

るかな?』と、質問をした。Tくんは、「注射！注射やだった。」と真っ先に点滴の針を入れる絵が描いてあるメダルを選んだ。『どうして?』と聞くと、「すごく痛かったから!」と教えてくれた。次にTくんは、点滴がぶら下がっている絵柄のメダルを見つけると、「あ、これ(点滴)はね、全然平気だった!でもね、ずっとやってるの、長かった…。」と話してくれた。Tくんの希望でゲームは1回に止まらず、何度も何度も行われた。Tくんは毎回注射のカードを一番を選び並べていた。その様子を見ていた母親と父親が、『本当に注射が嫌だったんだね。でも良く頑張ったね!』と、Tくんに声をかけた。

#### (事例③) 4歳女兒Hちゃん

手術後、痛みはなかったが、不穏言動があり、ベッドサイドで付き添っていた母親が困っている様子だった。そこで医療体験ゲームに誘った。4歳という年齢から、母親にも声をかけ、一緒に行くことにした。不穏だったHちゃんもゲームが始まってからは積極的に遊んだ。まず初めに、「病院に来て、一番頑張ったことって何かな?」と、こちらから質問をした。首をかしげたHちゃんに、母親が『今日、手術がんばったよね。』と声をかけ、手術の絵柄のメダルを母親と一緒に選んだ。その時Hちゃんは「注射ね、本当は痛かったけどね、泣かないで出来たの。」と点滴の入っている手の部分を指差しながら教えてくれた。そして次に、母親に『ごはんとジュースの我慢もよく出来たじゃない?』と言われ、手術前の禁食である、食止めの絵柄のメダルも一緒に

選んでいた。さらに、『一人で病院お泊りも頑張ったんだよね。』と母親の言われると、Hちゃんは「うん!でもね、一人でお泊りしたとき、“ママが良い”って、いっぱい泣いちゃったの。」と話してくれた。ゲーム終了後、Hちゃんが「ねえねえ、見て!これ。泣いちゃったけどね、出来たの!」と、もう一度、一人でお泊りの絵柄が描いてあるメダルを手にして見せてくれた。

#### (事例④) 10歳女兒Aちゃん

Aちゃんは脳腫瘍の治療目的で入退院を繰り返していた。学童児を対象に、ホワイトボードに自分の嫌いなものの絵を描き、それに向かって濡れたトイレトペーパーを投げ付け、その絵を消すというストレス発散遊びの提供を行った。その中でAちゃんは、自分の頭部MRIの画像を描き、その絵に描いてある腫瘍部分を目掛けてトイレトペーパーを投げ始めた。しかし、何度投げても、腫瘍の部分にだけ当てることができず、「神様がわざと当たらないようにさせてるんだ。」と言った。周りの子どもたちやスタッフも一緒に投げたり、応援しながらAちゃんを励ました。次第に「えいっ!」「やーっ!」とリズムカルにかけ声を発しながら、Aちゃんは「脳腫瘍なんて残すもんか!絶対にやっつけてやる!」と言い、とにかくやめることなく必死に投げ続け、全部でトイレトペーパー4ロール程を消費した頃、最後に、見事命中した。Aちゃんは、大きなガッツポーズをし、喜びの表情を見せた。投げ終わった後は息も切れ、椅子に座り込んだ。その後は、遊び切った様子で、他の子ども

もたちの様子を気にするでも、遊びに参加するでもなく、一人静かに携帯をいじっていた。

(事例⑤) 5 歳女兒 K ちゃん

GH 負荷試験の目的で入院。検査の前日、K ちゃんへ GH 負荷試験のプレパレーションを人形を使って行った。その中で K ちゃんは「検査やだ！」と言った。『どうして嫌なの？』と尋ねると、「注射、すごい嫌い！血を見るのも怖い。毎日何回も注射してたくさん血をとるんでしょ。先生が言ってたもん。いっぱい注射されたくないだもん！」と訴えた。まずはこちらから、『点滴は刺す時だけが痛く、ほとんどの場合は、その後の検査や薬は注射をしなくて済んで、痛くはないんだよ。』と伝えた。しかし、それでも検査を怖がる言動が続いていたので、K ちゃんが検査を乗り越えることが出来るような方法をいくつか提案し、一緒に考えた。その中で、K ちゃんは「注射（ルートからの採血）するとき、ゲームしながらやりたい。」と言い、採血中にゲームをすることを選択をした。1 回採血を実施するごとにゲームを 1 つずつ行い、クリアできたらシールがもらえるという楽しみも取り入れ、処置本番に臨んだ。最初の採血の時、雰囲気だけで泣き出してしまった K ちゃんだったが、ゲームが始まり気が紛れると「あれ？もう終わっちゃったの？」と言い、採血はスムーズに終わることができた。その後の採血では自ら腕を出し、積極的に検査に臨み、すべての採血は無事終了した。採血中は「先生も一緒にやろうよ！」と医師をゲームに誘い、一緒に楽しむ姿も見られた。

2. 事例分析

子ども療養支援士の役割、専門性について着目しながら、以上の 5 つの事例を分析した。

(事例①)

D くんは、普段より、入院中における様々な処置を問題なくこなし、不安訴えもなかった。このようなケースでは、一見、入院生活にも適応しているかのように思われがちであるが、7 歳という年齢は、まだまだ具体的に言語的表現を行うことが未熟であるために、適切に意思や感情を表出できないでいる可能性があった。また、初めての入院による様々な医療体験から、ストレス環境によるストレスも受けやすいと言える。「…本当はこれ（吸入）が一番やだ。」というその言葉の裏に、今まで誰にも言えなかった本音を、やっと誰かに言えたことによる安堵感と、知ってもらえた安心感が存在しているように感じられた。子どもの気持ちや思いをどのように聴いていくのか、人権擁護について考える重要な支援となった。

(事例②と事例③)

T くんの様子から、一通りの医療処置や入院生活からの多くのストレスを抱えており、感じていることもいろいろあった事がわかる。幼児期の子どもは、自分が受けた様々な物事を自分中心に解釈してしまうといった“自己中心性”の思考が特徴的な年齢であり、誤った解釈により、精神的なダメージを受けやすい（ピアジェの認知発達理論より）。特に病気により身体的にもダメージを受けているような

ときには、思考も気分も負の方向へと陥りやすい。よって、誤った解釈から問題が発生する前に、適切な時期に介入し解決していく必要がある。一週間、ネガティブな気持ちを持ち続けていた T 君だったが、退院を翌日に控え、先の見通しがついたことで、T さんの遊ぶ意欲にもつながり、何度も繰り返し行われたゲームが、T さんにとって、自分の医療体験で感じたことを表出する機会となり、気持ちが整理さ、癒しにもつながったと考えられる。不穏状態の H ちゃんには術前のプレパレーションはなく、手術前後の制限処置に対し、納得した状態で臨んだかどうかははっきりしないが、この不安定な様子から、様々なストレスを受けていた可能性があり、気分を変え、癒す必要性があった。幼児期の子どもは感情を抑えることができず、また情緒の持続も短く変化しやすいといった特徴がある。遊びの介入によって、H ちゃんにとって苦痛に感じていた環境が、楽しくリラックスした時間になり、その中で、「注射ね、本当は痛かったけどね、泣かないで出来たの。」「一人でお泊りしたとき、“ママが良い”って、いっぱい泣いちゃったの。」と、一つ一つ自分の体験から、感じたことを言葉にして表出することができていた。そしてゲームの終わりに、「ねえねえ、見て！これ。泣いちゃったけどね、出来たの！」ともう一度、一人でお泊りの絵柄が描いてあるメダルをかざし、強調したかった部分を再び繰り返し言葉にして表していた行為は、自分が頑張ったことを。また、その体験や思いを周りの大人と共有し、認めてもらえる機会が提供できた。

T さん、H ちゃんともに、その体験や思いを周りの大人と共有し、認めてもらえる機会が提供され、子どもが自分の力で主体的に課題を乗り越えられるよう、サポートができた関わりだった。

#### (事例④)

A ちゃんは、トイレトペーパー投げで遊び始めた直後、「当たらない！これは神様がわざと当たらないようにさせてるんだ。」と、当たらない事への不安、心配といったマイナスの感情を表現した。これは今まで表出したことのない部分であり、遊びにより言葉となって表されたのだった。学童期の子どもの特徴に、「やればできる」という体験から勤勉に努力することを覚えるといった発達理論が提唱されている（エリクソンの心理社会的発達理論 1950）。このような発達の特徴と周りの声援から、最後の方は「脳腫瘍なんて残すもんか！絶対にやっつけてやる！」と言い、自分を励ますような前向きな発言が聞かれた。最終的に当たり、大喜びをしたその後の A ちゃんの様子には、感情を遊びの中で出し切った気持ちと、当たってほっとしている気持ちとが強く表れていた。

#### (事例⑤)

毎回採血の度に針を刺されると思っていた K ちゃんの誤解が、プレパレーションを行う中で、K ちゃんの発言により明らかになった。5 歳という魔術的思考が特徴的な幼児期は、対処能力が低くなり、精神的な打撃も受けやすい。K ちゃんのケースでは、感情表出により誤

解が修正でき、必要な情報を伝えることができた。そして、処置を乗り越えていく為の方法を一緒に考え、検査に向けた準備を整えることもできた。性格や考え方、置かれた環境によって、どのようなことにどれくらいのストレスを感じるかは、その子それぞれによって違い、乗り越える方法も個々によって異なる。実際 K ちゃんは、最初に「検査やだ！」と、検査を拒否したいという思いを表出できる機会が持てたことで、ある程度の心の準備を行うことができた。検査後に、「あれ？もう終わっちゃったの？」と言った言葉には、K ちゃんが想像していたよりも遥かに容易に済んでしまった検査に戸惑いがあったことが窺われる。しかし、自分の中には逃げずに検査を受け、終えることができたという安心感や満足感もそこには存在していたようだった。採血中は「先生も一緒にやろうよ！」と医師をゲームに誘うような発言もあり、積極的に自ら参加するといったような、検査に取り組む姿勢にも変化が見られた。

以上の分析結果により、効果的に子どもを支援できたと考えられた際の視点として、以下の 3 つの視点が導き出された。

1. 感情表出を促す
2. 子どもの権利を擁護する
3. 主体性を引き出す

#### D. 考察

以上の結果を踏まえて、この 3 つの視点の意義について考察する。

関わりや介入によって、子どもたちの見えていなかった感情が、言葉や行動となって引き出されているところは、すべての事例において共通している部分であった。その感情表出から子どもの思いを知り、適切に介入し、支援していくことが、子どもの権利が尊重されるための、何よりも最初の一步となると考える。よって、この 3 つの視点のうち、“1. 感情表出を促す” というところに最大のポイントを置き、その他 “2. 子どもの権利擁護をする” “3. 主体性を引き出す” これら 3 つ視点について、それらの意義を考察し、子ども療養支援士の役割、専門性について明らかにしていく。

#### 1. 感情表出を促す

子どもにとっての信頼とは、人や周囲の環境に対して期待して行動することであり、一方、安心とは、慣れ親しんだ関係の中における居心地の良さである。子どもは信頼している人を頼りにし、また、慣れ親しんだ人には、安心して自分の思いを語れるという 2)。このように、子どもにとって、信頼を寄せる人物からの言葉は入りやすく、一緒に過ごす空間ではリラックスできる。子どもの感情表出を促す為には、まず、信頼関係を築き、そして安心を与えていく中で関わっていくことが重要であると考えられる。入院生活は、日常生活から隔離され、検査、治療等による初めての体験や様々な制限を強いられる非日常空間である。子どもにとって“遊び”は日常であり、この非日常を子どもにとっての日常に近い形

でアプローチするためには“遊び”を媒体にして関わる方法が効果的であると言われている 3)。5つの事例を振り返ると、事例①～③はゲームによる介入、事例④はトイレットペーパー投げ、そして事例⑤は人形を使ったプレパレーションといったように、関わりの中にはすべて遊びの要素が含まれている。また、これら、事例①～③で行った医療体験ゲームのように、自分でカードを選んだり操作できるといったゲーム遊びや、事例④の A ちゃんが行ったトイレットペーパー投げのように、子どもが夢中になれ、自身がコントロール感を持って取り組めるような遊びは、子どもが普段感じている思いや葛藤を消化したり、表出したりする貴重な時間になる 4)。表出された感情に対して、適切に介入し、その子どもにとって効果的なコーピングが行えるようにサポートすることが、子どもの持っている力を最大限に引き出し、目の前にある課題を自らの力で乗り越えていくための大切な支援につながっていくと考えられる。したがって、子どもの尊厳を守り、子ども中心のやさしい医療環境を考えていく為には、まず、感情表出ができる環境を整え、遊びを提供していくことが必要である。

また、事例④の A ちゃんのケースでは、最初は負の発言から始まり、最後は前向きな発言となっていったという一連の流れの中で、少なくとも A ちゃんが、様々な葛藤や思いを抱えながら療養生活を送っているということが伝わってきた。また、投げ続けるごとに、感情が溢れ出し、その思いが A ちゃんの励みとなって最後まで投げる努力原動力になってい

ったと言える。感情表出がなされたことで、病気を前向きに捉え、自らの力で乗り越えて行きたいという A ちゃんの気持ちが鮮明になった。この前向きな思考や感情は、今後の生活に活かされ、病気と闘いながらも健全な成長発達を遂げていくための大きな力になっていくと考えられる。

## 2. 子どもの権利を擁護する

自分の感情、考え、を言うことが出来ないでいる子どもの背景には、ストレス環境が考えられる。病院の子どもたちは、知らない環境で、知らない人に囲まれ、経験をしたことも想像をしたこともない治療や検査を受ける。そして、見知らぬ医療者からの、聞き慣れない言葉や、なじみのない話も、子どもにとって不安や恐怖を募らせていると言える。このような環境は、子どもに大きなストレスを与え、うまく気持ちを整理したり、考えを言い表せないでいる要因となっていると考えられる。また、年齢が小さければ小さいほど、言語能力や、認知能力が未熟であり、感情を言葉にして表出することができない。

事例①D くんと言えないでいた「吸入が嫌だ」という気持ちを引き出したのは、ゲームという遊びが媒体になり、ストレス状態が軽くなったため、言葉になって表出されたと考えられる。D くんが今まで言えなかった理由としては、前者の“ストレス環境”が原因であったと考えられ、信頼関係と安心と、そして遊びの中の D くんの主體性が「コップにすれば吸入できる」という言葉を引き出したと言えるのではないだろうか。さらに、この表出され

た思いを汲み取り、D くんによって代弁していくことで、子どもの権利を尊重し、入院中であってもその子どもらしく成長を遂げられるためには重要な支援につながったと考える。

### 3. 主体性を引き出す

事例②の T くんや事例③の H ちゃんのケースでは、自分では処理しきれない制限やストレスなどの出来事を、ゲーム遊びによって、具体的に表現したり誰かに話すことで、気持ちを整理し、癒す機会を持つことができていた。子どもは、ほめられることで認められていると実感でき、意欲も育つ。そして何より、嬉しい気持ちになれる。さらに、ほめられることで次の課題にチャレンジする勇気も得られる 5)。今回のゲーム遊びでは、T くん、H ちゃん共に、母親または父親等の傍でゲームを見ていた大人に、自分の思いを理解してもらい、きっかけになった。そこで、頑張った自分を認めてもらい、褒めてもらえたことが、喜びや満足に変わり、自信につながる機会になったと考えられる。具体的な体験を通じて成長発達をしていく子どもにとって、今回得た自信は、今後、たとえ困難な状況に出会ったとしても、その状況に対し、主体的に取り組んでいける力になっていけるのではないかと考える。

事例⑤の K ちゃんのケースでは、主体的に検査を乗り越えられたことが自信となり、その自信がその後の検査の励みになっていったと考えられる。また、子どもへのプレパレーションの基本となる考えとして、まず、子どもなりにこれから起こることを理解し、自分で

選択や決定に対し納得することができるように支えていくこと、また、目の前にある課題を子どもが乗り越えられるよう環境を整えることが重要である 6)。子どもが嫌なこと、怖いと思うこと等の、自分の思いを表出でき、終わった後に頑張れた自分や乗り越えられた自分を肯定的にとらえられ、その後の生活で成長の機会となるように支援することが大切である 6)。つまり、主体性を引き出すということは、子どもの成長発達を促すために、大切な支援になり、重要な視点になってくると言える。

#### [本事例検討の限界と今後の課題]

今回、事例に挙げた子どもは、入院中の幼児期、学童の年齢の子どもたちが中心であった。しかし、子どもたちの権利を守る視点を持った子ども療養支援士の活動の対象は、その他乳児期、思春期の年齢の子どもたちも含み、入院中の子どものみならず、そのきょうだいである子どもたちの支援をも含む。今後も、そういった様々な立場や年齢の子どもたちの尊厳を守り、子どもに優しい医療を考えていくために、これら 3 つの視点を持った子ども療養支援士が、小児医療のチームの一員として機能していけるよう、研究の範囲を広げ、役割、専門性を明確にしていく必要がある。

### E. 結論

事例を通じて、子ども療養支援士の視点として“感情表出を促す”“子どもの権利を擁護する”“主体性を引き出す”の 3 点が明らかになった。日本の小児医療の現場においては、医療、保健、福祉、教育、保育などのさまざま

まな専門職種が集まり機能しているが、この 3 つの視点を主に、これだけを専門にし、子どもにアプローチするといった専門職は CLS、HPS の他に日本には存在しない。

子ども療養支援士はこの 3 つの視点に特化した専門職として、今後、「子どもの人権の尊重」を日本社会に広く浸透させていくにあたり、医師、看護師、医療保育専門士、心理士、教師などの多くの専門家と協働しながら、病気や障がいを持ち療養している子どもにとって優しい医療を提供していくことが期待さえる。

- 平田美佳 『プレパレーションとは』 中山書店  
「チームで支える！子どものプレパレーション」  
2012

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究報告

平成 24 年度研修報告会にて発表。

2013. 3. 16.

#### 参考、引用文献

- 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 P155 明石書店
- 秋田喜代美 「子どもの力を引き出す信頼関係」  
Benesseこれからの幼児教育 2012
- 田中恭子 小児看護 第31 巻第5 号 2008 プレパレーションの5 段階について
- 大曲睦恵 Nursing Today vol. 23 No. 12チャイルド・ライフ・スペシャリストの役割
- 発行者 くろさわ 「子どもを伸ばす“ほめポイント”」  
2013. <http://education.mag2.com/osusume/2008/02/070.html>

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—

### 専門的支援の具体的方法とその効果⑦

#### 事例研究：治癒的遊びの効果③～R くんとの関わりから～

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 本田真己子 子ども療養支援士研修生

#### 研究要旨

本検討目的は、成人病棟に入院する子どもを取り巻く環境の現状把握、成人病棟における子どもの療養支援の具体的方法を、検討することである。

事例を通じたアセスメント及び、文献的考察を踏まえ、検討を行った。結果として、介入の具体的項目として、日々の遊びの支援、処置への付き添い、メディカル・プレイを通して子どもの主体性を尊重し、入院生活における QOL の向上を図ることが重要であると考えられた。また他職種の支援を通じて得た情報を共有することで病棟全体の子どもを支援する体制を強化することができ、結果として子どもの早期退院へと繋がる可能性も考えられた。子ども療養支援士は、成人病棟であっても、子どもの身体的・心理社会的な安全と安寧を守る体制を強化していく役割を担っており、医療の中で子どもの生活や心理を支援する重要な役割を担っているものと思われた。

#### A. 研究背景、目的

近年、子どもの健全な心身の成長発達と幸福を考えるとき、子どもの権利をいかに尊重するか、という視点が小児医療の現場でもますます重視されつつある。

筆者の実習先である北海道大学病院の CLS は腫瘍センターの中にある緩和ケア室に所属している。現在、支援を行っている病棟は、泌尿器科・循環器外科・脳外科・形成外科の4つの病棟である。これらの病棟は、小児病棟とは異なり、入院患者のほとんどが大人の成人病棟だ。そこを生活の場とする幼い子ども達を対象に、主に遊びを通じた支援を行っている。実習中に、病院の8階の成人病棟から1階にある院

内学級に通級する小学校3年生の男の子に付き添ったことがあった。授業が終わり、病棟スタッフに「ただいまー！」と元気よく挨拶をした彼に返ってきた言葉は「おかえり」の一言ではなく「静かに！」という注意であった。たとえ病気や障がいがあっても、子どもが子どもらしくのびのびと生活するという当たり前の権利が守られることが、病院という治療を目的とした環境の中で、どれほど難しいことであるか痛感させられた一場面であった。

そこで筆者が研究関心を注ぐのは、成人病棟に入院する子どもを取り巻く環境の現状把握と成人病棟における子ども療養支援の視点と大切にしたい支援の重要性、そして実施可能な支



援にはどのようなものがあるか、という所である。

本研究では、筆者が実習中に支援を行ったひとりの子どもとの関わりを事例として取り上げ、その支援の内容を客観的に振り返る。子ども療養支援の視点から子どものニーズを的確にアセスメントし、実施可能な支援方針を明らかにする。そして、子ども療養支援士の活動の意義を考える。

## B. 研究方法

- 1) 日々の記録(日誌)や電子カルテからのデータ収集
- 2) 事例化することによるアセスメント
- 3) 文献研究法

本研究は、筆者が継続的に支援を行ったひとりの子どもとの関わりを事例として取り上げ、退院するまでの 12 日間の支援の内容を客観的に振り返ることで、子ども療養支援の視点から子どものニーズを的確にアセスメントし、実施可能な支援方針を明らかにしたものである。

## C. 結果

①患者関連情報 8 歳 9 ヶ月(小学 3 年生)男児 R くんは、先天性の心疾患(完全房室ブロック)を持ち、ペースメーカー埋め込み術後である。8 月にジェネレーター交換(最終)を実施。循環器外科にてフォロー中。

家族構成は父(51 歳 団体職員)、母(44 歳 看護師)、兄(9 歳)、弟(4 歳)。本人のキーパーソンは母であり、母のみ在院支援可能。しかし、幼い同胞を地元に残しているため、10 月 8 日に帰宅以降は、親の面会が 10 日に一度ペース(11 月 3 日の退院まで、母 2 回、父 1 回の計 3 回)となる。これは、住まいが中標津と遠方のためである。(札幌まで飛行機で約 2 時間、電車で約 10 時間の距離)

### ② 入院から退院まで

深夜、発熱と腹痛のため地元の町立病院から

救急車で搬送、緊急入院となる。付添者は母のみ。腹部ペースメーカー埋め込み部感染のため、緊急で創部を切開し排膿、創部管理のため手術室に入室する。R くんは帰室後、まどろみ体動が激しいが、母と面会することで入眠することができる。幼い同胞を地元に残しているため、母はすぐに帰宅することを希望するが、R くんはそれを拒否し、引き続き彼のもとで付添うように母を説得する。

9 月 24 日付けの看護情報に今回の入院について、彼の病状の理解は「ペースメーカーを入れている所にばい菌がついて、熱が出た。もっと悪くなる前に創を洗って機械を付けて治す」と記載されている。入院に対して、本人なりの理解と目的を持っていることがわかる。

排膿後より解熱は得られるが、9 月 26 日ペースメーカーを抜去、新規ペースメーカーを留置することになる。母は術後の経過を見守るため在院支援を継続するが、10 月 1 日帰宅希望を申し出る。R くんは母の帰宅を渋る。10 月 3 日、母は本格的に帰宅を検討しはじめる。R くんは、検査等に一人で通う練習を開始、迷わずに通えている。10 月 5 日より院内学級への通級も開始する。

10 月 8 日、母帰宅。就寝時ナースコールにて「横になっていると嫌な気持ちが出てくる」と訴えがある。その後数日間、入眠困難が続く。尚、10 月 12 日より CLS が介入する。

10 月 17 日、母帰宅後初めての面会があり、19 日 22 時まで在院する。20 日朝、起床した R くんは「起きたらお母さんがいなくなっていた。」と予期せぬ母の帰宅に落胆していた。この頃から回復期入り、体力的に余裕が出て来た R くんは病棟内を走り回ったり、大きな声を出したり、ナースステーションに自由に出入りしたりする等の行動が目立つようになった。日頃成人患者を対象に業務にあたる看護師らは子どもへの対応に困惑し、R くんこれらの行動を問題行動として認識していた。

10 月 22 日、筆者との対面。以後退院まで毎

日継続して支援を行う。

11 月 1 日、筆者との関わりの中で「(先生は、)いつも痛いことばかりする。」「R が先生になる!」「手術します!」等の発言が聞かれ、「お医者さんごっこをしたい」という R さんの遊びに対する欲求が現れていた。CLS は R さんの走る、大声を出す、ナースステーションに無断で出入りする、等の行動は、母不在の入院生活の長期化によるストレスに起因するものであり、そのような状況下では当然の反応であることを電子カルテ上の記録で指摘。それを読んだ担当看護師らが医師に掛け合い、結果として創管理を自宅で行う治療方針となり、早期退院(11 月 3 日)へと繋がった。

11 月 2 日、ぬいぐるみや本物の医療器具を用いたメディカル・プレイを実施する。ぬいぐるみが辿る経過が、今回の R さん自身の体験と極めて類似していることから、R さんが自身の経験を重ね合わせ、ぬいぐるみに投影していることがわかった。

11 月 3 日、母の来院に合わせて急遽退院の運びとなる。

### ③CLS の介入

CLS と医師の話し合いのもと、医師の依頼を受けるかたちで、CLS が介入を開始する。(10 月 12 日)介入目的は、成人病棟にひとりで入院する子どものサポート体制の強化、長期入院や侵襲的な医療体験によるストレスの軽減、入院中の QOL 向上である。主に、ベッドサイドでの遊びの支援を通して R さんとの信頼関係を構築し、彼の主体性を引き出し、感情表出を促す関わりを行い、継続した遊びの支援や回診時の付添いを行う。

### ④筆者との関わり

10 月 22 日より遊びの支援を行う。折り紙やアイロンビーズ、粘土等の制作遊びや、UNO やトランプ等のゲームを通して、R さんの主体性を引き出し、感情表出を促す関わりを行う。母不在で、病棟には同年代の子どももいないため、「一緒に遊ぶこと」を目的とした人的支援と、

「一人の時間を楽しむことができるような遊びを提供すること」を目的とした物質的支援を並行して行い、R さんの寂しい気持ちの軽減、ストレスの緩和を図った。R さんとの遊びの時間は、「学校に行く前」や「お風呂の時間まで」と制限されていることが多く、限られた時間の中で R さんが「遊んだ!」と思えるような関わりを展開することが日々の課題であった。

遊びの支援以外では、医師による朝の回診(創部の消毒)に付添った。R さんは「ばい菌をやっつける」ことを入院の目的としており、創部の状態(治癒の程度)を退院の指標にしていた。創部を自分の目で見て確認することが、R さんの入院生活に対する満足感や達成感に繋がると考え、支援した。このとき、痛みを伴う処置の場合は、R さんの意識が創部から逸れるように、ベッドサイドに横になっている彼の目線の高さにしゃがみ込み、ディストラクションに繋がるような関わりを展開することも心がけた。R さんは「ばい菌が減ること」が早期退院に繋がると理解しており、「ばい菌が増えたらどうしよう」という不安が強かった。毎朝の関わりの中で、医師に「ばい菌増えちゃってない?大丈夫?」と質問している姿が何度も見られた。このことから、R さんが 1 日も早い退院を切望していることがわかる。朝の回診に付き添うことで、ひとりで入院している R さんに対し、入院生活を「一緒に乗り越える人」がいることを示した。

また、可能な範囲で院内学級の登下校の付き添い、食事の時間の付き添いも行った。これらの支援の目的は母不在の寂しさの緩和や母不在によって生じる不安やストレスの軽減である。日常生活を共有することで、R さんが抱える小さな不安や疑問(お風呂は何時に入るのか、院内学級の送り迎えは誰がしてくれるのか等、彼の生活に直接関わることを)を察知し、一緒に看護師に尋ねる時間を設け、その都度、問題を解消できるようにした。単調になりがちな入院生活に抑揚を付けるため、筆者との毎日の関わり

りをルーティーン化した。「朝は回診のとき」「昼はお昼ごはんのとき」「夕方は院内学級のあと」と、Rくん自身が一日の流れを把握できるようにした。

毎日継続した関わりを重ねることで、Rくんの発する小さな声や抱えている思いの数々を拾うことができ、また彼を取り巻く環境をより理解することができた。特に 11 月 1 日からはそれまで見られることがなかったメディカル・プレイに対する欲求が顕著に現れ始め、「Rが先生になる！」と繰り返し発言したり、「手術します」と自ら場面設定を行ったりして、遊びを展開する姿が見られた。その中で「(先生は)いつも痛いことばかりする」という発言が聞かれ、Rくんがこれまで受けてきた医療体験に対して、主体性を持たずいたことが大いに考えられた。病院という環境、特に成人病棟という生活の全てが「大人の都合」という枠にはめられている Rくんにとって、コントロール感や支配感が失われていることは明らかであり、その結果が「お医者さんごっこをしたい」という彼の能動的な遊びに対する欲求として現れていると考えられた。

#### ⑤メディカル・プレイ

上記関わりの中から、アセスメントした結果、Rくんの持つメディカル・プレイに対するニーズを認識し、実施する計画を立てる。(11 月 2 日実施。)

いつものように訪室し、筆者が Rくんに約束していた「お医者さんごっこ」の道具を持ってきたことを伝えると大きな笑顔で「やろう！」とメディカル・プレイに対する意欲を見せる。すぐに持っていた手術の帽子とマスクを装着し「ねえ、白い服持って来た？」とせがむ Rくんに、その場で白衣を渡す。Rくんはすぐに白衣に着替え、周囲の大人(入院患者や同室入院他児の母親、病棟スタッフら)から「似合っているね」「ドクター R!」「先生！」などと声をかけられ、得意気である。プレイルームへ移動する。

【環境設定】手術室に見立てたプレイルーム  
⇒処置を始める前の Rくんの「ドアを閉めて下さい」という発言は、彼の中でプレイルームが手術室に切り替わったことを示している。

【役割】医師⇒児(R)、患者⇒筆者(筆)  
⇒筆者が、処置の対象となるぬいぐるみ(クターさん)を動かして主体的に関わる。その他に CLS、実習生 1 名が同席する。

①(R)に持ってきた道具と、患者となるぬいぐるみを紹介する。道具箱の中から、一番にメスを手に取り、(R)「これこれー！」とほしい道具が手に入ったことに対する喜びを表す。

②道具箱の中から駆血帯を見つけ、手に取る。(R)「まず採血します、どっちの手で取ろうかな(もみもみ)」とぬいぐるみの腕に駆血帯を巻き、シリンジを使い、採血する。

③(R)「点滴をします。(点滴の先を触り)え、柔らかいんだー」と驚く。CLSが「Rくんの点滴にも針は入ってなかったんだよ。」と横から声をかける。アルコール綿で(R)「ふきふき」と言いながら消毒をし、刺入する。

④(R)「酸素計るやつつけます！」と言いながらサチュレーションをつけて外す。

⑤体温計をぬいぐるみの脇に持って行き熱を測る。(R)「41℃！」と大きな声で数字を読み上げる。(筆)「先生、熱の原因はなんですか？」(R)「お腹の中にばい菌がいるせいです。」(筆)「ばい菌をやっつけるにはどうしたらいいんですか？」(R)「手術です！」

⑥(R)シリンジからぬいぐるみに薬を飲ませる。(筆)「先生これはなんですか？」(R)「痛みを感じなくさせるお薬です」

⑦(R)はメスを持ち、ぬいぐるみの手術を始める。腹部にメスを入れる。

⑧(R)はぬいぐるみのお腹に駆血帯を巻



直後より帰宅を希望しており、10 月 8 日に中標津の自宅へ帰った。R くんはそれまでに何度も母の帰宅を渋る発言をしており、母不在の状況に対する強い不安感を抱いていることが分かる。また、R くんは母の帰宅後、数日間入眠困難となり、ナースコールを鳴らす日々が続いていた。後の筆者との関わりの中では、怖い夢も繰り返し見る、という訴えも聞かれた。母との離れた生活が彼に与えた心的影響は計り知れない。

10 月 17 日、母帰宅後最初の面会があり、母は 19 日 22 時まで在院する。20 日朝、起床した R くんは「起きたらお母さんがいなくなっていた」と周囲に話し、母との予期せぬ分離に強いショックを受けていた。R くんはその後の関わりの中で、筆者に対しても「R がお風呂に入ってる間になくなっちゃうでしょ?」「いつまで(一緒に遊んで)いられるの?」「帰っちゃうの?」等の問いを投げかけることが多く、自分の周りから人が突然いなくなることを恐れている様子であった。

R くんの入院している循環器外科病棟は 4 人床の一室を小児用として設けており、彼以外の他 3 床は 24 時間完全母付添いの 0-2 歳の乳児であった。R くんは 3 組の母子と生活を共にしており、そのことが彼の孤独感や疎外感を助長する可能性は大いに考えられた。

入院初日、手術室から帰室した R くんが、母と面会することでスムーズに入眠することができたという記録からも分かるように、「母がそばにいる」という絶対的な安心感は子どもにとって何にも代え難いものである。その絶対的な安心感は療養生活を送る全ての子どもに与えられるべきものであり、子どもの健全な心身の成長発達と幸福を考えると、最も重要な要素のひとつである。

## 第 2 節 成人病棟での入院生活

1959 年に発行されたプラット報告書は、子どもは大人の病棟で看護されるべきではなく、

子ども専用の病棟が作られるべきであることを主張している。また、子どもと接する病院職員には、子どもの持つ特殊なニーズを理解するために特別な教育がなされなくてはならないと提言している。

エリクソンの心理社会的発達段階によると、R くんは 8 歳 9 ヶ月という年齢は一般的に、学校や仲間集団を重要な対人的環境とし、仲間との協力、努力、達成、自信の獲得と同時に競争、敗北、劣等感の獲得といった経験を重ねることで社会生活に必要な知識や技能を学習していく。自分の能力や役割を客観的に捉え、目標を持って努力するようになり、それが自己信頼感へと繋がっていくのだ。そのため、同年齢他児との交流が必要不可欠となる。成人病棟に入院している R くんは同年齢他児との交流が決定的に欠落していた。R くんは院内学級に通っていたが、それ以外の全ての時間を病棟で過ごすことが強いられていたため、成人病棟に入院することは彼の上記発達課題達成の妨げとなっていたことは明らかである。

また、R くんに接する病院職員のほとんどは、通常、成人の患者を対象に働いている病棟スタッフであるため、子どもの持つ特殊なニーズを理解するという専門的な支援体制において、発展途上であると感じた。さらに、母の付添いが無い R くんは生活の基盤を支援する中で、無意識のうちに「一々できなかったら、お母さんに報告する」という減点方式で児を評価する関わりが目立ち、「大人の都合」をいう枠の中で、R くんは主体性は失われていった。R くんは頑張りや周囲の大人みんなに認められられる環境を整えることが課題であったと考える。

## 第 3 節 セラピューティックな環境とは

病院におけるセラピューティックな環境とは、心身の健康を促すことのできる環境である。とくに子どもにとってセラピューティックな環境については、病気を治すことだけを目的として掲げるのではなく、その先の生活を見据えた支援を提供し、ひとり一人の成長発達を促す

関わりを展開していくことが重要である。

R くんとの関わりでは、「母がそばにいるということ」「子ども同士の健全な交流を図ることができる環境が整っていること」という 2 点が、彼の入院生活の質を大きく左右していた。本事例の場合、親の付添いによるサポートが欠落していたのは病院の方針によるものではなく、家庭の都合によるものであったが、子どもにとってセラピューティックな環境を考えると、家族の思いを汲み取った上で、子どもの声を代弁する何らかの働きかけをすることが、子ども療養支援士としての重要な役割の一部であると認識する。

子どもは、自分の行動や努力によって環境をコントロールできない状況におかれると、あきらめを感じ無力感に陥ってしまう。そのような状態を防ぐため、子どもが能力のある存在であることを認め、本来持つ力を最大限発揮できるように、ハード面・ソフト面の両側面から支えることのできる環境こそ、セラピューティックな環境であると言える。

## E. 結論

緊急入院、長期入院生活、母をはじめとする家族との分離生活、成人病棟での入院生活等、様々なストレス下に置かれた 8 歳 9 ヶ月(小学 3 年生)男児 R くんに対して子ども療養支援の介入を行ったことについて、本研究を統合すると、以下のように言える。

### 1) 遊びの支援

母不在で、同年代の子どもがいない成人病棟に入院している R くんに対して、「一緒に遊ぶこと」を目的とした人的支援と、「一人の時間を楽しむことができるような遊びを提供すること」を目的とした物質的支援を並行して行う。感情表出を促し、R くんが感じていた寂しい気持ちの軽減、入院生活によるストレスの緩和に繋がった。

### 2) 処置の付添い

医師による朝の回診(創部の消毒)に付添った。創部の状態(治癒の程度)を退院の指標にしていた R くんは、自分の目で見て確認することで、入院生活に達成感や満足感、自信を持つことができた。また、毎朝付き添うことで、ひとりで入院している彼に対し、入院生活を「一緒に乗り越える人」がいることを示し、不安の軽減に繋がった。

### 3) メディカル・プレイ

R くん自発的な遊びへの欲求を尊重し、メディカル・プレイの場を設定した。R くんが病気に対する理解を確認することができた。受動的な状況にいた R くんは、遊びを通して能動的になることでコントロール感、支配感を得た。

### 4) 他職種へのフィードバック

R くんとの関わりを他職種へフィードバックし、医療の側面とは異なる子ども療養支援の視点から見た彼の状態を共有することで、「R くんにとって何が一番良いか」を多面的に見直すきっかけとなった。結果的に早期退院へと繋がった。

以上の子どもの療養支援を提供することで、R くんが入院生活における QOL の向上を図り、病棟全体の R くんを支援する体制も強化された。とくに、遊びを通じた支援によって、R くんは生活の中に主体性を取り戻し、病院での経験に対し自信を持って退院することができた。

また、本検討から得た新たな知見として、成人病棟での子どもの支援として、①子どもの入院する成人病棟と小児病棟との連携である(小児病棟と連携を取り、可能な範囲で病棟間を行き来し、子どもたちが生活を共にすることで、自由に交友関係を広げられることが望ましい。)②院内学級との連携(院内学級の活動や放課後

の時間を活用することで、同年齢の子ども同士の病棟の外での交流を促進する時間を 1 日の中でできるだけ長く設けることができる) があげられた。以上の 2 点において子ども療養支援士の果たす役割は大きいと考えた。子どもは遊びの中で、自己表現し、生活の中に主体性を取り戻し、自己を癒す力を高めていく。子ども療養支援士は、それを大切なこととして認め、成人病棟であっても、日常的に遊びを通じた支援を行うことで、子どもの身体的・心理社会的な安全と安寧を守る体制を強化していく役割を担っている。

本検討は、事例を通じた検討であり、今後は多施設共同でより客観的なアセスメント方法を取り入れた検討により支援の効果を研究していく必要があると考えられた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

平成 24 年度研修報告会にて発表予定  
(2013. 3. 16)

#### 参考文献

(本文中 D. 考察 第 2 節 成人病棟での入院)

- 1) バーバラ M. ニューマン/フィリップ R. ニューマン(1988)『新版生涯発達心理学』エリクソンによる人間の一生とその可能性 川崎書店
- 2) 石井正子(2009)『発達心理学』保育者をめざす人へ 樹村房
- 3) 川崎一夫(2010)『図で理解する発達』新しい心理学への招待 福村出版
- 4) 山下富美代(2010)『図解雑学発達心理学』ナツメ出版

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—  
NICU における子ども療養支援士によるきょうだい支援の可能性  
～文献的考察及びヒアリング調査からの検討～

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 藤岡静香 子ども療養支援士研修生

研究要旨

日本の NICU ではファミリーセンタードケアの概念を中核に医師、看護師、心理士、保育士、理学療法士など様々な職種が協働し、危機的状況にある子どもの身体的なケアから母子の愛着形成の構築など子どもと家族との将来を見据えたケアを行っている。我が国での NICU におけるきょうだい支援の現状を調査しその必要性和検討することを目的として本検討を行った。方法として文献検索及び、ヒアリング調査（NICU において活動した経験のある CLS、NICU に勤務する医師）にて検討した。結果、現在の日本では、きょうだい支援を行う専門職は存在しないが、その必要性は存在し、看護師や心理士などがきょうだい支援を行っていた。一方、欧米では CLS や HPS が理論に基づいたきょうだい支援を展開していた。本検討により我が国において子ども療養支援士が NICU できょうだい支援を担う可能性の存在が窺える結果に至った。更に兄弟支援のエビデンス、更に多くの施設でのそのニーズの把握、等検討を重ねる必要性があるものと思われた。

A. 研究目的

背景

米国ではチャイルド・ライフ・スペシャリスト（以下 CLS）、英国ではホスピタル・プレイ・スペシャリスト（以下 HPS）が療養生活を送る子どもたちの声をアボカシーする役割を担い、病院内で活動している。その活動の場は病棟内から手術室、外来まで幅広く、新生児特定集中治療室（以下 NICU）において活動

している CLS、HPS も存在する。

私は大阪府立母子保健総合医療センターにおいて子ども療養支援士認定コースの実習を受けた際、オリエンテーションで NICU を見学する機会があった。その際、NICU の看護師から CLS、HPS が NICU でどのような活動をしているのか質問されたが、知識がないために全く質問に答えることができなかった。そこで、私自身も NICU における CLS、HPS の活動に興



味を抱き、調べてみようと考えた。

NICU における CLS、HPS の活動を調べていると、その活動内容は大きく分けて 3 つある。それは①赤ちゃんへの発達支援、②両親への支援、③きょうだいへの支援、である。現在、日本の NICU ではファミリーセンタードケアの概念を中核に医師、看護師、心理士、保育士、理学療法士など様々な職種が協働し、危機的状況にある子どもの身体的なケアから母子の愛着形成の構築など子どもと家族との将来を見据えたケアを行っている。しかし、NICU におけるきょうだい支援の実態を知る文献、資料が少なく、日本の NICU においてどの職種が中心になってきょうだい支援を行っているのかわることができなかつた。しかしその一方で日本においても、きょうだいの面会を許可する NICU が少しずつ増え始めていることも報告されている。今日、きょうだいの将来の人格形成を見据えた計画を立て、支援を行っている職種はまだ日本の NICU には存在しているのだろうか、またその必要性は問われているのだろうか。

本プロジェクトでは、欧米にみる CLS、HPS の NICU におけるきょうだい支援の活動内容を調べ、CLS、HPS と同様の役割を担う日本の子ども療養支援士（以下 CCS）が NICU においてきょうだい支援の活動を行う可能性を、文献的検索とヒアリング調査から検討していく。

## 目的

- ①きょうだい支援の意義は？
- ②欧米における NICU における CLS、HPS のきょうだい支援の内容及びその役割の調査

- ③日本の NICU における CLS の活動内容の調査
- ④将来的にみた日本における NICU でのきょうだい支援、CCS の活動の展望

## B. 研究方法

文献的検索（CLS、HPS、CCS に関する文献、周産期医療に関する文献、きょうだいの心理発達に関する文献、グリーフケアに関する文献、講義資料、インターネット検索、マンスリーなどでの資料提供など）及びヒアリング調査（CLS1 名、新生児医療を専門とする医師 2 名、アンケート形式）にて結果をまとめ、考察を行う。

ヒアリング対象となった CLS

- ①NICU で活動した経験のある CLS

ヒアリング対象となった医師

- ①：新生児医療経験の豊富な医師（以前は NICU センター長など勤める）

- ②：今現在現役で、NICU で働く医師

## C. 研究結果

### （1）きょうだい支援の意義は？

弟妹が誕生すると、親（特に母親）の注意・関心が赤ちゃんへ向き、兄姉であるきょうだいがそれまで依存してきた対象を失うのではないかと不安を感じ、弟妹をライバル視することがある。このような感情をもつことは sibling rivalry（きょうだい間の競争意識）とよばれ、精神分析学ではカインコンプレックス（註 1）とよばれる。

年齢の近いきょうだいは認知発達の未熟さから抱いた不安に対して対処することができず夜尿、過剰な甘え、依存、感情の爆発、き

ようだいへの暴力などの退行現象を出現させることがある。しかし、このような退行現象はきょうだいが一緒に生活をし、共に成長していくことで解消され、次第にきょうだい間で親密な交流が生まれる。1)

しかし、弟妹が NICU に入院するときょうだいは弟妹に会えず、弟妹との関係性を築くことができない。年齢の近い幼いきょうだいは大人のように状況を把握して考えることができず、表面上に起きていることで判断してしまうため、親にかまってもらえないと「どうして遊んでくれないの？わたし（ぼく）のこと嫌いになっちゃったの？」と考えてしまう。このような考えはきょうだいの分離不安（見捨てられ不安）を高めることとなる。

2009 年田村らが行った新生児医療施設における実態調査 2) によると、全国の長期入院児の発生数は約 220 例と推定され、そのうち約 30% が自宅へ退院、約 15% が死亡退院、残りの約 55% が受け入れ施設または在宅支援体制を整える必要があるという結果であった。医療ケアが必要な弟妹が自宅へ戻ったとき、親と共に密接に生活をするのはきょうだいである。医療ケアが必要な弟妹が自宅に戻った生活は家族が全員揃って過ごすことができるという利益がある一方、親（特に母親）に介護負担が強いられ、母親が睡眠や休息を十分に取ることができない、きょうだいの育児をすることができない、母親が就労できないため経済的な負担が生じるなどの問題を含んでいる。(Siegel and Silverstein, 1994) は、危機的状況にある家庭で育ったきょうだいがその環境ゆえに人格形成に悪影響を及ぼすこと

を示しており、医療ケアが必要な弟妹との生活がきょうだいに及ぼす影響は大きいと考えられる。3)

しかし、一方できょうだいが弟妹の病気を知り、弟妹の病気を受け入れられたとき、きょうだいは自己肯定感と危機的状況に対して立ち向かうことができる力を高め、家族の絆をより強固なものにすることができる。また、このようなきょうだいが医療、社会福祉、教育などの職業に興味を抱く大人に成長することが多い。4)

以上のことから、赤ちゃんが NICU に入院している間からきょうだい支援することは、きょうだいの将来における人格形成と家族の QOL の向上にとって重要な意義があるといえるだろう。

## (2) 欧米における NICU における CLS、HPS のきょうだい支援の内容及びその役割の調査

NICU における CLS、HPS のきょうだい支援は「きょうだい預かり」「治療的遊び」「プレパレーション」「グリーフケア」の 4 つに大きく分けられると思われる。そこで、この章ではそれぞれの活動内容と目的を述べていく。

### ①きょうだい預かり

子どもには物事を鮮明にイメージできる想像力があり、病院から帰ってきた親が泣いている姿を自宅で待っていたきょうだいが見ると、病院という場所や病院の中で起きることが恐ろしいものとしてイメージすることがある。子どもの発達段階に合わせ、言葉を使っ

て病院を説明することもできるが、実際に親と一緒に訪問することで、「怖くないところなんだ」と実感して理解することができる。そのため、親がきょうだいを連れて病院へ来ることを推奨するため、NICU の近くにきょうだい預かりの空間を設け、CLS や HPS、もしくはボランティアがきょうだい預かりの活動を行う。

## ② 治癒的遊び

治癒的遊びは「医療環境などにおいて心理的ダメージを未然に防ぐための遊び」と定義され、「成長発達を続ける子ども達のニーズに合わせる」「慣れない環境に適応するためのサポートをする」「入院環境、治療、処置、検査などに対する子どもの理解を深める」「コントロール力、達成感、自尊心を高める」「自己表出を促す」「分離や喪失に対するコーピング力をつける」という目的をもつ。5)

家族の中の子どもが病気になると、きょうだいは様々な感情を心の内に抱えることとなる。十分な言語能力のあるきょうだいであれば、自分の感情を話してくれる可能性もあるが、きょうだいが年少であるほど、危機的状況で生まれた感情を表出することは困難となる。しかし、子どもは遊びの中で情動を解き放つため、遊びをよく観察することできょうだいの葛藤やストレスに気付くことができる。そのため、CLS、HPS は様々な感情を抱えるきょうだいに対して遊びを通して信頼関係を構築し、感情を表出する機会を作る。そして、きょうだいが直面している困難な現状や、抱えている葛藤に対応する能力を高めることを目指し治癒的遊びを行う。

信頼関係を構築するには、まずきょうだいがしたいと思う遊びを取り入れる。特定の活動を強要したり、性急に関係を作ろうとしたりすれば、きょうだいから信用を得ることはできず、逆にきょうだいが殻に閉じこもってしまうという可能性もある。きょうだいの意思を尊重して関わり、きょうだい CLS や HPS に安心感を持たせたとき、初めて治癒的遊びを行うことができるようになる。

## ③ プレパレーション

Psychological Preparation (以下プレパレーション) とは、子どもと家族が、ストレスのかかる出来事や状況において、できる限り先の見通しをもてるように手助けし、子どもと家族自身が積極的に状況をコントロールしながら対応していくことができるように支援することである。6) NICU を訪れるきょうだいのためのプレパレーションでは CLS や HPS はきょうだいの発達段階に合わせて言葉を選び、できるだけ具体的にイメージできるように写真やイラストの載った小冊子、チューブのついた人形、本物の医療器具を用いて情報提供を行い、ワークシートなどを用いてきょうだいからの質問や感情表出を促していく。それは、きょうだいが見聞きするものや状況を事前に知らせることできょうだいのストレスレベルを下げることを目的である。これまでの研究調査からもプレパレーションを受けた子どもは不安の程度が軽く、心理的混乱が少なく、ストレス対処の有効性が高いという結果が出ている。7)

そして、もう一つ、NICU を訪れるきょうだいのためのプレパレーションには大きな目的

がある。それは、きょうだい間の関係性を構築することである。Jennifer Bracci 著

「Waiting for Baby A Sibling Visits the NICU」では、NICU におけるきょうだいのためのプレパレーションで最も重要なのは NICU を訪れるきょうだいと彼らの新しいきょうだいを結合させることだと述べており、きょうだいを読むページに「赤ちゃんがきょうだいの名前を知っていること」「赤ちゃんがきょうだいの声を知っていること」「赤ちゃんがきょうだいと同じように愛を必要としていること」が書かれている。そして、本の最後のページに赤ちゃんの写真を貼るページと赤ちゃんのために絵を描くページが作られている。また、両親へ向けては、きょうだい描いた絵や家族の写真を赤ちゃんのベッドサイドに貼ること、赤ちゃんへ小さなプレゼントを送ること、きょうだいと赤ちゃん会う際には赤ちゃんからきょうだいへプレゼントを用意すること、きょうだいや家族が本を読んでいる声や赤ちゃんへ話しかけている声を録音すること、きょうだい学校に持っていったり、他の家族と赤ちゃんについて話をしたりするために写真を用いたスクラックブックを作ることなどが提案されている。

きょうだいと弟妹と面会中、CLS、HPS は親と共に付き添い、絶えずきょうだいの様子进行评估し、プレパレーションを継続する。しかし、面会中はきょうだいも緊張しているため、フォローが必要なのはむしろ面会后であり、言葉を用いて自分の気持ちを十分に表現できないきょうだいは親に甘えたり添い寝を求めたり、反対にささいなことで泣い

たり怒ったりする可能性がある。そのようなときにはきょうだいの言葉にならない気持ちを察し、どのような感情でも受け止めてあげることが大切となる。8)

#### ④グリーフケア

きょうだい支援の介入が特に必要となるのが弟妹に死が訪れるときである。子どもがうつになる主なリスク因子の一つとして喪失経験がある。最もストレスの大きい喪失経験は親の死、両親の離婚など親との分離であるが、きょうだいの死もまた子どもを打ちのめす経験であり、うつを引き起こす可能性が高いといわれている。9) そのため、CLS や HPS は両親と相談の上、きょうだいの発達段階に合わせて状況を説明し、きょうだいと弟妹の死を迎えるための心の準備とストレスに対する対処能力を支援する。

死に対する子どもの理解、反応は発達段階によって異なる。サウスカロライナ大学看護学部教授スー・ハイニー氏が開発した子どものための Good Grieving Program ではピアジェの認知発達理論を基盤に、子どもに対する死の説明の仕方を述べている。感覚運動期である 0 歳から 2 歳の子どもは死を別離と捉え、会えないことに対して悲しみを感ずる。この発達段階の子どもには、「もういないの」「体が動かなくなったの」と分かりやすい説明をすることが必要とされている。前操作期である 2 歳から 6 歳の子どもは、死を可逆的なものとして捉える傾向があり、喪失に対しては強い悲嘆反応を示す。魔術的思考の傾向もあり、死の原因を知らなければ、事実と全く異なる結論を導き出すこともあるため、死を引