

原 著

看護職者の共感ストレスと共感ストレス認知が精神的健康に与える影響

Influence of the empathy stressors and empathy stress cognition of nurses on their mental health

山本智恵子¹⁾、西村夏代¹⁾、出井涼介^{1) 2)}、山口三重子³⁾、中嶋和夫⁴⁾
Chieko YAMAMOTO¹⁾, Natsuyo NISHIMURA¹⁾, Ryosuke DEI^{1) 2)},
Mieko YAMAGUCHI³⁾, Kazuo NAKAJIMA⁴⁾

1) 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

2) 地域ケア経営マネジメント研究所

3) 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

4) 岡山県立大学

1) Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

2) Research Institute of Community Care Management

3) Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

4) Okayama Prefectural University

要旨

本研究は、看護職者の精神的健康の維持・向上に資する基礎資料を得ることをねらいとして、看護職者の共感に関連したストレスに対する曝露とストレス認知が精神的健康に与える影響を明らかにすることを目的とした。調査対象は病院に勤務する看護職者とし、調査方法は無記名自記式質問紙調査とした。調査内容は看護職者の基本属性と看護職者の共感ストレス及び共感ストレス認知、精神的健康で構成した。統計解析には、調査項目に欠損値を有さない584名分のデータを使用した。看護職者の共感ストレスを二次要因、共感ストレス認知を一次要因、精神的健康を従属変数とする因果関係モデルを構築し、そのモデルのデータに対する適合度を構造方程式モデリングにより検討した。統計解析の結果、適合度指標として採用したCFIは0.975、RMSEAは0.042であり、それらは統計学的な許容水準を満たしていた。本研究の結果は、看護職者の精神的健康を保持増進する上で、共感ストレス及び共感ストレス認知の管理が必要なことを示唆している。

Abstract

The present study aimed to clarify the influence of stress cognition and exposure to empathy-related stressors on the mental health of nurses, in order to obtain basic information to improve the situation. The study subjects comprised nurses working in hospitals, and an anonymous self-completed questionnaire survey was conducted involving them. The investigation items were their basic attributes, empathy stressors, empathy stress cognition, and mental health. Data without missing values were analyzed (n=584). We designed a causal-relationship model with the empathy stress cognition of nurses as a primary factor, their empathy stressors as secondary factors, and their mental health as a dependent variable, and determined the model fit for the data using the Structural Equation Modeling. We used the CFI and RMSEA values as fit indices, and the values were 0.975 and 0.042, respectively, which were both acceptable. The results of our study suggest the need to manage the empathy stressors and empathy stress cognition of nurses in order to maintain/improve their mental health.

キーワード：看護職者、共感、精神的健康、構造方程式モデリング

Keyword : nurses, empathy, mental health, Structural Equation Modeling

I. 緒言

近年、労働者のストレスは拡大傾向にあり、職場での心の健康保持増進を図ることが重要課題とされ、厚生労働省が2006年に策定した「労働者の心の健康保持増進のための指針¹⁾」を契機にその取り組みが加速した。改正労働衛生安全法(2015年)に基づき、事業者に従業員のストレスチェックが義務付けられ²⁾、職場での精神的健康の保持増進対策が続けられている。対策が強化される中、各事業所でも精神的健康の対策が講じられているが、看護職者において精神的健康の不調者が多数いることが報告されている³⁾。

看護職者のストレスに関する研究を概観すると、欧米では1970年代半ばよりバーンアウト(燃え尽き症候群)の関心が高まり、ストレス測定尺度の開発^{4) 7)}やストレス要因の探求^{8) 11)}、ストレスによる反応^{12) 14)}などの研究が行われている。看護職者の労働環境、仕事の量的負担、職場の人間関係などから生じる職場ストレスが、さらには患者の死との向き合い、患者・家族との対人関係などから生じる職務ストレスがバーンアウトや精神的健康に影響を与えていることが報告されている。ストレス軽減に向けて、各職場では賃金やワークライフバランスなどの労働環境の改善が図られ、職場ストレスへの対策は進歩を遂げてきている¹⁵⁾。一方、職務ストレスに対する効果的な対策はいまだに示されず、精神的健康の不調者の減少に向けてはその対策が喫緊の課題となっている。

その課題解決の足掛かりとして、本研究では職務ストレスのうち、看護師が職務上余儀なく行っている共感に伴うストレスに着目する。なぜなら、看護基礎教育では、看護哲学の要として、常に患者と共にあり、患者・家族の気持ちに共感することが看護師の重要な資質として教育され¹⁶⁾、長年培われた対象者への共感が看護実践の中で看護職者に負担を与えている可能性が否定できないからである。看護職者の良好な精神的健康の維持にとって、この共感によるストレスを軽減することが翻って職務の継続にとっても重要であろう。

1990年代より共感疲労や感情労働といった対人援助職者が共感することのリスクの研究^{17) 22)}が注目されてきた。心理学領域においても、他者の苦痛に対して共感を示した人自身が不安や苦痛を感じる可能性があること²³⁾、他者が感じている圧迫的な感情に対しての共感が情緒的混乱をもたらす危険性があること²⁴⁾などが指摘され、他者に共感することが健康阻害のリスクと成り得ることが報告されている。対人援助職である看

護師には、「その人の身になって考えること」や「相手の立場に立って発言する」という、強い共感性が求められており、この共感から生じるストレスに注目することは精神的健康の維持・向上には重要である。

共感によるストレスに関連した研究業績を概観すると、看護職者の感情労働とバーンアウトや職業アイデンティティなどの関係性を調査したもの^{25) 27)}、看護職者の二次的外傷性ストレスや共感疲労を測定したもの^{11) 12) 28)}、看護職者の巻き込まれを測定したもの²⁹⁾がある。それらの報告に使用されている尺度は、看護師の感情労働測定尺度(ELIN)^{22) 26)}、看護師用二次的外傷性ストレス測定尺度²⁸⁾、Professional Quality of Life(ProQOL)²⁹⁾、看護師版対患者Over-Involvement尺度(OIS)³⁰⁾である。それらの各尺度は、ストレスに暴露される頻度やストレス反応を測定する尺度であり、真に共感に伴って生じるストレス認知を測定しているものではない。Lazarusら³¹⁾によると、ストレス反応には個人差があり、出来事に対する感受性や傷つきやすさも個々で異なっており、ストレスフルな状況をその個人がいかにか認知するかを問題視している。すなわち、ストレスをどのように認知するかが重要であり、ストレス反応の先行要因であるストレス認知を緩衝することがストレス反応を軽減すると言える。前述した報告の概観を加味すると、現在共感ストレス認知を測定する尺度はほとんど皆無であり、看護職者の精神的健康の維持・向上のために、共感ストレス認知を測定する尺度開発が急務であると言える。さらに、看護学領域での共感とは「道徳的共感(共感の実践を動機づける内面的かつ利他的な能力)」、「情動的共感(他者の精神状態あるいは固有の感情を主観的に経験・共有する能力)」、「認知的共感(他者の感情と視点を、客観的な立場から同定・理解する支援者の知的能力)」、「行動的共感(他者の視点を理解していることを伝える伝達的反応)」を構成要素としている^{32) 33)}。しかし、これまでに報告された共感に関する測定尺度を概観すると、看護領域ではそれら4つの構成要素を網羅している尺度は見当たらない。また、それら共感の側面を考慮したストレス認知尺度は開発されていない。

以上のことより、本研究は、看護職者にとって重要な概念である「共感」に着目し、看護職者の精神的健康の維持・向上に資する基礎資料を得ることをねらいとして、看護職者の共感に関連したストレスに対する曝露とストレス認知が精神的健康に与える影響を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象及び調査方法

調査対象者は、日本医療機能評価機構の認定を受けている病院一覧に掲載されている2,204病院(2016年8月現在)のうち、無作為に抽出した100病院において勤務している看護職者2,000名とした(各施設20名)。調査方法は、郵送法による無記名自記式質問紙調査で、病院の看護管理者に研究の趣旨及び倫理的配慮を書面にて説明を行い、研究の同意が得られた後、看護管理者に調査参加者を任意に選出し、質問紙の配布を依頼した。

なお、調査参加者の人選は役職のある者を除くこと、また、病棟が複数ある病院の場合は一つの病棟に偏りないように、ICUや外来も含め選出するよう依頼した。選出された調査参加者個人宛の依頼書においては、各自の自由意思に基づき調査の参加が選択できることを明記し、各個人の質問紙の投函をもって同意が得られたこととした。調査期間は、2016年9月から同年10月であった。

2. 調査内容

調査内容は対象者の基本属性(性別、年齢、最終学歴、臨床経験年数)に加えて、看護職者の共感ストレスアサー及び共感ストレス認知、精神的健康で構成した。看護職者の共感ストレスアサー及び共感ストレス認知を測定する標準化された尺度が見当たらないため、次項で述べる手順を踏み、測定尺度の開発を行った。

1) 看護職者の共感ストレスアサー

従来の看護職者のストレスアサーに関する研究^{5-8), 35-39)}で使用されている項目を概観すると、それは職務ストレスアサーと職場ストレスアサーに区分できる。そのうち、職務ストレスアサーの質問項目を洗い出し、その中の看護職者が苦悩を抱える患者及びその家族と関わる際の共感に伴い発生するストレスフルな場面を抽出すると同時に、筆者らの臨床経験を参考に、看護職者の共感ストレスアサー測定尺度を作成した。具体的には「日常的なケアでの関わり」3項目(xa1:患者の心のケアが必要であるが、十分な時間をとることができないこと、xa2:訴えが多い患者の応対をすること、xa3:自分を嫌がっているとわかっている患者のケアをすること)、「終末期の関わり」3項目(xa4:患者の死を看取ること、xa5:患者の死に家族が間に合わないこと、xa6:治療しても症状が改善されない患者と接すること)、「苦悩との向き合い」3項目(xa7:患者の身体的苦痛をとることができないこと、xa8:患者の家族から不安や苦悩を表出されること、xa9:トラウマを抱える患者の話を聞

くこと)、で構成した。回答は、過去3か月間の勤務中の体験の有無を2件法(0点:体験なし、1点:体験あり)で求めた。

2) 看護職者の共感ストレス認知

看護職者の共感ストレス認知の内容を考える上で、共感に関する従来の研究^{31) 32)}を概観すると、共感は道徳的共感、情動的共感、認知的共感、行動的共感の4要素を構成要素としていた。そのことより、看護職者の共感ストレス認知の下位概念は、看護職者の共感の構成要素である4側面を基礎に項目を検討した。また、本研究では共感ストレス認知をFigley³⁴⁾の共感ストレスを参考に、「他者の苦悩を主観的・客観的に体験することや他者の苦悩を何らかの方法で軽減できるよう援助したいと思うことから導き出される、仕事に関連した苦痛の負担感」と定義した。項目の検討においては、片山らの看護師の感情労働測定尺度(ELIN)²²⁾、Figley & StammらのProfessional Quality of Life (ProQOL)²⁹⁾、牧野らの看護師版対患者Over-Involvement尺度(OIS)³⁰⁾などの共感を伴うストレスに関連した尺度を参考に研究者間でさらに内容を検討、精選し、ストレスによる負担感を問う項目を準備した。具体的には、「道徳的共感ストレス」3項目(xb1:患者のことを援助したいのに仕事から離れることがとてもつらい、xb2:患者の状態悪化を自分の責任のように感じてとてもつらい、xb3:自分の負担も顧みずに患者の苦悩を軽減しようとしたが、役に立てずとてもつらい)、「情動的共感ストレス」3項目(xb4:患者の気持ちに自分の気持ちも流されてとてもつらい、xb5:患者のトラウマとなる体験が自分にも移ったと感じてとてもつらい、xb6:患者が落ち込むと自分も同じように落ち込みとてもつらい)、「認知的共感ストレス」3項目(xb7:患者の苦悩を客観的に理解しようとしても理解できないことがとてもつらい、xb8:患者の苦悩を理解しようと傾聴するが、他のことが気になり話に集中できない自分を感じてとてもつらい、xb9:患者の苦悩を理解するためのコミュニケーションスキルが自分にはないと感じてとてもつらい)、「行動的共感ストレス」3項目(xb10:患者と関わっているとき、自分の口調、表情、ふるまいを意識することがとてもつらい、xb11:患者やその家族の苦悩を理解できても声をかけることができずとてもつらい、xb12:患者に表出している自分の感情に注意を払うことがとてもつらい)で構成した。

各項目の回答は、過去3か月間で看護師として苦悩を抱えた患者やその家族に共感することを日頃どのよう感じているかについて4件法(0点:まったくない、

1点：あまりない，2点：時々ある，3点：いつもある）で求めた。回答の得点化については，得点が高いほど共感ストレスを強く認知していることを示すよう設定した。

3) 精神的健康

精神的健康については，Kesslerら⁴⁰⁾により開発され，古川らによって翻訳されたK6⁴¹⁾で測定した。K6はうつ病・不安障害の評価法・スクリーニング調査票である。質問項目は，「神経過敏に感じましたか」，「絶望的だとかんじましたか」，「そわそわ，落ち着かなく感じましたか」，「気分が沈み込んで，何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか」，「何をやるのも骨折りだと感じましたか」，「自分は価値のない人間だと感じましたか」の6項目で構成されており，5件法（0点：全くない，1点：少しだけ，2点：ときどき，3点：たいてい，4点：いつも）で回答を求めている。この尺度は得点が高いほどうつ傾向が強いことを示している。また，この尺度はすでに構造的側面からみた構成概念妥当性を有することが報告されている⁴²⁾。

3. 解析方法

本研究では，Lazarusのストレス認知理論を参考に看護職者の共感ストレスを二次要因，共感ストレス認知を一次要因，精神的健康を従属変数とする因果関係モデル（間接効果モデル）を構築し，構造方程式モデリングを用いてモデルのデータに対する適合性と変数間の関連性を検討した。なお，潜在変数間の関連性から基本属性の影響を分離することを目的に，性別，最終学歴，臨床経験年数の変数を統制変数として分析モデルに投入した。

前記解析に先立ち，共感ストレス測定尺度と共感ストレス認知測定尺度の妥当性を検討した。具体的には，前記2つの測定尺度について，因子構造の側面からみた構成概念妥当性を，確認的因子分析を用いて検討した。その際，共感ストレス測定尺度は，「日常的なケアでの関わり」，「終末期の関わり」，「苦悩との向き合い」の3因子を第一次因子，「共感ストレス」を第二次因子とする3因子二次因子モデルを構築した。共感ストレス認知測定尺度は，「道徳的共感ストレス」，「情動的共感ストレス」，「認知的共感ストレス」，「行動的共感ストレス」の4因子を第一次因子，「共感ストレス認知」を第二次因子とする4因子二次因子モデルを構築した。

前述した因果関係モデルと因子構造モデルのデータへの適合性は，適合度指標であるComparative Fit Index (CFI)，Root Mean Square Error of

Approximation (RMSEA) で判定し，パラメータの推定は重み付け最小二乗法の拡張法 (WLSMV) を採用した。変数間の関連性については5%有意水準とした。一般にCFIは0.9であればモデルがデータに当てはまっているとされ，RMSEAは0.1を超えていなければ，モデルのデータに対する適合性は悪くないと判断される⁴³⁾。統計解析はMplus 7.2を使用した。

本研究では，最終的に2,000名分の調査票配布数に対して624名（回収率：31.2%）から回答を得た。統計解析には，これら624名分のデータのうち，統計解析に必要な調査項目に欠損値を有さない584名分のデータを使用した。

4. 倫理的配慮

本研究は岡山県立大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（受付番号：16-22）。病院の看護管理者に研究の同意を得た後，質問紙の配布を依頼した。また，個人の特長ができないよう無記名とし，個別に返送用の封筒を用いて投函する方法を用いた。研究の趣旨を明記し，研究協力は自由意思であること，協力しない場合も何ら不利益を被らないこと等を文書で説明した。本研究は，研究者らが所属する研究機関から配当を受けた個人研究費により実施した。

III. 結果

1. 分析対象者の属性等の分布

分析対象者584名の属性等については，表1に示した。分析対象とした看護職者584名の内訳は，男性45名（7.7%），女性539名（92.3%）であり，平均年齢（±標準偏差）は，37.0（±9.84）歳で21～66歳の範囲であった。平均臨床経験年数（±標準偏差）は，13.02（±9.23）年で0～45年の範囲であった。最終学歴は，専門学校470名（80.5%）が最も多く，次いで大学62名（10.6%）であった。

表1 分析対象者の基本属性分布 (n=584)

性別	
男性	45 (7.7)
女性	539 (92.3)
年齢	
平均±SD(範囲)	37.0±9.84 (21-66)
臨床経験年数	
平均±SD(範囲)	13.02±9.23 (0-45)
最終学歴	
専門学校	470 (80.5)
短期大学	42 (7.2)
大学	62 (10.6)
大学院 (修士)	10 (1.7)

単位：名(%)

2. 看護職者の共感ストレス測定尺度の構成概念妥当性

看護職者の共感ストレスに関する項目の回答分布を表2に示した。看護職者の共感ストレス測定尺度の妥当性を確認的因子分析で検討したところ、3因子二次因子モデルのデータへの適合度指標は、CFI=0.981, RMSEA=0.062であった(図1)。

3. 看護職者の共感ストレス認知測定尺度の構成概念妥当性

看護職者の共感ストレス認知に関する項目の回答分布を表3に示した。看護職者の共感ストレス認知測定尺度の妥当性を確認的因子分析で検討したところ、4因子二次因子モデルのデータへの適合度指標は、CFI=0.978, RMSEA=0.090であった(図2)。

4. 看護職者の共感ストレスと共感ストレス認知が精神的健康に与える影響

看護職者の共感ストレスが共感ストレス認知を介して精神的健康に影響するとした因果関係モデル

を構造方程式モデリングで検討した。その結果、モデルのデータに対する適合度指標は、CFI = 0.975, RMSEA=0.042であった(図3)。

変数間の関連性に注目すると、看護職者の共感ストレスと共感ストレス認知の間に統計的に有意な正の関連性が認められた(標準化推定値:0.465)。また、看護職者の共感ストレス認知と精神的健康の間に、統計的に有意な正の関連性が認められた(標準化推定値:0.554)。

統制変数として投入した変数と潜在変数間の関連性に注目すると、臨床経験年数と共感ストレス認知の間に統計的に有意な負の関連性が認められた(標準化推定値: - 0.144)。しかし、臨床経験年数と共感ストレス及び精神的健康間において関連性は認められなかった。さらに、性別と最終学歴の統制変数と潜在変数間においても関連性は認められなかった。本分析モデルにおける精神的健康に対する説明率は32.0%であった。

表2 看護職者の共感ストレス測定尺度の回答分布 (n=584)

質問項目	回答カテゴリ	
	0:体験なし	1:体験あり
xA1 患者の心のケアが必要であるが、十分な時間をとることができない	140 (24.0)	444 (76.0)
xA2 訴えが多い患者の応対をすること	46 (7.9)	538 (92.1)
xA3 自分を嫌っているとわかっている患者のケアをすること	388 (66.4)	196 (33.6)
xA4 患者の死を看取ること	242 (41.4)	342 (58.6)
xA5 患者の死に家族が間に合わないこと	331 (56.7)	253 (43.3)
xA6 治療しても症状が改善されない患者と接すること	134 (22.9)	450 (77.1)
xA7 患者の身体的苦痛をとることができないこと	130 (22.3)	454 (77.7)
xA8 患者の家族から不安や苦悩を表出されること	137 (23.5)	447 (76.5)
xA9 トラウマを抱える患者の話を聞くこと	390 (66.8)	194 (33.2)

単位:名(%)

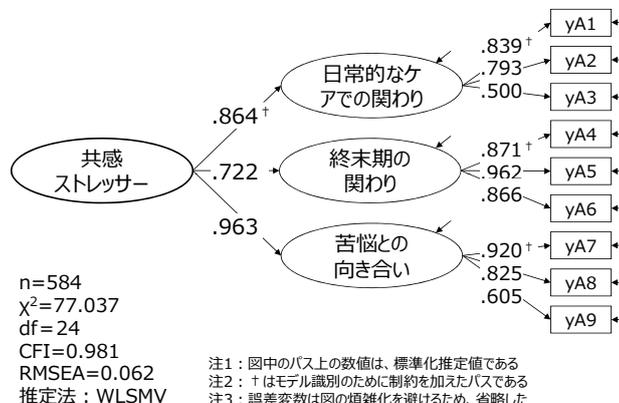


図1 看護職者の共感ストレス測定尺度の構成概念妥当性

表 3 看護職者の共感ストレス認知測定尺度の回答分布 (n=584)

質問項目	回答カテゴリ			
	0:まったくない	1:あまりない	2:時々ある	3:いつもある
xB1 患者のことを援助したいのに仕事から離れることがとても	172 (29.5)	322 (55.1)	85 (14.6)	5 (0.9)
xB2 患者の状態悪化を自分の責任のように感じてとてもつらい	87 (14.9)	236 (40.4)	235 (40.2)	26 (4.5)
xB3 自分の負担も顧みずに患者の苦悩を軽減しようとしたが、役に立てずとてもつらい	85 (14.6)	278 (47.6)	208 (35.6)	13 (2.2)
xB4 患者の気持ちに自分の気持ちも流されてとてもつらい	116 (19.9)	319 (54.6)	141 (24.1)	8 (1.4)
xB5 患者のトラウマとなる体験が自分にも移ったと感じてとても	368 (63.0)	200 (34.2)	16 (2.7)	0 (0.0)
xB6 患者が落ち込むと自分も同じように落ち込みとてもつらい	140 (24.0)	304 (52.1)	134 (22.9)	6 (1.0)
xB7 患者の苦悩を客観的に理解しようとしても理解できないことがとてもつらい	83 (14.2)	307 (52.6)	185 (31.7)	9 (1.5)
xB8 患者の苦悩を理解しようと傾聴するが、他のことが気になり話に集中できない自分を感じてとてもつらい	140 (24.0)	299 (51.2)	135 (23.1)	10 (1.7)
xB9 患者の苦悩を理解するためのコミュニケーションスキルが自分にはないと感じてとてもつらい	70 (12.0)	238 (40.8)	227 (38.9)	49 (8.4)
xB10 患者と関わっている時、自分の口調、表情、ふるまいを意識することがとてもつらい	106 (18.2)	303 (51.9)	149 (25.5)	26 (4.5)
xB11 患者やその家族の苦悩を理解できても声をかけることができずとてもつらい	105 (18.0)	263 (45.0)	193 (33.0)	23 (3.9)
xB12 患者に表出している自分の感情に注意を払うことがとても	115 (19.7)	336 (57.5)	118 (20.2)	15 (2.6)

単位：名(%)

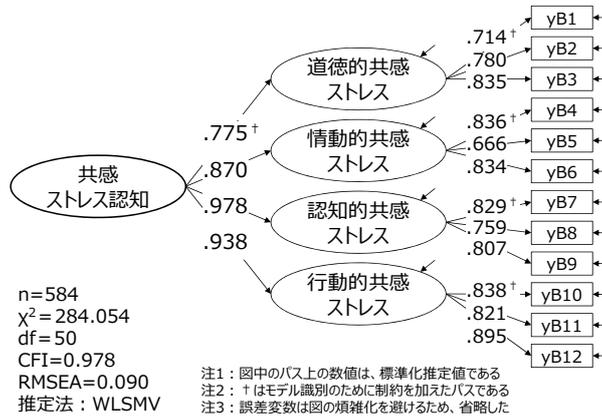


図 2 看護職者の共感ストレス認知測定尺度の構成概念妥当性

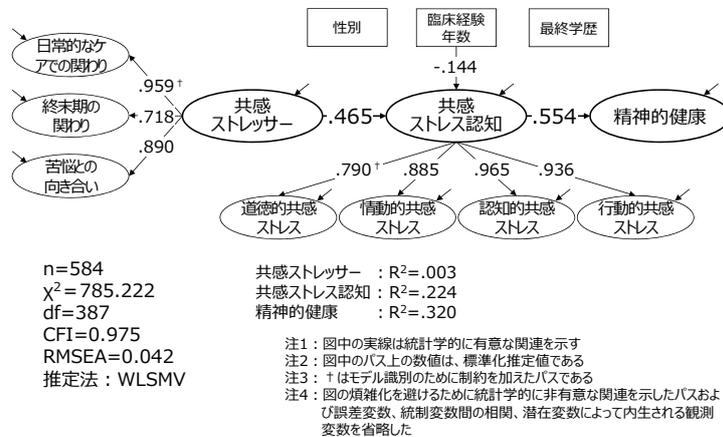


図 3 看護職者の共感ストレスラーと共感ストレス認知が精神的健康に与える影響

IV. 考察

本研究は、看護職者の精神的健康の維持・向上に資する基礎資料を得ることをねらいとして、看護職者の共感に関連するストレスに対する曝露とストレス認知が精神的健康に与える影響を明らかにすることを目的で行った。具体的には、Lazarusのストレス認知理論に基づき、看護職者の共感ストレスが共感ストレス認知を介して精神的健康に影響を及ぼすとする因果関係モデルを構築し、そのデータへの適合性を構造方程式モデリングで検討した。なお、本研究の分析対象584名の看護職者は、全国の病院機能評価の認定を受けた病院のうち無作為に100病院から得られた対象者であり、対象の性別及び年齢ともに、看護職の全国平均の男女の割合、年齢分布の厚生労働省(2016)の報告⁴⁴⁾とほぼ同様の割合を示した。また、臨床経験期間についても1年未満の新人から45年の経験豊富な看護職者から幅広いサンプルが得られたことは、全国の就業看護職の代表性を備えた、有用な標本が確保できたとと言える。

本研究では、まず看護職者の共感ストレス及びストレス認知と精神的健康の関連性の検討に先立ち、看護職者の共感に関連したストレスとストレス認知の測定尺度の開発を試みた。「看護職者の共感ストレス測定尺度」及び「看護職者の共感ストレス認知測定尺度」の因子構造モデルのデータへの適合性を確認的因子分析により検討したところ、その適合度は統計学的な許容範囲にあり、構成概念妥当性は支持された。具体的には、看護職者の共感ストレス測定尺度の具体的な因子構造モデルは、「日常的なケアでの関わり」、「終末期の関わり」、「苦悩との向き合い」の3因子を第一次因子、「看護職者の共感ストレス」を第二次因子とする二次因子モデルであった。また、看護職者の共感ストレス認知測定尺度の因子構造モデルは、「道徳的共感ストレス」、「情動的共感ストレス」、「認知的共感ストレス」、「行動的共感ストレス」の4因子を第一次因子、看護職者の共感ストレス認知を第二次因子とする二次因子モデルであった。以上の結果は、概念的次元性を備えた看護職者の共感ストレス及び共感ストレス認知を測定する尺度が開発できたことを意味すると同時に、特に有益であることは、看護職者の共感ストレス認知においては道徳的共感、情動的共感、認知的共感、行動的共感の4要素の側面から把握できることを初めて示したことになる。

次いで本研究では、看護職者の共感ストレスが共感ストレス認知を介して精神的健康に影響を及ぼすとする因果関係モデルを構築し、そのデータへの適合性を構造方程式モデリングで検討した。その結果、前記モデルはデータに適合することが統計学的に支持され、因果関係を検証することができた。このことはLazarusのストレス認知理論を実証的に支持するものと解釈できた。なお、看護職者の共感ストレスと共感ストレス認知が精神的健康に与える影響に関する変数間の関連性に注目すると、看護職者の共感ストレス認知と精神的健康間のパス係数は0.554であり、看護職者の精神的健康は共感ストレス認知が大きな影響を与えていることが示唆された。また、看護職者の精神的健康に対する共感ストレス及び共感ストレス認知、統制変数の寄与率は32.0%であった。このことは看護職者の精神的健康を悪化させる要因に職場ストレスや職務ストレスが挙げられる中で、本研究の因果関係モデルで精神的健康への影響要因の32%が説明できることを意味する。看護職者が患者・家族に共感することで生じるストレスが多分に精神的健康に影響することが示唆された。このことは、看護職者の精神的健康の維持・向上には共感ストレスの軽減が必要であり、看護部の組織的な支援が望まれることを示すものである。

本研究の統制変数と看護職者の共感ストレス及び共感ストレス認知、精神的健康の関連性については、臨床経験年数と看護職者の共感ストレス認知との間に有意な負の関連(標準化推定値: -0.144)が認められた。すなわち、臨床経験年数を重ねるほど、共感することをストレスと感じる程度が低くなると言える。これらは、石井ら⁴⁵⁾の中堅看護師と新人看護師の職務ストレス研究において、中堅看護師の患者・家族のサポートへのストレス得点が新人看護師と比較して有意に減少していたという知見を概ね支持するものである。したがって、経験年数が少ない看護職ほど、共感することによりストレスを感じやすいと言え、特に経験が少ない看護師には具体的な対策を講じていく必要があると言えよう。

本研究において、共感ストレスと共感ストレス認知が関連していること、さらにはそれらが精神的健康に影響していたことを勘案するなら、共感ストレスに曝露される頻度を軽減することや看護師個人、特に新人看護師がそのストレスを抱え込まないようにサポートシステムを構築することが必要である。例え

ば、看護部は共感ストレスへの曝露が多い部署を把握し、施設的全組織で共感ストレスに対する看護師の勤務体制や配属等の対策をとることが重要であろう。

近年多くの施設で導入されている Partnership Nursing System (以下 PNS) は、経験年数が異なる看護師2人がペアを組み、成果と責任を共有しながら業務を行う⁴⁶⁾ システムであるが、このシステムを活用することで看護師達が職務を遂行する中で患者・家族との共感により生じた苦痛や苦悩を分かち合うことによって共感ストレスの軽減が期待できる。

また、ストレスの軽減に対しては「労働者の心の健康の保持増進のための指針 (厚生労働省 2015 年)」¹⁾ により、ストレスチェックを行い、労働者・管理監督者の両者が把握することが精神的健康の対策として挙げられていることを勘案すると、看護職者のストレスチェックのツールとして本尺度を利用することが有用であろう。これらをストレスチェックに活用することで、看護師及び看護管理者の各々がストレスに気づき、精神的健康の改善へと行動することが期待できる。さらに、看護管理者による介入後の効果の判定指標として本尺度を活用し、精神的健康の改善効果を実証的に判定できると考える。

今後の研究課題として、個人特性と共感ストレス及び共感ストレス認知の関連についてのさらなる研究の継続が挙げられる。先行研究により訪問看護師⁴⁷⁾、精神科看護師³⁹⁾、緩和ケア病棟³⁸⁾や急性期病院の部署⁴⁸⁾での勤務とストレスに関連があることが報告されていることから、本研究で開発された測定尺度を用いて部署別の共感ストレスと精神的健康の関連を実証的に検証することができよう。また、本研究で臨床経験年数との関連は明らかにしたが、部署における経験年数と共感ストレス認知との関連も調査する必要がある。さらに、4つの下位因子と精神的健康との関連を検討し、精神的健康に影響を与える共感ストレス認知が明らかになれば、看護師の共感ストレス認知の特性を把握することができ、個人の精神的健康の維持のための対策に繋がるであろう。

V. 結論

本研究では、看護職者を対象に共感ストレスと共感ストレス認知が精神的健康に与える影響について検討した。その結果、看護職者の共感ストレスが共感ストレス認知に、さらに共感ストレス認知が精神的健康に有意な影響を示した。この結果は、Lazarus

のストレス認知理論の理論的因果関係が実証できたという研究的貢献だけでなく、看護職者の精神的健康の維持・向上に向けて、本研究で開発した共感ストレス測定尺度及び共感ストレス認知尺度がストレスチェックのツールとして活用できることを示唆している。今後は、前述した課題についての調査を進め、精神的健康の不調者に対しての具体的な支援を明確にする必要がある。

謝辞

本研究で調査にご協力いただいた病院関係者の皆様、看護師の皆様に心よりお礼申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省. 労働者の心の健康保持増進のための指針. [online] 平成 18 年 3 月 31 日. [平成 29 年 11 月 1 日検索]. インターネット < <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/dl/h0331-1b.pdf> >
- 2) 厚生労働省. 労働安全衛生法の一部を改正する法律 (平成 26 年法律第 82 号) 新旧対照条文. 14. [online] 平成 26 年 6 月 26 日. [平成 29 年 11 月 1 日検索]. インターネット < <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyou/0000049225.pdf> >
- 3) 厚生労働省. 平成 28 年「過労死等の労災補償状況」別添資料 2 精神障害の労災補償状況. 15-20. [online] 平成 29 年 6 月 23 日. [平成 29 年 11 月 1 日検索]. インターネット < http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11402000-Roudoukijunkyou/roudouhoshoubu-Hoshouka/28_seishin.pdf >
- 4) Gray-Toft P, Anderson JG. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*. 1981; 3: 11-23.
- 5) 久保真人, 田尾雅夫. 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. 1994; 34 (1) : 33-43.
- 6) 東口和代, 森河裕子, 三浦克之, 他. 臨床看護職者の仕事ストレスについて - 仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討 - 健康心理学研究. 1998; 11 (1) : 64-72.
- 7) 藤原千恵子, 本田育美, 星和美. 新人看護婦の職務ストレスに関する研究. - 職務ストレス尺度の開発と影響要因の分析 - 日本看護研究学会

- 雑誌. 2001; 24 (1) : 77-88.
- 8) 森俊夫, 影山隆之. 看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査. 産業衛生学雑誌. 1995; 37: 135-142.
 - 9) 松本日出男, 池田聰子, 森満. 同一医療機関の医師・看護職における精神的健康度と職場のストレス要因の検討. 北海道公衆衛生学雑誌. 2001; 15: 59-69.
 - 10) 片山はるみ. 感情労働としての看護労働が職業性ストレスに及ぼす影響. 日本衛生学雑誌. 2010; 65 (4) : 524-529.
 - 11) Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2016; 60: 1-11.
 - 12) Quinal L, Harford S, Rutledge DN. Secondary traumatic stress in oncology staff. Cancer Nurs. 2009; 32 (4): 1-7.
 - 13) Young JL, Derr DM, Cicchillo VJ, et al. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in heart and vascular nurses. Crit Care Nurs Q. 2011; 34 (3): 227-234.
 - 14) Beck CT, LoGiudice J, Gable RK. A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. J Midwifery Womens Health. 2015; 60 (1): 16-23.
 - 15) 日本看護協会. 看護職の労働環境の整備の推進. [online] [平成29年11月9日検索]. インターネット < <https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/index.html> >
 - 16) 武井麻子. 感情と看護 人とのかかわりを職業とすることの意味. 東京: 医学書院. 2001: 86.
 - 17) Joinson C. Coping with compassion fatigue. Nursing. 1992; 22 (84): 116-121.
 - 18) Figley CR. Compassion fatigue; Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat traumatized. New York, Brunner/Mazel, 1995: 1-20.
 - 19) Stamm BH. SECONDRY TRAUMATIC STRESS Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, & Educators. Sidran Press, 1999. (小西聖子, 金田ユリ子訳. 二次的外傷性ストレス—臨床家, 研究者, 教育者のためのセルフケアの問題. 東京: 誠信書房. 2003.)
 - 20) Zapf D, Vogt C, Seifert C, et al. Emotion Work as a Source of Stress: The Concept and Development of an Instrument. European Journal of Work and Organizational Psychology. 1999; 8 (3): 371-400.
 - 21) 武井麻子. 感情と看護 人とのかかわりを職業とすることの意味. 東京: 医学書院. 2001.
 - 22) 片山由香里, 小笠原知枝, 辻ちえ, 他. 看護師の感情労働測定尺度の開発. 日本看護科学会誌. 2005; 25 (2) : 20-27.
 - 23) Davis MH. Empathy -A social psychological approach-. New York, Westview Press. 1994. (菊池章夫訳. 共感の社会心理学-人間関係の基礎-. 東京: 川島書店. 1999: 124-127.)
 - 24) 澤田瑞也. 共感の心理学—そのメカニズムと発達. 京都: 世界思想社. 1992: 83-86.
 - 25) 高橋幸子, 齋藤深雪, 山崎登志子. 精神科看護師のバーンアウトの要因と情緒的支援の有効性に関する研究. ヒューマン・ケア研究. 2010; 11 (2) : 59-69.
 - 26) 重本津多子, 大蔵雅夫, 安部好法. Factor Structure and Correlates of Emotional Labour Inventory for Nurses (看護師の感情労働尺度の因子構造と属性との関係). 医学と生物学. 2012; 156 (3) : 108-115.
 - 27) 安藤満代, 谷多江子, 八谷美絵. 精神科看護師の職業的アイデンティティ, 首尾一貫感覚及び感情労働との関係. キャリアと看護研究. 2014; 4 (1) : 17-23.
 - 28) 和田由紀子, 本間昭子. 看護職者用二次的外傷性ストレス尺度の作成及び信頼性・妥当性の検討. 新潟青陵学会誌. 2015; 8 (1) :1-11.
 - 29) Stamm BH. SECONDRY TRAUMATIC STRESS Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, & Educators. Sidran Press, 1999. (小西聖子, 金田ユリ子訳. 二次的外傷性ストレス—臨床家, 研究者, 教育者のためのセルフケアの問題. 東京: 誠信書房. 2003: 16-17.)
 - 30) 牧野耕次, 比嘉勇人, 池崎潤子, 他. 看護師版対患者 Over-Involvement 尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 人間看護学研究. 2009; 7: 1-8.
 - 31) Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, Springer Publishing Company.

1984. (本明寛, 春木豊, 織田正美監訳. ストレスの心理学 - 認知的評価と対処の研究. 東京都: 実務教育出版. 1991: 25-38.)
- 32) Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, et al. Exploring Empathy; A conceptual fit for nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 1992; 24: 273-280.
- 33) Anna Gladkova. Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? . *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2016; 109 (12): 446-452.
- 34) Figley CR. *Burnout in Families: The systemic costs of caring*. Florida, CRC Press. 1988: 20-23.
- 35) 三木明子, 原谷隆史, 杉下知子, 他. 看護婦のストレスサーと業務上の事故および病欠欠勤の検討. *日本看護研究論文集 看護総合*. 1998; 29: 156-158.
- 36) 舟島なをみ, 亀岡智美, 杉森みどり. Role Conflict and Ambiguity Scale (RCAS) と Nursing Stress Scale (NAA) の日本語版作成と信頼性・妥当性の検証 - キング目標達成理論の検証に向けて -. *千葉看護学会誌*. 1997; 3 (2) : 17-24.
- 37) 藤野文代, 越塚君江, 齋藤英子, 他. 看護婦のストレスに関する研究 - 緩和ケア病棟に勤務する場合 -. *北関東医学*. 2002; 52 (1) : 25-31.
- 38) 山野洋一, 寺田衣里, 濱田咲子, 他. 看護師ストレスサー尺度の開発. *大阪人間科学大学紀要*. 2015; 14: 205-213.
- 39) 山崎登志子, 齋二美子, 岩田真澄. 精神科病棟における看護師の職場環境ストレスサーとストレス反応との関連について. *日本看護研究学会雑誌*. 2002; 25 (4) : 73-84.
- 40) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*. 2002; 32: 956-976.
- 41) 古川壽亮, 大野 裕, 宇田英典, 他. 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究協力報告書. 2003: 127-129.
- 42) 倉本亜優未, 仲井達哉, 杉山京, 竹本与志人. パーキンソン病患者を対象とした家族機能と抑うつ症状の関係. *社会医学研究*. 2017; 34 (2) : 45-55.
- 43) 小杉孝司, 清水裕士: M-plus と R による構造方程式モデリング入門. 北大路書房, 京都, 11, 2014
- 44) 厚生労働省: 平成28年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況. [online] [平成29年11月13日検索]. インターネット < <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/dl/kekka1.pdf> >
- 45) 石井京子, 星和美, 藤原千恵子, 他. 中堅看護師の職務ストレス認知がうつ傾向に及ぼす要因分析に関する研究 - 新人看護師と比較して -. *日本看護研究学会雑誌*. 2003; 26 (4) : 21-30.
- 46) 橋幸子. PNSの特徴とパートナーシップ・マインド. *看護管理*. 2014; 24 (9) : 820-824.
- 47) 田口理恵, 渡辺美香, 田高悦子, 他. 訪問看護師の職業性ストレスとストレスサーの検討. *横浜看護学雑誌*. 2012; 5 (1) : 39-46.
- 48) Yuri Kawano. Association of Job-related Stress Factors with Psychological and Somatic Symptoms among Japanese Hospital Nurses: Effect of departmental Environment in Acute Care Hospitals. *Journal of Occupational Health*. 2008; 50: 79-85.