

D. 考察

米国では CLS (99%の病院で雇用)、英国では HPS (小児病床 10~15 に一人の割合で雇用、国家資格)。

欧米では、1970 年代、このような専門家による子どもと家族支援プログラムの介入は、医師中心とした医療スタッフにより様々なエビデンス (子ども自身の情緒が安定、医療体験による、トラウマの減少、その後の社会適応能力増加など) が報告された。

また、1989 年子どもの権利条約の制定から医療における子どもの権利についての提言が各国でなされ (EACH 憲章、CFHI など)、医療の中で子どもを advocate をする専門職として擁立されていった。米国は子どもの権利条約批准国ではない。しかし CLS 雇用はすでに 99%の病院で達成されている。この背景には、米國小児科学会による雇用の推奨 (AAP 2001、2006) があつたとされる。

(A ratio of 1 child life specialist to 15 or 20 inpatients has been used successfully in some institutions. Child life services should be provided directly by or in consultation with qualified child life specialists in pediatric inpatient units, ambulatory areas, emergency departments, and chronic care centers to the extent appropriate for the population served. Additional research should be conducted to validate the effect of child life services on patient care outcomes with attention to outcomes of specific interventions as well as cost-effectiveness.

Child Life Council and Committee on Hospital Care *Pediatrics* 2006;118;1757 より引用) しかし、その米国においてもまだ国歌士資格ではなく、更なる介入の効果の検討、対費用分析が必要とされている。一方英国では、小児保健省により 1992 年 HPS は国家資格となっており、現在小児医療の標準的基準の一つとして HPS 雇用が以下に示すように勧められている

“Standard for Hospital Services 3.8 It has been recommended that all children

staying in hospital have daily access to a play specialist (22). The use of play techniques should be encouraged across the multidisciplinary team caring for children, including in A&E, with play specialists taking a lead in modelling techniques that other staff can then adopt. The team should be able to offer a variety of play interventions to support the child at each stage in his or her journey through the hospital system (guidelines are available from the National Association of Hospital Play Staff (23)).

(Getting the right start: National Service Framework for Children Standard for Hospital Services Department of Health. 2003. より引用)

E. 結論

当該職種の雇用拡大への課題として以下の点が上げられるものと思われた。

- ①認知度向上、雇用に対する関心度向上
- ②子どもの権利保障に必須であることを提示。
- ③役割の明瞭化、専門性を学術的に明確に示す
- ④医学的エビデンスの構築
- ⑤診療報酬加算の実現

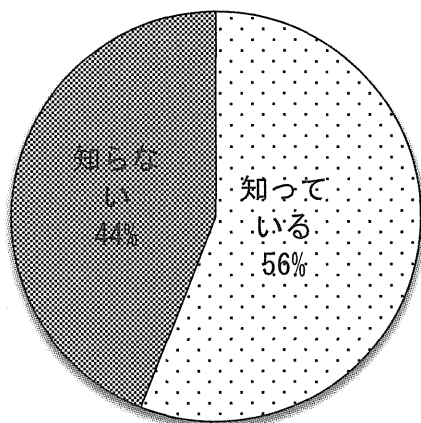
F. 健康危険情報 特になし。

G. 研究発表

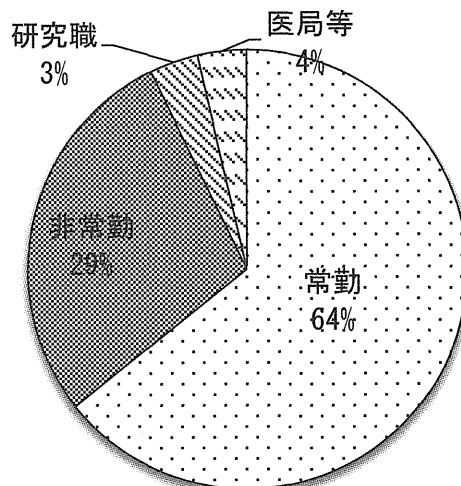
- ・平成 25 年 1 月 8 日田村班研究報告会にて発表
- ・第 116 回小児科学会学術集会にて発表予定

【アンケート結果】

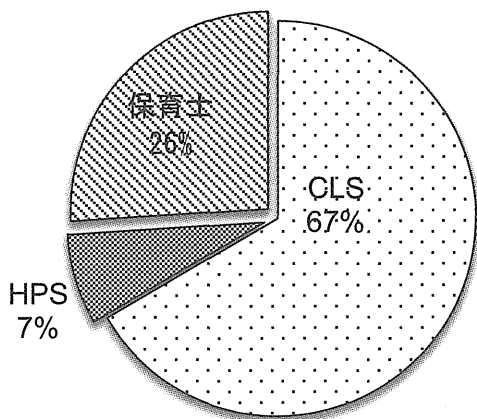
図①CCS 等を知っていますか



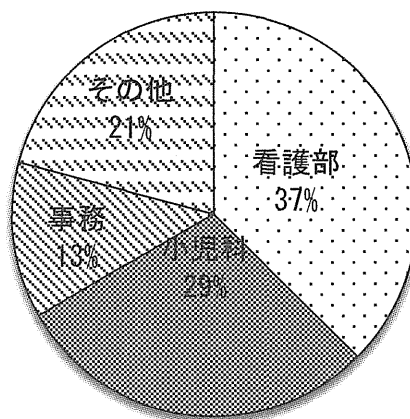
図②雇用形態について



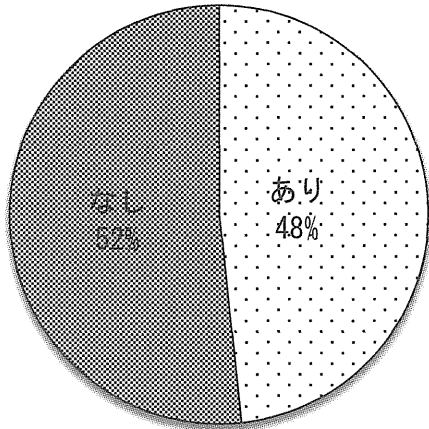
図③雇用名称について



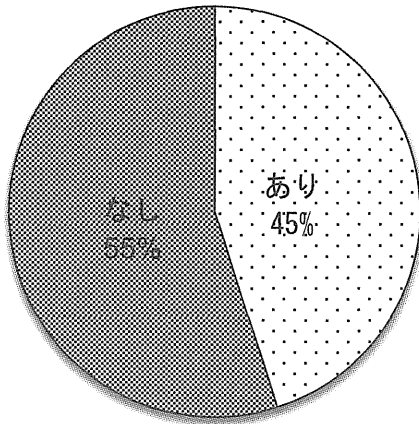
図④所属について



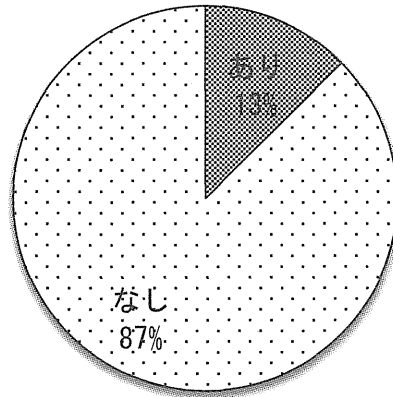
図⑤保育士雇用



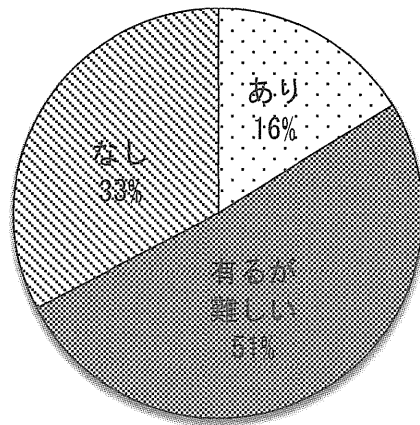
図⑥心理士の雇用



図⑦小児看護専門看護師雇用



図⑧CCS等の雇用への関心



【参考文献】

- 宮本茂樹 アンケート調査にみられる病院長、小児科部長の声. 特集：小児医療の現場で働く医師、看護師以外の多職種の実態. チャイルドヘルス. 8. 2012.
- 相吉恵 チャイルドライフスペシャリストの教育と仕事. 特集：小児医療の現場で働く医師、看護師以外の多職種の実態. チャイルドヘルス. 8. 2012.
- 高橋みゆき 病棟保育士の教育と仕事. 特集：小児医療の現場で働く医師、看

護師以外の多職種の実態. チャイルドヘルス. 8. 2012.

- 田中恭子. チャイルドライフスペシャリスト、ホスピタルプレイスペシャリスト、子ども療養支援士. 特集 周産期医療を支える仲間たち、周産期医療で協働する職種. 周産期医学 2012年7月
- 早田典子, 田中恭子. 長期入院患児を支える 遊びを通じた心のケア. 小児外科 44:168-170. 2012
- 田中恭子, 後藤真千子, 藤井あけみ. 子ども療養支援協会のめざすもの 子

どもの人権が守られた小児医療の実現
を . チャイルドヘルス
15:564-568. 2012

- 田中恭子, 中澤友幸, 清水俊明. 小児医療を支える新しい専門家 医療保育士・チャイルドライフスペシャリスト・ホスピタルプレイスペシャリスト. 小児科医会報. 2007;26:8-15.
- 西澤恭子 乳幼児の発達評価法の修得と英国ホスピタルプレイスペシャリスト資格取得:厚生労働科学研究報告書:子ども家庭総合研究所(外国への日本人研究者派遣事業)平成14年度

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（分担）研究年度終了報告書 平成24年度

—重症の慢性疾患児の在宅と病棟での療養・療育環境の充実にに関する研究—

—重症の慢性疾患児の病棟での療養・療育環境の充実にに関する研究—

「子どもの権利の視点からみた療養環境アンケートに関する考察」

①様々な視点を通じての考察と提言

研究分担者 田中恭子 順天堂大学医学部小児科
研究協力者 藤村正哲 吉崎さやか 桑原和代 平田美佳 増子孝徳

研究要旨

本検討ではこどもの権利の視点からみた療養環境アンケートを行い、小児医療における療養環境の実態を把握し療養環境における子ども療養支援士の必然性につき検討を行なった。

結果、面会規則の緩和、保育士雇用、子どもへの説明に関する知識や実行、等の項目において医療スタッフの認知・関心度向上、現場におけるそれぞれの施設での対応の工夫など、施設間の格差の存在など、実情が把握できた。また、子どもの権利の視点から療養環境を考えた場合、子ども療養支援士を配置することの必然性はあるものの、その実現には本職の役割の明確化、介入効果の検討などが課題と思われた。また各施設の努力では限界もあり、子どもの医療に関する診療報酬の改訂（特に子どもへの説明は適切な方法を用いる、子どもの生活や心理を専門とする専門家を配置すること）等の対策、各自治体での支援、病院機能評価事業に対し子どもの療養環境に関する項目を反映等の方策が必要であると考えられた。

A. 研究目的

近年、子どもの権利の重要性に対する認識の広まりとともに、医師・看護師をはじめとした小児医療に携わる多職種の努力もあり、入院環境をはじめとした子どもの療養環境に一定の改善が認められつつある。他方で、施設間のばらつきが依然として少なくないことが見込まれている。そこで、現在の子どもの療養環境の実情と水準を調査し、もって、子どもの権利保障に資する実現可能な子どもの療養環境にかかる病院機能のあり方の検討に供したいと考え、本調査を行う。

B. 研究方法

平成 24 年 10 月に対象施設にアンケートを送付した。対象となった病院は、特定機能病院、大学附属病院、小児医療施設、小

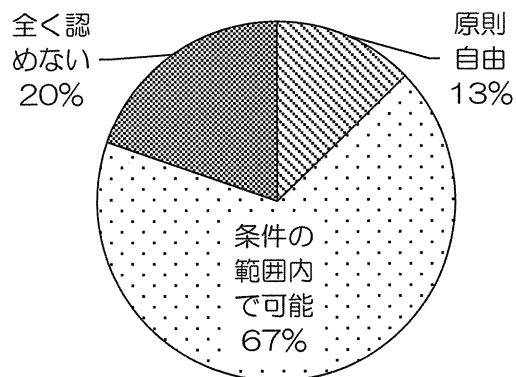
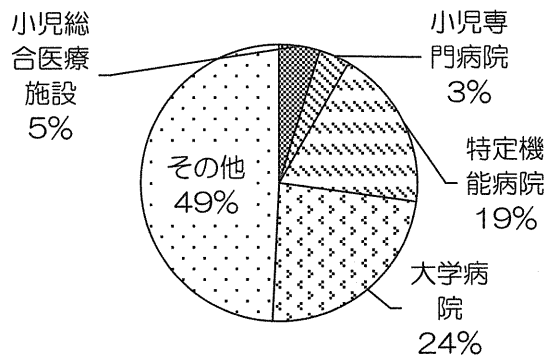
児科を有する市中病院、その他の 553 施設。宛先は、小児科教授、小児科部長または科長とし、回答、返信を依頼した。回答のあった施設は 321 施設であり、そのうち 300 施設が有効回答として集計を行った。

C. 研究結果

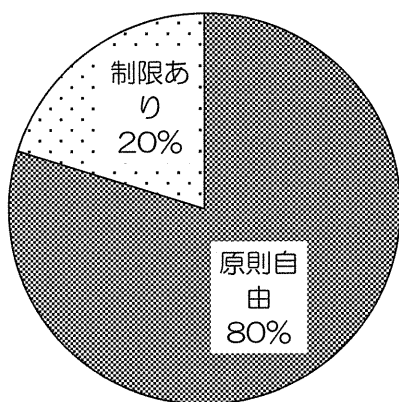
表① アンケートの実施

実施期間	平成 24 年 10 月末～12 月末
対象施設	小児総合医療施設、大学病院、特定機能病院、その他の小児科診療を行う医療施設 517 施設
回答依頼者	小児科部長、科長、小児科教授など
回答率	現在回答 231 施設 (45%)
集計年月日	平成 25 年 1 月 6 日

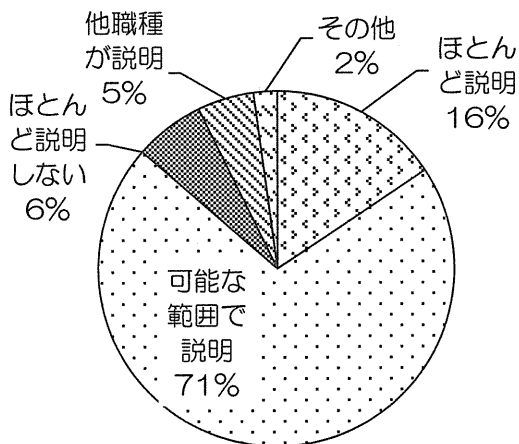
図① 対象施設



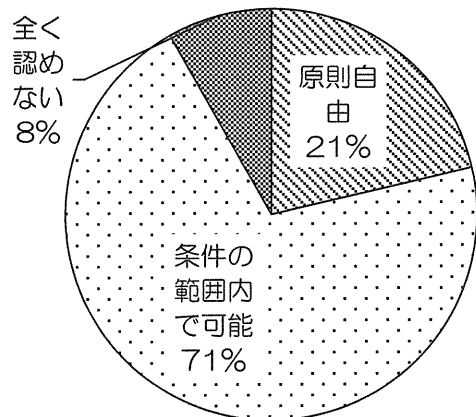
図②-1 親の面会



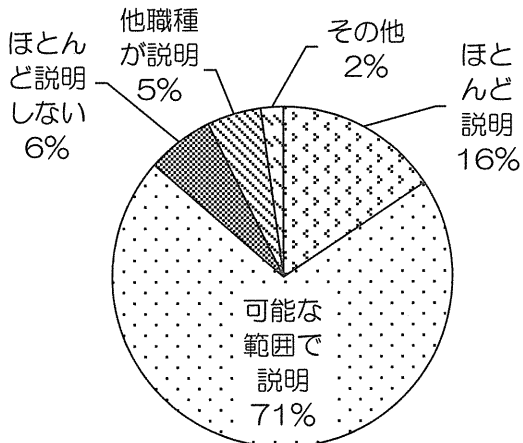
図③-1 検査や治療などの子どもへの説明について 子どもへの説明



図②-2 きょうだいの面会

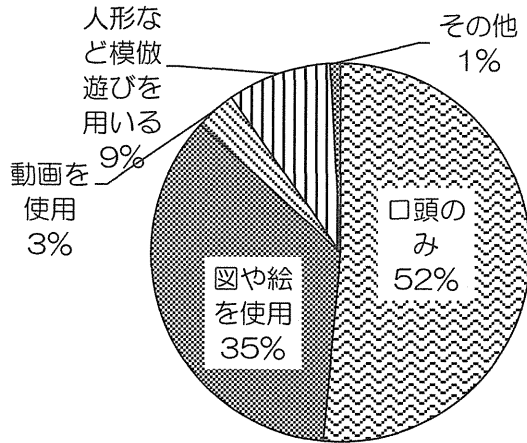


図③-2 検査や治療などの子どもへの説明について 子どもに説明しない理由



図②-3 友達の面会

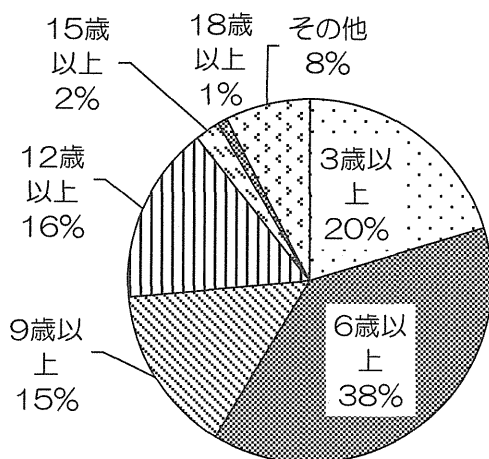
図③-3 検査や治療などの子どもへの説明について 説明方法



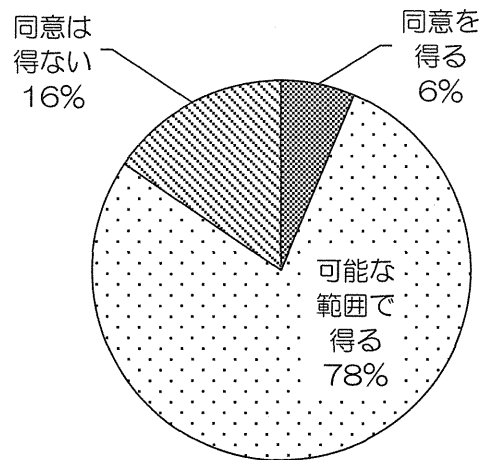
表② 子どもへの説明に要する時間

5分未満	18%
6-10分	18%
11-20分	12%
21-30分	4%
30分以上	3%
その他	20%

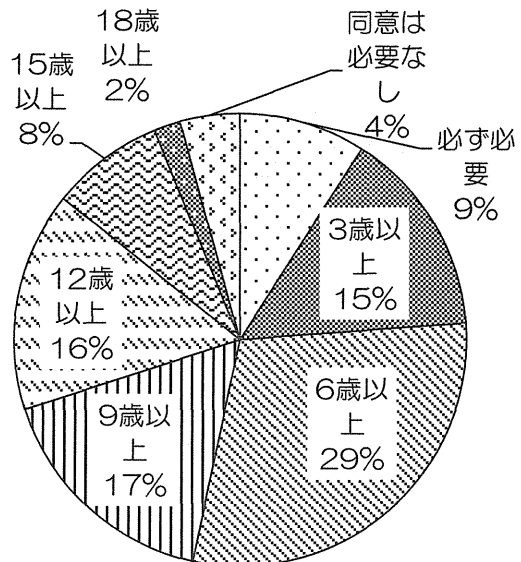
図④ 子どもへ説明すべき年齢



図⑤-1 子どもへの同意について 同意を得ていますか？



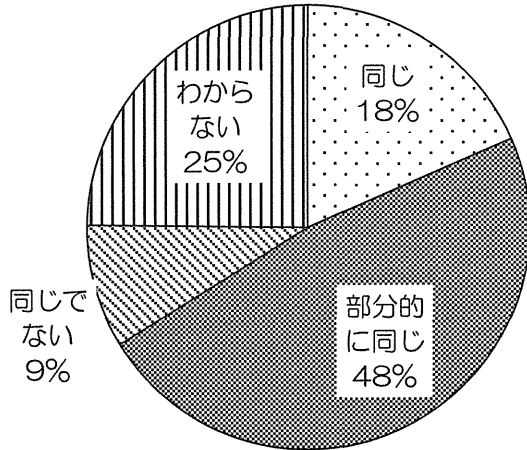
図⑤-2 子どもへの同意について 同意を得る年齢



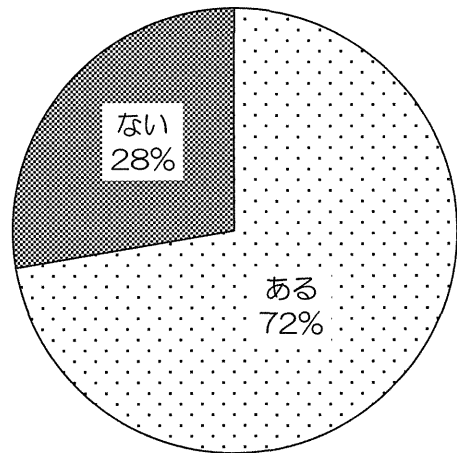
表③ 子どもへのインフォームドコンセントが必要と思われる技術・知識について

医学的知識	73%
認知発達	83%
子どもとの信頼関係	76%
親との信頼関係	80%
時間的余裕	64%
多職種との連携	61%
コミュニケーション力	61%
その他	0.07%

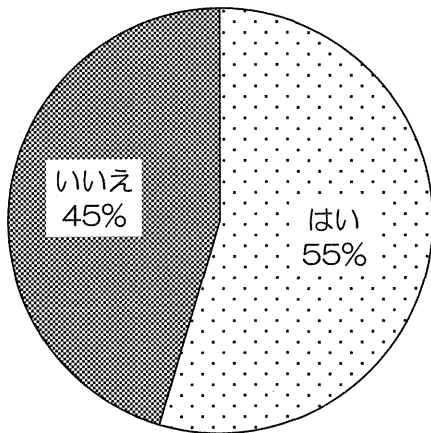
図⑥ 子どもへのインフォームドコンセントとプレパレーションについて



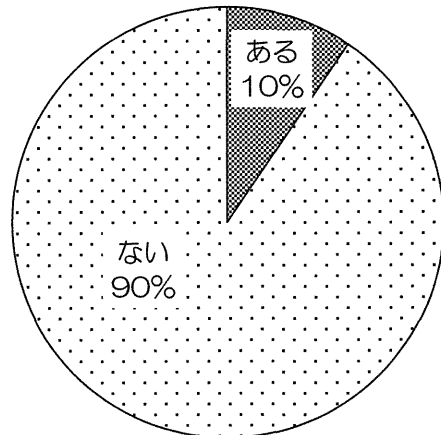
図⑦-3 遊びについて 集団保育の有無



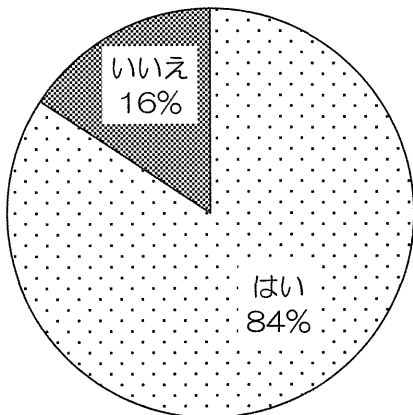
図⑦-1 遊びについて 保育士がいますか



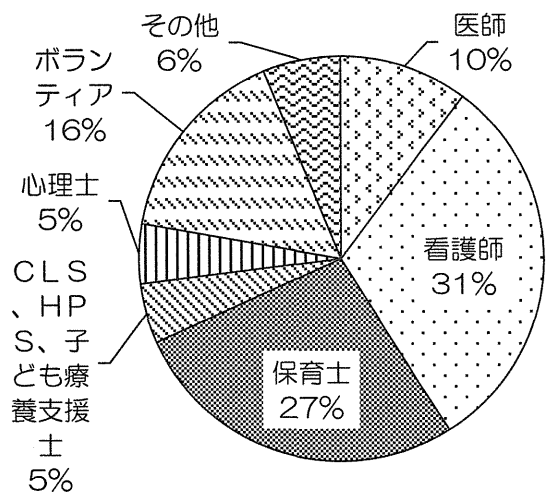
図⑦-4 遊びについて 中高生用の部屋の有無



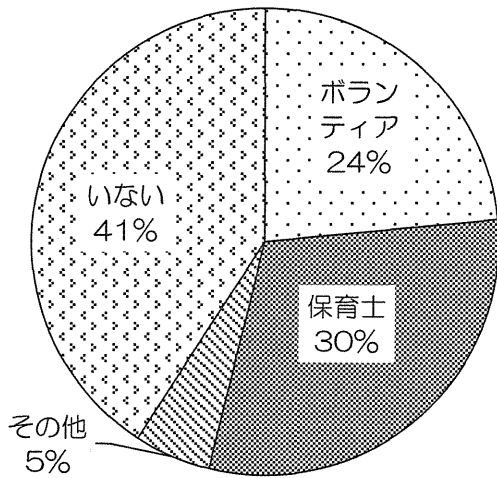
図⑦-2 遊びについて 病棟内プレイルームの有無



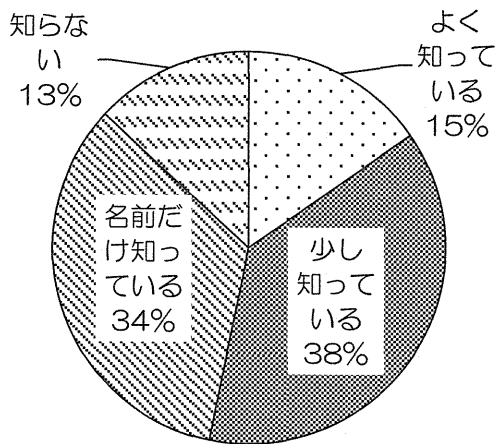
図⑧-1 遊びや教育関わるスタッフ 入院中の遊びに関わるスタッフ



図⑧-2 遊びや教育に関わるスタッフ
学校以外での学習支援者



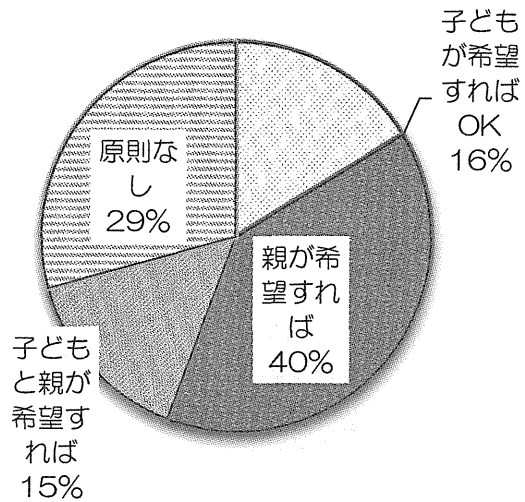
図⑨-1 子どもの権利保障と療養環境
国連子どもの権利条約をご存知ですか



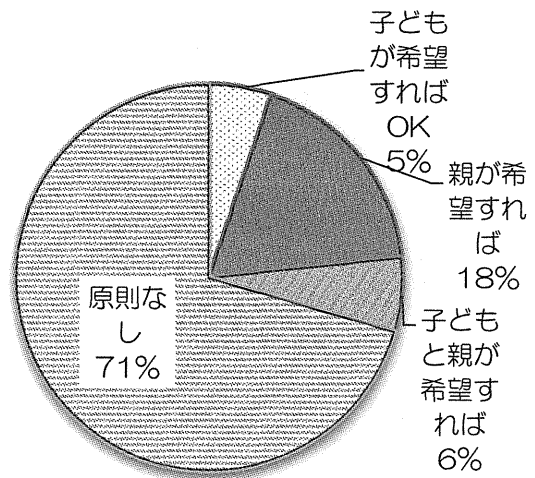
表④ 子どもの権利保障と療養環境 医療
における子どもの権利とは

説明と、了解、納得、選択、拒否	96%
意見や意思の表明	86%
プライバシー保護	91%
抑制と拘束を最小限	80%
最小限の侵襲	89%
家族からの分離禁止	64%
教育・遊びの保障	79%
成長、発達の保障	76%
医療ネグレクト	68%
その他	0.50%

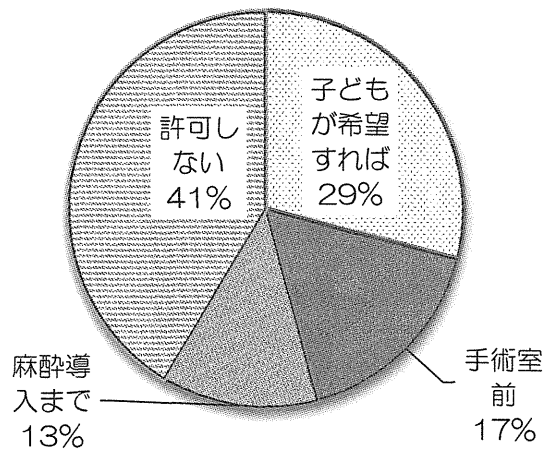
図⑩-1 処置の際の親の付き添い
採血処置の付き添い



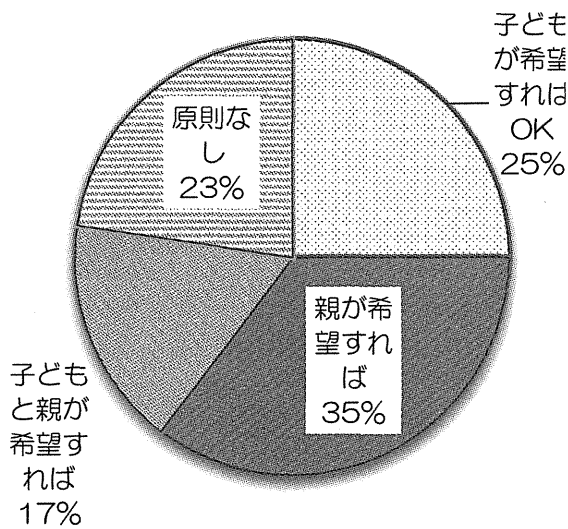
図⑩-2 処置の際の親の付き添い
腰椎、骨髄検査



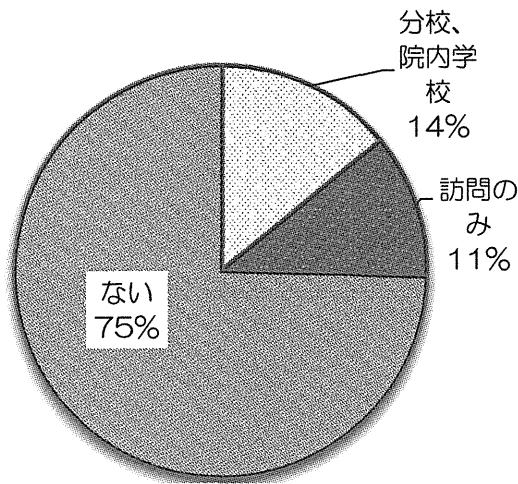
図⑪-1 検査の際の親の付き添い 手術



図⑪-2 検査の際の親の付き添い MRI/CT



図⑫ 高校生の教育



D. 考察

各研究協力者より特に以下の視点からの考察を行ない、結論、課題を提示する。

- ① CLS の視点から (特に遊び、面会、学習について) / 吉崎さやか・桑原和代
- ② 看護師の視点から (特に面会および子どもへの説明について) / 平田美佳
- ③ 弁護士の視点から (特に 2005 年度栃木県弁護士会でのアンケート結果と比較して) / 増子孝徳
- ④ 小児医療体制の視点から / 藤村正哲
- ⑤ 子どもへの説明について / 田中恭子

E. 結論と提言

各考察を統合し以下のような結論が考えられた。

- ①医療における子どもの権利を尊重した療養環境への関心度は高まっている。しかし、子ども権利条約の周知度はきわめて低く条約実践の前段階として周知が課題である。
- ②面会制限に関しては、親の面会については明らかな緩和がなされていた。一方で処置への親の付き添い (同伴) や兄弟姉妹等との面会についても、子どもの権利保障の観点から改善が望まれる。しかし、特に兄弟の面会については、施設毎の相違が明らかであり、その最大の理由としては感染のリスクが挙げられた。今後の課題として、面会を許容している施設の詳細調査及び、また、欧米では兄弟の面会制限などという事実からその根拠を調査し、兄弟面会における感染リスクのエビデンスをもとづきその安全性を確証して行く必要がある。
- ③子どもに分かりやすい説明を行い、子どもの自己決定ないし意見表明できるようにするための専門的知見に基づいた支援の必要性がある。子どもたちの医療への参加を効果的に促進するための準備、支援、技術、が必要である。子ども療養支援士は乳児期、幼児期、学齢期、思春期に特有の心理発達に関する学識をベースとして、その段階に応じた介入や手法を通じた介入を行うための訓練を積んだ専門職である。このような専門職の配置は一定規模の病院に必須であると考えられた。また、子どもへの説明に関しては、欧米に習うと 15 歳以上の子どもには説明と同意、7 歳以上の子どもにはアセント、という一定の見解がある。子どもへの説明はある程度の時間を要し、その手法も工夫が必要である。子どもへの情報提供、プレパレーションという介入自体が、診療報酬の対象となる必要性があるのではないかと考えられた。
- ④更なる療養環境改善には病院独自の努力のみでは達成しにくい側面を有する。病院機能評価事業はわが国の病院の医療提供体制の規範となり、良質な医療を目指す目標として各病院が運営方針の基本に位置付けているものと考えられ、子どもの医療に関する評価項目を加える等、わが国の病院医療を改善することは今後の重要な課題である。それに伴った各自治体での医療側への支援等も必要と思われた。

【提言】

- ①医療における子どもの権利保障という考え方の啓発
- ②病院機能評価事業における審査項目に子どもの医療に関する評価項目を加える等の検討。
- ③子どもへのインフォームドコンセントは、プレパレーション等認知発達に応じた手法をとる必要性を明示し、そのような介入に対する診療報酬加算の適応等の検討
- ④子どもの遊びを保障する保育士、またある程度の規模をもつ病院に対しては、子どもの医師表明を支援するスタッフ（子ども療養支援士等）の配置を検討。
- ⑤兄弟の面会制限の妥当性に関して医学的科学的リスクの詳細調査を検討。

- ・『医療における子どもの人権』（栃木県弁護士会「医療における子どもの人権を考えるシンポジウム」実行委員会、明石書店、2007）
- ・「医療を受ける子どもの人権アンケート調査報告書」（大阪弁護士会「医療を受ける子どもの人権」シンポジウム実行委員会、大阪弁護士会、2011）
- ・田中恭子. 子どもの発達の特徴. プレパレーションの実践に必要な知識. チームで支える！子どものプレパレーション 小児看護ベストプラクティス 及川郁子監修古橋知子、平田美佳編著. 中山書店. 2012.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表：

- ・平成 24 年度田村班研究報告会にて発表。2013. 1. 8.
- ・小児科学会雑誌に投稿予定)

参考資料：

- ・田中恭子. 支援の実際 医療における発達障がい児と家族への支援. 小児科病棟での対応. 小児看護 35:600-6. 2012
- ・田中恭子. チャイルドライフスペシャリスト、ホスピタルプレイスペシャリスト、子ども療養支援士. 特集 周産期医療を支える仲間たち、周産期医療で協働する職種. 周産期医学 42:785-9. 2012
- ・田中恭子, 後藤真千子, 藤井あけみ. 子ども療養支援協会のめざすもの 子どもの人権が守られた小児医療の実現を. チャイルドヘルス 15:564-8. 2012
- ・田中恭子. 子どもへのインフォームドコンセント-プレパレーションの技法を用いて. 臨床栄養 121: 794-795. 2012
- ・田中恭子. 鎮痛・鎮静 総論 インフォームドコンセント. 小児科 49: 1649-56, 2008.
- ・田中恭子. プレパレーションの 5 段階について. 小児看護 31 : 542-7. 2008.

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（分担）研究年度終了報告書 平成24年度

「重症の慢性疾患児の在宅と病棟での療養・療育環境の充実にに関する研究」

—重症の慢性疾患児の病棟での療養・療育環境の充実にに関する研究—
こどもの権利の視点からみた療養環境アンケート考察②
～CLSの視点から～

研究分担者 田中恭子 順天堂大学医学部小児科

研究協力者 桑原和代 静岡県立こども病院 CLS

研究要旨

本検討ではこどもの権利の視点からみた療養環境アンケートを行い、小児医療における療養環境の実態を把握し、本検討ではチャルドライフの視点から考察を行なった。

結果として、遊びへの関心度は高いがそのために人員を配置している病院はまだ半数に満たなかった。また学習に関しても院内学級の設置や教育に関わるスタッフの配置も50%未満でありとくに高校生の教育に関しては10%未満であった。また両親の面会に関しては制限なしという状況が高い一方で、兄弟の面会についてはほとんどの病院で制限があった。子どもの遊びや学習支援、また兄弟のサポート等を含め、病院内スタッフの関心は予測以上に高く、CLS、HPS、子ども療養支援士の担う役割は医療の中に確実に存在するものと考えられた。

A. 研究目的

近年、子どもの権利の重要性に対する認識の広まりとともに、医師・看護師をはじめとした小児医療に携わる多職種の努力もあり、入院環境をはじめとした子どもの療養環境に一定の改善が認められつつある。他方で、施設間のばらつきが依然として少なくないことが見込まれている。そこで、現在の子どもの療養環境の実情と水準を調査し、もって、子どもの権利保障に資する実現可能な子どもの療養環境にかかる病院機能のあり方の検討に供したいと考え、本調査を行う。

B. 研究方法

平成 24 年 10 月に対象施設にアンケートを送付した。対象となった病院は、特定機能病院、大学附属病院、小児医療施

設、小児科を有する市中病院、その他の 553 施設。宛先は、小児科教授、小児科部長または科長とし、回答、返信を依頼した。回答のあった施設は 321 施設であり、そのうち 300 施設が有効回答として集計を行った。

C. 研究結果

研究報告 2-①療養環境アンケート結果と考察の統括報告書を参照。

D. 考察

①遊びについて

子どもにとって遊びは、身体的・精神的・情緒的・社会的な成長・発達と安定に欠かせないものであることは、様々な理論や研究で明らかにされている。病院を訪れる子どもや入院した子どもにとつ

でも同じように遊びは重要であり、今回の調査では、84%の施設に病棟内にプレイルームが設置され、71%が集団保育を行っているという意識が高まっていることが示されている。しかし、入院した子どもは、身体的な苦痛によるストレスと同時に、知らない物や人に囲まれた環境にいることへのストレスを抱えており、いつものように遊べない可能性が高い。また、来院の理由が子どもにとって衝撃的な出来事であった場合や、医療での経験がトラウマ的な経験になっている場合は、子どもから“遊ぼう”という気持ちが奪われている可能性がある（リヴァン、他、2010）。さらに、子どもの状態が重篤な場合は自らが動くことができず、個室などに隔離されている場合は遊び道具が近くなる、その子どもたちに遊びを届ける必要がある。また、子ども自身も、病院は遊ぶところではないという認識をもっていたり、大勢の知らない大人がいるところでは遊べないと感じている可能性もある。このような医療の現場では、プレイルームの設置や集団保育の実施だけでは、入院中の子どもの遊びが保障されているとは必ずしもいえず、子どもがどのように遊んでいるかを検討することが求められる。

子どもは遊ぶことを通じて、日々、成長・発達している存在である。病気や怪我を治療する状況であっても個々の成長は続いているため、成長と発達を支えるための原動力となる遊びが必要となる。また、子どもは遊びの中で、経験や感情などを含めた自己を表現し、遊びの生き生きとした表現そのものが“子どもの言葉”であり、遊びは子どもとのコミュニケーションの基盤となる（ランドレス、2007）。医療の場においても、遊ぶことで

子どもとのコミュニケーションはよりスムーズになる。中学生・高校生の青年期といわれる年代も、心理的自立と自己同一性の獲得の課題を達成するために友人やグループでの交流が果たす役割は大きく、遊びの要素を交えた活動によって友人との関係性を深めていく。また、乳児期から青年期を通して遊びは、遊んだ結果としてでてきたものではなく、遊びそのものを楽しむ“プロセス”に大きな意味がある。子どもは遊びながら、感情を表出し、関係性を探求し、自己を達成するプロセスを通じて自分自身の課題や問題を解決していき、自尊心、自己コントロール感、個人としてのアイデンティティの強さを育てていく。そして、遊びのプロセスを見守ることは、子どもが表明した考えをじっくりと聞くことにもつながる。したがって、子どもの成長を守るという点、子どもの意思表示を尊重する点において、医療の現場でも遊びは尊重されるべきものである。また、子どもにとって“遊べる”という状況そのものが、受け入れられている、コントロールしているという安心感をもたらす。医療の現場では、治療に必要なことに慣れる意味においても、遊びは重要な位置を占める。医療器具を使った遊び、歩行や呼吸の練習をするリハビリを促す遊びなど、子どもにとっての遊びが治療やリハビリと結びつくことで、子どもの苦痛を最小限にした介入ができる可能性がある。

以上のような子どもの遊びを尊重するためには、子どもの遊びを支える存在、プレイルームの適切な道具の用意と適切な遊びの管理ができる存在が求められる。小児医療の中では、子どもに遊びを届ける専門職として、保育士、CLS、HPS、子ども療養支援士が働いている。保育士は、日々の生活のなかでの子どもの具体的な

姿をとらえて、遊びの活動を通じて発達を支援する専門職である。病院においても、子どもが生活する場として、その時々の子どもの活動や表現の中に発達を見出し、現在の子どもの発達を確認し、次の段階を見通して支援している（鈴木，2009）。CLS・HPS・子ども療養支援士は、子どもが主体的になれる遊びへの介入を基本に子どもとの関係を築き、ストレスがかかる状況にある子どもと家族を支援する専門職である。病院においても、子どもと家族の精神的な負担が最小限になるように働きかけ、子どもの声を医療に届けながら、子どもと家族をサポートしている（Thompson, 2008）。それぞれ関わる視点に違いがあるが、遊びを用いて子どもを支える専門職という点で共通し、これらの専門職がそれぞれに存在することによって、病院の中での子どもの遊びの質が向上し、子どもが望み、必要とする環境が整う（谷川，他，2007）。しかし現状では、保育士が働いている施設は54%と半分程度にとどまっており、遊びに関わるスタッフは、保育士の27%とCLS・HPS・子ども療養支援士の5%を合わせても32%であり、遊びが適切に子どもに届いているとは言い難い。また、青年期においては、同じ世代が集まれるスペースを確保し、ゲームをしたり、同じ話題を語り合う場が必要である（Thompson, 2008）。しかし今回の調査では、中高生の部屋がある施設は9%にとどまっている。今後、子どもの年代別のニーズに即して、遊びの専門職とスペースの確保を検討していくことが求められている。医師や看護師のような医療者が遊びに関わるスタッフとして41%を占め、遊びに関心を持つ医療者も多い。医療者と遊びの専門職が意見を交わし医療環境に遊びをもたらすことで、入院中の子どもにとって、治

療と同じくらい遊びが重要であるという認識が広がることを期待したい。

②学習について

集団保育は71%の医療施設で行われているが、保育に該当する年代は、乳幼児期が中心である。病院には、乳幼児だけでなく、小学生、中学生、高校生という教育を受けている年代の子どもも来院する。

小学生にあたる学童期は、勤勉性が発達課題であり、知らないことがあるという認識をもち、遊びなどから生まれた疑問を意図的に学ぼうとする意欲がでてくる。学校に通い、学校で様々な技能や技術を習得する中で、有能感や達成感を育んだり、友達やクラスメイトとの比較や競争の中で、有能感や劣等感を感じながら自分と向き合い、自己に対する関心を高めていく（Berk, 2004）。中学生になると、学習の難しさに加え、受験など学習に対する周囲からの期待とプレッシャーが強くなる。受け入れてくれると感じる友達との関係はさらに強くなり、友達の支えが大きな力となることもある。入院により学習の機会が奪われることは、今まで築いてきた有能感を保つことを難しくさせ、また、クラスメイトからの遅れを感じて劣等感を抱かせる恐れがある。同時に、クラスメイトとの関係が切れると自分の位置を失った感覚をもち、孤立感を感じる可能性もある。

医療施設には、院内学級が併設されているところが多く、入院した学童は院内学級で勉強の遅れを補ったり、そこでの友達関係の中で成長できる面がある（谷川，他，2007）。しかし、院内学級は一定の入院期間以上の子どもが対象であったり、転校の手続きが必要なことに戸惑いを感じ、転校をしない場合もある。また、最近では入院期間が短くなってきており、

短期間の入院を繰り返して院内学級に転校できないこともある。院内学級に参加しない場合、入院中は自分で学習をすることになるが、学習の支援者についての結果は、支援者がいないが 41%を占め、また、学習の支援者は保育士やボランティアで教育の専門家ではない。発展し変化し続ける医療の現場において、病気の子どもの教育は、個々の状況と教育的なニーズに対応した、個別的な対応が必要である。その時々での入院の形態に即した教育への支援方法を、その都度検討していくことが求められている。

高校生の学習に関しては、分校や訪問指導もあるが、75%が学習の支援がない状況であることが明らかになった。高校生は受験を乗り越えて入学し、高校生活への期待や将来の希望をもちながら日々を過ごす中で、アイデンティティを確立していく (Berk, 2004)。それが中断されると、呆然としたり、アイデンティティが揺らぐことは避けられない。その状況で、自分なりの学習の目標を定めたり将来の方向性を再検討することができると、この経験は成長につながるが、挫折感だけが残ると、その後人生にマイナスの影響を及ぼす可能性が強くなる。したがって、入院生活を送る高校生に対する対応を、学習面だけでなく個々の将来を見据えた広い視点で支援していく方法の検討が求められる。

病気の子どもの多くは、元の学校で同学年の子どもたちと同じように学び、生活できることを目指して医療を受けている。教育支援は、入院することによる学校生活の中断の影響を減らす努力、学校の友達との心理的なつながりの維持、復帰を円滑にする支援が必要となる。また、体調がすぐれない時や副作用での容姿の変化が大きいときは、他者との交流を控

えられるような配慮が必要なこともある。個々の子どもに合わせた、きめ細かな支援ができるように、保護者が元の学校とのコミュニケーションを保てるようなサポートも必要である。教育は様々な社会関係の影響を受けているため、医療従事者に限らず、心理社会的支援の提供者、地域の保健福祉関係者、他領域の専門家が協力しながら、病院での教育支援の在り方を検討していくことが求められている。

③面会と遊びの支援の関係

病院に来た子どもへの遊びや学習に関する支援の充実は、子どものそばにいる家族への支援にもつながる。今回の調査では、親の面会が 80%の施設で原則自由であり、きょうだいの面会も全く認めていないのは 8%となっている。子どもが病院に行く、入院するということは、家族にとって大きな出来事である。強いストレスを感じ、慣れない病院の環境では、子どもに対して何ができるのかと戸惑い、保護者の役割を喪失した感覚をもつ可能性がある (Thompson, 2008)。家庭で行っていたように、遊びや学習を通じて子どもと関わることで、病院の環境の中に家族の日常を取り戻すことができる。それにより、保護者と子の間に日常の雰囲気を保て、保護者は子どもに対してできることを見つけたり、子どもは安心して遊んだり学びながら能力や力を発揮できる。子どもの処置や検査に向かおうとする気持ちも、安心できる保護者の存在によって支えられることが多い。子どもの一番の理解者である保護者と一緒に、子どもの特徴や好きな遊び、理解する方法などの情報を考慮して、子どもに対してどんな支援ができるかを考えることが必要である。きょうだいにとっても、面会をする入院中の子どもがいつもと違う様子だ

ったり、容姿が変化していたり、初めて見る大きな機会に囲まれていると、強い衝撃を受ける可能性がある。一緒に過ごす時間が衝撃的な経験にならないよう、きょうだいの面会の際に、そのきょうだいをサポートする存在が必要である。CLS や HPS は、きょうだいの状況に合わせて入院中の子どもの状態を伝えたり、いつものきょうだい同士の遊びを通してつながりを感じられるような支援を行い、面会に来たきょうだいに対しても、入院中の子どもに対しても、面会が肯定的な大切な時間になるようにサポートしている (Thompson, 2008)。また、きょうだいの面会は、71%が条件の範囲内で可能という条件付きである。条件を満たされない場合、きょうだいが家族と一緒に病院に来て、病棟の外で、親と離れて何時間も待っていないなければならない。そのようなきょうだいの居場所を確保すること、サポートを提供することも大切な支援であると考えられる。家族が一緒にいる権利を守るためにも、医療の場における遊びや学習への関心が高まり、支援につながることが期待される。

E. 結論

子どもの遊びや学習支援、また兄弟のサポート等含め、病院内スタッフの関心は予測以上に高く、CLS、HPS、子ども療養支援士の担う役割は医療の中に確実に存在するものと考えられた

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし

参考文献

- Berk, E. Laura (2004): *Infant, Children, and Adolescents* 5th edition, Allyn & Bacon.
- ピーター・リヴァン, マギー・クライン, 浅井咲子 (訳) (2010): *子どものトラウマ・セラピー*, 雲母書房.
- グリー・L・ランドレス, 山中康裕 (監訳) (2007): *プレイセラピー関係性の営み* 日本評論社 (株) .
- Thompson, H. Richard (2008): *The Handbook of Child Life A Guide for Pediatric Psychosocial Care*, Charles C Thomas Pub Ltd.
- 谷川弘治, 駒松仁子, 松浦和代, 夏路瑞穂 (2009): *病気の子どもの心理社会的支援入門 第二版*, ナカニシヤ出版.
- 鈴木裕子 (2009): *子どもの発達および発達支援の位置づけとその特徴* 保育士養成課程において, *小児看護*, 32(8), 1041-1045.

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（分担）研究年度終了報告書 平成24年度

—重症の慢性疾患児の在宅と病棟での療養・療育環境の充実にに関する研究—

—重症の慢性疾患児の病棟での療養・療育環境の充実にに関する研究—

こどもの権利の視点からみた療養環境アンケート考察③

～CLSの視点から～2～

研究分担者 田中恭子 順天堂大学医学部小児科

研究協力者 吉崎さやか 三重大学医学部附属病院CLS

研究要旨

本検討ではこどもの権利の視点からみた療養環境アンケートを行い、小児医療における療養環境の実態を把握しチャイルドライフの視点から検討を行なった。

結果、両親の面会制限の緩和、遊び支援への関心度の向上、などがみられた一方で、依然として兄弟面会制限、思春期の児童用の時空間の欠如、遊びや教育に関わる専門のスタッフが少ない、などの実態がみられた。子どもの権利を反映させた医療の実現には、子どもという特性のスタッフ間の共通理解と認識、子どもの生活に関わる専門職の配置、病院管理側のリスクマネジメント等、様々な視点からの検討が必要と思われた。

A. 研究目的

近年、子どもの権利の重要性に対する認識の広まりとともに、医師・看護師をはじめとした小児医療に携わる多職種共同努力もあり、入院環境をはじめとした子どもの療養環境に一定の改善が認められつつある。他方で、施設間のばらつきが依然として少なくないことが見込まれている。そこで、現在の子どもの療養環境の実情と水準を調査し、もって、子どもの権利保障に資する実現可能な子どもの療養環境にかかる病院機能のあり方の検討に供したいと考え、本調査を行う。

B. 研究方法

平成24年10月に対象施設にアンケートを送付した。対象となった病院は、特定機能病院、大学附属病院、小児医療施設、小児科を有する市中病院、その他の553施設。宛先は、小児科教授、小児科部長または科

長とし、回答、返信を依頼した。回答のあった施設は321施設であり、そのうち300施設が有効回答として集計を行った。

C. 研究結果

研究報告2-①療養環境アンケート結果と考察の統括報告書を参照。

D. 考察

①面会について

親の面会について「原則自由」とする施設は8割に達しており、親子であっても面会時間が厳しく決められていた従来の病院環境は、柔軟な対応へと変化してきていると考えられる。面会終了のチャイムで泣き叫ぶ子がいたり、親のいない不安な時間帯に採血など行われたり、面会時間までベッド柵にしがみついて待っていたり、面会時間の規則がトラウマになっていた子どもたちの光景も、現在では少なくなっているのだら

うか。療養環境における子どもの権利として、親子が分離されないことは当然主張されるべき事項である。

一方、兄弟姉妹の面会については、「原則自由」とする施設は依然として2割程度であり、何らかの条件の範囲内で可能とする施設がほとんどである。定められた条件については、施設によって様々であることが予想され、ほぼ自由に近いのか、ほぼ禁止に近いのか、条件の中身については再考されるべきである。

今回のアンケートでは問われなかったが、兄弟姉妹が面会する部屋を病棟内に確保している施設はどれくらいあるのだろうか。

ロビーに雑然と置かれた椅子の上で、束の間の再会をする兄弟姉妹を見ると、家のようにとはいかないまでも、ゆっくり遊んだり、ご飯を一緒に食べたり、声をあげて笑ったりできる、家族用のスペースの確保は病棟内に必須であると思われる。しかし、現実には病院の限られた空間の中で、家族用の部屋、ましてや兄弟姉妹が遊んだりできるスペースの確保は後回しにされがちで、その結果、面会にやって来ても、廊下やロビーで過ごすしかない兄弟姉妹があふれているのである。

また、面会の規則があることで、兄弟姉妹にとっても、入院中のきょうだいとの物理的および心理的な距離がより大きく広がっているのではないだろうか。病棟の手前に引かれた線（面会制限の線）の前に立ち止まり、病棟内に消えていくきょうだいと母親をずっと見送る兄弟姉妹の姿を見るたびに、家に残された兄弟姉妹の心のケアの必要性を感じる。きょうだいが入院することで、入院期間が長引けば長引くほど、家族全体がバランスを崩していく。十分に説明をされないまま、きょうだいの付添として母親（保護者）が病院にずっといるようになると、残された兄弟姉妹の方もまた孤独感や不安が募り、不登校、イジメ、退行などの問題を抱えるケースも少なくない。家族はもちろんのこと、病院側も、学校、地域社会も、入院している子どもの兄弟姉妹に十分目を向けてケアする必要がある。

友達の面会については、「原則自由」とする施設はさらに少なく2割に満たない。「全く認めない」とする2割の施設と、「条件の

範囲内で」とする7割弱の施設も合わせると、友達の面会についてはほとんど重要視されていないことがわかる。しかし、学童期や思春期のこどもにとっては、学校の友達の存在は何よりも大きく、実際に入院すると決まった時には、病気や治療のことよりも、まず友達との関係を心配する子が多く見られる。長期入院することになると、学校の友達との関係も希薄になりがちであり、復学するときに入院前と変化した友達関係に悩む子どもも多い。入院中から、子どもの今までの友達関係を大切に、復学するときの不安をできるだけ少なくする努力は、病院側にも必要ではなかろうか。病院内では、家族や医療者とも違う同世代との交流は、非常に限られてしまう。同年代の仲間との交流は、エリクソンの心理社会的発達課題の点からも、自我同一性の確立に重要であることをふまえ、病院管理の視点から友達の面会を制限している現状を、再検討してみるべきであろう。

②遊びについて

入院中の遊びに関わるスタッフとしては、医療者（医師・看護師）が半分を占めている。子どもとのコミュニケーションの手段として、また子どもとの信頼関係構築のためには、医療者が遊ぶことも大切である。しかし、時間を気にすることなく、遊びに没頭してストレスを発散する、遊びの中で成長発達（身体的・情緒的・社会的）を促す、自尊心を育てる、自己達成感を得る、といった遊びの重要な意義を考えると、医療者とはまた別に、専門的に関わるスタッフが必要ではないだろうか。健康な子どもと同じように、子どもの遊ぶ権利は病院内でも守られるべきである。また、病院はいろいろな制限の多い環境で、自尊心や自己達成感が得られにくいと言われているが、そういった環境でも子どもが自分を取り戻し、自己治癒力を高めるためにも遊びは重要であり、それを見守る専門的なスタッフは必須であろう。

また、未就学のこどもにとっては、集団保育、設定保育の場が成長発達の視点からも必須である。義務教育の場は院内学級などでカバーされている病院も多いが、限られたスペースの中で、保育士も確保して、集団保育や設定保育を運営していくことは

簡単ではない。院内保育の場を確立し、保育士固有の専門性を発揮していくことは重要である。

病棟内にプレイルームがある施設は8割を超えており、プレイルームの必要性には一定の理解が得られているようである。その大きさや質は様々であると考えられる。例えば、プレイルームに置かれているおもちゃ、絵本、本などの資金はどうか、長年置きっぱなしの古びたおもちゃや、破れた絵本が並んでいるプレイルームも多いと思われる。また、プレイルームや病室での工作などに使われる画用紙、文房具などの資金も必要である。おもちゃを消毒する食器洗浄機や、空気清浄器まで完備されているプレイルームは日本では少ないのではないだろうか。プレイルーム予算として、一定のお金が病院から出ているのか、病棟費や医局費から捻出されているのか、病院や病棟への寄付金でまかなっているのか・・・遊びの活動のために必要な資金についても今後調査してみる必要があるだろう。また、血液疾患などで免疫力が低下している子どもたちが、病棟のプレイルームを利用できるのは数日間に限られている場合もある。プレイルームが完備されていても、白血球の数などで病室が出られない規則がある病棟では、免疫力が低下している子どもたち専用のプレイルームをもう一つ作って欲しい、というような声も聞かれるが、そこまでカバーするのは非常に難しい現状がある。入院するすべての子どもたちの権利と考えると、病棟に一つプレイルームを設置することで満足するのではなく、今後の課題として考えていくべきであろう。またCLSの視点から、プレイルームは単なる「遊びの場」ではなく、「子どもたちの聖域、安全地帯」と考えられる。そのため、プレイルーム内では、医療行為(検温なども含む)は禁止され、医療に関する話題は当然避けられるべきである。しかし、日本のプレイルームでそこまで徹底してプレイルームを運営しているところは少ない。プレイルームの質についての詳細な調査も今後必要であろう。

中高生用の部屋については、設置してある施設は1割程度であり、全く重要視されていない。欧米の病院では、プレイルーム

とは別にティーンルーム(中高生部屋)が設置されているところも多くある。ビリヤードや卓球台、ゲーム、DVD、音楽、パソコン、雑誌、漫画などが置かれ、居心地の良いソファなどが置かれている。思春期の子どもにとっては、従来のプレイルームは「幼稚っぽい」「居場所がない」と敬遠されがちであり、なかなかプレイルームを頻繁に利用する中高生は少ないのではないのか。やはり、同年代の仲間が集い、学校の休み時間のように、わいわいがやがやとする部屋、または静かに語り合う部屋、そういった空間が必要である。

③学習について

小児病棟での学習環境には、院内学級や訪問教育がある。院内学級は大学病院など大規模な病院内に置かれることが多い。院内学級という学校教育のスペースが、病院内の限られたスペースの中で確保される必要があり、どれほど整った設備があるかは病院によってもかなり違うのではなかろうか。病院がある地域の公立小中学校の特別支援学級であったり、地域の特別支援学校の分教室だったり、制度上の位置づけも様々である。主治医と相談の上、原則として、原籍校から転校の手続きを経て入ることになっており、「転校」という手続き上のシステムに戸惑いを見せる親子も見られる。院内学級がない場合に、特別支援学校の教諭が病院を訪れる「訪問教育」を導入しているところも少なくない。院内学級、訪問教育ともに、授業数は普通の学校と同等のところから、一日1～2時間とかなり少ないところもある。長期入院をしている子どもにとっては、学校に行く、勉強する、ということも長い入院生活の刺激であり、たとえ一対一のベッドサイド授業であっても、とても楽しみに思っている子どもも多く見られる。毎日院内学級に行きたい、もっと授業時間を増やして欲しいという声がよく聞かれるが、制度上、教師の数にも限度があり、そのような子どもの声を十分に聞けていない現状がある。子どもの教育を受ける権利が、病院においては満たされていないといえるだろう。

教育機関が「何もない」と回答したところは、小中学校では少なかったが、高校では8割近くもあり、義務教育を終えた子

もの教育を受ける権利は、さらに重要視されていないことがわかる。しかし、今やほとんどの子が高等教育まで進み、大学や短大への進学率も高い現在、病院に入院している高校生の教育があまりにも軽視されているのはいかがなものだろうか。中学校よりも複雑になった高校の勉強を、一人病室で自学自習している高校生は、病気への不安とともに、自分で勉強を進めていかなければいけない不安とも闘っている。また、義務教育ではない高校では、授業への出席日数が大きな壁になっており、長期入院する子は、留年も覚悟しなければならない。高校生にとっての「留年」は、大人が考える以上に大きな問題である。大学進学前の浪人とは意味も全く違い、同級生から置いていかれる疎外感が、長期入院の不安と重なり、無力感さえも生み出す。勉強したくてもできない、授業に出たくでも出られない、入院している高校生の現状をもっと多くの人が認識し、何とか改善策を作り出してもらいたいものだ。

学校以外での学習支援者としては、ボランティア、保育士といったスタッフに関わることもあるが、「いない」との回答も4割いる。学習は自学自習と、その子どもに全てかかっている。病気を治療することの支援は、医師、看護師をはじめ多職種が関わっているが、こどもがいざ復学するとなったときに、スムーズに復学できるようになる支援を、入院中から整備しておくことは重要である。

E. 結論

子どもの権利を反映させた医療の実現には、子どもという特性のスタッフ間の共通理解と認識、子どもの生活に関わる専門職の配置、病院管理側のリスクマネジメント等、様々な視点からの検討が必要と思われた。

F. 健康危険情報

なし

G. 発表

なし