

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 6 月 8 日現在

機関番号：24201

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2009 年度～2011 年度

課題番号：21592912

研究課題名（和文）患者-看護師関係における境界概念モデルの構築及び境界調整に関する
技術的要素の抽出

研究課題名（英文）Construction of the Model of Boundary Concept on the Patient-Nurse
Relationship and Extraction of Technical Factors on Negotiating
Boundaries

研究代表者

牧野耕次 (MAKINO KOJI)

滋賀県立大学・人間看護学部・助教

研究者番号：00342139

研究成果の概要（和文）：

境界とは、二つ以上のものを区切る時のさかい（境）となるものであり、人間に関しては、身体的、心理的、社会的、霊（スピリチュアル）的境界があると言われている。本研究では、精神科における看護師の境界の調整に関する技術的要素を抽出し、その技術をどのように獲得してきたのかを明らかにした。さらに、総合病院の患者-看護師関係における境界概念に関するモデルを抽出した。

研究成果の概要（英文）：

Boundary marks off the space between different entities. It is said that physical, psychological, social, spiritual boundaries exist on boundaries among human beings. This research extracted technical factors on “negotiating boundaries” by psychiatric nurses and clarified how they acquired them. In addition, it extracted the model of “boundary concept” on the patient-nurse relationship in a general hospital.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2009 年度	1,400,000	420,000	1,820,000
2010 年度	1,200,000	360,000	1,560,000
2011 年度	800,000	240,000	1,040,000
総計	3,400,000	1,020,000	4,420,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・地域・老年看護学

キーワード：境界、かかわり、involvement、患者-看護師関係

1. 研究開始当初の背景

境界とは、二つ以上のものを区切る時のさかい（境）となるものであり、人間に関しては、身体的、心理的、社会的、霊（スピリチュアル）的境界があると言われている。本研究では、看護師と患者がかかわる際に発生する、特有の様々な境界とそれを調整する看護

師の技術的要素に焦点を当てる。例えば、日常生活援助では、どこまで患者が自分自身で行い、どこから看護師が援助するのかを決定する必要がある。このような場合、患者-看護師関係において、責任の境界が発生していると考えられる。

本研究グループは、海外の看護における

involvement (かかわり)に関する研究に焦点を当て、その構成要素として、「境界の調整 (=患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと・それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと)」を抽出している。その「境界の調整」では、一対一の患者-看護師関係だけでなく、それを内包する病棟や家族などの組織や環境が「境界の調整」に影響を与えていること、また、責任の境界だけでなく、仕事とプライバシーの境界など複数の境界を調整していることが示唆されている。しかし、患者-看護師関係における境界そのものに焦点を当てた研究は国内では行われていない。境界という概念は、もともと精神医学で用いられていたが、近年、共依存関係を持った依存症患者が、他者との境界を適切にたもてない点で注目されている。患者-看護師関係における境界に関する文献では、そのほとんどが事例やエピソード、解説などであり、「境界理論 (boundary theory)」という言葉が使われているが、看護師が患者に害を及ぼしたり搾取的であったりする境界の侵犯 (boundary violations)及び、侵犯にまで至らない境界の越境 (boundary crossings)について述べられているにとどまっている。これらは、患者-看護師関係における境界の状況の一部であり、患者-看護師関係における境界概念を総合的にとらえ焦点を当てた研究は行われていない。

個を重視する文化では、患者-看護師関係における境界に関して、問題として焦点が当てられてきた経緯があり、境界をいかに守るかという発想が強い。国内では、国外ほど個人における境界に焦点が当てられる機会が少なかったため、患者-看護師関係における境界概念に、研究としてほとんど焦点が当てられていない。

患者-看護師関係における境界概念モデルが構築され、看護師の境界調整に関する技術的要素が抽出されることで、看護師はその技術を身につけることが可能になる。それは、患者看護師間のトラブル未然防止につながるだけでなく、看護師が、患者の主体性を保ちながら自立を促進し、主体的に専門性を発揮する、相互主体的な看護につながると考えられる。

2. 研究の目的

本研究は、患者-看護師関係における境界 (boundary 以下境界と記す) 概念モデルを構築し、看護師の境界調整に関する技術的要素を抽出するために、以下を本研究目的とした。

(1) 精神科に勤務する看護師による境界の

調整に関する技術的要素を明らかにする。

(2) 精神科看護において看護師がかかわりの中で境界を調整する技術をどのように獲得してきたのかを明らかにする。

(3) 総合病院に勤務する看護師の境界概念に関するモデルを抽出する。

3. 研究の方法

(1) 精神科に勤務する7名の看護師を対象者の「境界の調整」について、先行文献を参考に「境界の調整」が困難な状況や、患者との距離をどのように調整しているか、患者看護師双方の責任をどのように調整しているのかなどをきく1対1の半構成面接を行い、その逐語録を質的帰納的に分析しカテゴリーを抽出した。

(2) 精神科に勤務する看護師15名を対象者に面接を1回約1時間行った。面接内容は、文献で明らかになっている援助を行う場合の責任の境界や仕事とプライバシーの境界などを例に出しながら境界の調整に関する定義を説明し、「境界の調整」と聞いて何をイメージしたかを尋ねた。さらに、境界の調整をどのように行っているのかを尋ねた。最後に、それらの境界を調整する技術をどのようにして獲得したのかを尋ねた。対象者の同意を得て録音し逐語録を作成し、逐語録を質的帰納的に分析した。

(3) 総合病院に勤務する係長および主任14名を対象に7名1グループのインタビューを実施した。グループインタビュー法のアプローチにより逐語録を分析した。

4. 研究成果

(1) 対象者の逐語録を質的帰納的に分析した結果、精神科に勤務する看護師による境界の調整に関する技術的要素として【外的調整】【情報の調整】【内的調整】【境界線の調整】【主体性の尊重】【境界の緩和】の6カテゴリーが抽出された。境界という用語を理解しながらも、はじめは「境界の調整」ということをあまり意識していなかったり、話の中で境界に違和感を示したりする対象者も見られた。それらの対象者も具体的に半構成の質問項目をきいていくと、「境界の調整」は意識的、無意識的に行っていた。

1) 【外的調整】

対象者はチームに対して患者とのかかわりに関する相談を行い、病棟内の決まりごとに関する調整を行っていた。また、患者とのかかわりにおいて一人で対応することに限界を認めた場合は、他の看護師や医師と対応を替わることや応援を呼ぶことで外的な人材により境界を調整していた。【外的調整】は、中カテゴリー〈チームとの調整〉と〈人的調整〉で構成されていた。

2) 【情報の調整】

対象者は患者が病棟内で希望する行動等に関するフィードバックを率直に返していた。また、患者看護師双方の希望や言動の理由を確認し、制限の必要性を説明していた。看護師の個人情報については、必要に応じて伝える範囲を調整していた。【情報の調整】は、中カテゴリー〈事実の確認〉と〈理由の確認〉、〈公私の調整〉で構成されていた。

3) 【内的調整】

対象者は患者との心理的及び物理的距離を調整し、感情に気づきで、かかわりにより生じる自己の感情に対応しようとしていた。また、患者の症状や能力を見極めつつかかわっていた。【内的調整】は、中カテゴリー〈感情の調整〉と〈患者の見極め〉で構成されていた。

4) 【境界線の調整】

対象者は、他患や他の看護師に配慮し、どこまで患者にかかわるのかを判断していた。時には仕事の枠を超えて患者に関することに従事していた。【境界線の調整】は、中カテゴリー〈ラインの調整〉と〈踏み込んだ援助〉で構成されていた。

5) 【主体性の尊重】

対象者は患者の個性を保証し、自主性を促すことにより主体性を尊重していた。【主体性の尊重】は、中カテゴリー〈患者の尊重〉と〈責任の調整〉で構成されていた。

6) 【境界の緩和】

対象者は境界を明確にするだけでなく、患者との信頼関係の構築やサポートを強化するために境界を意識させないようにかかわっていた。「境界の調整」を意識してかかわる必要のある場合以外は、境界を意識せず、必要性に応じて意図的に境界を緩和させ関係性の構築に重点を置いていた。【境界の緩和】は、中カテゴリー〈経験の共有〉と〈距離の調整〉で構成されていた。

患者―看護師関係における境界は、個を尊重している文化圏で特に用いられている概念であり、特別にその概念に焦点を当てることが少ないわが国の看護師が、患者―看護師関係において変動している境界を把握し、調整することは難しいと考えられる。したがって、面接開始時、境界を明確には意識していない看護師がほとんどであった。さらに、境界を意識しない上に、共感や受容が看護において重要な位置を占めているため、境界という言葉が、壁や距離を作り共感や受容に反することであるかのように捉えられ、面接の開始時に違和感を示す対象者も見られたと考えられる。無論、意識していないからと言って何もしていないわけではない。境界を無視して、援助しすぎれば「お節介」や「過干渉」になり患者の主体性や自律性を侵害することになる。また、距離を取り過ぎれば、信頼関係を構築することができない。患者から境

界を侵されれば、それは暴力や攻撃、理不尽なクレームということになるかもしれない。患者が引きこもってかかわりが持てなければ、やはり信頼関係を構築していくことは難しい。対象者らは、このような状況が起こりやすい精神科の臨床経験の中で、苦勞しながらも、精神科看護における境界の調整に関する技術を意識するしないにかかわらず、実践していた。面接では、先行文献を参考に「境界の調整」が困難な状況や、患者との距離をどのように調整しているかなどを質問することで、対象者は意識するしないにかかわらず、境界を調整する技術を語った。

境界の侵害と境界の越境を概念枠組みとして、医療職者と利用者の関係性を説明する境界理論という用語が使用されているが、本研究結果は守るべき境界という視点だけでなく、多様な6つの視点が提供されている。今後、境界に関する理論を補足する上で重要な示唆を与えるものである。また、前述したように、具体的に何が境界の侵害になるかの判断を精神科看護の教科書で提供することは、初心者にとっては重要である。本研究結果は、多様な6つの視点を提供しているため、初心者が状況に応じて柔軟に「境界の調整」に関する技術を発達させていく上で重要な指標となると考えられる。

(2) 対象者の逐語録を質的帰納的に分析した結果、精神科看護師における境界の調整技術獲得過程として【環境により境界の調整を意識しない】【看護師役割より個性が前面に表出される】【境界の調整に対する制約を受ける】【境界の調整が困難である】【自分自身で境界の調整を発達させる】【周囲を活用して境界の調整を発達させる】【意図的に境界を調整する】の7カテゴリーが抽出された。

対象者は、看護学校や精神科以外の病棟、風土の違う精神病院など【環境により境界の調整を意識しない】ところからスタートしていた。現在の精神病院で【看護師役割より個性が前面に表出される】が、医療や看護のチームに関連した【境界の調整に対する制約を受ける】こともあり、最初は境界の調整をよく認識できずチームと患者間の「板挟み」や患者に近づけないことなどの【境界の調整が困難である】経験をしていた。しかし、成功例ができることや振り返りなど自身の傾向に気づき自分の限界を知るなど【自分自身で境界の調整を発達させる】ことで、チームのバックアップや他者の境界の調整を見ることなど【周囲を活用して境界の調整を発達させる】こともできるようになっていた。さらに、患者看護師双方に無理がかからないようにかかわりを抑えたり、看護師役割を活用したり、自分自身を活用したり、チームに働きかけることで【意図的に境界を調整する】ようになっていた。

1) 【環境により境界の調整を意識しない】

看護学生時代だけでなく、卒業後も精神科以外の病棟や、精神科であっても患者との距離感を特別に意識しない文化を持つ精神病院から看護を始めるために、患者との距離感を看護の視点で自覚し調整することができない段階である。本研究では精神科看護師の境界を調整する技術は看護学生時代など精神科に勤務する以前から獲得され始めると捉えた。

2) 【看護師役割より個性が前面に表出される】

患者との間に性格の相性やかかわりの中で同じ失敗を繰り返すことなど、看護師の個性が前面に表出される段階である。精神科看護経験の初期には特によくみられるが、継続する看護師がいることも指摘され、その看護師の個性が前面に表出されること自体も個性と理解されている。

3) 【境界の調整に対する制約を受ける】

チームから受け持ち看護師に対する期待や要望をプレッシャーとして感じたり、チームへの期待や要望がかなえられなかったりすることを制約と感ずることで、患者とのかかわりが思うようにいかない段階である。周囲の評価が気になり自分や他者に攻撃的な感情や不満が向きやすい。

4) 【境界の調整が困難である】

患者との境界が意識できず自信もないため、関係が崩れたらと思ったり、役割意識にとらわれたり、周囲の評価やチームの足並みを気にしたりすることで患者に近づけないことがある。また、患者に「なんとかしてあげなければならない」と思うことで、境界を越えることもある。役割意識や境界、責任の範囲がわからないことで、患者とチームの間に挟まれ、患者との境界について困難を覚え悩む段階である。

5) 【自分自身で境界の調整を発達させる】

境界の調整に失敗したり、悩んだりすることで振り返り、自分自身の傾向や限界に気づき、チームの中での位置がわかり、境界を調整する意味を実感するようになる。さらに、年齢を重ね様々なケースを経験し、成功例も増えていくことで、境界を調整してみるようになる段階である。

6) 【周囲を活用して境界の調整を発達させる】

境界について他の看護師の指導やチームのバックアップを受け、他の看護師が境界を調整したり、できなかったりするのを見ながら、現在勤務する精神科で患者との境界を調整する技術について学ぶ段階である。

7) 【意図的に境界を調整する】

境界を調整する技術を発達させ、自分のかかわる程度が確認できることで、自分自身を追い込まなくなり、接近し過ぎを抑制するこ

とも可能となる。患者をまず人として捉えることで、素直な自分を出したり、看護師という役割を使ったりしながら、自分の中の境界も調整することができるようになり、自分自身をいかしてかかわることが可能となる段階である。境界を意識し調整することが可能となることで、患者に対しては、境界を調整する理由を説明することもできるようになる。

本研究結果において、精神科看護師が境界の調整を獲得したプロセスの初期段階である【看護師役割より個性が前面に表出される】では、対象者は境界の調整が困難であった。これは、精神科看護師の役割が明確でない、もしくは、その役割を個々の患者に応じて柔軟に対応させられないことによると推察される。【意図的に境界を調整する】段階において、対象者は患者をケアする目的で、予測をもって看護師の個性をかかわりに組み込んでいた。さらに、境界を調整し、個性を表出することで自分らしさを発揮し自己活用しながら患者にかかわっていた。精神科看護師が境界の調整を獲得するプロセスの初期段階である【看護師役割より個性が前面に表出される】と【意図的に境界を調整する】とは、同じ「個性の表出」でも、その意味は上記のように大きく異なっている。精神科の臨床で【看護師役割より個性が前面に表出される】場合、管理的、もしくは教育的に表出された個性に言及するとその看護師は傷ついたと感じたり、人間性を否定されたと感じたりする可能性がある。そのような誤解を避けるためには、表出された個性に言及するのではなく、看護専門職としての役割と個性との境界を調整してかかわる技術に焦点を当てるという選択が重要である。その技術を磨くことで患者看護師双方が相互に満足感を得、境界に関する問題を解決できる可能性が出てくる。Benner ら (1999) は、「境界探しの仕事 (boundary work)」を含むかかわりの技術を磨かなければエキスパートになることができないと述べている。かかわりの技術を磨けばエキスパートになれるという視点が共有できれば、境界の調整に関するかかわりの主体的な振り返りやその技術を発展させられるようなチームのサポートの可能性が広がる。さらに、チームと受持ち看護師との関係も対立する可能性が軽減し、患者との相性に敏感になり過ぎることも軽減できると考えられる。

(3) グループインタビュー法のアプローチに沿った逐語録の分析の結果【自己決定を促す】【患者の話を聴きながらアセスメントする】【できることを行ってもらおう】【付き添わず一人で対処することを支える】【患者や家族の圧力に対処する】【仕事とプライベートを分ける】【境界があいまいになる】からな

る看護における境界の調整に関する7モデルが抽出された。

境界という概念に対して、初めはイメージ化のむずかしさや言語化のむずかしさに関する発言がみられていた。具体的な場面が語られるまでは、自分たちがイメージする場面が境界を調整する場面として適当なのか自信が持てない様子も見られた。しかし、場面が語られるにつれて、イメージが共有され、言語化が進んでいった。

1) 【自己決定を促す】

治療の継続や透析の開始、延命治療など患者や家族がなすべき重要な判断に困った場合に、看護師は頼られ相談されていた。その際、看護師は責任を負えず何をどの程度伝えるのかなどにかかわりに苦慮していた。緊急に判断を迫られる場合や患者や家族との関係がまだ構築されていない場合、看護師が説明することでそれを選択しなければならないと思ってしまう場合、患者と家族または家族の中で意見の相違がある場合などは、特に対応に困っていた。しかし、看護師はそれまでのかかわりの程度に応じて得た患者やその家族の価値観や考え方、反応の仕方をたよりに理解度を確かめながら伝え方や回数を工夫し対応していた。また、患者がその後どのような状態になるか、介護の負担の実際、中止できない場合があることなど家族がその時点ではわからない情報を説明し、判断後の「こんなはずではなかったという後悔」に事前に対応したり、主治医の説明を受けることを再度促したりしていた。さらに、患者や家族のやり取りの場に居合わせた場合、共有し話し合いを促したり、関係が構築されている場合には求めに応じて看護師の意見を「患者のその人らしさ」という視点から伝えたり、それまでの患者のことを聴いたり、家族の思いを受け止めたりすることで自己決定を促していた。

2) 【患者の話を聴きながらアセスメントする】

経験を積むことで、ただ話を聞くだけではなく、患者やその家族との関係性も把握しながら、感情を受け止めつつ専門的なアセスメントも同時に行っていた。患者や家族の状況に感情を揺さぶられ、流されそうになった場合、すなわち患者に同一化しすぎて専門性が発揮することが難しくなった場合にはそのことに気付き、病棟や病院、地域など枠組みの規則やルールとその意味、かかわっている目的などを自問自答しながら、一人でかかわらなければならないと思わず、時には役割分担しながら、患者の利益を優先的に考え、それぞれの専門性を発揮していた。

3) 【できることを行ってもらおう】

患者の自律性や主体性の回復、セルフケアの拡大、退院後の生活のために、看護師は患

者ができることはできるだけ患者に行ってもらおうかかかわっていた。患者や家族との関係性が確立されてくると看護師に対する依存性も見られるようになるが、どこまでできるのかを見極めて言葉で必要性を伝え、見捨てられたと思われないよう行動や態度で配慮していた。一人の看護師としてだけではなく、夜間帯における他の患者の援助や看護チームなど全体を考慮しながら、身体的な側面だけでなく精神的な側面でもアセスメントを行い、記録や時には患者も参加するカンファレンスなどを用いて患者ができる範囲がどのように変化しどのような援助を行っているかをチームだけでなくできる範囲で患者とも共有していた。

4) 【付き添えず一人で対処することを支える】

看護師の人員数には限りがあるため病棟の状況により患者の希望があっても付き添えない状況があり、その状況が改善されるまで一人で対処してもらう必要がある場合に、看護師は、患者の身体的および精神的な状態、患者の背景、性格、急性期などの健康の段階、疾患名と罹患器官、治療状況、看護チームの状況、他の患者の状況など多様な事項を考慮しアセスメントした上で、時には薬剤を与薬したり、自制を促したり、呼吸法など専門的対処方法や知識を伝えたり、訪室できる時間を約束したり、時々顔だけのぞかせたり、言葉がけだけ行ったり、ごく短時間だけ付き添ったりするなどさまざまな工夫をしながら、患者との関係性をベースに患者に関心を示し一人で対処できるようかかかわっていた。

5) 【患者や家族の圧力に対処する】

入院後の病状の悪化や点滴の刺入が難しい場合など患者や家族が不信感を抱いている場合、看護場面を終始観察されたり、その時点でできていないことを指摘されたり、名指しで拒否されたり、厳しい口調で言われたりするなど、患者や家族とのかかわりに看護師はストレスを感じていた。その場合、まず謝罪するべきところは謝罪していた。さらに、看護チームで情報を共有したり、交替してかかわったり、地道に頻繁にどの患者にも平等にかかわっているという誠意を言葉ではなく行動や態度で示していた。同時に、解決できることがなく、判断や対処、回答など何かしなければという強い気持ちに駆られることもあるが、患者や家族の同じ話でも繰り返し聴き「～を怒っておられるのですね」など向き合っただけで気持ちを受け止め、患者の情報を丁寧に説明していた。多くの場合、次第に関係が改善し、その改善も看護チームで共有することにより患者やその家族が心を開き感謝や謝罪の言葉も述べられていた。

6) 【仕事とプライベートを分ける】

患者やその家族と院外で出会った時に、患者

やその家族から入院後の話やプライベートな話などをされることがあるが、聴ける範囲で聴いて長くなるようなら謝って中断したり、自分も気になっていたときはその後を教えてもらったり、それほど話したくないときもあきらめて最後まで聴いたりしていた。また、その地域で経験を積み積むほど出会うケースは増えるので、先に見つけて回避することについても語られた。電話番号を聞かれたり、結婚話を持ち掛けられたり、スーパーでの買い物を頼まれたりするなど仕事とプライベートの部分での対応を求められた場合に、各自で仕事とプライベートを区別しながら、仕事として許容される範囲と自分のプライベートな時間を使う範囲を見極め、施設によっても許容される範囲は異なるので所属のルールにも配慮しながらかかわっていた。仕事を継続していくうえで、時に気分や体調が悪く、仕事や責任に向き合うことに苦痛を感じても、職場に来れば切り替えて仕事や責任に向き合っていた。

7) 【境界があいまいになる】

患者との関係が深まってくると、境界があいまいになり、責任の境界や仕事とプライベートの境界などを明確にすることができず、かわりに困り、まれに所属先のルールを逸脱してしまうことがある場合についても語られた。「関係が深まりすぎる」ことや「若い」ことで「のめり込む」ことによるものと、患者のほうから積極的にかかわってくることによる理由が挙げられた。

本邦における看護では、欧米ほど個を重視せず和を重んじるためか、共感や受容などを重視し、境界を調整するということに対して意識しなかったり、抵抗がみられたりする場面がある。本研究結果においても、インタビュー開始直後、具体的な場面が語られるまでは、自分たちがイメージする場面が境界を調整する場面として適当なのか自信が持てない様子が見られた。境界と言えば、区切ることが最初にイメージされることも看護師がこの概念に抵抗を示す一因とも考えられる。しかし、境界を調整するというのは区切ることだけではなく、本研究結果では、看護師自身の中の境界に関する【仕事とプライベートを分ける】と困難なモデルとして抽出された【境界があいまいになる】以外のモデルでは、看護師が患者やその家族の話を聴くことが重要な位置を占めていた。まず、一旦患者やその家族の思いを受け止めることなく境界を調整することは、患者やその家族、さらには看護師の抵抗を生むことになると考えられる。Bennerら(1999)が、境界に関する仕事にかかわりの技能(the skill of involvement)の中で捉えることを提案しているのも、境界だけを強調することの危険性を考えているからであると推察される。すな

わち、傾聴、受容もしくは共感することは、患者と一体化することではないので、そこに境界を調整することが含まれていると考えられる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計1件)

牧野耕次、比嘉勇人、甘佐京子、山下真裕子、松本行弘、精神科看護師による境界の調整に関する技術的要素、人間看護学研究、9、117-125

6. 研究組織

(1) 研究代表者

牧野 耕次 (MAKINO KOJI)

滋賀県立大学・人間看護学部・

助教

研究者番号：00342139

(2) 研究分担者

比嘉勇人 (HIGA HAYATO)

富山大学大学院・医学薬学研究部・

教授

研究者番号：70267871

(3) 研究協力者

甘佐 京子 (AMASA KYOKO)

滋賀県立大学・人間看護学部・

教授

山下 真裕子 (YAMASHITA MAYUKO)

滋賀県立大学・人間看護学部・

助教

松本 行弘 (MATSUMOTO YUKIHIRO)

滋賀県立大学・人間看護学部・

教授

山本佳代子 (YAMAMOTO KAYOKO)

東京工科大学・

医療保健学部看護学科・助教