満, コミットメント/ノンコミットメント, 盛岡清美, 塩原勉, 本間康平 (編集), 新社会学辞典, 第1版, p473, 有斐閣, 1993.
- 10) Burgess, L. The therapeutic alliance and the nurse-patient relationship. Psychiatric Nursing in the Hospital and the Community, (5th), p245, Appleton & Lange, Norwalk, 1990.
- 11) Artinian, B. M. Risking involvement with cancer patients. Western Journal of Nursing

- Research, 17(3), p292-304, 1995.
- 12) Field, D. Emotional involvement with the dying in a coronary care unit. *Nursing Times*, March 29; 85(13), p46-48, 1989.
 - 13) Heinrich, K. T. What to do when a patient becomes too special. *Nursing*, November; 22(11), p62-64, 1992.
 - 14) Cymerman, J. Advice, p.r.n. Emotional involvement: overstepping the line. *Nursing*, August; 26(8), p10. 1996.
 - 15) Artinian, B. M. Personal involvement with critically ill patients. *California Nurse*, January; 78(7), p4-5, 1983.
 - 16) Gardner, S. Involvement: One nurse's views on the importance of caring. *Nursing Times*, February 18; 67(7), p214-215, 1971.
 - 17) Emon, D. V. Emotional (over) involvement: Can nurse care "too much" for a patient? *Journal of Practical Nursing*, August; 30(8), p34-35, 1980.
 - 18) Travelbee, J. What do we mean by rapport. *American Journal of Nursing*, February; 63(2), p70-72, 1963.
 - 19) Goldsborough, J. Involvement. *American Journal of Nursing*, 69(1); January, p66-68, 1969.
 - 20) Gadow, S. *Existential Advocacy: Philosophical Foundations of Nursing*. Springer, New York, 1980.
 - 21) Morse, J. M. Negotiating commitment and involvement in the nursing-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, p455-468, 1991.
 - 22) 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, p552-558, 1991.
 - 23) Ramos, M. C. The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of Advanced Nursing*, 17, p496-506, 1992.
 - 24) Turner, M. Involvement or over-involvement? Using grounded theory to explore the complexities of nurse-patient relationships. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(3), p153-160, 1999.
 - 25) Watson, J. *Nursing: Human Science and Human Care; The Theory of Nursing*. P64-67, National League for Nursing, New York, 1988.
 - 26) 田中美延里, 安酸史子, 精神科看護者にとっての「巻き込まれること」の意味: ベテラン看護者に対するアンケート調査結果より, *日本精神科看護学会誌*, 39, p211-213, 1996.
 - 27) 岩成幸子, 吉岡美代子, 小村育子, 藤江貞子, 宅和美晴, 神経性食思不振性患者の看護: 行動化に看護婦が巻き込まれた一事例, *日本精神科看護学会誌*, 36, p317-319, 1993.
 - 28) 大木幸子, 操作的事例とのかかわりからの学び: 引き起こされた「感情」の振り返りを中心に, *精神科看護*, 61, p56-60, 1997.
 - 29) 西本香代子, 神保勝俊, 精神科における患者-看護者関係: 転移・逆転移と看護上の問題, *臨床看護研究の進歩*, 2, p67-83, 1990.
 - 30) 加藤薫, 特集1心の「感染対策」はできていますか? 健全な職場環境づくりの処方箋: 他者のマイナス感情に巻き込まれない技術, *ヘルスカウンセリング*, 5(5), p26-31, 2003.
 - 31) 永井優子, 援助関係を構築する技術, 野嶋佐由美(監修), *実践看護技術学習支援テキスト 精神看護学*, p75, 日本看護協会出版会, 2002.
 - 32) 土居健郎, 新訂 方法としての面接, p116, 医学書院, 1992.
 - 33) 国生拓子, 全科に役立つ精神科看護の理論と実践(前編) 日常見かける精神症状への対応ポイント Instruction コミュニケーションと患者・看護者関係 転移・逆転移, *月刊ナーシング*, 16(12), 1996.
 - 34) 梶本市子, 問題行動を持つ人の看護, 山崎智子(監修), 野嶋佐由美(編), *明解看護学双書3 精神看護学*, 金芳堂, p170-171, 1997.
 - 35) 瀧川薫, *精神看護学*, 精神科看護の専門性をめざして 専門基礎編(上), 中央法規出版, p16, 1997.
 - 36) 武井麻子, 感情と看護, p89-90, 医学書院, 2001.
 - 37) Coulehan, J. L. Tenderness and steadiness: Emotions in medical practice. *Literature and Medicine*, 14(2), p222-236, 1995.
 - 38) Hemingway, A. "Indian Camp," in *The short stories of Ernest Hemingway*, p91-95, Scribner's, New York, 1953.
 - 39) Selzer, R. *Rituals of Surgery*. Simon and Schuster, New York, 1974.
 - 40) Borgenicht, L. Richard Selzer and problem of detached concern. *Annals of Internal Medicine*, 100(6), p923-934, 1984.
 - 41) Kim, J. Emotional detachment and involvement

- of physicians in literature. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*, 64(2): p32-38, 2001.
- 42) Halpern, J. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. Oxford University Press, Oxford, 2001.
- 43) Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M. & Wing, J. K. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, p55-68, 1962.
- 44) Leff, J., Vaughn, C. *Expressed Emotion in Families*. Guilford Press, New York, 1985. 三野善央, 牛島定信訳, 分裂病と家族の感情表出, 金剛出版, 1991.
- 45) Hartman, G. R. The nurse-patient relationship and victims of violence. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(2), p175-192, 1995.
- 46) O'Kelly, G. Countertransference in the nurse-patient relationship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), p391-397, 1998.
- 47) Winnicott, D. W. Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33: p17-21, 1960.
- 48) Kernberg, O. Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, p38-56, 1965.
- 49) Little, M. Countertransference and the patient's response to it. *Int. J. Psychoanal.*, 32, p32-34, 1951.
- 50) Little, M. Countertransference. *Bri. J. Med. Psychol.*, 33, p29-31, 1960.
- 51) 池田政俊, 巻き込まれることと巻き込まれないこと, *精神分析研究*, 45(1), p54-64, 2001.
- 52) 鈴木久美子, 小川俊樹, 「情緒的巻き込まれ」に関する心理学的研究 I : 尺度の作成, *筑波大学心理学研究*, 23, p237-245, 2001.