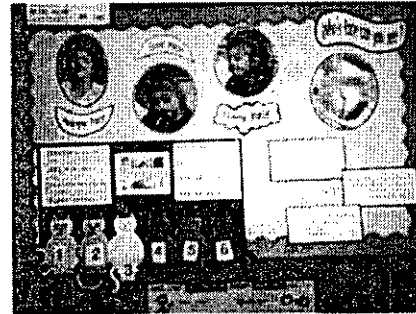
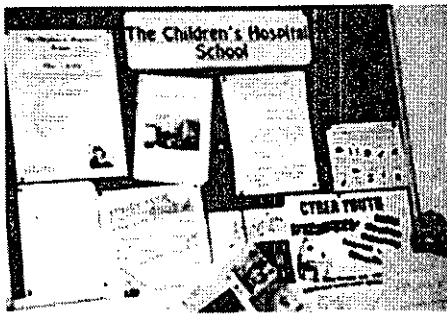
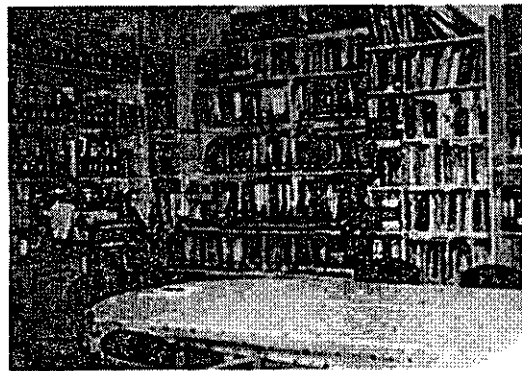
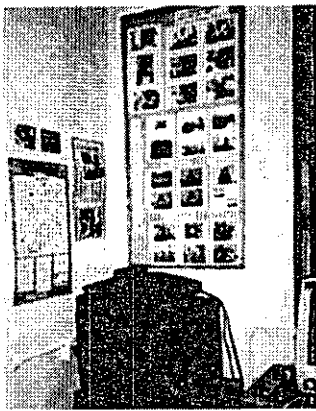


g0-8  
子どもたちが作った  
クリスマスの飾り



院内学級 インフォメーション



g0-9  
ミュージック&ライブラリー

グレートオーモンドストリート子ども病院-5

れている。

6) その他

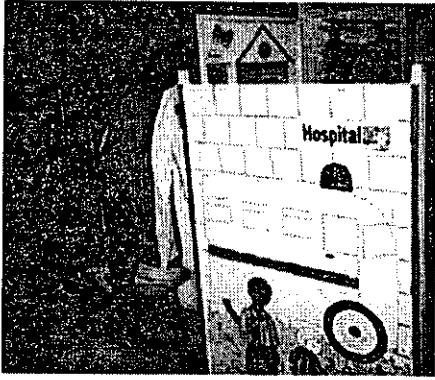
①St. Christopher's Chapel

病院内に教会が設置され、必要な時にはいつでも“お祈り”できるとの事であった。入ると非常に美しく、予想外に広いスペースであり、遠方から来て

いる方や病院生活が長く行き詰まっている時には、この場所で家族全員でお祈りをして心をしずめる事ができるということだった。(写真-11)

②寄付金の募集

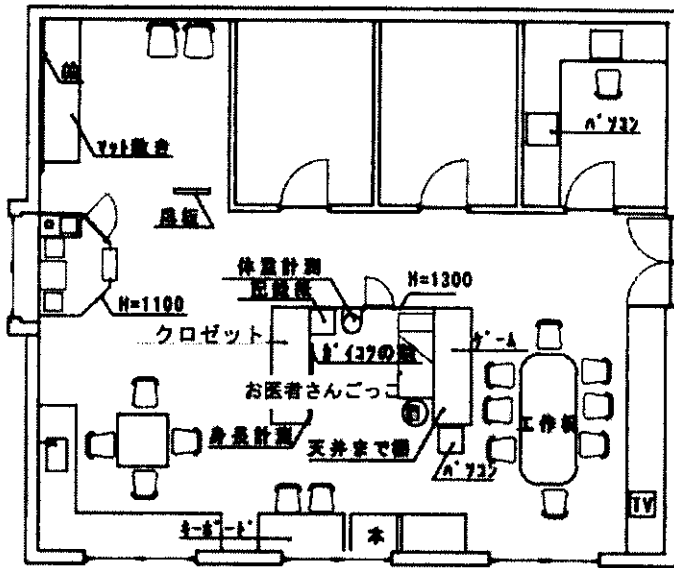
ぬいぐるみやTシャツ、絵本などを受付の入り口で売る場所があり、その売り上げ金は病院の子ども達のおもちゃや絵本の重要な資金となる。



g o -10 クロゼット  
お医者さんごっこの為の白衣や手術着が見える。



遊びのいえ



ミュージック & ライブラリー S=1/100



g o -11 お医者さんごっこのコーナー  
ベッドの中には点滴をしている人形  
となりには聴診器、血圧計など

グレートオーモンドストリート子ども病院-6

③ パンフレット

様々な medical information (丈夫な骨を保つ為、抗剤の必要性、はやりの怖い病気、乳幼児突然死症候群、インフルエンザのはなしなど) や、Play service の説明、ホスピタルスクール、またスクール発行の雑誌などがところどころに設置され、いつでも手に取り情報を得る事ができるように配慮されていた。

グレートオーモンドストリート子ども病院

室名	面積 (㎡)	対象年齢 他	内装・備品・遊具・他	特徴
胸部外科内科待合室 プレイルーム	19.5		流し 遊びの家 作業机 イス 黒板 棚	待合室からガラス越しにプレイルームが見える。 水遊びができる。
血液腫瘍科 プレイルーム	41	乳児～ 16歳 長期入院	スロープにより室内に段差。 工作机 オモチャのキッチンセット ソ ファ 流し	オフィス10㎡オモチャ庫4.2㎡含む 屋根付バルコニーに出られる。
診察室	13		診察机 診察台 遊びのコーナーにテー ブルとイス	遠方からの患児も多い為付き添い者の イスを多く用意している。
神経、形成 外科病棟		病床数 10床	個室2 4床室2 ドクターズオフィス2 プレイルーム バスルーム ナースセンター ダーティーユティリティ クリーンユティリティ 家族のための休憩室	
病室 (1床室)	42		廊下側大きなガラス窓 バス トイレ 洗面 付添い用ベッド テレビ イス テーブル	付添い用ベッドはカーテンが付きプ ライバシーが保たれる。
プレイルーム	20		作業机 イス 流し 備品棚 カウンター	管理者としてボランティアがひとり 配属されている。
キッチン	20	家族	流し台 電子レンジ 冷蔵庫	
家族の 休憩室	16	家族	ソファ テレビ	病棟入り口受付となりにある。
ミュージック&ライブ ラリー	85		(個室部分21㎡を含む) 工作机 流し テレビ パソコン 本 楽器 (キーボード) 遊びの家 絵のコーナー 作業着用クロゼット	点滴をしていても遊びに来られる。 病棟外にでて遊びに行くということに 意味がある。

2-2. ホスピタルプレイとプリパレーション

1) ホスピタルプレイの5つの役割

イギリスにおいて、1989年、Save the children  
による報告によると、ホスピタルプレイの5つの役  
割があると特筆されている。

1. Aiding normality
2. The reduction of anxiety
3. Speeding recovery
4. Facilitating communication
5. Organized play in hospital

この中で、プリパレーションは2に含まれている。  
また、病気の子どもたちを治療するに当たって、「家  
族中心ケア (A child and family-centred care)」  
の考え方が、あたりまえのこととして、すべてのス  
タッフの協力の下に遂行されている。ホスピタルプ  
レイはこの家族中心ケアの思想の一部としてイギリ  
スにおける子どもの治療を支える重要な役割を果た  
している。

本節では、「家族中心ケア」、「ホスピタルプレ  
イ」、「プリパレーション」の現状を、Wythenshawe  
Hospital を中心に紹介する。

2) ウィゼンショー病院 Wythenshawe Hospital

Wythenshawe Hospital はEnglandの北部  
Manchesterの南に位置する。この病院には小児入  
院用ベッド28床があり、医師4人 (ただし、必要  
に応じて他の医療部門から専門医の協力を得ること  
ができる)、看護師平均勤務人数 (日中) 15～1  
6人、Parents carer 2人、Physiotherapist 2人、  
およびプレイスペシャリスト3人が働いている。こ  
の外、小児日帰り入院用ベッド8床があり、看護師  
4人 (Sister 1人、Staff nurse 2人、Auxiliary  
nurse 1人) とプレイスペシャリスト2人が働いてい  
る。

看護師は、Sister、Staff nurse、Auxiliary nurse  
に分かれており、Sisterは婦長、Staff nurseは主

表 2-2-1. Wythenshawe Hospital 小児病棟スタッフ人数

スタッフ	内訳	人数
小児科医師	Consultant(上級医師)	4人
看護婦	Ward manager	1人
	Sister	2人
	Staff nurse	10人
	Auxiliary nurse	2~3人
	Parent's carer	1~2人
Play specialist	Senior	1人
	Staff	5人
Physiotherapist		2人

表 2-2-2 イギリスの医療サービス

1. Primary care	GP Primary Care Trust Social service Social work department Voluntary organisation	District General Hospital Community Nursing Trust nurse, play specialist, counsellor, physiotherapist, etc.
2. Secondary care	District hospital University hospital	
3. Tertiary care	Children's hospital Tertiary referral hospital	

に医療業務に直接かわり、Auxiliary nurse はベッドメイキング、食事の世話、排尿の世話など子どもの生活補助を行う。Parent's carer は、付き添いの親のバックアップする(表 2-2-1)。

### 3) イギリスの家族中心ケア

イギリスで家族中心ケアが推奨されるようになったのは、1984年、N.A.W.C.H (The National Association for the Welfare of Children in Hospital 現在 Action for Sick Children と改名され、病院にいる子ども達の擁護ために調査研究・啓蒙事業を行うことを目的として認可された公共事業団体) の Millennium Charter for Children's Health Services がイギリス政府 (Department of Health) によって批准されてからである。この Charter の先駆的意義が認められ、ヨーロッパ全土の病院に適應できるように発展させたのが1988

年 EACH 「病院の子ども憲章」といわれる。そして、それが1991年の 'UN convention on the right of child' (国連子どもの権利の規約) につながっていった。

### 4) Millennium Charter for Children's Health Services (NAWCH)

1. すべての子ども達は等しく、ネットワークサービスが共同で行う最良の医療を受ける権利を持たねばならない (All children shall have equal access to the best clinical care within a network of services that collaborate with each other)。
2. 子どもと青少年のためのヘルスサービスは、子どもが居心地よく、安全で、安心していられると常に感じられるような、おとなとは別の、子ども中心の環境の中で提供されなければならない

(Health services for children and young people should be provided in a child centred environment separately from adults so that are made to feel welcome, safe and secure at all times).

3. 両親は、わかりやすいコミュニケーションと適切なサポートを通して、子どもの治療やケアに関する決定に参加するよう力づけられるべきである (Parents should be empowered to participate in decision regarding the treatment and care of their child through a process of clear communication and adequate support.).
4. 子ども達は彼らの発達や理解に応じて、適切に知らされ参加するべきである (Children should be informed and involved to an extent appropriate to their development and understanding).
5. 子ども達は、病院でしかできないケアを除いては、コミュニティー・チルドレンズ・ナースによる支えと実践上の補助を受けることにより、家庭でケアされるべきである (Children should be cared at home with the support and practical assistance of community children's nursing services, unless the care that they require can only be provided in hospital).
6. 子どものケアをするすべてのスタッフは、子ども達の臨床での、感情面での、発達面での、そして、文化面での必要性を理解し対応しうるように特別に訓練されるべきである (All staff caring for children shall be specifically trained to understand and respond to their clinical, emotional, developmental and cultural needs).
7. 子ども達が入院しているすべての病院は、両親のための宿泊施設を無償で提供すべきである (Every hospital admitting children should provide overnight accommodation for parent, free of charge).
8. 両親は、子どもが病気のときは、子どものケアに

参加することを奨励され、サポートされるべきである (Parents should be encouraged and supported to participate in the care of their child when they are sick).

9. 病院のすべての子どもは、遊びとレクリエーションと教育の十分な機会が与えられるべきである (Every child in hospital shall have full opportunity for play, recreation and education).
10. 青少年は、年少の子どもやおとなとは違った必要性があることを認識しなくてはならない。それゆえ、ヘルスサービスは、彼らの特別なニーズに応えるよう遅滞なく提供されねばならない (Adolescents will be recognised as having different needs to those of younger children and adult. Health services should therefore be readily available to meet their particular needs).

#### 5) 国連子どもの権利の規約

子どもは、社会に積極的に参加する権利を有する (children have a right to take an active part in society)。

子どもは、ニーズに合ったサービスを受ける権利を有する (children have a right to service which meet their needs)。

子どもは、彼らの考えを表明し、それを考慮してもらう権利を有する (children have a right to express their views and have taken into consideration.)。

子どもは、物質的、精神的危害から保護される権利を有する (children have a right to be protected from harm)。

#### 6) 家族中心ケアとホスピタルプレイ

##### (1) 家族中心ケア—具体例

イギリスでは、子どもができるだけ入院しないように、病院と地域の関係がうまく図られている。

イギリスの大学病院級の大きな病院の小児科には、一般に、一般外来、救急外来、デイケア・ユニット、

入院病棟がある。一般外来は予約制で、G P (general physician, ホームドクター) から送られてきた子どもの診察、クリニック、予防接種等が行われている。病気やけがをすると、初めに馴染みのホームドクターである GP に行き、専門的な治療の必要性があれば、大きな病院に送られる。救急の場合は、直接大きな病院の救急外来に出向き、必要とあれば入院する。いったん家に帰り、予約して改めて外来またはクリニックに行くこともある。検査が必要な場合は、外来ないしはデイケア・ユニットで行う。

イギリスの医療の仕組みは、大まかに表 2-2-2 のようになっている。この表の 1. 2. 3. の関係が緊密で、関係者が直接電話で話をするができるようになっている。また、情報は共有され、個人情報、子どもの両親、大きくなれば子ども本人が所持している。1 で働くソーシャルワーカーやカウンセラー、コミュニティーナースなどが定期的に家庭を訪問し、あるいは両親からの連絡により家庭でのケアを助ける。両親は、病状などが不安になったときはすぐに連絡して指示を仰ぐ。2 さらには 3 に直接連絡し、すぐ入院することも可能である。このようなシステムがしっかりしているので、可能な限り自宅で療養することが可能になる。また、慢性病や治癒に時間のかかる怪我などの時も、やむを得ない場合を除いて家庭で生活する。

この病院では、ベッドサイドの一つずつ簡易ベッドと大きなソファ（一人用）が置かれており、いつでもリラックスして付き添い、泊まることができる。10 床に 1 つの割合で、浴槽とシャワーがある。患者も付き添いの人も使う。ペアレント・キッチンという付き添いの人たちのための部屋があり、会話、簡単な食事、お茶等に利用することができる。患者や子どもは入れない。個室は、すべてバストイレ付である。重症患者、感染の恐れがある患者や他からの感染を嫌う患者等が入る。一日中いつでも付き添うことが出来る。両親と祖父母など何人もが付き添っている姿も見受け、きょうだいと一緒にいることもある。宿泊は一人ですが、周囲に迷惑のかからない限り付き添いの人数に制限はない。

病棟の外に宿泊施設のある病院もある。ある病院

(District hospital) の宿泊施設はプレイルームに接しており、いつでも自由に出入りでき、各部屋からナースステーションへの直通の電話があり、いつでも子どもの病状を聞いたり、看護師から電話を入れたりすることができるようになっていた。ホテルのように整った 2 人が宿泊できる施設で、キッチン（自炊）とラウンジ、ダイニング等があり、長期滞在でも付き添いができるだけリラックスして生活できるように配慮されている。ここはイギリスでも特別で、どの病院にも少なくとも患者のベッドサイドにゆったりしたいすと一人分の宿泊設備がある。

入院患者の親は、付き添いのための有給休暇が取れる。医師の証明を雇用者に提出すると、付き添いのための有給休暇が与えられる。すべての親には、病棟の情報を収録した冊子が配られ、治療、入浴、食事、洗濯、遊び等病院内での患者の日常生活に関する情報が与えられる。付き添いは、日課に従って、子どものケアを一緒に行う事ができる。

0 歳から 16 歳までの子どもは、皆小児病棟に入院する。発達・発育障害のある子どもは、18 歳までは小児科に入院することがある。

病院に来る見舞い客に年齢制限はない。ただし、16 歳以下の子どもの患者を見舞いにくる場合は、大人が同伴していなければならない。

患者のきょうだいは、いつでもプレイルームで遊ぶことができる。見舞い客は、患者がプレイルームで遊んでいるときのみプレイルームにいることができる。

見舞い客は、他の患者の迷惑にならない限り、また職員の仕事の邪魔にならない限り、自由に患者を訪問できる。夜は、6 時半までプレイルームがオープンしているので、時には、家族ぐるみで、もちろんきょうだい姉妹も含めて、ゲームをしたり、玩具で遊んだりして賑やかすぎることもある。きょうだい姉妹が学校帰りに遊びに来て患者と一緒に過ごしたり、患者の病状がすぐれない時にはきょうだい姉妹だけプレイルームで遊んだりすることもある。きょうだい姉妹を家に残して病院で付き添わなければならない母親には、ほっとした笑顔も見られる。病室は狭いし他の患者もいるので、きょうだいや親戚の子ど

も達はプレイルームで過ごす事が多い。

イギリスでは、96%以上の病院にプレイスペシャリストがおり、すべての子ども達はプレイルームで遊ぶことができる。ベッドにいないてはいけない子どもはベッドの上で遊べる。

プレイルームとは別に、スクールルームがある。スクールルームでは、学校の先生が居て、6歳以上の子どもの勉強の機会を与える。この病院では、月、火、水の10時から3時までと、金の1時から3時までスクールルームがオープンする。入院当日からでもスクールルームに行くことができるが、普通は、2、3日以上入院する子どもを対象にしている。

## (2) ホスピタルプレイー具体例

この病院での具体的な子どもの様子を見る。

まず、子どもが病院に来るときは、一般外来、救急外来、デイケア・ユニット、入院病棟のいずれかを訪れる。それぞれの場所にプレイルームがある。一般外来では、プレイスペシャリストが準備したアクティビティーで待ち時間を楽しいものにする。小さい子ども用の低いテーブルには、図画や工作の道具、車や汽車、人形等が用意されている。大きい子どものための部屋もあり、玉突き、テレビゲーム、CD・ラジカセ、雑誌等、ティーンエイジャーが興味を持ちそうなものが置かれている。絵の具と水遊び道具、小麦粉粘土はいつも用意されている。子ども達はこの3つの遊びが基本的に大好きである。

救急外来にもプレイルームがある。救急は、待ち時間が長く突然の出来事で子どもも付き添いも気持ちが高ぶっているため、プレイスペシャリストはゆったり落ち着いた対応を心がける。イギリスの病院では、痛みを訴える患者にはまず鎮痛剤を投与し、待ち時間も痛みを伴わないように配慮している。それでも、突然のことで気持ちが高ぶっているので、プレイスペシャリストは、玩具や本を使って、検査や処置の前のプリパレーション、処置中に気を紛らわせるためのディストラクションを行い、なるべく恐怖を取り除き落ち着いて処置を受けられるよう努力する。

デイケア・ユニットには、簡単な手術や検査を受

ける子ども、入院のための準備にくる子どもなどがある。プレイスペシャリストは、ゆっくり一緒に遊ぶことにより、コミュニケーションをとり仲良くなるよう努める。それを踏まえ、プリパレーションをして検査や手術に備え、また、ディストラクションで子どもの検査時の恐怖を少しでも軽減するように試みる。

小児病棟は、外科と内科の混合病棟で、目下のところ工事中でプレイルームは一つしかないが、大きい子向け(11歳以上)のプレイルーム(adolescents room)も計画されている。プレイルームでは、いつでも、プレイドゥー(小麦粉粘土)とウォータープレイ(水遊び)、絵の具等のアートワーク、は欠かさない。プレイスペシャリストは7時半には出勤して、ナースの引継ぎに参加する。看護師から患者の大体の様子を聞き、必要があれば、個別に詳しい病状、家庭環境等を聞く。

8時30分にはプレイルームをオープンする。それまでの間にアクティビティーをセッティングし、各病床を回って患者と付き添いの様子を見る。プレイルームに来るように誘ったり、何かベッドサイドでしたいことはないか聞いて適切な遊びを提供する。ここでは、子どもを観察し、親達と話をし、不安や不満がないか充分注意する。その日の患者の年齢層や必要性に合わせてプレイルームのセッティングを変える。

基本的に子どものしたいことを出来るだけさせてあげるように心がける。同じ年齢の子どもが集まると、グループで遊ぶこともある。ティーンエイジャーは、ベッドにいて一人で遊ぶことが多いようだ。子ども達は、初めは何もいらないということも多いのですが、何度か言葉を交わしているうちに、心がほぐれ、話をしたり、ベッドでできることをリクエストしたり、プレイルームに来て絵を書いたり、ゲームをしたりするようになる。できるだけリラックスして、好きなことができるように手助けするよう心がける。

病院に来る子ども達は、年齢、性別、生活環境、人種、体調等、それぞれ様々である。それぞれの子どもができるだけノーマルな生活ができるように、その子どもに何が必要かその子どもが何を欲している

かを見極め、適切な遊び、時には会話、時には補助、処置を提供できるよう、よく観察し、よく話を聞かなくてはならない。

この仕事は、プレイスペシャリストの努力はもちろんだが、親やコミュニティー、スタッフ全員の助け合いと協力があって初めて実現できる。

## 参考文献

Christine Hogg (1996), Health Service for Children and Young People, action for sick children, London, Action for Sick Children.

Pamela A. Barnes (2001), Master's in Philosophy, Victoria University, Manchester, p.179

## 2-3. プリパレーション

イギリスにおけるプリパレーションの必要性は、1959年のThe Platt Report (保健省) のなかで「病院に入院することにより子どもが心に障害をもつ危険性は、子どもと親に適切なプリパレーションを施すことによって軽減される」と明確に記述されていることが起点となっている。イギリスは、The Platt Reportに限らず、答申が出されれば、政府はその内容を尊重して政策の転換を速やかに図るという印象が強くなる。

現在、イギリスの病院では96%の小児科にプレイスペシャリストが働き、子ども10～15人にプレイスペシャリスト1人の割合となっている。プレイスペシャリストは、プレイを通して子どもができるだけノーマルな生活を送れるようにバックアップし、そのために、入院中の子どもやその家族と、より良い関係をつくる様努力する。プリパレーションは、プレイスペシャリストの仕事の一部にすぎない。

## 1) Wythenshawe Hospital でのプリパレーション

### (1) プリパレーションの実際

プリパレーションには、入院のためのプリパレーションと特別な処置のためのプリパレーションがある。

#### ① 予定された入院のプリパレーション

子どもと親は事前に病院を訪れ、病院内の環境に慣

れ、入院で経験することについて学ぶ。当院の場合、耳鼻科、歯科、形成外科関係の手術が多い。通常は手術の一週間前に病院を訪れ、入院のための手続きとメディカルチェックを済ませ (Pre Operation Check)、看護師から手術当日の注意を聞き、医師から手術内容の説明を受ける。この時、プレイスペシャリストは、待ち時間を利用して子ども達を出来るだけプレイルームへ誘導し、一緒に遊びながらコミュニケーションをとり、病院での円滑な人間関係の促進と緊張の緩和を手助けするように工夫する。その後プレイスペシャリストはスライドを用いて、子ども達が手術当日経験することを説明し、子ども達が理解したり、「あー、これ、知ってる」と思い出せるように手助けする。例えば、子ども達は実際に使用する注射器で人形に点滴してみたり、マジッククリーム (局所麻酔用クリーム) の類似品を貼付してみたり (本物は高価なので使用しない)、カテーテル類に触れたりする。このような遊びの経験を通して、医療処置に慣れ、身近なものに感じるようにもっていく。また、一緒に病棟内を訪れ、そこで働く人たちを紹介し、ユニフォーム、職種、役割等をできるだけ分かりやすい言葉で説明する。

入院当日、プレイスペシャリストは、手術前に子ども達を出来るだけプレイルームに誘導し、コミュニケーションを図り、まだ不安があるようなら、遊びや会話を通してさらにプリパレーションを試みる。たとえば、入院中に出会う病院職員のユニフォームを試着したり、ホスピタルプレイをしたり、遊びながら子ども達と会話し、できるだけリラックスさせ不安を取り除くよう工夫する、

#### ② 急な入院のプリパレーション

原則的には (1) と同じ内容の遊びやプリパレーションを行うが、入院が急に決まるため、医療処置や入院の待ち時間の合間をうまく見つけだすことがポイントである。通常、プレイスペシャリスト手作りの写真入りプリパレーションブックを用いて、これから受けるであろう検査や処置の説明と、出会う人々、あるいは病棟内の様子等を説明する。

③ 特別な処置のためのプリパレーション: CT スキャン、X線撮影、採血、縫合等



手作りのプリパレーションブック、機械の模型(CTスキャン装置の模型、プラスター等)、本物の処置器具(注射器、ただし注射針は外してある、マジッククリーム、包帯、等)、人形、指人形を使って説明したり、子どもと一緒に処置を模擬体験したりする(此が決定版というものはない)。

## 2) プリパレーションの留意点

プリパレーションを行うにあたっては次のことに注意する。

### ① 年齢(発育年齢)

2歳以下の子は、プリパレーションを理解できないことが多いので、プレイスペシャリストは親などの付き添い人にプリパレーションし、親の不安をできるだけ取り除き、リラックスしてもらう。18ヶ月以上の子には、簡単な本を見せることもある。就学前の子にはわかりやすい言葉を使う。プレイスペシャリストは、子どもの話をよく聞きながら、子どもの不安を見極めめる。適切な本を選んで見せることもある。学童期の子どもには話をよく聞き、年齢に合ったことばを使って、明瞭に説明する。

### ② 医療を受けた経験

modelling films(手術や処置の様子をフィルムに収めたもの)は年少の医療経験のある子どもには禁忌となる。というのは、以前に経験した医療処置を、子どもが恐ろしい経験として体に植え付けていた場合、modelling filmsを見ることによって、そのときの恐怖がよみがえってしまい、また増幅させてしまうことがあるからである。

### ③ 子どもの認知の発達状況と理解度

発達の状況と理解度を熟考し、発達に合わせた言葉、道具、説明方法を選ぶ。

### ④ プリパレーションの時期

最初に、子どもとコミュニケーションを取り、子どもがリラックスできるように援助し、リラックスしたことを見極めてプリパレーションに移行する。

### ⑤ 両親のプリパレーション

両親が不安を抱いていると子どもも不安になる。子どもだけでなく、両親の不安や恐怖も緩和させる。

### ⑥ 民族

民族に合わせたプリパレーションのプランや道具を選ぶ。

## 3) プリパレーションの手順とアセスメント

プリパレーションの手順とアセスメントのポイントは次の通りである。

### ① 子どもと子どもをめぐる状況のアセスメント

プリパレーションの第一ステップは、子どもの状況を総合的にアセスメントすることである。このアセスメントをはじめる前に、遊びを通して子どもがリラックスする機会をつくる。子どもがリラックスするということは、子どもとプレイスペシャリストとの間に、相互信頼関係が築かれつつあることを示す。プレイスペシャリストは子どもと親の話をよく聞き、何が不安の種か突き止めるように努める。

ここでのアセスメント項目は、子どもの発達段階、子どもの理解力、どのようにしてコミュニケーションをとるか、子ども自身が自分の置かれている状況をどの程度理解しているか、親が子どもにどの程度病院で行われる医療処置について説明しているか、親は子どもが何をどの程度理解していると考えているか等である。

### ② プリパレーションのプラン

プリパレーションの第二ステップは、アセスメントを基に、プリパレーションのプランを立てプリパレーションツールを決めることである。プリパレーションツールには人形、本、おもちゃ、医療器具、会話、等々がある。

### ③ プリパレーション前のプレイ

プリパレーションの第三ステップでは、普通の遊びの中で、子どもの言葉やボディランゲージから、子どもが置かれている状況について、なにか勘違いしていないか、思い違いをしていないかを発見する努力をする。また、遊びを通して信頼を勝ち取り、より良い関係を作る。

### ④ プリパレーション

第四ステップは子どもにわかる言葉を使って「お話」をし、できるだけよく説明する。あそびを通して全処置又は処置の一部分を前もって経験させる。

## ⑤事後評価

第五ステップは事後評価ですが、ポイントが5つある。

- ・処置において子どもはどのような様子だったか
- ・処置後のプレイが必要かどうか
- ・常に後でホスピタルプレイをする
- ・子どもにリードさせる
- ・親の反応はどうか

である。

### 4) プリパレーションで困難な点

プリパレーションでは様々な困難に直面する。例えば、親が子どもに何も知らせたくないということがある。この場合には、親にプリパレーションの効果について説明する必要がある。第二に緊急の場合など時間が無い場合やプリパレーションをする場所が確保できないこと、あるいは環境が整わないこともある。第三に他のチームメンバーの手伝いが得られるかどうかがある。

例えば、急患で手術や特別な処置の必要な子どもが来院した場合、通常は、看護師が知らせにきてくれるが、もしプリパレーションの必要性を理解していない看護師がいるとプレイスペシャリストは患者がいることを知らされず、患者はプリパレーションを受けないまま手術室に行くことになってしまう。第四は、子どもが意思疎通、意思伝達に問題を持つときや知恵遅れのときである。このときは、プリパレーションはごく簡単にその状況にあわせて行なわれる。また、親や、ケアをする人が行うこともある。これは子ども独自の表現方法が、第三者であるプレイスペシャリストには容易にわからないからである。

### 5) プリパレーションの事例

#### ①スーザン（女兒、10歳、扁桃腺アデノイドの切除手術）のケース

10歳になるスーザンは手術の1週間前、10時に病院に到着すると、母親と一緒にDay Care Unitを訪れた。この日は、12歳のキャサリンと、6歳と8歳の男の子と一緒にPre Operation Checkを受けることになっていた。最初に看護師が、親に入院当

日の注意を説明する。つぎに医師が手術の内容について親に説明する。Day Care Unitのプレイエリアには、3つの大きなテーブルに、プレイスペシャリストが子どもたちのために様々な遊びを用意している。

この日は、比較的年齢の高い子どもが多く遊びに来ることになっていたので、年齢に合わせてゲーム、ペインティング、カードつくりの材料、男の子には特にメガロボットなどが用意されていた。ピンボール台、テレビ、ビデオ、テレビゲーム、本等も自由に使える。

付き添いの親が説明を受けたり、入院手続きをしたりしている間、プレイスペシャリストはスーザンがリラックスできるように話し掛け、しばらく話した後、「何かしたいことはないか」とたずねる。スーザンは絵を描くことにした。その時、後から入って来たキャサリンと出会い、キャサリンと一緒にテーブルで絵を描いていましたが、やがて意気投合し、プレイスペシャリストの勧めで、一緒にゲームをした。親が説明を受け手続きを終えた後、手術を受ける子ども4人とその親が一部屋に集められた。プレイスペシャリストはスライドを使って、手術当日受付に向くところから、出会う人、体重測定、検温等の処置、マジッククリームの塗布、手術着に着替えて麻酔室に向かう事、麻酔処置、覚醒、親がずっと付き添っていること、プレイスペシャリストと一緒に手術室に行ってくれることなど、について説明する。スーザンは、マジッククリームを自分で塗布してみた。キャサリンは、カニューレと注射器に興味を持っていた。男の子たちは、聴診器で心音の聴き合いをしていた。この後看護師が、病棟内のプレイルームや病室を案内し、手術1週間前のプリパレーションは終わった。

さて、手術の当日、スーザンの手術はその日の最後だった。10時ごろ病院に着いたスーザンは、手続きを済ませるとベッドに案内された。隣のベッドにキャサリンがいた。二人はしばらくベッドで話していたが、プレイスペシャリストに誘われて、プレイルームに行った。テーブルには、絵の具と筆と紙が置かれていた。二人は、絵を書いた。そのうち、

プレイスペシャリストが、「何がしたい、カードを作ってみる?」と言ってグリッターや、厚紙、蛍光ペン等を出してくれた。二人は、きらきらするグリッターやいろいろな材質の材料を使って、カード作りに熱中した。完成すると出来上がったものを母親たちに見せに病室に戻った。しばらくベッドで話した後、またプレイルームに来た。今度は、プレイスペシャリストが、「ゲームをしよう」と誘った。2人の男の子も加わって、4人でゲームをした。男の子は午前中に手術室に行った。女の子2人は、午後手術の時間まで、プレイルームで遊んだり、時々ベッドに帰ったり、親と話していたが、手術の時間が迫って来た頃、プレイスペシャリストと話をして、スーザンが突然「すごくこわいんだよね」と言った。

朝からゆっくり遊んで、スーザンはずいぶんリラックスし、気楽に話ができるようになっていた。「何が恐いの」と聞くと、「麻酔ってどうなるの」と言った。そこでプレイスペシャリストは、以前は局所麻酔で扁桃腺を取っていたこと、その時は、大きな口をあけて、痛くはないけど一部始終見ていなくてはいけなかったこと、今は麻酔の技術が進んで、簡単に事故なく眠りについて、その間ズーッと特別のお医師さんが麻酔から覚めないように、麻酔が聞き過ぎないように、チェックしてしてくれること、あつという間に知らないうちに、手術が終わってしまうこと等を、質問に答える形でじっくり説明した。女の子は「ふーん」と聞いていたが、随分気が楽になったようだった。

看護師に呼ばれ、手術着に着替え、睡眠剤を飲んで、ストレッチャーに乗って麻酔室に向かった。母親と看護師と運搬する人とプレイスペシャリストと一緒に行く。途中、気分はどうかと声かける。いよいよ麻酔室に着き、麻酔科の看護師が質問をし、麻酔医がやってきて、話をしながらカニューレを入れた。その間、プレイスペシャリストはスーザンと話を続ける。少し緊張しているようなので、プレイスペシャリストが大型の本「ウォーリーを探せ」を開き、医師の作業がスーザンから見えなくなる位置に広げて、一緒にウォーリー捜しにトライする。そのうち、麻酔が注入され始める。スーザンは1、2

分のうちに眠りに落ち、手術室に搬送される。プレイスペシャリストは、母親と話しながら病棟に戻る。プレイスペシャリストは、親へ何か不安がないか尋ねたり、コーヒーでも飲んでゆっくりしてくださいといい、親をリラックスさせるように務める。

手術が終わり、麻酔から覚めると、スーザンはストレッチャーに寝たまま病室に戻る。翌日、回診までの間、スーザンたちはプレイルームで過ごした。「調子はどう」と尋ねると、「まあまあかな」と答えた。「恐かった?」と聞くと、「ずっと話してたし、ウォーリーを探せとかしてたし、恐くなかった。知らないうちに手術が終わってた。」と言った。その後、スーザンとキャサリンは、ホスピタルプレイをした。聴診器で心音を聞いたり、マジッククリームを付け合った。それから絵を書いたりしているうちに回診時間となった。無事に回診を終え、退院の許可が下りたので、プレイルームにきて、「ジャーね、サンキュー」と言って帰って行った。

スーザンのプリパレーションで注意したことは、初めに適切な遊びを提供し、遊びを通して信頼関係を得ることだった。病院にもいいことがあると子どもに思わせて、リラックスさせ、プリパレーションするときは、子どもの年齢に合った言葉を使い、わかりやすく説明した。本物の器具や薬を見せたり触らせたりすることで、医療処置を身近なものとしていく。当日は、遊びを通してリラックスさせ、子どもの話をできるだけ聞き、不安がないか確かめる。もし有れば、何について不安を持っているか突き止め、できるだけ不安を取り除くように、話をしたり、プリパレーショングッズを使ったりして一つずつ不安の種を除去していく。

## ② トーマス (15歳 男子、あごの手術) のケース

急患で入って、午後一番で手術となった。看護師からプレイスペシャリストへ、プリパレーションの依頼があった。プレイスペシャリストはトーマスのベッドサイドに行って少しおしゃべりした。通常はプ

リパレーションブック（手術の前処理、麻酔、手術後のこと等について写真を使ってまとめた冊子、手作り）を使ってプリパレーションをし、これから何が起こるか、どのような人々に会うか、どこに行くか、等を説明する。15歳なので、質問をし、どの程度理解しているかを見極めながら、進めて行く。

トマスは、入院後ベッドで休んでいて、大変礼儀正しいが、ポータブルテレビを見ているので、何も必要ないと言った。父親がそばに付き添っていたので、プレイスペシャリストは、お父さんに、「ご心配でしょうね」と話し掛けた。父親は怪我をしたときの様子等を、トマスへ痛いかどうかなど質問しながら、話を続けた。

プレイスペシャリストはプリパレーションの冊子を持ってベッドに腰掛け、「この病院に入院したのは初めて？手術の経験は？」と聞くと、「ない」ということだった。「この本は小さい子にも分かるように少しやさしく書いてあるけど、入院から手術、手術後どうことが起こるか書いてあるので、これを使って説明するね」・・・「マジッククリームって知ってる？」、「局所麻酔や薬の入ったクリームで、塗ると皮膚の感覚をなくすから、カニューレを入れるときも痛くないよ（写真で様子を見せる）」このあと、「カニューレから白い麻酔薬を徐々に注入するとすぐに眠くなるんだよ。眠ってる間に手術は終わる。手術中は、麻酔医が、ついてしっかり麻酔のかかり具合をチェックしていて、さめないように、効き過ぎないように管理しているから安心なんだよ・・・。」というように反応を見ながら、正確に情報を伝え、不安を解消するように努める。自尊心を傷つけないように、押し付けがましくないように心がける。

手術後の適当な時期に、麻酔のこと、入院のこと、手術に関してどうだったか話を聞き、不信、誤解、等を取り除くように説明を加える。

トマスのプリパレーションで注意したことは、1

5歳と言う年齢から、自尊心を傷つけないように、彼を意思を尊重しながら、同時に、どの程度理解しているか、十分な知識があるか、不安を抱いていないかなどを判断することだった。プレイスペシャリストは、トマスに上手にたくさん質問して、彼の言葉に耳を傾け、様子をよく観察して、その上で、安心感と正しい情報を与えるように努めた。器具、安全性、処置の理由等についても説明した。

### ③ ウィリアム（3歳 男子、扁桃腺、アデノイド切除手術）のケース

ウィリアムは他の病院から緊急で送り込まれて来たので、プレオペレーションチェックを受けていない。手術までの時間がなく、すでに、手術前のチェックと医師の回診を終え、マジッククリームを塗布されている。プレイスペシャリストが訪れたときには、ベッドに座って母親と話していた。マジッククリームを塗布した手を前に突き出し、体を硬くしていた。話し掛けても大変硬い表情を向けるだけで、母親も緊張している様子だった。プレイルームがあることを伝え、次の処置までプレイルームで遊んではどうかと誘うと、母親はとても喜んで、ウィリアムを連れてプレイルームにやってきた。プレイルームでは母親にくっついたまま、周りを見回し、すぐホスピタルプレイのコーナーを見つけた。それはホスピタルに改造したドールハウスで、病院としてセッティングされた、医師、患者、ベッド、医療器具などの小さなおもちゃが付いている。ウィリアムはすぐそれで遊びだし、ぶつぶつ言いながら、人形を動かしている。

プレイスペシャリストは、母親に、プリパレーションブックを見せて、手短かに説明した。その間もウィリアムがしきりにマジッククリームを塗布した手を気にしているようなので、プレイスペシャリストは、マジッククリーム（基材のみ）とプラスチックの接着カバーを持ってきて、「母親の手にマジッククリームをつけてみない。」と誘ってみる。ウィリアムは無視して遊び続け、決してマジッククリーム等を見ない。とても硬い表情をしている。プレイ

スペシャリストは、母親にマジッククリームをプレイスペシャリストの手に塗るように勧め、ウィリアムの遊んでいる横でやって貰った。次に、プレイスペシャリストが母親の手にマジッククリームを塗布した。ウィリアムはまったく無視している。やがて、看護師がウィリアムを呼びに来た。看護師が母親と話している時、ウィリアムは母親の手を見、マジッククリームを恐る恐る触ってみた。そのあと何度も何度も触った。だんだんリラックスし始め、硬直した様子はなくなった。ウィリアムがベッドに戻って誘眠剤を飲み、テレビを見ている間、プレイスペシャリストは、写真入のプリパレーションブックを使って、母親に手術までのことと手術後に起こることを説明した。時々写真をウィリアムに見せながら、こんなエレベーターに乗るんだよとか、こんな服の人がいるけど恐くないよ、とか簡単に紹介し、できるだけなじめるように努めた。

ウィリアムのプリパレーションで気を付けたことは、幼児であるため理解力が乏しいことである。また、遊ぶ時間がなく、プレイスペシャリストと十分なコミュニケーションがとれず、信頼関係が得られていなかった。そこで、母親に手術の為のプリパレーションを行うことにより、母親の不安を軽減し、リラックスさせるように務めた。また、母親がウィリアムの受けた処置と同じことをしたりされたりすることにより、彼に安心感を与えることができた。

#### ④ レオ（6歳 男子、C.T. スキャン）のケース

C.T. スキャンの間に患者が受ける放射線の量は、普通のX線スキャンの12回分で、スキャンにかかる時間をできるだけ短くするには、動かずじっとしていることが不可欠である。もし子どもが動くと、もう一度スキャンをしなおすことになり、処置の時間ますます長くなる。

レオは6歳の男の子で、頭のCTスキャンが必要だった。彼は、母親に連れられちょうど10時にデイユニットに到着した。スキャンは11時に予定されていた。それまでの1時間、プレイスペシャリス

トは彼とブレイドウ（小麦粉等で作った粘土）と「スヌーカー」をして遊んだ。そして、プレイスペシャリストは「C.T. スキャンを受ける」という写真集をレオに見せて説明した。レオの母親は、彼が“attention deficit disorder”（注意欠陥多動障害）を持っており、ひとつのことに長い間集中することが難しいとプレイスペシャリストに伝えた。

プレイスペシャリストは、レオに、人形付のC.T. スキャンモデルを見せ、それを使って、ベッドの上でまったく動かずじっとしている練習を彼と一緒にした。プレイスペシャリストは、スキャンの間、何の本を読んで欲しいか彼と話し合いました。彼は、“The Pied Piper Of Hamelin”を選んだ。

レオと母親とプレイスペシャリストはX線課のC.T. スキャン室に行った。プレイスペシャリストはレオにC.T. スキャンの機械とベッドを見せて、この上で終わるまで彼がまったく動かずじっとしてはいなくてはいけないことを伝えた。レオは、ベッドに飛び乗った。そして落ちついてお話を聞く体制になった。彼はとてもよく集中し、完璧なまでにじっとしていることができた。そしてC.T. スキャンは簡単に終わった。レオは誉めてもらって、とてもいい気分であち帰った。これは、レオのような問題を持った子どもにとって大変な業績だった。

レオ（C.T. スキャンのための子ども）のプリパレーションで注意したことは、子どもの理解レベルを評価する、処置の間じっとしている能力を評価する、子どもの発達段階に応じた適切なプリパレーションの道具と方法を用いてプリパレーションを行う、などだった。処置を行う前に、じっとしているためにどんなものを用いて彼の気を紛らわせるか、子どもと話し合っておく必要がある。

#### 8) 実態・課題

イギリスにおいて、多くの病院では、子どもに痛みを耐えさせて処置を行うことはない。ペインコントロールの考え方が行き届いており、痛みを伴う処置

の場合、全身麻酔で行うことが多い。たとえば、lumber puncture（腰椎穿刺）、傷の縫合、一部の歯の治療等も通常全身麻酔下で行う。注射する個所には、かならず通称マジッククリームを塗布し、痛みを和らげる。ほとんどの病院にはPain control departmentが設置されている。このような状況下でも、なお、子どもにとって病院は、恐ろしいところになりがちである。不安が恐怖を招く。年齢の大きい理解力のある子には、正しい情報と治療の必要性を説明し、小さい子には痛くないこと、皆やさしい人であること、元気な体にしてあげようと思っていること、この処置で今よりもっと楽になること、等を肌で感じてもらうように工夫する。

しかし、プリパレーションに必勝パターンはない。仲良しの理解者が、適切な道具や方法を用い、リラックスできる場所・環境の中で注意深くプリパレーションを行うことにより、器具や人が身近なものとなり、不安を和らげることができる。個々の子どもによって違う恐怖や不安の原因を、できるだけ時間をかけて突き止め、ひとつひとつの不安を消して行くこと、その作業がプリパレーションではないだろうか。治療目的に関わる立場の人がこれを兼ねることは難しいとされている。治療目的から離れて、いつも患者やその家族の立場に立って、その気持ちになって工夫と試行錯誤を続けることがプリパレーションの秘訣だと思う。

プリパレーションを遂行することは、一見簡単のように思われますが決してそうではない。専門分化が必要だと思う。プレイスペシャリストは、まず、子ども自身がプリパレーションを受け入れる心の準備が整うような安心できる環境を作り出すよう努める。そのためにもっとも大切なことは、プリパレーションの前に、子どもといろいろなコミュニケーションをとることである。忙しい医師、看護師にはこの時間が持たない。また、訓練された遊びのスキルを備えていない。子どもは、安全な場所だと感じたところでしか何が恐ろしいかを表現しない。遊びは、安心、安全を伝達する重要なツールである。

ただ、この原則を日本に照らして考えてみた場合、イギリスとは随分事情が違うことに思い至る。日本では親子関係がイギリスとは比較にならないほど密接で、日本の親は子どものことを我が身のことにように気遣い、子どもの立場に立とうとする。個人主義の国イギリスでは親子間でもプライバシーが厳然と存在し、子どものプライバシーへの口出しは親でも許されない雰囲気が強くある。従って、きょうだいではなく親子が他人の始まりという傾向が強いイギリスと、子どものことは何でも理解し、またしようとする親が子どもに成り代わって付いている日本とでは、子どもの精神的発達環境は相当異なっていると思われる。さらに、日本では、看護師による患者の理解と患者の信頼の度合いもイギリスと随分違っているように思う。このように、日本とイギリスでは病院にいる子どもの精神的な安定度あるいは不安感は随分違う。それに応じて、子どもにとって必要とされるプリパレーションも当然変わって来るはずである。日本では、独自の効率的プリパレーションがあり得るだろう。

しかしながら、このような違いを念頭に置くとしても、なお日英ではプリパレーションの必要性和効果についての認識は相当の隔たりがあるように思う。それは、「治療する立場からの治療」ではなく、「患者の立場からの治療」の考え方すなわち「家族中心ケア ‘A child and family-centred care’」の考え方である。日本には、改善が見られるとはいえ、治療する立場の都合が最優先して医療を支配している状況が随所に残っており、「患者の立場からの治療」の考え方が徹底しているイギリスとは、大きな差になっていると思われる。それを出来るだけ患者の立場に立った治療に切り替えて行くことが、プリパレーションだけに留まらず、日本の医療のあらゆる分野での課題ではないだろうか。

### 3. 第7回 EACH ヨーロッパ会議についての報告

(EACH 7<sup>th</sup> European Conference December 6, 2001, Holiday Inn Hotel, Brussels-Expo)

EACH の第7回ヨーロッパ会議は12月6日から9日までの日程でベルギーのブリュッセル、エキスポ (Expo) 地区のホリデイ・イン・ホテルで開催された。以下はその概要である。

## <12/6>

### 出席者紹介及び1999年ミラノ大会以降の各国の活動報告

フィンランドからは特に就学前の幼児を対象とした病院内教育のガイドラインの整備、フランスからは高齢者を活用した病院内でのさまざまな子ども向けの活動導入や、NPO によって子どもの権利や入院中の保護者の収入減への法的な対処を政府に要求し改善があったことなどが報告された。またドイツからは看護師がそれぞれの専門を超えて協力できるように教育制度改革が進められていること、アイスランドからは入院する子どもの保護者の付き添いへの経済支援、アイルランドからはプレイスペシャリストの雇用促進、オランダからはインターネットによる病院検索システムが整備されたことなどが報告された。

その他、ポルトガルからは病院内の子どもの権利の改善や専門科によるスタッフへの教育、スウェーデンからは介護の質向上のために病院の質を評価するための基準改善の実施、イギリスからは優れた病院のプログラムへの表賞制度の導入、ベルギーからは政府と協力しての病院内の生活環境改善や保護者への精神的サポート、そしてスイスからは金銭的な負担無しに保護者が病院に付き添えるような情報提供やキャンペーンを行ったことなどが報告された。

なお日本からは政府のキャンペーンである“21世紀すこやか家族”の紹介や EACH 憲章履行のための病院の実態調査を進めてきていること、また病院内でのボランティア活動である“キッズエナジー”などの紹介を行った。

また議長によって1999年のミラノ大会での決議である“保護者が子どもの入院時に経済的な損失を被らないようにする”についての各国の取り組みなどがまとめられたが、その中で食事を無料にして

いる国が多いこと、3カ国程は入院時の親の収入減の経済支援を行っていること、付き添い時の宿泊費支払いの保険サービスを行っているケースがあること、子どもの年齢によって支援サービスが異なるケースが多いことなどが紹介された。

### EACH 憲章の各項目についての議論・修正提案など

午後に予定されていた講師の1人が都合で来れなくなったために、しばらく EACH 憲章の各項目についての議論・修正提案がなされた。その前にユーゴスラビアからのゲストの紹介があり、彼女から国の状況についての報告があった。それによるとユーゴスラビアは経済的に苦しい状況にあり、子どもの権利を主張しにくい時期にあること、EACH 憲章についての情報や文書も少ないことなどが指摘された。

予め配られていた EACH 憲章の説明メモについて議論がなされた。1条では文中にケアが家庭以外の病院外も対象としていることを明記すべきかどうか、2条では親が子どもといつでもいられることを保証すべきとの内容が手術中も適用されるのかで議論がなされた。また3条では子どもの入院による親への経済支援が交通費を含むのかどうかで、4条では親が子どもの病状などの情報にアクセスできることを保証する場合に、ティーンや親に虐待される子どもの場合など親と子どもの関係によっては適用すべきではないのではないか、といった議論がなされた。また6条では子どもの発達段階に応じて一緒にケアをしていく必要性を指摘しているが、ここで子どもの定義をはっきりすべきではないか、また障害を持った子どもをどう扱うか、差別すべきではないなどの議論がなされた。時間の関係で7条以降の討議は後日に持ち越されることとなった。

### 講演1「ヨーロッパにおける子どもと若者のための救急ケアについて」

Dr. Daniel Cau, Centre Hospitalier L. Pasteur  
Cherbourg

Prof. Dr. Luk Cannoodt, Leuven University & Marc  
Daneels, MA Medical social science

ヨーロッパにおける子どもと若者のための救急ケ

アについて2つの発表が行われた。最初は病院に勤務する傍らフランス小児科救急医療協会の活動も行っているダニエル・カウ博士の発表で、フランスにおける救急外来における子どもの治療の実態調査結果（178の病院を対象に実施）について次のような報告を行った。「子どもの救急医療は大人のそれと比べても増加傾向にあり、過去3年間で8.6%の増加があった。救急医療は、内科では60%、外科では40%で、外科の内の2/3は精神的外傷であった。また重度の救急は10%で、90%は予定外の外来での処置である。調査した病院の中で専門の小児救急を持っているのは61%、またその内の75%は小児科の中にそれを持っていることがわかった。一般病院では半数が外科が対処して、3割程が形成外科が、小児科はわずかに6%ほどであった。また小児救急医療は病院よりも個人の小児科医が行う割合の方が多く、ある地域で調べた所、その小児科医の58%が救急医療に関わっているが、彼らによって病院に移されたのはわずか1%だった。」現状では病院には平均で4.6人の小児科医が勤務しているが、協会としては24時間勤務を8名、家庭からのコールサービスに5名の要員を確保すべきで、そのためには今より600人増員する必要があると考えているとのことであった。またこういった救急部門の増大は単に患者数の増加に対応するというだけではなく、初期の段階で患者や親の心理的な不安を取り除き適切な助けをする必要性が今後益々高まると考えられるためであるとの報告もなされた。

また次はルーク・カヌー博士とマーク・ダニエル氏による発表で、ベルギーにおける子どもの救急ケアの実態調査をもとにした提案がなされた。政府が子どもの救急ケアのためのパイロットケースを始めたこと、また新しい規制を制定したりウェブサイトを立ち上げたりといった試みをしていることなどを紹介した。また分かりやすいエントランスやアクセスしやすい駐車場の確保、病院に来てから10分以内に専門の看護師から適切な診断がなされる、また入口付近に子どもを対象とした蘇生室や検査室を備えることなど建築・組織上の課題が示された。また救急部門に最低1人の小児看護師が常駐している必

要があること、ソーシャルワーカーや牧師や通訳また児童虐待や毒物監視などの専門家などとの協力体制を築く必要があることなど、スタッフ上の課題も示された。さらに救急室の外でこれからの救急ケアに必要なこととして、事故・怪我の予防キャンペーン、親や教師などによる適切な初期援助、GPや小児科医による適切な初期診療、病院に来る前の適切な治療と病状の判断などを指摘した。

その後、参加者からの質疑応答があった。救急治療後の子どもへの影響についての質問に対して、カウ博士はトラウマを持つことが多く、そのために精神科医と協力していることなどを紹介した。また救急部門の小児専門看護師が少ないとの指摘に対して、カウ博士は小児科と協力してガイドラインを開発している途中であること、またカヌー博士は子どものケアは複雑な専門性が関わるので救急部門がさまざまな部署と協力した組織をつくってそこに小児専門看護師も関わるべきだと主張した。またイギリスの出席者からイギリスでは救急部門に2人は小児専門看護師がいることなどが紹介されたが、これに対してカウ博士は大病院にはフランスでも小児専門看護師がいるが、中小の病院は無理であること、また小児科のみならずトラウマに対処するために精神科などが関与すべきであると主張した。

## 講演2「子どもに優しいヘルスケア・イニシアティブ」

Prof. David Southhall, MD FRCP FRCPC. UK

特に医療の遅れた貧しい開発途上国の医療改善のイニシアティブの活動報告で、現在進めているパイロットプロジェクトの事例紹介があった。効果的に医療環境を改善するには、その地域のローカルスタッフとの協力が必要で、医師や看護師のみならず、清掃員やセキュリティスタッフ、また患者や親との共同作業が重要であること、また新しく医療機器を導入するのではなく、人も設備も含めてそれぞれの地域の資源をうまく活用していくことなどが成功の鍵となることを指摘した。プロセスとしては、国連の子どもの権利に基づいた医療環境として満たすべき基準（経営、環境、安全、治療など）に沿いなが



らも、それぞれの国や地域の文化や文脈を尊重しながら評価し、あくまでも地域スタッフをサポートする形で基準達成へのアドバイスを行っていく。そして、最初に実態調査・改善アドバイスをしてから半年後に再び現地を訪問しどれだけ改善があったかを評価する。この際の評価のポイントとしては医療資源、医療技術、スタッフ研修、態度・モラルなどである。またこれは政府レベルではなく、あくまでも個別の医療提供者や組織を対象としたものであることである。また貧しい国では特に集中治療ユニットが劣悪な状況であると指摘し、患者の生活の質を向上させることの重要性を強調した。また現在、パイロットサイトはアフガニスタン、コソボ、パキスタン、ウガンダ、南アフリカ、ボスニアの5カ国10ヶ所で行っており、ユニセフ、WHO、地域の看護・小児団体、またその他の専門団体から支援を受けていることが報告された。

< 12 / 7 >

#### 全員集会1：会議の目標と概要及び EACH 憲章履行の実態報告

Dr. JP DERCOQ, Ministry of Health

Dr. S. ROSENBERG-REINER, Secteur d'anesthésie pédiatrique, Centre hospitalier-Necker enfants Malades Paris

最初にデルク博士から会議の目標についての次のようなコメントがなされた。「小児科医にいかにより医療の改善をさせ、子どもに相応しい病院にしていこうかということ、また EACH 憲章履行のための問題点を検証していくことが目標である。医療の改善は単に治療のみならず親と協力しながら行っていく必要がある。また子どもの入院のコストを下げることにそのために特別な経済支援を考慮する必要がある。なお子どもはすべて異なる背景を持っていることを忘れてはならない。」

次にローゼンバーク博士から事前に各国の代表から提出されていた EACH 憲章履行の状況報告がなされた。最初に1988年にライデンで開催された最初の会議から1991年、1993年の会議に至る迄の経過の中で、異なる文化を持つ国々が互いの見

解を交換し、10の原則をつくってきたこと、非政府・非営利の方針のもとで行ってきたことなどを総括した。その上で各国の EACH 加盟団体の実態についての報告を行った。ドイツは政府の介護看護師削減の動きの中で EACH 憲章履行のためにより努力を行ってきたこと、オーストリアは入院時のコスト引下げの努力をしてきていること、イギリスでは国内3団体が協力していること、特に専門職、保護者、看護師、医師へのプレイセラピーのプログラム訓練に力を入れていること、イタリアでは病院内の子ども向けのボランティア活動に力を入れていること、アイルランドはプレイセラピーに力を入れ政府を説得して国のガイドラインを作成したこと、オランダでは病院の質改善のために専門職と協力してガイドラインを作成したウェブサイトによる広報活動をしてきたこと、ポルトガルではこれまで特に医療福祉の専門家を対象としたセミナーや会議を行ってきたこと、北欧5カ国で構成する NOBAB では国を超えた組織によって、プレイセラピーを最初に実践したり、病院の保護者の付き添いを完全に保証するなど、欧州でももっとも進んだ試みをしてきたこと、フランスでは1993年にガイドを作成しすべての病院に配付したこと、またプレイセラピーのスタッフは減少しているがこれはボランティアよりもプロの関与を重視しているためであること、などが報告された。

#### 全体集会2：子どもの権利

Chair: Mr. C LELIEVRE, Ombudsperson for children Belgium

主に病院内の子どもの権利に関してベルギーのカウンセラーであるシモンヌ女史 (Ms. A SIMOENS)、及び前日講演したルーク・カヌー博士から報告があった。ベルギーでは子どもの権利保護の実態を調べるための国の委員会が発足して調査研究活動を行っていることが紹介された。また子どもの権利を守るためには専門家によるサービスの質を守り、患者の側に立ったアプローチにシフトすること、質の高いケアによって子どもの医療環境を改善すること、また親に前もって十分な情報を与えコミュニケーション

ンを図る必要があることなどが指摘された。政府は現在さまざまな試みをしており、委員会がさまざまなサブグループに分かれて病院における子どもの権利保護のために活動をしている。例えばパイロットプロジェクトとして精神科において増加している青年のためのプログラムや国内の7つの病院の救急科の小児用看護師配置などがある。調査研究結果についてはまだ公表されてはいないが、子どもに優しい医療環境を目指すこと、社会的な遊びの活動を促進させるためのスタッフの増員、病院内の快適性を改善することが目標として示された。

#### ワークショップ：4つのテーマ別分科会

1. PRESENCE OF PARENTS (病院内の親の存在)
2. INFORMATION AND TREATMENTS ADAPTED TO THE NEED OF THE CHILDREN (子どもの要求に沿った情報や治療)
3. ENVIRONMENT ADAPTED TO THE NEED OF THE CHILDREN (子どもの要求に沿った環境)
4. HEALTH PROFESSIONALS SHOULD BE EXPERTS IN THE NEEDS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS (子どもや青年の要求をかなえる専門家であるべき医療プロ)

なお出席した分科会3の議事内容について以下に報告する。分科会3では看護師、院内学級関係者、プレイスペシャリスト、教師、医師、障害者保護者団体関係者など多彩な27名が参加した。ここでは、EACH 憲章の1条、6条、7条についての議論が行われた。議長による問題提起は、1つに子どものストレスに対してどう対処するか、特に入院生活が長引く長期疾患の子どもや入院を理解しにくい8ヶ月未満の幼児などに対して、恐怖やストレスをどう取り除くか、また経済的な支援も含めて家族とどう向き合っていくかということ。2つめにはなぜ病院に行かねばならないのかといった病院自体の環境の問題が指摘された。参加者からは以下にあげるような意見が出された。

##### 1) 1条に関して

- ・救急ケアなどに子どもの扱いにたけたスタッフがいない。医師や看護師に子どものケアについ

ての教育をもっとするべきである。例えば当病院では心理学者も関わる2日間の研修コースが設けられている。

- ・医師や看護師にとってプレイスペシャリストと同様に子どもの扱い方を学ぶことは重要で必要な訓練である。
  - ・結局、子どものケアの問題はスタッフ数の不足、つまりは資金や経営の問題でもある。またスタッフの教育不足や資金難も問題だが、患者の家族とのコミュニケーション不足も問題である。
  - ・特に日帰り診療で顕著だが、年々そのニーズが増加しているにも関わらず、病院内のベッド数が不足している上、ベッドも小さく多くの患者や付き添い家族を受け入れる余地が少ない。
  - ・患者やその家族に十分な情報を与えるような場所が必要である。また病院ではなく訪問看護により家庭でも可能なケアもあり、子どもの年齢や状態も考慮しながら医師が適切な診断をしていく必要がある。その際に家族との社会ネットワークが重要である。
  - ・タンペレ大学病院（フィンランド）では病院のコストがかかるので、むしろ医師や看護師による在宅ケアが行われている。またスコットランドでも日帰り手術部門で主に長期疾患の小児用の在宅ケアチームを編成している。
- ##### 2) 6・7条に関して
- ・当病院ではスタッフ不足のため付き添い家族の手助けは重要である。
  - ・大病院では全ての科に小児科医が常勤すべき。また家族の関わりは重要だが、逆に大病院ほど家族とのつながりが薄いという問題もある。
  - ・特に若い患者にとって親やきょうだいの存在は重要である。また特に大病院の小児科では、狭い、感染の恐れがあるなど病院の環境の問題もある。
  - ・きょうだいを連れて病院に行く際にデイケアセンターなどが併設されていると便利だが、問題もある。当病院では10年前にデイケアセンターを設置したが、経営が非常に難しいという問題がある。

- ・長期入院している子どもにとっては特に学校との関係が重要。最近ではインターネットで学校と通信できるようになって効果があがっている。またこれは家庭での親やきょうだいの連絡にも役に立っている。
- ・院内学級の教育活動が子どもにとって重要であり、そのためにも学校と病院が緊密な関係を築くべきである。またそれには家族のサポートも欠かせない。
- ・病院内での遊びも重要で、これにはプレイスペシャリストの役割が大きい。院内学級の教師や看護師とは役割が異なる。また病院内での青年の居場所を考えるべきである。青年にとっても遊びは非常に重要である。

#### ワークショップ総括

それぞれの分科会に分かれて行われたワークショップに総括が各チームの議長から報告された。分科会3以外の概要を以下にまとめる。

##### 1) 分科会1

スタッフが適切な情報を患者や保護者に伝えることが重要、親は診療の決定プロセスに関わるべきで親の存在が重要、親は看護師の仕事の負担を軽減するよう支援すべき、子どもと遊ぶスタッフやボランティアが必要、患者や親への経済的な支援システムが必要、病院環境・デザインを改善すべきなど。

##### 2) 分科会2

精神科の患者の個人情報へのアクセスは問題が生じるケースもある、インフォームド・コンセントが重要、情報公開に関しては国によっても異なる、病状分析を患者側が断る権利もある、親・保護者の関与が重要など。

##### 3) 分科会4

看護師など病院のスタッフがしっかりとした訓練を受けるべきであるが、それは勤務中の継続した訓練また追加的な訓練が必要である、医師、看護師、患者の間のコミュニケーションが重要であるなど。

< 12 / 8 >

#### 全員集会3：ワークショップの目指すもの

#### Prof. Jocelyne APPELBOOM

アペルブーン女史は精神科医で、精神科と小児科で働いている。病気になることや入院することが生活を一変させ、患者やその家族にとって多大なストレスになること、またそれは病気が治ったり退院した後もストレスとして残ることを、EACHのメンバーや病院関係者は理解する必要があると指摘した。その上で、国際的な協力関係を築くこと、より精神的な健康発達の問題に関心を向けること、特に子どもや親を精神的にサポートする心理学者などのスタッフを病院に導入し、子どもや親の心の調和や安定をつくることが重要であるとした。

#### ワークショップ(続)：4つのテーマ別に分科会

前日のワークショップの続きを再び分科会に分かれて行った。前日のまとめが議長よりなされた後に引き続き議論が行われたが、分科会3の議論内容は以下の通り。

- ・国による日帰り手術や治療に対して入院の割合がどれだけあるかを調べる必要があるとの意見に、イギリスからはそれは約8%でそれ以外は在宅でケアされているとの解答があった。また北欧では、オープンシステムを採用していて親が有給で子どもの面倒を見られるとの報告があった。
- ・GP(総合診療)の役割について意見が出された。アイルランドからはGPはコストがかかるという指摘に対して、オランダでは無料であるが患者は直接救急科に行く傾向があるとの報告があった。ポルトガルからは政府がGPのプログラム開発を進めていて救急科の数は逆に減少していることが報告された。スコットランドからはGPを通さずに救急科での効果的で素早い治療が行われていることが報告された。
- ・働く母親が仕事が終わった後に子どもを病院に連れてくるために、特定の時間帯(夕方5時~6時)に患者が集中することが問題であるとの指摘があった。医師の負担を軽減するためにも親に最初に何をすべきかの適切な情報を与える必要があるが、アメリカでは家庭を訪問するヘルスピジターの制度があり効果をあげているこ

と、またテレビや広告での公共の健康へのキャンペーンも必要であるとの指摘があった。これに対してはそのための十分な資金が必要との意見があった。

- ・きょうだいの面会の制限は年齢や病気の種類によること、特に感染症の場合はきょうだいの病棟への入室を認めていない。これに対して現在では隔離が必要な病気が少ないこと、また新生児はともかくそれ以外は清潔にして入室できるようなシステムを整備すべしとの意見があった。
- ・きょうだいの面会拒絶はスペースの問題もある。訪問者が多すぎるとコントロールできなくなるのである程度の制限はしょうがない。これに対してスペースの問題はスタッフが努力して解決すべきとの意見があった。
- ・青年へのサービスをもっと充実すべき。青年は他の子どもから離れてプライバシーを必要とする場合が多い。青年専用科をつくるのも必要。また青年の扱いは特別のテクニックが必要。これに対して大病院はともかくスペースの問題で中小の病院は難しい、また幼児、子ども、青年が同じ科にいてもうまくそれぞれの居場所を確保することはできるとの意見があった。
- ・病院ごとに専門性や特性を持たせて患者が選択できるようにするとよい。青年科を充実させた病院をつくるのも方法。これに対して、ベルギーの参加者よりベルギーは交通費もかかるし地元以外に行きたがらない傾向があるのでそれは難しいという意見が出された。
- ・親が病院建設のプロセスにもっと関わるべきとの意見も出た。

#### 全体集会4：全体総括

Chair: Ms. C BRISSET, Defenseurs des Enfants France

Pr. A. KAHN, Chef de clinique children hospital

ブリセット女史から以下にあげたような全体的な総括がなされた。

- ・人にやさしい病院をつくることが重要で、これは国際的な課題である。

- ・子どもや親は特に重度や慢性の病気で精神的ダメージを受けやすいという前提に立つべきである。
- ・患者の感情に影響を与えるので病院環境は暖かいものでなければならない。
- ・病院内だけではなく、病院外の情報ネットワークも考慮すべきである。
- ・注射など痛みを伴う処置は心理的な観点から考慮すべきである。また幼い子どもの理解力を考慮すべきである。
- ・小児科と精神科が協力すべき。小児科の研修に精神科を加えるべき。

カーン博士からはワークショップの総括がなされ、それぞれ以下のような重要項目が確認された。

- ・テーマ1：適切な情報、仕組み、経済支援の必要性、親の組織の役割の重要性、きょうだい患者を訪問することの重要性、病院滞在中の家族への教育など
- ・テーマ2：個人の医療情報（カルテ）へのアクセス、インフォームド・コンセント、子どもが臨床試験への参加を拒否する権利、小児科への十分な資金の必要性、痛みを伴う治療を避けること、子どもの居場所を法的に保証すること、健康に関する公的な教育、有用な教育ツールの評価、異なった年齢の子どもへのツールなど
- ・テーマ3：病院内のデイケアの開発やきょうだいの付き添いの保証、教育プロジェクト、医療専門家への基本・継続教育、入院の必要性の検討及びデイケア／在宅ケアの可能性検討、全ての年齢のきょうだいの訪問の許可及び彼らとのコミュニケーションの可能性、青年の居場所の確保など
- ・テーマ4：病院内の介護スタッフへの教育、特に専門家を教育プログラムに組み込むことの重要性、スタッフへの継続教育、青年への医療教育、スタッフと家族／子どものチームワーク、検査や診療のさまざまな専門科による総合的な判断、小児科への十分な資金提供など