

患者—看護者関係における他者理解のあり方についての検討

～共感性と自己受容性についての概念を中心に～

深田美香

Mika FUKADA

A study of understanding others in the relationship
between patients and nurses

私たちは他者とかがかわる時には、相手が何を考えているか、どのように感じているかについて考えながら行動している。そして、相手を理解するために、相手の心の状態について、その人の行為の原因や、自分自身の類似の経験に照らし合わせながら推測をしている。常にこうした推論のシステムを働かせることによって、私たちは直接観察できないものであるにもかかわらず、他者をある程度理解し、円滑な対人関係を保っている。このことは、個人がそれぞれの中に他者を理解するための認知的、感情的な枠組みを備えていることを示している¹⁾。このような枠組みの存在により、他者の理解の仕方は個人により異なる。

他者を理解する場合、非常に複雑な要因が相互に関連しあっている。理解しようとしている人の知覚、認知能力、共感性、相手のとの関係性についての認識など、また理解される人の表出性や相手のとの関係性についての認識など他者理解の実際の現象に関わる要因は多数に存在する。

本稿では、患者—看護者関係における他者理解について考察し、他者理解に重要であるといわれている共感と自己受容についての概念的検討を行なう。

人間の基本的特質

Travelbee²⁾が、人間の本質について看護婦のもっている信念は、自己や他者への知覚に深く影響を及ぼすであろうし、彼女が関係性を達成する能力にも影響を及ぼすと述べているように、人間をどのような存在者としてみるのかということは自己や他者の理解についての基盤となる。

人間の基本的な特質について長谷川³⁾は4つの視点で看護学科

整理している。第一は「関係的存在としての人間」、第二は「自己意識的存在としての人間」、第三は「目標志向的存在としての人間」、第四は「意味感に生きる存在としての人間」である。

「関係的存在としての人間」である個人は、生物体としてこの世に生を受け、人間社会の中で育つことによって人間らしさの諸特性を獲得する。さらに、他者との関係のあり様は、個々人の存在感覚の基盤を成している。発達の観点で見れば、Erikson⁴⁾のいう乳児期における基本的信頼の獲得が関係性の発達の出発である。その後の発達に伴い、様々な他者との関係性が築かれて行く。そのような関係性の感覚の中に癒しの本質が存在している。また、我々は他者との関係の中で様々な影響を受けながら、同時に自らの世界を自覚し、独自の世界を求めて生きようとする。これが、「自己意識的存在としての人間」である。一体感からの分離を契機として、自己という意識が明瞭になっていく。そして、一般的な他者を取り込みながら、行動の主体者としての自己を形成して行く。

また、人間の一生は変化の過程であるが、それは常に何かを目指して生きる生成的な変化である。つまり、「目標志向的存在としての人間」である。常に何かを求めて生きる存在としての人間は、それが脅かされると生存の危機に陥る。意味感に生きる存在としての人間は、自分の生きる意味を実感するときに生きがいを抱き、自分の存在価値について自ら納得する。ここに「意味感に生きる存在としての人間」としての姿を見ることが出来る。

このような人間観に依ると、他者との関係性をその人がどのように考え、また自分らしくありたいという自己

の主体性をどのように発揮し、またその人が何を目標として生きようとしているのか、自分の現在の状況をどう受け止め意味づけているのかという観点から他者理解ができるであろう。

看護における対人関係

対人関係は、単に二者あるいはそれ以上の人々がそこにいるだけでは成立しない。そこに、相互の役割の関連性や相互の認知と期待が存在して初めて成立する。看護における患者—看護者関係も常に相互の認知と期待に基づいて成立する⁵⁾。患者—看護者関係も世話をされる人、する人という役割的な関係から個人と個人との関係へと発展して行く。役割的な関係の段階では、看護者は患者をある類型的な枠組みでみているが、個人と個人との関係へ発展すると一個人としてみるようになる。患者も、一人一人の看護婦を個性をもった一個人としてみるように変化して行く。

Buber⁶⁾によれば、人間存在の基本的な関係性には「我とそれ」および「我と汝」という2つの関係様式があるという。「それ (It)」というのは「我 (I)」とは分離して独立に存在している個人であり、「汝 (Thou)」も「我」とは別の個人であるが、その関係性においては特定の相手である。個人は、日常生活の中で一般化された「それ」として相手を認知して行動することもあれば、その人でなければならぬ「汝」として認知することもある。「我」に対する相手には「それ」と「汝」の2通りがあり、同一人物である「我」であっても「それ」に対する「我」と「汝」に対する「我」とでは、相手に対する基本的な認知や態度、意味付けの仕方が異なるという。対人関係の中では、お互いに「我」と「それ」あるいは「汝」の立場を交代しながら複雑に関係を形成してゆく。

他者との関係の成立には、言葉そのものの理解を越え、他者理解を基盤としたより複雑な認知的能力が必要になる。患者との関係の成立には単に患者と会話ができるという単純なコミュニケーション技術ではなく、患者の言葉の背後にある様々な意図や信念を読み取り、それに対して応答するという力が重要になる。

「知ること」と「理解すること」

相手を理解しようとするとき、人は相手の立場に自分を置こうと努力し、その人が体験している世界を共に体験しようとする。Kleinman⁷⁾は、慢性の病いに苦しんで

いる人の病者の体験の意味、つまり、病いがもたらした生活、人生への影響を病者がどのように認知し、意味付けしているのかについて医療者は注意を向ける必要があると述べている。そして、慢性の病いととも生きる人の語りを聴くことにより、(1)症状自体の表面的な明示の意味、(2)文化的な特徴による病いの意味、(3)具体的な生活世界の中での病いの意味、(4)病いの意味としての説明と情動という4種類の病いの意味を見出ししている。病いがもつ個人的な意味を知ることにより他者を理解することにつながる。

それでは、看護婦が患者を理解するということは、何をどのように理解することなのだろうか。Tanner⁸⁾は「患者を知る (knowing the patient)」ことの意味について、130人の看護婦にインタビューを行い分析している。その結果、患者を知るということとは、「患者の特定の反応のパターンを知ること」と、「人として患者を知ること」であったと述べている。「患者の特定のパターンを知る (knowing the patient's patterns of responses)」こととしては、(1)治療に対する反応、(2)その人の決まりごと (routines) や習慣、(3)対処反応、(4)身体的な能力や耐性、(5)身体の局所的な解剖や構造について知ることであったと述べている。パターンというのは、どのように動くか？ どのような体位が安楽か？ どのように食べるのか？ どのような宗教的な儀式で痛みを和らげたり、元気づけられたりするのか？ 最もよいケアのタイミングは？ といった非常に個人的な反応であり、これらはすべて非常に個別的で特別な知識であると述べている。また、「人として患者を知る (knowing the patient as a person)」ということとは、患者のパーソナリティーや普段の表現の型、好き嫌い、個人的習慣などについて知ることであったと述べている。Tannerは「患者の特定のパターンを知る」ことと「人として患者を知る」ことが患者を理解することの始まりであると考えている。

長谷川³⁾は、「知ること」と「理解すること」の相違について、「私」の在り方により説明している。冷静で客観的に観察することにより相手の現状を知る、つまり「相手について知る」ことと、主観的にも相手に感応することを通して、相手の体験を内側から理解する、つまり「相手を理解する」ことの違いは観察対象と「私」の関係性の中に存在する。前述したBuberの「我とそれ」の関係性においては、相手について知ることではできても、相手を理解することはできない。「我と汝」という個人対個人の関係性において初めて相手を理解することがで

きるのである。

看護における他者理解

看護における他者理解を考えて行く上で、最も重要なことは、患者—看護者という二者間での非常に動的な関係の形成をどのように概念化していくかということである。対人関係は相互に主体的な一個人として相手との関係を形成して行く。つまり、主体としての看護者が、一方的に対象としての患者を理解するという図式では説明不可能である。看護者も患者も相互に主体として相手に関わるという動的な対人知覚、対人理解を捉えて行く必要がある。

主体Bが主体Aを理解しようとする場合、第一に考慮

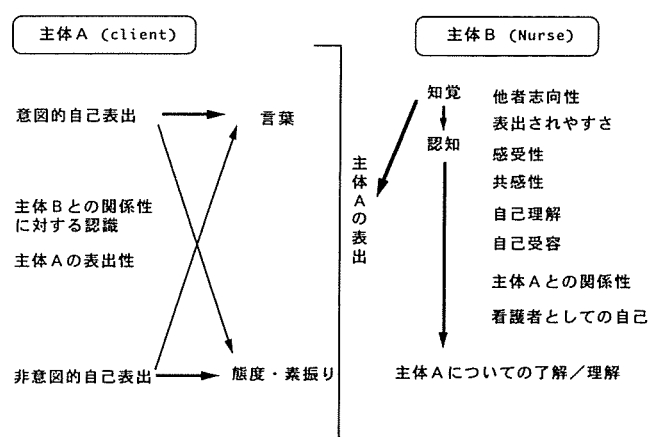


図1 他者理解に影響する要因

すべき点は主体Aの表出性である。主体Aは言葉や態度・素振り、つまり言語的、非言語的な表出を行うが、個人的な特性としての表出性と主体Bとの関係に対する認識が、意図的、無意図的に表出内容に影響する。また、主体Bは主体Aから表出されたものを知覚し、認知する過程で他者に対する志向性や表出のされ易さ、感受性、共感性、主体Aとの関係性についての認識などが影響する。また、私たちは普通、相手から表出された手がかりをもとにして、相手のことを理解しようと試みているが、自分自身の中に存在しているものがわかっている程度に応じて他者のことも理解できるのである。このことは、主体Bが自分自身について理解できている程度に応じて他者についても了解可能であることを示している。他者を理解し、受け入れる態度と自己を受け入れる態度との間には密接な関係が存在している。

また、患者—看護者関係では看護者としての自己についての認識や受容も、他者理解に影響を及ぼすと考えら

れる。看護の専門性についての価値観や、看護婦としての自己の受容が相手を理解しようとする際に影響すると考えられる。

以上のように、患者—看護者間における他者理解には、多くの要因が関与している。以下、他者理解の基盤として考えられている共感と自己受容についてその概念について文献を中心に検討する。

共感の概念

1. 共感の操作的な定義

これまでの共感研究を概観すると、感情（情動）面からのアプローチと、認知面からのアプローチに大別される⁹⁾。感情的アプローチではその初期の見解は Lipps¹⁰⁾にみることができる。Lippsによれば、共感とは主体が客体の感情状態を知覚し、それによって主体の過去の体験からなる表象を呼び起こす事が契機となるもので、その呼び起こされた感情体験は、主体の注意が客体に向けられているために、主体と客体の両者に帰属される、というものである。Lippsの捉え方で注目すべき点は、主体が客体の感情を想像して自らの体験とし、客体とそれを共有する点にある。この他に情緒的要因を重視、つまり自分の感情や情緒を他者の感情や情緒と適合させることを強調した考え方としては、Berger¹¹⁾や Stotland¹²⁾、Richardson¹³⁾などの定義がある。一方、認知的アプローチでは Mead¹⁰⁾の見解が初期のもので、役割取得の概念が中心となる。Meadによれば、役割取得は主体が自らを客体の立場に置くことから生じると説明している。つまり、役割取得は他者の思考や感情を理解する能力であり、他者が知覚するように外界を知覚することといえよう。他の認知的要因を強調した定義としては、Dymond¹⁴⁾、Katz¹⁰⁾、Rogers¹⁵⁾などがある。

上述した見解から、各々のアプローチに沿った研究がなされてきた。しかし、感情と認知は相互に関連をもち、一方のみで共感を捉えることは不完全であり、両側面を包括する定義が必要とされてきている。その中で、Feshbach¹⁶⁾や Hoffman¹⁷⁾らの見解は、認知的な共感の捉え方に、情動反応をも含めた統合的なものである。つまり、他者の視点や役割を取るといった認知的面に、情動反応が伴って、共感が成立すると考える。Feshbach¹⁶⁾は「知覚された対象の情緒的な経験に対し、この知覚者の代理的情緒反応 (vicarious affective response)、他者の感情状態を認知することで、他者と同じような情動経験をすること」と定義している。そして、共感の過程を3段

階として捉えている。第一の認知的要素として、感情認知、つまり、他者の情動の状態を弁別し、それに命名する能力であり、これは共感性を支える一番基本的な認知能力であるとしている。第二の認知的要素として、役割取得、つまり、他者の立場を取り、他者の認知・意図・行動を推論する能力であり、より高度の認知能力あるいは社会的関係の理解力であり、他者と相互作用する際に必要な他者の視点（立場）と自己の視点（立場）の関係を理解する能力であるとする。最後に、情動的要素として、感情の共有、つまり、相手と同じ情動を自分も経験するという、情動的な反応として考えている。

共感の概念について代表的なものを図2にまとめた。

情動体験としての共感	Berger	共感性とは、ある人の情緒反応が他者の情緒反応を引き起こすことであり、2人の情緒反応が同じものならば、両者の間の関係は共感的、または同一視の一種であるといえる
	Stotland	他者が情緒的状态を経験しているか、または経験しようとしていると認知したために、観察者に生じた情緒的反應
	Iannotti	共感とは、その最も広い意味で他者の感情に共鳴すること
	Richardson	共感とは、他者を知覚した経験に対する情緒反應
認知的要因の強調	Dymond	共感性とは他者の思考・感情・行為の中に自分自身を想像的に置き換えて、その人のあるがままの世界を構築すること
	Katz	他者の目をもつて見、他人の耳をもつて聞き、他人の心をもつて感じる
	Rogers	クライアントの私的な世界をあたかも自分自身のものであるかのように感じ取り、しかもこの“あたかも”のようにという性格を失わないこと
情動・認知的要因の統合	Feshbach	知覚された対象の情緒的な経験に対し、この知覚者の代理的情緒反應 (vicarious affective response) 他者の感情状態を認知することで、他者と同じような情動経験をすること
	Hoffman	観察者における感情の覚醒であり、それは観察者自身の状況への反応ではなく、他者に対する代理的情緒反應である

角田⁹⁾の文献をもとに著者作成

図2 共感の定義

2. 共感性の発達

共感性の発達については、Hoffman¹⁷⁾が共感について「観察者における感情の覚醒であり、それは観察者自身の状況への反応ではなく、他者に対する代理的情緒反応である。」と定義している。そして、共感性の発達を4段階で捉えている。第一段階（1歳前後）は対人的永続性が獲得される以前の大まかで未分化な共感、第二段階は自己の内的状態と混同している共感、第三段階（2、3歳）は役割取得能力の形成と関連して、他者の欲求や感情に基づく共感反応が生じ始める時期、第四段階は他者の一般的窮状に対する共感性が発達すると述べている。このような共感性の発達段階説に従うと、共感性は主体が被共感者を自己から独立的に認知し、その内的世界をより拡大された社会的文脈で理解することに支えられる方向の発達的变化を示すといえる¹⁸⁾。

また、角田¹⁹⁾によれば、共感を人格特性として捉えた場合、発達の的に2つに大別できるといえる。一つは、乳幼児期にみられる一次的な共感で、成人の共感に比べると受動的でその体験をはっきりと意識することはできず断片的である。一次的な共感とは主体と客体が同質の感情を共有することであるが、この時期の体験には、情動伝播という未分化で融合的な体験と、一方でより主体的・能動的に他者と関わろうとする体験の2つの側面をもつという。このような体験が基盤となり共感性が発達してゆく。成人の共感性の特徴は、主体の能動性である。主体は客体に注意を向けており、理解しようとする態度で客体に臨んでいる。ここでは、共感を受動的な感情伝播とははっきり区別される。

3. 共感性の測定

共感性の測定には様々な方法が考えられているが、代表的な尺度として Mehrabian & Epatein²⁰⁾と Davis²¹⁾の尺度がある。

Mehrabian & Epatein²⁰⁾は情動的アプローチに基づき、他者に対する感情的な反応を測定する「情動的共感性尺度」を作成している。

Davis²¹⁾は、情動的、認知的アプローチにより「多次元共感測定尺度」を作成した。認知的な側面として、(1)視点取得：perspective taking（他者の心理的観点を自発的に受容する傾向）、情動的側面として(2)空想：fantasy（本や映画などの実在しない主人公の感情・行為に想像的に自分のそれを置換する傾向）、(3)共感的配慮：empathic concern（不幸な他者に対する同情や関心といった他者志向的感情）、(4)個人的苦悩：personal distress（緊張した対人的構えにおける個人的不安や不快といった自己志向的感情）という四つを共感性の構成尺度とする多面的なアプローチを試みている。

角田⁹⁾は共感性の測定に必要な観点を5つに整理している。第一に、情動伝播など受動的で他者理解には至らない内容を含まない。共感が生じる際、当然のことではあるが、主体は客体に注意を向けており、理解しようとする態度で臨んでいる。換言すれば、他者を客体に理解しようとする態度が、共感が起こるための前提条件と考えることができる。したがって、主体の能動的な関与なしには共感はいずれもあり得ないといえる。第二に、客体（相手）と同様の感情体験がなされ、一般的な態度のみを内容としない。（感情的アプローチ）第三として、客体の立場の視点を含む。（認知的アプローチ）

第四として、共感的な内容は社会的に望ましいと考えられ偽りの反応が生じる可能性がある。その効果をできるだけ除くため、過去の経験という制約を設ける。最後に、感情の種類（喜び、悲しみ等）に幅をもたせる。

以上の観点から角田¹⁹⁾は「能動的また想像的に他者の立場に身を置くことで、自分とは異なる存在である他者の感情を体験すること」という定義に基づいて共感経験尺度 (empathic experience scale, EES) を作成している¹⁹⁾。角田の「共感経験尺度」は、自己と他者の個別性の認識が確立されていることによって、共有体験が他者理解につながることで、他者との共有体験が得られない経験は、個としての自他の区別をはっきりと主体に認識させることになり、自分と他者は異なるのだという個別性の認識を高めることが基本的な前提として考えられている。角田によれば「同情とは、共有体験はなされているが、他者理解としての共感にはいたらない反応で、共有体験をしながらも、自己中心的な観点から自らの体験を捉えるため、他者を理解する方向でその体験を捉えられない」経験であるとしている。つまり、共感者は個別性の認識が高いので他者の気持ちがわからなかった経験を明確に意識できているが、同情者は自己中心的な自己認識なので、他者の気持ちがわからなかった経験そのものが意識されにくい、と両者を区別している。

共感についての様々な概念や測定法について検討した。認知的、情動的な要因が共感という現象を引き起こしており、その基盤として、個性としての共感性、つまり共感のしやすさが存在すると考えられる。また、共感とは自他の個別性の認知に基づく、共有体験であるといえる。

自己受容の概念

1. 自己受容の操作的な定義

自己受容という考え方を初めて公にしたのはRogers¹⁵⁾といわれている。その中で彼は、カウンセリングの最終的な過程は洞察の達成であるとしているが、その洞察の達成には、1. 関係性の認知、2. 自己の受容、3. 選択の要素、の3点が含まれるという。そして、自己の受容が治療の方向でもあり、結果でもあると考えている。臨床的な観点以外では、Maslow²¹⁾に代表される成熟人格の属性として捉える考え方がある。Maslow²¹⁾は、ありのままの自分を受け入れることを、健康な人間の属性として考えている。

自己受容に関する代表的な定義を図3にまとめた。

臨床的観点、成熟人格的観点ともに、経験的知見に基

臨床的観点	Rogers	よい面も悪い面も、また以前には抑圧されていたものを含めて、自己の衝動や態度を受容する (1944) 価値のある人間として歪曲や拒否 (distortion or denial) なしに、自己自身の経験を知覚できる人間として、彼の標準や価値の基礎を他人の態度や希望におくよりも、むしろ自己自身の経験におくことができる人間として受容する (1950) 自分自身を好きになること (1953)
	図分	あるがままの自分を許すこと、自分をとがめないこと、自分で自分をいたわること 受容 (acceptance) 不思想善悪であり、感情的 承認 (approval) 善悪判断があり、知性的
成熟人格的観点	Maslow	健康な者は自分自身やその性質を無念さとか不平を感じたりすることなく、またその問題についてあまり考えることなく受け入れることができる (1954)
	Rogers and Dymond	いっそう創造的になり、よりいっそう自己支持的・自治的になり、よりいっそう行動が成熟し、よりいっそう防衛的でなくなり、よりいっそう要求阻止に耐えられるようになる (1954)
	Sheerer	自己受容した人間の特徴 → 行動の一般的指針となるべき価値や原理を内在化し、それに従って行動する (1949)
	Berger	自己受容した人間の特徴 → 自分自身の基準と価値に依っている (1952)
	Spivack	自己受容した人間の特徴 → 自分自身を尊重し、自分と気持ちよく同居できる (1956)
実証的観点	北村	普通、ほぼ洞察と同義で、自己の長所や短所、能力やその限界・欲求などを、暗示・自己非難などの不当の感情を入れることなしに客観的に認知すること 自己の諸側面を冷静に認識し、肯定的受け入れる (1979) 1.自己理解：自己の諸側面をあるがままに理解しようとすることであり、自己に冷静な目を向け、自分のことがよくわかっていると自己認知すること 2.自己承認：現在の自己を否定することなく、現在の自己を承認すること 3.自己価値：自分を価値ある存在とみること 4.自己信頼：現在の自己および将来の自己の可能性に対して信頼感をもつこと
	宮沢	自己の諸側面を冷静に認識し、肯定的受け入れる (1979) 1.自己理解：自己の諸側面をあるがままに理解しようとすることであり、自己に冷静な目を向け、自分のことがよくわかっていると自己認知すること 2.自己承認：現在の自己を否定することなく、現在の自己を承認すること 3.自己価値：自分を価値ある存在とみること 4.自己信頼：現在の自己および将来の自己の可能性に対して信頼感をもつこと
	Combs and Snygg	自己の現実の姿について正確な観察を行い、自己の特徴を十分自覚していることを意味するもので、個人の自覚内容を価値判断を含めずに受け入れること (1959)

沢崎²³⁾の文献をもとに著者作成

図3 自己受容の概念

づいた概念規定であり、実証的な研究を可能とするような定義とはなり得ていない。そこで、実証的に自己受容を概念規定すればよいのか考えてみたい。

自己受容を実証的研究で操作可能なものとして扱うための方策として以下の様な三点が考えられる。第一に、自己に対する正確で客観的な認知が成立していることである。つまり、自己認知は自己受容の前提条件あるいは必要条件であり、自己の諸側面に対する現象的な自己認知がまず成立している必要があり、そこで認知された側面に対して受容しているか否かが問われる。

第二に、認知された内容を価値判断をせずにそのまま受け容れることである。しかし、「受け容れる」の意味を被調査者が十分理解することは非常に難しく、直接的に測定することは不可能である。

第三として、自己に対する評価、とくに肯定的評価として自己受容を捉えてよいのか、という問題である。その属性が望ましくないものであった場合は、「その属性に対して否定的な評価をしない、囚われない、こだわらない、気にならない」といった状態が自己受容であると考えられる。以上のような点を考慮して、自己受容を概念化することで、操作可能な概念とすることができるであろう。

2. 自己受容の測定

自己受容の測定法としては、現実自己と理想自己のズレの大きさを測るものや形容詞のチェックリストを用い、自分に当てはまる全チェック数に対する望ましい項目のチェック数の割合を求めて測定するもの、自己受容の内容を文章で直接表現し、その項目に対する自己評定を測定し自己受容とするものなどがあるが、社会的望ましさに関与しやすいなど様々な測定上の問題もある¹⁹⁾。

他者理解に影響する共感、自己受容の概念について検討した。今後、他の様々な要因についても検討し、看護における他者理解について実証的な研究へと進めて行きたい。

要 約

患者—看護者関係における他者理解には多くの要因が複雑に関与している。人間をどのような存在者として見るのかということは自己や他者の理解についての基盤となる。そして、個人の表出性や相手との関係性についての認識、他者に対する志向性、表出のされやすさ、共感性、自己受容性などが他者理解に影響していると考えられる。看護者と患者は相互主体的に相手を理解して行くのである。相互の理解に関連する要因について考察し、他者理解に重要であるといわれている共感と自己受容についての概念的検討を行った。

文献

- 1) 塚本尚子, 看護学生と患者との人間関係の成立に関する一考察-「心の理論」から患者理解を考える, *Quality Nursing*, 4, 71-75, 1998.
- 2) Travelbee J, 長谷川浩, 藤枝知子訳, 人間対人間の看護, 医学書院, 1974.
- 3) 長谷川浩, 石垣靖子, 川野雅資, 共感的看護 いま, ここでの出会いと気づき, 医学書院, 1993.
- 4) Erikson EH, 岩瀬庸理訳: 主体性 アイデンティティ-青年と危機-, 1969.
- 5) 坂田三允, 日本人の生活と看護, pp64-83, 1998.
- 6) Buber M, 田口義弘訳, 我と汝, 1967.
- 7) Kleinman A, 江口重幸, 五木田紳, 上野豪志訳, 病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学, 1996.
- 8) Tanner CA, *The Phenomenology of Knowing the Patient*, *IMAGE*, 25, 273-280, 1993.
- 9) 角田豊, 臨床的に見た「共感」の再検討, 鳴門教育大学研究紀要 (教育科学編), 8, 77-87, 1993.
- 10) Arnold PG and Gerald YM, *Empathy*, Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1985.
- 11) Berger DM, *Clinical Empathy*, Jason Aronson Inc. 1987.
- 12) Stotland E, *Advances in experimental social psychology*, 14, 271-314, 1969.
- 13) 出口 保行 斎藤耕二, 共感性尺度の因子分析的研究, 東京学芸大学紀要, 41, 183-196, 1990.
- 14) Dymond RF, *Journal of Consulting Psychology*, 14, 127-133, 1949.
- 15) Rogers CR, *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103, 1957.
- 16) Feshback ND, *Studies on empathic behavior in children*, *Progress in Experimental Personality Research*, 18, 1-47, 1978.
- 17) Hoffman ML, *Developmental Psychology*, 11, 607-662, 1975.
- 18) 浅川潔司, 松岡砂織, 児童期の共感性に関する発達的研究, *教育心理学研究*, 35, 42-51, 1987.
- 19) 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.
- 20) Mehrabin A and Epstein NA, *Journal of Personality*, 40, 525-543, 1972.
- 21) Davis M, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126, 1983.
- 22) Maslow AH, 小口忠彦監督訳, 人間性の心理学, 産業能率短大出版部, 1971.
- 23) 沢崎達夫, 自己受容性に関する研究(1) -新しい自己受容測定尺度の青年期における信頼性と妥当性の検討-, *カウンセリング研究*, 26, 29-37, 1993.

Summary

Many factors are involved in understanding others in the relationship between patients and nurses. The individual human being becomes the foundation for self-understanding and understanding others.

Nurses and patients try to understand each other in interpersonal relationships. Consequently, there are the following factors which influence understanding others; self-disclosure, recognition of the relationship to others, interpersonal orientation, eliciting intimate disclosure from others, empathy and self-acceptance.

The factors which relate to mutual understanding were examined. A conceptual examination was done on empathy and self-acceptance which is important for understanding others.