

## 原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究20  
P.1-10(2017)

## 看護師の共感援助行動尺度における因子構造と妥当性の再検討

## Re-examining Structural Factors and Validity of the Empathic Support Behavior Scale for Nurses

上野 恭子<sup>1)</sup>  
UENO Kyoko

小竹 久実子<sup>2)</sup>  
KOTAKE Kumiko

熊谷 たまき<sup>3)</sup>  
KUMAGAI Tamaki

## 要 旨

目的：看護師は患者に援助する時、その患者に共感しながら援助内容を判断する。研究者らは、この現象を共感援助とし、その程度を測定する尺度の作成を試みており、すでにMorseの共感モデルを基盤に4つの構成要素を枠組みとした4因子構造の共感援助行動尺度（Empathic Support Behavior Scale14, ESB-14）を作成した。しかし、この下位尺度の質問項目数は少なく不安定であることが懸念されたため、今回、同じデータを用いて、因子構造を探索的に検討し、妥当性と信頼性を再確認することを目的とした。方法：看護師718名のデータを統計的手法で再度分析した。結果：質問項目数は14と変わらなかったが、2つの質問項目が入れ替わった。因子構造は「理解と行為の自動化」と「使命的観念」の2因子で収束した。また、探索的及び確認的因子分析を行い、適合度指標は良好であり、因子的妥当性が得られた。2因子とも $\alpha$ 係数0.8以上であった。そのほか、患者の抑うつ症状の有無による弁別で同時的妥当性が見られ、さらに共感経験尺度の共有型は2因子ともに関連があり内容妥当性が確認できた。考察：修正した尺度は、先のESB-14より優れた尺度となったが、今後、基準関連妥当性の検証を行い、尺度の精度を確立することが必要である。

キーワード：共感援助、看護師－患者関係、尺度開発

Key words：empathic support, nurse-patient relationship, scale development

## I. はじめに

看護師は、患者との相互関係において言語的、非言語的に情報を得て、それを基に精神的な援助の内容を定める。その情報の中には、患者の主観的で感性的な掘みどころのないものが含まれることがあり、それは、患者自身すら上手く説明することができないものや何らかの理由で話すことを拒み、理解しにくいものが含

まれる。そして、このときの患者は、精神的に苦悩を抱いていることが多い。たとえば、告知後、現実に直面させられたり、病気や障害により将来を悲観していたり、精神面の脆弱性やストレス耐性が低く現実うまく適応できない状況にあるといった場が想定される（上野, 2009; Brown, 2010）。しかしこのような状況であっても看護師は、患者の気持ちを理解して、苦悩を軽減させ、彼らを癒したいと考えている。

患者の気持ちを理解する方法の一つに共感しながら話をすることがある。共感することは看護行為の有効な手段の一つであり、共感能力を持ち合わせていることが看護師として必要な特性であるかのような考えが浸透しているように感じられる。だからこそ看護師は、

1) 順天堂大学大学院医療看護学研究科  
Juntendo University Graduate School of Health Care and Nursing

2) 奈良県立医科大学医学部看護学科  
Nara Medical University, Faculty of Nursing

3) 大阪市立大学大学院看護学研究科  
Osaka City University, School on Nursing  
(Oct. 28, 2016 原稿受付) (Mar. 18, 2017 原稿受領)

患者に共感すべきなのに共感できないと感じ、悩むことがある。一方、患者の気持ちがわかった途端、気が重くなりベッドサイドに行けず、罪悪感を抱いたり、反対に患者をあたかも自分のことのように感じ、過剰に反応してしまうことがある。これらの現象は看護師自身の精神内部において共感が発生しているが故に生じた感情と行動であり、これには苦痛が伴っている。

しかしながら、看護学領域において共感に関する教育は十分とは言えず、スキルトレーニングの方法も確立には至っていない (Moore, et al., 2013; Slade, et al., 2016)。看護学領域では、共感することによって患者理解が深まり、患者を勇気づけられるといった効果的側面が強調される一方で、看護師に苦痛や困難感をもたらすことについては議論されてこなかった。しかし、教育やトレーニングによって、看護師が患者に共感しながら深く理解することが可能になるならば、患者をより早く安寧に導くことができるようになるだろう。

共感概念は、Davis (1999a) の組織的モデルが一般的である。このモデルでは、共感を多次元的なものとして捉え、認知、情動、行動的要素を含むとされ、観察者が相手の思いに接近すると、認知的、情動的反応といった個人内的結果が生じ、その結果、相手に向けられる行動的な反応としての対人的結果が現れる状態と論じられている。この共感概念の多次元性 (Davis, 1983; 鈴木 & 木野, 2008) については、近年に入り神経科学的モデルによるミラーニューロンシステムの知見からも説明された。すなわち、共感とは、相手の感情状態や行為を観察することで、観察者の脳内に相手の感情状態の表象と脳内活動が自動的に賦活され、シミュレートされることから生じ、その過程は情動的側面と認知的側面が関与していたと論じられた (加藤 & 加藤, 2014)。Davis は、この多次元的な概念を有する共感を包括的に捉え、他人の経験について、ある個人が抱く反応を扱う一組の構成概念であり、その中には、見る側の内部で起きる過程とこの過程から生ずる感情的・非感情的な結果とが含まれるとした。

共感はこのように多元的で包括的な概念であるため、医療職の種類によって、共感を利用する目的に相違がみられる。Hojat ら (2013) の研究では、内科医は、治療初期の段階で患者に共感を交えて会話することで彼らとの関係を円滑にする機能があるとした。臨床心理士の心理療法時の共感とは、治療的要素が強く、クライアントの人格に肯定的な変化をもたらす道具の意味合いをもった (小林, 2004)。一方、看護師の示

す共感とは、患者を理解し、“癒しにおける技” (Kelley, et al., 2011) とも論じられ、患者を安寧に導くという援助的指向が強い傾向にあった。

看護学領域で扱われる共感概念については、Morse ら (2014) のモデルがあり、共感の多次元性について、看護の特徴を踏まえて Moral、Emotive、Cognitive、Behavioral の4つの要素で表現された。Moral は、愛他的で患者のことを理解したいと思ひ、患者との関わりを深めようとする動機的要素であり、Emotive は、患者の体験を共有する能力であり、情緒的で本質的要素である。Cognitive は、客観的視点で患者の情緒を理解しようとする部分であり、そして Behavioral は、患者を理解するためのコミュニケーション能力を指す。Morse らの共感概念も情動的側面と認知的側面を兼ね備えた多次元性であったが、Behavioral 要素は援助行動を意味するものではなかった。その意味で、Morse らのモデルでは、患者を理解する現象に限定された概念であると考えられた。しかし、近年の Mercer と Reynolds (2002) の研究では、共感の援助行動の側面が強調され、患者の心的状況を正確に理解し、患者を支えるための援助行動を含めて共感であると明確に論じられた。この考えは Davis (1999a) の「対人的結果」である援助行動と類似している。

そこで本研究では、看護師が臨床の場で扱う共感について、多次元的要素を持ち、かつ、患者への援助行動を包含する概念として扱った。しかし、他の医療職との目的、用途の違いがあるため、援助行動に重きを置いた表現として共感援助 (empathic support behavior) とした。すなわち、看護師の共感援助とは、患者の気持ちや思いを認知的、情動的側面から理解し、患者に安寧を導く援助行動を含む概念であるとした。そこで、本研究は、看護師が苦痛を持たずに共感援助ができるように教育支援方法を考案することを目指し、その前段階として共感援助時の看護師の精神内での認知的側面、情動的側面、さらに行動的側面について客観的に評価するためのスケールの開発を目的として実施された。

看護学領域の研究では、共感測定尺度を用いたものが多く見受けられた。その中で Yu と Kirk (2009) は、システマティックレビューをととして1962年から2007年までの看護研究論文で用いられた12種類の共感尺度に関して分析した。その結果、Behavioral 要素について測定されているものは存在したが、共感に関連した援助行動を含んだものは見当たらなかった。近年で

は、Kiersma-Chen Empathy Scaleが 開発されたが (Kiersma, et al.,2013)、やはりCognitiveとEmotiveの2要素のみを測定したものであり、援助行動という視点は包含されていなかった。そこで、本研究者らは、2013年にMorseらの4つの要素を含み、かつ援助的要素を加えた共感援助能力を測定できるスケールの開発を試み、看護師の共感援助行動尺度 (Empathetic Support Behavior Scale Among Nurses : ESB-14) の作成に着手した (上野ら, 2013)。

この尺度の作成手順として、まず、看護師の共感援助概念を明らかにするために探索的質的研究 (上野ら, 2009) を実施し、その結果を基に質問項目を作成した。その調査では、看護師が、患者に共感している、あるいは共感できなかったと感ずる経験とその経験によって影響された行動について半構造的面接法で語ってもらい、Modified Grounded Theory Approach (以下、M-GTA) (木下, 2003) を用いて分析した。インタビューの対象は看護師13名であり、対象者の平均年齢は32.2歳 (24-47歳)、看護師経験年数7.1年 (2-20年)、13名中8名は内科、外科の混合病棟に所属しており、5名は精神科病棟所属であった。

M-GTAで分析した内容からMorseらのモデルの4要素を含み、かつ行動の側面に焦点をあて、41質問項目を作成した。これらの項目は看護系大学教員や大学院生20名により内容的妥当性の検討が行われて36項目尺度となった。

次に、計量心理学的特性を検討するために220名の看護師を対象にパイロットスタディを実施した。Morseらのモデルを基盤として因子数を4に固定した確認的因子分析で解析を試みたところ、36項目から19項目 (ESB-19) に精選された。さらに外的基準である情動知能尺度 (以下、EQS) (内山ら, 2001) を用いて妥当性を検討したところ、EQSの共感性ならびに愛他心を示す下位尺度得点と、ESB-19の4つの下位尺度得点との間にはそれぞれ中程度から強い相関 ( $r = .54 \sim .79$ ) が認められ、併存妥当性が確認された。

そこで引き続き、ESB-19を1,005名の看護師を対象に因子構造を確認し、加えて外的尺度として一般成人を対象として開発された共感経験尺度修正版 (以下、EESR) (角田, 1994) を用いて妥当性の検証を行った。その結果、因子分析での解析により4因子構造14項目 (ESB-14) であることが判明し、4因子はそれぞれ〈感覚的理解〉、〈注意喚起〉、〈使命的観念〉、〈確認行為〉と命名され、累積寄与率は59.0%を占めた。また共分

散構造分析 (以下、SEM) の結果、GFI、AGFIともに0.90以上を確認できた。

しかし、〈使命的観念〉の質問数は2項目となり、尺度として不安的であることが懸念された。この原因として、Morseらの理論は、欧米の看護師を対象に開発された理論であり、わが国の看護師とは看護教育や医療のシステム、対人関係のあり方、思考様式や価値観などが異なり、その影響を受けたのではないかと考えられた。

そこで、本稿では、同じデータを用いて、Morseらの共感の看護モデルを前提とせずに解析しなおし、計量心理学的な再検討を行うことを目的とした。

## II. 方法

### 1. 調査対象

再検討にあたり、ESB-14の前身であるESB-19の因子構造確認時のデータを用いて分析をおこなった。このデータは2009年8月から10月にかけて収集され、対象施設を有意抽出法で選び、九州北部、関東、東北1都5県の一般病院と地域医療支援病院の合計10ヶ所と精神科を標榜する病院4ヶ所、および訪問看護ステーション8ヶ所とした。その対象病院所属の看護師を調査対象としたが、本研究が看護師と成人患者とのかわりに焦点をあてたため、小児科病棟勤務の看護師を除外した全数調査とし、1,390名が該当した。

今回の再分析では、対象者の属性を同じ条件にするために教育基盤と資格が異なる准看護師を除いた。また所属診療科の識別が明確である内科系、外科系、精神科、訪問看護ステーションに所属する看護師に限定して分析対象とした。

### 2. 調査尺度と回収方法

全対象者に対し、自記式質問紙、ESB-19、EESRを配布し、無記名で回答を得た。回収は、施設ごとに留め置き法とし、2週間後を目安に回収した。

自記式質問紙の内容は、年齢、性別、職種、職位、勤務形態、看護基礎教育の種類のほか、所属診療科と看護師経験年数の記載を依頼した。

ESB-19は、19項目5件法の尺度であり、評定を「0: 全くあてはまらない」、から「4: 非常によくあてはまる」で求めた。また、同時的妥当性を検討するために、個々の看護師にとって慣れている疾患を患っている患者にかかわる場合とうつ病あるいは抑うつ状態の患者にかかわる場合の二つのパターンを想定してもら



い、2通りの回答を得た。

角田 (1994) は、共感を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と定義し、共感性を他者の感情をどの程度感じているかという感情的アプローチと、他者の感情をどのように認知して関わっているかという認知的アプローチの2側面を統合した単一の指標であるEESRを開発した。EESRは個人の共感性のタイプを評価でき、基準関連妥当性と信頼性が確認された質問紙である。評定は、「0：全く当てはまらない」、から「6：とてもあてはまる」の7件法であった。この尺度の項目数は20であり、「共有経験尺度 (以下、SSE)」10項目と「共有不全経験尺度 (以下、SISE)」10項目の2下位尺度で構成されている。SSEは、他者との感情を分かちもつ共有機能を測定し、SISEは他者の感情を感じ取れなかったという経験から個別性の認識の程度を測定するものである (角田, 1994)。その評価方法は、SSEとSISE得点の中央値を基準に高得点群と低得点群に分別し、4群の組み合わせにより、共感性を4つの類型に分類する。4つの類型の「両向型」とは、共有経験と不全経験の両方の経験が高く、自他を独立した存在と捉え、共感性が最も高い。「共有経験優位型 (共有型)」は、共有経験は高いが不全経験は低い場合で、個別性の認識は低く、自己中心的な観点から他者の体験を捉えてしまう。そして「共有不全経験優位型 (不全型)」は、不全経験のみが高く、個別性の認識はなされているが、むしろ対人間の隔たりがあり、容易に他者を理解できないものである。最後に「両貧型」は、共有経験と不全経験ともに低く、個別性の認識が弱く、対人関係そのものが弱いと分類される。今回の分析では、この4類型とESBの尺度得点間での関連性を確認した。

### 3. 倫理的配慮

研究者が所属する大学の倫理委員会の承認 (順看倫第21-30号) を得て実施した。研究参加の説明は文書で行い、調査は無記名であり、自由意思を保障すること、さらに個人情報保護の遵守について明記した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象者の基本属性

分析対象者は、718名 (有効回答率51.7%) であり、平均年齢は34.4±10.2歳 (範囲 20-69歳、中央値32)、看護経験は平均121.6±103.4ヶ月 (範囲 2-528

表1 基本属性

	項目	n	%
性別	女性	643	89.6
	男性	75	10.4
基礎教育	3年課程専門学校	381	53.1
	2年課程専門学校	216	30.1
	衛生看護学校	20	2.8
	看護系短大	45	6.3
	4年制大学	20	2.8
	その他	21	2.9
職位	スタッフ	600	83.6
	副看護師長/主任	66	9.2
	看護師長	50	7.0
所属診療科	内科系	332	46.2
	外科系	218	30.4
	精神科	141	19.6
	訪問看護ステーション	27	3.8

注. 対象者はすべて看護師であり、准看護師は除外した。

N=718

ヶ月、中央値 96) であった。性別は女性643名 (89.6%)、男性75名 (10.4%) であり、所属診療科は内科系332名 (46.2%)、外科系218名 (30.4%)、精神科141名 (19.6%)、訪問看護ステーション27名 (3.8%) であった (表1)。

### 2. 尺度項目の分析

ESB-19の尺度得点の探索的因子分析を最尤法、プロマックス回転で行った。因子負荷量 .40を項目選択の基準とし、それ以下の項目を一項目ずつ削除して因子分析を繰り返した。基準負荷量が .41以上であっても複数の因子に同程度の負荷量をもつ項目を削除してさらに因子分析を実施した。その結果、2因子が抽出され、第1因子の因子負荷量は .41から .76の範囲であり、10項目で構成された。今回の解析では、ESB-14との間に項目数には変化はなかったが、項目に入れ替えがあり、ESB-14の項目から“患者の気持ちや考えを聴くことはケアである”と“患者の言いたいことを確認しながら話しをしている”という二つの項目が削除され、新たに第1因子にn2 “患者の表情の変化をよく観るほうだ”とn9 “患者がどういう思いなのかその状況をイメージしている”が加わった。第2因子は、因子負荷量が .59から .85であり、4項目で構成された。

この二つの因子の累積寄与率は46.8%であった。また、2因子の因子間相関は.55であり、相関係数が.70未満であることから、14項目尺度を構成している2因子は明確に区別できると判断できた (表2)。

表2 探索的因子分析結果

No	項目内容	因子 I	因子 II
I 理解と行為の自動化 Cronbach's $\alpha$ =.83			
n14	話をしながら患者の感情の変化がわかる	.760	-.090
n12	患者の気持ちや考えを瞬間的に理解するほうである	.706	-.038
n18	患者が何を言おうとしているのかとなくわかる	.665	-.080
n16	患者の問題を綿密に検討した上で行動に移すことが多い	.559	.019
n9	患者がどういう思いなのかその状況をイメージしている	.534	.057
n2	患者の表情の変化をよく観るほうだ	.513	.040
n3	患者の気持ちが「わかった」と感じる瞬間がある	.511	.044
n13	患者の悩みを口に出して確かめている	.462	.126
n10	苦手な患者ともうちとけて話すことができる	.430	.048
n15	患者の思っていることがわかったら、それを解決するための行動を考える	.408	.209
II 使命的観念 Cronbach's $\alpha$ =.80			
n6	患者のつらそうな表情を見ると何とかしなければと思う	-.089	.853
n7	患者から悩みを相談されると、人ごととは思えなくなる	.024	.689
n5	悩んでいる様子を見ると声をかけずにはいられない	.115	.667
n19	患者の喜ぶことをしてあげたくなる	.010	.591
累積寄与率		46.8%	
因子相関行列	I	1.000	.551
	II	.551	1.000

注. 因子抽出法：最尤法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法、14項目全体の Cronbach's  $\alpha$  =.86

次に確認的因子分析をSEMで行い、因子とそれを構成する項目の適合度の確認を行った。図1に示すように2因子からそれぞれ該当している全項目が影響を受けており、2つの因子間と各項目との相関係数は.45以上の基準を満たしていた。さらに  $\chi^2 = 333.785$ ,  $df = 76$ ,  $GFI = .936$ ,  $AGFI = .911$ ,  $RMSEA = .069$ ,  $CFI = .913$ であり、良好な適合度であった(図1)。今回の解析によりEBS-14は、探索的な因子分析を行うことによって14項目2因子構造であることが明らかとなった。以下、この新しい尺度を本稿では修正ESB-14として区別する。

2因子を構成する項目内容を吟味し、第1因子を「理解と行為の自動化 (Automatization of Understanding and Action、以下、AUA)」、第2因子は「使命的観念 (Sense of Responsibility、以下、SR) と命名した。AUA合計得点の平均値は25.17 ( $SD \pm 4.15$ )であり、得点の範囲は9-40、各項目の平均値は2.12-3.38の範囲にあった。SRの合計得点の平均値は11.10 ( $SD \pm 2.21$ )であり、得点の範囲は3-16、各項目の平均値は2.45-3.01の範囲であった。AUAとSRともその平均値は最小値と最大値の中央付近に位置し、ほぼ正規分布として確認できた。

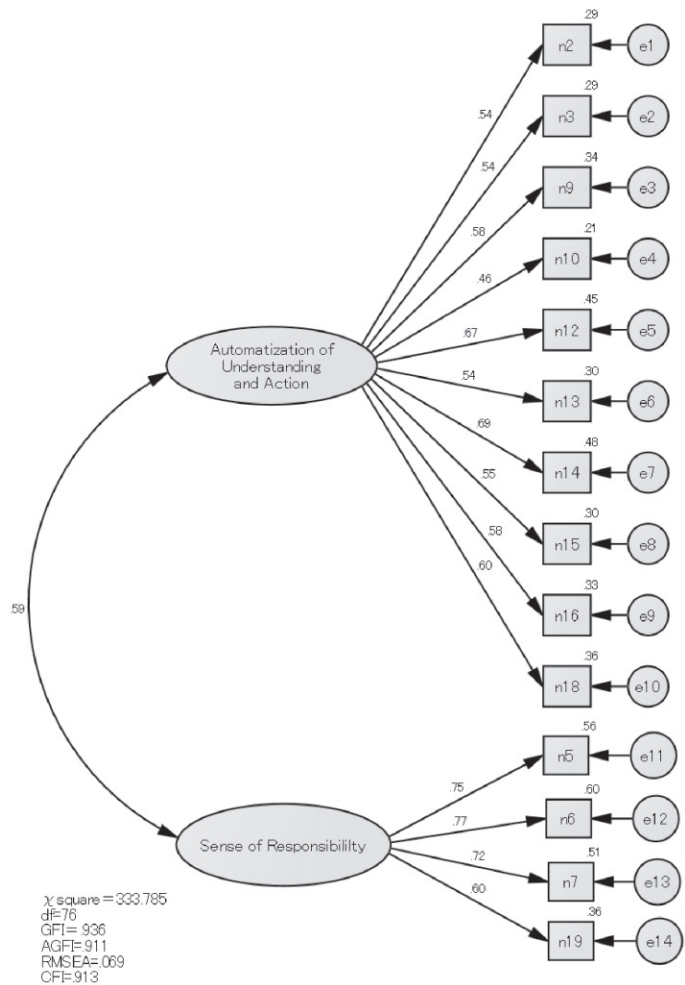


図1 確認的因子分析結果

内的整合性を検討した結果、AUAの $\alpha$ 係数は.83、SRは.80であった。また全項目の信頼係数は.86であり、いずれも.80以上が確認され、内的整合性が得られた。

### 3. 妥当性の検討

- 1) 同時的妥当性: 上野ら (2009) によると看護師は、うつ病や抑うつ状態にある患者とのかかわりを苦手とする傾向があった。この傾向は、修正ESB-14により識別できるのかを検証した。看護師が日頃よくかかわる疾患患者を想定した場合を「一般患者群」、抑うつ状態やうつ病患者を想定した場合を「うつ病患者群」とし、対応ある  $t$  検定で解析したところ、AUA ( $t = 7.00, p < .00$ )、ならびにSR ( $t = 13.7, p < .00$ ) の2因子ともうつ病患者群のほうが有意に低かった (表3)。すなわち、修正ESB-14は、看護師が思い描く患者像によって測定値に変化が生じ、うつ病患者の共感援助の程度が低く測定されることを示した。この結果は、インタビューでの先行研究結果と一致するものであった。
- 2) 因子的妥当性: 構成概念の内容の評価として、測定データを基にどのように因子が分かれるかという視点から評価した。その結果、探索的因子分析により、尺度を構成する因子数が2因子となり、その後の確認的因子分析で良好な適合度が確認され、因子構造は2因子14項目として安定した尺度であることが確認された。

- 3) 内容妥当性: 看護教育経験の豊富な研究者3名によって、2因子の概念名が、それぞれの因子を構成している質問内容と共通した意味を適切に表現できているかについてディスカッションが行われた。第1因子の質問は、患者の心情を理解しようとする項目と、そのためにコミュニケーションをするという行為だけでなく、援助を思考する項目が混在していた。さらに、理解と種々の行為の時間的關係は瞬時的なものが複数含まれたことから、「理解と行為の自動化」という命名とし、妥当であると判断した。

第2因子を構成している4項目には、苦悩している患者に対し、看護師自身の「～しなければ」「～してあげたい」「～せずにはいられない」という思考が含まれていた。これらは、看護師である自分がどうありたいか、どうあるべきかという使命感が根底にあり、看護師は患者を安楽にするものだという価値観が影響していると推察されたため、その特徴を考慮して、「使命的観念」と命名することで一致した。

さらに対象者の共感の類型化をEESRの2つの下位尺度SSEとSISE得点の中央値 (35.0、31.5) を基準にして分類し (表4)、類型を水準にして2下位尺度の平均値の多重比較 (Tukey HSD) を行った (表5)。その結果、「理解と行為の自動化」では、共有型が他の類型より有意に高かった ( $26.73, p < .05$ )。共有型では、患者の経験を共有しやすいが、自他の識別が低い傾向にあるため、

表3 一般患者群とうつ病患者群の比較

因子名	対象患者	Mean	SD	t	p
理解と行為の自動化	一般患者群	25.17	4.15	7.00	< .0001
	うつ病患者群	24.37	4.14		
使命的観念	一般患者群	11.10	2.21	13.72	< .0001
	うつ病患者群	10.17	2.33		

注. paired t test : 同一対象者の一般患者とうつ病患者それぞれを想定した回答を比較

表4 共感経験尺度得点による類型化別尺度得点

類型	EESR 類型化構造		n	SSE		SISE	
	SSE	SISE		Mean	SD	Mean	SD
両貧型	低	低	195	28.73	5.65	27.36	4.11
不全型	低	高	165	29.66	5.35	37.42	5.18
共有型	高	低	164	41.58	5.01	24.16	6.17
両向型	高	高	194	40.91	4.23	38.54	5.57

N = 718, SSE : 共有経験尺度, SISE : 共有不全経験尺度



表5 EESR類型水準別多重比較

類型 (a)	水準 (b)	Mean	平均値の差 (a) - (b)
理解と行為の自動化 (AUA)			
1	2	23.84	0.79
	3	26.73	-2.11*
	4	25.59	-0.96
2	1	24.63	-0.79
	3	26.73	-2.90*
	4	25.59	-1.75*
3	1	24.63	2.11*
	2	23.84	2.90*
	4	25.59	1.14*
4	1	24.63	0.96
	2	23.84	1.75*
	3	26.73	-1.14*
使命的観念 (SR)			
1	2	10.08	0.81*
	3	12.24	-1.35*
	4	11.22	-0.32
2	1	10.89	-0.81*
	3	12.24	-2.16*
	4	11.22	-1.14*
3	1	10.89	1.35*
	2	10.08	2.16*
	4	11.22	1.02*
4	1	10.89	0.32
	2	10.08	1.14*
	3	12.24	-1.02*

Tukey HSD,  $N=718$ , \* $p < .05$

1 : 両貧型, 2 : 不全型, 3 : 共有型, 4 : 両向型

患者を理解するとすぐに患者を救いたいという衝動がおこると考えられる。この内容はAUAの項目内容を意味していると捉えることができた。また、「使命的観念」では、不全型がすべてのものより有意に低かった(10.08  $p < .05$ )。この型は、看護師が患者とは別々の人格であると感じており、患者との共有経験の程度が低いことを示している。今回のSR得点が他のタイプに比べ有意に低かったことから、不全型の看護師は、患者を身近な存在とは感じにくく、容易に人を理解できないと感じるが故に、援助しなければという使命感も起こりづらくなっていると考えられ、SRの意味合いを含む結果として一致した。これらのことから、内容妥当性を確認できた。

#### IV. 考察

本研究において看護師の共感援助行動尺度の開発

は、日本人看護師の特徴を考慮し、患者に共感することによって生まれる援助行動を包括した共感援助の程度を計量するための試みであり、本稿では、先の尺度を見直し、因子構造と信頼性・妥当性が再度検証された。

修正ESB-14は、2因子構造14項目であり、SEMの適合度からそのモデルは安定し、因子的妥当性があると判断された。また、2下位尺度は10項目と4項目で構成されており、各項目数は尺度として成り立つものであると捉えられた。さらに各因子にかかわる概念を構成する項目群による測定結果に信頼性を保証することもできた。内容妥当性はEESRの測定からも裏付けられ、看護対象の差から同時的妥当性を観察することができた。以上のことから、修正ESB-14は先のESB-14より安定した尺度として修正できたと判断される。

共感援助概念が情動的、認知的、そして行動的側面を持ち合わせた概念であり、質問項目はその内容を概ね含むことができた。そこで、次に本研究が目指している看護師の共感による苦痛を軽減させるための教育支援方法の考案に際し、この修正ESB-14で共感時の苦痛に関してどの程度適切に分析できるのかを検討する。

#### 1. 看護師の自他識別能力

修正ESB-14の下位2尺度とも共有型を示す看護師で有意に高い結果となった。EESRは同情反応と共感反応の識別が可能な尺度である。角田(1994)は共感を能動的また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であるとし、一方、同情を他者の経験を共有することはできても自他の識別が曖昧であるため、本当の意味で他者理解には至っていない状態と論じている。共有型の特徴が同情的であることから、このタイプの看護師は、患者との心的に適切な距離を維持できず、患者の気持ちを自分の気持ちと混同しかねない状態になりやすいと考えられる。

一般に看護師が患者に感情的に巻き込まれるという現象は、強い関心を抱いた患者に対して生じ、無意識的な反応を含むものである。そのため患者との心理的距離を保てず、客観的になれないことが多い。その結果、患者を安楽にできなかった場合には、看護師は罪悪感や無力感といった否定的感情を体験する。このことから、共感援助を適切に実施するための教育では、

看護師が目の前の患者との関係性を客観視することで自他を独立した存在であると認識できること、またその認識から意識的に心的な距離の調整ができることを目指した自他識別能力の強化が焦点の一つとなることが示唆された。この能力の強化は、適切な援助行動を導くことができるだけでなく、看護師のメンタルヘルスを維持することにも関与するだろう。

## 2. 共感援助と援助行動

修正 ESB-14 の第 1 因子「理解と行為の自動化」は、構成する項目内容から、看護師が患者の思いを理解し、援助内容を思考していることを示した。また、第 2 因子「使命的観念」では、看護師が患者の様子を認知したことで使命感、倫理感を基に援助行動を発していると捉えられた。二つの因子の行動面の相違としては、第 1 因子の援助行動は、看護師が意識的に思考することに焦点があてられ、第 2 因子では、使命感、倫理感といった観念的で潜在的な作用が関与し、援助行動に結びつく内因的な動機を内包していることであろう。これらのことは、共感と援助行動が密接に関連しているという Davis の理論 (Davis, 1999b)、すなわち見る側の反応がその次に来る援助行動と因果的に結びついていることを支持しているといえるだろう。

加えて Davis (1999b) は、援助行動を導く動機には、見る側の精神的反応の意味合いに相違があり、利己的なものと愛他的なものがあることも論じている。例えば、患者に共感することによって生じる看護師の情動的反応が苦痛を伴うものであった場合には、その看護師は、辛い気持ちを軽減させるために患者から目を逸らせようとしたり、話を十分聞けなかったり、ルーティンの業務を淡々と行うといった行動を行うかもしれない。その場合、共感に関連する援助行動の動機は利己的なものとなる。逆に看護師の精神内に患者への哀れみといった同情的な反応が生じた場合には、愛他的な行動となり、患者が安楽になるように働きかける可能性がある。

第 2 因子である「使命的観念」の項目内容は、患者の様子を認知したことで看護師に何らかの情動反応が生まれたと想定されたが、この反応が利己的なものか愛他的であるのかまでは明らかではなかった。今回の尺度では、第 2 因子として独立できたことで、看護師の精神的反応の程度を客観視することが可能になる。しかし、共感時に引き起こされる個人的苦痛は、利己的な情動がより強く関連していると考えられることか

ら、援助行動の効果は減じられると予想される。そこで、共感援助の測定に際し、利己的な情動か、あるいは愛他的なものかを識別できる項目の開発が期待される。

## 3. 今後の研究への示唆

修正 ESB-14 が共感援助を多次元性と援助行動の要素を含む概念として測定していることを一応の成果をもって確認された。また、構成概念妥当性は、因子的妥当性で確認ができた。しかし、基準関連妥当性の検証では、以前の ESB-19 の作成過程において EQS の共感性と愛他性尺度との併存妥当性の確認ができていたものの、今回は、外的基準を看護師の想定する疾患に対する得点差として確認するに留まり、外部基準尺度との相関係数による指標を用いた確認は実施に至っていない。そのためこの尺度の精度を高め、標準化するためには、基準関連妥当性を検証する必要がある。また、看護師の精神内での自他識別能力や共感時の情動の種類を識別可能な尺度の開発も今後の課題である。

## V. 結論

本研究では、看護師の特徴を考慮した共感として、共感援助概念を測定する尺度の開発を試みた。修正された共感援助行動尺度は 2 因子構造 14 項目となり、それぞれの因子は 10 項目と 4 項目で構成され、内的整合性が確認された。また妥当性では同時的妥当性、内容妥当性、因子的妥当性が確認された。今後尺度の精度を高めるうえで、引き続き基準関連妥当性を検証することが必要であろう。

看護師が共感援助を行う際、患者の思いや感情の共有と同時に患者とは別人格であるという認識が重要であり、さらに共感したことで援助行動が適切なものとなるには、患者への情動反応が愛他的であることが望ましいことが考察された。今後、継続して共感援助尺度による行動を引き起こす情動反応や自他意識の程度の測定可能な尺度開発が望まれる。

本研究は、JSPS 科研費 基盤研究 (C) 18592409 の助成を受けたものです。

本研究における利益相反は存在しない。

## 引用文献

Brown, T. Williams, b., Boyle, M, et al.(2010). Lev-



- els of empathy in undergraduate occupational therapy students, *Occupational Therapy International*, 17, 135–141.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy : evidence for a multidimensional approach, *Journal of Personality and Psychology*, 44, 113–126.
- Davis, M. H. (1999a). 菊池章夫(訳), 共感の社会心理学人間関係の基礎 (pp.14-18, 252–259). 川島書店.
- Davis, M. H. (1999b). 菊池章夫(訳), 共感の社会心理学人間関係の基礎 (pp.149–154). 川島書店.
- Hojat, M., Fields, S.K., & Gonnella, J.S. (2013). Empathy : an NP/ MD comparison. *The Nurse Practitioner*, 28, 45–47.
- 角田豊. (1994). 共感経験尺度修正版(EESR)の作成と共感性の類型化の試み. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 42, 193–200.
- 加藤元一郎 & 加藤隆 (2014). 臨床におけるミラーニューロン 特に心的側面について, *BRAIN and NERVE*, 66, 665–672.
- Kelley, K. J., Lepo, A. W., & Frinzi, C. (2011). Empathy and nursing education from mirror neurons to the experience of empathy : 21<sup>st</sup> Century nursing education, *International Journal for Human Caring*, 15, 22–29.
- Kiersma, M., Pharm, D., Alda, M., et al. (2013). Validation of an empathy scale in pharmacy and nursing students, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77, 1–6.
- 木下康仁. (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実際 (pp.87–229). 弘文堂. 東京.
- 小林孝雄. (2004). 認知心理学からみたクライアント中心療法. 村瀬孝雄 & 村瀬嘉代子(編), *ロジャーズクライアント中心療法の現在* (pp.189–202). 日本評論社, 東京.
- Mercer, S.W. & Reynolds, W.J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, S9–S12.
- Moore, P.M., Rivera M., S. Grez, A. M., et al. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer, *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 3.
- Morse, J., Anderson, G., Bottorff, J., et al. (2014). Exploring empathy : a conceptual fit for nursing practice?, 24, 273–279.
- Slade, S., Dip, G., & Musc, M. (2016). Communication skills training for health professionals : cancer care, The Joanna Briggs Institute.
- 鈴木有美 & 木野和代 (2008). 多次元共感性尺度 (MES) の作成 – 自己指向・他者指向の弁別に焦点を当てて –, *教育心理学研究*, 56, 487–497.
- 内山喜久雄ら (2001). EQSマニュアル (pp. 4–11). 実務教育出版.
- 上野恭子, 栗原加代, 水野恵理子ら (2009). 看護師の共感的援助の過程と影響する要因の検討. *日本看護医療学会雑誌*, 11, 8–16.
- 上野恭子, 栗原加代, 西川浩昭ら. (2013). 看護師の共感援助行動尺度の信頼性と妥当性の検討. *医学と生物*, 157, 1178–1182.
- Yu, J. & Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing : systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1790–1806.

---

*Original Article*

---

## Abstract

### Re-examining Structural Factors and Validity of the Empathic Support Behavior Scale for Nurses

**Objective :** When nurses support patients, they exercise empathy in making judgments about care. Researchers have termed this “empathic support behavior,” and in another research project Ueno et al. attempted to construct scales measuring nurses’ empathy for patients. They then developed the Empathic Support Behavior Scale (ESB-14) comprising four structural factors based on the four components of Morse’s model of nursing empathy. However, prompted by concerns that the number of questions in ESB-14 was not large enough to provide reliable results, we conducted an exploratory analysis to examine the validity and reliability of its structural factors using the same data.

**Method :** Statistical methods were used to reanalyze data on 718 nurses.

**Result :** The total number of questions (14) remained unaltered, but two questions were replaced. Structural factors converged into two : “automatization of understanding and action” and “sense of responsibility.” Exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis were also performed, providing positive goodness-of-fit indicators and confirming the validity of the factors. Their alpha coefficients were 0.8 or more. The factors were also valid in discerning the presence of depressive symptoms in patients, further confirming their validity and an association between the two factors and “Type Dominant of Sharing Experience” on the Empathic Experience Scale Revised.

**Conclusions :** The revised ESB-14 had higher validity than the previous scale. Further examination of criteria-related validity will be required in order to enhance the accuracy of the scale.

**Key words :** empathic support, nurse-patient relationship, scale development

UENO Kyoko, KOTAKE Kumiko, KUMAGAI Tamaki