

2020年度聖隷クリストファー大学大学院

看護学研究科 博士論文

精神科カンファレンスにおいてメンバーの感情表出を促す  
マッピングシート活用プログラムの作成と有用性の検証  
—境界性パーソナリティ障害（BPD）の問題行動に焦点を  
当てた場合—

看護学分野 精神看護学領域

学籍番号 18DN01 氏名 清水 隆裕

---



# 要旨

## I. 研究の背景と目的

精神科病棟において、境界性パーソナリティ障害(以下 BPD)患者は、理想化とこき下ろしや自傷行為などの「問題行動」を行う。この行動は治療チームメンバーの深刻な対立に陥らせる。メンバー対立の対策は、対人状況を構造化すること、カンファレンスで率直な感情表現をシェアすることが挙げられている。研究者は先行研究と予備研究とを統合することによって、対人状況を描きこみ視覚化しながら感情表現を促すという目的を持つ「チームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム—境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder, 以下 BPD) の問題行動に焦点を当てた場合— (以下プログラム) (第 1 案)」を作成した。本研究の目的は、プログラム (第 1 案) から (第 2 案) をふまえ (最終案) の作成を行う、及びプログラム (第 2 案) の感情表出に対する有用性の検証である。上記の目的達成のために、第 1 研究は、予備研究で作成したプログラム (第 1 案) を修正し、(第 2 案) を作成することである。第 2 研究は、プログラム (第 2 案) でのメンバーの感情表出に対する有用性の検証と、プログラム (最終案) の作成を行うことである。

## II. 研究方法

第 1 研究は、看護師 12 名を対象として半構造化面接を行いプログラム (第 1 案) の改善点を尋ね、逐語録から Berelson の内容分析によって改善点のカテゴリーを形成し、プログラム (第 2 案) を作成した。第 2 研究は、BPD 治療チーム 5 グループ、計ファシリテーター 5 名、メンバー 22 名を対象者としてカンファレンスでプログラム (第 2 案) を使用したのち量的・質的調査によりプログラム (第 2 案) の役立ちと改善点を調査した。量的調査は対象者全員に「自分の感情を表出するのに役に立った」等、チームの再構築に関する 8 項目に対して 5 段階の質問紙を用いた。回答は記述統計を用い、各質問項目の回答者数を算出した。質的な役立ちとプログラム (第 2 案) の改善点は、ファシリテーター 5 名と、メンバー 14 名に半構造化面接を行い、逐語録から大カテゴリーを抽出した。改善点は Berelson の内容分析によって、改善点のカテゴリーを形成しプログラム (最終案) を作成した。

## III. 結果

### 1. 第 1 研究「プログラム (第 2 案) の作成」

プログラム (第 1 案) の改善点に対する語りから、改善点は 40 カテゴリーが形成された。予備研究の結果と照合し、感情表出につながる改善点として活用できるものは 24 カテゴリーとなった。その 24 カテゴリーを用いて「カンファレンス手順書」「説明書」の 2 部構成の計 14 頁に精選したプログラム (第 2 案) を作成した。

### 2. 第 2 研究「プログラム (第 2 案) の有用性の検証と (最終案) の作成」

プログラム (第 2 案) を使用し、メンバーの感情表現を促した結果、対象者全員での肯定

的な回答は全項目で80%~100%となった。肯定的な回答が最も多かったのは「自分の意見を述べるのに役に立った」「自分の感情を表出するのに役に立った」「メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った」のメンバー21名とファシリテーター5名(95~100%)だった。プログラム(第2案)を使用したメンバーの感情表出に関する役立ち体験は、2の大カテゴリーが抽出された。大カテゴリー『自分の感情の課題を自覚し乗り越えやすくなる』は、自分の感情と感情表現に関連する対人関係の傾向に気づくことや、感情を言語化しやすくなる状態を示していた。大カテゴリー『チーム全体のケア機能を高める』は、チーム全体で患者を支えている視点と、患者の行動や主観的体験をアセスメントできるようになる状態を示していた。ファシリテーターの役立ち体験は、2の大カテゴリーが抽出された。大カテゴリー『チームで行うケアの可能性を広げる』は、感情表現しにくいケア者の規範に気づくことや、患者を取り巻く対人関係を可視化することで1対1の看護からチームで行う看護の視点の獲得を示していた。大カテゴリー『感情表出をケアに導くリーダーの在り方に気づく』は、感情表出を導くにはファシリテーション技術が必要であるという気づきを示していた。プログラム(第2案)の改善点は、構造に影響しない表現の修正等の6カテゴリーが形成された。その6カテゴリーを修正することで14頁のプログラム(最終案)を作成した。

#### IV. 考察

プログラム(第2案)が感情表現につながった理由としては、プログラム化によって公に感情表現を促すことで、悪いことは言っていけないというケア者の感情規範から切り離し、また視覚化することで視線が紙面に移り対面から共視的な交流に変化するためと考えられる。また視覚化は、患者を含めたチーム全体の動きを俯瞰し具体的場面に置き換えることを可能とし、感情を整理し言語化を促すと考えられる。本研究は感情表出を目的としたが、マッピングシートにケア状況を視覚化すること自体に、ケア機能が高まる意味や、患者を取り巻く対人状況に関する気づきが多くあった。その理由は、患者を中心にした登場人物と心理的距離が表現される絵を情報とすることで、患者という人間に対するアセスメントツールや、負担感のあるメンバーを見つけるツールになる可能性があったと考えられる。

#### V. 結論

プログラム(第1案)に関する改善点の調査を経てプログラム(第2案)を作成した。次に臨床でプログラム(第2案)を使用し、量的・質的調査を経てプログラム(最終案)を作成した。量的調査はプログラム(第2案)に対する肯定的回答が全項目80%~100%となった。質的調査は、感情表現に役立っただけでなくチームを可視化すること自体に、患者とメンバーへのケア能力が高まることが語られた。以上のことからプログラム(第2案)の有用性が高いことが検証された。

## 目次

### 要旨

### 第1章 序論

I. 研究の背景	1
II. 用語の定義	2
III. 対応困難な患者をめぐる対人状況を示す図（図1）の説明	2
IV. 研究目的	3

### 第2章 文献検討

I. 境界性パーソナリティ障害の病態概観	5
1. 見捨てられることを避けようとするなりふり構わない努力について	6
2. 理想化とこき下ろし	6
3. 同一性の混乱	7
4. 自己を傷つける衝動行為	7
5. 自殺の行動と脅し、自傷行為	7
6. 気分反応による感情の不安定性	8
7. 慢性的な空虚感	8
8. 不適切で激しい怒り	8
9. ストレス関連性の妄想様観念、解離症状	9
II. 境界性パーソナリティ障害の看護	9
1. 阿保の文献検討を基にした1983～2006年までの境界性パーソナリティ障害の看護	9
2. 佐々木の文献検討を元にした2006年～2012年までの境界性パーソナリティ障害の看護	11
3. 2013年～2017年までの境界性パーソナリティ障害の看護における文献検討	12
III. 精神科カンファレンスの位置づけ	14
IV. ケア者およびチームの感情的な安定が患者ケアとつながる意味	15
V. BPD患者への有効な医療チーム構築について	16
1. 治療チームの状況	19
2. チーム間で対立が起きる背景	19
3. BPD患者に対する治療的医療チーム体制構築を支援する方法	20
4. 考察	24

5. 結論	25
-------	----

### 第3章 予備研究1 BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスの効果的なファシリテーション方法に関する研究

I. 目的	27
II. 用語の定義	27
III. 研究方法	27
IV. 倫理的配慮	28
V. 結果	28
1. 研究対象者の概要	28
2. BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーション方法	28
3. 抽出されたカテゴリー間の関連性	55
VI. 考察	61
1. BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのプロセス	61
2. BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーション方法	62
3. BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーターの心構え	64
4. BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーターの観察点	65
5. BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーターの困難感	66
6. 集団精神療法との比較でファシリテーター・メンバーが乗り越える課題	67

### 第4章 BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスで用いるマッピングシート活用プログラムの作成

I. 目的	69
II. 用語の定義	69
III. 方法	69

1. マッピングシート活用プログラムに至る全体の構成	69
2. プログラムの作成の枠組み	70
3. プログラムの構成要素	71
IV. 結果	72
1. カンファレンス手順書の構成	72
2. 説明書の構成	72
3. カンファレンス手順書の構成の意味	73
4. マッピングシートについて	74
5. 説明書の構成の意味	75

## 第 5 章 BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第 2 案）の作成

I. 目的	81
II. 研究方法	81
III. 倫理的配慮	81
IV. 結果	82
1. 対象者概要	82
2. マッピングシート活用プログラム（第 1 案）の改善点	82
3. ファシリテーション方法のさらなる抽象化	87
4. さらなる抽象化から得られた考察	93
5. プログラム（第 1 案）全体の構成の修正とプログラム（第 2 案）の作成	96
6. プログラムの修正点として採用しなかった改善点のカテゴリー	101

## 第 6 章 BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第 2 案）の有用性の検証と最終案の作成

I. 目的	103
II. 方法	103
1. 研究対象施設と研究対象者	103
2. データ収集期間	103

3. データ収集方法.....	103
4. データ分析方法.....	104
III. 倫理的配慮 .....	105
IV. 結果 .....	106
1. 対象者概要.....	106
2. プログラム(第2案)を使用したカンファレンスにおける役立ち度の検証 .....	107
3. プログラム(第2案)を使用に伴うカンファレンスにおけるメンバーの体験 .....	113
4. プログラム(第2案)を使用に伴うカンファレンスにおけるファシリテーターの体験 ..	118
5. プログラム(第2案)の改善点.....	123
6. プログラム(最終案)の作成.....	125
7. プログラム(最終案)の作成プロセス.....	125
8. プログラム(最終案)の構造.....	126
9. 最終的な成果物であるプログラム(最終案)について .....	126
第7章 考察	
I. メンバーが体験したプログラム(第2案)を用いた感情表出について.....	142
1. プログラム(第2案)の使用は『自分の感情の課題を自覚し乗り越えやすくなる』 ....	142
2. プログラム(第2案)の使用は『チーム全体のケア機能を高める』 .....	144
II. ファシリテーターが体験したプログラム(第2案)を用いた感情表出について.....	145
1. プログラム(第2案)の使用は『感情表出をケアに導くリーダーの在り方に気づく』 ことにつながる.....	145
2. プログラム(第2案)の使用は『チームで行うケアの可能性を広げる』 .....	146
III. マッピングシートによって得られる視覚的効果について.....	147
IV. プログラム(第2案)の有用性について.....	149
V. 今後の課題 .....	150
VI. 研究の限界 .....	150
第8章 結論 .....	152
謝辞 .....	154
文献 .....	155



## 表目次

表 1	BPD 患者のケアのためにより有効な医療チーム機能を支援する方法に関する文献	18
表 2	BPD 患者をケアする際のチーム状況	22
表 3	BPD 患者をケアするチームメンバー間の対立の背景	22
表 4	BPD 患者をケアするチーム構築のための対策	23
表 5	BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーターの介入方法	51
表 6	BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーターの観察点	52
表 7	BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーターの心構え	53
表 8	BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスの特徴・プロセス	54
表 9	BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーターの困難感	54
表 10	メンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム(第 1 案)の改善点	87
表 11	再抽象化したメンバーの感情表出を促すファシリテーション方法	93
表 12	ファシリテーター属性	107
表 13	メンバー属性	107
表 14	マッピングシート活用プログラム(第 2 案)の役立ち度 メンバー	111
表 15	マッピングシート活用プログラム(第 2 案)の役立ち度 ファシリテーター	112
表 16	プログラム(第 2 案)の使用に伴うメンバーの体験	118
表 17	プログラム(第 2 案)の使用に伴うファシリテーターの体験	123
表 18	プログラム(第 2 案)の改善点	124

## 図目次

図 1 対応困難な患者をめぐる対人状況を示す図：メンバーの感情表現を促すマッピングシート原案 .....	2
図 2 文献レビューチャート .....	17
図 3 BPD 患者をケアする際に陥りやすいチーム状況とチームを再構築するプロセス...	24
図 4 BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンス場面のファシリテーション方法 .....	58
図 5 ファシリテーターの観察点の俯瞰図 .....	59
図 6 BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンス場面のファシリテーターの心構えと困難感.....	60
図 7 マッピングシート活用プログラムに至る全体の構成 .....	70
図 8 マッピングシート案 .....	75
図 9 ファシリテーション方法とプログラムの対応 .....	80
図 10 ファシリテーション方法の再抽象化に従って得られたマッピングシート活用プログラムに至る全体の構成.....	97
図 11 ファシリテーション方法とプログラム(第 2 案)の対応 .....	100
図 12 プログラム(最終案)に至る作成プロセス .....	126

## 資料

資料1	マッピングシート活用プログラム【第1案】	-1-
資料2	マッピングシート活用プログラム【第2案】	-14-
資料3	マッピングシート活用プログラム【最終案】	-21-
資料4	「マッピングシートを活用したカンファレンス」アンケート	-28-
資料5-1	予備研究1 施設依頼状	-32-
資料5-2	予備研究1 研究協力説明書	-33-
資料5-3	予備研究1 研究承諾書(施設・研究者用)	-35-
資料5-4	予備研究1 研究対象者募集のチラシ	-36-
資料5-5	予備研究1 研究同意書(対象者・研究者用)	-37-
資料5-6	予備研究1 同意撤回書(対象者・研究者用)	-38-
資料5-7	予備研究1 インタビューガイド	-39-
資料6-1	研究1 施設依頼状	-40-
資料6-2	研究1 研究協力説明書	-41-
資料6-3	研究1 研究承諾書(施設・研究者用)	-42-
資料6-4	研究1 研究対象者募集のチラシ	-43-
資料6-5	研究1 研究同意書(対象者・研究者用)	-44-
資料6-6	研究1 同意撤回書(対象者・研究者用)	-45-
資料6-7	研究1 インタビューガイド	-46-
資料7-1	研究2 施設依頼状	-47-
資料7-2	研究2 研究協力説明書(ファシリテーター用)	-49-
資料7-3	研究2 研究協力説明書(メンバー用)	-51-
資料7-4	研究2 研究承諾書(施設・病棟用)	-53-
資料7-5	研究2 研究対象病棟募集のチラシ	-54-
資料7-6	研究2 研究対象者(ファシリテーター)募集用チラシ	-56-

資料 7-7	研究 2	研究同意書(ファシリテーター・研究者用).....	-57-
資料 7-8	研究 2	研究同意書(メンバー・研究者用).....	-58-
資料 7-9	研究 2	同意撤回書(ファシリテーター・メンバー用).....	-59-
資料 7-10	研究 2	インタビューガイド (ファシリテーター用).....	-60-
資料 7-11	研究 2	インタビューガイド (メンバー用).....	-61-

## 第1章 序論

### I. 研究の背景

重篤な精神症状をケアする入院治療の場面では、精神疾患患者は精神症状に伴う様々な感情をスタッフに投げかけてくる。そのため、精神科臨床においてスタッフは、感情が揺さぶられることを頻回に体験する。その揺さぶられたスタッフ感情をどのようにチームで共有し対処するかは、人的治療環境をつくる精神看護の課題となっている。

そのような精神科臨床のなかでも、スタッフの感情を揺さぶる代表は、境界性パーソナリティ障害(以下BPD)患者である。BPD患者は、近年増加傾向にあり、その有病率は0.5~5.9%とされている(Falk, 2011)。海外では治療法として、Linehan, M.ら(1994)の弁証法的行動療法(DBT)や、Bateman, A & Fonagy, Pら(2001)の精神分析的デイケアが、RCTにおいて有用性が示唆された報告がある。そのため海外では、入院治療よりもアウトリーチ医療にその力点がおかれる傾向にある(平島ら, 2007)。しかし我が国では、DBTの治療構造とスキルトレーニング、保険診療の適用という課題があり実践している医療機関は少ない(岸, 2011)。我が国でBPD患者の入院患者数に関する疫学調査はされていないものの、全国施設アンケート調査では、BPD患者の入院患者割合は、5%以上10%未満の施設は30.8%。10%を超える施設も11.5%であり、我が国では少なくない患者が入院で治療されている実態がある(小野ら, 2007)。

BPD患者に対する看護は、各識者が様々にその対応の困難性を指摘している。最も特徴的なのは彼らの暴言・暴力などの攻撃や破壊行為・自傷行為などの「問題行動」や、理想化とこき下ろしなどの「対人操作」である。これらの行動は、スタッフの感情を大きく揺さぶることとなる。BPD患者の看護における既存の研究は、症例検討が多く1対1の関係性における分析に偏る傾向が見られ、看護場面のスタッフ間の課題および対人状況の理解、治療環境が混乱状況にある場面の対策の研究はあまり行われてない。ゆえに臨床では、BPD患者の治療過程において、治療チームメンバーが、患者に巻き込まれている状況の理解が遅れ、治療チームの深刻な分裂(成田, 2006)や現場の混乱(牛島, 2008)に陥ることがある。

そこで研究者は、1対1以上の関係性に注目し、患者とスタッフ、およびスタッフ同士等の患者をめぐる対人状況を図示化した。その研究では、BPD患者と同様に対応困難例とされる、精神病圏患者の多訴へのケア場面の対人状況を概念モデルとして作成した(清水隆ら, 2016)。それを踏まえて、BPD患者の問題行動場面の看護ケア状況を調査した結果、精神病圏患者の多訴へのケア場面と同様の対応をとっていることが分かった(清水隆ら, 2017)。

BPD患者への対応10か条である「ボーダーラインシフト」を開発した市橋(1991)は、治療環境の対人状況を客観視できることが、適切な治療環境を導くことを示した。加えて、可視化しながら議論をすることは、物事の関係性が明確になり、対話の活性化、対等な参加、対個人への感情から対議論の思考を可能にする(掘, 2006; 清水淳, 2016)。市橋は、ボーダー

ラインシフトとして文章で BPD 患者との対人関係を構造化したが、対人関係を可視化したツールは、モレノのソシオグラムがあるものの、主に教育現場で用いられ精神科の臨床では用いられていない。そこで、研究者は先行研究で作成した、精神病圏患者の多訴へのケア場面の対人状況の概念モデルを、患者をめぐる対人状況を表す図（図 1）に修正し、対人状況を可視化するマッピングシートとしてカンファレンス場面で活用することを着想した。

すなわちマッピングシートのカンファレンスでの使用は、スタッフが揺さぶられた感情に客観性を持たせることにつながることで、および対話の活性化、対等な参加につながると考えた。そのことにより安全に表現させることが可能となり、チームでの感情の共有を導くのではないかと考えた。

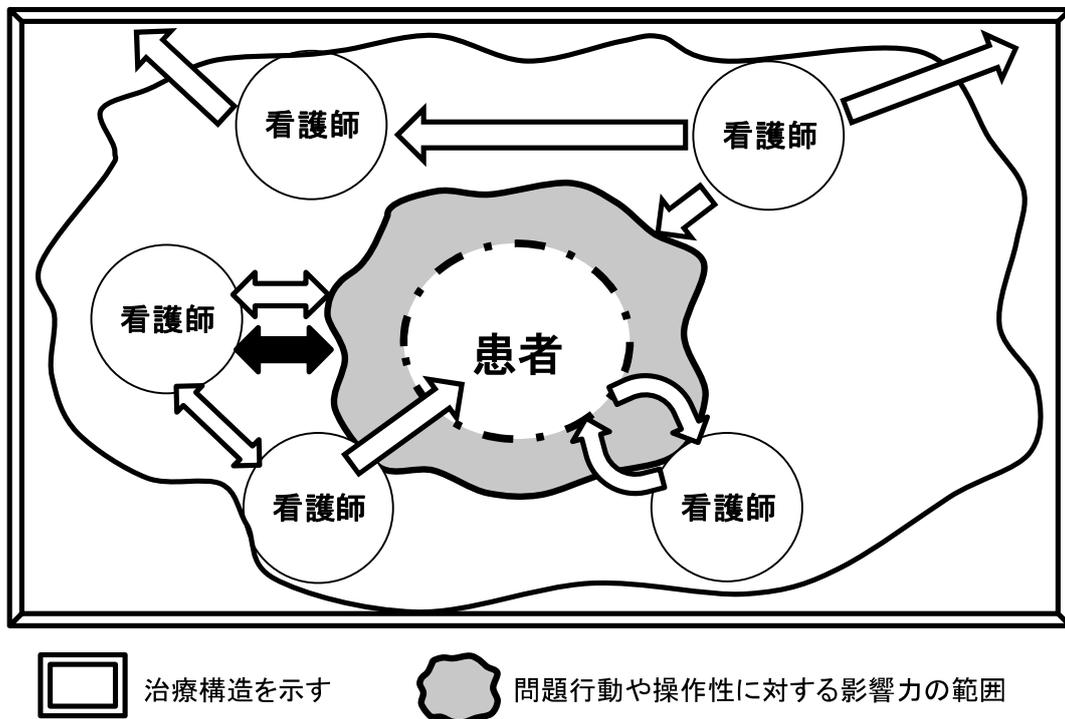


図 1：対応困難な患者をめぐる対人状況を示す図（清水隆ら, 2016 から転載）：  
メンバーの感情表現を促すマッピングシート原案

## II. 用語の定義

マッピング：患者をめぐるスタッフの対人状況を俯瞰的に図示すること、とした。

ファシリテーター：感情表出を促すカンファレンスの司会役のこと、とした。

## III. 対応困難な患者をめぐる対人状況を示す図（図 1）の説明

図 1 は、「精神科急性期病棟における精神病圏患者の多訴に対する看護師対応の構造」（清水ら, 2016）から転載した図である。図 1 は、対応困難な患者に対して 1 対 1 で対応がなされているのではなく、チームメンバーが相補的に役割を補完しながら、チーム全体で様々なケア（様々な方向の矢印がそれを意味する）を行い、患者を抱える環境を作り上げているこ

とを意味する。特に精神病圏(統合失調症・躁うつ病)患者の多訴は、患者の自我境界を透過し膨張しながら看護師に向かい看護師の自我境界を侵襲してきている。そのため独りの看護師が相対しているのではなく、チーム全体の中で相補的になろうとする姿勢が重要になってくる(清水ら, 2016)

これと同じような現象が BPD 患者のケア場面でも起きる。なぜなら BPD 患者は、精神症状によって自我境界が脆弱になっているために、自分が処理できない感情を看護師に向け、問題行動や対人操作を行うことによって対処するからである。その結果、看護師は負の感情や、心的な痛みを体験することになる。つまり、問題行動や対人操作の影響は、患者の感情を伴って押し寄せるように侵襲性を伴って看護師に向かってくる。BPD 患者のような、看護師の感情に影響を与える患者に対して重要なことは、精神病圏患者の多訴への対応と同じように、過剰に回避・退却的な行動や、独りで患者の感情をすべて引き受けることで、ケア者が破壊されないようにすることである。感情は受け止められるが、のみ込まれはしないよう、治療チームが相補的にほどよく包み込むように存在することである(清水隆ら, 2016)。

目に見えない心的交流である精神看護やこころである精神状態を、患者を含め俯瞰して可視化した図 1 を用いることは、自分やチームが患者からどのような影響を受け、その時どのような行動をとっていたのか、客観性と具体性を高める。その結果、自分がどの位置におり、どのような役割を担っているのか、また相補的にチームが機能しているのか、そのようなチーム状況の時、どのような感情を伴っていたのか、カンファレンスで俯瞰的に確認しながらディスカッションを促す道具、すなわちマッピングシートの原案として活用できると考えた。

#### IV. 研究目的

本研究の目的は、患者の問題行動や操作性により対立しやすい BPD 治療チームが、カンファレンスで正直な意見や感情を表現しやすくなることや、ケア場面におけるチーム状況を俯瞰的に確認しやすくなるマッピングシート活用プログラム(以下プログラム)を作成することである。加えてカンファレンスでのプログラムの活用は治療チームメンバーの感情表出に役立ったかを検証することを目的とする。そのための具体的目標は以下 6 点である。

1. BPD 患者に関する看護と、医療チーム構築の方策を明らかにすることにより、より有用性が高いプログラムの示唆を得る。
2. 精神科病棟内の看護師を対象に、BPD 患者のケアに対するチームカンファレンスにおいて、感情表出に効果的であったファシリテーション方法を質的記述的に分析し抽出する。
3. マッピングシートと予備研究 1 で抽出した BPD 患者のケアに対するカンファレンスのファシリテーション方法を用いて、プログラム(第 1 案)を作成する。
4. 3 で作成したプログラム(第 1 案)を、ファシリテーションを行う臨床看護師と感情を扱うカンファレンスを経験したことがある看護師により精査し、より活用性の高いプログ

ラムになるよう修正することで、プログラム(第2案)を作成する。

5. BPD に関するメンバーの感情を扱うカンファレンス場面でプログラム(第2案)を使用することにより、治療チームメンバーの感情表出に役立ったのか検証する。

6. 5. でプログラム(第2案)を使用したファシリテーターとメンバーにより、プログラム(第2案)の改善点を精査し、プログラム(最終案)を作成する。



## 第2章 文献検討

### I. 境界性パーソナリティ障害の病態概観

境界性パーソナリティ障害(以下 BPD)と診断づけられるには、まず前提としてパーソナリティ障害全般の基準を満たさなければならない。DSM-5 のパーソナリティ障害全般の基準は次の通りになっている。

その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った、内的体験および行動の持続的様式。その様式は以下のうち2つ以上の領域に現れる。

1. 認知(すなわち、自己、他者、および出来事を知覚し解釈する仕方)
2. 感情性(すなわち、情緒反応の範囲、強さ、不安定さ、および適切さ)
3. 対人関係機能
4. 情動の制御

その上で、その持続様式は、柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲に広がっていること。臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしていること。その様式は、安定して長時間続いており、青年期または成人期早期から始まっていること。そして、他の精神疾患や薬物乱用などの物質または頭部外傷などの医学的疾患では説明できないこと、とされている。

DSM-5 での BPD の診断基準については、パーソナリティ障害全般の基準を満たした上で、次の9項目の内5項目以上該当すると境界性パーソナリティ障害と診断される。

1. 現実、または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふり構わない努力。  
(注：基準5で取り上げられている自殺行為または自傷行為は含めないこと)
2. 理想化とこき下ろし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の様式
3. 同一性の混乱：著名で持続的に不安定な自己像または自己意識
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)(注：基準5で取り上げられている自殺行為または自傷行為は含めないこと)
5. 自殺の行動、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の不安定性(例：通常は2~3時間持続し、2~3日以上持続することはまれな、エピソード的に起こる強い深い気分、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、取っ組み合いの喧嘩を繰り返す)
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

それでは、各診断基準が具体的にどのような状況のことを示しているのか、確認していくことにする。

## 1. 見捨てられることを避けようとするなりふり構わない努力について

Kreger(2003)によると、見捨てられ不安の状態を、ちょっと前までお母さんが手を握っていたのに、突然群衆の中に消えてしまった子どもの孤立感と不安感を、BPD患者は体験していると例えている。実際にその体験を当事者は、「見捨てられたって感じる時は、孤独感や恐怖、疎外感がごちゃまぜになっているの。パニックになるわ。裏切られたとか利用されたとかとかいう感じ。死にたくなるわ。」と表現している。

そのような状況におちいった患者は、怒りを爆発させたり、そばにいてくれるように執拗に頼んだり必死の行動をとる。翻って、当事者の相手は「僕が仕事から5分でも遅れたら、妻は僕がどこにいるのか探そうとして電話をするよ。友達と出かけることなんかもうできないよ。僕が映画を見ている時だって、携帯電話を鳴らすんだからすごいストレスだよ」と、その負担感を語っている(Kreger, 2003)。

## 2. 理想化とこき下ろし

BPD患者は、ほんの1~2回会っただけの相手を極端に理想化し、自分と長い時間を過ごすことを求め、かかわりが始まったばかりなのに非常に個人的なことを打ち明けて分かち合おうとする(成田, 2006)。上述した強い見捨てられ不安のために、ついに見捨てない人物が現れたと理想化し絶賛するのである。しかし理想的だった人物の期待はずれの言動や意見の食い違いなどにより、一体感が損なわれた時、自分を見捨てる悪い人物になる。すると、こき下ろすことになる。

その様をBPD患者のパートナーだった稲本は次のように記している『まさしく、理想化とこき下ろしの両極端を揺れ動く』というのは、僕がただならず振り回されているものだ。俗にいうジェットコースターと言われる。百パーセント理想的な文句なしの人間か、自分を打ち壊す最悪の輩一方でしかなくなってしまう」(稲本, 2009)。

この振り回されることは、医療職者も同様である。一方の治療者が理想化された「よい」治療者、他方が価値下げされた「悪い」治療者を引き受けさせられる。このように、患者が相手によって態度を使い分けることはスタッフの見解の相違が起き、潜在していたスタッフ間の対立が顕在化し、治療チームの間に深刻な分裂をひき起こされ、治療チームが破壊されることもある(成田, 2006)。

この全か無か、白か黒かという思考はスプリッティング(分裂)と呼ばれ、境界性パーソナリティ障害には特徴的な思考様式となっている。すなわち、彼らには「対象恒常性」言い換えれば、良い面も悪い面もあって一人の複雑な人間だと理解して、関係を築く能力に欠け

ている。さらには、相手を理想化し、依存してしがみついて不安感を解消したいと思う反面、親密になりすぎると相手に呑み込まれてしまい自分のアイデンティティと存在感が消滅するのではないかという気持ちの間を揺れ動いている (Kreisman, 1989)。そのため安定した対人関係をとることはきわめて難しい。

### 3. 同一性の混乱

境界性パーソナリティ障害の患者は、「自分はこういう人間である」という自分の全体像を安定して描けない (牛島, 2008)。明確な自己像がないため常に他者と比較しての自己像しかない。そのために、他者の存在が必ず必要になるかつ、常に他者から与えられた役を演じ続けている。自分の帰属できる場所を求めて職業選択や価値観、性役割の自己認識、趣味、交友相手のタイプについて、好みが突然変化することもある (成田, 2006)。

彼らは、このように他人に同調したり同一化したりすることに長けているように見えるが、その背景は彼らの同一性障害と見捨てられたくない思いから、環境に過剰適応しているだけである。こうした傾向のため、ボーダーラインは「かのような人格 (as if personality)」と呼ばれる (渡辺, 2006)。この傾向は確かな自分がないという「慢性的な空虚感」にも関連している。

### 4. 自己を傷つける衝動行為

BPD 患者は、過食や嘔吐 (室谷, 2002)、アルコールやシンナーなどの物質依存、万引き、性的乱脈など衝動行為を起こしやすい (飛谷, 1999)。これらの行動は、一般的な快楽を得るような行動ではなく、境界性パーソナリティ患者が持つ、強力な見捨てられ不安や孤独感、虚無感が自分では処理しきれないほど高まったときに、こころの苦しみを和らげるための衝動的な対処行動である (牛島, 2008)。

例えば性的乱脈は、こころの中にある不安や空虚感を満たすために、または自分の価値を確かめるために常に愛情と関心を注いでもらうことで、自分を肯定する気持ちを維持しているともとれる。また、度重なる万引きやギャンブルは、低い自尊心から自分を痛めつける自己懲罰を行っているともとれる (Kreisman, 1989)。

### 5. 自殺の行動と脅し、自傷行為

BPD 患者はその不安感の強さから、自分をかまってもらい、救ってもらうための自殺の脅しや試みという操作的態度をよく使用する (Kreisman, 1989)。境界性パーソナリティ障害の自殺率は 8~10%とされているが (Oldham et al, 2001)、この値は一般人口から比較すると 400 倍程度となり (Kreger, 2011)、単なる見捨てられないための脅しだけに収まっていない。そのような脅しは、何度も繰り返されているうちに、やがて周りの人たちが反応を示さなくなり、その結果いっそう真に迫る自殺の試みに導かれていくからである (Kreisman, 1989)。

そのため精神科のみならず救急医療の受診はしばしば見受けられる。加藤ら(1999)は、「境界性人格障害」に悩む患者の一部は、自殺企図で救急外来を何度も受診する。救急医にとっても精神科医にとっても、非常に困難な患者である、と述べている。

また入院中であっても自殺の脅しは行われる。森谷ら(2014)は、外泊することに不安感を高めた患者が「先生の態度が悪い」「外泊してOD(過量服薬)やリスカ(リストカット)をする」「退院したら裁判に訴えるから、その準備をしておくように」と看護師を脅したエピソードを紹介している。

## 6. 気分反応による感情の不安定性

気分反応性とは、出来事に反応して気分が変わることである。境界性パーソナリティ障害の患者はそれが顕著に表れる。

疋田ら(2014)は、BPD患者に、感情が揺れ動いた体験をインタビューし、カテゴリーとして〈瞬時に沸騰する怒り〉を抽出している。また、その感情変動に関わった者は、「ボーダーラインの夫と暮らすことは、一瞬の天国で、次には地獄よ。腹を立てている彼を喜ばせようとして、私はビクビクしながら彼の顔色を窺っているのよ」と語っている(Kreger, 2003)。

## 7. 慢性的な空虚感

BPD患者は、前述したように同一性の混乱あり、Kreisman(1989)は彼らの不安の根底にあるのは、核となるアイデンティティの欠如であると述べている。そのうえで、いつまでも付きまとって離れない「自分が本物でない」感覚、つねに「ごまかし続けている」ような感覚、自分がまがいものであることを感じ続けているとしている。BPD患者の物質依存や性的乱脈、自傷行為などの激しい行動は、このあいまいな自己のイメージの虚しさを埋めるための行動ともとれる。

## 8. 不適切で激しい怒り

BPD患者の怒りは、そのきっかけとなった出来事の不満とは釣り合わない暴力的な状況に発展する場合もある。

当事者である Reiland(2002)の手記にはその怒りの様子が具体的に記述されている。入院中に病棟のルールを破り、婦長に注意されたことに腹を立てウォークマンを頭に投げつけている。次の診察でそのことを指摘された Reiland は医師に罵倒を浴びせる。

「ばかやろう、くそつたれ！あんたの忌々しい医師免許なんかはく奪してやるわ。私の名づけ親はめちゃくちゃ偉いんだから。彼にかかったらあんたなんかいちころなんだから！」

「いきなり入ってきたかと思ったら、あんなふうに私を脅して、そしてそのまま立ち去ろうっていうの？この軟弱者、ふざけたフロイト信者だわ！臆病者！くそつたれ！いまいましあったらありゃしない。あんたの医師免許なんかはく奪してやる、こんちくしょう」

その激しい怒りは、親しい人たちに向けられることが多い。それは救いをもとめる叫びかもしれないし、試し行為かもしれないし、親密への恐怖からくるものかもしれないが、結果的に、必要としている人を遠ざける結果となる。

## 9. ストレス関連性の妄想様観念、解離症状

BPD 患者は、通常現実感を保っているが、ストレスにさらされた時には短期の精神病状態になることがある。当事者は次のように述べている。「時間のほとんどは、無意識の状態です。費やされます。こころが混乱状態にあると、現実世界がとても遠くなるのです。(中略) 私は、実際そこにはいないのです」(Kreger, 2011)。

上記をまとめると、BPD の病態の特徴は次の通りである。

- ・強い見捨てられ不安をもつ
- ・明確な自己像がなく強い空虚感をもつ
- ・明確な自己像がないため、対人像も安定せず理想化とこき下ろしを繰り返す(スプリッティング)。
- ・不安感・空虚感から逃れるために安心を与えてくれる他者にしがみつく努力をする。
- ・その努力が実らない現実と直面すると、怒りを中心とした感情の爆発や自己を傷つけるなどして対人操作的な行動をとる。
- ・不安感・空虚感から逃れるために自己を傷つけるような行動をするときもある。

## II. 境界性パーソナリティ障害の看護

### 1. 阿保の文献検討を基にした 1983～2006 年までの境界性パーソナリティ障害の看護

阿保(2006)は、1983 年から 2006 年までの人格障害に関する文献を「医中誌 Web 版」で検索し 4648 件抽出している。その中で、看護に関する原著論文で、「境界性人格障害」をキーワードにもつ論文は、49 件となったとした。

その中で阿保は、5 年ごとにテーマを追っている。1983 年から 1987 年では、「境界例的症状を有する看護の試み」とある題名に注目し、境界例という新しい概念に恐る恐る触れながら、境界例患者の看護を模索し始めた時期だと述べている。また、1985 年には粕田らによって「Orem/Underwood theory による Dr. Underwood による境界例のケーススタディ」が発表され、精神力動論を基にした、セルフケア看護モデルの創世記レポートとして紹介した。

1988 年から 1992 年までは、医師たちの人格障害の研究がピークを迎え、看護師たちの研究も増加し始める時期とし、看護研究の中での中心的な文脈は、看護師の中立性、行動制限、病棟規則などが患者への看護的対応の経験との関係で報告されているとした。

1993 年から 1997 年までは、特に 1994 年には看護師による人格障害の研究が発表された。内容は、精神力動論や発達理論などを用いて対象理解を深めようとするものや、患者との治療・看護契約や心理的距離の置き方、看護師の意識の持ち方に言及するものが目立つ

ようになったと述べている。1995年には、野嶋らによって「精神科看護者の境界性人格障害に対するとらえ方と態度」が発表された。この研究は、境界性人格障害患者への治療的かわりの困難さを反映して、実際に看護師自身が経験している患者に対して抱く感情や対処行動とその根拠などを明らかにしようとした研究である。その結果は、問題行動に対して看護師は、「逸脱行動への巻き込み」「自殺の脅かし」「自暴自棄な行動」「治療方針や治療行為に関する質問・苦情」「権利の主張、規則違反」「回復意欲の欠如」等の対応が困難であると感じていた。また、関係性に関しては「共感的に理解しようとするほど自責的に自尊感情を低下させている現象が浮かび上がる。患者の行動に圧倒されたときに看護師は自己の力にある種の諦めの感情を持っている」と結論づけている。それに対し阿保は、患者に共感的にかかわることの重要性は、身につけている看護的態度で患者よりは看護師自身の責任として引き受けてしまう当時の傾向がよく反映されていると述べている。病理に関する見解については、「親のしつけが不十分である」「社会性が未発達である」といった見方のほか、社会的風潮の乱れを含む社会的因子や、性格上の問題、精神的修養不足等、性格的因子をとらえる傾向があったとし、治療は薬や精神療法の効果など医学的治療を効果的で必要なものとして期待している。

これらの結果から阿保は、この当時は信頼関係や安心できる環境の提供や、看護師自身の自己洞察、あるいは患者の生活史に目を向けることから患者とかかわろうとし、さらに医学的治療への積極的な協力や薬物などの期待など、精神科看護の方法をできるだけ多様に活用していたと述べている。

1998年から2002年までは、問題行動を取り上げる傾向は続くものの、境界性人格障害の病理を理解してのかかわりや、具体的な援助の方法に関する報告も見られてくる。例として「見捨てられ不安」や、看護師間での「統一した対応」や「治療チーム」としてのかかわり、「父親的口調での生活指導」といった表現が散発して見られるとし、精神力動的理解が少し取り入れられて来たと述べている。加えて、傾聴を基本とする支持的援助の効果についても述べられているとしている。

2003年から2006年までは、2000年以降から見られ始めた、境界性人格障害患者と対峙した時に看護師が抱く感情や、患者と看護チームとの間に生じる葛藤に焦点を当てたレポートが多く見られると述べている。また、他職種との連携で行う地域サポートなど病棟以外での看護実践報告が挙げられてきたのが特徴的であるとしている。

その中でも、阿保は2003年鈴木の「境界性人格障害に関する我が国の最近6年間の文献的研究—看護上の問題行動に焦点を当てて」に注目して詳しく説明している。以下は鈴木が、文献検討から導き出した有効かつ具体的と考えられる対応と看護である。

#### 「1. 患者の問題行動をアセスメントする

- 1) 患者の中心的症状（対人関係、感情の不安定さ、衝動性）、具体的な問題行動を把握する。

2) 主な問題行動である衝動行為、操作性、依存性は単一のものでなく、関連づけて捉え、患者の発達過程や力動的観点から捉える。

## 2. 患者の問題行動への対応

1) 構造化された治療的環境を提供する。生命の危険を守るため、自身をコントロールするためといった制限設定 (Limit Setting) の必要性を事前に説明し、同意を得る。規則は厳守するよう促し、必要以上の要求に対して受け入れられないと伝える。違反した場合の現実的具体的な対応、約束事を決めておく。医師の治療、方針を知り、連携を図りながら一貫した対応、看護を実施する。

2) 自殺企図、自傷行為に対して操作的であっても積極的に介入していく。制限設定の確認、振り返り、枠組みの変更。カンファレンスを通じ、情報交換。

## 3. 支持的療法を取り入れる

1) 健康な自我（現実原則に添った反省的な機能を持つ自我）を支持していく。

2) 健康な自我に働きかけ、セルフケア能力を高め、自立、成長を促す援助を行う。」

この結論に関して、阿保は 2003 年までの境界性人格障害患者の看護に関する研究の一応の総括としてみることができる。と述べている。

## 2. 佐々木の文献検討を元にした 2006 年～2012 年までの境界性パーソナリティ障害の看護

佐々木(2013)は、2007 年から 2012 年までの看護における「境界性パーソナリティ障害」の原著論文を「医中誌 Web 版」で検索し 28 件抽出している。

ここでも、境界性パーソナリティ障害の病理を理解してのかかわりと、具体的な援助方法に関する報告が多数を占めると述べている。具体的な内容としては患者-看護師関係を元に看護の役割について明らかにした報告、医療チームでかかわることの重要性を述べた報告、重要他者とのかかわりに焦点を当て、対象理解の視点を検討した研究、家族支援の必要性を述べた研究が見られるとしている。また、新たな視点として、当事者視点による体験の構造の報告が述べられている。

詳細に確認していくと、患者-看護師関係を元に看護の役割について明らかにした報告(夏堀, 2007; 石部, 2008)では、結果として、1. 対人関係の修正、練習としての役割、2. 患者の感情だけでなく看護師自身の感情と向き合い患者理解につなげる役割、3. 入院という治療環境を活かして、対人関係の再構築の場を患者と共に作り上げていく役割、また患者-看護師間の心理的距離をとりながら患者の思いを表出できるようにかかわること、が看護師の役割であると結論付けられていた。

医療チームでかかわることの重要性を述べた報告では(夏堀, 2010; 島田, 2010)、カンファレンスを利用して、それぞれの職種からの正直な意見を出し合った結果、スタッフ間の不和・緊張が緩和し治療構造が守られた。また「情報の共有化」「問題の明確化」「対応の統一」などの共通認識をもつことに加えて、チーム内でそれぞれのスキルや持ち味を活かしなが

ら、役割を担うことによって個人の負担は軽減すること。看護師自身の感情の表出と、その感情をチームで受け入れることで、患者との良好な関係の構築につながるとされた。

また、重要他者とのかわりに焦点を当て、対象理解の視点を検討した研究(那須, 2007、2009、2011)での結果は、BPD 患者の共通したコミュニケーションパターンとして「異性との関わり」「他者へのアピール」「自分の居場所を探し求める行動」がある。そこから看護師は人格障害患者がどのような発達段階を経て現在に至っているのかを把握し、人と社会へのかかわりのパターンを修正しうる環境を提供する視点が必要になる、とまとめられた。

家族支援の必要性を述べた研究では(阿部, 2008; 知識, 2008)、家族の気持ちを中心に添えながら、家族、治療者の互いの思いを言語化・文章化することは問題を明確にし、家族の役割を取り戻し、治療同盟を作っていくことに繋がることの示唆があったとしている。佐々木が新たな視点とした、当事者視点による体験の構造の研究(石橋, 2010)から導き出された看護への示唆は、看護者自身の内面的洞察と自己理解を通じて、患者の生育歴の十分な分析に基づいて関わりのお口を探り、自立生活を送れるよう自らが自覚する方向で支援する必要性があるということであった。

これらの研究から佐々木は、この時期の境界性パーソナリティ障害患者への看護に関する研究は、「看護師としてどのようにかわるか」「チームはどうあるべきか」など、患者への看護実践に向けての問題解決志向性の強い視点が中心的であることが示されたとした。

研究者が、これに説明を加えるならば、2006 年から 2012 年までの文献で境界性パーソナリティ障害患者への看護は、修正や練習などといった表現が示されるように、看護実践は 2006 年まで中心であった支持的精神療法的なものから問題解決志向的な視点が加えられたといえよう。

チームはどうあるべきかという問いは生まれてきたが、基本的な看護スタイルは、発達過程に問題を抱えたひとりの患者と、感情を抱えたひとり看護師がどうかかわるのか、という視点が根強かった。つまりチームがどうあるべきかという視点は、一人の患者に対してチーム全体でどう関わるかという視座ではなく、リミットセッティングに基礎付けられており、治療構造を崩さないために、チームカンファレンスの重要性と情報共有し対応の統一を説かれることが続けられていた。

ただし、そこには患者に対してだけでなく、治療チームに対して起こる、各個人の感情が深く関係している文脈で述べられるようになっていく。これは 2000 年末に「感情労働としての看護」が発刊され、以後看護師が抱く感情や、患者と看護チームとの間に生じる葛藤に焦点を当てたレポートが多く見られるようになった影響だと考えられる。カンファレンスで感情を話し合うことで、結果的に治療チームが安定し患者との良好な関係の構築につながる、という視点は新たに生まれた重要な視点であろう。

### 3. 2013 年～2017 年までの境界性パーソナリティ障害の看護における文献検討



2013年から2017年までの「看護」「境界性パーソナリティ障害」の原著論文を「医中誌Web版」で検索し15件抽出した。今までの流れを引き継いで、問題解決志向の積極的な看護介入は続けられている。垣田ら(2013)は、交換日記とアクシデントレポートから生活を振り返り、自傷防止ではなく安全に感情の統制を保つことへ視点に切り替えるよう介入した結果、自傷をコントロールし安定して生活できるようになったと述べている。倉林ら(2015)は、不穏時に薬以外の対処行動をとれずにいた患者に対し、身体や気分の変化から不安の程度を評価する表と、不安の程度に応じた対処行動をまとめた表で対応した結果、薬の使用回数が減ったと報告した。その反面、太田ら(2016)は、抑うつから衝動行為を繰り返す患者に対して、患者の不安と辛さをありのままに理解することが大切であると、支持的に関わったことが肯定的な結果になったと結論付けた。

これらのことから、これまでの看護研究では支持的対応が患者の精神症状軽減にとってよりよいのか、問題解決志向的対応がよりよいのかは方向付けられてはいない。支持的対応と問題解決的対応とのバランスが大切なのであろう。

そのことは板山(2004)が「そのときどきで支持受容的対応と直面化的対応を織り交ぜバランスを考慮して対応することが重要なのではないのでしょうか」と同様の文脈で述べている。ただし、2012年までの文献を踏まえても、対応しなかったり、見てみぬふりしたりをするといった退却的な看護行動が効果的であったという報告は見当たらない。つまり安定した治療構造の中で、看護師から何かしら患者に関心が向けられながら、バランスの良い対応がなされることが重要であるとの示唆が得られた。

2017年には草池ら(2017)が2000年から2013年までの境界性パーソナリティ障害に関する看護の文献研究を行っている。その結果、18件の研究データを採用し「看護して求められる姿勢を理解する」「チームで看護する必要性」「患者の生き方を理解する」「ロールモデルとしての役割が必要」「看護師が自信を理解する必要性」を抽出している。

以上を踏まえて2003年に鈴木らが抽出した、境界性パーソナリティ障害への看護をもとに、研究者は2017年度現在の修正を試みた。

#### 1. 患者の問題行動をアセスメントする

1) 患者の中心的症状(対人関係、感情の不安定さ、衝動性)、具体的な問題行動を把握する。

2) 主な問題行動である衝動行為、操作性、依存性は単一のものでなく、関連づけて捉え、患者の発達過程や力動的観点から捉える。

3) 患者の感情のみならず看護師の感情にも焦点を当てて患者理解を試みる。

#### 2. 患者の問題行動への対応

1) 構造化された治療的環境を提供する。生命の危険を守るため、自身をコントロールするためといった制限設定(Limit Setting)の必要性を事前に説明し、同意を得る。規則は

厳守するよう促し、必要以上の要求に対して受け入れられないと伝える。違反した場合の現実的具体的な対応、約束事を決めておく。医師の治療、方針を知り、連携を図りながら一貫した対応、看護を実施する。

2) 構造化された治療環境を安定して提供するには、カンファレンスを利用し他職種を含めた各メンバーの感情の表出とそれを受け入れるチーム体制が必要である。それにより治療チームが安定し患者との良好な関係の構築につながる。

3) 自殺企図、自傷行為に対して操作的であっても積極的に介入していく。制限設定の確認、振り返り、枠組みの変更。カンファレンスを通じ、情報交換。

4) 家族と治療者が、家族の思いを中心にしながら表現しあっていくことは治療同盟を形成することになる。

3. 患者に関心をもちつづけ、問題行動の修正と、抱える思いの支持をバランスを考慮しながら自立・成長を促す

1) 健康な自我（現実原則に添った反省的な機能を持つ自我）を支持していく。

2) 健康な自我に働きかけ、セルフケア能力を高め、自立、成長を促す援助を行う。

3) 起きている問題に焦点を当てて、積極的に問題の修正や対処行動を獲得する援助を行う。

### Ⅲ. 精神科カンファレンスの位置づけ

BPD 患者における看護の文献検討の結果、看護では構造化された治療環境が前提条件として必要であった。Dickens (2016) も BPD 患者に対応する看護師の問題点のレビューの結果、看護実践を導くためには首尾一貫した治療構造が必要であると述べている。その治療構造の中で看護師は、発達過程や力動的観点から患者に関心をもち、問題行動の修正と、患者が抱く思いに支持的にかかわり、そのバランスを考慮しながら自立・成長を促す看護を展開していく必要がある。

構造化された治療環境とは鈴木(2003)は、リミットセッティングの説明と同意、規則の順守、スタッフは必要以上の要求を受け入れない、違反した場合の約束事を決める、治療方針の確認と一貫した対応を挙げている。しかし、BPD 患者の問題行動や対人操作によって、それはいとも簡単に崩壊しやすい。例えば八木 (2003) が述べるように、過度に理解的、保護的な看護師と化していく「求心性の巻き込まれ」もあれば、そんな同僚をひややかに見て傍観者となって退いていく「遠心性の巻き込まれ」もある。特別な関係ができる「継続的な巻き込まれ」や、攻撃性の強い BPD 患者の場合に多い、負の感情をぶつけられることによって自分の陰性感情を引っ張り出されるという「場面的な巻き込まれ」もある。

特に、BPD 患者の特徴的な問題行動は暴言・暴力であるため、陰性感情に関する研究が多くあった (川畑, 2004; 鎌井, 2004; 松浦, 2010)。それに伴って、患者への陰性感情が強い看護師は、患者との心理的距離が遠くなったり、声掛けが少なくなったり、先入観でみるように

なる(香月ら, 2006;能登谷, 2006)、などが報告されていた。

翻って、野嶋ら(1995)はBPD患者への看護は、看護者は患者を肯定的にとらえようとするが、結局自己の力に対して諦め的な感情を持ち、回避的な対処をとる傾向がみられるとし、看護者の無力感を述べている。その反面、大河内(2003)はBPD患者の看護の体験として、患者と秘密の共有を図ることで自分が患者に独占され、得意気に感じたと述べている。すなわちBPD患者のケア場面では、問題行動や対人操作によって同じ患者に対し様々な感情をもったチームメンバーが同じチーム内に存在することになる。その結果チームは分裂し、チームを意識せず個人で動くようになる(島田, 2010)。すると、一貫した対応は失われ、治療構造は崩壊していくのである。そのため、BPD治療では、前提条件である構造化された治療環境を強固なものに保持するためには、チームの再構築が必要不可欠なのである。そのため大河内(2003)はチームが分裂状況にあるときに対して、治療チームの連携を創っていくことの大切さや、ひとりで感情を抱えることなく話していくことは、治療構造の維持には不可欠であると指摘している。

すなわち、BPD患者に自立・成長を促す看護を行うためには、まず問題行動や対人操作によって発生してくる、各個人やチーム間の陰性感情を中心とした、さまざまな感情を率直に語り合い、治療構造を再構築していく必要があるのである。そしてその感情をとり扱う場が、BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスという場になる。

#### IV. ケア者およびチームの感情的な安定が患者ケアとつながる意味

Peplau(1952)は、看護を「人間関係のプロセスであり、治療的なプロセス」としつつ、そのプロセスの中で患者の感情を表現させながらケアし、かつ看護師自身の内的洞察が発揮されているときに、患者のパーソナリティの発達を促しているのである、という文脈で看護を述べている。なぜなら、Casement(1985)が述べるように、治療者に感じられている感情は、そもそも患者が取り扱えないと体験している、苦悩、無力感、恐怖、怒り、自己への非難などだからである。それらの感情を治療者が認識し、触れておくことができると、感情は患者に扱いやすいものになって戻され、患者は難しい感情を扱いやすくなる。加えて感情に触れておくという治療者の能力をいくらか取り入れていく。

その理論的な背景は、Bionの $\beta$ 要素・ $\alpha$ 要素・ $\alpha$ 機能に当てはまる(Bion, 1962)。松木(2009)は $\beta$ 要素を、赤ん坊がばたつかせて排出している考えられない思考、 $\alpha$ 要素は、心において置くことのできる原初的な思考、 $\alpha$ 機能は $\beta$ 要素を $\alpha$ 要素に発達成熟的に変形させるもの、と説明している。つまり患者からの問題行動や対人操作は、患者自身で対処できない苦痛な $\beta$ 要素であり、それを受けとったケア者は苦痛を感じるようになる。治療者個人で内的洞察を発揮し、 $\beta$ 要素が何を意味するものなのか耐え吟味し、 $\alpha$ 機能を発動させ、 $\beta$ 要素を $\alpha$ 要素に変換し、患者に戻すことができればケアとなる。しかしBPD患者の圧倒的な問題行動や対人操作に対して、一人で耐え感情を吟味するには限界がある。そのため、カンフ

アレンスという $\alpha$ 機能が必要になってくるのである。

大河内が述べたように、カンファレンス（ $\alpha$ 機能）で感情を表出するによって、メンバーは患者から受けた苦痛を幾分抱えらえるようになり、患者の $\beta$ 要素を、カンファレンスの $\alpha$ 機能を用いて $\alpha$ 要素に変換し患者に返すことができる。それが、Casement が述べた、「それらの感情を治療者が認識し、触れておくことができると、感情は患者に扱いやすいものになって戻され、患者は難しい感情に触れておくという治療者の能力をいくらか取り入れていく」という、患者の成長するためのケアの意味につながる。また、カンファレンスが感情表出できるような機能を発揮すれば、ケア者はカンファレンスを Bowlby(1988)の述べる「安全基地」にして、BPD 患者の世界に対して自信をもって探索できる条件を作り出すことができるようになる。そのため、精神科カンファレンスでは、患者からケア者が受け取った感情を取り扱うことは、今後治療的に患者と向き合っていくためにことさら重要になってくるのである。

以上を、要約すれば以下のようなようになる。

ケア者が、カンファレンスという場で感情表出することができれば、ケア者自身の感情が安定しゆとりが生まれる。ケア者自身の感情にゆとりが生まれると、患者と向き合い感情を受け止められるようになる。感情を受け止められることによって患者の不安感は軽減する。患者の不安感が軽減すると、それを原因とする BPD 患者の問題行動や対人操作も軽減する。

精神科カンファレンスで、自分やチームが体験している感情を吟味し取り扱い、ディスカッションすることは、チーム内で発生してくるさまざまな感情の共有の意味だけではない。その感情の共有は患者のこころのケアに直結しており、患者の置かれている精神症状のアセスメントや、ケアの組み立てをおこなう上でも非常に重要になってくるのである。

ところが、精神科カンファレンスにおいても感情の取り扱いは非常に難しいものである。患者の「問題行動」や「操作性」によって、チームの分裂や、陰性感情が高まりすぎ、カンファレンスを行っても、チーム内の感情が直面化できない（丸森, 1987）、チームに求めている（島田, 2010）、などの不全感を示すことも多い。そこで BPD 患者の問題行動によって引き起こされる陰性感情の高まりや、チームの分裂の時に、どのような介入があれば、よりチームが支えられる安全なカンファレンスになるのか、より有用性の高いマッピングシートの活用方法を目指す文献レビューを行った。

## V. BPD 患者への有効な医療チーム構築について

BPD 患者への有効な医療チーム構築について我が国における文献レビューを行った。

我が国に限定した理由については、海外では入院は短期に限っており、アウトリーチ医療にその力点がおかれる傾向にある（平島ら, 2007）ためである。海外では 1960 年代には精神療法的接近が生まれたが、1970 年代には長期入院による患者治療者の関係悪化、悪性の退

行の問題が生まれ、短期入院の方向に進行した。1980年代には入院治療の場でBPDを扱うことが少なくなり、1990年代には弁証法的行動療法などのアウトリーチ医療でエビデンスがある治療法が求められるようになってきている(小野、2008)。そのような背景があり、PubMedで「BPD」&「negative affect」&「nursing」をキーワードとして検索すると、3件のヒットとなる。さらにその内容は患者が体験する陰性感情であり、病棟内の治療チームの分裂にどのような介入が必要かという示唆が得られるものは見当たらない。

そのためBPDの入院治療が多くなされているわが国を対象とした。方法としては、医中誌webで適格基準を「入院中のBPDに関係した問題を扱うチームを対象としている」「チーム内の葛藤状況が記述されている」「治療的なチーム体制のありかたについて記述されている」として、「境界性パーソナリティ障害」&「チーム」または「境界性パーソナリティ障害」&「陰性感情」または「境界性パーソナリティ障害」&「多職種」または、そのほかの資料で特定された研究の記録で抽出を行った(図2)。その結果、量的文献0、質的文献19が抽出された。(表1)

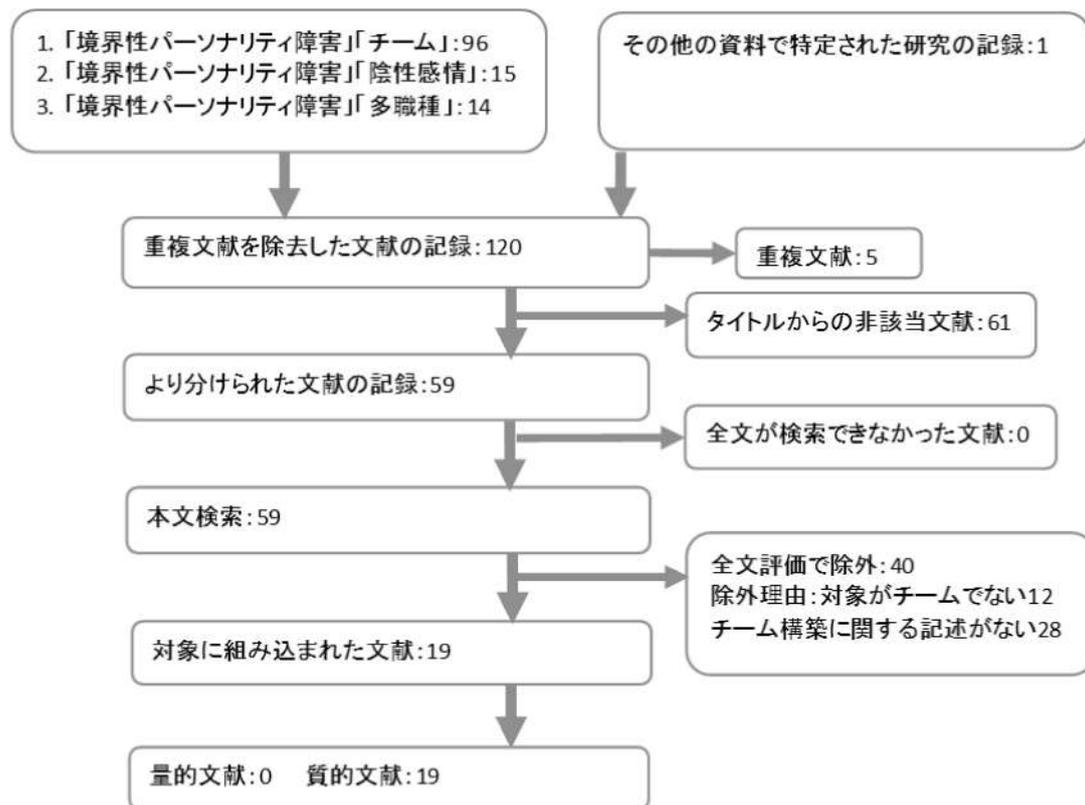


図2 文献レビューチャート

表1：BPD患者のケアのためにより有効な医療チーム機能を支援する方法に関する文献

No	著者・出典	タイトル	年	目的	デザイン	標本
1	島田都： 日本精神科看護学会誌	境界性人格障害患者に対するチーム・ビルディングの有効性	2010	BPD患者に対するチーム・ビルディングの有効性を明らかにする。	アンケートの自由記述による質的記述的研究	急性期治療病棟に勤務する看護師20名。
2	夏堀響子： 日本精神科看護学会誌	青年期における境界性人格障害患者への看護 カンファレンスを柱とした医療チームとしてのアプローチを考える	2010	青年期BPD事例を力動的に解釈し、また、カンファレンスを有効活用しながら医療チームとしてのBPD看護についての考察を行う	事例研究	10歳代後半の女性。診断はBPDと摂食障害。
3	丸森左貴： 病院・地域精神医学	チーム医療を考える取り扱い困難な症例を通して	1987	「チームの働きを阻害するものは何か」、「チームを円滑に働かせるためにはどうしたらよいのか」を症例を通して考察する。	事例研究	25才男性境界例。38才女性境界例。
4	権成鉉： 精神分析研究	入院治療におけるチームアプローチについて スタッフミーティングの機能	1987	入院治療でスタッフミーティングを積極的に利用することで明らかにあったスタッフ-患者関係と、それに影響を及ぼしたと考える治療経過を考察する。	事例研究	18歳 女性BPD
5	川畑友二： 日本精神神経学会総会	青年期境界例患者の入院治療における主治医の役割について 病棟におけるコラボレーション	2004	青年期境界例患者の入院治療における主治医の役割について考察する	事例研究	17歳 女性BPD
6	帆秋善生： 正光会医療研究会誌	境界例の入院治療について	2010	筆者が勤務する病院で行われている境界性パーソナリティ障害患者に対する治療構造の紹介	解説論文	
7	中村留貴子： 日本精神神経学会総会	心理療法と治療的環境	2004	境界例の臨床における各職種間のコラボレーションについて、個人心理療法を担当する立場から検討する。	解説論文	
8	佐々木弘子： 精神医療センター一紀要	人格障害間者の怒りのコントロール能力を高めるかかわり受け持ちナースの多区割りチームのあり方	2007	A氏に対し怒りのコントロール能力を高めることができた受け持ち看護師のかかわりを明らかにする。	面接調査による質的記述的研究	受け持ち看護師
9	市橋秀夫： 精神科治療学	境界性人格障害の初期治療	1991	境界例の患者の操作、行動化、逆転移に対抗する有効な手段として、精神療法の専門家以外一般の精神科医にも手が届く常識的で有効な方法を提供すること。	解説論文	
10	安永薫梨： 福岡県立大学看護学研究紀要	境界性パーソナリティ障害を持つ患者の怒りに対する看護介入～精神看護専門看護師（CNS）への面接調査の分析から～	2017	精神看護CNSのBPD患者の怒りに対する看護介入を明らかにすること	面接調査による質的記述的研究	精神看護CNS 7名
11	佐藤幸子： 福岡県立医科大学看護学部紀要	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	2016	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	面接調査による質的記述的研究	2カ所の精神科病院3ケース。面接は1ケース5～6名で、看護
12	渡辺俊之： 臨床精神医学	身体疾患を合併した境界性人格障害の入院治療 他科連携における治療の構造化	1999	境界性人格障害の入院治療を例示し、身体疾患を合併する人格障害患者における他科連携と構造化の意義について考察する	事例研究	35歳 境界性人格障害
13	大谷紋世： 日本精神科看護学会誌	退院準備度評価尺度を参考にした多職種カンファレンスの有効性	2017	退院準備評価尺度を参考に、多職種カンファレンスへの効果を検証する。	介入研究	看護師2名、精神保健福祉、作業療法士
14	瀬戸山恵美子： 日本精神神経学会総会	境界例患者の入院治療の現場から	2004	境界例を看護師という立場から初めて出会った時のことを振り返る	事例研究	境界例2名
15	萱間真美： 日本精神神経学会総会	看護ケアの標準化と多職種コミュニケーション	2004	クリニカルパス（摂食障害）とケアマニュアル（境界例）の2種類のツールの具体例を紹介し、その意義と今後の課題を検討する	解説論文	
16	中井優子： 日本精神科看護学会誌	人格に課題を有するPTSD患者にボーダーラインシフトを試みて急性期病棟での実践の考察	2005	PTSD患者にボーダーラインシフトを用いることがなぜ症状の軽減につながったのかが明らかにする。	事例研究	20代 PTSD患者
17	関谷秀子： 境界性パーソナリティ障害と治療こころの科学	境界性パーソナリティ障害と治療こころの科学	2010	筆者が児童思春期病棟で行っている長期入院治療について解説する	解説論文	
18	山内幸子： 思春期青年期精神医学	行動化を頻発する境界例患者を巡って 看護婦の立場からチーム医療に期待するもの	1992	事例を通して看護師の立場からチーム医療のよりよいありかたを述べる	解説論文	
19	連理貴司： 精神看護	境界例という“病”入院治療におけるチームスタッフとしての基本的理解	2002	周囲を巻き込む力を持つ境界例の患者に、個人ではなく病院全体でかかわるための治療構造を解説する。	解説論文	

次にメタ統合として、質的文献 19 の中で、治療チームの状況、チーム間で対立が起きる背景、BPD 患者に対する治療的医療チーム体制構築を支援する方法を抜き出し、文脈ごとにコード化し、サブカテゴリーを経てカテゴリー化を行った（表 2～4）。

## 1. 治療チームの状況

BPD に対する治療チームの状況としては、患者の問題行動や対人操作を原因とした、看護師チーム間や、他職種では特に看護師チーム-主治医の対立状況という人的な治療構造の崩壊があった。

具体的には、受け持ち看護師とその他の看護師との対応の違いや、対人操作により患者に対する向き合い方のモチベーションの違いが生まれ「受け持ちメンバーが浮いた存在になる」ことになっていた。深く巻き込まれた場合には、「ケア者が心身の不調をひき起こす」こともあり【心身が不調になるほど受け持ち看護師の負担が高まる】ことになっていた。また、対人操作により「チームそのものが揺らぐ」「メンバー間のニーズが異なりチームがギクシャクする」「患者との距離が取れずチームが破壊される」などのチーム全体がまとまりを欠いた状態になる【チーム内の関係性が不安定になる】ことになっていた。まとまりを欠いた状態を超えるとさらには「メンバー間の感情が語られず孤立・対立する」「激しい行動化に対してメンバーが分裂する」「メンバー間で見立てが異なりチームが分裂する」「対人操作に対してメンバー間が対立する」といった【メンバー間で感情的に対立する】といった状況になり、不和の状態が表面化することになっていた。そこには「治療環境が混乱し各職種との連携が難しくなる」「各メンバーのもつ未解決の葛藤が刺激され個人・チームともに退行する」「リーダーに依存的になる」といった、単に感情的に仲が悪くなっている意味合いだけでなく【未解決の葛藤が刺激され個人・チームともに退行する】といった状況も起きていた。

そのような、状況において無方策なカンファレンスの開催は「ミーティングでメンバーが問題と向き合うことができなくなる」「ミーティングで中心人物がなくなる」「ミーティングで保護的なメンバーが中心人物をかばう」「その場しのぎのミーティングで不安全感が残る」といったように【問題と向き合えず不安全感をともなったミーティングになる】可能性があった。

## 2. チーム間で対立が起きる背景

チームが不安定になったり対立状態になったりする背景としては、主に組織として避けられないシステムや環境、ケア者自身やメンバー間の考え方の違いや感情が強く影響していた。

組織のシステムとしては、「全体の力量が変動するメンバーの異動がある」「メンバー数が少人数である」「ミーティングを阻害する突発的な業務がおきる」「患者対応の習得

には長い年数がかかる」といった、【治療環境の避けられない不安定性がある】ことがあげられた。

チームには、「患者病理の理解不足がある」といった根本的な問題点も挙げられた。患者の病理の知識不足は、なぜ患者がそのような問題行動や対人操作をするのか理解できず、「患者に対する陰性感情がチーム内で表面化している」とことにつながっていた。すなわち【病理の理解不足により患者への陰性感情がチーム内で起きる】ことになっていた。

ケア者自身については「メンバーに対する見捨てられ不安がある」ことで、過度にメンバーを味方してしまうことや、「患者の無変化によるケア者のモチベーションの低下がある」「ケア者の感情のコントロール不足がある」といった【ケア者自身が抱える問題がある】ことが抽出された。また、ケア者は患者と関係性が取れているときは「中心的に患者と関わらざるをえない事への負担感がある」を体験し、中心的メンバーとして任せられれば「任せられる事への負担感がある」や「責任を取る事への負担感がある」など【中心的に患者とかかわる事への負担感がある】ことを体験していた。

チームの在り方では、チームで治療構造を担っているにもかかわらず「チーム間で情報共有が不足している」「チーム間で看護の方向性が不明確である」「チームには求めていると諦める」といった、【チーム間で共通認識の不足がある】ことが抽出された。共通認識の不足は「メンバーがチームを意識せずに独自で行動する」「それぞれに課せられた役割の認識不足がある」といった【課せられた役割の認識不足により個別に行動する】ことにつながっていた。

メンバーのあり方に関しては「多職種間で専門性へのとらわれや意見の違いがある」「患者をコントロールできない主治医に対する攻撃性がある」「関わりを避け任せっぱなしにするメンバーが存在する」「個人に批判的であるメンバーに対する怒りを感じる」「患者とケア者両方に対するメンバー評価の違いがある」など、【メンバーのあり方に対して不満がある】ことになっていた。さらには、患者の問題行動や対人操作によって対立が生まれているのではなく、「潜在していたメンバー間での葛藤が表面化する」「メンバー間で敵対関係が起きている」「メンバー間の信頼関係の不足がある」といった、【もともとメンバー間での葛藤がある】ことも抽出された。

### 3. BPD 患者に対する治療的医療チーム体制構築を支援する方法

治療的医療チーム体制構築を支援する方法は、「チームを修正するために構造化されたカンファレンスを行う」「定期カンファレンスと臨時カンファレンスを構造化して行う」「本音で語ることでできるカンファレンスを定例化しメンバーを守る」というように、【構造化したカンファレンスを行いチームを保つ】ことが中心的な文脈として抽出された。

その中でチーム体制を整えるための定期カンファレンスの活用方法は以下が抽出された。まずカンファレンスの前提条件として「メンバーの感情表出の場を設定する」「正直な意



見交換の場としてカンファレンスの設定を行う》《逆転移を気軽に話し合える場の設定を行う》といった、【意見や感情を表出しやすい環境の設定を行う】必要性が挙げられた。

また、《メンバー個人で背負わないようなチームをつくる》《メンバーが心情を語れるチームの協力体制をつくる》《メンバーの協力とフォロー体制をつくる》といった【個人で背負わないようなチームメンバーの協力とフォロー体制をつくる】意識付けが必要であった。またカンファレンスを行う際には、《スーパーバイザーによりチームの軌道修正を行う》ことや、機能不全が強い場合は《リーダーシップによりチームの機能不全から回復を導く》必要があるなど【チームを整理する役割の設定を行う】ことが大切になっていた。最後に大切なことは、《回復を信じる気持ちを持ち続ける》《患者に関心を持つ雰囲気大切にすることで構造化にアプローチし続ける》といった【患者に関心を持ちつづける雰囲気を大切に】前向きな気持ちであった。

治療チーム体制を構築するカンファレンスで求められていることは、治療構造として《入院治療の限界を設定する》があった。それに加えて《治療方針や役割を明確にしてスタッフの足並みをそろえる》《各職種の専門分野で情報共有を行うことによりフォローしあう》《多職種間で目標共有のためにカンファレンスを行う》《各個人に課せられた役割を明確にして担う》《共通認識をもつことでチームの一体感を保つ》《患者が回復している実感を共有する》といった【メンバー間で治療方針・目標・役割を共有してチームの意識を高める】ことを目的として行われることが必要であった。そのような目標の中で、《カンファレンスでは率直で正直な意見交換を行う》《心情を語ることで自身の不安や葛藤を自覚する》《メンバーに抱いている自らの感情に常に目を向ける》《メンバーの気持ちをチームで吟味する》《自分の感情に気づく能力を発揮する》ように【感情を正直に語ることで個人とチームの不安や葛藤を自覚する】ことが大切であった。さらに《チームの力動を理解する》《治療方針の疑問やメンバーの限界について話し合う》《メンバー間やメンバー患者間で生じる反応を明らかにする》といった【チーム内で起きている問題を話し合う】ことが必要であった。

チームで起きている問題を話す時の注意点として《メンバーの異なった体験や意見を共有したうえで折り合いをつける》《メンバー間の意見の違いを尊重する》《専門職種が独自性を発揮しながら相互の役割を尊重し協力し合う》《積極的かつ柔軟な姿勢でカンファレンスに参加する》ように、【メンバー間の意見や体験の違いを尊重しながら協力しあう】必要性があった。その上で《患者の病理に対する知識を深める》《カンファレンスで患者の問題をチームで明確にする》といった【患者が抱える問題をチームで明確にする】必要があった。

そのようなカンファレンスの中で《患者への働きかけの焦点を明確化するためにケアの標準化ツールを用いる》《対人関係を構造化し患者による対人操作を封じ込める》《客観的評価のツールを用いたカンファレンスを行う》といった、【対人関係を構造化するツール

を用いて客観性を保つ】ことでチームの再構築を促す方策が考えられていた。

表 2：BPD 患者をケアする際のチーム状況

カテゴリー	サブカテゴリー
心身が不調になるほど受け持ち看護師の負担が高まる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受け持ちメンバーが浮いた存在になる</li> <li>・ケア者が心身の不調をひき起こす</li> </ul>
チーム内の関係性が不安定になる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チームそのものが揺らぐ</li> <li>・メンバー間のニーズが異なりチームがギクシャクする</li> <li>・患者との距離がとれずチームが破壊される</li> </ul>
メンバー間で感情的に対立する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバー間の感情が語られず孤立・対立する</li> <li>・激しい行動化に対してメンバーが分裂する</li> <li>・メンバー間で見立てが異なりチームが分裂する</li> <li>・対人操作に対してメンバー間が対立する</li> </ul>
未解決の葛藤が刺激され個人・チームともに退行する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療環境が混乱し各職種との連携が難しくなる</li> <li>・各メンバーのもつ未解決の葛藤が刺激され個人・チームともに退行する</li> <li>・リーダーに依存的になる</li> </ul>
問題と向き合えず不全感をともなったミーティングになる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミーティングでメンバーが問題と向き合うことができなくなる</li> <li>・ミーティングで中心人物がつかなくなる</li> <li>・ミーティングで保護的なメンバーが中心人物をかばう</li> <li>・その場しのぎのミーティングで不全感が残る</li> </ul>

表 3：BPD 患者をケアするチームメンバー間の対立の背景

カテゴリー	サブカテゴリー
治療環境の避けられない不安定性がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体の力量が変動するメンバーの異動がある</li> <li>・メンバー数が少人数である</li> <li>・ミーティングを阻害する突発的な業務がおきる</li> <li>・患者対応の習得には長い年数がかかる</li> </ul>
病理の理解不足により患者への陰性感情がチーム内で起きる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の病理の理解不足がある</li> <li>・患者に対する陰性感情がチーム内で表面化している</li> </ul>
ケア者自身が抱える問題がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバーに対する見捨てられ不安がある</li> <li>・患者の無変化によるケア者のモチベーションの低下がある</li> <li>・ケア者の感情のコントロール不足がある</li> </ul>
中心的に患者とかかわる事への負担感がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心的に患者と関わらざるをえない事への負担感がある</li> <li>・任せられる事への負担感がある</li> <li>・責任を取る事への負担感がある</li> </ul>
チーム間で共通認識の不足がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チーム間で情報共有が不足している</li> <li>・チーム間で看護の方向性が不明確である</li> <li>・チームには求めていないと諦める</li> </ul>
課せられた役割の認識不足により個別に行動する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバーがチームを意識せずに独自で行動する</li> <li>・それぞれに課せられた役割の認識不足がある</li> </ul>
メンバーのあり方に対して不満がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種間で専門性へのとらわれや意見の違いがある</li> <li>・患者をコントロールできない主治医に対する攻撃性がある</li> <li>・関わりを避け任せっぱなしにするメンバーが存在する</li> <li>・個人に批判的であるメンバーに対する怒りを感じる</li> <li>・患者とケア者両方に対するメンバー評価の違いがある</li> </ul>
もともとメンバー間での葛藤がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・潜在していたメンバー間での葛藤が表面化する</li> <li>・メンバー間で敵対関係が起きている</li> <li>・メンバー間の信頼関係の不足がある</li> </ul>

表 4：BPD 患者をケアするチーム構築のための対策

カテゴリー	サブカテゴリー
構造化したカンファレンスを行いチームを保つ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チームを修正するために構造化されたカンファレンスを行う</li> <li>・定期カンファレンスと臨時カンファレンスを構造化して行う</li> <li>・本音で語ることのできるカンファレンスを定例化しメンバーを守る</li> </ul>
意見や感情を表出しやすい環境の設定を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバーの感情表出の場を設定する</li> <li>・正直な意見交換の場としてカンファレンスの設定を行う</li> <li>・逆転移を気軽に話し合える場の設定を行う</li> </ul>
個人で背負わないようなチームメンバーの協力とフォロー体制をつくる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバー個人で背負わないようなチームをつくる</li> <li>・メンバーが心情を語れるチームの協力的体制をつくる</li> <li>・メンバーの協力とフォロー体制をつくる</li> </ul>
チームを整理する役割の設定を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパーバイザーによりチームの軌道修正を行う</li> <li>・リーダーシップによりチームの機能不全から回復を導く</li> </ul>
患者に関心を持ちつづける雰囲気大切に	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復を信じる気持ちを持ち続ける</li> <li>・患者に関心を持つ雰囲気を大切にする事で構造化にアプローチし続ける</li> </ul>
メンバー間で治療方針・目標・役割を共有してチームの意識を高める	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院治療の限界を設定する</li> <li>・治療方針や役割を明確にしてスタッフの足並みをそろえる</li> <li>・各職種で専門分野で情報共有を行うことによりフォローしあう</li> <li>・多職種間で目標共有のためにカンファレンスを行う</li> <li>・各個人に課せられた役割を明確にして担う</li> <li>・共通認識をもつことでチームの一体感を保つ</li> <li>・患者が回復している実感は共有する</li> </ul>
感情を正直に語ることで個人とチームの不安や葛藤を自覚する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスでは率直で正直な意見交換を行う</li> <li>・心情を語ることで自身の不安や葛藤を自覚する</li> <li>・メンバーに抱いている自らの感情に常に目を向ける</li> <li>・メンバーの気持ちをチームで吟味する</li> <li>・自分の感情に気づく能力を発揮する</li> </ul>
チーム内で起きている問題を話し合う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チームの力動を理解する</li> <li>・治療方針の疑問やメンバーの限界について話し合う</li> <li>・メンバー間やメンバー患者間で生じる反応を明らかにする</li> <li>・メンバーの異なる体験や意見を共有したうえで折り合いをつける</li> </ul>
メンバー間の意見や体験の違いを尊重しながら協力しあう	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバー間の意見の違いを尊重する</li> <li>・専門職種が独自性を発揮しながら相互の役割を尊重し協力し合う</li> <li>・積極的かつ柔軟な姿勢でカンファレンスに参加する</li> </ul>
患者が抱える問題をチームで明確にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の病理に対する知識を深める</li> <li>・カンファレンスで患者の問題をチームで明確にする</li> </ul>
対人関係を構造化するツールを用いて客観性を保つ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者への働きかけの焦点を明確化するためにケアの標準化ツールを用いる</li> <li>・対人関係を構造化し患者による対人操作を封じ込める</li> <li>・客観的評価のツールを用いたカンファレンスを行う</li> </ul>

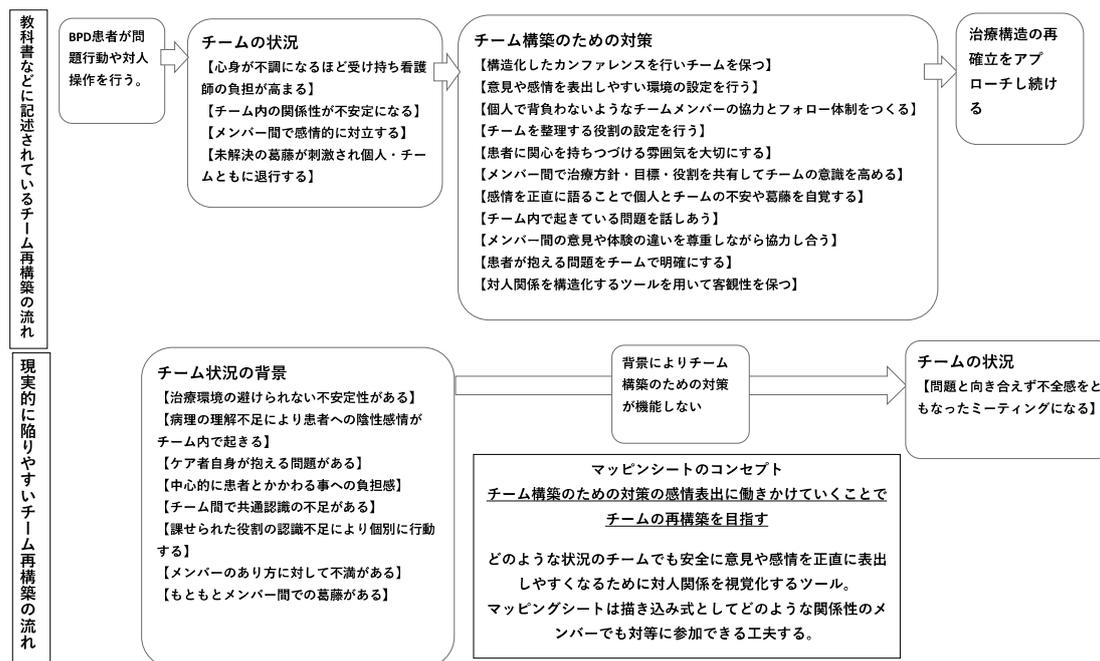


図 3 : BPD 患者をケアする際に陥りやすいチーム状況とチームを再構築するプロセス

#### 4. 考察

BPD 患者をケアするチーム状況は、【チーム内の関係性が不安定になる】【心身が不調になるほど受け持ち看護師の負担が高まる】【メンバー間が感情的に対立する】といったように、チームの人間関係の不和が起きることを中心的な文脈として述べられていた。Main(1957)は退行した BPD 患者が精神内界での葛藤を強力に投影するために看護スタッフは分裂し、スタッフの関係性は歪められる、と述べている。繰り返すことになるが、チームメンバーの不和の元は、患者が抱えきれなかった精神状態である可能性がある。そこに現実的な問題である【チーム間で共通認識の不足がある】【メンバーのあり方に対して不満がある】ことなどが刺激され、ますますチームメンバーの分裂は深まっていくのであると考えられた。

そのチームメンバーの分裂を軽減し、チームのまとまりを再構築していく対策として挙げられていたのは、構造化されたチームカンファレンスで、意見や感情を出しやすい場の設定を行う、感情を正直に話し合う、チームの問題を話し合う、患者の問題を明確にする対策であった。これらの対策は、林ら (2006) が、治療的な姿勢の維持努力として、同僚や先輩などの相互サポート、指導者や専門家へのコンサルトを述べたことに通じる。阿保(2006)はさらに具体的に「感情に名前をつけて『頭にきた』『腹が立つ』『傷ついた』などと言語化することが大事である。ナースステーションの表舞台であるところのチームカンファレンスではそれらの感情を表出し、看護チーム、ひいては治療チームで共有していくことが大切である。つまりチームカンファレンスは境界性人格障害患者の激しい行動化と対人操作から看護師自身の枯渇しそうな心を守り、確固・中立・公平な態度をウォーミングアップとして

再構築する場となる。それらのことによって、再び彼らにアプローチできるのである。看護チームとの感情の分ち合いによってこそ看護師はエンパワーメントされる」と述べている。また阿保(2006)は続けて「CNSによるコンサルテーションは、看護師に逆転移を起こさせるような患者の挑発的な態度や言葉を振り返り、他のチームメンバーへの感情をコントロールしながら、新しい視点への気づきを促してくれる。その結果看護師たちは、破壊的な逆転移反応を伴わずに患者の絶望、不安、混乱そして敵意を認識できるように、お互いに援助し合えるようになるのである」と述べている。このようにチームカンファレンスにおいて、自己の感情を言語化し、それらをチームで受け入れた結果、患者と向き合えるようになるというプロセスは、精神看護領域では通説になっており、BPD患者のケアでのカンファレンスの要点をとして挙げる教科書は数多い(桜庭, 2003 : 坂田, 2007 : 田中, 2015 : 榊ら, 2017 : 出口, 2017)。

ところが、不安定に陥ったチームを再構築していくために、カンファレンス内で感情を正直に語り合うことが重要であることは一致しているものの、どうすれば感情を正直に語り合うことができる場になるのか、その方法論はどこにも記述されていない。そのため、不安定になったチームメンバーの取り扱いかたは、そのカンファレンスリーダーの経験則によるものが多くなる。その結果、うまくチームを取り扱えなかった場合カンファレンスは、【問題と向き合えず不全感をともなったミーティングになる】ことが多くあると考えられた。

Kernberg(1984)は、病院での対人関係における分裂と隠れた葛藤が、BPD患者の精神内界の葛藤や解体を強めることを指摘し、その反面、病院スタッフによって患者との精神療法的作業が戻されると病院環境は自我強化装置として働くと述べた。すなわちそれは、治療チーム内での対人関係の葛藤が、カンファレンス内で言語化され適切に扱われることは、メンバーが患者と向き合うエンパワーメントになるのと同時に、患者の精神安定に直接影響を与える意義があると考えられた。

## 5. 結論

文献検討から、以下の知見が得られた。

- 1) BPD患者をケアするチームは患者の問題行動や操作性により、チームが対立しやすくなる、一部のメンバーが浮いた存在になる、チームがリーダーに依存的になるなど、チーム全体が不安定になりやすい。
- 2) チーム全体が不安定になりやすい背景には、中心にかかわることへの負担感、メンバーの在り方に不満、など率直な話し合いにより対応可能なものが含まれている。
- 3) チームの不安定さには、話しやすい環境のカンファレンスを設定しその中において、意見や感情を正直に表出ししていく、対人関係を構造化するツールを用いる、ことがチームを再構築していく対策として共通している。
- 4) チームで感情表出ができケア者自身の感情が安定すると、患者の感情を受け止められ

るようになり、患者の不安感は軽減し、BPD 患者の問題行動や対人操作も軽減する可能性がある。

- 5) 意見や感情を正直に語ることのできるカンファレンスは、チームを再構築していくことに対策になるが、具体的な方法論は述べられていない。そのために現実的には対立により感情の表現や共有ができず、不全感をともなったカンファレンスに陥る可能性は残されている。

以上のことから対人関係を構造化するツールとしてマッピングシートの目標を、どのような状況のチームでも安全に意見や感情を正直に表出しやすくなるためのツールとした。またどのような関係性のメンバーでも対等に参加できる工夫 (清水淳, 2016) として、マッピングシートは描き込み式とし、図 1 の矢印はメンバーの行動例として用いることにした。しかし、問題はカンファレンスにおいて、意見や感情を正直に表出ししていくことが、チームを再構築していくうえで重要であることは、繰り返し述べられてはいるものの、どうすれば率直な意見が表現できるカンファレンスになるのか、その具体的な方法は記述されていないことであった。そのため、次に予備研究として、残された課題である意見や感情を表出しやすい環境の設定を、実際カンファレンスのファシリテーターがどのように行っているのか調査し、マッピングシートの使用時のファシリテーション方法として加えることにした。

### 第3章 予備研究1

#### BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスの効果的なファシリテーション方法に関する研究

##### I. 目的

予備研究1の目的は、精神科病棟内の看護師を対象に、BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスで自由な感情表出や、チーム間の対立を緩和するのに効果的であると考えられたファシリテーション方法をインタビューから質的記述的に分析し抽出することである。

##### II. 用語の定義

ファシリテーター：感情表出を促すカンファレンスの司会役のこと、とした。

##### III. 研究方法

###### 1. 研究デザインと研究対象者

研究デザインは、質的記述的研究である。

精神科経験年数5年以上の看護師で、BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスのファシリテーションを行った経験がある者を対象とした。

###### 2. データ収集方法および分析方法

研究対象者には BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスのファシリテーション方法をインタビューガイドに基づいて、半構成的インタビューを1名につき1回約60分行った。インタビューは同意を得てICレコーダーに録音した。インタビューガイドの内容は、BPD患者の症状や問題行動の内容、問題行動時のケア者の患者に対する感情、チームに対する感情、チームの危機をどのような時に感じているか、チームの危機の時にどのように働きかけているか、チームメンバー間に対立があるときにどのように働きかけているか、過剰にメンバーが患者を背負い込んでいるときはどのように働きかけるか、不安全感が残りそうときはどのように働きかけるか、とした(資料5-7)。

分析方法は以下の6つの段階を経て実施した。

- 1) 録音データから逐語録を作成しデータとした。
- 2) 逐語録を繰り返し読み、意味ある内容ごとに切片化し、言葉の意味を損なわない程度の表現にコード化した。
- 3) コード化された内容から、カンファレンスにおいてメンバーが感情を表出しやすくするファシリテーション方法や、それらに影響を及ぼしていると考えられる部分を抜きだした。
- 4) 抜き出したコードの類似性と相違性の類別検討を繰り返した。

5) 類別されたコードの塊の特性を明らかにしてサブカテゴリーを抽出し、さらにサブカテゴリー間で類似性と相違性を類別してカテゴリーを抽出した。

6) カテゴリー間の関連性を検討した。

データ分析の妥当性を確保するため、精神看護学領域の専門家にスーパーバイズを受けながら行った。

#### IV. 倫理的配慮

研究者が所属する大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した(18-093)。研究協力施設の看護管理者に施設依頼状(資料 5-1)と研究説明書(資料 5-2)を提示し研究承諾を得た(資料 5-3)。その後スタッフに研究の参加をチラシ(資料 5-4)にて募集した。研究対象者には、研究説明書(資料 5-2)を用いて研究の趣旨を口頭で説明し文書にて同意書(資料 5-5)にて同意を得た。研究協力は任意であり面接中でも取りやめることが出来ること、プライバシーの保護、得られたデータは研究以外では使用しないこと、個人情報の保護に努めること、個人が特定されないよう固有名詞は機械的にアルファベットにすること、データは研究終了後に破棄すること、を保障した。研究対象者には同意撤回書(資料 5-6)を渡し同意撤回される場合は速やかにデータを消去することを保障した。

#### V. 結果

##### 1. 研究対象者の概要

対象者は7施設から1施設当たり1名～4名の計14名だった。性別は女性7名、男性7名だった。看護師経験年数は、5年～9年が2名、10年～14年が4名、15年～20年が3名、20年以上が5名だった。精神科経験年数は5年～9年が5名、10年～14年が4名、15年～19年が2名で、20年以上が3名だった。役職は、なしが6名、副主任・主任・係長が6名、課長1名、部長1名だった。

##### 2. BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーション方法

BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスで、自由な感情表出と意見を促すファシリテーション方法を分析した結果、語りの内容により【介入方法】【観察点】【心構え】【困難感】【特徴・プロセス】の5つに分類分けされた。

【介入方法】は507のコードを抽出し、52のサブカテゴリーを経て、12のカテゴリーを抽出した。

【観察点】は127のコードを抽出し、34のサブカテゴリーを経て、7のカテゴリーを抽出した。

【心構え】は325のコードを抽出し、49のサブカテゴリーを経て、11のカテゴリーを抽



出した。

【困難感】は48のコードを抽出し、20のサブカテゴリーを経て、6のカテゴリーを抽出した。

【特徴・プロセス】は147のコードを抽出し、27のサブカテゴリーを経て、7のカテゴリーを抽出した。

以下【】はカテゴリー、《》はサブカテゴリー、「」は生データで、内容の理解が難しい箇所は( )で補足した。

## 1) BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの自由な感情表出と意見を促す介入方法

### (1) 【カンファレンスの構造を明確にする】

このカテゴリーは、カンファレンスの日時や開始終了時間、目的を明確に設定することでメンバーがカンファレンスに集中できるように工夫するさまを示していた。

ファシリテーターは、「スタッフがいらいらしてくる。あと患者さんもいらいらする。(中略)お互いがいらいらするので、2時は2時で(終了する)」と《カンファレンスの開始と終わり時間を決めて守る》ことをしていた。カンファレンスの始まりには『カンファレンスって言うのはみんなが日ごろ思っていることを表出する場であり、いろんな意見を聞く場で、繰り返していいケアにつなげていくことです』って伝えますね」と《感情表出や自由な意見を出し合う場といったカンファレンスの目的を明瞭にして行う》ことで、意見が言いやすい場になるよう工夫していた。カンファレンス日が変われば、話し合われる内容も変わる。そのため「メンバーが違ってくると意見が違ってくると思うんですけど、前回の内容が解った、検討された内容が解ったうえで今回行うっていうことですかね」と、《前回の検討内容を振り返り継続性を保つ》ことで、カンファレンス内容が発展していく工夫をしていた。そのような準備を得て、ファシリテーターは「私たちは先生がいいって言ってる。じゃあ病棟としては私が責任として、それはそういう状況」という、《ケアの最終責任者の存在をはっきりさせる》ことでリーダーシップを発揮し、ケアに対して自由な意見を促していた。それと同時に「治療、病気というか治療に準じてやらなきゃいけないこともあるんで」と《治療の枠組みから外れないことを意識する》ことで、メンバーが治療構造内でケアを行うよう調整していた。

### (2) 【メンバーが話しやすいよう集中できる場を整える】

このカテゴリーは、カンファレンスの議論が散漫にならないように患者の治療目標を明確にし、カンファレンスが開催できる環境を整えることを示していた。

ファシリテーターは、「どういう時期になったら帰れるか(退院できるか)っていうのはいつも枠付けはしてました。その点でその状況、その人のこと、その点だけで追っていったら

やうと果てしなく不安が残っていっちゃうんです。看護師って」と、《カンファレンスで起きている問題と患者のゴールを整理する》ことで内容を整理し、話が混乱しないようにしていた。カンファレンスの環境整備としては「(業務が重なるときは業務)時間をずらします。カンファレンスの時間には、転棟、転入は受け入れない。やらない」と、述べるように《業務を調整しカンファレンスに集中できるような環境にする》ことをしたり、『この日にカンファレンスをやるよ』っていうところで、情報共有をしていくようになっているので」と《カンファレンスの開催を宣言してメンバーが集合できるような体制をつくる》ことで、メンバーがカンファレンスに意識が向くようにしていた。

### (3) 【ファシリテーターが解決者とならないよう事実だけ発言してもらい話が進展するのを待つ】

このカテゴリーは、チームメンバー自身が自ら感情やチームの問題に気づけるよう導くために、ファシリテーターがケアについて発言しないであることを示していた。

ファシリテーターは、「困っていることがでてくるまでに時間が掛かりますね。(中略)自分から絶対言わないことにしています。困っていることは自分じゃないので」と《ファシリテーターが解決者にならないようにケア者が主体的な語りを期待する》や、「僕は、答えを持っていない、持ってないっていうか持っていたとしても、積極的に表明しない」と《ファシリテーターの意見があったとしても表明しないように我慢する》ことを基本的な姿勢として、自分の意見を述べないように工夫していた。その上で「その看護場面で困ったことあるとか、そういう事実を、こういうことがありましたということ、話しやすいと思うので、そういうことを聞いていたりとかします」と、具体的な事実から尋ねることで、メンバーが《語りやすそうな場面を発言してもらい感情の語りを見込む》ことをしていた。それでも話に進展がない場合は『どんなことがAさんについて起こっているのか教えてもらえますか?』知ってるんですけどね。事象をいってもらおう」と《メンバーから発言が無いときは患者との間に起きた事象を述べてもらおう》と、はっきりとわかっている具体的な患者との出来事を語ってもらっていた。

### (4) 【緊張をほぐして安心して発言しやすい場に調整する】

このカテゴリーは、メンバーの緊張がほぐれるように場の雰囲気調整したり、緊張しないような話の振り方を示していた。

ファシリテーターは、「穏やかな口調とか雰囲気を気を付けますね。砕けるっていうんですか。表情は基本笑顔ですか。しゃべりかたは、休憩でしゃべるようなしゃべり方ではないけど、休憩に近い」と《緊張をほぐすような語りかけや介入で空気を和やかにする》ことを心掛けていた。話が盛り上がっても語りに参加しないメンバーがいる場合には、「盛り上がっているメンバーが意見を出してくるじゃないですか。その時に、『じゃあ言ってこなか

ったメンバーの方たちはどう思っているのかな？』ってところでは振っていくような形になると思います」と、《発言しないメンバーには語りやすいように他の意見を踏まえてふる》工夫を行っていた。時には振ってもメンバーから意見がないこともある。ファシリテーターはその場合、「本当は言ってほしいんだけど、言わないっていうこともある意味保証はするかなっていう」と《意見を言わないでいることも保証する》ことをしていた。

#### (5) 【メンバーが感情的になり過ぎずに話が深まるよう調整する】

このカテゴリーは、感情的な対立になりやすいチーム状況の中で、過度に感情的にならずに肯定的な雰囲気を生み出す工夫をして、安全に感情の語りまで導くことを示していた。

ファシリテーターは事前に「明らかに意見が対立しそうなときは、カンファレンスの前に個別で相談して、(中略)『いろんな意見が合っても、何とかさんの意見も大切だから自由に言ってもいいでね』って両方に根回しする」と《激しい感情の対立にならないようにあらかじめ意見を整理して準備する》ことをしてカンファレンスに臨んでいた。カンファレンスの最中は「しゃべっている人に対して『分かる！』と共感するんじゃなくて、隣の人に振って『分かるー』と同調する」と《肯定的なリアクションを他メンバーに投げかけて巻き込む》ことで、肯定的な雰囲気が広がっていくようにしていた。肯定的な雰囲気が欲しい時には「みんなから人望が厚い信頼できる人に、誰かにべらべらしゃべってほしい。暖めてもらってそこで調整していくってやり方ですね」と《ケアを肯定的に話し場を安全に盛り上げてくれるメンバーに振る》ことで、安全に話し出しやすい雰囲気にする方法を活用していた。時には、ファシリテーターが個人的に肯定しにくい内容が語られることもある。そのような場合でも、ファシリテーターは、「その人はその人なりの、パーソナリティだなんて解釈するだろうね。(中略)受け入れる。(ケア者が)逃げるのもありだということ」と《どのような内容でも語り手の話は価値を見出して返す》ように、どのような語りでもその中にケアとしての価値を見出していた。また感情的に共感できない場合でも「(共感できなくても)やっぱりうなずいてそうですねってところで本人に戻して行って、こういう風に考えているんですねってところで戻す感じですね」と《発言に共感できない時でも気持ちを尊重するために理由を考えて受け止める》ことをしていた。また、自分とは反対意見の場合には「自分とは違う否定的な意見は『なるほどね』『そうなんだ』『そういう考えとか感情もあるんだ』『新発見！』」と、《意見に共感できなくとも新しい意見として関心を示す》ことで、語り手の肯定感を高める方法をとっていた。またファシリテーターは、カンファレンスを安全な場としての環境を整えようとしており「結構(カンファレンスに)いないところとかで、担当の意見をしっかり言ってあげたり。こういう風に思ってるんだよ」と《巻き込まれているメンバーがその場いなくてもその人の気持ちは尊重して話す》ことで、当事者メンバーがいなくてもその気持ちを尊重して代弁することで、安全な場であることを示していた。また、特定のメンバーに対して個人攻撃になっているようなときには、『今は

個人攻撃みたいになっちゃってますよ(中略)それはその辺にしときましょう』って言いますね」と《明らかにメンバーが攻撃されている時は明確に止める》ことをしていた。あきらかにメンバーへの指導が必要な場合には、「明らかに違うなってこと。その時は言わないですけど、カンファレンスが終わった後に修正をかけたりはします」と《指導はさらし者にならないようカンファレンス後に個別対応する》ことで、メンバーの自尊感情を保つことをしていた。

#### (6) 【否定的な内容でも受け止められる場であることをメッセージとして伝える】

このカテゴリーは、陰性感情の表現や、ケアがわからない状態でもメンバーの語りはすべて受け止められる場であることを伝えるさまを示していた。

ファシリテーターは、「ここでは何を言ってもいいから、まず感じていることがあったり、困っていることがあれば、みたいなことで振っちゃう」と《思っていることは何を話しても良いことを保証する》ことをしていた。また「カンファしている自分だって全くわからないし、本当にわからないよね。『本当にわからないよね』って話をして振る」と、ファシリテーター自身が《正解がないことを伝えることで安心して意見を出せるようにする》ことで語りやすい場を提供していた。時には「それで嫌と言っていいんだってという空気になるように努力する。『この人のこういうところほんとに嫌なんですよ』って言っちゃう」と、積極的に自己開示し《ファシリテーターの患者に対する陰性感情を正直に話すことで感情表出する手本となる》ことをしていた。

#### (7) 【メンバーとの関係性を基本として感情表出に異変を感じたら直接指摘する】

このカテゴリーは、ファシリテーターがメンバーの巻き込まれや、感情表出に違和感があった時に、メンバーとの関係性を基に直接指摘できる関係性であればありのままに指摘するさまを示していた。

ファシリテーターは、「どこかの一番わかりやすい場面をとってきて、実はおそらく無意識のうちに操作になってしまって、こっち(ケア者)が白黒(思考)になっちゃっているんだよねって」と、《患者の病理をもとに操作されているメンバーには直面化する》ことをしていた。また「みんなが陰性感情を感じている中で、そんなに…とかに言っている人がいると、冗談っぽく『ほんとですか?』とか聞いちゃうのは全然あると思いますね」と《感情と表現が異なっていそうなときは率直に伝える》ことをしていた。メンバーの感情がはっきりしている際は、「明らかに怒ってたりしたらね、『怒ってたでしょ』って」と《何でも話せるような関係性のメンバーには事実をもとに感情を直接尋ねる》ことをしていた。

#### (8) 【場の流れが一方的や解答にならないよう様々な意見や気持ちがあることを引き出す】

このカテゴリーは、カンファレンスへの影響力が強いメンバーの発言に、他メンバーの意

見が引っ張られ、正しいケアとして結論付けられないようにし、逆に発言しないメンバーや少数派の意見、他職種の意見など様々な意見を引き出すことを示していた。

ファシリテーターは、「やっぱり経験少ない人がどう思っているか。そうですね、異動してきたばかりの人とか（から意見を聞く）」と、「強いメンバーに引っ張られる前に困りごとや立場の弱いメンバーから話を聞き味方となる」ことで、まず発言しにくいようなメンバーから意見を引き出そうとしていた。それと同時に、「まずね、カリスマ性のある人が発言するとみんながなびいちゃうので、その人に話を振るのは最初はしない。経験が長くて、ズバツと要点を付いてくるような物言いをするから」と「強いメンバーにより考えが押し通され場の修正が効かなくなることを避けるため後で振る」という工夫をしていた。また、雰囲気盛り上げるメンバーが語る場合は、話にメンバーが飲まれていきやすい。そのため「限りなく（場のテンションが）上がってしまうので、『わかりましたよ、じゃあ次の人、どう思います？』って進めないと、どんどこどんこの人のペースにはまってしまおう」と「場の雰囲気に影響力がありそうなメンバーの話は引き延ばさない」ことで、場の流れを支配されないようにしていた。強い意見によって結論が決まりそうなときには「カリスマ性のある人の意見につられていて）そこはストップかけるよ。『本当にそうかね？！それが正解か分からんよだって？』」と、「強い意見に流れる必要はないということ伝える」ことを直接メンバーに話していた。意見が強くなくとも一方向に意見が流れる時がある。その時には『私たちも腹立ちますけど、それを言っちゃまずいから』みたいに空気を換えてくれる仲間が出てくるので、どっちかという振っちゃいますけどね」と、「意見の流れを変えたいときは他メンバーや他職種に意見を求める」ことで、カンファレンスの流れが決まらないように工夫していた。流れが一方向に決まらない工夫としては、「もう一回次の日にこの話し合いを持っていきましょうって持っていく場合があります」と「後日同じ内容をメンバーを変えてカンファレンスする」ことをしていたり、「精神科のカンファって本当に答えが難しいから、誰かが強い意見を言うとそっちに流されやすいと思っているから、（中略）そうじゃない意見を持っている人の違う意見も聞きたいと思う」と、「方向性は決めるが答えとならないように次回につなげる」ことをしていた。このようにファシリテーターは、様々な意見を引き出そうとしており、「だいたいしゃべってない人は目をつけますね。（中略）だいたいそういう人って流れと違うことを言うんですね」と「話に入らない人はカンファレンスの流れとは別の意見を持つ場合があるため振る」と、話さない人は別の意見を持つメンバーとして注目もしていた。また、ファシリテーターは「そこで（自らの気づきを促進するのに）使えるのがコメディカルなんですね。心理士さんに聞いてみるとか、どうなんですかねとか、話つてどの程度聞いていいんですかね。とか聞いてみる」と「他職種に意見をうかがうことで様々な新しい視点を得る」ことができると捉えていた。時には「教科書にあるようなものだったら根拠があるのだから、文献とかもあるのでちょっと見てみるかって見ることもあるでしょうし」と「教科書や文献などの客観的情報

を活用する」ことで、客観的な情報も活用していた。

**(9) 【メンバーの一方向的な感情表出でカンファレンスが終わらないように働きかける】**

このカテゴリーは、カンファレンスが盛り上がった際に、陰性感情の表出だけで終わらないよう、最終的にケアの方向に導いていく方法を示していた。

ファシリテーターは、「愚痴大会にはなりますけどね、それはそれでそだよねって聞いて、じゃあ今後どうやって行っていく感じで。しゃべっててもしょうがないよね。患者さんの方になるべく行って、安心させて声をかけて話しかけて話しかけていきましょうって感じでしてましたね」と、素直に「陰性感情の表出だけで終わらないように問題の対策に導く」よう語りかけていた。たとえ感情表出のみで盛り上がったとしても話が切れる時がある。ファシリテーターはその時に注目し「感情を出し切っちゃった後にそういう人(感情表出に加わらない人)に振るかもしれないですね」と、「陰性感情の共有の際に語らないメンバーに一通り話が出尽くした後に振る」ことで、別の切り口の流れを引き出そうとしていた。時には、場の語りとは真逆のこと、「でも楽しいことも言いますけどね。この患者さんこんなこと言ってたよとかね。面白エピソードも話したり話したりしますけどね」と「患者の健康的な部分や肯定的なエピソードを語る」ことをしていた。陰性感情の話が止まらない場合は「そうですね。そこ(カンファレンスの終盤)でもってまた悪口がでてきたらそれでいいかな?って止めるかなと思う。それは病気だから仕方がないよねって」と、「陰性感情の表出だけで終わらないように病状に注目する」ことで、話の流れをケアの話に修正しようとしていた。

**(10) 【違う意見を他メンバーから伝えてもらうことで違う視点の気づきを促す】**

このカテゴリーは、語り手の話が一方的になっている場合に、違う意見もあることを自らの力で気づけるように導く方法を示していた。

ファシリテーターは、「あまりにもみんなの意見と違ったら、別の力を使うかもしれないですね主治医とかワーカーにも聞いてみましょうとかですね」と「意見に同意できないときは他メンバーや他職種に意見を求める」ことで、別の意見を自然な流れで提示していた。また「意見が対立した時も、お互いの意見を受け止めて聞いて、聞かなきゃしょうがないですよ。またそこで、(他のメンバーに)振りますよね」と「意見の対立のときは他メンバーや他職種に意見を求める」ことで、第三者からの意見を聞いてもらっていた。また「患者をコントロールして私は偉いんだっていうのは、否定したくなる。『そこはどうなの?』って疑問の投げかけは、よくする。」と「常識的に意見に賛成できないときは婉曲的に伝える」ことで、別の意見もあることの気づきを促していた。

**(11) 【意見の対立は力の拮抗と肯定的にとらえ沈黙したらお互いの共通点を返す】**

このカテゴリーは、意見の対立を肯定的にとらえ、お互いの意見の落としどころを提示する方法を示していた。

ファシリテーターは、「止めなきゃいけない訳じゃないんで。そこまでの対立はないですね。大抵だって、対立できる人が対立してるんで。そうじゃなかったら対立にならないんで、お互いに強いですよ」と、《意見の対立は両者の力が拮抗しているため話は聴くが割って入らない》方法をとっていた。その対立の中で「聞いていると、おんなじこと言ってるんですよ。その中で共通してることって何かになって聞きながら、沈黙になるからどうやって入ろうかなとか考えてますよね。」と《意見の対立は結論を出さず沈黙した時にお互いの共通点を返す》方法をとることで、メンバー同士の折り合いがつくようにしていた。

#### (12) 【不全感が残っていきそうなメンバーにはカンファレンス後に個別で支える】

このカテゴリーは、カンファレンスで激しい感情のぶつかり合いや、意見がどうしても言えないメンバーに、ファシリテーターが個別にフォローする方法を示していた。

ファシリテーターは、「私はそういう感情のぶつけ合いってというのは必要な時があるじゃないですか。その代わり後でもって各自のフォローしなくちゃいけないなって思うけどね」と《極端な感情表出の場合はカンファレンス後に個別対応する》ことで、わだかまりが残らないようにフォローしていた。どうしても発言できないメンバーには「(不全感があると判断したときは) まあ、後で聞くんですよ。カンファレンス終わった後に。自分はどう思う？まあそういうみたいな感じで」と《発言できないメンバーにはカンファレンス後に個別対応する》ことで、意見を聞いていた。また一方的に攻撃されて、傷ついたメンバーがいた場合は、「それ(一方的に攻撃されているとき)また難しいよね、個々への話になるよね。カンファじゃ取り扱えなくなっちゃおう」と《メンバーから攻撃を受けた時はカンファレンス後に個別対応する》ことで、フォロー体制をとっていた。

### 2) BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーターの観察点

#### (1) 【語りやすい場の雰囲気かどうかを注目する】

このカテゴリーは、多職種間の関係性も含めて語りやすい雰囲気になっているかを感じ取ろうとすることを示していた。

ファシリテーターは、まずカンファレンスに入ると「新しいことに対して不満になって、ピリッとした空気で伝わってくるのがひしひし感じますね」と、《場の緊張感を感じ取る》ことをしていた。メンバーの語りが始まると、「ある程度(自由に)話はしておくけれど、場の雰囲気が止めてくれという感じになったら、『それぐらいでいいですか』にするか」と、《メンバーの発言に伴う雰囲気を感じ取る》ことをしていた。カンファレンスの中で語りやすい雰囲気の判断材料として「あれ？受け持ちだっけ？とかいいながら、なごんできて笑

いがでてくると、聞けるなっていう時に、『困ってるんですか』って聞くと困る！っていって、お母さんも困るとか、なんかなってきて」と、《笑い方を観察して感情表出に至る雰囲気か判断する》ことをしていた。多職種が参加するカンファレンスでは、「いつも多職種の人が入ってくるときに結構看護師、うちの病院って看護師ってすごく凝集性が高いとか、バウンダリーが強い感じがする」と、《多職種間の境界の強さに着目する》ことをしてファシリテーションに活かそうとしていた。

## (2) 【カンファレンスメンバーの構成と特徴を把握する】

このカテゴリーは、カンファレンスの人数、座る位置、参加メンバーの人となり、ケアの特徴などを意識することによってカンファレンスの進行を調整することを示していた。

ファシリテーターはまず、「一時期(日勤に)3人しかいなくて。あの時間にカンファレンスやれるかよってのはありましたかね」と《カンファレンスメンバー数を確認する》ことをしていた。その上で「結論を求めている人が多い日には『ちゃんとここまでは出そうよ』って(結論のある内容を)話しているかもしれない」と《メンバー構成の特徴を確認する》ことで、参加メンバーの考え方の傾向によってカンファレンスの目的を変えてた。そのために「日ごろからもやりますね。傾向は見えてきますよね、スタッフの。影響力っていうかね」と、その日の参加《メンバーのカンファレンスへの影響力に注目する》ことをしていた。ファシリテーターは、影響力だけでなく「座っている席は気になりますね。遠くだったり端っこだったり斜め後ろだったり、視点が合わないところに座っている人」と、《メンバーの座る位置と座り方を確認する》ことで、メンバーのカンファレンスへの参加意識を考えることもしていた。

このようにファシリテーターは、メンバーによってファシリテーション方法を変化させる。そのためにファシリテーターは普段から「(各々のメンバーは) どういう看護をしてるんだろうと。そこから始まって、この人はこういう特徴があるんだとか、ていう見方をして精神科看護っていうのをやってきたけど」と、《各メンバーの普段のケアのありかたを意識する》や、「(カンファレンスが苦手なメンバーは) 多分端っこだ。一応何か喋ってない人もいるみたいだけど、『大丈夫?』と言うことは聞きはするけれど(中略)名指しでは当てない」と《カンファレンスに対する各メンバーの得意不得意を確認する》ことを観察していた。また「若手のスタッフだと、繋げて考えて理解できなくなるのかなとも考えて、あんまり(話を振るのが)有効というかどうかと思いますね」と《メンバーの理解力をみる》ことや、「ナチュラルな気質の方がいればいるほど、入るまでの時間は短くなる気がするし私も楽です。なんて言っているんですかね。キャラですかね」と《メンバーの人となりに注目する》等と、日常的に得られる、各メンバーの普段のケアの在り方やパーソナリティの情報をも活用してカンファレンスの進行を調整しようとしていた。



### (3) 【対立中は他メンバーの反応に注目する】

このカテゴリーは、メンバーの意見が対立しているときは、それを聞いている他のメンバーの表情・姿勢などの反応を見ることによって、他のメンバーに振るタイミングを計ることを示していた。

ファシリテーターは「その人たちの言いたげな表情とか、しぐさ。手を伸ばしてなんか言いたそうな時ってあるじゃないですか」と《意見の対立中には他メンバーのしぐさを確認する》ことをしていたり、「姿勢だったら前のめりになってたり」と《意見の対立中には他メンバーの姿勢を確認する》ことをしていた。また、「ちょっとこっちを気にするとかね、目をやるとかね。振ってほしいみたいな」と《意見の対立中には他メンバーからアイコンタクトがないか確認する》ことをしたり、「表情、しぐさ。言いたそうな表情。こうなんか一言でそうな口」と《意見の対立中には他メンバーの表情を確認する》ことで、他メンバーに振るタイミングを計っていた。

### (4) 【各メンバーが語る準備ができていないか確認する】

このカテゴリーは、ファシリテーターがカンファレンスで各メンバーが語れる状態かを確認することで、話を振る判断をしていた。

メンバーが語れる判断材料として、ファシリテーターは、「なんだろうな、体を動かさない人は気になりますね。固まっているっていうか」、「カンファレンスって話したくないんですよね。なかなかみんな下向いてしゃべらないし」、「最初からしゃべらないという風に、ほぼ決めていると表情をしているような人がたくさんいるときは確実に盛り上がりません」、「姿勢とかね。座ってる姿勢がもたれかかっていることはないね。発言しない人は小っちゃく丸まっているかなあ」、「たぶん、興味がないと聞いてなさそうにしている人はいるので。普通に記録書いていたりとか」と語るように、《メンバーの体の動きを観察する》、《メンバーの視線を観察する》、《メンバーの表情を観察する》、《メンバーの姿勢を観察する》、《メンバーのカンファレンス中の行動について観察する》ことをしていた。ファシリテーターは、具体的に見えることだけでなく「必要かも思ってるかもしれないけど早く仕事を終わらせたいと思う。仕事を終わらせることが優先されるメンバーの雰囲気の時があるね」と《メンバーのカンファレンスへの集中力に目を配る》ことや、「浮いてるって見るのかな、違う世界にいるなみたいな、何で違う世界にいるんだろう見たいなふうに思うかな」と《各メンバーの醸し出す雰囲気を感知取る》こともしていた。

### (5) 【メンバー同士の関係性や力関係を注意して見る】

このカテゴリーは、ファシリテーターを含めて各メンバー間の関係性を意識したり、注目することで、カンファレンスの進行の調整を図ることを示していた。

ファシリテーターは「例えば、Aさんが1人Bチームに入って話をすると、ピリッとする

と自分の意見を言えなかったりする。でも C チームに入るといいカンファレンスになるときがあるんですね。そう考えるとメンバー同士の関係性」と「日ごろからの各メンバー間の関係性を意識する」ことで、カンファレンスの進行に活かそうとしていた。

その関係性を考えながら「メンバーが今日語るようなメンバーじゃないんですよ。格付けのね、格付けの上の人が多ければ多いほどしゃべりたくない人がいるんですよ」と、そのカンファレンスの「メンバー同士の力関係を確認する」ことで、ファシリテーションを行っていた。その場でメンバー同士が対立している場合は「まあ例えば倒れた人によく対立するのは、『私はまずはバイタルくらいはとりたいよ』と、『そんなのやる必要ねーじゃん、そんなのやったら又おんなじことやるよこいつ』、って(強く)言う人がいるでしょ。そういう時は、『バイタルはとっていいんじゃないのかなあ』って、こっちの味方にまずつく」と「対立しているメンバー同士の力関係を見る」ことをしていた。

ファシリテーターとメンバーの関係性も影響しており、ファシリテーターは「私のずるいところですけど、後輩とかちょっと上ならしいです。結構言うかもしれないですね」と「自分との力関係に注目する」ことで、メンバーへの対応の仕方を判断していた。ファシリテーターは普段から関係性を見ているが「表情と、普段のしゃべり方との違いは何となくありますね。メンバー間の違いがあると思うので、普段の違いで何かあるんじゃないのかなと考えたりはします」と、カンファレンスでのやり取りから「普段との表情話し方の違いでメンバー間の関係性をみる」ことで新たな関係性に気づくこともあった。

#### (6) 【自分を含めてメンバーの語りに対する反応に注目する】

このカテゴリーは、メンバーの語りに対する他メンバーの反応の仕方によってカンファレンスの進行の調整を図ることを示していた。

ファシリテーターは、「うんうんってたくさんしている人に振ると又出てきて」と、「メンバーの語りに対する反応を観察する」ことをしていた。また「それこそ、(メンバーが語り手に) 陰性感情が出てきてたりすると、なんかね、あんま話していると(語り手の) イライラも募ってきちゃうからとか、それっぽいこと言って(止める)」と「メンバーの語りに対するメンバーへの陰性感情に目を配る」ことによって、語り手とメンバーの軋轢が生まれないようにしていた。メンバーが語っていても反応しないメンバーがいる。そのような時は、「やっぱりメンバーが多いと、話に入らない人とかなかなか活発にってところがない人とかいると思うので、そのような人たちはどうかなって気になって見えますし」と、「メンバーの語りに対するメンバーを見つめる」ことで、無反応さを様々なメンバーの考えを拾うための情報としていた。また、ファシリテーターは、「何で気づくんだらう。確かに自分も嫌になってくるのもあるし」と「メンバーの発言に伴う自分の感情を意識する」ことをして、カンファレンスを進行させていた。

### (7) 【主導権を握ろうとする発言の意図を考える】

これは、メンバーがカンファレンスの流れの主導権を握ろうと強く発言する場合、ファシリテーターはその意味を考えることを示していた。

ファシリテーターは「『こんなことしたらあれじゃないですか』っていう意見があるときは自分の身を守る、自分の安全を守る意味もあるのかなと」と「自分の安全を守るために主導権を握ろうとする」と、カンファレンスでよく反対意見を訴えるメンバーを捉えていた。また「自分の感情だけでものをいうっていうか、そこに患者さんが、患者さんは敵で、患者さんは敵であり自分の感情が揺さぶられているのがすごく嫌だ、そういう主張だけする人」と「自分の感情を守るために発言する」と捉えていた。

### 3) BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーターの心構え

#### (1) 【職場風土がカンファレンスに現れるため日ごろから雰囲気を考える】

このカテゴリーは、カンファレンスの感情表出はその場のファシリテーションだけでなく、日ごろからの関係性も影響を与えていると考え、感情表出しやすい職場風土にしようと工夫するさまを示していた。

ファシリテーターは、「その職場の風土がカンファレンスでも同じように表れると思うんで、それは僕らも感情のとは言うし、(だから)スタッフも言えてるのかなと思いますけど」と「感情を出しやすい風土を作ることが大切ととらえる」と心掛けていた。そのことは「患者さんの対応が終わって(看護室に)戻った時くらいは緩むようになってた方が、また患者さんに向かえるんじゃないかなとは思いますが」と、日常的に「患者と向き合えるように和やかな雰囲気を作ること意識する」とつながっていた。ファシリテーターは、「普段からいろんな人(メンバー)に声をかけたりとか、自分が怒れてても表面に出さないとか。(中略)そういったところでは自分のところで意識して、(メンバーに)挨拶きちんとしたりとか」と「日ごろから場を和やかにするかわりを意識する」とことで、メンバーに日ごろから声掛けをしていた。そのように和やかな雰囲気を大切にしながらも、「日ごろ言わない人が面白いこと言ってもひいちゃうかな。(中略)この人こうやって言って意見を聞き出そうとしてるなみたいなさ」と「ファシリテーターのキャラクターに合わせた場の和ませ方をする」とことで、メンバーが戸惑わないようにしていた。

#### (2) 【日ごろからメンバーの人となり看護観を理解しようとする】

このカテゴリーは、カンファレンスには参加メンバーの人となり影響しているため、日ごろからメンバーの人となりやケアの在り方を理解しようとしていることを示していた。

ファシリテーターは、「すべて分かる訳じゃないしね。まずその人(メンバー)を知るまでに時間も欲しいし、(他)スタッフ(への対応)もそうですけど対応の仕方も考えなきゃいけ

ないし」と《時間をかけてメンバーの人となりを見定める》ことを考えていた。メンバーの人となりを理解しようとした結果、「やっぱり患者をコントロールするのがよしとする人と、もっと患者に寄り添うみたいな感じで看護していく人と、違うとそこはやっぱり意見が割れる。その二つのタイプはよくぶつかると思う」と《日ごろから各メンバーの看護観の違いを把握する》ことにつながっていた。その人となりの見方は「患者さんとの距離の取り方。動き。そっけない会話の仕方。まあ馬鹿丁寧にしてもその中には心がないなあと見てたり」と、《メンバーの患者との交流のありかたを見ている》ことで、メンバーを理解しようとしていた。

### (3) 【リーダーとしての在り方がチーム全体のケアに影響することを意識する】

このカテゴリーは、ファシリテーターのリーダーとしての態度がカンファレンスに影響を与えていると考え、日ごろからケアリーダーとしての行動や存在の仕方をメンバーに示そうとしていた。

日ごろからファシリテーターは、「あのそんなに私は師長であるっていう権威をぶら下げたような人じゃないから、まあスタッフも話しやすかったのかなと思いますけど」と《管理的にならない雰囲気作りをこころがける》ことを意識して行動していた。患者への向き合い方では「アセスメントとかよりも患者さんの話をしっかり聞いて、そこから得た情報ってすごく価値があるなっていつも思うので」と、患者と積極的に《自分が患者と向き合うことでメンバーを引っ張る》姿勢をメンバーに見せていた。メンバーへの向き合い方では、「人(メンバー)を絶対に悪く言わないっていう部分で、ジャッジしないっていうか。その態度は貫いてきたと思いますね」と、《メンバーのありのままを受け入れ良し悪しはジャッジしない》ことを心掛けていた。リーダーのあり方としては、「逃げた姿勢、関わらない姿勢ってのは、看護師はもういたたまれないですよ。それは、腹くくって立つ。何にもしないけど。いるよと。私は毎日来てるよ。それは私がやってきた中での、まあ一つの理念の中にあっただけかな」と《最終的な責任は自分で引き受ける覚悟を持つ》ことでメンバーに安心感を与えようとしていた。

カンファレンス場面では、ファシリテーターは「達成感じゃなくて、患者さんの思いの方が先だね。こちらの達成感じゃなくて患者さんが喜んでくれたことに意味があるカンファレンスだったらいいかな」と《常に患者中心でケアを考えている》ことを中心におきながら、「師長がね、わさわさすると壊滅的なんです。まず師長が動きを止めて私が客観視できるか、何が起こって(メンバーが)怒っているか常に客観視して」と《自分が落ち着いていることでメンバーを安定に導く》ことを意識していた。そのために「斜に構えるっていうか、ななめに話をしていると自分が落ち着くんですけど」と《ファシリテーターの緊張が伝わらないように努力と工夫をする》ことをしていた。ファシリテーションする上では「ただやっぱり、自分自身の傾向を知るっていうのは、患者の構図と全く一緒で、こういうとこ

ろ弱いんだとか、ここはできそうだといいところを分からないと、自分で。求めてもいけないことだなと思ったんですよ。だって（自分が）パーフェクトじゃないもん」と《自分の信念は重要としながらもメンバーに求めないようにする》と、自分の傾向を自覚することで、メンバーをコントロールしないようしていた。

#### (4) 【解答を求めずに悩んだり感情表出することを大切にする】

このカテゴリーは、カンファレンスの目的はケアの解答や問題解決の議論ではなく、感情表出することであるという目的を大切にすることを示していた。

ファシリテーターは「最初(ファシリテーターは)解決してくれる人みたいな。そうならないために、最初からそういう雰囲気と、一緒に考えようかっていう形を作る」と《解答者にならないようにファシリテートすることを重要視する》ことを意識していた。感情を扱うカンファレンスは解答がないため、「もやもやは残る。完璧な解答は無理とは思っている。言いたいことを吐き出せるって言うのは重要なところかもしれない」と、《解答ではなく言いたいことが吐き出せることを重要視する》ことをしていた。しかし、問題解決志向が強い場合、解答を求める傾向が起きる。そのために「経験が長い人はスパッとこうすればいいって思いがちだから、経験が少ないフレッシュな意見も聞いてもらいたいと思うし、そういう人がどういう風に苦しんでいるのかも、ちゃんとフォローしてもらいたいなとも思う」と《カンファレンスは解答を求めず常に悩みフォローすることが重要視する》と、カンファレンスはメンバーが悩み、それを支える体制が大切だと捉えていた。そのようなチームで支える体制を作るには、「(感情表出で大切なことは) 課長とか係長とか管理者とかが認めていることですかね。(中略)自分も言うし、感情のところはね」と《メンバーが感情を出すことをリーダーが受け入れる態勢を整える》ことが必要であると捉えていた。また、問題解決志向にならないポイントとして「だって一人の人がどっぷり巻き込まれた人がいるからうまくいく場合も多いじゃないですか。みんな同じ統一したら辛いですよ患者さん。こんな細かいとこまで統一したいとは思わないですけど」と、《目標は統一するが細かいアプローチは統一しないようにする》ことで、ケアの解答にならないようしていた。

#### (5) 【語るができないメンバーの背景を意識する】

このカテゴリーは、カンファレンスで感情表出できない状況や、語ることのできないメンバーがいる場合、その背景を捉えようとすることを示していた。

ファシリテーターはまず、「何にも言えないカンファレンスって、何か事情があると思うんです」と、語れないメンバーに対して《語られない事情を考える》ことをしていた。ファシリテーターは、ケア者の特徴として「私もなんですけど、患者さんのために存在している私たちが、対象者の患者さんを悪く言っちゃいけないってのはあるんですよ。そこを突破するのはかかる」と《陰性感情を言ってはいけないというメンバーの気持ちを考える》こ

との心掛けや、「(感情が表現されるには) この患者さんに上手くケアができてないという状況を認めないといけないじゃないですか」と《看護師はケアできない状況を認めるのに苦しさがあることを理解する》ことや、「患者にコントロール(されている)、振り回されていると思われたくないから、きっとあれはアピールだよね的な」と《操作されているのを認めるには勇気があることを理解する》ことで示されるように、ケア者としての在り方が、語る内容に影響していると捉えていた。

また個人的な背景である「緊張。やっぱ若くて経験年数がなくてって人が多いと思うので口火を切らない人は」と、《新人や経験年数の浅いメンバーは発言しにくい捉える》ことで新人や経験年数の浅いメンバーの心情を考えていた。

#### (6) 【ファシリテーションは意見に影響を与えているという自覚を持つ】

このカテゴリーは、ファシリテーションの仕方によって、メンバーの意見や感情表出に変化が生じることを自覚することを示していた。

ファシリテーターは、「1人ファシリテーションで回せる人がいると違うと思う、(関係性が悪い) Aチームでもね」と語り、《いいファシリテーターがいると関係性が悪くても意見は出ると考える》と、ファシリテーションの重要性を捉えていた。そのファシリテーションの重要性は、「私がするのではなく、あなたたちに作ってもらいたいですよね。そうするとどこでどの人についてというのは、割と考えているんだろうな」と《話を振るメンバーとタイミンが重要ととらえる》ことにつながると語った。

#### (7) 【現場で起きている現象は何かしらの肯定的な意味があるととらえる】

このカテゴリーは、巻き込まれや感情的な対立など一見否定的な現象も、ケアにとって何かしらの肯定的側面があると捉えてカンファレンスを行うことを示していた。

ファシリテーターは、「そこは、そういう人(巻き込まれる人)たちがいないと成り立ってないんで。みんな関わらない人たちが、言ったところで、薄っぺらい話題になっちゃうんで」と、《巻き込まれているメンバーがいることでカンファレンスの価値が高まると評価する》と捉えていた。また、「そういう場じゃないと意見の対立は生まれないから、周りのみんなは大変かもしれないけど、カンファレンスとしては意義があるかもしれないですね」と、対立があったとしても《対立は感情的でなければ真剣に考えていると評価する》ことをしていた。さらに「(対応は)結構大変なんで。みんな嫌なんで。やっぱみんな関わって。日によって、今日は私こっぴという立ち位置とか全然いいと思うんですけど」と《各メンバーの役割の違いを考える》ことで、各々の役割の違いを肯定的にとらえていた。

#### (8) 【患者の病理がカンファレンスで再現されやすいことを意識する】

このカテゴリーは、特に患者の病理であるスプリッティングがカンファレンスの場で再

現されやすいことを念頭に置くことを示していた。

ファシリテーターは「ファシリテートする人は、ある程度冷静にいらっしゃるっていうか、両者の意見があって対立するんだっていうのは、考えながら進めてほしいっていうか」と《対立があることを念頭にカンファレンスを進める》ことを意識し、冷静さを保とうと工夫していた。また同様に冷静さを保つ工夫として「それって絶対操作されているから、お互い逆な意見があっていいはずなのに、何かあっちゃいけないこっちはいけないっていう、そういうのは嫌だな」と《違う意見を認めないと患者に操作されていくために注意する》ことで、異なった意見を受け入れていく態勢を整えていた。しかし、そのメンバーに基礎知識がないと患者の病理は再現されやすくなる。そのためにファシリテーターは、「基礎知識がないナースが結構いたから、そういう風になりやすい訳。だからここでチームとして分裂してはダメなんだということをまず抑えて」と、《患者の病理がメンバーの関係性に影響を与えていることを前提としてファシリテートする》ことをしていた。

また時には「意図して言ってない（指摘していない）と思いますけど。この前のは先生が巻き込まれていると自覚していたので。あえてそれ以上はって話はありませんけど」と《巻き込まれても自覚があり他メンバーに影響がなければよいと考える》と柔軟に考えるようにしていた。

#### (9) 【様々な意見を引き出そうとこころがける】

このカテゴリーは、語るメンバーだけでなく、語らないメンバーや多職種、語っていてもまた別の語りを導くように心がけることを示していた。

ファシリテーターは、「全員一言は発言してもらおうようにはしますね。それは見てますね確かに」と《全員の意見は聞くように工夫する》ことを前提として、「だからそれと違う意見を持っているんだと思うんですよね。引いている人たちって。(対立する)2人に対して意見を出してくれるんじゃないかなと思うんですけど、逆に引いている人は」と《語らない人は新しい視点や糸口をくれると考える》と、語らないメンバーは意見がないのではなく、違う意見を持っていると捉えていた。また、「全体の流れが明らかにこっちな、ってなっていたとしても、マイノリティな意見も無碍にはしたくないところがあるんですね」と《少数派や新人の意見を重要視する》ことで、あらゆる意見を大切に扱おうとしていた。語られている場合でも「実際はもっと（語り手は）困ってるんじゃないかなって思うときがある」と《語る内容が本心かわからないと考える》ことで、別の語りの可能性を探っていた。

また多職種の意見を大切にしておき、「まあ補助者が意見言う時はないかもしれないですけど、(中略)どう考えているのかなというのは職種によっても、こう意識するというか」と《職種によって問題のとらえ方が違うことを意識する》ことや、「PSW も入れればいいですね。看護師は患者のケアにしても、病状じゃなくて行動や感情に視点が言ってるんで、病気に焦点を当ててくれる主治医はやっぱり大切だと思いますね。ケースワーカーは退院がどこ

どこでやっているときですね」と《他職種からは視点が違う専門的な意見が得られることを活用する》ことを大切にしていた。

様々な意見を導くときには、ファシリテーターは自己の経験と照らし合わせ、「巻き込まれた経験があるから、ファシリテートする時は、そういうもんだって思っているのかも知れない。それが実体験がない人がファシリテートしたら、やっぱり限りがあるって言うか」と《自分がメンバーである時の体験をもとにして意見を出しやすいファシリテーションを行う》ことで、様々な意見を引き出しやすいよう意識していた。

#### (10) 【メンバーが肯定的な気持ちになれるようにサポートする】

このカテゴリーは、カンファレンスで発言したメンバーや、患者ケアにおいて苦勞しているメンバーに対して肯定的に返したり、サポートすることで語りやすいカンファレンスにしたりメンバーの自尊感情を支えることを示していた。

ファシリテーターは、「それで話してくれたときには『ホンとそうですね！』ちょっとおおげさに。その人が意見言ってよかったなって思えるように」と《発言したことでよかったと思えるように肯定して聞く》ことを基本的な姿勢としていた。対応に対して、明らかに修正が必要な時でも「自分のケアに自信を持っているので、やっぱそれを否定されるのは非常にあの、彼女もつらいかなって思っちゃいますね」と《他メンバーの前で対応についての否定はしないようにする》したり、「そこ(カンファレンス内)で訂正はできないですからね。自尊心を大切にしたいから」と、《発言したメンバーの自尊心を大切にすること》で、カンファレンスの場での傷つき体験とならないように注意していた。

また苦勞しているケア者に対しては「難ケースって担当の意見も大事にしてやっていかないとね。担当看護師がいろんなどで傷つくとおもうんで。それは大事にしていますけどね」と《担当看護師の意見を一番尊重して扱うことをこころがける》ことで労うことや、「その看護師がやってよかったって思えるようにサポートする。いろんな場面でねっていうのは考えますけどね」と《メンバーがやってよかったと思えることを重要視する》ことを心掛けていた。

#### (11) 【メンバーが自分の力でケアの意味に気づくことを大切にする】

このカテゴリーは、メンバーの成長のためにメンバー自身が自分の力でケアや自分の感情に気づくことができることが大切だと心掛けることを示していた。

ファシリテーターは、「気づいたほうがいい…気づいてほしい。なぜなら私は直接ケアをする人ではないので、あなたたちがみんなが直接ケアするので。まずみんな自分たちの口で、起きていること困っていること突き当たっていること、そこに伴う感情って、そこに気づいてから、じゃあどうする？っていう理想はありますけどね」と《メンバーが困っていることに伴う感情に自分で気づくことを重要視する》ことを心掛け、出来事に対して過剰



に説明しないようにしていた。メンバーの無自覚な巻き込まれに対しては、「その人からすると患者のニーズに込えられているという自信がありますからね、たぶんそれが患者のためになっているのかというところを、気づけないといけないので」と《看護師がケアの意味を自ら気づけるように導く》ために、その方法として「看護師が看護師に否定されちゃうとつらい部分があると思うんですけど、他の職の人たちが提供してくれる話題で看護全体の気づきになるような形だと、彼ら自身も責められた感じがしないでしょうし」と《他職種の違う視点は看護師の安全な気づきを促すととらえる》ことで、他職種の意見を活用することがあった。

#### 4) BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスの特徴・プロセス

##### (1) 【カンファレンスの始まりに口火を切る人が現れず沈黙が続く】

このカテゴリーは、カンファレンスが開始されても緊張感が高く、語るメンバーが現れずに場が硬直するさまを示していた。

ファシリテーターは、「うちもよくあるんですけど、一番は何を話せばいいのかよくわからない状況になっちゃってますから」と《何を話し合えばいいのかわからず口火が切れない状態になる》ことを語った。また、「カンファレンスの空気が重いときがあって、会議で新しいことをやってみよう、そういう時に空気が変わりますね。みんなが黙る」と、カンファレンス自体の《空気が重たく言いたいことが言えなくなる》ことがあった。その雰囲気は、メンバー間の関係性にも関係しており「こっち（嫌いなメンバーがいる）ではしゃべりたくないっていうか。そのオーラが漂っているんですよ」と、《嫌いなメンバーがいると話したくなくなる》状態になりやすかった。また、「否定的な人がいるだけで、言いたくないなって思いますからね。この場がしのげちゃえばいいやって思っちゃいますね」と、語ることで傷つくかもしれないと思わせる《否定的なメンバーがいると話したくなくなる》気持ちになりやすかった。参加メンバーとの関係性が構築されていないようなメンバーは、「(新しいメンバーは)最初の方は話せれないですもんね絶対」と、《新しいメンバーは発言しにくい状態になる》ことがあった。

##### (2) 【事象を語ると雰囲気がなごみ感情が表現されやすくなる】

このカテゴリーは、緊張しているメンバーが具体的事実を述べることや、ファシリテーターが感情を自己開示することによって徐々に和やかになり、感情の語りに変化していく過程を示していた。

ファシリテーターは「困りごとを話している時は、打ち解けてはいません。固いですね。」と、《メンバーの困りごとに話が集中するときはまだ打ち解けていない》とカンファレンスを評価していた。しかしカンファレンスの分岐点として「そうやってみんなが笑うような発言ができると、みんながワッとになって温まるんですね」と《事実を述べる経過で笑いが

生まれ雰囲気や和んでいく」と、メンバーが笑える雰囲気かを注目していた。ファシリテーターは、メンバーが感情を語れるようになる重要点として「みんな下を向いているんで、『ほんと嫌だよなー』とか言うとお上を見てくれますよね。それでしゃべってくれる」と、「メンバーが陰性感情を自己開示すると他メンバーも続いて語る」と語った。

### (3) 【誰もが解答がわからない時は意見が出やすくなる】

このカテゴリーは、カンファレンスがケアの解答を求めない場であると、メンバーが意見を出しやすくなり場が盛り上がっていく様を示していた。

ファシリテーターは、「ボーダー(BPD)の人たちのカンファレンスは盛り上がりやすいっていや盛り上がりやすいんだけど、ボーダーをこっちでコントロールすべきだ、みたいに思っている人たちがいると、なかなか盛り上がらないのかもしれない」と「解答を求めるとカンファレンスは盛り上がらなくなる」と語った。同じように「だから強い信念、カリスマ性のある人が言った意見じゃなくて、なくてもズバッと自信を持った意見を言う人がいるところに、そうだよって流れやすい」と「強いメンバーの意見に流されやすくなる」という状態になった。その逆の表現として「みんながわからない、ベテランもわからないときは盛り上がるかなあ」と、どうしてよいのか「誰もがわからないような患者は意見が盛り上がる」と経験を語った。

### (4) 【メンバー間や他職種間で意見や感情が分裂する】

このカテゴリーは、カンファレンスで意見、感情、職種、年齢などさまざまな要因からメンバー間で対立が起きることを示していた。

ファシリテーターは、「薬をたくさん飲みたい人たちが多かったんですよ。じゃあ何が争点になるかっていうと、それ以上あげちゃいけないっていう派と、どんどん先生がいいって言うんだから上げた方がいいって派といつも行ったり来たりして」と「メンバーの意見の違いで対立する」と、「その患者さんが好き嫌いな看護師さんっていますよね」と「メンバーの患者に対する好き嫌いが分かれる」と、「その人はその人で、若い人をせっつくっていうか、『なんであんな対応しかできないのか』って。チームの力動がうまくいかないわけですよ」と「ベテランメンバーと新しいメンバーで対立する」と、「でも静かな方は言いませんね。言いにくいですよ、もう。テンション上がってる人たちが、こう『わあ』って言うのと、言いにくいので」と「話したいグループと話しにくいグループで分かれる」と、「看護(カンファレンス)の難しいのはね、看護助手さんね。看護師の中でも准看さんなんかは、『私准看だから』って(話し合いを避ける)」と「メンバーの資格によって分かれる」と語ったり、「Aさんとか『違うわそれは!』って。オーディエンスがまた『それだったら私は違うね!』っていう(同調する)人もいて。もう考えただけで胸が痛くなるようなことだね」と「巻き込まれたメンバーが孤立無援の状態になる」という様々な

背景や状況を指摘した。

また「カンファレンスなんてやっている場合じゃないという圧力はありますから」と、「カンファレンスより業務を優先したいメンバーがいる」と、カンファレンス自体へ参加意欲が乏しいメンバーがいたり、「チームとして決定しても自分の意見が反映されていないと、『そんなのやるか』みたいな感じで従わない」と「チームの決定に従わないメンバーがいる」こともあった。患者に巻き込まれてメンバーが分裂する範囲は、精神科内にとどまらず「身体科の科長。形成の先生だったんですけど、形成の主治医とが巻き込まれていたんですけど、その先の科長も巻き込まれていて医局が」と、「職種に関係なく巻き込まれているメンバーがいる」と語った。

#### (5) 【高圧的になるメンバーによってカンファレンスの空気が悪くなる】

このカテゴリーは、カンファレンス中に過剰に感情的・攻撃的になるメンバーが出現し、雰囲気が悪くなることを示していた。

ファシリテーターは、特に立場が上の者に注目し「怒る人ですね。管理をやっている人たちが必ず一人はいると思うんですけど、その中で何人かそういう人がいると委縮しちゃうと思います」と「カンファレンスで感情的になるメンバーがでる」ことでカンファレンスが機能しなくなることを語った。また「自分が上。自分が上でありたがる。指示的になるよね」と「指示的になって上になろうとするメンバーがいる」であったり、「否定的にガンガン入っていくんですけど、意見の強い人がそういうことやったりすると、誰も何にも言えなくなっちゃうんですけどね。カンファレンスという物自体が」と「強い人がメンバーの否定をして雰囲気が悪くなる」ことがあると語った。

#### (6) 【方向性を決めてもメンバーの行動の変化やケアの効果の実感は少なく不全感が残る】

このカテゴリーは、今後のケア方法を決めても巻き込まれているメンバーの行動は変わらず、ケア方法を決めたために逆に新たな問題が発生してくることを示していた。

ファシリテーターは、「(不全感)結局あるにはありますね。具体的に統一、操作性のある人って差があるじゃないですか。攻撃対象になっている人、なっていない人であったりとか。でもそこをみんなで統一してうまく対応していきましょうねってなっても(できない)」と、「方法性を決めても操作されているため効果の実感がない」ことを語った。巻き込まれるケア者は他者からそれを指摘されるが、「言われて『そうかな』って思ったかもしれないけど、腑に落ちてはいないのかな。そのあとにも繰り返し替えされたりもしたから」と、ケア方法を決めても「巻き込まれている看護師の行動は変わらない」ことをファシリテーターは指摘していた。BPD看護では患者の操作性を封じ込めるためにルールを作る。しかしファシリテーターは「あまりルールで、ガチガチにはしたくないから、そうするとまた同じことが起きるから」と、「ルールを作ってもまた問題は起きる」ために、ケアを統一する方法が必

ずしもチームにとっては得策ではないことを語った。

#### (7)【患者やメンバーに対する陰性感情の話がつづく】

このカテゴリーは、感情表出で盛り上がった場合、陰性感情の表出から患者やメンバーへの不平不満になることで場の收拾がつかなくなることを示していた。

ファシリテーターは「切った方がいいですね。切らないと、時間が過ぎても、まだ上がってる人はお話しするし。で、苦情が始まったり、いろいろ始まるので、雑談の中に」と《メンバーのテンションが上がると不平不満や苦情になる》と、陰性感情の表出から場の收拾がつかない状態になることを語った。そのような、不平不満は患者に対してだけでなく「そういうとき（夜勤のとき）に話に言っちゃって。急にばたばたする時があって、そういう時に『ナースステーションにいない、連絡取れない』っていう状況が発生する」と、《巻き込まれている看護師に対して陰性感情が生まれる》と語った。

### 5) BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスをファシリテーションする際の困難感

#### (1)【誰でも主体的に話せる雰囲気の調整が難しい】

このカテゴリーは、多職種やメンバーの分裂、様々なパーソナリティを持つメンバーなどの集まりの中で、すべてのメンバーが語りやすい場の雰囲気の調整に難しさを感じることを示していた。

ファシリテーターは、個人の振る舞いとして「強く意見を言う人は、(中略)そういう人がカンファレンスを支配しちゃっているというのは印象でして、カンファレンスやりにくいなどは感じますね」と、《感情的で口調が強くカンファレンスを支配されるとファシリテーションに困る》と困難さを語った。同じように「私はね、こんなに言われてっていう思いで悔しい思いもしたんだけど、ずいぶん(メンバーが)越権行為でね、私より上に言ったような態度をとったりしましたけど」と、ファシリテーターに対して《メンバーが居丈高なっているとファシリテーションがやりにくい》と感じていた。また「ただ看護師の場合は、言いすぎる人が止めるのが大変でしたね。しゃべりたい人は黙っていても入ってくるもん」と《メンバーの話が止まらなくなると困る》と語った。ファシリテーターは、メンバー個人の振る舞いだけでなく「空気が止まるっていうかね。集団で起きる誰かが言ってくれるだろうとか、私は関係ないとか、どうせ答えなんかないんだろうとか、そういう雰囲気が漂っちゃうとすごく嫌なんで」と《人任せで空気が止まっていると苦しく感じる》と語った。看護職以外のメンバーが入るときは「他職種が来てもその職種がはいっていけない、カンファレンスに入っていけない、参加できない感じがあるんですけど」と《他職種は看護カンファレンスに入れにくい雰囲気になる》ことに難しさを経験していた。

## (2) 【メンバーのカンファレンスに対する意識が低いと難しい】

このカテゴリーは、メンバーがカンファレンスの参加や話し合いに対する意欲が低下している状態であると、カンファレンスの進行が困難であることを示していた。

ファシリテーターは、「カンファレンスで盛り上がり自分のつらさを聞いてもらいたいよりも、まず仕事を終わりたいっていうメンバーの時は上手くいかないね。カンファレンス自体が成り立たないときもある」と《メンバーが業務を意識しているとカンファレンスが成立しない》と語った。また、「他の意見を出せないね、つてのも問題なんだけど、看護計画自体に問題がある場合が多いかな。あそこ（標準看護計画）から持ってきて入れ込んでやっていっているようになっていけど」と《話し合いでなく標準看護計画から持ってきて手軽に済ませようとする》と、意見を出せないために定型文で済ませようとしているメンバー状況もあった。カンファレンス時間では、「2つのペアでずれちゃうからカンファレンスの時間が決まらなくなったっていうのはかなり変わっちゃいましたね。パートナーシップが根付いたことによる（カンファレンスへの）弊害」と、《カンファレンスの時間が決まっていないとスタッフの参加に対する意識付けが困難になる》と語った。

## (3) 【自分との関係性が繊細なメンバーに介入するのが難しい】

このカテゴリーは、ファシリテーターとメンバーが語れるような関係性出ないときに進行が困難になるさまを示していた。

ファシリテーターは、「日ごろから発言できるっていうかコミュニケーションとれる関係がないとカンファレンスの場だけでね、語るのは難しいかと思うんでね」と《日ごろからの関係性が構築されていないと扱い方に悩む》と感じていた。特に難しい関係性としては、「看護集団で師長とかがそんなふうになっちゃったら本当に困るなって思っ。自分にそんな力あるかな。修正かけるの難しいなって思います」と、《自分より格付けが高いメンバーへ意見するのに抵抗がある》と感じていた。そのような難しい関係性のメンバーの意見は扱いが難しく、ファシリテーターは「管理者に意見が覆されると、この時間何だったのかなと思います。困りますね」と《強いメンバーが決まりかけた方向性をひっくり返すと困る》と体験していた。また、ファシリテーターによっては「リーダーとして振ったりするときに、（強いメンバーに）『何でお前偉そうなんだ』とか思われてないかなとか」と《自分より強いメンバーからのファシリテートの評価が気になる》ことがあった。

## (4) 【自覚なく病理が再現されるとカンファレンスを調整するのは難しい】

これは、メンバーが患者の病理を理解していない場合、カンファレンスが分裂しお互いが尊重しあうことが難しくなることが示されていた。

ファシリテーターは、「白黒つけられる、それやっているのは実は患者さんなんだよね、っていうところがわかんない人ばかりのカンファレンス（の扱いは難しい）」と語り、《

患者の病理がわからないままでファシリテーションは困難を感じる」と体験していた。また、病理が再現されると「私は（若いメンバーとベテランのメンバーの調整に）大変疲れしました。『Aさんこの看護師さんがこういう対応したんで嫌だあの人』って、私には（患者さんが看護師の）対応について言ってくる訳ですけどね」と「メンバー同士の分裂が高まると疲弊する」と体験していた。

#### (5) 【自分の感情の扱い方が難しい】

このカテゴリーは、カンファレンスに伴って発生してくる自分の感情への扱いと、処理が難しいと感じることを示していた。

ファシリテーターは、「感情を扱っているから、なかなか難しい。どのくらい(自分に)冷静度を持たせたらいいのかっていうのは、なかなか難しいところではある」と「自分がどの程度冷静に聞くのか悩む」と体験していた。ファシリテーターはすべて肯定的にメンバーの語りを聴いていたが、そのために「(メンバーの気持ちを)受け止めるんだけど、そういう思いで自分とそのあとすごい鬱になっちゃうんですよ。私は頑張りすぎちゃって」と、「自分の感情の処理をするのに難しさを感じる」と、抑うつ的になることもあると語った。

#### (6) 【自分が正しいと考えているメンバーへの介入が難しい】

これは、メンバーが自分のケアに自信を持っている場合、それを乗り越えてカンファレンスで話し合えるようになることは難しいと感じていることを示していた。

ファシリテーターは、「どっか患者さんを守っているっていうか、本当はいろんな感情があるのにとぼけているっていうか、(感情を)言ってもいいんですよ。看護師さんはそこを超えるのが難しいですね。」と語り「患者を守っているという看護師の気持ちを超えるのに手間がかかる」と、看護師全体の傾向を語った。

また個人の傾向を「自分は正しいと思っているので変更は難しいんですよ。何を持っていて正しいのかっていうのは、やっぱり好き嫌いの中で看護しているんです」と語り、ファシリテーターは「自分が正しいと思っている人の行動を修正するのに悩む」と体験していた。自分が正しいと思っているメンバーの中でも、「一般科でばりばりで私は何年もやってましたってそういう経験年数で格付けして、私はやってきたんだからあんたに言われたくないみたいな、そういうのがありましたから」と「プライドが高いメンバーには意見が伝わりにくさを感じる」と感じたり、「今回はプライマリーでもないのに、やたら入り込んでしゃべっている人がいるんですけど、ちょっとうまく言えないなと思いますけど」と「自覚なく巻き込まれているメンバーに指摘しにくさを感じる」と感じていた。

表 5：BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスで  
メンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーターの介入方法

カテゴリ	サブカテゴリ
カンファレンスの構造を明確にし開催する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスの開始と終わり時間を決めて守る</li> <li>・感情表出や自由な意見を出し合う場といったカンファレンスの目的を明瞭にして行う</li> <li>・前回の検討内容を振り返り継続性を保つ</li> <li>・ケアの最終責任者の存在をはっきりさせる</li> <li>・治療の枠組みから外れないことを意識する</li> </ul>
メンバーが話しやすいよう集中できる場を整える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスで起きている問題と患者のゴールを整理する</li> <li>・業務を調整しカンファレンスに集中できるような環境にする</li> <li>・カンファレンスの開催を宣言してメンバーが集められるような体制をつくる</li> </ul>
ファシリテーターが解決者とならないよう事実だけ発言してもらい話が進展するのを待つ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ファシリテーターが解決者にならないようにケア者が主体的な語りを期待する</li> <li>・語りやすそうな場面を発言してもらい感情の語りを見込む</li> <li>・メンバーから発言が無いときは患者との間に起きた事象を述べてもらう</li> </ul>
緊張をほぐして安心して発言しやすい場に調整する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊張をほぐすような語りかけや介入で空気を和やかにする</li> <li>・発言しないメンバーには語りやすいように他の意見を踏まえて振る</li> <li>・意見を言わないことも保証する</li> </ul>
メンバーが感情的になり過ぎずに話が深まるよう調整する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・激しい感情の対立にならないようあらかじめ意見を整理して準備する</li> <li>・肯定的なリアクションを他メンバーに投げかけて巻き込む</li> <li>・ケアを肯定的に話し場を安全に盛り上げてくれるメンバーに振る</li> <li>・どのような内容でも語り手の話は価値を見出して返す</li> <li>・発言に共感できない時でも気持ちを尊重するために理由を考えて受け止める</li> <li>・意見に共感できなくとも新しい意見として関心を示す</li> <li>・巻き込まれているメンバーがその場いなくてもその人の気持ちは尊重して話す</li> <li>・明らかにメンバーが攻撃されている時は明確に止める</li> <li>・指導はさらし者にならないようカンファレンス後に個別対応する</li> </ul>
否定的な内容でも受け止められる場であることをメッセージとして伝える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・思っていることは何を話しても良いことを保証する</li> <li>・正解がないことを伝えることで安心して意見を出せるようにする</li> <li>・ファシリテーターの患者に対する陰性感情を正直に話すことで感情表出する手本となる</li> </ul>
メンバーとの関係性を基本として感情表出に異変を感じたら直接指摘する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の病理をもとに操作されているメンバーには直面化する</li> <li>・感情と表現が異なっていそうときは率直に伝える</li> <li>・何でも話せるような関係性のメンバーには事実をもとに感情を直接尋ねる</li> <li>・強いメンバーに引っ張られる前に困りごとや立場の弱いメンバーから話を聞き味方となる</li> <li>・強いメンバーにより考えが押し通され場の修正が効かなくなることを避けるため後で振る</li> <li>・場の雰囲気や影響力がありそうなメンバーの話は引き延ばさない</li> </ul>
場の流れが一方的や解答にならないよう様々な意見や気持ちがあることを引き出す	<ul style="list-style-type: none"> <li>・強い意見に流れる必要はないということを伝える</li> <li>・意見の流れを変えたいときは他メンバーや他職種に意見を求める</li> <li>・後日同じ内容をメンバーを変えてカンファレンスする</li> <li>・方向性は決めるが答えとならないように次回につなげる</li> <li>・話に入らない人はカンファレンスの流れとは別の意見を持つ場合があるため振る</li> <li>・他職種に意見をうかがうことで様々な新しい視点を獲得</li> <li>・教科書や文献などの客観的情報を活用する</li> </ul>
メンバーの一方的な感情表出でカンファレンスが終わらないように働きかける	<ul style="list-style-type: none"> <li>・陰性感情の表出だけで終わらないように問題の対策に導く</li> <li>・陰性感情の共有の際に語らないメンバーに一通り話が出尽くした後に振る</li> <li>・患者の健康的な部分や肯定的なエピソードを語る</li> <li>・陰性感情の表出だけで終わらないように病状に注目する</li> </ul>
違う意見を他メンバーから伝えてもらうことで違う視点の気づきを促す	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意見に同意できないときは他メンバーや他職種に意見を求める</li> <li>・意見の対立のときは他メンバーや他職種に意見を求める</li> <li>・常識的に意見に賛成できないときは婉曲的に伝える</li> </ul>
意見の対立は力の拮抗と肯定的にとらえ沈黙したらお互いの共通点を返す	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意見の対立は両者の力が拮抗しているため話は聴くが割って入らない</li> <li>・意見の対立は結論を出さず沈黙した時にお互いの共通点を返す</li> </ul>
不全感が残っていそうなメンバーにはカンファレンス後に個別で支える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・極端な感情表出の場合はカンファレンス後に個別対応する</li> <li>・発言できないメンバーにはカンファレンス後に個別対応する</li> <li>・メンバーから攻撃を受けた時はカンファレンス後に個別対応する</li> </ul>

表 6：BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスで

メンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーターの観察点

カテゴリー	サブカテゴリー
語りやすい場の雰囲気かどうかを注目する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・場の緊張感を感じ取る</li> <li>・メンバーの発言に伴う雰囲気を感じ取る</li> <li>・笑い方を観察して感情表出に至る雰囲気か判断する</li> <li>・多職種間の境界の強さに着目する</li> </ul>
カンファレンスメンバーの構成と特徴を把握する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスメンバー数を確認する</li> <li>・メンバー構成の特徴を確認する</li> <li>・メンバーのカンファレンスへの影響力に注目する</li> <li>・メンバーの座る位置と座り方を確認する</li> <li>・各メンバーの普段のケアのありかたを意識する</li> <li>・カンファレンスに対する各メンバーの得意不得意を確認する</li> <li>・メンバーの理解力をみる</li> <li>・メンバーの人となりに注目する</li> </ul>
対立中は他メンバーの反応に注目する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意見の対立中には他メンバーのしぐさを確認する</li> <li>・意見の対立中には他メンバーの姿勢を確認する</li> <li>・意見の対立中には他メンバーからアイコンタクトがないか確認する</li> <li>・意見の対立中には他メンバーの表情を確認する</li> </ul>
各メンバーが語る準備ができていないか確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバーの体の動きを観察する</li> <li>・メンバーの視線を観察する</li> <li>・メンバーの表情を観察する</li> <li>・メンバーの姿勢を観察する</li> <li>・メンバーのカンファレンス中の行動について観察する</li> <li>・メンバーのカンファレンスへの集中力に目を配る</li> <li>・各メンバーの醸し出す雰囲気を感じ取る</li> </ul>
メンバー同士の関係性や力関係を注意して見る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日ごろからの各メンバー間の関係性を意識する</li> <li>・メンバー同士の力関係を確認する</li> <li>・対立しているメンバー同士の力関係を見る</li> <li>・自分との力関係に注目する</li> <li>・普段との表情話し方の違いでメンバー間の関係性をみる</li> </ul>
自分を含めてメンバーの語りに対する反応に注目する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバーの語りに対する反応を観察する</li> <li>・メンバーの語りに対するメンバーへの陰性感情に目を配る</li> <li>・メンバーの語りに反応しないメンバーを見つける</li> <li>・メンバーの発言に伴う自分の感情を意識する</li> </ul>
主導権を握ろうとする発言の意図を考える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の安全を守るために主導権を握ろうとする</li> <li>・自分の感情を守るために発言する</li> </ul>



表 7：BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスで  
メンバーの自由な感情表出と意見を促すファシリテーターの心構え

カテゴリー	サブカテゴリー
職場風土がカンファレンスに現れるため日ごろから雰囲気考 える	<ul style="list-style-type: none"> <li>感情を出しやすい風土を作ることが大切ととらえる</li> <li>患者と向き合えるように和やかな雰囲気を作ること意識する</li> <li>日ごろから場を和やかにするかわりを意識する</li> <li>ファシリテーターのキャラクターに合わせた場の和ませ方をする</li> </ul>
日ごろからメンバーの人となりと看護観を理解しようとする	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間をかけてメンバーの人となりを見定める</li> <li>日ごろから各メンバーの看護観の違いを把握する</li> <li>メンバーの患者との交流のありかたを見ている</li> </ul>
リーダーとしての在り方がチーム全体のケアに影響することを意 識する	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理的にならない雰囲気作りをこころがける</li> <li>自分が患者と向き合うことでメンバーを引っ張る</li> <li>メンバーのありのままを受け入れ良し悪しの判断を保留する</li> <li>最終的な責任は自分で引き受ける覚悟を持つ</li> <li>常に患者中心でケアを考えている</li> <li>自分が落ち着いていることでメンバーを安定に導く</li> <li>ファシリテーターの緊張が伝わらないように努力と工夫をする</li> <li>自分の信念は重要としながらもメンバーに求めないようにする</li> </ul>
解答を求めずに悩んだり感情表出することを大切にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>解答者にならないようにファシリテートすることを重要視する</li> <li>解答ではなく言いたいことが吐き出せることを重要視する</li> <li>常に悩むことを支えフォローすることを重要視する</li> <li>メンバーが感情を出すことをリーダーが受け入れる態勢を整える</li> <li>目標は統一するが細かいアプローチは統一しないようにする</li> </ul>
語るができないメンバーの背景を意識する	<ul style="list-style-type: none"> <li>語るができない事情を考える</li> <li>陰性感情を言っはいけないというメンバーの気持ちを考える</li> <li>看護師はケアできない状況を認めるのに苦しさがあることを理解する</li> <li>操作されているのを認めるには勇気があることを理解する</li> <li>新人や経験年数の浅いメンバーは発言しにくいと捉える</li> </ul>
ファシリテーションは意見に影響を与えているという自覚を持つ	<ul style="list-style-type: none"> <li>いいファシリテーターがいると関係性が悪くても意見は出ると考える</li> <li>話を振るメンバーとタイミングは重要ととらえる</li> </ul>
現場で起きている現象は何かしらの肯定的な意味があると思 える	<ul style="list-style-type: none"> <li>巻き込まれているメンバーがいることでカンファレンスの価値が高まると評価する</li> <li>対立は感情的でなければ真剣に考えていると評価する</li> <li>各メンバーの役割の違いを考える</li> </ul>
患者の病理がカンファレンスで再現されやすいことを意識する	<ul style="list-style-type: none"> <li>対立があることを念頭にカンファレンスを進める</li> <li>違う意見を認めないと患者に操作されていくために注意する</li> <li>患者の病理がメンバーの関係性に影響を与えていることを前提としてファシリテートす</li> <li>巻き込まれても自覚があり他メンバーに影響がなければよいと考える</li> </ul>
様々な意見を引き出そうとこころがける	<ul style="list-style-type: none"> <li>全員の意見は聞くように工夫する</li> <li>語らない人は新しい視点や糸口をくれると考える</li> <li>少数派や新人の意見を重要視する</li> <li>語る内容が本心かわからないと考える</li> <li>職種によって問題のとらえ方が違うことを意識する</li> <li>他職種からは視点が違う専門的な意見が得られることを活用する</li> <li>自分がメンバーである時の体験をもとにして意見を出しやすいファシリテーションを行 う</li> </ul>
メンバーが肯定的な気持ちになれるようにサポートする	<ul style="list-style-type: none"> <li>発言したことでよかったと思えるように肯定して聞く</li> <li>他メンバーの前で対応についての否定はしないようにする</li> <li>発言したメンバーの自尊心を大切にする</li> <li>担当看護師の意見を一番尊重して扱うことをこころがける</li> <li>メンバーがやってよかったと思えることを重要視する</li> </ul>
メンバーが自分の力でケアの意味に気づくことを大切にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>メンバーが困っていることに伴う感情に自分で気づくことを重要視する</li> <li>看護師がケアの意味を自ら気づけるように導く</li> <li>他職種の違う視点は看護師の安全な気付きを促すととらえる</li> </ul>

表 8 : BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスの特徴・プロセス

カテゴリー	サブカテゴリー
カンファレンスの始まりに口火を切る人が現れず沈黙が続く	<ul style="list-style-type: none"> <li>何を話し合えば良いのかわからず口火が切れない状態になる</li> <li>空気が重たく言いたいことが言えなくなる</li> <li>嫌いなメンバーがいると話したくなくなる</li> <li>否定的なメンバーがいると話したくなくなる</li> <li>新しいメンバーは発言しにくい状態になる</li> </ul>
事象を語ると雰囲気になごみ感情が表現されやすくなる	<ul style="list-style-type: none"> <li>メンバーの困りごとに話が集中するときはまだ打ち解けていない</li> <li>事実を述べる経過で笑いが生まれ雰囲気が和んでいく</li> <li>メンバーが陰性感情を自己開示すると他メンバーも続いて語る</li> </ul>
誰もが解答がわからない時は意見が出やすくなる	<ul style="list-style-type: none"> <li>解答を求めるとカンファレンスは盛り上がりなくなる</li> <li>強いメンバーの意見に流されやすくなる</li> <li>誰もがわからないような患者は意見が盛り上がる</li> </ul>
メンバー間や他職種間で意見や感情が分裂する	<ul style="list-style-type: none"> <li>メンバーの意見の違いで対立する</li> <li>メンバーの患者に対する好き嫌いが分かれる</li> <li>ベテランメンバーと新しいメンバーで対立する</li> <li>話したいグループと話しにくいグループで分かれる</li> <li>メンバーの資格によって分かれる</li> <li>巻き込まれたメンバーが孤立無援の状態になる</li> <li>カンファレンスより業務を優先したいメンバーがいる</li> <li>チームの決定に従わないメンバーがいる</li> <li>職種に関係なく巻き込まれているメンバーがいる</li> </ul>
高圧的になるメンバーによってカンファレンスの空気が悪くなる	<ul style="list-style-type: none"> <li>カンファレンスで感情的になるメンバーがでる</li> <li>指示的になって上になろうとするメンバーがいる</li> <li>強い人がメンバーの否定をして雰囲気が悪くなる</li> </ul>
方向性を決めてもメンバーの行動の変化やケアの効果の実感 は少なく不全感が残る	<ul style="list-style-type: none"> <li>方法的を決めても操作されているため効果の実感がない</li> <li>巻き込まれている看護師の行動は変わらない</li> <li>ルールを作ってもまた問題は起きる</li> </ul>
患者やメンバーに対する陰性感情の話がつづく	<ul style="list-style-type: none"> <li>メンバーのテンションが上がると不平不満や苦情になる</li> <li>巻き込まれている看護師にたいして陰性感情が生まれる</li> </ul>

表 9 : BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでの  
ファシリテーターの困難感

カテゴリー	サブカテゴリー
誰でも主体的に話せる雰囲気の調整が難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>感情的で口調が強くカンファレンスを支配されるとファシリテーションに困る</li> <li>メンバーが居丈高なっているとファシリテーションがやりにくく感じる</li> <li>メンバーの話が止まらなくなると困る</li> <li>人任せで空気が止まっていると苦しく感じる</li> <li>他職種は看護カンファレンスに入れない雰囲気になる</li> </ul>
メンバーのカンファレンスに対する意識が低いと難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>メンバーが業務を意識しているとカンファレンスが成立しない状況になる</li> <li>話し合いでなく標準看護計画から持ってきて手軽に済ませようとする</li> <li>カンファレンスの時間が決まっていないとスタッフの参加に対する意識付けが困難になる</li> </ul>
自分との関係性が繊細なメンバーに介入するのが難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>日ごろからの関係性が構築されていないと扱い方に悩む</li> <li>自分より格付けが高いメンバーへ意見するのに抵抗がある</li> <li>強いメンバーが決まりかけた方向性をひっくり返すと困る</li> <li>自分より強いメンバーからのファシリテーターの評価が気になる</li> </ul>
自覚なく病理が再現されるとカンファレンスを調整するのは難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の病理がわからないままでのファシリテーションは困難を感じる</li> <li>メンバー同士の分裂が高まると疲弊する</li> </ul>
自分の感情の扱い方が難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分がどの程度冷静に聞くのか悩む</li> <li>自分の感情の処理をするのに難しさを感じる</li> </ul>
自分が正しいと考えているメンバーへの介入が難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者を守っているという看護師の気持ちを超えるのに手間がかかる</li> <li>自分が正しいと思っている人の行動を修正するのに悩む</li> <li>プライドが高いメンバーには意見が伝わりにくさを感じる</li> <li>自覚なく巻き込まれているメンバーに指摘しにくさを感じる</li> </ul>

### 3. 抽出されたカテゴリー間の関連性

BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスのファシリテーション方法として得られたカテゴリーの関連性について構造を図示した（図4、図5、図6）。

構造を検討した結果、ファシリテーション方法はカンファレンスの発展の局面によって変化していった。その変化をテーマとして表現した。

BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでは、最初はメンバーの緊張感が高く【カンファレンスの始まりに口火を切る人が現れず沈黙が続く】ことがあった。そのあと、【誰もが解答がわからない時は意見が出やすくなる】という状況を経て【事象を述べる経過で雰囲気はなごみ話題が事実から感情に変化する】プロセスをたどっていた。雰囲気が和むことによって、語りは具体的な事実から感情に変化するものの、それは【メンバー間や他職種間で意見や感情が分裂する】【高圧的になるメンバーによってカンファレンスの空気が悪くなる】【方向性を決めてもメンバーの行動の変化やケアの効果の実感は少なく不全感が残る】【患者やメンバーに対する陰性感情の話がつづく】という、新たなメンバー間の課題に発展していきやすかった。そのようなプロセスの中でファシリテーターは、カンファレンスの場でメンバー間の新たな問題ができるだけ発生せずに、安全に感情や意見が出やすくなるようにファシリテーションを実践していた。

カンファレンスを開催するにあたってファシリテーターは、『時間と目的の枠組みを明確にすることで安心して語れる場を作る』というテーマをもって介入していた。すなわち、【カンファレンスの構造を明確にする】【メンバーが話しやすいよう集中できる場を整える】ことで、メンバーが参加しやすい状況を設定していた。

カンファレンスが始まり、緊張感が高い状態の時にはテーマとして『ファシリテーターは緊張をほぐしながらも話は場にゆだねる』方法をとっていた。つまり【緊張をほぐして安心して発言しやすい場に調整する】ことで、カンファレンスの雰囲気が和やかになるようにしていた。安心できる雰囲気と同時に【ファシリテーターが解決者とならないよう事実だけ発言してもらい話が進展するのを待つ】ことで自分がカンファレンスの道筋を決めてしまわないようにしていた。

カンファレンスでメンバーの語りが始まると、ファシリテーターはテーマとして『グループの感情の受容機能を高めながら感情に焦点を導く』方法をとっていた。つまりファシリテーターは場に対して【否定的な内容でも受け止められる場であることをメッセージとして伝える】ことで、安心な雰囲気になるように努め語りを引き出していた。またメンバーに対しては、【メンバーが感情的になり過ぎずに話が深まるよう調整する】ことで、安全に感情を取り扱おうとしていた。メンバーとの関係性によっては、【メンバーとの関係性を基本として感情表出に異変を感じたら直接指摘する】こともあった。

カンファレンスでグループが発展し、積極的な意見交換がなされるようになった場合には、テーマとして『グループが一方向で盛り上がりすぎないように様々な意見を引き出し許

容する方法』をとっていた。すなわち【場の流れが一方的や解答にならないよう様々な意見や気持ちがあることを引き出す】【違う意見を他メンバーから伝えてもらうことで違う視点の気づきを促す】介入をしていた。感情表出に至った場合は、【メンバーの一方的な感情表出でカンファレンスが終わらないように働きかける】ことで、ケアの視点に戻す介入をしていた。メンバー同士で強い意見の対立があった場合には、【意見の対立は力の拮抗と肯定的にとらえ沈黙したらお互いの共通点を返す】ことで対立の折り合いをつけていた。最終的に【不全感が残っていそうなメンバーにはカンファレンス後に個別で支える】ことで、フォロー体制をとっていた。

次にファシリテーターの観察点としては、テーマとして『グループ全体の観察』と『メンバー個人の観察』を行っていた。グループ全体の観察点としては、カンファレンスの構成メンバーであるメンバー同士の関係性や、力関係のために変化する雰囲気を観察していた。そのために【カンファレンスメンバーの構成と特徴を把握する】【メンバー同士の関係性や力関係を注意して見る】【語りやすい場の雰囲気かどうかを注目する】ことでカンファレンスのファシリテーション方法を調整していた。

メンバー個人の観察点としては、各メンバーの表情や姿勢などを観察することで【各メンバーが語る準備ができているか確認する】ことや、【自分を含めてメンバーの語りに対する反応に注目する】ことで、次に話を振るメンバーを考えていた。メンバー同士の対立が起きた場合でも、各メンバーのしぐさなど【対立中は他メンバーの反応に注目する】することで、他メンバーに振るタイミングを計っていた。各メンバーがカンファレンスの主導権を持とうと場をコントロールする場合は、【主導権を握ろうとする発言の意図を考える】ようにしていた。

ファシリテーターはメンバーがより語りやすいカンファレンスになるように、日ごろからのテーマとして『職場の雰囲気と人間関係がカンファレンスに影響していることを常に意識している』ことを心掛けていた。すなわち【職場風土がカンファレンスに現れるため日ごろから雰囲気を考える】【日ごろからメンバーの人となりと看護観を理解しようとする】【リーダーとしての在り方がチーム全体のケアに影響することを意識する】のように、語りやすい職場の構築、メンバーのパーソナリティの理解、語りやすいリーダーシップを考えて行動していた。

カンファレンス中には、テーマとして『問題解決を求めず感情を語りあうことでメンバーがケアの意味を自覚できることを意識すること』を心掛けていた。例えば【解答を求めずに悩んだり感情表出できることを大切にする】や【メンバーが自分の力でケアの意味に気づくことを大切にする】とあるように、リーダー主導による問題解決志向の話し合いにならないように注意していた。臨床現場では患者-看護師間で様々な出来事があるが、【現場で起きている現象は何かしらの肯定的な意味があるととらえる】ことや【様々な意見を引き出そうとこころがける】ことで、一つの現象に対しても様々な見方があることや、それらの感情

や意見に触れることで、自らのケアの意味を考え自覚していくことを心掛けていた。

またファシリテーターは、『メンバーの自由な意見をお互いが尊重できる場になるよう意識する』ことを心掛けていた。すなわち【メンバーが肯定的な気持ちになれるようにサポートする】ように、メンバーが肯定的な気持ちになり、意見が言いやすいムードに持っていくことを心掛けていた。また語れないメンバーやグループであったとしても【語る事ができないメンバーの背景を意識する】など、その現象の肯定的な見方や、意味をとらえることを心掛けてファシリテーションしていた。

またファシリテーターはカンファレンスに向かうにあたって、『ファシリテーションによってカンファレンスの質が決まる責任を意識する』ことを心掛けていた。つまり【ファシリテーションは意見に影響を与えているという自覚を持つ】ことの意識や、【患者の病理がカンファレンスで再現されやすいことを意識する】ことで、特に感情的な対立に対応できるよう準備をしていた。

これらのようなファシリテーション全体の中で、ファシリテーターは、【誰でも主体的に話せる雰囲気の調整が難しい】と感じるように『グループの雰囲気の調整が難しい』と体験していた。困難感やグループに向けてだけではなく【メンバーのカンファレンスに対する意識が低いと難しい】【自分との関係性が繊細なメンバーに介入するのが難しい】【自覚なく病理が再現されるとカンファレンスを調整するのは難しい】【自分が正しいと考えているメンバーへの介入が難しい】というように『メンバーへの介入が難しい』と体験していた。さらにグループとメンバーを扱う場合【自分の感情の扱い方が難しい】と『自分の扱いが難しい』と体験していた。

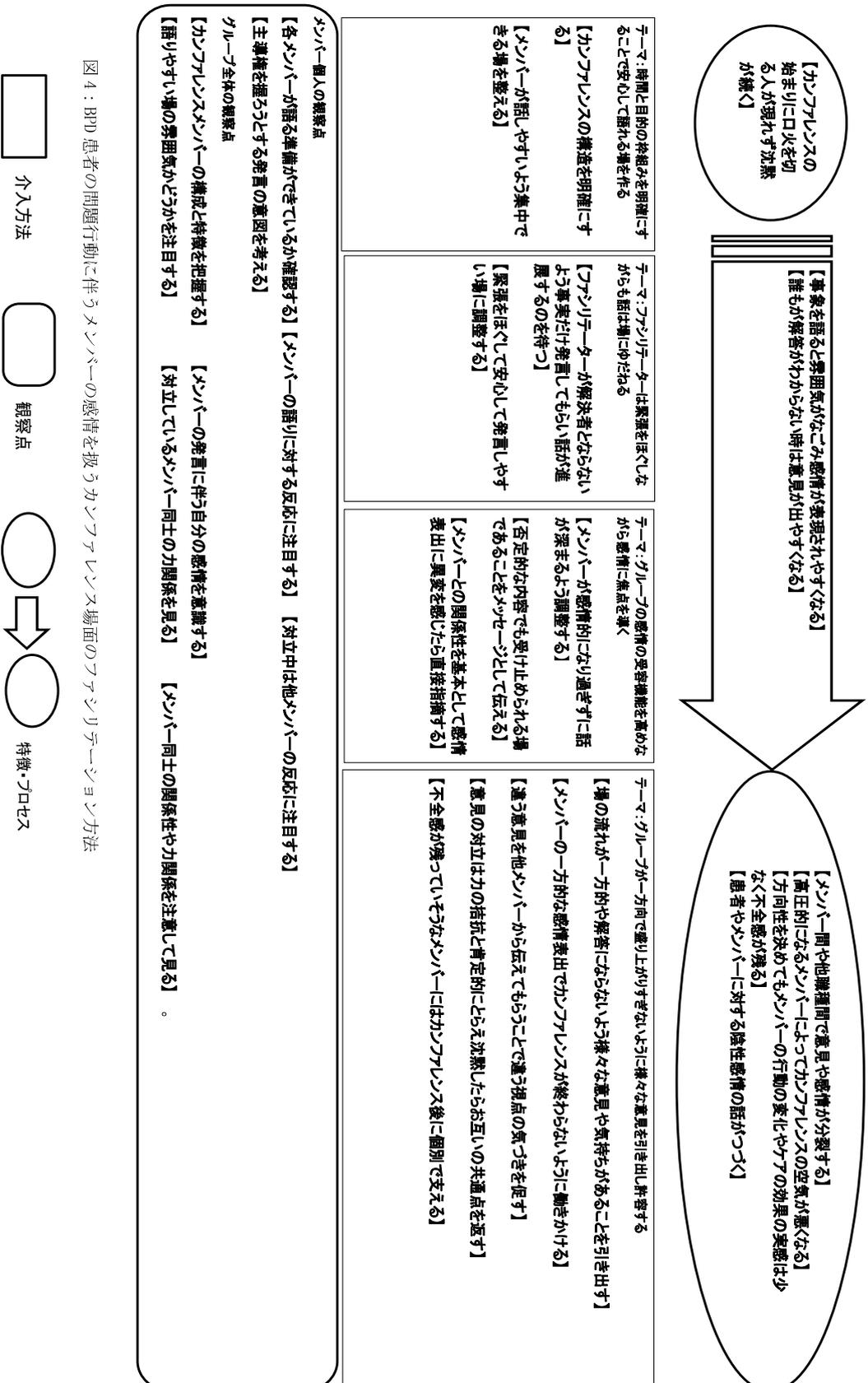
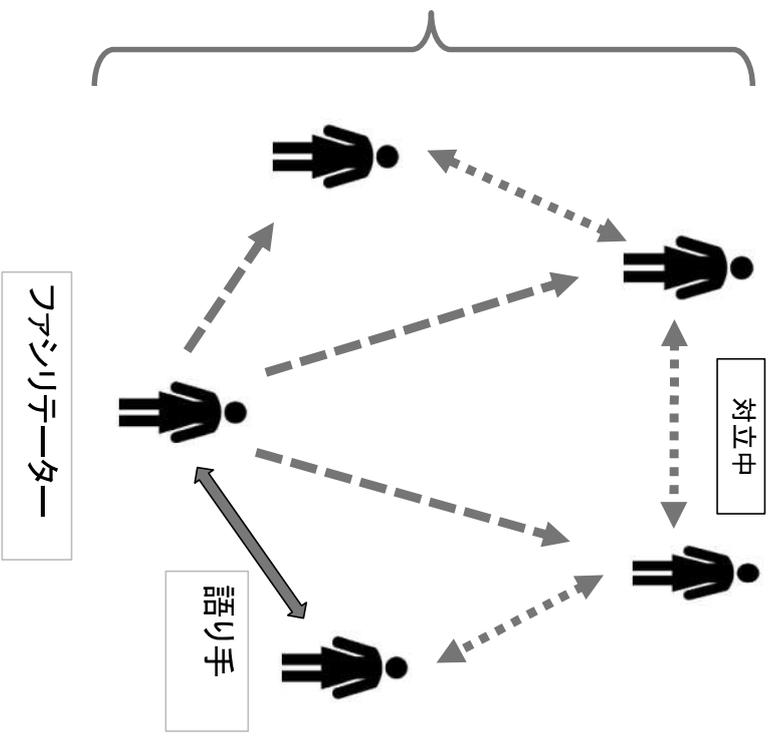


図 4：BDI 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンス場面のフテシリテーション方法



【自分を含めてメンバーの語りに対する反応に注目する】  
 【対立中は他メンバーの反応に注目する】

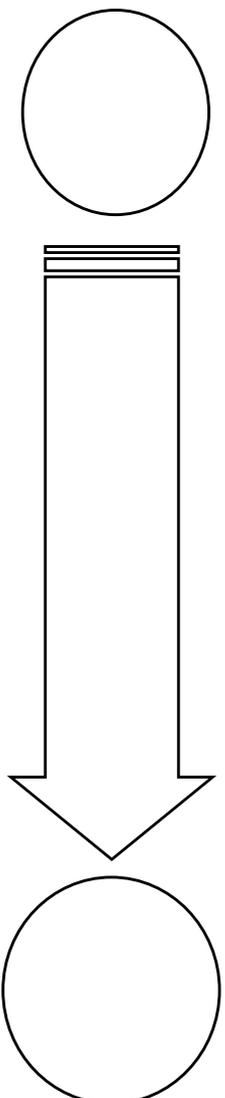
【対立しているメンバー同士の力関係を見る】  
 【メンバー同士の関係性や力関係を注意して見る】

【主導権を握ろうとする発言の意図を考える】□  
 【メンバーの発言に伴う自分の感情を意識する】□

【語りやすい場の雰囲気かどうかを注目する】  
 【カンファレンスメンバーの構成と特徴を把握する】

図 5：ファミリーテーターの観察点の俯瞰図

カンファレンスのプロセス



日常的に行っている心構え

テーマ：職場の雰囲気と人間関係がカンファレンスに影響していることを常に意識している  
 【職場風土がカンファレンスに現れるため日ごろから雰囲気を考える】  
 【日ごろからメンバーの人となりや看護観を理解しようとする】  
 【リーダーとしての在り方がチーム全体のケアに影響することを意識する】

カンファレンス中の心構えと困難感

テーマ：問題解決を求めず感情を語りあうことでメンバーがケアの意味を自覚できることを意識する  
 【探容を求めずに個人たり感情表出できることを大切にす】 【様々な意見を引き出そうとこころがける】  
 【現場で起きている現象は何かしらの肯定的な意味があることととらえる】 【メンバーが自分のカデケアの意味に気づくことを大切にす】  
 テーマ：メンバーの自由な意見をお互いが尊重できる場になるよう意識する  
 【語ることができないメンバーの背景を意識する】 【メンバーが肯定的な気持ちになれるようにサポートする】  
 テーマ：ファシリテーションによってカンファレンスの質が決まる責任を意識する  
 【ファシリテーションは意見に影響を与えているという自覚を持つ】 【患者の病歴がカンファレンスで再現されやすいことを意識する】

テーマ：グループの雰囲気の調整が難しい  
 【誰でも主体的に話せる雰囲気の調整が難しい】  
 テーマ：メンバーへの介入が難しい  
 【メンバーのカンファレンスに対する意識が低いと難しい】 【自覚なく病歴が再現されるとカンファレンスを調整するのは難しい】 【自分との関係性が繊細なメンバーに介入するのが難しい】  
 【自分が正しいと考えているメンバーへの介入が難しい】  
 テーマ：自分の扱いが難しい  
 【自分の感情の扱いが難しい】

図 6：BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンス場面のファシリテーターの心構えと困難感

心構え

困難感



## VI. 考察

予備研究で明らかとなった、BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーション方法を検討した結果、その手法は集団精神療法のファシリテーターのあり方と類似していた。それをもとに精神科治療における BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスあり方と今後の課題について考察を述べる。

### 1. BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのプロセス

BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスは、問題行動によりメンバーの陰性感情が高まった状態であることも多い。その反面、対人操作性やメンバーの看護観により患者を好意的・保護的に受け止めようとするメンバーもいる。またグループに入るメンバーが誰か(鈴木, 2014)、というメンバー同士の相性という現実的な問題がある。さらにグループに参加すること自体がストレスフルであり不安を喚起するものである(Rutan & Stone, 2001)。また、本人が意識するしないにかかわらず内的な反グループ感情をもっている可能性がある(Nitsum, 1996)。そのような様々な背景があり、カンファレンスは不安・緊張感が高まった状態になりやすく【カンファレンスの口火が切れない状態になる】のであると考えられる。

人は不安が高まるとそれを避けるため退行状態になりやすい (Benjamin, 2015)。それはグループでも同様である。鈴木(2014)はグループでは、軽い退行状態を認識するのは稀ではないと述べている。すなわち「強いメンバーの意見に流されやすい」状態になるのは、退行状態のグループに陥っている可能性がある。これはビオンの述べる基底的理想グループ(Bion, 1961)になっており、特に依存や考えることへの逃避状態が強くなっていると考えられる。そのために、ベテランや、正論を強く述べるメンバーが現れると、無条件に付き従うことになるのであると考えられる。翻って【誰もが正解を求めないと意見が出やすくなる】は、その逆の文脈であり、グループが退行状態であっても、リーダーとして依存できる対象が存在しないことを意味すると考えられる。その場合には、ベテランメンバーがいたとしても、答えを持たない者同士として対等な関係になることが可能となる。また誰も正解を求めなければ、グループ内で自分がどう見られているか、(鈴木, 2014)という不安も軽減されるであろう。そのために、正解を求めないと語りやすくなるのだと考えられた。

次に【事象を述べる経過で雰囲気になごみ話題が事実から感情に変化する】は、退行状態にあるグループが成長していく過程であると考えられる。Bion(1965)は思考レベルをグリッドで表し、松木(2009)はそれを具体思考から抽象思考への進展と説明した。不安感が高く全体的に退行した状態であるために、自分の感情のような抽象的な思考を言語化するのは困難になる。そのため、まず具体的な出来事という話しやすい事柄からグループメンバーは語りだすのであろう。そのことによって個人や場の緊張感を下げ、その過程の中で徐々に具体的な思考から抽象的な思考への深化していくのだと考えられる。その過程を得

て、自らの感情や現実的に直面しているグループの問題点の気づきや語りに至っていると考えられた。

ただし、感情やグループの状況を顕在化させることは、さまざまな各メンバーの違いを表現することにもつながる。集団精神療法と異なる点は、BPD 障害のケアカンファレンスではチームが特に分裂しやすいという点である。それは対人操作によって同じ患者に対し、様々な感情をもったチームメンバーが同じチーム内に存在することになり、患者からのスプリッティングという病理の再現と親和し、異なった意見が尊重できなくなり【メンバー間や他職種間で意見や感情が分裂する】のだと考えられる。そのような状況に陥り、グループ全体で何が起きているのか俯瞰的に観察できない時は、グループの不安感情が高まり、そのグループの感情表現役割のためにスポークスパーソンや英雄（リーダーシップがメンバーを圧迫するものだととらえ反抗するメンバー役割）の役割として【高圧的になるメンバーによってカンファレンスの空気が悪くなる】ことになるのであろう。さらにグループのまとまりを再構築するためにスケープゴート（Horwitz, 1983）として【患者やメンバーに対する陰性感情の話がつづく】ことになるのであろうと考えられた。

またカンファレンスの特徴として入院患者を扱うことから、非常に短期、短時間でカンファレンスが行われるために、集団精神療法でいうグループの成熟が達成しにくい可能性がある。すなわち個々の違いの受容が課題となる遂行期/分化期（AGPA, 2014）をワークスルーできないことがあるのだと考えられる。そのためにメンバーによっては、意見や感情の受容ができずに行動が変わらないことが起こる。ゆえに【方向性を決めてもメンバーの行動の変化やケアの効果の実感は少なく不全感が残る】ことが多くあるのであろうと考えられる。

## 2. BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーション方法

ファシリテーターはカンファレンス前に事前準備、すなわち【カンファレンスの構造を明確にする】【メンバーが話しやすいよう集中できる場を整える】ことをしていた。

前述したように BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスは不安・緊張感が高い状態になることが多い。カンファレンスの事前準備は、グループの目標、課題が明確でないときに引き起こされる不安（Yalom & Leszcz, 2005）を取り除くためであり、できる限り緊張感が高まらないような方策として行われるのだと考えられた。また、カンファレンスの開始の宣言、開始時間、終了時間を順守したり、目的を明確にしたり、構造を大切にするのは鈴木（2014）が述べるようにバウンダリーを支えていると考えられる。しかし臨床現場は集団精神療法とは違い、カンファレンス場面中であっても、その背景ではオンタイムで患者の生活やケアが進行していく場である。カンファレンスが終わった後も、その時からまた同じ仕事仲間として現実的なつながりを持ちつづける関係性である。そのためカン

ファレンス内とカンファレンス外のバウンダリーによる切り替えは特に重要になってくるのであろう。ファシリテーターはこれらの方法を駆使することによって、カンファレンスと臨床との境界をできる限り作り上げ、グループが散漫になるときの不安を軽減したり、カンファレンスで表出された感情が、カンファレンス外まで引きずらないよう切り替えられるようにしていたと考えられる。

BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスは、前述のような理由から不安・緊張状態が高いために、退行した基底的想定グループになりやすく、特に依存や考えることへの逃避状態が強くなっている。その時に【ファシリテーターが解決者とならないよう事実だけ発言してもらい話が進展するのを待つ】【緊張をほぐして安心して発言しやすい場に調整する】ようなファシリテーション方法をとるのは、依存の対象となる権威者役割を引き受けないことがグループの成熟に必要なことからと考えられる。そのことでグループの過剰な退行を防止しながら、かつ表現しやすい具体的な事実を語るよう促すことで、グループが自然と成熟していくように工夫していたのだと考えられる。それと同時に、権威者の不在で生じる不安感の軽減のために、その場が和やかになるよう口調や態度、より答えやすい具体的な質問、答えなくてもよいなどの話しやすい場の環境調整を中心に行っていたと考えられる。このようなあり方は、集団精神療法のリーダーは対人関係の距離を調整しながら、信頼感をもたらし、メンバーの個人目標を見出すのを助ける (AGPA, 2014) という作業そのものであろう。

またグループを成熟させていくためには「コンテイナー」としてのグループの安全感が要求される (AGPA, 2014)。そのため【否定的な内容でも受け止められる場であることをメッセージとして伝える】ことをファシリテーターは行っていたと考えられる。さらには否定的感情表現を引き出す (AGPA, 2014) 必要があるが、ファシリテーターはまず率先して自らの陰性感情を自己開示する方法を取っていた。これは否定的な感情表出が受け入れられる場であるのと同時に、ファシリテーターがコンテイナーとしての機能を表現する準備ができているというメッセージであると考えられる。【メンバーが感情的になり過ぎずに話が深まるよう調整する】は、文脈としてメンバーの意見を肯定的に返したり、グループが肯定的なムードになるようにファシリテートする方法であった。すなわちグループメンバーがコンテイナーとしての機能を発揮できるよう導くことを示しているのだと考えられた。

ファシリテーターは、メンバーの語りに違和感があった場合、それを直面化することもあった。集団精神療法では、治療者は自分の心の中に起きたことを短く伝える (鈴木, 2014)。しかし BPD カンファレンスでは【メンバーとの関係性を基本として感情表出に異変を感じたら直接指摘する】と、メンバーとの関係性が前提でおこなわれていた。これは、今後の関係性への影響や、ファシリテーターが「メンバーの格付け」と表現するように現実的なヒエラルキーの存在から、現実的な折り合いのつけ方を模索した結果であると考えられる。

メンバーの語りが進むとファシリテーターは【場の流れが一方的や解答にならないよう

様々な意見や気持ちがあることを引き出す】**【違う意見を他メンバーから伝えてもらうことで違う視点の気づきを促す】**ことをしていた。木村(1973)は規則性や、法則性から逸脱したできごとは、異常に対する不安が発生することを指摘している。そこにヒエラルキーのある複雑な関係性のメンバー間でカンファレンスは行われる。すなわち、感情表出のような解答のないグループカンファレンスはメンバーの不安となり、安心感のために解答や規則的な流れを求めるのであろう。そのために、ファシリテーターは規則性を求める場の流れを感じ取り、目的からそれないように、様々な意見を引き出すようにすることで、さまざまな見方や意見がありうるという「相対可能性」(京極, 2012)にメンバー自ら気付けるよう介入しているのだと考えられる。

メンバーの語りが進むにつれて、メンバー間は凝集しつつも開放され場が盛り上がることにつながる。しかし鈴木(2014)は、グループは盛り上げないことが大切であると述べている。**【メンバーの一方的な感情表出でカンファレンスが終わらないように働きかける】**は、ファシリテーターは、感情表出だけで盛り上がりせずに、その中でまだ自覚していない感情の気づきや、グループの問題に働きかけようとしていたと考えられる。**【意見の対立は力の拮抗と肯定的にとらえ沈黙したらお互いの共通点を返す】**は、強い者同士の信念対立であるにとらえていたと考えられる。そのための手法として無理に引き留めはせず、お互いの共通点を考えることで落としどころを考えていた。それは、対立しているメンバーの共通点を見出すことで「連帯可能性」(京極, 2012)を拓くために行っていたと考えられる。

ファシリテーターが安全な感情表出や意見を促そうとも、語れないメンバーは現れる。その時は**【不安全感が残っていきそうなメンバーにはカンファレンス後に個別で支える】**ことによって、不安全感があることに気づいていたというメッセージを当該メンバー送ることをして今後につなげているのだと考えられた。

### 3. BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーターの心構え

ファシリテーターはカンファレンスの雰囲気はその場の関係性以前の職場風土や、リーダーの存在の仕方が再現されると捉えていた。これは集団精神療法でも情動的風土の重要性は述べられている(AGPA, 2014)。しかし、集団精神療法とは異なった点は、このカンファレンスは、長期間同じ場で、労働しつつ交流したメンバー同士でグループが構成されている点である。そのため**【職場風土がカンファレンスに現れるため日ごろから雰囲気を考える】****【日ごろからメンバーの人となり看護観を理解しようとする】****【リーダーとしての在り方がチーム全体のケアに影響することを意識する】**と、長期間同じメンバーと日常的に労働しつつ交流しているという状況を、強みとしてファシリテーションに活用しようとしていたと考えられる。

また、**【患者の病理がカンファレンスで再現されやすいことを意識する】****【語ることで**

**きないメンバーの背景を意識する】**ことで、メンバー同士が情緒的に対立したり、メンバーが孤立したり、カンファレンスの口火が切れなかった際、ファシリテーター自身が動揺し俯瞰的視座を失わないよう、あらかじめ意識づけているのだと考えられる。

カンファレンスの中では**【解答を求めずに悩んだり感情表出できることを大切にする】**という意識を持っていた。長友ら(2014)は、カンファレンスリーダーの行動として、看護問題の早期解決策や原因の除去等を抽出している。しかし、BPDカンファレンスのファシリテーターは、解答をカンファレンスの目的としていなかった。これは、メンバーが感情表出し、それを「コンテイナー」としてグループが受け止めることによって、ケア者の感情が安定し、それを元に患者とかかわることで患者の精神状態が安定することを目的としていると考えられる。そのために、メンバーが自由に語れるように**【ファシリテーションは意見に影響を与えているという自覚を持つ】**ことを意識しながら**【メンバーが肯定的な気持ちになれるようにサポートする】**ようファシリテーションをしていたと考えられる。

グループは、メンバーとメンバーの関係から生まれてくる影響や反応から洞察を発展させるのに役立つ。ファシリテーターは**【様々な意見を引き出そうとこころがける】**時には、何も発言しないメンバーや、新人メンバーなどに注目していた。鈴木(2014)はグループ全体を観察し、治療者は聴きたくないこと、見たくないことに特に注意する、と述べている。つまり感情表出でグループが盛り上がるだけでなく、新たな視点の発見にともなう洞察を導いていたと考えられる。それが、ファシリテーターが**【メンバーが自分の力でケアの意味に気づくことを大切にする】**意味にもつながってくると考えられた。

ファシリテーターは、**【現場で起きている現象は何かしらの肯定的な意味があるにとらえる】**と、グループ内外で起きている一見否定的にみられる現象を、肯定的な側面もあると捉えていた。精神科看護師は各々が課せられた役割を担っており、その役割が一つ一つ機能していることでチームとして成立していることを、チームメンバーに返しているのであると考えられた。

#### 4. BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーターの観察点

ファシリテーターは**【カンファレンスメンバーの構成と特徴を把握する】****【メンバー同士の関係性や力関係を注意して見る】**ことをしていた。杉野(2015)は、カンファレンスの席に着くメンバーの個性、特にコミュニケーションの癖はカンファレンスを複雑なものにする。偏見やメンバー間の好き嫌い、感情表出の仕方などが妥当な結論を出す妨げになったり、発言が抑止されたりすると述べている。そのためファシリテーターは、参加メンバーや力関係によって進行方法や介入を調整するために、メンバーの関係性、参加メンバー数や各メンバーのパーソナリティの特徴に至るまで確認していたと考えられる。

BPDカンファレンスは不安・緊張感が高まりやすい状況にある。**【語りやすい場の雰囲気**

**かどうかを注目する】**ことは、全体に流れる緊張感に注目し、それに応じた介入方法を試みようとしていたのだと考えられる。また目に見える観察点としては、表情や姿勢など**【各メンバーが語る準備ができていないか確認する】**ことで、話を投げかけるメンバーを判断していたと考えられる。

ファシリテーターは**【自分を含めてメンバーの語りに対する反応に注目する】【対立中は他メンバーの反応に注目する】**と、メンバーが語っている際に、自分の感情を含めて、語り手以外のメンバーの反応を観察していた。すなわち、語りに対するグループ全体の反応を見て、その発言によりグループに何が起きているのか、誰が発言したかをとらえ、介入方法を判断していたと考えられる。

カンファレンスでは、英雄（リーダーシップがメンバーを圧迫するものだととらえ反抗するメンバー役割）のように、操作的になるメンバーが生まれる場合がある。そのような時でもファシリテーターは**【主導権を握ろうとする発言の意図を考える】**ことで、自分が感情的にならずに冷静に全体で何が起きているかをとらえる方法をとっていた。

## 5. BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーターの困難感

ファシリテーターは上述したようなカンファレンスのプロセスを踏まえて、メンバーを観察し、メンバーが語りやすくなるようなファシリテーションを行っていた。その中で、ファシリテーターは**【誰でも主体的に話せる雰囲気の調整が難しい】【自分との関係性が繊細なメンバーに介入するのが難しい】**と実感していた。これは、ファシリテーターが語るように、職場風土や各メンバーのパーソナリティと関係性、BPD カンファレンス特有の緊張感など流動的に変化する様々な要素の結果、カンファレンスの雰囲気に働きかけることが難しいと感じていると考えられる。また、**【自覚なく病理が再現されるとカンファレンスを調整するのは難しい】**と感じていた。カンファレンスメンバーが患者の病理が理解していない場合は、特にメンバーがスプリットिंगされ感情的な対立が多くなる。ファシリテーターは、感情的な巻き込まれや対立は、様々な意見や考え方があがる肯定的な面としてとらえていたが、分裂したメンバーを再構成していくことには、ファシリテーターとしての力量が問われるために負担を感じているのだと考えられた。

ファシリテーターは、基本的な心構えとして肯定的な雰囲気を大切にしていた。**【メンバーのカンファレンスに対する意識が低いと難しい】【自分が正しいと考えているメンバーへの介入が難しい】**と実感するのは、肯定的な雰囲気を大切にしたいと考えているものの、カンファレンスより業務を優先したり、違う意見が聞き入れられないメンバーの存在があるのだと考えられる。その際は、ファシリテーターは、メンバーとの関係性やメンバーの自尊心に配慮しながら介入する必要があり、そこに困難感を感じているのだと考えられた。

ファシリテーターは**【自分の感情の扱い方が難しい】**と感じていた。BPD カンファレンス

ではメンバーの緊張感が高まったり、メンバー間の分裂や、メンバーの発言に対する自分の否定的感情の動きもある。その感情の動きをどう扱えばグループにとってよりよい意味となるのかを考えた結果困難さを感じるのであると考えられた。

## 6. 集団精神療法との比較でファシリテーター・メンバーが乗り越える課題

BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーションの方法は、鈴木(2014)が述べる集団精神療法の治療者の役割と類似していた。すなわち、①治療者は定時に始め、時間が来たら終わる。バウンダリーを支える。②グループ全体を観察し、よく聴き、見続ける。③何がグループで起きているのか考えて、検証し続ける。そしてそれをなるべく言わない。④自分の心の中に起きていること、グループ全体の空気を短く述べる。⑤グループを盛り上げないで、メンバーも治療者も自覚していない感情の存在に気づく。という役割である。

しかし、集団精神療法の状況と BPD カンファレンスが異なる点は、BPD カンファレンスのメンバーが仕事仲間でもあるという点である。そのために、ファシリテーターはメンバーの力関係や、ヒエラルキー構造を観察や意識しながら介入方法を工夫していた。すなわち、カンファレンスでの自由な語り合いが、今後の関係性に響かないようにするために、集団精神療法よりも強い境界設定が必要であると考えられた。

またファシリテーターは語り手の話だけではなく、グループ全体の反応や雰囲気なども観察しながら、語りやすい雰囲気になるように調整したり、問いかけ方や、語りかけるメンバーを調整したりすることにより、様々なメンバーの感情表出を促していた。しかし、対面式の話し合いは、メンバーの視線やエネルギーが個人対個人で交差しあう、中心点のない話し合いになりやすい(堀, 2006)。そのため、ヒエラルキー構造やメンバーの力関係が影響する場面においては、チーム内の力関係により発言者が固定化する可能性がある。それが、ファシリテーターが「強い人」とよぶメンバーであろう。

固定化の原因として、自分の意見を受け入れてもらえたという実感のなさが挙げられている(堀, 2006)。そこで、発言内容を受け入れたというメッセージとして、絵にして描き記録することは、発言者への安心感にもつながり発言者の固定化の防止につながる。さらに、図に描くことは「誰が言ったか」という、発言者と発言内容が切り離され客観性を導き、感情的な議論が軽減される(堀, 2006)。そのため、現実的にヒエラルキー構造になりやすい環境で、患者をめぐる対人状況をマッピングシートで視覚化しながら話し合うことは、スタッフが感情的にならずに、対等に話し合うための改善策として活用可能であると考えられた。

最後に、ファシリテーターは、そのグループで何が起きているかは観察しているものの、その時の、自分の中に感じていることに対してのフィードバックや、グループで流れている雰囲気の意味の問いかけという方法はなされていなかった。そのためマッピングシートを用いて、図に患者をめぐる状況を具体的に再現して表すことは、その時自分の気づかなかつ

た自分の感情の自覚や、自分やチームのケア状況の自覚への助けとなり、よりメンバーとグループで乗り越えるべき課題への洞察と表現につながっていくであろうと考えられた。

そこで、対人状況を視覚化することにより、客観的に感情をとらえ対等に感情を表現し議論できるよう、対人状況の描写とファシリテーション技法をミックスした、マッピングシート活用プログラム作成を目指した。



## 第4章 予備研究2

### BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスで用いるマッピングシート活用プログラムの作成

#### I. 目的

目的は、マッピングシートと予備研究1で抽出した BPD 患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーション方法を用いて、マッピングシート活用プログラム（第1案）（以下プログラム（第1案））を作成することである。

#### II. 用語の定義

本研究ではプログラムを、「カンファレンスに用いる物事の進行に関する心構え、方法、手順」とした。

#### III. 方法

##### 1. マッピングシート活用プログラムに至る全体の構成

文献検討の結果から BPD 患者をケアするチームは、チーム分裂の悪化・不全感を伴うカンファレンス・個人、チームの退行、メンバーの孤立、ケア者の心身の不調などの状況に陥っていた。チームが分裂する要因としては、環境要因、ケア者要因、メンバー間要因があった。環境要因は、突発的な業務の発生などの治療環境の不安定性であった。ケア者要因は、病理の不理解・ケア者の抱える問題・ケア者の負担感であった。メンバー間要因は、役割の認識不足・陰性感情の蔓延・共通認識の不足・メンバーへの不満・元々メンバー間葛藤であった。これらの背景から生まれる、チーム分裂を再構築する対策は、構造化されたカンファレンス・対人関係の構造化・感情表出の場の設定と感情の自覚・感情とチームの課題共有であった。

以上のことから、プログラムの目的を、対人関係を構造化（視覚化）したマッピングシートをカンファレンスで用いながら感情表出をおこなえるようになる、と設定した。ただし、プログラム活用時において、ファシリテーターの力量や方法の違いがあれば目的達成の帰結の仕方も変化する。そのためマッピングシート活用方法に、予備研究1で抽出した感情表出を促すファシリテーション方法を加えることによって、ファシリテーターの力量によるばらつきなく、かつ安全にメンバーが感情表出できるようなプログラムになるよう作成した。（図7）

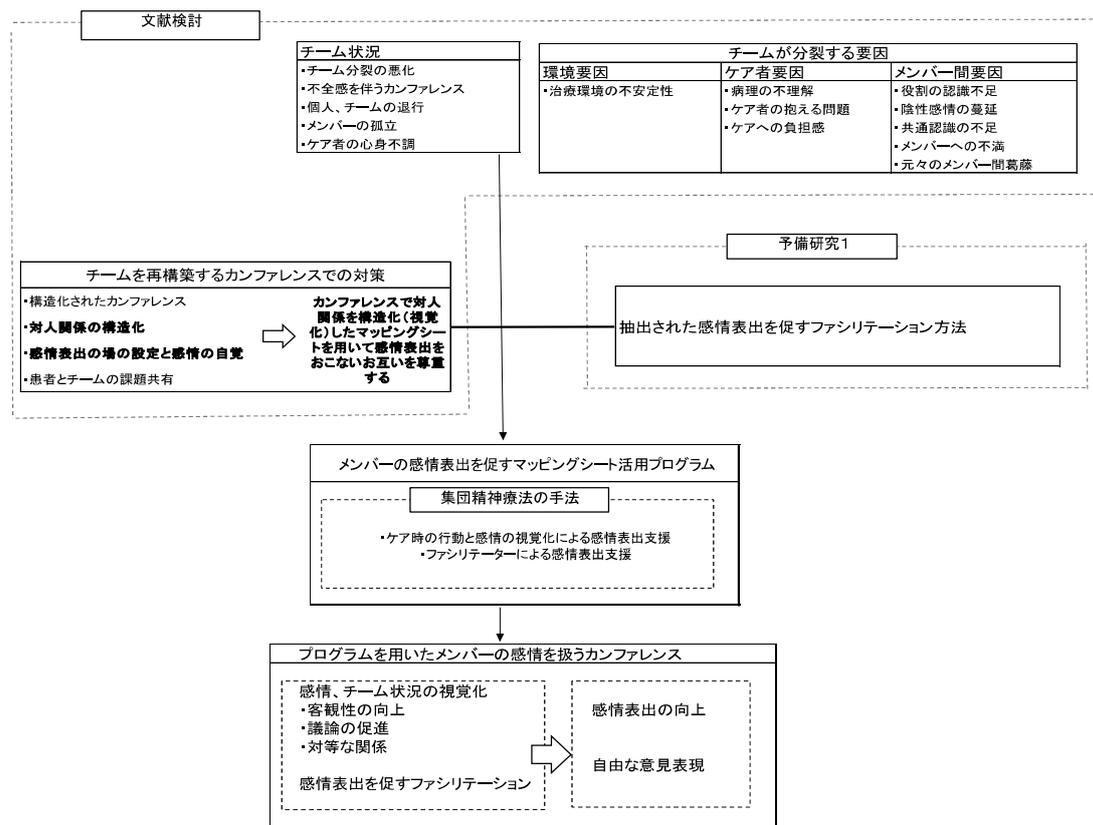


図7：マッピングシート活用プログラムに至る全体の構成

## 2. プログラムの作成の枠組み

予備研究1からBPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでのファシリテーションは、集団精神療法の手法と類似していることが分かった。

鈴木(2014)は集団精神療法を、自らを含めて自覚していない感情の存在に気づくこと、と述べている。Yalom(1995)は、集団精神療法の治療因子として、他者の成長が自分の成長への希望になる「希望をもたらすこと」。自分の問題は自分一人のものではない安心感。他者から受け入れられるという癒しになる「普遍性」。知らなかった情報や助言を得ることで、知ろうとしなかった自分に気づく「情報の伝達」。グループに受け入れられたことで、より深い感情をとき放つことができる「カタルシス」など、各メンバーの感情や自己認識への影響について述べている。

これらの因子は、マッピングシートを用いるカンファレンスにおいて、メンバーの感情表出を促すという目的に沿ったものである。そのため、集団精神療法の手法を用いてプログラムを作成していくことにした。すなわちプログラムの枠組みとして集団精神療法の手法である、時間は30～45分程度、テーマを定めない、4～8名程度の人数とした(鈴木, 2014)。またファシリテーターが治療者としての側面を強く意識せず、グループの一員としての役割を演じられるように(鈴木, 2014)、半構成的なプログラムにした。

### 3. プログラムの構成要素

メンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラムの構成要素は、文献検討と予備研究の結果に基づきプログラムの構成要素を 1) ケア時の行動と感情の視覚化による感情表出支援、2) ファシリテーターによる感情表出支援とした。

#### 1) ケア時の行動と感情の視覚化による感情表出支援

文献検討の結果、チームが分裂する背景にはメンバーの在り方に関して不満があるや、もともとメンバー間葛藤があると挙げられた。さらには、予備研究 1 の結果であるようにメンバー間の力関係の影響や、カンファレンスの主導権を握ろうとする者の出現、高圧的になるメンバーの出現などが挙げられた。すなわち、メンバー間の関係性を中心として、カンファレンス内で自由な感情表出はしにくい状況にあることがあった。加えて予備研究の考察から、対面式のやりとりではメンバーの視線やエネルギーが個人対個人で交差しあう。そのため、ヒエラルキー構造やメンバーの力関係が影響する場面においては、チーム内の力関係により発言者が固定化する可能性があった。

そこでの役立つ対策が視覚化であった。それは「誰が言ったか」という、発言者と発言内容が切り離され客観性を導き、感情的な議論が軽減されるからである。そのため、現実的にヒエラルキー構造になりやすい環境で、患者をめぐる対人状況をマッピングシートで視覚化しながら話し合うことは、スタッフが感情的にならずに、なおかつ対等に話し合うための改善策として活用可能であると考えられた。さらに、感情は抽象的思考であるため表現しにくい。そのため具体例すなわち各個人の行動から描写し、視覚化していくことをプロセスとして踏むことで、感情表出の支援をおこなうこととした。

#### 2) ファシリテーターによる感情表出支援

予備研究 1 の結果から、メンバーの感情表出を促すカンファレンスでは、その始まりはメンバーの緊張感が高いことが挙げられた。そのなかで話しやすい環境を作るためには、ファシリテーター自身が陰性感情を表現することや、具体的な話題を振って雰囲気や和ませていく必要があった。また時には、格付けの高いメンバーが場の雰囲気をコントロールすることや、話が盛り上がったときには場の流れが一方的になりやすい。そのためファシリテーターは様々な意見を導く調整をする必要があった。さらにファシリテーターは、問題解決志向のカンファレンスをしやすいこともある。そのため、感情表現を促すファシリテーションには特別な技術が必要であった。

よって予備研究 1 で得られたファシリテーション方法を、マッピングシート描写の手順書に組み込むことで各メンバーが個人、集団において感情表出しやすい環境を作る支援とした。その上でマッピングシート描写中に、自由な感情表出や意見が出せることという目的に合わせて、現実的にその場で利用可能なファシリテーション方法を、精神看護学領域の

専門家にスーパーバイズを受けながら予備研究1で得られた結果から選出した。

#### IV. 結果

以上の方法を踏まえて、本番の際に用いる「カンファレンス手順書」と、手順書の解説である「説明書」の2部構成にして計25ページで構成されるプログラム(第1案)を作成した。

##### 1. カンファレンス手順書の構成

本番の際にファシリテーターが用いるカンファレンス手順書は、

- 1) BPD患者のケアカンファレンスで自由な感情表現を促すマッピングシートを用いたカンファレンス
- 2) カンファレンスを通じて共通する枠組み
  - (1) ファシリテーターの心構え
  - (2) ファシリテーターの観察ポイント
- 3) カンファレンスを始める前に
  - (1) 目的
  - (2) 準備するもの
  - (3) カンファレンスの大まかな流れ
- 4) カンファレンスの手順
  - ・マッピングシート活用時のファシリテーションポイント
  - ・マッピングシート資料1 (メンバー用参考資料)
  - ・マッピングシート

と、ファシリテーターがカンファレンスで行う行動を中心に構成した。

##### 2. 説明書の構成

- 1) マッピングシート活用のねらい
- 2) BPDカンファレンスのプロセスの特徴
- 3) マッピングシートを用いるカンファレンスの手順
- 4) 導入部
  - ・カンファレンス前の準備と心構え
  - ・カンファレンス中の観察ポイント・開始時
- 5) 展開部
  - ・マッピングシート記入手順
  - ・話しやすい場にするための介入方法
  - ・個人が語りやすくなるための介入方法
- 6) 終結部

・カンファレンス終了時  
と、ファシリテーションを行う理由の説明を中心に構成した。

### 3. カンファレンス手順書の構成の意味

#### 1) カンファレンス手順書について

##### (1) BPD 患者のケアカンファレンスで自由な感情表現を促すマッピングシートを用いたカンファレンスについて

カンファレンスでは、ファシリテーターは問題解決志向になる傾向がある。しかし、このカンファレンスはメンバーの感情表出を目的としており、問題解決を目的としていない。その考えのもとに、最初にマッピングシートを活用するカンファレンスの理由と目的を記述することによって、ファシリテーターがこのカンファレンスのねらいを意識できることを目指した。

##### (2) カンファレンスを通じて共通する枠組み

###### ・ファシリテーターの心構え

カンファレンスでメンバーの感情表出を促すには、ファシリテーターが日常的な態度も含めて、カンファレンス前から終了までメンバーが感情を語りやすい環境をつくることを心がけていた。予備研究から得られた、そのファシリテーターの心構えのテーマに沿って記述した。

###### ・ファシリテーターの観察ポイント

メンバーの感情を扱うカンファレンスでは、語り手だけでなくグループ全体の雰囲気、各メンバーの表情、しぐさ、態度、反応などを観察することによって、語りの進行や、話を振る相手を判断していた。そのために語り手のみでなく、グループ全体を観察するように記述した。

##### (3) カンファレンスを始める前に

カンファレンスを開催するにあたって、ファシリテーターは時間と目的の枠組みを確認しておく必要がある。そのため目的、準備する物品、大まかなカンファレンスの流れを示した。

##### (4) カンファレンスの手順

ファシリテーションやマッピングシートの記入の方法が、使用者によって異なるようにアウトラインを定めて、導入時、展開時、終結時はセリフ化した。

また、マッピングシートの描写手順は2段組みとして、左側にファシリテーターのセリ

フ・行うこととし、右にその時のファシリテーションポイントを設定し、ファシリテーターが、手順書を見ながら描写の説明ができるようにした。

導入時は、時間と目的の枠組みを明確にすることで安心して語れる場を作るための挨拶を設けた。マッピングシートに描写する展開時は、先行研究の【事象を述べる経過で雰囲気やなごみ話題が事実から感情に変化する】の 카테고리から、矢印でケアの具体例を示した後、感情を語ることにした。その後、マッピングシートに描写された絵の検討を設け、グループが一方向で盛り上がりすぎないように様々な意見を引き出し許容できるような機会とした。最後終結部も、時間と目的の枠組みを明確にすることで安心して語れる場を作るための挨拶を設けた。

また、メンバーがマッピングシートを描く際に、詳しいファシリテーション方法の確認が困難になることが予測される。そのため本番で手元に置いて活用しやすいようにファシリテーションのまとめとしてA4一枚に要点を収めた。最後にメンバーがマッピングシートの描写の矢印の描き方に、迷いが生じたときのように参考資料として、先行研究(清水隆ら, 2016)から得られた看護師の行動パターンの例をつけた。

#### 4. マッピングシートについて

マッピングシートは、中心に患者を置き、BPDの精神症状である自我境界の脆弱性を表現するため点線で示した。その周りは患者からの問題行動や操作性によるケア者への侵襲性、すなわちケア者への影響力の範囲とした。

参加メンバーによって、その力関係は変化する。そのためにカンファレンスで話し合われる内容も変化する可能性がある。そのため、参加メンバーを記入することとした。

また、具体的な場面や状況を設定すると、メンバーが語りやすくなるため場面や状況を示すことにした。

周囲の二重四角は医師や医師の指示、社会システム、治療のルールなど治療構造を示し、その両端に患者さんに対してポジティブな感情をもつ、患者さんに対してネガティブな感情をもつと設定した。そのことによって、ケア者の患者さんに対する見方の位置を記入するだけで、チームの分裂が起りやすいことを視覚化しやすくした。(図8)

カンファレンス日 年 月 日 参加メンバー

場面や状況:

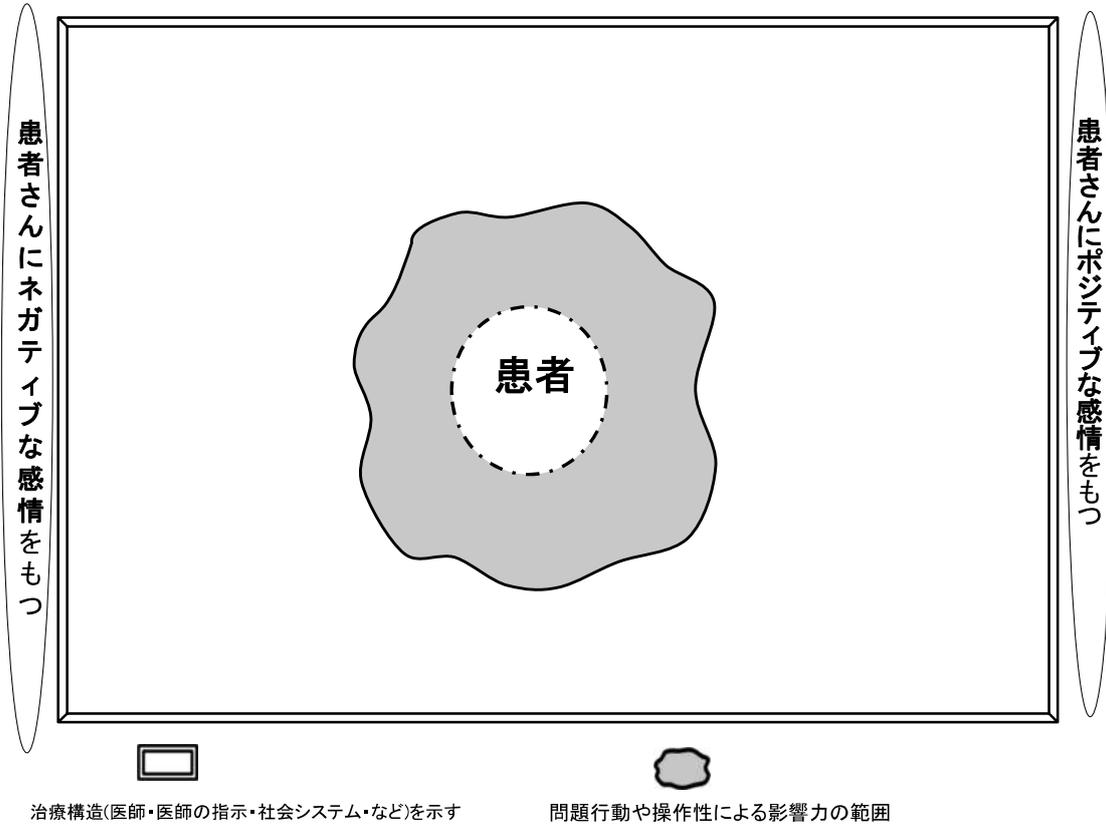


図8：マッピングシート案

## 5. 説明書の構成の意味

### 1) マッピングシート活用のねらいについて

カンファレンスの開催にあたっては、時間や目的を提示して枠組みを明確にする必要があった。それはグループが感情や意見を自由に表出する場という目的を共有していない場合、強いメンバーの意見への追従や、ケアの正解を求めてメンバー間の分裂が深まるからである。そのため、ここではメンバーの感情表出をするためという、マッピングシートを活用する目的をはっきりと示すことで、ファシリテーターとメンバーがカンファレンスの目標を見失わないようにすることを解説した。

### 2) BPD カンファレンスのプロセスの特徴について

ファシリテーターは、グループの発達の進行状態によってファシリテーション方法を使い分けていた。そのためファシリテーターが、今グループがどの発達の進行状況にあるのか判断しやすくなるようにするため、BPD カンファレンスにおけるグループのプロセスを図と文章で提示した。そのことによりカンファレンスでの課題をイメージしやすいようにした。

### 3) カンファレンスの手順

緊張度が高いグループが、自由に感情や意見が語れるようになるために、2) の BPD カンファレンスのプロセスの特徴についてと対応させながら、導入部・展開部・終結部に分けた。導入部では事前準備が大切になること。展開部ではファシリテーターが率先して感情を語って図に示すこと、メンバーがケア者としての立ち位置を図示した際に、自由に語りやすいようにファシリテーションすること。終結部では結論を求めずに時間内に終了することという、マッピングシートを用いた BPD カンファレンスに重要なアウトラインを示した。

### 4) 導入部

#### ・カンファレンス前の準備

ここでファシリテーターが重要視していたテーマは、時間と枠組みを明確にすることで安心して語れる場を作ることだった。特に、カンファレンスは業務時間内で行われるため、可能な限りメンバーがカンファレンスに集中できるように業務の調整と意識づけを必要がある。そのためにここではカンファレンスが始まる事前準備として、カンファレンスが何日の何時から何時まで行われるのかはっきり伝達をすること、できる限り業務を調整してカンファレンスに集中できる環境を整えることを設定した。

#### ・ファシリテーターの心構え

ファシリテーターは問題解決を重要視する傾向がある。そのためマッピングシートを描写する際のファシリテーターの心構えを設定した。BPD カンファレンスにおける心構えのテーマは、予備研究1の結果より「問題解決を求めず感情を語りあうことでメンバーがケアの意味を自覚できることを意識する」「メンバーの自由な意見をお互いが尊重できる場になるよう意識する」「ファシリテーションによってカンファレンスの質が決まる責任を意識する」から構成されていた。そのため心構えは、

- ・問題解決を求めず感情を語りあうことでメンバーがケアの意味を自覚できることを意識すること。
- ・リーダーが各メンバーの感情を受け止められることを重要視できるように、どのような発言でも肯定的に返すこと。
- ・チームが各メンバーの感情を受け止められることを重要視できるように、メンバーの自由な意見をお互いが尊重できる場になるよう意識すること。
- ・患者の病理の再現によりメンバー間で対立が起きたとしても、ファシリテーターが動揺せず、穏やかな雰囲気を醸し出すことができるように、患者の病理がカンファレンスで再現されやすいことを心掛けておくこと。



として、それぞれのテーマが入るように設定した。

#### ・カンファレンス中の観察ポイントについて

感情を扱うカンファレンスでは、集団精神療法同様に語り手だけでなくグループ全体を観察している必要がある。そのためにファシリテーターは、常に語り手以外の視線、表情、姿勢、行動などをよく観察するよう設定した。また、メンバーの関係性がカンファレンスの自由な語りに影響を及ぼすため、メンバーの力関係を意識しながら観察するように設定した。さらに、ファシリテーターの語りから、グループの緊張度が高いときは感情の語りは困難なため、グループに笑いが生まれてきたら緊張度が下がった目安となると説明した。

#### ・カンファレンス開始時

ファシリテーターの観察点ではメンバーの力関係を見ていた。力関係を観察する必要性があるように、正直に感情を語り合うようなカンファレンスは、その後の関係性に影響を及ぼす可能性がある。そのため問題解決型のカンファレンスより内外の境界の設定がより重要となる。そのため開始時には、始まりのセリフを用いることでメンバーにカンファレンス内外の境界を強く意識化できるようにした。

### 5) 展開部

#### ・マッピングシートの記入手順

予備研究 1 と文献検討から得られた結果から、具体的な描写方法は以下の手順に設定した。

##### (1) 具体的な困りごとの場面設定

カンファレンスメンバーは、最初は緊張度が高く、さらにメンバーの関係性や陰性感情を語ってはいけないというケア者の気持ちがあった。そのために、まず語りやすい状況設定のために、メンバーが共有している困ったことが起きた具体的場面を設定することにした。

##### (2) 患者への感情と距離の描写

マッピングシートの構造として、中心に患者を置き、両端に患者に対するよい感情、悪い感情を置いた。そのことによって、患者の病理であるスプリッティングが再現されやすいことを視覚化できるようにした。またケアを行う際の自分の患者からの距離も視覚化できるように、中心の患者から近く描くときは、心理的に近くでケアをする者。中心の患者から遠く描くときは、心理的に遠くでケアをする者と設定した。

##### (3) 自分とメンバーとの関係性の描写

ファシリテーション方法のインタビューからわかるように、メンバーとの関係性は行動に大きな影響を与える。そのため、チームメンバーの中にいる自分の立ち位置を意識化できるように設定した。ただしメンバーとの関係性は、カンファレンス後のメンバーとの関係性にも影響があると考えられるため手順書には加えずに、発展的な書き方とした。

#### (4) 自分のケアの傾向の描写

自分の感情は抽象的な思考であるため、表現することが難しいことがある。そこでまず自分がどのような行動をとったのか具体的な行動を矢印で示すことで、語りやすい状況を作ることにした。

最初はファシリテーターが自分のケアの具体的な行動を矢印で描写し、書き方の例を示すことで、メンバーが書き方のイメージがしやすいようにした。さらに行動場面が想起しやすくするために、メンバーに資料を配布し先行研究による問題行動や対人操作の強い患者を対応する際の10つの行動パターンを示すことにした。それでもメンバーが記述しにくい際には、ファシリテーターが描写のサポートを行うことにした。

#### (5) その時の感情の言語化

メンバーの語りは具体的な話を述べる経過を経て感情の語りへと変化する。そのためメンバーは具体的な自分のケアのあり方について記述した後に、その時に生じている自分の感情の振り返りを行い言語化し、吹き出しで表現することにした。

最初はファシリテーターが、ケアの行動を矢印で示した後、その時に感じていた感情を自己開示することによって、メンバーが感情を表現しやすい環境を整えることにした。また、ファシリテーション・グラフィックの方法を参考にして、感情を色分けして表示できる発展的なやり方も示した。

#### (6) 得られた図の検討

特に感情が表出された場合、陰性感情の表出だけで話が展開していくことが多くなっていった。加えて、各メンバーの中に感じていることや、グループで流れている雰囲気の意味の問いかけという方法はなされていなかった。そのため、ファシリテーターは、出来上がった図からどのような印象を持つか問いかけ、図から自覚する感情を語れるように設定した。

#### ・話しやすい場にするための介入方法

カンファレンスの開始後は「時間と目的の枠組みを明確にすることで安心感を語れる場を作る」「ファシリテーターは緊張をほぐしながらも場にゆだねる」「グループの感情の受容機能を高めながら感情に焦点を導く」

という3つのテーマでファシリテーションがされていた。そのためそのテーマに沿うように、話しやすい場にするための介入方法は、

- ・グループの緊張感を下げするために緊張をほぐして安心できるような声かけや態度をとること。
  - ・まず自分が率先して感情の自己開示を行うことで、否定的な内容でも受け止められる場であることを伝えること。
  - ・特にチームメンバーの力関係の影響から、意見の流れが決定してしまうことがあるため、場の流れが一方的にならないように立場の弱いメンバーや、違う意見に注目すること。
- と設定した。

#### ・個人が語りやすくなるための介入方法

上述したようにカンファレンスの開始後は「時間と目的の枠組みを明確にすることで安心感を語れる場を作る」「ファシリテーターは緊張をほぐしながらも場にゆだねる」「グループの感情の受容機能を高めながら感情に焦点を導く」

という3つのテーマでファシリテーションがされていた。そのためそのテーマに沿うように、個人が語りやすくなるための介入方法は、

- ・場が静まり返っているときは話しやすいように具体的な出来事から語ってもらうこと。
  - ・各メンバーの役割や洞察が深まるように、語られたケアの肯定的な意味付けをおこなうこと。
  - ・意見の対立が起こった時には、力が拮抗した者同士の信念対立ととらえ「連帯可能性」を拓くために共通点を見出すこと。
  - ・不全感を持っていそうなメンバーにはのちにフォローすること。
- と設定した。

## 6) 終結部

### ・カンファレンス終了時について

カンファレンスのメンバーは、カンファレンスが終了してもそのまま関係性が連続的に続いていく仲間でもある。そのため感情を自由に表現するようなカンファレンスは、その後の関係性に響かないようにカンファレンス内外の境界の設定を強く意識できるようにする必要がある。そのため最後に、カンファレンスの終わりのセリフを設けた。

以上、カンファレンス手順書および説明書と予備研究の結果であるファシリテーション方法の関連性は次ページの図9のようになった。

その結果、2部、計25ページで構成されるプログラム(第1案)(資料1)を作成した。

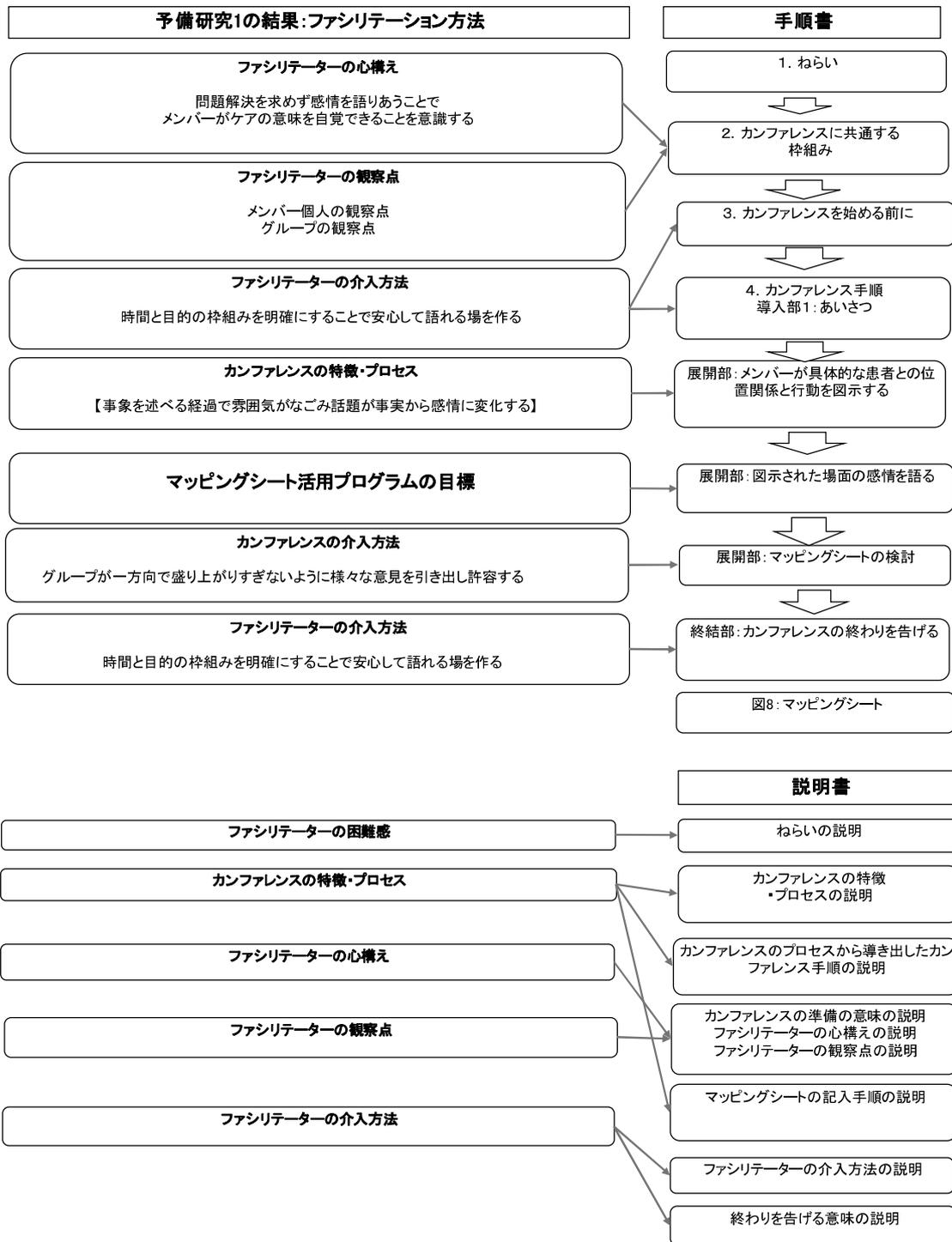


図 9: ファシリテーション方法とプログラムの対応

## 第5章

### BPD 患者の問題行動に伴うメンバー間の感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第2案）の作成

#### I. 目的

予備研究2で作成したプログラム（第1案）を、より臨床で有用性の高いプログラムになるよう精選することを目的とした。

#### II. 研究方法

##### 1) 研究対象者

BPD 患者のケアに対する、チームカンファレンスをファシリテーションした経験がある精神科医療従事者 10 名程度とした。その詳細は精神科看護歴 5 年以上で、リーダー業務を行う看護師、精神科看護の卓越した専門家とした。その他に、精神科の経験はないがメンバーの感情を扱ったカンファレンスを経験したことがある看護師とした。

##### 2) データ収集期間

2020 年 6 月から 2020 年 7 月まで

##### 3) データ収集方法と分析方法

研究対象者に対し、個別またはグループでのインタビュー調査を行った。

インタビューでは、プログラム（第1案）の「カンファレンス手順書」「説明書」の項目に沿って、予備研究1の結果であるファシリテーション方法を参照しながら、より実践的なプログラムになるよう改善点をインタビューガイド(資料6-7)を用いて尋ねた。

インタビュー内容は、逐語録に起こしデータとした。

分析方法は収集したデータについて、プログラム（第1案）の項目ごとに改善点に対し Berelson の内容分析の手法を用いカテゴリー化した。形成されたカテゴリーに従って、プログラム（第1案）から内容の追加削除修正を行うことでプログラム（第2案）を作成した。

#### III. 倫理的配慮

研究者が所属する大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 19-092)。研究協力施設の看護管理者に施設依頼状(資料6-1)と研究協力説明書(資料6-2)を提示し研究承諾書(資料6-3)にて承諾を得たあと、スタッフに研究の参加をチラシ(資料6-4)にて募集した。研究対象者には、研究協力説明書(資料6-2)用いて口頭で説明し同意書(資料6-5)にて同意を得た。研究協力は任意であり面接中でも取りやめることが出来ること、プライバシー

の保護、得られたデータは研究以外では使用しないこと、個人情報の保護に努めること、個人が特定されないよう固有名詞は機械的にアルファベットにすること、データは研究終了後に破棄することを保障した。また、同意撤回書(資料 6-6)を渡し、同意撤回される場合は速やかにデータを消去することを保障した。

## IV. 結果

### 1. 対象者概要

対象者は 12 名だった。臨床の精神科看護師は 8 名、大学教員 4 名となった。大学教員のうち精神看護学領域は 2 名で、精神看護学領域以外は 2 名となった。

### 2. マッピングシート活用プログラム(第 1 案)の改善点

プログラム(第 1 案)の改善点に対する語りは 175 記録単位となった。分析の結果、プログラム(第 1 案)の改善点は 40 カテゴリーが形成された(表 10)。以下、40 カテゴリーのうち、記録単位数の多いものから順に結果を記述する。なお、【 】内はカテゴリーを表し、「 」内は記録単位を表す。

#### (1)【手順書のねらいと心構えを削除し手順を一番前に持ってくる】

このカテゴリーは「この手順書の目的はこうですってくと、動きが逆に取れないでしょって言われるから私は、ねらいはないほうが見やすい」の語り等から形成された。

#### (2)【手順書 説明書は要点を絞り短くする】

このカテゴリーは「使うとしたら短いほうがいいかもしれないね。要点だけがあってなんでかっていう理由をつけていく」の語り等から形成された。

#### (3)【行動・感情でセットで 1 巡で話すよりも行動で 1 巡、感情で 1 巡の計 2 巡のほうが良い】

このカテゴリーは「2 巡のほうが立ち位置がみんな違っているとかがそういうものは見えるから、感情を引き出すということを主に考えるのであれば 2 巡のほうが良い」の語り等から形成された。

#### (4)【初回はセリフで慣れれば要素だけ示して自己流で伝える】

このカテゴリーは「書いてあることは大事な事なので、そこは最初は言いながらね。だんだんと身につけてこのことが大事なんだ、ということが分かっていくためにも必要だなんて思う。慣れてきたら 1、2、3 という要素」の語り等から形成された。

#### (5)【治療構造は枠組みに変更し例を入れる】

このカテゴリーは「そうなるちょっと難しいですよ。思ったのは治療構造でカッコしてリミット設定などとか例を入れちゃった方がなんとなくイメージが付きやすいな」の語り等から形成された。

#### (6)【専門用語はわかりやすいように使用する】

このカテゴリーは「もうちょっとだから（専門用語の）言い方、巻き込まれとか操作性とかそういう言葉のほうが馴染が良い」の語り等から形成された。

(7) 【全体への問いかけはどういう風に感じますかと問いかける】

このカテゴリーは「皆さんどう感じましたかねという方がぐっとくるかもしれないですね」の語り等から形成された。

(8) 【項目は大きくして文章は行間を狭くする】

このカテゴリーは「(項目は) こういう大きさにしてこのくらいに統一したほうがよい。(文章は) 行間がちょっと埋まるように文字をちっちゃくして私はいいと思いますよ」の語り等から形成された。

(9) 【ホワイトボードより A3 紙から模造紙で付箋を活用する】

このカテゴリーは「外から見えるかどうか、書いているところを患者さんから見えちゃうみたいなホワイトボードだと。模造紙にして大きなテーブルで囲んで書くほうが共有しやすいのかなって気がする」の語り等から形成された。

(10) 【ファシリテーションポイントでもともとやっていることは意識させないほうが良い】

このカテゴリーは「人となりを尊重しましょう、意識しましょう。それは結構難しい。実際やるにあたっては無意識にやってると思うんだけど載せなくても言われると逆に難しい気がする」との語り等から形成された。

(11) 【カンファレンスのプロセスの帰結は少し下にずらすか陥りやすい特徴と表記する】

このカテゴリーは「大見出しボーダーのカンファレンスの特徴ってあるんですけど、これを悪い方に行った場合の陥りやすい特徴みたいな大見出しにしたらい」の語り等から形成された。

(12) 【感情は短く言ってもらおうとポイントにかく】

このカテゴリーは「他の自由な意見が述べられなくなっちゃう人がいるので、割と手短かにまとめて発表をお願いしますって言うとおかないと他の人が意見言われなことが多い」との語りから形成された。

(13) 【時間制限やファシリテーターの成熟度があれば1巡でもよい】

このカテゴリーは「1巡でいいと思います。時間の問題ですね、時間30分ですよ。30分を考えると1人でもいいのかなと思います」との語りから形成された。

(14) 【手順は1枚でチャートで見れるとよい】

このカテゴリーは「実際にカンファレンスやるときに見ながらやるってことを考えたら、チャートにされてたほうがやりやすいと思っちゃう。戻ったりしないといけないですよ。文章だと」との語りから形成された。

(15) 【はじまりのあいさつで業務に関するセリフは削除】

このカテゴリーは「(業務に関するあいさつ文は) いらんんじゃないですか」との語りから形成された。

(16) 【観察の人間の絵を具体的にして観察項目を書く】

このカテゴリーは「人の絵とかに姿勢チェックとか曲がった人がいて、結構会にのめり込んでいるみたいとか意識的に見た方がいいとか」の語り等から形成された。

(17) 【図でカンファレンスの始まりと終わりに境界線を引く】

このカテゴリーは「初めのところでもいうよって言ってたけど、そこが図として載ってたほうがいいのかとおもうね。区切りをつけるってことだから両方にあってもいいかなって」との語りから形成された。

(18) 【ここで終わりにしましょうは削除する】

このカテゴリーは「ここで終わりにしましょうがなんか変じゃないですか」との語りから形成された。

(19) 【ファシリテーターは行動感情をセットで書いて、メンバーは行動で1巡、感情で1巡する】

このカテゴリーは「ファシリテーターが最初に例を示すならこんな感じですよって、行動と感情を出してもらいますよってという例示をした上で、行動から出してみましようかその時感じた感情に関しては聞いていきます」との語りから形成された。

(20) 【終結部のセリフのありがとうございますを削除をする】

このカテゴリーは「最後のありがとうございますはセリフとしては入れなくてもいい」との語りから形成された。

(21) 【重複箇所は削除する】

このカテゴリーは「同じことが書いてあるんですね。消しちゃっていい気がしますけどね。重複するとわかりにくいもんね」との語りから形成された。

(22) 【全体への問いかけはどういう気づきがあった問いかける】

このカテゴリーは「どのような印象を持ちますかというよりどんな気づきがありますかのほうが答えやすいですけどね」との語りから形成された。

(23) 【マッピングシートの検討は20分くらいにする】

このカテゴリーは「短いね。20分は欲しいかな」との語りから形成された。

(24) 【観察ポイントは表にする】

このカテゴリーは「これがなんかバラバラにぱっと色々書いてあって、これだけだと文だとわかりにくいから横に表みたいなやつにしたほうがいい」との語りから形成された。

(25) 【カンファレンス全体という表現にする】

このカテゴリーは「(全体を見るという表現は) カンファレンス全体とか参加者全体みたいなもう一言二言あってもいい」との語りから形成された。

(26) 【カンファレンスを始めますは削除する】

このカテゴリーは「カンファレンスの時間って決めてますよね。開始時間も決まっていますよね。今からカンファレンスは始めますとかは要らないかもしれない」との語りから形成



された。

(27) 【初回セリフ内に時間制限を設定する】

このカテゴリは「時間設定をされてるから 30 分ぐらいで終わりますって言っておかないと後からダラダラ收拾つかない」との語りから形成された。

(28) 【釣られないようにファシリテーターは最後に書く】

このカテゴリは「ファシリテーターはこの位置（手順）で言って欲しいって言ったじゃないですか。違うケースはありますね最後でもいいかもしれないですね」との語りから形成された。

(29) 【ファシテートのポイントはお守りとして使用する】

このカテゴリは「実際の場面では使わないだろうね。だけどファシリテーターが一番最後に準備としてここだけ抑えておけばカンファレンスに臨めるというお守りだったらいい」との語りから形成された。

(30) 【場の流れが一方的にならないように違う意見に注目しましょうを全員に言ってもらいますに変更】

このカテゴリは「全員に言ってもらいますとか。全員に言ってもらいましょう。変な詮索が入るそれだったら全員にいてもらいますみたいな感じにしたほうがいいと思います」との語りから形成された。

(31) 【全体への問いかけは何でもいいので自由に話してくださいと問いかける】

このカテゴリは「このから何でもいいのでなんでも自由に話してください。みんなの意見がなかったらしょうがないもんで。なんで何でもいいので自由に表現してみてください」との語りから形成された。

(32) 【BPD の傾向がある人も含めるのかはっきりさせる】

このカテゴリは「BPD の患者だっていうところをその診断名としている人だけに限るのか、傾向としてある人も含めるのかは謎に思う」との語りから形成された。

(33) 【フォントはUDN-R をもちいるとよい】

このカテゴリは「フォントはUDN-R をもちいるとよい」との語りから形成された。

(34) 【目的をカンファレンスの目的かファシリテーションの目的かはっきりさせる】

このカテゴリは「手順書を使う目的使うねらい。これを使用する狙いとカンファレンスの目的っていうのが本来なら違う。手順書の目的かカンファレンスの目的かはっきりさせた方がいい」との語りから形成された。

(35) 【図はファシリテーターの役割とする】

このカテゴリは「ファシリテーターの役割って言えばそれでさっきみたいな図っていうのはいいんだろうと思うんですけど」との語りから形成された。

(36) 【終わりで成果を伝えたほうが良い】

このカテゴリは「終わりっていうのは成果で言うか。解決するわけじゃないけども、こ

ういう事になったら終わっていいよって言うんですよ。っていうようなものが」の語りから形成された。

(37) 【参考資料の⑦と⑨の違いがよく分からない】

このカテゴリーは「参考資料の⑦と⑨の違いがよく分からない。枠から矢印が外へ向かって飛び出るのはか。逃げるなら同じか」の語りから形成された。

(38) 【自分のマグネットを作りマップの上を自由に動かせるようにするとよい】

このカテゴリーは「ホワイトボードを利用するときは、自分の名前のマグネットを作り、マップの上を自由に動かせるようにしたい」の語りから形成された。

(39) 【観察の図の矢印の色彩が強すぎる】

このカテゴリーは「むしろ矢印が強すぎますね」の語りから形成された。

(40) 【目的に立ち位置をだんだん修正したり考え直すことを加える】

このカテゴリーは「立ち位置をだんだん修正したり、考え直すのも良いのではないか」の語りから形成された。

表 10：メンバー間の感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第1案）の改善点

カテゴリー	
1	手順書のねらいと心構えを削除し手順を一番前に持ってくる
2	手順書 説明書は要点を絞り短くして分かりやすくする
3	行動・感情でセットで1巡で話すよりも行動で1巡、感情で1巡の計2巡ほうが良い
4	初回はセリフで慣れれば要素だけ示して自己流で伝える
5	治療構造は枠組みに変更し例を入れる
6	専門用語はわかりやすいように使用する
7	全体への問いかけはどのような風に感じますかと問いかける
8	項目は大きくして文章は行間を狭くする
9	ホワイトボードよりA3紙から模造紙で付箋を活用する
10	ファシリテーションポイントでもともとやっていることは意識させないほうが良い
11	カンファレンスのプロセスの帰結は少し下にずらすか陥りやすい特徴と表記する
12	感情は短く言ってもらおうとポイントにかく
13	時間制限やファシリテーターの成熟度があれば1巡でもよい
14	手順は1枚でチャートで見れるとよい
15	はじまりのあいさつで業務に関するセリフは削除
16	観察の人間の絵を具体的にして観察項目を書く
17	図でカンファレンスの始まりと終わりに境界線を引く
18	ここで終わりにしましょうは削除
19	ファシリテーターは行動感情をセットで書いて、メンバーは行動で1巡、感情で1巡する
20	終結部のセリフのありがとうございましたを削除をする
21	重複箇所は削除する
22	全体への問いかけはどのような気付きがあった問いかける
23	マッピングシートの検討は20分くらいにする
24	観察ポイントは表にする
25	カンファレンス全体という表現にする
26	カンファレンスを始めますは削除する
27	初回セリフ内に時間制限を設定する
28	釣られないようにファシリテーターは最後に書く
29	ファシリテートのポイントはお守りとして使用する
30	場の流れが一方向的にならないように違う意見に注目しましょうを全員に言ってもらいますに変更
31	全体への問いかけは何でもいいので自由に話してくださいと問いかける
32	BPDの傾向がある人も含めるのかはっきりさせる
33	フォントはUDN-Rをもちいるとよい
34	目的をカンファレンスの目的かファシリテーションの目的かはっきりさせる
35	図はファシリテーターの役割とする
36	終わりで成果を伝えたほうが良い
37	参考資料の⑦と⑨の違いがよく分からない
38	自分のマグネットを作りマップの上を自由に動かせるようにする
39	観察の図の矢印の色彩が強すぎる
40	目的に立ち位置をだんだん修正したり考え直すことを加える
	175 (100%)

### 3. ファシリテーション方法のさらなる抽象化

カテゴリー番号2から、プログラム（第1案）は、ファシリテーターにとってどこが要点かわかりにくい冗長なものになっていると指摘があった。そのためにプログラム（第1案）の要点を絞りこむことで、分かりやすくすることと、予備研究1の結果とプログラムとの関連を明確にするために、予備研究1で抽出した【介入方法】の12カテゴリー、【観察点】の7カテゴリー、【心構え】の11カテゴリー、【困難感】の6カテゴリー、【特徴・プロ

セス】の7のカテゴリーの合計43カテゴリーをサブカテゴリーとして、さらに抽象度を上げてファシリテート方法を抽出した。

その結果、ファシリテーション方法は8カテゴリーとなった(表11)。以下【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「 」は生データで、内容の理解が難しい箇所は( )で補足した。

### 1) 【場の流れが一つになっていく時に他の様々な意見や気持ちを見つける】

このカテゴリーは、影響力が強いメンバーの意見に、他メンバーが引っ張られ、意見の流れが一方向な時に結論とならないようにするさまを示していた。

ファシリテーターは、「全員一言は発言してもらうようにはしますね。それは見てますね確かに」と《様々な意見を引き出そうとこころがける》ことを基本的な姿勢にしながら、「だいたいしゃべってない人は目をつけますね。(中略)でもだいたいそういう人って流れと違うことを言うんですよね」と《場の流れが一方的や解答にならないよう様々な意見や気持ちがあることを引き出す》介入をしていた。また様々な意見を引き出す工夫として「あまりにもみんなの意見と違ったら、別の力を使うかもしれないですね主治医とかワーカーにも聞いてみましょうとかですね」と《違う意見を他メンバーから伝えてもらうことで違う視点の気づきを促す》方法を活用していた。

その背景としてファシリテーターは「薬をそれ以上あげちゃいけないっていう派と、先生がいいって言うてんだからあげた方がいいって派といつも行ったり来たりして」と《メンバー間や他職種間で意見や感情が分裂する》チーム状況を確認していた。そのような状況の中では「(違う意見のメンバーに)否定的にガンガン入っていくんですけど、意見の強い人がそういうことやったりすると、誰も何にも言えなくなっちゃうんですけどね」と《高圧的になるメンバーによってカンファレンスの空気が悪くなる》ことがあった。このようにメンバーが、カンファレンスの流れの主導権を握ろうと強く発言する場合、ファシリテーターは『「こんなことしたらあれ(問題が起こる)じゃないですか』っていう意見があるときは自分の安全を守る意味もあるのかなど」と《主導権を握ろうとする発言の意図を考える》必要性を感じるなどと、カンファレンスの流れや雰囲気が一方的になると感じていた。ファシリテーターは、その流れを変えようとするが「ただ自分は正しいと思っているので変更は難しいんですよ。」と《自分が正しいと考えているメンバーへの介入が難しい》と実感していた。しかし、どのような意見が出て「そこは、そういう人(巻き込まれる人)達がいなくて成り立ってないんで。いい話し合いはできない。みんな関わらない人たちが、言ったところで薄っぺらい話題になっちゃうんで」と、《現場で起きている現象は何らかの肯定的な意味がある」とらえる》ことを心掛けていた。

感情を扱うカンファレンスはそのような状況になりやすいが、ファシリテーターは「みんながわからない、ベテランもわからないときは盛り上がるかなあ」と、《誰もが解答がわからない時は意見が出やすくなる》とチーム状況の特徴をとらえていた。しかし、話が盛り上

がりすぎた場合は「切った方がいいですね。切らないと、時間が過ぎても、まだ上がってる人はお話しするし。で、苦情が始まったり、いろいろ始まるので、雑談の中に」と《患者やメンバーに対する陰性感情の話がつづく》ことを注意していた。その場合「感情を出し切っちゃった後にそういう人（感情表出に加わらない人）に振るかもしれないですね。次にどうですかって振って、『そうなんですけどあの人も不安なんじゃないですか？』とか来るとよし来たみたいだな」と《メンバーの一方向的な感情表出でカンファレンスが終わらないように働きかける》ことで、流れを変えようとしていた。

## 2) 【感情をあつかうカンファレンスリーダーとして一步引いて状況を見極める】

このカテゴリーは、日ごろから感情表出しやすい風土を目指したり、感情を扱うリーダーとして客観性を保つことを重要視するさまを示していた。

ファシリテーターは「その職場の風土がカンファレンスでも同じように表れると思うんで、それは僕らも（日ごろから自分の）感情のそこは言う」と、《職場風土がカンファレンスに現れるため日ごろから雰囲気を考える》ことをしていた。特に、「（メンバーの気持ちを）受け止めるんだけど、そういう思いで自分がそのあとすごい鬱になっちゃうんですよ。私は頑張りすぎちゃって」と《自分の感情の扱い方が難しい》と感じながらも、「師長がね、わさわさすると壊滅的なんです。まず師長が動きを止めて私が客観視できるか。何が起こって（メンバーが）怒っているか、常に客観視して（一步引いて状況を冷静に見る）」と《リーダーとしての在り方がチーム全体のケアに影響することを意識する》ことで、チームの安定を図ろうとしていた。

カンファレンスの進行に関しては「1人ファシリテーションで回せる人がいると違う（意見が出やすい）と思う、（関係性が悪い）Bチームでもね」と《ファシリテーションは意見に影響を与えているという自覚を持つ》こと、および「ファシリテートする人は、ある程度冷静にいるっていうか、両者の意見があって対立するんだっていうのは、考えながら進めてほしいっていうか」と《患者の病理がカンファレンスで再現されやすいことを意識する》ように心がけて取り組んでいた。しかし、患者の病理を意識しながらも現実的には「白黒つけられる、それやっているのは実は患者さんなんだよね、っていうところがわかんない人ばかりのカンファレンス（は難しい）」と、《自覚なく病理が再現されるとカンファレンスを調整するのは難しい》と実感していた。

## 3) 【カンファレンス中のメンバーの反応を観察する】

これは、カンファレンスの開始時やメンバーの語りに対する他メンバーの反応の仕方によってカンファレンスの進行の調整を図ることを示していた。

ファシリテーターは「カンファレンスって話したくないんですよ、（中略）なかなかみんな下向いてしゃべらないし」と、行動から《各メンバーが語る準備ができているか確認す

る」ことで、醸し出す雰囲気注目していた。メンバーの語りが始まると「うんうんってたくさんしている人に振ると又出てきて」と《自分を含めてメンバーの語りに対する反応に注目する》ことで、振るメンバーを探っていた。また意見が対立したときは「その（他の）人たちの言いたげな表情とか、しぐさ。手を伸ばしてなんか言いたそうな時ってあるじゃないですか」と《対立中は他メンバーの反応に注目する》ことで、様々な意見を引き出そうとしていた。

#### 4) 【否定的な内容でも話しやすい雰囲気になるために介入する】

このカテゴリーは、語りやすくなるようなセッティングや発言したメンバーに対して肯定的に返したり、サポートすることで環境を整えていた。

カンファレンスの開始時は「一番は（中略）看護としてこう何を話し合えばいいのか分からんみたいになっちゃってますから」と《カンファレンスの始まりに口火を切る人が現れず沈黙が続く》ことが多かった。さらに「新しいことに対して不満になって、ピリッとした空気で伝わってくるのがひしひし感じますね」と、メンバーが緊張していることがあるため、《語りやすい場の雰囲気かどうかを注目する》ことで、雰囲気の調整の仕方を考えていた。その際は「空気が止まるっていうかね。集団で起きる誰かが言ってくれるだろうとか、私は関係ないとか、（中略）そういう雰囲気が漂っちゃうとあの一、すごく嫌なんで」と《誰でも主体的に話せる雰囲気の調整が難しい》と体験していた。

緊張度が高いと、ファシリテーターはまず「穏やかな口調とか雰囲気を気を付けますね。表情は基本笑顔ですか」と、《緊張をほぐして安心して発言しやすい場に調整する》ことをしていた。特に、自分で積極的に「それで嫌と言っていいんだっていう空気になるように努力する。『この人のこういうところほんとに嫌なんですよ』って言っちゃう」と、陰性感情を自己開示し《否定的な内容でも受け止められる場であることをメッセージとして伝える》ことで、この場が安全な場であることを実演していた。

ファシリテーターは「現状を言ってもらう内にだんだんできて、どうですか？ どうですか？ ってなごんでいって（中略）感情まで出てくるとバンバンバンバンみんなが自由に言い合う」と《事象を語ると雰囲気がなごみ感情が表現されやすくなる》と捉えており、メンバーの語りが始まれば「それで話してくれたときには『ホンとそうですね！』ちょっと大袈裟に。その人が意見言ってよかったなって思えるように」と《メンバーが肯定的な気持ちになれるようにサポートする》ことで安全感を広げようとしていた。また、最後まで語りができなくても「（感情を語るには）この患者さんうまくケアができてないという状況を認めないといけないじゃないですか」と《語りできないメンバーの背景を意識する》ことで、語れないことを尊重していた。

#### 5) 【メンバーが語りの中でケアの意味に気づけるよう介入する】

このカテゴリーは、メンバーの成長のためにメンバー自身が自分の力でケアや自分の感情に気づくことができるように介入することを示していた。

ファシリテーターは「気づいてほしい。みんなが直接ケアするのでまずみんな自分たちの口で、起きていること困っていること突き当たっていること、そこに伴う感情って、そこに気づいてから、じゃあどうする？って」と《メンバーが自分の力でケアの意味に気づくことを大切にする》ことを前提に介入していた。そのために「困ってる人が自分から言うまで待つんです、根気よくね。なので、自分から絶対言わないことにしています。困っていることは自分じゃないので」と《ファシリテーターが解決者とならないよう事実だけ発言してもらい話が進展するのを待つ》ことや、「もやもやは残る。完璧な解答は無理とは思っている。言いたいことを吐き出せるって言うのは重要かもしれない」と《解答を求めずに悩んだり感情表出することを大切にする》姿勢でカンファレンスを進行していた。

メンバーとの関係性によっては「明らかに怒ってたりしたらね、怒ってたでしょって」と《メンバーとの関係性を基本として感情表出に異変を感じたら直接指摘する》と直面化するときもあった。意見が対立したときには、「結局同じことを言っている気がするんですよ。その中で共通してることって何かになって聞きながら、沈黙になるからどうやって入ろうかなとか考えてますよね」と《意見の対立は力の拮抗と肯定的にとらえ沈黙したらお互いの共通点を返す》ことで、共通点の気づきを促していた。対立への事前準備として「明らかに意見が対立しそうなときは、カンファレンスの前に個別で相談して、いろんな意見が合っても何とかさんの意見も大切だから自由に言ってもいいでね、って両方に根回しする」と《メンバーが感情的になり過ぎずに話が深まるよう調整する》こともあった。

#### 6) 【カンファレンス場面でのメンバー同士の力関係を観察する】

このカテゴリーは、各メンバーの力関係を注目することで、カンファレンスの進行の調整を図ることを示していた。

ファシリテーターは「このメンバーじゃしゃべりたくないっていう人がいるから黙ってるんですよ。格付けのね、格付けの上の人が多ければ多いほどしゃべりたくない人がいるんですよ」と《メンバー同士の関係性や力関係を注意して見る》ことで、場の流れの調整をしていた。力関係はファシリテーターとメンバー間にもあり「看護集団で師長とかがそんなふうになっちゃったら本当に困るなって思って。自分にそんな力あるかな。修正かけるの難しいなって思います」と《自分との関係性が繊細なメンバーに介入するのが難しい》と体験していた。

#### 7) 【日ごろからの観察で得たメンバーの人となりや看護観を活用する】

このカテゴリーは、日ごろから各メンバーの人となりや看護観に注目することで、その情報をカンファレンスの進行に活用することを示していた。

ファシリテーターは「やっぱり患者をコントロールするのがよしとする人と、もっと患者に寄り添うみたいな感じで看護していく人と、その2つのタイプはよくぶつかると思う」と《日ごろからメンバーの人となり看護観を理解しようとする》ことをしていた。その情報を用いて「(参加メンバーは) どういう看護をしてるんだろうと。そこから始まって、患者さんを一人ずつ、この人はこういう特徴があるんだとか、ていう見方をして」と《カンファレンスメンバーの構成と特徴を把握する》ことで、カンファレンスの進行のイメージをつけていた。

#### 8) 【メンバーの不全感が深まらないように準備とフォローを行う】

これは、可能な限り語りやすい場のセッティングや、不全感を抱えるメンバーにファシリテーターが個別にフォローする方法を示していた。

ファシリテーターは「(業務が重なるときは) 時間をずらします。カンファレンスの時間には、転棟、転入は受け入れない」と《メンバーが話しやすいよう集中できる場を整える》ことをしていた。ファシリテーターは「カンファレンスで盛り上がり自分のつらさを聞いてもらいたいよりも、まず仕事を終わりたいっていうメンバーのときはうまくいかないね」と《メンバーのカンファレンスに対する意識が低いと難しい》と考え、できるだけカンファレンスに対する意識が上がるように「スタッフがいらいらしてくる。あと患者さんもいらいらする。お互いがいらいらするので、2時は2時で(終了する)」と《カンファレンスの構造を明確にする》ことで、メンバーが集中できる環境を整えていた。

ファシリテーターは「(不全感)は結局あるにはありますね。攻撃対象になっている人、なっていない人であったりとか、そこをみんなで統一してうまく対応していきましょうねってなっても(できない)」と、不全感は避けられないものと考え、《方向性を決めてもメンバーの行動の変化やケアの効果の実感は少なく不全感が残る》とした。しかし「私はそういう感情のぶつけ合いっていうのは必要な時があるじゃないですか。その代わり後でもって各自のフォローはしなくちゃいけないなって思うけどね」と、《不全感が残っていきそうなメンバーにはカンファレンス後に個別で支える》ことでチームの分裂に対するケアをしていた。



表 11：再抽象化したメンバーの感情表出を促すファシリテーション方法

カテゴリー	サブカテゴリー
場の流れが一つになっていく時に他の様々な意見や気持ちを見つける	<ul style="list-style-type: none"> <li>・様々な意見を引き出そうとすることがける</li> <li>・場の流れが一方的や解答にならないよう様々な意見や気持ちがあることを引き出す</li> <li>・違う意見を他メンバーから伝えてもらうことで違う視点の気づきを促す</li> <li>・メンバー間や他職種間で意見や感情が分裂する</li> <li>・高圧的になるメンバーによってカンファレンスの空気が悪くなる</li> <li>・主導権を握ろうとする発言の意図を考える</li> <li>・自分が正しいと考えているメンバーへの介入が難しい</li> <li>・現場で起きている現象は何かしらの肯定的な意味があることとらえる</li> <li>・誰もが解答がわからない時は意見が出やすくなる</li> <li>・患者やメンバーに対する陰性感情の話がつづく</li> <li>・メンバーの一方的な感情表出でカンファレンスが終わらないように働きかける</li> </ul>
感情をあつかうカンファレンスリーダーとして一歩引いて状況を見極める	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職場風土がカンファレンスに現れるため日ごろから雰囲気を考える</li> <li>・自分の感情の扱い方が難しい</li> <li>・リーダーとしての在り方がチーム全体のケアに影響することを意識する</li> <li>・ファシリテーションは意見に影響を与えているという自覚を持つ</li> <li>・患者の病理がカンファレンスで再現されやすいことを意識する</li> <li>・自覚なく病理が再現されるとカンファレンスを調整するのは難しい</li> </ul>
カンファレンス中のメンバーの反応を観察する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各メンバーが語る準備ができているか確認する</li> <li>・自分を含めてメンバーの語りに対する反応に注目する</li> <li>・対立中は他メンバーの反応に注目する</li> </ul>
否定的な内容でも話しやすい雰囲気になるために介入する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスの始まりに口火を切る人が現れず沈黙が続く</li> <li>・語りやすい場の雰囲気かどうかを注目する</li> <li>・誰でも主体的に話せる雰囲気の調整が難しい</li> <li>・緊張をほぐして安心して発言しやすい場に調整する</li> <li>・否定的な内容でも受け止められる場であることをメッセージとして伝える</li> <li>・事象を語ると雰囲気がなごみ感情が表現されやすくなる</li> <li>・メンバーが肯定的な気持ちになれるようにサポートする</li> <li>・語ることができないメンバーの背景を意識する</li> </ul>
メンバーが語りの中でケアの意味に気づいていくことを導く	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバーが自分の力でケアの意味に気づくことを大切にす</li> <li>・ファシリテーターが解決者とならないよう事実だけ発言してもらい話が進展するのを待つ</li> <li>・解答を求めずに悩んだり感情表出することを大切にす</li> <li>・メンバーとの関係性を基本として感情表出に異変を感じたら直接指摘する</li> <li>・意見の対立は力の拮抗と肯定的にとらえ沈黙したらお互いの共通点を返す</li> <li>・メンバーが感情的になり過ぎずに話が深まるよう調整する</li> </ul>
カンファレンス場面でのメンバー同士の力関係を観察する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバー同士の関係性や力関係を注意して見る</li> <li>・自分との関係性が繊細なメンバーに介入するのが難しい</li> </ul>
日ごろからの観察で得たメンバーの人となりと看護観を活用する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日ごろからメンバーの人となりと看護観を理解しようとする</li> <li>・カンファレンスメンバーの構成と特徴を把握する</li> </ul>
メンバーの不全感が深まらないように準備とフォローを行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンバーが話しやすいよう集中できる場を整える</li> <li>・メンバーのカンファレンスに対する意識が低いと難しい</li> <li>・カンファレンスの構造を明確にする</li> <li>・方向性を決めてもメンバーの行動の変化やケアの効果の実感には少なく不全感が残る</li> <li>・不全感が残っているメンバーにはカンファレンス後に個別で支える</li> </ul>

#### 4. さらなる抽象化から得られた考察

新たに抽象化して得られた結果から再考察を行った。

##### 1) 集団凝集性は高めるが集団思考には陥らせないように介入する

メンバーの感情を扱うカンファレンスでは、患者の問題行動によりメンバーの陰性感情は高まった状態であることが多い。その反面、対人操作性やメンバーの看護観により患者を好意的・保護的に受け止めようとするメンバーもいる。そのため「メンバー間や他職種間で意見や感情が分裂する」。さらには「高圧的になるメンバーによってカンファレンスの空気が悪くなる」こともあり、感情を扱うカンファレンスは個人、グループとも不安が高まった状態になりやすいことが考えられる。そのため、「カンファレンスの始まりに口火を切る人が現れず沈黙が続く」のであろう。

そのような状況の中、ファシリテーターは、語っても安全な場であるとメンバーが感じられるよう振る舞い、話しやすい具体的な事例から語りを促すことで、分裂したグループの集団凝集性を高めていた。集団凝集性とは Lewin(1943)が述べるようにチームワークを発揮するまでの過程である。そこから発展し、Carron(1982)はスポーツ場面における集団凝集性の構造モデルを提示した。Carron が述べるには、集団凝集性は環境要因、個人要因、チーム要因、リーダーシップ要因から生れる。カテゴリーを振り返るとファシリテーターはメンバーが語りやすいよう、【否定的な内容でも話しやすい雰囲気になるために介入する】ことで環境要因に働きかけていた。また【日ごろからの観察で得たメンバーの人となりと看護観を活用する】ことで個人要因をカンファレンスに活かし、チーム要因である【カンファレンス場面でのメンバー同士の力関係を観察する】ことから介入方法を考察していた。また、リーダーシップ要因として、【感情をあつかうカンファレンスリーダーとして一步引いて状況を見極める】ことをしていた。

すなわちファシリテーターは、不安緊張の高い状態のグループがチームワークを発揮できる状態に進化するように、集団凝集性を高めるためのファシリテーションを行っていた。集団凝集性が高まると効果的なチームワークと内発的な動機付けの土台をもたらし、組織やチームの成果を見違えるほどに成長させる (Zack, 2017)。そのチームが進化していく様子は「現状を言ってもらおう内にだんだんでてきて、どうですか？どうですか？ってなごんでいって (中略) 感情まで出てくるとバンバンバンみんなが自由に言い合う」という語りで言い表されている。

しかし集団凝集性が高まると、メンバーは結束を乱すまいとして反対意見を控えるようになる。すなわち集団思考に陥りやすくなる (Janis, 1982)。そのためファシリテーターは、凝集性が高まった時には、ファシリテーションの方向性を変え集団思考に陥らないこと重要視するようになる。つまり、カンファレンス場面で一方的な意見での盛り上がりや、陰性感情の発散だけで話がまとまらないように介入していた。すなわち【場の流れが一つになっていく時に他の様々な意見や気持ちがあること出させる】ために、凝集力をいったん止め、語らないメンバーに話を振るなどして、隠れたプロフィールが発見しやすくなるよう介入していた。

したがってファシリテーションの第1の役割とは、環境・個人・チーム・リーダー要因を活用して集団凝集性を高めるが、それにより集団思考におちいらないように様々な意見を導きだすことであると考えられた。ただし、集団凝集性を高めようとしても、メンバーの意識の低さの存在や、人間を対象にする以上、完璧はなく不全感は避けられないこともある。そのため枠外を用いて【メンバーの不全感が深まらないように準備とフォローを行う】必要があった。

## 2) 不安感から発生する依存欲求に耐えながら自立に導くよう介入する

人は不安が高まるとそれを避けるため退行状態になりやすく (Benjamin, 2015)、それはグループでも同様である。鈴木(2014)はグループでは、軽い退行状態を認識するのは稀ではないと述べている。グループが退行状態になることは、Bion(1961)は基底的理想グループと表現しており、この場合リーダーに対する依存や考えることへの逃避状態が強くなっていると考えられた。そのような状況下ではリーダーのような強い立場のメンバーが意見を述べると、それに影響を受け、また集団思考に陥る可能性がある。そのためファシリテーターはメンバーからの依存欲求を引き受けずに耐え、【メンバーが語りの中でケアの意味に気づいていくことを導く】介入をしていたと考えられる。

メンバーが依存を放棄し自由に語れるようになるには、依存的になる必要がないと実感できる、安心感のある環境設定のファシリテーションが重要になってくる。Kegan(2017)は、安心感を持てる環境は、メンバーが自分の弱さを見せることを許し、メンバー同士がそうした弱点の克服を支援し合うようになると述べている。特に看護師は陰性感情、つまり自己の弱さをさらけ出すのに抵抗がある。そのためファシリテーターは、まず陰性感情を積極的に語り、自己の弱さの自己開示をするなどの「否定的な内容でも受け止められる場であることをメッセージとして伝えること」をしていたと考えられた。リーダーからのメッセージを受けて、メンバーの安心感が高まり徐々に語りへとつながる。メンバーの語りはすべて肯定的に返される。そのプロセスによってリーダーへの依存からグループは自立へと進化するのであると考えられる。

従ってファシリテーションの第2の役割とは、グループの不安感から発生する依存欲求に耐えながらチームに安心感を与え自立に導く作業であると考えられた。

### 3) 安心感を高め凝集性をほどよくとどめるための観察点

以上の考察から、メンバーの感情を扱うファシリテーションとは、集団凝集性を高めながら集団思考に陥らせないこと、およびリーダーへの依存欲求に耐えながら自立に導くことの2つが要点であった。そのため、ファシリテーターはその2つの要点を達成するための観察をする必要があった。

集団凝集性は、チームメンバーの関係性によって変わる。織田(2007)は、対人相互作用が頻繁になされる場においては、人間関係の基盤となる対人魅力は集団凝集性に影響を及ぼす大きな要因である、と述べている。そのためチームメンバーの関係性を観察することは凝集性を調整するうえで重要な観察点となる。グループの人間関係の中で特に重要になってくるのが、そのグループの勢力構造の在り方である。French(1956)は勢力構造モデルと意見の変化を図解し、グループの意見は勢力が高いメンバーの意見に収斂されていくことを述べた。すなわち全体の意見は、研究対象者が「格付けが高い」と表現するメンバーの意見に収斂されていきやすい。そのため、【日ごろからの観察で得たメンバーの人となり看護観を活用する】という、どのような人間がグループ内に構成されているのかと、【カンファレ

ンス場面でのメンバー同士の力関係を観察する】という、そのメンバーの勢力構造はどうなっているのか、という観察が必要であるのである。それを見極めながらファシリテーションは行われていたと考えられる。

そのような対人状況の中で語りが進行していく。グループ不安感が高まると、緊張感が増した雰囲気を醸し出したり、メンバーは語りに対する反応をわずかに見せたりする。そのためにファシリテーターは【カンファレンス中のメンバーの反応を観察する】必要がある。それは語っているメンバーだけでなく、常にチーム全体の雰囲気、行動、しぐさなどを含めて見渡すことが必要になってくる。その観察を手掛かりとして 2 つの要点の達成に導くのであった。

## 5. プログラム（第1案）全体の構成の修正とプログラム（第2案）の作成

以上の結果と考察を受けて、プログラム全体の構成の修正を行った。

ファシリテーション方法は 8 カテゴリー抽出された。しかし【感情をあつかうカンファレンスリーダーとして一歩引いて状況を見極める】は、日ごろからのリーダーとしての態度が含まれ、カンファレンス場面に限定して活用できないためそれを除外した。よって 7 カテゴリーを、ファシリテーション方法としてプログラム（第2案）で用いることとして、要点を絞り込んだ（図 10）。

改善点は 40 カテゴリー抽出されたが、予備研究の結果と異なるものは改善点として採用しなかったため最終的な改善点は 24 カテゴリーとなり、プログラム（第2案）を作成した。

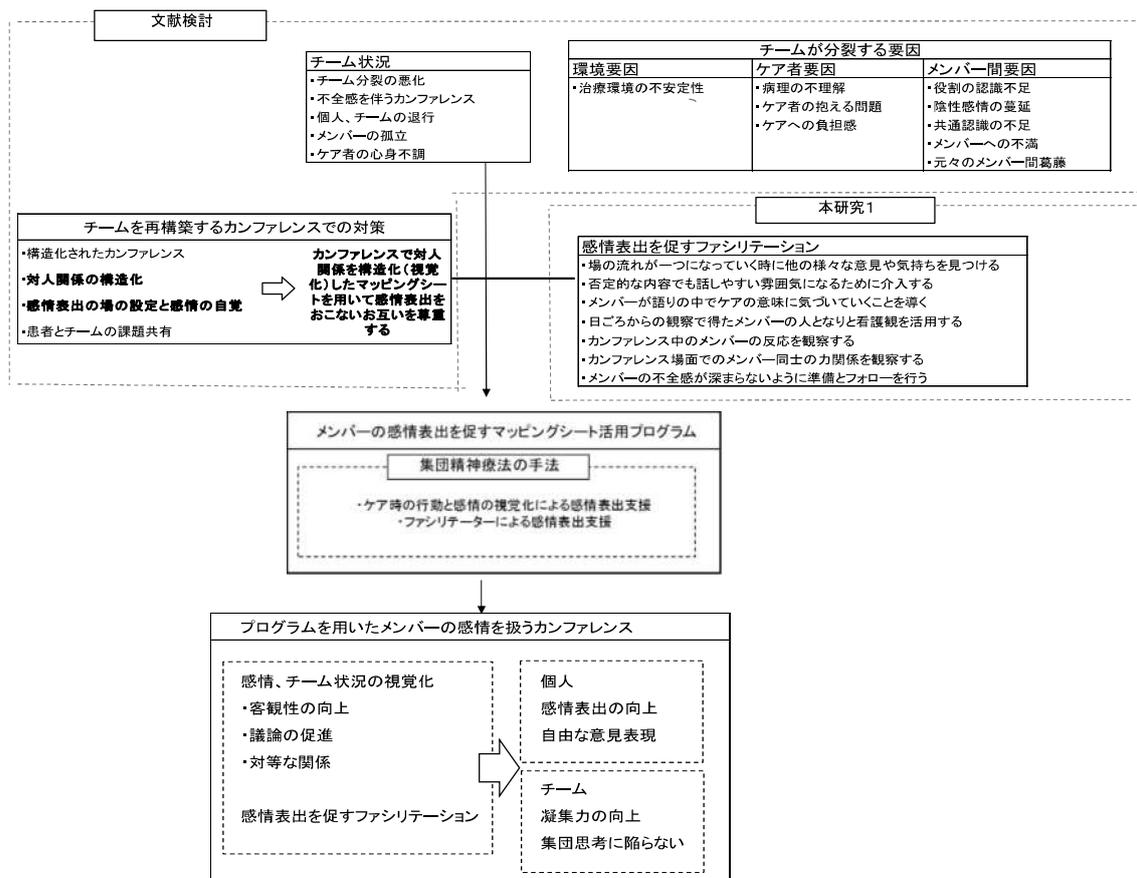


図 10：ファシリテーション方法の再抽象化に従って得られたマッピングシート活用プログラムに至る全体の構成

1) 【手順書のねらいと心構えを削除し手順を一番前に持ってくる】

資料 1、p. 1 上「1. BPD 患者のケアカンファレンスで自由な感情表現を促すマッピングシートを用いたカンファレンス」および資料 1、p. 2 下「2. カンファレンスを通じて共通する枠組みを削除し、資料 1、P. 2 上「3. カンファレンスを始める前に」を 1 ページ目に持つてくることで、速やかにカンファレンスの要点が分かるようにした。

2) 【手順書 説明書は要点を絞り短くして分かりやすくする】

予備研究 1 から得られたファシリテーション方法を再抽象化して要点を 7 項目にまとめた。さらに手順書と説明書で重複している部分を削除することによって 25 ページ(資料 1) から 14 ページ(資料 2) に精選した。

3) 【行動・感情でセットで 1 巡で話すよりも行動で 1 巡、感情で 1 巡の計 2 巡ほうが良い】

資料 1、p. 3~4 のカンファレンス手順書の「4. カンファレンスの手順」中で、メンバーの語る手順を行動・感情をセットで語り 1 巡していたものを、行動の表現で 1 巡し、さらに感情表現で 1 巡する手順に修正した。

4) 【初回はセリフで慣れれば要素だけ示して自己流で伝える】

資料 1、p. 4 下カンファレンス手順書「4. カンファレンスの手順」の「ファシリテーショ

ンポイント」の欄に、「・ファシリテーションになれば、テーマ・時間・ルール・マッピングシートを使うこと・自由に発言していいことを自分の言葉で説明してもよいです」との文言を加えた。

#### 5) 【治療構造は枠組みに変更し例を入れる】

資料1、p.4 下のカンファレンス手順書「2. カンファレンスの手順」の「ファシリテーターのセリフ・行うこと」の「周りの2重四角は、決まり事、Dr 指示、行政のシステムなどの、治療構造を表しています」の説明文を「周りの2重四角は、治療に関する場の枠組み（限界設定やDr 指示など）を表しています」に修正した。

#### 6) 【専門用語はわかりやすいように使用する】

資料1、p.1 上で用いた「BPD 患者のケア場面では、患者の問題行動や対人操作によって、チームが不安定になり、治療的環境が維持できなくなることがあります」を「患者の操作性や問題行動によって、治療チームの深刻な分裂や現場の混乱に陥ることが解っています」と対人操作と治療的環境を使用しないようにした。また「患者の病理の再現（特にスプリッティング）」を「治療チームの分裂（対立・スプリッティング）」として、専門用語をわかりやすい言葉に変更した。

#### 7) 【全体への問いかけはどういう風に感じますかと問いかける】

資料1、p.5 下「マッピングシートの検討」の欄の「この図から、どういう印象を持ちますか」という問いかけを「この図から、どういう風に感じましたか（気が付いたことがありますか）」に変更した。

#### 8) 【項目は大きくして文章は行間を狭くする】

資料1の項目の文字の大きさを20ポイントから18ポイントに変更し、本文を16ポイントから12ポイントに変更することにより、行間を狭くして見やすいようにした。

#### 9) 【ホワイトボードより A3 紙から模造紙で付箋を活用する】

資料1、p.2 上の「準備するもの」として「・マッピングシート、もしくはホワイトボード」から「・ホワイトボードもしくは B2 紙～模造紙+付箋」に変更した。研究者が A3 紙から B2 紙に変更した理由は、A3 紙では4名以上のグループで活用するには小さいと判断したためである。

#### 10) 【カンファレンスのプロセスの帰結は少し下にずらすか陥りやすい特徴と表記する】

資料1、p.9 上の項目を「BPD カンファレンスのプロセスの特徴」から「BPD カンファレンスの陥りやすいプロセスの特徴」に変更した。

#### 11) 【感情は短く言ってもらおうとポイントにかく】

資料1、p.5 下のファシリテーションのポイントに、2巡するというペースを守るために「感情だけ短く言ってください」を追加した。

#### 12) 【手順は1枚でチャートで見れるとよい】

資料1、p.2 上の「カンファレンスの大まかな流れ」の中に、最初の準備から業務に復帰

に至るまでの流れとファシリテーション方法 7 項目を、1 枚のチャートの中に流し込んだ。

**13) 【はじまりのあいさつで業務に関するセリフは削除】**

資料 1、p. 3 下の導入部のセリフの中で「途中避けられない業務が入ることもありますが、できるだけ参加してください」を削除した。

**14) 【観察の人間の絵を具体的にして観察項目を書く】**

資料 1、p. 2 下の「ファシリテーター観察ポイント」を Word のアイコンからフリー素材のアイコンに変更した。さらにその図の中に観察項目を入れることで、見やすさを工夫した。

**15) 【図でカンファレンスの始まりと終わりに境界線を引く】**

資料 1、p. 2 の「カンファレンスの大まかな流れ」の中で、カンファレンスの始まりと終わりに、の部分に境界線を引くことで、カンファレンスの区切りを強調した。

**16) 【重複箇所は削除する】**

資料 1、p. 11 上～p. 12 下の「5. 展開部」は手順書と重複している部分が多く削除した。

**17) 【カンファレンス全体という表現にする】**

資料 1、p. 3 下のファシリテーションポイントで「カンファレンスが始まったら、全体を観察してください」から「カンファレンスが始まったら、カンファレンス全体を観察してください」に修正した。

**18) 【初回セリフ内に時間制限を設定する】**

資料 1、p. 3 下の「導入部」のセリフで「時間は 30 分間行います」のセリフを加えた。

**19) 【BPD の傾向がある人も含めるのかはっきりさせる】**

資料 1、p. 2 上の「BPD 患者のケア」から「BPD 患者やそれに準ずる操作性が強い患者のケア」に修正した。

**20) 【目的をカンファレンスの目的かファシリテーションの目的かはっきりさせる】**

資料 1、p. 2 上の「目的」を「カンファレンスの目的」に修正した。

**21) 【図はファシリテーターの役割とする】**

資料 1、p. 2 下の図で「ファシリテーター」から「ファシリテーターの役割」に修正した

**22) 【参考資料の⑦と⑨の違いがよく分からない】**

資料 1、p. 6 上の⑦の説明文を「患者から逃げたり、避けるときの矢印」から「患者から物理的に逃げたり、避けるときの矢印」に修正した。

**23) 【自分のマグネットを作りマップの上を自由に動かせるようにする】**

資料 1、p. 2 上の「準備するもの」として「付箋」を加えることにより、マップ上の位置を自由に動かせることを可能にした。

**24) 【観察の図の矢印の色彩が強すぎる】**

資料 1、p. 2 下の図で矢印の色彩の透過率を調整することにより、薄くし見やすくなるように設定した。

以上を修正することで、プログラム（第 1 案）（資料 1）からプログラム（第 2 案）（資料

2) を作成した (図 11)。

図 11 の手順書 (第 2 案) では (第 1 案) の「1. ねらい、2. カンファレンスに共通する枠組み」を削除し、「1. カンファレンスを始める前に」とした。また説明書では、説明を 7 セクションから 4 セクションに精選して、ファシリテーションの要点を明確にさせた。その修正により、ファシリテーター手早く準備に入ることを可能にし、手順の簡略化・要点の明確化によりファシリテーションが難しく感じることを防いだ。

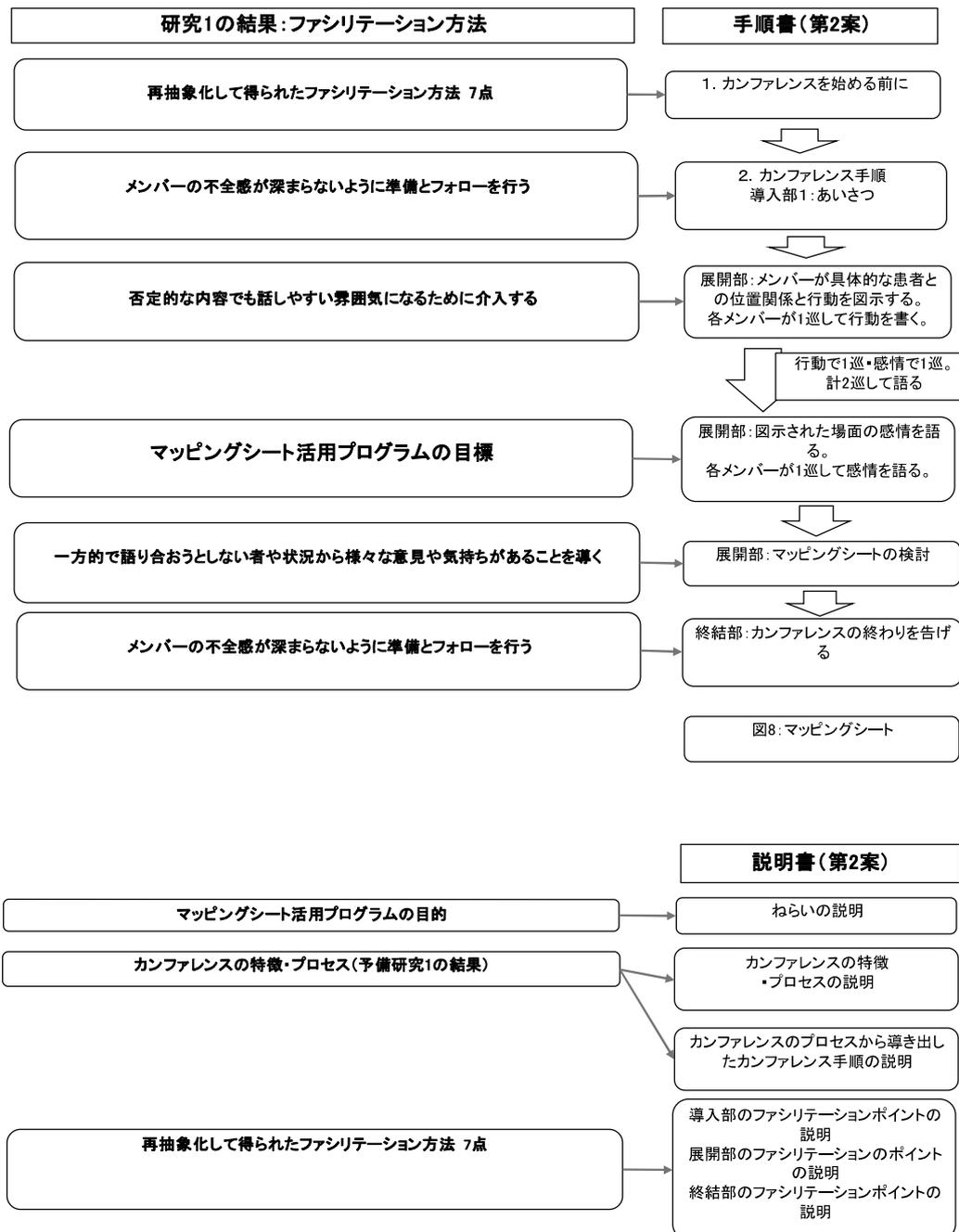


図 11 : ファシリテーション方法とプログラム(第 2 案)の対応



## 6. プログラムの修正点として採用しなかった改善点のカテゴリー

### 1) カテゴリー10【ファシリテーションポイントでもともとやっていることは意識させないほうが良い】

手順書のファシリテーションポイントの「はじめはグループが緊張しています。できるだけ和やかな雰囲気を心掛けてください」などの、元々ファシリテーターが行っていることは記述しない方がよいとの意見があった。

しかし、ファシリテーションポイントは、ファシリテーターが行っていることをインタビュー調査して抽象化して抽出してきたものである。すなわち、ファシリテーション方法はすべてファシリテーターがもともと行っていることである。そのため記述を消すことはできなかった。

### 2) カテゴリー13【時間制限やファシリテーターの成熟度があれば1巡でもよい】

プログラム（第1案）で設定していた、行動と感情をセットにしてメンバーが1人ずつ描写し、1巡で感情表出を促す手順を肯定する意見があった。しかし、カテゴリー3の【行動・感情でセットで1巡で話すよりも行動で1巡、感情で1巡の計2巡のほうが良い】と、2巡する方を支持する意見が多かったため、採用しなかった。

### 3) カテゴリー17【ここで終わりにしましょうは削除】

カンファレンスの終結部のセリフで「ここで終わりにしましょう」は必要ないという意見があった。しかし、ここで終わりにするというセリフは、カンファレンスと業務との境界をはっきりさせるという目的を持ったセリフとして設定していた。そのため採用しなかった。

### 4) カテゴリー23【マッピングシートの検討は20分くらいにする】

カンファレンス手順のマッピングシートの検討は5~10分程度では少なく、20分程度必要であろうとの意見があった。しかし、通常病棟カンファレンスは30分であり、感情表出を目的に考えれば、20分間確保することは難しいと考えた。

### 5) カテゴリー24【観察ポイントは表にする】

手順書のグループの観察点が乱雑なため表にする意見があった。同じ理由でカテゴリー16【観察の人間の絵を具体的にしておいて観察項目を書く】の意見のほうが多くあり、絵に統一感を持たせることで観察点を見やすくした。

### 6) カテゴリー26【カンファレンスを始めますは削除する】

カンファレンス手順の開始のセリフで「カンファレンスを始めます」のセリフは必要ないと意見があった。しかし、セリフとして考えた場合、始めるというセリフがないと不自然なため採用しなかった。

### 7) カテゴリー28【釣られないようにファシリテーターは最後に書く】

カンファレンス手順でメンバーがファシリテーターの行動や感情につられないためにファシリテーターが最初に描くより、最後に書いたほうが良いとの意見があった。予備研究の結果では、ファシリテーターが積極的に陰性感情を自己開示するとメンバーの感情が語り

やすくなるというファシリテート方法があったため採用しなかった。

**8) カテゴリー29【ファシリテートのポイントはお守りとして使用する】**

手順書の最終ページにつけたファシリテートのポイントは、手元においてファシリテーターのお守りとして使用するという意見があった。しかし、ファシリテートの要点として7項目までまとめたため、必要がなくなったと判断してファシリテートポイント自体を削除した。

**9) カテゴリー30【場の流れが一方向的にならないように違う意見に注目しましょうを全員に言ってもらいますに変更】**

場の流れが一方向的にならないように違う意見に注目する、を最初に全員に言ってもらいますと伝えるという意見があった。しかし、全員が意見を言うことはプログラムの構成上必ず達成されるほか、一つの流れにならないようファシリテーションすると、全員が意見を言うのは違う性質のため採用しなかった。

**10) カテゴリー31【全体への問いかけは何でもいいので自由に話してくださいと問いかける】**

カンファレンス手順でメンバーへの問いかけで印象を尋ねるのではなく「何でもいいのでなんでも自由に話してください」と、投げかける意見があった。同じ部分でカテゴリー7【全体への問いかけはどのような風に感じますかと問いかける】の意見のほうが多数であったため、採用しなかった。

**11) カテゴリー33【フォントはUDN-Rをもちいるとよい】**

全体のフォントで、丸文字ゴシックからUDN-Rに変えると見やすいとの意見があった。1名からの意見であり、丸文字ゴシックが見にくいという意見はなかったため採用しなかった。

**12) カテゴリー33【終わりで成果を伝えたほうが良い】**

最後にまとめとして、カンファレンスの成果を伝えるという意見があった。しかし、プログラムは集団精神療法の枠組みに沿って組み立てられており、ファシリテーターは意見をまとめたり、成果を伝えたりする役割ではないために採用しなかった。

## 第6章

BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第2案）の有用性の検証と最終案の作成

### I. 目的

BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情を扱うカンファレンスで用いる、メンバー間の感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第2案）（以下、プログラム（第2案）とする）の有用性の検証と、プログラムの有用性を高めたマッピングシート活用プログラム（最終案）（以下、プログラム（最終案）とする）を作成することを目的とする。

### II. 研究方法

#### 1. 研究対象施設と研究対象者

精神科を有する病院とした。

研究対象者はプログラム（第2案）を、カンファレンスで使用することに同意が得られたBPD治療チームメンバーを対象者とした。BPD治療チームはファシリテーター1名とカンファレンスメンバー（以下メンバー）で以下のように構成される。

##### 1) ファシリテーター

精神科看護歴5年以上で、リーダー業務を行う看護師とする。ファシリテーターは研究者によるレクチャーを受け、カンファレンスをファシリテーションの実施を行う。

##### 2) メンバー

本研究に参加を希望する病棟スタッフで、看護師、精神科ソーシャルワーカーなど職種、経験を問わない。1カンファレンスは4名以上8名程度とする。

#### 2. データ収集期間

2020年7月から2020年11月までだった。

#### 3. データ収集方法

##### 1) ファシリテーター

(1) カンファレンス当日から1か月～1週間前程度に、研究者からプログラム（第2案）の実際の活用方法を「カンファレンス手順書」「説明書」を用いてファシリテーターに1時間程度レクチャーを行った。

(2) BPD患者の問題行動に伴ったメンバーの感情を扱うカンファレンスで、プログラム（第2案）をカンファレンスで使用していただいた。

(3) 役立ち度とプログラムの改善点に関する自由記載からなる質問紙（資料4）を回答していただいた

(4) プログラム（第2案）の「カンファレンス手順書」「説明書」の項目に沿って、より実践的なプログラムになるよう改善点と、感情表現、客観性の向上、チームの共有に役立った

のかインタビューガイド(資料 7-10)を用いてインタビューした。

## 2) メンバー

プログラム(第 2 案)を用いたカンファレンスを受けた後、役立ち度とプログラムの改善点に関して自由記載からなる質問紙(資料 4)を回答していただいた。

## 3) メンバーの一部

プログラム(第 2 案)に対するインタビューを希望するメンバーに、プログラム(第 2 案)を用いたカンファレンスを受けた後、プログラム活用に伴う体験とプログラムの改善点に関してインタビューガイド(資料 7-11)を用いて個別もしくはグループインタビューを行った。

## 4. データ分析方法

### 1) プログラム(第 2 案)の役立ち度に関するデータ

プログラム(第 2 案)を活用することによる量的な役立ち度に関しては、5 段階の質問紙を用いた(資料 4)。質問項目は文献検討から得られた、BPD 患者をケアするチーム構築の対策(表 4)から「自分の意見を述べるのに役に立った」「自分の感情を表出するのに役に立った」「チームの状況を理解するのに役に立った」「チームで抱える問題点を話しやすくなった」「メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った」「各メンバーの役割を確認するのに役に立った」「メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を話すのに役に立った」「今後もカンファレンスで活用したいと思った」とした。

各質問項目に対応する文献検討のカテゴリーは「自分の意見を述べるのに役に立った」は【意見や感情を表出しやすい環境の設定を行う】、「自分の感情を表出するのに役に立った」は【意見や感情を表出しやすい環境の設定を行う】【感情を正直に語ることで個人とチームの不安や葛藤を自覚する】、「チームの状況を理解するのに役に立った」は【個人で背負わないようなチームメンバーの協力とフォロー体制をつくる】【チームを整理する役割の設定を行う】【対人関係を構造化するツールを用いて客観性を保つ】、「チームで抱える問題点を話しやすくなった」は【チーム内で起きている問題を話し合う】、「メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った」は【メンバー間の意見や体験の違いを尊重しながら協力し合う】、「各メンバーの役割を確認するのに役に立った」は【メンバー間で治療方針・目標・役割を共有してチームの意識を高める】である。得られたデータは記述統計を用い、各質問項目の回答者数と割合を算出した。

プログラム(第 2 案)を使用することによる質的な体験に関しては、研究対象者のファシリテーターには半構成的インタビューを 1 名につき 1 回約 60 分行った。メンバーには 1 名もしくは 1 グループにつき 1 回約 60 分行った。インタビューは同意を得て IC レコーダーに録音した。インタビューガイドの内容は、行動や感情を視覚化する点で良かった点と悪かった点、感情表出やチーム状況の把握について普段のカンファレンスとの比較、カンファレ

ンスの流れで気づいたことなどインタビューガイド（資料 7-10・11）に沿って尋ねた。

分析方法は以下の 6 つの段階を経て実施した。

- (1) 録音データから逐語録を作成しデータとした。
- (2) 逐語録を繰り返し読み、意味ある内容ごとに切片化し、言葉の意味を損なわない程度の表現にコード化した。
- (3) コード化された内容から、プログラム（第 2 案）を使用しての体験と、それらに影響を及ぼしていると考えられる部分を抜きだした。
- (4) 抜き出したコードの類似性と相違性の類別検討を繰り返した。
- (5) 類別されたコードの塊の特性を明らかにしてサブカテゴリーを抽出し、さらにサブカテゴリー間で類似性と相違性を類別してカテゴリーを抽出した。
- (6) カテゴリー間で類似性と相違性を類別して大カテゴリーを抽出した

データ分析の妥当性を確保するため、精神看護学領域の専門家にスーパーバイズを受けながら行った。

## 2) プログラム（第 2 案）の改善点に関するデータ

(1) でインタビュー対象者であるファシリテーターとおよびメンバーに対して、プログラムを活用することによる質的な体験に続いて、プログラム（第 2 案）の「カンファレンス手順書」「説明書」の項目に沿って、より有用性の高いプログラムになるよう改善点をインタビューした。

インタビュー内容は、逐語録に起こしデータとした。

分析方法は収集したデータについて、プログラム（第 2 案）の改善点に対し Berelson の内容分析の手法を用いてカテゴリー化した。

形成されたカテゴリーに従ってプログラム（第 2 案）から内容の追加削除修正を行うことでプログラム（最終案）を作成した。

## III. 倫理的配慮

研究者が所属する大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 20-025）。研究協力施設の施設長もしくは看護管理責任者に承諾書（資料 7-1）と研究協力説明書（資料 7-2、3）を提示し承諾書（資料 7-4）にて承諾を得たあと、研究対象病棟師長に研究の参加をチラシ（資料 7-5）にて募集した。募集があった病棟のファシリテーター候補者に研究の参加をチラシ（資料 7-6）にて募集した。病棟の承諾（資料 7-1）とファシリテーターの同意（資料 7-7）があった病棟の病棟会で、スタッフに対して研究協力説明書（資料 7-3）を用いて口頭で説明し同意書（資料 7-8）を回収した。研究協力は任意であり面接中でも取りやめることが出来ること、プライバシーの保護、得られたデータは研究以外では使用しないこと、個人情報の保護に努めること、個人が特定されないよう固有名詞は機械的にアルファベットにすること、データは研究終了後に破棄することを保障した。病棟会に出席できないスタッフに関しては、

研究協力計画書（資料 7-2）とメンバー同意書（資料 7-8）を封筒に入れ、師長から渡していただいた。ファシリテーターとカンファレンスメンバー同意者に同意撤回書（資料 7-9）を渡し、同意撤回する場合速やかにインタビューデータを消去することを保障した。

## V. 結果

### 1. 対象者概要

対象施設は 3 病院 4 病棟であった。その 4 病棟のなかで 5 つの治療チームを対象とした。ファシリテーターの対象者は 5 名だった。その内訳として性別は女性 2 名、男性 3 名であった。年齢は 30 代が 4 名、40 代が 1 名だった。職業は全員看護職だった。職業経験年数は、5 年～10 年が 1 名、11～20 年が 3 名、21 年以上が 1 名だった。精神科経験年数は 5 年～10 年が 1 名、11～20 年が 3 名、21 年以上が 1 名だった。役職は主任が 4 名、師長が 1 名だった(表 12)。

カンファレンスメンバー(以下メンバー)の対象者は 22 名となった。グループ数は 5 グループで、1 グループ平均 4.4 名だった。対象者の内訳として性別は女性 14 名、男性 8 名であった。年齢は 20 代 3 名、30 代 5 名、40 代 7 名、50 代 3 名、60 代 4 名であった。職種は全員看護職だった。職業経験年数は 1～4 年が 2 名、5～10 年が 4 名、11 年～20 年が 9 名、21 年以上が 7 名だった。精神科経験年数は 1～4 年が 6 名、5～10 年が 7 名、11～20 年は 6 名、21 年以上が 3 名だった。役職はなしが 16 名、主任が 3 名、師長が 2 名、その他が 1 名だった(表 13)。

表 12: ファシリテーター属性

		n=5	%
性別	女性	2	40%
	男性	3	60%
年齢	10代	0	0%
	20代	0	0%
	30代	4	80%
	40代	1	20%
	50代	0	0%
	60代	0	0%
	70代以上	0	0%
職業	看護職	5	100%
	看護職以外	0	0%
職業経験年数	1年未満	0	0%
	1～4年	0	0%
	5年～10年	1	20%
	11年～20年	3	60%
	21年以上	1	20%
精神科経験年数	1年未満	0	0%
	1～4年	0	0%
	5年～10年	1	20%
	11年～20年	3	60%
	21年以上	1	20%
役職	なし	0	0%
	主任	4	80%
	師長	1	20%
	その他	0	0%

表 13: メンバー属性

		n=22	%
性別	女性	14	64%
	男性	8	36%
年齢	10代	0	0%
	20代	3	14%
	30代	5	23%
	40代	7	32%
	50代	3	14%
	60代	4	18%
	70代以上	0	0%
職業	看護職	22	100%
	看護職以外	0	0%
職業経験年数	1年未満	0	0%
	1～4年	2	9%
	5年～10年	4	18%
	11年～20年	9	41%
	21年以上	7	32%
精神科経験年数	1年未満	0	0%
	1～4年	6	27%
	5年～10年	7	32%
	11年～20年	6	27%
	21年以上	3	14%
役職	なし	16	73%
	主任	3	14%
	師長	2	9%
	その他	1	5%

## 2. プログラム(第2案)を使用したカンファレンスにおける役立ち度の検証

プログラム(第2案)の役立ちを明らかにするために、プログラム(第2案)を使用したカンファレンス参加者合計27名に対する自己記載法から得られた、プログラムの内容の役立ち度に関するデータについて記述統計を用いて分析した(表14.15)。

### 1) マッピングシート活用プログラムを使用したカンファレンスのメンバーの役立ち

プログラムの役立ち度に関して、質問内容に分けてメンバー22名にプログラムの役立ち度の程度について尋ねたところ、以下のような結果が得られた。

(1)「自分の意見を述べるのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が14名(64%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が7名(32%)、「どちらでもない」が1名(5%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(2)「自分の感情を表出するのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が13名(59%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が8名(36%)、「どちらでもない」が1名(5%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(3)「チームの状況を理解するのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が17名(77%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が3名(14%)、「どちらでもない」が2名(9%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(4)「チームで抱える問題点を話しやすくなった」の質問項目では「役に立った」が11名(50%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が8名(36%)、「どちらでもない」が3名(14%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(5)「メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が12名(55%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が9名(41%)、「どちらでもない」が1名(5%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(6)「各メンバーの役割を確認するのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が12名(55%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が8名(36%)、「どちらでもない」が2名(9%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(7)「メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を話すのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が13名(59%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が6名(27%)、「どちらでもない」が3名(14%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(8)「今後もカンファレンスで活用したいと思った」の質問項目では「役に立った」が14名(64%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が7名(32%)、「どちらでもない」が1名(5%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

以上の結果から、「役に立った」の回答が最も多かったのは「チームの状況を理解するのに役に立った」の17名(77%)だった。逆に最も「役に立った」の回答が最も少なかったのは「チームで抱える問題点を話しやすくなった」の11名(50%)だった。

「役に立った」、「どちらかというと役に立った」を合わせた肯定的な回答が最も多かったのは「自分の意見を述べるのに役に立った」「自分の感情を表出するのに役に立った」「メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った」「今後もカンファレンスで活用したいと思



った」の21名(95%)だった。逆に「役に立った」、「どちらかというと役に立った」を合わせた肯定的な回答が最も少なかったのは「チームで抱える問題点を話しやすくなった」、「メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を話すのに役に立った」の19名(86%)だった。

## 2) マッピングシート活用プログラムを使用したカンファレンスのファシリテーターの役立ち

プログラムの役立ち度に関して、質問内容に分けてファシリテーター5名にプログラムの役立ち度の程度について尋ねたところ、以下のような結果が得られた。

(1)「自分の意見を述べるのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が4名(80%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が1名(20%)となった。「どちらでもない」、「どちらかというと役に立たなかった」、「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(2)「自分の感情を表出するのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が4名(80%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が1名(20%)となった。「どちらでもない」、「どちらかというと役に立たなかった」、「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(3)「チームの状況を理解するのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が4名(80%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が1名(20%)となった。「どちらでもない」、「どちらかというと役に立たなかった」、「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(4)「チームで抱える問題点を話しやすくなった」の質問項目では「役に立った」が3名(60%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が2名(40%)となった。「どちらでもない」、「どちらかというと役に立たなかった」、「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(5)「メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った」の質問項目では「役に立った」が4名(80%)と一番多く、次いで「どちらかというと役に立った」が1名(20%)だった。「どちらでもない」「どちらかというと役に立たなかった」「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(6)「各メンバーの役割を確認するのに役に立った」の質問項目では「役に立った」、および「どちらかというと役に立った」が各2名(40%)と一番多く、次いで、「どちらでもない」が1名(20%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」、「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

(7)「メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を話すのに役に立った」の質問項目では「役に立った」、および「どちらかというと役に立った」が各2名(40%)と一番多く、「どちらでもない」1名(20%)となった。「どちらかというと役に立たなかった」、「役に立たな

かった」と回答した者はいなかった。

(8)「今後もカンファレンスで活用したいと思った」の質問項目では「役に立った」が4名(80%)と一番多く、次いで「どちらでもない」が1名(20%)となった。「どちらかというと役に立った」、「どちらかというと役に立たなかった」、「役に立たなかった」と回答した者はいなかった。

以上の結果から、「役に立った」の回答が最も多かったのは「自分の意見を述べるのに役に立った」「自分の感情を表出するのに役に立った」「チームの状況を理解するのに役に立った」「今後もカンファレンスで活用したいと思った」の4名(80%)だった。逆に最も「役に立った」の回答が最も少なかったのは「各メンバーの役割を確認するのに役に立った」「メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を話すのに役に立った」の2名(40%)だった。

「役に立った」、「どちらかというと役に立った」を合わせた肯定的な回答の結果については「自分の意見を述べるのに役に立った」「自分の感情を表出するのに役に立った」「チームの状況を理解するのに役に立った」「チームで抱える問題点を話しやすくなった」「メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った」の5名(100%)だった。

表 14：マッピングシート活用プログラム（第2案）の役立ち度 メンバー n=22 %

		n=22	%
Q1 自分の意見を述べるのに役に立った	役に立った	14	64%
	どちらかという役に立った	7	32%
	どちらでもない	1	5%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q2 自分の感情を表出するのに役に立った	役に立った	13	59%
	どちらかという役に立った	8	36%
	どちらでもない	1	5%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q3 チームの状況を理解するのに役に立った	役に立った	17	77%
	どちらかという役に立った	3	14%
	どちらでもない	2	9%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q4 チームで抱える問題点を話しやすくなった	役に立った	11	50%
	どちらかという役に立った	8	36%
	どちらでもない	3	14%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q5 メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った	役に立った	12	55%
	どちらかという役に立った	9	41%
	どちらでもない	1	5%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q6 各メンバーの役割を確認するのに役に立った	役に立った	12	55%
	どちらかという役に立った	8	36%
	どちらでもない	2	9%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q7 メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を話すのに役に立った	役に立った	13	59%
	どちらかという役に立った	6	27%
	どちらでもない	3	14%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q8 今後もカンファレンスで活用したいと思った	役に立った	14	64%
	どちらかという役に立った	7	32%
	どちらでもない	1	5%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%

表 15：マッピングシート活用プログラム（第2案）の役立ち度 ファシリテーター

		n=5	%
Q1 自分の意見を述べるのに役に立った	役に立った	4	80%
	どちらかという役に立った	1	20%
	どちらでもない	0	0%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q2 自分の感情を表出するのに役に立った	役に立った	4	80%
	どちらかという役に立った	1	20%
	どちらでもない	0	0%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q3 チームの状況を理解するのに役に立った	役に立った	4	80%
	どちらかという役に立った	1	20%
	どちらでもない	0	0%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q4 チームで抱える問題点を話しやすくなった	役に立った	3	60%
	どちらかという役に立った	2	40%
	どちらでもない	0	0%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q5 メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った	役に立った	4	80%
	どちらかという役に立った	1	20%
	どちらでもない	0	0%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q6 各メンバーの役割を確認するのに役に立った	役に立った	2	40%
	どちらかという役に立った	2	40%
	どちらでもない	1	20%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q7 メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を話すのに役に立った	役に立った	2	40%
	どちらかという役に立った	2	40%
	どちらでもない	1	20%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%
Q8 今後もカンファレンスで活用したいと思った	役に立った	4	80%
	どちらかという役に立った	0	0%
	どちらでもない	1	20%
	どちらかという役に立たなかった	0	0%
	役に立たなかった	0	0%

### 3. プログラム(第2案)を使用に伴うカンファレンスにおけるメンバーの体験

プログラム(第2案)を使用したカンファレンスにおけるメンバーの体験を分析した結果、230コードを抽出し、32のサブカテゴリーを経て、7のカテゴリー、2の大カテゴリーが抽出された(表16)。

以下、大カテゴリーは『 』、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、「 」は生データで、内容の理解が難しいと思われる箇所は( )で補足した。

#### 1) 【患者やスタッフに対する感情を自覚し客観的に語りやすくなる】

このカテゴリーはネガティブな感情表出が評価されにくいケア現場の中で、安全に感情表出できる場の獲得と、チーム状況を視覚化することにより自分の感情の気づきや、客観性をもって語れることを示していた。

メンバーは、プログラム中のマッピングシートの存在に対して「ここにネガティブな感情って書いてあるって事はネガティブなこと言ってもいいんだよっていうメッセージになっている。ここにネガティブな感情って書いてあるって事はそれを言ってもいいっていう隠れたメッセージも分かるから」と《患者とスタッフへの感情を安全に語る場として機能する》と評価していた。精神科で感情の取り扱いがケア者の重要な素養である。そのため「精神科だとわりと看護室に戻ってきた時に『腹が立った』とか言いますよね。一般病棟だとあまり言わないですね。それは感情表出する訓練を1年生は受けていない。でもそれ訓練、こういう風なところを周りもしないとなかなか若い子達はできないですね」と《ケア者の感情表出の練習に活用できる》と評価していた。

メンバーはプログラムを受けてみて「自分の患者さんにとっての位置がどっちかと言うと、私はこっちのネガティブな方なのかな、と思って今日来たんですけど実際は違った。どっちかと言うとネガティブな感情だったのはスタッフに対してだったな、というのに気がついた」と《自分の隠れた感情に気づくことができる》と捉えていた。自分の感情の自覚に伴って「スタッフ同士の関係性とか(患者対応を避けて)周りで見ているスタッフ、近いスタッフ。それ(スタッフ)に対する感情とか、その細かい感情に関してはあんまり語らないから、こういう方が語りやすいのかなーって思います」と《自分を含めたスタッフ同士の関係性に気づくことができる》ことにつながっていた。

図にして感情を表すことに対しては、「向き合って話し合うと上司部下の関係性があるから、絵を見てたら対等な関係になりやすい」と《紙面を対象にすることで視線が合わないため話しやすくなる》と語った。絵を対象にしながらの話し合いは「対面同士で話し合いだけみたいなどころだけだと(中略)周りの様子を見ながらというのか内心はそんなふうには思っていないとか思っても、ネガティブに考えても少し周りの同調するようなどころはあるのかな」と《雰囲気がつくられにくく客観性を保つことができる》という利点もあった。また視覚化の利点として「全部を会話の中で所々を部分部分だったりとか、覚えて

なかったりとか。こういう絵にすることによって自分の中でも確認しながらできるので、今の状況もカンファレンスの内容も分かりやすい」と《視覚化により感情を整理し言語化しやすくなる》ことが挙げられた。

## 2) 【感情表出を阻害する対人関係に気づく】

このカテゴリーは、プログラムを活用し感情が語りやすくなり対比されることで、感情表出を阻害する要因が明らかになっていく様を示していた

メンバーは、ケア環境の前提として「ネガティブな発言が許容される風土を作らないと。でも看護だと難しいってこと。患者さんに対するネガティブな話をどんどん言いましょって言ったらどんどん出ちゃうかもしれないからね。サービス業だから（それは許容されない）ね。」と語り、《看護師はネガティブな感情表出をしにくい傾向があると感じる》ことになった。ネガティブな感情を表出しにくい環境の中での感情表現は、「前提として感情表現がケアのうちの一つと許されてるところじゃないと無理ですね。感情表現によってみんなの心の気持ち楽になって、患者さんと向き合えるというのが前提条件として成り立っていないとネガティブに書くと『なんてことだ』、みたいなことを言われる」と語り、《感情表現がケアとしてチーム内で共通認識されていることが大切であると理解する》ことを指摘した。チーム内で感情表現が理解されていない環境の中では、「自分の中にそれを違う（感情を語ってもよい）って言うのを理論づける物がなかった、そういうものがない。その人（感情表現に反対する人）に納得できるような答えが言えない、最初から多分無理かなってなっちゃうから言えないんじゃないかな」と《理論的根拠がないと語ることができないことを見出す》ことになった。

メンバーは対人関係としては「（別のメンバーが）いたら自分の出す意見っていうのも変わってくるのかなって。そのスタッフを前にして言えるかな、自分はそう思って」と《参加するメンバーによって自分の意見表出が変わることを見出す》ことになった。その中でも「例えば係長さんいたら言えなかったですね、何でかな？格付けがすごく離れすぎてるからかな」と、《メンバー同士の格付けが離れすぎると語れないと捉える》ことになった。メンバーは自分の中の要因として、「パワーバランスで、私はネガティブって言ったけど（強いメンバーに）そんな風に思われたらやだなっていうところ」と語り、《ネガティブな感情の自己開示に対して評価が気になると感じる》ことになっていた。また、「ずっとそういうの（ネガティブ発言）がない中で、ポジティブな発言が多くなってきて、言えないような状況になると、ネガティブな思いをしている人達は誰もいないんだってカンファレンスになっちゃうもんで」と、ムードにあらがえない状況を語り、《雰囲気がつくられると発言しにくくなることを把握する》ことになった。

以上のカテゴリーは、マッピングシート活用プログラムの使用は、チーム状況の可視化により自分の感情と感情表現に関連する対人関係の傾向に気づくことや、そのプロセスの中

で感情を言語化しやすくなったり、ケア能力が高まる実感があり、『自分の感情の課題を自覚し乗り越えやすくなる』と体験を示していた。

### 3) 【感情表出がケア者の受容能力を高め今後のケアに結びつくことを再確認する】

このカテゴリーは、プログラム(第2案)によって感情表出がなされると、患者やスタッフへの陰性感情がある程度改善され、感情の受容能力が高まることになりケアに結びついていくことを再確認することを示していた。

メンバーは「こういう問題行動があって本当に嫌だったって言えるからそれはそのモヤモヤを解消されるかなって思いました」と語り、《陰性感情を表出することで気分が解消される》体験をしていた。感情表出することでの感情の共有は、「そうそう(感情表出によって)楽になるし、みんな思ってること一緒だなんていうことが分かる」と、《みんな思っていることは同じだと知ることによって気持ちが楽になる》体験にもつながっていた。特に陰性感情の表出は、単なる感情的に楽になるだけにとどまらず「そのネガティブに思っている出来事だったりとか、そのようなところで(陰性感情が)改善ができるようなところがあれば、じゃあそこをケアとしてこういけたらいいんじゃないか」と《陰性感情が軽減することで受容能力を高めケアに結びついていく》という精神科ケアの基本を再確認することにつながっていた。

### 4) 【チーム全体でケアをしていることに気づく】

このカテゴリーは、ケア状況を図に表すことで、患者に対して1対1でケアをしているのではなく、チーム全体で補い合いながらケアをしている状況に気づいていく様を示していた。

まずメンバーはプログラム(第2案)を使用することで「こういうチーム状況、近い人もいるしポジティブな人が多くてネガティブな人もいて、こういうチーム状況になっているのが分かってくるんですけど、これは口頭でやり取りしている時よりは、チーム状況ってわかりやすい」と《患者をとりまくメンバーの立ち位置とチーム状況が分かる》と実感していた。チーム状況が見えるに伴って「意外だなーっていうのはいるでしょうね。あんなにしっかり関わっていたけど意外と心の中ではネガティブだったんだなっていうのもいるでしょうね」と《メンバーの隠れた感情を発見しやすくなる》ことを語り、気が付かなかった感情を発見できる利点を指摘した。

患者を中心としたチーム状況が見えることは、チームでケアするという視点が生まれる。それは「この図がなければ、(私が)患者さんに対してどうするってことになりやすい話为中心になっちゃうかな。図があることでスタッフの立ち位置が明確になったから、でちょっと流れが変わると思う。またいつものカンファレンスとは違う方向になるのかなって」と《1対1の患者への問題解決思考からチームを眺めることに変化する》と感じていた。

その変化は「ただこれが新人とか若い子だったら指摘するんだと思うんですけど。だから(ベテラン)となるともはやもう変わらないなって境地に立ちちゃって。それで(絵を見ることで)ちょっと違ってたなとか、こういう関わりもあるんだなーって振り返りができればいい」と《メンバーに対する変化のきっかけを自然に導く》ことでもあり、『巻き込まれてないな』じゃなくて、『だから(巻き込まれている役割のメンバーがいるから)自分たちがここにいれるんだな』って気づいていく的なことが分かってくれるかね。それはいいかもしれない。」《役割をおぎあいながらケアしている認識が共有される》ように、自分が支えられながらケアに当たっていたことに気づいていく変化でもあった。

またチームメンバー全員で絵を眺めるという状況は、「集中できるんじゃないのかな。(中略) 視覚と会話によって集中力が増すんじゃないのかな」と《集中してチームで考える状況を生み出す》ことを感じていた。

#### 5) 【チームの強みと課題に気づく】

このカテゴリーは、プログラムを使用することによりチームの強みに気づいたり、気づかなかったチームの課題が明確になっていく様をしめしていた。

メンバーは、絵に描くことで「今日は来ていないからいいですけど、絵に書くことで自分の感情が、その人がそこだになっているのが明確化されるのでどう表出したらいいんだろうっていう」と《チームへのネガティブな感情を表現することに抵抗がある》ことに気づくことになった。その気づきは、「遠い関わりの人たちに対して『逃げてるでしょ』って言えなくなってきている」と《メンバーに意見しづらい環境になっていると推察する》ことにつながっていた。

チームの強みの面では「病棟に関してはそういうのは(感情表出は) やってないとやっつけられないから、看護室に戻ってきた時にやりますよね。『本当にムカついた』とかそうやって言ってる感じはしますね」と語り、感情表出が許される環境などの《チームの強みに気づくことができる》ことが示された。

#### 6) 【メンバーとの向き合い方を考えることにつながる】

このカテゴリーは、絵によって自分と違う感情もつメンバーが分かるにしたがって、そのメンバーとどのように向き合えばよいのか考えるきっかけになることを示していた。

メンバーは、「(絵を見て) 自分でもわかんないようだったら、外から指摘されても分かんないだろうなっていう気持ちにはなるでしょうね」と、《メンバーの気づきをどこまで期待できるか探ることができる》ツールとして活用できることを指摘した。また「今日は来ていないからいいですけど、絵に書くことで自分の感情がその人がそこだな(他メンバーにネガティブな感情をもつ) っていうのが明確化されるのでどう表出したらいいんだろうっていう」と《自分のネガティブな感情をもつスタッフへの表現を考えるきっかけになる》と



感じていた。

#### 7) 【患者の全体像のアセスメントにつながる】

このカテゴリーは、チーム全体の動きが見えることに従って、どのような状況な時に患者が問題行動を起こすのかアセスメントを可能にしたり、患者の主観的体験を考えることにつながっていた。

メンバーは、患者のスタッフへの悪口の言い方に注目して「(患者さんが) あの離れた人の悪口言うんだけど、人によってちょっと言い方が違ったんだよね。何とかして欲しい人(味方にしたい人) に対してすごい言ってきた。自分が動いて欲しい人に言ってきたから(遠い人は) 多分眼中にはもうなかった」と語り「チーム状況から患者の行動の理由を考えることができる」ことにつながっていた。またメンバーは「ネガティブな感情をすごく持っても違う意見を聞いた時に、『あ、この患者さんすごくいいところもある、こういうところもあるんだ、そうなんだ。』なんか自分の中で入ってきてちょっと見方が変わったりしますよね」と「スタッフ間の感情の違いから患者の良いところが見える」と語った。絵で見ることは患者がスタッフにどのような感情をもたれながら治療を受けているのか明確になる。そのため「ネガティブばかりになっちゃったらチームとしての課題も逆にわかりやすいですね。患者さんのしんどさもわかりやすいですね、すごい嫌われながら(治療を受けている)」と「患者の置かれた人的治療環境を想像することができる」と語った。

以上のカテゴリーは、プログラム(第2案)の使用は、患者の行動とチーム状況を可視化することによって、チーム全体で患者を支えているという見方と、チームメンバーとの向き合い方を考えることを促した。また、患者の置かれている状況から、ケア者が患者の行動や主観的体験をアセスメントできるようになっていく、『チーム全体のケア機能を高める』体験を示していた。

表 16: プログラム (第 2 案) の使用に伴うメンバーの体験

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
自分の感情の課題を自覚し 乗り越えやすくなる	患者やスタッフに対する感情を自覚し客観的に語りやすくなる	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者とスタッフへの感情を安全に語る場として機能する</li> <li>ケア者の感情表出の練習に活用できる</li> <li>自分の隠れた感情に気づくことができる</li> <li>自分を含めたスタッフ同士の関係性に気づくことができる</li> <li>紙面を対象にすることで視線が合わないため話しやすくなる</li> <li>雰囲気がつくれにくく客観性を保つことができる</li> <li>視覚化により感情を整理し言語化しやすくなる</li> </ul>
	感情表出を阻害する対人関係に気づく	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師はネガティブな感情表出をしにくい傾向があると感じる</li> <li>感情表現がケアとしてチーム内で共通認識されていることが大切であると理解する</li> <li>理論的根拠がないと語るができないことを見出す</li> <li>参加するメンバーによって自分の意見表出が変わることを見出す</li> <li>メンバー同士の格付けが離れすぎると語れないと捉える</li> <li>ネガティブな感情の自己開示に対して評価が気になると感じる</li> <li>雰囲気がつくと発言しにくくなることを把握する</li> </ul>
チーム全体のケア機能を高める	感情表出がケア者の受容能力を高め今後のケアに結びつくことを再確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>陰性感情を表出することで気分が解消される</li> <li>みんな思っていることは同じだと知ることによって気持ちが楽になる</li> <li>陰性感情が軽減することで受容能力を高めケアに導く</li> </ul>
	チーム全体でケアをしていることに気づく	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者をとりまくメンバーの立ち位置とチーム状況が分かる</li> <li>メンバーの隠れた感情を発見しやすくなる</li> <li>1対1の患者への問題解決思考からチームを眺めることに変化する</li> <li>メンバーに対する変化のきっかけを自然に導く</li> <li>役割をおぎあいながらケアしている認識が共有される</li> <li>集中してチームで考える状況を生み出す</li> </ul>
	チームの強みと課題に気づく	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームへのネガティブな感情を表現することに抵抗がある</li> <li>メンバーに意見しづらい環境になっていると推察する</li> <li>チームの強みに気づくことができる</li> </ul>
	メンバーとの向き合い方を考えることにつながる	<ul style="list-style-type: none"> <li>メンバーの気づきをどこまで期待できるか探ることができる</li> <li>自分のネガティブな感情をもつスタッフへの表現を考えるきっかけになる</li> </ul>
	患者の全体像のアセスメントにつながる	<ul style="list-style-type: none"> <li>チーム状況から患者の行動の理由を考えることができる</li> <li>スタッフ間の感情の違いから患者の良いところが見える</li> <li>患者の置かれた人的治療環境を想像することができる</li> </ul>

#### 4. プログラム(第 2 案)を使用に伴うカンファレンスにおけるファシリテーターの体験

プログラム(第 2 案)を使用したカンファレンスにおけるファシリテーターの体験を分析した結果、176 コードを抽出し、27 のサブカテゴリーを経て、7 のカテゴリー、2 の大カテゴリーが抽出された (表 17)。

以下、大カテゴリーは『 』、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、「 」は生データで、内容の理解が難しいと思われる箇所は( )で補足した。

##### 1) 【感情表出を患者ケアに活用することにつながる】

このカテゴリーはプログラムを活用することによって、メンバーが感情を発散することで患者に向き合えるようになったり、安全に近い距離で関われる可能性を感じるさまを示していた。

ファシリテーターは「対面で感情を言ってくださいって言われるよりはやっぱり視覚化した方が何か語りやすい、それは全然違いましたね。話しやすかったと思いますね」と語り

《意見に影響されず感情が語りやすくなるのを実感する》ことになった。それは、「視覚化するといろんなことを表現できるって言うのは感じますね。言葉だけでは大事なことを言ってるかもしれないけど伝え、伝わりにくいのは感じます」と《起きている現象の表現方法が多様になる》ことでもあった。

感情表出できることは「イライラした時に病棟に戻って、発散ある程度言ってまた病室に戻って行くっていう技術となればいい」と《感情表出をケアと結びつけることに役立つ》ことにつながっていた。また客観的に患者との距離を見れることは、「そういう風にあえて巻き込まれてみることも必要なんだろうと思うんだけど、それを具体的に実際来たらどうやってやってっていうのはよく分かっていない。こういうのを使って教わらないといけない」と、《安全に巻き込まれる方法に活用できる》可能性につながると考えていた。さらには「自分の振り返りにも使えますね。そこで（自分が）距離を取るっていうのは何でなんだろう。あの人がこうしてるから私はここにいるんだとか。あの人が巻き込まれる時は遠くにいられるけど、そういう役割の人がいない時は自分も危ないなとか」と《自分の役割の振り返りに使える》と考えていた。

## 2) 【異なった感情体験をしたチームメンバー全体でケアしている視点を共有できる】

このカテゴリーは、プログラム(第2案)を使用することによって1対1の視点から、様々な考えや感情体験を持ったチームとしてケアしている状況を共有することに役立つと考えることを示していた。

ファシリテーターは、「1対1の関わりのことでどうにかしようとか、自分が担当だからこの人の訴えを聞かなきゃいけないっていう感じで関わっている人が多いから、そのスタッフの視点とか、どのくらいの立ち位置でっていうのが視覚化できると、割とみんなそのぐらいの感じで関わっていたんだとか、あるよねとか、そういう感じで共有しやすいのかなとは思いました」と語り、《患者を一人で抱え込まないように広い視点での共通認識ができる》と評価していた。またチームという視点のみならず、「距離が人によって違うじゃないですか、だから統一って難しいってのが分かりますよね。心理的な距離によってここまでがいいとか悪いとか違ってきますよね。近いと（菓子）二袋はいいって言って、遠いとダメみたいな。ルールはルールとして守んなきゃみたいな」と《異なった体験をしたメンバーによって状況が成立している意味を発見する》と評価していた。

異なる体験は「自分の体調によるっていう話もありましたけど非常によくわかるって言うか、あれ結構こちら人間なのでそれは確かにある。正直な話だなあとは感心しましたね」と《メンバーの意見から自分の隠れた感情を察知する》こともあった。その各々がさまざまな体験や役割を持ったチームという視点は、「時々この人との役割交換ができたりね、そうできたらいいよね。異動することがあるからね。チームが育ったと思ったら異動があるからね。だから異動ってのはわりかしチームの危機ですよ」と、《状況によってケア者

の役割を交換するケアの可能性が生まれる」ことを語った。

### 3) 【患者の言動の意味を考えるアセスメントツールとして使える】

このカテゴリーは、ファシリテーターはマッピングシートに描かれた絵から患者の問題行動の意味を考えるためのアセスメントツールとして活用できる可能性を考えていた。

図にすることで「この外のキャラクターってものすごく影響を与えてるんですけど、あんまり出てこないんですね。視覚化させるとこうやって圧力をかけてくるってわかるじゃないですか。このそうするとこの人をどうにかしなきゃいけないねっていうのがわかってくる。対面だけでやっているとは1対1位の患者ケア中心になっちゃいますね」と「患者を取り巻く環境を考えることができる」ようになる。そのことは「この人はコントロールする価値がないって患者さんが思ってるんだよね。カンファレンスでそう思った、そういうことかと」と、「患者の言動の意味を考えることにつながる」ことになった。

以上のカテゴリーは、プログラム(第2案)の使用は、感情表現しにくいケア者の規範にきづくことになった。また感情表現をすることによって、自分の感情にゆとりができ、患者を取り巻く対人関係を可視化することは、1対1の看護から『チームで行うケアの可能性を広げる』ことを示していた。

### 4) 【感情表現に抵抗するケア者集団の傾向が分かる】

このカテゴリーは、ファシリテーターがメンバーに対して感情表出を促そうとも、ケア者にはもともと感情表出に抵抗する傾向があると気付いていく様を示していた。

ファシリテーターは「感情は共有するほどじゃないと思っている。その人がそこでそう思っているという意味にしかない。それが次のケアにつながっているとは捉えない。ただ悪口言ってすっきりしたみたいなの捉え方かもしれない」と、「感情表出をケアと結びつけて考えていないことを理解する」ことになっていた。感情表出がケアと結びついていないことに加えて「看護部って往々にして悪いこと言っちゃいけないってなるからね。人間なのにね、嫌だっと思うこともあるのにね。まあ慣れていない」と、ケア者は患者の「悪いこと」は言っただけいけないという思い込みがあることを理解する」と語った。そのように、悪いことは言っただけいけないというスタッフがいる場合は、「なんだろうね。日頃から『患者さん第一です』なんて言っているスタッフがいると言わないね、言いにくいね」と「ネガティブな発言が許されない対人関係が場にあると語りにくいことを理解する」と感情表出を阻む対人関係を語った。

そのような背景があるため、ファシリテーターは「何かとやっぱり患者さんが主語になっちゃうので、自分がどうでしたか私はこう感じていたとか(は話さない)」と語り「メンバーは自分を主語にする感情表出に慣れていないことを発見する」ことになっていた。そのような状況の中でも、感情を自己開示するメンバーがおり、「メンバーによって言いやすい、

感情表出を自己開示するのに抵抗がある人となない人といってる事なんですかね」と「感情表出に対するメンバーの個人の特性が見えてくる」と述べた。

#### 5) 【感情表出を促すチームの強みが分かる】

このカテゴリーは、ファシリテーターが感情表出を促すのに必要なチームのありかたについて気づいていく様を示していた

ファシリテーターは、「普段から看護室に戻ってくると、『あの人あんなこと言って』みたいに『ほんとまいっちゃうね』みたいな話をできる風土になっていれば、新人のスタッフがその中で同じようにやれるようになってれば、ネガティブな意見が言えるようになってると思いますけどね」と「感情表出を許す職場風土が前提にあることを理解する」ことが重要であると示した。また、カンファレンス内では「強い人がネガティブな方って言うてくれた方がそれは乗ってきますね。チームの関係性の中で影響力持っている人は、操作的にでも自己開示ネガティブな方に行ってくると立場の低い人はどっちでも話しやすいつて感じですね」と語り、「強い人がネガティブ感情を自己開示する必要性を見出す」ことを重要としていた。しかし、環境をコントロールせずとも感情表出できるケア者はおり「今は新人じゃないけど一般科から X 年目ぐらいの子が来てますけど、まああの人は普通に話せますね。あの人はやっぱりその人のキャラクターにもよるのかな。そういう上司のことを気にせず入れる人とかね」と「メンバーの個人の自己開示能力が影響している」と考えていた。

#### 6) 【カンファレンスでのファシリテーション技術の必要性を自覚する】

このカテゴリーは、プログラム(第 2 案)を活用することにより普段のカンファレンスも含めて、メンバーの意見を引き出すのはファシリテーション技術が必要であることに気づくことを示していた。

ファシリテーターは、「A さんみたいにこれがこう (いう意味) なんだね、みたいな感じで言ってくれる人がいると分かりやすいけど、なかなかまだまだ技術を要するなあ」、「スタッフに対する不快な感情は共有することで、負の共有した思いを共有して思うとまた違うから、そこら辺がまた悪い方向に向かわなければいいかなとは思いますがね」、「その時の感情を言ってもらった方が良かったかも知れなかったね。(中略)確かに具体的な場面は出てきましたね。その時に自分が腹立ったとか気分が良かったとかチームメンバーは助けてくれなかったとかそういう話 (は出にくかった)」、「ちょっと長くなっちゃう人たちを遮るまではしなかったけど、ちょっと話を終わらせるように言葉挟んでみたりっていうのは意識はしましたね」と語るように、「状況の意味付けするファシリテーション技術が必要であると理解する」、「スタッフ間の陰性感情が悪く作用しないようにする必要があると感じる」、「感情に焦点を当てないと話が具体的になっていくことを発見する」、「話が一方的にならないように意識づけできる」と、感情表現に伴って発生してくる、その状況の解釈、

チームメンバーへの悪影響の防止、感情から逃れようとしていくチーム力動の扱い、話を長引かせないような調整、などのファシリテーション技術の必要性を感じていた。ファシリテーション技術を意識することは「どうしてもあの私はまとめ役みたいところが多くてですね。カンファレンスとかで。なのでみんなの意見を振って聞くことは慣れてるんですけどまとめちゃいがちなんですね」と《自分のファシリテーションの特徴を知ることができる》ことになった。またファシリテーターは「いろんな離れた人たちとかが入ってきたりした時には、いろんな気を使うことが増えることが多くなるかもしれないな」と《背景が違うメンバーが集まると気を遣うことを感じる》があり、背景が異なるメンバー同士では、細かいファシリテーションが必要になることを感じていた。

#### 7) 【病棟スタッフの力動をリーダーとして用いる視点を得る】

このカテゴリーは、ファシリテーターが今後リーダースタッフとして機能するときに、チーム状況をイメージしやすくなることを示していた。

ファシリテーターは、「そのスプリッティングとか今では読んで（想定して）いないレベルでそういうがあるので、視覚化できるのはすごくわかりやすくて言うかありがたいですね」と、《気づかなかったチーム全体の動きがわかりやすくなる》と評価していた。その気づかなかったチーム力動は、リーダースタッフにとって「スタッフを把握するのは管理者なので。この患者さんに対してのスタッフの想いっていうのは知っておいてっていう面では役に立ちますよね」と、《どのような立ち位置のメンバーでも抱える感情とその理由を考えることにつながる》ことになった。特に、「あれ（絵）を見た時にね、普段からそんなに言わないけど、ちゃんとかかわってるっていう人は、ちょっと気をつけて見てあげないといけないとは感じますね」と、《負担になっている人のフォロー体制に役立てることができる》とフォロー体制に活用しようとしていた。フォロー体制への活用は「これだと新人さんとかだと巻き込まれやすいとか、近い人だと逆に遠い人にアドバイザーをつけたりとか注意してみるとかアセスメントしやすくなるのかなとは思ったりをしますね」と《受け持ちをつけるときのアセスメントツールになる》と考えていた。

感情を図に書くことで自分の感情に振れ幅があることに気づく。それは「付き合いが長くても良い面も知ってるし、あの人の苦勞も知ってるからそんなにこうネガティブばかりはなれないですね。やっぱりその人を知ってるから大変な時期はね大変だけれど良くなった状況も知ってるから」と《患者に対してポジティブな感情があることにも気づく》ことにつながると語った。このように様々な感情があることはチーム内の体験の違いを明確にさせるも「スプリッティングあるんだけど、特に別に無理やり立ち位置を修正しようとしな（ところが）この病棟の持ち味っていうのも分かってきますよね」と《チームの持ち味を理解し活用することができる》と捉えていた。

以上のカテゴリーは、マッピングシート活用プログラムの使用は、異なった体験をしたメ

メンバーの集まりの中で、安全に感情表出を導いていくのはファシリテーション技術が必要であるという気づきとなった。また感情表出によってチームが分裂しないようにフォローしていくような『感情表出を導くリーダーの在り方に気づく』ことを示していた。

表 17: プログラム (第 2 案) の使用に伴うファシリテーターの体験

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
チームで行うケアの可能性を広げる	感情表出を患者ケアに活用することにつながる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意見に影響されず感情が語りやすくなるのを実感する</li> <li>・起きている現象の表現方法が多様になる</li> <li>・感情表出をケアと結びつけることに役立つ</li> <li>・安全に巻き込まれる方法に活用できる</li> <li>・自分の役割の振り返りに使える</li> </ul>
	異なった感情体験をしたチームメンバー全体でケアしている視点を共有できる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者を一人で抱え込まないように広い視点での共通認識ができる</li> <li>・異なった体験をしたメンバーによって状況が成立している意味を発見する</li> <li>・メンバーの意見から自分の隠れた感情を察知する</li> <li>・状況によってケア者の役割を交換するケアの可能性が生まれる</li> </ul>
	患者の言動の意味を考えるアセスメントツールとして使える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者を取り巻く環境を考えることができる</li> <li>・患者の言動の意味を考えることにつながる</li> </ul>
感情表出に抵抗するケア者集団の傾向が分かる	感情表出に抵抗するケア者集団の傾向が分かる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感情表出をケアと結びつけて考えていないことを理解する</li> <li>・悪いことは言っていけないという思い込みがあることを理解する</li> <li>・ネガティブな発言が許されない対人関係が場にあると語りにくいことを理解する</li> <li>・メンバーは自分を主語にする感情表出に慣れていないことを発見する</li> <li>・感情表出に対するメンバーの個人の特性が見えてくる</li> </ul>
	感情表出を促すチームの強みが分かる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感情表出を許す職場風土が前提にあることを理解する</li> <li>・強い人がネガティブ感情を自己開示する必要性を見出す</li> <li>・メンバーの個人の自己開示能力が影響している</li> </ul>
	感情表出をケアに導くリーダーの在り方に気づく	<ul style="list-style-type: none"> <li>・状況を意味付けするファシリテーション技術が必要であると理解する</li> <li>・スタッフ間の陰性感情が悪く作用しないようにする必要があると感じる</li> <li>・感情に焦点を当てないと話が具体的になっていくことを発見する</li> <li>・話が一方的にならないように意識づけできる</li> <li>・自分のファシリテーションの特徴を知ることができる</li> <li>・背景が違うメンバーが集まると気を遣うことを感じる</li> </ul>
感情表出をケアに導くリーダーの在り方に気づく	カンファレンスでのファシリテーション技術の必要性を自覚する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気づかなかったチーム全体の動きがわかりやすくなる</li> <li>・どのような立ち位置のメンバーでも抱える感情とその埋田を考えることにつながる</li> </ul>
	病棟スタッフの力動をリーダーとして用いる視点を獲得	<ul style="list-style-type: none"> <li>・負担になっている人のフォロー体制に役立てることができる</li> <li>・受け持ちをつける時のアセスメントツールになる</li> <li>・患者に対してポジティブな感情があることにも気づく</li> <li>・チームの持ち味を理解し活用することができる</li> </ul>

## 5. プログラム(第 2 案)の改善点

### 1) 対象者概要

対象者のメンバーは 5 グループ平均 2.6 名で、合計メンバー 14 名だった。ファシリテーターは 5 グループ 5 名だった。よって対象者数は 19 名となった。

### 2) マッピングシート活用プログラム(第 2 案)の改善点

プログラム (第 2 案) の改善点に対する語りは 22 記録単位となった。分析の結果、プログラム (第 2 案) の改善点は 6 カテゴリーが形成された (表 18)。以下、6 カテゴリーのうち、記録単位数の多いものから順に結果を記述する。なお、【 】内はカテゴリーを表し、「 」内は記録単位を表す。

#### (1) 【慣れないうちはコリーダーがサポートする】

このカテゴリーは「書きながらそして様子も見ながらなかなか大変だなあ。コリーダーみたいな人が矢印を書いたりしたほうがいいかな」の語り等から形成された。

(2) 【テーマが出なかった時のための案を想定しておく】

このカテゴリーは「なるべくその若い子から言ってもらって入れるようにとは言っただけ、なかなか問題のテーマ(が出ない場合)、だいたいこっちで用意しておいて、『だよね』みたいな感じで持って行った方がいい」の語り等から形成された。

(3) 【チーム状況に対して登場人物が乏しいときには操作的に尋ねる】

このカテゴリーは「まあそっちにもうちょっと(様々な登場人物に)意識を向けてもらうように言っても良かったかもしれないですね。周りはどう?とかファシリテーターが旦那さんとの対応に苦慮することがあった?みたいなことを言って」の語り等から形成された。

(4) 【ファシリテーターが矢印の隠れた方向を助言する】

このカテゴリーは「自分で書くと一方しか書けないですね。どっちかに対して関わることと私って挟まれてたんだとかいうことに改めて気づいたので。そういうのがあると言語化していく中でこっちもあるよねとか(ファシリテーターが)見つけてくれることがありがたい」の語り等から形成された。

(5) 【問題解決のカンファレンスでないことを強調する】

このカテゴリーは「やっぱりそのファシリテーターにこれは問題解決のファシリテーションではありませんと強く言っていかないとやっぱり引っ張られると思うね。主語が変わってきちゃうから」の語り等から形成された。

(6) 【参考資料があるとメンバーは矢印の描き方につられるため渡さない】

このカテゴリーは「(矢印の表は)合ってるのか合っていないのかって思っちゃうよね。メンバーはなくても良くて、ファシリテーターかコリダーが活用してやれば問題ないって感じです」の語り等から形成された。

以上のように【慣れないうちはコリダーがサポートする】【参考資料があるとメンバーは矢印の描き方につられるため渡さない】のようにプログラムの構造に対する意見と、【テーマが出なかった時のための案を想定しておく】【チーム状況に対して登場人物が乏しいときには操作的に尋ねる】【ファシリテーターが矢印の隠れた方向を助言する】【問題解決のカンファレンスでないことを強調する】のように、メンバーの感情表出に導くファシリテーション方法に対する意見に大別された。

表 18: プログラム (第 2 案) の改善点

カテゴリー	
1	慣れないうちはコリダーがサポートする 7(38.9%)
2	テーマが出なかった時のための案を想定しておく 3(15.8%)
3	チーム状況に対して登場人物が乏しいときには操作的に尋ねる 3(15.8%)
4	問題解決のカンファレンスでないことを強調する 2(10.5%)
5	ファシリテーターが矢印の隠れた方向を助言する 2(10.5%)
6	参考資料があるとメンバーは矢印の描き方につられるため渡さない 2(10.5%)



## 6. プログラム(最終案)の作成

結果で得られた6カテゴリーに従ってプログラム(第2案)の修正を行った。

- 1) 【慣れないうちはコリーダーがサポートする】に関しては、資料2、p.14上の「準備するもの」に「※ファシリテーションに慣れないうちは、コリーダーをつけましょう。その際は、ファシリテーターは感情を聴いたり場を観察し、コリーダーは板書したりと役割分担します」と、説明文を追加した。
- 2) 【テーマが出なかった時のための案を想定しておく】に関しては、資料2、p.15下の「2. 展開部1」の「ファシリテーションポイント」に「・逆に緊張で全く意見が出ない場合もあります。その時のために、ファシリテーターはテーマを想定しておくといいです」と説明文を追加した。
- 3) 【チーム状況に対して登場人物が乏しいときには操作的に尋ねる】に関しては、資料2、p.16下の「ファシリテーションポイント」に「・患者と参加メンバーだけの絵など、明らかに登場人物が少ない場合があります。他スタッフや他職種や家族などケアに関係している人物へはどうか尋ねてみてもよいです」と説明文を追加した。
- 4) 【問題解決のカンファレンスでないことを強調する】に関しては、資料2、p.14上の「カンファレンスの目的」の中で「各メンバーが感情を自由に語れるようになること」を赤字と下線を加えることで強調した。
- 5) 【ファシリテーターが矢印の隠れた方向を助言する】に関しては、資料2、p.15上の「ファシリテーションポイント」に「※ファシリテーターは参考例をみながら、適宜矢印を助言してください。メンバーが気づいていない矢印があるかもしれません」と説明文を追加した。
- 6) 【参考資料があるとメンバーは矢印の描き方につられるため渡さない】に関しては、資料2、p.14の【準備するもの】から、「・メンバー用参考資料(メンバーに配ってください)」を削除した。

以上を修正することで、プログラム(最終案)(資料3)を作成した。

## 7. プログラム(最終案)の作成プロセス

ここでは先行研究で得たマッピングシート原案から、プログラム(最終案)を作成したプロセスについて振り返る。まず文献検討から対人状況を構造化するツールと、カンファレンスで感情表出することがチーム再構築の対策としてあげられていた。そこから、以下の手順を踏んだ。

- 1) 対人状況の構造化するツールとして、先行研究で得た患者をめぐる状況を可視化する概念図をマッピングシート原案として活用した。
- 2) 残された課題である感情表出を促すファシリテーション方法を予備研究1で調査した。
- 3) 予備研究2として、マッピングシート原案と予備研究1の結果を統合することでプログラム(第1案)を作成した。

- 4) 第1研究として、プログラム（第1案）の改善点を調査し質的に分析した。改善点をプログラム（第1案）に反映させることで、プログラム（第2案）を作成した。
- 5) 第2研究として、プログラム（第2案）を臨床で使用した後、プログラム（第2案）の改善点を調査し、質的に分析した。改善点をプログラム（第1案）に反映させることで、プログラム（最終案）を作成した（図12）。

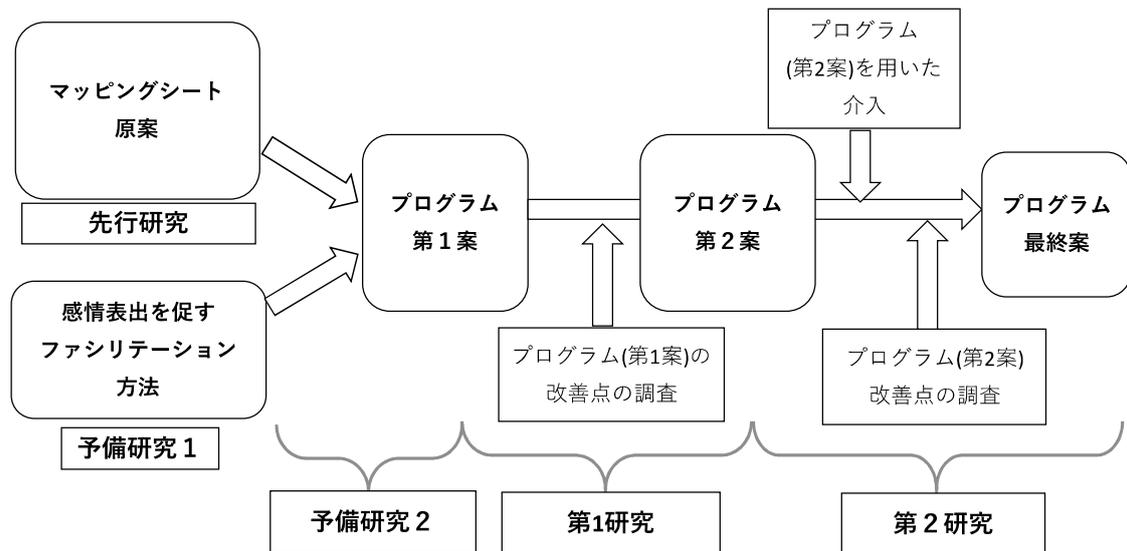


図:12 プログラム(最終案)に至る作成プロセス

## 8. プログラム(最終案)の構造

プログラム（第2案）からプログラム（最終案）に修正するにあたっては、上述したように【慣れないうちはコリーダーがサポートする】【参考資料があるとメンバーは矢印の描き方につられるため渡さない】のようにプログラムの構造に対する意見と、【テーマが出なかった時のための案を想定しておく】【チーム状況に対して登場人物が乏しいときには操作的に尋ねる】【ファシリテーターが矢印の隠れた方向を助言する】【問題解決のカンファレンスでないことを強調する】のように、メンバーの感情表出に導くファシリテーション方法に対する意見に大別された。しかし、いずれも p. 125 の 6. プログラム(最終案)の作成、で述べたような軽微な修正のため、プログラムの文言を追加、修正するにとどまり、プログラム（第2案）の全体的な構造（図10）から変更はなかった。

## 9. 最終的な成果物であるプログラム(最終案)について

プログラム（最終案）は、「カンファレンス手順書」と、手順書の解説である「説明書」の2部構成の計14ページで構成された。

### 1) カンファレンス手順書の構成

本番の際にファシリテーターが用いるカンファレンス手順書は、

- (1) カンファレンスを始める前に
  - i カンファレンスの目的
  - ii 準備するもの
  - iii カンファレンスの大まかな流れ

- (2) カンファレンスの手順

- ・マッピングシート
- ・参考資料

で構成され、ファシリテーターがカンファレンスで行う準備と行動を中心に記述した。

## 2) 説明書の構成

- (1) マッピングシート活用のねらい
- (2) BPD カンファレンスのプロセスの特徴
- (3) カンファレンスの手順
- (4) 導入部
- (5) 展開部
- (6) 終結部

で構成され、カンファレンス手順書の理由の説明を中心に記述した。

以下 p. 128 から～p. 141 は、最終的な成果物として作成したプログラム(最終案)である。

チームメンバーの感情を扱うカンファレンスで、  
メンバーの感情表出を促すための  
マッピングシート活用プログラム【最終案】

—境界性パーソナリティ障害（BPD）の問題行動に焦点を当てた場合—

ファシリテーター・司会者用 カンファレンス手順書

# 1. カンファレンスを始める前に

## 【カンファレンスの目的】

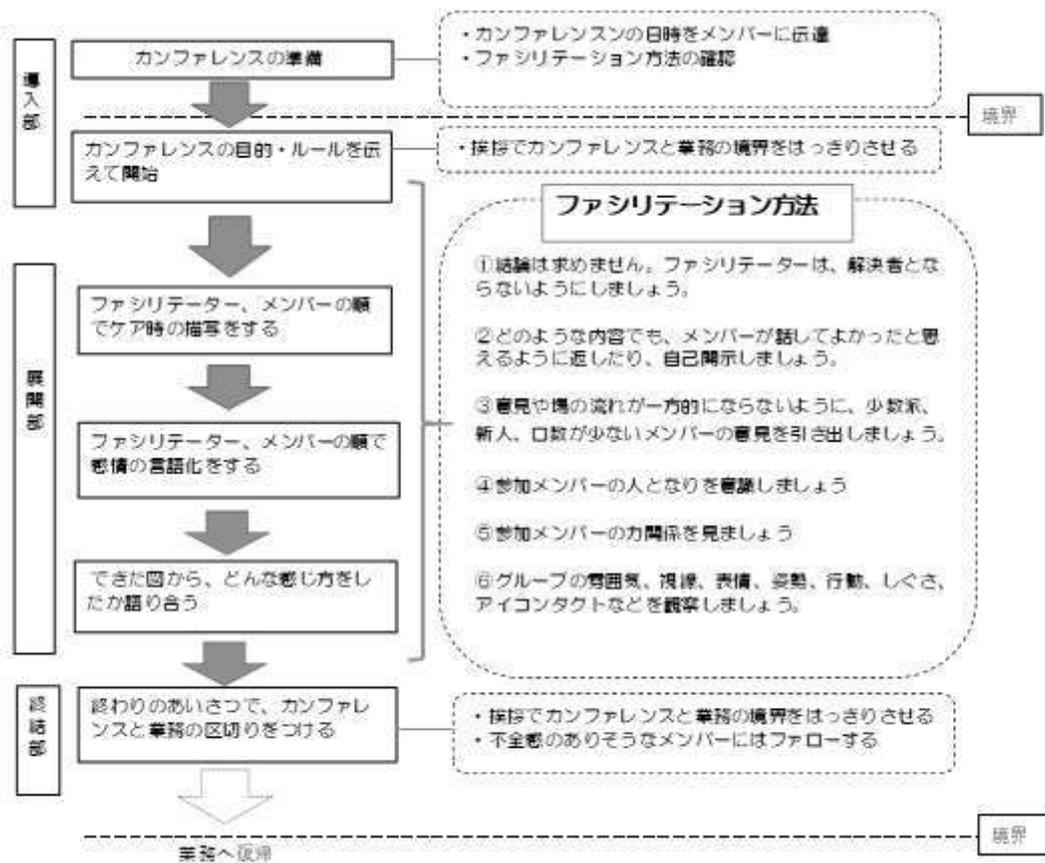
・BPD 患者や操作性が強い患者をケアする中での、チームメンバーの感情を扱うカンファレンスで、各メンバーが感情を自由に語れるようになること。

## 【準備するもの】

- ・カンファレンス時間（最低 30 分程度）
- ・ホワイトボードもしくは B2 紙～模造紙の大きさの紙+付箋
- ・（感情を色分けする場合、5 色程度のペンや付箋）

※ファシリテーションに慣れないうちは、コリーダーをつけましょう。その際は、ファシリテーターは感情を聴いたり場を観察し、コリーダーは板書したりと役割分担します。

## 【カンファレンスの大まかな流れ】





ファシリテーターが、自分のケア場面の位置を描きま  
す。」

「患者さんにポジティブな感情をもつメンバーは中  
心より右側に、ネガティブな感情を持つメンバーは左  
側に自分を書きます。どちらでもないと思ったら真ん  
中に書きます。」

その場面の患者とのかかわりで、患者のそばで関わ  
っていると感じる人は、患者の近くに書いてくださ  
い。」

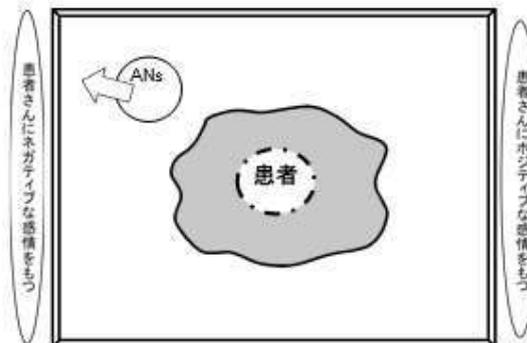
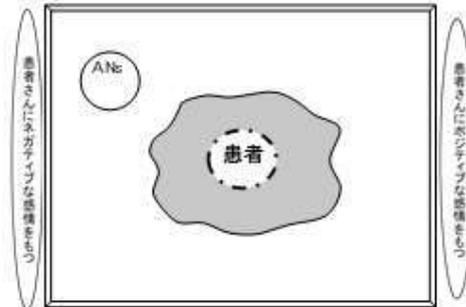
患者さんとのかかわりで離れて関わっていると感  
じる人は、患者さんから遠いところに書いてくださ  
い。」

巻き込まれている、巻き込まれているとわかりなが  
らかかわっていたら、もやもやの部分に入れて描いて  
ください。私は…（自分の立ち位置を描く）」

ファシリテーターが、自分のかかわり方の傾向を矢印  
で表現します。」

「次に、自分のケアの傾向を自由に矢印で表現してみ  
てください。私は…（自分のかかわりの傾向を矢印で  
描く）」

・ファシリテーターが自分の陰性感情を積極的に表現すると、  
あとのメンバーの感情表出がしやすくなります。」



・基本的には、  
積極的なケアは患者に向かう矢印。  
中立は⇄。  
避ける行動は患者から遠ざかる矢印。としています。」  
※ファシリテーターは参考例をみながら、適宜矢印を助言して  
ください。メンバーが気づいていない矢印があるかもしれませ  
ん。」

次にメンバーが自分の行動の傾向を矢印で表現します。

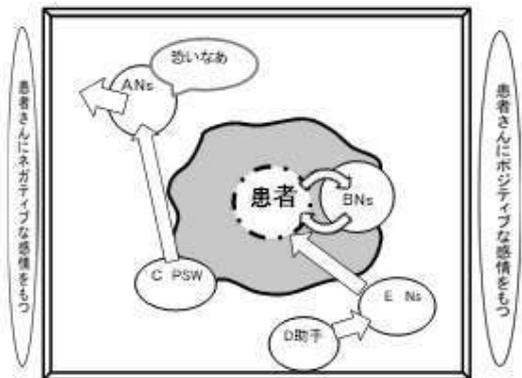
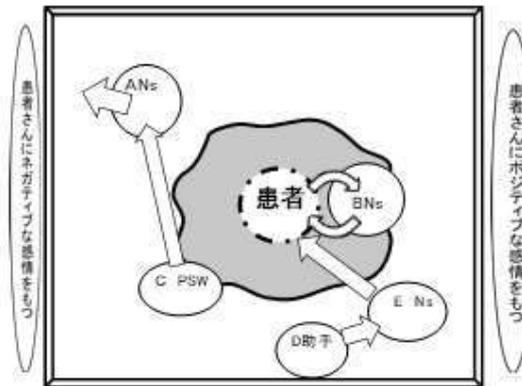
「次に、〇〇という出来事が起きた時の、患者さんとの心理的な距離と、自分のケアの傾向を自由に矢印で表現してみてください。」

ファシリテーターは、その矢印のかかり方をしている時の感情を言語化して伝え、記述する。

「この時は、私は〇〇のように感じてました。」  
(特に陰性感情を自己開示できると、メンバーの感情表出が促されます)

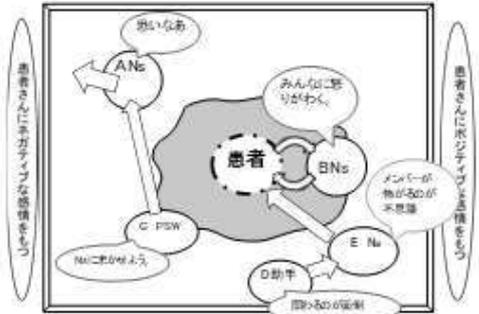
・最初に指名するメンバーは、ケアの正解を求めず、場を穏やかにしてくれるメンバーを指名したほうが良いです。

・メンバーが矢印の描き方にまよったら、ファシリテーターが聞き方を聞いて、代わりに描いてください。



・患者と参加メンバーだけの絵など、明らかに登場人物が少ない場合があります。他スタッフや他職種や家族などケアに関係している人物へはどうか尋ねてみてよいです。

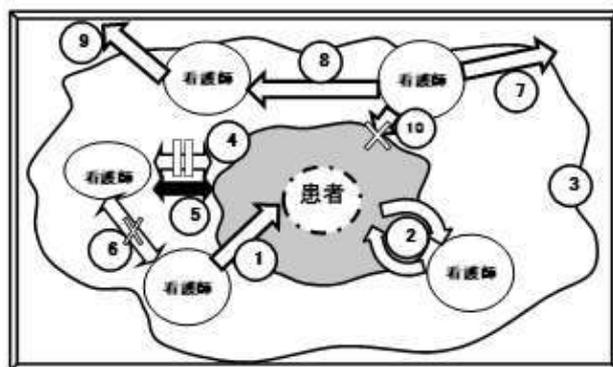


<p>メンバーに、その時にどのような感情だったのか尋ねて、言語化された内容を記述します。</p> <p>「その関わりの時は、患者や周りに対してどういう感情や意見を持ってましたか？何を語っても大丈夫なカンファレンスなので自由に表現してください。」</p>	 <p>感情だけ短く言ってください。</p> <p>感情によって色分けしたり表現するとよりわかりやすくなります。</p> <p>下は赤が怒り 黄が疑念 紫が面倒な気持ち 青が恐れなどを示しています。</p>
<p>3. 展開部2：マッピングシートの検討（5分～10分程度）</p>	
<p>ファシリテーターは、出来上がった図からどのように感じるか問いかける。</p> <p>「この図から、どういう風には感じましたか（気が付いたことがありますか）。なんでもいいので自由に表現してみてください。言いたい人はいますか」などと問いかけてください。</p>	<p>話が始まらなければ、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・図から負担になっているようなメンバーに振る。</li> <li>・感情で共感できる場所はないか。</li> </ul> <p>など、問いかけてください。</p> <p>それでも話が始まらなければ、ケアを肯定的に話してくれるメンバーに振ってください。</p> <p>意見の感情的な対立が始まったら、お互いの共通点を返してください。</p>
<p>4. 終結部：カンファレンスの終わりを告げる（1、2分程度）</p>	
<p>時間になったら終了する。</p> <p>「それでは時間になりました。何か言い足りなかった人はいませんか。（周りを見る）</p> <p>さまざまな意見や感情がでましたが、それはカンファレンス内での出来事です。今日はこれで終わりにしましょう。」</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間になったら必ず終わってください。言い足りない人がいそうならカンファレンス後にフォローしてください。</li> <li>・カンファレンスの内容が、メンバーの今後の関係性に悪い影響を与えないように、区切りはしっかりつけます。</li> </ul>

参考資料

関係性の図示に迷ったときの参考にしてください

積極的にケアを行うパターン	① 患者のもつ健康的な部分に積極的に働きかけているときの矢印。	
	② 患者の気持ちを受け止め、可能な限り対応したり、自分の想いを返しときの矢印。	
	③ 時間や空間をともにすごして、安心な対象として存在しようとするとき。	
中立なパターン	④ ルールや常識を用い、長話しないことによってお互いの距離を安全に保つときの矢印。	
	⑤ その患者のためではなく、他患者の影響を考慮して対応するときの矢印。	
	⑥ その患者のためではなく、メンバーとの関係に波風が立たないために対応するときの矢印。	
交流を避けようとするパターン	⑦ 患者から物理的に逃げたり、避けるときの矢印。	
	⑧ 他メンバーに対応をまかせるときの矢印。	
	⑨ 医師の指示やシステム(精神保健センターなど)に頼るときの矢印。	
	⑩ 積極的に不穏持業を投与したり、拒絶的な雰囲気をもし出したり、口調を荒くするなど、患者をコントロールしようとする矢印。	

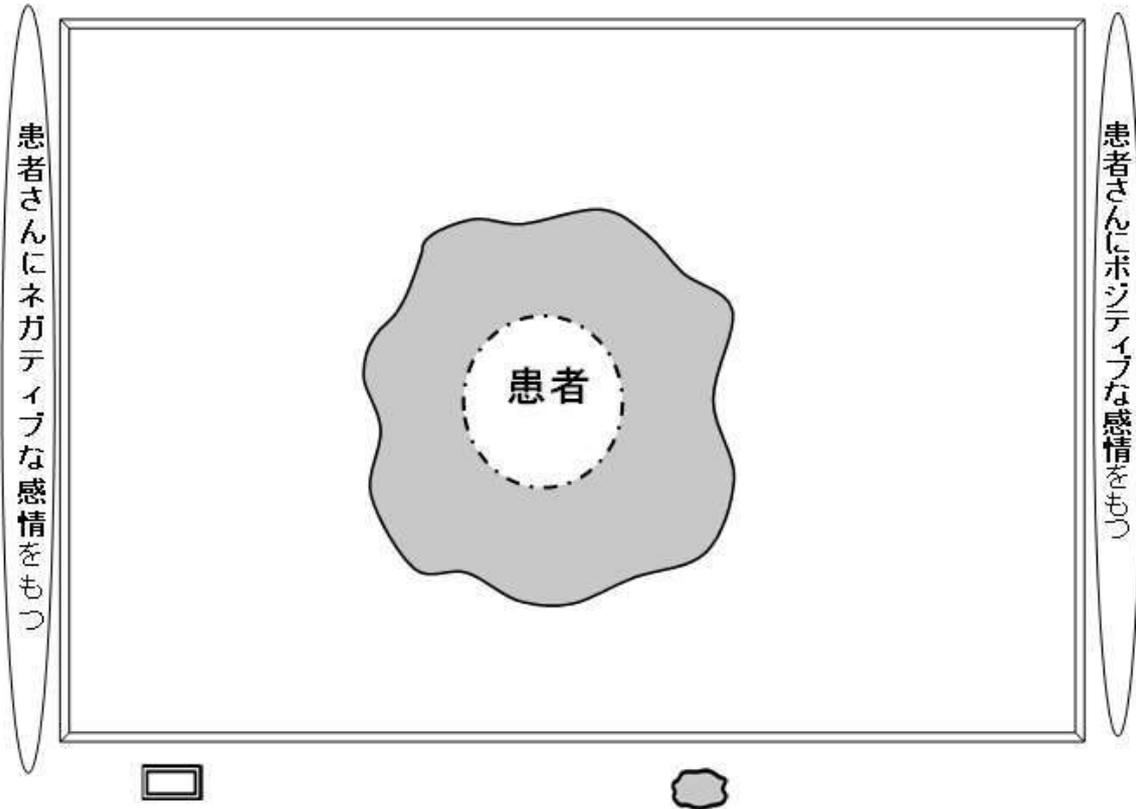


治療構法を示す 問題行動や操作性による影響力の範囲

問題行動や操作性に対するケア場面の行動例

カンファレンス日 年 月 日 参加メンバー \_\_\_\_\_

場面や状況:



治療構造(医師・医師の指示・社会システム・など)を示す

問題行動や操作性による影響力の範囲

チームメンバーの感情を扱うカンファレンスで、  
メンバーの感情表出を促すための  
マッピングシート活用プログラム【最終案】

一境界性パーソナリティ障害（BPD）の問題行動に焦点を当てた場合

ファシリテーター・司会者用 説明書

## 目次と解説

1. マッピングシート活用のねらい .....	p.2
2. BPD カンファレンスのプロセスの特徴 .....	p.2
3. カンファレンスの手順 .....	p.3
4. 導入部 .....	p.3
5. 展開部 .....	p.4
6. 終結部 .....	p.5

- BPD 患者のケア場面では、患者の操作性や問題行動によって、治療チームの深刻な分裂や現場の混乱に陥ることが解っています。

- 治療チームの分裂（対立・スプリッティング）は、BPD 患者のケアの基本である治療構造を破壊します。

- チームの分裂の解消には、カンファレンスで感情を共有し体験を尊重することが有効だと考えられています。

- しかし、現実的にカンファレンスで正直に感情を話すことは難しい場合があります。

- そこで感情を視覚化し客観性を持たせることで、メンバーが対等な関係性になって、感情が表出しやすくなるマッピングシートと活用時のファシリテーション方法を作成しました。

## 1. マッピングシート活用のねらい

このマッピングシート活用のねらいは、カンファレンスで現在の患者とケア者の対人状況を図示しながら、メンバーの感情表出をすることです。

物事が見える形での話し合いは、関係性が明確になり、対話の活性化、対等な参加、対個人への感情的で一方的な話から話し合う思考につながります。

対人状況を眺めながら、安全にお互いの感情を共有し、体験を尊重しあうことでチームの分裂を防止しケア能力を高めると考えられます。

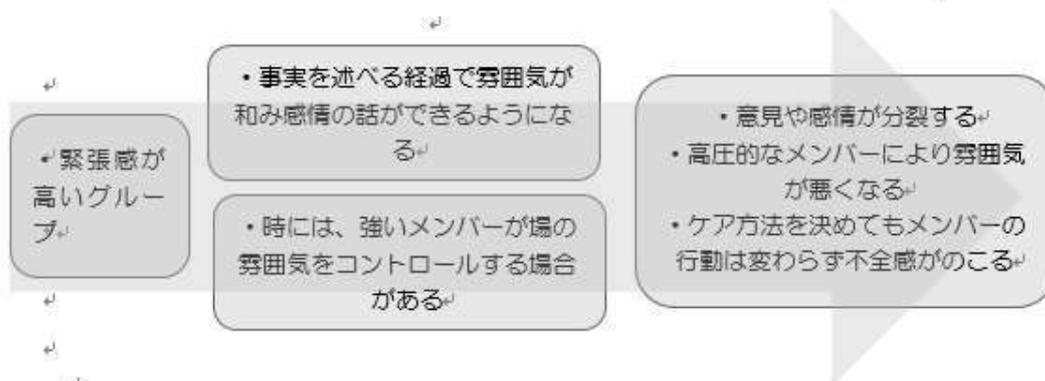
↓

正しいケアの結論を話し合うものではありませんのでご注意ください。

↓

↓

## 2. BPD カンファレンスの陥りやすいプロセスの特徴



↓

最初は、メンバーが緊張し沈黙が続くことがあります。

そのような状況の中、ファシリテーター自身が隠性感情を自己開示したり、メンバーが患者との出来事のような具体的事実を述べていく過程で、徐々に場が盛り上がり感情の話に移行していきます。

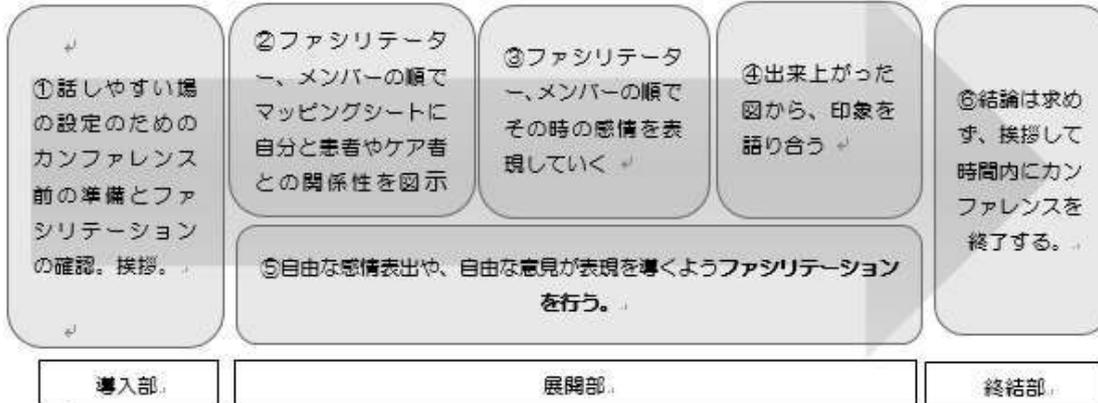
しかし、影響力のあるメンバーによって場の雰囲気が方向づけられることがあります。

また、高圧的なメンバーの存在や、意見の違いによって、チームが分裂し不全感を残したまま終わることがあります。

↓

そこで、次ページの手順でマッピングシートを活用します。

### 3. カンファレンスの手順



### 4. 導入部

#### ●カンファレンス前の準備をします。

・何日の何時から何時までカンファレンスが開催されることを、あらかじめ関係者に伝達してください。できる限り業務を調整してください。

※メンバーが業務などで集中できないと、話し合いが意味なく長引いたり、何の話し合いが解らなくなり不全感につながります。

#### ●ファシリテーター方法を確認します。

・結論は求めません。ファシリテーターは解決者にならないよう場にゆだねましょう。

※ファシリテーターが意見を述べるとメンバーがその意見に引っ張られたり、意見が言いにくくなります。またメンバーが感情を表出することを認めて、言いたいことが吐き出せることを大切にしましょう。

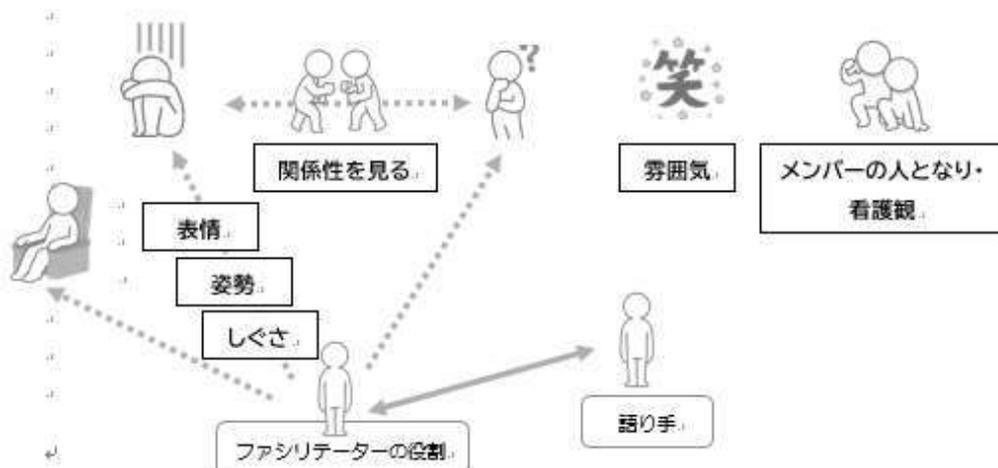
•どのような内容でも、メンバーが話しているんだと思えるように返したり、積極的に自己開示しましょう。

※メンバーが発言してよかったと思えるように肯定しながら聞いてください。他メンバーの前で対応について否定はしないようにしましょう。特に、リーダーが自分の隠性感情を自己開示することはメンバーの安心感につながります。

•意見や場の流れが一方向的にならないように、少数派、新人、口数が少ないメンバーの意見を引き出しましょう。

※話が盛り上がってくると流れが一方向的になりやすく、反対意見が言いにくくなります。そのような状況で、語らないメンバーは新しい意見をくれる可能性があります。

•図のように、参加メンバーの人となり・看護観、各メンバー同士の関係性、グループ全体の雰囲気、語り手以外の表情、姿勢、しぐさ、などを観察してください。



※メンバーの人となりや看護観によって、他メンバーの意見が左右されたり対立しやすくなります。

※各メンバーの関係性によって、メンバーの意見は影響を受けます。

※語り手以外のメンバーの反応(しぐさ、表情、アイコンタクトなど)を観察して、違う意見や話を振るタイミングを計ってください。例えばうなずいている人には、「同じような感情ですか」や、無反応な人には「何か違う意見がありますか」などがあります。



## 5. 展開部

### ●カンファレンス開始時に始まりの挨拶をする。

- ・カンファレンスの開始時はセリフがあります。まず目的と注意事項を伝えてください。

※このカンファレンスは感情を語り合います。そのため、カンファレンス後のメンバーの関係性に影響を及ぼさないよう、カンファレンス内外の境界をはっきりさせるためにセリフを設けています。

※感情の語りは、最初からは難しく具体的な出来事から語りが始まり、雰囲気はほぐれると語りやすくなっていきます。そのため具体性を高めるために図にして表現し、その後感情を語り合う順番にしてあります。

※具体的な展開については、手順書をご覧ください。

## 6. 終結部

### ●カンファレンス終了時

- ・時間になったらカンファレンスを終了して下さい。カンファレンスの終わりには、セリフがありますので伝えて下さい。

※カンファレンス中に話しあった出来事が、今後のメンバーの関係性に影響しないように、カンファレンス中とカンファレンス後の境界をはっきり示す必要があります。

※あきらかに不全感を感じているメンバーがいたら、カンファレンス後にフォローをしてください。

以上のように、マッピングシートによる対人状況の可視化および、感情表出を促すファシリテーションの2点を要点とした、メンバーの感情表出を促すプログラム（最終案）が作成された。このプログラムは、主に臨床スタッフへ改善点のインタビュー調査を繰り返すことにより、臨床スタッフが活用しやすいような改善と、メンバーが感情表出しやすくなるような改善を繰り返し作成した。そのため、ファシリテーター初心者でも活用しやすく、かつメンバーがどのような状況でもカンファレンスにおいて感情表出しやすくなるプログラムとなっている。

## 第7章 考察

本研究において作成し、使用したプログラム(第2案)は、BPD患者の問題行動に伴うメンバーの感情表出を促すプログラムである。その特徴は、マッピングシートによる対人状況の可視化および、感情表出を促すファシリテーションによって、メンバーの感情表出を促すことである。さらに具体的な特徴は、チーム全体の動きが絵で表せられること、マッピングシートにより行動と患者との心理的距離が表されることといった、チームの動きを絵にすることでケア場面を具体的に表すことが可能になる点があげられる。また、問題解決を目指さないカンファレンスであること、マッピングシートにメンバーが書き込むことで全員が参加できるようにすること、具体的な行動を書き込んでから感情表現することで語りやすく工夫したこと、メンバーの語りを2巡することで言語化する時間を整えたことといった方法を用いることで、メンバーの感情表出を促す具体的なファシリテーション方法を用いる点があげられる。

本考察においては、上述したプログラム(第2案)の特徴がメンバーの感情表出にとって有用に機能していたのか、その根拠を示すために、Ⅰ. メンバーが体験したプログラム(第2案)を用いた感情表出について Ⅱ. ファシリテーターが体験したプログラム(第2案)を用いた感情表出について Ⅲ. マッピングシートによって得られる視覚的効果について Ⅳ. プログラム(第2案)の有用性について Ⅴ. 今後の課題 Ⅵ. 研究の限界 について述べることにする。

以下、大カテゴリーは『 』、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》、「 」は生データで、内容の理解が難しいと思われる箇所は( )で補足した。

### Ⅰ. メンバーが体験したプログラム(第2案)を用いた感情表出について

#### 1. プログラム(第2案)の使用は『自分の感情の課題を自覚し乗り越えやすくなる』

BPD患者のように不安感が高いものに向き合う場合、文献検討Ⅳで記述したように、ケア者がその感情を受け止めるためには、ケア者の感情にゆとりがあることが必要である。それゆえに、ケア者は自分の内なる陰性感情を表現することで、感情の容器に余裕をもたせる必要があった。その目的に沿うように、メンバーの語りから【患者やスタッフに対する感情を自覚し客観的に語りやすくなる】と抽出された。また、それを裏付けるデータとして「自分の感情を表出するのに役に立った」と回答したものは「役に立った」、「どちらかという役に立った」を合わせて95%となった。

しかし、Smith (1992) が「病棟という現実世界では、感情ワークは看護の一部として公式には認められていませんし価値あるものともされていません」と述べるように、ケア者は特にネガティブな感情表現はしにくい規範的影響の中にいる。それでは感情が語りやすくなるのは、どのような理由からであろうか。

第1にプログラム化されることで公に感情表現を促すことによって、悪いことは言っていけないというケア者の思い込みから分離が可能となるのだと考えられる。そのプログ

ラムの中では、視覚的にネガティブ感情が記載されており、それはメンバーが「ここにネガティブな感情って書いてあるって事はネガティブなことと言ってもいいんだよっていうメッセージになっている。ここにネガティブな感情って書いてあるって事はそれを言って欲しいという隠れたメッセージも分かるから」と、ネガティブ感情があるのが前提となったメッセージとしてメンバーに受け止められた。Kelman (1961) は規範的影響がある場合はうわべだけの外面的同調が生起しやすいと述べた。しかしネガティブ感情を前提にしたマッピングツールは、ネガティブなことを言うてはいけないというケア者の規範的影響を軽減させることにつながる。そのために「患者とスタッフへの感情を安全に語る場として機能する」ことができるのであろう。

第2に視覚化することは、対面によるやり取りから、ホワイトボードや紙面を対象としたやり取りに変化することが特徴的な点である。ケア者は「ネガティブな感情の自己開示に対して評価が気になると感じる」や「メンバー同士の格付けが離れすぎると語れないと捉える」、「紙面を対象にすることで視線が合わないため話しやすくなる」から示されるように、特に格上メンバーから見られたり、評価されるということに対して恐れを感じていた。言い換えれば心理的要素によって話しにくさを感じていた。それに関して、Latané (1981) は、観察者の勢力や人数の存在が個人の遂行に影響を与えることを指摘した。精神分析からSteiner (2011) は、「見られること」は不安を引き起こすとし、「自分が〈視線〉にさらされる体験は、多かれ少なかれ極端に不快で、一連の感情スペクトラムのどこかに位置づけられる。このスペクトラムは〈きまりの悪さ〉〈恥〉〈屈辱〉に至っている」と述べている。そのため対面式のやり取りは、見られることの恐れによって、周囲への同調が生まれてくるのであろう。しかし、紙面に描くことは対象を自分からその絵に移すことにつながり、対面式のやり取りから共視的なやり取りに変化することになる。その時、自分に対する観察者が少なくなり、個人に与える影響は軽減される。同調は他者からの情報が影響しているが(Deutsch&Gerard, 1955)、批判されないファシリテーションや共視的になることによって、他者からの批判的な情報は制限される。そのために見られる恐れから解放され、自分自身の感情を素直に言いやすくなるのであろう。それは「メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を話すのに役に立った」の質問に対して「役に立った」「どちらかというと役に立った」と回答したものが86%になったことから示されていた。

第3には視覚化によって、患者を含めたチーム全体の動きを俯瞰し、具体的な場面に置き換えることが可能になる。予備研究1の考察1で述べたように、感情は抽象度が高くそもそも表現しにくいものである。しかし、プログラムではまず具体的な行動を記述することによってその場面を思い出すことになった。その「視覚化により感情を整理し言語化しやすくなる」プロセスによって、感情が語りやすくなると考えられる。

以上の文脈から、メンバーの感情表出を阻害するものは参加メンバーが作る雰囲気、つまりグループの集団規範であると考えられる。【感情表出を阻害する対人関係に気づく】が抽

出されたのは、感情が語れる環境に置かれることによって、逆に語れない環境や場の自覚することの導きや、乗り越える課題を考えることが明確になったためであろう。そのためにプログラム(第2案)の使用は、メンバーにとって『自分の感情の課題を自覚し乗り越えやすくなる』ことであり、感情表出につながるものであったと考えられる。

## 2. プログラム(第2案)の使用は『チーム全体のケア機能を高める』

先ほど述べたように、不安感が高い者に向き合う場合、ケア者がその感情を受け止めるためには、ケア者の感情の容器に余裕があることが必要である。自分の感情の容器に余裕を持たせる作業が、感情表出である。《陰性感情を表出することで気分が解消される》という直接的な作用もあり、またグループで感情表出しあうことは《みんな思っていることは同じだと知ることによって気持ち楽になる》と普遍性を確認できる機会となる (Yalom, 1995)。前述したように、プログラム(第2案)によって感情表出は促される。それにより自分の感情の容器にゆとりが生まれるのを実感し【感情表出がケア者の受容能力を高め今後のケアに結びつくことを再確認する】ことにつながりやすくなるのであろう。ただし感情表出は、熟達したファシリテーターが存在すればそれで可能かもしれない。それではマッピングシートの視覚化による影響はどのようなものであろうか。

メンバーが「この図がなければ(私が)患者さんに対してどうするってことになりやすい話が中心になっちゃうかな」と語るように、チームがどう動いているかという視点がない場合、1対1での関係性でケアが語られやすくなっていく。特に個人に負荷がかかるような患者対応はチーム全体で関わっていくことが重要である(清水ら, 2020)。そのようなケア場面において、マッピングシートを用いてメンバーが全員登場人物として紙面上に現れることは、俯瞰的にチームを眺めることを可能にし、チーム全員で関わっていることが視覚的に表現されることになる。それは【チーム全体でケアをしていることに気づく】ことになり、その気づきは《役割をおぎあいながらケアしている認識が共有される》というような、相補的にメンバーが存在することでチームが成立しているというチームの強みや、《メンバーに意見しづらい環境になっていると推察する》というような【チームの強みと課題に気づく】ことに発展していく。

また俯瞰的な視覚化は、患者とメンバーの距離、多職種や患者家族をも示すことによって、患者が誰にどのような状況の時に操作的になるのかを表現できる。そのことは患者がどのような人間なのかというアセスメントや何を求めて操作的になっているのかという【患者の全体像のアセスメントにつながる】ことになっていたと考えられる。

以上のことからプログラム(第2案)の使用は、個人の感情を受け止める能力を高めること、チームでケアするという視点を促進すること、患者がどのような人間かというアセスメントを助けるといった『チーム全体のケア機能を高める』ことにつながるものであったと考えられる。

## II. ファシリテーターが体験したプログラム(第2案)を用いた感情表出について

### 1. プログラム(第2案)の使用は『感情表出をケアに導くリーダーの在り方に気づく』ことにつながる

Peplau (1952) は「看護婦が反響版としての役割を果たし、それに向けて患者が自らの感情をぶつけ、自分の感情を認識できるようになると、患者は何を基盤として選択すればよいか気づくことになる」と述べた。このように精神科看護の基本として、患者からぶつけられた感情をケア者が吟味し、とり扱うということがある。ところが Smith (1992) が「一般病棟での感情ルールも決まってきました。その結果学生たちは感情を表に出してはいけないということになるのです」と述べているように、一般科では特にケア者の感情の取り扱いについては重要視されていない。ケア者の属性から分かるように、背景として精神科だけ経験しているものはむしろ少数であり、一般科を経験しているものがほとんどである。その結果、感情の取り扱いについて訓練されていないケア者が生まれる。ファシリテーターはその点に関して、メンバーが「感情表出をケアと結びつけて考えていないことを理解する」、「悪いことは言うてはいけないという思い込みがあることを理解する」と捉えていたと考えられる。時には、発言力の大きいベテランが、ネガティブ感情を許さない例のように「ネガティブな発言が許されない対人関係が場にあると語りにくいことを理解する」など、各ケア者には様々な背景や考え方があり、メンバー全員がネガティブな表現ができるわけではないことに気づく。よってファシリテーターは【感情表出に抵抗するケア者集団の傾向が分かる】のでありとされる。

ケア者は集団規範のためにネガティブな感情を表出しにくい可能性がある。しかし、熟達した精神科のケア者集団になると、逆にチームの凝集力の高まりによって、ケアを逸脱した一方通行のネガティブ感情の排出の場になる可能性がある。集団凝集性が高まると、メンバーは結束を乱すまいとして反対意見を控えるようになり、集団思考に陥りやすくなる (Janis, 1982)。すなわちネガティブな発言を許さない、逆にネガティブな発言で盛り上がる、そのどちらにしても凝集性が高まった一方通行な場になる可能性がある。そのような雰囲気の中での反対発言はむしろ、多数派への同調にみられる同調は少なく、私的受容を伴ったものであるとされている (Maass&Clark, 1983)。そのため、少数派の斬新な意見が集団に好ましい影響をもたらすとされている (Nemeth, 1992)。このように、プログラム(第2案)を用いることによって、ファシリテーターは話が一方に流れないようにし、隠れた意見を見つけていくことを「話が一方的にならないように意識づけできる」と評価していた。

プログラム(第2案)には、グループが陥りやすい傾向が示されている。そのためファシリテーターは、感情を取り扱う場合、語りやすい場をつくる技術や、場の雰囲気が作られないようにする技術、場の雰囲気から隠れた感情を見つける技術などの【カンファレンスでのファシリテーション技術の必要性を自覚する】のでありとされる。このように、グループ

内での感情表出は精神科看護に携わっていれば、効果的にできるようになるものではない。その中においても、日常的に感情表出を導いてくれるチームは、感情の取り扱いの練習を促す特別な存在として【感情表出を促すチームの強みが分かる】ことにつながっていたと考えられる。

最後にファシリテーターは、その経験値からチームリーダーとしての役割を担うことが多い。そのためにチームのケア機能が最大限に高まるよう環境調整する必要がある。そのためにプログラム(第2案)によってチーム状況を俯瞰的に可視化することは【病棟スタッフの力動をリーダーとして用いる視点を獲得】ことを感じていた。それは今一番、心理的負担を抱えている者などを視覚的に見つけることや、患者やメンバーへの隠れた感情を聞き出すことによってフォロー体制を構築するためであったと考えられる。

以上のことからプログラム(第2案)の使用は、感情表出に対するケア集団の傾向をつかむこと、場を安心させながらも盛り上げないこと、負担になっているメンバーに気づいていくという『感情表出をケアに導くリーダーの在り方に気づく』ことにつながっていたと考えられる。

## 2. プログラム(第2案)の使用は『チームで行うケアの可能性を広げる』

ファシリテーターは、【異なった感情体験をしたチームメンバー全体でケアしている視点を共有できる】とし、チーム全体で関わっているというだけでなく、体験が異なっている各個人が集めてチーム全体となっていることを指摘した。それは BPD 看護における原則である「統一した看護ケア」(阿保, 2006) がいかに難しいかを物語るものである。「距離が人によって違うじゃないですか、だから統一って難しいってのが分かりますよね。心理的な距離によってここまですぐいいとか悪いとか違ってきますよね。近いと(菓子は1袋と決めても小袋)2袋はいいって言って、遠いとダメみたいな。ルールはルールとして守んなきゃみたいな」という語りのように、むしろ統一することで、逆にチームが対立しケア能力が低下する体験をリーダーとして頻繁に感じているのであろう。各メンバーの患者に対する対応の対立は、マッピングシートの活用で、一つの要因として感情体験の違いによって引き起こされることが視覚的に確認できるようになる。患者にコントロールされるとケア者集団はその防衛のために、ルールが具体的になっていく。しかし、視覚的な感情体験の違いの確認は、統一した看護というのは具体的レベルではなく、治療の枠組みレベルでのアプローチであることの気づきとなったと考えられる。

また、BPD の看護は、「看護師は患者のペースに巻き込まれ、出口が見出せない状況になっているといえる」(森谷, 2014) と表現されるように、巻き込まれてはいけないという行動規範が根強くある。しかし、その逆に「でも『巻き込まれたっていいじゃないか』と意識を変えれば、いままでより楽に看護ができるようになる」(知識, 2009) と考える者もいる。それは単に看護観の違いだけでなく、なぜ私は今、巻き込まれてはいけない状態なのか、なぜ私

はあえて巻き込まれるケアが必要だと考えるのか、その理由を俯瞰的に可視化することによって、各個人のケアの役割の違いという視点で説明可能となる。それを「安全に巻き込まれる方法に活用できる」「起きている現象の表現方法が多様になる」として【感情表出を患者ケアに活用することにつながる】ことにつながるのである。

そのように俯瞰的に可視化することでケアの立ち位置を示すことは、患者がなぜ操作する相手を選ぶのかというアセスメントや、遠目に控えたケア者集団にケアされる患者の主観的体験や、近めのケア者にケアされる安心感や退行に至る可能性など【患者の言動の意味を考えるアセスメントツールとして使える】と考えていた。

ただ、これらの内容は『チームで行うケアの可能性を広げる』ことであるが、その内容はメンバーが『チーム全体のケア機能を高める』と捉えていたこととほぼ同じ意味の文脈である。すなわちファシリテーターは、メンバー全体の意見を引き出す役割と同時に、メンバーそれ自体として参加していることを意味する。Rogers(1996)は、ファシリテーションを説明するにあたり「リーダーというものは人々が存在すら知らないようなときが最上であるが、人々が服従し喝采するときはそれほどでもない」と述べている。メンバーは格上からの視線を気にしていた。その恐れがなくなるように、ファシリテーターが場のリーダーでありながらも、感情の扱いに困っているメンバーの一人として参加し、自己開示できるようになることは、さらなる感情表出の一助となると考えられる。

### Ⅲ. マッピングシートによって得られる視覚的効果について

本研究では、チーム状況を視覚化することによってケア者が感情表出しやすくなることを目的にしていた。しかし、対象者の語りでは、感情表現することによって、チームの機能が高まるだけでなく、それと同時にチーム全体の動きを俯瞰しマッピングシートでケア状況を視覚化すること自体に、ケア効果が高まるという意味が多く含まれていた。それでは、その理由はどこにあるのか考察していくことにする。

それらの語りが得られたのは、マッピングシート上でケアに関わる多くの登場人物が表現される特徴と、それらの人物と患者との心理的距離が同時に表せられるという要素からであろう。マッピングシートに登場人物が現れることは、考察Ⅰ.1 および2 で述べたように、俯瞰的に眺めることで、チーム全員で関わっていることが視覚的に表現されることになる。それは、1対1の関係性での思考に陥りやすい患者ケアの視点を、チーム全体でケアをしていることの気づきや、患者が誰にアプローチをかけているか確認できることで、患者がどういう人間かをアセスメントすることにつながっていた。

特に俯瞰的に眺めることで、心理的な距離が視覚化されることは、特に患者に対して心理的距離が近く負荷が高いメンバーと、心理的距離が遠いことで負荷が低いメンバーの心理的負担感のコントラストを明確にさせる。心理的距離が近いメンバーは、巻き込まれているという評価の元に、他メンバーから批判的な目にさらされやすいが、視覚的な心理的コント

ラストは心理的距離が近いメンバーに対するねぎらいの気持ちを引き起こさせていた。その様子を「あれ（絵）を見た時にね、普段からそんなに言わないけど、ちゃんとかかわってっていう人は、ちょっと気をつけて見てあげないといけないとは感じますね」とファシリテーターは表現していた。すなわち、負担感のあるメンバーを発見するアセスメントツールになるだけでなく、負担感のあるメンバーの主観的体験に寄り添えるようになるツールとして機能していた。

また俯瞰的に可視化し心理的な距離が表せられることは、“もしこうなったら”という仮定の状況を表現しやすい。メンバーは、登場人物の心理的距離が遠くなったら、という仮定の状況を作り出し「**ネガティブばかりになっちゃったらチームとしての課題も逆にわかりやすいですね。患者さんのしんどさもわかりやすいですね、すごい嫌われながら（治療を受けている）**」と語った。振り返ると、第2章、文献検討でBPD患者のケアには【患者に関心を持ちつづける雰囲気大切に】ことが重要である、というカテゴリーが抽出されたが、問題行動や対人操作を繰り返す患者にはケア者の陰性感情を引き起こし、関心を持ちつづけるのは簡単ではない。しかし、マッピングシートによって俯瞰的に可視化することで、情緒的交流が乏しい中でケアされる患者の主観的体験を想像させ、関心を持ち続けることを踏みとどまらせるツールとして機能していた。

次に、マッピングシートに描く自分の心理的距離は、“自分の評価する主観的な心理的距離”に他ならない。そのため“他者の評価する自分の心理的距離”とは、ずれが生じることもある。そのずれは、自分で心理的距離が近いと思っているメンバーと、客観的にみて心理的距離が遠いと感じるメンバーとの話のすれ違いを発生させる。しかし、マッピングシートで視覚的に距離が表現できると、メンバーが「**（絵を見て）自分でもわかんないようだったら、外から指摘されても分かんないだろうなっていう気持ちにはなるでしょうね**」と語るように、なぜメンバーとの話がかみ合わないのかという現象のアセスメントと、話がかみ合わない理由を、感情的に対立せずに冷静に判断できるツールにもなる。

これらのように、登場人物がすべて表現されること、それらの人物と患者との心理的距離が同時に表すことができるという要素によって、マッピングシートの視覚的効果は、患者という人間に対するアセスメントツールや、負担感のあるメンバーを見つけるとツールになる可能性があると考えられた。さらには、患者や心理的距離の近いメンバーの主観的体験の想像を容易にさせる機能、自分と体験が違うメンバーとの感情的な対立防止機能の可能性があると考えられた。

以上のように述べたことは、文献検討でBPD患者をケアするチーム構築のための対策であげられた【メンバー間で治療方針・目標・役割を共有してチームの意識を高める】【個人で背負わないようなチームメンバーの協力とフォロー体制をつくる】【患者が抱える問題をチームで明確にする】につながっている。当初、チームの再構築を図るための第1の方策として研究目的は、対人状況の視覚化とファシリテーションにより感情表現を促すこと、を設



定していたが、その結果は俯瞰的に視覚化すること自体が、チームの再構築の対策の全体に関する効果となったと考えられた。

#### IV. プログラム(第2案)の有用性について

プログラム(第2案)の有用性について、プログラム参加者のうち質問を肯定的に答えたものは、ファシリテーター、メンバーとも全項目80%~100%となった(表13.14)。結果で述べたように参加者は、特に役に立った内容として「チームの状況を理解するのに役に立った」「今後もカンファレンスで活用したいと思った」「自分の感情を表出するのに役に立った」を挙げていた。またインタビューでも同様に『自分の感情の課題を自覚し乗り越えやすくなる』『チーム全体のケア機能を高める』と、役立つポイントを語った。これらのことから、プログラムは、感情を表出することと、チーム状況を客観視しケアにつなげていくことに有用であることが示唆された。

次に「今後もカンファレンスで活用したい」は85%~95%になった。これは精神科のケア者にとってプログラム(第2案)は高い有用性があると評価していることが考えられる。衛ら(2011)は、良い教材とは何かを分析し、教材内容の分類で「視覚効果」「分かりやすい」「明示的」「新鮮」などを抽出した。また教材性質の分類では「利便性」「実用性」「有益性」などを抽出した。そこでこれらの点で、プログラム(第2案)を見直してみた。プログラム(第2案)は、今まで「ボーダーラインシフト」という文章しかなかった対人関係の構造化を、マッピングシートという絵にすることで「視覚効果」を狙っていた。それは精神看護という心的交流の見えないゆえに分かりにくい営みを、具体化させることで「分かりやすい」に変化させるものであった。その点において、精神科のケア者に対して非常に「新鮮」なツールであり訴求力があつたと考えられる。またプログラムの目的は、感情表現できることと単純化し「明示的」にさせたことが「分かりやすい」につながっていたと考えられる。また性質においても、最低限必要なものは14ページに精選させた手順書と大きめの紙と筆記用具であり、どこの看護室や会議室でも準備しやすいものであり「利便性」に優れている。また「実用性」として体験型学習であり、何度でも使えるという利点があり、ファシリテーターは手順書と説明書を用いて自分で練習ができる。かつチームのケア力の向上が見込まれるという点で「有益性」がある。以上の点において、臨床でのプログラム(第2案)の有用性が高まったのだと考えられた。

最終的に状況を視覚化すること自体が、患者へのアセスメントする情報として活用できること、またケア者の想像力を賦活化させ、患者およびメンバーの主観的体験に寄り添うことを可能にしていた。すなわち、プログラム(第2案)有用性は、チームで感情表現すること、およびチームで視覚的にケア状況を眺めることを可能にし、患者のみならずケア者自身を抱える環境としてチームのケア能力を高めていくことが最終的な効果として挙げられた。最後に「今後もカンファレンスで活用したいと思った」が高かったことから、本プログラム

はファシリテーターや、メンバーにとって安全に感情表出や、チーム状況を客観的に把握することができるツールとして活用可能であると考えられる。

本研究で、チームの感情表現への抵抗によって「感情に焦点を当てないと話が具体的にになっていくことを発見する」とことや、凝集力が高まるにしたがって「話が一方的にならないように意識づけできる」とファシリテーターが語ったように、グループダイナミクスによってチームの意見は一方向に方向付けられる。さらに有用性を高めていくためには、ファシリテーターはファシリテーション技術を習得していく必要があることが考えられた。そのためメンバーが安心して語れるように、感情、価値、個人の態度を発掘し促進のための「情動的刺激」(AGAP, 2014)を提供することや、グループを盛り上げないこと(鈴木, 2014)などをプログラムに組み込んでいく必要があると考えられる。

また、可視化によってチームのケア状況が明らかになってくる。それは、チームメンバーに対する負の感情への気付きにもつながっていた。特にメンバーは「自分のネガティブな感情をもつスタッフへの表現を考えるきっかけになる」と、メンバーに対して自分の率直な感情を伝えることに難しさを感じていた。その克服のためには、各メンバーのアサーティブな自己表現のトレーニングが必要になってくるであろう。アサーティブな自己表現は、自分の自己表現を大切にしながら、相手のことも大切に自己表現である(用松, 2004)。今後は、メンバーに対する自己表現方法の教育も必要になってくると考えられる。

## V. 今後の課題

本研究では、BPD患者の問題行動に対する、ケア者の感情表出を促すことを目的に、対人状況を可視化するマッピングシート活用プログラム(第2案)を作成し、その効果を検証した。その結果プログラム(第2案)の有用性が示された。

今後の課題は、本研究においてプログラム(第2案)が、ケア者の感受表現に効果的であることが示唆されたため、対象グループを増やし、新たに作成したプログラム(最終案)の効果を検証していくことが挙げられる。また、有用性の検証で述べたように、考察で得られたマッピングシートの改善点を加え、プログラムの活用につなげるために、ケア者の感情表出がチームのケア力の向上につながっていくことの教育活動を行っていく必要がある。

## VI. 研究の限界

本研究は、プログラムを使用する治療チームが5グループと少数であったことに限界を有する。また本研究は、メンバーの感情表出を促すプログラムであるため、その評価は量的に測定しにくいという限界がある。

本研究では、プログラムへの参加を応募して治療チームを集めた。そのためにもともと感情表現にニーズがあった治療チームが参加している可能性がある。しかし、研究結果でも示されたようにケア者には様々な背景があり、実際は感情表現に関して抵抗が強い治療チー

ムもある可能性がある。このようにチームの感情表現力の差によって結果が異なってくる  
ことが限界であるといえよう。

## 第8章 結論

本研究では、BPD患者の問題行動や操作性に対して、ケア者の感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すための、マッピングシート活用プログラム(第1案)から(第2案)を経て(最終案)を作成した。特にプログラム(第2案)を、精神科のチームカンファレンスに使用し、プログラムの有用性を検証した。その結果以下の結論が得られた。

### I. プログラム(第1案)の改善点

プログラム(第1案)の改善点を抽出した結果、改善点は40カテゴリーが形成された。予備研究の結果と異なるものは改善点として採用しなかったため最終的な改善点は24点となった。その改善点24点を用いてプログラム(第2案)を作成した。

### II. プログラム(第2案)の役立ち度

「自分の意見を述べるのに役に立った」「自分の感情を表出するのに役に立った」「チームの状況を理解するのに役に立った」「チームで抱える問題点を話しやすくなった」「メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に立った」「各メンバーの役割を確認するのに役に立った」「メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を話すのに役に立った」「今後もカンファレンスで活用したいと思った」の質問を「役に立った」「どちらかという役に立った」と肯定的に答えたものは、ファシリテーター、メンバーとも80%~100%となった。

### III. プログラム(第2案)に関するファシリテーターの質的評価

精神科のBPD治療チームを対象として、感情表出を促すマッピングシート活用プログラム(第2案)を使用した結果、ファシリテーターの質的評価として『チームで行うケアの可能性を広げる』と『感情表出をケアに導くリーダーの在り方に気づく』が抽出された。『チームで行うケアの可能性を広げる』は【感情表出を患者ケアに活用することにつながる】【異なった感情体験をしたチームメンバー全体でケアしている視点を共有できる】【患者の言動の意味を考えるアセスメントツールとして使える】から構成された。『感情表出をケアに導くリーダーの在り方に気づく』は【感情表出に抵抗するケア者集団の傾向が分かる】【感情表出を促すチームの強みが分かる】【カンファレンスでのファシリテーション技術の必要性を自覚する】【病棟スタッフの力動をリーダーとして用いる視点を得る】から構成された。

### IV. プログラム(第2案)に関するメンバーの質的評価

精神科のBPD治療チームを対象として、感情表出を促すマッピングシート活用プログラム(第2案)を使用した結果、メンバーの質的評価として『自分の感情の課題を自覚し乗り越えやすくなる』と『チーム全体のケア機能を高める』が抽出された。『自分の感情の課題

を自覚し乗り越えやすくなる』は【患者やスタッフに対する感情を自覚し客観的に語りやすくなる】【感情表出を阻害する対人関係に気づく】から構成された。『チーム全体のケア機能を高める』は【感情表出がケア者の受容能力を高め今後のケアに結びつくことを再確認する】【チーム全体でケアをしていることに気づく】【チーム強みと課題に気づく】【メンバーとの向き合い方を考えることにつながる】【患者の全体像のアセスメントにつながる】から構成された。

質的評価では、感情表現ができるようになるだけでなく、マッピングシートを用いてチームを俯瞰的に可視化すること自体に、チームのケア能力が高まることが語られた。

## VI. プログラム（第2案）の改善点

プログラム（第2案）の改善点を抽出した結果、改善点は6カテゴリーが形成された。その内容に従ってプログラム（最終案）を作成した。

以上のⅡ．Ⅲ．Ⅳの結論より、本プログラムは、BPD患者の問題行動に対する、ケア者の感情表出を促すことのための対人状況を可視化するマッピングシート活用プログラムとして有用性が高いことが検証された。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に深く感謝を申し上げます。皆さまには、カンファレンスでチームメンバーの感情表出を図るために、そのファシリテーションの方法、チーム状況を示すマッピングの仕方について重要なご示唆をいただきました。その甲斐ありマッピングシート活用プログラム(最終案)を作成することができました。不安が高い患者の操作性により、チーム分裂に苦しみながらも、豊かな経験知を用いてチームを再構築し、ケアをあきらめない姿にケア者としての在り方を教えていただきました。改めまして精神科ケアチームの皆様には感謝申し上げますとともに、皆様の今後のさらなるご活躍を心よりお祈りいたします。

本研究の実施にあたり、プログラム作成におきまして的確なご助言をいただきました各精神科病院の看護師のみなさまに厚くお礼申し上げます。また、各施設の施設長および看護部長、倫理審査委員会の委員の方々をはじめ、研究実施にあたり並々ならぬご支援を賜りました、ファシリテーターの皆様、病棟師長、病棟主任のみなさまに感謝申し上げます。

聖隷クリストファー大学の式守晴子教授には、研究の遂行を支え導いていただきましたことに心から感謝申し上げます。本当にありがとうございました。また川村佐和子教授には、研究計画の立案から精神看護とは別視点での的確なご指導を賜り、深く感謝申し上げます。西川教授には研究計画の立案や研究の最初から最後までご意見、ご助言を賜り厚くお礼を申し上げます。木下幸代教授にはプログラム作成に当たりの的確なご助言を賜りましたことを厚くお礼申し上げます。市江和子教授、大石ふみ子教授、新宮尚人教授には的確なご指導とご助言賜りましたことに心から感謝申し上げます。

また、公私とも励ましを与え支え得てくださった入江拓教授、恩師の先生方、渡部奈穂さん、博士後期課程の皆様には感謝いたします。

## 文献

- 阿部貴子(2008). 思春期・青年期の初回入院における家族支援の必要性——境界性人格障害患者の母親に対する援助を通して——. 日本精神科看護学会誌, 51(2), 237-241.
- 阿保順子(2006). 境界性人格障害患者の理解と看護 精神看護出版
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association.
- (米国精神医学会 日本精神神経学会(監訳)(2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Bender, D. S., & Dolan, R. T., et al(2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry, 158(2), 295-302.
- Benjamin, J. S. Virginia, A. S & Pedoro, R. (2015). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th ed.), Wolter Kluwer Health.
- (ベンジャミンら 井上令一(監修)四宮慈子, 田宮聡(訳)(2016) カプラン臨床精神医学テキスト——DSM-5 診断基準の臨床への展開——(日本語版第3版) メディカル・サイエンス・インターナショナル)
- Bion, W. R. (1961). Experiences in Groups and other. London: Tavistock Publications.
- (ビオン, W. R. 池田数好(訳)(1973). 集団精神療法の基礎 岩崎学術出版社)
- Bion, W. R.(1962). Learning from experience. London: Tavistock Publications.
- (ビオン, W. R. 福本修(訳)(1999). 精神分析の方法 I ——セブン・サーヴァンツ——法政大学出版)
- Bion, W. R. (1965). Transformation, William Heinemann Medical Boks.
- (ビオン, W. R. 福本修(訳)(2002). 精神分析の方法 II ——セブン・サーヴァンツ——法政大学出版)
- Bowlby, J. (1988). A secure base: clinical applications of attachment theory. London: Tavistock/Routledge.
- (ボウルビー, J. 庄司順一, 二木武(訳)(1993). 母と子のアタッチメント——心の安全基地—— 医歯薬出版株式会社)
- Carron, A. V. (1982). Cohesiveness in Sport Groups: Interpretations and Considerations. Journal of Sport Psychology, 4, 123-138.
- Casement, P. (1985). On Learning from the Patients. London: Tavistock Publications.
- (ケースメント, P. 松木邦裕(訳)(1991). 患者から学ぶ——ウィニコットとビオンの臨床応用——岩崎学術出版社)
- 出口禎子(2017). ナーシンググラフィカ 精神障害と看護の実践(第4版) メディカ出版

- Deutsch, M., & Gerard, H. B. (1955). A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(3), 629-636.
- Dickens GL, Lamont E, Gray S(2006).Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*,25(13), 1848-1875.
- Falk Leichsenring(2011).Borderline personality disorder.*Lancet*,377, 74-84.
- French, J. R. P., Jr. (1956). A formal theory of social power. *Psychological Review*, 63(3), 181-194.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*.85(2), 348-362.
- 林直樹, 西村隆夫(2006). 医療現場におけるパーソナリティ障害——患者と医療スタッフのよりよい関係を目指して——医学書院
- 疋田琴乃(2014). 境界性パーソナリティ障害患者の感情の揺れ動いた体験. 香川大学看護学雑誌, 18(1), 1-12.
- 平島奈津子, 岡島由佳, 衛藤理沙, 上島国利(2007). 境界性パーソナリティ障害治療のガイドライン作成をめぐって——境界性パーソナリティ障害の薬物療法の標準化を目指して——. *精神神経学雑誌*, 109(6) , 572-577.
- 堀公俊, 加藤彰(2006). ファシリテーション・グラフィック——議論を「見える化」する技法—— 日本経済新聞出版社
- Horwitz,L.(1983). Projective Identification in Dyads and Groups. *Int J Group Psychotherapy*. 33(3), 259-279.
- 石橋通江(2010). 境界例治療経験をもつ成人のライフヒストリー——退院から 20 年経過した体験のふり返り——. *日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report*, 8(1), 15-22.
- 石部弘美(2008). 青年期における境界性人格障害患者への援助——患者-看護師関係から考える看護の役割——. *日本精神科看護学会誌*, 51(2), 232-236.
- 板山 稔(2004). どうやってもうまくいかなかった「境界例」——私は「厄介」だと思ったことがないので——. *精神看護*, 7(6), 51-55.
- 市橋秀雄(1991). 境界性人格障害の初期治療. *精神科治療学*, 6(7), 789-800.
- Janis, I. (1991). Groupthink. In E. Griffin (Ed.) *A First Look at Communication Theory*. 235 - 246, New York, McGrawHill.
- 夏堀響子(2007). 境界性パーソナリティ障害患者に対する看護の役割——回復過程を振り



- 返った一事例から——. 日本精神科看護学会誌, 50(2), 63-67.
- 夏堀響子(2010). 青年期における境界性人格障害患者への看護——カンファレンスを柱とした医療チームとしてのアプローチを考える——. 日本精神科看護学会誌, 53(1), 284-285.
- 垣田宜邦(2013). 境界性人格障害患者の退院支援——クライシスプランを明らかにすることで行動変容が起こった事例——. 日本精神科看護学会誌, 56(1), 450-451.
- 加藤博之(1999). 精神科救急 Case Conference——自殺企図を繰り返す女性たち——. 総合臨床, 48(9), 2253-2256.
- 香月富士日, 後藤雅博, 染矢俊幸(2006). 患者—看護師間の心理的距離を構成する要素——精神科看護における心理的距離と感情的態度、バーンアウト、看護経験との関係——. 日社会精医誌, 15, 3-11.
- 川畑友二(2004). 青年期境界例患者の入院治療における主治医の役割について——病棟におけるコラボレーション——. 日本精神神経学会総会, 106(6), 729-732.
- Kegan, R. (2016). *An Everyone Culture: Becoming a Deliberately Developmental Organization*. New York: Harvard Business Review Press.
- (キーガン, R. (2016) 池村千秋 (訳) (2017) なぜ弱さを見せ合える組織が強のか 英治出版)
- Kelman, H. C. (1961). Processes of opinion change. *Public Opinion Quarterly*, 25, 57-78.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorder: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University.
- (カーンバーグ, O. F. 西園昌久(監訳) (1996) 重症パーソナリティ障害——精神療法的方略——岩崎学術出版)
- 木村敏(1973). 異常の構造 講談社現代新書
- 岸竜馬(2011). 弁証法的行動療法の有効性と問題点. *Rikkyo Clinical Psychology Research*, 5, 15-26.
- Kreger, R(2003). *Stop Walking on Eggshells; taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder(2th ed.)*. Oakland: New Harbinger Publications.
- (クリーガー, R 荒井秀樹(訳) (2010). 境界性パーソナリティ障害=BPD——はれものにさわるような毎日をすごしている方々へ——(第2版) 星和書店)
- Kreger, R(2008). *The Essential Family Guide to Borderline Personality Disorder*. Center City, MN USA: Hazelden Publishing.
- (クリーガー, R 遊佐安一郎(監訳) (2011) 荒井まゆみ・岩淵デボラ・佐藤美奈子(訳) 境界性パーソナリティ障害ファミリーガイド 星和書店)
- Kreisman, J, J(1989). *I HATE YOU—don't leave me*. New York: Tarcherperigree.

- (クライスマン, J. 白川貴子(訳)(2004). 境界性人格障害のすべて 株式会社ヴォイス)
- 倉林佑介(2015). 不安への対処行動がとれない患者へのかかわり——不安の程度の評価表と対処行動表を活用して——. 日本精神科看護学術集会誌, 58(1), 530-531.
- 草地仁史, 井田 裕子木村 優(2017). 境界性パーソナリティ障害の看護に関する文献研究. 日本看護学会論文集: 精神看護, 47, 91-94.
- 京極真(2012). 信念対立解明アプローチ入門—チーム医療・多職種連携の可能性をひらく 中央法規出版
- Latané, B. (1981). The psychology of social impact. *American psychologist*, 36, 343-356.
- Lewin, K. (1943). Psychology and the process of group living. *Journal of social psychology*, 17, 119-129.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*, 151(12), 1771-1776.
- Maass, A., & Clark, R. D. (1983). Internalization versus compliance: Differential processes underlying minority influence and conformity. *European Journal of Social Psychology*, 13(3), 197-215
- Main, T. (1957). The ailment. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 66-70.
- 丸森左貴(1987). チーム医療を考える——取り扱い困難な症例を通して——. 病院・地域精神医学, 90, 22-27.
- 松木邦弘 (2009). 精神分析体験: ビオンの宇宙 岩崎学術出版社
- 森谷 奈美子, 深井 浩二, 須藤 真由, 大平 幸子, 奥村 大志 (2014), 理不尽な言動のある境界性パーソナリティ障害患者の看護——看護師の不全感についての考察—— 日本精神科看護学術集会誌 57 (3) 265-269.
- 室谷民雄(2002). パロキセチンが奏効したと思われる過食症の1例. *Pharma Medica*, 20(10), 91-94.
- 長友美穂子, 松田安弘, 山下暢子, 吉富美佐江(2014). カンファレンスを運営するチームリーダーの行動に関する研究. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 9, 55-75.
- 成田善弘(2006). 境界性パーソナリティ障害の精神療法——日本版治療ガイドラインを指して——金剛出版
- 那須典政(2007). 人格障害患者における他者とのかかわりとその変遷——A 氏の場合——. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 3(1), 69-71.
- 那須典政(2009). 人格障害患者における他者とのかかわりとその変遷——C 氏の場合——. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 5(1), 63-67.
- 那須典政(2011). 人格障害患者におけるコミュニケーションパターンの変遷. 北海道医療大

- 学看護福祉学部学会誌, 7(1), 45-57.
- Nemeth, C (1992) Minority dissent as a stimulant to group performance. *Group process and productivity* pp95-111
- Nitsum, M. (1996). *The anti-group Destructive Forces in the Group and their Creative Potential*. London: Routledge.
- 野嶋佐由美, 畦地 博子, 森岡 三重子(1995). 精神科看護者の境界性人格障害に対するとらえ方と態度. *看護研究*, 28(6), 432-441.
- 能登谷真希, 横田由美, 逸本香織, 大矢幸子(2006). 看護者が患者に抱く陰性感情. *東京医科大学病院看護研究集録*, 26, 26-30.
- 織田憲嗣, 山本勝昭, 徳永幹雄 (2020年7月20日検索). スポーツにおける集団凝集性の構造検証ならびにパフォーマンスとの関係. [https://media.mizuno.com/~media/Files/zaidan/pdf/ikagakuJosei\\_2000/2007\\_oda\\_noritsugu.pdf](https://media.mizuno.com/~media/Files/zaidan/pdf/ikagakuJosei_2000/2007_oda_noritsugu.pdf)
- Oldham, J. M. et al(2001). *Practice Guideline for the Treatment of patients with borderline APA Practice Guidelines*, 38. [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/bpd.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf)
- 小野和也(2007). 境界性パーソナリティ障害の入院治療. *精神経誌*, 109(6), 578-582.
- 大河内敦子, 粕田孝行(2003). 人格障害論の現状と問題——精神看護から——. *精神医療*, 29, 62-70.
- 太田 綾(2016). 乳がんを患った入退院を繰り返す境界型人格障害患者への看護. *日本精神科看護学術集会誌*, 59(1), 380-381.
- Pam Smith (1992) .*The Emotional Labour Nursing*. Palgrave.  
(スミス.P 武井麻子、前田泰樹(監訳)(2000). *感情労働としての看護* ゆみる出版)
- Peplau, H. E(1952). *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. G. P. Putnam' s sons.  
(ペプロウ. H. E 稲田八重子(訳)(1973). *人間関係の看護論——精神力学的看護の概念枠——* 医学書院)
- Reiland, R(2002). *I' m Not Supposed to Be Here: My Recovery from Borderline Personality Disorder*. Milwaukee: Eggshells Press.  
(レイランド. R 遊佐, 安一郎(訳) (2007). *ここは私の居場所じゃない——境界性人格障害からの回復——* 星和書店)
- Rogers. C. R, Freiberg. H. J (1994) . *Freedom to Learn*. Prentice Hall.  
(ロジャーズ. C. R フライバーグ H. J 畠瀬 稔, 村田進 (訳) (2006) , *学習する自由* 第3版 コスモスライブラリー)

- Rytan, J. S. & Stone, W. N. (2001). *Psychodynamic group psychotherapy*. (2th ed.). New York: Guilford Press.
- 榊明彦, 寶田穂, 林直樹 (2017). *アディクション・パーソナリティ障害の看護ケア* 中央法規出版
- 坂田三允 (2007). *症状別に見る精神科の看護ケア* 中央法規出版
- 櫻庭繁 (2004). *事例で学ぶ精神看護学* メヂカルフレンド社
- 佐々木三和 (2013). 境界性パーソナリティ障害患者への看護の現状と今後の課題. *東京女子医大看護会誌*, 8(1), 1-6.
- 島田都 (2010). 境界性人格障害患者に対するチーム・ビルディングの有効性. *日本精神科看護学会誌*, 53(1), 282-283.
- 清水淳子 (2016). *Graphic Recorder ——議論を可視化するグラフィックレコーディングの教科書——*ビー・エヌ・エヌ新社
- 清水隆裕, 入江拓 (2016). 精神科急性期病棟における精神病人患者の多訴に対する看護師対応の構造. *せいらい看護学会誌*, 6(2), 1-8.
- 清水隆裕 (2017). 精神看護場面における対人状況を表す概念モデル構築: BPD 患者の行動化への対応から 科研費研究成果報告書
- 清水隆裕, 式守晴子 (2020). 多訴患者の対応に至る精神科急性期病棟看護師の内的プロセス *せいらい看護学会誌*, 11(1), 1-8.
- Steiner, J. (2011). *Seeing and Being Seen : Emerging from a Psychic Retreat*. London. Rutledge.
- (シュタイナー, J 衣笠隆幸 (監訳) 浅田義孝 (訳) (2013). *見ることと見られること ——「こころの退避」から「恥」の精神分析へ——*岩崎学術出版社)
- 杉野元子 (2015). カンファレンスを有効な道具にするために. *看護実践の科学*, 40(1), 6-13.
- 鈴木純一 (2014). *集団精神療法——理論と実際——*金剛出版
- 鈴木薫 (2003). 境界性人格障害患者にかかわる我が国の最近 6 年間の文献的研究——看護上の問題行動に焦点を当てて——. *東京保健科学学会誌*, 6(1), 9-14.
- 田中美恵子 (2015). *精神看護学——学生—患者のストーリーで綴る実習展開——*(第 2 版) 医歯薬出版
- The American Group Psychotherapy Association (2007). *Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy*. New York: The American Group Psychotherapy Association.
- (アメリカ集団精神療法学会, 日本集団精神療法学会 (監訳) 西村肇・藤信子 (訳) (2014) *集団精神療法実践ガイドライン* 創元社)
- 知識裕子 (2008). 医療チームにおける家族看護の実践——家族を中心にすえた看護・文章化することで見えてきたもの——. *日本精神科看護学会誌*, 51(2), 91-95.

- 知識 裕子 (2009). BPD 患者への私のかかわり方 プラス思考で究極の自分磨き 巻き込まれたっていいじゃないか 精神科看護, 36 (6) , 18-22.
- 飛谷 渉(1999). 人格障害をめぐる諸問題 症例を中心に——Multi-impulsive bulimia の 5 症例——. 臨床精神医学, 28(11), 1389-1395.
- 牛島定信(2008). 境界性パーソナリティ障害のことがよく分かる本 講談社
- 八木こずえ(2003). ボーダーと呼ばれる人々を抱える看護チームの痛み. 精神医療, 30, 57-65.
- Yalom, I. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. (4th. ed.). New York: Basic Books.
- (ヤーロム I. 中久喜雅文(監訳) (2012) グループサイコセラピー——理論と実践——. 西村書店)
- Yalom, I & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. (5th. ed.). New York: Basic Books.
- 用松敏子, 坂中正義 (2004). 日本におけるアサーション研究に関する展望 福岡教育大学紀要 53, 第 4 分冊, 219-226.
- 渡辺俊之(2006). ボーダーライン患者のこころとは. 精神科看護, 33 (4), 12-19.
- 衛蕾, 林伸一(2011). 良い学習教材とは何か——マップ調査からの検討. 山口大学文学会志, 61, 25-48.
- Zack, J. P. (2017). *Trust Factor: The Science of Creating High-Performance Companies*. New York: Amacom Books.
- (ザック, J. P. 白川部君枝(訳) (2017). トラストファクター——最強の組織をつくる新しいマネジメント——. キノボックス)

資料

## 1. BPD 患者のケアカンファレンスで自由な感情表現を促すマッピングシートを用いたカンファレンス

- BPD 患者のケア場面では、患者の問題行動や対人操作によって、チームが不安定になり、治療的環境が維持できなくなることがあります。チームが安定する方策として、カンファレンスで感情を共有し体験を尊重することが有効だと教科書にも一般的に記載されています。しかし、患者の病理の再現（特にスプリットिंग）が極端で、チームが分裂しきっていたり、チーム内の関係性があきらかに表れできないこともあります。そこで、客観的に描きながら語ることで、どのような状況でも対等な関係のなかで、感情表出や自由な意見が表現できるように、ケア状況を表すマッピングシートを作成しました。

境界性パーソナリティ障害(BPD)患者の  
ケアカンファレンスで  
メンバーの感情表出や自由な意見を促すための  
マッピングシート活用プログラム【第1案】

ファシリテーター・司会者用 カンファレンス手順書

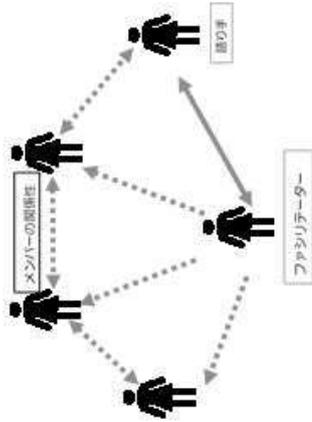
## 2. カンファレンスを通じて共通する枠組み

### 1) ファシリテーターの心構え

- ・カンファレンスに結論は求めません。メンバーが感情表出できることを大切にしましょう。
- ・メンバーが素直な気持ちになれるよう、どのような発言でも肯定的に返しましょう。

### 2) ファシリテーターの観察ポイント

- ・「グループ全体」の視線、表情、姿勢、行動、しぐさ、アイコンタクトなどを観察してください。違う意見や話を振るタイミングの確認となります。
- ・参加メンバーの特徴や力関係は発言に発言に関係します。
- ・全体の雰囲気注目してください。全体的に笑いが生まれてきたら、感情が発言できる目安になります。



図：語り手の話は聞きながら各メンバーの反応も観察する

## 3. カンファレンスを始める前に

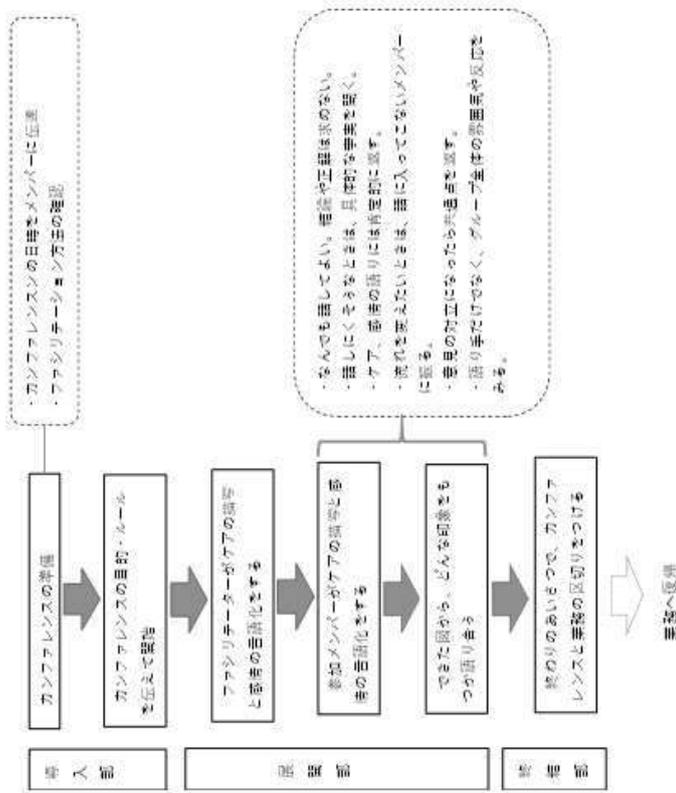
### 【目的】

- ・各メンバーが、BPD患者のケアにおける感情や意見を自由に語れること。

### 【準備するもの】

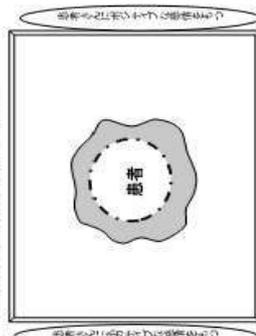
- ・カンファレンス時間（最近30分程度）
- ・マッピングシート、もしくはホワイトボード
- ・ファシリテーションまとめ
- ・メンバー用参考資料（メンバーに配ります）
- ・（感情を色分けする場合は、5色程度のペン）

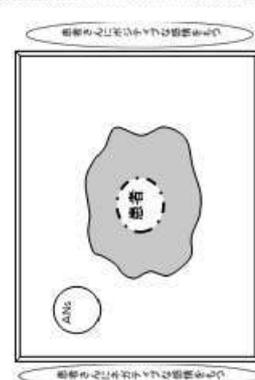
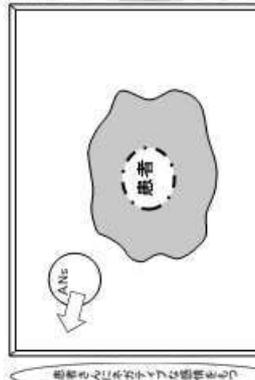
### 【カンファレンスの大まかな流れ】





## 4. カンファレンスの手順

ファシリテーターのセリフ・行うこと	ファシリテーションのポイント
<p>1. 導入部：カンファレンスの目的を伝える（1、2分程度）</p> <p>時間になったら始める</p> <p>「今からカンファレンスを始めます。今日のカンファレンスは〇〇さんの問題行動の時のケアに対するケースカンファレンスを行います。目的は、その時のメンバーの感情表出や、自由な意見のべることです。ルールは、お互いの感情体験を尊重することです。いつもと違い、その目的の補助ツールとしてマッピングシートを使います。問題解決のためのカンファレンスではないので、自由に発言してください。途中抜けられない業務が入ることもありますが、できるだけ参加してください。」</p>	<p>・はじめはグループが緊張しています。できるだけ和やかな雰囲気を出してください。</p> <p>・カンファレンスが始まったら、全体を継続してください</p>
<p>2. 展開部 1：メンバーがマッピングシートの描写する（15分～20分程度）</p> <p>話し合う問題行動のテーマを決める。</p> <p>マッピングシートの描定の説明をする。</p> <p>「周りの2重四角は、決まり事、D：指示、行政のシステムなどの、治療壁を表しています。患者の周りのもやもやの部分は、問題行動などによる影響力を示します。」</p>	<p>・対応が難しく意見が分かれる場面が望ましいです。（慣れてくる・慣習・多要求など）</p> <p>・さまざまな対面困難場面が挙げられた場合、実際に困っているメンバーや、新人の意見を採用するとよいです。 <small>※ 慣れないうちは、患者の感情と取りながれを促す</small></p>  <p>・患者の点線は、自己境界の脆弱性を表しています。</p>

<p>ファシリテーターが、自分のケアの立ち位置を描きます。</p> <p>「患者さんにポジティブな感情をもつメンバーは中心より右側に、ネガティブな感情を持つメンバーは左側に自分を書きます。どちらでもないと思っただら真ん中に書きます。</p> <p>その場面の患者どのかかりで、患者のそばで関わっていると感じる人は、患者の近くに書いてください。</p> <p>患者さんどのかかりで離れて関わっていると感じる人は、患者さんから遠いところに書いてください。</p> <p>書き込まれている、書き込まれていないとわかりながらかかっていたら、もやもやの部分に入れて書いてください。私は…（自分の立ち位置を描く）」</p> <p>ファシリテーターが、自分のかかり方の傾向を矢印で表現します。</p> <p>「次に、自分のケアの傾向を自由に矢印で表現してみてください。私は…（自分のかかり方の傾向を矢印で描く）」</p>	<p>ここでファシリテーターが自分の感性感情を機能的に表現すると、おとのメンバーの感情表出がしやすくなります。</p> 
<p>基本的には、機能的なケアは患者に向かう矢印中立は台座ける行動は患者から遠ざかる矢印、としています。</p>	

ファシリテーターは、その矢印のかわり方をしている時の感情を言語化して伝え、記述する。  
「この時は、私は〇〇のように感じてました。」

メンバーに自分のケアの立ち位置を描いてもらおう。  
「それでは、次はみなさんに描いてもらいます。〇〇さんは患者さんが問題行動を起こしたときは、どのような気持ちを持っていると思いますか？関わりは近いですか、遠いですか？」

・ここから、最後まで「話しやすい場にするための介入方法」と「個人が語りやすくなるための介入方法」を特に意識してください。  
※わからなければ、別番ファシリテーションシートとめき、手元におくと便利です。

6

メンバーに自分がかかわり方の傾向を矢印で表します。  
「その時のかわり方を矢印で表現してみてください」

メンバーに、その時などのような感情だったのかをねて、メンバーは言語化して記述します。  
「その関わりの時は、患者や周りに対してどういう感情や意見を持ってましたか？何を話っても大丈夫なカンファレンスなので自由に表観してください」

・メンバーが矢印の描き方にまよったら、ファシリテーターが関わり方を聞いて、代わりに描いてください。

・感情は口頭だけでセッションでもよいですし、メモ書き程度でもよいです。  
感情によって色分けしだの表観するとよりわかりやすくなります。

7

<p>⇒以後、メンバーを交代してケアの方向と感情を揃えてもらいます。</p>	<p>4. 総結部：カンファレンスの終わりを告げる (1、2分程度)</p> <p>時間になったら終了する。 「それでは時間になりました。何か言い足りない人がいたらはいませんか。(周りをみる)」</p> <p>本日のカンファレンスの目的は、メンバーの感情表出や、自由な意見をのべることで、お互いの感情を共有し体験を尊重することでした。さまざまな意見や感情が表出されたと思いますが、それはカンファレンス内での出来事です。ここで終わりにしましょう。気持ちを切り替えて業務に復帰して下さい。それでは今日のカンファレンスはこれで終了します。ありがとうございました。」</p>
--	---

<p>下は赤が怒り 紫が疑念 紫が面倒な気持ち 言が恐れ、などを示しています。</p>	<p>3. 疑問部2：マッピングシートの検討 (5分～10分程度)</p> <p>ファシリテーターは、出来上がった図から「この図から、どういった印象を持ちますか。なんでもいので自由に表明してみてください。言いたい人はいますか」などと問いかけてください。</p>
<p>話が始まらなければ、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・図から負担になっているようなメンバーに振る。</li> <li>・感情で共感できるようなところはないか。</li> </ul> <p>など、問いかけてください。</p> <p>それでも話が始められれば、ケアを肯定的に語ってくれるメンバーに振ってください。</p>	<p>話が始まらなければ、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・図から負担になっているようなメンバーに振る。</li> <li>・感情で共感できるようなところはないか。</li> </ul> <p>など、問いかけてください。</p> <p>それでも話が始められれば、ケアを肯定的に語ってくれるメンバーに振ってください。</p>

## 5. 【マッピングシート活用時のファシリテーターシジョンポイント】

### ●カンファレンスでのファシリテーターの心構え

- ・結論は求めずに、メンバーが感情表出できることを大事にする。
- ・少数派や新人などのメンバーの意見を大切に聞く。

### ●ファシリテーターの観察ポイント

- ・各メンバーの視線、表情、姿勢、行動、特徴、メンバー間の力関係・全体の雰囲気など「グループ全体」を観察する。

### ●話しやすい場にするためのファシリテーターシジョン方法

- ・緊張をほぐして安心して話せるような声かけや態度をとりましょう。
- ・否定的な内容でも受け止められる場であることを伝えましょう。
- ・場の流れが一方的にならないように違う意見に注目しましょう。

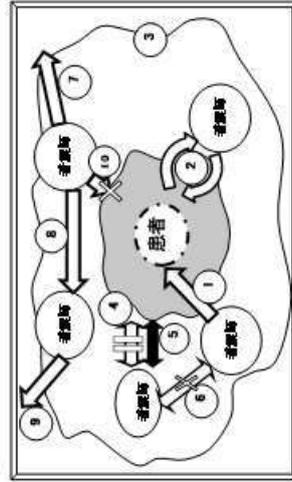
### ●個人が語りやすくなるためのファシリテーターシジョン方法

- ・メンバー主体で話がしやすいよう、具体的な事実や出来事をおねえましょう。
- ・メンバーの語りが深まるよう、ケア・気持ちの面値や意味を見出して返しましょう。
- ・意見が対立したときはお互いの共通点を返しましょう。

## 参考資料

関係性の図示に迷ったときの参考にしてください

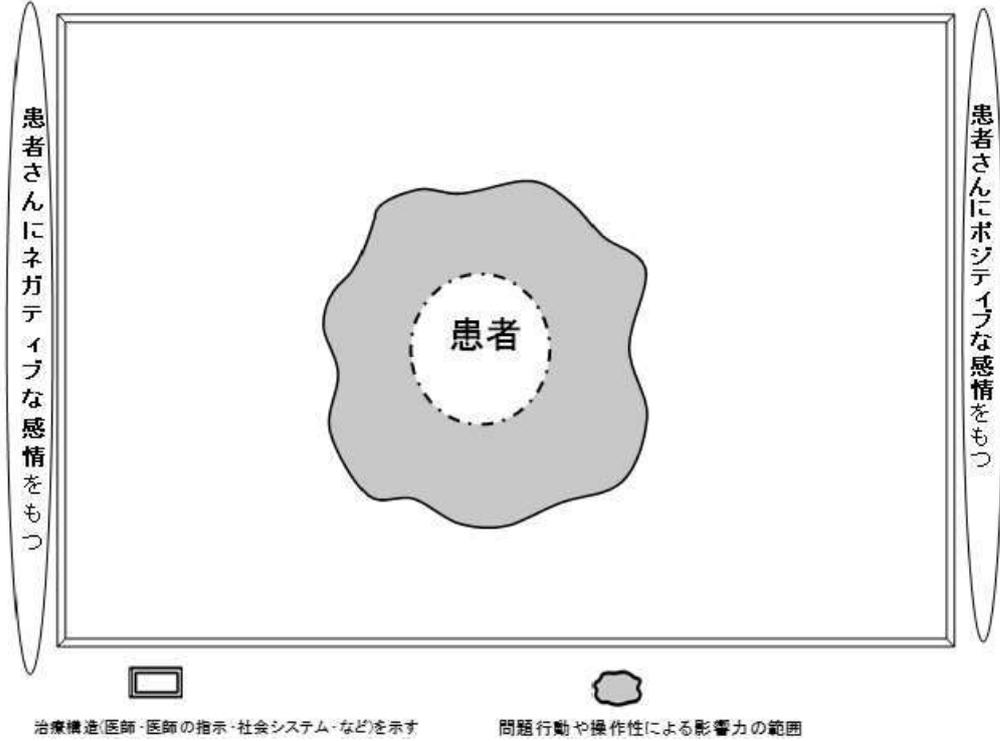
<p>① 患者のもち健康的な部分に積極的に働きかけているときの矢印。</p> <p>② 患者の気持ちを受け止め、可能な限り対応し、自分の想いを返すときの矢印。</p> <p>③ 時間や空間をともなうことで、安心な対象として存在しようとするとき。</p> <p>④ ルールや常識を用い、長話しないことによりお互いの距離を安全に保つときの矢印。</p> <p>⑤ その患者のためではなく、他患者の影響を考慮して対応するときの矢印。</p> <p>⑥ その患者のためではなく、メンバーとの関係に波風が立たないために対応するときの矢印。</p> <p>⑦ 患者から逃げたり、避けるときの矢印。</p> <p>⑧ 他メンバーに対応をまかせるときの矢印。</p> <p>⑨ 医師の指示やシステム(精神保健センターなど)に頼るとききの矢印。</p> <p>⑩ 積極的に不協賛を投与したり、拒絶的な雰囲気をもし出したり、口調を荒くするなど、患者をコントロールしようとする矢印</p>	
<p>中立的パターン</p>	
<p>交差を避けるような中立パターン</p>	



患者を指し示す  
看護師を指し示す  
患者と看護師の相互作用による関係性の図示  
関係行動や長所性に対するケア場面行動例

カンファレンス日 年 月 日 参加メンバー

場面や状況:



境界性パーソナリティ障害(BPD)患者の  
 ケアカンファレンスで  
 メンバーの感情表出や自由な意見を促すための  
 マッピングシート活用プログラム【第1案】

ファシリテーター・司会者用 説明書

目次と解説

1. マッピングシート活用のねらい	.....	p.2
2. BPDカンファレンスのプロセスの特徴	.....	p.3
3. カンファレンスの手順	.....	p.4
4. 導入部		
• カンファレンスの前の準備と心構え	.....	p.5
• カンファレンス中の観察ポイント・開始時	.....	p.6.
5. 展開部		
• マッピングシート記入手順	.....	p.7~8
• 話しやすい場にするための介入方法	.....	p.9
• 個人が語りやすくなるための介入方法	.....	p.10
6. 終結部		
• カンファレンス終了時	.....	p.11

- BPD を扱うケア場面では、患者の操作性や問題行動によって、治療チームの深刻な分裂や現場の混乱に陥ることが解っています。
- 治療チームの分裂は、BPD 患者のケアの基本である治療構造を破壊します。
- チームの分裂の解消には、カンファレンスで感情を共有し体験を尊重することが有効だと考えられています。有効だと考えられています。
- しかし、現実的にカンファレンスで正直に感情を話すことは難しい場合もあります。
- そこで感情を視覚化し客観性を持たせることで、メンバーが対等な関係性になって、感情・意見が表出しやすくなるマッピングシートと活用時のファシリテーション方法を作成しました。

## 1. マッピングシート活用のねらい

•このマッピングシート活用のねらいは、カンファレンスで現在の患者とケア者の対人状況を図示しながら、メンバーの感情表出をすること、自由な意見をのべることです。

物事が見える形での話し合いは、関係性が明確になり、対話の活性化、対等な参加、対個人への感情的な一方的な話から話し合う思考につながります。

それによりお互いの感情を共有し、体験を尊重しあうことでチームの分裂を防止しケア能力を高めます。

•正しいケアの結論を話し合うものではありませんのでご注意ください。

## 2. BPDカンファレンスのプロセスの特徴



最初は、メンバーが緊張し沈黙が続くことがあります。

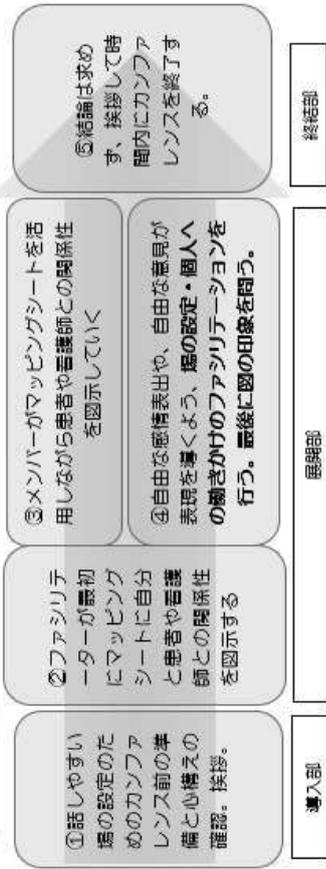
そのような状況の中、ファシリテーター自身が陰性感情を自己開示したり、メンバーが患者との出来事の実事を述べていく過程で、徐々に場が盛り上がり感情の話に移行していきます。

しかし、影響力のあるメンバーによって場の雰囲気が方向づけられることがあります。

また、高圧的なメンバーの存在や、意見の違いによって、チームが分裂し不全感を残したまま終わることがあります。

そこで、次ページの手順でマッピングシートを活用します。

### 3. カンファレンスの手順



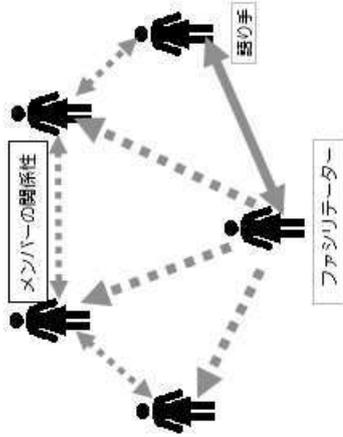
- ① グループの緊張を下げるために、事前準備をします (p.5~6)
- ② 挨拶して開始します。ファシリテーターが最初にマッピングシートに、自分のケアの傾向を図示し、それに伴う感情を自己開示することで、話しやすい環境を作ります。
- ③ 次にメンバーが自分のケアの傾向を図示し、感情を表現します。
- ④ メンバーの感情表現の際は、話しやすい場の設定と、個人が語りやすくなるためのファシリテーションが大切になります。(p.9~10) できた図の印象を語り合います。
- ⑤ 結論は求めずに時間内でカンファレンスを終了してください。

### 4. 導入部

- **カンファレンス前の準備をします。**
  - ・ 何日の何時から何時までカンファレンスが開催されることを、あらかじめ関係者に伝達してください。できる限り業務を調整してください。
  - ※ メンバーが業務などで集中できないと、話し合いが意味なく<sup>①</sup>互引山<sup>②</sup>たり、何の話し合いが解らなくなります。
- **ファシリテーターの心構えを確認します。**
  - ・ カンファレンスに結論は求めずに、メンバーが感情表出できることを大切にしましょう。
  - ※ ファシリテーターは解決者にならないよう場にゆだねましょう。またメンバーが感情を表出することを認めて、言いたいことが吐き出せることを大切にしましょう。
  - ・ **メンバーが素直な気持ちになれよう、どのような発言でも肯定的に返しましょう。**
  - ※ メンバーが発言してよかったと思えるように肯定しながら聞いてください。他メンバーの前で対応について否定はしないようにしましょう。
  - ・ **様々な意見を引き出すために、少数派や新人などのメンバーの意見を大切に聞きましょう。**
  - ※ 語らないメンバーは新しい意見やケアの糸口をくれる可能性があります。
  - ・ **患者の病歴がカンファレンスで再読されやすいことは注意しておきましょう。**
  - ※ 例えば、理想化(もてはやし)と脱面直化(にきおろし)の病理により、理想化されたメンバーと脱面直化されたメンバーで対立が起きる。



●観察ポイントを確認します。



図：語り手の話は聞きながら各メンバーの反応も観察する

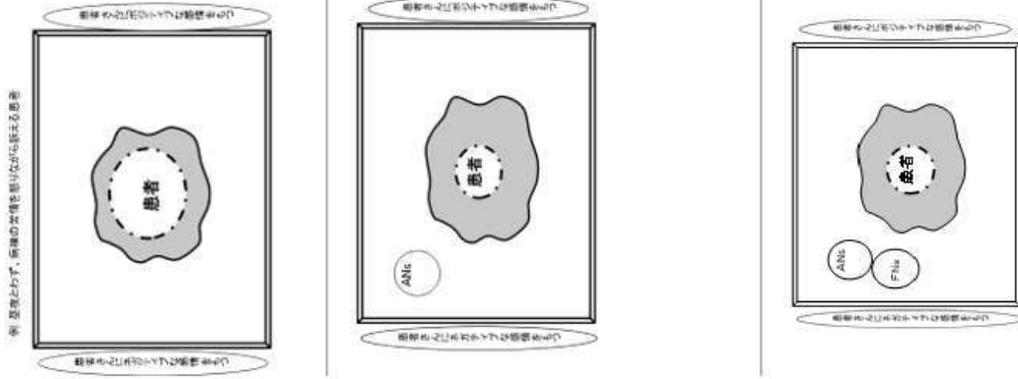
- 各メンバーが話れる準備ができていないか視線、表情、姿勢、行動などに表れる観察してください。
- 参加メンバーの特徴や力関係に意識して、話の流れが一方的にならないように調整してください。
- 語り手以外のメンバーの反応(しぐさ、表情、アイコンタクトなど)を観察して、違う意見や話を振るタイミングを計ってください。
- 全体的に笑いが発生すれば、感情が発言できる目安になります

●カンファレンス開始時に始まりの挨拶をする。

- カンファレンスの開始時は、セリフがあります。まず目的と注意事項を伝えてください。  
※このカンファレンスは感情を語り合います。そのため、カンファレンス後のメンバーの関係性に影響を及ぼさないよう、カンファレンス内外の境界をはっきりさせるためにセリフを設けています。

5. 展開部

マッピングシート記入手順



①まず最初に、対象患者さんに対してメンバーがよく困っている場面や、問題行動の場面を設定してください。自殺企図や自傷行為などクリティカルな場面は、ケアの方向が患者に向きやすいため、対応が難しく職員が分かれる場面が望ましい(困れている・暴言・多要求など)です。

は、治療で決められていること、DR指示、行動のシステムなどの、治療補足を指します。

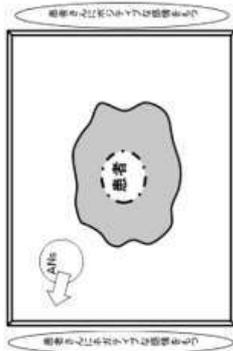
は、問題行動などによる影響力を示します。

②次にファシリテーターから、自分のケアの立ち位置を描きます。ファシリテーターはメンバーに描き方を伝えながら図示してください。

- 患者にポジティブな感情をもつメンバーは中心より右側に、ネガティブな感情を持つメンバーは左側に自分を書きます。どちらでもなかったら真ん中に書きま
- その場面の患者とのかわりや、患者のそばで関わっていると感じる人は、患者の近くに書いてください。患者さんとのかわりや離れて関わっていると感じる人は、患者さんから遠いところに書いてください。

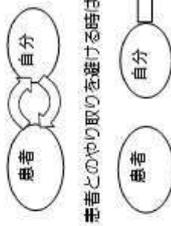
・書き込まれていると戻ったら の部分に入れて描いてください

③ さらにメンバーとの関係性で位置を表明してもよいです。  
例えば、Aさんとの関係性により、ケアに対して同じように行動していればAさんの近くに自分を書いてもよいです



④ 次に、設定した困っている出来事や、事実が起きた時の、自分のケアの傾向を自由に矢印で表現してみてください。

例えば、真剣に話を聞いてくれる時は、



番舌とのやり取りを避ける時は、



メンバーの行動としておこりやすい矢印の例は、資料に示してあります。メンバーが描写に困ったときの参考に、サポートしてください。

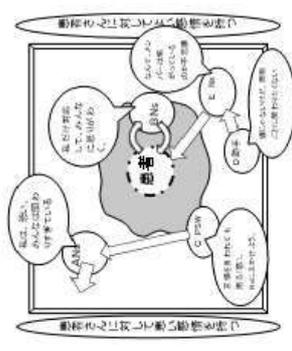


⑤ 次に、そのケア状況になっているときの患者とチームに対する感情を表現します。それに就いてメンバーも描いていきます。

口調だけでのセッションでもよいですし、文章でも書いてもよいです。

感情によって色分けしだり、必ず表時するとよりわかりやすくになります。

互は赤が怒り 青が疑念 紫が面倒な気持ち 言が恐れ などを示しています。



⑥ ファシリテーターは、出来上がった図から「この図から、どういう印象を持ちますか。なんでもいので自由に表現してみてください。言いたいことありますか」などと問いかけてください。

話が通まらなければ、

図から真摯になっているようなメンバーに語る。

感情で共通できる場所は無いが、

など、問いかけてください。

● 話しやすい場にするための介入方法

緊張をほぐして安心できるような声かけや態度をとりましょう。

- ・緊張をほぐすような声かけや介入(軽口・冗談・ユーモアなど)で和やかな雰囲気を作心がけてください。
- ・意見がなくてもそれは一つの意見として尊重してください。

否定的な内容でも受け止められる場であることを伝えましょう

- ・ファシリテーターの患者に対する臨性感情を正直に話すことは大切です。
- ・正解を求めず、感情表出を目的としているため、思っていることはなんでも発言していいことを伝えてください。

場の流れが一方的にならないように立場の弱いメンバーや、途々意見に注目しましょう。

- ・場の雰囲気や影響力がありそうなメンバーには、他メンバーが意見につられやすいので、あとに振ってください。できるだけ、実際に困っているメンバーや立場の弱いメンバーに振ってください。

● 意見が一方的になって流れを変えたいときは、話に入っていないメンバーや他職種に振ってください。あたらしい意見が出てくる可能性があります。

● 臨性感情が表出され共有された場合でも、患者の肯定的な部分や健康的なエピソードも共有してください。

### ・個人が語りやすくなるための介入方法

メンバー全体で話が進展するよう事実や出来事などを尋ねましょう。

- ・しーんとした時などは、事実などを述べてもらってください。
- ・ファシリテーターから意見は表明しないほうがよいです。力関係によっては、メンバーが釣られる可能性があります。

メンバーの語りが深まるようにそのケア・気持ちの価値や意味を見出して返しましょう

- ・そのケア・気持ちの価値や意味を肯定されると話が深まっていきやすくなります。
- ・話が進展しないときは、ケアを肯定的に語れるメンバーに意見を求めてください。
- ・明らかにメンバーが他メンバーに攻撃されることがあれば、そういう場ではないことを伝えて止めてください。

意見が対立したときはお互いの共通点を返しましょう

- ・意見の対立は、両者のメンバーの力が拮抗しているときに起きます。そのため、結論をつけるのではなく、お互い主張の共通点を返し話を整理します。

不全感を持つメンバーに対するフォローしましょう

- ・極端な感情を吐き出したり、どうしても発言できないメンバー、カンファレンス中に攻撃を受けたメンバーには、カンファレンス後にその想いを聞いてください。

## 6. 終結部

### ●カンファレンス終了時

- ・時間になったらカンファレンスを終了して下さい。カンファレンスの終わりには、セリフがありますので伝えて下さい。

※カンファレンス中に話しあった出来事が、今後のメンバーの関係性に影響しないように、カンファレンス中とカンファレンス後の境界をはっきり示す必要があります

# 1. カンファレンスを始める前に

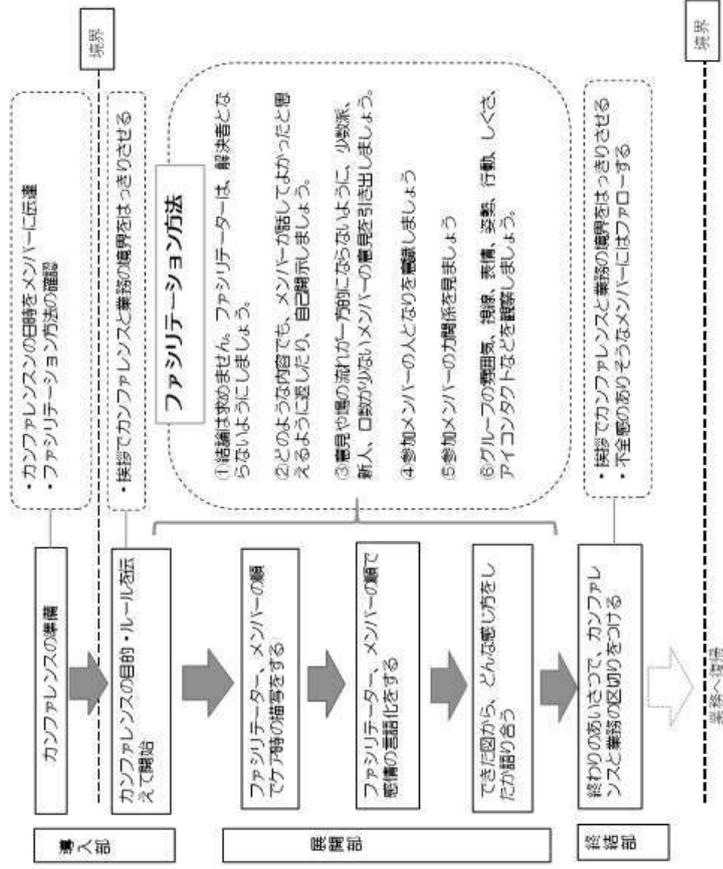
## 【カンファレンスの目的】

• BPD 患者やそれに準ずる操作性が強い患者をケアする中で、チームメンバーの感情を扱うカンファレンスで、各メンバーが感情を自由に語れるようになること。

## 【準備するもの】

- カンファレンス時間（最低 30 分程度）
- ホワイトボードもしくは A3 紙～模造紙+付箋
- メンバー用参考資料（メンバーに配ってください）
- 感情を色分けする場合、5 色程度のペンや付箋

## 【カンファレンスの大まかな流れ】



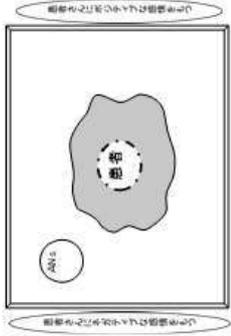
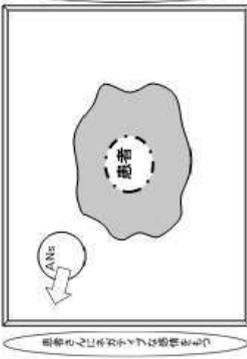
チームメンバーの感情を扱うカンファレンスで  
メンバーの感情表出を促すための  
マッピングシート活用プログラム【第2案】

一境界性パーソナリティ障害（BPD）の問題行動に焦点を当てた場合

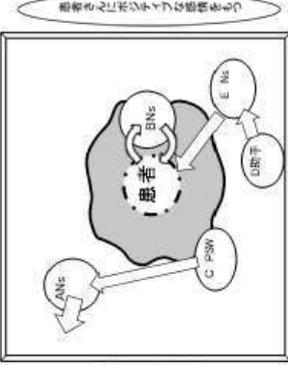
## ファシリテーター・司会者用 カンファレンス手順書

## 2. カンファレンスの手順

ファシリテーターのセリアフ・行うこと	ファシリテーションのポイント
<p>1. 導入前：カンファレンスの目的を伝える（1、2分程度）                      時間になったら始める                      「今からカンファレンスを始めます。                      今日のテーマは患者さんの問題行動の時のメンバーの感情表出や、自由な意見を共有することです。時間は30分間行います。                      ルールは、お互いの感情体験を尊重することです。今日は補助ツールとしてマッピングシートを使います。                      今日は補助ツールとしてマッピングシートを使います。問題解決のためのカンファレンスではないので、自由に発言してください。」</p>	<p>ファシリテーターが、自分のケア顔面の位置を描きます。                      「患者さんにポジティブな感情をもつメンバーは中心より右側に、ネガティブな感情を持つメンバーは左側に自分を書きます。どちらでもないと思っただら真ん中に書きます。                      その顔面の患者とのかわり、患者のそばで関わっていると感じる人は、患者の近くに書いてください。                      患者さんとのかわり、離れて関わっていると感じる人は、患者さんから遠いところに書いてください。                      書き込まれている、書き込まれていないとわかりながらかわっていたら、ちやちやの部分に入れて描いてください。私は…（自分の立ち位置を描く）」</p>
<p>2. 展開部1：メンバーがマッピングシートの描写する（15分～20分程度）                      話し合う問題行動のテーマを決める。                      マッピングシートの構造の説明をする。                      「周りの2重の輪は、治療に関する層の枠組み（限界設定やDf/指示など）を表しています。患者の周りのちやちやの部分は、問題行動などによる影響力を示します。」</p>	<p>対面が難しく意見が分かれる場面が望ましいです。（困っている・暴言・多量発言など）                      ・まだまだお互い距離感面が挙げられた場合、実際に困っているメンバーや、新人の意見を採用するによいです。                      ※ 距離がわらず、感情の表現を思いながら描く患者</p> <p>基本的には構造的なケアは患者に向かう矢印中立は特                      離ける行動は患者から遠ざかる矢印、としています。                      ※ 患者側を向きながら書いてもよいです</p>

<p>ファシリテーターが、自分のケア顔面の位置を描きます。                      「患者さんにポジティブな感情をもつメンバーは中心より右側に、ネガティブな感情を持つメンバーは左側に自分を書きます。どちらでもないと思っただら真ん中に書きます。                      その顔面の患者とのかわり、患者のそばで関わっていると感じる人は、患者の近くに書いてください。                      患者さんとのかわり、離れて関わっていると感じる人は、患者さんから遠いところに書いてください。                      書き込まれている、書き込まれていないとわかりながらかわっていたら、ちやちやの部分に入れて描いてください。私は…（自分の立ち位置を描く）」</p>	<p>ファシリテーターが自分の遠性感情層を構造的に表現すると、あとのメンバーの感情表出がしやすくなります</p> 
<p>ファシリテーターが、自分のかわり方の傾向を矢印で説明します。                      「次に、自分のケアの傾向を自由に矢印で表現してみてください。私は…（自分のかわり方の傾向を矢印で描く）」</p>	 <p>基本的には構造的なケアは患者に向かう矢印中立は特                      離ける行動は患者から遠ざかる矢印、としています。                      ※ 患者側を向きながら書いてもよいです</p>

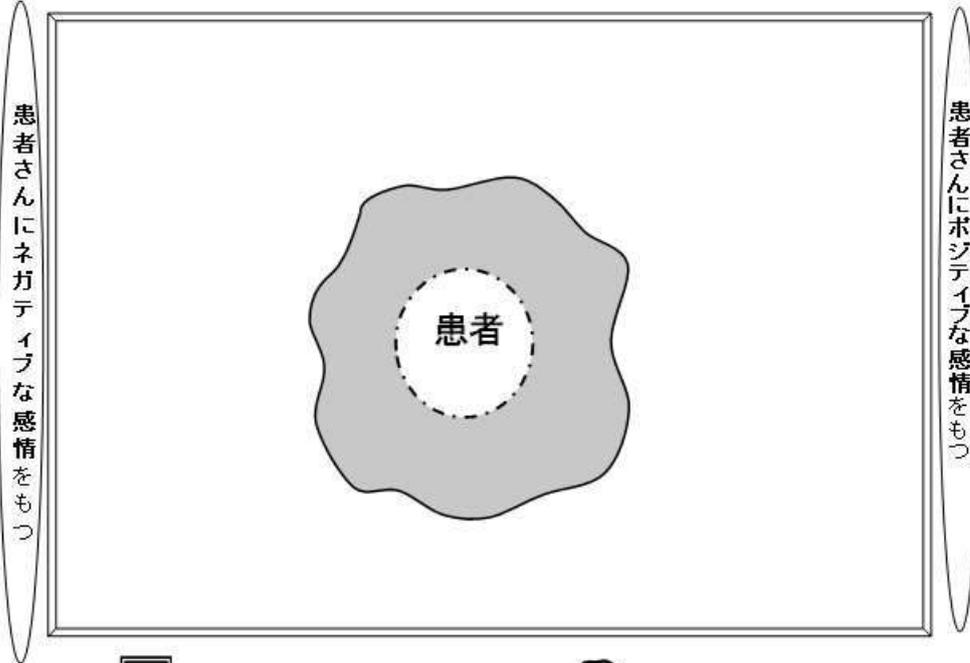
<p>次にメンバーが自分の行動の傾向を矢印で表現します。</p> <p>「次に、〇〇という出来事が起きた時の、患者さんとの心理的な距離と、自分のケアの傾向を自由に矢印で表現してみてください。」</p>	<p>ファシリテーターは、その矢印のかがわり方をしている時の感情を言語化して伝え、記述する。</p> <p>「この時は、私は〇〇のように感じてました。」          (特に遠距離感情を自己開示できる、メンバーの感情表出が促されます)</p>
--	---

<p>・最初に指名するメンバーは、ケアの正解を求めず、遠慮なくかいてくれるメンバーを指名したほうが良いです。</p> <p>・メンバーが矢印の描き方にまよったら、ファシリテーターが隣りの方を聞いて、代わりに描いてください。</p>	
---	---

<p>メンバーに、その時にどのような感情だったのか尋ねて、言語化された内容を記述します。</p> <p>「その時わりの時は、患者や周りに対してどういった感情や意見を持ってましたか？何を語っても大丈夫なカンファレンスなので自由に表現してください。」</p>	<p>3. 展開曲 2: マッピングシートの検討 (5分~10分程度)</p> <p>ファシリテーターは、出来上がった図からどのように感じるが問いかける</p> <p>「この図から、どういった周りに感じましたか (気が付いたことがありますか)。なんでもいので自由に表現してみてください。言いたい人はいますか」など問いかけてください。</p> <p>4. 終結部: カンファレンスの終りを告げる。(1, 2分程度)</p> <p>時間になったら終了する。</p> <p>「それでは時間になりました。何か言い足りない人はいませんか。 (周りを見る)</p> <p>さまままま意見や感情がでましたが、それはカンファレンス内での出来事です。今日ほこれで終わりにしましょう。」</p>
---	---

<p>感情だけ短く言ってください。</p> <p>感情によって色分けしだり表現するとよりわかりやすくなります。</p> <p>下は加が怒り 誰か疑念 案が面倒な気持ち 言が弛れ などを示しています。</p>	
---	---

場面や状況:



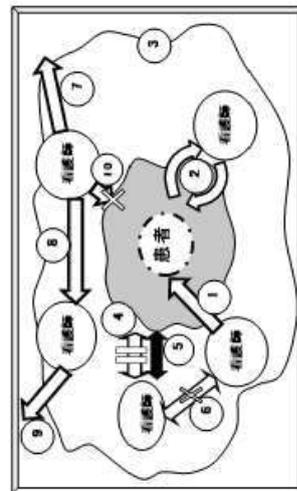
治療構造(医師・医師の指示・社会システム)などを示す

問題行動や操作性による影響力の範囲

参照資料

関係性の図示に迷ったときの参考にしてください

① 患者のもつ健康的な部分に積極的に働きかけているときの矢印。	
② 患者の気持ちを受け止め、可能な限り対応したり、自分の想いを返すときの矢印。	
③ 時間や空間なども不向きとして、安心な対象として存在しようとするとき。	
④ ルールや常識を用い、長話しないことなどによってお互いの距離を安全に保つときの矢印。	
⑤ その患者のためではなく、他患者の影響を考えやすくなるための矢印。	
⑥ その患者のためではなく、メンバーとの関係に範囲が立たないために対処するときの矢印。	
⑦ 患者から物理的に逃げたり、避けるときの矢印。	
⑧ 他メンバーに対応を委ねるとききの矢印。	
⑨ 医師の指示やシステム(精神保健センター)などに頼るとききの矢印。	
⑩ 積極的に不協持薬を投与したり、拒絶的な雰囲気を出したり、口論を荒くするなど、患者をコントロールしようとする矢印	



治療構造を示す 問題行動や操作性による影響力の範囲  
問題行動や操作性に対するケア層面の行動例

チームメンバーの感情を扱うカンファレンスで  
メンバーの感情表出を促すための  
マッピングシート活用プログラム【第2案】

一境界性パーソナリティ障害（BPD）の問題行動に焦  
点を当てた場合—

目次と解説

1. マッピングシート活用のねらい	p.2
2. BPDカンファレンスのプロセスの特徴	p.2
3. カンファレンスの手順	p.3
4. 導入部	p.3
5. 展開部	p.4
6. 終結部	p.5

ファシリテーター・司会者用 説明書

- BPD 患者のケア場面では、患者の操作性や問題行動によって、治療チームの深刻な分裂や現場の混乱に陥ることが解っています。
- 治療チームの分裂（対立・スプリットイング）は、BPD 患者のケアの基本である治療構造を破壊します。
- チームの分裂の解消には、カンファレンスで感情を共有し体験を尊重することが有効だと考えられています。
- しかし、現実的にカンファレンスで正直に感情を話すことは難しい場合もあります。
- そこで感情を視覚化し客観性を持たせることで、メンバーが対等な関係性になって、感情が表出しやすくなるマッピングシートと活用時のファシリテーション方法を作成しました。



### 1. マッピングシート活用のおねらい

このマッピングシート活用のおねらいは、カンファレンスで暗性の患者とケア者の対人状況を明示しながら、メンバーの感情表出をすることです。物事が見える形での話し合いは、関係性が明確になり、対話の活性化、対等な参加、対人への感情的で一方的な語りから話し合う思考につながります。対人状況を眺めながら、安全にお互いの感情を共有し、体験を尊重しあうことでチームの分裂を防止しケア能力を高めると考えられます。

正しいケアの結論を話し合うものではありませんのでご注意ください。

### 2. BPDカンファレンスの陥りやすいプロセスの特徴



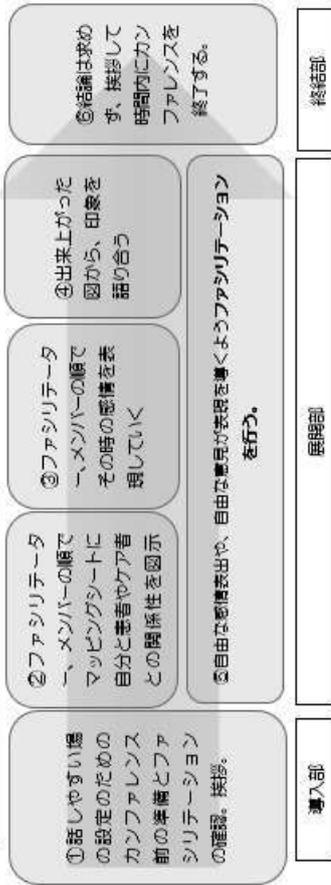
最初は、メンバーが緊張し沈黙が続くことがあります。

そのような状況の中、ファシリテーター自身が暗性感情を自己開示し、メンバーが患者との出来事のような具体的な事実を述べていく過程で、徐々に話が盛り上がり感情の語に移行していきます。

しかし、影響力のあるメンバーによって暗性の雰囲気が方向づけられることがあります。また、高圧的なメンバーの存在や、意見の違いによって、チームが分裂し不全感を醸成したまま終わることがあります。

そこで、次の手順でマッピングシートを活用します。

### 3. カンファレンスの手順



### 4. 導入部

#### ●カンファレンス前の準備をします。

- ・何日の何時から何時までカンファレンスが開催されることを、あらかじめ関係者に伝達してください。できる限り業務を調整してください。

※メンバーが業務などで集中できないと、話し合いが意味なく長引いたり、何の話し合いが解らなくなり不全感につながります。

#### ●ファシリテーター方法を確認します。

- ・結論は求めません。ファシリテーターは解決者にならないよう場にゆだねましょう

※ファシリテーターが意見を述べるとメンバーがその意見に引込まれたり、意見が言いにくくなります。またメンバーが感情を表出することを認めて、言いたいことが吐き出せることを大切にしましょう。

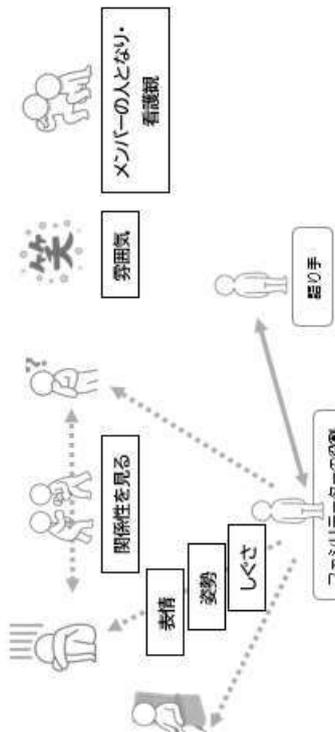
・どのような内容でも、メンバーが話しているんだと思えるように返したり、積極的に自己開示しましょう。

※メンバーが発言してよかったと思えるように肯定しながら聞いてください。他メンバーの前で対応について否定はしないようにしましょう。特に、リーダーが自分の適性感情を自己開示することはメンバーの安心感につながります。

・意見や属の流れが一方的にならないように、少数派、新人、口数が少ないメンバーの意見を引き出しましょう。

※話が盛り上がってくると流れが一方的になりやすく、反対意見が言いにくくなります。そのような状況で、語らないメンバーは新しい意見をくれる可能性があります。

・図のように、参加メンバーの人となり・番読観、各メンバー同士の関係性、グループ全体の雰囲気、語り手以外の表情、姿勢、しぐさ、などを観察してください。



※メンバーの人となりや番読観によって、他メンバーの意見が左右されたり対立しやすくなります。

※各メンバーの関係性によって、メンバーの意見は影響を受けます。

※語り手以外のメンバーの反応しぐさ、表情、アイコンタクトなどを観察して、違う意見や話を振るタイミングを計ってください。例えばおらずにいる人には、「同じような感情ですか」や、無反応な人には「何が違う意見がありますか」などがあります。

## 5. 展開部

### ●カンファレンス開始時に始まりの挨拶をする。

・カンファレンスの開始時はセリフがあります。まず目的と注意事項を伝えてください。

※このカンファレンスは感情を語り合います。そのため、カンファレンス後のメンバーの関係性に影響を及ぼさないよう、カンファレンス内外の境界をはっきりさせるためにセリフを設けています。

※感情の語りは、最初からは難しく具体的に出来事から語りが始まり、雰囲気がほぐれると語りやすくなっていきます。そのため具体性を高めるために図にして表現し、その後感情を語り合う順番にしています。

※具体的な展開については、手順書をご覧ください。

## 6. 終結部

### ●カンファレンス終了時

・時間になったらカンファレンスを終了して下さい。カンファレンスの終わりには、セリフがありますので伝えて下さい。

※カンファレンス中に話しあった出来事が、今後のメンバーの関係性に影響しないように、カンファレンス中とカンファレンス後の境界をはっきり示す必要があります

※あきらかに不全感を感じているメンバーがいたら、カンファレンス後にフォローをしてください。

チームメンバーの感情を扱うカンファレンスで  
メンバーの感情表出を促すための  
マッピングシート活用プログラム【最終案】

一境界性パーソナリティ障害（BPD）の問題行動に焦  
点を当てた場合一

ファシリテーター・司会者用 カンファレンス手順書

1. カンファレンスを始める前に

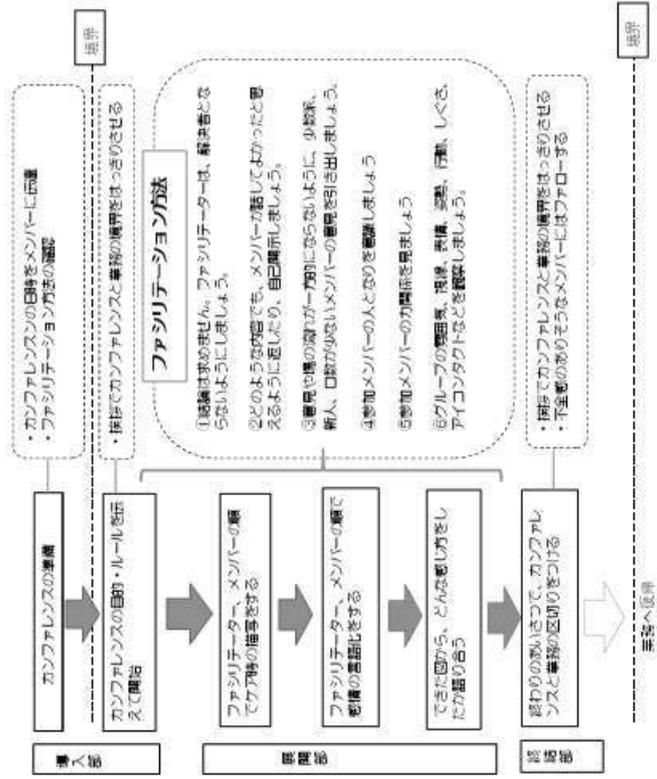
【カンファレンスの目的】

- ・BPD 患者や操作性が強い患者をケアする中で、チームメンバーの感情を扱うカンファレンスで、各メンバーが感情を自由に語り合えるようになること。

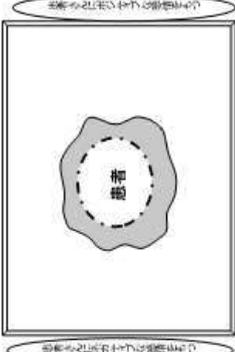
【準備するもの】

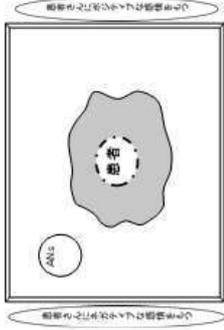
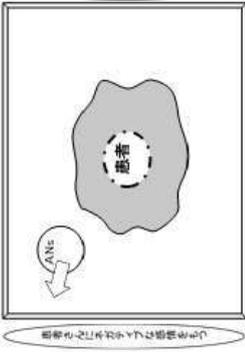
- ・カンファレンス時間（最低 30 分程度）
  - ・ホワイトボードもしくは B2 紙～様紙サイズの紙+付箋
  - ・（感情を白分けする場合、5 色程度のペンや付箋）
- ※ファシリテーションに慣れない場合は、コリーダーをつけましょう。その際は、ファシリテーターは感情を聴いたり場を観察し、コリーダーは板書したりと役割分担します。

【カンファレンスの大まかな流れ】



## 2. カンファレンスの手順

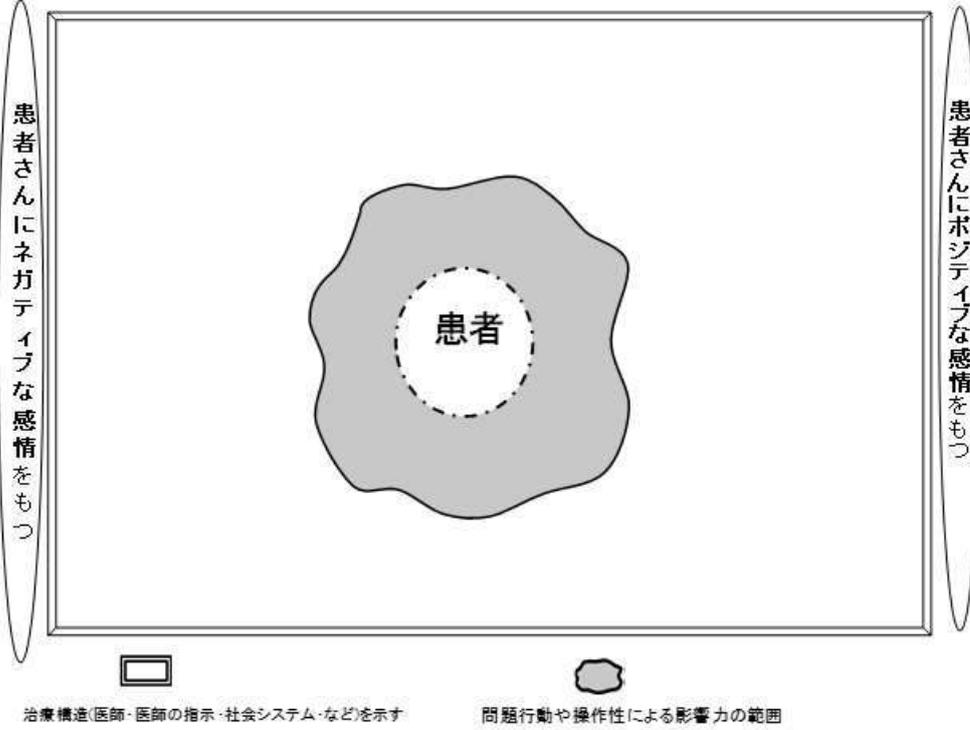
ファシリテーターのセリフ・行うこと	ファシリテーションのポイント
<p>1. 導入部：カンファレンスの目的を伝える（1、2分程度）            時間になったら始める            「今からカンファレンスを始めます。            今日のテーマは患者さんの問題行動の時のメンバーの感情表出や、自由な意見を共有することです。時間は30分間行います。            ルールは、お互いの感情体験を尊重することです。今日は補助ツールとしてマッピングシートを使います。問題解決のためのカンファレンスではないので、自由に発言してください。」</p>	<p>・はじめはグループが緊張しています。できるだけ和やかな雰囲気をおこしてください。            ・カンファレンスが始めたら、カンファレンス全体を觀察してください            ・ファシリテーションになれたら            テーマ・時間・ルール・マッピングシートを使うこと・自由に発言していることを自分の言葉で説明してもよいです。</p>
<p>2. 展開部1：メンバーがマッピングシートの描写する（15分～20分程度）  <b>話し合う問題行動のテーマを決める。</b>  <b>マッピングシートの構造の説明をする。</b>            「周りの2重四角は、治療に関する場の枠組み（限界設定やDf 指針など）を示しています。患者の周りのモヤモヤの部分は、問題行動などによる影響力を示します。」</p>	<p>・対応が難しく意見が分かれる場面が望ましいです。（困っている・発言・多発音など）            ・さまざまな対応態度面が挙げられた場合、実際に困っているメンバーや、新人の意見を採用するとよいです。            ・逆に緊張で全く意見が出ない場合もあります。その時のために、ファシリテーターはテーマを想定しておくことによいです。  <small>※ 目標とせず、感情の表現を助けながら進める</small></p>  <p>・患者の点線は、自然境界の脆弱性を表しています。</p>

<p>ファシリテーターが、自分のケア場面の位置を描きます。            「患者さんにポジティブな感情をもつメンバーは中心より右側に、ネガティブな感情を持つメンバーは左側に自分を書きます。どちらでもないと思ったら真ん中に書きます。            その場面の患者とのかわり、患者のそばで関わっていると感じる人は、患者の近くに書いてください。            患者さんとのかわり、患者から離れて関わっていると感じる人は、患者さんから遠いところに書いてください。            書き込まれている、書き込まれていないとわかりながらかわっていたら、モヤモヤの部分に入れて描いてください。私は…（自分の立ち位置を描く）」</p>	<p>・ファシリテーターが自分の感情表現を積極的に披露すると、他のメンバーの感情表出がしやすくなります</p> 
<p>ファシリテーターが、自分のかわり方の傾向を矢印で表します。            「次に、自分のケアの傾向を自由に矢印で表してみてください。私は…（自分のかわり方の傾向を矢印で描く）」</p>	 <p>・基本的には            構造的なケアは患者に向かう矢印            中立は中            避ける行動は患者から遠ざかる矢印、としています。            ※ファシリテーターは事例をみながら、適宜矢印を助言してください。メンバーが気づいていない矢印があるからといって</p>

<p>次にメンバーが自分の行動の傾向を矢印で表現します。</p> <p>「次に、〇〇という出来事が起きた時の、患者さんとの心理的な距離と、自分のケアの傾向を自由に矢印で表現してみてください。」</p>	<p>ファシリテーターは、その矢印のかわり方をしている時の感情を言語化して伝え、記述する。</p> <p>「この時は、私は〇〇のように感じてました。」          (特に遠性感情を自己開示できると、メンバーの感情表出が促されます)</p>
<p>最初に指名するメンバーは、ケアの正解を求めず、勝手に描かしてくれるメンバーを指名したほうが良いです。</p> <p>・メンバーが矢印の描き方にまよったら、ファシリテーターが隣の方を指して、代わりに描いてください。</p>	<p>・患者と参加メンバーだけの絵など、明らかに距離人物が少ない場合もあります。他スタッフや他職種や家族などケアに関係している人物へはどうか尋ねてみてください。</p>

<p>メンバーに、その時にどのような感情だったのが尋ねて、言語化された内容を記録します。</p> <p>「その開けの時は、患者や周りに対してどういう感情や意見を持ってましたか？何を話しても大丈夫なカンファレンスなので自由に表現してください。」</p>	<p>3. 展開部2：マッピングシートの検討 (5分~10分程度)</p> <p>ファシリテーターは、出来上がった図からどのように感じるか問いかける</p> <p>「この図から、どういう風にも感じますが、(気が付いたことがありますか)。なんでもいので自由に表現してみてください。言いたい人はいいですか」など問いかけてください。</p>
<p>メンバーに、その時にどのような感情だったのが尋ねて、言語化された内容を記録します。</p> <p>「その開けの時は、患者や周りに対してどういう感情や意見を持ってましたか？何を話しても大丈夫なカンファレンスなので自由に表現してください。」</p>	<p>感情だけ短く言ってください。</p> <p>感情によって色分けしたり表現するとよりわかりやすくなります。</p> <p>下は赤が怒り 黄が疑問 紫が面白い気持ち 青が恐れ、などを示しています。</p> <p>4. 終結部：カンファレンスの終わりを告げる (1、2分程度)</p> <p>時間になったら終了する。</p> <p>「それでは時間になりました。何か言い足りなかった人はいせんでしょうか。(周りをみる) ささまざまな意見や感情がでましたが、それはカンファレンス内での出来事です、今日はこれで終わりにしましょう。」</p>

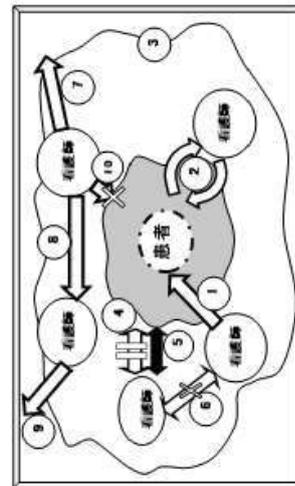
場面や状況:



参考資料

関係性の図示に迷ったときの参考にしてください

機連的ケアを行うパターン	<ol style="list-style-type: none"> <li>患者のもつ機連的な部分に機連的に働きかけているときの矢印。</li> <li>患者の気持ちを察し止め、可能な限り対応したり、自分の思いを返してときの矢印。</li> <li>時間や空間をもとにすぎず、安心な対象として存在しようとするとき。</li> <li>ルールや常識を用い、長話しないことによりお互いの距離を安全に保つときの矢印。</li> <li>その患者のためではなく、他患者の影響を考えるとときの矢印。</li> <li>その患者のためではなく、メンバーとの関係に範囲が立たないために対応するときの矢印。</li> <li>患者から物理的に逃げたり、避けるときの矢印。</li> <li>他メンバーに対応をまかせるとききの矢印。</li> <li>医師の指示やシステム(精神保健センター)などに頼るとききの矢印。</li> <li>機連的に不協持業を投与したり、拒絶的な雰囲気をもし出したり、口調を荒くするなど、患者をコントロールしようとする矢印</li> </ol>	
中立なパターン		
互いを避けるようなパターン		



治療機連を示す 問題行動や操作性による影響力の範囲  
機連的ケアを行う

チームメンバーの感情を扱うカンファレンスで  
メンバーの感情表出を促すための  
マッピングシート活用プログラム【最終案】

一境界性パーソナリティ障害（BPD）の問題行動に焦  
点を当てた場合一

目次と解説

1. マッピングシート活用のねらい	p.2
2. BPDカンファレンスのプロセスの特徴	p.2
3. カンファレンスの手順	p.3
4. 導入部	p.3
5. 展開部	p.4
6. 終結部	p.5

ファシリテーター・司会者用 説明書

- BPD 患者のケア場面では、患者の操作性や問題行動によって、治療チームの深刻な分裂や現場の混乱に陥ることが解っています。
- 治療チームの分裂（対立・スプリットिंग）は、BPD 患者のケアの基本である治療構造を破壊します。
- チームの分裂の解消には、カンファレンスで感情を共有し体験を尊重することが有効だと考えられています。
- しかし、現実的にカンファレンスで正直に感情を話すことは難しい場合もあります。
- そこで感情を視覚化し客観性を持たせることで、メンバーが対等な関係性になって、感情が表出しやすくなるマッピングシートと活用時のファシリテーション方法を作成しました。

### 1. マッピングシート活用のねらい

このマッピングシート活用のねらいは、カンファレンスで現在の患者とケア者の対人状況を図示しながら、メンバーの感情表出することです。物事が見える形で話し合えば、関係性が明確になり、対話の活性化、対等な参加、対個人への感情的で一方的な話から話し合う思考につながります。対人状況を眺めながら、安全にお互いの感情を共有し、体験を尊重しあうことでチームの分裂を防止しケア能力を高めると考えられます。

正しいケアの結論を話し合うものではありませんのでご注意ください。

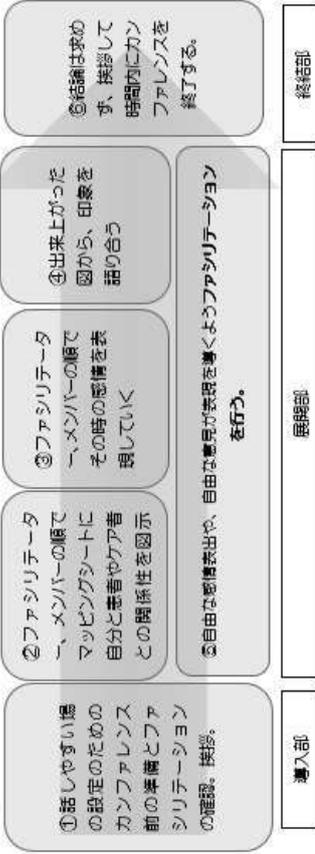
### 2. BPDカンファレンスの陥りやすいプロセスの特徴



最初は、メンバーが緊張し沈黙が続くことがあります。そのような状況の中、ファシリテーター自身が信任感情を自己開示した上、メンバーが患者との出来事のような具体的な事実を述べていく過程で、徐々に信頼が盛り上がり感情の話に移行していきます。しかし、影響力のあるメンバーによって場の雰囲気が方向づけられることがあります。また、高圧的なメンバーの存在や、意見の違いによって、チームが分裂し不安感を残したまま終わることがあります。

そこで、次ページの順番でマッピングシートを活用します。

### 3. カンファレンスの手順



### 4. 導入部

#### ●カンファレンス前の準備をします。

●何日の何時から何時までカンファレンスが開催されることを、あらかじめ関係者に伝達してください。できる限り業務を調整してください。

※メンバーが業務などで集中できないと、話し合いが意味なく長引いたり、何の話し合いが解らなくなり不安感につながります。

#### ●ファシリテーター方法を確認します。

●結論は求めません。ファシリテーターは解決者にならないよう場にゆだねましょう

※ファシリテーターが意見を述べるとメンバーがその意見に引っ張られたり、意見が言いにくくなります。またメンバーが感情を表出することを認めて、言いたいことが吐き出せることを大切にしましょう。



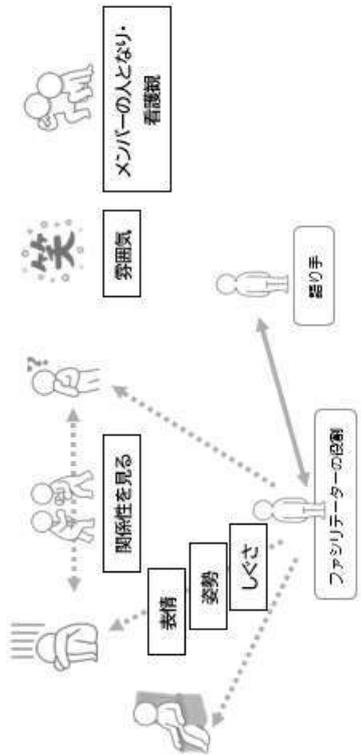
・どのような内容でも、メンバーが話しているんだと認めるように返したり、積極的に自己開示しましょう。

※メンバーが発言してよかったと思えるように肯定しながら聞いてください。他メンバーの前で対面について否定はしないようにしましょう。特に、リーダーが自分の信任感情を自己開示することはメンバーの安心感につながります。

・意見や態度の流れが一方的にならないように、少数派、新人、口数が少ないメンバーの意見を引き出しましょう。

※語が盛り上がってくると流れが一方的になりやすく、反対意見が言いにくくなります。そのような状況で、語らないメンバーは新しい意見をくれる可能性があります。

・図のように、参加メンバーの人となり・音読観、各メンバー同士の関係性、グループ全体の雰囲気、語り手以外の表情、姿勢、しぐさ、などを観察してください。



※メンバーの人となりや音読観によって、他メンバーの意見が左右されたり対立しやすくなります。

※各メンバーの関係性によって、メンバーの意見は影響を受けます。

※語り手以外のメンバーの反応(しぐさ、表情、アイコンタクトなど)を観察して、違う意見や話を振るタイミングを計ってください。例えばうなずいている人には、「同じような感情ですか」や、無反応な人には「何か違う意見がありますか」などがあります。

## 5. 展開部

### ●カンファレンス開始時に始まりの挨拶をする。

・カンファレンスの開始時はセリフがあります。まず目的と注意事項を伝えてください。

※このカンファレンスは感情を語り合います。そのため、カンファレンス後のメンバーの関係性に影響を及ぼさないよう、カンファレンス内外の境界をはっきりさせるためにセリフを設けています。

※感情の語りは、最初からは難しく具体的に出来事から語りが始まり、雰囲気がほぐれると語りやすくなっていきます。そのため具体性を高めるために図にして表現し、その後感情を語り合う順番にしています。

※具体的な感情については、手順書をご覧ください。

## 6. 終結部

### ●カンファレンス終了時

・時間になったらカンファレンスを終了して下さい。カンファレンスの終わりには、セリフがありますので伝えて下さい。

※カンファレンス中に話しあった出来事が、今後のメンバーの関係性に影響しないように、カンファレンス中とカンファレンス後の境界をはっきり示す必要があります。

※あきらかに不全感を感じているメンバーがいたら、カンファレンス後にフォローをしてください。



**問1 マッピングシートを用いたカンファレンスについてお尋ねします。**  
**最もあてはまるものに○を付けてください。**

そう 思う	た だ さ う か ら い な い	さ ら な ら ず い え な い	さ ら な ら ず い え な い	さ ら な ら ず い え な い
6	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

マッピングシートを用いたカンファレンスは、  
 自分の意見を述べるのに役に立った。  
 自分の感情を表出するのに役に立った。  
 チームの状況を確認するのに役に立った。  
 チームで抱える問題点を話しやすくなった。  
 メンバー間の感情の違いを尊重するのに役に  
 立った。  
 各メンバーの役割を確認するのに役に立った。  
 メンバーの関係性に影響されずに意見や感情を  
 話すのに役に立った。  
 今後もカンファレンスで活用したいと思った。

**メンバーの方は、問12-1におすすみください。**  
**司会者、ファシリテーターの方は問12-2におすすみください。**

**問2-1 マッピングシートを用いたカンファレンスについて  
 メンバーの方にお伺いします。**

マッピングシートを用いたカンファレンスをしてみて感情やチーム状況を視覚化すること  
 への感想や、良かったこと困ったこと、さらなる改善点などがあれば自由にお書きください。  
**(自由記述)**


マッピングシートを用いたカンファレンスをうけて感情表出に役立たなかった場合、理由とカンファレンスの改善点があれば教えてください。

(自由記述)


チーム状況や、チームの抱える問題、メンバー間の感情の違いの尊重などに役立たなかった場合、理由とカンファレンスの改善点があれば教えてください

(自由記述)


メンバーの関与に影響せずに話すことに役立たなかった。今後使用したいと思わなかった場合、理由と改善点があればお教えください

(自由記述)


**問2-2 マッピングシートを用いたカンファレンスについて回会者・ファシリテーターの方にお伺いします。**

プログラムの事前準備から導入部(始まりのあいさつ)までで、改善点があれば理由を含めて教えてください

(自由記述)


プログラムの展開部(マッピングシートへの記入～印象の問いかけ)で、改善点があれば理由を含めて教えてください

(自由記述)


プログラムの終結部(終わりのあいさつ)で、改善点があれば理由を含めて教えてください

(自由記述)


ご協力ありがとうございました。

マッピングシートを用いたプログラムに関して感懐やチーム状況を顕微化することへの感想や良かったこと困ったこと、さらなる手順書や説明書の改善点など自由にお書きください。  
**(自由記述)**


ご協力ありがとうございました。

〇〇病院 平成 年 月 日

看護部長 〇〇 様

「境界性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的なファシリテーション方法」へのご協力をお願いします

聖隷クリストファー大学大学院  
看護学研究科博士後期課程精神看護学領域 清水隆裕

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます

私は聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科博士後期課程に所属しております。この度、「境界性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的なファシリテーション方法」についての研究を進めたいと考えました。

本研究の目的は、精神科病棟内の看護師を対象に、境界性パーソナリティ障害(以下 BPD)患者のケアに対するチームカンファレンスでおきやすいチーム間の対立や、チームの不全感を緩和するのに効果的であったファシリテーション方法をインタビューから質的記述的に分析し抽出することです。

BPD 患者をケアする場においては、患者の対人操作のために、チームが対立状態となることがあります。そのような状況の中で、チームカンファレンス場面で、自分の感情を言語化し共有したり、対人操作を客観的にアセスメントすることが重要であることは、各事例研究や教科書においても繰り返し述べられてきました。しかし感情を言語化できるような場場の設定は難しく、不安全感に陥るカンファレンスになることも指摘されています。そのため今回、チームカンファレンス場面において、ファシリテーターに長けた看護師が、具体的にどのようなチームに働きかけているのが望ましいかと考えました。

研究方法としては、チームカンファレンスをファシリテーターする立場の看護師に対して、15 名程度インタビューを行い、分析し考察していきたいと思っております。つきましては次のことについてお願いいたします。

なおこの研究は聖隷クリストファー大学の倫理委員会承認を待っております。

1. 研究協力者の募集

BPD 患者のケアに対する、チームカンファレンスをファシリテーションした経験がある看護師。かつ精神科看護歴 5 年以上で、リーダー業務を行う看護師。を募集するためのチラシ(資料 2)の配布、チラシの配布に関しましては、対象となる看護師に配布していただき、研究対象者の自由意志を守するため、チラシに対する回答があったこと、インタビューの場所、およびインタビュー内容は、厳格に看護期にはご報告いたしませんので、あらかじめご了承ください。

なおお申し込みには、謝礼として 2000 円分の図書カードを差し上げることとなっております。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、別紙の研究計画書を一読の上、趣旨にご賛同いただけます場合は、下記の研究者に電話、E-Mail または回封のほかにまでご連絡ください。後日、研究説明に向かわせていただきます。

敬具

連絡先

〒438-8558 静岡県浜松市北区三方原町 8453  
研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
博士後期課程精神看護学領域 清水隆裕  
E-Mail:  
指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
式守晴子 E-Mail:

**研究協力説明書**

「境界性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的かつアシリテーション方法」の説明

本研究は以下の目的で行うものです。研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。  
ご協力いただいた場合、口頭で研究説明に伺わせていただきます。その後、考慮期間を1週間程度設けます。研究協力の意思が変更ありませんでしたら、同封した同意書と一緒にサインをご記入し、下記連絡先までご連絡ください。インタビュー日時と場所をご相談して決めます。インタビュー一日にもう一度、研究者から研究協力の意向について確認いたします。

**1. 研究の目的・意義**

研究の目的は、精神科病棟内の看護師を対象に、境界性パーソナリティ障害(以下 BPD)患者のケアに於けるチームカンファレンスで効果的だったアシリテーション方法をインタビューから質的記述的に分析し明らかにすることです。  
意義として、本研究でチームカンファレンス場において、効果的だったアシリテーション方法を明らかにすることは、自分の感情を言語化し共有したり、対人操作を習得的にアセスメントすることと促進させる方法の確立となります。またチームが安定化することで、患者にとっても人的な治療環境の提供につながると考えています。

**2. 研究方法・手順**

この研究の目的は、BPD 患者のケアに対するチームカンファレンスで、効果的だったアシリテーション方法をインタビューから質的記述的に分析し明らかにすることです。そのため BPD 患者のケアに於けるチームカンファレンスをアシリテーションする立場になったことがある看護師を対象とします。  
インタビューでは研究者と研究協力者の1対1の面接(半構造化面接)を行い、以下の内容について質問しながら進めていきます

- ① BPD 患者のケアに対するチームカンファレンスのことについてお尋ねします。
- ② BPD 患者はどのような問題行動や対人操作をおこなっていましたか。
- ③ それに対しケア者はどのような感情を持っていましたか。
- ④ BPD 患者のチームカンファレンスは、通常のカンファレンスとは違いませんか、またいつ、誰が参加し、どのようなことなわれていましたか。
- ⑤ カンファレンスでチームメンバーが感情や意見を出しやすい状況であるか否かは、どのような点とどこから気づきますか。
- ⑥ どのような理由からそのような状況になっていると考えましたか
- ⑦ カンファレンスでチームメンバーが感情や意見を出しやすくなるためにどのような工夫をしましたか、働きかけはありますか。
- ⑧ そのカンファレンスは、最終的にどのようなようになりましたか。
- ⑨ チームの感情や意見が正面に表出されたことは、どのようなところから評価していますか。

インタビューは一回30分～1時間程度行います。勤務時間内には行いません。  
インタビューは、研究協力者のお話を正確に理解するために、研究協力者の了解を得たうえで内容を10レコーダーに録音します。了解が得られない場合は書き取りを行います。  
インタビューを行う場所は研究協力者と相談したうえで、プライバシーが保護される場か否か環境で行えるように配慮し、ご本人が研究者と直接やり取りすることによってインタビュー場から分らないようにいたします。

**調査期間**

2019年3月から2019年8月までを予定しております。詳細につきましては、研究協力者のご希望の日時・場所にて実施したいと思います。

**3. 対象者への予測される利益・不利益**

**利益**

- ① 自らのアシリテーションの方法を振り返り返るきっかけになる可能性がある。
- ② 自らの体験を語ることにより、チームを築くことに関連した葛藤が解消され、気分が楽になる可能性がある。

**不利益**

- ① インタビュー内容に、話したくない内容が含まれる可能性があります。
- ② インタビュー時、インタビューに不快を感じる可能性があります。
- ③ 自分の看護師としての実質を評価されているように感じる可能性があります。
- ④ 時間的に拘束されます。
- ⑤ 予測される不利益に対する安全対策
- ⑥ 話したくない内容については、無理に話す必要がないことを保証します。
- ⑦ 害のことを思い出し不快を感じた場合、途中で辞退できることを保証します。
- ⑧ インタビューでの話は、その内容について解釈するものであり、看護師の評価を下さるものではないことを保証します。
- ⑨ 時間的拘束に対して不都合が生じた場合、途中で辞退できることを保証します。

**5. 研究への参加・協力の自由意志**

この研究への参加・協力は全くの自由意志であります。協力の拒否をすることも、途中で辞退することもできます。それによって一切の不利益をこうむることはありません。

**6. 研究への参加・協力に同意した後の権利**

研究への参加・協力に同意した後も、いつでも同意の撤回は可能です。同意撤回する場合は、同意撤回サインをいただき、郵送にて送付してください。同意撤回書を受理し、すみやかに研究対象者に同意撤回の連絡をし、研究対象者から外します。インタビュー後の場合、すみやかに音声データを消去、紙媒体データを焼却します。

**7. プライバシーの保護**

この研究への参加、ご協力をお借りする場合、プライバシーは堅く守ります。研究の情報は、研究の目的以外に用いることはありません。  
面接でお話いただいた内容が、職場の上司や他のスタッフに漏洩することはありません。  
また、個人情報保護法に關して以下の内容を遵守します。

- ① お話しいたいた内容を逐語録に作成する際には、個人を特定できるような事項は匿名で記載します。また、研究結果の公表にあっても、個人名や医療機関名が特定できないように処理を行います。
- ② ICレコーダーに録音した音声データと逐語録は施設可能な部屋に保管し、研究終了後には音声データおよび逐語録として書き起こした内容は研究者の責任において、消去、焼却、破棄することを約束します。
- ③ データの処理は、ネットに接続されていないパソコンを使用して処理をし、USBメモリは使用しません。
- ④ 研究情報は、研究の目的以外に用いることはありません。
- ⑤ 研究結果の公表方法  
研究結果は、データを匿名化し精神保健看護系の学術学会にて発表する予定です。その後精神保健看護学雑誌に掲載する予定です。

**9. 研究中・終了後の対応**

研究中・研究終了後でも、研究に関するご質問がございましたら、いつでも、下記の連絡先にお問い合わせください。

連絡先  
〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453  
研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
博士後期課程精神看護学領域 清水隆裕  
電話： E-Mail:  
指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
式守晴子 E-Mail:



(施設用)

承諾書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的なファシリテーション方法

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得し承知しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_  
 代諾者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 博士後期課程精神看護学領域 清水隆裕  
 電話： \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 式守晴子 E-Mail: \_\_\_\_\_

(研究者用)

承諾書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的なファシリテーション方法

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得し承知しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_  
 代諾者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 博士後期課程精神看護学領域 清水隆裕  
 電話： \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 式守晴子 E-Mail: \_\_\_\_\_

研究ご協力をお願いします

私は、聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所 博士後期課程 精神看護学領域の清水隆裕と申します。

私は現在「境界性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的なファシリテーション方法」というテーマで研究を行っています。この研究の目的は、精神科病棟内の看護師を対象に、境界性パーソナリティ障害(以下BPD)患者のケアに対するチームカンファレンスで効果的だったファシリテーション方法をインタビュアーから質的記述的に分析し明らかにすることです。

そこで、以下のような研究対象者を募集します。

1. 研究対象者  
BPD患者のケアに対する、チームカンファレンスをファシリテーションした経験がある看護師、かつ精神科看護歴5年以上で、リーダー業務を行う看護師。
2. 調査期間  
平成31年3月から平成31年8月まで、インタビュアー日は研究対象者のご都合に合わせて。
3. 協力内容  
BPD患者をケアに対するチームカンファレンスにおいては、患者の対人操作のために、チームが対立状態となったり、不全感を覚えることがあります。チームカンファレンス場面で、自分の感情を言語化し共有し、対人操作を客観的にアセスメントすることが重要であることは、各専門研究や教科書においても繰り返し述べられてきましたが、その具体的なファシリテーション方法は述べられていませんでした。  
そこで、BPD患者のケアに対するチームカンファレンスで効果的であると経験したファシリテーション方法をお尋ねしたいと考えております。  
例として、「カンファレンスでチームメンバーが感情や意見を出しやすくするためにどのように工夫したり、働きかけていますか?」などをお尋ねします。
4. 所要時間  
インタビュアーは1人ずつ行い、30分~1時間程度を予定しています。なお、勤務時間内にインタビュアーを行うことはありません。
5. 謝礼  
2000円分の図書カード。

研究協力は自由意志であり、途中辞退も可能です。インタビュアーを行うことを看護師や職場長に報告する必要はありません。インタビュアーで得られた情報は研究以外の目的で使用することはありません。

上記についてご理解いただき研究にご協力いただける場合、またはご質問、お問い合わせなどがございましたら、ご本人が下記の研究者に電話、E-Mailまたは同封のはがきにてご連絡ください。インタビュアーまでの流れをご説明させていただきます。よろしくお願いたします。

連絡先

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3-453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 博士後期課程精神看護学領域 清水隆裕  
 電話：  
 E-Mail：  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 式守晴子 E-Mail：

予備研究 1 研究同意書(対象者・研究者用)

資料 5-5

(研究対象者用)

同意書

研究テーマ：機異性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的なファシリテーション方法

- 研究の目的・意義
1. 研究の目的・意義
  2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
  3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
  4. 予測される不利益に対する安全対策
  5. 参加は本人の自由意志であること
  6. 同意した後でも、同意を撤回できること
  7. 個人情報・プライバシーが守られること
  8. 研究結果の公表について
  9. 研究について自由に質問できること

・会話の録音 同意します 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得し承諾しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_  
 代読者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 博士後期課程精神看護学領域 清水俊裕  
 電話： \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 式守晴子 E-Mail: \_\_\_\_\_

(研究者用)

同意書

研究テーマ：機異性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的なファシリテーション方法

- 研究の目的・意義
1. 研究の目的・意義
  2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
  3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
  4. 予測される不利益に対する安全対策
  5. 参加は本人の自由意志であること
  6. 同意した後でも、同意を撤回できること
  7. 個人情報・プライバシーが守られること
  8. 研究結果の公表について
  9. 研究について自由に質問できること

・会話の録音 同意します 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得し承諾しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_  
 代読者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 博士後期課程精神看護学領域 清水俊裕  
 電話： \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 式守晴子 E-Mail: \_\_\_\_\_

予備研究 1 同意撤回書(対象者・研究者用)

(研究者用)

同意撤回書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的なファシリテーション方法

私は上記内容について、研究に参加することに同意しておりましたが、自らの意思により、前回の同意を撤回します。

対象者 (署名) \_\_\_\_\_  
 代諾者 (署名) \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

上記研究対象者が、研究の参加を撤回したことを確認いたしました。

説明者 (署名) \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者 (署名) \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 博士後期課程精神看護学領域 清水優裕  
 電話： E-Mail:  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 式守晴子 E-Mail:

(研究対象者用)

同意撤回書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者へのケアに対するチームカンファレンスの効果的なファシリテーション方法

私は上記内容について、研究に参加することに同意しておりましたが、自らの意思により、前回の同意を撤回します。

対象者 (署名) \_\_\_\_\_  
 代諾者 (署名) \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

上記研究対象者が、研究の参加を撤回したことを確認いたしました。

説明者 (署名) \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者 (署名) \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 博士後期課程精神看護学領域 清水優裕  
 電話： E-Mail:  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 式守晴子 E-Mail:

インタビューガイド

質問項目

1.
  - 1) 看護歴/経験年数
  - 2) 精神科経験年数
  - 3) 性別
  - 4) 職位
2. BPD 患者のケアに対するチームカンファレンスのことについてお尋ねします。
  - 1) BPD 患者はどのような問題行動や対人操作をおこなっていましたか。
  - 2) それに対しケア者はどのような感情を持っていましたか。
  - 3) BPD 患者のチームカンファレンスは、通常のカンファレンスとは異なりますか、またいつ、誰が参加し、どのようにおこなわれていますか。
  - 4) カンファレンスでチームメンバーが感情や意見を出しやすい状況であるか否かは、どのようなところから気づきますか。
  - 5) どのような理由からそのような状況になっていると考えましたか
  - 6) カンファレンスでチームメンバーが感情や意見を出しやすくなるためのどのように工夫したり、働きかけていますか。
  - 7) そのカンファレンスは、最終的にどのようなになりましたか。
  - 8) チームの感情や意見が正面に表出されたことは、どのようなところから評価していますか。

〇〇病院 年 月 日  
 院長〇〇様 もしくは、看護部長 〇〇様  
 「精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマップピングシート活用プログラム(第2案)作成」への  
 ご協力をお願い。

聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 博士(後期課程)精神看護学領域 清水俊裕

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます

私は聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所博士(後期課程)に所属しております。

この度、「精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマップピングシート活用プログラム(第2案)作成」についての研究を進めたいと考えております。

本研究の目的は、精神科従事者を対象に、視覚性バーチャリティ障害(以下 BPD)患者のケアに対するチームカンファレンスで用いるマップピングシート活用プログラム(以下プログラム)(第2案)を作成することです。BPD 患者をケアする場においては、患者の問題行動や対人操作のために、チームメンバーが対立状態となり治療経過が阻害することがあります。そのような状況の中、カンファレンス場面で、自分の感情を言語化し共有することで、治療経過の再構築を目指すことは、各専門研究や教科書においても繰り返し述べられてきました。しかし、実際にカンファレンス場面で感情を正道に語ることは、現実的には難しいという指摘もあります。そこで我々は、対人状況を相対化する中で感情に蓋然性を持たせ、語りやすくなるように「感情表出を促すためのプログラム(第1案)」を作成しました。しかし、プログラムの構造・手順・表現など、実際の臨床でプログラムに改善するため本研究を行う必要があると考えました。

研究方法としては、プログラム(第1案)を精査するために、改善点をインタビューし、プログラム(第2案)を作成したいと考えています。つきましては次のことについてお願いいたします。  
 なおこの研究は聖隷クリトファー大学の倫理委員会の承認を得ております。

1. 研究協力者の募集の依頼

①から④のいずれかのスタッフを募集します。

①BPD 患者のチームカンファレンスをファシリテートした経験がある、精神科看護歴5年以上で、リーダー業務を行う看護師 ②精神科看護の卓越した専門家 ③集団精神療法に精通した医師 ④精神科の経験はないが、看護管理者として問題患者への対応によるスタッフ間の感情的問題を扱うスタッフカンファレンスを体験した看護師 を募集するためのチラシ(資料4)の配布。

チラシの配布に関しては、対象となる方に配布していただき、研究対象者の自由意志を尊重するため、チラシの入った封筒を配布するのみにしていただきたく存じます。

なおチラシに対する回答があったこと、インタビューの場所、およびインタビュー内容は、看護部にはご報告いたしませんので、あらかじめご了承ください。

研究対象者には、謝礼として2000円分の図書カードを差し上げます。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、別紙の研究計画書をこの一紙の上、趣旨にご賛同いただけます場合は、下記の研究者に電話、E-Mail または同封のはがきにてご連絡ください。後日、研究説明に伺わせていただきます。

よろしくお願いたします。

敬具

〒433-8658 静岡県浜松市北区三方町 3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 博士(後期課程)精神看護学領域 清水俊裕  
 電話：〇〇〇 E-Mail：△△△  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 式守優子 E-Mail：□□□

**研究協力説明書**  
「精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラム（第2案）作成」の  
説明

本研究は以下の目的で行うものです。研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合、口頭で研究説明に伺わせていただきます。その後、考慮期間を1週間程度設けます。研究協力の意思が変わりませんでしたら、同封した同意書2通にサインを記入し、下記連絡先までご連絡ください。インタビュー日時と場所をご相談して決めたいと思います。インタビュー日にもう一度、研究者から研究協力の意思についてご確認いたします。

**1. 研究の目的・意義**  
研究の目的は、我々が作成した、「境界性パーソナリティ障害(BPD)患者のケアカンファレンスでメンバーの感情表出や自由な意見を促すためのマッピングシート活用プログラム(以下プログラム)（第1案）」を精選し、より活用性の高い（第2案）を作成することです。  
プログラム(第1案)は、ファシリテーターにカンファレンスでメンバーの感情表出を促す方法をインタビューによって抽出した結果をもとに作成しました。しかし、プログラムの構造・手順・表現など、実際の臨床でカンファレンスでの使いやすさに関しては不明確な点があります。そのため、より臨床で活用性の高いプログラムに改善するための本研究を行う必要があると考えました。  
意義として、本研究で活用性の高いプログラムが作成された場合、チームカンファレンス場面において自分の感情を言語化することが可能になります。感情の言語化による共有化による共有化による不安定化すること、治療構造の再構築につながり、患者にとって人的な治療環境の提供になると考えています。

**2. 研究方法・手順**  
知患者にはプログラム(第1案)を通知していただき、どうすればより活用性の高いプログラムになるのか、研究者と研究協力の1対1もしくはグループでのインタビュー調査を行います。  
**なおプログラム(第1案)の通知には1時間~2時間必要です。**  
インタビューでは、以下の内容について質問しながら進めていきます

- ・プログラムの項目に沿って、プログラム構造が適切かをまずお伺いしていきます。
- ・プログラムの変更は適切ですか。
- ・文字の大きさは適切ですか。
- ・その後プログラムの項目に沿って改善点をお尋ねしていきます。
- ・マッピングシートを活用する目的の説明は適切ですか。改善点はありますか。
- ・カンファレンスを通じて共通する様組みの説明は適切ですが、改善点はありますか。

など質問にお尋ねします。

インタビューは1回1時間程度行います。動機時間内には行いません。インタビュー内容は、ICレコーダーに録音した後、逐語録に起こしデータとします。データをコード化し内容分析を行います。その結果をもとにプログラム修正を行います。

**調査期間**  
2020年3月から2021年3月までを予定しております。詳細につきましては、研究協力者のご希望の日時・場所にて実施したいと思っております。

**3. 対象者への予測される利益・不利益**

**利益**

- 1) 自らのファシリテーションの方法を振り返るきっかけになる可能性がある。
- 2) チームをファシリテーションする際の弊ひが得られる

**不利益**

- 1) インタビュー内容に、話したくない内容が含まれる可能性があります。
- 2) インタビュー時、不快を感じる可能性があります

- 3) 自らのファシリテーターとしての運営を評価されているように感じる可能性があります。
- 4) 資料の通読とインタビューにより時間的に拘束されます。

**4. 予測される不利益に対する安全対策**

- 1) 話したくない内容については、無理に話す必要がないことを保証します。
- 2) 昔のことを思い出して不快を感じた場合や体調不良になった場合は、途中辞退がいつでもできることを保証します。
- 3) インタビューは、ファシリテーターの評価をするものではないことを保証します。
- 4) 資料の通読とインタビューによる時間的拘束に対して不都合が生じた場合、途中辞退できることを保証します。

**5. 研究への参加・協力の自由意志**  
この研究への参加・協力は全くの自由意志であります。協力の拒否をすることも、途中で辞退することもできます。それによって一切の不利益をこうむることはありません。

**6. 研究への参加・協力の撤回**  
研究への参加・協力が同意的に終了した後であっても、いつでも同意の撤回は可能です。同意撤回する場合は、同意撤回書にサインをいただき、郵送にて送付してください。同意撤回書を送り、すみやかに研究対象者へ同意撤回処理の連絡をし、研究対象者から外します。インタビュー後の場合、すみやかにPCデータを消去します。

**7. プライバシーの保護**  
この研究への参加、ご協力に関しましては、プライバシーは堅く守ります。研究の情報は、研究の目的以外に用いることはありません。インタビューで話した内容が、職場の上司や他のスタッフに漏洩することはありません。また、個人情報保護法に準じて以下の内容を遵守します。

- 1) インタビューでお話いただいた内容は、プログラムの改善点ですので個人が特定できる内容を含みません。また、研究結果の公表にあたっては、研究協力者の個人名や匿名化された個人名を特定できないように処理を行います。
- 2) データは所属可能な部屋に保管し、研究終了後5年間研究者の責任において管理した後に、消去、裁断、破壊することを約束します。
- 3) データの処理は、ネットに接続されていないパソコンを使用し、USBメモリは使用しません。
- 4) 研究情報は、研究の目的以外に用いることはありません。
8. 研究結果の公表方法  
研究結果は、データを匿名化し精神保健福祉系の学術集会以て発表する予定です。その後精神保健福祉雑誌に掲載する予定です。この研究は博士論文の一部として発表します。

**9. 研究中・終了後の対応**  
研究中・研究終了後でも、研究に関するご質問がございましたら、いつでも、下記の連絡先にお問い合わせください。

連絡先 〒438-8558 静岡県浜松市北区三力町4-3453  
研究部 聖隷クリスミア大学大学院看護学専攻  
博士後期課程精神看護学専攻 廣中佳祐  
電話：0000 E-Mail: ▲▲▲  
指導教員：聖隷クリスミア大学大学院看護学専攻  
廣中佳祐 E-Mail: □□□

(施設用)

承諾書

研究テーマ：精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラム  
(第2案) 作成

- 研究の目的・意義
1. 研究の目的・意義
  2. 研究の方法・手順 (使用機器の説明を含む)
  3. 対象者への予測される利益・不利益 (心身の負担)
  4. 予測される不利益に対する安全対策
  5. 参加は本人の自由意志であること
  6. 同意した後でも、同意を撤回できること
  7. 個人情報・プライバシーが守られること
  8. 研究結果の公表について
  9. 研究について自由に質問できること

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、該当する職員に募集案内を配布することを了承しました。

対象者 (署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者 (署名) \_\_\_\_\_

説明年月日 西暦 20 年 月 日

研究者 (署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方町 3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院薬学研究所  
 博士後期課程精神医学講座 櫻井隆治  
 電話：〇〇〇 E-Mail：△△△  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院薬学研究所  
 石守備子 E-Mail：〇〇〇

(研究者用)

承諾書

研究テーマ：精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラム  
(第2案) 作成

- 研究の目的・意義
1. 研究の目的・意義
  2. 研究の方法・手順 (使用機器の説明を含む)
  3. 対象者への予測される利益・不利益 (心身の負担)
  4. 予測される不利益に対する安全対策
  5. 参加は本人の自由意志であること
  6. 同意した後でも、同意を撤回できること
  7. 個人情報・プライバシーが守られること
  8. 研究結果の公表について
  9. 研究について自由に質問できること

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、該当する職員に募集案内を配布することを了承しました。

対象者 (署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者 (署名) \_\_\_\_\_

説明年月日 西暦 20 年 月 日

研究者 (署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方町 3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院薬学研究所  
 博士後期課程精神医学講座 櫻井隆治  
 電話：〇〇〇 E-Mail：△△△  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院薬学研究所  
 石守備子 E-Mail：〇〇〇



研究ご協力のお願い

私は、聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所 博士後期課程 精神看護学領域の清水隆裕と申します。

私は現在「精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラム(第2案)作成」というテーマで研究を行っています。この研究の目的は、我々が作成したプログラム(第1案)を精選し、より適用性の高い(第2案)を作成することです。

そこで、以下のような研究対象者を募集します。

1. 研究対象者

1)から4)のいずれかのスタッフを募集します。

- 1)BPD患者のチームカンファレンスをファシリテートした経験がある、精神科看護歴5年以上で、リーダー業務を行う看護師
- 2)精神科看護の卓越した専門家
- 3)集団精神療法に精通した医師
- 4)精神科の経験はないが、看護管理者として問題患者への対応によるスタッフ間の感情的問題を扱うスタッフカンファレンスを体験した看護師

2. 調査期間

2020年3月から2021年3月まで、インタビュアー日時は研究対象者のご都合に合わせて。

3. 協力内容

BPD患者のケアは、チームカンファレンス場面で、自分の感情を言語化し共有することが重要であることは、繰り返し述べられてきました。しかし、感情が語りやすくなる方法は述べられてきませんでした。そこで、BPD患者のチームカンファレンスで自分の感情や、意見が語りやすくなるようなマッピングシート活用プログラムというツールの第1案を作成しました。みなさまには、プログラム(第1案)を聴いたとき、項目ごとに改善点をインタビュアーいたします。インタビュアーの分析から、さらに適用性の高い第2案を作成したいと考えております。

4. 所要時間

プログラム(第1案)の聴取には1時間~2時間必要です。インタビュアーは1人もしくはグループで1時間程度を予定しています。なお、勤務時間内にインタビュアーを行うことはありません。

5. 謝礼

2000円分の図書カード

研究協力には自由意志であり、途中辞退も可能です。意見聴取を行うことを看護部や職場長に報告する必要はありません。意見聴取は待たれた情報以外の目的で使用することはありません。上記についてご理解いただき研究にご協力いただける場合、またはご質問、お問い合わせがありましたら、ご本人が下記の研究者に電話、E-mailまたは同封のはがきにてご連絡ください。プログラムの第1案)の呈示と、インタビュアーまでの流れをご説明させていただきます。よろしくお願いたします。

通話先 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方町3453  
 研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 博士後期課程精神看護学領域 清水隆裕  
 電話：000 E-Mail：△△△  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
 式守備子 E-Mail：□□□

(研究対象者用)

同意書

研究テーマ：精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラム  
(第2案)作成

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

インタビュアーの録音 同意します 同意しません  
 インタビュアーの書き取り 同意します 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方町 3453  
 研究室：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 博士後期課程看護学専攻 廣水隆浩  
 電話：000 E-Mail：△△△  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 式守靖子 E-Mail：□□□

(研究者用)

同意書

研究テーマ：精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラム  
(第2案)作成

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

インタビュアーの録音 同意します 同意しません  
 インタビュアーの書き取り 同意します 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方町 3453  
 研究室：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 博士後期課程看護学専攻 廣水隆浩  
 電話：000 E-Mail：△△△  
 指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
 式守靖子 E-Mail：□□□

(研究者用)

同意撤回書

研究テーマ：精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラム  
(第 2 案) 作成

私は上記内容について、研究に参加することに同意しておりましたが、自らの意思により、前回の同意を撤回します。

対象者 (署名) \_\_\_\_\_  
署名年月日 西暦 20 年 月 日

上記研究対象者が、研究の参加を撤回したことを確認いたしました。

説明者 (署名) \_\_\_\_\_  
説明年月日 西暦 20 年 月 日  
研究者 (署名) \_\_\_\_\_  
署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先 〒433-8538 静岡県浜松市北区三方町 3453  
研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
博士後期課程精神看護学専攻 清水隆裕  
電話：000 E-Mail：△△△  
指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
式守優子 E-Mail：〇〇〇

(研究対象者用)

同意撤回書

研究テーマ：精神科カンファレンスでメンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラム  
(第 2 案) 作成

私は上記内容について、研究に参加することに同意しておりましたが、自らの意思により、前回の同意を撤回します。

対象者 (署名) \_\_\_\_\_  
署名年月日 西暦 20 年 月 日

上記研究対象者が、研究の参加を撤回したことを確認いたしました。

説明者 (署名) \_\_\_\_\_  
説明年月日 西暦 20 年 月 日  
研究者 (署名) \_\_\_\_\_  
署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先 〒433-8538 静岡県浜松市北区三方町 3453  
研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
博士後期課程精神看護学専攻 清水隆裕  
電話：000 E-Mail：△△△  
指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
式守優子 E-Mail：〇〇〇

インタビューガイド

質問項目

1.
    - 1) 職業
    - 2) 職業経験年数
    - 3) 精神科経験年数
    - 4) 性別
2. BPO 患者のケアカンファレンスで用いるマッピングシート活用プログラム（第1案）についてお尋ねします。
- 1) 全体の構造についてお聞きします
    - ・プログラムの量は適切ですか。
    - ・文字の大きさは適切ですか。
    - ・図の描写の方法の手順は適切ですか。
    - ・マッピングシートについて大きさや使用方法などで改善点はありますか。
    - ・BPO 患者に対するスタッフの感情を扱うカンファレンスの実情にありますか
  - 2) 手順書と説明書を一つの項目に沿ってお聞きします  
手順書について
    - ・マッピングシートを活用する目的の説明は適切ですか。改善点はありますか。
    - ・カンファレンスを通じて共通する枠組みの説明は適切ですか。改善点はありますか。
    - ・カンファレンスを始める前に、の説明は適切ですか。改善点はありますか。
    - ・カンファレンスの手順は実行可能ですか。改善点はありますか。
    - ・ファシリテーションポイントは、活用可能ですか。改善点はありますか。
    - ・参考資料は活用可能ですか。改善点はありますか。
- 説明書について
- ・マッピングシート活用の際の項目は、文書は適切ですか。改善点はありますか。
  - ・BPO カンファレンスの特徴の説明はわかりやすいですか。改善点はありますか。
  - ・カンファレンスの手順はわかりやすいですか。改善点はありますか。
  - ・導入部の説明はわかりやすいですか。改善点はありますか。
  - ・展開部の説明はわかりやすいですか。改善点はありますか。
  - ・終結部の説明はわかりやすいですか。改善点はありますか。

- 2) ファシリテーターとメンバーにカンファレンスに対する感立ち度のアンケートを行う。
- 3) ファシリテーターおよび同意されたメンバーの方にカンファレンスに対する感想と、プログラムの改善点のインタビューを行う。
- 4) その結果をもとに有用性の検証とマップピングシート活用プログラムの修正をかけ、マップピングシート活用プログラム最終案を作成する。

※この研究は、治療チームがカンファレンス現場で自由な意見や感情表出を促すためのプログラム作成を目的としておりますので、焦点は問題行動が起こった際の治療チームメンバーの感情に当てています。そのため、カンファレンスでは患者の行動場面を取り扱いますが、個人情報には扱いません。

その後のインタビューでも、患者の個人情報についてお尋ねすることはありません。しかしインタビュー時に話の文脈で患者の個人情報が見られた場合は、データを匿名化し処理することで、プライバシーの保護を徹底いたします。

同意から、データ収集までのプロセスは3ページ目に示しました。

なおファシリテーターとメンバーに対するインタビューの場所、および内容は、副院長、看護部にはご報告いたしませんので、あらかじめご了承ください。

勤務外にインタビューを行いますので、ファシリテーターとメンバーの方には、お礼として2000円分の図書カードを差し上げることとなっております。

またこの研究への参加・協力は全くの自由意志であります。研究対象者の方は協力の拒否をすることも、途中で辞退することもできます。それによって一切の不利益をこうむることはありません。

さらに研究への参加・協力が同意した後も、いつでも同意の撤回は可能となっております。同意撤回する場合は、同意撤回書にサインをいただき、郵送にて送付していただきます。その場合、同意撤回書を受取り、すみやかに研究対象者へ同意撤回受理の連絡をし、研究対象者から外します。インタビュー後の場合、すみやかに録音テープ、PCデータともに削除・消去します。アンケートは、個人とデータが紐づけられているため提出後の同意撤回はできませんので予めご了承ください。

この研究への参加、ご協力を頂ける場合、プライバシーは堅く守ります。当該研究で得られた情報・データは、当該研究の目的以外に用いることはありません。

研究結果の公表にあたっては、研究対象者の個人名や医療機関名が特定できないように匿名化し記載いたします。お忙しいところ大変恐縮ではございますが、別紙の研究計画書をご一読の上、趣意にご同意いただけます場合は、下記の研究者に電話、E-Mailまたは同封のはがきにてご連絡ください。後日、研究説明に伺わせていただきます。

よろしくお願ひいたします。

敬具

連絡先	〒433-8558 静岡県浜松市北区三ヶ原町3455
研究者	聖隷クリストファー大学大学院看護学専攻
	博士後期課程看護学専攻 清水隆裕
電話	☎☎☎ E-Mail: △△△
研究者	聖隷クリストファー大学大学院看護学専攻
水守博子	E-Mail: □□□

〇〇病院  
病院長 (看護部長) 〇〇様  
「境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対して「チームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマップピングシート活用プログラム(第2案)」の有用性の検証と最終案の作成」への  
ご協力をお願いします

聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科  
博士後期課程看護学専攻 清水隆裕

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます

私は聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科博士後期課程に所属しております。この度、「境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対して「チームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマップピングシート活用プログラム(第2案)」の有用性の検証と最終案の作成」についての研究を進めたいと計画しました。

つきましては次のことについてお願いいたします。

なおこの研究は聖隷クリストファー大学の倫理委員会承認を得ております。

●研究協力者の募集に関するご協力の依頼

対象になる病棟病長に2種類のチラシをお渡しください。

- ・1つは、BPD患者の問題行動に対する、メンバーの感情を扱うカンファレンスを行う、治療チームメンバーを募集するチラシ(資料4)です。
- ・もう1つは、マップピングシート活用プログラム(第2案)を活用するカンファレンスの、ファシリテーションをおこなってくださる可能性がある、精神科歴5年以上でリーダー業務を行う看護師を募集するチラシ(資料5)です。

研究の目的は、我々が作成した、境界性パーソナリティ障害(以下BPD)患者の問題行動に関してメンバーの感情を扱うカンファレンスで、メンバーの感情表出を促すためのマップピングシート活用プログラム(第2案)がメンバーの感情表出に役立つかの検証と、より臨床で活用性の高い最終案に修正することです。

BPD患者をケアする場においては、患者の対人操作のために、チームが対立状態となることがあります。そのような状況の中でも、カンファレンス現場で感情表出を促すためのマップピングシート活用プログラム(第2案)を作成しました。

しかし、実際のカンファレンスではまだ活用していません。プログラムの有用性・検証・手順・表現など、使いやりに関しては不明確な点があります。そのため、より臨床で活用性が高いプログラムに改善するための本研究を行う必要があると考えました。

研究方法としては、

- 1) BPD患者の問題行動に対する、メンバーの感情を扱うカンファレンスで、実際にファシリテーターにマップピングシート活用プログラム(第2案)を使用していただく。

同意までのプロセス

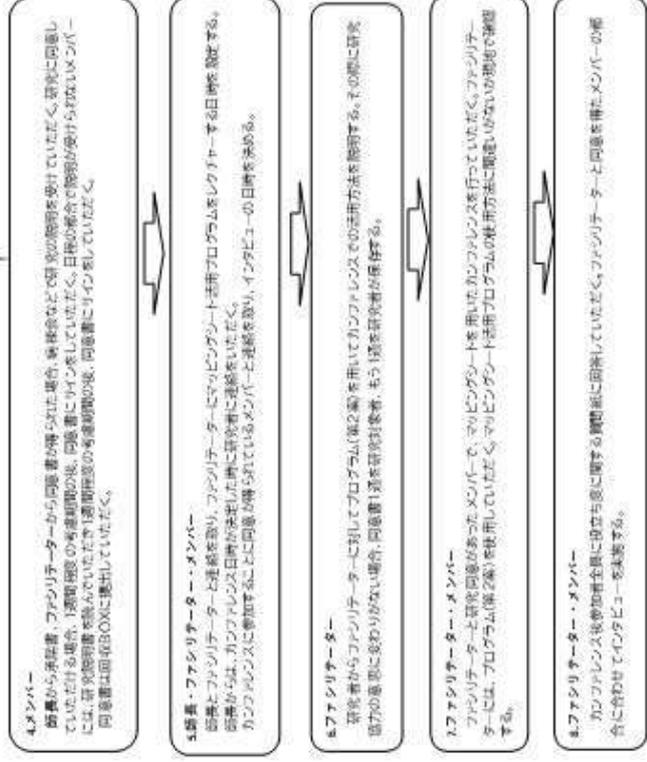


**1. 参加者もしくは看護研究員**  
 質問いただける場合、研究者から説明を受けていただきます。  
 説明後、研究の同意が得られた場合、承諾書にサインをさせていただきます。  
 参加チーム最後のプログラムとファシリテーター最後のプログラムを、対象研修の研修に配布させていただきます。

**2. 研修者**  
 参加チーム最後のプログラムを読み、質問いただける場合研修者に連絡後、研究者から説明を受けさせていただきます。  
 説明後、1週間考慮後、承諾書にサインをさせていただきます。  
 ファシリテーター最後のプログラムを、対象研修の研修に配布させていただきます。

**3. ファシリテーター**  
 ファシリテーター最後のプログラムを読み、質問いただける場合研究者に連絡後、研究者から説明を受けていただきます。  
 説明後、1週間考慮後、同意書にサインをさせていただきます。

データ収集までのプロセス



**4. メンバー**  
 研修から承諾書、ファシリテーターから同意書が得られた場合、研修会などで研究の説明を受けていただき、研修に同意していただきます。  
 同意書は回収BOXに提出していただく。

**5. 研究・ファシリテーター・メンバー**  
 研修からファシリテーターと連絡を取り、ファシリテーターにマッピングシート活用プログラムをレクチャーする日時を決定する。  
 研修からは、カンファレンス日程が決まった後に研修者に連絡をいたします。  
 カンファレンスに参加することに同意が得られているメンバーと連絡を取り、インタビューの日時を決める。

**6. ファシリテーター**  
 研究者からファシリテーターに対してプログラム(研修会)を用いてカンファレンスでの活用方法を説明する。その際に研究目的の重要性が変わりがない場合、同意書1通を研究対象者、もう1通を研究者が保持する。

**7. ファシリテーター・メンバー**  
 ファシリテーターと研究同意があったメンバーで、マッピングシートを用いたカンファレンスを行っていただきます。ファシリテーターには、プログラム(研修会)を使用していただき、マッピングシート活用プログラムの活用方法に間違いがないか確認して頂く。

**8. ファシリテーター・メンバー**  
 カンファレンス後研修会全員に出席と戻る質問票に回答していただき、ファシリテーターと同意を得たメンバーの都合に合わせてインタビューを実施する。

## 研究2 研究協力説明書(ファシリテーター用)

## 資料 7-2

トがあると感じましたか？

2) チーム状況を視覚化することに関してチームやメンバーにどのようなメリットがあると感じましたか？またデメリットがあると感じましたか？

3) カンファレンスの流れや、メンバーの雰囲気になっただ点はありますか

マッピングシート活用プログラム(第2案)の改善点についてお尋ねします

1) プログラムはわかりやすく進められていますか、具体的にどのような進捗がわかりやすいですか、

2) マッピングシートへの記入手順はわかりやすいですか、改善点はありますか、

3) ファシリテーション方法で不足した追加する内容がありますか、

4) マッピングシートの大きさや、表紙方法などに改善点がありますかをお尋ねします、

インタビューは1回30分から1時間程度行います、勤務時間内には行いません、

インタビューは、研究協力者のお話を正確に理解するために、研究協力者の了解を得たうえで内容をICレコーダーに録音します、了解が得られない場合は書き取りを行います、

インタビューを行う場所は研究協力者と相談したうえで、プライバシーが保護される静かな環境で行えるように配慮し、ご本人が研究者と直接やり取りすることでインタビュー場所が職場に分らないようにいたします、ご希望があれば、Zoomなどのオンラインでも対応いたします、

調査期間：2020年7月から2021年3月までを予定しております、詳細につきましては、研究協力者のご希望の日時に実施したいと思っております、

研究期間：2020年7月から2022年3月までを予定しております、

### 3. 対象者への予測される利益・不利益

1) ファシリテーターは、自らのファシリテーションの方法を振り返り続けるきっかけになる可能性があります、

2) ファシリテーターは、チームをファシリテーションする際の学びが得られる可能性があります、

3) メンバーはBPD患者に対する感情や意見を自由に表現できる可能性があります、

### 不利益

1) ファシリテーターが行うことに、約1時間のレクチャーをうける、カンファレンスのファシリテーターの実施、発表など精神的な負担と負荷、約1時間程度のインタビューと、多くの実施と準備が必要になります、

2) メンバーが、新しいプログラムがおこなわれることで戸惑いが生じる可能性があります、

3) インタビュー時に、話したくない内容が含まれる可能性があります、

4) インタビュー時に、不快を感じる可能性があります

5) インタビュー時に、自分のファシリテーターとしての役割を評価されているように感じる可能性があります、

### 不利益に対する対策

1) ファシリテーターすることや時間的拘束に負担を感じたら、いつでも途中辞退や通常カンファレンスに変更できることを保証します、また、緊張を感じたら研究の趣旨を変えない程度に研究者がサポートします、

2) メンバーが負担を感じたら、いつでも連絡や通常カンファレンスに変更できることを保証します、

3) 話したくない内容については、無理に話す必要がないことを保証します、

### 研究協力説明書(ファシリテーター用)

「境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対してチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム(第2案)の有効性の検証と(最終案)の作成」の説明

本研究は以下の目的で行うものです、研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします、

研究対象者は、カンファレンスのファシリテーター1名と、カンファレンスに参加する治療チームメンバー5名程度です、ご協力いただける場合、ファシリテーターの方には口頭で研究説明に向わせていただきます、説明後、考慮期間を1週間程度設けます、研究協力の意思が変わりませんしたら、同封した同意書2通にサインをご記入し、下記連絡先までご連絡ください、

カンファレンス可能な日と、インタビュー可能な日時をご相談して決めます、カンファレンス日とインタビュー時にもう一度、研究者からファシリテーター-研究協力の意思についてご確認いたします、

### 1. 研究の目的・意義

研究の目的は、我々が作成した、境界性パーソナリティ障害(以下BPD)患者の問題行動に関してメンバーの感情を扱うカンファレンスで、メンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム(第2案)がメンバーの感情表出に促すのかの検証と、より臨床で活用性の高い最終案に修正することです、

プログラム(第2案)は、ファシリテーターにカンファレンスでメンバーの感情表出を促す方法をインタビューによって抽出した結果をもとに作成しました、しかし、プログラムの構造・手順・表現など、実際の臨床でのカンファレンスでの使いやすさに関しては不明確な点があります、そのため、より臨床で活用性が高いプログラムに改善するための本研究を行う必要があると考えました、

意義として、本研究で活用性の高いマッピングシートプログラムが作成された場合、チームカンファレンス場面において自分の感情を言語化し共有し、チーム状況を客観的にアセスメントすることを促進させる方法となります、それはチームが安定化することにもつながり、患者にとって人的な治療環境の提供につながるかと考えています、

### 2. 研究方法・手順

1) ファシリテーターにはマッピングシート活用プログラム(第2案)の使い方を、前日までに1時間程度レクチャーいたします、

2) 実際の治療カンファレンスでマッピングシート活用プログラム(第2案)を活用していただき、カンファレンスのファシリテーションを行っていただきます、

3) マッピングシート活用プログラム(第2案)の役立ち度に関するアンケートに記入していただきます、所要時間は10分程度です、

3) インタビューでは研究者と研究協力者の1対1での聞き取り調査を行います、以下の内容について質問しながら進めていきます、

ファシリテーターの方には、以下の内容をお伺いしていきます、

・マッピングシート活用プログラム(第2案)を用いたカンファレンスについてお尋ねします

1) 感情を視覚化することに関してチームやメンバーにどのようなメリットがあると感じましたか？またデメリット

- 4) インタビューで、メンバー間の関係性などの内容で不快を感じた場合、途中辞退できることを保証します。
- 5) インタビューは、看護師の評価をするものではないことを保証します。
- 5. 研究への参加・協力の自由意志**  
この研究への参加・協力は全くの自由意志であります。協力の拒否をすることも、途中で辞退することもできます。それによって一切の不利益をこうむることはありません。
- 6. 研究への参加・協力の権利**  
研究への参加・協力に同意した後も、いつでも同意の撤回は可能です。同意撤回する場合は、同意撤回書にサインをいただき、同封の封筒にて郵送にて送付してください。同意撤回書を受取り、すみやかに研究対象者に同意撤回処理の連絡をし、研究対象者から外します。インタビュー後の場合、すみやかに録音テープ、PCデータともに録断・消去します。  
アンケートは、個人とデータが紐づけられていないため提出後の同意撤回はできませんので予めご了承ください。
- 7. プライバシーの保護**  
この研究への参加、ご協力を頂ける場合、プライバシーは堅く守ります。研究の情報は、研究の目的以外に用いることはありません。  
マップングシートに記入された内容が研究者以外に漏洩することはありません。またファシリテーターとメンバーのインタビュー内容が、職場の上司や他のスタッフに漏洩することはありません。  
インタビューのデータは、匿名化し管理します。  
個人情報保護に關して以下の内容を遵守します。
- 1) マッピングシートはホワイトボードを使用し、カンファレンス終了時に消去します。様式紙などの場合は研究者は持ち帰らず廃棄で消去、録断・破棄していただきます。
  - 2) お話しいただいた内容を逐語録に作成する際には、個人名や医療機関名が特定できないように処理を行います。研究結果の公表にあっても、個人名や医療機関名が特定できないように処理を行います。
  - 3) ICレコーダーに録音した音声テープと逐語録は施設可能な部屋に保管し、研究終了後は音声テープおよび逐語録として書き起こした内容は研究者の責任において、消去、録断・破棄することを約束します。
  - 4) データの処理は、ネットに接続されていないパソコンを使用して処理をし、USBメモリは使用しません。
  - 5) 研究情報は、研究の目的以外に用いることはありません。
- 8. 研究結果の公表方法**  
研究結果は、データを匿名化し精神保健福祉系の学術集会にて発表する予定です。その後精神保健福祉誌に掲載する予定です。研究結果は博士論文の一部として発表する
- 9. 研究中・終了後の対応**  
研究中・研究終了後でも、研究に関するご質問がありましたら、いつでも、下記の連絡先にお問い合わせください。

連絡先  
〒453-8558 静岡県浜松市北区三ヶ原町3453  
研究科： 精神科リストラクトファースト大学院看護学専攻  
博士後期課程精神看護学専攻 津水隆裕  
電話：000 E-Mail: △△△△  
指導教員： 精神科リストラクトファースト大学院看護学専攻  
系守博子 E-Mail: □□□



研究協力説明書 (メンバー用)

「男性性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対してチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム(第2案)の有用性の検証と最終案の作成」の説明

本研究は以下の目的で行うものです。研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いします。  
研究対象者は、カンファレンスのファシリテーター1名と、カンファレンスに参加する治療チームメンバー5名程度です。

メンバーの方には直接会などで説明させていただきます。説明後、考慮期間を1週間程度設けます。ご協力いただけるようでしたら、同封した同意書2通にサインをご記入し、回収BOXに投函ください。  
カンファレンスの参加メンバーのみなさまに、プログラムの成立も依頼するアンケートに回答していただきます。アンケートは回収BOXに投函ください。また、参加メンバーで同意が得られた方にはインタビューを行います。インタビューは回収BOXに投函しては後日相談して決めさせていただきます。インタビューに関してはインタビュー時にもちろん、研究者からメンバーに研究協力の意思についてご確認いたします。

1. 研究の目的・意義

メンバーの目的は、共々が作成した、境界性パーソナリティ障害(以下 BPD)患者の問題行動に関してメンバーの感情を扱うカンファレンスで、メンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム(第2案)がメンバーの感情表出に役立つのかの検証と、より臨床で活用性の高い最終案に修正することです。

意義として、本研究で活用性の高いマッピングシートプログラムが作成された場合、チームカンファレンス場面において自分の感情を言語化し共有し、チーム状況を客観的にアセスメントすることを促進させる方法となり、それはチームが変化することにもつながり、患者にとって人的な治療環境の提供につながると考えています。

2. 研究方法・手順

カンファレンス参加メンバーの方には、マッピングシートプログラム(第2案)を用いたカンファレンスに参加していただきます。ここではファシリテーションをうけながらマッピングシートに、患者に対する行動や感情について描いていきます。

当日~次の日をめどに、カンファレンスの後立ち場に関するアンケートに回答していただきます。回答期間は10分程度です。アンケートは回収BOXに投函ください。

またインタビューに同意していただけた方には、プログラムをどう改善すればより活用性の高いものになるのかインタビューを行います。

インタビューでは研究者と研究協力者の1対1がグループで行います。

以下の内容について質問しながら進めていきます。

マッピングシートを用いたカンファレンスについてお尋ねします。

- 1) 行動や感情を視覚化する点で良かった点はありますか。
- 2) 行動や感情を視覚化する点で悪かった点はありますか
- 3) いつものカンファレンスと比べて感情は話しやすかったですか。
- 4) いつものカンファレンスと比べてチームの状況は分かりやすくなりましたか。

- 5) いつものカンファレンスと比べてチームメンバーの関係性に関係なく語れましたか。
- 6) カンファレンスの流れや、メンバーの雰囲気や変わった点はありますか

マッピングシート活用プログラムについて改善点をお尋ねします

- 1) メンバーが感情や意見を話しやすくなるためにファシリテーション方法に改善点はありませんか
- 2) 行動や感情を描く点で改善点はありますか
- 3) わかりにくかった表現や言葉がありましたかをお尋ねします。

インタビューは1回30分から1時間程度行います。勤務時間内には行いません。

インタビューは、研究協力者のお話を正確に理解するために、研究協力者の了解を得たうえで内容を10レコーダーに録音します。了解が得られない場合は書き取りを行います。

インタビューを行う場所は研究協力者と相談したうえで、プライバシーが保護される静かな環境で行えるように配慮し、ご本人が研究者と直接やり取りすることでインタビュー場所在場に分らないようにいたします。

調査期間：2020年7月から2021年3月までを予定しております。詳細につきましては、研究協力者のご希望の日にて実施したいと思っております。

研究期間：2020年7月から2022年3月までを予定しております。

3. 対象者への予測される利益・不利益

- 1) メンバーは患者さんの問題行動に対する感情や意見を自由に表現できる可能性があります。
- 2) チームの状況を客観的に眺めることにより、チームの問題点が話しやすくなる可能性があります。

不利益

- 1) メンバーが、新しいプログラムがおこなわれることで戸惑いが生じる可能性があります。
- 2) インタビュー内容に、話したくない内容が含まれる可能性があります。
- 3) インタビュー時に、不快を感じる可能性があります
- 4) インタビュー時に、自分の看護師としての実感を評価されているように感じる可能性があります。
- 5) インタビュー時に、時間的に拘束されます。
4. 予測される不利益に対する安全対策
- 1) カンファレンスに負担を感じたら、いつでも途中退室できることを保証します。
- 2) 話したくない内容については、無理に話す必要がないことを保証します。
- 3) インタビューで、メンバー間の関係性などの内容で不快や嫌悪を感じた場合、途中退室できることを保証します。
- 4) インタビューは、看護師の評価をするものではないことを保証します。
- 5) 時間的拘束に対して不都合が生じた場合、途中退室できることを保証します。

5. 研究への参加・協力の自由意志

この研究への参加・協力は全くの自由意志であります。協力の拒否をすることも、途中で辞退することもできます。それによって一切の不利益をこうむることはありません。

#### 6. 研究への参加・途中退組の権利

研究への参加・協力に同意した後であっても、いつでも同意の撤回は可能です。同意撤回する場合は、同意撤回書にサインをいただき、郵送にて送付してください。同意撤回書を受取り、すみやかに研究対象者に同意撤回受理の連絡をし、研究対象者から外します。インタビュアー後の場合、すみやかに録音データ、PCデータともに削除・消去します。

アンケートは、個人とデータが紐づけられないため提出後の同意撤回はできませんので予めご了承ください。

#### 7. プライバシーの保護

この研究への参加、ご協力を仰ぐ場合、プライバシーは堅く守ります。研究の目的以外に用いることはありません。

マッピングシートに記入された内容が研究者以外に漏洩することはありません。またファシリテーターとメンバーへのインタビュアー内音が、職場の上司や他のスタッフに漏洩することはありません。インタビュアーのデータは、匿名化し管理します。

個人情報保護に関して以下の内容を遵守します。

- 1) マッピングシートはホワイトボードを使用し、カンファレンス終了時に消去します。模造紙などの場合は研究者は持ち帰らず病棟で消去、紙断・破壊していただきます。
- 2) お話いただいた内容を逐語録に作成する際には、個人を特定できるような事項は匿名で記載します。また、研究結果の公表にあっても、個人名や医療機関名が特定できないように処理を行います。
- 3) ICレコーダーに録音した音声データと逐語録は鍵錠可能な部屋に保管し、研究終了後には音声データおよび逐語録として書き起こした内容を研究者の責任において、消去・紙断・破壊することを約束します。
- 4) データの処理は、ネットに接続されていないパソコンを使用して処理をし、USBメモリは使用しません。
- 5) 研究情報は、研究の目的以外に用いることはありません。

#### 8. 研究成果の公表方法

研究結果は、データを匿名化し精神保健看護系の学会集会以て発表する予定です。その後精神保健看護系雑誌に掲載する予定です。研究成果は博士論文の一部として発表します。

#### 9. 研究中・終了後の対応

研究中・研究終了後でも、研究に関するご質問がありましたら、いつでも、下記の連絡先にお問い合わせください。

連絡先
〒433-8558 静岡県浜松市北區三ヶ原町 3453
研究者： 豊村クリストファー大学大学院看護学専攻 博士課程
博士後期課程精神看護学専攻 博士課程
電話： 0300 E-Mail: △△△
検索郵便： 豊村クリストファー大学大学院看護学専攻
氏名： 豊村 博士 E-Mail: □□□

(研究者用)

承諾書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対してチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム(第2案)の有用性の検証と最終案の作成

- 1. 研究の目的・意義
- 2. 研究の方法・手続(使用機器の説明を含む)
- 3. 対象者への予測される利益・不利益(心身の負担)
- 4. 予測される不利益に対する安全対策
- 5. 参加は本人の自由意志であること
- 6. 同意した後でも、同意を撤回できること
- 7. 個人情報・プライバシーが守られること
- 8. 研究結果の公表について
- 9. 研究について自由に質問できること

インタビューの録音 同意します 同意しません  
録音できない時のインタビューの書き取り 同意します 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、該当する職員に募集案内を配布することを了承しました。

対象者(署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者(署名) \_\_\_\_\_

説明年月日 西暦 20 年 月 日

研究者(署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
〒435-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453  
研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
博士後期課程看護学専攻 清水優希  
電話：〇〇〇 E-Mail: △△△  
指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
武守博子 E-Mail: □□□

(施設・病棟用)

承諾書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対してチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム(第2案)の有用性の検証と最終案の作成

- 1. 研究の目的・意義
- 2. 研究の方法・手続(使用機器の説明を含む)
- 3. 対象者への予測される利益・不利益(心身の負担)
- 4. 予測される不利益に対する安全対策
- 5. 参加は本人の自由意志であること
- 6. 同意した後でも、同意を撤回できること
- 7. 個人情報・プライバシーが守られること
- 8. 研究結果の公表について
- 9. 研究について自由に質問できること

インタビューの録音 同意します 同意しません  
録音できない時のインタビューの書き取り 同意します 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、該当する職員に募集案内を配布することを了承しました。

対象者(署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者(署名) \_\_\_\_\_

説明年月日 西暦 20 年 月 日

研究者(署名) \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
〒435-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453  
研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
博士後期課程看護学専攻 清水優希  
電話：〇〇〇 E-Mail: △△△  
指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学研究所  
武守博子 E-Mail: □□□

3. 協力内容
- 1) ファシリテーター看護師に研究者からマッピングシート活用プログラム（第2案）をレクチャーします。
  - 2) カンファレンスで、マッピングシート活用プログラム（第2案）を使用していただきます。
  - 3) ファシリテーターと参加メンバーにマッピングシートプログラムの成立も度に関してアンケートに答えていただきます。
  - 4) ファシリテーターと同意が得られた参加メンバーにマッピングシートプログラム（第2案）の意見と改善点をインタビューします。
- 勤務外にインタビューを行いますので、ファシリテーターとメンバーの方には、お謝礼として2000円分の図書カードを差し上げることとなっております。

連絡先  
〒435-8538 静岡県浜松市北區三方原町 3453  
研究者：齋藤クリストファー 大学大学院看護学専攻  
博士後期課程看護学専攻 津水保彦  
電話：0300 E-Mail：△△△  
指導教員：齋藤クリストファー 大学大学院看護学専攻  
式守博子 E-Mail：□□□

病棟師長様 研究ご協力のおお願い

私は、聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科 博士後期課程 精神看護学領域の清水隆裕と申します。

私は現在「寛解性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対してチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第2案）の有用性の検証と最終案の作成」というテーマで研究を行っています。

この研究の目的は、メンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第2案）がメンバーの感情表出に役立つかの検証と、より臨床で活用性の高いマッピングシートプログラム最終案に修正することです。

手順として、実際に病棟カンファレンスで活用していただき、ファシリテーターとカンファレンスメンバーに役立ち感に対するアンケートに記入していただきます。

その後ファシリテーターにはプログラムに対する意見と改善点をインタビューでお聞きしたいと思っております。カンファレンスメンバーのみならずにも同意が得られた場合は、プログラムに対する意見と改善点をインタビューでお聞きしたいと思っております。

つきましては次のことについてお願いいたします。

● 研究対象者の募集に関するご協力の依頼

病棟師長には、3つお願いがあります

- ① 勤務内で BPD 患者の問題行動等に関してメンバーの感情表出を促すマッピングシート活用プログラム（第2案）を活用していただける、治療チームメンバーの募集。



研究者から説明を受け、賛同いただける場合、

- ② マッピングシート活用プログラム（第2案）を活用するカンファレンスの、ファシリテーションをおこなってくださる可能性がある、精神科歴 5 年以上でリーダー業務を行う看護師を募集するチラシ（資料 5）の配布。
  - ③ 師長の承諾とファシリテーターからの同意が得られましたら、病棟会などで参加メンバーに研究協力の説明をさせていただきたいと思っております。メンバーの同意書は看護室や控室に回収 BOX を設置したいと計画しています。どうかご検討ください。
2. 調査期間
- 2020 年 7 月から 2021 年 3 月まで
- ファシリテーターへのレクチャー日、カンファレンス日、ファシリテーター・ファシリテーター・参加メンバーへのインタビュー日は研究対象者のご都合に合わせて。

同意までのプロセス

**1. 開発者もしくは開発者からお問い合わせいただく場合、研究者がお問い合わせいただける場合、研究者から説明を受けていただく。**  
 説明後、研究の同意が得られた場合、若しくはお問い合わせいただいた場合、研究者から説明を受けていただく。

**2. 開発者からお問い合わせいただく場合、研究者がお問い合わせいただける場合、研究者から説明を受けていただく。**  
 説明後、研究の同意が得られた場合、若しくはお問い合わせいただいた場合、研究者から説明を受けていただく。

**3. 開発者からお問い合わせいただく場合、研究者がお問い合わせいただける場合、研究者から説明を受けていただく。**  
 説明後、研究の同意が得られた場合、若しくはお問い合わせいただいた場合、研究者から説明を受けていただく。

**4. フォトリテラチャー**  
 フォトリテラチャー、開発者のオラシオを助成し、お問い合わせいただける場合、研究者から説明を受けていただく。

**5. フォトリテラチャー・メンバ**  
 フォトリテラチャーと研究者が共同でメンバ、マニピュレーションを行う場合、研究者から説明を受けていただく。

**6. フォトリテラチャー・メンバ**  
 フォトリテラチャーと研究者が共同でメンバ、マニピュレーションを行う場合、研究者から説明を受けていただく。

データ収集までのプロセス

**1. フォトリテラチャー**  
 フォトリテラチャー、開発者のオラシオを助成し、お問い合わせいただける場合、研究者から説明を受けていただく。

**2. フォトリテラチャー・メンバ**  
 フォトリテラチャーと研究者が共同でメンバ、マニピュレーションを行う場合、研究者から説明を受けていただく。

**3. フォトリテラチャー・メンバ**  
 フォトリテラチャーと研究者が共同でメンバ、マニピュレーションを行う場合、研究者から説明を受けていただく。

**4. フォトリテラチャー・メンバ**  
 フォトリテラチャーと研究者が共同でメンバ、マニピュレーションを行う場合、研究者から説明を受けていただく。

## 研究2 研究対象者(ファシリテーター)募集用チラシ

### 研究ご協力をお願い

私は、聖隷クリストファー大学大学院看護学専攻 博士後期課程 精神看護学領域の清水隆裕といたします。

私は現在「境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対するメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム(第2案)の有用性の検証と最終案の作成」というテーマで研究を行っています。

この研究の目的は、様々な作成した、「境界性パーソナリティ障害(以下BPD)患者の問題行動に關してメンバーの感情を扱うカンファレンスで、メンバーの感情表出や自由な意見を促すためのマッピングシート活用プログラム(第2案)」がメンバーの感情表出に役立ちのかの検証と、より臨床で活用性の高いマッピングシートプログラム最終案に修正することです。

そこで、以下のような研究対象者を募集します。

#### 1. 研究対象者

BPD患者の問題行動に関するメンバーの感情を扱うカンファレンスで、マッピングシートプログラム(第2案)を活用してファシリテーションをしてくださる、精神科歴5年以上でリーダー業務を行う看護師

#### 2. 調査期間

2020年7月から2021年3月まで、カンファレンス日は部長とファシリテーターで相談して決めていただきます。インタビュの日は研究対象者のご都合に合わせて。

#### 3. 協力内容

- 1) カンファレンスの前日までにマッピングシート(第2案)のレクチャーをうけていただきます。
- 2) 実際にカンファレンスでマッピングシート(第2案)を活用していただきます。
- 3) マッピングシートの役立ち度に関してアンケートに記入していただきます。
- 4) マッピングシート(第2案)に対する意見と内容・わかりやすさ・表現方法など改善点をインタビューによってお尋ねいたします。

#### 4. 所要時間

レクチャーは勤務外の1時間程度を予定しています。カンファレンスは勤務内の30分を予定しています。インタビュは1人1時間程度を予定しています。なお、勤務時間内にインタビュを行うことはありません。

#### 5. 謝礼

2000円分の図書カード。

研究協力には自由意志であり、途中辞退も可能です。意見聴取で得られた情報は研究以外の目的で使用することはありません。

上記についてご理解いただき研究にご協力いただける場合、下記までご連絡ください。

またはご質問、お問い合わせなどがございましたら、ご本人が下記の研究者に電話、E-Mailまたは同封のはがきにてご連絡ください。意見聴取までの流れをご説明させていただきます。よろしくお願いたします。

#### 連絡先

T 433-8558 静岡県浜松市北区三ヶ原町3453

研究者：聖隷クリストファー大学大学院看護学専攻

博士後期課程精神看護学専攻 清水隆裕

電話：〇〇〇 E-Mail：△△△

指導教員：聖隷クリストファー大学大学院看護学専攻

担当教員 E-Mail：□□□

2

(ファシリテーター用)

同意書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性性に対するチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第2案）の有用性の検証と最終案の作成

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

インタビューの録音

同意します 同意しません  
録音できない時のインタビューの書き取り 同意します 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
説明年月日 西暦 20 年 月 日  
研究者（署名） \_\_\_\_\_  
署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先

〒433-8558 静岡県浜松市北区エガ原町3453  
研究者： 監修/リストワー大学大学院看護学専攻科  
博士後期課程看護学専攻 清水直裕  
電話：〇〇〇 E-Mail: △△△  
指導教員： 監修/リストワー大学大学院看護学専攻科  
森守博子 E-Mail: □□□

(研究者用)

同意書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性性に対するチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第2案）の有用性の検証と最終案の作成

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

インタビューの録音

同意します 同意しません  
録音できない時のインタビューの書き取り 同意します 同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_

署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
説明年月日 西暦 20 年 月 日  
研究者（署名） \_\_\_\_\_  
署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先

〒433-8558 静岡県浜松市北区エガ原町3453  
研究者： 監修/リストワー大学大学院看護学専攻科  
博士後期課程看護学専攻 清水直裕  
電話：〇〇〇 E-Mail: △△△  
指導教員： 監修/リストワー大学大学院看護学専攻科  
森守博子 E-Mail: □□□

(メンバー用)

同意書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対するチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマップングシート活用プログラム（第2案）の有用性の検証と最終案の作成

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

カンファレンスの参加  同意します  同意しません  
 インタビューの参加  同意します  同意しません

インタビューの録音  同意します  同意しません  
 録音できない時のインタビューの書き取り  同意します  同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名）  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名）  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名）  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒455-8558 静岡県浜松市北区三ヶ原町 3453  
 研究者：豊村クリストファー大塚大学心理学部心理学科  
 博士後期課程心理学専攻 津川隆裕  
 電話：〇〇〇 E-Mail: △△△  
 指導教員：豊村クリストファー大塚大学心理学部心理学科  
 式守博子 E-Mail: □□□

(研究者用)

同意書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対するチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマップングシート活用プログラム（第2案）の有用性の検証と最終案の作成

1. 研究の目的・意義
2. 研究の方法・手順（使用機器の説明を含む）
3. 対象者への予測される利益・不利益（心身の負担）
4. 予測される不利益に対する安全対策
5. 参加は本人の自由意志であること
6. 同意した後でも、同意を撤回できること
7. 個人情報・プライバシーが守られること
8. 研究結果の公表について
9. 研究について自由に質問できること

カンファレンスの参加  同意します  同意しません  
 インタビューの参加  同意します  同意しません

インタビューの録音  同意します  同意しません  
 録音できない時のインタビューの書き取り  同意します  同意しません

私は上記内容について、\_\_\_\_\_から説明を受けて納得しましたので、この研究に参加することに同意します。

対象者（署名）  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

私は本研究について上記項目を説明し同意が得られたことを認めます。

説明者（署名）  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名）  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒455-8558 静岡県浜松市北区三ヶ原町 3453  
 研究者：豊村クリストファー大塚大学心理学部心理学科  
 博士後期課程心理学専攻 津川隆裕  
 電話：〇〇〇 E-Mail: △△△  
 指導教員：豊村クリストファー大塚大学心理学部心理学科  
 式守博子 E-Mail: □□□



(ファシリテーター・メンバー用)

同意撤回書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対するチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第2案）の有用性の検証と最終案の作成

私は上記内容について、研究に参加することに同意しておりましたが、自らの意思により、前回の同意を撤回します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

上記研究対象者が、研究の参加を撤回したことを確認いたしました。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒432-8558 静岡県浜松市北区三ヶ原町 3453  
 研究室： 脳神経リストラクチャーツラスタクス大大学院看護学専攻  
 博士後期課程看護学専攻 滝水隆裕  
 電話：000 E-Mail：△△△  
 指導教員： 脳神経リストラクチャーツラスタクス大大学院看護学専攻  
 石守博子 E-Mail：□□□

(研究者用)

同意撤回書

研究テーマ：境界性パーソナリティ障害患者の問題行動や操作性に対するチームメンバーの感情を扱うカンファレンスでメンバーの感情表出を促すためのマッピングシート活用プログラム（第2案）の有用性の検証と最終案の作成

私は上記内容について、研究に参加することに同意しておりましたが、自らの意思により、前回の同意を撤回します。

対象者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

上記研究対象者が、研究の参加を撤回したことを確認いたしました。

説明者（署名） \_\_\_\_\_  
 説明年月日 西暦 20 年 月 日  
 研究者（署名） \_\_\_\_\_  
 署名年月日 西暦 20 年 月 日

連絡先  
 〒432-8558 静岡県浜松市北区三ヶ原町 3453  
 研究室： 脳神経リストラクチャーツラスタクス大大学院看護学専攻  
 博士後期課程看護学専攻 滝水隆裕  
 電話：000 E-Mail：△△△  
 指導教員： 脳神経リストラクチャーツラスタクス大大学院看護学専攻  
 石守博子 E-Mail：□□□

（ファシリテーター用）

インタビューガイド

質問項目

1. 役職
- 2) 看護師経験年数
- 3) 精神科経験年数
- 4) 性別

2. マッピングシート活用プログラム（第2案）を用いたカンファレンスについてお尋ねします

- 1) 感情を視覚化することに関してチームやメンバーにどのようなメリットがあると感じましたか？またデメリットがあると感じましたか？
- 2) チーム状況を視覚化することに関してチームやメンバーにどのようなメリットがあると感じましたか？またデメリットがあると感じましたか？
- 3) カンファレンスの流れや、メンバーの雰囲気などで変わった点はありますか

3. マッピングシート活用プログラム（第2案）の改善点についてお尋ねします

- 1) プログラムはわかりやすく表現されていますか。具体的にどのような表現だとわかりやすいですか。
- 2) マッピングシートへの記入手順はわかりやすいですか。改善点はありますか。
- 3) ファシリテーション方法で不足したり追加する内容がありますか。
- 4) マッピングシートの大きさや・表現方法などに改善点はありますか

(メンバー用)

インタビューガイド

質問項目

1.
  - 1) 職業
  - 2) 職業経験年数
  - 3) 精神科経験年数
  - 4) 性別
2. マッピングシートを用いたカンファレンスについてお尋ねします。
  - 1) 行動や感情を視覚化する点で良かった点がありますか。
  - 2) 行動や感情を視覚化する点で悪かった点がありますか
  - 3) いつものカンファレンスと比べて感情は話しやすかったですか。
  - 4) いつものカンファレンスと比べてチームの状況は分かりやすくなりましたか。
  - 5) いつものカンファレンスと比べてチームメンバーの関連性に関係なく語れましたか。
  - 6) カンファレンスの流れや、メンバーの雰囲気などで変わった点がありますか
3. マッピングシート活用プログラムについて改善点をお尋ねします
  - 1) メンバーが感情や意見を話しやすくなるためにフィシリテーション方法は改善点がありますか。
  - 2) 行動や感情を描く点で改善点はありませんか
  - 3) わかりにくかった表現や言葉がありますか