



看護職者が実施する境界性パーソナリティ障害患者 がいる家族への家族支援プロセス

西元, 康世

(Degree)

博士 (保健学)

(Date of Degree)

2016-03-25

(Date of Publication)

2017-03-01

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

甲第6614号

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D1006614>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



博士論文

看護職者が実施する境界性パーソナリティ障害患者がいる家族への家族支援プロセス

The process of intervention by nursing professionals for families having a member with borderline personality disorder

平成 28 年 1 月 18 日

神戸大学大学院保健学研究科保健学専攻

西元 康世

目 次

I. 緒言	1
II. 方法	
1. 用語の定義	3
2. 研究デザイン	3
3. 研究対象	4
4. データ収集	4
5. データ分析	5
6. 倫理的配慮	5
III. 結果	
1. 対象者	6
2. 分析結果	6
1) ストーリーライン	7
2) 各カテゴリーと生成された概念の内容	8
IV. 考察	16
V. 結論	19
VI. 引用文献	19
VIII. 謝辞	21

I. 緒言

境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder : BPD) は、対人関係、自己像、感情などの不安定性および著しい衝動性の広汎な様式で成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになる¹⁾。その診断基準は、①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、②理想化と脱価値化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、③同一性障害 (著明で持続的な不安定な自己像や自己観)、④自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの (例: 浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、過食)、⑤自殺の行為・そぶり・脅し・または自傷行為の繰り返し、⑥顕著な気分反応性による感情不安定性 (例: 通常は2時間から3時間持続し、2日から3日以上持続することはまれな強い気分不快、いらだたしさ、または不安)、⑦慢性的な空虚感、⑧不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難 (例: しばしばかんしゃくを起こす、いつも怒っている、取っ組み合いのけんかを繰り返す)、⑨一過性のストレス関連性の妄想様観念、または重篤な解離症状といった9つの症状のうち5つ以上が当てはまるものとされている¹⁾。

BPD は、精神生物学的には脳内のセロトニン系活動の減少に関連する衝動性やコリン系の反応性の減弱に関連する感情の不安定性であるといわれ²⁾、神経生化学的所見との関連³⁾も明らかになっている。一方、価値観が多様化したことや、現代的なライフスタイルといった社会文化的状況も関連があるといわれている⁴⁾。被虐待経験の BPD 患者の重症度⁵⁾ や自傷行為の開始時期・継続性⁶⁾ との関連も報告されている。

BPD 患者は、症状の特徴として激しく上下に揺れ動く不安定な感情をもつため、他者に対して依存と攻撃が繰り返され、慢性的な空虚感や孤独感をもっており、その感情に耐えられなくなると自傷行為や大量飲酒などを起こす。また、見捨てられることに強い不安を抱き、自殺をほのめかしてでも相手をつなぎ止めようとし、リストカットやオーバードーズなどの自己破壊的な衝動行為や浪費、性的逸脱などがみられるため、家族もそれらの行動から大きな影響を受けていることは想像に難くない。そのため、BPD 患者は本人が困って受診するというより、家族が本人の問題行動に困り受診する場合がほとんどである。また、BPD の症状は、生物学的要因と非承認の相互作用によって形成、強化される⁷⁾といわれており、患者の生活に密接に関係する家族は、症状のコントロールに強い影響を与える存在であるともいえる。BPD 患者が、自分の養育者の態度を愛情が不足している、あるいは、過保護で支配的、放任的などと捉えているといった親子関係での問題を抱えている^{8) 9)} ことから、家族内での関係性が非承認と捉えられることが、BPD の症状と関連することが示唆されていると考えられる。すなわち、BPD 患者がいる家族と BPD の症状は相互に影響を及ぼし合っており、家族内外での役割の履行において、困難が生じている可能性があり、家族機能が低下している可能性がある。また、この障害は、家族や親しい人を巻き込むため、家族全体の支援が必要になる。わが国では、BPD 患者の家族との同居の割合は、米国よりも非常に高いため、BPD

患者がいる家族への家族支援は欠くことができない²⁾。

BPD の生涯有病率は 5.9%¹⁰⁾、一般人口における BPD の頻度は 0.7%から 2.0%¹¹⁾ である。精神科患者における BPD 患者の比率はさらに高く、入院患者の 20%から 60%、外来患者の 11%から 34%¹²⁾ ともいわれており、精神科医療の現場で BPD 患者やその家族と関わる機会は少なくはない。1980 年代以前は“境界例”とよばれていたものが、今日では BPD という疾患として考えられるようになり、2008 年に治療ガイドライン¹³⁾ が作成されているが、他国と比較して治療法が確立しているとはいい難く、医療現場で出会う頻度が高い一般的な疾患になっている¹⁴⁾ にもかかわらず、精神科医療従事者が当たり前のようには治療を担当する疾患とはなり得ていない¹⁵⁾。絶対的な治療方法が確立されていない以上、患者の状態に応じて有効であるとされる治療を組み合わせ、複数の臨床家がかかわるチーム医療が有効とされている。

また、BPD 患者への看護においても、同様にその方法は確立されておらず、BPD 患者への看護実践を経験する多くの看護職者が BPD 患者の看護は難しいという観念を持っている¹⁶⁾ ことや、BPD 患者の看護を実施した看護職者は、疲弊感や消耗感を抱き、退院後も不快感が持続しているという事例報告¹⁷⁾ もある。BPD 患者への治療や看護については、前述したように家族支援が重要な方策であると考えられるが、看護においては、患者への看護で手一杯となっている傾向があり、家族支援に総力をあげて取り組むことは難しくなっているであろう。一方、BPD の症状は、患者と家族の相互作用からも影響されるため、BPD 患者への治療や看護が功を奏するのは困難となっている傾向がある。このような負の循環パターンを断ち切る第一歩を踏み出すためにも、BPD 患者がいる家族への家族支援モデルの開発は急務である。そのためには、BPD 患者がいる家族に看護職者が実施している家族支援の現状を明らかにする必要がある。しかし、看護職者の実施する BPD 患者がいる家族への家族支援に焦点化した研究は少なく、その多くは BPD 患者個人への看護における事例研究などで述べられているものである。多職種で連携した家族支援を実施するうえで、看護職者としての専門性を活かし、チーム医療に参画するためにも、その家族支援の実情を理論化していく試みは必須で意義の大きいものである。

以上から、本研究の目的は、看護職者が実施する BPD 患者がいる家族への家族支援のプロセスを明らかにすることとした。看護職者による BPD 患者がいる家族への家族支援のプロセスが明らかになることで、多くのニーズがあると考えられる BPD 患者がいる家族への家族支援における看護の課題が見出され、家族支援モデル開発の基盤とすることが可能であると考ええる。BPD 患者がいる家族への家族支援を実施する際の看護の質の向上や、看護職者の日々の看護実践における困難感の軽減につながることを期待できるであろう。さらに、その看護実践の成果が、BPD 患者がいる家族の家族機能や生活の質の向上をもたらし、家族システムユニット全体のウェルビーイングを実現するための一助となると考える。

Ⅱ. 方法

1. 用語の定義

1) 家族：BPD 患者以外の家族員もしくは家族員の小集団

家族は、BPD 患者以外の家族員もしくは家族員の小集団とした。家族看護学における家族の定義としては、家族であると相互に認知し合っているひと（生者）の小集団システムである¹⁸⁾ といった、家族自身の認識による家族の範囲の同定が必要とされているが、本研究において看護職者が家族として患者を含めない家族として認識されていたため、この定義とした。

2) BPD 患者がいる家族：BPD 患者を含めた家族

看護職者が実施する家族支援を考える際の、学問的基盤として家族看護学が重要である。日本看護協会は専門看護師認定制度のなかで、その家族支援の実践の最前線を担う家族支援専門看護師における特定分野の特徴として、「患者の回復を促進するために家族を支援する。患者を含む家族本来のセルフケア機能を高め、主体的に問題解決できるよう身体的、精神的、社会的に支援し、水準の高い看護を提供する¹⁹⁾」ということを決めている。そのため、同じ家族という用語を使用する際に、患者を含め、家族全体を捉えるという視点が重要視される。本研究では、家族支援に焦点をあてて研究しており、患者を含めた家族を意味する用語が不可欠であるため、BPD 患者がいる家族は BPD 患者を含めた家族として定義した。

3) 家族支援のプロセス

BPD 患者を含めた家族への認識や思いから家族支援の実践、その後の家族支援の方向性に至る家族支援のプロセスとした。

2. 研究デザイン

本研究は、木下の開発した修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach, M-GTA)¹⁸⁾ を用いた質的研究である。M-GTA は Glaser, B. G. と Strauss, A. L. によって 1960 年代に考案されたグラウンデッド・セオリー・アプローチ (Grounded Theory Approach, GTA)¹⁹⁾ オリジナル版を発展させ、開発された。GTA により生成されたグラウンデッド・セオリー (Grounded Theory, GT) の理論特性¹⁸⁾ 5 項目 (①データから生成された説明概念により統合的に構成された理論である, ②継続比較分析法による質的データを用いて生成された理論である, ③限定的範囲内に関しては、人間の行動の説明と予測に関して十分でかつ優れた説明力をもつ理論である, ④他者との相互作用の変化を説明できる動的な説明理論である, ⑤実践的な活用を表す理論である) と内容特性¹⁸⁾ 4 項目 (①現実への適合性 [fitness], ②理解しやすさ [understanding], ③一般性 [generality], ④コントロール [control]) を継承し、さらにデータコーディング方法の明確化、実際活用しやすかつ分析プロセスが他の人にも解釈しやすいものへの改良、研究者の視点を取り入れ重視するといった改善を加え提唱された研究手法である。M-GTA の主要特性¹⁸⁾ は、以下の

7項目にまとめられている。

①GTの理論特性5項目と内容特性4項目を満たす。

②データの切片化をしない。それに変わるデータの分析方法を独自のコーディング方法と[研究する人間]の視点を組み合わせることで手順として明示する。

③データの範囲、分析テーマの設定、理論的飽和化の判断において方法論的限定を行うことで分析過程を制御する

④データに密着した(grounded on data)分析をするためのコーディング法を独自に開発し、概念を最小の単位とし、厳密なコーディングと深い解釈を同時に成立させるために、分析ワークシートを作成し、分析を進める。

⑤[研究する人間]の視点を重視する。

⑥面接調査に有効に活用できる。

⑦解釈の多重同時並行性を特徴とし、分析作業を段階分けしない。推測的包括的思考の同時並行により理論的サンプリングと継続的比較分析を実行しやすくしている。

このように、M-GTAにおいて、分析の結果であるGTは、社会的相互作用に関係し人間行動の説明と予測に優れた理論であることが期待されるため、人間と人間が直接やりとりする社会相互作用に関する研究を基礎的要素とする。研究結果として導かれたGTを実践現場に戻しそこでの能動的応用が検証となるという流れが自然に成り立つため、ヒューマンサービス領域の研究に適している¹⁸⁾。さらに、研究対象とする現象がプロセス的特性をもっているものに適している¹⁸⁾。したがって、M-GTAは分析対象とするデータの内容と範囲を限定する方法論的限定や方法論的限定を踏まえた理論的飽和化の判断をしており、限定された範囲内においては、説明力に優れた理論を導くことができること、得られた理論で有効を実践で応用することが検証につながることから、本研究で導かれるGTが医療現場における看護職者に有効な理論となり活用されることは本研究の主旨とも一致していること、対象となる現象がヒューマンサービス領域のひとつである看護の現場において実施され、看護職者とBPD患者がいる家族との相互作用からなる一連のプロセスを明らかにすることが可能であることという理由により、M-GTAを採用した。

3. 研究対象

研究対象者の採用基準として、BPD患者への看護実践経験のなかで、家族ともかかわったことがある看護職者とした。研究対象者の選定は、その時点までに実施された半構造化面接の内容を検討することで、継続比較法を採用した。知りたい内容を聴取することができる対象者を検討し、理論的サンプリングの手法を用いて依頼を進めた。

4. データ収集方法

ある政令指定都市において、BPD患者への医療を提供していることがホームページの記述

などから推測される精神科病院 10 施設と訪問看護ステーション 1 施設に対して、本調査の依頼を行った。その結果、研究協力の承諾が得られた精神科病院 2 施設と訪問看護ステーション 1 施設において、半構造化面接参加者のリクルートを実施した。本研究の目的と概要、研究参加の任意性や匿名性の保持についての倫理的配慮を記載した研究説明書を、所属する看護職者に配布してもらい、同意が得られた対象者に対して、半構造化面接を実施した。面接の際には、対象者の希望とプライバシーの保てる場所を考慮し、個別に実施した。面接所要時間は 60 分間で依頼したが、面接当日の参加者の状況を配慮しながら、可能な範囲時間内での実施とした。

半構造化面接の内容は、BPD 患者がいる家族の姿の捉え方、家族支援を実施するなかでの経験や思い、今後の家族支援についての認識などであった。研究対象者の基本属性として、年齢、看護職経験年数、精神科看護経験年数、家族看護学の学習経験の有無について、面接の実施前に情報を得た。半構造化面接であるため、大枠以外は自由に話していただいた。半構造化面接の内容は、研究対象者の承諾を得た上で、IC レコーダに録音した。IC レコーダへの録音を拒否された場合には、対象者の承諾を得た上でメモを取った。面接者の記憶が新しい当日のうちに、メモに詳細な内容を追記した。IC レコーダの音声データとメモの内容から逐語録を作成した。半構造化面接の実施期間は、2014 年 10 月から 2014 年 11 月であった。

5. データ分析

逐語録に起こした内容をデータとし、M-GTA を用いて質的に分析した。M-GTA にもとづく分析焦点者は、「BPD 患者がいる家族への家族支援経験がある看護職者」とし、分析テーマは「BPD 患者がいる家族への家族支援を実施する看護職者は、家族をどのように認識し、家族支援を実施するのか、また、家族支援実施のなかでどのようなことを経験し、今後の家族支援についてどのような帰結に至ったか」である。得られたデータを分析テーマと引き合わせながら、ある箇所に着目し、どうしてそこに着目したか、対象者にとってどのような意味があるのかを文脈より解釈しながら概念生成を行った。継続的比較分析、理論的サンプリングを繰り返して、理論的飽和化となるまで分析とデータ収集を重ねた。

生成された概念間の関係を検討し、カテゴリーにまとめ、分析対象となった現象を説明できる結果図を作成した。データの信頼性・妥当性を確保するために、半構造化面接の段階で、研究対象者の考えを確認し、解釈の妥当性をその都度確かめた。分析過程においては、家族看護学分野に精通する研究者 12 名で検討し、スーパーバイズを受けながら検討を重ねた。

6. 倫理的配慮

本研究は、神戸大学大学院保健学研究科の倫理委員会の承認（承認番号：第 292 号）を得た後に実施した。研究対象者には、研究の主旨、調査の任意性や、匿名性の保持、調査に同意しない場合にも不利益を被らないこと、調査の内容が、施設における評価につながらないこ

となどを口頭と文書で伝え、同意書への署名をもって同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 対象者

16名の看護職者に半構造化面接を実施した。半構造化面接は、対象者1人につき1回ずつ、30分から1時間程度で実施した。実施時間の平均は43分（範囲は27分から60分）であった。対象者の概要は表1に示す。平均年齢は41.6歳（範囲は29歳から59歳）、平均看護師経験年数は、17年（範囲は6年から28年）、平均精神科経験年数は、13.5年（範囲は5年から25年）であった（表1）。

表1 対象者の概要

ID	年齢	性別	看護師経験年数	精神科看護経験年数	家族看護学学習経験
Ns. ^a 1	40歳代	男	25	24	なし
Ns. 2	40歳代	女	22	22	あり
Ns. 3	30歳代	男	13	13	なし
Ns. 4	40歳代	男	20	20	あり
Ns. 5	20歳代	女	7	7	なし
Ns. 6	40歳代	女	21	5	なし
Ns. 7	40歳代	男	7	7	なし
Ns. 8	40歳代	女	10	10	なし
Ns. 9	50歳代	女	26	15	なし
Ns. 10	40歳代	女	21	20	なし
Ns. 11	30歳代	男	14	7	なし
Ns. 12	30歳代	男	13	11	なし
Ns. 13	40歳代	男	6	6	あり
Ns. 14	50歳代	女	25	10	なし
Ns. 15	30歳代	男	14	14	なし
Ns. 16	40歳代	女	28	25	あり

a : Ns. は看護職者を示す。

2. 分析結果

得られた結果について、概念には【 】, カテゴリーには〈 〉, コアカテゴリーには《 》, 概念であり、概念かつカテゴリーであるものは、〈【 〉を用いて示した。また、半構造化面接で得られた対象者の発言は、「 」と斜字体を用いて示し、発言のみでは内容が理解しづら

いものには、筆者が（ ）を用いて加筆した。発言内容の前の Ns. 番号の記載は、表 1 に示す ID である。分析の結果、26 の概念と 7 つのカテゴリー、1 つのコアカテゴリーが生成された（図 1）。

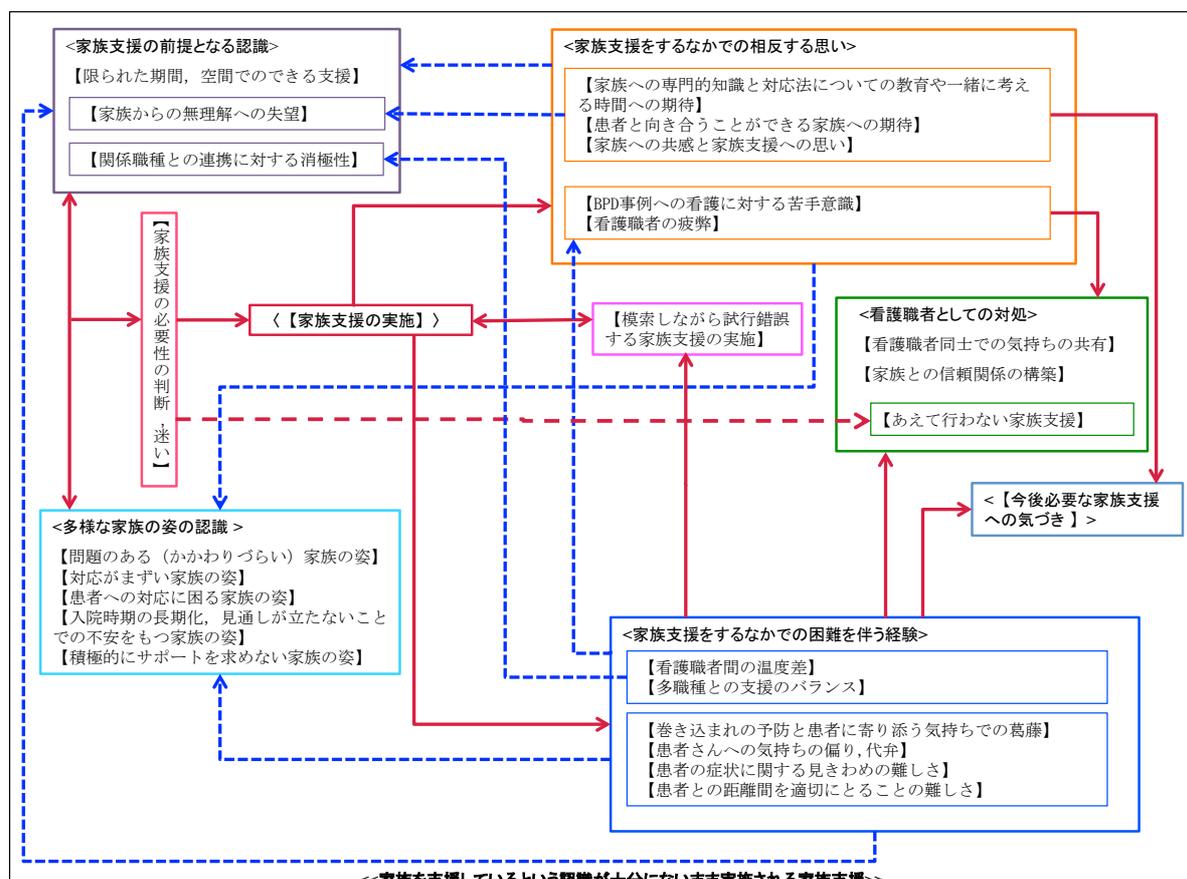


図 1 看護職者が実施する BPD 患者がいる家族への家族支援のプロセス

1) ストーリーライン

看護職者が実施する BPD 患者がいる家族への家族支援プロセスとは、全体を通して、《家族を支援しているという認識が十分でないまま実施される家族支援》を基盤として経過していた。看護職者は、【限られた期間、空間のできる支援】を行う姿勢をもちながらも、【家族からの無理解への失望】といった過去の家族支援での経験や【関係職種との連携に対する消極性】といった個々の看護職者の看護観によって形成される〈家族支援の前提となる認識〉をもっていた。また、看護職者は、BPD 患者への看護実践を行うなかで、【患者への対応に困る家族の姿】【入院時期の長期化、見通しが立たないことでの不安をもつ家族の姿】を認識する一方、【問題のある（かかわりづらい）家族の姿】【対応がまずい家族の姿】【積極的にサポートを求めない家族の姿】といった〈多様な家族の姿の認識〉をしていた。

〈家族支援の前提となる認識〉と〈多様な家族の姿の認識〉を統合するなかで、【家族支援の必要性の判断、迷い】につながり、必要性を認めた場合に、〈【家族支援の実施】〉がされていた。これらのなかで、【患者の症状に関する見きわめの難しさ】【患者との距離間を適切に

とることの難しさ】【患者さんへの気持ちの偏り，代弁】から【巻き込まれの予防と患者に寄り添う気持ちでの葛藤】を起こしたり，【看護職者間の温度差】や【多職種との支援のバランス】という家族以外の環境に起因する〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉をしていた。〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉により，家族支援がうまくいかない場合には，【模索しながら試行錯誤する家族支援の実施】をしていた。必要性を認めない場合には，【あえて行わない家族支援】に至っている場合もあった。家族支援の実施のなかで，〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉から，【看護職者の疲弊】や【BPD事例への看護に対する苦手意識】といった否定的な思いが生じる反面，【家族への専門的知識と対応法についての教育と一緒に考える時間への期待】【患者と向き合うことができる家族への期待】【家族への共感と家族支援への思い】といった支援の必要性をより強く感じる〈家族支援をするなかでの相反する思い〉をもつに至っていた。これらの〈家族支援をするなかでの相反する思い〉や〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉から，看護職者は，【看護職者同士での気持ちの共有】【あえて行わない家族支援】【家族との信頼関係の構築】といった〈看護職者としての対処〉行動をとりながら，〈家族支援の実施〉を続けていた。このような家族支援プロセスは，最終的に，〈【今後必要な家族支援への気づき】〉に至り，〈家族支援をするなかでの相反する思い〉や〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉は，〈家族支援の前提となる認識〉や〈多様な家族の姿の認識〉に影響を与える，循環するプロセスであった。

2) 各カテゴリーと生成された概念の内容

《家族を支援しているという認識が十分でないまま実施される家族支援》

BPD患者への看護実践経験のなかで家族ともかかわったことがある看護職者は，大多数が，《家族を支援しているという認識が十分でないまま実施される家族支援》を行っていた。

定義：看護職者が家族に介入しているという認識はないながらも家族にかかわっている状況

Ns. 5 「私が知ってる限りではあんまりこう，ない，ないというか，まあ先生が入院時にお話されたりとか，まあ入院中，単発的にご家族さんと面談されるときにお話しされてたりとかはあると思うんですけど，そこに看護師がこう，介入するっていうのはなかなかないと思います。」

Ns. 6 「家族支援っていうかたちではなくてその，お母さん，だいたいお母さんがついてこられるんですけど，お母さんとゆっくり話を聞くという形ではありますけど，支援という形ではないです。」

Ns. 12 「その，家族支援と呼べるものやってきたのかどうかっていうのは，ちょっと微妙っすね。うーん…家族支援が必要やなどは思いつつも。」

Ns. 13 「んーあの，その教科書で言うような家族支援っていう形ではないんですけど，まあ実際僕も平ですし，その，家族さんと直接接して，あの，まあこちらから，えー，何かをするというのが，僕はそれほど経験がないんで。」

〈家族支援の前提となる認識〉

看護職者は、【限られた期間、空間のできる支援】を行う姿勢をもちながらも、【家族からの無理解への失望】といった過去の家族支援での経験や【関係職種との連携に対する消極性】といった個々の看護職者の看護観や過去の看護実践の経験によって形成された〈家族支援の前提となる認識〉をもっていた。

【限られた期間、空間のできる支援】

定義：家族支援は、業務の範囲内で可能なことを限られた期間、場所で行っているという看護職者の認識

Ns. 1 「その範囲のなかで、来られたときに、対応したりという形になりますので。」

Ns. 4 「え、あ、はいはい、そうです急性期ですはい、3ヶ月までの入院期間でどこまでできるかっていわれると、ね、難しいですよ、ね、うん、うん。」

Ns. 13 「いや、そうですね…まあ実際僕も教科書とかで、まあその、理想というか、まあ一通りは勉強してきたんでね。まあまああの、そういうのも必要であるし、あの、そういうのをやっていかなければいけないというのは、心の片隅ではあったんですけど、実際毎日の業務のなかでちょっとそれに重きを置いてするっていうのは正直できなかったですね。」

Ns. 7 「まあこう、そのために時間を取ってやってるってわけじゃなくて、まあ面会来たときにちょっと話す、いうのが多いので、うーん…これで何ができてるのかなっていうのは思いますね。なんか達成感っていうのはあんまりない…はい」「まあ、なのでまあ、やっぱりせめて面会できたときとかはちょっと話すようにはしてるんですけどね。」

【家族からの無理解への失望】

定義：家族のため、親身になってかかわるが、家族が患者病理に巻き込まれ、家族が医療職と一緒に攻撃する際に感じる寂しさと看護職者としての不安全感

Ns. 2 「その、病気というのを理解が十分じゃないっていうのもあると思うんですけど、実際今まで自分に攻撃されていたというのが、まあ次は病院に攻撃性がいつてるときはやっぱりこの、安堵感というのがすごく強いみたいで、同調されて病院側への攻撃をされる方が結構いらっしゃるので。」

【関係職種との連携に対する消極性】

定義：関係職種との連携についての関心の低さ、積極的に進めなくてもよいと考えている状況

Ns. 2 「本人さんには心理士は関わることはありますけど、家族っていうのに全然関わってないですね。」

Ns. 5 「あー、私が知ってる限りでは担当医とあと、相談支援室とかのたぶんPSWか、その今後のお家見つけたりするのとかに関わったりはしてると思います。こういう

いる保険のこととかで、それ以外の職種のかたは私が知ってる限りではあんまりいないですね。」

Ns. 14 「うん。あと、まあ先生たち…まあ、うーん…どうなんやろ…先生との、先生とナースのコミュニケーションがもう一つ上手くいってないのが一つあるんで。」

〈多様な家族の姿の認識〉

【患者への対応に困る家族の姿】【入院時期の長期化、見通しが立たないことでの不安をもつ家族の姿】といった家族支援が必要な家族の姿を認識する一方、【問題のある（かかわりづらい）家族の姿】のような看護職者が敬遠したい家族の姿を捉え、【対応がまずい家族の姿】や【積極的にサポートを求めない家族の姿】といった家族自身が家族支援を必要としていないといった〈多様な家族の姿の認識〉をしていた。

【患者への対応に困る家族の姿】

定義：患者への対応が難しく、どうすべきか迷っている家族の姿

Ns. 3 「本人はそう、うん、こういう希望出してるけども、私はうん、そうではないと思うんですっていうその、葛藤のなかにあるときが一番困るのかなあとと思いますね。」

Ns. 5 「実際どうご本人さんにつきあっていけばいいのかっていうのはうん、悩まれているかなとは思いますが、それがあからやっぱりご本人さん自体を避けるのかなって思うんですけど。」

【入院時期の長期化、見通しが立たないこと、自立できていないことに関する将来不安をもつ家族の姿】

定義：面会を頻繁に行うこと、遠方であることから考えられる家族の漠然とした不安や今後の患者の予後に関して、自分たちが対応できないときの心配を家族がしているという家族の姿

Ns. 2 「うん、そういうのでやっぱりこう、家が近い方とかだったらいいんですけども、遠方から入院をされている方とかでしたら家族さん遠方からまたいらっしやったりすることもあるので、そういうのでも、ま、大変やなっていうのはありますね。」

Ns. 8 「…とありますね、はい。まあ子供の将来を、こう、あんじるというか、そんな若い患者だったら多分そう思われてると思います、はい。」

【問題のある（かかわりづらい）家族の姿】

定義：、看護職者が問題のある（かかわりづらい）と認識する家族の姿

Ns. 2 「で、態度がこう、ころころとやっぱり変わったりとかしますよね。」

Ns. 4 「ご本人はですね当然なんですけど、うーん、家族まあね、その発達の、における段階でそういったね、ね、いろんな状況ありますでしょうか？あの、甘やかし型

であったりとか、あの、その放置してたりとか。」

Ns. 12 「やっぱし、やっぱご両親もちよっと変わってるとこっていうのもあって…
それで、そんなね、そういう家族のことを他人に言われるのが嫌やっていう家族が…
…はい。もちろん、たくさんいましたんで。もう最初から聞く耳持たない…」

【対応がまずい家族の姿】

定義：こんなことをしたら患者への悪影響があるだろうなといった、対応がまずいと感じる家族の姿

Ns. 6 「その、ご飯食べなかったから飲ませなかったっていうようなことを聞いたりするとやっぱり勉強不足だよねっていう思いはありますね。」

Ns. 14 「なんか歯がゆい所はありますね。もうちょっとこの人の話を聞いてあげてくれたら良いのっていうような、そしたらもうちょっと落ち着くの、みたいな。でも、家族さんがあんまりその、本人さんの話をあんまり聞かないとかね。」

【積極的にサポートを求めない家族の姿】

定義：客観的にサポートが必要な状況に見えるが、積極的にサポートを求めない家族の姿

Ns. 3 「はいはい、困っているのに、言えないというか、困ってるけどなんか、ああ困ってるけどなんか、それに麻痺してるというかなんかそういう印象も見受けるので、あえて声かけたりはしますね、はい。」

Ns. 15 「きっとやっぱり、家で耐えてる人の方が多いいんちゃうかな思うんですけどね。」

【家族支援の必要性の判断、迷い】

看護職者は、〈多様な家族の姿〉や〈家族支援の前提となる認識〉を統合し、さらに、自身の経験や能力、看護職者として踏み込むべきかをも勘案しつつ、【家族支援の必要性の判断、迷い】をもちながら家族支援の必要性を見きわめていた。

定義：家族支援の必要性があるかどうかの判断がつかず、日々の看護実践のなかで迷いながら家族支援に積極的に踏み入ることができていない状況や判断がついた場合には、支援に結びつける行為

Ns. 12 「うん、まあ一応看護師なんでね、そこまで（家族支援として）言ってええのかどうかっていうのは微妙なとこなんすけど。」

Ns. 5 「たぶん年齢、関わるスタッフの年齢とか、経験値とかによっても全然違うと思うんで、もっとベテランさんとかやったらこうぐいぐいってのはるかなとは思うんですけど、あえてそういう部分はやっぱり先輩に任せたりはしてます。逆にこう若い子にたぶんご家族さんも言われても、私がそう思ってるだけかもしれないんですけどなにがわかるのよってなってしまったらもう、こっちとしては何も言えなくなってしまいうんで、もうそういうきっちりしたなんかこうご家族さんに伝えるとかになるときはもうベテランのかたにお願いしてます、私は。」

〈【家族支援の実施】〉

【家族支援の必要性の判断, 迷い】から必要と判断した場合には, 〈【家族支援の実施】〉をしていた. 外泊時の家での様子の確認, 家族への患者についての情報提供, 患者の対応に困ったときの家族へのアドバイス, 多職種カンファレンスなど様々な家族支援が実施されていた. しかし, このような実施のなかでも, 《家族を支援しているという認識が十分でないまま実施される家族支援》として実施されていた.

定義: 看護職者が実施する家族への看護

Ns. 2 「えっとですね, 実際に診断名をつけていらっしゃる患者さんもそうなんですけども, あの, 先生が主にですね, えっと, 家族教育っていう疾病教育っていう形で, えっと, 面談されてる…のと, あと限界設定をされる際に, まあ看護師も同伴して, 入らしていただくっていう形で, えっと, 教育に参加していますね, 支援を実施しています。」

Ns. 4 「思いますね, できるできないを明確にしてあげる, でないとご家族さんあいまいになってしまうんですね, やっぱりね。」

Ns. 8 「だいたいその, まあ外出にお迎えに来られたときとか, 外泊に行かれるときにちょっとお話しして, うーんそれでちょっとなんか, まあ病棟での生活はこんな感じでした, とかまあそういうご報告というかね…。」

Ns. 11 「えっと, 特にこれという実施はないんですけど, まあ自分らができる支援っていったら, まあしっかりその家族の話も聞いて, で, 多分その今までの家庭のなかで困ってたこともあるやろうから, やっぱり. しっかりと話を聞いて, まあ少し, まあ入院している間だけですけども, まあゆっくりとその家族の人とかもゆっくり休める時間をしっかり作ってあげるのが, まあ自分としてはその, 支援になるのかなと思って。」

Ns. 16 「もう, 状態をみるというのがね, まあうん. あと相談が多いね. こんなときはどうしたら良いか, とかね, まあ愚痴聞くとかね。」

〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉

看護職者は, 〈【家族支援の実施】〉のなかで, 〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉をしていた. その経験とは, 【患者の症状に関する見きわめの難しさ】【患者との距離間を適切にとることの難しさ】といった疾患の症状に由来する患者本人への看護の難しさや, 【巻き込まれの予防と患者に寄り添う気持ちでの葛藤】であった. そして, 患者さんと患者以外の家族双方とのかかわりのなかで, 【患者さんへの気持ちの偏り, 代弁したい気持ち】【家庭環境と症状コントロールが密接に関係するという実感をもつ】という経験もあった. さらに, 【看護職者間の温度差】や【多職種との支援のバランス】といった家族以外の環境による困

難も経験していた。

【患者の症状に関する見きわめの難しさ】

定義：看護職者が、患者の行動に対して、性格なのか症状なのかわからず、どこまで看護職者として対応する必要があるのか迷うなかで経験する困難

Ns. 7 「その、まあ、本読んだだけじゃほんまに分からへん病気なんで。うん、もうね、いろいろ経験した人にいっぱい聞いての、うーん、あの、理解というかね、あの、うん。家庭環境のせいや、とか。」

【患者との距離間を適切にとることの難しさ】

定義：患者との信頼関係を築くための心理的距離と依存関係に陥る心理的距離の間で感じている困難

Ns. 7 「はい。あまりね、距離取りすぎたら、あの人何もしてくれへんってなるし、近づきすぎたらね、うん。なんかね…ははは。ラブレター持ってきたり。」

Ns. 15 「ちょっと近め、あんまり近すぎてもダメなんですけどね。近すぎたら最終、なんか暴力ふるわれたりとかになりかねんで、そこまで近づいたらあかん。距離感は難しいですよ。」

【巻き込まれの予防と患者に寄り添う気持ちでの葛藤】

定義：患者の症状に巻き込まれないように注意を払いながらも寄り添うためには、巻き込まれながらかかわる必要性を感じている状況

Ns. 4 「巻き込めるみたいな、まあ、巻き込まれてなんぼっていう部分もあるかもしれないんですけど。」

Ns. 6 「巻き込まれないようにせなあかんって思うんですけど、やっぱりイラってくるときもありますし、うん。どうしても巻き込まれそうになりますね。」

【患者さんへの気持ちの偏り、代弁したい気持ち】

定義：看護職者が患者さんの気持ちに共感し、それを代弁する必要性を感じている経験

Ns. 5 「その部分で患者さんを守れるのも看護師かなって思いますし、その部分でご家族さんに言えることとかもきつとなにかあるのかなとは思うので。」

Ns. 14 「体制を…そうですね。落ち着いた、本人さんが落ち着いた生活を送れるように。」

【看護職者間の温度差】

定義：看護職者同士で家族をどのように捉え、自分が看護した内容について共有がされていない内容

Ns. 3 「いや、みながどこまでそうですね、個人個人で、やとは思うのでそれを共有したことは今までちょっとないです。」

Ns. 8: 「人によっては、積極的な人もいるやろうけど、私は必要あるとは思えないからしません。やる人はやったらいいけど、無理にやっても仕方ないし。」

【多職種との支援のバランス】

定義：医師の治療方針から考え、出過ぎない看護実践を実施しようとする経験や統一した看護の対応をするために出過ぎない看護実践をする経験

Ns. 5 「あの一、なんていうんですかね、そういう支援っていうの、うちは、そんなに多くないと思うんですよ。医師がやられてて、医師がえっと限界設定を決められたのを私らが守る。」

Ns. 7 「あんまりね、その…でしゃばるといとかね、でしゃばりにくいですね。」

【模索しながら試行錯誤する家族支援の実施】

〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉により、家族支援がうまくいかない場合には、

【模索しながら試行錯誤する家族支援の実施】をしていた。

定義：家族支援の必要性を感じ、実際行うだけでは、多様性に対応できないながら、感覚として必要なものを看護職者各個人レベルで実施する家族支援

Ns. 11 「はい、言います。あの、少なくとも一ヶ月にいったんは顔を見せてあげて下さいとは言いますね…え一方針はないんですけど、僕個人的に。」

Ns. 15 「案外でも…コツっていうか、ほんまもう感覚で。」

Ns. 16 「ほんと、こう、試行錯誤なんでね。」

【あえて行わない家族支援】

看護職者が家族支援の必要性を認めない場合には、【あえて行わない家族支援】に至っていた。

定義：家族や看護職者の負担になることを回避するため、積極的にかかわらないという考え方

Ns. 8 「家族は必要としている感じもしないし、しなくていいのではないですか。私はしません。」

Ns. 9 「BPD は病気なんですか？単なるわがままにしか思えないときもあります。わがままにつきあってられないし、家族もそういう形望んでいますよね。かかわろうとしてもうまくいかないし、あえてする必要ないと思います。」

〈家族支援をするなかでの相反する思い〉

【看護職者の疲弊】や【BPD 事例への看護に対する苦手意識】といった否定的な思いが生じる反面、【家族への専門的知識と対応法についての教育や一緒に考える時間への期待】【患者と向き合うことができる家族への期待】【家族への共感と家族支援への思い】といった家族支援の必要性をより強く感じるといった相反する思いを経験していた。

【看護職者の疲弊】

定義：BPD 患者とその家族への対応の難しさから生じる疲弊

Ns. 6 「結構ばーつと言われたりするんですよ。だからその看護師が、ほんま腹立

つわ！みたいな感じでこう詰所のなかに返ってきたときに、わーって言ってくれる人ならいいんですけど、こうぐっと堪えてしまうような看護師だと、結構もういっぱいいっぱいになってしまってるようなときもある…。」

Ns. 16 「あーうん、しんどい、自分がまずしんどいですね。」

【BPD 事例への看護に対する苦手意識】

定義：BPD 患者の疾患特性による苦手意識

Ns. 1 「振り回しとかね、かき乱されるというのでまあ、よい印象は持てない、言うたら申し訳ないですね。いや、どっちかいうたらやっぱり苦手ですよ。」

Ns. 13 「えっと、苦手というかちょっと、あー、ちょっと嫌いですね。そう、そのやっぱりちょっとなかなか困らされたこともあったりしたんで。」

【家族への専門的知識と対応法についての教育や一緒に考える時間への期待】

定義：家族への専門的知識と対応法についての教育や一緒に考える時間があることで家族が患者と向き合いやすくなるのではという期待

Ns. 2 「えっと、やっぱり、まあ、病気の理解とあと、そういうのがあったとき、また自殺企図された場合のときに、こう、動揺されることなく、まいろんなエピソードがあったにもかかわらず、あったとしても動揺されることなくその患者さんと向き合っていけ、いってもらえればいいかなっていうのはすごく期待します。すごく動揺されるのでみなさんはいい。」

【患者と向き合うことができる家族への期待】

定義：対応自体をうまくするというより、患者に真摯に向き合うことをできる家族になって欲しいという願い

Ns. 2 「対応、対応っていうかその向き合っていける家族であってほしいっていうのは期待ですね、やっぱり。」

Ns. 11 「その代わり、退院となったときにはしっかりまたね、あの、本人と向き合ってもらえるような体制になりますけど。」

【家族への共感と家族支援への思い】

定義：家族の大変さを実感し、共感することから、家族支援の必要性を感じている状況

Ns. 3 「麻痺してるというか、困ってはるけど言えへんというか、そういう部分があるのかなと思うので、やっぱりそこは、介入の余地があるのかなと思います…やっぱりご家族さんの負担を緩和したいというか、それはありますし、うん、緩和することで患者さんにとってもその、うん、よい影響があるんじゃないかなと思う部分があるのでうん、そう、していきたいですね、はい、うん。」

〈看護職者としての対処〉

〈家族支援をするなかでの相反する思い〉や〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉

を経て、看護職者は、【看護職者同士での気持ちの共有】で看護職者自身のストレス対処を図り、家族支援をよりよくさせるために【家族との信頼関係の構築】を試みたりしていた。場合によっては、【あえて行わない家族支援】を対処としていることもあった。

【看護職者同士での気持ちの共有】

定義：困難経験の共通理解，気持ちを共有することにより看護職者が支えられている状況

Ns. 2 「ま、そういう気持ちとかのこうスタッフ間での気持ちの共有っていうのもすごく大事にしてるのはあるんです…それが一番大きいですかね。」

【家族との信頼関係の構築】

定義：家族支援を行える状況を整えるための対応

Ns. 12 「はい。やっぱ一定の期間置いて、家族からもちよっと信頼関係を、人間関係とか築けてきたかなという頃に、タイミング良く相談を受けた場合とかにね、やってたんですけど。」

〈今後必要な家族支援への気づき〉

最終的な帰結は、今後必要な支援への気づきに至り、〈家族支援の前提となる認識〉や〈多様な家族の姿の認識〉に影響を与えていた。

IV. 考察

本研究で、看護職者が実施する BPD 患者がいる家族への家族支援のプロセスが明らかになったが、全体を通して、《家族を支援しているという認識が十分でないまま実施される家族支援》を基盤として経過していた。BPD 患者がいる家族への家族支援以前に、BPD 患者本人への看護に看護職者が困難を抱いている^{16) 17)} わが国の状況において、家族支援を確立するための第一歩は、看護職者が家族を支援しているという認識が十分でないという状況の改善であろう。このような認識は、他の精神疾患や精神科以外の看護領域でも、家族に直接かかわることが難しい場合には散見されるが、家族支援のプロセスを進むなかで、看護職者が家族支援の必要性を感じ、なにかしらかかわっているにもかかわらず、それほど何もしていないと捉えてしまうことは、不全感をもたらし、以後の家族支援のモチベーションにはなり難い。看護職者が実施する BPD 患者がいる家族への家族支援のプロセスのなかで、〈家族支援をするなかでの相反する思い〉として【看護職者の疲弊】や【BPD 事例への看護に対する苦手意識】といった否定的な思いをもつことが明らかになったが、日々困難をもちながら奮闘している看護職者であればなおさら不全感をもち、家族支援を積極的に行うことを躊躇することもあるであろう。看護実践はヒューマンケアリング²²⁾ であり、家族支援も然りである。ワトソンは、ケアリングの倫理、道徳、哲学の基盤として、第 1 番目に核となる点は、関係性に価値を置くということであることやケアリングがどのような因子で構成されているかを表現するカリタス・プロセスの 10 項目のなかに、人間性と利他主義に価値を置き、自己と他者に対し

での愛情・親切・平静さを持って実践をすること²³⁾重要性を述べているが、《家族を支援しているという認識が十分でないまま実施される家族支援》であることで、ケアを提供する看護職者に看護実践としての意図した関係性は存在せず、こころの静寂さをもって実践することを実現することは困難となるため、ケアとしての確立は遠のくと考えられる。

また、《家族を支援しているという認識が十分でないまま実施される家族支援》には、本研究における対象者に家族看護学の学習経験がないことも影響していると考えられる。家族看護学では、家族看護へのアプローチとして、背景としての家族、クライアントとしての家族、システムとしての家族、社会の構成要素としての家族という4つの異なる捉え方²⁴⁾が提唱されている。背景としての家族として捉え、患者個人への看護を実践する過程も家族支援としてのアプローチであるので、本研究対象者が語った家族とのかかわりは、家族支援といえるが、対象者である看護職者にはその認識がなかったということとなる。BPD患者がいる家族への家族支援を促進させるためにも、さらなる家族看護学教育の普及が望まれる。

《【家族支援の実施】》に直接つながるのは、〈家族支援の前提となる認識〉と〈家族の姿の認識〉を統合するなかで至る、【家族支援の必要性の判断、迷い】である。このプロセスを円滑に進めるためには、〈家族支援の前提となる認識〉から導かれる【家族支援の必要性の判断、迷い】に否定的な影響を与える要因を減らし、〈家族の姿の認識〉による家族支援の必要性をより強く感じる事が重要であろう。〈家族支援の前提となる認識〉では、【限られた期間、空間のできる支援】を実施するという看護職者の認識が明らかになった。わが国では、家族看護学の実践の必要性は理解されながら、時間的、心理的な余裕がないことから実践をあきらめている看護職者が多いといわれている²⁵⁾ように、家族支援はできる範囲で実施するという考えをもっていると考えられる。このようにできる範囲での家族支援が不全感につながらず、達成感につながるような看護実践となっていれば、より実践されることになると考えられる。

〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉として、【患者の症状に関する見きわめの難しさ】【患者との距離間を適切にとることの難しさ】といった疾患の症状に由来する患者本人への看護の難しさや、【巻き込まれの予防と患者に寄り添う気持ちでの葛藤】【患者さんへの気持ちの偏り、代弁したい気持ち】【家庭環境と症状コントロールが密接に関係するという実感をもつ】が感じられていた。これらは、BPD症状から影響される患者、家族、看護職者個々やその関係性によるものであり、BPD症状の多様性や、起こる現象の複雑さゆえであると考えられる。複雑な現象であるからこそ看護職者で共有し、その内容を集積することも必要であろう。すなわち、BPDの文献や書籍からだけでは得ることが難しい現象であるため、エビデンスとフロネーシス¹⁸⁾を統合した実践の科学である看護の知識として体系化をすることが望まれているのではなかろうか。

〈家族の姿の認識〉では、ケアの必要性を感じる家族の姿とそうでない家族の姿が見えるため、【あえて行わない家族支援】という帰結に至ることもある。BPD患者の家族介護者の経

験として、差別を受けていると認識し、地域社会からの支援や医療サービスを必要としている²⁶⁾ことは先行研究からも明らかになっており、【積極的にサポートを求めない家族の姿】は、差別や偏見から言い出しづらい家族の姿に起因するものである可能性をも理解することが、看護職者には求められるであろう。このような認識をすることは〈【家族支援の実施】を促進する因子となろう。また、看護職者は、【問題のある（かかわりづらい）家族の姿】【対応がまずい家族の姿】を認識しているが、母親のBPD症状は長期的に子どもへ移行する²⁷⁾という研究結果やBPDは生物学的因子だけでなく、非承認という家族の環境によって、その症状は影響される²⁾ことから、BPD患者の対応の難しさはBPD患者のみに限局するだけでなく、BPD患者がいる家族全体にも派生している可能性はあり、家族支援においては、BPD患者を含めた家族全体を支援するという志向性を有するため、その複雑に絡み合った関係性は、BPD患者への個人看護実践以上の困難がみられることもあるだろう。そのような場合には、家族療法を実践する医師や臨床心理士、看護学領域では、家族支援専門看護師や精神看護専門看護師との協同により、よりよい家族支援策を見出すことにつながると考えられる。

〈【家族支援の実施】〉に至っても、〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉により、【看護職者の疲弊】や【BPD事例への看護に対する苦手意識】【看護職者間の温度差】を経験している。看護職者は〈看護職者としての対処〉を行うことで、辛うじて看護職者自身を保ち、家族支援を続けていると思われるが、これらの〈看護職者としての対処〉が活発に実施できるような職場環境作りもBPD患者がいる家族の家族支援には重要となろう。職場環境整備という点では、各看護職者がこれらの状況を意識するだけでなく、看護管理者による看護職者への支援が必要となる。看護管理者は、〈看護職者としての対処〉ができる職場環境の整備として、看護職者同士での統一した家族支援目標の周知や、家族看護学教育の充実を図ること、【看護職者間の温度差】をより早くキャッチして中和することなどが急務であろう。また家族支援のプロセスを阻害する因子となる〈家族支援をするなかでの困難を伴う経験〉にも挙げられるように、【多職種との支援のバランス】を保ちながら、看護職者としての専門性を発揮できるようにすることも家族支援のプロセスを促進することにつながる。【多職種との支援のバランス】を保つために、医師の方針を軸に看護の方針が出過ぎないように注意を払いながら、家族支援が実施されていることが明らかとなった。昨今、在宅医療の推進に伴う退院支援の分野などでは、多職種連携に積極的に力が注がれており、わが国では、2010年からチーム医療の推進²⁸⁾が、厚生労働省により掲げられているが、それぞれの職種が家族支援において、どのようにあるべきかの役割分担をすることで、【多職種との支援のバランス】が困難ではなく、強みとしての経験に変わることを期待したい。

さらには、本研究で明らかになったGTである看護職者が実施するBPD患者がいる家族への家族支援プロセスに含まれる概念やカテゴリーは、家族内部環境、家族システムユニット、家族外部環境と相互作用、交互作用しており、家族のウェルビーイングに作用する家族環境をホリスティックにとらえるために、家族看護学において法橋の提唱する家族同心球環境理

論²⁹⁾を基盤に、家族をシステムかつユニットである家族システムユニットとしてとらえ、家族看護学の視点から BPD 患者がいる家族に対する家族支援のあり方を検討することが、今後の課題であろう。

V. 結論

本研究では、BPD 患者がいる家族にかかわった経験がある看護職者 16 名への半構成的面接を実施し、BPD 患者がいる家族への家族支援プロセスを明らかにした。その結果、26 の概念と 7 つのカテゴリー、1 つのコアカテゴリーが抽出された。BPD 患者がいる家族への家族支援プロセスが進みづらくなる要因の根底には「家族を支援しているという認識が十分でないまま実施される家族支援」があり、実施している「【家族支援の実施】」を看護実践として捉えることが最重要であると考え。また、「【家族支援の実施】」に直接影響を及ぼすのは、「家族支援の必要性の判断、迷い」であり、「家族支援の前提となる認識」と「多様な家族の姿の認識」によって判断されることから、この段階で必要性を判断できることが前提条件となろう。しかし、それらには、「家族支援をするなかでの相反する思い」や「家族支援をするなかでの困難を伴う経験」が影響し、看護職者が家族支援に積極的に踏み込むのを躊躇する場合のあることが結果として明らかにされた。これらへの肯定的な意味づけをし、「看護職者としての対処」をさらに充実させることで、BPD 患者がいる家族への家族支援プロセスは促進されるのではないかと考える。さらに、このプロセスが順調に進むことは、現在あえて行わない場合もある家族支援であるが、より実施されることにつながり、BPD 患者がいる家族の生活の質の向上をもたらすのではないかと考える。

VI. 引用文献

- 1) American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- 2) 皆川邦直 (2003) 境界性人格障害の新しい治療システムの開発に関する研究 (6) 境界性パーソナリティ障害患者の家族支援に関する研究, 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集 平成 14 年度 (2 年度班・初年度班), 526-529.
- 3) Siever LJ, Davis KL. (1991) A psychobiological perspective on the personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 148 (12), 1647-1658.
- 4) Paris J. (1994) Borderline personality disorder. :A multidimensional approach, American Psychiatric Press, Washington DC.
- 5) Whalen DJ, Scott LN, Jakubowski KP, McMakin DL, Hipwell AE, Silk JS, Stepp SD. (2014) Affective behavior during mother-daughter conflict and borderline

personality disorder severity across adolescence, *Personality Disorder*, 5 (1), 88-96.

6) Dubo ED, Zanarini MC, Lewis RE, Williams AA. (1997) Childhood Antecedents of Self-Destructiveness in Borderline Personality Disorder, *Canadian journal of psychiatry*, 42 (1), 63-69.

7) 遊佐安一郎 (2009) 医療の現場に活かすスペシャリストの知識と技術：境界性パーソナリティ障害, *精神科臨床サービス* 9, 492-497.

8) Zweig-Frank H, Paris J. (1991) Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148 (5), 648-651.

9) Bezirgianian S, Cohen P, Brook JS. (1993) The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150 (12), 1836-1842.

10) Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. (2008) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (4), 533-545.

11) Coid J. (2003) Epidemiology, public health and the problem of personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, 182 (44) s3-s10.

12) Widiger, T, Rogers, J H. (1989) Prevalence and comorbidity of personality disorders, *Psychiatric Annals*, 19, 132-136.

13) 牛島定信 (2008) 境界性パーソナリティ障害日本語版治療ガイドライン, 金剛出版, 東京.

14) 阿瀬川孝治, 伏木田怜奈, 大久保由紀, 小西郁 (2011) クリニックにおける BPD 治療 (1) : 限られた時間と資源でどう支えるか, *精神科治療学*, 26 (9), 1073-1077.

15) 白波瀬丈一郎 (2010) 特別な疾患から普通の疾患へ：境界性パーソナリティ障害概念の変遷, *こころの科学*, 154, 12-18.

16) 須藤葵 (2006) 「境界性パーソナリティ障害患者の看護は難しい」という観念が看護者に生じる過程について, *新潟青陵大学紀要*, 6, 141-150.

17) 水野きよ美, 岩田明子, 小林浩子, 松橋恵美, 山内博文, 奥村太志 (2011) 境界性人格障害患者の事例を通して：患者の問題行動への介入の経過からの気づき, *日本精神科看護学会*, 54 (3), 86-89.

18) 法橋尚宏 (2010) 新しい家族看護学：理論・実践・研究, メヂカルフレンド社, 東京.

19) 専門看護師, 専門看護分野特定分野一覧 (2015年1月17日アクセス),

<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>

- 20) 木下康仁 (2003) グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い，弘文堂，東京.
- 21) Glaser BG, Strauss AL. (1967) *Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*, Aldine de Gruyter, New York.
- 22) Watson J. (1999) *Nursing : Human science and Human care : A theory of nursing*, Jones and Barlett Publishers, Massachusetts.
- 23) Jean Watson (原稿訳：戸村道子) (2010) ヒューマン・ケアリング理論：理論の核とカリタス・プロセス，日本赤十字広島看護大学紀要，10，77-80.
- 24) Hanson, S. M. H., Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V. (Eds.). (2005). *Family health care nursing: Theory, practice, and research (3rd ed.)*, F. A. Davis, Philadelphia.
- 25) 鈴木和子 (2008) 家族看護学に関する理論と研究，実践，保健の科学，50 (1)，9-12.
- 26) Lawn S, McMahon J. (2015) Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Mental Health and Nursing*, 22 (4), 234-243.
- 27) Reinelt E, Stopsack M, Aldinger M, Ulrich I, Grabe HJ, Barnow S. (2013) Longitudinal transmission pathways of borderline personality disorder symptoms: from mother to child? *Psychopathology*, 47 (1), 10-16.
- 28) チーム医療の推進に関する検討会 報告書 (2010)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>
- 29) Hohashi, N, Honda, J. (2011) Development of the Concentric Sphere Family Environment Model and Companion Tools for Culturally Congruent Family Assessment, *Journal of Transcultural Nursing*, 22, 350-361.
<http://dx.doi.org/10.1177/1043659611414200>

Ⅶ. 謝辞

本研究を進めるにあたり，ご協力，ご調整いただいた医療施設の管理者の皆様，半構造化面接を受けていただいた看護職者の皆様に，心より感謝申し上げます。

本研究を遂行し博士論文としてまとめるにあたり，この上ないご支援とご指導を賜りました指導教員である法橋尚宏教授に深く感謝申し上げます。また，研究活動中には相互に励まし合い，本研究についても多くのご意見をいただきました法橋研究室に在籍する皆様に，感謝申し上げます。

最後に，私の選んだ道に理解を示し，温かく見守り，継続的な支援をしてくれた私の家族に，感謝の意を表して謝辞といたします。