

心身症患者の入院中のQOLと治療・養育・教育機能の連携

(分担研究：慢性疾患児の効果的な支援方策に関する研究)

渡辺久子

要約：重度の家族機能不全と心理社会的ストレスにより心身症を呈して長期入院治療を受ける児童には、狭義の医療的ケアに緊密に連携するものとして、心の葛藤をほぐしバランスのとれた人格に育て直すための、養育的、教育的機能が必要である。心身症児の全人的なケアを小児科病棟が実践するために、現状の見直しと改善を試みた。急性期の身体ケアに心の育てなおしの機能を融合すること、回復期の病棟生活に再養育的なふれあいを強化すること、退院期にスムーズな学校復帰ができるよう、医師が教育者に積極的に働きかけることによるQOLの改善を試み、その成果を検討した。

見出し語 心身症の入院治療、医療・養育・教育機能の調和的連携、全人的な発達保障

研究目的：重度の家族機能不全や工業化社会のストレス下で、心身症を呈し入院治療を受ける児童への全人的ケアには、狭義の医療に加え、心を健全に育て直すための多元的な養育・教育的機能が同時に必要である。入院治療環境は①児童と主治医・担当看護婦の治療関係（マイクロ環境）と②病棟社会生活（ミニ環境）からなり③家庭、学校とつながった地域社会（マクロ環境）の中に位置づけられる（図1）長期入院治療をうける各児童のQOLは、このマイクロ、ミニ、マクロ環境それぞれと全体がどのように児童にとり安心できる発達促進的な場として機能しているかが必要である。すなわち①主治医・担当看護婦との治療関係におけるQOL（ミク

ロレベルのケア＝以下マイクロケアと呼ぶ）、②病棟集団生活体験のQOL（ミニレベルケアのQOL＝ミニケアと呼ぶ）と③家庭・地域社会復帰期のQOL（マクロレベルケアのQOL＝マクロケア）の充実と相互の有機的連携が大切である。そこで入院治療のマイクロケア、ミニケア、マクロケアの現状を見直し、心身症患者の入院生活のQOLの改善をはかるため、各レベルのケアについて以下の点について研究した。

1. マイクロケア：患児と治療者関係に、心の育てなおし機能をもたせる。
2. ミニケア：病棟生活に家庭的ふれあいの場を作る。
3. マクロケア：長期欠席による進学・進級問

慶応義塾大学小児科学教室

Department of Pediatrics, Keio University Medical

School

級問題が児童に不利にならぬよう学校に働きかける。

研究方法：1993年8月以降、慶應病院小児科病棟に2月以上入院した心身症の学童40名の50%を占める神経性食欲不振症児童20名を対象に以下の点を調査する。

1. [ミクロケア]: 患児の症状や心理的葛藤の根本的な解決のために、入院治療の基本単位である主治医と担当看護婦との治療関係が心の育て直し機能をもつよう編成されているかを検討する。そのため20名の症例における治療的ケアの内容を吟味する。小児精神科医、小児科医、看護スタッフ合同の定期的病棟カンファレンス(毎週水曜日)と、症例研究会(看護婦と医師の合同検討会5回、病棟指導医グループによる病棟運営と病棟集団力動の検討会1回)で検討し、その成果を神経性食欲不振症の入院治療ガイドラインにまとめる。

2. [ミニケア]: 病棟生活に健全な家庭的ふれあいの場を作るため、心理臨床家によるボランティアを要請する。過去2年間神経性食欲不振症児童を中心に手芸教室を開いた経験をもとに、育児経験豊かな心理臨床家6名による、絵本の読み聞かせと創作遊びを週2回(火曜、木曜、午前2時間)実施。その成果を入院カルテ、病棟日誌、活動記録、スタッフとボランティアの連絡会で検討する。

3. [マクロケア]: 長期欠席のため、進級、進学上の問題が生じる児童について、医師が学校関係者と積極的に話し合い、治療への協力と、児童の全人的発達に必要な教育的配慮を要請する。

4. [全人的ケアについて]以上の試みのベースとなる児童の全人的発達保障の認識を深めるため、国際的臨床家を講師とする病棟スタッフの

勉強会を2回行う。

結果:1.[ミクロケア]: 病棟スタッフは神経性食欲不振症の身体ケアに内在する心の育て直し機能を研究した。毎日の診察、食事介助、清拭などを通して、主治医・担当看護婦と患児の間に親密な信頼関係が培われ。患児は安心してありのままの不安、不満や甘えを表出し、治療者に受けとめてもらった。

これは患児が幼児期から親に求めてえられなかった関係であり、心の再養育体験になった。この治療アプローチを整理し(表1)、論文にまとめた(文献2-6)。

2. [ミニケア]: 1996年4月から1997年2月の期間、プレイルームを使用して、遊びと絵本の読み聞かせの活動が計90回、180時間実施された。幼児を中心に総数465名、毎回平均5.2名が参加した。神経性食欲不振症児20名中10名がこの活動に参加し、病棟スタッフや親との関係とは異なる、なごやかで自由な、家庭的ふれあいを体験した。幼児期からほっとする一家団欒に恵まれず、暗く緊張した母親を見て育った患児にとり、安定した母親像を取り入れ直したり、自然な育児や幼児の遊びにふれる機会になった。20名中15名の患児が、ボランティア活動を楽しいと評価し、さらに6名は、退院後、病棟の大人の輪の明るさに驚き、両親の暗さに気づいたと語った。一方、ボランティア自身、心身症児童とのふれあいにより、保健所などでの心理相談活動の視点が深まり広がったと報告した。

3. [マクロケア]: 神経性食欲不振症の患者20名は全員、未熟な対人関係と長期欠席による学力の遅れの、二重の困難を抱えていた。全員の発症要因に、何らかの学校適応上の問題(過

適応・不適応・いじめ)や過激な受験勉強・運動があり、学校と勉強に対する緊張と不安が高かった。回復期に登校練習を開始すると、友人関係の緊張や、学力の遅れへの焦りから、容易に状態が悪化しがちであった。

学校復帰をめぐり表2のような問題が生じた。20名中4名(20%、回復初期の3名症例6、17、18と対人関係障害で退院後自宅療養中の1名：症例8)は学校復帰していない。12名(60%症例2、4、5、7、9、10、11、12、13、14、19、20)は回復期後期に、病院から登校練習を始めた。6名(30%症例11、12、13、14、16、20)は入院中に高校や大学受験が重なった。6名(30%症例5、8、9、13、19、20)は長期欠席のため進級問題が生じた。学校復帰について学校関係者と話し合った(表2、3)。

学校復帰の問題は、患児の学校が小学校、中学校、高校か、公立か私立かで明らかな差があった。公立小学生4名(症例1-4)は全員、親が学校に病状を説明しスムーズに学校に復帰した。公立小学生2名(症例2、4)が入院中に公立中学に進んだ際も、親の学校への病状報告で十分であった。国公立中学の生徒8名(40%)では、長期欠席は進級の障害にならなかった。受験直前に入院し、免疫力低下を伴う重度の衰弱状態のために受験できなかった児童(症例16)は中学浪人になった。担任と養護教諭が早く受診させなかったことを反省し、退院後本児の志望校に一年遅れで入学できるように努力した。私立中学では長期欠席が問題になった。進級不可の通告状が家庭に郵送され、親子が不安に陥るケースが(症例13、20)あり、医師が学校に治療への協力と教育的配慮を要請した。心身症児を高校進学させない方針を表明した私立中学(症例13)に対し、治療教育的見地からの子どもへの心理

的悪影響について訴え、6ヶ月にわたり話し合いを重ねた。最終的に校長判断でその児童は在籍と進級が認められた。その過程で担任が病気への認識を深め、同僚によびかけ本症の早期発見、予防活動を広めた。

4. [マイクロ・ミニ・マクロケアの連携と全人的ケア]小児科スタッフは米国 Whittier 大学ソーシャルワーク専門 A. Mass 教授と、フィンランド Tampere 大学小児精神医学専門 T.Tamminen 教授による勉強会を行い、一人一人の子どもの幸せを保障する発達援助のありかたについて認識を深めた。

考察：社会の工業化と教育における競争主義が、家庭、学校、地域社会の養育、教育機能の低下をますます進行させている現在、病院は児童の人権の擁護者としての役割が一層増加している。長期入院を余儀なくされる慢性心身症児に対し、医師が率先してマイクロケア、ミニケア、マクロケアの調和的連携を実践することにより、患者の全人的な発達援助を可能にし、入院治療による二次障害を防ぐことができると考える。このような試みにより大人各自が児童への責任と役割を再認識することは、心身症患児以外の入院児童や、病院外の児童への取り組みにも、よい影響を及ぼすと考えられた。

文献：1. 渡部久子：心身症患者の入院中のQOLと教育の現状と改善策について 平成7年度厚生省心身障害研究〔小児の心身障害・疾患の予防と治療に関する研究〕平成7年度研究報告書1996年

2. 上牧務他：私はこうして治療している—小児科医の立場から 小児科診療 Vol.59 1273-1277 1996年

3. 福島裕之他：摂食障害とチーム医療 小児

看護 Vol 20 No1 81-86 1996 年

4. 山本美穂他：神経性食欲不振症児の看護過程の展開と看護婦の役割 小児看護 Vol 20 9-24
1996 年

5. 渡辺久子：摂食障害の要因と早期発見・治療 小児看護 Vol 20 46-53 1997 年

6. 渡辺久子：神経性食欲不振症 小児科診療 Vol 59 1249-1256 1996 年

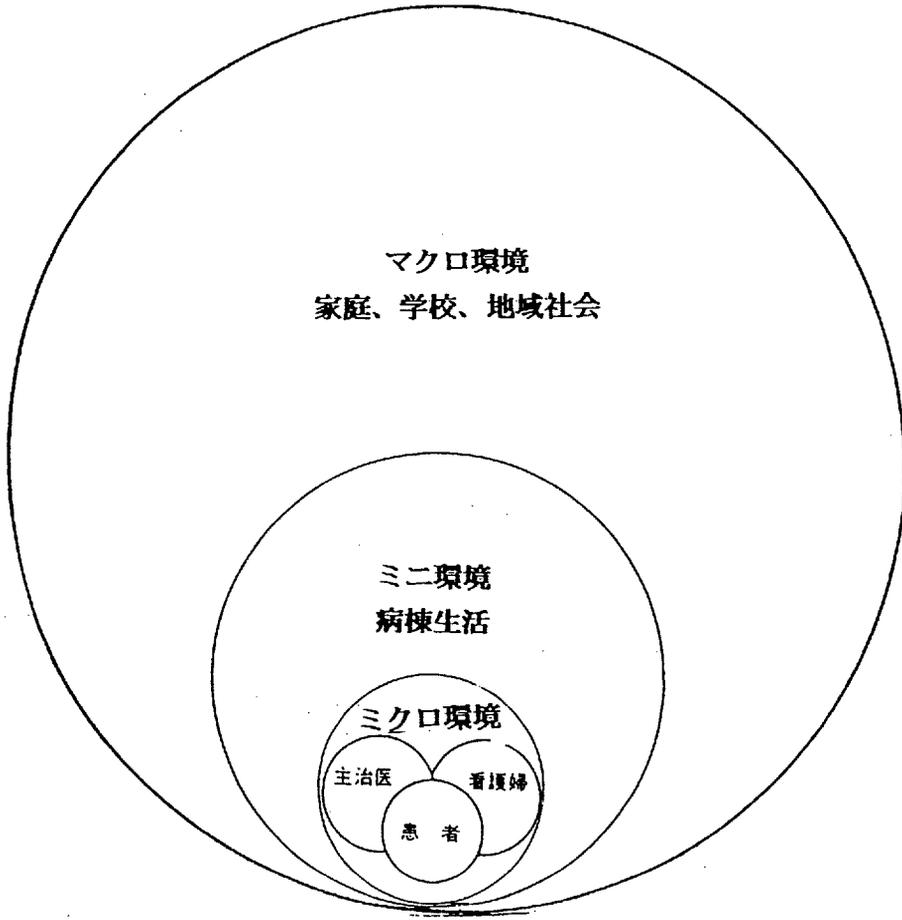


図1

表1 医療チームによる具体的な治療方法

治療		初期(入院から60~90日まで: 治療に主体的に参加させる時期)	中期(入院60~90日から120~180日まで: 心と身体の“育て直し”を行う時期)	後期(入院120~180日から退院まで: 家族や社会への復帰をめざす時期)
心理生物学的・心理教育的アプローチ	食事	<ul style="list-style-type: none"> 経腸栄養剤の経口摂取で開始する 固形食(離乳食から)を導入する 食事介助を開始(治療後期まで原則として継続する) 初期には少量の輸液を併用する 	<ul style="list-style-type: none"> 経腸栄養剤は漸減中止し、常食主体の食事へ移行しながら、健康な食事摂取を再学習する 食事介助は続行する 	<ul style="list-style-type: none"> 複数の人数で食事を行うなど、スタイルは変わっても、原則として食事介助は続行する 幼い子どもを同席させるなど、楽しく食事ができ、患者のなかの楽しさや、母性を自然に引き出せるような環境をつくるよう努力する
	循環器	<ul style="list-style-type: none"> 入院時、診察と説明(患者に病識をもたせ、自分の身体状況を正しく理解させる)を行う 月1回の定期的検査(心エコー、ホルター心電図など)を行い、検査結果を身体所見とあわせて説明する refeeding syndromeに注意する 	<ul style="list-style-type: none"> 月1回の定期的チェックを続行する。心拍出量の推移、不整脈の有無、自律神経バランスの変化を評価し、治療に反映させる 循環動態にあわせて安静度(坐位→立位→歩行へ)を決定する 循環動態の改善がもたらす身体感覚の変化を、患者が喜びと感ぜられるよう促す 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的なチェックは続行する。その結果を入院当初の結果と比べながら、治療にともなう循環の変化を復習する。健康とはなにかを患者とともに考える
	内分泌	<ul style="list-style-type: none"> 入院時、診察と説明(患者に病識をもたせ、自分の身体状況を正しく理解させる) 月1回の定期的検査(ホルモン検査、体脂肪率、骨密度など)を行い、検査結果を身体所見とあわせて説明する 適切な摂取カロリーを指示する 	<ul style="list-style-type: none"> 月1回の定期的チェックを続行する。体重や体脂肪率の変化をもとに食事内容や摂取カロリー量を決定する。甲状腺、性ホルモンの分泌状態や骨密度の推移を評価し、治療に反映させる 代謝機能の改善がもたらす身体感覚の変化を、患者が喜びと感ぜられるよう促す 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的なチェックは続行する。月経の再開を契機に、女性としての身体的、精神的成熟とはなにかを患者とともに考える。月経再開時の体重、および体脂肪率が今後、最低限維持すべき値であることを確認する
	運動療法		<ul style="list-style-type: none"> ベッドサイドにおけるリハビリテーション(静的運動)を開始する 歩行訓練(動的運動)を開始する 	<ul style="list-style-type: none"> スポーツクリニックにて運動療法プログラムを開始する。定期的に運動負荷試験を行い、各々の症例に最適な運動処方を行う。フィットネスを改善することにより精神の安定をはかり、学業や社会への復帰をめざす 運動療法を通じてグループで行動する機会を与える
	精神的治療	<ul style="list-style-type: none"> 児童精神科医を中心に、患者と家族に対するカウンセリングを平行して開始する 患者や家族と、医療チームの基本的信頼関係を築く 患者を半ば意識的に退行させ、“甘え直し”を促す。医療チームはそれに応え“育て直し”を行う。家族(とくに母親)に“甘え直し”、“育て直し”のもつ意味を説明する 	<ul style="list-style-type: none"> 児童精神科医が中心となり、狭義の精神療法を行う。身体と精神を再統合し、確立された自己の形成をめざす。主治医やプライマリナースとの信頼関係に基づき、本音を表現する練習を行う 健全で成熟した大人の社会を医療チーム全体で患者に示すよう努力する 患者と家族との“出会い直し”の準備を行う 体重回復期のうつ状態や自殺企図に注意する 	<ul style="list-style-type: none"> 患者が家族(とくに母親)にいままでいえなかった本音を出し、理解してもらうことにより、家族との“出会い直し”を行う。“育て直し”の主体を家族に移行する。患者、家族、医療チームの三者によるカウンセリングを行う 試験的な外泊や病院からの通学を適宜行う
心理生物学的・心理教育的アプローチ	安静度	<ul style="list-style-type: none"> ベッド上絶対安静を厳守させる。主治医、循環器専門医により繰り返し安静の必要性を説明し、医療チームの治療方針が揺るぎないものであることを示す 食後2時間は右側臥位とする(食物の胃への停滞を防ぐ) 大部屋でカーテンをひき、他児との接触を避ける。患者が心安らかに過ごせる環境をつくる 	<ul style="list-style-type: none"> 坐位が可能となる。一日3食の食事習慣を身につけさせる意味で、食後2時間の安静は続行する 徐々に立位、歩行可とする カーテンを開け、他児との接触を開始する 保母やボランティアもチームに参加し、行動療法の一環として絵を描く、折り紙を折るなどの創造的な活動を取り入れる 	<ul style="list-style-type: none"> 食後の安静のみ残し、他は他児と同様にする 病棟という小さな社会に参加させ、自己の確立と集団生活への適応を促す 保母や多くのボランティアの方に医療チームに参加してもらい、多様な価値観が存在することを学ばせる
	患者ケア	<ul style="list-style-type: none"> 全身清拭、陰部洗浄を行い、排渾は差し込み便器を使用する。この際、患者とのスキンシップをはかり、身体感覚を正しく理解できるように促す。ケアは母親が幼い子どもに行うように、乳幼児期の幸せな感覚を思いおこさせるように行い、患者の“甘え直し”を促す 徐々に洗髪や足浴を加える 絵本の読み聞かせなどとおして“育て直し”を行う 体重は毎日測定するが、患者には伝ええない 	<ul style="list-style-type: none"> 母親の代わりに“育て直し”をさらに進める。一方では“育て直し”の主役を、母親に移行できるよう準備しておく 食後の安静時間の最後に全身の清拭を行う。乳児がミルクを飲んで一眠りし、その後に沐浴をしてもらうような心地よいサイクルを体験させる 安静度の解除と平行してポータブルトイレの使用、足浴や洗面所での洗髪を開始する 	<ul style="list-style-type: none"> 家庭や学校、社会に復帰することへの不安を和らげるべく、治療初期と同様にスキンシップをはかり、精神的にも支え、励ましていく 外泊中や学校でのトラブルが予測されるので、チームのなかのものとも身近な存在として、患者の言葉に耳を傾ける 月経の再開を契機に、本人に休重を告知する

表2 発症に関する学校要因と入院治療で生じた学校問題

NO	年齢	入院 期間 (月数)	学校	発症に関する学校要因			入院による学校問題			医師・教師面接 その他
				適応 障害	学力/ 受験	塾/ 部活	部分 登校	進級 問題	受験	
1	11	11	公・小	○	○					0回
2	11	12	公・小	○			○			0回
3	11	2	公・小		○					0回
4	11	4	公・小	○	○	◎	○			0回
5	12	9	国・中	○	◎	◎	○	○		3回
6	12	13	公・中	◎	◎		○			0回
7	12	31	公・中	○	○		○		転校	1回
8	12	12	私・中	◎	◎	○		○	自宅学習	1回
9	13	13	私・中	○	○	○				1回
10	13	10	公・中	◎	○					1回
11	13	21	公・中	○	○	◎	○		○手紙・電話で	3回
12	13	20	公・中	○	○	◎	○		○	1回
13	13	19	私・中	○	○	○	○	○	○	7回
14	13	17	公・中	○	○		○	○	○	1回
15	13	6	公・中	◎	◎				精神科転院	0回
16	14	8	公・中	○	◎	◎			○ 中学浪人	4回
17	14	5	公・中	◎					他の進路	0回
18	15	12	公・中	◎	◎				他の進路	0回
19	16	7	公・高	○	○		○	○		1回
20	17	16	私高	◎	◎		○	○	○	2回

○ = 問題あり ◎ = かなり問題あり

- [症例 5] 12 歳。国立中学 1 年。患児自信が留年を希望し、母親が反対。学年主任、担任、副担任、養護教諭を招き、留年と進級の是非を検討し留年に決定。病院通学の受入態勢を要請した。
- [症例 6] 12 歳。公立中学 2 年。担任に対人不安の強い性格を伝え通学練習の受入態勢を依頼。
- [症例 7] 12 歳。公立中学 2 年。担任が病名を公表し拒食症の噂が広まり、患児と両親が転校を希望。親が転校手続きをとり、医師が転校先担任と話し合い、病院からの部分通学の受入態勢を依頼。教師医師の連絡はスムーズながら、患児は転校生としていじめられながら卒業した。
- [症例 8] 12 歳。私立中学。退院直後不安定な性格のため、自宅学習による進級を学校が認めた。
- [症例 9] 13 歳。私立中学。長期欠席が問題となったが、学年主任兼担任に治療を説明し進級できた。対人緊張強い性格のため、心身の調子にあわせた登校への受入態勢を依頼した。
- [症例 10] 13 歳。公立中学。2 名担任と会い完全癖の性格を説明。部分登校に協力を依頼した。
- [症例 11] 13 歳。公立中学 2 年。遠隔県から入院。訪問学級で学力を回復。高校受験に際し、志望校が病気への偏見から受入を拒否。医師が電話、手紙、意見書を送り、進学道が開けた。
- [症例 12] 13 歳。公立中学 2 年。回復期に高校受験が重なり、学年主任、担任、養護教諭に部分的登校の受入態勢と受験への応援を依頼した。
- [症例 13] 13 歳。私立中学 2 年。長期欠席を理由に退学、高校進学不能通知が自宅に郵送され、親子が不安に陥った。治療の意義と成果を教務主任、学年主任、担任、副担任、養護教諭に説明。治療・教育的見地から患児の闘病を暖かく見守るよう依頼した。6 月にわたり大小 7 回延べ 14 時間にわたる話あいを積み重ね、最終的には校長判断で継続在籍と高校進級が認められた。
- [症例 14] 13 歳。公立中学 2 年。回復期に高校受験が重なり、部分登校練習と受験について学年主任、担任、養護教諭に協力を依頼した。
- [症例 15] 13 歳。公立中学。幻覚妄想を伴い重症のため、身体回復後精神病院に転院し、退院後教育相談室に通いながら、専門学校を受験して合格した。
- [症例 16] 14 歳。公立中学。高校受験直前に重症の体重減少と全身衰弱状態にて入院し、受験ができず中学浪人になった。入院直後、校長、担任、養護教諭が病院に来て、早く受診させなかった反省を表明し、退院後 1 年遅れで志望校に入学できるよう尽力すると約束し、実現した。
- [症例 17] 14 歳。公立中学 2 年。遠隔県から転院。重症で高校進学の困難を家族が了解した。
- [症例 18] 15 歳。公立中学 3 年。軽度の知的障害あり、高校進学以外の進路を検討中。
- [症例 19] 16 歳。公立高校 1 年。進級問題で担任、学年主任と話し合い欠席を補講で補った。
- [症例 20] 17 歳。私立高校 2 年。長期欠席のため高校卒業、大学内部進学は不可とされた。副校長、学年主任、担任、副担任、養護教諭に、闘病のを説明した。登校練習を通じ体力、学力、対人関係能力をつけ順調に学校復帰し、良好な経過から校長が大学内部進学を認めた。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約：重度の家族機能不全と心理社会的ストレスにより心身症を呈して長期入院治療を受ける児童には狭義の医療的ケアに緊密に連携するものとして、心の葛藤をほぐしバランスのとれた人格に育て直すための、養育的、教育的機能が必要である。心身症児の全人的なケアを小児科病棟が実践するために、現状の見直しと改善を試みた。急性期の身体ケアに心の育てなおしの機能を融合すること、回復期の病棟生活に再養育的なふれあいを強化すること、退院期にスムーズな学校復帰ができるよう、医師が教育者に積極的に働きかけることによるQOLの改善を試み、その成果を検討した。