

看護師の共感経験における認知症（肯定的）イメージと認知的評価 および私的スピリチュアリティの関連

村上 章¹⁾, 比嘉 勇人²⁾, 田中 いずみ²⁾, 山田 恵子²⁾

1) 富山大学大学院医学薬学教育部

2) 富山大学大学院医学薬学研究部精神看護学

要 旨

本研究では、共感経験タイプにおける認知症（肯定的）イメージと認知的評価および私的スピリチュアリティとの関連性を検討した。看護師 596 名を対象に、「認知症(肯定的)イメージ SD 法」「認知的評価測定尺度 (CARS) : コミットメント, 脅威性の評価, 影響性の評価, コントロール可能性」「共感経験尺度改訂版 (EESR) : 両向型, 共有型, 不全型, 両貧型」「スピリチュアリティ評価尺度 A (SRS-A) : 意気, 観念」で構成された質問紙調査を実施し、階層的重帰帰分析を行った。その結果、4つの共感経験タイプにおいて、認知症（肯定的）イメージ形成過程の相違が認められた。また、認知症（肯定的）イメージを高める基盤的要因として、「認知症症状に対する影響性の評価・コミットメント・コントロール可能性」と「認知症に向ける観念」が示唆された。以上のことから、基盤的要因の高得点化が認知症看護の質向上につながると考えられた。

キーワード

看護師, 認知症イメージ, 共感経験, 私的スピリチュアリティ

はじめに

厚生労働省の報告によると、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の人口は、2010年に280万人にのぼり、2025年には470万人になると言われている¹⁾。日本においては、国の指針として、2004年から「認知症を知り地域を作る10ヵ年」と題し、認知症に関する知識の普及啓発運動が行われてきた²⁾。また、2006年には「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」が施行され、地域に目を向けると地域包括センターが導入されて高齢者に対する権利擁護の仕組みが強化された。これらの施策には、認知症高齢者およびその家族が、地域の中で安心して暮らし社会生活が営めるように支援するねらいがある。

看護領域においても、2004年に認知症看護が特定分野に指定され、2005年には認定看護師の一分野となっている³⁾。長畑ら⁴⁾は、認知症高齢者の捉え方がケアの基盤であると指摘した。これは、看護師の認知症に対するイメージが、看護の質への影響要因であることを示唆している。

認知症イメージへの影響要因に関しては、佐野ら⁵⁾が認知症全般の正しい知識と、認知症患者の明るいプラスイメージは相互に関連が認められ、とくに、認知症患者への援助に関する知識は「バラ色」や「あたたかく静か」などのプラスイメージと相互に関連があると報告している。また、認知症イメージと認知症の人とのかかわり方の関係については、奥村ら⁶⁾が、表面的な関わりではなく、その人の内面性について知ることによって、認知

症イメージが肯定的になると報告している。つまり、認知症の知識や認知症の人に向けられる他者指向的な視点が看護の質に影響を与える要因と言える。

また、看護師の抱く認知症のイメージに関しては、長畑ら⁷⁾が、認知症症状に対する看護師のとらえ方と対応について研究をし、「言動の意味が分からず、意思の疎通が無いまま一方的・その場しのぎの対処」「言動の意味が分からず、意思疎通困難感を抱きながら必要なケアを手探りで対応」「言動の意味はわからなかったが、対応を通して相手の反応から有効性を実感」「言動の意味を相手の身になってとらえ、その人にあったケアを試行錯誤しつつ対応し、さらに言動の意味と相手に添うケア方法を探索」の4つのカテゴリーを見いだしている。この研究結果からは、認知症患者を看護する看護師は、患者理解の困難さから、有効な看護を見いだせないままその場その場で対応しているということも言える。臨床現場におけるこのような認知症の捉え方は、その場面に遭遇した看護師の自己内省的なものであり、認知症の知識や関わり方といった他者指向的な視点からでは、その影響要因について明らかにすることは困難である。認知症に対するとらえ方と対応に関する先行研究をみると、認知症患者と十分な意思疎通が取れないことによってケアの仕方に困惑している現状がうかがえる。そのような状態の中で行う看護は、看護師自身に認知症看護に対する自信の無さや思い描く看護が提供できないことへのジレンマ等の否定的な感情を生じやすくするのではないかと推察される。認知症高齢者の捉え方がケアの基盤である⁴⁾ことや、看護師が認知症に対して否定的な捉え方をしてしまう現状を踏まえると、他者指向的な視点ではなく、自己内省的な視点つまり個人の内面に焦点を当てた研究が必要と言える。

看護師の自己内省的な視点から認知症イメージへの影響要因として、看護師ごとの「看護場面の評価」が想定される。多様な認知症症状に遭遇した際、看護師によってその場面の評価は異なり、その評価に基づくストレスが様々な反応を看護師の内面に引き起こすと考えられるから

である。ストレスに対してどのような捉え方、反応をするかを評価する指標としては、鈴木ら⁸⁾が開発した「コミットメント」「影響性の評価」「脅威性の評価」「コントロール可能性」の4つの下位尺度から構成される認知的評価測定尺度(CARS)がある。患者理解の困難さから、有効な看護を見いだせないままその場その場で対応しているという先行研究の報告を踏まえると、認知症(肯定的)イメージと認知的評価の関連では、肯定的なイメージの看護師と比べてより否定的なイメージの看護師は、ある認知症症状に対する看護場面で、コミットメントすることへの意欲が低くなったり、コントロールすることが難しいと否定的に評価したりするのではないかと推察される。

また、比嘉⁹⁾は、スピリチュアルについて「個人を越える包括的または絶対的なspiritual(霊的)」と「個人の内面にある私的または相対的なspiritual(神氣的)」の2層構造とし、看護師が関与するのは主に後者のspiritual(神氣的)であると述べている。上記で述べた認知的評価は、あるストレスに対して個人の内なる反応であることから、比嘉の定義する神氣的なspiritual(私的スピリチュアリティ)に当てはまるのではないかと考えられる。よって、認知的評価の根幹としてspiritualが関係すると推測される。そして、比嘉は自己内省的なスピリチュアリティの高さ(こころのつながり性)を測定するスピリチュアリティ評価尺度A(SRS-A)を開発している。

さらに、相手の思いや感情を感じとり、その意味を理解しようとする姿勢として、「共感」が挙げられる。角田¹⁰⁾が開発した共感経験尺度改訂版(EESR)は、共感できた経験と出来なかった経験を評価することで、共感と同情の区別および共感経験タイプを4つに分類することができる。この4つのタイプはそれぞれ異なる共感経験の特徴を持ち、共感場面における相手との関わる姿勢の差異を特徴付けている面がある。一般的に、相手の理解をより深めるためには、積極的に相手に関わる姿勢も必要と考えられる。認知症本人と深く関わり、その人の内面を知ることの出来た者は、出来ないものに比べ認知症に対して肯定的なイメージを持つと報告⁶⁾がされていることから、

他者理解の姿勢として、共感経験のタイプの違いも認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼす要因ではないかと考えられる。

以上より、本研究では、私的スピリチュアリティが認知的評価に影響を及ぼし、さらに認知症（肯定的）イメージにも影響しているとの仮説を設定し、看護師の共感経験タイプ別の認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼす要因を探索的に明らかにすることを目的とする。

1. 本研究の作業仮説と概念枠組み

認知症（肯定的）イメージは共感経験タイプ（他者の感情の共感経験）別に異なる様相を呈すると想定し、私的スピリチュアリティ（こころのつながり性）が認知的評価（ストレスターの評価過程）に影響を及ぼし、さらに認知症（肯定的）イメージに影響しているとの作業仮説をもとに概念枠組みを作成した。（図1）

2. 用語の定義

1) 認知的評価⁸⁾

個人と環境との相互作用が、どの程度ストレスフルであるかを評価する認知的過程のことをいう。認知的評価は「コミットメント」「脅威性の評価」「影響性の評価」「コントロール可能性」の4つから構成されている。

2) 私的スピリチュアリティ¹¹⁾

自分自身および自分以外と非物質的な結びつきを志向する内発的なつながり性と定義する。私的スピリチュアリティは「意欲」「深心（自然や先祖との結びつき）」「自覚」「意味感（自己の存在意義）」「価値観」で構成されている。これら5つの構成因子は「意気」

と「観念」に集約される。意気は「何かを求めそれに関係しようとするこころのもちよう」、観念は「自分自身やある事柄に対する感じまたは思い」と定義されている。

3) 共感¹⁰⁾

能動的または想像的に他者の立場に自分を置くことで、自分とは異なる存在である他者の感情を体験することをいう。他者の感情を分かちもつ共有機能としての「共有経験」と、自他の個別性の認識がなされる分離機能としての「共有不全経験」の2つから構成されている。

4) 共感経験¹⁰⁾

過去に共感した経験

5) 共感経験タイプ¹⁰⁾

角田によって開発された共感経験尺度改訂版（EESR）をもとに、4つに分類することのできる共感性のタイプのことをいう。「両向型」「共有型」「不全型」「両貧型」に別けられる。

研究対象と方法

1. 研究デザイン

本研究は、無記名自記式質問紙調査による関連検証研究である。

2. 対象

調査対象は、A地区の総合病院に勤務する看護師とし、このうち研究の同意の得られた者を分析対象とした。

3. 調査期間

2014年9月から2014年11月

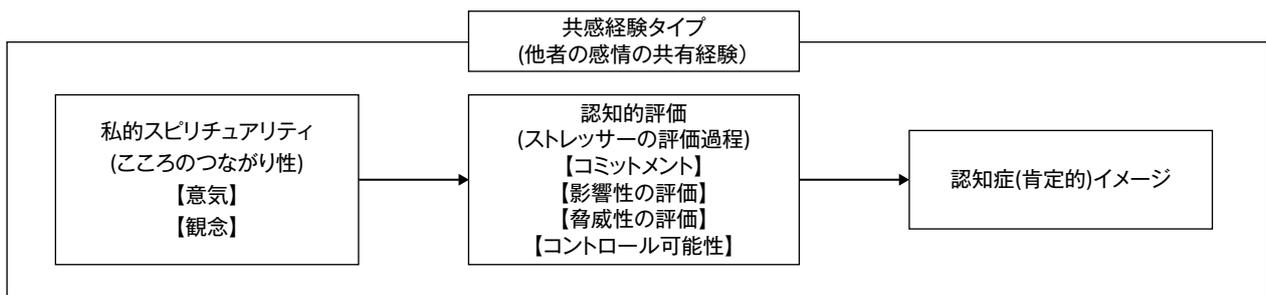


図1. 本研究における概念枠組み

4. 調査方法

対象の総合病院看護部長に対して訪問により研究の趣旨、目的、内容、倫理的配慮等について書面、口頭にて説明し、調査依頼を行った。協力が得られ次第、上記施設に対して研究協力依頼書、調査票を人数分配布し、回収ボックスを設置した。調査は無記名自記式で実施し、5週間の回答期間を設け回収し、調査票の回答をもって研究の同意が得られたものとした。

5. 調査項目

調査項目は計80項目で構成した。調査内容は以下の通りである。

1) 基本属性

性別、年齢、看護師経験年数、認知症の人との関わり頻度、認知症の知識、共感経験タイプについて調査した。認知症の知識は、老人性痴呆に関する青少年の意識調査報告書（認知症予防財団、2003）¹²⁾の中で使用された認知症患者への介護にかかわる内容から抜粋して使用した。14問から構成され、1問あたり1点として14点満点とした。なお、EESRをもとに共感経験タイプを4群に類型化した。

2) 認知症（肯定的）イメージの指標¹³⁾

古谷野らが行ったSD法による老人イメージ測定に用いた形容詞対の中から抜粋し使用した。項目は以下の通りである。「頑固な－柔軟な」「嫌いな－好きな」「劣った－優れた」「遅い－速い」「きびしい－やさしい」「弱い－強い」「冷たい－暖かい」「鈍感な－敏感な」「落ち着きの無い－落ち着きのある」「騒がしい－静かな」「さびしい－にぎやかな」の計11項目から構成されている。採点は5件法であり、(1. 非常に、2. どちらかといえば、3. どちらともいえない、4. どちらかといえば、5. 非常に)の11項目の合計点を算出する。55点満点であり、得点が高いほど認知症に対して肯定的なイメージをもつことを示す。

3) 認知的評価の指標⁸⁾

認知的評価測定尺度（CARS）は、認知的評価を定量的に測定するための尺度である。また、この尺度の信頼性・妥当性については、

確認されている。「コミットメント」「影響性の評価」「脅威性の評価」「コントロール可能性」の4つの下位尺度から構成されている。また本尺度は、ストレッサーを実施者が目的に応じて設定することが可能である。本研究では、ストレッサーの設定として認知症症状に関する状況設定を2つ用意し、それぞれについて回答を求めた。状況設定は認知症看護研究・研修東京センターが実施した認知症ケア高度化推進事業の一環で行われた個別ケアの事例研究で用いられた事例¹⁴⁾から抜粋した。採点は、「全くちがう」を0点、「いくらかそうだ」を1点、「まあそうだ」を2点、「その通りだ」を3点として、各項目の数値を合計する。

状況設定1

Aさん80代男性。「かあちゃんが待っているから。」と言って病棟内を歩き始める。しかし高齢のため下肢筋力が低下しており、バランスも崩しやすいため転倒の危険が高い。できるだけ手をつないだり近くで見守りをしたりしているが、自立心が強く「1人で帰れる」と思っているため、看護師がそばにいるとストレスを感じることもある。

状況設定2

Bさん70代女性。夜間急に起きて病室から出てくることがある。他の病室に寝ている患者を見て「私の家なのに勝手に入ってきて。」と大声でどなることや、トイレに起きてきた他の患者に会い、「誰に言って入ってきたの？」と大声で聞きトラブルになることがある。

4) 私的スピリチュアリティの指標⁹⁾

スピリチュアリティ評定尺度A（以下SRS-A）は比嘉により開発された私的なSpiritualityの高低を評定できる尺度である。また、この尺度の信頼性・妥当性については、確認されている。採点は、「非常に思う」を5点、「とても思う」を4点、「中程度思う」を3点、「少しは思う」を2点、「全く思わない」を1点として、各項目の数値を合計する。得点が高いほど私的なSpiritualityが高いことを示す。

5) 共感性の指標¹⁰⁾

共感経験尺度改訂版 (EESR) は角田によって開発され、共有経験と共有不全経験の両面を測定することで、自他の個別性のあり方の評価と過去の経験に基づいて個人の共感経験タイプを評価することのできる尺度である。また、この尺度の信頼性・妥当性については、確認されている。「共有経験」「共有不全経験」の2つの下位尺度から構成され、各10項目、合計20項目で構成されている。採点は、「あてはまる」5点～「あてはまらない」1点までの5件法で、下位尺度ごとに各項目への回答値（選択肢の数値）を合計して尺度得点を算出する。類型化の際は、各尺度得点の中央値を基準に高得点群と低得点群に分け、2尺度の組み合わせから共感性の類型化を行う。共感経験タイプは、「共有経験」と「共有不全経験」がどちらも高得点の「両向型」、「共有経験」のみ得点の高い「共有型」、「共有不全経験」のみ得点の高い「不全型」、「共有経験」と「共有不全経験」がどちらも低得点の「両貧型」に別けられる。

6. 分析方法

まず、EESRをもとに共感性の類型化を行い、型別に認知症（肯定的）イメージと各変数との相関分析を行った。次に、認知症（肯定的）イメージとそれぞれの尺度の関連を検討するために、探索的に階層的重回帰分析を行った。探索的な階層的重回帰分析については、小野ら¹⁵⁾の手順に従った。まず、影響の把握したい結果系変数を目的変数、その変数より原因側の全変数を説明変数の候補として、ステップワイズ法の変数選択による重回帰分析を実施した。次に、採用された説明変数を目的変数、その変数より原因系の全変数を説明変数の候補として、ステップワイズ法の変数選択による重回帰分析を実施した。さらに、候補変数がなくなるまで、採用された説明変数を目的変数、その変数より原因系の全変数を説明変数の候補として、ステップワイズ法の変数選択による重回帰分析を繰り返した。なお、統計解析にはSPSS22.0 J for Windowsを使用した。有意水準は

$p < 0.05$ とした。

7. 倫理的配慮

研究実施前に対象施設の看護部長へ口頭・書面にて研究の趣旨、自由意思による参加であること、プライバシー保護等に関する説明を行った。調査対象者には研究目的と概要について書面で説明し、自由意思による参加の保証と、対象者の特定がされないように無記名調査で実施した。

本研究の実施にあたっては、富山大学臨床・疫学等に関する倫理委員会の承認を得た（臨認26-80号）。

結 果

1. 調査票の回収率および有効回答率

調査票は総計596部配布した。回収数は372部、回収率は62%であった。回収数の内、白紙回答、欠損項目の多いもの、同じ数字の回答が複数の尺度に連続してみられるものを分析対象から除外した。その結果、有効回答数は340部、有効回答率は91%であった。

2. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。男性21名、女性319名であった。平均年齢±標準偏差は33.5±10.1歳、平均看護師経験年数±標準偏差は11.2±10.0年であった。認知症の知識は平均得点±標準偏差が9.9±1.7点であった。認知症の方との関わりの頻度は、「0：全くない」「1：週に3日未満」「2：週に3～5日未満」「3：週に5～7日未満」「4：毎日」から当てはまるものに丸印をつけてもらった。その結果、1の週に3日未満が最も多く、全体の37%を占めた。また、共感経験タイプは両向型が92名、共有型が92名、不全型が100名、両貧型が56名であり、不全型が最も多い結果となった。

また、認知症（肯定的）イメージ得点との相関関係では「年齢 ($r=.070$)」「看護師経験年数 ($r=.028$)」「認知症知識得点 ($r=-.058$)」となり、ほとんど相関は認められなかった。さらに、「認知症の人との関わり頻度」「性別」「共感経験タ

表 1. 対象者の属性および認知症（肯定的）イメージ得点

N=340

	平均値±標準偏差	認知症（肯定的）イメージ得点との相関
年齢	33.5±10.1歳	.070
看護師経験年数	11.2±10.0年	.028
認知症知識得点	9.9±1.7点	-.058
	人数(%)	認知症（肯定的）イメージ得点 平均値±95%信頼区間
認知症の人との 関わり頻度	全くない	102(30) 27.7±0.8
	週に3日未満	127(37) 27.8±0.6
	週に3～5日未満	54(16) 27.9±0.8
	週に5～7日未満	28 (8) 27.1±1.8
	毎日	28 (8) 27.5±1.9
	無回答	1(0.2)
性別	男	21 (6) 28.9±2.1
	女	319(94) 27.7±0.4
共感経験タイプ	両向型	92(27) 27.2±0.8
	共有型	92(27) 27.5±0.8
	不全型	100(29) 27.8±0.8
	両貧型	56(16) 29.0±0.9

「タイプ」をそれぞれ層別に認知症（肯定的）イメージ得点の平均値±95%信頼区間を求めたところ、「認知症の人との関わり頻度」では、「全くない（27.7 ± 0.8点）」「週に3日未満（27.8 ± 0.6点）」「週に3～5日未満（27.9 ± 0.8点）」「週に5～7日未満（27.1 ± 1.8点）」「毎日（27.5 ± 1.9点）」となり、「性別」では「男（28.9 ± 2.1点）」「女（27.7 ± 0.4点）」、共感経験タイプでは、「両向型（27.2 ± 0.8点）」「共有型（27.5 ± 0.8点）」「不全型（27.8 ± 0.8点）」「両貧型（29.0 ± 0.9点）」となった。以上より、「認知症の人との関わり頻度」「性別」「共感経験タイプ」をそれぞれ層別に認知症（肯定的）

イメージ得点の平均値±95%信頼区間を求めた結果、有意な差は認められないと判断した。（表1）

3. 認知症（肯定的）イメージの記述統計と各変数との相関関係

認知症（肯定的）イメージの平均点±標準偏差は27.7 ± 3.9点であった。EESRをもとに共感経験タイプの類型化を行い、共感経験タイプ別に認知症（肯定的）イメージと各変数の相関係数を検討した。共感経験タイプ別に相関関係をみたところ、両向型では「脅威性の評価（ $r=-.238$ ）」、共有型では「意気（ $r=-.289$ ）」「コントロール可能

表 2-1. 両向型における認知症（肯定的）イメージと各変数の相関関係

N=92

	意気	観念	コミットメント	影響性の評価	脅威性の評価	コントロール可能性
認知症（肯定的） イメージ	.112	.176	-.043	-.158	-.238	.108
意気		.561	-.067	.040	.063	.143
観念			.157	.021	-.154	.279
コミットメント				.301	-.002	.020
影響性の評価					.572	.094
脅威性の評価						.080

性 ($r=.281$), 不全型では「脅威性の評価 ($r=-.200$), 相関関係が認められた。(表 2-1, 2-2, 2-3, 両貧型では「コントロール可能性 ($r=.399$)」と 2-4)

表 2-2. 共有型における認知症（肯定的）イメージと各変数の相関関係

N=92

	意気	観念	コミットメント	影響性の評価	脅威性の評価	コントロール可能性
認知症（肯定的）イメージ	-.289	.025	-.032	-.156	-.173	.281
意気		.349	.006	-.007	.097	.145
観念			-.211	-.285	-.193	.245
コミットメント				.342	-.037	.032
影響性の評価					.559	-.079
脅威性の評価						-.118

表 2-3. 不全型における認知症（肯定的）イメージと各変数の相関関係

N=100

	意気	観念	コミットメント	影響性の評価	脅威性の評価	コントロール可能性
認知症（肯定的）イメージ	-.034	-.061	-.125	-.040	-.200	.067
意気		.453	.037	-.005	.133	.101
観念			.163	.081	.148	.152
コミットメント				.502	.207	-.001
影響性の評価					.612	.039
脅威性の評価						.053

表 2-4. 両貧型における認知症（肯定的）イメージと各変数の相関関係

N=56

	意気	観念	コミットメント	影響性の評価	脅威性の評価	コントロール可能性
認知症（肯定的）イメージ	.083	.077	-.142	.090	-.019	.399
意気		.588	.021	-.047	.129	.160
観念			-.127	-.163	.038	.192
コミットメント				.486	.275	.057
影響性の評価					.615	.201
脅威性の評価						.123

4. 各尺度の構成と信頼性の検討

各尺度の構成と Cronbach の α 係数を表 3 に示す。認知症（肯定的）イメージ尺度の α 係数は、 $\alpha=.717$ であった。SRS-A 全体は $\alpha=.881$ 、各因子の「意気」は $\alpha=.754$ 、「観念」は $\alpha=.894$ であった。EESR の「共有経験」は $\alpha=.912$ 、「共有不全経験」は $\alpha=.936$ であった。CARS の「コミットメント」は $\alpha=.767$ 、「影響性の評価」は $\alpha=.839$ 、「脅威性の評価」は $\alpha=.803$ 、「コントロール可能性」は $\alpha=.770$ であった。

以上より、尺度の信頼性は支持された。（表 3）

5. 階層的重回帰分析

1) 認知症（肯定的）イメージを目的変数とした重回帰分析

重回帰分析の結果を表 4 に示す。共感経験タイプ別に認知症（肯定的）イメージに影響する要因を検討するため、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。投入した説明変数は SRS-A の構成因子である意気と観念、CARS の構成因子であるコミットメント、影響性の評価、脅威性の評価、コントロール可能性の 6 項目である。

その結果、両向型では脅威性の評価、共有型では意気とコントロール可能性、不全型では脅威性の評価、両貧型ではコントロール可

能性がそれぞれ認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼすことが認められた。

2) 1) で得られた説明変数を目的変数とした階層的重回帰分析

1) で得られた結果をもとにさらに重回帰分析を実施した。分析はステップワイズ法を用いた。投入した説明変数は SRS-A の構成因子である意気と観念、CARS の構成因子であるコミットメント、影響性の評価、脅威性の評価、コントロール可能性の 6 項目のうち、1) で得られた変数を除いた 5 項目である。

その結果、両向型では脅威性の評価を目的変数にしたところ、影響性の評価とコミットメントが脅威性の評価に影響を及ぼすことが認められた。共有型では意気とコントロール可能性をそれぞれ目的変数にしたところ、どちらも観念がそれぞれに影響を及ぼすことが認められた。不全型では脅威性の評価を目的変数にしたところ、影響性の評価が脅威性の評価に影響を及ぼすことが認められた。両貧型ではコントロール可能性を目的変数にしたところステップワイズ法では結果が出なかった。

さらに、上記で得られた説明変数を目的変数として、候補変数が出なくなるまでステップワイズ法によって残りの変数を説明変数として投入した結果、不全型のみコミットメン

表 3. 使用した各尺度の構成と信頼性 (α 係数)

尺度と評価方法		平均値±標準偏差	Cronbachの α 係数
N=340			
認知的評価測定尺度 (CARS)	コミットメント	12.5±2.5	.767
・ 16項目	影響性の評価	10.0±2.9	.839
・ 5 件法	脅威性の評価	7.8±2.8	.803
・ 下位尺度ごとの得点で評価	コントロール可能性	9.0±2.3	.770
共感経験尺度改訂版(EESR)	共有経験	43.7±6.5	.912
・ 20項目	共有不全経験	29.7±7.0	.936
・ 5 件法			
・ 下位尺度ごとの得点で評価			
スピリチュアリティ評価尺度A (SRS-A)	尺度全体	42.0±8.1	.881
・ 15項目	意気	17.5±3.8	.754
・ 5 件法	観念	24.5±5.6	.894
・ 総得点および下位尺度ごとの得点で評価			
認知症(肯定的)イメージ			
・ 11項目		27.7±3.9	.717
・ 5 件法			
・ 総得点で評価			

トが影響性の評価に影響を及ぼすとの結果が得られた。以上の重回帰分析の結果をもとに

共感経験タイプ別の認知症（肯定的）イメージ形成過程を図2～5に示す。

表 4. 共感経験タイプ別にみた探索的な階層的重回帰分析の結果

共感経験タイプ	目的変数	説明変数						
		認知症イメージ $\beta(R^2)$	コミットメント $\beta(R^2)$	影響性の評価 $\beta(R^2)$	脅威性の評価 $\beta(R^2)$	コントロール可能性 $\beta(R^2)$	意気 $\beta(R^2)$	観念 $\beta(R^2)$
両向型 (N=92)	コミットメント	—	—	—	-.192(.361)	—	—	—
	影響性の評価	-.238(.057)	—	—	.630(.361)	—	—	—
	脅威性の評価	—	—	—	—	—	—	—
	コントロール可能性	—	—	—	—	—	—	—
共有型 (N=92)	意気	—	—	—	—	—	—	—
	観念	—	—	—	—	—	—	—
	コミットメント	—	—	—	—	—	—	—
	影響性の評価	—	—	—	—	—	—	—
不全型 (N=100)	脅威性の評価	.330(.190)	—	—	—	—	—	—
	コントロール可能性	-.337(.190)	—	—	—	—	—	—
	意気	—	—	—	—	.245(.060)	—	—
	観念	—	—	—	—	—	.349(.122)	—
両貧型 (N=56)	コミットメント	—	—	.502(.252)	—	—	—	—
	影響性の評価	—	—	—	.612(.374)	—	—	—
	脅威性の評価	-.200(.040)	—	—	—	—	—	—
	コントロール可能性	—	—	—	—	—	—	—

※数値はすべて P<0.05

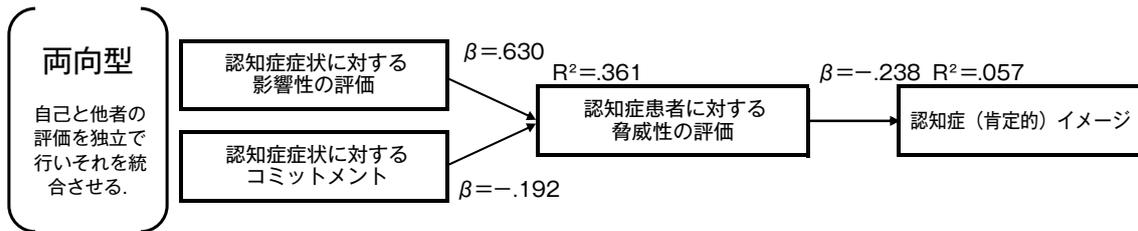


図 2. 両向型の看護師における認知症（肯定的）イメージ形成過程 (N=92)

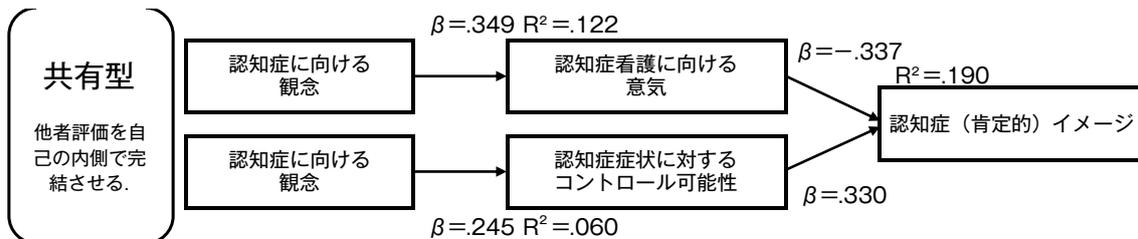


図 3. 共有型の看護師における認知症（肯定的）イメージ形成過程 (N=92)

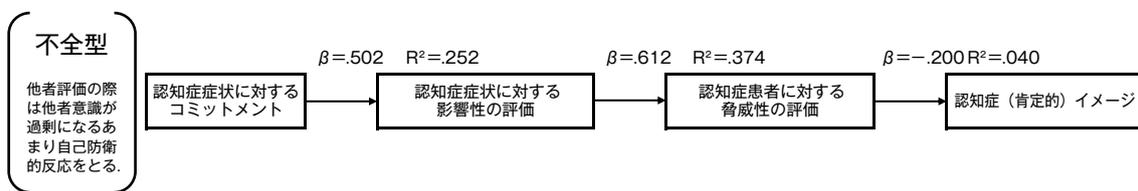


図 4. 不全型の看護師における認知症（肯定的）イメージ形成過程 (N=100)

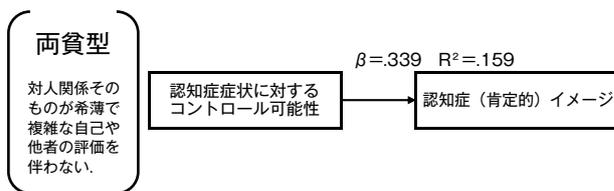


図 5. 両貧型の看護師における認知症（肯定的）イメージ形成過程 (N=56)

考 察

1. 共感経験タイプ別の認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼす要因について

1) 両向型の看護師

両向型では、影響性の評価とコミットメントがそれぞれ脅威性の評価に影響を与え、脅威性の評価が認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼすことが認められた。

両向型は、4つの共感経験タイプのうち最も共感性が高いとされ、共有経験と共有不全経験がともに高いタイプである。共感できた経験と出来なかった経験をどちらも自覚している両向型は、自己と他者の境界が明確でそれぞれ独立した存在として捉え、自己の感情体験を内省する力もあるとされている¹⁰⁾。

影響性の評価とコミットメントが、それぞれ脅威性の評価に影響を与えていたのは、両向型の自己と他者をそれぞれ独立させて捉えられるという特徴から、認知症患者と関わる際に、認知症症状の状態や過去の認知症患者への看護体験等を踏まえて、相手が自分にどのような影響を及ぼすかという相手を主軸とした評価と、自分がその相手をコミットメントできるかどうかという自己を主軸とした評価が独立してなされるためではないかと考える。看護場面における自分に対する負の影響性（不利益となりうる、実害がもたらされる等の可能性）が高く評価されれば、自分への脅威のリスクはおのずと高まることから、影響性の評価は脅威性の評価に正の関係であると言える。また、コミットメントが脅威性の評価と負の関係であるのは、一般的にコミットメントできる対象とは、自分の力量を越えていない対象であり、コミットメントしようとしても自分の手には負いきれない対象の場合は、自分への脅威が高まるリスクがあるためだと推察する。それらの評価を元に自己への脅威性が評価され、脅威性が高ければ高いほど認知症（肯定的）イメージは否定的になり、脅威性が低ければ低いほど認知症（肯定的）イメージは肯定的に変化するというよう

な負の関係性になると考えられる。

以上のように、両向型では相手（相手が自分に与える影響性）と自分（自分が相手へ向けるコミットメント）の評価がそれぞれ独立して行われ、その評価を統合し自分への脅威性が評価され、脅威性の評価は認知症（肯定的）イメージに負の影響を与えていると考えられる。

2) 共有型の看護師

共有型では、観念が意気とコントロール可能性に影響を与え、意気とコントロール可能性がそれぞれ認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼすことが認められた。

共有型は共有経験が高く、共有不全経験は低いタイプである。また共有型は、個別性の認識が低く共有体験を自己に引きつけてしまう未熟な共感で、自他を独立した存在としてみることが出来ない未分化な状態であり、本当の意味での自己理解ならびに他者理解はなされにくいという特徴をもつ¹⁰⁾。

以上のような特徴から、共有型の人には自己の思いや感じ方、価値観等といった私的なところの有り様を他者にまで無意識のうちに広げてしまい、他者のところの有り様を良くも悪くも無意識のうちに歪曲させてしまうのではないかと考える。そして、その歪曲された他者像をあたかも本当の他者の思いや感じ方、価値観等であると認識してしまうのではないかと推測する。

SRS-Aの下位尺度である観念とは¹¹⁾「自分自身やある事柄に向ける感じまたは思い」と定義されている。観念が強くなればなるほど、その対象への固定的な概念が明確で強いものになる。観念が認知症（肯定的）イメージを形成する過程の中で最初に出てくるのは、他者を自分に引きつけてしまい、自分のものさしだけで相手を捉えてしまいがちな共有型の特徴のためであると考えられる。

また、SRS-Aの下位尺度である意気は¹¹⁾「何かを求めそれに関係しようとするところのもちよう」と定義され、自と他をつなげるところと解釈できる。つまり自分から他者へ向かうところである。観念が意気に正の影響

を与えているのは、強い観念であればあるほどそれが他者へ向かうところ（意気）に影響し、他者と関わる際に、固定的な概念をもとに形成された他者への姿勢や態度が、相手に向けた行動の中に現れるためではないかと考えられる。共有型の場合は、意気が強ければ強いほど、歪曲させた他者と自分とのズレが大きくなり、自分の思いとは異なる結果が生じると予想される。よって意気と認知症（肯定的）イメージは負の影響関係になると考えられる。

また、観念の強さはある対象への感じや思いの強さであり、それは良くも悪くも自分なりの対象への理解や解釈の深さに繋がるのではないかと考える。対象の理解や解釈が深まれば、おのずとその対象への対応の仕方を見いだすことができる。そのため、観念はコントロール可能性に正の影響関係であると考えられる。

よって、共有型では観念が意気とコントロール可能性に正の影響を与え、意気は認知症（肯定的）イメージに負の影響、コントロール可能性は認知症（肯定的）イメージに正の影響を与えていると推測される。

3) 不全型の看護師

不全型ではコミットメントが影響性の評価に影響を与え、影響性の評価は脅威性の評価に影響を与え、脅威性の評価が認知症（肯定的）イメージに影響を与えていることが認められた。

不全型は共有経験が低く、共有不全経験の高いタイプである。このタイプは、自己と他者の間に越えがたい障壁があり、孤独感を持ち、対人世界への信頼感が低いと言える。一方で、自意識は低い、共有不全経験を意識していることから考えて、潜在的には他者と関わりをもとうとしつつ、他方でそれを阻む面をあわせもつという特徴がある¹⁰⁾。

対人世界への信頼感が低いということは、自分から他者へ関わることや他者が自分へ関わろうとすることを苦手と感じているのではないかと考える。不全型の人々が認知症をイメージする際の過程で、コミットメントが最

初に出てきたのは、他者への信頼感が低い中で、その人と関わろうと思えるかどうかはその人にとっては大きなポイントであるためではないかと推測する。また、共感経験が低いにも関わらずコミットメントしようとする、関わった相手の思いや感情などを共有することがなかなか出来ず、相手との溝を深めてしまうのではないかと考える。よって、関わりをもとうと思えば思うほど他者とのズレが大きくなり、自分の思う通りにならないことが自分へのネガティブな影響性を高め、それはそのまま脅威性にも繋がるのであろう。

そのため、コミットメントは影響性の評価に対して正の影響を及ぼし、影響性の評価は脅威性の評価に対し正の影響を及ぼし、脅威性の評価は認知症（肯定的）イメージに対し負の影響を及ぼすと考えられる。

4) 両貧型の看護師

両貧型ではコントロール可能性が認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼしていることが認められた。

両貧型は共有経験と共有不全経験がともに低いタイプで、対人関係そのものが弱く共感性は4つのタイプのうち最も低いと考えられる。また、自意識の低さとあわせて、自己の形成が弱いか無気力、無関心といった傾向をもつと推測される¹⁰⁾。

自他への意識が低いということは、自分のことも相手のこともあまり考慮しないため、複雑な思考を必要としないのではないかと考える。よって、客観的に相手を観察し、それが自分でコントロールできるかどうかという単純な評価のみで、認知症（肯定的）イメージを形成すると考えられる。

2. 看護への示唆

本研究では、共感経験タイプごとに認知症（肯定的）イメージへ影響を与える要因および認知症（肯定的）イメージの形成過程を明らかにすることが出来た。松田ら¹⁶⁾が行った認知症患者を看護する看護師の感情に関する研究では、看護師は認知症患者と関わる際に、怒りや困惑、看護師と

しての自信のなさ、自己のケアに対する不安やジレンマ、ケアに対する達成感のなさ等8つの感情があるということを示している。認知症高齢者の捉え方がケアの基盤である⁴⁾との先行研究を踏まえると、このような否定的な感情は認知症看護の質を低下させると考えられる。認知症に対して看護師自身が否定的な感情を生まず、認知症イメージを肯定的に捉えるためには、まず、そのような感情を生み出す自己の内面を看護師自身が気づき、自己との対話を図らねばならない。その際、対話の入り口として、自己の共感経験の特徴を把握することが必要だと言える。その上で、看護現場におけるさまざまなストレス場面で自己の認知的評価の特徴に応じて、客観的に自己を見つめることを意識し内省することが求められるであろう。CARSの下位尺度であるコミットメント、コントロール可能性を高め、影響性の評価、脅威性の評価をそれぞれ低くするためには、認知症看護の技術や実践経験を積み、自身の認知症看護への自信をつけることが求められよう。そのような看護への自信は、認知症患者を前にした際に自己への影響性や脅威性を下げ、コミットメントやコントロール可能性を高めることに繋がると考える。また、自分自身で自己を見つめる必要性を考えると、こころの構造を理解する上では私的スピリチュアリティについての関心を高め、理解を深めることも求められる。以上のことから、認知症看護の臨床場面においては、看護師自身が自己の内面について予め認識していることで、否定的な感情に自己が支配されることを防ぎ、あらゆる場面において自己を客観視でき、認知症看護に対する看護師の否定的な捉え方が改善され、認知症看護の質向上に一助するのではないかと考える。

結 論

A地区の看護師340名を対象に、私的スピリチュアリティが認知的評価と共感経験に影響を及ぼし、それが認知症（肯定的）イメージにも影響しているとの仮説をもとに階層的重回帰分析を行った結果、共感経験タイプ別に認知症（肯定的）イメージを形成する過程が明らかとなった。両向

型では脅威性の評価に対して影響性の評価が正の影響、コミットメントが負の影響を及ぼし、脅威性の評価が認知症（肯定的）イメージに負の影響を及ぼすことが認められた。共有型では観念が意気とコントロール可能性に正の影響を及ぼし、意気は認知症（肯定的）イメージに負の影響、コントロール可能性は認知症（肯定的）イメージに正の影響を及ぼすことが認められた。不全型ではコミットメントは影響性の評価に対して正の影響を及ぼし、影響性の評価は脅威性の評価に対し正の影響を及ぼし、脅威性の評価は認知症（肯定的）イメージに対し負の影響を及ぼすことが認められた。両質型ではコントロール可能性が認知症（肯定的）イメージに正の影響を及ぼしていることが認められた。以上より、それぞれの共感経験タイプの特徴が認知症（肯定的）イメージを形成する過程に差異を生んだと考えられる。看護師のもつそれぞれの共感経験の多様さは、認知症（肯定的）イメージ形成過程に差異を生じさせることが示唆された。また、認知症（肯定的）イメージを高める根底的な要因として、「認知症症状に対する影響性の評価・コミットメント・コントロール可能性」と「認知症に向ける観念」が示唆された。

研究の限界と今後の課題

本研究では、認知症（肯定的）イメージに影響を与える要因を個人の内面に焦点を当てて研究を実施した。その結果、共感経験タイプごとに認知症（肯定的）イメージへ影響を与える要因および認知症（肯定的）イメージの形成過程を明らかにすることができた。しかし、本研究で用いた指標以外に認知症（肯定的）イメージへの影響要因の存在の可能性があることや、認知症（肯定的）イメージが看護の質に与える影響を及ぼす要因であるかどうかについては、不明である。今後の課題として、本研究で用いた認知的評価や私的スピリチュアリティ以外の認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼす要因の検討や、共感経験タイプ別の認知症（肯定的）イメージ形成過程の特徴を踏まえ、認知症（肯定的）イメージが及ぼす看護実践への影響性についての検討が挙げられる。

謝 辞

本研究を実施するにあたり，参加協力いただきました看護師の皆様に深謝いたします。

文 献

- 1) 厚生労働省：認知症高齢者数について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002iau1.html> (2014/09/03 閲覧)
- 2) 厚生労働省：認知症への取り組み
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/> (2014/09/03 閲覧)
- 3) 日本看護協会：資格認定制度
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification> (2015/05/25 閲覧)
- 4) 長畑多代，松田千登勢，佐瀬美恵子他：介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対するとらえ方. 大阪府立看護大学紀要, 8 (1) : 19-27, 2002
- 5) 佐野 望，中澤 明美：一般病院に勤務する臨床看護師の認知症に対する知識とイメージの関連. 共立女子短期大学看護学科紀要(1880-8557) 4号 : 57-65, 2009
- 6) 奥村由美子，久世淳子：高齢者のイメージに関する文献研究 — 一般高齢者と認知症高齢者に対するイメージ —. 日本福祉大学情報社会科学論集 11 : 57-64, 2008
- 7) 長畑多代，松田千登勢，小野幸子：介護老人保健施設で働く看護師の痴呆症状に対するとらえ方と対応. 日本老年看護学会誌 8 (1) : 39-49, 2003
- 8) 鈴木伸一，坂野雄二：認知的評価測定尺度 (CARS) 作成の試み. ヒューマンサイエンス・リサーチ, 7 : 113-124, 1998
- 9) 比嘉勇人：Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学学会誌, 22 (3) : 29-28
- 10) 角田 豊：共感経験尺度の作成. 京都大学教育学部紀要, 37, 248-258, 1991
- 11) 比嘉勇人：神気性(スピリチュアリティ)とは. 日本看護診断学会誌, 13 (1) : 78-83, 2008
- 12) 認知症予防財団：老人性痴呆 (ぼけ) に関する青少年の意識調査報告書. 2003
- 13) 古谷野亘，児玉好信，安東孝敏ほか：中高生の老人イメージ — SD 法による測定 —. 老年社会学, 18 (2) : 147-152, 1997
- 14) 認知症看護研究・研修東京センター：認知症ケア高度化推進事業
<http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/> (2014/09/03 閲覧)
- 15) 小野久美子，小島隆矢：CS 調査データに基づく項目重要度の算出法 — 統計的因果分析における重回帰分析の応用 —. 日本建築学会大会学術講演梗概集, 2008
- 16) 松田千登勢，長畑多代，上野昌江ほか：認知症高齢者のケアする看護師の感情. 大阪府立大学看護学部紀要 12 (1) : 85-91, 2006

Relationship between cognitive appraisal and personal spirituality and the dementia positive image in nurses' types of empathic experience

Akira MURAKAMI¹⁾, Hayato HIGA²⁾, Izumi TANAKA³⁾, Keiko YAMADA⁴⁾

1) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Education, University of Toyama

2) Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

Abstract

This study investigated the relationships between dementia positive image (DPI), cognitive appraisal, and personal spirituality in nurses' types of empathic experience (TEE). A questionnaire survey consisting of the DPI semantic differential method, Cognitive Appraisal Rating Scale, Empathic Experience Scale Revised, and Spirituality Rating Scale A was given to 596 nurses, and a hierarchical multiple regression analysis was performed. The results showed differences in the DPI formation process in the four TEEs. They also suggested that "assessment of influences on dementia symptoms, commitment, and controllability" and "ideas for dementia" are fundamental factors in raising DPI. From the above it is thought that raising basic contributing factors leads to better quality of dementia nursing.

Key words

nurse, dementia image, empathic experience, personal spirituality