

The Importance of Psychological Intervention in Childhood Inpatients : An Examination of 76 Cases

Aiko NAKAO, Eri WATANABE, Aya GOTO,
Sae SUMIMOTO, Ayako SAKAMOTO, Yukiko IHARA,
Takako FUJITA, Takahito INOUE, Shinichi HIROSE

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Fukuoka University

Abstract

[Background] Hospitalized children and their families feel severe stress, and they therefore often need psychological support. In some cases, psychological intervention by a clinical psychologist is required. We retrospectively examined the characteristics of these cases based on a review of medical records, such as the psychological attributes of each case, the diagnosis, and the main reason why psychologist intervention was required.

[Patients and Methods] Our study surveyed the medical reports of 76 children ranging from 1 to 16 years of age who needed specialized psychological intervention during hospitalization at Fukuoka University Hospital from April 2012 to March 2016.

[Results] There was a gender difference in the need for such intervention. Namely, there were more boys among infants, and more girls of both elementary school age and junior high school age. Moreover, psychological intervention was required for a wide range of diseases as well as for cases admitted due to suspected mental and behavioral disorders. The reasons for psychological intervention are a suspicion of mental problems (63 cases ; 83%), support for parents (8 cases ; 11%), support for children with chronic diseases (5 cases ; 7%). In addition, at the beginning of hospitalization no psychological problems were observed, however, eight cases (11%) did demonstrate the presence of psychological problems based on behavioral observations of during the patients' hospitalization, and 4 out of those 8 cases were school children.

[Discussion] Some children's need for psychological intervention may be evident only after hospitalization. Accordingly, it is necessary to actively consider psychological intervention and support such children and their families when there are signs that suggest psychological problems regardless of the diagnosis at admission. After discharge, it is also important to continue psychological intervention and support the children and their families with multi-professional teams while collaborating closely with the community.

Key words : Psychological intervention, Team medical care, Clinical psychologist, Regional cooperation

小児入院患者における心理的介入の重要性：76症例の検討

中尾あい子 渡邊 恵里 後藤 彩
住本 左絵 坂本 彩子 井原由紀子
藤田 貴子 井上 貴仁 廣瀬 伸一

福岡大学医学部小児科

要旨：【目的】入院治療を受ける小児とその家族は多大なストレスを受けており、心理的支援は必須であるが、その中には臨床心理士による心理的介入を必要とするケースがある。それらの症例の特性について属性や診断、心理士介入を要した理由などを診療録から後方視的に検討した。

【対象】2012年4月から2016年3月の4年間で心理士介入を必要とした1～16歳の76症例。

【結果】1～6歳までの幼児では男児が多く、小学生以上は女児が多く、性差がみられた。また、精神および行動の障害を疑われて入院した症例だけではなく、血液・腫瘍性疾患や内分泌疾患、腎・泌尿器系疾患など様々な分野の疾患で心理士介入を要した。心理士介入の理由は、精神的な問題の存在を疑われた症例が63例（83%）、両親のサポート8例（11%）、慢性疾患の児へのサポート5例（7%）であった。その中で入院当初は心理的問題に気付かれていなかったが、入院生活の行動観察により初めて心理的問題の存在が明らかとなった症例が8例（11%）あり、8例中4例が就学後の症例であった。

【考察】入院後に初めて心理的な問題の存在に気付かれた症例があり、入院時診断に関わらず心理的な問題をうかがわせる徴候があった際は、積極的にその評価および心理士介入について検討し支援を行う必要がある。退院後も心理支援の継続は必要であり、地域と連携しながら多職種チームで児と家族を支援していくことが重要である。

キーワード：心理士介入，チーム医療，臨床心理士，地域連携

はじめに

小児の入院治療においては、当該疾患による身体的・心理的負荷だけではなく、日常生活の場が病院になるという環境の変化や、家族との分離、何をされるかわからないという不安、検査や治療の痛みや恐怖などが児の発達や行動、情緒に影響を及ぼし得る。その影響が成人するまで持続する可能性もあり¹⁾²⁾、心理的支援が重要となる。また、小児の特徴として、心身ともに発達段階にあり、心理面での困難さを言語化することが難しい、家族など周囲からの影響を受けやすいといった面があり³⁾、これらの理由から、心理的な問題が身体症状として出現したり、精神・心理的要因により身体的疾患に対する治療が妨げられたりすることもある。このような背景から臨床心理士による介入が必要とされるケースが少なくない。

しかし日本では2014年の独立行政法人国立病院機構を対象とした日本臨床心理士会による調査では、調査対象病院のうち小児科に臨床心理士がいる機関は全体の1/3にも達していないという結果で、臨床心理士による介

入が十分に行われているとは言い難い⁴⁾。

当科の状況についてであるが、現在入院患者数は年間1,500–2,000名前後、ベッド数は小児科病棟63床、NICU 15床、GCU 24床であり、医師・看護師、コメディカルスタッフの他、臨床心理士3名、チャイルド・ライフ・スペシャリスト（Child Life Specialist：CLS）1名、病棟保育士2名が常勤している。臨床心理士はCLS・病棟保育士とともに連携を積極的に行いながらチームとして入院治療を受ける児とその家族のメンタルヘルスの問題に取り組んでいる。その上で主治医が必要と判断した症例に対して心理士介入を行っている他、NICUのハイリスク新生児症例に対して、入院中から退院に向けて家族の心のケアを行っている。心理士介入の内容としては発達検査、心理検査、家族や本人に対しての心理面接などが含まれ、その結果をチームで共有し、診断、治療方針の決定や児や家族に対する関わり方、環境調整や学校との連携につなげている。臨床心理士以外のスタッフによる心理的介入として、CLSは治療的遊び、プレパレーション、ディストラクション、きょうだい支援などを行い、病棟保育士は日常を保つための遊びの提供を行っている。こうした心理的支援を行うことで、治療を受ける

児およびその家族のストレスの軽減や、医療環境下における子どもの生活と成長発達を守ることを目指している⁵⁾⁶⁾。このような環境下で心理士介入が必要とされた症例の特性について検討し、どのような場合に重点的な心理士介入、心理的支援が必要となるか、その特徴をとらえることを目的として本検討を行った。

方 法

対象は当科に入院した児のうち、2012年4月から2016年3月の4年間で心理士介入を必要とした1～16歳の76症例である。これらの症例について属性、原疾患、心理的背景の検討を行い判明した精神医学的な診断名、心理士介入の理由、心理士介入後の経過について検討した。当初から虐待と診断された例、血液・腫瘍性疾患および脳炎・脳症治療後の神経学的後遺症評価目的での介入例、NICU退院後の健診目的での症例は除いた。原疾患については国際疾病分類（ICD-10）を使用し、精神医学的診断についての疾患分類は精神障害の診断と統計マニュアル（DSM-V）⁷⁾を使用した。また、DSM-V発刊前の症例については、診療録からの情報を再検討した上で再診断した。診断については筆者と外来で発達障害や心身症を担当する小児神経科医2名以上が行った。

結 果

対象症例の属性を図1に示した。76名のうち 女児は

40名（53%）、男児は36名（47%）であった。23名（30%）が乳幼児、35名（46%）が小学生、18名（24%）が中学生であった。幼児では男児が多く、小・中学生は女児が多いという結果となった。

入院の契機となった症状に対しての最終的な診断、すなわち原疾患は「精神および行動の障害」39例（43%）、「神経系の疾患」16例（29%）が多く、「新生物」「血液及び血管系の疾患並びに免疫機構の障害」が7例（9%）、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が4例（5%）、「腎尿路生殖器官系の疾患」が3例（4%）、その他の疾患が7例（9%）であった（図2）。

心理的背景の検討では、精神疾患の診断がつかない症例が15例（20%）で、その他の症例では何らかの心理的な問題を有していた。精神医学的な診断では単独疾患で知的発達症が17例（22%）と最も多く、次いで身体症状症が9例（12%）、自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder：ASD）が7例（9%）、コミュニケーション症、回避・制限性食物摂取症（Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder：ARFID）が各3例、神経性無食欲症、不安症が各2例、チック症、発達性強調運動障害、遺尿症が1例ずつであった。ASD、知的発達症、コミュニケーション症など他の精神疾患を合併している症例も複数例あり、単独疾患と合併疾患の合計ではASD関連が19例（25%）と最も多く、次いで知的発達症関連17例（22%）、身体症状症関連9例（12%）、コミュニケーション症関連5例（7%）、不安症関連とARFIDが3例ずつ、神経無食欲症2例、チック症、発達協調運動障害、

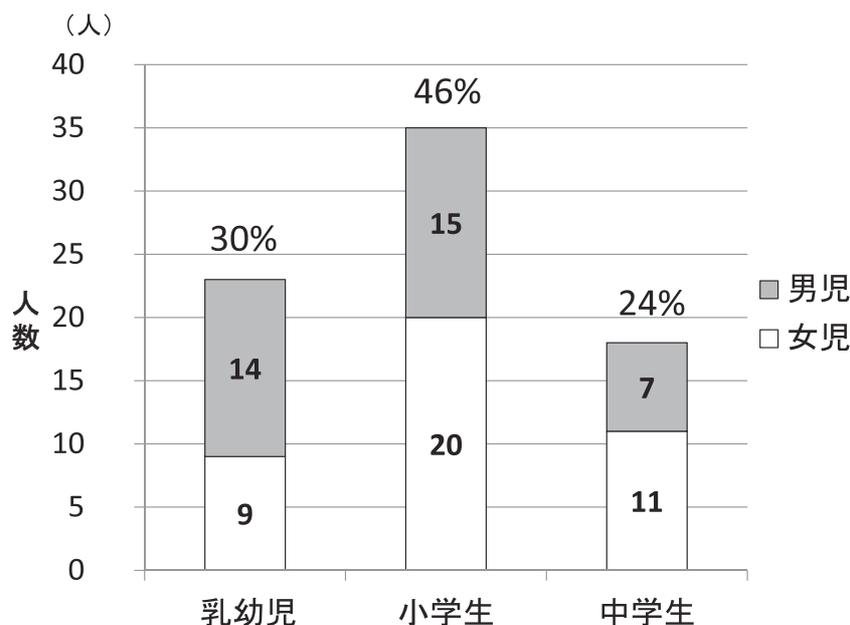


図1 対象症例の属性
76名のうち 女児は40名（53%）、男児は36名（47%）であった。乳幼児が23名（30%）、小学生が35名（46%）、中学生が18名（24%）であった。幼児では男児が多く、小・中学生は女児が多いという結果となった。

遺尿症が1例ずつであった。カテゴリー別では神経発達症群が最も多かった（表1）。

心理士介入の理由としては、精神的な問題を疑われた例が63例（83%）と最も多く、次いで両親への精神的なサポート目的の介入が8例（10%）、血液・腫瘍疾患や神経疾患、腎疾患などの慢性疾患の児への精神的サポート目的の介入が5例（7%）であった（図3）。

また、精神的な問題を疑われた例のうち、入院前に心理的問題に気付かれなかった症例が8例（11%）あり、8名中4名が就学後の児であった。

入院前に心理的問題に気付かれなかった8症例について表2に示し、その中で典型的であった症例の詳細を示す。

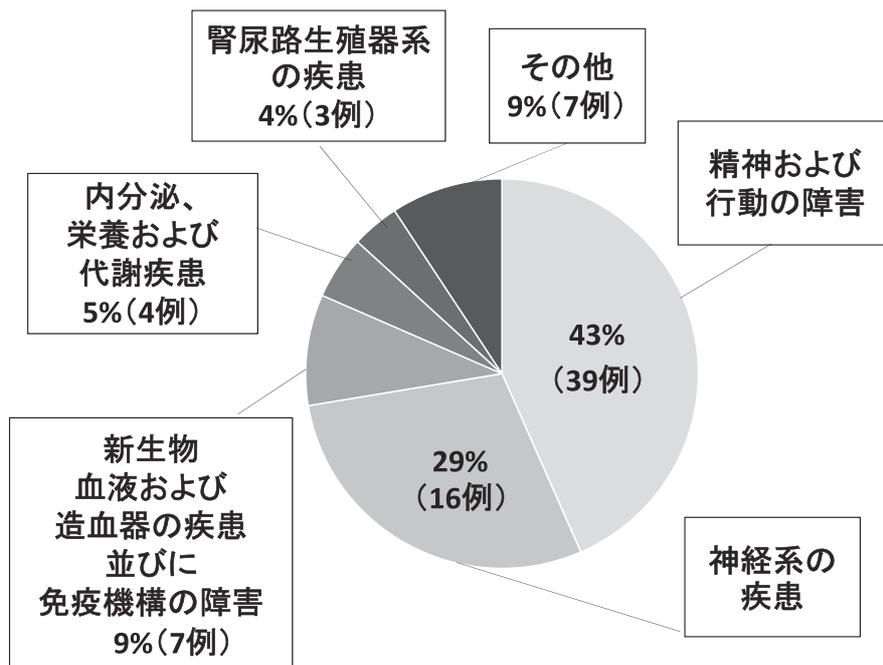


図2 原疾患の内訳
入院の契機となった症状に対しての最終的な診断，すなわち原疾患は「精神および行動の障害」39例（43%）、「神経系の疾患」16例（29%）が多く、「新生物」「血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」が7例（9%）、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が4例（5%）、「腎尿路生殖器系の疾患」が3例（4%）、その他の疾患が7例（9%）であった。

表1 精神疾患の診断（DSM-Vにより分類）

カテゴリー	疾患名	単独	併存	合計
神経発達症群	知的発達症	17	0	17
	自閉スペクトラム症	7	12	19
	コミュニケーション症	3	2	5
	チック症	1	0	1
	発達性協調運動障害	1	0	1
身体症状症および関連症群	身体症状症	9	0	9
食行動障害および摂食障害群	回避・制限性食物摂取症	3	0	3
	神経性無食欲症	2	0	2
排泄症群	遺尿症	1	0	1
不安症群	不安症	2	1	3

※1 単位は人
 ※2 併存疾患内訳：ASD+注意欠如多動症（Attention Deficit Hyperactivity Disorder：ADHD）2例，ASD+知的発達症 2例，ASD+睡眠・覚醒障害 1例，ASD+遺糞症 1例，ASD+チック症 1例，ASD+神経性無食欲症 1例，ASD+身体症状症 1例，ASD+ARFID 1例，ASD+身体症状症+ADHD 1例，ASD+身体症状症+ARFID 1例，コミュニケーション症+ADHD 1例，コミュニケーション症+反応性愛着障害+双極性障害 1例，不安症+身体症状症 1例

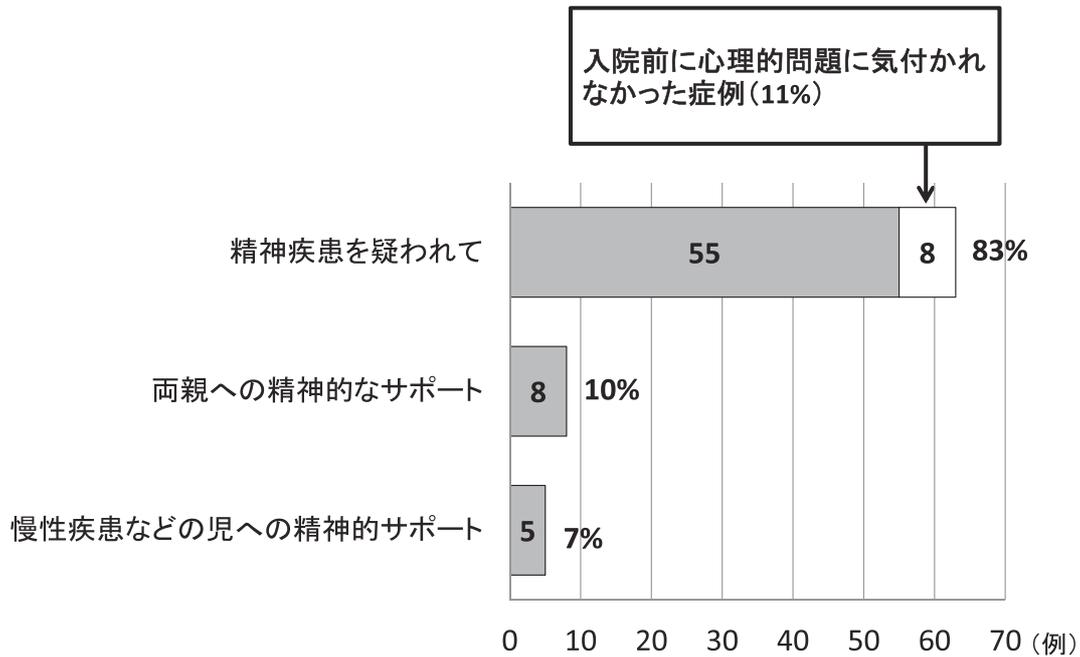


図3 心理士介入を行った理由

心理士介入の理由としては、精神的な問題を疑われた例が63例（83％）と最も多く、次いで両親への精神的なサポート目的の介入が8例（10％）、血液・腫瘍疾患や神経疾患、腎疾患などの慢性疾患の児への精神的サポート目的の介入が5例（7％）であった。

表2 入院前に心理的問題に気付かれなかった症例

症例	年齢	性別	疾患	介入のきっかけ	精神医学的診断	退院後の状況
①	1歳	F	低身長	経口摂取を嫌がる	自閉スペクトラム症	療育センター紹介
②	4歳	M	腎盂腎炎	落ち着きのなさ、視線が合わない、母が接し方に困難さを抱く	自閉スペクトラム症	外来でフォローアップ
③	5歳	M	眼底吹き抜け骨折	突然大声を出す、家族が関わり方に困難さを抱く	コミュニケーション症、注意欠如・多動症	外来でフォローアップしたが暴れるなど問題行動が著明になり児童精神科紹介
④	5歳	M	ロタウイルス性腸炎	指示が通らない、応答の幼さ	知的発達症	就学後に学校と連携したが自己中断
⑤	9歳	F	急性胃腸炎	場面緘黙、行動の異常、身体症状の否定	知的発達症	学校と連携、場面緘黙改善
⑥	11歳	F	気管支喘息、夜尿症	喘息教育が進まない	知的発達症	学校と連携、環境調整を行った
⑦	11歳	M	前頭葉てんかん	行動の幼さ、他人との距離が掴めていない	知的発達症	学校と連携、環境調整を行った
⑧	14歳	M	2型糖尿病、肥満症	こだわりの強さ	自閉スペクトラム症	不登校歴もあったが高校進学

症 例 ③

5歳男児

原疾患：眼底吹き抜け骨折

病歴と経過：1歳半よりかんしゃくがあり、関わり方の困難さを母が感じていた。近医や健診で相談していたが、発達の問題は指摘されなかった。5歳時に他科に入院した際、落ち着きがないこと、指示が通らないことについてスタッフから当科受診を勧められて受診し、入院中から児と母に対し心理面接を中心とした心理士介入を行った。コミュニケーション症とADHDとの診断で、ADHDに対する投薬治療を開始した。療育センターとの連携も取りながら治療を継続し、当初より落ち着きが見られるようになってきていたが、転居を期に、予測できないことや不安を感じることに遭遇すると泣き叫んで暴れるなど、問題行動が顕著になり、小学校へ入学後、児童精神科のクリニックへ紹介した。

症 例 ⑤

9歳女児

原疾患：急性胃腸炎、脱水症、腎前性腎不全

病歴と経過：元々算数が非常に苦手で2桁の引き算、割算が出来ないというエピソードがあり、小学校1年生時に近医で発達の遅れの可能性を指摘されていたが、精査されていなかった。9歳時に嘔吐、経口摂取不良のため当科へ入院したが、児との言語による意思疎通が困難であり、スタッフの問いかけに頷く、首を振るなどの反応しか示さないなどコミュニケーションの困難さがみられた。母への聴取で学校での学習の遅れもあったことが判明したため、児童向けウェクスラー式知能検査(Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition：WISC-IV)、こどもの行動チェックリストなどの発達および心理検査を含めた心理士介入を行った。その結果、場面緘黙、知的発達症と診断し、心理士による遊戯療法を開始した。退院後の外来でも母子ともに心理面でのフォローアップを継続するとともに、学校とのカンファレンスを行い、環境調整を行った。その結果、家族が当初抵抗を示していた支援学級への移籍を希望するようになるなど、児のストレス改善に対し積極的になり、場面緘黙が改善した。

症 例 ⑥

11歳女児

原疾患：気管支喘息、夜尿症

病歴と経過：気管支喘息発作で当科へ入院した。気管支喘息への治療・検査に対し、質問しても適切な返答が得られない、喘息教育を開始したが内容が理解できない、検査の際の指示が通らないなど、知的能力の問題が疑われ、WISC-IVなどの発達検査や心理面接など心理士介入を行った。発達検査の結果、知的発達症と判明し、退院後も外来での気管支喘息へのフォローアップとともに心理面でのフォローアップも継続とした。学校へ発達検査結果などの情報提供を行い、環境調整を行った。

また、今回検討した症例の中には、児の身体症状について精査していくうちに、親・家族の問題が児の症状に影響を与えていたと判明したケースがあった。詳細を示す。

症 例 A

3歳6か月 女児

原疾患：遺尿症

病歴と経過：3歳2か月時に辺縁系脳症に罹患し、当科に入院した。退院後より頻回の尿失禁があり、母が脳症による後遺症を強く心配し、精査目的で当科へ入院した。器質的異常はなく、保育園でのストレスなどからの心理的因子による遺尿と判断された。母の不安が強いことから、母子ともに入院中から心理士介入を行い、母の不安の高さも児の心理状態と身体症状に影響を与えていると考えられたため、母に心療内科受診を勧めた。退院後もフォローアップを行い、児の遺尿は改善した。

心理士介入後の経過は、精神医学的な症状が改善した例が38例(50%)、改善までは至らなかったが専門治療機関(精神科・心療内科、療育機関、児童相談所)への紹介という形で児の精神医学的な問題の解決に向けての行動へつなげることが出来た症例が21例(28%)、転居、検査のみで終了した例が14例(18%)、フォローアップ中にドロップアウトした例が3例(4%)であった(図4)。ドロップアウトに至った理由はいずれも不明であったが、児の体調不良や母の入院で外来受診が続けてキャンセルとなり、以降受診がなかった、運動発達遅滞の精査のため入院したが退院後の初回受診に来院しなかった、ASDが疑われ学校からの聞き取りなども含めてフォローアップしていたが突然受診しなくなったという経緯があった。また3例中2例が単親家庭であった。

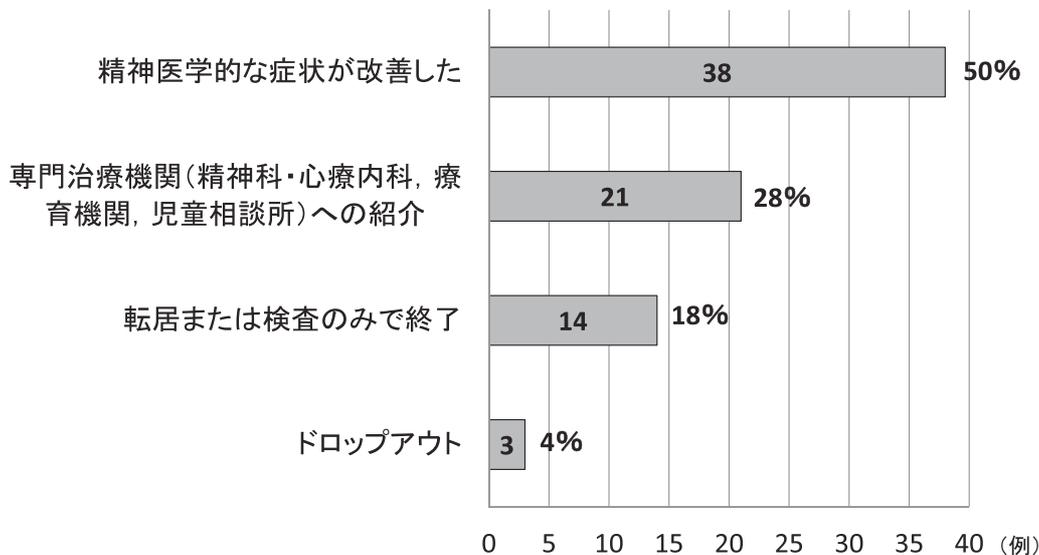


図4 心理士介入後の経過

心理士介入後の経過は、精神医学的な症状が改善した例が38例（50%）、改善までは至らなかったが専門治療機関（精神科・心療内科，療育機関，児童相談所）への紹介という形で児の精神医学的な問題の解決に向けての行動へつなげることが出来た症例が21例（28%）、転居，検査のみで終了した例が14例（18%）、フォローアップ中にドロップアウトした例が3例（4%）であった。

考 察

今回の検討における心理士介入を要した症例の特徴として、幼児では男児が多く、小・中学生は女児が多いという結果となった。心理士介入の対象となった患児の初診時の年齢や性差は、乳幼児期では男児が多く、思春期は女児が多くなっているとの報告³⁾があり、我々の検討でも同様の結果がみられた。

原疾患としては、精神および行動の障害、神経系の疾患が大半であったが、必ずしも最初から精神および行動の障害を疑われて入院した症例だけではなく、血液・腫瘍疾患や内分泌疾患、腎・泌尿器系の疾患と様々な分野の疾患で心理士介入を要していたということが明らかになった。すなわち、疾患にかかわらず、心理的評価や心理士介入が必要であるといえる。

入院治療によるストレスは患児本人だけではなく、家族にも大きな影響を与えており、家族への心理的支援が重要であることは、多くの報告で指摘されている¹⁾³⁾⁹⁾。特に慢性疾患や悪性疾患をもつ児の親や家族は、児の疾患の予後や経過に対する不安、経済的な問題、罪悪感や自責の念、心身の疲労などで様々な心理的問題を抱えており、親や家族が精神疾患や不安定さを呈し、児の身体症状につながることもあるため、家族への心理的援助がより重要になってくる³⁾¹⁰⁾。本検討でも慢性疾患の児および両親への精神的サポートを目的とした心理士介入が計13例（17%）あり、精神的な問題を疑われたという理由に次いで多かった。

また、田中らが指摘するように、児の身体症状が改善しない、あるいは悪化するという背景に、家族関係や親子関係の問題が隠れている場合がある³⁾。親や家族の精神的・心理的問題が気付かれず、子の身体症状として出現して初めて親・家族の問題が判明するというケースは当科でもしばしば経験され、今回の検討でも症例Aのようなケースがあった。これらを踏まえると、多職種の専門的視点を連携させた専門多職種チームとして、児を含めた家族をひとつの単位として支援すること¹⁾が重要であり、場合によっては家族の抱える心理的・社会的問題に対する支援として、家族の心療内科や精神科の受診を勧めるなど、より踏み込んだ対応をとる必要があると考えられる。

今回の検討では、入院前までは心理的問題を指摘されておらず、入院後に初めて心理的問題の存在に気付かれた症例が8例あり、全体でみると9%と決して少ない割合でみられた。全例とも神経発達症であり、そのうち4名は就学後の児であった。原疾患は様々であり、急性疾患で入院した例が多かった。心理的問題の発見が遅れたことについては、家族の困り感がない、または家族にも心理的問題があり児の問題に気付けない、児に困り感があっても表出が困難である、などの原因が考えられた。また、症例③のように家族が児との関わりでの困難さを感じて医療機関へ相談していた、あるいは症例⑤のように医療機関で発達の問題を疑われていた経緯があっても、積極的な介入へつながっていなかったケースもみられた。

鶴丸らは入院による環境変化や侵襲性の高い検査・処

置など心理的負担が大きい環境下におかれることで、発達の課題が顕在化しやすい可能性や、長期入院による社会的体験の少なさが発達特性をより強めるなどの可能性があること、また入院医療では院内学級や保育の場面で常に複数の視点で行動観察できることから、児の発達特性が判明することがある¹⁰⁾、と指摘しており、当科の8症例でも、症例⑤や⑥のように他児やスタッフとの接し方や検査・治療に対する反応などの入院生活の行動について、多職種のスタッフが一定期間観察したことにより、初めて心理的問題が判明した症例がみられた。また、症例③は他科での入院ではあるが、母が児との関わり方について困難を感じていることをスタッフに相談したことから心理士介入につながっており、入院を契機として母子の心理的援助が可能となったケースである。

表1に示すように背景にある精神疾患の診断としてはASD、知的発達症をはじめとする神経発達症群のカテゴリーに属する疾患の割合が多くみられた。これは鶴丸らも指摘するように発達特性により環境変化に対応することが難しく入院生活で混乱が生じてくる¹⁰⁾ことが多いと考えられた。急性疾患などで入院した場合にも、コミュニケーションの困難さがある、行動や治療の経過に違和感がある、児の養育について家族が困り感や不安を持っているなど心理的な問題をうかがわせる徴候があった際は、入院治療を通して積極的な心理的介入を行う契機となる。

児と家族への心理的支援・介入は入院中だけではなく、退院後のフォローアップまで連続的に行っていく必要がある。具体的には入院治療や疾病についての心理的ストレスのチェックとそのケア、家庭や保育園・幼稚園・学校などの環境調整、親子・家族関係が良好に維持されるためのアドバイスなどが挙げられる。例えば、症例⑤では入院中だけではなく、外来でも親と子両者への心理士介入の継続や環境調整を行うことで、心理的症狀が改善したという経過がみられた。このように退院後も連続した支援を行うことで児の症状の改善につながると考えられる。

一方フォローアップの途中でドロップアウトした症例もあった。直接の原因は不明であったが、家族が治療や心理的支援の重要性を理解出来ず、通院に結びつかなかった可能性が考えられる他、ドロップアウトした3例中2例が単親家族であり、通院困難を抱えていた可能性も考えられるのではないかと推測される。

通院を継続するには、家族にとって大きな時間的・経済的負担となり得る。退院後の支援においては医療機関だけでなく、社会的な面からの支援も必要であり、様々な医療福祉制度やサービスについての情報提供、虐待が疑われる場合の対応など行政機関との連携が重要になる。また、それぞれのケースに適した支援を行うため

には、児の日常生活の様子を知る必要があり、介入のフィードバックを行うためにも教育施設との連携は必須である。当科でも地域の医療機関や学校、市町村、児童相談所などとのカンファレンスの開催や情報の共有などの地域連携を進めている。

なお、当院の症例では見られなかったが、鶴丸らは児が心理的問題を擁していることを家族に告げることで家族の否定的な感情を惹起する可能性、児の心理的問題を家族が容認出来ないままドロップアウトにつながる危険性を指摘している¹⁰⁾。このような場合、すぐに心理的問題について告げるのではなく、児・家族との信頼関係を築きながら、家族の精神状態への配慮をし、時間をかけて心理士介入を行う必要性がある。

小児医療における心理的介入として重要なことは、①患児および家族が心理的介入を必要としていることへの気付き、②必要な医療および福祉支援の見立て、③医療、教育、行政機関との連携である。今回の検討で、小児医療では原疾患に関わらず心理的介入・支援を必要とするケースが少なくないことが明らかとなった事からも、小児医療の従事者は①の気付きを高める努力を求められている。厚生労働省が設置した「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会」では、子どもの心の診療医をその専門性のレベルから「※1 一般の小児科医・精神科医、※2 子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医、※3 子どもの心の診療に専門的に携わる医師」の3種類に分類し、それぞれの立場に準じた教育および研修を行っている¹¹⁾。患児とその家族に最初に対峙する小児科医には、こうした教育、研修を通して気付きの目を養い、適切な見立てを行い、各機関との連携を行う事が必要とされている。

今回の本研究の限界として1施設の症例であり、さらに短期間であることから症例数が少ないことが挙げられる。今後新たな症例の蓄積とさらに過去の症例を加えて症例数を増やし、検討を行う必要がある。

結 語

心理士介入が必要とされた入院症例の特性について検討した結果、入院後に心理的な問題が初めて判明した例が少なからず存在することが明らかになった。原疾患に関わらず心理的な問題を考慮する際は、積極的な介入が必要である。入院下での多職種チームによる児と家族の支援は心理的な問題を明らかにし、心理士介入に大きな役割を果たした。学校、市町村、児童相談所など各種機関や地域の医療機関、精神科・心療内科ともに連携し、心理的支援・介入を退院後も継続していくことが重要である。

参 考 文 献

- 1) 小山田美香, 沢石由記夫, 高橋勉. 大学病院小児科病棟における発達支援型小児入院治療. 日本小児科学会雑誌 2012; 116: 1748-1753.
- 2) 田中恭子. 医療における子どもの権利～ライフステージに沿った子ども療養支援～. 小児保健研究 2015; 74: 36-41.
- 3) 田中恭子, 永田雅子, 辻井弘美, 他. 小児医療におけるコンサルテーション・リエゾンの重要性と課題. 日本小児科学会雑誌 2018; 122: P1669-1676.
- 4) 日本臨床心理士会: <https://www.jsccp.jp/>
- 5) チャイルド・ライフ・スペシャリスト協会: <http://childlifeprofessional.jp/>
- 6) 田中恭子, 南風原明子, 今紀子, 他. 小児の療養環境における遊び・プレパレーション・その専門家の導入についての検討. 小児保健研究 2007; 66: 61-67.
- 7) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5. Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 2013.
- 8) 東山ふき子, 館野昭彦. 大学病院小児科における心理士介入の多様性について. 小児保健研究 2006; 65: 62-66.
- 9) Stephanie K. Doupnik, Douglas Hill, Deepak Palakshappa, et al. Parent Coping Support Interventions During Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis. Pediatrics. 2017; 140: pii: e20164171.
- 10) 鶴丸 靖子, 岡田 あゆみ, 藤井 智香子, 他. 小児科病棟に長期入院した悪性疾患患者への発達支援 日本小児科学会雑誌 2018; 122: 1553-1562.
- 11) 厚生労働省「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会」報告書 <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0330-13.html>
(令和 2. 4. 10受付, 令和 2. 5. 20受理)
「本論文内容に関する開示すべき著者の利益相反状態: なし」