

入院児童に対する心理的支援についての一考察

—入院児童と子ども療養支援士のコミュニケーション—

稲 葉 帆 南

1. 目的

1-1. 目的とその背景

本研究では、入院児童が入院中に抱える心理的負担に対する支援方法について、臨床心理的側面から検討することを目的とする。

子ども達は入院することが決まると、家や学校、友達といったこれまでの慣れ親しんだ環境から、多くの大人や医療機材に囲まれて過ごす非日常的な病院という環境へ移行する。そのため、子ども達は大きな不安とストレスを感じることになる。そのため、そのような入院環境を改善するためには、子どもの心のケアが重要である。

アメリカでは1920年代から「チャイルド・ライフ・スペシャリスト (Child Life Specialist : CLS)」と呼ばれる専門職が存在し、入院中の子どもやその家族への心理社会的支援が行われてきた。また、日本では2011年から同様の専門職として「子ども療養支援士」の養成が開始されている。その背景として、医学の進歩により様々な病気が身体的に治療可能となった一方で、長期間の過酷な治療が必要とされ、子どもや家族の精神的負担が新たな課題となったことがあげられる (チャイルド・ライフ・スペシャリスト協会、2011)^①。藤井 (2010)^② は、入院環境の中で感じた不安やストレスを誰にも言えずにため込んでしまっている子どもに対して、実際の医療資材を用いて人形遊びなどを行い、医療資材に慣れる機会を作るとともに、子どもが持つ感情を安心して表現できるような機会を作れるようにしている。このように、入院児に対して身近な遊びを取り入れた心理的ケアを行うことは、精神的負担の軽減を可能にし、遊びを通して手術や検査の説明を行うことで治療に前向きに取り組めると示されている。

以上のことから、遊びを取り入れ、子どもの目線を第一に考えたアプローチを行うことは、子どもたちにとって必要な存在であり、入院児の心理的支援において大きな役割を果たすといえる。しかし、小児医療分野における「子どものメンタルヘルスはあまりに軽視されてきた」

と庄司^③（2007）指摘するように、日本の児医療において心理的支援が十分に提供されているとは言えない。そのため、小児医療における心理的支援の現状と課題を明らかにするとともに、どのような心理的支援が有効かについて検討することが必要であると考ええる。

1-2. 先行研究の概観

ここでは、本研究に関わる「子どもにとっての入院生活」、「入院生活における遊び」、「小児医療における心理的援助の現状」についての先行研究の概観を行う。

1-2-1. 子どもにとっての入院生活

子どもにとっての入院生活について、加藤^④（2011）は「日常生活から隔離され、家族や友だちとの関わりなどによるさまざまな楽しみを制限されるもの」と述べている。また一木ら^⑤（2007）によると、入院をするとそれまで普通に過ごしていた生活は一変し、医療現場では治療が最優先とされるため、子どもはほとんどのことを我慢しなくてはならないとされている。小児科では面会の制限もあることが多い。保育園・幼稚園や学校に行くことができず、また友達とも会えず、さらに自由に動きまわることもできずに一日のほとんどをベッドの上で過ごすことになる。

このように、子どもが入院生活によって受ける制限は非常に多く、特に幼児等においては理解も不十分なままこれまで自由にできていたことが急に制限されるため、大きなストレスを感じるようになると考えられる。さらには、発達の遅れや障害などのハンデといった問題を抱える入院児童もいる。認知発達や情緒的機能が未熟な小児が治療や処置の必要性を理解することの困難さと、そのような状況下での治療による強い恐怖や不安の生じやすさが指摘され、突然の環境変化による心理的混乱状態から身体的なストレス反応が生じることや、発達の遅れ、疾患の回復を遅延させる恐れがあるとされる（齊藤ら、2010^⑥）。

山口ら^⑦（2010）は、「わが国の子どもの入院環境は、治療や処置を優先する志向や子どもに言っても分からない、という医師や看護師の根強い考え方が残っている」とし、病気や治療方法について、親への説明はなされても子どもへの説明をしていない現状があると示されている。このように入院という環境の変化そのものによるストレスや疾患による症状のみならず、何の説明も意思決定の自由も与えられずに多人数による抑制下での治療や処置を行うことは、子どもの不安や恐怖となり、心理的混乱を招くことになると考えられる。

1-2-2. 入院生活における遊び

子どもにとって遊ぶことは、生活そのものでありコミュニケーションの手段でもある。遊び

は子どもの身体的発達や知的発達、社会性の発達および情緒の発達に不可欠であり、遊ぶことを通して、子どもたちは自己を表現することや、社会との交わり方を学んでいくため、むしろ様々な点で制限を受ける生活を余儀なくされている入院中の子どもたちにとっては、遊びの重要性はより大きくなると考えられている（一木ら、2007^⑤）。入院中の子どもたちにとって遊びは常に身近に存在し、影響を与えるものであると言える。

採血場面ではよくあることとして、子どもが暴れると針を使用しているため危険だから看護師が子どもを押えるということがあげられる。また、子どもたちはこれから何をされるのかわからないまま、わけのわからない大きな機械のある部屋に連れていかれたり、動くといけなからと突然固定されるといった経験をすることもある。これから起こることやそれがどのようなものなのか理解ができていない状況では子どもたちが恐怖や不安を感じるのは当然であり、この状況を転換させる方法として「遊び」を用いたプレパレーションが有益であると考えられている。（一木ら、2007^⑤）。

プレパレーションでは、検査や処置、手術などの前に、子どもの年齢や発達段階に合わせた方法で分かりやすく説明し、実際の医療資材や人形、写真などを用いて話したり、遊んだり、また治療の手順や注意事項の説明を行う。田中（2009^⑧）は「視覚的なツールを用いながら、ジェスチャーを交えた模倣遊びを行うことで、子どもの発達段階に応じた理解しやすい方法でコミュニケーション（言語的・非言語的にも）を通して子どもたちの内に秘めた不安や緊張を緩和することも工夫の一つである」と述べている。遊びを通じたプレパレーションを行う中で、子どもの疑問や質問に答えることによって、子どもはその治療の意味や器具の仕組みへの理解を深めることができ、子どもがその子なりに理解し治療に取り組めるよう、子どもの心の準備をサポートするものとなる。

また、藤井（2010^②）は、プレパレーションは「一方的に説明するのではなく、子どもの気持ちを聞くことから始まり、一緒にその『難題』の解決策を探ろうとする方法」としており、子どもが自ら前向きに治療に関わるように支援するプレパレーションをするためには、不安要素をできる限りなくし、安心して主体的に取り組めるように気持ちを聞くことは重要なことであると述べている。

よって、プレパレーションは検査や処置への理解を深め、受け身ではなく主体的に治療に取り組めるよう支えるものであり、プレパレーションを行う際には子どもの気持ちを聞き、コミュニケーションを大切にしながら行うことが求められると考える。

1-2-3. 小児医療における心理的支援の現状

小児医療領域においては、身体医療の中で心理的背景がうかがわれることや、身体医療の治

療上あるいは二次的に心理的問題が生じる場合があるとされている(帆足ら、1998)^⑨。入院や手術経験が子どもに与える心理的混乱についての研究では、入院中の反応として抵抗や拒否を示し、また、尿失禁や発語の減少あるいは発語が一切なくなることや、身体症状症になることが明らかとなっている。また、退院後は夜泣きや癇癪、自立性の欠如、睡眠障害、さらに親の注意を引く行為を繰り返し行うなどが明らかとなっている。

幼少期の子どもは特に、ストレスフルな状況にさらされた後、平衡状態を維持しようと一時的に情緒反応を示しやすくなり、自分の安全を確保しようとして発達的に未熟な時期に戻る現象を示す、退行行動が見られることが示唆されている(涌水ら、2005)^⑩。このような状況から、子どもの病気には心理スタッフが医療チームの中で積極的な役割を果たすことが不可欠であると帆足ら(1998)^⑪は述べている。

しかし、心理的支援のニーズは高まりを見せているものの、いまだ心理的支援が十分に提供されているとは言えないのが現状である。細田(2011)^⑫は、日本の小児医療における心理的援助への認識や体制整備の遅れを指摘しており、その理由の一つとして小児科医が子どもの心理社会的問題(行動・学習面での問題、家族・学校生活、社会性の発達など)を扱うことの難しさをあげている。そこで、心理士が関わることにより子どもの心理社会的問題を発見し、医師や看護師といった専門職と連携しながら入院児童の心理的支援に取り組むことが求められているのではないかと考える。

1-3. 本研究の位置づけ

先行研究から、痛みや苦痛、不安を伴う処置や検査は子どもにとって精神的に大きな負担をかけ、それに加えて、多くの我慢をしなくてはならないという入院生活は子どもたちにとって、過ごしやすく安心できる環境とは言い難いと言える。この治療に対する不安を子どもたちは伝えることができているのか、また、誰に、どのように伝えているのかなどに注目し、その部分に対しての支援を行うことによって、子どもたちの心理的負担を軽減させ、そして心理的健康を促進できるのかについて検討する必要がある。

小児医療領域において先行研究で明らかとなった入院児童に対して行われている支援として、プレパレーションといった支援方法があり、それを行うことで子ども達は治療に前向きになれるという効果があることが明らかとなっている。このプレパレーションの効果を十分に発揮するためには、医師や看護師といった医療処置を行う治療者側のみではなく、治療を受ける子ども自身の力が必要であり、大きな要因となるといえる。子ども自身が病気を治して元気になりたい、治療を頑張りたいと思えることが必要であり、子ども自らの意思で治療に取り組める主体性が重要となると考える。

また、入院環境での対人関係として、入院児童と医師や看護師といった専門職の関係性や、親子の関係性、また専門職間での関係性や、保護者と専門職の関係性があると考えられる。この入院児童を取り巻く様々な関係性は、情報の共有や治療方針の決定、治療者との信頼関係、入院児童の社会適応といった多くの場面で影響するものとなる。治療をする中で、まず子どもと医師や看護師たちとの関係性は一番大きな関わりとなるが、突然登場した見知らぬ大人たちに対して、おそらく親や友人と同様のコミュニケーションをとることはないだろう。そのため、どのように関係性を築いていくかが重要になると考えられる。

このようなことから、支援方法内のコミュニケーションと治療関係という観点からみて、子どもの主体性を引き出すことができるコミュニケーションはどこから発生しているのかを明らかにすることに意味があると考えられる。プレパレーションを通して処置の説明をすることで、子どもたちの不安の軽減につながっているということが明らかになっているが、その説明の中でどのようなコミュニケーションが行われているのかについて明らかになっていない。また、入院している子どもに対する説明として行われている遊びを通じたコミュニケーションを検討することにより、より良い心理的支援につながるのではないかと考える。

よって、小児医療において現状行われている心理的支援について、そのコミュニケーションのプロセスなどを含め臨床心理学的な視点から検討し、効果的な心理的支援について整理することを目的とする。

2. 方法

2-1. 調査対象および手続き

小児科病棟がある病院へ勤務する子ども療養支援士3名（以下、一人目をA、二人目をB、三人目をCとする）を対象として、一人につき1時間半～2時間程度の半構造化面接の個別インタビュー調査を実施した。調査時期は2020年12月上旬～下旬である。2019年6月に行なわれた「子ども療養支援士学会」において、参加されていた子ども療養支援士に研究についての口頭説明を行い、研究協力の意思確認を行った。新型コロナウイルス（COVID-19）が全国に流行している状況を鑑み、インターネット通信を用いたオンライン会議システムでの調査という選択肢を含めて、再度メールにて研究協力の意思確認を研究協力者へ行った。メールにて研究に関する説明を十分に行い、研究協力の了承を得たのち、研究協力者と研究協力者の所属する施設等の責任者に対し、同意書と承諾書を郵送し、同意を得た。また、インタビューの内容は研究協力者に許可を得て、オンライン会議システム上の録画機能を用いて録画した。

2-2. 分析方法

分析方法は佐藤 (2008)^⑫ の質的分析法を用いて逐語データの分析を行った。一人ずつ逐語データの概念化を行い、それらをサブカテゴリーとした。その後3名のサブカテゴリーを検討し、共通性のあるサブカテゴリーごとに分類した上で、それらに対しても概念化を行い、カテゴリーとした。

3. 結果

逐語記録からそれぞれの語りの中で概念ごとにサブカテゴリーとして分類し、サブカテゴリー間で共通するもの上位カテゴリーとした。その結果、上位カテゴリーは「主体性が確保される遊びの提供」、「子どもとの日常的なコミュニケーション」、「処置における成功体験の積み重ね」、「処置における不安場面の焦点化」、「子どもへの関わりに対する評価」、「子ども自身が治療へ向き合うための支援」、「治療に対する自己意識の獲得」の7項目に分類された。

3-1. 主体性が確保される遊びの提供

主体性が確保される遊びの提供として、Aの語りからは「子どもが主体となれる遊びの提供」がサブカテゴリーとして抽出された。また、Cの語りからは「環境の変化の中での慣れ親しんだ遊びの提供」がサブカテゴリーとして抽出された(表1)。

表1. 主体性が確保される遊びの提供

カテゴリー	サブカテゴリー	研究協力者	番号	テキスト
主体性が確保される遊びの提供	子どもが主体となれる遊びの提供	A	1	目的を持って遊びを行っているっていう件なんですけども、その、まあ、どういったことを、遊びの内容っていうよりもどういったことを目的としているのかっていうところで。えっとまずベース、これはみんな統一してなんですけど、子ども自身が主体となれる遊びっていうこと。
			2	まずそれはその、医療現場においてされることがどうしても多くなってくるので、本人が主体となれる環境をっていうことで、遊び時間の確保っていう意味でも、主体性を確保できる時間っていうところでさせてもらってます。
			3	対等に遊んでる中でも主導権を握って遊ぶ人って絶対まあ遊びの中って存在してると思うんですね。もうそれを限りなく、子どもが中心でできるようにっていうのは意識していて。たとえば子どもが何々したいって言ってるのに対して、え、それは、それよりこっちしようよみたいなとかはもう絶対わたしは言わないようにして、その子が何々したいって言ってるならじゃあまずそれしようか、みたいな感じだし。えっと、例えば色塗り一つにしても、結構大人とかって、めっちゃたええですけど、象の塗り絵があったとして、ピンクとか緑とかに塗ったら、いや象はその色じゃないでしょみたいな、なんかこう枠はめみたいなのがあると思う、ほんと人それぞれ、もちろんない人もいてるしあれなんですけど、それもなんか、全部その子がする内容を受容する、っていうことを意識して。
	環境の変化の中での慣れ親しんだ遊びの提供	C	4	子どもが置かれている状況というか、それによって、病院の環境には十分慣れているお子さんなのか、ほんとにまだ入院期間浅かったりとかでまだまだ警戒している状態なのか、子どもの性格っていうんですかね、ぐぐっていても大丈夫なタイプなのか、ぐぐってこれたらもう引いちゃってっていうようなタイプなのかっていう、そこはできるだけ子どものことをよく知ってお母さんとかスタッフからお話を聞いて、あとは好きなものと好きなキャラクターとか好きな遊びとか、逆に怖いこと嫌いなこと、そこは聞いた上で、もし聞けなくても子ども自身に聞くようにしたりとか。「どんなこと好きなかなあ」とか「どんなことして一緒に遊ぼう」とか、そういう風な形で、まず子どものことをしっかり知りたいうってことを伝えるといいなって形でアプローチをさせてもらってます。
			5	そうですね。まだ環境に慣れてない、入院間もないとか緊急入院直後とか、急に転棟、手術のために病棟が環境が変わったとか、ICUに行ったとか、そういう状況の時にはやっぱり子どもが慣れ親しんだ遊び、これ知ってる、これならできる、ここでもこんなことできるんだって思えるような、できるだけ今までずっとやってたような遊びがそこで維持できるようにしますかね。ここでも遊べるよ、遊んでいいよって、安心できるよ、これはおんなじだと思って思えるような遊びをできるように環境調整なんかもしっていうところとか。
			6	

表2. 子どもとの計画的な日常のコミュニケーション

カテゴリー	サブ カテゴリー	研究協力者	番号	テキスト
子どもとの日常的なコミュニケーション	日常的な病棟のラウンドによるコミュニケーション	A	7	ラウンドに関してはなんとはなしに回りたい、ほんとにその時の「やっほー」ぐらいの感じで回ってる感じなんですけど。
			8	例えばその、朝来た時のカルテ見て、前日の様子とか夜中のことかを記録上で見て、例えば夜中にちょっと不安なことがあったりとか、あの、特記事項気になる子がいたら、例えばその子を優先的に回ったりとか、その日に検査だったり手術がある子に関しては、朝優先的に回ったりとか、ちょっとその日によって必ずしもぐるぐる一つとただ回るっていうよりは、その順序とか優先順位とかでの、顔出す感じですかね。
	計画的な日常のコミュニケーション	B	9	なので日頃からのコミュニケーションがすごい大事で、この子はどういう時にどういう遊びを好むのかっていうのは、日常的な関わりの中でしか見えてこないで、そういう大きなイベントに備えて、日頃からその子と毎日関わってその子を知ってるというのが大事かなって思ってます。
			10	依頼がかかった子に関しては、何かおっきな検査があればその時までこの子とある程度ここまでの関係性は築いておこうっていう自分の中の計画を立てていて、それに合わせて2日に一回くらいは入ろうかなとか、この子の場合はコミュニケーション取るのに時間がかかりそうだった場合は、1日に一回必ず行くとか、その子に合わせながら、あとは検査がいつにあるのかっていうのに合わせて、関わる頻度を調整してます。

表3. 処置における不安場面の焦点化

カテゴリー	サブ カテゴリー	研究協力者	番号	テキスト
処置における不安場面の焦点化	見通しの持てるような処置工程の細分化	A	11	本人が怖いって言った時にも、まあ、怖いっていう気持ちはまず第一に受け止めるんですけど
			12	じゃあ何が怖いのかってなった時に、なんかその、できるだけおっきな不安からグーっと不安を小さくしていけるように、整理していく過程になるのかな、っていうのを意識してます。
			13	はい。たとえば、今の話の流れとかが続くと言ったら、採血って、なんかたとえば採血が怖いって言われたときに、採血はもちろん怖いんですけど、じゃあ採血の何が怖いってなった時に、採血自体を知らないとか怖いのかも正直わからないんですよ。
			14	でもたとえば、採血の工程を言うと、採血がありますってなった時に、まず処置室まで行きますっていう第一行程。で、処置室にいったらまず椅子に座ります。腕を差し出します。で、先生が血管を見ます。で、脈血帯ってわかりますかね、あのゴム、ぎゅってする、脈血帯をつけます。で、消毒をします。針を入れていきます。止血します。テープ止めますっていう、採血って言っても採血の中に何十項目も一個一個項目があって。
			15	それを、いったらプレパレーションで流れを見通しを持てるようにお話しするんですけど。
			16	じゃあ、その子が怖いのは、たとえば処置室に入るまでの行程は怖いって言われたら、それは別に歩いていける。じゃあ椅子に座るのはどう？って言ったら、それも座れる。じゃあ腕を差し出すの？って言ったら、それもいける。で、脈血帯はって言ったら、脈血帯はちょっとキュって痛いからちょっとドキドキするってなった、じゃあ服の上からしてもらおうとか、その脈血帯をすることの意味、なんでこれをしないといけないのか、っていう、けっこうあれを動かへんようにとか、暴れるからされるって思ってる子けっこう多くって、じゃなくてこれは血管、青い線が見えやすくするためにしてるんよっていう風にお話を、だからそのすることの意味を理解できるように、その子が納得、頑張れるなって納得できる言葉を作るといふか。
			17	採血の中でも採血の中の何が不安なのかっていうのを、焦点を当てて、じゃあそれをどうやったらマシになるかっていうサポートを考えていくっていうのを、プレパレーションの一連の流れでやってます。
	子どもの明確化したい	B	18	基本的には説明するっていう感覚よりも、説明は看護師さんやお医者さんがちゃんと説明してくれるんですけど、その説明に対して、その子が何をもちと知りたかったとかそういうところの方になってくるんで、何が今不安とか、その説明を聞いた上でどこがわからなかったとか、その部分を私たちがキャッチするんですけど、基本的にはこちらが説明するって気持ちよりも、その子に話してもらって形ですね。「どういう風に聞いた？」とか、「さっき言ったこともう一回自分で言える？」とか、そんな感じで、一方的に説明するっていうことはほとんどなくて、
			19	説明する中で気を付けていることは、どうやったらそのわからないことを解決できるのかを一緒に調べて一緒に解決するところを大事にしますかね。情報提供するってわけではなくて、そのもらった情報をどうかみ砕いて、次の自分のやるべきことに活かしていくかを一緒に考えていくっていうスタンスですね。
	不安を具体化する会話づくり	C	20	そうですね。手術の場合だと、事前の関わりだと、何が怖いとか何か不安になって聞いてもなかなか漠然として、言ってくれないとかわからない時もあると思うから、具体的に例えばそういうツールがあるときには絵とか写真とかそういうのを見て、何かやったことあるかなあとか、なんかそういうのを会話のきっかけとなるようなことをちょっとお話しする。
			21	で、「それは知ってるー」とか言ってくれたりとか、「でもそれが嫌だった」とか言ってくれたりとか、「お母さんはいるの？」とか「誰と一緒にしてくれるの？」みたいな感じで返してくれたりすることがあるし、検査自体よりも寝ることが嫌だったり、麻酔するときの血管すくぐりビリするのがすごく怖くてそれが嫌だった子もいたりするので、でも事前に親御さんから聞ける場合はそれをちょっと知った上で、「ここが嫌だったんよね前は」って具体的に言うと、「そう」って、「今度も同じ薬？」とかっていう時には、具体的に子どもが経験したこととかが不安だと思っていることが拾えたら、看護師さんとか先生にお伝えして、違う方法がないかなあっていうことを考えていただいたりとかする感じがですかね。

表 4. 処置における成功体験の積み重ね

カテゴリ	サブ カテゴリ	研究協力者	22	テキスト
処置における成功体験の積み重ね	プレパレーションによる達成感の獲得	A	23	採血になると人が変わるかのように暴言吐きまくるわ暴れまくるわで、もうなかなか大変な子がいて。
			24	前日の夕方にプレパレーションを行って、その時結構本人もメディカルプレイとかグッツに対してはすごい興味を示して、本人もやってみたいみたいな感じでルンルンに取り組んではいて、当日の採血直前にちょっとわたくしがもう一回顔出しに行って、「どう？」みたいにいいたら、表情だいが硬くなってきて、やっぱり緊張してきたみたい、怖くなってきたみたいな感じだったので、そこでは一応軽くまあ前日のプレパレーションのおさらいみたいな感じでやって、ちょっと緊張和らげるために軽く遊んだ流れで採血に挑んだんですけど。
			25	まあ見事に頑張りきることができて、で、本人もまあできたっていう、できたことへの達成感がたぶんすごく獲れたんだと思うんです。だからそれがすごく力になったのか、次回から緊張はもちろんするんですけど、あの、難なくというか、過去のあれはなんだっただっていうくらいうまくいった例はあります。
	子どものレジリエンスを育む	C	26	子どもなりに、子どものタイミングとかここは嫌だとか、前経験してここに繋がれてすごく痛かった、ここに針さされて痛かったから嫌だとか、そういう理由があって、(中略)でもこの体制ならできたとかこれをしたらできたっていう子どもなりのおまじないになるような、成功体験につながるような経験があれば、できるだけそこは「前これができたからね」とか、「前のこれがあったから上手にできたやんね」とか、「じっとしてくれたからうまくできたね」とか、そういう風なことはできるだけ子どもとフィードバックしながら、次につながるように、振り返れるようにすることですね。
			27	いろいろ試行錯誤しながらやって、すごく時間がかかったけど本人さんなりに「ちょっと待って」とか「もう少し待って」とか言いながらやりとりしながら、だいぶ時間がかかったけどできたんですね。怖かったけど頑張り切れたっていう思いがあったと思うんですよ、上手にできた一つ、すごい時間がかかったけど頑張った一つで。
			28	自分で協力できるところが、テーブルはがしたりとか、されるんじゃないって自分のペースで自分ができるところはお手伝いしてもらってると、ほんとにできるんだなって、子どもってほんとに力持ってるし、それが自信につながって、次からは私いなくても大丈夫みたいな感じで言ってくれたりとか全然平気みたいな感じでできて、

3-2. 子どもとの計画的な日常のコミュニケーション

子どもとの計画的な日常のコミュニケーションとして、Aの語りからは「日常的な病棟のラウンドによるコミュニケーション」がサブカテゴリとして抽出された。また、Bの語りからは「計画的な日常のコミュニケーション」がサブカテゴリとして抽出された(表2)。

3-3. 処置における不安場面の焦点化

処置における不安場面の焦点化として、Aの語りからは「見通しの持てるような処置工程の細分化」がサブカテゴリとして抽出された。また、Bの語りからは「子どもの知りたいことの明確化」がサブカテゴリとして抽出された。また、Cの語りからは「不安を具体化する会話づくりと関係者間の情報共有」がサブカテゴリとして抽出された(表3)。

3-4. 処置における成功体験の積み重ね

処置における成功体験の積み重ねとして、Aの語りからは「プレパレーションによる心の準備と成功体験による達成感の獲得」がサブカテゴリとして抽出された。また、Cの語りからは「子どものレジリエンスを育む成功体験」がサブカテゴリとして抽出された(表4)。

3-5. 治療に対する自己意識の獲得

治療に対する自己意識の獲得について、Aの語りからは「自分のこととして治療に向き合う意識の獲得」がサブカテゴリとして抽出された。また、Cの語りからは「主体的に治療に取

表5. 治療に対する自己意識の獲得

カテゴリー	サブ カテゴリー	研究協力者	番号	テキスト
治療 に対する 自己意識 の獲得	意 識 を 含 め て 自 分 の こ と に 向 く	A	29	それは、遊びの中で単刀直入にどうやったら頑張れるかっていうのを一緒に考えていくっていうのとか、直接じゃないにしても、やっぱりその子自身が主人公じゃないけど、その子のこととして思える。
			30	なんかされるばっかりの環境にいると、どうしても自分のことなんですけど自分のことじゃないように感じてきてしまう、自分の病気のことだけだと親が勝手になんか先生と決めてくれるだろうとか、自分のことだけちょっと客観的みたいなのとこって、幼い子でもおっけい子でも多少なりとも出てくると思うんです。
			31	そう言ったときに、自己意識的なところで、やっぱりその感情のコントロールだったりとかっていうところを、遊びの時間を確保するなかで、促すというか。
	め 主 体 的 に も 治 療 身 に の 取 り 組 み を 意 図 し た	C	32	例えばなんか全部その、検査受けるとか、処置とかもね、点滴とかもしないといけないうものかもしれないですけど、その捉え方が、知ってるよとか、それこうやってできるよねって、なんか子どもが自分から「はいはい、これやりたい」って感じじゃないかもしれないですけど、「これならできるよー」って、「わかってるよー」っていう風に、そういう姿勢で臨んでもらえることになって。なんかされてる一つ、嫌なのじゃないといけないうつてとかではなくていう感じですかね。
			33	子ども自身が目標をもって、みんな元気になるためとか、よりよくうちに帰れるためっていう目標があると思うんです。まあそれが叶わない場合とかもあるかもしれないですけど、そのために頑張るっていうのがふさわしいかわかんないんですけど、でも子ども自身が自分でやるよって、自分の役割っていうのをちょっとでも見つけられるようなことになって。
			34	だから具体的にちょっと子どもがそこで自分の役割、じゃあ自分がそこで何したらいいのかなっていう見通しが持てるような、シールで達成を味わえるようなものを作るとか、勇気のビーズで達成を振り返っていくとかもそうなんですけど、実際自分が何に臨んでいくのかっていうのがわかるようなプレバレーションのアプローチにそこからしていく感じですかね。

表6. 子どもへの関わりに対する評価

カテゴリー	サブ カテゴリー	研究協力者	番号	テキスト
子ども への 関わり に対する 評価	子 ど も の 中 で の 反 応 を 振 り 返 る	A	35	上手いかなかったなっていうよりも、もっとこうしたらよかったかもしれないみたいな感じの時の方が多いかもしれない。その子にとって、わたしにとって上手いってかいてないかって正直わからなくて。その子がどう思ったかっていうところになってくるので。わたしがこう、もっとこうしてあげたらよかったかな、した方が良かったかなあと思っても案外本人はいいかっていうことかもしれない。わたしの中で結構密にやったけど、相手にとってはちょっとんーって時もあるので、自分の判断っていうよりも、相手がそれに対してどう思ったかっていうのを、振り返る中でどう思ったかなあみたいな感じで振り返ることはあります。
			36	よく動いてる方が多いのが、泣かないことがすごいとか、泣かなかつたら成功かつたっていうのではなくて、むしろ泣くことが成功に繋がる子もいれば、今まで泣いてなかった子がプレバレーションした後に泣けて処置が受けれたっていうのが、成長に、その子にとっていいこと、プラスになることもあるし。
			37	プレバレーションをして終わりというよりも、そのあとのその子の反応、プレバレーションしてもやっぱりどうしても怖いものははっきり言って怖いので、それでもう泣いてわーって嫌になったら、その嫌は嫌でもうその子の反応で。
			38	まあそれはもう反応なので、評価がやっぱりこの職種ってプレバレーションもそうなんですけど、難しいんですね。それこそ導入の振れ幅にも関係してくると思うんですけど、そこがやっぱり明確化できるとまた変わってくるのかなって思って、そこが正直難しいところではあると思います。
	子 ど も の 反 応 の 困 難 さ と 受 容	C	39	うまいかなかった、なんか子どもの体調によっていろいろあの対策はしてたけど、採血とか点滴ルート取るときちょっと血管がねえ、凝縮してたとかで1回ではまずに2回3回結局出されたよーとか、嫌だったけどでもそれなりに子どもは何か協力して頑張った、でもそれは成功となるのか失敗となるのかってなると、ちょっと難しいところもあるし、なんか嫌だよーって言いながら結局は最終的にはもう子どもの安全のためあんまり長引かせてもって言って、ちょっとスタッフが支えて子どもが動けないようにして処置をすとかいう時もやっぱり出てきちゃいますし。
			40	看護師さん、先生のタイミングとか、あと親御さんと、聞いたら子ども自身のフィードバックというか反応とかも。自分で言ってくれなくても、すぐ暴れたりとか、戻しちゃうくらい頑張ってるっていう子どもさんが、処置の後今日は手を振ってくれてバイバイとか、また次来る時も嫌がらずに来てくれたよとか、そういう風なことも含めてですかね。

り組むための子ども自身の役割意識」がサブカテゴリーとして抽出された（表5）。

3-6. 子どもへの関わりに対する評価

子どもへの関わりに対する評価として、Aの語りからは「子どもの反応を振り返る中での反省」と「子どもの反応の受容と評価の困難さ」がサブカテゴリーとして抽出された。また、Cの語りからは「ニーズの把握と環境調整による課題」、「子どもの反応や頑張り度と医療者の対応を鑑みた評価の困難さ」、「多職種間での反省と次に向けた意見交換」がサブカテゴリーとし

表7. 子ども自身が治療へ向き合うための支援

カテゴリ	サブ カテゴリ	研究協力者	番号	テキスト
子ども自身が治療へ向き合うための支援	自己の 治療の 振り返り による 気持ちの 整理	C	41	時々あの、勇気のビーズプログラムっていう、子どもがちょっと治療を、自分が経験したことを象徴するビーズを集めながら、自分自身で振り返ったりとか、いやだったなあとか、これ頑張ったなあって思えることを、目に見える形で繋いでいくビーズがあって。日常的な遊びでどうだこうだって、あれが嫌だったとかってする時と、そういうビーズをしながらゆっくり、子どもさん自身が体験したことを振り返るっていう場面があったりするんですけどね
			42	先のことに繋がるためにってのもあるんですけど、今までのことを振り返ってみたりとかする中で、そこでちょっと初めて、「あ、そんなふうに考えてたんだー」って言って、「それ嫌やったんやねえ」とか言って、「でも嫌やったけど、誰々さんがこんな風に工夫してくれたからそうでもなかったよ」とかって言ってくれたりとか、「全然言ってたことと違うことやった」とか「違うことされたからびっくりした」とか、そういう風なこととかも言ってくれたりするから、そのビーズの中で少しお話を深めるっていうか、そういう風なことがもう少しアプローチを深めるきっかけ、そういう機会にはなってるかなあって思いますかね。
			43	なんかビーズを入れた中で、「何か頑張ったこととかないかなあ」って、「先生からは、本人さんがすごく嫌だっと思ってること、ここ頑張ってたよって聞いているよー」とかって言っても、「別に」とかって言う時もあるし、そっかそかって、「そこは別に頑張ったに入らないから入れない」とかって子どもの中で決めてるところがあるし、そこは触れてほしくないとか、なんかそういう時もやっぱりあるな一つ思うので、難しいなどは思っています。言ってくれる子どもさんは言ってくれるけどねえ。
			44	でも子ども自身の中でビーズを入れるっていう事は何か自分なりににいかストンと落とし込むというか、そういうことに繋がるのかなあと思うと、もうそれ以上言わなくても聞かなくてもいいかって、それを見守るみたいな時も多いといえは多いかもしれないですね。

て抽出された（表6）。

3-7. 子ども自身が治療へ向き合うための支援

子ども自身が治療へ向き合うための支援について、Cの語りからは「自己の治療の振り返りによる気持ちの整理」がサブカテゴリとして抽出された（表7）。

4. 考察

4-1. 子どもとの関係構築

分析の結果から、子どもとの関係を作るために、子ども療養支援士は様々な工夫をしていることが明らかとなった。Cはまず保護者に対し、子どもの「好きなものとか好きなキャラクターとか好きな遊びとか、逆に怖いこと嫌いなこと」（C5）などの情報収集を行っている。そこで得られた子どもの趣味嗜好に合わせていくつかの遊びを子どもへ提示し共に遊ぶという、慣れない環境化に置かれた子どもに対して、「できるだけ今までずっとやってたような遊びがそこで維持できるように」（C6）という意識での環境調整を行っている。〈環境の変化の中での慣れ親しんだ遊びの提供〉をすることで、まず慣れない入院環境を安心できる空間であると感じてもらえるような環境調整を行い、遊びを用いて子どもとの心理的な距離を近づける工夫をしていると考える。

また、遊びの空間の中ではできる限り子どもの主体性が確保されるような支援を行うことが、入院環境の中では重要となると考えられた。Aの「子どもが中心でできるようにっていうのは意識して」（A3）や、「子どもが何々したいって言ってるのに対して、え、それは、それよりこっちしようよみたいなのかはもう絶対わたしは言わないようにはしていて」（A3）という

語りから、できる限り子どもの要求を受け止め、遊びの空間の中心は自分であると子ども自身が感じられるような関わり方を意識していることが明らかとなった。入院環境の中では子どもは多くの場面において何かをされるという状況になりがちとなる。そのような環境の中で、「本人が主体となれる環境」(A2)としての遊び時間の確保は、子ども自身が考え、選び、自由にできるという体験を感じることにつながると考える。

事前情報をもとに子どもの趣味嗜好に合わせた〈子どもが主体となれる遊びの提供〉をすることで、子どもは自分の好きなもので遊ぶことができ、遊びの中では自分の思いを表現しても尊重されるという経験ができる。子どもとの関わりの初期段階においては、子どもの主体性を尊重した関係性の構築を目的として、遊びを通じた子どもの趣味嗜好に合わせた子ども中心のコミュニケーションを行うことが必要となると考える。この初期段階の【主体性が確保される遊びの提供】による関係構築は、今後のプレパレーションや治療において、子どもが自由に思いを子ども療養支援士に伝えることができるようなコミュニケーションとなるための準備として重要となると考える。

遊びを通して初期の関係性を構築した後の日常的な関わりについて、Aの「『やっほー』くらいの感じ」(A7)で朝のラウンドを行っているという語りから、子どもにとって気軽に話しかけやすい雰囲気をあえて意識して行うことが重要であると考えた。さらに、Bは「この子はどういう時にどういう遊びを好むのかっていうのは、日常的な関わりの中でしか見えてこない」(B9)という考えから、「日頃からのコミュニケーション」(B9)を重視して、それぞれの子どもの趣味嗜好を把握していると考える。このように初期対応の関係性を作った後、子どもから話しかけられるような時間的・空間的な隙間、子どもの趣味嗜好に合わせた子ども中心のコミュニケーションがとれる関係を促進していると考える。

しかし、全員との関わりが難しい状況においては、時間の調整をしつつ、計画的にコミュニケーションを取る必要が考えられる。その際には、「何かおっきな検査があればその時までこの子とある程度ここまでの関係性は築いておこう」(B10)という、子どもが自分の不安や恐怖、治療に対する疑問を子ども療養支援士に話してもいいと思える関係を構築しようとするのが一つの指標になると考える。このような【子どもとの日常的なコミュニケーション】を通じた関係構築が、その後のプレパレーションにおいて子どもの治癒力を発揮するために必要な準備となっていると考えられる。

4-2. プレパレーションを通じた子どもと子ども療養支援士のコミュニケーション

治療に対する不安を抱いている子どもと子ども療養支援士のコミュニケーションには、不安を焦点化するという工夫がなされていると考えられた。Aの「採血が怖いって言われたときに

(中略) 採血自体を知らないと何が怖いのかも正直わからない」(A13) という語りや、Cの「手術の場合だと、事前の関わりだと、何が怖いとか何か不安かなって聞いてもなかなか漠然として、言ってくれないとかわからない時もある」(C20) という語りから、手術や処置自体に対して漠然とした恐怖心を抱いている子どもは、具体的にその内容を理解できていない可能性や、恐怖を感じる部分を具体的に言語化できていない可能性があると考ええる。そのような場面では、Bの「(医師や看護師から受けた) 説明に対して、その子が何をもっと知りたいか」(B18)、「何が今不安かとか、その説明を聞いた上でどこがわからなかったとか、そこの部分を私たちがキャッチする」(B18) という語りのように、ただの一方的な説明役として関わるのではなく、説明に対する補助的な役割や、説明を受けた際には言葉にできなかったことを聞き、〈子どもの知りたいことの明確化〉する役割として関わるべきであると考ええる。

Aの「じゃあ何が怖いのかなってなった時に、なんかその、できるだけおっきな不安からグーっと不安を小さくしていけるように」(A12) という語りから、処置そのものの不安として大きく捉えるのではなく、不安場면을具体的に焦点化した不安として捉えようとしていることが示唆される。これは子どもの不安や恐怖の対象が抽象的である場合、その不安や恐怖に対する具体的な支援方法を検討することができず、効果的な支援が提供できないからであると考ええる。そのため、Aの「プレパレーションで流れを見通しを持てるようにお話しする」(A15) という語りのように、まずは処置の流れの確認を行い、不安場面の焦点化することが必要と考える。処置の工程をできる限り細分化して子どもに話をするというやり取りは、子どもに処置の過程の見通しを持たせることと、一つ一つの場面に対して子どもがどのように感じているのかを明らかにすることができるという二つの側面から有効であると考ええる。「『それは知ってるー』とか言ってくれたりとか、『でもそれが嫌やった』とか言ってくれたりとか、『お母さんはいるの?』とか『誰と一緒にいてくれるの?』みたいな感じで返してくれたりする」(C21) というCの語りのように、工程を細分化することで子どももその一つ一つの場面に対しての理解や疑問を示すことが可能となる。【処置における不安場面の焦点化】を行うことで、子どもが不安なことや知りたいことをより明確化でき、効果的な支援につなげることができる。また、Bの「どうやったらそのわからないことを解決できるのかを一緒に調べて一緒に解決する」(B19) という語りから、支援者が一方的に解決方法を提示するのではなく、子どもと共に考え、解決策を模索することが重要と推測される。子ども自ら考え、その方法を実行することで上手く乗り越えられた際、達成感がより得られ、自信につながるのではないかと考える。

さらに、治療をしていく中で【処置における成功体験の積み重ね】が子どもにとっては重要となることが示唆された。宮崎¹³⁾(2016)は「子どものレジリエンス」について、「精神的不健康を引き起こす状況に遭遇しながらも、周囲の人々と良好な人間関係を築き自分を理解し受け

入れ認めるという自己肯定という認識のもと、前向きな未来志向をもち、問題解決能力や、根気強さを発揮しソーシャルサポートを得て、精神的に不健康な状況から立ち直り、乗り越えて回復し、心理的安定性を保ちながら環境に適応していく力動的なプロセス」と定義し、これを患児に適応することは可能であるとしている。病気そのものや入院環境という精神的負担が大きい中で、子どもと子ども療養支援士がコミュニケーションを取りながら子どもが不安や恐怖、疑問を自由に話しても良いと思える関係を構築することや、プレパレーションを通して子どもが自分の状況を理解し、乗り切る方法の模索と対策を子ども療養支援士や周囲の関係者と考えることは、問題解決能力を高めることとなると考える。そしてそれらの工夫によって処置を乗り越え、Aの「本人もまあできたっていう、できたことへの達成感がたぶんすごく獲れた」(A25)ことや、Cの「怖かったけど頑張り切れたっていう思い」(C27)を感じることができたという、達成感の獲得ができるだろう。山口ら^⑦(2010)は処置後に子どもが自分を賞賛発言することについて、「納得できたこと、自己称賛を表現したことに加え、困難なことに自ら挑み乗り越えるという対処能力の発達になっている」と述べている。このことから、遊びを通して子ども療養支援士とコミュニケーションをとりながら不安を焦点化させ、具体的な対処方法を子ども自身が考え、それによる成功体験を積み重ねることは子どもの自信へとつながり、入院環境下でもレジリエンスを育みながら治療に前向きに主体的に取り組めるようになると考える。

受け身になりがちな入院環境下での医師や看護師と入院児童とのコミュニケーションパターンとして、治療指示とその指示に従うというパターンが通例である。子ども療養支援士との遊びを通して、子どもが自由に自分の思いを表現し主体的になれるコミュニケーションパターンを新たに医療の中で構築することで、子どもは自信と達成感を獲得し、レジリエンスを高めることができると考える。よって、〈子どものレジリエンスを育む成功体験〉の積み重ねは子どもが自ら治療に向き合うために重要であると考ええる。

また、子どもが主体的に治療に取り組むために、〈自分のこととして治療に向き合う意識の獲得〉や〈主体的に治療に取り組むための子ども自身の役割意識〉といった【治療に対する自己意識の獲得】が挙げられた。Aは入院環境におかれる子どもについて、「どうしても自分のことなんですけど自分のことじゃないように感じてきてしまう、自分の病気のことだけ親が勝手になんか先生と決めてくれるだろうとか、自分のことだけちょっと客観的みたいなのって、幼い子でもおっきい子でも多少なりとも出てくる」(A30)と語っている。これは、「注射、薬、検査、絶対安静、絶食など、病院は子どもを圧倒しており、子どもはわけもわからないままおとなしくさせられて」いることや、「『診察を受け』『治療を受ける』側であり、常に受動的な役割しか与えられていない」(一木ら、2007)^⑤という状況があるからであると考ええる。一木ら^⑤(2007)は病気になったために自信を喪失した子どもにとって、自分が選べる存在だと

気づくことは自信回復につながると述べている。Aの「遊びの中で単刀直入にどうやったら頑張れるかっていうのを一緒に考えていく」(A29)という語りから、遊びを通して子ども自らが治療を頑張る方法を考え選択するという過程を経験することで、自分のこととして治療に向き合うことができ、自信を回復することになるのではないかと考える。さらに、Cは子どもが主体的に治療に取り組むということについて、「子ども自身が自分でやるよって、自分の役割っていうのをちょっとでも見つけれるようなこと」(C33)と語っている。受動的な役割になりがちな入院環境において、その中でも何かできる役割を見つけられることにより、治療に対して客観的ではなく、自分も参加しているという意識が持てるだろう。その役割を意識させるためのアプローチとして、医師や看護師から聞いた説明から治療の目的やゴールを明確にし、そのために子どもが頑張る必要がある部分や、そのためにどのようにして頑張るかという対処方法を話し合い、子ども自身が“自分がそこで何したらいいのか”という見通しを持てるような関わり方を意識することが重要であると考えられる。

4-3. 子どもへの関わりに対する評価

AとCの語りから、〈子どもの反応の受容と評価の困難さ〉や〈子どもの反応や頑張り度と医療者の対応を鑑みた評価の困難さ〉といった、【子どもへの関わりに対する評価】の困難さが共通して挙げられた。田中(2009)^⑧は「情緒的效果に対するプレパレーションの効果の判定は科学的に証明することが難しい」と述べており、プレパレーション実施後の効果をどのように考えるかが課題であると考えられる。Aの語り(A35-38)から、子ども療養支援士個人の振り返りではプレパレーションの効果を実感しにくいと感じており、子どもの反応を重視し、評価の一つの指標にしていると考えられる。しかし、Aは「泣かないことがすごいとか、泣かなかったら成功とかっていうのではなくて、むしろ泣くことが成功に繋がる子もいれば、今まで泣いてなかった子がプレパレーションした後に泣けて処置が受けれたっていうのが、成長に、その子にとっていいこと、プラスになることもある」(A36)と語っており、子どもの反応によって一概に評価することはできないとも考えられる。

田中(2009)^⑧が述べている「子どもたちが前向きに頑張ろうとする気持ちを表出できたり、泣いたり叫びながら(これも子どもの大切な自己表出である)の処置でも終わったあとに、自分が頑張ったこと、乗り越えたことを自己認識し、その思いがその後の生活に活かされることが重要な効果である」という効果的なプレパレーションという意味合いを踏まえると、子どもが治療に対する取り組みについて“自分は頑張った”、“乗り越えられた”と実感することができれば、その後の入院生活や治療に対し前向きに臨むことができるのではないかと考える。治療後のアプローチの中で、〈自己の治療の振り返りによる気持ちの整理〉を行うことも、子ども

自身が治療を乗り越えられたことを自己認識する上では重要な過程であると考ええる。このように子どもが自らの体験を肯定的に自己認識することによって、治療に向き合うことができるであろう。山口ら (2010)^⑦ は「子どもの頑張ったという体験は、レジリエンスの『乗り越える力』『回復する力』であり、子どもの病気の回復力を高めるというレジリエンス効果と言えよう」と述べている。プレパレーションなどの関わりを通して、治療に対して子どもが了承するという反応を示した場合、子ども自身が治療に立ち向かおうとしていると捉えることができる。これは、レジリエンスの観点から見て、効果的な関わりとなっていると考えられる。

5. 総合考察

本研究では、子ども療養支援士3名へインタビュー調査を行うことで、入院児童への心理的支援を検討した。その結果、入院した子どもとの関わりの開始場面では子どもとの関係構築のために、まず子どもの趣味嗜好について保護者からの情報収集を行っていることが明らかとなった。そこで得られた子どもの趣味嗜好に合わせていくつかの遊びを子どもへ提示し、慣れない入院環境を安心できる空間であると感じてもらえるような環境調整を行うなど、遊びをコミュニケーションの手段として用いることで、子どもとの心理的な距離を近づける工夫をしていると考えられる。また、遊びを通して関係性を構築したのち、子どもから話しかけられるような時間的・空間的な隙間を作ることが重要となると示唆された。これらのやり取りを通して、子どもと子ども療養支援士の中では対等なコミュニケーションができる関係性が促進されていると考えられる。対等なコミュニケーションができ、子どもが自分の不安や恐怖、治療に対する疑問を子ども療養支援士に話してもいいと思える関係を構築することは、プレパレーションにおいて子どもの治癒力を発揮するために必要な準備となる。治療指示とその指示に従うというパターンが通例となる入院環境において、プレパレーションの中で子どもが自由に自分の思いを表現し主体的になれるコミュニケーションパターンを新たに医療の中で構築することにより、子どもはレジリエンスを高めることができると考えられる。それまで治療に対して拒否的な反応を示していた子どもが、日常的な関わりやプレパレーションなどを行うことによって治療を了承するという反応を示した場合、それは子ども自身が治療に立ち向かおうとしていると捉えることができる。これは、レジリエンスの観点から見て、入院児童の心理的支援として効果的な関わりとなるだろう。

6. 今後の研究課題

本研究では、入院児童への心理的支援を検討することで、子どもが入院してからの関わりのプロセスやそのコミュニケーションの工夫を明らかにすることができた。しかし、小児科病棟

に入院する子どもたちの年齢は幅広く、発達段階に適した説明の仕方や遊び方を検討する必要がある。また、発達に特性のある子どもたちなど、それぞれの子どもの特性を理解した上で、その子に合わせた関わり方が求められると考える。今回の研究では、遊びを通したコミュニケーションのプロセスを考察してきたが、多様な子どもたちが入院している中で、さらに細かくコミュニケーションパターンを検討していくことが今後より良い心理的支援を行うためには重要になると考える。

引用文献

- チャイルド・ライフ・スペシャリスト協会 (2011) 背景、歴史、http://childlifspecialist.jp/?page_id=51、2020.07.05
- 藤井あけみ (2010) 子どもにやさしい病院—わたしはチャイルド・ライフ・スペシャリスト—、小学館、p.15
- 帆足英一・帆足暁子 (1998) 入院している子どもへの支援、奥山真紀子・庄司順一・帆足英一 (編) 小児科の相談と面接—心理的理解と支援のために—、医歯薬出版株式会社、pp.134-150
- 細田珠希 (2011) 小児医療における心理的援助に関する調査研究—米国との比較から—、小児保健研究、70、4、pp.554-559
- 一木明・橋本賢二郎・若狭昌稔・近藤峰明・増子孝徳・山下雄大・石井信行・杉田明子・福永峰和 (2007) 入院生活—遊び・学び—、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 (編) 医療における子どもの人権、明石書店、pp.78-115
- 唐津尚子 (2009) 臨床現場をアセスメントする、吉川悟 (編) システム論からみた援助組織の協働—組織のメタ・アセスメント—、金剛出版、pp.36-50
- 加藤裕美 (2011) 入院中の子どもの心理的支援の在り方—役割認知・遂行と期待のズレからの検討—、教育福祉研究、37、pp.52-61
- 宮崎史子 (2016) “子どものレジリエンス” の概念分析、武蔵野大学看護学研究所紀要、10、pp.29-36
- 齊藤美紀子・高梨一彦・小倉能理子・一戸とも子 (2010) プレパレーションに対する看護者の認識とその実施状況、弘前学院大学看護紀要、5、pp.47-56
- 佐藤郁哉 (2008) 質的データ分析法—原理・方法・実践—、新曜社
- 庄司順一 (2007) 心理士の育成について、小児保健研究、66、2、pp.189-191
- 田中恭子 (2009) プレパレーションの5段階について、小児保健研究、68、2、pp.173-176
- 涌水理恵・尾関志保・上別府圭子 (2005) 外科的小手術を受けた子どもの退院後の心理的混乱およびその関連要因、日本看護科学会誌、25、3、pp.75-82
- 渡辺裕子 (2009) 看護職による家族アセスメントの実際と直面するジレンマ、吉川悟 (編) システム論からみた援助組織の協働—組織のメタ・アセスメント—、金剛出版、pp.233-240
- 山口求・光盛友美・今村美幸・黒杭奈留美・室脇千里・重松静香・水本理恵子・藤原治香 (2010) 乳幼児の小児看護におけるプリパレーションのレジリエンス効果、広島国際大学看護学ジャーナル、8、1、pp.13-25

註

- ① チャイルド・ライフ・スペシャリスト協会 (2011) 背景、歴史、<http://childlifspecialist.jp/?>

page_id=51、2020.07.05

- ② 藤井あけみ (2010) 子どもにやさしい病院—わたしはチャイルド・ライフ・スペシャリスト—、小学館
- ③ 庄司順一 (2007) 心理士の育成について、小児保健研究、66、2、pp.189-191
- ④ 加藤裕美 (2011) 入院中の子どもの心理的支援の在り方—役割認知・遂行と期待のズレからの検討—、教育福祉研究、37、pp.52-61
- ⑤ 一木明・橋本賢二郎・若狭昌稔・近藤峰明・増子孝徳・山下雄大・石井信行・杉田明子・福永峰和 (2007) 入院生活—遊び・学び—、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 (編) 医療における子どもの人権、明石書店、pp.78-115
- ⑥ 齊藤美紀子・高梨一彦・小倉能理子・一戸とも子 (2010) プレパレーションに対する看護者の認識とその実施状況、弘前学院大学看護紀要、5、pp.47-56
- ⑦ 山口求・光盛友美・今村美幸・黒杭奈留美・室脇千里・重松静香・水本理恵子・藤原治香 (2010) 乳幼児の小児看護におけるプレパレーションのレジリエンス効果、広島国際大学看護学ジャーナル、8、1、pp.13-25
- ⑧ 田中恭子 (2009) プレパレーションの5段階について、小児保健研究、68、2、pp.173-176
- ⑨ 帆足英一・帆足暁子 (1998) 入院している子どもへの支援、奥山真紀子・庄司順一・帆足英一 (編) 小児科の相談と面接—心理的理解と支援のために—、医歯薬出版株式会社、pp.134-150
- ⑩ 涌水理恵・尾関志保・上別府圭子 (2005) 外科的小手術を受けた子どもの退院後の心理的混乱およびその関連要因、日本看護科学会誌、25、3、pp.75-82
- ⑪ 細田珠希 (2011) 小児医療における心理的援助に関する調査研究—米国との比較から—、小児保健研究、70、4、pp.554-559
- ⑫ 佐藤郁哉 (2008) 質的データ分析法—原理・方法・実践—、新曜社
- ⑬ 宮崎史子 (2016) “子どものレジリエンス” の概念分析、武蔵野大学看護学研究所紀要、10、pp.29-36