

平成24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<sup>※</sup>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。平成23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。

今年度は、児童・思春期精神看護分野の認定看護師(日本精神科看護技術協会による認定資格)を対象にガイドラインの妥当性と実用性を検証するためのアンケート調査とヒアリング調査を実施しました。そして、アンケート調査で得られた意見を元に、ガイドラインの内容を加筆・修正し、『児童・思春期精神科病棟における看護ガイドライン 児童・思春期精神科病棟の看護 基本のQ&A』として臨床看護師向けの小冊子にまとめました。



## アンケート調査の結果

児童・思春期精神看護分野の認定看護師 27 名にアンケート調査を依頼し、12 名（有効回答率 44.4%）から回答を得ました。

対象者は、男性が 3 名(25.0%)で、年齢の平均は 42.9 歳（SD=6.1, 範囲: 33-54）でした。年齢の内訳は図 1 の通りです。現在、児童・思春期精神科病棟に勤務している者は、1 名(8.3%)でした。その他は、児童・思春期患者のユニット床や専門外来に勤務していました。現在の職位は図 2 の通りです。

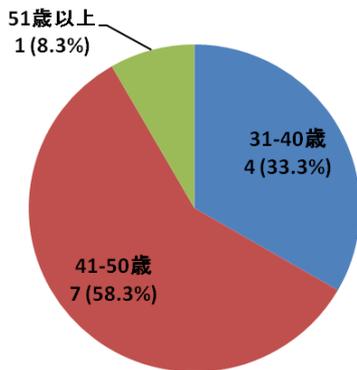


図 1 年齢の内訳

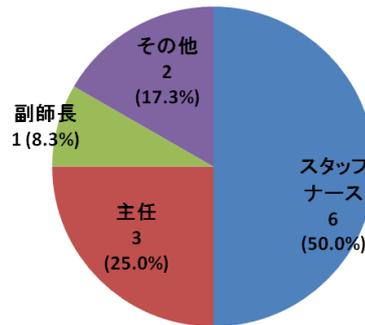


図 2 現在の職位

看護師としてのこれまでの通算経験年数の平均は、19.6 年（SD=6.4, 範囲: 10-32）、児童・思春期精神科病棟での看護経験を有する者 6 名(50.0%)の通算経験年数の平均は、6.3 年（SD=7.4, 範囲: 1-21）でした。児童・思春期精神看護分野の認定看護師の資格を取得してから年数は、平均 2.9 年（SD=1.5, 範囲: 1-5, 欠損 1 名）でした。また、回答が得られなかった 1 名をのぞく 11 名全員が成人を対象とした精神科病棟での勤務経験を有しており、その通算経験年数は、9.9 年（SD=4.7, 範囲: 3-21）でした。また、2 名(16.6%)が一般の小児科病棟での勤務経験を有していました。

アンケート調査では、以下の 15 のクリニカルクエスチョン毎に、回答内容の妥当性と実用性について 4 段階で調査しました。

- Q1 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？
- Q2 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？
- Q3 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？
- Q4 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？
- Q5 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？
- Q6 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？
- Q7 子どもの暴力・暴言をどのように捉えたらいいですか？
- Q8 子どもの暴力・暴言にどのように対応したら良いですか？
- Q9 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？
- Q10 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？
- Q11 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良いですか？
- Q12 集団の中で、どのように特定の子どもの目に配れば良いですか？
- Q13 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？
- Q14 どこまで家族の問題に踏み込んでも良いのですか？
- Q15 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？

ここでは、全てのクリニカルクエスチョンへの回答内容に対する対象者の妥当性・実用性についての評価を全体としてまとめてそれぞれ図3、図4に示します。

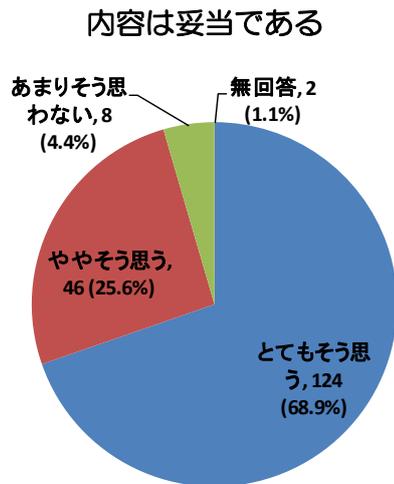


図3 妥当性の評価

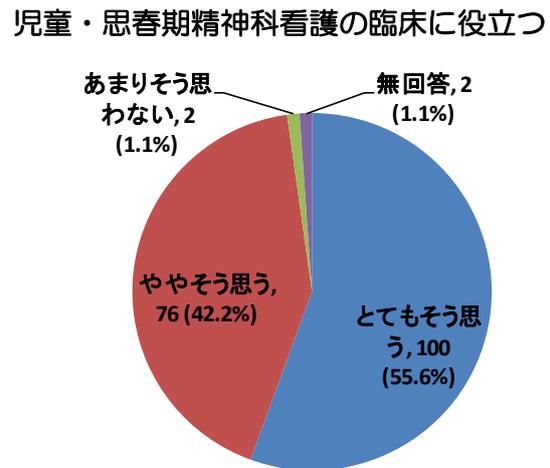


図4 実用性の評価

アンケート調査の結果からは、高い実用性と妥当性が確認されました。しかし、判断理由についての自由記載欄において、クリニカルクエスチョン毎にいくつかの改善点のご指摘がありました。

最後に、ガイドライン全般に対して、以下のようなご意見・ご感想を頂きました。その一部を抜粋してご紹介します。

- ◆ このガイドラインが広く活用できますよう心より願っています。
- ◆ 専門病棟を有している施設が圧倒的に少ない中、私の課題は「多くの大人の中でいかに子どもを健全な方向に導くか」ということです。つまり、そういった環境は子どもの入院環境として良くないという思い、しかし、現実的に入院を受けざるを得ない…。(略) 専門病棟以外で子どもをみることが少なくない中、こういったところにもスポットを当てていただけると良いかなと思いました。
- ◆ 簡潔にまとめたガイドラインをいただきありがとうございました。私は、児童・思春期病棟にいませんが、今の環境でできる範囲で、努力を重ねたいと思っています。
- ◆ 1つ1つのQ&Aが短くまとめられていることに違和感がありました。児童・思春期といっても、年齢によって1年1年違います。発達段階や知的な水準、発達障害の関連、同じ年齢でも、男・女で違います。個別に1からアセスメントが必要と感じていますし、入院形態や、入院の目的も本当に様々です。情緒の疾患と発達障害、精神障害ではケアや対応方法も異なります。障害や疾患が重複していることもあります。基本のQ&Aとして新人さん用には良いのかも知れませんが、新人さんに児童・思春期看護が簡単なものではなく、奥深く、幅広い分野であることを、はじめに知ってもらいたいと考えています。虐待児の看護など、デリケートな分野も多く、看護には覚悟が必要です。簡単に答えのでないことが前提かと日々思います。
- ◆ 質問項目が具体的で、児童・思春期精神科看護について経験のない人でもイメージが持ちやすいのではないかと感じた。
- ◆ とてもわかりやすくまとめられていると思います。児童・思春期の看護を苦手とするスタッフも多く、自分のやっている看護に自信をもてないという声を多くききます。成人に対しては、

疾患に対するアプローチなど多くの文献がありますが、児童・思春期看護は、障害特性や発達との絡みなど、多岐にわたる知識、技術が必要だと実感しています。ガイドラインが少しでも、看護師が看護していく上での自信になれるような教材になれるよう祈っています。

アンケート調査で頂いたご意見を元に、ガイドラインの内容を加筆・修正しました。今後は、専門病棟を有しない治療環境で、このガイドラインがどのように応用できるか、また、ガイドラインで示した児童・思春期精神科看護についての基本的な考え方をどのように一人ひとりの子どもに対する個別的なケアに生かすことができるか、について検討したいと思います。

## ヒアリング調査の結果

アンケート調査にご回答下さった方のうち、ヒアリング調査への協力が得られた児童・思春期精神看護分野の認定看護師7名に調査を実施しました。ヒアリング調査では、児童または思春期の患者への看護において経験した困難な状況について、対象者に例を挙げて話してもらい、その困難な状況についてガイドラインの見解に基づく対応を研究者と一緒に考えました。そして、具体的な看護実践の状況に対して、ガイドラインの内容が妥当的で実用的なヒントを与えることができるかを検討しました。

ここでは、ヒアリング調査で語られた具体例を取り上げて、ガイドラインの見解に基づく対応の解説を示します。なお、具体例は、ヒアリング調査の内容をもとに、複数の具体例を統合し、一つの事例として研究者が再構成したものです。プライバシー保護のために、登場する患者や看護師、場面設定などは、文脈を損なわない範囲で、改変を行っています。

### 社会の矛盾をすどく突いてくるA君

15歳の男性の反抗挑戦性障害のA君。発達障害の診断があるが、知的レベルは高く、世間の矛盾について、頻回に議論をもちかけてきます。例えば、「看護師さんは、患者の世話を仕事としてやっているだけではないか。」「患者のことをどこまで真剣に考えているのか?」「俺のことを心配しているなら、24時間病棟にいるはず。」といった話や、「どうして消灯が夜9時なのか?」「夜9時にしないといけない根拠は何か?」という話です。看護師が患者の話を傾聴し、丁寧に答えても、納得する様子はなく、延々と議論が続くので、次第に看護師が関わりを避けたり、「もう時間がない」などと話を切り上げるなどし、真剣に患者に向き合おうとしなくなっていきました。受け持ち看護師であったBさんに対しては、特に執拗に議論をもちかける傾向がありました。

### どうやってやり過ぎるか?なぜ、議論をもちかけてくるのか?

最初に受け持ち看護師Bさんが疑問に感じたのは、延々と議論をもちかけてくるというA君の行動に対して、どうやってやり過ぎせば良いのか?ということと、なぜA君はこのような行動をとるのか?という2点でした。

A君は、Bさんの都合などお構いなしに執拗に話しかけてきます。Bさんは看護師として当然他の子どものケアもしなくてはなりません。そのため、A君に話ができる時間をわかりやすく伝えておき、話を始める前に何についてどこまで話をするかを決めることにしました。また、

一緒に話をするという約束はしっかりと守る一方で、話をする時間の延長は一貫して応じませんでした。チームの他の看護師にも、Bさんの看護の方針を伝え、チームで統一した対応をとるようにしました。

ところが、A君が看護師の対応に納得したり、満足する様子はみられません。反対に、以前より激しい口調で看護師に議論をもちかけてくるようになってきました。そこからは、看護師に対する不信感や敵意のようなものさえ感じられました。そこで、Bさんは、なぜA君は、看護師に対してこのように執拗に議論をもちかけらざるにはいけないのだろうか？と真剣に考えるようになりました。

### 看護師は権威の象徴

私たちは、社会の矛盾を感じながらも、ある程度妥協したり、あえて深く考えることを避けたりして生活しているものです。こうした処世術のようなもの、損得勘定のようなものを、A君は病棟内で見つけては必死に看護師に突きつけてきます。Bさんは、このA君の行動は、A君の抱える発達障害の特性と思春期の子どもがもつ発達上の課題が大きく関係しているとアセスメントしました。

まず、A君は知的レベルが高く、中学校での成績も優秀でした。特に理系科目が得意なようでした。言語的コミュニケーション能力にも問題はありません。しかし、相手が今どのように感じているかを推し量ったり、その場その場の状況に応じて臨機応変に行動することはとても苦手でした。また、何事も白黒をはっきりつけたがる傾向があり、はっきりとした答えが得られないようなあやふやな状況を受け入れることが難しいようでした。気になることが生じると、いつまでも拘ってしまい、なかなか気持ちを切り替えることができません。Bさんは、このようなA君の認知・行動特性は、発達障害にみられる社会性と想像力の障害によるものであると考えました。そして、社会の矛盾を看護師に突きつけるという行動は、親から自立し自分を確立するという思春期の発達課題を達成する際に生じる心理的な葛藤からくる大人への反抗であると考えました。

さらに、Bさんは、A君の両親に対する思いに着目しました。A君は、「親の育て方が悪かったから入院することになった。」と話していました。一方で、母親はやや過干渉な印象で、A君を厳しく育て、不適切な行動を治そうと様々なことを試みたと話していました。そこで、看護師に向けられた不信感や敵意は、親への攻撃性が投影されたものである可能性を考えました。

A君は、自分が受け入れられた感覚を持つことができず、看護師を、「管理するもの＝親のような存在（権威の象徴）」として捉え、攻撃性の対象としていると思われました。Bさんとのコミュニケーションを振り返っても、「信用・安心できない→反抗する→認められない→さらに信用・安心できない」という関係性のパターン化と悪循環が患者・看護師関係において生じていると考えられました。

### とことん話を聞く

Bさんは、積極的に時間を作って、一対一でじっくりA君の話を聞くようにしました。まずは、A君が「受け入れられた」という感覚がもてることを目標にしました。これまでは、必要以上にA君に話しかけることはありませんでしたが、Bさんの方から「今日は話したいことないの？」と尋ねるようにしました。

しばらくすると、A君は「Bさんはどう思うの?」「Bさんも、患者にムカつくことあるの?」などBさんの考えや体験を聞いてくることが増えました。Bさんは、個人的な体験も含めて、一人の大人として、正直な気持ちや考えを話すことにしました。「良いことではないとわかっていても、人間だから、患者さんに対して腹が立つこともあるよ。その時は、自分の気持ちを落ち着かせてからその患者さんのところに行くようにしている。」といった感じです。すると、今までBさんの話の揚げ足をとるようなことばかり言っていたA君が、いつの間にか「へー、そうなんだ。」と頷いて話を聞くようになっていました。

とことん話を聞き、まっすぐに向き合うことで、A君なりの納得が得られたようでした。

### 他に話ができる人がいない

A君が看護師に議論をもちかけてくることはその後も同様にありましたが、看護師への不信感や敵意は次第に軽減されていきました。特にBさんは、A君との間に信頼関係が育まれてきていることを感じることができました。

しかし、A君は「他の看護師は話にならない。」とBさんに訴えることがありました。また、退院に向けての準備をすすめる中で、ケースワーカーや主治医との意見の衝突が何度もあり、なかなか建設的な話し合いができません。A君は、「Bさん以外に話ができる人はいない。」と言います。Bさんは、A君が自分に依存的になってきて、治療に悪影響を与えているのではないかと気がかりになってきました。

そうしているうちに、A君は高校受験を控えていることもあり、予定していた通り2カ月の入院期間で、退院となりました。

ここで、Bさんの看護実践を児童・思春期精神科病棟における看護ガイドラインの内容に照らして振り返っていきます。

### 公平な看護とは何か?

Bさんは、A君と関わる時間が長くなることで、他の子どもへのケアに影響を及ぼすことを懸念していました。個別的なケアが大切なことは誰もが認めることですが、人的・時間的余裕がない中で、子ども一人ひとりに公平な看護を提供することは非常に難しいものです。ガイドラインでは、「子ども一人ひとりに公平で十分な個別的な関わりをするということは、すべての子どもに等しい時間関わったり、同じ援助をするということではなく、一人ひとりの特性やニーズに合わせた看護を提供することです。」(p9)と書かれています。A君への対応に時間がかかってしまう状況を踏まえた上で、他の子どものニーズを再度アセスメントし、時間をかけなくても子どものニーズが満たされる関わり方を考えると良いでしょう。そして、A君に対して、「いつ、どのように、どれくらいの時間をかけて、どのようなケアを行うのか」について受け持ち看護師は、ケアプランを立案し、看護チーム全体の理解が得られるよう働きかける必要があります。また、管理者は、スタッフナースが個別的な関わりを十分できるよう病棟の意識の向上や業務の改善において、リーダーシップを発揮しなければなりません。

### 何を問題とするか?

当初はA君の議論を上手くかわすにはどうすれば良いかを考えていたBさんでしたが、すぐに、看護師に執拗に議論をもちかけてくるというA君の反応パターンのアセスメントに注目

しました。ガイドラインでは、子どもの問題を全体像から捉える時の最初の目標は、子どもの反応パターンのホリスティックな理解を得ることとしています(p11)。そのためには、収集した情報を、子どもの行動・感情・認知の面から分析し、統合する必要があります。情報収集では、子どもとの関わりから得た情報、家族や関連機関からの情報、身体的・心理的検査の結果など、さまざまな情報源から情報を得ることが重要です。また、子どもの反応パターンの分析は、受け持ち看護師一人で行うのではなく、他職種を含めたチームで行うと良いでしょう。

A君は、状況に応じて臨機応変に行動すること、行動の切り替えが難しいこと、自分の意に反することに対して攻撃的になる、相手の気持ちを察知することが難しい、管理的な態度に対して怒りを感じるなどの行動・感情・認知の面での特徴がみられました。これらの背景には、発達障害にみられる社会性と想像力の障害、思春期の発達課題を達成する際に生じる心理的な葛藤があると考えられました。そして、Bさんは、「信用・安心できない→反抗する→認められない→さらに信用・安心できない」という関係性のパターン化と悪循環が患者・看護師関係において生じていると考えました。

看護上の問題をどこに設定するかについて、BさんはA君が看護師に不信感や敵意を向けている点に着目しました。ガイドラインでは、看護問題を決める際には、最も問題を引き起こしているターゲットになる症状や行動から、子ども中心の現実的な看護目標を、優先順位を考えながら設定していくとしています(p15)。Bさんは、看護師に執拗に議論をもちかけてくるというA君の行動から、A君が看護師に受け入れられた感覚を得ることができ、病棟を安全だと思えるようになることが最も優先順位が高い看護目標だと考えました。

### 子どもに傾倒することの是非

Bさんは、積極的に時間を作って、一対一でとことんA君の話を聞くようにしました。このBさんの関わりに対して「患者に巻き込まれている」「関係性が密着しすぎている」という批判もあるでしょう。しかし、ガイドラインでは、入院生活において、もっとも身近な看護師の役割として、子どものアタッチメント対象となることを挙げています(p3)。アタッチメントを形成するということは、看護師と子どもが相互に愛着を深め合うことを意味します。看護師との安定した関わりは、子どもに安心感と自信をもたらし、これまでの不適切な対人パターンを修正することができるのです。

しかし、子どもと相互に愛着を深め合う一方で、患者と看護師という治療関係において、適切な心的距離を保つ必要があります。ガイドラインでは、そのために、チーム全体で子どもをケアする視点をもつ、自己洞察を行う、同僚や管理者からスーパーバイズを受けるなどの方法を推奨しています。

### 関係性をどのように拡大させるか？

A君は「Bさん以外に話ができる人はいない。」と言い、なかなか他の看護師に心を開かず、しばしばケースワーカーや主治医とも意見の衝突がありました。そのため、Bさんは、A君が自分に依存的になってきて、治療に悪影響を与えているのではないかと気がかりになっていました。ガイドラインでは、受け持ち看護師との一対一の関係性から、徐々に対人関係の拡大を図るというプロセスを大切にしています(p5)。受け持ち看護師との信頼関係が構築されるにしたがって、他の子どもやスタッフとの関わりを促していかなければなりません。

そして、最終的には、退院したことで次の新しい出会いが訪れるよう、次の出会いにつない

でいかなければなりません。つまり、退院に向けて関係性の拡大を図るという段階においては、地域を含む他職種との連携を通じて、子どもの安心感・信頼感をつないでいくことになります。ガイドラインでは、家庭・学校・地域との連携・調整について、「各関係機関で情報の交換を行い、子どもの理解を深め、共通の目的・具体的な目標を共有する必要があります。子どもに対する共通理解があってこそ、各関係機関での役割が明確となり、効果的に子どもに対応することができるようになります。」(p29)と書かれています。その上で、看護師は思いや希望といった子どもの「いま」の気持ちを報告する代弁者としての役割があることを指摘しています。子どもとの関係に発展がみられた早い段階から、その関係性をどのように拡大させていくべきかについて、チームで十分話し合う必要があるでしょう。

## さいごに

Bさんが「とことん話を聞く」という看護を行うのは、ちょっとした勇気が必要でした。他の業務やケアに影響がでないよう、Bさん自身も十分に留意する必要がありますし、チームの理解と協力を得る必要もあります。それでも、Bさんが自分の信じる看護を実施できたのは、理論に基づくアセスメントと自分の看護観を大切にした結果でした。その時の心境をBさんはヒアリング調査で以下のように語ってくれました。

*自分のやり方が正しいのか正しくないのかはよくわかりませんが、「いやいや、それは違うだろう。そんなに患者とべったり密着してしまったら、今度離れるのが大変じゃないか。」って言う人もいます。だけど、私は、マラーの分離-個体化理論に当てはめて考えてみるとじっくりくることが多いです。一人の人間として自我が分離・個体化するまでには、母親に密着した時期があって、練習期があって。もう一回、再び密着期(再接近期)があって、そこでもちゃんと受け止める。受け止めて初めてようやく一人立ちできるんだよって。結局、社会が怖いから、(今の状態から)抜けられないというのは、内的な安全感がないから、防衛として、内に攻撃性が向かったり外に攻撃性が向かったりすると私は思うんです。それが正しいかっていうとまた反論もあるでしょう。ただ、私としては、母子関係が対人関係の基礎で、それにならって看護を展開していくことが多いです。*

児童・思春期精神科看護では、「自分らしい看護」を展開することがとても大切です。それは、決して「自分勝手な看護」ではありません。ガイドラインに、子どもと適切な心的距離を保つためには、自分自身の親への感情、自分の子どもとの関係、看護師のもつ価値観など看護師の内面まで洞察を深めることが必要であると書かれています(p9)。自分の看護観や価値観に踏み込んだ深い自己洞察を行うことは、容易な事ではありません。しかし、何が正しい看護なのかという答えを出すことが極めて難しい中で、看護師として最善を尽くすためには、避けることはできないのではないのでしょうか。

最後に、ガイドラインはQ&Aという形式にまとめましたが、児童・思春期精神科看護に一つの正解というものがあるわけではない、ということを書き添えておきたいと思います。そして、正解がない中で試行錯誤するところに、看護の魅力があるのではないかと思います。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、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 24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 准教授
アリマ美乃里	香港日本人学校 小学部香港校 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	東京女子医科大学大学院 看護学研究科博士後期課程
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	東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野 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