

資料2. 研究同意書（家族用）

看護研究への協力の同意書

私たちは32病棟での看護が退院後においてもお子様とご家族に役立つものになるよう、看護研究を行っています。退院後のお子様の家庭での様子、学校での様子、ご家族が困っていらっしゃる事、などについて外来受診後に看護師がお話をお聞きしたいと思います。プライバシーの保護を遵守し、お話された内容は本研究以外に使用しません。協力されない場合において、患者様に対する医療サービスの内容が変わることはありません。

32病棟 看護師

同意される方はサインをお願いいたします。

年 月 日

資料3. 病棟から外来への継続看護についてのアンケート

現在皆様のご協力のもと、退院後の子どもと家族を対象に、外来での看護面談を試行しています。現在の外来継続看護について評価したいと思いますので、アンケートにご協力をお願いいたします。結果は研究以外には使用しません。

質問 1. 32病棟を退院された後も、入院中に子どもと家族に対して行った看護が家庭生活の中で継続されていると思いますか？

その理由もお答え下さい。

1. 思う 2. 思わない 3. どちらともいえない

理由

[]

質問 2. 外来での面談を行ったことがありますか？

1. ある →質問3. へ
2. ない →質問5. へ

質問 3. 外来面談の際に対応に困ったことはありましたか？


あったという方は、内容もお答えください。

1. あった 2. なかった

内容

[]

質問4. 実際に看護面談を行ってみていかがでしたか？感想を聞かせてください。



質問5. 現在行っている面談方法や内容についてご意見・疑問点など自由に記載してください。



アンケートは以上です。ご協力に感謝いたします。

資料4. 病棟から外来への継続看護についてのアンケート「質問1. 32病棟を退院された後も、入院中に子どもと家族に対して行った看護が家庭生活の中で継続されていると思いますか？」の回答理由

1. 思う

- ・ シールチェックを使用している児がいたり、家族が対応できるようになったり看護が生かされていると思う。(2名)
- ・ シールチェックなどを母などが自ら作り、毎日実施されていたり、児が診察場面では話せないことを看護師に話せることなど、家庭生活に生かされている。
- ・ N s. 面談で母の対応がきちんとできていると実感でき、患児の再入院がないことが多くなってきた。
- ・ 継続看護で外来で関わる時に感じる。継続看護がないと継続されにくいと思う。
- ・ 入院中に行っていた生活チェックなどを続け、生活の乱れが入院前よりは改善されているから。
- ・ 実際に外来N s. 面談で話を聞いてみて、シールチェックが取り入れられ子どもの行動コントロールに効果をあげていたり、フローチャートで指導した対処法など実践されているケースを見たので。
- ・ 振返りや繰り返して話すこと、また視覚で伝えることが有効であることは家族に伝わり、退院後も子どもへの関わり方を学べ生かせたと家族の方から伺ったことがある。
- ・ 入院中に行っていたシールチェックをそのまま継続されたり、家族がアレンジしたりしながら意識して取り組もうとされているため。
- ・ 実際に退院の時に渡したシールチェックをノートに貼って継続している子どもがいた。シールチェックなどがあると比較的継続されていたように思う。
- ・ チェック表・日記・お約束も継続されていると思う。そのことで家での様子もわかりやすい。

2. 思わない

- ・ 再入院の多さからみても入院中のことが継続されているとは思えない。

3. どちらともいえない

- ・ 母の養育能力によって退院後に看護が継続されるかに大きな違いがある。継続されていると実感できるケースもあれば、母が対応できていないケースもあり、差があると思うから。
- ・ 看護面談を行っている子どもに限っては、看護師の継続した介入もあり続いている。しかし、面談のない児の場合は親の体調などの波もうけて・・・という

ケースも多く感じる。

- ・ 児の疾患に理解を示している家庭にはうまく継続されるが、理解を示さない家庭ではそうは感じない。しかし、子どもの気持ちが聞けるのでとても重要な面談だと思う。
- ・ 入院中の外泊とは家族・児の気持ちも違い、継続とはいかない新たな問題や後退もあると思うが、入院によって児の変化などから家族の児への受け止め方の変化は継続すべきよい対処法として残ることも多いと思う。
- ・ 退院後の様子を伺い知る方法がないのでわからないが、再入院をしてくる児を見ていると、家族の協力さえ得られれば比較的シールチェックなど継続できているのでは？と思う。しかし、はっきりとしたことはいえない。
- ・ 家庭生活の中でも継続されている家族ばかりとはいえないが、面談で困っていることを明らかにし、約束を検討したりする機会にはなっていると思う。
- ・ 継続できている家庭もあるだろうが入退院を繰り返しているのを見ると、家庭ではできていないところもたくさんあるように感じる。
- ・ 再入院してきた子どもで、家でもチェックをしていたのを見て継続されていると実感することがあった。その反面で親や周りの環境によっては無理な場合もあるのでは？と思う。

資料5. 「質問3. 外来面談の際に対応に困ったこと」の内容

- ・ 母の話が長く、だんだん話がそれていってしまったとき。面談の部屋が確保できなかったとき。面談が同じ時間に二人入っていたとき。
- ・ 入院対応と面談が重なったり、面談のある日に病棟勤務者が少なく外来担当を出せないことがあった。
- ・ 実際に行ったのは1例だけだったが、入院中にもあまり関わったことのないケースなどでその日の外来に入院や病棟案内などで自分の準備をする時間がとれなかった時、どう対応すべきか（面談の内容）困りそうだと思った。時間的に対応できずキャンセルしたと思う。
- ・ スタッフ不足で外来と病棟をかけもったりとバタバタしたこと。
- ・ 質問しても答えが曖昧だったケース・本人も努力しているような姿勢がみられないと今後どうしていこうかと悩んだ。
- ・ 面接において看護師が子どもに聞いていることに対し、母が答えてしまい、更に子どもを責め始めてしまった。質問を変え、話しの修正をしても母が同様のことを繰り返してしまった。
- ・ 家族看護をする必要はあると思うが、対象の児の話以外に兄弟などの訴えばかりになり、長時間の面談になってしまうことがあった。

資料6. 「質問4. 実際に外来面談を行ってみていかがでしたか?感想を聞かせて下さい。」
の回答

- ・ 続けていくことに意味があると思う。
- ・ 入院中の看護が退院後も活かされていることを実感できたり、母が努力されている姿を見ると、自分の病棟業務へのモチベーションが上がる。家族の相談相手や話相手となるだけでも、面談の意義はあると思った。
- ・ 重要性・必要性・やりがいを感じた。継続はやはり必要であると感じた。
- ・ とても良いと思う。心療科を受診する患者さんは基本は家での生活であるため、それを保つためには外来でフォローができている点は非常に良い。
- ・ 退院後の様子が継続してみたいけることは入院中の看護が活かされているかの評価を見られるので良い。もちろんうれしいことばかりではなくせつない状況にも当たるが・・・。
- ・ 患児の成長する姿を見ることが出来て嬉しかった。
- ・ 緊張した。
- ・ 入院の成果が感じられたり、自分達の達成感にもつながる。現実的に家族が「患児の状態をよく把握していて生活の細かなことまで相談できる」場所は少ないと思った。入院して生活の様子・学校の適応・その子どものケアの大変さをよくわかっている看護師だからこそやれることってやはりあると思う。
- ・ 退院後の子どもや家族の様子を知ることができ、成長や次の課題などを感じることができた。入院の看護のやりがいを感じられた。
- ・ 子どもの言葉が聞けるのでとても重要だと思う。うまくいっているケースについては励みにもなる。
- ・ 入院中の指導が上手く生かされていないと感じた。また退院後の面接は必要と感じるがずっと病棟で担って行くには負担が大きいと感じた。
- ・ 退院後も外来面談で直接話すことができ良いと思う。家庭での様子が分かることは継続看護をしていく上でとても重要だと思う。入院に至る以前に現在の問題点をクローズアップし介入していく機会ともなり、再入院率が低下するのではないか。また御家族も医師の診察とは違った気持ちで面談にのぞまれ、医師へ伝え忘れたことなど追加して話される方もおられ、第2の相談役的役割を担っているように思う。
- ・ 自宅での様子もわかるし、修正すべきところが早く見つかるので繰り返し入院というリスクが低下すると思う。看護師側も自宅での様子が分かるし、患者側も再入院のリスク低下というメリットがあるので良いと思う。
- ・ 退院後も引き続き児の状況を見守れる。成長を感じることができる。児・家族(母)のその時の問題点にタイムリーに対策が取れるためよいと思う。

- ・ 退院後の子どもの様子も聞け、入院中のことが活かされていると思うと看護師自身のやりがいにもつながった。
- ・ 退院後の状況が把握でき、児の頑張りも見ることができて（直接話が聞け）自分たちのやりがいにもつながると思う。

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究所事業）
分担研究報告書

小児病院における子どもの心の診療に携わる看護師の育成に関する研究：
患者の暴力行為に対する看護困難感に関する一考察

分担研究者	加藤明美	あいち小児保健医療総合センター
研究協力者	中嶋真由美	あいち小児保健医療総合センター
	河邊真千子	あいち小児保健医療総合センター
	大岩ゆみ子	あいち小児保健医療総合センター
	田中解子	あいち小児保健医療総合センター
	杉山登志郎	あいち小児保健医療総合センター

研究要旨

暴力的な行動によって治療環境の安定が脅かされた事例について、看護師個人がどのように受け止めたか（個人困難感）、そして、看護チームがどのように受け止めたか（チーム困難感）を中心に調査した。その結果、患者の暴力と個人困難感には5%水準の相関が見られたが、患者の暴力とチームの困難感の間には関係が認められなかった。また、困難感を感じた理由は多岐にわたり、軽減させる要因としては、治療効果や患者の成長という要因が大きかった。

A. 研究目的

患者の暴言や暴力に対して医療者がどのように対応していくのか、ということについては、近年看護領域で大きなトピックとなりつつある。しかしながら、当診療科病棟が対象としている被虐待児の治療において、暴力的な噴出はある意味、避けて通れないものであり、身体疾患対象の病棟と当病棟を同じように考えることはできない。

当病棟では、CPI（非暴力的危機介入プログラム）研修で暴力への対処行動を学び、トレーナーとなった看護師が、他の看護師に対して対応方法を実践的に伝達してきた。この方法を用いて患者の暴力に対してうまく対処できた場面も多くあった。しかし、患者から看護師が暴力を受けてしまうと、そのことによって、暴力を受けた看護師だけではなく看護チーム全体に「この患者を病棟で看護することは困難」とい

う雰囲気広がりが、以降、その患者に対して拒否的な心性も加わり治療による改善の可能性に悲観的になるという事態がしばしば認められた。

本論では、看護師個人が「この患者を病棟で看護することが困難である」と感じることを「個人の看護困難感」（以下個人困難感）と呼び、看護師が「チームでこの患者を看護することが困難だ、という雰囲気があった」と感じたことを「チームの看護困難感」（以下チーム困難感）と呼ぶこととする。そして、この「看護困難感」が、どの程度患者自身の持つ問題や実際の暴力行為と直接的な関係があるのか、あるいはそれが他の要因によるものなのか、もし他の要因が関係するならそれは何なのか、について、調査を行う。ここでは以下の仮説を検証する。①被虐待児はそうでない患者と比較して暴力行為を行うことが多い②患者の状態を示すいくつかの要因と看護困難感の間には直接的な関係は認め

られない③患者の暴力の頻度や強度と看護困難感の間には直接的な関係はない④看護困難感に影響を与える要因は、単に患者の要因ではなく多岐にわたる。⑤困難感を増加、軽減させる要因が存在する。

B. 研究方法

あいち小児保健医療総合センター心療科病棟に入院し、2007年1月1日から2007年12月31日までに退院した患者（延べ110名：男児59名、女児51名、5歳から14歳、平均年齢10.71±2.05歳、在院日数7日～423日、平均98.79±92.85日、被虐待児の割合59%）を対象とした。疾患の内訳は（表1）に示した。ただし、本研究では、在院日数の長短に関わらず、一度でも入院した患者は1名と数えているため、病棟に在院した患者の実数とは異なる。

表1 入院患者の疾患分類

診断名	人数	%
高機能広汎性発達障害	49	44.5
解離性障害	13	11.8
注意欠陥多動性障害	6	5.5
選択性緘黙	6	5.5
適応障害	6	5.5
外傷後ストレス障害	4	3.6
反応性愛着障害	4	3.6
心因反応	4	3.6
摂食障害	4	3.6
統合失調症	3	2.7
小児心身症	2	1.8
チック障害	2	1.8
軽度精神遅滞	2	1.8
その他	5	3.6

患者の基本情報はカルテから拾い出した。暴力については、その場面を記載したカルテから書き出し、5名の看護師と臨床心理士により強度の評価を行った。暴力の強度を高、中、低と3段階に分けて分類し、その回数を調べた。暴力の強度高については、すべての患者が回数0であったため分析から除外した。評価基準は（表2）に示す。衝動性と多動性は主治医が評価した。看護困難感については、2007年1月1日から2008年12月31日までに当心療科病棟に在籍し、今現在も勤務している看護師16名に対し、それぞれの患者について、8項目のアン

ケート調査を行った。内容の詳細は（表3）に示した。看護困難感が特に高く、かつ、入院期間中に看護困難感が変化した症例については、主治医と看護チームによるケースカンファレンスの記録とカルテを元に、検討を行った。

（倫理面への配慮）

看護師へのアンケートは、110名の患者名と質問を記載したExcelファイルを無記名のフロッピーによって配布して回収した。個人情報を含むものであるため、回収したか否かのみを確認し、看護師個人が特定されないようにした。また、患者氏名も個別的な分析に必要なもの以外は極力数値化して扱った。その他の個人情報の扱いについては、愛知県個人情報漏えい防止10か条に基づいている。

C. 研究結果

まず、仮説①について、暴力の有無と虐待の有無についてクロス集計を行った。その結果、被虐待児であることと暴力行為との間には有意な相関が認められた（ χ^2 (df=1) = 3.83, p=0.39<.05）。

次に仮説②については、各項目について相互に相関の算出を行った。これによれば、個人及びチーム困難感と入院回数との間に負の相関が認められた（N=14, R=-.83, p=.00<.01）。また、それ以外の項目との間に相関は認められなかった。その一方、個人困難感については、暴力の強度中との間に相関が認められた（N=13, R=-.63, p=.02<.05）。それ以外には、入院日数と暴力強度中の回数との間に相関（N=110, R=.25, P=.009<.01）が認められた。

なお、個人の看護困難感及びチーム困難感の項目については、全員分の合計を算出してそれぞれ一項目とした。個人の看護困難感の評定者間の一致率は低く、個人の看護困難感； κ (siegel)=0.07 およびチームの看護困難感； κ (siegel)=0.099、同一の患者に対して対象となった看護師の看護困難感に評定者間の一致が見られなかったため、看護困難感について傾向を求めることには難しい。このため、相関の結果についても一つの目安として取り扱う必要がある。

仮説③については、暴力強度中及び低の回数を独立変数とし、看護困難感を従属変数として

表2 暴力の定義

程度	定義
高	怪我をさせた、または治療を要する傷害レベル
中	身体的暴力(軽く叩く・蹴る～高未満のレベル)
低	威嚇・脅迫行為(手を振り上げる、物を投げつける、唾を吐きかけるなど)
※暴言のみの物は含まない	

表3 看護師への質問項目と評価基準

質問項目	評価基準
①看護困難感の想起	0. 想起できない 1. 想起できる
個人困難感	
②-a 個人が感じた患者に対する看護困難感	0. 看護にあたって困難感がまったくなかった 1. 看護にあたって困難感がまったくなかった 2. 看護にあたってかなり困難感あった 3. 看護にあたって非常に困難感があった
②-b 看護することに対して困難を感じた理由	自由記述
チーム困難感について	
③-a 看護チーム全体の患者に対する看護困難感	0. チームの中に看護困難感はまったくなかった 1. チームの中に看護困難感はまったくなかった 2. チームの中に看護困難感がかなりあった 3. チームの中に看護困難感が非常にあった
③-b 看護チームの中に看護困難感が生じた理由	自由記述
看護困難感の変容について	
④-a 入院経過の中での看護困難感の変化	0. なし 1. あり
④-b 変化の内容	1. 看護困難感が増加した 2. 看護困難感が減少した
④-c 変化の理由	自由記述

ステップワイズ法を用いて検討した結果、暴力強度低は看護困難感に影響を及ぼしていなかったため、強度低も分析から除外した。よって、暴力の変数は強度中のみで分析した。個人の看護困難感には暴力強度中には 5%水準の相関 ($N=13, R=.633, P=.02<.05$) が認められ、単回帰分析におけるその説明力は 41% ($R^2=0.41, F=7.365, P=.02<.05$) であった。その一方、チーム困難感と暴力の間には、有意な相関は見られなかった。

また、仮説④、仮説⑤については、チーム困難感の合計(平均 22.35 ± 7.59) が 20 点以上となった 14 人の患者について、看護師による自由記述のコメントを、看護師と臨床心理士の 2 名で相談の上、カテゴリーに分類して整理した。(表 4,5,6)。なお、表 5 には、チーム困難感の

合計も付記した。一つのコメントの中に重複したカテゴリーが含まれる場合には、一つの回答を複数のカテゴリーに分類した。分類の結果、子どもの要因、家族の要因、看護チームの要因、医師との連携要因、その他の 5 領域 (16 項目) に及んだ。このことにより困難感が多岐に及ぶことが示された。

仮説⑤について、チーム困難感の変化の理由についての自由記述を分類した結果、増加については 9 項目に及ぶが、減少については 5 項目に限定されていることがわかった。特に、子どもの成長や治療・看護に手ごたえを感じることにその回答が集中していた。

個人困難感においては、回答者と他のスタッフの看護観の違いが困難感の要因として記述されていたり、個人的な患者に対する拒否感や陰

性感情が記述されたりしていたことが特徴的であった。チームの看護困難感については、組織の在り方や病棟の物理的構造の問題があげられていたことが特徴的だった。

《事例》

チームの看護困難感が高い4例(表7)について、チームの看護困難感とチーム困難感の変化についてのコメントを中心に記述する。事例は、看護困難感が軽減したと回答した看護師の人数の比率が高い順に示した。

●ケース13：症例A(初回入院)

[症例概要と入院経緯]

両親が揃った家庭。体格は中肉中背である。小学校5年生まで未診断であったAsperger症候群の男児である。その特性を周囲に理解されずに被害的認知や自己評価の低さが顕著になり、小4時には暴力・自傷が目立つようになった。小5になり、他医療機関を受診して診断を受け、主治医の介入により周囲からも少しずつ理解されるようになるとともに、非常に危険な行動は減ってきた。しかし、中学校への進学にあたり被害感などの2次障害が強く出現していたことと諸事情を理由として、教育委員会から当センターに隣接する〇養護学校を勧められた。それに伴い、2007年1月、当センター初診となり、同年2月入院治療を開始した(入院期間約5か月間)。入院中も被害的認知が強く、些細な注意に対しても「僕は生きてる甲斐のない人間です。死んでお詫びします」などと極端な反応が見られた。また、不安感の強さから些細なことに対しても威嚇的な言動が多く、指導時のイライラによって3階から飛び降りようとする自殺未遂もあった。しかし、その後の経過で症状は改善され、試験登校を繰り返したのち退院となった。

[Aの暴力について]

他人に怪我をさせるような暴力は認められなかった。器物破損は部屋の椅子の破損がBの不在時に見つかったことがあった。数量的な分析の対象となった暴力強度中の回数は8回だが、強度低の回数は21回と非常に多かった。被害的認知や不安が強く、腕を振り上げるなどの威嚇行動に加え「ぶっ殺す」など言葉による威嚇

はさらに多かった。当病棟の患者としては年齢が高く力も強かったため、恐怖感を強めたスタッフもいた。また、自殺未遂に対処できるか(抑えることができるかどうか)自信が持てない、という意見があったため、Bの暴力行為への対応に特化されたケースカンファレンスの時間も設けられ、入院目的の確認と暴力への対応方法が主治医と担当看護師により示された。

[チームの看護困難感について]

暴力的な行動化への対応の難しさ(①-a)を理由にあげた看護師が9名、その他の対応困難な症状をあげた看護師が6名(①-b)であり、「恐怖感」という言葉が随所に見られた。しかし、このケースにおいてはチーム内の拒否的なイメージや連携の難しさ(⑥-a,b)を指摘した看護師が8名いたことは特徴的である。

[チームの看護困難感の変化について]

チーム困難感が増化したと回答した看護師は16名中13名(増加;2名、減少;13名)であり、そのほとんどは困難感が減少したと答えた。増加の理由としては、症状に改善がみられない(①;3名)看護スタッフの問題(③;1名)であった。その一方、減少理由の内訳は、子どもの成長や治療効果(①;10名)、スタッフ間の協力(②-a;1名)看護力のアップ(②-b;3名)であった。

●ケース11：症例B(初回入院)

[症例概要と入院経緯]

体格の良いAsperger症候群の女児である。両親が揃った家庭である。母はAsperger症候群で、心理的虐待あり。小学校高学年のころから同級生への挑発行動によりトラブルが絶えなかった。中学校入学後、学校で刃物を振り回して友人の靴を切ったことがきっかけとなり、スクールカウンセラーの勧めで2007年3月当科初診(当時12歳)となる。同年5月、学校不適應が続いたこと、抑うつ的になったことから、抑うつ感への介入と学校適応力を高めることを目的に当心療科病棟入院となった(入院期間約6か月間)。Bは記憶の保持に問題があり、指導をしてもすぐに忘れてしまうため、内省を促すことが難しかった。また、場面認知のむずかしさ、易刺激性の高さがあり、同級生と一緒にな

表7 チーム困難感が高かった症例

ケース	症例	sex	age	診断名	併存症	暴力回数	看護支援度	チーム困難感	虐待
1	C	m	7	小児期脱抑制性愛着障害	特定不能の広汎性発達障害	62	4	31	あり
8	D	m	11	高機能広汎性発達障害		2	2	35	あり
11	B	f	12	アスペルガー症候群		16	4	34	あり
13	A	m	12	アスペルガー症候群		8	3	34	なし

って入院中の特定の患者をターゲットとして壁にその子の悪口を書く、呼び出して集団で意地悪なことを言うなどの嫌がらせを行うことが繰り返された。本児自身の被害感も強いいため、友達に悪く思われているのではないかと、という不安を口にすることも多かった。一方、日常生活は自立しており、勉強は自主的に行い、むしろ遅れることを気にしすぎてしまっていた。看護の工夫により徐々に集団の中で落ち着いて過ごせるようになり、退院間際に、ふらつき、突然の転倒や脱力などが見られた時期があったが、ヒステリー性のものであり、言語化を促すことで軽減した。2度の試験通学を行ったあと退院となった。

[Bの暴力について]

指導されるとイライラがつのり、衝動性が高まり、暴力につながる事が多かった。退院間際のヒステリー性の症状が出ていた時期に、看護師の腹を蹴る、唾を吐くなどの暴力が見られた。

[チームの看護困難感について]

チームの困難感についてコメントした看護師は16名中13名であった。①-a 暴力的な行動化への対応を理由として挙げたのは2名であるが、11名が①-b に示された児への対応の難しさを挙げていた。また、④他児に対する嫌がらせによる他児への影響を挙げた看護師が9名と多かった。また、児が入院した目的のうち、学校に通うことができるようになることが大きかったため、別の組織である学校との連絡を通常以上に密接に行う必要があったが、思うようにできなかったことにストレスを感じていた看護師も3名いた。本児に対しても当病棟の看護対象でない、とするような意見は見られなかった。

[チームの看護困難感の変化について]

看護師16名中12名がチーム困難感に変化があったと回答し(増加;3名、減少;8名)困難感が減少したと答えた看護師が多かった。増加と答えた看護師のうち1名は、「他者への挑発行動や嫌がらせなどへの指導に多くの時間を費やすことによる看護師の疲弊」(①)、1名は「理由のわからない嫌なストレス」(⑧)をあげていた。

その一方で減少と答えた看護師の中の6名が、看護の工夫による治療成果やBの治療意欲の向上(①)を理由としてあげていた。それに伴いチーム全体がBに対して好意的となったという意見(②-a)と、対応の仕方に慣れた(②-b)という意見がそれぞれ1名あった。

●ケース1: 症例C (初回入院)

[症例概要と入院経緯]

小柄で色白の男児である。母は著しく攻撃的なAsperger症候群で母子家庭。乳児期に保健センターより多動傾向を指摘され、保育園入園後は他児とうまく遊べなかった。母がCを保育園に迎えに入ったとき、Cが母に向かって長靴を投げたというエピソードをきっかけに、母が「もう育てられない」と児童相談所に保護を依頼し一時保護となった。しかし、翌日には母が引き取りを要求し、祖父母の協力を得ることを条件に帰宅した。小学校入学後、母が児童相談所に施設入所を依頼した際、当センター受診を勧められ、2004年9月初診となるが(初診時4歳)、同年10月に1回の再診のみで通院は中断した。3年後の2006年6月に再診となり、薬物調整および行動修正のため同年8月に入院となった(入院期間約8カ月間)。入院の経過の

中で、母からCに対する身体的・心理的虐待（Cの前でおもちゃを壊す、怒鳴る、Cを瓶で殴るなど）が日常的に起きていることが発覚した。入院中に母子関係の改善を図り、変化も見られたが、安心して家に返せる状態には至らないまま退院となった。

【Cの暴力について】

些細なことでイライラして他児を殴ったり蹴ったりする。スタッフに対しては、逸脱行動を指導されるとイライラがエスカレートして暴力となってしまうというパターンがあった。自傷も認められた。他人に怪我をさせるようなことはなかった。**筆者注* Bは調査期間中に再入院をして現在も入院継続中である。その間、病棟が、病棟の諸事情によって混乱していたタイミングと重なり、2人の看護師がBの暴力をきっかけとして療養休暇を取得するという、エピソードが生じた。そして、Cへの対応についてケースカンファレンスが繰り返し実施された。

【チーム困難感の理由について】

暴力的な行動化への対応（①-a；7名）それ以外の対応の難しさ（①-b；4名）であるが、その他の理由は、家族の要因、看護チームの要因、医師十連携の要因、その他、5領域、9項目の多岐にわたった。

【看護困難感の変化について】

チーム困難感が変化したと回答した看護師が16名中13名であったが、その内訳はさまざまだった（増加；4名、減少；7名、増減両方；2名）。困難感が増加したと回答した看護師のコメントの内容は、治療成果が上がらないこと（①；5名）家族の協力のなさ（②；1名）、成果の感じられない退院（⑥；1名）理由のわからないストレス（⑧；1名）であった。一方減少したとした回答の内容は、子供の成長・治療成果を感じた（①；6名）スタッフ間の協力、理解（②-a；1名）であった。また、増減両方あった、とした回答の中身は、「環境の変化によって状態が安定しないこと（外泊先が祖父母の元で継続して行われていた時期は安定し、母がBに介入しはじめると不安定になることなど）で、増加とも軽減とも答えられない」であった。

●ケース8：症例D（入院4回目）

【症例概要と入院経緯】

色白で年齢と比較すると小柄な男児である。両親が揃った家庭である。幼少期から固執・多動傾向があった。家から高額のお金を持ち出したことがきっかけとなり2003年4月に（初診時8歳）当院を受診し、アスペルガー症候群と診断された。初診時に、父が、お金の持ち出しの罰として冬に弟と2人だけでガレージで一晩過ごさせるなど極端なしつけのやり方が報告され、両親のネグレクトの問題も指摘された。2004年1月、問題行動の修正と日常生活の乱れを立て直すために1回目の入院となった。1回目の入院で、本児は自傷行為と、それを抑えようとするスタッフに対して怪我を負わせるほどの激しい暴力と器物破損を繰り返すと同時に、両親に捨てられる不安を初めて口にした。しかし、破壊行動の激しさから、当病棟での対応は困難であるとして退院となった。病棟の規定により両親に対して破損した器物の弁償を求めたが、両親は病棟の責任もあるので全額弁償するなら納得できる説明が欲しい、と主張した。提示したルールを守ることができないなら転院、という医療側との溝は埋まらず、主治医は他院に紹介状を書いたが、Dの両親は軽快もしていないのに転院は不当、として当センターの上部組織に苦情と申し入れを行い、治療継続を希望した。

その後、外来通院を2年間続けたが、本児が再び持ち出しを行ったり、両親の思い出の品を壊したりしたことが重なり、両親は「このままでは殺してしまう」「もうどうしていいのかわからない」と入院を希望した。前回の入院のいきさつもあったが、児童相談所からも依頼もあったため、両親が落ち着くまでということで、2006年3月に2週間を期限とした入院を行った。しかし、主治医は、次年度にはDが中学生になるため、何とかしなければならぬという危機感を持っていた。2006年7月、3回目の入院治療に踏み切った。その際、入院をさせるなら、備品の破損はすべて両親が弁償すること、暴力行為があったら即退院させてほしいなどの内容を含むいくつかの要望が、看護チームから主治医になされた。主治医はそれを了承し、口頭で両親と本人に説明をした。

3 回目の入院では、1 回目の入院と比較すれば破壊行動の激しさは激減していたものの、スタッフに対する反抗的な言動は続いていた。両親が医師の指導を受け入れないことも続いていた。2006 年 12 月、看護師に怪我を負わせる激しい暴力が出た。ケースカンファレンスが繰り返され開かれたが、「D ほどの暴力がある児童をこの病棟で見ることはできるのか」、「両親が治療に協力しない入院に意味があるのか」、「そもそも入院させるのが適当であったのか」、「暴力があったら即退院させるのではなかったか」、などの内容に終始した。結局、両親と本児に対し「治療に協力すること」と「暴力があれば退院である」という再契約を結ぶため、2006 年 12 月、一時退院とした。そして、紙面で契約を結び直し 2007 年 1 月に 4 度目の入院となった。

4 度目の入院は 2 週間で終了した。相変わらず指示入りの悪さや挑発行動が続いていた矢先、D が学校で暴れたが、退院させるのか否か、ということが病棟で話題となった。報告を受けた主治医が、治療を続けるか退院するか、を D に尋ねたところ、D は迷いながらも退院を希望した。学校で暴れたという内容は、D が他児に嫌がらせをされてイライラしていたところ、別の児童が投げたfrisビーが顔に当たってさらにイライラし、物に八つ当たりしてしまった。それを止めようとした教員が、D を落ち着かせようと D に触れた際、D が手を振り払ったことと、足が教員に当たった、という内容であった。

[D の暴力について]

1 回目と 3 回目の入院では激しい暴力と破壊行動が見られたが、対象期間内の暴力は学校で教員の手を払い足が当たったことと、遊びの中でふざけて軽く他児の首を絞めた、という 2 回であった。

[チームの看護困難感について]

子どもの要因（暴力的な行動化への対応 ①-a ; 6 名）やその他の対応のしにくさ（①-b）を理由とした看護師の人数と、看護チームの要因（患者に対するスタッフの拒否的イメージ ⑥-b ; 5 名、メンバー間の協力体制の問題 ⑥-a ; 3 名）がそれぞれ 8 名で同数だった。それ以外には、家族の要因（⑤）医師との連携の要因（治療方針が不明確 ; 1 名、医師の方針と看護方針

のずれ ; 2 名）であった。

[看護困難感の変化について]

看護師 16 名中 9 名が困難感に変化があったと回答した（増加 ; 8 名、減少 ; 1 名）。内容は、治療効果が認められない（① ; 1 名）は少なく、看護スタッフの問題（③ ; 6 名）が最も多かった。中には、上司から担当看護師に対して親の協力が無いのに入院させておいても仕方ない、というような言葉がけがあったという内容の記述があり、「入院の経緯などもあり、そのような状況で治療ができるはずがない」という意見もあった。その他は、自分自身に限界を感じた（⑦）特定できない嫌な疲れ（⑧）などがあげられた。

D. 考察

①虐待と暴力の関係について

調査結果によれば、虐待と暴力の間に 5% 水準の相関が認められた。しかし、今回の研究期間内には、他者に怪我を負わせるような暴力程度強の暴力は発生していない。これは、日本国内の情緒障害児短期治療施設に対する調査と比較するとはるかに少ない結果となっている（滝川ら 2004）。この要因としてこども一人あたりに対するスタッフの人員配置、手厚さや入院期間の短さ、薬物調整、年齢や症状による入院児の選定、などが考えられる。

②チーム困難感と関連の見られた暴力以外の要因について

チーム困難感と入院回数の間には 1% 水準で負の相関がみられ、入院回数が増えるほど看護困難感が減少する傾向があることが示唆された。子どもの対応に慣れることがチーム困難感の減少の理由として述べられていたこともこの結果を裏付けている。事例 D は 4 回目の入院であったが、困難感の理由として児への対応の問題があげられていた割合は 50% であり、ケースそのものに対しての困難感は減少していた可能性も示唆される。

③暴力と看護困難感の関係について

看護困難感の評定者間の一致率は低く、暴力が看護困難感に影響を及ぼすか否かについては、看護師全体で一貫した傾向がみられないことが

示された。入院経過の中で子どもは常に暴力をふるっているわけではなく、調子の良い時、悪い時の波があり、人間同士の情緒的なやり取りによって印象が変わることもあり、どの時期に視点を置いて回答するのかによる違いもある。しかし、そのことを考慮に入れた上で困難感が高いと感じた看護師が多い、という点で合計点をもとにした考察にも意味はある。

個人困難感と暴力回数の間には5%水準の相関が認められ、暴力と個人の困難感には関係があること示された。しかしその影響力は40%程度であり、それですべてが説明されるわけではなかった。「他の看護師が暴力を受けているのを見て恐怖感を持つこと」のように、直接暴力にさらされていなくても間接的に暴力の影響を受けているという内容や、「ナースステーションで、暴力をした児に対して、後ろ向きの愚痴が聞かれることがストレスだった」というチーム困難感が個人困難感に与える影響を示唆する内容もあった。

チームの困難感と暴力の間に直接の関係は認められなかったが、暴力から看護師を守るための構造的な問題の不備を指摘したコメントが特徴的だった。子どもの心を治療するためには、精神疾患を治療するという「疾患治療」の視点と同時に、子どもの発達を促進する「発達促進」の視点が重要であることから、当病棟は、精神科病棟ではなく一般小児科病棟の形態を取っている。このことによるメリットは大きいですが、精神保健福祉法の適用がない小児科病棟では、患者を個室隔離すること一つをとっても様々な制約がある。患者の暴力に対して毅然とした対応を取ろうにも法的に守られていない状態であるため、医療者側にも葛藤が生まれることなどが理由の一つとして考えられる。また、所属する組織が、この問題を理解し、組織として看護師を守ろうと考えているのかどうかを疑問視する声もあった。

④看護困難感に影響を与える要因について

仮説③と同様に、看護困難感における評定者間の一致率が低かったことから、個別性の強い問題であることが示唆された。提示されたコメントの内容も多岐にわたっていた。

事例Aでは、Aへの対応に加えて、Aに恐怖心を抱くスタッフのフォローの問題が多くあげられた。事例Bでは、他児への影響と他機関との連携の問題があげられていた。しかしCについては、特定の領域に意見が集まることはなく、それぞればらばらの内容が記述されている。また、子どもに成長が見られても、母親との関わりにおいてその成果が見られなくなることや、養育能力の低い母親が引き取りを希望しているため、先が見えないこともあげられていた。事例Dについては、子どもの要因とチームの雰囲気やケースに対する受け入れの悪さがあげられている。入院の段階で主治医と家族と病棟の間に治療契約に対する理解の違いが生じており、そこを修正することができなかった。病棟から提示された契約が守られるのか、守られないのか、が入院前から争点となっており、それが解決されなかったことが理由として考えられる。

⑤看護困難感の変容について

事例A、Bでは、困難感が高い状態を看護の工夫やカンファレンスを経て乗り越えて効果をあげた場合には看護困難感は軽減する傾向が高いことがわかった。事例C、については、看護の工夫と子ども自身の成長によって看護困難感が減少したという意見があった一方で、環境の変化によって子どもの安定性が損なわれることによってストレスが増大したという意見もあった。このことから、看護師は子どもに対して良い治療をしたい、変化を促したいという気持ちを持っており、小さな変化を評価することが難しかったり、治療成果が生かされなかったりすることにに対して困難感やストレスを強めている可能性も推測された。しかし、今回の調査は自由記述形式なので、実際に変化を評価していないかどうかについては、選択式の調査を行う必要があるだろう。

⑥考察のまとめと今後の課題

看護困難感に個別性があることは当然といえれば当然である。しかし、これだけさまざまな考えをそれぞれの看護師が抱えていたにも関わらず、それが話し合いの場で、建設的に整理されていないのが現状である。ケースが困難であれ

ばあるほど、話し合いは難しくなるだろう。治療に差し支えがない状態であれば問題のないことであるが、何か大きな出来事が起き、チームが一丸とならなければならない時にスムーズに対処するためには、日常的に話し合いがなされている必要があったのではないだろうか。

この要因として考えられることのひとつとして、話し合いを始めると、結論の出ないいくつかのジレンマに突き当たるのがわかっているため、病棟全体として意思統一を図ることを無意識的に回避したのではないだろうか。

- ・看護師が暴力を受けることはあってはならないV S被虐待児のなかには暴力という形でしか他者とかかわるすべを持たない子どもが少なからず存在する。
- ・暴力を受けた看護師は業務から外し守らなければならないV Sマンパワーの減少
- ・治療に親や家族の協力は不可欠であるV S被虐待児の親に医療者が思うような治療協力を求めること自体に無理がある（親が簡単に治療協力者になるくらいなら虐待もそれほど深刻にはならない）
- ・子どもをよくしたい、成長させてあげたいV S治療の成果らしきものが見られても、それが子どもに根付くには非常に時間がかかり、環境の変化によって容易に台無しにされてしまうことなどである。

事例CやDはこれらのジレンマが前面に押し出されたケースであっただろう。ジレンマを考え続け、折り合いを付ける作業は非常にストレスがたまり忍耐も必要である。しかし、上記のジレンマを呼び起こすような課題、たとえば、患者の暴力や攻撃性の意味をどうとらえるのか、治療構造の不備をどのように改善して行けるのか、どのような患者を対象とし、何を目的に入院し、何を成果として評価するのかなどについては、子どもの問題と治療をどう考えるのか、という本質的な問題であり、チーム全体として考え続けていくことはどうしても必要である。そのためには、事例Dをはじめとして、成果の出なかったように思われるケースや、看護困難感の強かったケースについて、より詳細なケース検討を行い、具体的なエピソードとその後の

経過とのつき合わせを行い、看護師同士のみならず他のスタッフも交えて率直な意見交換をしていく必要がある。

E. 結論

被虐待児を看護するためには、暴力という非常に影響力の大きい問題についても、看護チームの一員として、患者の問題解決や発達の可能性を信じ、効果的な看護や看護環境の整備について建設的に考え続けることができる必要がある。このような高度の専門性は通常の看護教育の範疇にないため、認定看護師の養成が望まれる。

(参考文献)

- (1)「保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査」日本看護協会出版会,2004
- (2) 滝川一廣、四方耀子、高田治 (2004)「児童虐待に対する情緒障害児短期治療施設の有効活用に関する縦断研究」(子どもの虹情報センター 平成14年度研究報告書)
- (3) 滝川一廣 (2002)「要保護児童の発達と回復」世界の児童と母性 Vol53.2002.10
- (4) 杉山登志郎 (2007) 子ども虐待という第四の発達障害 学研 2007

表4 個人困難感の分類

理由	ケース1	ケース2	ケース3	ケース4	ケース5	ケース6	ケース7	ケース8	ケース9	ケース10	ケース11	ケース12	ケース13	ケース14
子どもの要因	①-a 暴力的な行動化への対応	11	9		8	6	1	8	9	2		8	1	8
	①-b 職員への暴言や挑発、指導が入らない、反発する、その他の問題行動、対応困難な症状	11	12	10	10	12	6	6	6	12	11	11	10	9
	①-c 特定のNsでないと指示が聞けない、Nsよって態度を変える	1										7		
	②日常生活の世話に手がかる			5	1	1	1			1				
家族の要因	③行動、症状の改善のなさ、成果の見えなさ、本人の治療意欲のなさ(に疲労度が増す)			1			3	1	1	3	5			2
	④他児への影響	1				1		1		7	4	3	1	3
	⑤対応困難な家族、非協力的ほか家族の背景など	5	6	2	2	2			3	5				
	⑥-a看護計画が伝わらない、統一した対応がとれない、他スタッフとの看護観の違い	1				1	2							1
看護チームの要因	⑥-b患者に対する他スタッフ、チーム全体の拒否的なイメージ							4	1		1	1	1	
	⑥-cメンバー間の協力体制の問題								3				1	
	⑥-d患者に対する拒否感、陰性感情、恐怖感(自分自身): 実際被害にあった、またはイメージ	3			1	2	2	2	1	1		2		5
	⑦-a治療方針が不明確					1		4	1		2		1	1
医師との連携	⑦-b協力が得られない	2					1							
	⑦-c医師の方針と看護とのずれ										1			
他	⑧先の見通しのなさ、退院調整の難しさ、受け入れ死のなさ	3					1							1
	⑨入院の長期化	2					4			1				1
	⑩学校との連携					1						1		
	⑪その他(子どもの葛藤が伝わりなるともいえない気持ちになった、設備面での限界を感じた、マンパワーの不足、暴力に対するスタッフの考えの相違、児への巻き込まれ)	1				1							1	

表5 チーム困難感の分類

	ケース1	ケース2	ケース3	ケース4	ケース5	ケース6	ケース7	ケース8	ケース9	ケース10	ケース11	ケース12	ケース13	ケース14
子どもの要因														
①-a 暴力的な行動化への対応	7	4		4	4		2	6	1	1	2		9	
①-b 職員への暴言や挑発、指導が入らない、反発する、その他の問題行動、対応困難な症状	4	6	6	6	5	5	3	2	6	12	11	5	6	7
②日常生活の世話に手がかかる			5	2	1									
③行動、症状の改善のなさ、成果の見えなさ		3			2	1				2		6		2
④他児への影響	1				2	1	1			10	9	2		
⑤対応困難な家族、非協力的など	3	4	1		2	1		2	4					
⑥-a看護計画が伝わらない、統一した対応がとれない		1	1			1						3		2
⑥-b患者に対するスタッフの拒否的なイメージ	3				1	1	1	5	1	1	1		4	
⑥-cメンバー間の協力体制の問題	1		1		1			3	1				4	2
⑦-a治療方針が不明確		1				1	2	1		4		1		1
⑦-b協力が得られない	1						3		1					
⑦-c医師の方針と看護とのずれ	1				1		1	2						
⑧先の見通しのなさ、退院調整の難しさ、受け入れ先のなさ、悪さ	2			1	3		2							
⑨入院の長期化							5			1				
⑩学校との連携	1			1							3	1		
⑪その他(関わりそのものが負担、難しい症例だった、病棟のルールや方針上患者にあった個別対応が困難、事故のリスクと責任の問題、患者の暴力により療休が出たことによりスタッフにストレスがかかった)	3	1			4		3	3		2				
* 困難感合計	31	27	21	20	28	20	26	35	21	25	34	23	34	26

表6 看護困難感の増減の分類

理由	ケース1	ケース2	ケース3	ケース4	ケース5	ケース6	ケース7	ケース8	ケース9	ケース10	ケース11	ケース12	ケース13	ケース14
増加	①子どもの行動、症状の悪化、改善のなさ、治療効果の見えなさ 5	3	1		6	3	2	1	2	4	1	5	3	2
	②家族の協力のなさ 1	3												
	③看護スタッフの問題(児への拒否感情、体制の問題、対応方法の不满) 1				1	1	1	6	1				1	1
	④医師の対応への不満 1						1							
	⑤入院の長期化、先の見えなさ 1						7			2				1
	⑥治療の中断、成果の感じられない退院 1	2				1	1			1		1		
	⑦-a 治療の限界:ソフト面 1					1		1						
	⑦-b 治療の限界:ハード面 1					1								
	⑧特定できない理由:ストレス、疲弊また、そのはけ口のなさ 1	1									1	1	1	1
減少	①子どもの成長、行動・症状の改善など好ましい変化を感じた、治療・看護の成果、手ごたえを感じた 6	2	7	5	1	1	2	2	2	2	6	4	10	1
	②-a スタッフ間の協力、理解 1	1		1					1		1	1	1	
	②-b 看護力(子どもへの対応力)のアップ 1		1		1						1		3	1
	③治療方針の明確化、カンファレンスの充実 1												1	3
	④その他(学校との連携がよくなった、はっきりしない理由、家族の治療協力) 1				1					1			1	