千葉科学大学紀要　11．201−207．2018
【報告】

病気体験をもつ看護師の患者に対する共感性の検討

Consideration of sympathy for patients of nurses with disease experiences

中村　幸代

Sachiyo NAKAMURA

目的：本研究の目的は，看護師の病気体験の有無による共感性の比較を行うことで病気体験をもつ看護師の患者に対する共感性について検討することである．
方法：837名の看護師を対象に，無記名による自己記入式質問紙調査を行った．調査には《共感経験尺度改訂版（EESR）》を用いて共感性を測定し，病気体験の有無による共感性との関連を分析した．
結果：研究の同意が得られた5施設の看護師455名から回答が得られた（回収率54.3％）．病気体験あり群と病気体験なし群ごとに平均値の差を検討した結果，〈共有経験尺度〉得点で有意な差が認められた．また，共感性の類型化を行った結果，対象者全体の割合で両向型は99名（23.6％），共有型124名（29.5％），不全型126名（30％），両貧型71名（16.9％）であり，病気体験の有無による類型化には有意な差は認められなかった．
結論：病気体験あり群のほうが共有経験の得点割合が高く，対象者は自身の体験によって患者の気持ちを理解できるようになったという自覚や，自身の病気体験が仕事に役立つという前向きな認識を持っていることが特徴として見出された．また，病気体験の有無による看護師の共感性の類型化との有意差はなかったが，類型化の結果では共有型や不全型に分類された看護師が割合として多かったことから，個々の背景要因や労働環境要因などについて今後検討を重ねていく必要性が示唆された．

1．緒言

看護学において共感は，患者対看護師という相互に関わることで生じる援助関係の構築を円滑に行っていく一つの重要不可欠な要素とされている．共感とは，体験の類似性によってもたらされるもの[1]や，能動的または想像的に他者の立場に自分を置くことで，自分とは異なる存在である他者の感情を体験すること[2]と考えられている．人間関係の看護論を著したPeplau[3]やTravelbee[4]も共感を重視しており，援助関係の中で看護師自身も成長していく必要があることを強調している．患者－看護者関係における共感のプロセスの中で伊藤[5]は，看護者自身の感受性を活用して柔軟に患者と向かい合うことが意識され，患者の姿を取り込んで映し出す鏡になれる準備を整えていることが重要である，と述べている．共感には，互いを理解し合いながら導かれていくという1つの過程が存在している．その共感を導いていく前提には，相手の身に自分自身を置いて相手と思いを分かち合うことの助けとなる，他者との類似体験が必要であると考える．共感プロセスの要因について小代[6]は，看護師の特質として「患者への興味関心」「コミットメント」「ケアへの積極的姿勢」「精神的ゆとり」「類似体験」「年齢」「生活」があると述べている．看護師は，個別的で個人差がある「病」を体験した他者の感情に触れながら，共に病へと立ち向かう姿勢が求められ，そこには他者の痛みに共感する力を養っていく必要性がある．しかしながら，患者の思いに寄り添った関わりを意識していても，思いを想像できるだけの類似体験が不足している状況においては，限界があることも必至である．

患者対看護師という援助関係の中で，患者の気持ちに寄り添って関わろうとする姿勢の根底としてある類似体験には，自身の病気体験が当てはまるのではないかと考える．病気を抱えながら就業した看護職の体験として中村[7]

連絡先：中村　幸代　snakamura@cis.ac.jp
千葉科学大学看護学部看護学科
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science
（2017年9月27受付，2017年12月28日受理）

は，病気体験は看護職だからこそ患者を多面的に捉えていく上での新たな視点の獲得として強みに変化させていくことが可能であると述べている．また，看護師自身の病気体験ではないが，これに関連した体験として看護学生の看護師志望動機として挙げられている自身・近親者の病気が当てはまると考える．高野は[8]，本人・家族の病者体験や看護を受けた体験から看護への関心と魅力を感じていることを明らかにしている．これは，自身の病気体験によって他者を捉えようとする共感的な側面が成長する機会になっていたと推察する．さらに福田[9]は,共感スキルはすぐには身につくものではなく,看護師自身の人間性や経験など看護師の個別性が反映されるものであると述べている.このことから,患者理解を円滑にさせる一つの要因として自身の病気体験を患者との類似体験として捉えていくことが可能であると考える．病気体験は,日常生活の妨げになることから,負の出来事として捉えられる可能性がある．しかし，病気体験という負の出来事であっても，看護師にとっては自身の病気体験が患者の思いを感じ取り，その思いを理解しようとする貴重な体験として関わりへ転化できる有用性を秘めていると考える．看護師の看護観が体験から発展していくまでの思考のプロセスを明らかにした研究では，体験と自己の看護の知識と相互作用を通じて，体験からの気づきを得て，これまでの看護の考え方に追加したり，修正したりできた[10]という結果が述べられている．病気体験もまた,体験から気づきを得たり意味づけを行ったりするといった点においては同様のことであると考える．また，国外の論文[11]では，共感が看護ケアの質の向上に寄与していることが明らかにされており，看護師が患者と共感的に関わることは,患者自身が病へ立ち向かう力を承認することに繋がると考えられることから,看護実践へ還元される意義が見出されているのではないかと推察する．しかし，自身の病気体験が患者への共感性と関連しているのかについては明らかにされていない．

以上のことから本研究の目的は，看護師の病気体験の有無による共感性の比較を行うことで，病気体験をもつ看護師の患者に対する共感性について検討することである．本研究の目的を明らかにすることで，自身の病気体験が患者と関わる上での類似体験となって痛みや苦悩を感じとることを円滑にし，患者理解をもたらすものと考えられる．ゆえに，病気体験によって患者理解を円滑にすることで患者の気持ちに寄り添った看護実践へ還元していくための示唆が得られると考える．

２．用語の操作的定義

病気体験：本研究における病気体験とは，病気を抱えながら就業した看護師の体験に関する先行研究[12]での対象者の背景を参考に，対象者がこれまでに医師から診断を受け入院や通院などによって継続的な治療が必要になったと認識している病気を抱えた出来事とした．

共感性：本研究では,共感経験尺度改訂版（EESR）を使用していることから,角田[13]が述べた,「能動的または想像的に他者の立場に自分を置くことで,自分とは異なる存在である他者の感情を体験すること」を共感性と捉えることとした．

３．研究方法

３．１　研究デザイン

本研究は，量的記述的研究である．

３．２　研究対象

本研究の協力に同意が得られた病床数150床以上でかつ看護師数100名以上の5施設の看護師とした．

募集方法は，本研究の目的として病気体験の有無による共感性の比較を基に病気体験がある看護師の患者に対する共感性を検討するとしたことから，個人の背景を選定基準とはせず,本研究に協力してもらえる全ての看護師とした．

３．３　調査期間

調査期間は,平成28年10月から3月であった．

３．４　調査方法

無記名による自己記入式質問紙を用いてデータを収集した．対象施設の看護管理者へ研究協力依頼書と研究同意書を郵送し，同意書の返信があった施設に対して後日調査票を郵送し配布や回収方法について文書で説明を行った．また，本研究への協力については各対象施設での回収には自由意志を尊重してもらえるよう，調査票の配布を依頼する際に書面にて協力を求めた．本研究への調査票の回収期限が過ぎた後，各対象施設で回収された調査票をレターパックに入れ，研究代表者宛にポストへの投函を依頼した．なお，研究対象者が各対象施設に設置した回収箱へ投函した時点で本研究へ同意が得られたものとみなした．

３．５　調査項目

調査項目は，『基本属性』，『病気体験』，『共感性』を問う項目で構成した．なお，尺度の使用に関しては尺度開発者の承諾を得た．

『基本属性』は，「性別」，「年齢」，「看護師経験年数」，「雇用形態」,「勤務形態」,「病気体験の有無」について質問した．

『病気体験』は，病気体験ありと回答した者にのみさらに回答を求めた．回答内容は,「現在治療中の疾患」,「病気による離職意識」，「病気体験によって患者の気持ちが分かるようになったという自覚」，「病気体験の仕事への有用性の意識」について質問した．

『共感性』を測定した《共感経験尺度改訂版（EESR）》

は,〈共有経験尺度(SSE)〉と〈共有不全経験尺度(SISE)〉の2つの下位尺度であり，計20の質問項目で構成されており,尺度開発者の許可のもと使用した．尺度の回答方法は6件法とし，下位尺度ごとに各項目への回答を合計して得点を算出した．各尺度の中央値を基準に高得点群と低得点群に分け，2尺度の組み合わせから共感性の類型化（両向型：SSE高・SISE高，共有型：SSE高・SISE低，不全型：SSE低・SISE高，両貧型：SSE低・SISE低）を行った．尺度の信頼性と妥当性は検証されている[14]．両向型は，自他を独立した存在として捉えることができる4類型の中で最も共感性が高い類型と考えられており，対人世界に信頼感をもちながら適度な動揺しやすさも有し，自己の感情体験を内省する力をもっている類型とされている．共有型は，個別性の認識は低く，共有体験を自己に引きつけてしまう未熟な共感であり，自己の内省力は高く見えるが，自他を独立した存在とはみることができず，本当の意味での自己理解ならびに他者理解はなされにくい類型とされている．不全型は，他者との共有体験は得られにくく，自己と他者の間に越えがたい障壁があり，そうした意味で孤独感をもち，対人世界への信頼感が低い類型とされている．両貧型は，対人関係そのものが弱く，共感性は最も低いと考えられており，自意識の低さとあわせて，自己形成が弱いか，無気力，無関心といった傾向を持つ類型とされている[15]．

なお，本研究は量的研究者よりスーパーバイズを受け信頼性・妥当性の確保に努めた．

３．６　分析方法

対象者の基本属性については記述統計量の算出を行い，病気体験あり群と病気体験なし群に分け，χ^2検定を行った．病気体験の有無による〈共有経験〉〈共有不全経験〉の比較を行うため，病気体験あり群と病気体験なし群に分け，対応のないt検定を行った．また，共感経験類型化の検討は，対象者を病気体験あり群と病気体験なし群の2群に分け，共感経験尺度得点から4つに類型化し，χ^2検定にて検討した．

なお，有意水準は0.05未満とし，統計分析にはIBM SPSS Statistics 24を用いた．

３．７　倫理的配慮

本研究は，千葉科学大学倫理審査委員会の承認を得て行った（受付番号No.28-10）．研究対象施設の看護管理者に対して，書面にて研究協力は自由意志であること，断った場合でも不利益は生じないこと，得られた情報は厳重に管理すること，研究終了時には速やかにデータを破棄すること，などを説明し同意書を取り交わした．また，研究対象者へは同様の内容を説明文書および調査票の表紙に記載し,書面にて説明を行った．本研究への同意は,調査票の返信をもって同意とみなした．

４．結果

４．１　研究対象者の属性（表1）

研究の同意が得られた5施設に対して837部の調査票を配布し，455部が回収された（回収率54.3%）．そのうち，420部を有効回答として分析を行った（有効回答率92.3%）．対象者の基本属性について表1に詳細を示した．性別は，男性30名（7.1%），女性390名（92.9%），年齢は21～25歳が85名（20.2%）と最も多く，次いで36～40歳で72名（17.1%）であった．看護師経験年数は,5年未満が112名（26.7%）と最も多く，次いで5年以上10年未満が65名（15.5%）であった．雇用形態は正規雇用が88.8%を占め，勤務形態は2交代制勤務が53.6%と半数を占めていた．病気体験の有無に関しては，病気体験ありとの回答が188名（44.8%），病気体験なしとの回答が232名（55.2%）とおよそ半数ずつであった．各項目と病気体験の有無についてχ^2検定を行った結果，年齢，看護師経験年数,勤務形態と有意な差が認められた．

４．２　病気体験の背景（表2）

病気体験ありと回答した者について,詳細の状況を確認した結果,現在も治療中の疾患があるとの回答は46%であった．病気によるこれまでの離職意識の有無についてでは，ありとの回答は34.6% ,今現在の離職意識の有無についてありとの回答は,10.6%であった．病気体験によって患者の気持ちが分かるようになったと思うとの回答は82.4%，病気体験が仕事に役立つという認識があるとの回答は,76.1%であった．

４．３　病気体験の有無による共感性の差（表3）

病気体験あり群と病気体験なし群に分けて，『共感性』の平均値を算出した結果,〈共有経験尺度〉得点は，あり群が38.1(SD9.9)，なし群が35.4(SD10.8)であり,〈共有不全経験尺度〉得点は，あり群が28.9（SD12.2）なし群が27.9（SD10.6），各得点の平均値の差を検討した結果,〈共有経験尺度〉得点で有意な差が認められた．

４．４　共感経験尺度得点と共感経験の類型（表4）

共感経験尺度の平均値を算出した結果,〈共有経験尺度(SSE)〉得点は36.6(SD10.5),〈共有不全経験(SISE)〉得点は28.4（SD11.4）であった．2下位尺度のそれぞれの中央値（SSE30.0/SISE37.0）をもとに共感性の類型化を行った結果，両向型は99名（23.6%），共有型124名（29.5%），不全型126名（30%），両貧型71名（16.9%）であった．各類型化の人数に病気体験の有無による偏りを検討するためχ^2検定を行った結果，両者に有意な差は認められなかった．

表1　研究対象者の属性

N=420

項目	内訳	人数	%	病気体験の有無 *p*
性別	男	30	7.1	n.s
	女	390	92.9	
年齢	20歳未満	1	0.2	＊＊＊
	21～25歳	85	20.2	
	26～30歳	54	12.9	
	31～35歳	41	9.8	
	36～40歳	72	17.1	
	41～45歳	61	14.5	
	46～50歳	45	10.7	
	51～55歳	42	10.0	
	56～60歳	18	4.3	
	61歳以上	1	0.2	
看護師経験年数	5年未満	112	26.7	＊＊＊
	5年以上～10年未満	65	15.5	
	10年以上～15年未満	57	13.6	
	15年以上～20年未満	56	13.3	
	20年以上～25年未満	48	11.4	
	25年以上～30年未満	36	8.6	
	30年以上～35年未満	34	8.1	
	35年以上	12	2.8	
雇用形態	正規雇用（フルタイム勤務）	373	88.8	n.s
	正規雇用（短時間正職員）	22	5.2	
	正規雇用以外（パートなど）	25	6.0	
勤務形態	2交代制勤務	225	53.6	＊＊＊
	3交代制勤務	98	23.3	
	日勤専従	71	16.9	
	その他	26	6.2	
病気体験の有無	なし	232	55.2	
	あり	188	44.8	

注）M：平均値

注）＊$p<0.05$　＊＊$p<0.01$　＊＊＊$p<0.001$（両側検定）n.s:有意差なし

表2　病気体験の背景

N=188

項目	内訳	人数	%
現在治療中の疾患	あり	86	45.7
	なし	101	53.7
	無回答	1	0.6
これまでの離職意識	あり	65	34.6
	なし	123	65.4
現在の離職意識	あり	20	10.6
	なし	168	89.4
患者の気持ちの理解	あり	155	82.4
	なし	33	17.6
仕事への有用性の自覚	あり	143	76.1
	なし	45	23.9

表3　病気体験の有無による共感性の差

	病気体験あり		病気体験なし		t	p
	n	M（SD）	n	M（SD）		
共有経験尺度（SSE）	188	38.1（9.9）	232	35.4（10.8）	2.63	＊＊
共有不全経験尺度（SISE）	188	28.9（12.2）	232	27.9（10.6）	0.9	n.s

注）M：平均値　，SD：標準偏差，

注）＊p＜0.05　＊＊p＜0.01　＊＊＊p＜0.001（両側検定）n.s:有意差なし

表4　共感経験尺度得点と共感経験の類型

N=420

	両向型	共有型	不全型	両貧型	χ^2	p
病気体験あり	48	58	57	25		
病気体験なし	51	66	69	46	3.4	n.s
合計度数(%)	99(23.6)	124(29.5)	126(30)	71(16.9)		

注）＊p＜0.05　＊＊p＜0.01　＊＊＊p＜0.001（両側検定）n.s:有意差なし

５．考察

５．１　対象者の概要

本研究において対象者の性別は92.9％が女性であり，全国の割合と大きな違いはなかった[16]．対象者の年齢構造は，わが国の就業者構造として特徴的な30～34歳の出産・育児期に減少するとされるＭ字型の構造[17]とほぼ一致しており，近年晩婚化によって初産年齢が30.6歳へと上昇している[18]ことが年齢構造の推移に関連していると考えられる．看護師経験年数は，5年未満や5～10年未満が全体の約3割を占めていた．病気体験の有無については，対象者のおよそ半数がこれまでに何らかの病気体験をしており，これは先行研究[19]で現在治療中の疾患の有無について尋ねた結果とほぼ一致していた．また，病気体験と年齢構造に有意な差が認められたことから，年齢の上昇に伴って推計患者数の上昇[20]があることと本研究でも一致する結果となった．

５．２　病気体験の有無と共感経験尺度との関連

病気体験の有無と共感経験尺度との関連を見ると，病気体験あり群が病気体験なし群と比較して共有経験の得点割合が高かった．また,病気体験があった対象者は,自身の体験によって患者の気持ちを理解できるようになったという自覚や,病気体験が仕事に役立つという前向きな認識を持っていた．福田[21]は，看護師の人間性が患者との共感的な関わりに影響していることを述べており,看護師自身に病気体験があるということはその体験を通して自己を捉え直す過程で人間性へも変化をもたらしていると考えられる．病気という類似体験に基づいた他者理解は，共感という視点を持って寄り添った看護援助を行っていく上では有用性のある体験であったのではないかと推察する．また,中島[22]は他者の感情を理解できたという経験をしている看護師の方が患者の痛み緩和に対して看護介入していることを述べており,共有経験の高さが看護の質向上に影響を与える可能性があることが本研究でも示唆された．

５．３　研究対象者の共感経験尺度類型化の傾向

人と人との関わりが基盤となって患者の心身に関わる看護師においては，共有経験も共有不全経験も自覚して他者の感情に流されないとされる両向型のタイプが多いのではないかと予測していた．また,それは病気体験の有無によって有意差があるのではないかと考えていたが,異なる結果であった．そのため，本研究での対象者を共感経験尺度の4つのタイプに類型化した結果，共有型と不全型がほぼ同等の割合を占めていたことについて考察する．

共有経験を自己に引き付けてしまう未熟な共感とされている共有型の割合が多かった傾向として，本研究の対象者は年齢としても臨床経験年数としても若年層が多かったことが背景としてあげられる.これは，他者との間に共感が生み出される類似体験の蓄積が少ないことから影響を受けていたのではないかと考える．また若年層は,自身と他者とが個別性のもとに成り立っている独立した存在であるとの捉え方が不十分な年代や発達段階にある.そのため，共感性の高さによって感情が巻き込まれることで心理的なストレスの助長を招き，結果としてバーンアウトを引き起こす可能性がある．しかし，本研究では共感性の高さとバーンアウトの予測まで行っていないため,今後はこのような側面も加味しながら調査を進めていく必要性があると考える．

また日高[23]は,看護師として様々な患者と接することで他者へ共感する経験は増す一方で，実際の現場では感情に流されない態度が求められ患者1人1人を理解することの困難さも自覚していくため，看護の経験を積むことは必ずしも共感性の発達に関与しないと述べている．看護師は患者に対して共感的な立場にいることを求められつつも，時と場合によって冷静さを装うことも必要とされている.このような複雑な感情コントロールが求められる職業風土が本研究の対象者が共有型に当てはまった理由であると推察する．

また，本研究の対象者は，対人世界への信頼感が低いとされる不全型が多い傾向にあった．共感は，関与した二人の間の類似体験によって生じ，他人の行動を予測あるいは理解する能力である.そして，その人の個人的背景によって影響を受けることから，未体験の出来事を容易に理解したり予測したりすることは困難なことである．さらに，自身に病気体験があったとしても，個々の気持ちの余裕が欠如するような多忙な労働環境や個人の生活背景の中では，必ずしも他者理解に目が向かずに，自己中心的な思考に甘んじてしまう可能性も考えられる．現在では，医療の高度化に伴う仕事の複雑化や多忙化があり，看護師の心身の健康問題に対応していく必要性が叫ばれている．看護師の心理的健康に関する先行研究[24]では，看護の仕事が働くスタッフの心をとらえ続け，質の高い看護を実践していくためには,看護師が働くことそのものに自分らしい生き方を見出して，自身の力を発揮していきいきと働く職場を作っていくことが重要であると述べられている．また,看護師が自己の存在価値を知り,自分を価値ある人間として認めることが必要である[25]とも述べられている．看護師が自身の病気体験を患者理解のための類似体験として関わりに活かしていくためには,自他共に感情を向けることができる心の余裕を持つ必要があり,そのための組織における労働環境調整の必要性があると推察する．また,個人の背景要因と共感に関係があるとされていることから，看護観の育成を図る看護基礎教育段階での共感性やそこに影響を与え

る要因について検討していく必要があると考えるが，本研究ではその点についての調査を行っていないため，今後の調査における課題となった．

6．結論

本研究により以下の点が明らかになった．

1．病気体験あり群の看護師のほうが共有経験の得点割合が高く，対象者は自身の病気体験によって患者の気持ちを理解できるようになったという自覚や，自身の病気体験が仕事に役立つという前向きな認識を持っているということが特徴として見出された．

2．看護師の病気体験の有無と共感性の類型化との有意差はなかったが，類型化の結果では共有型や不全型に分類された看護師が割合として多かったことから，今後は個々の背景要因や労働環境要因などについて検討を重ねていく必要性が示唆された．

謝辞

大変ご多忙の折，本研究にご協力いただきました対象施設の看護管理者様，ならびに対象者である看護師の皆様に厚く御礼申し上げます．

引用文献

1） Travelbee J.（1974）長谷川浩，藤枝知子（訳）：トラベルビー人間対人間の看護，医学書院，東京，173-233，1974.
2） 角田豊：共感経験尺度の作成，京都大学教育学紀要，37，248-258，1991.
3） Hildegard E.Peplau,（1989），池田明子，小口徹，川口優子，小林信，吉川初江，尾田葉子（訳）：ペプロウ看護論　看護実践における対人関係理論，医学書院，東京，46-58，1996.
4） 前掲書1），173-223.
5） 伊藤祐紀子：患者－看護者関係における共感のプロセス，日本看護科学会誌，23（1），14-25，2003.
6） 小代聖香：看護婦の認知する共感の構造と過程，日本看護科学会誌，9（2），1-13，1989.
7） 中村幸代：病気を抱えながら就業した看護職の体験，日本看護科学会誌，印刷中，印刷中.
8） 高野真由美：社会人経験を持つ看護学生の理解と支援―看護への志望動機と就学上感じる困難について文献からの検討―，川崎市立看護短期大学紀要，22（1），37-45，2017.
9） 福田和美，井上範江，分島るり子：乳がん患者が認識した看護師の共感的な関わりと共感的関わりから生じた患者の変化，日本看護科学会誌，30（4），46-55，2010.
10） 畑中純子，伊藤收：看護観が体験から発展するまでの看護師の思考のプロセス，日本看護科学会誌，36，163-171，2016.
11） Olso J.K.：Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress，image，Nurs.Scholarsh., 27（4），317-322，1995.
12） 前掲書7）
13） 前掲書2），248-258.
14） 角田豊：共感経験尺度改訂版（EESR）の作成と共感性の類型化の試み，Japanese Journal of Educational Psychology，42，193-200，1994.
15） 前掲書2），248-258.
16） 日本看護協会：平成28年看護関係統計資料集，日本看護協会出版会，東京，2-27，2017.
17） 前掲書16），2-27
18） 厚生労働省：平成26年（2014）患者調査の概況，結果の概要，1推計患者数，2014. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/01.pdf（入手日2017年8月28日）
19） 荒川千秋：女性看護師の離職に関連する要因―関東地域一般病床200床以上の病院勤務看護師の縦断研究から―，日本看護研究学会雑誌，34（1），85-92，2011.
20） 前掲書18），3-4.
21） 前掲書9），46-55.
22） 中島真由美，西田直子：内科，整形外科患者の慢性疼痛に対する看護介入と看護師の共感性との関連，日本看護技術学会誌，14（1），78-85，2015.
23） 日高優：看護学生における共感性の検討－看護大学2校の看護学生に対する共感性の調査から－，36，198-203，2016.
24） 酒井淳子：看護師の心理的well-beingに対する職場におけるソーシャルサポートの効果－共分散構造分析を用いた検討，日本看護科学会誌，26（3），32-40，2006.
25） 岡田（北村）奈津子，山元由美子：ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方，日本看護研究学会雑誌，35（2），35-46，2012.