

原 著 論 文

地域で生活する統合失調症をもつ人への看護師の交渉
～交渉成立に向けた熟考された基盤づくり～

**The aspect of the psychiatric nurses' negotiations
with individuals with schizophrenia living in a community
: considered groundwork for achievement of negotiation**

藤 代 知 美 (Tomomi Fujishiro)*

野 嶋 佐由美 (Sayumi Nojima)**

要 約

本研究の目的は、地域で生活する、あるいは地域での生活を予定している統合失調症をもつ人への看護師の交渉を明らかにすることである。

15名の看護師を対象に、29事例に関する半構成面接を行い、グラウンデッド・セオリーを用いて分析した。その結果、交渉の目標や方向性を定めるまでの交渉の方略として【内に潜む可能性と本音の追究】方略と【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略が抽出された。また、【内に潜む可能性と本音の追究】方略には、〔内に潜む本音を汲み取る〕〔広く可能性を見立てる〕行動群が含まれていた。【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略には、〔自我の脆さに寄り添う〕〔枠を破っても意志に追従する〕行動群が含まれていた。この2つの方略は、交渉初期の《熟考された基盤づくり》段階で活用されていた。《熟考された基盤づくり》段階は、自我機能が脆弱で、認知機能障害がある統合失調症をもつ人に対する交渉では、具体的な交渉を進める上で基盤となり、人間として対等であろうとしつつも、専門的な知識や能力を有するケア提供者として、自我の脆さを考慮しつつ寄り添って交渉していることが特徴であると考察された。

Abstract

This study aims to explore and describe the aspect of the psychiatric nurses' negotiations with individuals with schizophrenia living in community or planning to move to such a community.

The study included data for 29 cases described by 15 nurses. The data regarding negotiations by nurses was collected using a semi-structured interview. Data analysis was performed using a grounded theory approach.

The results indicated strategies of "Considering the client's potential and true feelings" and "Fulfilling the wish of vulnerable and obstinate clients." It was strategies used by nurses until decide aims and direction of negotiation. The strategy of "Considering the client's potential and true feelings" included action categories of "considering their true feeling," and "understanding the entire picture to determine their potential." The strategy of "Fulfilling the wish of vulnerable and obstinate clients" included action categories of "placating their vulnerable ego" and "satisfying their wish even if it involves breaking a rule." These strategies were used at the first stage of negotiation, and it was "considered groundwork for achievement of negotiation."

From the above results, it is clear that these phase is the first stage of the negotiation with the people with schizophrenia, and that the relationship of nurses for patient is that of a professional caregiver and not that of a partner. Furthermore, nurses negotiate by considering patients' vulnerable ego as well as their dysfunctional cognition.

キーワード：交渉 統合失調症 合意形成

*四国大学看護学部

**高知県立大学看護学部

I. はじめに

近年の精神科看護においては、患者が治療やケアの決定に参加し、合意に基づいてケアを提供することが重視されている。Glaser & Strauss (1965/1988) は、医療者と患者との間に、巧みな交渉が存在することを指摘した。Strauss (1978) はその後、精神科病院を含む社会全般における交渉の概念化を行い、交渉の重要性を説いた。

1969年冷戦終了後、対決の時代から交渉の時代に入ったことにより、交渉がクローズアップされるようになった(浦野, 信夫, 1986)。交渉は、ビジネス、外交などで用いられ、交渉学という学問分野も作り出した。ハーバード流交渉戦略を紹介した御手洗 (2013) は、交渉を、利害関係にあって利益や損益が存在する2つ、もしくはそれ以上のグループが平和的に駆け引きを行いながら、勝ち負けではなく、互いの利益を最大限に、損失を最小限にする合意のコミュニケーションプロセスであると述べている。しかし、日本人には、交渉は駆け引きや取引、または謀略と同レベルのものであるという考えがあり、交渉を卑劣なものとして疎んじる文化風土が存在することも指摘されている(御手洗, 2013)。

医療の場においては、看護師が他職種と交渉する(白鳥, 2013; Gregg, 2004) ことのみならず、終末期にある患者や入院中の子どもが看護師に交渉すること(Glaser, et al., 1965/1988; 橋本, 杉本, 2007)、反対に看護師が入院中の子どもと交渉すること(松森, 二ノ宮, 蛭名ら, 2004; 石浦, 佐東, 益守ら, 2009) が明らかにされている。精神科看護においては、Madelal-Mntla, Poggenpoel and Gmeiner (1999) が、文化に合わせた精神科看護モデルを開発し、negotiationを中心的な概念とした。negotiationは目標志向であり、精神科看護師と患者との間の人間的な相互作用であり、本質的に患者のメンタルヘルスを維持・増進し、回復を促進すると定義されている。つまり、医療の場において、交渉は重要な概念であることが分かる。

統合失調症をもつ人は、自我機能や認知機能が脆弱であることに加え(Liberman, 2008a/

2011)、長年自分の意思が大事にされない経験をしているため(片倉, 山本, 石垣, 2007)、意向を引き出してケアの目標の達成を目指すために、精神科看護固有の知識と技能が必要となる。そのため、疾病自己管理プログラム(Liberman, 2008b/2011) や心理教育(鈴木, 伊藤, 1997) において交渉が取り上げられ、医療者と交渉できるように支援されている。しかし、統合失調症をもつ人が納得のいく合意を交わすことを目指し、看護師が行っている交渉の全容を明らかにした研究はこれまでにない。

本研究では交渉を、「双方の要望・希望に顕在的あるいは潜在的コンフリクトがある状況において、双方に新たな価値観・方法、協働関係、納得のいく合意を生み出すことを目指し、特定の相手との間で、関係性を基盤とし、様々な方略を駆使する継続したプロセス」と定義し(藤代, 野嶋, 2014)、地域で生活する、あるいは地域での生活を予定している統合失調症をもつ人への看護師の交渉を明らかにすることを目的とした。統合失調症をもつ人への看護師の交渉は、健康な人との交渉とは異なる複雑な現象であり、かつ目標の設定までも長い時間が必要であることが特徴であった。そのため、本稿では第一報として、交渉の目標や方向性を定めるまでになされていたことを明らかにし、それを報告する。尚、第二報で、具体的な目標に向けて合意に至るためになされていたことを明らかにして報告する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

交渉の全構造を明らかにするために、グラウンデッド・セオリー(Glaser & Strauss, 1967/1996) を用いた質的記述的研究デザインを用いた。

2. データ収集期間

データ収集期間は、2014年5月より2015年6月である。

3. 研究参加者

療養型病棟を除く精神科病棟、訪問看護など

において、地域で生活する、あるいは地域での生活を予定している統合失調症をもつ人に関わった経験を有する看護師を研究参加者とした。

4. データ収集方法

1名の研究参加者につき、1～2事例との上手くいった交渉、あるいは上手くいかなかった交渉について、半構成的インタビューを1～2回行った。インタビューガイドは、どのような交渉相手にどのような意向や姿勢で交渉を進めたのか、その際に工夫したこと、関係性における変化を問う内容である。

5. データ分析方法

継続的比較分析によって、理論的サンプリングを行い、データの飽和を確認してデータ収集を終了した。

まず、事例毎にデータを深く読み込んで内容を把握し、意味のまとまりごとにデータを切り取って取り上げた最小の現象に命名し、コード名とした。そして、一事例ずつコード名の類似性と相違性に注目しつつ、丁寧に継続的比較分析を行い、第一段階目のカテゴリー名をつけた。次に、交渉の現象を損なうことなく、全体像を構成するように留意しながらカテゴリー化し、第二段階目のカテゴリー名をつけた。第三段階として、研究参加者の意図や方法に注目して、全てのカテゴリー名の類似性と相違性を見比べながらカテゴリー化し、命名した。最終的に、カテゴリー間の関係性に注目し、全体像を記述するように分析を行った。なお、分析の信憑性・真実性を高めるため、質的研究のエキスパートである研究者複数名で分析を行うとともに、メンバーチェックを行った。

6. 倫理的配慮

研究を開始するにあたり、高知県立大学研究倫理審査委員会及び高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：看研倫14-32号）。データ収集にあたって、施設の管理者や大学教員、先の研究参加者に研究参加候補者の紹介を依頼し、研究者から研究の説明をすることについて了承を得た。次に、候補者に対して研究の目的、方法、研究参加の自由意思、中

断の自由とその方法について文書を用いて説明した。同意が得られた研究参加者には、語られる事例のプライバシーへの配慮と、答えたくない内容には答えなくてもいいことを説明し、研究参加者の心身の負担とプライバシーに配慮しながらインタビューを行った。インタビュー内容は、研究参加者の了承を得てICレコーダーに録音した。

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者と交渉事の概要

研究参加者は、東北地方から九州地方に在住する男性5名、女性10名の計15名、平均年齢は45.5歳（34歳～58歳）であった。看護師（保健師を含む）経験年数は平均18.9年（8年～36年）であり、そのうち精神科看護の経験年数は平均15.1年（5年～36年）である。インタビューは1事例につき1回、平均インタビュー時間は42.9分（17分～75分）であった。

交渉事は、ケアの導入や継続12事例、対処行動の変更12事例、生活スタイルの変更7事例、治療開始や継続6事例、協働目標設定4事例、退院促進4事例、退院調整4事例、就職支援や促進4事例、リハビリ促進3事例であった。

2. 交渉初期の段階の看護師の交渉方略、交渉行動群、交渉行動

統合失調症をもつ人への看護師の交渉では、看護師が一定の目標を定め、長い時間をかけて、方向性が定まらない経緯を経ながら進めていることが語られた。データ分析の結果から、目標を共有すること目指して交渉の方向性を定めるまでに、中心として活用されていた2つの方略を抽出することができた。また、それぞれの方略で活用されていた行動と、その行動をカテゴリー化したものを行動群とし、位置づけた。

3. 【内に潜む可能性と本音の追究】方略

研究参加者は、交渉を始めるにあたって、交渉相手をもてる力と困難の両側面から捉え、言葉にされない本音や苦勞、不安について、普段の関わりの中から意識的に拾い上げて本音を追求し、時間をかけて可能性を見立てる【内に潜

む可能性と本音の追究】方略を用いていた。この方略のもと活用されていた行動群、行動は表1に表した。なお、【】は方略、〔〕は行動群、〈〉は行動、「」は逐語、（）は研究者が補った言葉を示す。

表1 【内に潜む可能性と本音の追究】方略

行動群	行動
内に潜む本音を汲み取る	言葉にならない本音を拾い上げる
	腰を据えて率直に思いを聴く
	ニーズを読み取り安心させる
	信頼感を獲得する
	対象者の目線で捉える
広く可能性を見立てる	可能性と困難を見極めて見通しを立てる
	家族などの状況を推し量る

1) 〔内に潜む本音を汲み取る〕行動群

研究参加者は、【内に潜む可能性と本音の追究】方略の中で、〈言葉にならない本音を拾い上げる〉〈腰を据えて率直に思いを聴く〉〈ニーズを読み取り安心させる〉〈信頼感を獲得する〉〈対象者の目線で捉える〉という行動を取っていた。これらの行動は、交渉にあたって、言葉にされない本音や苦勞、不安、看護師をはじめとする周囲への信頼感を、普段の関わりの中から時間をかけて意識的に拾い上げ、推し量ることを意味しており、〔内に潜む本音を汲み取る〕行動群として命名した。

(1) 〈言葉にならない本音を拾い上げる〉

研究参加者は、交渉相手の本音を汲み取るために、普段の関わりを通して理解した相手の生育歴と、関わりの中での部分的な表現から本音を推し量り、苦勞、不安、あきらめ、真の希望を、専門知識も参考にしながら理解しようとし、その理由を推し量っていた。

例えばデイケアの管理者Aは、利用者が援助を得て金銭管理をするために、行動の背景にある思いを読み取った『『社協(社会福祉協議会)を使おう』って退院する時に言っても、『社協は

嫌』って。…利用者さんっていうのは100のうち20しか(自分のことを)言っていない。隠されたものが80あるから、それを長い時間をかけて汲み取ってみていく。』。このように、〈言葉にならない本音を拾い上げる〉ことで交渉の方向性を定め、交渉の基盤づくりをした。

(2) 〈腰を据えて率直に思いを聴く〉

研究参加者は、交渉相手の本音を汲み取るために、タイミングを計り、質問する意図を説明するなどして、腰を据えてじっくりと相手の認識や思い、意向、夢に耳を傾けていた。

例えば訪問看護師Bは、入院を繰り返さないために利用者と計画を立てることを目指し、現状と今後について改めて率直に思いを聞きだした『『先生から訪問のオーダーが来たんですけど何でだと思っ？』って。『私だって本当は家で暮らしたいです』と。…『(利用者の夢である)恋人をつくるためには家で生活しないといけない。家で生活するっていうことは、病状が安定しないといけない。だからこそ、悪くなる理由一緒に見つけよう。この間って何があったの？自分ではパターンが分からなくても、私だったら分かるかもしれないじゃない。』って。…一つ一つ自分がなぜそれを聞きたいのかっていう意図は説明してます。』。このように、〈腰を据えて率直に思いを聴く〉ことで交渉の方向性を定め、交渉の基盤づくりをした。

(3) 〈ニーズを読み取り安心させる〉

研究参加者は、交渉相手の本音を汲み取るために、暴言や拒否という表面的な言葉に惑わされることなく、相手が安心・信頼できる時や、内に潜む真のニーズを読み取っていた。

例えば、不安定な時には訪問を辞めたいと訴え、看護師を追い返すこともある利用者が訪問看護を継続できるように、訪問看護師Cは表面的な言葉に惑わされず、背後にある不安を読み取った『最初、訪問の導入は合意をさせられているんです。…最初は(やめたいという話を)真に受けてましたけど、それじゃあ仕様がなくて。続けるためには、次回はこうして関わってみようとか考えたりした。…『今日の訪問キャンセルしたい。調子が悪い』と朝一で(電話が)かかって来るんです。それで、行く直前に僕が電話するといろいろしゃべってくるん

です。『朝は調子が悪かった。でも、今しゃべってたら気分が落ち着いてきました。』『じゃあ訪問行っていいですか』『いいですよ』って。』。このように、＜ニーズを読み取り安心させる＞ことで交渉の方向性を定め、交渉の基盤づくりをした。

(4) <信頼感を獲得する>

研究参加者は、交渉相手の本音を汲み取るために、信頼されているか、表面的に柔らかにかかわされていないか、あるいは抵抗して受け入れられていないか、という信頼感について相手の言動から慎重に獲得していた。

例えば病棟看護師Dは、退院を進めるために、患者からの信頼感を捉えながら関わった「この人との場合は、もともと関係性ができていたっていうのがあると思う。お互いの中でね {強く}。僕の顔をうかがいながら、僕が何を期待しているっていうのも本人は分かるだろうし。僕も彼を見て『今はそっとしておいて欲しいのかな』とか『聞いてあげたほうがいいのか』って」。このように、＜信頼感を獲得する＞ことで交渉の方向性を定め、交渉の基盤づくりをしていた。

(5) <対象者の目線で捉える>

研究参加者は、交渉相手の本音を汲み取るために、不安やプライド、価値観、人との距離感、さらには現実見当識や認知機能、病識、病状とその経過を把握し、生活が上手く送れない理由や提案を受け入れられない理由を、相手の目線に合わせて把握していた。

例えば訪問看護師Eは、利用者が暴力を振るわなくなるように、利用者の目線に立って、生きづらさを理解した「口は達者なんですけど、実はできないんです。でも本人は言語では分かっているから、『僕はできる』って言うけど、実際はできないんですよ。行動が全然追いつかない。それで暴力を振るっていうのは分かったんです。…生活上の困ったものがあった、その対処が追いつかなくて、…困った時に若干の興奮的な症状を示しつつ、人に暴力をふるう」。このように、暴力を振るわざるを得ない理由を＜対象者の目線で捉える＞ことで交渉の方向性を定め、交渉の基盤づくりをした。

2) [広く可能性を見立てる] 行動群

研究参加者は、【内に潜む可能性と本音の追究】方略の中で、＜可能性と困難を見極めて見通しを立てる＞＜家族などの状況を推し量る＞という行動を取っていた。これらの行動は、交渉相手や家族などを、もてる力と困難の両側面からとらえ、可能性を見極めて見通しを立てることを意味しており、[広く可能性を見立てる] 行動群として命名した。

(1) <可能性と困難を見極めて見通しを立てる>

研究参加者は、交渉相手の人柄、能力、楽しみ、人付き合いの特徴、病気の理解力といった良い点と、相手の生活史や病歴、関わり始めてからの変化を基に、相手の困難を客観的に理解し、看護師のこれまでの経験と照らし合わせながら、相手の可能性を見立てていた。

例えば訪問看護師Eは、治療や身のケアを受け入れない利用者が、まずは訪問看護を受け入れるために、相手の能力と苦手な点を読み取って交渉していた「もともとまじめな人だから、人に迷惑かけちゃいけないというのはあるから。…女性に面倒を見てもらうのが嫌な人で、ヘルパーを断っちゃったんですよ。…理解はいいけど喋れないんですね。見当識なんかはすごくしっかりしているんですけど。…だから『うん』とか『違う』という言葉から全部推測した。」。このように＜可能性と困難を見極めて見通しを立て(る)>て交渉の目標を定め、交渉の基盤づくりをした。

(2) <家族などの状況を推し量る>

研究参加者は、交渉相手の家族の状態とサポート体制、交渉相手と家族の関係性や、経済状況などを考えて可能性を見立てていた。

例えば病棟看護師Fは、家族の状況を推し量りつつ、退院に向けて交渉していた「両親はあまり来なかったけど、…次第に母親が面会に来るようになって、順調だなど思っていたんですけど。お母さんは、私から退院を考えてるって聞くと、おそらくお父さんに言ってたんだと思うんですね。お母さんは、お父さんから『そんなことは無理だ』みたいな感じのことを言われて…やっぱり少しお父さんと話をする必要がありそうだと」。このように＜家族などの状況を推し量(り)>て交渉の目標を定め、交渉の

基盤づくりをした。

4. 【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略

研究参加者は、交渉を始めるにあたって、交渉相手の脆さと固さに合わせ、相手が安心し、思いを成し遂げることができるように、相手の思いと意志に寄り添うことを徹底して整える【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略を用いていた。この方略のもと活用されていた行動群、行動は表2に表した。

表2 【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略

行動群	行動
脆い自我に寄り添う	病による不安を丁寧に受容して固める
	自尊心・安心感を脅かさないように追従する
枠を破っても意志に追従する	信じて意向を中核に据える
	リスクを覚悟で意向を優先する
	ルールにとらわれずニーズを優先する

1) [脆い自我に寄り添う] 行動群

研究参加者は、【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略の中で、<病による不安を丁寧に受容して固める><自尊心・安心感を脅かさないように追従する>という行動を取っていた。これらの行動は、強い不安や傷つきやすさといった交渉相手の特性を踏まえ、脅かさないように共感的に寄り添うことを意味しており、[脆い自我に寄り添う] 行動群として命名した。

(1) <病による不安を丁寧に受容して固める>

研究参加者は、交渉相手の脆い自我に寄り添うために、チーム全体で協力しながら、時間をかけて丁寧に徹底的に、相手とその家族の生活上の困難や症状による苦悩と不安を受け止め、繰り返し共感的・支持的に関わって、相手の安心感を固めていた。

例えば包括型地域生活支援を行う看護師Gは、利用者が一人で生活できることを目指して、不安を丁寧に受容していた『『取りあえずアパートを借りることで、やっていこう』と(提案し

て)。やっぱり最初は抱えなければいけなかったんですね。…無理を強いるのは分かっているから、生活に慣れ、…そこで安心できるようになるまでかなりの時間を割きました』。このように<病による不安を丁寧に受容して固める>ことで、相手の安心感を整え、交渉を進めるための基盤づくりを行った。

(2) <自尊心・安心感を脅かさないように追従する>

研究参加者は、交渉相手の脆い自我に寄り添うために、非難されていると感じやすい性格、プライドの傷つきやすさといった脆弱性に合わせ、気持ちを表現する能力や希望にも着目し、相手が受け入れやすいように肯定的に、脅かさないように、焦らずゆっくりと時間をかけて追従した。

例えば訪問看護師Hは、利用者が片付けられるようになることを目指し、どんなに不衛生であっても変化を迫らず、保護的に関わって、相手の意志に後ろからそっと寄り添う形を取った「生活歴とか、発症の経過なんかもあるので、スタッフもそんなに『臭いじゃないか、汚いじゃないか』とは言わず、割と保護的に関わって。…(通所施設で)頑張ってきているから、あんまり変化を期待しても、というのもあって。…『今から掃除しましょうか』って言って、『今日はしんどいので、お掃除はいいです』っていうことになれば、もう掃除はしない、できない。」。このように相手の<自尊心・安心感を脅かさないように追従する>ことで相手の安心感を支え、交渉を進めるための基盤づくりを行った。

2) [枠を破っても意志に追従する] 行動群

研究参加者は、【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略の中で、<信じて意向を中核に据える><リスクを覚悟で意向を優先する><ルールにとらわれずニーズを優先する>という行動を取っていた。これらの行動は、先にある交渉を見据えて、たとえリスクや手間がかかっても、通常なら優先する枠組みを度外視し、交渉相手の力、価値観、意向を信じ、強い意志を尊重することを意味しており、[枠を破っても意志に追従する] 行動群と命名した。

(1) <信じて意向を中核に据える>

研究参加者は、交渉相手の意志に追従するために、価値観を押し付けず、相手が表明する希望や目標、強みを中核に据え、相手の能力を信じ、可能な限り意向を尊重した。

例えば訪問看護師Hは、訪問看護を通してケアを導入し、片づけを行うために、まずは相手を信じて意向に沿った「しんどいから(訪問看護を)やめてほしいということになっても、もう一度(関係を)結び直せると思っていた。これまでも結び直してきた経緯が二度あったので、訪問看護を辞めるという意向に添おうと思ひ、説明した。」。このように<信じて意向を中核に据える>ことで相手の安心感を支え、交渉を進めるための基盤づくりを行った。

(2) <リスクを覚悟で意向を優先する>

研究参加者は、交渉相手の意向に追従するために、上手くいかずに病状が悪くなるリスクや、看護の手間が増えることが予測されても、覚悟して交渉相手の意向を優先し、徹底的に寄り添った。

例えば訪問看護師Eは、身体的な治療を受け入れない利用者が、治療を受け入れることを目指し、訪問看護で手間をかけてケアをした「(受診するのが嫌だと言うから)ポカリスエットを500ml位飲ませて、夕方にもう一回確認入れて。そこから3日くらい重点的に訪問行って、点滴して。翌日は自分で『絶対に外来に(体の調子を診てもらいに)行く』って言って。…採血だけは何とか応じたんですけど、それ以外の検査は何もできず(やらせてくれない)」。このように<リスクを覚悟で意向を優先する>ことで相手の安心感を支え、交渉を進めるための基盤づくりを行った。

(3) <ルールにとらわれずニーズを優先する>

研究参加者は、交渉相手の意志に追従するために、病院の方針や、訪問看護やデイケアでのルール・手順などはいったん脇に置き、相手のニーズを優先する特別な対応をした。

例えば急性期病棟の看護師Jは、隔離室での治療を受け入れるように、病棟ルールのギリギリのところまで時間をかけて丁寧に訴えを聞き、説明した「拒否する理由をしっかりと聞いて。…やっぱり隔離室だから、本人がどういうふう

捉えているのか。ものすごく嫌なのは分かるので、『確かにここは嫌かもしれないね』って、一呼吸置く時間を(確保した)。ルールとしては、早急に刺激を遮断することだと思うんですけど、その中でも少し聞く時間を極力持つように心がけています。」。このように<ルールにとらわれずニーズを優先する>ことによって、相手の安心感を支え、交渉を進めるための基盤づくりを行った。

5. <熟考された基盤づくり>段階

交渉の方向性が定まるまでの初期の段階では、【内に潜む可能性と本音の追究】方略と【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略を活用しつつ、<熟考された基盤づくり>がなされていた。

研究参加者は、表現できない、あるいはしない交渉相手の<言葉にならない本音を拾い上げ(る)>たり、<腰を据えて率直に思いを聴(く)>いたり、表面的な言葉に惑わされずに<ニーズを読み取り安心させ(る)>たり、<信頼感を獲得(する)>したりし、これらを<対象者の目線で捉える>ことで、相手のことを主観的に捉える〔内に潜む本音を汲み取る〕行動群を用いていた。同時に、交渉相手の判断とは別に、看護師が<可能性と困難を見極めて見通しを立て(る)>、<家族などの状況を推し量(る)>って、客観的に〔広く可能性を見立てる〕行動群を用いていた。つまり、研究参加者は、交渉を始めるにあたって、時間をかけて、主観的にも客観的にも広く深く熟考して全体像を固める【内に潜む可能性と本音の追究】方略を繰り返して行っていた。

また、安心感が乏しい交渉相手の<病による不安を丁寧に受容(する)>し、相手の脆弱性に合わせて<自尊心・安心感を脅かさない>ようにする〔脆い自我に寄り添う〕行動群を用いていた。また、変更がきかない固い意志に対し、<信じて意向を中核に据え(る)>、<リスクを覚悟で意向を優先(する)>したり、<ルールにとらわれずニーズを優先(する)>したりする〔枠を破っても意志に追従する〕行動群を用いた。つまり研究参加者は、安心感が乏しく、変更がきかない固い意志をもつ交渉相手に対し、寄り添い方を熟考する【脆さと固さへの徹底的

な寄り添い】方略を行い、交渉の基盤を整えていた。

つまり、【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略によって相手の安心感を支え、【内に潜む可能性と本音の追究】方略によって相手のことを深く理解して交渉の方向性を定め、交渉を進めるための基盤づくりをしていた。このプロセスは、時間をかけて繰り返し行われていた。

IV. 考 察

1. ≪熟考された基盤づくり≫段階における交渉の特徴

思考障害や認知機能障害をもつ統合失調症をもつ人は、論理的で理性的な話し合いやフォーマルな話し合いには限界があり、対象者の意向を把握するためには、時間と空間を共有するケアの積み重ねが重要であると言われている(野嶋, 2004)。交渉の中でも、日々の関わりを通して、時間をかけて相手に寄り添って深く読み取り、熟考する【内に潜む可能性と本音の追究】方略が用いられていた。交渉に類似した概念にShared decision makingがある。これは対象者と共に意思決定を行うプロセスであり、対象者と情報を共有し、話し合い、意思決定を行うという意味を持つ(山口, 種田, 下平ら, 2013)。Shared decision makingに比べ、交渉はケアを通して寄り添い、汲み取る積み重ねの中で展開されており、より広い現象を説明する概念であることが分かる。

また、統合失調症には幻覚や妄想といった陽性症状、無為自閉をきたす陰性症状、ものごとを理解し、実行するための認知機能障害といった生活に影響を与える症状がある。そのため対象者は、症状と生活のしづらさによる苦悩や不安を抱える。野嶋, 岸田, 中野ら(1995)は、心の看護の構成要素に「保護する行為」「安心をもたらす行為」があることを明らかにし、自我が脅かされた状態にある対象者が自律的に行動するためには、自我を強化する必要がある、安心感を得られるようなケアが重要であると考察している。つまり、交渉という自律性が求められる現象において、統合失調症をもつ人にはまず自我が強化される必要がある。看護師はこ

れを踏まえて熟考し、【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略を活用している。【内に潜む可能性と本音の追究】方略に示されたように、言葉にされない本音やニーズを理解し、見立てを立てることは、一般的な交渉の初期の段階に相当するが(齋藤, 2013)、【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略に相当する段階は一般的な交渉にはない。この方略をもつことこそが統合失調症をもつ人との交渉の特徴であり、≪熟考された基盤づくり≫段階は欠かすことのできない段階であると考ええる。

また、【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】、【内に潜む可能性と本音の追究】の2方略からは、相手に関心を寄せ、受け止め、必要な看護を全て提供しようとする関係性を読み取ることができる。これは、Peplau(1952/1973)が示した人間関係の初期の局面、「方向づけ」「同一化」に相当すると考えられる。ビジネスなどにおける一般的な交渉では、交渉相手とのフランクな関係作りを行うが(産業能率大学総合研究所, 2011; 佐々木, 2012)、統合失調症をもつ人との交渉においては、対等に交渉を行う前に、まず専門知識をもって相手の脆弱性を理解して受け止める、というケア提供者としての看護師の姿があることも特徴である。

2. 方略に内在する自我発達を促す視点

統合失調症をもつ人は、他者と関わる上で安全保障感が弱く、自我が脆弱である(Sullivan, 1956a/1983)。そのため、統合失調症をもつ人の意思決定やセルフケアマネジメントを促す時に、安心感を構築し、自我を支えることが基盤としてなされていることが明らかにされている(藤野, 2014; 田井, 野嶋, 2015)。本研究においても、看護師は、交渉相手と家族の不安や苦悩を理解し、共感的に寄り添うという「脆い自我に寄り添う」行動群を用いていた。これは、統合失調症をもつ人が変化していくために必要な、基盤となる方略であると考ええる。

遠藤(2005)は、統合失調症を有する人の自我発達を支援する看護援助の一つに、対象者に応答し、関心を寄せ続け、対象者の求めを理解しようとすることを含む、「存在性・応答性の提示」があることを明らかにした。統合失調症

をもつ人と交渉する看護師も、言葉にされない本音や苦勞、不安、周囲への信頼感を、普段の関わりの中から意識的に拾い上げる〔内に潜む本音を汲み取る〕行動群を用いていた。これは、遠藤 (2005) が明らかにした「存在性・応答性の提示」に相当し、自我発達を促す方略であると考えられる。

つまり、〔脆い自我に寄り添 (う)〕い、〔内に潜む本音を汲み取る〕ことは、統合失調症をもつ人が変化、成長するために欠かすことのできない自我発達を促す視点を持ち、これら2つは交渉の基盤となる行動群であると考えられる。

3. 方略に内在する認知機能障害に配慮する視点

統合失調症をもつ人は、現実的な目標を定めることが苦手で無理をしやすい傾向にあるため、十分ゆとりができるまで待つよう交渉したいところである (中井, 2015)。しかし、統合失調症をもつ人は、認知機能障害のために、言葉だけで看護師の考えを理解することが困難なことがある (Sullivan, 1956b/1983)。そのため、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、相手の望みどおりにした場合に予測される病状悪化のリスクをも度外視し、相手の力、価値観、希望を信じて相手の意志を尊重するという〔枠を破っても意志に追従する〕行動群を用いていた。このように、相手の目標に焦点をあわせることは、認知機能障害をもつ交渉相手を動機づけるために必要な方法であると言われている (McCracken & Corrigan, 2008/2016)。

また看護師は、交渉相手の困難と能力を把握し、〔広く可能性を見立てる〕行動群を用いていた。認知にゆがみをもつ統合失調症をもつ人を動機づける際は、まず看護師が概観して目標を設定することが必要となる (McCracken & Corrigan, 2008/2016)。エンパワメントの視点から考えると、対象者の性格や才能だけではなく、環境や、相手の関心と願望を含むストレングスを相手と対話しながら発見し、目標を立てていくことは重要であるが (Rapp & Goscha, 2006/2008; 伊藤, 2012)、同時に「強さだけではなく弱さやどろどろした人生のプロセスを受け止めるという姿勢」が必要である (塩見, 畦地, 2016)。つまり、看護師は交渉相手のス

トレングスと困難の両方を見極めて、目標を設定する必要があるが、現在の精神看護学には、旧来の看護理論とストレングスモデルを融合したものはまだない。看護師が両方の視点からアセスメントをしていくためのモデルの作成が急務であると考えられる。

以上より、〔枠を破っても意志に追従 (する)〕し、〔広く可能性を見立てる〕ことは、統合失調症をもつ人の認知機能障害に配慮し、熟考した基盤となる行動群であると考えられる。

4. 研究の限界

本研究は、看護師へのインタビューからデータを得ており、研究参加者の想起・認識に頼っている。そのため、語りそのものが現実とは異なっていることがあるかもしれない。また交渉の結果、双方の合意が得られたかどうかということについては、看護師側の判断となることも研究の限界である。そのため、今後はケアの対象者を研究参加者とした研究や、参加観察も取り入れた研究が必要であると考えられる。また、理論的飽和を確認したものの、研究参加者は15名、語られた交渉は29事例であるため、すべての交渉を明らかにしたとは言えないことが本研究の限界である。

謝 辞

インタビューにご協力くださった研究参加者の方々、そして研究参加者をご紹介くださいました管理者の方々に心より感謝申し上げます。

なお、本論文は高知県立大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部に加筆・修正したものであり、科学研究費補助金 (課題番号25463603) を受けて実施した研究の一部である。本研究において、申告すべき利益相反事項はない。

<引用文献>

- 遠藤淑美 (2005). 慢性的に統合失調症を有する人の自我発達を支援する看護援助の構造. 日本精神保健看護学会誌, 14(1), 11-20.
- 藤野清美 (2014). 慢性統合失調症患者の地域生活の定着に向けた意志決定過程. 日本精神保健看護学会誌, 23(1), 81-90.

- 藤代知美, 野嶋佐由美 (2014). 交渉の概念分析と精神科看護への活用の検討. 高知女子大学看護学会誌, 40(1), 13-23.
- Glaser, B.G. & Straus, A.L. (1965) / 木下康仁 (1988). 「死のアウェアネス理論」と看護. 死の認識と終末期ケア (第1版), 81-109. 東京都: 医学書院.
- Glaser, B.G. & Straus, A.L. (1967) / 後藤隆, 大出春江, 水野節夫 (1996). データ対話型理論の発見. 調査からいかに理論をうみだすか (初版), 29-112. 東京都: 新曜社.
- Gregg, M.F. & Magilvy, J.K. (2004). Values in clinical nursing practice and caring. Japan Journal of Nursing Science, 1(1), 11-18.
- 橋本ゆかり, 杉本陽子 (2007). 静脈麻酔下で髄腔内注入を受ける小児がんの子ども認知の変化. 三重看護学誌, 9, 31-40.
- 石浦光世, 佐東美緒, 益守かづき, ほか (2009). 入院中の子どもと交渉する看護者の技術. 高知女子大学看護学会誌, 34(1), 90-98.
- 伊藤順一郎 (2012). 精神科病院を出て、町へ. ACTが作る地域精神医療 (第1版), 42-58. 東京都: 岩波書店.
- 片倉直子, 山本則子, 石垣和子 (2007). 統合失調症を持つ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究. 日本看護科学学会誌, 27(2), 80-91.
- Liberman, R.P. (2008a) / 西園昌久監訳 (2011). 精神障害と回復. リバーマンのリハビリテーション・マニュアル (初版), 6-28. 東京都: 星和書店.
- Liberman, R. P. (2008b) 西園昌久監訳 (2011). 精神障害と回復. リバーマンのリハビリテーション・マニュアル (初版), 68-114. 東京都: 星和書店.
- Madala-Mntla, E.N., Poggenpoel, M., Gmeiner, A. (1999). A model for culture-congruent psychiatric nursing. the South African journal of nursing, 22(3), 65-74.
- 松森直美, 二宮啓子, 蝦名美智子, ほか (2004). 「検査・処置を受ける子どもへの説明と納得」に関するケアモデルの実践と評価(その2). 子どもの力を引き出す関わりと具体的な看護の技術について. 日本看護科学学会誌, 24(4), 22-35.
- McCracken & Corrigan (2008) / 後藤恵 (2016). 動機づけ面接法の適用を拡大する. 心理的問題と精神疾患への臨床適用 (初版), 301-333. 東京都: 星和書店.
- 御手洗昭治, 秋沢伸哉 (2013). 問題解決をはかるハーバード流交渉戦略 (第1版), 20-32. 東京都: 東洋経済新報社.
- 中井久夫 (2015). 中井久夫と考える患者シリーズ1 統合失調症をたどる (第1版), 7-40. 鹿児島県: ラグーナ出版.
- 野嶋佐由美 (2004). 人権を尊重し、意思決定を具現化する看護の方略. 精神科看護, 31(7), 33-40.
- 野嶋佐由美, 岸田佐智, 中野綾美, ほか (1995). ころのケア技術研究, 平成6年度厚生省看護対策総合研究事業研究報告書.
- Peplau, H.E. (1952) / 稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子, ほか (1973). 人間関係の看護論 (第1版), 17-44. 東京都: 医学書院.
- Rapp, C.A. & Goscha, R.J. (2006) / 田中秀樹監訳 (2008). ストレングスモデル. 精神障害者のためのケースマネジメント (第2版), 79-156. 東京都: 金剛出版.
- 齋藤由利子 (2013). 交渉力アップで看護部を変える、病院を変える (初版), 8-19. 東京都: 経営書院.
- 産業能率大学総合研究所交渉研究プロジェクト (2011). 交渉のデザインと実践スキル. 合理的な結論を得るためのシナリオとは (初版), 91-100. 京都府: 産業能率大学出版部.
- 佐々木美加 (2012). 交渉の心理学 (初版), 45-77. 京都府: ナカニシヤ出版.
- 塩見理香, 畦地博子 (2016). 地域で生活する精神障がい者のストレングスを高めるケアに取り組んでいる看護師の姿勢. 6つのテーマに焦点をあてて. 高知女子大学看護学会誌, 41(2), 42-50.
- 白鳥孝子 (2013). 心臓カテーテル法を受ける患者の適切なインフォームドコンセントを支える看護実践. 日本保健科学学会誌, 15(4), 197-209.
- Sullivan, H.S. (1956a) / 中井久夫, 山口直彦,

- 松川周悟 (1983). 精神医学の臨床研究 (第1版), 381-399. 東京都: みすず書房.
- Sullivan, H.S. (1956b) / 中井久夫, 山口直彦, 松川周悟 (1983). 精神医学の臨床研究 (第1版), 13-21, 東京都: みすず書房.
- Straus, A.L. (1978). Negotiations (1st). 27-96. San Francisco: Jossey-Baass.
- 鈴木尤, 伊藤順一郎 (1997). SSTと心理教育 (初版), 49-58. 東京都: 中央法規.
- 田井雅子, 野嶋佐由美 (2015). 統合失調症をもつ人のセルフケアマネジメント促進に向けての自我・自己を支える看護ケア. 高知女子大学看護学会誌, 40(2), 31-41.
- 浦野起央, 信夫隆司 (1986). 交渉理論の検討. 政経研究, 23(1), 141-176.
- 山口創生, 種田綾乃, 下平美智子, ほか (2013). 精神障害者支援における Shared decision makingの実施に向けた課題. 歴史的背景と理論的根拠. 精神障害者とりハビリテーション, 17(2), 62-72.