

保健医療専門家のコミュニケーション技術 トレーニングモデル作成に関する研究

Study of the Communication Skills Training Model using the
Microcounseling Approach for Health Care Professionals

看護学科 永野 ひろ子¹⁾, 千田 敬子²⁾, 間 文彦³⁾,
日下部すみ子⁴⁾, 佐野 ちずる⁵⁾

1) 静岡県立大学短期大学部, 2) 国立下総療養所, 3) 広島国際大学保健医療学部看護学科,
4) 財団法人復光会 総武病院, 5) 静岡済生会看護専門学校

要 約

<目的>本研究の目的は、看護の臨床の場における、患者—看護師人間関係を成立するのに重要な共感度を測定する「Empathic Understanding Scale; EUS/自己評価尺度」を確立することにある。これは、先行研究において確立してきた「EUS/他者評価」に基づくもので、臨床の場で第三者の評価による方法は、非常に難易性が高いことが明かとなった。将来は、看護師が第三者の評価を必要としない自己の共感能力が測定可能となる「EUS/自己評価尺度」の作成を目的としている。

<方法>対象は、コミュニケーション技術のクラスを受講した、20歳から24歳までの精神科看護の2週間から3週間の臨地実習に参加した看護の学生433人である。そして、被験者には資料による、十分な説明と同意書の得られた学生を対象としている。データは、「EUS/他者評価」に基づき自己評価をするのに適切な表現と発話促進的態度の因子が3項目であったため、その因子に妥当な項目1つを加えて21項目の質問用紙を使用した。

データは、臨地実習開始後1週間以内と終了後の1週間以内に収集した。先行研究に同様、実習開始前に刺激材料の「EUS/自己評価」のインストラクション30分を受けた後にマイクロカウンセリングのVTRを30分視聴する。尺度は、尺度構成法に基づく比尺度を用いて得点化した。分析は、主因子法による因子分析を実施し、その後、先行研究との構成概念妥当性を比較した。

<結果>実習前・実習後のいずれも4因子が抽出された。これは先行研究で確立されたものと同一因子の構造を示している。また、今回抽出されたそれぞれの因子が先行研究で抽出された因子と同じ項目で構成されているどうか比較した結果、実習前の因子構造とほぼ同じもので構成され、しかしながら実習後ではそれほど認められなかった。

考察; 臨地実習における、「EUS/自己評価尺度」で得られた実習前評価値の分析の結果は先行研究の因子の構造と同じものであった。これらの抽出された因子は、各因子を構成している項目に妥当な名前に改めた。第1因子は「受容的態度の因子」、第2因子は「感情と意味の反映的態度の因子」、第3因子は「発話促進的態度の因子」、第4因子は「認知的態度の因子」で

ある。これらの因子は実際、現場で看護師が患者との人間関係を成立させていこうとする際の共感性を測定する指標として極めて大切なものである。

ABSTRACT

Purpose:

The purpose of this research is to establish a "self-evaluation Empathic Understanding Scale (EUS)" which measures empathy. Empathy is important for a nurse to establish a good relationship with a patient in the clinical nursing situation. The development of this self-evaluation EUS is based on the "EUS evaluated by others" established in a previous study. In that study, it was made clear that it is very difficult for a third party to evaluate and scale a nurses empathic understanding in the clinical situation. Therefore, the aim of this study is to develop a "self-evaluation EUS" with which a nurse can measure her own empathic understanding without needing a third party evaluator.

Method:

There were 433 nursing students ages 20-24 who had completed communication skills classes and had participated in a 2-3 week Psychiatric Nursing Practicum, who agreed to participate as subjects for this study. They received a written explanation and agreed by signed consent. A 21-item questionnaire was the data collection instrument. The question items were adjusted to include appropriate expressions to aid the subjects in evaluating themselves. The questionnaire was based on the "EUS evaluated by others" in which the 'Verbalization Prompting Attitude Factor' contained only three items, thus an additional question item was added to that factor.

Data was collected within a week after the practicum began and within a week after the practicum ended. The evaluation method was similar to that of the previous study. Subjects received thirty minutes of instruction about how to use the "self-evaluation EUS" questionnaire and watched a thirty minute micro counseling video. Based on the scale construction method, the Likert Scale was used and calculated with points. Factor analysis was performed by the Principal Factor method and Construction Concept Validity was compared with that of the previous study.

Result:

Therefore both before and after the practicum four factors were extracted. These show the same factor construction as the one established in the previous study. As a result of comparison of the item construction between the factors, which were extracted in this study and the previous study, the factor construction before the practicum was similar, however, similarity was not found in the item construction after the practicum.

Discussion:

Data collected before the practicum using the "self-evaluation EUS" in clinical session was found to have the same factor construction as in the previous study. The extracted factors were renamed appropriately according to the items, which constructed each factor. The names of the factors are (1) Acceptance Attitude, (2) Reflective Attitude Regarding Emotions and Meaning, (3) Verbalization Prompting Attitude and (4) Cognitive Attitude. These factors are extremely important in order to scale the degree of empathy as efforts are made to establish the relationship between the nurse and the patient in the clinical situation.

Key word: Empathic Understanding Scale, Acceptance Attitude, Reflective Attitude Regarding Emotions and Meaning, Verbalization Prompting Attitude, Confirmation Attitude, Microcounseling Method, Likert Scale.

はじめに

本研究の目的は、看護の臨床における看護学生の患者—看護師関係における共感度を測定する、「共感的理解尺度 Empathic Understanding Scale; EUS/自己評価尺度」を確立することにある。看護師が患者をケアする時に、第1に患者との間に人間関係が確立していることが必須である。そして、しばしば看護師は、患者にカウンセリング的役割を行うことの必要性が求められる。看護の質は、援助をする側の看護師の働きかけ、かかわり方いかんによって高まったり、低下したりするものである。それは、看護の対象である患者をひとりのかけがえのない人間として接していくか、看護師の患者への理解の仕方に応じて患者への言葉のかけ方が異なる。看護は、直接的にも間接的にも常に人々との関係の中で行われるものであろう。トラベルビー (Travelbee.J.) の考えによれば、関係性という視点から見て、「看護は、対人関係のプロセスである。1人の看護師と援助を必要とする個人との間におこっている体験である。そして、その人間関係を通して、援助を受ける人に対して看護師が影響を及ぼしたり、逆に受ける人から影響を及ぼされたりしながら、活動あるいは変化が起きているプロセスにある」と説明している (1971)。

確かに、看護を行う側も受ける側も、それぞれが背後の異なる生活を経験してきて、自分自身の考えをもって生きている。したがって、両者の間には考え方の差異と隔たりがあることは事実である。だが、他方、看護という共通な立場で互いがアプローチする時、両者は人間としてお互いに影響しあう関係でもある。故に、看護師が患者の病気を予防したり、困難な病気に立ち向かう時に、相互作用を看護の中心課題として据えるのである。従って、看護師が患者と共通の目標に向かって進むためには、自分とは異なった他人である患者の抱えている問題を理解しなければならない。しかし、これはかなり困難な問題といえよう。それは、人間とは、個別の文化的背景の中で成長・発展してきた個人であり、その経験してきた内容を他人がどんなに理解しようとしても、そこにはおのずと限界があるのではないかと考える。それゆえ、他者を理解するためには、看護師は患者の病気に対する取り組み方、受け止め方を、その患者の見

方から理解しようとする態度、すなわち、共感的理解が必要となってくる。先行研究（永野，2000）では、マイクロカウンセリングの視点から評価者による、患者・看護者間の人間関係成立に必要な、共感度を測定する「共感的理解尺度 Empathic Understanding Scale; EUS」を確立した。これは先行研究の Emotional Empathy Scale; EES（堀内，山本，松井，1980）との内的整合性が既に検証されている。しかし、実際、異なった看護の臨床の場において、「EUS」が簡便な方法で、より少ない統制の中で信頼性・妥当性の得られたテストバッテリーとして耐えられるものかどうか調査を実施した結果、因子分析の結果において、2因子が抽出された。これは4因子抽出された先行研究の因子構造とは異なるものであった。評価者、テストの実施時期、質問項目の3元配置分散分析の結果では、各要因の主効果と2要因交互作用は、 $P \leq .0001$ で有意な差が認められた、しかし3要因交互作用は $P \leq .4227$ で有意な差は認められなかった。以上の結果から、評価者の評価項目に対する認識の違いおよび対象の認知への見解の相違が評価値に認められたものと考えられる。これらのことから、評価者の一貫した訓練の必要性、また、看護の臨床の場においては評価者による評価は非常に難易性が高いことなどが考えられる点を踏まえ、本研究では先行研究において確立した他者評価による「EUS」の質問項目に基づき、評価者を必要としない患者・看護者間の相互の関係における、看護者の自己評価による患者に対する共感の度合いを測定する「EUS/自己評価尺度」の確立を目的とした。

文献検討

ロジャーズ（C.R.Rogers,1967）のクライエント中心療法の概念が看護に取り入れられて以来30年間、欧米における看護の研究者等は共感の要素について看護の中で活用するために、研究を重ねながら共感の要素の測定を試みる努力をしてきている。しかし、我が国においては共感的理解を看護の臨床の場に適用する方法やその効果を測定する研究は、いまだ模索の段階にあると言えよう。それゆえに、患者一看護者の相互の関係において、看護者の患者に対する共感の要素の抽出とその度合いを測定するための努力が必要であると考えられる。

この共感についてロジャーズは、カウンセリングにおけるカウンセラーの態度として最も重要視されるとして強調している。そして、「クライエントの私的な世界をあたかも自分自身のものであるかのように感じ取り、（あたかも～のように）という性格を失なわないこと」（1967）と定義づけた。ロジャーズの共感的理解は、1個人としてのカウンセラーがクライエントの心をわかるためには、カウンセラー自身が自分の体験を基礎にして、クライエントの言葉や行動から彼の気持ち、および考えを、クライエントの立場に置きながら、あくまでもカウンセラーの感じ方で捉えることである。そして、カウンセラーはその捉えたことを応答という形により、クライエントに伝えていくことによって確認をし、クライエントの内面の感情や情動に近づけたように感じることができるようになる。その場合、決してカウンセラーは自己を失なわないことが重要であると指摘している。ロジャーズは、以上のような共感的理解をカウンセラーがクライエントに接する際の基本的な前提条件として重要視しているのである。

この共感について、アイビー（Ivey,A.E.1971.1978）のマイクロカウンセリング（Micro counseling）では、カウンセラーはクライエントの伝達する認知的側面を取り上げるのではなく、そこに内在する情動又は感情に反応することであるという。カウンセラーは、クライエントの表面に現れた感情とクライエントの内面の情動を理解することが必要である。そのためには、クライエントの表現している感情に注意し、言語化されたその内容を通して、どのように

クライアントがその思いを伝えているのかを聞き取らなければならない。聞きとったあと、カウンセラーは自ら捉えた感情、情動はクライアントに伝える。そして、クライアントの応答からカウンセラーの理解が正しいかどうか、判断できるようになる。このように、クライアントの感情、情動を正確に感じ取る「感情の反映」は、人間を援助する行為において非常に重要なもので、また共感を高めるうえでなくてはならないものである。看護師は、しばしば、患者の取り組み方、受け止め方をその患者の見方から理解しようとして、共感的理解を用いてカウンセリングの役割を行う。しかし、共感とは、主観的で個別的な認知によるものであることから捉えにくい概念で、患者—看護師対人関係において重要であると認めつつも、実際にどのように行動することが共感的理解に発展するかは明確ではない。

このマイクロカウンセリングは、1960年代米国のアイビー博士とその共同研究者等によって開発されたもので、(1)モデルを見る、(2)説明を聞く、(3)ロール・プレイ、(4)フィードバック、(5)再演、(6)役割交替の段階、の過程でトレーニングしていく方法である。そして、その技法には、かかわり行動、質問技法、いいかえ、要約技法、感情の反映技法によって構成されている。アイビーは、自ら開発したマイクロカウンセリングというセラピー (Therapy) の手法が、クライアントの感情と情動を理解する上で、有効な手段であることを力説している。これは、ロジャーズが指摘するところの「共感的理解」、つまり、内部的照合枠に近づく怒力の過程と同じであると考えられる。

トラベルビーは、はじめで、「看護は、対人関係のプロセスである」と述べているように、看護の臨床の場における看護師の患者に対する援助 (清潔、排泄、注射の技術等) の目的は、看護師と患者のところが互いに影響し合う関係を築き、患者の健康回復と、彼らの人生が人間らしい尊厳と意味のある人生へ変えられ発展することにある。それゆえに、援助の技術を用いて患者にかかわる看護師は、その人間関係においてラポールの形成を第1に考えることが必須である。それゆえ、他者を理解するためには看護師は患者の病気に対する取り組み方、受け止め方を、その患者の見方から理解しようとする共感的理解が求められる。

「EUS／自己評価尺度」の信頼性、妥当性の検証

目的

看護の臨床の場における、看護学生の患者に対する共感度を測定する信頼性、妥当性のある「EUS／自己評価尺度」の確立をはかる。

看護の臨床の場における他者評価による調査 (先行研究) では、評価者、実施時期、質問項目の3元配置分散分析の結果、主効果と2要因交互作用は、 $P \leq 0.0001$ で有意な差が認められたが3要因交互作用では、 $P \leq 0.4227$ があった。これは各評価者の評価項目に対する認知と認識の見解が異なることを意味している。それゆえ、より信頼性、妥当性のある共感的理解尺度の改善、そして一貫した評価ができるように評価者の訓練の必要性を示唆している。しかし、看護の臨床の場における他者評価による評価は、非常に難易度が高いことから看護師が評価者を必要せず、自己の共感の能力を測定できる自己評価による共感的理解尺度を確立することを本研究では目的とした。

方法

対象は、コミュニケーション技術のクラスを受講した、20歳から24歳までの精神科看護における、2週間から3週間の臨地実習に参加した看護の学生205人（2001年）、228人（2002年）、の計433人。施設は静岡県、千葉県、和歌山県、三重県における5施設である。

データは、自己評価にふさわしい表現に改善を加えた、21項目の「EUS/自己評価」、およびマイクロカウンセリングのVTRの視聴を使用して、2001年5月から12月と、2002年9月から12月の2年間にかけて調査し収集する。

手順；データは、臨地実習開始後1週間以内と終了後の1週間以内に収集された。尺度は、10センチメートルの直線上に一方の端を原点0とし、もう一方の端を10と印した、尺度構成法に基づく比尺度を用いて得点化した。評価の方法は、自己評価で実習開始前に刺激材料の「EUS/自己評価」のインストラクション30分とマイクロカウンセリングのVTRを30分視聴する。評価者は、質問項目に従って看護者の態度、行動が適切だと判断したならば、10に近い直線上に適切でないかと判断したならば、0に近い直線上に印しをしていく。評価は、1の項目からはじめ、前の質問項目や評価したものは見ないようにする。もし、質問項目の評価が困難な場合には、例示してある項目に近い態度、行動であれば同じ評価でよい。また、評価者は「EUS/自己評価」の21項目の調査用紙に記入漏れがないようにする。

分析；主因子法による因子分析を実施し、そして、先行研究との比較をして構成概念妥当性を検証する。

結果

本研究（2001年、2002年）では、先行研究と比較して「EUS/自己評価尺度」の構成概念妥当性を検証した。他者評価と同じ構造である4因子が抽出できるかどうかを、「EUS/自己評価尺度」21項目を使用して、実習前と実習後の調査で得られたデータを基に、主因子法のバリマックス回転で因子分析を実施した。結果、2001年、2002年の実習前・実習後の因子構造は、いずれも同じ4因子が抽出され、表-1、表-2の通りであった。実習前のEUS/自己評価値（2001&2002）433データによる因子分析の結果は、第1因子（17.4%）で、第2因子（12.9%）、第3因子（10.9%）、第4因子（9.0%）であった。これら4因子までの累積寄与率は50%であった。次に先行研究で抽出された因子と同じ項目で構成されているかどうかを、他者評価値と実習前の自己評価値（2001&2002）の相関値から比較してみると、実習前の自己評価尺度を構成している項目は他者評価尺度にほぼ同じものであった。それゆえ因子の構造は同じものであることが示された（表-3）。しかし、実習後ではそれほど認められなかった。並び替えられた質問項目は、第2因子に含まれたItem10とItem11は第1因子へ、第3因子に含まれたItem16は第1因子に並び替えられた。Item21は、第1因子のなかに追加されて構成されている。第3因子に含まれたItem17は第4因子へ、最後の第3因子に含まれたItem15は第3因子（本研究では発話促進的態度の因子に改めた）に並び替えられた。それぞれ抽出された因子を構成する項目に従って因子の名前を新たにした。

表-1 共感的理解尺度(自己評価)因子分析 (実習前・2001・2002)

質問項目	第1因子 受容的態度の因子	第2因子 感情と意味の 反映的態度の因子	第3因子 発話促進的態度の因子	第4因子 認知的態度の因子
(2001)				
項目 6	.757			
項目 20	.699			
項目 10	.680			
項目 4	.679			
項目 14	.670			
項目 16	.551			
項目 11	.398			
項目 11	.367			
項目 21		.731		
項目 1		.686		
項目 2		.631		
項目 8		.629		
項目 13		.572		
項目 9		.566		
項目 18			.766	
項目 7			.633	
項目 3			.496	
項目 5			.486	
項目 15				.660
項目 19				.577
項目 17				.488
項目 12				
(2002)				
項目 6	.782			
項目 10	.733			
項目 20	.652			
項目 4	.609			
項目 16	.579			
項目 14	.528			
項目 17	.444			
項目 1		.655		
項目 9		.616		
項目 13		.554		
項目 18		.529		
項目 8		.527		
項目 12		.487		
項目 2		.454		
項目 7			.725	
項目 3			.702	
項目 5			.523	
項目 11			.378	
項目 15				.561
項目 19				.444
項目 21				.442

因子抽出法：主因子法

表-2 共感の理解尺度（自己評価）因子分析（実習後 2001, 2002）

質問項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
(2001)				
項目 13	. 779			
項目 9	. 751			
項目 8	. 704			
項目 18	. 668			
項目 1	. 598			
項目 19	. 560			
項目 11	. 426			
項目 21	. 342	. 755		
項目 4		. 709		
項目 10		. 668		
項目 6		. 651		
項目 14		. 569		
項目 2		. 522		
項目 16			. 753	
項目 7			. 735	
項目 3			. 519	
項目 12			. 515	
項目 15			. 472	
項目 5				. 769
項目 17				. 585
項目 20				
(2002)				
項目 10	. 849			
項目 6	. 822			
項目 20	. 744			
項目 20	. 722			
項目 14	. 722			
項目 4	. 683			
項目 16	. 657			
項目 17	. 556			
項目 2	. 344	. 739		
項目 11		. 687		
項目 9		. 609		
項目 8		. 502		
項目 13		. 489		
項目 1		. 407		
項目 18			. 715	
項目 5			. 637	
項目 19			. 577	
項目 15			. 402	
項目 12				. 752
項目 21				. 576
項目 3				
項目 7				

因子抽出法：主因子法

表-3 共感的理解尺度 他者評価と自己評価の比較
自己評価（実習前）

質問項目	他 者	自己	変 化
項目 21	—	a	項目 21 は 本研究で新 たに加えた
項目 4	a	a	
項目 6	a	a	
項目 14	a	a	
項目 20	a	a	c to a r to a c to a r to c
項目 10	c	a	
項目 16	r	a	
項目 11	c	a	
項目 17	r	c	r to c
項目 12	c	c	
項目 19	c	c	
項目 1	r	r	
項目 2	r	r	r to v
項目 8	r	r	
項目 9	r	r	
項目 13	r	r	
項目 18	r	r	r to v
項目 5	v	v	
項目 15	r	v	
項目 3	v	v	
項目 7	v	v	

受容的態度の因子 (a)

感情と意味の反映的態度の因子 (r)

発話促進的態度の因子 (v)

認知的態度の因子 (c)

考察

臨地実習における、「EUS/自己評価尺度」で得られた実習前評価値の分析の結果、先行研究(2000)で抽出された「EUS/他者評価」と因子の構造は同じものであった。表3で示しているように、10, 11, 15, 16, 17の質問項目は並び替えられたが、各因子はほぼ同じ項目で構成されている。これらは他者評価における統制された条件下(ロール・プレイ、インストラクション、マイクロカウンセリングのVTRの視聴、フィードバック)の共感度と、現場で自己評価による実習前に測定した共感度とは同じものを測定していることを意味している。これは、実習前の「EUS/自己評価尺度」が先行研究で確立した「EUS/他者評価尺度」と同じ構成概念であることが示され、それゆえ妥当性があると考えられる。これら抽出されたそれぞれの各因子を構成している項目に対して妥当な名前を新たに検討した。すなわち、第1因子は「受容的態度の因子」、第2因子は「感情と意味の反映的態度の因子」、第3因子は「発話促進的態度の因子」、第4因子は「認知的態度の因子」に新ためた。次に、これら4つの因子の定義づけと態度は以下の様である。第1因子の「受容的態度の因子」は、クライアントの感情的な態度(怒り、恐れ、困惑)、または、拒否的な態度にもかかわらず、クライアントが1人しかいない価値のある人間として、無条件に肯定的に受け入れていくことである。クライアントは、自分自身の個人的な恐れ、または不安を体験している、最初の面接において、カウンセラーがクライアントと人間関係の確立を始めるにあたって、カウンセラーは、恐れを抱かないで友好的な思慮深い、温かい態度でクライアントに接していくことが必要である。カウンセラーは、自分のカウンセリング体験においてクライアントの恐れが全く初めての出来事、または、何か新鮮なものとしてであるかのように取り組むことである。そのことにより、カウンセラーはその人だけに向けられる注意を、1人1人のクライアントに対して与えることが可能となる。第2の「感情と意味の反映的態度の因子」は、カウンセラーはクライアントの絶えず移り変わる感情、すなわち、恐れ、怒り、悲しみ、喜び、困惑した感情の持つ意味を理解していくことである。そして、カウンセラーはクライアントの言語的、非言語的コミュニケーションに敏感であり、その中でも特に言語的な部分に焦点を当てたとき表現される。第3の「発話促進的態度の因子」は、カウンセラーがクライアントをよりよく知りたい、または理解するために、開かれた質問や閉ざされた質問をすることである。その結果クライアントは安心し自由な気持ちになり、自分自身を自由に表現できるように励ますことを意味している。そのとき、カウンセラーは自分自身の感情の流れを受け入れ、その感情を自由に表現していく。そのことからカウンセラーは、自分自身の感情的な壁をもたずに自己を解放的にし、純粋な態度でクライアントに接することができる。さらに、因子4の「認知的態度の因子」は、カウンセラーはクライアントのすべての面に十分な注意をはらうことである。クライアントの言語的・非言語的コミュニケーションに注目し、特にクライアントが無意識にあいまいに語ることを聞き取り、その感情を理解し、カウンセラー自身の言葉で要約して返していく。これらは、患者—看護師間の人間関係を確立していく態度の型を示すことになる。もし看護師が看護の現場で患者に高い共感を実践しているならば、これらの評価尺度は高い共感度が示されることになる。

結論

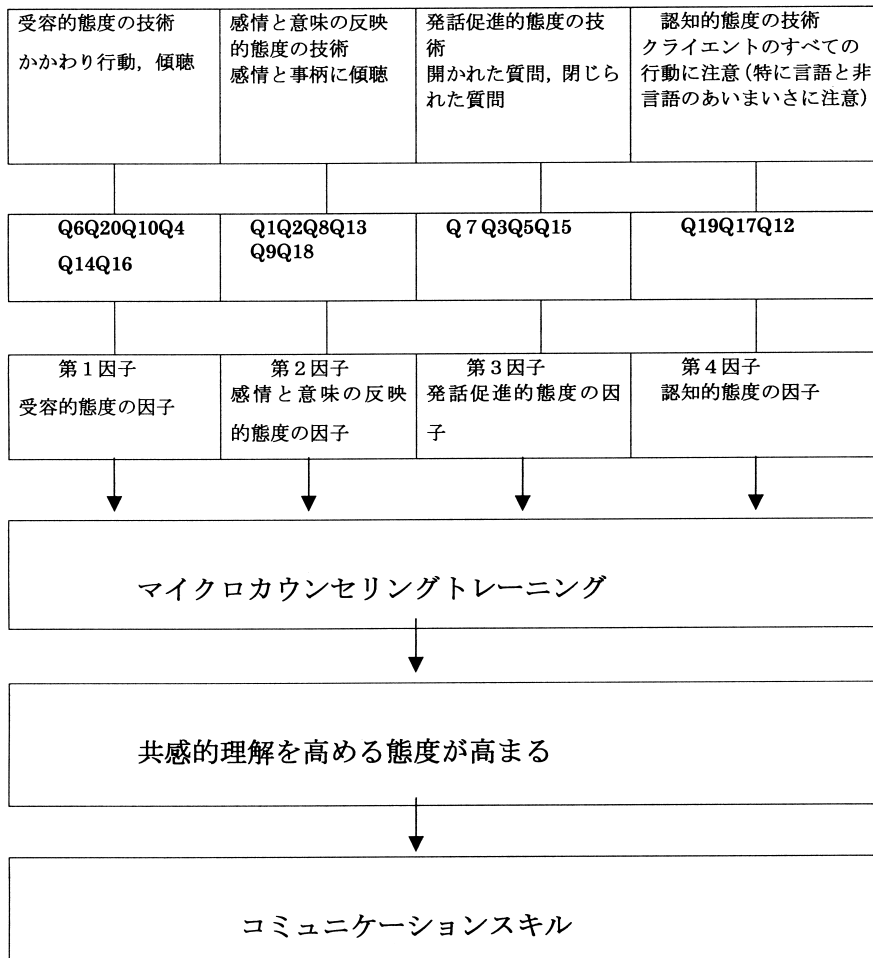
本研究は、看護の臨床の場で他者評価が非常に難易性が高いことから、評価者を必要としない自己評価尺度を確立することであった。本研究による「EUS/自己評価尺度 実習前」と、先行研究の他者評価「EUS」の尺度を構成している因子の構造はほぼ同じものであった。従っ

て、看護師が自己の共感度を測定する尺度として「EUS」が妥当性のあるものといえる。それゆえ、看護の臨床の場において、信頼性・妥当性のある第三者の評価を必要としない自己の共感度が測定できる自己評価尺度が使用可能なものとなった。これは実際、看護の現場で看護師が、患者—看護師間の人間関係を成立させていこうとする際、第1から第4の因子（技術）が、患者とのコミュニケーションを図る上でラポールの形成に寄与し、また、それらの指標の数値に留意することで看護師が患者に対してどの程度、共感を示しているかを判断することができる。

しかし、看護師が、「EUS/自己評価」を用いて患者に対する自己の共感度を測定する際、自己評価の1つの問題として看護師の自尊感情が大きく評価に影響を及ぼしていることがあげられる。ローゼンバーグ（Rosenberg, 1965）は、この自尊感情について「他者との比較によるものではなく、自己の評価と能力に関する感情的評価の度合い」と指摘しているが、看護師の患者に対するより正確な共感度を測定するためには、評価者自身の自尊感情を高める訓練も

表4 保健医療専門家のコミュニケーション技術トレーニングモデル

—マイクロカウンセリング的アプローチ—



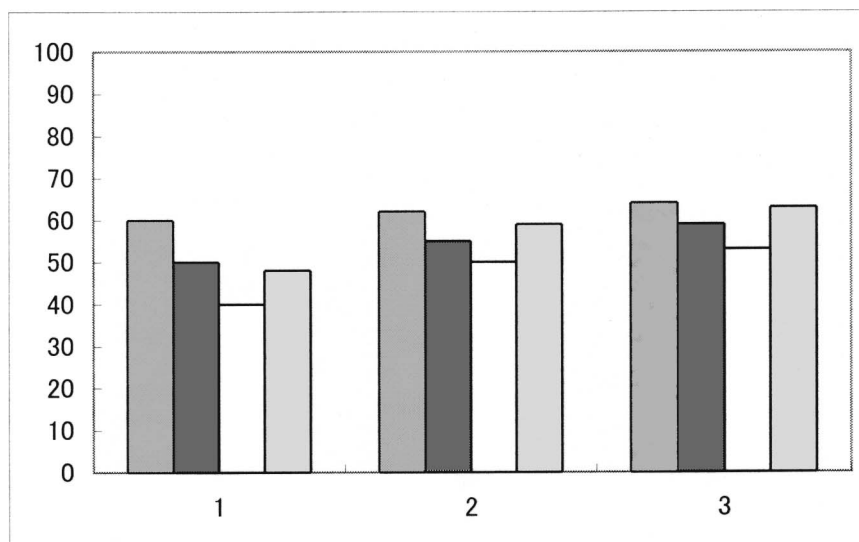


図 1. マイクロトレーニングによる 4 因子の変化

必要となってくる。今後の課題としては、その自尊感情を高めるための訓練の開発があげられる。先行研究における第三者による他者評価では、マイクロトレーニングによる評価者の訓練を事前に行い共感性を高めているが、本研究では「EUS/自己評価」を行う評価者（看護学生）のトレーニングは行われていない。今後、マイクロトレーニングによる訓練を自己評価者に行い、共感性を高めていく訓練をしていくことが大切である。コミュニケーショントレーニングモデル（表 4）は、尺度とマイクロトレーニングによって共感性を高めコミュニケーションスキルを上達させるためのモデルである。これら 4 つの因子すなわち、第 1 因子の「受容的態度の技術」、第 2 因子の「感情と意味の反映的態度の技術」、第 3 因子の「発話促進的態度の技術」、第 4 因子の「認知的態度の技術」は、マイクロトレーニングを行うことにより高まるというトレーニングの有効性は既の実証されている（図 1）。インストラクション、フィードバック、再演を行うことにより、それぞれの技術は高められ、その結果、表 4 に示している共感的理解の態度は高まり、それにより、看護師の患者に対するコミュニケーションスキルを改善し上達していくことにもつながるのである。

謝辞

本研究をすすめるにあたり、データ収集に御協力いただいた千田敬子氏、間文彦氏、日下部すみ子氏、ならびに調査に御協力いただいた皆様その他多くの皆様方に心より感謝申し上げます。なお、調査協力者の被験者には、全員、資料による十分な説明をした後、紙面による同意書を得ている。本研究は平成 13 年度、14 年度静岡県立大学教員特別研究費補助金を受けて実施した。

引用・参考文献：

Joyce Travelbee: Interpersonal Aspects of Nursing, 3rd ed, 1971./長谷川浩訳：人間対人間の看護，第 1 版，医学書院、pp4-25, 1974.

永野ひろ子，共感的理解に関する研究：カウンセラー-クライアント間における基礎的実験に

よる一考察, Tokiwa Journal of Human Science No.5 Feb.1997,p101-117.

Mehrabian & Epstein orman, A Measure of Emotional Empathy, Journal of Personality, 1972,40.pp525-545.

堀内洋道・山本真理子・松井豊, 心理尺度ファイルー人間と社会を測る, 垣内出版, pp332-326
加藤隆勝, 高木英明, 情動的共感性尺度 6 (EES;Emotional Empathy, Journal of Personality) 1980.

Hiroko Nagano, Empathic Understanding: Constructing an Evaluation Scale from the Microcounseling Approach, Nursing, & Health Sciences(2000)2, 17-27).

C.R.Rogers:Theory of Personality and Therapy,1965,/伊東博編訳:パーソナリティ理論、岩崎学術社、pp107-109,1967.

Allen E.Ivey:Introduction to Micro counseling, 1971.1978. /福原真知子訳、マイクロカウンセリング、川島書店、pp21-79,1985.

Carl.R.Rogers:A Way of Being,1985./畠瀬直子監訳:人間尊重の心理学、第1版、創元社、pp128-152,1984.

Carl.R.Rogers:On Interpersonal Relationships,/1965./畠瀬稔編訳、人間関係論、岩崎学術出版社、1967.

Carl.R.Rogers:Becoming A Person,1965./村山正治編訳:人間論、岩崎学術出版社、1967.

Carl.R.Rogers:Theory of Personality and Therapy,1965./伊東博編訳:パーソナリティ理論、岩崎学術出版社、1967.

(2003年11月4日受理)

