

日本における Hospital Play と
Hospital Play Specialist の必要性
THE NEED OF HOSPITAL PLAY
AND HOSPITAL PLAY SPECIALIST IN JAPAN

松平千佳
Chika MATSUDAIRA

Abstract

If you compare the environment and the treatment of sick children in the UK and Japan, there is unfortunately an evident difference. The major differences is how PLAY, what is essential for all children, is prepared for sick children. Play related activities maybe directly connected to life itself, but there is a big misunderstanding about PLAY and the needs of sick children, like the child is sick it is impossible for the child to play. Every child even those who are most sick can play by the help of others. Hospital Play Specialist is a profession to help children within the pediatric team using the power of Play to help sick children. Through understanding the background of the establishment of this profession, and its role and aims will able us to gain a new perspective on how we can support sick children. To assimilate the theory and practice of hospital plays, which were established outside of Japan, into the Japanese pediatrics and culture. To do so the misinterpretation and a lack of understanding towards “plays” must be mended and also it is indispensable to facilitate the full recognition of human rights in order to establish hospital plays in Japan.

Keywords: Hospital play specialist, Play, Children's right, Environment for sick children, Family

キーワード：ホスピタル・プレイ・スペシャリスト、遊び、子どもの権利、療養環境、家族

静岡県立大学短期大学部社会福祉学科 准教授・社会学修士
University of Shizuoka Junior college Social Welfare, An
associate professor, A sociology master

はじめに

拙者は、社会福祉学を学び、社会福祉施設で働き、そして社会福祉学を学生に教えてきたが、病児と福祉をつなげて考えるということは、今進めているホスピタル・プレイに関する研究やHospital Play Specialist (以下HPS) 養成を行うまでほとんどなかった。児童福祉学に関心を持っていながら、病児に目を向けなかったのはなぜかと自問してみると、およそ2つの理由(言い訳ともとれるが)があると考えられる。1 つめは単純に、気づきがなかった、ということである。社会福祉に立脚する専門職は複数あるが、例えば保育士の養成においても病児のニーズを学ぶことはほとんどない。接点を持ちにくいのである。2 つめは、病児がかかわる病院という環境、あるいは医療という領域が福祉と結びつく支援方法を想像できなかったという点があげられる。つまり、医療(特に小児医療)は医師と看護師が活躍する世界であり、社会福祉系の仕事には関係がない、そんな意識を持っていたのである。しかし、6年前にロンドン郊外にある、キングストン病院の小児病棟において初めてHPSとその活動に出会ったときに、なぜこれまで、病児と福祉をつなげて支援するという発想を持てなかったのかと大いに反省、自戒した。

HPS 実習を通してHPSの役割を目の当たりにした拙者は、たちまちこの専門職に大きな魅力を感じるようになった。最も惹かれた点はその職の目的の明確さであった。「私たちは、病院におけるPLAYのスペシャリストなのよ」との紹介どおり、彼女たちは徹底して子どもの目線と立場に立ち遊ばしを展開し支援を行っていた。^{注1)}

入院は、大人にとっても怖い経験である。子どもにとっては、まさに日常生活からの断絶であり、異世界に放り込まれる経験となる。そのような子どもの環境変化の中に、子どもにとっての当たり前や日常を再び取り戻す活動が「遊び」であり、遊びを通して子どもはノーマルな感覚を取り戻すのだとHPSは教えてくれた。また遊びは、子どもにとってだけでなく、親やきょうだいにとっても大きな意味があることを英国で学んだ。当然ながら、親は入院していても遊んで笑っているわが子を見て心安らかな気持ちになる。



(重い障がいを持った子どもとお母さん。笑顔がいっぱい)

写真1 入院していても遊んで笑っているわが子を抱く母親

病院において遊びを提供することは、親やきょうだいがいつも家庭でそうしていたように、遊びを通して自分の子ども(病児)とかかわることができる機会を与えることであり、親は「病気になってもわが子の幸せ作りにかかわっているんだ」「医者や看護師にすべてを任せて、私たち家族は何もできないわけではないんだ」という、親としての喪失感を防ぐことができるのである。

HPSに出会い、拙者が感じた魅力はもう2点ある。1つが小児医療チームの一員として医師や看護師などと協働し、チーム全体が丸となって子どもに必要な豊かなサービスを提供していたことである。残念ながら、英国の小児病棟で感じたようなチームワークを感じられる日本の小児病棟は少ない。多職種のチームになるとなおのこと、どちらが上でどちらが下か、その評価から始まってしまうことがとても残念である。チームで仕事をする場合、指示系統の上や下はあっても、職種そのものにも上も下もない。役割の違う職種をいかに組み合わせるかの問題なのである。

もう1つが、研究者としても大いに惹かれたところでもあるのだが、HPSの名称の中心にある「遊び」という言葉であった。HPSに出会って以来、私は「遊び」について関心を持ち研究を始めた。

1. 英国におけるホスピタル・プレイ・スペシャリスト

英国には現在、約2500人のHPSがNational Association of Hospital Play Staff協会に登録し活躍している。HPSの活躍す

る場合はこども病院や小児病棟だけでなく、小児科の外来、救急病棟、NICU、PICU、歯科診療所や地域の訪問看護ステーションなどである。

HPSという資格が英国において確立していく形成過程を簡単に紹介すると、4つの鍵となる年代がある。1つめが、1953年である。この年に全英で放映されたドキュメンタリー映画の存在が、ホスピタル・プレイ・スペシャリストの誕生に大きな影響を与えている。この映画は、ジェイムズ・ロバートソンという精神分析医が入院する子どもの様子を記録したものであるが、入院のため親との面会を制限された子どもが、どんどん表情をなくしていく様子が放映され英国国民は大きな衝撃を受けた。入院を経験したことのある子どもの親が声を出し始め、このドキュメンタリーがきっかけとなり、病院における子どもの福祉について英国全体が考えるようになったと言われている。ロバートソンは、いくつもの記録映画を撮ったが、最終的に子どもの療養に関していくつかの提案を行っている。それは、①子どもの場合は、可能な限り通院させ、入院を減らすために自宅での看護や治療の可能性をできる限り探ること。②子どもの入院には母親など主たる養育者が付き添い、お気に入りのおもちゃなど子どもに安心感を与える物を入院時に持っていけるようにすること、③家族や友達からお見舞いのカードを積極的に受け取り、社会から切り離されたような気持ちにさせないこと。④看護師を患児に割り当て、子どもの看護に当たる人数を制限し、見知らぬ人が看護に当たらないよう配慮すること、の4つである。

カギとなる2つめの年代は1959年であり、この年にPlatt報告書^{注2)}が発表された。この報告書はThe Welfare of the Children in Hospitalと名づけられていることから分かります。まとめられた目的は、当時の英国の小児医療を医学の視点からではなく、子どもの福祉、という視点から再評価することであった。この報告書は英国政府が初めて依頼した病児と福祉をつなげた調査報告書だが、この報告書には入院を経験する子どもたちに対し、子どもの福祉を守るという視点から、病院関係者はなるべく子どもにとっての日常生活が継続されるような工夫をしなければならないことが指摘されている。その中心的な要素が子どもにとって必要不可欠な活動、すなわちPLAY、遊び活動の継続であった。Platt報告書から、病院にもPlay Workerが必要であるという指摘を含む、子どもの福祉に合致した小児医療に必要な55の勧告がまとめられており、HPSを生む1つの原点となったと考えられる。

3つめの鍵となる年代が1963年であり、この年、慈善事業団体であるSave the Children Fundが出資し専門家を雇用し、初めてロンドンのブルック病院で遊びを用いた支援計画を開始したのである。結果は上々で、病院側は遊びの専門家を置くことのメリットを大いに認め、自らの財政負担において雇用を継続したといわれている。^{注3)}

4つめの鍵となる年代は、1966年であり、この年、OMEP(World Organization for Early Childhood Education)の作業グループが、子どもが入院する際に親の面会を制限することの問題点と、子どもを診る病院が必ずプレイルームを設置しな

なければならないとの内容の報告書をまとめ^{注4)}、発表した。その後英国では、長期入院の子どもは、その病棟のファミリーグループに入ることや訪問時間を制限しないこと、また、両親と子どもに対して、入院のプレパレーション（準備）をすること、そして、小児看護に当たる看護師はその専門教育を受けることや、専門的な知識を持って子どもに遊びを提供できる専門スタッフを雇用することが検討されていくのである。1992年には、子どもの入院ベッド数10に対して1人のスペシャリストが配置されることが望ましいと、英国保健省が提言を行い現在に至っている。^{注5)}



写真2 エジンバラ子ども病院、小児がん病棟のプレイルーム。このようなプレイルームが英国の小児病棟では設置されている。

写真2 エジンバラ子ども病院のプレイルーム



写真3 レスター子ども病院の一般入院病棟で働く HPS。彼女たちにはシニアの HPS がつき、コンピテンシーが仕事に課せられる。

写真3 レスター子ども病院の HPS

2. ホスピタル・プレイ・スペシャリストの役割

HPS の用いる技術は、下記の図のように大きく 6 つに分類できると考えられる。

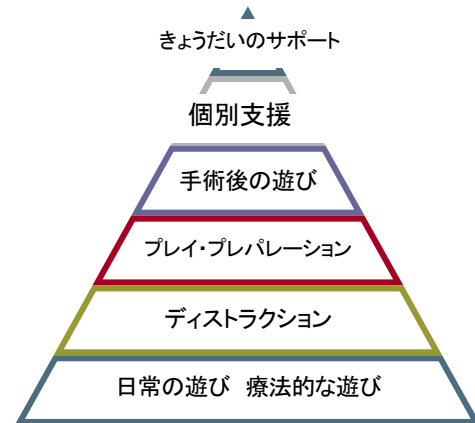


図1 HPS の用いる技術

基本となる技術が、日常の遊びと治療的な遊びである。これは HPS が使うもっとも基本的な技術であり、HPS はまず毎日子どもが遊びにアクセスできるようにプレイルームを整備し、隔離されている子どもには訪問という形で遊びを提供する。遊びは病児にとってそもそも治療的な意味合いをもつが、HPS は砂遊び、絵具遊び、水遊びなど感覚的に働きかける遊びを提供することによって、子どもたちの気持ちを静めたり、気持ちを表現してもらったりする。また日常の遊びを通して、病気によって衰えた機能や能力を復活させる支援を行う。2つめ、3つめの技術がディストラクションとプレイ・プレパレーションの技術である。この2つは、本来分けることのできない対にして初めて効果が表れる技術であると考えられる。ディストラクションというのは遊びを通して採血など処置の場面で子どもの気を不快から快にそらすためのテクニックであり、ディストラクションを効果的に行うことによって、子どもは受ける治療や処置を肯定的に受け止めることができるようになる。また、プレイ・プレパレーションは子ども自身が受ける治療に対して情緒的に準備できるよう、遊びを使って治療などについて説明を行うことである。4つめは、手術や処置後の遊びで、この遊びを通して子どもは受けた治療や手術に対して振り返りを行い、HPS は納得していないところや誤解しているところがないかを確認し、あればその部分を修正するための、テクニックである。個別支援は、特に個別対応が必要な子どもへの遊びを使った観察であり、例えば、医学的には問題が見られないが何らかの不調の訴えがある場合に遊びを用いて子どもの様子を観察し、医師や栄養士にその情報を提供すること、親やきょうだいを亡くした子どもの場合は、その子どもに対し複数回の個別の遊びセッションを行い、死を受け入れられるよう支援を行うことなどが、個別支援に含まれる。最後にきょうだいの支援があるが、HPS は病児だけではなくそのきょうだいをも重要な支援の対象とみている。そうすることによって、入院や闘病という家族全員にとって困難な時期を、家族全体のきずなやきょうだい間のきずなを壊すことなく乗り越えられるようにするためである。

拙者が HPS の用いる技術を研究していて、日本の現状と照らし合わせた場合に課題として感じることは、日本の小児医療や小児看護においてはプレパレーションだけが、一つの技術として先行してしまっていること、そしてそれを看護師の役割として位置づけようとしているところである。プレイルームは整備されていない、日常的に遊びを使った支援も行われていない、きょうだいとの面会のみならず親の面会すら制限している。にもかかわらず、なぜプレパレーションだけを行おうとするのか、遊びに立脚した一つの技術であることを考えた場合、理解することが難しい。「いくらいいプレパレーションをしたって、その処置のときに親がいなくなれば、たちまち子どもは自信をなくしてしまう。プレパレーションが不十分だって、親がぐっと子どもを抱きしめていられたら、その子どもは乗り切れる」「ディストラクションをしたって、子どもを採血で拘束していたら何の意味もない。子どもの記憶には拘束帯によって抑え込まれたその嫌な記憶しか残らない。なぜ親を信頼し、親の力を借りないのか。もっと簡単な方法があるはずなのに。」と英国の HPS は述べている。

実は、ここに HPS が目指す小児医療の理念が存在すると思われる。つまり、手先の技術ではなく、チャイルドフレンドリーな環境づくり、ファミリーセンタードケアの実現を HPS は目指す専門職なのである。7つの技術は決してばらばらに切り離すことのできないものであり、連続しているととらえる必要がある。例えばプレパレーションも、その根底にあるものは遊びであり、こちらが教えたい情報を子どもに教えることがプレパレーションではなく、子どもが知りたい情報を知っておいたほうが良いと思われる情報を、遊びの要素を使って提供することがプレイ・プレパレーションなのである。^{注6)}

3. Play に対する誤解、理解不足

Play を訳すると「遊び」であり、HPS は遊びを使った病児支援の専門家であると説明することができる。これまで、この定義を医療関係者に説明してきたが、いくつかの特徴的な反応が返ってくることに気づいた。1つめの反応は、「それは本来小児病院において提供しなければならないサービスなのか」と疑問を表す反応である。病院は病気を治しに行くところであって遊びに行くところではない、そのような考えを複数の医師や看護師から聞いている。たとえ子どもを対象にした医療機関であっても、遊びの提供は病院の本来のサービスではないではない、という考え方に対して拙者は、2つの考えを持って反論したいと考えている。1つめの反論は、医師や看護師としては当然のことながら患者とコミュニケーションを図る必要があるが、遊びを治療の中に取り込むことにより、治療の対象者であるその子どもの理解力や協力度が増すということである。実際、子どもとは遊び以上に効果的なコミュニケーションツールはない。ある病院が「ホスピタル・プレイを取り入れてから、親にではなく子どもに治療に関する説明をするようになった」と評価していることが特徴的である。2つめの反論が、子どもという存在は日々成長発達しているとてもユニークな一過程にある人であり、子どもは遊びなどの活動を通して学び成長していくのだ

から、病気の部分は医学的な治療をするとしても、病気でない部分のためにも遊びは必要不可欠だ、ということである。病気の部分はもちろん医療がケアをするのだが、成長発達過程にある子どもを支えるのは遊びだという認識が必要であると考えられる。

他に多かった医療従事者からの反応は、「この病院には重篤で動けない子どもが多いから遊びは必要ありません」あるいは、「思春期の子どもが多いから、遊びは必要ありません」という反応である。これもまた、遊びに対する理解不足および子どもに対する理解不足から生じている発言であると考えられる。重篤で動けない子どもだからこそ質の高い遊びが必要なのではないだろうか。こちら側から遊びを提供していかなければ、じっと動かずベッドの上で横たわっているその子どもはどうやって生きることの楽しみを見出すのか、痛みや不安を紛らわすことが出来るのだろうか。重篤であり、動けない子どもだからこそ遊びを必要としているということをもっと強調していかなければならないと考えている。また、日本の小児病棟では、英国で見るとような思春期の子どもたちのための空間を見つけることはとても難しい。しかし、これまでの研究を通して思春期の子どもこそ、彼らの精神的な発達に合わせた遊びの支援が必要であると考えられるようになった。自立心、向上心、競争心、プライバシーへの欲求、将来に向けた準備や焦りなど、思春期の子どもが感じる葛藤を受け止め、支援するために HPS はプログラムを立てて個別に対応している。

そもそも、これらの遊びに対する否定的な反応の根底にある考え方は、遊び VS 治療という考えであり、この考えをもう一つ掘り下げていくと、治療は神聖な仕事という活動であり、遊びはあくまで余暇的なあつてもなくても良い活動であるという考えではないだろうか。遊びとは何かというより本質的な課題にかかわってくるのだが、ホイジンガーやデューイが論じたように、遊びが子どもも含む人間の「生」や文化創造に直結しているものであるならば、小児医療が小児に特化した医療を提供し、医療の目的が子どもを生かすことを目的とするならば、遊びを提供すべきかどうか疑問を持つこと自体が、「子ども」に対する理解不足の表れなのではないか、と考えている。

このような考えに抵抗していくために、拙者は「遊び」そのものに対する研究が必要であると考えられるようになった。そこで、遊びの古典的な研究をいくつか手に取った。例えばヨハン・ホイジンガーは、その名著「ホモルーデンス」^{注7)}の中で、遊びは文化より古い、遊ぶということは、何かイメージを心の中で操ることから始まる。つまり、遊びを認めることはその人間に存在する精神を認めることである。遊びには人を集中させる力がある。この人を夢中にさせる迫力こそ遊びの本質であり、遊びに最初から、ある固有性が秘められていることの表れではないか。遊ぶことは面白い、面白さとはそれ以上根源的な観念に還元させることができない要素である、と遊びを考察しているのであり、また哲学者ジョン・デューイは、その著作「民主主義と教育」の中で、遊びと仕事を経済的な事項で区別するべきではない。遊びも仕事も自由であり、内的な動機付けがある。仕事活動を単なる手段にしてしまうような目的として、結果が活動の外にあるときに、仕事は強制労働になってしまう。遊びの

概念の定義的な特徴は、娯楽性でもなければ無目的性でもない。遊びと仕事は同一の路線にある。遊びの活動は、より複雑になるにつれ、達成される結果に、より多くの注意が向けられるようになり、遊びの活動は徐々に仕事に転化していく。遊びの活動がたっぷり含まれたままのままでいる仕事は、質において芸術である。と、遊びと仕事が一つの線上に位置していることを教えてくれるのである。^{注8)}

治療がその子どもから遊びを奪う正当な理由になりえるのだろうか。遊びに関する研究はまだ不十分であるが、「遊び」は我々が考えるよりもっと命に近い所に位置するものであり、治療が子どもと遊びを切り離す正当な理由にはなりえないと考えている。重篤な自力で動くことのできない状態の子どもでも決して遊べないのではなく、工夫させればいくらでも遊べるのである。



レスター王立子ども病院の待合室には、HPS が作成したエデュケーションボード Why Play is Important

写真4 レスター王立子ども病院の壁に貼られていた HPS 作成のエデュケーションボード

HPS の役割はもちろん遊びをツールに病児や障がい児を支援することにあるのだが、根底に存在する役割は、遊びがとても必要な子どもたちがいながらも、遊べない環境になりやすい場所において、遊びの持つ価値を周りに伝えることにはないかと考える。

レスター王立子ども病院の壁に貼られた HPS が作成したエデュケーションボードはまさにその使命が見て取れるので紹介する。

様々な領域の遊び活動は子どもの発達を促す。遊びは子どもの発達と学びのために必要である。遊びを通して子どもは自己肯定感を作り、また人とのかかわりを楽しむことができるようになる。遊びは満足感につながる。時間、空間、機会、そして許可があるところでは、遊びは子どもの本能である。子どもが自由に選んだ遊びはそれだけで子どもにとって愉快である。子どもには遊びが必要だし、子どもは遊びたい。

子どもは生まれてから死ぬまで遊ぶ。子どもは何で遊びたいのかを決め、どうやって遊びたいのかも決める。

体を使った遊びは子どもにとって体が動くので楽しい。また、身体を使った遊びを通して、子どもは挑戦することと、自分の限界を学ぶ。

遊びの始まりは子ども自身が決め、子どもは何をしたいのかを決め、どうやって遊ぶのかを決め、そしていつ次の遊びに移るのかも決める。

外の環境や自然を探索することは、子どもの健康にとって必要不可欠である。

遊びがなければ子どもは健康に成長発達しない。とくに、創造的な力や学習能力が阻害される。

遊びを通して子どもは、自分自身について理解するとともに、自分を取り巻く世界について根本的な情報を手に入れる。子どもは、遊びを通して、自信、独立心、そして困難に直面しても立ち上がる力を養う。

子どもは遊びを通して知識を身につけ、経験したことから学び、リスクを冒し回避するすべを学ぶ。

遊びは子どもを安全に育てるために必要不可欠である。ごっこ遊びを通して、子どもは未知の役割や体験を経験することができる。困難な経験を子どもはごっこ遊びを通して何度も再現する場合がある。

乳児や幼児は、外界やお母さん、お父さん、その他養育者や家族の他のメンバーとの愛着を形成する。

遊びは子どもに新しい経験をもたらす。遊ぶことによって、子どもは子ども同士の関係を作り、人間関係の持ち方を学ぶ。

Social Play (社会的なあそび)を通して、子どもは幅広く他人を知ることができ、友情をはぐくみ、ともに活動することを覚える。

大きく成長発達するにつれ、子どもと青年たちは、遊びながら外の世界をより広く知るための活動を広げる。社会性を身につけ、情緒的にも成熟し、自分を取り巻く世界に対して自身の考えを投げかけ、どのように受け止められるのかを投射し試し、自分自身と社会との関係を探検する。

遊びは子どもの権利である。

4. ホスピタル・プレイ・スペシャリストの養成教育事業を通して

拙者が所属する静岡県立大学短期大学部では、現在、社会人を対象にしたホスピタル・プレイ・スペシャリスト養成事業に着手しているのだが、これまでの関係研究者や医療機関との話し合い、また看護師や医師など直接小児医療に携わる専門職とのかかわりを通して、ホスピタル・プレイを日本に定着させるため、乗り越えなくてはならない課題がいくつか見えてきたのでここで整理したいと考える。

(1) 日本の文化との融合

日本においてホスピタル・プレイを定着させていくためには、当然のことながら、外国で生まれたホスピタル・プレイの理念

と実践を日本の小児医療の中に融合させていく必要があり、そこにはインタープリティングが必要である。HPS 養成事業を始めて直面した第1の課題が、文化の違いであった。文化の違いとひとくくりにとまとめたが、実際のところ問題点を分析してみるとおよそ2つに分けられると考える。

1 つめが、子どもの権利に対する考え方の違いである。親の面会時間を制限すること、きょうだいの入室を制限すること、統一されたパジャマを着せること、採血や痛みを伴う治療に際に拘束すること、あるいはベッド上で病児を拘束すること、これらの行為を子どもの権利という視点からみた場合においても、あるいは子どもに親しみやすい小児の療養環境という視点からみた場合でも、また、Family Centered Care という視点からみた場合でも望ましい実践ではなく、一日も早い改善が望まれる。これらの行為が、子どもの人権を侵害しているという感覚は、拙者がこれまで研修を行った英国、カナダ、アメリカ、ニュージーランド、オーストラリアなどの小児医療の中においてはほぼ共通していると考えられる。しかし、日本の医療従事者にはまだ共通した感覚ではない。しかし、日本の医療従事者が子どもを軽視しているのかというと、決してそうではない。子どもを十分に治療するために、病院内の安全や衛生を確保するために必要な決まりごとだと答えるのである。この背景には、彼らがとても厳しい、「責任問題」という難題にいくつもの角度から責められる現状にいたるため、主体を見失ってしまう状況に追い込まれているのではないかと考えている。

本学が開催するHPS講座の受講生の中にも、面会時間を厳しく制限している病院で働いてきた者が多くいる。そのような場合は、なぜ面会時間を制限するのか議論するわけだが、その規則が本当に必要な規則なのかどうか疑いもせず見過ごしてきた者が多いことに気づかされる。現状に対する疑問もなく、比較対象がないために起きる問題と思われるが、Platt 報告書のように、日本の小児医療を子どものWelfareから評価した改革が進まないのである。国連子どもの権利宣言には、子どもはいつでも親と会う権利がうたわれていること、子どもはいつでも遊ぶ権利を持っていることなどを講義の中で話していくと、受講生に新しい視点が芽生えてくる。しかし、日本の医師や看護師は「国連子どもの権利宣言」など、関連領域における問題について反応が不十分であると感じる。しかし、国連子どもの権利宣言にはある小児科医の存在が深くかかわっているのである。その小児科医の名は、ヤヌシュ・コルチャックである。1878年にワルシャワで生まれワルシャワ大学で医師免許を取得したこの人物は、ユダヤ人孤児院とポーランド孤児院の2つを運営し、1942年に200人のユダヤ人孤児とともに強制収容所に送られ亡くなっている。彼が生前、書き綴った子どもに関する豊かな詩やエッセイには、子どもの権利に関する記述が多く、子どもという特異な存在に対する畏敬の念が感じられ、コルチャック先生の深い子ども観が実際に子どもの権利宣言をまとめる基礎になっている。^{注9)}

2つめが、日本と英国における子ども観の違いであり、これもホスピタル・プレイを定着させていくときの大きな課題である。ホスピタル・プレイを導入した日本の病院の医師と看護師

に、導入前後の違いを聞いたところ、「これまでは家族に病状や説明を行っていたが、親に説明をする前に子ども自身に必要な話をするようになった」という意見があった。^{注10)}これは、まさに子どもの目線で医療を作るホスピタル・プレイが導入された影響であると考えられる。しかし、まだまだ日本では子どもは家族の中に埋没しており、一人の人間として存在しているという認識が十分でないように感じる。子どもは大人の所有物ではなく、一人の人格を持った人間なのだ、という理解がない限り、子どもが治療に参加する必要性、子どもや家族を治療のパートナーとして認め含んでいくことの重要性は理解されにくいだろう。



写真のボードはレスター王立子ども病院のPICUに入院している極小未熟児のベッドの頭に貼られていたものである。お母さんが書いて貼ったものだが、訳すと次のように書かれている。

ナースの皆さん！こんにちは。

私にはフレアという双子の姉がいます。隣の集中治療室で入院しています。私たちのお母さんは2時から4時の間にいつも来ています。8時過ぎにも来ています。この時間帯に、私の世話が必要な時は、お母さんを探しに行き、私の世話ができるよって呼んでくれますか？お母さんはフレアのところに行っている時もあるし、「両親のための工作室」にいることもあるよ。お願いね！

写真5 双子の母が書いたボード

このボードを作成した母親は、入院している双子の一人フレアのところに行っている間に、何回か、看護師によっておむつが替えられていたり、授乳がすんでいたりという経験があったのだろう。母親が来ているときはそのような役割は自分がするから、呼びに来てほしいということを看護師に伝えるために、子どもの声を使ってメッセージを張り出したのである。日本ではPICUに長期に入院している子どもと母親の関係性が希薄になる問題が時々報じられているが、このボードは、誰が子どもの最終的な養育者なのかという問題に明確に答えている。拙者は、

このボードを読んだ時に、チャイルドフレンドリーな環境を作り、ファミリーセンタードケアを実現させていけば、このような養育者の強さと医療者に対する親としての働きかけが導けるのだと、感動するとともに実感した。

(2) 協働していくことへの無理解と抵抗

HPSの果たす役割について説明をすると、看護師の中には「すでにやっています」と、最近多くの小児看護師が関心を持っているプレパレーションの取り組みについて話をします。もちろん、プレパレーションは子ども中心主義のケアを実践するための一つの手法であるが、それはHPSの役割を最もよく表す技術でもなければ、HPSの理念を表現するものでもない。そのため、いくら看護師がプレパレーションを取り入れたとしても、HPSが小児医療チームの中に存在しチームの中で活躍したほうが支援に豊かさが生まれると考えている。では、HPSの固有性は何か、それは「遊び」を病院環境の中に取り入れ子どもの治療を支援し、子どもの視点に立って病院を改善していくことにある。実際のところ、プレパレーションの技術も「遊び」を取り入れない限り単なる説明に終わるし、プレパレーションはディストラクションと対になって初めて完全な支援となるのであるし、その後、遊びを通して子どもに自分の受けた処置や治療を振り返るチャンスを提供し、初めて医療に対する本人の深い信頼が生まれてくると考えるのである。

チームアプローチの重要性については、英国から招聘しているHPSも拙者も講義の中で繰り返し述べている。しかし、残念ながら日本の小児医療の現状は多職種によるチーム作りに関する理解が十分ではなく、医師と看護師の関係、看護師とコメディカル職の関係、コメディカルと医師の関係、その摩擦の中で多くのHPSが役割を位置づけられない状態にある。それは、やはり互いの専門性をどのように捉えるのか、そして役割が重なり合うところをどのように調整するのか、という問題とともに、上下の関係性と並列な関係性を3次元で捉えることの学習不足が存在すると考える。

おわりに

日本の病児を取り巻く療養環境と、英国の病児を取り巻く療養環境を比較した場合、大きな差があることは否めない。それは単にハード面の差だけではなく、質という視点からの差でもある。つまり子どもをどのようにとらえるのか、という視点が違うように感じている。病気だから仕方がない、ここは病院だから仕方がない、ではなく、乏しい資源の中でいかに子どものWelfareと健やかな成長に必要な不可欠な遊びを医療機関や施設という特異な環境の中に取り入れるのか、という共通の立脚点が必要なのである。HPSという新しい専門職は、小児医療に新しい気づきと支援方法を提供する気づきとなるだろう。その気づきをもとに、小児医療チームとして子どもの療養環境を抜本的に改善できる働きが生まれることを、すでにホスピタル・プレイ活動を導入した日本の病院が証明している。すべての子どもの問題に共通していることだが、子どもにかかわる問題を解決するためにはそれぞれの専門の立場のみで議論していても不可能である。今後も専門領域を超えた連携と融合を図れる研究

と実践を進めていきたい。



遊びは子どもの回復を助ける。

写真6 HPSが働く日本の病院のプレイルームで遊ぶ入院中の子ども

注1) 残念ながら「遊び」という言葉を使うと、その言葉の持つ意味が矮小される可能性がある。それが病児と遊びがつながっていかないと問題の原因でもある。

注2) プラット報告書自体を入手することもできるが、その影響などについては、CROWTHER TO WARNOCK How Fourteen Reports Tried to Change Children's Lives(1980)Rick Rogers, Heinemann Educational Booksの中に紹介されている。

注3) Children in Hospital(1996)Richard Lansdown, Oxford

注4) この報告書を元に、当時の英国 Department of Health and Social Serviceは、病院における遊びの効果を研究するための団体を公的に支援し、1976年には、いかに病児に遊びを提供するべきなのかを具体的に提案する報告書がまとめられている。

注5) Getting the right start: National Service Framework for Children 14ページにPlay and Recreationという項目が設けられ、遊びやレクリエーションは病院が提供しなければならないサービスとして明確に位置付けられた。以後、英国保健省はNational Service Framework for Children Young People and Maternity Servicesというテーマで、子どもの年齢別、子どもの障がい別、また子どもの疾病別にサービスのあり方について詳細に枠組みを発表している。

注6) 本学が行うHPS養成講座にも、「プレパレーションを学びたい」という理由で受講を希望する人たちがいるが、一連の講義を学び終わると、「プレパレーションを導入する前にすべきことがたくさんありました」と言って帰っていく。

注7) 「ホモ・ルーデンス 人類文化と遊戯」(1975)J・ホイジンガー、高橋英夫訳、中央公論社、

注8) 衛生管理、健康管理、危機管理など「管理」ということばを使って、しばしばHPSの活動を抑制しようとする医療従事者がいるが、デューイは、「子どもたちが、自分たちの自然な衝動を働かせるような活動を行う機会が与えられるならば、学校に行くことはさほど苦痛ではなく、管理の負担は軽減し、教育は容易になるのではないか。」と投げかけている。学校を病院に置き換え、教育を治療に置き換えることが可能な

ではないかと拙者は考えている。「民主主義と教育」(1975) ジョン・デューイ 松野安男訳、岩波文庫

注9) コルチャック先生の詩を2つ紹介する。

「将来のために」と称して大人は子どもに過重な義務を課しています。今、この時に、生きる人間としての様々な権利を保障せぬままに。

子どもは大人と違います。子どもには欠けているものがあります。しかし、子どもはまた、私たち大人が持っていない、はるかに多くのものを、

持っているのです。「コルチャック先生のいのちの言葉」(2001) ヤスシ

ユ・コルチャック 津崎哲雄訳、明石書店

注10) 第57回 日本小児保健学会ポスターセッション「静岡県立総合病院におけるホスピタル・プレイの導入について」