

が理解できるように、心配なことや質問に応じ、病院がもっと快適に感じるようにサポートする。

●チャイルドライフにおけるボランティアは、プログラムの中でとても重要である。週に3~4時間、子どもたちや家族に対してのサポートを行っている。ボランティアの人たちには、グループや個人的なプレイセラピーの場で、チャイルドライフ・スペシャリストと一緒にサポートする。子どもと遊んだり、幼児に食事をさせたり、10代の子たちと造形作業をしたり、非常に価値のある経験となろう。

●チャイルドライフ・サービスでは、学生にインターンシップの機会を提供している。個人的なプログラムは、学生の関心と要求により決められる。

#### ■UCLAチャイルドライフ・サービスのあゆみ

UCLAのこの部門は、今から25年前に、発達にかかわるスペシャリストとボランティアの数人のスタッフからスタートし、看護部の指導の下で行われていた。グループや個人で行うプレイセラピーは、子どもたちが病院にいる間、できるかぎり普通の生活をするのが患者の気持ちを引き立てるということを重要視し、計画された。当時はチャイルドライフとは呼ばず、チャイルドプレイ・アクティビティと呼んでいたが、1982年チャイルドライフ委員会が発足し、1985年からチャイルドライフと呼ぶようになった。

チャイルドライフのプログラムはかなりの勢いで増えていき、今ではUCLA子ども病院内で、独自の部門を持つに至り、これら多くのプログラムは、子どものためのチャイルドライフ・サービスの指導版として全米に広まるようになった。現在、120床に対して、11人のスペシャリストと150人をこえるボランティアがあり、このUCLAチャイルドライフ・サービス部は、アメリカでのこの規模の病院の中では最大のものである。プログラムはプレイセラピーと教育プログラムがあり発達段階に応じて用意される。

UCLAのチャイルドライフを担当するスペシャリストの資格は、子どもの専門科の学士か修士課程を終了し、なおかつ何年か子どもと一緒に働いた経験がある人となっており、プログラムは、外来患者と入院患者に対してきわめて重要な役割を担っている。最近の新しいプログラムの展開として、スターブライートのコンピューター・ネットワークや、PAC

(People Animal Connection - 病棟への犬の訪問) 加入、外来小児透析病棟での活動があり、従来の継続的なプログラムとしては、プレイセラピールーム、スターライトルーム、ティーンラウンジで行われるものや、祭日や誕生日のパーティー、特別企画の催しもの、治療に対するプリレーションなどがある。

#### ■入院病棟におけるチャイルドライフサービス

UCLA子ども病院は入院病棟と外来棟の2棟からなり、入院病棟はおもちゃ会社のマテル社が多額の寄付をしたため、別名マテル子ども病院とも呼ばれている。アメリカの病院の特徴として、設備などの充実面は民間からの寄付によるところが大きく、当病院におけるチャイルドライフの充実した内容は、外部からの多額の寄付によって成り立っている。

チャイルドライフに関する部屋は、プレイセラピールーム、スターライトルーム、ティーンラウンジ、スクールルームである。

#### ●プレイセラピールーム

低学年児童や幼児を対象とした部屋で、チャイルドライフスペシャリストにより、遊びや美術によるセッションが行われる。自然光がたっぷり入り明るい部屋は、人形などを使って治療の様子を教えるプリレーションのコーナー、遊びのコーナー、美術のコーナーの3つに分かれており、木の床、白木の家具に赤と青の椅子、壁には子どもたちの描いた絵や作った作品が飾られている。オープンタイムは、9:30~11:30、2:00~4:00、6:00~7:45 である。

#### ●スターライトルーム

10才以上の子どもを対象とした部屋で、病気をもった子どもたちのための基金であるスターライト基金から寄贈された。映画「スタートレック」や「スターウォーズ」のようなテーマでできており、あたかも宇宙を遊泳している宇宙船内にいるかのように夢のある空間となっている。コンピューターは、宇宙船を操作する機械のようにデザインされ、中央の大きなスクリーンでは、テレビ、ビデオ、ゲームなどが楽しめる。ここではスターブライイトシステムが導入され、コンピューターの前のカメラを使って、全米の病院にいる子ども同士との通信ができるようになっている。これらは、お隣元のハリウッド映画監督であるスティーブン・スピルバーグ

氏が考案し、協力してくれたそうである。オープンタイムは、同上。

#### ●ティーンラウンジ

12,3才以上の思春期の子どもを対象とした部屋。芸術的な作品を創ったり、プライベートな会話で、カウンセリングなどが行われる。室内は、年頃の子どもの好みであったやや大人びたインテリア。壁一面に、子どもたちが創った美術作品が飾られている。オープンタイムは、同上。

#### ●スクールルーム

10日以上入院の子どもを対象に、教師が教育委員会から派遣されてきて教育を行う場である。子ども自身は地域の学校に在籍している。

#### ■外来病棟におけるチャイルドライフサービス

外来病棟の待合室は、ディズニー社から特別寄贈されたミッキーマウスなど、子どもたちが大好きなディズニーキャラクターの壁画がたくさん飾られている。プレイルームは、待合室の一角と外のプレイヤードにあり、ここでは、一緒に来る兄弟たちにも、病気を持った兄弟についての教育がなされる。外のプレイルームではプリペレーション用の人形、おもちゃ、美術の道具などが用意されている。

#### ■新UCLA子ども病院

UCLA子ども病院は、2004年完成をめざして現在建設中であるメディカルセンター内に、新しくオープンする予定となっている。病院設計のコンセプトは「明日の子どもたちを健康にする」で、自然光がたっぷり入る設計となっており、太陽の光を癒しに使い、各病室は明るく、廊下の先には必ず大きな窓を設け、トップライトも各所に取り入れるようにデザインされている。新病院は50年先をも想定しており、一般の病床をICUにも対応できるようにしたり、すべてコンピューター化された記録によって他病院との情報交換ができるように、最新のシステムが導入される。患者の部屋は「家庭」をイメージし、患者に対してフレンドリーな環境を提供したいとし、また、分かりやすい経路や、緑、自然光といったことがとても大切であるということに基づき計画されている。各局のテレビニュースで取り上げられるほど、大きな期待がかけられている新病院の完成を楽しみに、再び訪れてみたいものである。

#### 3) マクブライドスクールにおける個別教育計画

#### IEPとMOVEプログラム

#### ■学校の概要

LA学区には、60万人の子どもがいて、その1割、6万人が特殊教育対象児である。更に、その6万人のうちの1割、つまり、全体の1%がスペシャルスクールに在籍している。障害児の人数は、学習障害児を中心に増えているが、スペシャルスクール在籍者は減少している。日本では、学齢児童生徒の1%弱のみが特殊学級や盲・聾・養護学校に在籍し、特殊教育を受けている。LA学区では、9%の児童生徒は普通学校で特殊教育を受けていることが日本と大きく異なる点である。

また、障害をもつ子どもが入院すれば、病院では特殊教育プログラムが提供され、障害をもたない子どもが入院すれば、病院では普通教育プログラムが提供される。日本では、障害の有無に関わらず、長期入院児のみが、特殊学級または養護学校に転校して、特殊教育を受ける状況とは全く異なる。

創立34年目のマクブライドスクールは、ロサンゼルスの中に、18ある特殊教育センターの1つであり、西LAに1校のみのモデル校である。当初は、知的障害を持たない肢体不自由の子どもを対象にして始まったが、いまでは肢体不自由のみの子どもはいない。それらの子どもは、アクセシブルで、専門の教師もいる通常学校に在籍している。

現在は、3~22歳の多様な重度重複障害児250人が在籍し、4分の3が自宅に居住する。全体で30クラスからなり、うち20クラスが知的障害のみ、あるいは自閉症の子どもクラスである。各教室には最低一人か二人の教師と、二人か三人のアシスタントがいる。理想的には、誰がメインで誰がアシスタントかわからない状態のほうがうまくいく。幼稚園のレベルは8時から11時半。小・中学生は2時まで。高校生は3時まで学校で学んでいる。通常のプログラムのほかに、絵画など芸術分野の教育プログラムも最近とりくまれ、ダンスセラピーなどが行われている。とくに言語でのコミュニケーションが難しい子どもが、ダンスでコミュニケーションを取るなどの効果がある。たとえば、見学したクラスでは、手話を導入した授業が行われ、健聴の知的障害児が集中して授業に参加しており注目された。

二人の正看護婦が勤務し、一人の小児科医が州に一度巡回してくる。二人の心理学者、理学療法士

PT、作業療法士OTについては、2～3人を学校が雇用し、その他は、PTAが寄付を募って雇用している。医療ユニットがあり、医者の計画に基づいてOTやPTが在籍児のみならず、学校区の子どもを対象としてサービスする。

この学校では、できるだけ早くここを卒業して普通学級に行くことを目標としている。しかし、普通学級に行ってもいじめられたりして、またここに帰ってきてしまう子どももいる。

Q.幼稚園は義務制なのか

A.両親がいやだといえれば行かなくてもいい。視覚障害や聴覚障害のような早い段階でわかる場合は、両親が望めば早期からサービスが提供される。

Q.日本では入院しているような病気の子どもは、特殊教育の対象になるが、アメリカでは普通教育の枠内でやっているように思う。事情を知っていたらその辺について教えて欲しい。

A.医療がどうしても必要な子どものためのクラスはある。重い知的障害のある子どもも特殊教育学校の対象になる。さらに重度で登校が困難な場合は、医師の判断により訪問教育の対象になる。病院に教師を派遣することもある。しかし、基本的に地域での暮らしに統合するという大きな流れがある。

Q.病弱身体虚弱の特殊学級もないのか

A.うまく適応できないことがあるので、部屋としてはある。抗がん剤を打ちながら学校に通ったりしている。病気だからといって特殊教育だということは今ではないが、感染を予防しなければならぬとか、学校で、はしかが流行っているとか、そういう特別な事情があるときは離れたほうがその子のためであると判断して、特別な学級を編成することはある。この学校のような特別な例を除けば、普通の学校には看護婦や養護教師はいなくて、看護婦が訪問する。訪問頻度等の基準はない。学校ごとに契約している。

#### ■個別教育計画IEP

米国では、1975年全障害児教育法によって、個々の障害をもつ児童生徒に対して、個別教育計画作成が学校に義務付けられ、1990年同法修正で、6歳以上の児童生徒に対して個別移行計画の作成が義務付けられた。学校は、納税者である社会に対して説明の義務アカウンタビリティをもつとされる。

障害をもつ児童生徒の個別教育計画IEPは、両親

の許可を得て実施し、医師、看護婦、心理学者、教師などがチームを構成し、個々の子どもの目標をチーム全体で考え、最終決定は両親が行う。家族の権利・親の権利として、IEPを拒否する権利もある。学校区が両親から子どもを検査してもらいたいという承諾を得ない限り、IEPの判断はできない。どのようなタイプのテストを誰がするのかを明記する。医療的なことは学校医や主治医がアセスメントする。子どもそれぞれに個別のニーズがあるので、それについて教師が記入する。アセスメント後、50日以内に、第一回のIEPミーティングを行う。

まず、住所や名前から始まり、現在の機能レベルについてのアセスメント結果を書いてゆく。1番の健康面の項目は、医者や看護婦が書き、2番の認知的な面の項目は心理学者がかかわる。3番目の項目は教師がみる。4番目は教師や心理学者が情緒状態を見る。言語療法士STがかかわることもあるが、通常学級で言語を教えることが多い。体育も同様である。つぎは、特殊学校に入れるかどうかの条件で、州によって違う。他にもいろいろな条件があり、チームとして、その子どもにどのような特別な教育が必要かを決める。幼児については発育遅滞といって、もう少し広く捉えている。IEPのミーティングで、さまざまな立場から措置先を決めるが、これには、だいたい4時間くらいかかる。両親も参加する。目標はチーム全体で考えるが、最終的な決定は両親の意向による。

IEPの結果、特殊教育を受ける子どもは、たとえ、その後、普通教育を受けることになっても、IEPのファイルは保持され、ミーティングも続けられる。インテグレーション先では、特殊教育のバックグラウンドを持つ教師が対応する。

個別移行計画ITPは、8年後を見越して、IEPと平行して作られる。重度の子どもにとってはリハビリテーションや自立生活というのは高すぎる目標になるので、家庭で介助を受けながら生活することが、ITPの目標になる。長期目標については家庭生活・就労・余暇などの観点で書かれる。長期目標は、たとえば就労の希望などは本人の意向を反映する。医療的な問題には訪問の教師もかかわる。最後に全員のサインによって同意とする。

Q.友だちがIEPに参加することがあるか

A.両親の希望があれば誰が参加してもよい。

Q.インテグレーション先の教師の参加はあるか

A.子どもをみていない先生は参加しない。

Q.この学校が西LAのリソースセンターとしての役割を果たしているのか

A.依頼されれば協力する

Q.インクルージョンの教師はどこが派遣するのか。

A.他の教師と同様、アドバイザーとして、学校から派遣することもある。

■MOVE: MOBILITY OPPORTUNITY VIA EDUCATION 教育を通しての移動の機会プログラム

マクブライドスクールの特徴の1つは、MOVEという国際的な教育プログラムの拠点となっていることである。MOVEの発案者で、マクブライドスクールの支援者でもあるリンダ・デバベ先生がMOVEプログラムについて講演して下さった。

リンダさんが、12年前に開発したMOVEは、非常に重度の障害をもつ子どもを対象と、目的としては、彼らの運動機能、健康、教育の向上という3点がある。日本語のビデオ、ニュースレターやカリキュラムは、MOVEを日本でやっている人が作った。MOVEを始める際のアセスメントツールもある。これから話すのは本当に重い障害をもった子どもについてで、子どもたちには重い知的障害や運動障害、中には進行性の疾患を持つ子どももいる。子どもたちは筋肉が拘縮してしまったり、背骨が湾曲したり、股関節が脱臼したり、または、筋ジストロフィーという進行性の疾患をもっている。言葉がなく、コミュニケーションの難しい子どももいるが、そのような場合はコミュニケーションボードやコンピュータを用いる。自分自身、かつては重度の子どもをみると、非常にフラストレーションがたまっていた。その当時、自分は特殊教育をやっていて、いろいろな健康障害の子どもとかわっていた。その中で、いろいろな経験をつんで、その都度少しずつ進歩してこられたと思う。ちょっとした良いことでもあると、それだけで希望をもつことができる。しかし、子どもたちが大きくなるにしたがって、教師が身体を支えたり抱えたりといったことは難しくなる。大きくなるにしたがって、身体の弱い側で萎縮が始まってますます姿勢が悪くなる。どんどん手術を繰り返さなくてはならなくなり、生活していくことが大変になる。そこで、リンダさんしてきたのは、機能をできるだけ失わないように成長してゆけるようにすることだった。これからお話しするのは、

12年前の彼女にとってはとてもつらかったことだが、今となっては大きな希望になっている。

まず六つの段階がある。一つ目は、今できることは何かをテストすることである。次に、子どもにとって何が問題かを確かめること。今一番必要なこと、今はできないんだけど、できるようになりたいものは何かという質問の答えは、人それぞれ違っているだろう。本人に向かって必要なことを見つけて自分でやりなさいといったら、それは非常に大変なことである。MOVEでは、本人に対して何が必要であるのかを尋ね、本人に無理なときは、家族に尋ねて目標を設定する。子どもによっては、他の子どもと一緒に遊ぶことだったり、野球をすることだったりする。それを私たちは目標として記録する。三番目のステップとしては最初のテストに戻って、一体何を良くすればいいのかを考える。

たとえば、ある子どもは、お母さんといっしょに買い物に行くのが大好きである。皆さんにとっては母親と買い物に行くことはそんなに重要ではないかもしれないが、子どもにとっては大事なことである。第4番目のステップとしては、どうしてそれが困難なのかを見る。あるお母さんが言うには、買い物に行くと、子どもがカートの上でじっとしてられない。そこで三番目に戻るが、重要なこととしては、その子がじっ座ってられるようにする。他の子にとっては、外でアイスクリームを食べるのが目標になるが、そのケースでは子どもが重くて移動が難しいことがあげられる。したがって、どうやって体重を支えて立つかが、補助の負担を減らすかが重要になる。その際どのくらいのサポートができるかをチャートのような形で評価するのが4番目のステップである。

基本的にはサポートさえあればできないことはないと思うが、どのくらいそれが必要なのか、自分たちにはどこまでできるのか、足りないときはどうするかを評価するのが重要になる。5番目のステップはわれわれの助けを減らしてゆくことである。6番目のステップは子どもに親や教師などかわる人に対する援助である。MOVEは、知的あるいは身体的に重度の障害児を助けると同時に、子どもたちをケアする人々を援助するプログラムでもある。このプログラムは、身体的な障害のみをもつ子どもに対しても効果的である。今、別のプログラムを書いて

おり、それは精神的な障害をもつ大人、あるいは事故などの後遺症をもつ大人を対象としている。

Q.たとえば、何キロ以上の子どもはリフトを使うといった、なにかの基準はあるのか

A.基本的にリフトは使わない。リフトを使えば何も学ばないから。少しでも足の筋肉を発達させ、立って歩けるようにする。

Q.MOVEはいつはじまったのか

A. MOVEができる前は、車いすや安楽いすの上で活動（食事、おむつ交換）して、子どもにとっても「まあまあ」幸せだった。しかし、専門の教師は燃え尽きてしまう現状を何とかしようとはじまったのがMOVEである。

#### D. 考察

病院における子ども支援プログラムの米国における到達点について、以下のことを明確化できた。

チャイルドライフプログラムは、入院という子どもにとっての重大な環境移行を円滑に促すこと、また、病気の子どもの回復を促進することを目的に遊びを治療に取り入れたプログラムである。視察調査では、病棟や外来部に分散された各種プレイルームを拠点に、チャイルドライフスペシャリストによる遊びのプログラム、子どものためのインフォームドコンセントであるプリパレーションが入院・外来の患者を対象にきめ細かく提供されている実態を把握し、小児医療の中にチャイルドライフプログラムが極めて効果的に定着している状況を確認できた。特に、プリパレーションは、すべての医療職とのチームワークを基盤として行われる、子どもが診療に主体的に臨むための準備であり、子どもや家族のアセスメントとしても有効であり、また、スタッフと子どもや家族の相互の信頼関係を構築するためにも有効である。プリパレーションは、継続して行われることが重要で、具体的な診療内容を子どもに教えることのみならず、子どもが自信をもって主体的に診療場面に対処（コーピング）できるように援助するものと位置づけられている。

病院における教育プログラムをみると、学校が治療であるという哲学に基づき、教師が、子どもの親や家族、医療職、在籍校の担任教師やクラスメートとのコミュニケーションと連携体制づくりを重視していることが注目された。

病院では、学籍移動せずに、障害児には特殊教

育、健常児には普通教育の各プログラムが提供され、共に在籍校との連携が重視されていることがわかった。これは、日本における長期入院児のみが養護学校または特殊学級に転校し特殊教育を受ける状況とは根本的に異なる。養護学校では、親の許可を得て作成される個別教育計画の下、より実践的効果的プログラムが積極的に開発・導入されており、学校を拠点に、家庭と教育・医療・福祉の連携が促進されていることがわかった。このような機能が学校に付与されていることによって、学籍を病院学校に移さなくても、むしろ移さないことで効果的に病院内教育が提供されることが示唆された。

1980年代以降、家族中心ケア（家族の参加と教育を勧めるプログラム）が子ども病院の中核概念と捉えられ、親が専門家として医療チームの一員に迎えられたり、また、病気の子どもを抱える家族の問題を個人的問題としてでなく、家族同士で支え合うために、家族会プログラムが生み出されるに至っている。これによって、研修を受けた親がピアレントコンサルタント、ファミリーコンサルタントとして病院に雇用され、親の相談や病棟におけるコーヒータムの主催（病室を離れられない親たちの休憩とサポートのため）、病院スタッフの研修講師をつとめ、従来の医療にみられなかった家族中心ケアを推進し大きな効果を上げている。家族中心ケアにおいては、サポート、信頼、コミュニケーション、アイニティ（受容と尊重と暖かい愛情を注ぐこと）が重視される。

倫理的義務や公正さなどに基づくペインアドボカシー（痛みの除去に関する権利擁護）については、薬理的なペインコントロール、ペインフリーと共に、個々の人間性に基づいた関わりが重要で、親が病院のシステムや全体の流れを把握していると、状況をより良く理解でき、医療スタッフとの接触も容易で、子どもの疼痛についても訴えやすいなど、家族中心ケアとの関わりが注目された。

1990年代、トータルな病院環境の整備が進められてきた。そのキーワードは、家族中心ケア、ノーマライズされた環境、自然へのアクセス、経路探索、患者中心ケアと協力体制である。その特徴は、患者・家族が自らの生活をコントロールし、プライバシーを確保でき、エンパワーメントを強調したものである。具体的には、家族リソースセンター（コ

ンピュータの整備された図書室、子どものケアについての学習室、家族の寝室、キッチンなどからなる)の設置、管理の象徴と捉えられるナースステーションの廃止された小児病棟におけるナースコーナーの分散設置(病室前廊下のちょっとしたデスクに受け持ち看護婦が控え、患者に安心感を与え、速やかに看護もできる)、プライバシーを確保できる個室化(バスルームとミニキッチンの附属した1家族1病室の2床室として、1床は親のベッドとして使われる)、痛いことをする人の象徴となるスタッフユニフォームの廃止などである。

病院学校の教室には、静かな環境、車いすでのアクセスしやすさ、図書の充実、十分な収納、医療ガス設備・電気設備など医療器具を装着した子どものための十分なインフラ設備が必要になる。

プレイルームの計画では、屋外遊び場との連続性を確保し、安心と安全の確保、幅広い発達段階と、個人からグループまでの活動、静的・動的活動など、多様なニーズに対応できる可変性と柔軟性を有する環境整備、それらに家族の参加を促すスペースも確保することは、家族中心ケアの考え方が反映された結果である。

アートの重要性も指摘された。特に待合室などには相互作用を備えた(触れて見て感じて聴く、子どもにインスピレーションと発見をもたらすもので、幅広い年齢層が楽しめるものが望ましい)彫刻や壁画などのアートが有効になる。

#### E. 結論

米国調査では、第34回ACCH(子どものヘルスケア協会、1965年設立)年次大会の日米文化交流フォーラム等における情報収集・意見交換を実施し、ミラー子ども病院、UCLA子ども病院、マクブライドスクールでは、見学とヒアリングの方法で調査を実施した。

その結果、米国の子ども病院における最先端の子ども支援プログラムとして、家族中心ケアがたいへん重視され、親が専門家として医療チームの一員に迎えられるなどの家族会プログラムが生み出されるに至っていることがわかった。これらは、病院と家族の強力なパートナーシップに基づくプログラムで、それらを受け入れるための病院環境の特徴は、患者・家族が自らの生活をコントロールし、プライバシーを確保でき、エンパワーメントを強調したも

のであり、病院内に家族のための生活・学習スペースが確保されている。家族中心ケアを受け入れる基盤として、チャイルドライフプログラムにおけるブリパレーション(子どものためのインフォームドコンセント)の定着、学齢の児童生徒を対象とする柔軟な教育プログラムの開発、また、それらを受け入れるためのトータルな病院環境の整備・改善が進められていることを把握ができた。

学籍移動せずに、病院内教育が実施できる背景には、障害をもつ児童生徒を対象とする個別教育計画IEP作成など、個々の子どもを取り巻く教育・医療・福祉の連携促進のために、学校に多くの義務と権限が付与されているしくみが大きく関わっていることが示唆された。

以上の結果から、日本の子ども病院においては、まず、家族中心ケアとそのための病院環境整備について総合的、学際的、実践的な研究に取り組むことが急務の課題と考えられる。

謝辞：米国調査の記録とまとめには、浦添綾子氏、川村有氏、多賀いずみ氏、武田雅美氏、永岡つぐみ氏、八木順子氏(五十音順)の御協力を得ました。記して謝意を表します。

#### F. 研究発表

- |         |               |
|---------|---------------|
| 1. 論文発表 | 現在までになし(発表予定) |
| 2. 学会発表 | 現在までになし(発表予定) |

#### G. 知的所有権の取得状況

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

## 病棟内保育の現状と課題

帆足英一（東京都立母子保健院）

呉 太善（東京都立母子保健院）

鈴木裕子（東京家政大学）

### 【はじめに】

病棟は治療を本来的な目的とする場であるが、子どもにとっては生活の場である。病棟といった場の特徴は考慮しながらも、子どもが育ち易い生活環境を準備し、生活者としての子どもを支えていくことが求められる。また、子どもは発達的存在であり発達を保障することも同様に大切である。生活習慣や生活力を具体的な経験をとうして育成しながら、心の育ちや各側面の発達を援助する必要がある。入院といった事態によって生活の不自由さはあるものの、子どもをトータルな視点でとらえ、病棟においても様々な側面から援助していくことが要求される。病棟でこのような役割を果たすのが医療・看護的な視点とは異なる発達的な視点をもつ保育者であり、保育行動であるといえよう。保育者は病棟では心理的には子どもにもっとも近い存在であり、子どもとともに生活しながらその実際をとらえている。日常的な関わりをとうして一人ひとりのニーズの応じながら、発達に向けた活動の提供と生活の工場をめざした配慮をおこなっている。また、家族や家庭科から離されて非日常でこな場で情緒的にも不安定になりがちな子どもを受容し、心身の痛みに関感的に関わりながら心の安定をはかっている。単調になりがちな生活を見直し、病棟での生活が子どもにとってマイナスの経験にならないように個別にあるいは発達的に様々な工夫をしている。

つまり、保育者の存在及び保育行動は子どもを癒し、病棟での生活の充実や向上をはかっているといえよう。入院生活のコー

ディネートと子どもの育ちに向けたアシストを中心とする保育者による保育保障を評価し、積極的に進めていくことが望まれる。

そのためにも、病棟内保育の現状を正しく認識しておくことが大切と考え、全国医療保育研究会の病棟保育士を対象に質問紙調査を実施した。（回収率70、1%）

保育環境、保育者の職務の実際などを理解し、その中から、病棟環境としての保育者のありかた、及び、病棟保育の充実に向けての今後の課題を明確にしていきたい。

### 【調査報告】

#### （1）病棟の保育環境

病棟の保育環境を表1にしめす。

	十分	不十分
保育教材	63、0	37、0
玩具・遊具	31、9	68、1
図書・雑誌	53、2	46、8
装飾	63、8	36、2
行事	61、7	38、3
保育室	29、8	70、2
面接室	12、2	88、8

施設面では保育室は30%、面接室は12%が十分といった設置状況であり、今後一層の充実が求められる。

また、保育教材や図書・雑誌などの設置、及び装飾や行事の実施などは半数以上が十分であるとしている。

(2) 保育士の配置と勤務

保育士の経験年数は、調査時点では1年未満から34年までと幅広い。中でもは経験6年が多く13%であった。また、病棟以外の他施設での経験を有する保育士が45、7%いる。

また、保育士の配置は1人から最大7人である。ただし、1人勤務が多く37%であり、次いで2人が23、9%であった。

また、表2に示すとおり、保育士は混合病棟に多い。

表2 現在の担当 % (MA)

未熟・新生児	25、0
小児内科系	22、7
小児外科系	13、6
小児科病棟	18、2
混合病棟	40、9
その他	6、8

さらに、勤務体制は表3に示すように日勤の場合が多い。

表3 勤務体制 %

	有	無
早番	17、8	82、2
遅番	24、4	75、6

(3) 保育の対象

保育の対象は表4-1のとおり、未熟児

・新生児から高校生以上と幅広いが、幼児を対象としている場合が

表4-1 保育対象 % (MA)

未熟・新生児	28、9
1歳未満	66、7
1～3歳	80、0
3～6歳	80、0
小学生	62、2
中学生	40、0
高校生以上	17、8

また、表4-2示すように重傷児39%、無菌室児46%、隔離児54%、そして、付き添いのいる児54%も対象としている

表4-2 保育対象 % (MA)

重症児	39、1
隔離児	54、3
無菌室児	45、7
付き添い児	54、3
その他	8、7

また、入院期間は2週間以内がもっとも多く、長期に亘ほど少ない傾向がみられる

(4) 保育士の業務内容

保育以外の日常の業務内容についてまとめたものが表5である。

表5 業務の実際 %

	毎日	たまに	なし
食事介助	82、2	17、8	0
排泄介助	80、0	20、0	0
入浴介助	44、4	26、7	28、9
衣服の着脱	68、9	22、2	8、9
歯磨き洗面	58、1	25、6	16、3
環境整備	79、5	20、5	0
測定介助	11、4	47、7	40、9
検査介助	11、1	46、7	42、2
与薬	18、6	46、5	34、9

入浴（44%）、歯磨き・洗面（58%）をのぞく生活の介助の多くと環境整備（78%）は日常的な内容であり、検査介助や測定介助（11%）、および与薬（18%）は日常的にはほとんど行っていない。

（6）保育士の日常の活動（タイムテーブルより）

一般的な日常の流れとして  
申し送りまたは打ち合わせ

↓

生活介助

↓

集団保育

↓

休憩

↓

個別保育

↓

面会時のケア

↓

記録

といった流れが理解できる。

ただし、これらの流れの中で遊びをはじめとする子どもとの関わりは、1日の中で断続的に時間をとって行われている。

（7）他職種との連携

申し送りに積極的に参加しているのは65、8%であった。

また、保育の打ち合わせは、必要なときに（47、8%）看護婦と個別に行っている（50、0%）。打ち合わせの内容は、保育にやや生かされていると感じていることが73、3%と多い。

さらに、カンファレンスにはときどき参加している程度であった。（47、8%）

（8）家族との関わり

家族と接する機会は多いとする保育士が多く、69、6%であった。家族との話題で多い内容を表6に示す。

表6 家族との話題

1位 入院中の生活

2位 入院児との接し方

3位 母親の精神的負担

4位 しつけの問題

5位 退院後の適応

### 【病棟における保育者の役割】

保育士の活動の実際から、病棟で果たしている役割として次のような役割が理解できる。

#### （1）生活の援助

保育士が関わる子どもの80%は幼児である。食事82%、排泄80%、着替え69%というように生活の援助が求められることも多い。ただし発達的には当然の内容であろう。ただし、援助過程の実際を見ると、子どもの様子を見ながら遊びの要素を取り入れて介助することで行動を促したりプロセスに着目して誉めたり励ましたりしながら意欲を引き出し自立に向けた方向づけをしている。

#### （2）遊びの提供

保育士が子どもと遊ぶ時間は、0分から300分と病棟によって差がある。平均的には120分程度であった。集団保育といった多人数の活動（遊び）が60分程度、残りの時間は個別の遊びへの関わりであった。それぞれの内容を示すと以下のとうりである。

#### 1）集団としての活動

季節感を取り入れ、参加している子ども

たちの状態を考慮しながら遊びの内容を決めている。そして、主体的な参加を促すための活動への導入、展開、まとめといった流れを計画的に運営している。プレイルームでの設定保育や各種行事の実施があげられる。

具体的な内容としては、制作活動・リズム遊び・絵の具遊び・エプロンシアター・紙芝居・お誕生会・七夕・クリスマス会などである。それぞれの活動のねらいは様々であるが、制約のある中でも楽しい時間を提供し、多様な経験とうしてここの発達を促し、さらには集団活動の中で自分への気づきや仲間との関係性など、社会的な側面の発達が期待できる。

## 2) 個別の遊びへの関わり

一人ひとりの子どもの状態やニーズをとらえながら、個別の指導計画をたてて遊びを展開している。

具体的には集団活動に参加できない子ども・面会者のいない子ども・昼寝をしない子どもなどを対象として、個人の遊び要求を満たしている。

その内容は、本読み・ぬりえ・パズル・手遊び・言葉遊びといったようにやり取りを楽しむ活動が多く、個別の関わりをとうして心の安定や育ちを促していると推察できる。

子どもの発達は遊びの中に表現され、また、遊びが発達を促す。子どもにとって遊びは楽しい経験であるが、保育士は子どもの現在をとらえ、発達の視点に基づく内容の構成と意図的な関わりを行っている。そして、個別的な遊びと集団活動(遊び)を積極的に取り入れ、それぞれのねらいに即して活動を展開しているのである。

遊びの持つ意義は大きい。さらに、治療的な効果をもつことも認められている。た

だし、これらは関係性の中でその効果が最大限に発揮されていく点に注目する必要がある。つまり、日常的な関わりをとうして構築される信頼関係がその基礎になるといえる。入院児の多くは発達途上の幼児である。生活場面で日常的に子どもに関わり、表情や仕草といった微細な変化からも子どもの心情を読みとり、情緒的安定をはかるように受容的に対応しているのが保育士である。このような関係性をベースとして、教育的意図に基づく遊びへの援助が展開されていく。従って、保育士との遊びは子どもにとって有意義で必要不可欠なものとなる。この点からも保育士の果たしている役割は大きい。保育士との遊びは子どもの心身の治療過程を支えているといっても過言ではないといえよう。

## 3) 家族支援

現代社会における家族がおかれている状況を考えれば、入院児の家族への支援も欠かせない。近年は保育の対象を子どものみならず、子どもをとりまく家族、ことの母親はの援助も含めてとらえ筑邦子が打ち出されてきている。病気を持つ子どもの受容、または関わり方、さらには過程にいる家族への対応など、養育上の困難さを伴うことは大いに予測される。ここに、協力者としての保育し似よる家族支援の必要性が認められる。

実際、家族と接する機会は多く(70%)家族との話題の1位は入院中の生活についてであり、次いで、母親の精神的負担、しつけ、退院後の生活適応といった順にあげられており、多岐にわたる支援が求められている。

### 【医療保育の今後に向けて】

病棟内保育の実際をとらえる中で、生活環境の充実や子どもの育ちに向けての保育

士の活動、つまり、発達をとらえた保育的視点に基づく生活行動の育成や遊びの提供と援助、さらには、家族へのケアといった内容が理解できる。入院児の生活の向上をはかるためには、子どもをとりまく環境としてこのような役割を担っている保育者の有用性が認められ、多くの病棟に保育士が導入されることを望みたい。そのためには、保育士の個人的努力のみならず、今後は病棟全体としてのバックアップを求めて行きたい。

一方、保育しに対しては、より質の高い保育を展開して行くために、保育評価や一層の自己研鑽が求められる。保育の内容や方法を実践的あるいは研修をとうしてより深めていくことが求められる。これらについての積極的な姿勢に期待したい。そして、医療保育しとしてのアイデンティティを確立し、専門職として機能していくことが望まれる。

さらに、現行の保育士養成課程は、病気や障害を持つ子ども達の保育については十分な教育内容とはいえず、この点についても見直していく必要があるだろう。

入院児に関わるすべての専門職の連携の中で、子どもの発達や福祉が保障される体制が早期に実現することを期待したい。

#### 【おわりに】

これまで述べてきたように、保育士は子どもの情緒面に配慮しながら遊びを含めて病棟の生活を支えている。現状をとらえてみると解決すべき問題は多いが、このような困難な中で保育士が実際的に果たしている役割は大いに評価できよう。個々の子どもの生活と遊び組織的にまた構造的にとらえている保育士の有用性がより広く認められ、今後、専門職種として病棟で機能していくように援助をしていきたい。またあわせて、病棟保育しとしての専門性を高め

ていくために、研修をはじめとする支援も行っていく必要があるだろう。

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

（分担）研究報告書

病院における子ども支援プログラムに関する研究

分担研究者 中川 薫 都立保健科学大学助教授

研究要旨

本研究は、郵送法による全国実態調査と、先進的取り組みをしている病院への事例調査の2部から構成される。

全国実態調査では、診療科目に小児科を有する全国の病院から無作為抽出した1094病院と、日本小児総合医療施設協議会会員の25施設の小児科医長宛てに、病院における子ども支援プログラムの実施状況等に関する郵送調査を行った。有効回収票は290票、有効回収率は25.9%であった。

その結果、何らかの「家族参加への支援」を実施している施設は93.1%、同様に「インフォームド・コンセント」については81.7%であった。「プレイセラピー」や「入院児童への教育」については、必要性は高く認識されているものの、実施率は各々35.1%、30.7%にとどまっていた。

事例調査では、複数の病院・ボランティア組織に対するヒアリング・見学調査を実施した。その結果保育士を配置している病院では、遊びの支援や精神的な援助の有効性が認識され定着しており、ボランティア組織では、子どもや家族・病院からも有益な活動との評価を得ていた。しかし、それぞれの運営は内部努力によって行われており、病棟保育士導入も含めた入院児への総合的支援プログラムの整備の必要性が示唆された。

中川 薫 東京都立保健科学大学  
助教授  
野村みどり 東京都立保健科学大学  
助教授  
木内妙子 東京都立保健科学大学  
講師  
山本美智代 東京都立保健科学大学  
助手

環境に関する実態・課題を明確化することである。

欧米諸国においてはプレイセラピー、チャイルドライフなどの子ども支援プログラムが発達してきているのに対し、わが国では、病院における一人一人の子どもの総合的な支援プログラムに関する研究はみられず、実態は明らかにされていなかった。

病院における子ども支援プログラムは、患者である子どもをはじめ、その家族、担当の医師や看護婦の負担軽減、あるいは治療効果の促進を図ることができ、さらには、近年の少子社会における子育て支援対策の一環となることが期待される。

そこで、本研究では、わが国の病院における子ども支援プログラムの実態を全国郵送調査により明らかにする。

I. 全国実態調査

A. 研究の目的

本研究の目的は、わが国の病院における子ども支援プログラム、すなわち、家族参加への支援、インフォームド・コンセント、プレイセラピー、入院児童への教育などや、病院

## B. 研究方法

診療科目に小児科を有する全国の病院から、30%の割合で無作為抽出した1094病院と、日本小児総合医療施設協議会会員の25施設の小児科医長宛てに、調査票を郵送し、実態を最も把握している医師または看護婦に回答を依頼した。調査票は郵送法にて回収した。

有効回収票は290票、有効回収率は25.9%であった。

(倫理面への配慮) 本研究は、全国の施設の支援プログラム実施状況についての社会調査であり、結果は全体的、かつ統計的に処理するので、個々の病院や回答者のプライバシーは守られる。また患者個人の状況についての質問項目は含まれていないので、倫理面に関しては問題はないと判断した。

## C. 研究結果

データの分析には、統計ソフト SPSS Ver.9.0Jを使用した。

### 1. 分析対象病院の属性 (表1)

#### 1) 病院の位置する地方

関東地方が77病院(26.6%)と最も多く、次いで中部地方が45病院(15.5%)、近畿地方が44病院(15.2%)、九州地方が32病院(11.0%)、中国地方が31病院(10.7%)、東北地方が27病院(9.3%)、北海道が16病院(5.5%)、四国地方が13病院(4.5%)、沖縄地方が3病院(1.0%)であった。

#### 2) 総病床数

200～399床が110病院(37.9%)と最も多く、199床未満が56病院(19.3%)、400～599床が43病院(14.8%)と続いた。

#### 3) 病院の開設者

医療法人が72病院(24.8%)、市町村が58病院(20.0%)、都道府県が30病院(10.3%)、国が26病院(9.0%)、個人が21病院(7.2%)、社会福祉法人が5病院(1.7%)、その他が1

病院(0.3%)であった。

#### 4) 病院の種類

総合病院が194病院(66.9%)、小児病院が17病院(5.9%)、その他が79(27.2%)であった。

#### 5) 医育機関

臨床研修指定病院が96病院(33.1%)、大学病院が17病院(5.9%)、その他が172病院(59.3%)であった。

#### 6) 小児科が開設されてからの年数

10～19年が69病院(23.8%)と最も多く、20～29年が56病院(19.3%)、30～39年が53病院(18.3%)と続いた。

#### 7) 小児科の定床数

平均22.22床であった。

#### 8) 小児科の平均入院日数

平均12.72日であった。

#### 9) 病棟の種類

小児と成人の混合病棟が164病院(56.6%)、小児の病棟が93病院(32.1%)、混合病棟も小児の病棟もないとしたのが29病院(10.0%)であった。

### 2. 回答者の属性

#### 1) 職種

医師が266人(91.7%)、看護婦は13人(4.5%)であった。

#### 2) 臨床経験年数

10～19年が129人(44.5%)、20～29年が99人(34.1%)、30年以上が34人(11.7%)、10年未満が24人(8.3%)であった。

### 3. 各支援プログラムの実態

#### a. 家族参加への支援

##### 1) 実施の実態 (表2)

まず、何らかの「家族参加への支援」が実施されていると回答したのが、270病院(93.1%)、特に実施されていないと回答したのが12病院(4.1%)であった。

特に実施率の高いのは、「親が、子どもの

食事や入浴介助などの日常生活援助に参加できる」(75.5%)、「親が子どもにいつでも付き添える」(74.8%)、「子どもの兄弟が見舞いに来ることができる」(73.8%)、「子どものクラスメートが見舞いに来ることができる」(69.0%)であった。

## 2) 病院特性との関連

次に、以下に挙げる具体的な「家族参加への支援」策の実施と、上記の病院特性との関連性についてクロス表を作成し、カイ二乗検定により検討する。

### ① 全体的な実施状況

小児科が開設されてからの年数が10年未満の病院では「特に実施していない」、50年以上の病院では「実施している」という回答が多かった( $p=.024$ )。

小児科定床数との関連では、0床という病院では「特に実施していない」という回答が多かった( $p=.000$ )。

病棟の種類との関連では、小児の病棟や成人との混合病棟もないという病院では「特に実施していない」という回答が多かった( $p=.000$ )。

### ② 「親が子どもにいつでも面会できる」

病院の位置する地方との関連では、関東地方は「できない」、近畿地方や東北地方は「できる」という回答が多かった( $p=.007$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院は「できない」、大学病院や臨床研修指定病院以外のその他の病院が「できる」という回答が多かった( $p=.004$ )。

小児科が開設されてからの年数との関連では、10～19年の病院が「できる」、20から29年、30～39年が「できない」という回答が多かった( $p=.012$ )。

病棟の種類との関連では、混合病棟は「できる」、小児の病棟は「できない」という回答が多かった( $p=.000$ )。

### ③ 「親が子どもにいつでも付き添える」

病院の位置する地方との関連では、関東地方が「できない」、中部地方、東北地方は「できる」という回答が多かった( $p=.000$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院は「できない」、大学病院や臨床研修指定病院以外のその他の病院は「できる」という回答が多かった( $p=.004$ )。

小児科が開設されてからの年数との関連では、10～19年、50年以上の病院では「できる」、10年未満、20～29年の病院は「できない」という回答が多かった( $p=.006$ )。

病棟の種類との関連では、混合病棟は「できる」、小児の病棟、混合病棟や小児の病棟がない病院は「できない」という回答が多かった( $p=.000$ )。

### ④ 「子どもの診療や処置に、親が参加できる」

関東地方は「できない」、東北地方や近畿地方は「できる」という回答が多かった( $p=.028$ )。

大学病院や臨床研修指定病院ではない病院は「できる」、臨床研修指定病院は「できない」という回答が多かった( $p=.029$ )。

病棟の種類との関連では、混合病棟は「できる」、小児の病棟、混合病棟や小児の病棟がない病院は「できない」という回答が多かった( $p=.000$ )。

### ⑤ 「ファミリーハウスのような宿泊施設を、家族が利用できる」

病院開設者が国や都道府県の場合は「できる」、市町村や医療法人の場合は「できない」という回答が多かった( $p=.004$ )。

小児病院は「できる」、総合病院は「できない」という回答が多かった( $p=.004$ )。

小児科が開設されてからの年数が20～29年の病院は「できる」、40～49年の病院は「できない」という回答が多かった( $p=.037$ )。

小児科平均入院日数が 61 ～ 90 日、90 日以上の病院は「できる」、1 ～ 30 日の病院は「できない」という回答が多かった (p=.000)。

小児病院は「できる」、総合病院は「できない」という回答が多かった (p=.000)。

⑥「親が、子どもの食事や入浴介助などの日常生活援助に参加できる」

総合病院は「できる」、小児病院やその他の病院は「できない」という回答が多かった (p=.013)。

小児科が開設されてからの年数が 50 年以上の病院は「できる」、10 年未満の病院は「できない」という回答が多かった (p=.013)。

小児の病棟や混合病棟は「できる」、そのような病棟がない場合は「できない」という回答が多かった (p=.000)。

⑦「病院に、付き添い家族が休息・談話できる空間が確保されている」

混合病棟では「されている」、小児の病棟や混合病棟がない場合は「されていない」という回答が多かった (p=.000)。

⑧「子どもの兄弟が見舞いに来ることが出来る」

関東地方は「できない」、四国地方、中部地方、北海道は「できる」という回答が多かった (p=.022)。

大学病院や臨床研修指定病院は「できない」、その他の病院は「できる」という回答が多かった (p=.005)。

混合病棟は「できる」、小児の病棟や、混合病棟・小児の病棟がない場合は「できない」という回答が多かった (p=.000)。

⑨「子どものクラスメートが見舞いに来る事ができる」

大学病院や臨床研修指定病院は「できない」、その他の病院は「できる」という回答

が多かった (p=.002)。

小児科が開設されてからの年数が 40 ～ 49 年、50 年以上の病院では「できる」、20 ～ 29 年の病院では「できない」という回答が多かった (p=.014)。

混合病棟は「できる」、小児の病棟や、混合病棟・小児の病棟がない場合は「できない」という回答が多かった (p=.000)。

⑩「親の相談、心のケアのための支援体制が整備されている」

小児科が開設されてからの年数が 30 ～ 39 年、50 年以上の病院では「されている」、10 ～ 19 年の病院では「されていない」という回答が多かった (p=.021)。

⑪「病院内に親の会があり、親たちが相互に励まし合え情報交換できている」

病院の開設者が国、都道府県、社会福祉法人の病院は「できている」、市町村、その他の公的開設者、医療法人では「できていない」という回答が多かった (p=.000)。

小児病院では「できている」、総合病院では「できていない」という回答が多かった (p=.000)。

小児科平均入院日数が 31 ～ 60 日、61 ～ 90 日の病院は「できている」、1 ～ 30 日の場合は「できていない」という回答が多かった (p=.000)。

小児の病棟では「できている」、混合病棟では「できていない」という回答が多かった (p=.000)。

⑫「退院準備のため親が子どもの医療ケアについて学習できる室、スペースが確保されている」

東北地方の病院では「されている」、中国地方は「されていない」という回答が多かった (p=.035)。

小児病院では「されている」、総合病院や

その他の病院では「されていない」(p=.000)という回答が多かった。

小児の病棟では「できている」、混合病棟では「できていない」という回答が多かった(p=.000)。

### ⑬「親子が自由に遊べるプレイセラピースペースが確保されている」

病院開設者が国、都道府県、その他の公的開設者の場合は「されている」、市町村、医療法人、個人は「されていない」という回答が多かった(p=.018)。

臨床研修指定病院では「されている」、その他の病院では「されていない」という回答が多かった(p=.000)。

小児科が開設されてからの年数が40～49年、50年以上の病院は「されている」、10年未満、10～19年の病院は「されていない」という回答が多かった(p=.009)。

小児科病棟では「されている」、混合病棟やそれらの病棟がない病院では「されていない」という回答が多かった(p=.000)。

### 3) 必要性に対する認識

「親と一緒に子どもの診療やケアに参加することの必要性」について問う質問では、「たいへん必要である」と回答した人が148人(51.0%)、「比較的必要である」が100人(34.5%)と、必要性の認識度は高かった。

### 4) 必要となる対策に関する認識(表3)

選択率が高かった項目は「就業している親が、子どもの介護休暇をとれること」(55.5%)、「親が付き添っている間、家庭にいる兄弟の育児支援を得られること」(41.4%)、「親の相談、心のケアのための支援体制が整備すること」(40.3%)、「親が子どもにいつでも付き添えること」(30.3%)であった。

### b. 「インフォームド・コンセント」

### 1) 実施の実態(表4)

「インフォームド・コンセント」に関して何らかが実施されているのは、237病院(81.7%)、特に実施していないとしたのは、36病院(12.4%)であった。

実施率の高かったのは、「病気の告知や治療方法について、子どもの理解力に応じて説明する」(70.3%)、「痛みを伴う処置の前に、子どもの理解力に応じて説明をする」(64.1%)であった。

### 2) 病院特性との関連

次に、以下に挙げる具体的なインフォームド・コンセントの実施と、上記の病院特性との関連性についてクロス表を作成し、カイ二乗検定により検討する。

### ① 全体的な実施状況

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院、臨床研修指定病院では「実施している」、その他の病院では「特に実施していない」とする回答が多かった(p=.004)。

病棟の種類との関連では、小児の病棟や、小児と成人の混合病棟では「実施している」、小児の病棟や混合病棟がない病院では「特に実施していない」とする回答が多かった(p=.000)。

小児科定床数との関係では、0床の病院は「特に実施していない」、1～50床の病院では「実施している」という回答が多かった(p=.000)。

### ② 「病気の告知や治療方法について、子どもの理解力に応じて説明する」

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院や臨床研修指定病院は「する」、その他の病院では「しない」という回答が多かった(p=.027)。

病棟の種類との関連では、小児と成人の混合病棟では「する」、小児の病棟や混合病棟がない病院では「しない」とする回答が多か

った ( $p=.000$ )。

小児科定床数との関連では、1～50床の病院では「する」、0床の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

③「子どもの入院が決まったら、病棟の写真またはVTRなどを見せて説明する」

病院の種類との関連では、小児病院では「する」、総合病院やその他の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.031$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、その他の病院では「しない」とする回答が多かった ( $p=.020$ )。

病棟の種類との関連では、小児と成人の混合病棟では「しない」とする回答が多かった ( $p=.000$ )。

小児科が開設されてからの年数との関連では、40～49年、50年以上の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.045$ )。

小児科定床数との関連では、51～100床の病院では「する」、1～50床の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

④「入院する前に、入院生活について病棟を案内しながら説明する」

病院開設者との関連では、国、都道府県、社会福祉法人では「する」、市町村、医療法人、個人では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

病院の種類との関連では、小児病院は「する」、総合病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.005$ )。

病棟の種類との関連では、小児の病棟では「する」、小児と成人の混合病棟では「しない」とする回答が多かった ( $p=.000$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、臨床研修指定病院では「する」、その他の病院では「しない」とする回答が多かった ( $p=.021$ )。

小児科が開設されてからの年数との関連では、20～29年、30～39年の病院では「す

る」、40～49年、50年以上の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.032$ )。

小児科平均入院日数との関連では、31～60日、61～90日、91日以上 of 病院では「する」、1～30日の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

小児科定床数との関連では、51～100床、100床以上の病院では「する」、0床、1～50床の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

⑤「手術の前に、手術に伴う処置などについて子どもが理解できるように説明する」

病院の種類との関連では、小児病院は「する」、その他の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.026$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、臨床研修指定病院では「する」、その他の病院では「しない」とする回答が多かった ( $p=.018$ )。

病棟の種類との関連では、小児の病棟では「する」、小児と成人の混合病棟では「しない」とする回答が多かった ( $p=.000$ )。

小児科定床数との関連では、51～100床、100床以上の病院では「する」、1～50床の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

⑥「手術の前に、子どもに写真またはVTRなどを見せて具体的に説明する」

病院の種類との関連では、小児病院は「する」という回答が多かった ( $p=.019$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院、臨床研修指定病院では「する」という回答が多かった ( $p=.016$ )。

病棟の種類との関連では、小児と成人の混合病棟では「しない」とする回答が多かった ( $p=.000$ )。

小児科定床数との関連では、1～50床の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

⑦「手術の前に、子どもを連れて実際に手術室などを訪問し説明する」

病院の種類との関連では、小児病院は「する」、総合病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.008$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、臨床研修指定病院では「する」、その他の病院では「しない」とする回答が多かった ( $p=.002$ )。

病棟の種類との関連では、小児の病棟では「する」、小児と成人の混合病棟では「しない」とする回答が多かった ( $p=.000$ )。

小児科定床数との関連では、100床以上の病院では「する」、1～50床の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

⑧「手術の前に、人形や医療器具を使って子どもと遊ぶことで主体的理解を促す」

病院の種類との関連では、小児病院は「する」、総合病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.002$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.030$ )。

病棟の種類との関連では、小児と成人の混合病棟では「しない」とする回答が多かった ( $p=.000$ )。

小児科が開設されてからの年数との関連では、50年以上の病院では「する」、40～49年の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.045$ )。

小児科定床数との関連では、100床以上の病院では「する」、1～50床の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

⑨「痛みを伴う処置の前に、子どもの理解力に応じて説明をする」

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院や臨床研修指定病院では「する」、その他の病院では「しない」とする回答が多かっ

た ( $p=.001$ )。

病棟の種類との関連では、小児の病棟では「する」、小児の病棟や成人との混合病棟もない病院では「しない」とする回答が多かった ( $p=.000$ )。

小児科定床数との関連では、1～50床、51～100床、100床以上の病院では「する」、0床の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

⑩「痛みを伴う処置の前に、写真またはVTRなどを使って具体的に説明する」

病院の種類との関連では、小児病院は「する」、総合病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.001$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院や臨床研修指定病院では「しない」とする回答が多かった ( $p=.029$ )。

病棟の種類との関連では、小児と成人の混合病棟では「しない」とする回答が多かった ( $p=.000$ )。

小児科が開設されてからの年数との関連では、10年未満の病院では「する」、10～19年、20～29年、30～39年、40～49年、50年以上の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.020$ )。

小児科定床数との関連では、51～100床の病院では「する」、1～50床の病院では「しない」という回答が多かった ( $p=.000$ )。

⑪「痛みを伴う処置の前に、人形や医療器具を使って子どもと遊ぶことで主体的理解を促す」

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院では「する」という回答が多かった ( $p=.023$ )。

病棟の種類との関連では、小児と成人の混合病棟では「しない」とする回答が多かった ( $p=.000$ )。

小児科が開設されてからの年数との関連で

は、10 年未満の病院では「する」、20 ～ 29 年の病院では「しない」という回答が多かった (p=.049)。

小児科定床数との関連では、100 床以上の病院では「しない」という回答が多かった (p=.001)。

⑫「病院・病棟内に、子どもの発達段階に応じたインフォームドコンセントに関する取り決めがある」

病院の種類との関連では、小児病院では「ある」、総合病院では「ない」という回答が多かった (p=.011)。

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院や臨床研修指定病院では「ない」とする回答が多かった (p=.026)。

病棟の種類との関連では、小児と成人の混合病棟では「しない」とする回答が多かった (p=.000)。

小児科定床数との関連では、51 ～ 100 床の病院では「ある」、1 ～ 50 床の病院では「ない」という回答が多かった (p=.000)。

3) インフォームド・コンセントに取り組む必要性に関する認識

インフォームド・コンセントに取り組む必要性に関する認識については、「比較的必要である」(40.0 %)、「たいへん必要である」(36.2 %) で、必要性は高く認識されていた。

4) インフォームド・コンセントに取り組む場合に必要と思われること(表 5)

選択率が高かったのは「事前に、子どもの理解力に応じて十分に説明を施す」(56.6 %)、「待合室や処置室を暖かい雰囲気の内装にするなど、ハード面の環境整備」(37.2 %) などであった。

c. プレイセラピー

1) 提供の実態

「提供していない」(57.9 %)、「一部提供している」(31.0 %)、「十分提供している」(4.1 %) で、過半数の病院でプレイセラピーが提供されていない実態が認められた。

2) 提供の実態と、病院特性との関連

次に、プレイセラピーの実施と、上記の病院特性との関連性についてクロス表を作成し、カイ二乗検定により検討する。

病院の開設者との関連では、国、都道府県、社会福祉法人は「(十分、一部) 提供している」という回答が多く、市町村、医療法人、個人では「提供していない」という回答が多かった (p=.000)。

病院の種類との関連では、総合病院では「提供していない」、小児病院は「(十分、一部) 提供している」という回答が多かった (p=.000)。

医育その他の病院では機関であるか否かとの関連では、大学病院や臨床研修指定病院では「一部提供している」、その他の病院では「提供していない」という回答が多かった (p=.002)。

病棟の種類では、小児の病棟では「(十分、一部) 提供している」、混合病棟や、病棟のない場合は「提供していない」という回答が多かった (p=.000)。

小児科平均入院日数との関連では、31 ～ 60 日、61 ～ 90 日、90 日以上の病院では「提供している」、1 ～ 30 日の病院では「提供していない」という回答が多かった (p=.000)。

小児科定床数との関連では、0 床、1 ～ 50 床の病院は「提供していない」、51 ～ 100 床、100 床以上の病院では「提供している」という回答が多かった (p=.000)。

3) プレイセラピーの対象者

プレイセラピーを提供している場合の対象者は、「一部の小児入院患者」(20.0 %)、「す

すべての小児入院患者」(13.8%)、「一部の小児外来患者」(6.9%)、「すべての小児外来患者」(1.4%)であった。

#### 4) プレイセラピーの提供者

プレイセラピーの提供者は、「常勤スタッフ」(24.8%)、「ボランティア」(8.6%)、「非常勤スタッフ」(8.3%)の順であった。

#### 5) プレイセラピーを提供することの必要性についての認識

「たいへん必要である」(23.4%)、「比較的必要である」(34.5%)、「どちらともいえない」(17.6%)、「それほど必要ない」(13.4%)、「全く必要ない」(2.1%)であった。

#### 6) プレイセラピー提供のための条件整備についての認識(表6)

選択率が高かったのは「プレイセラピーの室、スペースが確保されること」(36.6%)、「行政や病院管理者・職員がプレイセラピーの必要性を認識すること」(34.1%)、「診療報酬制度の中にプレイセラピーを位置づけること」(30.3%)であった。

#### 7) プレイセラピーを提供するための室・スペースの整備の実態

「十分行われている」(1.0%)、「比較的十分行われている」(6.6%)、「普通である」(15.5%)、「比較的不十分である」(17.9%)、「全く不十分である」(52.4%)で、整備が不十分である実態が明らかになった。

#### 8) プレイセラピーを提供するための室・スペースの整備の必要性についての認識

「たいへん必要である」(19.7%)、「比較的必要である」(36.9%)、「どちらともいえない」(16.6%)、「それほど必要でない」(16.9%)、「全く必要でない」(4.1%)であった。

#### 9) プレイセラピー環境を整備する時の望ましい方向性

「広いスペースの中に、スタッフはいろいろな遊びコーナーを設け、こどもたちが自主的に遊べるようにする(スタッフは、必要に応じて援助する)」(57.9%)、「狭いスペースの中に、随時スタッフはいろいろな遊びの場面を設定する。(スタッフは、準備・片づけにも、多くの時間を費す)」(8.3%)、「わからない」(26.9%)であった。

#### d. 入院する児童生徒への教育

##### 1) 教育の実態(表7)

入院する児童生徒へ教育が行われていない病院は60.3%、行われているのは30.7%であった。

行われている率が相対的に高いものは、「小学校特殊学級の教育」が12.8%、「養護学校の訪問教育」が11.0%、「養護学校分校の教育」が10.3%であった。

##### 2) 教育の実態と、病院特性との関連

次に、以下に挙げる具体的な教育の実施と、上記の病院特性との関連性についてクロス表を作成し、カイ二乗検定により検討する。

#### ① 全体的な実施状況

病院開設者との関連では、国、都道府県、社会福祉法人は「行われている」、市町村、その他の公的開設者、医療法人、個人は「行われていない」という回答が多かった( $p=0.000$ )。病院の種類との関連では、小児病院では「行われている」、総合病院、その他の病院では「行われていない」という回答が多かった( $p=0.000$ )。

医育機関であるか否かとの関連では、大学病院や臨床研修指定病院では「行われている」、その他の病院では「行われていない」の回答が多かった( $p=0.000$ )。

病棟の種類との関連では、小児の病棟では