

16. 関川麻里子, 今紀子, 吉川尚美, 菅沼広樹, 鈴木光幸, 李翼, 久田研, 東海林宏道, 田中恭子, 清水俊明. 未熟児における生後早期の母乳栄養が高次脳機能発達に及ぼす影響について. 第 112 回日本小児科学会学術集会, 奈良 2009.4.17-19
 17. 田中恭子, 工藤紀子, 根岸佳慧, 吉川尚美, 北村知宏 李 翼 久田研 東海林宏道 篠原公一 清水俊明. スフィンゴミエリン強化乳が未熟児の精神運動発達に及ぼす影響の検討～第 2 報～. 第 23 回日本小児脂質研究会, 東京 2009.12.3
 18. 吉川尚美, 工藤紀子, 田中恭子, 久田研, 東海林宏道, 清水俊明, 大川夏紀, 菅沼広樹, 佐藤洋明. 超低出生体重児の 3 歳時の認知発達と行動・情緒発達について. 第 54 回日本未熟児新生児学会, 横浜 2009.11.30
 19. 田中恭子, 細澤麻里子, 工藤紀子, 吉川尚美, 久田研, 東海林宏道, 清水俊明修正 18 ヶ月における未熟児の視覚的・社会的認知発達、表出・受容性言語発達の特徴. 第 54 回日本未熟児新生児学会, 神奈川 2009.11.29-12.1.
 20. 田中恭子, 早田典子, 寺尾梨江子, 根岸佳慧, 青柳陽, 藤井徹, 工藤孝広, 清水俊明. 消化管内視鏡検査目的で入院した児に対するプレパレーション施行に対する多角的評価の試み. 第 36 回日本小児栄養消化器肝臓学会, 札幌 2009.10.9.
 21. 田中恭子, 関川麻里子, 今紀子, 吉川尚美, 久田研, 東海林宏道, 奥村彰久, 清水俊明. 早産重症胎児発育不全 severe preterm FGR(IUGR) 管理と予後 極低出生体重児の高次脳機能発達について 子宮内発育および胎外発育と認知発達との関連性. 第 27 回周産期シンポジウム, 福島 2009.1.16-17
 22. 東海林宏道, 久田研, 李翼, 鈴木光幸, 吉川尚美, 北村知宏, 田中恭子, 清水俊明. FGR(IUGR)を伴う極低出生体重児の赤血球膜脂肪酸組成と発達予後. 第 27 回周産期シンポジウム, 福島 2009.1.16-17
 23. 根岸佳慧, 及川奈央, 関川麻里子, 今紀子, 吉川尚美, 田中恭子, 清水俊明. 先天性心疾患乳幼児の発達評価とその支援. 第 56 回日本小児保健学会, 大阪 2009
- 講演
24. 田中恭子. ベイリー乳幼児発達検査の実際. 第 2 回ベイリー研究会, 東京. 2011.8.6
 25. 田中恭子. 子どもの神秘とそのちから. 第 1 回子どもの心と身体成育医療ネットワーク、被災地の子ども支援研修会, 東京. 2011.7.3
 26. 田中恭子. 子どもの権利が守られた小児医療を目指して～私たちの目指すもの～小児科学会子どもの生活改善委員会主催シンポジウム, 東京. 2011.7.2
 27. 田中恭子. こころもからだも元気に育児! マタニティフェスタ 2011, 横浜. 2011.7.18
 28. 田中恭子. ハイリスク児における就学時の認知発達の特徴. 第 11 回新生児栄養フォーラム, 大阪. 2011.6.25
 29. 田中恭子. チャイルドライフの介入の効果子ども療養支援協会ワークショップ, 東

- 京. 2011.6.18
30. 田中恭子. 周産期における栄養と児の発達. 第24回成長研究会, 東京. 2011.2.5
31. 田中恭子. 子どもの人権と医療. 長野県立子ども病院講演会, 長野. 2011.11.29
32. 田中恭子. 周産期の栄養と発達. 第27回妊娠糖尿病学会, 神戸. 2011.11.12
33. 田中恭子. 子どもの特性～小児医療の現場から～患者の権利法の制定を求めて. 第54回日弁連人権擁護大会第3分科会, 高松. 2011.10.6
34. 田中恭子. 小児の特性 小児医療の現場から. 小児歯科研究会, 東京. 2011.10.2
35. 田中恭子子どもに優しい医療を目指して. 三重県小児科医会特別講演, 三重. 2011.1.23
36. 田中恭子. 成長・発達と脂質 スフィンゴミエリン強化乳が未熟児の精神運動発達に及ぼす影響の検討. 第19回脂質栄養学会, 犬山. 2010.9.4
37. 田中恭子. 心もからだも元気に育児. マタニティフェスタ&ベビーフェスタ 2010, 東京. 2010.5.8
38. 田中恭子. 未熟児の栄養と発達～発達検査の実際～第10回新生児栄養フォーラム, 東京. 2010.5.22
39. 田中恭子. 子どもにやさしい医療とは～プレパレーションの重要性～. 久留米大学小児科, 久留米. 2010.3.12
40. 田中恭子. 親子がきちんと向き合って 子育てをする大切さ それを支える重要性. 第32回日本公文指導者研究大会, 東京. 2010.12.5
41. 田中恭子. 子どもの人権の守られた小児医療を目指して～私たちの目指すもの～. 第1回子ども療養支援協会総会, 東京. 2010.12.4
42. 田中恭子. 小児の脂質と栄養～発達検査の実際～. 第16回小児脂質研究会, 東京. 2010.12.27
43. 田中恭子. ベイリー検査の実際. 第1回ベイリー検査勉強会, 東京. 2010.12.26
44. 田中恭子. 医療の中のこどもの権利 遊びとプレパレーションの重要性. 長野県立こども病院, 安曇野. 2010.11.26
45. 田中恭子. 医療における子どもたちの心を支える～プレパレーションとは～. 三重県医師会乳幼児講習会, 津. 2010.11.23
46. 田中恭子. 医療の中のこどもたち～小児医療の現場から思うこと～. 第10回チャイルドライフカンファレンス, 東京. 2010.10.23
47. 田中恭子. 医療の中のこどもの権利 遊びとプレパレーションの重要性. 第37回日本小児栄養消化器肝臓学会, 高松. 2010.10.10
48. 田中恭子, 東海林宏道, 清水俊明. 母乳の神秘 発達における母乳育児の重要性. 第24回日本母乳哺育学会, 東京. 2009.9.23
49. 田中恭子. 小児医療における遊びの重要性. 公文, 東京. 2009.7.25

50. 田中恭子. ベイリー乳幼児発達検査法の特徴と活用の実際. 第23回ハイリスク児フォローアップ研究会, 大宮 2009.6.7
 51. 田中恭子. 小児医療を支える新しい専門家 日本での課題 医師として,HPS として・・・. パメラバーンズ招聘セミナー, 大阪 2009.5.16
 52. 田中恭子. 夕焼けフォーラム 遊びを介した小児科外来での育児支援. 公文第32回障害児研究大会, 大阪 2009.3.23
- 2.著書・論文
1. 田中恭子.;ハイリスク児の養護と発達促進. 今日の治療指針私はこう治している 2011. ,1149-1150,2011
 2. 田中恭子(編) 子ども療養支援協会;平成23年度子ども療養支援士認定コース教育要項,平成23年度子ども療養支援士認定コース教育要項,2011
 3. 田中恭子(編) 子ども療養支援協会;平成23年度子ども療養支援協会総会・記念行事資料集,平成23年度子ども療養支援協会総会・記念行事資料集,1-24,2011
 4. 田中恭子(編) 子ども療養支援協会;平成23年度子ども療養支援協会ニューズレター創刊号,平成23年度子ども療養支援協会ニューズレター創刊号,1-8,2011
 5. 田中恭子.;赤ちゃんの能力を引き出す! ママさん小児科医が教える「月齢別 おもちゃの正しい選び方」 .,e-mook Sassy. ,:,2011
 6. 田中恭子.;パネルディスカッション の権利法大綱案実行委員会試案をめぐって 医療を受ける子ども.,日本弁護士連合会第54回人権擁護大会シンポジウム第3分科会 患者の権利法の制定を求めて～いのちと人間の尊厳を守る医療のために～ 資料集:12-31,2011
 7. 田中恭子.;成長ゆっくりめの赤ちゃん大集合～その子なりのペースでがんばっています (監修) .,Baby-mo. 主婦の友社, 東京,12月号:118-123,2011
 8. 田中恭子.;Q こども療養支援士について., 日本医事新報,4579:80-82,2012
 9. 田中恭子.;療養生活をおくる子どもの“心のケア”を担う「子ども療養支援士」の養成へ 子ども療養支援協会が発足 ～子どもの人権に配慮した小児医療の実現に向け～ 2011年7月1日.,愛育ねっと(子ども家庭福祉情報提供事業),<http://www.aiikunet.jp> :,2011
 10. 早田典子;同室児の死に直面した思春期女児へのグリーフケア,小児看護,34:333-338,2011
 11. 早田典子 田中恭子;長期入院児を支えるー遊びを通した心のケア,小児外科,44:168-170,2012
 12. Tanaka K, Oikawa N, Terao R, Negishi Y, Fujii T, Kudo T, Shimizu T. Evaluations of psychological preparation for children undergoing endoscopy. J Pediatr Gastroenterol Nutr 52:227-9.2011

13. Tanaka K, Yoshikawa N, Kudo N, Negishi Y, Shimizu T, Hayata N. A need for play specialists in Japanese children's wards. *Paediatr Nurs* 22:31-2.2010.
14. Nakano T, Tanaka K, Endo Y, Yamane Y, Yamamoto T, Nakano Y, Ohta H, Kato N, Kitazawa S. Atypical gaze patterns in children and adults with autism spectrum disorders dissociated from developmental changes in gaze behavior. *Proc Biol Sci* 7:277:2935-43.2010
15. Kaneko N, Hisata K, Shoji H, Tanaka K, Nakazawa T, Shimizu T. Effects of early enteral feeding on fecal Elastase 1 and plasma secretin. *Pediatr Int* 52:607-10.2010
16. Yoshikawa N, Tanaka K, Sekigawa M, Kudo N, Arai Y, Ohtsuka Y, Shimizu T. Neurodevelopment in the offspring of Japanese systemic lupus erythematosus patients. *Brain Dev* 32:390-5.2010
17. Kon N, Tanaka K, Sekigawa M, Negishi Y, Yoshikawa N, Hisata K, Shoji H, Shimizu T. Association between iron status and neurodevelopmental outcomes among VLBW infants. *Brain Dev* 32:849-54.2010
18. Sekigawa M, Okumura A, Niijima S, Hayashi M, Tanaka K, Shimizu T. Autoimmune focal encephalitis shows marked hypermetabolism on positron emission tomography. *J Pediatr* 156:158-60.2010
19. 田中恭子, 西田みゆき, 込山洋美, 早田典子. 小児科外来における認知発達に応じた小児へのインフォームドアセント・プレパレーションの試み. *順天堂医学* 56:84-5.2010
20. 東海林宏道, 北原エリ子, 小林八代枝, 田中恭子, 久田研. 理学療法が未熟児の支持基底面、自発運動に及ぼす効果についての検討. *順天堂医学* 56:77.2010
21. 細澤麻里子, 田中恭子. 就学前に発見が必要な発達障害. *順天堂医学* 56:7-13.2010
22. Tanaka K, Kon N, Ohkawa N, Yoshikawa N, Shimizu T. Does breastfeeding in the neonatal period influence the cognitive function of very-low-birth-weight infants at 5 years of age?. *Brain Dev* 31:288-293, 2009
23. Sugano H, Nakanishi H, Nakajima M, Tanaka K, Shimoji K, Karagiozov K, Arai H. Seizures continue even after prompt anti-epileptic drug medication in Sturge-Weber syndrome-study from prolonged video electrocorticography, a case report. *Childs Nerv Syst* 25:143-6,2009
24. Suzuki M, Tanaka K, Ohtani K, Kitamura K, Kudo T, Shoji H, Suzuki R, Shimizu T. Estimation of postoperative fat absorption using the ¹³C mixed-triglyceride breath test in children with choledochal cyst. *Eur J Pediatr* 168:35-38, 2009
25. 田中恭子, 関川麻里子, 今紀子, 吉川尚美,

- 久田研, 東海林宏道, 奥村彰久, 清水俊明.
26. 極低出生体重児の高次脳機能発達について—子宮内発育および胎外発育と認知発達との関連性—. 周産期学シンポジウム 27:101-107, 2009
27. 東海林宏道, 久田研, 李翼, 鈴木光幸, 吉川尚美, 北村知宏, 田中恭子, 清水俊明. FGR(IUGR)を伴う極低出生体重児の赤血球膜脂肪酸組成と発達予後. 周産期学シンポジウム 27:109-114,2009
- 総説
28. 田中恭子. NURSE TREND ここが押さえどころ 子ども療養支援協会が発足 子どもの人権に配慮した小児医療の実現に向けて. Nursing BUSINESS 5:330-1.2011
29. 田中恭子. 認知発達:年齢に応じた認知・発達の評価方法について教えてください. 周産期医学 41:1315-21.2011
30. 田中恭子. ことば発達:言葉の遅れの評価と対応方法について. 周産期医学 41:1322-8.2011
31. 田中恭子. 【周産期医学必修知識 第7版】368.乳幼児保育とテレビ. 周産期医学 41(増): 1051-3.2011
32. 田中恭子. 検査手技に対して恐怖心をおこさせないためにどのような配慮が必要ですか. 小児内科 43 (増): 266-9.2011
33. 細田珠希, 加川栄美, 齋藤正博, 飯島恵, 田中恭子. 小児医療における臨床心理士と小児科医師との連携 カウンセリングの実際とその導入について. 小児保健研究 70:709-15.2011
34. 清水俊明, 田中恭子, 宗像俊, 菊池透. 成長・発達と脂質. 脂質栄養学 20:23-34.2011
35. 田中恭子. 精神運動発達と母乳. 小児内科 42:1643-8.2010
36. 田中恭子. プレイサービスと新生児医療 文献的考察およびイギリスにおける研修 Neonatal Care 22: 420-427,2009.2009
37. 田中恭子. プレイサービスと新生児医療. ペリネイタルケア 22: 420-427,2009.2009
38. 田中恭子. 【何が問題?どこをみていく?ちょっと早く生まれた赤ちゃん late preterm infants】late preterm 児の両親へのサポート. 周産期医学 28: 1101-1107,2009.
39. 田中恭子. 低栄養と神経学的予後. 小児保健研究 39: 631-637,2009.
40. 田中恭子. プレパレーションの5段階について. 小児保健研究 68:173-176,2009
41. 田中恭子. 小児保健とプレパレーション 子どもの力と共に プレパレーションの5段階について. 小児保健研究 68:173-176. 2009
42. 田中恭子. 母乳の神秘 未熟児の発達フォローアップから. 日本母乳哺育学会雑誌 68: 173-176,2009.

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（分担）研究報告書 平成23年度

重症の慢性疾患児の在宅と病棟での療養・療育環境の充実に関する研究

—重症の慢性疾患児の病棟での療養・療育環境の充実に関する研究—（1）

研究課題①-1：チャイルド・ライフ・プログラム/プレイプログラムの効果

研究分担者 田中恭子 順天堂大学医学部小児科

研究要旨

現在報告されている CLS/HPS サポートに関する研究には、量的及び質的欠陥がいくらかあるといわれているが、研究より得られた結果は一般化が可能であると考えられている。

新たな研究題材が日々持ち上がっているが、これまでに行われた研究から得られた結果から、著しく逸脱するものではないのが現状である。CLS/HPS サポートの進展に関わる研究により、CLS/HPS という新たな専門職が誕生したことに関連する問題点が徐々に膨らみつつあることがわかった。CLS/HPS が指摘する問題は、役割が不明確であることと、他のヘルスケア関係者よりも権限が制限されていることである。CLS/HPS サポートの有効性を示す証拠が数多く報告されている。入院や痛みを伴う治療を待つ子ども、そしてその家族をサポートすることにおいて、CLS/HPS が提供するサービスの重要性は明確である。しかし、最良の CLS/HPS サポートとは何であるかを定義し、特定する為には、更なる研究が必要である。CLS/HPS サービスの提供現場が今後も広がり続け、これまで提供されることのなかった新たな場所、例えば歯医者や救急科、そして性的虐待を受けた子どもの為の施設などで提供されるようになれば、それを前提としたプログラムの評価研究の必要性は更に高まるであろう。

過去の研究により、入院は多くの子どもにとってストレスの原因になることがわかっているが、我々が行った評価研究でも同様の結果を報告する文献が多かった。子どもが感じるストレスの程度は、年齢や親の不安、子どもの性格、既往歴、身体的苦痛の程度など、様々な要因によって増減することがわかった。心理的ストレスが原因で現れる症状は、もっとも明確に表れるものであっても短時間で治まると考えられているが、治まらずに残る心理的ストレスの短期的及び長期的影響について、また、様々な要因がどのように作用しあい、ストレスの程度に影響するかについては、更なる研究が必要である。

入院によるストレスや、治療に伴う痛み、子どもがどの様に対処しているのかについての研究が長年に渡って進められ、いくつかの対処方法が特定できるようになり、子どもの年齢や性格、過去の治療歴などにより、対処方法に個人差があることもわかった。対処方法の選択を左右するその他の要因や、子どもたちのストレス対処方法を特定し、助長する上で、CLS/HPS が実践出来る最良の方法について、更に研究を進める必要がある。

入院により、本来子どもが自発的に行うとされる遊びが抑圧若しくは中断されるという結果が、近年の研究により一貫して報告されている。また、大人が治療に立ち会ったり、付き添うことで、

子どものあそび行動が増加することもわかった。研究結果は、あそびを子どもヘルスケアの重要な一要素と考える CLS/HPS サポートの基礎方針と、その実践を支持する傾向にある。あそびに悪影響を与える環境や、子どもの年齢に関わらず効果を発揮するあそびの特徴及び、種類の特定を行うには、更なる研究が必要である。

CLS/HPS は様々な方法を用いながら、痛みを伴う治療に挑む子どもたちの心の準備を手助けしている。ヘルスケアに伴う子どものストレス軽減におけるプレパレーションの有意性を示唆する結果が、複数の研究により一貫して報告されている。更に、ある特定の手法（ストレスポイント準備法や対処行動の指示など）は、その他の方法よりも効果が高いこともわかった。どんな方法を誰に、そして何処で提供すると最大の効果が得られるのかということを知りたいというのを解明する為には、更に研究を進める必要がある。

比較的最近行われた研究の中には、子どもの手術に親が立ち会うことの影響や、手術前の子どもの心的ケアに親が参加することの影響を調べるものが多い。研究数が少ないが、その結果から、親の立ち会いは子どもに良い影響をもたらすだけでなく、親の満足にもつながることがわかった。親が自分の子どもに対して心的サポートを提供する最善の方法を解明するべく、引き続き研究を続ける必要がある。

1. はじめに

介入のありかたを決める実証的研究の多くは、チャイルド・ライフ・スペシャリスト/ホスピタル・プレイ・スペシャリスト（以下 CLS/HPS）に直接介入する特定の手法、例えば、医療処置のプレパレーションやストレスコーピング、そしてあそびを取り入れた活動プログラムなどを対象に行われる。研究の多くは、看護や小児心理学の分野で実施され、導入されている。

2. プログラムによる包括的な介入の検証

個々の要素の有効性を調査する研究は広く行われているが、CLS/HPS プログラムを構成するサービスを総合的に調査したものは、2件だけである（Carson, Jenkins, & Stout, 1985; Wolfer, Gaynard, Goldberger, Laidley, & Thompson, 1988）。

Carson ら（1985）は、事故などによる入院治療を余儀なくされた4才から15才の子どもたちのグループを対象に、実施した CLS/HPS プログラムの小規模実験的研究を行った。子どもたちの認知力や社交性、感性に介入を施行し、家族や他の

患者との交流を促進させることを目的に、あそびを取り入れたプログラムモデルを考案した。更に、患者の子どもたちやその家族とコミュニケーションをとり、治療の進行具合や子どもたちの発達についての報告を行った。その結果、CLS/HPS プログラムに関与した子どもたちの入院生活に対する情緒不安が、入院期間を通じて有意に緩和したのに対し、対照群の子どもたちの状態不安は増幅していたことがわかった。対照群と実験群の子どもたちの間にみられた情緒不安スコアの差は、有意（ $p < 2.0$, $n = 10$ ）であったと研究者は報告している。両グループ間に自尊心スコアの差はなかった。CLS/HPS プログラムの評価を行った研究で、もっとも包括的であるとされているのは Wolfer らによるものである。（1988） Association for the Care of Children's Health 小児保健協会（ACCH）の資金提供を受け Wolfer らが行った準実験研究では、一つのモデルとなる CLS/HPS プログラムが考案され、アリゾナ州・フェニックスにある Phoenix Children's Hospital フェニックス小児病院内で、経験豊富な CLS/HPS により実施された。同プログラムには、CLS/HPS への包括的な介入の

一環として、一人遊びやグループ遊び、入院生活で子どもたちが抱えるストレスへの対処、また子どものケアへの保護者の参与などが盛り込まれた。考案されたプログラムは、乳幼児から思春期の子どもを含む小児集団を対象としたものであるが、本研究の対象としては3才から13才の子どもたちが選出された。

本プログラムでは、対象となった子どもたち(n=68)の入院生活におけるストレスを多方向から調査し、その他、対処能力、適応能力、身体回復状態についても調査した。結果を対照群の子どもたち(n=160, プログラム導入以前に入院し、CLS/HPS サービスが限られた環境で入院生活を送った子どもたち)のそれと比較したところ、21の評価項目中18の項目で数値に有意差があることが分かった。

前述の研究と関連する他の研究では、CLS/HPS サービスの提供の仕方や従来の方法とは全く逆の方法で提供することで、結果(例:遊びや言語使用に費やす時間、また不安の度合いなど)にどの様に影響するかということが調べられた。プレイルームにおけるグループ遊びにフォーカスしたプログラムと、一人遊びにフォーカスしたプログラムが、子どもたちのあそびの際の態度にどのように影響するか調査した Pass と Bolig (1993) の研究では、院内のプレイルームにおける子どもたちの遊び方には、大きな違いはないことがわかった。Jessee、Strickland、Leeper、そして Hudson (1987) が行った研究では、プログラムの一貫として子どもたちを自然環境に触れさせることで、子どもたちの不安を緩和させることを試みられたが、結果を対照群の子どもたちのそれと比較したところ、有意差は認められなかったとしている。音楽療法と医療を目的としたあそびへ子どもたちを参与させることで、子どもたちの自らの病院生活についての発言を引き出すことを試みた Proehlich (1984) の研究では、音楽療法に参加した子どもたちの方が、病院生活に関する質問によ

り積極的に答えようとしたことがわかった。

3. 病院生活や治療まつわる子どもたちの反応

1) 入院が子どもたちの行動に与える影響

これまでに実施された小児医療の心理社会的要素について調べた研究の中には、入院(特に手術のための入院)が子どもたちの行動に悪影響を及ぼすかどうかについて調べたものがある。1965年に同研究のレビューを行った Vernon、Foely、Sipowitz、そして Schulman (1965) は、同研究の偏執性を指摘しており、入院が子どもたちの行動に及ぼす悪影響、若しくは影響の無いことを調べることに偏執したことにより、入院が子どもたちの行動にプラスに影響する可能性、更には子どもたちの成長につながる可能性を見落としていると指摘している。Vernon、Schulman、そして Foley (1966) は同問題を改善すべく引き続き研究を行い、Post-Hospital Behavior Questionnaire 入院後行動アンケートを考案し、より偏執性の少ない調査方法を開発している。同アンケートによる調査は、子どもたちの精神的ストレスの指標となる行動を特定し、子どもたちがその行動に及ぶ回数が入院前と入院後でどのように変化したか保護者に記入してもらう形で行われる。

Vernon ら (1965) によって行われた評価研究では、入院により子どもたち、特にやや成長した乳幼児から未就学児は入院に対して精神的ストレスを感じやすいと報告しており、Thompson (1985) が行った研究論文の評価研究でも、治療期間から退院後にかけて子どもたちの行動に変化が現れたり、その他、子どもたちの精神的ストレスの指標となり得る変化が現れるなどの証拠を発見したとしている。Thompson (1994) は、自ら行った評価研究の結果から、子どもたちが入院後にみせる典型的な情動反応は「不安」であるとし、その他の情動反応としては、攻撃性や高揚などの感情的変化、また睡眠障害や摂食障害などがあると報告している。

言うまでもなく、入院したすべての子どもたちがストレスを感じるわけではないし、プログラムの効用についても、全ての子どもたちに効果があるわけではない。入院生活で治療を受けるにあたって子どもたちが表す情動反応の要因は様々あり、中でも子どもの年齢は重要であると考えられる。

(Kain, Mayes, O'Connor, & Cicchetti, 1996) 生後6か月から4才までの子どもが入院及び医療行為により精神的ストレスを受けやすいとされており、継続的な研究により数多くの証拠が報告されている(King & Ziegler, 1981; Mabe, Trieber, & Riley, 1991; McClowry, 1988; Thompson, 1985)。

年齢と並びに、子どもの性別も、子どもの医療行為に対する感受性を左右し得る要因であると考えられる。しかし、入院時の子どもの精神的反応が性別によって異なることは、個々の研究において報告されているものの、その結果に一貫性がないことも事実である(Thompson, 1985; Eiser & Eiser, 1990)。その他、加療時に子どもたちが受けるストレスの度合いを左右するとされる要因として、保護者の不安や子どもの気質(Kainら, 1996)、また、過去の受療経験(Dahlquist, Gil, Armstrong; DeLawyer, Greene, & Wuori, 1986; Kainら, 1996)などが挙げられる。

症状の度合い、すなわち、医療介入の度合いも、子どもが表す反応に影響を及ぼす要因の一つと考えられる。Saylor, Pallmeyer, Finch, Eason, Trieber, そして Folger (1987) は、入院時に子どもが受ける心理的ストレスを予測するにあたって、身体的ストレス要因(例:痛み、嘔吐、睡眠障害)の数が、最も一貫性が高く、有意であることを発見した。Rennick, Johnston, Dougherty, Piatt, そして Ritchie (2002) は、病状が重い子どもたちや、より重点的な治療を受ける子どもたちは、受療に対する恐怖もより大きく、自らの健康に対してより投げやりであり、また、より長い期間にわたってストレスを感じていることが分か

ったと報告している。

Zurlinden (1985) は、子どもたちの入院生活への適応に関連する要因を、3次元ホスピタル・クライシス・モデルにより分類した。同モデルに設けられた項目は、(1)患者の年齢、(2)バランス要因(例:病院での出来事に対する受け止め方、周りのサポート、対処技能)、(3)入院による危害(気持ちのコントロールの損失、行動制限、離別、今後の見通しの不確実、身体の損傷)である。更なる情報収集が必要ではあるが、前述の評価研究はZurlindenが考案したモデルをサポートしているものであると考えられる。しかし、子どもたちの入院に対する反応を左右する様々な要因が、お互いにどのように影響し合うかについては未だ未解明な点が多い。

入院後に子どもたちの行動が変化するという結果を報告する文献は少なくないが、ほとんどのケースにおいて、子どもたちが行動の変化を表すのは比較的短期間であるとしている。ThompsonとVernon (1993) はVernonが考案したPost-hospital Behavior Questionnaireを使用した26の研究を対象にメタアナリシスを実施し、入院後に心理的苦痛を軽減するケアを施さなかった場合、子どもたちの行動が悪い方向に変化する傾向が有意に高くなると結論している。また、殆どのケースにおいて変化は2週間以内におさまるが、なかには半年間以上にわたって行動の変化を表す子どもたちもいるということが一貫して見つかったと報告している(Thompson, 1985; Rennickら, 2002)。そのような子どもたちの中には、入院によるストレスや病気、また過度の加療から心的外傷後ストレス障害を発症するものも少なからずいると考えられる。

2) ストレスへの対処行動

研究者の中には、入院及び受療中の子どもの行動の善し悪しに着目するのではなく、行動の変化は子どもたちが入院によるストレスに対処しよう

とした結果現れるものであるという視点から研究を進めたものもいる。ストレスとその対処法についての研究の基礎は Lazarus らによって築きあげられた (Lazarus & Folkman, 1984)。Lazarus が考案したモデルでは、ストレスは「個人とその環境の関係について個人が自らの対処能力の範疇外と判断した」結果生じるものとしている。人はこのような状況に置かれると、環境との関係を修繕するべく、コーピングを駆使したり、コーピングするための行動をとったりするというのである。Lazarus と Folkman は、対処法には感情重視型 (ストレス環境に対する自らの感情を制御しようとする方法) と問題重視型 (ストレスの原因を改善しようとする方法) の 2 通りあるとしている。LaMontague (1985, 1987, 2000) をはじめとする研究者は、子どもたちの対処術は複雑なプロセスを経て表面化するものであり、周りの環境に対する子どもたちの考えを理解し尊重することで、医療関係者はより適切なヘルスケアを子どもたちに提供できるようになり、その結果子どもたちのストレス緩和につながるのではないかと提案している。

様々な形の対処行動が特定されているが、能動的な方法 (情報やサポートを積極的に求めるなどの行動) と回避的な方法 (ある特定の出来事に対する情報や、その話題を避けるなどの行動) の 2 種類に大きく分けることが出来る。子どもたちが対処行動として選択する方法やアプローチには個人差があり、また、状況や時間の経過によって変化すると考えられる。例えば、LaMontague (1985) は、子どもたちの中には 2 つの異なる対処術を「併用」してストレスに対峙するものがあると指摘しており、そういった子どもたちは、自分が受ける手術の情報は積極的に集めようとするが、手術によって自分が被るかもしれない悪影響については知ろうとしなかったり、その情報を否定したりするという。

対処行動を特定し記録するための測定法が

Ritchie ら (Ritchie, Caty, & Ellenton, 1984) によって開発された。その方法には 40 の観察項目が設定され、情報探究、直接行動、行動の抑制、他者の介助や慰めの要求及び受容、自立や成長に関連する行動、そして精神内部の葛藤の 6 つのサブ・スケールに行動を分類できるように設定されている。Ritchie ら (Ritchie ら, 1988) が同方法を使用して、入院中の未就学児の対処行動を観察したところ、対処行動としては「情報探究」と「直接行動」が最も頻繁に観測され、また「高ストレス」状況下よりも「低ストレス」状況下において、より多くの対処行動が観察されたとしている。後者の発見は、一つには高ストレス状況下ではヘルスケア担当者が子どもたちの行動をより強く抑制しようとしたことによる結果ではないかと考えられる。Ellenton, Ritchie, そして Caty (1994) が行った研究では、静脈穿刺という「高ストレス」状況下における子どもたちの対処行動が観察され、その結果、子どもたちの自覚症状 (痛み) の程度と、子どもたちがとった対処行動の数、自己防衛行動の発生頻度、そして看護婦による介助行動の発生頻度に相関関係があることがわかった。

子どもたちの対処行動と、様々な因子 (行動制限、年齢、病気の種類、院内の出来事に関して子どもが持っている情報の量など) との関係調べた研究も数多く報告されている。LaMontague (1984, 1985, 1987) が行った研究では、「能動型」に分類された子どもたちは、「回避型」もしくは「併用型」に分類された子どもたちよりも、内的統制力が強いことがわかり、また、子どもたちの対処行動の選択傾向は、年齢によって異なることがわかった。具体的には、年齢の高い子どもほど能動的な対処行動をとる傾向が強く、「回避型」に分類された子どもたちは相対的に年齢が低いことがわかった。Spirito, Stark, そして Tye (1994) は、急性の病気で入院した子どもたち (7 才から 17 才) は、慢性病を抱えている子どもたちよりも回避的な対処行動をとる傾向が強いと結論づけて

いる。Peterson と Toler (1986) は、能動的対処行動の一つである「情報探究」に携わった子どもは、他の子どもたちと比較して、より多くの情報を入院前に取得していたとし、また、血液検査の際により多くの対処行動を示したと報告している。

4. CLS/HPS・プログラムに使用される介入技法の有効性

1) 治癒的遊びの検証

治癒的遊びは、CLS/HPS が使用する介入技法の中で、最も遍在性の高い技法であると考えられる。遊びは、患者の継続成長を促したり、医療環境をノーマライズしたり、患者の感情表現を引き出したり、また治療に関する知識を高める手段として患者に提供される。子どもは覚醒時間の大半をあそびに費やすが、入院生活が子どもたちの遊びに一時的に悪影響を及ぼすことが、多くの研究によって報告されている。その中でも、Tissa、Horwitz、そして Angoff (1970) が行った研究は、草分的なものである。同研究では、院内のプレイルームにおいて子どもたちの自発的なあそびが観察され、その結果、保護者やプレイルームに監視者が不在の場合、子どもたちは最初、あそびに携わることを躊躇するものの、通常の入院生活を過ごすうちに、あそびに携わる頻度が徐々に増えたと報告している。

あそびの行動が病院生活下で抑圧されていることを示唆する結果が、Burstein と Meichenbaum (1979) の研究により報告されている。同研究では、子どもたちに様々な玩具（医療用玩具かそうでないかによって分類）を与え、入院前、入院期間中、退院後に子どもたちのあそびを観察した。その結果、入院前と退院後と比較して、入院期間中のあそびが有意に抑圧されていたことがわかった。Keilhofner、Barris、Bauer、Shoestock、そして Walker (1983) は、なじみのある環境となじみのない環境において、入院中の未就学児と入院していない未就学児のあそびに対する意欲を比

較し、その結果、環境になじみがあるか否かに関わらず、入院中の子どもたちのあそびに対する意欲は、入院していない子どもたちのそれと比較して、低かったと報告している。

あそび行動が中断される原因の特定は容易ではないが、不安、環境に対する不親近感、保護者の不在、身体の不自由若しくは病状などが関与していると考えられる。原因が何であるにせよ、保護者の立ち会いによって子どものあそび行動が増加することが多くの研究で報告されている。Tissa ら (1970) の行った研究では、あそび室における保護者の存在は子どもたちの安心につながり、その結果、子どもたちのあそび行動が増加すると報告している。Keilhofner ら (1983) は、入院の有無に関わらず、保護者が一緒に遊んだ子どもども達は、そうでない子どもたちと比較して発育年齢が高くなることを発見し、CLS/HPS・スペシャリストの介在によって、集中治療室 (Parker、Pearson、& Rogers、1979) や、救急科 (Alcock、Goodman、Feldman、McGrath、Park、& Cappelli、1985)、そして外来科 (Williams & Powell、1980) などを含む様々な状況においても、子どもたちのあそび行動が増加することを発見した。

自発的なあそび、若しくは大人の立ち会いによって助長されたあそびが、子どもたちが自らの恐怖心に対処すべくとったものなのかどうかということについて、また、それらのあそびが苦痛を緩和する上で有効的であったかどうかについては、更なる調査が必要である。いくつかの相関的研究から得られた結果により、子どもの感情の状態、玩具の選択傾向、そして一連のあそび行動による潜在的有効性の関係は複雑であることがわかっている。例えば、入院前にメディカル玩具で遊ぶ機会が多いほど、退院後の苦痛が少なくなるという結果がいくつかの研究によって報告されている (Burstein & Meichenbaum、1979 ; Tarnow & Gutstein、1983)。しかし、これらの研究は相関的研究であるため、医療的あそびの不安緩和に対

する有効性を結論づけられるものではない。子どもたちがメデイカル玩具を自発的に選択する行為は、治療に対する不安を和らげようとしている気持ちの表れなのではないかということについて調査する研究も行われている。歯科治療を受ける子どもたちの不安について調べた研究では、歯科治療用器具を使ったあそびに携わった経験が多い子どもほど、治療前の不安行動が少なかったと報告している (McTigue & Pinkham, 1978; Pinkham & Kerber, 1979)。

入院や医療行為に対して子どもたちが感じる不安を緩和することにおけるあそびの有効性を論証するためには実験的研究を行う必要があるが、実際には、そういった研究はあまり行われておらず、その結果についても一貫性がない。Rosson、Martin、そして Haley (1990) が、少なくとも 10 日に及ぶ入院生活を経験した、5 才から 10 才の子どもたちを、メデイカルあそびグループ (1 セッション 30 分) と注意制御グループ (研究者と一緒にテレビを視聴) に分け、両グループの不安スコアを調べたところ、両グループの不安スコアが入院から退院にかけて低下しただけでなく、その傾向はメデイカルプレイグループにより強く表れたことがわかった。しかし、両グループの不安スコア値に有意差は認められなかった。

Rae、Worchel、Upchurch、Sanner、そして Daniel (1989) が行った研究では、様々な条件下におけるメデイカルプレイの有効性の比較が行われた。同研究では、対象となった子どもたち (短期間の入院を経験した 5 才から 10 才の子どもたち) を、メデイカルプレイグループ (医療器具使用、反射、解釈あり)、能動的あそびグループ (例: ゲームやパズル)、言語サポートグループ、そしてノーコンタクトグループの 4 つに分け、子どもたちの主観的恐怖感を比較した。最初の 3 グループの子どもたちには、1 セッション 30 分のあそび時間を 2 セッション与えた。その結果メデイカルプレイグループの子どもたちの主観的恐怖感は、

他のグループのそれと比較して、有意に低いことがわかった。しかし、他の 5 つの従属変数に関しては、実験群間で有意差は認められなかったと報告している。

Clatworthy (1981) はメデイカル玩具と普通の玩具の両方を使用したプレイセッション (30 分/日) が入院中の子どもたちの不安度にどのように影響するか調べた。その結果、プレイセッションに参加した子どもたちの不安度は入院期間を通して安定していたのに対し、参加しなかったグループの不安度は増加したことがわかったが、不安度に有意差は認められなかったと報告している。

上記の研究で得られた結果は、治療中の子どもたちの不安感を緩和することにおけるあそびの有効性を論証するものとして、確実性が高いとは言えない。その原因は様々考えられるが、あそびの時間が限られていたこと (1 セッション 30 分から 1 日 30 分まで) と医療現場での実験が困難であったこと、そして、子どもたちが医療現場で提供されたあそびの中には、実験プロトコルで定めた種類以外のあそびがあったことなどが考えられる。あそびというものが、数ある CLS/HPS のアプローチの中でもっとも一般的に使用される方法であることを考えれば、その有効性について、さらに研究を重ねる必要があるだろう。医療現場におけるあそびの有効性についての研究結果を以下にまとめた。

- ・入院生活に関連する様々なストレス因子は、子どもたちのあそび行動を、少なくとも一時的に中断させる。
- ・大人の立ち会いや、あそびへの参与によって、子どものあそびの行動が増加する。
- ・不安の度合いが極端に高くない限り、自らの境遇に関連するあそびを選択する。
- ・自らの境遇に関連するあそびを自発的に選択する行為と、苦痛緩和には関連性がある。
- ・研究結果に限りがあるにせよ、メデイカルプ

レイの機会を体系的に与えることが有益な結果につながる。

2) プレパレーション

CLS/HPS が用いる心理的介入法についての研究が進められているが、その中でも、治療を待つ子どもや家族の心の準備に関する研究は最も歴史が長く、事実、最も古いものは、1950年代にまで遡る。同研究は、情報提供（治療の方法や、治療によって患者が感じる知覚的負担の説明）や、心のサポートの方法、モデリング技法、ストレスコーピング、これらの方法の併用についてなど、様々な形で存在する準備プロセスについて研究するために行われた。治療に対する子どもたちの不安を和らげる上で、これらのプレパレーションを提供することがどのような意味を持つのかということについて、ここでは簡単に述べたい。総合的に考えて、過去50年間にわたる研究から得られた結果は、患者の不安緩和におけるプレパレーション介入の有効性を示唆するものであると言える。

(Vernon ら、1965 ; Thompson、1985 ; Whelan & Kirkby、1998 ; O'Connor-Von、2000 ; Rape & Bush、1994 ; Yap、1986) 小規模のメタアナリシスから得られた結果もプレパレーションの有効性を証拠づけている。例えば、Saile、Burgmeier、そして Schmidt (1988) が、プレパレーションの有効性について報告する 75 の研究を分析した結果、子どもが抱える苦痛を緩和することにおいて準備の有効性は、微弱ながらも、有意であったと結論している。更に、プレパレーションの有効性は、大規模手術を控える子どもや、治療が複数回に及ぶ子どもたち（小規模の手術を控える子どもや、一回の治療で済む子どもに反して）の間で、特に顕著であったと報告している。Vernon と Thompson (1993) は、退院後の苦痛を緩和することを目的とした介入方法について調べた 22 の研究を対象にメタアナリシスを行った。22 件のうち、16 件の研究はプレパレーションについて調べ

たものであり、残りの 6 件は、手術中の保護者の立ち会いについて調べたものだった。結果は、プレパレーション及び立ち会いの、有意な有効性を示唆するものだった。子どもたちのストレスを緩和する上で、一般論として、心理的プレパレーションは薬学的処置と同様に効果的であると、複数の研究者によって結論されている (Jay、Elliott、Katz、& Siegel、1987 ; Mansson、Fredrikson、& Rosberg、1992 ; Rape & Bush、1994)。過去の研究により、「stress-point preparation ストレスポイントプレパレーション」と呼ばれる、様々な方法を併用したプレパレーションの有効性が確認されている。(Wolfer & Visintainer、1975、1979 ; Visintainer & Wolfer、1975 ; Wolfer ら、1988) この包括的な準備アプローチでは、まず入院中のどの時期に患者が苦痛を感じたかを特定し、情報やリハーサル、そして心のサポートなどを提供し、入院を控える子どもやその家族に対してプレパレーションを試みるものである。しかし、様々なプレパレーション方法をそれぞれ直接比較し、相対的な有効性について調べた研究は少ない。直接比較を行った研究は少ないものの、その結果から単なる口頭による情報提供は、知覚に関する情報提供 (Johnson、Kirchhoff、& Endress、1975) や、より具体的な情報の提供 (Edwinson 1988)、また情報と一緒に対処行動に関する指示を与えた場合 (Campbell、Kirkpatrick、1995) と比較して、効果が少ないことがわかった。Zastowny、Kirschenbaum、そして Meng (1986) が行った不安緩和効果に関する研究では、子どもとその家族に情報提供した場合の効果と、不安緩和テクニック (リラクゼーション法など) を教えた場合の効果、そして対処行動を指示した場合 (保護者に「対処行動コーチ」の役目を担ってもらおう) の効果を、それぞれ術前、術中、術後の条件下で比較した。その結果、病院生活に子どもを慣れさせる上で、ストレスに対するコーピングスキルを教えることが一番効果的だったと報告している。これ

らの結果は、対処行動の準備を行うことが、他の様々な準備アプローチの中で一番効果的だとする、専門家の意見とも一致する。(O'Byrne ら、1997) 知覚情報を提供することの有効性と対処行動の訓練を施すことの有効性を比較した他の研究では、有意差は認められなかった (Dahlquist ら、1986 ; Siegal & Peterson、1980、1981)。

3) 保護者の立ち会いと付き添い

1985年より前、入院中の子どもの、親の役割とケアへの付き添いについて調べた研究では、子どもとの「同室」や、子どもの入院生活への付き添い願望、そして付き添いに関連する様々な要因などが題材となるが多かった (Thompson、1985)。これらの研究の多くは、急な理由で入院し、短期間で退院した子どもの家族を対象に行われた。1980年来、子どもたちの入院に関わる事情や、家族が得るサービス及び権利が大きく変化した。ここ20年の間に、難病などにより長期にわたる入院を余儀なくされた子どもや、急性疾患などにより緊急入院する子どもたちの割合が増えている。そういった子どもの家族を対象に適切なサポートを提供することの利点を説く研究が近年報告されており、慢性疾患により子どもが入退院を繰り返している場合 (Burke、Kauffmann、Wong、& Harrison、2001) や、不慮の事故により子どもが緊急入院した場合 (Melnik & Feinstein、2001) でも、十分な効果が期待出来ると報告している。

子どもの長期入院に付き添う親は、入院中に子どもの病状やケアの方法などについての専門知識を身に付けていくと考えられるが、実際の医療現場でそれらの知識が周囲に認識され、活用されているかどうかについては不明な点が多い。Balling と McCubbin (2001) が行った研究により、慢性疾患を抱える子どもの親は、子どものケアに積極的に関わろうとする気持ちが強いことがわかった。さらに看護師の不足や超過労働などにより、病院でのケアの質が自宅のそれと比較して劣ることを

問題視する気持ちが強いこともわかった。入院中の子どもに付き添う親の権利が認められるようになってから、研究の目的も、親が病院に同宿することの全体的影響を調べることから、ある特定の医療処置がなされる際に親が立ち会い及び参与することの影響を調べることに移りつつある。近年行われた、親の立ち会いの影響を調べた研究の中では、子どもに麻酔を施す際に親に立ち会ってもらうことの影響を調べたものが最も多い。それらの研究の中には、そういった処置に対する親や専門家の許容度について調べたものもあり、例えば Blesch と Fisher (1996) が行った研究では、親や医師、そして看護師の間で、親の立ち会いは広く許容されていると報告している。しかし、研究の中には、職種や国によって親の立ち会いに対する受け止め方が異なるという結果を報告しているものもあり、具体的には、米国と英国の外科医 (Kain、Fernandes、& Touloukian、1995) と、英国の考古学者 (Kain、Ferris、Mayes、& Rimar、1997) の間では広く許容されていたと報告している。

研究者の中には、麻酔治療の際に親が立ち会うことの影響を調べたものもある。Kain、Mayes、Caramico、Silver、Spieker、Nygren、Anderson、そして Rimar (1996) は、麻酔治療中に親が立ち会った子どもたちと、立ち会わなかった子どもたちの反応を比較する研究を行った。その結果、両グループの子どもの身体的反応には有意差は認められなかった。別の評価研究では、3つのサブ実験群 (4才以上の子ども、親の不安度が低い子ども、そして情緒テストで活力レベルの最低値が低いと査定された子ども) において、測定した生理学的数値の一つ (血清コルチゾール濃度) に親の立ち会いによるプラス効果があったと報告している。この研究により、親が立ち会うことで子どもの不安感が緩和するという結果が一貫して得られたわけではないが、不安緩和効果だけでなく、子どもの治療に立ち会うことで、親の満足度が増加する

という結果も報告されている。

麻酔時の親の立ち会い効果と、術前の鎮静剤投与の効果と比較する研究が Kain、Mayes、Wang、Caramico、そして Hofstadter (1988) によって行われ、鎮静剤を投与された子どもたちは、親の立ち会いがあった子ども、並びに対照群の子どもたち（親の立ち会いもなく、鎮静剤の投与もなかった子どもたち）と比較して、手術に対する不安が少なかったと報告している。対照群の子どもたちに占める手術時の順応度が「不良」と査定された子どもたちの割合は、鎮静剤グループ並びに親が立ち会ったグループのそれと比較して、より高かった。Kain、Mayes、Wang、Caramico、そして Hofstadter (2000) は、上記研究を更に進め、鎮静剤の服用と親の立ち会いを両方行った場合、鎮静剤を服用しただけの場合よりも効果が高まるかどうかについて調べたが、有意差は認められなかったと報告している。しかし、子どもの麻酔治療に立ち会った親は、立ち会わなかった親と比較して、子どもと別れた後の不安が少なく、また、子どもの全体的なケアに対する満足度も高かったと報告している。Cameron、Bond、そして Pointer (1996) が行った研究でも、子どもの麻酔治療に立ち会った親の不安度が緩和したことが報告されている。Kain (2000) は、これらの研究結果は、患者とその保護者のヘルスケアに対する満足度を高めることを検討する上で重要であると指摘している。

小児科集中治療室や救急科で行われる、より危険を伴う、規模の大きな手術への家族の立ち会いに関する研究が進んでいる。Sacchetti、Lichenstein、Carraccio、そして Harris (1996) が、親及び救急科のスタッフを対象に、腰椎穿刺術や、経鼻胃管の配置手術及び挿管、そして目の異物除去手術などの手術に親が立ち会うことに対する意識調査を実施したところ、90%以上の回答者が、親の立ち会いに対して好ましく感じていることがわかった。Power と Lichenstein (1999)

が行った研究でも同様の結果を報告している。スタッフが親の立ち会いをどの程度サポートするかについては、スタッフの熟練度 (Sacchetti、Carraccio、Leva、Harris、そして Lichenstein、2000) や、手術の規模によると報告する研究もある。Beckman、Slaon、Moore、Cordell、Brizendine、Knoop、Goldman、& Geninatti (2002) が、救急科の医師や看護師を対象に行った意識調査では、回答者のほとんどが、手術の内容に関わらず、親の立ち会いに対して支持的だったと報告している。しかし、支持するスタッフの割合は、手術の規模が大きくなるほど、低くなることも報告している。

Moore、Brummett、そして Nelson (1999) が親を対象に行った意識調査でも同様の結果が報告されており、救急科で行われる手術の内容に関わらず、親の立ち会いを希望する声が多くの子から上ったと報告している。しかし、手術の規模が大きくなるにつれて、希望の度合いも減少したと報告している。また、子どもの蘇生術が行われる場合で、子どもが死に至る可能性がある場合でも、ほとんどの親（全体の 83.4%）が立ち会いを希望していることがわかった。親の立ち会いが、親自身にも、そして医師にも広く許容されている上に、家族の立ち会いが悪影響を及ぼすという証拠も特に報告されていないことを考えると、現在の治療の際に家族の付き添いを禁止する方針は妥当ではないのではないだろうか。

5. 方法論上の問題点について

一般的に、CLS/HPS に関する研究の質は、子どもの健康を守る為の心理社会的ケアに関する研究の質とさほど変わらない。(la Greca & Varni、1993 ; Gottlieb、1990 を参照) 主な問題点は、小さいサンプルサイズ、対照群の未設定、無作為抽出の不履行、広範囲な実験群設定 (年齢と医療条件)、査定機器や方法の確実性及び妥当性の不十分な情報、媒介変数の交絡因子の除外、患者や親の自己申告の過重視などが挙げられるが、これらの

みに限定できるとは限らない。研究の多くは1次元的なものにとどまっており、複数の変数を考慮した研究は少ない。また、長期的なフォローアップ研究も非常に少ない。これらの問題点は、結果の一般化の妨げになる可能性もあるが、結果が無効となるほどの、致命的な方法論上の問題もほとんどなかったことも事実である。

6. 要約と結論

現在報告されている CLS/HPS サポートに関する研究には、量的及び質的欠陥がいくらかあるといわれているが、研究より得られた結果は一般化が可能であると考えられている。

新たな研究題材が日々持ち上がっているが、これまでに行われた研究から得られた結果から、著しく逸脱するものではないのが現状である。CLS/HPS サポートの進展に関わる研究により、CLS/HPS という新たな専門職が誕生したことに関連する問題点が徐々に膨らみつつあることがわかった。CLS/HPS が指摘する問題は、役割が不明確であることと、他のヘルスケア関係者よりも権限が制限されていることである。CLS/HPS サポートの有効性を示す証拠が数多く報告されている。入院や痛みを伴う治療を待つ子ども、そしてその家族をサポートすることにおいて、CLS/HPS が提供するサービスの重要性は明確である。しかし、最良の CLS/HPS サポートとは何であるかを定義し、特定する為には、更なる研究が必要である。CLS/HPS サービスの提供現場が今後も広がり続け、これまで提供されることのなかった新たな場所、例えば歯医者や救急科、そして性的虐待を受けた子どもの為の施設などで提供されるようになれば、それを前提としたプログラムの評価研究の必要性は更に高まるであろう。

過去の研究により、入院は多くの子どもにとってストレスの原因になることがわかっているが、我々が行った評価研究でも同様の結果を報告する文献が多かった。子どもが感じるストレスの程度

は、年齢や親の不安、子どもの性格、既往歴、身体的苦痛の程度など、様々な要因によって増減することがわかった。心理的ストレスが原因で現れる症状は、もっとも明確に表れるものであっても短期間で治まると考えられているが、治まらずに残る心理的ストレスの短期的及び長期的影響について、また、様々な要因がどのように作用しあい、ストレスの程度に影響するかについては、更なる研究が必要である。

入院によるストレスや、治療に伴う痛み、子どもがどのように対処しているのかについての研究が長年に渡って進められ、いくつかの対処方法が特定できるようになり、子どもの年齢や性格、過去の治療歴などにより、対処方法に個人差があることもわかった。対処方法の選択を左右するその他の要因や、子どもたちのストレス対処方法を特定し、助長する上で、CLS/HPS が実践出来る最良の方法について、更に研究を進める必要がある。

入院により、本来子どもが自発的に行うとされる遊びが抑圧若しくは中断されるという結果が、近年の研究により一貫して報告されている。また、大人が治療に立ち会ったり、付き添うことで、子どものあそび行動が増加することもわかった。研究結果は、あそびを子どもヘルスケアの重要な一要素と考える CLS/HPS サポートの基礎方針と、その実践を支持する傾向にある。あそびに悪影響を与える環境や、子どもの年齢に関わらず効果を発揮するあそびの特徴及び、種類の特定を行うには、更なる研究が必要である。

CLS/HPS は様々な方法を用いながら、痛みを伴う治療に挑む子どもたちの心の準備を手助けしている。ヘルスケアに伴う子どものストレス軽減におけるプレパレーションの有意性を示唆する結果が、複数の研究により一貫して報告されている。更に、ある特定の方法（ストレスポイント準備法や対処行動の指示など）は、その他の方法よりも効果が高いこともわかった。どんな方法を誰に、そして何処で提供すると最大の効果が得られるの

かということを解明する為には、更に研究を進める必要がある。

比較的最近行われた研究の中には、子どもの手術に親が立ち会うことの影響や、手術前の子どもの心的ケアに親が参与することの影響を調べるものが多い。研究数が少ないが、その結果から、親の立ち会いは子どもに良い影響をもたらすだけでなく、親の満足にもつながることがわかった。親が自分の子どもに対して心的サポートを提供する最善の方法を解明するべく、引き続き研究を進める必要がある。

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（分担）研究報告書 平成23年度

重症の慢性疾患児の在宅と病棟での療養・療育環境の充実に関する研究

—重症の慢性疾患児の病棟での療養・療育環境の充実に関する研究—（2）

研究課題①-2：プレイサービスと新生児医療

研究分担者 田中恭子 順天堂大学医学部小児科

研究要旨

英国ではすでにSCBUにおける play service の必要性が1980年代から検討され、すでにサービス及びそれを専門とするスタッフを配置している病院がみられた。文献的にも現状の調査結果からも、このようなサービスは、その後の母子間御の愛着形成の安定化や育児支援に影響し、更に長期的には、児の情緒発達などに繋がる可能性を有しているものと思われる。とくに緊張感が高くしかも多忙な空間であるからこそ、このようなサービスが家族、児へのリラックスにつながり、引いては忙しい中にもスタッフがリラックスできる空間を与え業務への意欲の向上に結びつく可能性もあるものと思われた。

わが国では少しずつ一般小児病棟においてもこのようなサービスの定着、CLSや、HPSの配置が浸透してきていることは事実である。しかし一貫した教育機構や、雇用基準などはまだ存在がなく、それぞれが手探りで各々の病院の基準に従いスタッフが活動しているのが現状である中で、子ども療養支援士の養成が始まった。

NICUにおいては、臨床心理士がすでに配置され、親に対するカウンセリングや児のフォローアップに関わり、効果を得ている施設も増えてきている、更にCLS、HPS、子ども療養支援士の存在は児へのDevelopmental careなどの介入のみでなく、兄弟支援や、親への介入など現存の医療スタッフと病児の家族を良好な信頼関係を構築する、いわゆるコーディネーターとしての役割も期待できるものと思われる。

1. はじめに

現在こどもの療養環境に対する意識は確実に向上しその具体的方策の一つにこどもの生活を支える専門家の配置が検討されている。米諸国においてはすでに、遊びの専門家が病院内に存在し、子どもへの心理的サポートが行われている。米国でのチャイルドライフスペシャリスト、英国のホスピタルプレイスペシャリスト（以下HPS）が現在専門家としての資格を有す

るスペシャリストでありこれまでも小児医療の中で重要な役割を果たしてきた。

一方、日本の小児病院の設置は欧米にかなり遅れ、医療のみが重要視され院内の子どもや家族の生活は軽視されがちであった。しかし、子どもや家族にとって病院での治療経験は、心身への負荷を強いることが多いため、子どもの生活や発達・発育、保育・教育に視点を置く入院環境の整備が必要である。

イギリスでは入院している子どもの遊びを単なる概念としてではなく、不可欠のもの、子どもの権利として位置づけている。その実現のため、政府をはじめとして、民間団体、市民、医療スタッフ等各専門の分野から、様々なアプローチが工夫されている。今回は Therapeutic play for special care babies というテーマで、その領域におけるプレイサービス、developmental care の実態、これまでの文献的考察による効果の検証、及びスタッフの developmental care に対する見解をアンケートなどまとめたので、その一部をここでご紹介する。

2. Special Care Baby Units と play service

すでに数十年前より、SCBUでのストレス緩和法などを明記した著書が数多く出版されており、とくに入院中の患児への developmental care, 家族ケアを中心に、医師、看護師のみでなく他職種における支援、サポートの必要性が論じられてきていた、また特記すべきは、家族のみならず、そのような支援は重症な患児を扱うことが多く、医療ケア自体が非常に緊急性及び慎重性を有する SCBU にて働くスタッフのストレス緩和にも繋がると言う事が、明記されていることである。

SCBUでは他の病棟に比較し閉鎖されており、とりわけ緊張感が高く、両親にとってはわが子を実際に自分で抱くことが制限されている環境の中で、医師看護師以外の職種が、家族に関わり精神的サポートを行なうことが、実際に児の退院後の母子関係、愛着形成の向上に影響するだろうという結論で一致している。更に、両親へのケアのみでなく、兄弟へのケアの必要性も述べられている、実際に長く弟、妹が SCBU に入院する事は、母親のエネルギーと時間の多くが病気をもった子に向けられ、その

兄弟は寂しい思いを抱えながら、必死で耐えることがある。その兄弟へのケアに CLS・HP S が関わることも重要な CLS・HP S の役割であり、実際にも面会中親が不在の中で、HP S が待合室で読み聞かせを行なったり、遊びの介助を行なったり、小さい兄弟の話や写真を見せてあげながら、いわゆるプレパレーションを行なったりなどの活動が行われていた。

また母への介入としては、SCBUにおいて日常の医療ケアを見届けるのみでなく、他者が支援しながらわが子に対して積極的なタッチングケアや、話しかけ、など医療行為以外の介入を行なった母親はより子への愛情を表すことが報告されている。更に、児の身体状況が許す限り、入院中の児に対してケアを看護師のみが担うのではなく、母親も一緒に介入できるきっかけを与えることが、母としての自覚や母子間の愛着形成を増強させることの支援に繋がることが報告されている。とくに生後一ヶ月の環境、精神的サポートがその後の愛着形成に関与するといわれる。

未熟児に対する早期介入が児に対する効果として、保育器の中にモバイルを設置し触覚や視覚に刺激を与えると、6ヶ月時の発達スコアに向上が見られたという報告や、また保育の中での stroking が児の自律神経を安定化し、更に免疫系に影響し重症感染回数を低下させる、成長ホルモンが上昇し、ストレスホルモンが低下したという報告がある。更にその中でも他者が行なう nursely based intervention ではなく、母親とともに、行なう介入の方がより、その効果が持続し児の体重増加や、情緒面に影響することも報告されている。それは確かに退院後の母子関係をスムーズに安定化させるため一つの具体策となり、より愛着形成の形成に確実に影響するものと思われる。しかし、一方で視覚的なものに関しては、過刺激になる可能性も論

じられ、とくに触覚、体の動きを介助するような介入がより好ましいとされ、児の覚醒リズムや、体重増加や情緒や自律神経系の安定化、さらにはブラゼルトン新生児行動評価におけるスコアの向上、入院日数が縮小したという報告も存在する。しかし、Field は、このような介入は、未熟児に対してよい影響を来たすと思われるが、忙しいNICUにおいては、そのような介入を行なう時間、マンパワーが問題となると提示している。

しかし一方では重症かつ、脆弱な未熟児への積極的な刺激は、児への負担を増すことが危惧されており、overstimulationになる可能性を述べており、脆弱なbabyを扱うこの領域の専門家にはある特殊の教育と経験が必要不可欠であると述べられている。

3. 英国のSCBUにおけるプレイサービスの現状

①Dundee 大学病院のSCBU

スコットランドのDundee 大学付属総合病院のSCBUは、産科病棟に隣接し、授乳室、待合室、回復期や比較的軽症の児がコットで母親と一緒に入院できる部屋、また親の宿泊部屋（キッチン付）などがユニットの中に併設されていた。また、待合室には、兄弟が来て待っている間に遊ぶことの出来るおもちゃや本などが数多く設置されていた。また、カンガルーケアが行なわれ、積極的な早期の母子の愛着形成を促す活動や、1日のうち一時間ほど Quiet hours という時間を設け、アラーム音を消去もしくは最小にし、照明を可能限り低下させ、その1時間内は可能な限り処置を行なわず、ゆったりとした音楽を流し、スタッフとともに親御さんも一緒にリラックスできるという特別な時間を設置していた、HPSは存在しなかったが、今後はスタッフの一員にHPS常勤を申請する予定とのことで、すでに他病棟のHPSとコンタクトをとり、必要と思われるケアのガイド

ラインを打ち出していた。

②グラスゴー子ども病院のSCBU

スコットランドのグラスゴーにある子ども病院のSCBUではすでに、HPSが常勤として活動していた、HPSにより病棟全体が装飾され、いわゆる child friendly、かつソフトなイメージの環境を呈しており、病棟全体の雰囲気非常に明るいイメージであった、更に病棟内のスペースは広く、保育器の隣には、親がくつろげるような大型のソファが設置されていた、壁側の収納スペースには多くのおもちゃが設置され、理学療法士が主にそれらを使用するとのことであった常駐するHPSはとくに理学療法士とともに活動を行うことが主であった。幾つかのDevelopmental care プログラムがあり、児の発達状況について発達表を用いて親と確認しながら、遊び支援の活動を行い、そのフィードバックを定期的に親に対して行なうというものであった。家族ケアの一貫として家族室の併設、また保育器や、人工呼吸器などの医療機器の説明用のリーフレットや、マッサージ方法の説明、必要な場合には心理士の介入、ポジショニングの説明、また必要な場合にはグリーンケアの相談など、様々なケア。サービスが存在した。HPSは、家族に対してこのようなサービスの説明や、また児への関わりを躊躇しがちな母親に対して介助することを目的として、他のスタッフとの良好な関係の下に活動を行っていた。

4. 英国のSCBUスタッフによるプレイプログラムに対する見解

2002年～2003年に行ったプレイサービスの重要性における、英国のSCBUのスタッフの見解についての結果をここに示す。(表1)対象は、英国内の6病院、SCBUのスタッフ40名である。そのうち34名から回答が得られた。職種の内訳は看護師20名、助産師9名、ホスピ