

筑波大学

博士(看護科学)学位論文

医療観察法病棟に勤務する看護師への
感情知性を高めるプログラムの効果

2018

筑波大学大学院博士後期課程人間総合科学研究科

佐藤 るみ子

目次

I. 緒言	1
1. 医療観察法病棟に勤務する看護師	1
1) 医療観察法病棟とは	1
2) 医療観察法病棟における看護の特徴	1
3) 医療観察法病棟の看護師の特徴	2
2. 看護師の感情知性	4
1) 感情知性とは	4
2) 看護師への感情知性の必要性	6
3. 感情知性を高める技法	7
4. 看護師への教育支援	9
II. 本研究の目的と意義	11
1. 研究目的	11
2. 研究意義・新規性	11
3. 研究の枠組み	12
III. 方法	14
1. 研究実施施設	14
2. プログラム実施期間	14
3. 対象者	14
1) 対象者の選定基準	14
2) 選定理由	14
3) 除外基準	15
4. プログラムの作成	15
1) プログラムの目的	15
2) プログラムの基盤となる理論	15
3) 本プログラム作成	16
4) ファシリテーターの役割	17
5) プログラムの概要	18
6) プログラムの評価	21
5. プログラムの実施者	21
6. 調査内容	22
1) 対象者背景	22
2) 感情知性 (Emotional Intelligence)	22

3)	セッション後の振り返り調査	22
4)	対象者の本プログラムに対する感想	22
7.	調査方法	23
8.	倫理的配慮	23
1)	対象者個人の権利擁護	23
2)	対象者の理解と同意を得る方法	23
3)	研究によって対象者に生ずる不利益への配慮	24
4)	データの管理方法	25
9.	分析方法	25
IV.	結果	258
1.	対象者の背景	28
2.	プログラムの実施状況	28
3.	使用尺度の信頼性	28
4.	プログラム実施前の対象者背景における感情知性の特徴	29
5.	プログラム実施前後の感情知性の比較	29
6.	プログラム実施前後の対象者背景による感情知性の比較	30
7.	プログラムの実際	30
1)	第1セッション	31
2)	第2セッション	32
3)	第3セッション	33
8.	対象者の反応	33
1)	毎セッション後の振り返り調査	33
2)	グループ・インタビュー	37
V.	考察	40
1.	対象者の特徴	40
1)	対象者背景	40
2.	感情知性の信頼性	41
3.	感情知性による対象者の特徴	41
1)	プログラム実施前の感情知性における対象者の特徴	41
2)	プログラム実施前の性差における感情知性の特徴	42
4.	プログラム実施前後における感情知性と対象者の変化	42
1)	プログラム実施前後における感情知性と対象者の変化	42
2)	プログラム実施前後の性差における感情知性の変化	47
5.	対象者の反応	47
1)	毎セッション後の振り返り調査	47

2) グループ・インタビュー	49
6. 看護への示唆.....	50
7. 本研究の限界と課題.....	51
VI. 結論	552
謝辞	53
文献	
図・表	
資料	

I. 緒言

1. 医療観察法病棟に勤務する看護師

1) 医療観察法病棟とは

2005年医療観察法病棟は、重大な他害行為を行い審判で入院処遇の決定を受けた治療可能な精神疾患患者が社会復帰のため必要な濃密な治療を受けるために設置された指定入院医療機関における病棟である。病棟設置の根拠となる法律は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下、医療観察法：法律第72号2003年成立・公布）であり、この法律で定められた重大な他害行為は、放火、強制わいせつ、殺人、傷害、強盗を指し、これらの未遂も含めている。

本医療はイギリスモデルを参考にしており、(1) 人的資源、(2) 治療環境、(3) 根拠に基づいた医療、の3点の特徴があり、これらは厚生労働省のガイドラインに基づいて行われている（厚生労働省, 2012）。これまでのわが国の精神医療よりは多くの人員が配置され、手厚いマンパワーによって、患者の回復過程に従い、心理社会的療法を中心とした多職種チーム（Multi-Disciplinary Team; 以下、MDT）アプローチが行われている。手厚いマンパワーとは、患者33人（予備床3人）に対し、医療者は、看護師43人、医師3.75人、精神保健福祉士・心理技術者・作業療法士7人、合計50人以上となる。また、患者1名に、看護師（プライマリー&アソシエイト）2名、医師・精神保健福祉士・心理技術者・作業療法士各1名の合計6名で構成され、担当MDTとして、構造化されたシステムに則って行われる治療モデルである（平林, 2007）。それまでの精神科治療場面では当たり前になっていた、隔離・身体拘束、多量の薬物療法等の物理的手段に過度に頼らない精神医療を目指すもので、一般精神医療水準の向上も掲げられている（山上, 2006）。

2) 医療観察法病棟における看護の特徴

医療観察法病棟では、多職種の中で最も人数の多い看護師の果たす役割が重要となる。従来の看護師の役割とは異なる点で、次の3点がある。(1) 対象者毎の観察時間（側に常駐する常時・15分毎・1時間毎）を決め、それに応じて細やかな観察をする。自傷他

害の危険性がある場合や衝動性の高い場合は、患者の側に位置して常時観察を行い、暴力に発展しそうな場合は、包括的暴力防止プログラムの活用により、トレーニングを受けた専門技術で安全な対応をする。(2) チーム医療の中でケアコーディネーターとしての役割を担う。MDTメンバーから地域多職種メンバーの連携まで幅広く、綿密な調整を必要とし、円滑な退院促進への鍵となる。(3) 個別性に応じた治療プログラム(病棟内・外出・外泊)に、看護師が必ず患者に付き添う。対象行為に対する内省の獲得から深化に向けた患者支援や、治療プログラム内でできたことを日常への般化促進は、社会復帰に必要な側面である(宮本, 2006, 2009)。

一般診療科の看護、一般の精神科看護との違いは、対象となる入院患者が重大な他害行為を行い、審判の結果で入院となる点である。そのため、患者本人が必要を感じていなくても制度、外側の状況から介入が求められる点に困難さがある(壁屋, 2012)。また、医療観察法病棟の入院患者は、男性が7割以上を占めている(厚生労働省, 2018)。その看護においては、患者が重大な他害行為を再度おこさないように自己コントロールに向けた支援を行うことで、早期に社会復帰することを目標としている(樽矢, 2008)。そのため、専門多職種によるチーム医療を行い、患者の個別性に応じたきめ細かいプログラムの実施(平林, 2007; 美濃, 2009; 永田, 平林, 2009)が重要となる。重大な他害行為に至った患者の中には、発達課題の未獲得、両親との離別体験、教育からの早期離脱、非行歴、不安定な就労歴などを持つ者が存在する。このような患者の特性に注目し、生活技能、対人関係技能、就労技能なども視野に入れた医療としての治療プログラムを提供する(永田, 平林, 2009)には、役割モデルが必要である。

3) 医療観察法病棟の看護師の特徴

熊地, 高崎, 佐藤, 宮本(2007)は、信頼関係が構築される患者との間に親近感が生じるが、関係構築ができるまでは恐怖心や違和感といった陰性感情をもちやすいことを述べている。松井(2009)もまた、重大な他害行為を行った精神障害者に対する看護実践における患者のとらえ方についての質的分析により、看護師は入院時より患者に対して恐怖感や不信感といった陰性感情をもち、陰性感情が看護実践を行う上での心理的な障壁となり、それが積み重なると看護師の職務へのモチベーションの低下に繋がってしまうと述べている。陰性感情に伴うモチベーションの低下は、患者の社会復帰促進に向けた支援や地域も含めたMDTの調整を困難にする要因となり、看護の質が低下すること

になりかねない。また、他害行為に加えて、反社会性人格障害や物質関連障害を合併していたり、権威志向と弱者への攻撃性を内在している患者も存在する。村上, 桑名 (2009) は攻撃性を内在する対応困難な精神障害者への看護を継続していくために獲得している経験知について質的分析を行ったところ、看護師は患者とその集団力動に危害の恐れを抱き、患者との相互関係の中で心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、バーンアウトを起こしかねない状況にあったと指摘している。また、石橋, 福本 (2015) も、医療観察法病棟に勤務する看護者への感情体験についての質的分析から、患者とのかかわりから生じる陰性感情などの感情を抑え、日々の看護に立ち向かっていたことを明らかにしており、佐藤, 菅谷, 森 (2018) は、医療観察法病棟に勤務する看護師の感情表出に対する思いのインタビューによる質的分析から、感情表出をすることが怖いと感じることによって、自己の感情を抑圧しており、自分自身に感じる自分らしさがなくなり、その人の自尊感情やWell-beingを低下させていると述べている。

また、板山, 田中 (2011) の研究では、医療観察法病棟に勤務する看護師は、精神科急性期病棟に勤務する看護師と比較して、「職場の人的環境」にストレスを強く感じ、バーンアウトにおいて「脱人格化」が高い傾向があった。天野, 猪狩, 村田, 浅井 (2012) は、医療観察法病棟における看護師の職業性ストレス簡易調査を行った結果、医療観察法病棟看護師は精神科急性期・慢性期病棟看護師より全ての基準変数に対する「仕事の不適性感」の影響が優位で、心理的ストレス反応に対して、「対人葛藤」の影響が優位であったことから、従来にはなかったマンパワーに根付いた多職種チーム医療による対人葛藤がストレス反応への影響を有している可能性を示唆し、重大な他害行為を行った精神障害者の看護という特殊性に加え、付添い看護の実践など、これまで十分な経験のない看護業務内容によって、「自身の適性」を十分に活かすことができているという実感を得られにくい状況が、ストレス反応や職務満足感への影響を有している可能性を指摘している。付添い看護の実践に代表される「外出・外泊への付添い」は、肉体的・精神的両面のストレス因として報告されている (中林ら, 2015)。吉原, 江口, 村島 (2015) もまた、医療観察法病棟看護師の職務満足度について、Stamps-尾崎版看護師満足度と自由記述調査を行った結果、モチベーションを上げる要因はあったものの、モチベーションを平均より下げる要因と関連するカテゴリ化を図ると、MDTによるチーム医療、MDTの連携困難感が上位であったことが指摘されている。

このようなマンパワーに根付いた多職種チーム医療による対人葛藤から、ストレス反

応への影響を有していることや、看護実践に「自身の適性」を十分に活かすことができているという実感が得られにくい可能性がある。また、仕事の不適性感によるストレス反応があることは、自己認識ができにくいいため自己の感情評価が適切に行われていないことが考えられる。ストレス反応により自己認識ができなくても、自分自身では気づきにくい側面がある。海外では、組織や管理体制、スタッフに関するストレスが根強い状況があると報告されている (Baxter, 2002; Chaloner & Coffey, 2000; Oddie, & Ousley, 2007) もの、わが国は医療観察法病棟開設前に恵まれた人的環境下での看護経験がなかったため、スタッフが多いことで看護師の感情面でのストレスが多くなることを予測していなかった。

以上から、医療観察法病棟の看護師は、①陰性感情の抑圧による自尊感情の低下、②マンパワーに根付いた多職種チーム医療による対人葛藤からのストレス反応、③仕事の不適性感によるストレス反応によって、自己認識の低下をきたしていることが考えられる。医療観察法病棟における看護師の自尊感情や自己認識の低下は、自己の適切な感情評価、自己コントロール力の低下がおこっていると考えられた。このことは、感情知性の低下であり、看護の質に影響を及ぼすことから、MDT機能の低下によって患者の社会復帰促進が停滞することに繋がり、高額な医療費が投入されている本医療の理念 (厚生労働省, 2012) の根幹が危ぶまれることになると考えられた。

医療観察法病棟に携わる看護師は、患者の感情理解と自分の感情を調整する能力が必要とされており、そのための教育の必要性が指摘されている (Tenkanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen & Kinnunen, 2011)。

2. 看護師の感情知性

1) 感情知性とは

1970年代、産業構造の変化により体力を使って対価を得る「肉体労働」やアイデアなどを提供する「頭脳労働」とは異なり、顧客満足を高めるために、常に自分自身の感情をコントロールし、相手に合わせた言葉や態度で対応することが求められるサービス労働に関連して、アメリカの社会学者Hochschild (1983, 2000) が著書『The Managed Heart』(管理される心 感情が商品になるとき)の中で、「感情労働」という概念を提唱した。典型的な感情労働の職業として、客室乗務員や看護師、弁護士、教師の仕事が挙げられている (Hochschild, 1983, 2000)。看護師は、その職業に伴う感情規則である感情ルー

ルに従って感情ワークを行っており、肉体の疲労に加え、感情面での疲労を抱えていることが報告されている (Hochschild, 1983, 2000)。

一方で、アメリカの心理学者Salovey & Mayer (1990) は、感情を適切にコントロールする能力を意味する感情知性 (Emotional Intelligence: EI) の理論を発表している。なお、Emotional Intelligence (EI) の訳語には、情動知性、情動知脳、感情知能などがあるが、本研究では感情知性とする。感情知性は、自己および他者の感情を理解し、影響を調整し、その感情を思考や適応的行動を決定する情報として、使用することと定義されている (Salovey & Mayer, 1990)。また、感情知性は、情動の評価と表現、情動の制御、情動の利用という3つの側面から構成される。情動の評価と表現とは、情動を認知し、言語化などにより表現することを指している。評価、制御、利用の対象は、自己の情動と他者の情動に分かれており、他者の情動の評価と表現は共感性に該当するとされている (Salovey & Mayer, 1990, 1997)。Salovey & Mayer (1990) は、感情知性の基盤となる能力は、①自分が今体験している感情を識別する能力、②感情の意味を把握できる能力、③状況にふさわしい感情表現のできる能力、の3つの要素からなっていると述べている。

また、Goleman (1995) が『Emotional Intelligence』を出版し、感情知性を知能の値 (intelligence quotient) IQ と対比させて EQ と呼び、知能に勝る重要な能力であると指摘して脚光を浴びたことによって、感情知性の重要性が広く認識されるようになった (中島, 長嶋, 金子, 小林, 2014)。Goleman の著作は、特に、経済界で反響をよび、管理職の再教育に成果をあげている (宮本, 2005)。Goleman は、感情知性を自己と他者の感情を認識し、自己をモチベートし、自己の感情を自己の内面においても人間関係においてもコントロールする能力と定義している。自己の本当の気持ちを自覚して心から納得できる判断を下す能力 (自己認識: self-awareness)、衝動を自制し不安や怒りのようなストレスのもとになる感情を制御したり、目標の追及に挫折したときでも希望を捨てず、自分自身を励ます能力 (自己管理)、他者の気持ちや環境を共感的に感じ取る能力 (社会的認識)、集団の中で調和を保ち、協力し合う人間関係の能力 (人間関係管理)、の4つの因子から構成される (Goleman, 1995, 1996)。EI で重要なものが第1因子の自己認識であり、自己の感情、長所、短所、欲求、衝動を深く理解することであると述べられている。自己認識に優れた人は、自己の感情が自分自身、他者、自己の仕事の結果にどう影響するかを認識している (DIAMOND ハーバード・ピ

ジネス・レビュー編訳, 2005)。すなわち、自己を客観視できることである。

わが国においては、島井, 大竹, 宇津木, 内山 (2001) による ①自己対応、②対人対応、③ 状況対応、という 3 領域を設定した情動知能尺度 (EQS:エクス)や、豊田, 山本 (2011) による、4 つの側面 ①自己の感情の評価、②他者の感情の評価、③自己の感情の調整、④パフォーマンスを上げるための自己の感情の利用、といった Law, Wong & Song (2002) の日本語版尺度が広く知られている。

2) 看護師への感情知性の必要性

感情知性は、心の柔軟性に関連する概念であり、心理的な柔軟性は、ストレスと逆境に適切に適応する能力 (Brenda, Vandenhouten, Reilly, Bansal, Kubsch & Jakkola, 2015) として、心の健康の維持・向上に影響する (酒井, 1999)。看護師の心の健康を維持・向上させるためには、感情を言語化することにより多様な感情を認知し、さらに自己の感情をポジティブなものに調整し、課題に対する動機づけを保つことの重要性が指摘されている (北原, 坊垣, 2012)。

精神科看護師は、他科の看護師と比較してバーンアウトの発生率が高いと報告されている (藤原, 本田, 星, 石田, 石井, 日隈, 2001; 山崎, 齋, 岩田, 2002)。その理由として、看護師全般の職業ストレス要因に加え、患者の粗暴行為や閉鎖的環境、看護への不達成感など、精神科特有の問題 (石田, 2003; 北岡ら, 2004; 瀧川, 2005)、「言葉による暴力」、「医療・看護への絶対的拒絶」に象徴される患者の言動は、看護師に対して精神的混乱に導くような、否定的感情を喚起させるストレスとなることが指摘されている (長谷川, 2008)。

Smith(1992, 2000; 武井, 2001)は、感情労働が疲労に繋がり、看護師自身のメンタルヘルスのバロメーターになると述べている。さらに、感情知性によって患者の理解が深まり、ケアの質も高まると指摘している。また、武井 (2008) は、感情労働に携わる看護師には、感情労働で自分を滅ぼさないように、自己を大事にする教育が必要であり、そのために重要なのが感情活用能力であると述べている。看護師の感情知性は、看護師の目標達成行動との間に正の相関があること (井村, 小笠原, 永山, 下岡, 片山, 2012)、看護師のコンフリクト管理戦略との間に正の相関があること (Ceyda & Gönül, 2016)、感情知性の高い看護師は自己と他者の感情状態を認識し、問題解決のために感情を利用することができること (Huy, 1999) などが報告されている。また、感情に対する

コントロール感が高いほど心身の健康にも良い結果をもたらしている (Lok & Bishop, 1999)。古澤 (2015) によると、看護師のリーダーシップと感情知性に関するレビュー結果は、国内では数件であったが、国外では 2000 年以降、このテーマに関して多くの研究が行われており、感情知性の高い看護管理者は優れたリーダーシップを発揮することが示唆されている。特に精神保健看護師のリーダーシップにとって、感情知性と優れた健康、仕事満足度の向上、精神的幸福の高まり、仕事の疲弊のリスクの減少との相関が報告されている (Powell , Mabry & Mixer, 2015)。また、精神保健看護師の感情労働についてのレビューにおいても、感情知性とレジリエンスの発達を促進させる継続的・専門的な機会の提供の必要性が勧告されている (Edward , Hercelinskyj & Giandinoto , 2017)。

看護師にとって感情知性は卓越性に影響を及ぼし (Goleman, 1998) 、質の良いケアの提供と看護師自身の精神的健康のために非常に重要であると示唆されており (古澤, 2015 ; 武井, 2008 ; Kim, Andrea, Cynthia, Claudia, & Emily , 2015; McCallin , & Bamford , 2007)、看護師の感情知性を高める方法としては、自己の感情や他者の感情を知ること、感情にアプローチすること、他者の感情を共有した経験、自己領域のレジリエンスを活かすこと (中島ら, 2014)、ピアコーチング、グループミーティングを取り入れると正の効果をもたらすことなどが明らかにされている (Estelle, Cindy, & Barbara. , 2011)。また、武村 (2015) によれば、感情知性の重要な第 1 因子である看護師の感情の自己認識においては、看護観や倫理観から生じる感情もあれば、自分のプライドや利己的な部分から生じる感情もある。どんな感情でも、本当の自分に気づく大切なサインだと受け止め、その感情が何故発生しているのか、その理由を冷静に探り、素直に受け止めることが大切であり、感情をどう処理しているかや感情の表現をどう処理しているかを評価するのではなく、ネガティブな感情もポジティブな感情も含めて、感情を自覚してどう活かしているかを評価することの必要性を述べている。看護師は、自己の感情に目を向け、客観視することが重要である。

3. 感情知性を高める技法

磯松, 伊藤, 山本, 山口 (2015) は、精神科看護師の共感的な疲労体験の質的分析から、過去の疲労体験を引きずり、回復が見通せない患者のケアを担わざるを得ないだけでも相当の心理的負荷がかかった状態であり、それでも精神科看護師はケアをするために関

係を築かなければならない。そのため磯松ら（2015）は、感情面での疲労を抱えながらも乗り越えるための方策のひとつとして、宮本の提唱する「異和感の対自化」、「自己一致」による率直な自己表現を推奨している。

宮本（2013）の提唱する自己一致とは、カウンセリングの原則としてロジャーズ、C. R（1957）の提示した援助的な人間関係が成立するための三条件、すなわち、「自己一致」、「共感的理解」、「無条件の肯定的関心」の中でもっとも重要とされる原則である。看護分野では、オーランド、L. D（1962）が対人関係論の視点から、ニーズアセスメントを行うためには、看護師による自己一致が不可欠であるとの問題提起を行った。両者とも「自己一致」の具体的な手順やモデルを明確に示さなかったことが日本における「自己一致」原則の浸透を妨げたとの理解から、宮本は、内省に基づいて適切な感情表現能力を高めるための学習方法である“異和感の対自化”を用いて、望ましい「自己一致」を実行するための具体的な指針を提唱している（宮本, 2005）。宮本（2013）によれば、オーランドは、本音と表現の一致度がアセスメントの質を規定するとし、そのためには、看護師の本音と表現を一致させる「自己一致」が重要であり、自己の感情や考えに沿った表現を心がけて患者の反応を引き出す必要があると主張している。すなわち、自己一致とは率直な自己表現のことであり、人間関係の中で相手の態度や言動に不快感を抱いたとしても、感じたことを感じたまま相手に投げ返せば、それほどストレスは蓄積しない。但し、感じたことを感じたまま相手に投げ返しながら援助関係を持続させるためには、相手に威圧感や不快感を与えることがないよう、相手に配慮した言語表現が前提となる。

また、「異和感の対自化」は、対人場面で生じた気になっている出来事を振り返り、その場面にまつわる感情に分析・検討を加える内省の技法とされている（宮本, 1995）。

“しっくりこない”感じ、すなわち“異和感”を抱いた体験を思い起こし、異和感を触発した出来事によって生じた感情と身体感覚の軌跡をたどり、自分、相手、そして世界の間で何が起こったのかを見極める試みとされている。感情は持続時間の短い情動と比較的長く持続する気分とに分けられるが、異和感にはどちらも含まれるとしている（宮本, 2013）。なお、対自化という概念は元来、「他者と対立している自己を自覚すること」を意味するが、“異和感の対自化”では「相手とのずれに注目すること」という拡大解釈がなされている。“異和感”を糸口にして内省（リフレクション）を深める技法である“異和感の対自化”は、倫理的な葛藤を抱えている人との相互作用を築くための方法としても位置付けられている（宮本, 2015）。

医療観察法病棟の一部では、看護師による事例検討会において、事例提供者に対するサポートがグループ・スーパービジョン機能につながり、エンパワメント効果を生んでいることが示唆されている（笠松, 美濃, 大迫, 佐藤, 宮本, 2008）。参加者が事例提供者に対して配慮を伴いながら自己一致の姿勢で臨む、すなわち率直な自己表現に努める働きかけによりエンパワメント効果が高いことが示唆された。また、医療観察法病棟における多職種チーム参加の事例検討を通じた継続学習においても、事例提供者である看護師のエンパワメントを図ることや、参加者間の率直な感情表現のやりとりが、患者との援助関係作りにとって有用な感情知性の向上に役立つことが示唆された（笠松ら, 2008 ; 宮本, 福岡, 美濃, 松本, 中川, 2015）。

前述の通り、医療観察法病棟という臨床状況の中で看護師は、役割の不明確さや対人葛藤の影響によるストレスに曝され自身の感情に目を向ける余裕を失った結果、適切な自己の評価・感情コントロールができず、感情知性の低下を来していると考えられる。従って、医療観察法病棟の看護師にとっては、感情知性の低下を防ぎ、むしろ向上を図ることを通じて疲弊を防止しエンパワメントを図ることが急務であるといえる。そこで、「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」など、感情活用につながる技法を用いることで、看護師が自己の感情に目を向け、適切に言語化することを通じて感情知性を高めるための学習支援が必要であると考えた。すなわち、自己認識力、自尊感情を高めるための支援である。

4. 看護師への教育支援

医療観察法病棟の看護師が、自己の感情を認識し、感情知性を高めるための教育を行うには、対象となるのは成人の看護師であることを考慮した、有効な継続学習支援の方法論を活用する必要がある。Kegan (1982, 1994) によると、成人以降の社会的・感情的発達段階では、自己認識は、生涯を通じて進化していく。そのような進化は、主に「自律」と「所属」という二つの動機を基にし、人間は、それらの動機によって支配されている。また、これらの動機は生涯を通じて、自己との関係性が変化していく。こうした学習プロセスは変容学習 (Transformative Learning) と命名し、行為や認知、感じ方、知っていることを変えるだけでなく、知り方 (The way he knows) を変えるときに生じ、Subject (自己の一部としての絶対的で疑う余地のないもの) から Object (思考し、反芻し、形成され、行動を起こせるもの) への転換を、成人学習の

本質としている。

そこで、看護師の感情知性を高めるためには、成人学習モデルに基づき、自己のニーズに対する課題解決による教育支援が適していると考えられる。成人学習モデルは、プロセスモデルとして提起されており、アメリカの成人教育学者Knowlesが1970年、成人の特性を活かした学習援助をアンドラゴジー(Andragogy;成人教育学)と名づけ、「成人の学習を援助する技術と科学」と定義し、成人教育学を体系化しようとした(Elwood, Richard & Sharon, 2001)。

また、成人学習者は多くの経験が有用な学習資源になること、学習者の主体性が重んじられるべきことを一つの理論として位置づけ、自らのモデルを、①教育的な環境づくり、②学習者のニーズと関心の査定、③学習の目的と目標の決定、④包括的なプログラムの計画、⑤プログラムの実施、⑥プログラムの評価、の一連をサイクルとし、この中に、アンドラゴジーの考え方が組み込まれている(三原, 1990)。

最終目標は、『自己主導的学習者』を形成し、各個人の責任において自己の学習を計画実施するものである。このような学習の計画—実行—評価の過程において、ノールズは、学習者が自身の学習を構造づけるのを助ける有効な方法として、ラーニング・コントラクト(learning contract; 学習約束)の使用を推奨している(Elwood et al., 2001; Knowles, 1980, 2008; 中井, 小林, 佐藤, 寺田, 嶋崎, 2014)。そのため、自己主導的に目標を決定し、計画、実施、評価をするラーニング・コントラクトを取り入れることが、看護師の感情知性を高める上で、より学習効果が上がると考えられた。具体的には、自己が抱える他者との感情コミュニケーションにおける課題目標を設定し、その課題解決に向けて実行するために活用する学習資源と学習方法を計画立案、目標達成を示すものを選択し、学習成果について評価するための基準と手法を設定する。他者との感情コミュニケーション課題を達成するためにプログラムの実施期間中は公私において実行することとなり、効果が上がる可能性が高いと考えられる。

II. 本研究の目的と意義

1. 研究目的

本研究は、医療観察法病棟における看護師の感情知性を高めるためのプログラムの効果を明らかにすることである。

2. 研究意義・新奇性

これまで看護師を対象としたEIの研修・プログラムは、大学病院の新人看護師を対象とした感情活用能力トレーニングによるストレス軽減と対人関係能力の向上を通じて看護実践能力を高めること（小谷野, 2007）や、広域基幹病院のリーダーシップ研修における中堅看護師を対象にした感情知性理論を用いた研修プログラム（岡村, 2013）が実施されている。いずれも、集合教育として行われていたが、ある程度の感情活用力の向上はみられ、新人看護師のストレス軽減への効果や中堅看護師のリーダーシップ・メンバーシップ力の向上に貢献していた。しかし、プログラム実施後の感情知性の値は、部分的な向上にとどまり、集合教育としての課題が出されており、どの看護師にも実用可能な確立したプログラムとしては適用し難い。

また、看護師が職場における自らの感情面での健康状態に気づき、対処する必要があるため感情知性の育成として、総合病院に勤務する中堅看護師のグループを通じた職場での体験を語ることを毎月1回計10回行われた結果、仕事にまつわる不安や管理者への期待と不満を徐々に語りだし、それが過去の体験とつながりがあることに気づき、看護師はグループの中で新たな他者への信頼と自信を取り戻していた（古城門, 赤沢, 曾根原, 武井, 寶田, 2016）。看護師が自ら感情面での健康状態に気づき、対処できるための感情知性の育成は必要かつ重要であるが、毎月1回計10回の開催では、参加者の負担が大きい。また、これらは大学病院や一般病院の看護師を対象にしていることから、医療観察法病棟の看護師を対象に、感情知性理論を基盤として成人学習モデルを活用した感情知性を高めるプログラムの効果に関する研究はなく、わが国初の研究となる。

本研究の効果が明らかとなれば、医療観察法病棟においては、患者の社会復帰促進のためのリーダーシップ・メンバーシップ力の向上が期待できる。また、多職種チー

ム医療における看護の専門性を発揮できることとなり、他者との人間関係において相互交流を促進することにつながり、医療観察法病棟全体の看護の質の向上に寄与すると考えた。

3. 研究の枠組み

本研究の枠組みを図1に示した。

医療観察法病棟の看護師は、①重大な他害行為を行った患者への陰性感情の抑制により（熊地ら, 2007；松井, 2009；宮城, 渡辺, 中谷, 2009）、自尊感情が低下しており、②マンパワーに根付いた多職種チーム医療による対人葛藤からのストレス反応（板山, 田中, 2011；吉原ら, 2015）や、③仕事の不適性感によるストレス反応（天野ら, 2012）から、適切に自己を評価できないため感情知性の低下を来していることが考えられる。看護師の感情知性の低下は、看護の質の低下につながり（Barbara, et al., 2007）、このような自己の問題に気がつくことが必要であるが、自分自身では気がつきにくい側面があるため教育的な介入の必要性がある。看護師にとって感情知性は卓越性に影響を及ぼし（Goleman, 1998）、質の高いケアの提供と看護師自身の精神的健康のために非常に重要であることが示唆されている（Edward, et al., 2017；古澤, 2015；Kim, et al., 2015；McCallin & Bamford, 2007；武井, 2008）。感情知性は、教育で高められることが報告されており（Barbara, et al, 2007；Estelle, et al, 2011；McQueen, 2004；Shanta, et al, 2013；Mayer, Salovey & Caruso, 2004）、自尊感情も教育で容易に向上できる知見は多い（Burns, 1993；中島, 2010）。

そこで、自己の感情や対人間での問題に対処するために必要な対人関係能力としての感情知性（Goleman, 1995）を高めることで、心理的な柔軟性がストレスと逆境に適切に適応する能力が上がる（Brenda, et al., 2015）と考えた。

感情知性の高い看護師は自己と他者の感情状態を認識し、問題解決のために感情を利用できる（Huy, Q. N., 1999）ことや、感情に対するコントロール感が高いほど心身の健康にも良い結果をもたらす（Lok & Bishop, 1999）ことから、本研究で取り組むプログラムは、①自己の感情の評価、②他者の感情の評価、③自己の感情の調整、④自己の感情の利用（Law, Wong & Song, 2004；豊田, 山本, 2011）が上がるように、成人学習者である看護師が、自ら学習を構造づける方法により（Knowles, 1980, 2008）、自己で計画し、苦手な他者との感情におけるコミュニケーションの課題達成を目指すこと

を考えた。この方法は、実績のある感情知性を高めるビジネスカリキュラムの方法 (Laura & Mary, 2005) ととも共通する点があることから、効果が期待できると考えた。

また、宮本 (2013, 2016) の提唱する「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」によって、自己の感情を認識し、感情として他者に適切に言語化する技法を用いることとする。これらは、数秒から数十秒の時間的推移で、a 感情の察知、b 感情の識別、c 感情の意味理解—自分、相手、関係性、状況、d 状況に相応しい表現—率直かつ前向きな姿勢、の4段階のプロセスがある (宮本, 2013, 2016)。「異和感の対自化」は、a 感情の察知、b 感情の識別、c 感情の意味理解に該当 (宮本, 2016) し、①自己の感情の評価である客観的な自己認識ならびに、②他者の感情の評価を高めることに影響する。「自己一致」、「感情の投げ返し」は、d 状況に相応しい表現が該当 (宮本, 2016) し、③自己の感情の調整、④自己の感情の利用を高めることに影響する。すなわち、この技法を使うことによって、適切な自己の評価、自己コントロール力を高められ、効果的に感情知性が向上すると考えた。

Ⅲ. 方法

1. 研究実施施設

医療観察法病棟を有する病院 5 施設で実施した。

2. プログラム実施期間

2017 年 8 月から 2018 年 6 月

3. 対象者

医療観察法病棟に勤務している看護師で、以下の基準に適合した者

1) 対象者の選定基準

- (1) 医療観察法病棟に勤務し、半年以上 7 年以内の者
- (2) 精神科看護経験 15 年以内の者
- (3) 年齢が 50 歳未満の者
- (4) 本研究の趣旨に同意し、文書による同意が得られた者

2) 選定理由

(1) 医療観察法病棟の看護師

医療観察法病棟の看護師は、①重大な他害行為を行った患者への陰性感情の抑制により（熊地ら, 2007 ; 松井, 2009 ; 宮城ら, 2009）、自尊感情が低下しており適切な感情コントロールができていない状態ではなく、②マンパワーに根付いた多職種チーム医療による対人葛藤からのストレス反応（板山, 田中, 2011 ; 吉原ら, 2015）や、③仕事の不適性感によるストレス反応（天野ら, 2012）から、適切な自己の感情評価ができておらず、感情知性の低下を来していることが考えられる。感情知性の低下は看護の質の低下に繋がるため看護師は、このような自己の問題に気がつき、感情知性を高めることが必要であると考え、本研究の対象とすることとした。

(2) 年齢、経験年数

精神科看護師の感情知性尺度 (J-WLEIS) を測定した報告では、50代と60代以上の年齢の者は20代・30代の者より感情知性の値が高いとの報告があり、経験年数においては、有意差は認められなかったものの15年以上の経験者はそれ以下の経験者よりも総得点が高いことが報告されている (石井, 中島, 森, 杉田, 須田, 平尾, 2014)。感情知性の値の低い対象にプログラムを実施することで、早い時期から感情知性を高められる知識・方法論を獲得できれば臨床での看護実践に効果が期待できると考えた。

3) 除外基準

- (1) 現在精神科で何らかの治療を受けている者
- (2) 3回全てのプログラムに参加できない者

4. プログラムの作成

1) プログラムの目的

本研究で実施するプログラムは、看護師が自己の感情に向き合い、適切な自己の感情の調整・利用をすることで、自己の感情知性を高めることを目的とした。

2) プログラムの基盤となる理論

本研究で実施するプログラムは、感情知性理論を基盤に、Wong & Law (2002) が作成した Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) のEIの4つの下位能力である①自分自身の感情の評価と表現、②他者の感情の評価と認識、③自分自身の感情の調整、④パフォーマンスをあげるための感情の利用を高めるために、宮本 (1995) が提唱する“異和感の対自化”を軸とする“自己一致” “感情の投げ返し” (感情活用と称した) の技法によって、自尊感情、自己認識力を高めるプログラムである。

自尊感情が低いと将来に対する展望・目標・計画なども総じて明確でない (下村, 2011) と言われているため、成人学習者である看護師の経験を有用な学習資源とし、自己主導的に目標を決定し、計画、実施、評価をするラーニング・コントラクトを採用した。学

習者自身が自尊感情の低下を来たしている自己のネガティブな感情の抑制に気がつき、それによって自己の感情表出に明確な輪郭ができ、自己認識力に対する展望・目標・計画などを明らかにする方法を取り入れることで、医療観察法病棟の看護師の自尊感情、自己認識力が高まり、学習効果として感情知性が上がると考えた。

なお、“感情活用”の技法を使用するにあたり、提唱者である宮本の許可を得た。

3) プログラムの作成

これまで看護師を対象とした EI の研修・プログラムに関して 3 件の報告（小谷野, 2007 ; 岡村, 2013 ; 佐藤ら, 2018）がある。

小谷野（2007）は、大学病院の新人看護師 16 名（女性）をグループとして介入し、EL (Emotional Literacy:感情活用能力) トレーニングによるストレス軽減と対人関係能力の向上を通じて看護実践能力を高め、ケアの質的向上に貢献することを目的としていた。60 分 2 回・90 分 3 回の合計 5 回を 2 ヶ月間で行なわれ、EI 理論とストレスコーピング理論を用い、リラクゼーションを併用していた。

岡村（2013）は、広域基幹病院の中堅看護師 17 名（女性）をグループとして 4 回を 6 ヶ月間介入し、感情知性理論を用いた中堅看護師を対象とした研修プログラムを実施することによる効果を検討し、今後の育成の在り方を考察する目的で行われていた。この 2 つのプログラムは、院内教育における対象者に行われており、個人の参加への意思表示は問われていない。

また、佐藤ら（2018）は、医療観察法病棟の看護師 5 名（男女）をグループとして介入し、1 回 60 分、4 週間に 1 回、合計 5 回としていた。感情を活用した研修によって、看護師の感情表出に対する思いを明らかにすることを目的に、本研究のプレテストとして行われ、参加者から好評を得ていた。一方、参加者から、5 回の参加に対する負担感が語られ、病棟管理者からは同一メンバーの勤務表作成時の困難感が語られた。

そこで、本プログラムにおいては、参加者と勤務表作成者の負担を考慮し、1 回 90 分、4 週間に 1 回、合計 3 回に短縮を図った。佐藤ら（2018）によれば、性別、年齢差、臨床経験年数、精神科勤務年数の異なる対象者であっても、他者の意見を聞き、同様の思いを抱いていたことに安堵し、自己の感情を客観的に捉えることで他者への理

解に繋がっていた。看護師が元々持っている能力、価値観が異なっている、医療観察病棟という環境下においては、他の精神科病棟に比べ、看護師が重要な役割を求められているために、感情を表出すると自らが危険にさらされることがある、それを不安に感じ、感情を抑制するという対処方法をとっていることから、自尊感情の低下をきたしていることが示唆された。そのため、本対象者は、意思表示によるプログラムへの参加であり、3回でも十分効果が期待できると考えた。

また、成人学習理論によるグループでは、発達課題のほぼ同質のグループ化がより効果的ではあるものの、人間関係の訓練のような場合には、異質なグループが好ましい（三原, 1990）とされていることから、本プログラムは後者に該当する。感情表出を不安に感じ、感情を抑制するという対処方法をとっている医療観察病棟の看護師には、従来のプログラムより回数の少ない簡便な方法で、自尊感情が向上し、感情知性を高めるための介入をすることが実用可能性があると考えた。

エンカウンター・グループの適切な人数は、7～8人（Rogers, 1970, 1982）とされており、多ければアイデアがより多く出やすく（トム・ダグラス, 2003）、グループダイナミクス効果を期待できるが、少なければ少ないほど物理的にも心理的にも距離が近くなり、1人の話す時間が長くなるため、話す内容も詳しく、密度の濃いものになっていく（武井, 2002）。また、対人援助のためのグループでは、2～3名が適したものがある（福山, 2011）ことも加味し、自尊感情を向上させる本グループでは効果を高めることができる人数として、最大7名、最小2名に設定した。

本プログラムにおける対象者のリクルートは、予め施設の管理者に対象者の選定基準を伝え、基準に該当した者を病棟管理者が選定し、その選定された者に対して研究者が研究協力の説明を行い、同意を得られた者を1グループとして行った。同一病棟内の看護師が対象であるが、基準の該当者を病棟管理者が選定しているため、研究協力の説明を受けにきた段階でメンバー同士が初顔合わせとなり、対象者の親密度・関係性の偏りは少ないものと考えた。

尚、本プログラムの作成にあたり、精神看護学の専門家からスーパーバイズを受けながら妥当性の確保に努めた。

4) ファシリテーターの役割

本プログラムの展開におけるファシリテーターは、研究者主導ではなく参加者によ

る自己決定型を支持するものとした。参加者のこれまでの経験・価値観を活かし、成人である学習特性としての主体性を尊重して、学ぶことを支援するスタイルをとった(厚生労働省, 2014)。研究者からの講義は最小限とし、ペアワーク、グループワーク、事例検討を通して、参加者は自身の経験や感情を語ることで内省し、自己意識感情への気づきが得られ、他者がその経験・感情に共感し、共有することで、自身の感情の問題解決に活かすことができるものとした。また、研究者も参加者と共に考えるスタンスをとり、言語的・非言語的承認をすることで、発言しやすい雰囲気を醸し出した(三原, 1990)。

研究者は、参加者の感情・認知・行動の3つの要素の中の感情に対して働きかけ、発言者が感情を表出することへの抵抗を低減できるようにした。他者に対してはアサーティブな発言により、エンパワメントできるように配慮し、発言者への批難・中傷をすることがないように支持することとした。また、メンバーは集団として同じスタンスをとり、発言者が感情を安心して表出できる安全な環境を保証した(安部, 2010)。

5) プログラムの概要

本研究のプログラムの概要(表1)及び本研究の手続きを図2に示した。

陰性感情の抑制による自尊感情の低下、マンパワーに根付いた多職種チーム医療によるストレス反応を回復するために、自身の感情を知覚し、感情表出を効果的にできるようになることで対人関係力の向上を促した。「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」を軸とし、看護師は自身の感情やそのあり方に気づき、他者の感情を見極め、状況に応じた感情表現を工夫して相互作用を築くためのプログラムである。その際、「異和感の対自化」は自己認識力を高め、「自己一致」、「感情の投げ返し」は、自尊感情を高めることに影響する。

本プログラムには、ホームワークとして2つの課題がある。第1は、「自己一致シート」(資料1)のプロセスレコード(一部改訂)を用い、「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」を行った。第2は、対人関係における感情の問題解決「ラーニング・コントラクト」(資料2)に取り組むことであった。いずれも、第1セッションに提示して説明した。第1課題は翌月までに行って持参とし、第2課題は最終回までに行って持参するよう依頼した。問題解決のために用いる「ラーニング・コントラクト」とは、成人学習モデル(Knowles, 1980, 2008)を参考に作成した個人目標設

定シートである。参加者自身が、「学習資源と方法」、「目標達成を示すもの」、「達成評価の基準と手法」について計画し、プログラム終了時に個人の「目標が達成」というプロセスである（奥村, 2010 ; 三原, 1990）。参加者が自身で学び方を選定し、明確な目標を設定するため、目標を達成したときの達成感を期待できることや、達成に至らない場合でも自ら設定した目標に向かってチャレンジすることで、参加者がプログラムの流れ（資料 3）に従って効果を実感できることを目指した。これらは同時に、自尊感情の回復・向上に繋がることになる（坂野, 前田, 2002）。

内容は、「自分の感情を理解する」、「自己一致の実際」、「自己と他者の感情の共通点・類似点・相違点」、「他者の感情がわかる」、「感情知性活用の成果」について、毎セッションにおいてワークシートを用い、ペアワーク、グループワーク、事例検討、成果発表を通して、参加者主体で語り合いから学ぶものとした。

（1）第1セッション

第1セッションでは、「自分の感情を知る」をテーマに、プログラムの目的・意義を理解すること、自分の感情を知ること、感情表出について理解することを目標とした（資料 4-1～4-4）。参加者は同じ職場の顔なじみであるためアイスブレイクの必要はなく、成人の学習者に対する研究者の姿勢として、誠実性、尊重する態度、共感的理解をもって臨んだ（照井, 畠山, 2001）。

初セッションとしては、「異和感」に結び付きやすい快・不快の感情について取り上げ、「自分の感情を理解する」ワークを説明した（資料 5）。個人ワークにより自己の感情に目を向け、ペアワークとなり、自己の知覚した感情の理由について言語化することで自己の感情の認識化を促した。それをグループワークで発表し、それぞれの快・不快感情を共有した。すなわち、自己意識の内在化と外在化の両方を行うことで、自己意識力の強化を図った（船津, 2006）。その上で、快・不快感情を含め、宮本（2005）の『感情を「読み書き」する力』を基に「感情活用」、「異和感の対自化」、「自己一致」の講義を30分行った。その際、「自己一致」の留意点、プログラム実施時の留意点（資料 6）についても説明を行った。

最後にホームワークを2つ提示した。第1は、宮本（2003）の『援助技法としてのプロセスレコード』に基づいて、「疑問の投げ返しとしての自己一致」を活用し、次回までに「感情活用シート」に記載し、持参するよう説明した。第2は、自身の対人

関係における問題解決の目標を立て、目標を達成するための「ラーニング・コントラクト」を第3セッションまでに作成し、持参するよう説明した。

(2) 第2セッション

第2セッションには、「異和感の対自化と他者の感情を知る」をテーマに、第1セッションの第1課題「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」及び、模擬事例を通して、自己の感情と他者の感情の共通点・類似点・相違点を理解する、他者の立場で感情表出することを目標として行った(資料7-1~7-3)。

前セッションのホームワーク「感情活用シート」を使い、各自が感じたエピソード毎に自己の感情への対自化、自己一致、感情の投げ返しを行った後の相手の反応について語り合うこととした。メンバーの中で最も良いと思われた、異和感の対自化、自己一致、感情の投げ返しをグループで話し合い、何がどのように良かったか、理由を添えて決定した。個人の知識や感情体験を共有しながら、グループとしての合意を形成するために討論し、互いに交渉をして、グループで一つにまとめるように促した。

事例検討については、看護師が職場で経験しやすい身近な模擬事例(資料8)を提示し、事例検討を行った。研究者が事例を読み上げた後、事例を通して自己と他者との感情の共通点・類似点・相違点を見出すワークを行った。また、自分が模擬事例の立場を想定して、異和感の対自化、感情の投げ返しをどのように行うか、グループ全体で話し合いを行った。意見が出尽くした段階で、準備した返答例(資料9)を提示し、解説を行った。自身の返答と比較して、どのように感じたか、それを自身で行うことに対する実行可能性、有効性についての語り合いを行った。

最後に全体のまとめを行い、次回までのホームワークの確認を行った。

(3) 第3セッション

第3セッションでは、「感情知性活用の成果発表」をテーマに、「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」で会得した成果を発表し、今後の感情表出に活かすことを目標とした(資料10-1・10-2)。各自が設定した目標評価のための基準と手法に沿って、ラーニング・コントラクトの発表を行った。メンバーの発表内容についてグループで意見を交換し、全体で共有した。今後の感情表出への活かし方、各自の抱負を語り合うことを通して、自己認識力ならびに目標にチャレンジした自己に対するポ

ジティブ感情の自覚の強化を図った。最後に研究者が発表者への講評、日常的な感情知性の活用によって、今後のさらなる向上への期待を伝え、まとめとした。

6) プログラムの評価

本研究では、豊田, 山本 (2011) が作成した、日本版 WLEIS (Wong and Law Emotional Intelligence Scale ; 以下、J-WLEIS) によりプログラムの評価を実施した (資料 11)。J-WLEIS は、「自己の感情評価 (Self-Emotions Appraisal)」、「他者の感情評価 (Others-Emotions Appraisal)」、「感情の利用 (Use of Emotion)」、「感情の調節 (Regulation of Emotion)」の 4 つの下位尺度、16 項目から構成され、信頼性と妥当性が確認されており (豊田, 山本, 2011)、尺度として有用性が明らかにされている (岡田, 2015 ; 中島, 2018 ; 石井ら, 2014)。

また、WLEIS は、本邦だけでなく諸外国においても、教育、福祉、医療、企業などの多分野で広く使用されている (Alexander, Donald & Petrides, 2014 ; Panagiotis, Vassilis & Sofia, 2014 ; Donta, 2016 ; Cejud, Rodrigo-Ruiz, López-Delgado & Losada , 2018 ; Kenneth Law , Chi-Sum Wong , Guo-Hua Huang & Xiaoxuan Li , 2008 ; Trivellas, Gerogiannis & Svarna, 2013; Ya, Zhenhong , Wei, 2013)。得点は、「1 : 全くあてはまらない」、「2 : ほとんどあてはまらない」、「3 : あまりあてはまらない」、「4 : どちらともいえない」、「5 : 少しあてはまる」、「6 : かなりあてはまる」、「7 : 非常にあてはまる」の 7 件法であり、得点が高いほど感情知性が高いことを示している。

調査は、プログラム開始前、プログラム終了直後の前後比較 1 回とした。対象者への時間的負担、ならびに勤務表作成者の負担を最小限にすることを優先し、本研究においては、フォローアップ調査を実施しないこととした。

なお、本研究で J-WLEIS を使用するにあたり、著者である豊田, 山本の許可を得て使用した。

5. プログラムの実施者

本研究におけるプログラムは、看護師資格をもち、一般診療科経験 16 年、精神科領域での看護管理経験 14 年、一般診療科・精神科を含む看護管理経験 7 年あり、その間、心理職者を行う患者教育プログラムにおけるファシリテーター 5 年、宮本による「異

和感の対自化」についての講義を複数回受けながら、毎月実施される事例検討会でのサブファシリテーター3年、看護師教育プログラムのグループ・集団でのトレーナー10年を有する研究者が実施した。

また、実施にあたって精神看護学の専門家からスーパーバイズを受けながらプログラムにおける質の担保に努めた。

6. 調査内容

1) 対象者背景

性別、年齢、臨床経験年数、精神科勤務年数、現病棟勤務年数、専門学歴に関して、プログラム開始前に調査用紙にて収集した。

2) 感情知性 (Emotional Intelligence)

J-WLEIS (豊田, 山本, 2011) はプログラムの前後に自記式質問紙にて収集した。

3) セッション後の振り返り調査

セッションの振り返りとして、対象者の各セッションにおける内容の理解の程度、自身の感情の言語化の程度、感情活用についての実行可能性の程度について、「1: 全くできない」、「2: ややできない」、「3: できた」、「4: ややできた」、「5: 非常にできた」の5段階評定と、その理由について、その他の感想・意見を自由記述式にて、毎セッション終了後に調査した (資料 12-1~12-3)。

4) 対象者の本プログラムに対する感想

対象者のプログラムの感想を調査するためにインタビューガイド(資料 13)に沿って、プログラム終了後に半構造化によるグループインタビューを行った。インタビューガイドは、①プログラムを行って良かった点、②プログラムを行って変わった点、③困難に感じた場合、工夫されていること、④今後感情の問題解決に活かせること、⑤感情活用力をより向上させるためにおこなうこと、⑥プログラムの改良が必要な点とした。

7. 調査方法

選定手順に従って同意の得られた研究対象者に対して、対象者番号を振り、連結可能匿名化対応表に対象者名及び同意の日付を記入した。

8. 倫理的配慮

1) 対象者個人の権利擁護

研究対象者の人権擁護を図るため、本研究は筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」で承認後（通知番号 1125-1）、各研究対象施設の倫理委員会で研究計画書の内容及び実施の適否等について、倫理的な側面の審議承認を受けた上で実施した。

2) 対象者の理解と同意を得る方法

医療観察法病棟を有する各施設長に書面（資料 14-1～14-4）を送付し、プログラムの実施、ならびにプログラム実施対象者を募った。各施設においては、研究対象者に該当する看護師全員に説明文書（資料 15-1～15-3）を配布し、実施者による説明を聞きに来た看護師に研究の趣旨・方法・倫理的配慮について、書面・口頭で説明を行った。プログラム参加協力の意思表示方法は、その場での同意書（資料 15-4）による署名、後日の場合は Fax またメールにて意思表示をしてもらった。最終的には、同意書への署名を以ってプログラムへの参加協力の成立とした。研究参加者への説明は以下の内容で実施した。

- ① 研究への参加は自由であり、不参加であっても不利益を受ける事はないこと。
- ② 使用する調査用紙には、個人が特定されないように氏名の記入はせず番号で示すこと。
- ③ 研究内容に関する秘密を厳守し、特定の個人の回答のみを問題にすることや公表はしないこと。
- ④ データの閲覧は研究者および指導教員に限り、生データが第三者の手に渡ることや本研究以外の目的で利用されることがないこと。
- ⑤ 研究は、施設長、看護部長、当該看護師長に承諾を得てから行い、参加することによる身体的・精神的負担、気分等の変化に十分留意して実施すること。
- ⑥ 気分や具合が悪くなったと感じた際には、その場で研究を中断することが出来

ること。

- ⑦ 一度研究に同意した場合でも、対象者が不利益を受けることなく同意を撤回（資料 15-5）出来ること、ただし研究結果が論文などで公表された後には研究結果を破棄できない場合もあること。
- ⑧ 協力同意後、いつでも研究について研究者に質問や意見を行うことが出来ることを説明し、書面での同意が得られた対象者のみにプログラムを実施すること。
- ⑨ 研究資金源は、筑波大学の教育研究費で賄われること。
- ⑩ 研究の成果を看護系または医学系の学会で発表すること。

3) 研究によって対象者に生ずる不利益への配慮

① 身体面への影響と配慮

本研究を行うことで、明らかな身体侵襲は生じない。しかし「対人関係に伴う感情に着目した感情活用を促すプログラム」に参加することや質問紙調査・インタビュー調査の実施、ホームワークとしての課題作成を行うため、物理的時間の拘束が発生することから、心身の疲労・負担感が生じる可能性がある。プログラム実施中は適宜対象者に疲労の有無を確認し、対象者の表情・しぐさや動作の観察から状態を把握するように努めた。また対象者の状態に応じて、中断することとした。

② 心理面への影響と配慮

本プログラムは参加者自身の感情の表出を促すことにより負の経験が想起され、心理的負荷が生じる場合がある。そのため研究への参加に協力可能と自主的に判断した者のみを対象者とした。実施中、対象者は答えたくない内容に対しては答えなくてよいことや不調を感じた場合にはいつでも中断出来ることを実施の冒頭のオリエンテーションで説明した。また、実施中は常時対象者の言動の内容や表情・しぐさ、動作等、状態変化に十分配慮し、病棟看護師長と緊密に連絡を取り、問題が生じた場合、ただちに対処できるよう体制を整えて実施した。

また、本プログラムは、宮本（2005）による「自己一致」、「異和感の対自化」、「感情の投げ返し」の技法を使い、参加者の対人関係に伴う感情に着目した感情知性の活用を促すプログラムであるが、正しく理解されずに、適切に活用しない場合、表現や表出の仕方によっては他者に不快感や威圧感を与えてしまう危険性

があるため、その旨を書面・口頭で説明した。

4) データの管理方法

(1) 匿名化の方法

対象者番号は同意が得られた時点につけることとし、対象者の個人名と対象者番号を記載した対応表(資料 16)を作成することで連結可能匿名化(資料 17)を行った。また、連結可能匿名化対応表は研究対象各施設内の鍵のかかる場所にて各施設の情報管理者が保管し、施設外への持ち出しや研究者以外が閲覧しないよう管理した。

(2) データの管理方法

プログラムに関連する資料には個人名は記載しないよう留意し、個人名の含まれる同意書は筑波大学健康医科学イノベーション棟 204 室内の施錠可能なロッカーに保管した。

(3) データの保存媒体の安全管理方法

データ収集と解析のためにノートパソコン 1 台、データ保存用 USB フラッシュメモリ 1 本、バックアップ用 USB メモリフラッシュ 1 本を準備した。また、これらに個人名は入力しない事とした。USB フラッシュメモリはセキュリティソフト内蔵のものを準備し、データファイルは暗証番号による保護機能とデータの暗号化を実施したうえで保管した。

データは看護系・医学系の学会に発表し、研究終了後 10 年間保管する予定である。その後、印刷資料は裁断サイズの小さいクロスカット等のシュレッダーにより、再現不可能な状態にして破棄する。書き換え可能な電子媒体のデータはダミーデータを複数回上書きし、元のデータを復元不可能な状態にしてから破棄する。

9. 分析方法

データの分析には、IBM SPSS Statistics Version 24 を使用した。

プログラムの振り返り調査では、5 段階評定は単純集計とし、その他の感想・意見の自由記述は、単純集計及び内容を吟味した。

質的帰納的分析では、内容分析を行い、妥当性を確保するために精神看護学に精通

し、博士号の学位を有する大学教員 2 名によるスーパーバイズを受け、心理系に精通し、博士号の学位を有する大学教育経験のある看護師 1 名と内容を確認しながら実施した。

1) 対象者背景

対象者背景を確認するために、性別、年代、臨床経験年数、精神科経験年数、現在の病棟勤務年数、専門学歴の平均値と標準偏差、中央値を算出した。

2) プログラム実施状況

プログラムの実施状況を確認するために、実施したクール、1 クールの平均人数、1 回～3 回の実施期間、クール毎の各回の所要時間の平均値、各回の所要時間の平均値と標準偏差、中央値を算出した。

3) 使用尺度の信頼性

本研究で使用した尺度の信頼性分析を行い、Cronbach の α 係数を算出し、内的整合性を確認した。

4) プログラム実施前の対象者背景における感情知性の値の関係

プログラム実施前の対象者背景と感情知性の値の特徴を確認するために、性別、精神科勤務年数、学歴を Mann-Whitney の U 検定を行い、年齢・臨床経験年数、現病棟勤務年数は、Kruskal Wallis 検定を行った。

5) プログラム実施前後の感情知性の値の比較

プログラムの有用性を検討するために、プログラム実施前後における感情知性の下位尺度、各項目に対して、Wilcoxon 符号付順位検定を行った。

6) プログラム実施前後の対象者背景による感情知性の値の比較

プログラム実施前後の感情知性の値に対して、性別、精神科勤務年数、学歴について Mann-Whitney の U 検定を行い、年齢・臨床経験年数、現病棟勤務年数について Kruskal Wallis 検定を行った。

7) 毎セッション実施後の振り返り調査

毎セッション実施後の振り返りについては、5段階評価は各項目別に人数、比率、平均得点を算出し、自由記載内容は、アフターコーディングによって分類基準を作成し、記入内容に従ってコードを付与、各内容に付与したコードの最大数を算出した(田中, 2012)。

8) プログラム実施後のグループ・インタビュー

プログラムに対する対象者の感想を、全セッション終了後に実施した半構造化グループ・インタビューによりまとめた。グループ・インタビューはICレコーダーに録音し、録音内容から逐語録を作成した。Krippendorff (2003)、寺下 (2011) や上野 (2008) による内容分析の手法を参考にして、記載内容を丁寧に繰り返し読み、対象者の感想・意見に対する内容を抽出した。抽出した内容はコード化し、プログラムの感想としてコード化を行った。

IV. 結果

1. 対象者の背景

対象者の属性は、性別、年代、臨床経験年数、精神科経験年数、現在の病棟勤務年数、専門学歴について、表 2 に示した。性別は男性 19 名 (63.3%)、女性 11 名 (36.7%) であった。年齢は、平均で 35.45 歳 (SD=7.07) で、20 歳代 6 名 (20.0%)、30 歳代 13 名 (43.3%)、40 歳代 11 名 (36.7%) であった。

臨床経験年数は、平均で 9.14 年 (SD=5.00) であった。2 年以上 5 年以下が 8 名 (26.7%)、6 年以上 10 年以下が 11 名 (36.7%)、11 年以上が 11 名 (36.7%) であった。精神科経験年数は、平均が 6.23 年 (SD=3.42) で、5 年以下が 15 名 (50.0%)、6 年以上が 15 名 (50.0%) であった。現在の病棟勤務年数は、平均が 2.14 年 (SD=1.31) で、1 年以内が 10 名 (33.3%)、2 年以上 3 年未満が 14 名 (46.7%)、3 年以上が 6 名 (20.0%) であった。専門学歴は、専門学校卒が 25 名 (83.3%)、大学卒が 5 名 (16.7%) であった。

2. プログラムの実施状況

プログラムの実施状況を表 3 に示した。実施したクールは 9 クール、1 クールの平均人数は 3.33 名、最少 2 名、最大 6 名であった。第 1 セッション～第 3 セッションの実施期間は、全クール 3 ヶ月であった。3 クール目は、参加者 6 名であったが夏季休暇期間中で 6 名を同じ勤務に調整することができず、第 1 セッション・第 2 セッションを各 3 名に分けて 2 回実施した。各回の所要時間は、第 1 セッションは平均 89.4 分 (SD=1.77)、第 2 セッションは平均 81.9 分 (SD=6.51)、第 3 セッションは平均 49.0 分 (SD=5.83) であった。

3. 使用尺度の信頼性

使用尺度の Cronbach の α 係数を表 4 に示した。

J-WLEIS の α 係数は、プログラム実施前の総得点が $\alpha = .84$ 、プログラム実施後の総得点が $\alpha = .83$ であった。下位尺度では、プログラム実施前の自己の感情評価は α

=.85、プログラム実施後は $\alpha = .85$ であり、プログラム実施前の他者の感情評価は $\alpha = .84$ 、プログラム実施後は $\alpha = .86$ であり、プログラム実施前の感情の利用は $\alpha = .85$ 、プログラム実施後は $\alpha = .85$ であり、プログラム実施前の感情の調節は $\alpha = .85$ 、プログラム実施後は $\alpha = .84$ であった。

4. プログラム実施前の対象者背景における感情知性の特徴

プログラム実施前において、感情知性の特徴を確認するために、性別について Mann-Whitney の U 検定を行い、表 5 に示した。年齢・臨床経験年数について Kruskal Wallis 検定を行い、表 6 に示した。精神科勤務年数について、Mann-Whitney の U 検定を行い、表 7 に示した。現病棟勤務年数は、Kruskal Wallis 検定を行い、表 8 に示した。学歴は、Mann-Whitney の U 検定を行い、表 9 に示した。

年齢・臨床勤務年数、精神科勤務年数、現病棟勤務年数、学歴における総得点、下位尺度において、有意な差は認められなかったが、性別における下位尺度の『感情調節』においてのみ、男性の中央値 19.00 (SD=3.23)、女性の中央値が 13.00 (SD=2.31) であり、男性 ($p=.001$) に有意な差が認められた。

5. プログラム実施前後の感情知性の比較

プログラム実施前後の感情知性の下位尺度に対して Wilcoxon 符号付順位検定を行い、表 10 に示した。『総得点』はプログラム実施前の中央値が 65.50 (SD=10.25)、プログラム実施後の中央値が 77.00 (SD=9.31) であり、プログラム実施後の得点が上昇していた ($Z=-3.84, p=.001$)。下位尺度では、『自己の感情評価』はプログラム実施前の中央値が 21.00 (SD=3.11)、プログラム実施後の中央値が 21.00 (SD=2.54) であり、有意な差は認められなかった ($Z=-1.79, p=.074$)。『他者の感情評価』は、プログラム実施前の中央値が 18.00 (SD=2.13)、プログラム実施後の中央値が 20.50 (SD=2.71) であり、プログラム実施後の得点が上昇していた ($Z=-3.56, p=.001$)。『感情の利用』は、プログラム実施前の中央値が 15.00 (SD=4.19)、プログラム実施後の中央値が 17.20 (SD=3.90) であり、プログラム実施後の得点が上昇していた ($Z=-2.88, p=.004$)。『感情の調節』は、プログラム実施前の中央値 16.00 (SD=3.67)、プログラム実施後の中央

値が 18.00 (SD=3.51) であり、プログラム実施後の得点が上昇していた ($Z=-3.36, p=.001$)。

また、プログラム実施前後の感情知性の各項目に対して Wilcoxon 符号付順位検定を行い、表 11 に示した。プログラム実施前後において、項目別の検定では、下位尺度の『感情の調節』においては、項目 16「自分の気持ちをうまくコントロールできている」 ($p=.001$)、項目 15「腹が立った時でもすぐに落ち着きを取り戻すことができる」 ($p=.016$)、項目 13「自分の感情の高まりを抑えられるので、難しい課題であってもそれらをうまく処理できている」 ($p=.019$)、項目 14「自分の気持ちをコントロールするのはとても得意である」 ($p=.025$) の 4 項目で有意な差が認められた。下位尺度の『他者の感情評価』においては、項目 7「他人の気持ちや感情に対して敏感である」 ($p=.001$)、項目 8「周りの人たちの気持ちを良く理解している」 ($p=.002$)、項目 5「友人の行動をみれば、その友人の気持ちがわかる」 ($p=.003$) の 3 項目で有意な差が認められた。下位尺度の『感情の利用』においては、項目 9「いつも目標を立て、全力をつくす」 ($p=.003$)、項目 10「いつも有能な人間であると自分に言い聞かせている」 ($p=.016$) の 2 項目で、有意な差が認められた。下位尺度の『自己の感情評価』の項目では、1 項目も有意な差は認められなかった。

6. プログラム実施前後の対象者背景による感情知性の比較

プログラム実施前後の感情知性に対して、性別、精神科勤務年数、学歴について Mann-Whitney の U 検定を行い、年齢・臨床経験年数、現病棟勤務年数について Kruskal Wallis 検定を行い比較したが、性別における下位尺度の『感情の調節』においてのみ、男性の中央値 19.00 (SD=3.53)、女性の中央値が 17.00 (SD=2.84) であり、男性 ($p=.042$) に有意な差が認められ、表 12 に示した。『総得点』、他の下位尺度において、有意な差は認められなかった。

7. プログラムの実際

本プログラムでは、参加者を成人の学習者として接し、研究者も参加者と共に考えるスタンスで、参加者が語りやすい雰囲気で行った。また、研究者は一人の看護師のモデルとして、参加者に寄り添い、抱えている問題の解決に導けるようプログラムを

進めていった。

1) 第1セッション

「自分の感情を理解する」ワークシートを用いて行った。自分の感情を知るために、①快・不快の感情について、思い浮かぶだけの言葉を列挙する、②快・不快感情の大きい順位を5番までつける、③1番につけた快・不快と感じる人とその場面について、説明した。④参加者が病棟内で看護チームのリーダーに推薦された場合の感じ方とその理由について記載してもらった。次に、ペアワークで自身の知覚した感情とその理由について言語化し、それをグループ全体でディスカッションを行った。参加者が2名・3名の場合はペア、グループと規定せず各自が語った後、続けてディスカッションを行った。快・不快感の言葉の列挙では、6~7個の表示が多かったが、数名は10個以上の表示がみられた。参加者が共通の快・不快感の言葉を表示しているクールや、異なった快・不快感の言葉を表示しているクールなどそれぞれであったが、他メンバーの表示した快・不快感の言葉を聞き、知覚・発想の意外性やユニークさへの驚き、共感できるなどの意見が出されていた。

全体のディスカッションを行った後の講義は、研究者が作成した資料を使って行った。「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」など、一般的には聞きなれない表現であり、初めての場合にはわかりにくい点を考慮し、参加者にその都度確認しながら丁寧に説明した。「自己一致」、「感情の投げ返し」を行う留意点として、感情をストレートに伝え、自己中心的な表出となってしまうのは、相手に不快感を抱かせてしまうため、本来の目的を理解した上で実行することの必要性を説明した。また、プログラム実施時の留意点は、資料に沿って、他者の発言内容の非公言、発言できる安心な場、机上学習ではなく楽しみながら行う実践学習、などについて説明した。

最後に2つのホームワークを提示した際、第1のプロセスレコードの一部改変した「感情ワークシート」用紙は、「学生時以来で懐かしい」という意見が多かったが、「昔考察で苦労したので、これは考察しなくていいのですね」という発言も少数みられた。第2の「ラーニング・コントラクト」は、第3セッションまでの記入であるため不明点・疑問点は次回でも確認できることを説明した。

2) 第2セッション

このセッションでは、前セッションのホームワーク「自己一致シート」を使い、各自が感じたエピソードを基に自己の感情への対自化、感情の投げ返し、相手の反応について、メンバー間で語り合うよう説明した。次に、参加者の感情表出で最も良かった自己一致、感情の投げ返しについて、グループで決定し、その理由と良い点を語ってもらった。自己一致の決定ワークでは、即決したクールと合意を形成するために討論し、互いに交渉をして決定に至ったクールの違いはあったが、個人の知識や感情体験が共有され、建設的なグループワークとなった。使用したシートは、プロセスレコード(一部改変)であったため、参加者のほとんどから、言語化していない内心の異和感が率直に語られた。

出されたエピソードは、職場やプライベートでの誰もが経験したことのある異和感を抱いた場面・状況が多く、参加者からは納得した発言や共感的意見が出されていた。一方で、日ごろから最も苦手とする相手に対して、何とか関係性を構築したいという高い目標に向かって、自己一致による感情の投げ返しを行った結果、コミュニケーションの改善に繋がったというエピソードもあり、他メンバーから賞賛された参加者もいた。

事例検討では、中堅看護師が職場で経験しやすい身近な模擬事例を研究者が読み上げた後、自身と中堅看護師との共通点・類似点・相違点を見出し、語ってもらった。また、自分が事例の立場となり、異和感の対自化、自己一致、感情の投げ返しをどのように行うか、グループ全体でディスカッションを行った。参加者の年代、実務経験年数、職場での役割などによって意見は異なり、それぞれの個性・特徴が現れていた。意見が出尽くした段階で、準備した返答例を提示し、4 パターンの返答の仕方について解説した。各自の返答と比較し、どのように感じたか、今後自身での利用の可否について語ってもらった。提示した返答例は、人前で目上の相手に促されたことを断るという自己一致の困難場面を想定したものであったが、返事として明言せず、「ええーっ？」などの困窮した感嘆詞を発語する例に対して、参加者からは、「実際このようにやっている」や「これならできそう」などの意見が多く出された中、「はっきり断ります」という意見も僅かにみられた。

最後に全体のまとめを行い、活発なディスカッションであった感想を伝え、次回ま

でのホームワークの確認と説明を行った。

3) 第3セッション

最終セッションでは、本プログラムで会得した成果を発表する、今後の対人関係における感情場面に活かすことを目標として、ラーニング・コントラクトの発表を行った。メンバーの発表内容について全体でディスカッションし、共有することができた。今後の感情知性活用への生かし方、各自の抱負を語ってもらった。目標設定の高さや設定期間、設定内容の質によって、到達度はそれぞれであった。苦手な相手との関係の改善が図れた参加者や会話でのコミュニケーションができない相手とのコミュニケーションができるようになった参加者、相手の発言にイライラせずに反応できるようになった参加者がいた一方で、経過発表となった参加者からは、「途中なのでこのまま継続します」や「時間が足りなかったので到達するまでやります」、「到達したけどまたやります」などの前向きな発言がきかれた。他メンバーの発表内容に対しては、「是非自分もやってみたい」、「とても参考になった」、「そのような方法があることがわかってよかった」などの意見が出され、自身の認識の拡大になったグループ・メンバーの影響を実感していた。また、到達度の程度にかかわらず、チャレンジしたことでの意識変容・行動変容した自身を肯定する意見が多く出された。中には、発表内容からは到達しているにもかかわらず、「できなかった」と自己評価した参加者がいた。感情の捉え方を他者に言語表出しなければ自己では気づきにくいという側面がみられた。

研究者が発表者への講評を行い、最後にまとめをして、夫々の感情知性の活用向上への期待を伝えた。

8. 対象者の反応

1) 毎セッション後の振り返り調査

質問内容の、(1) 内容の理解度とその具体的内容、(2) 自身の感情の言語化度とその具体的内容、(3) 学んだことの実行可能性とその具体的内容、(4) その他、感想・

意見について、質問内容毎に第1セッション、第2セッション、第3セッションの順でまとめたものが、以下の通りである。なお、(1) 内容の理解度、(2) 自身の感情の言語化度、(3) 学んだことの実行可能性を、図3、図4、図5に示した。

(1) 内容の理解度とその具体的内容

【内容の理解度】

第1セッションは、「非常にできた」9名(30.0%)、「ややできた」12名(40.0%)、「できた」9名(30.0%)で、平均4.0「ややできた」であった。第2セッションは、「ややできた」が30名(100.0%)であった。第3セッションは、「非常にできた」16名(53.3%)、「ややできた」9名(30.0%)、「できた」5名(16.7%)で、平均4.4「ややできた」であった。第3セッションがそれまでより0.4上昇していた。

【理解できた具体的内容】(重複回答)

第1セッションは、「自分の感情に向き合う」の回答が8件、「異和感の対自化について」の回答が6件、「具体的な説明でわかった」の回答が6件、「言葉が難しかったが説明で理解した」の回答が4件、「快・不快感情について」の回答が3件、「抑圧しない等の自己一致」の回答が3件、「感情の投げ返しを含めた自己表出」の回答が3件、「資料がわかりやすかった」の回答が2件であった。また、「グループワークが良い」、「参加者に合わせたペースでの進行がよい」、「ワーク化し万人向けに改良したプログラムがおもしろい」と各1件の回答がみられた。初回であったが、自己の感情に目を向けるという内容を参加者なりの理解の仕方で全員が理解できていた。

第2セッションは、「感情の投げ返し方について」の回答が10件、「事例を通して話したこと」の回答が9件、「グループメンバーとの話し合いで」の回答が5件、「自己一致について」の回答が4件であった。事例やメンバーと話し合うといった方法論で理解に繋がっていた。

第3セッションは、「グループメンバーの話を聞いて共感し、参考になった」の回答が9件、「自分の感情に気づけた」の回答が7件、「感情表出に対する自身の理解の範囲」の回答が7件、「今後の感情表出の取り組み方」の回答が5件であった。このセッションでも、グループメンバーの話を聞いて共感し、参考になったことにより理解が促進したことが多数あげられていた。

(2) 自身の感情の言語化度とその具体的内容

【自身の感情の言語化度】

第1セッションは、「非常にできた」5名(16.7%)、「ややできた」13名(43.3%)、「できた」11名(36.7%)、「ややできない」1名(3.3%)であった。

第2セッションは、「非常にできた」17名(56.3%)、「ややできた」6名(20.0%)、「できた」7名(23.3%)であった。

第3セッションは、「非常にできた」15名(50.0%)、「ややできた」7名(23.3%)、「できた」7名(23.3%)、「ややできない」1名(3.3%)であった。

全セッションを通して、「全くできない」の回答はなかったが、第1セッション・第3セッションに「ややできない」の回答者が1名存在した。第2セッション・第3セッションと「非常にできた」が50.0%以上あるものの、第3セッションの「ややできない」があったことから第2セッションより第3セッションの平均値が低くなっていた。

【言語化できた具体的内容】(重複回答)

第1セッションは、「自分の感情、日ごろの思いについて」の回答が11件、「快・不快感情を想起させ、伝えられた」の回答が8件、「グループで話しやすいメンバーだから」の回答が4件、「仕事中に思っている異和感について」の回答が4件、「自身が抑圧していることについて」の回答が2件、「シートに書き出すことで整理がつき、話すことができた」の回答が2件の順で多かった。「ややできなかつた」と回答した1件の理由は、「適切な例が思い浮かばなかつた」であった。「ややできなかつた」の1件が存在したものの、初セッションにしては、自己の感情に目が向けられ、抑圧していることを含めた自身の感情、日ごろの思いがよく語られていた。

第2セッションは、「プロセスレコードでの自身の感情・振り返り」の回答が12件、「自分の内面の感情について」の回答が10件、「共感したなどグループメンバーの良さ」の回答が6件、「事例を通じた自己の感情」の回答が4件、「話しやすい雰囲気」の回答が3件の順で多かった。プロセスレコード(シート)に自己の感情を文字として可視化したことで整理され、語りやすくなっていた。また、グループメンバーや事例を通して、他者の感情を自身に置き換えていた。

第3セッションは、「自分の傾向とその変化について」の回答が9件、「メンバーと

の話題の共有・共感できたこと」の回答が7件、「まとめた資料や発表を通して」の回答が7件、「自身のネガティブな感情」の回答が6件の順が多かった。「ややできなかった」と回答した1名の理由は、「意見がずれていないか不安であった」であった。参加者が自身のネガティブな感情をも語れる場所として、安心できるメンバーの存在が大きく関与していた。また、多数の参加者が自身の変化を実感していた。

(3) 学んだことの実行可能性とその具体的内容

【学んだことの実行可能性】

第1セッションは、「非常にできる」2名(6.7%)、「ややできる」11名(36.7%)、「できる」14名(46.7%)、「ややできない」3名(10.0%)であった。第2セッションは、「非常にできない」6名(20.0%)、「ややできる」12名(40.0%)、「できる」11名(36.7%)、「ややできない」1名(3.3%)であった。第3セッションは、「非常にできる」9名(30.0%)、「ややできる」14名(46.7%)、「できる」7名(23.3%)であった。

全セッションを通して、「全くできない」の回答はなかったが、「ややできない」と回答したのは第1セッション10.0%、第2セッション3.3%と減少し、第3セッションはみられなかった。また、「非常にできる」、「ややできる」と回答したのは、第1セッションより第2セッション、第2セッションより第3セッションが増えており、セッションを重ねる度に実行可能な程度が高くなっていった。

【実行可能な具体的内容】(重複回答)

第1セッションは、「自分の感情・異和感を意識する」の回答が8件、「感情を相手に返すのは難しそう等の自信不足」の回答が6件、「異和感の対自化から始めてみる」の回答が5件、「自己の感情の表出・表現について」の回答が3件の順が多かった。実行可能な内容は、初回ということもあり、感情を相手に返すことには自信がなく、意識することや異和感の対自化といった自己の感情に目が向けられた内容が多くみられた。

第2セッションは、「リアクションを含めた感情の投げ返し」の回答が14件、「相手の感情を考えた関わりをする」の回答が7件、「異和感の対自化を含め、自分の感情に目を向ける」の回答が6件、「無意識だったので意識的にやっていく」の回答が5件、「自己一致について」の回答が3件の順が多かった。「ややできない」と回答した1名の理由は、「我慢に慣れているのでこれまで同様でも良いと思っている」であった。第

2セッションでは、自己から他者に向けられた実行可能な内容が増え、第1セッションとは大きく変化していた。

第3セッションは、「今後の自己表出への抱負と具体的な方法について」の回答が26件、「自身の感情と向き合う」の回答が7件、「相手の立場や周囲に目を向ける」の回答が7件、「自身の変化により相手から高評価を受けた」の回答が4件の順で多かった。

(4) その他、感想・意見の具体的内容（重複回答）

第1セッションは、「今後の自身の感情知性向上への期待について」の意見が3件、他に「話しやすい雰囲気でありやすかった」、「少し難しく感じた」、「受講しやすい講義で助かった」、「プログラムの対象を10年以上にするとおもしろい」が各1件の内容であった。

第2セッションは、「実際の変化による自信の獲得について」の感想が4件、「学びへのお礼」が3件、「今後の抱負について」が2件であった。

第3セッションは、「今後の感情表出に対する意欲について」が5件、「学びを得られた喜び・感謝の意」が5件、「相手の気持ちを考えた行動の大切さ、生き方のヒントになった」が1件であった。

第1セッションの自身への期待から、第2セッションの実際の変化による自信の獲得となり、第3セッションの今後の実行への意欲と変化が表れていた。

2) グループ・インタビュー

インタビューガイドに従って、(1)プログラムを行って良かった点、(2)プログラムを行って変わった点、(3)困難に感じた場合、工夫されていること、(4)今後感情の問題解決に活かせること、(5)感情活用力をより向上させるために行うこと、(6)プログラムの改良が必要な点について、主なコードは以下の通りである。なお、これらについては、表13-1、表13-2に示した。

(1) プログラムを行って良かった点

プログラムを行って良かった点については、【プログラムの内容・方法】、【自分自身】、【他者との関係】に区分することができた。

【プログラムの内容・方法】では、「シートに書き出すことが振り返りにもなる」、

「メンバーの意気込みを聞いて、自分も意欲がわいた」、「メンバーの影響で自己の感情を考える機会になった」、「何を言ってもいいと言われ、語りやすかった」、「課題が無かったら具体的な実行はなかった」などが出された。【自分自身】のことについては、「自分のいらいら感に気づいた」、「視点を変えて考えられるようになった」、「精神科看護師として大事な事に気づけた」、「苦手な人とコミュニケーションがとれた」、「自分の感情に正直になれたらストレスがたまらない」、「価値観による行動だったと客観視できた」、「異和感がわかった上で、向上するための工夫ができる」、「困難なところを崩していくのは医療観察法医療と共通」などであった。【他者との関係】のことについては、「苦手な人との関係性の改善になった」、「ネガティブ感情を共有してよいとわかった」、「感情を出してよい所がわかった」、「悩んでいるのは自分だけでないことがわかった」などであった。

(2) プログラムを行って変わった点

プログラムを行って変わった点では、【意識・気づき】、【行動】、【認識】に区分することができた。

【意識・気づき】については、「自分の傾向を注意しようと意識するようになった」、「嫌なことから逃げたがる傾向が前向きに変わった」、「拘っていた考えを別の視点で考えられるようになった」などであった。【行動】については、「職場で適切な感情コントロールができるようになった」、「アプローチを変え、色々考えて行動できるようになった」などであった。【認識】については、「表出すべきでないことを認識していたネガティブ感情を表出してよいこと」、「感情の捉え方、投げ返し方がわかり、表出の認識が変わった」などであった。

(3) 困難に感じた場合、工夫されていること

困難に感じた場合、工夫されていることについては、「うまくいかなかったのは何故かを振り返る」、「行き詰ったら人に確認し、評価をして再構築する」、「自分の行動に繋げるための機会を振り返る」、「意見衝突する前に自分の感情を振り返る」などであった。

(4) 今後感情の問題解決に活かせること

今後感情の問題解決に活かせることについては、「ポジティブに変換する対人関係スキルの選択肢が増えた」、「マイペースな人に伝えるチャンスが生まれた」、「日々の業務でのヒントになった」、「これまで患者への活用だったが自分達も使える」、「研修講師として教える立場で使える」、「良い伝え方により精神科の発展に生かせる」、「多職種チームでの介入に活かせる」、「自分の感情を知り、問題解決を組み立てる」、「家族内の感情問題に使える」などであった。

(5) 感情活用力をより向上させるために行うこと

感情活用力をより向上させるために行うことについては、「自分に合うモデルを探す」、「コミュニケーション力の高い人の真似をする」、「人の感情方略を聞いて、自分の選択肢にする」、「相手を観察して、共通性をみつける」、「他者に確認し、評価を受ける」、「時・場所・タイミングをみて話す」、布石を投じ、「相手の状況を見て本題に入る」などであった。

(6) プログラムの改良が必要な点

プログラムの改良が必要な点では、「対象枠を拡大して参加してほしい人がいた」、「精神科だけでなく一般科にも広げて貰えると良かった」、「2人よりもっと多くの方の話が聞きたかった」などが出された。

V. 考察

1. 対象者の特徴

1) 対象者背景

本研究の対象者の性別は、男性63.3%、女性36.7%と女性より男性が約2倍で偏りがあつた。他に偏りがあつたのは、現病棟勤務年数、専門学歴であつた。現病棟勤務年数は、2年以上3年未満が46.7%と半数近くを占め、3年以上が20%と少なかつた。専門学歴は、専門学校が83.3%、大学が16.7%であつた。

臨床経験年数は、2年以上5年以下が26.7%、6年以上10年以下が36.7%、11年以上が36.7%と精神科勤務年数には、差異がなかつた。

日本の就業看護師全体における男性看護師の割合は、2004年では31,594人で2.6%、2014年では73,968人で6.8%となつており、看護師全体の中では少数であるが、ここ10年間の推移を見ると就業男性看護師数は2倍以上に増加している(厚生労働省, 2017)。この推移に比例して、医療における男性看護師の需要が高まつており、「看護師である男性」という認識から業務評価と役割期待が行われ(明野, 2004)、職務診療領域も拡大してきている。2013年、全国の150床以上の2診療科を有する544施設、8539名の男性看護師(准看護師含)に現在の配属先を調査した報告によると、内科系病棟14.7%、混合病棟14.7%、手術室13.6%、集中治療室12.5%、外科系病棟12.5%、精神科病棟7.0%であつた(日本看護協会, 2013)。一方、精神科病院では、男性看護師が3割~4割を占め、他科と比較して精神科が高い割合である(秋山, 宮子, 2013; 堀井, 横山, 河瀬, 牧野, 2012; 日本看護協会, 2001)。

また、医療観察法病棟の入院患者は、男性が7割以上を占めており(厚生労働省, 2018)、重大な他害行為に至つた患者の中には、発達課題の未獲得、両親との離別体験、教育からの早期離脱、非行歴、不安定な就労歴などを持つ者が存在する。このような患者の特性に注目して治療プログラムを提供(永田, 平林, 2009)するには、役割モデルが必要であり、男性看護師の配置が多いためと考えられた。

患者が重大な他害行為を再度おこさないために専門多職種間で専門性を発揮し、長期に渡つて濃密に関わることや、看護師がチーム医療の中でコーディネーターとして調整する役割を担うことが多く(宮本, 2006, 2009)、看護師は他の精神科病棟と比較して、

重要な役割を求められている。しかし、竹渕、酒井、関根、田村（2013）の報告によれば、20代が11.4%と最も少なかった。また、厚生労働省報告と日本精神科看護協会報告書においても同様の傾向が認められている（竹渕ら, 2013）。このことから、臨床経験の少ない20代の看護師の配置を控えている施設があることに加えて、医療の特殊性が加わっていることが考えられた。

大学卒業生の割合について、日本精神科看護協会報告書（2008）では、4.5%であったが、本対象者16.7%は高い割合を示していた。他の精神科病棟に比して、重要な役割を求められているため、専門性を発揮することを期待され、大卒を配置されていることが考えられた。

2. 感情知性の信頼性

本研究では、プログラムの効果の評価に感情知性尺度（J-WLEIS）を用いた。その尺度の信頼性 α 係数を算出したところ、プログラム実施後における『総得点』、下位尺度4つすべてにおいて、 $\alpha = .70$ を上回っており、本研究で用いた尺度における信頼性は確保されていたと考えた。

3. 感情知性による対象者の特徴

1) プログラム実施前の感情知性における対象者の特徴

J-WLEIS の得点の平均値について本研究のプログラム実施前の値と比較すると、大学生を対象とした岡田（2015）の研究では、『総得点』が72.38、下位尺度の『自己の感情評価』が19.71、『他者の感情評価』が19.07、『感情の利用』が16.28、『感情の調節』が17.32と報告されており、下位尺度の『自己の感情評価』以外は全て、本研究の結果が低い値であった。また、精神科看護師と精神科以外の看護師を対象とした石井ら（2014）の研究では、精神科看護師の『総得点』が72.00、下位尺度の『自己の感情評価』が20.44、『他者の感情評価』が18.60、『感情の利用』が16.48、『感情の調節』が16.40であり、下位尺度の『自己の感情評価』以外は全て、本研究の結果が低い値であった。このことから、重大な他害行為を行った精神疾患患者や人的資源による多職種チーム医療という特殊な環境に身をおくことで、看護師の感情規則や感

情ワーク (Hochschild, 1983, 2000) に徹することを強いていると考えられた。その結果、内心の感情に対する防衛としての無意識な抑圧や意識的な抑制 (樫村, 小川, 2007) が働いている可能性が考えられた。ネガティブな感情を抑制すると、感情は消えずに未解決な感情として蓄積してしまう一方で、ポジティブな感情を抑制すると、ポジティブな感情自体が減少してしまうことが指摘されており (Gross & John, 2003)、精神的・身体的な両側面において、感情の抑制は大きな負荷をもたらす (樫村, 岩満, 2007; 吉津・関口・雨宮, 2013; 井ノ川, 山口, 湯川, 2016)。こうした感情状態は自己効力感に負の影響を与える要因 (Bandura, A. 本間, 野口監訳, 1997) であり、自己効力感の低下が感情知性の値を低くしているとも考えられた。また、唯一、精神科看護師より高かったのが『自己の感情評価』であるが、その理由としては、医療観察法病棟における看護の特徴である患者への再他害行為防止のための自己コントロールに向けた教育を行っている (熊地ら, 2007; 樽谷, 2008) 職務上、看護師自身も自己の感情について客観視することが出来ていることが考えられた。

2) プログラム実施前の性差における感情知性の特徴

下位尺度の『感情の調節』においてのみ男性が女性より有意に高かった。同じ感情知性尺度を使った先行研究では、国立教育系の大学生を測定しているが明確な差異は示されていなかった (豊田, 照田, 2013)。また、別の地域の国立教育系の大学生をみても性差は明確ではなかった (阪東, 宮川, 森山, 2015)。本研究の結果は、看護師特有の結果である可能性も考えられた。また、本研究における男性は、平均年齢、臨床経験年数、精神科勤務年数、現病棟勤務年数、学歴において、女性との差がなかったことから、研究に協力してくれた積極性のある者であったためなのかは明らかにできなかった。今後追及していく必要性が示唆された。

4. プログラム実施前後における感情知性と対象者の変化

1) プログラム実施前後における感情知性と対象者の変化

プログラム実施前の得点は、岡田 (2015)、石井ら (2014) の先行研究よりも低い得点であったが、プログラム実施後は、全ての得点において大学生、精神科看護師、精神科以外の看護師よりも高くなっていたことから、本プログラムの効果による対象者の変化が推察された。

(1) 『感情の調節』

プログラム実施前後において、項目別の検定では、下位尺度『感情の調節』の4項目全てにおいて有意に上昇が認められ、自己の感情調節力が最も高まっていた。

この4項目は、「自分の感情の高まりを抑えられるので、難しい課題であってもそれらをうまく処理できている」、「自分の気持ちをコントロールするのがとても得意である」、「腹が立った時でもすぐに落ち着きを取り戻すことができる」、「自分の気持ちをうまくコントロールできている」である。第1セッションで行った「自分の感情を知る」ことを目標に、これまで経験したことのない自身の快感情、不快感情に意識を向けるだけでなく、その感情の大きい順位を付けた後に、これまでの感情体験を文章化する2つの課題とその発表、第2セッションで行った「異和感の対自化と他者の感情を知る」を目標に、ホームワークである自己一致の発表と模擬事例検討、第3セッションで行った「感情知性活用の成果」を目標に、ホームワークである成果発表を行ったことで、感情の意味理解の探索に繋がり、それぞれが効果的に内在化に働き、4つの項目が高まったと考えられた。西本(2010)によれば、内在化のもつダイナミズムは、模倣・記号操作・内部への成長という3つの視点で説明される。模倣(imitation)とは単なる模写(copy)や反復(repetition)ではなく、対象となるモデルを学習者が自己のうちに内面化する積極的な再構築的実験作業(reconstructive experimentation)であり、記号操作とはウィトゲンシュタインの「思考は本質的には記号を操作する働き」、内部への成長(ingrowing)とは、ヴィゴツキーの「個人的意味の発達」と述べている。

本プログラムとの関連をみると、模倣という視点からでは、模擬事例検討における返答例の活用と成果発表におけるメンバーの成果内容の活用である。返答例に対しては、「これならできそう」、「他の場面にも使える」、「返答例を真似して使っていく」などの意見が多く出され、メンバーの発表内容には、「是非自分もやってみたい」、「とても参考になった」、「今後の選択肢が増えた」などの発言から、対象となるモデルを自己のうちに内面化する積極的な再構築につながったと考えられた。

記号操作という視点からでは、自己の感情調節の自動化への進展とみることができた。自動化(automatization)とは、情報処理の過程について、意識的処理の段階から自動的・無意識的処理の段階に移行していく過程のこととされている(大石, 2004; Posner, Inhoff, Friedrich, & Cohen, 1987)。参加者は、相手の言動から触発され自

身の不快感情の異和感に着目し、自己一致をすることで、適切な表現形で相手に感情を投げ返す作業を意識的に行いはじめ、セッション参加時間内だけでなく、2回のホームワークを通して、第3セッションが終了する3ヵ月という期間が感情調節の自動化へと進展したと考えられた。Baldwin & Ford (1988) によれば、研修効果を論じる上で重要な課題とされている、学んだことを職場で活用するか (generalization) と、実践したことを継続できるか (maintenance) の2つの要素からなる転移 (Transfer) がある。転移の程度に影響を及ぼす要因の中で、「意欲」が有意な影響が認められた報告 (佐藤, 今城, 宮澤, 2015) や、3ヵ月のコミュニケーション研修において、「スキルの活用」と「研修の有用性」で有意に上昇した報告がある (田邊, 鈴嶋, 出江, 2010)。本研究においても同様、同意によって意欲のある参加者に転移が生じ、学習したことを職場内外で活用することを実践したことで3回と少ないセッションであるが、毎月のホームワークと3ヵ月の期間が内在化の視点の一つの記号操作に大きく影響したと推察された。

内部への成長という視点からでは、参加者自身の内なる意味の変容である。毎セッション、ワークシートを使って書く行為が自己の感情に目が向けられ、自己を意識化することとなり、自己意識感情を客観視 (船津, 2006) できていた。すなわち自己の感情調節が充たされた意味での発達である。

しかし、西本 (2010) はこれらの視点だけでは充分ではないとし、内在化には身体性 (embodiment) と情動 (emotion) の問題が不可分の関係として存在すると述べている。その点において、本プログラムの課題は、ラーニング・コントラクトの例として提示した「苦手な他職種とのコミュニケーション」を実施するためには、自ら行動しなければ課題を遂行できないものである。すなわち、身体性と情動性を併せ持った課題であり、両者を担保している点で内在化を強化することになったと推察された。

(2) 『他者の感情評価』

次に、下位尺度『他者の感情評価』が3項目で有意に上昇が認められ、他者の感情に意識が向けられ評価力が上がっていた。

第2セッションで行った、テーマ「異和感の対自化と他者の感情を知る」の模擬事例を通して、自己の感情と他者の感情の共通点・類似点・相違点を理解する、他者の立場で自己表現することの目標に対して、グループ全体のディスカッションの効果

(Dörnyei & Murphey, 1997 ; 吉田ら, 2014) によって、「他人の行動をみれば、その友人の気持ちがわかる」、「他人の気持ちや感情に対して敏感である」、「周りの人たちの気持ちを良く理解している」の3項目が高められたと考えられた。グループ・ディスカッションは、年代、臨床経験年数、職場での役割の違いなどによって異なる意見が出されたが、未経験者は経験者からの豊富な対応資源の知識が得られ、経験者は経験者なりに他者の感情を自身に置き換えた発言がみられた。双方、対人関係の改善に繋がる個人の知識や感情体験が共有され、有意義なディスカッションになっていた。まさに、人間関係の訓練と同様の異質なグループの効果として(三原, 1990)、『他者の感情評価』が高まることになったと推察された。

(3) 『感情の利用』

下位尺度『感情の利用』の2項目で有意な上昇が認められ、自己効力感に関連する自己の感情の利用力が高まっていた。2項目は、「いつも自分の目標を立て、それを達成するために全力をつくす」、「いつも有能な人間であると自分に言い聞かせている」であるが、第3セッションのテーマ「感情知性の活用の成果発表」とし、本プログラムで会得した成果を今後の対人関係における感情場面に活かすことを目標に、各自が取り組んだことで高めることができたと考えられた。到達度の程度にかかわらず、参加者に共通していたことは、自身の設定した目標に向かって感情知性の活用にチャレンジした点であり、チャレンジ自体が意識変容ならびに行動変容となっている。苦手な相手との関係の改善が図れた参加者や会話でのコミュニケーションができない相手とのコミュニケーションができるようになった参加者、相手の発言にイライラせずに対応できるようになった参加者から自己を肯定する意見が多く出された。また、目標設定の高さや設定期間、設定内容の質によって、経過発表となった参加者はポジティブな発言をしていた。これらのことから参加者は、自己の意識・視野が拡大し、今後への意欲が高まったことが考えられた(島津, 2015)。ポジティブがポジティブを導くことは、人が幸せや期待という思考をもつと視野が広がり、思考と行動に広がりが出ることを意味している(Fredrickson & Joiner, 2002) ことから、『感情の利用』が高まったと推察された。

(4) 『自己の感情評価』

下位尺度『自己の感情評価』は4項目全てにおいて得点は上昇していたものの有意な差が認められなかった。自身の感情と向き合う力が十分に向上していないことが推測されるが、研修前後の“自己洞察”の得点に有意な変化が認められなかった先行研究と同様(岡村, 2013)ではあったものの、プログラム実施前の得点が4項目全て5.13以上であり、先行研究よりも高い点であった。本研究において、他の下位尺度にはみられなかったプログラム実施前の得点が4項目とも高いために効果が認められにくい(引戸ら, 2018)とも考えられた。一方で、本プログラムは、異和感が触発された言動から自己の感情を察知し、識別することを通して、自己の感情と向き合い、自己の感情を評価するものであるが、元々自己の感情評価が高かった対象者に対して、本プログラムでの自己洞察力を高めるための課題を明確にすることができた。

具体的には、受講者同士の相互フィードバックを取り入れるなど、プログラム内に組み込む必要がある。各セッションのグループ・ディスカッションにおいて、「自己の感情と向き合うようになった」や「自己の感情と向き合う必要性がわかった」などの実際の変化は語られていた。また、対象者間で、「共感した」や「参考になった」などのポジティブなフィードバックはあったものの、本プログラムの構成として、相互フィードバックという形での構造化をしていなかったため、フィードバックを行った者も受けた者もチャンスを生かしきれなかったことが考えられた。教育や研修における受講者同士の相互フィードバックの効果は明らかとなっており(後藤, 三森, 永谷, 2017; 白畑, 竹田, 2010)、永谷(2013)が指摘する「ブーメラン効果」や、大洞(2006)の指摘する「モチベーションのクラウドイングアウト効果」を期待できるものである。「ブーメラン効果」とは、自己の力だけで内省するのではなく、他者にフィードバックをすることで内省が促されることを意味している(後藤ら, 2017)。換言すると、ポジティブな感情語や感謝の表現によるフィードバックを行った者は、自身でそのことを実行するため自身の成長に繋がる。また、「モチベーションのクラウドイングアウト効果」とは、内的な動機から誘発されるものである。他者に対してフィードバックを行うことによってフィードバックをした人は相手の「感謝」を受けたり、自身の「評判」が高まったり、いいことをしたという「自己肯定感」を感じることもある。換言すると、コストに替わるフィードバックをするという行為によって、感謝や評判、自己肯定感を得られたことになり、これらがインセンティブとなって、外発的モチベー

ションが促進される（後藤ら, 2017）。したがって、本プログラムに相互フィードバックを組み込むことで、『自己の感情評価』に繋がる自身の感情と向き合う力が十分に向上できることが考えられる。

2) プログラム実施前後の性差における感情知性の変化

プログラム実施前と同様、プログラム実施後においても下位尺度の『感情の調節』においてのみ男性が女性より有意に高かった。理由として、2つの側面が考えられた。第1は、近年、男性に期待される性役割（以下、男性役割）が多様化しているが、鈴木(1994)が整理した男性役割4つのうちの、「肉体的／精神的強さと独立心」、「感情表出の制限」（渡邊, 2017）の2つが影響し、自身の感情の制御に関連していることが考えられた。すなわち、『感情の調節』にあたる。第2は、精神科特有の男性役割期待である。興奮した患者への対応、患者間のトラブル発生時の仲裁など、自身の感情を制御し、適切な看護対応が期待されていることから（宮武, 深堀, 2011）、女性より男性が『感情の調節』に対する意識が高く、看護スキルの一つとして獲得していることが推察された。

5. 対象者の反応

1) 毎セッション後の振り返り調査

第1セッションの内容の理解の程度では、平均4.0ややできたであったことから、ワークシートを使って書く行為が自己の感情に目が向けられ、快・不快感情を意識化することとなり、さらに、ペアワーク・グループディスカッションによって、認知プロセスへの内在化と外在化（溝上, 2014）の両面から自己意識を強化することに繋がったと考えられた。【理解できた具体的な内容】では、「自分の感情に向き合うこと」や「不快感情としての異和感の対自化」、「抑圧しない等の自己一致」が多く出されており、感情を抑圧していた自己に気づき、感情表出の必要性の自覚に繋がったことから、自己意識感情を客観視（船津, 2006）できたことが考えられた。

第2セッションの「感情活用シート」は、プロセスレコード（宮本, 2003）の一部改変したものを用いたため、「プロセスレコードで自身の振り返りができた」、「内面の感情を表出した」等が多く語られ、参加者は看護学生時代に使用した経験から、書き慣れてい

るシートであったことが、“異和感への対自化”をすることによってこれまで表出していない内心の感情の率直な表出に繋がったと考えられた。自己の感情を表出してよい場面でも自己を出せない抑制の連続は、自尊感情を低下させるだけでなく、自己や他者に対する信頼感が低くなっていた（井ノ川ら, 2016）と考えられるが、グループ内では抑制していた感情を表出できる安全な場所として認識が変容し、それまでの抑圧から解放されたことで、自己や他者に対する信頼感が高まったと同時に、自尊感情を回復する契機になったことが考えられた。感情の言語化及び学んだことの実行可能性も上昇していたことは、ホームワークの「感情活用シート」を記載したことで自己の感情が整理され、語りやすくなり、それを語り合ったことで、他メンバーへの共感やグループでの一体感が形成されたことによると考えられた。安心できるメンバーと安心できる場所となったことで、自己効力感を左右する自己の感情状態（Bandura, 1951, 1997）がポジティブな方向に変化していったことが推察された。

また、セッション内だけでなく、ホームワークに取り組んだことにより、日常的に自己の異和感に目を向けることとなり、現在の身近な題材・目標を選定して自己一致をより多く実践できたことが成功体験を得られやすく、短期間で行動を変容することができていた。このことは、日常的に実践したことで思考レベルから認知レベル（香月, 門田, 2010; 日本認知療法学会, 2010）の自己一致になったと考えられた。

「ラーニング・コントラクト」は、開始時に課題を説明していたため、自己の目標選択や対象の選定を早い時期から思案し、構想を練ることができていたことから個々の課題に沿って取り組めており、各自が目標の評価のための基準に従って発表することができたことは、成人学習モデル（M. ノールズ, 堀, 三輪監訳, 2008 ; 鈴木, 2012）を生かした課題の設定が正の効果をもたらしたと考えられた。目標設定の高さや設定期間、設定内容の質によって、到達度はそれぞれであったが、前向きな発言がきかれ、「できたけど、またやります」といった参加者もあり、成功体験が向上意欲に繋がっている（新城, 2014）と推察された。一方、発表内容では到達しているにもかかわらず、「できなかった」と自己評価した参加者がいた。自己の感情表出の捉え方を他者に表示しなければ自己だけでは気づきにくいという側面がみられたことから、個々の発表という場を設定したことで把握できる機会となり、達成できている理由を認識できるよう当人に伝えるとともに承認し、自己肯定を促す（Cooley, 1902 ; 吉森, 2016）必要性が示唆された。

【実行可能な具体的内容】では、第1セッションは「感情を相手に返すのは難しそう」等の自信不足の意見が複数出され、第2セッションは、1名ではあるが「我慢に慣れているのでこれまでと同様でも良いとも思っている」と、消極的な意見がみられたが、第3セッションでは、自信不足や消極的な意見はなくなった上、全セッション中の自由記載で最も多く出されていたのは、今後の適切な感情知性の活用への抱負とそのための具体的な方略であった。セッションを重ねる度に高くなっていた実行可能性の程度を反映している内容でもあり、感情調節力が向上したことから、自己効力感が上がっていることを裏付ける (Bandura, 1995/1997) ものと考えられた。

以上より、感情知性の向上のためには、「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」による技法が、効果的であると考えられた。

2) グループ・インタビュー

プログラムを行って良かった点として、メンバーの意気込みを聞いて、自身の意欲に繋がったことや自己の感情を考えるようになったなど、グループメンバーが好影響を与えていた (Dörnyei & Murphey, 1997 ; 吉田ら, 2014) ことが考えられた。また、自分の“いらいら感”に気づいたことが多く語られ、看護師としての言動の振り返りに繋がったと考えられる。ルイス (1997) は、恥という感情と「自己」には深い関係があり、恥感情は人の目を気遣い、社会規範を意識できる結果、生じた感情 (船津, 2006) と考えられた。ネガティブ感情の表出を共有できたことは、ストレスマネジメントやエンパワメントの効果があると (竹下, 佐藤, 2006 ; 笠松ら, 2008) 推察された。

プログラムを行って変わった点として、【意識・気づき】、【認識】、【行動】が変わった点が自ら実感することができており、セルフモニタリングによる適応的行動をとることができていたことが考えられた。セルフモニタリングは、自己の客観化から内省が行われ (Atkins & Murphy, 1993)、感情から認知、行動へとコントロールに繋がった (西山ら, 2014) ことが考えられた。

困難に感じた場合、工夫されていこととして、意見衝突する前に自分の感情を振り返ることができたことにより、周囲からの評価も変わり、双方にポジティブ効果が発生し (Bandura, 1951, 1997) 、対人関係の改善に繋がったことが推察された。

対人関係の前提であるコミュニケーション力を基本として、個人、社会の well-being を考える場合、コミュニケーション行動自体だけでなく、相互作用する相手、場や脈

絡を総合的に読み解くこと、それぞれ個人が持つべき目標内容やレベル自体も脈略を斟酌しながら柔軟に調節する必要がある（大坊, 2012）が、ポジティブに変換する対人関係スキルの選択肢が増え、職場から家庭まで幅広くコミュニケーション力を含む社会的スキルが向上したことが出されており、同時に well-being を高められている（伊藤, 小玉, 2005）と考えられた。

感情活用力をより向上させるためにおこなうことについて、自分に合うモデルを探す、コミュニケーション力の高い人の真似をする、人の感情方略を聞いて、自分の選択肢にする、時・場所・タイミングをみて話すなど、対象者自身に合った感情調節方略を具体的に述べられていた。このことから感情調節方略は、対人関係を円滑にする機能を持ち、メンタルヘルスの保持・増進に多面的な影響（富岡, 平井, 2017）を及ぼしたことが推察された。

6. 看護への示唆

医療観察法病棟の看護師は、ストレスなどにより自己の感情を客観視しにくく、感情知性の低下を来している可能性があることに着目して、感情知性理論を基盤とした、感情知性を高めるためのプログラムを構築し、3セッションを実施し、介入前より介入後の感情知性の値の変化を検討した結果、感情知性の値の『総得点』、下位尺度の『他者の感情評価』、『感情の利用』、『感情の調節』を有意に高められたことで、プログラムの効果を明らかにした。

また、毎セッション後の振り返り調査、全セッション終了直後の半構成的グループ・インタビューの感想により、感情知性の向上のためには、「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」による技法が効果的であった意見・感想が多く出された。

本研究の結果を踏まえて、看護師の感情知性を高めるプログラムは、有効であると考えられた。また、各施設の医療観察法病棟における看護師の継続学習の中の一つのプログラムとして導入することの必要性が示唆された。医療観察法病棟をはじめ、精神科領域では看護師が患者に対する陰性感情を抱きやすいことや患者が対人関係を築きにくい側面がある。そのような患者への教育をする際に役立つ上、看護師の自己コントロール力を高め、対人関係力が向上する上でも看護師に感情知性を高めるプログラムは、取り入れていくことが必要であると考えられた。

7. 本研究の限界と課題

本研究では、医療観察法病棟に勤務する看護師に対して、感情知性を高めるために3セッションからなるプログラムを実施し、その効果を検証した。しかし、本研究の対象者は、看護の特徴として、入院患者の疾病教育、服薬心理教育、感情コントロール・内省の深化に向けた教育などを認知行動療法、SST などによって行っていることから、本プログラムに馴染みやすいことが考えられるため、実施結果を一般化するには限界がある。今後は、診療科を拡大し、その科に勤務する看護師の特徴とニーズに即した本プログラムの効果を検討していくことが課題と考える。

また、本研究では成人学習モデルを活用したプログラムであるため、参加者の主体性を重視するという研究者の期待が存在した可能性や、個人情報特定されないことを保証しているが、1グループの人数が少数であったことから参加者が研究者に認知されていると考え、社会的望ましき反応や自己申告バイアスが存在した可能性を考慮し、今後の検討が必要である。

本研究における対象者候補は、同一病棟内としているため患者のプログラムが多数行われている中で、勤務表作成者に負担を強いることや、多くの協力者を募ることは実際に困難であった。そのため、対象群を設けることはできておらず、対象群との比較による本プログラムの効果の検証には至っていない。本研究により、感情知性を高めるプログラムの効果が明らかにされたため、今後は方法を変えて対象群を設定できるようにし、対象群との比較による効果を検証していくことが課題である。さらに、介入研究においては、フォローアップ調査をすることが望まれるが、本研究においては、勤務表作成者への負担、ならびに参加者への時間的負担を考慮し、フォローアップ調査を実施するには至らなかった。今後はこの課題も踏まえ、フォローアップ調査を実施し、効果を検証する研究を行う必要があると考える。

また、下位尺度の『自己の感情評価』が有意に上昇しなかったことから、自己洞察力を向上させる必要性がある本プログラムの課題が明確となり、今後の検討が必要である。

VI. 結論

本研究は、医療観察法病棟の看護師がスタッフが多いことによるストレスから、感情知性の低下を来している可能性があることに着目し、感情知性理論を基盤とした、感情知性を高めるためのプログラムとして、3セッションを実施し、介入前より介入後の感情知性の値が上昇することでプログラムの効果を明らかにすることを目的とした。

医療観察法病棟に勤務する看護師 30 名に対してプログラムを実施し、実施前と実施直後の感情知性の値の変化を検討した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 本プログラムにより、感情知性の値の『総得点』、下位尺度の『他者の感情評価』、『感情の利用』、『感情の調節』を有意に高めることができた。
2. 下位尺度の『自己の感情評価』が有意に上昇しなかったことから、自己洞察力が向上するためのプログラムの課題が明確になった。
3. 毎セッション後の振り返り調査及び終了直後のグループ・インタビューの感想により、プログラムを行って意識変容・行動変容したこと、対人関係の改善に繋がる自己コントロール力が高まったなどの意見・感想が多く出され、感情知性の向上のためには、「異和感の対自化」、「自己一致」、「感情の投げ返し」による技法が効果的であった。

謝辞

はじめに、本研究に快くご協力いただきました対象者の皆様に心より御礼申し上げます。

また、本研究にご協力いただきました対象病院の院長、看護部長、医療観察法病棟の看護師長はじめ看護部の皆様のご配慮に、深く感謝申し上げます。

そして、本論文をまとめるにあたり、多くのご支援を賜りました同期生、看護科学専攻の皆様方、宮本真巳先生に、深く御礼申し上げます。

文 献

安部恒久. (2010). グループアプローチ入門—心理臨床家のためのグループ促進法. 東京: 誠信書房.

明野伸次. (2004). 男性看護師に対する業務評価・役割期待に関する文献的考察, *北海道医療大学看護福祉学部紀要*, 11, 95-100.

秋山智弥, 宮子あずさ. (2013). 男性看護師ならではの、ゆえに、だからこそ、巻頭対談—男性看護師の語りを求めて, *週刊医学界新聞*, 第 3052 号, 2013 年 11 月 18 日, 医学書院, 1-3.

天野昌太郎, 猪狩圭介, 村田尚恵, 浅井初. (2012). 医療観察法病棟における看護師の職業性ストレスの検討. *司法精神医学*, 7(1), 143.

Atkins S. (2000) Developing underlying skills in the move towards reflective practice. In S. Burns & Bulman (Eds) . *Reflective Practice in Nursing* , Blackwell Science, 23-52.

Atkins S. & Murphy K. (1993) . Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (8) , 1188-1192.

有光興記. (2015) . 自己意識的感情の経験的定義の言語間比較, *Japanese Journal of Research on Emotions*, 22 (2), 53-59.

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel psychology*, 41 (1), 63-105.

阪東 哲也, 宮川洋一, 森山潤. (2015) . 大学生の情報モラル意識形成に対する情

動制御水準の影響. *日本教育工学会論文誌*, 39(1), 25-28.

Bandura, A. (Ed.) (1995). SELF-EFFICACY IN CHANG SOCIETIES. Cambridge University Press. (バンデューラ, A.本間寛, 野口京子(監訳) .(1997).激動社会の中の自己効力.東京：金子書房.

Bandura, A. (2004) . Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31 ,143-164.

Bandura, A. (2005) .The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion. *Applied Psychology: An International Review*, 54 ,245-254.

Barbara.M,Jan.Shoultz, & Estelle,E.Codier.(2007). Identifying Emotional Intelligence in Professional Nursing Practice. *Journal of Professional Nursing* , 23 (1), 30-36.

Baxter,V.(2002). Nurses' perceptions of their role and skills in a medium secure unit. *British Journal of Nursing* , 11 (20) ,1312-1319.

Brenda, T., Vandenhouten, C., Reilly, J., Bansal, G., Kubsch. S., & Jakkola, R.(2015). Emotional Intelligence (EI) and Nursing Leadership Styles Among Nurse. *Nursing Administration Quarterly* , 39 (2),172-180.

Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2007) . Emotion Regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture specific? *Emotion*, 7 , 30-48.

Burns, D. (1993) Ten days to self-esteem. New York: Quill.

Cejudo, J., Rodrigo-Ruiz, D., López-Delgado, M.L., & Losada, L. (2018). Emotional Intelligence and Its Relationship with Levels of Social Anxiety and Stress in Adolescents. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 15(6).
<https://doi.org/10.3390/ijerph15061073>

Ceyda B, & Gönül Ö. (2016). Role of Emotional Intelligence in Conflict Management Strategies of Nurses. *Asian Nursing Research*, 10(1), 228-233.

Chaloner, C., & Coffey, M. (Eds). (2000) .Forensic Mental Health Nursing: Current Approaches. Oxford :Blackwell Science,

Cooley, C.H. (1902) . Human Nature and the Social Order.

大坊郁夫.(2012).第9節 社会的スキルと well-being,第1部 well-being を科学する幸福を目指す対人社会心理学,対人コミュニケーションと対人かんけいの科学(pp18-20).京都 :ナカニシヤ出版.

大洞公平.(2006). 成果主義賃金に関する行動経済学的分析. 日本労働研究雑誌, 554, 36-46.

DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー編訳.(2005).EQを鍛える.東京 :ダイヤモンド社.

Donta S. Harper. (2016). Correctional Executives' Leadership Self-Efficacy and Their Perceptions of Emotional Intelligence. *American Journal of Criminal Justice* , 41 , 765–779.

Dörnyei,Z & Malderez,A.(1997) .Group Dynamics and Foreign Language Teaching. *System* , 25 , 65-81.

Edward K L, Hercelinskyj G, & Giandinoto J A.(2017) . Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing* , 26 , 215–225.

Elwood, F. H, Richard, A. S., & Sharon, S. N. (2001). Andragogy in Practice: Clarifying the Andragogical Model of Adult Learning. *Performance Improvement Quarterly*, 14 (1) ,118-143.

Estelle.C, Cindy.K., & Barbara.M,K.(2011). The Impact of Emotional Intelligence Development on Nurse Managers. *Nursing administration quarterly* , 35 (3),270-276.

船津衛編. (2006) .感情社会学の展開.東京：北樹出版.

古城門靖子,赤沢雪路,曾根原純子,武井麻子,寶田穂(2016) .職場での体験を語ること—グループを通じた中堅看護師の感情知性（EI）の育成—*日本精神保健看護学会誌*,25（1）,19-28.

古澤幸江. (2015) . 看護師のリーダーシップと情動知能に関する研究の動向. *金城学院大学*,11-17.

藤原千恵子,本田郁美,星和美,石田宣子,石井京子,日隈ふみ子.(2001).新人看護婦の職務ストレスに関する研究—職務ストレス—尺度開発と影響要因の分析—. *日本看護研究学会雑誌*, 24(1), 77-88.

福山清蔵.(2011).対人援助のためのグループワーク.1-175. 東京:誠信書房.

Fredrickson B L, & Joiner T.(2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychol Sci.* 13 (2),172-175.

Goleman, D. (1995).Emotional Intelligence : Why It Can Matter More Than IQ for Character, Health and Lifelong Achievement, New York : Bantam Books.

ゴールマン, D. 土屋京子 (訳) . (1996). EQ—こころの知能指数.東京 : 講談社.

Goleman D. (1998) . Working with Emotional Intelligence . Bloomsbury Publishing, London.

後藤晶,三森朋宏,永谷研一.(2017).協力行動としてのフィードバックが研修効果に与える影響 : 情動知能との関連から. *学習分析学会*,1,1-14.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003) . Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 ,348-362.

Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal*

Psychology, 106, 95-103.

長谷川博亮. (2008). 精神科における職場環境ストレスと精神科看護師の Sense of Coherence (首尾一貫感覚) 及び感情関連要因に関する検討. *旭川医科大学大学院医学系研究科*, 64, 1-20.

引戸絵未, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦, ... 嶋根卓. (2018). 回復施設における TC エンカウンター・グループの適用に関する研究. 第 52 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 177.

平林直次. (2007). 医療観察法病棟の実際. *こころの科学*, 132, 47-52.

Hochschild, A.R. (1983). *The Managed Heart* / 石川准, & 室伏亜希訳. (2000). 管理される心 感情が商品になるとき, 東京: 世界思想社.

Holm, A. L., Severinsson, E. (2011). -New to Forensic; implementing a problem based introductory educational programme for forensic practitioners in Scotland. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18 (10), 934-942.

堀井啓史, 横山由香, 河瀬貴志, 牧野耕次. (2012). 精神科における男性看護師の役割意識とその関連因子: 不穏時対応以外を中心に. *滋賀県立人間看護学研究* 10, 117-124.

堀薫夫. (2013). アメリカにおけるアンドラゴジー(成人教育学)論— E.リンデマンと M.ノールズからの問題提起から — 叢書 生涯学習Ⅷ 学習・教育の認識論 8(第1版, pp.179-206). 東京: 雄松堂出版.

Huy, Q. N. (1999). Emotional capability, emotional intelligences, and radical change. *Academy of Management Review*, 24 , 325-345.

井村香積, 小笠原知枝, 永山弘子, 下岡 ちえ , 片山 由加里. (2012). 看護師と患者関係に基づく看護師の目標達成行動に関連する情動知能－看護師と看護学生の比較－, *三重看護学誌*, 14 (1), 81-89.

井ノ川侑果, 山口正寛, 湯川進太郎. (2016). 感情抑制に伴う派生的感情と精神的健康および適応との関連性. *感情心理学研究*, 23(3), 97-104.

石橋通江, 福本優子. (2015). 医療観察法病棟に勤務する看護者の苦悩と成長. *司法精神医学*, 10 (1) , 138.

石井慎一郎 (2014) . 精神科看護師と精神科以外の看護師の感情指数の比較(中間報告). *日本社会精神医学会雑誌*, 23(3), 174-181.

石井慎一郎, 板橋直人. (2015) .精神科看護師の感情指数に関する研究－年齢と臨床経験年数による特性－. *日本看護評価学会講演抄録集*, 5, 29.

石井慎一郎・中島富有子・森直美・杉田百合子・須田幸治・平尾光史 (2014) 精神科看護師の感情指数の実態調査 対象者の年齢及び資格、学歴における感情指数の特性, *日本精神科看護学術集会会誌*, 57 (3) , 309-313.

磯松尚美, 伊藤文, 山本浩之, 山口達也. (2015) . 精神科看護師の共感疲労体験の分析, *精神看護* 26. *日本看護学会論文集*, 207-210.

板山稔, 田中留伊. (2011). 医療観察法病棟に勤務する看護師の自律性, ストレ

ッサー, バーンアウトに関する研究. 弘前医療福祉大学紀要, 2(1), 29-38.

伊藤正哉, 小玉正博. (2005). 自分らしくある感覚(本来感)と自尊感情が well-being に及ぼす影響の検討. 教育心理研究, 53, 74-85.

壁屋康洋.(2012). 触法精神障害者への心理的アプローチ, 232, 東京: 星和書店.

加賀田聡子, 井上彰臣, 窪田和巳, 島津明人.(2015). 病棟看護師における感情労働とワーク・エンゲイジメントおよびストレス反応との関連. 行動医学研究 21(2), 83-90.

笠松理恵子, 美濃由紀子, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本真巳.(2008). 医療観察法病棟におけるグループ・スーパービジョン機能に関する研究—事例検討会3年目の実態報告とエンパワメント効果に影響を及ぼす要因—日本看護協会出版会日本看護学会論文集, 精神看護, 39, 164-166.

檜村 正美, 小川 俊樹.(2007). 不快感の抑制に伴って生ずる派生的感情について—予備的研究—. *Tsukuba Psychological Research*, 33, 89-94.

Kegan, Robert .(1982)The evolving self : problem and process in human development, : hbk.Robert Kegan. Harvard University Press.

Kegan, Robert .(1994).In Over Our Heads: the mental demands of modern life. Cambridge, MA: Harvard University Press,136-305.

Kenneth. S. Law , Chi-Sum .Wong , Guo-Hua .Huang., & Xiaoxuan .Li.(2008). The effects of emotional intelligence on job

performance and life satisfaction for the research and development scientists in China. *Asia Pacific J Manage*, 25 (1), 51–69.

菊池章夫,有光興記. (2006). 新しい自己意識的感情尺度の開発, *パーソナリティ研究*,14(2),137-148.

Kim, F., Andrea, M., Cynthia, D., Claudia, K., Emily, H. (2015). Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: An integrative review, *Nurse Education Today* , 35 ,10–517.

北原信子, 坊垣友美.(2012). 看護師の心の健康に影響を及ぼす情動知能の様相. *バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌*,14 (2), 31– 36.

King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. H. (2006) . Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90 , 179- 196.

北村英哉. (2006). 第 9 章 自己意識感情とその働き. 北村英哉・木村晴編, 感情研究の新展開 (pp170-172). 京都：ナカニシヤ出版.

北岡（東口）和代,谷本千恵,林みどり,湊崎輝美,所村芳晴,福島秀行他. (2004) . 精神科看護師のバーンアウトと職場ストレス要因についての検討. *石川看護雑誌*, 1, 7-12.

Knowles, M.1980/堀薫夫,三輪建二（監訳）.(2008) .成人教育の現代的実践ペダゴジーからアンドラゴジーへ, 東京：鳳書房.

小谷野康子.(2007).グループアプローチを用いた Emotional Literacy 開発の

有効性に関する研究, *お茶の水医学雑誌*, 55, 13-26.

厚生労働省. (2012). 入院処遇ガイドライン

https://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/guideline_nyuin_shogu2012.pdf.

厚生労働省. (2014). 2014年度大学等におけるキャリア教育実践講習, 第4章
グループワークファシリテーションの意義と実践, Part2 キャリア教育の
実践, 126-131.

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11800000Shokugyounou-ryokukaihatsukyoku/0000087057.pdf>

厚生労働省.(2017). 平成26年度衛生行政報告例.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/dl/gaikyo.pdf>

厚生労働省. (2018). 医療観察法の入院対象者の状況, 心神喪失者等医療観察法
による入院対象者の状況.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shoug-aishahukushi/sinsin/nyuin.html

香月富士日, 門田真小代. (2010). 精神科看護師に対するストレスマネジメント・エンパワメントプログラムの効果—予備研究報告—. *日本精神保健看護学会誌*, 19, 2, 55-64.

Krippendorff, K / 三上俊治他 訳. (2003). メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待, 東京: 勁草書房.

熊地美枝, 高崎邦子, 佐藤るみ子, 宮本真巳. (2007). 指定入院医療機関におけ

る対象行為についての話し合いの実際. *臨床精神医学*, 36 (9) , 1153-1161.

Laura, L. M., & Mary, L. T.(2005). INCREASING AWARENESS OF EMOTIONAL INTELLIGENCE IN A BUSINESS COMMUNICATION QUARTERLY. *Business Communication Quarterly*, 68 (1), 44-51.

Chiu-Fen.L & George.D.B. (1999).Emotional control, stress and health. *Psychology and Health* 14 (5),813-827.

Martin ,T., Donley, M., Parkes, J., & Wilkins, CF.(2007) . Evaluation of a forensic psychiatric setting to provide a graduate nurse programme. *International Journal of Mental Health Nursing* , 16 (1), 28-34.

松井達也.(2009). 触法精神障害者に対する看護師の感情面での経験. *日本精神保健看護学会誌*,18 (1) ,114-120.

松井達也.(2011). 触法精神障害者に対する看護師の態度の構成要件に関する質的研究. *医療と社会*, 20(4), 341-352.

松元智美,巢山晴菜,兼子唯,伊藤理紗,佐藤秀樹,樋上巧洋,鈴木伸一. (2015) . ネガティブ感情への対処行動と精神的健康度の関連についての研究動向. *早稲田大学臨床心理学研究*,15(1), 125 -132.

Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P.(2000). Selecting a measure of emotional intelligence:The case for ability testing. In R. Bar-On & J. D. A. Parker(Eds.), *Handbook of emotional intelligence* , pp.320-342. San

Francisco: Jossey-Bass.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter(Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* . 3-34. New York: Basic Book.

McCallin A, Bamford A.(2007). Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated?. *Journal Nurs Manag.* 15 (4),386-391.

McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1) , 101-108.

三原泰熙. (1990). 成人教育論と人材形成 —M.S.ノールズのアンドラゴジー・モデルとその批判を中心に—. *経営と経済*, 70(3),123-138.

美濃由紀子. (2009). 触法精神障害者の治療の現状と課題 医療観察法病棟における多職種協働 看護職の立場から. *精神科治療学*, 24(9), 1069-1075.

宮城純子, 渡辺純子, 中谷陽二. (2009) .触法精神障害者に対する看護師のイメージ. *北里看護学誌*, 11 (1), 10-14.

宮本真巳.(1995). 感性を磨く技法 I 看護場面の再構成.(第1版,pp. 5-48).東京: 日本看護協会出版会.

宮本真巳.(2003). 援助技法としてのプロセスレコード 自己一致からエンパワメント. (第1版,pp.3-49).東京: 精神看護出版.

宮本真巳.(2005). 感情を「読み書き」する力,特集 感情に気づくこと表現すること.*精神科看護*,32(9),18-27.

宮本真巳.(2006).医療観察法と多職種連携.*臨床精神医学*, 35(3), 277-285.

宮本真巳.(2009).医療観察法と多職種チームの可能性.*臨床精神医学*, 38(5),693698.

宮本真巳.(2013).疑問の投げ返しとしての自己一致 .*精神看護*, 40(8), 61-66.

宮本真巳.(2015).感情活用とメディア・リテラシー,看護場面の再構成による臨床指導.*精神科看護*,42(10),68-75.

宮本真巳,福岡透,美濃由紀子,松本文彦,中川佑架.(2015).多職種チームにおける事例検討を通じた継続学習,職種連携による医療の充実に向けた組織強化とスタッフ教育に関する研究,医療観察法の向上と関係機関の連携に関する研究(主任研究者中島豊爾).平成25年度厚生労働科学研究費補助金(こころのへの調査健康科学研究事業),90-100.

宮本真巳.(2016).感性を磨く技法としての異和感の対自化.*日本保健医療行動科学学会誌*,31(2),31-39.

宮武郁夫,深堀浩樹.(2011).精神科の男性看護師が患者を「押さえる役割」を引き受けるまでのプロセス.*精神看護*,14(4),69-75.

溝上慎一(2014).アクティブラーニングと教授学習パラダイムの転換.東京:東信堂,196.

村上茂, 桑名行雄. (2009). 精神科看護師の実践知—人格障害が基盤にあり刑法に触れる行為をした精神障害者へのケア体験から—. 大阪府立大学看護学部紀要, 15 (1), 11-21.

永房典之. (2006). 自己意識感情とその働き. 北村英哉・木村晴(編). 感情研究の新展開 (pp169-189). 京都: ナカニシヤ出版.

永田貴子, 平林直次.(2009). 指定入院医療機関における治療プログラムの開発. 臨床精神医学, 38 (5) ,623-629.

永谷研一 . (2013). 絶対に達成する技術 .東京: KADOKAWA.

中林大二,野田哲朗,梅本愛子,森裕,西倉秀哉,仲谷佳高,…西田幸一.(2015).医療観察法フル規格病床の運営開始 1年後の治療者への意識調査.司法精神医学,10(1),137-138.

中井俊樹,小林忠資,佐藤浩章,寺田佳孝,嶋崎和代. (2014). 2章 成人学習の特徴, 看護現場で使える教育学の理論と技法—個別指導や参加型研修に役立つ100のキーワード. (第1版, pp.12-20) .東京: メディガ出版.

中島正世.(2018). 看護系大学生の情動知性の育成のための研究,神奈川大学博士論文.

中島正世,長嶋祐子,金子直美,小林幸子. (2014) . 看護師の情動知能と看護実践における肯定的な情動体験の関連, 看護教育.日本看護学会論文集,44,240-243.

日本看護協会, (2001). 保健師、看護師、准看護師 (男性、年次別・就業場所別) <https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei05.pdf>

日本看護協会. (2013). 全国男性看護師会, 男性看護師の就業環境に関する認識と実際, 第 44 回日本看護学会学術集会 (看護管理) . <http://www.samurainurse.com/official/wpcontent/uploads/842d8c08508e09e970c697c77851e5ad.pdf>

日本看護協会. (2014). 『『継続教育の基準 ver.2』活用のためのガイド』 Part.3 教育活動の基準. <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/ver2-guide-2-060805.pdf>

日本認知療法学会. (2010). 平成 19~21 年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」(編集: 慶應義塾大学認知行動療法研究会). うつ病の認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアル, 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」, 1-28.

日本精神科看護技術協会 (現 日本精神科看護協会) . (2008). 会員基礎調査報告書. <http://www.jpna.jp/>

西本 有逸. (2010). 英語科教育における新教材の内在化について. *京都教育大学教育実践研究紀要*, 10, 147-152.

西山大貴, 叶秀征, 田中孝治, 松田憲幸, 崔亮, 陳巍, 池田満. (2014). 看護信念対立の内省的記述に対する批評活動を通じたメタ思考スキル学習教育

システム情報学会.第 39 回全国大会,363-364.

Oddie,S., & Ousley,L. (2007). Assessing burn-out and occupational stressors in a medium secure service. *The British Journal of Forensic Practice* , 9 (2) 32-48.

岡田佳子.(2015).感情を自己理解する力を育てることを目的とした感情教育プログラムの開発.日本教育工学会論文誌,201-204.

岡村典子.(2013). Emotional Intelligence 理論を活用した研修プログラムの検討一. 中堅看護師を対象にした試み一.北関東医学, 63(3), 233-242.

大石晴美.(2004). 第二言語習得における自動化についての一考察. 金城学院大学論集,204,1-21.

奥村弥生. (2010) .「情動への評価」研究の展望－概念, 情動過程での位置づけ, その形成について－. 九州大学心理学研究 ,11,109-119.

パトリシア・A・クラントン. (1999). おとなの学びを拓く－自己決定と意識変容をめざして－. 入江直子・豊田千代子・三輪建二訳. 東京：鳳書房.

Panagiotis,T., Vassilis ,G., & Sofia, S. (2013). Exploring workplace implications of Emotional Intelligence (WLEIS) in hospitals :Job satisfaction and turnover Intentions. *Procedia Social and Behavioral Sciences* ,73 ,701-709.

- Parkinson , B. & Totterdell, P.(1999). Classifying affect-regulation strategies, *Cognition and Emotion*, *13* , 277-303.
- Posner, M.I., Infhoff, S., Friedrich, F., & Cohen, A. (1987). Isolating attentional systems. *Psychobiology*, *15* , 107-121.
- Powell, K.R., Mabry, J.L., & Mixer, S.J.(2015). Emotional Intelligence: A Critical Evaluation of the Literature with Implications for Mental Health Nursing Leadership. *Issues in Mental Health Nursing* , *36* (5),346-356.
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (1999) . Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *25* , 1033-1044.
- Rogers,C.1970.Carl Rogers on Encounter Groups. Harper & Row./畠瀬稔, 畠瀬直子訳.(1982).エンカウンターグループ.東京：創元社.
- 酒井久実代.(1999).情動認識力, エモーショナル・インテリジェンス, 共感性の因果,モデルによる検討.立教大学心理学研究,*142*.49-56.
- 坂野雄二,前田基成. (2002) .セルフ・エフカシーの臨床心理学, 京都：北大路書房.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. Imagination, *Cognition and Personality* , *9* , 185-211.

佐藤裕子,今城志保,宮澤俊彦.(2015). 集合研修の転移に関する実証研究 2 – 研修でのまなびと実践目標の質的分析 –, 産業組織心理学会年次大会,1-4.

佐藤るみ子.(2016). 医療観察法病棟での多職種連携における看護の課題—文献の分析から—. *日本看護研究学会雑誌*,39(3),245.

佐藤るみ子,菅谷智一,森千鶴.(2018). 医療観察法病棟に勤務する看護師の感情表出
佐藤るみ子,菅谷智一,森千鶴.(2018). 医療観察法病棟に勤務する看護師の感情表出に対する思い—感情を活用する研修後のインタビューより—,*実践人間学*,9,33-40.

Shanta, L.,Connolly, M..(2013). USING KING'S INTERACTING SYSTEMS THEORY TO LINK EMOTIONAL INTELLIGENCE AND NURSING PRACTICE. *Journal of Professional Nursing* , 29 (3),174-180.

島井哲志,大竹恵子,宇津木成介,内山喜久雄.(2001). 情動知能尺度 (EQS) の構成概念妥当性と再テスト信頼性の検討.*行動医学研究* 8(1), 38-44.

島津明人.(2015). 職場のポジティブメンタルヘルス—職場で活かせる最新理論.東京：誠信書房.

下村英雄.(2011). 若年者の自尊感情の実態と自尊感情等に配慮したキャリアガイダンス.*JILPT Discussion Paper Series 11*,1-51.

新城尚子. (2014). 成功体験を積み重ね学習意欲を喚起する授業の工夫 — 科目「電子商取引」における学習教材の作成を通して— 沖縄県立総合教育センター 1年長期研修員 第55集 研究集録.

- 白畑希美 , 竹田里江 .(2010). “プレゼントコラージュ”における相互フィードバックが自己理解・他者理解に与える影響-関係性の異なる 2 集団の比較による検討.*作業療法*, 29(4), 499-509.
- Siegling, A. B., Saklofske, D. H., & Petrides, K. V. (2015). Measures of Ability and Trait Emotional Intelligence, Psychological Constructs, Edition: 1, Chapter: 14, Publisher: Academic Pres,381-411.
- Siegling, A. B., Nielsen, C., & Petrides, K., V. (2014). Trait emotional intelligence and leadership in a European multinational company. *Personality and Individual Differences* , 65 , 65–68.
- Fernández-Abascal, E.G. & Martín-Díaz, M.D. (2015). Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in Psychology*, 6 (3).1-14.
- Smhith. P . (1992) .The Emotional Labour of Nursing. Palgrave Macmillan./
武井麻子 , & 前田泰樹 監訳 .(2000) , 感情労働としての看護 . (第 1 版,pp.223-241) .東京 : ゆみる出版.
- 杉万俊夫 . (2006) . グループ・ダイナミックスの理論と実践 . *Revue japonaise de didactique du français*, 1(1), 63-77.
- 鈴木淳子 . (1994) . 脱男性役割態度スケール (SARLM) の作成 . *心理学研究*, 64(6), 451– 459.
- 鈴木康美 . (2012) . わが国の看護と医療の領域における成人教育・成人学習

に関する文献考察,人間文化創成科学論叢.お茶の水女子大学大学院,15,
211-219.

竹淵由恵, 酒井美子, 関根正, 田村文子. (2013) .A 県の精神科看護職者のア
イデンティティの実態. 群馬県立県民健康科学大学紀要,8,81-88.

武井麻子. (2001) .感情と看護 人とのかかわりを職業とすることの意味, (第 1
版, pp.32-48) .東京: 医学書院.

武井麻子. (2002) .グループという方法.東京: 医学書院.

武井麻子.(2008).精神科看護師の感情労働, 病院・地域精神医学, 52(3),196-198.

武村雪絵.(2014). 看護管理に活かすコンピテンシー 成果につながる「看護管
理力」の開発.東京大学医学部附属病院看護部,東京大学医科学研究所附属
病院看護部著. メジカルフレンド社: 東京.

竹下裕子, 佐藤洋子. (2006) .精神科児童思春期病棟看護師のストレスマネジ
メント-「異和感の対自化」を語り合うことの効果-.日本看護学会論文集 精
神看護, 36,3-5.

瀧川薫. (2005) .精神障害者関連施設における看護者と福祉関係者のストレッ
サー.滋賀医科大学看護学ジャーナル,3(1), 42-48.

田邊素子, 鈴嶋よしみ, 出江紳一. (2010) .カークパトリックモデルを用いたコ
ミュニケーションスキル研修効果の評価.,第 46 回日本理学療法学会
抄録集, 理学療法学,38(2), 12.

田中重人.(2012).現代日本論演習「質問紙法の基礎」(東北大学文学部)2012年
度第8講義 調査票回収からデータセット作成まで,1-4.
<http://www.sal.tohoku.ac.jp/~tsigeto/2012/quesu/q120706.html>

樽谷敏広.(2008).医療観察法の入院患者に対する構造化された専門家判断と
しての HCR-20 の適用可能性について, *Acta.Crim. Japon*, 74 (5) ,
137-147.

Tenkanen, H., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., & Kinnunen, J. (2011).
Interrelationship between core interventions and core competencies of
forensic psychiatric nursing in Finland. *Journal of Forensic nursing* ,
7(1),32-39.

富岡美咲,平井正三郎.(2017).大学生の怒りの感情制御方略とクロニンジャー
のパーソナリティ理論との関連について.*東海学院大学紀要*,11,83-94.

トム・ダグラス著/辺嘉久,杉本敏夫監訳.(2003).ベーシック・グループワー
ク.東京:晃洋書房.

照井保則,畠山晃.(2001).成人の学習課題と学習プログラムの開発に関する研
究－現代的課題に応じた学習展開プログラムの在り方を中心に－.いわて
の生涯学習研究報告,1-31.

寺下貴美.(2011).第7回 質的研究方法論:質的データを科学的に分析す
るために, *日本放射線技術学会雑誌*, 67 (4), 413-417.

- 豊田弘司,照田恵理. (2013) .大学生におけるストレッサー、ストレス反応及び情動知能の関係. *奈良教育大学紀要*, *62*(1), 41-48.
- 豊田弘司,山本晃輔. (2011) . 日本版 WLEIS (Wong and Law Emotional Intelligence Scale) の作成. *奈良教育大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要*, *20*, 7-12.
- Trivellas, P., Gerogiannis, V., & Svarna, S. (2013). Exploring workplace implications of Emotional Intelligence (WLEIS) in hospitals: Job satisfaction and turnover Intentions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *73* , 701–709.
- 上野 栄一. (2008). 内容分析とは何か—内容分析の歴史と方法について—. *福井大学医学部研究雑誌*, *9*, 1-18.
- 渡邊 寛. (2017). 新しい男性役割尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *心理学研究*, *88*(3), 251- 259.
- Wong, C. S., & Law, K. S. (2002) . The effects of leader and follower emotinal intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The leadership Quarterly*, *13* ,243-274.
- Ya Liu, Zhenhong Wang., & Wei Lü. (2013). Resilience and affect balance as mediators between trait emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, *54*, 850–855.
- 山上皓.(2006). 医療観察法に期待される役割. *司法精神医学*, *1*(1),19-25.

山崎登志子,齋二美子,岩田真澄.(2002). 精神科病棟における看護師の職場環境ストレス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.

吉田文子,高木桃子,征矢野あや子,橋本佳美,水野照美,宮崎紀枝,...堀内ふき.(2014). 「臨地実習指導者研修セミナー 2013」報告: グループワークがもたらすグループ・ダイナミックスの形成過程とその背景, *佐久大学看護研究雑誌*,6(1),29-38.

吉原研志実,江口留美,村島正俊.(2015). 医療観察法病棟に勤務している看護師のワークモチベーションに影響を与えている要因—職務満足度調査,自記式質問紙法から上げる要因・下げる要因を分析して—. *日本看護学会論文集, 精神看護* 45,195-198.

吉森丹衣子.(2016). 大学生の自己肯定感における対人関係の影響—コミュニケーションを重視して—. *国際経営・文化研究*,21(1),179-188.

吉津潤,関口理久子,雨宮俊彦.(2013).感情調節尺度 (Emotion Regulation Questionnaire) 日本語版の作成, *感情心理学研究*,20,1-7.

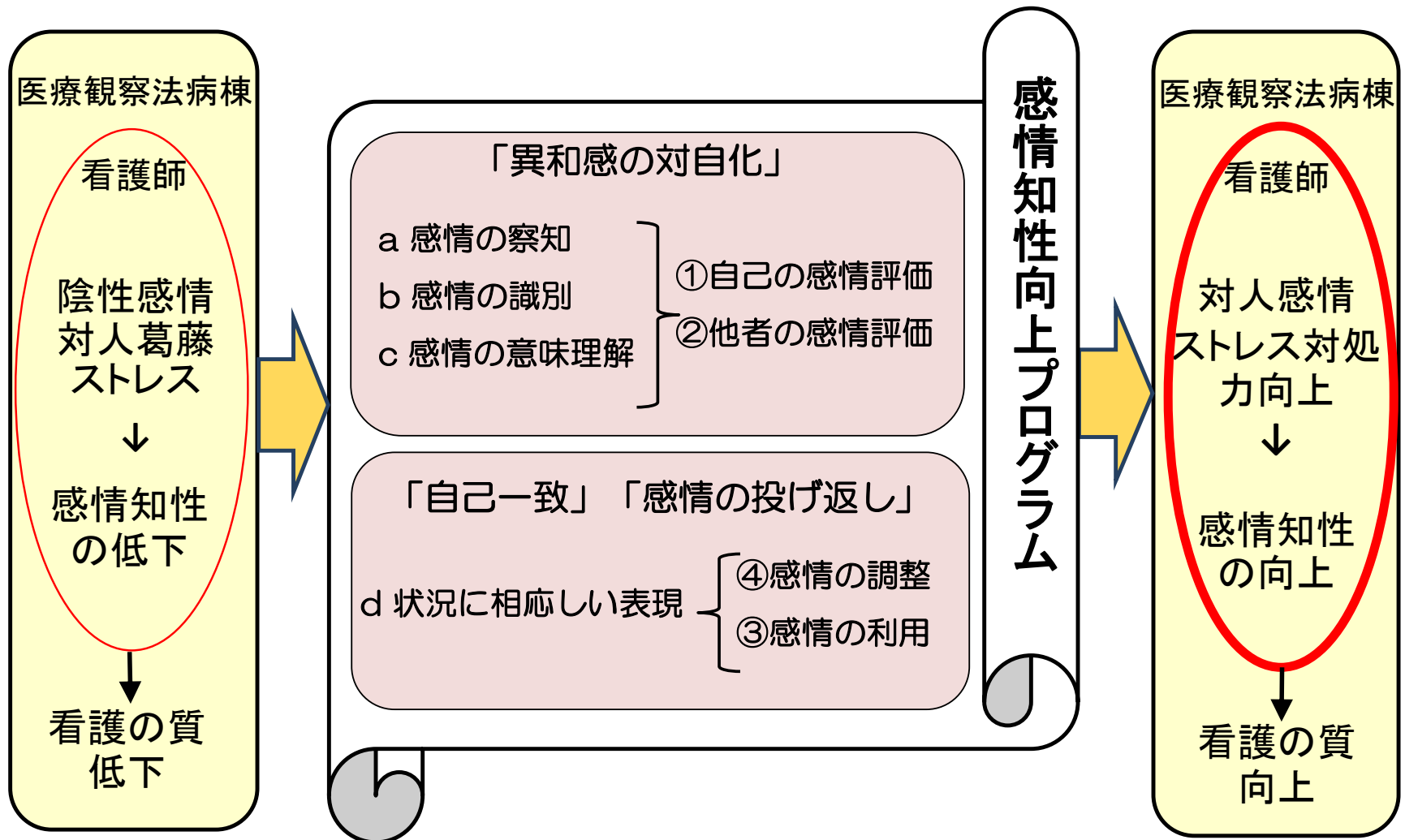


図1 本研究の枠組み

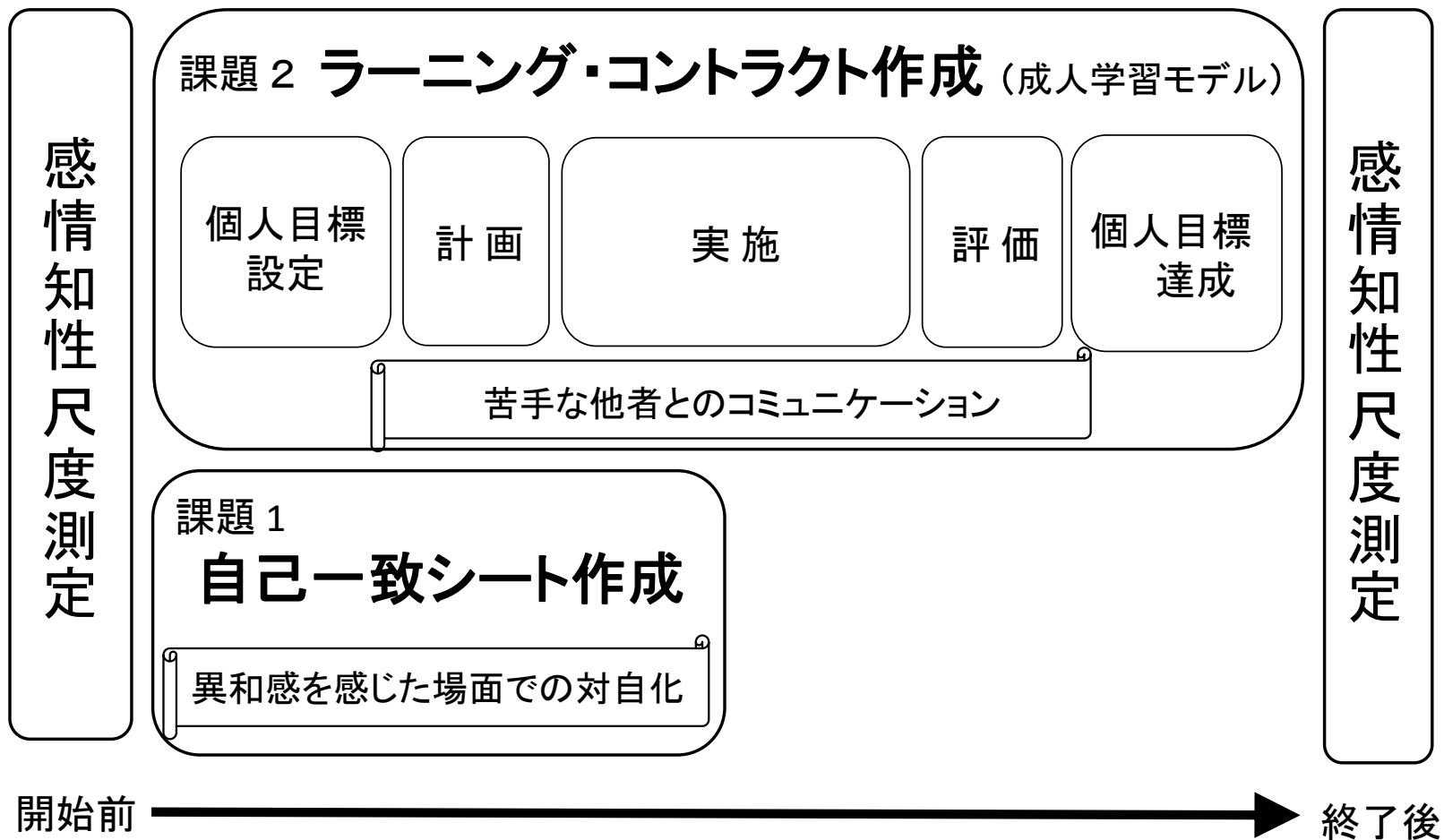


図2 本研究の手続き

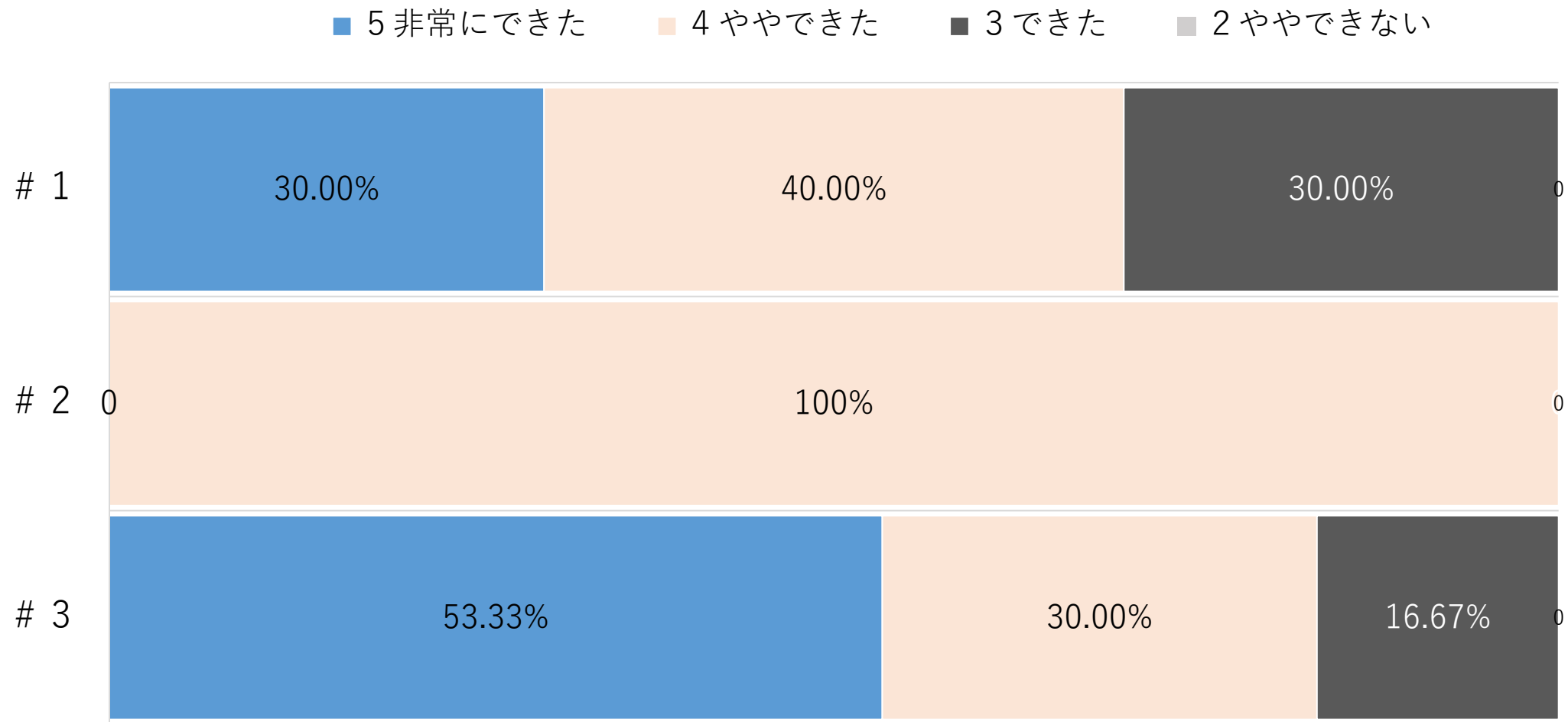


図3 内容の理解度

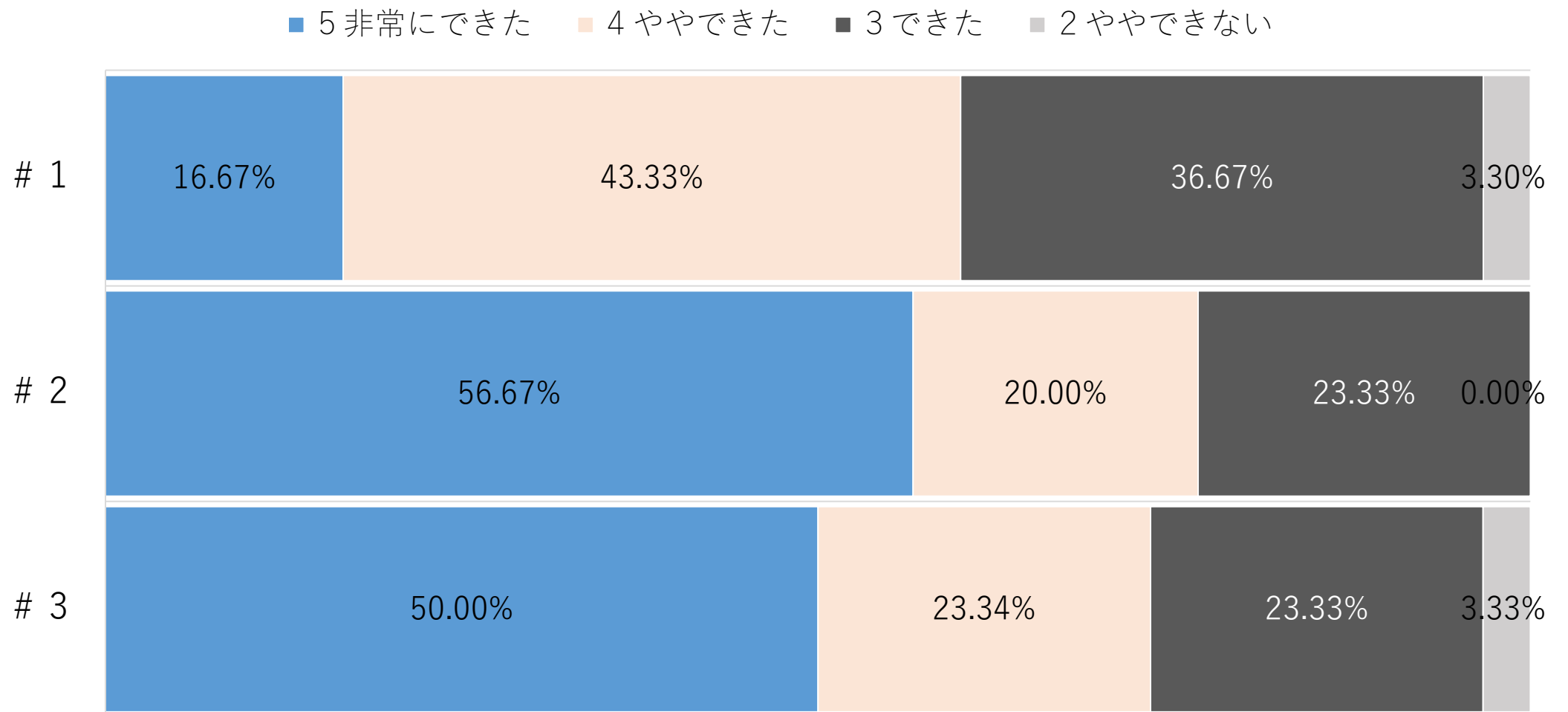


図4 感情の言語化度

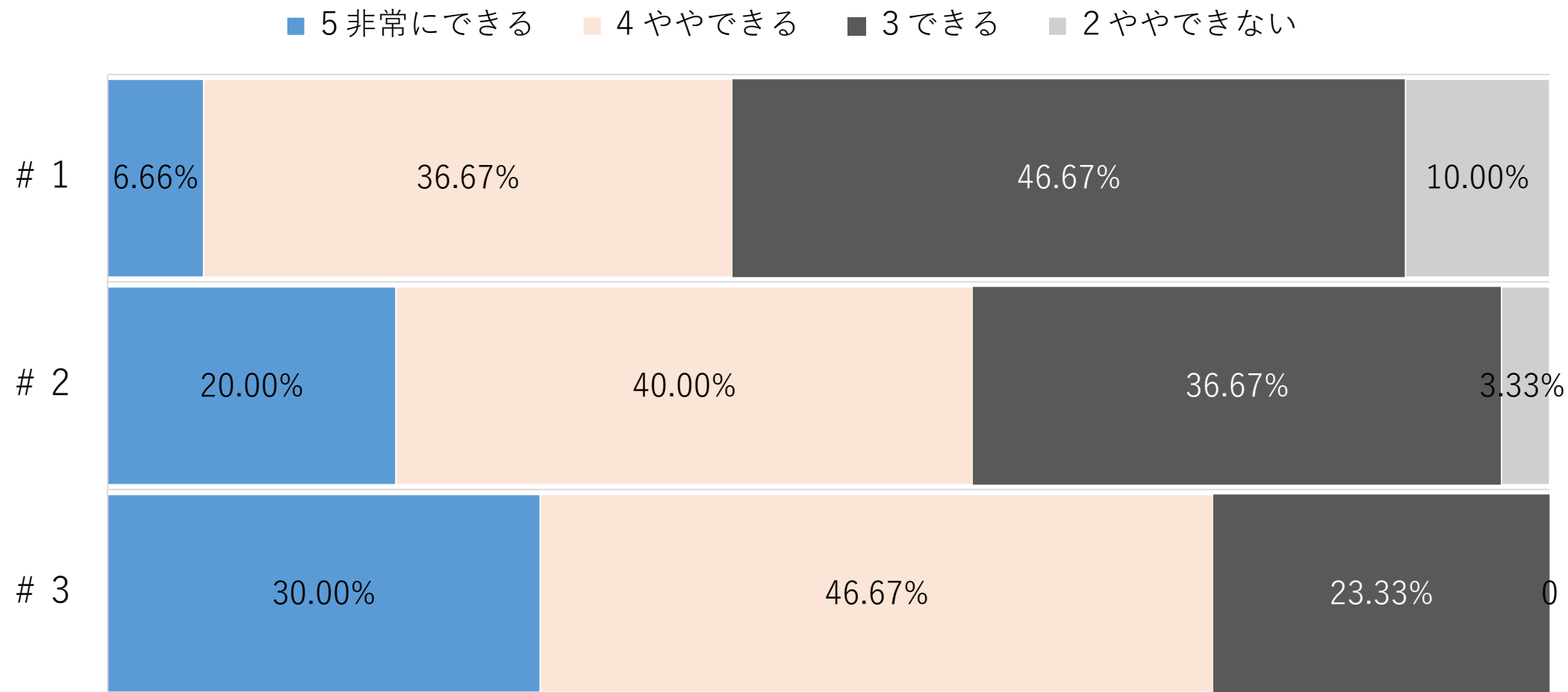


図5 実行可能性

表1 感情知性を高めるプログラムの概要

【目的】 自己の感情に向き合い、感情表出することで精神的健康観を高め、他者の感情を見極め、状況に応じた感情表現を工夫して相互作用を築ける対人関係力を育む

	テーマ/目標	内 容	具体的な方法/ホームワーク
# 1	「自分の感情を知る」 1. プログラムの目的・意義を理解する 2. 自分の感情を知る 3. 感情活用について理解する	・プログラムの目的・意義、実施時の留意点の説明 ・自分の感情を知るために快・不快感情を知覚する ・感情活用についての講義 ・ホームワークの説明	実施手順に基づいて目的、進め方の説明。 ワークシートを使用し、自身が感じる快・不快感を優先順に列挙し、知覚した理由についてペアで語り合い、感情の知覚を言語化する。それをグループ全体で話し合う。 「異和感の対自化」感情活用の講義 30分 (宮本, 2005)、自己一致の留意点の説明。 次回まで「感情活用シート」記入、最終回まで「ラーニングコントラクト」記入の説明。
# 2	「異和感の対自化と他者の感情を知る」 1. 感情の対自化をする 2. 自己一致、感情の投げ返しをする 3. 事例を通して、自己の感情と他者の感情の共通点・類似点・相違点を理解する 4. 他者の立場で感情活用する	・感じたエピソードを基に、自分の感情への対自化を行う ・感情の投げ返し・相手の反応について語る ・模擬事例を通して自分と他者の感情の共通点・類似点・相違点について語り合う ・模擬モデルの立場で返答する	「感情活用シート」を使い、各自のエピソードを基に、行った自分の感情への対自化・感情の投げ返し・相手の反応について語り合う。最も良かった異和感の対自化、自己一致・感情の投げ返しを、何がどのように良いかをグループで話し合い、決定する。 誰もが経験する身近な模擬事例を基に検討し、自己と他者の感情の共通点・類似点・相違点を見出す。また、自分が事例だった場合、どのように異和感の対自化、感情の投げ返しを行うか、グループ全体で話し合う。 返答例を提示し、各自の返答と比較する。
# 3	「自己表出の成果発表」 1. 感情活用で会得した成果を発表する 2. 今後の感情活用に生かす	・自分が設定したラーニングコントラクトを発表する ・メンバーの発表を全体で共有し、今後に生かす	各自が設定した目標評価のための基準と手法でラーニングコントラクトを発表する。 メンバーの発表をグループ・ディスカッションし、共有後、今後の感情活用への生かし方、各自の抱負を語り合う。 発表の講評、今後の期待、まとめをする。

【プログラムの理論的基盤・使用技法・使用ツール】

EI の理論を基盤に「異和感の対自化」「自己一致」「感情の投げ返し」による技法(宮本, 2005)

【実施方法】

グループで実施、1回 90分、1回/4週 計3回

【プログラムの評価尺度】 実施期間：プログラム開始前と終了直後

感情知性尺度：日本版 Wong & Law Emotional Intelligence Scale (J-WLEIS) (豊田, 山本, 2011)

表2 対象者の背景

		n	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>
性別						
	男性	19	63.3			
	女性	11	36.7			
年齢						
	全体	30	100.0	35.45	7.07	
	男性	19	63.3	35.20	6.11	36.00
	女性	11	36.7	36.40	8.41	38.00
	20代	6	20.0	25.00	1.55	25.00
	30代	13	43.3	34.31	3.22	34.00
	40代	11	36.7	43.00	2.53	42.67
臨床経験年数						
	全体	30	100.0	9.14	5.00	
	男性	19	63.3	9.32		
	女性	11	36.7	9.19		
	2年以上5年以下	8	26.7	3.04	0.95	2.95
	6年以上10年以下	11	36.7	8.92	1.29	9.30
	11年以上	11	36.7	14.16	3.91	12.83
精神科経験年数						
	全体			6.23	3.42	
	男性	19	63.3	7.13		
	女性	11	36.7	4.94		
	5年以下	15	50.0	3.24	1.00	3.24
	6年以上	15	50.0	9.41	1.93	9.40
現病棟勤務年数						
	全体			2.14	1.31	
	男性	19	63.3	2.06		
	女性	11	36.7	2.35		
	1年以内	10	33.3	0.86	0.19	0.89
	2年以上3年未満	14	46.7	2.25	0.63	2.20
	3年以上	6	20.0	4.15	0.95	3.88
専門学歴						
	専門学校	25	83.3			
	大学	5	16.7			

Note. $N=30$

M : 平均値, *SD* : 標準偏差, *Mdn* : 中央値

表3 プログラムの実施状況

クール	人数	実施期間	所要時間 (分)			
			# 1	# 2	# 3	平均
1	2	2017年6月～2017年8月	90	85	48	74.33
2	3	2017年10月～2017年12月	90	90	51	77.00
3	6	2017年7月～2017年9月	90	85	60	60.00
			90	85		
4	5	2017年11月～2018年1月	90	85	45	73.33
5	3	2018年1月～2018年3月	85	80	41	68.67
6	2	2018年1月～2018年3月	90	70	47	69.00
7	3	2018年2月～2018年4月	90	75	44	69.67
8	3	2018年2月～2018年4月	90	85	50	75.00
9	3	2018年4月～2018年6月	90	85	55	76.67
<i>M</i>	3.33	3カ月	89.38	81.88	49.00	73.06
<i>SD</i>			1.77	6.51	5.83	5.37
<i>Mdn</i>			90.00	83.44	48.00	73.33

Note. *N*=30

M : 平均値, *SD* : 標準偏差, *Mdn* : 中央値

表4 感情知性尺度の信頼性 (α 係数)

	感情活用力向上プログラム	
	前	後
総得点	.84	.83
自己の感情評価	.85	.86
他者の感情評価	.84	.86
感情の利用	.85	.85
感情の調節	.86	.84

Note. $N=30$; Cronbachの α 係数

Japanese version of Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS)

表5 プログラム実施前における感情知性値の性別による比較

	性別						<i>u</i>	<i>p</i>
	男性(n=19)			女性(n=11)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>		
総得点	70.68	10.52	75.00	65.91	8.57	65.00	70.00	.136
自己評価	21.53	3.17	21.00	19.91	2.84	19.00	69.50	.129
他者評価	18.37	3.13	19.00	17.82	3.25	18.00	92.00	.588
感情利用	15.05	4.61	15.00	14.91	3.53	14.00	104.00	.983
感情調節	17.74	3.23	19.00	13.27	2.31	13.00	28.50	.001

Note. *N*=30 ; Mann-WhitneyのU検定

M : 平均値, *SD* : 標準偏差, *Mdn* : 中央値, *U* : Mann-WhitneyのU値, *p* : *p* 値

表6 プログラム実施前における感情知性値の年齢・臨床経験年数による比較

	年齢										臨床経験年数											
	20代(n=6)			30代(n=13)			40代(n=11)			χ^2	p	5年以下(n=8)			6年以上10年以下(n=11)			11年以上(n=11)			χ^2	p
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>		
総得点	67.17	9.56	64.00	73.15	11.26	75.00	68.36	9.28	65.75	1.50	.472	69.50	10.74	65.50	67.73	10.85	64.00	73.18	9.43	79.00	2.74	.255
自己評価	19.83	1.47	20.25	22.54	3.15	23.40	19.64	3.01	19.60	5.90	.052	20.63	2.88	20.25	19.91	3.33	20.00	22.18	2.86	23.00	2.87	.238
他者評価	17.33	3.27	17.00	18.85	3.26	18.60	17.82	3.03	18.33	0.75	.688	16.63	3.34	16.50	17.64	3.33	17.75	19.82	2.09	19.40	5.47	.065
感情利用	15.17	1.72	15.33	14.62	5.01	14.67	15.36	4.34	15.00	0.20	.903	16.13	2.36	16.33	14.09	4.72	14.25	15.09	4.76	15.00	1.75	.418
感情調節	14.83	4.45	12.67	17.15	3.74	17.29	15.55	3.11	15.67	1.79	.409	16.13	5.19	14.00	16.09	3.15	16.43	16.09	3.21	17.17	0.06	.971

Note. $N=30$; Kruskal Wallis 検定

M: 平均値, *SD*: 標準偏差, *Mdn*: 中央値, χ^2 : Kruskal Wallis 検定, p : p値

表7 プログラム実施前における感情知性値の精神科勤務歴による比較

	精神科勤務歴						<i>u</i>	<i>p</i>
	5年以下(n=15)			6年以上(n=15)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>		
総得点	70.80	9.98	66.00	69.60	10.82	65.00	107.50	.835
自己評価	21.20	3.05	21.00	20.67	3.24	20.00	103.00	.691
他者評価	17.27	3.43	18.00	19.07	2.60	19.00	73.00	.099
感情利用	15.60	3.62	17.00	14.40	4.73	14.00	83.50	.227
感情調節	16.73	4.08	16.00	15.47	3.23	16.00	91.50	.379

Note. *N*=30 ; Mann-WhitneyのU検定

M : 平均値, *SD* : 標準偏差, *Mdn* : 中央値, *U* : Mann-WhitneyのU値, *p* : *p* 値

表8 プログラム実施前における感情知性値の現病棟勤務年数による比較

	現病棟勤務年数									χ^2	p
	1年以下(n=8)			1.1年以上3年以下(n=11)			3.1年以上(n=11)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>		
総得点	68.10	11.35	65.00	73.00	10.63	78.25	67.17	6.43	65.25	0.78	.677
自己評価	19.50	3.75	19.00	21.79	2.91	21.50	21.33	1.51	21.00	2.92	.232
他者評価	18.00	3.94	18.00	18.07	3.22	18.50	18.67	1.21	18.67	0.32	.851
感情利用	15.00	5.27	14.00	14.00	3.60	16.25	13.17	3.49	13.00	1.97	.374
感情調節	15.60	2.72	15.33	15.33	4.03	18.50	14.00	3.52	13.00	2.87	.238

Note. $N=30$; Kruskal Wallis 検定

M : 平均値, *SD* : 標準偏差, *Mdn* : 中央値, χ^2 : Kruskal Wallis 検定, p : p 値

表9 プログラム実施前における感情知性値の学歴による比較

	学歴						<i>u</i>	<i>p</i>
	専門学校(n=25)			大学(n=5)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>		
総得点	70.76	10.52	65.83	67.40	9.24	65.00	46.50	.371
自己評価	20.92	3.21	20.75	21.00	2.83	20.00	60.50	.911
他者評価	18.12	3.31	18.43	18.40	2.30	18.00	60.50	.911
感情利用	15.36	4.24	15.00	13.20	3.77	13.00	45.00	.328
感情調節	16.36	3.75	16.00	14.80	3.27	14.00	50.00	.483

Note. *N*=30 ; Mann-WhitneyのU検定

M : 平均値, *SD* : 標準偏差, *Mdn* : 中央値, *U* : Mann-WhitneyのU値, *p* : p値

表10 プログラム実施前後の感情知性値の比較

	プログラム前			プログラム後			<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>		
総得点	70.20	10.25	65.50	77.57	9.31	77.00	-3.84	<.001
自己評価	20.93	3.11	21.00	21.80	2.54	21.00	-1.79	.074
他者評価	18.17	2.13	18.00	20.20	2.71	20.50	-3.56	<.001
感情利用	15.00	4.19	15.00	17.20	3.90	17.50	-2.88	.004
感情調節	16.10	3.67	16.00	18.37	3.51	18.00	-3.36	<.001

Note. *N*=30 ; Wilcoxon符号付き順位検定

M : 平均値, *SD* : 標準偏差, *Mdn* : 中央値

表11 プログラム実施前後の感情知性の各項目の比較

下位尺度	項目	プログラム	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	
自己の感情評価	1	前	5.37	0.76	.275	n.s.
		後	5.53	0.63		
	2	前	5.13	0.86	.217	n.s.
		後	5.33	0.76		
	3	前	5.13	0.97	.165	n.s.
		後	5.37	0.67		
	4	前	5.30	0.99	.178	n.s.
		後	5.57	0.86		
他者の感情評価	5	前	4.33	0.80	.003	* *
		後	4.77	0.73		
	6	前	5.17	0.91	.063	n.s.
		後	5.47	0.90		
	7	前	4.63	1.19	.001	* * *
		後	5.47	1.04		
	8	前	4.03	0.72	.002	* *
		後	4.50	0.63		
感情の利用	9	前	4.40	1.16	.003	* *
		後	5.07	1.08		
	10	前	2.37	1.27	.016	*
		後	3.13	1.31		
	11	前	4.10	1.32	.081	n.s.
		後	4.57	1.28		
	12	前	4.13	1.33	.253	n.s.
		後	4.43	1.25		
感情の調節	13	前	4.00	0.87	.019	*
		後	4.53	1.04		
	14	前	4.10	1.16	.025	*
		後	4.57	1.17		
	15	前	3.97	1.35	.016	*
		後	4.53	1.25		
	16	前	4.03	1.00	.001	* * *
		後	4.73	0.83		

Note. *N*=30 ; Wilcoxon符号付き順位検定

* : $p < .05$ * * : $p < .01$ * * * : $p < .001$ n.s.: not significant

表12 プログラム実施前後における感情知性値の性別による比較

	プログラム前								プログラム後							
	男性(n=19)			女性(n=11)			<i>u</i>	<i>P</i>	男性(n=19)			女性(n=11)			<i>u</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>		
総得点	72.68	10.52	75.00	65.91	8.57	65.00	70.00	.136	79.37	10.13	80.00	67.45	7.08	76.00	71.50	.155
自己評価	21.53	3.17	21.00	19.91	2.84	19.00	69.50	.129	21.89	2.77	21.00	21.64	2.20	21.00	103.00	.948
他者評価	18.37	3.13	19.00	17.82	3.25	18.00	92.00	.588	20.68	2.52	21.00	19.36	2.94	19.00	78.50	.259
感情利用	15.05	4.61	15.00	14.91	3.53	14.00	104.00	.983	17.42	4.80	18.00	16.82	1.54	17.00	85.50	.408
感情調節	17.74	3.23	19.00	13.27	2.31	13.00	28.50	.001	19.37	3.53	19.00	16.46	2.84	17.00	57.50	.042

Note. *N*=30 ; Mann-WhitneyのU検定

M : 平均値, *SD* : 標準偏差, *Mdn* : 中央値, *U* : Mann-WhitneyのU値, *P* : P値

表13-1 グループ・インタビューによるプログラムの感想

<p>1) プログラムを行って良かった点</p>	<p>【プログラムの内容・方法】 シートに書き出すことが振り返りにもなる メンバーの意欲を聞いて、自分も意欲がわいた メンバーの影響で自己の感情を考える機会になった 何を言ってもいいと言われ、語りやすかった 課題が無かったら具体的な実行はなかった 困難なところを崩していくのは医療観察法医療と共通 知らずにやっていた仕草の根拠がわかって良かった 今まで中途半端になっていた知識が繋がった 思い殺していた気持ちがこのことだと知れて良かった 理論的な提示によってわかり、有益だった 課題をやるのに1ヶ月のスパンが良かった 課題によってコミュニケーションが改善した わかりにくかった言葉が説明でわかり良かった</p>	<p>【自分自身】 自分のいらいら感に気づいた 視点を変えて考えられるようになった 精神科看護師として大事な事に気づけた 苦手な人にコミュニケーションがとれた 自分の感情に正直になれたらストレスがたまらない 価値観による行動だったと客観視できた 異和感わかった上で、向上するための工夫ができる 感情を考えて話す気持ちがすっきりした 自己の困難な感情問題を乗り越えられた 適切な言葉を選択する学習ができる 押し殺していた不一致、自分にも周りにもよくないと知れた 自分に気分変調があるとわかった 自分の延びしろを再認識できた</p>	<p>【他者との関係】 苦手な人との関係性の改善になった ネガティブ感情を共有してよいとわかった 感情を出してよい所がわかった 悩んでいるのは自分だけでないことがわかった 異和感の話が共通にできる人がいる 他者に相談できたことで気持ちが楽になった 他職種との衝突を避けられた 自分を画策したら相手の感情に気づき、家庭円満になった</p>
<p>2) プログラムを行って変わった点</p>	<p>【意識・気づき】 自分の傾向を注意しよう意識するようになった 嫌なことから逃げたがる傾向が前向きに変わった 拘っていた考えを別の視点で考えられるようになった 失敗しても次にうまく返すことができると考えられた 避けていた会話による刺激は健康的だと思えた 考え方を変えると感情コントロールし易くなった 周りの人が仕事をしやすいように空気をよむ 患者の自己表現を導けるよう意識するようになった 良い印象、雰囲気づくりを意識するようになった 経験だけのスキルを訂正できた 異和感に注目すると色々気づきが多くなった 対人関係良くするために考えることが楽しいと気づいた 感情の問題を乗り越えた時の達成感、喜びが大きい 人の気分を下げる発言をしていないか振り返るようになった</p>	<p>【認識】 表出すべきでない認識していたネガティブ感情を表出してよいこと 感情の捉え方、投げ返し方がわかり表出の認識が変わった 苦手な自己表出はできる部分の表出だけでも良い 自分が変わると回りも変わると認識した</p>	<p>【行動】 職場で適切な感情コントロールができるようになった アプローチを変え、色々考えて行動できるように変わった 抑えていた感情を同僚に語るようになった 一人で考えていたネガティブ感情を相談するようになった 自分が柔らかく変わったら周りも変わった 感情を考えて行動し、発言するようになった 計画を立てて実践すると、行動が伴った 何も考えず「わかりました」の返答が「考えてみます」になった 意見を言いつつ気づきを促す言葉を選択する 困った感情を笑いで表現できるようになった 柔らかい言葉を考えて使うようになった 感情を表出したら自分と向き合いやすくなった 相手の気持ちを汲んで仕事をするとやりやすくなった 家で相手の気持ちを考えるようになり生返事をしなくなった</p>

表13-2 グループ・インタビューによるプログラムの感想

3) 困難に感じた場合、工夫されていること	うまくいかなかったのは何故かを振り返る 行き詰ったら人に確認し、評価をして再構築する 自分の行動に繋げるための機会を振り返る 意見衝突する前に自分の感情を振り返る
4) 今後感情の問題解決に活かせること	ポジティブに変換する対人関係スキルの選択肢が増えた マイペースな人に伝えるチャンスが生まれた 日々の業務でのヒントになった これまで患者への活用だったが自分達も使える 研修講師として教える立場で使える 良い伝え方により精神科の発展に活かせる 多職種チームでの介入に活かせる 自分の感情を知り、問題解決を組み立てる 家族内の感情問題に使える
5) 感情活用力をより向上させるためにおこなうこと	自分に合うモデルを探す コミュニケーション力の高い人の真似をする 人の感情方略を聞いて、自分の選択肢にする 相手を観察して、共通性をみつける 他者に確認し、評価を受ける 時・場所・タイミングをみて話す 布石を投げ、相手の状況を見て本題に入る
6) プログラムの改良が必要な点	対象枠を拡大して参加してほしい人がいた 精神科だけでなく一般科にも広げて貰えると良かった 2人よりもっと多くの方の話が聞きたかった

自己一致シート

NO _____

異和感を 感じた場面	例) 看護チーム内のカンファレンス、MDT 会議など		
私が感じたり思ったこと (感情への対自化)	私が言ったり行ったりしたこと (自己一致・感情の投げ返し)	相手が言ったり行ったこと (相手の反応・感情)	
① ④ ⑦	② ⑤ ⑧	③ ⑥ ⑨	

ラーニング・コントラクト

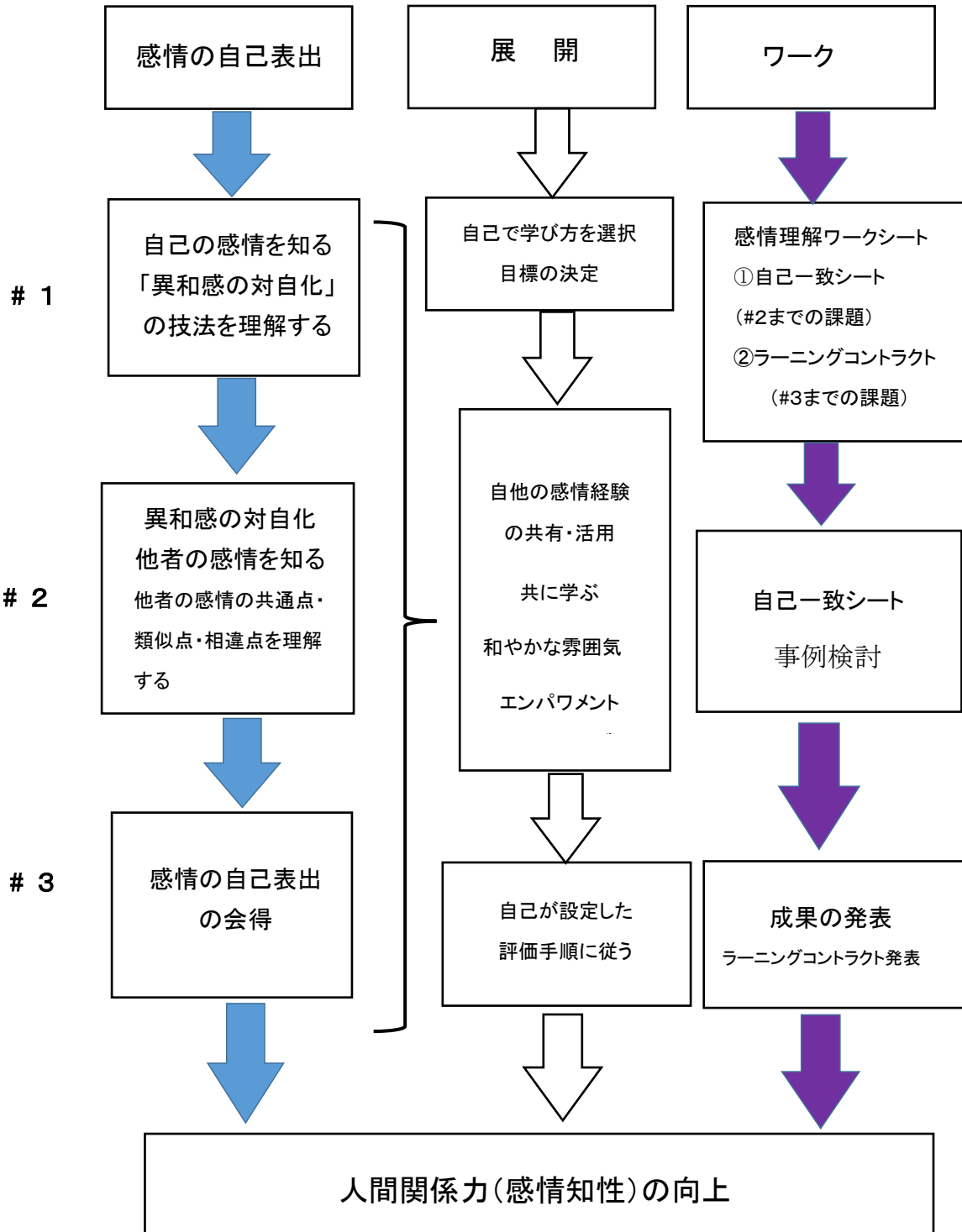
No

学習内容 例) 苦手な他職種とのコミュニケーション

学習目標	学習資源と方法	学習目標の達成 を示すもの	学習成果の 評価のための 基準と手法
例) 苦手と感じずに他職種と円滑なコミュニケーションがとれる。	何故苦手なのかについての自己分析のために、苦手としていない先輩看護師から経験話を聞く。 感情とコミュニケーションに関する書物を読む。 (DVD・YOU チューブ鑑賞など、何でも良い)	円滑なコミュニケーションに変化したエピソード、内容について口頭、書面で説明する。	グループメンバーの中で自身の変化した点について語り、客観的な言語的評価を受ける。

プログラムの流れ

プログラムの流れ



プログラム1回目 実施手順

テーマ	自分の感情を知る		
目標	1. プログラムの趣旨・目標を理解できる。 2. 異和感の対自化、自己一致、感情の投げ返し方について理解できる		
日時	平成 29 年 ○ 月 ○ 日 17:00 ~ 18:30		
メンバー編成	ランダムにする		
事前準備	会場・席 ・メンバーを見て受講できる 机上スタイル ・ペアワークを行うために1つのテーブルに2人で座る	準備品・机・椅子 ・時計 ・J-WLEIS ・1回目ワークシート ・感情理解シート ・1回目振り返りシート人数分 ・課題①・②	}
留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・発言しやすい雰囲気をつくり、発言内容を承認する ・実施者は一方的な講義ではなく、参加型の講義とする ・プログラム内での個人の発言内容は、外部に公表しない旨、共有する 		
方法	教育内容	具体的方法	備考
	1) 自分の感情について	①実施者の自己紹介 } ②ガイダンス } 15分 ③個人ワーク 13分 ・日本版 WLEIS 測定 ・「自分の感情を理解する」ワークシート使用し、快の感情・不快の感情を表すことばを入れる ④ペアワーク 10分 ・隣の人とペアとなり、自分のワークシートを語り合い、自分の感情を客観視する	・ファシリテーターなし ・開始前に日本版 WLEIS 測定 ・宮本の「感情を読み書きする力」エモーショナル・リテラシー、自己一致、異和感の対自化[特集]感情に気づくこと・表現すること 精神科看護,32(9) p.18-27, 2005.
	2) 感情活用とは	⑤講義 30分 感情活用・自己一致の際の留意点 ⑥感想・質問 10分	
	3) 課題について	⑦課題①②の説明 10分 ⑧振り返りシート記入 2分	
課題	次回まで各自①ラーニング・コントラクト作成 ②感情活用シート記入、次回のグループワークで語れる内容		

プログラム1回目

現在の自分の感情を知る

**1. 日本版 WLEIS を使って、
「自分の感情を自己チェック」して下さい**

日本版 Wong and Law Emotional Intelligence Scale 16 項目の内容について、あなた自身にあてはまると思う(1)全くあてはまらない~(7)非常にあてはまるの欄に1つ○をつけて下さい。3分程度でお願いします。

**2. 「自分の感情を理解する」
ワークシートに記入して下さい**

日頃自分の感情を表す言葉を考えて使うことは、あまりないと思います。自分が楽しいと感じるのはどんな状態のときなのでしょうか…
また、不快と感じるのはどんな状態のときなのでしょうか…
自覚したことを的確に表現するのは意外に難しいかもしれません。8分程度でお願いします。

**3. 隣の人とペアになり、各々の
ワークシートを語り合ってください**

自分の感情ワークシートを他者に語ることで他者との感じ方の共通点・相違点を理解し、自分の感情について客観視できましたでしょうか…
これまで自分の感情を意識的に客観視することはあまりなかったと思いますが、これからは意識的に行っていきます。10分程度でお願いします。

4. 「自己一致」による感情の表出

「人間関係の中で抱いた「しっくりこない感じ」である異和感への注目を出発点として、内省(リフレクション)を深めていく方法「異和感の対自化」を提唱していた宮本(1995)は、感情を思考に結びつける力が感情知性(Emotional Intelligence: 以下, EI)の本質であるというゴールマンの考えに共感し、「感情活用」を提唱しました。

感情活用とは、否定的感情の吟味に基づく率直な表現を通じて、否定的感情の解消を図り肯定的感情を生じさせ、意欲や動機づけを高めることと定義しています(宮本, 2013)。また、カウンセリングの原則として提示したロジャース, C.R (1942)の「自己一致」や、対人関係論の視点から看護実践を吟味しようと、看護の過程を整理したオーランド, L.D (1962)が「自己一致」を掲げましたが、両者とも具体的な手順やモデルが明確に示されなかったとして、宮本はプロセスレコードを用いた臨床指導に「異和感の対自化」を併用することによって、望ましい「自己一致」の具体的な基準をつくりあげました(宮本, 2005)。

患者との関係を形成していくためには、看護師の本音と表現を一致させる「自己一致」が重要であり、本音と表現の一致度が看護の質を規定するというオーランドを継承しており、看護師が自分の性格を持ち味として生かすために、自分の感情や考えに気づき、それに沿った表現を心がけることが重要です。すなわち、「自己一致」とは率直な自己表現のことです。具体的には、人間関係の中で相手の態度や言動に異和感を抱いたとしても、感じたことを相手に配慮した表現で投げ返されれば、それほどストレスはたまず、「異和感の対自化」を活用した援助関係の形成を可能にするというものです。「しっくりしない感じ」を意味する「異和感」を糸口にして内省を深める技法「異和感の対自化」「感情の投げ返し」を用いて、倫理的な葛藤を抱えている人との相互作用を築くための方法であると述べています(宮本, 2003)。

5. 「自己一致」の際の留意点

「自己一致」の解釈、実行にあたっては、誤解を招くことがあるので十分な理解が必要です。自身の率直さも、度が過ぎると他者を圧倒してしまうことになりかねません。感情をストレートに伝え、自己中心的な表出となってしまうと、相手に不快感を抱かせてしまいます。

看護師は自身の感情やそのあり方に気づき、状況に応じた感情表現を工夫して相互関係を続けることが求められており、「感情活用能力(Emotional Literacy)」を交えて、本来の目的を理解した上で実行することが必要です。その理解を助けるものがプロセスレコードです。「感じたこと」を吟味することで自身の感情に気づくことができ、相手との関係、その背景や状況への理解が深まり、相手や状況に応じた行動がとれるようになることを目指します。



6. 「ラーニング・コントラクト」 を作成してきて下さい

ラーニング・コントラクトとは、学びは受動的ではなく自律的な過程であるという考え方を基に、学習者が Self-directed learning することです。すなわち自主的に責任を持って目標を達成することで学習効果が高まることを目指します。

自身の自己表出に関する「学習内容」を決定したら、以下の手順で作成して下さい。

作成にあたっての手順

「**学習目標**」は、達成可能な目標を具体的にたてる。

「**学習資源と方法**」は、文献・書籍を読む、先輩の経験談、DVD、Uチューブ鑑賞など、何を活用しても構いません。

「**学習目標の達成を示すもの**」は、変化したエピソード、内容について。

「**学習成果の評価のための基準と手法**」は、グループ内で自身の変化した点について語り、客観的な言語的評価を受けるなど。具体的に示して下さい。

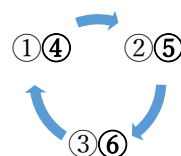
分かりにくい場合は、ご相談下さい!!



7. 「自己一致シート」に記入してきて下さい

それでは、自己一致シート（宮本のプロセスレコードを一部改変）を使って、自身の「異和感を感じた場面」について、以下の順で記入して下さい。

- | | |
|--------------------------------|----------------|
| ① 私が感じたり思ったこと（感情への対自化） | } ①②③の
繰り返し |
| ② 私が言ったり行ったりしたこと（自己一致・感情の投げ返し） | |
| ③ 相手が言ったり行ったこと（相手の反応・感情） | |
| ④ 私が感じたり思ったこと | |
| ⑤ 私が言ったり行ったこと | |
| ⑥ 相手が言ったり行ったこと | |



「自分の感情を理解する」ワークシート

1. 感情を表す言葉はどんなものがありますか？思い浮かぶだけ書いてみましょう。

<p>(快の感情を表す言葉)</p> <p>例) 気持ちいい 楽しい</p>	<p>(不快の感情を表す言葉)</p> <p>例) 苦しい 寒い</p>
--	--------------------------------------

2. 1で挙げた言葉をその感情が大きいものから順に並べてみましょう。

<p>(快の感情を表す言葉)</p> <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p> <p>(4)</p> <p>(5)</p>	<p>(不快の感情を表す言葉)</p> <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p> <p>(4)</p> <p>(5)</p>
---	--

3. 以下の文章の空欄に言葉を入れてみましょう。

例) 私が 楽しい と感じるのは、親しい友達と飲食をしているとき

～(快の感情を表す言葉)(1)の場合～

私が _____ と感じるのは何(誰)が _____ という状態 _____ の時

～(不快の感情を表す言葉)(1)の場合～

私が _____ と感じるのは何(誰)が _____ という状態 _____ の時

4. あなたは病棟内で看護チームのリーダーに推薦されました。どのように感じますか？

<どのように感じるか>

<そう感じた理由>

プログラム実施時の留意点

- ✦ プログラム実施内での個人の発言内容・情報は、外部に公言しないようにしましょう。
- ✦ 患者について触れる場合は、患者情報が研究実施者にわからないように匿名化して語り、エピソードは脚色するなど配慮しましょう。
- ✦ 発言しやすい雰囲気で、「何を言っても、何を言われてもよい」安心して発言できる場にしましょう。
- ✦ 発言者が感情を表出することに対する抵抗感を低減できるよう、みんなで配慮しましょう。
- ✦ 発言者に対して他者はアサーティブな発言をして、エンパワメントできるようにしましょう。
- ✦ 机上学習ではなく、実践学習です。学んだことは公私を問わず意識をして、実行してみましょう。
- ✦ グループワーク・事例検討においては、書記、司会、発表者を決めて、毎回交替しましょう。
- ✦ プログラムを楽しみましょう。
- ✦ 負担感・不快感が生じた場合は、直ぐに申し出ましょう。

プログラム 2 回目実施手順

テーマ	異和感の対自化と他者の感情を知る		
目標	1. 自己一致、感情の投げ返しができる 2. 事例を通して、自己の感情と他者の感情の共通点・類似点・相違点を理解できる		
日時	平成 29 年 ○月 ○日 17:00 ~ 18:30		
メンバー編成	ランダムにする		
事前準備	会場・席 ・ テーブルなしで人数分の椅子で円をつくる ・ 実施者の椅子も円の中に入れて参加者と一緒に座る	準備・事例提供者あればその事例を、 ・ 提供者なければ準備した事例配布	人数分
		・2 回目ワークシート ・提供事例・返答例 ・2 回目振り返りシート	
留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発言しやすい雰囲気をつくり、発言内容を承認する ・ 発言者が感情を表出することに対する抵抗を低減できるようにする。 ・ 他者へはアサーティブな発言によりエンパワメントできるように配慮する。 		
方法	教育内容	具体的方法	備考
	1) 異和感の対自化 2) 事例検討における自己の感情と他者の感情	① オリエンテーション 3分 ② 前回の課題「自己一致シート」を使い、各自が感じたエピソードを基に自分の感情への対自化・感情の投げ返し・相手の反応について語り合う 25分 ③ グループでのまとめ 10分 ④ 事例提供 ・ 事例提供者がいる場合提供者が事例発表、提供者いなければ実施者が事例発表 3分 ⑤ 事例検討 ・ 事例を通して自分と他者の感情の共通点・類似点・相違点について語り合う 30分 ・ 最後に返答例を提示 7分 ⑥ 感想・意見 5分 ⑦ 全体のまとめ 5分 ⑧ 振り返りシート記入 2分	・ 3 回のプログラムで必ず 1 回は司会・発表者行う ・ 人数が多い場合、発言者が少なくならないようエンパワメントする ・ 各自のラーニング・コントラクト内容を確認する
課題	次回まで各自のラーニング・コントラクトを作成し、人数分コピーして来る		

プログラム 2 回目

異和感の対自化ができる



1. 自身の自己一致シートを基に、 グループでエピソードを語り合ってください

- ◇ 感情活用シートを使い、各自が記入してきたエピソードを基に、自分が行った異和感への対自化、感情の投げ返し、相手の反応について語り合います。
- ◇ 25 分程度でメンバー全員が語ってください。



2. 自己一致・感情の投げ返しが良かった例について

- ◇ 自己一致、感情の投げ返しが良かった例について、「何が、どのように良かったのか」「他に良い代替があるとしたら、どのようなことか」
- ◇ 10 分程度でグループでまとめてください。
- ◇ グループまとめたことを、発表してください。
- ◇ メンバーへの感想を述べ、全体で意見交換をしてください。



3. 自己一致・感情の投げ返しを次回まで行って来てください。

- ◇ 学んだことを実行するのが本プログラムです。意識的に行ってください。

プログラム 2 回目

自己/他者の感情を理解できる

**1. 事例検討を通して、自他の感情の共通点・類似点・相違点について、話し合ってください**

- ◇ 事例を紹介します。
- ◇ ここでの事例検討は、問題解決検討ではありません。
- ◇ あなた自身と看護師 A の感情に焦点を当ててください。
 - ① 共通しているところは？
 - ② 類似しているところは？
 - ③ 相違するところは？
- ◇ 20分程度で話し合ってください。

**2. 看護師 A になって病棟医長に「自己一致」「異和感の対自化」「感情の投げ返し」を行ってください**

- ◇ あなたが看護師 A だとしたら、この病棟医長にどのように、「自己一致」「異和感への対自化」「感情の投げ返し」を行いますか？
- ◇ 感想・意見も含め、20 分程度で語ってください。

**3. 各自の課題を行って来て下さい**

- ◇ 次回まで各自のラーニング・コントラクトを作成して来て下さい。
- ◇ 人数分コピーして、お持ちください

事 例

看護師 A は、看護師歴 6 年目、1-1 病棟勤務 2 年目で今年度新人看護師 B のプリセプターです。また、病棟の係りとして消耗品係りを担当しています。

新人看護師 B は 8 ヶ月が経過し、順調に成長してきているのですが、看護師 A が同じ勤務になると「こうした方がよい、ああした方がよい」と、些細なことまで指導されるので萎縮してしまい、少し距離をとりたいと思っています。B は、病棟の雰囲気は良く、副看護師長はじめ他のチームメンバーには温かく支えられていると感じています。

看護師 A は、毎月 1 回の請求日に備えてデータファイルを作成し、病院の経営方針もあることから消耗品が途中で切れても臨時請求することはできないため、几帳面に在庫管理しながら計画的に請求しています。計画外に消耗品がなくなると、その使用者には係りとして厳し目に注意をしていました。

新人の教育計画として、6 ヶ月経ったらプリセプターの担当している係りの仕事を理解でき、2 年目になったらその係りを一緒に担当することができるという目標になっているため、新人 B は A から看護ケア以外でも指導を受ける機会が増えていました。

そんな中、看護師 A が受け持ち患者のカンファレンスの後、この患者の事例研究を今年度学会で発表したらどうかと、病棟医長に促されました。1-1 病棟では一丸となって毎年看護研究に取り組み、国内の学会に必ず発表してきている慣習がありました。A は初めてのプリセプターである上、係りの仕事もあり、これ以上は無理だと思いましたが言葉を発することができず、かたまってしまいました。

A の受け持ち患者は多くの問題を抱えておりケア度が高く、そのことでも頭を悩ませていましたが、1-1 病棟は中堅看護師が少なく、同世代の看護師は皆近年学会で発表していたため他に変わって貰えそうなメンバーはいませんでした。断りたい気持ちで一杯でしたが、A にとって病棟医長は絶対的存在です。その医長は機嫌の良し悪しが明瞭で、誰とでも口論をします。機嫌を損ねたくないと思うと、一層何も言えませんでした。

感情を投げ返す返答例

1. リアクションだけをする

- ◇ 「えっ、ええー？ 本当ですかあ？」
- ◇ 「そうですかー？ どうしたらいいのでしょうかあ？」

2. リアクション+その理由

- ◇ 「参りましたあ！ 自分に余裕がなくてえ・・・」
- ◇ 「困りましたあ。不器用で複数のことが同時にできないものでえ・・・」
- ◇ 「今の私には余裕がなくてえ・・・」
- ◇ 「私は今で一杯一杯なものですから・・・」
- ◇ 「これ以上は体調を崩してしまうと、ご迷惑をかけてしまうので・・・」

3. 話題を微妙にそらす

- ◇ 「どうしても私でしょうかあ・・・？」
- ◇ 「この患者さんしかいませんかあ？」
- ◇ 「そうですねえ、もう少し目処が立つといいんですけど・・・」

4. 時間・場所を変える

- ◇ 「少し考えさせて頂いてもおよろしいでしょうかあ？」
- ◇ 「後でご相談させて下さい！！」

プログラム 3 回目実施手順

テーマ	感情の自己表出の成果		
目標	1. 感情の自己表出で会得したことを発表することができる 2. 職場での対人関係における感情場面に生かすことができる		
日時	平成 29 年〇月〇日 17:00 ~ 18:30		
メンバー編成	ランダムとする		
事前準備	会場・席 ・メンバーを見て受講できる 机上スタイル ・会場の後にテーブルなしで人数分の椅子で円をつくる ・発表形式に応じた準備	準備品・必要時パソコン&延長コード ・必要時プロジェクター ・IC レコーダー・時計	} 人数分
		・3 回目ワークシート ・発表資料は各自が準備する ・振り返りシート ・J-WLEIS シート	
留意点	・発言しやすい雰囲気をつくり、発言内容を承認する ・メンバーはアサーティブな発言でエンパワメントする ・発表者の経験をメンバーは共有する		
方法	教育内容	具体的方法	備考
	1) 自己の目標達成に向けての成果 2) 他者の成果を共有	① オリエンテーション 2分 ② 個人課題の到達度発表 1人3分×人数=所要時間 21分 ③ 本プログラムのまとめ 7分 疑問点などの確認 ④ 振り返りシート記入 2分 ⑤ J-WLEIS 記入 3分 グループ・インタビュー 55分	・各自が作成したラーニング・コントラクトの参加者が発表 司会・進行：実施者
課題	・職場での対人関係で自己表出を継続していく		

プログラム3回目目

自己表出会得の成果を発表できる

**1. 各自が計画した目標についての到達度を発表して下さい**

- ◇ 本プログラム開始時に作成した各自の目標について、どのように到達できたかを1人3分以内で発表して下さい。
- ◇ 他者の発表に対して、質問・意見・感想を述べて下さい。

**2. 自己表出プログラムのまとめについて**

- ◇ これまで行ってきた自己表出プログラム3回の中での疑問点、確認したい点について、話し合います。
- ◇ 「自己一致」による自己表出が理解でき、「異和感の対自化」「感情の投げ返し」をこれで実行できますね。

**3. 日本版 WLEIS を使って、「自分の感情を自己チェック」して下さい**

- ◇ 16 項目の内容について、(1)全くあてはまらない～(7)非常にあてはまるの欄に、あなた自身にあてはまると思うもの1つ○をつけて下さい。
- ◇ 3分程度でお願いします。

お疲れさまでした。これで終了です。

日本版 Wong & Law Emotional Intelligence Scale (J-WLELS) No. _____

以下の質問の項目について、あなた自身にあてはまるところに1つ○をつけて下さい。

	項 目	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
		非 常 に あ て は ま る	か な り あ て は ま る	少 し あ て は ま る	ど ち ら と も い え な い	あ ま り あ て は ま ら な い	殆 ど あ て は ま ら な い	全 く あ て は ま ら な い
1	私は、たいていの場合何故自分がそんな気持ちになるのかわかる。							
2	私は、自分の気持ちを良くりかいてきている。							
3	私は、自分の感じていることがよく分かっている。							
4	私は、いつも自分の気分がよいかどうか分かっている。							
5	私は、友人の行動をみれば、その友人の気持ちがわかる。							
6	私は、他人を観察して、その人の気持ちをわかろうとしている。							
7	私は、他人の気持ちや感情に対して敏感である。							
8	私は、周りの人たちの気持ちを良く理解している。							
9	私は、いつも自分の目標を立て、それを達成するために全力をつくす。							
10	私は、いつも有能な人間であると自分に言い聞かせている。							
11	私は、自分でやる気を高めようとする人間である。							
12	私は、いつも自分を励まして、全力で尽くせるようにしている。							
13	私は、自分の感情の高まりをおさえられるので、難しいかだいであってもそれらをうまく処理できている。							
14	私は、自分の気持ちをコントロールするのがとても得意である。							
15	私は、腹が立ったときでもすぐに落ち着きを取り戻すことができる。							
16	私は、自分の気持ちをうまくコントロールできている。							

1 回目プログラム振り返り

No _____

1. 本日の内容について、理解できましたか。1つ〇をつけて下さい。

非常にできた ややできた できた ややできない 全くできない

それはどのようなところですか、具体的に書いてください。

[]

2. 自身の感情について、語ることができましたか。1つ〇をつけて下さい。

非常にできた ややできた できた ややできない 全くできない

それはどのようなところですか、具体的に書いてください。

[]

3. 本日学んだことを、実行できますか。1つ〇をつけて下さい。

非常にできる ややできる できる ややできない 全くできない

それはどのようなところですか、具体的に書いてください。

[]

4. その他、感想・ご意見がありましたら、お書き下さい。

ご協力、ありがとうございました。

2回目プログラム振り返り

No _____

1. 本日の内容について、理解できましたか。1つ〇をつけて下さい。

非常にできた ややできた できた ややできない 全くできない

それはどのようなところですか、具体的に書いてください。

--	--

2. 自身の感情について、語ることができましたか。1つ〇をつけて下さい。

非常にできた ややできた できた ややできない 全くできない

それはどのようなところですか、具体的に書いてください。

--	--

3. 本日学んだことを、実行できますか。1つ〇をつけて下さい。

非常にできる ややできる できる ややできない 全くできない

それはどのようなところですか、具体的に書いてください。

--	--

4. その他、感想・ご意見がありましたら、お書き下さい。

ご協力、ありがとうございました。

3 回目プログラム振り返り

No _____

1. 本日の内容について、理解できましたか。1 つ〇をつけて下さい。

非常にできた ややできた できた ややできない 全くできない

それはどのようなところですか、具体的に書いてください。

--	--

2. 自身の感情について、語ることができましたか。1 つ〇をつけて下さい。

非常にできた ややできた できた ややできない 全くできない

それはどのようなところですか、具体的に書いてください。

--	--

3. 本日学んだことを、実行できますか。1 つ〇をつけて下さい。

非常にできる ややできる できる ややできない 全くできない

それはどのようなところですか、具体的に書いてください。

--	--

4. その他、感想・ご意見がありましたら、お書き下さい。

ご協力、ありがとうございました。

インタビューガイド

プログラムの参加、お疲れさまでした。
このプログラムを行ってみて、次の点について教えてください。

インタビュー内容

- 1) プログラムを行って良かった点
- 2) プログラムを行って変わった点
- 3) 困難に感じた場合、工夫されていること
- 4) 今後感情の問題解決に活かせること
- 5) 感情の自己表出をより向上させるためにおこなうこと
- 6) プログラムの改良が必要な点

「感情活用力向上プログラムの効果について」の研究に関する説明書

I 本研究の概要

2005年心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）が施行、従来より多く配置された人的資源による心理社会的療法を中心に、構造化されたシステムで多職種チームアプローチが実践されている医療観察法病棟の看護師は、医療の特殊性による複数の要因が重なり、精神的疲労を引き起こしていると報告されています。要因の第1は、入院のきっかけになった対象行為の内省深化への困難さや、進展しない病状回復への自責感・閉塞感など、また、患者の特徴に起因することから抱くネガティブなイメージと実際の恐怖心・不安、第2は、多職種チームの難しさ、第3は看護師の役割の難しさでした。このことは、これまで医療観察法病棟に勤務する看護師への人間関係における看護師の感情を取り扱う教育が行われていなかったことによると考えられます。そこで、看護師が自己と他者の感情に向き合い、感情活用を学ぶことで感情活用力を高め、今後の感情に関する課題解決に活かすことができると考えております。

II 本研究の目的

医療観察法病棟に勤務する看護師への感情活用力向上プログラム（以下、プログラム）を展開し、介入前より介入後の感情指数が上昇することでプログラムの効果を明らかにすることである。

III 対象者

医療観察法病棟に勤務している看護師で、以下の基準に適合した30名。

1. 選定基準

- 1) 医療観察法病棟に勤務し、半年以上7年以内の者
- 2) 精神科看護経験15年以内の者
- 3) 年齢50歳未満の者
- 4) 本研究の趣旨に同意し、文書による同意が得られた者
- 5) 3回全てのプログラムに参加できる者
- 6) 現在精神科で何らかの治療を受けていない者

IV 研究の方法

1. 本プログラムについて

本プログラムは、宮本（2003）の提唱する「異和感の対自化」「自己一致」「感情の投げ返し」を活用し、自己と他者の感情に向き合い、他者との相互作用を築ける人間関係力を育むことを促すものです。

1) プログラムの目的

「感情活用力向上プログラムは、医療観察法病棟の看護師が自己と他者の感情に向き合い、感情活用力の向上を促すことを目的としています。

2) プログラムの頻度・回数・時間

4週に1回、1回90分、3回実施いたします。

3) プログラムの内容

回数	テーマ	目標	内容
第1回目	自分の感情とは	1. プログラムの趣旨・目標を理解できる。 2. 感情活用について理解できる	「自分の感情を理解する」ワークシートを使って、自身が感じる快・不快を知覚したことを基に他者と語り合い、自分の感情の知覚を言語化することで自身を客観視する。宮本の「感情を読み書きする力」について、説明する。
第2回目	異和感の対自化と他者の感情を知る	1. 感情の対自化ができる 2. 自己一致、感情の投げ返しができる 3. 事例を通して、自己の感情と他者の感情の共通点・類似点・相違点を理解できる 4. 他者の立場で感情活用することができる	「感情活用シート」を使い、各自が感じたエピソードを基に、自分の感情への対自化・感情の投げ返し・相手の反応について語り合う。最も良かった異和感の対自化、自己一致・感情の投げ返しとは何がどのように良いかを吟味する。 誰もが経験する身近な提供事例を基に検討し、自己と他者の感情の共通点・類似点・相違点を見出す。また、自分が事例だった場合、どのように異和感の対自化、感情の投げ返しを行うか、検討する。
第3回目	感情力向上の成果	1. 感情活用で得とくした成果を発表することができる 2. 職場で感情活用に生かすことができる	自分が設定した目標評価のための基準と手法で、「発表」と設定した学習者が発表する。また、メンバーの発表から参考にできることを学び、全体で共有する。

4) プログラムで使用するツール

- ・ 日本版 Wong & Law Emotional Intelligence Scale (以下、J-WLEIS ; 質問紙)
- ・ プログラム振り返りシート (質問紙)
- ・ プログラムワークシート
- ・ 感情理解ワークシート
- ・ ラーニング・コントラクトシート
- ・ 宮本のプロセスレコードを研究者が改定した感情活用シート
- ・ インタビューガイド

本研究では、質問紙調査・プログラム振り返り調査およびグループ・インタビュー調査を実施いたします。質問紙調査はプログラム1回目開始時、3回目終了時にプログラム時間内に実施いたします。プログラム振り返り調査は、毎プログラム終了時にプログラム時間内に実施いたします。30分程度のグループ・インタビューは、全プログラム終了後、引き続き、その場所でさせていただきます。

3. 調査内容

- 1) 対象者基本情報：性別、年齢、看護師通算年数、精神科通算年数、現病棟勤務年数、看護学歴、同意して頂いた時点で、直接お伺いさせていただきます。
- 2) 質問紙調査：信頼性・妥当性のある J-WLEIS を使用いたします。
- 3) プログラム振り返り調査：プログラムの理解の程度、感情の言語化の程度、実行の可否について、5 件法及びその内容について自由記述式にて調査いたします。
- 4) インタビュー調査：対象者のプログラムの評価を半構造化グループ・インタビューにて調査いたします。

V 研究の手順

1. 対象者施設において、看護部長に研究目的と調査内容・方法を説明し、施設長、看護部長の承諾を得る。
2. 看護部長に対象となる看護師の人数を確認する。
3. 研究対象者に該当する看護師全員に説明文書を配布し、実施者による説明を聞きに来た看護師に研究の趣旨・方法・倫理的配慮について書面・口頭で説明を行う。
4. プログラム参加協力の意思表示方法は、その場で同意書による署名、後日の場合は研究責任者に Fax、または実施者にメールで意思を表す。最終的に同意書への署名を以って協力成立とする。
5. 看護部長・当該師長の指定した場所で、実施前後の質問紙調査、4 週に 1 回・1 回 90 分、3 回プログラムを行います。
6. プログラム実施時、対象者が体調不良や気分不良が生じた場合、プログラム継続が困難な場合、当該看護師長または当直看護師長に連絡させていただきます。
7. 全プログラム終了後、その場所で 60 分程度のグループ・インタビューを行います。

VI 倫理的配慮

筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」および各施設の倫理委員会で研究計画書の内容及び実施の適否等について倫理的な側面の審議を受け、承認を得た後実施いたします。

VII 本研究において施設スタッフの皆さまにご協力いただきたい内容について

本研究につきましては、以下の点をご了承・ご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

1. 対象者

研究対象者に該当する人数について教えていただくこと

2. 対象者のプログラム参加可能な日程

該当する研究対象者が、研究協力の意思表示をした際、メンバー全員が参加可能な日程について教えていただくこと

3. 研究者の施設利用について

「感情活用力向上プログラム」の実施及び調査を行うために、研究者が研究実施期間にプログラムを実施する部屋や、質問紙調査、インタビュー調査を行う部屋を利用させていただきますこと

4. 体調不良時の対応

対象者がプログラム参加中、体調不良や気分不快となり参加継続困難となった場合、対象者への対応にご協力いただくこと

5. 同意撤回の手続きについて

対象者より研究参加の同意撤回が希望された場合には、研究者に知らせていただくこと

VIII 本研究に対する問い合わせ、連絡先

本研究に関する問い合わせがありましたら下記までご連絡下さい。

【本研究に関する問い合わせ、連絡先】

[研究責任者]

筑波大学 医学医療系 保健医療学域・

教授・森千鶴

〒305-8575

茨城県つくば市天王台1丁目1番地1号

連絡先 (Tel&FAX) : 029-853-8062

E-mail : mori@md.tsukuba.ac.jp

[連携研究者]

筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学専攻博士後期課程

佐藤るみ子

「感情活用力向上プログラムの効果について」の研究に関する説明書

I 本研究の概要

2005年心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）が施行、従来より多い人的資源による心理社会的療法を中心に、構造化されたシステムで多職種チームアプローチが実践されている医療観察法病棟の看護師は、医療の特殊性による複数の要因が重なり、精神的疲労を引き起こしていると報告されています。要因の第1は、入院のきっかけになった対象行為の内省深化への困難さや、進展しない病状回復への自責感・閉塞感など、また、患者の特徴に起因することから抱くネガティブなイメージと実際の恐怖心・不安、第2は、マンパワーに根付いた多職種チームの難しさ、第3は看護師の役割の難しさでした。このことは、これまで医療観察法病棟に勤務する看護師への人間関係における看護師の感情を取り扱う教育が行われていなかったことによると考えられます。そこで、看護師が自己と他者の感情に向き合い、感情活用を学ぶことで感情活用力を高め、今後の感情に関する課題解決に活かすことができると考えております。

II 本研究の目的

医療観察法病棟に勤務する看護師への感情活用力向上プログラム（以下、プログラム）を展開し、介入前より介入後の感情指数が上昇することでプログラムの効果を明らかにすることです。

III 対象者

医療観察法病棟に勤務している看護師で、以下の基準に適合した方です。

1. 基準

- 1) 医療観察法病棟に勤務し、半年以上7年以内の者
- 2) 精神科看護経験15年以内の者
- 3) 年齢50歳未満の者
- 6) 本研究の趣旨に同意し、文書による同意が得られた者
- 7) 3回全てのプログラムに参加できる者
- 6) 現在精神科で何らかの治療を受けていない者

IV 研究の方法

1. 本プログラムについて

本プログラムは、宮本（2003）の提唱する「異和感の対自化」「自己一致」「感情の投げ返し」を活用し、自己と他者の感情に向き合い、他者との相互作用を築ける人間関係力を育むことを促すものです。

1) プログラムの目的

感情活用力向上プログラムは、医療観察法病棟の看護師が自己と他者の感情に向き合い、感情活用力の向上を促すことを目的としています。

2) プログラムの頻度・回数・時間

4週に1回、1回90分、3回実施いたします。

3) プログラムの内容

回数	テーマ	目標	内容
第1回目	自分の感情とは	1. プログラムの趣旨・目標を理解できる。 2. 感情活用について理解できる	「自分の感情を理解する」ワークシートを使って、自身が感じる快・不快を知覚したことを基に他者と語り合い、自分の感情の知覚を言語化することで自身を客観視する。宮本の「感情を読み書きする力」について、説明する。
第2回目	異和感の対自化と他者の感情を知る	1. 感情の対自化ができる 2. 自己一致、感情の投げ返しができる 3. 事例を通して、自己の感情と他者の感情の共通点・類似点・相違点を理解できる 4. 他者の立場で感情活用することができる	「感情活用シート」を使い、各自が感じたエピソードを基に、自分の感情への対自化・感情の投げ返し・相手の反応について語り合う。最も良かった異和感の対自化、自己一致・感情の投げ返しとは何がどのように良いかを吟味する。 誰もが経験する身近な提供事例を基に検討し、自己と他者の感情の共通点・類似点・相違点を見出す。また、自分が事例だった場合、どのように異和感の対自化、感情の投げ返しを行うか、検討する。
第3回目	感情力向上の成果	1. 感情活用で得とくした成果を発表することができる 2. 職場で感情活用に生かすことができる	自分が設定した目標評価のための基準と手法で、「発表」と設定した学習者が発表する。 また、メンバーの発表から参考にできることを学び、全体で共有する。

2. 調査方法

本研究では、質問紙調査・プログラム振り返り調査およびグループインタビュー調査を実施いたします。質問紙調査はプログラム1回目開始時・3回目終了時に、プログラム振り返り調査は毎プログラムの最後にプログラム時間内に実施いたします。30分程度のグループ・インタビュー終了後、引き続きその場所でさせていただきます。

3. 調査内容

- 1) 対象者基本情報：性別、年齢、看護師通算年数、精神科通算年数、現病棟勤務年数
同意して頂いた時点で、直接お伺いさせていただきます。
- 2) 質問紙調査：信頼性・妥当性のある J-WLEIS を使用いたします。
- 3) プログラム振り返り調査：毎プログラム終了時に、任意・無記名で記入していただきます。
- 4) インタビュー調査：対象者のプログラムの評価を半構造化グループ・インタビューにて調査いたします。

VI 研究参加にあたってのメリット・デメリット

1. メリット

なし

2. デメリット

- 1) 「感情活用力向上プログラム」に参加することや質問紙調査・インタビュー調査の実施、ホームワークとしての課題作成があるため物理的時間の拘束があることから、心身の疲労・負担感が生じる可能性があります。
- 2) 「感情活用力向上プログラム」は、「自己一致」「異和感の対自化」「感情の投げ返し」を正しく理解した上で、適切に活用するプログラムですが、正しく理解されずに、適切に活用しない場合、表現や表出の仕方によっては他者への不快感や威圧感を与えてしまう場合があります。
- 3) 同一病棟内の参加者であるためプログラム内での話題・個人情報プログラム以外では公表しないことについて同意をしていますが、参加者が無意識に語られた場合など、外部に話題が漏れてしまうことが考えられます。

V 倫理的配慮

1. 倫理委員会の承認

筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」および各施設の倫理委員会で研究計画書の内容及び実施の適否等について倫理的な側面の審議を受け、承認を得た後実施いたします。

2. 参加の自由

この研究に参加されるかは、ご本人の自由意志によるものです。参加をお断りになっても、そのためにこれからの職務において不利益を受けることは一切ありません。また、この研究への参加にいったん同意された後も、いつでも不利益を受けることなく、研究への参加を自由にやめることができます。本研究の参加協力に同意しないこと、あるいは同意を撤回することによって、日ごろの職務が変わることや不利益はありません。

3. プライバシーの保護

この研究にご参加いただいた場合、この研究に関する情報は、病院内で番号化され、個人が特定されない形で管理されますので、個人情報が外部に漏れることは一切ありません。また、プログラムへの参加時やグループ・インタビューにおいて発生する情報については、本研究以外では取り扱いません。

VII 研究結果の使われ方について

1. 全てのデータは、筑波大学において統計的または質的に分析・解析が行われます。その際、個人が特定される形で見ることはありません。
2. 研究の結果は、看護系や医学系における学会発表および論文として発表させていただき、医療観察法病棟における看護師の教育や看護の質の向上に使わせていただきます。
3. この研究により得られたデータは、保存期間終了後に破棄いたします。

VIII 本研究に対する問い合わせ、連絡先

本研究に関する問い合わせがありましたら下記までご連絡下さい。

【本研究に関する問い合わせ、連絡先】

[研究責任者]

筑波大学 医学医療系 保健医療学域
教授・森千鶴

〒305-8575

茨城県つくば市天王台1丁目1番地1号

連絡先 (Tel&FAX) : 029-853-8062

E-mail : mori@md.tsukuba.ac.jp

[連携研究者]

筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学専攻博士後期課程

佐藤るみ子

連絡先 (Tel&FAX) : 029-853-8062

E-mail : s1530480@u.tsukuba.ac.jp

同意書

院長 病院 殿

私は、「感情活用力向上プログラムの効果について」の研究について、その目的、方法、その分析及び結果の活用について十分な説明を受けました。また、本研究に参加協力しなくても、何ら不利益を受けないことを確認したうえで、私は本研究に参加、協力することに同意します。ただし、この同意は、あくまでも私自身の自由意志によるものであり、随時撤回できるものであることを確認します。

説明を受け理解した項目

- 研究目的
- 研究参加の任意性と撤回の自由
- 「感情活用力向上プログラム」の概要
- 調査の方法
- 研究参加に当たってのメリットとデメリット
- プライバシーの保護
- 筑波大学において統計処理を行うこと
- 研究成果の公表

同意日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏 名 _____

「感情活用力向上プログラムの効果について」の研究について、書面及び口頭により説明を行い、上記のとおり同意を得ました。

説明年月日 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

説明者氏名(直筆) _____

同意撤回書

院長 病院 殿

私は、「感情活用力向上プログラムについて」の研究に参加と協力することに同意し、同意書に署名しましたが、その同意をとりやめます。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏 名 _____

「感情活用力向上プログラムの効果について」の研究への参加の同意撤回を確認いたしました。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

確認者氏名（直筆）_____

対象者基本情報

番号	氏名	性別	年齢	看護師歴	精神科歴	当該病棟歴	看護学歴
1		女 男					
2		女 男					
3		女 男					
4		女 男					
5		女 男					
6		女 男					
7		女 男					
8		女 男					
9		女 男					
10		女 男					
11		女 男					
12		女 男					
13		女 男					
14		女 男					
15		女 男					
16		女 男					
17		女 男					
18		女 男					
19		女 男					
20		女 男					

研究課題名：「看護師の感情知性向上のためのプログラムの効果について」

研究責任者：森 千鶴（筑波大学）

No. _____

＜連結可能匿名化対応表＞

対象者番号	氏名	本人の研究同意日	同意撤回日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日

※複写および研究対象施設外持ち出し禁止