

# 小児がん医療のあるべき姿 ～CLSの視点から～

聖路加国際病院

チャイルド・ライフ・スペシャリスト

三浦 絵莉子

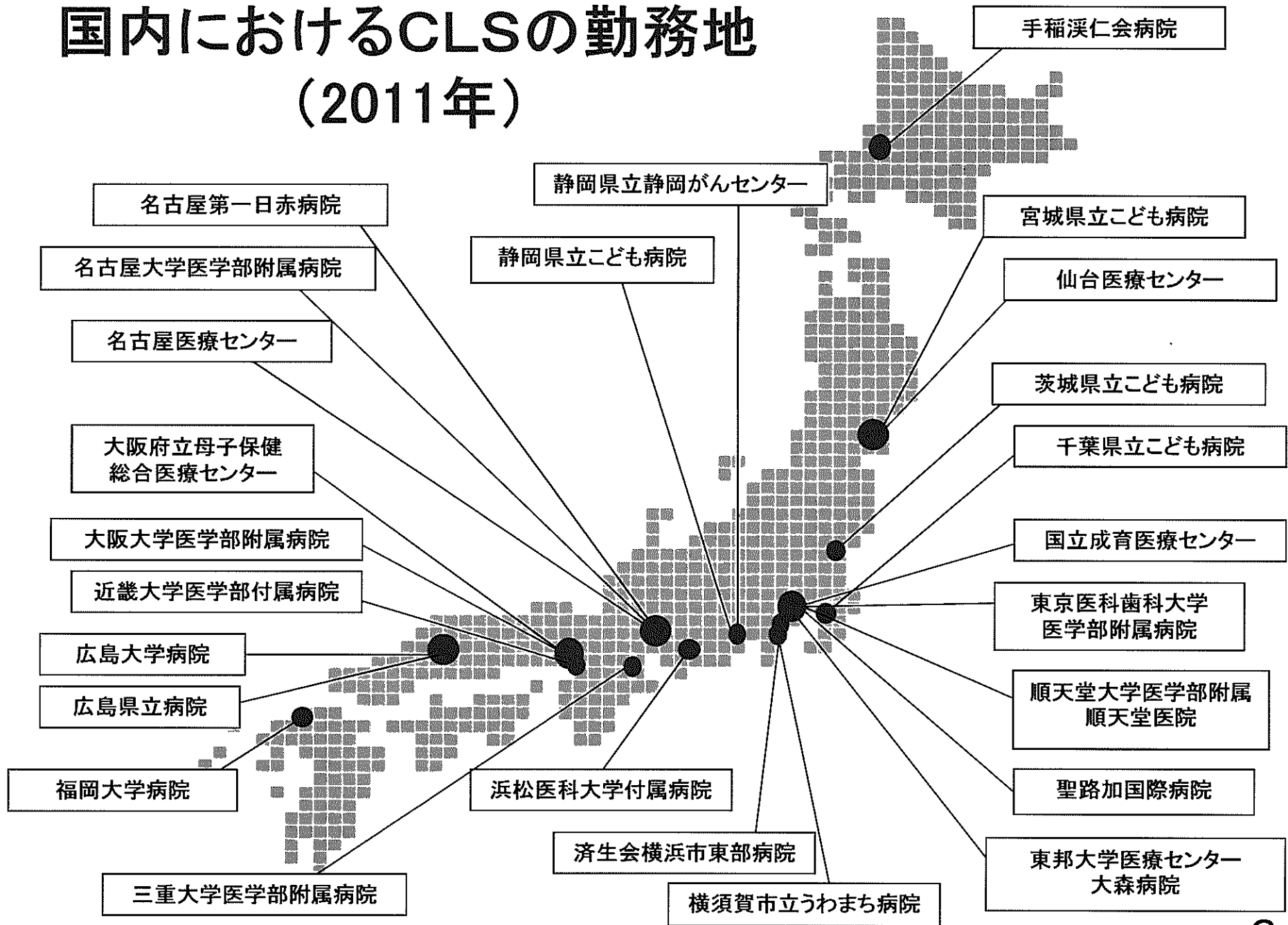
# チャイルド・ライフ・プログラム とは？

北米で実践されている、医療環境における子どもと家族を支援する活動である。その活動(サービス)をチャイルド・ライフ・プログラムとよばれており、チャイルド・ライフ・スペシャリスト (CLS)という専門資格を得た者により実践されている。

# チャイルド・ライフの歴史

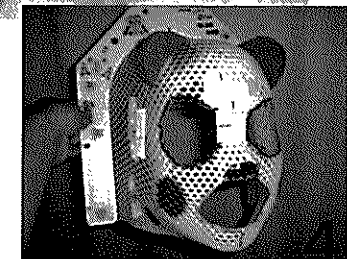
- 1855 初の子ども専門病院設立  
(Children's Hospital of Philadelphia)
- 1920 病院内で子どもの遊びのプログラムが作られる(Mott Children's Hospital, Michigan)
- 1949 北米において9ヶ所の病院で遊びのプログラムが設けられていた
- 1955 Dr.Fred Robbinsの呼びかけにより、Emma Plankが初めてプログラムを立ち上げる
- 1950s 入院児の心の健康に関する研究などが行われる
- 1966 「Association for the Well-Being of Hospitalized Children and their Families」(病院における子どもと家族のケア協会)が設立
- 1967 「Association for the Care of Children's Health (ACCH)」(子どもの健康ケア協会)に改名
- 1970s ~1980s 病院施設などでの遊びのプログラム作りが活性化
- 1978 ACCH内で「チャイルド・ライフ事業部」が創られる
- 1971 全米の小児科に向けて遊ぶプログラム設置を促す通達(アメリカ小児科学会)
- 1982 Child Life Council設立
- 1986 認定資格化が始まる
- 1998 資格認定が試験制度になる
- 2000 「Child Life Servicesは米国での標準的な問題解決の方法で、必要不可欠なサービスである」(アメリカ小児科学会)
- 2001 北米のこども病院、小児病棟などの関連施設の95%がCLSを配置  
(National Association of Children's Hospital and Related Institutions, 2005)
- 2006 アメリカ小児科学会がCLS配置の拡大と徹底を呼びかけ  
→ フィラデルフィア小児病院: 常勤60名・非常勤30名  
→ ニュージャージー州: 病院の認可条件としてPICUにおける  
CLS配置を義務づけ
- 現在 470ヶ所以上でCLプログラムが行われている

# 国内におけるCLSの勤務地 (2011年)



# 一般的な小児病棟における CLSの業務

- 子どもにあった遊びの材料と指針の提供
- 検査・処置前のプリパレーション
- 検査・処置中のサポート
- 子どもと家族の情緒的支援
- 子どもの視点を尊重するようスタッフとのコミュニケーションをとる
- 子どもと家族を受け入れられる環境の維持



# 聖路加国際病院における CLSの活動

- 成人患者さんのお子さん
- 小児病棟に入院中のお子さん・ご家族
- ICUなど小児病棟以外で入院中のお子さん・ご家族
- 小児科外来でお子さん・ご家族

# 心理士？ 保育士？ CLS？

健康

病気

子どもの「こころ」の健康度



臨床心理士



保育士

病院保育士



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

子ども療養支援士

医師との連携が必要

# 聖路加の小児病棟では・・・

- 環境改善に協力
- プリパレーション
- きょうだい支援
- ベッドサイド・プレイルームでの遊びの提供
- 行事やイベントのお手伝い
- カンファレンスなどでの情報提供

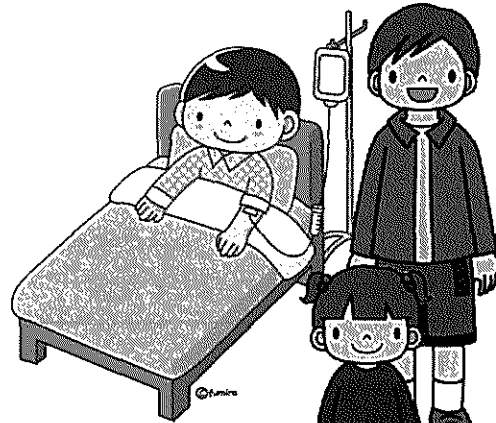
ひとりじゃできない！  
コメディカルの協同が必要！





# 子ども医療支援室

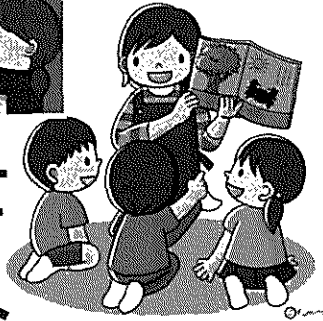
小児科医  
メンタル・ヘルス担当



臨床心理士  
常勤1人  
パート1人



病院保育士  
2人



チャイルド・ライフ・スペシャリスト  
1人

## (仮想)事例 「Aくん」への関わりを例に・・・

- Aくんは3歳の男の子 急性リンパ性白血病のため入院
- CCM(集中治療室) → 小児科病棟へ
- 言葉の遅れや遊びなどにも偏りがある？
- 心理士さんの入院後発達検査や親子での面談の結果からもやはり全体的に発達がややゆっくり、偏りがあるとのアセスメント
- Aくんは乳児の妹がいたため母はあまり来院できず。日中のほとんどの時間をスタッフと過ごしていた。
- 入院中に少しでも刺激を受け、発達を促せるようにしたいと全員で共通認識をもつ

## (仮想)事例 「Aくん」への関わりを例に・・・

- CLS → ICUからラポールづくり。Aくんにとってストレスとなる場面でサポート(例:内服、検査時など)。遊びを通じてストレス軽減&発達促進。
- 保育士さん → Aくんが楽しく遊べる環境を整える。トイレトレーニング、食事、午睡など、生活全般における発達支援および生活パターンの改善。遊びを通じて発達の促進。並行して母への子育て支援。
- 小児心理士さん → 発達・心理検査、家族との面談などを元に心理的・発達的な課題などをアセスメント。それらにもとづき家族や他職種へ子どもに必要なサポート方法をアドバイス。遊びや面談を通じさらなる治療的介入も。退院後もフォロー。
- MSW → 幼い妹を見てもらえる地域の一時保育やヘルパー派遣を調べる。その他活用できる社会資源の情報提供および手続き。家族の心配ごとを傾聴し、一緒に考えるカウンセリング的役割も。

# 小児医療・小児がん医療と成人医療の違い

1. 抗がん剤の有効性が極めて高く、遠隔転移があっても3～4割の患者で治癒が期待できる。抗がん剤が重要な治療手段。
2. 手術のほか、放射線治療と化学療法が重要であるが、これらを最適に組み合わせた集学的治療が必須。
3. 病気が治ってもその後の人生が長く、社会に一定の影響を与えうる集団となる。そのため健常な成人として育つための援助や配慮が必要である。
4. 治療の影響などでさらに別のがんを発症する確率が高く、また後年、血管障害などの成人病を一般より若年で発症しやすいという問題がある。これを晩期合併症といい、治療中よりみられる合併症とともに大きな問題となる。
5. 子どもはストレスへの適応能力が未熟であるため、疾患や治療による苦痛などで容易にPTSDなどを発症し、その後の成長に悪影響を与えることがある。そのため、治療に際しては心理的ケアや療養環境の整備など、特に配慮が必要である。
6. 成長期の発症のため、治療を行いながら同時に教育を行い、成長を促す事が必要である。
7. 本来、死んではならない年齢での死亡であり、患児のみならず、遺族(両親、きょうだい)に大きな悲嘆をもたらし、しばしば、離婚やきょうだいの心理的後遺症などの社会的問題の原因となる。
8. 病気に伴い発生する心理社会的問題や、それに対する活用可能な社会資源などについて十分な説明や相談支援がほとんどない。
9. 長期フォローアップが必要となっているにもかかわらず、医療体制・社会支援が確立がされていない。
10. 成人とは異なった療養環境が必要。

～今後の小児がん対策のあり方について～(小児がん専門委員会報告書)より抜粋

- 常に成長をしている集団。今後の社会にも大きく影響してく集団。
- 「患者」だけを見ていればいいものではない。
- 小さな大人じゃない。でも子どもには権利はあり、守られるべきである。
- 「こども」に関して専門的知識を持っている人たちが必要。

# 何故このような職種が必要なのか

- 療養環境が子どもと家族の身体的・心理的・社会的成長発達に影響をもたらす
- 病院環境は不安やストレスを引き起こす

PTSD発症の予測因子は？

治療の厳しさに対する患児の考え方、患児の不安になりやすさ、  
また周囲から支援を受けている感覚の低さが予測因子になりうることが  
わかった。

- 子どもの「権利」を守るため
- トータルケア、family-child centered careの実行のため

# ユニセフ 子どもの権利条約

～1989年に国連総会で採択。1994年に日本で批准～

(見出し一覧)

## 第I部

第1条 子どもの定義

第2条 差別の禁止

第3条 子どもの最善の利益

第4条 立法・行政その他の措置

第5条 親子その他の者の指導

第6条 生命への権利

第7条 名前・国籍を得る権利

第8条 身元の保全

第9条 親からの分離禁止

第10条 家族再会

第11条 国外不法移送・不返還の防止

第12条 意見表明権

第13条 表現・情報の自由

第14条 思想・良心・宗教の自由

第15条 結社・集会の自由

第16条 プライバシー・名誉の保護

第17条 情報へのアクセス

第18条 親の第一次養育責任

第19条 虐待・放任からの保護

第20条 代替的養護

第21条 養子縁組

第22条 難民の子どもの保護・援助

第23条 障害児の権利の国際協力

第24条 健康・医療への権利

第25条 措置された子どもの定期的審査

第26条 社会保障への権利

第27条 生活水準への権利

第28条 教育への権利

第29条 教育の目的

第30条 少数者・先住民の子どもの権利

第31条 休息、余暇、遊び、文化的・芸術的 生活 への参加

第32条 経済的搾取からの保護

第33条 麻薬・向精神薬からの保護

第34条 性的搾取・虐待からの保護

第35条 誘拐・売買・取引の防止

第36条 他のあらゆる形態の搾取からの保護

第37条 自由を奪われた子どもの適正な取扱い

第38条 武力紛争における子どもの保護

第39条 心身の回復と社会復帰

第40条 少年司法

第41条 既存の権利の確保

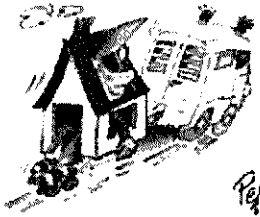
[http://www.unicef.or.jp/about\\_unicef/about\\_rig\\_index.html](http://www.unicef.or.jp/about_unicef/about_rig_index.html)

ヨーロッパ

# 病院の子ども憲章

病院の子ども憲章EACH CHARTERは、1988年5月、オランダのレイデンで開催された第1回病院の子どもヨーロッパ会議において合意された。

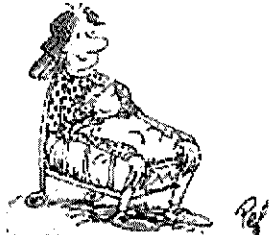
病院の子どもヨーロッパ協会（EACH European Association for Children in Hospital <http://www.each-for-sick-children.org>）のメンバー団体は、ヨーロッパ各国における保健法、規則、及び、ガイドラインの中にEACH憲章の原則を組み入れることをめざしている。



1 必要なケアが通院やデイケアでは提供できない場合に限って、子どもたちは入院すべきである。

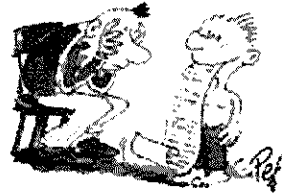


2 病院における子どもたちは、いつでも親または親替わりの人が付きそう権利を有する。

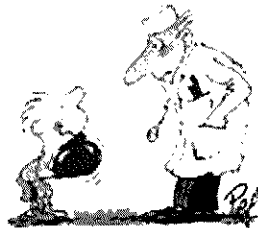


3 すべての親に宿泊施設は提供されるべきであり、付き添えるように援助されたり奨励されるべきである。親には、負担増または収入減がおこらないようにすべきである。子どものケアを一歩に行うために、親は病棟の日課を知らされて、積極的に参加するように奨励されるべきである。

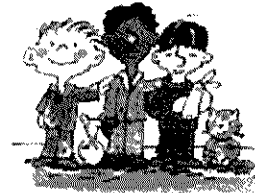
イラスト：©PEF, 訳：野村みどりデザイン：吉見友寿



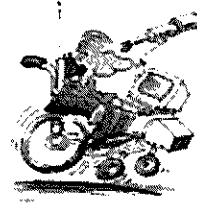
4 子どもたちや親たちは、年齢や理解度に応じた方法で、説明をうける権利を有する。身体的、情緒的ストレスを軽減するような方策が講じられるべきである。



5 子どもたちや親たちは、自らのヘルスケアに関わるすべての決定において説明を受けて参加する権利を有する。すべての子どもは、不必要な医療的処置や検査から守られるべきである。



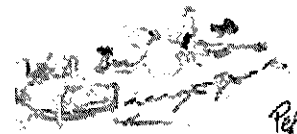
6 子どもたちは、同様の発達のニーズをもつ子どもたちと共にケアされるべきであり、成人病棟には入院させられない。病院における子どもたちのための見舞いの年齢制限はなくすべきである。



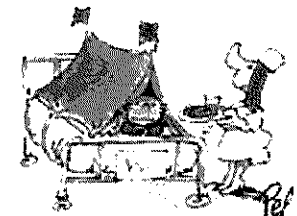
7 子どもたちは、年齢や症状にあったあそび、レクリエーション、及び、教育に完全参加すると共に、ニーズにあうように設計され、しつらえられ、スタッフが配備され、設備が整えられた環境におかれるべきである。



8 子どもたちは、子どもたちや家族の身体的、情緒的、発達のニーズに応えられる訓練を受け、技術を身につけたスタッフによってケアされるべきである。



9 子どもたちのケアチームによるケアの継続性が保障されるべきである。



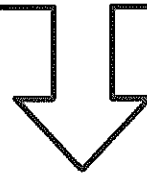
10 子どもたちは、心配りと共感をもって治療され、プライバシーはいつでもまもられるべきである。

子どもの病院環境&プレイセラピーネットワーク (代表：野村みどり)  
本部庶務：東京都立保健科学大学 調剤研究室 fax 03-3819-1406  
The Network for Playtherapy & Hospital Environment for Children



# コメディカルの役割

- こどもと家族の視点・情報をチームに還元することによる医療の質の向上
- 円滑で安全な治療を促進
- 患者と家族の満足度の向上
- 治療中～治療後、退院後のPTSDの軽減
- こどもと家族が少しでも入院経験、病気、治療をより前向きに受け入れられる
- 医療的な事以外を相談できる相手



「病気の治療をする」だけでは終わらない、  
子どもと家族のエンパワメントを目指す。



# 小児診療に必要と考えられる要件

(前回検討会資料4:「小児がんモデル病院(仮称)の要件について」より)

- 院内学級
- 退院時の復学支援を行っている
- 復学支援の為の専任のMSWを配置している
- プレイルーム
- 24時間希望する時に面会、付き添いができる
- 患児のきょうだいの保育を行っている
- 専任の心理士による患児とその家族の精神的ケアを行っている
- 敷地内または近隣に家族長期滞在施設がある

「復学支援の為・・・」だけでは  
ない！ので「患者・家族支援の  
為の専任のMSWを配置」に

青字のみが「必須」  
→ すべて「必須」に！

# 小児診療に必要と考えられる要件 (コメディカルの立場から追加項目)

- コメディカルのスタッフは「患者家族支援」として独立した部署への配置が望ましい
- 他職種・他科の境界線を越えた連携(多職種カンファレンスを定期的に行う?)
- 発達段階に合わせた療養環境の整備(思春期用activity room)
- サポートグループとの連携
- 地域との連携(学校教育など)

# コメディカルが有効的に 動くには・・・

「医療チームがあればトータル・ケアができるか  
というと、そうではありません。チームのメンバー  
が、おたがいの立場をよく理解したうえで、その  
職種を尊重しながらチームワークよく働いて、は  
じめてトータル・ケアの望ましい姿が追求できる  
のです。」

# 子どもを見守る大人たち

