厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
小児がん領域における療養支援職種の育成と心理社会的支援多職種ガイド開発に向けた研究
（総合）分担研究報告書　令和６年度

子どもの療養を支援する専門職に対する実態調査
～　わが国における療養を支援する職種の役割の明確化～

研究分担者：作田和代(静岡県立こども病院診療支援部成育支援室、CLS)

研究要旨：日本で働く CLS、HPS、CCS が担っている支援や役割を明らかにするために、文献検討とオンラインによる実態調査を実施した。その結果、日本の医療現場において、CLS、HPS、CCS は、医療行為を受ける子どもに対して、治癒的遊びを用いたコミュニケーションを通して、それぞれの子どもに合わせた方法で、子どもが自身に行われる医療に関する理解を深めて対処することを支援していることが明らかになった。結果をもとに、業務内容とその細目を明確にした。

A.　研究目的

小児医療を取り巻く環境において、欧米では 20 世紀半ばから遊びの意義が注目され、子どもの遊びと尊厳を守りながら子どもが主体的に医療に取り組むことを専門的に支援する、チャイルド・ライフ・スペシャリスト（Child Life Specialist：以下、CLS）やホスピタル・プレイ・スペシャリスト（Hospital Play Specialist：以下、HPS）が医療チームの一員として働いてきた。日本においても、2000 年頃から北米や英国で学んだ CLS や HPS が活動を始め、2010 年頃からは CLS や HPS の教育をもとにして日本で独自に養成された HPS や子ども療養支援士（Child Care Staff：以下、CCS）が活動を始め、子どもの療養を支援する専門職として活動しているが、H24 年度厚労科学研究成果報告に示されているようにその業務の相違は明確ではない。また、日本におけるこれらの専門職が担っている役割を示した研究や文献はなく、それぞれの施設の心理社会的支援状況に合わせて専門性を発揮していると考えられる。そのため、以下の２つを目的に研究を行った。

研究１：日本の小児医療における、CLS、 HPS、CCS の実態を明らかにするための調査項目を導くことを目的に、 北米の CLS と英国の HPS が担う役割や支援に関する文献検討を行う。

研究２：日本で働く、CLS、HPS、CCS が、文献検討の結果で示された役割を実際に担っているかを調査し、また、役割が一部重複する可能性がある心理職及び保育職にも同じ調査を行い、CLS、HPS、CCS が担っている役割や業務と専門性を明確化する。

B.　研究方法

研究１：

文献検索は、「PubMed」を使用し、「Child Life Specialist」、「Play Specialist」、「Hospital Play」をキーワードとし、Full Text に限定して検索した（検索日：2023 年 6 月）。検索結果は、「Child Life Specialist」98 件、「Play Specialist」16 件、「Hospital play」22 件であったが、CLS や HPS の役割や支援を総合的に示しているものは「Child Life Services」の１件のみと限られていた。そこで、CLS と HPS に対する教育や資格認定などを行う団体が公開している、専門職として必要な能力、業務の基準、活動の目的や方針に関する資料を集め、文章中に役割や支援が示されている下記５件を足して分析の対象とした。

- Child Life Services（Pediatrics,2021）
- Child Life Competencies(ACLP, 2019)
- Standard of Clinical Practice, Ⅲ. Child Life Service(ACLP, 2020)
- Health Play Specialist Standards of Proficiency Professional Standards (HPSET and NAPHS, 2019)
- The Typical Play Specialist(HPSET の HP https://hpset.org.uk/a-typical-play-specialist/)
- Job Description, Play Specialist(Central Manchester University Hospital, 2015)

CLS と HPS に関連する団体は、ACLP: Association of Child Life Professionals、HPSET: Healthcare Play Specialists Education Trust、NAPHS: National Association for Healthcare Play Specialists（HPSET と NAPHS は 2024 年に統合されて、Society of Health Ply Specialists: SoHPS となった）であった。分析方法は、選択した文献を研究協力者で翻訳し、“専門職としての役割”について 示された文章を内容の類似性・相違性に基づいて分類した。その分類 し

たものに共通する意味内容を一文で表現してサブカテゴリーとした。 さらにサブカテゴリーの抽象度を高めてカテゴリーを作成し、具体的 な役割または支援を示す言葉で表現した。この過程は研究協力者の間で議論を重ねながら進めた。

研究２：

1. 調査対象および調査方法

調査方法は、質問紙によるオンライン調査で、質問項目への回答はGoogle Formを用いた。回答に要する時間は20分程であった。

調査は、2024年6月～7月に、日本国内に勤務するCLS、HPS、CCSを対象とした。CLSは、日本チャイルド・ライフ・スペシャリスト協会のHP上「CLS勤務施設一覧」(2024.4.24時点) より勤務施設のCLSを抽出後、48名のCLS宛にアンケートを郵送した（日本人有資格者62名：2024年5月2日現在)。HPSは、研究協力者で勤務施設を調べ、78施設の83名のHPS宛に送り、同施設で働いている他のHPSへも回答を依頼する内容とした（日本人認定者245名：2023年11月現在)。CCSは、子ども療養支援協会へ依頼して有資格者 44 名 (2024年4月現在) 全員にメールにて依頼した。依頼人数の総数は約175名であった。また、保育職は、2024年9月～12月に、国内の小児病棟に属する保育職、心理職を対象とした。保育職は、日本医療保育学会事務局へアンケート調査の承認を得た後、日本医療保育学会の指示に従って、全学会員420名にアンケートを送付し、回答は小児病棟に属する保育士にのみ依頼した。心理職は、小児医療に関わる心理職のネットワークに依頼し、メーリングリストや案内の配布にて依頼をした。そのため、保育職と心理職の依頼人数は不明である。本調査は匿名で行い、オンライン上で最初に研究協力に関する説明を提示し、内容に同意が得られた者のみが質問項目への回答を行えることとし、最終送信を行うまで中断可能とした。得られた回答はオンライン上に保存され分析を行った。本研究は成育医療研究センターの倫理審査委員により承認を得て実施した（承認番号2023-278, 2024-100)

2. 本報告で分析対象とする調査内容

対象者の基本属性として、所属施設（施設の種類、小児がん施設別)、保有資格の回答を求め、CLS、HPS、CCSには、雇用時形態、勤務状況、CLS・HPS・CCS の業務を担っている割合（１割～10割）などについて回答を求めた。

実施している支援の内容は、文献検討の結果である、【遊び支援】、【子どもの理解を促す支援】、【対処行動・疼痛緩和への支援】、【家族・きょうだいへの支援】、【グリーフに対する支援】、【学生・ボランティアへの対応】、【その他の支援・役割】、【根拠に基づく支援の探求】、【チーム医療・組織の中の役割】の下位項目を用いて（表１)、支援内容について質問した。回答者には、これらの項目を、“担っている”、“担っていない”、“担いたいが担っていない”、“他の職種が担っている”の４件法で回答を求めた。

分析方法は、CLS、HPS、CCS への調査では、回答内容を記述的に分析することを基本とした。CLS、HPS、CCSの役割の明確化という目的に照らしながら、職種間の役割比較として回答した割合の比較を行うときは、フィッシャーの正確確率検定による独立性の検定を行った。多重比較にはホルム法を採用することで有意水準を補正し、それぞれの各組み合わせで比較検定を行った。職種間の比較においては、職種は三水準を設定し、担当の有無は、担当群、非担当群の二水準を設定した。担当の有無については、各役割に対する回答のうち、“担っている”と回答した者を、担当群とした。“担いたいが担っていない”、“他の職種が担っている”、“担っていない”と回答した者を、非担当群とした。

C. 研究結果

研究１：

CLSやHPSの役割や支援は、236の記述から57のサブカテゴリーと15 のカテゴリーが抽出された。カテゴリーは9の「直接支援の役割」を示すもの、6の「直接支援以外の役割」を示すものにわけられた（表 1)。カテゴリーを構成する記述は、CLS またはHPS どちらか一方の文献の 記述だけで成立するカテゴリーはなく、サブカテゴリーにおいても CLS と HPS の文献における記述に大きな違いはなかった（表1)。

研究２：

質問紙調査への回答数と回答率は、CLSが28名(58%)、HPS が34名 (約40%)、CCS が30名(70%)であり、CLS、HPS、CCS の回答数は92名、回答率は約52%であった。そのうち、CLS、CCS またはCCS の有資格者であるが他の業務を担う者が 12 名いたため対象から除外し、80名の回答を分析の対象とした。また、80名のうち2名がCLS、HPS、CCS のうち2つの資格を有していたため、CLS、HPS、CCS としての分析は80名のデータで行い、CLS、HPS、CCS 間での比較をする分析は1名がもつ資格をそれぞれ 1 件のデータとして 82 件のデータで行った（CLS 28件、HPS 29件、CCS 25件)。

心理職と保育職への調査の回答数は、心理職が27名、保育職が78名であった。

1. CLS、HPS、CCS の回答者の属性（図 1)

回答者の所属施設は、小児専門病院が34%と最も多く、総合病院が27%、大学病院が25%、その他が14%であ

った。また、小児がん拠点病院に所属している者が29%、小児がん連携病院が39%であった。

2. CLS、HPS、CCSの頻度が高い支援（図2）

実施頻度が多い支援の順位づけの質問では、【遊びの支援】（1位66%、2位11%、3位10%）、【子どもの理解を促す支援】（1位25%、2位38%、3位28%）、【対処行動・疼痛緩和への支援】（1位16%、2位39%、3位38%）の3つの支援に、90%以上の回答者が1位、2位または3位をつけた。

3. 本研究での分析と考察の対象：当該職種

「CLS、HPS、CCSの業務を担っている割合」の質問（図3）は、CLSは10割が93%、無回答が7%、HPSは10割が0%、8～9割が21%、4～7割が38%、1～3割が41%、CCSは10割が68%、8～9割が12%、4～7割が4%、1～3割が4%、無回答が12%であった。今回の研究の目的は、CLS、HPS、CCSが担っている役割や業務を明らかにすることであるため、役割や業務に関する分析の対象は、8割以上業務を担う者（以下、専従とする）のデータとした。

専従のCLS、HPS、CCSは50名、CLS 26件、HPS 6件、CCS 20件（重複あり）であった。専従のCLS、HPS、CCSにおける役割比較の結果は、表2に示すように、【遊びの支援】、【子どもの理解を促す支援】、【対処行動・疼痛緩和への支援】のすべての下位項目においてP値を下回らず（【子どもの理解を促す支援】の下位項目「子どもが自分の身体や状況を理解できるように導く」にて、CLSとHPS間において、$p=.030$となったが、ホルム法による補正後の水準は下回らなかった）、専従のCLS、HPS、CCSの主な支援において、要因間の有意な関連は見られなかった。また、どの項目も担当群の割合は職種間で似通った数字であった。そのため、専従のCLS、HPS、CCSをまとめ、専従の当該職種として以降の結果と考察を進める。

4. 専従の当該職種が行う支援（図4）

① 【遊びの支援】（図4-1）

11項目の支援の中で“担っている”と回答した割合が高い支援は、「感情表出や情緒的な回復を促す遊びの支援を行う」、「治療やケア、医療機器に対する親しみを促す遊び（メディカル・プレイを含む）を行う」、「子どもと遊びの様子や記録を通して、他職種のアセスメントに役立つ情報を提供する」、「子どものアセスメントを通して、必要な遊びの計画を立てる」、「遊びを通して子どものニーズをアセスメントする」であり、治癒的な要素を含む遊びであった。

一方、“担っている”と回答した割合が低い遊びの支援は「発達に即した遊びの支援により発達を促す」、「遊びを通して日常的な安心できる環境を提供する」、「施設内の遊びの環境を整える」、「施設内の遊びに関する企画をして実施する」であり、日常的な要素を含む遊びであった。

② 【子どもの理解を促す支援】（図4-2）

7項目の支援全てにおいて、ほぼ全員の回答者が“担っている”と回答しており、「子どもが医療体験に向けて心の準備ができるように、プレパレーションを行う」、「子どもが検査や処置などの医療体験に向けて心の準備ができるように、アセスメントして計画を立てる」、「アセスメントに基づいて子どもの状況に合わせた様々なツールを活用する」、「遊びの要素をも用いてプレパレーションを行う」、「プレパレーションへの家族の参加を促し、患者・家族を中心とした医療につなげる」の5項目は100%が“担っている”と回答した。

③ 【対処行動・疼痛緩和への支援】（図4-3）

7項目の支援全てにおいて、80%以上が役割を“担っている”と回答しており、そのうち「ストレスが伴う体験をしている子どもに対して治癒的な遊びを実践する」、「苦痛やストレスへの対処に、発達や状況に合わせた非薬物的な支援を行う」、「ストレスのかかる出来事のあとに情緒的な振り返りの支援をする」は、遊びの支援ともつながりがあった。

④ 【家族・きょうだいへの支援】（図4-4）

7項目の全ての支援において、80%以上が“担っている”と回答し、家族やきょうだいも支援の対象としていた。

⑤ その他の支援（図4-4，4-6，4-7，4-8，4-9）

上述の4つの支援以外の結果をグラフで示す。

5. 専従の当該職種と心理職及び保育職との比較（表3-1～4）

① 心理職及び保育職との比較

専従の当該職種と心理職及び保育職の間に関して、【遊びの支援】では、「子どものアセスメントを通して、必要な遊びの計画を立てる（心理職 $p=.017$、保育職 $p=.05$）」、「感情表出や情緒的な回復を促す遊びの支援を行う（心理職 $p=.017$、保育職 $p=.025$）」、「治療やケア、医療機器に対する親しみを促す遊び（メディカルプレイを含む）を行う（心理職 $p=.025$、保育職 $p=.017$）」、「医療チーム内で遊びの目的を共有する（心理職 $p=.017$、保育職 $p=.025$）」の項目において有意な関連が見られ、専従の当該職種が心理職及び保育職より多く担っていた。

【子どもの理解を促す支援】では、7項目全てにおいて有意な関連がみられ（心理職 $p=.017$～$p=.025$、保育職 $p=.017$～$p=.025$）、専従の当該職種が心理職及び保育職より多く担っていた。

【対処行動・疼痛緩和への支援】では、7項目全てにおいて有意な関連がみられ（心理職 $p=.025$、保育職 $p=.017$）、専従の当該職種が心理職及び保育職より多く担っていた。

【家族・きょうだいへの支援】では、「家族（きょうだいを含む）の特性、状況をアセスメントして支援の計画を立てる（心理職 $p=.025$、保育職 $p=.017$）」、「医療や医療経験に対する子どもの反応について、家族と情報共有をする（心理職 $p=.025$、保育職 $p=.017$）」、「きょうだいに対する心理社会的支援を行う（面会の準備、グリーフケア、遊び、疾患の理解など）（心理職 $p=.025$、保育職 $p=.017$）」の項目において有意な関連が見られ、専従の当該職種が心理職及び保育職より多く担っていた。

②　心理職との比較

専従の当該職種と心理職間に関して、【遊びの支援】では、「遊びへの家族の参加を促し、家族全体の治癒的効果を促す（$p=.017$）」、「施設内の遊びの環境を整える（$p=.05$）」、「施設内の遊びに関する企画をして、実施する（$p=.025$）」の項目において有意な関連が見られ、専従の当該職種が心理職より多く担っていた。

③　保育職との比較

専従の当該職種と保育職間に関して、【遊びの支援】では、「子どもとの遊びの様子や記録を通して、他職種のアセスメントに役立つ情報を提供する（$p=.017$）」、「遊びを通して子どものニーズをアセスメントする（$p=.017$）」の項目において有意な関連が見られ、専従の当該職種が保育職より多く担っていた。

【家族・きょうだいへの支援】では、「家族と医療者のコミュニケーションを促す（$p=.017$）」、「家族が子どもへの支援に参加できるように促す（$p=.017$）」、「家族に合う対処方法を実践できるように支援を行う（$p=.017$）」、「患者・家族中心の医療が実践できるように多職種で検討する（$p=.017$）」の項目において有意な関連が見られ、専従の当該職種が保育職より多く担っていた。

D.　考察

研究１：

抽出されたそれぞれのカテゴリーが、CLS または HPS の文献の記述に偏りがなく作られていることから、CLS と HPS の役割や支援には大きな違いがないと考えられる。しかし、小児医療体制は国によって異なり、それによって担う役割も影響を受けると考えられるため、日本の小児医療体制での当該職種の役割については実践と共に検討する必要がある。また、カテゴリーに示されている役割や支援は、他の専門職も担っているものである。日本の小児医療現場において、CLS、HPS、CCS が医療チームの中でどのようにサブカテゴリーの役割を担っているのか、多職種との連携や協働の実態を基に検証していくことで専門性が明らかになる可能性がある。

CLS、HPS の遊びの支援は、【遊びの支援】という独立したカテゴリーがあるが、別のカテゴリーのサブカテゴリーにも“遊び”という表現があり、【遊びの支援】は、他の支援と重なりあうもので、CLS や HPS にとって特に意味のある支援と示唆された。実態調査を通して考察を深めていく必要がある。

上記の２つの課題は研究２の結果をもとに考察を深めた。

研究２：

実態調査の結果から、CLS、HPS、CCS が行っている主な支援が【遊びの支援】、【子どもの理解を促す支援】、【対処行動・疼痛緩和への支援】であることが明らかになり、支援の対象に、患者である子どもに加え、家族ときょうだいも含まれていた。それらの支援に着目して、専従の当該職種が日本の療養環境で専門性を発揮している業務、それを行う背景、チーム医療の中での役割について、文献に基づき考察する。

1.　当該職種が担う支援

【遊びの支援】は、そのカテゴリーだけでなく、【子どもの理解を促す支援】の下位項目の「遊びの要素を用いてプレパレーションを行う（“担っている”100%）」、【対処行動・疼痛緩和への支援】の「ストレスが伴う体験をしている子どもに対して治癒的遊びを実践する（“担っている”100%）」など、他のカテゴリーの下位項目にもかかわっていた。これらの遊びの支援は、Therapeutic Play（治癒的遊び）の定義である、発達に即した遊び、もしくは、子どもの感情面での well-being（ウェルビーイング）を促す遊びで、少なくとも「感情表出を促す遊び」、「子どもに医療体験について教える遊び」、「生理学的な機能の向上につながる遊び」のうち１つを含む（Koller, 2008）に当てはまる。一方で、日常的な遊びに関する項目に当該職種が“担っている”と回答した割合は相対的に低かった。この結果は、吾田（2016）の「CLS と子ども療養支援士は治癒的遊びや心理的介入の面での専門性を有し、医療保育士は生活面や遊びの支援の中で発達を促す保育的な側面でも専門性を有し・・・」とも一致している。当該職種の支援の具体例（加藤,2024、深澤,2022）では、絵を描く遊びやメディカルプレイを通じて、子どもが恐怖や不安と適切な距離を保ちながら状況を理解することを促し、自己表現や対処行動に結びつけていた。入院による受動的な状況やストレスがかかる環境において、遊びは、子どもとのコミュニケーション手段となり、また、子どもが力を発揮する手段となる（Boles,2020、 Jun-Tai,2008）。当該職種は、【子どもの理解を促す支援】や【対処行動・疼痛緩和への支援】の際も、遊びを通したコミュニケーションにより、子

どもの理解や気付きを促し、対処行動や心身の痛みを緩和していると考えられる。これらの支援は、単独ではなく、【遊びの支援】を基盤とした多層的なアプローチにより、当該職種と子どもとの１つのかかわりが成り立っている（図5）。

【子どもの理解を促す支援】と【対処行動・疼痛緩和への支援】は、当該職種のほぼ100%が“担っている”と回答し、心理職及び保育職と比較しても当該職種が担っていることが多いことから、当該職種の重要な役割といえる。また【遊びの支援】においても、「子どものアセスメントを通して、必要な遊びの計画を立てる」、「治療やケア、医療機器に対する親しみを促す遊び（メディカルプレイを含む）を行う」、「医療チーム内で遊びの目的を共有する」、「遊びの要素を用いてプレパレーションを行う」、「ストレスが伴う体験をしている子どもに対して治癒的遊びを実践する」は当該職種が心理職及び保育職よりも担っていることが多く、当該職種の遊びは、ストレスとなる医療行為を受ける子どもに注目する特徴があるといえる。さらに、当該職種は、処置や検査の場にも同席する。事例（安達,2016）では、当該職種は子どもの意見を取り入れて検査の環境を整えたり、子どもの意思を尊重しながら対処行動を促したりしており、処置や検査の場で医療行為を行うのではなく、子どものこえを聴き、遊びを通じて痛みや不安の緩和に努めていた。

以上より、当該職種が担う支援とは、【遊びの支援】を基盤に子どもとのコミュニケーションを大切にしながら、こどもに対して提供される医療に関する【子どもの理解を促す支援】、【対処行動・疼痛緩和への支援】であるといえる。

2. 当該職種と子どもとの治癒的な関係

これらの支援は図 6 のアセスメントモデルに基づき、子どもが感じうるストレスや認識、現在のストレス状況、脆弱性、子どもがもつ力に焦点を当て、その背景にも関心をもちながらアセスメントを行って計画、実施される(Hollon,2009、田中,2014)。目的は、子どもが直面している医療行為に伴うストレスの緩和や対処を促すことであり、疾患や症状の治癒を目的としてはいない。McCue（2009）は、CLS と患者との関係は、信頼、人の温かさ、エンパワメントといった支持的な要素が重要で、日常的な遊びやかかわりが、ストレスがかかったり向き合うべき問題があったりする状況で、対処や力を発揮する原動力や手段となると指摘している。具体的な事例（渡辺,2022）では、7 歳の D さんに対して、絵本を用いて表出遊びの支援を行ったところ、D さんは怒りの感情に気付き、気持ちの表出や対処行動の機会が増加した。今回の結果では、当該職種が 100%“担っている”と回答した項目に「治療やケア、医療機器に対する親しみを促す遊び（メディカルプレイを含む）を行う」、「子どもが医療体験に向けて心の準備ができるようにプレパレーションを行う」、「ストレスが伴う体験をしている子どもに対して治癒的遊びを実践する」、「苦痛やストレスの対処に発達や状況に合わせた非薬物的な支援を行う」があり、子どもが向き合っている医療によって生じたストレスへの対応を支援していた。したがって、当該職種の子どもとの治癒的な関係性、遊びの治癒的な要素とは、医療に関して子どもが感じているストレスの予防・緩和を促すことであり、子どものウェルビーイングを維持することを目的として様々な支援につながっていると考えられる。

3. 当該職種の専門性

子どもには、子どもの権利条約や日本国憲法に基づき、医療について説明してもらう権利と、説明を理解して自己決定に参加する権利があり、栃木弁護士会は、子どもにわかる言葉や方法で説明するためには、医師や看護師とは別の専門的スタッフが必要であると指摘している（一木ら,2007）。その専門スタッフは、今回の結果から、【子どもの理解を促す支援】と【対処行動・疼痛緩和を促す支援】を担う当該職種が当てはまると考えられる。子どもは、成長発達の過程にあり、それぞれの発達段階や個性によって、認知もストレスに感じることも変化する。そのため、これらの支援は、個々の子どもの発達や状況、感じているストレスなどを考慮しながら、その子どもが理解できる方法を見いだすことが求められる。当該職種の養成課程では、子どもの遊び、子どもの認知発達理論、ストレスコーピング、家族のダイナミクスなどの理論を学び、実習やインターンシップを通じて実践力を養い（ACLP,2020,2022、IfATE, 2019、松平,2012、子ども療養支援協会,2024）、ストレス下にある子どもへの対応、遊びの活用、子どもの理解や対処を促すことができる人材を育てる課程となっているっている。

さらに、当該職種の 100%が「医療チームの中で患者・家族中心の医療が提供できるような提案をする」、98%が「プレパレーションへの家族の参加を促し、患者・家族を中心とした医療につなげる」、86%が「患者家族中心の医療が実践できるように多職種で検討する」を“担っている”と回答したように、当該職種は、Patient-and Family-Centered Care（以下、PFCC）の概念を大切にして支援を行っている。PFCC の中心概念である、「尊重と尊厳」、「情報共有」、「参加」、「協働」（Institute for PFCC,2017）を重視し、医療の中で子どもが意見を伝える土台を作り、子どもの表出の機会を維持し、子どもとともに考えて実行に移すことができるように支援している（図7）。また、PFCC だけでな

く、Family Centered Care やChild Centered Care などの概念においても、当該職種は子どもを中心として、それらの概念の実践に柔軟に対応することができるといわれている（Margokis,2019）。
これらのことから、当該職種の専門性とは、大きなストレスがかかりうる医療行為を受ける子どもと遊びを用いて適切なコミュニケーションをもつことができ、それぞれの子どもに合わせた方法で、子どもが自身に行われる医療に関する理解を深めて対処することを支援することにあるといえる。これにより、子どもが安心して医療に臨むことができる環境作りに寄与することができる。

4. 心理社会的リスクと当該職種が担う役割

当該職種が心理社会的支援のどの部分を担うかを、Pediatric Psychosocial Preventative Health Model(以下、PPPHM)、KAZAK モデルで考える。このモデルの「「Universal：共通の」に分類される家族は、医療体験に関連した苦痛を経験しているが、少なくともストレスに対する中等度の回復力があり、家族機能も正常に機能していると考えられている。「Targeted：対象と定めた」に分類される家族は、先行する何らかのストレスを抱えており、子どもの状態が悪化したり、より高度な医療介入が必要になるなど困難な状況になった場合に、ストレス対処の能力が限界を超える可能性がある家族とされている(Kazak,2006)。当該職種は、子どもと家族のストレスの度合いや家族構成についてアセスメントを行い、子どもがストレスへの対処行動がとれるように、また、家族機能が発揮できるように支援を提供することで、状況の悪化を防ぐ予防的なかかわりができると考えられる。また、「Clinical：臨床上の」に分類される、高度の持続的な心理社会的問題がある家族（Kazak,2006)に移行した家族を評価し、適切な専門職や機関への紹介することも重要な役割だと考えられる。
当該職種の支援は、「治癒的な遊び」を用いて、「共通の」や「対象と定めた」の層の家族に対して対処能力を維持・支持し、「対象と定めた」の層の精神的負荷を軽減することで、「臨床上の」の層に移行することを予防する。また、成長や発達を促す「日常的な遊び」に関しては保育職が担っている部分でもあり、遊びの目的に合わせて連携及び分担することが必要と考えられる。一方で「プレイセラピー」は、遊びを介して子どもの心理的問題にアプローチする心理療法であり、過去の体験が心理的に影響を及ぼしていることを象徴的に扱う（永田、2020)。当該職種が、現在直面していることに対して行う治癒的な遊びと違いがあり、「プレイセラピー」が必要な場合は心理職など他の専門職に支援を委ねる必要がある。
以上より、当該職種は、PPPHM における、「共通の」と「対象と定めた」の層を対象に、「日常的な遊び」と「治癒的な遊び」の【遊びの支援】を行いながら、医療に関する【子どもの理解を促す支援】、【対処行動・疼痛緩和への支援】などの支援を実践しているといえる（図8)。

5. 当該職種の業務と資質

今回の実態調査と考察を踏まえ、専従の当該職種（CLS, HPS, CCS）の業務を検討した。
当該職種は医療チームの一員として、医療にかかわる子どもと家族に対し、子どもの権利を守りその子どもに合わせた方法で医療に取り組むことを支援する職種であり、子どものライフステージに沿ったウェルビーイングの向上に関与すべく、主に以下の業務を専門とする。

1. **ひとりひとりの子どもの状況に適した遊びやかかわりにより、子どもの健やかな成長を維持する**
2. **1を通して、子どもが直面している、または、直面しうるストレスや苦痛を和らげ、対処を促す支援を行う**
3. **1を通して、治療・検査・処置に対する子どもの理解を促し、子どもの意思を尊重した支援を行う**
4. **子どものこえを多職種と共有し、心理社会的リスクに応じた支援を行う**
5. **業務に関する記録・文書の作成・保管を行う**
6. **専門職として多職種への教育、専門職養成のための教育を担う**

これらの業務を行うための資質として、知識、姿勢・価値観、スキル、研鑽・啓発があげられる。
知識は、「医療に伴うこども、家族の心理社会的リスクとニーズ」、「子どものウェルビーイング、発達・権利、遊び、ストレス対処、グリーフケア、きょうだい支援」「患者・家族中心の医療」と考えられる。
姿勢・価値観は、「こども・家族、多職種をはじめすべての人々への礼節、経緯と協働」、「こども、家族の多様性、個別性の需要、尊重」、「高い倫理観」と考えられる。
スキルは、「アセスメントと計画に基づく介入（遊び、理解、対処行動、疼痛緩和)」、「こども、家族、多職種との柔軟な親しみやすいコミュニケーション」、「言語化の有無によらないこどもの“こえ”を汲み取る」、「遊びを活用した関わり」と考えられる。
研鑽・啓発は、「業務や資質の向上のための自己研鑽」、「最新の知見を得るための継続学習」、「医療に関わる子どもの心理社会的支援に関する知識の普及と啓発」と考えられる。

6. 研究の限界と課題

本研究は、少ないサンプル数の中でもさらに、専従として働く CLS、HPS、CCS に絞った 50 名の分析であり、CLS、HPS、CCS として働いている者の支援をすべて反映してはいない。また、CLS、HPS、CCS の職種間の比較をペア分析して職種間に有意差がなかったが、3 群比較もしていく必要がある。また、結果は“担っている”という個々の主観から導いており、実際に支援ができているか、支援の質については不明である。これらの限界がありながらも、本研究において日本で働く CLS、HPS、CCS の担うべき支援と業務を言語化し、心理職及び保育職と比較したことにより当該職種の専門性が明確になった。今後、実際に行われている支援を調査し、今回の結果の専門性の裏付けや支援の質の検討が必要である。

また専従として働いていない者の割合が、CLS、HPS、CCS の間で異なっていた。専従と専従でない者の支援に違いがあるか、専従ではない背景等、専従として働いていない者を対象とした調査も必要と考える。

北米の CLS や英国の HPS は支援の対象を、ストレスがかかる様々な場面にいる子どもを対象としているが、本研究は医療機関という限定された場所での支援となっているため、視点を広げた調査も必要と考える。

E. 結論

H24 年度厚労科研で課題として残っていた当該職種の役割・業務に関して、研究 1 と研究 2 より明確に示すことが可能となった。本研究において明確となった当該職種が担う業務とその細目を表 4 に示す。

F. 研究発表

1. 論文発表
   該当なし。小児科学会誌に投稿予定
2. 学会発表
   作田和代、他、文献検討より導いたチャイルド・ライフ・スペシャリストとホスピタル・プレイ・スペシャリストの役割 - 文献検討より導いたチャイルド・ライフ・スペシャリストとホスピタル・プレイ・スペシャリストの役割 - 、第 66 回日本小児血液・がん学会学術集会 2024.12

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   なし

研究協力者：

天野香菜絵（埼玉県立小児医療センター、CLS）、
伊藤麻衣（国立成育医療研究センター、CLS）
井上絵未（済生会横浜市東部病院、CLS）
上山美津穂（京都大学医学部附属病院、CLS）
笠井晶菜（CCS）
後藤真千子（HPS）
佐々木美和（名古屋大学医学部附属病院、CLS）
杉山全美（静岡県立こども病院、HPS）
須藤美奈（神奈川県立こども医療センター、CCS）
寺田智子（静岡県立こども病院、HPS）
早田典子（国立成育医療研究センター、順天堂大学医学部附属順天堂医院、CLS）
深澤一菜子（静岡県立こども病院、CLS）
藤原彩（広島大学病院、CLS）
松井基子（茨城県立こども病院、CLS）
丸嶋史代（国立成育医療研究センター、CCS）
三浦絵莉子（聖路加国際病院、CLS）
渡辺悠（東北大学病院、CLS）
割田陽子（東京大学医学部附属病院、CCS）

文献

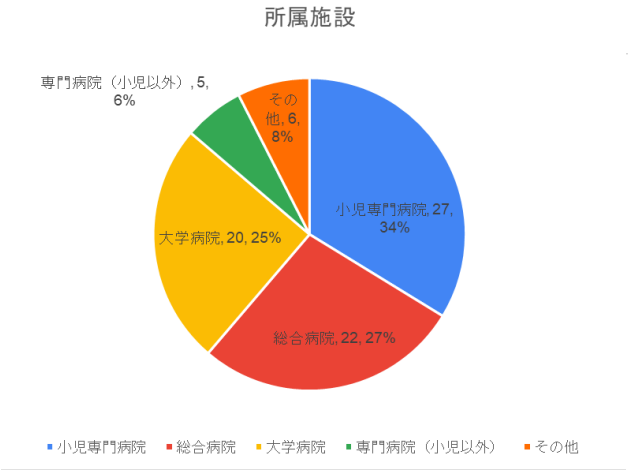
1. 田中恭子　CLS：Child life specialist、HPS：Hospital play specialist、CCS：Child care staff:子ども療養支援士、認知度および雇用実態調査．厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 重症の慢性疾患児の在宅と病棟での療養・療育環境の充実に関する研究（研究代表者：田村正徳） 平成24年度(2012) 文献番号：20129014A(57-209).
2. 吾田富士子．医療保育関連職種の専門性と協働―チャイルド・ライフ・スペシャリスト（ＣＬＳ）と他職種の共通点と相違点から―，医療と保育 2016，14-1，18-30
3. 加藤香恵，杉澤亜紀子.子どもが治療に臨むプロセスのサポート―子ども療養支援士と;看護師の協働③―.小児看護 2024； 47-8：1018-1023.
4. 深澤一菜子,作田和代.プレパレーションにおける遊びの意義/力．小児看護 2022；45-1:30-35.
5. Jessika Boles，Camille Fraser，Katherine Bennett，at el. The Value of Certified Child Life Specialists：Direct and Dwnstream Optimization of Pediatric Patient and Family Outcomes. Association of Child Life Professionals，Full Report，2020;6.
6. Norma Jun-Tai. Play in hospital. Peadiatrics and Child Health 2008;18(5):233-237.
7. Donna Koller，Child Life Council Evidence-based practice statement Therapeutic Play in Pediatric Health Care：The Essence of Child Life Practice；Child Life Council，Official Documents of The Child Life Council,2008;53-58. https://www.childlife.org/docs/default-source/research-ebp/therapeutic-play-in-pediatric-health-care-the-essence-of-child-life-practice.pdf?sfvrsn=8902b14d_2 (2024年11月13日最終アクセス)
8. 安達梓．子どもの検査・処置に対する心理社会的支援 子どもの視点・ＣＬＳの視点から．小児看護 2016； 39-3：266-273.
9. Ellen Hollon，Linda Skinner. Assessment and documentation in Child Life；Thompson R，ed，The Handbook of CHILD LIFE A Guide for Pediatric Psychosocial Care. Charles C Thomas，Springfield，2009；116-127.
10. 田中恭子.子どもの療養支援の理論と方法 子どものアセスメント；田中恭子(編),子ども療養支援 医療を受ける子どもの権利を守る，中山書店，東京，2014；116-126.
11. Kathleen McCue. Therapeutic play in child life：Thompson R，ed，The Handbook of CHILD LIFE A Guide for Pediatric Psychosocial Care. Charles C Thomas，Springfield，2009；116-127.
12. 渡辺悠．子どもへの術前プレパレーション．　小児看護　2022；45-10：1180-1185
13. 一木明，増子孝徳．法的検討４医療に主体的に参加する権利：栃木県弁護士会，医療にける子どもの人権，明石書店，東京，2007，200-219.
14. Association of Child Life Professionals. Academic Eligibility Requirements updated October 1，2020. Association of Child Life Professionals. https://www.childlife.org/docs/default-source/certification/2019-eligibility-details.pdf (2025年3月12日最終アクセス)
15. Association of Child Life Professionals. Child Life Clinical Internship Curriculum：Learning Modules. Association of Child Life Professionals. 2022，https://www.childlife.org/docs/default-source/certification/internships/internship-curriculum-modules.pdf (2025年3月12日最終アクセス)
16. Institute for Apprenticeships and Technical Education，Health Play Specialist. Occupation duties. 2019，Health play specialist / Institute for Apprenticeships and Technical Education (2025年03月12日最終アクセス)
17. 松平千佳，　江原勝幸，　立花明彦，　吉田直樹，森裕樹．体系的HPS養成プログラム構築に向けた研究基盤の確立　本学における大学教育推進プログラム３か年取組の成果．静岡県立大学短期大が首研究紀要，26，2012，15-
18. 子ども療養支援協会：子ども療養支援士認定コース実習プログラム；受講生ハンドブック．子ども療養支援協会，2024
19. Institute for Patient-and-Family-Centered Care. Advancing the practice of Patient-and-Family-Centered Care in hospitals How to get started …. Institute for Patient-and-Family-Centered Care 2017：4
20. Emily Margolis. Voice and Choice：Upholding Autonomy and Other Clinical Ethical Constructs in Pediatric. ACLP Bulletin：Child Life Focus. SUMMER 2019，37(3)

21. Anne E. Kazak. Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, Practice, and Collaboration in Pediatric Family Systems Medicine. Families Systems & Health 2006; 24-4: 381- 395.
22. 永田雅子. 遊戯療法: 狐塚貴博, 田附紘平, 心理支援の理論と方法, ナカニシヤ出版, 東京, 2020, 63-86
23. Play therapy United Kingdom. The therapeutic play countiuum, https://playtherapy.org.uk/in-depth-information-on-how-play-therapy-works/ (2024年11月14日最終アクセス)

表１　文献から抽出されたCLSとHPSの役割と支援／支援の内容に関する調査項目

	カテゴリー（記述数） 支援	サブカテゴリー（記述数） 下位項目
直接的支援の役割	遊びの支援(53)	・子どものアセスメントを通して、必要な遊びの計画を立てる(11) ・発達段階に即した遊びの支援により発達を促す(7) ・遊びを通して日常的な安心できる環境を提供する(6) ・感情表出や情緒的な回復を促す遊びの支援を行う(12) ・治療やケア、医療機器に対する親しみを促す遊び（メディカルプレイを含む）を行う(3) ・子どもとの遊びの様子や記録を通して、他職種のアセスメントに役立つ情報を提供する(1) ・遊びへの家族の参加を促し家族全体の治癒的効果を促す(5) ・遊びを通して子どものニーズをアセスメントする(1) ・医療チーム内で遊びの目的を共有する(4) ・施設内の遊びの環境を整える(2) ・施設内の遊びに関する企画をして実施する(1)
	子どもの理解を 促す支援(30)	・子どもが検査や処置などの医療体験に向けて心の準備ができるように、アセスメントして 計画を立てる(8) ・子どもが医療体験に向けて心の準備ができるようにプレパレーションを行う(6) ・アセスメントに基づいて子どもの状況に合わせた様々なツールを活用する(3) ・遊びの要素を用いてプレパレーションを行う(3) ・子どもが自身の身体や状況を理解できるように導く(6) ・プレパレーションへの家族の参加を促し、患者・家族を中心とした医療につなげる(2) ・医療チームとプレパレーションの内容を共有して実施する(2)
	対処行動・疼痛緩和 への支援(21)	・子どものストレス反応をアセスメントして支援の計画を立てる(3) ・ストレスが伴う体験をしている子どもに対して治癒的遊びを実践する(4) ・ストレスのかかる出来事のあとに情緒的な振り返りの支援をする(2) ・苦痛やストレスへの対処に、発達や状況に合わせた非薬物的な支援を行う(8) ・処置中の家族の参加と同席を多職種で検討し実践する(1) ・処置中のコンフォートポジションを多職種で検討し実践する(1) ・処置中の役割分担を多職種で検討し実践する(2)
	家族・きょうだい への支援(31)	・家族（きょうだいを含む）の特性、状況をアセスメントして支援の計画を立てる(5) ・医療や医療経験に対する子どもの反応について、家族の理解を促す(3) ・家族と医療者のコミュニケーションを促す(3) ・家族が子どもへの支援に参加できるように促す(8) ・家族に合う対処方法を実践できるように支援を行う(4) ・きょうだいに対する心理社会的支援を行う（面会の準備，グリーフケア，遊び，疾患の理解など）(5) ・患者・家族中心の医療が実践できるように多職種で検討する(3)
	グリーフに対する支援 (4)	・子どもと家族の死別に伴うグリーフをアセスメントし支援の計画を立てる(1) ・子どもとの死別に伴うグリーフケアを行う(2) ・子どもと家族に様々な喪失体験に伴う情緒的な支援を行う(1)
	その他の支援・役割	・入院前オリエンテーション(2) ・成人移行への支援(2) ・AYA世代のニーズに合わせた支援(2) ・成人患者の子どもの支援(1) ・文化や多様性に配慮したコミュニケーションと支援(5) ・施設外（地域）での活動(8)
直接的支援以外の役割	チーム医療 組織の中での役割(30)	・専門職としての領域を理解し、適切に他職種に依頼したりアドバイスを求める(4) ・多職種、他部署からの相談に対応する(2) ・多職種と連携しながら、医療チームの中で理論や根拠に基づく実践を取り入れる(13) ・カンファレンスやミーティングに参加する(2) ・医療チームの中で患者・家族中心の医療が提供できるような提案をする(1) ・組織の意思決定において、患者・家族中心の医療が提供できるような提案をする(1) ・多職種や学生に対して発達段階に即し、心理社会的に配慮されたケアについて推奨や助言をする(4) ・提供している支援について、上司への報告をする(3)
	根拠に基づく支援 の探求(15)	・文献検討を行い実際の支援に応用させる(3) ・実施した支援の評価を行う(5) ・支援に関するデータを集め報告する(4) ・研究に取り組み、学会発表や論文執筆を行う(3)
	学生・ボランティア への対応(12)	・学生やボランティアに、子どもの発達段階に即し、心理社会的ケアができるように指導をする(9) ・学生やボランティアプログラムの評価と調整をする(2) ・学生やボランティアに対する施設の総合的オリエンテーションを実施する(1)
	その他の役割	・専門職としての自己研鑽・業務の質の維持(11) ・専門性の啓発活動(9) ・後進の育成(4)

図１　CLS、HPS、CCS の回答者の属性（80 名）



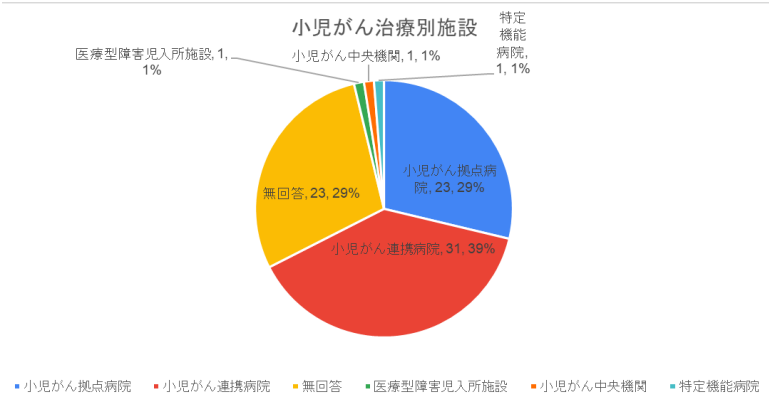


図２　CLS、HPS、CCS の実施頻度の順位（80 名）　＊赤丸は１位・２位・３位

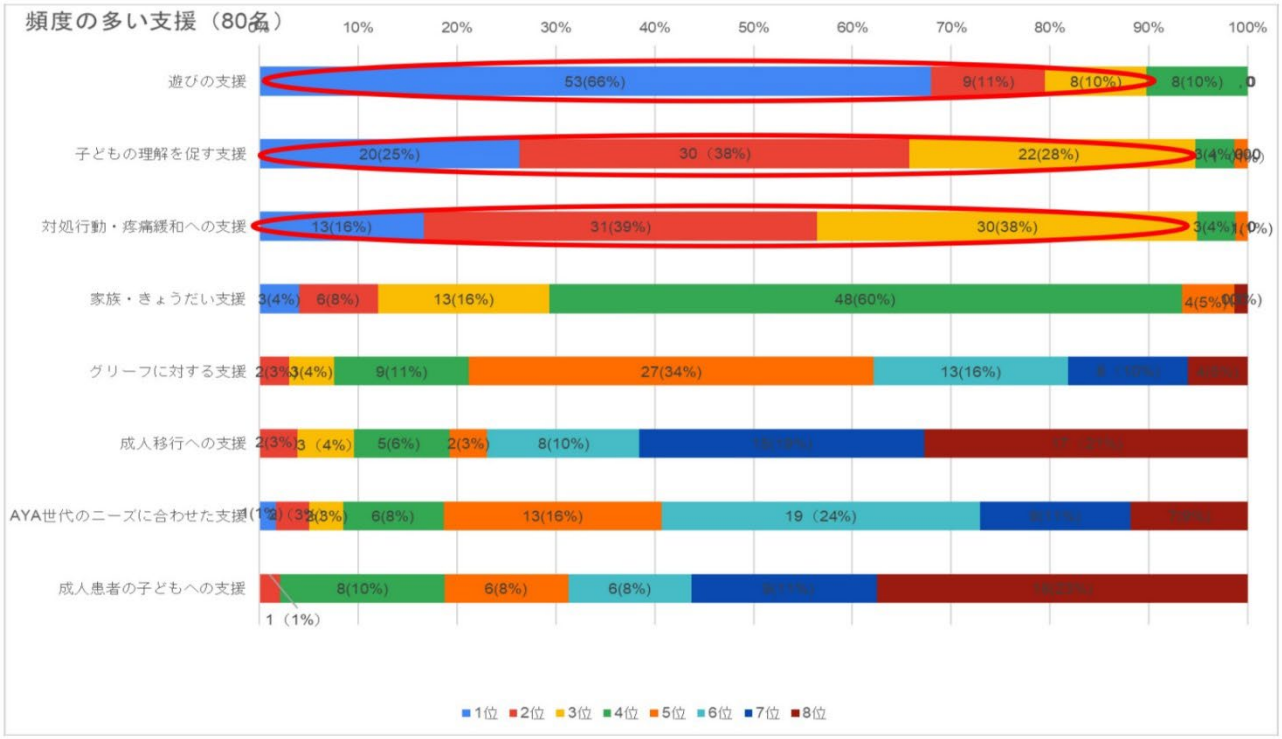


図３　CLS、HPS、CCS の業務を担っている割合（82 件）　＊赤丸は８割以上業務を担っている者



表 2　専従の CLS・CCS・CCS 間における独立性の検討結果

表 2-1 専従の CLS・CCS・CCS 間における独立性の検討結果【遊びの支援】

表2-1　8割以上業務を担っているCLS・HPS・CCS間における【遊びの支援】での独立性の検討結果

質問項目	職種	担当群	非担当群	p値
子どものアセスメントを通して、必要な遊びの計画を立てる	CLS(n=26)	23(88%)	3	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	0.246(CCS－CLS)
発達段階に即した遊びの支援により発達を促す	CLS(n=26)	19(73%)	7	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	4(67%)	2	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	15(75%)	5	1.000(CCS－CLS)
遊びを通して日常的な安心できる環境を提供する	CLS(n=26)	18(69%)	8	0.648(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	5(83%)	1	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	16(80%)	4	0.509(CCS－CLS)
感情表出や情緒的な回復を促す遊びの支援を行う	CLS(n=26)	26(100%)	0	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	1.000(CCS－CLS)
治療やケア、医療機器に対する親しみを促す遊び（メディカルプレイを含む）を行う	CLS(n=26)	26(100%)	0	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	1.000(CCS－CLS)
子どもとの遊びの様子や記録を通して、他職種のアセスメントに役立つ情報を提供する	CLS(n=26)	25(96%)	1	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	19(95%)	1	1.000(CCS－CLS)
遊びへの家族の参加を促し、家族全体の治癒的効果を促す	CLS(n=26)	22(85%)	4	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	5(83%)	1	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	18(90%)	2	0.684(CCS－CLS)
遊びを通して子どものニーズをアセスメントする	CLS(n=26)	23(88%)	3	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	0.246(CCS－CLS)
医療チーム内で遊びの目的を共有する	CLS(n=26)	21(81%)	5	0.590(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	4(67%)	2	0.218(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	18(90%)	2	0.332(CCS－CLS)
施設内の遊びの環境を整える	CLS(n=26)	12(46%)	14	0.178(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	5(83%)	1	0.352(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	11(55%)	9	0.767(CCS－CLS)
施設内の遊びに関する企画をして、実施する	CLS(n=26)	15(58%)	11	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	4(67%)	2	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	12(60%)	8	1.000(CCS－CLS)

ホルム法による多重比較にて，有意確率の小さいものから α =.017，α =.025，α =.05の有意水準を採用する

***p<.017，**p<.025，*p<.05

表 2-2 専従の CLS・CCS・CCS 間における独立性の検討結果【子どもの理解を促す支援】

表2-2　8割以上業務を担っているCLS・HPS・CCS間における【子どもの理解を促す支援】での独立性の検討結果

質問項目	職種	担当群	非担当群	p値
子どもが検査や処置などの医療体験に向けて心の準備ができるように、アセスメントして計画を立てる	CLS(n=26)	26(100%)	0	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	1.000(CCS－CLS)
子どもが医療体験に向けて心の準備ができるようにプレパレーションを行う	CLS(n=26)	26(100%)	0	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	1.000(CCS－CLS)
アセスメントに基づいて子どもの状況に合わせた様々なツールを活用する	CLS(n=26)	26(100%)	0	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	1.000(CCS－CLS)
遊びの要素を用いてプレパレーションを行う	CLS(n=26)	26(100%)	0	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	1.000(CCS－CLS)
子どもが自身の身体や状況を理解で	CLS(n=26)	26(100%)	0	0.030(CLS－HPS)

表 2-1 専従の CLS・CCS・CCS 間における独立性の検討結果【対処行動・疼痛緩和への支援】

表2-3　8割以上業務を担っているCLS・HPS・CCS間における【対処行動・疼痛緩和への支援】での独立性の検討結果

質問項目	職種	担当群	非担当群	p値
子どものストレス反応をアセスメントして支援の計画を立てる	CLS(n=26)	25(96%)	1	0.345(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	5(83%)	1	0.415(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	19(95%)	1	1.000(CCS－CLS)
ストレスが伴う体験をしている子どもに対して治癒的遊びを実践する	CLS(n=26)	26(100%)	0	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	1.000(CCS－CLS)
ストレスのかかる出来事のあとに振り返りの支援をする	CLS(n=26)	26(100%)	0	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	19(95%)	1	0.435(CCS－CLS)
苦痛やストレスへの対処に、発達や状況に合わせた非薬物的な支援を行う	CLS(n=26)	26(100%)	0	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	20(100%)	0	1.000(CCS－CLS)
処置中の家族の参加と同席を多職種で検討し実践する	CLS(n=26)	24(92%)	2	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	1.000(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	17(85%)	3	0.640(CCS－CLS)
処置中のコンフォートポジションを多職種で検討し実践する	CLS(n=26)	25(96%)	1	1.000(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	6(100%)	0	0.541(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	16(80%)	4	0.151(CCS－CLS)
処置中の役割分担を多職種で検討し実践する	CLS(n=26)	24(92%)	2	0.150(CLS－HPS)
	HPS(n=6)	4(67%)	2	0.596(HPS－CCS)
	CCS(n=20)	16(80%)	4	0.380(CCS－CLS)

比較にて，有意確率の小さいものから $\alpha=.017$，$\alpha=.025$，$\alpha=.05$ の有意水準を採用する

***p<.017, **p<.025, *p<.05

図 4　専従の当該職種が担う支援の結果

図 4-1　専従の当該職種が担う【遊びの支援】

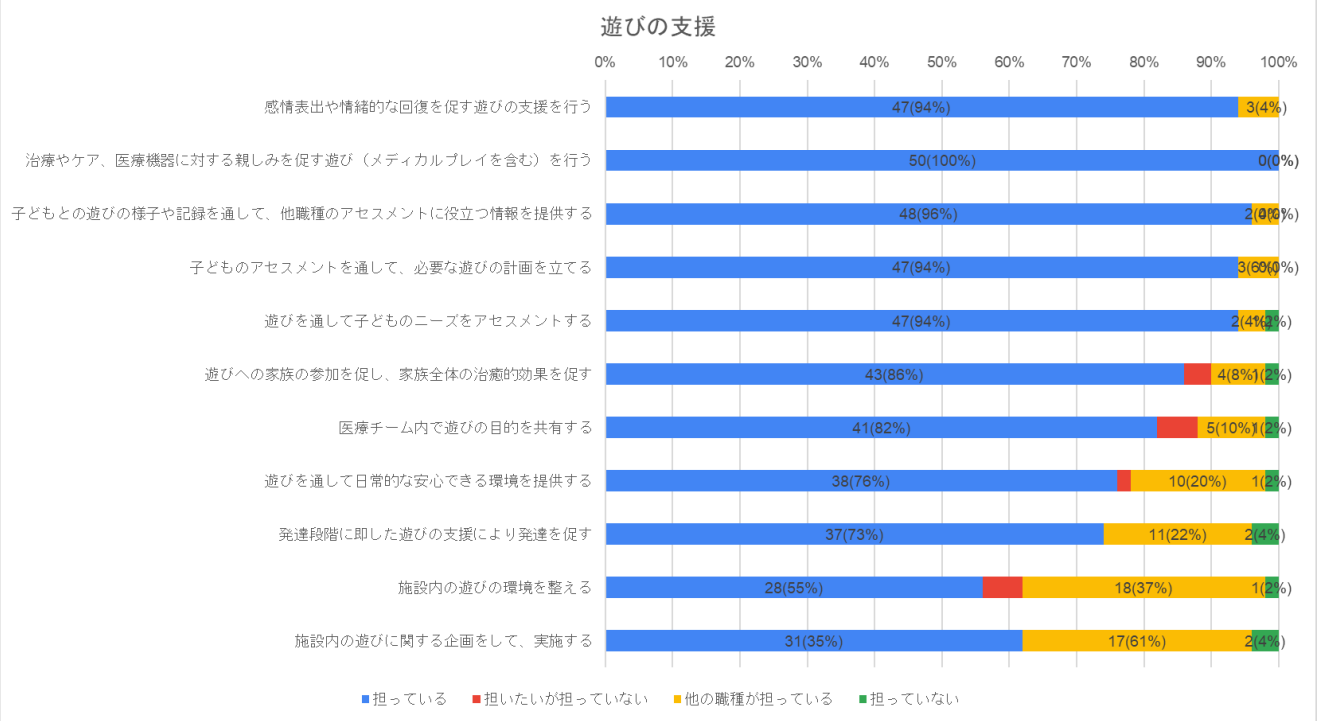


図 4-2 専従の当該職種が担う【子どもの理解を促す支援】

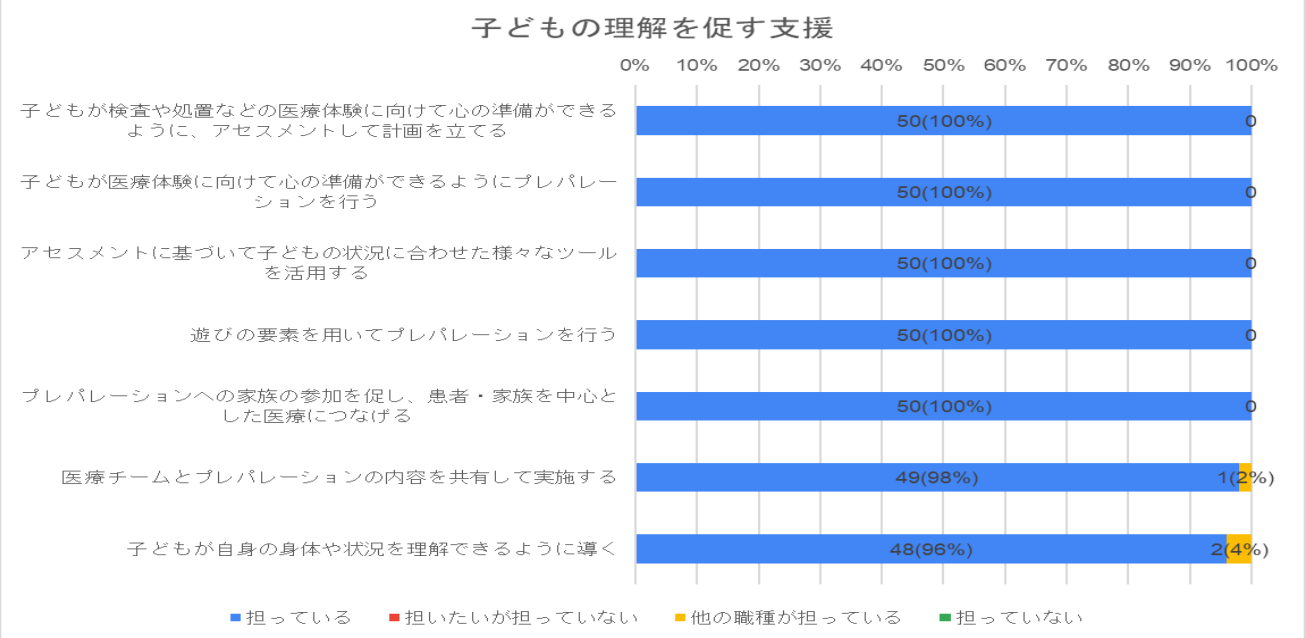


図 4-3　専従の当該職種が担う【対処行動・疼痛緩和への支援】

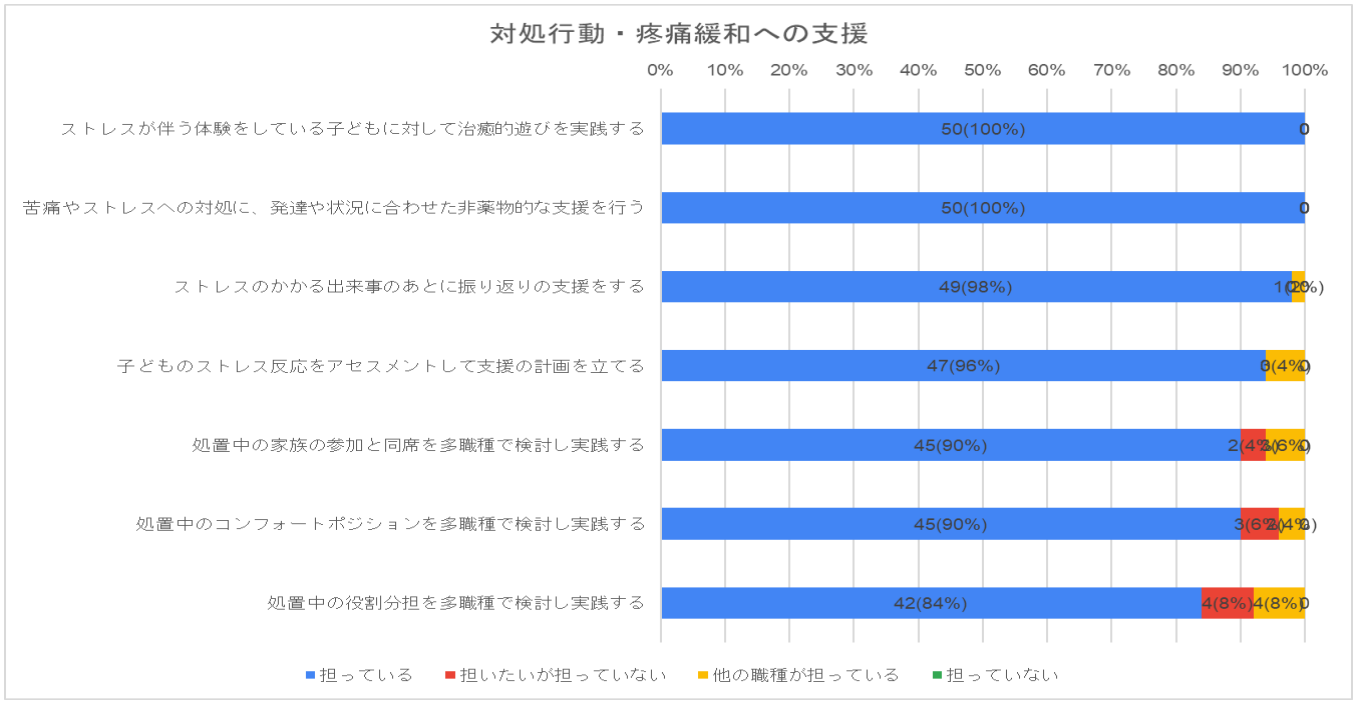


図 4-4　専従の当該職種が担う【家族・きょうだいへの支援】

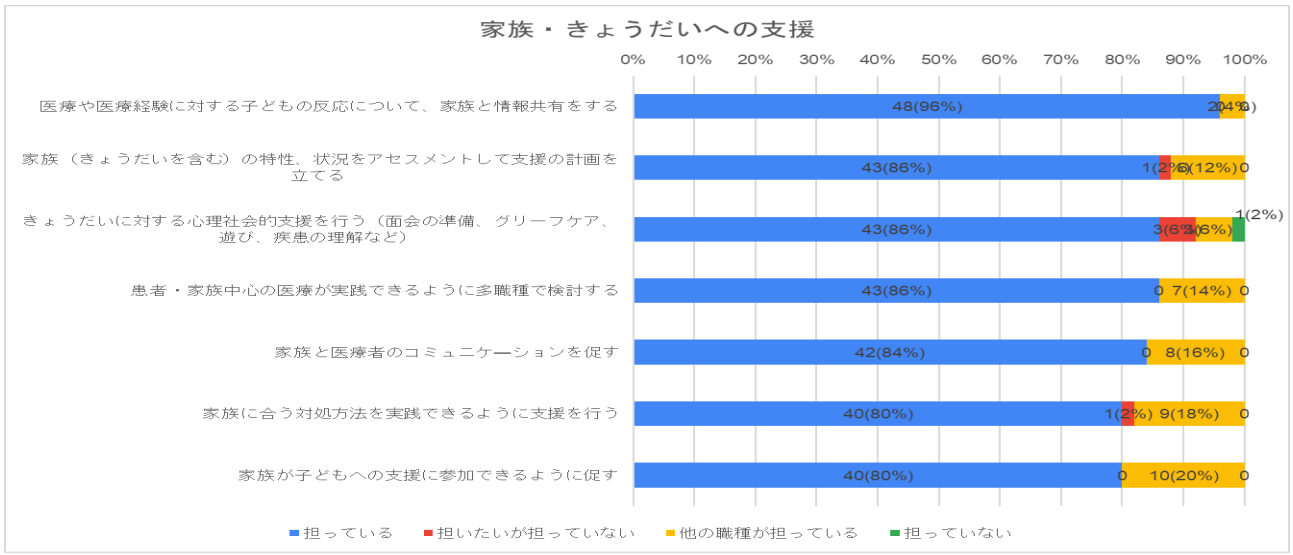


図 4-5　専従の当該職種が担う【グリーフへの支援】

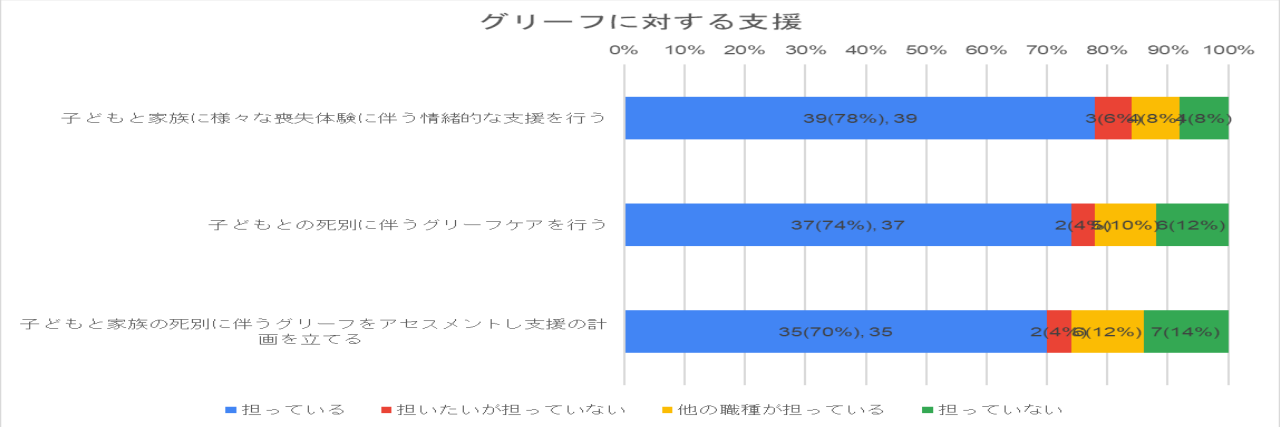


図 4-6　専従の当該職種が担う【その他の支援と役割・役割】

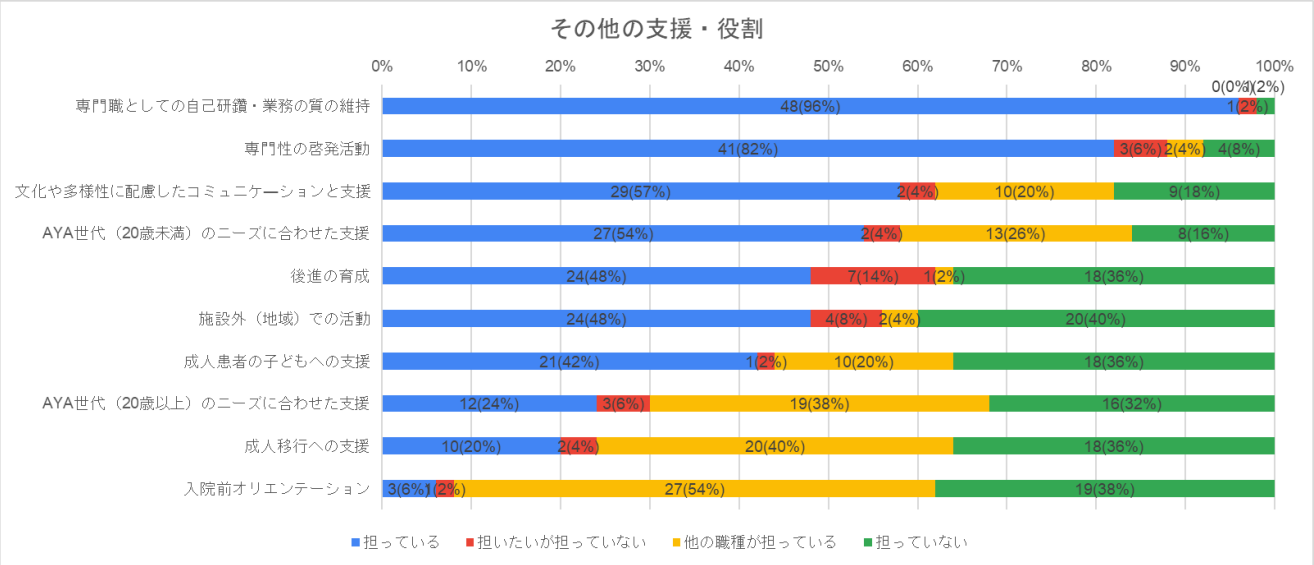


図 4-7　専従の当該職種が担う【チーム医療・組織の中での役割】

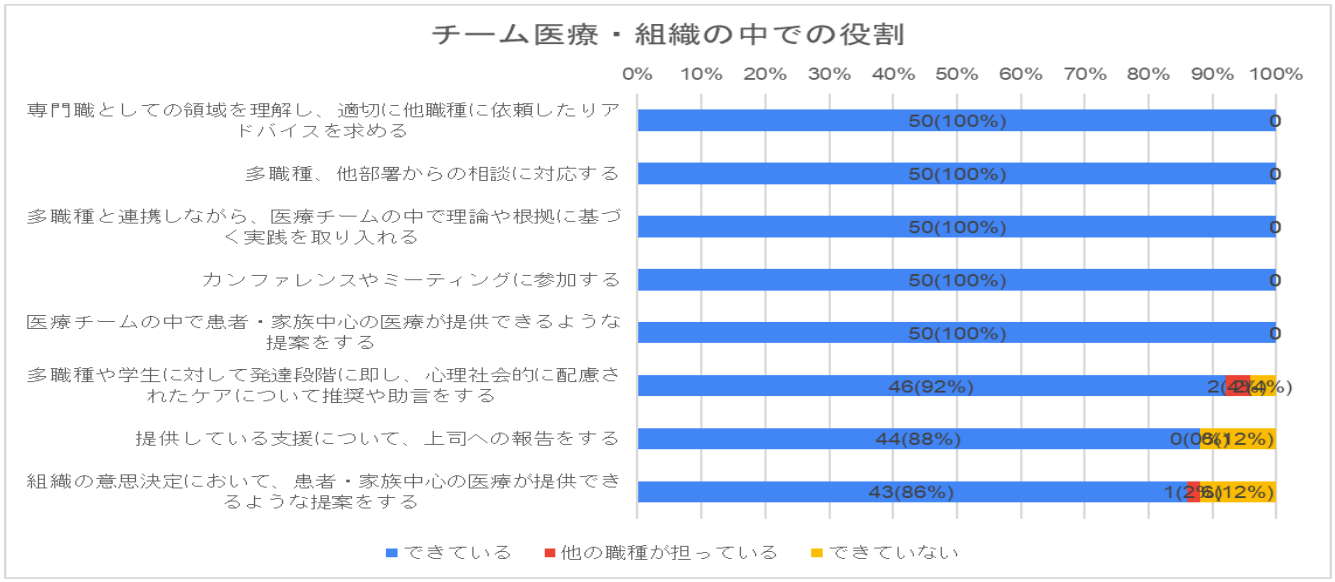


図 4-8　専従の当該職種が担う【根拠に基づく支援の探求】

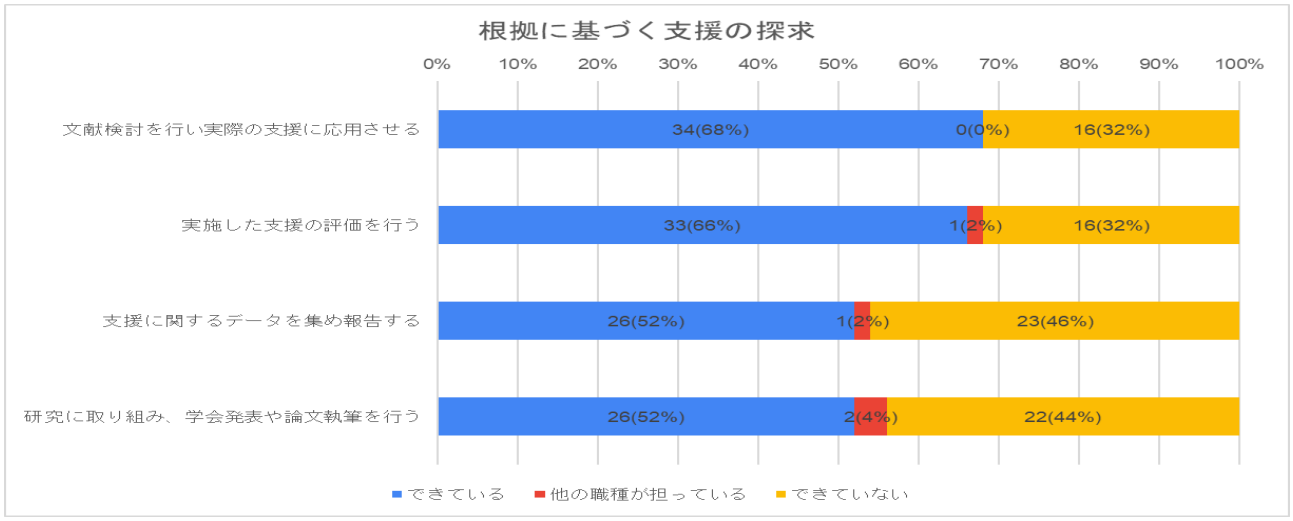


図 4-9　専従の当該職種が担う【学生・ボランティアへの対応】

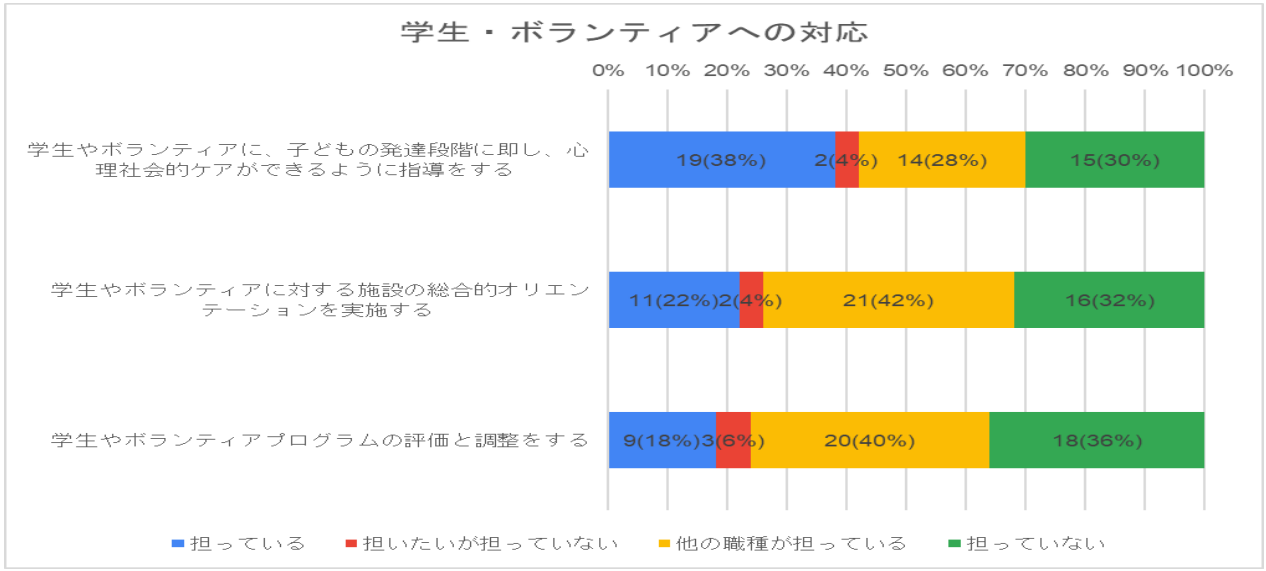


表 3　保育職・心理職・専従の当該職種間における独立性の検討結果

表 3-1 保育職・心理職・専従の当該職種間における独立性の検討結果【遊びの支援】

表3-1　保育職・心理職・当該職種間における【遊びの支援】での独立性の検討結果

質問項目	職種	担当群	非担当群	p値
子どものアセスメントを通して、必要な遊びの計画を立てる	保育職	57	21	0.0000245**(保育職－心理職)
	心理職	7	20	0.000000000731***(心理職－当該職種)
	当該職種	47	3	0.00261*(当該職種－保育職)
発達段階に即した遊びの支援により発達を促す	保育職	72	6	0.000229***(保育職－心理職)
	心理職	16	11	0.206(心理職－当該職種)
	当該職種	37	13	0.00923**(当該職種－保育職)
遊びを通して日常的な安心できる環境を提供する	保育職	76	2	0.000000586***(保育職－心理職)
	心理職	15	12	0.0763(心理職－当該職種)
	当該職種	38	12	0.000226**(当該職種－保育職)
感情表出や情緒的な回復を促す遊びの支援を行う	保育職	70	8	0.500(保育職－心理職)
	心理職	23	4	0.0130***(心理職－当該職種)
	当該職種	50	0	0.0222**(当該職種－保育職)
治療やケア、医療機器に対する親しみを促す遊び（メディカルプレイを含む）を行う	保育職	20	58	0.0554(保育職－心理職)
	心理職	2	25	0.00000000000000000303**(心理職－当該職種)
	当該職種	50	0	0.000000000000000000156***(当該職種－保育職)
子どもとの遊びの様子や記録を通して、他職種のアセスメントに役立つ情報を提供する	保育職	62	16	0.388(保育職－心理職)
	心理職	24	3	0.337(心理職－当該職種)
	当該職種	48	2	0.00882***(当該職種－保育職)
遊びへの家族の参加を促し、家族全体の治癒的効果を促す	保育職	55	23	0.0204**(保育職－心理職)
	心理職	12	15	0.000202***(心理職－当該職種)
	当該職種	43	7	0.0546(当該職種－保育職)
遊びを通して子どものニーズをアセスメントする	保育職	59	19	1.00(保育職－心理職)
	心理職	21	6	0.0590(心理職－当該職種)
	当該職種	47	3	0.00779***(当該職種－保育職)
医療チーム内で遊びの目的を共有する	保育職	43	35	0.264(保育職－心理職)
	心理職	11	16	0.000354***(心理職－当該職種)
	当該職種	41	9	0.00216**(当該職種－保育職)
施設内の遊びの環境を整える	保育職	73	5	0.000000000000197***(保育職－心理職)
	心理職	5	22	0.00174*(心理職－当該職種)
	当該職種	28	22	0.000000721**(当該職種－保育職)
施設内の遊びに関する企画をして、実施する	保育職	69	9	0.0000000000381***(保育職－心理職)
	心理職	5	22	0.000304**(心理職－当該職種)
	当該職種	31	19	0.000787*(当該職種－保育職)

ホルム法による多重比較にて，有意確率の小さいものから $\alpha = .017$，$\alpha = .025$，$\alpha = .05$ の有意水準を採用する

***p<.017, **p<.025, *p<.05

表 3-2 保育職・心理職・専従の当該職種間における独立性の検討結果【子どもの理解を促す支援】
表 3-3 保育職・心理職・専従の当該職種間における独立性の検討結果【対処行動・疼痛緩和への支援】

表3-3　保育職・心理職・当該職種間における【対処行動・疼痛緩和への支援】での独立性の検討結果

質問項目	職種	担当群	非担当群	p値
子どものストレス反応をアセスメントして支援の計画を立てる	保育職	39	39	0.0763(保育職－心理職)
	心理職	19	8	0.00744**(心理職－当該職種)
	当該職種	47	3	0.0000000731***(当該職種－保育職)
ストレスが伴う体験をしている子どもに対して治癒的遊びを実践する	保育職	41	37	1.000(保育職－心理職)
	心理職	14	13	0.000000109**(心理職－当該職種)
	当該職種	50	0	0.000000000158***(当該職種－保育職)
ストレスのかかる出来事のあとに振り返りの支援をする	保育職	27	51	0.0399*(保育職－心理職)
	心理職	16	11	0.0000182**(心理職－当該職種)
	当該職種	49	1	0.0000000000000213***(当該職種－保育職)
苦痛やストレスへの対処に、発達や状況に合わせた非薬物的な支援を行う	保育職	39	39	0.0422*(保育職－心理職)
	心理職	20	7	0.000369273**(心理職－当該職種)
	当該職種	50	0	0.0000000000261***(当該職種－保育職)
処置中の家族の参加と同席を多職種で検討し実践する	保育職	10	68	0.0723(保育職－心理職)
	心理職	8	19	0.0000000898**(心理職－当該職種)
	当該職種	45	5	0.00000000000000000399***(当該職種－保育職)
処置中のコンフォートポジションを多職種で検討し実践する	保育職	10	68	0.727(保育職－心理職)
	心理職	2	25	0.000000000000354**(心理職－当該職種)
	当該職種	45	5	0.00000000000000000399***(当該職種－保育職)
処置中の役割分担を多職種で検討し実践する	保育職	15	63	0.393(保育職－心理職)
	心理職	3	24	0.000000000348**(心理職－当該職種)
	当該職種	42	8	0.0000000000361***(当該職種－保育職)

ホルム法による多重比較にて，有意確率の小さいものからα=.017，α=.025，α=.05の有意水準を採用する
***p<.017，**p<.025，*p<.05

表 3-4 保育職・心理職・専従の当該職種間における独立性の検討結果【家族・きょうだいへの支援】

表3-2　保育職・心理職・当該職種間における【子どもの理解を促す支援】での独立性の検討結果

質問項目	職種	担当群	非担当群	p値
子どもが検査や処置などの医療体験に向けて心の準備ができるように、アセスメントして計画を立てる	保育職	15	63	1.000(保育職－心理職)
	心理職	5	22	0.00000000000000794**(心理職－当該職種)
	当該職種	50	0	0.000000000000000000000185***(当該職種－保育職)
子どもが医療体験に向けて心の準備ができるようにプレパレーションを行う	保育職	19	59	0.0213*(保育職－心理職)
	心理職	1	26	0.000000000000000000116**(心理職－当該職種)
	当該職種	50	0	0.000000000000000000000419***(当該職種－保育職)
アセスメントに基づいて子どもの状況に合わせた様々なツールを活用する	保育職	30	48	0.161(保育職－心理職)
	心理職	6	21	0.0000000000000741**(心理職－当該職種)
	当該職種	50	0	0.00000000000000849***(当該職種－保育職)
遊びの要素を用いてプレパレーションを行う	保育職	19	59	0.178(保育職－心理職)
	心理職	3	24	0.0000000000000000534**(心理職－当該職種)
	当該職種	50	0	0.000000000000000000000419***(当該職種－保育職)
子どもが自身の身体や状況を理解できるように導く	保育職	30	48	1.000(保育職－心理職)
	心理職	10	17	0.0000000208**(心理職－当該職種)
	当該職種	48	2	0.00000000000413***(当該職種－保育職)
プレパレーションへの家族の参加を促し、患者・家族を中心とした医療につなげる	保育職	13	65	0.109(保育職－心理職)
	心理職	1	26	0.000000000000000000116**(心理職－当該職種)
	当該職種	50	0	0.000000000000000000000000935***(当該職種－保育職)
医療チームとプレパレーションの内容を共有して実施する	保育職	21	57	0.0119*(保育職－心理職)
	心理職	1	26	0.000000000000000000308***(心理職－当該職種)
	当該職種	49	1	0.00000000000000000209**(当該職種－保育職)

ホルム法による多重比較にて，有意確率の小さいものからα=.017，α=.025，α=.05の有意水準を採用する
***p<.017，**p<.025，*p<.05

表3-4　保育職・心理職・当該職種間における【家族・きょうだいへの支援】での独立性の検討結果

質問項目	職種	担当群	非担当群	p値
家族（きょうだいを含む）の特性、状況をアセスメントして支援の計画を立てる	保育職	26	52	0.0231*(保育職－心理職)
	心理職	16	11	0.0116**(心理職－当該職種)
	当該職種	43	7	0.00000000278***(当該職種－保育職)
医療や医療経験に対する子どもの反応について、家族と情報共有をする	保育職	44	34	0.375(保育職－心理職)
	心理職	18	9	0.000924**(心理職－当該職種)
	当該職種	48	2	0.000000250***(当該職種－保育職)
家族と医療者のコミュニケーションを促す	保育職	50	28	0.237(保育職－心理職)
	心理職	21	6	0.545(心理職－当該職種)
	当該職種	42	8	0.0162***(当該職種－保育職)
家族が子どもへの支援に参加できるように促す	保育職	43	35	0.823(保育職－心理職)
	心理職	16	11	0.0639(心理職－当該職種)
	当該職種	40	10	0.00451***(当該職種－保育職)
家族に合う対処方法を実践できるように支援を行う	保育職	34	44	0.0463(保育職－心理職)
	心理職	18	9	0.268(心理職－当該職種)
	当該職種	40	10	0.0000486***(当該職種－保育職)
きょうだいに対する心理社会的支援を行う（面会の準備、グリーフケア、遊び、疾患の理解など）	保育職	19	59	0.138(保育職－心理職)
	心理職	11	16	0.0000639**(心理職－当該職種)
	当該職種	43	7	0.00000000000367***(当該職種－保育職)
患者・家族中心の医療が実践できるように多職種で検討する	保育職	37	41	0.00721**(保育職－心理職)
	心理職	21	6	0.361(心理職－当該職種)
	当該職種	43	7	0.0000118***(当該職種－保育職)

ム法による多重比較にて，有意確率の小さいものから $\alpha=.017$，$\alpha=.025$，$\alpha=.05$ の有意水準を採用する

***p<.017, **p<.025, *p<.05

図５　当該職種の重なり合う支援

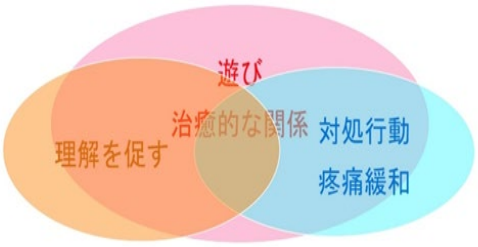


図６　当該職種のアセスメントモデル

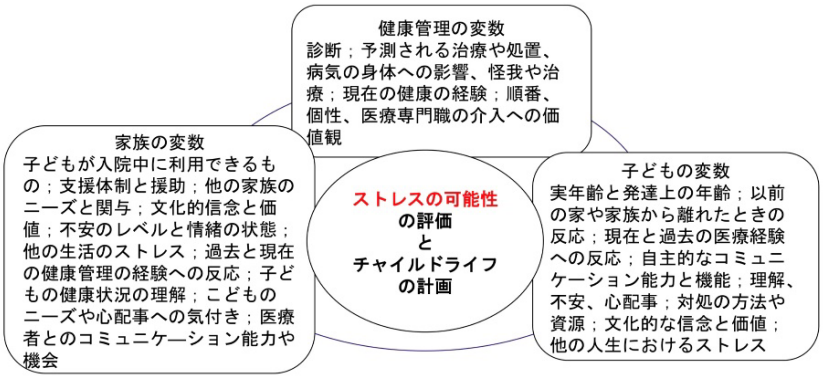


図７　PFCC の理念と当該職種の関係

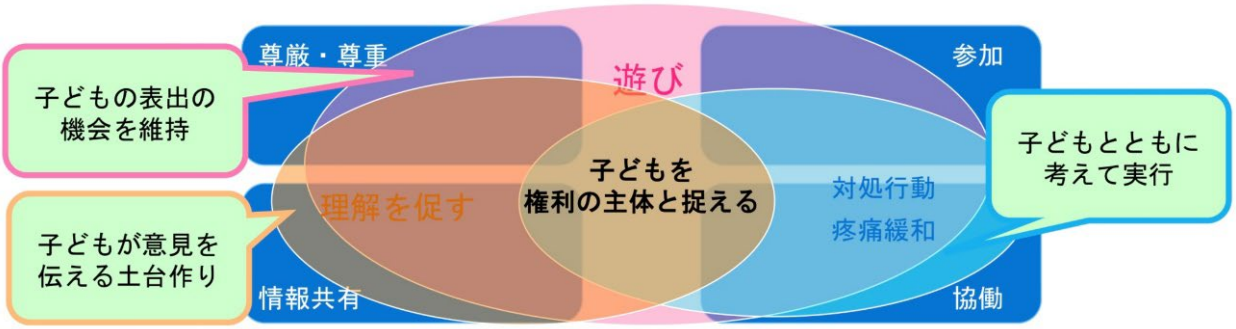


図８　心理社会的リスク（PPPHM, KAZAK モデル）と当該職種が担う役割

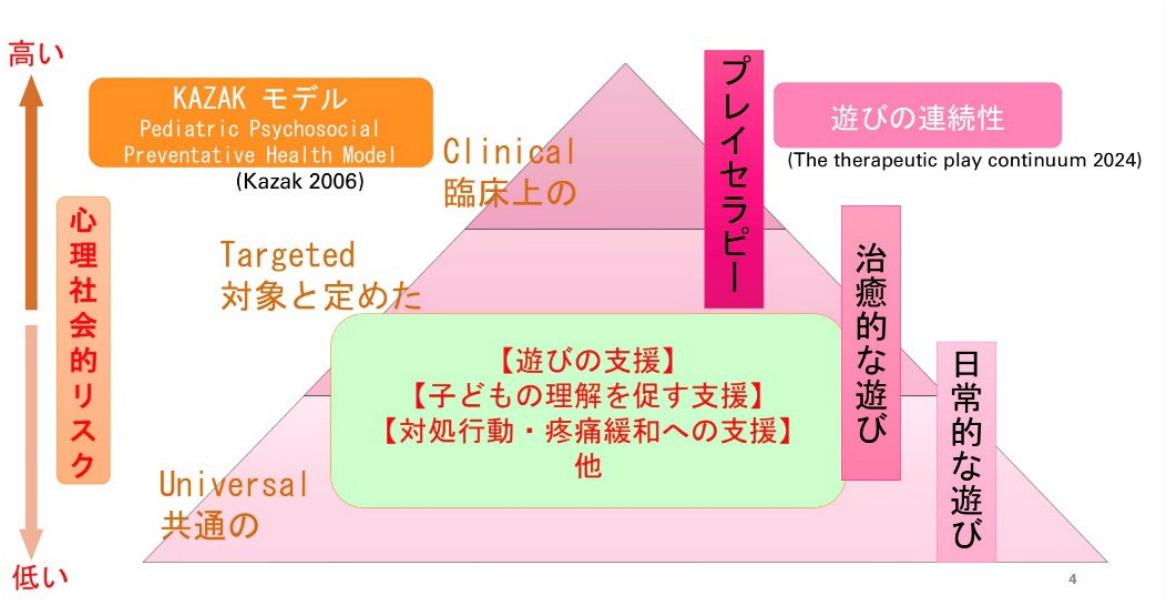


表４　当該職種が担う業務の細目

	業務	細目
直接的支援	Ⅰ.遊びの支援	①子どものアセスメントを通して、必要な遊びの計画を立てる ②発達段階に即した遊びの支援により発達を促す ③遊びを通して日常的な安心できる環境を提供する ④感情表出や情緒的な回復を促す遊びの支援を行う ⑤治療やケア、医療機器に対する親しみを促す遊び（メディカルプレイを含む）を行う ⑥子どもとの遊びの様子や記録を通して、他職種のアセスメントに役立つ情報を提供する ⑦遊びへの家族の参加を促し家族全体の治癒的効果を促す ⑧遊びを通して子どものニーズをアセスメントする ⑨医療チーム内で遊びの目的を共有する ⑩施設内の遊びの環境を整える ⑪施設内の遊びに関する企画をして実施する
	Ⅱ.子どもの理解を促す支援	①子どもが検査や処置などの医療体験に向けて心の準備ができるように、アセスメントして計画を立てる ②子どもが医療体験に向けて心の準備ができるようにプレパレーションを行う ③アセスメントに基づいて子どもの状況に合わせた様々なツールを活用する ④遊びの要素を用いてプレパレーションを行う ⑤子どもが自身の身体や状況を理解できるように導く ⑥プレパレーションへの家族の参加を促し、患者・家族を中心とした医療につなげる ⑦医療チームとプレパレーションの内容を共有して実施する
	Ⅲ.対処行動・ 疼痛緩和への支援	①子どものストレス反応をアセスメントして支援の計画を立てる ②ストレスが伴う体験をしている子どもに対して治癒的遊びを実践する ③ストレスのかかる出来事のあとに情緒的な振り返りの支援をする ④苦痛やストレスへの対処に、発達や状況に合わせた非薬物的な支援を行う ⑤処置中の家族の参加と同席を多職種で検討し実践する ⑥処置中のコンフォートポジションを多職種で検討し実践する ⑦処置中の役割分担を多職種で検討し実践する
	Ⅳ.家族・きょうだい への支援	①家族（きょうだいを含む）の特性、状況をアセスメントして支援の計画を立てる ②医療や医療経験に対する子どもの反応について、家族と情報共有をする ③家族と医療者のコミュニケ―ションを促す ④家族が子どもへの支援に参加できるように促す ⑤家族に合う対処方法を実践できるように支援を行う ⑥きょうだいに対する心理社会的支援を行う（面会の準備、グリーフケア、遊び、疾患の理解など） ⑦患者・家族中心の医療が実践できるように多職種で検討する
	Ⅴ.グリーフに対する支援	①子どもと家族の死別に伴うグリーフをアセスメントし支援の計画を立てる ②子どもとの死別に伴うグリーフケアを行う ③子どもと家族に様々な喪失体験に伴う情緒的な支援を行う
	Ⅵ.子どものための PFCCの理念 に基づく実践	①子ども権利、子どものアドボカシーに関する知識をもち実践する ②患者、家族、医療従事者の間の相互にパトナーシップを築くための支援をする ③子どもに合わせた方法で意見を伝えることができる環境を整える
	Ⅶ.その他の支援・役割	①入院前オリエンテーションの実施 ②成人移行への支援 ③AYA世代（20歳未満）へのニーズに合わせた支援 ④AYA世代（20歳以上）へのニーズに合わせた支援 ⑤成人患者の子どもへの支援 ⑥文化や多様性に配慮したコミュニケーションと支援の実践 ⑦専門職としての自己研鑽・業務の質の維持 ⑧専門性の啓発活動 ⑨後進の育成 ⑩施設外（地域）での活動
直接的支援以外の役割	Ⅷ.チーム医療・ 組織の中での役割	①専門職としての領域を理解し、適切に他職種に依頼したりアドバイスを求める ②多職種、他部署からの相談に対応する ③多職種と連携しながら、医療チームの中で理論や根拠に基づく実践を取り入れる ④カンファレンスやミーティングに参加する ⑤医療チームの中で患者・家族中心の医療が提供できるような提案をする ⑥組織の意思決定において、患者・家族中心の医療が提供できるような提案をする ⑦多職種や学生に対して発達段階に即し、心理社会的に配慮されたケアについて推奨や助言をする ⑧提供している支援について、上司への報告をする ⑨心理社会的リスクに応じた支援と連携を行う ⑩医療に関連する職種の専門性に関する知識をもち、互いに尊重の下、必要時に相談、連携をとることができる
	Ⅸ.根拠に基づく 支援の探求	①文献検討を行い実際の支援に応用させる ②実施した支援の評価を行う ③支援に関するデータを集め報告する ④研究に取り組み、学会発表や論文執筆を行う
	Ⅹ.学生・ボランティア への対応	①学生やボランティアに、子どもの発達段階に即し、心理社会的ケアができるように指導をする ②学生やボランティアプログラムの評価と調整をする ③学生やボランティアに対する施設の総合的オリエンテーションを実施する
	Ⅺ.専門職としての 業務管理	①アセスメントや支援に関する記録方法を知っている ②個人情報保護法を遵守し秘密保持に関する知識をもち実践できる ③当該職種に関する教育を率先して実践する（他職種、当該職種） ④子どもの人権に関する福祉や保健などの領域に関する知識がある
	Ⅻ.医療情報に関する 知識と医療安全に配慮した 業務	①一般的な小児の疾患（感染症、アレルギー疾患、小児がん、心疾患、外科系疾患、神経発達症など）の知識をもっている ②我が国の病院システム、医学用語の知識がある