厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
小児がん領域における診療支援職種の育成と心理社会的支援多職種ガイド開発に向けた研究
分担研究報告書　令和６年度

小児がん診療における心理社会的支援ガイドの開発
～　多職種による事例検討の結果をふまえて～

研究代表者：田中恭子　(順天堂大学医学部小児科)
研究協力者：早田典子　丸嶋史代、早川真桜子

研究要旨：CLS、HPS、CCS の当該職種の専門性と役割を明文化するために、模擬事例を用いた多職種による事例検討会を実施した。検討会では各職種（小児がん主治医、看護師、当該職種、保育士、ソーシャルワーカー、心理職、こどものこころの専門医）からそれぞれの役割を提示、そのうえで２つの事例をもとに、一グループに各職種が１～２名ずつ配属された１０グループで６０分ほど事例検討を行った。さらに各グループから支援内容の発表を行い、互いの職種の専門性を尊重しながら相互理解をベースに、各事例の支援を深めた。この事例検討会での支援内容をもとに、KAZAK モデルのリスク別に、当該職種がどのように多職種と連携して支援していくのか、視覚的に流れを表現しながら、本ガイドを作成した。とくに当該職種は、APIE サイクルを念頭に置き、ストレスに重点を置いたアセスメントをもとに、支援を計画、実施、評価することを繰り返しながら継続的に支援していることを示した。さらにその継続した支援の中でリスクレベルをモニタリングし、必要時には各専門職種と情報共有し、多職種カンファレンスで心理社会的課題を把握し、支援の方針・計画を立案していくことを示している。このガイドは、小児がん診療における心理社会的支援の中でも、当該職種の視点を中心にアセスメントから支援内容を示しており、ほかの専門職の業務や支援は示していないこと、身体面の治療には触れていないこと、退院後の心理社会的支援は十分に含まれていないこと、など今後のブラッシュアップする必要性がある。また施設によってはこのような専門職が配置されていないこともあり、このガイドを一般化するためには、さらなる改定が必要である。

A.研究目的

日本における、当該職種（チャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS)、ホスピタル・プレイ・スペシャリスト（HPS)、子ども療養支援士（CCS））の役割を明確にすることを目的に、それらの職種が担っている役割の実態調査を行った。その実態調査の結果をもとに、多職種（看護師、心理職、SW、保育士、医師）と共に、事例検討会を行うことで、当該職種の専門性と役割を明文化し、小児がん領域における心理社会的支援ガイドの開発を行うことを目的とする。

B.研究方法

2024 年 11 月 16 日（土）に AP 東京丸の内会議室 E+F にて、多職種が参加する事例検討会を開催した。事例検討会の参加者は、現在病院で勤務する、あるいは病院での勤務経験がある当該職種（チャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS)、ホスピタル・プレイ・スペシャリスト（HPS)、子ども療養支援士（CCS））21 名、心理職 10 名、ソーシャルワーカー10 名､看護師８名､保育士４名、小児がん治療医４名、こころの専門医８名の合計 67 名が参加した。

各職種の代表者が役割の紹介をした後、当該職種（CLS、HPS、CCS)、心理職、ソーシャルワーカー、保育士、看護師、小児がん治療医、こころの

専門医からなるグループ（グループによっては不在の職種あり。小児がん治療医はグループを掛け持ちした)、10 グループに分かれ、模擬症例を用いて事例検討を行った。模擬症例①は 5 歳男児・神経芽腫の症例、模擬症例②は 13 歳女児・急性リンパ性白血病の症例である。模擬症例の作成にあたった医師よりそれぞれの症例の現病歴、生活歴の提示があった後、それぞれのグループで 60 分間事例検討を行った。症例はそれぞれ 5 グループずつが検討した。検討事項は①どんな心理社会的課題、問題があるか、②どのような支援をするか、③どのように多職種連携するか、④各職種、どんな役割を担うのかであった。各グループでの事例検討の後、全体で検討事項の共有を行い、総合討論した。それらの結果および文献的考察を踏まえ、KAZAK モデルの３つのリスクに準じた 3 事例の心理社会的支援に関して、当該職種の支援を中心とした多職種支援ガイドを開発した。

C.研究結果

KAZAK モデル（Pediatric Psychosocial Preventive Health Model (PPPHM)では心理社会的リスクに応じて Universal レベル（事例１)、Targeted レベル（事例 2)、Clinical レベル（事例 3）の三分類に分かれるが、当該職種はそのレベルに関わらず、SW と連携してトラウマ・インフォームドの方法でファーストタッチを行っている。当該職種は子どもの権利を守り子どもが主体的に医療に取り組むことを支援し、SW は子どもや家族の相談に対して適切な情報提供や助言等を行い、子どもや家族が持つ力を発揮できるよう支援している。

具体的には当該職種は、得られた情報から図１に示すようにアセスメントを行う。目の前の子どもが感じうるストレスや子どもの認識、現在のストレス状態、脆弱性、子どもが持っている力に焦点をあて、その背景にも関心を向けてアセスメントを行っている(Hollon,2009、田中 2014)。そして、遊びを通して子どもの理解を促し、子どもなりにストレスに対処できるような支援計画をたて、実践している(Hollon,2009)。図 2 のように、そのアセスメントをもとに、遊びの支援、子どもの理解を促す支援、疼痛緩和・対処行動への支援などを計画し、実行する。支援後にはその評価を行い、次の支援に繋げていく。当該職種はこれを繰り返しながら支援をしていく。

1. 当該職種による APIE サイクルを念頭に置いた支援

① A: Assessment（アセスメント）

どのような支援が必要であるのかについて、その方法を計画するために、子ども自身、家族、そしてそれぞれの状況などから、様々な情報を収集することである。

例）発達段階、診断、治療内容、家族背景、など、児自身のストレス耐性に関連すると思われる事項

② P: Plan（計画）

アセスメントに基づいた支援方法であり、また日々、その時々に応じたアセスメントによりプランは変化する。子どもや家族にとって最大の利益は何かという最終的ゴールを念頭に、限られた情報源であっても、その場に応じたケアプランを立てることが必要である。

例）特に医療行為に適応できなさそうな子どもの場合はリラックス方法(コーピング法)を教える。次の治療の際には、その方法を生かせるように励まし、デモンストレーションすること。また、子どもに対応する時間を多くとる、など。

③ I：Intervention（支援）

まずは、子どもとその家族との信頼関係の構築から始まる。個々の心理社会的ニーズについてアセスメントを通した支援計画を実行する。

具体的には、「遊びの支援」「子どもの理解を促す支援」「対処行動・疼痛緩和への支援」「家族・きょうだいへの支援」「グリーフに対する支援」「子どものための PFCC の理念に基づく実践」「その他の支援・役割」の直接的支援がある。また、「チーム医療・組織の中での役割」「根拠に基づく支援の探求」「学生・ボランティアへの対応」「専

門職としての業務管理」「医療情報に関する知識と医療安全に配慮した業務」の直接的支援以外の役割もある。

④ E: Evaluation（評価）

支援自体が最終目標に達していたかどうかを評価する過程である。介入は子どもと家族にニーズに適切であったか否か、評価基準を持ち合わせておくことが必要である。子どもへの更なる支援には何が必要であるのかについても検討する。

この過程は次の APIE に繋がっていく。

症例① Universal:心理社会的標準リスク

＜標準的な心理社会的支援の１例＞

7 歳女児 急性リンパ性白血病（ALL）

＜現病歴＞

・発熱や疲労感が続き、近医で精査を施行したところ ALL を指摘された。当院での精査の結果、ALL の診断に至った。抗がん剤を用いた化学療法、放射線治療、幹細胞移植による治療を予定している。

・初発であり、治療が始まったばかり。

・病棟では初めはスタッフとの会話が少なめであったが、質問には答えることができる。検査や治療も母がいれば問題なく受けることができる。

・病室では好きな工作をしていることが多い。

・治療上問題のない時は院内学級へも通えている。他児とも仲良く過ごしている

＜その他の情報＞

・両親、5 歳（弟）、4 人家族。弟は母親が面会中、祖父母の協力を得ることができている。祖父母の協力が得られない際は保育園の一時預かりを利用している。父親も協力的であり、家族機能も問題なし。

・発達状況は年齢相応、小学１年生。

当該職種による APIE サイクルを念頭に置いた支援

① アセスメント

工作が好きな児に、点滴棒を装飾する制作遊びを提案し実施する。遊びながら、入院する前の家での遊びや家族のこと、入院してからの思いなどを聞きながらアセスメントする。遊びの中で、児は放課後、友達と公園でよく遊んでいたこと、5 歳の弟はかわいいから早く会いたいことなどと話す。それらと共に「この前、先生から病気のことを聞いたけどよく分からなかった。忘れちゃった。」という表出もあった。

やりとりの様子からは年齢相応の発達と思われるが、検査や治療は母がいれば問題なく受けることができているものの、医師からの口頭による説明だけでは不十分であることが示唆された。

② 計画

「この前、先生から病気のことを聞いたけどよく分からなかった。忘れちゃった。」という表出があり、医師からの口頭による説明だけでは不十分である可能性があることから、「子どもの理解を促す支援」を計画する。具体的には、白血病の病態の理解を促すため、骨髄や血球のイラストが描かれたツール、好きなキャラクターを用いた絵本や模型を用いた「遊びの支援」を計画する。

③ 支援

白血病の病態の理解を促すため、遊びを用いた「子どもの理解を促す支援」を行う。骨髄や血球のイラストが描かれたツールを用いて、骨髄という血をつくる工場の中に「元気な細胞」「病気の細胞」がいるから、病気の細胞がいなくなるように点滴のお薬を入れていること、元気な細胞がやっつけられることにより、熱が出やすくなる（易感染）、出血しやすくなる（出血傾向）、疲れやすくなる（貧血）などの副作用もあること、それを予防するための内服についても触れる。児からは「腰の検査は次いつ？」「いつ帰れる？」という質問もあった。

④ 評価

好きなキャラクターを用いた絵本や模型、骨髄や血球のイラストが描かれたツールを用いることにより、視覚からも情報を得られ、白血病の病態を理解することに繋がったと考えられる。治療のスケジュールについても知りたい様子があったことから、今後の見通しがつくように、医師に

治療計画を確認し、児と共にカレンダー作りも計画していきたい。

症例①のようなUniversal レベルの子どもには、当該職種や SW の支援の他に、保育士は子どもと家族の QOL の向上や発達を支援している。このような基本的な支援の他、当該職種は過去のトラウマ経験の有無、高リスク群への移行がないか等モニタリングする共に、多職種カンファレンスなどで情報共有しながら高リスク群へ移行しないよう予防的な支援を継続して行っている。

症例② Targeted：心理社会的中間リスク
＜当該職種が心理職に相談しながら継続して支援する１例＞
５歳男児 神経芽腫

【現病歴】 １カ月間、発熱が持続し、近医で精査を施行したところ腹部腫瘤を指摘された。 当院での精査の結果、神経芽腫ステージⅣの診断に至った。自己末梢血幹細胞 移植を用いた大量化学療法、手術療法、放射線療法を併せた約１年間に渡る集学的治療を予定している。 化学療法中の骨髄抑制に対する、輸血の際に強い拒否感を示し、「かみちぎってやる」と言いながら輸血ルートを口にいれて暴れる、内服を嫌がり看護師に向かってものを投げつける等の問題行動が見られる。 病棟では主にゲーム、動画視聴をして過ごしている。機嫌が良いと、自分の興味のあるゲームの話などを通じて、医療従事者とコミュニケーションをとろうとするが、リハビリテーション作業には興味を示さず、集中出来ない。 偏食が強く、病院で提供される食事は、主食の白米以外はほぼ摂取しない。

【その他の情報】 両親、２歳（弟）、８カ月（妹）の５人家族。母 （フィリピン人）はパート勤務、父（日本人）は飲食業勤務。 患児は、０歳６カ月より保育園を利用している。 ３歳頃、保育士より、会話の成り立たなさ、多動、集団行動への適応しづらさの指摘があった。 ４歳から、神経発達症の疑いで、療育を併用していた。 発達支援センターで実施の田中ビネー知能検査 IQ：85（標準；85～115）視覚優位の認知機能 自宅では、ゲームやタブレットでの動画視聴を主にして過ごしていたが、思い通りにならない ことがあると、癇癪を度々起こし、タブレットの取り合いできょうだいを突き飛ばすなどの暴力も認めていた。元々母子分離不安があり、面会制限により、母と離れる際には病棟中に聞こえるような大きな声で泣き叫び、不安が強い様子が見られる。母は妊娠７か月でもあり、退行しているようにも見える。

＜当該職種による APIE サイクルを念頭に置いた支援＞

1. アセスメント

訪室すると、いつものようにゲームしたり、動画を見たりしている。どんなゲームが好きなのか尋ねると、マリオカートや太鼓の達人が好きで、好きな動画は人気 You tuber のラーメン動画だと話す。関係構築のために、毛糸や画用紙などを使ってラーメン制作をしてみないかと誘うと、やってみたいと言い、どんな具材がいいか自らアイディアを出し、「病院でもラーメンが出たらいいのに。退院したらラーメンが食べたい。」と話す。

看護師からの情報では輸血ルートを口に入れて暴れる、内服を嫌がり看護師に向かって物を投げつける等の問題行動があるという。実際に輸血をつなげる時や内服時に児と看護師とのやりとりの様子を観察すると、全ての処置、内服に対して「嫌だ～！」「ママがいい！」「おうちに帰りたい！」と言いながら抵抗から始まり、時間がかかり看護師が困っている姿が見られる。ただ、当該職種が児の思いを受け止めたり、代弁したりすると、段々落ち着く様子も見られた。やるべき治療を拒否することで注意を受けることが多くなり、それも児にとってはストレスになっていると思われる。できた時には褒め、できたことを視覚的に分かるようなツールもあるとよいと考える。

母の面会が終わり、帰宅しようとする時には病棟中に聞こえるような大きな声で泣き叫ぶため、保育士が母と交代して、児に付き添おうとするが、「ママがいいの！」と叫び、おもちゃを投げつけようとする問題行動も見られる。泣き声が止み、児を見に行くと、指をしゃぶり、好きな動画を見て過ごしている。

母に入院前の児の様子を聞くと、保育園でも登園時に泣くなど分離不安があったり、友達とのおもちゃの貸し借りで自分の思うようにならないと癇癪を起したりすることもあったと話す。

保育園での様子を伺うと元々分離不安があったことに加えて、入院による面会制限でより母子分離不安が強くなったか。母子分離不安や癇癪について心理職と共有し、心理職によるアセスメントを依頼し、支援に活かしていく。

心理職によるアセスメントでは、母の妊娠や今回の入院による母子分離により、退行が認められること、癇癪の背景に認知発達的特徴が関係しているのではないかという見立てだった。また、児の言語理解力はどの程度か（どのように説明されているか？どのように現状を理解しているか？自分の思いを言葉にするのが難しいか？）引き続きアセスメントする必要があると心理職より助言があった。

2. 計画

誰かがそばにいれば落ち着く様子が見られるため、輸血をつなぐ前、内服前には訪室し、付き添う。また、心理職によるアセスメントで自分の思いを言葉にするのが難しいことが示唆されていたので、児の思いを受け止めたり、代弁したりしていく。また「対処行動・疼痛緩和への支援」として、やるべきことができた時には褒め、ごほうびシール表を用いて、視覚的に達成感を得られるようにしていく。

3. 支援

輸血時や内服時の「対処行動・疼痛緩和への支援」を行う。輸血や内服のスケジュールを看護師と共有し、できるだけその直前にはベッドサイドに行き、児の好きな動画を一緒に見たり、ゲームをしているところを見守ったり付き添う。輸血や内服時には「嫌だー！」と言うが、「そうなんだね。嫌なんだね。」と受け止めつつ、「元気になるようにつないでもらおう」と輸血や内服の必要性も合わせて伝える。

車が好きな児の好みに合わせて、様々な働く車のシールを用意し、輸血や内服後にはごほうびシール表に貼り付ける。貼り付けながら、児は「できた？」と確認するかのように話し、「できたね」「飲めたね」と頑張りを認めた。

心理職は母の妊娠や入院によって退行が認められることやASD傾向があるのではないかと見立てている。退院時には主治医にも伝え、復学支援カンファレンスでは原籍校の先生との情報共有も必要ではないかと指摘があった。

4. 評価

初めてのものには抵抗を示すが、回を重ね経験することで、何をするか理解できているよう。問題行動を起こすことが多く、注意を受けることが頻回になりがちであり、自尊心を傷つける場面が増えていたようだが、ごほうびシールを貼りながら、できたことを褒めることで、よい行動ができていることを視覚的に承認し、自己肯定感を高めることにつながったと思われる。今後はメディカル・プレイをしながら、児の思いの表出を促したり、治療の必要性を遊びながら学ぶ機会を作っていきたい。

症例②のような Targeted レベル(モニタリングレベル)では急性の苦痛やその他のリスク要因を抱えている子どもや家族もいる。上記の Universal レベルにおける支援の他、更なるアセスメントとニーズに応じた支援、継続的なモニタリングが必要となる。当該職種の他、心理職も加わり日常の場面で心理支援を行っている。当該職種は心理職に相談しながら支援を継続している。

症例③ Clinical：心理社会的高リスク：
＜当該職種ならびに心理職、こころの専門医が支援する高リスクの１例＞
13 歳女子急性リンパ性白血病再発
【現病歴】
・10 歳（小学５年生）時に、下肢痛と持続する発熱を契機に急性リンパ性白血病を発症。プロトコールに則り、約９カ月の入院での化学療法施行後、約１年半の外来での維持療法を終え、経過観察中であったが、発熱が持続し、検査の結果 ALL の再発の診断に至った。治療は、リスク因子等を考慮し、同胞からの骨髄移植も視野に入れられている。
・初発時に、担当医より病名を含めた告知を本人にも行っている。
・初発時の入院は、新型コロナの感染対策が強固な時期であり、家族との面会は週１回１時間に制限されていた。年齢よりも幼さはあるが医療者とのコミュニケーションは可能であった。
・入院当初より、母子分離不安が強く、面会が終わると１時間以上泣き続けるなどの様子が見られ、SNS で夜中も母に不安を訴え、母より昼夜問わず病棟へクレームの電話が頻回にかかってくるようになった。
・入院１か月後から、母の面会時に下肢に力が入らない、歩行がうまく出来ないなど 訴えるようになり、母の介助で立ち上がることも困難となった。身体的な検査では、異常なく、理学療法士とのマンツーマンでの介助では廊下の歩行も可能である。

【その他の情報】
・両親、９歳妹の４人家族（近所に母方祖父母が居住している）
・母はパート勤務、第２子の産後からパニック障害で心療内科通院中。父は土木関係の肉体労働に従事。ギャンブル依存の傾向がみられ、生活費を母に殆ど渡していない。
・両親はもともと不仲であり、父が患児の闘病にも無関心であったため、母は母方祖父母のサポートを受けながら、子どもたちの養育を行っていた。
・数か月前に父は胃がんを発症し入院生活をしており、父方祖母が主に介護を行っている。
・主治医からの病状説明は、まず母のみで聞き、その後本人にも伝える形式をとっている。
・今回の入院加療中、看護師が家族の様子を雑談の中で聞いていた際に、患児より「中学生になってから、父に体を触られることがあり、嫌だった。」との発言があった。
・母からの聴取によると、患児はもともと人見知りが強く、クラスに１人だけ話せる子がいる程度の交友関係であったが、初発時の退院後から、学習面でも遅れが見られるようになり登校を渋ることもあった。
・前回の入院では、訪問学級の手続きなどの公的な手続きを母に病院から案内したが、なかなか進まず、母に問うと「伝えてみたが、学校が進めてくれない」等の行き違いが多発していた。
・妹とのきょうだい仲は良く、入院前は両親が不在できょうだい２人で過ごす時間が長く、患児は妹の夕飯の支度などの家事を担っていた。

本事例は、再発事例であり、入院当初より家庭環境から心理社会的リスクが高いとプライマリーケアチームが判断した。そのため、プライマリーケアチームはこころの専門医（またはリエゾンチーム）に介入を依頼する。

＜当該職種による APIE サイクルを念頭に置いた支援＞
1. アセスメント
初発の入院時にも関わっていたため、挨拶に行くと「またよろしくお願いします」と児も当該職種のことを覚えていた。前回入院していた時に楽しかったこと、辛かったことはあるか尋ねると、楽しかったのは「みんなでやった大富豪」と話し、一方辛かったのは「ママや妹に会えなかったこと」「処置室のにおいが気持ち悪かった」と話す。
初発時、当該職種や心理職が子どもたちを集め

てやった大富豪では、元々人見知りもあり、参加したがらなかったが、当該職種や心理職と関係ができ、また当該職種が仲介して１つ年下の同室他児と交流するようになってからは、別の他児がいる大富豪の場にもその同室他児と参加するようになった経緯があり、いきなり人数の多い場に出るよりも少しずつ他児との交流を広げていく方がよいと思われる。児とも相談しながら他児との交流を促し、ピアサポートの場を作っていく。

一方､｢ママや妹に会えなかったこと｣を辛かったこととして挙げており、また入院当初より、母子分離不安が強く、面会が終わると１時間以上泣き続けるなどの様子が見られ、SNS で夜中も母に不安を訴え、母より昼夜問わず病棟へクレームの電話が頻回にかかってくるようになったと看護師より情報共有もあった。父は児の闘病に無関心であったこともあり、関係性が希薄なことが伺われ、児にとって母が大きな支えになっていると思われる｡ただ、母はパニック障害で心療内科に通院していることもあり、児の再発を機に母の病状も悪化する可能性もあり、母子の支援をするために、どのような関わりが適切か検討するためにも心理職によるアセスメントを依頼した方がよいと考え、依頼する。

心理職は、父が児の闘病にも無関心なこともあり、児は母との結びつきが強いのではないかとアセスメントしている。また、元々、人見知りが強いため、新たな関係構築には時間がかかることも予測している。さらに、母の病状の不安定さもあり、母が不在でも安心できる環境の調整が必要ではないかと助言があった。

2. 計画

心理職によるアセスメントを活かし、児にとって母が不在でも安心できる環境を作っていく。児とも相談しながら他児との交流を促し、ピアサポートの場を作っていく。まずは年上の同室他児と交流できるように当該職種が仲介し、｢遊びの支援｣を計画する。

3. 支援

ピアサポートのきっかけの場となるように｢遊びの支援｣を行う。年上の同室他児の了承を得て、紹介する。最初は表情が硬く緊張している様子が伺えたが、大富豪をしながら、お互いが好きな推しが一緒なことが分かり、笑顔が増えた。

｢遊びの支援｣を通じて同室他児との関係が少しずつできてきた。

多職種カンファレンスで支援中の児の様子を伝え、多職種と共有する。多職種による多角的な視点でアセスメントし支援方針ならびに支援計画を検討する。リエゾンチームでは、精神医療と身体医療をつなぐ役割を担っており、患者、家族のより良い精神衛生を達成するために介入をする。具体的には、治療やケアの方向性を示し、多職種に関わり方を助言する。精神医学的治療としての環境調整や心理療法または心理教育、薬物などをプライマリーケア（身体治療）チームに対して推奨する。

4. 評価

コロナ禍だった初発時の入院よりも面会制限は緩和されているが、母はパート勤務もあり、母自身の体調もあり面会時間が少ないことで母子分離不安が強いと思われる。同室他児と交流するようになり、ピアサポートが図られることを期待する。今後も遊びを通じて、交流を促していきたい。

症例③Clinical　レベル(精神医学的治療レベル)では、子どもと家族が重度の苦痛を経験している可能性があり、それがエスカレートかつ持続しており、より専門的かつ集中的な心理社会的支援を必要としている。本症例の場合は、再発事例であり、入院当初より家庭環境から心理社会的リスクが高いとプライマリーケアチームが判断し、こころの専門医（またはリエゾンチーム）に介入を依頼している。依頼を受け、こころの専門医がケースフォーミュレーションを行いその見立ての下、当該職種は、遊びの支援、子どもの理解を促す支援、疼痛緩和・対処行動への支援などを行い、特にその支援の見られた子どもの反応などは、

心理職やこころの専門医と共有しながら、子どものストレス軽減、トラウマ悪化を防ぐ支援を継続している。

D. 考察

KAZAK モデル（Pediatric Psychosocial Preventive Health Model (PPPHM)）は、子どもの健康に関する社会生態学的視点に導かれた、公衆衛生の方向性に基づいた3層のモデルである。これは、小児医療システムに入る子どもの家族全員に対するスクリーニングとサービスの指針となる概念モデルである。Universal レベルは、最大の家族グループで、医療体験に関連した苦痛を経験しているが、正常に機能している家族である。Targeted レベルは、Universal レベルより少数ではあるが、よりリスクが高く、支援を必要としている家族で、継続的な困難に陥りやすい要因を抱えている。例えば、既存の子どもの問題、心理社会的ストレス要因（貧困、就労困難)、家族の問題（家族間の対立など）を抱えている場合がある。特に、子どもの健康状態が悪化したり、より高度な医療介入が必要になったりした場合に、家族の対処能力は試練にさらされ、限界を超えることもある。Clinical レベルは、最もリスクが高い家族で、精神衛生上の既往歴があったり、または法律上の問題があったり、高度の持続的な不安や抑うつ症状、または他の併存する子どもや家族の心理社会的問題などを抱えた家族である。このような家族は一般的に、さらなる心理社会的支援が必要であると認識され、提供されるサービスは家族と治療施設のリソースに依存する（Kazak,2006)。

事例検討を通じ、Kazak モデル示される心理社会的リスクに応じた対応職種とその支援が明らかになった。当該職種は全ての子どもや家族に対し、APIE サイクル（A:アセスメント→P：計画→I：支援→E：評価）で示すような過程の中で、遊びを用いたアセスメントをもとに、「遊びの支援」、「子どもの理解を促す支援」、「対処行動や疼痛緩和への支援」などを担っている。また、多職種カンファレンスなどで情報共有しながら継続的なモニタリングを通じて予防的な支援を行っている。さらに、心理社会的リスクに応じて、心理職やこころの専門医と連携してチームで支援している。Targeted、Clinical レベルの家族に対しては、心理社会的支援の中心を担う当該職種や SW が心理職やこころの専門医につなぐと共に、プライマリーケアチームの医師や看護師も含めた多職種カンファレンスにおいて心理社会的課題を共有し、支援方針・計画を立案していた。こころの専門医は精神的医療と身体的治療をつなぐ役割を担い、心理社会的治療やケアの方向性を示し、多職種に関わり方を推奨する。このように、事例検討を通じ多職種連携の在り方が言語化されたことを通じ、当ガイドの開発に至った。このように、子どもとご家族の心理社会的支援はプライマリケアチームおよび当該職種、SW を中心に、トラウマインフォームドで行われ、治療の経過や子どもとご家族のライフステージ、ライフイベントなどの影響により、リスクの推移をモニタリングしながら必要時には、心理職、こころの専門医などのより専門的な支援につなげていく重層的な支援体制が理想であろう。しかしながら、当該職種の有資格者数の少なさに加え、ほかの専門職（SW、心理職、リエゾンチームなど）の配置も十分ではない現状がある。さらにはこのような心理社会的支援体制の不足は小児医療全体の大きな課題であることを鑑み、小児がん医療からこの重大な課題を発信し、より適切な心理社会的支援体制の構築につなげていることが求められる。

E. 研究の限界と課題

本研究では、退院後の支援を検討するまでに至らなかったが、Kazak モデルの心理社会的リスクの分類によっては、入院中の多職種による支援は退院後も引き続き必要だと思われる。子どもや家族が院内で受けた支援を地域に戻っても継続して受けられるように、地域にある社会的資源を明らかにし、病院から地域の社会的資源（小児慢性特定疾病における自立支援事業など）につなげた

り、その資源と連携しながら子どもと家族を支援する体制の検討も必要と考える。

F.結論

当該職種は、医療に関する要素、子どもに関する要素、子どもに関する情報の三要素からなるストレスを重点に置いたアセスメントをもとに、APIE サイクルを念頭に置き支援を実施している。当該職種は Kazak モデルの心理社会的リスク分類に応じて、多職種と連携し支援している。

G. 健康危険情報

該当なし

H. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

小児心身医学会で発表予定

I. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

研究協力者：

伊藤麻衣　国立成育医療研究センターCLS
井上絵未　済生会横浜市東部病院 CLS
作田和代　静岡県立こども病院 CLS
早田典子　国立成育医療研究センター/
順天堂大学医学部附属順天堂医院 CLS
三浦絵莉子　聖路加国際病院 CLS
米道宏子　国立成育医療研究センターCLS
渡辺悠　東北大学病院 CLS
後藤真千子　子ども療養支援協会 HPS（英国）
山地理恵　大阪市立総合医療センターHPS（英国）
杉山全美　静岡県立こども病院 HPS（日本）
寺田智子　静岡県立こども病院 HPS(日本)
石谷学　神奈川県立こども医療センターHPS（日本）
松田温子　カンガルー療育室
横浜東部ステーション（前:神奈川県立こども医療センター）HPS（日本）
色川真幸　国立国際医療研究センター病院小児科 HPS（日本）
割田陽子　東京大学医学部附属病院 CCS
笠井晶菜　元国立がん研究センター中央病院 CCS
丸嶋史代　国立成育医療研究センターCCS
才木みどり　宮城県立こども病院 CCS
加藤香恵　国立がん研究センター中央病院 CCS
北條由華　国立がん研究センター中央病院 CCS
宮本知奈美　東京都立多摩北部医療センターCCS
永田雅子　名古屋大学　心の発達支援研究実践センター心理士
水島みゆき　静岡県立子ども病院心理士
守村麻子　あいち小児保健医療総合センター心理士
丹羽早智子　日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院心理士
谷美加　長野子ども病院心理士
後藤恵　神奈川県立こども医療センター心理士
柳井優子　国立がん研究センター中央病院心理士
小嶋美奈子　順天堂大学医学部附属順天堂医院小児医療センター心理士
小林広和　国立成育医療研究センター心理士
髙石昇陽　国立成育医療研究センター心理士
安池亜矢子　東京大学医学部附属病院保育士
林　典子　聖徳大学非常勤講師保育士
鹿島房子　聖徳大学短期大學部保育士
馬場真理子　成育医療研究センター保育士
神谷ゆり子　慶応義塾大学病院保育士
富澤大輔　国立成育医療研究センター医師
米田光宏　国立成育医療研究センター医師
藤村純也　順天堂大学医学部小児科・思春期科医師
草野晋平　順天堂大学医学部小児科・思春期科医師
田中恭子　国立成育医療研究センター医師
深山はるか　国立成育医療研究センター医師
奈良　国立成育医療研究センター（医学生）
吉川尚美　国立成育医療研究センター医師/

順天堂大学医学部小児科・思春期科
寺尾梨江子　順天堂大学医学部小児科・思春期科医師
及川奈央　順天堂大学医学部小児科・思春期科医師
中村明雄　順天堂大学医学部小児科・思春期科医師
櫻井優子　都立小児総合医療センター医師
小澤美和　聖路加国際病院医師
平田美佳　順天堂大学医療看護学部看護師
江崎陽子　国立成育医療研究センター
古橋知子　福島県立医科大学附属病院
小児看護専門看護師
武澤友弘　広島大学病院
小児看護専門看護師
山崎麻朱　千葉県こども病院
小川純子　淑徳大学看護栄養学部教授（日本小児がん看護学会理事長）看護師
山本光映　聖路加国際病院看護師
込山洋美　日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程/
順天堂大学医療看護学部・医療看護学研究科非常勤講師″、看護師
鈴木彩　国立成育医療研究センターSW
清水麻理子　国立がん研究センター中央病院 SW
山﨑まどか　国立がん研究センター
がん対策研究所 SW
中山照雄　国立国際医療研究センター病院 SW
島田舞香　東京都立小児総合医療センターSW
山口絵美　聖路加国際病院
相談・支援センターSW
吉野 愉美　東京科学大学病院 SW
中村明子　東京女子医科大学病院 SW
久住真有美　慶応義塾大学病院 SW
堀内亮　神奈川県立こども医療センターSW

参考文献

1. Anne E. Kazak. Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, Practice, and Collaboration in Pediatric Family Systems Medicine. Families Systems & Health 2006; 24-4:381-395.
2. Thompson RH: The Handbook of Child Life: A guide for Pediatric Psychosocial Care. Charles C Thomas Pub Ltd ; 2009 ; 117-135.
3. Ellen Hollon, Linda Skinner. Assessment and documentation in Child Life; Thompson R, ed, The Handbook of CHILD LIFE A Guide for Pediatric Psychosocial Care. Charles C Thomas, Springfield, 2009; 116-127.
4. 田中恭子.子どもの療養支援の理論と方法 子どものアセスメント; 田中恭子(編),子ども療養支援 医療を受ける子どもの権利を守る, 中山書店, 東京, 2014; 116-126.
5. 細澤麻里子、早田典子、伊藤智美、西垣紀子、斎藤香織、奥田久美子、 田中恭子. 多職種連携の検討③ 「小児療養支援チームの役割と展望」; 重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の充実に関する研究, 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)平成 24 年度（分担）研究報告書, 東京, 2012 ; 1-5.
6. 日本小児科学会　小児医療における子ども憲 https://www.jpeds.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=143
(2025 年 4 月 30 日閲覧)
７. 田中恭子、ほか。医療における子ども憲章ワーキンググループ. 医療における子ども憲章策定過程における子どもアドボカシー. 日本小児科学会雑誌.2024;128(9):1221-1228
8. OgawaY, Otani Y,Nakamura A, Hayakawa M,Tanaka K. Urgent Need to Establish a Consultation Liaison System in Pediatric Care. Peditr Int. 2022.

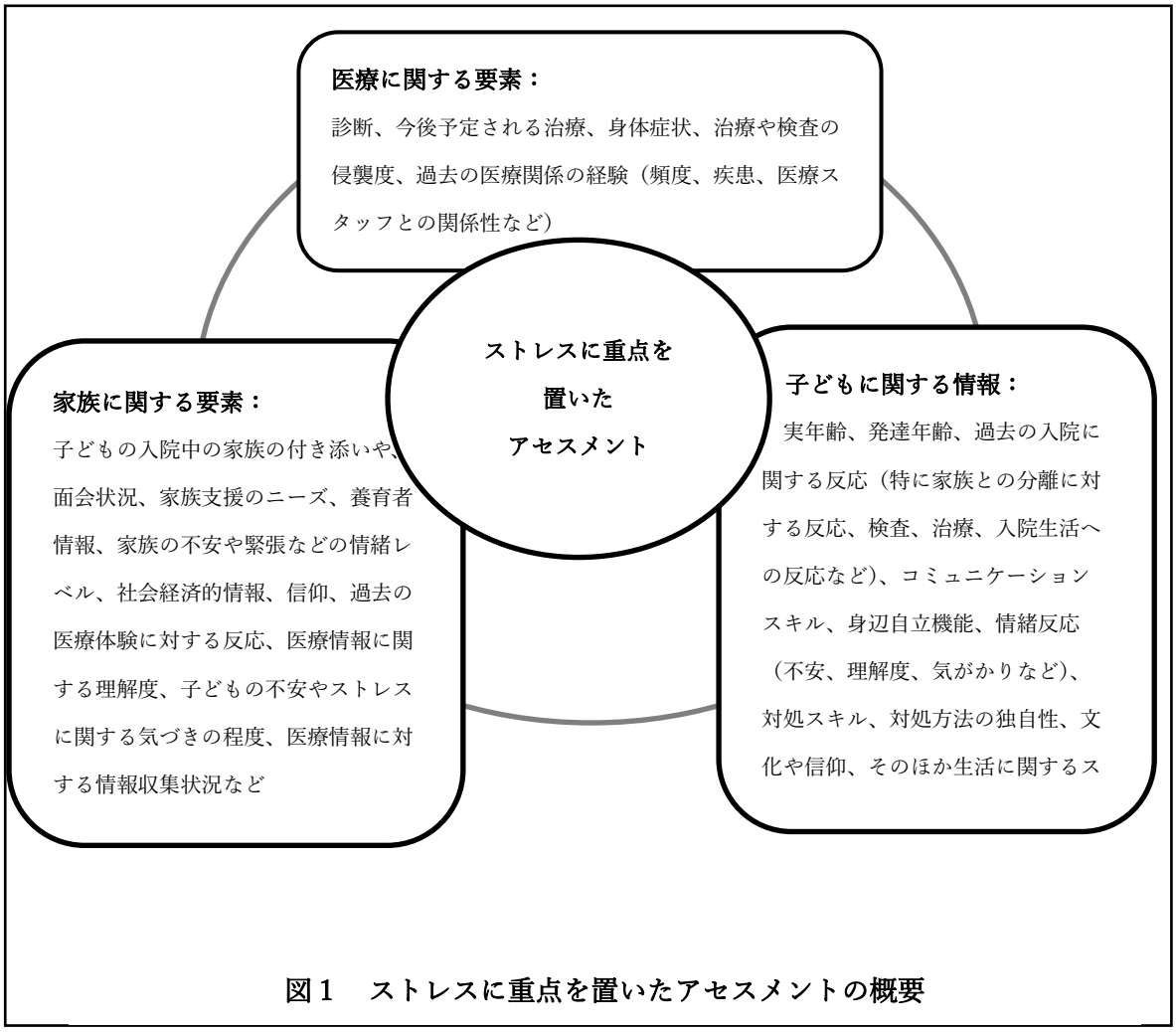


図１　ストレスに重点を置いたアセスメントの概要

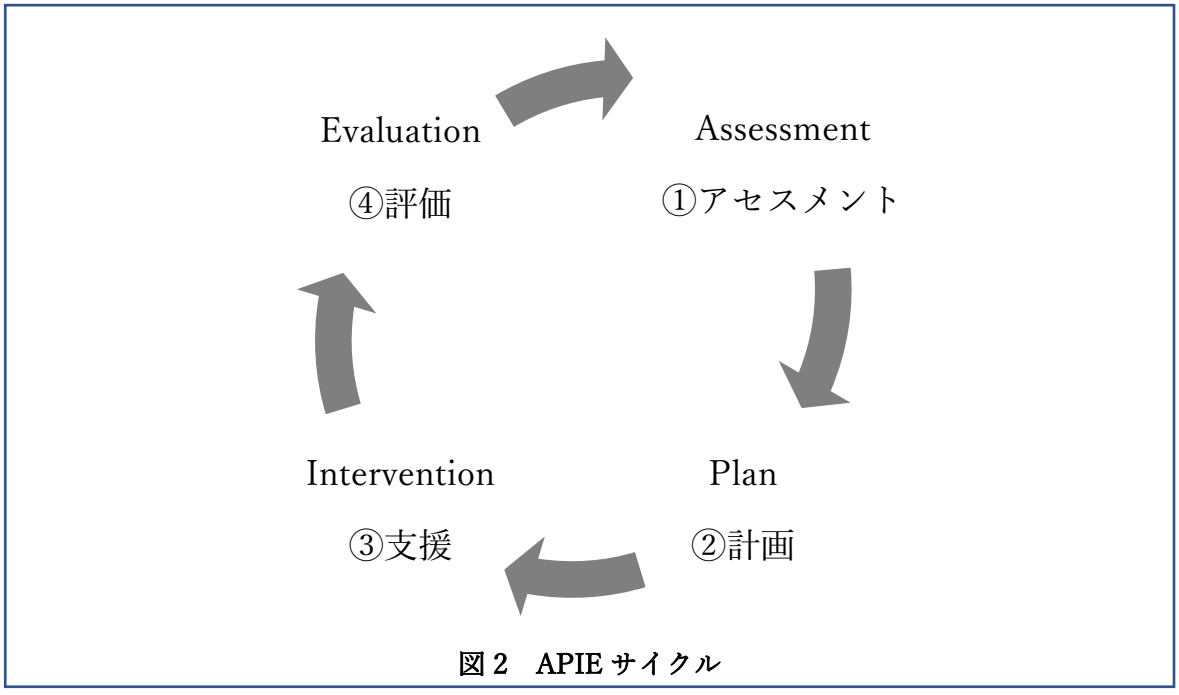


図２　APIE サイクル

別添資料「小児がん診療における心理社会的支援ガイド　～多職種による事例検討の結果から～」