

医療現場での精神障害者に対する意思決定支援の話合いと看護師の役割

—合意形成の視点からの考察—

吉武 久美子 (東京女子医科大学 大学院看護学研究科, yoshitake.kumiko@twmu.ac.jp)

妹尾 弘子 (東京工科大学 医療保健学部看護学科, senoo@stf.teu.ac.jp)

Meetings of decision-making support relations to mental patients and nurse's roles in clinical settings:

From a consideration of consensus-building viewpoints

Kumiko Yoshitake (Graduate School of Nursing, Tokyo Women's Medical University)

Hiroko Senoo (Department of Nursing School of Health Sciences, Tokyo University of Technology)

要約

医療現場では、患者の治療・ケア・退院に関する決定が、話合いによって行われている。患者の意思を尊重した意思決定支援が重視されているものの、合意形成を要する話合いでの看護師の役割は十分に明らかにされていない。とくに、精神科領域では、精神障害者の認知・理解力・意思の表出において個人差が非常に大きいため意思決定支援が困難である。本研究の目的は、医療現場で精神障害者の意思決定支援が困難である現状を整理した上で、合意形成の観点から、意思決定支援のための話合いに関する看護師の役割を考察することである。その結果、意思決定支援が困難な現状は、患者の治療法の選択に患者が参加して決定するという素地がなかった精神科病院の環境で、患者の人権尊重の意思決定支援が求められるようになったこと、精神障害者のコミュニケーション能力の個人差、個人内による症状の変化が大きい上に、看護師側の患者に対する認識・リカバリー志向性などの違いが話合いの設定に影響を及ぼしている。そのため、話合いでの精神科看護師の役割として、①理解・共有を促進するファシリテーションだけでなく、②患者・家族の状況にあわせたナビゲーション、③持続可能な方法のアレンジメントがあることを導出した。ナビゲーションによる価値の共有と創出は、創造的な解決策を導出する合意形成の実践につながると示唆された。

キーワード

精神障害者, 医療の合意形成, 意思決定支援, 精神科看護師, ナビゲーション

1. はじめに

1.1 医療現場の意思決定支援と合意形成

医療現場では、患者・家族・医療職等という関係者が参加する話合いによって、治療法・ケア方法・退院等が決められるようになってきた。話合いでは、患者・家族・医療職などの意見が異なることもしばしばである。そのため、患者の意思を尊重した意思決定支援とそれに伴う関係者間での合意形成の推奨が、看護職の倫理綱領にも明記されるようになった (日本看護協会, 2021)。

医療現場で用いられる合意形成は、患者の治療法等の意思決定支援だけでなく (内田・青木, 2021; 田中・工藤, 2021)、基準・ガイドラインづくりのための Delphi 法 (Nair et al., 2011; Keeney et al., 2011)、紛争解決 (Nelson and Nazareth, 2013)、教育 (Kirk et al., 2013; 吉武, 2020) など含まれる。

上記の用いられ方の中でも、とくに医療現場の看護師がかかわる機会が非常に多いのが、患者の意思決定支援のための合意形成である。医療現場での合意形成の用いられ方は、問題解決と問題発生予防の二つの側面があるとされる (吉武, 2017)。すなわち、患者の意思決定支援の場面でも、患者・家族などの関係者間で齟齬が起きて

いる等の問題解決のために行う場合もあれば、患者の意思を反映させるための最善策 (治療・ケア・退院等) を探すために行われるなど、多岐にわたるということである。

そのような状況で、患者の身近にいる専門職としての看護師は話合いに参加する機会が多い。また、患者の意向を尊重するための方法が、在宅医療、急性期疾患領域では模索されてはいるものの、合意形成に関する看護職の役割は十分に明らかにされていない (内田・青木, 2021; 田中・工藤, 2021)。

1.2 患者の意思と決定の特徴

患者の意思の特徴も決定の多様さにつながる。治療等の決定のための意思決定支援で、何よりも尊重されるのが患者の意思である。ただし、本人の意思が明確でない場合、たとえば、新生児、意識不明者等の意思決定能力が明らかにないとみなされるケースでは、本人ではなく代諾者による決定および、代諾者と医療者との話合いが行われてきた (日本小児科学会倫理委員会, 2012)。

人生の最期の段階では、患者本人の意思は、徐々に不明確になる。すなわち、患者が比較的症状が軽い時、意思は明確であったとしても、死期が近づいてくると、周囲には理解されにくい状況になる。そのため、本人の意識が明確なうちから、本人の意思を確認する話合いをもつことが ACP (Advance care planning) として、国内外で

検討されている（大濱・福井，2019）。くわえて、患者の意思が不明確になったときに、本人の意思を推測する話合いと合意形成の推奨がガイドラインにも示されている（厚生労働省，2018）。

では、精神障害者の場合はどうであろうか。精神患者だけでなく、障害者の「意思決定支援」という文言が明文化されたのは、2011年7月の改正障害者基本法、続いて2012年6月に成立した障害者総合支援法においてある（遠藤，2016）。本法において、意思決定支援とその必要性について言及されることで、「自己決定」から「意思決定」の支援に置き換わったとされている（遠藤，2016）。

さらに、齋藤（2005）によれば、精神障害者の意思能力は、病状の悪化により一時的に低下もしくはほとんどなくなるものの、状態が過ぎて一定の安定が得られれば、患者自身の意志による入院が認められることを指摘する。たしかに、精神障害者の状態が悪化した場合、すなわち自傷他害の恐れのある場合は、入院時、本人の意思によるものではなく、行政決定もしくは保護者（等）の同意による強制的な入院（措置入院、医療保護入院）が必要な場合もある。しかし、患者の身体状態が安定したら、本人の意志の確認も可能ということである。

くわえて、齋藤（2005）は、精神障害者の全てに完全責任能力を問えることはないにしても、特に病状が安定し地域生活を行っている場合などは一定の意思能力はあることから、自己決定を行う能力はあると考えられると述べる。それと同時に、成年後見制度を使うほどではなくとも、日常生活場面において一定の自己決定に関する困難さを抱えているケースも存在するとする。

要するに、精神障害者の場合、本人の意思決定あるいは意思の表出が極めて困難な状態から、本人の意志の確認がとれるまでの幅が非常に大きいということである。その違いは、一人の患者個人内での変化もあれば、個人による差も大きいということである。

上記のような患者による意思決定能力の差が大きいとされる精神障害者の話合いに関して、看護師の役割は明確にされていないのが現状である。

2. 目的と方法

医療現場での精神障害者に対する治療・療養などの話合いで、看護師は、どのような役割を担ったらよいだろうか。

本研究は、医療現場での精神障害者の話合いによる意思決定支援において、看護職の役割を導出するために、次の3段階の方法をとる。

- (1) 日本における精神障害者による意思決定支援が難しい現状について、疾患によるもの、法制度による歴史、病院環境、看護師の認識等から整理する。
- (2) (1) で抽出した現状を踏まえて、合意形成の視点から、精神障害者についての話合いのプロセス共有のために、看護師が配慮すべき点について整理する。
- (3) (1)(2) を踏まえて、意思決定支援のための話合いに

必要な看護師の役割について考察する。

本研究の目的は、医療現場で精神障害者の意思決定支援が困難である現状を整理した上で、合意形成の観点から、意思決定支援のための話合いに関する看護師の役割を考察することである。

3. 精神障害者の意思決定支援の困難な現状

3.1 患者の精神症状による影響

3.1.1 急性期の精神症状とコミュニケーション力

日本における精神障害者数は近年急増しており、2020年は614.8万人となっている。精神病床数は32.5万床、精神病床の平均在院日数は277.0日で、ともに国際的にみても非常に高い水準である。また2020年の精神病床に入院している患者27.4万人を傷病分類別にみると、「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害」が14.1万人と半分以上を占めている（厚生労働統計協会，2022）。

入院患者の多くを占める統合失調症は、その過半数は20歳前後の若い人に発症する。発病危険年齢は16～40歳である。一般人口の罹病危険率は0.7～0.8%であり、全世界において発生頻度はほとんどかわらないと言われている。統合失調症は慢性の経過をとり様々な障害がみられる。精神症状は「感情」「意欲」「思考（妄想など）」「知覚（幻覚など）」「自我意識」「病識の欠如」などの障害がみられる。最近の統合失調症の症状について「陽性症状」「陰性症状」「抑うつ・不安」「認知機能障害」4つに大別されるとしている。（渡辺，2015）

陽性症状とは、生来あったものではなく、新たに出現するもので、幻聴、妄想、自我障害、奇異な行動などがみられる。陽性症状は急性発症あるいは急性憎悪と寛解の既往という経過をたどるとともに、発病前の社会適応は比較的良好、寛解後の予後もそれほど悪くないとされる（太田・上野，2016）。

それに対して、陰性症状は通常ある機能が失われるもので、感情鈍麻、自発性や接触性の欠如、無為、無感情、社会性の低下などがみられる（太田・上野，2016）。潜伏性に発病し、徐々に慢性的に進行し、抗精神病薬にも反応しにくいとされる。統合失調症では多少なりとも陽性症状と陰性症状の両方もちあわせており、両者は密接な関連をもっている（太田・上野，2016）。

さらに、急性期の統合失調症患者の様子について、坂田（2001）は、以下のように述べている。幻覚や妄想のある非現実的世界での存在のはっきりしない事物や人物は自分を脅かすものとして体験されており、それが現実の他者にも影響して、自分に近寄ってくるものは自分を脅かすもの、すなわち味方ではなく敵のように感じてしまったりする。今、自分に生じている大きなことに身を委ねる（左右される）だけで精一杯であり、他者の働きかけに応えるなどの余裕すらない。さらに言語的コミュニケーションにおいて、自分で順序だてて考える能力に欠け、その考えを他者にわかりやすく伝えることのできない状況である。他者と交流する手段としての重要な言

語は、患者との間においてはスムーズに通用しないことが多い。

すなわち、急性期の精神障害患者は、言語コミュニケーションが難しく、自身で何かを決めるという意思決定は極めて困難となる。しかし、症状が回復すれば、社会適応も良好であるため、コミュニケーション力も回復するという特徴をもつ。

3.1.2 病識・病感と患者の安全確保

急性期の精神障害者には、病識がないこともしばしばである。病識とは何らかの疾患に罹患した場合、自分が病気であると自覚し認識することをいう（太田・上野, 2016）。それに対して、病感とは自分が病気がらしい、不調であるという漠然とした不安感である（太田・上野, 2016）。一般に発病初期には病感があり、自己の変調に気づいていることが多い。統合失調症の患者の場合、初期や増悪期には幻聴や妄想などの非現実性や不合理性を認識できないでいる場合が多いとされる（太田・上野, 2016）。

急性期で病識のない患者の様子について、坂田（2001）は「疾病を自力でコントロールすることはもはや困難であり、時には激しく抵抗を示し、治療を拒否することもあるとする。坂田（2001）によれば、急性期の精神障害者は、自分の心身の不調を全く認識していないのではなく、困惑や不安、恐怖、苦痛を感じている場合が多いにもかかわらず、表現できない、あるいは、表現しても他者には理解し難い言動であったりする。そのため、患者が自身の危機的状況を他者に伝えることができないという。」

急性期で病識のない精神障害者の場合、精神障害者と医療職との共通理解が得られることが困難である。そのため、治療法やケア方法を決める話し合いには、患者自身の参加には至らない。

さらに、精神科患者の行動が攻撃的で治療が進められない場合、病棟では、患者の行動を制限するという身体拘束が行われることがある。身体拘束は、患者の自由を奪う行為であるとともに、人間の尊厳にもかかわることである。そのため、厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」や専門職学会から、患者の命を守るための身体拘束ゼロにむけての対策、あるいは、身体拘束予防ガイドラインが示されている（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」, 2001；日本看護倫理学会, 2015）。また、病院全体で身体拘束をゼロにするという積極的な取り組みを行う施設についても報告されている（東京都松沢病院編, 2020）。

しかし、医療提供体制において、たとえば、勤務する看護職が少ない場合、安全のために身体拘束をせざるを得ない状況も生じている。あるいは、患者の安全を守るためとして、身体拘束の処置が慣習化されると、身体拘束を外すことは難しい状況がおきる。

上記のような身体拘束の処置が、医療従事者が患者の命を守るためと思った行為であったとしても、患者側か

らすると、病識もなく共通理解が得られない状況もある。そのような場合、治療のための話し合いへの参加は困難であるだけでなく、患者からすると強制的な行為を受けたと取りかねないのである。

3.1.3 精神症状による認知・理解・症状変化による差

精神障害者には、長期入院する統合失調症患者だけでなく、様々な認知・理解・判断のレベルの人が含まれる。たとえば、認知症は、脳の気質の変化が原因で知的機能が低下し、日常生活が営めなくなる状態である。認知症患者の症状は、初期に物忘れなどの記憶障害がみられた後、中期に見当識障害などの行動障害がみられるとともに、後期は、寝たきり状態になるとされている（ナーシング・サブリ編集委員会, 2015）。すなわち、認知・判断力のレベルは、症状が進むと悪化するということである。

しかし、上記の初期・中期・後期という三段階への進行は、個人差が大きく、必ずしも認知症患者全員がそのような段階をたどるとは限らない（ナーシング・サブリ編集委員会, 2015）。認知症患者で病識がない人でも、薬の拒否や食事の好みを表現できる場合もあるのである。

精神障害で入院経験があっても、症状が回復すれば、退院して仕事に復帰できる人もいる。また、精神障害者でも症状が軽度であれば、グループホームなどで、地域で家族以外の同居者と生活する人もいる。そのような人たちは、自身の意思の表現が可能である。

さらに、精神障害者の中には、再発をして入退院を繰り返す人もいる。症状が悪化しているときは意欲減退し意思も表現できないが、症状が回復すると自身の意思を表明できるようになる。

要するに、精神障害者といっても、疾患による症状の違いや症状の変化によって、認知・理解力・意思の表現・病識・行動について、個別による差、変化による差が非常に大きいということである。

3.2 精神疾患に対する治療・制度の歴史的背景

3.2.1 病者とみなされなかった時代から当事者へ

精神科医療の歴史では、精神障害者は、治療を要する病気として理解されなただけでなく、多くの偏見や誤解を受けてきたとされる（渡辺, 2015）。渡辺（2015）によれば、多くの精神障害者の主症状が、話の内容や行動が奇妙であることから、他の身体疾患と比べると病気であるという具体的な証拠に乏しい面があるとしている。検査技術が発達した現代であっても、精神科では身体疾患のような客観的検査による異常所見を見出せない障害の方が多いとされる。くわえて、多くの精神障害者は、自ら具合が悪いという訴えができないため、治療の対象者という診断がおくれる状況である。

精神医療の歴史では、精神障害がどのように受け止められて、精神障害者がいかなる扱いをされてきたかという観点から、3つの時期に区分される（岩崎・渡邊, 2019）。

岩崎・渡邊によれば、「第1期」は精神障害が病気とみ

なされず、病者とみなされなかった時代である。「第2期」は近代医精神医学が確立されたが、誤った疾病観や病者観から、病者としての扱い（あるいは人間としての扱い）を受けられなかった時代である。「第3期」は、向精神薬による薬物療法が登場し、病者の人権が問われ、病者が病者として処遇され始めた時代であり、地域精神医療が前面に出ている時代でもある。

岩崎・渡邊（2019）によれば、現代は、病者が障害を受容した上で当事者として積極的に自己を主張していくようになった時代とされる。

3.2.2 隔離から人権配慮への法制度の変遷

精神疾患に対する我が国の法制度として、精神障害者に対して自宅などで監視するとともに、保護者への責務に任せて、社会から排除してきた歴史がある。私宅監置とは、自宅の一室や物置小屋の一角（いわゆる「座敷牢」などと表現される）に精神障害者を監置することである。かつてわが国では、精神科病院が少ない状況下で、精神病患者監護法（1900年）のもと私宅監置を公認してきた経緯があり、患者の監護義務者とされた家族に大きな負担を強いていた。その後、1950年「精神衛生法」の制定で私宅監置は廃止された（精神医療編集委員会，2020）。

しかし1954年7月の全国精神障害者実態調査において、精神障害者の全国推定数130万人、うち要入院35万人であることが判明し、多くの精神障害者が私宅監置されていることが明らかになった。医療金融公庫からの低利融資と、スタッフの配置基準を大幅に緩和した精神科特例によって、民間の精神科病床は急速に増加した。1955年に4.4万床だった病床数が1970年には25万床に増加した（出口他，2020）。

さらに、1995年に制定された「精神保健福祉法」において精神障害者および国民の精神保健の推進が進められるようになった。ただし、保護者制度、すなわち、一人の保護者に、法律上保護者として課せられた様々な義務を負うことが法的に規定されていた。2013年の精神保健福祉法改正で医療保護入院における「保護者の同意」がはずれ、「家族等」のいずれかの同意を要件とすることとなった。（精神医療編集委員会，2020）

ただし、現在でも精神症状によって、医療保護入院や措置入院など、本人の同意が得られなくても強制的に入院させることが法律で認められているのが現状である。

要するに、精神障害者への隔離という社会秩序を守ることを優先した政策および、患者としての適切な扱いがおこなわれてこなかった時代があったということである。このことは、いかに言えば、患者の意思を尊重した話合いによる治療法の決定という素地がつけられてこなかったということである。その上に、精神障害者の人権配慮の取り組みがなされているのである。

3.3 精神科病院の環境要因

3.3.1 制限された入院環境

現在の日本の医療施設で精神障害者が入院する病棟の

多くは、閉鎖病棟である。閉鎖された病院という環境は、患者にとって不安や緊張を感じさせる体験となる。患者は、体験の程度には個人差があるものの、何らかの不自由を余儀なくされる。まして、患者は、自らの意思に反した入院であるだけでなく、行動が制限されることもある。そのような環境が患者に与える影響は大きいと推察される。さらに、精神科病棟に入院する患者は、自分という人間の存在そのものが脅かされているという不安や恐怖を感じていることが多いとされる（出口他，2021）。

上記のような精神科病院での入院環境は精神患者が安心感をもって話合いに参加することを困難にしていると考えられる。

3.3.2 病棟の医療スタッフの人員配置

精神科病棟の医療スタッフの人員配置も患者の意思を表明することに影響を及ぼしていると考えられる。

精神科病棟は、他領域である一般病床に比べて、医師は3分の1、看護職員は4分の3の人員配置が認められている（精神医療編集委員会，2020）。岩崎・渡邊（2019）は1958年の精神科定員特例について、医療法施行規則で精神科病院の医師は一般病床の1/3、看護師は2/3で良いとされ、精神科治療や看護を法的に差別するものと批判されたと記している。2001年に大学病院や総合病院精神科では医師や看護師は一般病床なみとなったが、精神科病院の医師配置は従来どおりで、看護配置基準も3/4に留まっている（岩崎・渡邊，2019）。

すなわち、精神科病棟は、一般病棟よりも医療スタッフが少ない配置になっているため、職員は少ない人員で多忙となる。そのため、患者とゆっくり関わる時間が少なくなってしまう。結果として、患者が自分の思いを表明し相談する機会は、必然的に少ない状況となる。

3.3.3 長期入院による意欲の低減

精神科病棟に長期入院することが、関心や意欲の減退につながるかとされている。出口ら（2021）によれば、私立の精神科病院は、社会から切り離された地域に立てられることが多く、閉鎖病棟であるため、社会との交流は閉ざされている。入院患者が、施設内で、24時間を管理された生活を送っていると、いつの間にか生活環境に慣れて、わずかな変化も求めなくなってしまうという。

さらに患者たちが、拘束的な生活環境の中で集団生活を送ることに慣れてしまうと、問題を起ささないかわりに、関心や意欲も失い、無表情な患者たちが生み出されてくる。出口ら（2021）は、上記のような状態を拘禁的な施設環境による施設病とも指摘する。

3.4 看護師による精神障害者に対する認識と支援

3.4.1 患者の訴えや暴力に対する看護師の認知・感情

話合いをする際、参加者に対する偏見が存在する場合、対等な立場で話合いを行うことは困難である。日本における精神障害者に対する偏見について、櫻井ら（2020）は、精神障害者と接触がある人はない人より偏見が弱いこと、

精神障害（者）に関する知識がある人は、ない人より偏見が少ないことを明らかにしている。そのため精神科看護師は精神障害者との関わりが多く、しかも知識も豊富であることから偏見は少ないと予想される。

しかしその一方で、精神科病棟の勤務者を対象にした精神障害者に対する社会的態度の調査結果では、患者との直接的な接触を有する看護職者に「拒否的感情」があったとされる（星越他, 1994）。

さらに、白石・則包（2010）は、精神患者の幻覚・妄想という訴えに対して、精神科看護師の認知・感情に関する調査を行っている。その結果では、看護師の認知・感情に関する因子は、「心理的脅威」「業務負担の増大」「自己対応能力への疑問」「対応困難感」の4つであったと指摘する。すなわち、精神科看護師は患者の幻覚・妄想の訴えがあった際に、不安になること、煩わしいと感じること、つらい気持ちになること、大変だと思っていたということである。

さらに、精神科看護師の中には、入院患者から暴力を受けた体験をしている人もいる。多くの看護師が同じ患者から再び暴力行為を受けるのではないかと恐怖を抱えたまま接していたことが報告されている（草野他, 2007）。草野らは、そのような状況では患者に対して十分なケアを提供できない可能性があるとする。

要するに、精神科入院患者による幻覚・妄想などの訴えあるいは、患者から受ける暴力は、看護師にとって恐怖やつらい気持ちにさせる状況である。その結果、看護師や不安や恐怖を抱えたままの状態が続くと、看護ケアのみならず日常生活の中での話し合いにも悪影響を与える可能性がある。

3.4.2 精神障害者に対する看護師の価値観

看護師は、専門職として大切にしている価値観をもって働いている。精神患者の自己決定を行う場合、看護師のもつ価値観と患者の価値観が対立することがある。

たとえば、精神科病棟で働く看護師が体験する価値の対立について調査した田中ら（2010）は、次のように指摘する。精神科看護師たちの経験する価値の対立の一つには、多くの患者の「自己決定の尊重の原則」と、患者のためによいことをしようとする「善行の原則」の対立であったとする。すなわち、精神科看護師が患者にとってよいと思われることが、患者による自己決定の内容と異なるということである。

さらに、精神科看護師が「患者のため」と思って、意図せずとも、看護師自身の価値観を患者に押し付けることは、患者の意思を尊重した決定を阻害することにもなりかねない。

3.4.3 精神障害者の退院とリカバリー志向性

長期入院していた精神障害者が、退院する際には、一般病棟の患者と異なって、退院調整の障壁があるとされる（吉村, 2013）。吉村によれば、患者が退院の意向があったとしても、精神科看護師は、患者に対する不安や葛藤

および、自身の技能不足などを理由に、患者の退院は無理だと感じることで、退院促進には消極的になっているという。

吉村（2013）は、看護師のもつ不安や消極さだけでなく、周囲からのサポートの不十分さ、家族との意向の違いなどによる不安が退院調整の障壁になっているとも指摘する。

さらに、看護師がもつ精神障害者の回復にむけて、どのように志向するかということも退院に影響する。リカバリーとは、疾患からの完治を示すのではなく「精神疾患の破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を造り出すこと」を意味する（Anthony, 1993）。医療職が患者に対するリカバリーをどのように志向するか、すなわちリカバリー志向性は、藤野ら（2019）の調査によれば、病棟に勤務する精神科看護師の方が、精神科専門職全般より高かったと報告されている。藤野らのリカバリー志向性と関連要因に関する調査報告によれば、看護師のリカバリー志向性が高い理由は次のように指摘されている。看護師は患者の日常生活の支援者として、患者にとって最も身近な存在であり、権利の擁護者でもあるとともに、患者の主体性を尊重しながら、社会復帰を傍らで支える役割特性が看護師のリカバリー志向性の高さに繋がっている。

精神科看護師の中には、患者に対する不安や葛藤および、自身の技能不足から患者の退院に消極的になる人もいる。その一方で、リカバリー志向性の高い精神科看護師もいる。精神科看護師の中でも個人差があると推測されるものの、担当看護師のもつ不安・技能・リカバリー志向性が退院にむけての話し合いに影響を及ぼす。

3.4.4 看護師のアセスメント力

精神科看護師の患者に対するアセスメント力も話し合いに大きな影響を与える。荒木ら（2019）は統合失調症患者のターミナルケアにおける治療に関する意思決定への困難さについて、看護師が患者の認知機能を評価することの難しさを挙げる。精神科看護師が患者の意思を確認し多様な決定をする際に求められるアセスメント力には、疾患だけでなく、セルフケア、サポートの有無、生育歴、発達課題、心理・社会的側面の評価、看護師自身の患者の捉え方などが含まれる。

しかし、精神障害者の自己決定支援に関する看護師の意識に関する文献は非常に少なく、入院患者への自己決定支援の詳細や看護師が意図的に行っている支援については、十分に明らかにされていないのが現状である（石井, 2015）。

したがって、入院している精神障害者への意思決定支援の現状として、以下のように整理することができる。

- (1) 患者の治療法の選択について患者も参加して話合うという素地がなかった環境で、患者の人権尊重のための意思決定支援が求められるようになった。これは、精神障害者には、適切な意思決定能力がないとみなされ

るために、他領域のように、意思決定支援の在り方がこれまで十分に検討されてこなかったということである。

- (2) 精神障害者本人の意思の表現や理解・認知という話合いに必要なコミュニケーション能力は、疾患などによる患者の個人差、症状による変化の差が非常に大きい。そのため、精神障害者の疾患による特徴から、治療方針・ケア方針等の話合いの場面で、健常者と全く同じレベルでの参加を促すことは困難であるということである。
- (3) 精神科看護師の患者に対する感情・不安・意図しないまでも自身の価値観の優先、価値の対立、リカバリー志向性の程度によって、話合いの設定が難しい場合がある。精神障害者の意思決定を支えるには、患者を担当する看護師の統合したアセスメント力が求められる。

4. 精神患者のための話合いとプロセス共有

本節では、精神科看護領域の意思決定支援の現状を踏まえて、合意形成の視点から、話合いのプロセスを共有するために、精神科看護師が配慮すべき点について考察する。

4.1 話合いの設定と看護師の気づき

患者の治療法・処置の方法・療養生活の方法・退院調整の決定など、医療現場のさまざまな場面で話合いを設定する機会がある。ただし、話合いを行う必要性があるのかどうか、あるいは、話合いをいつ、どこで行うのかという設定は、看護師による違いが生じる。

たとえば、前節で述べたように、精神障害者が退院して人生の新しい意味や目的を見出し、充実した人生を送ろうとするリカバリーに対して、そばでみている看護師が、どの程度志向するかは異なる。かりに精神疾患を有する患者が退院の意向をもっていても、精神科看護師のもつリカバリー志向性が低いために、精神科看護師が退院は厳しい状況だと思えば、退院調整の話合いの設定には至らないであろう。

話合いをいつやるのかということとは、設定する人が話合いの必要性を感じて行動に移せるかどうかに影響する。吉武(2017)は、医療現場で看護職が倫理リスクを感じたときの話合いの設定の必要性について言及する。精神障害者は、とくに個人の症状や意向などの変化が大きい。くわえて、精神科看護師もまた、一人一人の患者に対する捉え方やリカバリー志向性の程度が異なる。そのような違いの差によって、精神科看護師の中には、倫理リスクに気づかないだけでなく、患者にとっては話合いが必要であるにもかかわらず、その機会を逃してしまうことにもなりかねない。精神科看護師は、自身の捉え方やリカバリー志向性の低さが話合いの機会を奪うことになることにも意識する必要がある。

さらに、合意形成では、話合いが必要な状況となったときに、誰を関係者として選定し、話合いに誰を召集す

るのかを検討することは重要とされている(桑子, 2016)。それは、関係者の適切な選定は、合意形成が必要である人と人との広がりとの把握とともに、解決すべき問題の大きさを検討することにつながるからである。

精神障害者に関する話合いの場合、関係者として選定されるのは、患者・家族・医師・看護師・精神保健福祉士などである。話合いに誰を召集するかは、話合いの目的・目標・テーマによって異なる。当然ではあるが、精神障害者も関係者の一人である。数回行われる話合いのうち、話合いの目的によって、患者自身も話合いの参加者として選定される可能性はある。それは、患者本人のことを決めるからである。また、患者本人が話合いに参加することで、参加者全員が患者の意思を確認し共有できるというメリットがある。

ただし、精神障害者の個人差が非常に大きいために、必ず参加させなくてはならないというわけでもなければ、逆に参加させられないというわけでもない。むしろ、患者の状態、意向なども含めて、看護師は、話合いに参加させることの必要性と可能性について十分にアセスメントすることが大切である。

4.2 患者の意思の確認と可能な選択肢の決定

医療現場における患者に関する意思決定支援の話合いでは、大きく二つの段階がある。その一つは、患者の意思を引き出して確認することである。もう一つの段階は、患者の意向を尊重した実現可能な解決策(選択肢)の検討と決定である。

最初の段階、患者の意思の確認では、精神障害者の場合、そもそも患者自身が考えていない場合や意欲が減退していることもある。そのため、意思を引き出して確認することの困難が生じる。あるいは、患者の独特な表現で周囲が理解しづらいということもある。

とくに、合意形成では、意見の理由を表現することを通して、参加者の関心・懸念を引き出して共有することを大切にする(吉武, 2017)。看護師は、精神障害者が表現してきたことを単純に表面だけで理解するのではなく、「どうしてそう思うか」「どうしてそう考えるのか」と確認して、患者の思いと背景を掘り起こすことが重要である。そのようなプロセスは、言葉による表現によって、患者自身も自分の思いを整理して確認する作業につながる。それと同時に、看護師などの多職種にとっても、患者の真意や思いの背景にある事情を知る機会になるからである。そのような患者の関心・懸念を共有することは、患者の意向を尊重した選択肢の検討につながる。

次の段階、実現可能な解決策(選択肢)の検討と決定は、これから未来のことについてである。精神障害者の場合、先の未来の予測やイメージがつきにくい場合がある。長期入院していた患者が退院したいといっても、具体的に地域で生活できるかどうか、イメージがつかないまま表現されることもある。

そこで、本段階では、話合いを数回繰り返して、関係者間で実現可能な方法の一つずつ確認していく作業が必

要である。患者だけでなく、医療職側もこの方法なら可能だということを可視化し理解していくプロセスである。まさに、実現可能な方法を探し合意を形成する過程である。

話合いの参加者間で、多様な意見が出されることもある。各参加者の立場や専門家としてのアプローチの違いによって、ときには、患者にとってよいと思われる方法が異なることがある。専門職による違いを超えて、大切にしなければならないのは、患者の意思を反映させた実現可能な方法の検討である。単純に専門職による意見を表出することだけでなく、この患者なら何ができるのか、強みになることは何かを共に考えるという姿勢をもつことである。ときには、本当に既存の方法が患者にとって最善な方法になっているのかについて振り返りことにもつながる。

話合いの目標は、職種を超えて、患者にとって何が最善かを考えるという視点で設定される必要がある。目標に向けての話合いは、患者の思いや実現可能な方法の理解を深めるだけでなく、関係者間で新しい方法を創っていくプロセスにもつながる。

精神科看護師は、患者の状態をアセスメントした上で、患者の意思を掘り起こして、関係者間での理解と共有を促すとともに、患者に伴奏しながら、多職種で実現可能な方向性を探るという道案内役が求められる。

4.3 患者・家族等・支援のアセスメントと関心・懸念

精神障害者の意思決定支援のための話合いでは、看護師の統合的なアセスメント力が求められる。では、患者の関心・懸念を引き出して共有するには、どのようなアセスメントが必要であろうか。吉武 (2022) は、話合いのファシリテータには、互いの関心・懸念を共有するためには、時間と空間の両方をあわせた視点をもつ必要があるとする。そこで、精神障害者の場合の話合いでの関心・懸念を引き出すための看護師のアセスメントについて、時間と空間の両視点をあわせて整理する。

4.3.1 話合いが行われる時と医療空間

入院患者であれば、話合いが行われるのは、病院の一室である。入院環境として、閉鎖病棟もあれば、開放病棟もある。話合いの目的・テーマ・参加者によって、どこで行うのがよいのかの検討である。患者・家族・医療者という参加者の影響や話合いそのものが円滑に行える空間の設定である。

さらに、話合う時がいつかということである。入院時、退院時だけでなく、問題発生時、患者の症状変化がみられたとき、患者の意向がみられたときなど、看護師が患者のための話合いの設定の時期を見逃さない感受性をもつことが大切である。話合いを行ったときに、看護師との信頼関係がすでにできている患者かどうかという点も、患者に対する理解や患者の意思の把握に影響する。

4.3.2 過去から現在まで生活してきた空間

発症から入院するまでの患者の生活についてである。たとえば、発症から入院するまでの期間、疾患による症状、病期 (急性期、慢性期など)、発症時期 (若年・成人期など)、発達課題 (タスク、人生経験など)、病識などである。これらは、患者の理解・判断力にかかわる。また、入院期間は、患者本人の意欲や意思の持ち方に影響する。

上記の点は、患者の考え方・物事のとらえ方につながるため、本人特有の関心・懸念を理解する上で、重要なアセスメント項目である。

4.3.3 現在から未来での治療・療養する空間

患者の入院後から未来にむけて、患者が治療にどのように参加してきたかである。たとえば、治療に対する積極性、セルフケア自立度 (食事、排泄、清潔、活動休息、対人関係、安全を守る能力など) である。これらの項目は、治療・療養生活の場所や方法を検討するのに、重要な情報である。

患者が退院して自宅あるいは地域に戻るときには、患者自身がこれまで受けてきた差別・偏見のとらえ方、家族や周囲のサポート状況と今後の見通しも重要なアセスメント項目である。

4.4 持続可能な話合いと日常の医療空間

患者の意思決定支援のための話合いは、様々な場面で設定される。合意形成は、関係者間で患者にとって最善策を探し続けるプロセスと捉える (吉武, 2017)。すなわち、話合い時の運営やコミュニケーション行為のみに配慮すればよいというだけではない。話合いが行われていないときにも、関係者がいかにふるまうかということが結局は、話合いにも影響する。

精神科領域では、身体拘束の検討の話合いが行われる。かりに、身体拘束を一度つけたら、人手不足のときには拘束を外せないという文化をもつ病棟であれば、患者の状態が安定した状況であっても、人手が少ないときに、拘束を外すための話合いの検討には至らないであろう。

看護師と患者、あるいは、多職種間での日常のコミュニケーションによる信頼関係の構築は、話合いになったときに自由に発言してもよいのだという保証や話しやすさという環境に影響する。

さらに、意思決定支援のための話合いは、1回で完結するというわけではない。患者の意向を確認できたと思われる場合でも、患者の中には、意向が変わることもある。あるいは、患者は自身の本心を1回では表現できないこともある。そのため、患者の意思を確認する話合いは、継続して機会を設けることが必要である。

話合いが持続可能な方法で行われるには、患者・家族・医療者という関係者が置かれている医療空間⁽¹⁾にあわせたものでなければならない。医療空間とは、医療施設等にある限りある資源、たとえば、人員、スタッフの能力、医療機器等だけでなく、施設の文化、制度、地域性、歴史なども含む。各施設の医療空間によって、患者にとつ

ての最善策を導出するための話合いをいかに行うかは異なる。

要するに、看護師など医療職は、各施設での目の前の患者にあった意思決定支援のための話合いの方法を創造的に検討する姿勢が求められる。

5. 意思決定支援の話合いにおける看護師の役割

精神障害者に対する一般的な認識は、精神障害者には適切な意思決定能力がなく、治療・ケア・療養の話合いの場面では、健常者と同等なレベルで参加を促すことは困難である。しかし、そうかといって、治療・ケアの方針の話合いで、精神障害者の意思を完全に無視してよいかといえば、決してそうではない。また、精神障害者の状況も千差万別であるため、患者本人からしか得られない貴重な情報（意向・意見）があるという可能性も、他領域の患者と同様に否定することはできない。

上記の状況を踏まえて、医療現場での意思決定支援による話合いにおける看護師の役割は、次の3つである。

5.1 理解・共有を促進するファシリテーション

話合いを促進する役割はファシリテーションと呼ばれる。ファシリテータには、参加者の発言を促進し、活性化させるとともに意見の可視化が重要とされる（吉武、2020）。

精神障害者のように、本人の意思表示が難しい場合、精神障害者というだけで、すべての患者の意向や意見を無視して、家族などの他の関係者の意見を尊重すればよいというわけではない。確かに、話合いで健常者同士の活発な議論になるような仕掛けづくりをめざすのは容易ではない。むしろ、患者を含む関係者の意思や思いを引き出して理解し、共有するという点に重点をおく必要がある。

看護師の役割は、患者特有の表現方法を理解した上で、患者の意思を引き出して確認し、関係者全員が共有できるように促すことである。患者の意思を引き出すためには、わかりやすい問いを出して、返した言葉の意味を確認する。また、解決策の検討場面では、選択肢が実現可能な方法であるかを参加者全員に可視化させて共有することを促進する。

5.2 患者・家族の状況にあわせたナビゲート

ナビゲートとは、道案内という意味である。患者・家族等・医療者という関係者とその状況は、さまざまである。患者の意思表示が可能かどうか、認知のレベル、同居や別居する家族、あるいは家族不在の成人後見人など、ケースによって異なる。

看護師は、話合いの設定の必要性に気づいたなら、共有すべき関係者を選定し、どのように進めるかを検討する。話合いの目的、テーマ、参加者、話合いの回数、時期についての検討は、話合いを継続して進めていく方向性の決定になる。ときには、患者の理解度や身体症状の変化に応じて、話合いの設定やテーマの内容も変更する

ことがおきる。その際も、患者と家族の状況にあわせた話合いのペースや方向の修正が必要となる。道案内とは、まさに話合いの方向と進行に左右する要素を患者・家族の状況にあわせて検討するということである。

ナビゲートという看護師の役割は、関係者間での価値の共有と価値の創造という二つの効果が期待される。

価値の共有とは、患者が大切にしている価値観、考え方、意思を医療職などの関係者が共有するということである。これは、とくに精神障害者の場合、患者自身の思いや意思を表現することが容易ではない人がいる。そのため、患者のことをより深く理解することを通して、患者のもつ価値観を引き出して共有するプロセスを大切にすることである。このプロセスには、どの方向に患者に問いを投げたらいいのか、患者の言葉から意向はどちらに向いているのかを探ることを要する。互いの理解を進めて確認をしながら共有を探るための道案内である。この役割は、患者の意向や意見をそのまま反映させればよいというわけではないことである。

他方、価値の創造とは、価値を創っていくことである。これは、患者の意思を共有した上で、実現可能な方法の検討することである。話合いの開始直後、患者は退院して地域で生活するのは難しいと思われていたとしても、話合いを重ねた末に、実現可能な方法が導出されることがある。関係者間で、この方法ならできるかもしれないという新しい方法と望みが話合いを積み重ねることで作られる。

そのようなプロセスは、患者の意思を反映させた実現可能な方法を探すという道案内である。既存の方法だけではなく、新たな方法の導出も可能にした場合、関係者間で大切にしている価値が新たに創出することにつながる。

武井（2005）は、精神障害者と看護師とのかかわりのあり方について、かかわるすべての人に知恵と感性と想像力が必要とされているとする。価値の創造もまた、話合いをとおして看護師の感性と想像力がナビゲート役に求められるということである。

上記の話合いになるように、看護師は、今、ここにいる患者にとって可能な最善策をつねに探し続けるという姿勢をもつことである。つねに患者にとっての最善となる方向に向かっているのかという俯瞰した目と省察する姿勢をもつことがナビゲートの役割に必要である。まさに、看護師は、患者のもつ意向・意見・思いなどを最大限に引き出して共有しつつ、実現可能な方法を中立・公平に判断し、最善策を探る努力とともに創造し続けることが求められる。

5.3 持続可能な方法のアレンジメント

アレンジメントとは、話合いの設定と人などの調整である。このアレンジメントには、話合いを開催できるように人と場を調整するだけでなく、日常の医療空間における医療者間、あるいは患者と看護師の信頼関係の構築とコミュニケーションにも配慮することが含まれる。

精神科病棟で働く看護師が体験する価値の対立には、

患者の権利や専門的な価値に重きをおいて看護を実践しようとしても、病棟文化のような文化的価値や現実的な制約に阻まれることもあるとされている（田中他，2010）。たしかに、病棟文化の改善、および人手不足の解消は容易ではない。

しかし、置かれている病棟という環境で、改善策としてできることを探して、完全ではなくとも実施を試みるという姿勢をもつ必要がある。また、可能なことを実施した上で、さらに可能なことを探すという持続可能な方法を探し出すための話し合いをアレンジすることが大切である。

患者の身近にいる看護師であるからこそ、患者・家族あるいは、病棟で可能な話し合いのアレンジをする役割を担っている。

6. 結論

本研究は、医療現場における精神障害者に対する話し合いに関する現状を整理した上で、話し合いのプロセス共有には、話し合いの設定となる看護師の気づき、精神疾患を有する患者の意思の確認と可能な選択肢の決定、関心・懸念を引き出すアセスメント、持続可能な話し合いとなる日常の医療空間に配慮することを考察した。その結果、看護師の役割として、理解・共有のためのファシリテーションだけでなく、患者・家族にあわせたナビゲーション、持続可能な方法のアレンジメントが必要であることを導出した。

精神障害者に対する一般的な認識として、精神障害者には適切な意思決定能力がないために、治療・ケアの話し合いでは、患者の意見は参考にすべきではないという側面があることは、完全には否定することはできない。そのため、精神障害者の治療・ケア等の決定場面で、患者本人に健常者と全く同等レベルの参加を促すのは困難であると言わざるを得ない。

しかし、だからといって、精神障害者の治療・ケア方法の話し合い場面で、患者の意思を完全に無視してよいかといえば決してそうではない。精神障害者も症状や意思の表現は千差万別で、患者本人からしか得られない貴重な情報（意向・意見・思いなど）がある可能性は、どの患者にも常にあるということもまた否定できない。

したがって、看護師は、「患者の意向や意見を、そのまま反映させればよいというわけではない」ことを認識すると同時に、「精神障害者だからといって患者の意向や意見をすべて無視すればよいというわけではない」という認識もあわせてもつ必要がある。その上で、看護師には、患者が提供する情報を最大限引き出しながら、実現可能な方法を中立・公平に判断し、最善策を探る努力と創造し続けることが求められるのである。

7. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、精神科領域の意思決定支援が日本ではまだ歴史が浅く、十分に実践されていない状況で、文献から現状の整理を行った。そのため、精神患者の個別性や医

療施設の違いが大きいだけに実践内容についての言及には限界がある。精神科看護師の役割として求められる内容を考察したが、すべての医療施設の状況にあてはまるとは限らない。今後、本研究の知見をもとに意思決定支援のための話し合いと合意形成の実践によって、精度を高めた研究が行われることが望まれる。

謝辞

本研究は、JSPS 科研費、JP21K00018 の助成を受けたものです。

注

⁽¹⁾ 桑子（2009）は「空間の履歴」とは、ある空間でどんなことが起こったか、どんなものとして考えられたかということの蓄積、いわば空間の意味の蓄積という。医療提供が行われる医療施設にも、人や建物、機材などの物だけでなく、歴史、制度、文化も含めた医療空間に履歴があると捉えることができる。

引用文献

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol. 16, No. 4, 11-23, 浜田龍之介（訳）（1998）. 精神疾患からの回復—1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点—。精神障害とリハビリテーション, Vol. 2, No. 2, 145-154.
- 荒木孝治・瓜崎貴雄・山内彩香・小松尚司（2019）. 精神科病院における統合失調症患者に対するターミナルケアの実態と看護師の態度。日本精神保健看護学会誌, Vol. 28, No. 2, 57-68.
- 出口禎子・松本佳子・鷹野朋実（編）（2020）. ナーシング・グラフィカ, 精神看護学①, 情緒発達と精神看護の基本, 第4版。メディカ出版。
- 出口禎子・松本佳子・鷹野朋実編（2021）. ナーシング・グラフィカ, 精神看護学②, 精神看護と看護の実践, 第4版。メディカ出版。
- 遠藤美貴（2016）. 「自己決定」と「支援を受けた意思決定」。立教女学院短期大学紀要, Vol. 48, 81-94.
- 藤野裕子・樋口裕也・藤本裕二・立石憲彦（2019）. 精神科病院に勤務する看護師のリカバリー志向性の特徴と関連要因。日本健康医学会雑誌, Vol. 27, No. 4, 319-327.
- 星越活彦・州脇寛・實成文彦（1994）. 精神科病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査—香川県下の単科精神科病院勤務者を対象として—。日本社会精神医学会雑誌, Vol. 2, No. 2, 93-104.
- 岩崎弥生・渡邊博幸（編）（2019）. 精神看護学①, 精神看護学概論／精神保健。メヂカルフレンド社。
- 石井薫（2015）. 入院中の患者に対する意思決定・自己決定支援に関する文献検討—対象を統合失調症に限定した場合と精神疾患以外とした場合の相違点と類似点—。ヒューマンケア研究学会誌, Vol. 7, No. 1, 59-64.

- Keeney, S., McKenna, H., and Hasson, F. (2011). *The delphi technique in nursing and health research*. Wiley Blackwell.
- Kirk, M., Tonkin, E., and Skirton, H. (2013). An iterative consensus-building approach to revising a genetics/genomics competency framework for nurse education in the UK. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 70, No. 2, 405-420.
- ナーシング・サプリー編集委員会（編）（2015）. 事例で学ぶケアの倫理. メディカ出版.
- 厚生労働省（2018）. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>.（閲覧日：2023年3月30日）
- 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」（2001）. 身体拘束ゼロへの手引き—高齢者ケアに関わるすべての人に—. https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf.（閲覧日：2023年3月20日）
- 厚生労働統計協会（2022）. 厚生の指標, 増刊, 国民衛生の動向. Vol. 69, No. 9, 通巻第1081号.
- 草野知美・影山セツ子・吉野淳一・澤田いずみ（2007）. 精神科入院患者からの暴力行為を受けた看護師の体験—感情と感情に影響を与える要因—. 日本看護科学学会誌, Vol. 27, No. 3, 12-20.
- 桑子敏雄（2016）. 社会的合意形成のプロジェクトマネジメント. コロナ社.
- 桑子敏雄（2009）. 空間の履歴. 東信堂.
- Nair, R., Aggarwal, R., and Khanna, D. (2011). Methods of formal consensus in classification/diagnostic criteria and guideline development. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, Vol. 41, No. 2, 95-105.
- Nelson, C. M. and Nazareth, B. A. (2013). Nonbeneficial treatment and conflict resolution: Building consensus. *The Permanente Journal*, Vol. 17, No. 3, 23-27.
- 日本看護協会（2021）. 看護職の倫理綱領. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>.（閲覧日：2021年11月29日）
- 日本看護倫理学会（2015）. 身体拘束予防ガイドライン. http://jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf.（閲覧日：2023年3月20日）
- 日本小児科学会倫理委員会（2012）. 重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン. https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_120808.pdf.（閲覧日：2023年3月20日）
- 大濱悦子・福井小紀子（2019）. 国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献検討とそれに対する一考察. *Palliative Care Research*, Vol. 14, No. 4, 269-279.
- 太田保之・上野武治編（2016）. 学生のための精神医学, 第3版. 医歯薬出版.
- 齋藤敏靖（2005）. 精神障害者にとって「自己決定」とは何か? 新潟青陵大学紀要, Vol. 5, 17-31.
- 坂田三允（編）（2001）. 生活領域から見た精神科看護. 医学書院.
- 櫻井友実・橋本健志・四本かやの（2020）. 日本における精神障害者に対する偏見の文献検討. 作業療法, Vol. 39, 273-281.
- 精神医療編集委員会（編）（2020）. 特集・精神医療改革事典. 精神医療, No. 100.
- 白石裕子・則包和也（2010）. 幻覚・妄想の訴えに対する精神科看護師の認知・感情・対処の検討—精神科看護における認知行動療法の導入を目指して—. 日本精神保健看護学会誌, Vol. 19, No. 1, 34-43.
- 武井麻子（2005）. 精神看護学ノート, 第2版. 医学書院.
- 田中美恵子・濱田由紀・小山達也（2010）. 精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立. 日本看護倫理学会誌, Vol. 2, No. 1, 6-14.
- 田中博子・工藤朋子（2021）. 在宅療養者と家族の合意形成をめざした訪問看護師の支援. 岩手看護学会誌, Vol. 15, 15-28.
- 東京都立松沢病院（編）（2020）. 「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開. 医学書院.
- 内田香里・青木きよ子（2021）. 急性期医療後の療養の場を選択する際の脳卒中患者の家族への合意形成支援と影響要因の検討. 日本看護科学学会誌, Vol. 41, 201-210.
- 渡辺雅幸（2015）. 専門医がやさしく語る, はじめての精神医学, 改訂第2版. 中山書店.
- 吉村公一（2013）. 退院の意向をもつ長期入院統合失調症患者に対する精神科看護師の「退院調整の障壁」—精神科看護師の態度からの一考察—. 日本精神保健看護学会誌, Vol. 22, No. 1, 12-20.
- 吉武久美子（2017）. 看護師のための倫理的合意形成の考え方・進め方. 医学書院.
- 吉武久美子（2020）. 医療現場の看護職に対する合意形成理論と方法論を用いた倫理教育—ファシリテータに必要な要素についての一考察—. 実践政策学, Vol. 6, No. 2, 137-147.
- 吉武久美子（2022）. 医療の話し合いにおけるファシリテータと空間・時間の構造—関係者の関心・懸念の共有の視点から—. 感性哲学, Vol. 12, 59-74.

Abstract

Many treatment methods, care, and discharge are decided by many meetings in clinical settings. Though decision-making support for respect of patients' intentions is important, resident nurses' roles at meetings querying consensus building are not revealed. Especially, decision-making support in the psychiatric field is difficult because there are large individual differences in patients' cognitions, comprehension, and expression of intention. The purpose of this paper is to consider resident nurses' roles from consensus-building viewpoints after grasping current decision-making support of the difficult situation. The main outcome is that (1) in the psychiatric hospital environment, there is no basic decision-making concerning patient intention, recently it's a requirement to respect patients' intentions, (2) there are large different communication skills by individuals and changes

of one patient's symptoms, (3) psychiatric nurses' differences of cognition and recovery intentionality affect to the setting of meeting for decision-making support. The conclusion is that Psychiatric nurses' roles in consensus building are three; (1) facilitation for understanding and sharing, (2) navigation trailed to patients and their families, and (3) arrangement for sustainable methods. The role of navigation is suggested that sharing value and creating value are connecting a practice of creative resolution of consensus building.

(受稿 : 2023 年 4 月 17 日 受理 : 2023 年 6 月 6 日)