高知女子大学看護学会誌　VOL.45, NO. 1, pp12～24　2019

総　　説

精神科看護師が交渉の中で用いるコンピテンシーに関する文献研究

The literature review of competencies used by psychiatric nurses in negotiations with the people with psychiatric disease

藤　代　知　美（Tomomi Fujishiro）*1　　野　嶋　佐由美（Sayumi Nojima）*1

要　　約

本研究は、交渉コンピテンシーと精神科看護師のコンピテンシー、精神科看護師の交渉コンピテンシーに関連する文献検討によって、精神科看護師の交渉コンピテンシーを明らかにすることを目的とした。
文献検討の結果、精神科看護師の交渉コンピテンシーは〔知識を活用した対象者理解に基づく方向性の検討〕〔相互理解のための対話〕〔折り合いをつけるための多様な議論〕〔個別性と状況に合わせた押し引き〕〔自己洞察を基にした協働関係の構築〕〔自我機能の強化〕〔チーム内で協働したセルフケア行動の強化〕の７つに統合できた。
統合失調症をもつ人への５つの交渉方略と交渉コンピテンシーを比較したところ、〔個別性と状況に合わせた押し引き〕は【巧みな押し引き】交渉方略と内容がほぼ一致した。他のコンピテンシーは、４つの交渉方略を支えるコンピテンシーであった。コンピテンシーに注目することで、看護師の自己洞察や知識の活用、対象者のセルフケア行動、具体的な議論方法に焦点を当てることができた。

キーワード：交渉　コンピテンシー　精神科看護師

Ⅰ．は　じ　め　に

患者中心の医療においては、パートナーシップの姿勢でケアの受け手と情報を共有し、共に治療やケアを決定するshared decision making（以下、SDM）（山口ら，2013）が重要である。そして、これらパートナーシップやSDMには、「交渉」が含まれることが明らかにされている（Bidmead et al，2005；Hook，2006；Truglio-Londrigan，2016a）。交渉とは、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（藤代ら，2014）。筆者は、統合失調症をもつ人への看護師の交渉について質的に研究し、５つの方略【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】【方向づけ】【巧みな押し引き】【自己決定による合意への導き】を抽出した（藤代ら，2017a；藤代ら，2017b）。これらの方略は、統合失調症をもつ人の自我や認知機能の脆弱性に配慮したものであり、看護師は体験を通して対象者を動機づけ、説明の技術を用いて自己決定を促し、合意形成に導いてエンパワメントを促していると考察された。このことより、交渉とは高度な看護であり、これを支えるコンピテンシーが内在すると考えた。

コンピテンシーとは、ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性と定義される（Spencer et al, 1993／2011）。また、コンピテンシーは、個人が知識や技術をどれだけ持ってるかだけではなく、状況に応じて望ましい成果につながる行動がとれる特性を示す（井上ら，2017）。精神看護においては、精神科看護のコンピテンシー（田嶋ら，2014）や、リカバリー志向のコンピテンシー（Cusack, et al,

*1 高知県立大学看護学部

2017)、精神科救急（O' Donovan, 2007）や電話でのトリアージの場面（Sands, et al, 2012）におけるコンピテンシー、薬物依存をもつ人に対するコンピテンシー（Kudless et al, 2007）など、様々な場面や対象者に対するコンピテンシーが明らかにされている。しかし、精神疾患をもつ人を対象とした交渉という現象に焦点を当て、コンピテンシーを明らかにした研究はない。交渉に必要なコンピテンシーを明確にすることは、統合失調症をもつ人との間のコンフリクトに対し、協働関係を基盤とし、納得のいく合意を生み出して解決する方法を習得するために有用であると考える。

そこで本研究は、交渉コンピテンシー、精神科看護師のコンピテンシー、精神科看護師の交渉コンピテンシー関する文献検討によって、精神科看護師の交渉コンピテンシーを明らかにし、統合失調症をもつ人に交渉する看護師が用いる交渉方略は、どのようなコンピテンシーに支えられているのか示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ．研　究　方　法

１．研究デザイン

文献研究

２．用語の定義

コンピテンシーは「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性」(Spencer et al, 1993／2011）であり、看護職者のコンピテンシーは「患者の目標を達成するために、周囲と協働し、自分の実践の力を高めるための行動や姿勢」(井上ら，2017）であると定義されている。また、看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーは、「単なる知識や技術だけでなく、様々な資源を活用して特定の文脈の中で複雑な課題に対応できるための核となる能力」と定義されている（日本看護系大学協議会，2018)。これらより、コンピテンシーを「特定の文脈において、知識や技術、様々な資源を活用して、複雑な課題に対応するための思考や行動、および姿勢」と定義する。

そして、特定の文脈としての「交渉」を、「看護師と対象者の要望・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、対象者との関係性を基盤とし、様々な方略を駆使する継続したプロセス」(藤代ら，2014）と定義する。

３．対象文献

医学中央雑誌とCINAHL、MEDLINEを用い、①交渉コンピテンシーに関して、キーワード「交渉」「コンピテンシー」、または“negotiation”“competency”にて検索した。次に、②精神科看護師のコンピテンシーに関して、キーワード「コンピテンシー」「精神看護」、または“psychiatric nursing competencies”にて検索した。最後に、③精神科看護師の交渉コンピテンシーについて、キーワード「交渉」「コンピテンシー」「精神看護」、または“negotiation”“competency”“psychiatric nursing”にて検索を行った。

４．分析方法

文献の概要をまとめ、次に上述した①～③それぞれについて、コンピテンシーを抽出し、内容をまとめた。

最後に、①～③でまとめられたコンピテンシーを統合し、＜統合した精神科看護師の交渉コンピテンシー＞を抽出した。

Ⅲ．結　　果

１．交渉コンピテンシーの文献検討結果

医学中央雑誌を用いて検索された10件から、患者や家族を対象としていない交渉、会議録を除外し、１文献を対象とした（表１)。次に、CINAHLとMEDLINEを用い、2014年から2019年の文献から検索された77文献から、患者との交渉でない研究、交渉に焦点を当てていない研究、医学教育プログラムの評価に関する研究、文化交渉や役割交渉に関する研究、使用言語が英語以外の研究、研究以外の雑誌記事などを除外し、交渉コンピテンシーの内容を明らかにした２文献と、患者との交渉について明らかにした１文献を対象とした（表２)。文献の概要は、表３に示した通りである。

表１　国内文献の検索結果

検索語			対象文献数	
交渉	コンピテンシー	精神看護	医学中央雑誌での検索	除外基準適用後
○	○		10	1
	○	○	145	9
○	○	○	1	0
			合計　156	10

＊除外基準：患者以外を対象としている、研究以外の会議録など、文献研究

表２　国外の文献の検索結果

検索語			対象文献数	
negotiation	competency	psychiatric nursing	MEDLINE & CINAHLでの検索	除外基準適用後
○	○		77[1)]	3*
	○	○	38[2)]	2**
○	○	○	7[3)]	5**
			合計 122	10

＊除外基準：患者との交渉ではない、交渉に焦点が当たってない、文化交渉や役割交渉、使用言語が英語以外、研究以外

＊＊除外基準：交渉の対象がグループや精神障害者以外、セラピーの場における交渉、文化交渉、看護以外、使用言語が英語以外、研究以外、入手不能

１）過去５年の検索結果

２）“psychiatric nursing competencies”による検索結果

３）“forensic”を検索語から除外した結果

Truglio-Londrigan（2016a）は、SDMを行う際のコンピテンシーの一部として交渉を抽出し、文献検討によって、交渉に必要な知識と行動、態度を示した。交渉に必要な知識とは、「コンフリクトの解消を促進し、協働解決するための方略を述べること」、「交渉プロセスで交渉を促進するものと障害となるものをディスカッションすること」であると述べている。そして交渉に必要な行動とは、「尊重し、聴き、質問し、情報を探し、オープンであり続けること」、「協働して目標を作ること」であり、交渉に必要な態度とは、「交渉中に生じるコミュニケーションを尊重し、価値観の明確化と共通理解の基盤達成に導くこと」、「SDMにおけるコンフリクトを解決する交渉を評価すること」である。また、Truglio-Londrigan（2016b）は、交渉は共通の土台に立って互いの考えを理解するコミュニケーションプロセスであり、潜在的なコンフリクトにできるだけ早く気づき、その存在を受け入れてコミュニケーションをとり、情報を共有し、交渉に向かって協働することが大切である、とも述べている。

井上ら（2017）は、慢性疾患患者の患者教育を行う看護師のコンピテンシーの一部としての交渉力を抽出した。そして、交渉力とは、学習者と医療者に認識や目標のずれがあれば是正できるという能力であり、患者の認識や目標を確認しながら関わり、ずれがあれば是正したり、案を出したりして折り合いをつけられる点を探し出したりする、といった問題解決に向けて試行錯誤することである、と説明している。

最後に、Söderman, et al（2018）の質的研究がある。この研究は、認知症状をもつ移民のグループホーム入居者に対するアシスタントナースの関わりを、ケアとなりえている対応とそうでない対応に分類した。そして、ケアされることを理解できない入居者にゆっくりと明確に話し、なだめすかしたり、気を紛らわせたりしながら行っている対応と、入居者の尊厳を守った謙虚な姿勢での対応を、ケアとなり得ている対応であると述べた。

以上の４つの文献から、〔コンフリクトの存在

表３　対象文献の交渉に関する結果の概要

No.	著　者	研究目的	研究方法 （①研究デザイン， ②研究対象者， ③データ収集方法）	結　　果
交渉コンピテンシー				
1	井上ら（2017）	慢性疾患患者に患者教育を行う看護師のコンピテンシーを明らかにする	①文献検討　②コンピテンシーに関する文献　③医学中央雑誌による検索	慢性疾患患者の患者教育に関する文献検討と、コンピテンシーに関する文献検討がなされた。看護職者のコンピテンシーには、対象者への実践のコンピテンシー、協働・連携のコンピテンシー、姿勢・自己学習のコンピテンシーがあることが明らかになった。直接ケアの技術の中に、患者と医療者に認識や目標のずれがあれば是正できるという交渉力が含まれた。
2	Truglio-Londrigan（2016a）	SDMに関連する基本的なことを示し、必要な知識、行動、態度の例を含めてSDMのコンピテンシーについて考察し、実践においてこれらのコンピテンシーを統合に導く内省的問いについて説明する	①総説	交渉に必要な知識は「コンフリクトの解消を促進し、協働解決するための方略を説明すること」「交渉のプロセスを促進するものと障害となるものを明確にすること」、交渉に必要な行動は「尊重すること、聴くこと、質問すること、情報を探すこと、オープンであり続けること」「協働して目標を作ること」、交渉に必要な態度とは「交渉中に生じるコミュニケーションを尊重し、価値観の明確化と共通理解の基盤達成に導くこと」「SDMにおけるコンフリクトを解決する交渉を評価すること」である。
3	Truglio-Londrigan（2016b）	SDMに必要な知識・行動・態度の例を用いてコンピテンシーに焦点を当て、これらの能力を統合するには、どのような内省的問いが有効か述べる	①総説	交渉は、共通の土台に立って互いの考えを理解するコミュニケーションプロセスに似ている。潜在的なコンフリクトにできるだけ早く気づき、コミュニケーションをとり、情報を共有し、交渉に向かって協働することが大切である。コンフリクトを受け入れ、その存在を理解し、解決に向けた交渉に導くことが大切。
4	Söderman, et al（2018）	スウェーデンの、認知症の人の２つのグループホームのアシスタントナースと移民の間でケアとなるものとケアとならないものを調査する	①質的研究　②２つのグループホームの入居者と働いている人　③参加観察	ケアリングとなるものには、援助を求める、知らない顔を取り除く、関係性認識、誠実のレベルにたどり着く、団結のレベルにたどり着く、真のケアの交渉があった。ケアの交渉では、ゆっくりと明確に話し、なだめすかしたり、気を紛らわせたりしていた。スウェーデン語が理解できなくても、入居者の尊厳を守って謙虚な姿勢で、関わっていた。
精神科看護師のコンピテンシー				
1	萱間ら（2001）	自作の評価用紙の項目を精選する	①量的研究　②369名の精神科看護師　③参加観察	因子分析により、「柔軟性のある介入」「見守りと意思の確認」「ケアリングの姿勢」「現実志向の態度」「アセスメントと症状への対応」が抽出された。
2	藤野間（2007）	精神科クリニカルラダーを作成し、精神科に特有な項目であるアセスメントと実践能力について活用できるか明らかにする	①評価研究　②精神科看護師103名　③アンケート調査	実践能力として＜情報収集＞＜アセスメント＞＜問題の明確化＞＜計画立案＞＜実践＞＜評価＞の項目が作られた。＜実践＞には、①治療環境の提供、②患者-看護師関係形成、③こころの安定を図るケア技術の活用、④自我機能（現実認識を高める、意思決定を促す、対処能力を高める）を高めるケアの提供、⑤障害を抱えた生活の自己管理への支援、⑥行動制限時の安全なケアの提供、⑦家族支援、⑧社会復帰への支援が含まれた。普及後は、評価しやすいとの意見が出され、目標としてラダーの下位項目が使われるようになった。
3	Kudless MW, et al（2007）	コミュニティメンタルヘルス看護で使っているコンピテンシーを決定し、入院や事務的仕事含むいくつかの役割の所要時間を図る	①量的調査研究　②40人の看護師	ダイレクトケアにかかわる看護師も間接ケアが多かった。アセスメントでは、自殺リスクやコーピングスキルといった心理社会的なアセスメントのすべてがなされていた。情報収集と診断では、約半分の看護師はアメリカ精神科協会の軸を用いていた。アドバンスドナースは異なる診断を使った。治療計画では、ほとんどすべてが行っていた。ケアプランニングは、退院患者の医療クリニックで働く看護師の役割ではなかった。治療と介入では、薬物療法や症状モニタリング、症状マネジメントの援助、グループセラピーと、医療クリニック活動にのみ関連した薬剤の状態、薬剤の患者への配達、薬剤を記録し続けることであった。
4	山根ら（2010）	精神科看護師と精神科認定看護師のコンピテンシーの特徴を明らかにする	①量的研究　②認定看護師151名と精神科看護師300名　③無記名自記式質問紙の配布	自作のコンピテンシーに関するアンケートの因子分析から、「患者・家族との関係性を基盤としたライフストーリーの理解」「治療過程で沸き起こる情緒的反応への理解」「エビデンスに基づいた治療的関わりや、危機的状況への介入」「患者自身がその人らしい回復を目指すための情報提供と対処能力に対する支援」「多職種との協働による総合的な医療サービスの提供」「ケアプランの妥当性の検討」の６因子が命名された。コンピテンシー、セルフエフィカシー、バーンアウトにおいて、精神科看護師に比べ認定看護師は有意に平均値が高かった。
5	田嶋ら（2011）	精神科看護者のClinical Competencyの構成要素および、その発達に影響する要因への手がかりを得る。	①質的帰納的研究　②臨床経験５年以上の精神看護師16名　③行動結果インタビュー	〔援助の基盤を創る〕領域に＜信頼関係を培う＞＜尊重する＞、〔多面的な情報を査定・統合し援助を判断する〕領域に＜病状の把握と日常生活への影響を査定する＞＜能力（自我・認識・日常生活）を査定する＞＜表出できない思いやニードを解釈する＞＜病状・希望・能力を総合して援助の方向や方法を判断する＞＜タイミングを見極める＞、〔柔軟に介入する〕領域に＜予防的に介入する＞＜安心を届ける＞＜セルフケア能力を伸ばす＞＜方法を工夫し、継続する＞＜地域の資源を活用する＞＜関わる姿勢を整える＞、〔次につなげる評価を行う〕領域に＜ケアを評価し修正する＞、〔知識や経験を活用する〕領域に＜基準を使う＞＜専門知識を活用する＞が含まれた。Competencyの発達の影響要因には＜実践の経験＞＜指導・アドバイス＞＜自己成長への能動的な活動＞があった。
6	中満ら（2013）	精神科外来看護師が看護実践をする上で活用している能力を明らかにする	①質的記述的研究　②精神科外来看護経験２年以上の看護師５名　③半構成的面接	精神科外来看護師が看護実践する上で活用している能力は、【かかわりの開始】【瞬時の関わり】【継続的な関係づくり】【地域へ結びつける】【感情のコントロール】であった。

表３　対象文献の交渉に関する結果の概要（つづき）

No.	著　者	研究目的	研究方法 （①研究デザイン， ②研究対象者， ③データ収集方法）	結　　果
7	小林ら （2014）	精神科看護師が専門的ケア行動を実施できる要因を明らかにする	①質的研究　②専門看護師、認定看護師、修士課程の看護師の合計９名　③半構造化面接	＜精神を病む人のもてる力を伸ばす看護をするためのチームづくり＞として【精神を病む人の看護を考えることができる職場環境をつくる】、＜専門的ケア行動を実施するための資質＞として【精神科看護の経験を理論的に裏付けることができる】【精神症状の現す意味を捉えることができる】【その人に合った看護に気づく】、＜専門的ケア行動を展開できる実践能力＞として【精神を病む人の自己決定の援助ができる】【精神を病む人の生活と病のつながりを考えた援助ができる】【精神を病む人の自我の発達を支える援助ができる】【生活者である精神を病む人の認識を知ることができる】という８つの要因が明らかになった。
8	田嶋ら （2014）	精神科看護師のクリニカルコンピテンシーと影響因子、及びそれらの構造を明らかにする	①量的研究　②全国の精神科看護師 6147名　③質問紙調査	精神科看護師のClinical Competencyは、＜アセスメント＞＜援助行動＞＜援助の基盤を作る＞＜経験知の活用＞の４因子と、その因子を現す12看護行動であった。影響因子は、＜成功への手がかりを探す＞＜研修の有用意識＞＜先輩から学ぶ＞＜基礎知識の有用体験＞＜成長への支援体制＞があった。
9	鈴木ら （2015）	精神科看護師が捉える精神科熟練看護師とはどのような人か、備わっている能力とは何かを明らかにする	①質的記述的研究 ②精神科看護師８名 ③半構成的インタビュー	【精神と身体の幅広い知識を有している】【精神科における急変時にも素早く対応できる】【精神科特有の場面の経験数が豊富にある】【患者の長い経過を十二分に理解している】【患者に操作されずに冷静な対応ができる】【距離感を上手く使いながら関係性を構築できる】【患者の持っている力を引き出せる】【リーダーシップ能力があり、スタッフからの信頼が厚い】【自分の感情をコントロールできる】【精神看護に対するモチベーションが高い】【個性や社会経験が豊かである】が抽出された。
10	倉橋ら （2016）	自殺予防に関する看護師のアセスメント能力の構成要素を明らかにする	①質的記述的研究　②自殺予防人材養成プログラムを受講終了し、教育運営に携わっている５年目以上の精神科看護師６名	４カテゴリー【情報からリスクとなるものを捉える力】【リスクの程度を判断する力】【表面に見えないリスクを感じ取る力】【視野を広げる力】が抽出された。
11	Feng D, et al（2018）	病院で精神疾患をもつ人をケアするために必要なコンピテンシーを明らかにする	①質問紙開発　②581名　③インタビュー調査の後、質問紙調査	５因子「責任感」「専門職アイデンティティ」「愛想agreeableness」「協働する力」「注意力」が抽出された。
精神科看護師が交渉の際に用いるコンピテンシー				
1	Bowers L （1992）	訪問看護をする地域精神看護師の方法、特に関係性の構築をどのように考慮しているのか明らかにする	①エスノメソドロジー ②スーパービジョンを受けている12人の看護師　③観察と看護師と患者への半構造化面接	看護師は、インフォーマルな友人関係にならぬよう、もてなしや一般社会の場での誘いを断ったり、反対に、日常的なおしゃべりや、患者社会の行事への参加や、家事を手伝うなどして暖かい関係を作っていた。 利用者の家では、利用者にパワーがあるため、看護師はお願いして状況をコントロールしたり、看護師は質問することでプレッシャーをかけた。看護師は、説得と提案、案内、交渉でパワーをコントロールした。
2	Harris D, et al（1995）	精神病をもつ人の攻撃性と暴力の相互作用理論から、交渉と協働を強調して暴力をマネジメントするアプローチを提案する	①ケーススタディ　②９年の臨床経験を持つ専門看護師１名　③記載なし	看護師は暴力が始まる前に予防することに焦点を当て、原則を使って暴力の可能性をコントロールしていた。争うのを避け、患者が勝つのを許し、重要なことを尋ね、パートナーとなった。そして、患者に言語を用いて交渉し、協働するスキルを教えた。意思決定に巻き込み、自立して行動するときは尊敬を示した。
3	Madela-Mntla EN, et al（1999）	精神疾患と患者のコンプライアンスアプローチにおける文化の影響を記述し、文化に合わせた精神看護の実践モデルを作る	①質的探索的記述研究 ②精神科長期入院病棟の患者４人と看護師、治療者　③半構造化面接とカルテの記事、フィールドノート	文化に合わせた精神看護の基盤は交渉であった。交渉はアセスメント、妥協を基盤とし、計画と合意に基づいた実施、アウトカム評価である。交渉は目標志向であり、目標は精神的健康の維持・増進・強化に役立ち、看護師と患者はこのプロセスで成長する。交渉によって、機能していたレベルに戻り、より安寧にし、維持できる。交渉された治療的養生法を使うことで、患者自身が目標を探求し、適合する。交渉によってコンプライアンスが向上する。文化に感受性のある看護ケアには、患者の文化的構成要素の知識、看護師と患者の相互尊重、交渉、３つの相互に関連する原則がある。それは聞き、説明し、比較し、妥協に到着することである。
4	Vuckovich PK, et al（2005）	意に反して制限される入院患者と、精神科看護師の正当化された強制の基礎的社会プロセスを明らかにする	①グラウンデッドセオリー　②17人の精神科看護師　③非構成的インタビュー	ニーズのアセスメント、交渉、強制行為の正当化と実施という３つのステージがあった。交渉は、実現性のある合意にたどり着くことが目的であり、患者が合意し、強制が必要となくなるまで、あるいは次の局面にたどり着くまで繰り返す。合意は、薬物療法の必要性を理解するための交渉である。交渉は看護師の技と経験による限られたものであり、状況、症状、患者の自発性と能力に対する個別介入である。看護師は粘り強くこだわった。薬物療法の効力に対する看護師の信念と説得は、長い時間をかけた非強制的交渉プロセスである。
5	Reed NP, et al（2018）	コミュニティメンタルヘルス従事者は、利用者をどのようにサポートをしているのか明らかにする	①質的研究　②２つのコミュニティメンタルヘルスサービス部門の看護師など７名　③ナラティブインタビュー	専門職は、利用者やサービスマネジメント、ソーシャルネットワークと交渉していた。専門家は利用者と議論し、駆け引きし、よく考え、折り合いをつけていた。利用者の自立をサポートするとき、子供がいる利用者と会うとき、参加時の個別調整、利用者の自己決定を疑問視するときに、専門職が交渉していた。

を受け入れる〕〔交渉の方向性・方略を考える〕〔交渉を評価する〕〔対象者の認識や目標、価値観を聴く〕〔認識や目標、価値観を共通理解する〕〔コミュニケーションをとり、折り合いをつける点を探して試行錯誤する〕〔説明する〕〔案を出す〕〔理解されるように工夫する〕〔尊重して関わる〕〔対等な立場で協働する〕という11のコンピテンシーにまとめられた。

２．精神科看護師のコンピテンシーの文献検討結果

医学中央雑誌を用い、会議録以外で検索された145文献から、研究対象が学生や新人看護師である研究、患者以外を対象とした交渉、文献研究を除き、９文献を対象とした（表１）。次に、CINAHLとMEDLINEを用いて検索された38文献から、学生を対象とする研究、使用言語が英語以外の研究を除いた３件のうち、入手可能であった２文献を対象とした（表２）。

11文献のうち、専門看護師、認定看護師のコンピテンシーに関する文献は２件（山根ら，2010；小林ら，2014）、外来や地域の精神科看護師のコンピテンシーに関する文献は２件（Kudless, et al, 2007；中満ら，2013）、精神科病棟の看護師のコンピテンシーに関する文献は５件（萱間ら，2001；藤野間，2007；鈴木ら，2015；倉橋ら，2016；Feng, et al, 2018）、病棟と地域の両方の看護師のコンピテンシーに関する文献は２件（田嶋ら，2011;田嶋ら，2014）であった（表３）。精神科看護師のコンピテンシーとして、以下に示したコンピテンシーが抽出できた。

１）アセスメントにより対象者理解を深める

アセスメントに関しては、ほとんどすべての文献で述べられていた。具体的には、自殺リスクやコーピングスキル（Kudless, et al, 2007；倉橋ら，2016）、自我・認識・日常生活能力（田嶋ら，2011）、症状と日常生活（田嶋ら，2011:小林ら，2014）のアセスメントが挙げられていた。他に、表出されない思いやニードを解釈する（田嶋ら，2011）、生活者である対象者の認識を知る（小林ら，2014）、精神症状の表す意味を捉える（小林ら，2014）といった、対象者の視点に立って理解することも含まれた。

２）ケア計画を評価・修正する

これには、病状・希望・能力を総合して援助の方向性を判断する（田嶋ら，2011）、ケアと治療を評価する（Kudless, et al, 2007；山根ら，2010；田嶋ら，2011）ことが含まれた。

３）自我機能を高める

ケアリングの姿勢（萱間ら，2001）、心の安定を図るケア技術の活用（藤野間，2007）、安心を届ける（田嶋ら，2011）などの心の安定を図ることが含まれた。また、現実認識を高めること、意思決定を促すこと、対処能力を促すことを含む自我機能を高めるケアの提供（藤野間，2007）、自我の発達の支援（小林ら，2014）、自己決定の援助（小林ら，2014）、などの自我機能を高めることが含まれた。

４）セルフケア能力を高める

障害を抱えた生活の自己管理への支援（藤野間，2007）、症状マネジメントの援助（Kudless, et al, 2007）といった症状マネジメントを高めること、セルフケア能力を伸ばす（田嶋ら，2011）、患者のもっている力を引き出す（鈴木ら，2015）、といった生活の自己管理を高めることが含まれた。他に、家族への支援もあった（藤野間，2007）。

５）安全と治療を確保する

行動制限時の安全なケアや、病棟内での治療的環境の提供（藤野間，2007）、自宅に薬を届けることやグループセラピー（Kudless, et al, 2007）が含まれた。

６）状況に即して柔軟に対応する

柔軟性のある介入（萱間ら，2001）、その人にあった看護に気づく（小林ら，2014）というように、個別性や状況に合わせることがあった。他に、精神科外来看護における瞬時の関わり（中満ら，2013）、急変時にも素早く対応できる（鈴木ら，2015）、といった素早く対応することや、タイミングを見極めること（田嶋ら，2011）も含まれた。

7）自己洞察しながら協働関係を築く

感情をコントロールする（中満ら，2013；鈴木ら，2015)、関わる姿勢を整える（田嶋ら，2011)、冷静で誠実な対応をする（鈴木ら，2015)、といった、感情をコントロールし、冷静で誠実に対応することが含まれた。そして、信頼関係を培う（藤野間，2007；田嶋ら，2011)、継続的な関係作り（中満ら，2013)、距離感をうまく使いながら関係性を構築する（鈴木ら，2015)、というように距離感を踏まえて信頼関係を築くこと、尊重する（田嶋ら，2011）ことが含まれた。

8）チーム内で機能する

病院の中の看護では地域の人や資源に結び付けること（田嶋ら，2011；中満ら，2013)、社会復帰を支援すること（藤野間，2007)、多職種と協働すること（山根ら，2010；Feng, et al, 2018）が含まれた。また、看護しやすい職場環境を作ること（小林ら，2014）や、看護師からの信頼が厚い（鈴木ら，2015)、というリーダーシップを発揮することも含まれた。

9）知識を深め、活用する

エビデンスに基づいた治療的関わりや危機的状況への介入（山根ら，2010)、基準や専門知識の活用（田嶋ら，2011)、精神と身体の幅広い知識（鈴木ら，2015)、視野を広げる力（Feng, et al, 2018)、といった幅広い専門知識を活用することと、経験知を活用すること（田嶋ら，2014）や、臨床や社会での経験が豊富である（鈴木ら，2015）といった豊富な経験知を活用することが含まれた。また、これらを支える責任感やアイデンティティーの高さ（鈴木ら，2015；Feng, et al, 2018）も含まれた。

以上、精神科看護師のコンピテンシーとして、〔アセスメントにより対象者理解を深める〕〔ケア計画を評価・修正する〕〔自我機能を高める〕〔セルフケア能力を高める〕〔安全と治療を確保する〕〔状況に即して柔軟に対応する〕〔自己洞察しながら協働関係を築く〕〔チーム内で機能する〕〔知識を深め、活用する〕の9つが抽出された。

3．精神科看護師の交渉コンピテンシーの文献検討結果

医学中央雑誌を用いて1文献が検索されたが、患者を対象とした交渉ではなかった（表1）。CINAHLとMEDLINEを用い、キーワード“forensic”を除外して検索した7文献は、交渉コンピテンシーを直接的に明らかにした研究ではなかった。しかし、コンピテンシーに関連する内容を抽出するため、精神障害をもつ移民への看護に関する文献、セラピーの中での交渉に関する文献、使用言語が英語以外の研究、記事や会議録を除外し、5文献を対象とした（表2）。

5文献のうち、病棟での看護に関する文献は2件（Harris, et al, 1995; Vuckovich, et al, 2005)、地域精神看護に関する文献は2件（Bowers, 1992；Reed, et al,2018)、精神看護全般に関する文献は1件（Madela-Mntla, et al, 1999）であった。研究方法は、すべて質的研究であった（表3）。対象文献から、精神科看護師の交渉コンピテンシーに関連する内容を、以下のように抽出した。

1）分析する

これは、対象者と折り合いをつけるまでのプロセスにおいて、互いの考えなどを比較したり（Madela-Mntla, et al, 1999)、熟考したりする（Reed, et al, 2018）ことである。つまり、折り合いをつけることを目標とした分析であった。

2）自我を支える

これは、暴力をふるう患者に言語的に交渉して協働するスキルを教え、意思決定に巻き込む（Harris, et al, 1995）という、自我を支えることであった。

3）直接的に話し合う

コミュニティメンタルヘルスに従事する看護師は、利用者との交渉の過程で議論していた（Reed, et al,2018)。また、強制入院となった患者が、治療の必要性を理解できるよう交渉する看護師は、薬物療法について信念をもって説得していた（Vuckovich, et al, 2005)。

4）相互理解する

暴力的な患者と関わる看護師は、強制するの

ではなく、大切なことは患者に尋ねてパートナーとなっていた（Harris, et al,1995）。また、治療を拒否し、強制入院となった患者と関わる看護師は、患者が病気を理解できるように説明していた（Vuckovich, et al, 2005）。このような、尋ねたり、説明するという内容は、文化に合わせた精神看護の中でもあった（Madela-Mntla, et al, 1999）。

5）対象者に合わせる

看護師は、自分の主張を引っ込め、程度の差はありながら、対象者の主張に合わせていた。例えば、暴力をふるう患者とは、患者との対立を避け、患者が勝つのを許した（Harris, et al, 1995）。これらは、妥協（Madela-Mntla, et al, 1999）、実現可能な合意形成（Vuckovich, et al, 2005）、折り合いをつける（Reed, et al, 2018）と表現されていた。

6）パワーをコントロールする

訪問看護師の患者との関係性の構築に着目した研究では、看護師が友人関係になってしまわないように、もてなしや一般社会の場での誘いを断りつつも、暖かい関係を築くなど微調整をしながら関係を築いていたことが明らかにされていた（Bowers, 1992）。そして、地域では、病院と異なり利用者にパワーがあるため、説得、提案、案内、質問でパワーをコントロールしていたことを明らかにした（Bowers, 1992）。

7）行動を強化する

暴力的な患者と関わる看護師は、患者に言語を用いて協働するスキルを教えながら意思決定に巻き込み、患者が暴力を使わずに自立した行動を示したときに敬意を示していた（Harris, et al, 1995）。つまり、敬意を示すことで、好ましい行動を強化していた。

8）信念をもって粘り強く介入する

治療を拒否するために、強制入院となった患者と関わる看護師は、薬物療法には効果があるという信念を持ち、粘り強く患者と交渉していた（Vuckovich, et al, 2005）。

9）駆け引きをする

コミュニティメンタルヘルスに従事する看護師は、利用者との交渉の中で、議論、駆け引きをし、よく考えて折り合いをつけていた（Reed, et al, 2018）。

以上のことから、精神科看護師が交渉をする際に、〔分析する〕〔自我を支える〕〔直接的に話

表４　コンピテンシー

統合した精神科看護師の交渉コンピテンシー	文献検討結果		
	交渉コンピテンシー	精神科看護師のコンピテンシー	精神科看護師の交渉コンピテンシー
知識を活用した対象者理解に基づく方向性の検討	コンフリクトの存在を受け入れる		
	交渉の方向性・方略を考える	アセスメントにより対象者理解を深める	分析する
	交渉を評価する	ケア計画を評価・修正する	
		知識を深め、活用する	
相互理解のための対話	対象者の認識や目標、価値観を聴く		
	認識や目標、価値観を共通理解する		相互理解する
折り合いをつけるための多様な議論	コミュニケーションをとり、折り合いをつける点を探して試行錯誤する		直接的に話し合う
	説明する		
	案を出す		
個別性と状況に合わせた押し引き	理解されるように工夫する	状況に即して柔軟に対応する	信念をもって粘り強く介入する
			駆け引きをする
自己洞察を基にした協働関係の構築	尊重して関わる	自己洞察しながら協働関係を築く	対象者に合わせる
	対等な立場で協働する		パワーをコントロールする
自我機能の強化		自我機能を高める	自我を支える
		安全と治療を確保する	
チーム内で協働したセルフケア行動の強化		セルフケア能力を高める	行動を強化する
		チーム内で機能する	

し合う〕〔相互理解する〕〔対象者に合わせる〕〔パワーをコントロールする〕〔行動を強化する〕〔信念をもって粘り強く介入する〕〔駆け引きをする〕の9つのコンピテンシーが必要であると推論することができた。

4．3つのコンピテンシーを＜統合した精神科看護師の交渉コンピテンシー＞

以上の3つのタイプの文献検討から抽出されたコンピテンシーを比較し、精神科看護師の交渉コンピテンシーと考えられるものを統合すると、表4のようになった。以下に、それぞれについて説明する。

1）知識を活用した対象者理解に基づく方向性の検討

これは、看護師がコンフリクトの存在を受け入れ、幅広い専門知識を活用して、言葉にされない対象者の思いを汲み取り、総合して交渉の方向性や方略を検討・評価するという内容である。

2）相互理解のための対話

これは、対象者の認識や目標、価値観を理解するために、聴き、確認するとともに、対象者が看護師の認識や目標なども理解できるよう、相互にコミュニケーションをとり、共通理解するという内容である。

3）折り合いをつけるための多様な議論

これは、コンフリクトに対して、折り合いをつける着地点を探すために、説明をしたり、案を出したりして、試行錯誤しながら議論するという内容である。

4）個別性と状況に合わせた押し引き

これは、対象者の個別性や状況に合わせて、関わるタイミングや関わり方を柔軟に変更し、理解されやすいように幅広い方法を用いて介入するという内容である。

5）自己洞察を基にした協働関係の構築

これは、対象者を尊重して対等な立場で関われるよう、自己洞察を繰り返しながら、行動関係を構築するという内容である。

6）自我機能の強化

これは、安全と治療を提供するとともに、対象者の心の安定を図り、現実認識と意思決定、対処能力に関わる自我機能を高めるという内容である。

7）チーム内で協働したセルフケア行動の強化

これは、チーム内で協働し、リーダーシップも取りながら、対象者の適切なセルフケア行動を強化し、症状マネジメントやセルフケア能力を高めるという内容である。

以上のように、3つのコンピテンシーを比較した結果、精神科看護師の交渉コンピテンシーは、〔知識を活用した対象者理解に基づく方向性の検討〕〔相互理解のための対話〕〔折り合いをつけるための多様な議論〕〔個別性と状況に合わせた押し引き〕〔自己洞察を基にした協働関係の構築〕〔自我機能の強化〕〔チーム内で協働したセルフケア行動の強化〕の7つに統合できた。

Ⅳ．考　　察

今回明らかになった＜統合した精神科看護師の交渉コンピテンシー＞と前述した統合失調症をもつ人への看護師の交渉方略を比較し、統合失調症をもつ人への看護師の交渉方略を支える精神科看護師の交渉コンピテンシーについて考察を加える（表5）。なお、【　】は統合失調症をもつ人への看護師の交渉方略を、〔　〕は統合した精神科看護師の交渉コンピテンシーを示す。

1．【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】交渉方略を支えるコンピテンシー

これは、交渉を始めるにあたって、対象者の脆弱さと固さに合わせ、安心し、思いを成し遂げることができるように徹底して寄り添って整える、という意味の方略である。これは、〔相互理解のための対話〕〔自己洞察を基にした協働関係の構築〕〔自我機能の強化〕という交渉コンピテンシーによって支えられる方略であると考えた。

表５　統合失調症をもつ人への交渉方略を支えるコンピテンシー

統合失調症をもつ人への交渉方略	【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求】	【方向づけ】	【巧みな押し引き】	【自己決定による合意への導き】
統合した精神科看護師の交渉コンピテンシー	〔相互理解のための対話〕 〔自己洞察を基にした協働関係の構築〕 〔自我機能の強化〕	〔知識を活用した対象者理解に基づく方向性の検討〕	〔チーム内で協働した セルフケア行動の強化〕	〔個別性と状況に合わせた押し引き〕	〔相互理解のための対話〕 〔折り合いをつけるための多様な議論〕

統合失調症をもつ人は自我の脆弱さをもち、対人関係における安全保障感が少ない（Sullivan, 1956a／1983）。そのため、対象者が自律的に看護師と交渉を行うためには、まずは看護師が対象者の思いを聞き、共感的に関わり、自我を強化する方略が用いられていた。これは〔相互理解のための対話〕の一部である“聴く”と、〔自我機能の強化〕というコンピテンシーによって支えられる方略であると考える。

加えて、統合失調症をもつ人には、注意の強度や持続、選択性、長期記憶や短期記憶といった認知機能障害があることが、近年明らかにされている（中坪, 2012）。そのため、自ら目標を設定し、計画を立て、実際の行動を効果的に行うことが困難である（中坪, 2012）。これは、困難を生じさせている事がらを客観的に評価し、変更するということができない“固さ”につながる。看護師は、これに対して強制して変化を促すのではなく、対象者の考え方ややり方に徹底的に寄り添う、という交渉方略を用いていた。これは〔自己洞察を基にした協働関係の構築〕という交渉コンピテンシーによって支えられる方略であると考える。

コンピテンシーに着目することで、“自己洞察”という要素が抽出された。援助職は、対象者の不利益を防ぎ、安寧を促そうとする働きを持つ。交渉もそのために行われる。しかし、対象者の行動の変化を求める願いが強くなると、対象者の自律性を尊重することが難しくなるため、自分がどれほど患者の行動の変化を重要と感じているか注意深く観察する必要がある（Rollnick et al, 2008／2010）。〔自己洞察を基にした協働関係の構築〕というコンピテンシーは、そのことも踏まえたコンピテンシーであることが分かる。

２．【内に潜む可能性と本音の追求】交渉方略を支えるコンピテンシー

これは、交渉を始めるにあたって、対象者を、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労、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究し、時間をかけて可能性を見立てる、という意味の方略である。これは、〔知識を活用した対象者理解に基づく方向性の検討〕という交渉コンピテンシーによって支えられる方略であると考えた。

齋藤（2013）は、看護管理における交渉のプロセスの第一段階は、交渉のゴールを設定することだと述べている。自分とは異なる主義・主張や価値観などをもつ相手のことをよく理解し、妥当な交渉の運び方を計画し、交渉の主目的を設定する。そして、状況評価に基づき、譲れる点と譲れない点の優先順位をつけ、妥当な交渉のゴールを設定するというのが、ゴール設定である。そして次の段階は、問題点の把握とニーズ創出である。これは、交渉に必要な情報を収集・活用し、交渉すべき問題点を明らかにすることである。問題の本質、真のニーズ、交渉の内容が相手にとってもつ意味などを理解し、表面的な主張だけでなく、潜在的なニーズに目を向けることが必要である。ゴール設定と、問題点の把握、ニーズ創出は、交渉の要であると考える。

しかし、統合失調症をもつ人は、防衛機制の働きや、対人関係上の困難、自律性が損なわれる体験によって、思いや感情の表出が困難であることも少なくない（片倉ら, 2007）。そのため、精神科看護師は、精神看護に関わる広い知識を活用して対象者理解を深める必要がある。コンピテンシーに着目することで、“知識を活用する”

という要素に注目できたことが、本研究の意義であると考える。

3.【方向づけ】交渉方略を支えるコンピテンシー

これは、交渉成立に向けて動機づけるために、対象者や看護師、チームの状況を整え、全体が方向づけられるように調整・協力する、という意味の方略である。これは、〔チーム内で協働したセルフケア行動の強化〕という交渉コンピテンシーによって支えられる方略であると考えた。

Bandura（1977／1979）は、社会的学習理論において、適切な行動を起こした時に敬意を示して外的に強化したり、体験を通して動機づけることが有用であると説明している。さらに、認知機能障害がある統合失調症をもつ人には、直接的に言語で関わるのではなく間接的に、かつ具体的に反復して働きかけることが必要であると言われている（昼田，1989，Sullivan，1956b／1983）。チームで協働することによって、適切な行動が起こった時にタイムリーに強化する働きかけができ、かつ反復的に働きかけることが可能となる。チーム内で協働する事や、動機づけることは交渉方略においても含まれたが、コンピテンシーに着目することで、交渉事案となるセルフケア行動に焦点が当たった。

4.【巧みな押し引き】交渉方略を支えるコンピテンシー

これは、交渉成立に向けて、対象者の状態や関係性を見極め、理屈や感情を駆使して、添うことと看護師の意見を強く押すことを巧みに使い分けて動機づけていく、という意味の方略である。これは、〔個別性と状況にあわせた押し引き〕という交渉コンピテンシーによって支えられる方略であると考えた。

すでに述べたように、統合失調症をもつ人は、自我機能や認知機能に障害をもつ。その特性にあわせ、自律性を尊重し、協働関係にて相手を動機づけ、最終的に対象者自身が自己決定できるよう、看護師は巧みに押し引きしながら、交渉を行っていた（藤代ら，2017b）。【巧みな押し引き】交渉方略でも、状況に合わせて、臨機応変に押したり引いたりする、という内容が示されており、〔個別性と状況に合わせた押し引き〕というコンピテンシーと内容はほぼ一致している。

5.【自己決定による合意への導き】交渉方略を支えるコンピテンシー

これは、対象者に波長を合わせて看護師が歩み寄りつつも、対象者が看護師の意見を理解できるように直面化を図って合意点を刷り合わせ、最終的に対象者の決定という形で合意形成する、という意味の方略である。これには、〔相互理解のための対話〕の中の“対象者が看護師の認識や目標などを理解できるようコミュニケーションをとる”というコンピテンシーと、〔折り合いをつけるための多様な議論〕というコンピテンシーによって支えられる方略であると考られる。

関係者の間で最善の策を探し続ける、という意味の「合意形成」について説明した吉武（2017）は、対象者がどのようなことに関心や懸念を抱いているか分析することが必要であると述べている。そのために、対象者に「意見の理由」について尋ね、意見の背後にある深い事情・思いを共有する。対象者を受容する姿勢で、対話を繰り返す中で理解が深まり、対話を繰り返すことで対象者自身が折り合いをつけるのを支援する。これは、〔相互理解のための対話〕というコンピテンシーに相当する。

一方、統合失調症をもつ人には自我機能や認知機能に障害があるため、対象者が理解しやすいように議論する必要がある。交渉方略では、直面化や自己決定を促すという意味が含まれたが、〔折り合いをつけるための多様な議論〕では、説明をしたり、案を出したりして、試行錯誤しながら議論するという、より具体的なコンピテンシーが抽出された。

V. 結　　論

精神科看護師の交渉コンピテンシーは、文献検討によって〔知識を活用した対象者理解に基づく方向性の検討〕〔相互理解のための対話〕〔折り合いをつけるための多様な議論〕〔個別性と状況に合わせた押し引き〕〔自己洞察を基にした協働関係の構築〕〔自我機能の強化〕〔チーム内で

協働したセルフケア行動の強化〕の７つに統合することができた。

これらのコンピテンシーは、統合失調症をもつ人との交渉方略を支えるコンピテンシーであること、一部の交渉方略はコンピテンシーと内容が一致することが考察された。また、コンピテンシーに注目することによって、看護師の自己洞察や知識の活用、対象者のセルフケア行動、具体的な議論方法に焦点を当てることができた。

しかし、交渉そのものや、交渉コンピテンシーを明らかにした研究はまだ十分になされていない。今後は、精神科看護師の交渉コンピテンシーの習得につながるような研究を重ねることが必要である。

本論文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＞

Bandura, A.（1977）／原野広太郎監訳（1979）．社会的学習理論（初版），17-104．東京都：金子書房.

Bidmead, C, Cowley S（2005）．A concept analysis of partnership with clients．Journal of Community Practice, 78(6), 203-238.

Bowers L（1992）. Ethnomethodology. II．A study of the Community Psychiatric Nurse in the patient's home. International, Journal of Nursing, 29(1), 69-79.

Cusack E, Killoury F, Nugent LE（2017）. The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24, 93-104.

Feng D, Li H, Meng L, Zhong G（2018）. Development of a Questionnaire to Assess Nursing Competencies for the Care of People with Psychiatric Disabilities in a Hospital Environment. The Psychiatric Quarterly, 89(3), 699-706.

藤野間やよひ（2007）．看護実践能力の向上をめざす精神科クリニカルラダーの作成．日本看護学会論文集：看護管理，37，358-360.

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.

Harris D, Morrison EF（1995）. Managing violence without coercion. Archives of Psychiatric Nursing, 9(4), 203-210.

昼田源四朗（1989）．分裂病者の行動特性（初版），215-239．東京都：金剛出版.

Hook ML.（2006）. Partnering with patients；a concept ready for action．Journal of Advanced Nursing, 56(2), 133-43.

井上直子，畦地博子，藤田佐和（2017）．慢性疾患患者に患者教育を行う看護師のコンピテンシーに関する文献検討．高知女子大学看護学会誌，42(2)，51-61.

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.

萱間真美，田中隆志，金城祥教，他（2001）．精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究（第３報）　参加観察法を用いた全国調査による評価項目の精選．精神科看護，28(9)，32-49.

小林由起子，佐鹿孝子（2014）．精神科看護師が専門的ケア行動を実施できる要因－精神看護専門看護師・精神科認定看護師への面接を通して．看護教育研究学会誌，6(1)，13-23.

Kudless MW, White JH（2007）. Competencies and Roles of Community Mental Health Nurses. Journal of Psychosocial Nursing, 45(5), 32-44.

倉橋祐衣，上岡奈美，長尾一樹，他（2016）．精神科病棟に勤務する看護師の自殺予防アセスメント能力の構成要素．日本看護学会論文集：看護管理，46，341-344.

Madela-Mntla EN, Poppenpoel M, Gmeiner A（1999）. A model for culture-congruent psychiatric nursing. Curationis, 22(3), 65-74.
中満千夏，落合浩子（2013）．精神科外来看護師が看護実践を行う上で活用している能力－インタビューから見えてきた精神科における特徴．日本精神科看護学術集会誌，56(3)，112-116.
中坪太久郎（2012）．シリーズ臨床心理学研究の最前線⑤統合失調症への臨床心理学的支援－認知機能障害の改善と家族支援の取り組み（初版），109-130．京都府：ミネルヴァ書房.
日本看護系大学協議会事務局（2018）．看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標（初版），5．東京都：白峰社.
O’Donovan A（2007）. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric? . Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 542-548.
Reed NP, Josephsson S, Alsaker S（2018）. Community mental health work: Negotiating support of users' recovery. International, Journal of Mental Health Nursing, 27(2), 814-822.
Rollnick, S, Miller, WR, Butler, CC（2008）／後藤恵，荒井まゆみ（2010）．動機づけ面接法；あらゆる医療現場で応用するために（初版），207-231．東京都：星和書店.
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.
Sands N, Elsom S, Gerdtz M, et al（2012）. Identifying the core competencies of mental health telephone triage. Journal of Clinical Nursing, 22, 3203-3216.
Spencer LM, Spencer SM（1993）／梅津祐良，成田攻，横山哲夫（2011）．コンピテンシー・マネジメントの展開［完訳版］（初版），11-19．東京都：生産性出版.
Söderman M, Rosendahl S, Sällström C（2018）. Caring and Uncaring Encounters between Assistant Nurses and Immigrants with Dementia Symptoms in Two Group Homes in Sweden-an Observational Study. Journal of Cross-Cultural Gerontology, 33(3), 299-317.
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（初版），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（初版），13-21．東京都：みすず書房.
鈴木亮，鈴木孝三，櫻井信人（2015）．精神科看護師が捉える熟練看護師に備わっている能力－半構成的インタビューを通して．日本看護学会論文集：精神看護，45，23-26.
田嶋長子，山田覚（2011）．精神科看護者のClinical Competencyの構成要素と影響要因．高知女子大学看護学会誌，36(2)，79-88.
田嶋長子，山田覚（2014）．精神科看護師のClinical Competencyと影響因子の構造．日本精神保健看護学会誌，23(1)，9-18.
Truglio-Londrigan M（2016a）. Shared Decision Making through Reflective Practice: Part I., MEDSURG Nursing, 25(4), 260-264.
Truglio-Londrigan M（2016b）. Shared Decision Making through Reflective Practice: Part Ⅱ., MEDSURG Nursing, 25(5), 341-350.
Vuckovich PK, Artinian BM（2005）. Justifying coercion Nursing. Ethics, 12(4), 370-379.
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.
山根俊恵，東美奈子，草地仁史，他（2010）．精神科認定看護師のコンピテンシーに関する教育．日本精神科看護学会誌，53(1)，27-38.
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（第１版），1-47，東京都：医学書院.