

研究報告

統合失調症をもつ人の地域生活移行・定着を支えるための 「交渉スキル修得プログラム」の実践と評価

Evaluation of an educational program of negotiation skills transitioning community life among people with schizophrenia

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

要 約

本研究の目的は、統合失調症をもつ人の地域生活移行・定着を促進するために開発した「交渉スキル習得プログラム」を実践し、評価することである。

5名の研究協力者にプログラムを実施し、アンケートとグループインタビューにて評価した。結果、自我機能に関連する内容において評価が低いことと、プログラム受講後に研究協力者が実施した交渉の全体像が明らかになった。受講後の看護師は、患者を『全人的により深く思いを理解しようとした』ことから、『多角的に理解して患者に沿った方略を慎重に考え(た)』、『丁寧かつ率直に聞くことで思いが語られ、進展した』り、『信頼関係を重視して患者の意向に沿った』りした。『見立てや関わりがうまくいかなかった』こともあったが、『全人的により深く思いを理解しようとした』ことが基盤となり、交渉のサイクルが繰り返されていた。

患者を全人的に深く理解したいという関心が生じ、看護師を動機づけていたことが「交渉スキル習得プログラム」の成果であるが、受講、理解しやすいように、プログラムを修正することが今後の課題である。

キーワード：交渉スキル 地域生活移行・地域生活定着 統合失調症 教育プログラム

I. はじめに

2014年「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策」が打ち出され、退院に向けた意欲の喚起や本人の意向に沿った地域生活移行・定着支援が促進された。しかし、今も25万人余りの人が入院しており、再入院率も高いことから(厚生労働省, 2018)、地域生活移行・定着のための支援方法の確立が必要であると考えられる。

相手と意向のズレがある場合に用いられるコミュニケーション・スキルに「交渉」がある。看護理論家であるKing (1981/1985) は、看護師と患者の間の相互行為の中で、患者が健康課題を知覚し、共同目標を設定・確認して強化していく過程には、コミュニケーションがあり、そのコミュニケーションには対話や交渉、折衝が

含まれていると述べている。つまり、交渉とは、看護師が対象者と目標を共有し、それに取り組むために必要なコミュニケーション・スキルであることが分かる。しかし、看護における患者との交渉をテーマとした研究は少ない(本村ら, 2004; 石浦ら, 2009)。筆者らは、統合失調症をもつ人に対し、看護師が【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】という方略を用いて交渉の基盤づくりをし、さらに【方向づけ】【巧みな押し引き】【自己決定による合意への導き】という方略によって交渉成立に誘っていることを明らかにした(藤代ら, 2017a; 藤代ら, 2017b)。看護師が統合失調症をもつ人に行う交渉は、一般的に行われる交渉と異なり、相手の認知機能と自我機能の脆弱さに配慮した上で、新たな選択肢検討に向けて、理屈や感情を駆使しながら体験を用いて動機づ

*¹高知県立大学

け、説明の技術を用いて誘い、最終的な決定は相手に任せ、選択を尊重する看護ケアであると考えられた（藤代ら，2017b）。

精神科看護においては、病識がなく治療を拒む患者（新津，2020）や、暴力がある患者（松本ら，2015）に、交渉を含むプログラムが用いられているが、地域生活移行や地域生活定着に活用できる交渉プログラムはない。そこで筆者らは、対話や話し合いを重ねても、健康で安全に生活する方法が選択されにくい統合失調症をもつ人と、看護師との間にある意向のズレを解消し、協働関係のもと、地域生活移行・定着を促進する交渉スキルを習得することを目的とする教育プログラムを作成した（藤代ら，2021）。本研究は、この教育プログラムを実践し、プログラムを受講した看護師から評価を受けるとともに、プログラムを受講後の看護師がどのような交渉を行ったのか明らかにすることを通して、プログラムを評価することを目的とした。

II. 研究 方 法

1. プログラムの対象と理論的基盤

交渉という高度なコミュニケーション・スキルを習得できるよう、臨床経験4年目以上の看護師を対象とした。そして、成人の学習モデルであるアンドラゴジーモデル（Knowles／堀ら，1980／2002）を理論的基盤とし、毎回紙上事例を用いたグループワークを取り入れて、豊かな経験を持つ看護師が学習した知識を活用できるようにした（藤代ら，2021）。

2. プログラムの目標と構造

プログラムの目標は（1）統合失調症をもつ人との間に意向のずれが生じやすい理由を理解する、（2）事例を用いて統合失調症をもつ人の本音と可能性を読み取り、どのように寄り添うか考える、（3）統合失調症をもつ人を方向づけ、合意を交わすために必要なスキルを理解する、（4）統合失調症をもつ人の尊厳を守るための交渉のポイントを理解する、の4点である。

目標（1）に対応した「セッション1：交渉とは」「セッション2：交渉において必要な配慮」では、地域移行・地域生活定着において交

渉が必要な理由、交渉の定義、精神看護における交渉の位置づけ、自我機能障害、精神機能障害、セルフケアの不足とそれぞれに関するアセスメント項目について学習する。目標（2）、（3）に対応した「セッション3：交渉の基盤となるスキル」「セッション2：交渉において必要な配慮」では5つの交渉スキル【徹底的に寄り添う】、【本音と可能性を追求する】、【方向づける】、【巧みに押し引きする】、【自己決定による合意へ導く】スキルに含まれる16の具体的スキルを学習する。目標（4）に対応した「セッション5：5つの交渉スキルを支える3つの実践力」では、倫理的感受性、自己洞察力、チーム内で協働する力について学習する（藤代ら，2021）（表1）。

3. プログラムの運用方法

プログラムを1回あたり90分、2週間隔で3回実施し、第3回目終了1か月後に、第4回目としてフォローアップ研修を実施できるよう構成した。

第1回目はセッション1と2、第2回目はセッション3、第3回目はセッション4と5を、対面またはオンラインにて実施する。39ページからなるA4版テキストとパワーポイントを用いた講義の後、事例を用いたグループワークを毎回実施する。第4回目のフォローアップ研修では、プログラムの活用状況を共有した後、実際にプログラムを活用した事例について検討する。

4. 研究期間および研究協力者

実施期間は2021年11月～2022年4月であり、研究の協力を得られた精神科病院や精神障害者への訪問看護を実施する訪問看護ステーションの管理者に研究協力を依頼し、研究への同意が得られた看護師を研究協力者とした。

5. プログラムの評価および分析方法

1) 研究協力者によるプログラムの評価

プログラムに対する反応を評価するために、第1～3回目終了後にアンケートを実施した。質問項目は、セッション2の3つのアセスメントと、セッション3と4の16の具体的スキルそれぞれに対する①プログラム受講前の実施状況、②内容の理解、③効果の理解、④活用する自信、

表1 プログラムの概要

日程	目 標	内 容	
第1回目	統合失調症をもつ人との間に意向のずれが生じやすい理由を理解する	セッション1 交渉とは	・地域移行・地域生活定着において交渉が必要な理由 ・交渉の定義、精神看護における交渉の位置づけ
		セッション2 交渉において必要な配慮	・自我機能障害とアセスメント ・精神機能障害とアセスメント ・セルフケアの不足とアセスメント
第2回目	事例を用いて、統合失調症をもつ人の本音と可能性を読み取り、どのようにして対象者に寄り添うか考える	セッション3 交渉の基盤となるスキル	・5つの交渉スキルの全体像 ・【徹底的に寄り添う】スキル 《自我のもろさに寄り添う》具体的スキル 《対象者の意志を最優先する》具体的スキル ・【本音と可能性を追究する】スキル 《客観的視点でニーズを読み取り、見通しを立てる》具体的スキル 《対象者の目線で捉え、“本当の希望”を汲み取る》具体的スキル 《腰を据えて率直に思いを聴く》具体的スキル
第3回目	統合失調症をもつ人を方向づけ、合意を交わすために必要なスキルを理解する	セッション4 合意形成に誘うスキル	・【方向づける】スキル 《体験から動機づける》具体的スキル 《根回しする》具体的スキル 《方向性を慎重に評価する》具体的スキル ・【巧みに押し引きする】スキル 《いったん添う》具体的スキル 《程よく勤める》具体的スキル 《本音で迫る》具体的スキル 《情に訴える》具体的スキル 《敢えて毅然と関わる》具体的スキル ・【自己決定による合意へ導く】スキル 《チャンスをついて直面化を促す》具体的スキル 《現実との折り合わせを提案する》具体的スキル 《波長を合わせて小さな合意が交わせるのを待つ》具体的スキル
第4回目	統合失調症をもつ人の尊厳を守るための交渉のポイントを理解する	セッション5 5つ交渉スキルを支える3つの実践力	・倫理的感受性 ・自己洞察力 ・チーム内で協働する力
	フォローアップ研修	実際に行った事例を用いた事例検討	

の4点である。これらについて、「全く当てはまらない」～「非常にあてはまる」の5段階リッカートスケールを用いて問い、それぞれ1～5点を付して平均値を算出した。その他、研究協力者の属性について質問した。

2) プログラム受講後に実施された交渉

プログラムの活用状況を評価するために、毎回プログラム実施前に約10分、フォローアップ研修時に約1時間のグループインタビューを行った。インタビューは、学習したアセスメントやスキルの活用状況について質問する半構造化インタビューガイドを用いて実施し、同意を得て録音した。逐語録からプログラムの内容に関するデータを抽出してコード化、カテゴリー化を行った。

6. 倫理的配慮

研究協力者と協力者が所属する施設に、研究の目的と意義、方法、研究協力の自由意思の尊重などについて、書面を用いてオンラインにて説明した。アンケートは無記名で行い、グループインタビューでは、交渉の対象となった患者の匿名性を確保した。なお、本研究は高知県立大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：看研倫21-45）。

III. 結 果

4施設に依頼し、同意が得られた1施設にて、10～15日間で第1～3回のプログラム、第3回目のプログラム終了約1か月後にフォローアップ研修を、オンラインで実施した。第1回から3回目までのプログラムは講義が30～45分、

グループワークによる事例検討が45～60分、第4回目は60分実施した。

研究協力者は、看護師3名、准看護師2名の計5名であり、男性3名、女性2名、主任あるいは副部長が2名であった。5名はいずれも療養病棟で勤務し、精神科平均経験年数は13年4か月（3年10か月～25年10か月）であった。フォローアップ研修のみ、研究協力者は4名であっ

た。

以下、交渉スキルを【 】、具体的スキルを《 》で示す。

1. 研究協力者によるプログラムの評価

第1～3回目終了時に実施したアンケートの結果は以下の通りである（表2）。

表2 研究協力者によるプログラムの評価

(n=5)

プログラムの内容		プログラム受講前の実施状況 (点)	内容の理解 (点)	効果の理解 (点)	活用する自信 (点)
交渉において必要な配慮	自我機能障害とアセスメント	2.0	4.0	—	3.0
	精神機能障害（精神症状と認知機能障害）とアセスメント	2.6	4.2	—	3.0
	セルフケアの不足とアセスメント	3.2	4.0	—	3.0
【徹底的に寄り添う】スキル	《自我のもろさに寄り添う》具体的スキル	3.0	4.0	3.6	3.6
	《対象者の意志を最優先する》具体的スキル	3.2	4.2	4.2	4.4
【本音と可能性を追求する】スキル	《客観的視点でニーズを読み取り、見通しを立てる》具体的スキル	3.4	4.2	4.0	4.4
	《対象者の目線で捉え、“本当の希望”を汲み取る》具体的スキル	3.2	4.2	4.2	4.4
	《腰を据えて率直に思いを聞く》具体的スキル	3.0	4.2	4.0	4.2
【方向づける】スキル	《体験から動機づける》具体的スキル	3.6	4.2	4.2	4.4
	《根回しする》具体的スキル	3.4	4.4	4.2	4.6
	《方向性を慎重に評価する》具体的スキル	4.0	4.2	4.2	4.6
【巧みに押し引きする】スキル	《いったん添う》具体的スキル	3.8	4.4	4.4	4.6
	《程よく勧める》具体的スキル	3.8	4.4	4.4	4.6
	《本音で迫る》具体的スキル	3.6	4.4	4.4	4.6
	《情に訴える》具体的スキル	3.8	4.4	4.4	4.6
【自己決定による合意へ導く】スキル	《敢えて毅然と関わる》具体的スキル	3.4	4.4	4.4	4.2
	《チャンスを捉えて直面化を促す》具体的スキル	3.4	4.2	4.2	4.2
	《現実との折り合わせを提案する》具体的スキル	3.6	4.2	4.2	4.4
	《波長を合わせて小さな合意が合わせるのを待つ》具体的スキル	3.6	4.2	4.2	4.4
平均点		3.5	4.3	4.2	4.4

1) 3つのアセスメントに関する評価

3つのアセスメントそれぞれの「プログラム受講前の実施状況」の平均は2.0-3.2点であり、「自我機能障害とアセスメント」の平均が最も低く、「セルフケアの不足とアセスメント」が最も高かった。

「活用する自信」については、いずれも3.0点であった。

2) 16の具体的な交渉スキルに関する評価

16の具体的な交渉スキルそれぞれの「プログラム受講前の実施状況」の平均は3.0-4.0点で、【徹底的に寄り添う】に含まれる《自我のもろさに寄り添う》が最も低く、【方向づける】に含まれる《方向性を慎重に評価する》が最も高かった。

16の具体的な交渉スキルそれぞれの「内容の理解」の平均は4.0-4.4点で、《自我のもろさに寄り添う》が最も低く、【方向づける】に含まれる

《根回しする》と【巧みに押し引きする】に含まれる5つすべての具体的スキルが最も高かった。

16の具体的交渉スキルそれぞれの「効果の理解」の平均は3.6-4.4点で、《自我のよろさに寄り添う》が最も低く、【巧みに押し引きする】に含まれるすべての具体的スキルが最も高かった。

16の具体的交渉スキルそれぞれの「活用する自信」の平均は3.6-4.6点で、《自我のよろさに寄り添う》が最も低く、《根回しする》《方向性を慎重に評価する》と、【巧みに押し引きする】スキルに含まれる《敢えて毅然と関わる》以外

の4つの具体的スキルが最も高かった。

2. プログラム受講後に実施された交渉

研究協力者は、プログラムを用いて、統合失調症、うつ病、境界性パーソナリティ障害、依存症の患者に交渉を行った。分析の結果、プログラム受講後に実施された交渉は表3に示した5カテゴリーにまとめることができた。それぞれのカテゴリーの内容を以下に説明する。なお、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを [] で示す。

表3 プログラムを受講した看護師が実施した交渉

カテゴリー	サブカテゴリー
全人的により深く思いを理解しようとした	以前に比べ、患者のこれまでの人生や思いに関心を向けた 表面的な症状だけではなく、患者の思いを理解した
多角的に理解して患者に沿った方略を慎重に考えた	精神症状、対人関係、セルフケアをアセスメントして関わり方を判断した 患者の目線に立って方略を練った 丁寧に理解し、患者の思いや力を活かした関わりができた
丁寧かつ率直に聞くことで思いが語られ、進展した	患者の目線に立って丁寧に思いを聞くことで深く理解でき、状況が進展した 患者の目線に立って率直かつ丁寧に聞くことで、思いを聞くことができた
信頼関係を重視して患者の意向に沿った	信頼関係を崩さないために、患者の意思に沿った 少しずつ関係性を構築した
見立てや関わりがうまくいかなかった	焦りがあって信頼関係の評価を間違えた 何度もチャレンジしても背景にある思いを聞くことができなかった 自我機能・セルフケアのアセスメントを活用できなかった

1) 【全人的により深く思いを理解しようとした】

これは、精神症状だけでなく、過去にさかのぼって患者の人生や思いを理解しようとしたという内容である。[以前に比べ、患者のこれまでの人生や思いに関心を向けた] [表面的な症状だけではなく、患者の思いを理解した] からなり、以下のような語りが含まれた。

このプログラムが始まって、(患者に) かけた一言が退院のきっかけになったんじゃないかなって本当に思うような (ことがありました)。もう1年以上入院で何が悪いとゆうことでもなく、ただ退院はできんっていうことで入院してた人なんですけど。薬も飲めとるし、日々生活にも問題なく。まああの作業を受けたり受けたかったりでちょっと気分 (の変動) があるんですけど。何もなくて

何が悪いんだろうかなって。なんで退院せんのかなっていう。まあそこから興味を持ったっていうか (E氏)。

表面的なところしか見えてなかったのかなと。精神状態とか。表面っていうのはその患者さんの部分中の状態でしか見てなかったと…略…なんかこう先に進むにつれてちょっとしんどい、なんか嫌、拒否があるとか。拒否まではないんですけど、まあいまちこう話に乗らなって思ったけど、そういう (退院したくない) 理由があった (A氏)。

2) 【多角的に理解して患者に沿った方略を慎重に考えた】

これは、精神症状のみならず、対人関係やセルフケアも含め、患者を広く多角的に理解して患者の目線に立ち、患者の思いや力を活かす方

略を慎重に考えるという内容である。[精神症状、対人関係、セルフケアをアセスメントして関わり方を判断した][患者の目線に立って方略を練った][丁寧に理解し、患者の思いや力を活かした関わりができた]からなり、下記のような語りが含まれた。

アプローチは、まあ最初情報収集して、この人ちょっと不安定になっとなかなくて。やっぱり対人関係とかちょっとあんまり出来てないかなって感じで。で、感情調整の方とかもやっぱり自分の思ったことをバンと言ってしまったり。まああんまりかなって感じで (C氏)

それが (入院間の生活や仕事、学生時代について掘り下げて聞くことで)、ちょっと退院まで入院生活をしていく上で、まあより良い方向に繋がっていくのかなって思ってます。結構知らないなっていうのがあって。こんなこと出来るんだ、こんなことしよったんだ、じゃあ入院中にこれやってみようみたいな、結構、策に繋がるような関わりに結びついてますね、って自分では思ってますけど。(A氏)

3) 【丁寧かつ率直に聞くことで思いが語られ、進展した】

これは、患者の目線に立って、率直かつ丁寧に一つ一つ掘り下げて聞くことで、本音とその背景にある思いを聞き出すことができ、膠着していた状況を進展させることができたという内容である。[患者の目線に立って丁寧に思いを聞くことで深く理解でき、状況が進展した][患者の目線に立って率直かつ丁寧に聞くことで、思いを聞くことができた]からなり、以下のような語りが含まれた。

アセスメントの部分で言うと、反対に退院したいのに退院日が決まらないっていう患者さんの受け持ちだったんですけど。まあ依存症の方なので、家族の理解というか、…略…退院した時点で決めることを、なんで入院中に決めないかんのかっていう部分でなかなか理解を得られなかったんですけど。まあご本人の性格だったりとかちょっと元の職業だったりとか、それから帰ってからの自分の役割だったりとかっていうのを、まあ色々聞いていくうちに「あ、なるほどな」って、こう腑に落ちた部分が多々あって。(D氏)

(退院したがる患者に) その人になったつもりで声をかけたんです。前にも (前回のインタビューの際に) 言ったんですけど、(眠りから目覚めて) 目開けた時に、グループホーム (にいたとしたら驚かない?)」って想像してもらうような問いかけをした時に、「いやーグループホームでも別にいい」ってというようなことを口にしたんですよ。(E氏)

4) 【信頼関係を重視して患者の意向に沿った】

これは、信頼関係を構築することを優先して、患者の意向に沿うという内容である。[信頼関係を崩さないために、患者の意思に沿った][少しずつ関係性を構築した]からなり、以下のような語りが含まれた。

最近またちょっと洗濯が嫌って言いだしてね。ちょっとこれって接し方が悪いのかな、とかも思ったりして、ちょっと反省する点もあるんですけど。で、まだ信頼関係もね、まだちょっと時間が短期間だったんで、ちょっとできにくいなっていうんは思ってます。ちょっと時間かけてやっぱり関わっていかんのかなっていうふうに、そういうのが一番感想です。(C氏)

ちょっとずつね。まあちょっと離れたりくついたりって感じでその一ちょっと見ていきよったんですけど。(C氏)

5) 【見立てや関わりがうまくいかなかった】

これは、患者の状況を見立てたり、それに沿った関わりがうまくいかないという内容である。[焦りがあって信頼関係の評価を間違えた][何度もチャレンジしても背景にある思いを聞くことができなかった][自我機能・セルフケアのアセスメントを活用できなかった]からなり、以下のような語りが含まれた。

後はこの人の思いをちょっと聞いてみたりして、関わって行ってました。何がしたいか。それで退院のことを持ち出してみたら、ちょっと言うのも早かったかなとかも思うんですけどね。…略…まあちょっと私が焦ったんがあってそういうのを言ってしまって。(C氏)

私の受け持ちさんで本人は自宅に退院を望んでいる方なんですけど、まあ看護師側からしたらちょっと自宅で一人暮らしっていうのはこのまま

じゃ難しい、ADLもちょっと難しいかなっていう…略…。その人もやっぱりちょっとね、家に帰りたい、絶対に家がいいっていうのを、ちょっと何回も聞いてみたんですけど、「できる」としか言わんのですよね。(D氏)

自我機能というところが僕ら普段あんまり使っていないことなので、不慣れというかなかなかこうスッと出てこないですね。(A氏)

IV. 考 察

1. プログラム成果の構造

プログラム受講後に実施された交渉として明らかになった5つのカテゴリーの関連を考察し、プログラムの成果として図1のように構造化することができた。すなわち、プログラムを受講した看護師は、患者を『全人的により深く

思いを理解しようとした』ことから、『多角的に理解して患者に沿った方略を慎重に考え(た)』、『丁寧かつ率直に聞くことで思いが語られ、進展した』り、『信頼関係を重視して患者の意向に沿った』りした。『見立てや関わりがうまくいかなかった』こともあったが、『全人的により深く理解しようとした』ことが基盤となり、交渉のサイクルが繰り返された。

つまり、看護師が交渉を行うきっかけとなったのは、『全人的により深く理解しようとした』ことであったと考えられる。内発的に動機づけられ、丁寧かつ率直に関わることで状況を進展させていた。すぐに進展させることができない時でも、看護師はより深く理解しようという思いに立ち返り、慎重に考えていた。このことが、本プログラムの中心的な成果であると考えられる。

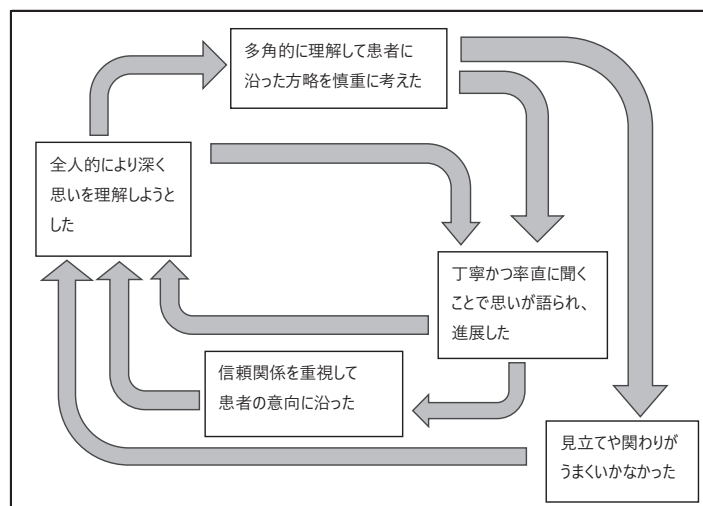


図1 プログラム成果の構造

2. 本プログラムの評価

3つのアセスメントの②内容の理解、16の具体的交渉スキルの②内容の理解、③効果の理解において、それぞれの平均点が3.6点以上であったことから、パワーポイントとテキストを用いた講義の内容と方法は適切であったと考えられる。

また、看護師が行った交渉『全人的により深く思いを理解しようとした』『多角的に理解して患者に沿った方略を慎重に考えた』『丁寧かつ率直に聞くことで思いが語られ、進展した』『信頼関係を重視して患者の意向に沿った』は、本プ

ログラムにおける【徹底的に寄り添う】【本音と可能性を追求する】【方向づける】【巧みに押し引きする】に相当する内容であると考えられる。アンドラゴジーモデルを理論的基盤とし、紙上事例の中で、新たに得た知識を活用することができ、臨床の場での転用可能性が高まったのではないかと考える。一方で、【自己決定による合意へ導く】スキルは活用されていなかった。これは、交渉の終盤で実施されるスキルであるため(藤代ら, 2017b)、第3回目終了1か月後という早い時期に第4回目のフォローアップ研修を行ったことが影響していると考えられる。ま

た、事例を用いて具体的にスキルの用い方を考えることができなかつた可能性もあり、事例を用いたプログラムの展開方法を検討する必要もある。

3. プログラムの検討

1) プログラムの内容

アンケート結果から、自我機能に関連するアセスメントや具体的スキルにおいて、活用する自信が低いことが分かった。心と同様に自我は抽象的な概念であり、定義することは難しい(阿保, 2000; 西本ら, 2017a)。また、一般的な精神看護学のテキストでは、自我のしくみや自我発達、防衛機制について取り上げられている(武井ら, 2021; 萱間ら, 2022; 池田, 2019)、自我機能について取り上げたものは少ない(楳本ら, 2015)。阿保ら(2009)は、統合失調症の人の急性期の看護について自我機能を用いて説明しているが、自我という概念は用いず、精神構造モデルとして説明している。これらのことより、自我を具体的な現象と結びつけて理解することが困難であったと考えられる(西本ら, 2017a)。

一方で、プログラムの【徹底的に寄り添う】【本音と可能性を追求する】スキルが活用されていると考えられた。自我機能は具体的現象と結びつけて理解することが難しい概念ではあるが、精神機能やセルフケアのアセスメントを行う中で、自我機能をアセスメントして患者を全人的に理解し、さらに患者との関係性を見極め、スキルを活用することができたのではないかと考える。

以上より、自我機能に関連するアセスメントやスキルに関しては、日ごろ実践しているアセスメントやケアに引き寄せて理解し、交渉において活用できるようプログラムを改変することが課題であると考えられる。

2) プログラムの構成について

今回4施設に研究協力を依頼したが、同意が得られた施設は1施設であった。本プログラムは、全4回で構成しており、かつグループワークを含むため、一部を選択して受講することが難しい。昨今の状況も鑑み、今後は1回で習得

する、あるいは単独で習得することができるプログラムに改変する必要があると考える。

また、3つのアセスメントそれぞれを活用する自信は3.0であるが、16の具体的スキルそれぞれを活用する自信の平均は3.6点以上であり、具体的スキルを活用する自信の方が高かった。研究協力者が少なく、統計的な有意差を出すことはできなかったが、交渉スキルの習得を中心にプログラムを再構成し、交渉スキルに沿ってアセスメントを理解できるプログラムに改変とすることが望ましいと考える。

3) プログラムの適応可能性

前述したように、統合失調症をもつ人に看護師が行う交渉は、患者の自我と認知機能の脆弱性に配慮して行われる(藤代ら, 2017a; 藤代ら, 2017b)。このような特徴をもつプログラムを、研究協力者は統合失調症以外の入院患者に適用していた。

自我とは、本能的欲動であるイドと、道徳である超自我のバランスを取って社会活動に置き換える主体である(阿保, 2000)。イドと超自我の間で生じる葛藤によって、さまざまな精神的な反応が生じる。特に、統合失調症をもつ人は、自我境界があいまいで、無意識内容が自我に侵入し、外的現実と自己との間も混同されやすいため、幻覚・妄想、作為体験などが生じる(前田, 1985)。このような自我の脆弱性は、程度や内容に違いがあるものの、神経症やパーソナリティ障害の人も持つため(前田, 1985)、本プログラムが適用されたのだと考える。

また、認知機能とは、外的・内的刺激を知覚し、それを情報として取り込んだ後、脳内で照合・判断・処理した結果をさまざまな形をとおして表出するまでの情報処理過程のことであり、神経認知機能と社会的認知機能に区別される(西本ら, 2017b)。神経認知機能には、ワーキングメモリや注意機能の障害、実行機能の障害などがあり、これが障害されることで、必要な情報を選び出し、それを記憶して作業したり、段取りをつけたり、失敗の原因を考えて次に役立てることが苦手となる(池淵, 2019)。社会的認知機能は、他者の意図や性質を理解し、対人関係の基礎となる精神活動であり、相手の表情や

情動を認知したり、他者の心の動きを類推することなどが含まれる(池淵, 2019)。近年、双極性障害やうつ病の人にも神経認知機能障害があることや(住吉, 2019)、アルコール依存症の人では全般的な認知機能障害があることが明らかにされている(常岡ら, 2018)。つまり、認知機能においても、程度や内容の差はあれ、他の精神疾患においても共通する点があることから、本プログラムが適用されたのだと考えられる。

4. 研究の限界と今後の課題

研究協力者が5名と少なく、また、プログラム受講前のアセスメントとスキルの実施状況を測定していないため、プログラムの効果を評価することができなかった。今後は、プログラムを修正して十分な研究協力者に実施し、プログラム実施前後を比較し、プログラムの効果を測定することが課題である。さらに、統合失調症のみならず、多様な精神疾患をもつ人にも適用できる交渉スキル習得プログラムを開発することが課題である。

V. 結 論

対話や話し合いを重ねても、健康で安全に生活する方法が選択されにくい統合失調症をもつ人と、看護師との間にある意向のズレを解消し、地域生活移行や地域生活定着を促進するために開発した「交渉スキル習得プログラム」を5名の研究協力者に実施し、アンケートとグループインタビューにて評価した。

結果、自我機能に関連する内容において評価が低いことと、プログラム受講後に研究協力者が実施した交渉の全体像が明らかになった。受講後、研究協力者は、患者を『全人的により深く思いを理解しようとした』ことから、『多角的に理解して患者に沿った方略を慎重に考え(た)』、『丁寧かつ率直に聞くことで思いが語られ、進展した』り、『信頼関係を重視して患者の意向に沿った』りした。『見立てや関わりがうまくいかなかった』こともあったが、『全人的により深く思いを理解しようとした』ことが基盤となり、交渉のサイクルが繰り返されていた。

患者を全人的に深く理解したいという関心が

生じたことが本研究の成果であるが、受講・理解しやすく、プログラムを修正することが今後の課題である。

謝 辞

本プログラムの実施・評価にご協力くださいました病院の看護師の皆様、看護部長様に感謝申し上げます。

本研究は、科学研究費補助金(課題番号18K17512)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>

- 阿保順子, 佐久間えりか(2009). 統合失調症急性期看護マニュアル 改訂版(改定版), 30-37. 埼玉:すびか書房.
- 阿保順子(2000). 自己の気づきの強化. 野嶋佐由美, 南裕子監修. ナースによる心のケアハンドブック—現象の理解と介入方法(第1版), 234. 東京:照林社.
- 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. 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 交渉成立に向けた熟練したいざない. 高知女子大学看護学会誌, 43(1), 79-90.
- 藤代知美, 野嶋佐由美(2021). 統合失調症をもつ人の地域生活移行・定着を促進する「交渉」スキル教育プログラムの開発. 高知女子大学看護学会誌, 47(1), 12-20.
- 池田政俊(2019). 精神(心)の構造と働き. 岩崎弥生編. 新体系看護学全書 精神看護学① 精神看護学概論/精神保健(第5版), 45-56. 東京:メヂカルフレンド社.
- 池淵恵美(2019). 精神障害リハビリテーション(第1版), 15-18. 東京:医学書院.
- 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.

- 萱間真美 (2022). こころのなりたち. 萱間真美, 稲垣中編. 看護学テキストNiCE精神看護学 I こころの健康と地域包括ケア 現代に生きる人々のこころの健康を支える (改定第3版). 112-122, 東京: 南江堂.
- King, M (1981)/杉森みど里 (1985). キング看護理論 (第1版), 97-109. 東京: 医学書院.
- Knowles MS (1980)/堀薫夫, 三輪建二監訳 (2002). 成人教育の現代的実践—ペタゴジーからアンドラゴジーへ— (初版), 33-67. 東京: 鳳書房.
- 厚生労働省 (2018). 最近の精神保健医療福祉施策の動向について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf> (検索日: 2022年7月23日)
- 前田重治 (1985). 図説臨床精神分析学 (初版), 37-51. 東京: 誠信書房.
- 槇本香, 野嶋佐由美 (2015). 自我機能のアセスメント. 野嶋佐由美編. 明解看護学双書3 精神看護学 (第3版), 44-45. 京都: 金芳堂.
- 松本和美, 大森隼一郎, 松本東, 他 (2015). 段階的ダイエスカレーションを用いた精神科初回入院時の暴力回避に向けた看護介入. 日本精神科看護学術集会誌, 58(1), 42-43.
- 本村嘉伸, 村尾さおり, 後野喜代美, 他 (2004). 術前の看護計画共有における看護師の援助: 積極的交渉モデルを用いて. 日本看護学会論文集: 成人看護 I, 34, 132-134.
- 西本明生, 武藤教志 (2017a). 自我と自我障害. 武藤教志. 他科に誇れる精神科看護の専門技術—メンタルステータスイグザミネーション Vol. 1 (第1版), 198-207. 東京: 精神科看護出版.
- 西本明生, 武藤教志 (2017b). 認知と認知障害 (認知機能障害). 武藤教志. 他科に誇れる精神科看護の専門技術—メンタルステータスイグザミネーション Vol. 1 (第1版), 332-337. 東京: 精神科看護出版.
- 新津勇 (2020). 「否定」から始まる関係でうまくいくはずがない—精神科における交渉術の可能性. 精神看護, 23(1), 6-19.
- 住吉太幹 (2019). 気分障害の認知機能障害の臨床的意義と治療. 臨床精神薬理, 22(1), 3-8.
- 武井麻子 (2021). 意識と無意識—精神分析と精神力動理論. 武井麻子. 系統看護学講座 専門分野II 精神看護学 [1] 精神看護の基礎 (第6版), 83-90. 東京: 医学書院.
- 常岡俊昭, 中坪太久郎, 小野恵理子, ほか (2018). アルコール依存症患者と統合失調症患者の認知機能の比較. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 20(2), 51-55.