博士論文

看護師の共感疲労を規定する要因に関する研究

令和６年３月

広島大学大学院総合科学研究科
総合科学専攻

蔭 谷 陽 子

目次

はじめに 1
第１章　序論
１−１．対人援助職のメンタルヘルスの問題.................................. 2
１−２．共感疲労とは.. 4
　１−２−１．共感性と共感疲労 5
１−３．看護師の共感疲労とは.. 8
　１−３−１．看護師の共感疲労と患者への過度な関与............................. 9
１−４．看護師の共感疲労へ影響すると考えられる要因............................ 10
　１−４−１．職業的アイデンティティ 10
　１−４−２．職業コミットメント 11
　１−４−３．完全主義 12
　１−４−４．セルフ・コントロール 13
１−５．研究目的 15
１−６．本研究の検討手順.. 17
１−７．要約 19

第２章　研究１　看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労に及ぼす影響
２−１．序論 20
２−２．目的 21
２−３．方法 22
　２−３−１．調査対象者... 22
　２−３−２．手続き 22
　２−３−３．調査時期 23
　２−３−４．質問紙の構成.. 23
　２−３−５．分析方法 24
　２−３−６．倫理的配慮... 25

２－４．結果 25
２－４－１．因子の確定 25
２－４－２．変数間の関連 30
２－４－３．看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労の過程に及ぼす影響 31
２－５．考察 32
２－５－１．職業的アイデンティティと職業コミットメント，共感疲労との関連 33
２－５－２．職業的アイデンティティが共感性と患者への過度な関与，共感疲労に及ぼす影響 33
２－５－３．職業コミットメントが共感性と患者への過度な関与，共感疲労に及ぼす影響 34
２－５－４．共感性から患者への過度な関与への直接効果と間接効果の比較 34
２－６．要約 35

第３章　研究２　看護師の完全主義傾向が患者への過度な関与と共感疲労へ及ぼす影響
３－１．序論 36
３－２．目的 37
３－３．方法 37
３－３－１．調査対象者 37
３－３－２．手続き 38
３－３－３．調査時期 38
３－３－４．質問紙の構成 38
３－３－５．分析方法 38
３－３－６．倫理的配慮 39
３－４．結果 39
３－４－１．因子の確定 39
３－４－２．変数間の関連 39
３－４－３．看護師の完全主義傾向が患者への過度な関与を介した共感疲労への媒介効果 40
３－５．考察 41

3－5－1．完全主義が患者への過度な関与と共感疲労へ及ぼす影響................ 41
3－6．要約 42

第４章　研究３　看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程におけるセルフ・コントロール能力の調整効果の検討
4－1．序論 43
4－2．目的 44
4－3．方法 45
4－3－1．調査対象者.. 45
4－3－2．手続き 45
4－3－3．調査時期 45
4－3－4．質問紙の構成.. 45
4－3－5．分析方法 46
4－3－6．　倫理的配慮.. 46
4－4．結果 47
4－4－1．因子の確定.. 47
4－4－2．変数間の関連.. 47
4－4－3．セルフ・コントロールの調整効果.............................. 48
4－5．考察 49
4－5－1．セルフ・コントロールの調整効果.............................. 49
4－5－2．セルフ・コントロールから患者への過度な関与への影響............... 50
4－6．要約 50

第５章　研究４　看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程における看護師の対象の違いによるセルフ・コントロールの調整効果と媒介効果
5－1．序論 52
5－2．目的 53
5－3．方法 55
5－3－1．調査対象者.. 55
5－3－2．手続き 55

5－3－3．調査時期 55
5－3－4．質問紙の構成.. 55
5－3－5．分析方法 57
5－3－6．倫理的配慮.. 57
5－4．結果 58
5－4－1．因子の確定.. 58
5－4－2．変数間の関連.. 59
5－4－3．患者のためと自己のためのセルフ・コントロールによる調整効果........ 61
5－4－4．患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの媒介効果............ 61
5－5．考察 62
5－5－1．患者のためと自己のためのセルフ・コントロールによる調整効果........ 63
5－5－2．患者のためのセルフ・コントロールによる患者への過度な関与への媒介効果 63
5－5－3．自己のためのセルフ・コントロールによる患者への過度な関与への媒介効果 63
5－5－4．患者のためと自己のためのセルフ・コントロールによる媒介効果の比較.... 64
5－6．要約 64

第６章　研究５　看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感とセルフ・コントロールへ及ぼす影響
6－1．序論 66
6－2．目的 67
6－3．方法 68
6－3－1．調査対象者.. 68
6－3－2．手続き 68
6－3－3．調査時期 68
6－3－4．質問紙の構成.. 68
6－3－5．分析方法 69
6－3－6．倫理的配慮.. 69

６－４．結果 69
６－４－１．因子の確定.. 69
６－４－２．変数間の関連.. 71
６－４－３．職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感とセルフ・コントロールに及ぼす影響過程.. 72
６－５．考察 74
６－５－１．職業的アイデンティティと，患者及び自己のためのセルフ・コントロールとの関連 74
６－５－２．職業コミットメントと，患者及び自己のためのセルフ・コントロールとの関連 74
６－５－３．職業的アイデンティティと主観的義務感との関連..................... 75
６－５－４．職業コミットメントと主観的義務感との関連........................ 75
６－５－５．主観的義務感と患者のためのセルフ・コントロールとの関連............ 76
６－６．要約 76

第７章　研究６　セルフ・コントロールが患者への過度な関与や職務満足感，共感疲労，ストレス反応へ及ぼす影響
７－１．序論 77
７－２．目的 78
７－３．方法 79
７－３－１．調査対象者.. 79
７－３－２．手続き 79
７－３－３．調査時期 79
７－３－４．質問紙の構成.. 79
７－３－５．分析方法 80
７－３－６．倫理的配慮.. 80
７－４．結果 80
７－４－１．因子の確定.. 80
７－４－２．変数間の関連.. 82
７－４－３．患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールが

患者への過度な関与と職務満足感や共感疲労，ストレス反応に及ぼす影響過程.... 84
７−５．考察 85
７−５−１．患者のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与とストレス反応，職務満足感へ及ぼす影響.. 85
７−５−２．自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与とストレス反応，職務満足感へ及ぼす影響.. 86
７−５−３．患者への過度な関与が共感疲労とストレス反応，職務満足感へ及ぼす影響 86
７−６．要約 87

第８章　総合考察
８−１．研究の要約 88
８−２．看護師に共感疲労が引き起こされる影響過程.............................. 91
８−２−１．共感性が患者への過度な関与を介して共感疲労を引き起こす過程........ 92
８−２−２．完全主義が患者への過度な関与を介して共感疲労を促進する過程........ 93
８−２−３．患者のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与を介して共感疲労を促進する過程 93
８−２−４．自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与を抑制して共感疲労を低減する過程.. 94
８−２−５．共感疲労に影響する中核的要因である患者への過度な関与.............. 95
８−３．看護師のメンタルヘルス対策への応用・介入の可能性...................... 95
８−３−１．個人レベルにおける看護師の共感疲労低減への介入 96
８−３−２．組織・集団レベルにおける看護師の共感疲労低減への介入 96
８−４．研究の限界と今後の課題.. 98
８−５．要約 100

引用文献 101
Appendix.. 110
Appendix１　第２・３・４章（研究１・２・３）で使用した調査用紙............. 111
Appendix２　第５・６・７章（研究４・５・６）で使用した調査項目............. 121

はじめに

近年，労働者の心の健康を維持・増進することが重要な課題となっており（厚生労働省独立行政法人労働者健康安全機構，2017），各職域においてメンタルヘルス対策が取り組まれている。労働者が心の健康に問題を抱えることによって，仕事上で支障をきたすだけでなく，その影響は労働者の家族や職場にも及ぶ。メンタルヘルスの問題が指摘されている職業の一つに，対人援助職である医療・福祉職がある。その中でも看護師は患者を看護し，支援することが求められる職業であり，患者に対する共感性を抱くことが求められる。しかも，看護師は患者の抱える問題やこころの機微に共感するだけでなく，患者から受け入れられ,良好な関係を維持するためにも，看護師は自分の感情をコントロールすることが求められる。このような職業は感情労働といわれ，強いストレスを受けることが指摘されている。看護師は患者と直接関わる時間が長いことから，心理的・身体的な負担が大きく，バーンアウトを引き起こしやすいといわれている（久保・田尾，1994）。

バーンアウトを引き起こす原因の一つに共感疲労がある。共感疲労は患者の心情や状態へ過度に共感してしまうことで引き起こされる問題であり，患者の気持ちに沿った看護が求められる看護師に陥りやすい問題だといわれている。看護師に共感疲労が引き起こされると，自分自身のバーンアウトリスクを高めるだけでなく，共感疲労によるストレスが原因で患者との関係性が悪化することや看護の質を低下させることにもつながりかねない。

共感疲労は，対象者への共感性の高さと過度に関わることによって引き起こされるといわれているものの，共感疲労の喚起に関連する心理的要因についての検討は十分なされておらず，どのような要因が共感疲労を引き起こすのかについては明らかにされていない。
本研究は，看護師の共感疲労に着目し，看護師に共感疲労が引き起こされる要因及びその影響過程を明らかにすることを目的とする。共感疲労の抑制要因と促進要因を解明することで，看護師の共感疲労を予防するための基礎的知見を得ることができるものと期待される。

第１章　序論

１−１．対人援助職のメンタルヘルスの問題

経済・産業構造が変化するなかで，仕事や職業生活に関する強い不安や悩み，ストレスを感じている労働者は約 8 割を超えている（厚生労働省，2023)。厚生労働省は，2006 年に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を定め，職場におけるメンタルヘルス対策を推進している。メンタルヘルスケアは，中長期的な観点から，継続的かつ計画的に行われることが重要とされ，その推進にあたって事業者が労働者の意見を聞きつつ事業場の実態に則した取り組みを行うことが求められている（厚生労働省，2015)。心の健康づくりにとって重要なことは，労働者が自身のストレスを自覚し，自らが対処することの必要性を認識することだといわれている（厚生労働省　独立行政法人労働者健康安全機構，2017)。しかし，職場に存在するストレスは労働者だけで対処することができないものもあることから，事業者による職場環境の改善も含め，メンタルヘルスケアの積極的な推進が求められる（厚生労働省　独立行政法人労働者健康安全機構，2017)。心の健康問題は，労働者自身だけでなく，その家族や事業者及び社会全体に大きな影響を与えることから，その影響は広範に及ぶことに問題がある（厚生労働省，2009)。このようなメンタルヘルスの問題が指摘されている職業の一つに対人援助職がある。

対人援助職とは，医療，看護，保健，福祉，介護，教育など，人を対象とする職業を指し（水澤，2007)，医師や看護師，介護福祉士，教員などが代表的な職業である。対人援助職は人を対象とした仕事であるため，本人が努力をしても成果が見えにくく，達成感がなかなか得られにくいという問題がある。

対人援助職は感情労働の代表的な仕事でもある。感情労働とは自己もしくは他者の感情を扱い，かつ感情制御を核心的もしくは重要な要素とする労働のことである（水谷，2013)。対人援助職者は，常に適切な感情を保ちながら対象者に接していかなければならないため，精神的あるいは情緒的な疲労感を伴うことが多い（水澤，2007)。そのため，対人援助職者はストレスを引き起こしやすく，バーンアウトに陥る可能性が高いことが指摘されている（久保，2007)。

バーンアウトとは，長期間の対人援助において心的エネルギーが絶えず過度に要求されることで，極度の身体疲労と感情の枯渇を示す症候群である（Maslach & Jackson, 1981)。バーンアウトは，情緒的消耗感，脱人格化，個人的達成感の低下から構成される。情緒的

消耗感とは，心理的な要素が中心となって起こる身体的・心理的な疲労感や虚脱感を指す（久保・田尾，1994）。脱人格化とは，対象者との煩わしい接触を避けたり，あるいは対象者の人格や個性を無視して，機械的に対応したりする傾向を指し（久保・田尾，1994），情緒的資源のさらなる消耗を防ぐために行われる対処の一つとされる（久保，2003）。個人的達成感の低下とは，仕事の成果に伴って感じる個人の成功感や効力感が著しく低下した状態のことを指す（久保・田尾，1994）。そのため，対人援助職者自身の自己評価の低下や動機づけの低下に結び付く。

バーンアウトは，人間関係が原因で生じる問題であり，ストレス反応とは区別して捉えられている（久保，1998）。荻野他（2004）は，バーンアウトは他者への共感や感情コントロールといった感情労働との関連から生じるものであり，通常の職務上のストレスとは異なることを指摘している。職務上で生じるストレスとは，仕事の負荷や組織内における職務上の役割，組織の構造とキャリア発達など，多様な原因によって引き起こされるものである（岩永・横山，1998）。そのため，バーンアウトの方が対人関係に焦点が当てられているという点で，一般的な職務ストレスとは異なる。

対人援助職者が対象としている人たちの多くは，健康や生活などに関する心配や悩み，不安，苦痛など対人援助職者に頼らざるを得ないといった問題を抱えていることから，対象者への対応には配慮しなければならないことが多く，それが精神的にも負担になる（小堀・下山，2006）。また，対人援助職者が対象者の立場を思いやり，信頼関係を築くには多大な情緒的エネルギーが必要とされることから，バーンアウトへのリスクを高めてしまうことになる（久保，2007）。自らの役割に誠実な人ほど，このような感情のやりとりを対象者と日々繰り返していくなかで心身ともに疲弊し，情緒的消耗感を引き起こすことになるのである（久保，2007）。

対人援助職者が心身ともに疲弊した状態で対象者のケアや援助を行うことで，提供する援助の質の低下につながり，その結果として仕事のミスや事故などに結び付く可能性がある。また，対象者との関係性を悪化させてしまうことにもなりかねない。さらに，バーンアウトを引き起こさないようにすることも重要な課題となる。

対人援助職者がバーンアウトを引き起こす原因の一つに，共感疲労の問題が指摘されている（土井，2014）。特に，看護師は仕事や役割によるストレスが高いことから（藤本，2009），共感疲労に陥りやすいことが指摘されている（武井，2014）。

１−２．共感疲労とは

共感疲労は Joinson（1992）が提唱した概念で，対人援助職者の中でも特に看護師に生じやすいことが指摘されている。援助者は，常に支援を必要とする相手の力になれるとは限らないが，支援を必要とする相手のためにできることがあると常に思う傾向が強いと共感疲労に陥りやすい（Joinson, 1992)。共感疲労は，他人の痛みを和らげたい，痛みの原因を取り除きたいという気持ちが強く，不幸や苦痛を被った他人への深い共感によって生じる身体的・情緒的な疲労であるとされている（Figley, 1995)。小西（2003）も同様に，共感疲労は他人への共感が前提となって起こるものであり，深く共感するために生じた疲労であることを報告している。対象者の感じる困難や心理的苦痛に深く共感することによって援助者自身が精神的に疲労し，平静な気持ちを保つのが難しいと感じることや，仕事に支障をきたしてしまう（大谷他，2019)。今・菊池（2007）は，対象者に対する共感や同情の感情が次第に摩滅していき，仕事への意欲が低下することで人への援助が妨げられるようになった状態が共感疲労であると述べている。松田・南（2016）や武田・荻野（2016）が指摘しているように，共感疲労は，支援を必要とする相手に援助者として共感的に関わり続けることによって，身体的・情緒的に疲弊した状態であるといえる。

共感疲労の測定については，Figley & Stamm（1996）が Compassion Satisfaction/Fatigue Self - Test for Helpers という尺度を作成している。この尺度の下位尺度は，バーンアウトと共感疲労，共感満足から構成されている。対人援助職者が示すバーンアウトと共感疲労とを区別して測定するために開発されたものであり，援助したことによる満足として共感満足というポジティブな側面も含んでいる（Figley, 1995)。藤岡（2011）は，Figley & Stamm（1996）の作成した尺度を翻訳し，援助者のための共感満足／共感疲労の自己テスト短縮版を作成している。この短縮版は，共感満足を測定する尺度 4 因子 17 項目，共感疲労を測定する尺度 4 因子 17 項目という２つの下位尺度から構成されている。このうち共感疲労を測定する尺度は，対象者が体験したトラウマの追体験である代理性トラウマ，対象者と関わることで生じる否定的感情としての PTSD 様状態，援助者自身が体験した心的外傷を思い出さないようにする否認，援助者自身のトラウマ体験，の 4 因子から構成される。

今・菊池（2007）は，対象者のトラウマとなる出来事が原因で援助者に生じる二次的トラウマティック・ストレスは共感疲労に含めない共感疲労関連尺度を作成している。対象者や援助者の全てがトラウマを体験しているとはいえないため，二次的トラウマティッ

ク・ストレスを共感疲労に含めることは概念的にも問題があるとして，二次的トラウマティック・ストレスが共感疲労を測定する尺度から除外されたのである。

また，共感疲労は，対象者との関わりから生じる身体的・情緒的に疲弊した状態であることから，共感満足も合わせて測定することは妥当ではない。そのため，本研究で測定する共感疲労には二次的トラウマティック・ストレスと共感満足を含めないこととし，今・菊池（2007）の開発した共感疲労関連尺度を用いることとする。共感疲労関連尺度（今・菊池，2007）は，共感疲労と共感疲労に関連する感情（共感的苦痛，個人的苦痛，共感の過剰喚起）を測定する尺度である。共感的苦痛とは援助者が相手と同じように感じる苦痛であり，個人的苦痛とは相手が苦しんでいるのを見て援助者自身に生じる苦痛である（今・菊池，2007）。共感の過剰喚起とは，相手が苦しんでいるのを見て過度に強く感じる援助者自身の苦痛のことである（今・菊池，2007）。このように，共感疲労を測定する尺度は開発されてはいるものの，日本における共感疲労の先行研究では，インタビュー調査による質的研究がほとんどである。

以上より，共感疲労の規定因や影響過程の検討を行うためには，共感疲労のみを測定する尺度を用いて実証的研究を行う必要がある。また，共感疲労は他者への共感的な関わりから生じる身体的・情緒的な疲弊であるため，仕事全般が要因となって生じるストレス反応とは分けて検討することが必要である。

１−２−１．共感性と共感疲労

共感疲労が引き起こされる主要な要因は，対象者への深い共感性だとされている。共感性とは，他者の感情や気持ちを理解・推察できる能力のことを指し，対人関係形成の基礎となるものである。梅田他（2020）は，共感性は他者の情緒的な状態に対して，配慮をもった反応をしたり，理解したり，また他者と同じ感情になることを可能にする自然な能力であると述べている。

Borke（1973）と Deutsch & Madle（1975）は，他者の考えや視点，感じ方を認識して理解する能力が共感性であるとしている。Stotland（1969）と Hoffman（1975）は共感には他者の感情を理解するという認知的側面が含まれるものの，共感は他者の感情状態に対応する感情が生起することも重要であると考えている。近年では，これらの研究結果をふまえて，他者の感情や考えていることを理解するといった認知的側面，他者との感情を共有するといった情動的側面の二側面から共感性を捉えることが一般的となっている

（Davis，1983）。

共感性は，他者のための自主的な行動を動機づけることや攻撃性を抑制する（梅田他，2014）ことが示されている。先行研究（櫻井他，2011；鈴木，1992；登張，2003）では，共感性の高さは相手のためになるような行動といった向社会的行動を促進することが報告されている。このように，他者への共感は，共感の対象となったものに恩恵をもたらすことになることから，他者との良好な関係の形成に結び付くといえる。

対人援助職の共感性に関する研究でも，同様のことが報告されている。高齢者福祉施設に勤務する介護福祉職員を対象としたインタビュー調査では，対象者へ共感したことで介護福祉職員自身が満足感を得ることができると報告されている（松田・南，2016）。児童養護施設に勤務する職員に実施された調査（藤岡，2012）においても，援助者の共感性の高さは援助者自身の資質としての満足感を得ることも報告されている。看護師を対象としたインタビュー調査を行った小代（1989）は，看護師の共感性の高さによって患者の気持ちが自分に伝わったと感じたり，患者への関心が高くなったりすることで患者と積極的な関わりをもつようになること，さらにそれが契機となり，看護師として頑張っていこうという気持ちになったことを報告している。また，鎌田（2014）は，看護師の共感性は被虐待児をケアする上で重要な資質であり，共感性がその子どもの気持ちや感情の理解につながることを報告している。さらに，看護師は，患者への共感性の高さが患者への関心につながり，患者とゆっくり関わることができることで患者の思いや気がかりが表出されると報告されている（伊藤，2003）。このように，患者に対する共感性の高さは介護や看護などの対象者への関わりや，ケアや看護などにつながることによって，援助者自身の満足感につながるというポジティブな心理的機能があるといえよう。しかしその一方で，共感性は共感疲労を引き起こす要因であることも指摘されている。

武田・荻野（2016）は，臨床心理士や心理学専攻の大学生などを対象とした質問紙調査を行い，他者の立場に立って考えるという共感性が高くなることで共感疲労に結び付くことを報告している。また，他者の感情や考えに影響されやすい傾向が高いと共感疲労に結び付くことも報告されている（武田・荻野，2016）。保育者養成課程に在籍する大学生を対象として実施された質問紙調査（木野他，2011）では，共感性の下位因子である被影響性（他者の心理状態への巻き込まれやすさ）が個人的苦痛の高さと関連していることが報告されている。災害対応業務に従事した地方公共団体職員を対象とした質問紙調査では，職員自身の被災経験に加え，住民のつらい体験を聞くことで心的外傷後ストレス障害が高

まり，共感疲労がもたらされることが報告されている（高橋・松井，2023)。職員自身も被災していることから，住民のつらい気持ちへの共感性が高まることになり，不安や緊張などが高まることで職員の気分・不安障害を高めてしまうと考えられる。体験を聴取した職員の被影響性や他者指向的な共感性が関連している可能性がある。

このように，対人援助職者の共感性が高いことは，対象者が抱く不安や苦痛への共感につながり，援助者自身が苦痛を抱くことになると考えられる。

対人援助職は，対象者との関係において，対象者と同じ立場に立ち，同じ見方をすることで物事を考え，判断することが望まれる（久保，2008)。対人援助職者が行う感情労働は，自己もしくは他者の感情管理を中核とする労働であることから，援助者自身が自分の行った援助の成果や効果を適切に評価したり測定したりすることは難しい（水谷，2013)。しかも，献身的な援助者であるほど，高い理想を掲げるがゆえに，十分な成果が上がっていないと思い込みやすい（久保，2008)。これらから，対人援助職が対象者へ共感的に関わるためにも対人援助職の共感性の高さが重要であるものの，その結果として対人援助職者自身が心理的苦痛を被りやすい状態になると予想される。

共感疲労が引き起こされると，無力感やイライラ，拒絶感といった心理的苦痛や，負担感や不眠，頭痛といった身体的苦痛が生じることが指摘されている（武田・荻野，2016；坪井・三後，2011)。また，臨床心理士が，傷つきや苦しみを抱えた対象者と積極的に関わるほど，疲労感や無力感，抑うつ感，不安感を抱きやすくなることも報告されている（福島，2016)。共感疲労が原因で生じる抑うつ感や無力感，不安感，疲労感といった症状は，看護師においても長時間労働やシフトワーク，職場内の人間関係の悪化といったワークストレスによって生じるストレス反応に共通する症状といえる。しかし，共感疲労は，看護師が患者の置かれた状況や心情に共感しすぎることによって生じるものであり，看護師と患者という関係性において限定されて生じる現象であることから，看護師という職業であるがゆえに引き起こされる問題だといえる。そのため，看護師のワークストレスを引き起こす要因の一つとして，また看護師ならではの問題として位置付けることが可能である。本研究では，看護師が体験する一般的なワークストレスとは区別して，共感疲労を扱うこととする。

このように，人を対象としてケアや看護など援助のサービスを提供する対人援助職者に共感疲労が引き起こされることで，無力感や拒絶感などの心理的苦痛，不眠や頭痛といった身体的苦痛を生じてしまう。共感疲労は，援助の対象者へ心理的・行動的に関わるがゆ

えに引き起こされるものであり，援助者自身に生じる精神的負担感や自分自身への否定的態度などといった精神的・身体的側面を悪化させることに結び付くことになる。

1－3．看護師の共感疲労とは

対人援助職のなかでも，看護師は特に共感疲労を引き起こしやすいことが指摘されている（武井，2014）。看護師は，患者に対して共感的に関わることが求められており，しかも患者と関わっている時間も長いため，患者に対する深い共感が疲労を蓄積させることとなり，共感疲労に結び付くのである（Joinson，1992）。

日本における看護師の共感疲労に関する研究は，神経難病患者や精神科の患者を対象としたものが主であり，それらのほとんどが質的に検討されたものである。回復期リハビリテーション病棟で勤務する看護師が，重度の障害をもつ患者の心の痛みや悲しみなどの感情を抱くという患者への共感や何とかしてあげたいという思いが患者に伝わらない悲しさを抱えながら患者と関わることで，精神的疲労感や消耗感を生じることが報告されている（加藤他，2011）。精神科病棟に勤務する看護師を対象とした研究（柴田，2016）では，患者の語りをじっくりと聴くことで看護師自身に疲労感が生じるものの，患者との接近を回避することや淡々と業務を遂行することで共感疲労を引き起こさないようにしていることを報告している。このように，看護師が悩みや疾病，障害を抱える患者の気持ちを考えて共感することは多大な情緒的な努力を伴う（久保，2008）ために，共感疲労を引き起こすと考えられる。

海外では，主に終末期やがん，小児科看護に携わる看護師を対象とした共感疲労に関する研究が行われている。終末期の患者をケアすることは，終末期の患者や家族の感情への共感性が高いことによって看護師に大きな心理的負担が生じてしまうことで共感疲労につながる（Eun-ju & Hun.， 2021 ; Hongrui et al., 2023）ことが報告されている。がん患者を看護する看護師や医療助手などを対象とした調査では，がんという病気の症状が重篤であることや治療が複雑であること，患者の死に関わることが多いことから，看護師の共感疲労が高くなる（Potter et al., 2010）ことも示されている。終末期にある患者やがん患者は容体が悪化して死を迎えることがわかっているため，そのような患者へ共感して関わり続けることは相当な心労を看護師に抱かせ，共感疲労に結び付くものと考えられる。以上から，不安や苦痛などを伴う患者へ共感して関わり続けることは，患者へ心理的・行動的に深く関与している状態であると考えられる。先行研究では，患者への心理的・行動的な

深い関与については，患者への関与との違いが明確ではない。このような，患者への心理的・行動的な深い関与を，本研究では患者への過度な関与として定義する。

１－３－１．看護師の共感疲労と患者への過度な関与

先行研究では，患者への深い関わりについては，患者の話をゆっくりと聴くことや患者との関わりを何度も振り返って考える（柴田，2016）ことや，患者のことを気にし続けること，業務のわずかな時間を利用してでも患者と話す（廣川他，2008）ことが報告されている。本研究では，患者への過度な関与とは，看護師自身に心理的・身体的な負担を生じてしまうほど関わることであり，患者に対する共感性が高くなりすぎることとなり，患者へ必要以上に関わってしまう状態と定義する。患者に対して必要以上に関わってしまう状態とは，患者のことが気になって繰り返し考えてしまうことや勤務時間外でも考えて頭から離れなくなってしまっている状態，自分の休憩時間を割いてまでも患者へ関わってしまうなどの状態を指す。

看護師の共感疲労と患者への過度な関与については，質的な検討が行われてきた。福森他（2018）は，内科病棟には慢性疾患の患者が多く，入院期間も長くなる傾向にあるため，看護師が特定の患者との長期的で深い関わりをもつことで共感疲労が高まることを報告している。看護師へのインタビュー調査では，慢性疾患をもつ子どもの気持ちに共感しすぎたり，多くの悲しみを抱えた家族の相談相手になって関わりすぎたりすることで共感疲労を引き起こしやすいことも報告されている（Maytum et al., 2004）。また，患者との関わりを振り返り，患者のことを考えることで看護師自身がつらい気持ちになり，疲労感を感じてしまうことも指摘されている（柴田，2016）。このように，患者への共感が過度な関与を促し，その結果，共感疲労に結び付くと考えられる。

一方で，患者へ積極的に関わることで，自分は十分に仕事をしたという満足感（西尾・木村，2013；上野他，2009）や，仕事のやりがいや楽しさを得ることができる（柴田，2016）。つまり，患者へ共感し，患者へ過度に関わることは，共感疲労を引き起こすものの，その一方で，患者のために看護を行うことができたという仕事への充実感を得ることができ，職務満足感を高める可能性がある。

以上から，共感疲労が引き起こされるのは，看護師の共感性の高さだけでなく，患者に対して心理的・行動的に深く関わるという患者への過度な関与が関連していると考えられる。しかし，患者に対する過度な関与が共感性や共感疲労とどのような関係にあるのかに

ついて検討されていない。

１－４．看護師の共感疲労へ影響すると考えられる要因

看護師に共感疲労が引き起こされるのは，看護師の過度な共感性に加え，患者への過度な関与も関連している。看護師における共感疲労の生起メカニズムを解明するためには，看護師の過度な共感性と患者への過度な関与へ関連する要因を検討することが必要である。

本研究では，職業的アイデンティティと職業コミットメント，完全主義，セルフ・コントロールを取り上げて検討する。以下，その要因について説明する。

１－４－１．職業的アイデンティティ

職業的アイデンティティとは，職業領域における自分らしさの感覚（児玉・深田，2005）や，職業的な生き方に関する自分らしさの感覚（Marcia, 1966）を指す。竹内（2008）は，職業的アイデンティティを個人の職業における意識や感覚であるとしている。松田・濱田（2023）は，職業的アイデンティティを職業領域において自分の存在を認め，自分らしさを維持できている感覚であると述べている。

情報通信関連企業の職務に従事する会社員を対象とした研究（児玉・深田，2005）では，職業的アイデンティティが高いと離職や転職を希望しなくなることが報告されている。看護師においても，職業的アイデンティティが高いと仕事の質が向上することや（鈴木，2022；竹内，2008），職業継続意識が高くなること（佐藤・菱谷，2011；吉村他，2018）が報告されている。また，塩見他（2021）は，職業的アイデンティティが高いとバーンアウトしにくいことを報告している。このように，職業的アイデンティティは職業をとおして捉える肯定的な自己の実感であるといえ，仕事を行う上で適応的な役割を果たしているといえる。以上のことから，看護師の職業的アイデンティティが高いことで看護師という職業を肯定的に捉える自覚が高まり，患者との共感的な関わりから生じる精神的・身体的に疲弊した状態であっても看護師としての自分らしさを感じて，それを肯定的に受け止めることになると考えられる。その結果，共感疲労を低減する可能性がある。

しかしその一方で，看護師の職業的アイデンティティが高すぎると，看護師としての自覚や職業意識がさらに強まることから，患者の不安や苦痛などを汲み取ろうとして看護師の共感性を高めることや患者への過度な関与につながり，共感疲労を促進することも考えられる。つまり，職業的アイデンティティは，共感疲労を低減する効果と共感疲労を高め

る効果という矛盾した影響を及ぼす可能性がある。

看護師の職業的アイデンティティの測定尺度は複数開発されている。波多野・小野寺（1993）は，看護職の職業的アイデンティティ尺度を開発している。この尺度は，看護学生と看護師を対象に調査して，作成されたものである。岩井他（2001）も看護職の職業的アイデンティティ尺度を開発している。この尺度は，看護師と看護教員，看護学生を調査対象として作成されたものである。波多野・小野寺（1993）と岩井他（2001）による職業的アイデンティティ尺度は病院や施設などで実際に看護に従事している看護師のみを対象として作成されたわけではない。職業的アイデンティティは，職業をとおして捉える看護師としての自己の実感であることから，患者と直接関わる体験を通して形成された職業的アイデンティティを測定する必要がある。佐々木・針生（2006）は，臨床実践を行っている看護師のみを対象として看護師の職業的アイデンティティ尺度を作成している。看護師としての職業的アイデンティティの概念を明確にした上で，看護師の職業的アイデンティティ尺度の内的整合性や構成概念妥当性の検証も行い，看護師としての自分らしさの主観的な感覚を反映した尺度となっている。本研究では，佐々木・針生（2006）が作成した看護師の職業的アイデンティティ尺度を用いて検討する。

１−４−２．職業コミットメント

職業コミットメントは，職業に対する感情的な愛着として概念化されており，その人と職業との結び付きのことを指す（Meyer et al.， 1993)。また，職業コミットメントとは，職業に対する自分のあり方である（Aranya & Jacobson，1975)）ことも示されている。職業へのコミットメントである仕事への愛着が高くなることで，自己の振り返りや仕事への積極的提言，自己のキャリアアップという専門職としての行動が増える（澤田，2009）ことが報告されている。製造業に従事する会社員を対象とした質問紙調査では，自分の職務へのコミットの程度が高いほど退職意図は低い（鷲見，1997）ことや，介護職員の職業コミットメントが高いと介護の質が高くなる（福間，2012）ことが報告されている。このように，職業コミットメントは自分自身がその職業へ能動的・肯定的に関わり，その結果として職務上の成果が高まるといえる。

以上の先行研究から，看護師において職業コミットメントが高いということは，看護という仕事の価値を理解し，自分にとって職業が重要な意味をもっている状態だといえる（酒井他，2004)。ゆえに，看護師の職業コミットメントが高い人は低い人よりも，看護

の専門性を高めるための学習への行動を積極的に行う（酒井他，2004）ことになる。そのため，看護師の職業コミットメントが高いと，看護という職業へ能動的・肯定的に関わることで，患者との共感的な関わりから生じる精神的・身体的に疲弊した状態であっても，これが看護師の仕事であると積極的に認めることにつながると考えられる。その結果として共感疲労が低減される可能性がある。

看護師の仕事とは患者へ共感的に関わることである（厚生労働省，2014）ことから，看護師の職業へのコミットメントが高すぎると，仕事に対して能動的となり，看護師の共感性が高まることに加えて，患者に対して過度に関わってしまうことで，共感疲労を促進することにもなりかねない。看護師という看護の専門職者としての意識が高まることは，看護の質を高めることをとおして看護師としての適応を促すと考えられるものの，その一方で看護師の仕事へ能動的に関わりすぎることで看護師の共感性と患者への過度な関与を高め，共感疲労に結び付くという正反対の関連性を示す可能性も起こりうる。

看護師の職業コミットメントの測定については，Meyer et al.，（1993）の職業コミットメント尺度を日本語に翻訳して使用したものや，この尺度を参考に項目を作成して検討されてきた。Meyer et al.，（1993）の職業コミットメント尺度は，看護学生と看護師を対象に調査して作成されたものであり，この尺度の信頼性や妥当性が十分に検証されていないことから，佐藤他（2015）は，看護師の日本語版職業コミットメント尺度を開発している。この尺度は，病院に勤務する看護師を対象に調査したものであり，信頼性と妥当性が検証されている。本研究では，佐藤他（2015）が作成した日本語版職業コミットメント尺度を用いて検討する。

１－４－３．完全主義

完全主義とは，完璧にやろうという欲求が強すぎることを指す（桜井・大谷，1997）。Hollender（1978)は，完全主義を高い遂行の質を自分自身あるいは他者に対して過度に要求することだと定義した。Burns（1980)は，完全主義者は非現実的な高い基準を設定し，それらに強迫的ともいえるほど固執して，それらの基準を達成することで自己の価値を決めようとすると報告している。会社員を対象とした研究（清水・古井，2004）では，自己に完全性を求める者は，ミスを気にする傾向や自分の行動にいつも漠然とした疑いをもつ傾向が高いことから，情緒的消耗感が高くなることが報告されている。看護師を対象とした研究では（高瀬・河野，2018)，看護師の完全主義傾向の高さが業務遂行に伴う責任の

重さやケアに対する葛藤，バーンアウトの生起と関連することが明らかにされている。さらに，完全主義傾向が高いと失敗懸念が高くなり，看護に対する無力感が高くなることも報告されている（高瀬・河野，2018）。

以上から，看護師の完全主義傾向が高いと，自分が行った看護の失敗を過度に恐れて自分自身の看護に完全性を求めることや自分自身の看護に高い目標や基準を設定することで，患者へ過度に関わることに結び付き，共感疲労を引き起こすと考えられる。

完全主義の測定には，Burns（1980）の完全主義尺度を日本語に翻訳した完全主義尺度（桜井・大谷，1994）や新完全主義尺度（桜井・大谷，1997）がある。新完全主義尺度は，完全主義尺度（桜井・大谷，1994）を多次元にて捉え直した上で，自己に完全性を求める完全主義尺度を作成し，信頼性と妥当性を確認している。新完全主義尺度には，自分に高い目標を課する傾向とミスを過度に気にする傾向，自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向，秩序正しさを重んじる傾向の 4 因子がある（桜井・大谷，1997）。看護師の完全主義傾向が高い場合，自分自身の看護を完璧にしなければならないという思いが強く，自分が行った看護の失敗を恐れたり，常に自己の看護への漠然とした不安をもったりすることで，患者へ過度に関わってしまうと考えられる。以上から，本研究では新完全主義尺度（桜井・大谷，1997）のうち，失敗過敏と行動疑念の 2 因子を用いて検討する。これら 2 つの下位因子の項目をまとめ，看護師が看護を行う際の完全性を求める傾向として測定した。

１－４－４．セルフ・コントロール

看護師の共感性が高くなり，患者と関わっているにも関わらず，共感疲労に陥らない看護師もいる。それは，看護師の共感性が高くなっても共感疲労に陥らないように，看護師はセルフ・コントロールをすることで患者への関わりを調整しているからだと考えられる。患者への共感を抑制してしまうことは，患者の気持ちを理解できなくなるために看護の質の低下を招くおそれがあることから，患者への共感性を維持しつつも共感疲労を低減することが重要である。そのため，患者への過度な関与を調整するためのセルフ・コントロールが重要となる。

セルフ・コントロールとは，直接的な外的統制力がない場面において，自発的に自己の行動を統制することであり（Thoresen & Mahoney，1974），価値や目標に沿った行動をとるべく，自らの行動を調整する高次な心的処理の総称である（Fujita et al., 2006；Muraven & Baumeister，2000）。尾崎他（2016）は，複数の目標が互いの達成を阻害する

ような葛藤状態にあるとき，長期的／抽象的／社会的な価値において望ましい目標を追求し，望ましくない目標に従わないようにすることをセルフ・コントロールと定義している。Maranges & Baumeister（2016）は，セルフ・コントロールを個人の能力として定義し，思考・感情・行動を抑止あるいは変更したり，衝動や習慣に打ち勝つ行為を実行したりする能力だと捉えている。このように，先行研究ではセルフ・コントロールを行動として捉えるものや，能力として定義しているものがある。

セルフ・コントロールを行動として検討した先行研究では，セルフ・コントロールを多く行うことで仕事への達成感が高まる（後藤・楠見，2013）ことが報告されている。これは，特性としての自己コントロールが高いとセルフ・コントロールを多く行う（尾崎他，2016）ことから，セルフ・コントロール能力の高さが重要となる。セルフ・コントロールを能力として検討した先行研究（玉瀬・角野，2005）では，大学生において，積極的に人との関わりをもつようになるためには，セルフ・コントロールの能力を高めることが有効であると示されている。また，セルフ・コントロール能力が高いと疲労感が低い（田ノ本・中地，2021）ことや，看護師が患者・家族と関わることで生じる強いストレスに対応するには，自分の感情をコントロールする能力が必要である（藤野他，2022）ことも指摘されている。

このように，セルフ・コントロール能力の高さは適応に結び付くといえる。このことから，本研究では，セルフ・コントロールは，個人が達成しようとする目標に対してその人が適応的な行動をとるために自己の感情や行動をコントロールする能力と捉えて検討を進めることとする。看護師のセルフ・コントロールの高さが適応的に働くと仮定するならば，セルフ・コントロール能力が，患者への過度な関与に及ぼす共感性の影響の程度を調整すると考えられる。

セルフ・コントロールを測定する尺度に，杉若（1995）のセルフ・コントロール尺度がある。この尺度は，日常的なセルフ・コントロールの行動を評価するための尺度である（杉若，1995）。セルフ・コントロールの高さはストレス反応の抑制に結び付く可能性が示唆されている（杉若，1995）。セルフ・コントロールの高さは，実際に行われるセルフ・コントロールの程度と関連する（尾崎他，2016）ことから，日常において恒常的に実施するセルフ・コントロールを測定する杉若（1995）のセルフ・コントロール尺度は，セルフ・コントロール能力の高さを反映しているものと考えられる。この尺度では，憂うつなときに楽しいことを考えようとするとか，ものごとに集中できないときには集中する方

法を見つけ出すといった，行動や思考の傾向を測定している。以上から，杉若（1995）の尺度は，セルフ・コントロール能力を測定可能であると考えられ，本研究では同尺度を用いて検討する。

１－５．研究目的

本研究は，看護師に共感疲労が引き起こされる影響過程とその要因を明らかにすることが目的である。

看護師の共感性が高まることで直接，共感疲労に結び付くのではなく，看護師の共感性が患者への過度な関与に結び付くことで共感疲労が引き起こされると考えられる。また，上述した諸要因が，看護師の共感性と過度な関与の影響過程に影響していると考えられることから，どの要因が促進的，あるいは抑制的に関連しているのかについての影響過程を検討する。また，これらの要因が職務満足感，ストレス反応に至る影響過程についても合わせて検討する。

仮説１について

就労者が職業的アイデンティティをもつことは適応的であると考えられるため，看護師の職業的アイデンティティが高いことは仕事面において適応的だと考えられる。職業的アイデンティティをもつことで看護師という職業を肯定的に捉える自覚が高まり，看護師らしく患者を看護している自分を受容する感覚が強まる。そのことで，仕事がどんなに忙しくても看護師としての職業を全うしている自分としての自己存在を実感でき，精神的・身体的な疲労を苦痛とは感じることなく，むしろ仕事への充実感や満足感を抱きやすくなる。そのため，共感疲労をあまり感じないと考えられる。

しかしその一方で，看護師の職業的アイデンティティが高すぎると，看護師としての自覚や職業意識がさらに強まることから，患者の不安や苦痛などを汲み取ろうとして看護師の共感性を高めることや患者へ過度に関わることになり，共感疲労に結び付くことも考えられる。つまり，職業的アイデンティティは，共感疲労を低減する効果と共感疲労を高める効果という矛盾した影響を及ぼす可能性がある。

以上のことより，以下の仮説を立てる。

仮説１－１：看護師の職業的アイデンティティは，共感疲労を低減する。

仮説１－２：看護師の職業的アイデンティティは，看護師の共感性と患者への過度な関与

を促進することで，共感疲労を引き起こす。

仮説２について

看護師の仕事は患者へ共感的に関わることである（厚生労働省，2014）ことから看護師の職業コミットメントが高いと，看護という職業へ能動的・肯定的に関わることで，看護の仕事を肯定的に捉えることになる。仕事に対して能動的に関わることで仕事への充実感や生きがいを感じることとなり，その結果として共感疲労が低減される可能性がある。

しかしその一方で，看護師という職業へのコミットメントが高すぎると仕事に対して，より能動的となり，看護師の共感性が高まることに加えて，患者へ過度に関わってしまうことで，共感疲労を促進する可能性がある。

以上のことより，以下の仮説を立てる。

仮説２－１：看護師の職業コミットメントは直接的に共感疲労を低減する。

仮説２－２：看護師の職業コミットメントは，看護師の共感性や患者への過度な関与を促進することで，共感疲労を引き起こす。

仮説３について

看護師の完全主義傾向が高いと，自分が行った看護の失敗を過度に恐れて自分自身の看護に完全性を求めることや自分自身の看護に高い目標や基準を設定することで，患者へ過度に関わることに結び付き，共感疲労を引き起こすと考えられる。このことから，以下の仮説を立てる。

仮説３：看護師の完全主義傾向は，患者への過度な関与を高め，その結果，共感疲労を引き起こす。

仮説４について

セルフ・コントロールは，個人が達成しようとする目標に対してその人が適応的な行動をとるために自己の感情や行動をコントロールする能力のことであり，適応的に働くといえる。看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程において，セルフ・コントロールが共感性の効果を調整すると考えられる。共感性の高い看護師であっても，セルフ・コントロール能力の高い看護師は，患者へ過度に関わらないようにするために患者との距離感を適切に保とうとして，患者との関わりを調整することができる。そのため，患

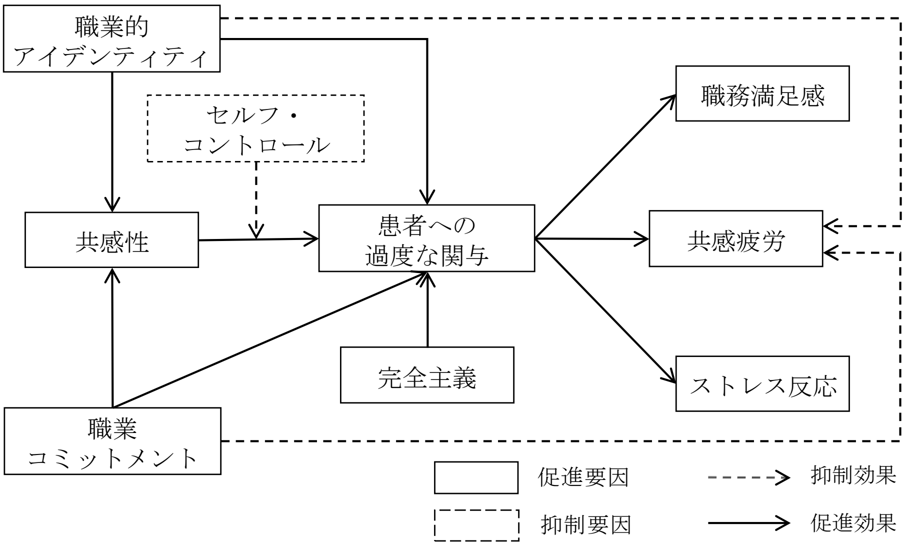
者への過度な関与を高めることはないと考えられる。

以上のことより，以下の仮説を立てる。

仮説４：看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程において，セルフ・コントロールの調整効果により患者への過度な関与が調整されることで，患者への過度な関与が抑制される。その結果として，共感疲労とストレス反応が低減されるとともに，職務満足感が促進される。

以上の仮説をもとに，本研究の仮説モデルを Figure 1-1 に示す。看護師の共感性は，患者への過度な関与に結び付き，その結果，共感疲労を引き起こすという中核的な影響過程において，前述した個人特性が影響していると予想される。なお，Figure 1-1 の本研究の全体モデル図において，促進要因は実線の四角，抑制要因は点線の四角で示している。

Figure 1-1
本研究の全体モデル図



１－６．本研究の検討手順

以上の検討を行うために，以下の６つの研究を行う。

第２章（研究１）では，看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが看護師の共感性や患者への過度な関与，共感疲労に及ぼす影響を検討する。職業的アイデンティティと職業コミットメントは仕事において適応的な個人要因であるといわれているこ

とから共感疲労を低減するのか，あるいは両者ともに仕事へ積極的に関わることを促すことから看護師の共感性や患者への過度な関与を高め，共感疲労を促進することにつながるのかについて検討する。

第３章（研究２）では，看護師の完全主義傾向を取り上げ，共感疲労に及ぼす影響過程を検討する。完全主義が患者への過度な関与を媒介して共感疲労に結び付くのかを検討する。

第４章（研究３）では，看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する影響過程を，看護師のセルフ・コントロール能力が調整するのかを検討する。看護師の共感性の高低とセルフ・コントロール能力の高低によって，患者への過度な関与への影響の違いがあるのかを検討する。

第５章（研究４）では，セルフ・コントロールを行動として捉え，セルフ・コントロールを行う対象を患者と看護師自身とに分けて，共感性が患者への過度な関与を促進する過程における両セルフ・コントロールの調整効果と媒介効果を検討する。看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程において，セルフ・コントロール行動が調整しうるか，あるいは，看護師の共感性がセルフ・コントロールを媒介することで患者への過度な関与への影響の違いを検討する。患者のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を促進し，看護師自身のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を抑制するのかを検討する。

第６章（研究５）では，主観的義務感を取り上げ，職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感やセルフ・コントロールの実施に及ぼす影響を検討する。職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感を高めることで，患者のためのセルフ・コントロールの実施を促進させることになるのかを検討する。

第７章（研究６）では，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの実施が患者への過度な関与や職務満足感，共感疲労，ストレス反応に及ぼす影響過程を検討する。患者への過度な関与に対して患者のためのセルフ・コントロールや自己のためのセルフ・コントロールの実施によって違いがあるのかを明らかにするとともに，職務満足感や共感疲労，ストレス反応との関連性についても検討する。

第８章では総合考察を行う。研究１から研究６の検討結果に基づき，仮設モデルの検証と看護師の共感疲労を引き起こす促進要因と抑制要因の影響過程を考察する。また，共感疲労を引き起こさないようにするための介入のあり方や社会応用性についても考察する。

1－7．要約

看護師はストレスを受けやすく，バーンアウトも引き起こしやすいことが指摘されている。この原因の一つに共感疲労が考えられる。看護師の共感疲労とは，看護師の共感性が高くなることで患者の気持ちに共感し深く関わることによって生じる身体的・情緒的疲弊である。看護師の共感疲労は，ただ単に看護師の共感性の高さによって引き起こされるのではなく，看護師の共感性の高さによって患者への看護行動が促されるという過度な関与によっても引き起こされると考えられる。そのため，共感疲労と共感性や患者への過度な関与との関連，及びその関連要因について検討することで，共感疲労を引き起こす影響過程を解明する必要がある。本論文では，看護師の共感疲労に及ぼす影響要因として患者への過度な関与，職業的アイデンティティ，職業コミットメント，完全主義，セルフ・コントロール能力を取り上げて，共感疲労に結び付く影響過程を明らかにすることを目的とする。

第２章　研究１

看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労に及ぼす影響

２-1．序論

看護師の共感疲労に関する質的研究（加藤他，2011；Maytum et al., 2004；柴田，2016）では，看護師の共感性が高まることで看護師が共感疲労に陥ることや，看護師の共感性が患者への共感につながることに加えて患者に関わりすぎることの問題が指摘されているにも関わらず，共感疲労を引き起こすほどに看護師の共感性を高めることになる影響要因や患者へ過度に関わることの問題について検討されているわけではない。研究１では，共感性が患者への過度な関与を高めるのか，また，共感性や患者への過度な関与に関連する要因として，職業的アイデンティティと職業コミットメントを取り上げて検討する。

職業的アイデンティティは，職業をとおして捉える肯定的な自己の実感を指す（児玉・深田，2005）。看護師は患者の気持ちを理解することや患者へ共感的態度で接することが大切であるという教育を受けており（厚生労働省，2014，2019），看護師のアイデンティティ確立には看護教育が大きく影響している。また，患者への共感が看護師の職業的アイデンティティの確立に重要な役割を果たすことが報告されている（工藤他，2007）。畑中・伊藤（2018）は，自己の看護場面を振り返ることで自己の看護のあり方を考えるという教育プログラムを受けることで職業的アイデンティティが形成され，患者への共感性を高めることになると報告している。また，看護師は，看護師としての経験年数が長いほど職業的アイデンティティが高いこと（岩井他，2001）や，患者との関わりを重ねていくことで職業的アイデンティティを高め，看護師の専門性向上につながること（関根他，2015）が指摘されている。このように，看護師教育や看護師としての経験を積み重ねることをとおして，看護師の職業的アイデンティティが形成され，看護師の共感性を高めると考えられる。

高い職業的アイデンティティを有する看護師は，バーンアウト得点が低い上に，離職や転職意向も低いこと（塩見他，2021），職業継続意思や職場定着意思が高いこと（吉村他，2018）が指摘されている。このように，職業的アイデンティティが形成されることで看護師としての自覚が促され，職場における適応性が高まるといえる。しかし，職業的アイデンティティが高くなりすぎることは看護師としての自覚や職業意識を過度にもつことにつ

ながり，患者の気持ちにもっと共感しなければならないとか，より深く関わらなければならないと考えてしまう可能性もある。この場合には，看護師の職業的アイデンティティが看護師の共感性と関与を引き起こし，それが共感疲労に結び付くことも考えられる。

職業コミットメントとは，自分自身がその職業へ能動的・肯定的に関わろうとする態度である（澤田，2009）。職業コミットメントの高い者は積極的に他者と関わりをもとうとすることや人生における目的をもつことが報告されている（酒井他，2004）。職業コミットメントが高い者ほど職務関与の程度や職務満足感が高く，バーンアウト傾向が低いことが明らかにされている（Lee et al., 2000）。職業コミットメントの高い看護師は，自ら積極的に看護に関する学習を行うこと（酒井他，2004）や，職業コミットメントが高い看護師ほど成長への意識が高いこと（Blau, 1985）も報告されている。このように，職業コミットメントを抱くことで看護に積極的に関わることが，職場における適応性を高めることにつながるといえる。

その一方で，看護師の職業コミットメントが高すぎると，看護師としての意識や責任感を過度に感じてしまい，看護師の共感性を高めるとともに患者に対して必要以上に心理的・行動的に関わってしまう可能性がある。そのため，看護師の抱く職業コミットメントは看護師の共感性や患者への関わりを促すことになり，共感疲労に結び付くと考えられる。

以上のことから，適応的であると考えられている職業的アイデンティティと職業コミットメントであっても，看護師の共感性を高め，患者へ過度に関わることになり，共感疲労に結び付くことも考えられる。

２−２．目的

研究１では，看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労を抑制するという適応に結び付くのか，あるいは看護師の共感性を高めることと患者への過度な関与に結び付き，共感疲労を引き起こすという不適応に結び付くのかについて検討を行う。Figure 2-1 のモデル図に示すように，職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労を抑制するパスと，共感性と患者への過度な関与を促進し，その結果，共感疲労に結び付くパスのいずれも仮定できることから，これらの要因の適応性，不適応性について検討する。

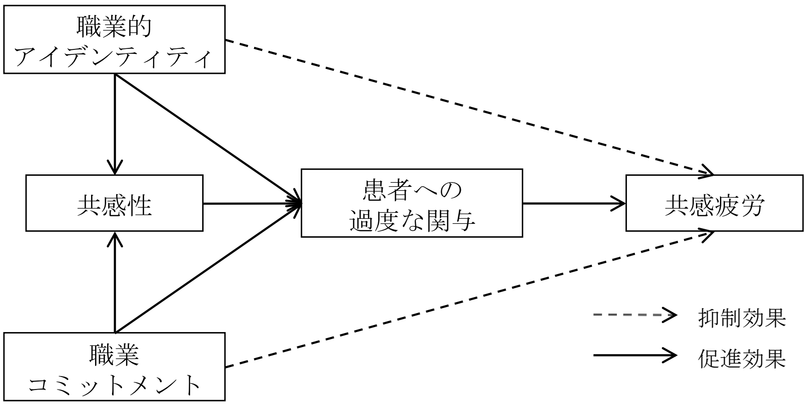
以上より，以下の仮説を立てて検討する。

仮説１−１：職業的アイデンティティと職業コミットメントは，共感疲労を抑制する。

仮説１－２：職業的アイデンティティは，看護師の共感性と患者への過度な関与を促進することで，共感疲労を引き起こす。

仮説１－３：職業コミットメントは，看護師の共感性と患者への過度な関与を促進することで，共感疲労を引き起こす。

Figure 2-1
研究１の仮説モデル図



２－３．方法

２－３－１．調査対象者

急性期や慢性期医療に携わる 7 病院（100 床～400 床）（1 医療法人 5 病院，他 2 病院）の看護部長へ本調査への許可を得た。調査対象者は，7 施設に勤務する看護職者である。調査票を配布した 1,228 名のうち 333 名から回答があった（回答率 27.1%）。回答に欠損のあった 25 名を除き，308 名（男性 15 名，女性 293 名，平均年齢 36.7±10.71 歳）を分析対象とした。

２－３－２．手続き

無記名自記式質問紙調査を実施するにあたり，調査協力が得られた研究対象施設の看護部長に，研究目的や方法，研究協力の自由意思，個人情報の保護などについて説明した文書を送付した。看護部長に各病棟師長への調査票の配布を依頼した。調査では個人の考え方を問う質問が含まれるため，回答は任意であることや回答により個人が不利益を被らないことを文書にて説明した。

２−３−３．調査時期

2017 年 7 月〜9 月に実施した。

２−３−４．質問紙の構成

研究１の調査で使用した尺度は以下のとおりである。

１．職業的アイデンティティ：看護師の職業的アイデンティティ尺度（佐々木・針生，2006）を用いた。看護師が回答しやすい表現であるかどうかを確認し，患者への共感性や仕事の満足感に関する項目は除き，原尺度の 20 項目から 14 項目を選択して用いた。「これまでの私の看護の経験が後輩の看護に役立つと思う」という１項目のみ表現を一部変更し，「これまでの私の看護の経験が後輩の看護実践に役立つと思う」とした。残りの 13 項目は，原尺度のままとした。

２．職業コミットメント：日本語版職業コミットメント尺度（佐藤他，2015）を用いた。原尺度は 18 項目で構成されている。看護師が回答しやすい表現であるかどうかを確認した。18 項目のうち 15 項目について，文意を変えないように注意し，一部をわかりやすい表現へと変更した。残りの 3 項目は原文のままとした。これら 18 項目すべてを用いた。

３．共感性：多次元共感性尺度（鈴木他，2000）を用いた。原尺度は，「他者指向的情緒反応」，「他者心理の理解力」，「被影響性」，「自己指向的情緒反応」，「対人的情緒に対する態度」，「想像性」で構成されている。本研究では，これらの下位因子から看護師の職務に関連する内容の項目を選択した。「他者指向的情緒反応」，「他者心理の理解力」，「被影響性」，「自己指向的情緒反応」，「想像性」の各下位因子から各 5 項目，「対人的情緒に対する態度」から 3 項目，計 28 項目を用いた。

４．患者への過度な関与：看護師が患者へ過度に関わる行動や心理について，新たに項目を作成した。行動面に関する 6 項目，心理面に関する 9 項目を作成した。行動面に関する代表的な項目は，「休憩時間を減らしてでも，患者の話を聴く」，「休憩時間を減らしてでも，患者の世話をすることがある」，「勤務時間外でも患者からの話を聴く」などである。心理面に関する代表的な項目は，「しばしば患者の容体を考えてしまう」，「プライベートな時間であっても，患者の容体が急変していないか心配になる」，「休憩時間であっても，患者の容体に変化がないか，頭から離れない」などである。

５．共感疲労：共感疲労関連尺度（今・菊池，2007）を用いた。共感疲労関連尺度では，看護師が体験する具体的な場面を取り上げ，項目への回答を求めるよう設定されている。

具体的な場面とは，担当していた患児が急変して亡くなったというものである。このような場面を体験したことがない看護師と体験したことがある看護師とでは，共感疲労の平均値に差が生じる可能性が考えられたが，この場面の体験の有無に関わらず，共感疲労の平均値に差は認められていない（今・菊池，2007）。また，看護師は患者へ共感的に関わるような教育を受けている（厚生労働省，2014）ことから，このような場面を体験していなくても想起しやすいと考えられる。これらから，本研究でも今・菊池（2007）の共感疲労関連尺度で用いられている教示文を使用する。

原尺度は，「共感疲労」「共感的苦痛」「個人的苦痛」「共感の過剰喚起」の 4 因子から構成される。看護師の共感疲労の状態がわかる内容であるかを確認した上で，看護師が患者へ共感している状態に適合するよう一部表現を変更し，各因子から各 4 項目ずつを選択し，計 16 項目を用いた。具体的な質問項目は，「接していながらもこの子の気持ちを考えなくなっていた」「涙がとめどなく出る」「この子がニコニコしている日には，安心しておれた」「この子のことを思い出すと気持ちが落ち着かない」などである。

本研究では，全て 6 件法（1：まったくあてはまらないー6：非常にあてはまる）で回答させた。

研究１で用いた調査用紙は，Appendix 1 に掲載した。職業的アイデンティティの項目は質問４，職業コミットメントの項目は質問６，共感性の項目は質問２，患者への過度な関与の項目は質問８，共感疲労の項目は質問５である。

２－３－５．分析方法

共感性と職業的アイデンティティ，職業コミットメント，共感疲労を測定するために用いた各尺度は，本論文の著者が一部表現方法などを変更している。そのため，各尺度の因子構造の確認を行った。下位因子ごとの検討を行うと扱う因子数が多く複雑になるために，各尺度の上位概念を用いた検討を行うこととした。例えば，共感性は 6 つの下位因子を用いるのではなく，それらを１つにまとめた共感性の因子として用いることとする。そのため，各尺度について，想定された因子数での因子分析を行うことで想定通りの因子数が抽出され，本来の概念を測定できているかを確認した後に，上位概念を扱うために１因子を想定し，主成分分析を行った。.350 以上の因子負荷量を示した項目のみを用いて，因子を確定した。因子の内的一貫性を検討するため，Cronbach のアルファ係数を算出した。各因子の得点は，含まれる項目の平均得点とした。

看護師の職業的アイデンティティと共感性，患者への過度な関与，共感疲労の影響過程，及び職業コミットメントと共感性，患者への過度な関与，共感疲労の影響過程を検討するために共分散構造分析を行った。各変数間の相関関係から複数のモデルを構築し，最も適合度の高いモデルを採用することとした。適合度の指標として，χ^2，RMSEA，GFI，AGFI，CFI，AIC，を用いた。χ^2 は値が小さいほど良いとされ，RMSEA は .05 以下，GFI と AGFI，CFI は .95 以上であれば適合度が高いことを意味する。AIC は，値が小さいほど適合度が高いことを意味する。また，RMSEA は .10 以下，GFI と AGFI，CFI は .90 以上であればモデルとして許容できるとされている。なお，共分散構造方程式で扱う変数が多いことから，関連図を見やすくするために誤差変数を記載せず，観測変数の関連性のみを記載することとした。

統計解析には，SPSS ver. 11 と Amos ver. 29 を用いた。

2-3-6．倫理的配慮

本研究は，広島大学大学院総合科学研究科研究倫理委員会の承認（受付番号 29-12）を得て実施した。

調査を実施するにあたり，研究対象施設の看護部長と調査対象者に，研究目的，方法，研究協力の自由意思，個人情報の保護などについて説明した文書を送付した。調査では個人の考え方といった協力者の内面を尋ねる質問が含まれるため，回答により個人が不利益を被らないこと，答えづらいと感じた質問は回答を強要しないこと，当該個人に関わる資料は破棄されることを文書にて説明した。なお，調査対象者が調査票への回答をもって調査に協力することに同意したとみなすことを教示文に示した。

2-4．結果

2-4-1．因子の確定

各尺度について，上位概念を扱うため１因子を想定した主成分分析を行い，因子負荷量が .350 の基準以上である項目を抽出した。

研究１で用いた各尺度の因子分析の結果を Table 2-1 から 5 に示す。

１．職業的アイデンティティ：14 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .857 と高い内的一貫性を示したことから，14 項目すべてを用いることとした。

Table 2-1
職業的アイデンティティ尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
私は患者に必要とされていると感じる	.738
私は生き生き働いていると感じる	.712
私は大切な命を預かる重要な一員として周囲に認められている	.705
これまでの私の看護の経験が後輩の看護実践に役立つと思う	.699
私は看護師として役に立たないと思う	-.645
私は看護のあり方について自分なりの考えをもっている	.639
私はいつも自分らしい看護をしていると感じる	.635
私はこの仕事をとおして人間的に成長している	.620
私は仕事の中で自分らしさを保てずつらいと思う	-.578
私はこの仕事を生涯続けようとは思わない	-.547
私は患者と一体感を感じることがある	.515
この仕事は私の生涯をとおしての大切な経済的基盤である	.510
私はこの仕事以外での生き方は考えられない	.469
看護師としての自分の目標はずっと変わらない	.396
アルファ係数	.857

２．職業コミットメント：18 項目のうち，16 項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .866 と高い内的一貫性を示したことから，16 項目すべてを用いることとした。

Table 2-2
職業コミットメント尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
私は看護師として多くの努力をしてきたので，看護師という職業を今さら変えようとは思えない	.771
現時点で職業を変えるのは，私にはできない	.705
私が看護師をしているのは，この職業に尽くしたいと思っているからだ	.683
私は看護に情熱を傾けている	.679
私は看護師であることを誇りに思っている	.628
私は看護師になって後悔している	-.608
私は看護師である自分が好きではない	-.590
仮に自分の得になることがあったとしても，今，看護師を辞める理由にはならない	.564
現時点で職業を変えることは，自分にとって負担が大きい	.561
看護師には仕事を続けていく責任があると思う	.558
仮に私が看護職を辞めるとしたら，負い目をもつだろう	.545
職業訓練をうけた人は，一定期間はその職にとどまるべきだと思う	.518
私にとって，今，看護師をやめることは損失が大きい	.518
私は看護師としてのアイデンティティをもっていない	-.480
仮に職業を変えるなら，これまでの私の人生が無駄になる	.462
私は看護職を続けることに何の義務感も感じない	-.388
アルファ係数	.866

３．共感性：28 項目のうち，14 項目の因子負荷量が基準以上を示した。14 項目のアルファ係数は .830 と，高い内的一貫性を示したことから，14 項目を用いることとした。

Table 2-3
共感性尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
相手がどう感じているかを自分も同じように感じることができる	.748
他の人が今どのような気持ちかが，その人の様子やしぐさからわかる	.676
喜んでいる人がいれば，親しい人ではなくても，喜びを分かち合いたいと思う	.669
他人の考え方を理解するのが比較的得意だ	.646
他人が何をしてほしいかすぐ察知できる	.619
喜んでいる人を見ていると，自分が嬉しかった時のことがよみがえってくる	.585
悩んでいる友達がいても，その悩みを分かち合うことができない	−.573
喜んでいる人を見ていても，その人と同じような気持ちにはならない	−.549
自分が落ち込んでいるときでも，他人の喜びを理解できる	.539
周囲に悩んでいる人がいても，気づかないことが多い	−.537
苦しんでいる人を見ると，それが自分の嫌いな人であっても，その人の苦しさを感じ取ろうとする	.513
人が頑張っているのを見たり聞いたりすると，自分には関係なくても応援したくなる	.441
喜んでいる人を見ても，あまり祝ってあげようとは思わない	−.406
苦しんでいる人を見ると，以前，自分が苦しんでいた時のことを思い出す	.368
アルファ係数	.830

４．患者への過度な関与：15 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .912 と高い内的一貫性を示したことから，15 項目すべてを用いることとした。

Table 2-4
患者への過度な関与尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
休日であっても，患者が心細くないかと心配することがある	.794
勤務時間外であっても，患者がさみしくないかと心配することがある	.790
休憩時間を減らしてでも，患者の話を聴く	.764
しばしば，患者の容体を考えてしまう	.751
プライベートな時間であっても 患者の容体が急変していないか心配になる	.748
勤務時間外でも，患者からの話を聴く	.707
休憩時間であっても，患者の容体に変化がないか，頭から離れない	.706
食事の時間になると，患者の食欲があるか気になる	.699
患者の話を聴いていて，勤務時間を超えることがある	.689
夜になると，患者がよく眠れるといいなと思う	.688
休憩時間を減らしてでも患者の世話をすることがある	.677
始業前に，気になる患者の様子を見に行く	.559
患者のために，身のまわりの世話をあれこれしたくなる	.537
休日は一切患者のことを考えることはない	-.502
勤務時間中，患者の様子をしばしば見に行く	.430
アルファ係数	.912

５．共感疲労：16 項目のうち，12 項目の因子負荷量が基準以上を示した。合成変数を作るために削除された 4 項目のうち，「残された家族や他の患者さんたちが幸せになることについてあまり気にかけなくなったと思う」「看護をしている際，接していながらも A 児の気持ちを考えなくなっていた」「どこかでホッとしていることがある」という脱人格化を示すような項目が含まれていた。アルファ係数は，.853 と高い内的一貫性を示したことから，12 項目すべてを用いることとした。

Table 2-5
共感疲労尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
A児のことを思い出すといつまでも気持ちが落ち着かない	.748
亡くなった時のことをよく思い出す	.741
もっとしてあげられることがあったのではないかと何度も考える	.726
いつもA児のことが頭にあって，他の患者さんに集中できない	.674
自分は何もしてあげられなかったという無力感を感じる	.666
またこうした体験をするのかと思うと不安になる	.650
涙がとめどなく出る	.601
看護師としてこれからどうしたらよいか不安になる。	.596
A児が病気と闘っているのを見て，何度も胸がしめつけられる思いがした	.565
A児の症状が安定していた日には，安心しておれた	.512
A児との日々や場面が繰り返しはっきりと思い出される	.485
子どもの家族と同じような思いを抱いてしまう	.458
アルファ係数	.853

２−４−２．変数間の関連

各尺度の基礎統計量と相関分析の結果を Table 2-6 に示す。理論的平均値である 3.50 と比較すると，共感性が 3.95 と最も高く，患者への過度な関与が 3.22 と最も低かった。

共感性は，職業的アイデンティティ（r = .376，p＜.001），職業コミットメント（r = .198，p＜.001），患者への過度な関与（r = .237，p＜.001），共感疲労 （r = .270，p＜.001） と正の相関が認められた。また，職業的アイデンティティは，患者への過度な関与と正の相関（r= .164，p＜.01） が認められ，共感疲労との関連は認められなかった（r= −.032，*ns*）。患者への過度な関与は，共感疲労と正の相関（r= .360，p＜.001）が認められた。

2 変数間の相関を求めた場合，他の変数が関与して見かけ上の相関が高くなっている可能性が考えられる。そのため，関連を検討する 2 変数以外の変数を統制した偏相関分析を

行った（Table 2-6 右上）。偏相関分析の結果，共感性は職業的アイデンティティ（r= .352, p<.001）と共感疲労（r= .238, p<.001）とに正の相関が認められた。また，共感性と患者への過度な関与との関連は認められなかった（r = .112, *ns*）。職業的アイデンティティと共感疲労とは負の相関（r = −.155, p<.01）が認められたが，患者への過度な関与との関連は認められなかった（r = .024, *ns*）。患者への過度な関与と共感疲労とに正の相関（r = .308, p<.001）が認められた。

Table 2-6
各尺度の相関及び偏相関，基礎統計量

	Mean（*SD*）	1．	2．	3．	4．	5．
1．職業的アイデンティティ	3.84(.67)		.611***	.352***	.024	−.155**
2．職業コミットメント	3.79(.77)	.627***		−.105	.109	.112
3．共感性	3.95(.59)	.376***	.198***		.112	.238***
4．患者への過度な関与	3.22(.83)	.164**	.209***	.237***		.308***
5．共感疲労	3.71(.71)	.032	.124*	.270***	.360***	

注．対角線上の左下の数値は各尺度間の相関係数を示す。対角線上の右上の数値は，2つの尺度の相関を算出した場合の他 3 尺度を統制した上での各尺度の偏相関係数を示している。
Mean 及び *SD* に各尺度の記述統計量を示す。
* p< .05, ** p< .01, *** p< .001

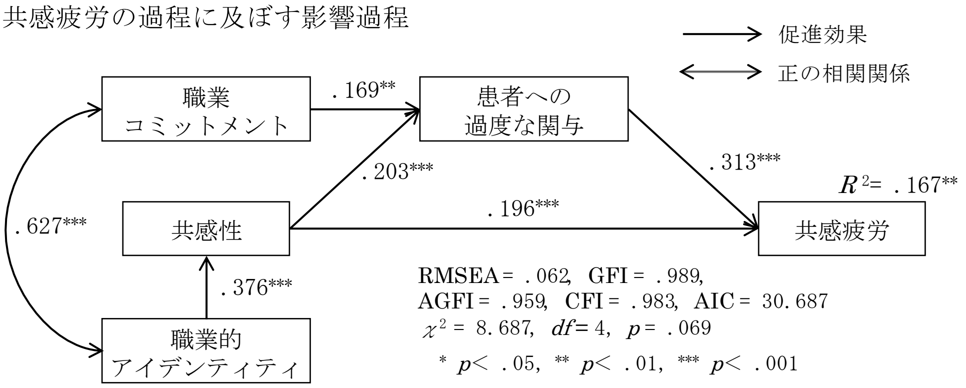
偏相関分析の結果から，職業的アイデンティティの高さは，職業コミットメント，共感性，共感疲労の高さと関連していることがわかった。また，共感性の高さと患者への過度な関与の高さは共感疲労の高さと関連していることがわかった。職業コミットメントと患者への過度な関与，共感疲労との関連はみられなかった。共感性と患者への過度な関与との関連はみられなかった。

2-4-3．看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労の過程に及ぼす影響

各変数間の相関分析結果をもとに，看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労の過程に及ぼす影響を検証した。その結果を Figure 2-2 に示す。共分散構

造分析により得られた本モデルの適合性指標は，RMSEA = .062， GFI = .989，AGFI = .959，χ^2 = 8.687，df= 4，p= .069，であった。モデルの安定度を示す情報量基準値（AIC）は 30.687 であった。実測値データへのモデルの当てはまり度を示す適合性指標は十分な値であり，修正値の極端な低下もみられなかった。

Figure 2-2
看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが
共感疲労の過程に及ぼす影響過程



職業的アイデンティティと職業コミットメントは正の相関関係にあった（r = .627， p <.001)。職業的アイデンティティは，共感性へ正の関連（β = .376，p<.001）を示していた。共感性は，共感疲労（β = .196，p<.001）と患者への過度な関与（β = .203，p <.001）に正の関連を示していた。職業コミットメントは，患者への過度な関与へ正の関連（β = .169，p<.01）が認められた。患者への過度な関与から共感疲労に正の関連（β = .313，p<.001）も認められた。しかし，共感疲労の説明分散は .167 と低く，十分な説明分散が得られているとはいえない。

共感性から共感疲労への直接効果は 0.038 であり，共感性から患者への過度な関与を介した共感疲労への間接効果は 0.064 であった。看護師の共感性から共感疲労へ至る過程では，共感性から共感疲労への直接的な影響よりも患者への過度な関与を媒介した共感疲労への影響の方が強いことがわかった。

2-5．考察

研究１では，看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労の過程に及ぼす影響について検討した。共感疲労への影響過程には，共感性から共感疲労が直接引き起こされる過程と，共感性や職業コミットメントが患者への過度な関与を促進して共

感疲労に結び付く過程の２過程があることがわかった。

２−５−１．職業的アイデンティティと職業コミットメント，共感疲労との関連

共分散構造分析の結果から職業的アイデンティティと職業コミットメントは共感疲労と関連していないことがわかった。よって，仮説１−１「職業的アイデンティティと職業コミットメントは，共感疲労を抑制する」は支持されなかった。

情報通信関連企業で勤務する会社員を対象とした先行研究では，職業的アイデンティティが高くなると離職や転職の意志が低くなる（児玉・深田，2005）というように，職業的アイデンティティの適応性が報告されているものの，研究１では職業的アイデンティティが共感疲労を抑制しておらず，職業的アイデンティティの適応性を確認することができなかった。看護師においては，職業的アイデンティティが高まることで患者への看護をとおして看護師としての自分をより実感することになるものの，それが看護師の身体的・情緒的疲弊に陥らないように適応的に影響することにはつながらないと考えられる。

職業コミットメントが高くなると専門職者としての意識が高まる（澤田，2009）という適応性が報告されているものの，研究１では職業コミットメントが共感疲労と直接，関連しておらず，職業コミットメントの適応性を確認することができなかった。職業的アイデンティティと同様，看護師という専門職者としての意識が高まることのみでは，身体的・情緒的疲弊に陥らないようにすることにはつながらないと考えられる。

２−５−２．職業的アイデンティティが共感性と患者への過度な関与，共感疲労に及ぼす影響

共分散構造分析の結果，職業的アイデンティティは共感性を促進させることがわかった。しかし，職業的アイデンティティは患者への過度な関与を促進していないことから，仮説１−２「職業的アイデンティティは，看護師の共感性と患者への過度な関与を促進することで，共感疲労を引き起こす」は一部支持されたといえる。職業的アイデンティティは，共感性を高めることで共感疲労を促進していることがわかった。看護師は，患者に関わる看護から看護師としての自分らしさを実感することで，看護師の共感性が促されると考えられる。看護師としての経験年数を重ねることで職業的アイデンティティが形成される（岩井他，2001）。形成された職業的アイデンティティが看護師の共感性を高めていくものといえる。

２－５－３．職業コミットメントが共感性と患者への過度な関与，共感疲労に及ぼす影響

共分散構造分析の結果，職業コミットメントは患者への過度な関与を媒介して共感疲労を促進させることが明らかになった。職業コミットメントは，看護師の共感性には関連せず，患者への過度な関与を促進していたことから，仮説１−３の「職業コミットメントは，看護師の共感性と患者への過度な関与を促進することで，共感疲労を引き起こす」は一部支持されたといえる。職業コミットメントの高い者は積極的に他者と関係しようとする（酒井他，2004）ことから，本研究においても行動レベルでの関わりである患者への過度な関与に直接影響したと考えられる。職業コミットメントが共感性と関連していなかったのは，職業コミットメントが仕事への能動的・肯定的態度という行動面を反映していることから，患者の心理的側面の理解の反映である看護師の共感性には関連しなかったものと考えられる。

研究１の結果から，適応的であると考えられている職業的アイデンティティと職業コミットメントは，間接的に看護師の共感性や患者への過度な関与へ結び付き，共感疲労を引き起こしてしまうという不適応の側面があることが示唆された。先行研究においては，職業的アイデンティティは適応的に働く（塩見他，2021；吉村他，2018）こと，職業コミットメントも看護の職場への適応性を高める（Blau，1985；酒井他，2004）ことが報告されているものの，それを支持する結果が研究１では得られなかった。むしろ，職業的アイデンティティや職業コミットメントが高くなりすぎることで間接的に共感疲労を引き起こしてしまうという，不適応に働く側面をもつことが示唆された。これは，看護師は患者のためを思い，患者のために関わろうとすることで，看護師の共感疲労という不適応に結び付いたものと考えられる。

２－５－４．共感性から患者への過度な関与への直接効果と間接効果の比較

看護師の共感性が患者への過度な関与，共感疲労に及ぼす影響では，共感性から共感疲労への直接的な影響よりも，共感性から患者への過度な関与を媒介して共感疲労に至る間接的な影響の方が強いことがわかった。この結果は，看護師の共感性の高さが共感疲労を引き起こすこと以上に，看護師の共感性が高まることによって患者へ深く関わることが共感疲労を引き起こしやすいことを意味している。これは，患者に深く関わることで共感疲労が引き起こされるという先行研究（福森他，2018；Maytum et al., 2004；柴田，2016）を支持する結果である。

２－６．要約

研究１では，看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労を抑制するのか，あるいは看護師の共感性を高めることや患者への過度な関与に結び付き，共感疲労を引き起こすことになるのかについて検討を行った。その結果，看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントは共感疲労を抑制しないことがわかった。職業的アイデンティティは共感性を介して，職業コミットメントは患者への過度な関与を介して，共感疲労を高めていることがわかった。このように，職業的アイデンティティと職業コミットメントは，間接的に共感疲労を引き起こす要因であるといえよう。

第３章　研究２

看護師の完全主義傾向が患者への過度な関与と共感疲労へ及ぼす影響

３-1．序論

患者への過度な関与が共感疲労に結び付く（福森他，2018；久保・田尾，1994）ことが指摘されているにも関わらず，実証的に検証されてはこなかった。そこで，研究１で，職業的アイデンティティや職業コミットメントが共感性や患者への過度な関与，共感疲労に及ぼす影響を検討した。その結果，共感性は，直接的に共感疲労を引き起こすだけでなく，患者への過度な関与を媒介することで共感疲労を引き起こすことを明らかにした。また，看護師の共感性を促進するのは職業的アイデンティティであり，患者への過度な関与を促進するのは職業コミットメントであることがわかった。職業的アイデンティティと職業コミットメントは適応的に働くといわれてきたが，いずれも共感疲労を抑制しておらず，看護師においては不適応に働く結果となった。これは，看護師が患者に直接関わり，患者の治療に向けて積極的に働きかけていかなければならない仕事であるがゆえに，職業的アイデンティティを有し，職業面でコミットすることにより，患者に深く関わることになり，その結果，共感疲労という不適応状態に陥ると考えられる。

人を相手とする対人援助職の仕事は，努力をしても成果が見えにくいことや，その成果について対人援助職者自身が客観的に判断することが難しいため，達成感がなかなか得られにくいという特徴があり（久保，2003，2008），その典型が看護という職業だといわれる。そのため，看護師は，患者に対して適切な看護を提供できているかがわかりづらいことから必要以上に患者への看護を行ってしまう可能性がある。ひたむきで自己関与が高く，完璧主義，理想主義的傾向が強い看護師はバーンアウトに陥りやすいことが指摘されている（田尾・久保，2005）ことから，完全主義傾向の高い看護師は，看護をしても十分な看護ができたという達成感を得ることができず，患者に関わり過ぎてしまうと考えられる。

会社員を対象として行われた研究（清水・古井，2004）では，完全主義者がミスを過度に気にする傾向や自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向が強いことで，バーンアウトを引き起こすと報告されている。また，大学生を対象とした研究でも，ミス懸念や行動疑念が精神的に不健康な影響を及ぼしうることが示唆されている（福井・山下，2012）。完全主義の先行研究については，会社員や大学生を対象として行われているものが多く，完全主義傾向が高い看護師はバーンアウトに陥りやすいことが指摘されてはいるものの（田

尾・久保，2005)，看護師の完全主義傾向について検討されているものが少ない。そのなかで，高瀬・河野（2018）は完全主義傾向が高くなるほど看護ケアに関する葛藤が高くなることや，看護に対する無力感が高くなることを報告している。

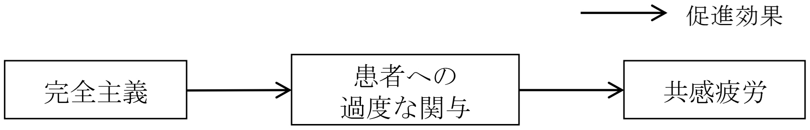
このように，患者への看護は成果が見えにくく，看護師が行った看護が適切であったかについて判断が難しいことから，看護師は患者への関わりを強めることになると考えられる。完全主義傾向の高い看護師は看護に対して完全性を求めるがゆえに，患者への関与を過度に行ってしまうと考えられる。

以上のことから，完全主義傾向の高い看護師は，看護に対して過度に完全性を求めて完璧に看護をこなそうとすることで，患者への過度な関与に結び付くことにつながり，その結果，共感疲労を引き起こしてしまう可能性がある。

３－２．目的

研究２の目的は，完全主義傾向が看護師の共感疲労を引き起こす影響過程を検討することである。Figure 3-1 に示したように，患者への過度な関与を媒介して共感疲労に結び付くのかを検討する。

Figure 3-1
研究２の仮説モデル図



以上より，以下の仮説を立てて検討する。

仮説２－１： 完全主義傾向は患者への過度な関与を高めることで，その結果，共感疲労を引き起こす。

３－３．方法

３－３－１．調査対象者

調査対象者は，研究１で調査した看護職者と同一である。

3－3－2．手続き

調査の実施手続きは，研究１と同様である。

3－3－3．調査時期

調査時期は，研究１と同様である。

3－3－4．質問紙の構成

研究２で分析の対象となる尺度は以下のとおりである。

１．完全主義傾向：新完全主義尺度（桜井・大谷，1997）は，完全でありたいという欲求，自分に高い目標を課する傾向，ミス（失敗）を過度に気にする傾向，自分の行動に漠然とした疑いをもつ傾向の 4 因子から構成される。看護師の完全主義傾向が高い場合，自分自身の看護を完璧にしなければならないという思いが強く，自分が行った看護の失敗を恐れたり，常に自己の看護への漠然とした不安をもったりすることで，患者への過度な関与に結び付くと考えられる。以上から，新完全主義尺度のうち，失敗過敏と行動疑念の 2 因子を用いることとした。各因子から各 5 項目計 10 項目すべてを用いることとした。これら 2 つの下位因子の項目をまとめ，看護師が看護を行う際の完全性を求める傾向として測定した。

２．患者への過度な関与：研究１で用いた尺度と同様である。

３．共感疲労：研究１で用いた尺度と同様である。

本研究では，全て 6 件法（1：まったくあてはまらない－6：非常にあてはまる）で回答させた。

研究２用いた調査用紙は，Appendix１に掲載した。研究２で新たに用いた完全主義の項目は質問９である。

3－3－5．分析方法

研究２で新たに用いた完全主義傾向の尺度の因子構造の確認を行った。研究１と同様に，完全主義傾向の尺度の上位概念を用いた検討を行うこととした。上位概念を扱うために１因子構造を想定した主成分分析を行った。因子負荷量の基準は，.350 以上の因子負荷量を示した項目のみを用いて，因子を確定した。因子の内的一貫性を検討するため Cronbach のアルファ係数を算出した。各因子の得点は，含まれる項目の平均得点とした。

完全主義傾向が患者への過度な関与を介した共感疲労への影響過程を検討するために，ブートストラップ法による媒介分析を行った。

統計解析には，SPSS ver. 11 と HAD17. 202（清水，2016）を用いた。

３－３－６．倫理的配慮

研究１と同様に，広島大学大学院総合科学研究科研究倫理委員会の承認（受付番号 29-12）を得て，研究１と同様の手続きと方法で実施した。

３－４．結果

３－４－１．因子の確定

研究２で新たに用いる尺度である完全主義傾向については，研究１と同様に，上位概念を扱うための１因子を想定した主成分分析を行い，因子負荷量が .350 の基準以上である項目を抽出した。

研究５で新たに用いた完全主義尺度の因子分析の結果を Table 3-1 に示す。完全主義については，10 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .880 と高い内的一貫性を示したことから 10 項目すべてを用いることとした。

Table 3-1
完全主義尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
少しでもミスがあれば，完全に失敗したのも同然である	.805
完璧にできなければ，成功とは言わない	.754
何かをやり残しているようで，不安になることがある	.741
注意深くやった仕事でも，欠点があるような気がして心配になる	.734
納得できる仕事をするには，人一倍時間がかかる	.715
ささいな失敗でも，周りの人からの評価は下がるだろう	.702
人前で失敗することなど，とんでもないことだ	.701
念には念を入れるほうである	.651
戸締りや火の始末などは，何回か確かめないと不安である	.622
“失敗は成功のもと”などとは考えられない	.545
アルファ係数	.880

３－４－２．変数間の関連

各尺度の基礎統計量と相関分析の結果を Table 3-2 に示す。桜井・大谷（1997）の先行研究では，完全主義尺度の平均値は 3. 43 である。これと比較すると，本研究の調査対象者

の完全主義尺度の平均値は，3.71 と高い傾向にあるといえる。

各尺度の相関分析では，完全主義は，共感疲労との間に正の相関（$r = .303$，$p < .001$）が認められた。この 2 変数の相関は，患者への過度な関与が関係して見かけ上の相関が高くなっている可能性が考えられる。そのため，患者への過度な関与を統制変数とした偏相関分析を行った（Table 3-2 右上）。その結果，患者への過度な関与を統制しても完全主義と共感疲労との間に正の偏相関（$r = .230$，$p < .001$）が認められた。以上から，完全主義の高さは，共感疲労の高さと関連していることがわかった。

Table 3-2
各尺度の相関及び偏相関，基礎統計量

	Mean（*SD*）	1．	2．	3．
1．完全主義	3.71(.86)		.180**	.230***
2．患者への過度な関与	3.22(.83)	.269***		.303***
3．共感疲労	3.71(.71)	.303***	.360***	

注．対角線上の左下の数値は各尺度間の相関係数を示す。対角線上の右上の数値は，2 つの尺度の相関を算出した場合の，他の 1 尺度を統制した上での各尺度の偏相関係数を示している。
Mean 及び *SD* に各尺度の基礎統計量を示す。
* $p < .05$，** $p < .01$，*** $p < .001$

3－4－3．看護師の完全主義傾向が患者への過度な関与を介した共感疲労への媒介効果

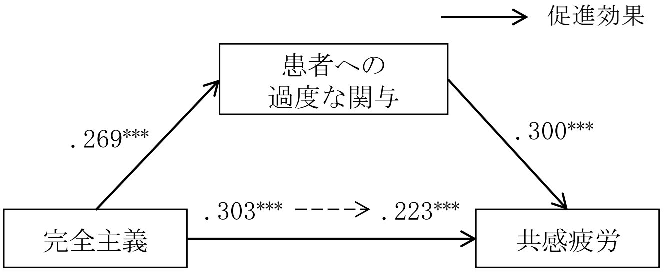
看護師の完全主義傾向が患者への過度な関与を介して共感疲労を促進するのかを検討するために，ブートストラップ法（サンプリング回数 2,000 回）を用いた媒介分析を行った。この仮説モデルを検証するため，完全主義が共感疲労に直接影響せず，患者への過度な関与を媒介するという完全媒介効果が得られるかを検討するためである。ブートストラップ法による媒介分析の結果を Figure 3-2 に示す。

共感疲労を従属変数に，完全主義を独立変数にした回帰分析を行った。この結果，完全主義は共感疲労を有意に予測していた（$b = 0.249$，$\beta = .303$，$SE = 0.045$，$t(306) = 5.566$，$p = .000$）。さらに患者への過度な関与を媒介変数として追加した結果，完全主義は患者への過度な関与を有意に予測し（$b = 0.258$，$\beta = .269$，$SE = 0.053$，$t(306) = 4.885$，$p < .001$），患者への過度な関与は共感疲労を有意に予測した（$b = 0.257$，$\beta = .300$，$SE = 0.046$，$t(305) = 5.551$，$p < .001$）。また，患者への過度な関与を媒介することで，完全主義の共感疲労への直接効果は有意であるものの，β 値は小さくなることがわかった（$b = 0.183$，$\beta = .223$，$SE = 0.044$，$t(305) = 4.123$，$p = .000$）。間接効果の

検定（ブートストラップ法，2,000 回）の結果，95%信頼区間（[0.031，0.116]）は 0 を含んでおらず，患者への過度な関与の有意な媒介効果が認められた。以上の結果から，看護師の完全主義傾向は，患者への過度な関与を介して共感疲労を促進するという部分媒介であることがわかった。

完全主義から共感疲労への直接効果は 0.050 であり，完全主義から患者への過度な関与を介した共感疲労への間接効果は 0.081 であった。看護師の完全主義傾向から共感疲労へ至る過程では，完全主義傾向から共感疲労への直接的な影響よりも患者への過度な関与を媒介した共感疲労への影響の方がわずかではあるが強いことがわかった。

Figure 3-2
看護師の完全主義傾向が患者への過度な関与を
介した共感疲労への媒介効果



間接効果：b = 0.066，β = .081，
95%CI[0.031，0.116]

* p < .05，** p < .01，*** p < .001

3-5．考察

研究２では，看護師の完全主義傾向が患者への過度な関与を高め，その結果，共感疲労を引き起こす影響過程を検討した。

3-5-1．完全主義が患者への過度な関与と共感疲労へ及ぼす影響

媒介分析の結果から，看護師の完全主義傾向の高さは患者への過度な関与を高めることで共感疲労を引き起こすという媒介過程であることが示された。仮説では，完全主義が患者への過度な関与を高めることで共感疲労が引き起こされるという，完全媒介を想定していた。看護師の完全主義傾向は，共感疲労を直接的に促進させることもわかった。部分媒介であったことから，仮説２-１「完全主義傾向は患者への過度な関与を高めることで，

その結果，共感疲労を引き起こす」は一部支持されたといえる。看護は努力をしても成果が見えにくいため，達成感が得られにくい（久保，2003）ことから，看護師の完全主義傾向が高いことで職務上のミスがないか，完璧に看護できているのかが気になり，患者に関わりすぎることで，共感疲労を引き起こしてしまうと考えられる。

看護師の完全主義傾向の高さは直接，共感疲労を引き起こすこともわかった。完全主義傾向が高いと，失敗したときの評価を恐れるあまり，課題の出来栄えに対して漠然とした不安を持ちやすく，自己の関与するすべての物事を完璧にこなさなければ失敗だと考えるようになることから，常に高い緊張感や不安感を抱き続けることになる（尾関他，2002)。これらから，看護師の完全主義傾向の高さゆえに，患者の看護に関するすべての事を完璧にこなさなければ患者へ適切な看護ができなかったと考えるようになり，患者に対して過度に関わることになると考えられる。そのことが結果として，共感疲労につながると考えられる。

看護師の完全主義傾向が共感疲労を引き起こす直接的な影響よりも，完全主義傾向が患者への過度な関与を媒介して共感疲労に至る間接的な影響の方が強いことがわかった。看護師の完全主義傾向が高いと患者への看護の完全性を求めることから，患者のことが気になって患者に深く関わろうとするために，共感疲労への影響力を高めてしまうのだと考えられる。この患者への深い関わりこそ，共感疲労の促進要因であることがわかった。

３-６．要約

研究２では，完全主義傾向が看護師の共感疲労を引き起こす影響過程の検討を行った。その結果，看護師の完全主義傾向は，直接的に共感疲労を高めることがわかった。また，患者への過度な関与を媒介することにより共感疲労を引き起こすこともわかった。また，看護師の完全主義傾向は，共感疲労への直接的な影響よりも，患者への過度な関与を介した共感疲労への間接的な影響の方が大きいことがわかった。

第４章　研究３
看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程における
セルフ・コントロール能力の調整効果の検討

４-1．序論

研究１で，看護師の共感性が患者への過度な関与を促進し，その結果として共感疲労が引き起こされることを明らかにした。また，研究２で，看護師の完全主義傾向が患者への過度な関与を促進し，共感疲労を高めることを明らかにした。これらの結果から，患者への過度な関与が共感疲労を引き起こす重要な規定因となっていることがわかる。共感疲労を引き起こさないようにするためには，患者へ関わりすぎないようにすることが重要である。患者への過度な関与に結び付かないようにするために，看護師が患者との過度な関わりをしないためのセルフ・コントロールが大切となる。

Maranges & Baumeister（2016）は，セルフ・コントロールを個人の能力として定義し，思考・感情・行動を抑止あるいは変更したり，衝動や習慣に打ち勝つ行為を実行したりする能力だと捉えている。玉瀬・角野（2005）は，積極的に他者との関わりをもつようになるためには，セルフ・コントロール能力を高めることが有効であることを報告している。民間企業の事務職や自営業，教育職などを対象とした調査によると，セルフ・コントロール能力が高いことで仕事への達成感が高まる（後藤・楠見，2013）ことも報告されている。また，製造業やサービス業，建設業などで勤務する労働者では，セルフ・コントロール能力の低さが抑うつ傾向に結び付くこと（津田他，2023），また，大学生を対象とした調査ではセルフ・コントロール能力の高さが疲労の自覚症状の低さと関連している（田ノ本・中地，2021）ことも報告されている。このように，セルフ・コントロールの高さは，大学生や一般企業に勤務する労働者には適応的に働くことが示されている。看護師を対象として行われた質的研究（藤野他，2022）によると，患者や家族との関わりに看護師のセルフ・コントロール能力が必要であることが報告されているだけに過ぎず，看護師の共感性が患者への過度な関与に及ぼす過程におけるセルフ・コントロール能力の影響について検討されているわけではない。

看護師のセルフ・コントロール能力の高さが適応性に結び付くのであれば，セルフ・コントロール能力の高さが，共感性から患者への過度な関与を促進する影響の程度を抑制することができるのではないかと考えられる。つまり，共感性が高い看護師であっても，セ

ルフ・コントロール能力が高ければ，患者への過度な関与を高めることはないと予想される。一方，共感性の低い看護師はそもそも患者へ過度に関わることがないために，セルフ・コントロール能力の影響を受けないものと考えられる。このように，セルフ・コントロール能力は，共感性から患者への過度な関与への影響を緩和する調整効果を示すものと考えられる。

４－２．目的

研究３の目的は，看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程において，看護師のセルフ・コントロール能力の調整効果を検討することである。

看護師のセルフ・コントロール能力の高さが適応性に結び付くのであれば，セルフ・コントロール能力が高いことで共感性による促進効果を抑制できるのではないかと考えられる。患者に対する共感性が高くても，看護師のセルフ・コントロール能力が高ければ，患者への過度な関与を高めることはないと予想される。これらから，以下のように仮説３－１を立てる。

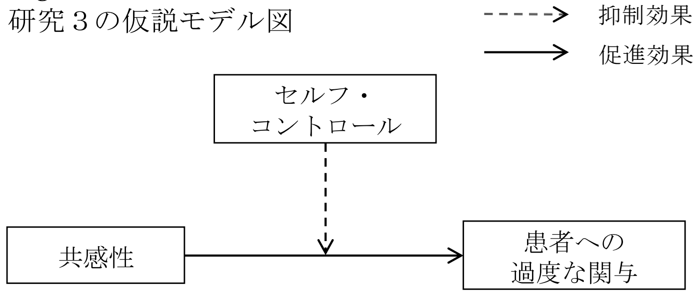
仮説３－１：共感性が高くてもセルフ・コントロール能力の高さにより調整され，患者への過度な関与の程度が低い。

一方で，共感性の低い看護師は患者へ過度に関わることはないため，セルフ・コントロール能力の影響を受けることはないと考えられる。そのため，看護師の共感性が低い場合は，セルフ・コントロール能力による違いは認められず，患者への過度な関与は行わないと予想される。これらから，以下のように仮説３－２を立てる。

仮説３－２：共感性が低い場合，患者への過度な関与は促進されないため，セルフ・コントロール能力の高さにより調整されない。

研究３の仮説モデル図を Figure 4-1 に示す。

Figure 4-1
研究３の仮説モデル図



４－３．方法

４－３－１．調査対象者

調査対象者は，研究１で調査した看護職者と同一である。

４－３－２．手続き

調査の実施手続きは，研究１と同様である。

４－３－３．調査時期

調査時期は研究１と同様である。

４－３－４．質問紙の構成

研究３で分析の対象となる尺度は以下のとおりである。

１．共感性：研究１で用いた尺度と同様である。

２．患者への過度な関与：研究１で用いた尺度と同様である。

３．セルフ・コントロール：研究３では，セルフ・コントロール尺度（杉若，1995）を用いた。セルフ・コントロール尺度（杉若，1995）は，日常生活におけるセルフ・コントロール行動の程度を評価する尺度である。この尺度によりセルフ・コントロールの個人差評価ができることから，日常生活におけるセルフ・コントロールの能力評価が可能である。原尺度は，「改良型セルフ・コントロール」「外的要因による行動のコントロール」「調整型セルフ・コントロール」の 3 因子で構成されている。これらのセルフ・コントロール行動を組み合わせることでストレスを抑制する可能性が示唆されている（杉若，1995）。これらから，研究３では看護師のセルフ・コントロール能力の測定尺度として，セルフ・コントロール尺度（杉若，1995）を用い，看護師の仕事に対する考え方について問うことで，能力としてのセルフ・コントロールを測定した。研究３では，セルフ・コントロール尺度の各因子から 4 項目ずつ計 12 項目を用いた。

本研究では，全て 6 件法（1：まったくあてはまらない－6：非常にあてはまる）で回答させた。

研究３で用いた調査用紙は，Appendix 1 に掲載した。研究３で新たに用いたセルフ・コントロールの項目は質問 7 である。

４－３－５．分析方法

研究３で新たに用いた各尺度の因子構造の確認を行った。これまでの研究と同様に，各尺度の上位概念を用いた検討を行うこととした。上位概念を扱うために１因子構造を想定した主成分分析を行った。因子負荷量の基準は，.350 以上の因子負荷量を示した項目のみを用いて，因子を確定した。因子の内的一貫性を検討するため Cronbach のアルファ係数を算出した。各因子の得点は，含まれる項目の平均得点とした。

共感性が患者への過度な関与を促進させる過程では，セルフ・コントロールによって調整しうるかを検討するために階層的重回帰分析を行った。

統計解析には，SPSS ver. 11 と HAD17. 202（清水，2016）を用いた。

４－３－６．倫理的配慮

研究１と同様に，広島大学大学院総合科学研究科研究倫理委員会の承認（受付番号 29–12）を得て，研究１と同様の手続きと方法で実施した。

4－4．結果

4－4－1．因子の確定

研究３で新たに用いる尺度であるセルフ・コントロールについて，研究１，２と同様に，上位概念を扱うための１因子を想定した主成分分析を行い，因子負荷量が .350 の基準以上である項目を抽出した。

研究３で新たに用いたセルフ・コントロール尺度の因子分析の結果を Table 4-1 に示す。

セルフ・コントロールについては，12 項目のうち，7 項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .835 と高い内的一貫性を示したことから，7 項目を用いることとした。

Table 4-1
セルフ・コントロール尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
憂うつなときには，楽しいことを考えようとしている	.817
落ち込んでいるときには，好きなことでもして気を紛らわせようとする	.737
不愉快な思いに悩まされるときには，何か楽しいことを考えるようにしている	.727
気分が沈んでいるときは，あえて陽気に振舞い気分転換をはかろうとする	.726
ものごとに集中できないときには，集中する方法を見つけ出す	.715
仕事に身が入らないときには，なんとか身をいれる方法を探そうとする	.686
仕事に神経を集中できないときには，小さな目標を立てて少しずつ処理していく	.555
アルファ係数	.835

4－4－2．変数間の関連

相関分析と基礎統計量の結果を Table 4-2 に示す。セルフ・コントロールの平均値は 3.69 であり，理論的平均値である 3.50 よりもわずかに高かった。

相関分析の結果，セルフ・コントロールは，患者への過度な関与（r= .232，p<.001），共感性（r= .309，p<.001）と正の相関が認められた。共感性は，患者への過度な関与（r= .237，p<.001）と正の相関が認められた。

2 変数間の相関を求めた場合，他の 2 変数が関与して見かけ上の相関が高くなっている可能性が考えられる。そのため，関連を検討する 2 変数以外の変数を統制した偏相関分析を行った（Table 4-2 右上）。偏相関分析の結果，セルフ・コントロールは，患者への過度な関与（r= .172，p<.01），共感性（r= .269，p<.001）と正の相関が認められた。共感

性は，患者への過度な関与（$r = .179$，$p < .01$）と正の偏相関が認められた。

偏相関分析の結果から，セルフ・コントロールの高さは，共感性，患者への過度な関与の高さと関連していることがわかった。また，共感性の高さは，患者への過度な関与の高さと関連していることがわかった。

Table 4-2
各尺度の相関及び偏相関，記述統計量

	Mean (*SD*)	1．	2．	3．
1．共感性	3.95(.59)		.269***	.179**
2．セルフ・コントロール	3.69(.80)	.309***		.172**
3．患者への過度な関与	3.22(.83)	.237***	.232***	

注．対角線上の左下の数値は各尺度間の相関係数を示す。対角線上の右上の数値は，2つの尺度の相関を算出した場合の他1尺度を統制した上での各尺度の偏相関係数を示している。
Mean 及び *SD* に各尺度の記述統計量を示す。
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4－4－3．セルフ・コントロールの調整効果

共感性が患者への過度な関与に及ぼす影響過程においてセルフ・コントロールが調整効果となりうるかを検討するために，患者への過度な関与を従属変数とした階層的重回帰分析を実施した。階層的重回帰分析の結果を Table 4-3 に示す。Step 1 で共感性とセルフ・コントロールを投入し，Step 2 でその交互作用項を投入した。Step 1 における ΔR^2 は .084 と有意であったが，Step 2 の ΔR^2 は .000 と有意ではなく，交互作用項を投入しても説明分散が増大することはなかった。このことから，共感性とセルフ・コントロールの主効果のみが有意であり，セルフ・コントロールの調整効果は認められないことがわかった。そのため，Step 1 のモデルで影響の検討を行うこととする。

患者への過度な関与に対して，共感性は正の関連を示し（$\beta = .183$，$p < .01$），セルフ・コントロールも正の関連（$\beta = .175$，$p < .05$）を示すことがわかった。セルフ・コントロールは共感性と同様に，患者への過度な関与を促進させることがわかった。

Table 4-3
調整変数としてセルフ・コントロールを仮定した階層的重回帰分析の結果

変数	Step 1	Step 2
共感性	.183**	.183**
セルフ・コントロール	.175**	.175**
共感性×セルフ・コントロール		.010
$\triangle R^2$	.084***	.000
R^2	.084***	.084***

4－5．考察

研究３では，看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程での，看護師のセルフ・コントロールの調整効果を検討することが目的であった。共感性が患者への過度な関与を促進する過程において，セルフ・コントロールの調整効果は認められなかった。

4－5－1．セルフ・コントロールの調整効果

共感性が患者への過度な関与を促進する過程においてセルフ・コントロールの調整効果は認められなかった。このことから，仮説３－１「共感性が高くてもセルフ・コントロール能力の高さにより調整され，患者への過度な関与の程度が低い」及び仮説３－２「共感性が低い場合，患者への過度な関与は促進されないため，セルフ・コントロール能力の高さにより調整されない」は支持されなかった。これらの仮説が支持されなかったことについて，以下の点が考えられる。

第１点として，看護師の仕事の特徴が関連していると考えられる。看護師は，患者中心のサービスであることを認識するよう教育（厚生労働省，2014）を受け，患者中心のケアを意識しながら看護を提供している（廣瀬他，2017；蛭田他，2016；黒田他，2012)。本調査では，看護師の仕事に対する考え方への回答を求めていたため，調査対象者は患者への看護場面を想定して患者の看護のためのセルフ・コントロールを回答していた可能性がある。これらのことから，調査対象者は患者主体の看護を行うためのセルフ・コントロールを考えていた可能性があり，患者への過度な関与を抑制するための調整に結び付いたのではないと考えられる。そのため，セルフ・コントロールの調整効果は認められなかったと考えられる。

第２点として，看護師のセルフ・コントロールへの捉え方が関連していると考えられる。看護師の仕事に対する考え方について回答させていたことから，調査対象者は看護におけ

るセルフ・コントロールの実施の程度について回答した可能性がある。そのため，セルフ・コントロール能力の程度を測定できていなかったことから，セルフ・コントロールの調整効果は認められなかったと考えられる。

以上のことから，研究３の調査対象者は看護場面において患者のために実施しているセルフ・コントロールについて回答していた可能性があることから，セルフ・コントロールによる調整効果は認められなかったと考えられる。

４－５－２．セルフ・コントロールから患者への過度な関与への影響

階層的重回帰分析の結果から，セルフ・コントロールは患者への過度な関与を抑制ではなく，促進させることがわかった。セルフ・コントロールが患者への過度な関与を高めたことについて，以下の点が考えられる。

第１点として，看護師のセルフ・コントロールの対象の問題である。藤野他（2022）は，患者や家族の心情に配慮して根気強く対応するためには，問題に前向きに取り組めるように看護師自身がセルフ・コントロールすることが必要であることを指摘している。また看護師は，患者への看護が患者中心のサービスであることを認識することが大切であるという教育を受けている（厚生労働省，2014）。これらのことより，看護師は，患者の看護上の問題に取り組むために，患者のことを優先してセルフ・コントロールを行っており，自分のために行っていたわけではないと考えられる。研究３では，セルフ・コントロールを自分の負荷を高めないように行われる能力として，患者への過度な関与を抑制すると想定していたが，患者のためにセルフ・コントロールを行使している可能性がある。

第２点として，教示文の問題である。教示文では，看護師の仕事に対する考え方を回答するよう求めていたことから，調査対象者は看護場面での実践を想定して回答していた可能性がある。看護師は患者優先に考えるよう教育され，実践を重ねてきているために，患者のために行っているセルフ・コントロールの状況を回答していた可能性があり，自分自身のためのセルフ・コントロールについて回答していたわけではないと考えられる。

４－６．要約

研究３の目的は，看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程での，看護師のセルフ・コントロールの調整効果を検討することであった。その結果，看護師の共感性が患者への過度な関与を促進させる過程では，看護師のセルフ・コントロール能力の調整効

果は認められないことがわかった。また，セルフ・コントロールは患者への過度な関与を抑制するのではなく，促進させることがわかった。

第５章　研究４

看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程における
看護師の対象の違いによるセルフ・コントロールの調整効果と媒介効果

５-1．序論

研究３では，共感性から患者への過度な関与を促進させる過程において看護師のセルフ・コントロールの調整効果を検討した。その結果，セルフ・コントロールの調整効果は認められず，看護師のセルフ・コントロールは患者への過度な関与を促進させることがわかった。仮説と異なる結果になったのは，看護師の仕事に対する考え方についての回答を求めていたため，看護師は自分自身のセルフ・コントロール能力についてではなく，患者への看護場面を想定して実施したセルフ・コントロールの程度を回答していた可能性がある。

また，看護師が看護場面を想定して回答していたのであれば，患者のことを優先的に考えていた可能性があることから，セルフ・コントロールの対象は，看護師自身に対してではなく，患者に対して行われたものではないかと考えられる。このことから，研究４では，看護師が行うセルフ・コントロールの対象を明確にさせ，患者のために行うのか，自分自身のために行うのかを分けて検討することとした。

看護師は，患者優先に考えるように教育されており，そうした実践を多く重ねてきている。そのため，看護場面におけるセルフ・コントロールは患者のために行いやすいと考えられる。例えば，看護師自身が様々な業務で忙しいときでも，患者と関わる時間を大切にすることや，患者のことで気になることがあるとそれを優先して考えること，たとえ時間外であっても患者のケアを行うことなど，患者を主体に考えた看護のために行われる患者のためのセルフ・コントロールを指す。患者のためのセルフ・コントロールを行うことで，患者への過度な関与を促すと予想される。

その一方で，適切な看護を実施するためには看護師自身が冷静でいることや平静を保つというように，看護師自身が自己の感情を自覚してコントロールすることも重要である（中村，2015）。患者のことを考えすぎることにならないように，患者との心理的な距離感を考えて関わる（上野，2009）ことが大切である。このように，患者へ冷静かつ適切に対応するためには，看護師自身が感情や行動をコントロールすることが必要となってくる。例えば，翌日が仕事の日は睡眠をしっかりとるようにすることや，職場での休憩時間を

しっかりとること，休日には仕事のことを忘れて遊びや趣味を行うようにすることなど，看護師が適切に看護するために行われる自己のためのセルフ・コントロールを指す。自己のためのセルフ・コントロールを行うことで，患者との適切な距離感を維持することができ，患者へ過度に関わることがないと予想される。

以上のことから，研究４では，セルフ・コントロールの対象を患者と看護師自身とに分けることにより，セルフ・コントロールが共感性から患者への過度な関与に及ぼす影響を調整するのかを検討する。看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程において，患者のためのセルフ・コントロールは患者を優先して看護師自身の感情や行動をコントロールするのであれば，患者への共感性が患者への過度な関与を促進する過程をより一層高めることになると考えられる。一方，看護師自身が患者に冷静に対応しようとするために自己の感情や行動をコントロールするのであれば，患者への共感性が過度な関与に結び付かないと考えられる。

また，セルフ・コントロールを行動として捉えるならば，患者に対する共感性により，セルフ・コントロールの実施が影響を受けると考えられる。患者への共感性が高いことで，患者のことを優先に考えることとなり，患者のために何かをしてあげたいという気持ちになって患者のためのセルフ・コントロールが促されると考えられる。そのため，共感性が患者のためのセルフ・コントロールを媒介して，患者へ過度に関わることに結び付くと予想される。その一方で，患者への共感性が高いことで，患者に関わりすぎる可能性があるのではないかと考える看護師は，患者に関わり過ぎないように自分自身をコントロールすることから患者への過度な関与を抑制させると予想される。このように，看護師の共感性の影響を受け，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールは，患者への関わり方に促進的ないしは抑制的に影響するという媒介効果が認められるとも考えられる。

５−２．目的

研究４の目的は，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールが共感性から患者への過度な関与への影響過程に調整効果として作用するのか，媒介効果として作用するのかを検討する。Figure 5-1 に示すように，患者のためのセルフ・コントロールは，共感性が患者への過度な関与に及ぼす影響過程に促進的な調整効果を示し，自己のためのセルフ・コントロールは抑制的な調整効果を示すと考えられる。

以上より，調整効果についての仮説は以下のとおりである。

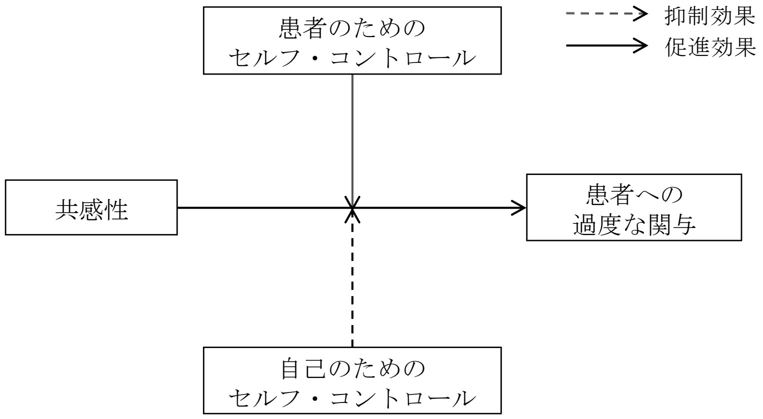
仮説４－１：共感性が高く，患者のためのセルフ・コントロールを多く行うことで患者への過度な関与が促進する。

仮説４－２：共感性が低い場合，患者への過度な関与は促進されないため，患者のためのセルフ・コントロールを行う程度は関係しない。

仮説４－３：共感性が高くても，自己のためのセルフ・コントロールを多く行うことによって，患者への過度な関与は抑制される。

仮説４－４：共感性が低い場合，患者への過度な関与は促進されないため，自己のためのセルフ・コントロールを行う程度は関係しない。

Figure 5-1
研究４の仮説モデル図
看護師の対象の違いによるセルフ・コントロールの調整効果



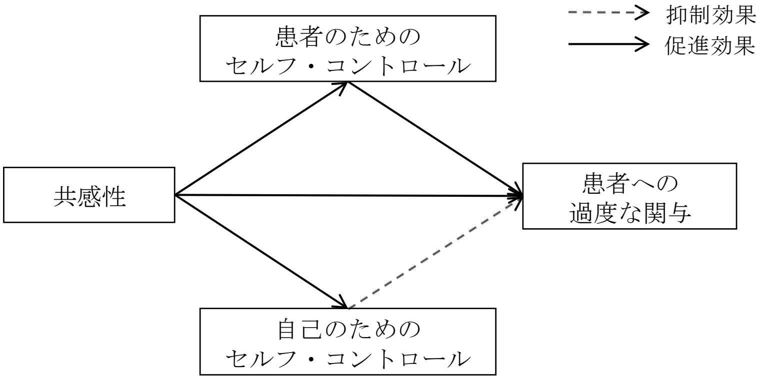
一方，セルフ・コントロールが看護場面における実践の程度と捉えるのであれば，看護師の共感性は，患者のためのセルフ・コントロール及び自己のためのセルフ・コントロールをともに促進することになると考えられる。共感性によって高められた患者のためのセルフ・コントロールは，患者への過度な関与を促進するものの，自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を抑制させると予想される。そのモデル図を Figure 5-2 に示す。媒介効果についての仮説は以下のとおりである。

仮説４－５：共感性が患者のためのセルフ・コントロールを促進することで，患者への過度な関与を促進する。

仮説４－６：共感性が自己のためのセルフ・コントロールを促進することで，患者への過

度な関与を抑制する。

Figure 5-2
研究４の仮説モデル図
看護師の対象の違いによるセルフ・コントロールの媒介効果



５－３．方法

５－３－１．調査対象者

調査対象者は，インターネットアンケート会社に登録しているユーザーのうち，看護師の職業で登録している 20 歳代～60 歳代までの者，500 名（男性 83 名，女性 417 名）である。平均年齢は，男性 41.84±8.06 歳，女性 38.75±8.79 歳である。

５－３－２．手続き

インターネット調査会社が調査対象者に配信し，依頼と同意を得た上で実施した。

５－３－３．調査時期

調査時期は，2019 年 2 月 12 日から 2 月 16 日の 5 日間である。

５－３－４．質問紙の構成

研究４の調査で使用した尺度は，以下のとおりである。

１．共感性：研究 1 で使用した尺度のうち，因子負荷量が高い 6 項目を選択した。研究１では，共感性の対象者を「他の人」や「他人」,「相手」となっていたが，研究４では，共感の対象は患者であるため，調査対象者が回答しやすいように対象を患者に変更した。例えば,「相手がどう感じているかを自分も同じように感じることができる」を,「患者がど

う感じているかを自分も同じように感じることができる」へと修正した。

２．患者への過度な関与：研究 1 で使用した尺度のうち，因子負荷量が高い項目を選択し，心理的な関与に関する 3 項目と行動的な関与に関する 3 項目，計 6 項目を用いた。質問項目については，調査対象者が回答しやすいように内容を一部修正した。例えば，研究１では「休憩時間を減らしてでも患者の世話をすることがある」の項目を，「休憩時間を減らしてでも患者のケアをすることがある」へと修正した。

３．患者のためのセルフ・コントロール：患者を主体に考えて看護するためのセルフ・コントロールについて，新たに項目を作成した。患者への看護のために患者のことを優先して考えた場合，看護師がどのように自己を統制するのかを想定し，新たに項目を作成した。例えば，「患者のことで気になることがあると，自分で何とかしようとする」「患者のことで気になることがあると，そのことを優先して考えてしまう」「患者から頼まれたことは，断らずに行う」「患者がしてほしいことは何かを，考えるようにしている」などの８項目である。これらの項目を用いて，どの程度考えたり，行動したりするかを問うことで，セルフ・コントロールの実施の程度を測定した。自己のためのセルフ・コントロールの質問項目とは分けて，項目を設定した。

４．自己のためのセルフ・コントロール：研究３で使用したセルフ・コントロール尺度（杉若，1995）を参考にして，新たに 6 項目を作成した。看護師が患者への看護場面でのストレスが生じた際，ストレスが低減された状態で継続して患者への看護に対応するためにどのように自己を統制するのかを考えた上で，項目を作成した。例えば，「職場での休憩時間はしっかりととる」「翌日が仕事の日は，睡眠をしっかりとるようにしている」「時間外に頼まれた仕事は，自分ではせずに次の担当者に引き継ぐようにしている」「忙しい時ほど規則正しい生活を心がけて，実行している」などの 6 項目である。これらの項目を用いて，どの程度考えたり，行動したりするかを問うことで，セルフ・コントロールの実施の程度を測定した。

本研究では，全て 6 件法（1：まったくあてはまらない－6：非常にあてはまる）で回答させた。

研究４で用いた調査用紙は，Appendix２に掲載した。共感性の項目は質問３の 1 から 6，患者への過度な関与の項目は質問３の 7 から 12，患者のためのセルフ・コントロールの項目は質問３の 13 から 20，自己のためのセルフ・コントロールの項目は質問４の１から６である。

５－３－５．分析方法

これまでの研究と同様に，各尺度の上位概念を用いた検討を行うこととした。上位概念を扱うために 1 因子構造を想定した主成分分析を行った。因子負荷量の基準は，. 350 以上の因子負荷量を示した項目のみを用いて，因子を確定した。因子の内的一貫性を検討するため Cronbach のアルファ係数を算出した。各因子の得点は，含まれる項目の平均得点とした。

共感性が患者への過度な関与を促進する過程での，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールの調整効果を検討するために階層的重回帰分析を行った。また，媒介効果を検討するために共分散構造分析を行った。

統計解析には，SPSS ver. 11 と HAD17. 202（清水，2016），Amos ver. 29 を用いた。

５－３－６．倫理的配慮

本研究は，広島大学大学院総合科学研究科研究倫理委員会の承認（受付番号 30–67）を得て実施した。調査対象者に対し，回答前に，調査参加についてインターネット画面上にて依頼文と回答方法の説明を行い，回答は任意であることや途中で中断しても不利益は被らないこと，データは統計的に分析するため個人は特定されないことを示したのちに調査協力を求め，アンケートへの回答をもって同意を得られたとした。

５－４．結果

５－４－１．因子の確定

各尺度について，研究１と２，研究３と同様に，上位概念を扱うための１因子を想定した主成分分析を行い，因子負荷量が .350 の基準以上である項目を抽出した。

研究４で用いた各尺度の因子分析の結果を Table 5-1 から 4 に示す。

１．共感性：6 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .803 と，高い内的一貫性を示したことから，6 項目すべてを用いることとした。

Table 5-1
共感性尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
患者が今どのような気持ちかが，その人の様子やしぐさからわかる	.855
患者が何をしてほしいか，すぐ察知できる	.830
患者がどう感じているかを自分も同じように感じることができる	.823
苦しんでいる患者を見ると，その人の苦しさを感じとろうと思う	.718
自分が落ち込んでいる時でも，患者の喜びを理解できる	.679
患者の感情に流されてしまうことはない	.380
アルファ係数	.803

２．患者への過度な関与：6 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .844 と，高い内的一貫性を示したことから，6 項目すべてを用いることとした。

Table 5-1
患者への過度な関与尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
休憩時間を減らしてでも，患者の話を聴く	.849
休憩時間を減らしてでも患者のケアをすることがある	.813
休憩時間であっても，患者の容体に変化がないか，頭から離れない	.778
プライベートな時間であっても 患者の容体が急変していないか心配になる	.776
勤務時間外でも，患者からの話を聴く	.753
休日は一切患者のことを考えることはない	-.529
アルファ係数	.844

３．患者のためのセルフ・コントロール：8 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .860 と高い内的一貫性を示したことから，8 項目すべてを用いることとした。

Table 5-3
患者のためのセルフ・コントロール尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
仕事で疲れていても，患者へのケアはやり遂げようと頑張る	.826
仕事が忙しい時でも，患者と関わる時間を大切にしている	.788
患者の話を最後までしっかりと聴くようにしている	.774
患者がしてほしいことは何かを，考えるようにしている	.764
時間外であっても，自分で決めた患者へのケアは自分で最後まで行う	.701
患者から頼まれたことは，断らずに行う	.645
患者のことで気になることがあると，そのことを優先して考えてしまう	.633
患者のことで気になることがあると，自分で何とかしようとする	.570
アルファ係数	.860

４．自己のためのセルフ・コントロール：6 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .715 と，高い内的一貫性を示したことから，6 項目すべてを用いることとした。

Table 5-4
自己のためのセルフ・コントロール尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
翌日が仕事の日は，睡眠をしっかりとるようにしている	.773
職場での休憩時間はしっかりととる	.690
忙しい時ほど規則正しい生活を心がけて，実行している	.688
休日には，仕事のことを忘れて遊びや趣味を行うようにしている	.621
時間外に頼まれた仕事は，自分ではせずに次の担当者に引き継ぐようにしている	.581
やらなければならないことがたくさんあるときには，いつでもまず計画をたてる	.490
アルファ係数	.715

５-４-２．変数間の関連

各尺度の基礎統計量と相関分析の結果を Table 5-5 に示す。患者のためのセルフ・コントロールの平均値は 3.85 であり，自己のためのセルフ・コントロールの平均値は 3.74 であった。これらの平均値は，理論的平均値の 3.5 よりも高かった。

相関分析の結果，患者のためのセルフ・コントロールは，共感性(r = .603, p<.001)，患者への過度な関与(r = .563, p<.001) と正の相関が認められた。自己のためのセルフ・コントロールは，共感性と正の相関(r = .266, p<.001)，患者への過度な関与と負の相関(r = -.368, p<.001) が認められた。患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールには，相関は認められなかった (r = .055, *ns*)。

2 変数間の相関を求めた場合，他の 2 変数が関与して見かけ上の相関が高くなっている可能性が考えられる。そのため，関連を検討する 2 変数以外の変数を統制した偏相関分析を行った (Table 5-5 右上)。

偏相関分析の結果，患者のためのセルフ・コントロールと患者への過度な関与には，高い正の偏相関 (r = .518, p<.001) が認められた。自己のためのセルフ・コントロールと患者への過度な関与に，負の強い偏相関(r = -.479, p<.001)が認められた。自己のためのセルフ・コントロールと患者への過度な関与との相関よりも高い負の偏相関が示された。

Table 5-5
各尺度の相関及び偏相関，基礎統計量

	Mean (*SD*)	1.	2.	3.	4.
1. 共感性	3.76(.61)		.054	.494***	.282***
2. 患者への過度な関与	3.35(.92)	.276***		.518***	-.479***
3. 患者のためのセルフ・コントロール	3.85(.66)	.603***	.563***		.144**
4. 自己のためのセルフ・コントロール	3.74(.73)	.266***	-.368***	.055	

注. 対角線上の左下の数値は各尺度間の相関係数を示す。対角線上の右上の数値は，2 つの尺度の相関を算出した場合の他 2 尺度を統制した上での各尺度の偏相関係数を示している。
Mean 及び *SD* に各尺度の記述統計量を示す。
* p< .05, ** p< .01, *** p< .001

以上から，患者のためのセルフ・コントロールの高さは，患者への過度な関与の高さと関連していることがわかった。また，自己のためのセルフ・コントロールの高さは，患者への過度な関与の高さと負の関連があることがわかった。

５−４−３．患者のためと自己のためのセルフ・コントロールによる調整効果

共感性が患者への過度な関与に及ぼす影響過程において患者と自己のためのセルフ・コントロールが調整効果となりうるかを検討するために，患者への過度な関与を従属変数とした階層的重回帰分析を実施した。この結果を Table 5-6 に示す。Step 1 で共感性と，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールを投入し，Step 2 で共感性と患者のためのセルフ・コントロール，自己のためのセルフ・コントロールの交互作用項を投入した。Step 1 における$\varDelta R^2$は .477 と有意であったが，Step 2 で，交互作用項を投入しても説明分散の増大は有意ではなかった。これらのことから，共感性と患者のためのセルフ・コントローと，共感性と自己のためのセルフ・コントロールの主効果のみが有意であり，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの調整効果は認められないことがわかった。

Table 5-6
調整変数として患者のためのセルフ・コントロールと
自己のためのセルフ・コンロールを仮定した階層的重回帰分析の結果

変数	Step 1	Step 2
共感性	.051	.051
患者のための セルフ・コントロール	.554***	.554***
自己のための セルフ・コントロール	−.411***	−.411***
共感性× 患者のためのセルフ・コントロール		−.005
共感性× 自己のためのセルフ・コントロール		.024
$\varDelta R^2$	.477***	.001
R^2	.477***	.478***

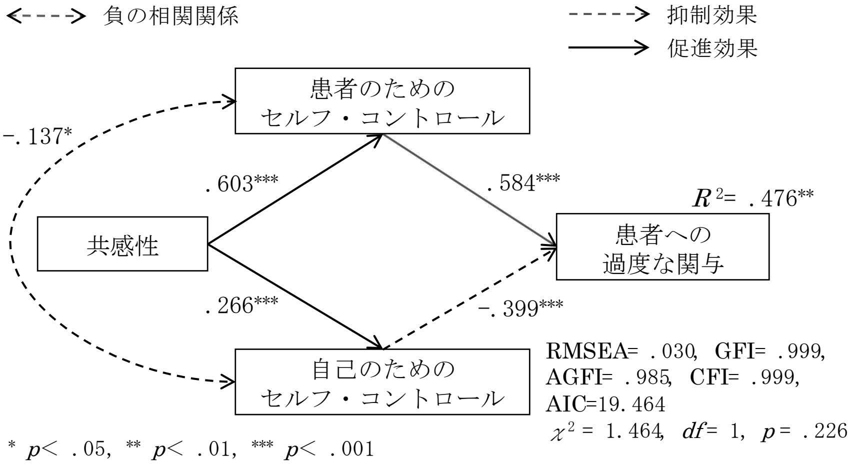
５−４−４．患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの媒介効果

看護師の共感性が患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールを介した患者への過度な関与への影響過程を共分散構造分析により検討した。その結果を Figure 5-3 に示す。

共分散構造分析により得られた本モデルの適合性指標は，RMSEA = .030，GFI = .999，AGFI = .985，χ^2=1.464，df = 1，p=.226，であった。モデルの安定度を示す情報量基準値（AIC）は 19.464 であった。実測値データへのモデルの当てはまり度を示す適合性指標は十分な値であり，修正値の極端な低下もみられなかった。

患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールは弱いながらも負の相関関係を示した（$r = -.137$，$p < .05$）。共感性は患者のためのセルフ・コントロールへ正の関連（$\beta = .603$，$p < .001$）を示し，患者のためのセルフ・コントロールから患者への過度な関与へ正の関連（$\beta = .584$，$p < .001$）が認められた。一方，共感性から自己のためのセルフ・コントロールへ正の関連（$\beta = .266$，$p < .001$）を示し，自己のためのセルフ・コントロールから患者への過度な関与へ負の関連（$\beta = -.399$，$p < .001$）が認められた。しかし，共感性から患者への過度な関与への有意な関連は認められなかった。

Figure 5-3
看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程における，
看護師の対象の違いによるセルフ・コントロールの媒介効果



共感性から患者のためのセルフ・コントロールを介した間接効果は 0.352 であるが，自己のためのセルフ・コントロールを介して患者への過度な関与に至る間接効果は 0.106 であった。このことから，患者への過度な関与への影響の程度は，患者のためのセルフ・コントロールを媒介した方が大きいことがわかった。

5-5．考察

研究４では，看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程において，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールが調整効果を示すのか，媒介効果を示すのかを検討することを目的とした。階層的重回帰分析の結果，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの調整効果は認められなかった。また，共分散構造分析の結果，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールは互いに関連し，患者への

過度な関与に影響を及ぼす媒介効果が認められた。

５−５−１．患者のためと自己のためのセルフ・コントロールによる調整効果

共感性が患者への過度な関与を促進させる過程において，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールによる調整効果は認められなかった。そのため，調整効果に関する仮説４−１から４−４はいずれも支持されなかった。

患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールがいずれも，患者への過度な関与に及ぼす共感性の効果を調整しなかった理由として，以下の点が考えられる。患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの実施の程度は，セルフ・コントロール能力と同様に，調整効果を有するのではないといえる。研究３において，調査対象者がセルフ・コントロールの対象を自己ではなく患者と捉えていた可能性と，セルフ・コントロールを能力ではなく行動として捉えていた可能性があったことから，セルフ・コントロール能力による調整効果は認められなかったものと考えられた。しかし，本来，セルフ・コントロールの実施の程度は，共感性の影響を受けて調整するものではないと考えられる。

５−５−２．患者のためのセルフ・コントロールによる患者への過度な関与への媒介効果

共感性が患者のためのセルフ・コントロールを促進することで，患者への過度な関与が促進されることも明らかとなった。仮説４−５「共感性が患者のためのセルフ・コントロールを促進することで，患者への過度な関与を促進する」は支持されたといえる。看護師は，患者が何に困っているのかを考え，患者のために何とかしてあげたいという気持ちをもって患者へ関わる（上野他，2009）ことから，看護師の共感性の高さが患者の不安や苦痛などの気持ちを考えることとなり，患者主体の看護のために患者を優先したコントロールを行い，その結果として患者への深い関わりにつながると考えられる。

５−５−３．自己のためのセルフ・コントロールによる患者への過度な関与への媒介効果

共感性は自己のためのセルフ・コントロールを促進し，患者への過度な関与を抑制することが明らかとなった。この結果より，仮説４−６「共感性が自己のためのセルフ・コントロールを促進することで，患者への過度な関与を抑制する」は支持されたといえる。看護師の共感性の高さが自己のためのセルフ・コントロールを高めるのは，看護師の共感性

の高さが患者へ関与しないような自制が働くことで患者との適度な距離感を保つために，自分の感情や行動のコントロールを高め，その結果として，患者への過度な関与が抑制されたものと考えられる。看護師は，患者の気持ちを考えるものの，看護師自らが患者と心理的な距離感を考えて関わることが求められる（上野他，2009）ことから，自己のためのセルフ・コントロールが患者との適度な関係性をもつことに有効であり，患者への過度な関与を抑制することに結び付いたと考えられる。

５−５−４．患者のためと自己のためのセルフ・コントロールによる媒介効果の比較

共感性は患者のためと自己のためのセルフ・コントロールを促進するものの，患者のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を促進させるが，自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を抑制するという異なる媒介効果を示すことがわかった。

共感性から患者のためと自己のためのセルフ・コントロールを介した患者への過度な関与への間接効果は，自己のためよりも患者のために行うセルフ・コントロールの間接効果の方が大きいことがわかった。看護師は，患者へ共感的に関わることが大切であることや看護が患者中心のサービスであることを認識するように教育されている（厚生労働省，2014）ことから，患者優先に看護してきたことが関係していると考えられる。看護師は，患者の不安や苦痛などの気持ちを考え，患者の看護を優先させるため，自己のためのセルフ・コントロールよりも患者のためのセルフ・コントロールを優先して行うのである。看護師は，患者を優先して患者のためにセルフ・コントロールを行うために患者へ過度に関与することとなり，共感疲労に陥りやすいと考えられる。

５−６．要約

研究４の目的は，セルフ・コントロールの対象が患者であるのか，あるいは看護師自身であるのかに分けて，看護師の共感性が患者への過度な関与を促進する過程において，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールが調整効果を示すのか，媒介効果を示すのかを検討した。その結果，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールによる調整効果は認められず，媒介効果が認められることがわかった。看護師の共感性は患者のためと自己のためのセルフ・コントロールを促進するものの，患者のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を促進し，自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な

関与を抑制するという異なる結果が得られた。患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの間接効果を検討した結果，自己のためよりも患者のために行うセルフ・コントロールの媒介効果が大きく，看護師は患者のためのセルフ・コントロールを優先的に採用していることがわかった。

第６章　研究５
看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感とセルフ・コントロールへ及ぼす影響

６－１．序論

研究１では，共感性が共感疲労を直接的に引き起こすだけでなく，患者への過度な関与を媒介することで共感疲労を引き起こすこと，また，看護師の共感性の促進要因は職業的アイデンティティであり，患者への過度な関与の促進要因は職業コミットメントであることを明らかにした。また，研究４では，看護師のセルフ・コントロールの対象を患者と自己とに分けて検討した結果，患者のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を促進し，自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を抑制することを明らかにした。また，看護師は自己のためのセルフ・コントロールよりも患者のためのセルフ・コントロールを優先して行うことがわかった。

研究５では，職業的アイデンティティと職業コミットメントがセルフ・コントロールに及ぼす影響を検討する。職業的アイデンティティと職業コミットメントは，ストレスの低減や職務満足感に結び付く（Lee et al., 2000；酒井他，2004；塩見他，2021；吉村他，2018）ことから，適応的な心理的要因だとされている。看護師として冷静に患者へ対応するということは，患者主体の看護も優先しつつ，看護師自身のことも考え，患者との適度な関係性を保つために自分自身の感情や行動のコントロールを行うと考えられる。しかしその一方で，看護師の職業的アイデンティティが高くなることで，看護師としての自分らしさの感覚が強まることや，看護師の職業コミットメントが高くなることで看護の専門職者としての意識が強まると考えられる。その結果，患者を優先した看護を強く意識することとなり，患者のためのセルフ・コントロールを行いやすくなるとも考えられる。

看護師は，患者を対象とした仕事であるため努力しても成果が見えにくく，達成感がなかなか得られない職業である（久保，2003）。また，看護師は，患者へ共感的に関わることが大切であることや看護が患者中心のサービスであることを認識するように教育されている（厚生労働省，2014，2019）ことから，患者に向き合うべきという義務感をもつことが看護師の基本的姿勢といえる（上野他，2000）。そのため，看護師は患者中心の看護をしなければならないという義務感を抱くと考えられ，自己よりも患者のためを優先にしたコントロールを行うと考えられる。職業的アイデンティティと職業コミットメントが患者

のためと自己のためのセルフ・コントロールに促進的に働くのか，あるいは抑制的に働くのかが明らかにされているわけではなく，その影響について検討する必要がある。

自分がやらなければならないと強く感じたり，～であらねばならないと過度に感じたりすることは主観的義務感と呼ばれる（福原他，2002)。看護師の職業的アイデンティティが高まることで，看護師が患者の権利を尊重する姿勢を意識することが患者本位の看護につながる（吉田，2007)。このことから，職業的アイデンティティは主観的義務感を促進する可能性がある。また，患者に向き合うべきという義務感をもつには，看護師の役割意識が強く表現される（上野他，2007）ため，職業コミットメントが高いことで，患者への看護をきちんと行わなければならないという思いを抱くことにつながり，主観的義務感を高めると考えられる。以上から，職業的アイデンティティと職業コミットメントが高いことで，患者中心の看護をすべきであるという義務感が生じ，患者を主体に考えた患者のためのセルフ・コントロールにつながると考えられる。このことから，職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感を促進するのか，またその結果として，患者のためのセルフ・コントロールを促すことにつながるのかを検討する必要がある。

６－２．目的

研究５の目的は，職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感と，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールに及ぼす影響を検討する。

研究５では，以下の仮説を立てて検討する。

仮説５－１：職業的アイデンティティは，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールを促進する。

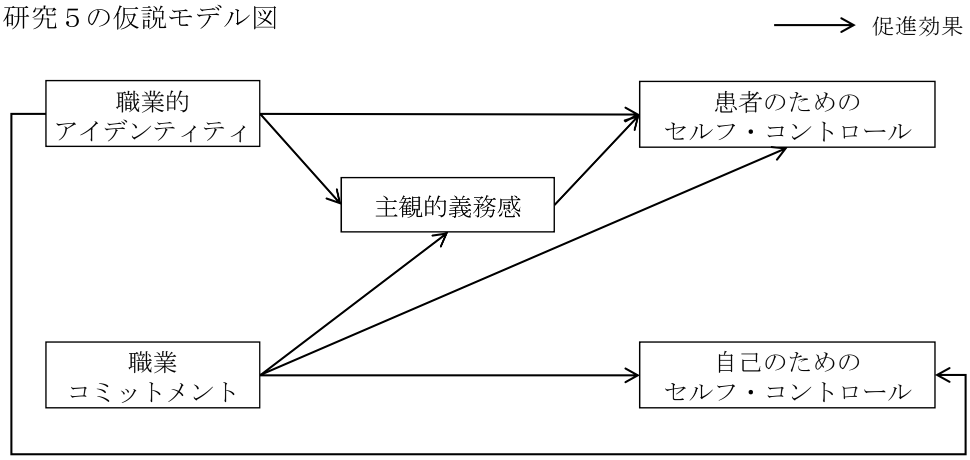
仮説５－２：職業コミットメントは，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールを促進する。

仮説５－３：職業的アイデンティティは主観的義務感を促進する。

仮説５－４：職業コミットメントは主観的義務感を促進する。

仮説５－５：主観的義務感は患者のためのセルフ・コントロールを促進する。

Figure 6-1
研究５の仮説モデル図



６－３．方法

６－３－１．調査対象者

調査対象者は，研究４で調査した看護職者と同一である。

６－３－２．手続き

調査の実施手続きは，研究４と同様である。

６－３－３．調査時期

調査時期は，研究４と同様である。

６－３－４．質問紙の構成

研究５で分析の対象となる尺度は，以下のとおりである。

１．職業的アイデンティティ：研究 1 で使用した尺度のうち，因子負荷量が高い 6 項目を選択した。研究１では，「私は患者に必要とされていると感じる」というように，文頭は「私は」から始まる項目となっていた。本調査は，調査対象者自身が回答するため，「私は」を削除した。調査対象者が回答しやすいように，内容を一部修正した。

２．職業コミットメント：研究 1 で使用した尺度のうち，因子負荷量が高い 6 項目を選択した。職業的アイデンティティの項目と同様，主語である「私は」を削除した。

３．主観的義務感：主観的義務感（(福原他，2002）を参考にして，看護師が患者を看護する際の，「～しなければならない」という思考と関連する項目を作成した。具体的には，

「社会のルールは守らなければならないと思う」「人に迷惑をかけてはならないと思う」「困っている人を助けなければならないと思う」などの計８項目である。

４．患者のためのセルフ・コントロール：研究４で用いた尺度と同様である。

５．自己のためのセルフ・コントロール：研究４で用いた尺度と同様である。

本研究では，全て 6 件法（1：まったくあてはまらない－6：非常にあてはまる）で回答させた。

研究５で用いた調査用紙は，Appendix２に掲載した。研究５で新たに用いた職業的アイデンティティの項目は質問２の1から6，職業コミットメントの項目は質問２の7から12，主観的義務感の項目は質問４の 7 から 14 である。

６－３－５．分析方法

研究５で新たに用いた各尺度の因子構造の確認を行った。これまでの研究と同様に，各尺度の上位概念を用いた検討を行うこととした。上位概念を扱うために 1 因子構造を想定した主成分分析を行った。因子負荷量の基準は .350 以上として，因子の確定を行った。因子の内的一貫性を検討するため Cronbach のアルファ係数を算出した。各因子の得点は，含まれる項目の平均得点とした。

職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感と対象別のセルフ・コントロールに及ぼす影響を検討するため，共分散構造分析を行った。

統計解析には，SPSS ver. 11 と Amos ver. 29 を用いた。

６－３－６．倫理的配慮

本研究は，広島大学大学院総合科学研究科研究倫理委員会の承認（受付番号 30–67）を得て，研究４と同様の手続きと方法で実施した。

６－４．結果

６－４－１．因子の確定

研究５で新たに用いる尺度である職業的アイデンティティや職業コミットメント，主観的義務感については，研究４と同様に，上位概念を扱うための１因子を想定した主成分分析を行い，因子負荷量が .350 の基準以上である項目を抽出した。

研究５で新たに用いた各尺度の因子分析の結果を Table 6-1 から 3 に示す。

１．職業的アイデンティティ：6 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .853 と，高い内的一貫性を示したことから，6 項目すべてを用いることとした。

Table 6-1
職業的アイデンティティ尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
患者に必要とされていると感じる	.806
いつも自分らしい看護をしていると思っている	.802
看護のあり方について自分なりの考えをもっている	.799
これまでの私の看護の経験が後輩の看護に役立つと思う	.765
看護師として生き生きと働いていると感じる	.735
看護師として大切な命を預かる重要な一員であると自覚している	.659
アルファ係数	.853

２．職業コミットメント：6 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .890 と高い内的一貫性を示したことから，6 項目すべてを用いることとした。

Table 6-2
職業コミットメント尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
看護師という職業に魅力を感じているので，続けるつもりである	.866
看護師としてもっと経験を積んでいきたいと思っている	.862
看護師として，この職業をやり遂げたいと思っている	.851
看護師として，もっと実力をつけたいと思っている	.851
看護に情熱を傾けている	.806
看護師として多くの努力をしてきた	.564
アルファ係数	.890

３．主観的義務感：8 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .864 と高い内的一貫性を示したことから，8 項目すべてを用いることとした。

Table 6-3
主観的義務感尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
自分が引き受けたことは，責任を果たさなければならないと思う	.795
困っている人を助けなければならないと思う	.778
人に迷惑をかけてはならないと思う	.759
周囲の人と上手くやっていかなければならないと思う	.737
自分の目標に向かって努力しなければならないと思う	.728
一旦やり始めたことは最後までやり通さなければならないと思う	.726
社会のルールを守らなければならないと思う	.719
何でも自分でやらなければならないと思う	.516
アルファ係数	.864

６－４－２．変数間の関連

各尺度の基礎統計量と相関分析の結果を Table 6-4 に示す。全ての尺度の平均値は，理論的平均値の 3.50 以上を示していた。そのなかでも，主観的義務感の平均値が 4.37 と高く，次いで高いのが職業的アイデンティティの 4.04 であった。これは，看護師としての義務感が高く，職業上の自覚を高くもっていることを示している。

各尺度の相関分析では，職業的アイデンティティは，主観的義務感 r = .452，p<.001)，患者のためのセルフ・コントロール(r = .535，p<.001)，自己のためのセルフ・コントロール(r = .308，p<.001) と正の相関が認められた。職業コミットメントは，主観的義務感（r = .421，p<.001)，患者のためのセルフ・コントロール（r= .487，p<.001)，自己のためのセルフ・コントロール（r = .122，p<.01）と正の相関が認められた。主観的義務感は，患者のためのセルフ・コントロールと正の相関(r = .542，p<.001）が認められた。

これら 2 変数の相関は，他の 4 変数が関与して見かけ上の相関が高くなっている可能性が考えられる。そのため，検討する 2 変数以外の 3 変数を統制した偏相関分析を行った（Table 6-4 右上)。その結果，職業的アイデンティティと主観的義務感の偏相関は認められなくなった(r = .073，*ns*)。職業的アイデンティティは，患者のためのセルフ・コントロール(r = .274，p<.001)，自己のためのセルフ・コントロール(r = .331，p<.001) との偏相関が認められた。職業コミットメントは，主観的義務感(r = .114，p<.05)，患者

のためのセルフ・コントロール(r = .105, p<.05) と弱い偏相関が認められたが，自己のためのセルフ・コントロールとの偏相関は認められなかった(r = -.110, *ns*)。主観的義務感は，患者のためのセルフ・コントロール(r = .346, p<.001)，自己のためのセルフ・コントロール(r = .090, p<.05) との偏相関も認められた。

Table 6-4
各尺度の相関及び偏相関，基礎統計量

	Mean (*SD*)	1．	2．	3．	4．	5．
1．職業的アイデンティティ	4.04(.80)		.625***	.073	.274***	.331***
2．職業コミットメント	3.87(.91)	.728***		.114*	.105*	-.110
3．主観的義務感	4.37(.67)	.452***	.421***		.346***	.090*
4．患者のためのセルフ・コントロール	3.85(.66)	.535***	.487***	.542***		-.138**
5．自己のためのセルフ・コントロール	3.74(.73)	.308***	.122**	.170***	.055	

注．対角線上の左下の数値は各尺度間の相関係数を示す。対角線上の右上の数値は，2 つの尺度の相関を算出した場合の他 3 尺度を統制した上での各尺度の偏相関係数を示している。
Mean 及び *SD* に各尺度の基礎統計量を示す。
* p< .05, ** p< .01, *** p< .001

以上の偏相関分析の結果から，職業的アイデンティティの高さと主観的義務感の高さとは関連がなく，患者のためのセルフ・コントロールの高さと自己のためのセルフ・コントロールの高さとに正の関連があることがわかった。職業コミットメントの高さは主観的義務感の高さと患者のためのセルフ・コントロールの高さとに極弱い正の関連が認められた。また，職業コミットメントの高さは自己のためのセルフ・コントロールの高さとは関連は認められないことがわかった。主観的義務感の高さは，患者のためのセルフ・コントロールの高さと正の関連があることがわかった。

6−4−3．職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感とセルフ・コントロールに及ぼす影響過程

看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感と患者のためのセルフ・コントロール，自己のためのセルフ・コントロールに及ぼす影響過程を共分散構

造分析により検証した。その結果を Figure 6-2 に示す。

共分散構造分析により得られた本モデルの適合性指標は，RMSEA = 0. 041，GFI = . 999，AGFI = . 978，χ^2=1. 858，df = 1，p = . 173 であった。モデルの安定度を示す情報量基準値（AIC）は 29. 858 であった。実測値データへのモデルの当てはまり度を示す適合性指標は十分な値であり，修正値の極端な低下もみられなかった。

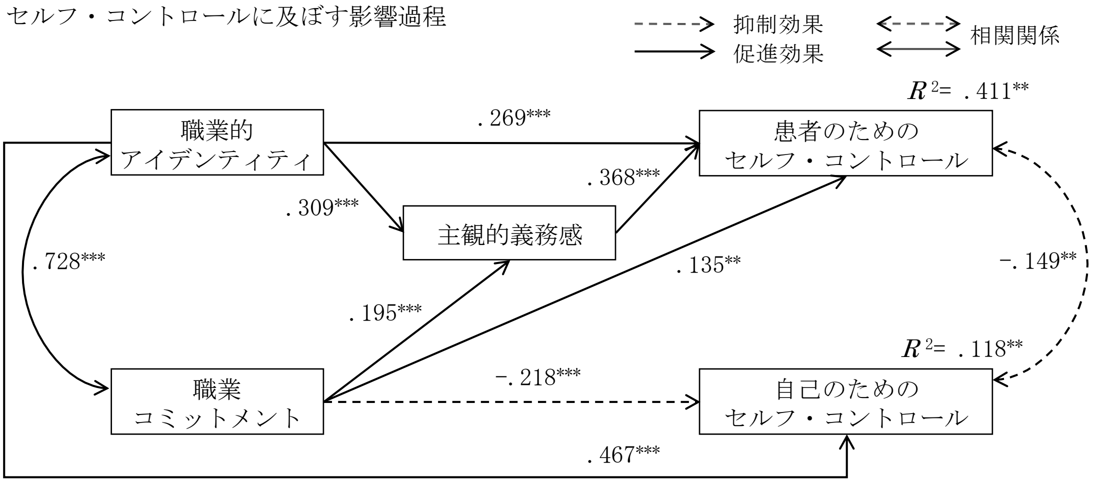
職業的アイデンティティと職業コミットメントは正の相関関係を示すことがわかった（r = . 728，p<. 001）。患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールは弱いながらも負の相関関係が認められた（r = −. 149，p<. 01）。

職業的アイデンティティは主観的義務感へ正の関連（β = . 309，p<. 001）を示し，患者のためのセルフ・コントロール（β = . 269，p<. 001）と自己のためのセルフ・コントロール（β = . 467，p<. 001）に正の関連を示していた。

職業コミットメントは主観的義務感に正の関連（β = . 195，p<. 001）を示し，患者のためのセルフ・コントロールへ正の関連（β = . 135，p<. 01），自己のためのセルフ・コントロールへ負の関連（β = −. 218，p<. 001）を示していた。

主観的義務感は，患者のためのセルフ・コントロールへ正の関連（β = . 368，p<. 001）を示したが，自己のためのセルフ・コントロールへの関連は認められなかった。

Figure 6-2
職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感とセルフ・コントロールに及ぼす影響過程



* p< . 05，** p< . 01，*** p< . 001　RMSEA= . 041，GFI = . 999，AGFI = . 978，CFI = . 999，AIC = 29. 858，χ^2 = 1. 858，df= 1，p= . 173

６−５．考察

研究５では，看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感と対象別のセルフ・コントロールへ及ぼす影響を明らかにするための検討を行った。共分散構造分析の結果，職業的アイデンティティや職業コミットメントが主観的義務感を促進させ，患者のためのセルフ・コントロールを促進することが明らかとなった。職業的アイデンティティや職業コミットメントから患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールへ直接的に影響することも明らかとなった。

６−５−１．職業的アイデンティティと，患者及び自己のためのセルフ・コントロールとの関連

共分散構造分析の結果，職業的アイデンティティは患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールを促進することがわかった。このことより，仮説５−１「職業的アイデンティティは，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールを促進する」は，支持されたといえる。職業的アイデンティティが患者のためのセルフ・コントロールを促進させるのは，看護師としての自覚を強くもつことで，患者のためになる看護をしなければならないと考えているからであり，職業的アイデンティティは患者主体に看護するためのセルフ・コントロールに結び付いたといえる。看護師が患者優先で仕事をしていることの反映といえる。その一方で，職業的アイデンティティが高くなることで自己のためのセルフ・コントロールを促しているということは，適切な看護を行うためにも自分自身が適切に行動できるようセルフ・コントロールを行っていることを示している。看護師としての冷静な対応を促していると考えられる。患者中心の看護も優先しつつ，自分自身の感情や行動をコントロールすることで患者との適切な関係性を保ちながら患者に看護できるよう，看護師はセルフ・コントロールを行っていると考えられる。

６−５−２．職業コミットメントと，患者及び自己のためのセルフ・コントロールとの関連

共分散構造分析の結果，職業コミットメントは，患者のためのセルフ・コントロールを促進する一方で，自己のためのセルフ・コントロールを抑制することがわかった。以上より，仮説５−２「職業コミットメントは患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールを促進する」は，一部支持されたといえる。職業コミットメント

が患者のためのセルフ・コントロールを促進させるのは，職業的アイデンティティと同様の結果である。看護師が看護という職業に積極的に関わろうとすることで，患者主体の看護のためにセルフ・コントロールしていることを意味する。それに対して，職業コミットメントが自己のためのセルフ・コントロールを抑制することが示された。この結果は，仮説とは反対の影響の仕方であることを意味する。職業コミットメントが高くなると看護師としての責任感を強く感じることで，看護としての仕事へより能動的に関わることとなり，その結果，自分自身よりも患者のことを優先して考えるため，自己のためのセルフ・コントロールが抑制されると考えられる。しかし，自己のためのセルフ・コントロールの説明分散は .118 と低いことから，職業コミットメントによる十分な影響力をもっているとはいえない。自己のためのセルフ・コントロールの抑制要因には，職業コミットメント以外の要因が関わっているものと考えられる。

６－５－３．職業的アイデンティティと主観的義務感との関連

共分散構造分析の結果，職業的アイデンティティは主観的義務感を促進することがわかった。このことから，仮説５－３「職業的アイデンティティは主観的義務感を促進する」は支持されたといえる。職業的アイデンティティが高いということは看護師としての自覚が高く，患者のために尽くすことで自分が看護師であることとして重要であると考えていることを示す。そのことが，患者への看護をきちんと行わなければならないという思いを強く抱かせることになり，看護師としての義務感を高めることにつながったといえる。看護師の基本的姿勢は患者に向き合うべきという義務感をもつ（上野他，2009）という先行研究を支持する結果といえる。

６－５－４．職業コミットメントと主観的義務感との関連

共分散構造分析の結果，職業コミットメントは，主観的義務感を促進することがわかった。このことから，仮説５－４「職業コミットメントは主観的義務感を促進する」は支持されたといえる。看護師が仕事へ強くコミットすることで，看護の仕事への責任感を強く感じ，その責任を果たすために義務感を高めてしまうと考えられる。看護師として何とかしてあげたいという思いを強く抱き，患者に対して積極的で能動的姿勢（上野他，2009）が強くなると考えられる。看護師の仕事への責任感を抱き，患者への看護をしなければならないという義務感を抱く（草野他，2007）といえる。

６－５－５．主観的義務感と患者のためのセルフ・コントロールとの関連

共分散構造分析の結果から，主観的義務感は患者のためのセルフ・コントロールを促進させることがわかった。このことから，仮説５－５「主観的義務感は患者のためのセルフ・コントロールを促進する」は支持されたといえる。看護師は，患者へ共感的に関わることが大切であることや看護が患者中心のサービスであることを認識するように教育を受ける（厚生労働省，2014，2019）ことで，患者に向き合うべきという義務感をもつ（上野他，2000）ようになるのであろう。看護師は患者中心の看護をしなければならないという義務感を抱くことで，自分のことよりも患者のためを優先にしてセルフ・コントロールを行うと考えられる。

６－６．要約

研究５の目的は，職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感と，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールに及ぼす影響を検討することであった。その結果，職業的アイデンティティは患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールを直接促進させることから，適応性と不適応性の両側面を有することがわかった。職業コミットメントは，患者のためのセルフ・コントロールを促進させる一方で，自己のためのセルフ・コントロールを抑制することから，不適応的に作用することがわかった。また，職業的アイデンティティや職業コミットメントが主観的義務感を媒介して患者のためのセルフ・コントロールを促進させることが明らかになった。

第７章　研究６
セルフ・コントロールが患者への過度な関与や
職務満足感，共感疲労，ストレス反応へ及ぼす影響

７－１．序論

研究１と２では，共感性が患者への過度な関与を媒介することで共感疲労を促進することを明らかにした。また，研究４の結果から，患者のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を促進し，自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を抑制することを明らかにした。研究５では，職業的アイデンティティが患者のためのセルフ・コントロールを促進することから不適応的であるが，自己のためのセルフ・コントロールを直接促進していたことから適応的な側面も有することがわかった。一方，職業コミットメントは患者のためのセルフ・コントロールを促進し，自己のためのセルフ・コントロールを抑制していたことから不適応的に働く可能性があることがわかった。看護師が行う患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの適応性を明らかにするために，研究６では，両セルフ・コントロールが，患者への過度な関与と職務満足感や共感疲労，ストレス反応へ及ぼす影響について検討する。

患者への看護場面で，本当に感じている看護師の感情とは異なる感情を表現することや，他に仕事があっても患者の気持ちがおさまるまで話を聴くことでストレス反応が高くなる（荻野他，2004）ことが報告されている。患者のためのセルフ・コントロールを行うということは患者を優先した対応を行うことであるため，患者対応以外の業務が疎かになってしまう可能性がある。そうなると，一般業務に支障をきたしてしまい，作業ミスが増えることや，残業をして溜まった仕事をこなしていくために仕事上の負荷が生じ，ストレスを高めてしまうことになる。また，患者の多くは病気や治療についての悩みや将来への不安，病気やその治療に伴う苦痛などを抱えていることから，患者への対応には配慮しなければならないことが多く，それが看護師の精神的負担になっているのである（小堀・下山，2006)。このように，患者へ過度に関わることで，患者に対する共感疲労を引き起こすだけでなく，仕事上の負荷から看護師のストレスを高めてしまうと考えられる。

自己の行動を自発的にコントロールできる人は，行わない人よりも抑うつが低い（津田他，2023）ことが報告されている。このことから，自己のためのセルフ・コントロールはストレス反応を低下させる可能性がある。また，自己のためのセルフ・コントロールは，

自分自身の感情や行動をコントロールできたことで自分自身の仕事への肯定的な評価につながることから，職務満足感を高める可能性がある。共感疲労については，自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を抑制することから，共感疲労を抑制することになると考えられる。

中村（2015）が看護師を対象に行った質的研究では，看護師が患者に合わせて自分の感情をコントロールすることで，患者と良好な関係をつくることとなり，それが仕事へのやりがいや満足感を抱くことが示されている。これは，看護師が患者中心の看護を考えて患者のためのセルフ・コントロールをすることで職務満足感を抱くことを意味している。このことから，患者のためのセルフ・コントロールは，患者のことを優先的に考えて看護師自身の感情や行動をコントロールできたことで，職務満足感を高める可能性がある。

患者や家族へ自分の納得できる看護を提供できたことで仕事への自信をもつことができ（船越・河野，2006），また，患者への積極的な関わりから満足感（西尾・木村，2013；上野他，2009）や，仕事のやりがいや楽しさを得ることができる（柴田，2016）。患者のために深く関わることは負荷にはなるものの，患者への適切な看護のために行う自己のためのセルフ・コントロールは仕事をやり尽くしたという充実感を得ることができ，職務満足感を高める可能性がある。

以上より，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与を介して共感疲労を引き起こす影響過程において，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールが職務満足感や共感疲労，ストレス反応とどのように関連しているのかを検討する必要がある。

７－２．目的

研究６の目的は，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与と職務満足感や共感疲労，ストレス反応への影響過程を明らかにすることである。

以上より，以下の仮説を立てて検討する。

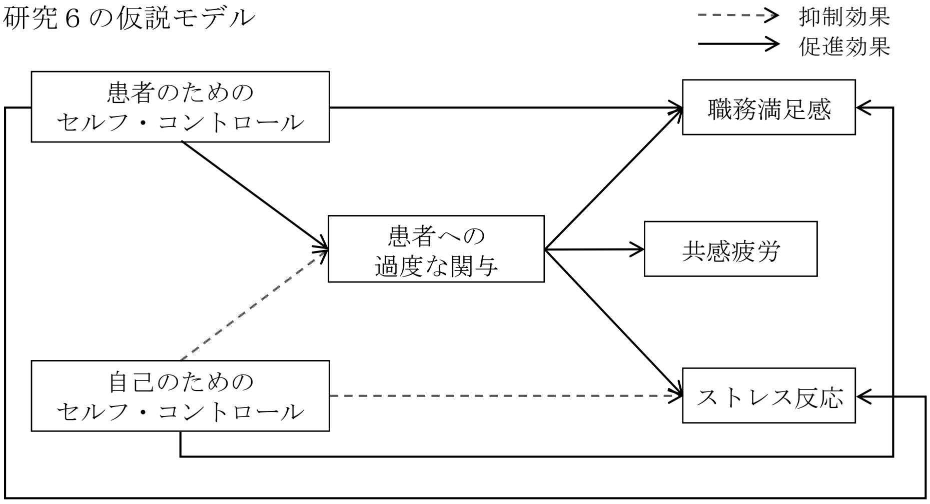
仮説６－１：患者のためのセルフ・コントロールは，患者への過度な関与とストレス反応，職務満足感を促進する。

仮説６－２：自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与とストレス反応を抑制し，職務満足感を促進する。

仮説６－３：患者への過度な関与は，共感疲労とストレス反応，職務満足感を促進する。

研究６の仮説モデルを Figure 7-1 に示す。

Figure 7-1
研究６の仮説モデル



7－3．方法

7－3－1．調査対象者

調査対象者は，研究４で調査した看護職者と同一である。

7－3－2．手続き

調査の実施手続きは，研究４と同様である。

7－3－3．調査時期

調査時期は，研究４と同様である。

7－3－4．質問紙の構成

研究６で分析の対象となる尺度は，以下のとおりである。

１．患者のためのセルフ・コントロール：研究４で用いた尺度と同様である。

２．自己のためのセルフ・コントロール：研究４で用いた尺度と同様である。

３．患者への過度な関与：研究４で用いた尺度と同様である。

４．職務満足感：ストレス反応尺度（岩永，1988）より，4 項目（下位因子の仕事への満足より 4 項目）を抜粋し，看護師の患者への看護場面を想定した上での職務満足感をあら

わす表現として適切であるか検討した上で，表現を一部変更し，作成した。

５．共感疲労：研究１で使用した尺度のうち，因子負荷量が高い 10 項目を選択した。

６．ストレス反応：ストレス反応尺度（岩永，1988）より，4 項目（下位因子の身体症状より 2 項目，心因反応より 2 項目）を抜粋し，看護師の仕事でのストレス反応をあらわす表現として適切であるかを検討した上で，表現を一部変更し，作成した。

本研究では，全て 6 件法（1：まったくあてはまらない－6：非常にあてはまる）で回答させた。

研究６で用いた調査用紙は，Appendix２に掲載した。職務満足感の項目は質問１の 5 から 8，共感疲労の項目は質問５の 1 から 10，ストレス反応の項目は質問１の 1 から 4 である。

７－３－５．分析方法

研究６で新たに用いた各尺度の因子構造の確認を行った。これまでの研究と同様に，各尺度の上位概念を用いた検討を行うこととした。上位概念を扱うため１因子構造を想定した主成分分析を行った。因子負荷量の基準は，.350 以上の因子負荷量を示した項目のみを用いて，因子を確定した。因子の内的一貫性を検討するため Cronbach のアルファ係数を算出した。各因子の得点は，含まれる項目の平均得点とした。

患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与と職務満足感や共感疲労，ストレス反応に及ぼす影響を検討するため，共分散構造分析を行った。

統計解析には，SPSS ver. 11 と Amos ver. 29 を用いた。

７－３－６．倫理的配慮

本研究は，広島大学大学院総合科学研究科研究倫理委員会の承認（受付番号 30−67）を得て，研究４と同様の手続きと方法で実施した。

７－４．結果

７－４－１．因子の確定

研究６で新たに用いる尺度である職務満足感と共感疲労，ストレス反応については，これまでの研究と同様に，上位概念を扱うための１因子を想定した主成分分析を行い，因子

負荷量が .350 の基準以上である項目を抽出した。

研究6で新たに用いた各尺度の因子分析の結果を Table 7-1 から 3 に示す。

１．職務満足感：4 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .782 と，高い内的一貫性を示したことから，4 項目すべてを用いることとした。

Table 7-1
職務満足感尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
職場での仕事の内容に満足している	.844
職務上の自分の地位や役割について満足している	.782
自分の仕事の将来的な安定性について満足している	.775
患者が必要としている看護を実践できている	.706
アルファ係数	.782

２．共感疲労：10 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .915 と，高い内的一貫性を示したことから，10 項目すべてを用いることとした。

Table 7-2
共感疲労尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
A児のことを思い出すといつまでも気持ちが落ち着かない	.841
亡くなった時のことをよく思い出す	.823
A児が病気と闘っているのを見て，何度も胸がしめつけられる思いがした	.776
またこうした体験をするのかと思うと不安になる	.749
自分は何もしてあげられなかったという無力感を感じる	.740
もっとしてあげられることがあったのではないかと何度も考える	.737
涙がとめどなく出る	.733
いつもA児のことが頭にあって，他の患者さんに集中できない	.727
子どもの家族と同じような思いを抱いてしまう	.724
看護師としてこれからどうしたらよいか不安になる	.685
アルファ係数	.915

３．ストレス反応：4 項目すべての項目の因子負荷量が基準以上を示した。アルファ係数は .889 と，高い内的一貫性を示したことから，4 項目すべてを用いることとした。

Table 7-3
ストレス反応尺度の因子分析結果

項目	因子負荷量
仕事のことを考えると，頭が重かったり痛んだりする	.897
仕事のことを考えると，胃の具合が悪くなる	.877
仕事のことを考えると，ゆううつになる	.862
仕事のことを考えると，イライラする	.825
アルファ係数	.889

７－４－２．変数間の関連

各尺度の基礎統計量は Table 7-4 に記載した。理論的平均値の 3.50 と比較すると，職務満足感とストレス反応はいずれも 3.18 と低かった。共感疲労の平均値は，3.53 と理論的平均値とほぼ同じであった。

各尺度の相関分析の結果を Table 7-4 に示す。患者のためのセルフ・コントロールは，患者への過度な関与（r = .563, p<.001），職務満足感（r = .172, p<.001），共感疲労（r = .214, p<.001）ストレス反応（r = .113, p<.05）と正の相関が認められた。自己のためのセルフ・コントロールは，患者への過度な関与（r = -.368, p<.001），ストレス反応（r = -.221, p<.001）と負の相関が認められ，職務満足感（r = .230, p<.001）と正の相関が認められた。

これら 2 変数の相関は，他の 4 変数が関与して見かけ上の相関が高くなっている可能性が考えられる。そのため，検討する 2 変数以外の 4 変数を統制した偏相関分析を行った（Table 7-4 右上）。患者のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与と強い偏相関が認められた（r = .589, p<.001）。患者のためのセルフ・コントロールは職務満足感と弱い偏相関が認められた（r = .114, p<.05）。他の変数を統制すると，患者のためのセルフ・コントロールと共感疲労（r = .056, *ns*），ストレス反応（r =.020, *ns*）との偏相関は認められなくなった。自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与と強い負偏相関（r = -.460, p<.001），職務満足感と正の偏相関（r = .175, p<.001）が認められた。自己のためのセルフ・コントロールはストレス反応との偏相関は認められなかった（r = -.080, *ns*）。

Table 7-4
各尺度の相関及び偏相関，基礎統計量

	Mean (*SD*)	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. 患者のための セルフ・コントロール	3.85(.66)		.303***	.589***	.114*	.056	.020
2. 自己のための セルフ・コントロール	3.74(.73)	.055		−.460***	.175***	.066	−.080
3. 患者への 過度な関与	3.35(.92)	.563***	−.368***		.069	.139**	.138**
4. 職務満足感	3.18(.85)	.172***	.230***	.026		.061	−.308***
5. 共感疲労	3.53(.84)	.214***	−.033	.265***	.019		.240***
6. ストレス反応	3.18(1.09)	.113*	−.221***	.269***	−.304***	.276***	

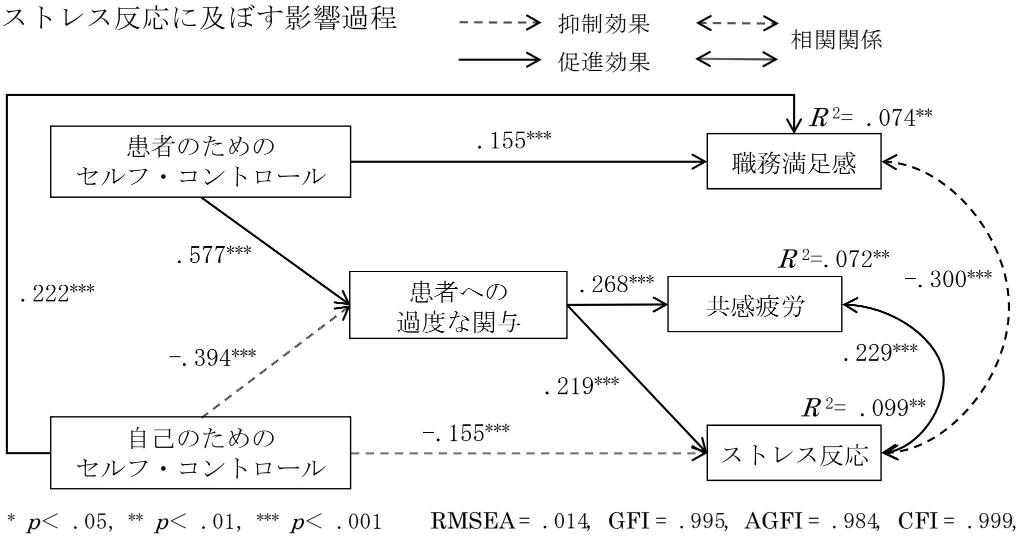
注. 対角線上の左下の数値は各尺度間の相関係数を示す。対角線上の右上の数値は，2つの尺度の相関を算出した場合の他4尺度を統制した上での各尺度の偏相関係数を示している。*Mean* 及び *SD* に各変数の記述統計量を示す。
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

以上の偏相関分析の結果から，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールは，共感疲労やストレス反応と関連していないことがわかった。患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールの高さは，職務満足感の高さと極弱い正の関連が認められた。

７−４−３．患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与と職務満足感や共感疲労，ストレス反応に及ぼす影響過程

看護師の，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールが，患者への過度な関与と職務満足感や共感疲労，ストレス反応に及ぼす影響過程を共分散構造分析により検証した。その結果を Figure 7-2 に示す。

Figure 7-2
セルフ・コンロールが患者への過度な関与と職務満足感や共感疲労
ストレス反応に及ぼす影響過程



* p< .05, ** p< .01, *** p< .001　RMSEA = .014, GFI = .995, AGFI = .984, CFI = .999, AIC = 36.561, χ^2 = 6.561, df = 6, p = .363

共分散構造分析により得られた本モデルの適合性指標は，RMSEA = .014， GFI = .995, AGFI = .984， χ^2＝6.561，df= 6，p = .363 であった。モデルの安定度を示す情報量基準値（AIC）は 36.561 であった。実測値データへのモデルの当てはまり度を示す適合性指標は十分な値であり，修正値の極端な低下もみられなかった。

患者のためのセルフ・コントロールは，患者への過度な関与へ正の関連（β = .577，p <.001）を示した。また，職務満足感へ弱いながらも正の関連（β = .155，p<.001）を示した。

自己のためのセルフ・コントロールは，患者への過度な関与に負の関連を示した（β = −.394，p<.001）。また，職務満足感へ正の関連（β = .222，p<.001），ストレス反応へ弱い負の関連（β = −.155，p<.001）を示した。

共感疲労とストレス反応は正の相関関係にあった（r = .229，p<.001）。また，ストレス反応と職務満足感は負の相関関係にあった（r = −.300，p<.001）。

患者への過度な関与は，共感疲労へ正の関連（β = .268，p<.001）を示し，ストレス反応へも正の関連（β = .219，p<.001）を示していた。

職務満足感や共感疲労，ストレス反応へのそれぞれの β 値は，有意ではあるものの，強い関連を示すものではなかった。職務満足感や共感疲労，ストレス反応の説明分散も 1 割を切っていることから十分な影響力をもっているとはいえない。

７−５．考察

研究６では，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与と職務満足感や共感疲労，ストレス反応への影響過程を明らかにすることを目的とした。

７−５−１．患者のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与とストレス反応，職務満足感へ及ぼす影響

患者のためのセルフ・コントロールの実施は患者への過度な関与を促進し，職務満足感を直接，促進させることがわかった。患者のためのセルフ・コントロールとストレス反応との関連は認められなかった。このことから，仮説６−１「患者のためのセルフ・コントロールは，患者への過度な関与とストレス反応，職務満足感を促進する」は一部支持されたといえる。患者のためのセルフ・コントロールがストレス反応を促進するについては，不支持であった。これは，患者中心の看護であることを認識するように教育を受けているため（厚生労働省，2014），看護師が患者を主体にした看護を当然であると捉えていることから，ストレス反応を高めることにはならないからだと考えられる。中村（2015）は質的研究により，看護師が患者に合わせて自分の感情をコントロールすることで，患者と良好な関係をつくることとなり，それが仕事へのやりがいや満足感を抱くことを示しているが，本研究はこれを支持する結果といえる。患者のためのセルフ・コントロールは，患者主体の看護を考えて自分自身をコントロールすることであり，患者のことを優先的に考え

て看護できたと実感していることから，自分自身の仕事への満足感につながったものと考えられる。

7－5－2．自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与とストレス反応，職務満足感へ及ぼす影響

自己のためのセルフ・コントロールは，患者への過度な関与とストレス反応を抑制し，職務満足感を促進することがわかった。このことから，仮説6－2「自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与とストレス反応を抑制し，職務満足感を促進する」は支持されたといえ，自己のためのセルフ・コントロールが適応的に働く可能性がある。自己のためのセルフ・コントロールの実施が職務満足感を促進したという結果は，自分自身の感情のコントロールができるようになって，積極的に患者に関わることができることで仕事への達成感を抱く（上野他，2009）という先行研究の知見を支持するものである。自分自身の感情や行動をコントロールすることで，自分自身を肯定的に受け止めることとなり，自分自身の仕事への満足感につながると考えられる。自己のためのセルフ・コントロールを行うことが患者への過度な関与とストレス反応を抑えることができたのは，看護師が患者の気持ちに共感しすぎたことで看護師自らが患者と距離を置くことが必要と考えて関わり（上野他，2009），患者との適度な距離感を維持するために自分自身の感情や行動をコントロールしたからであると考えられる。つまり，看護師自身が共感疲労を引き起こさないように看護師自身がコントロールしていることを示唆している。

7－5－3．患者への過度な関与が共感疲労とストレス反応，職務満足感へ及ぼす影響

患者への過度な関与は，共感疲労とストレス反応を促進することがわかった。患者への過度な関与と職務満足感との関連は認められなかった。仮説6－3「患者への過度な関与は，共感疲労とストレス反応，職務満足感を促進する」については，一部支持された。患者への過度な関与は共感疲労とストレス反応を促進するについては支持され，職務満足感を促進するについては支持されなかった。先行研究では，特定の患者との長期的な関わりをもつことで共感疲労も高まる（福森他，2018）ことや，多くの悲しみを抱えた患者や家族の相談相手になって関わりすぎたことで共感疲労を引き起こしやすい（Maytum et al., 2004）ことが報告されている。これらから，患者への心理的・行動的な深い関わりは，身体的・情緒的に疲弊した状態に陥りやすいことから共感疲労を引き起こしやすいため，仕

事への満足感にはつながらないといえる。

看護師の仕事は，患者に処方された注射や清潔の援助の準備や片付けなど，患者に直接関わらない多くの業務を抱えている。患者に深く関わりすぎることでこれらの業務を時間内に終えることができなかったり，予定通りに進まなかったりして業務へ支障をきたすことになり，その結果，仕事全般へのストレス反応を高めてしまうと考えられる。

共分散構造分析により要因間の関連性を検討したが，職務満足感や共感疲労，ストレス反応へのそれぞれの β 値は，有意ではあるものの，強い関連を示すものではなかった。職務満足感や共感疲労，ストレス反応の説明分散も 1 割に満たないことから，十分な説明力を有しているわけではない。職務満足感やストレス反応は仕事全般から生じるため，他の個人特性や環境要因が関連していると考えられる。共感疲労の生起においても，患者のためのセルフ・コントロールや自己のためのセルフ・コントロール以外の個人特性や環境要因が関連していると考えられる。

７−６．要約

研究６の目的は，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与と共感疲労やストレス反応，職務満足感への影響過程を明らかにすることであった。研究６の結果から，患者のためのセルフ・コントロールと自己のためのセルフ・コントロールの実施は直接，職務満足感を促進することがわかった。患者への過度な関与は，患者のためのセルフ・コントロールからは促進され，自己のためのセルフ・コントロールから抑制されることがわかった。患者への過度な関与は，共感疲労やストレス反応を高めるものの，職務満足感には結び付かないことがわかった。看護師が共感疲労を引き起こす影響過程では，患者への過度な関与が促進されることで共感疲労を促進することが明らかとなった。

第８章　総合考察

８－１．研究の要約

本研究は，看護師の共感疲労に着目し，看護師に共感疲労が引き起こされる要因及びその影響過程を明らかにすることが目的である。

第1章では，看護師の共感疲労に関連する要因に関するレビューを行い，仮説モデルを提示した。共感疲労とは，高い共感性が原因で援助者自身に心身の問題を引き起こした状態であり，バーンアウトの原因の一つとなっている。共感疲労は，看護や介護などのサービスを提供する職業に従事する人々に生じやすく，特に，看護師に引き起こされやすいことが指摘されている。さらに，共感疲労が原因でケアや援助の質の低下を引き起こし，対象者との関係性の悪化や仕事上のミス，医療事故などにつながる可能性もある。そのため，共感疲労をいかに予防するかが重要な課題となっている。

看護師が共感疲労を引き起こしやすいのは，看護師の共感性の高さだけでなく，患者の不安や苦痛を少しでも緩和・軽減するように心理的・行動的に深く関わることが関連していると指摘されている。しかし，看護師の共感性の高さが患者への過度な関与を引き起こす影響過程，及び関連要因に関する検討は行われていない。本研究は，看護師の共感性や患者への過度な関与への促進要因と抑制要因を検討し，看護師に共感疲労が引き起こされる影響過程を解明することを目的とする。共感疲労に及ぼす影響要因として患者への過度な関与，職業的アイデンティティ，職業コミットメント，完全主義，セルフ・コントロールを取り上げ，共感疲労への影響過程を明らかにする。

第２章（研究１）では，看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントが共感疲労に至る影響過程を検討した。その結果，看護師の職業的アイデンティティと職業コミットメントは共感疲労を直接，抑制しないことがわかった。また，共感性は患者への過度な関与を媒介することで，共感疲労を引き起こすことがわかった。看護師の職業的アイデンティティは共感性を促進し，職業コミットメントは患者への過度な関与を促進することで，間接的に共感疲労を高めていることがわかった。先行研究では，職業的アイデンティティと職業コミットメントが適応的に働くとされていたが，研究１では共感疲労に結び付くという不適応性が確認された。

第３章（研究２）では，完全主義が患者への過度な関与を媒介して共感疲労を引き起こすのかを検討した。その結果，看護師の完全主義傾向は，患者への過度な関与を媒介して

共感疲労を促進することに加え，共感疲労を直接高めるという部分媒介であることがわかった。また，看護師の完全主義傾向から共感疲労へ至る過程において，完全主義傾向から共感疲労への直接的な影響よりも患者への過度な関与を媒介した共感疲労への影響の方が強いことがわかった。

第４章（研究３）では，看護師のセルフ・コントロールの能力が患者への過度な関与に及ぼす共感性の影響を抑制するという調整効果が認められるかを検討した。その結果，看護師のセルフ・コントロールの調整効果は認められなかった。看護師の共感性とセルフ・コントロールが患者への過度な関与を促進させることがわかった。看護師のセルフ・コントロールが患者への過度な関与を促進させるという結果は，仮説とは逆の結果であった。これは，看護師の行うセルフ・コントロールは看護師自身のために行っているのではない可能性を示唆する結果である。

第５章（研究４）では，セルフ・コントロールの対象が患者であるのか，あるいは看護師自身（自己）であるのかに分けて，患者への過度な関与に影響する看護師の共感性の効果を調整するのか，あるいは媒介するのかを検討した。その結果，患者及び自己のためのセルフ・コントロールは看護師の共感性が患者への過度な関与に及ぼす影響を調整しないことが分かった。看護師の共感性は患者と自己のためのセルフ・コントロールをともに促進させ，両セルフ・コントロールを媒介して患者への過度な関与に影響するという媒介効果が認められた。患者のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を促進させ，自己のためのセルフ・コントロールは患者への過度な関与を抑制するというように，セルフ・コントロールの対象によって患者への過度な関与への影響に違いが認められた。媒介効果の程度を検討した結果，看護師は，自己のためのセルフ・コントロールよりも患者のためのセルフ・コントロールを優先的に採用していることがわかった。

第６章（研究５）では，職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感と，患者と自己のための両セルフ・コントロールに及ぼす影響について検討した。その結果，職業的アイデンティティは，患者と自己のためのセルフ・コントロールをともに直接，促進することがわかった。職業コミットメントは，患者のためのセルフ・コントロールを促進する一方で，自己のためのセルフ・コントロールを抑制することがわかった。職業的アイデンティティは自己のためのセルフ・コントロールを促進するという適応的に影響するものの，職業コミットメントは自己のためのセルフ・コントロールを抑制することから，適応的だといわれている職業コミットメントが不適応的な関わりをしていることが明らか

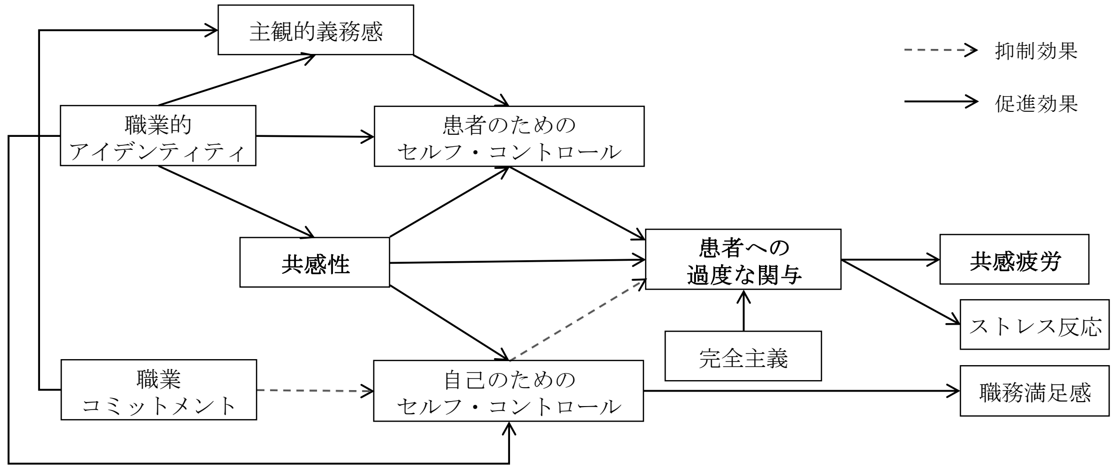
になった。また，職業的アイデンティティと職業コミットメントはいずれも主観的義務感を促進させ，患者のためのセルフ・コントロールを促進させることが明らかになった。このことから，看護師においては，職業的アイデンティティは適応性と不適応性という異なる 2 つの側面をもつ可能性があり，職業コミットメントは不適応に働く可能性があることがわかった。

第７章（研究６）では，患者と自己のためのセルフ・コントロールの実施の程度が患者への過度な関与と職務満足感や共感疲労，ストレス反応への影響過程を検討した。その結果，患者のためのセルフ・コントロールを行うことで職務満足感を高めるものの，患者への過度な関与を促進させ，共感疲労やストレス反応を高めていることがわかった。一方，自己のためのセルフ・コントロールは職務満足感を高めるとともに，患者への過度な関与及びストレス反応を抑制することから，看護師の適応性を高めることがわかった。患者のために行うセルフ・コントロールは共感疲労やストレス反応を引き起こすという不適応性を高めるものの，患者のために尽くしたという思いが職務満足感を高めていると考えられる。

8－2．看護師に共感疲労が引き起こされる影響過程

研究１から研究６までの知見をもとに，看護師に共感疲労が引き起こされる影響過程において重要な関係性を示したものを，Figure 8-1 に示した。ここでは，共感疲労が引き起こされる影響過程とその諸要因との関係性についての結果をまとめ，影響過程について考察する。

Figure 8-1
看護師に共感疲労が引き起こされる影響過程モデル



看護師に共感疲労が引き起こされる過程をまとめると，大きく 4 つの過程から構成されることがわかる。それを以下に示す。

(1) 共感性が患者への過度な関与を介して共感疲労を引き起こす過程

共感性は，職業的アイデンティティによって促進されることで患者への過度な関与につながり，その結果，共感疲労やストレス反応を引き起こす。

(2) 完全主義が患者への過度な関与を介して共感疲労を促進する過程

完全主義は，患者への過度な関与を促進することで共感疲労やストレス反応を引き起こす。

(3) 患者のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与を介して共感疲労を促進する過程

患者のためのセルフ・コントロールの実施は，職業的アイデンティティや共感性，主観的義務感によって高められることで，患者への過度な関与につながり，その結果として共感疲労やストレス反応を引き起こす。

(4) 自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与を抑制して共感疲労を低減する過程

自己のためのセルフ・コントロールの実施は，職業コミットメントによって抑制されるものの，共感性と職業的アイデンティティによって促進され，その結果として患者への過度な関与を抑制することで共感疲労やストレス反応を低減させることにつながる。また，自己のためのセルフ・コントロールの実施は職務満足感も高める。

これらのいずれの過程においても，患者への過度な関与を媒介することで共感疲労に至っていることから，患者への過度な関与が共感疲労を引き起こす中核的な規定因となっていることがわかる。

これらの結果から，以下において，看護師に共感疲労が引き起こされる影響過程を考察する。

８－２－１．共感性が患者への過度な関与を介して共感疲労を引き起こす過程

共感性が共感疲労を引き起こす過程において，患者への過度な関与を媒介することで共感疲労が高まることがわかった。その過程において，職業的アイデンティティが共感性を促進させることがわかった。

共感疲労は，看護師の共感性が患者への過度な関与を高めることで引き起こされることから，看護師の共感性の高さだけでなく，患者の不安や苦痛などの気持ちを少しでも緩和・軽減させるように心理的・行動的に患者に深く関わることによって引き起こされると考えられる。看護師の共感性の高さは，患者が抱える心の痛みや悲しみなどへの共感につながり，また，患者を何とかしてあげたいと思いながら関わることが，共感疲労に結び付くことになるのである（加藤他，2011；Maytum et al., 2004)。

共感性は職業的アイデンティティから促進されていることから，患者の気持ちを理解することや患者へ共感的態度で接することが看護師にとって大切であるという教育を受け（厚生労働省，2014，2019)，看護師としての職業を肯定的に認めることで形成された職業的アイデンティティが患者への共感性形成に重要であることがわかる。看護師としての経験年数を重ねることで職業的アイデンティティが形成される（岩井他，2001）ことから，形成された職業的アイデンティティが看護師の共感性を高めるといえる。

職業コミットメントの高い者は積極的に他者と関係をもとうとする（酒井他，2004）ため，看護師の職業コミットメントが高いことで，患者へ能動的に関わり過ぎることになる

と考えられる。この患者への過度な関与が共感疲労を高めることにつながるのである。

このように，職業的アイデンティティや職業コミットメントは，看護師にとって患者への共感性や過度な関与を高めることになり，それが共感疲労に結び付くという不適応性を高める要因であることがわかる。こうした結果は，看護は人が対象である対人援助職であるがゆえの結果だと考えられ，一般職種で得られている適応性とは異なる影響をすることがわかった。

８－２－２．完全主義が患者への過度な関与を介して共感疲労を促進する過程

完全主義が共感疲労を引き起こす過程において，患者への過度な関与を媒介することで共感疲労が高まることがわかった。

完全主義が患者への過度な関与や共感疲労と関連しているのは，対人援助職が患者という人を相手にする仕事であり，努力をしてもなかなか成果がみえにくいことやその成果について看護師自身が客観的に判断することが難しい（久保，2003，2008）。そのため，完全主義傾向の高い看護師は，患者へ必要以上に関わってしまう可能性がある。完全主義傾向が高い看護師は，自分自身の看護を完璧にしなければならないという思いが強いがゆえに，自分が実践した看護がうまくいっていないのではないかという思いを抱くことや，自分の看護に対する漠然とした不安を抱きやすいことから，患者へ過度に関わることになるために共感疲労が引き起こされると考えられる。

８－２－３．患者のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与を介して共感疲労を促進する過程

患者のためのセルフ・コントロールの実施は，患者への過度な関与を介することで共感疲労を促進することがわかった。患者のためのセルフ・コントロールの実施は職業的アイデンティティから直接，促進され，また，職業的アイデンティティから共感性や主観的義務感を媒介することで高められていた。また，職業コミットメントが主観的義務感を高めることによっても促進されることがわかった。看護師の職業的アイデンティティが高まることで看護師としての主観的な感覚が強まること，また，職業コミットメントが高まることで看護師の職業を肯定的に捉えて責任感が強まることによって，これらが看護師の共感性を高めることや患者への看護をきちんと行わなければならないという義務感を強めてしまうと考えられる。看護師としての責任感や患者に向き合うべきであるという義務感をも

つことが看護師の基本的姿勢である（上野他，2009）がゆえに，職業的アイデンティティと職業コミットメントが主観的義務感を高めることになり，患者中心の看護を行おうと患者のためのセルフ・コントロールの実施に結び付くと考えられる。その結果として，患者への過度な関与を促すことになり，共感疲労を高めるといえよう。

８−２−４．自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与を抑制して共感疲労を低減する過程

自己のためのセルフ・コントロールの実施は，直接的に職務満足感を促進することに加え，患者への過度な関与を抑制することで共感疲労を低減することがわかった。自己のためのセルフ・コントロールは共感性を介して促進されるものの，職業コミットメントによって抑制されていた。

自己のためのセルフ・コントロールの実施が職務満足感を高めるのは，看護師自身が自分の感情や行動をコントロールすることで，患者への冷静な対応を行うことができ，その結果，自分自身を肯定的に受け止めることにつながると考えられる。また，看護師の仕事は，患者の注射や清潔の援助の準備や片付けなどといった，患者へ直接関わる看護以外の多くの業務を抱えている。自己のためのセルフ・コントロールの実施により，患者へ適切な看護の実践とともにこれらの業務を支障なく行えることで，仕事への満足感につながっているのではないかと考えられる。

自己のためのセルフ・コントロールの実施が職業的アイデンティティによって促進されるのは，患者への看護をとおして看護師としての自分らしさを感じる感覚によって，患者への適切な看護実践が患者のことも優先しつつ，冷静に対応するために自分の感情と行動をコントロールすることであるという意識が高まるからだと考えられる。また，自己のためのセルフ・コントロールの実施が職業的アイデンティティから共感性を介して促進されるのは，看護師としての自覚が高まることで看護師の共感性が高まるものの，患者へ冷静に対応して適切な看護を実施するためには患者との適度な関係性を保つことが必要だと考え，自分自身をコントロールすることにつながるからだと考えられる。看護師自身が看護という職業をとおして看護師としての自覚を高めていくには，自分自身の感情や行動をコントロールして看護の専門職者としての対応を意識しているからだといえよう。

その一方で，自己のためのセルフ・コントロールの実施が職業コミットメントによって抑制されるのは，看護という仕事に強く関与することによって看護師としての責任感を過

度に感じることで，患者中心の看護を優先的に行うことになることから，自己のためのセルフ・コントロールを行わなくなるのではないかと考えられる。そのため，職業コミットメントは自己のためのセルフ・コントロールの実施を抑制するという不適応性に結び付くのである。

８−２−５．共感疲労に影響する中核的要因である患者への過度な関与

看護師の共感疲労は，共感性が患者への過度な関与を媒介することで引き起こされる媒介的関係性にあり，その過程の影響の程度が大きいことがわかった。また，共感疲労を間接的に高めている要因は，すべて患者への過度な関与を媒介し，共感疲労に結び付いていた。このように，多くの変数が患者への過度な関与を介して共感疲労を促進していることから，患者への過度な関与は共感疲労を引き起こす上で中核的な要因として機能しているといえる。特定の患者との長期的で深い関わりをもつことで共感疲労が高まると報告されており（福森他，2018），患者へ過度に関わることが看護師の共感疲労を引き起こす重要な規定因だといえる。看護師の共感性が高まることで患者・家族が病状に対して抱える不安や苦痛，悩みなどを看護師が考えることにつながり，看護師自身が自分の看護の成果に対する不安を抱くために，患者に心理的・行動的に深く関わることに結び付き，共感疲労という不適応につながることになる。

８−３．看護師のメンタルヘルス対策への応用・介入の可能性

本研究により，看護師が共感疲労を引き起こす要因及びその影響過程を明らかにすることができた。看護師の共感疲労を引き起こす中核的な要因は患者への過度な関与であることから，患者への過度な関与との関連要因である患者のためと自己のためのセルフ・コントロールを調整するように働きかけることが必要である。患者への過度な関与が促進されるのは，職業的アイデンティティと職業コミットメントを過度にもつことで間接的に患者のためのセルフ・コントロールを高めてしまい，その結果，患者への過度な関与を促進することになる。また，自己のためのセルフ・コントロールは職業的アイデンティティにより促され，職業コミットメントによって抑制される。職業的アイデンティティと職業コミットメントが患者のためと自己のためのセルフ・コントロールへ間接的に影響しているが，職業的アイデンティティと職業コミットメントは個人特性のため，コントロールが難しく，また，共感性や患者への関与に影響することで看護の質の低下を招くおそれがある。

以上より，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの適切な実施によって，患者への過度な関与に結び付きにくくなると考えられる。患者のためと自己のためのセルフ・コントロールをもとに，看護師の共感疲労を低減または予防するためにどのような介入や応用が可能であるかについて，以下に提案する。

８－３－１．個人レベルにおける看護師の共感疲労低減への介入

看護師自身が共感疲労に陥らないようにするためには患者への過度な関与を行わず，適度な関与にとどめるようセルフ・コントロールすることが求められる。そのためには，患者や自己のために行っているセルフ・コントロールの状態について把握することが大切となってくる。

質問紙を用いて患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの実施の程度を知ることができれば，適正な水準での仕事への関わり方をコントロールできると考えられる。セルフ・チェックを行うことで，自分の状態を知ることができ，適切な関与に結び付けることができると考えられる。

職場の同僚から自分の働きぶりについての意見を聞くことで，患者のためのセルフ・コントロールの状態を知ることも可能である。看護師として患者を優先して考える看護について過度であると捉えられているかもしれない。同僚たちからの意見を聞くことで，自分の働き方や患者への関わりの程度を客観的に捉えることができるようになると思われる。

このように，質問紙を活用したり，同僚からの意見を聞いたりするのは，自分の仕事ぶりや看護師自身の感情や行動のコントロールの状態を客観的に捉えることになり，自分の看護を冷静に見つめることにつながると考えられる。看護師が患者中心の看護を意識しながら患者へ関与しつつ，そのことによって患者へ過度な関わりをしないよう，自分を客観的に捉えるようにすることが大切である。

８－３－２．組織・集団レベルにおける看護師の共感疲労低減への介入

看護師の共感疲労は，看護師自身に心身ともに疲弊した状態をもたらすだけでなく，このような状態で仕事を継続することで患者との関係性の悪化から看護の質の低下，さらには仕事のミスや事故につながりかねない。看護師の共感疲労は，個人だけの問題ではなく，援助の対象となる患者へも問題をもたらしてしまい，さらには組織全体の看護の評価への影響も考えられる。そのため，組織としての対応も求められる。

(1)看護師教育への介入

看護師教育では，看護師としての基本的姿勢の一つに患者の理解に努め，患者・家族と良好な人間関係を確立するために患者へ受容的・共感的態度で接することが教育目標となっている。共感性の概念や対人援助職としての共感的な関わりについて知識を十分に教授した上で，看護専門科目の学習へと進めていくことが必要である。

看護基礎教育では患者への看護を考えさせることが大半であり，共感疲労やバーンアウトについての知識を習得するにとどまり，それを防ぐための対策についての教育は十分ではない。患者への看護を行う上で患者へ共感的に接することは大切であり，それこそが看護師に求められることから，患者へ関わりすぎる危険性が高まる。そうならないためにも，患者に適切な看護を実践するには，適切に自己のためのセルフ・コントロールを行うことが重要となる。自己のためのセルフ・コントロールがどの程度できているのかを把握し，そのスキルアップを図ることで，看護師自身の精神的・身体的健康を保つことが重要であることを教育する必要がある。単なる知識の教授だけでなく，看護実習においても自己省察を行わせることで，患者との適切な関係性のあり方について具体的に習得できるようにする必要がある。

(2)職場での介入

患者への看護は，看護師だけでなく医師や介護福祉士，薬剤師などから構成されるチームにより行われる。そのため，看護師に共感疲労が引き起こされることで，患者との関係性が悪化することや看護の質が低下することは患者を支えているチーム全体の問題となる。そのような状態に陥らないためにも，職場での対応が必要であり，以下の点が考えられる。

① 病棟師長や主任看護師など管理者に対して，共感疲労を高める中核的な要因が患者への過度な関与であり，患者への過度な関与を間接的に高める要因は職業的アイデンティティや職業コミットメント，完全主義，患者のためと自己のためのセルフ・コントロールであることを理解してもらうための研修会を開催する。共感疲労を低減・予防するためには，患者への過度な関与を抑制することが大切であること，そのためには，自己のためのセルフ・コントロールの実施の程度が重要となることを伝える。各部署では，管理者が研修会での教育内容を看護師へ伝え，共感疲労の低減・予防のために自己のためのセルフ・コントロールのスキルについて理解し，スキルアップを図ることが重要であることを教授する。

② 新人看護師教育において，看護師の共感疲労を高める心理的要因について教育し，自分の看護を客観的かつ冷静に捉える視点を養う。グループワークにて，看護師にこれまでの看護の経験を振り返る機会を設けて，患者への看護の際に自己のためのセルフ・コントロールをどの程度実施しているかを客観的視点にて確認する。これにより，今後，患者の看護において留意すべき視点がわかり，自己管理もできるようになる。

③ 管理者が，部署に配置されている看護師の患者のためと自己のためのセルフ・コントロールの実施の程度を把握できるよう，看護師のセルフ・チェックシートを活用できるようにする。定期的にチェックしてもらい，面談も併用する。ただ，個人情報を取り扱うことになるため，個人情報の流出など，十分な配慮を行った上で運用する必要がある。

④ 共感疲労やバーンアウトなどメンタルヘルスの問題を抱えた際，看護師が相談しやすい窓口やサポートを受けやすい環境をつくる。各部署において，看護師のメンタルヘルスのサポート役となるような看護師を選任し，対応する。ただ，サポート役の看護師が負担にならないよう，管理者が配慮することも必要である。各部署では，看護業務が時間内に終了できるように，看護師スタッフがお互いに声を掛け合い，サポートし合える環境をつくれるよう，スタッフ間で協力できる体制を整えられるようにする。管理者は，日々の業務の遂行状況を確認し，各看護師の業務量の調整を行えるようにする。

８－４．研究の限界と今後の課題

本研究では，看護師が共感疲労を引き起こす要因とその影響過程を検討した。研究を実施した上での限界と今後の課題は，以下のとおりである。

(1)完全主義が共感疲労を引き起こす影響過程の検討

本研究では，自己に完全性を求める自己志向的完全主義を取り上げて検討した。看護師は，自ら完璧さを求めることで過剰に仕事をしてしまうだけでなく，患者・家族から完璧な看護を求められていると認識することでその期待に応えようと過度に努力することも考えられる。このように，他者から完全性を求められていると認識し，完璧に仕事をこなそうとする完全主義を社会規定的完全主義と呼ぶ。今回の研究では，社会規定的完全主義を

検討していないが，看護師の場合，患者やその家族との関係性の中で完全な看護を求められているという思いを強め，共感疲労を引き起こすことが考えられることから，自己志向的完全主義に加えて，社会規定的完全主義の影響についても検討する必要がある。

(2)調査対象者のデータ収集について

研究１から３の調査における分析対象者は 308 名であり，データ数としては十分とはいえない。また，研究４から７の調査では，500 名を分析対象とした。看護師の経験年数や勤務部署などの属性別の検討を行うには十分なデータ数とはいえない。看護師の経験年数や現在の勤務部署での勤続年数，年齢などによって共感疲労が引き起こされる要因やその影響過程に違いが認められる可能性がある。

さらに，看護の対象者や症状の違いによって，共感疲労を引き起こす要因とその影響過程に違いが認められる可能性もある。入院が長期になる病棟や緩和ケア病棟に勤務する看護師は共感疲労を引き起こしやすいと考えられる。また，共感疲労や患者への過度な関与に影響する要因やその影響過程が異なる可能性もある。

今後は，看護師が勤務している病棟や施設による違い，そこでの経験年数や年齢などを検討する必要がある。

(3)検討要因について

バーンアウトの要因の一つに共感疲労があるが，今回，バーンアウトを測定していないため，共感疲労とバーンアウトとの関係は明らかになっていない。今後，バーンアウトも検討する必要がある。

メンタルヘルス対策には，周囲からのサポートが重要な役割を果たす（厚生労働省 独立行政法人労働者健康安全機構，2017）と示されている。先行研究においても，患者の気持ちを考えすぎて苦しんだ時には職場内のサポートを受けたことで，患者への看護を続けることができた（林，2009）との報告もある。以上より，環境要因として組織風土やサポート体制が共感疲労を引き起こす影響過程と関連していると考えられる。これら環境要因について検討することも必要である。

８－５．要約

総合考察では，第２章から第７章までの研究結果を総括し，看護師に共感疲労が引き起こされる要因及びその影響過程を検討した。これらの要因間の関係性モデルを構築し，臨床への応用と介入の可能性について考察した。

看護師の共感疲労は，患者への共感性が高まることで引き起こされることが報告されてきたが，本研究により，次に示す 4 つの過程があること明らかとなった。①共感性が患者への過度な関与を介して共感疲労を引き起こす過程，②完全主義が患者への過度な関与を介して共感疲労を促進する過程，③患者のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与を介して共感疲労を促進する過程，④自己のためのセルフ・コントロールが患者への過度な関与を抑制して共感疲労を低減する過程，である。さらに，看護師の共感疲労は患者への過度な関与が重要な規定因となることが明らかとなった。これによって，管理者が共感疲労を引き起こしやすい看護師を把握できるだけでなく，看護師自身も自らコントロールして，共感疲労を低減または予防することが可能となる。メンタルヘルスの問題には，早い段階から心身の両面について予防対策に取り組むことが重要である（厚生労働省，2015）ことから，本研究で得られた知見をもとに，看護師の共感疲労の低減・予防策を行え，看護師への早期対応へ応用していくことが可能となるであろう。

引用文献

Aranya, N. & Jacobson, D.（1975）. An empirical study of theories of organizational and occupational commitment. *Journal of Social Psychology*, *97*, 15–22.

Blau, G. J.（1985）. The measurement and prediction of career commitment. *Journal of Occupational Psychology, 58*, 277–288.

Borke, H.（1973）. The Development of Empathy in Chinese and American Children Between Three and Six Years of Age: A Cross-Cultural Study. *Developmental Psychology*, *9*(1), 102–108.

Burns, D.D.（1980）. The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, Nov., 34–52.

Davis, M, H.（1983）. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 113–126.

Davis, M. H.（1996）. *Empathy : A Social Psychological Approach*. Brown & Benchmark Publishers.
（デイヴイス，M. H. 菊池章夫（訳）（1999）．共感の社会心理学 人間関係の基礎 川島書店）

Deutsch, F. & Madle, R. A.（1975）. Empathy: Historic and current conceptualization, measurement, and a cognitive theoretical perspective. *Human Development*, *18*, 267–287.

土井 裕貴（2014）．対人援助職におけるバーンアウト・感情労働の関係性：精神的な疲労に着目する意義について 大阪大学教育学年報，*19*, 83–95.

Eun-Ju Cho. & Hun Ha.（2021）. Factors Influencing Compassion Fatigue among Hospice and Palliative Care Unit Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care*, *24*(1). 13–25. https://doi.org/10. 14475/jhpc.2021. 24. 1. 13

Figley, C. R.（1983）. *Catastrophes : An Overview of Family Reactions.* Research Gate Discover the world's research. Retrieved June 14, 2020, from Figley1983Catastrophes-AnOverviewofFamiliyReactions.pdf

Figley, C. R.（1995）. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An

overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* （pp. 1-20）. New York: Routledge.

Figley, C. R., & Stamm, B. H. （1996）. Psychometric review of compassion fatigue self-test. In B. H. Stamm (Ed), *Measurement of stress, trauma and adaptation* (pp. 127-130). Baltimore, MD: Sidran Press.

藤岡 孝志（2012）.「共感疲労の最適化水準モデル」とファンクショニング概念の構築に関する研究 日本社会事業大学研究紀要，*58*，171–220.

Fujita K., Trope, Y., Liberman, N., & Levin-Sagi, M. (2006). Construa1 1evels and self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90*, 293–503.

福井 義一・山下 由紀子（2012）. 自己志向的完全主義尺度の因子構造と項目編成の再検討 甲南大学紀要 文学編，*162*，117–127.

福原 裕一・野田 万容子・塩崎 麻里子（2002）. 大学生の主観的義務感がストレス反応に及ぼす影響 臨床死生学年報，*7*，12–21.

福間 隆康（2012）. サービスの質に与える二重コミットメントの影響 介護サービス施設・事業所の介護職員を対象とした定量的分析 高知県立大学紀要社会福祉学部編，*62*，53–70.

藤野 智子・河合 桃代・清村 紀子（2022）. 急性期領域における専門看護師のコンピテンシーを形成する要素と構造 日本クリティカルケア看護学会誌，*18*，18–32.

福森 崇貴・後藤 豊実・佐藤 寛（2018）. 看護師を対象とした ProQOL 日本語版（ProQOL-JN）の作成 心理学研究，*89*，150–159. doi.org/10.4992/jjpsy.89.17202

福島 円（2016）. 心理臨床家のインパクトケースにおける個人的成長――臨床的苦痛との関連から―― カウンセリング研究，*49*(3-4)，129–138.

船越 明子・河野 由理（2006）. 看護師の働きがいの構成要素と影響要因に関する研究――急性期病院に勤務する看護師を対象とした分析から―― こころの健康，*21*(2)，35-43.

後藤 崇志・楠見 孝（2013）. 自己制御行動がバーンアウトに及ぼす影響：就労者の自律性に着目したパネル調査に基づく検討 社会心理学研究，*28*(3)，125–136.

畑中 純子・伊藤 收（2018）. 看護師としての職業的アイデンティティを育むための現任教育プログラムの開発 岩手県立大学看護学部紀要，*20*，1–18.

廣川 恵子・大久保 八重子・植田 喜久子（2008）．看護実践から見出した外来看護師の能力 日本赤十字広島看護大学紀要，*8*，21-29.

廣瀬 規代美・中西 陽子・神宮 彩子・二渡 玉江（2017）．初めて緩和ケア病棟に従事する看護師の問題状況の検討 ――緩和ケア病棟開設から 1 年半後までの 3 時点の面接調査―― Palliative Care Research，*12*(4)，771-779.

蛭田 明子・堀内 成子・石井 慶子・堀内ギルバート 祥子（2016）．周産期喪失のケアに従事する看護者を対象とした認知行動理論に基づくコミュニケーションスキルプログラムの開発と評価 日本助産学会誌，*30*(1)，4-16.

Hoffman, M. L.（1975）. Developmental synthesis of affect and cognition and its implications for altruistic motivation. *Developmental Psychology*, *11*, 607-622.

Hollender, M.H.（1978）. Perfectionism, a neglect personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, *39*, 384.

井奈波 良一（2021）．女性病院看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係 日本健康医学会誌，*30*(2)，170-178.

伊藤 祐紀子（2003）．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．https://doi.org/10.5630/jans1981.23.1_14

岩井 浩一・澤田 雄二・野々村 典子・石川 演美・山元 由美子・長谷 龍太郎・大橋 ゆかり・才津 芳昭・N. D. バリー・海山 宏之・宮尾 正彦・藤井 恭子・紙屋 克子・落合幸子（2001）．看護職の職業的アイデンティティ尺度の作成 茨城県立医療大学紀要，*6*，57-67.

岩永 誠（1988）．ワークストレスの実証研究 横山 博司・中谷 孝久・岩永 誠・宇野 宏（編）ワークストレスの現代的関心（pp. 47-85）徳山大学研究叢書 15

岩永 誠・横山 博司（1988）．ワークストレスの実験臨床心理学的研究 横山 博司・中谷孝久・岩永 誠・宇野 宏（編）ワークストレスの現代的関心（pp. 24-41）徳山大学研究叢書 15

Joinson, C.（1992）. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. *22*(4)： 116-121

加藤 隆子・渡辺 尚子・堀内 ふき（2011）．脊髄損傷患者の看護に関わる看護師の感情体験 日本看護科学会誌，*31*(2)，60-68．https://doi.org/10.5630/jans.31.2_60

鎌田 佳奈美（2014）．被虐待児をケアする病棟看護師に生じる認知・感情とその変容をもたらす要因 日本小児看護学会誌，*23*(2)，18-24.

木野　和代・鈴木　有美・内田　千春（2011）．対人援助職における共感性（１）　日本心理学会第 75 回大会，906.

小堀　彩子・下山　晴彦（2006）．対人援助職の感情労働とバーンアウト予防――実践例を交えて　臨床心理学，*6*(5)，600-605.

児玉　真樹子・深田　博己（2005）．企業用職業的アイデンティティ尺度の作成　産業ストレス研究，*12*，145-155.

今　洋子，菊池　章夫（2007）．共感疲労関連尺度の作成　岩手県立大学社会福祉学部紀要，*9*(1/2)，23-29.

小西　聖子（2003）．トラウマのケア――治療者，支援者の二次的外傷性ストレスの視点から――　トラウマティック・ストレス，*1*(1)，7-12.

厚生労働省（2009）．こころの耳　メンタルヘルス対策（心の健康確保対策）に関する施策の概要　Retrieved July 8, 2016 from https://kokoro.mhlw.go.jp/

厚生労働省（2014）．新人看護職員研修ガイドライン改訂版　Retrieved July 8, 2016 from https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf

厚生労働省 独立行政法人労働者健康安全機構（2017）．職場における心の健康づくり――労働者の心の健康の保持増進のための指針――　Retrieved March 7, 2018 from https://kokoro.mhlw.go.jp/wp-content/uploads/2017/03/H29_mental_health_relax.pdf

厚生労働省（2019）．看護基礎教育検討会報告書　Retrieved November 10, 2022 from https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557405.pdf

厚生労働省（2023）．令和４年「労働安全衛生調査（実態調査）」の概況　Retrieved August 15, 2023 from https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r04-46-50_gaikyo.pdf

久保　真人（1998）．ストレンとバーンアウトとの関係　産業・組織心理学研究，*12*(1)，5-15.

久保　真人（2003）．バーンアウトの 3 因子モデルに関する考察　人間環境学研究，*1*(2)，31-39.

久保　真人（2007）．バーンアウト（燃え尽き症候群）――ヒューマンサービス職のストレス――　日本労働研究雑誌，*558*，54-64.

久保　真人（2008）．バーンアウトの心理学――燃え尽き症候群とは――　サイエンス社

久保　真人・田尾　雅夫（1994）看護婦におけるバーンアウト――ストレスとバーンアウト

との関係――　実験社会心理学研究，*34*(1)，33-43.

工藤 二郎・小田 日出子・窪田 惠子・中馬 成子（2007）. 看護のアイデンティティ，その７：看護のアイデンティティの自覚度を測定する簡易な質問表　西南女学院大学紀要，*11*，1-8.

黒田 佑次郎・岩崎 優美・轟 慶子・石黒 理加・延藤 麻子・松原 芽衣・岡崎 賀美・山田 祐司・宮岡　等（2012）. 緩和ケア病棟に対する認識調査　――入院患者とその家族の視点の検討――　Palliative Care Research，*7*(1)，306-313.

草野 知美・影山 セツ子・吉野 淳一・澤田 いずみ（2007）. 精神科入院患者から暴力行為を受けた看護師の体験 ――感情と感情に影響を与える要因――　日本看護科学会誌，*27*(3)，12-20. https://doi.org/10. 5630/jans. 27. 3_12

Lee, K., Carswell, J. J., & Allen, N. J.（2000）. A meta- analytic review of occupational commitment: Relations with person and work-related variables. *Journal of Applied Psychology*, *85*, 799-811.

Maslach, C., & Jackson, S. E.（1981）. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*, 99-113.

松田 美智子・南 彩子（2016）. 高齢者福祉施設で従事する対人援助職者が共感疲労に陥らないためのサポートシステムの解明　天理大学学報，*68*(1)，79-105.

松田 侑子・濱田 祥子（2023）. 保育者の専門職アイデンティティ尺度の作成　キャリアデザイン研究，*19*, 49-58.

Maranges, H. M., & Baumeister, R. F.（2016）. Self-control and ego depletion. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory and Applications* (3rd ed., pp. 42-61). New York: Guilford.

Marcia, J.E.（1966）. Development and validation of ego-identity status, *Journal of Personality and Social Psychology*, *3*, 551-558.

Maytum, J., Bielski-Heiman, M., & Garwick, A.（2004）. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care, 18*, 171-179.

Meyer J. P., Allen N. J., & Smith C. A.（1993）. Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization, *Journal of Applied Psychology*, *78*(4)，538-551.

水澤　都加佐（2007）．仕事で燃え尽きないために　対人援助職のメンタルヘルスケア（pp. 7-127）　株式会社大月書店

水谷 英夫（2013）．感情労働とは何か　信山社

Muraven, M. R. & Baumeister, R. F.（2000）．Self‐regulation and depletion of limited resources：Does self‐control resemble a muscle?　*Psychological Bulletin*，*126*(2)，247-259. https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.247

中村　史江（2015）．内科病棟看護師が臨床場面で認識した患者への感情労働の内容分析　看護学研究紀要，*3*(1)，19-26.

西尾 美登里・木村 裕美（2013）．ターミナルにおける看護師の看取りの満足感に関する研究　日本農村医学会雑誌，*61*(6)，890-903.

荻野　佳代子・瀧ヶ崎　隆司・稲木　康一郎（2004）．対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響　心理学研究，*75*(4)，371-377.

大谷 利恵・高橋 秋絵・植田 奈津実・玉木 敦子（2019）．心理社会的ハイリスク妊産婦に訪問指導員としてメンタルヘルス支援を行う看護職が感じる困難　日本精神保健看護学会誌，*28*(2)，69-78.

尾崎 由佳・後藤 崇志・小林 麻衣・沓澤 岳（2016）．セルフコントロール尺度短縮版の邦版及び信頼性・妥当性の検討　心理学研究，*87*(2)，144-154.

尾関　友佳子・渡辺　諭史・岩永　誠（2002）．制御欲求と完全主義がストレス対処過程に及ぼす影響　健康心理学研究，*15*(1)，21-31.

酒井　淳子・矢野　紀子・羽田野　花美・澤田　忠幸（2004）．30 歳代女性看護師の専門職性と心理的 well-being ―― 組織コミットメントおよび職業コミットメントのタイプによる検討――　愛媛県立医療技術大学紀要，*1*(1)，9-15.

櫻井 茂男・葉山 大地・ 鈴木 高志・倉住 友恵・萩原 俊彦・鈴木 みゆき・大内 晶子・及川　千都子（2011）．他者のポジティブ感情への共感的感情反応と向社会的行動，攻撃行動との関係　心理学研究，*82*(2)，123-131.

桜井 茂男・大谷 佳子（1994）．完全主義と抑うつ傾向の関係についての研究――による完全主義尺度を用いて――　奈良教育大学紀要，*43*(1)，213-223.

桜井　茂男・大谷　佳子（1997）．“自己に求める完全主義”と抑うつ傾向および絶望感との関係　心理学研究，*68*(3)，179-186.

佐々木　真紀子・針生　亨（2006）．看護師の職業的アイデンティティ尺度（PISN）の開発

日本看護科学学会誌，*26*(1)，34-41．https://doi.org/10.5630/jans.26.1_34

佐藤 美春・菱谷 純子（2011）．助産師の職業的アイデンティティに関連する要因　日本助産学会誌，*25*(2)，171-180.

佐藤 みほ・朝倉 京子・渡邊 生恵・下條 祐也（2015）．日本語版職業コミットメント尺度の信頼性・妥当性の検討　日本看護科学学会誌，*35*，63-71.
https://doi.org/10.5630/jans

澤田　忠幸（2009）．看護師の職業・組織コミットメントと専門職者行動，バーンアウトとの関連性　心理学研究，*80*(2)，131-137．https://doi.org/10.5630/jans.35.63

関根 正・竹渕 由恵・酒井 美子・中野 あずさ・田村 文子（2015）．精神科看護師の職業的アイデンティティへの影響要因――他科看護師との比較から――　日本精神保健看護学会誌，*24*(1)，75-82.

柴田　真紀（2016）．精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の感情体験――共感疲労の視点から――　日本看護研究学会雑誌，*39*(5)，29-41.

清水 裕士（2016）．フリーの統計分析ソフト HAD：機能の紹介と統計学習・教育，研究実践における利用方法の提案　メディア・情報・コミュニケーション研究，*1*，59-73.

清水 光栄・古井 景（2004）．職域における抑うつと完全主義との関係について　産業衛生学雑誌，*46*，173-180.

塩見 直子・鈴木 英子・松谷 弘子・加古 幸子（2021）．大学病院の看護師の職業的アイデンティティとバーンアウト　日本健康医学会誌，*30*(2)，205-217.

小代　聖香（1989）．看護婦の認知する共感の構造と過程　日本看護科学学会誌，*9*(2)，1-13.
https://doi.org/10.5630/jans1981.9.2_1

Stamm, B. H.（2005）. *The ProQOL Manual. The Professional Quality of Life Scale：Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales.* Sidran Press. https://doi.org/10.1037/t05192-000

Stamm, B. H.（2010）. *The Concise ProQOL Manual：The concise manual for the Professional Quality of Life Scale, 2nd Edition Pocatello.* ID：ProQOL. org.

Stotland，E.（1969）. Exploratory investigations of empathy, in Leonard Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*，*4*，271-314.

杉若　弘子（1995）．日常的なセルフ・コントロールの個人差評価に関する研究　心理学研究，*66*(3)，169-175.

鈴木　隆子（1992）．向社会的行動に影響する諸要因――共感性・社会的スキル・外向性―実験社会心理学研究，*32*(1)，71-84.

鈴木　智子（2022）．新人から一人前の段階にある看護師の職業経験の質と自我同一性，職業的アイデンティティおよびレジリエンス特性の関連　日本看護管理学会誌，*26*(1)，140-149.

鈴木 有美・木野 和代・出口 智子・遠山 孝司・出口 拓彦・伊田 勝憲・大谷 福子・谷口 ゆき・野田　勝子（2000）．多次元共感性尺度作成の試み　名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要　心理発達科学，*47*，269-279.

高木　浩人（1998）．従業員の職種へのコミットメントに関する基礎的研究　――組織コミットメントとの関連――　産業・組織心理学研究，*12*(1)，49-56.

高橋　幸子・松井　豊（2023）．被災前の職場環境が被災した地方公共団体職員の職場ストレッサーおよびストレス反応に与える影響　心理学研究，*94*(2)，181-187.　https://doi.org/10.4992/jjpsy.94.21324

高瀬 加容子・河野 和明（2018）．看護師完全主義傾向および業務不適応感の勤続年数による差異　東海学園大学紀要，*23*，25-35.

武田 沙織・荻野 美佐子（2016）．援助職における共感性と共感疲労について　上智大学心理学年報，*40*，49-63.

竹内　久美子（2008）．新卒看護師の職業的アイデンティティ形成と職務態度――縦断的研究に基づく検討――　目白大学健康科学研究，*1*，101-109.

玉瀬 耕治・角野 文宣（2005）．大人ストレスとアサーション，セルフ・コントロールの関係　奈良教育大学教育実践総合センター研究紀要，*14*，37-41.

田ノ本 拓海・中地 展生（2021）．疲労とセルフコントロールが衝動性に及ぼす影響　帝塚山大学心理科学論集，*4*，70-71.

田尾　雅夫・久保　真人（2005）．バーンアウトの理論と実際――心理学的アプローチ――誠信書房

Thoresen, C.E. & Mahoney, M. J.（1974）．*Behavioral self-control.* New York: Holt, Rinehart and Winston（ソレソン，C.E. & マホーニィ M. J.　上里　一郎（監訳）（1978）．セルフコントロール　福村出版）

登張　真稲（2003）．青年期の共感性の発達：多次元的視点による検討　発達心理学研究，*14*(2)，136-148.

坪井 裕子・三後 美紀（2011）．児童福祉施設における子どもへの対応に関する若手職員へのインタビューの分析　人間と環境，*2*，45-59．

津田 大希・長見 まき子・岩根 幹能・喜多岡 蓮美（2023）．コロナ禍での労働者の抑うつに影響を与える心理的要因の検討――2020年秋の調査から――　関西福祉科学大学EAP研究所紀要，*16*，29-37．

上野 恭子・栗原 加代・水野 恵理子・山川 百合子・西川 浩昭（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*(2)，8-16．

梅田 聡・板倉 昭二・平田 聡・遠藤 由美・千住 淳・加藤 元一郎・中村 真（2020）．コミュニケーションの認知科学　2 共感　株式会社岩波書店

鷲見 克典（1997）．役割ストレッサーと精神的症状および転退職意図との関係における調整要因としてのワーク・コミットメント　日本経営工学会論文誌，*48*(5)，247-256． https://doi.org/10.11221/jima.48.247．

吉田 なよ子（2007）．病院勤務の女性看護職の年令，経験年数，職業アイデンティティ，看護専門職的自律性，バーンアウトとの関連　日本赤十字看護学会誌，*7*(1)，68-77．

吉井 忍・八塚 美樹（2009）．看護職員のセルフマネジメントの構造　日本看護研究学会雑誌，*32*(2)，101-111．

吉村 千草・原田 博子・山田 千尋（2018）．女性看護師における働きやすさ・職業的アイデンティティと職業継続・職場定着意思の関係　日本医療・病院管理学会誌，*55*(4)，173-183．

山蔦 圭輔（2022）．COVID-19 状況下における医療従事者のバーンアウトとストレス　日本医療・病院管理学会誌，*59*(2)，56-67．

Appendix

Appendix１　第２・３・４章（研究１・２・３）で使用した調査用紙

Appendix２　第５・６・７章（研究４・５・６）で使用した調査項目

Appendix 1

第２・３・４章（研究１・２・３）で使用した調査用紙

〈看護職の仕事に対する考え方に関する調査〉

この調査では，看護職に従事する方々の仕事に対する考え方についておたずねします。質問文をよく読んでお答えください。思ったまま，感じたままを素直にお答えください。

調査票は無記名で結構です。なお，調査票の投函をもって研究にご同意くださったと判断させていただきます。調査内容は統計的に処理されますので，外部に漏れることは一切ございません。

調査票は全部で７ページございます。ご協力よろしくお願い致します。

最後に，お忙しいところ大変恐縮ですが，９月 16 日までにご返送をお願いいたします。

広島大学大学院　総合科学研究科

博士課程後期３年　蔭谷陽子

広島大学大学院　総合科学研究科

指導教員　岩永　誠

【質問１】

・最初にあなた自身についてお尋ねします。

性別	1．男性	2．女性	年齢	歳

・看護職に従事してから今年で＿＿＿＿＿＿＿年目

・現在，勤務している部署は何科ですか。　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

・現在の所属部署になって今年で＿＿＿＿＿＿＿年目

・病棟勤務ですか，外来勤務ですか。　1．病棟勤務　2．外来勤務

・夜勤（深夜，準夜，当直）の回数は 1 ヵ月に何回ですか。＿＿＿＿＿＿＿回／1 ヵ月

・あなたは管理職ですか。　1．はい　（具体的に　　　　　　　　）

2．いいえ

・1 週間当たりの労働時間（サービス残業含む）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿時間

・時間外労働でしなければならないことはありますか。

1．はい　（具体的に　　　　　　　　）

2．いいえ

【質問２】各項目についてあてはまる数字一つを○で囲んでください。

		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	ややあてはまらない	ややあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	喜んでいる人を見ても，あまり祝ってあげようとは思わない	1	2	3	4	5	6
2	悩んでいる友達がいても，その悩みを分かち合うことができない	1	2	3	4	5	6
3	人が頑張っているのを見たり聞いたりすると，自分には関係なくても応援したくなる	1	2	3	4	5	6
4	喜んでいる人を見ていても，その人と同じような気持ちにはならない	1	2	3	4	5	6
5	人につられて泣きたくなっても，それはあくまで他人事としてみることができる	1	2	3	4	5	6
6	他人が何をしてほしいかすぐ察知できる	1	2	3	4	5	6

7	他人の考え方を理解するのが 比較的得意だ	1	2	3	4	5	6
8	他の人が今どのような気持ちかが その人の様子やしぐさからわかる	1	2	3	4	5	6
9	相手がどう感じているかを 自分も同じように感じることができる	1	2	3	4	5	6
10	周囲に悩んでいる人がいても， 気づかないことが多い	1	2	3	4	5	6
11	まわりの人がそうだといえば， 自分もそうだと思えてくる	1	2	3	4	5	6
12	他人の感情に流されてしまうことはない	1	2	3	4	5	6
13	人が何を考えているのか， 気になることが多い	1	2	3	4	5	6
14	自分の感情は周囲の人の影響を 受けやすい	1	2	3	4	5	6
15	他の人の願いがかなうと， 自分もかなえばいいのにと思う	1	2	3	4	5	6
16	喜んでいる人を見ていると，自分が嬉し かった時のことがよみがえってくる	1	2	3	4	5	6
17	喜んでいる人がいれば，親しい人ではな くても，喜びを分かち合いたいと思う	1	2	3	4	5	6
18	苦しんでいる人を見ると，それが自分の 嫌いな人であっても，その人の苦しさ を感じ取ろうとする	1	2	3	4	5	6
19	苦しんでいる人を見ると，以前，自分が 苦しんでいた時のことを思い出す	1	2	3	4	5	6
20	自分が落ち込んでいるときでも， 他人の喜びを理解できる	1	2	3	4	5	6
21	自分が感じることを他人も感じるとは 限らない	1	2	3	4	5	6
22	人の気持ちを正確に判断することは， 難しいことだ	1	2	3	4	5	6
23	人と付き合ううえで，相手がどんな気分 でいるのかを知ることは大切だ	1	2	3	4	5	6
24	空想するのは現実的ではないので あまりしない	1	2	3	4	5	6
25	空想することが好きだ	1	2	3	4	5	6
26	映画や本の主人公とともに， 喜んだり悲しんだりする	1	2	3	4	5	6
27	感動的な映画を見た後は，その余韻に いつまでも浸ってしまう	1	2	3	4	5	6
28	小説の中の出来事が， 自分のことのように感じることはない	1	2	3	4	5	6

【質問３】各項目についてあてはまる数字一つを○で囲んでください。

		まったく気づかない	あまり気づかない	やや気づかない	やや気づく	かなり気づく	非常に気づく
1	患者の表情の変化から	1	2	3	4	5	6
2	患者の機嫌の変化から	1	2	3	4	5	6
3	患者の発言の内容から	1	2	3	4	5	6
4	患者の言葉使いの変化から	1	2	3	4	5	6
5	患者の言葉数の変化から	1	2	3	4	5	6
6	患者の声のトーンや調子の変化から	1	2	3	4	5	6
7	患者の声の大きさから	1	2	3	4	5	6
8	患者の視線の合わせ方から	1	2	3	4	5	6
9	患者の行動の変化から	1	2	3	4	5	6
10	患者の身だしなみの変化から	1	2	3	4	5	6
11	患者と看護師との距離感から	1	2	3	4	5	6

【質問４】各項目についてあてはまる数字一つを○で囲んでください。

		まったく あてはまらない	あまり あてはまらない	やや あてはまらない	やや あてはまる	かなり あてはまる	非常に あてはまる
1	看護師としての自分の目標は ずっと変わらない	1	2	3	4	5	6
2	私はこの仕事を生涯続けようとは 思わない	1	2	3	4	5	6
3	私は患者と一体感を感じることがある	1	2	3	4	5	6
4	私はこの仕事を通して 人間的に成長している	1	2	3	4	5	6
5	私はこの仕事以外での生き方は 考えられない	1	2	3	4	5	6
6	私は大切な命を預かる重要な一員として 周囲に認められている	1	2	3	4	5	6
7	これまでの私の看護の経験が 後輩の看護実践に役立つと思う	1	2	3	4	5	6
8	私は看護のあり方について 自分なりの考えをもっている	1	2	3	4	5	6
9	この仕事は私の生涯を通しての 大切な経済的基盤である	1	2	3	4	5	6
10	私は患者に必要とされていると感じる	1	2	3	4	5	6
11	私は看護師として役に立たないと思う	1	2	3	4	5	6
12	私は仕事の中で自分らしさを保てず つらいと思う	1	2	3	4	5	6
13	私はいつも自分らしい看護をしていると 感じる	1	2	3	4	5	6
14	私は生き生き働いていると感じる	1	2	3	4	5	6

【質問５】

次の文を読んで，お答えください。

私は看護師になって２年目です。担当している患者さんの中に難病にかかった５歳のＡ児がいます。昨夜，私が夜勤をしている間に，５歳のＡ児の病状が急変して亡くなりました。私にとって，担当している患者さんが亡くなるのは，はじめての経験です。

もしあなたがこの看護師さんの立場になったとしたら，次のようなことをどの程度感じたり，考えたりすると思いますか。各項目についてあてはまる数字一つを○で囲んでください。

		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	ややあてはまらない	ややあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	Ａ児との日々や場面が繰り返しはっきりと思い出される	1	2	3	4	5	6
2	Ａ児の担当でなければよかったのにと思う	1	2	3	4	5	6
3	子どもの家族と同じような思いを抱いてしまう	1	2	3	4	5	6
4	残された家族や他の患者さんたちが幸せになることについてあまり気にかけなくなったと思う	1	2	3	4	5	6
5	どこかでホッとしているところがある	1	2	3	4	5	6
6	涙がとめどなく出る。	1	2	3	4	5	6
7	いつもＡ児のことが頭にあって，他の患者さんに集中できない	1	2	3	4	5	6
8	またこうした体験をするのかと思うと不安になる	1	2	3	4	5	6
9	亡くなった時のことをよく思い出す	1	2	3	4	5	6
10	Ａ児のことを思い出すといつまでも気持ちが落ち着かない	1	2	3	4	5	6
11	看護師としてこれからどうしたらよいか不安になる	1	2	3	4	5	6
12	もっとしてあげられることがあったのではないかと何度も考える。	1	2	3	4	5	6
13	Ａ児の症状が安定していた日には，安心しておれた	1	2	3	4	5	6
14	看護をしている際接していながらも，Ａ児の気持ちを考えなくなっていた	1	2	3	4	5	6
15	Ａ児が病気と闘っているのを見て，何度も胸がしめつけられる思いがした	1	2	3	4	5	6
16	自分は何もしてあげられなかったという無力感を感じる	1	2	3	4	5	6

【質問６】各項目についてあてはまる数字一つを○で囲んでください。

		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	ややあてはまらない	ややあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	私にとって，看護はイメージとして重要である	1	2	3	4	5	6
2	私は看護師になって後悔している	1	2	3	4	5	6
3	私は看護師であることを誇りに思っている	1	2	3	4	5	6
4	私は看護師である自分が好きではない	1	2	3	4	5	6
5	私は看護師としてのアイデンティティを持っていない	1	2	3	4	5	6
6	私は看護に情熱を傾けている	1	2	3	4	5	6
7	私は看護師として多くの努力をしてきたので，看護師という職業を今さら変えようとは思えない	1	2	3	4	5	6
8	現時点で職業を変えるのは，私にはできない	1	2	3	4	5	6
9	仮に職業を変えるなら，これまでの私の人生が無駄になる	1	2	3	4	5	6
10	現時点で職業を変えることは，自分にとって負担が大きい	1	2	3	4	5	6
11	職業を変えることを妨げるようなプレッシャーはない	1	2	3	4	5	6
12	私にとって，今看護師をやめることは損失が大きい	1	2	3	4	5	6
13	職業訓練をうけた人は，一定期間はその職にとどまるべきだと思う	1	2	3	4	5	6
14	私は看護職を続けることに何の義務感も感じない	1	2	3	4	5	6
15	看護師には仕事を続けていく責任があると思う	1	2	3	4	5	6
16	仮に自分の得になることがあったとしても，今看護師を辞める理由にはならない	1	2	3	4	5	6
17	仮に私が看護職を辞めるとしたら，負い目を持つだろう	1	2	3	4	5	6
18	私が看護師をしているのは，この職業に尽くしたいと思っているからだ	1	2	3	4	5	6

【質問７】各項目についてあてはまる数字一つを○で囲んでください。

		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	ややあてはまらない	ややあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	不愉快な思いに悩まされるときには，何か楽しいことを考えるようにしている	1	2	3	4	5	6
2	過去の失敗をくよくよ考えてしまう	1	2	3	4	5	6
3	ものごとに集中できないときには，集中する方法を見つけ出す	1	2	3	4	5	6
4	自分の悪い習慣をやめるには，外部からの手助けが必要である	1	2	3	4	5	6
5	何かを決定するときには，あわてて決めないで，可能な選択肢をすべて拾いだしてみる	1	2	3	4	5	6
6	仕事に身が入らないときには，なんとか身をいれる方法を探そうとする	1	2	3	4	5	6
7	気分が沈んでいるときは，あえて陽気に振舞い気分転換をはかろうとする	1	2	3	4	5	6
8	憂うつなときには，楽しいことを考えようとしている	1	2	3	4	5	6
9	仕事に神経を集中できないときには，小さな目標を立てて少しずつ処理していく	1	2	3	4	5	6
10	落ち込んでいるときには， 好きなことでもして気を紛らわせようとする	1	2	3	4	5	6
11	外部からの助けがないと，イライラや緊張を克服できない	1	2	3	4	5	6
12	自分を悩ませる不愉快な思いに打ち勝てないのは，いつものことである	1	2	3	4	5	6

【質問８】各項目についてあてはまる数字一つを○で囲んでください。

		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	ややあてはまらない	ややあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	勤務時間中，患者の様子をしばしば見に行く	1	2	3	4	5	6
2	勤務時間外でも，患者からの話を聴く	1	2	3	4	5	6
3	患者の話を聴いていて，勤務時間を超えることがある	1	2	3	4	5	6
4	休憩時間を減らしてでも患者の世話をすることがある	1	2	3	4	5	6
5	始業前に，気になる患者の様子を見に行く	1	2	3	4	5	6
6	休憩時間を減らしてでも，患者の話を聴く	1	2	3	4	5	6
7	プライベートな時間であっても患者の容体が急変していないか心配になる	1	2	3	4	5	6
8	しばしば，患者の容体を考えてしまう	1	2	3	4	5	6
9	休日であっても，患者が心細くないかと心配することがある	1	2	3	4	5	6
10	勤務時間外であっても，患者がさみしくないかと心配することがある	1	2	3	4	5	6
11	夜になると，患者がよく眠れるといいなと思う	1	2	3	4	5	6
12	食事の時間になると，患者の食欲があるか気になる	1	2	3	4	5	6
13	休憩時間であっても，患者の容体に変化がないか，頭から離れない	1	2	3	4	5	6
14	休日は一切患者のことを考えることはない	1	2	3	4	5	6
15	患者のために，身のまわりの世話をあれこれしたくなる	1	2	3	4	5	6

【質問９】各項目についてあてはまる数字一つを○で囲んでください。

		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	ややあてはまらない	ややあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	注意深くやった仕事でも，欠点があるような気がして心配になる	1	2	3	4	5	6
2	“失敗は成功のもと”などとは考えられない	1	2	3	4	5	6
3	ささいな失敗でも，周りの人からの評価は下がるだろう	1	2	3	4	5	6
4	何かをやり残しているようで，不安になることがある	1	2	3	4	5	6
5	人前で失敗することなど，とんでもないことだ	1	2	3	4	5	6
6	納得できる仕事をするには，人一倍時間がかかる	1	2	3	4	5	6
7	念には念を入れるほうである	1	2	3	4	5	6
8	少しでもミスがあれば，完全に失敗したのも同然である	1	2	3	4	5	6
9	戸締りや火の始末などは，何回か確かめないと不安である	1	2	3	4	5	6
10	完璧にできなければ，成功とは言わない	1	2	3	4	5	6

記入漏れがないか，もう一度ご確認ください。

ご協力ありがとうございました。

Appendix２

第５・６・７章（研究４・５・６）で使用した調査項目

看護師の仕事に関するアンケート

調査は，看護師の方々が職場内の対人関係についてどのように感じ，対応しているのかを把握するために行います。ふだんの仕事の中で経験される事柄についてお尋ねしますので，質問文をよく読んでお答えください。正しい回答や間違った回答はありません。あまり考え込まず，思いついたまま，感じたままに回答してください。

◇記入上のお願い◇

・当てはまる番号にマークをつけて下さい。

◇倫理的配慮◇

調査は，無記名で実施しますので個人が特定されることはありません。また，お答え頂いた内容はコンピューターで数量化し，個人データは絶対に公表されることはありません。本調査の結果は，学術目的のために学会や学術雑誌などで公表するという学術的使用に限定され，それ以外の目的で使用することはありませんので安心して回答してください。お忙しい中，大変申し訳ありませんが，ご協力をよろしくお願い致します。

Ⅰ．最初に，あなた自身についてお尋ねします。

1．勤務先の規模
病床数，看護師の人数，
2．所属施設：病院（特定機能病院かどうか）
3．勤務している場所
病棟（外科系，内科系，療養型，小児科，産科・婦人科），手術室，透析室，外来（外科系，内科系，小児科，産科・婦人科），地域連携室，訪問看護ステーション，その他（　　　　　）
4．看護師としての勤務年数　　　　　年
5．現在の勤務先での勤務年数　　　年
6．現在の役職
なし，主任（副課長），師長（課長），その他（　　　　　　　）
7．管理研修の受講の有無
8．勤務状況
日勤のみ，二交代，三交代，夜勤専従，変則二交代，その他（　　　）
9．性別　　男性，女性
10．年齢　　歳
11．仕事をしていて困難感を感じること
業務内容，業務量，人手不足，人間関係（患者や家族），人間関係（同僚，上司，他職種スタッフ），体調管理，家庭（育児・介護など）との両立，その他（　　　　　）
12．仕事をしていて悩んだ時に相談する相手
同僚，上司，他職種スタッフ，家族，友人，その他（　　　　　）

質問 1～5の回答方法（6件法）：

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．ややあてはまる
5．かなりあてはまる
6．非常によくあてはまる

質問１

教示文：あなたが仕事をすることで，どのような気持ちになったり，行動をしたりしますか。

1. 仕事のことを考えると，イライラする。
2. 仕事のことを考えると，ゆううつになる。
3. 仕事のことを考えると，胃の具合が悪くなる。
4. 仕事のことを考えると，頭が重かったり痛んだりする。
5. 職務上の自分の地位や役割について満足している。
6. 職場での仕事の内容に満足している。
7. 患者が必要としている看護を実践できている。
8. 自分の仕事の将来的な安定性について満足している。

質問２

教示文：あなたは，以下の項目についての考えをどの程度抱きますか。

1. 看護師として大切な命を預かる重要な一員であると自覚している。
2. これまでの私の看護の経験が後輩の看護に役立つと思う。
3. 看護のあり方について自分なりの考えをもっている。
4. 患者に必要とされていると思う。
5. いつも自分らしい看護をしていると思っている。
6. 看護師として生き生きと働いていると感じる。
7. 看護師としてもっと経験を積んでいきたいと思っている。
8. 看護に情熱を傾けている。
9. 看護師として多くの努力をしてきた。
10. 看護師として，もっと実力をつけたいと思っている。
11. 看護師という職業に魅力を感じているので，続けるつもりである。
12. 看護師として，この職業をやり遂げたいと思っている。

質問３

教示文：あなたは，以下の項目について，どの程度考えたり行動したりしますか。

1. 患者が何をしてほしいか，すぐ察知できる。
2. 患者が今どのような気持ちかが，その人の様子やしぐさからわかる。
3. 患者がどう感じているかを自分も同じように感じることができる。
4. 苦しんでいる患者を見ると，その人の苦しさを感じとろうと思う。
5. 患者の感情に流されてしまうことはない。
6. 自分が落ち込んでいる時でも，患者の喜びを理解できる。
7. 勤務時間外でも，患者からの話を聴く。
8. 休憩時間を減らしてでも患者のケアをすることがある。
9. 休憩時間を減らしてでも，患者の話を聴く。
10. プライベートな時間であっても患者の容体が急変していないか心配になる。
11. 休憩時間であっても，患者の容体に変化がないか，頭から離れない。
12. 休日は一切患者のことを考えることはない。
13. 患者のことで気になることがあると，自分で何とかしようとする。
14. 患者のことで気になることがあると，そのことを優先して考えてしまう。
15. 患者から頼まれたことは，断らずに行う。
16. 患者がしてほしいことは何かを，考えるようにしている。
17. 仕事で疲れていても，患者へのケアはやり遂げようと頑張る。
18. 時間外であっても，自分で決めた患者へのケアは自分で最後まで行う。
19. 患者の話を最後までしっかりと聴くようにしている。
20. 仕事が忙しい時でも，患者と関わる時間を大切にしている。

質問４

教示文：あなたは，以下の項目について，どの程度考えたり行動したりしますか。

１．職場での休憩時間はしっかりととる。
２．翌日が仕事の日は，睡眠をしっかりとるようにしている。
３．時間外に頼まれた仕事は，自分ではせずに次の担当者に引き継ぐようにしている。
４．忙しい時ほど規則正しい生活を心がけて，実行している。
５．休日には，仕事のことを忘れて遊びや趣味を行うようにしている。
６．やらなければならないことがたくさんあるときには，いつでもまず計画をたてる。
７．社会のルールを守らなければならないと思う。
８．人に迷惑をかけてはならないと思う。
９．困っている人を助けなければならないと思う。
10．周囲の人と上手くやっていかなければならないと思う。
11．自分の目標に向かって努力しなければならないと思う。
12．何でも自分でやらなければならないと思う。
13．一旦やり始めたことは最後までやり通さなければならないと思う。
14．自分が引き受けたことは，責任を果たさなければならないと思う。

質問５

教示文：私は看護師になって２年目です。担当している患者さんの中に難病にかかった５歳のＡ児がいます。昨夜，私が夜勤をしている間に，５歳のＡ児の病状が急変して亡くなりました。私にとって，担当している患者さんが亡くなるのは，はじめての経験です。

もしあなたがこの看護師さんの立場になったとしたら，次のようなことをどの程度感じたり，考えたりすると思いますか。

１．いつもＡ児のことが頭にあって，他の患者さんに集中できない。
２．子どもの家族と同じような思いを抱いてしまう。
３．涙がとめどなく出る。
４．またこうした体験をするのかと思うと不安になる。
５．亡くなった時のことをよく思い出す。
６．Ａ児のことを思い出すといつまでも気持ちが落ち着かない。
７．看護師としてこれからどうしたらよいか不安になる。
８．もっとしてあげられることがあったのではないかと何度も考える。
９．Ａ児が病気と闘っているのを見て，何度も胸がしめつけられる思いがした。