

論 文

総合病院勤務の看護師における境界の調整モデルの抽出 —係長および主任看護師対象の グループインタビュー法を用いて—



牧野 耕次¹⁾、比嘉 勇人²⁾、甘佐 京子¹⁾、山下 真裕子¹⁾、松本 行弘¹⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

²⁾ 富山大学大学院医学薬学研究部

背景 精神科看護では、自他の境界が不明確になると言われる統合失調症をもつ患者や、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もつ患者とのかかわりにより、意識するしないにかかわらず、境界を調整する技術が磨かれている。精神科看護では、境界を調整する技術が抽出されているが、総合病院に勤務する看護師も同様に、患者—看護師関係において、意識するしないにかかわらず境界を調整していることが推察される。

目的 本研究は、総合病院に勤務する看護師の境界の調整に関するモデルを抽出することを目的とする。

方法 関西圏にある精神科病床を除いた一般病床約200床を有する総合病院2施設に勤務する係長および主任14名を対象に、1回1時間半程度の7名1グループのインタビューを実施し、インタビュー内容はICレコーダーに録音し、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。

結果 【自己決定を促す】【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】【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】【付き添えず一人で対処することを支える】【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。

結論 看護における境界の調整に関する7モデルのうち、【仕事とプライベートを分ける】【境界があいまいになる】以外の5つのモデルで看護師が患者やその家族の話を聴き受け止めることが重要な位置を占めていた。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、境界を調整するということは、相手の思いを傾聴、受容、共感することも含まれていると考えられる。

キーワード 界、看護師、グループインタビュー、モデル、総合病院

I. 緒 言

治療における境界に関する問題は欧米の文化圏で報告され¹⁾²⁾³⁾、次第に看護においても報告されるようになった⁴⁾。看護における境界は、看護師が患者を援助する場合、看護師および所属する施設が提供可能な援助と患者のニーズや家族の希望等の兼ね合いにより、意識するしないにかかわらず、どこまで看護師が援助し、どこから患者自身が行うのかという場面で生じている。他にも看護では境界を意識する多様な場面がみられる。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、および侵害にまで至らない境界の越境についての文献⁴⁾以外に、親密さと安全な距離感⁵⁾やアドボカシー⁶⁾、暴行傷害の治療プログラムに参加する司法患者の看護⁷⁾、がん患者へのケアに関する事例⁸⁾、看護専門職の役割と

How Do Nurses in a General Hospital Negotiate the Boundary between a Patient and a Nurse? :

Through the Analysis of Interview Data Collected from Assistant Head Nurses and Charge Nurses in General Hospitals

Koji Makino¹⁾, Hayato Higa²⁾, Kyoko Amasa¹⁾, Mayuko Yamashita¹⁾, Yukihiro Matsumoto¹⁾

¹⁾School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

²⁾Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

2012年9月30日受付、2013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

個人的な自己との間の境界のバランス⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾などが報告されている。特に精神科の看護では、教科書で境界の侵犯に関する事例¹²⁾が挙げられているなど、境界に関する知識や技術が要求されている。

Bennerら¹³⁾は、境界に関する仕事をかかわりの技能(the skill of involvement)の中で捉えることを提案している。本邦では、牧野ら¹⁴⁾が、看護におけるinvolvementに関する英語文献に焦点を当て、その構成要素として「境界の調整」を抽出した。さらに「境界の調整」を「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」と定義した¹⁴⁾。また、精神病院に勤務する看護師を対象に、「境界の調整」について、半構成の面接を行い、質的帰納的に分析し、精神科看護師の境界の調整に関する技術的要素を抽出している¹⁵⁾。これらの研究は、患者－看護師関係におけるかかわりという技術の中で、看護師が境界を調整する重要性を示している。

精神科看護では、自他の境界が不明確になると言われる統合失調症をもつ患者や、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もつ患者とのかかわりにより、意識するしないにかかわらず、境界を調整する技術が磨かれている¹⁵⁾。精神科看護だけでなく、総合病院に勤務する看護師も患者の全ての責任を請け負うわけではないので患者－看護師関係において、意識するしないにかかわらず境界を調整していることが推察される。例えば、精神障害をもたない患者であっても、身体疾患やそれに関する生活状況の変化による反応として、怒りを看護師に向けたり、抑うつ的になったりすることが考えられる。そのような場合に、患者とどのように向き合い、どこまで踏み込んでかかわるのかには、精神科と同様にかかわりの中で境界を調整する技術が要求されるのではないだろうか。しかし、精神科以外では境界を調整するかかわりを意識することは、難しいと考えられる。そこで、本研究では、総合病院に勤務する看護師の境界の調整に関するモデルを抽出することを目的とする。

総合病院に勤務する看護師の境界の調整に関するモデルを抽出することで、精神科以外の看護においても、意識されにくい「境界を調整することが難しい状況」に気づき、そのような状況において、患者とどのように向き合い、どこまで踏み込んでかかわるのかのモデルとして、本研究結果を活用する可能性につながる。すなわち「境界の調整」を含めたかかわりの技術を発展させる契機になりえると考えられる。

II. 研究方法

1. 研究協力者

関西圏にある精神科病床を除いた一般病床約200床を有する総合病院2施設に勤務する係長および主任14名。看護における境界は、目に見えないものであり、経験によりその知覚の仕方もさまざまであることが推察される。また、役職により立場が違ふことで、患者への看護の責任に対する認知も、異なることが想定される。したがって、本研究では、経験や役職を勘案し、総合病院で病棟管理者とスタッフとの間に属し、それぞれの視点から患者－看護師関係における境界という概念を捉えることが可能な係長および主任を対象とすることで、多層的な視点で境界概念やその調整技術が把握可能であると考えた。

2. 用語の定義

境界：看護師が意識的無意識的に調整している、患者とかかわる際に発生する境。

3. データ収集方法

研究協力者の所属する部局長に研究の概要を説明し、研究協力者の紹介を依頼した。紹介された候補者に事前に依頼文を配布し、文書と口頭により、研究の概要を説明し、同意を得られたものを研究協力者とした。

プライバシーの確保できる部屋を借り、グループインタビュー法¹⁶⁾のアプローチを用いて1回1時間半程度の各施設7名1グループのインタビューを行うことを依頼した。グループインタビュー開始直後に、看護師が患者を援助する場合、看護師および所属する施設が提供可能な援助と患者のニーズや家族の希望等の兼ね合いにより、意識するしないにかかわらず、「どこまで看護師が援助しどこから患者自身が行うのか」という場面で生じている境界の定義と境界に関する概要を説明した。グループメンバーの理解に問題がないことを確認しながら、看護を行う上で患者との境界を調整した場面について、グループインタビューを実施した。インタビュー内容はICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

4. 分析方法

グループインタビュー法¹⁶⁾のアプローチに沿って以下の手順で分析を行い、看護における境界の調整に関するモデルを提示した。

1) 1次分析

研究目的に沿って、看護における境界の調整に関する重要な場面の内容や意味深い内容を重要アイテムとして収集した。インタビューの内容から重要アイテムを背景としてどのようなことが起こっているのかを解釈した。重要アイテムは看護師が境界を調整する具体的な場面で

ある。

2) 2次分析

類似した重要アイテムとその関連から、流れの全体像を作り上げた。さらに、それらの重要アイテムから看護における境界の調整場面に関する重要カテゴリーを抽出した。したがって、抽出された重要アイテムは、看護師個々の具体的な境界を調整する場面ではなく、類似した具体的な個々の場面が抽象化されたモデルである。

3) メンバーチェック

研究協力者に、分析結果を提示し、メンバーチェックを依頼した。

5. 研究期間

平成23年12月下旬～平成24年1月下旬

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」などを研究協力者候補に説明し、口頭と文書により同意を得られたものを研究協力者とした。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(第213号)を得て実施された。

III. 研究結果

1. 研究協力者の特徴

研究協力者は、係長2名、主任12名であった。年齢は、30代が2名、40代が11名、50代が3名であった。

2. 分析結果

1) 看護における境界の調整に関するモデル

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、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(表1)。分析結果に対するメンバーチェックでは肯定的なフィードバック以外の意見や感想はみられなかった。

グループインタビューでは、境界という概念に対して、

表1 総合病院勤務の看護師における境界の調整モデルの抽出過程

重要アイテム	重要カテゴリー
延命処置 透析の開始 輸血(治療の継続)	自己決定を促す
治療不振による看護の確認 患者からの暴言 患者からの暴力 看護師に対する援助拒否 患者の難しい権利の主張	患者や家族の圧力に対処する
プライベートで話しかけられる 電話番号を聞かれる 手紙をもらう 仕事に行くのがつらい	仕事とプライベートを分ける
関係を客観的にみる 誰が考えるべきことなのかわかる	患者の話を聴きながらアセスメントする
食事指導 歩行介助 入浴介助 退院調整	できることを行ってもらう
呼吸器の急性期 痛みのある患者 寂しさや不安	付き添えず一人で対処することを支える
患者の意向を聴かずに決めてしまうことがある 退院の延期を求められる 院外で話しかけられ話を聴き続ける 若いときはのめり込む	境界があいまいになる

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。

以下に重要カテゴリーごとに説明し、逐語録を抜粋し、看護における境界の調整に関するモデルを提示する。逐語録からの抜粋は斜体とし、文脈が変わらない範囲で（ ）を用い補足や省略を行った。また、重要カテゴリーには【 】を付した。

(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、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ぬと思込んでしまう場合、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ことで自己決定を促していた。

案外と、昔のことを聞いてたりしてね、こうして頑張ってきたって言うてくれはったりすると、それだけ頑張ってきたくれたんやねって、今までも頑張ったんだよねっていうふうなことで、振り返らせてあげると、家族の人にね、そういやここまで頑張ってきたんやねっていうような言葉が聞かれて、決定ができる場面もあったりするね。(中略) そういうふうに頑張ってきた、その頑張ってる姿とかを見てたりするとね、こっちも介助してるときに。うん、いい顔してるよねとかって言ってね。(中略) 今までのことをちょっと家族の人と話す機会があったりすると、その選択肢とかをこっちに委ねられて答えられなかったりすると、今までどうだったんですかねって言って、どういうふうな生活を送ってきたんですかねっていう形で返したら、こういうふうな形で、全然

私たちが娘もどうとかって言ったりしはるじゃないですか。全然面倒見なかったとかって言ったりすると、ああ、そうなん、そのときはお母さん大変だったんかもしれないですねとかっていうふうな話をしていると、案外と、何ていうかな、まあどういふふうに傾くかわからないけど、今までのこととかも話せて、自分の思いがちょっと整理できたりとかもできるんじゃないかなとかって思ってしゃべったりもしますけどね。

(2)【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、名指して拒否されたり、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、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。

結構家の人があると、何言われるやろって思いながら、みんなスタッフは(家族のところに)行って。で、(戻ってきて)「何言われた?」「これ言われた」ほんでまた病棟の詰め所でこう言い合っ、ナースコールがまた鳴ったりしたら、みんな重いながら足運んで。でも、やっぱりその辺は足を運んで、こっちの誠意というか、患者さんに対しての誠意、しっかり見てますよというところを家の人にも見てもらって、随時、患者さんの状態を報告してっていうあたりが、うちの人の信頼関係を築いていくのかなと思うので、そういうところにも、頑張って、みんな足運ぼうねみたいな、形でスタッフとはしゃべったりはしてますね。で、患者さんの家族の変化していくところも、みんなで、詰め所で、共有し合うことで、知らず知らずのうちに、向こうも心を開いてくれはったりっていうような感じですね。最終的にはいつも。最後まであかんっていう形は、あまり経験にはない気がするんですけどね。いろいろなことを言われるし、こっちも解決策がないことも結構あるんですけど、でも、その都度やっぱり聴いてる、もう常に聴いてるっていうことで、何かこう、向こうも納得していくという反応があるのかなって、よう思います。(中略) まあ結構ね、それありますよね。ほんまに解決策もなく、また同じこ

とを言う、もう堂々巡り、いっぱいあるんですよ。それでもやっぱり同じように聴いて、同じようにこう何か返してってというのがあると、そのうち何か、何となく向こうもすっきりしたとかっていうのもあるんで。

(3) 【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どを話しかけられることがあるが、聴ける範囲で聴きいたり、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。

受け持ち患者さんがヘルニアのオペをしまして、帰らるときに、「電話番号を教えてください」って言われて「何で？」って言うたら、「帰ったあとにもし腰痛うなったら電話するから」「えーっ」(笑)それはちょっと違うなって。「ここで私たちの関係は、一応受け持ち看護師やけども、病棟は入院中で、退院したあとは外来通院するから、もし腰痛くなったら外来に来なあかんから、私に電話してもらっても困るし、それは違う」っていうふうに言いましたけど。

何か透析って不思議なところで、前の病院も最初のうちしてはったんやけど、患者さんの会の旅行に看護師が一緒に付いていって一緒に遊ぶとか。看護師として同伴しててやけども、何か一緒に遊んでるから、何かほんとに境が保ちにくいというか。今でも、施設によっては、ゴルフイベントをしたり、バス旅行に一緒に行ったり、そういうところがあるし、それを人間関係として捉えるか、患者さんとして捉えるか、それって職員の心の持ち方だけのことなんかな。相手は同じような人間として、思っただけはる中にあるのかなって思ったり。何か不思議ですね。今の病院に来てからは、患者会も別っていう感じになってるから、そんなに思っていないけど(中略)前のように親しくしてたらあかんのや、ここで線引かなあかんのやとか、ある程度ありますね。

もう何か切り替えてる部分がある。来たくなくて、仕事に足が向かへん、ほんとは行きたくないんやけどというときには、こんだけのお金をもらってるんやからっていうふうな思いで来てる時がある(中略)責任。で、この白衣着たら違うよね。しゃっきりして、ぱっと着たら、頑張らな、みたいなね。(笑)見られてるとか。朝はすごいしんどくっても。ああ、しんどいなって思っても。白衣着たら、ちょっと仕事せなみたい。スイッチが入る。人の話を聴ける自分になる。

(4) 【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を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。

やっぱりもうちょっと若いときは、ほんとに家族のように、自分もその同じ立場になって考えてたん違うかなって。だけど、今はそうじゃないっていうふうに、どっかでその線を置かないといけないから、私と患者さんとの関係とかって思って接しているから、そこは客観的に見たりしてるけど、若いときって「いや、私だったらどうするよ」とかって言ってたん違うんかなって気はするけどね。

今は、これは家族に考えてもらうこととか、これは病院で考えないといけないこととか、先生に考えてもらうこととかっていうふうなこと何となくわかるから、そこをお願いしたりとか、もう一回先生に話聞きましょうかとか。もう一回、お話聞きましょうかとかいうふうに持っていけるようになってるのかな。いろんな経験していく中で。(中略)(新人は)傾聴っていう「形」では、できると思うんですけど、決定できるように、例えば大事な場面で、言うてはることはこういうことですよって返してみるとか、そういうテクニックは(難しい)。だから、話を聞いてきはって、看護記録に、どんな話をしはったとか、聞いてきたっていうのは、やっぱり新人さんは1枚が一って、言わはったことを全部書いてあります。だから、看護のアセスメントっていうところ辺では弱い部分が…

(5) 【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、事故に気を付けながら患者に行ってもらよ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看護チームだけでなくできる範囲で患者とも共有していた。

移動とか動かはることにに関しては、できるだけ自分で動いていってもらわなあかん人は動いてもらわなあかんけど、勝手に動かはってね。転倒しはるということもあるし、でもやっぱり帰っていくに当たっては、どんどん動いていってもらわなあかんし。で、動くことになったら、結局、頼りたいって思ってはって、手を貸さずに行ける人に関しては見守りだけでもいいのかなと思いつつ、何かやっぱし、ちょっと動きにくそうにしてはるのを、ただこう見てるのって、こう冷たい人なんかかなと思いつつ。(笑)でもやっぱりできることに関しては。ちょっと手、添える雰囲気、手添えてないみたいなき感じだったりして、自分でやってもらって。そういうところを記録に残したりして、ほぼ見守りっていうか、自立できてるとか言って、うん。でもやっぱり夜間帯とかになると、どうしても、自分の業務とかに追われて、やっぱ時間がかかる人に関しては、こう手を添えたりとかして、っていうところもありますけど。

透析の患者さんの中には、「担当の看護師がいるんやから、その担当の看護師が今回のデータでは何があかんかったさかきに食事をこうしたらいいと全部言ってくれたらいい」とか、「『こういう食べ物を食べたらこういうデータが上がる』とかそういう指導をしても、それは無理なんやから、看護師さんが僕の食べたものを見て言うてくれればええ」とかって言わはるけど、いや、自立していこうと思ったら、それって自分がしてもらわなあかん、自分で完了しなあかん項目っていうのと、で、私らが見てて、ここは最近はどうやから、ここの辺を直したらいいっていう項目と、やっぱりこう、踏み込めるところと踏み込めないところ、その食事に関しては一緒に食べてるわけでも何でもなし。そうやのに、ある一定以上のことまで求められると困ることがあって(中略)親しくしてるから、何もかも看護師さんしてよっていうふうなふうが取れるときがあって、そのときに、冷たいっていうんじゃないけど(中略)専門的に言うて、距離を置こうかというところ辺は考えたりするんですけど。

(6) 【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る。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、時には指示されている薬剤を与薬したり、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、時々顔をのぞかせたり、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。

呼吸のことに関してはね、自分(看護師)で知識をつけることもすごく大事なんだというのは、最近すごく思うようになってて。その呼吸の仕方を指導ができると、少し楽になってきはったので。あとはこの呼吸の方法だけきちっとやったらできるから、私、あとまた20分とか30分したらもう一回絶対見に来るしって言って離れることができるんやと思うんです。だからそういう意味では、私たちもそれは知識を身につけながら、その頭的な知識とお互いの関係をつくっていく技術というのは要るのかなというふうには思うようになりました。やりとりではなくて。理論的に言うと、案外理論で落ちる人もいはるので、単に、今、忙しいからいれへんねんって言ってしまったって、余計えらくならはるので、そこは、こう理詰めでいける(納得してもらえ)ぐらいの知識は要るのかなというふうには思います。(中略)忙しいときの対応というのは、確かにそのときは忙しい、来れへんって、でも10分したら絶対来るから、ちょっと頑張らててとかいう言い方やと、ちょっと頑張ればるときもあるし。また10分したら忙しくなくなるかもしれへんしな。行けるかもしれん、で、途中で何回かのぞいてあげるとか、ほんまに忙しいときには、もうほかのことをしながら、途中でちょっとのぞいてあげるぐらいするだけでも、結構違うんやろなと思うし。(中略)ほんとにしんどい人に対してね、その人、あなたにすごく私は関心を持っているんやけれども、今はじっとここにずっといられへんよっていうところ辺のコミュニケーション技術みたいなものなのかなと思うんですけど。

ナースコールを押してきはって、行ったら「えらい」と言うてはる。何回もナースコール押してきはって、お薬も使ってるし、ちょっと待ってて言っても、またコール押してきはる。忙しいときに。で、先輩の看護師さんがその部屋を受け持ってはって、一番夕方の忙しいときで、そのコールがぴたっと鳴りやんだんですよ。で、何

しはったんですかって言ったら、ちょっと体こうやって、その痛いところをさすってあげたら、「あんたも忙しいさかいに、もういい、いい」って、言わはったから。何かそれからコールがびたっとしばらく止まって、そういうやり方もあるんやなって。薬とかそういうことだけじゃなくて、何かいつもとちょっと違うことをしてみたり、その数分ですけど…

(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バシーの境界などを明確にすることができず、かかわりに困ったり、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とい理由が挙げられた。

何かそういう看護師いはったわ。自分の携帯（番号）を（患者に）言うてしまわはって。「へえーっ、何で言うたん？」っていうのがあった。（中略）最初はそういうあっちが痛い、こっちが痛いの相談やったのが（中略）今日は何してんのやとか、そういう個人的な話に（なっていた）…

病棟で一生懸命患者さんのことを聞いてて、いい形で（関係が作れた）って思ってて、いったん退院しはったら、道端で会ってもね、ほんとに親しくしゃべってきてくれはって、友達のように。そのときにね、どう反応しようかって。今1人いるんですけどね。もうね、ほんとにどうしようって。運動会に行ってもね、会って、やあーって、手を振ってくれはるんやけど、「お弁当何食べてんの」とかね。（笑）振ってくれはるけど、そのときどう対応しようかなと。患者さんと私は看護師と思って、この場（病院）で、接しているのに、外に出たら患者さんでも何でもないからっていう人の対応をね、向こうはそう思ってはらへんし、看護師さんと思ってくれてはるから。

ものすごい時間のある病棟、そういう関係がじっくりつくれるような病棟にいるんですけど、逆に、かえって自分と患者さんとの境界線がわからなくなったりとかするようなことが、反省としてあるかなというのは思いますね（中略）ほんで、はっと気が付いて、あっ、これって私が決めることじゃないよなとか、自分と患者さんって、人と自分って、何がいろいろ違うもんやなっていうところは、いつも意識してんとあかんし。で、その人の自己決定みたいなのは、大事にしていかなあかんっていうのは、よう思いますけどね。そこはそこで、なかなか、厳しいところあるかなと思います。

IV. 考 察

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合がある¹⁵⁾。今回の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境界という概念に抵抗を示す一因と考えられる。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、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。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¹⁶⁾が、境界に関する仕事をかかわりの技能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。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、境界を調整することが実は前提として含まれていると考えられる。わが国の精神科以外の科における看護では、精神科に比べ、傾聴、受容もしくは共感的なかわり、患者とラポールを築きやすいためか、もしくは、患者の精神症状に対する影響が少ないためか、境界を調整することがほとんど意識されていない。しかし、精神科以外の病棟においても、患者やその家族の暴力や過剰な要求が問題となっている。また、自殺者数が高止まりしている状況において、自殺未遂の経験や希死念慮のある患者も増加していると考えられるなど、看護師の境界の調整を含めた看護師のかかわりの技術が今後も重要となることが想定される。

看護における境界の調整に関する上記の7つのモデルはどれも患者やその家族とかかわるうえで、問題が生じやすい場面である。しかし、研究協力者はそれらの問題に躓きながらも解決してきた、経験を積んだ係長および主任であるため、問題となりそうな境界に気づき、ほとんどの場合、モデルのように調整を行っていた。【境界があいまいになる】は、境界の調整が困難なモデルであるが、その内容はいずれも継続的にみて境界の調整がうまくいき、他の6つのモデルに移行する可能性をもっている。逆に、境界が調整されている6つのモデルも患者側や援助者側、施設などの要因や状況が少し変化すれば、調整が困難になることが考えられる。したがって、患者および看護師の精神状態、性格、価値観など多様な要因

と境界の関連を考慮し、常に意識し確認し振り返ることで、困難な状況でも患者や家族の主体性を尊重しながら、境界を調整し看護師が機能的専門性を発揮してかかわることが可能となる。境界とそれに関連する要因に気づかず、意識し確認し振り返ることをしなければ、見捨てられたと患者や家族に感じさせたり、患者の自己決定を脅かし、病院や病棟のルールを意識しないままに逸脱したり、患者やその家族の思いの確認や必要な情報を提供しなかったりするなど、大きな問題へと発展する可能性がある。例えば、患者やその家族は自己決定に必要な情報を求めている¹⁷⁾が、自己決定には人権擁護といった視点で重要な課題があるといわれている¹⁸⁾。本研究結果の【自己決定を促す】は、自己決定における人権擁護の課題に対する一つのモデルとして、アプローチの契機となる可能性がある。今後さらに、超高齢化による認知症患者の増加や医療の高度専門化により、境界の調整を内包したかわりには、患者やその家族の主体性や自立性と看護の専門性を両立させていく上で重要な視点となる。すなわち、本研究結果は、境界に関する問題への対処という否定的な側面だけでなく、患者やその家族とかかわる肯定的な技術として位置づけられる。さらに、その技術を発展させる契機として活用可能であると考えられる。

本研究は、関西圏にある精神科病床を除いた一般病床約200床を有する総合病院2施設に関するモデルである。特有の機能を持つ病棟や職階、役割などで、看護における境界の調整も多様に変化すると推察され、今後も継続した研究が必要である。

V. 結 語

関西圏にある総合病院2施設に勤務する係長および主任14名を対象にグループのインタビューを実施した。逐語録をグループインタビュー法のアプローチにより分析した結果、【自己決定を促す】【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】【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】【付き添えず一人で対処することを支える】【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。

謝 辞

本研究にご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、平成23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) 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
- 2) 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
- 3) Gabbard G. O.: Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations. *The American Journal of Psychiatry*, 50(3), 311-322, 1996
- 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) Allan, H., Barber, D.: Emotional boundary work in advanced fertility nursing roles. *Nursing Ethics*, 12(4), 391-400, 2005
- 6) Rushton, C. H., McEnhill, M., Armstrong, L.: Establishing therapeutic boundaries as patient advocates. *Pediatric Nursing*, 22(3), May-June, 185-205, 1996
- 7) Schafer, P., Peternej-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
- 8) 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
- 9) May, C.: Affective neutrality and involvement in nurse-patient relationships: perceptions of appropriate behaviour among nurses in acute medical and surgical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 16(5), 552-558, 1991
- 10) Fegran, L., S. Helseth. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context--closeness and emotional involvement. *Scand J Caring Sci*, 23(4), 667-673, 2009
- 11) Turner, M.. Involvement or over-involvement? Using grounded theory to explore the

- complexities of nurse-patient relationships. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 153-160, 1999
- 12) 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, エルゼビア・ジャパン, 東京, 19-70, 2007
 - 13) Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. L., Stannard, D.: *Clinical Wisdom and Intervention in Crinical Care: a Thinking-in-Action Approach.*, 1999. 井上智子監訳: ベナー 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること. 医学書院, 東京, 21-24, 2005
 - 14) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子: 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
 - 15) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 山下真裕子: 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, 2011
 - 16) 安梅勅江: ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 医歯薬出版株式会社, 2001
 - 17) 常盤文枝: 慢性病者の医療ケア上における自己決定に関する認識と行動および影響要因の検討, *日本看護科学会誌*, 25(3), 22-30, 2005
 - 18) 水澤久恵, 出貝裕子: 認知症高齢者の自己決定に関する文献の動向, *新潟医学会雑誌*, 125(8), 443-450, 2011

(Summary)

Background In psychiatric nursing nurses consciously and unconsciously cultivate their skills to negotiate the boundary between a patient and a nurse by an involvement with schizophrenic patients who are said to blur the boundary between self and others and patients with a personality disorder who tend to shift the blame to others and make offensive remarks and excessive demands.

The skill to negotiate the boundary between a patient and a nurse has been extracted from the analysis of psychiatric nursing. It is expected that nurses in a general hospital also adjust the boundary between a patient and a nurse, whether consciously or unconsciously.

Purpose The purpose of this research is to extract models of "negotiating boundary" on nursing in general hospitals.

Methods We conducted interviews with 14 managers working for two general hospitals with about 200 beds in a general ward (excluding a psychiatric ward) in the Kansai region. A group interview (7 people) took one and a half hours at a

time, whose contents were recorded in an IC recorder. We then analyzed the transcripts by using group interview methods.

Results Seven models of "negotiating boundaries" on nursing were extracted: promote self-determination, make an assessment while listening to the patient, ask patients to do what they can do for themselves, support a patient's self-coping when a nurse cannot be with him/her, deal with pressure from a patient and his/her family, draw a line between work and private life, and feel that the boundary between a patient and a nurse becomes blurred.

Conclusions It was found out that among seven models of "negotiating boundaries" on nursing it is important for a nurse to listen to and accept what a patient and his/her family talk about seriously in five models excluding "draw a line between work and private life" and "the boundary between a patient and a nurse becomes blurred"

Key Words boundary, nurse, model, group interview, general hospital