

## 研究ノート

## 精神科看護師による境界の調整に関する技術的要素



牧野 耕次<sup>1)</sup>、比嘉 勇人<sup>2)</sup>、甘佐 京子<sup>1)</sup>、山下真裕子<sup>1)</sup>、松本 行弘<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>滋賀県立大学人間看護学部

<sup>2)</sup>富山大学大学院医学薬学研究部

**背景** 看護における境界に関する文献は個を重視する文化圏で多くみられる。患者-看護師関係における境界を問題としてとらえ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かったと考えられる。一方、本邦では、海外ほど患者-看護師関係における境界に焦点があてられる機会が少ない。自他の境界が不明確になると言われる統合失調症の患者や、責任を転嫁し他者への攻撃的言動や過剰な要求がみられる人格障害を持つ患者などのかかわりにおいては、境界を調整することが非常に難しい。その難しさゆえに、意識するしないにかかわらず、精神科看護師は境界を調整する技術を身につけてきていると推察される。境界の調整に特有の難しさがある精神科に勤務する看護師を対象とすることで、比較的容易にその技術に焦点を当て、これを明らかにすることが可能である。さらに、今後、他領域の看護師にも応用可能であろう。また、精神科看護師が有する境界調整の技術的要素を抽出することは、精神科看護師が禁止事項を単に暗記するだけでなく、生きた技術を習得し、状況に応じて柔軟かつ意図的に活用できるようになることにつながる。

**目的** 精神科に勤務する看護師が通常行っている境界の調整に関して、その技術的要素を明らかにすることを目的とする。

**方法** 対象は精神科に勤務する7名の看護師である。対象者の「境界の調整」について、先行文献<sup>1)</sup>を参考に、「境界の調整」が困難な状況、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か、などを1対1の半構成面接で質問し、その逐語録を質的帰納的に分析してカテゴリーを抽出した。

**結果** 対象者の逐語録を質的帰納的に分析した結果、【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つの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。

**結論** 精神科に勤務する看護師7名を対象に、「境界の調整」について、半構成の面接を行った。その逐語録を質的帰納的に分析した。その結果、精神科看護師の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つのカテゴリーが抽出された。

**キーワード** 境界、精神科、看護師、技術

## I. 緒言

境界とは、二つ以上のものを区切る時の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、霊的(スピリチュアル)境界があると言われている。一般的には虐待や依存、他者との境界を適切に保てない等の問

題が、境界にかかわる問題として注目されている<sup>1)2)</sup>。

人間に関する境界という学術的な概念は、もともと心理学的に自我境界(ego boundary)<sup>3)</sup>という意味で用いられてきた。それは、「意識に表れない人格personalityの諸側面からの区別」という内的な自己の境と、「その人の外側であって、心理的にのみ経験されているような現実の世界からの区別」という外界と自己との境に関する用語である。患者-看護師関係における境界に関しては、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害(boundary violations)、および侵害にまで至らない境界の越境(boundary crossings)について

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先：牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : makino@nurse.usp.ac.jp

の文献が多い<sup>4)5)</sup>。これらの用語は、もともとは精神科やメンタルヘルスに関連した治療者が利用者の境界を侵害することがあるという文献に由来し、治療者側の性的な境界の侵害に関するものが多い<sup>6)7)</sup>。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も使用されている<sup>8)</sup>。その後、患者－看護師関係における境界に関しては、親密さと安全な距離感<sup>9)</sup>やアドボカシー<sup>10)</sup>、暴行傷害の治療プログラムに参加させられた司法患者の看護<sup>11)</sup>、事例報告<sup>12)</sup>など多様な視点で研究されている。境界の侵害は精神科看護の教科書にも記載され、どのようなことが侵害に当たる可能性があり、どのような判断が求められるかが挙げられ、本邦でも翻訳されている<sup>13)</sup>。それらの例のいくつかは、精神科への就職や実習のオリエンテーションにおいても紹介されている。しかし、境界の侵害という視点を紹介し、どのようなことに境界が発生し、そこでどう判断するかを初心者に提示することには重要な意味がある。

概観した文献は個を重視する文化圏のものであり、患者－看護師関係における境界が「問題点」としてとりあげ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と考えられる。一方、本邦では、患者－看護師関係における境界が問題とされることは少なく、患者－看護師関係における境界概念に焦点を当てた研究はほとんど見られない。牧野ら<sup>14)</sup>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患者－看護師関係における境界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。

自他の境界が不明確になると言われる統合失調症の患者や、責任を転嫁し、他者への攻撃的言動や過剰な要求がみられる人格障害の患者とのかかわりにおいては、境界を調整することが非常に難しい<sup>9)</sup>。また、その難しさゆえに、意識するしないにかかわらず、精神科看護師は境界を調整する技術を身につけてきていると推察される。したがって、本研究では、精神科看護師の境界の調整に関する技術的要素を明らかにすることを目的とする。まずは、境界の調整に特有の難しさがある精神科に勤務する看護師を対象とすることで、比較的容易にその技術に焦点を当て、明らかにすることが可能であると考えられ

る。また、今後、他領域の看護師にも応用可能である。さらに、精神科看護師の境界の調整に関する技術的要素を抽出することは、精神科看護師が単なる禁止事項を暗記するだけでなく、その技術を状況に応じて柔軟かつ意図的に活用できるようになることにつながる。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

関西圏の精神病院に勤務する看護師 7 名。

### 2. 用語の操作的定義

境界：本研究は質的記述的研究であり、はじめから定義を明確にしすぎると、現場でさまざまに生起し、実際に看護師が調整している境界の在り様の可能性を排除することにつながる危険性がある。したがって、さまざまな可能性を排除しないよう、本研究では「患者と看護師がかかわる際に生起するさかい（境）」と定義した。

### 3. データ収集方法

対象者が勤務する病院でプライバシーを確保できる一室を借り、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、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か、などを聞く 1 対 1 の半構成の面接を 1 回約 1 時間行った。対象者の同意を得て、テープレコーダーに録音し逐語録を作成した。

### 4. 分析方法

- 1) 各逐語録をもとに意味の取れる最小単位に（基本的に 1 文）にする。
- 2) 最小単位から意味の類似したものを集め抽象化し、小カテゴリーを抽出する。
- 3) 小カテゴリーから類似したものを集め抽象化し、中カテゴリーを抽出する。
- 4) 中カテゴリーから類似したものを集め抽象化し、カテゴリーを抽出する。
- 5) 分析結果については、精神看護学領域で質的研究の経験がある大学教員 2 名と、在職中で連絡可能な対象者に了解可能であるかどうかの確認を行う。

### 5. 研究期間

平成21年11月～平成22年 4 月

### 6. 倫理的配慮

看護管理者から研究実施に関する承諾を得たのち、研究概要とともに、「研究への参加は任意であり参加に同意しないことをもって不利益な対応を受けないこと」、

「参加に同意した場合であっても不利益を受けることなくこれを撤回することができること」、「守秘義務は遵守すること」などを対象者候補の看護師に説明し、口頭と文書により同意を得られたものを対象者とした。本研究は、滋賀県立大学の研究に関する倫理審査委員会の承認を得て行われた。

### Ⅲ. 研究結果

#### 1. 対象者特徴

7名の対象者の年齢は、20代が3名、30代が2名、40代が1名、50代が1名であった。精神科看護経験年数は、1～5年が3名（うち1名は他科の看護師経験4年以上あり）、6～10年が1名、16～20年が3名（うち2名は他科の看護師経験4年以上あり）であった。対象者は全て女性であった。

#### 2. 分析結果

対象者の逐語録を質的帰納的に分析した結果、【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カテゴリが抽出された（表1）。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聞いていくと、「境界の調整」を意識的、無意識的に行っていた。以下、逐語録からの抜粋はポイントを変え斜体で表記し、内容が変化しない範囲で本研究者が意味を補足したり、省略したりする場合は（ ）を用いた。

A看護師：（境界を調整することは）あまり意識しては行っていなかったんですが、入り込みすぎてはいけなという思いはあったんで、常に一歩引いているような状況で、ただ、気持ちだけはまるで家族のことを考えるかのように一生懸命考えているというような状況で、今にして思うとすごくしんどかったなと思いますね。

G看護師：何やろ、境界とは別やと思います。むしろ、その境界をつくらないですむ一つの方法かもしれへんなっていう…。それは境界とは逆な話じゃないかなという気がする。

1)【外的調整】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うこと。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代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することである。【外的調整】は、中カテゴリ〈チームとの調整〉と〈人的調整〉で構成されてい

表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

小カテゴリ	中カテゴリ	カテゴリ
チームへの相談	チームとの調整	外的調整
ルールの調整		
看護師を代える	人的調整	
応援を呼ぶ		
担当を代わる		
医師に代わる		
無理なことを伝える	事実の確認	情報の調整
事実を伝える		
理由を説明する	理由の確認	
理由を聴く		
個人情報伝える	公私の調整	
プライバシーを守る		
距離を置いて保つ	感情の調整	内的調整
感情を出す		
気持ちを抑える		
感情を切り替える		
家まで引きずる		
どこまでできるか見極める		
患者をアセスメントする		
症状により対応する		
ラインの確認	ラインの調整	境界線の調整
足並みをそろえる		
公平性を保つ		
折り合いをつける		
ラインを越える		
勤務外に公務を行う		
敢えて援助を行う		
チャレンジしてみる		
核心に触れる	患者の尊重	主体性の尊重
アイメッセージを使う		
保証する		
感情に配慮する		
感情を引き出す		
責任の自覚を促す		
自主性を促す		
プライバシーを共有する	経験の共有	境界の緩和
感情の共有		
現実の共有		
感情を伝える		
時間を増やす	距離の調整	
近づく		
関心を向ける		

た。

E看護師：人を代えますね、(他の)看護師と代わるということもありますし、看護師が言うことは聞けない、医者言うことなら聞けるっていう、いくら病状であっても、そういう部分のある方がおられるので、医者と代わるという部分も。あとは、指示であっても、私のイメージの中では、抑制とか施錠という意味であれば、確かに時間は決まっていますけれども、説明、必要性を説明して駄目であっても、また時間を置いて説明に行ったら、今度は納得していただけるという場合もあるので、それを主任とか、師長に説明して。待てる場所までは待つっていうようなこともしますかね。それで、もしも必要ないということになれば、先生に指示もらって、時間の変更であるとかできるので。

2) 【情報の調整】は、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すこと。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することである。【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。

D看護師：(こちらの援助が患者さんの意向に沿わないときは)説明とか大事になってくるとは思うんですけど、援助だけじゃないと思うんですけどね。もう意向に沿わへんことばかりやと思うんですよ。すべてが。入院自体も意向に沿ってないと思うので。そうなってくると、入院自体がもう不満やろうし。でも、その中で、しゃべることも大事だったり、援助になったりとか。集団生活とか、もう無理やりさせてるみたいなことになってるので、説明が大事。

C看護師：(こちらのプライバシーを患者がきくことについて)悪気があってきてはるわけじゃないかなって思うんです。悪気があって、こう何かたくらんではるなっていうふうにごっちが受け取ったら、もちろん言わないですけど。普通に会話の流れできてきはったら、別にそんなに隠し通さんでもいいん違うかなって思うので。

3) 【内的調整】は、患者との心理的および物理的距離を調整し、感情に気づいて、かかわりによって生じる自己の感情に対応しようとする。また、患者の症状や能力を見極めながらかかわることである。【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。

A看護師：(受持ち患者が)今日大変やったんやで、全然悪気ないですよ、その方々(他の看護師)は、で、

報告して下さったときに、あーがっくりっていう、見えてがっくりしてるなっていうのがわかるぐらいだったと思うんです、むこう(他の看護師にとって)はね、でもこれじゃあ、だめだめだめと思って、私ちょっと今、必要以上に落ち込もうとしているんじゃないかなみたいな、ぱっと切り替えるようにして、かたちだけでも、そんなに私落ち込んでないよみたいな感じで、元気に振る舞ったりしてたのかなと思うんですけど、実際は心では、結構、申し訳ないなあ、私のせいかなあとは、今も思ったりしますが、必要以上にそこに気を向けすぎないように、今思うと、そこで境界という部分をつくっていた、つくれるようになってきてたんじゃないかなあ。

E看護師：依存性の高い人とかには、感情的にそのラインは越えないですね、私は。(中略)そこで感情移入とかしたりとか援助してしまうと、どんどん依存性を高めるんじゃないかっていう不安があるので。はい。ただ、依存性がいくら高いからといって、そこですべて、距離保って全く入らないと、やはり相手傷つけてしまったりとか。この人は信頼できないっていうことで関係がこじれたりするので、すべてを境界引くわけではないですけどね。(患者の要望を)きけるところまでの、依存性が高くてまきますし。

4) 【境界線の調整】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、時には仕事の枠を超えて患者に関することに従事することである。【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。

G看護師：よう言いますもんね、「あと何分ね」とか。割と。あなただけじゃなく、ごめんねっていうような感じで。「ほかにも見なあかん患者さんいるから、ほかにも、この時間になったら行かないとあかんから」というふうに言って。この時間までだったら大丈夫やからっていうふうにして、割と行くので。で、「あっ、ちょっと過ぎた。ごめん、過ぎてるわ。待ってはる人がいるので、ごめんね」とかって言って、出ていくこととかね。電話でもそうですね。「ずっと聞いてあげたいけど、この電話は1本しかないから、今待っていてはる人もあるので」とか言って。「続きはまた今度ね」みたいな感じで言ったりとかしますね。そういうことを伝えることは大事やと思ってるんですけど、自分だけのもんとか、思い通りにとかっていうふうには無理なんやで、っていうことを話す。そういうことで「ほかにもいてはるのや」とか。まあ私を無視してはるとか、そういうんじゃないやなくて。みんな公平っていうか、そういうふうに感じてもらえるようになっていうふうにするから、しんどうなるとかいうことは少な

いかもしれないです。

A看護師：受け持ち患者さんのお父さんが亡くなった時に、私がお葬式と一緒にいったということが、あったんですね。それはちょっと今でも過ぎた行為だったのかもしれないし、自分でもまだ消化しきれてない、私が境界を侵しちゃったのかなぁということがありました。(中略) その許可も、まっなんとなく押し切ったというか、(チームの話し合いでも)私を応援してくれる方がいたので、その方が上手にしてくれはってこぎつけたというようなかたちだったんですけども。(結果は)患者さんにとってはすごく良かったみたいで、本人にとっても、家族にとっても「そこまでしてくれはった」ということで、ぐっと距離は縮まった気がします。そこで、信頼関係が深まったというふう実感しています。(中略) 大きな影響がありました。何かにつけてあの時、ああいうふうしてくれはったし、私のことは信頼してるというふうな言葉ももらいました。

5)【主体性の尊重】は、患者の個性を保証し、自主性や自発性を重んじることである。【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。

G看護師：(責任という言葉)口には最初からしないので、どういう生活をしてきたのかとか。物事の考え方とか判断の仕方とかね。何か行動を起こしたときとかね。その理由を聞いてみたりとか。いろんな中でじゃあどうしていったらいいかなっていう、一緒に考えることによってね。で、最終的には、やっぱり自分で判断していくしかないやないかなっていうふうなふう流れていきますわ。

F看護師：引きこもってるような陰性症状の強い患者さんとか(中略)大丈夫なんよっていうことを保証しつつ。あんまり強引にはならんように。その人が出られる範囲とか。その人があんましそうやって根掘り葉掘りとか、がっとう介入されることってすごくしんどいことかもしれないので。患者さんの反応乏しい人は表情とか態度っていうか見るしかないですかね。言語的なやりとりでは、境界って探ることは難しいのかなと思うので。反応の乏しい人に関しては言語的よりは観察的なところで。相手の判断じゃないけども、こっちが判断するしかないのかなあと。保証しながら。本人のとしての安全が何かが、なかなかかわからないですけどね。

6)【境界の緩和】は、境界を明確にすることでなく、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ることである。「境界

の調整」を意識してかかわる必要がある場合以外は、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くこと。【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。

B看護師：毎日、あいさつだったりとか(中略)何か全然たわいもない雑談とか(中略)音楽聞いてたら、「何聞いてるの」とかって言ったりとか(中略)全然たわいもないこととかしゃべったりとか(中略)それを聞くとこっちも興味を持ってるっていうのが相手に伝わるとし、向こうも、何かしゃべってくれるようになるというか、何かちょっと距離が近づいていくなっている。全然知らん、まだ全然関係ができてないときやっても。だんだん、毎日関係がだんだんできていくなという感じですかね。

E看護師：私は家族構成であるとか生い立ちであるとかは、特に隠すということはないですね。まあ患者さんによりますけど(中略)その患者さんが、家族関係に悩んでいたりとか。虐待受けてたりとかね、そういうのとかですかね。そういう方には言ってますかね(中略)言ってしまうことで、いろんな家があるんだなっていうのを…。で、相手が楽になる場合には言うかなと。ただ、こっちの言った情報が相手にとって(中略)相手にとってそれが全然楽になるものではなかったら言わないんですけど。

#### IV. 考 察

患者一看護師関係における境界は、先行文献からもわかる通り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のが少ない本邦の看護師が、患者一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、

苦労しながらも、意識するしないにかかわらず精神科看護における境界の調整に関する技術を実践していた。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、対象者は境界を調整する技術を語った。

【外的調整】は、精神科における看護師と患者を内包する人的環境を活用することであり、チームで交代しながら患者にかかわる看護において重要である。さらに、個人の限界は誰にでもあり、経験年数によってもその限界は違う。【外的調整】を行い、患者看護師双方にとってできる限り納得のいくようにかかわることは、精神科経験の少ない看護師にとってもチームや患者にとってもケアの質を高めるものである。その時、個々の看護師が限界を知っておくということが重要となる。自己の限界を否定的なものであるという側面のみで捉えている場合、相談をしたり、交代をしてかかわってもらおうことができなかつたり、躊躇することで、チームの力を活用できず、緊急性がある場合には重大な事態に陥りかねない。【外的な調整】が、個人のかかわりの限界をチームで補う上で重要な「境界を調整する技術」であるということをチームで共有しておくことが必要である。

【情報の調整】とは、例えば、必要な治療的な行動制限の中で出てくる患者からの実現不可能な要求に対して、状況を説明し対応できないことを事実として率直に伝える、ということである。また、そのような要求をする理由を聴くことで患者の思いを共有し、要求に対する代替案を検討するなど、できるだけ患者の立場に添おうとすることができる。治療的に必要な行動制限に対して実現不可能な要求をする患者であっても、その状況を受け入れやすくなると考えられる。この時、対象者らはできない状況や理由などの情報を客観的な事実として扱い、制限がもたらす不自由さや要求する気持ちなど、共感できるところには共感していた。もちろんそうすることで、要求が必ずしも収まるわけではないが、互いが感情的にエスカレートすることを可能な限り避けていたと考えられる。症状や障害で衝動耐性が低下していたり、思考障害で状況の理解が困難であったりするため、感情的にエスカレートしやすい患者に対応する精神科では、【情報の調整】は重要な技術となりえる。

精神科看護師は主に自分自身を道具（媒体）として患者にかかわり、感情的に揺さぶられることもあるため、【内的調整】の中でも特に〈感情の調整〉は重要である。自己内で解決するには限界があり、〈患者の見極め〉によってどこまでかかわり援助するのか、できるのかを把握することで、〈感情の調整〉を補うことができると考えられる。しかし、特に経験の少ない看護師は〈感情の調整〉自体が難しく、かつ、〈患者の見極め〉も未熟であるため、チームのサポートが欠かせない。経験の少な

い看護師をサポートする側は、経験の少ない看護師が〈感情の調整〉と〈患者の見極め〉のどちらに苦慮しているのか、それらの【内的調整】能力がどの程度ついているのかを指標にすることもできる。

【境界線の調整】において、対象者は、他の患者との公平性や、他の看護師で構成されたチームのバランスに配慮し、患者にどこまでかかわるかのライン（境界線）を調整していた。周囲に足並みをそろえて折り合いをつけるだけでなく、時には責任のとれる範囲でそのラインを敢えて越えたり、踏み込んだ援助を行ったりすることで、対象者はより患者のニーズに添うために、かかわりの能力を伸ばしていたと考えられる。このように、患者にどこまでかかわるかのラインを見極め、時に広げていくことで、患者のニーズにより幅広く対応できるようになり、看護師個々のかかわる能力を伸ばし、責任の幅を広げることにつながると考えられる。その時、ラインを越えたかかわりが看護師のケアとしてどうであったのかという振り返りが重要である。その振り返りが、そのラインを越えたかかわりを経験として積み上げ、【境界線の調整】という技術的要素、ひいては「境界の調整」という技術を多様な状況に応用可能なものにしていくと考えられる。

対象者は自身を主語に話すアイメッセージを使って、押しつけとならないように配慮し患者のことを保証することで、患者の思いを引き出していた。保証するだけでなく、責任や自主性を促すことで、患者の【主体性の尊重】を行っていた。人は境界があることで自分であるところ（アイデンティティ）が明らかになり、責任や自主性が発生する<sup>2)</sup>。看護師は代価を得てサービスを提供するため、看護師にもともとある個人的な主体性と看護師の専門性が混ざり合って看護師の主体性となり、患者一看護師関係のなかで機能していると考えられる。患者一看護師関係においては、どこまでどのように患者にかかわるか、ということで見守る看護師のかかわりにおける専門性（主体性）の境界が明確になると考えられる。したがって、看護師が患者にかかわり、専門性（主体性）を発揮することにより、患者の境界でかたちづくられた主体性を脅かす可能性がある。看護師の専門性（主体性）は発揮すればいいというものではなく、患者の主体性を尊重すること自体をその専門性に内包していることに気づいておくことが重要である。加えて、精神科の看護は1回きりではなく、限られたメンバーで継続的に行われるので、継続的に看護師の主体性や専門性が脅かされる患者一看護師関係は、長期的な視点に立つと患者の不利益につながると考えられる。したがって、患者看護師双方の主体性のバランスが保たれ相互に主体的であることが、非常に重要であると考えられる。看護師は自身を道具（媒体）として患者にかかわるため、看護師の主体性＝専門

性ではなく、看護師の個人的な主体性も同時に機能する可能性がある。看護師の個人的な主体性が機能し始めると看護師の専門性が機能不全を起こすことが考えられるので、振り返りのポイントとしては、看護師の個人的な主体性と専門性のバランスやどちらが機能しているかに気づき、どう専門性を発揮していくのかを考察することが重要である。

対象者は、はじめ境界に対して意識しないか違和感を示したが、それを証明するかのよう【境界の緩和】では、経験を共有し患者との距離を近づけるかかわりを行っていた。そうすることで、患者の境界を緩め患者の世界に入り込み、患者を理解し患者-看護師関係の構築に繋がっていると考えられる。牧野ら<sup>14)</sup>は、看護におけるかかわり (involvement) の構成概念として、「境界の調整」のほかに、「経験の共有」や患者に関心を向けることである「感情の投資」を抽出している。【境界の緩和】の〈経験の共有〉や《関心を向ける》も内容的には同じ内容を含んでいるが、ここでは境界を緩めるとい境界を調整する技術として、経験を共有し患者に関心を向けていると位置付けた。

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<sup>8)</sup>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<sup>19)</sup>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。

牧野ら<sup>14)</sup>は、プライバシーと職業に関する境界について「患者・家族と看護師・チームの価値観や思い、そして法律やその施設のルール、暗黙の了解、仕事量、看護師の技術などに影響を受け、変動し非常に複雑である」と考察している。本研究結果では、プライバシーを患者に伝えることに関して、【情報の調整】の小カテゴリーに《個人情報伝える》と【境界の緩和】の小カテゴリーに《プライバシーを共有する》がみられた(表1)。《個人情報伝える》は、ただ、個人情報を伝えるか伝えなかに焦点が当てられている。一方、《プライバシーを共有する》は、経験を共有することで、【境界の緩和】を意図しており、ケアとして行われていた。このように境界は、一定の基準が明確に存在するわけではなく、状況や文脈によって変動する概念であり、境界を調整する技術を修得するのは非常に困難である。教育や経験、振り返りが大変重要になると考えられる。今回の研究は1施設で対象者も7名であった。今後、施設と対象者を増

やした上で、精神科看護における境界の調整に関する技術を看護師がどのように修得しているかを明らかにしたい。

## V. 結 語

関西圏の精神病院に勤務する看護師7名を対象に、「境界の調整」について、半構成の面接を行った。その逐語録を質的帰納的に分析した。結果、精神科看護師の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。

## 謝 辞

研究遂行にあたり、ご協力いただいた施設の皆様に深謝申し上げます。

なお、本研究は、平成21年度科学研究費補助金基盤研究(C)(課題番号:21592912)を受けて行った研究の一部である。

## 文 献

- 1) Cloud, H., Townsend, J.: Boundaries, Zonde rvan, Grand Rapids, 1992 中村佐知, 中村昇共訳, 境界線, 地引網出版, 2004
- 2) Donaldson-Pressman, S, Pressman, R. M.: The Narcissistic Family: Diagnosis and Treatment, Jossey-Bass Inc Pub, New York, 1994, 岡堂哲雄監訳, 自己愛家族 アダルトチルドレンを生むシステム, 47-48, 金剛出版, 東京, 1997
- 3) Landis, B.: Ego boundaries. International Universities Press, Inc., Boston, 1970, 馬場禮子, 小出れい子, 自我境界(現代精神分析双書 第2期 第7巻), 1-7, 岩崎学術出版社, 1981
- 4) Melia P., Moran T. & Mason T.: Triumvirate nursing for personality disordered patients: crossing the boundaries safely. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 15-20, 1999
- 5) Melia P., Moran T. & Mason T.: Triumvirate nursing for personality disordered patients: crossing the boundaries safely. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 15-20, 1999
- 6) Gutheil, T. G., Gabbard, G. O.: The concept of boundaries in clinical practice: the theoretical and risk-management dimensions, The

- American Journal of Psychiatry, 150(2), 188-196, 1993
- 7) Gabbard G. O.: Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations, The American Journal of Psychiatry, 50(3), 311-322, 1996
- 8) Gutheil, T. G., Gabbard, G. O.: Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings, The American Journal of Psychiatry, 155(3), 409-414, 1998
- 9) Allan, H. & Barber, D.: Emotional boundary work in advanced fertility nursing roles. Nursing Ethics, 12(4), 391-400, 2005
- 10) Rushton, C. H., McEnhill, M. and Armstrong, L.: Establishing therapeutic boundaries as patient advocates, Pediatric Nursing, 22(3), May-June, 1996
- 11) Schafer, P. and Peternelj-Taylor, C.: Therapeutic relationships and boundary maintenance: the perspective of forensic patients enrolled in a treatment program for violent offenders, Issues in Mental Health Nursing, 24, 605-625, 2003
- 12) Shaffer, L. C.: When the barriers are broken: an oncology perspective that questions the reality of how nurses navigate the nurse-patient relationship boundary, Home Health Care Management & Practice, 19(5), 382-384, 2007
- 13) Stuart, G. W.: Chapter 2 Therapeutic nurse-patient relationship, Stuart, G. W., Laraia, M. T., Principle and practice of psychiatric nursing 8th edition, Mosby, Inc., 2005, 秋山美紀, 第2章 治療的な患者と看護師の関係, 安保寛明, 宮本有紀監訳, 金子亜矢子監修, 精神科看護—原理と実践 原著第8版, 19-70, エルゼビア・ジャパン, 2007
- 14) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究, 人間看護学研究, 3, 105-112, 2006.



## (Summary)

# Identification of Skill Factors in Negotiating Boundaries in the Nurse-Patient Relationship Executed by Nurses Working in Psychiatry

Koji Makino<sup>1)</sup>, Hayato Higa<sup>2)</sup>, Kyoko Amasa<sup>1)</sup>  
Mayuko Yamashita<sup>1)</sup>, Yukihiro Matsumoto<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup>Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research,  
University of Toyama

**Background** The literature on boundaries in nursing is abundant in cultural areas where individuality is valued. The nurse-patient relation has been considered in terms of the issues of the boundaries, with an emphasis on the question of how to protect these boundaries. In contrast, in Japan, the boundaries have not been focused in the context of nurse-patient relations. Negotiating boundaries is extremely difficult, especially with patients with schizophrenia, for whom the line between self and others are presumably blurred, or with patients with personality disorders who tend to blame others and to do aggressive behaviors or excessive demands. For this difficulty, it can be surmised that psychiatric nurses may have acquired better skills for negotiating boundaries, with or without awareness. Because of the particular difficulties in negotiating boundaries in Psychiatry, nurses working in this field may be a good subject to study for understanding these skills; such skills might also be applicable to nurses in other fields in future. Moreover, identification of the skill factors in negotiating boundaries done by psychiatric nurses may lead to show principles for dealing with boundaries. With such principles, nurses would not need to memorize a list of prohibitions, but instead, can use them flexibly according to circumstances.

**Objective** This study aims to reveal skill factors related to negotiating boundaries executed by

nurses working in Psychiatry.

**Methods** Seven nurses working in Psychiatry were interviewed on the "negotiating boundaries" using semi-structured one-on-one interviews according to the literature. The questions to the respondents include how they negotiated difficult situations and their distance to patients, as well as how they negotiated mutual patient-nurse relationship. Categories were identified by performing qualitative inductive analysis on the literal transcripts of these interviews.

**Results** Qualitative inductive analysis of the respondents' transcripts identified six categories: outward negotiations, informational negotiations, inward negotiations, boundary-line negotiations, respect of individuality, and boundary softening. While respondents understood what the term negotiation means, some were not initially aware of "negotiating boundaries" and even expressed discomfort with the word in conversation.

**Conclusion** Semi-structured interviews on "negotiating boundaries" were conducted with seven nurses working in a psychiatric hospital. Qualitative inductive analysis was performed on the literal transcripts of those interviews. It identified six categories for skill factors related to negotiating boundaries by psychiatric nurses: outward negotiations, informational negotiations, inward negotiations, boundary-line negotiations, respect of individuality, and obscuring of boundaries.

**Key Words** boundary, psychiatry, nurse, skill