

緩和ケアチームの活動の手引き（追補版）
～成人患者を主に診療している緩和ケアチームが
小児患者にかかわるためのハンドブック～

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
「緩和ケアチームの手引き」小児関連追記記載のための改訂 WG

目次

はじめに

1. 小児緩和ケアの特徴 1

- 1) 小児緩和ケアの対象者と小児医療の特徴
- 2) 小児がんの特徴
- 3) 非がん疾患の特徴
- 4) 小児の終末期医療の特徴
- 5) 小児診療チームと緩和ケアチームの連携

2. 症状への対応 4

- 1) 疼痛
- 2) 呼吸困難
- 3) せん妄
- 4) 苦痛緩和のための鎮静 (Palliative Sedation)

3. こどもと家族に関わる際に大切なこと 11

- 1) こどもとのコミュニケーション (発達の特徴を含む)
- 2) 家族とのコミュニケーション
- 3) 小児病棟スタッフとのコミュニケーション
- 4) エンドオブライフディスカッション (EoL-D)

参考文献 18

コラム 1: ～かんしゃくと勘違いされた痛みの評価の例～ 19

コラム 2: ～環境調整を行ったことで痛みの緩和につながった例～ 20

コラム 3: ～散剤の服用が苦手なこどもに対する服用方法～ 21

はじめに

2012 年 6 月に閣議決定された第 2 期がん対策推進基本計画において、「小児がん」が新たな重点項目となり、取り組むべき課題として小児がん治療施設の集約化と小児がん患者に対する切れ目のないフォローアップ体制の確立、患者家族支援があげられ、その中で治療中から一貫した疼痛管理、終末期ケアを含めた緩和ケアの充実が明記された。2013 年に小児がん拠点病院 15 施設が選定され、小児がん診療の集約化と小児緩和ケア体制の充実が謳われているが、小児がん拠点病院で診療されている患者の割合は 40%程度に留まっており、小児がん拠点病院以外で診療されているこどもたちも少なくない。

我が国の成人を中心に診療している緩和ケアチーム対象の実態調査の結果からは、小児患者に一度でも介入経験がある緩和ケアチームは、経験がないチームと比較して小児患者に関わる際の困難感が低いとの結果がある。普段こどもの診療に携わらない緩和ケアチームにとっては「こどもと関わる」ということ自体が障壁になっている可能性がある。

2007 年 11 月、日本緩和医療学会緩和ケアチーム検討委員会によって緩和ケアチーム活動の手引き第 1 版が発行され多くのチーム活動の参考となっている。今回、普段小児患者に関わらない緩和ケアチーム向けに、小児患者とその家族に関わるためのハンドブックを緩和ケアチーム活動の手引きの追補版として作成した。小児緩和ケアの対象はがんでなく非がん疾患も含まれるのだが、今回は多くの成人の緩和ケアチームがまず関わるであろう小児がんに焦点をおいて記載している。今後広くこどもたちに届けられるようになれば改訂版として非がん患者への対応についても追記していきたいと考えている。

このハンドブックにはこどもと関わる際の大切なポイントがたくさん含まれている。本ハンドブックを手にとっていただくことで、緩和ケアチームがこどもと関わる際の障壁を和らげ、多くのこどもと家族に緩和ケアを届けるきっかけになれば幸いである。

2021 年 3 月吉日

日本緩和医療学会「緩和ケアチームの手引き」小児関連追記記載のための改訂 WG
WG 長 余谷暢之（国立成育医療研究センター緩和ケア科）

1. 小児緩和ケアの特徴

1) 小児緩和ケアの対象者と小児医療の特徴

小児緩和ケアの対象疾患は、生命を脅かされているこどもたち（Life-threatening conditions）、生命が限られているこどもたち（Life-limiting conditions）である。もともとは成人を迎える前に亡くなる可能性が高いこどもたちが対象とされていたが、医療の進歩に伴い現代では、親より早くなくなる可能性があるという意味で、概ね 40 歳までに亡くなる可能性が高いこどもたちと考えられている。

英国の調査では、生命を脅かされている小児疾患の有病率は少なくとも人口 10000 人あたり 8-10 人でそのうち 1 年間に 10%が死亡するとされている¹。疾患別の割合で見ると、緩和ケアの対象疾患は悪性腫瘍（がん）が約 2 割で先天性疾患や神経疾患が約 2/3 を占める。

こどもは成長・発達する存在であり、それ故に多くの職種の支援が必要となる。公認心理師/臨床心理士や医療ソーシャルワーカー、チャイルドライフスペシャリスト（CLS）^{※1}・ホスピタルプレイスペシャリスト（HPS）^{※2}といった医療環境にあるこどもたちの心理社会的支援を担う職種が多数関わる。学校を含めた教育の環境も大切である。

両親やきょうだいといった家族支援も重要である。両親は比較的若く経済的余裕がない場合も少なくない。またこどものケアの中心は親であり、本人に代わって代理意思決定をする場面も多く両親にかかる負担は大きい。また家族支援を考える際には、年の近いきょうだいが抱える不安や負担にも目を向ける必要がある。

※1 CLS：医療環境にあるこどもや家族が抱えうる精神的負担を軽減し、主体的に医療体験に臨めるようサポートするための心理社会的支援を提供する専門職

※2 HPS：遊び（ホスピタル・プレイ）を用いて医療環境をチャイルドフレンドリーなものにし、病気や障がいを持つこどもたちが医療とのかかわりを肯定的に捉えられるような支援を提供する専門職

2) 小児がんの特徴

小児がんの中で一番多いのが白血病やリンパ腫などの血液の悪性疾患で、全体の半数近くを占める。次に多いのが脳脊髄腫瘍で全体の約 20%を占める。成人で多い固形腫瘍は未分化な細胞を起源とする胎児性腫瘍や肉腫などでその割合は成人と比べて圧倒的に少ない。

また成人がんとは違い早期発見をすることが難しく、生活習慣を正すことで予防することもできない。それ故に、突然発症して急激な経過で進行し、突然の長期入院を強いられる。

小児がんの治療成績は近年飛躍的に向上してきており、小児がん全体の5年生存率は80%を超えている²。年間死亡者数は450人程度と成人がんと比べて圧倒的に少ないため、経験の蓄積が難しくまた亡くなったときの医療者に与えるインパクトも大きい。

小児がんで多い血液がん患者は、成人の血液がん患者と同様に亡くなる間際まで化学療法や輸血などの積極的な治療的介入が行われることが多く、緩和ケアチームへの依頼が遅れることが多いとされている³。また、痛みなどの症状も固形がんとは異なる特徴があることに留意する必要がある。また、病気の軌跡を意識した関わりも重要である。脳腫瘍を除いた小児がんにおいて、原発巣や種類が違っても、病状が進行しても全身状態は比較的保たれ、死亡前1、2か月で急速に低下することが多いという一定の共通性、法則性は成人がんと同様である。一方で、終末期と判断してからの時間経過は成人がんと比較して長いことが多い。叶えたい希望に添うために、今の病状を共有し、タイミングを逃さない支援が重要である。

3) 非がん疾患の特徴

非がん疾患は、がんと異なり病状が長期にわたり変化しやすい特徴がある。また、疾患の軌跡に共通性がなく、終末期を正確に把握することが難しい。疾患によっては、確定診断がつくまでに、数か月から年余にわたることがあり、確定診断がつかないままになっていることも珍しくない。また同じ疾患であっても症状や重症度に幅があるため、共通性、法則性を持って対応することは難しく、緩和ケアチームの介入が必要かどうかの判断は疾患によるというよりもその子とご家族の状況を踏まえて判断せざるを得ない。そういった状況の中で、予防的対応、治療的対応、緩和的対応が混在して必要となる場合が多く、緩和ケアチームへの相談のタイミングが難しい。

4) 小児の終末期医療の特徴

小児医療は最期まで積極的治療が行われやすいという特徴がある。小児の終末期の積極的治療の実態については、カナダから終末期小児がん患者の20%が亡くなる30日以内に集中治療室に入院しており、成人がん患者の4倍であるとの報告がある⁴。わが国においても同様の傾向がある。また非がん患者はより積極的治療が行われることも明らかになっており、心疾患や神経筋疾患の約40%の患者が亡くなる30日以内にICU入院しているとの報告もある⁵。進行性疾患のこどもを持つ親の多くは、自分のこどもの生存の可能性が低いことを認識しながらも親である役割を最期まで全うするために最期まで治癒を望んでいる^{6,7}。最期まで治療医が主治医であることが多い小児領域では、治療チームも本人の遺された時間が少ないことを伝えることにためらいを持つ場合も少なくない。こどもを失うということは、家族にとっても医療チームにとっても峻烈な体験であり、それ故に生じる特有の緊張感を知っておくと関わる際の助けになる。

5) 小児診療チームと緩和ケアチームの連携

症状緩和の方法や家族全員を考慮に入れてケアプランを立てる必要があるなど小児緩和ケアは成人緩和ケアと共通要素は多い。一方、小児緩和ケアと成人緩和ケアの違いとしては以下の項目があげられている⁶⁾。

- ・ こどもの死亡は成人と比べて圧倒的に少ない
- ・ 小児期特有のまれな疾患が多く、症状の個別性が高い
- ・ 家族性の疾患も多く、家族に同一疾患が複数いる場合がある
- ・ 親がケアや介護に大きな責任を有しており、きょうだい支援が届きにくい場合がある
- ・ 代理意思決定を必要とする場面が多い
- ・ こどもの特徴は、生理学的にも感情的にも認知的にも発達していくことである。年齢に応じた薬の生理学的な影響を考慮する必要がある。また、こどものコミュニケーションレベルを把握し、病気・治療・予後の理解する能力を把握し対応する必要がある
- ・ 遊び、教育がとても大切である

こどもが緩和ケアサービスへアクセスしにくい理由として以下の項目が挙げられている^{7,8)}。

サービス提供体制の問題

- ・ 患者のニーズに合ったサービスが周りにない

緩和ケアや死について話すことが難しい

- ・ 終末期の話題について話すことが難しい
- ・ 緩和ケアを行うことについて家族の躊躇がある

治療医の緩和ケアに対する知識不足

- ・ 治癒が望める状況下においては緩和ケアを依頼することはないと考えている
- ・ 緩和ケアチームに依頼しても追加のメリットは少ないと考えている
- ・ 緩和ケアチームの小児患者への知識が不足している

こどもを失うかもしれない緊張感の中で、これまで長い間治療をともに行ってきた患者家族と医療ケアチームの強固な関係性の中に緩和ケアチームが関わることは特有の難しさを感じるかもしれない。しかし、先に述べたように小児患者の年間死亡数は圧倒的に少なく、医療ケアチームにも十分な経験がない。後述するように介入方法を工夫することで、生命を脅かされているこどもと家族にとって、小児診療チームと緩和ケアチームの連携はとても大きな支援となるだろう。

2. 症状への対応

1) 痛み:がん疼痛を中心に

痛みはこどもと家族の QoL を低下させるだけでなく、こどもとの死別後の家族の悲嘆にも影響を与える。小児がん患者の約 90%が最期の 1 か月で痛みの症状を有しているとの報告がある⁹⁾。

(1) 症状評価

こどもの痛みの評価も、成人と同じように主観的な訴えを第一義的に考える。また、成人と同じようにスケールの利用が可能であり、3 歳以上はフェイス・スケール、7-8 歳以上は Numerical Rating Scale (NRS) や Visual Analogue Scale (VAS) を用いることができる。

一方、こどもの場合、機嫌や気分、保護者など安心できる人が側にいるかどうかといったことが訴えに反映されやすく、また、言葉を用いた表現や、抽象的な表現をすることが難しいといった特徴がある。痛みの表現は発達レベルにより様々であることを知っておくといふ(表 1 参照)^{10, 11)}。

表 1：発達レベルごとの痛みの表現

	0-12か月	1-2歳	3-5歳	6-12歳	13歳以上
泣き方/ 言葉	グズグズしやすい なかなか泣き止まない 泣く、叫ぶ、うめき声をあげる	激しく泣き叫ぶ (全身を使って表現する) 「痛い」と言葉で伝える	激しく泣き叫ぶ 痛みの程度を表現できる (痛くない、とても痛いなど) 痛みのある部位を指し示す (実際の部位と一致しない場合もある)	痛みの程度をよりはっきりと表現できる	
行動	足を蹴ったり腕を振る 体を曲げる	非協力的になる 抱っこなど安心感を求める 痛い部分を触る、避ける	痛みを軽減するために気を紛らわせたり遊んだりする 好きな遊び、食べ物を拒否する 手を握りしめる、歯ぎしり、筋緊張 眉間にしわを寄せる、目を閉じる		
生活	食事や睡眠パターンの変化		活動、食事や睡眠パターンの変化		
理解/ 認知	苦痛を与えた状況や物を避けようとする		痛みを罰と考える場合がある	痛みの原因に対する理解が進み、因果関係の理解が可能になる 痛みに関する経験を持ち、合理的な理解が可能になる 痛みの緩和や方法や精神症状が痛みの感じ方に与える影響を理解している場合がある 成人と同じスケールがほぼ使用可能になる	

文献 10, 11 を参考に作成

症状の評価を行う場合には、こどものことを最もよく知る保護者から見た情報や、言語的な訴えに加えて、表情・泣き方・活動性・食事量・睡眠-覚醒状態・姿勢・筋緊張など非言語的な面からも情報を得ることが大切となる(表 2 参照)^{12, 13)}。

また、表 1 に示すように、こどもたちは症状を緩和するための対処行動として、遊びや勉強などを行い、気を紛らわせている場合がある。そのため、遊べている、勉強できていると

いう行動面以外（こども自身の訴え、保護者からの情報、生活の変化など）の情報も含めて評価する必要がある。

医療処置や急性の痛みについては表2に示すような評価ツールをはじめとし、信頼性・妥当性が検証されているさまざまなツールが開発されているが、慢性痛に関して推奨されている評価ツールは現在のところない。慢性痛は、目に見える症状として捉えにくいことがある。そのため、不自然な姿勢・身体を動かされることをいやがる・表情が乏しい・周囲に対して無関心になる・過度に静かになる・イライラがひどくなる・気持ちの落ち込み・睡眠障害・食欲の変化・学力の低下といった徴候が慢性痛を捉える視点として重要である¹⁴。

こどもの症状の評価と介入を行う上で、こども本人が症状マネジメントを主体的に行うために、こどものセルフケア能力を高めることは重要である。こどもは、症状マネジメントに関する知識や経験が少ないため、小児医療・ケアの専門家や保護者、保育士や学校の教員などの非医療職と協働してこどもの年齢、発達に応じた方法でこどもとの情報共有や教育を行っていくことが求められる。

表2：FLACC（Face, Legs, Activity, Cry, Consolability）

カテゴリー	スコアリング		
	0	1	2
表情	無表情または笑顔	時折しかめっ面、眉をひそめている、うつむく、無関心	頻繁または持続的なしかめっ面、歯ぎしり、戦慄
下肢	正常肢位またはリラックス	落ち着きがない、じっとしてられない、緊張	足を蹴る、突っ張る
活動性	おとなしく横になっている、正常位、容易に動く	じっとしていない、体位変換を繰り返す、緊張	反り返る、硬直する、ひきつけ
啼泣	泣いていない	うめく、めそめそ泣く、時折苦痛を訴える	泣き続ける、悲鳴をあげる、泣きじゃくる、不満を訴え続ける
安静度	満足している、リラックス	時々、タッチングや抱っこ、声かけをすると落ち着く、注意散漫になることもある	慰めたり、安心させたりすることが困難

それぞれの分類は0-2点で点数化され、合計0-10点の行動スコア評価となる

0点＝リラックスし快適

1-3点＝軽度の不快感

4-6点＝中等度の痛み

7-10点＝重度の不快感/痛み

文献12から転載

(2) 薬物療法

①治療の原則

痛みに対する薬物療法の基本は成人と同様である¹⁵。こどもにおいてもまずは痛みの原因を評価することが重要である。痛みにより日常生活に支障をきたしていれば、鎮痛薬の投与を検討する。鎮痛薬の使い方やタイミングについても原則成人と同じと考えてよい。大人と同様に、こどもであっても自分のタイミングで薬を飲む、使用したい薬を選択するといったことは、自己コントロール感の獲得につながり、症状に対する不安の軽減につながる場合が多い。保護者だけでなくこどもにも痛みやその対処方法について教育を行っていくことが、効果的な症状マネジメントのカギとなる¹⁶。こどもへ伝える場合には、(多職種とも協働して)こどもの発達を考慮し、こどもの興味のあることを取り入れながら行うことが大切である。

②薬物療法の実際

※ここでは簡単な記載にとどめているので、薬剤の用法・用量などの詳細については、院内の薬剤師に相談ください

軽度の痛みに対しては、非オピオイド鎮痛薬であるアセトアミノフェンや非ステロイド性消炎鎮痛薬を使用する。中等度以上の痛みがあると評価されれば、オピオイド鎮痛薬(オピオイド)を選択する。

※成人では、WHO方式がん疼痛治療法の第2段階においてコデインやトラマドールが選択肢の一つとなるが、12歳未満のこどもには使用しない。(両薬剤は、添付文書に「12歳未満は投与しない」と明記されている)

モルヒネはオピオイドの第一選択として確立しているが、こどもの状況に応じてオピオイドを選択する。

例：腎機能障害や消化器症状を懸念する場合

投与可能な剤形、施設や医療者の経験などを踏まえてこどもにとって最適なオピオイドを選択する。

持続痛がある場合には、成人と同様に痛みが出現してからの投与(頓用での使用)ではなく、定期投与が原則である。定期投与薬を投与する場合には、突出痛に対応できるレスキュー薬も検討する。間欠的な痛みの場合で定期的な鎮痛薬の投与が不要と判断しても、いつでも使用できるように鎮痛薬(頓用薬)を用意する¹⁶。

オピオイド鎮痛薬を開始すると同時にオピオイド鎮痛薬の副作用対策を考慮するのは成人と同様である。

便秘は、成人と同様にほぼ必発するので、投与中は細心の注意が必要であり下剤の予防投与を考慮する。便の性状などから塩類下剤や糖類下剤などの浸透圧性下剤や大腸刺激

性下剤を使用する。また、2019年に上市されたポリエチレングリコール製剤(PEG)は、2歳以上から使用が可能であり電解質異常や併用薬による相互作用の懸念がないためこどもにおいても使用しやすい薬剤である。

悪心・嘔吐や不穏対策でドパミン D2 受容体拮抗薬(ハロペリドールなど)を使用する場合には、錐体外路症状が成人より出現頻度が高いので注意が必要である。

また、掻痒（特に顔や鼻の周囲）、尿閉や不穏は、こどもに頻度の高い副作用である。掻痒に対しては抗ヒスタミン薬での対応を検討するが、改善しない場合はオピオイドスウィッチも検討する¹⁷。

こどもへの投与は、最も簡便であり、かつ最も効果的で苦痛を伴わない経路から投与する。また、こどもの生活パターンやニーズに合わせて投与経路を検討する。経口投与は薬物投与の原則である。

筋肉内注射は 苦痛を伴うだけでなく、こどもの場合は筋短縮症のリスクの懸念もあるためできるだけ避けた方が良い。坐薬は内服が困難なケースで、投与方法が限られる場合は有用であることがある。

患者自己調節調整法(Patient Controlled Analgesia : PCA)は、突出痛に対してこどもも自身やその家族などが行えるメリットがあり、こどもだからと躊躇するのではなく安全に使用できると判断できれば PCA の使用をする。また、通常7歳ぐらいから使用が可能となるが、ゲーム感覚や痛みに関係なく頻回に使用することもあり、適切に使用できているかどうかについて開始前だけでなく開始後も定期的な評価が必要である。

(3) 非薬物療法

成人領域と同様に非薬物療法は苦痛の緩和に有効であり、温冷罌法、マッサージ、ポジショニングやアロマセラピーなどのケアは小児領域でも一般的に行われている。こどもにとっては「保護者の存在」や「同年代のこどもとの遊びや学びの機会」が特に大切である。それ故に、遊びや学びといった創造的な活動や人とのふれあいが、こどもたちの緊張感を緩和し楽しい気持ちにさせ、苦痛症状の緩和につながることもある。病室外に出られる場合には、プレイルームや病院内の学校で同年代のこどもと関われるような機会を、床上安静が必要な場合には、ベッドサイド学習（訪問学習）やベッド上でできる工作、料理、ゲームなどこどもが好きなことをして過ごせるような環境を、小児科の看護師、保育士や CLS・HPS、学校の教員などこどもに関わる多職種と協働しながら整えることが大切となる。

また、保護者の不安、保護者の痛みに対する対応がこどもの痛みの訴えや生活の範囲に影響を与えることも少なくない（コラム2 参照）。保護者の不安軽減や情報共有といった、保護者が安心してこどものそばにいられるようにする関わりはこどもの苦痛の緩和にとっても大切である。

2) 呼吸困難

呼吸困難は子どもたちにとって最も苦痛な症状の一つであり、特に最期の数週間で頻度と程度が増す傾向がある。小児がん患者の 40% が最期の 1 か月で呼吸困難の症状を呈するとされている⁹。

(1) 症状評価

呼吸困難は主観的な症状であり、評価のゴールドスタンダードが患者の主観的な評価であることは成人と同様である。主観的な症状を評価するツールとしては、0-10 の 11 段階で評価をする NRS や VAS などが使用可能である。

一方で、自ら症状を訴えられないこどもの評価は、こどもが不快症状を体験した際に起こす行動変化や生理学的反応に着目し評価する。親を含む介護者から不快症状に関連するその子の過去の行動パターンの情報を得ることは非常に有用である。呼吸数、SpO₂、血液ガス所見と合わせて評価を行っていく。疼痛の評価に用いられる Premature Infant Pain Profile (PIPP) や FLACC などを利用して評価を行うことも可能である。

(2) 薬物療法

薬物療法としてはオピオイド（モルヒネが第一選択）が選択肢となる。

オピオイドナイブのこどもに対しては、疼痛で使用する投与量の 1/4 から開始することがよい。筋疾患などで低緊張のあるこどもに対しては、より少量からの開始が望ましい。また、疼痛コントロールとしてオピオイドを使用している場合は、投与量を 25% 程度増量する。

ベンゾジアゼピン系の抗不安薬については、不安を伴っている場合に使用を検討してもよい。

(3) 非薬物療法

成人同様、以下のような非薬物療法も呼吸困難の症状緩和につながる可能性がある

- ・ リラクゼーションできるような呼吸法
- ・ 説明と保証を行う
- ・ 不安や恐れを話せるような環境設定
- ・ 身体活動を落とす（車いすの使用など）
- ・ 扇風機などを使って風を感じるようにする

3) せん妄

せん妄の有病率は、重篤な疾患の子どもの 13～44%の頻度で起こると言われており¹⁸、入院中の小児がん患者の約 10%がせん妄の症状を呈するとの報告もある¹⁹。また、集中治療室入院中や造血細胞移植中、ベンゾジアゼピンやオピオイドの使用などでせん妄のリスクが上昇する²⁰。

(1) 症状評価

こどもの精神症状の中で、特にせん妄は見逃されやすい。視線、欲求の示し方、活動の様子、不機嫌の程度などが評価の指標となるが（参考資料 URL:巻末に記載）、過活動型せん妄が「退行現象」や「わがまま」と捉えられたり、低活動型せん妄が「不機嫌」や「活気不良」と捉えられたりすることもある。小児医療従事者はせん妄に出会うことが少ない（評価することが難しい）ので、せん妄の評価になれている緩和ケアチームとの協働は重要である。

(2) 薬物療法

こどものせん妄においても、本人にとって安心できる環境を作ることが大切であり、できる限り普段の日常生活に近づけることを考える。また、両親へのケアも重要である²¹。環境調整などを行っても有効でない場合には、抗精神病薬の投与を考慮する。こどもは成人に比べて副作用が高頻度で起こるため、少量からの投与を開始し、頻回のモニタリングを行う必要がある²²。また、薬剤の投与にあっては、適応外使用となるために各施設の取り決めに準拠して行う。

経口投与：リスペリドン※、クエチアピン、オランザピン、アリピプラゾール※ など

静脈投与：ハロペリドール など

※： リスペリドン、アリピプラゾールは自閉症スペクトラム障害の易刺激性の適応が認められている。

(3) 非薬物療法

成人同様、以下のような非薬物療法がせん妄の症状緩和や予防につながる可能性がある¹⁸

環境調整：

- ・ 室温、照明、音など快適な環境の調整
- ・ 家族やこどもにとって慣れ親しんだ物に囲まれた環境の調整
- ・ 睡眠の促進、中途覚醒を減らす、睡眠-覚醒サイクルの調整
- ・ 日課、スケジュール、一貫したケアチームの確立
- ・ 感覚の喪失や制限に対する対処（例：眼鏡、補聴器、コミュニケーションボード）

日々の臨床ケア：

- ・ 食事摂取や水分摂取のサポートを行う
- ・ リハビリテーションスタッフや CLS の関わりなどを含む早期離床や活動を行う
- ・ 身体拘束を減らす
- ・ 侵襲的な医療デバイスの使用を最小限にする

4) 苦痛緩和のための鎮静 (Palliative Sedation)

苦痛緩和のための鎮静 (Palliative Sedation、以下 PS) は、成人緩和ケアの領域では、臨死期の耐え難い苦痛に対する症状緩和の最後の切り札 (last resort) に位置づけられている。一方、小児の領域では、PS に関する十分な知見や経験が蓄積しておらず、小児の PS に用いる薬剤や投与方法に関するエビデンスや推奨についても明示されたものはない。日本緩和医療学会「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き (2018 年版)」²³においても、対象を治癒を見込めない成人のがん患者に限定しており、「小児がん患者においても治療抵抗性の苦痛の課題があることは認識しているものの、ほとんどの (ガイドライン作成) 委員の臨床経験が成人に限られているためである」と、小児を除外した理由が記されている。

しかし成人における考え方は小児においても参照可能であり、成人領域の緩和ケアチームが、PS に関する意思決定の過程に関わることはとても意義深いと思われる。特に、PS の倫理的妥当性を検討するにあたって、1) 生命予後 2) 苦痛の治療抵抗性 3) こども・家族の意思などを評価していく際に、当事者性が高い小児領域の医療者に加えて、少し距離感を持って関わるができる緩和ケアチームの役割は小さくないと考える。PS を実施する場合にどのような鎮静薬を選択するかについても、現場で頭を悩ませるところだろう。

成人領域での PS に関するシステマティック・レビュー²⁴でも、ミダゾラムを代表として、ハロペリドール、クロルプロマジン、バルビツレート、プロポフォールなどさまざまな薬剤が挙げられている。しかし薬剤間で、PS の効果を比較した無作為化比較試験は存在せず、多用されているミダゾラムについても、他の薬剤との優劣に関するエビデンスはない。小児領域では、さらにエビデンスは乏しく、症例シリーズのレベルで、ベンゾジアゼピンの他に、プロポフォールやデクスメトミジンを用いた報告が散見される程度である。

こうした背景を踏まえた上で、鎮静薬の選択においても、小児領域の医療者と成人緩和ケアチームとが経験や知見を共有しながら協働することが、こどもにとってよりよい選択肢を導き出すことにつながるのではないだろうか。

3. こどもと家族に関わる際に大切なこと

1) こどもとのコミュニケーション(発達の特徴を含む)

小児（こども）といっても、0～5 歳の乳幼児から、6～12 歳の学童期、12～20 歳頃の思春期など幅広い。小児の特徴として、こどもの発達段階（表 3 参照）に応じて言葉を選び、対応することが求められる。

こどもは保護者や医療者が思っている以上に、病気や治療にまつわる内容や周囲の大人の思いや考えなどを聞いているが、情報が断片的だったり知識や理解の仕方が正確でなかったりすることがある。また大人に気を使ったり、言葉での表現が未熟だったりするため、自ら不安や恐怖について話をしない場合もある。こどもによっては、部屋にこもって何も話さない、反抗的な言動をとる、逆に過剰に適応したような反応をすることもあるが、どのような態度もこどもの大切な表現としてそのままを受け止めることが大切となる。

こどもと関わる時には、問題についての言葉でのやり取りだけではなく、遊びや何気ない会話を多く取り入れ、可能な限りこどもの声を引き出すように心がけていく。どの年齢のこどもでもコミュニケーションには非言語的な関わりが要となる。

死についての概念（表 4 参照）もまた発達段階に応じて異なる。大人が思いつかないような発言も飛び出すことはあるが、自傷など危険な行為がなければ、ただ見守ることでこどもは安心感を持てるものである。

表 3 発達段階でみる医療におけるストレス要因と支援

発達段階	乳・幼児期（0～5歳）	学童期（6～12歳）	思春期・青年期（12～22歳）
認知的発達 （ピアジェの理論）	<感覚運動期> ・生後1～4か月半ごろに習慣が形成される ・8～9か月ごろ、手近になるものを道具として使い始める <前操作期> ・2歳近くになると、目に見えない事物にも考えが及ぶようになる ・ごっこ遊びが出てくる ・言語が急速に発達するが、概念的思考は難しい ・独特な推論をする	<具体的操作期> 具体的な事柄については、頭の中のイメージを使って、推測したり、理論的に考えたりできるようになる	<形式的操作期> 大人と同じように、仮想的、抽象的な事柄についても論理的に考えられる
社会的発達 （エリクソンの理論）	<基本的信頼vs不信> ・養育者との一体感や信頼関係を通して「基本的信頼感」を獲得する ・「基本的信頼感」をより多く経験することで危機を克服する <自律性vs恥・疑惑> ・急速に自立心が芽生えてくる ・大人からの制限や命令により自分の自立的な行動に対する「恥・羞恥心」が生まれる ・大人が励ますことで、自己統制感と満足感を感じる <自主性vs罪悪感> ・遊びが生活の中心となり、自分なりの規範に基づいて行動し、責任を引き受けられるようになる ・大人からとがめられると「罪悪感」を経験する <勤勉性vs劣等感> 仲間と関わり、仲間集団の中での自分のあり方が、自尊心や意欲に大きく影響する時期	<勤勉性vs劣等感> 仲間と関わり、仲間集団の中での自分のあり方が、自尊心や意欲に大きく影響する時期	<自我同一性の確立vs同一性の混乱> 親から自立し、社会の中での自分の役割や生き方、価値観を自分で模索する時期
入院・検査や処置に伴うストレス要因	・入院により、養育者や慣れた場所から切り離される ・自分の思うようにできない ・大人からの命令・制限の多さ ・遊びの時間や環境の制限	・ほかの子と同じ活動ができない、ほかの子と違う ・学校生活、仲間集団から切り離される ・自己コントロール感の欠如または欠如することへの不安 ・身体的な機能障害や部分的喪失への恐れ ・病気そのものの麻痺や死への恐れ	・友人からの分離 ・プライバシーの欠如 ・病気そのもの、死への恐怖 ・親に依存せざるをえない状況、独立性や自立性の喪失 ・理想像や期待感とのギャップ ・ボディイメージの変化
支援のポイント	・養育者、またはこどもが安心できる大人とのスキンシップや一緒にいる環境の提供 ・年齢相応の遊びができる場所や物の提供 ・こどもなりにできたことへの称賛 ・したいこと、できることを提案 ・プリパレーション（処置前や処置中に、認知発達段階に応じてこどもに説明を行うこと）が効果的である	・学習や運動の機会を最大限に確保する ・学校と情報共有し、仲間とのつながりを支える ・選択肢を用意し、こどもの意思を最大限尊重する ・身体の仕組みや病気、治療について、本人が理解できるように十分説明する ・気持ちを傾聴し、受け止める	・同年代のこども同士の交流を促す ・プライバシーに十分に配慮する ・同性スタッフがケアに入る ・病気や治療について、本人が理解できるように十分に説明する ・選択肢を用意し自己決定を尊重する ・こどもの気持ちを確認してから、親の同席や参加の有無を決める

文献 25.26 を参考に作成

表 4 こどもの死の概念の理解と対応

年齢	0～3歳ごろ	3～6歳ごろ	6～12歳ごろ	12歳以上
死の概念の理解や反応	・死を認識しない ・死を寝ていること(睡眠)と誤解し、この誤解がより多くの不安を引き起こす ・体調の悪さや不快感で、不機嫌になったり活気が落ちたりする ・極端に養育者と離れるのを嫌がる	・まだ死と睡眠を混同しがち ・死の最終性は認知していない ・死は一時的で、可逆的なもの(死んでも再び生きた状態に戻れる)と思っている ・自分の考え(想像)や行為が死を招く原因になったと考えがちである ・遊びの中で表現されることもある	・死の詳細について知りたいという好奇心をもっている(死んだ人の身体はどうなるのか、死んだらどこに行くのかなど) ・9歳ごろまでには死の最終性を理解する ・10～11歳ごろになると、死の普遍性を理解できるようになる ・11～12歳ごろになると、周囲の人の気持ちを察し、死に関する質問を避ける ・家に帰れるのか、治らないのかなど不安を持つ	・大人と同じように死を理解する ・思春期の特徴から、自分の気持ちを保護者に語りたがらない ・言語力が未熟なため、怒り(暴言や無視)などで恐怖感などを表現する
大人にできること	・養育者を中心に支援を検討する。養育者の支援が大切になる	・絵や遊びを取り入れ、表現はそのまま受け止める ・穏やかに安心させるような態度で質問に答える ・繰り返しされる質問にもこどもが安心できるまで応える	・死について、ためらわずに質問ができる機会をつくる ・同じ病気で亡くなった子がいた場合、その経験をどのように捉えているのか配慮する	・どんな気持ち(悲しみ・恐れ・怒り)でも表現していいことを伝える ・こどもが話をしやすい人と話ができるように調整する
	・安心できる人や場所で過ごせる環境調整		・病状の変化の中で死期が迫っていることを感じ取っていく。 ・言葉だけでなく行動面の変化を観察し心情を読み解き、寄り添う。 ・日頃の何気ない雑談の中に想いが語られることが多い。	
会話例	こども「わーん(泣)」 返答「お母さんがいるから怖くないよ」	こども「嘘をついたから病気が治らないの？」 返答「病気は誰のせいでもないよ」	こども「いつ退院できる？」 返答「何か気になっていることがある？」	こども「この治療効かなかったら死ぬの？」 返答「どうしてそう思ったのかな？」
	* 安心感を与える声かけが重要		* 死についての話題はふとしたときに出てくる。質問を返ししながら、こどもの想い(どうしてそう思っているか)を引き出す。回答しようとしなくて良い。	

文献 26 を参考に作成

2) 家族とのコミュニケーション

(1) 保護者

小児領域において、保護者は発症から急変時、治療の時、治癒が難しくなった時、様々な場面で子どもと共に、もしくは子どものための最善の決断を迫られる。保護者は子どもの意思を代弁する役割をとることも多いが、時に子どもの意向と保護者の意向（時に父と母、祖父母など親族の意向）が異なる場合もある。その場合はそれぞれの考えを確認しながら、子どもの意向が尊重されているのか、保護者の意見に偏っていないかなどを見極め調整することが医療者に求められる。

また保護者は年齢が若く、精神的にも経済的にも未だ不安定な過程にあることが多い。まずは、保護者自身の戸惑い、日々の生活の大変さを聞き、保護者が安心して話せる場所を提供することから始まる。終末期の子どもの保護者は、後悔や無力感・自責の念に苛まれている²⁷。苦しむ我が子を見守るしかない状況、治療にすぎる気持ち、そして子どもの最善を願っての期待と不満など溢れる想いを抱えて過ごしている²⁸。子どもを思うがあまりに保護者自身が攻撃的になったり、理不尽な言動が出たりすることもあるが、ただ行動を訂正するのではなく、まずは保護者のやるせない気持ちを傾聴することが大切である。

日々子どもと接している主治医や看護師は、子どもの想いを大切にする気持ちが勝ることもあり、保護者と相容れない状況も生まれる。そういう場合には客観的な立ち位置からの関わりが重要になり、緩和ケアチームが第三者的に医療者の現場での困りごとを共に検討していくことが支援に繋がることもある。

(2) きょうだい

きょうだいがいることも忘れてはならない。病院によっては、きょうだいの面会制限により入院中に保護者にも患児にも自由に会うことができないこともある。対応する際は、患児と同様に発達段階に応じて関わる必要がある。

きょうだいの中には、保護者が患児にかかりきりになりさみしい想いを抱えている子どもも多い。次第に生活や学校のリズムが崩れたり、微熱や腹痛など身体化したりする子もいる。時に保護者ときょうだいが患児のいない場でゆっくり過ごす時間（会話やスキンシップ）をとることも必要となる。身体症状が続く場合は適宜、かかりつけの小児科医の受診を促す場合もある。

きょうだいによっては、「自分のせいで病気になった、死んでしまうのではないか」と不安になる場合もある。終末期のきょうだいの面会の際は、事前に簡単でもいいので説明（特に見た目の変化に関すること）をし、会った後にきょうだいがどう感じたのか反応の確認をしていく。

ただし、緩和ケアチームのスタッフが直接きょうだいに介入する機会は少ないと考えられるため、小児診療チームときょうだいの様子など情報共有をし、緩和ケアチームとして何かきょうだい児にできるサポートがあるか気に留めておくことが重要となる。

(3) 祖父母

祖父母は、かかわりの程度に差があるものの、孫（患児やきょうだい）とこども（父・母）のどちらへも想いがあり思い悩むことがある。祖父母に家の状況を伺うことで家での困りごとや家族内での様子が見えることもあり、必要時にはサポートにつなげることができるため、面会などに来られている際はできる限り声をかけていくとよい。

3) 小児病棟スタッフとのコミュニケーション

小児領域の場合、こどもから直接緩和ケアチームに依頼希望があることはほぼない。依頼の経路を尋ねることはサポートの手がかりを探すことに役に立つ。依頼の内容が主治医や病棟看護師の困りごとや症状緩和などの知識だけでなく、実はスタッフ自身の傷つきや無力感、予期悲嘆などからくるもの、また小児診療チーム内でのコンセンサスが得られていない、職種間の認識のズレなど倫理的なジレンマが隠れている場合もあるので現場のニーズに注意する。

こどもの死亡例は少ないため、それぞれの緩和ケアに関する知識や経験のレベルを判断してサポートを検討する。中には看取りの経験が少なく、死という言葉に戸惑っていることもあり、死にゆくプロセスをどのように受け止めていくのか共に付き合うことが良い場合もある。

特に小児がんでは病気の経過が長く、関わるスタッフとの親密度が高い場合が多いため、看取りに際して医療者自身も巻き込まれやすい。そのため緩和ケアチームは俯瞰的な視点でこれまで関わっているスタッフの想いを尊重しながら共に検討を行うとよい。場合によっては直接介入よりも、間接介入の方が効果的である場合も多い。

死に向かうプロセスにおいて起きうることは、成人の場合もこどもの場合も共通点は多い。緩和ケアチームの看取りの経験と、小児領域でのケア実践、お互いの強みを共有することが大切である。

4) エンドオブライフディスカッション (EoL-D)

小児領域では、死を前提として今後の治療・過ごす場所などを含め、どのように過ごしていきたいかという EoL-D をこどもとすることに慣れていないこと、経験が少ないこともあり、関わるスタッフがそれぞれに様々な考えや価値観を持っている。小児領域においては、

厳しい病状についての説明や予後告知、EoL-D を、こどもに直接しない場合もいまだ多い現状がある。本人の希望を失わせたくないなどの想いから保護者のみが聞くことも少なくない。また医療者もこれまでの闘病をともに過ごした中で、こどもに悲しい想いをさせたくない、病状の進行を伝えることで希望を失わせてしまうなどと保護的な感覚となり、厳しい状況についての話を切り出しにくい、話したくない想いを抱えていることもある²⁹。保護者も医療者もこどもと別れないといけないという無念さから予期悲嘆にくれることも多い。

しかしこどもたちは、どの年齢層でもこどもなりの理解の仕方ですら死を受け止め、自分にとって大切なことを考えることができる力がある。死にまつわる事柄は、聞きたくない場合もあるので成人と同じように本人の意向を尊重して関わる。こどもは言語表現が未熟であり、自分の気持ちを言語化しないことも多い。こどもから出てきた言葉をそのまま受け止め、なぜそう思うのかなど裏にある想いを引き出し、こどもの気持ちを推測しつつ、こどもを話し合いの外に置かないようにして話し合いを進めていく必要がある。

一般的に高校生くらいになると成人と同じように話し合うことができる。時に大人が勇気を持ってないことから、こどもの意向すら聞いていないこともあるため、こどもや家族の気持ち、周囲の医療者の考えなど状況の確認が必要である。思春期のこどもは表現方法が稚拙な場合も見受けられるが、自分の今後を知りたいと怖がりながらも望んでいる場合があることを見逃さないようにしたい³⁰。

時に、医療スタッフ間で言うべきか言わざるべきかなどの価値観の衝突が起きる場合は、緩和ケアチームは緩衝役になり調整をしていく。医療スタッフもこどもとの別れについて心の整理をするためにはある程度の時間が必要となる。看取りの経験の多い緩和ケアチームからの言葉が、スタッフを支える力となる可能性がある。

参考文献

1. Hunt A, et al. The Big Study for Life-limited Children and their Families. Bristol: Together for Short Lives. 2013
2. SEER Cancer Statistics Review 1975-2017. Childhood Cancer.
https://seer.cancer.gov/csr/1975_2017/results_merged/sect_29_childhood_cancer_iccc.pdf (2020年6月1日アクセス)
3. Jalmell L, et al. Transition to noncurative end-of-life care in paediatric oncology- a nationwide follow-up in Sweden. *Acta Paediatr* 2013;102:744-8
4. Kassam A, et al. Predictors of and trends in high-intensity end-of-life care among children with cancer: A population-based study using health services data. *J Clin Oncol*.2017;35:236-242
5. Johnston EE, et al. Disparities in inpatient intensity of end-of-life care for complex chronic conditions. *Pediatrics* 2019;143;pii:e20182228
6. Together for Short Lives. A guide to children's palliative care. Fourth edition. 2018
7. Haines ER, et al. Barrier to accessing palliative care for pediatric patients with cancer: A review of the literature. *Cancer* 2018;124:2278-2288
8. 余谷暢之. わが国における小児緩和ケアチームの診療実態に関する多施設前向き観察研究. 2018年度公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査・研究報告書
9. Goldman A, et al. Symptoms in children/young people with progressive malignant disease: United Kingdom Children's Cancer Study Group/Paediatric Oncology Nurses Forum survey. 2006;117(6): e1179-86. doi:10.1542/peds.2005-0683.
10. Canadian Cancer Society. Cancer information Pain in children.
<https://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/childhood-cancer-information/pain-in-children/assessing-pain/> (2020年6月1日アクセス)
11. 茂手木明美. 小児の痛みの表現. *小児科臨床* 2013;66(12):2345-2351
12. Matsuishi Y, et al. Verifying the validity and reliability of the Japanese version of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) Behavioral Scale. *PLoS One* 2018; 13(3): e0194094
13. Merkel SI, et al. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs* 1997; 23: 293-297.
14. von Baeyer CL, et al. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain*. 2007;127(1-2):140-150.
15. 多田羅龍平. 小児がん～子どもと家族の主体性を支える援助～小児の緩和ケアの考え方と特徴. *がん看護* 2013;18(3):317-320
16. 近藤統, 他. 第3章疼痛緩和 小児緩和ケアガイド(大阪府立母子保健総合医療センター QOL サポートチーム・編).2015;27-49. 医学書院
17. 前田浩利, 他. 【第57回日本小児血液・がん学術集会】教育セッション8:緩和・社会支援 小児がんの在宅緩和ケア. *日本小児血液・がん学会雑誌* 2016;53(5):419-427
18. Malas N, et al. Pediatric Delirium: Evaluation, Management, and Special Considerations. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(9):65. doi:10.1007/s11920-017-0817-3.

19. Combs D, et al. Incidence of delirium in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2014;61(11):2094-5. doi: 10.1002/pbc.25107.
20. Winsnes K, et al. Delirium in the pediatric hematology, oncology, and bone marrow transplant population. *Pediatr Blood Cancer*. 2019;66(6):e27640. doi: 10.1002/pbc.27640.
21. 石井礼花. Ⅲ.各論:状況に応じたアセスメントと具体的介入 小児のせん妄のマネージメント. *小児の精神と神経* 2017;57:93-95
22. 齊藤卓弥. せん妄の臨床 子どものせん妄. *臨床精神医学* 2013;42 (3) :343-347
23. 日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会. *がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き* (2018 年版). 金原出版
24. Maltoni M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol* 2012;30(12):1378-1383
25. 佐々木美和. 小児がん治療を受ける学童期・思春期の子どもたち. *緩和ケア* 2014;24:107
26. 小林真理子. 知っていますか?子どものことー子どもの発達段階と死の概念の理解. *緩和ケア* 2014;24:157-158
27. 森浩美, 他. 小児がんの子どもを亡くした母親の体験. *小児がん看護* 2010;5:17-26
28. Kars MC, et al. Parental experience at the end-of-life in children with cancer: 'preservation' and 'letting go' in relation to loss. *Support Care Cancer* 2011;19(1):27-35
29. Yotani N, et al. Differences between pediatricians and internists in advance care planning for adolescents with cancer. *J Pediatr* 2017;182:356-362
30. Brand SR, et al. Communication preferences of pediatric cancer patients: talking about prognosis and their future life. *Support Care Cancer* 2017;25:769-774

参考資料 URL

こどものせん妄評価ツール：筑波大学 救急・集中治療医学分野ホームページ

CAPD (Cornell Assessment of Pediatric Delirium)

URL: <http://www.md.tsukuba.ac.jp/clinical-med/e-ccm/research/PedTool/CAPD.html>

コラム 1: ～かんしゃくと勘違いされた痛みの評価の例～

- ・ 3歳 初発の神経芽腫の女兒
- ・ 入院後より興奮が強く不機嫌、かんしゃくも頻回で思い通りにならないと母をたたくなどの行動が目立った
- ・ 看護師の言葉が伝わりにくく、発達障害が疑われた
- ・ 画像上は副腎原発の神経芽腫で脊柱管内に浸潤する像を認めた
- ・ 痛みの関与も考えてモルヒネの持続注射を開始した
- ・ 10 $\mu\text{g/kg/h}$ で開始し徐々にタイトレーションを実施した
- ・ 80 $\mu\text{g/kg/h}$ まで増量したところかんしゃくや不機嫌は改善し、看護師の言葉も伝わるようになった
- ・ 痛みは常に主観的ではあるが、年少児の場合、痛みの訴えはなくても症状を有していることがある。外見の様子からだけでも症状を推測することは難しいので、画像所見など総合的に考えて介入を検討することも必要である

コラム 2: ～環境調整を行ったことで痛みの緩和につながった例～

- ・ 15 歳 神経芽腫のターミナルステージにある女兒
- ・ 最期の時間を自宅近くの病院で過ごしたいとの希望で転院
- ・ 前医では骨転移に対する痛みに対して、モルヒネ持続静脈注射 360mg/日を使用するとともに、耐え難い頭痛に対して、1 日 12 回を上限としたチオペンタールナトリウム 50mg/回とミダゾラム 4mg/回の静脈内注射(iv)が行われており、昼夜問わず 1-2 時間おきに覚醒と睡眠を繰り返していた。また、痛みの訴えは夜間や朝・夕の看護師の申し送り時間帯に集中していた
- ・ 画像上、全身に骨転移があったが、頭部への浸潤や骨転移は認められず、頭痛の原因ははっきりしなかった
- ・ 母親の心配は強く、24 時間の付きそいをしながら、こどもの頭痛の訴えに敏感に反応し、特に看護師がナースコールに迅速な対応が難しい夜間や申し送りの時間帯には不安を訴える語気も強かった
- ・ こどもの痛みの訴えの背景に母親の不安もあると考え、母親とこどもが離れて過ごす時間の調整や母親に対するカウンセリングを開始した
- ・ こどもに対しては、鎮痛補助薬として抗不安薬であるジアゼパム 5mg/回を開始するとともに、保育士や学校が積極的に関わり、同年代のこどもと過ごす時間と場を増やすように調整した。日中の眠気については鎮痛薬の使用の影響もあることも本人に説明を行った
- ・ その結果、病棟内の友人と過ごす時間を大切にしたい気持ちが芽生え、少しずつ日中のチオペンタールナトリウムとミダゾラム iv 回数が減って覚醒時間が増え、病棟内の友人と笑顔で時間を過ごすようになった
- ・ こどもの場合には、保護者の不安、保護者の痛みに対する対応などがこどもの痛みの訴えや、生活範囲に影響を与えやすい。また、思春期のこどもは同年代との交流によって発達する時期であり、保護者と離れる時間の確保、友人と過ごす、という発達段階にあった生活を整えることで、痛みの緩和につながったと考えられる

コラム 3: ～散剤の服用が苦手な子どもに対する服用方法～

1. 乳児におすすめの方法

ペースト状にする

- (1) 小皿に粉薬をあげ、スポイトなどで1滴ずつ水を加えペースト状にする
- (2) 清潔な指先にペースト状の薬を付け、上顎や頬粘膜に塗り、水などを一緒に飲ませる

少量の水に溶かす

- (1) 小皿に粉薬をあげ、少しずつ水を加え液状にする
- (2) 溶かした薬をスポイトや哺乳瓶の乳首を使って飲ませる
- (3) 口の中に薬が残らないように水を飲ませる

2. 幼児におすすめの方法

食べ物や嚥下補助ゼリーに混ぜる

- (1) 好みの食べ物や嚥下補助ゼリーに混ぜて飲ませる
- (2) 口の中に薬が残らないように水を飲ませる

*服用時の補助食品例

- ・服用補助ゼリー（市販品）：薬を挟み込むようにする。酸性の製品では、苦味が強くなるため注意
- ・アイスクリーム：苦味の強い薬をマスクしやすい
- ・バナナ：味やにおいをマスクしやすい。ペースト状にして挟みこむ

作成担当者

余谷 暢之

金子 健

白石 恵子

名古屋 祐子

永山 淳

岸野 恵

波多野 貴彦

永井 義浩

レビュアー

市原 香織

笠原 庸子

笹月 桃子

下山 理史

多田羅 竜平

松岡 真里