

## 研 究

## 小児がん病棟で受ける心理相談とその介入方法

—乳幼児を持つ母親を中心に—

船 木 聡 美

## 〔論文要旨〕

小児がん病棟に専属する臨床心理士が1年間に受けた相談内容を分類し、母親の問題の認識の仕方を探る。患児53人(平均年齢3歳4か月)の母親から受けた73件の相談内容を患児の年齢に従って区分した。その結果、患児が4歳未満と4歳以上でその傾向が最も異なった。要因は3つ考えられた。第一に、患児が4歳以上になると、治療の主体者が親から子へ移行し始める。第二に、子どもの認知発達が治療理解に関連して行く。第三に、治療終了の目標を小学校への入学、と具体的に設定できることである。したがって、介入方法も患児の年齢と発達を考慮し、目に見える形で母親に提示することは有効だった。今回は患児の年齢を基軸に相談内容を検討したため、次は治療段階別に検討をする必要がある。

Key words : 小児がん, 心理的介入, 母親, 4歳, 治療の主体者

## I. 緒 言

小児がんがもたらす生命をおびやかす危機感というのは、その子の家族にとっても相当の苦痛となる<sup>1-3)</sup>。親の苦痛の高さというのは診断時と治療の早期に見られる<sup>3-5)</sup>だけでなく、1年またはそれ以上も続くという結果も出ている<sup>6-8)</sup>。一方、白血病の場合でも、治療が続く限り、親の苦痛は高いままだとする知見もある<sup>9)</sup>。この食い違いの原因のひとつに、治療期間と治療の種類の違いが研究によって異なり、さらなる研究による統一見解が待たれている。また、苦痛の元はさまざまであるが、最もよく用いられる概念は、抑うつ、不安、PTSS、そして主観的認識としてのストレスである。症状の15%から51%は中程度から重症度の苦痛の兆候を呈し<sup>9-11)</sup>、小児がん患者の家族はおおよそ

95%が何らかの症状を示すという結果も出ている<sup>12)</sup>。そして入院中の子どもに付き添い続けることは、親自身の仕事と経済状況にも不利益を生じる<sup>13,14)</sup>。これらの影響は家族間にさらに緊張をもたらさう。小児がんの子どもをもつ家族はさらに同時に起こるさまざまなストレスとも関わらなければいけない<sup>15)</sup>。このように親の苦痛の高さ、特に不確実性を常に抱えなければいけない状況と、不安要因の多様性、生命予後から経済状況まで幅広く報告されている。日本の場合、小児がんの発症は年間2,500例から3,000例と推定されている。そして、白血病に代表される小児がんの好発年齢は3歳から5歳の間である。つまり、小児がんの患者は幼児が多く、治療の意思決定は親の判断が大きいため、まずは入院中に親が何を心配するかを探ることは治療をできるだけスムーズに進める

Maternal Concerns in the Pediatric Cancer Ward : Focusing on Toddlers

[2172]

Satomi FUNAKI

受付 09. 9.15

国立成育医療研究センター内科系専門診療部(臨床心理士)

採用 10. 3. 5

別刷請求先: 船木聡美 国立成育医療研究センター内科系専門診療部 〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

Tel : 03-3416-0181 Fax : 03-5494-7490 E-mail : funaki-s@ncchd.go.jp

ためにも非常に重要となる。先行研究の蓄積した、親の不安の高さを手がかりに、本研究では具体的に親が心配する内容を調査する。そして、そこから浮かび上がってくる小児がん治療の親からの見え方を検討する。

## II. 方 法

2007年4月から2008年3月の1年間に、血液腫瘍科・固形腫瘍科病棟において、臨床心理士が関わった患児53人の母親の相談内容を分類した。筆者が連携を取ったスタッフは、医師7人、看護師29人、保育士1人、ソーシャルワーカー1人であった。総患児数53人の年齢の範囲は3か月から14歳、平均年齢が3歳4か月、中央値3歳1か月であった。患児の入院時の状態は、初発47人、再発5人、終末期1人であった。筆者が母親の相談内容を後方視的に分類し、別の臨床心理士によって主な相談内容の一致を確認した。相談内容の全体件数と傾向を把握した後、患児の年齢によって相談内容がどのように異なるのかを円グラフで検討し、各年齢で区切りなおした。具体的には、1歳未満と1歳以上、2歳未満と2歳以上と順番に、13歳未満と13歳以上まで、13種類の区切り方で円グラフを作成した。その結果、各相談内容の%の差が最も大きかったのが、4歳未満と4歳以上で区切った場合だった。倫理的配慮として、口頭にて直接母親に個人が特定されない範囲での相談内容の開示について同意を得ている。さらに、本稿で扱ったデータには、個人が特定できる情報は一切含まれていない。

## III. 結 果

患児53人に関する母親からの相談内容は全体で76件あった。それら全体の傾向を子どもの年齢と照らし合わせると、患児の年齢が4歳で二分したときに、相談内容の種別の傾向が最も大きく異なることを見出した。

### 1. 相談内容の全体的傾向

患児53人に関する母親からの相談内容は76件(複数相談内容可)あり、最多は「発達と学習」であった。治療を受けながらも患児の身体発達が順調に進むか相談を受けた。次いで患児の

「治療への抵抗」が多かった。具体的には子どもが処置に対して暴れたり、親や医療者に対して暴言を吐くなどであり、親からだけでなく、医療者からも患児への対応の難しさについて相談を受けた。「兄弟のケア」に関しては、急に子どもが入院することになって、家に残してきた兄弟の世話をしてくれる人がいない、兄弟に現状をどのように説明したらよいかわからない、お漏らし・爪かみ・夜泣きが始まったなどの相談が多かった(図1)。

### 2. 年齢別相談内容の比較(4歳未満と4歳以上)

相談内容を患児の年齢別に区分すると、4歳未満と4歳以上で最も相談内容の傾向に違いが見られた(図2, 3)。

#### ① 4歳未満児に関する相談

「発達と学習」は23%で最多であった。特に、運動神経発達のひとつである、ハイハイ、ひとり歩き等が治療によって妨げられないか、という心配が多かった。次に「言語」発達の心配が12%みられた。言葉が出てこないという心配である。また、「食事と嘔吐」が10%を占めた。治療の副作用として、子どもの食が一時細くなることや嘔吐がみられることは、母親にとって大きな不安である。多くの母親が食べることが健康を維持すると考えているので、子どもが食べない姿を見るのは大変つらいと話され、何かよい方法はないかと尋ねられた。同様に、「兄弟のケア」も10%みられた。兄弟の世話をする人が見つからない、という人手の問題と、兄弟にどのように患児のことを説明していったらよいのかという相談であった。また、入院生活の特徴として、長い時間同じ部屋の親子と接してみても、自分の子育ては間違っていたのではないかという「子育て不安」も7%あった。少ない割合だが「入院時の児の緘黙」も5%あった。入院してから2週間から1か月程度、患児の口数が減る、あるいは誰も口をきかなくなるのはどうしたらよいかという相談を受けた。

#### ② 4歳以上児に関する相談

最多は「治療への抵抗」17%であった。単に治療に抵抗する子どもを押さえる段階から、治療への抵抗を減らし、子どもにも納得して治療を受けてもらうにはどうしたらよいか、という

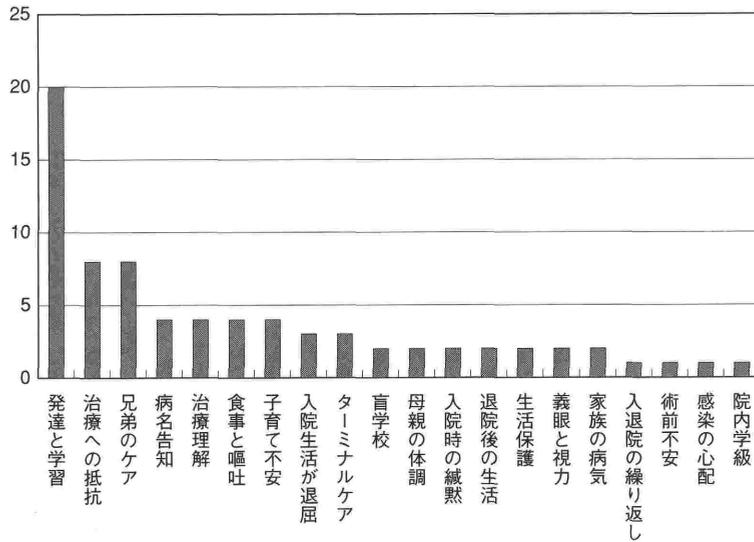


図1 相談内容の分類

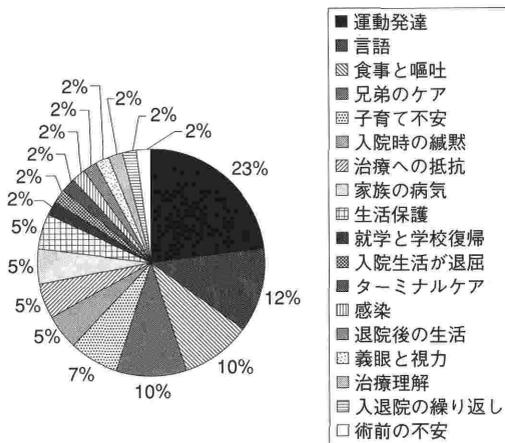


図2 4歳未満児を持つ母親の相談傾向

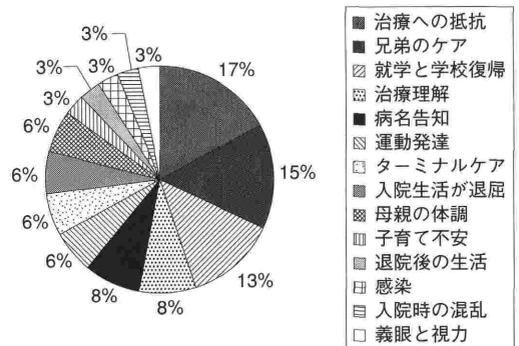


図3 4歳以上児を持つ母親の相談傾向

相談に変わってきた。「兄弟のケア」15%は、4歳以上の患児の場合、下にも乳幼児の兄弟がいることが多く、母親が家と病院を行き来する二重生活になりやすい。下の兄弟を祖父母や親せきに預け、家族が離ればなれで生活するケースもしばしばみられた。「就学と学校復帰」の13%は、小学校入学を目前にして知的能力に遅れがないか、あった場合はどの程度なのか、等の心配だった。8%が「治療理解」と「病名告知」であり、本人に納得して治療を受けてもらうにはどうしたらよいかと相談された。その一方で、本人には病名は言わないでほしい、といっ

た要望もあった。

③ 不安を軽減した介入方法

これら相談内容に応じて、臨床心理士が他の医療者と連携を取り、母親に対して介入を行い、不必要な思い込みや心配を軽減した(表1)。「運動と認知発達」に関しては、遠城寺式乳幼児分析的発達検査(0歳~4歳)とS-M社会能力発達検査(5歳~8歳)を行い、結果を見える形にし、次にどのような段階に入る可能性があるのかの見通しを示した。その目的は、子どもの成長を視野に入れた視点を親にも持つてもらうことで、目の前の出来事に揺さぶられる不安を減らした。「嘔吐・食欲減少」については、グループ活動で他の母親も似たような体験

表1 相談内容に応じた介入方法

相談内容	介入の目的	介入方法
運動と認知発達	発達の状態を目に見える形で提示する	遠城寺式乳幼児分析的発達検査（0歳～4歳）とS-M社会能力発達検査（5歳～8歳）を行う
嘔吐・食欲減少	一過性であることを理解してもらう	母親グループで先に治療を経験した人の話を聞き、看護師と母親の協力体制を支える
兄弟のケア	兄弟のケアも継続されるよう環境調整する	地域の資源活用を勧める
子育て不安	長期の入院生活のため、子育ても併せて考える	母親グループで子育ての心配を話し合い、解決方法を探る
場面緘黙	長期的な視野で支える	個別面談で緘黙とそれ以外の心配を整理し続ける
治療への抵抗	治療ができるだけスムーズに進むように支える	医師のミニレクチャーや看護師の関わりで病氣と治療の理解を深める
治療理解と病名告知	治療を前向きに捉える姿勢を支持する	個別面談で方針をともに考え、医師や看護師にも相談する

をしたことを知らせた。心配で当然であるが、また一過性であることも理解してもらった。「兄弟のケア」に関しては、活用できる資源（一時預かり・祖父母の手伝い等）を積極的に勧めた。またグループ活動でも、他の親は兄弟の世話をどうしているのかをお互いに教え合ってもらった。「子育て不安」の中でも、何回か出てきたグループで話し合いたいテーマとして「かわいそうで叱れない」、「どこまで許しているのか」という子育ての悩みも浮上した。また、入院中の親が退院した親子の話聞くことで、長期的に現在の入院中の子育てを見直してもらった。「場面緘黙」は、母親のグループ活動に外来の子ども自身に参加してもらった。入院中の母親たちに退院した子どもの元気な姿を見もらい、具体的な目標を持ってもらった。「治療への抵抗」は、患児の心配を語りながらも、母親自身が現実を受け入れがたく思っている場合も多く、母親のペースに合わせて、個別面談とグループ活動を組み合わせた。「治療の理解と病名告知」もその延長線上にあり、患児の治療をどのように支えていきたいのか母親の考えを整理し、他の家族の考え、そして医療者に期待することを尋ねた。最終的には本人を交えて整理できるように、医師からも年齢に応じた説明が子ども自身に行われた。

#### IV. 考 察

患児の年齢4歳前後で、母親の相談内容の傾向が変わる要因について、治療の主体者、子どもの言語と認知発達、小学校入学という目標の

3つが考えられる。1つ目は、患児が4歳を過ぎるようになると、母親は子どもが治療の受け手だと見なし、その主体性を認め始める。親は自分が持っている治療や疾患の理解の仕方だけではなく、子どもへの説明の仕方、納得のさせ方という、二重の治療理解の視点の取り方が必要になってくる。しかし、まだ萌芽の段階だと思われる。より顕著に親の悩みとして出てくるのは、子どもが学童期に入った以降である。2つ目は、先述した患児の主体性を認めさせる一因でもあるが、4歳以上になると言語と認知発達が豊かになるので、子どもと親、あるいは医療者は言葉で交渉している。子どもも納得しないと薬を飲まない等、治療に対する抵抗を行動だけでなく、言葉によっても交渉するようになる。子どもの認知と言語発達が進むことが、治療的関わりを多様化させる。3つ目は、4歳前後で入院した場合、退院が5、6歳になるため、小学校入学や学校復帰が具体的な目標として射程に入ってくる。特に、小学校入学に間に合った親からは、途中入学や復学よりも周囲の理解がスムーズに進んだと思う、と聞くこともある。また、子どもにとっても、入学式に出席できる体験は大きな喜びとなる。

このように、長期にわたる入院生活の中で小児がんの治療を進めて行くということは、病棟の中で子どもの発達に応じた母子関係が絶え間なく構築され続ける必要がある。だからこそ、小児がんへの理解ある風土の中で、他の親子や医療者や支援者とともに子どもたちを育てて行く観点も必要である。そのような関わりの中で、

臨床心理士は、親の相談内容が治療理解と並行して、子どもの発達年齢に相応しいか、ということも見落としてはいけない。親の相談内容が子どもの発達からずれている場合は、その意味を考える必要がある。目の前の子どもの発達をバランスよく見られないほどの不安や心配を抱えている可能性があるからである。それは治療と必ず絡んでいるため、丁寧に聴取して解決方法を提示していく必要がある。今回は患児の年齢を基軸に相談内容を検討したため、次は治療段階別に検討をする必要がある。

#### 付 記

本稿に関する内容は2009年3月23日の発達心理学会ラウンドテーブル「発達心理学の知見が小児がん医療に貢献できること」にて発表されました。本研究に際して、ご協力くださったご家族および関係者の方々に深く御礼申し上げます。なお、本研究はNPO法人タイラー基金により助成されています。

#### 文 献

- 1) Dahlquist LM, Czyzewski DI, & Jones CL. Parents of children with cancer : A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology* 1996 ; 21 : 541-554.
- 2) Hoekstra-Weebers JEHM, Jaspersm JPC, Kamps WA, et al. Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients : A prospective longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology* 2001 ; 26 : 225-235.
- 3) Libov BG, Nevid JS, Pelcovitz JS, et al. Post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychology and Health* 2002 ; 17 : 501-511.
- 4) Kupst MJ. Long term family coping with acute lymphoblastic leukemia in childhood. La Greaca AM, Siegel IJ, Wallander JL, et al, eds, *Stress and coping in child health*. New York : Guildford Press, 1992 : 242-261.
- 5) Steele RG, Long AM, Reddy KA, et al. Changes in parental distress and child-rearing strategies across treatment for pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology* 2003 ; 28 : 447-452.
- 6) Sawyer MG, Antoniou G, Toogood I, et al. A prospective study of the psychological adjustment of parents and families of children with cancer. *Journal of Pediatric Child Health* 1993 ; 29 : 352-356.
- 7) Manne S, Miller D, Meyers P, et al. Depressive symptoms among parents of newly diagnosed children with cancer : A 6-month follow-up study. *Children's Health Care* 1996 ; 25 : 191-209.
- 8) Sloper P. Predictors of distress in parents of children with cancer : A prospective study. *Journal of Pediatric Psychology* 2000 ; 25 : 79-91.
- 9) Kazak A, Bpyer B, Brophy P, et al. Parental perception of procedure related distress and family adaptation in childhood leukemia. *Children's Health Care* 1995 ; 24 : 143-158.
- 10) Manne SL, Lesanics D, Meyers P, et al. Predictors of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology* 1995 ; 20 : 491-510.
- 11) Manne S, Schnoll R. Measuring cancer patients' psychological distress and well-being : a factor analytic assessment of the Mental Health Inventory. *Psychol Assess* 2001 ; 13 : 99-109.
- 12) Kazak AE, Barakat LP, Alderfer M, et al. Posttraumatic stress in survivors of childhood cancer and mothers : Development and validation of the Impact of Traumatic Stressors Interview Schedule (ITSIS). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2001 ; 8 : 307-323.
- 13) Lansky S, Cairns N, Clark G, et al. Childhood cancer : Non-medical costs of the illness. *Cancer* 1979 ; 43 : 403-408.
- 14) Sloper P. Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer. *Child : Care, Health and Development* 1996 ; 22 : 187-202.
- 15) Kalnins IV, Churchihill MP, & Terry GE.

Concurrent stress in families with a leukemic child. *Journal of Pediatric Psychology* 1980 ; 5 : 81-92.

#### [Summary]

To investigate how the mothers of children with cancer recognize their issues experienced during the hospitalization, the 73 issues brought up to the clinical psychologist of cancer ward are classified according to the age of the children. In conclusion, the age of 4 is a critical point to impact on the view of mothers in three reasons. First, a decision

maker has been shifted from a mother to a child. Second, a child is gradually able to understand the treatment they are going to have. Third, the goal is to enter the elementary school after treatment ends. In order to analyze the issues further, it will be necessary to consider the phases of the treatment.

---

#### [Key words]

childhood cancer, psychological intervention, mothers, 4 years old, decision-maker