HOKUGA 北海学園学術情報リポジトリ
学校法人北海学園
北海学園大学
北海商科大学

タイトル	看護師の感情労働 ： 患者―看護師のコミュニケーションにおいて
著者	相馬，幸恵
引用	北海学園大学経営論集，8(3/4)：55-67
発行日	2011-03-25

Hokkai-Gakuen Organization of Knowledge Ubiquitous through Gaining Archives.

看護師の感情労働

── 患者－看護師のコミュニケーションにおいて ──

相　馬　幸　恵

1．はじめに

近年，医療・病院をとりまく環境が激しく変化する中で，社会では，一般に，医療・看護は患者中心に進めるべきであると考えられており，医療者は多様な価値観を持つ患者に対して，患者の期待する医療・看護サービスを提供しなければならない。患者満足度（patient satisfaction）は医療・看護サービスの質の評価指標となっており，他との差別化を図り優位性を保つために重要度を増してきている。さらに，患者からの意見・要望（クレーム）に迅速に対応することも求められる。医療の現場では，医療の裁量権は医師にあったとしても，その医療行為を「実行」するのは医師や看護師，薬剤師などの専門家だけではなく，患者自身やその家族もまた，その治療行為の実践者として本質的な役割を担っている現状にある（村上陽一郎，2010）。患者と医療者の，援助される側―援助する側という継続性のあるコミュニケーションにおいて，患者および家族との信頼関係を構築することは，医療者，病院にとって重要な課題である。

医療従事者の中でも看護師は，患者とコミュニケーションする機会の多さゆえに，患者に安心感を持ってもらうために共感や気遣いを示す必要があり（武井麻子，2003），医療・看護の知識だけでなく，自分自身の感情を適切にコントロールしながら患者と接することも職務に含まれることになる（Pam Smith, 1992）。看護師に限らず，対人サービスを行う職業では，自分自身の感情をコントロールしながら，クライアントと接することを職務として要求されることがある。米国の社会学者であるArlie Russell Hochschild（1983）は，クライアントの中にその人自身が期待する精神状態を作り出すために，自分の感情をコントロールすることを，感情労働（emotional labor）と呼んだ。感情労働に従事する職業として，店員やセールスマンのみならず，看護師，フライトアテンダントやコールセンターのヘルプデスク，企業の苦情処理・顧客対応係などが典型であるが，近年では，教師，医師など幅広く注目されるようになってきている。

本稿では，医療の現場で看護師が行っている感情労働と，感情労働が重要であるコミュニケーションとはどういうものなのかを整理し，その上で感情労働が看護師および病院経営に与える影響を検討することを目的とする。

2．直近のEBSCOにあるこの分野への関心度

感情労働について，2010年11月現在，社会科学，経営学関連の先行研究をEBSCOhostで「emotional labor」をKey Wordに検索すると425件（1980年から2010年まで），「emotional　labor」and「nurse」を

Key Word に検索すると 53 件（1991 年から 2010 年まで）の文献が検索される。また，心理学に関連する先行研究を PsycINFO で「emotional labor」を Key Word に検索すると 896 件（1990 年から 2010 年），「emotional labor」and「nurse」を Key Word に検索すると 84 件（2000 年から 2010 年まで）の文献が検索される。

一方，国立情報学研究所論文情報ナビゲータ CiNii で，「感情労働」を Key Word に検索すると 157 件（1995 年から 2010 年現在まで），さらに，「感情労働」「看護師」の 2 つの Key Word で検索すると 24 件（2003 年から 2010 年現在まで）の文献が検索される。1995 年に日本で初めて感情労働に関する文献が発表され，以来，社会学や経済学の分野の先駆的な研究に加え，現在では，経営学，社会心理学，医療・保健・福祉分野で広く行われている。157 件の中から筆者が参考にした代表的な感情労働研究の原著論文，報告等を，表 1 にまとめた。

表 1　主な感情労働研究一覧

	出版年	論文名	著者	刊行物
1	1999	感情労働と自己―看護過程における感情労働を通して	崎山　治男	年報社会学論集
2	2001	看護における感情研究の現状―「感情労働の視点から」	片山　由加里　濱岡　政好	京都府立医科大学医療技術大学部紀要
3	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	荻野　佳代子，瀧ヶ崎　隆司，稲木　康一郎	心理学研究
4		現場看護師の感情労働とストレス―現場看護師の感情労働は，バーンアウトや早期退職の原因なのか？―	小野寺　哲夫・菅谷　たか子	立正大学心理・教育学研究
5	2005	文献紹介　ロニー・J・スタインバーグ著「職務評価における感情労働―賃金慣行の再設計」	石田　好江	女性労働研究
6		リハビリテーションの現場における感情労働の実態とメンタルヘルス―なぜ理学療法士は疲れるのか	富樫　誠二，森永　幸子，新居田　茂充［他］	理学療法の臨床と研究
7		〈原著〉日本の看護における「看護師の感情」に関する研究についての文献検討	坂上　百重，渡辺　岸子	新潟大学医学部保健学科紀要
8		コールセンターの労働環境特性が労働者に及ぼす影響―某情報サービス企業の縦断研究―	鄭　真已，山崎　喜比古	産業衛生学雑誌
9		看護師の感情労働測定尺度の開発	片山　由加里，小笠原　知枝，辻　ちえ，井村　香積，永山　弘子	日本看護科学会誌
10	2006	欲望喚起装置としての感情労働―感情労働の「再発見」に向けて（特集　感情労働論(1)スキルとしての感情管理）	崎山　治男	大原社会問題研究所雑誌
11		感情管理とサービス労働の統制（特集　感情労働論(1)スキルとしての感情管理）	鈴木　和雄	大原社会問題研究所雑誌
12		感情労働とその評価（特集　感情労働論(2)スキルとしての感情管理）	西川　真規子	大原社会問題研究所雑誌
13		看護職における感情労働（特集　感情労働論(2)スキルとしての感情管理）	三井　さよ	大原社会問題研究所雑誌
14	2007	飲食店従業員の感情労働的行動とパーソナリティとの関連：セルフ・モニタリングおよび自己意識との関連	須賀　知美，庄司　正実	目白大学心理学研究
15		ヒューマン・サービス職における感情労働研究概観：リハビリテーション専門職の感情労働研究の課題を見据えて	富樫　誠二，戸梶　亜紀彦	大阪河崎リハビリテーション大学紀要
16		飲食店従業員の感情労働的行動尺度の作成の試み	須賀　知美，庄司　正実	産業・組織心理学研究
17	2008	介護援助行為における感情労働の問題	長谷川　美貴子	淑徳短期大学研究紀要
18		感情労働が職務満足感・バーンアウトに及ぼす影響についての研究動向	須賀　知美，庄司　正実	目白大学心理学研究
19		組織理論における感情の意義（特集　感情と組織）	金井　壽宏，高橋　潔	組織科学
20		感情労働と組織―感情労働への動員プロセスの解明にむけて（特集　感情と組織）	崎山　治男	組織科学
21		感情社会学と感情労働論―批判的検討	石倉　義博	人文社会科学研究
22		わが国における感情労働研究の動向と課題	菅　由希子	北星社会福祉研究
23		感情労働で燃え尽きたのか？：感情労働とバーンアウトの連関を経験的に検証する	三橋　弘次	社会学評論

	出版年	論文名	著者	刊行物
24	2009	飲食店アルバイトの感情労働の変動および日々の出来事との関連	須賀　知美，庄司　正実	目白大学心理学研究
25		対人援助職の感情労働とストレス反応，バーンアウト傾向の関係について	大村　壮	常葉学園短期大学紀要
26		看護師の上司―部下関係に対する評価，コーピングとストレス反応の関連	松本　友一郎，釘原　直樹	実験社会心理学研究
27		感情と看護―人とのかかわりを職業とすること―「感情労働」の視点からケアを考える	武井　麻子	東邦大学看護研究会誌
28		対人業務における感情労働の実態と課題―中間報告	田村　尚子，牛島　光恵，松坂　健［他］	西武文理大学研究紀要
29		総合診療医が患者との関わりの中で抱く否定的感情に関する探索的研究	山上　実紀，宮田　靖志	家庭医療
30		公的部門における感情労働―生活保護ケースワーカーを事例に	小村　由香	日本労働社会学会年報
31		対人援助職者の感情労働における感情的不協和経験の筆記開示	関谷　大輝，湯川　進太郎	心理学研究
32		教師ストラテジーとしての感情労働	伊佐　夏実	教育社会学研究
33		コールセンターの職場環境特性とストレスの関連―コースセンターにおける感情労働的行動―	石川　邦子	日本労務学会第39回全国大会研究報告論集
34	2010	飲食店アルバイトの感情労働と客からの感謝・賞賛が職務満足感に及ぼす影響	須賀　知美，庄司　正実	目白大学心理学研究
35		感情労働としての看護；現状とこれから	パム　スミス	日本赤十字看護大学紀要
36		感情労働論―理論とその可能性	阿部　浩之	季刊経済理論
37		認知症介護は困難か―介護職員の行う感情労働に焦点をあてて	二木　泉	社会科学ジャーナル
38		日本の看護師を対象とした感情労働の研究の動向と課題	川又　郁子，渡邊　岸子	新潟大学医学部保健学科紀要
39		感情労働の諸相：表層演技，深層演技と副次的プロセスに着目して	関谷　大輝，湯川　進太郎	筑波大学心理学研究
40		感情労働研究概観（Ⅰ）―対人援助職と教職―	杉田　郁代	環太平洋大学研究紀要

2－1．Erving Goffmanの相互行為論による印象操作

Hochschild（1983）が提唱した感情労働は，感情の相互行為論を前提としている。この主要な提唱者であるGoffmanは，著書「*The Presentation of Self in Everyday Life.*」（1959）（石黒毅訳「行為と演技―日常生活における自己呈示―」誠信書房，1974）において，対面的相互作用状況（人と人が居合わせることによる相互作用）を「劇場」に，行為者（エゴ）を「パフォーマー」（演技者）に，他者を「オーディエンス」に見立て，「印象操作」について論じている。「印象操作（impression management）」とは，「アイデンティティ管理（identity management）」のひとつで，対面的相互行為場面において，他者から肯定的な価値を得ることのできる自己の望ましい印象を他者に演出しようと，その場での自己の行為を適切に統制することを意味している（Goffman, 1959）。例えば，看護師は，白衣（制服），ナースキャップ（現在ではほとんど見られなくなっているが）を身にまとい，いつも笑顔で，時には冷静沈着に振る舞うことで，患者や家族に安心感を与えている。また，就職面接では，大学生は面接者に対して好印象を与えるように，服装，髪型，表情，言葉遣い，立ち振る舞いに気を配り，印象操作を行う。一方，面接者は，学生が自分に不利な印象を控えるような様々の偽装を凝らしていることを知っているので，何気ない仕種等にその真偽を読み取ろうとする。

Goffman（1959）の議論では，パフォーマー（行為者）は，「ふるまうべきこと」の規範に則って「ふるまうべきこと」を実演し，オーディエンス（他者）と相互行為する。そこでの行為者の関心は，肩の傾きや，視線の角度，笑顔の硬さ等の外面に向けられており，

このようなしぐさと相互に関連していると思われる内面的な感情には向けられていない。そして，行為者は，内なる主張をほとんど持たず，規則に反応することを可能にする感情管理の能力も持ち合わせていない。行為は自己に起きるのであって，自己が行為するのではなく，感情に働きかける能力は特定の状況からのみ引き出され，その人個人からは引き出されないとされる。しかし，行為者は，外見上の印象を他者に呈示するために，感情を表現することを積極的に選択するかもしれない。Goffman（1959）では，期待される役割を演じる際に行われる感情管理という個人的な行為にはほとんど言及されていない，とHochschild（1983）は指摘している。

２－２．Hochschild の感情労働論

Hochschild（1983）は，Goffman の「印象操作」の概念に着想を得て，感情管理（emotion management）と感情労働（emotional labor）の概念を提起した。感情の相互行為論は，感情を「本能」や「衝動」によって根拠づける生理学的説明とは異なり，①生物学的な所与に基づいた感情の不変性を前提にせず，②感情の起源を問うよりも，いかにして感情が相互行為において営為されているかに着目し，③感情とは言語や言説を媒介にした相互行為によってつくり出され，さらにはそうして成し遂げられた「感情」が日常的に言説化されることで，感情は行為遂行的につくり出され続けてゆくことを明らかにしようとしている（早坂裕子・広井良典，2004）。

２－２－１．感情労働の定義

Hochschild がその著書「*The Maneged Heart: Commercialization of Human Feeling.*」（1983）（石川准・室伏亜希訳「管理される心―感情が商品になるとき」世界思想社，2000）で提唱した感情労働の概念は，「自分の感情を誘発したり抑圧したりしながら，相手の中に適切な精神状態を作り出すために，自分の外見を維持する労働」と定義される。

感情労働の特徴は，①クライアントとの直接的な対面による接触，あるいは直接対話による接触があること，②クライアントの感情を操作し，ある特定の感情状態の喚起を促すために，自分の感情管理を行うこと，③組織や経営側が，労働者への教育や指導を通じて，感情労働に従事する者の感情管理に関して少なからぬ影響力を行使すること，である。

Hochschild は，デルタ航空のフライトアテンダント研修の場で参加観察と面接を行い，フライトアテンダントの労働や研修プログラムを調査・分析した。クライアントに明るく親切で安全な場所でサービスを提供されているという印象を持ってもらえるように，フライトアテンダントは「笑顔と礼儀正しさ，やさしさ」が求められ，そのように自分の感情をコントロールしなければならない。そのために，「常に笑顔で」，「笑顔はフライトアテンダントの財産」と，笑顔に価値があることを教えられる。

感情労働には，その職業にふさわしい感情が定められている。これを「感情規則（feeling rules）」といい，自分の感じ方を他者がどう理解し反応するかということから認識される。そして，感情規則に則って自分の感情をコントロールすることが「感情管理」である。

感情を管理する方法には，「表層演技（surface acting）」と「深層演技（deep acting）」の２種類がある。「表層演技」とは，Goffman（1959）が観察した人びとのように，本当の感情とは異なっても，感情規則に則ってボディランゲージや作り笑い，計算されたため息等を使って自分の外観を変えようとする方法である。「深層演技」は，モスクワ芸術座創設者・演出家の Constantin Stanislavsky によって作り出された演技法

で，表面的に装うのではなく，心からそう思うように自分の感情に働きかけて，自分の中に適切な感情をかきたてようとする方法である。例えば，お葬式に行った時，過去にあった悲しい出来事を思い出して悲しい気分を作り出す，というような作業である。

２－２－２．感情労働の帰結

感情労働に労働者が支払う代償について，Hochschild（1983）は以下の点を指摘している。

①労働者があまりにも一心不乱にしごとに献身し，そのために燃え尽きてしまう危険性のあるケース。

②労働者は明らかに自分自身を職務と切り離しており，燃え尽きてしまう可能性は少ないが，「私は演技をしているのであって，不正直だ」と自分を非難する可能性のあるケース。

③自分の演技から自分を区別しており，そのことで自分を責めることもなく，自分の職務は演じる能力を積極的に必要としているのだと考え，演技することから完全に疎外され，「私たちはただ夢を売っているだけだ」と皮肉な考えをもってしまう危険のあるケース。

この３つのケースすべてにおいて，自分自身の役割への適応は，職務環境に対する労働者のコントロールが効かないことでさらに深刻化する。職務に打ち込み過ぎて燃え尽きてしまうか，あるいは職務から自分自身を取り去って不快な気持ちになるか，このどちらかが起きる可能性が多い。

２－２－３．感情労働の評価・報酬

Hochschild（1983）は，「感情労働はほとんどの場合認識されないし，賞賛される機会はめったにない。感情労働は評価されず，報酬に反映されることはない」と指摘する。感情労働は肉体労働や頭脳労働と同様な労働であるにも関わらず，労働とはみなされない。家事労働が労働とみなされないシャドゥ・ワーク（shadow work）であるのと同様に，人からは，ちょっとした気配りとしか考えられない。フライトアテンダントは，クライアントの理不尽な要求によって感情を傷つけられたとしても，不機嫌な顔を見せることはできない。次のクライアントにはいつもの笑顔で応対しなければならない。高度な感情管理が瞬間的に要求されるが，それは「見せてはならない」労働である。そのために心身の負担に見合う評価はおこなわれず，報酬に反映されることはない。

２－３．Ronnie J. Steinberg らの研究

Hochschild が感情労働の概念を提唱して以降，感情労働の多様な研究が行われた。米国の社会学者である Steinberg は，次の３つを焦点に，その総括を行っている。①感情労働を行う雇用労働者への身体的，精神的影響などの研究，②組織的な行動としての感情労働の特質に関する理論的，実証的な検討，③感情労働を反映する賃金慣行の探求など，である。

２－３－１．感情労働の定義

Ronnie J. Steinberg & Deborah M. Figart（1999）は，感情労働の概念をさらに拡張し，その特徴として以下の５点を挙げている。①組織内外の他者との対面あるいは口頭での直接的な接触を要すること，②相手に特定の感情状態を引き起こすばかりでなく，自分自身の感情管理を必要とすること，③感情労働の表現は，演技でも本心でも構わないこと，④クライアントを対象とするだけでなく，同僚や上司，部下との関係性の中で発揮され，生産性に作用する目には見えないが期待された仕事の要素であること，⑤感情労働は，（相手に対して）反応的であるばかりでなく，採用や訓練，指導やスクリプトの蓄積を通じて，経営者は従業員の感情労働を管理し，生産性や利益に影響を及ぼすことができること，で

ある。

また，Hochschildは感情を管理する手段として「表層演技」「深層演技」という「演技」のみを取り上げたのに対して，Steinbergは以下の４点を含め，拡大している（石田好江，2005）。①対人関係技能（機転，忍耐強さ，共感・理解しあえること），②コミュニケーション能力（書く，話す以外の，読む，聞く，言葉によらないものを理解すること），③感情的努力（死と直面している人々や家族の世話，暴力的な人物を扱うなど），④クライアントの良好な状態に対する責任等，である。

２－３－２．感情労働の評価・報酬

Steinbergは，論文〝*Emotional Labor in Job Evaluation Redesigning Compensation Practices*〟（1999）（「職務評価における感情労働―賃金慣行の再設計」）において，職務評価システムのなかに感情労働の要素を取り入れることで，ジェンダーに中立な職務評価システムの構築に取り組んだ。従来の職務評価は製造業等における男性中心の職務を基準に設計されており，女性が多く従事するサービス業で，それに関わるスキルに対する配慮に欠けているために，このようなスキルが正当に評価されていないことを，看護職の職務に関する調査を通じて強調している。Steinbergは，感情労働を正確に評価することが，看護師の職務を中立的に評価するために重要なことであるとして，感情労働の要素を取り入れた新しい職務評価システムを作成した。それは，感情を管理する手段である①対人関係技能，②コミュニケーション技能，③感情的努力，④クライアント・移住者・患者，また市民の良好な生活に対する責任である。このシステムは，カナダ・オンタリナ州の自治体に勤務する看護師の差別的賃金を克服する戦略として作られたものである。しかし，残念ながらこれを完全に実施させることはできず，不十分なままに終わったと報告されている。

２－４．日本の医療・保健・福祉分野における感情労働研究

わが国の医療・保健・福祉分野では，医療従事者と患者との相互関係に注目し，医療従事者に生じる感情の疎外や，ストレスとの関連が感情労働の主な分析テーマになっている。看護分野における感情労働研究は，1993年に武井が東京都精神医学総合研究所のニューズレターに「看護という仕事」として載せた一文とされている（坂上百重・渡邊岸子，2005）。そして，Smith（2000）の「感情労働としての看護」，武井（2001）の「感情と看護―人とのかかわりを職業とすることの意味」が出版されると，看護界に大きな反響を呼んだ。武井（2001）は，看護師の労働実態を分析し，「感情労働には自己欺瞞や抑うつ，バーンアウト，アイデンティティの危機との隣り合わせで，これが感情労働のコストである」と，看護職における感情労働の負の側面を強調している。一方で，川又郁子・渡邊岸子（2010）は，感情労働が看護師にもたらす影響は，個人の感情が疎外されるという否定的な側面と，個人の成長の機会にもなり得るという肯定的な側面の双方を持ち合わせていると指摘する。

３．看護における感情労働

３－１．感情規則と表層演技，深層演技

３－１－１．感情規則

看護師は，患者が看護に対する満足感や安心感を得ることができるように，優しさや平静さをかもしだすために，感情規則に則って自分の感情を調整・コントロールして職務を遂行している。感情規則は感情表現の規則ではあるが，守らなかったからといって社会的に不適正とみなされることはあっても，罰則

を伴うことのない隠されたルール（hidden curriculum）である。かつては，日常の生活に自然に組み込まれ，伝えられてきた。しかし，近年，価値観の多様化により，感情規則を他者との相互行為の中から認識し，共有するのは困難になった。対応も様々で，それゆえ感情規則は「接遇マニュアル」によって教育する必要が生じたのである。

看護職に課せられる感情規則は一様ではない。武井（2001）は，「患者に対して個人的な感情を持ってはいけない」「患者に対して怒ってはいけない」「泣いたり取り乱したりしてはいけない」「大笑いしてはいけない」「あまり馴れ馴れしい態度を取ってはならない」「派手に見えてはいけない」「患者を過度に甘やかしてはならない」といった感情規則が存在すると指摘した。患者のニーズを的確に判断し対応するためには，冷静さと患者との距離が必要とされるからである。また，「患者の気持ちの共感せよ」「患者には優しく親切に」「患者に接するときはにこやかに目を見て話す」といったことも挙げている。看護師の感情規則は，合理性と共感性に基づく感情規則が併存する。これらの感情規則を，看護学生は看護基礎教育の授業で習うのではなく，先輩看護師や教員の態度，表情から実習を通して学んでいく（武井，2003）。そして，職務上の規範として先輩から後輩へ伝達されていく。感情規則に基づいて感情をコントロールするノウハウを，臨床での看護経験を積み重ねることで獲得し，それはやがて看護師にとって重要なスキル（技能）となっていく。

3－1－2．表層演技と深層演技

表層演技とは，自分の内なる感情と感情規則が一致するように，外見上の感情（表情）を意識的に変化させ，相手に与える印象を操作することである。日常の看護場面では，看護師は「大量の血を見て吐き気がしてもなんでもないふりをする」というように，自らの真の感情を見破られないように隠す（感情隠蔽 hiding emotions），「どんなに腹が立っても笑顔をみせる」というように，場面的に望ましいとされる感情表現を装う（感情偽装 faking displayed emotions）という 2 種類の表層演技を行っている（Raymond T. Lee & Celeste M. Brotheridge, 2006；関谷大輝・湯川進太郎，2010）。

また，幸せそうに，悲しそうに見えるように努力するのではなく，心からそう思うように自分自身の感情に働きかけて，自分の中に適切な感情をかきたてようとすることを深層演技という（Hochschild, 1983）。対人サービスを行う職業の中で，フライトアテンダントやファストフードの販売担当者など，不特定多数を対象とした短期的・一時的な対人サービスでは，多様な場面での演技の台本を用意することで，サービスの標準化・マニュアル化をある程度図ることが可能となる。一方，看護師のように特定の相手に対して長期的・継続的なサービスを提供する場合，相手との信頼関係の構築・維持が重要で，相手や自分を騙す演技はかえって信頼関係を損ねることがある。表層演技を行っているうちに，多くの看護師は，心から患者を理解してケアしたいと考えるようになる。そして，患者の疾患の成り立ち，生活史・生育歴，あるいは現在の生活状況をよく知って，たとえその患者が多くの困難を抱えていたとしても，入院することで救われたと思うことができるようなケアを提供しなければならないというように，共感が湧いてくるよう自ら努力するのである（武井，2009）。

4．医療現場におけるコミュニケーション

4－1．コミュニケーションとは

医療の現場で医療者は様々な情報を得てい

るが，その情報を生産的な力とするためには，情報をコミュニケート（伝達）することが必要である。コミュニケーションは，人，グループ，部門，そして組織間の，情報あるいは意味の交換と理解の過程であり，また，これによる情報の送り手と受け手の間の相互の影響過程をいう（奥村悳一，1997）。

コミュニケーションには，言語的コミュニケーション（文字化可能なことば）と，非言語的コミュニケーション（顔面表情，視線，身体動作，身体接触，距離，準言語，外見，スペースの利用，時間の利用など）があり，実際のコミュニケーションでは，両者は複合的に進行する。医療場面での言語的コミュニケーションの方法として，カルテや処方箋，検査伝票などの紙媒体を介した一方向的なコミュニケーションと，対面あるいは電話などによる双方向的なコミュニケーションがある。また，コミュニケーションの様式としては，個人間コミュニケーション，グループ・コミュニケーション，グループ・コミュニケーション・ネットワークがある。

Chester Irving Barnard（1968）の権限受容説によると，公式組織におけるコミュニケーション（伝達）を権限というが，コミュニケーション（権限）は，部下によって受容されなければ無意味になる。このコミュニケーションは，組織の構成員（貢献者）によって自己の行為を支配するものとして受容される。そして，コミュニケーションが権限あるものとして受容されるのは，次のようなときである。

Barnard（1968）によれば，コミュニケーションの主観的側面（心理的側面）からみると，コミュニケーションが受容されるのは，①コミュニケーションが受容者に理解されるとき，②コミュニケーションが組織目的と矛盾しないとき，③コミュニケーションが個人の利益と両立するとき，そして，④受容者が心身ともにコミュニケーションに従う能力があるときである。

他方，コミュニケーションの客観的側面（コミュニケーションそのものの性格）をみると，Barnard（1968）は次の場合にコミュニケーションが権限あるものとして受容されると論じている。①コミュニケーションが職位に相応しい人から発せられたとき，②コミュニケーションがリーダーシップの技術的側面（体力，技能，知覚，想像力）の高い人から発せられたとき，③コミュニケーションがリーダーシップの道徳的側面（決断力，不屈の精神力，耐久力，勇気）の優れている人から発せられたとき，そして，④コミュニケーションが，コミュニケーション・システムの性格を有効に維持するときである。病院で行われるコミュニケーションを見ると，これらの客観的側面はいつも満たされる訳ではない。よって，医師，看護師は白衣で，病院職員は制服で装うことで，コミュニケーションが権限あるものとして，患者および家族に受容されるように配慮している。

患者が入院している病棟で患者，看護師，医師の３者の間で行われるコミュニケーション・プロセスは，図１のように表すことができる。入院患者に対しては，まず初めに医師より入院目的，治療計画が説明される。計画の立案に先駆けて，医療スタッフは，患者に関する情報交換と治療計画について合意形成する。看護師は，医師の指示のもとに職務を行っているが，昼夜を問わず患者に最も近くに位置し，看護計画に基づき看護サービスを提供している。医療に関する専門的知識と技術を持つ医師および看護師から提供される情報は説得力があり，患者からみると，自分自身の健康状態や生命の危機に関わる治療や看護サービスは，たとえ個人の意思に反しても受け入れなければならないこともある。医療者と患者の援助する側―援助される側という関係にあり，情報の非対称性が生じている場合には，患者が治療を理解し受け入れ，医療

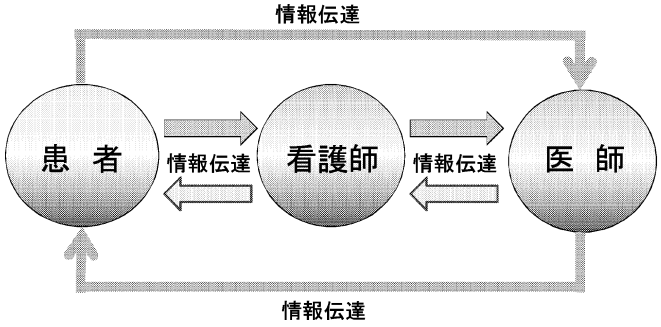

図１　患者・看護師・医師のコミュニケーション・プロセス

者と患者の双方の合意の上に治療が行われ，病気を治すという目標が達成されることが重要である。

Herbert Alexander Simon（1997）は，権限を「他者の行為を導く決定をする力」と定義しており，伝達された他者の決定に個人の決定を従属させることによって集団内で調整された行動を確保する関係である，と論じた。また，Simon（1997）は，部下の役割の特徴を次のように述べている。部下は，行動に関して受容圏を確立することで，その範囲内では，上司による決定を進んで受けようとする。受容は，「説得する」「提案する」のいずれかに続き，部下がどの代替的選択肢が選択されるかに無関心であるとき，あるいは望ましくない代替的選択肢を遂行せざるを得ないほど制裁が強いときに起こる。

４－２．コミュニケーションと看護

看護師は職務において，患者とコミュニケーションしながら看護サービスを提供している。そのひとつに，「食事への援助」がある。

看護学では，人が栄養を補給することには３つの意義がある（坪井良子・松田たみ子，2005）と，とらえている。まずは，生理的・生物学的意義である。人が生命を維持するために，そして，より良く生きるために，生体エネルギーや代謝機能の維持に必要な栄養素を供給するために，食物を摂取する必要がある。

次に，心理的意義であるが，人の栄養補給は，「食べる」という行為をともない，これは空腹，食欲という感情と結びついている。その行動によって心理的な安定感，満足感が生まれ，不安や緊張を和らげたりする。人は空腹になると食欲を感じ，栄養を摂取し，満腹になれば摂食をやめる。この行動のバランスによって必要なエネルギーを得ている。食欲がない等何らかの理由により摂取量が減少すると栄養不良の状態が生じ，食欲が過剰であると肥満を生じる。

最後は，社会的意義である。疾患の治療上の必要性で従来の食生活の変換を迫られることもあり，心理的安心感や喜びであった食事を選択する自由が制限されることは，精神的身体的ストレスを生じさせる。そして，食物は，日常生活において，相手を受け入れる意思の表現や，交渉などを円滑に進める手段としての意味を持っている。人が集まるところには食物や飲み物が供され，食物を見るだけでそこで行われる儀式やお祝い事の意味が分かることも多い。食物に関わる行為を通して，社会的地位を印象付けることにも活用される。このように，人の食事には複数の意義があり，これらは単独で存在するのではなく，複雑に関連し合っていること，個人個人の環境・生活背景によってそれぞれ異なることを理解す

ることが重要である。

入院患者の栄養状態は，客観的評価指標であるBMI（Body Mass Index＝体格指数），皮膚の状態，髪の毛の色・つや，爪の形・色・つや，顔色や表情等の全身状態の観察，血液成分（血漿タンパク質，A/G比，ヘモグロビン量）などによって評価される。栄養摂取の変調をきたす理由として，疾患による悪心，嘔吐，腹痛，下痢などの２次的症状や，薬物療法による副作用，患者の嗜好や味覚と合わない食事・治療食，食欲低下，精神的ストレスからくる食事への積極的な興味の減退等がある。看護師は，必要な食事が摂取できない原因を分析し，食事が円滑に摂取できるよう援助していく。

食事の援助をめぐって，看護師は患者と，日々，様々な関わりを持っている。糖尿病患者の食事に関する指導でいうと，入院中は医師・看護師の管理下に置かれ，病院が提供する治療食を摂取することで血糖コントロールは可能となる。Barnard（1968）のいう医療者とクライアントの共通目的である病気を治すために，医師や看護師といった職位に相応しい人から発せられた治療や指導を，患者が理解し，受け入れ，実施するからである。そして，看護師は，患者の年齢，性別，職業，家族構成等をふまえ，患者の理解力・病識，性格などの個別性に配慮して，望ましい食事摂取方法と運動療法，ライフスタイルの工夫を指導する。この時，治療が中断される，自己コントロール不良によって引き起こされる問題（感染，糖尿病性網膜症，糖尿病性腎症，糖尿病性神経障害など）とその危険性についても十分に説明する。この指導はSimon（1997）のいう説得，提案であり，これらの合併症は制裁にあたる。

しかし，退院後，患者が実際に生活に取り入れ，実行できるとは限らず，再入院を繰り返すケースも少なくない。日常生活では，仕事上の時間の制約や付き合いなどがあり，必要性は理解していても，どうしても食事を制限できないことがあるからである。このような場合には，どうしたらうまくコントロールできるのか，看護師は医師，栄養士と協働し，患者および家族とともに実現可能な改善策を考え，再度，指導していく。

患者は看護師との相互行為において，様々な感情を抱いている。看護師は，コミュニケーションすることでその思いを察し，患者の目標とその支援方法を看護計画にして看護していく。このことは，医療機器が発展し，どんなに高度になったとしても，それが看護師に替わることはできない。Barnard（1968），Simon（1997）のいうように，看護および病院におけるコミュニケーションは，患者の安全を確保し，病気を治すという患者および家族と医療者の共通目的を実現する行為を導くため，このように確保されているのである。

５．看護師のコミュニケーションと感情労働

糖尿病患者の治療に対する反応は，様々である。食事療法の必要性を〝知っている〞と言いながら，〝病院食はまずい〞と言ってその代わりに間食をする。退院後，自由な生活をしたために血糖コントロール不良に陥り，その結果，夜勤帯で緊急入院してくる。このような時看護師は患者の病識の無さに失望し，つい冷淡な態度をとってしまいそうになる。けれども，糖尿病の治療は，食事を選択する楽しみや自由が制限され，また患者によってはその一生涯に亘ってというように，長期間を要する。忍耐強い自己管理が必要とされ，精神的ストレスは大きい。それゆえに緊急入院という患者の危機的状況を目の前にして，看護師は患者が安心して治療が受けられるように，自分の感情をコントロールし，看護するのである。

看護師が食事に関する援助を行うのは，摂取量の変化が生じたときや食事療法の指導が必要なときに限らない。食事をとりたいという欲求があっても，四肢の可動域の制限，姿勢の制限，視覚の制限など，自力での摂取が不可能な場合にも行う。

例えば，脳梗塞の後遺症で麻痺が残り，一人では思うように食事できないときには，患者自身で不可能なところを介助する。食事は入院中に診断・治療のために実施される検査，点滴，内服薬等とは異なり，それもまた治療の大切な要素ではあるのだが，患者にとって食事は日常生活の一部に感じられる。生活の基本である食事を人の世話にならなければならないことへの苛立ち，遠慮，リハビリテーションを行っても完全には回復することのない身体の障害に対する嘆き，苦しみ，悲しみ，怒り。あるいは，看護師の援助に対する感謝の気持ちなど，患者には様々な感情が喚起され，それを直接看護師に投げかけてくることがある。これらの感情は病状の変化に伴って，時には日によっても変化する。いつもは穏やかに過ごされている患者が，食事の途中で急に〝自分の気持ちは誰にも分かってもらえない〟と語気を荒げることもある。看護師は，そのような患者の言葉に落胆したり，傷ついたりもするが，病気がそうさせていると思うことで，患者に対して否定的な感情を抱かないように努力し，安全に楽しく食事できるよう介助するのである。

入院患者の中には，自覚症状や自分の気持ちをうまく訴えられない人もいる。看護師は個別性に配慮してコミュニケーションを図りながら，患者の容態を観察し，情報収集する。そして，起こり得る状況を予測して患者の変化を察知し，医師に正確に情報提供（報告）することが求められる。そのことが，迅速・的確な診断および治療に繋がるからである。このとき，もし看護師が感情のままにコミュニケーションや仕事をしたなら，患者の生命やQOL（Quality of Life）を脅かすかもしれない。看護師は，医療スタッフの中で最も患者に近い場所に位置しており，入院患者から医師への情報伝達に介入する機会が多い。また，医療・看護サービスが提供される場面で，コミュニケーション・ネットワークのハブの役割を担っている。そのために，看護師は円滑なコミュニケーションが図られるよう，感情労働を行うのである。しかし，繰り返し感情をコントロールするには大きなエネルギーが必要であり，それが職務上のストレスの一因となり，バーンアウトに陥ることも少なくない。このように，看護師が感情をコントロールして職務を行うことは，決して簡単ではないのである。

6．おわりに

医療サービスは，患者側からみると診療，看護，その他のあらゆるサービスの総体である。体験するサービスの過程は，患者にとって結果と同様に重要である。結果と過程の重要性は，診療と看護の関係にあてはめることができる。医師の診療の第一義的な目的は病気を治すことであり，これは結果指標となる。どんなに印象よく患者や家族と接することができても，的確な診断・治療の技術を持っていなければ，医師として信頼を得ることができない。一方，看護師は，どんなに静脈注射・点滴の優れた技術を持っていたとしても，患者に対して冷淡に振る舞ったとしたら，患者や家族の期待する看護をしているとは言えない。看護には病気の回復過程に貢献するという役割があり，結果のみではなく，プロセスも評価の対象になる。一人の看護師が提供する看護サービスの過程と結果に対する評価が，看護職全体，ひいては医療サービスや病院全体への評価ともなり得る。

クライアント（患者）の病院に対する評価をFrederick Herzberg（1966）の二要因理

論（動機づけ－衛生理論）でいうと，医師の仕事は，動機づけ要因（motivator）のように思われる。一方，看護師の仕事は，衛生要因（hygiene factor）に似た評価のされ方をする。医師は，他の医師にはない優れた知識や技術を提供することによって，クライアントの満足感はより高まる。治療や手術が成功している限り不満に思われることは少ない。これに対し，看護師は，常に笑顔で親切に振る舞い，適切・的確な看護技術を提供することを要求される。しかし，期待される言動や看護技術が提供されたからといって，クライアントが満足感を覚えるわけではない。そして，一度の失敗でそれまでの積み重ねが瞬時に崩れ，看護サービスに対する信頼は揺らいでしまうのである。

感情労働は，これまで疎外感や疲弊感，バーンアウトなど，感情労働者にネガティブな影響を与えることが指摘されてきた。看護師が感情労働を行うことは，患者，看護師，医師のコミュニケーションを円滑にし，医療・看護サービスの質の向上につながる。そして，それは，患者満足度（patient satisfaction）や医療・看護サービスの評価（評判）の向上に寄与する。感情管理を看護師に求められるひとつの技能（skill）として捉え，感情管理の技能を学ぶ機会を，看護学生の基礎教育や看護師の臨床研修等の中に取り込む。そして，Steinberg（1999）が指摘するように，感情労働を職務として評価する病院および医療システムの構築が必要であるといえよう。

参考文献

Barnard, C. I. (1968) *The Functions of the Executive*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.（山本安次郎・田杉競・飯野春樹訳「経営者の役割」ダイヤモンド社，1968，170-184）

深田博巳（1998）インターパーソナル・コミュニケーション：対人コミュニケーションの心理学．北大路書房．

Goffuman, E (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. Doubleday & Company.（石黒毅訳「行為と演技―日常生活における自己呈示―」誠信書房，1974）

早坂裕子・広井良典編著（2004）未来を拓く社会学．ミネルヴァ書房，119-139．

長谷川美貴子（2008）介護援助行為における感情労働の問題．淑徳短期大学研究紀要，47，117-134．

Herzberg, F (1966) *Work and the nature of man*. Cleveland: World Publishing.（北野利信訳「仕事と人間性」東洋経済新報社，1968）

Hochschild, A. R. (1983) *The Maneged Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley and Los Angels, CA.: University of California Press.（石川准・室伏亜希訳「管理される心―感情が商品になるとき」世界思想社，2000）

伊佐夏実（2009）教師ストラテジーとしての感情労働．教育社会学研究，84，125-144．

石田好江（2005）文献紹介　ロニー・J・スタインバーグ著「職務評価における感情労働―賃金慣行の再設計」女性労働研究，(47)，72-79．

石川邦子（2009）コールセンターの職場環境特性とストレスの関連―コースセンターにおける感情労働的行動―日本労務学会第 39 回全国大会研究報告論集，311-318．

金井壽宏・高橋潔（2008）組織論における感情の意義．組織科学，41(4)，4 -15．

片山由加里・濱岡政好（2001）看護における感情研究の現状―「感情労働」の視点から．京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要，10(2)，201-210．

片山由加里・小笠原知枝・辻ちえ・井村香積・永山弘子（2005）看護師の感情労働測定尺度の開発．日本看護科学会誌，25，20-27．

川又郁子・渡邊岸子（2010）日本の看護師を対象とした感情労働の研究の動向と課題．新潟大学医学部保健学科紀要，9 (3)，91-100．

北野利信編（1977）経営学説入門．有斐閣．

小村由香（2009）公的部門における感情労働―生活保護ケースワーカーを事例に．日本労働社会学年報，(19)，63-81．

Lee, R. T. & Brotheridge, C. M. (2006) *Validation and extension of the emotional labor scale: Evidence from daycare workers*. Paper presented at EMONET conference, Atlanta.

松本斉子・徃住彰文・原田悦子・南部美砂子（2009）看護の場における対話―医療安全を目的として―　人工知能学会誌，24(1)，53-61．

松本友一郎・釘原直樹（2009）看護師の上司―部下

関係に対する評価，コーピングとストレス反応の関連．実験社会心理学研究，48(2)，167-173.
三井さよ（2006）看護職における感情労働．大原社会問題研究所雑誌，(567)，14-26.
村上陽一郎（2010）人間にとって科学とは何か．62-63，新潮社.
二木　泉（2010）認知症介護は困難か―介護職員の行う感情労働に焦点をあてて―　社会科学ジャーナル，(69)，89-118.
西川真規子（2006）感情労働とその評価．大原社会問題研究所雑誌，(567)，1 -13.
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，75，371-377.
奥村悳一（1997）経営管理論．有斐閣，107-121.
小野寺哲夫・菅谷たか子（2004）現場看護師の感情労働とストレス―現場看護師の感情労働は，バーンアウトや早期退職の原因なのか？―　立正大学心理・教育学研究，2，29-32.
大村　壮（2009）対人援助職の感情労働とストレス反応，バーンアウト傾向の関係について．常葉学園短期大学紀要，(40)，251-260.
坂上百重・渡辺岸子（2005）日本の看護における「看護師の感情」に関する研究についての文献検討．新潟大学医学部紀要，8 (1)，49-62.
崎山治男（1999）感情労働と自己―看護過程における感情労働を通して―　年報社会学論集，(12)，199-210.
崎山治男（2008）感情労働と組織：感情労働への動員プロセスの解明にむけて．組織科学，41(4)，39-47.
関谷大輝・湯川進太郎（2009）対人援助職者の感情労働における感情的不協和経験の筆記開示．心理学研究，80(4)，295-303.
関谷大輝・湯川進太郎（2010）感情労働の諸相―表層演技，深層演技と副次的プロセスに着目して―筑波大学心理学研究，39，45-56.
Simon, H. A. (1997) *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations, Fourth Edition*. Free Press.（二村敏子・桑田耕太郎・高尾義明・西脇暢子・高柳美香訳「新版経営行動―経営組織における意思決定過程の研究―」ダイヤモンド社，2009，277-322）
Smith, P. (1992) *The Emotional Labour of Nursing-How Nurses care*. The Macmillan Press.（武田麻子・前田泰樹監訳「感情労働としての看護」ゆるみ出版，2000）
Steinberg, R. J., & Figart, D. M. (1999) Emotional labor in the service economy: Emotional labor since the managed heart. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, 8-26.
須賀知美・庄司正美（2007）飲食店従業員の感情労働的行動とパーソナリティとの関連：セルフ・モニタリングおよび自己意識との関連目白大学心理学研究，3，77-84.
須賀知美・庄司正美（2007）飲食店従業員の感情労働的行動尺度の作成の試み．産業・組織心理学研究，20(2)，41-52.
杉田郁代（2010）感情労働研究概観（Ⅰ）―対人援助職と教職―環太平洋大学研究紀要，3，51-56.
高木永子・市村久美子（2005）新看護過程に沿った対症看護―病態生理と看護のポイント．学研.
武井麻子（2001）感情と看護―感情と看護―人との関わりを職業とすること．医学書院
武井麻子（2003）感情と看護．日本看護教育学会誌，13(2)，69-77.
武井麻子（2009）感情と看護―人との関わりを職業とすること―　東邦大学看護研究会誌，6，39-51.
田村尚子・牛島光恵・松坂健・菊池英雄（2009）対人業務における感情労働の実態と課題―中間報告―　西武文理大学研究紀要，14，93-129.
鄭　真己・山崎喜比古（2005）コールセンターの労働環境特性が労働者に及ぼす影響―某情報サービス企業の縦断研究―産業衛生学雑誌，47，210-223.
富樫誠二・森永幸子・新居田茂光・田中亮・常川幸生（2005）リハビリテーションの現場における感情労働の実態とメンタルヘルス―なぜ理学療法士は疲れるのか―　理学療法の臨床と研究，3，65-71.
坪井良子・松田たみ子編（2005）基礎看護学　考える基礎看護技術Ⅱ　看護技術の実際　第3版．ヌーヴェルヒロカワ，329-348.
山上実紀・宮田靖志（2009）総合診療医が患者との関わりの中で抱く否定的感情に関する探索的研究．家庭医療，15(1)，4 -19.