

## 第2章 子どもと家族との信頼関係の構築

### <ケアの指針>

- 子どもと家族と出会ったその日から関係づくりを始め、かかわりを積み重ねていく。
- 子どもと家族が中心であることを常に意識しながら、看護師として子どもと家族と誠実に向き合い、心を寄せる。
- 個々の子どもと家族の思いやニーズ、体験を理解し、尊重しながら、同じ目標に向かって一緒に考え歩いていく。
- 看護師自身の価値観や理想にとらわれず、ありのままの子どもと家族を捉え、コミュニケーションを積み重ねて信頼関係を構築していく。

私たち看護師は、子どもと家族と出会ったその日から、関係づくりを始めます。看護師が子どもと家族と形成する援助関係は、健康に関わるニーズを有する子ども、および家族に対して、看護者が専門性を発揮し責務を果たしていくために結ぶ対人関係であり、一般的な人間関係とは異なるといわれています。子どもと家族から信頼を得るためには、個々の子どもと家族の思いやニーズ、状況、体験を理解しながら、同じ目標に向かって一緒に考え歩いていくことが必要です。また、看護師が「普通なら」「家族なら」と看護師自身の価値観や理想像にとらわれず、子どもと家族を信頼することも大切なことです。

### 1. 子どもと家族の体験（表1）

子どもは発熱や倦怠感、痛み、貧血等、何らかの症状が出現し、病院を受診します。最初はかかりつけ医や個人病院を訪れ、精密検査をするようにと総合病院や大学病院、専門病院を紹介されます。入院すると、

採血や画像検査、骨髄検査等を受け、数日で確定診断がなされます。その結果、診断名や今後の治療期間や内容、副作用等について説明を受け、長期にわたる治療が始まります。

病気とともに生きていくプロセスにおいて、子どもは、治療の副作用による苦痛、長期にわたる入院生活、療養行動の獲得、病気になったことや治療を乗り越えてきたこと等の体験を意味づけること、治療終了後は長期間休んでいた学校に戻ることを体験します。家族は、小児がんという診断に大きな衝撃を受け、混乱や不安、疲労、生活や役割の変化等に対応していきます。その時々で、子どもと家族にはタイムリーな専門的支援が必要となります。子どもと家族が自分たちらしくよりよい生活を送り、成長発達できることを目指し、看護師は最初から意図的に信頼関係を構築していくことが重要です。

表1. 子どもと家族の体験

	子どもの体験	家族の体験
身体的側面	病気の症状・治療の副作用・ストレスによる反応（発熱、痛み、倦怠感、貧血、出血傾向、食欲不振、不眠など） 症状・治療・検査に伴う心身の苦痛など	子どもの世話や心配での疲労、体調不良、食欲不振、不眠など
心理的側面	不安と心配（治療、病気、予後、将来、環境変化など） 寂しさ、不慣れな環境への恐怖 ボディイメージの変化 自分は他の子とは違うという思い 意欲がない、自信がない、劣等感、無力感 自律感・自尊心・自己効力感・自己コントロール感の低下 家族への気遣いや反抗 家族の動揺や不安の影響など	動揺、混乱、否認 罪責感、無力感、 不安と心配（病状、治療・効果・予後・死、子どもの苦痛や不快、成長発達、社会適応、将来、親の死後の子どもの世話など） 親役割の葛藤 病状把握や判断、治療選択の困難さ、意思決定を自分が行う責任の重さ 家族メンバーの心配・気兼ねなど
社会的側面	家族といる時間の減少 友達に会えない、友人関係の変化 保育所や学校に行けない、学業の遅れ 社会適応の問題など	生活や役割の変化、時間的拘束 学校・病院とのかかわりの難しさ 家族のライフイベント、他の家族メンバーの問題 経済的負担など

2. 子どもと家族とのコミュニケーション

1) コミュニケーションの重要性

コミュニケーションは、「人間が互いに意思・感情・思考を伝達し合うこと」(大辞林 第3版)と定義されます。また、國眼(2005)は「相手と自分がやり取りを通じて情報や気持ちを共有し一体感をもつこと」としており、共有すること、共感することの重要性が強調されています。

コミュニケーションの種類には、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションがあります。話し言葉、書き言葉は言語的コミュニケーションであり、非言語的コミュニケーションには、表情、視線、身ぶり、しぐさ、姿勢、声の大きさ・調子・強弱、言葉の速さ、沈黙、距離の取り方などが含まれます。子どもは認知・言語能力が発達途上にあるため、非言語的コミュニケーションが重要となる場面が多くなります。

コミュニケーションの影響要因として、子どもの要因には、発達段階、病状、不安、気兼ね等、家族の要因には、理解力、疲労や体調、心理状態、家族の発達段階、社会的問題、支援者の有無等があり、その他には医療者や環境要因が考えられます。

子どもと家族と信頼関係を構築していくためには、効果的なコミュニケーションを積み重ねる必要があります。

2) 発達段階に応じた子どもとのコミュニケーション

子どもには、発達段階に応じてコミュニケーションをとる必要があります(表2)。症状マネジメントや日常生活ケア、検査・治療の説明等を実施する中で、子

どもとのコミュニケーションを図っていきます。子どもと目線を合わせて話をすること、子どもの思いを丁寧に聴くこと、しっかりと向き合って頑張りたいことを伝えること、子どもが頑張っていることを正当に評価してフィードバックしていくこと等、常に子どもを大事にすることを心掛けます。

3) 親とのコミュニケーション

入院初期は、親は動揺や混乱が強く、医療者から説明された内容を覚えていないことも多くあります。情報は少しずつ繰り返し伝え、どのように受け止め、理解しているかの確認を行います。親から質問されたことは、曖昧なままにせず、その時点で分かることを説明し、不明なことは何かがどう不明であるのかを明確に伝えます。また、医療者間で言っていることが食い違くと、親は混乱してしまうため、共通認識を持ってかわるようにつけていきます。

親は、子どもが重い病気であることや死ぬかもしれないこと、長期にわたる治療等を思いめぐらせて混乱し、情報を整理したり、思いや考えをまとめる余裕がありません。子どもの気持ちを推し量る余裕がないこともあります。冷静でいられない状況にある親は、感情的に子どもを叱り、親子で泣いている姿が見られることもあります。このような時に、子どもへの説明をどうするか、嫌がる薬をどう飲ませるか等の対応を親に任せてしまわないことが重要です。看護師が専門職として、子どもの特性やこれまでの経験を確認しながら、親と一緒に子どもにとってよりよい方法を相談し実践していきます。親にすべての責任を負わせて追い詰めないように注意が必要です。

表2. 発達段階によるコミュニケーションの特徴

発達段階	認知発達	自我発達	言語発達	特徴とかかわりのポイント
乳児期	感覚運動位相	「基本的信頼」の獲得	生後3-4か月で喃語。生後9-10か月で片言や身振り。	・子どもは身体を使って探索し、自分や外界を知る。 *表情・動作・発声などの非言語的コミュニケーションを読み取り、応答することで、子どもに安心感をもたらす。
幼児期	前操作位相	「自立動」「積極性」の獲得	2歳頃、語彙量の急激な増加。3-4歳頃、会話の成立。話すこと、聞くことが中心。	・自己中心性が強く、他人の立場で物事を見るのが難しい。 ・アニミズム、魔術的思考、混合性推理がある。罰の意識を持ちやすい傾向がある。 ・遊びや生活の中で言葉を使うことによって言語的コミュニケーションを学習する。 *自分の意思でコントロールすることを学んでいく過程で、成功体験が重要となる。 *「なぜ」「どうして」の質問にはきちんと向き合う。
学童期	具体的操作位相	「勤勉性」の獲得	自分の考えを文字で表現。読むこと、書くことができる。	・具体的に目の前にあるもの、経験して理解したことは、論理的に考えられる。 ・仲間との関係が重要になる。 ・自分の考えを表現し他者に伝えることができる。 *やればできること、頑張ることを覚えるため、頑張りの承認が大切である。
思春期	形式的操作位相	「自我同一性の確立」		・抽象的なことでも論理的に考えられる。 ・生きる意味や自分の存在について考える時期にあり、情緒的に不安定で、反抗的態度をとることがある。 *子どもの思いや考えを尊重する。必要な情報を提供し、話し合うことが大切である。

### 3. Bad Newsを伝えるとき

Bad Newsとは「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまうもの」(Buckman, 1984)と定義されます。悪い知らせを伝えることは、相手につらい思いをさせるという懸念、うまく伝えられるか、質問に答えられるかという不安、死への恐れ等があり、難しさが伴います。悪い知らせを伝えるコミュニケーションツールとして、「SPIKES」「SHARE」が挙げられます。

「SPIKES」は主に欧米で活用されているツールです。より日本人の患者に合ったものとして、がん医療におけるコミュニケーションプロトコル「SHARE」が開発されました(内富ら, 2007)。「SHARE」においては、伝える内容のガイドというよりはむしろ、“支持的な場を設定すること”、“悪い知らせの伝え方”、“付加的な情報”、“安心感を与える情緒的サポート”について明記されており、「何を伝えるか」から「どう伝えるか」に焦点がシフトしたガイドとなっています。例えば、プライバシーが保たれる場で、十分な時間を確保すること、患者の目や顔を見て接し、患者に質問を促しその質問に十分に答えること、患者の気持ちを和らげる言葉や気持ちをいたわる言葉をかけること、患者が希望をもてるように「できないこと」だけでなく「できること」を伝えるなどが伝え方として示されています。このように、「SPIKES」でも「SHARE」でも、重要なのはEmpathyであり、伝えた後に温もりで接する、気持ちを受け止めるということが大事です。

また、がん患者の感情表出を促進させるコミュニケーションツール(米国がん研究所)として、NURSE(表3)があります。子どもや家族とコミュニケーションをとる際に参考になります。

表3. NURSE

	内容	会話例
N	Naming 命名	患者から表出された感情に名前をつけ、受け入れていることを表明する。 患者の話をよく聞いており、感情を適切に認識したというメッセージを送る。
U	Understanding 理解	患者が話す感情的な反応について、医療者がそのことは理解できると表明する。 患者の感情は正当化され、受け入れられ、妥当なものとする。
R	Respecting 承認	患者の感情に尊敬の意を表す。 1つの感情に特化するのではなく、その思いや行動を心から承認する。
S	Supporting 支持	患者の状況に理解を示し、支援するための意欲とともに、協力して問題に向かおうと思っていることを表明する。
E	Exploring 探索	患者に起こっている状況を整理し、それが患者にとってどのような意味を持つのかを明確にしていく。

(日本がん看護学会監修(2015)。患者の感情表出を促すNURSEを用いたコミュニケーションスキル。P 4, 医学書院)

### 4. 対応が困難な家族へのケア

小児がんの子どもと家族のケアに関する全国調査(平田ら, 2017)では、入院後の信頼関係を築く看護師のかかわりにおいて、家族への対応の難しさが最も多く抽出され、拒否や攻撃等、家族にコミュニケーションを遮る要因があると看護師が認識した場合、信頼関係の構築に苦慮していると述べられています。看護師が家族を「問題のある家族」と捉えると、更に関係づくりが難しくなります。家族に対する怒り、非難、嫌悪等、否定的な感情を持つと、家族へのケアが不十分になる可能性があり、信頼が得られない、家族との関係形成が困難になると言われています(田井, 2010)。対応が困難な家族に対して、知識や経験に基づいて家族像を形成しつつ、情緒的混乱期、相互回避期、立て直し期、具体的行動期、振り返り期と一定のプロセスを経て援助関係を構築するとされています(野嶋, 2005)。

家族への対応が難しいと感じた場合、家族がなぜそのような言っているのか、なぜそのような行動をとるのか、その裏にある思い(ニーズ)を知ること、そしてその思いを共感することが重要です。個々の家族が、今どのような状況にあり、どのような思いや体験をしているのかを理解していきます。そして、子どもと家族が何を大事にしているのか、どうしたいと思っているのかを把握する必要があります。家族が発している言葉のみに反応しないことも重要です。親は感情的になる場面もありますが、看護師はそれを理解して受け止め、家族の1つ1つの反応に動揺せず、先を見通しながら落ち着いてかかわります。

とはいえ、難しさを感じさせる理由があるため、看護師は悩みます。例えば、家族から怒りを表出された看護師は、自分に向けられた個人的怒りと認識してしまい、傷ついたり、焦ったり、かえって腹を立てたりすることがあります。実際には、家族は子どもが重い病気になった辛さや不条理な思い、苛立ち等をうまく対処する余裕がなく、目の前にいる看護師に表出していることがあります。看護師は、まずは自分の中に生じている感情に目を向けることです。怒りの感情に巻き込まれず、反論せずに最後まで話を聴き、共感を示します。誤解がある場合は訂正をすることもありますが、自身の感情に気をつける必要があります。家族と一緒に問題を明らかにし、解決していこうという姿勢を示します。また、家族とコミュニケーションがとれないこともあります。家族が話せない状況にあるときは、改めて機会を設けることもありますが、そばにいて、1人ではないと感じられるようにすることが

必要な時があります。また、チームで看護師自身の感情を話題にし、共感し合うことも大切です。そして前向きに家族との関係づくりを継続することです。

## 5. きょうだいへの支援

### 1) きょうだいの体験 (表4)

小児がんをもつ子どものきょうだいは、寂しさや孤独感、疎外感、不安、嫉妬心等の複雑な思いを抱えながら、いい子でいようと努力したり、我慢の限界を超えて身体症状や問題行動を起こしたりすることがあります。入院や療養生活が長期に続くため、その中できょうだい自身も成長発達し、各段階で様々な影響を継続的に受けています。

影響を及ぼす要因としては、子どもの年齢、親の情緒、生活環境の変化の度合い、子どもと世話人との関係、病状説明のあり方、入院児への面会、入院児の年齢・出生順位・入院回数などが挙げられます(古溝, 2012)。個々のきょうだいがどのような体験をしているのかを理解することが重要です。

表4. きょうだいの体験

身体面	食欲不振、不眠、周期性嘔吐症、神経性頻尿、心因性発熱など
心理面	寂しさ、孤独感、疎外感、神経質、被害者意識 不安と抑うつ(自分も同じ病気になるかもしれない、病気をもちきょうだいの状態や将来の心配など) 欲求不満(親の関心や期待の変化への不満)、嫉妬と敵意 否定的感情(病気が悪くなればいいのに) 罪悪感(自分が悪いことをしたからきょうだいの方が病気になる) 過度の責任感 きょうだいに対する肯定的感情など
行動面	泣く、過度の甘え、母親につきまとう、母親のそばに寄りつかない 登園・登校拒否、習癖の出現(夜泣き、指しゃぶり、偏食)、乱暴になる 人を思いやれる、優しくなる、我慢強くなる、手伝いができるなど

### 2) きょうだいとのコミュニケーション

病院では、きょうだいに会える機会が少ないため、誰からどのようにきょうだいの情報を得るかを考え、またタイミングよくかかわれるような工夫が必要になります。発達段階を考慮することに加え、それぞれのきょうだいが置かれている状況や抱えている思い、体験していることが違うため、それらを理解した上でコミュニケーションをとる必要があります。家族の関心は病気をもつ子どもに集中しやすいため、病気をもつ子どももきょうだいも、家族にとっては大事な存在だということを伝えていきます。看護師は、きょうだいにも関心に向け、「〇くんのお兄ちゃん、お姉ちゃん、妹、弟」としてではなく、きちんと名前を呼び合える関係を作っていくことも大切です。また、情報を提供

したり、家族みんなで過ごせる環境を整えたり、同じ境遇にあるきょうだい同士が集まる機会をつくるなど、きょうだいへの支援に努める必要があります。

## 文献

- Buckman R (1984). How to break bad news: Why is it difficult?. *British Medical Journal* 288, 1597-1599.
- 古溝陽子 (2012). 長期療養が必要な病児をきょうだいに  
もつ子どもへの支援に関する文献検討. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 14, 23-34.
- 平田美佳, 竹之内直子, 小原美江, 他 (2017). 小児がん  
の子どもと家族のケアに携わる看護師の捉えたケア上の  
困難と課題 (第1報) ~病状の説明と信頼関係の構築~.  
*小児がん看護*, 12 (2), 431.
- 國眼真理子 (2005). いまどきの若者の考え方・育て方,  
第2版, 日経研, 愛知.
- 日本がん看護学会監修 (2015). 患者の感情表出を促す  
NURSEを用いたコミュニケーションスキル. 医学書院.
- 野嶋佐由美 (2005). 3章 家族との援助関係の形成, 野  
嶋佐由美監修, 家族エンパワメントをもたらす看護実  
践. 57, へるす出版, 東京.
- 田井雅子 (2010). 対応することが困難な家族とのかわ  
りにおける看護師のこころの動き. *小児看護*, 33 (1),  
31-36.
- 内富庸介, 藤森麻衣子編 (2007). がん医療におけるコミュ  
ニケーションスキル. 医学書院, 東京.