

# どんなお話してくれる？

——入院患児に必要な遊び環境と専門家——

請 田 瞳\*・亀 島 信 也\*\*

## Fantasy Play Board for the children in a pediatric hospital

Hitomi Ukeda and Shinya Kameshima

**要約：**本研究は小児医療環境における子どもに対して、ファンタジー・プレイ・ボード（FPB）という遊具を用いて、その効果を予備的に検討したものである。3人の入院患児がビデオ観察され、FPBを用いて作成された作品が分析検討された。その結果、FPBが病院内のストレス環境にある子どもの状態を示す有効な変化指標となる可能性が示唆された。

**Abstract：** The present study was conducted to report preliminary findings on the Fantasy Play Board's effectiveness for children in a pediatric hospital. Three children were videotaped while playing with the FPB. Children's play were analyzed to find whether the FPB play and therapeutic care could be primary tools for the children. The results indicated that the FPB could be used to reduce anxiety produced by stressful hospital settings. Developmental as well as psychosocial care of children in hospital were discussed.

**Key words：** ファンタジー・プレイ・ボード Fantasy Play Board チャイルド・ライフ・スペシャリスト Child Life Specialist 病児 Children in hospitals

### 1 問題と目的

現在、我が国の小児医療は危機的な状況にある。少ない子どもを大切に育てたいという家族が増加しているのに反し、不採算性によって小児科の廃止、または成人病棟との混合化、過酷な就労による小児科医の減少により、地域によっては十分な治療が受けられないという問題が生じてきている（小沼、2005）。また、子どもたちの不安や苦痛を解消するような心のケアを含め、遊びなどを通じた発達支援などの役割を

担ってきた看護師も本来の看護業務に迫られ、子どもたちに対してそのような支援が十分にできなくなっている（岡村・石井・塚本・野中・村谷、2002）。欧米諸国において、医療者中心から患者中心の医療が本来あるべき姿であると認識されるようになったことから、医療現場において、子どもの専門家の必要性が考えられるようになった（夏路、2003）。それにもかかわらず、日本には有資格の専門家がいる病院は少数である。日本医療保育学会が医療現場で働く保育士の専門の資格化に向け、専門保育士

\*神戸大学大学院人間発達環境学研究科 学生（関西福祉科学大学社会福祉学部 卒業生）

\*\*関西福祉科学大学社会福祉学部 教授

の養成を計画しているものの、人材養成が困難な状態は未だに変化していない様子である。

それに比べて海外にはチャイルド・ライフ・スペシャリスト (以下 CLS) やプレイセラピスト、プレイスペシャリストなど医療現場において子どもの支援を行う専門家が存在する。その中でも CLS は米国を中心に、医療チームの一員としてセラピューティック・アプローチの観点から、遊びや友人とのかかわりによる不安の減少や発達支援、プリパレーションと、きょうだいを含む家族支援、療養環境と家族支援環境を整える法改正のための啓蒙活動など、包括的に取り組む専門家としてが活躍している (野村ら、2001; 鈴木、1999, Thompson & Stanford, 1981)。そこで本論文では CLS に焦点を当て、病棟保育士と共にその役割について検討する。

元来、子どもにとって遊びは生活そのものであり、遊ぶことによって心身共に成長・発達を遂げる (及川、2004)。入院・治療から様々な制限が与えられ、不安を抱く子どもたちの心身発達を妨げないためにも、遊びの提供は必須である。特に入院している子どもたちは、遊びが自分たちの感情を表現する機会になることが予想されることから、その必要性は明らかである。そのため、子どもの年齢に応じた必要な遊びを提供することこそが不安や苦痛を解消するきっかけになるとも論じられている (Thompson & Stanford, 1981)。そこで本論文では、入院している子どもに必要な「遊び」についても検討する。その上で、子どもの持っている自由でのびのびとした創造的行動特性や創造性を最大限に生かし、子ども自身に物語を創らせようとするを目的として作られた遊具 (松本、2005) であるファンタジー・プレイ・ボードを用いて観察を行う。入院している子どもたちによって創られた物語を分析・検討することで、子どもたちが抱えている問題の把握、この遊びの持つ基礎的な効果を考察することを本研究の目的とする。

## 2 医療現場の現状と専門職

### (1) 医療現場の現状

小児科病院の数は出生率の減少に伴い、1990 年の 4120 施設をピークに年々減少し、2004 年の調査では 3231 施設まで減少している。また、患者数推移は 0 歳児を除いて 1990 年ごろから減少してきている (平成 16 年日本子ども資料年鑑)。

医療は今日まで生命を救うことに焦点を当て、技術を進歩させてきた。それは小児医療においても同様であり、現代では低出生体重児や難病の子どもたちなど、以前であれば生命の危機を抱えていた子どもたちを救うことができるようになってきている。また、完治せずに経過していくケースの増加から、慢性疾患の子どもたちも増加している。したがって、長期的な医療が必要な子どもたちや入院が必要な子どもたちが増加していることがわかる。慢性疾患とは「経過が長く、治りにくいかまたは治らない、長い間治療や特別の養護を要する疾患」(村上、1970) と定義されている。入院が必要な子どもたちは苦痛を伴う検査や治療を受けなければならない、日常生活の活動だけでなく、活動に様々な制限が与えられている。病院という特別な環境や様々な苦痛を伴うような治療や不安などが、発達していく子どもたちにとって好ましくないことが数多く存在するにも関わらず、元来の医療体制では、子どもに学びや遊びを提供するということが一般化されていなかったのである。高木 (1983) は「慢性疾患の子どもに共通な心理的特徴は、生きたいという意志、成長・発達を求める心と危機的状況から逃れたいという気持ちである。心理的ケアによる精神的な安定は治療やケアを受ける態度を強め、家族や医療者との人間関係をよくし、そのことが身体機能の回復に重要な意味を持つ」と述べ、小児医療における「教育的配慮 (高木、1986)」の重要性を説明している。

## (2) 入院中に生じやすい心理社会的問題

子どもたちは入院によって生活に変化や制限が加えられ、心身ともにストレスを感じていることが多い。治療経験によって身体的なストレスはほぼ全ての子どもたちが感じるストレスであるが、心理社会的ストレスは発達年齢による特徴や個別性が高いストレスである（小川、2003）。すなわち、入院期間に関わらず、子どもたちにとって脅威となるストレスの程度は年齢や発達状態、性格、病気、状態、検査、治療、入院環境、家族・友達・医療従事者によるサポート等、様々な要因の関連する程度が異なる為、個別性が高いことがわかる。

子どもたちの明確なストレスのサインは泣くことである。しかし、それ以外にも日常生活と異なる反応が起こることがある。激しい反応としては、泣き叫び、絶叫、自己破壊的、環境破壊的なものがあり、消極的反応としては過度の睡眠、コミュニケーションの減少、活動性の低下、食事量の減少などが挙げられる（Thompson & Stanford, 1981）。その他、心理的混乱として、入院の重圧から新しい技能の獲得をあきらめ、退行行動が生じることもある（Thompson & Stanford, 1981）。

様々な心理社会的な問題を克服していく力になるものは、ありのままを受け入れ、‘病と共に生きる’ことを理解することであり、それを可能にするのは「自分の存在を大切なものと考える自己肯定感（小林、2003）」である。また「慢性疾患や障害を持ったときまでにその子にどれだけ自己肯定感が育っていたかと、子どもの疾患や障害を養育者がどう受け止めたかが、慢性疾患に対処するうえで重要なことになる」と小林（2003）は述べている。

## (3) 医療現場における子どもの専門家

### 日本の専門家

医療現場における保育士は病棟保育士と呼ばれ、幼稚園や保育所などで働く保育士よりもさらに高度な専門知識が求められる。現在「日本

医療保育学会」では、病棟保育士の資格化に向けて具体的な検討が行われている。この病棟保育士は平成3年に「これからの母子医療に関する検討会」で「病児保育」や「病棟保育」の必要性が報告されたことから必要性が求められるようになった。平成10年度の「病棟保母導入促進事業」、平成12年度の「すこやか21」でもその必要性が指摘され、平成14年度からは医療保険制度の診療報酬に病棟保育士加算が導入されている（桑島、2002）。しかし、小児病棟の保育士配置は全体の約22%で、配置人数もほぼ1人である（金城、2006）。さらに、病棟保育士は正式に有資格化されているものではなく、その呼称も医療保育士、病棟保育士、臨床保育士など施設によって異なっており、また専門的な教育が不足しているとの懸念もみられるようである。

### 海外の専門家

米国やカナダのCLS、スウェーデンのプレイセラピスト、イギリスのプレイスペシャリストの他にもオーストラリア、ニュージーランド、シンガポール、フィリピン、フィンランド、香港、クウェート、メキシコ（Child Life Council, 2002）、フランス、アイルランド（野村・夏路・柳澤、2001）、ブラジル、ドイツ、イタリア（木内・大西、1998）でも同様の活動をしている専門家が存在する。

アメリカやカナダでは今やチャイルド・ライフ・プログラムは400以上あり、2001年に実施された国立子ども病院協会と関連組織による調査では、返答があった118の病院の95%がCLSを雇っていることが明らかになった（S. Dull, 2005）。1917年から小児医療現場でも子ども中心の医療を提供する必要性が強調されるようになったことが、米国内病院での遊びプログラムの取り組みの始まりである（Thompson & Stanford, 1981）。その後、北米を中心にCLSという専門職が誕生し、1950年から1960年代頃に本格的に制度化が行われている。1967年に設立されたThe Association for the Care of

Children's Hospitals (ACCH) は、1979 年に The Association for the Care of Children's Health (ACCH) と改名され、現在に至っている (Child Life Council, 1997)。1971 年には、入院による子どもの心理的混乱が科学的に認められ、チャイルド・ライフ・プログラムの有効性がアメリカやカナダの小児科学会が発表され、その後ゲイナード (Gaynard, 1990) らによって、CLS によるプログラムに沿ったサポートが、術後経過の反応を検討することによって、子どもたちに良い効果をもたらすことが科学的に証明されている。

小児医療を専門にする病院で実施されているこのようなプログラムは 1965 年から 2 倍になったという報告がある (Child Life Council, 2003)。現時点では、小児科だけではなく成人病棟や集中治療室など高いストレスがかかる領域、在宅医療やホスピス、被虐待児保護施設などにも活動が広がっており、今後ますます発展していくことが考えられている。

CLS のような医療現場における専門家は、病気の子どもの不安を少しでも解消し、病院という非日常的な空間に日常性を創造するため、また子どもたちに的確な心理的支援をするために働いている。近年、日本でもメディアにしばしば登場し、我が国への導入の動きが盛んになってきた。現在、日本で初めての CLS として藤井あけみを中心とした 16 名の CLS の資格を持ったスタッフが、日本の 17 箇所の病院で心理社会的支援としての様々な活動を行っている (2007 年 7 月現在)。

### 3 入院中の子どもに必要な遊び

入院している子どもは遊びに制限が加えられ、痛みを伴う治療や家族との分離などによって心に様々な悩みを抱えている。このような子どもたちにとって、遊びは特に重要な意味を持ち、十分に提供されなければならない。さらに慢性疾患の子どもは健康な子どもと比較して心理的問題が生じやすく、二次的な心身への影

響、心理的な成長への影響、社会生活への影響が報告されている (山下、1994)。そこで、入院している子どもたちに「遊ぶ権利」を保障することをとおして、入院児が抱えている不安や悩みを理解し、少しでもそれを解消することが可能になれば、入院児の成長・発達を保障することにつながる事が考えられる。すなわち、遊びによって、身体的、社会的、知的、情緒的発達を手助けすることが可能となる事が考えられる。

子どもの権利条約を基本にして考えれば、病院の中でも、遊びや文化的、芸術的生活への参加も保障されなければならない (小林、1999)。子どもは遊びの中で心が開放され、自由に考え、行動することでさらに新しい行動へと進んでいくことが出来るようになる。遊びの中では失敗を恐れることは少なく、表現された自分を認めたり変化させたりすることがスムーズである。これは遊びの持つ治療的意味であるということができる。

そこで、本研究では子どもの持っている自由でのびのびとした創造的行動特性や創造性を最大限に生かし、子ども自身に物語を作らせようとするを目的として作られた遊具である (松本、2005)、ファンタジー・プレイ・ボード (以下 FPB) を利用して観察実験を行った。ここではこの遊びを提供することによって、長期入院している子どもたちがどのような物語を創造し、どのような世界を表現するのかを調査・分析された。すなわち、この遊びの持つ治療における基礎的な効果を検討することが目的とされたものである。FPB は箱庭療法を元に考えられており、幼児向けの心理査定が可能になる。この FPB の使用をとおして、子どもたちは遊びから感情表出の機会を得るため、結果として、治療に対しての不安も軽減され、より前向きな治療を可能にすると考えられた。

#### ファンタジー・プレイ・ボード

FPB とは 2 枚のボードの上で、小動物・家具・遊具などの 62 個のパーツを自由に置かせ

て遊びながらお話を創らせる遊具で、上述したように診断検査、治療的遊具として使用されているものである。幼児用の箱庭療法の代替品になるものとして考えられた為、通常の箱庭療法よりも幼児にとって親しみやすい動物などのイラストが描かれたパーツが使用されている。箱庭の砂の代わりに、既にイラストが描かれている2枚のボードを使用する。したがって箱庭のように何もない状態からのスタートではないため、幼児にとって比較的馴染みやすいとされている。子どもが遊びやすいように描かれているボードのイラストは、テーブルやブランコといったものが含まれている。この遊具でおこなわれる遊びの特徴は以下の通りである。

- ①まったく空想の世界で自由勝手に遊ぶことを意図したものではなく、ある一定の社会に相当するボードの中で自由に自己表現させることをねらいとして構築されている。またボードの中で子どもは自由でのびのびした想像的思考や創造的行動を発揮させ、展開させるように工夫して作成されている。ボード上にすべてのパーツを必ず置くことを強要するものではない。
- ②FPB はパズル的な要素も含みながら、加えてパーツを移動させたり物語を作るということに特色があることが TAT (Thematic Apperception Test) 的査定を可能にする。
- ③箱庭療法風のプレイと TAT 的査定を結び付けたことによって、子どもの心の理解と援助を同時に可能とする。子どもたちが普段意識していない内的な心の世界を表現することを助けたり、心的葛藤やわだかまりをもった子どもたちがそれらから解放されるチャンスを提供する。

このように、箱庭療法の理論や実践例を基盤とし、TAT の手法も取り入れたものとして製作されているため、箱庭療法と TAT の基本的な理論や技法の理解が必要である。

#### 4 観察方法

##### 対象と期間

本研究の研究フィールドは公立 Z 病院の小児科病棟である。家族から離れ、入院環境という影響下におかれた子どもの心を観察するために、小児病棟に3週間以上入院している患児を対象とし、同時に保護者の同意を得た。2006年4月から小児科病棟でのボランティア活動を実施し、子どもたちやその家族とのラポール関係形成後9～10月に観察が行われた。ボランティア活動では、テーマを決めて壁面作成、折り紙遊びやミサンガ作成、などといった共同作成する活動や、病児の希望に沿った室内ゲームが行われた。このようにして子どもたちとの信頼関係が出来た上で、5ヶ月後のボランティア活動中に実験観察の予定を組み入れて FPB を実施した。

病児の保護者には、事前に実験の参加依頼を書面で説明し、疑問がある場合はいつでも質問できるように配慮した。実験協力者には書面の同意書提出を願い、同時に子どもの年齢、入院期間、可能であれば、子どもの生育歴や家族構成などについての基本属性についての調査も行った。また、実験協力者には、分析結果や遊んでいる子どもの様子を記録したもの（ビデオ・写真）をフィードバックすることを約束した。

##### 観察手順

FPB を使って病児に自由に遊んでもらい、病児の右前側から三脚で固定したビデオで遊んでいる様子を動画撮影し、会話内容やテーマなどを記録用紙に記録した。メモには開始時間と終了時間も記録し、プレイ終了後はボードを静止画写真撮影した。動画のデジタルビデオカメラは SONY の Handycam DCR-TRV 9 を、静止画デジタルカメラは SONY Cybershot を使用した。観察は主として水曜日の午後4時～6時の間の中で、一人各15～30分程度とし、子どもの負担にならないように最善の注意を払った。子どもに少しでも負担が見られた場合は、15

分以内であっても直ちに中止し、30 分を超えた場合は観察者がプレイの終了を促すこととした。

子どもの前に 2 枚のボードとパーツを提示し、インストラクションとして「これ（パーツ）を自由に好きな所に置いてどんなお話でも良いから作って聞かせてくれる？」と促してプレイを始めた。「お話なんか作れない。」などと返答があった場合には「じゃあとりあえずこれ（パーツ）を置いて遊んでみようか？」と促して実施した。

#### 分析方法

FPB の分析方法としては分析的アプローチによる人格理解が行われるため、意識面と無意識面を構造的に分析し、人間の全体性や固有性を理解しようとするが、本研究では意識面における分析と FPB における表現からの分析の視点からのみ検討した。

意識面における分析は、物語の全体的な内容やテーマとその進行状況からの分析と使用されたパーツによる分析を実施した。FPB における表現からの分析においては、全体的印象の把握を行った。

### 5 対象事例

対象児は 4 歳、5 歳、9 歳の計 3 名である。入院期間は 3 週間～5 ヶ月で、3 事例とも病室から出られる状態の時に実施した。

#### 【事例 1】U ちゃん

公園のボードだけを使用し、家庭のボードで話が展開されることはなかった。理由を聞くと「やりたくない。」といい、家族への抵抗であると推測した。遊びの中では公園にいる子どもペンギンが泣いていると突然話し始め「何で泣いているの？」と聞くと、「探してもお母さんがいないから寂しくて泣いてる。」と感情が表現されており、これは入院当初から最近までは環境に馴染めずずっと泣いていたという U ちゃんのお母さんの報告から U ちゃんの気持ちが表現されていると判断できた。泣いた後は、お母さんを発見し、子ペンギンを母ペンギンのそばに寄り添わせて遊んでいたことから、環境に対する不安はあるものの、U ちゃんの中で感情の整理を付け始めていることが考えられる。ほとんど全部のパーツを公園のボードの上に置き、最終的にはテーマを表現しているというよりは、パーツを単純に置いているという印象を受けた。ほとんど、ボードに描かれたイラストに誘発されることなく実施されていたため、全体的な印象の把握は困難であった。

#### 【事例 2】A くん

始める前はあまり興味のない様子を示したが、冷蔵庫のパーツを取り、家庭ボードに置いた後は集中してプレイを行っていた。各パーツを置きながら観察者に説明し、自分の世界を創造するのを観察するように促された。公園のボ



写真 1 A 君の公園ボード



写真 2 A 君の家庭ボード

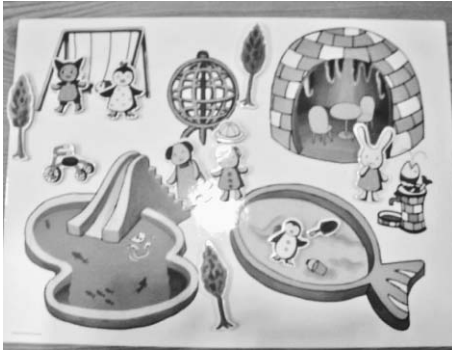


写真3 Yちゃんの公園ボード

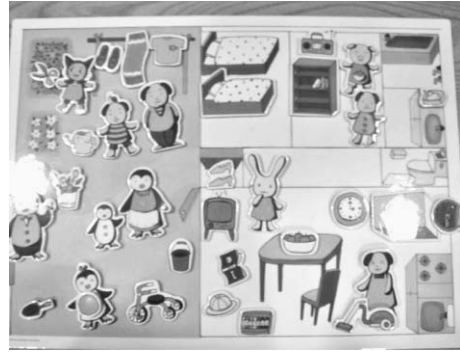


写真4 Yちゃんの家ボード

表1 対象事例とその背景

ケース	事例Ⅰ	事例Ⅱ	事例Ⅲ
年齢・性別	4歳・女兒	5歳・男児	9歳・女兒
入院期間	2ヶ月	3週間（3度目の入院）	5ヶ月
家族構成	父・母・姉・妹	父・母	祖父・祖母・父・母・弟
性格特徴	甘えん坊であるが、気が強く、負けず嫌いなところもよくみられる	とても積極的で、口は悪いが周りの友達の状態など気遣いが出来る	明るく自分の病気を理解しているが、わがままな一面もみられる
状態	ここ1ヶ月でようやく落ち着き始めた	入院3度目ということで混乱は起きていない	特に問題はない
プレイ時間	6分	10分	27分
使用パーツ	ほぼ全てのパーツ（実施後すぐに壊した為、記録が取れなかった）	全てのパーツ	動物(全て)、植物(小木・鉢植え)、食べ物(りんご)、家具(ベッド1・書棚)、日用品(時計1・冷蔵庫・掃除機・テレビ・ラジオ・ハサミ・マフラー1・Tシャツ・帽子・茶靴・ハイヒール・クレヨン・本・シャベル・バケツ・ジョウロ・ボール・三輪車)
テーマ	みんなが公園に集まって遊んでいる	公園で遊んでいる人と公園から帰ってきた人たち	なし

ードよりも家庭のボードに関心を持ち、プレイ時間、パーツ使用量共に家庭ボードの頻度が高かった。しかし、プレイ中には、自身の感情がほとんど表現されている様子は見うけられなかった。プレイが終了し、ボードについて説明を済ませると関心をなくし、終結した。

### 【事例3】Yちゃん

鼻歌を歌いながら、黙々と置く場所やパーツをじっくり考えて置いている様子であった。交

互にボードを使用していたが、家族についての話が頻繁に起こり、家庭ボードでプレイしている時間・パーツともに頻度が高かった。ボード空間の使用は左右上下に偏りはなく、バランスよく配置していた。

## 6 考 察

問題と目的のところで明らかにしたように、CLSの役割は医療チームの一員としてセラビ

ユーティク・アプローチの観点から子ども支援を包括的に取り組むことである (野村ら、2001；鈴木、1999、Thompson & Stanford, 1981)。最新の Child Life Council (2007) の Fact-SheetFinal でも明確にされているように、具体的な CLS の役割は以下の 4 つに集約できる。1 不安を抱える子どもの理解を深めること、2 情緒的サポートのできる病院内環境を整えること、3 家族メンバーも関与した家族支援にも取り組むこと、そして最後に、4 子どもの成長発達を促進することとされている。

そこで上記事例を検討してみると、事例 1 では家庭ボードに対しての強い抵抗が見られ、また事例 2 と事例 3 では家庭ボードの使用頻度が高く、どのケースにおいても家庭に対する関心が強い。その理由としては、入院によって離れた家庭環境に対して強い関心を抱いていることや、入院によって公園で遊んだ経験が少ないことなどがあげられるかもしれない。ここにおいて、病院内の子どもたちへの情緒的サポートはもちろんのこと、家族のメンバーとの深い交流を含めた家族支援の必要性がうかがわれ、具体的な CLS の取り組み (上記 2 と 3) が不可欠になってくるかもしれない。

つまり、FPB 遊びをとおして家族支援のための手がかりを得ることになる。そこで今回の観察結果を踏まえると、実証的にこの FPB 遊びの持つ効果をさらに検証していく必要がある。今後の課題としては、入院経験のない子どもと入院している子どもとの遊びの表出の違いや公園と家庭に対する関心について量的に比較検討し、入院している子どもたちやその家族にとってより望ましい入院環境を提供する。また同時に家族メンバーの関与を深めるために必須な要因について明らかにしていく必要があるのではない。家族の支援をとおして、子どもが本来所属する家族生活との一貫性を保障することは、子どもの権利保障にも繋がり、(小林 1999) らが言及する子どもの人権という「社会的視点」が強調されることになる。

初対面時は警戒心が強かった子どもたちも、一緒に話をしたり遊んだりする中で安全な存在だということを理解すると受け入れ、信頼し、必要としてくれるようになったことから、子どもたちにとって安心して遊べる安全な存在の必要性を痛感させられた。これは上記 CLS の役割の 1 と 2 にあたる子どもの理解と情緒的なサポートであり、高木による心理的ケアに基づく「教育的視点」(高木、1986) が強調される。子どもたちの話は、自分の今日の体調や今日行った治療、検査結果なども含まれており、自分の痛みや辛さを共感して欲しいように感じられた。今回研究を行った FPB 遊びの中でそのような感情が表現されることは多くはなかったが、楽しそうに遊んでいる姿や遊びに集中している姿、遊び終了後のすがすがしい表情を見ると、落ち着いて子どもと向き合い、遊びを提供したり話を聞くということの重要性が感じられた。すなわち、FPB を用いた遊びそのものが、子どもの不安や苦痛の軽減につながるという「臨床的 (治療的?) 視点」を体感することができた。

今回の観察をとおして、子どもたちは FPB など、遊びがもたらされたり、感情を表現する機会を与えられたりすることで、自分の病気や病状の理解や受容が可能となり、心理社会的問題を最小限に抑える機会となるように感じられた。しかしながら、及川 (2004) が述べていたように、子どもにとっての遊びの意味を、今後さらに検討していく必要がある。遊びは自発的な活動であり、子どもは遊びによって心身の包括的な発達を促す。これを実現する為には、その子の発達状況にあわせた遊びプログラムが必要であり、CLS の取り組みにはこの「発達の視点」が必須になってくる。この視点に関しては、医療従事者が現在のところどの程度考慮しているのかは不明であるが、発達を考慮した遊びをとおしての心理的ケアが引き起こす精神的安定が、治療の安定や身体機能の回復に有効であることを認識し、この発達の視点を含んだ実



践に向けて早急に動き出すべきである。

実際のところ、医師や看護師は医療的なアプローチを行う為、治癒的な関わりを通して、ストレスの軽減や発達の促進を援助するセラピューティック・アプローチを子どもたちに提供することは困難である場合が多い。だからこそ、医療チームには医師や看護師のほかに専門職を組み込むことが必要なのである。子どもの発達状態を理解し、適切な遊びを計画することができ、子どもの欲求や感情表出を受け入れる、医療行為をしない存在が子どもたちにとって重要な意味を持つ。だからこそ、CLS の必要性が強調されることになるのである。

高木（1983）の示した「教育的配慮」とは、「病ともに生きる子どもに生きることの意味や人間の持つ可能性を知らせると共に、子どもの成長発達に方向性を与え、さまざまな可能性を引き出すことを援助すること」であるが、この役割も CLS が担うことが十分に可能である。セラピューティック・アプローチや FPB を含めた治療的遊具による治療的アプローチが子どもの成長過程において必須であることから、今回使用した FPB も子どもたちの発達や治療を促進する材料の提供につながる可能性が十分にあるであろう。

#### 参考文献

- American Academy of Pediatrics Child Life Services :  
Child Life Council Committee in Hospital Care,  
118 : 1757-1763, (2006)
- Azarnoff, P. & Flegal, S. A Pediatric Play Program :  
Developing Therapeutic Play Programs for Children  
in Medical Settings. Springfield, Illinois : Charles  
C. Thomas (1975)
- Crocker, E. Child Life Programs in the Maritime Provinces :  
A Study of the Medical Needs of and Future  
Directions for Hospitalized Children. Halifax : Atlantic  
Institute of Education (1974)
- Child Life Council. Guidelines for the development of  
Child life programs. Child Life Council, 3-4  
(1990)

- Child Life Council. International Task Force contact  
information 資料 (2002)
- Child Life Council. Directory of Child Life Programs.  
Child Life Council, 12th ed (2003)
- Child Life Council. <http://www.childlife.org> Child  
Life Council FactSheetFINAL (2007)
- 大臣官房統計情報部人口動態 平成 14 年患者調査  
の概況 [http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/  
kanja/02/index.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/02/index.html)
- 藤井あけみ チャイルドライフの世界ーこどもが  
主役の医療を求めてー 新教出版社 (2000)
- 及川郁子 病院や入院による遊びへの影響とケア  
の考え方 小児看護 27(3):303-307 (2004)
- Gaynard, L. Wolfer, J., Goldberger, J., Thompson, R.,  
Redburn, L., & Laidley, L. Psychosocial care of  
children in hospitals : A clivical practice manual  
from the ACCH Child Life Research Project. Child  
Life Council 115-129 (1990)
- 帆足英一 全国医療保母研究会 全国の病棟保母  
の実態と課題 全国の医療保母研究会 (1999)
- 夏路瑞穂 チャイルド・ライフ・スペシャリス  
ト：子ども中心の医療を推進する 子ども学  
5: 3-10 (2003)
- 金城やす子 静岡県立大学短期大学部 特別研究  
報告書 (平成 17 年度) 10
- 木内妙子 大西文子 プレイセラピーとその活動  
小児看護 21(2):252-257 (1998)
- 小林 登 子ども学 日本評論社 236-238  
(1999)
- 小林繁一 慢性疾患の心身医学 からだの科学  
231: 67-70 (2003)
- 国立保健医療施設科学院施設科学部 施設環境評  
価チェックリスト [http://www.niph.go.jp/soshiki  
/shisetsu/BEAMweb/BEAMtop.html](http://www.niph.go.jp/soshiki/shisetsu/BEAMweb/BEAMtop.html)
- 小沼里子 我が国及び主要国における小児医療政  
策の現状と課題 国立国会図書館 調査資料少  
子化・高齢化とその対策 総合調査報告書  
(2005)
- 桑島昭文 平成 14 年度診療報酬改定 (小児医療)  
について 愛育ねっと 2006 年 6 月トピックス  
<http://www.qiiku.or.jp>
- 松本良枝 ファンタジープレイ・ボードガイドブ  
ック 北大路書房 (2005)
- 村上勝美 小児の慢性疾患をめぐる小児保健研

- 究 29(2):68 (1970)
- 野村みどり 夏路瑞穂 柳澤 要 欧米の子ども  
病院におけるプリパレーションに関する実態調  
査 山城雄一郎(主任研究者)平成 13 年度厚生  
科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書:  
子どものためのインフォームドコンセントを推  
奨するプリパレーションツールの開発 699-787  
(2001)
- 小川純子 小児がんの子どものストレス・コーピ  
ングと看護ケア 小児看護 26(8):992-996  
(2003)
- 岡村睦美 石井まゆみ 塚本雅子 野中文字子 村  
谷圭子 小児看護業務量調査に基づく看護必要  
度の検討 日本看護学会論文集、32 号:249-251  
(2002)
- 社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会 日本子ども  
資料年鑑 2006 KTC 中央出版 (2006)
- 高木俊一郎 慢性疾患児に対する精神心理ケア  
特殊教育学研究 21(1):48-51 (1983)
- 高木俊一郎 教育学的小児科学 教育学的小児科  
学 新小児医学体系 第一巻 中山書店 257-  
272 (1986)
- 谷川弘治、駒松仁子、松浦和代、夏路瑞穂 病気  
の子どもの心理社会的支援入門 ナカニシヤ出  
版 (2004)
- 谷川弘治、夏路瑞穂、小野正子、松浦和代、根ヶ  
山俊介 子どもたちに提供する遊びのあれこれ  
小児看護 27(3):333-340 (2004)
- Thomson, R., & Stanford, G. Child life in hospitals :  
Theory and practice. Chaeles C. Thomas, Publisher  
(1981) (小林 登監修 野村みどり監訳 堀  
正訳 病院におけるチャイルドライフ:子ど  
もの心を支える“遊びプログラム” 中央法規出  
版 2000)
- 山下 淳、Dewaraja R. D., 吾郷晋浩 長期療養児  
の心理的問題とその解決法 小児臨床 47(4):  
5-12 (1994)