

- を定期的に監視し、再検討する。
- － 疼痛緩和または鎮静あるいはその両方について、文書になったガイドライン
侵襲性(観血的)処置の選択とその実施について、文書になったガイドライン
- － 拘束の使用について、文書になったガイドライン
- ・ 侵襲性(観血的)処置の際に得る承諾(同意)の手順

実行2

- ・ 蘇生に関して：
 - * 蘇生コーディネーターの任命。
蘇生コーディネーターは以下の責任を持つ。
 - － 新生児蘇生および小児生命維持コースを使ってスタッフを訓練する
 - － 提供されるサービスの基準と
その際に用いられる規定・方針(国際的に受け入れられており、科学的根拠の基づいたもの)
- ・ 適切な蘇生器具・用具の整備と定期的なチェック。これは、蘇生処置が必要な場所の近くで行う。
- ・ 有効期限内の蘇生薬の使用

■スタンダード8■

子どもたちは病院やその他ヘルスケア施設にいる間、遊び、学習できるものとする。
(UNCRC 第 28、31 条)

実行1

- ・ 遊びについて
 - － ベッドから離れて遊べる子どもに対して、他の部所から離れたところに整備された安全で清潔な遊び場
 - － あらゆる発達水準の子どもに対して、基本的で清潔な、文化的に受け入れられる遊具の提供
 - － 「訓練を受けた」プレイリーダー。
プレイリーダーは以下の責任を持つ。
 - * 遊び場での遊びの監督
 - * ベッドサイドでの遊びの監督
 - * 手術をはじめとした処置を受ける子どもに対して、個別的にブレパレーションをするための具体的な遊びの活動を行う。

実行2

- ・ 教育について
 - － 他の部所から離れたところに整備された安全で、清潔な教育の場所
 - － 基本的で、文化的に受け入れられた適切な教材の提供
 - － 「訓練を受けた」教師
 - － 当該の子ども親および地元の学校教師と相談して、個別教育プランを作成する(子どもの入院が数日以上にわたる場合に行う)。
 - － 実施された「学習事項」の記録

■スタンダード9■

ヘルスケア施設への入院や通院は、健康の増進の機会と見なされること。実例を見、指導や免疫処置(予防接種)を受け、成長や栄養面のアセスメントを受けることによって、健康

を増進できる。

(UNCRC 第 17、23、24 条)

実行 1

- ・ 親が所持する子どもの医療保健記録。健康増進のためのアドバイスも記載されている。
- ・ 常に、容易に入手(利用)できる健康増進のアドバイスと文献
- ・ 地方の文化や宗教的信条に合わせて、現在ある国際的な資料から必要なものを適応させる。
- ・ 子どもと親が理解できる言葉で行う。

実行 2

- ・ 年少児を持つ親に対しての健康増進のための資料。以下の問題についてのアドバイスが記されたもの。
 - － 母乳哺育
 - － 経口水分補給溶液の家庭での使用方法
 - － 免疫処置
 - － 栄養
 - － 小児の発達
 - － よく見られる行動問題と精神衛生管理
 - － 事故防止
 - － 子どもの保護

実行 3

- ・ 特に思春期のための健康増進のアドバイスと文献
 - － 免疫処置
 - － 性の健康
 - － 性交渉感染症(HIV を含む)
 - － 性と生殖に関する健康(リプロダク

ティブ・ヘルス)

- － 喫煙
- － アルコールおよびその他物質乱用
- － 摂食障害
- － 精神衛生
- － 障害

実行 4

- ・ 免疫処置コーディネーター
- ・ 免疫処置に関する規定・方針文書
- ・ ワクチンの調達、保管、接種を行う施設。これは国際的に受け入れられたスタンダードおよびプロトコルを遵守したものであること。

実行 5

- ・ 免疫処置規定・方針
 - － 受けるべき免疫処置と最も好ましい実施年齢を勧告すること
 - － 対応する子ども全員からこれまで受けた免疫処置について尋ねる(記録する)。
 - － 健康状態が許せば退院前に必要な免疫処置を全ての子どもに行う。
 - － 免疫処置のあと反応があった場合に対処する管理・蘇生に関する規定・方針
 - － 子どもの親に与える免疫処置の記録(子どもが受けたものの全てを記したもの)

実行 6

- ・ 毎回の診察時に身長と体重を測定・記録し、それを百分率表上で追跡していく。
- ・ 上記の測定結果と問題点について、

親は情報を与えられるものとする。

- ・ 成長不良の子どもを特定して検査し、栄養不要が原因であると考えられる場合、必要であれば治療と(栄養的および心理社会的)介入プログラムまたはそのどちらかを実施するシステム

■スタンダード 10■

スタッフは、子どもの虐待のサインや症状に精通しており、子どもを保護するために明確に定められた適切な処置を行ことができるものとする。

(UNCRC 第 3、19、34、39 条)

実行 1

- ・ 子どもの保護専門コーディネーターを指名する。
- ・ ソーシャルワーカーあるいは同様の業務を行う保健専門職者。虐待が疑われる場合、また虐待が生じた場合、あるいは、虐待の危険因子がいくつも見られる場合に家族をサポートする。
- ・ 子どもに接する職員にこれまで虐待や暴力犯罪歴がないことを確認(スクリーニング)するシステム

実行 2

- ・ 予防活動。以下のものを含む。
 - 健康増進のためのアドバイス
 - 虐待に陥りやすい危険な家族を特定するシステム
 - 子どもの虐待を診断できる明確に定義された手順
 - 虐待が疑われる場合それを記録す

るためのガイドライン

- 虐待が疑われる場合それを管理するためのガイドライン
- 虐待の犠牲になった者への医学的治療およびサポート

■スタンダード 11■

可能な限り、子どもは小児専門領域で治療され、子どもの健康と発達にみられる特有のニーズについて訓練を受けた専門職者によってケアされるものとする。思春期の女子へのケアについては、そのころの女子の傷つきやすさとニーズに特に配慮したものでなければならない。

(UNCRC 第 3、24 条)

実行 1

- ・ 小児のケアを訓練された保健専門職員が全ての子どものケアに当たる。これには、妥当な選択肢がないために成人病棟でケアされざるを得ない子どもも含まれる。
- ・ 成人病棟でケアされる子どもは、他の成人から離れた所に収容される。
- ・ 成人病棟にいる子どもは、小児専門病棟の子どもたちと全く同じ設備と「ケアの基準」を利用できる。特に遊びと教育に関しては、同じ機会が提供される。

実行 2

- ・ 小児専門・小児中心の救命救急サービス
- ・ 思春期専用施設および資源。特に思春期の女子に対してのもの。
- ・ 子どもをケアするスタッフについて、

専門職の現任訓練と開発を促進する。

ている施設は、母乳哺育をしている母親のためのガイドラインを作成するものとする。

■スタンダード 12■

ヘルスケア施設は母乳哺育支援のための最適基準を遵守するものとする。

(UNCRC 第 17、24 条)

実行 1

- ・ 病院の公私全ての場所で、母乳哺育が認められ、奨励され、全面的に支援されるものとする。
 - ・ 母乳哺育のために必要であれば、個室を使用できるものとする。トイレは、この目的のために使ってはいけない。
 - ・ 赤ちゃんのケア施設を示すサインは、哺乳ビンをかたどったものであってはいけない。
 - ・ 母親が他の兄弟に母乳哺育をしている場合は、その子は母親と一緒に居れる、あるいは母乳哺育のために母親の所に連れて来られることができるようにしなければならない。
-

実行 2

- ・ 小児病棟は、母乳哺育をしている母親のためのガイドラインを作成するものとする。
- ・ 産科サービスを提供している病院は、「母乳哺育成功のための 10 のステップ」を実施し、UNICEF・WHO から「赤ちゃんにやさしい」認証を得るか、あるいはその認証を得られるように努力しなければならない。
- ・ コミュニティ・サービスを提供し

5-2. 質疑応答

Q1: サウスオール先生のこの取り組みの動機は？」

A1 (サウスオール): いろいろな国(貧困国)を訪問するまでは、このように状況が悪いということを知らなかった。行く前と後では誰でもがそうであるように、人間が変わる。私も現状に気がついて、変わった。

貧困国の受け入れ先での医師や看護婦は学ぶことに非常に熱心である。彼らは給料は低い、教育を受けることを喜びとし、ケアの質が向上することに満足を感じ、教育の機会が提供されることを歓迎している。用具や器具の供給も大切なことであるが、平行して教育とつなげて行くことが、彼らに満足感を与える。

Q2: 「スタンダード1/実行2のアウトリーチプログラムの具体的内容は？」

A2 (サウスオール): 病院と地域保健対策は別々のものであってはいけな。共に連携をとりあうことが大切である。また地域のヘルスケアの一部に親が存在し、病院と地域保健施設の専門職と手を取りあうことにより、よいケアの提供ができる。病院で立案するプログラムは、地域でも受け入れられるべきであり、またその反対でもあるべき。例えば病院での入院日数を最低限にする、あるいは入院しないようにするには、事故を未然に防ぐようにしたり、疾患に関しては予防接種をする。(日本では入手できないというが)インフルエンザのワクチンの一種である安価な薬によって、感染がかなり防げる。

A (山城): 欧米では、子どもが髄膜炎にかかった時に非常に重い後遺症を残す菌の感染を防ぐ為に、(サウスオール氏の言う)ワクチンが使われているが、日本では普及していない。理由は、日本ではこの菌による感染が低く、開業医が風邪の時に抗生物質を使う事により感染を防いでおり、必要ないからである。

サウスオール教授がなぜ低開発国の医療に関心を

もったかについては、イギリスのかつて植民地であった独立国(アフリカなど)では多くの医師が仕事をしており、現実を見ている。日本はJICAを通して開発途上国に高額援助をし、医療施設や高級器具を供給しているが、検査、修理、補充などのアフターケアができないので日本の援助のありかたに対する批判が多い。サウスオール氏が指摘するように、物質だけではなく教育も大事であり、独立して自分たちでやっていけるようにする。アジア太平洋学会の会長を昨年まで務めたが、地域の小児科医や看護婦の教育が大切であるという事がよく分かる。日本から海外へ出かけていく人が少ないということが、今後の日本の課題である。

A(サウスオール): 子どもにやさしいヘルスケア・イニシアティブは、援助のやりかたについて焦点を当てたものといってよい。提案したスタンダードをもとに、いかに広角的に援助を展開していくかにある。修理されない療具や器具など、日本への批判はあるが、批判されるべきではない。武器輸出と援助の関係などもっと悪い国があるが、日本は関与していない。多国籍企業が状況を悪くしている。今後は、援助と人権とのつながりについて考えていくことが重要であると思う。

Q3: 「いつから子どもにやさしいヘルスケア・イニシアティブの作業がはじまり、今後数年間の見直しについては？」

A3 (サウスオール): 5年前に始まり、その理念については来月「pediatrics」という雑誌にのる予定で、ホームページにも掲載されている。誰でも見られて、世界中の人がいろいろ情報を与えてくれ、それによって改変されてゆくといった段階である。私が日本の病院で見た、子どもと母親が一緒に寝るベッドや、石鹸をつかわないで水とオゾンによる手洗い、この手洗いの方法はもっとやって良いもので、ホームページにのせようと思っている。それを見た人がまた示唆を与えてくれるなど、このようなプロセスを使って進化している段階といってよい。

(ホームページ URL)

www.childfriendlyhealthcare.org

Q4: 「富める国イギリスにおける今後あるいは現在の課題は？」

A4 (サウスオール): 富裕国の課題は、子どもの虐待の基準を考えてゆくということである。親が虐待するという困難な状態で、それを止めることができない。政府関係者は、自分のことにしか関心が無い。子どもの保護に関して、ある富裕国の一定の人口集団の中で訴えが増えて来ると、政府が何らかのアクションをとらなければならない。その決議を採択し、すべきことがなされていない場合は、政府関係者は再選されなければならないが、子どもの虐待は選挙の利害にはあまり関係ない。これは政府の問題でやってもらわなければならない。イギリスでは子どもの保護には警察官が大きく関わっているが、富裕国の警察で、汚職など、機能していない場合がある。子どもの虐待は犯罪であるにもかかわらず、何の役にも立っていない。そこで、子どもの虐待に対するスタンダードを作るということが富裕国の課題であると思っている。子どもにとって病気はそれほど問題ではなく、親からの虐待ほど悲しいものはない。

Q5: 「子どもの虐待に関して、3グループに分ける対策とは？」

A5 (サウスオール): 子どもの虐待に関して16年間取り組んできた。非常に困難な問題であるが、子どもの不適切な取り扱いに関して三つのカテゴリーを決めた。1番目は「普遍的な不適切取り扱い」で、どの親もやったことがあり人間の条件といってもいいが、不適切な取り扱いをしてしまうのである。これは教育、社会活動によって、解決できる。2番目の「ストレスによる不適切な取り扱い」は、親が子どもに愛情があるにもかかわらず、なんらかの行き違いで殴ってしまう。お金がないといったような社会的な問題もあるが、冷静さを失って叩いてしまい、時には重症になる場合もあるが、基本的には子どもへの愛情があるので虐待とはいえない。3番目

は「親が何かを得るための虐待」で、大きなことは性的虐待と身体的虐待で、虐待することで快感を感じるというものである。これは明らかに犯罪であり、この場合は親から子どもを保護しなければならず、支援という話でなく親は罰せられる。2番目の不適切な取り扱いについては、社会的支援が必要であるが、罰はない。この三つの分類により、子どもの保護のために動くことができる。

Q6: 「虐待を受けた子どものケアはどうしたらよいのか？」

A6 (サウスオール): 最も重要な事は、断固として再発を防ぐことである。虐待による心理の解決は非常にむずかしく、特に性的虐待は死に至るケースが高い。子どもが成人に達する頃の自殺が多くなるので、精神科からの情報提供や心理的ケアが必要であり、プレイセラピーや心理的治療を視野に入れて、病院のヘルスケアの制度に組み入れていく必要がある。ここで絶対的にいえることは、絶対そのような目に合わせないことを保障してゆくことであり、診断を早くすることである。長引くと解決が難しくなる。

Q7: 「ヨーロッパの小児病棟での見舞い制限をなくすという状況と感染の問題は？」

A7 (サウスオール): 常識から考えると感染の危険性はあるわけで否定できない。どの子も何も持ってこないということは、適切ではない。私は日本のやりかたにむしろ賛成である。病院がオープンにできるのは、父、母、健康な兄弟であり、兄弟でも病気の子が疲れるので短時間のほうが良い。クラスメートは、病院に入る前に病原菌に対するチェックが必要であるかもしれない。新生児や乳幼児は脆弱であり、呼吸器系の細菌感染などの問題がかつてあり、私は日本のやりかたを支持しており、この点に関してはEACHの立場はとっていない。

A7 (山城): サウスオール教授の考えと基本的には同じである。慢性疾患(がんなど)の子どもは感染率が高く風邪でも重症になるケースが多いので、自

由な面会は危険がともなう。しかし、親が望むのであれば、親の自己責任（病院を訴えない）において面会させるのはよい。それほど重症ではない子どもの病院では、訪問する子が、はしかや水ぼうそうなどの予防注射を打ってあるならばよいと思うが、これらが感染した場合は大変なことになる。病院の事情をよく知らないで、ただ自由な訪問が良いというのは間違いである。

Q8:「親の事情でやむをえず子どものみが入院した時のイギリスでの対策は？」

A8（サウスオール）：簡単に答えがでる問題ではないが、大事なことは、子どもと一緒に病院にいたくない親に対しては強要しない。強要することで怒りをかい、子どもにとって良いものはない。良き医師、看護婦、プレイセラピストは、親の関心が薄い子どもに対して特別な機能を持つ事が大事である。その場合、プレイセラピストは看護婦と同じくらい重要な役割を担っており、支援が必要な子へのサポートを病院の機能の中に明確に組み入れることが大切である。良いセラピストの条件は、親が子どもにいろいろやっている時はあまり介入する必要はなく、画一的なものではなく、それぞれの子どものニーズに合わせてケアの展開をとることが大事である。

Q9:「サウスオール先生の EACH 憲章に対する考えは？」

A9（サウスオール）：EACH と私たちの考えは別の視点からきている。私たちの視点はグローバルな問題にあり、EACH は富める国の視点からである。私たちは、もっと基本的な問題に対応しており、EACH はぜいたくな感じがする。ゆきすぎかなと思うことでもやろうと思えばできることで、典型的なことは、クラスメートの訪問などであるが、私は反対の立場をとっている。私が関心や懸念を持っていることは、富める国と貧困国のケアの不均衡のことである。EACH の諸国の資源を少しでも分けてくれれば、貧困国の最低限の医薬品が購入できるのにといい思いを抱かざるをえない。

Q10:「日本の小児科医は激務で、なり手が少ないが、イギリスにおける小児科医の立場は？」

A10（サウスオール）：小児科医は24時間体制で昼夜を問わず大変であるが、やる気の問題である。イギリスでは対処方法として、看護婦に対してもっと実践的な訓練をしている。例として新生児の蘇生は看護婦が主におこなう。しっかりと訓練を受けた看護婦の処置は、医師となんら変わりはない。このように看護婦が業務を引き継いでいく動きにある。貧困国では夜の2時から4時まで医師が不在であるという問題に対して、訓練を受けた看護婦は非常に貴重である。夜間の問題は議論で対応できることなく、パラメディカルなスタッフに訓練を行い、処置することができるようにすることが大事である。

Q11:「イギリスにおける移植の問題は？」

A11（サウスオール）：イギリスではきっちりとした政策があり、脳死した子どもに対して親が全面的に合意し、機能しないことが病院で認定されれば、その子の心臓、肝臓、腎臓の臓器を他の子に提供でき、普通に移植が行われている。山城先生からの情報では（日本では）15歳以下ではドナーにはなれないということであるが、状況、背景はイギリスとは明らかに異なる。私の今までの経験では、多くの子どもたちが腎移植で本当に多大な恩恵を受けてきた。事故で亡くなった子どもが、親の同意によって他の子の生存に対して貢献するということで移植が展開されている。いろいろな状況を考えると、私の立場として移植は好ましいと思う。

Q12:「イギリスの21世紀に向けての小児病棟のプランは？」

A12（サウスオール）：（現状はあまり良いとは言えないが）看護婦の数の問題で、勤務する看護婦の数が多ければ理想的にはひとりふたりの部屋で看護ができると思うが、数が十分でない場合は、夜の問題が重要になってくる。夜の場合は、安全といった点から6-8人の部屋になる。現実的には8人部屋で、感染の場合は個室となっている。

D. 考察

「ユニセフ子どもにやさしいヘルスケア・イニシアティブ CFHI」は、子どもが不必要な苦痛から保護される権利と、情報を与えられた上で治療に参加していく権利を実践するためのツールとして現在作成検討中の世界基準である。開発途上国問題を含め、子どものヘルスケア全般にわたる広範な内容である。基準1～3は主に家族中心ケア、基準4～7は診療ケア、基準8は遊びと教育、基準9～12は健康評価、虐待対策、スタッフ、母乳哺育支援に関するものである。特に、富裕国の病院に対して、ヘルスケアのレベルは向上したが、子どもの不安、恐怖、苦痛への関心は不十分と指摘している。

5回のヒアリング研究会の成果から、「病院の子ども憲章（EACH 憲章）」（図1）に基づく家族中心ケアやプリパレーション等を日本において導入していく場合の具体的問題・課題・対策について考察する。

1) デイケア、ホームケア（1条について）

CFHI の目的のひとつには、地域社会・家庭でのヘルスケアを病院でのヘルスケアと連携させて、そのことによって、小児死亡率・罹患率を減少させ、子どもの苦痛を緩和することが掲げられている。

日本では、親が子どもを入院させたがる傾向が強く、社会的入院につながりやすいといわれている。この背景には、住宅の狭さ、子どもの看護のための空間確保の困難性等、住宅問題も関連する。病院は実は危ない場所であるという認識を深めたり（細谷）、親への支援、インフォームドコンセント等を含めた参加型の医療を推進し、医療文化を構築すること（浜野）、デイケア、ホームケアを推進するための地域における医療システムの確立、住環境の充実などが課題となる。

2) 家族中心ケア（2～3条について）

（1）家族中心ケアとは

家族中心ケアの意味は、家族を子どものヘルスケア提供システムの中心に位置づけること、つまり子どもへのケアの中心は、医療者ではなく、子どもにとって不可欠な存在であり、安定感と回復力の源と

しての家族である。そして、家族と医療者が協働で子どもの最高の医療やケアを提供していくという理念とシステム、それが家族中心ケアの概念である。その前提には、子どもにとって家族は最大の支えであり、多くの家族は様々な問題を解決しながら、子どもの健康を守り、増進していくことができるという信念がある。しかしその前提が崩れたら、家族中心ケアに期待する子どもの最善のケアという効果は得られない。そこで、医療者は子どものみでなく、家族の精神安定や問題解決を支える必要がある（村田）。

（2）付き添いから同伴へ

実際の家族の付き添いは、基準看護の中では原則として行ってはならないことになっている。従って家族が付き添うためのスペースはもちろん無い。しかも、家族は付き添ってはいけないといわれる。付き添いを保障していくためには、保険医療制度上の課題もクリアしなければいけない。現状では、付き添いができたとしても、4人部屋などの大部屋で、狭く身動きもならない生活空間で子どもをケアする。最初は平気でも、数日、1週間となると疲れ果て子どもを支えるところではなくなる。一方で、家の中ではきょうだいや父親の問題も抱えている。それが日本における医療の現状である（帆足）。

現状は、従来の付き添いの慣行（家族による子どもの世話や看護婦の補いを病院が期待する）と子どもの利益や権利の尊重としての「家族同伴入院」とが混在しており（村田）、後者への移行のための支援がもとめられている。

（3）ファミリーハウスの課題

マクドナルドハウスの1号ハウスがアメリカに誕生したのが、1974年であった（長瀬）。日本では、1992年に、ファミリーハウスの前身の運動が始まり、平成10年度の補正予算でその建物の整備補助が行われ、現在74ヶ所ある。その整備は始まったばかりであるが、この運動を閉塞させないために、ボランティアの心を柔らかにし、どんな家族も受容できるようにすること（大畑）、小児慢性疾患以外

の多様な患者家族の受け入れ、ターミナルケア、クリーンルームの導入等ももとめられている（江口）。

（４）家族のニーズ

親の会から指摘された問題を列挙する（三橋）。

- ・ 病気や治療法に対するの情報不足
- ・ 15歳未満のきょうだいの面会制限
- ・ そのきょうだいの保育未実施
- ・ 入院幼児に対する午前保育の未実施
- ・ 宿泊施設の設置義務
- ・ 看護のため離職する場合の失業保険制度の導入
- ・ 交通費軽減としての特別措置
- ・ 低金利による貸付制度等である。

（５）家族リソースセンターの整備

今後の家族中心ケアや子どもの病院環境への取り組みは、病院や小児病棟内のみでなく、在宅ケアを視野に入れた地域の課題として検討することが重要であろう。つまり、在宅ケアとリンクした施設設備への転換や再構築が必要であろう。より具体的な提言として、現在、少子化と入院の減少・短縮化による小児病棟の閉鎖や混合病棟化が進んでいるが、これを子どもと家族中心ケア推進のリソースセンターとして再構築してはどうだろうか。家族のための学習室・資料室、休息室、家族同伴入院のための家族室、遠距離からの面会者のための宿泊室、母親の面会や付き添い時に病児の幼いきょうだいが利用する院内保育室、また在宅ケア支援室・相談コーナー、デイケアやショートステイの施設や設備に向けることも望まれる（村田）。

3) インフォームドコンセントとプリパレーション （４，５条について）

（１）どのように着手すべきか

告知は、米国では1970年代には一般的になったが、日本ではそれに20年遅れて告知時代が来ている。小児がんは、子どもの命にかかわる疾患であるため、インフォームドコンセントが一番問題となる領域といえる。小児がんの医療チームには、看護婦、訪問看護婦、養護学校教諭、チャプレン（牧師）、

病棟保母、栄養士、小児心理士、ケースワーカー、医者などが含まれる。

そのインフォームドコンセントを得るための面接の際まずどうするか。

- ・ 両親にそろってきてもらう
- ・ 落ち着いた場所でゆっくり
- ・ 希望をあたえる
- ・ 正確に正直に診断治療の概要を伝える

以上の点が重要である（細谷）。

嘘をつかないことが最も大事なことで、嘘をつくことは子どもを裏切ったことになる。子どもが本当の事を知ることによって、医療に対する理解、自分自身の感情表現ができるようになり、ストレスや恐怖心が軽減される。子どもの不安、恐怖、苦痛に目を向けることが重要である（夏路）。

医師や看護婦は忙しくても実際に医療処置をしながらできることは多々ある。子どもの心の準備は日常的なケアの中に存在する。子どもと家族への的確な説明や、処置時の開始と終了を明確に知らせたり、わかりやすい目標設定・簡単な選択肢提供などから着手すべきである。3～5歳児の場合、母親も医療者も子どもには母親からの説明が1番良いと考えていたが、母親の中にはできない人もいる。その場合、母親と一緒に看護婦・医師が説明すれば良い。5歳を過ぎると、子どもは先ず医師から説明を受けたいと思っている。医師から説明してもらった後で母親や看護婦が埋めれば良い（蝦名）。

（２）プリパレーションの手法

入院があらかじめ決まっている場合には、病院見学ツアーのように病院の紹介ビデオなどを見たりする。プリパレーションは五感を大切に、なるべく実物を使って行う。実際に手にとってやってみる。子どもはそこから学習する。ただし、子どもが実際のものであっても、絶対に見る事の無い物は見せない。見せることで逆に不安を増すようなものは見せないようにしている。子どもに何をどうしてするのかをお人形さんに対して説明させ、間違っていればその場で訂正する。処置や検査についても同じように行う。痛いことをされた時に子ども自身がどのような

対策をとっていたかについて話し合う。そして今度はどういう風にできるか一緒に考えていく。医療に参加するということで子どもは心の準備ができる(夏路)。

(3) プリパレーションの導入に伴う課題

プリパレーションは、外来・入院治療いずれにしても非常に重要なプロセスだが、小児医療の現場ではほとんど取り入れられてはいない。つまり、この問題は、その必要性や具体的なアプローチの仕方がようやく論じ始められた段階で、非常に重要な課題である。医療を受ける子どもや保護者が抱えている不安や恐怖感をいかに解消させるか。そのためには、子どもや保護者が主体的に治療に参画していく環境作りがとても重要である。主体的に治療に参画すると、治癒機構や生理的な防衛機能がポジティブに働き始め、不安やストレスフルな環境にあると、生体の防衛反応は明らかに下がる。それはすでに、小児外科領域の専門医などからも指摘されているところである。

プリパレーションを実際に進める際に、検査の種類や方法、診断名、手術、術後の生活、退院とそのプロセスも説明することになる。しかし、それをフォローアップするシステムはどうなのだろうか。ひとつひとつの治療のプロセスを支え続けた時、はじめてプリパレーションの効果がでてくる。

プリパレーションは包括的な治療のもとで、ひとりの子どもの回復までの道筋を包括的に支えるシステム、子ども達の QOL や病院のアメニティなどを支えていける医療システムを作り上げていくことが重要である。総合的な視点で、プリパレーションの問題、あるいはプレイセラピストの問題、医療保育士の問題、教育の問題、様々なことを平行して進めていかないと難しい。それを進めていくことによって、日本で EACH 憲章の内容をクリアしていける(帆足)。

4) きょうだいの見舞い(6条について)

きょうだいの面会は特に水疱瘡が流行っている時期などは危ないので、病棟に入る前に、医師がチェックする必要がある(細谷)。小児病棟の行事の際

のきょうだいの参加、きょうだいの保育、きょうだいへの説明やトゥルーステリングももとめられている。

5) 遊びと教育プログラム(7条について)

日本では、医療保育士を病院が自腹で配置しているのが現状である。配置病院は約 100 施設で、多くは1病院の小児科病棟に1人配置である。医療保育士を、入院している子ども 10 人に1人配置できるような保育士加算が、病院負担でなく医療保険制度の中で実現されることが望まれる(帆足)。

CFHI のスタンダード8では、遊びについて、安全で清潔な遊び場確保、清潔で文化的な遊具提供、訓練を受けたプレイリーダー配置(ベッドサイド、及び、遊び場での遊びの監督、プリパレーションのための遊びの実施の責任をもつ)が、うたわれている。同様に、教育については、安全で清潔な教室確保、基本的・文化的で適切な教材提供、訓練を受けた教師配置、子どもが数日以上、入院する場合、親や担任教師と相談して個別教育計画作成、実施された学習の記録がもとめられている。

事例で指摘されたように、入院する子どもと家族にとって、在籍校をやめて、養護学校や特殊学級に転校することにはかなりの抵抗を伴う。CFHI のスタンダード8にあるように、数日間入院すると個別教育を受けられる制度の改革がもとめられている。

6) スタッフの専門性とプライバシー確保(8~10条について)

医者の場合、卒業時に小児科と決められるが、看護婦の場合、病院の都合で配属が決められ、専門家が育ちにくい(細谷)。

プライバシー確保のための個室化については、現状においては、看護の目が行き届かず危険が増えることと、子ども同士の交流がなくなること、親子関係が見えなくなる等の問題は大きい(細谷)。その解決を図りながら、同伴入院を受け入れ、かつ、禁食など治療上個室を必要な子どもが使えるように十分に用意すべきであろう。

E. 結論

家族中心ケアを推進するためには、親が疲れ切ってしまう従来の付添を改め、親が医療スタッフのパートナーと位置づけられる同伴入院への転換がもめられる。同伴入院の可能な広い個室・多床室、ファミリールーム、ファミリーハウス、ファミリーリソースセンター等の整備、また、ファミリーハウスには、小児慢性疾患以外の多様な患者家族の受け入れ、ターミナルケア、クリーンルームの導入等ももめられている。家族に対しては、制度や病気の情報提供・相談体制、旅費・交通費・看護手当等、経済的支援、有給看護休暇の取得、失業保険の給付、きょうだいの面会・保育・説明等、入院する子どもに対しては、保育・プレイセラピー提供（医療保険制度の中で保育士加算等）、転校なしの病院内教育への改革（二重籍）等がもめられる。

インフォームドコンセントについては、プリパレーションとして、子どもと家族への的確な説明や、処置時の開始と終了・頑張るタイミングを子どもに明確に告げたり、わかりやすい目標の設定・簡単な選択肢の提供など、日常の診療ケアを見直しつつ実行していくことがもめられている。

最初の診察を受ける時から退院まで、子どもと家族が主体的に診療ケアに参画できるような環境を整えるトータルな支援が必要であり、社会全体で医療文化をつくりあげていく視点の育成、目標の明確化が重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

現在までになし（投稿予定）

2. 学会発表

現在までになし（発表予定）

H. 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

**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**

全国の小児病院における入院環境についての実態

分担研究者 帆足 英一（東京都立母子保健院長）

【目 的】

入院している子ども並びに保護者にとって、より望ましい入院環境はどのようなものかを検討するために、小児総合医療施設協議会（小児病院関係）所属の 25 病院の院長、並びに、たまたまそれらの病院にて付き添いをしていた保護者に対するアンケート調査を行ったのでその結果を報告する。

【対象・方法】

小児総合医療施設協議会加盟の 25 病院を対象として、入院環境に関わる院長用並びに保護者用のアンケート用紙を作成し、各病院の院長並びに付き添い患者の保護者に回答を求めた。

【有効回答】

院長用アンケート調査については、25 病院の内 24 病院から回答が得られ、回収率は 96.0%であった。

保護者用のアンケート調査については、各病院 10 名を対象にアンケート用紙を配布し、全く付き添いのない、あるいはほとんど付き添いがいない病院もあった関係で、145 名の回答が得られた。

【結 果】

1. 病院長への調査結果

対象： 25 施設

有効回答： 24 施設（回収率 96.0%）

回答者： 院 長	18 例 (75.0%)
副院長	3 例 (12.5%)
その他	3 例 (12.5%)

1. 保護者の付き添いについて

- ・保護者が希望する場合は、付き添いを認めるべきである 20 例 (83.3%)
- ・付き添いは強制されるべきでない

- 8 例 (33.3%)
- ・付き添いは、現状通りに、原則的にしないようにすべきである 2 例 (8.3%)
- ・その他 7 例 (29.2%)

その他の自由記述内容

①必要

- ・保護者の付き添いは原則的に必要
- ・現在、付き添いがなければ病棟の業務は困難であり、当院では付き添いを原則としている
- ・アメリカでも現在は家族と共に過ごす方向に向いている。付き添いなしは日本人の心に合わない
- ・保護者の付き添いは本質的には患児の精神的負担を軽減する為のもので、医療従事者の業務を軽減するものではないということをも明記すべきである。しかし家庭の事情も十分に考慮すべきである

②希望による付き添い

- ・一般病室では 4 歳未満は希望にそい認めている。それ以上では希望があり且つ相応の事情がある場合に認めている。希望する場合を全て認めると、スペース・食事等の問題が生じ、また付添いをしてもらえない同年輩の子どもへの影響も苦慮される・「親と子はペア」という原則を立て、両者が社会生活・家庭生活・療養生活を全て両立させることができるよう援助しつつ、「付き添い」でなく「いつでも必要に応じペアで居る」状態を目標に環境整備を行うこと

③必要ない

- ・原則として付き添いは必要ないという立場をとっており、病棟設備状況からみて全患者の付き添いには無理がある。患児の QOL からみて、付き添いは必要とは考えるが、現状からは保護者の希望での付き添いを努力目標としたい
- ・原則的には付き添いをしないようにすべ

きという方針だが、保護者が希望する場合は付き添いを認めていた。しかし、職員の意識は認めないという方が強かった（独立心や臍にもなるなど）。個人的には病気の時ほど本人は不安で母・家族に付き添ってほしく、心の安定をえられるのではとかねてより考えている。

④その他

- ・出来るだけ家庭に帰れる配慮を行っている（休診日は外泊・入院期間を短縮）

2. 保護者による付き添いが可能となるための改善策について。

i. 親子病室（個室）（複数回答あり）

- ・必要である 18 例 (75.0%)
現状では、整備は困難である 13 例 (54.2%)
今後具体的に整備したい 3 例 (12.5%)
すでにこのような家族室を整備している 2 例 (8.3%)
- ・そこまでは必要でない 6 例 (25.0%)
- ・わからない 0 例 (0.0%)
- ・その他 5 例 (20.8%)

その他の自由記述内容

①必要

- ・ターミナルケア期の新生児についての親子病室を1室のみ設けたが、調理設備等はない
- ・整備したいが、病院長の力ではしたくてもできない
- ・新しく改築の際には（設備を）考えている
- ・将来改築の際、考えたい
- ・まず、費用の見通しを立てる必要があるそう。保険医療でどう実行するか、困難は明らかであり、別の考え方を導入しないと難しそう
- ・一番の問題はスペースで、病室内のみならず病室外にも付き添い者用のスペースが必要で、息抜きができれば付き添い者が耐えられない

②必要ない

- ・医療保険制度の基に病院運用を行っており、個室を整備することは理想的であるが、現状では整備は困難であり、そこまでは必要ない

と考える

③その他

- ・ご指摘の通りだが、4人部屋も構造を考えて付き添い可能とアメリカでは考えている
- ・慢性疾患時家族宿泊施設は昨年オープンし、一部は親子病室の目的で使われている。

ii. ファミリーハウス

- ・必要である 24 例 (100.0%)
すでにファミリーハウスが整備されている 10 例 (41.7%)
- ・現状では、整備は困難である 8 例 (33.3%)
- ・今後具体的に整備したい 2 例 (8.3%)
- ・その他 1 例 (4.2%)
- ・無記入 3 例 (12.5%)

その他の自由記述内容

①既存を活用

- ・重心及び未熟児・新生児のみが対象
- ・現在5室運用されているが、利用率は非常に高く、予約困難なことが多い
- ・既にあるが、さらに内容面出の改善が必要である
- ・病院の敷地内ではないが、民間のファミリーハウスの利用をすすめている

②近未来的に設置

- ・設備計画が具体化しつつあるが、収容力としては不足する可能性がある
- ・マクドナルド財団が患者～患者家族の宿泊施設を病院の敷地内に建設中
- ・必要である。現在ファミリーハウスの整備について話が出ているところで具体的な整備については未定

iii. 保護者の付き添い環境の整備状況

- ・院内食堂で食事が可能となっている 19 例 (79.2%)
- ・寝具を用意している 17 例 (70.8%)
有料（実費） 14 例 (58.3%)
無料 3 例 (12.5%)
- ・ベッドを用意している 15 例 (60.9%)
有料（実費） 8 例 (33.3%)
無料 6 例 (25.0%)
- ・付き添い家族のための休憩室を整備している 13 例 (54.2%)

- ・シャワールームあるいは浴室を整備している
11 例 (45.8%)
- ・実費で食事を提供している 3 例 (12.5%)
- ・着替え室を用意している 2 例 (8.3%)
- ・調理室を用意して調理ができるように整備している
1 例 (4.2%)
- ・その他 3 例 (12.5%)

その他自由記述内容

①食堂

- ・昼のみ院内の食堂が利用可能

②寝具関係

- ・毛布のみなら無料
- ・布団、毛布（夏はタオルケット）、シーツ、枕は、1 日 500 円で 2 週間以上は割引がある
- ・同室者が安楽に休息できるソファ等（ベッド兼）が必要と思われるが、部屋のスペース上、設置していない
- ・当院の宿泊施設を利用する場合にはベッド・寝具（有料）の利用は可能
- ・4 歳までは保護者が付き添いをしており、大人のベッドを使用し子どもと同じベッドの使用としている

③浴室関係

- ・子どもと同じ浴室を使用する

④洗濯関係

- ・コインランドリー

⑤宿泊施設関係

- ・ファミリーハウスはあるが、それとは別の仮泊室

⑥休憩室関係

- ・重心のみ付き添い家族の休憩室を整備

⑦整備はない

- ・付き添いは、精神科的な問題、知能発達障害、ターミナルなど非常に限られた対象となっているため、付き添い者のための整備はほとんどなされていないのが現状である
- ・原則として付き添いはしない方針のもとに病院運用を行っているため、付き添いする保護者に対する設備は特になく、整備可能なところは休憩室程度である
- ・一切整備していない

iv. 今後、付き添い環境の整備として検討したい項目

- ・付き添い家族のための休憩室を整備する
16 例 (66.7%)
- ・ベッドや寝具を用意する（実費徴収）
10 例 (41.2%)
- ・シャワールームあるいは浴室を整備する
10 例 (41.2%)
- ・着替え室を整備する 8 例 (33.3%)
- ・実費で食事を提供する 7 例 (29.2%)
- ・調理室を整備して調理ができるようにする
6 例 (25.0%)
- ・院内食堂で食事が可能とする 5 例 (20.8%)

その他自由記述内容

- ・付き添い者のプライバシーの問題もあるので、個室を整備することや、付き添い者の息抜きのための談話室的なスペースが必要で、スナックや飲物が常に提供されるような配慮も必要である
- ・職員食堂とは別にレストランがあるので、病院として検討すべきは付き添い者のための休憩室である
- ・現在は学習室等で休憩・安眠してもらっている

3. 子どもの看護休暇制度

賛成	18 例 (75.0%)
反対	1 例 (4.2%)
わからない	3 例 (12.5%)
その他	3 例 (12.5%)

その他の自由記述内容

①給与支払う

- ・但し、（立場を変えて、仮に当方の職員が保護者に相当した場合を考えると）期間は 6 カ月位が限度か
- ・基準を決めて、リーズナブルなら可と思います
- ・基本的には賛成であるが、政治的及び社会的裏付けが必要と考える。社会的・企業面からみて認知されにくいのではないか

②支払わない

- ・親と雇用者間の問題なので「わからない」としましたが、給与が保障されるべきであるとは思わない

③その他

- ・休職しても復帰可能な制度

4. 子どもへのインフォードコンセント

i. 子どもに直接的な説明と同意を行う年齢

		累 計
((%)		
・ 3 歳以上から	4 例 (16.7%)	(16.7%)
・ 小学生から	5 例 (20.8%)	(37.5%)
・ 小学校高学年から	6 例 (25.0%)	(62.5%)
・ 中学生から	3 例 (12.5%)	(75.0%)
・ 高校生から	1 例 (4.2%)	(79.2%)
・ その他	7 例 (20.8%)	

その他の自由記述内容

①年齢ではなく理解度に応じて

- ・ 言葉が通じる子どもには、表現に違いはあっても説明している
- ・ 3 歳以上からは理解可能な説明についてで、内容や本人の状況により年齢は流動的
- ・ 児の理解度に応じて説明し、同意を得ることに努めている
- ・ 年齢制限をせず、理解できる患儿には全て医療の説明と同意を得ることを考えている
- ・ ケースバイケースで対処している。十分理解できると主治医が判断すれば、かなり具体的に説明している
- ・ 理解可能な児には理解可能な範囲で行っているが、特に年齢は決めていない

②疾病・状況による

- ・ 年齢というよりも疾病・状況によっている。子どもに対しては説明をしていないが、理解できる児のみ治療上必要な時のみ説明している

③年齢に応じる

- ・ 年齢に合わせた内容でしている

④その他

- ・ 親に対するものと違うこともある
- ・ 今までは親に説明し、親から子どもに話してもらっていたが、弁護士の見解では 15 歳以上は同意をとったほうが良いとのことであった。小学校高学年頃から理解できる患儿には説明すべきであり、また説明したこともある

ii. 説明方法への工夫

とくに行っていない 12 例 (50.0%)
工夫をしている 12 例 (50.0%)
子どもにわかりやすいイラストで説明

11 例 (45.8%)

絵本を作って説明 6 例 (25.0%)
紙芝居で説明 3 例 (12.5%)
マンガで説明 3 例 (12.5%)
その他 2 例 (8.3%)

その他の自由記述内容

- ・ ヘルニアの入院については、外来で一泊入院のビデオを両親と一緒に見せている
- ・ 手術室・無菌治療室入室などについてビデオを順次作製中
- ・ ベッドサイドモニターにインターネット端末をつなぎ、情報利用とアメニティに使用する
- ・ 麻酔に関しては、実際に導入の際使用するマスクを触らせたり、口に当てたりというようなことをしている

5. 病棟保育士の導入

賛成 24 例 (100.0%)
反対 0 例 (0.0%)
その他 1 例 (4.3%)

その他自由記述内容

①保育士加算の独立希望

- ・ 保育士はその専門分野の要員であり、看護要員の定数に算入されないように留意が必要
- ・ 保母導入については、保育士加算がとれた場合でも、本庁の場合、病棟看護婦配置定数は夜勤回数 8 回を何人で夜勤をするかで査定されており、保育士の位置は定数外で行われることが望ましい
- ・ 現状では看護婦の定数に含まれてしまっているため、是非独立した職種としての扱いと加算を要望する

②行政の支援が必要

- ・ 是非必要と考え、当院でもボランティア導入を考えはじめているが、現在の医療行政からは困難なこともあり、医療保険制度、行政などからのバックアップが重要と考える

③賛成だが、看護婦が優先

- ・ 原則的に賛成致しますが、まずは看護能力の

絶対的不足という小児医療の現実を解決することが先決と考える

6. プライバシーに配慮した面会室の整備

- ・ プライバシーに配慮した面会室を整備している
8 例 (33.3%)
- ・ 各病棟に、面会室を複数設置している
4 例 (16.7%)
- ・ その他
3 例 (12.5%)
その他の自由記述内容
 - ・ 結核病棟にのみ面会室を設置
 - ・ 共用の面談室を整備している
 - ・ 不十分ではあるが、交代で使用可能
- ・ とくにプライバシーに配慮した面会室は、整備していない 16 例 (69.6%)
- ・ 今後、各病棟に、面会室を複数設置するなど、プライバシーに配慮したい 6 例 (25.0%)
- ・ その他 6 例 (25.0%)

その他の自由記述内容

①必要

- ・ 必要だと思う
- ・ 改築時には各病棟に設置を考慮すべきと思っている
- ・ 設立満 12 年であり、いろいろな意味で手狭になっている。将来改築の際には考えたい
- ・ 現状では整備の目途はないが、必要と考えている
- ・ 面会時間などがかなりフレキシブルに対応できるようになったが、まだプライバシーまで配慮できていない。スペースもかなり限られる

②不必要

- ・ 特にその必要を認めない

③無理

- ・ 現状では整備は困難である
- ・ 現状では無理

④その他

- ・ デイルームでの面会
- ・ 「プライバシーに配慮する」その内容にも程度の差はあるが、面会可能なスペースは広く設けている

II. 付き添いをしている保護者への調査結果

対象 25 施設 (各施設 10 名)

回収施設: 22 施設(付き添い全面禁止としているところが数施設あり)

回答数: 145 件

回答者:	母親	123 例 (95.3%)
	父親	2 例 (1.4%)
	祖母	2 例 (1.4%)

1. 付き添いの理由

i 保護者が希望して付き添っている

90 例 (62.1%)

(その理由)

- ・ 子どもの不安を軽くするため 95 例 (65.5%)
- ・ 親自身が子どもと離れるのが不安なため 67 例 (46.2%)
- ・ 遠隔地からの入院で、面会に通うのが大変なため 35 例 (24.1%)
- ・ 子どもの病状が重症なため 34 例 (23.4%)
- ・ その他 24 例 (16.6%)

その他の自由記述内容

①希望して(8 名) (ホ)

- ・ 子どもが小さいから・幼いから (8 名)

②親のサポートが必要だから(5 名)

- ・ まだ言葉を話す事ができず、親がサポートしなければならない為
- ・ 不調等を自分で訴えることができないから
- ・ 幼くて身の回りの自立ができていないから
- ・ 身の回りのことができない
- ・ 後追いが激しく、看護婦さん達に迷惑をかけてしまうと思った為

③母乳で育てている為 (4 名)

④子どもに障害があるため (2 名)

⑤心配だから様子をみていたい(10 名)

- ・ ミルク注入中、誤飲の心配があり目が放せない為
- ・ 最近よくニュースで耳にする医療ミスなどあってはならないが、もし・・・と思うと怖いので
- ・ 病状が急変する時等を考えると、子どもの側で様子をみてあげたい (看護婦さんにずっと

夜など離れずついてもらうこともできないから)

- ・気管切開後、カニューレや人工鼻を引っ張り危険であり、完全看護とは言っても目が届かない時があるのは分かっている為、吸引も必要な為
- ・子どもの状態を常に見守りたい為
- ・術後の経過が心配な為
- ・排泄介助を本人が恥ずかしがった為
- ・てんかん発作の観察の為
- ・その他

ii 病院から要請されて付き添っている

55 例 (37.9%)

(その理由)

- ・入院している病室が、付き添いを必要とする配置となっているため 23 例 (15.9%)
- ・病状を観察するために保護者の協力が必要なため 22 例 (15.2%)
- ・子どもが精神的に不安定なため 20 例 (13.8%)
- ・子どもの行動上の問題で保護者の協力がないと入院継続が困難なため 18 例 (12.4%)
- ・重症なため 11 例 (7.6%)
- ・その他 10 例 (6.9%)

註) この 55 例には、病院側と保護者の希望が一致した 24 例が含まれている。

その他の理由についての自由記述内容

①病院の規則(2 名)

- ・病院が母子入院を原則としている(2 名)

②子どもが小さく付き添いが必要な為(2 名)

③子どもが障害児(2 名)

- ・子どもが知的障害児で、看護婦さんや先生に意志が伝わりにくい為
- ・特に病院から要請されてはいないが、完全看護と言っても現状は看護婦さんが、障害のある子に手を掛けられる時間はない。看護婦さんは付き添いがいなくて自分達でしたいと思っても、現状の体制では無理ということ、親もよくわかっている。双方が現状をよく分かり、付き添いをしている。

④母子関係の形成(1 名)

- ・母子分離の期間が長くなっているの

⑤その他(2 名)

- ・子どもが小さいのでそばにいてあげたいと思うから。そばにいて少しでも気分が明るくなり 1 日でも早く病気を治したいと思うから
- ・入院した時には付き添うのが当たり前だと思いい、付き添わないとか特に思わなかった

2. 付き添いをしている病室の環境

i 個室か相部屋か

イ 個室	73 例 (50.3%)
3 畳	1 例 (0.7%)
4.5 畳	13 例 (9.0%)
6 畳	15 例 (10.3%)
7 畳	1 例 (0.7%)
8 畳	11 例 (7.6%)
9 畳	1 例 (0.7%)
10 畳以上	12 例 (8.3%)
ロ 相部屋	68 例 (46.9%)
2 人部屋	9 例 (6.2%)
3 人部屋	3 例 (2.1%)
4 人部屋	25 例 (17.2%)
5 人部屋	4 例 (2.8%)
6 人以上	27 例 (18.6%)

ii 付き添い期間

1 週間以内	68 例 (46.9%)
1 ~ 2 週間以内	18 例 (12.4%)
2 ~ 3 週間以内	9 例 (6.2%)
3 ~ 4 週間以内	2 例 (1.4%)
1 ~ 2 か月以内	11 例 (7.6%)
2 ~ 3 か月以内	6 例 (4.1%)
3 か月以上	27 例 (18.6%)

iii 付き添い者の寝る場所

- ・キャンパス・ベッド (折り畳みベッド) 61 例 (42.1%)
- ・子どものベッドで添い寝 47 例 (32.4%)
- ・ソファ・ベッド 14 例 (9.7%)
- ・床に直接布団を敷く 11 例 (7.6%)
- ・付き添いのベッドが用意されている個室で 9 例 (6.2%)
- ・ソファ 1 例 (0.7%)
- ・椅子に座って 1 例 (0.7%)

・その他 15 例 (10.3%)

その他の理由の自由記述内容

①寝る場所

・ファミリーハウス(2 名)

②付き添い（家族控室）部屋で布団(4 名)

・家族控室に布団を用意(2 名)

・付き添い控室に布団

・深夜は有料の和室で布団

③和室に布団(4 名)

④床に布団等を敷く(5 名)

・薄いマットを床に敷く

・床にレジャーシートを敷いて布団を敷く

・ジュータンの上に毛布を敷いて寝る

・床に毛布を敷く

・寝袋に毛布

⑤子どもと添い寝(1 名)

・ベッドでは子どもが危険なため、マットレスを横に 2 枚敷いて子どもと添い寝

⑥その他(2 名)

・ベッドは用意されているが、布団類は持ち込み

・夜は付き添っていない

iv 寝具の寝心地

寝心地はよい 4 例 (2.8%)

寝心地は普通 65 例 (44.8%)

寝心地が悪い 53 例 (36.6%)

とても寝心地が悪い 22 例 (15.2%)

v 付き添い者の食事

・弁当を買ってくる 123 例 (84.8%)

・インスタント食品を利用 94 例 (64.8%)

・院内食堂 32 例 (22.1%)

・出前を取る（配達弁当を含む）
20 例 (13.8%)

・有料で病院が提供 2 例 (1.4%)

・その他 24 例 (16.6%)

その他の理由の自由記述内容

①子どもの残りを食べる(7 名)

②家から持参(3 名)

③家族等が持ってくる(9 名)

④外食(2 名)

・院外に食べに行く

・家族に付添いを代わってもらい、外食

⑤食べる物を買う(3 名)

・院内の売店を利用

・パン、お握りを買う

・買い置きパンを食べる

⑥その他(2 名)

・差し入れ

・子どもがミルクなので、付き添い用の食事

vi 食事をする場所

・病室で食べている 67 例 (46.2%)

・病棟内に付き添いのための食事室がある

61 例 (42.1%)

・病院内の食堂で食べている 29 例 (20.0%)

・院外に食べに行く 14 例 (9.7%)

・その他 15 例 (10.3%)

その他の理由の自由記述内容

①付き添い（家族控室等）部屋

・家族控室(3 名)

・付き添い部屋(3 名)

②自家用車内(3 名)

③飲食許可の院内(6 名)

・院内の売店のテーブル

・面会室で食べる

・デイルームなど

・病棟外のソファなど

・1 階の外来フロアで食べる

・飲食が許されている病院の外来待合室の椅子

④自宅や実家によって食事(2 名)

・自宅が近いので家に寄った際に食べる

・実家が近いので、付き添いを交代してもらって食べに帰っている

⑤その他(1 名)

・たまに親が代わってくれたりすると、外食する

3. 付き添い環境として、必要な整備

・有料であっても、食事を提供して欲しい

85 例 (58.6%)

・家に帰ったり外出する際に、保育士（保母）等が世話をしたい

72 例 (49.7%)

・シャワールームか浴室を整備して欲しい

59 例 (40.7%)

- ・ベッドや寝具を用意して欲しい
53 例 (36.6%)
- ・調理室を整備して調理ができるようにして欲しい
30 例 (20.7%)
- ・休憩室を整備して欲しい
28 例 (19.3%)
- ・着替え室を用意して欲しい
15 例 (10.3%)
- ・その他
35 例 (24.1%)

その他の理由の自由記述内容

①食事等(9 名)

- ・子どもと一緒に病室内で食事がしたい(3 名)
- ・付き添い者も病室内で食事がとれるようにして欲しい
- ・子どもが小さく(生後7か月)私がいなくてぐずるので病室で食事ができるようにしてほしい
- ・親子で時々食事ができる部屋があればいい
- ・食事等をする場所が狭いので、広い場所がほしい
- ・今は昼のお弁当だけ用意してもらっているので、夜もお願いしたい
- ・長期的な入院の場合には、食堂や弁当の提供があると良い

②宿泊(5 名)

- ・親子病室を整備してほしい
- ・子どもが小さいので添い寝がしたい(2 名)
- ・同室で子どものベッドのそばで寝られるようにしてほしい
- ・遠隔地の為、宿泊施設を用意してほしい
- ・ファミリーハウスを借りられてとても助かった

③洗濯等(4 名)

- ・洗濯機と乾燥機を置いて欲しい
- ・洗濯機は有料としても乾燥機は無料で設置してほしい。
- ・コインランドリーがほしい
- ・子ども服などは乾燥機を使うと縮むので、外に干したい

④洗面所・トイレ等(5 名)

- ・各病室にトイレがあればよい
- ・トイレにウォッシュレットを設置してほしい(子どもから離れられずにシャワーも浴びられない時がある)
- ・洗面所をトイレの手洗い場と別にしてほしい。
- ・小さな子どもには目が話せないので、個室にもシャワールーム等があればよい
- ・同じ階に水飲み場やトイレがほしい

⑤冷蔵庫(2 名)

- ・部屋に冷蔵庫が欲しい。設置が無理なら持ち込みを許可してほしい(せめて病棟に1台でも設置して)
- ・できれば部屋に冷蔵庫を置いて欲しい

⑥電子レンジ(2 名)

- ・調理室は無理でも、電子レンジを用意してほしい
- ・オープン付き電子レンジを設置してほしい

⑦エアコン(1 名)

- ・夜になると止まってしまうが、冷暖房が効くようにしてほしい

⑧電話(1 名)

- ・電話も有料でもあると便利が良いと思う

⑨保育等(2 名)

- ・院内保育園があり、午前中だけでも子ども同士で遊べると子どもにとって良い刺激になると思う。
- ・子どもが遊べる畳(靴が脱げるような場所)の部屋があればいい

⑩仕事のスペース(1 名)

- ・相部屋の場合は就寝後仕事ができる場所が欲しい

⑪美容室等(1 名)

- ・長期の為、美容室とかエステサロンとかあればいいと思う

⑫ソファ等(1 名)

- ・ベッドの横の付き添い場所に、コンパクトでいいからゆっくり足の伸ばせるくらいのソファがあればいいと思う

⑬病室のスペース(2 名)

- ・部屋が非常に狭く、付き添い人のスペースが少なく、生活用品を置くスペースも少なすぎる
- ・一人のベッド回りのスペースが十分にあってほしい

⑭交流する場(1 名)

- ・親同士が交流できる場がほしい

⑮その他(8 名)

- ・食事や所用を済ませる一定の時間は医療的ケアのできる(看護婦)人に病室に付き添ってほしい
- ・頭を打ったりするので、床をもっと柔らかい物にしてほしい。
- ・折り畳みベッドは用意されているが、1日の使用料金 250 円をもう少し安くしてほしい。

あるいは持ち込み可にしてほしい。

- ・敷布団がほしい
- ・ボンボンベッドだと軋む音が大きいので子どもが起きてしまう（赤ちゃん）
- ・子どもがお風呂に入れない時、付添いの人だけでもお風呂に入れるようにしてほしい
- ・個室と相部屋の差がある
- ・休憩室に病室の様子がわかるモニターがほしい

4. 親子病室

- | | |
|-------------|---------------|
| ・必要である | 102 例 (70.3%) |
| ・そこまでは必要でない | 17 例 (11.7%) |
| ・わからない | 10 例 (6.9%) |
| ・その他 | 16 例 (11.0%) |

その他の理由の自由記述内容

①長期の入院には必要(6名)

- ・長期入院の場合整備されると嬉しい(4名)
- ・長期入院なら、付添い者の健康も大切になってくるので、できるだけ用意してもらいたい
- ・患者の症状・入院期間の長さによっては必要かと思う

②遠隔地の入院には必要(1名)

- ・遠隔地からの入院で、入院日数が長い場合などは、そのような設備があると有り難いと思う

③子どもの病状によっては必要(2名)

- ・子どもの病状によっては必要かもしれない
- ・病気の程度にもよるが、必要であると思う時がある

④調理設備は不必要(4名)

- ・調理まではできなくても、冷蔵庫とトイレが各部屋にあるとよいと思う。テレビもカードでは高すぎて見られない。子どもが具合の悪い時は外へも出られないのでテレビくらい自由に見せてやりたい。
- ・調理はできなくてもよいが、ベッドは必要
- ・調理はできなくてもよいが、付き添いの食事を有料で提供してほしい
- ・子どもの病状が悪い時や手術をした時など調理をする気持ちになれない

⑤個室は必要(2名)

- ・個室は必要だと思う
- ・乳幼児・小学生などは付き添う必要がある

と思う。但し、乳幼児は夜中だけではなく、日中も大泣きをしたりするので、個室の方が良いかと思う。親自身としては、初めての入院で戸惑う中、他の父兄の方に色々とおアドバイスをしてもらったりできたので、相部屋で良かった

⑥場合によっては必要(6名)

- ・わからないけれど、場合によってはあった方がいかもしれませんね
- ・必要であるとは断言しませんが、良いことであると思う
- ・絶対ほしいとまではいかないけれど、あればよいと思う
- ・時と場合によるが、トイレと食事は近くでとりたい
- ・希望者は選択できるようになっていけばよい
- ・子どもの年齢・病状によっては付添いを前提とする必要もあるかと思うが、病状が軽かったり、小学生以上だったり、付添いでできる近親者の事情等、様々なケースがあると思うので、付添いを前提とする必要はないと思う。それぞれのニーズに合わせて柔軟に対応できる体制があるとよい

⑦費用による(1名)

- ・料金が安いとよいが、高い場合は長期になると経済的に大変である

⑧現状の親子病室への要求(3名)

- ・部屋が狭い。長期になると使う物が増え、収納に困る。
- ・同室の人が夜遅くて音がうるさいので、病院側で何とかしてほしい。
- ・まず、親子病室の改善を望みたい

⑨その他(1名)

- ・一番親を必要とする時なので、子どもの気持ちや希望を一番大切にすべき。親が同室で付き添う事によって、不安が取り除けた場合は治療効果も高まる

5. 病院に隣接したファミリーハウス

子どもが慢性疾患等のために長期の入院を必要とする場合、病院に隣接したファミリーハウス(家族のための宿泊施設で、利用費用は格安、ボランティアが運営)を整備して、そこから毎日病室に通うということに対して、必要であるが6割であった。