

# 看護師の共感から視点取得への研究の歩み

— 自己視点と他者視点への焦点化 —

林 智 子

## Research Progress from Empathy to Perspective-Taking for Nurses: Focusing on Self- and Other-perspective

Tomoko HAYASHI

看護師の共感とは、患者に対する理解を深め、患者との対人関係を維持・発展させると考えられている。看護師や看護学生を対象とした共感の研究では、心理学領域で開発された測定尺度が用いられてきた。また、看護では「患者の立場に立つ」ことの重要性が語られているが、実証的研究は乏しい状況にある。一方、「他者の立場に立つ」ことに関しては、心理学では共感の認知的側面である視点取得の研究や他者の心情推測、心の理論の研究があり、哲学では他我問題として研究されてきている。これらの研究の中での焦点の一つに、自分とは異なる存在である他者、つまり理解できない他者の理解というパラドックスがある。これは自己と他者の弁別あるいは自他の融合という観点から考えられているが、看護研究やそれを取り巻く研究の中ではどのように取り上げられてきたのだろうか。これらに関する研究の歩みを概観し、看護における研究の課題と展望を検討する。

### 1. 看護における共感性の測定に関する研究

#### 1) 心理学領域で開発された共感性測定尺度

看護師や看護学生を対象とした共感性の研究では、心理学領域で開発された測定尺度が用いられてきた。Hoffman M.L. (1978) は向社会的行動の研究において、共感を感情面と認知面の両面からとらえた構成概念と考え、認知的な役割取得、個人的な苦痛の感覚、他人についての同情あるいは配慮を含むものとした。その考え方に影響を受けた Davis M.H. (1983) は共感の個人差を多角的にとらえて測定するための対人反応性

指標 (Interpersonal Reactivity Index: 以下, IRI) を開発した。その尺度の日本語版は多くの研究者によって改良されながら作成されている (桜井, 1988; 明田, 1999; 登張, 2000; 鈴木・木野, 2008; 日道ら, 2017)。IRI の下位概念には、Perspective Taking (視点取得)、Fantasy (空想又は想像性)、Empathic Concern (共感的配慮又は共感的関心)、Personal Distress (個人的苦悩又は個人的苦痛) が含まれている。Perspective Taking は他者の立場に立って物事が考えられる傾向を測定し、Fantasy は小説や映画、演劇など架空の世界の人物と同一視しやすい傾向を測定し、2つの下位概念は認知的共感として捉えられている。また、Empathic Concern は不幸な他者に対して同情や憐れみの感情を経験する傾向を測定し、Personal Distress は他者の苦痛に反応して自分が苦痛や不快を経験する傾向を測定し、2つの下位尺度は情動的共感として捉えられている。IRI の日本語版は多次元共感性測定尺度として、看護研究でもしばしば使用されている。

また、看護研究で使用頻度が高い尺度に共感経験尺度改訂版 (角田, 1994) がある。これは、他者の気持ちが理解できた経験である共有経験と他者の気持ちが理解できなかった共有不全を測る尺度から構成される。共感者においては、自他の区別の認識経験が高いため、他者の気持ちがわからなかった経験を明確に意識できるという考えを前提として、共有経験と共有不全経験の両方が高いことが共感性の高いことを示していると考えられている。

## 2) 看護学生および看護師の共感性の測定

一般大学生と看護学生あるいは看護師を対象とした共感性に関する調査では、多次元共感性測定尺度(桜井, 1988)の共感的配慮の得点において、一般大学生が看護師より高いこと(飯野, 1998)、看護学生が一般大学生よりも高いこと(林, 2002)が示されている。また、看護学生と看護師の比較(林・河合, 2002)では、共感的配慮、共有経験において看護学生の方が看護師よりも高く、逆に共有不全経験は看護学生よりも看護師の方が高いことが示されている。また、学年や経験年数で比較すると、看護学生の学年差はみられなかったが、看護師においては個人的苦痛が経験年数を経るごとに有意に低くなり、共感不全経験が年数を経るごとに有意に高くなること示されていた。その後の看護大学生を対象とした調査(日高, 2016)でも学年差はみられず、共感性の類型では共有経験が低く共有不全経験が高い「不全型」の学生が多いことが示されていた。また、看護師と非看護師の市民の共感性を比較した日本語版 IRI(日道, 2017)を用いた調査(青木ら, 2022)では、看護師の方が市民に比べて共感的関心と視点取得が有意に高く、個人的苦痛と想像性は有意に低いことが示されていた。

IRI の Empathic Concern という情動的共感は、「不幸な他人に対して同情や憐れみの感情を経験する傾向」とされている。これは一般的な同情を示す内容であり、看護に必要な共感とは質的な違いがあるのではないかと考えられている。したがって、看護師としての共感とは、安易な同情とは異なる次元で行われると考えられるため、Empathic Concern という同情には反映されないのではないだろうか。

また、Personal Distress という情動的共感とは、「相手の苦痛な感情を感じる傾向」を示し、相手の苦痛により自分自身も苦痛になり、自分の苦痛を低減するために援助行動を起こすというメカニズムが説明されており(Davis, 1994/1999)、これは自己指向的な援助動機だと考えられている。Personal Distress の質問項目には、「緊急な状況では、どうしようもなく不安な気持ちになる」「傷ついた人を見ても冷静な方である(逆転項目)」があり、緊急時に冷静に対応できることが看護師にとって重要なことだと考えると、Personal Distress が低いことは看護師の特性としては望ましいと考えられる。しかし、情動的共感の測定として考えると相反する内容になっている。

対人援助における共感では、自己指向と他者指向の区別が重要だといわれている。青木ら(2022)は前述の結果について、Personal Distress が看護師に必要なという状況は非常に少ないことを指摘し、Personal Distress と

Empathic Concern を混同している看護師は自分が共感することを避けている可能性があり、看護師は Empathic Concern と Personal Distress を区別して患者に対応することが必要だと考察で述べている。これは重要な指摘だと考えられるが、青木ら(2022)の尺度得点による結果では、看護師が Personal Distress と Empathic Concern を混同していることは示されていない。さらに、青木ら(2022)は Fantasy が低いことから看護師の Fantasy を高めることの必要性を述べているが、「他者を想像する視点」において Perspective Taking が他者指向であるのに対し、Fantasy は自己指向であるという違いがみられるため、一概に Fantasy を高めることが必要なのか疑問が残る。よって、研究成果を踏まえた議論を深めていくことが必要であり、多次元共感性測定尺度自体の課題について次項でとりあげる。

## 3) 多次元共感性測定尺度の自己指向と他者指向の弁別

鈴木・木野(2008)は、多次元共感性尺度の自己指向と他者指向の弁別に焦点を当て、共感研究で多用されている IRI 尺度の再構築を行い、5つの下位概念からなる多次元共感性尺度を作成している。Davis(1983)により開発された IRI 尺度は、日本では桜井(1988)、明田(1999)らによって邦訳版が作成されているが、有用性の高い指標とみなすにはいくつかの問題点があることを指摘している。特に IRI の Personal Distress を構成する項目が自己指向的な情動反応を測定しているとはいえないとしている。Davis(1994/1999)の組織的モデルによると、他者の心理状態を推測・理解した結果として生じる情動的所産は、並行的所産と応答的所産の2つに大別されるという。並行的所産は「不安感を示す他者を見て自分も不安になる」など観察他者の感情をそのまま再生するものであり、応答的所産は「不安感を示す他者を見て憐れみや怒りを感じる」など他者の感情と必ずしも同じでなくとも広い意味で対応した感情の経験を意味し、さらに他者指向的反応と自己指向的反応に分けられるとしている(表1)。IRI の Personal Distress は、この応答的所産の自己指向性反応を測定するために作成されたものであるが、尺度開発時の妥当

表1 多次元共感性の下位概念の位置づけ

他者・自己	認知・情動 認知面	情動面	
		応答的所産	並行的所産
他者指向性	視点取得	他者指向的反応 (共感的配慮)	被影響性
自己指向性	想像性	自己指向的反応 (個人的苦痛)	

性の検証においても満足な支持は得られておらず (Davis, 1983), 自己-他者の指向性の違いについては明確にされていなかった。さらに, Personal Distress の項目には突発の出来事などに遭遇すると「どうしようもなくなる」「取り乱してしまう」といった表現が多く, 応答的所産ではなく並行的所産を測定しているとも考えられる。この尺度項目は Personal Distress よりむしろ Empathic Concern のなさ, あるいは情動反応傾向のなさを測定している可能性もあると考えられる。共感性を広く「他者の経験についてある個人が抱く反応を扱う一組の構成概念」と定義するのであれば, 当然他者の成功に対して妬みや焦りを感じるといった項目も Personal Distress として想定されうるだろう。その結果, Personal Distress を自己指向的反応として応答的所産に分類し, 並行的所産には被影響性 (感情的に影響を受けやすい傾向) とする尺度として開発されている。

もう一つは, Fantasy の位置づけが明確でないことも問題点として挙げられていた (鈴木・木野, 2008)。Fantasy は Perspective Taking よりも Empathic Concern との相関が高く, 気質的な情動性とも関連するという結果があり, 情動的指標として結論付けられてしまうという矛盾が生じている。Fantasy は他者の立場に自己を置くという点において, Perspective Taking と同様の認知過程である。2つの違いは, 「他者指向的な」認知傾向としての Perspective Taking と, 「自己指向的な」認知傾向としての Fantasy である。したがって, Perspective Taking が観察対象である他者の理解が目的であり, そのため自己中心的な考えを抑えて相手の立場を受け入れることが求められる他者指向的な認知過程であるのに対し, Fantasy は観察者である自己を理解することが目的の自己指向的な認知過程である。なぜなら, 自己を架空の人物に投影させるのに自己中心的な考えを抑える必要はなく, むしろ「自分ならこう感じる」と積極的に働かせることが必要になるためである。したがって, 自己指向的な認知・情動反応傾向を他者指向的な認知・情動反応傾向の前段階と捉え, 自我発達との関連を検討することの必要性も提案されている。

このように心理学で開発された測定尺度で看護師の共感を測定することに関する課題が示されたことから, 看護独自の共感概念の検討が必要だといわれている (望月, 2007) が, 詳細な議論には至っていない。一方で, 心理学の既存の共感尺度にもいくつかの問題が提示され議論される中で, 尺度の再構成が進められている。共感概念は, 研究の中で日々発展していくものであり, 看護における共感という現象を詳細に検討し, 共感概念の精錬に貢献していくことが看護研究に求められている。

## 2. 看護における共感プロセスの研究

看護とは, 重要な治療的人間関係であり, 看護師と患者が共通の目的に向かって相互作用し, 共に働くプロセスである (Peplau, 1973)。また, 人間対人間の関係を確立することを通して看護の目標が達成される (Travelbee, 1977)。このような援助的な患者-看護師関係を成立させるためには, 看護師と患者が相互に理解し合うことが必要であり, これは「共感的理解」と呼ばれている (Zderad L.T., 1969)。これらの考え方の流れを汲み, 小代 (1989) は看護師が認知する共感の構造と過程として, 看護師の内的感情としての共感を参加観察法および面接法によって, 質的帰納的に導き出し, 相性→相互 open→同情→確認しあう相互作用→共感→共感後というプロセスを見出している。研究での共感の概念定義として「共感者の同一性が失われないで, 意識的になされるもの」を使用しているが, 研究で抽出された内容には同情や患者との一体感が含まれていた。この結果を小代 (1989) は日本人の文化的心理特性の影響だと考察しているが, 同情や一体感との弁別は共感の重要な観点であると考えられているため, 更なる議論が必要である。

また, 伊藤 (2003) は, 共感の定義を「相手の体験 (感情, 認識など) を取り込んで自分自身のこれまでの経験や記憶と照らし合わせて再対象化し, それに基づいて予測的, 推論的に理解するプロセスである」とし, 患者と看護師を対象に参加観察法と面接法により患者-看護師関係における共感のプロセスを調査している。参加観察では患者と看護師の相互作用が生じていた場面を取り上げ, そこから共感のプロセスをたどる中で相互理解がなされ, それを契機に援助が行われ, その効果の共有がなされる過程を明らかにしている。相互作用が生じていた 10 場面のうち, 最後までプロセスを踏み共感が確認できたのは 7 場面, プロセス途中で相互関係が進展せず共感に至らなかったのが 2 場面, 肯定的な相互作用はあったが両者の認識にズレが生じ共感に至らなかったのが 1 場面となっている。伊藤 (2003) では, 共感を相互理解のプロセスとして捉えて場面を検討しており, 10 場面のうち 3 場面が共感に至らず, 相互理解できなかったプロセスとしている。しかし, プロセスの結果として相互理解できた場合が共感であり, できなかった場合は共感ではないというのはどういうことなのだろうか。伊藤 (2003) が示した共感の定義には, 「相手の体験を取り込む」「自分自身のこれまでの経験や記憶と照らし合わせる」「再対象化」「それに基づいて予測的, 推論的に理解」というプロセスとして示されている。しかし, 「相手の体験を取

り込む」ことをどのように行っているのか、「再対象化」とはどのような現象なのかは結果の中では抽出されておらず、共感の定義と研究成果に乖離があると考えられ、定義の内容と抽出された現象を吟味し、共感概念を精練していくことが必要だと考える。

### 3. 看護・医療における「患者の立場に立つ」ことの位置づけ

「患者の立場に立つ」ことに関連すると考えられる言説として、Nightingale F. (1860/1993) は「病気の本当の苦悩について、よく知りよく理解している人の何とすくないことか。健康な人間が《看護師》でさえも、わが身を病人の生活に置き換えて考えたりすることの何とすくないことか」と嘆き、看護師がわが身を病人の生活に置き換えて考えることの重要性を指摘している。そして、「自分自身は決して感じたことのない他人の感情のただ中へ自己を投入する能力」を看護師に必要な能力であるとし、さらに「もしあなたがこの能力を全然もっていないのであれば、あなたは看護から身を退いた方がよいだろう」と述べている。

わが国でも多くの文献、特に事例検討で「患者の立場に立つ」ことの重要性が述べられてきた。しかし、その重要性は述べられていても、意味内容まで言及している文献は限られている。その中で、「患者の立場に立つ」ことについて、二人の先達者の卓越した見解がある。見藤 (1987) は、「看護では、よく患者の立場に立つといわれているが、人によりイメージするところがずいぶんと違っているようである」として、その解釈の多様性を指摘し、患者の立場への三つの異なった立ち方を示している。まず、患者の立場を知的に思いめぐらして勝手に想像する立ち方である。この方法でどんなに相手のことを想像しても、それはその人の想像に過ぎなく、患者の心情とは程遠いことが多いとしている。次に、看護師が自分の過去の経験を患者に重ねて、患者の立場に立ったつもりになる場合である。これは、看護師と患者が全く違う人格であることが忘れられており、自分がそうだからといって、他者もそうであるとは限らないことを指摘している。最後は、深いレベルで患者の立場に立つもので共感と同種であり、自己の心情や経験を持ちだすのではなく、自己のそれを捨てて、相手が今まさに体験し、感覚している心を知ろうとする理解の仕方である。これら三つの方法の違いを考えてみると、前者の2つは自分の心情や経験を持ちだして、自分を規準にして推測する方法であり、3つ目は自分の心情や経験を持ちださずに、患者が体験し感じている心を探測する方法である。

もう一人、薄井 (1970) は「患者の立場に立つ」こと

を「観念的に患者の立場を迫体験する」ことだとしている。そして、観念的迫体験を「もう一人の自分」を積極的に作りだして相手の頭の中にとびこませながら、その人のその時の気持ちを感じとろうと努力することを要すると説明している。また、これは Nightingale F. (1860/1993) のいう「自分は決して感じたことのない他人の感情の中に自分自身を放り込むこと」であり、Henderson (1969/1995) のいう「他者の皮膚の内側に入り込むこと」であると述べている。薄井・三瓶 (1996) では観念的迫体験の方法を「立場の変換」という二段構えの方法として提示している。観念的迫体験とは、観念的な世界にいるもう一人の自分が、自分以外の人間になることができるという能力を使って、頭の中で観念的な自己分裂を行い、自分が相手になって相手の体験を繰り返し、相手の心の中を自分の心の中に蘇らせることである。つまり、最初に自分を相手に置き換えて自分がどのように感じるかを推測し、その後に関手から自分へと立場を変換して、現実の自分に戻るという往復の過程である。

二人の先達者の見解を総合すると、看護師が自分の心情や経験を規準にして患者の心情を推測することは、患者の立場を考えるという点では意味があるが、看護師の自己中心的な推測に陥るという危険性がある。それを回避するには、「立場の変換」の二段構えの方法は有効であると考えられる。しかし、患者の心情を推測するには、看護師が自分の心情や経験を規準にする方法だけでは十分ではなく、見藤 (1987) のいう3つ目の方法の検討も必要だと考える。

医療の中では、精神科医の神田橋 (2004) が「患者の身になる」ということばについて、医療現場のスローガン、つまり理想として護持され続けているとしている。そのため、技法が必要だとして「患者の身になる技法」を提示している。この技法は、患者と面接している自分の体から同じ形のコピーが抜け出し、向こう側の患者のところへ行き、患者の体とぴったりと合うように変形し、いわば立体が重なるとイメージする方法である。そうすると、体の感覚全体が向こうに移ってしまうようになり、短い期間に患者の心性がつかめたような新鮮なひらめきが生ずることが多く、それまで見過ごしていた患者のちょっとした動作や表情に重要な意味が付加されると説明している。これは「離魂融合」と命名されているが、観念的に頭の中でこのようなイメージを作りだしていくことが必要であり、かなりの熟練の技といえるのではないだろうか。未熟な段階でこのようなイメージを作りだそうとして、患者の身体と重なり合うことをイメージしても、患者の心性がつかめた感覚は起こってこないのではないだろう

か。しかし、この方法は自分の心情や経験を使用せずに行う方法として、見藤（1987）のいう3つ目の深いレベルで患者の立場に立つ方法として検討することが必要である。

#### 4. 「患者の立場に立つ」ことに関連する研究

##### 1) 視点取得 (Perspective-Taking) に関する心理学研究

心理学には「他者の立場に立って考える」ことを意味する概念として、視点取得 (Perspective-Taking) という用語がある。発達心理学領域では、子どもの認知発達に対する研究として視点取得の研究が行われてきた。Piaget (1924) は子どもの言語や思考の特徴を記述する用語として「自己中心性」という考え方を示している。それを実証するための研究として、「三つ山課題」を作成し、自分の見えに固執するという子どもの自己中心的反応を明らかにした (Piaget & Inhelder, 1948)。これは後に空間的視点取得の課題として多くの研究で用いられている。渡部 (2006) は視点取得には空間的視点取得と、他者理解などを意味する社会的視点取得があるとしている。そして、空間的視点取得の場合には、あたかも「もう一人の自分」が空間内を自由に動き回っているかのように想像することであり、社会的視点取得の場合には「もう一人の自分」が相手の身体に乗り移って、感じたり判断したりしてやることであるとしている。このような「もう一人の自分」を自在に作りだし、移動させ的確な情報を得ることは、両方の視点取得に共通して必要とされる条件であり、これが視点取得の本質であると考えられている。

また、社会的視点取得は役割取得 (Role-Taking) と同義として使用されており、他者の立場に置かれた自分を想像することにより、他者の意図や態度あるいは感情や欲求を推測する能力のことをいう (渡部, 2006)。役割取得の概念は Mead G.H. (1934) の役割理論の中で用いられ、実証研究が進められてきた。その中には道徳性の発達に関する研究があり、役割取得は道徳性の発達に先行する要因として研究されてきた。その中で Selman R.L. (1976) は、幼児・児童の役割取得能力を測定するためのジレンマ課題を開発している。これは道徳的思考の発達を検討するための方法で、ジレンマ物語を子どもに提示して面接しながら質問に対する回答の仕方を吟味し、思考の特徴を明らかにしていく方法である。それによって Selman R.L. (1976) は、社会的視点取得能力として5段階の発達段階を示している。

##### 2) 他者の心理推測に関する心理学的研究

わが国の幼児を対象とした他者の心理推測に関する心理学的研究は、幼児が他者の情報をどのように活用するかという観点から行われている。朝生 (1987) は幼児が他者感情を推測する際に利用する情報の違いから、自分の視点に固着してしまうイメージ操作の障害について検討している。そして、状況情報のみを利用し、他者の特性情報を考慮せずに他者の感情を推測する「自己準拠型」の推測方法から、状況情報と他者の特性情報の両方を利用して他者の感情を推測する「他者準拠型」の推測方法へと年齢とともに発達することを見出している。ここでは、自己と他者が異なった特性を持つとき、他者の特性を無視して状況情報のみで推測すると誤った推測をしてしまうという精緻なエピソードが用いられている。自己の特性と異なる特性を他者がもつ場合には、自己の感情を統制することが必要になることを示している。

また、幼児の表情と状況の手がかりが矛盾して受けとられるような矛盾エピソード事態において、子どもがどのように理解するのが検討されている (久保, 1986)。一方の手がかりのみに基づいて解釈する子どもと、矛盾する手がかりを同時に考慮して両方の手がかりをもっともらしくつなげるエピソードを構成できる子どもがおり、子どもの年齢が上がると両方の情報を統合できるようになることが報告されている。笹屋 (1997) は矛盾エピソード事態において、子どもが2つの手がかりのうち、表情手がかりを重視する段階から状況手がかりを重視する段階へ移行し、両者の手がかりを統合して理解する段階へと発達することを示している。

また、久保 (1982) は、他者の気持ちを理解するための主体の4つの知識 (①ある状況で自分が抱く気持ちの知識、②ある状況で人一般が通常抱く気持ちの知識、③ある特定の集団に属する人の気持ちの知識、④ある状況である特定の個人が抱く気持ちの知識) を挙げている。つまり、自己中心的な知識から始まって、徐々に個別性の高い、他者中心的知識となっていることが示されている。成人を対象とした調査 (太田, 2000) では、この4つの知識の考え方を援用し、社会福祉を専攻する大学生の高齢者理解について検討している。そこでは、学年が上がると共感的な反応が増加することは示されたが、主体の知識の活用については明らかになっていない。その理由として、回答方法が自由記述であり、対象者が自分の対応の意味を表現できていないことを挙げており、対象者の思考過程を引き出すことは容易ではなく、成人を対象とした研究の難しさを示唆している。久保 (1982) がいうように定型的な知識ではなく、知識を柔軟に組み合わせたり、組

み替えたりする思考を明らかにするには、定型的な知識が単純な当てはめでは理解に至らない事態を設定し、そこで人がどのように対処するかをみるという方法を工夫する必要があるだろう。また、出来事の自然なつながりという人が既にもっている出来事の知識に反する事象において、既有知識に矛盾する情報が与えられ、理解に躓きを生じた場合に人はどのように対処するかについて矛盾の検出と矛盾の解消という観点での検討も必要である。

### 3) 心の理論という心理学的研究

他者の心理推測に関連する発達心理学領域で盛んに研究されているテーマとして「心の理論 (theory of mind)」がある。「心の理論」とは、人が他者の心の働きを類推したり、他者が自分とは違う信念をもっていることを理解したりする機能のことである (子安, 2000)。ここでいう心の中心的意味は、知的・意思的な面である。

Wimmer & Perner (1983) は「誤った信念課題」を用いて、物語の登場人物の誤解を理解できるかを調査し、3歳児には困難であるが4~6歳の間に理解できるようになることを明らかにした。Perner et. al. (1989) は自閉症児と健常児を対象として「スマーティー課題」を行い、自閉症児が課題に正答できないことを示した。「スマーティー」とは粒状のチョコレート菓子で筒状をした容器に入った有名な菓子である。この容器を対象児に見せ、中に何が入っているかを尋ねると「スマーティー」と答えた後に、実際には「エンピツ」が入れているのを対象児に見せ、もしここにいない友達にこの箱を見せたとしたら、中に何が入っていると答えると思うかを尋ねる課題であった。健常児は「スマーティー」と答えたのに対し、自閉症児は「エンピツ」と答えた子どもが圧倒的に多いことを明らかにしている。この理由として、自閉症児は自分が「エンピツ」が入っていることを知っていることと、箱の中身を見ていない他者が知っていることの区別が困難であると考えられている。つまり、自己と他者の知識が異なることが想像できないため、自己の知識を統制できないと考えられ、異なる状況下にある行為主体の立場や意図を理解するためには第三者の認識についての表象が不可欠になることを示している。したがって、「もし〜だったら」で始まる仮定的な表現は、〈いま・ここ〉と相反する状況の設定を一から始めなければならないと考えられる (熊谷, 2004)。

社会的行動と心の理論との関連を検討した研究 (鈴木ら, 2004) では、対人葛藤場面における相手の意図の認知において、攻撃的な子どもは相手に悪意があったと意図を歪めて理解することを明らかにしている。

社会的場面において、ある出来事が偶然発生したことか、悪意をもって引き起こされたことかといった相手の意図を正しく理解することが、その後の適切な行動につながることを意味している。これまでの他者の心情理解と心の理論を比較すると、心情理解は悲しみや怖れなど、表情や身振りからある程度観察できる心的状態を扱っているのに対し、心の理論では抽象的で直接観察不可能な心の状態、すなわち信念という思考を扱っているという点で異なっている (森野, 2005)。他者理解においては、双方の考え方を包括した働きを想定していく必要があるだろう。

### 4) 「他我問題」という哲学的問題

「他我問題」は近代哲学史上、最大のアポリアの一つであるといわれている (Schutz A. 1974; 大森, 1992, 中島, 2001)。人は自分以外の他者の経験を共有することは不可能であり、ゆえに他者の経験について推測することは、何も知り得ないことについて推測することになり、他者の経験を推測することは自分の思い込み以上のものではないと考えられている。さらに、他者の経験を共有することが不可能であるということは、推測した内容が真の他者の経験と一致するかの判定すら不可能である。ゆえに判定の不可能な推測は出鱈目な推測であると考えられている。この難問に対して、類推説や行動主義という解答が試みられている。類推説は自分の経験の意味から、他者の経験の意味を類推する方法であり、日常的な思考方法であると考えられている。しかし、前述のように類推した他者経験と真の他者経験の一致を判定することは不可能であり、それが最大の難問である。一方、行動主義の考えに基づくと、観察可能な他者の行動によって、他者の経験の意味を定義的に作成する方法論が用いられている。客観性があるため正誤の判定が可能な方法であるが、日常の思考に馴染まないという問題がある。

このような中で、類推説での自分の経験の意味から他者の経験の意味を類推する方法と、行動主義での観察可能な他者の行動によって他者の経験の意味を定義的に作成する方法とを合わせた「意味作成のシミュレーション」という方法が提示されている (大森, 1992)。これは類推説の日常的な思考方法という利点と行動主義の客観性という利点をあわせた方法である。ここで着目しているのは、哲学的難問を普通の人々が易々と乗り越え、分かり合えたという経験をしていることである。類推説での試行は、何の根拠もないという意味では盲目的思考であり、実生活では本能的に盲目的に自我同一視を実行するが、それが思わしくない結果の場合には、さまざまな訂正と改良が行われることによ

て、人は良好な対人関係の中でよりよく生きることができている。類推説は盲目的施行に対する偶発的な反応を骨格としていることから、多くの哲学者にはいかにも行き当たりばったりで、無原則無根拠な思いつきに見えるという。しかし、そのような外見とは裏腹に、シミュレーションの手順としてみると、科学の理論体系が確立されてゆく過程と一致しており、試行とは他者の行動と発話によってその当否が経験的にテストされることであり、適切さの判定としてはやがて比較的安定した意味に収斂していくのである（大森，1992）。それを他者の経験を推測する際のリソースとして使用していると考えられる。

一方、「他者の立場に立つ」ことの意味として、他者の痛みがわかれば苦しんでいる他者を見捨てないだろうとか、もっと配慮した優しい態度で接するだろうとかいう期待がある。これは、他者を理解することの絶望的な困難さを知らない点で怠惰であり、他者の痛みをよく分かったが同情しない可能性や、他者の痛みはわからないが同情する可能性を見ようとしめない点で狭量であるという（中島，2001）。さらに、他我問題というのは他者に乗り移ることでもなく、他者と一体になることでもなく、自分であり続けながら異質な他者を理解することであり、他者の痛みや気持ちをわかる難しさを知ることが必要だという。

主観と客観の一致を確かめることができないことを大前提として考えると、看護師という自分<主観>が患者という他者<客観>を理解することは、どのように考えればよいのであろうか。守屋（1984）によると、共感とは「私と他者はそもそも異なった経験の構造をもち、それらの同一性が大きくなるためには、私と他者との違いを克服し、私自身にとってまったく新しい経験を生きるようにならなければいけないのである。ここにおいて、私はそれまでの私の経験とはまったく異質の経験を生きるのである。それを経験することによって、さまざまな対象についての意味づけは変化する」と説明している。したがって、原理的に自他が同一であることの確認をとることができないとすれば、私の他者理解がどのように変化したかを問うことしかできないであろう。看護学は実践の科学であり、看護師の患者に対する理解の変化により、看護実践へ影響を及ぼすのではないかと考える。

## 5. 自己視点と他者視点への焦点化

Stotland E.（1969）は共感を喚起するものとして、自分自身がどう感じているかを想像する「イメージ自己」と他者がどう感じているかを想像する「イメージ他者」

と他者の身体的な動きを綿密にみる「ウォッチ他者」の3つの教示により視点取得を操作する方法を提示しており、その方法はその後広く使用されている（Hoffman M.L., 1978）。この実験は、研究対象者をグループに分け、手を熱せられているモデルを観察させて、研究対象者の中でモデルに対する共感が喚起されているかどうかを発汗量などの生理的指標で検討する方法である。その結果、「イメージ自己」は「イメージ他者」よりも共感を喚起していることが示されている。つまり、他者の気持ちを直接知ろうとするよりも、他者に作用している刺激を自分のものとして想像する方がより共感が起こると解釈されている。

「イメージ自己」と「イメージ他者」の違いから、視点取得の自己視点と他者視点の違いについて更に検討することが必要だと考える。Lobchuk（2006）は、Perspective-Taking の概念分析を行い、視点取得は対人的な共感的過程であり、意識的な努力を要する認知過程である」と報告している。また、前提条件として患者の状態を説明するために、「自分の使用」「他者の一般化」「より詳細な患者の知識」を挙げている。しかし、「自分の使用」を前提条件として挙げているが、結果の一つとして「知覚的正確さ」を挙げ、「他者の立場に自分自身を置くことが共感的推論の正確さをいつも保証するものではない」ことを引用している（Stinson et al., 1992）。これは他者の立場に自分自身を置くことの問題点を述べていると考えられる。また、Lobchuk et. al.（2003）では、「イメージ自己」と「イメージ他者」の教示を使用する実験研究を行っているが、概念分析ではこれについて言及していない。「イメージ自己」と「イメージ他者」の教示は、前述のように Stotland（1969）が開発したものであるが、それについては議論があり、Batson et al.（1997）は、「2つは視点取得の同一の型として交換できると仮定されてきた」と経緯を説明しながらも、「それらはしばしば混同されている」と問題点を指摘している。また、Davis et al.（1996）は「自己と他者間の混乱がある」として違うものである可能性を示唆している。

したがって、視点取得の概念を自己と他者の違いに着目して行う必要があると考え、Perspective-Taking の概念分析を行っている（林，2007）。属性として6つのカテゴリー【イメージ自己】【イメージ他者】【視点取得でない構え】【2つの視点取得の異同】【2つの視点取得の関連】【意識的認知プロセス】を抽出している。【2つの視点取得の異同】では、【イメージ自己】と【イメージ他者】の違いとして、自己をイメージする方が簡易であり、他者をイメージするのは意識的な努力が必要で難しいと説明している。本来、推測する必要が

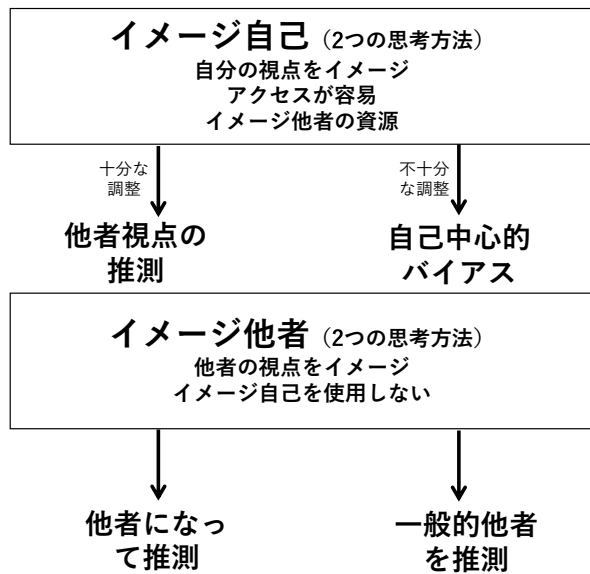


図1 Perspective-Takingの属性

あるのは他者の視点であり、【2つの視点取得の関連】のサブカテゴリー《自己視点と他者視点の調整》という思考過程が必要になるとした。しかし、ここでは《調整不十分による自己中心性バイアス》の危険性があり、調整が不十分な思考過程の可能性も示唆される。したがって、Perspective-Takingの定義として、「他者の立場を積極的に考え、他者がどのように考えているのかを推測する過程である」とし、その推測過程には4つの思考過程があることを示している（図1）。

## 6. 看護師の視点取得：看護師はどのようにして患者の立場に立って考えているのか

看護師が患者の立場に立って考える思考方法に関する質的研究（林，2011）では、【自分の視点からの想像】【患者の視点からの想像】というカテゴリーが抽出されている。【患者の立場に立つことの要因】には、自分に置き換えることは初期段階としては意味があること、自分を置き換えると自分の考えになってしまうこと、患者の立場に立つことの難しさも語られていた。また、場面（事例）によって自分の視点からのみの想像と他者の視点からのみの想像という患者の立場への立ち方に違いがみられていた。

林（2012）では、哲学での「意味作成のシミュレーション」の考え方を参考に、「患者の立場に立つ」ことを視点取得（Perspective Taking）の同義語として、「患者がどのような心理であるかある根拠を用いて推測し、その推測内容の適切さを患者の発言や行動から判定しながら推測内容を調整し、妥当な推測内容に近づけていくことである」と定義し、場面想定法を用いた

研究を行っている。Perspective-Takingの概念分析（林，2007）の先行要件として競争や葛藤という状況的特性が挙げられていることを参考に、看護師が「患者の立場に立つ」ことを求められる場面には葛藤などの状況があり、看護師は簡単には患者の心理を理解できない場面が設定されている。そして、患者が病気や治療を無意識に否認しているために、看護師が患者の心理を誤って理解しやすい場面とし、看護師の患者心理推測方法の特徴を検討している。無意識の否認から発せられた患者の発言は、看護師の知覚を無意識に歪曲した解釈へと導き、それによって看護師は患者の発言を正確に知覚できなくなり、楽観的心理という妥当性の低い患者心理推測結果を導く可能性を示している。また、看護師は新しい情報が与えられても改良や修正という調整思考を行わない可能性があり、看護師は最初に推測した患者心理に固着する傾向が示唆されていた。

また、2型糖尿病患者の食事コントロールに対する視点取得の研究（林・井村，2015）では、心理推測の根拠とした患者の言動の解釈の違いにより、罪悪感や葛藤という異なる患者の心理を推測する可能性を示している。さらに、患者心理と看護援助の関連では、患者の心理を苦悩だと推測すると看護師は患者の苦悩に向き合うことが難しくなり、楽観的心理だと推測すると間食をやめさせようとする対応になる可能性が示唆されていた。

患者の立場に立って考えるという看護師の思考過程では、自分の視点と他者の視点から想像することが示されたが、場面や事例によって自己視点が優位な場合と他者視点が優位な場合があることが示唆された。また、自他の視点の違いや根拠とする情報、さらに患者の言動や情報の解釈によって推測される心理が異なることが推察されたが、実証的な結果として示すまでには至らなかった。心理学領域において、特に子どもを対象とした研究においては、実証的な成果を得るための場面設定や設問が工夫されており、看護研究においても場面を精選し、看護師の思考内容を緻密に調査できるような研究方法が求められている。

## 7. 看護師の視点取得研究の課題と今後の展望

これまでの看護研究では、看護師の共感性の研究と看護の共感プロセスの研究の双方において、自己視点と他者視点の分離が必要という見解は一致しているものの、実際の研究の中では、それを実証的に検討している研究はみられず、共感のプロセスの中で起こっている同情や一体感についても根拠が明確でないまま取り込まれている状況であった。そのため、看護におけ



る共感に特化した研究の必要性が述べられていたが、具体的な方策には言及されてこなかった。今回、取り上げた看護師の「患者の立場に立つ」ことを示す視点取得という研究テーマは、看護における共感に特化した実証的研究の第一歩になると考えられる。看護師の思考過程を自己視点と他者視点の分離に焦点を当て、丁寧に緻密に検証することによって、看護における共感についてより深く掘り下げることができるのではないだろうか。

ここでの看護師の視点取得研究では、看護師が患者の心理推測に用いる根拠（情報）によって、推測される心理に違いがあることは示唆されたが、その後の調整思考によって妥当な患者心理に近づけることについて実証することはできず、更なる方法の工夫が必要となっている。そのような工夫と実証研究を繰り返し、新しい知見を得ていくことが求められている。また、看護師の視点取得は共感的な患者理解のために有効であるだけでなく、医療チームにおける多職種理解にも効果があるのではないかと考えている。医療チーム内の集団内葛藤においてメンバー間の視点取得がどのように働くのか、あるいは働かないのかなど、これまでの知見を活かして検討していきたい。

本研究における利益相反は存在しない。

## 引用文献

明田芳久. (1999). 共感の枠組みと測度：Davisの共感組織モデルと多次元共感性尺度（IRI-J）の予備的検討. 上智大学心理学年報, 23, 19-31.

青木好美, 日道俊之, 片山はるみ. (2022). 看護師の共感特性～非看護師の市民との比較～. 日本看護科学会誌, 42, 437-445.

朝生あけみ. (1987). 幼児期における他者感情の推測能力の発達—利用情報の変化—. 教育心理学研究, 35, 33-40.

Batson C.D., Early S., Salvarant G. (1997). Perspective-Taking : Imaging How another feels versus Imaging how you would feel. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23 (7), 751-758.

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

Davis M.H. (1994). / 菊池章夫. (1999). 共感の社会心理学, 川島書店.

Davis M.H., Conklin L., Smith A., et. al. (1996). Effect of perspective taking on the cognitive representation of persons : a merging of self and other. *Journal of Personality and Social*

*Psychology*, 70 (4), 713-726.

林智子. (2002). 看護学生の共感性と関連要因の検討. 看護教育, 43(7), 580-585.

林智子. (2007). Perspective-Takingの概念分析—自己と他者への焦点化—. 群馬保健学紀要, 28, 9-18.

林智子. (2011). 看護師はどのように患者の立場に立っているのか. 三重看護学誌, 13, 93-101.

林智子. (2012). “否認”という無意識の患者心理理解における看護師の思考過程の分析—患者心理推測から看護援助へ—. 日本看護研究学会雑誌, 35 (1), 67-78.

林智子, 井村香積. (2015). 2型糖尿病患者の食事コントロールに対する看護師の心理推測方法の検討. 日本保健医療行動科学会雑誌, 30 (1), 38-48.

林智子, 河合優年. (2002). 看護学生から看護師への共感性の発達（第1報）—共感尺度得点からの検討. 看護研究, 35(5), 453-460.

Henderson V. (1969). / 湯楨ます, 小玉香津子. (1995). 看護の基本となるもの, 日本看護協会出版会.

日高優. (2016). 看護学生における共感性の検討—看護大学2校の看護学生に対する共感性の調査から—. 日本看護科学会誌, 36, 198-203.

日道俊之, 小山田秀和, 後藤崇志, 他. (2017). 日本語版対人反応性指標の作成. 心理学研究, 88(1), 61-71.

Hoffman M.L. (1978) / 菊池章夫, 二宮克美 (2001). 共感と道徳性の発達心理学, 川島書店.

飯野英親. (1998). 看護婦の共感性. 看護技術, 44, 103-106.

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.

角田豊. (1994). 共感経験尺度改訂版（EESR）の作成と共感性の類型化の試み. 教育心理学研究, 42, 193-200.

神田橋條治. (2004). 追補精神科診断面接のコツ, 岩崎学術出版社.

子安増生. (2000). 心の理論—心を読む心の科学, 岩波科学ライブラリー73, 岩波書店.

久保ゆかり. (1982). 人の気持ちの理解過程についての理論的検討. 東京大学教育学部紀要, 22, 203-209.

久保ゆかり. (1986). 矛盾する事象の理解におけるエピソードの想定について. 東京大学教育学部紀要, 26, 235-243.

熊谷高幸. (2004). 「心の理論」成立までの三項関係の発達に関する理論的考察：自閉症の諸症状と関連して. 発達心理学研究, 15(1), 77-88.

Lobchuk M.M., Vorauer J.D. (2003). Family caregiver perspective-taking and accuracy in estimating cancer patient symptom experiences. *Social Science & Medicine*, 57, 2379-2384.

Lobchuk M.M. (2006). Concept analysis of perspective-taking : meeting informal caregiver needs for communication

- competence and accurate perception, *Journal Advanced Nursing*, 54(3), 330-341.
- Mead G.H. (1934). / 河村望 (1995). デューイ=ミード著作集⑥精神・自我・社会, 人間の科学社.
- 見藤隆子. (1987). 人を育てる看護教育, 医学書院.
- 望月由紀. (2007). 日本の看護研究における共感概念についての検討. 千葉大学看護学部紀要, 29, 1-8.
- 森野美央. (2005). 幼児期における心の理論発達個人差, 感情理解発達個人差, 及び相互作用の関連. 発達心理学研究, 16(1), 36-45.
- 守屋淳. (1984). 共感と他者理解. 東京大学教育学部紀要, 24, 277-286.
- 中島義道. (2001). 哲学の教科書, 講談社学術文庫.
- Nightingale F. (1860). / 湯楨ます, 薄井坦子, 小玉香津子 他 (1993). 看護覚え書—看護であること看護でないこと (第5版), 現代社.
- 大森荘蔵. (1992). 時間と自我, 青土社.
- 太田寛之. (2000). 他者の立場理解に及ぼす知識・経験の効果—高齢者理解場面を通して—. 九州大学心理学研究, 1, 173-181.
- Peplau H.E.(1952). / 稲田八重子他 (1973). ペプロウ人間関係の看護論, 医学書院.
- Perner J., Frith U., Leslie A., et. al. (1989). Exploration of the autistic child's theory of mind : Knowledge, belief, and communication. *Child Development*, 60, 689-700.
- Piaget J. (1924). 滝沢武久, 岸田秀訳 (1969) 判断と推理の発達心理学, 国土社.
- Piaget J. (1929). 波多野完治, 滝沢武久 (1960). 知能の心理学, みすず書房.
- Piaget J., Inhelder B.(1948). The children's conception of space, London : Routledge & Kegan Paul.
- 桜井茂男. (1988). 大学生における共感と援助行動の関係—多次元共感測定尺度を用いて—. 奈良教育大学紀要 (人文・社会), 37, 149-154.
- Sshutz A./深谷昭三. (1970). 現象学と社会の学—他我認識の問題—, 三和書房.
- Selman R.L.(1976). Social-cognitive Understanding in Lickona, Moral Development and Behavior, Holt, New York.
- Stotland E. (1969). Exploratory investigations of empathy, In Lickona, Moral Development and Behavior, Holt, New York.
- 鈴木亜由美, 子安増生, 安寧. (2004). 幼児期における他者の意図理解と社会的問題解決能力の発達 : 「心の理論」との関連から. 発達心理学研究, 15(3), 292-301.
- 鈴木有美, 木野和代. (2008). 多次元共感性尺度の作成—自己指向・他者指向の弁別に焦点を当てて—. 教育心理学研究, 56, 487-497.
- 小代聖香. (1989). 看護婦の認知する共感の構造と過程. 日本看護科学会誌, 9(2), 1-13.
- 登張真穂. (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, 136-148.
- Travelbee J. (1971). / 長谷川浩, 藤枝知子 (1992). トラベルビー人間対人間の看護, 医学書院.
- 渡部雅之. (2006). 空間的視点取得の生涯発達に関する研究. 風間書房, 東京.
- Wimmer H.,Perner J. (1983). Beliefs about beliefs : Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding deception. *Cognition*, 13, 103-128.
- 薄井坦子. (1970). 科学的看護論, 日本看護協会出版会.
- 薄井坦子. (1987). 看護の原点を求めて—よりよい看護への道, 日本看護協会出版会.
- 薄井坦子, 三瓶真貴子. (1996). 看護の心を科学する—解説・科学的看護論, 日本看護協会出版会.
- Zderad L.T. (1969). Empathic Nursing-Realization of a Human Capacity-, *Nursing Clinics of North America*, 4, 655-662.