

平成28年度 高知県立大学大学院 博士論文

地域で生活する統合失調症をもつ人への
看護師の交渉

The aspect of the psychiatric nurses' negotiations
with individuals with schizophrenia living
in a community

看護学研究科看護学専攻

博士後期課程

13G204

藤代 知美

指導教員 野嶋 佐由美 教授

論文要旨

題名 地域で生活する統合失調症をもつ人への看護師の交渉

氏名 藤代 知美

本研究の目的は、統合失調症をもつ対象者を中心とした看護を確立するために、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。

対象者の要望と看護師の方針の間にコンフリクトがある際に、合意を目指して実践した交渉について、半構成的インタビューを実施した。15名の研究参加者から語られた29事例への交渉を分析対象とし、グラウンデッド・セオリーを用いて、継続的比較分析を行った。

分析の結果、①交渉相手に波長を合わせて歩み寄りつつも、相手が看護師の意見を理解できるように直面化を図って現実との合意点をすり合わせ、最終的に相手の決定によって合意形成する【自己決定による合意への導き】、②相手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、相手を動機づけていく【巧みな押し引き】、③相手を動機づけるために、相手や看護師、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【方向づけ】、④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究し、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】、⑤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、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】、という5方略が抽出された。5方略には13交渉行動群〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕〔現実との折り合わせを提案する〕〔チャンスを捉えて直面化を促す〕〔巧みに乗せる〕〔いったん添う〕〔対峙する〕〔体験から動機づけて固める〕〔方針を共有する〕〔チームを調整する〕〔広く可能性を見立てる〕〔内に潜む本音を汲み取る〕〔脆い自我に寄り添う〕〔枠を破っても意志に追従する〕が含まれた。

以上の結果から、統合失調症をもつ人への看護師の交渉は、ケア提供者として寄り添う関係性から対等な協働関係に発展すること、多元的なプロセスを踏むこと、対象者の自我発達を促して自己決定に導く方略と認知機能に配慮して変化を促す方略が用いられていることが考察された。そして、統合失調症をもつ人への看護師の交渉は、一般的な交渉とは異なり、ケア提供者として寄り添う関係性をもつこと、対象者の自己決定権と安全を保つ権利を両立させるために多様な方略を用いることが特徴であることが考察された。

Abstract

Title: The aspect of the psychiatric nurses' negotiations with individuals with schizophrenia living in a community

Name: Tomomi Fujishiro

The purpose of this study was to explore and describe the aspect of the psychiatric nurses' negotiations toward individuals with schizophrenia living in community or planning to move to such a community. The study included the data of 29 cases narrated by 15 nurses. The negotiation meant that it aims to agree when there is the conflict between nurses and clients. The data regarding negotiations by nurses was collected using a semi-structured interview. Data analysis was performed using a grounded theory.

The results showed the presence of the following five strategies of negotiations: (1) "Leading to agreement by self-determination" was related to adjusting to the clients' needs, fulfill their feeling, trying to recognize with a real, and finally reaching an agreement by their self-determination. (2) "Cleverly push-pull" was related to the nurses' analysis of the condition and stability, utilization of logic and emotion, the good use of fulfillment and advice, and eventual motivation of the clients. (3) "Orientation" was related to the condition of clients, nurses, and team members in the preparation for motivating the clients. (4) "Considering the client's potential and true feelings" was related to the daily evaluation of their true feelings and the awareness of the possibility of such emotions. (5) "Fulfilling the wish of vulnerable and obstinate clients" was related to fulfilling their needs completely ; this was to improve the state of preparation for the negotiations so that they feel safe and their hopes could come true. In addition, 13 action categories were included in the five strategies. These were "matching clients' wavelength and waiting the small agreement, "proposing an agreement with the reality, "making an approach to confront when and opportunity arrives, "changing their opinion cleverly, "adjusting to them for a period, "confronting each other, "encouraging their experience for changing their perspective, "sharing a policy in a team, "adjusting a team, "considering their true feeling, "understanding the entire picture to determine their potential, "placating their vulnerable ego, "and "satisfying their wish even if it involves break a rule."

From the above results, it is clear that the negotiation of fulfilling to clients developed into collaborative relationship, that the negotiations went through a process of transition, and that the strategy leading to their self-determination by improving clients' ego function, and improving their change by considering their cognitive dysfunction were used.

In addition, it is clear that nurses use various strategy to balance the rights of self-determination and security.

目次

第 1 章	序論	1
I.	背景	1
II.	研究目的	3
III.	研究の意義	3
第 2 章	文献検討	4
I.	概念「交渉」の背景	4
1.	文化・学問分野ごとの背景	4
2.	理論的背景	5
II.	「交渉」の概念分析	7
1.	対象文献の選択及び分析方法	7
2.	結果	8
III.	医療における交渉について	14
1.	患者が行う交渉	14
2.	看護師が行う交渉	15
3.	統合失調症をもつ人と看護師の交渉	17
IV.	用語の定義	20
第 3 章	研究の方法と対象	21
I.	研究デザイン	21
II.	データ収集期間	21
III.	研究参加者	21
IV.	データ収集方法	21
1.	研究参加者へのアクセス	21
2.	データ収集方法	22
V.	データ分析方法	22
1.	分析方法	22
2.	分析の信憑性確保のための方法	23
VIII.	倫理的配慮	24
1.	施設管理者や研究参加者に承諾・同意を求めるための方法	24
2.	研究協力の撤回が自由にできるための配慮	25
3.	研究参加者のプライバシー保護のための配慮	25
4.	研究参加者の心身の負担、不利益や危険性への配慮	25
5.	研究参加者が受ける利益や看護上の貢献	26
6.	研究結果の公表の際の匿名性保持のための配慮	26
第 4 章	結果	27
I.	研究参加者と語られた交渉の概要	27

II.	統合失調症をもつ人への看護師の交渉の全容	28
III.	【自己決定による合意への導き】方略	31
1.	〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群	31
2.	〔現実との折り合わせを提案する〕交渉行動群	34
3.	〔チャンスを捉えて直面化を促す〕交渉行動群	37
IV.	【巧みな押し引き】方略	40
1.	〔巧みに乗せる〕交渉行動群	40
2.	〔いったん添う〕交渉行動群	44
3.	〔対峙する〕交渉行動群	48
V.	【方向づけ】方略	50
1.	〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群	51
2.	〔方針を共有する〕交渉行動群	53
3.	〔チームを調整する〕交渉行動群	55
VI.	【内に潜む可能性と本音の追究】方略	59
1.	〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群	59
2.	〔広く可能性を見立てる〕交渉行動群	64
VII.	【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略	67
1.	〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群	67
2.	〔枠を破っても意志に追従する〕交渉行動群	69
第5章	考察	73
I.	交渉する看護師と対象者との関係性	73
1.	各方略を用いる際の対象者と看護師の関係性の継時的変化	
	73	
2.	統合失調症をもつ人との交渉における関係性の特徴	76
II.	交渉のプロセス	77
III.	看護師が用いる交渉行動群	79
1.	交渉の中で看護師が用いた交渉行動群	80
2.	各交渉行動群に内在する視点	95
IV.	統合失調症をもつ人への看護師の交渉の特徴	103
V.	精神科看護における概念「交渉」の活用可能性	104
VI.	研究の限界	105
第6章	結論	106
謝辞	107
引用文献	108
参考文献	119

図表目次

表 1	交渉が行われた場	27
表 2	交渉内容	28
表 3	統合失調症をもつ人への看護師の交渉方略	29
表 4	統合失調症をもつ人への看護師の交渉方略・交渉行動群 の定義	30
表 5	交渉の過程における関係性の比較	75
表 6	交渉のプロセスの比較	79
表 7	各方略に共通する視点	96
表 8	自我発達を促して自己決定に導く視点をもつ交渉行動 群と先行研究との比較	97
表 9	認知機能障害に配慮して変化を促す視点をもつ交渉行 動群と先行研究の比較	101
図 1	「交渉」の概念図	8
図 2	統合失調症をもつ人への看護師の交渉の概念図	31

資料目次

資料 1	施設用研究依書	i
資料 2	研究協力依頼用説明文書	iii
資料 3	研究参加者用研究依頼書	iv
資料 4	インタビューガイド	vi
資料 5	承諾書	vii
資料 6	同意書	viii
資料 7	承諾取り消し書	ix
資料 8	同意取り消し書	x

第 1 章 序論

I. 背景

1962年ケネディ大統領の消費者の権利宣言により、世の中は消費者主義の時代に入った(中山, 2012)。消費者の権利とは、安全である権利、知らされる権利、選択する権利、意見を反映させる権利であり、医療においても1980年代からその変化が現れ始めた。

1980年以前には、患者の養生法に関してはコンプライアンスという考えが主流であった。コンプライアンスとは、医療者に助言された養生法に患者がどの程度従うかという意味であり(黒江, 2002)、患者は医療者に提案された治療やケアに従う存在である。1980年代、我が国では1990年代より、患者が治療計画の決定に積極的に参加するという意味のアドヒアランスという言葉が用いられるようになった(黒江, 2002)。WHO(2003)は、長期療養をする人へのアドヒアランスを「合意によって定めたヘルスケア提供者からの提案と人々の行動が一致する程度」と定義し、提案に対して患者の合意が求められることがコンプライアンスとの違いであるとした。

1997年イギリスでは、薬学学会がコンコーダンスという言葉を用いるようになった。コンコーダンスは、医療専門職と患者の間で明確な意見の一致を持つこと、患者も医療専門職もそれぞれの意見を尊重することを基盤としている(安保, 武藤, 2010)。患者の意見を尊重するという点では、アドヒアランスと類似する。しかし、アドヒアランスは、地域で暮らす患者には医療が必要であり、医療を中断するのは患者の前向きさが不足しているのだという過剰な自己責任の考えに陥りがちであると、安保(2009)は述べている。そして、自立した当事者の考えに寄り添うという意味のコンコーダンスが現実的であると述べており、近年わが国でもコンコーダンスに関する報告が増えている(小林, 矢内, 村山, 2012; 中安, 谷藤, 2012; 濱, 高園, 宮地ら, 2012)。

このような3つの概念が混在する中、Bissonnette(2008)はRodgersの手法を用い、アドヒアランスの概念分析を行った。Rodgersの概念分析は、時間や状況の変化に伴う概念の変化に着目し、関連する概念と比較・対照することで概念の特性を明らかにしようとする方法である(上村, 本田, 2005)。Bissonnette(2008)は、アドヒアランスの属性には決定の対立 *decisional conflict*、予測可能性、個人的経験、パワー、合意、普及があることを明らかにした。しかし、アドヒアランスとコンプライアンスの間に、患者中心という意味での差はなかった。また安保(2009)は、急性期から回復期の段階を経て、援助者の姿勢はコンプライアンス志向から、アドヒアラン

ス志向、コンコーダンス志向へと変化していくこと、これらの志向は混じりあっていることが多いことを説明している。つまり患者の養生法を決める際の患者の関与度の違いを示すこれら3つの概念は、患者との関わりにおいて流動的に用いられるものであり、概念間の境界があいまいであるということが分かる。

2007年WHO(2007)は、**People centered care**を提唱した。これは、患者は患者である前に人であり、健康を自分で守るように権限を与えられ、健康を促進される必要があるという考え方を基にしている。そして患者中心の医療を行うことで、アドヒアランスが高まり、治療効果、患者満足度、QOLが高まるとした。**People centered care**に類似する概念として、パートナーシップがある。**Bidmead & Cowlye(2005)**は、在宅でのパートナーシップについて概念分析を行い、誠実な関係性、正直でオープンなコミュニケーションと傾聴、賞賛と促進、相互作用、共感、相手の経験を分かち合い尊重する、目標と計画と境界を共に交渉する、参加、サポートとアドボカシー、情報提供、選択と公平さの権利、の11属性を特定した。**Hook(2006)**が行ったパートナーシップの概念分析では、関係性、**power shareing**、交渉、の3つが属性として明らかにされたが、看護師が身につけるべきスキルが明らかになっていないことが指摘された。**Sahlsten, Larsson, Sjostrom et al.(2006)**は、「ケアへの患者の参加」という概念の意味を明らかにするために、グラウンデッドセオリーを用いた研究を行った。その結果、「交渉における相互作用」がコアカテゴリーとして抽出された。つまり、パートナーシップや患者のケアへの参加において、「交渉」が重要な概念であることが分かる。

一方、精神科看護においては、急性期に患者の判断能力が著しく低下するために、患者の意思が反映されにくいという時代があった(小山, 2013)。近年の研究では、患者が治療やケアの決定に参加し、合意を交わす、という意味のアドヒアランス、コンコーダンスが重要な概念となってきた(板原, 2011; 桑水流, 大橋, 2011; 小林ら, 2012; 中安ら, 2012; 濱ら, 2012)。また別の視点からは、エンパワメント、ストレングス、リカバリーなどの患者の能力を重視する概念を用いた研究が多数なされている(伊勢田, 相川, 藤本ら, 2011; 小坂, 2012; 松岡, 玉木, 初田ら, 2012; 初田, 石垣, 2013)。リカバリーは、病気をもちながらかけがえのない命を生き、社会に生活し、再起して自分の人生を歩むことを意味し(Ragins, 2002/2005a)、地域で生活する当事者を支援するためには欠くことができない概念である。リカバリーには、希望、エンパワメント、自己責任、生活の中の有意義な役割、という4つの段階がある。つまり、リカバリーにおいて支援者は、対象者を保護するのではなく、彼ら

が生活のかじ取りを自分で行うことをサポートする。そのことによって、対象者は自分で自分の責任をとるようになり、人に対して非難、怒り、失望を抱かないようになると言われていた。つまり、自分が受ける治療やケアについて意思決定に参加していくことは、対象者が自分自身の人生を取り戻すために有益であるのみならず、看護師をはじめとする医療者との関係性の構築においても有用であると言える。

しかし、患者は医療者と協働し、合意を行う方法を理解しているわけではない。多くの患者が、医師の考えに意義を唱えたり、忠告に逆らったりすることで、自分が面倒な患者と思われたり、医師との関係が悪くなったりするのを恐れることが明らかにされている(Groopman & Hartzband, 2011/2013)。また、認知機能障害があり、長年自分の意思が大事にされない経験をしてきた統合失調症をもつ人には、医療者と交渉し、合意を取り交わすことに特別な援助が必要であることも分かっている(Liberman, 2008a/2011; 片倉, 山本, 石垣, 2007)。しかし我が国では、地域で生活する統合失調症をもつ人が、自分が受けるケアに納得して合意していくために、看護師がどのように交渉していけばいいのか、そして何を指標とすればいいのか、ということを実証した研究はない。そこで、両者の間でどのような交渉がなされているのかということについて、まずは看護師の視点で明らかにすることが必要であると考えた。

II. 研究目的

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。

III. 研究の意義

看護師が統合失調症をもつ人に行っている交渉の全容を明らかにすることで、納得のいく合意を交わすための指標を得ることが出来る。また、その際に看護師が駆使している方略が明らかになることで、状況に合わせた交渉を行うための示唆を得ることができると考えた。そして、看護師がそのようなスキルを身につけることにより、統合失調症をもつ人のアドヒアランスが高まり、再発を減少させ、リハビリを果たすための一助となると考えた。

第2章 文献検討

本章では、概念「交渉」の背景、「交渉」の概念分析の結果、医療における「交渉」の順に論じていく。

I. 概念「交渉」の背景

冷戦終了後の1969年、ニクソン大統領が大統領演説において、対決の時代は終わり交渉の時代に入ったと語ったことにより、「交渉」という概念がクローズアップされるようになった(浦野, 信夫, 1986)。概念「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。また現在では、教育や社会学、医療分野においても、交渉という概念を用いた研究がなされている。

ここでは、文化・学問分野ごとの概念「交渉」の背景、理論的背景について論じる。

1. 文化・学問分野ごとの背景

経済の分野で交渉の基礎を築いたハーバード流交渉戦略を紹介した御手洗(2013a)は、「交渉」を「利害関係にあつ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」と述べている。しかし日本人は、交渉を駆け引きや取引、または謀略と同レベルのものと考え、卑劣なものとして疎んじる文化風土が存在し、お互いの腹の探り合いを行う交渉行動をさげすむ美意識がある。このことから、国によってパーセプションギャップがあることが指摘されている(御手洗, 2013a)。例えば、Websters New Twentieth Century Dictionaty (Webster, N. & McKechnie, 1979)では、“negotiation”を「①交渉すること。特に、仕事の取引で合意するために協議する、議論する、取引を行う。②商売するうえで取引する。」と説明している。同様に、動詞形の“negotiate”を「①交渉を獲得する。もたらす。②ビジネスの方法をパスする。流れに入る。価値を手に入れる。③他の買い物をする。他の取引を協議する。④協定、契約などで合意にたどりつくように議論を行うこと。」と説明している。一方で我が国の大辞泉(松村, 1995)では、交渉を「①特定の問題について相手と話し合うこと、掛け合うこと。②交際や接触によって生じる関係、関わりあい。」と記載している。このように辞書においても、日本においては議論や協議の意味合いが少ないことが分かる。

鈴木(2004a)は、日本の文化に即して、交渉におけるコミュニケーションを説明した。そして、交渉とは自分の視点や利益よりも相手との関係を重視した話し合い、共通の理解を得るためになされる情報、意見、アイデアの交換を行う「対話」のイメージであり、問題

解決のための最も効果的なコミュニケーション・プロセスであると定義している。

教育の分野では、「相互交渉」「社会的相互交渉」「対人相互交渉」という概念が多く用いられている。重度・重複障害児の対人相互交渉について述べた徳永(2011)は、外界の情報をどのように取り込み、どのように判断し、どのように行動を形成するか、ということを検討することが必要であると述べている。そして、子どもの内側で起こるこの過程に基づいて、大人とのやり取りが展開され、表出過程での行動に対する大人からの応答がフィードバックされて子供に戻っていく、と対人相互交渉の構造を説明している。また小林(1989)は、授業場面における個人の理解とその間に生じる相互交渉を分析し、相互作用を通じて何らかの変化を起こすといった側面をとらえることの可能な理解構造モデルの必要性を述べている。以上より、「相互交渉」とは単なる相互作用ではなく、人と人との相互作用を通し、結果としてよい変化を起こすことを表す概念であることが読み取れる。

その他に、文化同士の相互作用の諸相を見出す「文化交渉」(篠原, 井上, 黄ら, 2010)、アイデンティティーに含まれる「交渉」(佐藤, 泰, 2013)では、関係、関わり合いという意味で「交渉」が使用されている。また、アサーションに含まれる「説得交渉因子」(西田, 奥野, 沢宮, 2009; 山田, 朝野, 物部, 2012)では、協議、話し合いという意味で用いられている。

労働の場面では、労使交渉という言葉が存在する。これは、労働者が団結することで、使用者と対等な立場に立ち、労働組合法により定められた交渉の権利により、双方が対決し、戦利品として合意が取り交わされるものである(今村, 2008)。対立した立場間で行われるという面で、これまでに述べた交渉とは少し意味合いが異なる。

2. 理論的背景

社会学では、心理学的理論、ゲーム理論、社会心理学的交渉モデル、ランカラジャンの理論、教育学では対人的交渉方略モデルを用いた研究が多くある。以下に、その概要を順に説明する。

心理学的理論では、交渉を行うのは個人であり、交渉者個人間にコミュニケーションが存在し、要求・譲歩が行われ、結論にいたると考える。この理論においては、交渉の結果は、一定の個人的な変数により決定される。それは、本性や属性などの個人的パーソナリティー、柔軟性、協力的、脅威の認知、約束などの交渉者の態度・知覚、期待、知覚の複雑さ、単純さ、認知の一貫性などの認知過程である。そして、パーソナリティーはそれが働く場との関係において理解されるという前提を持つ。場とは、交渉する相手の立場、目

的、意図、相互関係、戦略、及び行動に対する交渉者の認知及び期待である(浦野ら, 1986)。

交渉の最も一般的なモデルとして知られるのはゲーム理論である。ゲーム理論は、複数の主体が相互に他の主体の行動・選択によって自らの利得・利益が変化させられる、というゲーム的状况を分析する(鷺田, 2010)。分析するために、主体がとりうる行動によって利得を計算し、マトリックスやツリーを描いていくのが特徴である(浦野ら, 1986; 産業能率大学総合研究所, 2011a)。この理論は、個人の特性とか環境の変化を捨象して手段と目的からなり、交渉は戦略的な相互作用状況とみる(浦野ら, 1986)。

社会心理学的交渉モデルは、より総合的な理論の構築を目指し、交渉の全ての側面を体系的に考察しようとする。この理論では、交渉過程は時間の流れであるという観点から、交渉過程を前提、現在、帰結の段階に区分する。そして交渉の目的は、特定の結果に対する当事者の選好から成り立ち、当事者はそれぞれ自己に最大限有利な結果をもたらすべく動機づけられていると考える。動機づけは3つに区分される。1つ目は他の交渉者の結果を全く考慮せず、自己の利得のみを追求する個人的動機、2つ目は交渉当事者の一方と他方の利得の差を最大限にしようとする競争的動機、3つ目は交渉当事者に共通の利得を最大限にしようとする協調的動機である。交渉の過程では、交渉の相手方を説得するために多くのコミュニケーションが行われ、交渉のための準備、選択肢と効用の交差、効用の修正、選択肢の修正が行われる。影響する要因としては、文化的差異、当事者間の態度、交渉団内部の関係、交渉者の身分と背景、パーソナリティがある。最後に、条件として交渉のタイプ、参加者の人数、当事者の人数、情報、交渉への圧力、交渉のタイミングがあるとされている(浦野ら, 1986)。

ランガラジャンの理論は、経済学の分野で多く用いられており、交渉を当事者間で効用を分配する過程として捉え、交渉の結果は効用の分配と考える効用理論である。この理論の特徴は、紛争の最終的な解決はなく、あくまでも暴力に発展しないように抑制しようのものであるとすることである。また、交渉者は必ずしも合理的に行動するものではないとの前提に立ち、理論の中心に「不満」という概念を置いている。そして、交渉を現実の時間の流れで起こるプロセスであると捉え、一連の交渉も個々の時点においては一局面と捉え、交渉は1回のではなく継続的であると考える(浦野ら, 1986)。

Selmanの対人的交渉方略モデルは、社会情報处理的なアプローチと構造的・発達的なアプローチを統合したものである。社会情報処理に関しては、対人思考スタイルを他者変化志向と自己変化志向の2つで表している。そして、発達レベルを衝動的レベル、一方的

レベル、互恵的レベル、協調的レベルの4つの段階で表し、発達レベルが高まると社会的適応に導くとしている。このモデルを用いた研究では、児童に対してスキル獲得訓練が有効であることや(岡田, 古橋, 2009)や、性別や相手により用いる方略が異なること(山岸, 1998)が明らかにされている。

II. 「交渉」の概念分析

医療においては、患者と医療者が協働して治療内容を決めることに関して、shared decision making、意思決定、などの概念も存在する。これらの概念との区別を明確にするために、概念の特性と属性を明らかにする Walker & Avant の概念分析を用いて概念分析を行った(上村ら, 2005; Walker & Avant, 2005/2008)。ここでは、概念分析の結果を述べる。

1. 対象文献の選択及び分析方法

一般的な使用法については、広辞苑、大辞泉、Websters New Twentieth Century Dictionary、The New Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles を用いた。教育心理学、社会学に關係する辞書に「交渉」の記載はなかった。

一般図書については、CiNii books にてキーワード「交渉」で 2009～2013 年の図書を検索した結果、331 件の文献が検索された。この文献のタイトルや出版社名から、医療 7 件、外交 65 件、科学 1 件、環境 1 件、教育 3 件、経済・経営 28 件、文学・芸術 9 件、交渉学 79 件、行政 17 件、人文科学 5 件、文化交渉 57 件、法学・司法 53 件、労使交渉 6 件、の 13 分野に分類した。この 13 分野から、文学・芸術と、取り寄せることができなかった科学の分野を除き、残り 11 分野の図書を対象とした。そして、11 文献の図書の中から、総論が書かれている文献を分野ごとに 1 冊以上選択し、その参考文献など 2 件も含めた合計 16 文献を分析対象とした。

教育学では、国立教育政策研究所教育研究情報センターの教育研究論文索引を用い、キーワード「交渉」にて検索したところ 116 件検索された。このうち、CiNii をはじめとして online で入手することができた 30 件を対象文献とした。

社会学では、学術研究データベース・リポジトリ社会学文献情報データベースにて、キーワード「交渉」「論文」で検索された 53 件のうち、重複した文献と、法、紛争、国、労使関係を除く 8 件を対象とした。

医療の分野においては、医学中央雑誌を用いて、キーワード「交渉」で検索した。「性交渉」が多く含まれたため、「交渉 not 性交渉」にて検索し、なおかつ抄録が online で入手できた 239 件の抄録を

対象とした。また 239 文献のうち、本文内で交渉を中心的に扱っていると考えられた 38 文献とその参考文献 1 件は、本文も対象とした。

海外文献に関しては、Pub-med と EBSCO を用いてキーワード「Negotiation & concept analysis & theory」で検索した。重複した文献、英語以外の文献を除き 43 件の抄録を対象とした。内訳は、医療関連 22 件、医療以外の環境、外交、経済、法学、交渉学が 21 件であった。交渉について中心的に述べられていると判断された 11 件については本文も対象とした。

分析の過程で、労使交渉で用いられていた“対決し、勝利を勝ち取る”という意味は、他の交渉とは意味が異なると判断し、6 件の文献を属性の分析対象から除外した。その結果、331 文献を対象とし、属性と先行要件、帰結を抽出し、コーディング、カテゴリー化を行った。

2. 結果

先行要件として《特定の相手の存在》《要望・希望》《コンフリクト》、属性として《継続的プロセス》《方略》《関係性》、帰結として《納得いく合意》《新たな価値観・方法》《協働関係》が抽出できた(図 1)。以下に、3 つの属性と、先行要件、帰結の順に説明する。

なお、《 》は抽出された先行要件、属性、帰結を、〈 〉はそれらに含まれたカテゴリーを示す。



図 1 「交渉」の概念図

1) 属性《継続的プロセス》

《継続的プロセス》には、〈相互理解〉〈目標設定〉〈議論〉〈

選択肢の修正」というの4つのカテゴリーが含まれた。

＜相互理解＞とは、対話であり、自分の視点や利益よりも相手との関係を重視した話し合いのことであり、共通の理解を得るためになされる情報、意見、アイデア、価値や信条の交換や伝達である(武者小路, 1967; 鈴木, 2004a)。

＜目標設定＞とは、二者間で交渉の目的を特定することである。目的が曖昧であったり、一段的であったりする場合には、利益の対立よりも価値の対立に結びつきやすくなり、交渉において議論される問題の範囲が狭いほど解決が得られやすくなると言われている(浦野ら, 1986)。また、外交の場面では、数字や内容を具体化した交渉は重みがあるのと共に、足かせになる可能性がある(伊奈, 2012a)。反対に全てが曖昧な場合は訴えかける力が弱い半面実現する責任から自由であると言われている(伊奈, 2012a)。

＜議論＞の段階では、主張を展開し、相手の理解を求め、説得する(伊奈, 2012a; 佐々木, 2012a)。この時、後述する複数の選択肢の用意や許容範囲を示すことが有効となる(浦野ら, 1986)。

＜選択肢の修正＞とは、相互理解と議論により、自分が持っていた価値や信条、選択肢を変更したり修正したりすることである(武者小路, 1967; 浦野ら, 1986)。社会心理学的交渉モデルでは、選択肢の修正の手段としては、脅迫と約束、既成事実、選択肢の追加があるとされている(浦野ら, 1986)。また、これは譲歩や妥協と言われることもある(浦野ら, 1986; 松下, 2011)。しかし鈴木(2004a)は、妥協はあくまで到達したい目標の半分であり、十分な話し合いができていない状況であると述べている。

前述したランカラジャンの理論(浦野ら, 1986)や外交において(伊奈, 2012b)言われているように、＜相互理解＞＜目標設定＞＜議論＞＜選択肢の修正＞というプロセスを踏む交渉は、1回きりのものではなく、継続的な一連の作業である。

2) 属性《方略》

《方略》には、＜手段＞＜交渉者の能力＞＜交渉者のパーソナリティー＞＜状況＞＜関わる人＞というカテゴリーが含まれた。以下にそれぞれの説明を行う。

(1) 手段

交渉は、どちらかが勝利する競合的、分配的、ゼロサム型などと言われる交渉と、ハーバード流交渉に代表される協調的、統合的、WIN-WIN型などと言われる交渉に大別される(鈴木, 2004a; 産業能率大学総合研究所, 2011b; 佐々木, 2012a; 御手洗, 2013b)。また、「相手への配慮」と「自分への配慮」の2面に注目すると、それ

ぞれの強さによって、回避、服従、強制、妥協、協調の5つのストラテジーに分けられる(鈴木, 2004a)。これらのストラテジーは、その場での人間関係、問題の複雑さ、話し合いにかけられる時間や費用、当事者などの関係に合わせ、有効なストラテジーを選んで使われていく。また、誠意をもって話し合いに挑めば相手は言い分を理解してくれるという、日本人に多い情緒型交渉スタイルがあることも指摘されている(御手洗, 2013a)。

ビジネスや外交における実際的な戦略について述べた図書は数多く出版されている(渋谷, 2003; プレジデント編集部, 2006; 伊奈, 2012a; 久保田, 2012)。その中でもハーバード流交渉では、①人と問題を切り離すこと、②立場でなく利害に焦点を当てること、③複数の選択肢を用意すること、④客観的基準を強調すること、の4つを戦術として取り上げている(Fisher & Ury, 1991/1998)。①人と問題を切り離すとは、交渉は人と人との関係の中でなされるものであり、友好関係を保ちながらも、問題を関係性と切り離し、状況を正確に認識していく必要があるということであり、感情が作用しないように相手に感情を発散させるという戦略も含む。②立場でなく利害に焦点を当てるとは、相手の主張の背後にある利害を見極め、相手の利害に理解を示した上で、自分の利害について具体的に伝えて話し合うということである。③複数の選択肢を用意するとは、選択肢をたくさん出し合った後で、選択肢を広げ、異なるレベルの合意を用意するというものである。これは、交渉による合意に替わる最善の代案や選択肢 BANTA(best alternative to negotiated agreement)、お互いが合意できる余地 ZOPA(zone of possible agreement)などと言われる(産業能率大学総合研究所, 2011a)。④客観的な基準を強調するとは、私意で決めるのではなく、客観的基準を話し合うことで合意を目指すことであり、このことにより、友好的効果的に合意を導き出す。これらの戦略を使うことで、競合することなく、互いの利益を最大限にした合意を得ることができる、と説明されている。

また交渉において、コミュニケーションはこちらの期待している通りに相手方を動かし、行動してもらうためのマネジメント手段であると言われており(御手洗, 2013b)、話し方、しぐさ、表情、位置関係などの効果的なコミュニケーション技術や戦略に関する書籍も多い(谷川, 2005; 産業能率大学総合研究所, 2011c; 佐々木, 2012a)。

(2) 交渉者の能力

心理学では、交渉相手への影響力をもつものとして、①説得者の働きかけによって受け手が何らかの賞を得ることができる賞影響力、②身体的、精神的苦痛を与えることができる罰影響力、③地位・血

統や賞罰を多く持つ人などにある正当影響力、④人よりも豊富な専門知識や技術を身につけていることから生じる専門影響力、⑤理想的存在の態度や行動を参照する結果生じる参照影響力、⑥受け手の態度や行動を変化させるために受け手に呈示することのできる情報や論理的議論に基づいた情報影響力、の6つがあることが明らかにされている(佐々木, 2012b)。

その他に心理学においては、交渉を複雑な意思決定課題と捉える認知アプローチによる研究がある。認知アプローチでは、交渉課題や相手に対する認知の正確さが交渉過程に及ぼす効果が検討されている。そして、人は常に合理的な判断をするわけではないこと、お互いの利益は完全に対立していると思いきむ固定観念があること、認知的枠組み、の3つが交渉に影響していることが明らかにされている(佐々木, 2012a)。また、行動経済学では、合理的な経済人モデルからは説明できない非合理的な行動があると説明されている(産業能率大学総合研究所, 2011d; 御手洗, 2013e)。それは、人は損をしたくないと思ってしまう、人は先のことを考えていない、人は目印に惑わされてしまう、人は状況によって違うように感じてしまう、という4点から説明されている。以上より、合理的に考え、行動する能力が交渉に影響するということが分かる。

また、前述した対人的交渉方略モデルでは、問題が生じた場合に、問題をどのようにとらえ、どのように解決するのかという社会情報処理能力と、発達レベルにより交渉の方法が異なるとされている(山岸, 1998; 長峰, 1999)。

(3) 交渉者のパーソナリティ

交渉には、交渉者の年齢や身分、性別、性格が影響を与える(浦野ら, 1986; 山岸, 1998; 産業能率大学総合研究所, 2011d; 佐々木, 2012a)。

性格に関しては、競合的交渉と協調的交渉のそれぞれに、有利となる性格傾向があることが明らかにされている(佐々木, 2012a)。その他に、感情的な交渉者かどうかということが交渉に影響を与える(武者小路, 1967; 産業能率大学総合研究所, 2011d)。つまり、交渉者は第一に人間であり、相手方も感情の持主たる人間であることを認識し、その点に十分留意して交渉に当たらないと失敗する(Fisher et al., 1991/1998)。

(4) 状況

状況には、場所、時間・期間、文化・規範、情報量が含まれる。場所とは、慣れて安心して交渉できる場所か、それとも不慣れで緊張する場所かどうかということである(産業能率大学総合研究所,

2011d)。時間・期間とは、交渉を行う際の時間の制約の有無、交渉のタイミングや期間のことである(浦野ら, 1986)。文化・規範とは、「長男の嫁は介護をするものである」というような社会的規範などのことである(春日井, 2003; 中川, 2004)。情報量とは、相手方の効用について、当事者双方が有している情報量のことである(産業能率大学総合研究所, 2011d)。

(5) 関わる人

関わる人というのは、交渉に参加する人の数や、第三者として交渉にかかわる人の存在のことである(浦野ら, 1986; 鈴木, 2004a)

介護の場面では家族間の交渉に医療者が入り(春日井, 2003)、医療においては患者と医療者の間に医療ミディエーターが入り(高田, 2011)、双方のコンフリクトに対して交渉を行う。

3) 属性《関係性》

《関係性》には、＜コミュニケーションによる相互理解＞＜信頼関係に基づく協力関係＞という内容が含まれた。

＜コミュニケーションによる相互理解＞とは、双方向のコミュニケーションによってお互いを理解するという内容である(武者小路, 1967; 浦野ら, 1986; 高田, 2011; 平井, 平井, 2012)。“相互理解”は《継続するプロセス》に含まれる一局面でもあり、“コミュニケーション”は《方略》にも含まれる。しかし、＜コミュニケーションによる相互理解＞とは、交渉の結果を導き出すための手段としてのみ用いられるものではなく、交渉の全プロセスを通じて相互理解を高め続けていくものであった。

＜信頼関係に基づく協力関係＞では、特に医療分野の文献に、患者の気持ちやライフスタイルを支持、尊重し、信頼関係を構築するという内容が認められた(Madela-Mntla, Poggenpoel, & Gmeiner, 1999; 阿部, 2011)。また先に述べたように、交渉には競合的交渉と協調的交渉がある。競合型の交渉では、情報の欠如や相手への非難、相手への否定、自分の影響力の行使により、不信感に基づくコミュニケーションが展開されるため、決裂したり、訴訟や暴力に発展してしまうこともある。反対に協調的交渉では、双方が勝利者になるように対話による交渉を行う。お互いが協力し合い、信頼関係に基づくコミュニケーション(鈴木, 2004b)や友好関係が重要である(Fisher et al., 1991/1998)。そのために、互いに偏見をなくして、共感の哲学を身につけたうえで交渉に挑んで相互理解すること、日頃からのネットワークづくりやフランクな人的交流も必要である(御手洗, 2013b)。

つまり、《関係性》は交渉の全プロセスにおいて高められていき、

交渉のプロセスに作用するものであり、最終的に協働関係の構築に至るものである。

4) 先行要件

先行要件としては《特定の相手の存在》《要望・希望》《コンフリクト》が抽出された。交渉を行うには、《特定の相手の存在》がある。双方にはそれぞれに意思(石浦, 佐東, 益守ら, 2009)や要望(武田, 氏家, 大倉ら, 2009)、願い(小野, 2004)、選好性(浦野ら, 1986)という《要望・希望》があり、そこに《コンフリクト》が存在する。

コンフリクトとは、両者の異なる意向、または片方の意向が不明であること(小山, 小林, 2012)や、少なくともどちらか一方の不満や脆弱性(浦野ら, 1986)である。鈴木(2004b)は、コンフリクトそのものが問題なのではなく、人々がコンフリクトにどのように対処するかということが重要であると述べている。そしてコンフリクトの肯定的側面として、自分を知り相手をより深く理解できる、人間関係を強める、話し合うことで問題に気づき対処できる、組織内変化とモラルの向上が促される、新しい気づきやアイデアを得ることができる、自分の発想やアイデアに自信が持てる、自分の発想やアイデアやその価値に信頼が持てる、自分のコミュニケーションスキルを向上させる、個人の心理的発達と成長を促す、相手をエンパワーする、楽しさを刺激する、の11点を挙げている。

またコンフリクトは、医師と患者のような人間と人間の間だけではなく、家族内の両親と子ども、同一課内の正社員とパートのような集団内、日本とアメリカ、与党と野党のような集団間にも存在するし、ケーキを食べるか食べないか、というように個人内にも存在する(鈴木, 2004b)。

5) 帰結

帰結としては、《納得のいく合意》《新たな価値観・方法》《協働関係》が抽出された。

交渉を行うそれぞれ人の要望と希望に対し、交渉のプロセスを経た結果、双方の価値や信条が変化し(武者小路, 1967)、コンプライアンスが増進する(Madela-Mntla et al., 1999)、というように《新たな価値観・方法》を手に入れる。それにより、「これならできる、頑張ろうと思える合意」(石浦ら, 2009)や、暴力がおきない(星名, 樋口, 加藤, 2012)、正しい情報を提供する(尾崎, 2012)、国境を越えた教育を提供する(大森, 2012)といった当初の要望や希望を達成する《納得のいく合意》にたどり着くことができる。また交渉のプロセスの中で、パートナーシップ(Bidmead et al., 2005)や連携体

制(伊藤, 福原, 2012)と言われる《協働関係》が確立される。文化に合致した精神科看護モデルを開発した Madela-Mntla et al.(1999)は、これを「内面的には看護師に依存している自立」と説明している。

III. 医療における交渉について

医療の場で行われる交渉に関しては、患者が行う交渉について説明されたものと、看護師をはじめとする医療者が行う交渉について説明されたものがある。ここでは、本研究の対象となる統合失調症をもつ人に対する交渉も加え、順に論じる。

1. 患者が行う交渉

患者が行う交渉には、インフォームドコンセントに関わる交渉、日ごろのケアの中で看護師と行う交渉、家族間で行われる交渉の3つがある。この3点について順に述べる。

1) インフォームドコンセントに関わる交渉

患者中心の医療が推進され、患者は自らの治療を選択することができるようになったが、まだ十分に対応しきれていない現実がある。神島, 野地, 片倉ら(2008)は、334名の脳卒中患者を対象とし、服薬行動に関する調査を行った。そして、薬の名前や副作用を知らない人が半数以上いたが、薬について医療者に相談したことがない人が82.6%いることを明らかにした。また、Groopman et al.(2011/2013)は、多くの患者は、医師の考えに意義を唱えたり、忠告に逆らったりすることで、自分が面倒な患者と思われ、医師との関係が悪くなるのを恐れると述べている。また平井ら(2012)は、患者は自分の身体を医師にゆだねており、敵に命を人質に取られているような関係からスタートするわけであるから、一般の交渉術と異なる手段と方法が必要となる、と自らの体験記の中で述べている。

このような状況に対し、患者が医療者と交渉する能力を高めようとする活動がある。NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLは、インフォームドコンセントを患者に普及するために「新・医者にかかる10箇条」を作成した。これには、①伝えたいことをメモして準備をする、②対話の始まりはあいさつから、③よりよい関係づくりはあなたにも責任が、などの医師と交渉する際の具体的な内容が収められている。また、健康の情報に関する能力をヘルスリテラシーと呼び、この能力を高めるためのシステムの整備が進められている(中山, 2012)。

以上より、患者は医療者に対し、回避や服従、妥協といった方法で交渉を行う可能性があることが分かる。そして、患者が医療者と

交渉を行うには、特別な方略が必要であることが分かる。しかし、患者が看護師との間でどのようなプロセスを経ながら交渉を行うのか、ということについて明らかにしたものはない。

2) ケアの中で展開される看護師との交渉

Glaser & Strauss(1965/1988)は、終末期にある患者が、自分の病名を知ったり、鎮静剤をもらったりするために、コミュニケーションを拒否するという駆け引きをしたり、自殺すると脅したりして交渉を仕掛けていることを明らかにした。また患者は、入浴や食事のケアを後伸ばしにするために、「もうそんなことはしなくていい」と看護師に言って、看護師の気持ちを動かさず交渉をしていた。

我が国では、入院中の子どもと看護師の交渉に関する研究があり、子どもが治療を受ける際に「処置を受けるから薬の量を最低限にして」などと交渉していることが説明されている(橋本, 杉本, 2007)。

このように、患者は入院生活の中で自分自身の希望をかなえるために、多様な方法で看護師に交渉をしていることが分かる。しかし、患者と看護師の交渉に焦点を当てて、その全容を明らかにした研究はない。

3) 家族間で行われる交渉

患者が家族との間で (Shyu, 2000)、家族が家族間(山本, 1995)で介護量を減らすために行っている交渉を明らかにした研究がある。このような交渉では、沈黙、示唆、外部権威の借用、同意を求める・対決、独占状態といった方略が用いられていることが明らかになっている(山本, 1995)。つまり、医療を受ける中で、患者や家族は様々な人を相手に交渉を行っていることが分かる。

2. 看護師が行う交渉

看護師は様々な相手と交渉を行っている。ここでは、医療コンフリクト・マネジメントとしての交渉、他職種間の交渉、対象者との間で行う交渉の3点について述べる。

1) 医療コンフリクト・マネジメントとしての交渉

メディエーターという第三者の中立機能を担保できる者が、クレームや医療紛争の際に、当事者間の対話を促進することを通して認知の変容を促し、納得のいく創造的な合意と関係再構築を支援するメディエーションの手法が、看護管理で活用されている(中西, 2009)。医療メディエーションの目的は、患者家族と医療者との間の信頼関係の回復である。患者・家族のおかれた立場や気持ちをわかろうとする姿勢が必須であり、信頼関係が損なわれたところから始まると

いう意味では、医療メデイエーションは、医療における他の交渉よりもシビアであるとも言えよう。このような場面では、語られたナラティブをそのまま受け止め、表面上の主張や意見として捉え、その背景にある真の欲求は何かということ当事者に寄り添いながら聞くことが必要である。そして、両当事者の真の欲求を確認して誠実に対応することで、互いの気持ちがふれあい、認識あわせが自然とできるようになると言われている(中西, 2009)。

つまり、対象者との間で信頼関係が損なわれるようなコンフリクトが生じた際も、合意形成するために対象者に寄り添う交渉が有用であることが分かる。

2) 他職種との交渉

他職種との交渉能力は、看護師にとって重要なものである。

齋藤(2013)は、看護管理において交渉は重要であり、情報収集力、問題分析力、企画力、コミュニケーション能力、プレゼンテーション能力などの総合力を高めることが不可欠であると述べている。

また古賀(2011)は、看護師の自律性の構成概念を明らかにするために、専門看護師にインタビューを行った。その結果、【患者擁護】【他者との相互作用】【専門職としての成熟】【組織的活動】の4つのカテゴリーがあることが明らかになった。加えて、【組織的活動】には〔共同と交渉〕というサブカテゴリーが含まれていることも分かった。このように専門看護師・認定看護師には、組織への交渉力が必要である(本田, 2006; 林田, 田中, 吉田ら, 2013)。そして、林田ら(2013)はがん看護専門看護師の交渉力を育成するためには、課程進行の中で教員や施設管理者や病棟との調整プロセスを通して、多くの交渉の機会を持たせることが重要であると考察している。同様に近年、看護学生の自主性と交渉能力を養うために、学生が教員の助けを得ながら、実習の調整を行うという試みもなされている(平松, 松井, 宮路ら, 2007; 横手, 竹田, 井上, 2011)。

また看護師は、治療やケア内容に対する患者の意向について、医師を相手にして交渉を行う(Gregg and Magilvy, 2004; 白鳥, 2013)。この場合、権利擁護の意味が強くなる。看護師の医師との交渉場面では、患者の状況把握能力と専門的知識の差が、看護師の行動に影響を与えることも明らかにされている(小田原, 2001)。

つまり、看護を行う上で、他職種との交渉は避けられないものであることが分かる。

3) 看護師が患者と行う交渉

我が国では、看護師が患者と行う交渉についてなされた研究は少なく、小児看護に関するものがほとんどであった。江本(2004)は、

学童前期の子どもが繰り返し採血や注射を受ける時、看護師の対応が子どもの取り組みにどのように影響しているのかということをも明らかにするために、参加観察とインタビューを行った。そして、子どもが自分の希望を表現する機会を与えられ、看護師がそれにできる限り答えようとするとき、子どもが看護師と交渉したり調整したりする体験ができることを明らかにしている。また松森，二宮，蝦名ら(2004)は、検査・処置を受ける子どもへの説明と納得に関するケアの中に、【子どもとの交渉】があることを明らかにした。そして、これには<交渉したことを守る><協力を得る>の2つの内容が含まれることが明らかになった。

看護師が行う交渉そのものに関する研究は、我が国では石浦ら(2009)の研究のみである。石浦らは、交渉は相互的な話し合いであり、責任を分かち合い、パートナーとして共通の方向性を見出すものであると定義した。そして、入院中の子どもと交渉する看護師の技術を質的に分析し、【子どもとの関係を保つ】【子どものことをより知る】【子どもと交渉するための体制を整える】【子どもの力を引き出す】【子どもと看護者双方で意見交換し合意に達する】の5つの技術があることを明らかにした。

Tmobranski(1994)は、「看護師－患者の negotiation」という概念を中心に据えるいくつかの討議をクリティカルにレビューした。その中で、Peplauの人間関係の看護論(Peplau, 1952/1973)は、看護師－患者関係の他のモデルを開発するための示唆となると述べている。しかし、Peplauの看護論では、看護師－患者関係のプロセスが説明されているが、交渉という視点からとらえたプロセスではない。

つまり我が国では、小児看護を中心として、対象者が治療を受け入れられるように交渉の技術が用いられていることが分かった。しかし、交渉そのもののモデル化や、交渉における対象者との関係性をモデル化したものはこれまでにない。

3. 統合失調症をもつ人と看護師の交渉

ここでは、統合失調症をもつ人と看護師の間で行われる交渉、看護師が用いる方略について、先行研究をまとめる。

1) 統合失調症をもつ人と看護師の間で行われる交渉

我が国の精神科訪問看護に関する研究では、利用者の立場から訪問看護をとらえようとする研究がすすめられ、看護がニーズとずれていることや、利用目的や終了の目安が分からない利用者があること、訪問看護を否定的に体験した人が医療者に逆らわないという態度を備えていたことが報告され、アドヒアランスを高めることや契

約を結ぶことの必要性が唱えられている(小田, 2004; 菅原, 2007; 荒木, 中川, 宮下ら, 2010; 福原, 森田, 加嶋ら, 2010; 片岡, 村田, 森ら 2013; 藤代, 2015)。また、精神科訪問看護満足度と主観的 QOL の間に相関がないことが明らかにした下原(2012)も、利用者の希望やニーズを的確にとらえ、支援することが重要であると述べている。

長期入院を経て退院に至る人の自己決定のプロセスを明らかにした小山(2013)は、退院の意向がなくても話し合いを繰り返して最終的に自律的な決定を行ったケースや、自分に決定権がないと感じ、周囲に判断を委ねて退院したケースがあることを明らかにした。そして、いきなり大きな自己決定を強いるのではなく、日常から自己決定を積み重ねる必要があると考察している。

以上より、精神科看護においては、患者が納得した合意をするための看護がまだ十分に確立されていないことがわかる。

統合失調症をもつ人との交渉が困難となる要因の一つとして、認知機能障害が挙げられている。Lieberman(2008a/2011)は、「注意を維持しにくい、社会的・情緒的サインを正確に認識できない、言語記憶が制限される、計画、意志決定、問題解決などがうまくできなくなるなどといった認知機能障害は、社会性の獲得、就業、セルフケア、金銭管理、治療へのアドヒアランスなどについての障害につながる」と述べている。他に、治療に対するアドヒアランスを損なう要因として、治療に対する主観的に不快と感じる反応や、疾患の否認、有効性の欠如(Lieberman, 2008b/2011; Kelvin & Fung, 2008)、長年自分の意思が大事にされない経験(片倉ら, 2007)、自分に決定権がないと感じていること(小山, 2013)があることが分かっている。つまり、アドヒアランスを高め、納得のいく合意を得るために、統合失調症の認知機能障害や、病気の否認、二次的なハンディキャップ、病気になってからの経験に配慮した特別な援助が必要であることが分かる。

Madela-Mntla et al.(1999)は、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。その中で、**negotiation** は目標志向であり、精神科看護師と患者との間のギブアンドテイク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。また、患者の内的環境には文化的信念と価値観があり、内的・外的資源を活用するために、患者は看護師との相互作用に依存し、看護師を外資源として活用すると述べられている。環境は精神科治療のコンプライアンスを促進し、メンタルヘルスを維持・増進し、回復を促進する。さらに、**negotiation** の過程で看護師と患者が成長するとも述べられている。

しかし、看護師がどのようなプロセスを踏んで交渉を行っているのか、その過程でどのような方略を用いているのか、ということに関する研究はない。

2) 統合失調症をもつ人に対して看護師が用いる方略

前述したコンコーダンスは、医療専門職と患者の間で明確な意見の一致を持つこと、患者も医療専門職もそれぞれの意見を尊重することを基盤としている。安保ら(2010)は、イギリスで精神科看護師向けに開発された技術集を日本人の文化特性に合わせ、コンコーダンススキルを作成した。これは、コンコーダンス・アセスメント、実践的問題の整理、振り返り、両価性の探求、信念と懸念についての会話、先を見据える、の6つの介入から成り立つ。これら6つの介入を行うために用いる基本的スキル、関わりを進めるためのスキル、鍵となるスキルの3領域で合計21つのスキルがまとめられており、このスキルを用いた研究も増えている(小林ら, 2012; 中安ら, 2012; 濱ら, 2012)。

片倉ら(2007)は、統合失調症を持つ利用者への効果的な訪問看護を明らかにするために、訪問看護師にインタビューと参加観察をおこなった。そして、長年自分の意思が大事にされない経験から、利用者が意思表示を諦めていることを看護師が読み取り、看護師が意図的に日常の自分を使い、身近な人としての役割期待に応答して、患者の意思表示を図っていることを明らかにしている。つまり、看護師が関係性を築きながら、交渉のはじめのステップである自分の意思を伝えるという段階への導入を図っていることが明らかにされている。また、退院後の生活の居場所の自己決定について質的研究を行った大熊(2008)は、看護師の介入として<患者の意思決定を待つ><患者の精神症状のアセスメントをし、それに応じた看護ケアを行う><関係機関と家族の調整>が行われていることを明らかにした。

その他に、看護師をはじめとする医療者が患者に交渉力を教育するという関わりがある。Lieberman(2008b/2011)は疾病自己管理プログラムを開発している。これには、服薬について交渉する、副作用を同定する、服薬の利益について学ぶ、服薬の自己管理と評価、持続性注射剤の利益、の5つの技能領域が含まれる。「服薬について交渉する」には、気持ちのよい挨拶をする、問題を具体的に説明する、いつから問題があるか話す、不快さの程度を説明する、助言や指示を復唱し明確にする、効果が出るまでの時間を尋ねる、援助に対する謝意を表する、視線を常に合わせる、良い姿勢を保つ、はっきりと聞きとりやすい声で示す、という教育目標が示されている。同様に心理教育では、病気の経過と回復までのプロセス、薬の

作用と副作用、再発を減らすための対処、将来の生活について学び、対処技法について話し合い、工夫を延ばしていく(鈴木, 伊藤, 1997)。その中で、医師などの専門家と積極的にやり取りをして治療に参加することについてセッションが持たれている(土屋, 坂本, 内野, 2008)。その他に、Tay(2007)による **Compliance Therapy** など、患者が医療者と合意を交わすための教育方法が様々に開発されている。

以上のように、看護師が患者と協調するための看護師側の方略や、患者の交渉力を高めるための教育方法の開発が進められているが、実際にどのような関係性の中で、どのようなプロセスを踏みながら交渉が行われるのか、という交渉の全容は明らかにされていない。対象者が看護師との間で納得のいく合意を交わすために、統合失調症をもつ人を対象とした看護師の交渉の全容を明らかにする必要があると考える。

IV.用語の定義

以上の文献検討により、医療の場、特に精神科看護においては、対象者が意思を明確に表現できないことがあるために、コンフリクトが顕在化しない可能性があることが分かった。

そこで本研究では、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、関係性を基盤として様々な方略を駆使する、継続したプロセスである」と定義する。

第3章 研究の方法と対象

本章では、研究デザイン、データ収集期間、研究参加者、データ収集方法、データ分析方法、倫理的配慮について順に説明する。

I. 研究デザイン

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す際の看護師の「交渉」に注目し、その全容を明らかにした研究はほとんどない。そこで本研究では、交渉のプロセスや、交渉を構成する方略と関係性といった「交渉」の構造を明らかにするために、グラウンデッド・セオリー(Glaser, B.G. & Strauss, A.L., 1967/1996)を用いた質的記述的研究デザインを用いた。

II. 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。

III. 研究参加者

療養型病棟を除く精神科病棟、訪問看護、包括型地域生活支援、外来、デイケアにおいて、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。

また、先に述べたように、交渉は協調的交渉を目指すものであるため、高い専門性が要求される。そのため、病院や施設の管理者や専門看護師、大学教員に推薦された看護師を研究参加者とした。また、先にインタビューを行った研究参加者から推薦を受けた看護師も含めた。

データ収集と平行して分析を行う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。

IV. データ収集方法

1. 研究参加者へのアクセス

協力施設ならびに参加者への依頼は、以下の手順で実施した。

- 1) 病院や施設の管理者や大学教員に文書を用いて(資料1参照)研究の主旨を説明し、研究協力への承諾をもって承諾書に署名を得た。
- 2) 承諾が得られた管理者や大学教員(以後、推薦者とする)に研究参加者の推薦と、研究協力説明用文書(資料2参照)の手渡しを依頼した。推薦者から研究協力説明用文書を手渡すことができない場合は、研究者から郵便あるいは電子メールにて文書を送った。

- 3) 研究者から研究の説明を行うことについて了承が得られた研究協力の候補者に、研究目的と方法、インタビュー内容について文書(資料 3 参照)を用いて説明し、研究協力への同意をもって同意書に署名を得た。

2. データ収集方法

本研究は、統合失調症をもつ人への看護師の交渉の全容を明らかにすることを目的としている。そのため、看護師と統合失調症をもつ人との間で行われる交渉を縦断的に調査するのではなく、インタビューによってより多くのデータを得ることに重点をおいた。

インタビューは 1 名の研究参加者につき 1~2 回実施し、1~2 事例との交渉についてインタビューを行った。インタビューは 1 回につき 1 時間を目安とし、研究参加者の疲労を確認しながら実施した。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。また研究参加者の基本属性として、年齢、看護師経験年数、精神科経験年数、学歴についてデータ収集を行った(資料 4 参照)。

インタビューは、対象者が自由に語れるような半構成的インタビューガイド(資料 4 参照)を用いて実施した。インタビューガイドの内容は、①どのような意向の差があったのか、②どのような対象者だったか、③対象者をどのように捉え、どのような状況で、何をめざして、どのように話し合い、どのように変化していったか、ということを含めて、どのように交渉は進められたのか、④それらの過程でどのようなことを工夫したのか、あるいは工夫をしたけど上手くいかなかったのはどのようなことか、⑤それらの過程で利用者との関係性はどのように変化したか、あるいは変化しなかったか、⑥どのようなポリシーがあったか、の 6 点である。

また、インタビューガイドを洗練化してデータの信用性を高めるために、まずインタビューガイドを用いてプレテストを行い、指導教員とインタビューガイドを洗練させた。さらに、後述するようにデータの信用性を確保するために、上手くいかなかった交渉について語れる場合は、上手くいった交渉と上手くいかなかった交渉の 2 事例についてインタビューを行った。またインタビューの技術については、逐語録を用いて指導教員からスーパーバイズを受けた。

V. データ分析方法

分析の手順と、分析の信用性を高めるための方法について以下に述べる。

1. 分析方法

分析は、グラウンデッド・セオリー(Glaser & Strauss, 1967/1996)を用いて、以下の手順で継続的比較分析を実施した。なお、研

究参加者がうまくいかなかったと捉えて語り始めた事例も、語りの中で研究参加者自身が別の視点から見ると上手くいったと捉えたこと、当時はこの方法しかなかったと語ったこと、すでに次の交渉の対策を考えていたことから、全ての事例を合わせて分析を行った。

- 1) まず、事例毎にデータを深く読み込み、内容を把握した。
- 2) 研究目的に照らし合わせて意味のまとまりごとにデータを切り取り、後から意味が分かるように代名詞と指示語を括弧で補ってラベルとした。
- 3) ラベルを熟読し、その意味をまとめてラベル名とした。この際、気づいたことや考えたことをメモに残し、理論的サンプリングに活用した。
- 4) ラベルを通読し、類似性と相違性に着目して似たものを集め、個別サブカテゴリー名を付けた。具体性が失われないよう、これをもう一度だけ繰り返して個別カテゴリー名をつけた。
- 5) 15事例分の個別カテゴリーを集めて通読し、類似性と相違性に着目して、似たものを集めることを3回繰り返して下位カテゴリーとした。
- 6) 16事例目以降は、事例毎に分析を行った後、下位カテゴリーと見比べ、類似するものは下位カテゴリー内に入れた。類似したものがない場合は、新たな下位カテゴリーとした。
- 7) 下位カテゴリーを類似性と相違性に着目して似たものを集めることを2度繰り返し、13サブカテゴリーを抽出した。
- 8) 13サブカテゴリーを見比べ、交渉全体における関係性を考えながら、5カテゴリーを抽出し、ネーミングした。
- 9) 5カテゴリーそれぞれに含まれる下位カテゴリーのキーワードから、カテゴリーの関連性を明らかにし、概念図を作成した。

2. 分析の信憑性確保のための方法

分析の信憑性を高めるため、以下の方法を取った(Polit & Beck, 2004/2010)。

1) トライアングレーション

データ分析が偏らないために、調査者トライアングレーションとして、研究指導教員とともに分析を行った。

2) メンバーチェック

分析終了後、研究参加者に研究結果を提示し、研究結果に対する意見が出された場合は、その意見を取り入れて分析を再考した。

3) エビデンスへの反証を探す

上手くいかなかった交渉についてインタビューを行い、他のデー

タと共に分析を行うことで、理論的サンプリングやインタビューガイドの更新に生かした。

VIII. 倫理的配慮

研究参加者や協力施設、語られる統合失調症をもつ人の人権を擁護するため、以下の手順にて、配慮を行った。なお、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)。

1. 施設管理者や研究参加者に承諾・同意を求めるための方法

1) 施設管理者に対する方法

施設管理者に研究の目的と方法、依頼したい内容、研究への協力は自由意思であること、いつでも中断・撤回できること、研究に協力しないことによって不利益を受けないこと、プライバシー保護の方法、匿名性の保持の方法、研究に参加することによる利益と不利益、不利益を被った際の対処方法について施設用研究依頼書(資料 1 参照)を用いて説明を行い、承諾書(資料 5 参照)への署名をもって承諾が得られたものとした。承諾が得られた施設管理者には研究参加者の推薦と、研究協力依頼説明用文書(資料 2 参照)を用いて研究者が説明を行うことについて打診することを依頼した。また、疑問に思ったことについていつでも質問できるように、施設用研究依頼書には研究者の連絡先を記載した。

2) 研究参加者に対する方法

研究者からの説明を受けることに関して了承が得られた候補者にコンタクトを取り、研究参加者用研究依頼書(資料 3 参照)を用いて、研究目的と方法、研究への協力は自由意思であること、いつでも中断・撤回できること、研究に協力しないことによって不利益を受けないこと、プライバシー保護の方法、匿名性の保持の方法、研究に協力することによる利益と不利益、不利益を被った際の対処方法について説明を行い、同意書(資料 6 参照)への署名をもって同意が得られたものとした。なお、病院・施設管理者や大学教員からの推薦があることで、候補者が研究協力を拒否しづらくなることを避けるため、研究に協力したか否かについての秘密を保持することも説明した。また、疑問に思ったことについていつでも質問できるように、研究参加者用研究依頼書には研究者の連絡先を記載し(資料 3 参照)、口頭で説明した。

2. 研究協力の撤回が自由にできるための配慮

1) 施設管理者に対する配慮

研究協力への承諾がいつでも撤回できるよう、研究の説明をする際に承諾取り消し書(資料7参照)と返信用封筒を渡し、署名したものが研究者の手元に届いた時点で取り消しが成立することを説明した。加えて、研究のまとめの作業に入ってからでは取り消しができなくなるため、取り消しを受け付けることができる日付を、研究依頼文書を用いて説明した。

2) 研究参加者に対する配慮

研究参加への同意がいつでも撤回できるよう、研究の説明をする際に同意取り消し書(資料8参照)と返信用封筒を渡し、署名したものが研究者の手元に届いた時点で取り消しが成立することを説明した。加えて、研究のまとめの作業に入ってからでは取り消しができなくなるため、研究依頼文書を用いて、取り消しを受け付けることができる日付を説明した。

3. 研究参加者のプライバシー保護のための配慮

1) インタビュー中で語られる統合失調症をもつ人への配慮

インタビュー中で語られる統合失調症をもつ人のプライバシーを保護するため、個人名や年齢、職業名、学校名などの個人が特定される情報を語らないよう、研究参加者に依頼した。

2) 研究参加者への配慮

データ収集に際しては、研究参加者のプライバシーが守られる個室にて実施し、同意が得られた場合のみICレコーダーに録音した。また、インタビュー終了時には、インタビューの中で分析に使ってほしくない内容があるかどうか確認をした。

録音されたものを逐語録にする際には、研究参加者自身と、語られる個人や病院名が特定されないように配慮し、記録物はコード化して保管した。逐語録の作成や個人レベルでの分析の際には、インターネットにつながらないパソコンを使用した。また、ICレコーダーや記録媒体、印刷物は鍵がかかるキャビネットに保管し、研究終了後個人が特定されるデータは速やかに廃棄した。同意書はデータとは別にし、データと同様の保管を行った。

4. 研究参加者の心身の負担、不利益や危険性への配慮

特に上手くいかなかった交渉に関するインタビューでは、苦痛や戸惑いが生じる可能性がある。そのため、インタビュー中でも中断できること、答えたくない内容には答えなくてもよいことをあらか

じめ伝えておくとともに、インタビュー中は研究参加者の表情や口調に注意を払った。また、この研究は、行った看護を評価するものではないことを保証した。

インタビューに答えることによって苦痛や戸惑いが生じ、インタビュー後もその苦痛が続いた場合のために、インタビュー終了後に相談ができ、必要時は専門家へ紹介できるように研究参加者が研究者に連絡が取れるようにした。

5. 研究参加者が受ける利益や看護上の貢献

本研究により、納得のいく合意を交わすために看護師が駆使している方略が明らかになり、状況に合わせた交渉を行うための示唆を得ることができると考えた。ひいては、統合失調症をもつ人のアドヒアランスが高まり、リカバリーを果たすことに貢献すると考えた。

6. 研究結果の公表の際の匿名性保持のための配慮

本研究は、博士論文としてまとめ、専門領域の学会、学術雑誌に公表することを研究参加者に伝えた。論文公表の際のデータ提示は、固有名詞の表記のみならず個人・施設などが特定されぬように十分配慮を行ったうえで、研究参加者に内容を確認し、了承が得られたもののみを提示した。

第4章 結果

ここでは、研究参加者と語られた交渉の概要、統合失調症を持つ人への看護師の交渉の全容について説明し、最後に具体的な内容について順に述べる。

I. 研究参加者と語られた交渉の概要

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名であり、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。学歴は、専門学校2名、学士課程6名、修士課程4名、博士課程3名である。精神看護専門看護師は6名であった。

次に、語られた交渉事について説明する。各研究参加者が1～2名の患者や利用者との交渉について語った。交渉が実施された場合は、訪問看護10事例、病棟9事例、デイケア7事例、包括型地域生活支援1事例、外来1事例、生活保護相談1事例であった(表1参照)。

表1 交渉が行われた場

交渉の場	事例数
訪問看護	10
病棟	9
デイケア	7
包括型地域生活支援	1
外来	1
生活保護相談	1
合計	29

研究参加者が行った交渉事は、ケアの導入や継続に関する交渉12事例、対処行動の変更に関する交渉12事例、生活スタイルの変更に関する交渉7事例、治療開始や継続に関する交渉6事例、協働目標を設定するための交渉4事例、退院を促す交渉4事例、退院に向けた生活の調整に関する交渉4事例、就労支援や促進に関する交渉4事例、リハビリ促進のための交渉3事例であり、29事例で合計56の交渉事となされていた(表2参照)。

インタビューは1事例につき1回実施し、1事例あたりのインタビュー時間は平均42.9分(17分～75分)であった。

表 2 交渉内容

交渉した内容	事例数
ケアの継続・導入	12
対処行動の変更	12
生活スタイルの変更	7
治療開始・継続	6
協働目標設定	4
退院促進	4
退院調整	4
就職支援・促進	4
リハビリ促進	3
合計	56

II. 統合失調症をもつ人への看護師の交渉の全容

分析の結果、5 カテゴリー【自己決定による合意への導き】【巧みな押し引き】【方向づけ】【内に潜む可能性と本音の追究】【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】が抽出された。これらを「交渉方略」と位置づけた。

5 交渉方略には、13 サブカテゴリー〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕〔現実との折り合わせを提案する〕〔チャンスを捉えて直面化を促す〕〔巧みに乗せる〕〔いったん添う〕〔対峙する〕〔体験から動機づけて固める〕〔方針を共有する〕〔チームを調整する〕〔内に潜む本音を汲み取る〕〔広く可能性を見立てる〕〔脆い自我に寄り添う〕〔枠を破っても意志に追従する〕が含まれた。これらには、34 下位カテゴリーが含まれ、34 下位カテゴリーを「交渉行動」、13 サブカテゴリーを「交渉行動群」と位置づけた。交渉方略と交渉行動群の定義は、表 4 に示したとおりである。

次に、交渉行動に含まれた意味を用いて分析したところ、図 2 のように関係性を図示することができた。つまり、看護師は【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略によって、交渉を進めるために交渉相手の安心感を高め、【内に潜む可能性と本音の追究】方略にて交渉の方向性を定めて交渉の基盤づくりを行っていた。そして【方向づけ】方略と【巧みな押し引き】方略を組み合わせて繰り返し用いて交渉相手を動機づけ、最終的に【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。これらは一方向性のものではなく、行きつ戻りつしながら何度も繰り返され、異なる内容の合意が積み重ねられていた。

交渉方略と交渉行動群の具体的な内容を、以下に交渉行動を用いて説明する。

表 3 統合失調症をもつ人への看護師の交渉方略

交渉方略	交渉行動群	交渉行動	
自己決定による合意への導き	波長を合わせて小さな合意を待つ	波長を合わせて小さな合意を目指す	
		自己表現と決定を待つ	
	現実との折り合わせを提案する	話し合いを重ねて現実的な達成を提案する	
		折り合いをつけるために率直に意見し合う	
チャンスを捉えて直面化を促す	チャンスを捉えて直面化を迫る		
	変化を生むために繰り返しアピールする		
巧みな押し引き	巧みに乗せる	押したり引いたりする	
		なだめすかす	
		情に訴える	
		停滞から引っ張る	
	いったん添う	押さずに見守る	
		いったん方針を隠す	
		敢えて意向に沿い続ける	
	対峙する	見極めて本音で迫る	
		敢えて毅然と関わる	
方向づけ	体験から動機づけて固める	体験を積み重ねて固める	
		気持ちを傾けるために仕掛ける	
	方針を共有する	慎重に方針を編み出す	
		方針に乗れるよう周到に根回しする	
	チームを調整する	チーム内を主導する	
		チームで協力し、補い合う	
内に潜む可能性と本音の追究	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	
		脆さと固さへの徹底的な寄り添い	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
ルールにとらわれずニーズを優先する			
	信じて意向を中核に据える		

表 4 統合失調症をもつ人への看護師の交渉方略・交渉行動群の定義

方略	交渉行動群	定義
自己決定による合意への導き		交渉成立に向けて、交渉相手に波長を合わせて看護師が歩み寄りつつも、交渉相手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、最終的に交渉相手の決定という形で合意形成すること。
	波長を合わせて小さな合意を待つ	交渉相手に波長を合わせ、交渉相手が看護師を信頼し、看護師の考えを理解できるように関わりつつ、交渉相手が納得した形まで歩み寄って意思決定を待ち、小さな合意を交わすこと。
	現実との折り合わせを提案する	互いの考えを率直にぶつけることを繰り返し、現実的で分かりやすい目標に変換できるように導くこと。
	チャンスを捉えて直面化を促す	交渉相手が看護師の意見を理解できるように、チャンスを見定めて問いかけ、アピールすることで、直面化と看護師の意見への理解を促すことを何度も繰り返すこと。
巧みな押し引き		交渉成立に向けて、交渉相手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こと。
	巧みに乗せる	状況を見極め、強く勧めることと勧めずに待つこと、理屈と感情を巧みに使い分けることをして交渉相手を動機づけていくこと。
	いったん添う	いったんは提案を保留し、交渉相手の意向に添うことで動機づけていくこと。
	対峙する	必要性を見極め、包み隠さずに本音で意見し、交渉相手を動機づけること。
方向づけ		交渉成立に向けて交渉相手を動機づけるために、交渉相手や看護師、チームの状況を整え、全体が方向づけられるように調整・協力すること。
	体験から動機づけて固める	安心や可能性を感じられる体験、失敗により気づく体験をはじめとし、多様な体験を積み重ねられるようにして、変化に対する気持ちを固めること。
	方針を共有する	交渉相手とチームの状況を整え、全体的に方向づけられるように調整・協力すること。
	チームを調整する	自分自身とチームの状況を理解し、調整して方向づけること。
内に潜む可能性と本音の追究		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究し、時間をかけて可能性を見立てること。
	内に潜む本音を汲み取る	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て推し量ること。
	広く可能性を見立てる	交渉相手と家族、チームなどについて、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。
脆さと固さへの徹底的な寄り添い		交渉を始めるにあたって、交渉相手の脆弱さと固さに合わせ、相手が安心し、思いを成し遂げることができるよう徹底して寄り添って整えること。
	脆い自我に寄り添う	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、脅かさずに共感的に寄り添うこと。
	枠を破っても意志に追従する	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、希望を信じ、相手の強い意志を尊重すること。

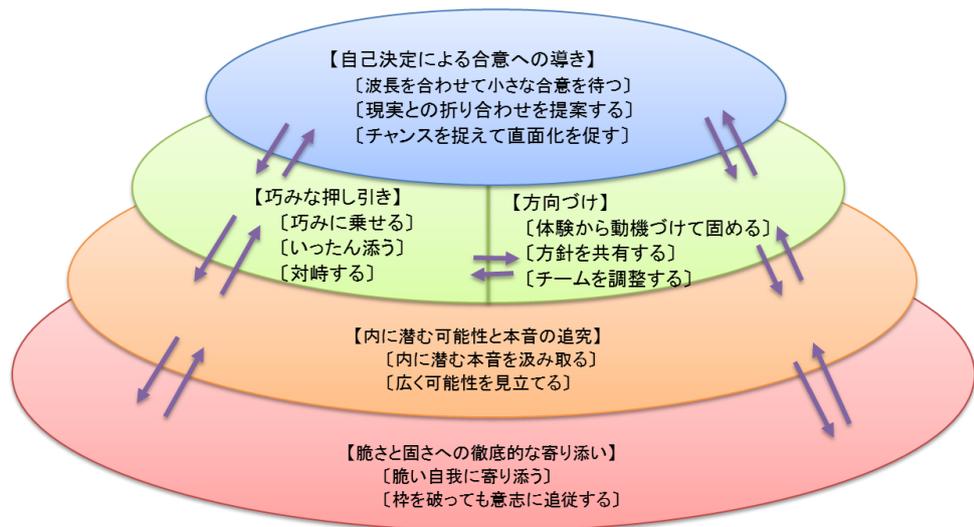


図 2 統合失調症をもつ人への看護師の交渉の概念図

III. 【自己決定による合意への導き】方略

【自己決定による合意への導き】方略とは、交渉成立に向けて、交渉相手に波長を合わせて看護師が歩み寄りつつも、交渉相手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すり合わせ、最終的に交渉相手の決定という形で合意形成することである。

これは、〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕〔現実との折り合わせを提案する〕〔チャンスを捉えて直面化を促す〕という 3 つの交渉行動群を含んだ(表 3 参照)。以下に、交渉行動群ごとに交渉行動を用いて内容を説明する。

なお、【 】は方略、〔 〕は交渉行動群、< >は交渉行動、[]内の斜体は具体的な逐語を示す。また、逐語内の { } は研究参加者の様子、()は研究者が補った言葉を示す。

1. 〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群

研究参加者は交渉について語るときに、交渉相手に波長を合わせ、交渉相手が看護師を信頼し、看護師の考えを理解できるように関わりつつ、交渉相手が納得した形まで歩み寄って意思決定を待ち、小さな合意を交わす、という〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群について触れた。

これは<波長を合わせて小さな合意を目指す><自己表現と決定を待つ>という 2 つの交渉行動を含んだ(表 3 参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) <波長を合わせて小さな合意を目指す>交渉行動

<波長を合わせて小さな合意を目指す>とは、交渉相手の病状や心理特性、関係性を踏まえて交渉相手のニーズを読み取り、交渉相手に合わせた説明や意見を行い、相手が受け入れられる小さな合意を目指し続け、交渉成立に導くことである。

看護師は、信頼関係が構築できていない時、自尊心が高い交渉相手や、看護師との距離感が難しい交渉相手の場合はニーズを読み取り、無理に距離を縮めたり、説明や意見をしたりしなかった。同様に、交渉相手の病状が悪い時には、無理に説明をして理解を促すことはせず、ニーズを読み取ろうと努めていた。いずれの 카테고리にも“交渉相手に合わせる”という内容が含まれており、看護師は交渉相手の状態や特性に合わせて、相手が受け入れやすい控え目な説明や意見を行い、受け入れられた内容に歩み寄っていた。そして、交渉相手が自分自身で決定できるよう導き、合意を交わしていた。これは交渉の終盤で用いられる方略であるが、その時々交渉相手が受け入れた内容での合意であった。そのため交渉は繰り返され、新たな形での自己決定、合意へと導かれていた。このように、看護師は<波長を合わせて小さな合意を目指す>という〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、外来看護師である研究参加者 M による交渉を説明する。研究参加者 M は、交渉相手である患者の思いに合わせて話を聴き、少しだけ状況を変えようと交渉する中で、<波長を合わせて小さな合意を目指す>ことを行っていた。患者は高齢の女性であり、身近な人との間で困りごとが起こると、たびたび外来に電話をかけていた。研究参加者 M は、患者は困っていることを理解してもらい、努力を認めて欲しくて電話をかけてくるのだとニーズを捉えた〔(人の言うことは)全然(やや強く)聞かない。「困っているんです。」って言ったらね、アドバイス求めているのかなって思うでしょ、普通の人。(患者は)困っていて、「頑張ってるね。」って言ってもらいたいだけなんです。それが彼女の目的だと思うので。だから、もうそこは(「頑張っているね。」と)連呼ですよ。相談しているわけじゃないと思って聴いてるので。〕。そして研究参加者 M は、患者の意思や自尊心、年齢といった特性も鑑み、無理に患者を変えようとしなかった〔アドバイス聞く気のない人にしたところで仕方がないじゃないですか。…(中略)…もう年齢を考えたときに、そうそうパターンを変えて負荷かけるっていうよりは…(中略)…敢えて、鋭く「(気になっている人と)距離を取っていきましょう。」とか、「こんなふうにやりましょう。」なんていうのはしないですよ。そこが多分彼女が人を信用しきれない、距離がうまく取れない、そういうところが本質的には問題だと思えますけど。まあ敢えて触らないし。〕。そして、思

いを傾聴することを重視し、十分に傾聴した上で、患者が受け入れられそうな最小限の助言を続け「それは嫌な思いをしたね。」って言いながらも、「でも、前も(電話を)着信拒否するって言ってたけど、何で(電話が)かかってくるの?。」とやってやりとりしながら。聞いて聞いて聞いて聞いて聞いて。8割~9割は否定しない。でも、(ささやくような手振りをしながら)「それ違ったんじゃないかってけ?。」とか「前も同じことをしていたよね。だから、こうしたほうがいいんじゃない?。」みたいなのを誘導していく感じで。…(中略)…言っても聞かないだろうな、でも聞くだけじゃ意味がないだろうな、って思うから、小出し(にアドバイス)ですよね。」、助言を受け入れることの判断は患者に任せた。

つまり研究参加者 M は、患者の思いに合わせて話を聴き、少しだけ状況を変えようと交渉する中で、ニーズを見極めて患者の思いを傾聴し、＜波長を合わせて小さな合意を目指す＞ことをして〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群を用いて交渉した。

2) <自己表現と決定を待つ>交渉行動

<自己表現と決定を待つ>とは、交渉相手が自分自身や看護師への信頼感を育むことができるように、相手を尊重した関わりを続けることによって、自己表現・自己決定できるようになるのを待って交渉成立へ導くことである。

看護師は、心を開いて信頼関係を結ぶことが難しい交渉相手に対し、夢や思いに時間をかけて耳を傾け、知識を提供した。そして、交渉相手が自分で選ぶことができるように、控え目に程よく提案し、意思を尊重した関わりを行っていた。このことによって、交渉相手には看護師に対する信頼感が生まれ、同時に安心感を得、自分の思いを表出することができるようになっていた。このような尊重される経験から、交渉相手は考えを変化させ、動機づけられ、自分に合った選択肢を選んだり、看護師の提案を受け入れたりするようになった。このように、看護師は<自己表現と決定を待つ>という〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、訪問看護師である研究参加者 E による交渉を説明する。研究参加者 E は、思いを語らない交渉相手である利用者とともに、再入院を防ぐための計画を立てようと交渉する中で、<自己表現と決定を待つ>ことを行っていた。交渉を始めた頃、青年期である利用者は、親子ほどの年齢差がある研究参加者 E に、考えや気持ちを表現しなかった。思いがつかめない研究参加者 E は、利用者に毎日の調子などをノートにつけることを提案し、対等な関わりを意識しながら、ノートに記載した内容を題材に思いを引き出し、自己決定を促そうとした〔(初めの頃は)どちらかといったら言葉の量が、私が

7(割)で向こうが 3(割)ぐらい(利用者は)元々話するのは苦手な嫌いなんですけど、私が言った質問に答えるっていう感じで、対等な関係ではないんですよ。私もどうにか話を聞きたいとか、自分が意図的に話が聞きたいとか、何か良くしたいっていうのがあるでしょ。それが見えると思うので、向こうはちょっと引くような感じで。だから対等じゃなくて、訪問看護師が上で利用者さんが下で。…(中略)…相手と話していて、こうしたらいいっていう答えがあっても、自分からは答えは言わないでおこう(と今は心がけている)。相手から、「それはこうでよかったんですね。」とか、「こうしていきます。」って言葉が出るまで待つように。]。次第に対等な関係性になり、生活を整えることや、症状コントロールについて二人で考え、利用者が自分で決められるようになった[みんな調子が悪かったら、身体症状、頭痛、嘔吐、下痢が出るでしょ。それも自分(利用者)で(ノートに)書いているんですよ。そうしたら「先月は(嘔吐が)2回あったけど、今月は1回だね。どうしたんだろう。」(と問いかける)。そうすると、「自分が何々買ったからかな?。」とか言って。良かったときのことは、「どうしてかな?。」って考えるのを積み重ねて。「じゃあ次はこうしよう。」っていうのを、その子(利用者)がしてくれるような形で進めるようにしているんです。…(中略)…今は、この子(利用者)が上になることはないんですけども、同じぐらい。…(中略)…自分の言葉で話ができるっていうのが、(関係性を量る)指標としてあるかなと思うんですけど、(以前は)私が聞いたら、「そうですね。」とか「こうです。」って言ったのが、…(中略)…「僕はこのときはこう思うんです。」って。自分の思いが言葉にできるときってというのは、やっぱり(関係性が)対等になっているような気がして。]。このようにして利用者は、再入院を防ぐための計画を研究参加者 E とともに考え、生活をコントロールして再入院を防ぐことができた。

つまり研究参加者 E は、思いを語らない利用者とともに、入院を防ぐための計画を立てようと交渉する中で、利用者が思いを語ることができるように、自分の意図を表に出さず、対等な関わりを意識したく自己表現と決定を待つ>という[波長を合わせて小さな合意を待つ]交渉行動群を用いて交渉した。

2. [現実との折り合わせを提案する] 交渉行動群

研究参加者は交渉を語るときに、互いの考えを率直にぶつけることを繰り返し、現実的で分かりやすい目標に変換できるよう導く、という[現実との折り合わせを提案する]交渉行動群について触れた。

これは、<話し合いを重ねて現実的な達成を提案する><折り合いをつけるために率直に意見し合う>という2つの交渉行動を含ん

だ(表 3 参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) <話し合いを重ねて現実的な達成を提案する>交渉行動

<話し合いを重ねて現実的な達成を提案する>とは、お互いの考えを繰り返し伝えあい、交渉相手が掲げる大きな希望や課題を、現実的で分かりやすい小さな目標に変換し、具現化していき、交渉成立に導くことである。

交渉相手の掲げる目標がとても大きく、現実的には達成することが難しい場合、看護師は交渉相手の考えや夢を聞きつつ、より良い生活を送るために必要だと考える提案を繰り返し伝えた。そして看護師は、交渉相手の目標を変えるのではなく、現実的かつ具体的に達成可能な小さな目標に変換できるように話し合いをし、交渉相手が納得できるように導き、後押しした。あるいは交渉相手には対処できない程の大きな目標である場合は、具体的に実現して示していた。このように、看護師は<話し合いを重ねて現実的な達成を提案する>という〔現実との折り合わせを提案する〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、病棟看護師である研究参加者 H による交渉を説明する。研究参加者 H は、退院を拒む交渉相手である患者に退院するよう交渉する中で、<話し合いを重ねて現実的な達成を提案する>ことを行った。患者は退院に対して否定的であったものの、研究参加者 H に勧められ、取りあえず退院支援グループに参加するようになった。研究参加者 H は、患者がグループワークに取り組む過程で、悲観的な考えを聴きつつ、自分自身の考えを伝えた [「でもさあ、あなたはあなたの生活をすればいいんじゃない？。別に完璧に生きろなんていうのは誰も言ってないし、とりあえず地域であなたらしく生きられればいいんじゃないの？」なんて言った覚えはありますけどね。]。そして患者は、悲観的な思いを持ちながらも全てのグループワークに参加し、退院に対して前向きな気持ちを持てるようになった。以降も研究参加者 H は、患者に自分の考えを伝えながら関わった [「こうやったほうが楽かもよ。」っていうのは言ったかな。「こういう生き方すると、きっとあなたはいいかもよ。」みたいな(ことを言った)。「こういうの苦手でしょ。」とかっていうのは言ったかもしれないけどね。…(中略)…「あなたが今、こういうことをするから(お金がなくなった)。今するっていうことは、多分家に帰っても絶対あるんだよ。あなたが困るから、ちょっとこれは考えようよ。」っていうことは、やったな。そういうことは多分、何度も何度もあった。]。また、患者から、実現することが難しそうな少し大きな目標が聞かれた時は、自分の考えを述べ、ちょっと先の小さな目標に置き換えることを勧めた [(患者が)「俺はこうしたい。」って明確に言う時もある。

…(中略)…(研究参加者Hが)「ちょっとそれは、今すぐは無理じゃない？」みたいなやりとりはあったよね。「まだ社会生活の経験の浅い今のあなたにはちょっと無理かもしれないけれども、少し先のこのくらいの時期だったら、それはいいかな。」とか。“できないよ”とか“駄目よ”じゃなくって、「もうちょっと、あなたはこうなったらできるんじゃない？」とか、「もうちょっと月日がたてば。」とか、「もうちょっとお金が貯まったら、これが買えるんじゃない？」ってというような感じで、ちょっと先の目標。すごい先の目標ってなかなか難しいけども、ちょっと先の目標っていうのは多分患者さんにも分かりやすいし、“できるんだ”っていう、【少しの間】かな？】。このように患者とお互いの考えを伝え合い、現実的な目標を共に考え出すことを何度も行い、退院することができた。

つまり研究参加者Hは、退院を拒む患者に退院するよう交渉する中で、退院すること、そして退院後の生活の仕方について<話し合いを重ねて現実的な達成を提案する>という〔現実との折り合わせを提案する〕交渉行動群を用いて交渉した。

2) <折り合いをつけるために率直に意見し合う>交渉行動

<折り合いをつけるために率直に意見し合う>とは、研究参加者と交渉相手、家族、チームが何度も意見をぶつけ合い、お互いの意向や提案に対する折衷案を探し出し、力を合わせて共に計画を立てて交渉成立に導くことである。

ここでも看護師は、交渉相手や家族、あるいは交渉仲間であるチームメンバーと何度も考えを伝え合っていた。そして、話し合いを繰り返し、力を合わせて、双方の意向の妥協点あるいは折衷案を決め、折り合いをつけていた。またチーム内では、交渉相手との交渉を進めるために話し合いを繰り返し、力を合わせて対策を考えた。このように、看護師は<現実との折り合いをつけるために率直に意見し合う>という〔現実との折り合わせを提案する〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、訪問看護師である研究参加者Nによる交渉を説明する。研究参加者Nは、引きこもり状態にある交渉相手の利用者と、受診や外出の回数を交渉する中で、<折り合いをつけるために率直に意見し合う>ことを行った。研究参加者Nは、主治医に会いたいという利用者の思いを引き出し、利用者と家族と力を合わせて受診を重ねていた。しかし、日常生活がままならない状態で受診の支度をすることや、妄想をもちながら外出することで、利用者は受診を続けることが段々としんどくなり、受診をやめると言い出した。研究参加者Nは、利用者が引きこもり状態に戻ることを避けるため、受診回数を減らす代わりに簡単な外出を続けることで、折り合いをつける

ことを提案した〔(受診するのに)ちょっとばてちゃって。まあしばらく頑張って行ってたので、1カ月に1回とか、2カ月に1回ぐらいでもいいじゃないかっていうところで回数を減らして。行ける範囲で行くっていうことを彼女と設定して。その代わりに、定期的に外に出るっていうところが、定着しつつあったので、それに関しては、「一緒にお出掛けは続けるよ。」っていうことで(話をした)。〕。このことによって、利用者は引きこもり状態に戻ることなく、外出と受診を維持することができた。

つまり研究参加者 N は、引きこもり状態にある利用者と受診や外出の回数を交渉する中で、〈現実との折り合いをつけるために率直に意見し合う〉という〔現実との折り合わせを提案する〕交渉行動群を用いて交渉した。

3.〔チャンスをつかえて直面化を促す〕交渉行動群

研究参加者は交渉について語るときに、交渉相手が看護師の意見を理解できるように、チャンスを見定めて問いかけ、アピールすることで、直面化と看護師の意見への理解を促すことを何度も繰り返す、という〔チャンスをつかえて直面化を促す〕交渉行動群について触れた。

これは、〈チャンスをつかえて直面化を迫る〉〈変化を生むために繰り返しアピールする〉という2つの交渉行動を含んだ(表3参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) 〈チャンスをつかえて直面化を迫る〉交渉行動

〈チャンスをつかえて直面化を迫る〉とは、交渉相手が意見を取り入れやすいチャンスをつかえて問いかけ、現実への直面化を図り、気持ちが変わるのを促して交渉成立へ導くことである。

看護師は、交渉相手が困った時、環境が変わった時を気持ちが変わりやすいチャンスと考えた。そして、チャンスが訪れた時をつかえて問題への直面化を図り、気づきを促して交渉相手の考えを変えようとした。そのために看護師は、実際の出来事と結び付けながら問いかけ、意見や説明、助言を行った。また交渉相手の病状が安定している時にも、考える場を作っていた。加えて、交渉相手が失敗することが予測される時には、あらかじめ失敗が予測されることを説明し、失敗の原因を理解できるようにすることもあった。このように、個々の状況に合わせたチャンスを見定め、〈チャンスをつかえて直面化を迫る〉という〔チャンスをつかえて直面化を促す〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、訪問看護師である研究参加者 G の交渉を説明する。研究参加者 G は、交渉相手である利用者が生活に困らない程度に片付けを

するよう交渉する中で、〈チャンスをついて直面化を迫る〉ことをしていた。利用者は一人暮らしを始めることになり、訪問看護の利用を勧められた。研究参加者 G は、適切な時期が来るまで、ひどく散らかっていても片付けを強く勧めない方針で交渉を始めた。このような関わりを続けた結果、次第に利用者が困りごとを話すようになった。研究参加者 G は、日常的な生活上の問題を相談された時をチャンスと捉え、現実への直面化を促したり、少しずつヘルパーなどの利用を勧めたりしていた〔(通所先でよごれを指摘されたから、利用者は)少し頑張ってお洋服買って来て、ちょっとお洗濯もして、そこから辺に掛けてということもできたけど(やや強く)。でも、どこにそれを片付けていいかも分からなくなって、っていうお話を生活面の困り感とうまく結び付いてはきていたので。…(中略)…通所先で起こったことの受け止めとかを確認したりする中で、ご本人からその話題が出たら、どんなことに気を付けるようにしているのか、っていうのをお聞きできると、行動が強化できたりする可能性がある。その近辺(訪問した日の近辺)で起こった出来事をこう下敷きにしつつ、本人の反応を見つつ(話をした)。…(中略)…うまくそこへサービス拡大に乗らないかなと思って、忘れないように折に触れ、(ヘルパー利用について)提示はさせてもらってたんです。〕。そしてついに、利用者が近所から指摘を受けた時、研究参加者 G はこれをチャンスととらえ、自分が望む生活を続けたいなら状況を改善する必要があることを強く説明した〔(家で住みたいという利用者の気持ちに)立ち戻って、「そこで生活したいというお気持ちがあるんだったら(片づけないといけない)。ちょっと嫌なことを言わせてもらいますけど、もしもご近所が…(中略)…ここに住んでもらったら困って言ったらちょっと困りますよね。」なんていうとこもちょっと言わせていただき。〕。そして、片付けるために支援の利用を勧めた〔その辺りをきっかけに、…(中略)…1週間にせめて一回ぐらいは来てくださって、一緒にお片付けをしてくださったり、いろんな相談を引き受けてくれるような場所(支援)もこの地域の中であったりするので(と再び説明した)。もしくは、そのゴミの中に何かがあって(気になって捨てられない)とかいう時も、一緒に相談にのってくれたりするところもあるんですよね(と説明した)。〕。このように勧めることを何回か繰り返したのちに、利用者はようやく訪問看護以外の支援者の訪問を受け入れた。すなわち、研究参加者は決定的なチャンスが訪れた時に、利用者の意向を活用しながら何度も動機づけ、提案していた〔(利用者の反応を見ながら押し引きするが)一方で(やや強く)、決定的なことが起これば、…(中略)…「何で私がここまでちょっと強く言わせてもらおうかって言うと、だって〇〇さん、ずっとここで生活したいってずっとおっしゃっているでしょう。…(中略)〕

…なんていうふうにちょっとつなげたりもしながら。]。このようにして、利用者は人の手を借りながら片づけができるようになった。

つまり研究参加者 G は、利用者が生活に困らない程度に片付けるよう交渉する中で、普段は強く促すことはせず、利用者が周囲との関係の中で困ったくチャンスをつかえて直面化を迫るという〔チャンスをつかえて直面化を促す〕交渉行動群を用いて交渉した。

2) <変化を生むために繰り返しアピールする>交渉行動

<変化を生むために繰り返しアピールする>とは、交渉相手の気持ちが変わるように、信頼感を育てて活用し、看護師が提案することのメリットを、相手を尊重しながら繰り返し強くアピールして交渉成立に導くことである。

看護師は、交渉相手の気持ちが変わるように普段から信頼関係を築き、交渉に活用した。さらに、信頼関係を深めるためには、自分自身の有能さもアピールし、交渉相手の気持ちをつかんでいった。そして、自らが提案する方針の意図とメリット、期限を強くアピールし、交渉相手の考えが変わるように働きかけた。このように看護師は、<変化を生むために繰り返しアピールする>という〔チャンスをつかえて直面化を促す〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、デイケアの管理者である研究参加者 A の交渉を説明する。研究参加者 A は、交渉相手である利用者が金銭管理に関する援助を受けようとして交渉する中で、<変化を生むために繰り返しアピールする>ことをしていた。利用者は金銭管理ができず、経済的に破綻しては病状悪化を繰り返していた。人と仲良くするために金銭を使う利用者は、提案される援助を拒み続けた。ついに生活への支障が生じた時、研究参加者 A は社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を強く勧めることが必要だと考えた。研究参加者 A は、日常生活自立支援事業を受けても利用者にイニシアチブが残ること、最終的に自己管理を目標とすることを強調した〔「(金銭を)全て取り上げられるのではない。あなた主体でやっていけるようにみんなを決めていこう。もうそんなこと(金銭管理のこと)人に言われないようにしよう。」って(伝えた)。]。そして、これまでに行ったデイケアや訪問看護での金銭管理への援助の限界を必死に説明し、日常生活自立支援事業のメリットを説明した〔(利用者)に理解してもらうために)もう必死だった。「デイケアはあなたの金銭管理をするためのデイケアではなくて、個人ワークやグループワークをするところであって、キャッシュカード(で金銭をおろすため)と一緒にいっていくところではない。訪問看護は1時間の枠でバイタル測って、状態聞いて、薬の確認をする。(だから訪問看護は)あなたのキャッシュカードについていくシステムでもないんだよ。…(中略)…訪問看護は時間内で

するからきつく言う。デイケアはあなた一人優遇できない。社協(社会福祉協議会)は来てくれると、怒らないで一緒に(銀行に)行ってお金を下ろすことを愛情いっぱい(してくれる)。ずっとやってもらったら(自分で)できる(ようになる)かもしれない。…(中略)…社協(社会福祉協議会)の人がもし入ったら、マンツーマンでできる。」(って説明した。))。そして、利用者は日常生活自立支援事業の利用の仕方について、研究参加者 A と相談しながら決め、利用することに合意した。

つまり研究参加者 A は、利用者が金銭管理に関する援助を受けるように交渉する中で、日常生活支援事業について<変化を生むために繰り返しアピールする>という[チャンスを捉えて直面化を促す]交渉行動群を用いて交渉していた。

IV. 【巧みな押し引き】 方略

【巧みな押し引き】方略とは、交渉成立に向けて、交渉相手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ことである。

これは、[巧みに乗せる][いったん添う][対峙する]という3つの交渉行動群を含んだ(表3参照)。以下に、交渉行動群ごとに交渉行動を用いて内容を説明する。

1. [巧みに乗せる] 交渉行動群

研究参加者は交渉について語るときに、状況を見極め、強く勧めることと勧めずに待つこと、理屈と感情を巧みに使い分けることをして交渉相手を動機づけていく、という[巧みに乗せる]交渉行動群について触れた。

これは、<押したり引いたりする><なだめすかす><情に訴える><停滞から引っ張る>という4つの交渉行動を含んだ(表3参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) <押ししたり引いたりする> 交渉行動

<押ししたり引いたりする>とは、交渉相手のやる気と病状を見極め、押ししたり引いたりして動機づけることである。

看護師は、交渉相手の病状や意欲に合わせて、勧めることと勧めずに待つこと、厳しく指導することと優しく受容することを巧みに使い分けた。押す時には、退院への話を前に進めたり、ケアを押し込んだり、考えが変わるように厳しく指導したりした。反対に、病状が不安定な時や、やる気が起きていない時は、押すタイミングではなく、引くタイミングであると考え、受容し、働きかけずにタイミングが来るのを待った。このように、看護師は<押ししたり引いた

りする>という[巧みに乗せる]交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、訪問看護師である研究参加者 C の交渉を説明する。研究参加者 C は、交渉相手である利用者がケアや治療を受け入れるよう交渉する中で、<押したり引いたりする>ことを行っていた。利用者は人に世話をされることを好まず、研究参加者 C が日常生活に関するケアをすることを受け入れなかった。そのため研究参加者 C は、利用者が受け入れるバイタルサイン測定だけを続け、日常生活に関するケアは折をみて勧め、断られたら引いて待つことを繰り返した [勧めて一回断られたら深入りはしないけれども、体調が悪い時には先手を打ってこっちから一応勧める。…(中略)…何回かだけ言ってみておいて、本人の気が変わる瞬間を待つっていう感じですね]。研究参加者 C は、次第に利用者が頼みごとをするようになり、したくないことを勧められても追い返さなくなったことを捉え、自分のペースでケアを少しずつ取り入れるようにした [(買い物)よく頼んでくるようにはなって。…(中略)…敢えて(訪問看護を始めて)2年ぐらいたった時に、(利用者が嫌がることを)やってみたんですけど、もう(「帰って」と)言わなくなったんですよ。だから(日常生活のケアを勧めても)大丈夫かなと思って。そこからですね、色々勝手に(日常生活のケアをし始めた)。…(中略)…掃除なんかはね、実は勝手に目の前でしてるんですよ{笑}。例えば、検温の時にアルコール綿をバーッといっぱい出すじゃないですか{机に広げるしぐさ}。…(中略)…そして、今日の天気や気になること、世間のニュースなんかを勝手に(研究参加者 C が)喋って、それと同時にアルコール綿で勝手に机ふくんです{笑}…(中略)…3回の(訪問の)うちに1回ぐらいに抑えてますけど。]。また利用者は、暖房器具を持ってなかった。研究参加者 C が購入することを勧めたが、利用者は頑なに拒んだ。そのため、毎年簡単に勧めるに留め、チャンスが来るのを待った。すると利用者は、とても寒い日に暖房器具を求めてきた [1年目の冬は2回ぐらい勧めて、本人が嫌がるからそれ以上せず。…(中略)…12月ぐらいにすごい冷え込んだ時があって、その時に「暖房器具ちょうだい。」って言ってきたんですね。そこで一気に全部入れて。もうタイミング逃したらアウトなんで。他の人からもらっていた暖房器具があったから、それを放り込んで。ついでに〇〇も、勝手に入れて{笑}。]。このように、研究参加者 C は簡単に勧めておいて、気持ちが変わるのを待つことを何度も繰り返し、日常生活に関するケアを入れることができた。

つまり研究参加者 C は、利用者がケアや治療を受け入れるよう交渉する中で、利用者の反応を見て、強く押すことができる時機を計りながら<押したり引いたりする>という[巧みに乗せる]交渉行動群を用いて交渉した。

2) < くだめすかす > 交渉行動

< くだめすかす >とは、優しくくだめながら程よく勧めて、とりあえずチャレンジする気持ちにして動機づけることである。

看護師は、「だまされたと思ってやってみたらどうか。」「いつでもいいからやる気になった時にやろう。」というように、柔らかく、程よく勧めて、交渉相手の気持ちを取め、とりあえずチャレンジする気持ちになるようにした。また、交渉相手の力を確認して褒め、行動を支持し、自尊心をくすぐって動機づけを強めた。このように、看護師は< くだめすかす >という〔巧みに乗せる〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、デイケア管理者である研究参加者 A の交渉を説明する。研究参加者 A は、交渉相手である利用者が金銭管理に関する援助を受けるように交渉する中で、< くだめすかす >ことをしていた。研究参加者 A は、利用者が援助を受ける気持ちに変化するよう、交渉相手の自尊心を活用しながら説明した〔(利用者)カンファレンスの度に、「私はできる。」って言うのよ。「できないじゃない。」って思うけど(言わない)。機嫌を取ることもないんだけど、今は(自尊心を)くすぐってくすぐって。「(金銭を)取り上げるんじゃないよ。自分で(金銭管理を)していくために、マンツーマンで(援助)してもらって、(最終的には)全部自分でやっていこう。」って言ったら(今は)やれている。機嫌を取るのではなく、愛情をかける。怒らずにくすぐる。〕。このように研究参加者 A は、理屈を説明するだけではなく、利用者が動機づけられるように、自分はできるようになるという自尊心をくすぐりながら話しかけてなだめた。その結果、利用者は金銭管理の援助を受け入れた。

つまり研究参加者 A は、利用者が金銭管理の援助を受けるように交渉する中で、自尊心をくすぐりながら< くだめすかす >という〔巧みに乗せる〕交渉行動群を用いて交渉した。

3) < 情に訴える > 交渉行動

< 情に訴える >とは、理性ではなく感情に訴えて動機づけることである。

看護師は、理屈で説明するのではなく、交渉相手のつらさ、しんどさに焦点を当て、交渉相手に受け入れられるように関わった。そして、心配していることと味方であることを、言葉と態度で示した。さらに、提案が受け入れられるように、看護師あるいは看護師が所属する部署の管理者がお願いするという、感情に働きかけることもした。このように、看護師は< 情に訴える >という〔巧みに乗せる〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 C の交渉を説明する。研究参加者 C は、交渉相手である利用者に、身体的に必要なケアや治療を受け入れるよう交渉する中で、〈情に訴える〉ことを行った。ある日、研究参加者 C が利用者の部屋の掃除をしようとしたところ、掃除機が壊れていることが分かった。そこで研究参加者 C は、掃除機を新調するようお願いした [「(声色を変えて) 掃除機もらってきてあげるから、それで一回吸うしかないね。」って言って。丁度私が担当代わる前っていうのもあって、「担当代わる前に、是非とも掃除機だけは吸わせてほしいからね。」とか何とか言いながら、勝手に入れて、勝手に吸って。]。結果的に、利用者は新調した掃除機を使って自分で掃除をするようになった。また利用者は、身体的につらい時は受診はするものの、検査を受けることは受け入れなかった。研究参加者 C は、利用者が体調を崩した日に訪問し、検査を受けるようお願いした [「外来来てなくて心配しているし、多分もうそれ〇〇(病名)だから、病院で採血だけさせて。」って言って。「点滴ぐらいするから。」って話をして。]。しかし利用者は検査を受けることを受け入れなかった。

つまり研究参加者 C は、利用者に身体的に必要なケアや治療を受け入れるように交渉する中で、利用者をお願いして〈情に訴える〉という〔巧みに乗せる〕交渉行動群を用いて交渉した。

4) 〈停滞から引っ張る〉交渉行動

〈停滞から引っ張る〉とは、交渉相手やチームが停滞したり、迷ったりする時に、方向性を示し、引っ張って動機づけることである。

看護師は、発達課題に反して停滞しようとする交渉相手や、特定のことに執着する交渉相手、再入院を繰り返す交渉相手、状況が膠着しているチームに対し、方向性を示して強く引っ張っていた。この時看護師は、交渉相手が強く抵抗していないかどうかを見極め、強く引っ張れることを確認したうえで、強い提案や助言、指導、頻繁な関わりを行っていた。またチームメンバーに対しては、方針の提示や助言を行っていた。このように看護師は、〈停滞から引っ張る〉という〔巧みに乗せる〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、デイケア看護師である研究参加者 B の交渉を説明する。研究参加者 B は、職種へのこだわりから就労訓練に移行できない交渉相手である利用者に、夢を追いながらも、現実的な就労に目を向けるよう交渉する中で、〈停滞から引っ張る〉ことを行っていた。研究参加者 B は、利用者が将来の夢に向かって頑張ることはとても大切だと考えていたが、生計を立てるために、デイケアを卒業して現実的な次のステップに進むことについて話を持ちかけた [ほんとにこんなこと言ったら悪いんですけど、その職業で生計が立てれるか

「強く」って保障がない。もしかしたらなれるかもしれないけど、なれるのはほんとに一握りだと思うんです。…(中略)…挫折を味わってもまた別の道があるっていうのも分かってもらいたいな、っていう所もちょっとありながら話を進めていきました。…(中略)…彼女の発達課題から考えて、「ずっと(デイケアに通う)ではないよね。」って話し合いをまず始めていったんですね。]。そして研究参加者 B は、見捨てられ不安が強い利用者と定期的に話をする時間を取り、強く方針を示した [次のステップにも行ってもらいたいっていう話をしたときに、自分だけじゃなくて、デイケアの周囲の人がどういう動きをしているのかっていうのをちょっと見てもらいたい、っていう話もしながら。彼女よりも大分年上の人とかもっと若い人が、就労に行ったりしているところにちょっと目を向けてほしい、っていう方向に話をもっていったりとか。]。また、利用者の夢に対しては、挑戦できそうなものへのチャレンジを勧めた [あなたの思いは全く捨てる必要性はないし、…(中略)…(小さなことからチャレンジを)続けていったらいいし、っていうことは話しながら]。そして、チャレンジしても思い通りにならないこともある中で、チャレンジの仕方について話し合った [本人は(チャレンジしたら)、全て採用になってほしいっていう希望がものすごくあったんで。でも、そこで落ちるっていうこともやっぱりあるからって(話をした)。〇〇になりたい、けど落ちる。なかなかうまくいかないっていう中で、両方どううまく使っていくのかなっていうところで、本人とは話し合いしながら。]。結果、利用者は就労に向けた活動を始めた。

つまり研究参加者 B は、職種へのこだわりから就労訓練に移行できない利用者に、将来の夢は追いながらも、現実的な就労に目を向けるよう交渉する中で、就労に向けた活動に向けて<停滞から引っ張る>という [巧みに乗せる] 交渉行動群を用いて交渉した。

2. [いったん添う] 交渉行動群

研究参加者は交渉について語るときに、いったんは提案を保留し、交渉相手の意向に添うことで動機づけていく、という [巧みに乗せる] 交渉行動群について触れた。

これは、<押さずに見守る><いったん方針を隠す><敢えて意向に添い続ける>という 3つの交渉行動を含んだ(表 3 参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) <押さずに見守る> 交渉行動

<押さずに見守る>とは、交渉相手が自分の意思でチャレンジすることや、反対に何もせずに留まることに対しても、介入せずじっと見守って動機づけられるのを待つことである。

看護師は、交渉相手が自らの意思でチャレンジしている時、反対にチャレンジせずに立ち止まってしまう時、看護師の提案とは反対の形でチャレンジしては失敗する時も、介入せずにじっと見守った。特に、交渉相手が立ち止まってしまう時、看護師は引っ張りたくなる気持ちを我慢し、やる気が起こるタイミングが訪れるまで待っていた。また、交渉相手が自己決定できるように、一歩引いて待った。このように看護師は、＜押さずに見守る＞という〔いったん添う〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、病棟管理者である研究参加者 D の交渉を説明する。研究参加者 D は、いざとなると退院を拒む交渉相手である患者が、退院できるよう交渉する中で、＜押さずに見守る＞ことを行った。研究参加者 D らのチームは、退院したいという患者の意向が確認できたため、退院先の住まいを探し始めた。しかし、退院の話が進むと、患者はこれまでと同様に突然退院しないと言い始めた。その時、研究参加者 D は押さず待つことに決めた〔(退院先のアパートを見学に行った後、ふさぎ込んだから)どうしようかなと思って。…(中略)…これは押したらいいんだろうか、引いた方がいいんだろうかって。やっぱりそこは押さないでいいんじゃないかっていうことにしたんですよね。そこは僕の判断でしたけど、「何か押していいことは、どうもないような気がするよ。」って(スタッフに話した)。まず待とうよっていうので、あの時は待ったと思います。〕。このように、患者は何度も退院準備を中断したが、研究参加者 D は押しても上手くいかないと考え、逸る気持ちを抑えて、我慢する必要があると考えた〔最終、意思決定も含めて、“こうしなさい”っていうことは言わなかったのがよかったな、っていう感じです。…(中略)…待ちますよ。押しても多分失敗するのが分かっているからですよね。多分、どっかで患者さんのタイミングっていうのはあるんだと思うんです。…(中略)…気持ちとして、やっぱりみんな、頑張ってる人は応援したくなっちゃうから、そここのところですよ。うまくいきかけたところで、ちょっと患者さんが立ち止まった時に、押さないで我慢していただけるかどうか。それ大事かなってやっぱり思います。〕。同様に、研究参加者 D は患者が順調な時も押さずに見守った〔外泊から帰ってきて、ちょっと心配だったんですけど、…(中略)…あえて声を掛けずに。…(中略)…言いたかったらなんか言うだろうな、と(思っていた)。だから、姿だけ見せておこうと。(病棟で患者が、研究参加者 D の目の前を)通り過ぎて、通り過ぎて、2回目通り過ぎるときにニヤと笑いながら「大丈夫でしたよ。」って(言って来た)。…(中略)…もうそれ以上、要らないことは何も言わない(と思った)。〕。このようにして、患者は退院することができた。

つまり研究参加者 D は、患者が退院できるよう交渉する中で、必要なことだけ勧めておき、後は患者が立ち止まっても、上手くいっていてもく押さずに見守る>という〔いったん添う〕交渉行動群を用いて交渉した。

2) <いったん方針を隠す>交渉行動

<いったん方針を隠す>とは、看護師の方針を、交渉相手や家族に意識させないように隠し、交渉相手に合わせているふりをするこゝで徐々に動機づけることである。

看護師は、たとえ退院や通所の見通しを立てていても、交渉相手には何も考えていないふりをして方針を隠し、次のステップを意識させないようにした。これは、交渉相手と目標や計画を立てるときに行われていた。このように看護師は、<いったん方針を隠す>という〔いったん添う〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、病棟看護師である研究参加者 F の交渉について説明する。研究参加者 F は、交渉相手である患者に退院するよう交渉する中で、<いったん方針を隠す>ことを行った。患者と家族は退院に消極的であり、入院が長引いていた。患者が病院に適応し、病院が生活の場になりかけていたため、研究参加者 F は早く家に戻さなくてはならないと考えた。そこで、まず病院内で実施している退院準備プログラムへの参加を勧めた。この時、退院を嫌がる患者に、プログラムへの参加が退院と直結しないことを保証した。そして全てのプログラムが終わったころに、退院の話を持ちかけた〔退院準備プログラムを受けたらすぐ退院しなきゃいけないっていうふうにみんな思うみたいで。彼女もこれ見て、「退院できない。」「いい(しない)。」みたいな感じだったと思うんですけど。「まあ取りあえず、いろんなことを勉強して、なんかちょっと外にもみんなで行けるよ。」ぐらいの導入だったと思うんです。難しい話すると、すぐに逃げちゃうので。「これに行くと、なんか隣のショッピングセンターに行けたりとか、なんかみんなで少し外出できるらしいよ。」ぐらい(の説明)で。…(中略)…このプログラムに参加をして、すぐ退院ということは絶対にならないから、ということを保証したと思います。…(中略)…退院支援プログラムが終わったところで、「(退院支援プログラムが)終わったし、そろそろお父さんやお母さんと相談しながら、退院を目指そうか。」っていう話を、確かしたと思うんですね。]。同じように、なかなか病院に来ない家族に対しても、退院を推し進めることはせず、関係が構築できてから退院の話を持ちかけた〔(家族への)働きかけの中で意識していたのは、お母さんに(退院を)押さない。まずは、全部お母さんのことを受け入れるっていうのが一つで。…(中略)…「退院について、率直にどう思ってるかっていうのを教えてください。」

ていうことを、関係が少しできてきたなど思ったところで聞いたんですね。]。このようにして、患者と家族は退院を受け入れることができた。

つまり研究参加者 F は、退院するよう交渉する中で、患者に退院を勧めるという方針は立っていたが、退院については触れずに<いったん方針を隠す>という〔いったん添う〕交渉行動群を用いて交渉した。

3) <敢えて意向に添い続ける>交渉行動

<敢えて意向に沿い続ける>とは、交渉相手との関係を維持・構築できるように、看護師側の方針をいったん保留し、交渉相手の意向を優先して関わり、動機づけることである。

看護師は、交渉相手との関係を構築するため、看護師と関わりたくないという交渉相手の気持ちや、人との距離感を尊重した。そして、交渉相手の意思を最優先とした関わりで、控え目にゆっくりと関係作りをしながら動機づけていた。また、将来にわたった関係性を維持するためにも、看護師に決められるのではなく、交渉相手が自分自身で決定し、自己責任を負うことが大切だと考えた。そのため、たとえ看護師の意向と異なることであっても、交渉相手が自己決定することを優先した。このように、看護師は<敢えて意向に添い続ける>という〔いったん添う〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、デイケア管理者である研究参加者 A の交渉を説明する。研究参加者 A は、交渉相手である利用者がデイケアメンバーと上手く関わられるように交渉する中で、<敢えて意向に添い続ける>ことを行った。利用者は、デイケアメンバーと研究参加者 A らに妄想を抱いて関わりを拒み、デイケアに通えなくなった。研究参加者 A は、関わりを拒む利用者の思いを尊重し、直接的に関わることをやめた。代わりに、外来カルテを見たり、医師から情報を取ったりして敢えて間接的に関わり続けた〔デイケアで3年もいて育んだ友情とかを壊してほしくないですよ。…(中略)…2年間は(利用者がデイケアに)来なくても、じーっと見て。間でカルテを見て、先生にも聞いて。作業所でも他のデイケアでも行けていたら全然 OK なんですよ。親ともその間(来れない間)は話した。…(中略)…もうアプローチはずっとしてる。ずーっと絶え間なく。…(中略)…(外来で)話しかけに行っても逃げるから、手紙にしたりね。「お盆の時期が来たけど、家族と折り合いよくできてる?。」とか。…(中略)…(デイケアに)戻って来られるように環境を整えて、「みんな待ってるよ。」って一言添えてる。]。このように、直接的な関わりを控えて間接的な関わりを続けた結果、利用者は再びデイケアに通えるようになった。

つまり研究参加者 A は、利用者がデイケアメンバーと上手く関わ

ることができるように交渉する中で、関わりを拒む利用者に対し、直接的な関わりをやめ、〈敢えて意向に添い続ける〉という〔いったん添う〕交渉行動群を用いて交渉した。

3.〔対峙する〕交渉行動群

研究参加者は交渉について語るときに、必要性を見極め、包み隠さずに本音で意見し、交渉相手を動機づける、という〔対峙する〕交渉行動群について触れた。

これは、〈見極めて本音で迫る〉〈敢えて毅然と関わる〉というの2つの交渉行動を含んだ(表3参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) 〈見極めて本音で迫る〉交渉行動

〈見極めて本音で迫る〉とは、交渉相手の特性や関係性を見極め、本音を引き出すために本音で迫り、動機づけることである。

看護師は、交渉相手との関係性が構築されていることや、人の意見に耳を傾けられる力を見極め、聞きづらいことを聞いたり、本音で意見したり、厳しく指導したりして、自己表現と気づきを促した。また、交渉相手の本音が分からないときは、看護師自身も意図的に本音を伝え、本音で体当たりして関わっていた。このように、看護師は〈見極めて本音で迫る〉という〔対峙する〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、デイケア管理者である研究参加者Lの交渉を説明する。研究参加者Lは、交渉相手である利用者に、トラブル相手との調整を諦めるよう交渉する中で、〈見極めて本音で迫る〉ことを行った。利用者は、デイケアメンバーとの間で金銭的なトラブルが起り、トラブル相手への処分を求め続けた。デイケアとしてでき得る調整を全て行った研究参加者Lは、利用者の辛さは理解できるものの、利用者がこれ以上どうにもならないことに気づき、前に進むことができるように本音で関わった〔すごい(精神状態に)波がある時に、…(中略)…わがままな、かなり勝手な言い分があったりするんだけど、その時にそれを全部聞いてしまうと、ますますエスカレートしていくかな、って(思う)。…(中略)…(利用者が「トラブル相手のものを盗んでやる。」とか「死んでやる。」とか言う時に)別のところに連れて行って、ずっと説得というか「そんな言い方してももうしょうがないでしょう。どうにもなるものではないでしょう。」という言い方をして。(すると利用者は)「(研究参加者Lは)全然分かってくれない。」とか言って。…(中略)…後で、言いすぎたかなって悩むんだけど、かわいそうというだけでは、やっぱり彼は立ち直れないし。病気というのはあるんだけど、若い子ではなかったの、結構そう

いうふうな形でずっと関わりを持って。]。また、このような関わりは、利用者との関係性が構築されているという判断から生まれたものでもあった[落ち着いている時には言わないんだけど、何かあった時に、(トラブル相手に)裏切られたっていう傷(が再び出てくる)。もう彼とは人間関係ができて、という思いで、親の立場的になって厳しく(やや強く)、「そういう行動(トラブル相手への要求)は誰からも認められない。」というのを結構言っていたんですよね。]。このような関わりを続け、利用者は長い時間をかけて、次第にトラブル相手への処分を求めることを諦めた。

つまり、研究参加者 L は、トラブル相手への処分を諦めるように、利用者に交渉する中で、本音で関わることができる関係性であるか<見極めて本音で迫る>という[対峙する]交渉行動群を用いて交渉した。

2) <敢えて毅然と関わる>交渉行動

<敢えて毅然と関わる>とは、交渉相手の意思や関係性がどのようなものであろうとも、社会や施設のルールにそぐわないことや、交渉相手の健康を阻害する危機的なことに関しては、交渉相手の意思を優先するのではなく、毅然と関わって気づきを促し、動機づけることである。

看護師は、交渉相手からの無理な要望には、できないことを明確に伝えたり、意見をしたりした。また、社会的に許されない行為の場合は、たとえ信頼関係が構築されていなくても、毅然とした態度で意見をして関わり、時には交渉相手に代わって看護師や家族が判断をした。加えて、看護師との関わりを拒絶する交渉相手であっても、必要な場合は交渉相手が断ることができないように関わりを押し込むこともした。人との関わりが苦手な頻繁な訪問看護を嫌がる交渉相手には、敢えて頻繁な訪問看護を導入した。このように、看護師は<敢えて毅然と関わる>という[対峙する]交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、訪問看護師である研究参加者 C の交渉を説明する。研究参加者 C は、交渉相手である利用者に暴力をやめるように交渉する中で、<敢えて毅然と関わる>ことを行っていた。研究参加者 C は、利用者が自分の暴力は正当なものがあると認識していることを読み取っていた。さらに、医療チームは利用者のことが怖くてはっきりと意見を言えない状況になっており、利用者との信頼関係が構築できていないと判断した。そのため研究参加者 C は、たとえ信頼関係が構築されていなくても、自分が利用者に厳しく言う必要があると考えた[みんな(利用者のことが)怖いから、本人に“これはしないといけない”とか言う人が少なかったみたいです。…(中略)…普通、きつい

こと言われるのって、初対面の人じゃ難しいじゃないですか。関係がある人の間でなされるのがベストなんです。でも、誰も本人との関係築けてなくてね。〔間〕特に初回の際は(信頼)関係築けてないから、(きついことを言うのは)あまり望ましくないのは分かっていたんですけど、誰一人本人にはっきり、「あなたは何が問題で、今後こういうことやっていたら、こういうことが起こりうるからこれをやりなさい。」って、言いきっている人がもういなかったの。〕。そこでまず、暴力を繰り返す利用者に対し、研究参加者 C と主治医は、訪問看護を退院の条件とし、断ることができないように入院中に契約を結んだ〔本人の状態があまり変わりなく、1カ月に1回ぐらい結構いろんな問題行動起こして。入院してても一緒(改善しない)だからっていうんで、退院の条件が「とりあえず訪問看護を受け、外来は週に1回来なさい。』。それは初回(入院の時)からそう。…(中略)…大物になればなるほど、退院したらもう絶対に契約は無理だから(入院中に訪問看護の契約をする)。〕。そして、暴力への備えをしたうえで、利用者の問題点をはっきりと指摘し〔(これまでの問題行動について話していた時に)「一回、(幻覚で)警察が介入したようなことがあったんでしょ。」って言ったら、「誰だ、そんなこと言ったのは。」ってまた怒鳴って。「え？でもカルテに書いてあったからね。」って話をして。…(中略)…もう好きなように言わせてもらったんですよ。複数で(対応して)、殴られてもいい体制をとっていたので(笑)、必要なことは言わせていただくっていうので。〕、利用者が怒鳴っても動じる態度を見せず〔(訪問看護の契約の時に)ずうっと怒っているんですけど、それはそれで置いといたんです。別に殴りかかって来そうにもなかったし、なんか怒ってるけど座っているから。〕、利用者が常識から外れたことを言った時には率直におかしいという反応を示した〔(人を殴ったけど、法に触れるようなことはしてないと利用者が言うので)思わず、くっくっ(笑う素振り)、てなるじゃないですか。「ずいぶんずれてるけど。』、って思ったら、「何をバカにしてるんだ。」ってまた怒る。〕。このようなやり取りを続けているうちに、利用者は最終的に訪問看護の契約に応じた。そして長い間交渉し続けた結果、利用者は暴力を振るわないことを自ら決心するに至った。

つまり研究参加者 C は、利用者が暴力を振るわないように交渉する中で、たとえ関係性が築けてなくても、社会的に許されない暴力に対する考えには<敢えて毅然と関わる>という〔対峙する〕交渉行動群を用いて交渉した。

V. 【方向づけ】方略

【方向づけ】方略とは、交渉成立に向けて交渉相手を動機づける

ために、交渉相手や看護師、チームの状況を整え、全体が方向づけられるように調整・協力することである。

これは、〔体験から動機づけて固める〕〔方針を共有する〕〔チームを調整する〕という3つの交渉行動群を含んだ(表3参照)。以下に、交渉行動群ごとに交渉行動を用いて内容を説明する。

1. 〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群

研究参加者は交渉について語るときに、安心や可能性を感じられる体験、失敗により気づく体験をはじめとし、多様な体験を積み重ねられるようにして気持ちの変化を促す、という〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群について触れた。

これは、〈体験を積み重ねて固める〉〈気持ちを傾けるために仕掛ける〉という2つの交渉行動を含んだ(表3参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) 〈体験を積み重ねて固める〉交渉行動

〈体験を積み重ねて固める〉とは、安心や可能性を感じられる体験、失敗により気づく体験をはじめとし、多様な体験を積み重ねて変化への気持ちを固めることである。

看護師は、交渉相手が動機づけられるよう、仲間や周囲の人に受け入れられ、上手くいく肯定的な体験を何度も積めるようにして、安心感と自信、自分の可能性を感じられるようにした。また、家族に対しては、交渉相手と安心して過ごすことができる場を繰り返し作り、退院へ気持ちが傾くようにした。また反対に、交渉相手が失敗体験を積み重ねることで、現在の方法では失敗することに気づくよう体験する機会を奪わず見守った。つまり看護師は、交渉相手らが自ら体験することに重きを置いていた。このように看護師は、〈体験を積み重ねて固める〉という〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、デイケア管理者である研究参加者Oの交渉を説明する。研究参加者Oは、交渉相手である利用者が入院を繰り返さないように、将来の目標を引き出そうと交渉する中で、〈体験を積み重ねて固める〉ことを行った。研究参加者Oは、交渉相手である利用者を含めたデイケアメンバーの好みのプログラムを作り、自分の好きなことを安心して語り合えるようにした〔やりたいこと(について話す)の前に、自分が好きなことの話に参加するっていうのが大事なんです。例えば○○について、好きな人は幾らでも話したくなるわけです。そっちが大事なんですよね。周りの人と響き合う内容が出てくると、「ああ、(話して)良かった。」ってなるわけです。…(中略)…一番は、それ(自分の好きなこと)をしゃべっても馬鹿にされないってい

う空間を作ることですかね。…(中略)…好きなことを表明しあえるっていうことが大事で、そこからやりたいことっていうのは自然と…(中略)…出てくるわけです。]。このようにして利用者は、将来の目標を見つけて取り組むようになった。

つまり研究参加者 O は、利用者が入院を繰り返さないために、将来の目標を引き出すよう交渉する中で、仲間の中で夢を語りあい、共鳴し合うようなく体験を積み重ねて固める>という〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群を用いて交渉した。

2) <気持ちを傾けるために仕掛ける>交渉行動

<気持ちを傾けるために仕掛ける>とは、交渉相手が動機づけられるように、取り組むことができる体制をあらかじめ整えて、変化への気持ちを固めることである。

看護師は、交渉相手が肯定的成功体験から学び、将来の目標や夢を実現していけるように、チャレンジしやすいプログラムを準備し、選択肢の一つとして交渉相手に提示した。また、日常的な出来事を活用してタイムリーに動機づけるために、定期的に関わることができ体制をあらかじめ準備することもあった。このように、看護師は<気持ちを傾けるために仕掛ける>という〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、デイケアの管理者である研究参加者 O の交渉を説明する。研究参加者 O は、交渉相手である利用者が入院を繰り返さないために、将来の目標を引き出そうと交渉する中で、<気持ちを傾けるために仕掛ける>ことを行った。研究参加者 O は、交渉相手である利用者を含めたデイケアメンバーが、目標に向かって取り組むことができるようにプログラムを作った [(病院の)外に出るためのプログラムというか、仕掛けを作る必要があるなと思ったので、…(中略)…一つは〇〇料理勉強会を作ったんです。〇〇が好きな人たちが集まるような場を作って、僕が司会(をして話し合った)。「どこのお店に行きたい?。」とか聞いて。…(中略)…で、(あるレストランのマスターに)取材をすることにしました。]。利用者は仲間との経験を重ね、研究参加者 O に、見学したレストランの店長のようになりたいと話さようになった。研究参加者 O は、このような状況になることをあらかじめ予測しており、利用者やその他のデイケアメンバーが取り組むことができるような新たな仕掛けをあらかじめ準備しておいた [僕はその話(職場体験の話)を(利用者に)する2週間前に、実はそのレストランに「こういう所で職場体験ってできるもんですか?。」って(聞いて準備していた)。]。そして研究参加者 O は、利用者が持っている選択肢も尊重しながらこれを選択肢の一つとして提示した [彼に幾つか提案した中で、「病院の近くにさ、レストランが

あるんだけど、そこでちょっとウエイターやってみない？」って(いう提案した)。そしたらすぐ(利用者が)動いた。…(中略)…選択肢を増やすということですね、提案というよりは。…(中略)…そもそも彼が持っている選択肢が幾つかある中に1個増やすっていう感覚なんです。…(中略)…彼にとって多分強力な選択肢だろうっていうのももちろんあるんですよ。だけどその提案の仕方ってというのは、“これをやるかやらないか”じゃなくて、“こういうのもあるけどどう思う？”なんです。彼は自分にとっての重要な強力な選択肢だっと思ったから、やってみたわけですよ。】。利用者はこの選択肢を選び、デイケアスタッフの支援を得ながら将来の目標に向かってレストランで働く練習を重ねた。

つまり研究参加者 O は、利用者が入院を繰り返さないよう、目標を引き出そうと交渉する中で、利用者の気持ちの変化を促すために、＜気持ちを傾けるために仕掛ける＞という〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群を用いて交渉した。

2. [方針を共有する] 交渉行動群

研究参加者は交渉について語るときに、交渉相手とチームの状況を整え、全体的に方向づけられるように調整・協力する、という〔方針を共有する〕交渉行動群について触れた。

これは、＜慎重に方針を編み出す＞＜方針に乗れるよう周到に根回しする＞という2つの交渉行動を含んだ(表3参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) <慎重に方針を編み出す> 交渉行動

<慎重に方針を編み出す>とは、タイミングを捉えて、改めて交渉相手を違う角度から捉え直し、時間をかけて慎重に方針を立て、方針を共有してチームを方向づけることである。

看護師は、交渉が上手くいかない時や、これまでと異なることがあった時に、交渉が上手くいかない理由を明らかにするために、交渉相手の全体像を捉え直し、交渉相手との関係性、ケアの仕方、方針の適切性を評価した。この際、看護師は自らの先入観を取り払って、見方をアレンジして多角的に事象を捉え直し、方針を定め直して交渉を進めていた。このように看護師は、＜慎重に方針を編み出す＞という〔方針を共有する〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、病棟看護師である研究参加者 I の交渉を説明する。研究参加者 I は、交渉相手である患者が退院できるよう交渉する中で、＜慎重に方針を編み出す＞ことを行った。研究参加者 I は、患者が一人暮らしをできるように退院準備を進め、試験外泊のための連絡手段を整えようとした。しかし、患者は連絡手段を整える手続きにチ

チャレンジしては中断することを繰り返した。そこで、研究参加者 I は病棟管理者に相談をしたが、連絡体制が整わない中での外泊には許可が下りなかった。患者は手続きを行うことができず、入院期間だけが延びていった。ジレンマを感じた研究参加者 I は、自分自身の価値観を見つめ直した [本人なりのこだわりとか、戸惑いとか、将来の不安とかがあったのかなと思って、(自分の方が)諦めたみたいなどころありますね。…(中略)…彼女の言い分もあって。まあそれでも社会的には通用しないことではないな、みたいなどころで。]。そして、連絡手段を整えるのではなく、整わない中での支援体制を考えることにした [連絡も取れないような状態になるので、…(中略)…本人はその時は(連絡手段を整える手続きに)「行く。」って言うけど、やっぱりいざとなったら「できない。」とか「嫌だ。」とか言うので。もう本人がそんなに嫌って言うんだったら、…(中略)…もう保健所とか援助者のほうで、どういう支えができるかっていうことを、もう一回検討して。]。このようにして、患者は自分が望む形での退院をすることができた。

つまり研究参加者 I は、患者が退院できるよう交渉する中で、何度繰り返しても患者の意向が変わらなかつたり、できなかつたりするため、<慎重に方針を編み出す>という [方針を共有する] 交渉行動群を用いて交渉した。

2) <方針に乗れるように周到に根回しする>交渉行動

<方針に乗れるように周到に根回しする>とは、交渉相手が気持ちを変えていく過程を支えるために、あらかじめチームメンバーに根回しをして備え、交渉相手とチームを方向づけることである。

看護師は、交渉相手が失敗を通して学ぶ体験を確保する際に、家族や関係するチームメンバーに協力体制を依頼し、最低限の安全性を確保した。他に、交渉相手に提案をする際には、気持ちが変わるように、チームメンバーと口裏を合わせる手はずを整えておくこともあった。つまり、看護師は交渉相手の気持ちが変わることを支えるために、周到にチームメンバーと協力する体制を整え、備えていた。このように看護師は、<方針に乗れるように周到に根回しする>という [方針を共有する] 交渉行動群を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 M の交渉を説明する。研究参加者 M は、交渉相手である利用者が、周囲に受け入れられる安全な方法で自分の目標を達成するように交渉する中で、<方針に乗れるように周到に根回しする>ことを行った。研究参加者 M は、恋人を作りたいという利用者の目標を達成するために、施設に通所することを提案することにした。そして、通所しやすい利用者に最も適した施設を探し出し、準備した。それから研究参加者 M は、利用者の

不安を聴きながら、通所することについて何度も話をした。そして、通所する施設を提案する際には、主治医と口裏を合わせた上で、利用者の希望に最も合う施設を主治医と相談して探したかのように説明した。〔(通所先を決める時には)「今、先生にも相談したよ。」って(説明した)。(本当は医師に)相談してないけど(利用者にはそのように言った)。でも嘘ついたらいけないから、一応「先生、(通所するのは)ここがいいと思ってるんです。また(利用者に)何か聞かれたら、『ここがいいんじゃないかな。』って(研究参加者Mに)話したって言っておいてくださいよ。」とかって言いながら〕。次に利用者が通所することを決めた後は、丁寧にアセスメントして準備を整え、通所施設にも根回しをした〔(利用者が)ポッと(通所先に)行って、相手(スタッフ)に声をかけないといけないじゃないですか。教えて、もう最初から担当を付けてもらったんですよね。で、「『あ、〇〇さんが来るってことで聞いてたよ、私が担当です。』って(利用者に言って下さい)。そういうつかみすごい大事なんですよ、お願いします。」とかって言って根回ししておいて。で、声を掛けてもらう。必ず声を掛けてもらう。〕。その結果、利用者は施設に通所できるようになり、目標である恋人もできた。

つまり研究参加者 M は、利用者が周囲に受け入れられる安全な方法で自分の目標を達成するように交渉する中で、利用者が新たな場になじむことができるよう事前に他職種に働きかけ、＜方針に乗れるように周到に根回しする＞という〔方針を共有する〕交渉行動群を用いて交渉した。

3.〔チームを調整する〕交渉行動群

看護師は交渉について語るときに、自分自身とチームの状況を理解し、調整して方向づける、という〔チームを調整する〕交渉行動群について触れた。

これは、＜チーム内を主導する＞＜チームで協力し、補い合う＞＜自己理解し、コントロールする＞というの3つの交渉行動を含んだ(表3参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) ＜チーム内を主導する＞交渉行動

＜チーム内を主導する＞とは、チームや家族内で、それぞれの思いや情報の橋渡しをしたり、必要に応じてチームメンバーを調整したりして、チーム内でリーダーシップを取って方向づけることである。

看護師は、チーム内、交渉相手と家族、交渉相手と主治医の間に立って、情報やお互いの思いの橋渡しをした。チーム内の橋渡しとしては、病棟看護師と他職種との情報の伝達、交渉相手に長い期間

関わっている看護師からそうでない看護師への交渉相手の情報の伝達があった。また、不安定な病状や家族関係のために、自らの思いを上手く言葉で伝えることのできない交渉相手の思いを汲み取り、家族に橋渡しをしていた。反対に、退院に際して交渉相手に言い難い家族の気持ちを、看護師が代弁という形で交渉相手に橋渡しをすることもあった。さらに、必要に応じてチームメンバーを増やしたり、変更したり、減らしたりするなどの調整も行っていった。このように看護師は、＜チーム内を主導する＞という〔チームを調整する〕交渉行動群を用いて交渉していた。

次に、訪問看護師である研究参加者 N の交渉について説明する。研究参加者 N は、引きこもり状態にある交渉相手である利用者が受診や通所をできるように交渉する中で、＜チーム内を主導する＞ことを行った。利用者は長年受診もできないまま引きこもっており、薬の量ばかりが増え、状態の改善がみられていなかった。訪問看護によってようやく受診にたどり着くことができた時、研究参加者 N は、薬による利用者のしんどさを汲み取り、代弁として主治医に伝えた [「先生、受診に来たから、(その代わりに)薬を減らして欲しいんだ。」って(伝えた)。彼女がこうやって頑張ってる報酬としてね、目に見えるものとして、(薬を)減らして欲しいっていうことを条件にお願いをしていって。]。その後病状は改善し、利用者自らの希望で施設に通所するまでに至った。しかし、妄想的になって怒り出すことがあり、なかなか通所を継続することができなかった。研究参加者 N は、通所への援助を繰り返す中で、身体的不調から妄想的になるという利用者の困難を読み取った。そして、利用者の怒りっぽい理由を周囲の人に伝え、利用者が生活しやすいようにした [(利用者が)勝手に怒っているって(周囲が)思っている状態の時に、実は彼女の中にこういうしんどさがあるんですってという代弁を(研究参加者 N が周囲にした)。…(中略)…彼女が怒ったり、暴言吐いたりっていうことを、(周囲の人が)すごく理解し始めて。そうになると、周りがやっぱりぴりぴりしないので、彼女自身も余裕が出てくるから、穏やかな人になっていくんですよね。私たち(これを)“解きほぐし”って言ったりするんですけれども。]。このようにして利用者は、自分の希望に沿って施設に通所したり、外出することにチャレンジした。

つまり研究参加者 N は、引きこもり状態にある利用者が通院や通所できるように交渉する中で、利用者の思いを汲み取ってチームメンバーに伝える＜チーム内を主導する＞という〔チームを調整する〕交渉行動群を用いて交渉した。

2) <チームで協力し、補い合う>交渉行動

<チームで協力し、補い合う>とは、チーム内で連携して役割分担し、お互いに補い合って、チーム全体を方向づけることである。

看護師は、看護チーム、非専門職を含む多職種チーム、家族と情報や方針について共有した。そして、相談して足並みをそろえ、お互いの専門性や特徴を生かして役割分担を行って協力していた。役割分担は、目標の変化に伴い変更した。また、これには看護チームから専門看護師としてコンサルテーションを依頼されること、交渉相手との関わりにおけるつらい気持ちを看護チーム内で共有して気持ちを立て直すことも含まれた。なお、ここでは家族もチームメンバーとして捉えられていた。このように看護師は、<チームで協力し、補い合う>という〔方針を共有する〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 K の交渉を説明する。研究参加者 K は、交渉相手である利用者が、食事もままならない状態から生活を立て直すことができるように交渉する中で、<チームで協力し、補い合う>ことを行った。利用者は、イライラするときには研究参加者 K に暴言を吐いたり、訪問看護をキャンセルしたり、主治医に訪問看護をやめたいと訴えることがあった。そのため、研究参加者 K は辛い思いをしていた。利用者は訪問看護以外のケアを受けておらず、食事すらままならない生活を続けていた。そのため、研究参加者 K は、訪問看護でケアを続ける必要があると考えていた。そこで研究参加者 K は、訪問看護ステーションの看護師や主治医に自分の辛い思いを話し、チームメンバーから理解されることで、利用者に関わり続ける気持ちを維持し続けた〔腹も立つし、ガッカリしたりもあったし、怖い思いもしたりもした。…(中略)…正直、それ(暴言)を1人で受け続けるっていうのもきついんで。当然(訪問看護ステーションに)帰って来てね、ちょっと仲間と言ったり、主治医に言ったりはしますけど。…(中略)…幸い、部署の中で一緒に訪問やってる人たちとね、共有しあったりとか。先生は分かってくれとか。〕。このようにチームメンバーに情緒的に支えられることで、研究参加者 K は異動するまで利用者への訪問を続け、利用者も地域での生活を続けることができた。

つまり研究参加者 K は、利用者が生活を立て直すことができるように交渉する中で、利用者から受ける辛い思いや揺らぐ意思に対し、<チームで協力し、補い合う>という〔方針を共有する〕交渉行動群を用いて交渉した。

3) <自己理解し、コントロールする>交渉行動

<自己理解し、コントロールする>とは、方針に沿って交渉でき

るよう、看護師が自分自身の特性や気持ちを理解し、気持ちや関わり方をコントロールして、チームの一員である自分を調整し、方向づけることである。

看護師は、自分自身の対人関係の傾向や、人に与える印象、交渉相手に対する気持ちを振り返りながら交渉を行っていた。特に、交渉相手が退院を迷っている時には、交渉相手と共に迷うことがないよう、自分自身の気持ちを正していた。また、これまでの経験で培った、交渉相手の強みに注目して意思を尊重するという価値観や、交渉相手への効果的な関わり方、心理面の読み取り方に関する知識に沿って、自らの気持ちを立て直し、コントロールしながら交渉を行っていた。このように看護師は、＜自己理解し、コントロールする＞という〔チームを調整する〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 K の交渉を説明する。研究参加者 K は、暴言を吐く交渉相手である利用者が、自宅での生活を維持できるように交渉する中で、＜自己理解し、コントロールする＞ことを行った。利用者は、笑顔で訪問看護を受ける時もあったが、イライラして研究参加者 K を責めることがあった。研究参加者 K は、利用者に責められて辛い気持ちを自覚し、自分の気持ちを切り替えていた〔内心面白くないですよ。例えば攻撃されたりとか、否定されたりとか。そういうふうに言われるとやっぱり腹も立つし、何なんだろうと思うこともありますし、次の訪問前にちょっと嫌だなと思ったりもやっぱりありましたけど…(中略)…その場に応じてっていうことで、今にして思うと、自分で気持ちを切り替えるようにしてたのかなとは思うんですね。〕。具体的には、あまり深く考えないように努力したり〔考えても仕様がなから(訪問に)行って、態度とか表情に合わせてやろうかなとか。どっちかっていうと、そっこのほうが多かったですかね。あんまり考えても仕様がないなと思って。〕、看護師としての意地を發揮したり〔変な意地はありましたね。何としても続けるっていうふうな。最初に継続看護だっていうの教わって。要は訪問切ったら本当にもうそれまでじゃないですか。他(の支援)に何かつながってればいいんですけど、訪問切ったら外來しかないという感じで。そういう人をいかに続けるかっていうところがやっぱり大事だと思ったので。〕、時には利用者の話を聞き流したりした〔それ(スタッフを責める話)が度々繰り返されると、意識して傾聴しようとしなくても、お話しすることは分かるから。ちょっとまともに聴き続けたらつらいなっていうときは、うなずきながらあまり聞いてないっていうふうなことを、技術とは言えませんがやったりして。〕。このようにして研究参加者 K は、異動するまでの間、利用者の生活を整えるために訪問看護を続けることができ、利用者も地域生活を続けることができた。

つまり研究参加者 K は、利用者が自宅での生活を維持できるように交渉する中で、利用者との関わりで辛い思いをしてもく自己理解し、コントロールする>という〔チームを調整する〕交渉行動群を用いて交渉した。

VI. 【内に潜む可能性と本音の追究】 方略

【内に潜む可能性と本音の追究】 方略とは、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究し、時間をかけて可能性を見立てることである。

これは、〔内に潜む本音を汲み取る〕〔広く可能性を見立てる〕という 2 つの交渉行動群を含んだ(表 3 参照)。以下に、交渉行動ごとに交渉行動を用いて内容を説明する。

1. 〔内に潜む本音を汲み取る〕 交渉行動群

研究参加者は交渉を語るときに、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て推し量る、という〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群について触れた。

これは、<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 5 つの交渉行動を含んだ(表 3 参照)。以下に、カ交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) <言葉にならない本音を拾い上げる> 交渉行動

<言葉にならない本音を拾い上げる>とは、交渉相手の本音を汲み取るために、言葉にならない苦勞や不安、諦め、真の望みといった思いを、普段の関わりを通して時間をかけて拾い上げることである。

看護師は、交渉相手の生育歴と専門知識を参考にしながら、病状による複雑な表現、思いと裏腹な表現、あるいは部分的な表現から交渉相手の本音を推し量っていた。これは、普段の関わりを通して時間をかけて行われており、ある特定のエピソードから急激に理解が深まることもあった。そして、交渉相手の苦勞、不安、あきらめ、真の希望を理解しようとし、その理由を推し量り、交渉相手の理解を深めながら交渉に活かしていた。このように看護師は、<言葉にならない本音を拾い上げる>という〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、デイケアの管理者である研究参加者 A の交渉を説明する。研究参加者 A は、援助を得ながら金銭管理をするよう、交渉相手で

ある利用者に交渉する中で、＜言葉にならない本音を拾い上げる＞ことを行った。研究参加者 A は、利用者は看護師に全てをさらけ出してはいないと考え、時間をかけて利用者の悪化のパターンを読み取った〔患者さんってというのは 10 年いても 100 のうち 20 しか(看護師に自分のことを)言っていない。隠されたものが 80 あるから、それを長い歴史で汲み取って見ていく。…(中略)…その人の背景を見るのは 1 年ではできない。10 年いてもその人の 20% しか知らない。だからできるだけ一人の職員が長く関われる職場づくりをして、時間をかけてみんなを“ああいうことであの人は反応する”っていうのを分かって。〕。そして研究参加者 A は、利用者の成育歴や普段の関わりの中から、利用者の行動の背景にある言葉にならない思いを読み取った〔(研究参加者 A が)「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。どうしてかと言うと、お金を持ってないと友達と遊べないから(だと研究参加者 A は汲み取った)。…(中略)…(苦勞して育った人の)特性だね、人に傳く。〕。そして 3 年という時間をかけて、利用者が困っていること、看護師に望んでいることを理解し、社会福祉協議会が実施している金銭管理支援事業の利用を利用するに至った。

つまり研究参加者 A は、金銭管理ができない利用者に、支援を受けるように交渉する中で、＜言葉にならない本音を拾い上げる＞という〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群を用いて交渉した。

2) <腰を据えて率直に思いを聴く>交渉行動

<腰を据えて率直に思いを聴く>とは、本音を汲み取るために、交渉相手の思いや将来の夢について、尊重する姿勢で腰を据えて率直に丁寧に聞くことである。

看護師は、交渉相手の認識や思い、希望、夢に耳を傾けた。そして、交渉相手が思いを話したり、知りたいことを聞いたりできるように、話を聴くタイミングを計っていた。そして、交渉相手を尊重し、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話に耳を傾けた。これは、相手が初めて治療を受ける場合、隔離室という治療環境を説明する際にも用いられていた。このようにして看護師は、<腰を据えて率直に思いを聴く>という〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 M の交渉を説明する。研究参加者 M は、交渉相手である利用者が、周囲に受け入れられる方法で自分の目標を達成するように交渉する中で、<腰を据えて率直に思いを聴く>ことを行った。研究参加者 M は、訪問看護の契約を結ぶ際に、訪問看護を受けることや入退院を繰り返していることについて、利用者はどのように思っているのか、今後はどのようにしたい

のか、ということについて、改めて確認した [「先生からね、訪問っていうことでオーダーが来たんだけど何でだと思っ？…(中略)…自分的にはどうなの？、入院すること。」みたいなところで、あえてこの話(研究参加者 M が考えていること)はしない。(すると利用者は)「いや、私だって本当は家で暮らしたいです。」(と言った)。「家で暮らしたいんだ。何したいの？どんなことしたいの？」みたいな(ことを聞いた)。…(中略)…頻回の入院を繰り返しているその現状っていうのをどう思ってるのか、そのことでの生活のデメリットってどんなところにあるのか、みたいな話を改めて多分聞いたと思います。]。また、病状悪化を防ぐための方法を考える時も、一緒に考える必要性を利用者が分かるように説明してから、状況を聞いた [(利用者には)簡単な構造じゃないと分からないところあるじゃないですか。だから、「(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」(と説明した)。で、「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(研究参加者 M)だったら分かるかもしれないじゃない。だからいろいろ教えて欲しいんだけどいい？」って(言った)…(中略)…。そういうのは割と丁寧に聞いてますね。1 回ごとに、自分がなぜそれを聞きたいのかという意図は説明してます。だから恋人とのことも敢えて(聞く)。…(中略)…「訪問に来て、私のこと話すのは分かりませんが、なんで、他のこと根掘り葉掘り聞くんですか？」って言う人がいらっしやると思うんですけど、「ここは、この事とつながってるし、聞きたいんだけど、もし良かったら言って。言いたくなかったら別に言わなくていいよ。」っていうのはいつも言っているの。]。このようなことを通して利用者は、周囲に受け入れられる方法で、入院もせずに念願の恋人を作るという目標を達成した。

つまり研究参加者 M は、利用者が周囲に受け入れられる方法で自分の目標を達成するように交渉する中で、<腰を据えて率直に思いを聴く>という〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群を用いて交渉した。

3) <ニーズを読み取り安心させる>交渉行動

<ニーズを読み取り安心させる>とは、交渉相手の本音を汲み取るために、交渉相手が安心・信頼できる状況や、内に潜むニーズを読み取り安心させることである。

看護師は、交渉相手の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・信頼できる状況を読み取り、交渉相手に潜む真のニーズを読み取って交渉に活かし、安心させていた。このように看護師は、<ニーズを読み取り安心させる>という〔内に潜

む本音を汲み取る〕交渉行動を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 K の交渉を説明する。研究参加者 K は、交渉相手である利用者が、自宅での生活を維持できるように交渉する中で、〈ニーズを読み取り安心させる〉ことを行った。利用者は不安定な時には訪問を辞めたいと主治医に訴えたり、研究参加者 K を追い帰すこともあった。しかし、研究参加者 K は利用者が家庭で生活できるようになるためには、訪問看護を通して関わり続ける必要があると考えた〔最初、訪問の導入っていうことでの合意は、半強制じゃないんですけどね、合意をさせられてるんですけど。それを続けていくのは訪問看護の技量だったので。…(中略)…最初は(訪問看護をやめたいという話を)真に受けてましたけど、それじゃあしょうがない、意味ないんだよねと思って。(訪問看護を)続けるためには、今度行ったらこうして関わってみようかなとか、考えたりもしました。〕。また研究参加者 K は、利用者が訪問をキャンセルする時にも、利用者の表面的な言葉にとらわれず、その背後にある不安を読み取って安心できるように対応した〔「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。行く時間の直前になって僕が電話すると、実は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。」(と利用者が言うので)「じゃあ訪問行っていいですか。」(と言うと)「いいですよ。」(と答える)っていうふうな。〕。このようにして利用者は、自宅での生活を維持することができた。

つまり研究参加者 K は、利用者が自宅で生活できるように関わり続けようと交渉する中で、言葉には表れないニーズを読み取って、〈ニーズを読み取り安心させる〉という〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群を用いて交渉した。

4) 〈信頼感を獲得する〉交渉行動

〈信頼感を獲得する〉とは、交渉相手の本音を汲み取るために、相手からの信頼感や相手が信頼する人を、相手の言動から慎重に探ることである。

看護師は、交渉相手に関わり始めたころから信頼して関わられることもあれば、表面的に柔らかに交わされること、あるいは抵抗して受け入れられないことがあった。看護師は、相手が看護師によって異なることを言っていないか、看護師に頼ったり甘えたりするかどうか、ということによって、相手からの信頼感を量り、交渉に活かしていた。このように看護師は、〈信頼感を獲得する〉という〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 E の交渉を説明する。研究参

加者 E は、交渉相手である利用者が安心して過ごせるように、服薬と就職に関して交渉する中で、〈信頼感を獲得する〉ことを行った。利用者は、問題行動を心配する家族の希望で訪問看護を受けることになり、研究参加者 E の訪問を受け入れた。訪問看護では、一緒に散歩やたわいのない話をしていた。研究参加者 E は、利用者は薬の副作用が辛いようだと捉え、関わっていたが、利用者は病気や薬による辛さに関することになると思いを語らなかつた [会話がきちんと、深いところに入っていないという感じがありながらも、普通に対応はしてくれている感じですね。…(中略)…(薬を)持ってきてくれて、2人で見て、これが飲んでないなとかいう感じの話はできるんですよ。…(中略)…やっぱり薬は大事だねって(研究参加者 E が)言って、「はい」って言うんだけど、きちんと納得できている「はい」ではないんですよ。…(中略)…(副作用の辛さも)本人は(表現)しませんね。「どうして薬飲まないといけないんだ」とも言わないんですよ。(話が)広がらなかつたんですよ。]。そして最終的に、訪問看護を辞めて就職したいという利用者の希望に合わせて、訪問看護を終了した。

つまり研究参加者 E は、利用者が安定して過ごせるように服薬と就職に関して交渉する中で、利用者との関わりを通して、利用者の看護師に対する〈信頼感を獲得する〉という [内に潜む本音を汲み取る] 交渉行動群を用いて交渉した。

5) <対象者の目線で捉える>交渉行動

<対象者の目線で捉える>とは、交渉相手の本音を汲み取るために、病状や認知機能、能力と困難を把握することにより、交渉相手の目線に立って、看護師の方針の受け入れ状況を捉えることである。

看護師は、交渉相手の不安や自尊心、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ていた。これにより、生活が上手く送れない理由や、看護師からの提案を受け入れられない理由を交渉相手の目線に合わせて理解し、交渉に活かしていた。このように看護師は、〈対象者の目線で捉える〉という [内に潜む本音を汲み取る] 交渉行動群を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 C の交渉を説明する。研究参加者 C は、交渉相手である利用者が暴力を振るわないように交渉する中で、〈対象者の目線で捉える〉ことを行った。研究参加者 C は、利用者は、自己像と能力のバランスが取れていないことによって困難を抱えていることを読み取った [強い男性像にあこがれていてね。…(中略)…ただあんまり努力しないんですよ。小さい時から努力はしないけど、自分是可以すると思うタイプだったみたいで。…(中略)…でも自分はちゃんとできるし、偉くなるんだってって思って。…

(中略)…言語IQは高いんですけど、動作IQが低いんですよ。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、僕はできる。」って言うけど、実際はできないんですよ。動作が全然追いつかない。どうやらそれをずっと抱えていたっていうのは分かったんですけど。]。そのため、利用者は自尊心が傷つきやすいという生きづらさももっていることを関わりの中から理解した [(飲み屋でお金を使い果たしたという話を)聞いたら、笑うしかなかったんですけど、笑うとすごい怒るんですよ、自尊心高いから。]。このことから、利用者が暴力を振るったり、威嚇したりするのは、困難感が出ることや、自尊心が傷つくためだと利用者の目線で捉えた [実は精神状態の悪化というよりは、生活上の困ったものがあるって、その対処が追いついてなくて、…(中略)…困った時に、若干の興奮的な症状を示しつつ、人に暴力をふるって、それが対処なんです。]。また、利用者は幻聴にしたがって見ず知らずの人を殴り、警察沙汰になることもあった。利用者には幻聴の自覚がなく、暴力は人を助けるための正当なものであると捉えていることも研究参加者 C は把握した [「僕はいじめられた人を助けただけだ。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。…(中略)…この人の目から見ると、社会的にやらないといけなことをしている、って思ってるんだって思った。]。このように研究参加者 C は、利用者が暴力を辞められない理由は、知的能力や認知パターンによる生活上の困難があり、それを暴力で対処するのが正当であるという考え方にあると考えて交渉した。このように利用者の目線に立って本音を汲み取りながら長い間交渉を続け、利用者は暴力に対する認識を変化させた。

つまり研究参加者 C は、利用者が暴力を振るわないように交渉する中で、利用者の能力や病状を把握して<対象者の目線で捉える>という〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群を用いて交渉した。

2. [広く可能性を見立てる] 交渉行動群

研究参加者は、交渉について語るときに、交渉相手と家族、チームなどについて、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、という〔広く可能性を見立てる〕交渉行動群について触れた。

これは、<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2つの交渉行動を含んだ(表3参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) <可能性と困難を見極めて見通しを立てる> 交渉行動

<可能性と困難を見極めて見通しを立てる>とは、可能性を見立

てるために、交渉相手の困難と、能力や楽しみから可能性を見極め、見通しを立てることである。

看護師は、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交渉相手の良い点を読み取っていた。反対に、困難も理解していた。これらは、交渉相手の生活史や病歴、関わり始めからの変化を通して理解されており、客観的な理解であった。そして、看護師のこれまでの経験と照らし合わせながら、交渉相手の可能性を見立てていた。このようにして看護師は、＜可能性と困難を見極めて見通しを立てる＞という〔広く可能性を見立てる〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、病棟に所属し、専門看護師でもある研究参加者 I の交渉を説明する。研究参加者 I は、交渉相手である患者が退院できるよう交渉する中で、＜可能性と困難を見極めて見通しを立てる＞ことを行った。研究参加者 I とケースワーカーは、まず患者と退院先について相談した。研究参加者 I らは、施設への入所を勧めたが、患者は施設への入所を嫌がった。研究参加者 I は、患者の精神症状とこれまでに培った能力から、患者の意向に沿って施設外への退院を調整することに決めた〔初回入院だったし、施設に行くよりは。やっぱり(患者が)一人で生活したいって言うのと、もともとの精神症状が、施設でないといけないような精神症状になってはなくて。入院前もなんとか社会では生活をしていたので、社会でいけないことはないだろう(と考えた)。本人の希望が強いんなら、やっぱりそっちで動くしかないかなっていうところですね。〕。その後、研究参加者 I は、試験外泊や退院に向けて、患者との連絡手段を整えようとした。しかし、患者は何度も手続きを中断した。そのため入院期間は長くなり、急性期病棟から療養病棟に移動する可能性が浮上した。研究参加者 I は、残った問題は退院先の調整だけであり、この先あまり長い時間はかからないであろうこと、病棟を移ることで退院が長引く可能性があること、連絡手段が整わなくても患者は何とか生活できるであろうことを見極め、入院期間が長引いていても急性期病棟から移らずに、患者の意向に沿って退院準備を整えることを決めた〔そんなには長引かないし、退院先さえ見つければ退院ができる人なので。もうちょっとのところで、(病棟を)移るデメリットよりも(病棟を移らない方がいい)。また人間関係が新しくなってやらないといけないし。もしかしたらグループホームとか行くと、そのまま埋もれてしまったりするかもしれないし。あと、病棟変わるとケースワーカーも変わったりとかして結構大変なので。結構いろんなことをやらないといけないケースなので、ここまでやっているからもうちょっと最後までやるしかないかな、みたいなの。…(中略)…やっぱり、それでも(連絡手段が整わなくても)やれるかなみたいなの

感じもありましたので。]。このようにして、患者自身が望む形での退院をすることができた。

つまり研究参加者 I は、患者が退院できるよう交渉する中で、連絡手段が整わなくても単身生活がしたいという患者の思いに沿いながら、〈可能性と困難を見極めて見通しを立てる〉という〔広く可能性を見立てる〕交渉行動群を用いて交渉した。

2) 〈家族などの状況を押し量る〉交渉行動

〈家族などの状況を押し量る〉とは、可能性を見立てるために、交渉相手であり、交渉仲間でもある家族の力量と、チームや病院の特性などを把握することである。

看護師は、家族が交渉相手と上手く関われなくなっていないか、相手を抱え込んだり責めたりしていないか、動揺したり気力を失ったりしていないか、というような家族の状態と、交渉相手と家族の関係を把握していた。そして、サポート体制やサポートする家族間の関係性についても把握して交渉を進めていた。さらに、チームや病院などの方針や経済状況までも考えて交渉していた。このように看護師は〈家族などの状況を押し量る〉という〔広く可能性を見立てる〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、病棟看護師である研究参加者 F の交渉を説明する。研究参加者 F は、交渉相手である患者に退院するよう交渉する中で、〈家族などの状況を押し量る〉ことを行った。研究参加者 F は、患者との交渉を行いながら、家族にも交渉を行っていた。母親は協力的ではあったが、強く押されると逃げるようなところがあった〔お母さんは、割と押されると引いてってしまうというか、強い当たりだどどうしても逃げていってしまうような方だったので。私が担当する前はずっとそうだったみたいで。看護師が連絡をとってもなかなか来てくれないとか。で、何度か何度か言うと、仕方がなく来るみたいな状況で。]。特に、退院の話を始めると引いてしまうことから、研究参加者 F は家族関係を理解した〔順調だなと思っていたんですけど、退院っていう言葉を出すと、「えっ？」っていう感じになってですね。…(中略)…お母さんに決定権がないんだっていうのは話の中から分かってきて。やっぱそこは少しお父さんと話をする必要がありそうだと(思った)。…(中略)…(お母さんは)私から退院考えているっていうことを聞くと、おそらくお父さんに言ってたんだと思うんですね。で、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。…(中略)…(お母さんは、研究参加者 F とお父さんの間に)挟まれている感じだった。]。そして、家族の構造を意識しながら、患者を含めた家族全体に交渉し続けた〔一番不安が強かったお母さんが少しずつね、そうやって約束して来てく

れるようになっていたので。実際(患者を)大きくサポートするのはお母さんかなとも思っていたので。お母さんをサポートするのがお父さんだとも思っていたので。家族のシステムとしては、お父さんが一番決定権があって、本人に一番関わるのはお母さんで。家族の構造っていうのも、何となく、ずっと意識しながらは(関わっていた)。]。その結果、患者は自宅に退院することができた。

つまり研究参加者 F は、患者に退院するよう交渉する中で、〈家族などの状況を推し量る〉という〔広く可能性を見立てる〕交渉行動群を用いて交渉した。

VII. 【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略

【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】とは、交渉を始めるにあたって、交渉相手の脆弱さと固さに合わせ、相手が安心し、思いを成し遂げることができるように徹底して寄り添って整えることである。

これは、〔脆い自我に寄り添う〕〔枠を破っても意志に追従する〕という 2 つの交渉行動群を含んだ(表 3 参照)。以下に、交渉行動群ごとに交渉行動を用いて内容を説明する。

1. 〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群

研究参加者は交渉について語るときに、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、という〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群について触れた。

これは、〈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 2 つの交渉行動を含んだ(表 3 参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) 〈病による不安を丁寧に受容して固める〉交渉行動

〈病による不安を丁寧に受容して固める〉とは、交渉相手の脆い自我に寄り添うために、精神疾患に起因する交渉相手の不安や苦悩を受け止め、時間をかけて丁寧に共感的・支持的に関わって安心感を固めることである。

看護師は、交渉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、共感的・支持的に関わった。また、交渉が進み、退院や就労への移行が進むことによって生じる心の揺らぎも受け止めていた。これらは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行われた。このように看護師は、〈病による不安を丁寧に受容して固める〉という〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、包括型地域生活支援(以下、ACT とする)の看護師である研究参加者 N の交渉を説明する。研究参加者 N は、交渉相手である利

用者が家族と離れて生活できるよう交渉する中で、＜病による不安を丁寧に受容して固める＞ことを行った。精神症状が安定していないにも関わらず、急に一人暮らしをするようになった利用者を、研究参加者 N のチームは 24 時間体制で支えた [やっぱり最初は抱えなければいけなかったんですね。…(中略)…「取りあえず、こういう形(アパートを借りる)でセッティングしたから、やっていこう。」って言って。その代わり、無理を強いるのは分かっているから、彼が生活に慣れるまでは、男性スタッフが泊まりがけでやっていってたんです。昼間は女性も行って、24 時間体制ぐらいで。彼がそこで生活、安心できるようになるまでかなりの時間を割きました。訪問看護としては、ちょっと不可能かもしれないんですけども、これ A C T なので。それぐらい病理の深い人でもあったので乗っけていったんですね。本当に病院に行ったら、絶対ずっと保護室っていうような人だったので、一人暮らしをする中で、私たちそれぐらいやっぱりマンパワーを割かなきゃいけなかった。]。こうして利用者は、一人で生活ができるようになった。しかし、ある出来事から、利用者は研究参加者 N のチームに見捨てられたと感じるようになり、訪問を拒否し、病状が悪化した。研究参加者 N は、やはり人による手当てが必要だと考え、頻繁に訪問を繰り返した [私は手当しかないと考えていたので。…(中略)…そういう時間(一緒に散歩に行くような時間)を積み重ねるしかないかなって、正直思っていましたね。]。このような関わりが続き、利用者は家庭での生活を安定させることができた。

つまり研究参加者 N は、利用者が家族と離れて生活することができるよう交渉する中で、不安定な利用者と共にすごし、不安に寄り添って＜病による不安を丁寧に受容して固める＞という [脆い自我に寄り添う] 交渉行動群を用いて交渉した。

2) <自尊心・安心感を脅かさないように追従する>交渉行動

<自尊心・安心感を脅かさないように追従する>とは、交渉相手の脆い自我に寄り添うために、交渉相手の能力や性格に合わせ、自尊心や安心感を傷つけず、焦らずゆっくりと時間をかけて追従することである。

看護師は、非難されていると感じやすい性格、自尊心の高さといった交渉相手の脆弱性に合わせ、相手が受け入れやすいように肯定的に関わった。また、自分自身の気持ちを表現する能力や相手の希望にも着目し、無理に関わって相手を脅かさないように、焦らずゆっくりと時間をかけて保護的に関わった。このように看護師は、<自尊心・安心感を脅かさないように追従する>という [脆い自我に寄り添う] 交渉行動群を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 G の交渉を説明する。研究参加者 G は、家の片づけができない交渉相手である利用者が、生活に困らない程度に片付けられるよう交渉する中で、＜自尊心・安心感を脅かさないように追従する＞ことを行った。利用者の自宅は、非常に不衛生な状況であった。しかし研究参加者 G らのチームは、それまでの経過を理解し、保護的な関わりを続け、訪問看護では変化を迫らないようにし、利用者の希望することを実施し続けた〔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。」っていうことにはならず、割と保護的に関わっていた経過があって。…(中略)…もう外(通所施設)で頑張ってるのに、家であんまりっていうのも。いくらご本人が望んだ生活のためとはいえ、あんまり変化を望んでも、というのもあって、ちょっと引いて様子を見たり。…(中略)…「今日どうしましょうか。今から掃除しましょうか。」って(研究参加者 G が)言うと、「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。〕。他に、利用者との関係性や、利用者の能力に合わせて、無理に変化を求めないように徐々に関わった〔飲んだ薬袋を部屋中にザーッとばらまいているような状態なので。「薬は忘れずに飲んでこの袋の状態なんですかね。」とか、「どんな感じで(飲んでいる)?。」とか、薬の話題が一緒にできるようになって。最終的には、…(中略)…「今、飲んでないものに関しては、預かっていって処分していいですか。」、みたいなお話もして。で、預かっていって処分して言いながら、ちょっとどのぐらい(飲んでいたのか)、ステーションでちょっと拝見したりとか。…(中略)…「(これまでのことを)どう思いますか。」っていうことはあんまり詰めては聞いてはないんです。あまり言語化が多い方ではないので。〕。このようにして利用者は、少しずつ片づけの援助を受け入れるようになった。

つまり研究参加者 G は、家の片づけができない利用者が、生活に困らない程度に片付けられるよう交渉する中で、急激に変化を求めずに＜自尊心・安心感を脅かさないように追従する＞という〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群を用いて交渉した。

2. [枠を破っても意志に追従する] 交渉行動群

研究参加者は交渉を語るときに、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、希望を信じ、相手の強い意志を尊重する、という〔枠を破っても意志に追従する〕交渉行動群について触れた。

これは、＜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＞＜信じて意向を中核に据える＞という 3 つの

交渉行動を含んだ(表 3 参照)。以下に、交渉行動ごとに具体的な内容を説明する。

1) <リスクを覚悟で意向を優先する>交渉行動

<リスクを覚悟で意向を優先する>とは、交渉相手の意志に追従するために、手間とリスクを覚悟し、可能な限り交渉相手の希望を優先することである。

看護師は、交渉相手の意向を尊重した場合に、上手くいかずに病状が悪くなるリスクや、看護を行ううえでの手間が増えることが予測されていても、覚悟して交渉相手の意向を優先し、徹底的に寄り添った。このように看護師は、<リスクを覚悟で意向を優先する>という〔枠を破っても意志に追従する〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に病棟看護師である研究参加者 I の交渉を説明する。研究参加者 I は、単身生活の準備をする交渉相手である患者が退院できるよう交渉する中で、<リスクを覚悟で意向を優先する>ことを行った。研究参加者 I は、試験外泊をするために患者との連絡手段を整えようとした。しかし患者は、連絡手段を整える手続きにチャレンジしては中断することを繰り返した。研究参加者 I は病棟管理者に相談をしたが、連絡体制が整わない中での外泊には許可が下りなかった。患者は手続きを行うことができず、入院期間だけが延びていた。研究参加者 I は、自分自身の価値観を見直し、手間やリスクを背負うことになるが、方向転換することをチームメンバーに提案した〔「本人が連絡手段を整えられないし、整えたくないし、外泊もせずに帰るって言うならもう、そこで動きましょうか。ズレはこっちの価値観かもしれないし。もう本人何とかやってくって言うているから、そのやってみようか。」って(ケースワーカーに言った)。かなり、搏打みたいなところがあるけどって(言った)〔苦笑〕。〕。このようにして、患者は意向通りの退院をすることができた。

つまり研究参加者 I は、単身生活の準備をする患者が退院できるよう交渉する中で、自分自身の価値観を見直して<リスクを覚悟して意向を優先する>という〔枠を破っても意志に追従する〕交渉行動群を用いて交渉した。

2) <ルールにとらわれずニーズを優先する>交渉行動

<ルールにとらわれずニーズを優先する>とは、交渉相手の意志に追従するために、可能な限り枠にとらわれずに交渉相手のニーズを優先することである。

看護師は、病院や病棟の方針やルールよりも、交渉相手のニーズを優先して交渉することがあった。それは主治医からの指示内容や、

退院促進するという病院の方針、病棟に入院できる期間、訪問看護やデイケアでのルール、隔離室へ入室する際の手順であった。看護師は、ルールはいったん置いておき、交渉相手のニーズに対応することを優先して特別な対応をしていた。このように看護師は、＜ルールにとらわれずニーズを優先する＞という〔枠を破っても意志に追従する〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、急性期病棟の看護師である研究参加者 J の交渉を説明する。研究参加者 J は、交渉相手である患者が、初めての隔離室への入院に同意できるよう交渉する中で、＜ルールにとらわれずニーズを優先する＞ことを行った。研究参加者 J は、患者が隔離室での治療の必要性や入院治療の見通しを理解できるように、病棟内のルールのギリギリのところまで時間をかけて丁寧に説明し、訴えを聞くことを行った〔入室する前室で、ご本人のお話を聞く時間は保障してますね。拒否する理由をやっぱりしっかり聞いて。…(中略)…やっぱり隔離室だから、早急に直ちに入室っていうことではなくて、その中でも本人がどういうふうに捉えてるのかっていうんですかね。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ませんが。」って、一呼吸置く時間ってというのは。本当言ったら指示がある分、早急に刺激を遮断しなきゃいけないっていうようなルールだと思うんですけど。その中でも少し聞く時間っていうのを持てたら極力持つっていうんですか。そういったのは、自分は心がけておりますね。〕。このようにして患者は隔離室に入院し、隔離室で話を聴いてくれたことに感謝しながら退院した。

つまり研究参加者 J は、初めて隔離室に入院になる患者が、入院治療に同意できるように交渉する中で、速やかに隔離を行うという＜ルールにとらわれずニーズを優先する＞という〔枠を破っても意志に追従する〕交渉行動群を用いて交渉した。

3) <信じて意向を中核に据える>交渉行動

<信じて意向を中核に据える>とは、交渉相手の意志に追従するために、交渉相手の希望や価値観、生き方を中核に据えることである。

看護師は、自分自身の価値観を押し付けないように、交渉相手の意向を中核に据えて方針を出していた。中核に据えるのは、交渉相手が表明する希望や将来の目標、そして相手の強みであった。そして、看護師は交渉相手の能力を信じ、可能な限り希望を尊重した。このように看護師は、＜信じて意向を中核に据える＞という〔枠を破っても意志に追従する〕交渉行動群を用いて交渉した。

次に、訪問看護師である研究参加者 N の交渉を説明する。研究参加者 N は、関わりを拒絶する交渉相手である利用者が、安定して過

ごせるようになるために、利用者の意向を引き出そうと交渉する中で、＜信じて意向を中核に据える＞ことを行った。訪問看護を始めたころ、利用者は研究参加者 N と話すこともなく、背中を向けて暴言を吐いていた。次第に、利用者は研究参加者 N に手伝ってほしいことを言うようになったため、研究参加者 N は、覚悟を決めて徹底的に利用者の意向に添った〔彼女としては手伝ってほしいこととかを(研究参加者 N に言って)、揺れながら試していたと思うんですけども、そういうことを仕掛けてくる。それに対して、自分がどう覚悟を決めて、そこに乗っかって、どこまでやるかっていうのが、関係が構築できる段階なのかなと思っていて。だから、(利用者が)「先生(主治医)の所に連れて行ってくれるって言ったじゃない。」って言ったことに関しては、これは絶対叶えなきゃいけないニーズだと思ったんで、調整をいっぱいして。〕。また、利用者との関係性が悪化した時も、関係性を再構築するために、他者との交渉は他の看護師に任せて、利用者に添い続けた〔私が一番ご本人さんとの関係取れてるっていうようにみんな(チームメンバー)が見てくれていたので。本人さんとの関係修復とか、その話(退院に向けた話)っていうのは、私がすごく間を取ってしたんですけども。本人さんの思いと周囲の思いが、すごく衝突するタイプだったので、そこを調整する人っていうのは、なかなか私では難しくて(他の看護師に任せた)。私はやっぱり本人さんに添うっていうことを徹底的にしたいし、しなきゃいけない。これだけ病理の深い人は、しなきゃいけないと思っていたので。そこにちょっと徹しさせていただいて。〕。このようにして、利用者は自身の目標に向かって生活をするようになった。つまり研究参加者 N は、関わりを拒絶する利用者が安定して過ごせるようになるために、利用者の意向を引き出そうと交渉する中で、利用者との関係構築に重点を置き、覚悟を決め、＜信じて意向を中核に据える＞という〔枠を破っても意志に追従する〕交渉行動群を用いて交渉した。

第5章 考察

地域で生活する統合失調症をもつ人への看護師の交渉について分析したところ、5 方略、13 交渉行動群が抽出された。本章では、地域で生活する統合失調症をもつ人に看護師が交渉を行う際の両者の関係性、交渉のプロセス、看護師が用いる交渉行動群について考察する。そして最後に、統合失調症をもつ人への看護師の交渉の特徴、概念「交渉」の活用可能性について論じる。

I. 交渉する看護師と対象者との関係性

統合失調症をもつ人への看護師の交渉には、5 つの方略【自己決定による合意への導き】【巧みな押し引き】【方向づけ】【内に潜む可能性と本音の追究】【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】があることが明らかになった。これらの局面からは、それぞれ対象者と看護師の関係性を読み取ることができた。以下に、各方略を用いる際の対象者と看護師の関係性について継時的に説明し、統合失調症を持つ人への看護師の交渉における関係性の特徴について論じる。

1. 各方略を用いる際の対象者と看護師の関係性の継時的变化

【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略は、対象者が安心でき、思いを成し遂げられるように、添うことを徹底する。看護師は、意向の不一致に対して積極的に関わるのではなく、対象者を保護するケア提供者としての関係にある。【内に潜む可能性と本音の追究】方略は、普段の関わりの中から時間をかけて本音を追及し、可能性を見立てる。これは、合意に向けて取り組み始めるが、対象者に直接的に働きかけるのではなく、表出されている内容から対象者を理解しようとする保護的な関係性であると考えられる。

次に、【方向づけ】方略は、対象者とチームを動機づけるために、個々の状況を整え、かつ全体的に方向づけられるように調整・協力する。この方略からは、やや対象者をリードしながら協働して取り組む関係であることが読み取れる。同様に、【巧みな押し引き】方略は、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方略であり、これも対象者をややリードしながら共に課題に取り組む協働関係であると考えられる。

最後に、【自己決定による合意への導き】方略は、対象者に波長を合わせて歩み寄りつつも、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現実との合意点をすり合わせ、最終的に対象者の決定によって合意形成する。これは、看護師と対象者がお互いに歩み寄り、譲歩し合っていることから、お互いに対等な協働関係であると捉えることができる。

次に、交渉する対象者と看護師の関係性について、Peplau(1952/1973)の人間関係の看護論と、Gottlieb, Feeley, and Dalton (2005/2007)の協働的パートナーシップの螺旋モデルの2つと比較する。

人間関係の看護論を示した Peplau(1952/1973)は、看護師－患者関係を、「方向づけの局面」「同一化の局面」「開拓利用の局面」「問題解決の局面」の4つの局面からなるとした。

「方向づけの局面」では、看護師は対象者に関心を寄せ、対象者の感情を受け止める。そして、対象者が看護師に期待していることを理解して反応することで、対象者が方向づけられる。次の「同一化の局面」では、対象者は自分のニーズに答えてくれそうな人を選んで反応するようになる。看護師は、対象者の感情表現を促し、母親のようなやさしさでもって必要な看護全てを提供する。このことによって、対象者は看護師と同一化し、病の体験を受け入れていくことが進むと説明されている。つまり、これら2つの人間関係の局面は、対象者に関心を寄せ、受け止め、脅かさないように保護的に寄り添う関係性であり、交渉の【脆さと固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究】方略を用いる際の関係性に相当する。

次に、「開拓利用の局面」とは、その場の状況における人間関係を認識し、理解できる看護師と同一化が進むようになることで、自分に与えられるサービスを十分に利用する局面である。そして対象者は、自分の見解にしたがって種々の方法で両者の関係から十分な価値を引き出そうと試みると説明されている。これは、看護師がややリードする協働関係であり、交渉の【方向づけ】方略と【巧みな押し引き】方略を用いる際の関係性に類似する。

最後に、「問題解決の局面」では、看護師との同一化から抜け出し、独り立ちする能力を強めていく。これは、対象者と看護師が対等な協働関係である。よって、交渉の【自己決定による合意への導き】方略を用いる際の関係性にあたると考える。

つまり、統合失調症をもつ人への交渉は、対象者との関係性を変化させながらプロセスを踏んで進められていると考察された(表5参照)。

次に、Gottlieb et al.(2005/2007)の協働的パートナーシップの螺旋モデルと比較する。協働的パートナーシップとは、パートナーの積極的な参加と合意を元に進む流動的な過程を通して、患者中心の目標を追及することを意味する。これは、「①協働のあり方を探索しながら相互理解を深める」「②目標を設定する」「③実施する」「④再吟味する」の4つの段階からなる。

「①協働のあり方を探索しながら相互理解を深める」段階とは、情報を交換し、信頼関係を築いて問題を打ち明けることによって達

成される段階である。これは、対象者を理解して看護師が歩み寄り、対象者も看護師の意見を理解できるように働きかける、という交渉の【自己決定による合意への導き】方略に相当すると考えられる。「②目標を設定する」段階は、具体的で実現可能な目標を明確にし、これに優先順位をつけていく段階である。この話し合いの段階で、対象者が目標をはっきりと明確なものにすることを促すために、観察、積極的な聞き取り、意図的な質問、言動の解釈、検証、言い換えなどの様々な方略が用いられると説明されている。これは、多様な技を使い、体験から動機づけられるよう働きかける交渉の【巧みな押し引き】方略と【方向づけ】方略に類似する。次の「③実施する」段階は、交渉には見られなかった。最後に、「④再吟味する」段階は、計画がどの程度順調に進んでいるのか、どの程度上手くいったのかということについて、対象者と看護師が共に考える再吟味する段階である。これもともに考える作業をしており、交渉の【自己決定による合意への導き】方略に含まれると考えられる。

しかし、【脆さと固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究】方略に相当する段階は、協働的パートナーシップの螺旋モデルにはなかった(表5参照)。つまり、【脆さと固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究】方略が用いられる際の関係性は、協働関係ではなく、上述したようにケア提供者としての関係性であり、交渉に先立って行われていると考えられる。

表 5 交渉の過程における関係性の比較

関係性	時間軸	統合失調症をもつ人への看護師の交渉	人間関係の看護論 (Peplau,1952/1973)	協働的パートナーシップの螺旋モデル(Gottlieb et al.,2005/2007)
協働関係	↑	【自己決定による合意への導き】	問題解決の局面	再吟味する段階 目標を設定する段階 協働のあり方を探索しながら相互理解を深める段階
		【巧みな押し引き】	開拓利用の局面	
		【方向づけ】		
ケア提供者としての関係		【内に潜む可能性と本音の追究】	同一化の局面 方向づけの局面	
		【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】		

以上より、統合失調症をもつ人への看護師の交渉は、交渉の基盤として【脆さと固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究】方略によって、ケア提供者としての関係で信頼関係の構築を図り、次に【方向づけ】方略と【巧みな押し引き】方略、

【自己決定による合意への導き】方略で、協働関係へと移行して交渉成立していると考察された。

2. 統合失調症をもつ人との交渉における関係性の特徴

以上のことを踏まえ、統合失調症をもつ人との交渉における関係性の特徴について考察する。

統合失調症をもつ人で行う交渉には、関係性の発展的変化があると考えられた。【脆さと固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究】方略を用いる際は、対象者の不安や苦悩を理解し、対象者に寄り添うケア提供者としての関係性であると考えられた。Peplau(1952/1973)の言葉を借りると、母親のようなやさしさと保護的に関わる関係性である。また、【内に潜む可能性と本音の追究】方略では、看護師は対象者の困難だけでなく、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もてる力も捉えていた。このようなストレングスに注目することによって、対象者は援助者に関心を示されていると感じ、援助者に対する信頼感を得ていくと言われている(伊藤, 2012)。つまり、これらの方略を用いながら、信頼関係構築の土台が築かれていると考えられる。ビジネスにおける交渉でも、交渉により影響をもたらすために、交渉相手とのフランクな関係作りや共通点を感じさせるようなコミュニケーション術が用いられる(産業能率大学総合研究所, 2011e; 佐々木, 2012b)。しかし、統合失調症をもつ人への交渉から考察されるようなケア提供者としての関係性は、ビジネスにおける交渉にはない。

また、対象者の意思決定を支える看護や入院中の子どもと交渉に関する先行研究では、看護師が対象者との関係性を保つ技術を用いることが明らかにされているが(野嶋, 阿部, 中野ら, 2000; 石浦ら, 2009)、本研究では関係性を保つ方略は抽出されなかった。【脆さと固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究】方略の中に、信頼関係構築の基盤となるケアが内包されていると考えられる。

つまり、ケア提供者としての関係性は、看護における交渉に特徴的であるとともに、統合失調症をもつ人への交渉では、それが交渉方略に内包されたことが本研究の特徴である。

加えて、統合失調症をもつ人への看護師の交渉の中に、看護師の提案に対象者が従うよう働きかけるコンプライアンス志向の関わりがなかった。安保(2009)は、対象者と医療者の関係性をコンプライアンス、アドヒアランス、コンコーダンスという概念を用いて説明し、急性期から回復期の段階を経て、援助者の姿勢は順に変化すると述べている。本研究は、地域での生活を前提としている急性期にはない人を対象とした交渉を明らかにしている。さらに、看護師が

対象者と交渉することが前提となっているため、コンプライアンス志向の関係性がみられなかったと考えられる。しかし、ただ単にそのような状況が研究対象から除外されているというだけではない。看護師は、【自己決定による合意への導き】方略を用いて、対象者にあわせながら小さな合意を積み重ねていた。つまり看護師が多くを譲歩した合意から始め、小さな合意を積み重ねて交渉を繰り返すことによって、コンプライアンス志向の関係性を回避し、協働関係を築いていると考える。

以上より、統合失調症をもつ人に看護師が交渉する際の関係性の特徴として、対象者の安心感を育み、可能性を見立てる際に、ケア提供者としての関係で交渉すること、小さな合意を積み重ねることでコンプライアンス志向の関係性が回避されていることが統合失調症をもつ人への交渉の特徴であることが考察された。

II. 交渉のプロセス

前項で示したように、本研究で明らかになった5つの方略を、対象者と看護師の関係性という面から考察したところ、対象者が安心でき、対象者の意向が活かされるように添うことを徹底することで、交渉を進めるための対象者の安心感を高める【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略がはじめに用いられていると考えられた。次に、徹底的に寄り添いながら、時間をかけて本音を追究し、可能性を見立てて交渉に活かす【内に潜む可能性と本音の追究】方略を用いていた。そして、ここで理解されたことを基盤とし、対象者を動機づけるために、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【方向づけ】方略と、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る【巧みな押し引き】方略が、組み合わせられながら繰り返し用いられていた。そして最後に、対象者に波長を合わせて歩み寄りつつも、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、現実との合意点をすり合わせ、最終的に対象者の決定によって合意形成する【自己決定による合意への導き】方略を用いるに至っていた。これらの方略は何度も繰り返し用いられて、異なる形での合意が積み重ねられて交渉が成立していた。

齋藤(2013)は、看護管理における交渉について、経済産業省が示した交渉の構成要素8つを用いて説明している。中でも、「①ゴール設定」「②問題把握とニーズ創出」「③価値ポジショニング」「④期待値調整」「⑤駆け引き」「⑥合意形成」の6つの構成要素は、プロセスとして説明されている。「①ゴール設定」とは、相手の情報を収集し、自分の状況を評価し、優先順位をつけることによって、交渉の

運び方を計画し、交渉の主目的を設定することである。「②問題把握とニーズ創出」とは、情報を収集し、相手の潜在的なニーズを掘り起こして把握することまで含め、問題の本質について知ることである。次に「③価値ポジショニング」とは、提供可能な価値を相手の立場に立って洗い出すこと、相手が提供可能な価値を自分の立場から洗い出し、整理することである。「④期待値調整」とは、交渉に対する相手の期待を現実的なレベルに調整することであり、相手が交渉のメリットや価値を十分認識して交渉の土台にのるよう、動機づけを強化することである。「⑤駆け引き」とは、自分が何かを譲ることを引き換え条件として、相手の譲歩を要求することであり、相手を交渉の土俵に乗せるために、自分の伝えたいことをどのように相手に伝えるか考え、相手が疑心暗鬼にならないよう、フェアに交渉が進展していると感じさせる演出をする必要があると説明されている。「⑥合意形成」とは、利害の異なる複数の人間が最終的に何らかの結論を出すことである。

齋藤(2013)の看護管理における交渉のプロセスと、本研究結果を比較する。本研究では、まず【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略にて、統合失調症をもつ人にある脆さと固さに働きかけ、交渉に向けて対象者の安心感を育てていた。しかし、看護管理における交渉にこれに相当する要素はなかった。次に、看護師は【内に潜む可能性と本音の追究】方略を用いて、対象者との普段の関わりの中から、時間をかけて本音を追究し、可能性を見立てていた。これは、看護管理における交渉の「①ゴール設定」「②問題把握とニーズ創出」「③価値ポジショニング」に相当する。看護管理における交渉と比べると、交渉相手の可能性を見極めることが、本研究における交渉の特徴である。次に、【方向づけ】方略は、【巧みな押し引き】方略と組み合わせる対象者を交渉に動機づける。これらは、それぞれ「④期待値調整」、「⑤駆け引き」に相当すると考えられるが、動機づけるために体験を用いること、関係性を見極めて感情も用いながら押し引きすることが、統合失調症をもつ人への看護師の交渉の特徴である。最後に【自己決定による合意への導き】方略は、「⑥合意形成」に相当するものの、対象者の自己決定による合意へと導くという点が、本研究結果の特徴である。

以上より、統合失調症をもつ人へ看護師が行う交渉は、【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略を用い、対象者の可能性を見極めながら、日常的な体験を活用し、関係性を見極めて看護師の感情をも用いながら押し引きし、対象者の自己決定による合意へと導くという点が看護管理における交渉と比較した際の違いであり、特徴であるものの、その他の点では類似した交渉のプロセスを踏むことと考察された(表 6 参照)。

表 6 交渉のプロセスの比較

時間軸	統合失調症をもつ人への看護師の交渉	看護管理における交渉(齋藤,2013)
↑	【自己決定による合意への導き】	「合意形成」
	【巧みな押し引き】	「駆け引き」
	【方向づけ】	「期待値調整」
	【内に潜む可能性と本音の追究】	「価値ポジショニング」 「問題把握とニーズ創出」 「ゴール設定」
	【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】	

統合失調症には幻覚や妄想といった激しい陽性症状、無為自閉をきたす陰性症状、そしてものごとを理解し、実行するための認知機能の障害といった生活に影響を与える多様な症状がある。さらに、統合失調症をもつ人は慣れにくく、応用が難しく、過去を現在に生かすことができないために、頑固に自己の希望に固執し、同じ行動パターンを守り続けるという特性がある(昼田, 1989a)。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、看護技術を明らかにすることを目的とし、インタビュー調査によって、「保護する行為」「安心をもたらす行為」という構成要素があることを明らかにした。そして、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、対象者の自我を強化する必要がある、対象者自身が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、統合失調症をもつ対象者が、看護師と自律的に交渉し、交渉成立するためには、まず【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略によって、統合失調症に起因する不安や苦悩に対する看護がなされる必要があることが分かる。

以上より、統合失調症をもつ人への看護師の交渉は、一般的な交渉と同様のプロセスを経るものの、対象者の疾患に起因する脆さと固さに寄り添う方略によって安心感を育むことが必要であり、対象者の特性を踏まえた方略が用いられていることが考察された。

III. 看護師が用いる交渉行動群

ここでは、まず 13 交渉行動群を一つずつ考察する。次に 13 行動群に共通して見られた自我発達を促して自己決定に導く視点、認知機能障害に配慮して変化を促す視点、の 2 点について考察を加える。

1. 交渉の中で看護師が用いた交渉行動群

1) 「波長を合わせて小さな合意を待つ」交渉行動群

統合失調症をもつ人へ交渉する看護師は、自分や看護師を信頼することが困難な対象者に波長を合わせ、対象者が看護師の意見を理解したり、看護師を信頼したりできるように関わりつつ、最終的には対象者が納得した内容に看護師が歩み寄り、対象者自身が意思決定した内容での小さな合意を交わすことを待っていた。

統合失調症をもつ人は、他者と関わる上での安全保障感が弱く、自我が脆弱である(Sullivan, 1956b/1983)。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、対象者の自我を強化する必要がある(野嶋ら, 1995)、これは対象者が合意を交わすために欠かすことのできない要素である。そのため看護師は、対象者に波長を合わせて、無理に距離感を縮めたり、説明をしたりすることはせず、対象者のニーズを読み取って交渉していた。

ビジネスにおける交渉では、合意に代わる最善の代案又は選択肢、合意できる余地を持っていることが大切であると言われている(産業能率大学総合研究所, 2011c)。これらをイメージしておくことで、交渉を決裂させずに合意に導くことができる。また、交渉術の一つとして、段階的要請法と呼ばれるものが紹介されている(産業能率大学総合研究所, 2011c)。これは、本来要求したい事柄の前後に難易度の異なる要求を織り交ぜ、相手の態度を操作しようとするものである。特に、*foot in the door* 技法では、はじめに小さな提案を行う。小さな提案を受け入れた交渉相手は、行動が一貫するようになりたいと思う心理が働き、次の提案も受け入れやすくなると述べられている(御手洗, 2013c)。統合失調症をもつ人と交渉をする看護師も、「波長を合わせて小さな合意を待つ」交渉行動群によって、対象者が納得して受け入れられた内容まで歩み寄り、折り合いをつけて合意形成していた。そして、図2の概念図に示したように、看護師はこの過程を何度も繰り返し、合意形成を段階的に積み重ねていた。つまり、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、合意できる余地を広く持ち、看護師の考えは傍らに置き、対象者に合わせて折り合いをつけ、段階的な合意形成を図ることで、交渉の可能性を広げていると考えられる。

萱間, 田中, 中山(1995)は、統合失調症をもつ人の社会復帰を促すための看護師のコミュニケーション技術として、「自立心を鼓舞して盛り上げる」「不安を持った存在としての患者を受け入れる」「仲間がいることの保障」「現実へ目を向ける、患者が現実的であることのフィードバック」「具体的な行動の指示」「意思の確認と強化」の6つがあることを明らかにした。中でも、「意思の確認と強化」は、

どんな場面でも目立ったコミュニケーション技術であったと説明されている。これは、語尾をぼやかしておいて、それを患者自身の口で言わせるというものであり、これによって患者の社会復帰への意欲を強化し、退院への意思決定の主体は患者自身であることを確認している、と萱間ら(1995)は考察している。本研究で明らかになった〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群も、対象者が納得した形まで看護師が歩み寄り、対象者自身が意思決定して合意するのを待っていた。これは、対象者の意思の尊重をし、対象者自身が決定することを重視しており、萱間(1995)が示した「意思の確認と強化」に類似する。合意を交わす際には、対象者が自ら意思決定することが重要であることが分かる。萱間(1995)の研究では、コミュニケーション技術に焦点が当てられているが、本研究では、対象者と合意を交わすためのコミュニケーション技術を含む様々な交渉行動群が明らかになっており、これが本研究の意義であると考えられる。

以上より、〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群では、看護師は、統合失調症をもつ対象者の脆弱な自我に影響される特有の波長に合わせて、対象者が意思決定するのを重視し、看護師は対象者の意向に歩み寄って、小さな合意を繰り返し交わしていると考察された。

2) 〔現実との折り合わせを提案する〕交渉行動群

現代の医療は、医療者が治療方針を決めるパターンリスティックな医療に変わって、消費者の知る権利・自己決定権を尊重した医療へと変化している(中山, 2012)。加えて精神科医療においては、病気による限界はあっても満足し、希望があり、貢献できる生活の仕方を取り戻す、という意味のリカバリー獲得に向けた援助へとシフトしている(Rapp & Goscha, 2006/2008)。Ragins(2002a/2005)は、リカバリーには希望、エンパワメント、自己責任、生活のなかの有意義な役割、という4つの段階があると説明している。そして、人が希望を抱き、将来へのビジョンを持ち、エンパワーされたと感じるようになると、自分で生活を管理できるようになり、多くの責任を引き受け、人に対する非難をしなくなると述べている(Ragins, 2002b/2005)。すなわち、統合失調症をもつ人と交渉を行う際には、対象者の希望に添い、対象者の自己決定によって合意に導くことが重要であることが分かる。

一方、中井(1984)は、統合失調症は、ゆとりのある状態から無理の状態に移行し、焦りと不安の中で発病に至ると説明している。統合失調症になりやすい人、再発しやすい人は、苦手なことに取り組む傾向、大問題・難問題から手を付ける傾向にある(中井, 1984)。同様に昼田(1989a)は、統合失調症をもつ人は、現実吟味力が弱く、

高望みしがちであり、焦り先走る行動特性を持つと説明している。つまり、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ことが分かる。そのため、回復期は本人が言い出しても十分ゆとりができるまで待つようにすすめる方が良い、と中井(2015)は述べている。

以上のことより、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、対象者の自己決定を促してして自律的な生活を営めるようにすることと、対象者が現実的な目標を立てることを促して不利益を減らせるようすことの両立を目標に、交渉することになる。畠山，大山，竹内ら(2015)は、精神科看護における患者参画とは、対象者の希望、家族が望むこと、その人の生活が破綻しないように医師や看護師が望むこと、それらを全てひっくるめた上での落としどころを対象者と共に見つけることであると述べている。本研究においても看護師は、〔現実との折り合わせを提案する〕交渉行動群を使って、何度もお互いの考えを率直にぶつけ合い、対象者が示した大きな目標を、現実的で具体的な目標に変換できるよう、現実との折り合わせを提案していた。いわゆるスモールステップの設定である(岡田，2015)。

ビジネスや外交などの一般的な交渉においては、複数の選択肢をたくさん出し合って、異なるレベルの合意を用意する(Fisher et al., 1991/1998; 産業能率大学総合研究所, 2011c)。人は選択肢を並べられると、選択肢の中からだけ選ぶとするため、一つの案を取り入れるかどうかを迫るよりは、いくつかの選択肢を提示して選択権を与える方が合意を取りやすいといわれている(産業能率大学総合研究所, 2011c)。つまり、合意できる範囲を考えた上での選択肢の提示は、交渉の余地を広げることになる(Fisher et al., 1991/1998)。

看護においても、情報提供し、選択肢や具体案を提示するという「広げる」行動群を使って、看護師が患者の意思決定を支えていることが明らかにされている(野嶋ら, 2000)。また青木，中野，藤田ら(1998)は、看護師が患者の意志決定を支える際の選択肢を提示する技術に着目して質的研究を行い、「選択肢捻出の準備段階」「選択肢の捻出段階」「意志決定支援段階」「意志決定後のフォロー段階」の4つの段階があることを明らかにした。その中の「選択肢捻出の準備段階」では、看護師は情報を収集し、患者の意志に添い、家族の意向をくみ取り、意志決定能力を信じ、尊重していた。そして「選択肢捻出の段階」では、選択肢に幅を持たせ、具体的・現実的な選択肢を提示するなどしていた。本研究においても、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、対象者の考えや意向を聴いたうえで、対象者の意向に沿って、現実的かつ具体的で達成可能な目標に変換できるよう提案していた。統合失調症をもつ人とは、計画、意思決定、問題解決などが上手くできなくなる認知機能障害があり、状況に合

わせた判断を行うことが難しいため(Liberman, 2008a/2011)、提案されることで思考が促進され、合意形成への援助となっていると考える。

つまり、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、対象者が大きすぎない適度な目標に取り組むことができるよう、選択の余地を広く持って選択肢を提示することで、対象者が現実的に考え、自ら決断できるよう導く〔現実との折り合わせを提案する〕交渉行動群を用いて交渉していることが分かった。

3) 【チャンスをついて直面化を促す】交渉行動群

統合失調症をもつ人は、言葉を用いた説明だけでそれが正しいと理解することが困難で(Sullivan, 1956a/1983)、行動パターンを変えることにも困難が伴う(昼田, 1989b)。そのため、看護師はチャンスをついて直面化を促していた。直面化とは、特定の現象に患者の意識を向けさせ、それまでは避けてきたが、今後は理解されなければならないものを患者に直面させていくプロセスである(名島, 鑪幹, 1990)。この際、対象者の行動に対する知覚、あるいは言っていることと行動の矛盾を提示するため、認めたくない現実、受け入れたくない現実と向き合うことになる。そのため、対象者に対し、支持的に関わる必要がある(久保田, 2000)。

ハーバード流交渉術では、公正で効果的で科学的な利点を基準として示し、問題に取り組めば、それだけで懸命で公正な最終案を実現しやすいとし、客観的基準を強調することが大切であると説明されている(Fisher et al., 1991/1998)。【チャンスをついて直面化を促す】交渉行動群でも、看護師は対象者が理解しやすいように、メリットを強くアピールしていた。これらより、合意に導くためには、効果的な説明の技術があると考えられる。

精神科看護師の説明の技術を、グラウンデッド・セオリーを用いて明らかにした畦地, 野嶋(2010)の研究がある。畦地ら(2010)は、説明の技術として、【言葉が意味を持つ関係を育む技術】【自らが判断し選択する力を支える技術】【その人の正当性や有効性に働きかける技術】の3つの技術があることを明らかにした。これら3つのうち【自らが判断し選択する力を支える技術】【その人の正当性や有効性に働きかける技術】の2つは、本研究結果である【チャンスをついて直面化を促す】交渉行動群における説明と共通すると考えられる。畦地ら(2010)が示した【自らが判断し選択する力を支える技術】とは、精神疾患を抱える人が、病状や病理による影響を最小限に抑えた思考プロセスの中で、その人の責任に基づいた判断や選択ができるように支える技術である。これらには、「繰り返し伝える」「考えを整理することを助ける」などを含む「混乱から守る技術」など

が含まれた。また、【その人の正当性や有効性に働きかける技術】は、ケア対象者が納得し、合意して行動が起こせるように、正当性や有効性に働きかける説明の技術であり、「その人の体験からつなげる技術」などが含まれていた。本研究で明らかになった〔チャンスをつかいて直面化を促す〕交渉行動群でも、看護師は、対象者が理解し、考えをまとめられるように、体験と結び付け、理解しやすいチャンスを見定めて繰り返し説明していた。つまり、〔チャンスをつかいて直面化を促す〕交渉行動群は、説明の技術を用いた交渉行動群であることが示された。

また、〔チャンスをつかいて直面化を促す〕交渉行動群とは、対象者の理解が促されるように説明の技術を用いて外発的に動機づける行動群であるといえる。動機づけ理論においては、活動すること自体が目的であり、報酬を必要としない内発的動機づけが重要だと言われている。しかし、もともとは外発的であった動機づけが、自律的な動機づけへと変化することが分かっている(上淵, 2004)。“しなくてはならない”という義務的な感覚を持っている状態でも、外部から評価され、有能感を得ることで、課題の価値を内在化し、内発的動機づけがされる。また、看護師が行った直面化には、体験する前にあらかじめ説明しておき、体験することで理解を促すというものもあった。これは、Bandura(1977/1979)の言う予期学習にあたる有効な行動群である。つまり、直面化を促すことは、将来的に内発的動機づけに結びつく可能性のある重要な行動群であると考えられる。

以上より、〔チャンスをつかいて直面化を促す〕交渉行動群は、対象者の内発的動機づけを高めるための前段階として必要であり、対象者にとってつらい現実と直面することもあるため、説明の技術を用いて直面化を促し、変化に導いていると考えられた。またこれは、看護師が提案する方法に対象者が歩み寄る〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群と比較すると、看護師の提案に対象者を引き寄せるという点で、対照的な交渉行動群であると考えられる。

4) 〔巧みに乗せる〕交渉行動群

入院中の子どもと交渉する看護師の技術を明らかにした石浦ら(2009)は、看護師が子どもの力を引き出す技術を用いていることを明らかにした。そして、「子どもに応じた対処方法を考える」「子どもに快刺激を与える」という内容を含む【子どもができる雰囲気をつくる】、「気分転換を図る」などの内容を含む【生活環境を整える】、「褒める」「頑張りを認める」という内容を含む【がんばりを支持する】などの5つの技術が明らかにされた。精神科看護においては、萱間ら(1995)が、統合失調症をもつ人の社会復帰を促すための看護師のコミュニケーション技術として、「自立心を鼓舞して盛り上げる」

「具体的な行動の指示」などがあることを明らかにしている。本研究においても、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、非常に巧みに、希望に添うことと強く押すことを使い分け、〔巧みに乗せる〕交渉行動群を用いていた。これらは、前述した〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕〔現実との折り合わせを提案する〕〔チャンスを捉えて直面化を促す〕交渉行動群が言葉を用いて説明をし、合意点を探り合うのに比べ、強く勧めることと勧めずに待つこと、理屈と感情を巧みに使い分けることといった言葉の使い方を工夫することで、対象者の気持ちを盛り立てて傾け、動機づけていくという点で、対照的な行動群である。

文献検討で述べたように、交渉には大別して競合的交渉と協調的交渉があり、一般的には協調的交渉が目指される(鈴木, 2004a; 産業能率大学総合研究所, 2011b; 佐々木, 2012a; 御手洗, 2013b)。また、相手への配慮と自分への配慮の2面に注目すると、それぞれの強さによって、回避、服従、強制、妥協、協調の5つのストラテジーに分けられ、妥協ではなく、十分な話し合いによって協調することが望ましいと言われている(鈴木, 2004a)。本研究で明らかになった〔巧みに乗せる〕交渉行動群は、押ししたり引いたりしたり、なだめすかしたり、情に訴えたりする行動群であり、対象者から見ると、妥協に当たる行動群かもしれない。

富川, 野嶋(2014)は、統合失調症をもつ人の *resilience* を明らかにするためにナラティブインタビューを行い、「頼れる人を見つけて従う」「しょうがなくアドバイスを受け入れて進む」「損得を考えつつ人に任せる」などの内容を含む【人を頼る力】があることを明らかにした。これは、看護師の提案を十分に理解、納得することはできなくても、任せてみようというものであり、対象者の *resilience* であるとされている。本研究の〔巧みに乗せる〕交渉行動群は、言葉を用いて説明し、理解を促して合意点を決める行動群ではないが、対象者の *resilience* に働きかける行動群であると考えられる。

以上より、一般的な交渉では協調的交渉が目標とされるが、統合失調症をもつ人への交渉では、言葉を用いて対象者が理解、納得できるように働きかけるばかりではなく、対象者が看護師に任せよう、頼ろうと思えるような、対象者の *resilience* を高めるコミュニケーション術を用いた〔巧みに乗せる〕交渉行動群が、交渉の過程として用いられている考える。

5) 〔いったん添う〕交渉行動群

統合失調症をもつ人に交渉する看護師は、いったんは提案を保留し、対象者の意向に添う〔いったん添う〕交渉行動群を用いていた。

萱間(1999)は、熟練看護師が精神科訪問看護で用いる看護技術として、7つの技術があることを明らかにした。その中の「関係性を作る技術」には、さっさと引き上げる、薬のことを言いすぎない、ケースの言い分を入れる、ケースが望むペースでの訪問、などのサブカテゴリーが含まれていた。つまり、本研究で抽出された〔いったん添う〕交渉行動群も、対象者との信頼関係構築を促す行動群であると考えられる。

Benner(1984/1992)は、熟練看護師の技能に「指導・手ほどきの機能」があり、看護師は指導する際に、患者が学習する準備が整っているか、すなわち患者の学習レディネスはどのようなものかを把握し、早い時期から指導しようとはせず、適切な時機を見極めて指導を行っているとして述べている。同様に、野嶋ら(2000)は、意志決定を支える看護技術を明らかにする研究において、「共にいる」行動群の中に、患者に無理強いせず、心の変化や状況の変化が生じることを待つという行動があることを明らかにした。加えて昼田(1989b)は、統合失調症をもつ人には、時期を失せず、具体的・断定的に反復して働きかけることが大切だと述べている。つまり、統合失調症をもつ対象者に変化を期待したい時には、適切な時期が来るまで共にいて待ち、チャンスを活用することが重要であることが分かる。本研究でも同様に、看護師は、いったんは自分の意見を保留する〔いったん添う〕交渉行動群を用いていた。看護師は、介入せずに見守ったり、その先にある方針をいったん隠したり、敢えて対象者の意向にあわせたりと、看護師自身の方針の表し方をコントロールして、意図的に対象者の意向やペースに焦点を合わせていた。これは、統合失調症をもつ人の特性を踏まえた行動群であると考えられる。

以上より、〔いったん添う〕交渉行動群は、対象者との信頼関係構築を促す行動群であるとともに、統合失調症をもつ人の特性を踏まえた変化を促すための行動群であると考えられる。

6) 〔対峙する〕交渉行動群

統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、必要性を見極めて、包み隠さずに本音で意見し、対象者を動機づけていた。

このような対象者と〔対峙する〕交渉行動群は、終末期の看護で行われていることも明らかにされている。Glaser et al.(1965/1988)は、終末期にある患者と相互作用する看護師が、患者を受容される死に方へと導く際に、命令したり、叱責したり、諭したり、小言を言ったり、時には脅したり、という具合に戦術を使い分けていることを明らかにした。また、これは他の戦術を使用した後の最後の手段であった。本研究においても、看護師は、対象者の本音を引き出すときや、対象者が社会的に許されないことや不可能なことを

要求する時に、〔対峙する〕交渉行動群を用いていた。

Riley(2004a/2007)は本当の考えや感情を言語的・非言語的に相手に表すことを純粋性として説明している。これは、カウンセリングの技法でもあり、対象者との関係性が築かれていなければ、対象者の抵抗を生じやすくする(長尾, 2008)。本研究で明らかになった〔対峙する〕交渉行動群は、【巧みな押し引き】方略に所属する。すでに考察したように、先だって【脆さと固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究】方略によって保護的な関わりがされ、信頼関係構築が進んでいると考えられ、適したタイミングで用いられていると考える。

また、対象者に率直で建設的に反応を返すことで、対象者は自己概念を変化させ、経験をあるがままに受け止められるようになる(長尾, 2008)。これは後述する〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群が保護的なかわりであるのに対し、偽りのない率直な関わりであり、対照的である。しかし、対照的な関わり方ではあるが、自己一致した率直な表現であるため、看護師に対する信頼感を育て、自己表現を促すと言われている(Riley, 2004a/2007)。

一方で、本研究で特徴的だったのは、〔対峙する〕交渉行動群が、信頼関係構築の有無に関わらず用いられる場合があったことである。対象者の判断能力が低下し、消極的な自己加害を含む自己加害や他者加害が予測されるときには、対象者を保護するためにパターンリスティックな制約や、援助の手を差し伸べることが求められる(北村, 北村, 2000)。そのため、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、たとえ対象者との信頼関係がまだ構築されていなくても、敢えて毅然と対象者に意見をしていた。これは、統合失調症をもつ人との交渉の特徴であると考えられる。

以上より、〔対峙する〕交渉行動群とは、対象者との信頼関係が構築された中でなされる交渉行動群であり、率直な関わりであるために、さらに信頼関係を発展させるとともに、対象者の自己表現を促進させ、自己洞察を深めることに役立つ高度な行動群であることが示された。一方で、対象者を自己加害・他者加害から守るために、信頼関係構築の有無に関わらず、敢えて〔対峙する〕行動群を用いるのが、統合失調症をもつ人への交渉の特徴であることが考察された。

7) 〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群

本研究で抽出された〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群は、安心や可能性を感じられる体験、失敗により気づく体験をはじめとし、多様な体験を積み重ねて気持ちの変化を促す行動群であり、この後に続く自己決定と合意に向けて動機づけを高めるものである。

Bandura(1977/1979)は、人間は、直接体験とモデリングにより学習すると述べている。看護においては、宇佐美(2000)は、対象者の学習を促進するためには、対象者の準備状態を整え、適切な学習内容を提供し、学習意欲を持てるように手助けすることが必要であり、それには対象者自身の体験を基盤とすることが最も効果的であると述べている。加えて、統合失調症をもつ人は、言葉を用いた説明だけでそれが正しいと理解することが困難で(Sullivan, 1956a/1983)、行動パターンを変えることにも困難が伴う(昼田, 1989b)。そのため、具体的に反復して働きかけること(昼田, 1989b)、直接的に言語で関わるのではなく間接的に関わること(Sullivan, 1956a/1983)が必要である。つまり、体験することは、統合失調症をもつ人を動機づけるために非常に効果的な方法であることが分かる。本研究においても、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、安心や可能性を感じられる体験、失敗により気づく体験をはじめとし、多様な体験を積み重ねて気持ちの変化を促す〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群を用いていた。これは、対象者を動機づけるために有効な行動群であることが示された。

さらに、慢性病患者への看護援助を分析した正木(1994)は、学習過程で生ずる迷いや挫折感、あるいは自信や意欲といった気持ちを受け止めて支えつつ、その過程を共に歩いていくことにより、対象者がセルフケアプロセスを習得できていくことを目指す、という意味の「学習援助的アプローチ」があることを明らかにしている。同様に、野嶋ら(2000)は、先に説明した意志決定を支える看護行動群を明らかにした研究において、看護師が「体験させる」ことを含む「導く」行動群を用いて、対象者を意志決定に導いていることを明らかにした。つまり、ただ体験を促すのではなく、体験による心の揺れを受け止めて支え、導く看護が必要であることが分かる。そのために、看護師は後述する〔方針を共有する〕交渉行動群によって対象者の学習を支え、〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群で気持ちの変化を促した後、〔現実との折り合わせを提案する〕〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕〔チャンスをつかえて直面化を促す〕交渉行動群へと続けて学習を支え、導いているのだと考える。

加えて、動機づけの側面からは、教え込むのではなく、内発的動機づけを高め、自律性が尊重される中で個人の目標と価値観にしたがって選択できるよう援助することが重要であると言われている(Deci & Flaste, 1995/1999; Miller & Rollnick, 2002/2007)。体験を積み重ねて動機づけることは、教え込まれるのではなく、自身の体験から学び取るものであるため、自律性が尊重されており、対象者の自己効力感を高めるためにも有効であると考えられる。

以上より、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、対象者が様々

な体験を積み重ねて動機づけが確かなものとなるよう、次の行動群へと引き継いで交渉していると考察された。

8) [方針を共有する] 交渉行動群

統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、交渉相手とチームの状況を整え、全体的に方向づけられるように調整・協力する〔方針を共有する〕交渉行動群を用いていた。

石浦ら(2009)は、入院中の子どもと交渉する看護師の技術を質的に分析し、【子どもとの関係を保つ】【子どものことをより知る】【子どもと交渉するための体制を整える】【子どもの力を引き出す】【子どもと看護者双方で意見交換し合意に達する】の5つの技術を抽出した。【子どもと交渉するための体制を整える】とは、子どもを取り巻く人と協力しながら、子どもの療養環境を整えていこうとする技術であり、家族の治療内容や療養生活の必要性の理解を促し、家族とパートナーシップを結び、家族と一緒に取り組むことなどを含んだ。本研究でも、看護師はチーム内に根回しし、交渉を進めやすくしており、石浦ら(2009)の結果に類似する。しかし、〔方針を共有する〕交渉行動群は、対象者と交渉を行うかどうか、どのように交渉するかということについて、慎重に検討し、方針を編み出すという内容も含んだ。これは石浦ら(2009)の結果との相違点である。

また、これまでも述べてきたように、対象者をエンパワメントし、リカバリーを促進するためには、対象者が自己決定を行い、たとえ失敗することが予測されても、対象者の力を試すことに骨を折ることが必要である(Rapp et al., 2006/2008)。そのため、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、対象者の自律性を尊重し、かつ重大なリスクを負わないように、どのように交渉するのかということ、時間をかけて慎重に考え、方針を編み出していた。そして、方針を定めると、対象者が安全に体験を積み重ねることができるように、チーム全体で方針を共有し、協力し合う体制を整えていた。

つまり、統合失調症をもつ人と交渉を行う際は、対象者の自律性を尊重し、かつリスクが重大とならないようにするために、交渉内容を慎重に定め、方針をチーム全体で共有することで対象者のリスクを大きくしないようチーム構成員がお互いに支え合っていることが分かった。

9) [チームを調整する] 交渉行動群

統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、〔チームを調整する〕交渉行動群によって、自分自身と家族を含めたチームの状況を理解し、調整していた。

Rollnick, Miller, Butler.(2008/2010)は、人を助ける専門職は、

物事を正し、損害を防ぎ、幸せを促そうとする強い願望を持っているため、他者の方向性を衝動的に修正しようとする傾向があることを指摘している。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り、患者の動機づけをすることが困難となる。そのため、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)。また、岡谷(2013)は、対象者－看護師関係の視点から、援助者としての看護師に必要な条件の中に、自分を知ること、自分の感情を見つめることがあると述べている。そして、看護師が自分の価値観を認識することで、価値観の違いからくる葛藤を理解することができるかと述べている。

本研究においても、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、〔チームを調整する〕交渉行動群を用い、交渉の過程で自らを振り返るきっかけを得、自分自身の気持ちや先入観を見つめ直し、考え方を転換して対象者のことを捉え直したり、ケアを評価し直したりして交渉を進めていた。対象者を正そうとせず、対象者の意思に沿って話し合う時、対象者の行動の変化が誘導されると言われているように(Rollnick et al., 2008/2010)、〔チームを調整する〕交渉行動群は、対象者の意思決定を支えるために不可欠な行動群であると考えられる。加えて交渉は、対象者との間にコンフリクトが存在する、あるいは存在するかもしれないところから開始される。コンフリクトそのものがどのようなものであるか理解するためにも、看護師が自分自身を見直すことが重要である。

また、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、看護チームや多職種チーム、家族と対象者との思いの橋渡しをしたり、必要に応じてチームメンバーを調整したりして、チーム内でリーダーシップを取っていた。萱間(1999)は、保健師と訪問看護師へのインタビューによって、統合失調症をもつ人への訪問ケアで用いられる熟練看護職の看護技術として、【関係性を作る技術】【家族との関わり】【他職種・住民との協働】などの7つがあることを明らかにした。【関係性を作る技術】には、「ケースなりの文脈を理解し、通訳する」という内容が含まれ、看護師は対象者のことを周囲の人が理解できるように助けていることが明らかにされた。【家族との関わり】とは、ケースの家族に関わる技術であり、「家族の保護」「家族へのPsychoeducation」「家族のストレスを発散させる」「変化をフィードバックし、家族の変化を促す」が含まれていた。【他職種・住民との協働】は、看護職が他職種と協働し、地域住民と関わる技術であり、「近隣への教育的関わり」「住民の力を活用する」「他職種の力を借りる」「ヘルパーとの協働」「看護婦の訪問の地域への移行を助ける」「ケアの方針を協議する」が含まれた。本研究では、交渉に焦点を

あてたため、これらはいずれも、対象者を合意に導くための〔チームを調整する〕交渉行動群に集約されたと考える。交渉の影響要因に、交渉に関わる人があるといわれているように(浦野ら, 1986)、統合失調症をもつ人と交渉する看護師も、家族や他職種をはじめとする周囲の人々への働きかけをしていることが分かった。一方、本研究では、萱間(1999)の研究に含まれなかった同職種間をつなげる技術が抽出された。これは、本研究の研究参加者は訪問看護師だけでなく、退院を促進する病棟や、地域で生活していた人の再入院を受け入れる病棟の看護師や管理職、さらに看護師へのコンサルテーションを行う専門看護師といった、同職種が多い場で働く研究参加者がいたためであると考えられる。

以上より、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、〔チームを調整する〕交渉行動群によって、自分自身をコントロールすると共に、対象者の思いがチーム内に浸透するように、チーム全体を調整し、対象者の変化を促していると考えられた。

10) 〔広く可能性を見極める〕交渉行動群

統合失調症をもつ人がリカバリーを果たすことができるよう援助する際に、助けとなるのがケースマネジメントの分野で生まれたストレングスモデルである(Rapp et al., 2006/2008; 萱間, 2013)。ストレングスには、単に対象者の性格や才能だけではなく、環境や、対象者の関心と願望が含まれる。対象者と対話しながらストレングスを発見し、目標を立てていくことによって、対象者の可能性が広がり、エンパワメントされていくと言われている(Rapp et al., 2006/2008; 伊藤, 2012)。

地域で生活する精神障害者のストレングスに取り組む看護師の姿勢を明らかにした塩見, 畦地(2016)は、6名の看護師を対象に半構成的インタビューを行い、6つのテーマを抽出した。6つのテーマのうち【人との多様なつながりが地域生活を豊かにすることができるという姿勢】【目標をもち、自信を取り戻すことにより自ら歩むことができるという姿勢】【失敗を含め様々な体験をすることで、学ぶことができるという姿勢】【一社会人として、責任を返していく姿勢】【ストレングスは必ず存在するものであり、かつ変化するものであるという姿勢】という5つのテーマは、対象者の強さを信じ、対等な関わりの中で、失敗をしながらリカバリーを果たすことを支えるというテーマであった。そしてもう一つのテーマは、【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】であり、回復過程を見極め、回復のペースに合わせるということが重要であると考察されている。

本研究においても看護師は、〔広く可能性を見極める〕交渉行動群

で、対象者の生活史と病歴を踏まえて困難を見極めることと同時に、対象者の人柄、能力、楽しみ、人付き合いの特徴、病気の理解力といった対象者の能力を把握していた。これは、ケアの導入や継続、退院促進など、対象者に変化が望まれる場面で、パターンリスティックな介入を避け、対象者をエンパワメントするためである。

すなわち、統合失調症をもつ人への交渉においては、問題志向型のアセスメントとストレングス志向型のアセスメントの両方がバランスよく同時になされる必要がある。しかし、現在の精神看護学には、旧来の看護理論と前述した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。

つまり、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、対象者の変化を生み、エンパワメントするために、対象者を広い視野で捉えて可能性を見極めていることが考察された。

1 1) 〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群

和田，中西(2006)は、医療メデイエーションにおける問題は、争点であるイシュー、双方の立場・主張・見解であるポジション、そのようなポジションを取らせている背後の利益・価値・ニーズであるインタレスト、の3つからなるIPI構造をとると説明している。そして、協働型の解決に導くには、インタレストすなわちニーズを理解することが必要であると述べている。看護においては、中野，畦地，宮田ら(2002-03)は、精神科看護師を含む看護師を対象とし、意志決定をすることが困難な患者への看護行動群として、「患者の意志を掴もうと試みる」という内容が含まれる【ありのままの患者を受け入れる】という看護行動群があることを明らかにした。「患者の意志を掴もうと試みる」とは、意思決定をすることが困難な患者に対して、看護者が積極的に患者に近づき、何とかして患者の意志を掴もうと努力するものであった。具体的には、看護師は日常的なケアの中で共感的に五感を活用し、話を聴きながら察するとともに、生活史を含めて患者を把握し、患者像を形成していた。つまり、表面的な言葉の背後にある対象者の真のニーズを汲み取ることが重要であることが分かる。

統合失調症をもつ人には思考障害や認知機能障害がある。加えて、急性期には行動制限などの自律性が脅かされる経験をしていることが多く、自分の意思や思いを看護師に上手く伝えることができなくなっている(片倉ら，2007; Liberman, 2008b/2011; Kelvin et al., 2008; 小山, 2013)。よって、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、対象者の意思や意向を理解するためには、時間と空間を共有するケアの積み重ねが重要である(野嶋，

2004)。

そのため、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、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意識的に拾い上げ、押し量って交渉をしていた。また、病状と経過、病識、現実見当識を含む認知機能、不安や自尊心、人との距離感などを含む自我機能を理解し、価値観を把握して多面的に対象者を捉えることにより、対象者の目線に立って本音を理解していた。

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)。それに対して交渉では、日々の関わりの中から時間をかけて〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群を用いて本音を押し量り、次に【方向づけ】【巧みな押し引き】【自己決定による合意への導き】といった直接的な交渉へとつなげられており、関わり方に違いがあること分かる。

以上より、自我が脅かされやすい統合失調症をもつ人と交渉を進めるために、多様な情報を用いて、その背後にあるニーズとしての本音を汲み取ることが重要であることが考察された。

1 2) 〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群

〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群とは、精神疾患に起因する不安や苦悩、低い自尊心と安心感を脅かさないように、共感的・受容的に寄り添う、という行動群である。苦痛や苦悩、低い自尊心や不安は、自我を脅かす。自我が脅かされている状況では、人は新たな意見を取り入れていくことはできない。そのため、統合失調症をもつ人と看護師は、対象者の不安を和らげるよう、共感的関わりを行っていた。

共感とは、相手の感情とその感情を持つに至った理由を理解したことを相手に伝達する行為であり、対象者は共感されることで、自分が重視され、気遣われ、あるがままに受容されたという感覚を経験する(Riley, 2004b/2007)。受容されることで対象者は安堵し、自己受容の可能性が高まる。その結果、対象者に新たな感情が生まれ、柔軟性を持って新たな気づきへと進み、自己の内部からの成長が促進され、行動を変容させる(Riley, 2004b/2007)。言い換えると、対象者が力を蓄え、成長するためには、他者に共感・受容されることが必要なのである。

また、そもそも統合失調症をもつ人は、他者と関わる上での安全保障感が弱く、自我が脆弱である(Sullivan, 1956b/1983)。そのため、看護師が統合失調症をもつ人の意思決定を支える際や、セルフ

ケアマネジメントを促す際にも安心感を構築し、自我を支えることが基盤として行われていることが、近年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、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、対象者と家族が統合失調症による不安や苦悩を抱えていること、他者に非難されていると感じやすく、自尊心が傷つきやすいという特性をもっていることを理解し、対象者に共感的に寄り添い、交渉していた。看護師は、統合失調症をもつ人の生活スタイルや治療・ケアの変更などを目標に交渉するために、自我を支え、安定した基盤を作っているのだと考えられる。

以上より、[脆い自我に寄り添う]交渉行動群とは、安全保障感が弱く、自我が脆弱で、病による不安や苦悩をもつ対象者が、安心して看護師と交渉し、変化するために、交渉の基盤として不可欠な行動群であると考えられる。

13) [杵を破っても意志に追従する]交渉行動群

対象者をエンパワメントし、リカバリー獲得に向けて援助する時、看護師にはパートナーシップの姿勢が求められる。野嶋(2012)は、看護におけるパートナーシップを「適切なケア・技術・知識を提供できる能力を有する看護者が、ケア対象者の権利を守り、平等関係を形成した上で、課題を協働して解決することである」と定義している。また、パートナーシップに関する概念分析では、共通して *power sharing* と *negotiation* が導き出されており(Gallant, Beaulieu, Carnevale, 2001; Hook, 2006)、*power* を分かち合うために、交渉がなされていることが分かる。中でも Gallant et al.(2001)は、*power* のタイプを *power-from-within*、*power-with*、*power-over* の3つに分けて説明し、パートナーシップとは *power-with* であり、協働することであると述べている。

本研究においても、看護師は通常なら優先する杵組みを度外視し、対象者の力、価値観、希望を信じて対象者の意志を尊重していた。これは *power-with* ではあるが、*power* を分かち合った結果、*power* が対象者側に移りつつ、看護師がそれを支え、対象者に追従している状態であると捉えることができる。

また、統合失調症をもつ人と交渉した看護師は、対象者の望みどおりにした場合に、病状の悪化が予測されるリスクをも度外視していた。前述したように、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、看護師としては十分ゆとりができるまで待つよう(中井, 2015)交渉したいところである。しかし、統合失調症をもつ人は認知機能障害があるため、言葉だけによって看護師の考えを理解することが困難であり、かつ固

い意志を持っている。また、対象者がリカバリーを果たすためには、対象者が自己同一性を確立し、自己決定を行い、失敗する権利を行使し、情報を入手するというようなことの中で、対象者の力を試すことに骨を折ることが必要である(Rapp et al., 2006 / 2008)。この相反する状況であるからこそ交渉がなされるわけであるが、その中で看護師は、対象者の固い意志に追従するという姿勢を根底に持っていることが、本研究によって明らかになった。

加えてこの行動群は、【固さと脆さへの徹底的な寄り添い】方略に含まれている。概念図(図2)に示したように、この方略は交渉の当初より用いられている方略である。つまり、[杵を破っても意志に追従する]交渉行動群は、交渉を開始した当初からなされている。対象者の強い意志を脅かさない看護師の態度が交渉当初から示されていることで、対象者との信頼関係構築が進みやすくなり、対象者が変化することにもつながっていると考えられる。

また看護師は、対象者のニーズを優先するために、リスクのみならず、病棟ルールや病院の方針といった杵組みも度外視し、特別な対応を行っていた。これは、対象者理解のみならず、所属する組織や看護師自身の力量、リスクの大きさが分からなければできない高度な行動群であると考えられる。

つまり、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、認知機能障害によって変化が困難な対象者が、エンパワメントし、リカバリーを叶えるために、リスクやルールを度外視して交渉をすすめるという高度な実践力を持って交渉を進め、このことによって対象者との信頼関係を構築するとともに、変化を促しているのだと考察された。

2. 各交渉行動群に内在する視点

本研究で明らかにされた13の交渉行動群には、表7に示したように自我発達を促して自己決定に導く視点、認知機能障害に配慮して変化を促す視点の2つがあると考えられた。すなわち、[波長を合わせて小さな合意を待つ][いったん添う][対峙する][方針を共有する][内に潜む本音を汲み取る][脆い自我に寄り添う]交渉行動群は、自我発達を促して自己決定に導く視点、[現実との折り合わせを提案する][チャンスを捉えて直面化を促す][巧みに乗せる][体験から動機づけて固める][チームを調整する][広く可能性を見立てる][杵を破っても意志に追従する]交渉行動群は、認知機能障害に配慮して変化を促す視点を持っていると考えた。以下に、それぞれの視点ごとに考察を加える。

表 7 各方略に共通する視点

配慮された視点	交渉行動群	属した方略
自我発達を促し 自己決定に導く	〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕	【自己決定による合意への】
	〔いったん添う〕	【巧みな押し引き】
	〔対峙する〕	
	〔方針を共有する〕	【方向づけ】
	〔内に潜む本音を汲み取る〕	【内に潜む可能性と本音の】
認知機能障害に配 変化を促す	〔脆い自我に寄り添う〕	【脆さと固さへの徹底的な寄】
	〔現実との折り合わせを提案する〕	【自己決定による合意への】
	〔チャンスを捉えて直面化を促す〕	【巧みな押し引き】
	〔巧みに乗せる〕	
	〔体験から動機づけて固める〕	【方向づけ】
	〔チームを調整する〕	【内に潜む可能性と本音の】
〔広く可能性を見立てる〕		
〔枠を破っても意志に追従する〕	【脆さと固さへの徹底的な寄】	

1) 自我発達を促して自己決定に導く視点

自我とは、無意識の中に存在する本能的な欲動と、社会的規範や両親などの重要他者との対象関係から取り入れられた超自我、外的環境を結びつける機能であり、個人が経験を組織づけ、合理的な計画を立てる中枢である(Erikson, 1959/2011; 阿保, 2000)。また、子どもは親や教育者らの影響を受け、評価を得られる行動を取って自我を確立し、評価を受ける過程で自尊感情を獲得していく(Erikson, 1959/2011)。

本研究で明らかになった交渉行動群のうち、〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕〔いったん添う〕〔対峙する〕〔方針を共有する〕〔内に潜む本音を汲み取る〕〔脆い自我に寄り添う〕の6つは、自我発達を促す視点をもった行動群であると考えられる。

まず、看護師は、対象者の病による不安や、傷つきやすい自尊心と安心感を脅かさないように受容し、肯定的に関わる〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群を用いて対象者の安心感を育てていた。次に、認知機能障害や過去の自律性が脅かされる経験によって自我が脅かされ、表現することが困難な対象者の本音を推し量る〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群によって、対象者を脅かさないような交渉を可能としていた。そして看護師は、対象者が脅かされることなく、安心体験や失敗体験などを積み重ねることができるよう、慎重に方針を定め、チームの協力体制を整える〔方針を共有する〕交渉行動群を用いていた。〔いったん添う〕交渉行動群では、対象者が受け入れられるときが来るまで、看護師の方針を隠していた。また、これらとは反対に、〔対峙する〕交渉行動群では、包み隠さずに率直に意見していた。先に考察したように、これは〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群によって関係構築の土台ができた上になされており、また裏のない率直な表現であるため、看護師に対する信頼感を育て、

自己表現を促し、自己概念を変化させることができる(長尾, 2008)。このように段階を経て、看護師は対象者に波長を合わせて理解・信頼できるように関わり、対象者が納得した形に歩み寄って、対象者自身による決定の積み重ねを待つ、という〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群を用いていた。

遠藤(2005)は、自らの看護実践を分析することにより、統合失調症を有する人の自我発達を支援する看護援助には、【存在肯定を伝える援助】と【自己再考・再編を支える援助】の2つがあることを明らかにした。そしてそれらには、「存在性・応答性の提示」「自己表現の保障」「肯定的側面の焦点化・支持」「異なるもの(視点、選択肢、反応など)の提示」「事実・現実の提示／主観へ向かう問いかけの投入」「選択・決定の保障」という6つの援助の性質があった。以下に、本研で明らかにされた交渉行動群と、遠藤(2005)の結果を時間軸に沿って比較する(表8参照)。

表 8 自我発達を促して自己決定に導く視点をもつ交渉行動群と先行研究との比較

時間軸	統合失調症をもつ人への看護師		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(遠藤, 2005)	
	交渉行動群	属した方略	援助の性質	援助の性質(統合)
↑	〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕	【自己決定による合意への導き】	「選択・決定の保障」	【自己再考・再編を支える援助】
	〔対峙する〕	【巧みな押し引き】	「異なるもの(視点、選択肢など)の提示」	
	〔いったん添う〕		「事実・現実の提示」/「主観へ向かう問いかけの投入」	【存在肯定を伝える援助】
	〔方針を共有する〕	【方向づけ】	「肯定的側面の焦点化・支持」	
	〔内に潜む本音を汲み取る〕	【内に潜む可能な本音の追究】	「自己表現の保障」	
	〔脆い自我に寄り添う〕	【脆さと固さへ徹底的な寄り添い】	「存在性・応答性の提示」	

まず、遠藤(2005)が明らかにした【存在肯定を伝える援助】には、「存在性・応答性の提示」「自己表現の保障」「肯定的側面の焦点化・支持」という援助の性質が含まれた。

「存在性・応答性の提示」とは、対象者と共にあることを示す援助である(遠藤, 2005)。これは、本研究の〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群に類似する。また、「存在性・応答性の提示」には、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し、必要に応じる姿勢を示し、体験をたどることに同伴したり共有することも含まれた(遠藤, 2005)。この点で、「存在性・応答性の提示」は、言葉にされない本音や苦勞、不安などを普段の関わりから推し量るという〔内に潜む本音を汲み取る〕交渉行動群にも相当すると考えられる。また、〔方針を共有する〕交渉行動群は、対象者の自律性を尊重し、かつリスクが重大としないようにするために交渉内容を慎重に定め、方針をチーム全体で共有していると考察されており、「存在性・応答性の提示」の範疇に含まれると考えた。看護師個人ではなく、チーム全体で理解しようとするのが、交渉の特徴であるともいえる。

次に、「自己表現の保障」は、対象者から提示される表現を批判や評価を加えないでまず受け止め、尊重し、更なる表現を促すことである(遠藤, 2005)。本研究で抽出された〔いったん添う〕交渉行動群は、対象者の意向を批判することなくひとまず受け止め、添うというものであり、対象者の意志の表現を促して聞き取り、それを肯定的に受け止めていると考えられる。よって〔いったん添う〕交渉行動群は、「自己表現の保障」と「肯定的側面の焦点化・支持」に相当すると考えた。

遠藤(2005)の【自己再考・再編を支える援助】には、「異なるものの提示」「事実・現実の提示／主観へ向かう問いかけの投入」「選択・決定の保障」という3つの援助の性質が含まれた。

「異なるものの提示」とは、新たな視点や選択肢、反応、態度、表現などを加えていく援助である。「事実・現実の提示／主観へ向かう問いかけの投入」は、自己の認識や感情、行為及びその行為の予測や結果に焦点をあて、客観視し、自己内及び自己内外をより現実的に調整する機会を提供する援助である。本研究で明らかになった〔対峙する〕交渉行動群は、包み隠さずに本音で意見して対象者を動機づける行動群であり、「事実・現実の提示／主観へ向かう問いかけの投入」「異なるものの提示」に類似すると考えられる。また遠藤(2005)は、「存在性・応答性の提示」「自己表現の保障」「肯定的側面への焦点化・支持」などの存在の承認や肯定に関わる援助が十分に行き届いている時に、対象者は物事の見方の修正や転換ができると述べている。つまり、自我発達を促して自己決定に導く視点を持つ方略にはプロセスがある。本研究においても、先に示した〔脆い自我に寄り添う〕交渉行動群で保護的な関わりがなされ、対象者の安心感と看護師への信頼感を育まれていたからこそ、〔対峙する〕交渉行動群で率直で包み隠さない関わりが実施でき、対象者の洞察を深めることができていたと考えられる。

最後に、〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群では、対

象者に波長を合わせて理解・信頼できるように関わるが、対象者が納得した形に歩み寄って、対象者が意思決定した内容での小さな合意を待つ。これは、対象者の思いを十分に聞いたうえで、歩み寄り、決定するのを待つものであり、遠藤(2005)の「選択・決定の保障」に相当すると考える。また、「選択・決定の保障」は、遠藤(2005)が明らかにした援助の性質の中で、最後に現れたものであると示されている。本研究においても〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕交渉行動群は、交渉の最後の段階で用いられており、遠藤(2005)の結果と一致する。

以上より、統合失調症をもつ人への交渉を行う中で、対象者の自我発達を促す視点をもつ交渉行動群が用いられていることが考察された。そして、自我発達が段階的に促されるからこそ、対象者は選択・決断をすることができるようになったと考えられた。また、自我発達を促す視点をもつ6交渉行動群は表8に示したように、5方略すべてに所属している。このことから、自我発達を促す視点は、交渉の全プロセスに横たわる視点であると考えられる。

2) 認知機能に配慮して変化を促す視点

統合失調症をもつ人には、注意を維持しにくい、社会的・情緒的サインを正確に認識できない、言語記憶が制限される、計画・意志決定・問題解決などがうまくできなくなるなどといった認知機能障害があるため(Liberman, 2008a/2011)、情報を得て判断することに困難を伴う。同様に、Sullivan(1956a/1983)は、統合失調症をもつ人は、困難を避けて通ることができる生き方を援助者が示しても、それを正しいと理解することが難しいと述べている。また昼田(1989a)は、統合失調症をもつ人は慣れにくく、応用が難しく、過去を現在に生かすことができないために、失敗がなかなか身につかず、頑固に自己の希望に固執し、同じ行動パターンを守り続けると述べている。

近年の精神科医療は、疾病の治療から、エンパワメントを促し、リカバリー獲得に向けた援助へとシフトしている。そして、対象者が自己同一性を確立し、自己決定を行い、失敗する権利を行使し、情報を入手するというようなことの中で、看護師は対象者の力を試すことに骨を折る必要があるといわれている(Rapp et al., 2006 / 2008)。また、人が希望を抱き、将来へのビジョンを持ち、エンパワーされたと感じるようになると、自分で生活を管理できるようになり、自分で自分の責任を取り、人を非難しなくなるとも言われている(Ragins, 2002b/2005)。一方で、対象者の判断能力が低下した状態の時は、対象者を保護するためにパターンリスティックな制約や、援助の手を差し伸べることが求められる(北村ら, 2000)。制約が求

められるのは、自己加害・他者加害がある時のみならず、社会人として機能し得なくなる状況に陥るという消極的自己加害も含まれる(北村ら, 2000)。そのため、精神科看護師には、対象者の安全の程度を判断した上で(Beauchamp & Childress, 2001/2009)、対象者の自律性を尊重し、意向に添ってリカバリーを支援する、という非常に高度な技が求められる。すなわち、統合失調症をもつ人と交渉する看護師は、対象者の自律性を尊重して意向に添い、かつ対象者が制約を受ける状態を避けるための方法を、対象者自らが選択するよう、対象者の考えが変化するように働きかける必要性がある。

本研究においては、統合失調症をもつ人へ交渉する看護師は、[現実との折り合わせを提案する][チャンスを捉えて直面化を促す][巧みに乗せる][体験から動機づけて固める][チームを調整する][広く可能性を見立てる][枠を破っても意志に追従する]という7交渉行動群を用い、対象者の認知機能に配慮して変化を促していると考えることができた。

統合失調症をもつ人は、認知機能障害のために、自分の力を正確に捉え、他者の意見を取り入れ、目標を立てることが難しい(Sullivan, 1956a/1983; 昼田, 1989a; Liberman, 2008a/2011)。そのため、まず看護師は対象者の固い意志を否定せず、尊重して関わる[枠を破っても意志に追従する]交渉行動群を用いていた。また対象者と家族を、その持てる力と困難の両側面から広く多角的に捉え、可能性を見極める[広く可能性を見立てる]交渉行動群を用いていた。そして、[チームを調整する]交渉行動群によって、自分自身をコントロールすると共に、対象者の思いがチーム内に浸透するよう、チーム全体を調整して対象者の変化を促していた。さらに、状況を見極め、理屈を言葉で説明して直接的に働きかけるのではなく、押したり引いたり、なだめすかしたり、情に訴えたり、引っ張ったりして、対象者の気持ちを盛り立て、気持ちが傾きやすくなるような巧みな技を駆使して提案に乗せていく[巧みに乗せる]交渉行動群も使っていた。[巧みに乗せる]交渉行動群を使って体験に導くと同時に、対象者が繰り返し体験できる機会を作り、[体験から動機づけて固める]交渉行動群によって動機づけていた。そして、これまでに実施した行動群によって気持ちが傾きやすくなったチャンスを見定めて問いかけ、アピールすることで、直面化と看護師の意見への理解を促すことを何度も繰り返す[チャンスを捉えて直面化を促す]交渉行動群を用いていた。最後に、看護師は、[現実との折り合わせを提案する]交渉行動群によって、対象者がもっている大きな目標を小さな目標に転換することを提案していた。

Miller et al.(2002/2007)は、動機づけの問題、準備や意志のはっきりしない行動の変化の問題、両面的問題がある状況で用いる動

機づけ面接法を紹介している。この方法は依存症をもつ人を対象として考案されたものであるが、今日では様々な疾患に応用され、McCracken & Corrigan(2008/2016)によって統合失調症をもつ人への薬物療法に対する動機づけ面接法も紹介されている。そこで次に、本研究結果と統合失調症をもつ人への動機づけ面接法を比較する(表9参照)。

表9 認知機能障害に配慮して変化を促す視点をもつ交渉行動群と先行研究の比較

時間軸	統合失調症をもつ人への看護師の交渉		統合失調症患者の薬物療法アドヒアランスと動機づけ面接法(McCracken & Corrigan,2008/2016)
	交渉行動群	属した方略	
↑	〔現実との折り合わせを提案する〕	【自己決定による合意への導き】	利用可能な選択肢を概観する
	〔チャンスをついて直面化を促す〕		利益と損失を比較対照する議論の展開
	〔巧みに乗せる〕	【巧みな押し引き】	慣れ親しんだ分かりやすい問題を扱う
	〔体験から動機づけて固める〕	【方向づけ】	
	〔チームを調整する〕		
	〔広く可能性を見立てる〕	【内に潜む可能性と本音の追究】	いくつかの領域を概観して、その領域における目標をいくつか設定する
	〔枠を破っても意志に追従する〕	【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】	対象者の目標に焦点を合わせる

McCracken et al.(2008/2016)は、重度な認知のゆがみをもつ統合失調症をもつ人に動機づけ面接を行う場合、対象者の目標に焦点を合わせることが有効であると述べている。本研究でも看護師は、〔枠を破っても意志に追従する〕交渉行動群を用いて、対象者を尊重し、意志を否定せず、追従していた。また、対象者に認知機能障害があるため、援助者はまずいくつかの領域を概観して、その領域における目標をいくつか設定することが必要となる(McCracken et al., 2008/2016)。これは、本研究の〔広く可能性を見立てる〕交渉行動群に該当する。次に、動機づけ面接法では、対象者自身で決めた目標に到達するために、ある行動がどのように役に立ちそうか、あるいは妨げになりそうか、ということについて、具体的で分かりやすい問題を使って、対象者の見解を引き出すことがされる(McCracken et al., 2008/2016)。本研究においても〔体験から動機づけて固める〕交渉行動群によって、日々の生活の中で体験する慣れ親しんだ分かりやすい具体的な問題を扱い、現実への気づきを促し、動機づけていた。

そして、動機づけ面接法の後半は、対象者の目標を同定する。そ

ここでまず看護師は、対象者がもっている目標を達成するために、ある行動が妨げになるのか、または促進するのかということについて、対象者と対話を通して考察を行い、対象者の目標とその行動の矛盾を明らかにする議論を展開する(McCracken et al., 2008/2016)。これは、利益と損失を比較対照する議論の展開と言われており、直面化と看護師の意見への理解を促すという〔チャンスをつかえて直面化を促す〕交渉行動群と類似する。また、利用可能な選択肢を概観することもかなり効果的であると言われており(McCracken et al., 2008/2016)、現実的で分かりやすい目標に変更するという〔現実との折り合わせを提案する〕交渉行動群に類似する。利益と損失を比較対照する議論と可能な選択肢を概観することは、対象者の心理的な抵抗がある場合においても、かなり効果的に働くと McCracken et al.(2008/2016)は説明している。

以上のように、統合失調症をもつ人への看護師の交渉で用いられた7交渉行動群は、McCracken et al.(2008/2016)の動機づけ面接と内容が一致していると考えられた。また、これら7交渉行動群は、表9に示した様に、交渉の全ての方略に所属していることから、認知機能に配慮して変化を促す視点を持つ交渉行動群は、交渉の全プロセスに横たわる視点であると考えられる。

さらに、McCracken et al.(2008/2016)は、対象者の目標に焦点を合わせる過程では対象者の両価性や躊躇を抵抗として扱うのではなく、変化に伴う自然な態度として受容することが必要だと説明している。Miller et al.(2002/2007)は、これを「抵抗に巻き込まれ、転がりながら進む」という言葉を用い、動機づけ面接法の原理として説明している。対象者は様々な体験や看護師との関わりを経て動機づけが試みられているが、躊躇を伴っている。そのため、これらの過程は何度も繰り返されるということを読み取ることができる。これは、交渉で用いられる方略が何度も繰り返し用いられるという結果と一致する。

一方、McCracken et al.(2008/2016)の動機づけ面接法には、本研究の〔巧みに乗せる〕交渉行動群と〔チームを調整する〕交渉行動群に相当するものはなかった。動機づけ面接は、セラピストの面接で用いられるものである。これに対し、本研究は日常生活場面での看護師と統合失調症をもつ人との交渉に焦点を当てている。そのため、チーム全体で協力し、対象者が体験し、考えることへのチャレンジを言葉巧みに進める〔巧みに乗せる〕交渉行動群と〔チームを調整する〕交渉行動群を抽出することができたのであろうと考える。

また、対象者を動機づけていく際には、対象者を操作することがないように、倫理的違和感に対処することも重要である(Miller et

al., 2002/2007)。前項で説明したように、看護師は対象者の自我発達を促しながら、自己決定に導く視点をもつ交渉行動群を並行して用いており、倫理的な交渉がなされていると考えられる。

以上より、看護師は認知機能障害をもつ対象者が変化を起こすことができるよう、対象者の認知機能に配慮して可能性を見極め、時間と空間を共有するケアを積み重ねながら(野嶋, 2004)、巧みに動機づけ、時期を失せず、具体的・断定的に反復(昼田, 1989b)して交渉していると考えられた。また、先の自我発達を促す視点をもつ交渉行動群と同様に、交渉の全過程において、認知機能に配慮して動機づけがされていたことが考察された。

IV. 統合失調症をもつ人への看護師の交渉の特徴

以上より、統合失調症をもつ人への看護師の交渉は、一般的な交渉との共通点と相違点があることが分かった。ここでは、一般的な交渉との相違点として、統合失調症をもつ人への看護師の交渉の特徴についてまとめる。

まず、一般的な交渉が協働関係であるのに対し、対象者と看護師の関係性においては、【脆さと固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究】方略を用いる、ケア提供者としての関係性から始まって、協働関係へと移行することが考察された。また、ケア提供者としての関係性による方略によって、信頼関係の土台が構築されていると考えられた。

次にプロセスの面では、一般的な交渉に類似していたが、統合失調症をもつ人への交渉には、【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略があることが特徴であった。自我が脆弱な統合失調症をもつ人にとって、安心感を育む【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略は、対象者が交渉によって合意を交わすために不可欠な方略であり、プロセスであることが考察された。

そして、本研究における交渉は、統合失調症をもつ人にある自我の脆弱さと、認知機能障害に影響を受けており、それに対するケアや配慮をしながらの交渉であった。看護師は、対象者の自我発達を促しながら自己決定に導き、認知機能に配慮しながら変化を促していた。具体的には、統合失調症をもつ人に特徴的な自我の弱さと無理をしやすい傾向に寄り添い、段階的に自我発達を促すことで、対象者は選択・決定することができるようになっていた。また、言葉による交渉だけでなく、チーム内で慎重に方針が共有された上で、体験を積み重ねること、論理的な説明だけでなく、対象者が看護師に頼ろうと思ったり、対象者の気持ちが傾いたりするように巧みに押し引きすることをしていった。そして、これらによって対象者の気持ちが傾いたところで、言葉を用いた説明の技術によって理解を促し、

自己決定を後押しして合意を交わしていた。このような交渉行動群を用いることによって、対象者の安心感と安全性を確保しながら、対象者の意向に添い、自律性を促すことが両立されていた。

目標達成理論を開発した King(1981a/1985)は、看護師と対象者との人間的な相互行為のプロセスを通して、各人は他者とそのおかれている状況を知覚し、コミュニケーションを通じて目標を設定し、手段を探求し、目標達成の手段に合意すると述べている。さらに、看護師－患者の相互行為における相互浸透行為に関する研究として、対話、交渉、社会・文化的交流や折衝などを通して共通目標の設定を解明する必要があると述べている(King, 1981b/1985)。本研究では、統合失調症をもつ人への看護師の交渉の全容が明らかになった。このことは、本研究の意義であると考えられる。

V. 精神科看護における概念「交渉」の活用可能性

文献検討の項で述べたように、日本において交渉という概念は、議論や協議の意味合いが少なく、駆け引きや取引と捉えて交渉行動をさげすむ傾向にあると言われている(御手洗, 2013a)。そのためか、我が国の看護研究で交渉という概念はほとんど用いられてこなかった。しかし、本研究結果により、統合失調症をもつ人に看護師が行う交渉は、議論や協議は看護師と対象者の交渉の一部であり、残り直接的な言葉だけに頼らない押し引き、つまり駆け引きの繰り返しであることが分かった。

またこれは、対象者を意のままにしようというような交渉ではなかった。統合失調症をもつ人と看護師の交渉は、対象者が現実的な目標を立てるといふ、焦らない生き方を模索する中で行われていたと考えられる。その中で看護師は、対象者をケアしながら、対象者の不利益を最小限とすることと、対象者の意思を尊重することを両立させるために、対象者との協働関係の中で交渉を行っていた。つまり、交渉の目的が一般的な交渉とは異なっていた。そして、対象者がこれまでもっていなかった新しい考えや方法を、強要されることなく自律的に選び取ることを促進するのが、統合失調症をもつ人との交渉であった。

また、統合失調症をもつ人への交渉は、一般的な交渉とも類似するところがあった。本研究では、交渉という概念を用いることによって、他の学問分野にある交渉の知識を活用しながら、統合失調症をもつ人と看護師が行う交渉を明らかにすることができた。

以上より、精神科看護において交渉は、対象者をエンパワメントし、リカバリーを促進するための看護を構築するための有用な概念であると考えられる。

VI. 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もあるかもしれない。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る。また、理論的飽和を確認したものの、研究参加者は15名、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。

第 6 章 結論

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、看護師の視点から明らかにすることを研究目的とし、グラウンデッド・セオリー(Glaser, B.G. & Strauss, A.L., 1967/1996)を用いた質的記述的研究デザインを用いた質的帰納的記述研究を行った。

結果、5 方略【自己決定による合意への導き】【巧みな押し引き】【方向づけ】【内に潜む可能性と本音の追究】【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】と、13 交渉行動群〔波長を合わせて小さな合意を待つ〕〔現実との折り合わせを提案する〕〔チャンスをつかえて直面化を促す〕〔巧みに乗せる〕〔いったん添う〕〔対峙する〕〔体験から動機づけて固める〕〔方針を共有する〕〔チームを調整する〕〔内に潜む本音を汲み取る〕〔広く可能性を見立てる〕〔脆い自我に寄り添う〕〔枠を破っても意志に追従する〕が抽出された。

そして、5 つの方略の関係性を分析した結果、「看護師は【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略によって、交渉を進めるために交渉相手の安心感を高め、【内に潜む可能性と本音の追究】方略にて交渉の方向性を定めて交渉の基盤づくりを行っていた。そして【方向づけ】方略と【巧みな押し引き】方略を組み合わせて繰り返し用いて交渉相手を動機づけ、最終的に【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。これらは一方向性のものではなく、行きつ戻りつしながら何度も繰り返され、異なる内容の合意が積み重ねられていた。」と説明することができた。

以上の結果に考察を加えた結果、統合失調症をもつ人への看護師の交渉は、初めに【脆さと固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究】方略によって、ケア提供者としての関係性で信頼関係の構築を図った後、【方向づけ】方略と【巧みな押し引き】方略、【自己決定による合意への導き】方略で協働関係へと移行して交渉を成立させていることが考察された。そして、交渉のプロセスとしては一般的な交渉と同様のプロセスを経るが、対象者の疾患に起因する脆さと固さへ寄り添う【脆さと固さへの徹底的な寄り添い】方略があること、対象者の可能性を見極めながら、日々の体験を活用し、関係性を見極めて看護師の感情をも用いながら押し引きし、対象者の自己決定による合意へと導くという点が一般的な交渉と比べた相違点であり、特徴であることが考察された。そして、13 交渉行動群を用い、対象者の自我発達を促して自己決定に導き、認知機能障害に配慮して変化を促していると考えられた。そして、看護師が統合失調症をもつ人と行う交渉は、対象者が新たな選択肢の選択を検討し、現実的な目標をもつことを目指して、自己決定権と安全を保つ権利を両立させるために、体験からの学習、論理的な

説明のみならず、巧みに押し引きがされることが特徴であることが分かった。

今後は、地域で生活する統合失調症をもつ人と協働的に交渉するための、新たなモデルあるいはガイドラインを作成することが課題である。

謝辞

日ごろの看護で大変お忙しい中、インタビューにて素晴らしい実践を惜しむことなく語ってくださり、研究結果も確認してくださいました研究参加者の皆様に心より感謝申し上げます。そしてこのような研究参加者をご紹介くださいました病院や施設の管理者様、先生方に感謝申し上げます。

「交渉」という大きく難しい概念を抱え、迷走し続け、時には前に進めなくなった研究者を根気強く指導をしてくださいました高知県立大学大学院看護学研究科の野嶋佐由美教授からは、研究方法のみならず、研究に対する真摯な姿勢のもち方を教えていただきました。ここに心より感謝申し上げます。また、論文作成過程や審査において御指導いただきました高知県立大学看護学研究科の田井雅子教授、畦地博子特任教授、中野綾美教授、現人間生活学研究科の杉原俊二教授からは、幅広い視野で一貫性をもって研究することの大切さを教えていただきました。心より感謝申し上げます。

そして大学内に不慣れな研究者をお世話くださいました槇本香助教、研究者としての知識と姿勢をご教授くださいました高知県立大学大学院看護学研究科の全ての先生方、ならびに諸先輩方にお礼申し上げます。

引用文献

- 阿部育子(2011):在宅に向けた腹膜透析手技習得への援助をとおした両親とのパートナーシップの形成過程, 小児看護, 34(10), 1400-1404.
- 阿保順子(野嶋佐由美, 南裕子)(2000)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(7.自我・自己への介入), 第1版, 照林社, 234-247.
- 安保寛明(2009):協働型看護には理念と技術が必要だ, 精神科看護, 36(11), 19-26.
- 安保寛明, 武藤教志(2010):コンコーダンス; 患者の気持ちに寄り添うためのスキル 21(第1章コンコーダンスとは; 医療者と患者のライフスタイルとの対話, 第2章コンコーダンスへ向かうための介入とスキルとは), 第1版, 医学書院, 2-52.
- 青木典子, 中野綾美, 藤田佐和, ほか(1998):意志決定を支える看護の技に関する調査; 選択肢の提示, 高知女子大学看護学会誌, 23(1), 29-36.
- 荒木友加, 中川東夫, 宮下智恵子, ほか(2010):利用者の満足度調査からみえてくるもの; 精神科訪問看護の体制づくり, 病院・地域精神医学, 53(2), 187-188, 2010.
- 畦地博子, 野嶋佐由美(2010):精神科看護師の説明の技術, 高知女子大学看護学会誌, 35(2), 1-9.
- Bandura, A. (1977): *Social Learning Theory (1st)*. Prentice-Hall. 原野広太郎監訳(1979), 社会的学習理論, 17-64, 金子書房.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F.(2001): *Principles of Biomedical Ethics(5th)*. Oxford University Press. 立木教夫, 足立智孝(2009), 生命医学倫理, 73-138, 麗澤大学出版会.
- Benner, P. (1984): *From Novice to Expert; Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (1st)*. Addison-Wesley Publishing Company. 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子(1992), ベナー看護論; 達人ナースの卓越性とパワー, 55-67, 医学書院.
- Bidmead, C. & Cowley, S. (2005): A concept analysis of partnership with clients, *Journal of Community Practice*, 78(6), 203-238.
- Bissonnette, J.M.(2008): Adherence; a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 634-643.
- Deci E.L. & Flaste R. (1995): *WHY WE DO WHAT WE DO; The dynamics of personal autonomy (1st)*. G.P. Putnam's Sons. 桜井茂男(1999), 人を伸ばす力; 内発と自律のすすめ, 59-58, 新曜社.
- 江本リナ(2004):看護師の対応が採血および注射に臨む学童前期の子どもの取り組みに及ぼす影響, 日本赤十字看護大学紀要, 18,

- 22-33.
- 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.
- Erikson, E.H. (1959): *Identity and the Life Cycle* (1st). International Universities Press. 西平直, 中島由恵(2011), アイデンティティとライフサイクル, 1-43, 誠信書房.
- Fisher, R. & Ury, W. (1991): *Getting to YES; Negotiating Agreement without Giving in*(2nd). Houghton Mifflin Company. 金山宣夫, 浅井和子訳(1998), 新版ハーバード流交渉術, 5-144 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(2015):精神科訪問看護を否定的にとらえた統合失調症をもつ利用者の訪問看護の体験, 日本精神保健看護学会誌, 24(1), 86-87.
- 福原ひづる, 森田貞子, 加嶋裕美子, ほか(2010):精神科訪問看護から学びえたもの; 地域生活を送る訪問看護利用者と家族へアンケート調査を実施して, 日本精神科看護学会誌, 53(1), 384-385.
- Gallant, M.H., Beaulieu, M.C., Carnevale, F.A.(2001): Partnership; an analysis of the concept within the nurse-client relationship, *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 149-157.
- Glaser, B.G. & Straus, A.L. (1965): *Awareness of Dying* (1st). Aldine Publishing Company. 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, 81-109, 医学書院.
- Glaser, B.G. & Straus, A.L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine Publishing Company. 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, 29-112, 新曜社.
- Gottlieb, LN, Feeley N, Dalton C(2007):*The Collaborative Partnership Approach to Care; A Delicate Balance*(1st). Elsevier Canada. 吉本照子監訳(1st), 協働的パートナーシップによるケア; 援助関係におけるバランス, 65-80, エルゼビア・ジャパン.
- Gregg, M.F. & Magilvy, J.K. (2004): Values in clinical nursing practice and caring, *Japan Journal of Nursing Science*, 1(1), 11-18.
- Groopman, J. & Hartzband, P. (2011): *Your Medical Mind; How to decide what is right for you* (1st). The Penguin Press. 堀内志奈(2013), 決められない患者たち, 91-114, 医学書院.
- 濱恵, 高園由紀子, 宮地暁美, ほか(2012):精神科急性期患者に対する服薬 SST とコンコーダンス・スキルを用いた看護面接の効果,

- 日本看護学会論文集精神看護, 42, 114-17.
- 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.
- 畠山卓也, 大山智華, 竹内香, ほか(2015):身近なところからはじめる・考える「患者参画」, 精神科看護, 42(1), 4-17.
- 初田真人, 石垣和子(2013):統合失調症をもつ人のエンパワメントプロセスに関連する外的抑圧と抑圧の軽減につながる要因; 訪問ケアを提供している看護職者の認識から, 近代姫路大学看護学部紀要, 5, 85-95.
- 林田裕美, 田中京子, 吉田智美, ほか(2013):がん看護専門看護師が実践を行う際に必要な能力; がん看護専門看護師教育課程担当教員とがん看護専門看護師の立場から, 大阪府立大学看護学部紀要, 19(1), 41-51.
- 平井さよ子, 平井英明(2012):ある看護大教授の乳がんとの闘い, 初版, HIME企画, 95-162.
- 平松万由子, 松井妙子, 宮路亜希子, ほか(2007):在宅看護実習における学習効果; 実習形態の相違による比較, 三重看護学誌, 9, 55-61.
- 昼田源四朗(1989a):分裂病者の行動特性(第1部行動特性の列挙), 初版, 金剛出版, 11-68.
- 昼田源四朗(1989b):分裂病者の行動特性(第3部分裂病者との接し方; まとめに代えて), 初版, 金剛出版, 215-239.
- 本田芳香(2006):認定看護師の行動規範に関する研究, 埼玉県立大学紀要, 8, 133-137.
- Hook, M.L.(2006): Partnering with patients; a concept ready for action, *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 133-43.
- 星名紀子, 樋口誠一, 加藤勝一(2012):暴力対処教育の効果を考える; 包括的暴力防止プログラムを活用して, 日本精神科看護学術集会誌, 55(1), 288-289.
- 今村幸次郎監修(2008):団体交渉・労働条約; 交渉力アップ出魅力あるユニオンへ(第1章団体交渉って何?), 初版, 学習の友社, 10-37.
- 伊奈久喜(2012a):外交プロに学ぶ修羅場の交渉術(交渉人は「べき」を使うな), 初版, 新潮社, 12-30.
- 伊奈久喜(2012b):外交プロに学ぶ修羅場の交渉術(交渉決裂でも「合意」と言う), 初版, 新潮社, 121-132.
- 伊勢田千勢子, 相川知代, 藤本裕二, ほか(2011):精神障がい者の地域におけるリカバリーの実態, 日本精神科看護学会誌, 54(3), 81-85.
- 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.
- 板原雅(2011):お薬自己管理チャレンジシートの有用性；服薬アドヒアランスを高めるために，日本精神科看護学会誌，54(3)，43-45.
- 伊藤育子，福原隆子(2012):慢性期看護学実習「テーマ学習」における学生の交渉力に関する体験と学び，岐阜看護研究会誌，4，69-76.
- 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，(5地域からの精神医療の「概念」を変えよう)，第1版，岩波書店，42-58.
- 神島滋子，野地有子，片倉洋子，ほか(2008):通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討-アドヒアランスの視点から，日本看護科学学会誌，28(1)，21-30.
- 春日井典子(2003):介護ライフスタイルとジェンダー；老親介護をめぐる夫婦間の交渉過程の分析から，フォーラム現代社会学，2，113-125.
- 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.
- 片岡三佳，村岡大志，森康成，ほか(2013):医療機関による精神科訪問看護の利用者からみた訪問看護の現状と課題，日本看護学会論文集精神看護，43，3-6.
- 萱間真美，田中美恵子，中山洋子(1995):精神分裂病患者の社会復帰を促す看護師のコミュニケーション技術の分析，看護研究，28(6)，25-33.
- 萱間真美(1999):精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術；保健婦，訪問看護婦のケア実践の分析，看護研究，32(1)，53-76.
- 萱間真美(2013):ストレングスモデルを習いに出かける第2回リカバリー、エンパワメント、ストレングスモデルの関連，精神看護，16(6)，68-71.
- Kelvin, M. & Fung, T. (2008): Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment, *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(2), 95-104.
- King, I.M. (1981a): *A theory for nursing*(1st). John Wiley & Sons. 杉森みど里(1995)，キング看護理論，1-20，医学書院.
- King, I.M. (1981a): *A theory for nursing*(1st). John Wiley & Sons. 杉森みど里(1995)，キング看護理論，69-138，医学書院.
- 北村總子，北村俊則(2000):精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力(I精神科における自己決定権；問題の所在，II医療における自己決定；法的考察)，第1版，学芸社，3-36.
- 久保田佳代子(野嶋佐由美，南裕子編)(2000)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(4.認知への介入)，第1版，照林社，192-203.
- 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(序章「交渉」とは、今と未来をつなぐもの)，初版，アスコム，15-40.
- 黒江ゆり子(2002):病の慢性性 *Chronicity* と生活者と言う視点；コンプライアンスとアドヒアランスについて，看護研究，35(4)，3-17.
- 小林好和(1989):授業場面における理解過程に関する研究(Ⅱ)；理解構造を媒介とした社会的相互交渉の分析，札幌学院大学人文学会紀要，46，35-60.
- 小林由紀子，矢内里英，村山直子(2012):服薬自己調整により入退院を繰り返す患者へのコンコーダンス・スキルを用いた看護援助，日本看護学会論文集精神看護，42，99-102.
- 古賀節子(2011):「看護師の自律性」の構成概念；専門看護師への面接調査から，日本保健科学学会誌，14(2)，89-98.
- 小宮敬子，鷹野朋実，森真喜子(武井麻子編)(2013):精神看護の展開(第7章ケアの人間関係)，第4版，医学書院，25-27.
- 小坂恵美(2012):精神疾患をもつ人のストレスに焦点を当てた援助に関する文献研究，日本看護科学学会学術集会講演集，32，556.
- 桑水流浩章，大橋郷子(2011):精神科社会復帰病棟で「退院準備プログラム」を活用した取り組み；服薬アドヒアランスの向上を目指して，日本精神科看護学会誌，54(3)，38-42.
- Lieberman, R.P.(2008a): *Recovery from Disability; Manual of Psychiatric Rehabilitation(1st)*. American Psychiatric Publishing. 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，6-28，星和書店.
- Lieberman, R. P. (2008b): *Recovery from Disability; Manual of Psychiatric Rehabilitation (1st)*. American Psychiatric Publishing. 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，68-114，星和書店.
- Madela-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.
- McCracken & Corrigan (2008): *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems(1st)*. The Guilford Press. 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，301-333，星和書店.
- 正木治恵(1994):慢性病患者の看護援助の構造化の試み；糖尿病専門

- 外来看護の臨床経験を通して(その3), 看護研究, 27(4), 81-94.
- 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, 日本看護科学会誌, 24(4), 22-35.
- 松村明監修(1995):大辞泉(交渉), 第1版, 小学館, 897.
- 松岡純子, 玉木敦子, 初田真人, ほか(2012):学童期にある広汎性発達障害児とその母親のストレスに焦点を当てた看護援助モデルの開発, 日本看護科学学会学術集会講演集, 32, 555.
- 松下佳弘(2011):占領期京都市における朝鮮人学校政策の展開; 行政当局と朝鮮人団体との交渉に着目して, 日本の教育史学 教育史学会紀要, 54, 84-96.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002): Motivational Interviewing (1st). The Guiliford Press. 松島義博, 後藤恵(2007), 動機づけ面接法; 基礎・実践編, 43-56, 星和書店.
- 御手洗昭治, 秋沢伸哉(2013a):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.
- 御手洗昭治, 秋沢伸哉(2013b):問題解決をはかるハーバード流交渉戦略(第2章欧米人の交渉観とハーバード4巨頭の交渉哲学), 第1版, 東洋経済新報社, 33-65.
- 御手洗昭治, 秋沢伸哉(2013c):問題解決をはかるハーバード流交渉戦略(第3章交渉心理学), 第1版, 東洋経済新報社, 68-100.
- 武者小路公秀(1967):説得コミュニケーションと交渉行動, 学習院大学法学部教育年報, 3, 1-40.
- 長峰伸治(1999):青年の対人葛藤場面における交渉過程に関する研究; 対人交渉方略モデルを用いた父子・母子・友人関係での検討, 教育心理学研究, 47, 218-228.
- 長尾博(2008):やさしく学ぶカウンセリング; 26のレッスン(6.カウンセリングスキルのレッスン), 第1版, 金子書房, 46-102.
- 名島潤慈, 鑪幹八郎(小此木啓吾, 成瀬悟策, 福島章編)(1990):臨床心理学体系第7巻心理療法①(第Ⅲ章精神分析学), 初版, 金子書房, 78-80.
- 中井久夫(1984):中井久夫著作集精神医学の経験 1巻分裂病(『精神科治療への手引き』より), 第1版, 岩崎学術出版, 304-324.
- 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(統合失調症治療への手引き), 第1版, ラグーナ出版, 7-40.
- 中川敦(2004):遠距離介護と親子の居住形態; 家族規範との言説的な交渉に注目して, 家族社会学研究, 15(2), 89-99.
- 中西淑美(2009):医療コンフリクト・マネジメント導入における看護

- 管理者のための基礎知識，看護展望，34(7)，42-46.
- 中野綾美，畦地博子，宮田留理，ほか(2002-03):意志決定をすることが困難な患者に対する看護方略の抽出，高知女子大学紀要看護学部編，27-37.
- 中山和弘(中山和弘，岩本貴編)(2012):患者中心の意思決定支援；納得して決めるためのケア(第1章医療における意思決定支援とは何か)，第1版，中央法規出版，11-42.
- 中安隆志，谷藤伸恵(2012):精神科訪問看護におけるコンコーダンス・スキルを用いた介入の効果，日本看護学会論文集精神看護，42，31-33.
- 西田恵里子，奥野誠一，沢宮容子(2009):大学生のアサーションがライフイベントの体験に及ぼす影響，カウンセリング研究，42(2)，118-124.
- 野嶋佐由美，阿部淳子，中野綾美，ほか(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.
- 野嶋佐由美，岸田佐智，中野綾美，ほか(1995):こ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.
- 野嶋佐由美(野嶋佐由美，渡辺裕子)(2012):家族看護選書第1巻；家族看護の基本的な考え方(家族とのパートナーシップ構築の方略)，第1版，日本看護協会出版会，23-33.
- 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.
- NPO法人ささえあい医療人権センターCOML:新医者にかかる10箇条-あなたが“いのちの主人公・からだの責任者”.
- 小田心火(2004):精神科訪問看護の有効性と課題；一訪問看護ステーションにおける利用者、看護師双方に対する調査から，東邦大学医学部看護学科・東邦大学医療短期大学紀要，18，5-21.
- 小田原彰子(2001):看護者・医師関係における看護者の臨床判断，神奈川県立看護教育大学教育研究収録，26，258-264.
- 岡田圭代，古橋啓介(2009):小学生の対人交渉方略に及ぼすソーシャルスキルトレーニングの効果，福岡県立大学人間社会学部紀要，17(2)，33-46.
- 岡田佳詠(萱間真美，野田文隆編)(2015):看護学テキスト NiCE 精神看護学Ⅱ臨床で活かすケア；こころ・からだ・かかわりのプラクティス(第Ⅷ章 2-C 心理教育)，第2版，南江堂，243-245.
- 岡谷恵子(野嶋佐由美編)(2013):明解看護学双書 3 精神看護学(8章 援助的関係の形成)，第3版，金芳堂，83-94.
- 小野智美(2004):日帰り手術に向けて取り組む過程における幼児の自律性に関する研究；幼児と母親の相互作用に注目して，日本看護科学会誌，24(3)，49-59.

- 大熊恵子(2008):統合失調症患者の退院後の生活場所に関する意思決定に影響する要因, 精神障害者とりハビリテーション, 12(1), 73-80.
- 大森不二雄(2012):貿易交渉と高等教育;グローバル化における政治経済の論理, クオリティ・エデュケーション, 4, 11-43.
- 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.
- 小山洋恵, 小林恵子(2012):脳血管疾患をもつ高齢患者の退院先の意向と退院支援の検討;プライマリーナースへの質問紙調査から, 日本在宅ケア学会誌, 16(1), 100-106.
- 尾崎章子(2012):広がりゆく睡眠医療の可能性;包括的ケアシステムの構築と多職種連携 睡眠のヘルスプロモーションを目指した地域保健活動, 睡眠医療, 6(4), 539-543.
- Peplau, H.E.(1952): *Interpersonal Relations in Nursing ; A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*(1st). 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, 17-44, 医学書院.
- Polit, D.F. & Beck, C.T.(2004): *NURSING RESEARCH ; Principles and Methods*(7th). 近藤潤子(2010), 看護研究;原理と方法, 444-453, 医学書院.
- 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4章交渉に勝てる人、負ける人), 第1版, プレジデント社, 187-255.
- Ragins, M. (2002a): *A Road to Recovery* (1st). Mental Health Association. 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, 24-31, 金剛出版.
- Ragins, M. (2002b): *A Road to Recovery* (1st). Mental Health Association. 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, 59-73, 金剛出版.
- Rapp, A. & Goscha, R.J. (2006): *The Strengths Model ; Case Management with People Psychiatric Disabilities* (2nd). Oxford University Press. 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, 79-156, 金剛出版.
- Riley, J.B.(2004a): *Communication in Nursing* (5th). Mosby. 渡部富栄(2007), 看護のコミュニケーション原著第5版, 114-122, エルゼビア・ジャパン.
- Riley, J.B.(2004b): *Communication in Nursing* (5th). Mosby. 渡部富栄(2007), 看護のコミュニケーション原著第5版, 123-141, エルゼビア・ジャパン.

- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008): *Motivational Interviewing in Health Care (1st)*. The Guilford Press. 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, 207-231, 星和書店.
- Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Sjostrom, et al. (2007): *Patient participation in nursing care; towards a concept clarification from a nurse perspective*, *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 630-637.
- 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 (第3章病院組織協力体制を築くための、とっておきの交渉スキルのポイント; 職種別・職位別交渉の考え方), 初版, 経営書院, 8-19.
- 産業能率大学総合研究所交渉研究プロジェクト編(2011a): 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(理論編第2章論理的要因), 初版, 産業能率大学出版部, 23-66.
- 産業能率大学総合研究所交渉研究プロジェクト編(2011b): 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(理論編第1章交渉の考え方), 初版, 産業能率大学出版部, 4-22.
- 産業能率大学総合研究所交渉研究プロジェクト編(2011c): 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(実践編第3章交渉のレトリック), 初版, 産業能率大学出版部, 119-160.
- 産業能率大学総合研究所交渉研究プロジェクト編(2011d): 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(理論編第3章心理的要因), 初版, 産業能率大学出版部, 67-88.
- 産業能率大学総合研究所交渉研究プロジェクト編(2011e): 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(実践編第1章現状認識), 初版, 産業能率大学出版部, 91-100.
- 佐々木美加(2012a): 交渉の心理学(第1章交渉とは), 初版, ナカニシヤ出版, 1-43.
- 佐々木美加(2012b): 交渉の心理学(第2章説得の心理学; 交渉相手の態度を変える), 初版, ナカニシヤ出版, 45-77.
- 佐藤彰, 秦かおり編(2013): *ナラティブ研究の最前線; 人は語ることで何をなすのか(語りに見る吃音アイデンティティ交渉, 「食わせられる? 旦那」に見る伝統的結婚観とそれに拮抗する新たな規範の交渉, 「何となく合意」の舞台裏)*, 初版, ひつじ書房, 175-200, 225-272.
- 渋谷昌三(2003): *面白いほどうまくいく心理戦術*, 第1版, 東洋経済新報社, 54-127.

- Shyu, Y.I.(2000): Role tuning between caregiver and care receiver during discharge transition ; an illustration of role function mode in Roy's adaptation theory, *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 323-31.
- 下原美子(2012):地域で生活する統合失調症患者の主観的 QOL の実態と精神科訪問看護との関連, *日本精神保健看護学会誌*, 21(1), 1-11.
- 篠原啓方,井上充幸,黄蘊,ほか(2010):文化交渉による変容の諸相, 初版, 関西大学文化交渉学教育研究拠点, i-vi.
- 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.
- 菅原由紀子(2007):精神科訪問看護に対する利用者の思い, *日本看護学会論文集精神看護*, 38, 93-95.
- Sullivan, H.S. (1956a): *Clinical Studies in Psychiatry* (1st). W.W.Norton & Company. 中井久夫, 山口直彦, 松川周悟(1983), *精神医学の臨床研究*, 13-21, みすず書房.
- Sullivan, H.S. (1956b): *Clinical Studies in Psychiatry* (1st). W.W.Norton & Company. 中井久夫, 山口直彦, 松川周悟(1983), *精神医学の臨床研究*, 381-399, みすず書房.
- 鈴木尤, 伊藤順一郎(1997):SST と心理教育(第 3 章心理教育とは), 初版, 中央法規, 49-58.
- 鈴木有香(2004a):交渉とミディエーション;協調的問題解決のためのコミュニケーション(第 2 章コンフリクトへのアプローチ), 第 1 版, 三修社, 45-68.
- 鈴木有香(2004b):交渉とミディエーション;協調的問題解決のためのコミュニケーション(第 1 章コンフリクトとは;対立・紛争・摩擦・葛藤), 第 1 版, 三修社, 21-44.
- 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.
- 高田幸千子(2011):院内医療メディエーションの現場から;看護と医療メディエーション, *国立病院総合医学会講演抄録集*, 65, 31.
- 武田美奈子,氏家恵子,大倉育子,ほか(2009):創外固定器装着中患者の清潔ケア変更と生活への影響;シャワー浴方法・回数変更の取り組みから, *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 21 回, 155-157.

- 谷川須佐雄(2005):願望を実現する交渉力(2章すぐ分かる交渉の原理原則), 初版, カナリア書房, 44-86.
- Tay, S.E.(2007): Compliance therapy ; an intervention to improve inpatients' attitudes toward treatment, *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(6), 29-37.
- Tmobranski, P.H.(1994): Nurse-patient negotiation ; assumption or reality?, *Journal of Advanced Nursing*, 19, 733-737.
- 徳永豊(2011):重度・重複障害児の対人相互交渉における共同注意 ; コミュニケーション行動の基盤について(第1章障害のある子どものコミュニケーション行動), 初版, 慶應義塾大学出版会, 19-20.
- 富川順子, 野嶋佐由美(2014):統合失調症を持つ人の resilience ; 病という逆境からの回復過程を表すテーマ, *高知女子大学看護学会誌*, 40(1), 31-40.
- 土屋徹, 坂本明子, 内野俊郎(伊藤順一郎監修)(2008): 統合失調症を知る心理教育テキスト当事者版あせらず・のんびり・ゆっくりと改訂新版 ; 自分の夢・希望への一歩(Part3 薬の役割 ; 副作用とその対処), 改訂新版, 特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構, 21, 17-22.
- 上淵寿(2004):動機づけ研究の最前線(2章自律性と関係性から見た内発的動機づけ研究), 初版, 北大路書房, 30-60.
- 上村朋子, 本田多美枝(2005):概念分析の手法についての検討 ; 概念分析の主な手法とその背景, *日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report*, 3, 194-207.
- 浦野起央, 信夫隆司(1986):交渉理論の検討, *政経研究*, 23(1), 141-176.
- 宇佐美しおり(野嶋佐由美, 南裕子編)(2000)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(13.教育的介入), 第1版, 照林社, 342-345.
- 和田仁孝, 中西淑美(2006):医療コンフリクト・マネジメント ; メディエーションの理論と技法(紛争の IPI 構造), 第1版, シーニュ, 19-22.
- Walker, L.O. & Avant, K.C. (2005): *Strategies for Theory Construction in Nursing (4th)*. Peason Education. 中木高夫, 川崎修一(2008), 看護における理論構築の方法, 89-122, 星和書店.
- 鷺田豊明(2010):環境ゲーム論 ; 対立と協力、交渉の環境学, 初版, 上智大学出版, 1.
- Webster, N. & McKechnie, J.: *Websters New Twentieth Century Dictionaty (2nd)*, William Collins, 1202, 1983.
- World Health Organization(2003): *Adherence to Long-term Therapies ; Evidence for Action*, World Health Organization, 196.

- World Health Organization(2007): *People-Centred Health Care ; A policy framework*, World Health Organization.
- 山田浩平, 朝野聡, 物部博文(2012):対人葛藤場面での断り行動に対する自己効力感と社会的スキル及びアサーティブな態度、ユーモア対処との関わり, 学校保健研究, 54(3), 203-210.
- 山岸明子(1998):小・中学生における対人交渉方略の発達および適応感との関連 ; 性差を中心に, 教育心理学研究, 46, 163-172.
- 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.
- 山本則子(1995):痴呆老人の家族介護に関する研究 ; 娘及び嫁介護者の人生における介護経験の意味 ; 介護量引き下げの意思決定過程, 看護研究, 28(5), 409-427.
- 横手直美, 竹田まゆ美, 井上雅美(2011):助産学の学習初期における効果的教育方法に関する研究 ; 2期生に対する分娩見学自主実習の効果と課題, 日本赤十字広島看護大学紀要, 11, 11-19.

参考文献

- 阿部隆徳(2012):医療現場における迷惑行為と法 ; 判例を踏まえた対応方法, 安全医学, 8(1), 35-52.
- 赤平雅子, 対馬八重子, 大山一志(2011):訪問看護を利用する統合失調症患者がとらえるサービス利用の意義, 日本看護学会論文集地域看護, 41, 3-6.
- 天富美弥子, 土井智美, 木寺克彦(1992):1ヵ月児をもつ母親の育児状況とそれへの支援について, 小児保健研究, 51(4), 528-534.
- 天野修司(2013):世界に広がるトロピカルディジェージズ バイオセキュリティに関する国際動向, 化学療法の領域, 29(8), 1733-1738.
- Alexander, J. (2006): Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction, *Journal Psychiatric Ment Health Nurs*, 13(5), 543-53.
- Andersen, A.J., Svensson, T.(2012): Struggles for recognition ; a content analysis of messages posted on the Internet, *Journal Multidisciplinary Healthcare*, 5, 153-62.
- 網谷優子, 武蔵博文(2008):発達障害児の集団における社会的コミュニケーション環境についての検討 ; 「発表者」「聞き手」の役割学習の効果, 特殊教育学研究, 45(5), 265-273.
- 青木省三, 鈴木啓嗣(2005):広汎性発達障害(総論), *Schizophrenia Frontier*, 6(3), 179-183.
- Arakawa, Y., Sasaki, R., Amaki, S. (1982): B型肝炎ウイルスの性交による伝播に関する疫学, *The Nihon University Journal of*

- Medicine, 24(1), 15-27.
- Brahmi, Z., & Gammoudi, M.M. (2013): The Value of Nature to the State, *Annals of the Association of American Geographers*, 103(4), 890-905.
- Brussoni, M., Olsen, L., Sheftel, D. et al. (2010): Gendered analysis of fathers injury prevention attitudes and practices, *Injury Prevention*, 16, A110-A110.
- Brush, D.R., Brow, C.E., Alexander, G.C. (2012): Critical care physicians' approaches to negotiating with surrogate decision makers ; a qualitative study, *Critical Care Medicine*, 40(4), 1080-7.
- Carol, S. (2006): Radical Rudeness-Ugandan Social Critiques in the 1940s, *Journal of Social History*, 39(3), 741-770.
- 千葉真一(2008):早期連絡と話し合いこそが入金のポイント ; 三井記念病院における未収金対策, *新医療*, 35(3), 139-142.
- Coyne, I. (2015): Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care- hidden expectations and unclear roles, *Health Expect*, 18(5), 796-808.
- Croghan, R. & Miell, D. (1999): Born to abuse? Negotiating identity within an interpretative repertoire of impairment, *British Journal of Social Psychology*, 38(3), 315-335.
- Crossley, M.L. (2002): 'Could you please pass one of those health leaflets along?' ; exploring health, orality and resistance through focus groups, *Social Science & Medicine*, 55(8), 1471-83.
- Davis, L., Kurzban, S., Brekke, J. (2012): Self-esteem as a mediator of the relationship between role functioning and symptoms for individuals with severe mental illness ; a prospective analysis of Modified Labeling theory, *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 185-9.
- Day, D. & Kjaerbeck, S. (2013): 'Positioning' in the conversation analytic approach, *Narrative Inquiry*, 23(1), 16-39.
- DeLand, M.(2013): Basketball in the Key of Law: The Significance of Disputing in Pick-Up Basketball in the Key of Law ; The Significance of Disputing in Pick-Up Basketball, *Law & Society Review*, 47(3), 653-685.
- Dill, S.K.(2002):日本における ART の展望 諸外国との比較において ; オーストラリアにおける ART の現況(患者の立場から), *産婦人科の世界*, 54(1), 11-12.
- 鳥帽子田彰(2012):アルコール関連問題基本法(仮称)の制定で何が

- 変わるのか?, 治療, 94(4), 482-487.
- Ellis, L.M., & Chen, E.C.(2013): Negotiating identity development among undocumented immigrant college student ; a grounded theory study, *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 251-64.
- Estryn, B.M., Vinck, L., Caillard, J.F. (2001):フランスの医療における労働スケジュール, *Journal of Human Ergology*, 30(1~2), 327-332.
- Fielding, R., Tam, F.S.H. (1990): elective surgery のために入院した中国人の子供の苦痛の表現に対する母親の反応, *Psychologia*, 33(2), 100-105.
- 藤森英之, 分島徹, 坂口正道, ほか(1990):長期通院分裂病者の社会適応と治療的背景, *精神医学*, 32(1), 19-27.
- 藤村和弘(2010):手術室における診療材料の物流の構築と経費削減計画, *秋田県農村医学会雑誌*, 55(2), 10-11.
- 藤野ゆき(2007):患者の立場からみた心の病の職場復帰, *社会医学研究*, 25, 45-50.
- 藤崎真知代(1983):母子相互交渉における時差的連関に関する研究, *教育心理学研究*, 31(2), 28-39.
- 藤田由美子(2009):子どもにとっての「ジェンダーの二分法」; 幼児を対象にしたインタビューの分析, *九州保健福祉大学研究紀要*, 10, 79-88.
- 藤田和加, 草薙進郎(1989):聴覚障害幼児のコミュニケーション行動の発達(1), *心身障害学研究*, 13(2), 49-59.
- 福本良之(2013):保健医療患者側弁護士の提訴抑制機能, *社会学論集*, 24(1), 1-10.
- 福澤知子(2006):当院における新 ER 体制の現状と今後の課題, *日本救急医学会関東地方会雑誌*, 27, 240-241.
- 船橋圭, 坂爪一幸, 倉持昇, ほか(2005):職場における介入援助を通して職場定着に至った半側無視事例, *認知リハビリテーション*, 2005, 21-27.
- 古木壽幸(2010):材料コストマネジメントのための用途分類とその期待すべきアウトカム ; 医師も納得する同種同効品統合マネジメント, *ITヘルスケア*, 5(1), 31-34.
- Gachter, S., Riedl, A.(2006): Dividing justly in bargaining problems with claims Normative judgments and actual negotiations, *Social Choice and Welfare*, 27, 571-594.
- Gillberg, C. (1987): Rett 症候群における自閉的特徴 ; 母親の報告に基づく初めの 2 年間, *Brain & Development*, 9(5), 499-501.

- Grealish, L. & Trevitt, C. (2005): Developing a professional identity; student nurses in the workplace, *Contemporary Nurse*, 19(1-2), 137-50.
- Grist, R.M. & Field, A.P. (2012): The mediating effect of cognitive development on children's worry elaboration, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(2), 801-7.
- 濱田米紀, 有田直子, 笹木忍, ほか(2009):小児の痛み緩和ケアツール導入過程における CNS の技術と役割の明確化, *看護研究*, 42(6), 445-457.
- 浜谷直人(1988):生活画概念の検討; 幼児の絵画共同製場面の相互交渉の分析, *東京大学教育学部紀要*, 27, 307-315.
- 原哲也(2004):コミュニケーションパートナーレーニングが脳性麻痺児の AAC 手段の使用と相互交渉に与える効果, *コミュニケーション障害学*, 21(2), 69-77.
- 橋本創一, 池田由紀江, 細川かおり, ほか(1991):ダウン症幼児のコミュニケーション行動の発達; 母子遊び場面における相互交渉の分析, *心身障害学研究*, 15(2), 53-62.
- 橋本ゆかり, 杉本陽子(2007b):静脈麻酔下で髄腔内注入を受ける小児がんの子どもへの認知に影響を及ぼす医療者の関わり; 処置前・中・後を通して行った介入から, *日本小児看護学会誌*, 16(1), 33-39.
- 秦野悦子(1984):前発話期から発話期における否定表現の展開, *教育心理学研究*, 32(3), 191-205.
- 林千穂, 大井潤子, 谷本栄子, ほか(2012):チーム医療における看護師の調整役割; 主任看護師に焦点を当てて, *日本看護学会論文集:看護教育*, 42, 200-203.
- 林康史編(2009):法文化(歴史・比較・情報)叢書⑥ネゴシエイション-交渉の法文化, 初版, 9-18, 国際書院.
- Hill, R. (2013): Towards Equity in Indigenous Co-Management of Protected Areas-Cultural Planning by Miriuwung-Gajerrong People in the Kimberley, Western Australia, *Geographical Research*, 49(1), 72-85.
- 平井清, 細井創(2010):発達障害; 自閉症スペクトラム障害と注意欠陥/多動性障害を中心に, *京都府立医科大学雑誌*, 119(6), 389-395.
- 広利吉治, 渡辺純, 松本和雄, ほか(1990):自閉症児の愛着行動とその指導; 保育集団内における対人交渉の分析, *小児の精神と神経*, 30(1-2), 67-76.
- 広瀬美千代(2010):家族介護者の「アンビバレントな世界」における語りの記述; もう一つのストーリー構築に向けて, *老年社会科学*, 31(4), 481-491.

- 冷水来生(1980):言語的表出手段を持たないろう幼児の表出行動について, 特殊教育学研究, 18(3), 1-6.
- 本多英喜(2012):現場のコミュニケーションで悩むこと　こんなときどうする? ; 医学的に不当な要求.レジデントノート, 14(11), 2228-2237.
- 本田りえ, 野口普子, 嶋美香, ほか(2012):ドメスティック・バイオレンス被害者への司法のプロセスにおける心理的サポートの試み, 総合病院精神医学, 24(3), 253-260.
- 本田芳香(2007):認定看護師の行動規範に関する研究, 埼玉県立大学紀要, 8, 133-137.
- 本間敦(2010):手術看護の専門性確立に向けた支援;手術部看護師長として人事労務管理改善のため行動する, 日本手術医学会誌, 31(4), 294-298.
- 細川かおり, 橋本創一, 池田由紀江(1989):精神遅滞幼児の母子遊び場面における相互交渉の分析, 心身障害学研究, 14(1), 53-60.
- 細谷紀子(2009):市町村中堅保健師が獲得している施策化に関わる技術・能力とその獲得に影響を与えた経験の特徴, 千葉看護学会会誌, 15(2), 9-17.
- 堀口智美, 稲垣美智子, 多崎恵子(2013):日本人 2 型糖尿病患者の家族サポート感取・対応力尺度－重度の合併症のない時期, 金沢大学つま保健学会誌, 37(1), 23-32.
- Housley, W. & Smith, R.J. (2011): Mundane reason, membership categorization practices and the everyday ontology of space and place in interview talk, *Qualitative Research*, 11(6), 698-715.
- Htay, S.S., Oo, M., Yoshida, Y., et al. (2010):ミャンマーの医学生と地域青年における危険行為とその関連因子, *Nagoya Journal of Medical Science*, 72(1-2),71-81.
- 井田健, テラモト・エリカ, 岡英輝, ほか(2009):国際医療帰省患者に関する考察;ブラジル人患者のサンパウロ市までの搬送経験から, 公立甲賀病院紀要, 12, 35-45.
- 池田俊也, 小野塚修二(2005):製薬企業における薬剤経済学への取り組み状況－薬価算定時の利用における現状と課題, 医療と社会, 14(4), 145-158.
- 今川真治(2007):幼稚園 4 歳齡児の言語コミュニケーションスキルと遊び集団における他児との相互交渉, 広島大学大学院教育学研究科紀要第二部, 56, 303-311.
- 狗巻修司(2010):自閉症幼児の相互交渉スキルの障害特性と相互交渉成立要因についての検討;保育者のはたらきかけ方と自閉症幼児の応答に着目して, 京都府立大学学術報告公共政策, 2, 85-108.
- 狗巻修司(2012):自閉症幼児との相互交渉におけるおとなのかかわ

- り方に関する検討；かかわり方と子どものとらえ方の関連について，発達障害研究，34(1)，29-42.
- 井ノ崎敦子(2007):ドメスティック・バイオレンス被害女性のためのサポートグループに関する研究，帝塚山大学心のケアセンター紀要，2，35-37.
- 井上鈴，青木豊，松本英夫，ほか(2003):乳幼児養育者の関係性の総合的評価法について，児童青年精神医学とその近接領域，44(3)，293-304.
- 石田健司，谷俊一，山本博司(2004):Sacral agenesis 児の運動発達経過とリハビリテーションアプローチの報告，中部日本整形外科学会雑誌，47(6)，1289-1290.
- 石原明子(2010):当事者からみる医療事故と保健医療社会学；紛争解決学の視点から，保健医療社会学論集，20(2)，26-39.
- Ishii, N., Ichiyama, S., Nakajima, H. et al. (1993):HIV 感染患者における Sexually Transmitted Diseases, The Journal of Dermatology, 20(3), 171-174.
- 石川博康(2011):再交渉義務の理論，初版，有斐閣.
- 石川丹，大塚耕右，植田祐樹，ほか(2010):反抗挑戦性障害の1幼児例；攻撃行動消失への発達過程，小児科臨床，63(9)，2011-2014.
- 石倉健二(2001):対人関係を拒絶する肢体不自由者の動作面接過程についての一考察；自体志向性の視点から，心理臨床学研究，19(5)，489-500.
- 巖康秀，三川宏，加藤啓一，ほか(1993):定期航空便で集中治療をしながら医療帰省を行った頸髄損傷の1例，ICUとCCU，17(9)，917-921.
- 岩崎麻美，石井雄吉(2000):精神科デイケアにおける対人相互作用プロセス；社会生活場面に近い実践活動を通して，神奈川県精神医学会誌，50，35-43.
- 岩下具美，上田泰明，城下聡子，ほか(2011):長野県内で脳卒中を発症した県外出身者の亜急性期転院に関する検討，脳卒中，33(1)，164-170.
- 岩田光児(2009):自閉性障害に関する最近の神経心理学的知見，コミュニケーション障害学，26(2)，112-116.
- 加部一彦(2010):医療事故から「なに」を学び、「どの」様に活かそうとしているのか，保健医療社会学論集，20(2)，15-19.
- 梶原充，沖真実，森山浩之(2009):陰茎皮膚に生じた淋菌性膿瘍の1例，西日本泌尿器科，71(12)，647-649.
- 加村眞知子，下山眞智子，向野賢治(2010):管理部門を納得させる具体例；経理担当者を納得させるランニングコスト計算，INFECTION CONTROL，19(10)，983-988.

- 金澤彰(1995):意思無能力者制度における心神の常況の鑑定の実状, 日本社会精神医学会雑誌, 4(1), 25-30.
- 神田良樹(1987):「自傷」の臨床的研究補遺;症例の紹介とその精神病理の試み.昭和医学会雑誌, 47(5), 723-737.
- 糟谷由香(2011):視覚重複障害児を対象とした即興演奏による音楽療法介入の効果;社会的相互交渉における行動の増加に伴い自傷的特異行動の減少が認められた一事例, 音楽心理学音楽療法研究年報, 39, 23-31.
- 勝京子(2010):師長が困難と認識している問題とその取り組み;大学病院病棟師長の経験に焦点を当てて, 日本看護学会論文集;看護管理, 40, 186-188.
- Katz, J., Joiner, T.E. (2002): Being known, intimate, and value; global self-verification and dyadic adjustment in couples and roommates, *Journal of Personality*, 70(1), 33-58.
- 河上智香, 藤原千恵子(2007):在宅中心静脈栄養(HPN)を施行中の学童期の子どもと親のレジリエンス.日本看護学会論文集;小児看護, 37, 173-175.
- 萱間真美(2007):よくわかる質的研究の進め方・まとめ方;看護研究のエキスパートをめざして(グラウンデッド・セオリー), 第1版, 医歯薬出版株式会社, 73-84.
- 河田志帆, 藤井広美, 畑下博世(2011):看護実践におけるヘルスリテラシーの概念分析, 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 9(1), 24-31.
- 金城志麻(2008):自閉性障がい児と母親との相互交渉における母親の子どもの「捉え方」と「働きかけ」との関連性, リハビリテーション心理学研究, 35(1), 23-34.
- 岸俊行, 松尾聖一郎, 野嶋栄一郎(2008):一斉授業における教師-児童間の相互交渉の契機となりうる教師の「働きかけ」発話の検討-小学校2年の国語の授業における教室談話の分析, 日本教育工学会論文誌, 32(1), 57-66.
- 北原誠(2011):楽泉園自由地区の形成に至る歴史的背景の特異性(旧湯之澤区と楽泉園自由地区の関係), 日本ハンセン病学会雑誌, 80(3), 249-259.
- Kobayashi, R. (2003): 摂食障害と世代間伝達, 児童青年精神医学とその近接領域, 44, 138-152.
- 神戸誠, 花井弘和(2000):デイケア通所者の職業レディネスと社会生活能力, 岐阜市民病院年報, 20, 101-104
- 久保容二郎(2000):靴ずれ防止テープによる接触皮膚炎, 皮膚病診療, 22(12), 1157-1160.
- 黒山竜太(2009):発達障害児とセラピストとの相互作用に及ぼす音楽の効果, リハビリテーション心理学研究, 36(1), 15-29.

- 串田秀也(2002):統語的単位の開放性と参与の組織化(2)ー引きとりにおける参与の交渉ー,大阪教育大学紀要,第Ⅱ部門社会科学・生活科学,51(1),43-66.
- 小林八代枝,星直子,霜田敏子,ほか(2003):入院児に接する看護師の特性;相互交渉傾向と養育態度からの分析,埼玉医科大学短期大学紀要,14,7-19.
- 小井土雄一,近藤久禎,多田章美,ほか(2001):国際災害救援医療への取り組みと問題点ー台湾地震災害における国際緊急援助隊の医療活動を通して,日本職業・災害医学会会誌,49(2),130-135.
- 小嶋千春(2007):身体合併症治療を拒否し続けた統合失調症患者へのかかわり;インフォームド・コンセントと家族の協力、医療連携が効果的に行われ手術が受け入れられた事例より,日本精神科看護学会誌,50(2),329-333.
- 小宮豊一,湯浅和恵(2004):SJS患者会からドクターへのメッセージ,Derma,86,83-88.
- 近藤泰三(2009):このポイントはずせないマルチベンダー下での部門システムの選択,新医療,36(10),72-74.
- Le-Dantec, C.A., Yi-Luen, D.E. (2009): The Mechanisms of Value Transfer in Design Meetings, Design Studies, 30(2), 119-137.
- Lesley, B. (1983): The New Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles (4th), Oxford University Press, 1900.
- Li, Y., Sato, Y. (2008): 中国黒竜江省の大学生における社会経済学的因子、健康行動及び精神的健康の関係, School Health, 4, 9-15.
- Lindheim SR, Porat N, Jaeger AS (2011): 生殖補助医療および遺伝的リスク情報の存在に関連し、配偶子提供者および被移植者の両者の希望に関する調査報告, The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 37(4), 292-299.
- Malta, M., Monteiro, S., Lima, R.M. et al. (2008): HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil, Rev Saude Publica, 42(5), 830-7.
- Marcia, A. & Petrini, R.N (2002): 小児のクリニカルスペシャリストになるためのヘルスアセスメントー小児を専門領域とする看護師の役割.小児看護, 25(4), 501-512.
- 丸山圭一(1989):主要がんの全国登録に基づく患者情報の基礎的並びに臨床的解析に関する研究,厚生省がん研究助成金による研究報告集昭和63年度,120-123.
- 正木太朗,中村敦子,谷昌寛(2004):HIV感染者に発症した2期梅毒疹の1例,皮膚の科学,3(5),497-500,447-448,
- 真下綾子,小澤未緒,井上幸子,菅田勝也(2009):PFI導入による経営環境変化に対応するために発揮された看護管理者のコンピテン

- シー.日本看護管理学会誌, 13(2), 31-40.
- 正岡経子, 丸山知子(2011):産婦ケアにおける助産師の『語り』から経験知を抽出するナラティブ分析, 日本保健医療行動科学学会年報, 26, 158-168.
- 松田直, 大坪明德(1984):重複障害児の視覚機能の発達について 後頭部に髄膜脳瘤のみられた事例を中心として, 国立特殊教育総合研究所研究紀要, 11, 89-97.
- 松尾久枝, 加藤孝正(1984):精神遅滞児の母子関係;プレイルーム場面における母子言語行動, 発達障害研究所社会福祉学部研究報告, 9, 1-10.
- 松尾久枝, 加藤孝正(1985):母子交渉場面における母親の応答性 前言語期の重度・中度精神遅滞児と健常児の場合, 聴覚言語障害, 13(4), 173-186.
- 松崎丈, 菅井邦明(2003):聾学校幼稚部における聴者教師-聴覚障害児集団の相互交渉の形成-4歳児クラスの手話併用による話し合い活動を中心に, 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 51, 235-250.
- McCormack, B. (2003): A conceptual framework for person-centred practice with older people, *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 202-9.
- 三嶋廣繁(2007):女性のためのプライマリ・ケア クラミジア感染症, 治療, 89(10), 2833-2838.
- 三嶋廣繁, 田中香お里, 渡邊邦友(2005):性器クラミジア感染症の現況と対策, 化学療法の領域, 21(8), 1113-1120.
- 南田智子(2008):分娩直後の早期接触に関する研究;ビデオを通じた相互関係の行動観察, 母性衛生, 49(1), 130-137.
- 三浦広志, 佐藤朗, 斎藤悦子, ほか(2013):戻り搬送で自己血が使用できなかった前置胎盤症例をふまえて, 秋田県産科婦人科学会誌, 18, 17-19.
- 宮部剛実, 波多野博, 藤原伊津子, ほか(2005):シックスシグマによる物品購入プロセスの構築, 済生会吹田病院医学雑誌, 11(1), 45-50.
- 宮本昌子, 石倉康子(2008):自閉症幼児に対するモデリングを中心とした相互交渉型指導の効果, 目白大学健康科学研究, 1, 37-47.
- 宮内和美, 尾上博美, 末田雅彦, ほか(2008):未収金は削減できる;未収金防止策と回収策, 新医療, 35(3), 143-146.
- 溝辺和成, 野上智行, 稲垣成哲(1996):コンセプトマップを利用した理科授業における子どもの相互交渉に関する研究, 神戸大学発達科学部研究紀要, 3(2), 103-109.
- 水内豊(2010):ピンチをチャンスに変える具体例;反対勢力を味方に

- 付ける, INFECTION CONTROL, 19(10), 1007-1010.
- 水摩明美(2008):医療紛争における院内メディエーションの効果, 日本医療マネジメント学会雑誌, 9(2), 341-345.
- Moreau, A., Carol, L., Dedianne, M.C., et al. (2012): What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care model; A qualitative study using focus-group interviews, Patient Education and Counseling, 87(2), 206-11.
- 森久美子(2006):広汎性発達障害児における分配行動の研究, 関西学院大学社会学部紀要, 100, 133-143
- 森利光, 武田研, 小嶺俊(2006):自賠責後遺症診断の問題点, 北海道整形外科外傷研究会会誌, 22, 2-4.
- 森川美絵(2009):介護人材の確保育成策; 諸外国の経験から, 保健医療科学, 58(2), 129-135.
- 森崎博志(2005):自閉的な子どもへの身体を介した関わりの意義; 発達の視点からの理論的考察, リハビリテーション心理学研究, 32(2), 49-62.
- 森田多明衣, 四日市章(2006):聴覚障害児と健聴児とのきょうだい関係, 聴覚言語障害, 35(2), 47-58.
- 本村嘉仲, 村尾さおり, 後野喜代美, 森下世希子(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.
- 村中千栄子(2012):リフレクションにみる看護係長の看護管理実践活動; 看護係長の教育プログラムの一考察, 日本看護学会論文集: 看護管理, 42, 123-126.
- 永井敦, 真鍋和史, 渡部昌実, ほか(1999):岡山大学医学部附属病院泌尿器科における新婚 ED(勃起障害)の臨床的検討, 日本性科学会雑誌, 17(1), 24-29.
- 永井弥生(2013):皮膚科医のための臨床トピックス 苦情・クレームから医療紛争まで; 対話による解決を図る医療メディエーションとは?, 臨床皮膚科, 67(5), 172-175.
- 長峰伸治(1996):青年期の対人的交渉方略に関する研究; INSモデルの検討と対人的文脈による効果, 名古屋大学教育学部紀要, 43, 175-186.
- 長峰伸治, 加藤麻登佳, 辻 正次(2011):定型発達児・者との比較による高機能広汎性発達障害児・者の対人交渉方略の検討, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 19, 27-40.
- 長縄友子, 日本薬学図書館協議会雑誌問題検討委員会(2012):日本医学図書館協会/日本薬学図書館協議会電子ジャーナルコンソーシアム活動のあゆみ, 薬学図書館, 57(1), 19-24.

- 長野宏一朗(2007):地域医療連携から見た終末期医療 東京大学医学部附属病院における退院支援の実践から, 医薬ジャーナル, 43(8), 2039-2042.
- Nagao, K.(2007):日本における正常な既婚夫婦の性的活動; アンケート調査, *Reproductive Medicine and Biology*, 6(2), 133-138.
- 長瀬修(2009):障害者の権利条約と知的障害者, 発達障害研究, 31(1), 13-21.
- 中島そのみ, 仙石泰仁(2005):統合保育場面における障害児の相互交渉能力を視点にした行動評価の試み—精神発達遅滞を有する1症例を通して, 作業療法, 24(4), 368-375.
- 中島隆信(2006):経済学の視点から見た障害者自立支援法, 精神科臨床サービス, 6(4), 403-412.
- 中島俊思(2008):NICU入院を経験した子を育てる母親の主観的体験と養育行動の連続性に関する研究, リハビリテーション心理学研究, 35(1), 35-47.
- 中元誠(2011):公私立大学図書館コンソーシアム(PULC)2003~2010 PULCは何をしてきたか, 薬学図書館, 56(3), 271-277.
- 中村和彦, 上村大輔(2007):生理活性物質のケミカルバイオロジー—生物現象の不思議に迫るケミカルバイオロジー—未解明生命現象, 蛋白質・核酸・酵素, 52(13), 1661-1666.
- 中村博(2007):老人介護施設からの高齢傷病者救急搬送要請への対応, 救急医療ジャーナル, 15(5), 24-28.
- 中西淑美(2011):「対人関係へのコンフリクト」にメディエーションアプローチを使ってみよう!, ナースマネジャー, 12(6), 71-75
- 中西淑美(2012):院内医療メディエーションの現場から 医学部1年生における共感と医療メディエーション教育の可能性, 医療, 66(10), 559-565.
- 中野良哉(2013):学生の学習動機づけに影響を及ぼす要因; 進路決定時の親の関わりと進路自己決定性, 理学療法科学, 28(4), 551-556.
- Nelson, A.M. (2003): Transition to motherhood, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-77.
- 根本明宜(2010):HISのハードウェアは自分で選ぶ 自主選択のための具体的方向性 HIS構築時のハードウェア自主的選択を可能にする仕様書の作成, 新医療, 37(12), 142-145.
- 丹生健一(2013):救急・急変対応の心得 救急搬送をする際、受ける際のポイント, 耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 85(5), 14-15.
- Nishimura, H., Sugawara, K., Kitame, F., ほか(1987):フィリピンの一山村住民におけるC型インフルエンザウイルスに対する抗体保有状況, *Microbiology and Immunology*, 31(11), 1137-1143.
- ニッテレ債権回収業務本部・営業部(2008):サービサーによる医療未

- 収金管理の現状と今後の展望, 新医療, 35(3), 153-156.
- Obeidi, A., Hipel, K., Kilgur, D. (2005): The Role of Emotions in Envisioning Outcomes in Conflict Analysis, Group Decision and Negotiation, 14(6), 481-500.
- Obstfelder, A., Engeseth, K.H., Wynn, R. (2007): Characteristics of successfully implemented telemedical applications, Implementation Science, 27, 225.
- Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R. (2005): Moving forward ; negotiating self and external circumstances in recovery, Psychiatric Rehabilitation Journal, 28(4), 315-22.
- 尾城孝一(2011):国立大学図書館協会の電子ジャーナル・コンソーシアム活動 過去・現在・未来, 薬学図書館, 56(2), 158-165.
- 及川隆司, 松坂薫, 近江谷留里子, ほか(2012):国立病院機構八戸病院における東日本大震災時の寝たきり患者の管理, 医療, 66(5), 197-201.
- 岡野純毅, 長尾哲男(1990):障害老人 4 事例の在宅時と老人デイケア参加時の生活行為の対比, 作業療法, 9(1), 37-44.
- 岡澤慎一(2012):超重症児への教育的対応に関する研究動向, 特殊教育学研究, 50(2), 205-214.
- 奥田幸助(1971):バーナードの交渉体協働, 関西大学社会学部紀要, 2(1), 1-19.
- 奥平さやか, 鈴木俊治(2004):高齢者に発症した陰唇癒着症の 1 例, 臨床婦人科産科, 58(1), 97-99.
- Oldrich, B. (2007): Wanted-A Mid-Range Theory of International Peacekeeping, International Studies Review, 9(3), 407-436.
- 大場龍男, 松田啓一(2001):脳血管障害者の復職交渉開始時期について, リハビリテーション研究紀要, 11, 47-50.
- 大平整爾(2007):透析患者の心理的特徴とスタッフの対応, 臨床透析, 23(11), 1647-1652.
- 大石敬子(2002):言語発達の遅れ, 小児科診療, 65(4), 577-581.
- 大石敬子(2009):発達障害の言語聴覚療法, MEDICAL REHABILITATION, 103, 56-62.
- 太田知子, 鶴田来美, 蒲原真澄, ほか(2012):高校生の性に関する意識と自己効力感・自尊感情に関する研究, 高崎健康福祉大学紀要, 11, 91-98.
- 小野礼子(2003):脳性麻痺児の前言語的コミュニケーション諸問題, MEDICAL REHABILITATION, 35, 55-59.
- 大河内二郎, 原祐一, 鍋島史一, ほか(2005):新規開業医師における医療コンサルタント利用状況の分析; 福岡県メディカルセンター保健医療福祉研究機構による調査結果, 病院管理, 42(3), 337-346.

- 大野裕美, 佐藤瑞美 高橋光子, 千田敏恵(2006):慢性期患者の会話行動の改善を支援する－4事例に対する SST および対人交渉評価の試み, 日本精神科看護学会誌, 49(1), 226-227.
- 太田啓子(2008):社会参加における「軽度」身体障害者の特性に関する研究; 人生を送るなかで「獲得したもの」に焦点をあてて, 社会福祉学, 49(3), 29-40.
- 大藪泰, 大藪素枝, 田口良雄(1982):乳児の行動状態に関する研究(2) 満期産新生児を対象にして, 小児保健研究, 41(5), 345-350.
- 小山正(1985):言語発達遅滞児の前言語的行動の発達に関する一考察, 児童青年精神医学とその近接領域, 26(5), 328-341.
- Perrett, S.E., Biley, F.C.(2013): Negotiating uncertainty; the transitional process of adapting to life with HIV, Journal Association of Nurses in AIDS Care, 24(3), 207-18.
- Pollock, D. (1996): Personhood and illness among the Kulina, Medical Anthropology Quarterly, 10(3), 319-41.
- Raik, D.R., Wilson, A.L.(2006): Planning in collaborative wildlife management; A critical perspective, Journal of Environmental Planning & Management, 49(3), 321-336.
- Ripat, J.D., Woodgate, R.L.(2012): Self-perceived participation among adults with spinal cord injury; a grounded theory study, Spinal Cord, 50(12), 908-14.
- Robertson, ‡, Morgan, M., Wainwright, J.D. (2011): The Value of Nature to the State, Annals of the Association of American Geographers, 103(4), 890-905.
- 李珊, 渋谷昌三(2012):信頼できる行動に対する「笑い」の認知に関する日中比較, 目白大学心理学研究, 8, 35-48.
- サミュエル・ラパルムリマス, 浜田 久之(2010):カナダ・オンタリオ州における研修医の労働環境, 医学教育, 41(2), 115-117.
- Salazar, L.F., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., et al. (2004): Self-concept and adolescents' refusal of unprotected sex; a test of mediating mechanisms among African American girls, Prevention Science, 5(3), 137-49.
- 齋藤泰紀, 武田和憲, 赤間紀子, ほか(2012):院内医療メデイエーションの現場から; 患者・医療者間の対立的コミュニケーションの改善を目指した院内医療メデイエーション研修の試み, 医療, 66(10), 566-569.
- 齋藤由利子(2015):交渉に必要な準備とテクニック, 看護管理, 40(3), 49-54.
- 坂巻弘之, 広森伸康, 油谷由美子, ほか(2001):我が国における製薬企業の薬剤経済学研究の実施状況に関する調査, 薬剤疫学, 6(1),

- 49-58.
- 坂巻弘之, 広森伸康, 油谷由美子, ほか(2002):わが国の新薬薬価算定における薬剤経済学資料の現状と政策利用における課題 1997~2000年に収載された114品目における日本製薬工業協会加盟会社への調査, 薬剤疫学, 6(2), 83-100.
- 坂本典子, 石橋大海(2001):消化器疾患の指導法;慢性肝炎・肝硬変の生活指導, 治療, 83(11), 2993-2995.
- Schick, L. (2008): Breaking frame in a role-play simulation; A language socialization perspective, Simulation Gaming OnlineFirst, published on February 7.
- 笹川寿之, 村角直子(2008):男子大学生の性に対する意識や行動とHPV、クラミジア感染の実態, 日本性感染症学会誌, 19(1), 70-79.
- 佐藤博(2011):地域を考える 地域分権に伴う病院薬剤師配置の流動化, 医薬ジャーナル, 47(12), 2873-2875.
- 佐藤正二, 佐藤容子, 高山巖(1988):拒否される子どもの社会的スキル, 行動療法研究, 13(2), 126-133, 1988.
- 佐藤武, 木道圭子(2003):どうき患者対応に必要な基礎知識;心療内科・精神科編, カレントセラピー, 21(8), 724-727.
- 勢尾佐和子, 内田芳夫, 上国料里美, ほか(2002):ダウン症児のコミュニケーションに関する研究, 鹿児島失語症研究会会誌, 13(1), 31-34.
- Seng, F.T., Wah, Y.L., Shaiful, B.I., et al. (2011): Physician's intention to initiate health check-up discussions with men; a qualitative study, Family Practice, 28, 307-316.
- 紫藤忠博, 服部俊夫(1991):AIDSに関する治療と予防, 医療, 45(10), 954-958.
- 柴田秀子, 井部俊子, 小山田恭子(2003):看護管理における継続教育と看護管理者に求められる能力ー日本看護協会認定看護管理者教育課程サードレベルを修了した看護部長の認識, 日本看護管理学会誌, 7(1), 5-16.
- 柴田和美, 森崎博志(2008):自閉的な子どもへの早期の発達支援に関する研究(II), 治療教育学研究, 28, 75-83.
- 下田渉, 大黒康史(2011):市立病院における医事紛争, 京都市立病院紀要, 31(1), 29-30.
- 白石義人(2007):緊急麻酔に欠かせないスキル, 日本臨床麻酔学会誌, 27(2), 101-108.
- 清水隆司, 溝上哲也, 久保田進也, ほか(2003):日本の看護師におけるコミュニケーション技術トレーニングとバーンアウトの関係(予備調査), Journal of Occupational Health, 45(3), 185-190.
- 新村出編(2008):広辞苑(交渉), 第5版, 岩波書店, 943.

- 篠倉敏彦, 小田浩伸, 富永良喜(2000):自閉症児の母子相互交渉に及ぼす動作法の効果, 発達心理臨床研究, 7, 39-52.
- 篠島由一, 當間由子(2007):梅毒血清反応高値、尖圭コンジローマより発見された HIV 感染症, 臨床皮膚科, 61(3), 239-241.
- 塩野悦子, 吉田俊子, 丸山真紀子, ほか(2009):看護職を対象とした災害への備え教育実施後の継続調査, 宮城大学看護学部紀要, 12(1), 9-19.
- 志澤美保, 実藤和佳子, 毛利育子(2012):母子相互交渉にみる明示的の手がかり - 自閉症児と定型発達児の事例比較, 特殊教育学研究, 49(6), 745-754.
- 祖父江正代, 三輪恵美, 大岩美紀, ほか(2010):褥瘡発生率 1%未満を維持するためのデータ・情報活用の視点, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 13(2), 17-25.
- Striepe, M.I., Tolman, D.L.(2003): Mo, dad, I'm straight ; the coming out of gender ideologies in adolescent sexual-identity development, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 32(4), 523-30.
- 杉村僚子(2004):保育所の給食場面における障害をもつ幼児と保育者との相互交渉に関する研究, 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 52, 347-361..
- 鈴木孝明, 風間芳樹(2003):思春期外来での性体験とクラミジア感染, 新潟県立病院医学会誌, 51, 24-27.
- 鈴木徹, 野口和人, 細川徹(2013):ある自閉症児の対人相互交渉におけるトラブルの変遷 ; 観察記録および保護者への聞き取りを通して, 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 61(2), 159-169.
- 高見沢重隆, 海渡健, 堀誠治, ほか(1990):国内にて感染した日本人男性同性愛 AIDS 患者 2 例の臨床経過と剖検所見, 感染症学雑誌, 64(2), 210-217.
- 田口樹美, 高橋雪子, 鷺見尚己, ほか(2002):退院支援 病棟での実施と専門部署への依頼の比較 - 東大病院老年病科における分析, 保健の科学, 44(2), 161-166.
- 高木誠一郎, 上田義治, 梅野英輔, ほか(2005):平成 16 年小児科診療所の経営に関する実態調査, 日本小児科医会会報, 29, 174-177.
- 高橋亜紀子(2006):日本人学生と留学生とが共に学ぶ意義 - 『異文化間教育論』受講者のコメント分析から, 宮城教育大学紀要, 40, 15-25..
- 武弘道, 中山英樹, 五十嵐久二, ほか(1989):成人 T 細胞白血病ウイルスの家族内感染状況, 日本医事新報, 3424, 32-34.
- 武田愛雄, 明石要一(1989):異年令学習における向社会的行動に関する研究 ; 対人的相互交渉の分析を通して, 千葉大学教育学部研究紀

- 要, 37(1), 73-89
- 武田京子, 荒井美紀(1998):予定手術を受ける学童が家庭待機中にとるコーピング行動, 松江赤十字病院医学雑誌, 10(1), 101-103.
- 田倉智之(2004):病院の評価と経済効果;品質評価管理の費用対効果, 東京女子医科大学雑誌, 74(4), 217-222.
- 田邊昇(2010):クレーム対応時にやってはいけないこと, *Derma.*, 165, 73-79.
- 田中英一(2008):自治体病院等に対する医療未収金回収業務の企画提案と実績, 新医療, 35(3), 147-149.
- 田中千枝子(2002):排尿障害患者へのソーシャルワーク(各種社会資源の活用), *MEDICAL REHABILITATION*, 14, 72-78.
- 田上正範(2011):交渉学の学部生向け講義の実践報告, 教育研究所紀要, 29, 48-54.
- 田中美郷, 玉井ふみ, 児玉和夫(1994):聴・視覚障害, 口蓋裂および精神遅滞を合併する重複障害児のコミュニケーション指導 症例報告, 厚生省精神・神経疾患研究委託費研究報告書 重症心身障害児の病態・長期予後と機能改善に関する研究平成5年度, 277-283.
- 棚瀬慎治(2008):病院未収金回収に向けての方策;任意的・法的の両回収方法による効果, 新医療, 35(3), 136-138.
- 田代久男, 大竹まり子, 赤間明子, ほか(2009):特定機能病院の退院支援部署における看護相談の実態及び自宅退院と転院・施設入所の退院支援の比較, 日本看護研究学会雑誌, 32(5), 83-93.
- 寺山千代子, 佐賀啓男(1978):自閉的傾向児の言語能力に関する考察 - ひらがな文字の読みについて, 国立特殊教育総合研究所研究紀要, 5, 81-88.
- 戸井間充子, 藤本照代, 重安日登美, ほか(2004):看護学概論(看護管理)の体験実習の学習効果;主体的な行動力の育成を目指して, 看護展望, 29(4), 504-510.
- 巴山玉蓮, 山澄直美, 鶴田早苗(2009):組織における看護職者の意思決定に必要な要素の検討;病院の政策形成過程における看護職副院長の活動内容を通して, 日本看護管理学会誌, 13(2), 5-12.
- 寺西秀豊, 西条旨子(2013):タイのカドミウム汚染とイタイイタイ病, 社会医学研究, 30(2), 55-61.
- 富和清隆, 岡崎伸, 岡田眞子, ほか(2006):ウイリアムス症候群に合併した自閉症状の検討, 大阪市勤務医師会研究年報, 33, 63-68.
- 友永雅己(2005):チンパンジーの認知とその発達, 分子精神医学, 5(4), 391-399.
- 友永雅己(2006):コミュニケーションの起源と進化;進化の隣人ヒトとチンパンジー, 作業療法, 25(6), 486-491.
- 鳥越隆士(2012):聴覚障害児へのインクルーシブな教育実践に関する

- る研究動向, 特殊教育学研究, 50(1), 87-96.
- 問川博之, 高橋美雪(2010):リハビリテーション科を受診する ASD の子どもの現状と診療の実際療育専門機関現状と作業療法の実際, MEDICAL REHABILITATION, 125, 7-12.
- 都成祥子, 秋田穂東(2008):医療費未収問題における医療ソーシャルワーカーとしての貢献, 病院, 67(6), 520-522.
- 富安芳和, 小塩允護, 中根一男(1983):精神遅滞者居住施設におけるケアのパターンに関する研究(3) ケアパターンと居住児者の行動, 発達障害研究, 5(3), 202-211.
- 富安芳和, 小塩允護, 中根一男(1983):精神遅滞者居住施設におけるケアのパターンに関する研究(2) ケアパターンと居住棟職員の行動, 発達障害研究, 5(2), 133-140.
- 萬谷隆一(2009):小学校英語活動での絵本読み聞かせにおける教師の相互交渉スキルに関する事例研究, 北海道教育大学紀要教育科学編, 60(1), 69-80.
- 面家敏宏, 矢野充保, 高橋幸志, ほか(2006):アメーバ性大腸炎の 3 例, 消化管の臨床, 11, 79-85.
- 都築繁幸(2007):人工内耳装用児・補聴器装用児と教師の相互交渉に関する事例的考察, 治療教育学研究, 27, 65-72.
- 都築繁幸, 小木曾誉(2003):聴覚障害両親と健聴児の遊び場面のコミュニケーション行動に関する事例的考察, 愛知教育大学教育実践総合センター紀要, 23, 101-108.
- 塚本妙子(1996):極・超低出生体重児の就学前における親子のコミュニケーション・スタイル, 神戸大学医学部紀要, 57(1~2), 39-46.
- 塚本妙子, 高岸由香, 今村淳子, ほか(1997):極低出生体重児の就学前における親子関係 行動評定尺度法によるコミュニケーションスタイルの分析, 小児保健研究, 56(4), 513-520.
- 劔陽子(2002):北九州近郊地域における高校生の性行動・性意識調査から, Quality Nursing, 8(11), 897-904.
- 堤啓, 飯田雅知(1993):自虐症者と対象との間にみられた相互二重拘束, 精神分析研究, 37(2), 123-138.
- Tsutsumi, S. (1996):成熟に関する発達心理学的病理症状をもつ若年者, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 50(3), 101-107.
- Uchida, C. (2010):日本の大学生における無気力症と世間との没交渉 ひきこもりと学生無気力症について, Journal of Medical and Dental Sciences, 57(1), 95-108.
- 上畠照美, 高橋舞巳, 杉浦譲, ほか(2008):当院における医業未収金回収業務の現状, 済生会吹田病院医学雑誌, 13(141), 20-23.
- 内田芳夫, 上国料里美(2003):精神遅滞児のコミュニケーションに関する研究, 鹿児島失語症研究会会誌, 14(1), 12-14.

- 上村佳世子, 田島信元(1995):子どもの仲間同士の交渉と意思決定過程, 早稲田大学人間科学部, 8(1), 75-84.
- 内村美子(2007):プリセプターとの共同実践による新人看護師の熟達の関係論的アプローチ, 日本看護学教育学会誌, 16(3), 49-56.
- 内海千種, 宮井宏之, 加藤寛(2009):大規模交通災害負傷者の健康被害(第III報)事故後3年半における調査協力者の現状, 心的トラウマ研究, 5, 41-50.
- 白田寛, 玉城英彦, 紺野圭太, ほか(2003):たばこ規制枠組み条約の成立過程と今後の運用方向性, 日本公衆衛生雑誌, 50(11), 1058-1065.
- 若林上総, 加藤哲文(2012):発達障害のある高校生が参加するグループ学習での集団随伴性の適用, 行動療法研究, 38(1), 71-82.
- 脇田満里子, 野村幸子(2011):離乳食場面における母と子の相互交渉の経時的変化, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 7, 16-23.
- 涌井恵(2003):発達障害児集団における集団随伴性による仲間相互交渉促進に関する条件分析, コミュニケーション障害学, 20(2), 63-73.
- 渡部和成(2005):患者と家族に対する心理教育への継続参加が再入院防止に役立っている外来慢性期統合失調症の一症例, 精神科治療学, 20(6), 613-618.
- 渡部玲二郎(1995):仮想的対人葛藤場面における児童の対人交渉方略に関する研究 - 年齢、性、他者との総合作用、及び人気の効果 -, 教育心理学研究, 43(3), 11-18.
- 渡部玲二郎(1993):児童における対人交渉方略の発達 - 社会的情報処理と対人交渉方略の関係性 -, 教育心理学研究, 41, 452-461.
- 渡辺明広(2008):通常学校の「特別支援教育コーディネーターチーム」の取り組み; S県内の特別支援教育コーディネーターの複数指名校についての調査研究, 発達障害研究, 30(2), 128-136.
- 渡邊理香, 稲富雄一郎, 米原敏郎, ほか(2005):急性期病院における虚血性脳血管障害の在院日数延長因子, 臨床神経学, 45(6), 405-410.
- 亘智絵, 川島幸枝, 狩野雪美(2002):21・実践へのアドバイス マジック病衣ができるまで - 上肢関節拘縮のある患者及び持続点滴中の患者の病衣の工夫.看護実践の科学, 27(13), 92-93.
- Wignyosumarto, S., Mukhlas, M., Shirataki, S.(1992):インドネシア, Yogyakarta における自閉症児の疫学のおよび臨床的研究. Kobe Journal of Medical Sciences, 38(1),1-19.
- 山田咲樹子, 栗田直央子(2013):看護師によるプレパレーションの実践が医師の認識に及ぼす影響, 日本小児看護学会誌, 22(1), 25-31.
- 山田徹, 藤澤真奈美, 内藤厚子, ほか(2008):HIV感染における非戦

- 略的中断の実例について，日本エイズ学会誌，10(1)，50-53.
- 山井理恵(2006):信頼に値するサービスを供給するためのサービス供給機関への介入方法—在宅介護支援センターにおけるケアマネジャーに対する質的調査，ケアマネジメント学，5，91-100.
- 山中康裕(2009):今、改めて「不登校」を考える；「思春期内閉」の概念とセラピー，小児の精神と神経，49(1)，43-52.
- 山下和範，福崎誠，寺尾嘉彰(2005):星状神経節ブロック後に発生した合併症により示談交渉となった1症例，日本臨床麻酔学会誌，25(7)，693-695.
- 山下俊幸(1994):国語科学習への状況論的アプローチ—表現活動の学習状況化について，国語科教育，41，75-82.
- 山末英典(2009):自閉症スペクトラム障害の脳形態異常とその起源，医学のあゆみ，231(10)，1066-1071.
- 山末英典(2010):発達障害；社会行動の障害の脳解剖学的基盤，実験医学，28(5)，713-719.
- 山崎智子(2008):イギリスにおける大学補助金委員会(UGC)創設過程の分析；教育院と大蔵省の管轄権をめぐる交渉に着目して，教育学研究，75(3)，289-298.
- 柳谷聡子，中島そのみ，仙石泰仁(2005):保育場面における1障害児の相互交渉について；関わり相手の違いによる相互交渉の比較，北海道作業療法，21(2)，87-94.
- 柳谷聡子，中島そのみ，中村裕二，ほか(2007):業療法場面における発達障害児の社会的行動の評価，作業療法，26(4)，337-347.
- 康永秀生，井出博生，今村知明(2007):「立会い」制限が医療供給システムを再編する，日本医事新報，4351，81-84.
- 興石薫(2002):育児不安に影響を与える要因についての縦断的研究；予期不安尺度と期待感尺度の作成，小児保健研究，61(5)，686-691.
- 興石薫(2002):母子相互交渉の質と母親の育児不安及び子どもの言語発達との関連性について，小児保健研究，61(4)，584-592.
- Yoon, J., Haam, I.K.B., Chung, K.Y. et al. (1993):再発性梅毒，*The Journal of Dermatology*, 20(7), 436-440.
- 吉田裕彦，井上雅彦(2008):自閉症児におけるボードゲームを利用した社会的スキル訓練の効果，行動療法研究，34(3)，311-323.
- 吉川啓司(2000):服薬指導の際の注意；コンプライアンスを高める患者説明，臨床と薬物治療，19(11)，1106-1108.
- 吉川知夫(2013):重度・重複障害児の相互交渉における視覚的注意の共有と大人の支持的行動，コミュニケーション障害学，30(1)，1-8.
- 吉住秀之(2012):院内医療メデイエーションの現場から医療安全管理研修による医療メデイエーション導入の試み，医療，66(10)，

556-558.

弓削美鈴(2008):ピアカウンセリング技法による性教育;女子高校生の性行動意識の変化, ヘルスサイエンス研究, 12(1), 59-64.

Zdzisaw, P. (1998): An inquiry into anatomy of conflicts, Information Sciences, 109(1-4), 65-78.

Zhang, J, Xue, L., Zu, L. (2013): Farsighted free trade networks, International Journal of Game Theory, 42(2), 375-398.

平成 27 年 ○月 ○日
看護部長 様

研究協力へのお願い

謹啓 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。 さて私は
高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程に在籍しております藤代知美と申します。現在、博士論文として「地域で生活する統合失調をもつ人と看護師の交渉」のテーマで研究に取り組んでおります。

統合失調症をもつ人が、医療者との間で納得のいく合意を交わすことは、アドヒアランスを高め、リカバリーを果たすために重要であると言われております。しかし、患者が医療者との関係悪化を恐れて意見を表明せず、医療者と納得のいく合意を交わすことが困難であることが明らかにされております。そのため、統合失調症をもつ人と納得のいく合意を交わすためには、対象者の特性を十分に把握した特別なスキルが必要であると考えました。

そこで本研究では、「看護の方針と対象者の意向との間にズレがある時、あるいはズレがあるかもしれない時に、関係性を基盤とし、様々な方略を駆使しながら話し合い、納得のいく合意に導く継続したプロセス」を『交渉』と定義します。そして、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と看護師との交渉の全容を、看護師の視点で明らかにすることを目的とします。このことにより、納得のいく合意を交わすために看護師が駆使している方略が明らかになり、状況に合わせた交渉を行うための示唆を得ることができると考えます。

つきましては、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と関わったことのある看護師様をご紹介いただき、インタビューをさせていただきたく存じます。研究内容・方法に関しては、別紙「研究計画書概要」に記載しております。なお、本研究は高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ています。

お忙しいところ大変恐縮ですが、本研究への協力をご検討いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

謹白

研究者

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
藤代 知美
連絡先：〒771-1192 徳島市応神町古川 四国大学
電話番号：090-0000-0000

指導教員

高知県立大学大学院看護学研究科 教授
野嶋 佐由美
連絡先：〒781-8515 高知市池 2751 番地 高知県立大学
電話番号：088-0000-0000

<お願いしたいこと>

- 1) 本研究への協力は自由意思です。説明をお聞きになり、研究への協力にご承諾いただける場合は、承諾書2枚に署名をお願いします。
- 2) 本研究への協力にご承諾いただけましたら、研究協力者となる看護師様を2~3名ご推薦下さい。推薦条件は、①療養型病棟を除く精神科病棟、訪問看護、外来、デイケア等の社会復帰施設などでの経験を有すること、②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と合意を交わすための交渉を行っていること、の2つです。
- 3) ご推薦いただいた看護師様に『研究協力依頼説明用文書』をお渡しいただき、研究者から説明を行うことについて打診してください。
- 4) 了承いただいた看護師様がいらっしゃいましたら、後日お教えください。研究者より看護師様に連絡を取り、研究の主旨をご説明いたします。
- 5) インタビューの日時と場所は、看護師様と相談をして決めます。

<ご協力いただく際に、お約束すること>

- 1) 研究協力への承諾は、いつでも撤回することができます。このことにより不利益を被ることは一切ありません。
- 2) インタビュー中は、個人が特定される情報は扱いません。データは研究者と指導教員のみが使用し、本研究の目的以外で使用することは一切ありません。記録物はコード化し、研究者が責任をもって鍵がかかる棚に保管し、研究終了後個人が特定されるデータは速やかに廃棄します。看護師様が研究協力に同意したか否か、ならびに語られた内容に関してどなたにも報告致しません。
- 3) インタビューにより精神的負担が生じた場合は、回答を拒否できること、研究協力への辞退や撤回ができることをあらかじめ説明し、保証します。インタビュー中は研究参加者の表情や口調に注意を払い、必要に応じてインタビューや研究参加の中止を提案します。また、この研究は行った看護を評価するものではないことを保証致します。
- 4) 本研究は、博士論文としてまとめ、専門領域の学会、学術雑誌に公表いたします。公表の際には、個人や施設が特定されないように致します。
- 5) 研究に関する質問や疑問がありましたら、本文書1枚目に記載した連絡先までお問い合わせください。いつでもお返事することをお約束します。

<承諾書の保管について>

ご署名いただきました承諾書1枚は、「研究協力へのお願い」「研究計画書概要」とともに、平成28年3月31日まで保管していただけますようお願いいたします。それ以降は破棄してください。

<承諾の取り消しについて>

承諾の取り消しを希望される場合は、承諾取り消し書2枚に署名し、お渡しした封筒にて研究者まで郵送してください。研究者が承諾取り消し書を受け取った時点で、承諾取り消しが成立いたします。また受け取った承諾取り消し書は、研究者が署名後に返送いたします。研究への協力を取り消された場合は、それまでに研究参加者から得たデータは一切使用いたしません。ただし、承諾取り消しの申し出については、平成27年7月31日までと致します。それ以降は論文のまとめ作業に入り、取り消しができなくなりますことを予めご了承ください。

平成〇年 〇月 〇日

研究協力へのお願い

謹啓 時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。 さて私は高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程に在籍しております藤代知美と申します。現在、博士論文として「地域で生活する統合失調をもつ人と看護師の交渉」のテーマで研究に取り組んでおります。

統合失調症をもつ人が、医療者との間で納得のいく合意を交わすことは、アドヒアランスを高め、リカバリーを果たすために重要であると言われていています。しかし、患者が医療者との関係悪化を恐れて意見を表明せず、医療者と納得のいく合意を交わすことが困難であることが明らかにされています。そのため、統合失調症をもつ人と納得のいく合意を交わすためには、対象者の特性を十分に把握した特別なスキルが必要であると考えました。

そこで本研究では、「看護の方針と対象者の意向との間にズレがある時、あるいはズレがありそうな時に、関係性を基盤とし、様々な方略を駆使しながら話し合い、納得のいく合意に導く継続したプロセス」を『交渉』と定義します。そして、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と看護師との交渉の全容を、看護師の視点で明らかにすることを目的とします。このことにより、納得のいく合意を交わすために看護師が駆使している方略が明らかになり、状況に合わせた交渉を行うための示唆を得ることができると考えます。

統合失調症をもつ人と行っている交渉についてインタビューをさせていただくため、研究の目的や方法について説明をさせていただきます。説明の日時はご希望をお伺いし、調整させていただきます。説明終了後、本研究への協力を同意いただけるかを確認させていただきますが、協力を同意されたか否かについては、貴施設にお知らせすることはありません。なお、本研究は高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ています。

お忙しいところ大変恐縮ですが、本研究への協力をご検討いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

謹白

研究者

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

藤代 知美

連絡先：〒771-1192 徳島市応神町古川 四国大学

電話番号：090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

指導教員

高知県立大学大学院看護学研究科 教授

野嶋 佐由美

連絡先：〒781-8515 高知市池 2751 番地 1 高知県立大学

電話番号：088-〇〇〇-〇〇〇〇

平成 年 月 日

〇〇病院
〇〇 〇〇 様

研究協力へのお願い

謹啓 晩冬の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。 さて私は高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程に在籍しております藤代知美と申します。現在、博士論文として「地域で生活する統合失調をもつ人と看護師の交渉」のテーマで研究に取り組んでおります。

統合失調症をもつ人が、医療者との間で納得のいく合意を交わすことは、アドヒアランスを高め、リカバリーを果たすために重要であると言われております。しかし、患者が医療者との関係悪化を恐れて意見を表明せず、医療者と納得のいく合意を交わすことが困難であることが明らかにされております。そのため、統合失調症をもつ人と納得のいく合意を交わすためには、対象者の特性を十分に把握した特別なスキルが必要であると考えました。

そこで本研究は、「看護の方針と対象者の意向との間にズレがある時、あるいはズレがあるかもしれない時に、関係性を基盤とし、様々な方略を駆使しながら話し合い、納得のいく合意に導く継続したプロセス」を『交渉』と定義します。そして、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と看護師との交渉の全容を、看護師の視点で明らかにすることを目的とします。このことにより、納得のいく合意を交わすために看護師が駆使している方略が明らかになり、状況に合わせた交渉を行うための示唆を得ることができると考えます。

つきましては、〇〇様に、統合失調症をもつ人と行っている交渉についてお聞かせいただきたくお願いいたします。ご協力いただきたい具体的な内容と方法につきましては、本文書2枚目以降に記載しております。なお、本研究は高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ています。

お忙しいところ大変恐縮ですが、本研究への協力をご検討いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

謹白

研究者

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

藤代 知美

連絡先：〒771-1192 徳島市応神町古川 四国大学

電話番号：080-〇〇〇〇-〇〇〇〇

指導教員

高知県立大学大学院看護学研究科 教授

野嶋 佐由美

連絡先：〒781-8515 高知市池 2751 番地 高知県立大学

電話番号：088-847-8724

<お願いしたいこと>

- 1) 本研究への協力に同意いただけましたら、インタビューをさせていただきます。インタビューでは、統合失調症をもつ人との間で上手くいった交渉と、上手くいかなかった交渉について、それぞれどのような内容であったかということについてお話させていただきます。インタビューの中では、語られる人が特定されぬよう、個人名や年齢、職業名などはお伏せください。
- 2) インタビューは1時間程度とし、1~2回行います。またよろしければインタビュー内容をICレコーダーに録音させてください。録音されたくない場合は、内容をメモに取らせてください。
- 3) インタビューの日時と場所は相談させていただきます。
- 4) インタビュー内容の分析が妥当であるか否かを確認するために、後日分析結果をご覧いただき、ご意見をいただくために面接あるいは質問紙へのご回答にご協力いただく場合があります。
- 5) 本研究への協力は自由意思です。説明をお聞きになり、研究への協力に同意いただける場合は、同意書2枚に署名をお願いします。

<ご協力いただく際に、お約束すること>

- 1) 研究協力への同意はいつでも撤回することができます。このことにより不利益を被ることは一切ありません。
- 2) データは本研究の目的以外で使用することは一切なく、研究者と指導教員のみが使用します。記録物はコード化し、研究者が責任をもって鍵がかかる棚に保管し、研究終了後個人が特定されるデータは速やかに廃棄します。研究協力に同意したか否か、ならびに語られた内容に関してどなたにも報告致しません。
- 3) インタビューに際し、答えたくない内容には答えなくてもかまいません。精神的負担が生じぬよう配慮してインタビューを行います。負担が生じた場合はいつでも中断しますので、仰ってください。研究への協力の辞退や撤回によって不利益を被ることは一切ありません。また、この研究は行った看護を評価するものではないことを保証致します。
- 4) 本研究は、博士論文としてまとめ、専門領域の学会、学術雑誌に公表いたします。公表の際には、個人や施設が特定されないように致します。また公表前に〇〇様に論文を確認していただき、了承が得られたものだけを記載します。
- 5) 研究に関する質問や疑問がありましたら、本文書の1枚目に記載した連絡先までお問い合わせください。いつでもお返事することをお約束します。

<同意書の保管について>

ご署名いただきました同意書1枚は、「研究協力へのお願い」「研究計画書概要」とともに、平成28年3月31日まで保管していただけますようお願いいたします。それ以降は破棄してください。

<同意の取り消しについて>

同意の取り消しを希望される場合は、同意取り消し書2枚に署名し、お渡しした封筒にて研究者まで郵送してください。研究者が同意取り消し書を受け取った時点で、同意取り消しが成立いたします。また受け取った同意取り消し書は、研究者が署名後に返送いたします。研究への協力を取り消された場合は、それまでに研究参加者から得たデータは一切使用いたしません。ただし、同意取り消しの申し出については、平成27年7月31日までと致します。それ以降は論文のまとめ作業に入り、取り消しができなくなりますことを予めご了承ください。

インタビューガイド

本研究では、交渉を、「看護の方針と対象者の意向との間にズレがある時、あるいはズレがありそうな時に、関係性を基盤とし、さまざまな方略を駆使しながら話し合い、納得のいく合意に導く継続したプロセス」と定義しています。

このようなことが、上手くいった事例あるいは、上手くいかなかった事例について教えてください。

1. 交渉について

- 1) どのような方針や意向の差がありましたか
- 2) それはどのような人でしたか?(年齢、性別、性格、その人の家族、など)
- 3) どのようなことから始まりましたか?そしてどのようになっていきましたか?(前回のケースとの違いはどのようなことですか?)
 - ・ その人をどのようにとらえていたか
 - ・ どのような状況でのやりとりだったか
 - ・ 何を目指していたのか
 - ・ どのような話し合いをしたのか
 - ・ どのように変化していったか
- 4) それらの過程で、工夫したことはどんなことですか?／工夫したけど上手くいかなかったのはどのようなことでしたか?(前回のケースと何が違いましたか?)
- 5) それらの過程で関係性はどのように変わっていきましたか?／変わらなかったですか?(前回のケースとどのような違いがありましたか?)
- 6) どのようなポリシーがありましたか?
 - * データとして使ってほしくないところはありますか?

2. 看護師の属性

年齢

看護師経験年数

精神科経験年数

学歴

資格など(CNS、認定看護師など)

完成したものの送付先

2回目のインタビューのお願い

承諾書

私は、この度、「地域で生活する統合失調症をもつ人と看護師の交渉」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名 _____

研究依頼者

平成 年 月 日

署名 _____

研究者

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

藤代 知美

連絡先：080-0000-0000

住所：〒771-1192 徳島市宍神町古川 四国大学

指導教員

高知県立大学大学院看護学研究科 教授

野嶋佐由美

連絡先：088-0000-0000

この承諾書と別紙の「研究協力へのお願い」、「研究計画書概要」は、研究期間(平成28年3月31日)が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

同意書

私は、この度、「地域で生活する統合失調症をもつ人と看護師の交渉」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

平成 年 月 日

研究協力者

署名 _____

研究依頼者

署名 _____

研究者

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

藤代 知美

連絡先：〒771-1192 徳島市応神町古川 四国大学

電話番号：080-0000-0000

指導教員

高知県立大学大学院看護学研究科 教授

野嶋 佐由美

連絡先：088-0000-0000

この同意書と別紙の「研究協力へのお願い」は、研究期間(平成28年3月31日)が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

承諾取り消し書

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

藤代 知美 宛

私は自由意思に基づいて、「地域で生活する統合失調症をもつ人と看護師の交渉」の研究への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名 (施設責任者) _____

署名 (研究依頼者) _____

研究者

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

藤代 知美

連絡先：〒771-1192 徳島市応神町古川 四国大学

電話番号：080-〇〇〇〇-〇〇〇〇

指導教員

高知県立大学大学院看護学研究科 教授

野嶋 佐由美

連絡先：088-〇〇〇-〇〇〇〇

同意取り消し書

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

藤代 知美 宛

私は自由意思に基づいて、「地域で生活する統合失調症をもつ人と看護師の交渉」の研究への協力に同意しましたが、その同意を撤回します。

平成 年 月 日

署名 _____

研究者

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

藤代 知美

連絡先：〒771-1192 徳島市応神町古川 四国大学

電話番号：080-0000-0000

指導教員

高知県立大学大学院看護学研究科 教授

野嶋 佐由美

連絡先：088-0000-0000

同意取り消し書

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

藤代 知美 宛

私は自由意思に基づいて、「地域で生活する統合失調症をもつ人と看護師の交渉」の研究への協力に同意しましたが、その同意を撤回します。

平成 年 月 日

署名(研究協力者)

本文書を受領したという確認のため、研究依頼者が署名し、貴方に返送致しますので、下記に返送先を記載して下さいますよう、お願い致します。

ご住所

署名(研究依頼者)

研究者

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

藤代 知美

連絡先：〒771-1192 徳島市応神町古川 四国大学

電話番号：080-0000-0000

指導教員

高知県立大学大学院看護学研究科 教授

野嶋 佐由美

連絡先：088-0000-0000