

原著論文

統合失調症をもつ人との看護師の交渉における考慮

Special consideration provided by nurses to individuals with schizophrenia while negotiation

藤代 知美 (Tomomi Fujishiro)*¹ 野嶋 佐由美 (Sayumi Nojima)*²

要 約

本研究の目的は、地域で生活する統合失調症をもつ人と交渉を行う際に看護師が考慮している要素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、質的に分析を行った。結果、看護師は統合失調症をもつ人の【脆弱な自尊心】【不得手な親密さ】【現実認識の不調和】【固く譲れない意志】【表現されない文脈】【生活全般に影響する精神症状】【変化する生活能力】という7要素に考慮していることが明らかになった。

これらは脆弱性への考慮、尊厳を守るための考慮、タイミングを図るための考慮であり、看護師は、これらを把握しながら交渉していたと考察された。また、このような点を考慮するために、日々のかかわりの中で長い時間をかけて行われることも特徴であると考察された。

Abstract

This qualitative descriptive research aimed to elucidate the special consideration that nurses provide while negotiating with individuals with schizophrenia living a community. Semi-structured interviews were conducted with 15 nurses regarding 29 cases. Seven factors were identified: "vulnerable self-esteem," "weak intimacy," "inability to recognize reality," "strong will to not make concessions," "their context not expressed," "effect of mental status on all aspects of their life," and "changing self-care ability."

These seven factors were considerations for protecting the vulnerability and dignity of individuals with schizophrenia and encouraging timely negotiation. The nurses negotiated grasping these seven factors. These results indicated that it takes a long time for nurses that consider these points through daily care.

キーワード：交渉 統合失調症 アセスメント

I. はじめに

近年の精神科看護においては、患者の希望に沿い、エンパワメントしながら、患者が自分の責任で人生を歩むことができるよう支援することが重要とされている (Ragins, M., 2002/2005)。患者が治療やケアを受ける際は、自律性が尊重され、自分自身で意思決定する必要がある。しかし、インフォームドコンセントの際に、患者が直面するコミュニケーションの問題として、説明の理解不足、自己表現が不得手、医療者と患者が大事にしていることとその理由について相互認識の欠如、複数の関係者間での連携不足があることが指摘されている (吉武,

2007a)。そのため、患者だけに判断を任せるのではなく、医療者と共に決定する shared decision making や合意形成の考えが、近年広まってきた。shared decision making とは、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 (山口ら, 2013)。また、合意形成に関しては、意見とその理由の共有、思いを意向につなげる対話、最善の策を見出すための創造的な話し合い、という3つの原則がある (吉武, 2007b)。いずれも、相互作用の中で互いの意見を共有し、最善の策を考え出すというプロセスである。筆者は、このような過程を「交渉」として着目した。

*¹ 四国大学看護学部

*² 高知県立大学看護学部

交渉とは、利害関係にある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、自分の視点や利益よりも相手との関係を重視して話し合い、共通の理解を得るためになされる問題解決のためのコミュニケーションプロセスであると一般的に言われている（御手洗ら，2013；鈴木，2004a）。そして、交渉を円滑に行うための交渉術などが広く紹介されている（Fisher et al., 1991/1998；渋谷，2003；プレジデント編集部，2006；伊奈，2012；久保田，2012）

医療の場面においては、終末期にある患者が医療者に交渉を行うこと（Glaser et al., 1965/1988）、子どもが看護師に交渉すること（橋本ら，2007）、看護師が入院中の子どもと交渉すること（松森ら，2004；石浦ら，2009）、看護師が他職種と交渉すること（白鳥，2013；Gregg et al., 2004）が明らかにされてきた。また、精神障害をもつ人に対しては、疾病自己管理プログラム（Lieberman, 2008/2011）や心理教育（鈴木ら，1997）を用い、医療者と上手く交渉できるように支援がされている。

筆者らは、統合失調症をもつ人が自律的に意思決定できるよう援助するために、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である」と定義し（藤代ら，2014）、看護師が統合失調症をもつ人に行っている交渉を質的に明らかにした（藤代ら，2017a；藤代ら，2017b）。そして、交渉する看護師は、＜固さと脆さへの徹底的な寄り添い＞方略と＜内に潜む可能性と本音の追及＞方略を用いて《熟考された基盤づくり》を行い、次に＜方向づけ＞方略、＜巧みな押し引き＞方略、＜自己決定による合意への導き＞方略を用いて《熟練したいざない》を行っていたことを明らかにした。これらの交渉方略は、一般的な交渉と異なり、交渉相手の自我や認知機能の脆弱性に配慮したものであり、理屈や感情を駆使しながら体験を通して動機づけ、説明の技術を用いて自己決定を促し、合意形成に導くものであり、エンパワメントを促進

するものであると考察された。さらに、交渉を行う際に看護師が交渉相手に対して考慮している要素を明らかにすることで、先に明らかになった交渉方略を的確に用いるためのアセスメントの指標を得ることができると考えた。そこで本研究では、統合失調症をもつ人に看護師が交渉を行う際に考慮している要素について、交渉相手に関するものに焦点を当てて明らかにすることを目的とする。なお、考慮とは人や組織が物事を判断する前に、様々な要素を考えあわせることであり、本研究では、考慮を、看護師が交渉するにあたって、交渉相手や交渉状況について把握し判断する意味で用いる。

II. 研究 方 法

1. 研究デザイン

質的因子探索研究

2. 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。交渉には、高い専門性が要求されると考え、管理者や大学教員などから推薦を受けた看護師を研究参加者とした。

3. データ収集期間とデータ収集方法

データ収集期間は、2014年5月より2015年6月である。1名の研究参加者につき、交渉における工夫が幅広く語られるよう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、交渉相手との意向の違いを問うた上で、看護師の状況のとりえ方、話し合いややり取りなどの交渉の内容とその変化、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。なお、上手くいかなかった交渉については、いずれも困難であったが、交渉相手が納得する交渉を成立させたというインタビュー内容であったことから、上手くいった交渉のデータと共に分析を行った。

4. データ分析方法

分析においてはまず、事例ごとにデータを深く読み込み、内容を確認した。次に看護師の交渉について、意味のまとまりごとにデータを切り取り、取り上げた最小の現象に命名し、コード名とした。そして、1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1段階目の個別カテゴリー名をつけた。次に、交渉の現象を損なうことがなく、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2段階目の個別カテゴリー名をつけた。第3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。そして、この中から看護師が交渉相手に関して考慮した要素を含むと考えられるカテゴリーを抽出し、考慮した要素を明らかにするという観点から読み込み、類似性と相違性に着目して似たものを集めて、考慮した要素を表すカテゴリー名を付けた。これを3度繰り返し、最終的なカテゴリー、サブカテゴリーを得た。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った。

5. 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。

語られた交渉事は、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、希望の引き出し3事例であった。

2. 看護師が考慮した要素

看護師が交渉を行う際に考慮した交渉相手に関する要素は、表1に示したように7カテゴリーが抽出できた。以下に具体的に説明する。尚、【 】は抽出されたカテゴリー、〔 〕はサブカテゴリー、斜体は具体的な逐語録、()は筆者が補った言葉を示す。

表1 交渉において看護師が考慮した要素

カテゴリー	サブカテゴリー
脆弱な自尊心	傷つきやすく保護が必要な自我と自尊心
	新たなことへの自信のなさ
不得手な親密さ	困難な距離感
	深い関係を構築することの困難
固く譲れない意志	自分を保とうとする強い思い
	頑なさ
現実認識の不調和	自己評価と現実検討の困難
	焦り感
表現されない文脈	ストレートに表現されない思い
	独自の文脈
生活全般に影響する精神症状	理解力を妨げる精神症状
	行動に影響するストレスと病状
変化する生活能力	生活上の困難
	生活能力の広がり

1) 【脆弱な自尊心】

看護師は、自信がなく傷つきやすい自尊心と自我を考慮しながら交渉していた。これには、〔傷つきやすく保護が必要な自我と自尊心〕〔新たなことへの自信のなさ〕という2つのサブカテゴリーが抽出された。

(1) 〔傷つきやすく保護が必要な自我と自尊心〕

これは、ちょっとした失敗にも傷つきやすい自尊心と、脅かされやすく脆い自我を考慮することである。

例えば訪問看護師Kは、「そこで振り返りをすると、ただ責められている気がするんじゃないかと思ったので、その時のこと（怒鳴って看護師を追い返したこと）は次の時には触れないで。」と、拒否する利用者と交渉する際に、傷つきやすく保護が必要な自我と自尊心を考慮したことを語った。

(2) 〔新たなことへの自信のなさ〕

これは、経験したことのない看護師の提案に対し、自信がもてないことを考慮することである。

例えば病棟看護師Dは、「やっぱり1人で家にいられない、やれる自信がないっていうのが根強くて。…確かにお母さんと長く2人で過ごしてきたし、自分でやってきた人だけど、人がいたからできたっていう部分も無きにしもあらずで。」と、退院に踏み切れない患者と交渉する際に、新たなことに対する自信のなさを考慮したことを語った。

2) 【不得手な親密さ】

看護師は、看護師をはじめとする周囲の人との距離感が難しく、本音を言うことが困難であることを考慮しながら交渉していた。これには、〔困難な距離感〕〔深い関係を構築することの困難〕という2つのサブカテゴリーが抽出された。

(1) 〔困難な距離感〕

これは、人との距離感を縮めることが難しく、対人関係を築くことの困難さを考慮することである。

例えば訪問看護師Fは、「自分は一つ上の世界の間人だと考えていて。一般的な私たちとはちょっと違う存在だっていう考えを持って

いる方なので、なかなか本音っていう部分は話してくださる方ではなくて。…僕のことはあなたには分からないから、みたいなことを何度か言われました。」と、退院調整を行う患者と交渉する際に、距離感を縮めることの困難さを考慮したことを語った。

(2) 〔深い関係を構築することの困難〕

これは、表面的あるいは拒否的であり、本音を言い合える関係を築くことが困難であることを考慮することである。

例えば訪問看護師Eは、「例えば薬は飲まないといけないって言っても、納得したわけじゃないんですね。『何で飲まないといけないの?』とかも言わないんですよ。（話が）広がらなかったですね。」と、内服を嫌がる利用者と交渉する際に、深い関係を構築することの困難さを考慮したことを語った。

3) 【固く譲れない意志】

看護師は、交渉相手が自分の生活様式や家族との関係、自尊心を守り、自分自身を保とうとする必死の思いから生まれる頑なで強い意志を考慮しながら交渉していた。これには、〔自分を保とうとする強い思い〕〔頑なさ〕という2つのサブカテゴリーが抽出された。

(1) 〔自分を保とうとする強い思い〕

これは、交渉相手が大切に守りたいと思っている生活や夢、生き方、人との関係性を考慮することである。

例えば生活保護相談をする看護師Hは、「こちらから見れば、薬を飲んだら入院する直前のハチャメチャな状態がある程度普通になった。でも彼にとったらハチャメチャな方が長かったから、もう普通に戻されても満足じゃなかったんだよ。こんなに頭の回転が悪くなって、ボーっとしているのは自分じゃないって言ったんだよ。」と、未治療期間が長かった利用者と交渉する際に、自分を保とうとする強い思いを考慮したことを語った。

(2) 〔頑なさ〕

これは、生活の中に介入されることや看護師をはじめとする他者に意見されることへの頑なさ、そのことによる提案への拒否の程度と、自身の目標に対する意思の強さを考慮す

ることである。

例えば訪問看護師Gは、「ご本人は生活の中に入られるのは、ちょっと拒否気味であったり。…(看護師の意見を)いくら聞いても、『うーん、うーん』って(悩んで)、『そうしよう』というふうにはならない人ではあるんです。」と、家の片づけができるよう交渉する際に、頑なさを考慮したことを語った。

4) 【現実認識の不調和】

看護師は、自己評価が高く、現実検討が甘いことで他の提案を受け入れられなかったり、焦ったりする状態を考慮しながら交渉していた。これには、〔自己評価と現実検討の困難〕〔焦り感〕という2つのサブカテゴリーが抽出された。

(1) 【自己評価と現実検討の困難】

これは、病識がなかったり、自己の力を過大評価すること、起っている問題を正確に認識できないことによって、看護師の提案を理解できないことを考慮することである。

例えば訪問看護師Cは、「本人の中に(訪問看護を受ける)それほどの動機がないんですよ。のど元過ぎたら熱さ忘れてるので。(体調が悪くて)倒れた時は(訪問看護を)受けてもいいと思ったけど、いちいち来られるのは面倒くさい。」と、ケアを受け入れない利用者と交渉する際に、自己評価と現実検討の困難さを考慮したことを語った。

(2) 【焦り感】

これは、周囲の影響やもともとの性格によって無理をして事を急いだり、こなそうとする状態を考慮することである。

例えばデイケア看護師Dは、「今、また入院してきていて、3ヶ月になるのかな。今ちょっと本人焦っていますよね。っていうのは、ある程度のところでグループホームから退去しないといけないという状況になるので。」と、退院調整が進むと病状が悪化する患者と交渉する際に、焦り感を考慮したことを語った。

5) 【表現されない文脈】

看護師は、異なる文脈の中で生じ、表現されにくい考えや思い、苦悩などの感情を考慮しながら交渉していた。これには、〔ストレートに表

現されない思い〕〔独自の文脈〕という2つのサブカテゴリーが抽出された。

(1) 【ストレートに表現されない思い】

これは、病状や障害、複雑な心理などの影響により、遠まわしで限定的にしか表現されない思いや、言葉とは裏腹な思いを考慮することである。

例えばデイケア管理者Oは、「(コーヒーを上手く入れられるようになると) コーヒーを入れる場所をもちたいなって当然思いますよね。でも彼はもちろんそういうことはすぐには言わないから、こちらから『イベントに行ってみない?』って声をかけるんです。」と、希望を引き出そうと交渉する際に、ストレートに表現されない思いを考慮したことを語った。

(2) 【独自の文脈】

これは、交渉相手が看護師とは異なる思考過程をもつこと、看護師とは異なる将来の見立てをもつことや、交渉相手の要望の理由、これまでの経験を踏まえた不安や苦悩といった交渉相手の内面にある文脈を考慮することである。

例えば訪問看護師Cは、「『俺はそんな法に触れるようなことをする人間じゃない』って言って。…この人の目から見ると、(人を殴ることは)一定の社会的にやらないといけなことをやっているだけなんだって。それが(訪問看護の)契約の時に分かった。」と、暴力を振るわないように交渉する際に、独自の文脈を考慮したことを語った。

6) 【生活全般に影響する精神症状】

看護師は、理解力を妨げ、ひいては行動にも影響を及ぼすストレスと精神症状を考慮しながら交渉を行っていた。これには、〔理解力を妨げる精神症状〕〔行動に影響するストレスと病状〕という2つのサブカテゴリーが抽出された。

(1) 【理解力を妨げる精神症状】

これは、看護師の提案や説明、現実に対する理解力に影響する精神症状を考慮することである。

例えば訪問看護師Mは、「(調子が悪くて)怒っているような時は、話のつじつまとか、彼が何を言っているのかを一生懸命聞いてい

るだけですね。あえて反論はしないですね。」と、社会的に認められる方法で目標達成するよう交渉する際に、理解力を妨げる精神症状を考慮したことを語った。

(2) [行動に影響するストレスと病状]

これは、自尊心や不安に影響を与えるストレスや、病状の悪化によって行動が影響を受けることを考慮することである。

例えば病棟看護師Fは、「何か上手くいかないと、『もう退院しない』『退院できない』みたいに言うことがありましたね。特にお父さんやお母さんと会った後はそうでしたね。他の患者さんと上手くいかなかった時もそんなこと言っていました。」と、退院に消極的な患者と交渉する際に、行動に影響するストレスと病状を考慮したことを語った。

7) [変化する生活能力]

看護師は、生活上の問題を抱えていること、問題がありながらも生活能力が広がりを見せることを考慮しながら交渉していた。これには、[生活上の困難][生活能力の広がり]という2つのサブカテゴリーが抽出された。

(1) [生活上の困難]

これは、家事や金銭管理などの生活上の問題を考慮することである。

例えばデイケア看護師Aは、「(家でお金を盗まれたにも関わらず) もちろん家の鍵は閉めない。料理はうまいと言うが、魚のフライを揚げても真黒焦げで警報機が鳴る。でも一生懸命。」と、金銭管理の援助を受けるよう交渉する際に、生活上の困難を考慮したことを語った。

(2) [生活能力の広がり]

これは、元々の能力や人柄に加え、できることや生活範囲が増えることによる生活能力の広がりを考慮することである。

例えば訪問看護師Gは、「ちょっとずつ作業所が継続できるようになってくると、『この家(片付けられてない家)に帰ってくるかと思うともうしんどい』っていう話がちゃんとできるようになったんですね。」と、家の片付けができるよう交渉する際に、生活能力の広がりを考慮したことを語った。

IV. 考 察

看護師が交渉する統合失調症をもつ人に対して考慮していた事柄は7つにまとめられた。すなわち、統合失調をもつ人と交渉する看護師は、【脆弱な自尊心】【不得手な親密さ】【固く譲れない意志】【現実認識の不調和】【表現されない文脈】【生活全般に影響する精神症状】【変化する生活能力】を把握し、査定しながら交渉していたと捉えることができる。ここでは、まず交渉を行う中で看護師が考慮した事柄について、脆弱性への考慮、尊厳を守るための考慮、タイミングを図るための考慮、という視点から考察し、次に統合失調症をもつ人への交渉の特徴について考察する。

1. 脆弱性への考慮

統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、【脆弱な自尊心】と【不得手な親密さ】を考慮していた。Blankenburg (1971/1978) は、統合失調症をもつ人は自分自身を頼りにし、自発的に判断し、何かをすることが不可能になると述べている。自明性の喪失により、自発的に何かを行う時、自己の行為の由来が正当なものとして納得できない。そのため、いつも支えを必要とする。また、Sullivan (1953/1990) は精神障害について説明する中で、発達段階において自己尊敬を獲得できず、習慣的に自己自身を低いとする見解をもっている人は、欲求が満足され、安全が強化されるような対人の場を持つことが困難であると述べている。さらに統合失調症をもつ人と看護師の関係性に注目すると、両者の関係が援助関係であるため、統合失調症をもつ人は看護師に意義を唱えたり、逆らったりすることを避けようとすると考えられる(Groopman et al., 2011/2013)。また、長年自分の意思が大事にされない経験をしており(片倉ら, 2007)、自分に決定権がないと感じていること(小山, 2013)が分かっている。つまり、統合失調症をもつ人は、疾病そのもののみならず、発達段階や治療過程の中で培うことができなかった低い自己評価や対人関係上の困難を抱える。しかし、交渉を行うためには、双方の間に信頼関係を構築し、コミュニケーション

を通して相互理解を深めることが必要である (Fisher et al., 1991/1998; 北浦ら, 2015)。そのため看護師は、自尊心や親密さに脆弱性を抱える相手が、交渉を進められる状態であるかどうか査定し、考慮しながら交渉しているのだと考える。

加えて看護師は、自己評価が高く、現実検討が甘いことによって、他者の提案を受け入れられなかったり、焦ったりするという【現実認識の不調和】を考慮していた。統合失調症をもつ人は、現実吟味力が弱く、高望みしがちである (昼田, 1989)。また、いろいろな場面を想定し、いろいろな人の立場に身をおいて1つのことを多様な局面から考えるという視点の変更ができないという行動特性をもつ (昼田, 1989)。そのため、看護師の意見を理解し、取り入れることが困難となる。また、休むのが下手で焦りがちであることから (中井, 2015)、適度な目標を設定することが困難であると考えられる。佐々木 (2012) は、認知アプローチの視点から、相手の立場から物事を理解できるかどうかという視点取得能力などの認知能力、交渉課題や相手に対する認知の正確さが交渉に影響を与えると述べている。すなわち、統合失調症をもつ人が看護師と協働的に交渉を行って目標を定めるために、看護師は相手の認知能力を考慮しつつ交渉する必要性がある。

以上より、【脆弱な自尊心】 【不得手な親密さ】 【現実認識の不調和】 に考慮することは、統合失調症という疾患や障害そのもののみならず、発達段階や治療過程で培うことができなかった自己評価や対人関係、現実認識の困難さという脆弱性を査定し、対等に交渉できる状態であるか考慮することを意味すると考える。

2. 尊厳を守るための考慮

前述したように、統合失調症をもつ人は対人関係が苦手であり、物事を多面的に考えて適度な目標を設定することが困難であるという特性をもつ。そのため、看護師は言語的に【表現されない文脈】を考慮していた。さらに、生活様式や家族との関係、自尊心を守り、自分自身を保とうとする必死の思いから生まれる頑なで【固く譲れない意志】の程度を見積もっていた。

すなわち、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、尊厳を守るための考慮を行っていたと考える。

交渉においては、コミュニケーションを十分にとり、相手の認知フレームを理解することが必要であると言われている (齋藤, 2017)。認知フレームとはものの見方であり、相手のナラティブ、知識や期待、社会的な立場によって相違が生まれる (齋藤, 2017)。この認知フレームを理解することで、交渉が成立しやすくなり、問題解決を図ることができる。倫理的合意形成を行う際にも、対象者の意見の理由を聞くことで、相手の関心事や懸念を理解することができ、最善策を探ることができると言われている (吉武, 2017)。しかし、統合失調症をもつ人には対人関係が苦手であり、現実吟味力が弱いという特性があるため、看護師が認知フレームを理解したり、意見の理由を知ることが難しい。そのため、看護師は<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>方略を用いて、十分な時間を使って交渉していることを筆者らは明らかにした (藤代ら, 2017a)。

また、交渉する統合失調症をもつ人には【固く譲れない意志】があった。近年、対象者の問題点ではなく、ストレングスに着目した実践が重要であると言われている (Rapp et al., 2006/2008)。ストレングス理論では、対象者の願望と目標に注目する。前述したように、統合失調症の特性から、交渉相手の目標が高すぎることもある。しかしストレングス理論では、その目標を交渉の対象として変えていこうとするのではなく、相手のことをもっと知ろうとし、目標を達成したい理由を知ることが必要であると考えられる (Rapp et al., 2006/2008)。理由を知ることによって、目標達成に向けた過程をどのように考えたらいいかヒントが得られるというのだ (Rapp et al., 2006/2008)。こうすることで、交渉相手の自律性を尊重し、尊厳を守ることができる。

つまり、【表現されない文脈】を考慮して【固く譲れない意志】を尊重することは、相手の願望や目標に合わせ、目標を達成するための方法を共に考え、交渉することにつながる尊厳を守るための考慮であると考えられる。

3. タイミングを図るための考慮

交渉を行う看護師は、理解力が妨げられたり、行動が普段と変化する【生活全般に影響する精神症状】、これに影響を受ける生活上の問題を抱えながらも改善をみせる【変化する生活能力】について考慮していた。

畦地ら（1999）は、精神科看護師のクリニカルジャッジメントには、「手がかり」「読み」「働きかけの選択」「経験の蓄え」という4つの局面があることを明らかにした。まず「手がかり」の局面で集められた情報が、「読み」の局面で『状態』として意味づけられ、さらに複数の状態を関連づけた『状態のとらえ』として統合して解釈される。『状態』とは、心の状態や病状、生活への影響のことであり、本研究の【生活全般に影響する精神症状】【変化する生活能力】に相当する。筆者らの行った統合失調症をもつ人への看護師の交渉を明らかにした研究では、交渉する看護師は、初期の段階で＜脆さと固さへの徹底的な寄り添い＞方略を用いていた。これには病による不安を丁寧に受容したり、自尊心・安心感を脅かさないようにすることが含まれた（藤代ら、2017a）。そして安心感が増えてくると、次第に＜方向づけ＞方略と＜巧みな押し引き＞方略を用いて相手を動機づけ、最終的に生活能力が向上した時をチャンスととらえて直面化を促すなどの＜自己決定による合意への導き＞方略を用いて交渉を成立させていた（藤代ら、2017b）。つまり、交渉においてもクリニカルジャッジメントと同様に、病状と生活能力の『状態』をとらえ、働きかけを選択する、つまり交渉方略を選択するタイミングを図っているのだと考える。

統合失調症をもつ人との交渉では、相手との間にコンフリクトがありながらも、統合失調症をもつ人が新たな選択肢について検討することができるよう、動機づけ、最終的には相手の自己決定により合意形成する（藤代ら、2017b）。野嶋ら（2000）は、患者の意思決定を支える看護の方略について質的研究を行い、患者の力の発揮を支える側面として、「保つ」方略があることを明らかにした。「保つ」方略とは、患者の今ある力やエネルギーを把握し、気分転換などを取り入れて患者の心の病気や苦痛から解放する

ことである。このことにより、意思決定に向う意欲を支えていることが明らかにされている。患者の視点からなされた研究としては、藤野（2014）は、慢性期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について質的研究を行い、「安心して意欲を回復する局面」「現実へ直面して自分を知る局面」「自ら判断して生活を積み重ねる局面」があることを明らかにした。「安心して意欲を回復する局面」では、患者は周囲のサポートによって安全で安心できる体験をし、症状が安定し、気力を回復させていた。そして、「現実へ直面して自分を知る局面」では、現実に直面したり、自分を認められない葛藤を抱えながら、症状に左右されない生活を送ることができるようになっていた。つまり、交渉を成立させるためには、統合失調症をもつ人が自律的に判断して意思決定できるよう、精神状態や生活状態が回復し、エネルギーや気力が回復しているか否かを見極める必要があると言える。

以上のことより、【生活全般に影響する精神症状】【変化する生活能力】を考慮することは、統合失調症をもつ人が自律的に交渉し、意思決定が行えるような状況が整うタイミングを見極めることであると考えられる。

4. 統合失調症をもつ人との交渉における考慮の特徴

一般的な交渉においても、協働関係で行う交渉は、相手の権利を尊重して行われる（鈴木、2004b）。前述したように、統合失調症をもつ人には、自尊心や対人関係、認知機能の脆弱性といった特性がある。そのため、統合失調症をもつ人の尊厳を守り、願いや目標に沿って交渉するためには、これらの特性を考慮し、対等に交渉ができる精神症状や生活が整うタイミングを考慮することが必要である。そのため、統合失調症をもつ人と看護師の交渉とは、日々のかかわりの中で長い時間をかけて行われることも特徴であると考えられる。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究は、看護師へのインタビューのみからデータを得ているため、事実と齟齬がある可能性がある。今後は統合失調症をもつ人を研究参

加者としたり、参加観察を取り入れた研究が必要であると考え。また、研究参加者は15名、29事例であるため、一般化するには限界がある。また、今後はこれらの結果を活用できるよう、ガイドラインや教育プログラムを作成する必要があると考える。

V. 結 論

統合失調症をもつ人に看護師が交渉を行う際、考慮している要素を質的記述的に明らかにした結果、【脆弱な自尊心】【不得手な親密さ】【固く譲れない意志】【現実認識の不調和】【表現されない文脈】【生活全般に影響する精神症状】【変化する生活能力】について考慮していた。考察の結果、統合失調症をもつ人の尊厳を守り、願いや目標に沿って交渉するために、自尊心や対人関係、認知機能への脆弱性を考慮し、対等に交渉ができる精神症状や生活が整ったタイミングを考慮して交渉されていることが示された。

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様に心より感謝申し上げます。

本論文は科学研究費補助金(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>

- 畦地博子, 梶本市子, 粕田孝行, 他 (1999). 精神科看護婦・士のクリニカルジャッジメントの構造とタイプ. *Quality Nursing*, 5(9), 51-61.
- Blankenburg, W. (1971) / 木村敏, 岡本進, 島弘嗣 (1978). 自明性の喪失; 分裂病の現象学 (第1版), 103-207. 東京都: みすず書房.
- Fisher, R. & Ury, W. (1991) / 金山宣夫, 浅井和子 (1998). 新版ハーバード流交渉術 (第1版), 5-144. 東京都: ティビーエス・ブリタニカ.
- 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.
- 藤代知美, 野嶋佐由美 (2017a). 地域で生活する統合失調症をもつ人との交渉において看護師が用いる方略; 交渉成立に向けた熟考された基盤づくり. *高知女子大学看護学会誌*, 42(2), 11-21.
- 藤代知美, 野嶋佐由美 (2017b). 地域で生活する統合失調症をもつ人との交渉において看護師が用いる方略; 交渉成立に向けて熟練したいざない. *高知女子大学看護学会誌*, 43(1), 79-90.
- Groopman, J. & Hartzband, P. (2011) / 堀内志奈 (2013). 決められない患者たち (第1版), 91-114. 東京都: 医学書院.
- Glaser, B.G. & Strauss, 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.
- 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). 静脈麻酔下で胸腔内注入を受ける小児がんの子どもへの認知の変化. *三重看護学誌*, 9, 31-40.
- 昼田源四郎 (1989). 分裂病者の行動特性 (初版), 11-68. 東京都: 金剛出版.
- 伊奈久喜 (2012). 外交プロに学ぶ修羅場の交渉術 (初版) 12-30. 東京都: 新潮社.
- 石浦光世, 佐東美緒, 益守かづき, 他 (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.
- 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.
- 北浦暁子, 渡辺徹 (2015). 今日から使う看護現場の基本交渉術 (第1版), 77-109. 東京都: 医学書院.
- 久保田崇 (2012). キャリア官僚の交渉術; 上司、部下、お客さんを思うように説得する“霞が関流” 8つの方法 (初版), 15-40. 東京都: アスコム.
- Lieberman, R. P. (2008) / 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.
- 松森直美，二宮啓子，蝦名美智子，他（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. 日本看護科学会誌，24(4)，22-35.
- 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章交渉と日本人の交渉観），第1版，東洋経済新報社，20-32.
- 中井久夫（2015）. 中井久夫と考える患者シリーズⅡ統合失調症をたどる（初版），7-40. 鹿児島市：ラグーナ出版.
- 野嶋佐由美，阿部淳子，中野綾美，他（2000）. 患者の意思決定を支える看護の方略. 高知女子大学看護学会誌，25(1)，33-42.
- 小山明美（2013）：長期入院を経て退院に至った統合失調症患者の自己決定のプロセス. 日本看護倫理学会誌，5(1)，40-45.
- プレジデント編集部（2006）. 人を動かす言葉の戦略；部下が動く、上司が動く、顧客が動く（第1版）187-255. 東京都：プレジデント社.
- Ragins, M. (2002)／前田ケイ（2005）. ビレッジから学ぶリカバリーへの道；精神の病から立ち直ることを支援する（初版），24-31. 東京都：金剛出版.
- 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，158-206. 東京都：金剛出版.
- 佐々木美加（2012）. 交渉の心理学（初版），1-43. 京都市：ナカニシヤ出版.
- 齋藤由利子（2017）. 交渉術を看護に活かす！事例で学ぶ看護管理者の交渉術，Nursing Business，11(4)，71-73.
- 渋谷昌三（2003）. 面白いほどうまくいく心理戦術（第1版）54-127，東洋経済新報社，54-127.
- 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. (1953)／中井久夫，宮崎隆吉，高木敬三，ほか（1990）. 精神医学は対人関係論である（初版），332-408. 東京都：みすず書房.
- 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.
- 鈴木有香（2004a）. ミディエーション；協調的問題解決のためのコミュニケーション（第1版），45-68. 東京都：三修社.
- 鈴木有香（2004b）. ミディエーション；協調的問題解決のためのコミュニケーション（第1版），21-44. 東京都：三修社.
- 山口創生，種田綾乃，下平美智子，他（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，精神障害者とリハビリテーション，17(2)，62-72.
- 吉武久美子（2007a）. 医療倫理と合意形成；治療・ケアの現場での意思決定（初版），84-94. 東京都：東信堂.
- 吉武久美子（2007b）. 医療倫理と合意形成；治療・ケアの現場での意思決定（初版），141-161. 東京都：東信堂.
- 吉武久美子（2017）. 看護者のための倫理的合意形成の考え方・進め方（初版），15-29. 東京都：医学書院.