

平成23年度 科学研究費補助金 若手（B）

児童・思春期精神科病棟における看護ガイドラインの開発

調査結果のお知らせ



はじめに

近年、子どものメンタルヘルスに対するケアの重要性が指摘されています。そして、児童または思春期の子どもを対象とした児童・思春期精神科看護も注目されてきました。

児童・思春期精神科病棟での入院治療においては、看護師は子どもの生活全般に関わり、きわめて重要で中心的な役割を担っています。平成19年度の私たちの調査[※])からも、子どもへのケアのみならず、他職種との連携や親への対応などその看護領域は多岐にわたり、特殊かつ専門性が非常に高いことが明らかとなりました。

しかし、子どものこころの治療を行う児童・思春期精神科病棟での看護実践に対する研究は数も少なく、エビデンスも整理されていないのが現状です。そこで、3カ年をかけて、児童・思春期精神科病棟に入院中の子どもに対して、エビデンスに基づいた効果的な看護ケアを提供するための看護援助ガイドラインを開発することにしました。児童・思春期精神科病棟に入院中の子どもに対する看護援助ガイドラインが開発されれば、臨床現場で看護実践を行う看護師にエビデンスに基づいた情報を提供することができ、子どもとその家族のニーズの充足をめざした質の高い治療の提供につながるのではないかと考えています。

※) 平成19年度科学研究費補助金 若手(S) 児童・思春期精神科看護における看護ケア内容および看護技術の明確化に関する研究(課題番号:20890190)

方法

平成22年度は、児童・思春期精神科病棟に勤務している看護師を対象に、看護ケア実施時の困難、疑問点、看護実践の卓越性などについてのアンケート調査を行い、ガイドラインに含むべき臨床問題(クリニカルクエスチョン)を抽出しました。

今年度は、文献の整理、専門家へのヒアリング調査を行い、抽出されたクリニカルクエスチョンに沿ってエビデンスを整理し、ガイドライン試案を作成しました。文献検討では、2000年以降の児童・思春期精神科看護について書かれた文献計154件をクリニカルクエスチョン毎に整理しました。また、医師、臨床心理士、看護師、作業療法士、保育士、生活指導員など7名の児童・思春期精神科での豊富な経験を有する専門職にヒアリングを行いました。

来年度は、ガイドライン試案の妥当性および実用性を検討し、『児童・思春期精神科病棟における看護ガイドライン』を完成させる予定です。



クリニカルクエスチョン一覧

暴力・暴言を受けた時に、どのように自分の感情をコントロールしますか？

どこまでが、暴力・暴言ですか？

子どもの暴力・暴言にどのように対応したら良いですか？

子どもと良好な関係性を構築するためにはどうすれば良いですか？

子どもと治療的なコミュニケーションをとるにはどうすれば良いですか？

人的・時間的な余裕がない中で、子ども一人一人に公平で十分な個別的関わりをするにはどうすれば良いですか？

様々な背景をもつ子どもをどのように集団としてまとめていけばよいですか？

集団の中で、どのように特定の子どもに目を配ればよいですか？

家族と有効なコミュニケーションをとるにはどうすれば良いですか？

どこまで家族の問題に踏み込んで良いのですか？

子どもの問題を全体像から捉えるにはどうすれば良いですか？

目標設定、計画立案・実施に行き詰まった時はどうすれば良いですか？

外泊・就学への支援のために、家庭・学校・地域とどのように連携や調整をすれば良いですか？

退院にむけて外泊する子どもをどのように支援すれば良いですか？

医療者間で共通した認識をもち、統一した対応をするというのはどういうことですか？

暴力・暴言を受けた時に、どのように自分の感情をコントロールしますか？

【背景】

平成 22 年度のアンケート調査の結果、暴力・暴言への対応に際して困難または疑問を感じることをとして、最も多かったのが『看護師が心理的な負担を感じる』（12.0%）、次いで『看護師自身の感情のコントロール』（11.2%）であった。

具体的には「暴言に傷つく」や「暴力をふるわれる恐怖」といった暴言・暴力を受けることのダメージそのものと共に、「傷ついた自分自身の心身の痛みをどうケアするか」に困難を感じる事が挙げられていた。さらに、「暴言・暴力を受けた際に不適切なケアをしたかのような評価を受けた」、「暴言・暴力に対する心理的サポートがない」といった負担が挙げられていた。また、暴言・暴力のある児に対して「マイナス感情を抱いてしまうこと」や「イライラしてしまうこと」が挙げられており、「自分自身を冷静に保ち、感情をコントロールすること」に困難を感じていることの難しさが挙げられていた。

国際労働機関（ILO）は、保健医療労働者の 50%以上が保健医療現場で暴力などのインシデントに遭遇していると指摘しており、児童・思春期精神科病棟や精神科病棟に限らず、暴言・暴力は全ての医療現場で問題となっている事象である。

ここで挙げられた看護師の感情コントロールは、暴力・暴言に関する事象が起きたどのような場面でも重視されるものであり、さまざまな研究が発表されているが、本稿では、児童・思春期精神科看護現場での実践に焦点を当てた先行研究からの結果のみをまとめることとした。

【文献からわかったこと】

児童・思春期精神科看護において、暴言・暴力が看護師に与える影響は大きいことが先行研究でも述べられていたものの、児童・思春期精神科における暴言・暴力を受けたときにどのように感情をコントロールするかについての先行研究は見られなかった。しかしながら、暴言・暴力に対して看護師の感情をコントロールすることに役立つと考えられる方法として、「看護師の感情を自由に話し、他のスタッフと共有する」ことで、心理的負担の軽減につながるほか、他のスタッフと話し合うことで「看護師個人の問題ではなく、組織全体で対応するものと認識する」、「患者の置かれている状況を理解する」ことにつながり、看護師の心理的負担を減じることができるのではないかと考えられた。

【ヒアリング内容のまとめ】

何でも言える、普段から冗談も言えるし、笑いのある病棟は、スタッフにとってもいいし、子どもにとってもいいことだと思うんです。

普段から、いつでも気軽に相談できる体制や失敗しても良い雰囲気スタッフ間で作っておくことが重要である。また、看護師自身が、自分の感情が揺さぶられる状況に対する自己洞察を深めておくことも、暴力・暴言を受けた時の備えとして役に立つ。

実際に、子どもから暴力・暴言を受けて、心理的な負担を感じたり、子どもに陰性感情を抱いた時は、躊躇せず他のスタッフに応援を求め、対応を代わってもらおうと良い。また、暴力・暴言によって傷ついたという自分の気持ちを、感情的にならないで子どもに伝えることができれば、看護師自身の気持ちの整理や子どもの気づきを促すことができる。

子どもが暴力をせざるを得ない状況への理解があってはじめて、暴力を受けたスタッフも、暴力をした子どもも救えるんじゃないかな。

暴力・暴言を受けた看護師の感情コントロールに最も役立つのは、子どもが暴力・暴言をおこしてしまう背景を理解することである。何故その子どもは、暴力・暴言をおこさざるを得なかったのか、その子どもにとっての暴力・暴言の意味や理由がわかれば、スタッフの恐怖感や負担感はなくなるだろう。また、自分と子どもとの間で、どういう仕組みで暴力・暴言という不適切なコミュニケーションが生じているのかを冷静に考えることも有用である。

暴力・暴言をおこしてしまう背景の理解や、看護師と子どもとのコミュニケーションの評価は、チームのスタッフみんなで話し合うと良い。チームで話し合うことで、子どもに対する理解が深まり、今後の具体的な対応を見出すことができる。最も危険なことは、暴力・暴言を受けたスタッフや担当スタッフが、一人で抱え込んでしまうことである。子どもの暴力・暴言という問題は、チームで共有し、チームで対処することが必要である。

暴力・暴言を受けたスタッフに対して、「大変だったね。」「腹が立つよね。」とつらさに共感し代弁してあげたり、ちょっとした声をかけるなどの周りからのサポートも重要である。誰かに話を聞いてもらうことで、暴力・暴言を受けたスタッフの心理的負担はかなり軽減される。

特に、児童・思春期精神科看護の経験が浅い看護師は、「子どもにつけこまれてはいけない。」「私のせいで他のスタッフに迷惑をかけてしまう。」「申し訳ない。」「私は何もできない。」などの自分に対する否定的な思いをもつことがある。しかし、病棟のスタッフに支えられ、子どもの暴力・暴言という問題を乗り越えることで、自信をつけていくことができる。

どこまでが、暴力・暴言ですか？

【背景】

平成22年度のアンケート調査で、子どもの暴力・暴言への対応で、困難・疑問を感じることで、最も多かったのは「看護師の心理的負担」であった。その内容を細かくみていくと、興奮しているあるいは、衝動的な行動を取りやすい児らから“いつ暴力が振るわれるかもしれないという恐怖”、“暴力を制止する行動と自分を守る行動での葛藤”、“暴言・暴力による自己の傷つき”などが挙げられているが、寄せられた回答から推察すると、傷つき・ダメージとなっているのは、暴力よりも“暴言”であると考えられる。では、対応する看護師に深くダメージを与える暴言とはどんなものなのか？

子どもの場合、ふざけや遊びが高じて暴力・暴言になってしまうなど、明らかな敵意を持って発しているものばかりではなく、暴言や暴力が遊びの延長線上にあることも多いため、暴言・暴力の基準、その判断も難しい。そのため、スタッフ間でも個人によって対応に違いが生じやすく、受容的に関わった方が良いのか、指導的に関わった方が良いのかと、対応する看護師を悩ませる要因にもなっている

【文献からわかったこと】

文献の中に、具体的な暴力・暴言の内容の記述はあるが、“暴力”の定義について触れている文献は、1件のみであった。しかし、この文献も「日本看護協会による『保健福祉医療施設における暴力対策指針～看護者のために』から暴力の定義を確認して、施設独自の暴力の定義、障害特性から暴言と暴力を分けて考えることを確認したとあるものの具体的な暴力の定義（暴言・暴力の判断基準）は記載されておらず、暴言・暴力について明確に定義しているものはない。文献の中で記述されている暴力や暴言は、具体的な内容に触れずに、“暴力行為・粗暴行為”という大きな括りで記述されているものもある。どこまでが暴力かは、暴力の内容や表現様式、疾患や症状、出現背景によって異なる。

【ヒアリング内容のまとめ】

相手を傷つけるような言葉であったり態度っていうのは、暴言・暴力になるとは思いますね。暴力・暴言かどうかを決めるのは、暴力・暴言をしている本人っていうよりも相手なんです。

ヒアリング調査から得られた暴力・暴言の定義は共通しており、相手が恐怖、威圧、不快などを感じる行為であった。暴力・暴言かどうかを決めるのは、その行為の対象となった相手の感情であった。

「相手が不快に感じる事が暴力・暴言である」ということで、全部単純に一次的に捉えていいわけではなくて、その中身をきっちり査定していったり、その子の成長の中でどう変化してきているのかを捉えていかなければならない。

暴力・暴言の定義は一律であっても、暴力・暴言に至る背景は様々である。入院当初に出てくる暴言・暴力と、入院の後期に出ている暴言・暴力でも全く質が変わっている。暴力に至る背景は、暴力の対応だけではなくて、健康的な面への、一緒に遊ぶなどの普段の関わりや家族との関係、薬の作用などから考えていく必要がある。

以下に、ヒアリング調査で得られた暴力・暴言に至る背景について整理する。

・障害（疾患）の影響

（例）強迫的な形で繰り返す行為

統合失調症圏にみられる精神病的状態で被害的になっている

衝動性が高く、易刺激的（口より手が先にでてしまう）

自閉症圏の場合で、表現力、イメージ力、状況理解力が低い、心的距離感がわからない

反射としての暴力・暴言

・暴力・暴言をおこしやすい環境

（例）スタッフが設定した目標が高すぎて、子どもが上手く対応できない

ふざけの中から、だんだんエスカレートして暴力に至る

衝動性の高い子どもの集団

新しい課題に直面してパニックに陥る

見通しが立てにくい、状況が理解しにくい環境

・学習不足・経験不足

（例）適切な表現・伝え方の方法を知らない

ボキャブラリーがない

・発達の未熟さ

（例）感情コントロール能力が低い

脳の未成熟による原始的な反射

・対人関係の発展のプロセスの中でおこる暴力・暴言

（例）振り向いてほしかったなどの相手への肯定的な感情が暴力・暴言に転じる

援助者の負の感情をわざと引き起こそうとする

相手を試す、相手の関心をひく

・家庭での養育環境

（例）日常茶飯事的に暴力・暴言のある家庭

暴力的・威圧的な力で押えつけられるようなしつけを受けた

被虐待児

・治療の進展、成長の途上でおこる暴力・暴言

（例）心的距離感が身についてきて、暴力が暴言に変化した

自分が心理的に危険な状態になった時に、自己防衛をはかろうとした

子どもの暴力・暴言にどのように対応したら良いですか？

【背景】

平成 22 年度のアンケート調査の『暴力・暴言への対応』に関する項目で、3 番目に「注意や指導が理解されない」こと、4 番目に「暴力に対する対応困難」、6～8 番目に「注意の判断と促し方」、「行動制限の判断・適切性」、「暴力の判断」が挙げられ、アセスメントも含めて暴力・暴言に対してどのように、指導・対応していったらよいのかに困難感を感じていることが推測される。その背景には、思春期で体型的に大人と変わらない青少年への対応困難感、スタッフのマンパワー不足といった問題もあり、興奮した患児をいかに鎮めるか？興奮を助長させないように対応するにはどうしたら良いか（介入のタイミングや行動制限適応の判断）？注意や指導内容（行動の良し悪し）をどう理解させるか？に苦慮しているものと考えられる。

暴力・暴言は、看護師の心理的負担につながるものであるが、それは暴力・暴言による直接的な傷つきだけでなく、興奮時の子どもへの対応が、「興奮している子ども VS 看護師個人」となっている部分もあり、『暴力・暴言への対応』で困難・疑問を感じた「看護師自身の感情コントロール」の中に「うまく対応できなかったことに対する否定的感情」が含まれているように、個人の力量が試されているように感じる看護師も存在しているのではないかと。看護師によって対応を変える子どももあり、ベテラン看護師から興奮を助長させない対応方法を学ぶことには意味がある。また、人によって対応が異なる状況は、子どもを混乱させる。そのためにも暴力・暴言に対する対応には、ある程度、対応を統一したガイドラインが必要と思われる。

【文献からわかったこと】

文献を検討してみると、暴言・暴力に対する対応は困難を感じると言われながらも、手探り状態なのではなく、①自尊感情が低下している状況にある対象と看護師が信頼関係を築いていくために、あるがままの状態を受け入れる、②攻撃行動を取ってしまう対象の感情を受けとめた上で暴力という行動を取ったこと・どう対応すればよかったのか気づかせる振り返りを行う、発達障害のある児童に対しては、③暴力という行動によって被害にあった者がどんな気持ちになったのか伝え、望ましい行動様式を伝える、④目標を設定し行動療法的に関わる、⑤家族に対して働き掛けるなど、ある程度、型にはまった対応方法があり、それに則った対応がなされていることがわかった。

【ヒアリング内容のまとめ】

子どもがおこす暴力にも意味があるので、日頃の観察をしていて、なぜその子がそういう暴力をふるうのかを考えて、少しずつ意味が分かってくれば、暴力とは違う対処の方法を一緒に考えてあげられるんじゃないかな。

子どもが暴力・暴言をおこす意味を看護師が理解することができ、適切な対応をすることができれば、暴力・暴言という問題への取り組みを通して、子どもたちの成長・発達につなげていくことができる。

暴力への対応を考えた時に、何で暴力になっているのかが分からないと、対応が立てられない。そこは一応仮説を立てて対応することになる。

本当の暴力や暴言に至る前に、どうやって予防するかということが大事だと思います。

ヒアリング調査では、以下のような子どもの暴力・暴言への対応が挙げられた。

1. 子どもが暴力・暴言をおこさない環境を作る

広汎性発達障害などによって状況理解が困難な子どもに対しては、見通しを伝えたり、個別の対応をすることで、パニックに陥ることを防ぐことができる。また、刺激に弱く、衝動性が強い子どもに対しては、病室の配置を調整したり、集団活動時のグループメンバーや場に配慮するなど、刺激を遮断する。

2. 子どもが達成できる見込みが大きい目標を設定する

子ども自身が自信をもって目標に取り組み、達成することで成功体験が得られるよう達成見込みが大きい課題を目標とする。看護師が設定した目標が高すぎると、子どもは上手く対応できず、気持ちが不安定になってしまう。また、看護師は子どもが目標を達成できるようバックアップし、達成できた時は、肯定的な評価を行う。

3. 子どもに分かりやすく示す

子どもの目標、病棟のルール、担当看護師との約束などは、子どもの視点に立ってわかりやすく示す必要がある。絵や文章にして掲示するなどの工夫をして、何をするのか、どうすればいいかを具体的に示す。さらに、子どもが理解できているかを適宜確認する。

4. コミュニケーションスキルや社会のルールを身につけさせる

子どもとの日々の関わりの中で、より適切な行動や感情表出を身につけさせる。SSTの手法を取り入れて、スキルトレーニングをすることが有効である。例えば、担当看護師と二人でロールプレイをしたり、小集団で良い見本と悪い見本について話し合うなどである。コミュニケーションスキルや社会のルールを習得していく中で、豊かな表現力を養ったり、言葉の数を増やすことができ、暴力・暴言といった不適切な言動を減らすことができる。

5. 自分の感情に気づかせる

まずは、子ども自身が、うれしい気持ち、ワクワクした気持ち、イライラした気持ち、我慢した時の気持ちなど自分の様々な感情に気づくよう働きかける。例えば、ニコニコと子どもの顔がほころんだところで、「楽しいなあ」とすかさずその時の子どもの感情を言語化してあげる。子どもに「今の気持ちは何?」「今の感情は何?」「どうしてその言葉を言いたくなったの?」と聞くことで、感情を意識させることもできる。

さらに、自分だけでなく、他人の嬉しい時の表情、怒ってる時の表情も教える。気持ちや感情を理解してもらうために、絵カードなどを使うと効果的な場合もある。

6. 暴力・暴言以外の対処方法を身につけさせる

適切な感情表出の方法を知らない子どもに対しては、暴力・暴言を禁止するだけでなく、それに代わる表現の方法・対処方法を伝えなければならない。例えば、頓服薬の服用、深呼吸、こぶしを握り締めるなどの方法でイライラした時の感情をコントロールするという方法もある。どうしても暴言を言いたくなった場合は、誰もいないところで言うなど、他人に害を与えない方法を看護師も一緒に考えていく。

7. 子どもの努力を認める

暴力・暴言をおこさないようにしている子どもの努力を積極的に認めることで、「暴力をしなくて良かった。」と子ども自身が感じることができる。

8. 一貫した態度で子どもに安心感を与える

相手を試したり気を引くために暴力・暴言をおこす子どもに対しては、どんなことがあっても見捨てない、守っていくという一貫した態度を看護師がとることで安心を与え、不適切な関わりが減少する場合が多い。一対一の安定した関係性を築くことも重要となってくる。その際、子どもの攻撃の対象となるスタッフをチームで支える体制が必要である。

9. 早期に介入することで暴力を防ぐ

子どものイライラが爆発する前に、スタッフが介入し、イライラの対象から物理的に距離をとることで、暴力を未然に防ぐことが可能である。そのためには、暴力・暴言のリスクがある子どもの情報は、スタッフ全員で共有し、スタッフ全員で注意して観察することが必要となる。

10. スタッフ全員で統一した対応をする

暴力・暴言への基本的な対応はスタッフ全員で統一する必要がある。特に、実際に子どもが暴力を振るった時の対応は、スタッフ間で統一しなければならない。統一した対応をするために、病棟や病院単位でマニュアルやパンフレットなどを作成したり、初任者研修や病棟の勉強会で暴力への対応を取りあげるなどの工夫をすると良い。暴力への対処についての、基本的な知識は身につけておく必要がある。また、子どもにも、暴力・暴言に対するスタッフの対応について、共通理解を得ておくことが有効な場合もある。統一された基本的な対応がなされる中で、状況によって臨機応変に対応することが重要である。

11. 看護師が自分の気持ちを言語化する

子どもから看護師が暴力・暴言を受けた場合は、その時の自分の気持ちを感情的にならずに伝えることは、子どもの気づきを促すことにつながる。例えば「あなたのあの言葉は暴言だし、看護師さん傷ついてしまったよ。」「そこを叩かれたから痛かった。」など正直に言うことも時には必要である。

12. 他のスタッフが対応する

暴力・暴言を受けた時には、対応するスタッフを変えるという対応は非常に効果的である。特に、暴力をふるわれた時には、必ず誰か助けを呼ぶ必要がある。あまりにも暴力・暴言が一人の看護師に集中するときは、看護師をできるだけその子どもの対応から外すという対応が効

果的である。また、比較的その子と良い関係性の看護師が対応することで、子どもの暴力・暴言がエスカレートすることを防ぐことが可能な場合もある。

13. 子どもの身の安全を確保するため隔離する

実際に子どもが暴力をおこしてしまった時は、子どもの身の安全を確保するために隔離する。感情が高ぶっていて自分では収拾がつかない時は、刺激を遮断し一人の空間に隔離する。隔離または拘束を実施する場合は、看護師は治療的行為として行うことを説明し、余計な声掛けは慎む。また、他の子どもたちから見えないようにするという配慮も必要である。

14. 落ち着いてから、子どもの気持ちと行動の振り返りをする

子どもの感情が落ち着いてから、暴力・暴言をした時の気持ちと行動の振り返りをする。暴力・暴言をしてしまった時の子どもの気持ちを共感したり、代弁することで、子どもの気持ちを整理する。また、どのように対処すれば良かったかを一緒に考える。

子どもと良好な関係性を構築するためにはどうすれば良いですか？

【背景】

平成 22 年度のアンケート調査の結果、子どもに対して個別的なケアや一对一の関わりをするときに困難または疑問を感じることで、最も多かったのが『子どもとの関係性の取り方』であった。「子どもとの信頼関係を築くことが一番難しく、信頼関係を築けないと個別的なケアができない。」「子どもが本心をみせない、向き合ってくれない。」「看護師に拒否的な態度をとる子どもがいる。」などの困難が挙げられた。一方で、「子どもとの距離が近すぎて良くない。」と子どもとの適切な心的距離をとることの難しさが挙げられた。これらは、児童・思春期精神科看護での患者看護師関係の特徴を反映した困難であると考えられた。児童・思春期精神科看護における子どもとの良好な関係とはどのようなものなのか明らかにする必要がある。

また、児童・思春期精神科では、担当看護師（プライマリー看護）制を導入している病棟が多く、「プライマリー制だと、担当看護師が抱え込み、他の看護師がオープンな意見を出せない時がある。」といった担当看護師の負担が大きいという困難もみられた。児童・思春期精神科看護では、担当看護師の意味・役割にどのような特徴があるのか明らかにする必要がある。

【文献からわかったこと】

文献を検討してみると、「子どもと良好な関係性を構築するためにはどうすれば良いか」の答えとしては、①児童・思春期精神科看護での患者・看護師関係の意義と特徴を知識として理解しておくこと、②看護師との関係性を適切に評価すること、③自分が子どもとの関わりでどのような影響を受け、子どもにどのような影響を与えているかを常に自己洞察すること、の3点が重要であるようだ。特に、②と③は具体的な方法や客観的な指標が文献から見当たらなかった。

【ヒアリング内容のまとめ】

しっかり関わって行く中で、良い愛着関係を作ることは、どんなに重度の自閉症の子であったとしても、どんなに虐待体験を受けてきた子どもであったとしても、関係は作れると思うんです。

児童・思春期精神科看護における患者看護師関係の特徴として、障害や養育環境の結果、対人関係を結ぶことが困難になってしまった子ども達に対して、子どもの育ちとともにお互いに揺らぎながら、対人関係の結びにくさを改善していく過程で、信頼関係が生まれてくるということが挙げられた。

かわいいと思うなどの子どもへの愛着を看護師がもたないと、子どもと良好な関係性を築いていくことはできない。看護師は、子どもとの関係性を構築していく中で、看護師自身の育ちの中で今まで避けてきた課題に直面したり、自分の価値基準を揺さぶられることもある。また、看護師が子どもにのめりこんでしまったり、巻き込まれてしまうなど、子どもと適切な心的距離を保つことが難しくなる場合も多い。

子どもと適切な心的距離を保つためには、いくつかの方法がある。まず、入院している子どもをチーム全体でケアしていくという視点をもつことで、看護師が一人で抱え込むことを避ける。治療の中での自分の立ち位置や適切な距離を、チームで確認すると良い。次に、自分が子どもから受ける影響について自己洞察を続ける必要がある。子どもとの関わりの中で、気になったことや自分の感情などについて、親しい同僚に話したり、管理者からスーパーバイズを受けることもある。最後に、病棟のスタッフや管理者は、看護師と子どもとの関係性を観察し、必要な時は間に入って調整する役割を担わなければならない。

担当看護師は、子どもの生活において最も身近な存在である。入院してきた子どもは、まずは担当看護師と関係性を築くことになる。そのため、担当看護師が、自分でなんとか問題を解決しようと抱え込んでしまったり、上手く対応できずに負担を感じてしまうことは少なくない。担当看護師を孤立させず、スタッフみんなで支えていく体制を作ることが必要となる。

児童・思春期精神科看護における患者看護師関係では、はじめと終わりが特に重要である。以下に、患者看護師関係の発展のプロセスに沿って、子どもとの良好な関係を構築するための関わりポイントをまとめた。

1. 関係をもち始める時期

- ・子どもに自分が担当看護師であることを自己紹介する。
- ・一対一で関わる時間をできるだけたくさんとる
- ・問題をおこしていない時にたくさん関わる
- ・子どもが安心できる環境を提供する
- ・「いつでも見ているよ。」というメッセージをおくる

2. 関係をもちつづける時期

- ・担当看護師との一対一の関係づくりがある程度できてから集団活動に参加する
- ・問題が起こっていない時にかかわる
- ・子どもにとって担当看護師が特別な存在になる時期であることを踏まえて、心的距離の取り方に注意をはらう

3. 関係の終結に向かう時期

- ・離れてもつながっているという感覚をもてるようにする
- ・一緒に乗り越えたという思い出を大切にす
- ・同じ時を共有できたことを肯定的に感じてもらう
- ・次の出会いにつなぐ。退院したことで、新しい次の出会いが訪れるようにしておく
- ・退院後、外来に来る度に会いに来ていた子どもが、段々会わなくても済むようになることで、巣立っていく
- ・担当看護師との一対一関係を、他のスタッフや、最終的には地域の人に移行していく
- ・退院によって子どもが喪失感を感じないように配慮する
- ・別れが次のステップへの動機付けになるようにもっていく

患者・看護師関係の発展に影響する要因として、最も大きいのは、親に愛された感覚があるかどうかである。特に、被虐待児は、対人関係が「虐待する、される」の形で学習されてるため担当看護師と安定した関係性を構築することが難しい。また、発達障害などの疾患の特徴で愛着が深まりにくいという子どももいる。

子どもの年齢、疾患、家族背景などを考えながら関係づくりをしていく。思春期の子どもとの関係の構築は学童期より難しい。根気強く、どんな行動をとっても壊れずに見守っていく姿勢が看護師に必要なってくる。

子どもと良好な関係性が構築できると、子どもに変化がみられる。子どもの側から悩みを聞いてほしい、など関わりを求めてくることや、担当看護師を不安になることなく待つことができるようになる。また、看護師の方も、子どもをかわいいと感じられるようになってくる。

子どもと治療的なコミュニケーションをとるにはどうすれば良いですか？

【背景】

平成22年度のアンケート調査の結果、子どもに対して個別的なケアや一对一の関わりをするときに困難または疑問を感じることで、子どもとのコミュニケーションに関する困難は、2番目に多かった。看護においてコミュニケーションとは、治療的な関係を築くための手段であると同時に、それ自身が関係性であり、コミュニケーションなしでは治療的な患者・看護師関係は不可能である。平成22年度の調査では、看護師がコミュニケーションに困難を感じる子どもの特徴として、反応がない、関わりのツールが少ない、気持ちを言語化できない、といった気持ちや意思の表出がない子どもがあげられた。また、看護師の話を子どもが理解しなかったり聞き入れない場合に、子どもに看護師の真意を理解してもらうためにどのように表現して伝えていけば良いかに困難を感じていることがわかった。児童・思春期精神科看護での治療的なコミュニケーションの特性を明らかにした上で、効果的なコミュニケーションのための方策を見出す必要がある。

【文献からわかったこと】

児童・思春期精神科病棟に入院している子どもと治療的なコミュニケーションをとるためには、①子どもの発達における課題や疾患による症状に合わせた関わりをする、②子どもの気持ちを推察する能力を高める、③非言語的コミュニケーションを効果的に用いる、④遊びや活動の中で治療的な関わりを意識して用いる、が必要と思われた。実際には、これらのコミュニケーションのポイントのうち、複数の工夫を組み合わせて用いられていた。

【ヒアリング内容のまとめ】

子どもと治療的なコミュニケーションをとるためには、子どもが問題をおこしていない時に、いかに関わるかが重要である。看護師は、子どもが遊びを通して楽しみを感じたり自信をつけていけるように効果的に関わっていくスキルを身につける必要がある。また、基本的なことではあるが、子どもとの約束を守ることも重要である。子どもは約束が守られることで対人関係における安心感を得ることができるからである。さらに、コミュニケーションにおいて、子どもはどのように解釈をしているかに常に注意を払う必要がある。子どもは、大人と同じようには物事をとらえたり解釈しない場合もあるため、子どもの捉え方を理解する必要がある。

子どもとのコミュニケーションの技術の習得においては、他のスタッフの良いコミュニケーションを観察して取り入れたり、他のスタッフから具体的なアドバイスをもらうなど、他者から学ぶことが効果的である。

最後に、児童・思春期精神科看護においては、看護師が自分の個性を生かして子どもと関わることで、子どもとの治療的なコミュニケーションになりうる。この領域で求められる知識や技術が未熟であっても、初心者なりの関わりを無理せずにしていくことが、子どもにとって治療的な関わりになるという考え方をもつことが大切である。

病棟だって一つの社会だと思うから、いろんな考え方、いろんなやり方、いろんな年代の人がいて当然だと思うので、その人なりのやり方を、きちりと子どもと向きあって出してもらえたらいい。

人的・時間的な余裕がない中で、子ども一人一人に公平で十分な個別的関わりをするにはどうすれば良いですか？

【背景】

平成 22 年度のアンケート調査では、子どもに対して個別的なケアや一对一の関わりをするときに困難または疑問を感じる事として、「人的・時間的な余裕がないこと」と「公平に子どもと接すること」に困難を感じていることがあげられた。人的・時間的な余裕がないことの中には、「全体を見なければいけない場面が多く、一对一の時間を設けるのが難しい」「人手がなく、タイムリーな個別ケアができない。」「夜勤帯にじっくり子どもの話を聞けない」など、人手不足によって個別ケアができない現状が示された。公平に子どもと接することの中には、個別ケアが他の子どもに理解されず、不公平感ややきもちを感じさせてしまうことや、特定の子どもの関わりが多くなっていないか、平等に対応できているか、看護師自身が心配になるといったことがあげられた。

【一次文献からわかったこと】

クリニカルクエスチョンに対して直接の答えとなる文献は見当たらなかった。しかし、児童思春期精神科看護においては、タイムリーな介入や看護師と時間をかけて個別の関わりが重要であることを示す文献はあった。

【ヒアリング内容のまとめ】

業務を改善して、子どもとの個別の時間を確保していくというのは、すごく大事だと思いますね。やっぱり関わりをきっちりすると、子どもって変わってくるので。

人的・時間的な余裕がない中で、子どもと十分に個別的な関わりを実施することは大変難しいことである。看護師一人一人が子どもと個別に関わることの重要性を認識し、個別に関わる時間を確保する努力をしなければならない。担当の子どもとの個別ケアについて、具体的にいつ、どのように、どれくらい時間をかけて実施するかを計画し、チームに提案し、理解を得なければならない。さらに、個別的な関わりを確保できるよう、病棟スタッフみんなで、継続的に業務改善に取り組む必要がある。

様々な背景をもつ子どもをどのように集団としてまとめていけばよいですか？

【背景】

多彩な疾患（発達障害、適応障害、引きこもり、統合失調症、うつ病）や生育歴、生活歴があり、成長発達レベルがさまざまなので、誰に焦点をしぼるべきなのかがわかりにくい。

【文献からわかったこと】

個々の成長発達の特徴を理解して、個別の集団活動の目的目標を本人と話し合い、本人とスタッフともに明確にしておく。予測する問題とその対処方法を本人と確認し、それでも集団活動を行う利点を伝えて、本人の集団活動への参加を励ます。文献は非常に少なかった。

【ヒアリング内容のまとめ】

遊びを誰が一番知っているかといったら、子どもが一番知っているわけですよ。子どもが一番知っていて、子どもがつくり上げていく遊びというのは、創造的であって、目的的であって、やっぱり一番脳が発達するんですよ。

子どもは、遊びを通して楽しみや達成感を感じる。そして、集団で子ども達と遊ぶ中で社会性や生きる力、自己効力感を獲得していく。集団活動において、子ども一人一人の目標が個別にある場合でも、子どもが楽しみと達成感を感じるということは普遍的な目標である。遊びは、本来、子どもが自発的に自分から挑戦し、自分から創造し、応用し、つくり上げていくものである。

集団活動は、年齢、目的によって、集団の人数や内容が異なってくる。以下に児童・思春期精神科看護で考えられる集団とその特徴について整理した。

1. 治療目的がある集団活動

疾患別というよりも、子どもの症状に合わせたグループ構成を考えて、集団活動を計画すると良い。例えば、相手のところが読みにくい、ルールを覚えていられない、エネルギーがあってじっとしてられない、などの症状別に集団活動を実施する。人数は3～4名が適当である。

（例）相手のところが読みにくい子どもたちの集団では、相手のところや相手の立場を考えるような遊びやSSTの要素を取り入れた活動を行う。

（例）ルールを覚えていられない子どもたちの集団では、視覚的な手だてをたくさん取り入れ、単純なルールの活動を行う。

（例）エネルギーがあってじっとしてられない子どもたちの集団では、活発に動き、強い感覚的な刺激が入る活動を行う。

2. 対人交流が目的の集団活動

異年齢児や職員との交流が目的の集団活動は、病棟全体、施設全体といった大集団で行うことが多い。内容としては、遠足、ピンゴ大会、餅つき大会などのレクリエーション活動や季節の行事を行う。人数は、病棟単位だと15-20人程度で、施設単位ではそれ以上になる。

3. 同年代の子どもたちの遊びを目的とした集団

子どもの精神的身体的な発達に合わせて同年代の子どもたちとの遊びを目的とした集団では、小学生低学年、小学生中学年、小学生高学年、中学生、などでグループを構成して活動する。概ね5人程度の人数が多いが、低年齢の子どもの場合は人数を少なくする場合が多い。集団のグループダイナミクスを通しての楽しみと学びが得られる。

集団活動は、計画、準備、実施、評価という一連の流れがある。その中でも様々な背景をもつ子どもを集団としてまとめていくためには、事前の打ち合わせが重要である。予測される問題や、個別の対応が必要な子どもなどに対する共通の認識をスタッフが持つ必要がある。

本当は遊びをもって自発的に自分から挑戦していくもの、自分から創造し、応用し、つくり上げていくものという感覚を持っているので、ある程度枠へ入れながらも、自分の自由度の中で膨らみを持たせて楽しんでいくことが治療的だと考えているんです。

集団活動の中では、一定の構造化された枠組みの中で、自由度をもたせ、子ども自らが楽しみながら発展していけるような工夫をすると良い。楽しく自分を出すところと、話を聞いて規律を覚えるといった学習の面と遊びの面をうまく切り分けることが肝要である。また、看護師も集団の中に入って、楽しむことが求められる。自ら集団の中に入り、楽しみながらも、客観的な視点で子どもたちのテンションや気分を観察し、コントロールしていく。

スタッフの配置は、リーダー1人、サブリーダー2人、その他3~4人を目安として集団の目的や規模に合わせてと良い。例えば、小学生低学年5人の集団をスタッフ3人で実施する場合は、リーダー1人と、サブリーダー2人のスタッフで対応可能な活動内容を考える。病棟単位の集団になると、個別対応が必要な子どもの側について対応するスタッフが必要となる。

集団の中で、どのように特定の子どもに目を配ればよいですか？

【背景】

集団を乱す子どもや、子どもの個性によって、個別で関わったり、異なった対応が必要になる場合がある。また集団の力動に影響力のある子ども（たち）が誰なのかを見据え、その子（たち）がどのように集団に影響を及ぼすかを見極めることが必要であるが、その見極めが難しい。

【文献からわかったこと】

特に場を乱しやすい子どもには、集団での活動中その子どもを担当するスタッフをつけて、密に関わり、乱しそうになった時の対応や場合によっては、クールダウンのためにその場からその子を離す関わりを行い、落ち着いたらその子に対応するフィードバックを行う。これが、その子どもが集団の中でどのように過ごしたらいいのかの学習となる。

【ヒアリング内容のまとめ】

まずは、スタッフと一対一の関係が築けた後で、集団活動に参加するというのが原則である。集団活動への参加が可能か判断するために、看護師は、子どもが2～3人で遊んでいる様子を注意深く観察しなければならない。そして集団での活動は、徐々に導入すると良い。集団に入る前に、看護師とともに見学したり、その子どもが興味をもてたり、得意な活動内容から始めるなどの段階的に参加していける工夫をする。

集団活動を始める前には、スタッフ間での事前の打ち合わせを十分に行う必要がある。参加する子どもの状態や想定される問題をスタッフ間で共有し、集団活動が円滑に実施できるようスタッフはどのように行動すれば良いかを話し合う。事前の打ち合わせの際に、特に注意を要する子どもを特定し、その対応を決定しておく。

この活動をするにはこの子をポイントとして抑えていたら、この子自身も助かるし上手く遊べるし、集団での遊びが上手くいくだろうというのを見極めていきますね。

集団活動において、特に注意を要する子どもに対しては、スタッフが側について個別の対応を行う。個別の対応が必要な子どもは、重度の発達障害児や衝動性の高い子どもなどである。看護師が横について子どもと一緒に行動することによって、子どもは安心できたり、とるべき行動を理解することができる。側につかない場合でも、看護師が子どもたち一人一人に目を配り見守ることで、子どもたちは集団活動をスムーズに行うことができる。

子どもも職員さんも含めてみんなで集団で遊んでいるのだけれど、その子ども一人一人は「あの職員さん、見ててくれているな」という気持ちになれるような配慮が集団活動の場にある。

看護師は、集団活動中に、子ども同士のトラブルや喧嘩が発生する前に、子どもたちのサインに気づき、対処する必要がある。しかし、子どもがトラブルや逸脱行為をおこした時には、いったん集団活動からその子どもを引き離さなければならない。そして、子どもの気持ちが落ち着いてから、言動の振り返りをする。

家族と有効なコミュニケーションをとるにはどうすれば良いですか？

【背景】

平成 22 年度のアンケート調査の結果、子どもの家族への支援で困難または疑問を感じることで、「家族が精神面で問題を抱えている」「家族の認識や感情への介入」「家族と有効なコミュニケーションがとれない」「家族の子どもへの不適切な態度」が挙げられた。家族とコミュニケーションを取る必要性を感じながらも、具体的な家族のアセスメントや介入方法が疑問となっている事が、家族への支援の領域において困難・疑問を生じさせていることが分かった。

【文献からわかったこと】

有効なコミュニケーションの方法としては、①罪悪感の軽減②批判せず支持的に関わる③機会がある限り接触する、④家庭訪問する、⑤情報提供する、⑥労をねぎらう、⑦気持ちに寄り添う、など具体的に報告されていた。なかでも②の批判せず支持的に関わる事を強調していた文献が多かった。

【ヒアリング内容のまとめ】

児童・思春期精神科病棟に入院している子どもの家族は、家族自身が問題を抱えていたり、家族関係が悪いなど家族機能が低いことが少なくない。看護師は、家族のもつ強みと弱みをアセスメントし、子どもの問題行動に家族が対処できるよう支援していく必要がある。

家族支援において、看護師は、家庭での子どもの日常生活が円滑にいくよう、生活面に対して具体的なアドバイスをするという役割がある。24 時間子どもと一緒に過ごしている病棟看護師が、一番子どもの生活を知っているからである。家族から、子どもの生活上の困りごとや対応方法について、相談を受けた時は、積極的に家族に個別的で具体的なアドバイスをすると良い。また、病棟での生活の中でみられる子どもの変化や成長についても、積極的に家族に伝えると良い。外泊や面会を通して、子どもの変化を実際にもてもらうことも効果的である。家族に病棟に来てもらい、看護師の対応を見てもらうことで、子どもとの関わり方のコツを家族に学んでもらうこともできる。

家族支援を行う時は、必ず事前に主治医に確認をしておく必要がある。そして、内服薬などの治療方針に関する相談は、主治医に対応を依頼する方が良い。

家族を批判的にみようとすれば、いくらでも家族のできていない部分は見つかってしまうけど、それをしたって何にも変わらない。「家族がすごく困ってたんだよね、しんどかったんだよね。」っていう共感がまず第一にいる。

とても大変な思いで入院にいたっているという家族の気持ちを汲み取ることが重要である。子育てへの不安や子どもへの負い目を感じている家族が、スタッフの支援を受けながら、ともに治療を進めていくという気持ちになれるよう支えることが求められる。

家族支援を実施するためには、看護師は家族と良好な関係性を構築していかなければならない。家族との信頼関係があれば、看護師のアドバイスも受け入れられやすく、家族が力をつけていくことにつながる。そのためには、担当看護師が、入院時に家族と話をすることが役立つ。少なくとも、「私が担当の看護師です。何かあった時はお電話ください。」など自己紹介しておく必要がある。

そして、家族には、子どもの問題点だけでなく、良い点も伝えるよう心がけなければならない。

また、「病院ではこのようにしていますが、お家ではどのようにされてましたか？」と家庭での子どもの様子や家族の関わり方を聞くことで、よりニーズにそったアドバイスができる。家族と関わるのは、子どもの外泊・面会時が主になってくるが、担当看護師と家族がじっくり話せる面談の場を必要に応じて設定することも重要である。ただし、担当看護師と家族の面談でのテーマは、子どもの生活上のことであって、治療方針を話し合うわけではない。

重度の発達障害や低年齢児など、食事・排泄といった具体的な日常生活上の問題に取り組む場合は、看護師が個別的で具体的なアドバイスをすることで家族が上手に対応できるようになり、信頼関係を築きやすい。一方、思春期の子どもでは、担当看護師と家族が良好な関係を構築することが、子どもと看護師との関係性に影響を与える可能性もある。そのため、家族との面談の前に、「お父さんとお母さんに、このことを話してもいいかな。」と子どもに話しておくなどの配慮が必要となることもある。

家族と良好な関係性を築く際には、家族が看護師に依存的にならないよう注意をする必要がある。家族が過度に依存的になった場合や看護師が家族対応に心理的な負担感を強く感じた場合は、躊躇せず、管理者に報告し、チームで対応を検討する必要がある。

どこまで家族の問題に踏み込んで良いのですか？

【背景】

平成 22 年度のアンケート調査の結果、子どもの家族への支援で困難または疑問を感じることで、「家族への介入の必要性・方法・程度の判断」「家族が精神面の問題を抱えている」「家族機能および養育状況に問題がある」「家族員間の調整」が挙げられた。家族機能や養育状況に問題があったり、家族員間の調整が難しい家族に対して、どこまで踏み込んだ支援をすれば良いのかといった困難があることが分かった。

【文献からわかったこと】

文献を検討してみて、家族機能や養育状況に問題のある家族に関わるためには、①関係の再構築をする、②親への精神的サポート、③ほめるなどの適切な関わりの促し、④疾病受容への働きかけが、重要とされていた。他職種との連携にまで言及された文献はなかった。

介入の程度は①アセスメントを行う、②家族の問題に気づかせる、③心理教育を行う、④障害や病状の受け入れを援助する、⑤親子関係の再構築を目指す、などある程度踏み込んだ介入の実践や必要性が報告されていた。

【ヒアリング内容のまとめ】

子どもの利害と親の利害がぶつかるときがあるんですね。そしたらまず、利害がぶつかったら、私たちが考えるのは、子どもをまず中心に考えていかないといけないと思います。我々の立ち位置から考えたら、まず優先するのは、子どもの福祉であったり、治療であったり、権利であると思います。

病棟に勤務する看護師の立場では、ケアの中心を子どもに据え、家族は子どもに付随するものという捉え方をしなければならない。常に子どもの安全を守ること、子どもの立場に立って考えることを忘れてはならない。子どもの問題と家族の問題のあり方を看護師が抱え込むことによって、肝心の子どもの治療に影響を及ぼす可能性もある。

病院のスタッフが家族の抱える問題に介入することで、子どもの治療が進むと考えられる場合は、チームで役割分担を明確にした上で、多職種協働で家族支援を行う。家族にとってのキーパーソンに担当看護師がなり得る場合もあるが、担当看護師が単独で家族の問題に踏み込むことはしてはならない。また、家族に精神的な問題がある場合は、他の医療機関や治療チームが家族の精神疾患の治療や心理カウンセリングを行う方が良い。同様に、虐待のある家族の対応は、児童相談所などと連携して行わなければならない。

家族の問題にどこまで踏み込むかは、子どもの問題、親の養育力、地域の環境、スタッフの力量などを考慮して総合的に判断していく必要がある。特に、子どものもつ力（または、子どもの問題の大きさ）と子どもを受け入れる地域の養育力のバランスを査定しなければならない。そのためには、病棟スタッフだけではなく、学校や児童相談所など地域の関連機関と話し合いの場を設け、情報を共有しながら慎重に協議していくことが重要である。子どもの入院中に、関係者で協議し、退院後の地域生活で必要とされる支援体制を明確にしていかなければならない。そして、退院の目処がついた段階で、外泊中に実際の地域での医療・福祉サービスを利用し、その結果について関係者

で評価する。

家族や子どもに対する地域の支援体制を整えても、家族に変化がなかったり、子どもが上手く適応できないなど、家族と子どもが離れて暮らす方が子どもの成長のためであると判断する場合もある。その時は、子どもの成長にとっても最適な施設や里親などの家族以外の場を考えていくこととなる。一方、家族の養育力が低くても、子どもに生活する力があると判断した場合は、子どもが現実と折り合って自立して生活していけるような支援を考えることになる。

子どもの問題を全体像から捉えるにはどうすれば良いですか？

【背景】

平成 22 年度のアンケート調査の結果、子どもと関わることで子どもの言動の背景にあるものを知る時に困難または疑問を感じるものとして、最も多かったものが、「子どもの問題のアセスメント」であった。これは、看護師が子どもを理解できていないことである。例えば、「何か問題なのかわかりにくい」と、子どもの問題が明確化し難いことが挙げられたり、「どうしてそのような行動に至ったのか、理由がわからない」と、子どもの言動の原因がわからなかったりすることなどが明らかになった。また、疾患や障害だけでなく、生育歴、発達段階、家庭・社会的環境、性格など様々な視点からアセスメントをする必要があることに対する困難さを感じていることも明らかになった。したがって、児童・思春期精神科看護では、患児の問題を、その子どもの全体像から捉えるにはどのような特徴があるのかを明らかにする必要がある。

また、子どもの問題をアセスメントするとき困難または疑問を感じていることの1つとして、「子どもの表出されていない内面の把握の必要性と困難さ」が挙げられた。「気持ちの裏」「その言動や行動の裏にあるもの」「表面にみえないこと」を把握すること自体の困難さや、「試し行動がみられる子どもや自分の本当の気持ちが言えず拒否的な子ども、本当は話したいのにやだーと言ってみたりする」「心を閉じていたり、うまく言葉で表現できないことが多いので、問題の本質を探るのに苦労する」など子どもの本質的な問題を把握することの必要性は理解しているものの把握するまでには児童、思春期ならではの困難が多いことが挙げられた。

【文献からわかったこと】

「子どもの問題を全体像から捉えるにはどうすれば良いか」の答えとしては①子どもを疾患・障害だけでなく、発達・家族関係・生活実態・自立・文化的背景など複数の視点から理解することが考えられる。特に、子どもの発達に関しては、その子ども固有の発達バランスから子どもの全体像を捉える必要があると考えられる。文献では、必要な能力についての記述はあるが、その能力を高める具体的な方法については具体的な記述がなかった。

また、子どもの表出されていない内面を理解することとは、表面的な問題ではなく、児のその場での状態や反応をその子の生育歴や過去のエピソードと関連させて理解することである。内面を把握するようかかわることは、児の自己表現を促すことにつながり、そのことが自我同一性の獲得、行動化の防止、対人関係能力の習得へとつながる。すなわち、内面を把握すること自体がケアになる。具体的な感情表出を促す方法としては、コミュニケーションの手段としての交換ノートが用いられていた。また安心感が得られるような環境、他者からのフィードバック、役割の創生などにより自己表現が可能となった。根本的な問題に向き合うことが回復すなわち児の自立と成長につながっていく。そのためには時間がかかり、問題の本質を見失うこともあり不安や戸惑いがつきまとう。この長い時間のプロセスを支えていくことが看護師の役割である。看護師自身の感情や経験が揺さぶられることを通し、患者と向き合い、根本的な問題の解決を図っており、看護師自身の感情を見つめることがケアにつながる。

【ヒアリング内容のまとめ】

「なんでこの子はそんなことをしてるのか」ということを治療を進めていく中で、「あ、こんなこと思ってたのね。」って、探していくこと自体が治療ですよ。

児童・思春期精神科看護においては、子どもの表出されていない内面を理解していくこと自体が治療となる。そして、子どもの内面を理解することで、子どもの治療がより明確になってくる。暴力・暴言など主訴となるような問題がどこから来ているのか、表には出てきてない内面の問題を理解しておいたほうが、長期的な将来の目標を立てやすい。

子どもの内面を理解するためには、子どもを全体像から捉える必要がある。子どもを全体像から捉えるためには、疾患、養育環境、親との愛着形成、家族の状態、学校の状態などを複合的に考えていく必要がある。また、暴力や自傷など子どもの問題行動が発生した時の状況からヒントを得ることもある。

子どもの問題を全体像から捉えるためには、チームで情報を共有すること、最低限のアセスメントのポイントをマニュアル化しておくこと、子どもと信頼関係を築くこと、家庭訪問や学校訪問によって直接情報収集すること、子どもの真意、気持ち、困りごとを常に考える姿勢をもつこと、観察を十分行いポロッと出てきた子どもの糸口を見逃さないこと、他のスタッフの意見を聞くこと、柔軟で多様な視点で子どもを見ること、などが挙げられた。

表出されていない子どもの内面の問題を把握するためには、少なくとも1カ月は要すると考えてよいし、なかなか内面の問題が見えないこともあるし、見えなくても良いこともある。子どもは成長の過程にいるので、問題自体が変わってきたり、複数存在することもあり、何が根本なのかを捉えるのは難しい。内面の問題が見えたとしても、それに踏み込むべきではない場合も多いことを知っておかなくてはならない。

目標設定、計画立案・実施に行き詰まった時はどうすれば良いですか？

【背景】

平成22年度のアンケート調査の結果、子どもと関わることで子どもの言動の背景にあるものを知る時に困難または疑問を感じるものとして、2番目に多かったものが、「看護過程のプロセスを適切に実施すること」であった。これは、アセスメントの困難さに加え、看護目標設定・看護計画立案および立案した計画の実施や評価における困難さも生じていることである。例えば、「どこをゴールにするのか迷う」と目標設定の難しさが挙げられたり、「問題の方向性は間違っていないのか」と常に迷いが生じていたりすることなどが明らかになった。また、「状況が変わりやすいため、今までのプラン通りにいかない場合がある」など、計画通りにいかないことへの悩みや、「何をどうやって介入していけば良いのかわからない」など、目標設定から実施に至る一連の過程すべてについて難しさを感じていることが明らかになった。

【文献からわかったこと】

文献検討を通して、「目標設定、計画立案・実施に行き詰まった時はどうすれば良いか」の答えとしては①子どもの成長発達に関する知識を身につけること、②子どものニーズを把握すること、③生物心理社会的アプローチによるアセスメントを行うこと、④現実的で明確な目標設定を子ども（や家族）と一緒に（共有する）こと、⑤子ども（や家族）と一緒に計画立案を行うこと、⑥患児の言動とその場の文脈の意味を解釈し、状況に応じて必要な看護ケアを選択すること、⑦介入するタイミングを待つこと、⑧看護師自身が理論と臨床教育を学ぶこと、⑨子どもを医療スタッフで共通理解をし、状況に合わせて看護を提供すること、⑩子どもの成長発達を支援すること、⑪問題解決のために、他の職種と協働することが考えられる。

【ヒアリング内容のまとめ】

目標設定と計画立案は、多職種カンファレンスで定期的に見直すと良い。多職種カンファレンスは、月1回程度定期的に関催される場合が多い。視点が異なる他の職種から意見をもらうことは、看護計画を考える上で大変有用である。定期的に行われるカンファレンスの他に、勤務交代時などに気軽に子どものケアについてスタッフ間でアドバイスし合うことも重要である。

*何回か入院してくるケースだと、今回の目標はここ、だけどトータルとしてこの子が目標として
る大きな目標としてはまだあるっていうふうにあセスメントします。*

看護計画を立案するためには、入院目標を明確にする必要がある。看護師は、医師に入院目標を確認するだけでなく、家族や子どもが入院に対してどのようなことを目標として意識しているのかを知る必要がある。

子どもが抱える根本的な大きな問題を理解した上で、「今すべきこと」「今できること」に焦点を当てて目標を設定する。まずは子どもが到達できそうなことを目標として、子どもの達成感を育むことも重要である。大きな目標にたどり着くまでの、ステップを作ってあげられると良い。特に、入院初期は、病棟の環境になれることと担当看護師との関係をつくるのが大切になるため、暴力などの大きな問題のみを看護上の問題とし、小さな問題には目をつぶることも時には必要である。

子どもは成長の過程にあるので、問題が変化することで、入院目標を見直さなければならなくな

ることもある。入院目標を変更する場合は多職種カンファレンスなどを通して、チームで話し合い、共有する必要がある。

看護ケアの実施に行き詰った時は、子どものできないことだけでなく、できることに目を向けて、子どもが達成感・成功感を得られるようなケアを提供してみたり、仮説を立てて子どもと関わり、検証してみると良い。

目標設定、計画立案、実施に行き詰らないようにするためには、症状が重い子どものケアを経験したり、病棟での勉強会でテーマに出したり、関連する学会や研修会に出かけるなどの日頃からの継続して努力することが必要である。

外泊・就学への支援のために、家庭・学校・地域とどのように連携や調整をすれば良いですか？

【背景】

平成 22 年度のアンケート調査の結果、子どもの外泊や就学への支援をするときに困難または疑問を感じていることとして、最も多かったのが、「家族や学校の受け入れがよくない」であった。「親が外泊を受け入れたがらない時に、どう促せばいいか悩む。」「外泊や就学、復学を希望していても、家族や教師が受け入れが悪く、拒否的な反応をされる。」「外泊に消極的で、病院まかせになり疎遠になり児を受け入れられなくなる。」ことに加え、支援学級の担当教員の不足や年度途中での転籍ができないといった受け入れる体制についての困難も挙げられていた。受け入れに関連するものとして、「家族・学校から理解や協力が得られない」「希望と現実の相違・親子間での意見の相違に悩む」も挙げられた。「問題行動があって入院してきているので、いざ外泊というときに親の理解が得られない。」、「学校によっては特別支援についての知識が不足している」、「こちらの思いや考えが家族や学校にうまく伝わらない。理解してもらえない。」「本人のレベルに合う就学先を、親が否定する。」などの状況が挙げられていた。看護師は患児と家庭・学校・地域との狭間で困難を感じていることが浮き彫りになった。児童・思春期精神科看護において、家庭・学校・地域との連携や調整は、切り離すことのできない特徴的なものである。そこで、看護師は具体的にどのように役割を果たしていけばよいのかを明らかにする必要がある。地域や病院でシステム化しようという実践報告もいくつかあるが、続けていくのは難しいようである。

【文献からわかったこと】

いくつかの実践報告から、家庭・学校・地域との連携や調整の際に果たす看護師の役割には、①日常のかかわりから知りえた子どもの生活状況、個別的な対処法、子どもの思いを伝える代弁者の役割と、②それぞれに思いや不安、困りごとを抱えている教育現場や家庭、各関係機関とを「医療」の視点でつないでいく仲介者の役割があると考えられた。

平成 22 年度のアンケート調査と同様に、文献からも各関係機関との連携をとることが難しいという現状が挙げられた。さらに、そうした困難感は、看護師側だけが抱いているわけではなく、連携の必要性を感じているがうまくいかないということでもあった。また他機関が連携をとりたいのは医療機関であるという報告もあった。

【ヒアリング内容のまとめ】

子どもの問題で入院させますけど、実は、総合的な問題だと思うんです。ここまで入院せざるを得ないような子どもの問題っていうのは、周りの対応の問題であったり、環境の問題であったり。それは親御さんであったり、学校の先生であったりということが多くて、本人だけの問題ではない。

子どもの問題や家族の力を見極めるためには、児童相談所や学校の先生など他の機関の関係者からの情報を得ることが必要である。特に、家族の問題については、地域の関係者で話し合い、共通の問題意識をもった上で、どのように役割分担をして連携していくかを明確にする。こころの問題を抱えた子どもを地域で支えるには、医療、福祉、教育、保健の全てが連携して支援に当たらなければならない時も少なくない。学校・家庭・地域と連携する時に、誰がコーディネーター役を担うか

を明確にすることも重要である。

そして、入院中から退院後の生活を考えて地域での支援のシステムをコーディネートしていく。家族の力をアセスメントして、家族が困難なところに、どんどんいろんな支援を入れていく。その際には、支援を受け入れることに、後ろめたさや敗北感を家族が感じることがないように配慮する必要がある。

学校で問題をおこしてしまう子どもの場合は、学校の先生に適切な対応方法を伝えなければならない。入院中に学校を訪問したり、病棟に担任の先生に来てもらうなどして、どのように対応すれば子どもが学校に適應するかを理解してもらう。現在の教育環境が子どもの成長発達にとってふさわしくないと考えられる場合は、適切な教育が受けられるよう入院中に仕切り直しをする。病棟から地域の学校に通ってみたり、外泊を利用して学校に通うなど、退院の目処が立ったら、少しずつ学校になれていけるようにする。子どもが変わった様子を見てもらうことも大切である。

退院にむけて外泊する子どもをどのように支援すれば良いですか？

【背景】

平成 22 年度のアンケート調査の結果、子どもの外泊・就学への支援の際に、困難や疑問を感じていることとして、「外泊によって子どもの生活リズムや精神状態が乱れる」ことや、外泊や通学を嫌がる子どもに対する「子どもの外泊・就学意欲への関わり」が挙げられた。しかし、最も多かった困難は、「家族や学校の受け入れがよくない」であり、「家族・学校から理解や協力が得られない」「希望と現実との相違、親子間での意見の相違に悩む」といった家族・学校に関する困難が多くを占めていた。また、外泊によって子どもが不安定になることや、外泊・通学を嫌がるといった背景には、家庭・学校という環境と、病院という保護的な環境との違いの影響を指摘するものがあった。これらのことから、外泊・就学への支援には、子どもだけでなく、家族・学校への働きかけが必要といえる。そのため、児童・思春期精神科看護において、外泊する意味とは何か、看護師が果たす役割について明らかにする必要がある。

【一次文献からわかったこと】

家族機能を強化するための看護師の役割として、子どもに対しては、①外泊・就学の目標を一緒にたてて取り組む、②できたことをほめて自信をつけ、外泊・就学意欲につなげる、③子どもの居場所をつくる、ことが考えられた。

家族に対しては、①家族機能をアセスメントする、②家族を治療に参加させる、③家族が子どもを理解できるように働きかける、④子どもを受け入れるために家族に自信をつける、⑤架け橋になる、ことが考えられた。

【ヒアリング内容のまとめ】

外泊の送迎で、家族が病棟に来た時は、看護師は病棟での子どもの生活や成長を家族に伝えるよう心がける必要がある。そして、子どもと一緒に外泊中の課題や目標を確認し、病棟で学んでいることを家庭でも継続して取り組んでもらえるようにしておく。外泊中に、子どもの変化に家族が気づいてもらえるように、働きかけることが重要である。

病院に付属の学校があるからといって、入院が長期化すると、居場所がなくなるという問題がでてくるので、夏休み、冬休みとか、土日は外泊してもらっています。子どものいない家庭をつくらないように努力をする必要がありますので。

外泊の頻度、外泊時の送迎者、外泊中の物やお金の与え方、過ごし方などを観察することで、家族機能や養育状況をアセスメントすることができる。特に、家族の中での子どもの立ち位置についてのアセスメントは重要である。また、入院中に地域の支援導入していく際には、外泊時に試験的にその支援を利用してみて、効果をアセスメントする必要もある。

外泊から帰ってきたときの子どもの様子は、注意深く観察する必要がある。外泊後に精神的に不安定になる子どもは少なくない。

医療者間で共通した認識をもち、統一した対応をするというのはどういうことですか？

【背景】

平成 22 年度のアンケートの調査結果において、他の看護師や看護師以外の他の職種と協働するとき困難または疑問を感じていることとして一番多かったのが、「医療者間で共通した認識をもち統一した対応をすること」であった。「それぞれの専門性の違いから共通理解できないときがある」「同じ情報を全員で共有し、共通認識をもてないこと」「情報の共有が不十分で対応に困ることがあった」「方針がよくわからない」「方向性が一致しないとき」など情報を共有しチーム間での共通認識や一致した方向性を持つことの困難さであったり、「統一した介入ができない」「統一したかわりになりにくい」など統一した介入を提供することの困難さが挙げられた。

児童・思春期精神科において、統一した対応とは、具体的にどのようなことをいうのだろうか。何を統一させていく必要があるのか、などを明確にしていく必要がある。

【文献からわかったこと】

思春期の児は発達途上であり個別差も大きいので、ある側面からのみ理解するのは難しい。様々な側面からの視点で包括的に捉えるためにも多職種間での情報交換は必要である。多職種チームで活動を行うためには、自分の専門職以外の仕事や価値観の相違を理解し、お互いの役割を明確にすることで。チーム活動には、リーダーの適切な介入が欠かせない。文献は実践報告がほとんどであった。「医療者間で共通した認識をもち、統一した対応をするというのはどういうことか」の問いの前提となっている、医療者間で共通した認識をもつこと、医療者間での情報交換は、児童・思春期精神科では特に児の理解のために必要であることがわかった。しかしながら、チーム間での共通認識をもつことや、統一した対応について言及されたものはなかった。一方では、自分の職種以外の専門職の仕事の内容や役割、価値観は違うものとの前提で、それらを理解し看護活動に活かすということが必要であることがわかった。しかし、統一した対応についての具体例はなかった。

【ヒアリング内容のまとめ】

今起きてる問題、目標、治療方針や治療の進捗、は医療者間で共通した認識をもつことが重要である。特に、対応の意図や子どもの見立てに対しての共通認識がないと、統一した対応をすることはできない。定期的に多職種カンファレンスを実施することで、チームで、共通した認識をもつことができる。また、病棟での基本的な対応について文章としてまとめようとする場合は、そのプロセスで、共通理解が得られる。

統一した対応が最も求められるのは、暴力などの子どもの逸脱行動に対してである。他にも、スタッフ間で統一した対応をしてもらえることで、子どもが安心感を得られることもある。

職種の専門性を多いに発揮してもらってもいい。それぞれの専門性はあるけれども、それぞれが違ったことをやっている訳ではなくて、同じ方向を向いたことを、それぞれの専門の職員たちがやっていく。

医療者間のチームで子どもの治療に取り組むにあたって、チーム内での自分の役割は明確にはしておく必要がある。それぞれの職種のもつ専門性を理解し、そこから学ぶ姿勢が重要である。看護師は、子どもの日常生活を整えることにおいて中心的な役割を担っているといえる。看護師は、子どもの日常生活のやりづらさに目を向けていくべきである。

その上で、これまで自分が抱いていた看護師というイメージやアイデンティティを問い直し、自分に何ができるかを考えていくことも必要である。

謝辞

本研究の実施にあたり、ヒアリング調査に快くご協力くださいました皆さまに深く感謝申し上げます。また、本研究は平成23年度科学研究費補助金 若手(B)「児童・思春期精神科病棟における看護ガイドラインの開発」(課題番号:22792279)の助成を受けて行いました。

研究者一覧

船越 明子	三重県立看護大学 講師
アリマ美乃里	元神奈川県立精神医療センター 芹香病院 看護師
郷良 淳子	医療法人長尾会 ねや川サナトリウム 看護師
田中 敦子	医療法人八誠会 守山荘病院 看護師
土田 幸子	三重大学 助教
土谷 朋子	武蔵野大学 講師
服部 希恵	名古屋第一赤十字病院 リエゾン精神看護専門看護師
宮本 有紀	東京大学大学院 講師

なお、本研究に関するご意見・ご感想につきましては、お手数ですが下記までお願いいたします。

お問い合わせ先:

研究代表者: 船越 明子
三重県立看護大学 精神看護学
住所: 〒514-0116 三重県津市夢が丘 1-1-1
TEL&FAX: 059-233-5635
E-mail: akiko.funakoshi@mcn.ac.jp

