

# 小児病棟における造形遊びを用いた看護介入 —導入に向けての一考察—

真 壁 あさみ

Nursing Intervention through Creative Activities  
in the Pediatric Ward

Asami Makabe

## 1. はじめに

近年、テクノロジーの進歩と体の生理に関する発見により高度な診断処理や外科的処置が開発され適用されるようになり、ナースの仕事の内容が本来の自主的介入よりも医師の指示による介入や、処置前後の健康状態の観察に終始することが多くなってきた。学校のカリキュラムでも看護技術の指導にかなりの時間が割かれるが、ナースの自主的介入についてはほとんど触れられていないということが指摘されている（スナイダー 1994, p. 7）。また、いわゆる西洋医学が主流になってから環境が人の健康に影響を与えたり、また逆に人の健康状態が人の精神的あるいは霊的幸福に影響を及ぼすということが病院の医療の中では軽んじられてきた傾向がある。

しかし、アメリカでは最近、再認識が起こりつつあり、Alternative Therapy（鍼、灸、漢方、整体などの総称）が急速に用いられるようになり、1990年には1/3以上のアメリカ人がAlternative Therapyを用いていると報告されている（スナイダー 1998）。

スナイダーはナースが独自の判断に基づいて行う看護介入（Independent Nursing Interventions）を多方面から分析し看護診断に基づいた一連の看護介入の方法を提案、分類している。それによってナースが自主的に患者のためのケアを行うことができるようになるためである。ナースの自主的な看護介入というものは看護が始まって以来存在していたが、医療の近代化に伴い看護介入は独自性を失いつつあった。だが昨今、再びその重要性が認識されつつある。ここでは、病院における小児看護の中での看護介入に焦点を当て、一つの方法としての『造形を用いた看護介入』について考察してみたい。

## 2. 看護介入の位置づけ

スナイダーはより良い看護介入のためには看護診断が不可欠であるとしている（スナイダー 1994, P24）。看護介入という言葉は、看護診断（Nursing Diagnoses）を前提にしてのもので、看護手段、処置、方法、テクニック、治療の意味に解釈されている（小田 1997, p.v）。また、「援助」や「かかわり」と言う方がふさわしいのではないかという議論もあるが、ここではアセ

メント、診断、介入という一連の看護を前提とした上でのことを考えるため「看護介入」と表現する。看護診断のカテゴリーについては北米看護診断協会承認されているものがあるが日本ではまだ、公に看護診断として承認されているカテゴリーはない。看護業務においてはアセスメントのデータによって正しく看護診断されたとき、そこから多数の看護介入の方法が検討され、その中の一つ、又はいくつかが実施される。

ではナースはどのようにしてある看護介入を選ぶのだろうか。介入の決定に不慣れな学生やナースは規則と分析的なプロセスに頼り、経験を積むにつれ過去の経験と直感的なプロセスに頼るようになるという報告がある（スナイダー 1994, p.51）。分析的プロセスに関してもさまざまな検討がなされているが、これといった、決定的な良い方法は今のところ見いだされていない。看護診断からの介入の導入決定までには非常に多くの複雑に絡み合った因子を検討し、実行可能な中からより良いものを選ぶという、実に難しい手順があり、なかなか機械的には処理しきれないのでマニュアル化が難しい。臨床の間では多くの場合直感的に選択されていることが多いのではないだろうか。

このように看護診断からのより良い介入の選択については未解決のままであるが、その問題を保留にしながらもここではある特定の看護介入について検討してみたい。一つでも多くの介入についての知識はより良い介入を選択できるチャンスを増やすことにつながると考えるためである。

### 3. 看護介入の分類

ではいったい、看護介入にはどのようなものがあり、どのように分類されているのだろうか。スナイダーの挙げている看護介入のカテゴリーと項目を例にあげると以下のとおりである。

#### 身体活動的看護介入

段階的リラクゼーション、呼吸法・運動療法・ムーブメントセラピー・体位変換

#### 認知的看護介入

誘導法イメージリー・選択コントロール・日誌療法・追憶療法・ヨーガ・肯定療法・契約・瞑想・感覚情報療法

#### 感覚的看護介入

セラピューティックタッチ・音楽・温熱療法と寒冷療法・マッサージ・バイオフィードバック・意図的タッチ

#### 社会的看護介入

時間的調節とリズム・ストーリーテリング・存在・グループ療法・家族への支援・養護・積極的な傾聴・祈り・遊び・ユーモア

スナイダー自身これは領域を網羅するものではないし、まだまだ研究されていかなければならないと述べており、分類の仕方やその内容に関しては検討の余地があると思われる。しかしながらあいまいになっている看護介入の内容をある程度整理しておくことはナース自身が介入方法を選択するとき全体を視野に入れ、その中の何について援助しようとしているのかを認識するために非常に重要なことであると考えられる。そのためにこういった分類の存在は大いに役立つと考えられる。

#### 4. 入院中の子どもにとっての遊び

入院することによって子どもも大人もあらゆる意味で大きな変化を体験することとなる。特に子どもにとって入院がダメージとなりやすいのは入院による変化が子どもの成長の妨げになりやすいということが大きい(吉武 1976, p.109)。入院が子供に及ぼす影響として以下のような点があげられる。

体重増加不良、体重減少、運動機能の発達の遅れ、運動欲求不満検査・処置などの恐怖心、家族や医療スタッフへの不信感、知的発達の遅れ、生活習慣の喪失(吉武 1976, p.109-113)、分離不安、子どもらしさの喪失、ホスピタリズム(岡堂 1983, p.226-230)。そして吉武は特に肉体の遅れは早晚取り戻すことができるが、情緒的、精神的なものは遅れというよりはゆがみであり、元に戻すことが難しいことを指摘している(吉武 1976, p.111)。

入院していない健康な子どもは上記のようなダメージのない中でどのような遊びをしているのだろうか。Wellerは子どもが普段の環境の中でどんな遊びをしているかを簡単に年齢ごとに示している(Weller 1988, p.29-36)。乳児期の母親との接触に始まり、積み木を積んだり、探索したり、模倣をしたり、絵をかいたり、お話を聞いたり、感触を楽しんだり、なぞなぞを考えたり、扮装したり、駆け回ったり、ルールを楽しんだりと実にさまざまであり、これを見ても子どもがいかに広範囲にわたった遊びをするかということがうかがえる。

上にあげたように、スナイダーは『遊び』を社会的看護介入というカテゴリーの中で捕らえており、特に子どもに対しての枠組みは設けず、プレイセラピーに使用できる方法として芸術、読書療法、切り絵、ゲーム、園芸、自然散策、絵画、写真撮影、操り人形、詩、連続絵画、社会生活劇などをあげている(スナイダー 1994, p.473)。

それでは、入院中の子どもにとって、こういった活動は看護介入として必要なものであろうか、それとも子どもにとって遊びは自然なものであり、看護として介入するには及ばないものなのであろうか。子どもにとっての遊びの重要度とはいったいどの程度のものであろうか。

子どもにとっての遊びの意義についてはさまざまな研究がある。

ウィニコットは彼の遊びの理論の中で子どもは遊ぶことにより、外的現実から対象や現象を集め、それらを内的、個人的現実由来する、あるイメージのために使用する。子どもは、特定の内的な世界からでた、夢優位のイメージと共に自分で選んだ外的現実の断片で作られた舞台に生きている(Winnicott 1992, p.63)としている。また、ピアジェは遊びにはカタルシス作用があり、子ども独自の経験や抑制した気持ちを表現する言葉をもたらすので健全な情緒発達の基盤であるとしている(Piaget 1962, p.132)。子どもは遊ぶことによって外的現実を受け入れ、内的現実と統合しながら自分のおかれている状況に適応してゆけるのだと考えられる。こういった遊びの意義を考えると、入院という適応の難しい状況に置かれたとき、より一層遊びが重要視されるべきではないだろうか。しかしながらJollyは病気が重くて遊べない子どもが他の子どもが遊んでいるのを見ることを欲している(Jolly 1989, p.71)と指摘しているし、Bolingは慣れない環境や、普段と違う日課、そしてさまざまな処置がある中で入院中の子どもは自分から遊ぶことができないことが多い(Boling 1984, p.323)と述べているように、入院という状況下において、遊ぶことが妨げられる場合がとても多い。

このようなことを考えたとき子どもの遊びを自然発生的に待つのではなく、一連のアセスメント、看護診断、看護介入といった流れに沿って考え、看護介入として遊びを導入した方が、包括的な看護ができると考えられる。しかしながら遊ぶことを欲していながら遊ぶことができない、

またはより良く遊ぶことができないということを看護診断として確立するためには、まだ、多くのことが検討されなければならない。スナイダーが述べているように看護診断は問題指向性があるので、一連の看護の中では問題がないと診断がなく介入がないという問題点がある（スナイダー 1994, p.20）。不安の強い子どもは遊べない（ウィニコット 1997, p.73）ということからも遊べていないということが、診断カテゴリーに必要であると思われるし、予防や健康増進という、問題試行的でない診断も必要となってくるであろう。

入院している子どもへの遊びの導入を考えたとき、その子どもたちには、ある一定の制限が設けられていることが多いということを考慮しなければならない。Jollyは身体障害のある子ども、活発な子ども、床上安静の子ども、隔離されている子ども、重症および末期にある子どもが病院の中で遊ぶ際に特別な問題を持つことを指摘している（Jolly 1989）。彼女があげている床上安静の子どもに加えて病状に応じて守らなければならない段階ごとの安静度についても考慮すべきであろう。こういった種々の状況下でもできるような、さまざまな遊びが考えられるが、入院施設のおかれている環境、（散歩や軽い屋外の運動ができる場所の有無）病棟の設備（プレイルームの有無やその広さ）、人的環境（病棟保母やプレイセラピストの有無）などの条件によって変わってくる。スナイダーが挙げているようなさまざまな種類の遊びの看護介入、またはWellerが挙げているような子どもの遊び全般が取り入れられる条件がそろっていれば理想的であるが、実際にはなかなか難しい。しかしその中のいくつかはどの小児病棟でも導入可能であって、自由な遊びが妨げられている子どもに対しての看護介入として準備されていて欲しい。

どの小児病棟でも導入可能な遊びの一つとして、ここで造形活動を看護介入として提案したい。

## 5. 看護介入としての造形遊び

造形というのはここではスナイダーが看護介入として挙げている芸術、切り絵、絵画、連続絵画などを含むものであり、その他ありとあらゆる材料で、ある対象物を作り上げる活動である。臨床心理の分野では芸術療法という名称が一般的である。

造形活動を看護介入として導入するという事を考える前にその効果を明らかにするためにも臨床心理の分野にある遊戯療法と芸術療法についてアプローチしてみたい。

### 5. 1. 遊戯療法、芸術療法から造形遊びへ

療法と名前がつくと特にある問題に対する対処法と考えがちであるが、このどちらもその基本は遊ぶことであり、創ることである。それらのよい点を利用した方法に「療法」と名前がつけられている。看護としての導入を考える際にもこの治療的効果は役立つと思われる。

遊戯療法の意義としては以下のようなことが述べられている。1. 子どもの遊びは成長・発達を助け、促進する機能を持っている。さまざまな原因によって阻止される、愛情、保護、承認、成就、安定、攻撃、独立などへの欲求が遊びによって解消される。2. 子どもの遊びは治療的関係の形成を促進する。子どもは遊具や遊びを媒介として治療者との間に自然なコミュニケーションを成立させることができる（高野 1993, p.1-6, 深谷 1976, p.14）。この場合の治療者とは、遊戯療法を行っているセラピストである。深谷はこの他に遊戯療法の効果について種々の学習を成立させる、という行動療法と同じ効果を挙げているが、治療者の意図を全面に打ち出すこの方法は筆者は遊びとは別のものとするためここでは除外して考えたい。遊戯療法の治療機制として高野はカタルシス、洞察、転移をあげている（高野 1993, p.16-32）。

一方、芸術療法の意義としては、1. 正誤がなく、決まった手技や表現方法がないことと、2.

情動的内容と思考プロセスの統合により人格の再統合をはかり、自己の内的成熟をうながす（真壁 1998, p.142）ことが挙げられている。芸術療法の中の「芸術」の意義については芸術療法に携わる人達の中でも統一した見解がないのが現状であるが、筆者は「個人的な美」の追及という意味において芸術療法における「芸術」には意味があると考えている。

以下は芸術療法の治療機制である。

A. カタルシス（内的葛藤と、抑圧からの解放）

特に子どもでは自分の欲求を閉じ込めざるを得ない場合が多く、閉じ込められた怒りを芸術療法の中で表現することができる。

B. 洞 察

造形は制作者の自由な発想や抑圧された葛藤に導くための糸口となる。また自由な連想それ自体が絵となってあらわされることもある。またその場合それらを自分で認識してゆく過程に強い感情が伴う。

C. シンボル化

夢のようにみる人の意識下にのぼるべき事柄が形をかえて本人に解らないようなかたちで表される。この場合に、解釈が必要となる。

D. 昇 華

個人的な衝動、欲求が社会的に認められる形に置き換えられる。

E. 補 償

美的なものを制作するということは侮辱されたナルシズムの傷を癒す助けになる。それは鑑賞者が認めると認めざるに関わらずナルシズムを補償する。特に病気によって身体的な変化を体験した場合には、それを補償する助けになると考えられる。

F. 人間関係の構築

造形療法においてはそれまで寡黙だったクライアントが芸術療法においてはじめて自分の問題について話し始めたという多くのケースが報告されている。特に言語的な表現が十分にできない小児の場合には特に有用なメリットであると言える。

中井は芸術療法における治療者が関与しながら観察することの難しさを述べ、このような治療場面の「切迫性」は、芸術療法に用いられる媒介によって和らげられ、会話はより余裕のあるものとなるとしている。これは第三の対象の導入により、どちらかの強弱、当否が問題となりやすい二人関係の危険が和らげられるためではないかと分析している。またその他に、クライアントが芸術療法によって何かを示し、それがクライアントの語るのを助けるようだと示唆している（中井 1976, p.55-57）。これはナースと患児の関係にあっても同様であろう（以上メリットに関して詳しくは真壁 1998参照）。

上記の遊戯療法における機制の中にはシンボル化、補償、昇華があげられていないが、遊戯療法のさまざまなケースの中に明らかに見られることである（アクスライン 1974, 東山 1993）。また、転移は芸術療法の中の人間関係の構築の中に含まれる要素である。

以上見てきたように両者にさまざまな効果を期待できるが、思考プロセスの関与という点においては芸術療法と遊戯療法ではその度合が変わってくるように思われる。看護介入へのこの活動の導入を考えると、特に心理療法を要する子どもに関しては別であるが、予防、健康増進ということを目的とした場合には必ずしも思考プロセス関与ということを強く念頭に置く必要はないのではないかと考える。

以上のことを踏まえ看護介入としてのこの活動を、ここでは「造形遊び」と呼ぶことにする。

## 5. 2. 適 応

「造形遊び」の導入にあたってはやはり適応の範囲がある。

年齢：Wellerが子どもの一般的な遊びで示しているように、絵画としては一般的には2、3歳のころからが望ましい。それ以前は腕肘、手首、指の協調運動が難しいため思ったような軌跡を紙の上に残すことが難しいし、紙の上の点や線を何かに見立てるといった知的作業もまだ行われないためである。その他の造形遊びもそれ以上の年齢であれば可能である。

活動制限のある場合：造形遊びは比較的活動の制限がある場合でも導入しやすいが、それでもそれもできないような場合もある。両手が使えないような場合がそれである。その他の場合はおむね工夫次第で導入が可能であろう。

精神疾患や大きな心理的な問題の有無：子どもが精神疾患を有する場合は、さまざまな刺激が病状を悪化させることもある。また、特に大きな心理的な問題を抱えている場合は、ナースとの人間関係においてナースが自らのその子どもに対する感情を意識化できないと、かえって子どもの成長や治癒を遷延させることにもつながる（高野 1993, p.25-32）。そういった場合にはセラピストと連携することが必要になってくる。

子どもの好み：多くの場合子どもは絵を描いたり、工作をしたりすることには躊躇はなく、むしろ前にも述べたように自然な生活の営みの一部であると考えられるが、過去の体験から絵画や、工作が嫌いということもある。たとえば学校の成績、人の評価、服を汚して怒られたなどの体験がそれである。しかし造形遊びの範囲は非常に広く、そういった過去の体験を思い出させない様な導入も可能であろうと考える。野菜スタンプやコラージュ、プロットペインティング、フィンガーペインティングなどは上手下手の評価が気にならず、子どもが初めての場合でも導入しやすい。しかしながらこれはあくまでも遊びであるので、その子どもが気乗りがしない、やりたくないなどのときは導入できない。

## 5. 3. 導入の方法

Wellerは入院している子どもができるいろいろな遊びを提案している。そのなかで筆者が造形遊びとして分類するものには以下のようなものがある。絵をかくこと、プロットペインティング、いも版画、各種人形づくり、お面作り、モビール工作、スタビル工作、ベッドに吊す玩具作り、プレイクッション、粘土遊び、コラージュ、その他、廃物を利用した工作である（Weller 1998, p.51-71）。このように材料が何であれ子どもが何かを作り上げることが、造形遊びである。

では、一体どのようなときにどのような造形遊びが可能であろうか。図1に造形遊びの難易度を素材と共にモデル化してみた。このようなモデル化の試みは今まで行われていないようなので、これは筆者の試案である。横軸には描画と工作に分けた手技の難易度を教材としての幼児や小学生の造形活動を参考に発達に沿った順に並べてみた。縦軸には素材の硬度を基準に並べた。硬度が強くなればなるほどそれに変化を与えるには力や技術がいる。またクレヨンやフェルトペンなどを使って描く絵のように素材と道具が一体になっているものを使う場合に関しては欄外に示した。点や線で結んだものは、それぞれ造形遊びの種類を表している。たとえば、いも版画では野菜を彫る作業と絵の具をつけてスタンプする作業があり、難易度も簡単な方から難しい方へとスペクトルは長い。版画を作る作業を他の人がすることになれば比較的簡単な手技でできるということになる。手技によっては一概にこの図にあてはめることは無理なものもあるが、一つの目安として参考にはできないかと考える。特に安静度の高い子どもの場合には同じ内容であっても、画板をつるす、固定するなどの工夫が必要となる。

	描画					工作														
	手で描く	クレヨンで描く	筆で描く	フェルトペンで描く	物のスタンプ	触る	並べる	握る	こねる丸める	セロテープではる	のりで貼る	たたむ(折る)	はさみで切る	ガムテープではる	カッターで切る	キリで穴を開ける	ペンチで切る	彫刻刀で彫る	のこぎりで切る	
水	●	●		●	●															
えのぐ(インク)				●	●															
ゲル	●																			
粘土																				
折り紙																				
画用紙																				
野菜																				
針金																				
ダンボール																				
木片																				●
金属板																				
石																				

図1. 造形遊びの素材と難易度 (試案)

年齢や器用さの他にどのような状態の子どものどんな造形遊びが適しているだろうか。これについてはほとんど研究されていないが、遊戯療法の領域からの示唆として、フィンガーペインティングと粘土遊びについては以下のことが述べられている。

1) フィンガーペインティング (高野 1993, p.85,167) :

- ・指や手の運動、使用する色彩に自己の感情を転移しやすく感情を解放することができる。
- ・柔らかいものに直に触れるということは子どもの空想を刺激する。
- ・抑圧的な子どもの自発性を喚起する。しかし活動過剰な子どもに対しては適切でない。

2) 粘土遊び (高野 1993, p.86,176) :

- ・自由な厚生と創造の喜びを与え、子どもの自身と自発性を高める。
- ・子どもに罪障感を与えることなしに、攻撃的表現 (粘土をたたき、ちぎり、丸めるなど) を行わせることができる。
- ・精神分析的立場からは、粘土は身体や世紀についての隠された好奇心を刺激するとされる。粘土を用いて子どもは、自己概念、両親やきょうだいについての概念、精査についての疑問を視覚的に表現する。

これらの遊びごとの効果と特徴はこれからまだまだ研究されなければならない分野であり、現段階では導入の際に考慮するとどめねばならない。

5. 4. 導入に際しての注意点

造形遊びは遊びではあるが、病棟で行われる場合、看護介入としてであって、自然発生的な遊びと全く同様とは言えない。また、その効果をより良く引き出すためにも、遊びを導入する際のナースの態度はたいへん重要なものとなってくる。以下は芸術療法における治療者の役割につい

ての筆者の考察（真壁 1998, p.147）であるが、看護介入におけるナースの役割については「芸術」を「遊び」「クライアント」を「子ども」と置き換えれば以下のように言い表すことができる。

A. 「何でもあり」というあそびのオープン性を提示する。

B. 子どもが表現したいように表現する援助をする。

（準備されている材料に関する知識が求められる）

C. でき上がった作品を「作品」として取り扱い、まず、解釈するのではなく、子どもと一緒に鑑賞すること。

その他、重要なことは高江洲が述べている芸術療法におけるセラピストの基本となる姿勢（高江洲 1985, p.202）から導き出せるように、子どもの「歩み」に歩調を合わせ、子どもの“状態”に同調するナースの「心づかい」であろう。

ただ、子どもが遊んでいけばいいのではなく、そこに寄り添うナースが自分自身を媒介として役立ててゆくことが大切になってくる。共感的態度、受容的態度が望まれる。

## 5. 5. 周辺の報告

造形遊びを用いた看護介入の報告は多くない。Schusterは心臓カテーテルを挿入しなくてはならない不安の強い12歳の女の子を芸術療法士が手術室へ案内しスタッフと知り合いになり、どのような手順で手術が行われるのかを説明し、実際その子どもがどのように手術室へ運ばれ、どのようにカテーテルが挿入され、術後は両親が迎えに来てまた家に帰るという一連のこれから起こることを予想した絵を描くことによって不安が軽減された事例を報告している（Schuster 1994, p.144-146）。しかし、これは教育的な意図が優先されているため、自己治癒的な効果をねらった造形遊びとは区別したい。前項であげた、遊戯療法の第三番目の意義と同様である。

キューブラー・ロスは6歳の白血病の女の子の絵を紹介している。彼女の心身の状態の変化に応じて絵が変わってゆくことを指摘し、彼女自身が気がついていることを周りの人に伝えているように見えると述べている（キューブラー・ロス 1982, p.137）が、実際に絵をかくことによってどのような変化、あるいは効果があったのかは報告されていない。

その他、小児病棟における造形を用いた看護介入の症例報告は今のところあまりなされていない。

## 6. これからの研究課題

- 1) 小児看護における看護診断が成人のそれと区別され子ども特有のニーズを加味したものを確立することが求められる。
- 2) その上で一連の看護のなかで遊びがどのように位置づけられるのかを明確にする必要がある。



## 文 献

- アクスライン, V,M (1974). 遊戯療法. 岩崎学術出版社
- Boling, R. (1984). Play in hospital settings. In T.D. Yawkey & A.D Pellegrini(eds.) Child's Play. Developmental and Applied. New Jersey. Laurence Erlbaum, Hillsdale.
- 東山紘久 (1993). 遊戯療法の世界. 子どもの内的世界を読む. 創元社.
- Jolly, June (1989). 病める子どもの入院生活と看護. 医学書院.
- Kolameier,L.G. (1988). Play and laughter : Moving toward harmony. in B. Dossey, L. Keegan,C. Guzzetta, & L. Kolkmeier eds, Holistic nursing — a handbook for practice. Rockville, MD. Aspen.
- キューブラー・ロス (1982). 死ぬ瞬間の子供たち. 読売新聞社.
- 真壁あさみ (1998). 芸術療法に置ける制作の意味とその適応. 不登校の小学生を対象にしたの考察 : 新潟青陵女子短期大学研究報告第28号.
- 中井久夫 (1976). “芸術療法”の有益性と要注意点 : Japanese Bulletin of Art Therapy, Vol. 7.
- 小田正枝／青山和子 (1997). 安全・安楽・自立に焦点をあてた看護介入技術 I. 廣川書店.
- 岡堂哲雄 (1983). 小児ケアのための発達臨床心理. へるす出版.
- Piaget, Jean (1962). Play, dreams and imitation in childhood. Norton.
- Richter, H.-G. (1977). Therapeutischer Kunstunterricht. Schwann.
- スナイダー, マライア (1994). テキスト看護介入. ナースの自主的診断による患者へのアプローチ. メディカ出版.
- スナイダー, マライア (1998). 看護介入. 看護の本質. 講演. 於 新潟大学医療短期大学部.
- Schuster, Martin (1994). Kinder Zeichnungen. Springer.
- 高江洲義英 (1985). 芸術療法の適応ということ. 大森健一／高江洲義英／徳田良仁編 : 芸術療法講座 3. 星和書店
- ウィニコット, D.W. (1997). 遊ぶことと現実. 岩崎学術出版社
- Weller, Barbara F. (1998). 病める子どもの遊びと看護. 医学書院
- Winnicott, D.W. (1992). Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart. Klett-Cotta.
- 吉武香代子／常葉恵子／田島香代子 (1976). 小児看護総論. 小児看護シリーズ 1. 日本看護協会出版会.