

静岡県立大学短期大学部
特別研究報告書（13・14年度）— 25

「共感的理解尺度；EUS」自己評価表の作成に関する研究 看護学生の援助行為における基礎的カウンセリング技術向上の試み

永野ひろ子・長谷川雅美・間文彦・千田敬子

Empathic Understanding Scale : Research to Develop a
Self Evaluation Form
— Endeavoring to Improve Nursing Students' Basic
Counseling Skills to Enhance Helping Behavior

NAGANO,Hiroko and HASEGAWA,Masami and
HAZAMA,Fumihiko and CHIDA,Keiko

< はじめに >

本研究の目的は、看護の臨床の場における、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 自己評価表」を確立することにある。看護師が患者をケアする時に、第一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る。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。一人の看護師と援助を必要とする個人とで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お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。そして、

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，看護の中心課題として相互作用を据えるのである。だから，看護師は、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。先行研究では，マイクロカウンセリングをもとにして，患者・看護者間の人間関係成立に必要な技術を導き出すことを目的に，評価者による「共感的理解尺度 Empathic Understanding Scale; EUS」を確立した。

実際，異なった看護の臨床の場において，「共感的理解尺度」が簡便な方法で，より少ない統制の中で信頼性の得られたテストバッテリーとして耐えられるものとして使用することが可能かどうかの調査をすすめた，その結果，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が異なることが評価値に影響が認められた。これらのことから，一貫した評価者の訓練の必要性がもとめられ，そのための評価者用トレーニングプログラムの検討，さらには，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が考えられた。以上のことを踏まえて，第3回調査研究においては，評価者を必要としない自己評価による「共感的理解尺度」を開発することを目的に，先行研究において確立した，「共感的理解尺度」の質問項目をもとに患者・看護者間の相互の関係において，看護者の患者に対する共感の度合いを測定する「共感的理解尺度」自己評価表を作成することを目的とした。

<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「共感的理解尺度 自己評価表」の確立をはかる。

<文献検討>

ロジャーズ（C.R.Rogers,1957）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，看護の研究者らは，研究を重ねながら共感の要素について，看護の中で活用されるための共感の測定を試みる努力をしてきている。しかし，我が国において共感的理解を看護の臨床の場に適用するのに，必要な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—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度合いを測定するための努力が必要である。

カウンセリングは，カウンセラーとクライエントとの人間関係の成立する中で，クライエントの知覚を通じて，彼の心に働きかけ，かわり，彼の問題解決やパーソナリティーの建設的变化に対して援助的試みを行なおうとする働きかけである。その場合，対人関係の成立や人間的成長の促進に対してカウンセラーの言葉，態度，

行動は大きな意味をもつ。ロジャーズは、カウンセラーの基本的な態度に(1)無条件の肯定的配慮、(2)自己一致の態度、(3)共感的理解の3つの基本的条件をあげている。これらの態度が効果的に機能するとき、相乗効果でカウンセラー・クライアント間が有効なものになると、その重要性の一つに共感をあげている。

この共感について、ロジャーズ(C.R.Rogers,1967)は、カウンセリングにおいて重視されるカウンセラーの態度として、「クライア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、しかもこの“あたかも～のように”(as if)という性格を失わないこと」²⁾であると強調し、これを共感的理解と定義づけた。ロジャーズのいう共感的理解は、一個人としてのカウンセラーがクライアントの心をわかる為には、カウンセラーとしての自らの体験を基礎にして、クライアントの言葉や行動から彼の気持ちや思い、考えを、クライア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、カウンセラーは捉えたことを応答という形により、クライアントに伝えていくことによって確認をし、クライア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の自己を失わないことが重要であることをロジャーズは強調している。³⁾ロジャーズにとって、以上の共感的理解がクライアントに接する際の基本的な前提条件となっている。

また、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ア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、クライアントの表面に現れた感情とクライアントの内面の情動を理解することが必要である。⁴⁾そのためには、クライア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的役割を行う。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。

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によって開発されたものである、(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ものである。ア

イビイは、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指摘している。⁵⁾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努力の過程と同じであると考ええる。

看護領域における共感の見解に移してみれば、共感について、モース（1992）を筆頭とする研究グループは、心理学と看護学とから共感の構成要素の再検討を行い、そして、その構成要素は四要素から成り立ち、それぞれ道徳的、情緒的、認知的、行動的要素から成立することを指摘している。⁶⁾小代(1989)の場合、看護師の認知による共感の構造とそのプロセスは、いくつかの構成要素で成り立つと考えている。その要素は、共感者被共感者、および両者の相互作用という、三つの構成要素であるとしている。そして、共感的影響を及ぼす具体的な因子は、看護師の患者への興味、関心、ケアへの積極的姿勢、精神的ゆとり、類似体験、年齢、経験年数、性格などがあげられる。⁷⁾

以上のことから考えることだが、共感的理解は、個々の人間の主観的な認知によるものであり、捉えにくい概念である。しかし、多くの看護研究者らも認めているように、患者を理解し彼らとのコミュニケーションを発展する上で、「共感的理解」は、特に患者の感情や情動を理解していくためには、ますます求められる態度である。筆者は、この「共感的理解」を看護のプロセスにおける、患者—看護師の人間関係にとって意味のある概念である。したがって、この共感的理解が精密に測定できるようになれば、看護ケアの質を評価する研究の発展や、看護の質の向上を目指す臨床での活動に寄与できると考えた。本研究では、パイロットスタディにおいて、マイクロカウンセリングの視点から、基礎的な尺度の項目を抽出し、さらに、より拡大した標本数を用いて、信頼性、妥当性を検証した結果、先行研究のパイロットスタディで抽出された、共感的理解尺度を構成する因子と同じ構造であることが明らかになった。そして、今回、看護の臨床の場における評価者を必要としない、共感的理解尺度の自己評価表の確立を試みた。

<パイロットスタディ>

第一に、共感的理解の態度・行動を高めるための実験計画は、ロジャーズの“共感的理解”の概念を枠組みとして、マイクロカウンセリング法を用いて作成した。質問紙は、ロジャーズの共感の概念を基礎にして、モース(mores 1992)らの見解(道徳的要素、情緒的要素、行動的要素、認知的要素)と、アイビイのマイクロカウンセリングから、共感的理解の態度・行動が高まるであろうと考えた質問項目を検討し、カウンセラーのクライアントに接する時の技術の向上を評価できると思われる23の評価項目を作成した。そして、これを用いて評価者のカウンセリング場面でのカウンセラーの行動を評価した得点を尺度化することで、カウンセラーのクライアントに対する共感度を高めるのにふさわしい動作や態度の向上度を示す尺度を確立することができると考えた。そこで、マイクロカウンセリングのトレーニング法に基づき、二人の被験者によって実験的に仮想的カウンセラー・クライアント関

係を作り，そこでのカウンセラー役の被験者がカウンセリング中にどのような態度・行動をとっているかを評価者は評価する。なお，質問項目の作成にあたり，ロジャーズ派のカウンセラーとマイクロカウンセリングのスーパーバイザーのスーパービジョンを受けた。

「共感的理解尺度」に関する構成概念妥当性の検証には，情動的共感性尺度（Emotional Empathy Scale; EES）を使用した。それは，筆者が，共感を Emotional Empathy であると考え，Meridian & Epstein(1972)によって作成され，さらに加藤・高木（1980）らが日本人の生活感情や，生活条件に合わせて翻案・修正された，情動的共感性尺度を採択した。これは，3つの下位尺度からなる，25項目の質問項目で構成された情動的共感性尺度である。尺度（EES）は「感情的暖かさ」，尺度（EES）は「感情的冷淡さ」，尺度（EES）は「感情的被影響性」から成り立つもので，信頼性、妥当性が支持されている。ここでの分析に関しては，それぞれの尺度を EES，EES，EES と呼ぶことにする。

方法

本研究における対象者は，静岡市の某病院の精神科に勤務する看護師8名と保健師学生10名の研究承諾が得られた18名である。被験者の条件は，未婚であることや経験年数1～2年目（看護師の場合）に限られ，その年齢の幅は23歳～24歳までとし，同時に看護師の資格を有することである。ロール・プレイにおいて，クライアント役（以下クライアント役を CL，カウンセラー役を CO と呼ぶ）を演ずる側の相談課題は，臨床場面あるいは日常生活において，現実の問題となっている看護師と上司または，同僚との問題とした。実験を行なう場所は，新設3年目の県立病院のモニターカメラ（TOA KK COMMUNICATION CC-5914）とモニターテレビ（ソニー-TVM2120）の設置してある観察室と外来児童診察室を使用した。実験室には，放映用と録画用の VTR（ビクター-HR-5800）を設置する。実験は，マイクロカウンセリング法に基づき，ロール・プレイは第一回目の刺激材料なしの前水準，マイクロカウンセリング法の VTR を見せる（第2回目），第2回目のロール・プレイを見たうえで，改善を図ってから行う（第3回目）を両者に行なった。刺激材料の VTR 「マイクロカウンセリング」の技法は，かわり行動，質問技法，感情の反映技法，いいかえ・要約技法の順で被験者に示し，その時間は各5分とした。

また，2回目のロール・プレイにおいて，記録した VTR でフィードバックを与え，3回目のロール・プレイを行う。各ロール・プレイで CO と CL は役割を交替して，前述したものと同様の要領でロール・プレイを行う。両者が終了した段階で，一つのトピックについての一連の過程が終了し，次の技法に入る。以下同様の手順で4つの技法全部を進行していく。最後に，EES 尺度で各被験者に10分間でテストを外来診察室で行なった。評価者は，臨床心理士，カウンセラー，精神科看護の専門家の7名であった。評価者は，事前に項目の評価者間による誤差を最小限にするた

めに観測視点の検討を行った。そして、18名の被験者のロール・プレイの場面を（ナショナルテープ使用）を見ながら、項目に沿ってロール・プレイ中のCOとCLの間で交わされているやり取りから、COの動作および態度について評価する。尺度は、量推定法の変形による比尺度の尺度構成法を使用した。それは、原点0とし、10センチメートルの位置を10印したものである。評価は、各項目にたいして、7名の評価者が最も適切だと思った時は、10の位置側へ、適切でないと思った時は、0の位置側へ評価の位置を直線上に印す様に依頼した。これらの計測を行い、得点化していった。データは、主因子法による因子分析、二元配置分散分析、重回帰分析を行った。

尺度の開発

因子分析の結果、抽出された4因子は表1.に示した通りであった。第一因子は48.4%、第二因子は18.2%、第三因子は6.1%、最後の第四因子は5.2%で、4因子までで累積寄与率77.9%を得ている。それぞれの因子を構成している項目の共通する特性を解釈すると、第一因子はクライアントの情緒・情動を良く聴き取ろうとする、認知的態度の度合いを示す「認知的態度の因子」と解釈される。第二因子は、クライアントの話の内容を暖かい気持ちで受け入れていく、態度の度合いを表している「受容的態度の因子」と解釈される。第三因子は、クライアントが訴えようとしている内容を容易に、そして、自由に表現できるように促す態度の度合いを示す「発話促進的態度の因子」と解釈される。第四因子は、クライアントが抱えている問題を正しく認識している度合い、および、クライアント自身が持っている問題を、自分自身でどの程度認識しているかを知る「確認的態度の因子」と解釈される。これらの因子の中で、48.4%を占める第一因子の「認知的態度の因子」は、最も重みの高い因子である。

因子分析によって、抽出された因子を基準として前水準の一回目のロール・プレイ、インストラクションおよびモデルのVTRの視聴を行った、二回目のロール・プレイ、そして、フィードバックした三回目のロール・プレイの計3回の評価値が、COのとり態度・行動が共感的理解を深めていく態度へと進化したか、その結果は図1の通りであった。すなわち、いずれの因子も、ロール・プレイの回を追うごとに、評価得点は上昇していった。二元配置分散分析の結果、4つの因子間に危険率1% $p \leq .01$ で有意な差があることが示された。これは、VTRの視聴、フィードバックを行なう毎にカウンセリング場面において、共感的な動作、態度が確立していく過程を示しているものであると解釈することができるであろう。両要因間に交互作用は認められなかった。これは、それぞれの要因が独立して得点に寄与していることを示している。

Table 1. Four factors extracted as a result of factor analysis

Factor	Factor 1 cognitive awareness attitude	Factor 2 acceptance attitude	Factor 3 verbalization prompting attitude	Factor 4 confirmation attitude
Item	Contribution ratio 48.4%	Contribution ratio 18.2%	Contribution ratio 6.1%	Contribution ratio 5.2%
Item14	0.448			
Item15	0.556			
Item18	0.542			
Item19	0.392			
Item20	0.582			
Item21	0.589			
Item22	0.629			
Item23	0.621			
Item1		0.852		
Item2		0.844		
Item3		0.854		
Item4		0.888		
Item5		0.828		
Item6		0.816		
Item7		0.621		
Item8			0.496	
Item12			0.731	
Item13			0.685	
Item9				0.647
Item10				0.674
Item11				0.511
Item16				0.427
Item17				0.448

結果

本研究において、抽出された4つの因子と共感的理解との関連において述べると次の通りである。共感的理解は、カウンセラーがクライアントから受け取る彼の反応を確認しながら認知した相手の問題を確かめていく過程である。肝心の点は、カウンセラーという他人が客観的にクライアントの「私的世界」を理解することである。つまり、「内部的照合枠」に近づいたかのように努力することにある。これが

共感的理解であると考え。第一因子の「認知的態度の因子」は、クライアントの「私的世界」を理解することが実現可能となるように、クライアントの情緒・情動を聴き取り、認知することである。

第四因子の「確認的態度の因子」により、カウンセラーは捉えたクライアントの問題をカウンセラーの言葉で言い返す。さらに、カウンセラーとして、クライアントが自分の問題を、どの程度まで自己認識しているかを、確認していくことである。これらの過程を通して、カウンセラーはクライアントの「内部的照合枠」に近づく努力をしていくことが可能になる。そして、第二因子の「受容的態度の因子」および第三の「発話促進的態度の因子」は、共にカウンセラーがクライアントに対して無条件に容認し、しかも暖かい態度で接していくことである。前者の「受容的態度の因子」に示され、「発話促進的態度の因子」に関してみれば、カウンセラーは瞬間に彼自身が感じる心の内部の感情に素直になって、ありのままの自己を受け入れることができる。これらの態度的因子が欠けている限り、カウンセラーは、クライアントを受け入れていく能力に限界がでてくる。それは、人間は自己を受け入れていくのに応じて、他人を受け入れることが可能になるということからも、これらの因子が重要である。クライアントは、絶えず揺れ動く感情の流れの中で、カウンセラーに対して、かたくなに拒み続けている。だが、カウンセラーの見せかけのない真実な態度を示し続けることによって、クライアント自身の心を開かせていくのである。そして、クライアントは気兼ねのない自由な気分になって、最終的には自分の抱えるいろいろな問題や悩みを何でも話すことになるのではないかと考える。

四つの因子の内、「受容的態度の因子」と、カウンセラーの「発話促進的態度の因子」の二つの因子は、ロジャーズが説くセラピーの理論において、必要にして十分な条件として考えているもの、すなわち、「無条件の肯定的配慮」と「自己一致」にそれぞれが対応している。そして、この二つの因子が相互的に働くとき、共感的理解は相乗効果を受けて、有効なものに高まるのである。

看護者の共感的理解を高めていくために、マイクロカウンセリング法（インストラクション、マイクロカウンセリング法のVTRの視聴、フィードバック）に基づく手続きを経て行った実験の結果を因子分析し、その結果、抽出された四つの因子に基づいて検討してみると、「認知的態度の因子」、そして、「受容的態度の因子」、「発話促進的態度の因子」および「確認的態度の因子」のいずれの因子も、ロール・プレイの回数を重ねる毎に、高い得点が得られた（図1）。

このように評価得点が上昇していくということは、カウンセラーのとり動作や態度が、共感的理解を深めていく過程であることを意味する。

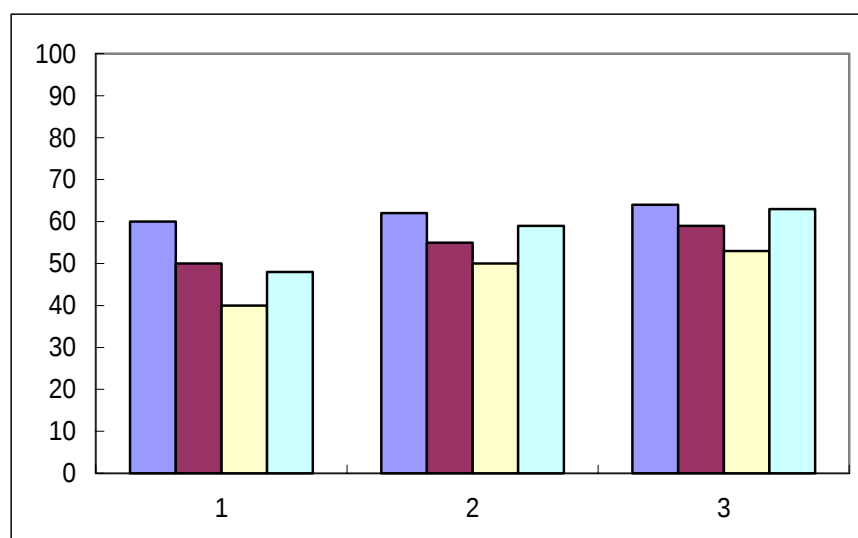


Figure 1. Factor variations after mean evaluations on each role play.
Factor 1, Factor 2, Factor 3, Factor 4.

考察

これまでに述べた実験の結果から、それぞれのロール・プレイにおいて、四つの因子の得点が高まっていることが明らかになった。そこで、信頼性が支持されている情動的共感性尺度を用いて構成概念妥当性を重回帰分析により、検討した。EESを目的変数とし、因子1を構成しているItemを説明変数とした時、重決定係数は.518(52%)であった。同様にEESと因子1では.777、EESと因子1では.398であった。EESと因子2では重決定係数.421で、そして、EESと因子4では.405であった。EESと因子2では.439であった。これ以外の下位尺度では、目的変数を説明できる割合が40%未満であった。これらの結果から、因子1「認知的態度の因子」と因子2「受容的態度の因子」は、EESとEESに低いながらも一致している。次に、四つの因子を説明変数として、EESのそれぞれの尺度が説明できるか、重回帰分析をした結果は表2の通りであった。EESと4因子で重相関係数は.617、重決定係数は.381で、EESは40%まで説明できるという結果であった。これ以外では40%未満であった、しかしながら、EESと四つの因子の中で最も重みをもつ因子1とは重回帰分析の得点(.617)から明らかなように、相関が高いことが示されている。さらに、信頼性が支持されているEESと40%以上の相関が示されている。すなわち、共感的理解尺度は、共感を測定するのに信頼性、妥当性があることを示している。

Table 2. The multiple correlation scores(MCS)and the coefficients of determination(R^2)and the Emotional Empathy Scale(EES)and the four factors from Table .

	Factor1 MCS R^2	Factor2 MCS R^2	Factor3 MCS R^2	Factor4 MCS R^2	All FourFactors MCS R^2
EES	0.720 52%	0.649 42%	0.438 20%	0.492 24%	0.617 38%
	0.518	0.421	0.192	0.242	0.381
EES	0.882 78%	0.333 11%	0.468 22%	0.637 40%	0.499 25%
	0.777	0.111	0.219	0.405	0.249
EES	0.631 40%	0.663 44%	0.376 14%	0.382 15%	0.211 5%
	0.398	0.439	0.141	0.146	0.045

因子1と感情的暖かさ,感情的冷淡さ,感情的被影響性の下位尺度から成るEESとの間において,高い相関が認められる(表2)。因子1は,クライアントとカウンセラーの関係において,情緒・情動的な視点からとらえようとする,「認知的態度の因子」を示している。従って,因子1の定義は,カウンセラーがクライアントの言語化されずに,個人が体験している感情・情動を聞き取ろうと,耳を傾け認知することである。さらに,カウンセラーが認知したクライアントの意味や情緒・情動をクライアントに返し,その反応から確認していくことである。EES下位尺度と因子2の相関は弱い,がしかし内的整合性を示していることから,「受容的態度の因子」の定義を、カウンセラーがクライアントの話しの内容を温かい気持ちで受け入れていく態度・行動とした。個人は,自己理解や自己概念,態度および自発的行動を変化させて成長していこうとする生命力を本質的に内在させている。ロジャーズは,あらゆる生命体には「実現化傾向」が内在していると言っている(1984)。カウンセラーがクライアントに接する時の態度として,人間本性として,その内部に潜む生命力を信じ続ける人間観をもつことが受容的態度には求められている。EESと因子3,因子4の間の相関は認められなかった。それは,(1)短時間のロール・プレイにおいては,確認するような会話をを用いることに限界があったこと,(2)被験者同士が同僚ということもあって,因子3と因子4の項目を使う必要はなかったことである。

共感度は、因子1と因子2に関係が認められ、因子3と因子4は関係が低いものと思われる。しかしながら、臨床で因子1、因子2を使う時に、4つの因子の相乗効果で共感的理解度は高まるものとする。特に、因子3はカウンセラー自身の自己統制力および寛容性の度合いを明らかにするもので、ロジャーズのいう純粋性（自己一致）と同じものとする。これは、カウンセラーがクライアントに接する時に、仮面で接することなく、自己自身であり続けることに関係しているものとする。

本研究は、共感的理解の向上度を測定する為の尺度と、その要素の確立を目的とした。しかしながら、ここで抽出された4因子は、データの標本数が小さいこと、そして、看護師の立場から捉えたものであり、クライアントからではない。今後は、抽出できた4つの因子を使って、より信頼性、妥当性のある「共感的理解」テスト用紙を作成することである。

< 尺度の妥当性 >

先行研究によって抽出された4因子に基づき、信頼性、妥当性のある共感的理解の度合いを測定する、尺度の改善を図ることを目的とした。被験者は、コミュニケーション技術のクラスと臨地実習の経験をもっている、21歳の看護学生で、すべての参加者からは注意事項を指示した説明書に基づき説明を行ない、参加することの同意書を得ていた。ロール・プレイは先行研究に同様、マイクロカウンセリング法に基づくもので、時間は7分間で、クライアント役の相談の話題は実際的なものとした。被験者は、ロール・プレイを行なう前に、マイクロカウンセリングの4つの技法のVTRを視聴し、ロール・プレイを行なった。ロール・プレイの場面は1回とし、カウンセラー役とクライアント役は役割を交替して実施した。

パイロットスタディにおいて、共感的理解が高まるであろうと思われた、23の項目から4つの因子が抽出された（表1）。本研究では、パイロットスタディにおいて抽出した、4因子から成る20項目を評価尺度として使用した。修士の学位を持つ5人の評価者は、各看護大学の教員で構成した。そして、カウンセラー役とクライアント役の間で行なわれているロール・プレイを観察し、その態度・行動を評価し、比尺度を用いて20の質問項目を得点化した。分析の方法は、主因子法による因子分析を行ない、結果、4因子が抽出され、累積寄与率は71.5%であった。これは、パイロットスタディによって明らかにされた4因子と構造が同じものであった。しかしながら、得点が異なっていることから、因子の名前は新たにされた。以来、本研究における尺度の構成は、パイロットスタディとの構成概念妥当性は認められるものとする。

Table 3. Four factors extracted as a result of factor analysis

Previous Item	New Factor	Factor2 cognitive awareness attitude	Factor1 acceptance attitude	Factor4 verbalization prompting attitude	Factor3 reflective attitude regarding emotions and meaning
	Contribution ratio13.4%	Contribution ratio42.1%	Contribution ratio5.6%	Contribution ratio10.4%	
Item1			0.556		
Item2			0.806		
Item3Previous			0.737		
Item4Factor2			0.645		
Item6			0.785		
Item11	0.425				
Item13	0.517				
Item10Previous	0.695				
Item Factors	0.649				
Item9 3and4	0.548				
Item15					0.649
Item16					0.694
Item17Previous					0.643
Item20Factors					0.552
Item21 1and 4					0.444
Item22					0.669
Item23					0.489
Item			0.701		
Item8 Previous			0.710		
Item12 Factor3			0.391		

第二の研究で抽出された四つの因子を解釈すると、次のとおりであった。すなわち、第一因子の「受容的態度の因子」は、いかに無条件にカウンセラーはクライアントを受け入れていくかを示している。第二因子の「認知的態度の因子」は、カウンセラーはクライアントの表している感情と情動を認知し、聞き取った時にいかに素早く、深くクライアントの悩みを理解することができるかを示している。第三因子の「感情と意味の反映的態度の因子」は、カウンセラーがクライアントの感情や行動の意味を知覚し、確認することである。第四因子の「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深く理解したい、知りたいという気持ちをクライアントに示していくことで、クライアントを励まし、自由にさせることと解釈する。表3における受容的態度の因子は、パイロットスタディの因子2と同じものである。因子2の認知的態度の因子は、表1では第3因子と第4因子の合成であり、表3で新たに第2因子と構成された。因子3の感情と意味の反映的態度の因子は、パイロットスタディにおける因子1と同じ構成である。しかし、表3では再構成によってこの因子は、より妥当な因子の名前に改めた。因子4の発話促進的態度の因子は、因子2と3の混合で、表3において新たに因子4と改めた。これら四つの因子は、共感的理解の態度と行動の確立のプロセスを示している。

<「共感的理解尺度」自己評価表の信頼性、妥当性の検証>

研究1

目的

本研究では、共感的理解尺度を看護の臨床の場で看護師が使えるよう、簡便な信頼性のある共感的理解尺度を確立することにある。

方法

被験者は、静岡県内外の大学、短期大学、看護専門学校の4施設における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歳までの看護学生である。すべての被験者からは、同意書を得ている。調査時期は、実習1週間以内と終了1週間以内であった。評価方法は、先行研究に同様、比尺度を用いて11人の各教育施設の実習指導担当者であった。分析方法は、主因子法による因子分析および、三元配置分散分析を用いた。

結果

因子分析の結果、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。さらに、評価者、テストの実施時期、質問項目の三元配置分散分析の結果、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が、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。

研究2

目的

研究1において、三元配置分散分析の評価者の主効果に注目すると、 $P \leq .0001$ から、評価者の評価項目の認識と認知の見解が異なることを示している。これは、よ

り統制された評価を通して、信頼性、妥当性のある共感的理解尺度の改善、または評価者の訓練の必要性を示唆している。そこで、研究2においては、看護の臨床の場において評価者による評価は、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による、共感的理解尺度を確立することを目的とした。

方法

対象：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、施設は静岡県、千葉県、和歌山県、三重県における5施設でした。2) 調査期間：平成13年5月から12月、3) 刺激材料：21項目の「EUS 自己評価表」調査用紙と10項目の自尊感情尺度（以下 Self-Esteem Scale; SES とした）調査用紙、およびマイクロカウンセリングのVTRの視聴、3) 手順：調査時間は、臨地実習開始後1週間以内と終了後の1週間以内、4) 尺度：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、5) 評価方法：自己評価方法で、実習開始前に刺激材料の「EUS」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、評価は例示してある項目に近い態度、行動であればよいとする。また、評価者は「EUS」の21項目の調査用紙に記入漏れがないようにする。分析方法：(1) 主因子法に基づく因子分析を実施、(2) 先行研究との構成概念妥当性の検証。

結果

「共感的理解尺度」自己評価表と先行研究の構成概念妥当性を検証するために、最初に、「共感的理解尺度」自己評価表21項目の自己評価表を使用して、実習前と実習後の調査で得られたデータ数205を因子分析した。先行研究と同様に、4因子が抽出できるかどうかを主因子法による因子分析を実施した結果、バリマックス回転法の因子分析で、臨地実習前・後のいずれにおいても、4つの因子が抽出され、表-4の通りであった。これは、先行研究で確立された評価者によって抽出された「EUS」と同じ因子の構造を示している。(2) 今回、抽出された4因子を構成している概念が、先行研究で抽出された4因子の構成概念と、一致度が認められるかどうかをみた、その結果は表-5の通りであった。他者評価と自己評価の二者の相関値から比較してみると、発話促進的態度の因子(v)は感情と意味の反映的態度の因子(r)へ、Item10の認知的態度の因子(c)は、受容的態度の因子(a)に又、Item5、Item15の認知的態度の因子(c)は、発話促進的態度の因子(v)に、感情と意味の反映的態度の因子(r)は、受容的態度の因子(a)に変化した。最後の受容的態度の因子(a)は、認知的態度の因子(c)へと変化した。が、ほぼ同じ概念で因子を構成していることがわかる。

表-4 共感的理解尺度(自己評價) 因子分析

	因 子			
	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子
PRE Q 6	.757			
PRE Q 20	.699			
PRE Q 10	.680			
PRE Q 4	.679			
PRE Q 14	.670			
PRE Q 16	.551			
PRE Q 11	.398			
PRE Q 21	.367			
PRE Q 1		.731		
PRE Q 2		.686		
PRE Q 8		.631		
PRE Q 13		.629		
PRE Q 9		.572		
PRE Q 18		.566		
PRE Q 7			.766	
PRE Q 3			.633	
PRE Q 5			.496	
PRE Q 15			.486	
PRE Q 19				.660
PRE Q 17				.577
PRE Q12				.488

因子抽出法：主因子法

表-5 共感的理解尺度 他者評価と自己評価の比較

Pre 自己評価で並べ替え

質問項目	他 者	Pre 自己	変 化
PRE Q 2 1	—	a	
PRE Q 4	a	a	
PRE Q 6	a	a	
PRE Q 1 4	a	a	
PRE Q 2 0	a	a	
PRE Q 1 0	c	a	C to a
PRE Q 1 6	r	a	r to a
PRE Q 1 1	v	a	v to a
PRE Q 1 7	a	c	a to c
PRE Q 1 2	c	c	
PRE Q 1 9	c	c	
PRE Q 1	r	r	
PRE Q 2	r	r	
PRE Q 8	r	r	
PRE Q 9	r	r	
PRE Q 1 3	r	r	
PRE Q 1 8	r	r	
PRE Q 5	c	v	C to V
PRE Q 1 5	c	v	C to V
PRE Q 3	v	v	
PRE Q 7	v	v	

考察

今回、臨地実習において、評価者によらない共感的理解尺度で得られた因子の構造は、先行研究で抽出された他者評価における「共感的理解」尺度と同じ4つの因子が抽出され、因子構造は同じものであった。これは、他者評価において、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）で共感度を測定した場合と、臨地実習における実習前の自己評価による測定した共感度とは同じものを測定していることを示している。表5で、10、16、11、17、5、15の質問項目の変化は認めるが、各因子を構成している質問項目は、同じ項目で構成されていることを示している。これは、実習前の「共感的理解尺度」自己評価表が先行研究で確立した「共感的理解尺度」他者評価表と同じ構成概念であることを示している。従って、妥当性があるものといえる。これら、抽出された4因子を、先行研究の因子と対応させてみると、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「確認的態度の因子」であるといっていよい。

これら4つの因子が、患者・看護師間人間関係を確立するためにどのように有益であるか、その定義について述べると次のようであった。因子1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、クライアントが一人しかいない、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、一人一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「認知的態度の因子」は、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。カウンセラーはクライアントの問題に耳を傾け、聞き取ったことをカウンセラー自身の言葉で要約して返すことである。第3の「感情と意味の反映的態度の因子」を通して、カウンセラーは、クライアントの個人的に感ずる世界である内部的照合枠に入ることができる。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、やさしさ、繊細さ、困惑した感情の持つ意味を理解していくことである。それから、カウンセラーは、理解した感情を言葉にしてクライアントに確認していくのである。そして、カウンセラーは因子4の「発話促進的態度の因子」を使って、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。そのとき、カウンセラーは解放的に純粋で透明な態度でクライアントに接することができる。さらに、カウンセラーは、クライアントをよりよく知りたい、理解したいという、開かれた質問

や閉ざされた質問，傾聴，確認をすることによってクライアントは安心し，自由な気持ちになり，クライアントが自分自身を自由に表現することを励ますことになる。今回，「共感的理解尺度」自己評価をすることにおいて，各被験者の自尊感情が評価値に何らかの影響を及ぼすものと考え，自尊感情尺度を使用して実習前と後において測定した。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，自己の価値と能力に関する感覚および感情的評価の度合いを示しているといっている。実習前の自尊感情，高得点群における因子の構造は，先行研究の「共感的理解尺度」と同じ因子構造であった。

結論

今回，実習前・実習後の「共感的理解」尺度，自己評価の因子分析の結果，両者とも同じ4因子が抽出され，先行研究の他者評価「共感的理解」尺度の因子構造と同じものであった。これら4つの因子を臨床のカウンセリングの状況において用いることにより，カウンセラーはクライアントの個人的な世界に入っていくことが可能となる。

<引用・参考文献>

- 1) 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，4-25, 1974.
- 2)3) 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，107-109, 1967.
- 4)5) Allen E. Ivey: Introduction to Microcounseling, 1985./福原真知子訳，マイクロカウセリング，川島書店，21-79, 1985.
- Mehrabian & Epstein, A Measure of Emotional Empathy, Journal of Personality, 1972, 40, p525-545.
- 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，P332-326/加藤隆勝，高木英明，情動的共感性尺度（EES; Emotional Empathy, Journal of Personality）1980.
- 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，p128-152, 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.
- Carl. R. Rogers: A Current View of Client-Centered Therapy, 1965./友田不二男編訳：サイコロ，岩崎学術出版社，1966.
- Carl. R. Rogers: Psychotherapy and Personality Change, 1965./友田不二男編訳，パーソナリティの変化，岩崎学術出版社，1967.

Janice M.Moose et al:Exploring Empathy;A Conceptual fit for Nursing Practice?,Journal of Nursing Scholaship,24(4),273-279,1992.

9(2),1-13,1989.

Gordon C.M.Wallace et al:Training Psychiatric Nursing Staff in Social Approval Skills,Canadian Journal of Behavioral Science,13(2),171-180,1981.

(2 0 0 3 年 3 月 19 日 受理)