

# 福島県立医科大学 学術機関リポジトリ



Title	境界性パーソナリティ障害患者の治療枠組みと看護師の役割
Author(s)	佐藤, 幸子
Citation	福島県立医科大学看護学部紀要. 18: 11-20
Issue Date	2016-03
URL	<a href="http://ir.fmu.ac.jp/dspace/handle/123456789/505">http://ir.fmu.ac.jp/dspace/handle/123456789/505</a>
Rights	© 2016 福島県立医科大学看護学部
DOI	
Text Version	

This document is downloaded at: 2024-07-24T23:32:45Z

## 境界性パーソナリティ障害患者の治療枠組みと看護師の役割

### Therapeutic frame of a borderline personality disorder patient and a nurse's role

佐藤 幸子<sup>1</sup>  
Sachiko SATO<sup>1</sup>

キーワード：境界性パーソナリティ障害 治療枠組み 看護師の役割 精神看護 医療チーム

Keywords : Borderline personality disorder, therapeutic frame, nurse's role, psychiatric mental health nursing, medical team

#### Abstract

**Aim:** Clarify the therapeutic frame in the treatment process of a borderline personality disorder patient (BPD) and a nurse's role in the treatment team.

**Method:** Three cases were referred from two mental hospitals in A prefecture. Medical staff members in the BPD patient treatment team were interviewed and a case analysis was made.

**Result:** A nurse in a BPD patient treatment team was able to: (1) correspond to patient behavioral problems; (2) use a therapeutic frame effectively to help; and (3) take over from a predicament ascribable to dealing with patient behavioral problems when prompted by erratic behavior attributable to a BPD patient. Therapeutic frame considered by a nurse includes: (1) ward rules; (2) making life goals; and (3) agreement about the treatment.

#### 要 旨

目的：境界性パーソナリティ障害（Borderline Personality Disorder：以下 BPD とする）患者の治療過程における治療枠組みと、看護師が治療チームの中で果たす役割を明確にすることである。

方法：対象は、A県内の2ヵ所の精神科病院から紹介された3ケースに関わった医療スタッフである。BPD患者の治療チームのスタッフに面接を行い、面接データを記述すると共に、患者を巡る治療チーム全体をケースとしてまとめる研究デザインとした。

結果：看護師は、入院によって引き起こされる BPD 患者の問題行動をきっかけにして、“問題行動に対応する役割”、“枠を効果的に用いて援助する役割”、“問題行動に対応することで起こってくる問題を引き受ける役割”を果たしていた。この役割を果たす中で、看護師は、〈病棟ルール〉、〈生活上の目標〉、〈治療に関する取り決め〉を治療枠組みとして用いていた。

1 福島県立医科大学附属病院看護部 Department of Nursing, Fukushima Medical University Hospital

受付日：2015年7月1日 受理日：2016年1月6日

## I. はじめに

境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder: 以下 BPD とする) は, 対人関係, 自己像, 感情などの不安定および著しい衝動性の広範な様式を特徴としている。診断基準には, 現実にはまたは想像のなかで見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力, 理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係様式, 不適切で激しい怒りまたは怒りの制御の困難などがある。米国精神医学会による DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル<sup>1)</sup> では, 有病率は一般人口の約 1.6%, 精神科外来診療所に来院する患者の約 10%, 精神科入院患者の約 20% と見積もられている。また, 臨床症例の中でパーソナリティ障害をもつ人の 30~60% は境界性パーソナリティ障害であるとされている。

BPD 患者の病理には, 分裂 (自分と他者を区別し, 自分自身に対しても他者に対しても良いイメージと悪いイメージを統合させて 1 人の人間としてとらえることができない) や見捨てられ不安などがある。それらは治療場面にも反映され, 治療チームのスタッフを振り回し混乱させることが多い。そのため, 松本<sup>2)</sup> は BPD 患者の治療について, スタッフ間で病態に対する理解を共有し, 一貫した方針の基に構造化された治療枠組みを築き保つことが必要であると述べている。

各職種の治療枠組みは, その専門性や役割から論じられている。市橋<sup>3)</sup> は医師の立場から, 患者との治療契約と治療同盟の重要性について述べ, スタッフ間の混乱の対応策として対人関係を構造化する「ボーダーライン・シフト」を提唱している。「ボーダーライン・シフト」の十箇条には, なにかをあげてはいけなく, 話しをきくことはよいが患者にあげてはならない, 他のスタッフの批判を真に受けてはいけなくなどがある。小川<sup>4)</sup> は看護師の立場から, 「ボーダーライン・シフト」を基に, 患者の行動に関して患者と「契約」する方法について紹介している。さらに, 心理療法士の中村<sup>5)</sup> は, 力動精神医学の治療枠組みの中で患者の精神内界にアプローチすると述べ, 作業療法士の河田<sup>6)</sup> は, 患者の病理に直接触れない関わりが枠になると述べている。

これまでの看護実践の中で, 看護師が BPD 患者に振り回され, その結果治療チームが混乱した事例を経験し, BPD 患者の看護の難しさを感じてきた。そして, その難しさの背景には, 看護師は患者に交替制で関わり, 他職種に比べ, 関わる看護師・場所・時間を限定できないため, 看護師が用いる枠が曖昧になりやすいことがあるのではないかと考えた。

そこで, 本研究では, BPD 患者の治療過程において看護師が用いる枠は, 看護師が治療チームの中で役割を果たす中で作られ用いられていると考え, 治療チームの中で果たす役割を明らかにすることで, 看護師が用いる枠について検討したいと考えた。

## II. 研究目的

本研究は, BPD 患者の治療過程における治療枠組みと, 看護師が治療チームの中で果たす役割を明らかにすることを目的とし, 特に以下の 3 点について焦点を当てて検討する。

- (1) BPD 患者が入院することによって引き起こされる問題を明らかにする。
- (2) BPD 患者の治療過程において看護師が治療チームの中で果たしている役割と用いている枠を明らかにする。
- (3) BPD 患者の看護において看護師に求められる能力について考察する。

## III. 用語の定義

治療枠組み: 治療目標, 治療契約, 限界設定などの概念を含んだ, 治療者と患者の間で決めた治療の前提となる条件。

看護師が用いる枠: 看護師が患者への対応を行う際に判断の基にしている事柄。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

BPD 患者の治療チームのスタッフに面接を行い, 面接データを記述すると共に, 患者を巡る治療チーム全体をケースとしてまとめる記述的研究とした。

### 2. 研究対象

A 県内にある精神科病院 3 施設の管理者に, 文書及び口頭で研究の主旨を説明し, 2 施設から調査の承諾を得た。面接は, データ収集の実施時期より 1 年以内に入院治療を受けた「BPD と診断された患者」のケースに対して, 入院治療に関わった治療チームのスタッフ (患者に関わった医師・看護師・心理療法士・作業療法士) を対象とした。看護師に関しては, 担当看護師・看護師長・患者と印象的なエピソードがあった看護師を対象とした。

なお, 対象者らが語るケースについては, 精神科病院長から紹介された治療チームの窓口になる看護部長または看護師長 (以下コーディネーター) の紹介で選定した。

### 3. データの収集期間

2006年5月～2006年12月

### 4. データ収集方法

コーディネーターからのケースについての情報提供と、治療チームのスタッフを対象とした面接を行い、データ収集を行った。情報提供と面接は、研究協力施設内で個別に行い、承諾を得て録音した。

#### 1) コーディネーターからの情報提供

面接で、本研究のケースとして選定した理由、患者の基礎情報、治療経過についての情報提供を受けた。

#### 2) 治療チームのスタッフを対象とした面接

面接方法は、半構成的面接法を用いた。面接内容は、患者の援助に関して、患者や治療チームで話し合い決めた内容、職種の役割と捉え行った内容、他職種から期待された内容、当ケースにおける治療枠組みの意義だった。

### 5. データの分析方法

面接対象者によって語られたBPD患者の治療枠組みと看護師の役割に関する事象を具体的に記述することを目指した。語られたデータを逐語録に起こし、研究目的に関連した内容を抽出した。ケース毎にエピソードとして語られた内容を中心に、面接対象者が語った内容を統合した。ケース毎に印象に残るエピソードの内容、看護師がとった役割、引き起こされる問題、用いられた治療枠組みについて記述した。さらに、他職種によって語られた看護師に対して期待する内容を記述した。

### 6. 信頼性の確保

データの収集、分析、解釈の過程で指導教員よりスーパービジョンを受けながら行った。

### 7. 倫理的配慮

ケースの選定にあたって、できる限り治療を終了した過去の患者を選んでもらうよう依頼し、研究者は患者氏名など個人を特定できる情報を受けないこととした。面接対象者への協力依頼は、コーディネーターから紹介を受け、研究の主旨を文書及び口頭で説明し、研究協力の可否は対象者の自由意志で決定してもらった。なお、本研究の研究計画は、福島県立医科大学倫理委員会の審査を受け、平成18年5月17日に承認された。

## V. 結 果

A県内2カ所の精神科病院から、3ケースの紹介があった。

ここではまず、それぞれのケースについて、面接対象

者から聴取したケースの概要、エピソードについて記述する。その後、研究者が解釈・分析した入院によって引き起こされた問題、看護師が果たした役割、他職種から期待された役割、看護師が用いた枠について述べる。そして、3ケースの内容を整理・統合し、入院によって引き起こされた問題、看護師が用いた枠について述べる。

なお、対象者が話した内容は『 』で示し、分析によって抽出した看護師が用いた枠、看護師が果たした役割、他職種から期待された役割は〈 〉で示す。

#### 1. ケース1：入院の継続によって病理が明らかになったケース

面接は、コーディネーターの看護部長、担当看護師#1、主治医、心理療法士、作業療法士の5人を対象に行った。

##### 1) 患者Aの概要

20代の女性。中学校の頃に自傷行為があったが、高校では問題行動はなかった。大学進学後に自傷行為が再燃し治療を開始した。大学は休学した。初診から3年後、アルバイト先の配置転換に伴う不満と自信喪失がきっかけで抑うつ状態となり、休息目的で初回の入院となった。入院形態は任意入院だった。入院予定期間は7日から10日だったが、抑うつ状態が改善した後も、本人が退院することに不安を訴え、入院を継続した。

##### 2) 入院中のエピソード

##### (1) 病棟廊下に配置した椅子の撤去をめぐるトラブル

このエピソードに登場する人物は、患者A、看護師、医師、心理療法士である。

患者Aは、入院継続後に男性患者とグループを作り行動するようになり、看護師は患者の行動を観察した。患者グループは、消灯後も廊下に置いてある椅子をたまり場にして騒ぎ、患者グループ以外の患者から苦情が出された。夜勤の看護師は、他患者とのトラブルを回避するために、廊下の椅子を撤去した。その際、日中は椅子を戻すと話した。しかし、廊下に椅子があることを以前から問題視していた日勤の看護師は、患者に椅子はしばらく戻さないと説明した。

患者Aは、夜勤と日勤の看護師の対応が統一されていないことに怒り、看護師を批判し対立した。看護師は、椅子の撤去についての説明文を貼るなど対応したが、患者Aは看護師が約束を守らないと主張し、医師との面談を希望した。医師は面談の際に、約束は状況の変化によって守れないこともあると説明した。

##### (2) 男性患者との交流・逸脱行為への医療者の対応

このエピソードに登場する人物は、患者A、担当看護師#1、看護師、医師である。

患者Aは、入院時に病棟ルールについて説明を受け



た。その中で入院中は異性との交流を控えるよう説明された。しかし、患者Aは入院17日目に男性患者とベッドに一緒にいるのを看護師に発見された。担当看護師#1は逸脱行為であることを指摘したが、患者Aは否定した。担当看護師#1は、患者Aに自分の行動に責任を持つよう話した。担当看護師#1は医師に報告し、患者Aが病棟ルールに基づいて入院生活を送れるよう関わることを指示された。看護師は、患者Aの逸脱行為には厳しく対応することにした。

その後、休みだった看護師が、患者Aが外出中に入院中の男性患者と一緒にいるのを見かけ、医師に報告した。医師が逸脱行為を指摘すると、患者Aはその事実はないと主張し、医師に対し誤解を謝罪するように求めた。医師と治療契約について話し合ったが、決裂し入院日数45日で退院した。

### 3) 入院によって引き起された問題

入院によって引き起された問題は、他患者を巻き込んだ行動と入院中の男性患者とのモラル上の問題である。治療チームは、それらの問題に巻き込まれ、治療継続ができなくなった。背景には、廊下に椅子があることを以前から問題視していたが、治療チームとして検討しなかったため、椅子の撤去に関する看護師の対応が統一されなかったことがある。また、椅子の撤去に関するエピソードについて、外来から3年間継続して患者Aに関わった心理療法士は、『患者Aが入院生活で看護師に対して蓄積していった不満を表出した出来事であり、外来では把握できにくかった患者Aの心理的・物理的に人との距離が近づいた時に、自分と相手の感情の区別ができなくなる自我の弱さが明らかになった』と述べた。このような心理療法士の患者に関する豊富な情報や解釈を治療チームが活用できなかった背景があった。さらに、主治医は、『休息目的で入院したため、入院中に問題行動が起きるとは予測できなかった見通しの甘さがあった』と述べ、治療枠組みを設定するタイミングの難しさに言及している。

### 4) 看護師が治療チームの中で果たした役割

看護師は、他患者とのトラブルや性的逸脱行動を起こす危険性を把握し、それを防止するために、〈患者の行動と病棟環境に与える影響を観察する役割〉〈患者に自分の行動に責任を持つよう促す役割〉〈安定した入院環境を提供する役割〉を果たした。

### 5) 看護師が用いた枠

主治医は、BPDの治療は外来で行うという方針から治療枠組みを作らなかった。看護師は、入院の時点で〈病棟ルール〉を枠として用いた。そして、患者Aに〈病棟ルール〉に基づいて、入院中の異性間の交際については、ご遠慮いただくようにお願いしますと説明した。患

者Aは、外出中に入院中の男性患者と一緒にいたことを医療者に逸脱行為と指摘されたが反発し、結果的に〈病棟ルール〉は逸脱行為の防止策にならなかった。また、入院中の異性間の交際について場所（院内と院外）の解釈が、治療チームと患者Aで共有できなかったことが、治療チームと患者Aの対立を深め、〈病棟ルール〉は問題の背景にもなった。

### 6) 他職種から期待された役割

主治医は、『女性の看護師が多いので、女性の立場から性的な問題、たとえば妊娠の問題について話してほしいと言った』と述べており、〈性的な問題への同性看護師の介入〉と、〈問題行動の結果生じる現実的な問題に対する思考の促し〉の期待があった。また、『ボーダーラインの看護については、看護師が一致団結していかなくてはならないので、基本方針をしっかりともらおう』と述べ、治療的環境を維持するための〈統一した看護チームの対応〉について期待があった。

心理療法士は、『入院生活の中でご本人の言わんとする気持ちは汲むが、ルールの中ではできないという対応をしてもらえば良かった』と述べ、〈病棟ルール上の制限についての説明〉を期待していた。

## 2. ケース2: 複数の患者や医療スタッフとの関係によって病理が明らかになったケース

面接は、コーディネーターの看護師長、担当看護師#2、夜勤で対応し批判の対象になった看護師（以下、夜勤看護師）、主治医、作業療法士の5人を対象に行った。

### 1) 患者Bの概要

20代の女性。患者Bは、自傷行為や過量服薬による入院歴があった。退院後は他のクリニックに通院していたが、リストカットを繰り返し、夫が対応できなくなったため、家族調整を兼ね休息を目的に2回目の入院をした。入院形態は任意入院で、入院予定期間は1ヶ月だったが、退院に対する不安があった。

### 2) 入院中のエピソード

#### (1) 他患者（患者C）への干渉から発生した看護師批判

このエピソードに登場する人物は、患者B、患者C、担当看護師#2、夜勤看護師、看護師長、主治医、夫である。

患者Bは、1回目の入院で他患者への干渉が多かった。そのため、主治医は2回目の入院に際し、他患者に干渉せず自分の課題に集中するよう説明し、患者Bの同意を得た。主治医は看護師に、患者Bと他患者との関係に注意するように話したが、患者との約束については明言しなかった。治療目標は、「リストカットの衝動がおさまる、情緒面で安定する」だった。看護師は、看護目

標を「不安が軽減し現状をありのまま受け止められる」とした。

患者Bは、患者C（統合失調症、女性）の世話をするようになった。担当看護師#2は患者Bに対し、患者Cとの距離の取り方をアドバイスし、治療に専念するよう話した。その後、患者Bは患者Cとの関係に疲れ、夜勤看護師に患者Cから食事に誘われる苦痛を話した。夜勤看護師は、患者Cに自分の具合が悪いと話し誘いを断るよう、患者Bにアドバイスした。

後日、患者Bは夜勤看護師の対応が冷たかったと看護師長や他の看護師に不満を話し、看護師長に夜勤看護師に対しての指導を求めた。夫は、患者Bから話を聞き、病棟長と看護師長に説明を求め来院した。看護師長は夫に、患者Bの入院生活の状況を説明した。看護師長は、夜勤看護師に事実確認を行い、患者の病理から苦情の要因が患者側にもあることを話した。夜勤看護師は、患者Bと距離をとって接した。担当看護師#2は、担当としての力不足を感じた。看護師長は、看護チーム全体の問題と捉え、このエピソードをスタッフに説明した。

## (2) 他患者（患者D）の無断離院捜索への関与

このエピソードに登場する人物は、患者B、患者D、看護師長、患者Bの主治医、患者Dの主治医である。

患者Bは、操作性のある患者D（パーソナリティ障害、女性）が入院してから、患者Dとグループを作り、他患者へ干渉することが多くなった。患者Dは、他患者の主治医を交代すべきだと発言し、患者Dの主治医から注意を受けた。患者Dは、朝の申し送り中にナースステーションに来て、看護師長に死にたいと話した。看護師長は後で話しましょうと対応した。患者Dは、その直後に無断離院した。看護師長は、患者Dの主治医に報告し、患者Dの家族に連絡した。患者Dは看護師長からの電話には出なかった。

患者Bは患者Dと携帯電話で連絡しあい、患者Dを迎えにいきたいと看護師長に申し出た。患者Bの主治医は、当日不在だった。看護師長は患者Dの主治医に相談した。看護師長は患者Dの主治医から、人命が大事なので患者Bを患者Dの捜索に加えるよう指示された。看護師長は、捜索にいく看護師を指名し、自身は病棟に残り、捜索に行ったメンバーからの情報を医師に伝え指示を受けた。患者Bは、担当看護師や事務職員と共に患者Dを迎えに行き、患者Dは病院に戻った。

看護師長は後日、患者Bの主治医から、患者Bを患者Dの捜索に同行させたことは治療関係を崩す間違った対応だったと指摘された。看護師長はショックを受け悩んだが、それぞれの主治医の方針があり仕方ないと思った。また、患者Dの主治医から、患者Dの無断離院は看護師長の対応のまずさから起こったと指摘され、患者Dに関

わるように指示された。看護師長は、患者Dと関わろうとしたが、無視された。看護師長は、心配するスタッフに患者Dの行動はパーソナリティ障害特有の行動であると説明した。後日、看護師長は患者Bの主治医から、以前よりも踏み込んで仕事するようになったと言われ、自分でも真剣に考え積極的に仕事をするようになったと感じた。

## 3) 入院によって引き起された問題

入院によって引き起こされた問題は、他患者への干渉である。治療チームは、患者Bだけでなく、患者Bが干渉した患者Dにも巻き込まれていった。背景には、主治医は患者Bと他患者に干渉しないという約束をし、〈治療に関する取り決め〉を枠とした。看護チームは、主治医から患者Bと他患者との関係に注意するよう指示されたが、これを注意事項として受け止め、他患者に干渉しないという〈治療に関する取り決め〉が枠になることを、患者や主治医と共有していなかった。また、患者Bを患者Dの無断離院の捜索に加えたことについて、治療チームで方針を共有することができなかった。患者Bの主治医は、『患者が複数になった時、相互に影響し合うことに対して、どう介入するか悩む。患者の主治医が違うから難しい』と述べ、複数の患者に治療チームが関わる難しさがあった。

## 4) 看護師が治療チームの中で果たした役割

看護師は、他患者への干渉が多い患者の〈対人関係を観察し調整する役割〉を果たした。また、看護師は、他患者に向けた視点を患者自身の問題に向けられるよう関わり、〈患者自身の問題に向き合うよう促す役割〉を果たした。さらに、看護師長は、〈患者・家族の苦情に対応する役割〉〈事故発生（無断離院）に対応する役割〉を果たした。

## 5) 看護師が用いた枠

主治医は患者Bと他患者に干渉しないという約束をし、〈治療に関する取り決め〉を枠としたが、患者・看護師・主治医で共有していなかったため、治療チームとして〈治療上の取り決め〉を枠として用いることができなかった。

## 6) 他職種から期待された役割

主治医は2回目の入院に際し、看護師に患者Bと他患者との関係に注意するよう話し、〈患者の対人関係の観察と調整〉が期待された。主治医は、『患者が問題を起こした時に、もう1回入院の原点にもどって冷静に話し合いをしてもらえればいい』と述べ、〈入院目的や目標を患者と確認した上での冷静な対応〉が期待された。また、『患者が逸脱行動をどこまでやる人なのか、入院中だとそれが観察できるので、観察してほしいと思う。そう考えると、問題行動が起きた段階で考えればという

ことです』と述べ、〈入院を観察の機会と捉えた逸脱行動内容や程度の観察〉が期待された。さらに、主治医は、『パーソナリティ障害など薬物療法のあまり期待できない場合は、患者に関わるスタッフがそれぞれの部署から計画を持ってきて、関心を向けて関わるのが大事だと思う。看護師の方から、医師にこういう方針で臨んだらという意見があってもおかしくない。対人関係の問題は、実際に毎日関わっている人が治療計画を立ててよいと思う』と述べ、〈看護計画の提示や治療方針への提案〉〈対人関係の問題に関する計画立案と関わり〉が期待された。

### 3. ケース3：関わりを重ねることで援助の効果が明らかになったケース

面接は、コーディネーターの看護師長、担当看護師#3、新人の時から患者の入院に関わった看護師、主治医、心理療法士、作業療法士の6人に行った。

#### 1) 患者Eの概要

20代の女性。5年前からリストカット、過量服薬があり、休息目的などで入退院を11回繰り返し、この間に離婚した。今回は、8回目と9回目の入院中のエピソードである。8回目の入院は、不安焦燥感とリストカットがあり任意入院し入院期間は69日だった。9回目の入院は、任意入院で入院期間は51日だった。その後、2回数日間の入院があり、通院が途絶えた。

#### 2) 入院中のエピソード

##### (1) 頓服薬の服用を巡る医療者の対応

登場人物は、患者E、看護師、医師である。

8回目の入院で、患者Eはストレスが多くなると色んなものが見えると幻視を訴え、薬物調整が開始された。入院中に仲良くなった幻覚を訴える他患者の影響もあった。患者Eは眠気が強く、日中は寝ていて夕食前後に起きて、続けざまに頓服薬を希望した。看護師は、患者の訴えを聞き、医師から出されている頓服薬の指示を確認し与薬した。看護師は、内服時間の間隔や薬の種類を判断し、患者に頓服薬の適切な使用法を説明し、患者を待たせることもあった。その場合、患者Eは看護師の対応を責め、大声を出してドアを叩き続け、椅子を投げたこともあった。看護師は、興奮を増強させないように攻撃に耐えた。このような状況の中で、薬を我慢させる看護師と何度か薬を渡す看護師がいた。

患者Eは頓服薬を全て内服すると執拗に注射を希望した。看護師は患者の希望を医師へ報告し指示を確認した。診察してから注射の指示を出す医師と診察なしで注射の指示を出す医師がいた。

医師と看護師が今後の方針を検討している間に、患者Eは退院を希望し退院した。

##### (2) 患者と生活上の目標を共有した関わり

登場人物は、患者E、担当看護師#3、担当看護師以外の看護師、看護師長、医師、母親である。

患者Eは、退院1ヵ月後に9回目の入院をした。看護チームは、前回のエピソードをもとに、医師と相談し統一して関わる方法を決めた。頓服薬内服についてルールを決め、主治医が患者Eに説明した。看護師は患者Eにルールを確認し、頓服薬を与薬した。患者Eは、ルールに慣れていき、頓服薬の服用に関する患者の行動は改善した。

担当看護師#3は、患者Eに入退院を繰り返すことが問題だと話し、今回の入院で入退院を繰り返さないことを目標にしようと提案した。担当看護師#3は、患者Eから具体的な方法について相談を受け、薬を自己調整しない、頓服薬を決まった回数の中で服用する、興奮しないで自分の気持ちを伝えることを生活上の目標として提案した。そして、患者Eが同意することで目標を共有した。医師にも看護師の方針を伝えた。

目標のひとつである興奮しないで自分の気持ちを伝えるための具体的な援助として、次のような関わりを行った。患者Eは、担当看護師#3以外の看護師と話すのが面倒だと言ひ話さなかった。そして、言いたい内容が伝わらないと興奮した。担当看護師#3は、患者Eが男性スタッフに腹痛を訴える場面に出くわした。男性スタッフにどういう風に痛いのか聞かれると、患者Eは陣痛みたいに痛いと言った。担当看護師#3は、男性スタッフに陣痛みたいに痛いと言ってもわからない、もっとわかりやすく説明するように話した。患者Eは、下痢の時よりひどい痛みと言ひ換えることができた。また、患者Eは、過食の時期は病院食を摂取しないで、売店で買ったパンを3、4個寝転んで食べ、担当看護師#3以外の看護師から病院食を食べるように言われ、イライラしていた。担当看護師#3は、患者Eにパンを食べたから病院食はいらないと話すように促した。

さらに、患者Eの母親が患者Eとの関わり方について悩んでいることを把握し、母親に看護師の関わり方を説明し、母親を支援した。患者Eに母親が悩んでいることを伝え、電話での喧嘩の場面を取り上げて話し合った。

患者Eは、様々な場面で担当看護師#3に意見を求めるようになった。担当看護師#3は、自分以外の人に意見を聞いてみるように薦め、最終的には患者Eが自分で判断できるように働きかけた。患者Eは、自分の判断で行動した結果、良かったという自信が付き、退院後に生活する場所を自分で決めて退院した。

##### 3) 入院によって引き起こされた問題

入院によって引き起こされた問題は、8回目の入院に関しては治療指示に沿った頓服薬の内服ができず、興奮



や暴力に至ったことである。治療チームは、攻撃され混乱した。背景について主治医は、『頓服薬は、幻覚があってイライラする時にはリスパダール液、現実の問題を考えてイライラする時にはこの薬と決めていたが、患者の訴えの区別が難しかったり繋がっていたり、患者も一番効きそうなものを希望して、看護師が判断してこれと話し合っても受け入れない患者だった』と述べている。患者の状態に応じた頓服薬の使い分けが難しい状況であったが、頓服薬の内服に関して治療チームの対応が統一されていなかったことが背景にある。9回目の入院では、看護チームと医師が前回の入院生活で問題になった頓服薬の内服方法について話し合い、頓服薬の与薬手順を共有したことで、患者Eは治療指示に沿って服用することができるようになった。また、担当看護師は、患者Eの入退院を繰り返す経過から、患者Eが医療者に自分の気持ちを伝えられないことを問題ととらえ、患者Eに目標を提案し共有し関わったことで、患者の状態が改善した。しかし、担当看護師は、患者Eに依存させてしまったという思いを持った。患者との距離の取り方が他の看護師と違うことを意識し、一人で抱え込んだという思いがあり、他の看護師と目標を共有することの難しさも述べた。

#### 4) 看護師が治療チームの中で果たした役割

看護師は、頓服薬を適切に与薬するために、薬物療法の効果を観察し、頓服薬内服の時期や内容を判断した。頓服薬の内服方法の取り決めを患者に説明し観察した。これによって、看護師は、〈治療を補助する役割〉と〈治療に対する患者の理解や行動を評価する役割〉を看護師が担っていた。また、〈看護の視点で問題と捉え解決を支援する役割〉を果たした。患者と男性看護師のやり取りを見て患者にアドバイスした場面では、看護師が、〈対人関係のモデルを示す役割〉を果たした。さらに、母親が患者との関わり方で悩んでいることを把握し、母親に看護師の関わり方を説明したことは、看護師が〈家族を支援する役割〉を果たした。

#### 5) 看護師が用いた枠

9回目の入院で看護師は、医師に相談し頓服薬の内服について〈治療に関する取り決め〉を作り、患者・看護師・医師で頓服薬の内服について共有し、治療枠組みとした。その結果、患者の行動も改善していった。また、担当看護師は、患者Eが入退院を繰り返さないために、薬を自己調整しない、頓服薬を決まった回数の中で服用する、興奮しないで自分の気持ちを伝える〈生活上の目標〉を設定し関わり、目標は達成された。しかし、担当看護師は、他の看護師との患者ケアに対する温度差や患者との関係の線の引き方の違いがあったことについて述べ、看護チームとして目標を共有し関わることに不足があった。

#### 6) 他職種から期待された役割

主治医は、『イライラや攻撃には冷静に対応して欲しいと思っていた。急性期はともかく頓服薬を使って、できれば注射が頻回にならないように対応してほしいと思っていた』と述べ、〈患者の状態を冷静にアセスメントすること〉が期待されていた。また、薬についての知識を持ち、〈患者の状態に応じた頓服薬の使い分け〉が期待された。加えて、主治医は『最初の頃は看護師が枠組みを作って看護しようとしても、振り回されてできなかった。その後、患者に病院に対していざとなった時の逃げ場所という認識ができた。そして、看護師と具体的な生活や行動的なことを、薬の飲み方や日中の過ごし方、治療や生活のルールを決めたことで、患者は看護師を受け入れた。担当看護師が継続的に関わったこともある』と述べ、〈患者の状態に応じて生活のルールを作っていく関わり〉にも期待している。心理療法士は『看護師と密に連絡を取り同じ目標を共有できる部分もある。認知行動療法を基本としているので、問題が見える病棟で取り組む部分がある』と述べ、〈他職種間の目標共有〉が期待された。

### 4. 3ケースのまとめ

表1に、ケースごとに看護師が用いた枠、看護師が治療チームで果たした役割と期待された役割を示した。ここでは、3ケースを整理・統合し、入院によって引き起こされた問題、治療チームの中で果たした役割及び看護師が用いる枠について述べる。

#### 1) 入院によって引き起こされた問題

入院によって引き起こされた問題には、他患者を巻き込んだ行動や他患者への干渉、異性患者とのモラル上の問題、興奮や暴力、治療チームの巻き込まれや治療チームへの攻撃などがあった。これらの問題は、患者の問題が治療チームを巻き込み、結果的に患者及び治療チームの問題になっていった。

その背景には、患者と治療チームの要因があった。患者の背景には、BPD患者の特徴があった。入院による集団生活は、BPD患者の病理である見捨てられ不安や分裂から、不安や緊張を高めた。さらに、病棟ルールや治療指示のルールの範囲内で生活することがストレスになった。治療チームの背景には、患者の状態や背景についての共通理解、一貫した方針の決定、目標の共有、治療枠組みの共有、治療の経過に応じた治療チームでの検討、病棟内の治療チーム間の調整などの不足があった。そのため、治療チームとして統一した患者対応ができなかった。

これらのことから、入院によって引き起こされた問題は、入院による環境の変化がBPD患者の病理を刺激し



表1 3ケースのまとめ

ケース	1	2	3
	入院の継続によって病理が明らかになったケース	複数の患者や医療スタッフとの関係によって病理が明らかになったケース	関わりを重ねることで援助の効果が明らかになったケース
面接対象 (研究協力者)	看護部長(コーディネーター)・担当看護師・主治医・心理療法士・作業療法士	看護部長(コーディネーター)・担当看護師・患者の批判の対象になった看護師・主治医・作業療法士	看護部長(コーディネーター)・担当看護師・複数回患者の入院に関わった看護師・主治医・心理療法士・作業療法士
関係した患者	患者A(女性)・同調する男性患者	患者B(女性)・患者C(女性)・患者D(女性)	患者E(女性)
語られた エピソード	* 病棟廊下に配置した椅子の撤去をめぐるトラブル * 男性患者との交流・逸脱行為への医療者の対応	* 患者Cへの干渉から発生した看護師批判 * 患者Dの無断離院捜索への関与	* 頓服薬の服用をめぐる医療者の対応 * 患者と目標共有を共有した関わり
看護師が 用いた枠	病棟ルール		治療に関する取り決め 生活上の目標
看護師が 治療チームで 果たした役割	* 患者の行動と病棟環境に与える影響を観察する役割 * 患者に自分の行動に責任を持つよう促す役割 * 安定した病棟環境を提供する役割	* 対人関係を観察し調整する役割 * 患者自身の問題に向き合うよう促す役割 * 患者・家族の苦情に対応する役割 * 事故発生(無断離院)に対応する役割	* 治療を補助する役割 * 治療に対する患者の理解や行動を評価する役割 * 看護の視点で患者の問題を捉え解決を支援する役割 * 対人関係のモデルを示す役割 * 家族を支援する役割
他職種から 期待された 役割	* 性的な問題への同性看護師の介入 * 問題行動の結果生じる現実的な問題に対する思考の促し * 統一した看護チームの対応 * 病棟ルールの限界についての説明	* 対人関係の観察と調整 * 入院目的や目標を患者と確認した上での冷静な対応 * 入院を観察の機会と捉えた逸脱行動の内容や程度の観察 * 看護計画の提示や治療方針への提案 * 対人関係の問題に関する計画立案と関わり	* 患者の状態を冷静アセスメントすること * 患者の状態に応じた頓服薬の使い分け * 患者の状態に応じて生活のルールを作っていく関わり * 他職種間の目標共有

問題が起こり、その問題に治療チームのスタッフが連携し統一した対応ができなかったために起こった。

## 2) 看護師が治療チームの中で果たした役割及び看護師が用いる枠

看護師が治療チームの中で果たした役割を、ケースのエピソードを基に解釈・分析し、看護師が用いた枠について整理した。

看護師は問題行動に対応する中で役割を果たした。看護師は、入院生活の中で起こる問題行動を防止するために、入院生活のルールとして〈病棟ルール〉を基に判断し、患者の生活に関わった。しかし、ケース1では問題行動の防止策にならず、治療チームと患者の対立につながった。

また、看護師は、生活の視点で患者の問題を捉え解決を支援する役割を果たした。看護師は、患者の入院生活に関わり、その中で役割を果たす過程で、〈生活上の目標〉を患者に提案し、患者と共有していた。ケース3では、担当看護師#3は〈生活上の目標〉である興奮しないで自分の気持ちを伝えることを基に、患者に病院食を食べない理由を看護師に説明するように促し、〈生活上の目

標〉は援助場面で判断の基になった。

看護師は、看護師が治療を補助する役割を果たした。看護師は、その役割を果たす中で、〈治療に関する取り決め〉を基に判断した。ケース3では、頓服薬の内服方法について、〈治療に関する取り決め〉を患者と治療チームが共有し、患者の行動が改善した。

これらのことから、看護師は治療チームの中で役割を果たす中で、〈病棟ルール〉〈生活上の目標〉〈治療に関する取り決め〉を判断の基に患者に対応し、これらは看護師が用いる枠となった。看護師は、治療契約や限界設定などや〈治療に関する取り決め〉を用いて患者に対応し、その他に〈病棟ルール〉や〈生活上の目標〉を用いていた。そして、看護師が用いる枠は、治療チームが患者に対応を行う際に共有された。

他職種から期待された役割の中には、患者の観察や問題行動の適切な対応、看護師の主體的な生活への関わりがあった。ケース1では、患者に〈病棟ルール〉内で生活することを促す指導や、〈病棟ルール〉の限界を説明する役割が期待された。ケース3では、〈治療に関する取り決め〉に基づいた患者の状態に応じた頓服薬の使い

分け、看護師が患者と具体的な生活や行動のルールである〈生活上の目標〉を決めることが期待された。これらは、BPD患者の治療チームの中で看護師が求められている役割でもあり、看護師が用いる枠を築くことへの期待である。

## V. 考 察

ここでは、治療チームの中で果たす看護師の役割について記述し、それぞれの役割について求められる能力について述べる。

### 1) 問題行動に対応する役割

結果で述べたように、看護師には、“問題行動に対応する役割”がある。問題行動に対応するために看護師に求められる能力は、問題行動を患者の病理や集団力動の視点から理解する能力と、精神科看護で用いる技術を使って問題行動に対応する能力であると考えられる。

### 2) 枠を効果的に用いて援助する役割

看護師の用いる枠は、用い方によっては治療チームを混乱させる。看護師には、“枠を効果的に用いて援助する役割”がある。

宮内<sup>7)</sup>は〈病棟ルール〉について、常識に従って社会の規範を取り入れ、患者が病棟生活を通して社会人としてよい習慣を身につけ、対人関係を改善し、成人としての責任がとれるように成長するために役立つものでなければならないと述べている。〈病棟ルール〉は、日常生活に責任を持たせるよう意識し用いることによって、BPD患者のセルフケア能力を高めることにつながる。看護師には、枠の意味や効果を考え用いる能力が求められる。

〈生活上の目標〉は、看護師が患者と話し合い主体的に設定できる特徴があり、治療チームで共有することにより治療チームの中で看護の独自性を発揮することができる。ケース3では、患者Eが売店で買ったパンを食べ病院食を食べないことに対して、担当看護師#3以外の看護師はきちんと病院食を食べるように説明した。これは、担当看護師#3以外の看護師に入院中の患者は病院食を食べるべきであるという考えが枠となった。しかし、担当看護師#3は病院食を食べることにこだわらず、入院時に患者と作った〈生活上の目標〉である興奮しないで自分の気持ちを伝えることを活用し、患者に病院食を食べない理由を看護師に説明するように促した。この関わりの違いは、担当看護師#3以外の看護師は入院患者の食事に関する一般的な考え方を扱い、担当看護師#3は、患者と共有した目標から今何が優先されるかという考え方に基づいて判断した。生活上の目標を枠として用いたことが、患者の行動の変化につながった。看護師に

は、生活の視点で患者を評価し生活上の目標を患者と共有し関わる能力、治療チームの中で生活上の目標を示し看護の専門性を発揮する能力が求められる。この援助は、患者と看護師の援助関係が維持されていたことによって行うことができた。したがって、BPD患者の看護においても、患者-看護師関係を作っていく能力が必要である。

〈治療に関する取り決め〉は、治療チームの中で設定された枠を患者と治療チームが共有することによって、効果的に用いることができた。そして、看護師は患者と治療チームをつなぐ役割も担っていた。この役割を果たすためには、治療チームのスタッフが協力し合える環境を作る能力が求められる。

### 3) 問題行動に対応することで起こってくる問題を引き受ける役割

看護師には、問題行動に対応することで、結果的に治療チームの中で看護師が担い、“問題行動に対応することで起こってくる問題を引き受ける役割”があった。具体的には以下の役割を果たした。

#### (1) 患者の病理を表現させる役割

ケース2では、患者Bの操作的な行動によって看護チームが混乱し、このことによって患者の他者を巻き込む病理が明らかになった。ケース2の主治医は、看護師に問題行動の予防ではなく、入院によって起こった問題行動を観察し対応することを期待している。この期待は、臨床場面で看護師が問題行動を予防する対応を行っていることから考えると違和感があるが、患者の生活場面に関わる看護師は、患者の病理と生活の接点から生じる問題を一番把握できる。看護師は、患者の行動を過度に規制することなく、患者が病理を表現できるように支えることが期待されている。この役割を果たすためには、柔軟な思考と病理が表現された時に対応できる能力が求められる。また、治療チームがこの看護師の役割を理解し、看護師を治療チームで支える体制が求められる。

#### (2) 患者の感情を受け止める役割

ケース1では、夜勤の看護師は病棟環境を維持するために椅子を撤去し、それを巡って患者と対立した。このことについて、心理療法士は、いくつかのやり取りの中で溜まったものが看護師とのトラブルとして出たのではないかと分析している。したがってこの場合は、看護師が患者の不満表出の対象としての役割を担ったと考えられる。

この役割を果たすことによって、看護師としての自己像を脅かされ、患者や他の医療者に対して陰性感情を持ちやすくなる。したがって、この役割を果たすためには、看護師として安定した自己像を持つと共に、陰性感情に対処できる能力が求められる。鎌井<sup>8)</sup>は、陰性感情の

対処について、看護チームは看護師の自己洞察のプロセスをサポートし、さらにコンサルテーションやスーパービジョンを受けられる体制が必要であると述べている。

### (3) 治療チーム内で生じる軋轢を調整する役割

ケース2では、看護部長は主治医間の考えの相違から生じた無断離院の対応についての指摘を、仕方ないと思ったと話している。これは、患者に直接関わる看護師は、治療チームで考え方が共有されていない場合でも、患者に関わらざるを得ない状況に直面する。そして、結果的に治療チームのメンバーの様々な考えの緩衝や調整をすることを担っていると考えられる。この役割を果たすために、看護師には、各職種の専門性を尊重すると共に、共通の目標を持ち協力、連携していける能力が求められる。

また、ケース3の担当看護師#3は、患者に依存されているという意識を持ちながらも、患者を暖かく見守り一貫した態度を持ち続け効果的な援助を行うことができた。牧野<sup>9)</sup>は主体的巻き込まれについて、看護師が能動的、主体的に患者のペースに合わせて関わる中で、患者を身近な存在に感じ、患者の全体像や治療状況を把握し、余裕を持ちながら見通しを持ち、患者の状態や周囲の状況に応じた個別的ケアを行うことだと述べている。このことから、ケース3の担当看護師#3の関わりは、牧野<sup>9)</sup>の言う「主体的な巻き込まれ」と考えられ、巻き込まれることで効果的な援助を行った。このことから、看護師には、自分の感情に気づきながら援助を継続できる能力が求められる。また、看護チームには、巻き込まれた看護師を支えることが求められる。

看護師が問題行動に対応することで起こってくる問題を引き受ける役割を果たす時、前述した3つの役割の自覚は看護師の判断を助ける。また、役割を果たすことによって治療チームの中で看護師の存在価値を見出し、看護師としての自己像を保つことができる。

## 4. 結 論

BPD患者の3ケースを分析した結果、BPD患者に看護師が用いた枠には、〈病棟ルール〉〈生活上の目標〉〈治療に関する取り決め〉があった。これらの枠は、看護師が治療チームの中で役割を果たす過程で用いられた。

看護師が治療チームの中で果たす役割には、“問題行動に対応する役割”、“枠を効果的に用いて援助する役割”、“問題行動に対応することで起こってくる問題を引き受ける役割”があった。こうした役割を担う看護師には、①問題行動を病理や集団力動の視点から理解し対応する能力、②枠の意味を考え用いる能力、③陰性感情に対処できる能力、④患者-看護師関係を作っていく能力、⑤治療チームのスタッフが協力し合える環境を作る

能力が必要であると考えられる。

しかし、本研究の対象とした事例においては、看護師が意識して用いた枠が少なかった。したがって、今後契約することを明確にして患者と関わる方法を用いた場合と比較検討する必要がある。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に、心より感謝申し上げます。

なお、本論文は、福島県立医科大学大学院看護学研究科修士課程の修士論文に加筆・修正したものです。

## 引 用 文 献

- 1) American Psychiatric Association, 日本精神神経学会監修：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 第1版第1刷, 656, 医学書院, 2014.
- 2) 松本武典, 佐藤博俊, 原田誠一：境界性人格障害に伴う日常生活の障害とその援助. 精神科臨床サービス, 4(3), 327-331, 2004.
- 3) 市橋秀夫：境界性人格障害の初期治療. 精神科治療学, 6(7), 789-800, 1991.
- 4) 小川真貴子：境界性人格障害へのセルフケアアプローチ. セルフケア看護アプローチ, 137-143, 日経研, 2000.
- 5) 中村留貴子：心理療法と治療の環境. 日本精神神経学会誌, 106(6), 740-743, 2004.
- 6) 河田誠, 岡本太郎, 竹下安希子：境界性人格障害と作業療法における「枠」と「間」について, 高知リハビリテーション学院紀要, 1, 41-47, 2000.
- 7) 宮内美紀子：精神科看護管理者の役割. 実践オレム-アンダーウッド理論こころを癒す, 349-358, 講談社, 2005.
- 8) 鎌井みゆき：精神科病棟において看護師が患者に抱く陰性感情と看護チームのサポートについての分析. 福島県立医科大学看護学部紀要, 6, 33-42, 2004.
- 9) 牧野耕次：精神科看護における看護師の「巻き込まれ」体験の構成要素とその関連要因. 人間看護学研究, 2, 41-51, 2005.