2016 年 6 月 15 日放送

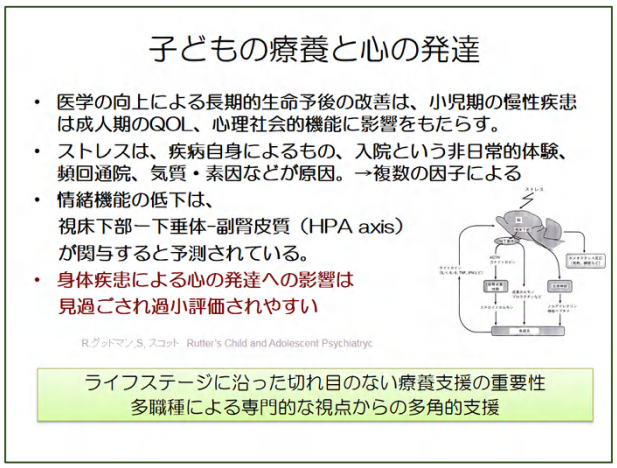
療養生活を送る子どもの療養支援

国立成育医療研究センター　思春期メンタルヘルス診療科
医長　田中　恭子

１．医療の中の子ども達

発達期にある子どもの療養は、抑うつや不安などの精神症状、成長発達への影響、非日常的体験の連続や社会的刺激の少なさなどが要因となるソーシャルスキルの問題、養育者や同胞への心理的・経済的負担の増大など、心理社会的アセスメントならびにその支援が必要です。

中でも療養生活における経験から心的外傷後ストレス障害を発症することも少なからずあると報告されています。さらに特有の葛藤を抱えやすい時期である思春期・青年期の慢性疾患の存在は、後の気分障害の発症率が高いという報告もなされており、とくに心の発達段階に応じた支援が必要です。



これまで、小児医療の現場では身体症状へのケアが中心となり、このような心理社会的ストレスは見過ごされ、過小評価されやすいと指摘されてきました。

そのような背景からすでに主に欧米においては、心理社会的支援の在り方の研究がなされ、Zurlindenらは、療養中の子どもたちの心理的強化因子を分析し、ライフステージに応じた療養支援、子どものコーピング・疾病受容及び家族の支援の3つの因子が重要であると提唱しま

した。この3つの因子について、どのような理論のもとに具体的支援が実行されるべきか、その要点を紹介していきましょう。

２．ライフステージに応じた療養支援

子どもへのケアは、認知発達水準をベースに対応する必要があります。この点については、ピアジェの認知発達理論、エリクソンの心理社会的発達段階における発達課題などが参考になります。

発達段階を意識した支援

発達段階	目標・課題	介入
乳児期	・愛着の形成 ・基本的信頼の獲得 ・子どもと親の心地よさ	・両親のストレスの緩和 ・スキンシップの多用
幼児期	・自立性、主体性 ・言語・運動面の発達 ・魔術的思考（病気は“悪いことをしたことの罰”という誤解等）	・母子関係の連続性を保証 ・馴染みのある日課・儀式 ・自発的になれる遊びの導入 ・他児とのコミュニケーション遊び ・プレパレーション、ディストラクション
児童期	・原因と結果の理解 ・仲間集団との関係性 ・肯定的な自己評価	・教育への参加 ・正しい情報提供と情緒的支援 ・プレパレーション・ディストラクション
思春期	・アイデンティティ確立 ・自立支援 ・思春期心性の理解	・本人の意思決定の支持 ・本人の思い、不安の言語化 ・プライバシーへの配慮 ・十分なインフォームド・コンセント

乳児期は、愛着形成に重要な時期であると同時に、子ども自身は病気の重大性は理解できないけれども行動の制約や不快というその場の体験としてとらえます。したがって、その支援は親からの分離を避け、発達段階や身体症状に応じた 5 感を通じた感覚遊びや、親への心理的支援などを優先します。

幼児期は、自己中心性思考、魔術的思考をもち、病気は悪いことをしたための罰として誤解しがちです。この年代の支援は、やはり親の付き添いもまだ重要でありますが、病棟での保育を通じた他児とのかかわりや、身辺自立支援、集団あそびが重要です。また、モデリングを中心とした心理的プレパレーションや、処置中痛みの緩和：ディストラクションなども効果的となる時期です。

ディストラクション：様々なテクニック

- 視覚的刺激
  鏡・Pop up book・Where is Wally?・万華鏡
- 聴覚的刺激
  Music・Story Telling
  Musical Toys
- 触覚的刺激
  マッサージ・ストレスボール・粘土・抱っこ人形・ゼリー・コアラ抱っこ
- 嗅覚的刺激 ：アロマ
- 想像的遊び：数遊び・もの探し・動画・会話）
- 他（シャボン玉・風船など）
- 身体のリラックス（呼吸法、漸減的筋弛緩法）

学童期になると、単純な原因と結果の関係は理解しつつありますが、納得できない場合は混乱しがちです。この時期には、自己肯定感をはぐくめるような支援が必要です。本人の気持ちを傾聴しながら行う心理的プレパレーションの提供が重要であり、更に教育への参加も発達課題にあげられていることから、院内学級や、訪問学級への参加も促していきます。

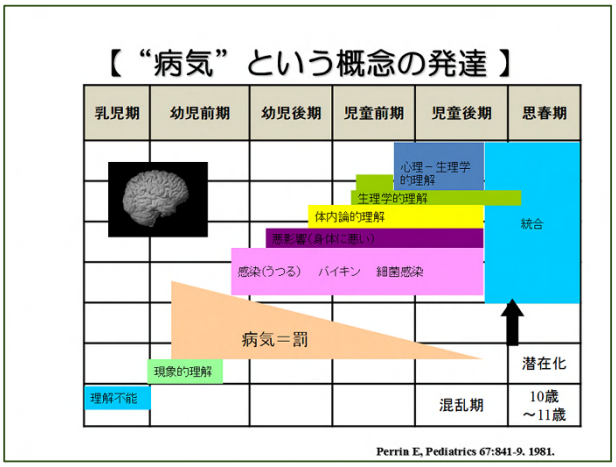
思春期には抽象的な理解が高まると同時に自意識過剰にもなり疾患や治療に伴う自身の変化に過敏に反応するようになります。思春期心性も影響し、葛藤や不安など情緒不安も出現しやすい時期ですので、十分な説明と本人の意思表明を促し、本人の意思決定を尊重し、見守ること、定期的な心的支援の機会をもつこと、プライバシーを尊重することなどの対応があげられます。

３．子どものコーピング、疾病受容

①子どもの意思決定

子どもは子どもなりに病気を理解します。

子どもが自身で決定することが発達学的に困難であっても、医療の内容について自身の意見を形成し、表明することができる場合も多く、その支援は本人自身の疾病受容につながります。様々な過程における子ども自身による決定への参加は、不安、抑うつなどを緩和し、医療者とのコミュニケーションを促進し、心理社会的QOLにも影響すると指摘されています。



②プレパレーションとは

プレパレーションとは、認知発達段階に応じた方法で病気に関する情報を子どもに提供し、心の準備をする機会をつくり、子ども自身が本来持っている頑張る力を支持すること、といわれています。

「ストレスポイントプレパレーション」は、子ども自身がどの時期にどのような不安や苦痛を感じるのかを特定し、正確な情報提供、モデリングやリハーサルなどを行いながら心理的支援を行うといった包括的プレパレーションです。単なる口頭による情報提供ではなく、痛みなど知覚情報や、より具体的な生活にまつわる情報、個々に適したコーピング法などのアドバイスを提供するものであり、より子どもの不安軽減効果があることが報告されています。近年の研究で、プレパレーションの実施はMRI検査時の鎮静剤使用頻度を減少するという研究報告が発表されており、わが国でもさらに取り入れていくべき介入といえるでしょう。

③こども自身のインフォームド・コンセント

医療の内容について自身の意見を形成し表明することができる場合に、積極的に決定に関与させることは、主体的な医療への参加を保障することにもなります。

説明を受けることそれ自体が医療を受ける子どもにとっての権利であると考えられます。

また、一定年齢に満たない子どもでも、意見表明権を有することから、親の決定に対し自身の意見を表明しアセント（賛意）を与えることができると考えられています。

子どものインフォームド・コンセントの原則を実践することは、一律に、年齢のみで医療に関する意思決定能力を線引きすることは難しいとされていますが、諸外国にも同様の立法例があるように15から16歳あたりに一つの線引きができると考えられます。

④ICとプレパレーション

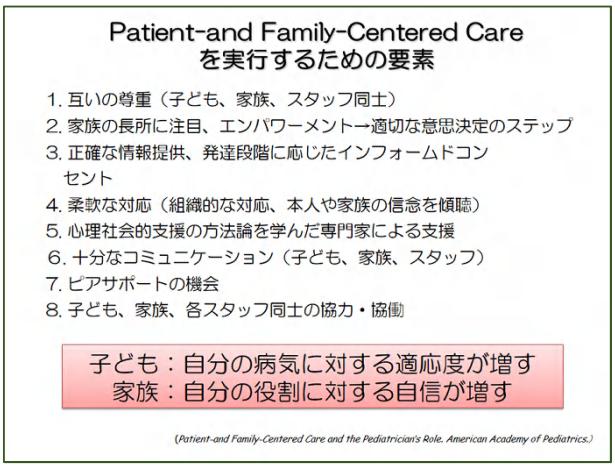
私たちの過去の検討から、平均8.9歳の子どもの9割が病気について知りたいという考えがあることがわかりました。子どもの知りたいという気持ちや考えへの対応に大事なことは、うそはつかずごまかさないこと、子どもの発達段階に応じたわかりやすい情報提供を丁寧に行うこと、などが挙げられます。

前述したプレパレーションは、子どもへの医療行為や疾病の説明を絵本や人形を用いたごっこ遊びのテクニックを使った介入方法であり、この介入により子どもの疾病受容とともに子どもの意思決定支援につなげるきっかけとして機能させていくことが可能と思われます。

４．家族の支援

次に、家族の支援について紹介します。

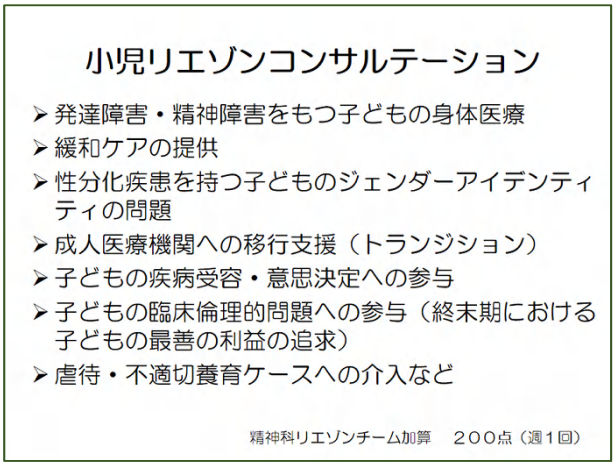
欧米では Patient-Family Centered Care の概念を提唱し、子どもを含めた家族をひとつのユニットとしてケアの対象と捉え、家族が発展することを支えることを重視するケアの方法が構築されています。Patient-Family Centered Care は専門職と家族との開かれた信頼しあえる関係を基盤に、両者の協動によって展開されます。専門職は、権威者としてではなく、子どもと親のよきパートナー、ファシリテーターとして、家族の力を信じエンパワーメントし、ニーズにそった個別的で継続的なサポートを提供します。それによって、医療に関わる全てのスタッフが、それぞれが最大限に力を発揮し、患者である子どもの力を信じた意思決定支援を通じ、子ども自身が主体的に快く参加することが可能となるような統合的なケアシステムを意味します。



このようなPatient-Family Centered Careの実践効果として、子ども自身の情緒機能、社会適応促進、家族の情緒不安の減少、医療者の負担軽減、医療者と子ども・家族とのコミュニケーション促進が挙げられ、さらにそうした諸効果から入院期間の減少や救急受診減少などの費用対効果もあることが示されており、我が国においてもその視点を取り入れた医療が求められています。

５．リエゾンコンサルテーション

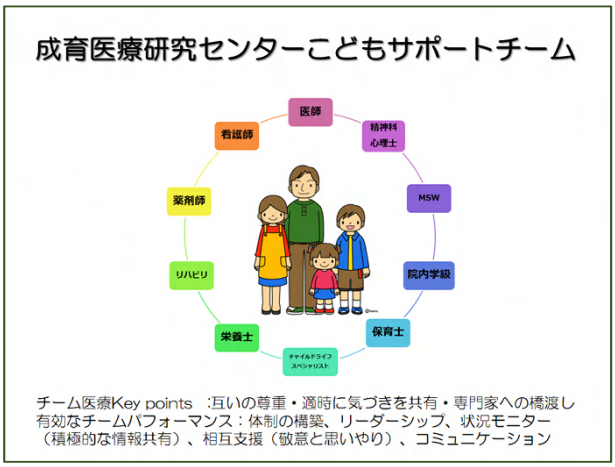
米国で 1930 年以降に始まったコンサルテーションリエゾン精神医学は、我が国においては、成人も含めてまだ発展途上ではありますが、小児医療でもそのニーズが高まっています。リエゾン活動の特徴として、小児科学が生物医学モデルに基づく一方で、児童精神医学が生物心理社会モデルに基づくこと、更には両者の活動のペースや場所が異なり、即時の対応と短期の介入効果が求められること、などが挙げられ、リエゾンの実施には身体医学と精神医学の相互理解と連携が重要です。特に子どもが発達過程にあることを考えると、小児のリエゾンは、家族 care を含み、また必要に応じて学校などの関連する機関を含めて考えることが望ましいとされています。従って小児リエゾンには、メンタルヘルス担当医師、看護師、心理、子ども療養支援士、保育士、SW、教師など、子どもの心理社会機能に関わる専門家によるチーム編成が必要でしょう。



以上のように、発達段階に応じた療養環境の整備、子どもの意思決定支援、PFCCの理念に基づく全人的ケアには、心理社会的支援を担う多職種が情報共有し、子どもと家族のエンパワーメントを基に、連携した支援が必須です。

わが国においても、子どもの権利を守る療養環境を理念に、医師・看護師以外の職種の配置が徐々に拡大されてきました。

国立成育医療研究センターでは、病棟専従の保育士による身辺自立支援や発達支援、臨床心理士によるこころのケア、SW による医療費助成やソーシャルサポートの情報共有や復学支援、地域連携、チャイルド・ライフ・スペシャリストによるプレパレーションの実施や意思決定支援など、それぞれの専門性を生かしたチーム医療による支援をおこなっています。



しかしながら包括的支援の実現には、現状の各施設や現場個人の努力に依存する状況下では限界があります。今後、心理社会的支援が全国に広く普及していくため、子ども療養支援士等の人材育成のシステム構築、診療報酬加算や病院機能評価の対象項目とするなど政策的整備が必要でしょう。

ライフサイクルをベースとした成育医療の実現を目標に、安全で安心の医療の下、子どもの全人的支援を通じ。関わるスタッフすべてが子どもの adovocator としての専門性を発揮し、そして子どもが輝く医療を皆様と追求しつづけたいと考えます。

「小児科診療 UP-to-DATE」

http://medical.radionikkei.jp/uptodate/