

原 著

## 精神科中堅看護師による精神障害者を理解する 自己投入コミュニケーションの構成要素とプロセス

山下 典子<sup>1)</sup>・山崎登志子<sup>2)</sup>

### Experienced psychiatric nurses' communication with clients by injecting themselves into their inner worlds

Noriko Yamashita<sup>1)</sup>, Toshiko Yamazaki<sup>2)</sup>

#### Abstract

The purpose of this study is to clarify how experienced psychiatric nurses communicate with their clients by injecting themselves into their inner worlds, and to specify the components and the process of the communication. A total of 15 experienced nurses of a psychiatric hospital were interviewed for this study, and the data gained were analyzed using the Modified Grounded Theory Approach.

Revealing 16 concepts and 7 categories, the result suggests the process below. At the core of the categories lie nurses' antennas, accurately sensing the signs of their clients. Comparing the antennas with the other components in the course of the communication, nurses accept their clients' opinions and points of view, share their inner worlds by describing their worlds, and evaluate their understanding from the standpoint of the clients by validating their own positions.

The result also suggests the importance of preliminary steps toward reaching such communication stages with clients: "superficial communication," "a wealth of experiences as a nurse," and "occasions".

Key words : communication, experienced nurses, psychiatric nursing,  
Modified Grounded Theory Approach.

#### I. はじめに

精神障害は疾患と社会生活障害が共存しており（坂田, 2000; 池淵, 2007）、社会生活技能の中核となるコミュニケーション障害が中心課題となることが多い。なかでも、他者が理解できるように自分の考えを表現することが難しいとされている（Kingdon & Turkington, 2002）。したがって、精

神科看護師が入院を必要とする認知・思考障害の強い患者を理解するためには、患者が表出するものを捉えるだけでは不十分であり、言動の意味を成している内面へのアプローチが必要である。

先行研究から、精神障害者のコミュニケーションの特徴と患者理解のために行っている看護師のコミュニケーションとを概観する。患者は病的・健康的側面が複雑に存在する内的世界（中井・

1) 独立行政法人国立病院機構賀茂精神医療センター (NHO Kamo Psychiatry Medical Center)

2) 広島国際大学 (Hiroshima International University)

受稿2010.7.21 受理2012.1.12

山口, 2001) を表出する際、認知・思考障害などからコミュニケーション障害が生じ(樋口・稲岡, 2004)、他者にうまく伝えることが難しい。それに対して看護師は、精神科経験の積み重ね(松崎, 1994; 中山, 2005; 大西・吉岡・和田・松田・西野・山本・岡部, 2006)、自己洞察(福田, 2006; 安岡, 2006)、治療的コミュニケーション技術(伊藤・阿蘇・花澤・酒井, 2003; 河田・野村・田辺・宇賀神・小柳・塩澤, 2005; 前川・井藤, 2005; 江崎・濱・川浪, 2006; 夏目, 2007)から意図的関わり(松崎, 1994; 難波, 2005; 藤原, 2007)をもって患者を理解しようとする。それは相手の視点に立ち、相手の内的世界を理解することであり、患者の世界に身を投じ、時には援助者側の枠組みを変えること(飯田・見藤, 1997; 田畑, 1998; 滝沢, 2006)でもある。

上述のように患者のコミュニケーション阻害要因や患者理解のための看護師のコミュニケーション技術については明らかにされている。しかし、実際の臨床場面で精神科看護師がどのようにコミュニケーション技術を駆使し患者の内的世界を理解しようとするのか、実際用いているコミュニケーション技術とそのプロセスについては明らかにされていない。そこで本研究では、精神科看護師が患者の内的世界を理解するために用いるコミュニケーションを自己投入コミュニケーションとし、精神科看護師が実際場面で行う自己投入コミュニケーションの構成要素とプロセスを明らかにする。

## II. 研究目的

1. 精神科病院に勤務する中堅以上の看護師(以下、中堅看護師)が行う患者の内的世界を理解するための自己投入コミュニケーションの構成要素を明らかにする。
2. 精神科中堅看護師による自己投入コミュニ

ケーションのプロセスを明らかにする。

## III. 用語の操作上の定義

自己投入コミュニケーション：看護師側の様々なコミュニケーション促進要因を用いて患者世界を理解するために行う相互作用であり、看護師が自己を使って患者にコミットして(自我関与を深くして)行うコミュニケーションである。

中堅看護師：本研究ではBenner(2005)の看護技能習得段階における中堅レベル以上の精神科看護師を中堅看護師とする。Benner(2005)は、患者の状況を総合的に捉え状況に応じた判断ができる看護師を中堅レベルとし、類似の科の患者を約3~5年間ケアしてきた者がそのレベルに達しているとしている。そこで、リーダー的役割を担い、看護師や看護学生に対する指導経験があり自己の看護を言語化できると考えられた者で、精神科経験が5年以上ある看護師を中堅看護師とした。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は患者と看護師との社会的相互作用に着目し、明らかにしようとする現象がプロセス性を有するという特徴を持つことから、シンボリック相互作用論を理論基盤としているグラウンデッド・セオリー・アプローチが適していると判断した(Chenitz & Swanson, 1999; 南, 2008)。なかでも、コーディングの過程が比較的理解しやすく、分析手順や判断の指標についてスーパーバイズが得られやすいことから、木下(1999, 2003, 2007)が提唱する修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach、以下M-GTA)を使用した。M-GTAはグレーザーやストラウスが提唱したグラウンデッド・セオリー・アプローチをより実践的応用が可能な形式

として木下が独自の解釈を加えた研究方法である。

## 2. 対象者

A精神科病院に勤務する看護師で、研究者が中堅と判断し同意が得られた15名を対象とした。全員が看護専門学校3年課程卒であり、20代から50代で、看護師経験年数・精神科経験年数は7～35年であった。なお、A精神科病院は公立の精神科単科病院である。地域における精神医療の中心的医療機関として位置づけられており、治療抵抗性ならびに治療困難な精神障害者の医療や精神科救急に取り組んでいる病床数430床の病院である。

## 3. 調査時期および調査方法

2008年3月～4月に半構成的面接を実施した。質問内容を検討するため、1名にプレテストを実施した。その際、患者世界を理解していくプロセスについての語りを得るため意図していることや実践していることなどについて設問したが、コミュニケーションの獲得過程と患者理解のためのコミュニケーション獲得過程とを区別して答えることが難しかった。そこで、多くを語ってもらうために研究テーマの内容のみに限定せず自由に語ってもらうことを重視し(木下, 2003)、患者とのコミュニケーションで大切にしていることとその理由や自己のコミュニケーションの変遷について事例をあげてもらうことにした。

## 4. 倫理的配慮

研究趣旨とともに、協力は自由意思でいつでも中止可能なこと、個人名はコード化し匿名性を保証すること、データは研究目的以外に用いないことや厳重に管理することを、文書と口頭で説明し対象者と同意書を交わした。また、広島国際大学と対象病院に研究倫理審査を申請し、承認を得た。

## 5. 分析方法

中堅看護師の定義に基づき、分析焦点者(木下, 2003)はA精神科病院に勤務しており、自己の看護を言語化できると考えられた精神科経験年数5年以上の看護師とした。また、分析テーマを「コミュニケーションが困難な精神障害者に看護師が自分のコミュニケーション技術を使用し患者にコミットしていくプロセスの探究」とした。

独自に開発された分析ワークシートを作成して概念を生成し、さらに概念間の関係を検討してカテゴリー化し、ストーリーラインと結果図でプロセスを明らかにしていった(木下, 2003)。以下、生成した概念の1例を通して分析方法を説明する。

- 1) 対象者をコード化し、録音した面接内容を対象者別に逐語録にした。分析テーマに関連する箇所に着目してそれを具体例とし、分析ワークシートを1概念ごとに作成していった。分析ワークシートとは、概念名・定義・具体例・理論的メモの4項目からなり、対象者の語り(データ)から研究者が着目した箇所を具体例として整理しつつ概念を生成する書式である(木下, 2003)。例えば、『来てよね、指名して。患者さんがそうやって指名してくるのにも意味があるけん。』という生のデータから着目した箇所を具体例欄に記入し、患者が看護師を個人として認識した発言と看護師がとらえていると解釈した(表1)。それと意味内容が類似していると解釈した文脈を他のデータから探し、具体例欄に追加していくとともに、理論的メモ欄にその後の分析の判断指標として簡単なメモや疑問点を記入した。これらの概念は定期的にスーパーバイズを受けながら、具体例の意味内容に矛盾点がなくなり整合性がつくまで分析を繰り返した。
- 2) 1概念が説明力を持つと判断した時点で、概念名と定義を検討した。例えば先ほどの例では、具体例全体を表現する定義として、患者が

表1 分析ワークシートの例

概念名	個人名での指名
定義	患者が「看護師さん」ではなく個人名で指名することから、患者がその看護師を特別に個人として認知していると読み取ること。
具体例	<p>10：来てよね、指名して。患者さんがそうやって指名してくるのにも意味があるけん。</p> <p>4：患者さんが自分で「看護師〇〇さんをお願いしたい」「看護師〇〇さんと話がしたい」って実感、その人と関係ができていたんだと。</p> <p>12：今日、看護師〇〇さんなんじゃねって。そういう人が多ければその人にも声かけやすいし、病状とかでも本人も話しやすいじゃろうし。</p> <p>13：院内どこに居っても「あ、〇〇さーん」とか、下の名前ですんでくれる。どこで会ってもね、「あ、〇〇さんですよ」って。うち、名前教えたつもりないけど、名札見るとるんじゃろうね。</p>
理論的メモ	<p>以下 16 の具体例を省略</p> <p>患者－看護師関係は看護師の交代性が背景にあり、1対1の関係を結べたと評価できるのは、患者がその看護師を総称ではなく個人名で呼ぶこと。</p>

備考：具体例欄の数字は個人番号を示す

自分の理解者としてその看護師を認知し「看護師さん」ではなく個人名で指名するとし、「個人名での指名」という概念名を作成した。

3) 同時進行で他の概念も作成した。その際、特に概念間の関係性を意識しながら概念名を生成した。これによって概念の整理、洗練を行い、同時にカテゴリーの作成を行った。最終段階として結果を文章化して確認する作業（ストーリーラインの作成）を行い、結果図を作成した。

## 6. 結果の妥当性の検証

分析方法の妥当性については、研究者以外のM-GTA研究会メンバー1名にスーパーバイズを受けた。また、自己投入コミュニケーションの内容の妥当性については、研究者以外のM-GTA研究会メンバー1名の他、本研究に関わっていない研究者2名と研究対象者の中から最も客観性が保持できる立場にある看護師1名にスーパーバイズを受けた。

## V. 結果および考察

分析テーマに沿って分析した結果、16の概念と7つのカテゴリーが生成された(表2)。ここ

では質的データの解釈が中心となるため、分析結果と解釈をまとめて論じる。以下、カテゴリー名は【 】, 概念名は「 」、データからの引用は『 』を用いて説明していく。

### 1. 自己投入コミュニケーションの構成要素

1) 自己投入コミュニケーション獲得前の段階の構成要素

#### (1) 【表層的コミュニケーション】

『表面的に関わる関わり方をしとったんじゃろうなと思う。その時その時で。』のように、看護師が自己表出を困難としている患者の言語背景にある根本的な問題への視点を持てるまでの、患者が表出できる部分のみにとどまった表面的なコミュニケーションを行うカテゴリーとした。

#### ① 「患者との会話自体が目的」

『患者さんと楽しく話ができれば自分で自己満足。いいコミュニケーションができたって。話がすごく楽しかったで終わって。自分の中でコミュニケーションばっちりよって思った。』などのデータから、患者と話をすること自体が目的となり、コミュニケーションが雑談の範囲にと

表 2 カテゴリーと構成する概念一覧

自己投入コミュニケーション獲得前の段階	
【カテゴリー】	「概念」
表層的コミュニケーション	患者との会話自体が目的 看護師の一方的解釈
引き出しの積み上げ	人生経験の積み重ね 臨床経験の積み重ね
きっかけ	意図的コミュニケーションの発見 患者の内的世界への着目
自己投入コミュニケーション	
【カテゴリー】	「概念」
アンテナ	ポイントの掌握 いつもの状態の更新 関心で浮き彫りにされる個別性
患者目線の獲得	看護師のアメーバ化による空間の創造 受信の徹底 焦点の調整
患者世界の描写	核心の把握と導き 患者との接点の探索と拡大
立ち位置の確認	個人名での指名 患者からの評価の読み取り

どまっていることを意味する概念とした。

② 「看護師の一方的解釈」

『病状でそう言ってるっていう風には当時思えてない。怖い人というのが先に立って、病気が悪くしとるとか、病気で分からん状態になっとなかという風には理解できなかった。』『患者さんの辛さとか苦しみとかそっち側に立って考えることができなかつたんよ。』などのデータから、患者が表出できる範囲内でのみやりとりし、看護師が一方的に解釈することを意味する概念とした。

(2) 【引き出しの積み上げ】

『先が読めないから面白いけど、その先の先の先までの引き出しを用意しとかなないと対応できない。』というデータから引き出しという表現をキーワードとし、患者理解のために看護師が経験を引き出しとして豊富にさせていくことを示すカテゴリーとした。

① 「人生経験の積み重ね」

『経験したことが患者さんの背景を推測するときに違ってきた。自分の人生経験が豊かになったことが大きいと思う。』などのデータから、看護師自身が人として自己

の成長や豊富な経験を積み重ねる必要性を理解し、人生経験を豊かにしていくことを意味する概念とした。

② 「臨床経験の積み重ね」

『経験がもてで自分の中で考えられるようになるんよね。このままいったらこうなるだろうという予想と、ここで切ったら相当不満に思うだろうという。』などのデータから、看護師が個々の患者とのコミュニケーションを応用していけるよう、臨床経験を豊かにしていくことを意味する概念とした。

(3) 【きっかけ】

『自分の時だけ拒薬する患者さんがおつて。でも、先輩の時は1発目で飲むんよ。この違いは何なんか。それがきっかけで先輩に相談したら、普段やっぱり話し込んでないけん。』のように、患者理解のために内的世界へアプローチするコミュニケーションへ変化するきっかけとなる気づきや発見を得るカテゴリーとした。

① 「意図的コミュニケーションの発見」

『見よう見まねじゃったらその意図とするとところは違うし、先輩みたいなものは何

も持ってないところで見よう見まねしても何もならない。言葉は同じでも、その中は全然違うけん。』などのデータから、他の看護師のコミュニケーションをまねても患者の反応には違いがあり、コミュニケーションを意図的に行う重要性に気付くことを意味する概念とした。

## ② 「患者の内的世界への着目」

『うちにとってはゴミだけど〇〇さん（患者）にとってはゴミじゃないんだな、大切なものなんだな、〇〇さん（患者）にとっては意味があるんだなって。』などのデータから、理解困難な患者の言動にも、必ずその人の内的世界からの意味づけがあって言語化・行動化されていることに気づくことを意味する概念とした。

## 2) 自己投入コミュニケーションの構成要素

### (1) 【アンテナ】

『その一言に反応して聞いてあげられたら、アンテナ張ってあげられたらと思う。聞き流しとったら何でもないことかも知れんけど、その中で大事なこと言って（る）かもみたいなところあるよね。』から、アンテナというキーワードを得た。対象者の多くが直感やカンと表現していたため、看護師が直感的に患者から発せられるさまざまなサイン・信号を逃さないよう注意を払っていることを示すカテゴリーとした。

### ① 「ポイントの掌握」

『幻聴とか妄想とかがあるけん、今言おうと思って10分待ったら、その10分後に妄想とか出とったら、その人の“今”なくなる。』などのデータから、患者とのコミュニケーションで重要なタイミング・サイン・信号などが現れたとき、迅速かつ的確に反応しそのポイントをつかめるよう常に注意を払っていることを意味する概念とし

た。

### ② 「いつもの状態の更新」

『微妙な誤差の揺れを感じれるように、いつもの患者さんを知っておきたい。なんか変っていうのを感じられるように、いつも日々関わる。』、『難しいよ。毎日がいつもじゃないから。いつもっていう感覚って難しい。』などのデータから、患者のいつもの状態とは一度把握すれば不変のものではないと意識し、いつもの状態から些細な変化も逃すことがないよう絶えず注意していることを意味する概念とした。

### ③ 「関心で浮き彫りにされる個別性」

『この人に関心があるなーと思ったら違ってるよ、喋り方も。自分には苦手かなと思って、関心を持って行ったら大丈夫なことよくある。あーこの人苦手って思うけど、ちょっと向かい合ってみたら入り込めたり。』などのデータから、関心を寄せることにより、その患者が看護師の視野の中で周囲から浮かび上がるように捉えられ理解しようとする意識が高まることを意味する概念とした。

### (2) 【患者目線の獲得】

対象者のほとんどから『目線』というデータが得られたことから『患者目線』をキーワードとし、その獲得のために看護師が自己を調整するカテゴリーとした。

### ① 「看護師のアメーバ化による空間の創造」

『自分を変えていく。自分はアメーバみたいに変わらなければいけないと思っているので。確固たる看護信念は持っていないといけないけど、その対象によって形は変わってもいいのかなと。』、『患者さんにとって落ち着いたたりとか話しやすい場をつくれば、汚い方が気を使わないで喋るって人がおれば、そっちにもって行って

いいと思う。つくるもんなんよ（患者と）2人で。』などのデータから、看護師が自己洞察を踏まえた上でアメーバのようにそれを核として持ちつつ自己の枠を相手に合わせて変化させ、患者と看護師とのコミュニケーション空間を創造していくことを意味する概念とした。

② 「受信の徹底」

『患者さんが思ってることを話そうという気持ちになってもらうことが大事。引き出そうとするのではなくて、患者さんから話せるようになるのが大事。』、『(話をきくというのは) 患者さんが言いたいことを言って納得するまで。』などのデータから、患者理解のために患者の表出を徹底して受け入れることを意味する概念とした。

③ 「焦点の調整」

『症状のこを受け止めたり否定したり肯定したりとかって、どうしようもできん。そういった気持ちで辛いんだとか、そういったとこの方を何とかしてあげた方がいいかなという意味で、多分症状とは別、切り分けてると思う。』、『相手の立場になって考える。できんにしても、一瞬立ち止まって考えるところはあると思う。』などのデータから、コミュニケーションで得た患者目線から患者の病的・健康的視点を見極め、整理してその人の目線を捉えることを意味する概念とした。

(3) 【患者世界の描写】

『目に見えるっていうのは、その人の本来の姿が見えてくるっていう感じ。』のように、獲得した患者目線から看護師が患者の感情や思考など内面の表出を推測や言語化で援助して目に見えるように捉え、患者・看護師が互いに自己開示することで、理解・共有し合える部分を見出そうとするカテゴリーとした。

① 「核心の把握と導き」

『患者さんが何を言おうとしとるか。言葉の中に隠されたことってあったりするよね。本心が。』、『患者さんも表現できんのかなと思って。表現できるようにしてしまったら結構楽しかったりすることが多いじゃない。』などのデータから、表出を困難とする患者の感情や考えなどを、看護師が患者の言動から推測したり言語化したりして、患者が伝えようとしている核心を捉え導こうとすることを意味する概念とした。

② 「患者との接点の探索と拡大」

『患者さんと自分の簡単な接点を探してる。パチンと手を打つようなのをしょっちゅう探してる。患者さんと自分の分かり合えるような接点をしょっちゅう探しとる。』、『相手が色んなところで経験がない分だけ悩み苦しんでるんだったら、自分の経験をすべて出しきるいうところも大事なんじゃないかと思う。』などのデータから、患者と看護師が自己開示して理解し合える接点を探し、理解できる部分を拡大していくことを意味する概念とした。

(4) 【立ち位置の確認】

『関係ができてきたなと、自分が関係ができてると感じた時に確認行為をとる。』のように、看護師が患者の言動から患者・看護師の関係性を読み取ろうとし、患者の立場にたった理解が行えているか確認するカテゴリーとした。

① 「個人名での指名」

『今日、〇〇さん(看護師) 仕事なんじゃないって。そういう人が多ければ、その人にも声かけやすいし、病状とかでも本人も話しやすいじゃろうし。』などのデータから、患者が「看護師さん」ではなく「〇〇さん」

と個人名で指名することから、患者がその看護師を特別に個人として認知していると読み取ることを意味する概念とした。

② 「患者からの評価の読み取り」

『ありがとねって患者さんとか家族から一言でも言われたら今やってることは間違いじゃなかったのかなって。答えがないからこそ、ありがとって言われた時には、これで良かったのかなと思う。』などのデータから、看護師が患者からの評価をその言動から読み取ることを意味する概念とした。

2. 自己投入コミュニケーションのプロセス

患者の内面の表出を意図するコミュニケーションは複雑困難なため、【表層的コミュニケーション】、つまり患者が表出できる部分からやりとりをはじめめる(図1)。**【表層的コミュニケーション】**は、患者とのコミュニケーションの実践から【引き出しの積み上げ】によって重層化していく。重層化に伴い、看護師は試行錯誤していた患者とのコミュニケーションから患者理解のためには内的世界へのアプローチが必要であるという【きっかけ】を得て自己投入コミュニケーションに向かう。

自己投入コミュニケーションは【アンテナ】を

中核(コアカテゴリー)とし、患者からのサイン・信号を迅速かつ的確に感知して他のすべてのカテゴリーに反映する。看護師はまず【患者目線の獲得】を行い、患者の立場にたつて物事を捉えられるよう、それぞれの患者に自己を適応させていく。次に【患者世界の描写】へ移り、患者目線の活用から患者の感情や思考を推測し言語化を援助し、患者・看護師が互いに自己開示して理解・共有できる部分を見出し、拡大していく。最終的に【立ち位置の確認】へ至り、看護師が患者の立場にたつて患者を理解できているか患者の言動から評価を読み取り、患者理解における患者と看護師の位置関係を確認する。

VI. 総合的考察

本研究の目的は自己投入コミュニケーションの構成要素を明らかにする他に、自己投入コミュニケーションのプロセスを明らかにしようとしている。しかし、このプロセスには同時に看護師の成長プロセスも含まれる結果となった。これは、対象者が患者により深くコミットするためのコミュニケーション過程を説明する際、自己成長に伴って得られたもの、またはその獲得過程を重視して

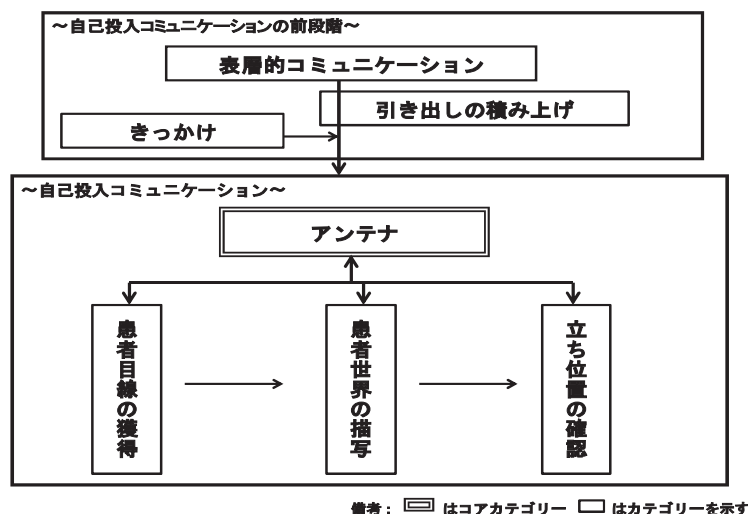


図1 自己投入コミュニケーションの構成要素とプロセス



おり、看護師の成長プロセスなくしては自己投入コミュニケーションのプロセスを明らかにすることが困難であるためと考えられた。このことから、自己投入コミュニケーションを自己投入コミュニケーション獲得前の段階と自己投入コミュニケーションとに分け、双方の構成要素とプロセス、その関連を説明していく。

### 1. 自己投入コミュニケーション獲得前の段階

看護師は中堅レベルに達するまで、患者の全体像が把握できず問題に焦点をしばりきれないとされている (Benner, 2005)。コミュニケーション障害によって自己表出が困難になっている患者の言語背景に対する視点の不足が、表面的なコミュニケーションにとどまる1つの原因と考えられる。宮林・谷・仁科・日高・仁科 (2008) は、精神科看護を行うには看護全体の経験よりも精神科看護の経験が重要であるとしているが、今回の結果では人生経験の重要性も示唆された。これは患者の問題がその人の生活に根ざしており、さまざまな背景を持つ人間の理解が必要とされるためと言える。また、看護師が精神科看護を理解し能力を発揮するには5～10年以上の精神科経験年数が必要とされている (松崎, 1994; 大西他, 2006; 宮林他, 2008)。この期間は自己投入コミュニケーションが行えるまでに要する自己投入コミュニケーション獲得前の段階 (以下、前段階) の【引き出しの積み上げ】によるコミュニケーションの重層化を待つ期間と考えられる。Benner (2005) は、ドレイファスモデルを臨床実践に適用して看護師の看護技能習得段階を初心者、新人、一人前、中堅、達人という5段階で表している。初心者は原則通りの行動しかできない段階、新人はガイドラインに沿ったケアはできるが状況判断が未熟な段階、一人前はスピードや柔軟性には欠けるがある技能レベルに達した段階である (Benner, 2005)。今回の結果から、自己投入コミュニケーションに

おいて患者の状況を総合的に捉え状況に応じて重要度を判断できる中堅レベルに達するには、初心者から一人前までの前段階が非常に重要な意味を持つことが考えられた。前段階のすべての構成要素を踏まえて【アンテナ】を創造し、精鋭化していくことが中堅レベルへの飛躍の第一歩であり、自己投入コミュニケーション獲得・発展の鍵になると考えられる。

### 2. 自己投入コミュニケーション

【アンテナ】において精神科中堅看護師が用いる直感とは不確かな感覚ではなく、コミュニケーション障害のためにさまざまな形で発信される患者からのサイン・信号を感知する確かな受信能力である。中山 (2005) は、患者の病状変化を予測的に捉える看護師の専門性は豊富な精神科経験年数の中から獲得されるとしている。前段階を踏まえることで患者とのコミュニケーションから反応すべき特徴や重要点を把握し、患者の些細な言動の変化やキーワードを察知する能力が身につく、【アンテナ】が創造・精鋭化されると考えられる。

ほとんどの対象者から『目線』という表現が得られ、患者の内面を理解しようとするとき看護師が最も注意していることは患者目線であると考えた。【患者目線の獲得】は、患者の内的世界を患者が捉えるまま受け入れるために看護師が自己を柔軟に調整する準備段階であり、患者理解のためのコミュニケーション阻害要因を突破して患者の内的世界へ進むための重要なカテゴリーである。看護師の受容的・傾聴的態度が患者の発話を促進するとされるが (河田他, 2005; 江崎他, 2006; 永野, 2006)、患者の話を徹底してきく受容・傾聴の姿勢とリラックスできる空間の創造によって、患者は自分の内面を自然にそのまま表出しやすくなる。また、看護師は自己洞察をその後の看護に活かしていくとされるが (福田, 2006; 安岡, 2006; 藤原, 2007)、本研究では、自己洞察後にも看護師

が患者を理解できる状態に自己を調整していくことが考えられた。

【患者世界の描写】は、看護師が【患者目線の獲得】によって得た患者の視点を活用し、コミュニケーション障害のために困難としていた内面を推測や言語化などで援助し、患者の全体像を捉えようとする段階である。このカテゴリーでは、看護師自身も経験や考えなど自己を開示し、患者・看護師の両者が理解し合える部分を見出していくことが特徴的である。共感に必要なスキルとして、反射、明確化、探査がある (Joy, 2003)。精神科中堅看護師は自己投入コミュニケーションを行う過程で、【アンテナ】から患者の言動を読み取り、直感に基づいたこれらの共感のための技術を駆使して患者理解を深めていると考える。また、患者のニーズの表出を促す意図を持ったかわりの重要性が指摘されている (永野, 2006; 難波, 2005)。患者目線を獲得することで患者が表出できていない感情を推測したり、考えを言語化する援助が可能になると考える。精神科中堅看護師は患者理解のために患者の内面の表出を援助し、相互に自己開示して理解し得る共有点を探し、拡大していくという明確な意図をもって関わっていると考えられる。

【立ち位置の確認】は、看護師が患者理解の程度を患者の言動から評価する段階である。看護師が観察したことを患者にフィードバックすることは非常に重要である (福田, 2006)。看護師は【患者目線の獲得】で自己の目線を調整し、【患者世界の描写】で内的世界の照合や共有を行い、最終的にどれだけ患者の立場にたてているか、この段階でフィードバックしていると考え。データから得られた評価の最も特徴的な目安は、看護師が患者から個人名で指名され、個別的な認知を受けることであると考えられた。

本研究で、精神科中堅看護師が実際に行っている患者理解のためのコミュニケーションである

自己投入コミュニケーションは、【アンテナ】を軸に展開されていることが示唆された。【アンテナ】はこれまで精神科看護において言語化し、共有することが困難だった部分と考えられる。前段階で創造し洗練された【アンテナ】は、自己投入コミュニケーションの他のすべてのカテゴリーに影響を与える。【患者目線の獲得】では獲得しようとする患者の目線に看護師が受け取った目線を照合させるときに作用し、【患者世界の描写】では患者と看護師が自己開示した内的世界のポイントを的確に探索するとき作用し、【立ち位置の確認】では患者からの評価をその言動から読み取るときに作用する。また、各カテゴリーで患者の内的世界の理解に不具合が生じたときも、【アンテナ】が作用して適切なカテゴリーを往来して患者理解を深めていく。つまり、【アンテナ】を張り巡らせ、迅速かつ的確に反応しながら患者とのコミュニケーションを深めていくプロセスは、精神障害によりコミュニケーション障害を持つ患者に対する精神科看護の専門的で積極的な受信能力ではないかと考えられる。

### 3. 今後の課題

本研究の限界は、対象者が1つの精神科病院に勤務する看護師に限定されている点である。その病院の特性に左右されないよう、今後は別の特徴をもつ精神科病院にも対象者を広げていく必要がある。また、本研究はコミュニケーション障害を特徴とする精神疾患をもつ患者をケアする上で、患者の内的世界に迫るためのコミュニケーションに焦点をあてている。精神科以外でもコミュニケーション障害のある患者をケアする機会は多いが、その場合にも応用可能であるか、精神科以外で働く看護師に焦点をあてた研究を行っていく必要性があると考え。

M-GTAは実践的な活用のための理論生成の方法であり、実践の場で応用されることで評価を得

ていくという特徴がある (Chenitz et al.,1999; 木下, 2007)。本研究で抽出された概念やカテゴリー名が今後実践の場で評価・修正を受けながら、応用者によってより洗練された名称に変化していくことを期待したい。

## VII. 謝 辞

本研究の調査にご協力いただきましたA精神科病院の皆様、研究の指導と助言をいただいた広島国際大学塩谷久子教授、七田恵子教授、小笠原知枝教授に深謝いたします。

## 文 献

- Benner, P. (1992). *From novice to expert : Excellence and power in clinical nursing practice*. (ベナー, P. 井部俊子 (監訳) (2005). ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ 医学書院)
- Chenitz, W. C., Swanson, J. M. (1986). *From practice to grounded theory : Qualitative research in nursing*. (チェニッツ, W. C., スワンソン, J. M. 樋口康子・稲岡文昭 (監訳) (1999). グラウンデッド・セオリー看護の質的研究のために 医学書院)
- Duxbury, J. (2000). *Difficult patients*. (ダクスベリー, J. 羽白清 (訳) (2003). 難しい患者さんとのコミュニケーション・スキルー心を通わせる27の方法ー 金芳堂)
- 江崎祐子・濱千恵子・川浪美紀 (2006). 「死にたい」と訴える患者に寄り添うコミュニケーションスキルの検討ープロセスレコードによる振り返りー 日本看護学会論文集 (看護総合), **37**, 113-115.
- 藤原クニ子 (2007). 急性期における老年期患者の回復への援助 患者ー看護師関係作りに焦点を当てて 日本精神科看護学会誌, **50** (2), 299-303.
- 福田晶子 (2006). 患者へのフィードバックに対する一考察 精神科急性期看護における患者ー看護師関係の構築に関連して 日本精神科看護学会誌, **49** (2), 114-118.
- 樋口康子・稲岡文昭 (2004). 看護学双書 精神科看護 II章精神看護学に影響を及ぼす諸モデル IV章精神看護の働きかけ 文光堂
- 飯田澄美子・見藤隆子 (1997). ケアの質を高める看護カウンセリング 医歯薬出版
- 池淵恵美 (2007). 統合失調症のコミュニケーション技能ーロールプレイテストを通してー *Schizophrenia Frontier*, **8** (2), 83-88.
- 伊藤祐紀子 (2003). 患者ー看護者関係における共感のプロセス 日本看護科学会誌, **23** (1), 14-25.
- 河田翠・野村雅美・田辺幸子・宇賀神久美子・小柳尚子・塩澤直美・佐藤吟子・大久保タミ子 (2005). 熟練看護師の患者との相互関係における傾聴的態度 日本看護学会論文集 (看護管理), **36**, 282-284.
- Kingdon, G., Turkington, D. (1994). *Cognitive-*

- behavioral therapy of schizophrenia. (原田誠一 (訳)  
(2002). 統合失調症の認知行動療法 日本評論社)
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生 弘文堂
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い 弘文堂
- 木下康仁 (2007). ライブ講義M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて 弘文堂
- 前川郁美・井藤恵美子 (2005). 不安や焦燥の強い患者との関わり方を治療的コミュニケーション技術を用いて考える 日本精神科看護学会誌, **48** (1), 48-49.
- 松崎澄子 (1994). 精神科看護者が重要視している看護者-患者関係の持ち方 精神保健看護会誌, **3** (1), 84-88.
- 南裕子 (2008). 看護における研究 日本看護協会出版会
- 宮林郁子・谷多江子・仁科祐子・日高艶子・仁科幸枝 (2008). 精神科看護の臨床能力と臨床経験年数の関係 聖マリア学院紀要, **22**, 29-34.
- 永野ひろ子 (2005). 聴き手(看護師)の態度・行動が話し手(クライアント)の情動反応に及ぼす影響と発話促進効果について 共感的理解「受容的態度の技術」の視点から 看護教育, **47** (9), 822-825.
- 中井久夫・山口直彦 (2001). 看護のための精神医学 医学書院
- 中山美恵子 (2006). 精神科看護師の患者とのかかわりの中での感情行動と対処行動-精神的健康を守るための一考察 日本看護学会論文集(精神看護), **36**, 47-49.
- 難波由香里 (2005). 患者を主体的健康行動に導いた事例の分析 ペプロウの人間関係論を用いて 奈良県立三室病院看護学雑誌, **21**, 40-43.
- 夏目美貴子 (2007). 苦痛を伴う慢性疾患患者にかかわる看護師の共感のプロセスに関する研究 医学と生物学, **150** (7), 257-266.
- 大西由美・吉岡譲二・和田誠・松田優子・西野和賀子・山本真理・岡部今朝美 (2006). 精神科患者が帰宅願望を訴えてきたときのベテランナースの技 日本看護学会論文集(精神科看護), **37**, 142-144.
- 坂田三允・遠藤淑美 (2000). 精神科看護とリハビリテーション 医学書院
- 田畑治 (1998). クライアント中心療法 現代のエスプリ No. 374. 至文堂
- 滝沢広忠 (2006). 心理臨床の方法論についての一考察 札幌学院大学人文学会紀要, **79**, 21-44.
- 安岡三枝 (2006). 対人不安のある統合失調症患者の退院に向けての援助 患者-看護師関係の発展に焦点をあてて 日本精神科看護学会誌, **49** (2), 203-207.