

『NPHC 勉強会』

(講義録)

日時：平成 23 年 3 月 5 日 (土) 18:30-20:30

場所：東京大学本郷キャンパス工学部 1 号館 3 階会議室

主催：こどもの病院環境&プレセラピーネットワーク (NPHC)

療養生活を送る子どもの心理社会的支援を行うことに特化した専門家（子ども療養支援士）の養成を目的に、本日の講師である田中先生たちは「子ども療養支援協会」を設立されました。本領域においては、米国では チャイルド・ライフ・スペシャリスト（以下 CLS）、英国では ホスピタル・プレイ・スペシャリスト（以下 HPS）が活躍しています。このような専門家の存在は、子どもの人権を尊重した医療に根ざし、入院・外来の場面を問わず療養生活を行う子どもたちに情緒的支援、いわゆる「心のケア」を担います。CLS、HPS が、それぞれの国の教育・認定制度を基に資格を取得し、医療スタッフである医師、看護師、医療保育士、心理士、教師などの多くの専門家と協働している現状を大前提として、平成 21 年より日本での新たな専門家養成について検討を重ねてきました。

本勉強会では、その設立に至った経緯などを踏まえ、その専門家の必要性や予想される効果などについてお話いただきました。

テーマ：「子どもの人権の守られた小児医療の普及のために～私たちの目指すもの～」

講師：田中 恭子 氏（順天堂大学医学部小児科准教授、子ども療養支援協会理事・事務局長）



(田中氏)

「これからの小児医療は、どんな対応をすべきか？」……その疑問や現状への課題への答えの一つとして、本日のテーマを以下の内容に分けて、お話して参ります。

1. 子どもの人権って何だろう。
2. NPHC の皆さまとの思い出
3. 医療の中の子どもたち
4. 子どもの神秘
5. 子どもの心身の発達と、恐怖体験の影響
6. 私たちが目指す小児医療
7. サプライズ!?

1. 子どもの人権って何だろう（痛み病気に立ち向かう子どもたちを支えることってどんなこと?）

2. NPHC の皆さまとの思い出

まず、私自身について述べます。10 年前（2001 年）に、NPHC の前代表・野村みどり先生と英国のマンチェスターこども病院を見学しました。NPHC の蛭名先生、細瀬先生もご一緒でした。その病院では、HPS が子どもに自然にインフォームしていた姿（言葉に加えておもちゃを使ったデモンストレーションを実施し、子どもが治療に対して意欲的になる状況）に感動しました。これまで医師として見たことがない世界でした。

2001 年 9 月、食道カラシアの手術前の子どもが入院していました。（当時）順天堂大学小児科教授の山城先生に、児に対するプレパレーションの依頼を受けました。そこで私はある程度時間をかけて説明をしました。人形などを使ったデモンストレーションにより理解を促したところ、「手術や治療に立ち向かうことに対して、大丈夫だという自信を持つことができた」との母からの感想（お手紙）をいただきました。

2002年に英国へ留学しましたが、当初はHPSの資格取得というよりは、発達心理学の勉強が目的の留学でした。医学生は意外にも、子どもの特に認知発達を勉強する機会が少ないので、小児の心理発達の勉強というスタンスが強い留学でした。実はHPSに関しては、留学先で知り合ったチューター（バーバラ氏）により学ぶ段取りになりました。英国で私は、医療を一步引いて見えたことがありました。敷地の広さ、プレイルーム（以下PR）も年齢別のコーナーがあり豊かでした。外来診療コーナーにPRコーナーがあり、この設えは子どもの待合室にもなるので、非常によいと思いました。そしてホワイトルーム（センソリールーム；医療従事者の立ち入りはできない場所）があり医療として以外に子どものケアできる空間が病院内にはありました。手術などではストレッチャーに寝た状態で移動しますが、その移動中の（麻酔のかかる前の）不安な状況を緩和すべく、宇宙船に見立てたエレベーターの装飾や、カート（CAB10号）で能動的に（探検のように）麻酔導入室に親と入室できる配慮がありました（現在も日本では、親は導入室に入室できません）。またICUでは、その子の好きな絵や音楽を事前リサーチしてなるべく用意しておく配慮がありました。屋上にはプレイコーナーもありました（2001～2003年当時の病院環境）。そして、これらのHPSがいてプレパレーションの介入を行うなどの活動こそが、子どもの人権に配慮された対応であると考えました。

3. 医療の中の子どもたち（子どもの心理的反応）

症例です。7歳の難治性下痢症の男の子です。「なんでおなかが痛いのか？ もう生きていたくない...。」と訴えています。学校へも行けず、退院の目途もたたない。検査のため使用する緩下剤でおなかが痛くなる……。7歳の子には理解しにくいこの状況を、私は、予測がつくように声かけ・説明しました。その子は退院の際「僕は将来医者になって自分のような病気を治せる人になりたい」といい、自身の病気を理解し主体的・肯定的にとらえている手ごたえを得ました。

病院に入院する子どもたちのストレスに気付いてあげなくては.....。

ストレスを抱えている子どもへの対応には、多くの時間がかかるかもしれません。しかし、子どもたちへの説明を大切に、そして彼らの心理的状況や反応に対応しなければ.....。

欧米では、子どもの心理反応に関する研究が1960年代頃からありますが、日本はまだ少ないです。ここでは、子どもの心理的反応について整理します。

心理的反応でまず起こるのが心理的混乱です。心理的混乱とは、状況の急激な変化を受容できないことが原因で起こる不安、恐怖、抑うつ、日常生活習慣やしつけの崩れなどの心理的反応を指します。

【年齢区分別に見た 心因的反応】（1967年, Haller JA）

乳児期、幼児期、学童期、思春期と年齢における特徴はあるものの、全時期を通して、退行行動（指しゃぶり、チック、排泄の失敗など）、自閉的傾向、反復動作、体重増加または不良、無関心や多動、感情の表出の乏しさ、言葉や思考の停滞、劣等感・自己有能感などの欠落が見られます。

【医療の中の子どもたち】

子どもがストレスを受けた際に引き起こされる防衛機制には、大人（8種類）のような複雑な機制はなく、5つあります。否認・逃避（状況からの逃避）、抑圧（感情や記憶の否定）、置換（代理の者への攻撃）、退行、合理化の5種類です。このように安全装置（防衛機制）が作動している内は未だいいのですが、維持できなくなると「心の病気」につながります。つまりこの5つが出ているうちに、配慮・対応していくことが大切になります。

日本においては2000年頃から、病院における子どもたちへの関わり方の必要性や効果に関する概念形成が始まりましたが、欧米では既に1950年代には、チャイルド・ライフ（CL）プログラムが始まっていました。エビデンスもあります（1979; ACCH）。

プリパレーション経験者との差異やその効果の報告（Phoenix Study 1988）もあります。

CLS や HPS は、病院における役割や活動の目的は同じです。病院において子どもたちの発達を支援・援助する、環境を整えるなどの心理社会的支援に特化した活動を行う人達です。

現在、日本には、CLS は 1997 年 12 月に資格取得・帰国された藤井あけみさんを筆頭に 25 名、HPS は 2002 年に資格取得・帰国された後藤真知子さん筆頭に 6 名いらっしゃいます。

病院における子どもたちへの発達支援活動が、日本では遅れた形で導入されたのはなぜでしょうか？ それは、日本の育児感にみられる特徴が関係していると考えられます。例えば、子どもが迷子になった場合の親の反応を比べます。なぜ迷子になったのかを子ども自身に考えさせる欧米（親と子どもは異なる人格と捉えている風潮）に対し、全てが親の責任である（ママが目を見離したから子どもが迷子になったのだ。……ごめんね）との捉え方の日本（子どもは親の所有物という考えが前提にある反応）の違いがあります。つまり日本には、子どもは親自身が守るべきものという概念があり、添い寝の習慣のあるお国柄です。そのため、その専門家の概念が確立しにくく導入・養成が遅れた一つの要因であると思われます。

4. 子どもの発達と神秘（子どもってすごい力を持っている。非言語的なコミュニケーションで色々訴えてくれている）

子どもの意思の発現はいつ頃でしょうか（鏡を見て自分だとわかるのはいつ？）？ 答えは 1 歳 4 カ月です（1 歳半には可能です）。ルージュテストで鏡の自分ではなく自身に口紅を塗るのは 1 歳半頃といわれています。

子どもには私たちの予想を超えて発達していく力があり、生命力があります。新生児模倣の研究結果（Meltzoff 1977）などの反射的模倣反応（延滞模倣は 2 歳頃といわれている）にはじまり、馴化現象（脳へのコード化）から新奇選好（新奇なものをコード化しようとする過程）への変換など、乳幼児期に合理的な適応能力が形成されていることがわかります。

ピアジェの知的発達理論（感覚運動的段階から操作的段階への移り変わり）の 3 ステップ問題解決能力テストでは、7～8 か月で問題解決能力が芽生え、10 か月では明確にみられます。つまり頭の中で色々理解し、10 か月では考えてから行動ができるようになります。

感覚遊び（6 か月）が模倣遊びに変換していきます。模倣遊びは、18 か月のお人形に食べさせるということができない状況（自己と他者の認識・差異がしっかりできない状況）から、4 歳のお人形遊びに変わっていく（人形に自分とは異なる意思があるように役割などを設定して遊ぶ；「心の理論」の発達が 3～4 歳で形成される）変化です。「心の理論」の発達状況を簡単に下記します。

【Theory of Mind（心の理論）】

1 歳までに、情動の理解がされる

2 歳になり、他者の情動を変えようといった意図的な試みの出現（駄々をこねるなど）

3 歳までには、人の行為がその人独自のものであるということが分かる（他人を必ずしも操作できないことを知る）

4～5 歳では、知覚的視点が異なると、解釈が異なる（他者の知覚を認知する）

アタッチメント（Bowlby 1950's）の形成に関する知識も大切です。アタッチメント（愛着）とは、児に近い人（多くはお母さん）にまわりつきたいという欲求であり、それを満足させることで絶対的信頼感が形成されますので、とても大切です。乳児期にこの絶対的信頼感が形成されないと、様々なストレスに対して心因反応を引き起こすことが懸念されます。しかしながら、過剰な刺激は逆効果であることや、Mahler の分離固体理論（母体像の内在化；対象恒常期）に配慮した関わりなど、発達は、単に頭の中の認知構造の変化を指すものではない（佐伯 2001）ことも覚えておきたいことです。

5. 子どもの心身の発達と、恐怖体験の影響（恐怖体験は子どもの発達においてどのように影響するのか）

発達には、三項関係「子ども・対象物・養育者（主に母親）の関係」が大切であり、第3者の存在が適応などの厚みを増します。その観点などから順天堂大学病院では、外来通院する子どもと家族の遊びの広場をつくり、薬ではできない効果・発達支援に努めています。Thomposon（1952）によると、恐怖関連行動を引き出す3条件には「孤立させる・視線を合わせない・凝視する」があり、発達を阻害する恐怖行動に影響すると説いています。また、治療などで恐怖を引き起こす可能性がある病院の子どもに対して、様々な心理的介入が、恐怖の影響を予防・緩和する可能性があるといわれています。

感情の統制に関しては、10歳の子はできます。5歳の子は不確かであるものの、事前のポジティブな声かけなどは好影響を果たします。発達支援は、年齢・発達を考慮した形での遂行が望まれる所以です。そしてその介入には専門的な習得が必要であります。

6. 私たちが目指す小児医療

昨年12月に「子ども療養支援協会」を立ち上げました。子どもの人権を尊重した医療の提供や、時間をかけて適切なタイミングで子どもの支援を行うためには、医療従事者ではない役割を専任する専門家が必要で、当協会を立ち上げる運びとなりました。

「子ども療養支援士」の養成に関して、12月4日に総会（NPHCからのご寄付もいただきました。どうもありがとうございます）がありましたが、以下の学習・習得をして現場に出ることで、目的にかなう専門家として、子どもたちの人権が守られた関わりが可能になると考えております。

- ① プレバレーション
- ② ディストラクション
- ③ 治癒的なあそび
- ④ アセスメント
- ⑤ 医療と子どもの人権・アドボカシー
- ⑥ ストレスコーピング
- ⑦ グリーフケア・ターミナルケア
- ⑧ 療養環境（おもちゃ・環境整備）
- ⑨ 兄弟姉妹の支援
- ⑩ 発達心理・児童心理学・家族心理学
- ⑪ 医療安全・医学情報
- ⑫ その他

質疑・意見ほか

盛り沢山で勉強になる内容でした。どうもありがとうございます。（A：特記ないものの解答は、田中氏によるご回答）

意見：子どもは入室できないアメリカのレストランで親子分離をしなければならなくなった体験が私にはありますが（⇒その後子どもは親子分離の際に泣き叫ぶことがなくなった）。自立を促す空気が、元来欧米にはあるということに同感しました。

Q：脳の発達で性差があるといわれており、アメリカではそれに合わせた教育があるようですが、先生はどのように解釈していらっしゃいますか？

A：男児の方がゆっくり発達している印象があります。また、合併症が出やすくや生存率が低い印象があります。

意見：ミルクのあげ方にも欧米・中国（寝たまま口にくわえさせる／突き刺す!!；マレーシア?）と日本（抱っこしてあげる）といったように慣習に違いがあると思います。

意見：障害児の摂食指導を受けている・受けていないによって発達異なる印象があります（食材をしっかりと見ることなどに影響がある印象）。

A：指導や対応はとても大切です。現場では早い療育の大切さ。早い時期から行われる理学療法（運動療法など）の効果がいわれています。精神発達遅滞などへの対応の大切さを裏付けるエビデンスもあります。

Q：子ども療養支援士の必要性や、日本独自の育児感の違いに沿った日本独自の考え方や適応法があれば教えてください。

A：日本における、統合職種を作りたかった。

A（早田氏；CLS）：日本の病院においての実習などが可能になります。

A（柳澤氏）：日本の親や特性に合わせた活動になると思い、よいと思います。

意見：日本独自の職種を作りましょうとの考えは良いです。欧米のものをそのまま移植するのではなく、支援士を養成しつつ、問題提起、課題や解決、日本独自の考えや教育・推進方法の探索、提案になると考え期待しています。

意見・Q：日本におけるCLS、HPSが現在30名ほどと希少であることに驚きました。病院によってはノウハウが蓄積されていることもあればそうではないこともありそうですね。退院後の適応よくするための支援はありますか？

A：十分なプリパレーションが、退院後の活動にも好効果であるという論文もあります。

意見：現在の医療の参考となるイギリス（英語圏）の小児科学の導入、精神科・整形外科には（ドイツ）流派があります。明治時代の学校教員（医療に参加）の活動のようにアナロジーを感じました。

7. サプライズ？

昨今の医師国家試験の出題で、子どもへの対応に関する問題が複数題ありました。当領域への関心・課題の高さが伺えるものだと確信しております。

柳澤氏（NPHC 代表）：NPHC においても、「子ども支援協会」に色々な協力ができたらと思います。啓発については、「人対人」の口コミも大切にしていって欲しいと願います。

記録：鈴木健太郎（NPHC 運営委員、杏林大学保健学部作業療法学科・講師）

監修 田中恭子（順天堂大学医学部小児科准教授）

総合監修：柳澤要（NPHC 代表、千葉大学工学部デザイン工学科・准教授）