

うことの重要性が支持・推進され (Richard & Gene, 1981/2000)、健康な子どもが病院を訪れるといったホスピタルツアーや、学校の中で病院についての準備教育を行うなどさまざまなプリバレーションが実施されている (McGarvey, 1983; 野村, 2001)。日本においても、1994年に「子どもの権利に関する条約」が批准されたことを受け、入院している子どもの権利が重視され、子どもの不安や混乱に対するプリバレーションの必要性が認識されはじめてきている。

プリバレーションの効果に関する研究では、手術に関するものが多く、術前にプリバレーションを受けた子どもは、入院中や退院後の心理的混乱が少ないことを明らかにしている (Galit, 1997; 山本, 菅, 橋本, 神徳, 中野, 高梨他, 1997; 日沼, 阿部, 金子, 宗村, & 山本, 1998; 村上, 錦織, 吉川, 浜崎, & 住吉, 1998; Susan, 2000; 鎌田, 大津, 永井, & 太田, 2000)。しかし、子どもにとって母親との分離や未知なる環境に遭遇するといった入院そのものに対するプリバレーションに関する研究は少なく、またそれらの研究は子どもではなく親を対象とした心理的な準備の効果といった観点からのものであった (細井, 笠松, 工藤, 城木, 坂口, 小泉他, 1999; 高橋, 佐伯, & 小海, 2000)。

これらのことより、入院によって引き起こされる子どもの不安や心理的混乱を最小限にし、子ども自身がそれらへの対処能力を高めるために、看護師が入院する子どもに対してプリバレーションを実施することは重要であり、その実態を明らかにする必要があると考えた。

#### 用語の操作定義

本研究では、プリバレーション、子ども、認識をそれぞれ次のように操作定義した。

【プリバレーション】病気や入院によって引き起こされる子どもの心理的混乱を最小限にし、子ども自身がそれらへの対処能力を高めるられるよう、看護師が子ども自身に行う事前の準備。

【子ども】3歳から16歳までの児童。

【認識】外界からの刺激や情報に対して、能動的に

情報を取り入れそれを認めること。

#### 研究目的

本研究の目的は、入院する子どもへのプリバレーションの必要性に対する看護師の認識の程度と、実際のプリバレーションの実施状況を明らかにすることである。

#### 研究方法

本研究では量的記述的研究方法を用いた。子どもへのプリバレーションの必要性に対する看護師の認識や、プリバレーションの実施状況の実態を広範囲に明らかにするためには、量的調査方法が適切であると考え、郵送法による質問紙調査を実施した。データの解析には年齢区分による群間の割合を比較検討するため、SPSS Ver.10を用いてカイ二乗検定を行った。

#### 調査対象者

子どもが入院している病棟をもち、200床以上を有する388病院を、インターネット上の全国病医院情報インデックスから無作為に抽出し、それらの病院の、子どもが入院している病棟に勤務する看護師長または主任看護師388名を調査対象者とした。病棟を管理する看護師長あるいは主任看護師の認識が、病棟スタッフの認識や看護方針に最も大きな影響を与えると考え、調査対象者として依頼をした。

#### 調査期間

調査期間は2003年1月～3月である。

#### 手順

質問紙の構成は、イギリスの「入院している子どもの福祉のための全国協会」(National Association for the Welfare of Children in Hospital; 以下、NAWCH) が制定している「入院している子どもの権利に関する10カ条憲章」(NAWCH, 1984) を参考に抽出した、1)入院待ちの子どもへ病棟を訪問する

機会の提供、2)子ども用の案内書の作成、3)入院理由の説明、4)親の付き添いの許可状況、5)入院時の病棟案内、6)日課の説明、7)病棟設備の説明について、1)~7)におけるプリパレーションの必要性の認識とその実施状況である。プリパレーションの必要性に対する認識は、「必ず必要である」から「必要でない」までの4段階に「考えていない」を加え、5段階のリッカートタイプ質問紙を構成した。また、実施状況については、「よくしている」から「していない」までの4段階のリッカートタイプ質問紙を構成し、回答を求めた。質問紙に含める項目に関しては研究者間で意見の一致が得られるまで討議してその妥当性を確保した。プリパレーションの必要性に対する認識とその実施状況については、「何故そのように考えたか」、あるいは「何故そのようにしているのか」を自由記載方法で回答を求めた。また、子どもの認識発達段階によって回答に違いがみられると判断した項目については、子どもの認識発達の質的転換期を考慮し、3~5歳、6~8歳、9~12歳、13~16歳の年齢区分にしたがって回答を求めた。

#### 質問紙の配布と回収

質問紙は2003年1月から3月の間に、調査対象となった病院の看護部を通じて、各調査対象者に郵送した。また、回答は各調査対象者から直接郵送法によって回収した。

#### 倫理的配慮

研究の目的と方法、ならびに倫理上の問題（調査への参加と調査からの離脱は自由であること、調査から中途離脱してもそのための不利益は被らないこと、調査は無記名でおこなわれ、結果は統計的処理を行うので回答者のプライバシーは保護されること）を明記した調査への参加依頼状を質問紙に同封し送付した。

## 結果

#### 回答者の属性

160名から有効回答を得た(有効回収率41.2%)。回答者はすべて女性であった。回答者の年齢は45~49歳が最も多く、42名(26.3%)であり、次いで50~54歳が37名(23.1%)、40~44歳が31名(19.4%)、35~39歳が24名(15.0%)であった。看護職としての経験年数は、20~29年が78名(48.8%)であり、10~19年が51名(31.9%)、30年以上が18名(11.2%)であった。小児看護を経験した年数は1~9年が111名(69.4%)であり、次いで10~19年が26名(16.2%)、1年未満が14名(8.8%)であった。

#### 勤務病院の状況

回答者の勤務する病院は127名(79.4%)が一般病院であり、高次機能病院17名(10.6%)、長期療養型病院3名(1.9%)、小児専門病院2名(1.3%)であった。最も多かった病棟は、「小児と成人の混合病棟」で104名(65.0%)であり、次いで「小児のみが入院している病棟」が43名(26.9%)、その他7名(4.4%)であった。また、子どもの在院日数は、「10日未満」が113名(70.6%)、「10~19日」は27名(13.8%)、「20~29日」は7名(4.4%)、「60日以上」は5名(3.1%)であった。

#### 入院前のプリパレーションの必要性の認識

入院待ちをしている子どもに、病棟訪問の機会を提供する必要性については、「必ず必要」と「必要」と答えたものを合わせて84名(52.6%)が認識していた。38名(23.7%)は「あまり必要でない」、「必要でない」とし、「考えたことがない」者は30名(18.7%)であった。また、子ども用の入院案内書を作成する必要性は、「必ず必要」と「必要」を合わせて109名(68.1%)が認識し、「あまり必要でない」、「考えたことがない」と回答した者は合わせて31名(19.4%)であった。子どもへの入院理由の説明が「必ず必要」と回答した者は43名(26.9%)、「必要」が108名(68.5%)であり、「あまり必要でない」「必要でない」は3名(1.9%)が回答した。

#### 入院前のプリパレーションの実施状況とその理由

表1. 年齢区分別の入院理由の説明をする人 (N=160)

	3~5歳 n (%)	6~8歳 n (%)	9~12歳 n (%)	13~16歳 n (%)
親	65 (40.6)	28 (17.5)	10 (6.3)	7 (4.4)
医師	49 (30.6)	77 (48.1)	97 (60.6)	100 (62.5)
外来ナース	7 (4.4)	11 (6.9)	10 (6.3)	9 (5.7)
病棟ナース	4 (2.5)	6 (3.8)	6 (3.8)	5 (3.1)
その他	2 (1.3)	3 (1.9)	3 (1.9)	3 (1.9)
無回答	33 (20.6)	35 (21.9)	35 (21.9)	36 (22.5)

\*\*\*P<.001 \*\*P<.01 \*P<.05

入院待ちの子どもに事前に病棟訪問をする機会を提供しているのは、「入院日が決まれば実施」「希望により実施」を合わせて23名(14.4%)で、病棟訪問を実施していないのは119名(74.4%)であった。

病院に子ども用の入院案内書を「作成している」のは26名(16.3%)、「作成していない」のは117名(73.1%)であった。子ども用の入院案内書を「作成している」と回答した26名の自由記載では、「子どもの理解を促すため」「入院生活が大人とちがうため」「入院生活をスムーズにするため」と、いずれも3名(11.5%)が作成している理由を記載していた。一方、子ども用の入院案内書を「作成していない」と回答した117名が示した理由で最も多かったのは、「親に入院案内をするため」26名(22.2%)、「子どもは理解できないため」11名(9.4%)、「必要性を感じない」4名(3.4%)であった。

子どもへの入院理由の説明は、「よく説明する」、「説明する」を合わせて95名(59.4%)であり、「あまりしない」49名(30.5%)、「説明しない」は7名(4.4%)であった。誰が最初に入院理由の説明をしているのかについて、年齢区分別で回答を求めた(表1)。子どもに最初に説明をするのは、3~5歳の子どもには、「親」から説明されていることが有意に多く(p<.01~p<.001)、9~12歳、13~16歳の子どもへ

は、いずれも「医師」から説明されているものが多かった(p<.05~p<.001)。

#### 入院時のプリパレーションの必要性に対する認識

入院時に、子どもに病棟を案内する必要性については、「必ず必要」18名(11.3%)、「必要」108名(67.5%)が認識していた。「あまり必要でない」、「必要でない」は合わせて12名(7.5%)であった。子どもへ日課を説明する必要性については「必ず必要」35名(21.9%)、「必要」108名(67.5%)が認識し、「あまり必要でない」、「必要でない」は11名(6.9%)であった。また、ナースコールや床頭台などの病棟設備の使い方を子どもに説明することは、「必ず必要」50名(31.3%)、「必要」82名(51.3%)がその必要性を認識し、10名(6.2%)が「あまり必要でない」、「必要でない」と回答した。

#### 入院時のプリパレーションの実施状況とその理由

入院時に、子どもへの病棟案内は、「よくしている」と「している」をあわせて73名(45.7%)で、「あまりしていない」48名(30.0%)、「していない」18名(11.3%)であった。実際に、病棟案内をしている73名のうち、「不安を軽減するため」、「入院生活の適応を助けるため」との理由を回答したものは、どちら

も8名(11.0%)で、「子どもの理解を促すため」は3名(4.1%)で、無回答は23名(31.5%)であった。病棟案内をしていないと回答した66名の理由で最も多かったのは、「親にしているため」17名(25.7%)で、次いで「子どもは理解できない」10名(15.2%)、「緊急入院や急性疾患での入院が多い」10名(15.2%)であった。

子どもへの日課の説明は、「よくしている」と「している」を合わせて92名(57.5%)で、「あまりしていない」と「していない」は63名(39.4%)であった。子どもへ日課を説明すると回答した92名のうち、「規則正しい生活が必要であるため」との理由を回答したのは10名(10.9%)、次いで「不安を軽減する」5名(5.4%)、「治療をスムーズにする」4名(4.3%)、無回答は36名(39.1%)であった。逆に、説明しない理由は63名中13名(20.6%)が「親にしているため」であり、次いで「子どもは理解できない」11名(17.5%)、無回答が15名(53.6%)であった。

ナースコールや床頭台など、病棟設備の使用方法を子どもに説明しているのは、「よくしている」と「している」を合わせて112名(70.5%)で、「あまりしていない」「していない」は合わせて28名(17.6%)であった。子どもに説明をしている30名中、「不安を軽減するため」との理由を回答したものが10名(8.9%)、

「子ども自身が生活をコントロールするため」7名(6.3%)、「ナースコールなどをおもちゃにしないよう(しっかり言うておく)」4名(3.6%)であり、50名(44.6%)が無回答であった。説明していない理由として、「親にしているため」と回答したのは、28名のうち7名(25.0%)で、「子どもは理解できない」は5名(17.9%)であった。

#### 親が付き添うことの必要性に対する認識

3～5歳の子どもの入院に親が付き添うことに対して、ほとんどの看護師がその必要性を認識していた。6～8歳、9～12歳、13～16歳の子どもと比較し、3～5歳の子どもには、親の付き添いが「必ず必要」と回答した者が有意に多く(P<.001)、13～16歳の子どもには付き添いは「必要でない」と回答した者が有意に多かった(P<.001)(表2)。

#### 親の付き添いの状況とその理由

病棟で親の付き添いが許可されている状況は、3～5歳の子どもには「原則的に付き添う」が有意に多く(P<.001)、13～16歳では「原則的に付き添いなし」が有意に多かった(P<.001)(表3)。親が付き添う理由は、「子どもの不安を軽減するため」が160名中44名(27.5%)で、次いで、「親や子どもが希

表2. 年齢区分別の付き添いの必要性 (N=160)

	3～5歳 n (%)	6～8歳 n (%)	9～12歳 n (%)	13～16歳 n (%)
必ず必要と思う	71 (44.4)	6 (3.8)	2 (1.3)	0
必要と思う	79 (49.4)	67 (41.9)	18 (11.3)	5 (3.1)
あまり必要でない	5 (3.1)	57 (35.6)	69 (43.1)	38 (23.8)
必要でない	0	22 (13.8)	66 (41.2)	111 (69.4)
無回答	5 (3.1)	8 (4.9)	5 (3.1)	6 (3.7)

\*\*\*P<.001 \*\*P<.01 \*P<.05

表 3. 年齢区別の親の付き添いの状況 (N=160)

	3~5歳 n (%)	6~8歳 n (%)	9~12歳 n (%)	13~16歳 n (%)
原則的に付き添い	108 (67.5)	24 (15.0)	3 (1.9)	2 (1.3)
処置・手術等の時のみ	8 (5.0)	17 (10.6)	7 (4.4)	8 (5.0)
親の希望	25 (15.6)	67 (41.9)	68 (42.5)	47 (29.4)
原則的に付き添いなし	3 (1.9)	32 (20.0)	60 (37.5)	79 (49.4)
その他	1 (0.6)	2 (1.3)	2 (1.3)	3 (1.9)
無回答	15 (9.4)	18 (11.2)	20 (12.4)	21 (13.0)

\*\*\*P<.001 \*\*P<.01 \*P<.05

望するため」10名(6.3%)、「看護師が少ないから」7名(4.4%)、管理上6名(3.8%)であり、無回答が70名(43.6%)であった。

### 考 察

子どもへのプリバレーションの必要性に対する認識  
 看護師の役割は子どもが入院するかもしれない時から始まり、子どもと親に対する適切な入院前の準備により彼らの不安は軽減すると言われている(Richard, 1996)。入院待ちをしている子どもへ、事前に病棟訪問をする機会を提供する必要性について、看護師は「必ず必要」と「必要」を合わせて52.6%(84名)が認識していたが、「考えたことがない」と回答したのも18.7%(30名)であった。また、子ども用の入院案内書を作成することについては、68.1%(109名)がその必要性を認識していた。一方、入院時、子どもへ病棟を案内することについては、「必ず必要」と「必要」を合わせて78.8%(126名)がその必要性を認識し、さらに、日課を説明することは89.4%(143名)であり、病棟設備の使用方法を説明することに関しても82.6%(132名)が必要であると回答していた。このように、入院時のプリバレーシ

ョンに比べ、入院前に入院生活がイメージできるようなプリバレーションの必要性に対する看護師の認識はやや低い傾向にあった。このことは、今回の調査対象者が病棟の看護師であったため、入院前の子どもとの関わりが少ないということが一因であると考えられる。ここ数年、外来と病棟の継続看護の必要性が認識されつつあり、病棟の看護師が外来業務も担当する勤務体制が組まれている病院が徐々にみられてきている。今後、入院前の子どもへのプリバレーションに対する認識の変化も期待できるであろう。

3~5歳の子どもに親が付き添うことは、93.8%(150名)の看護師がその必要性を認識していた。6~8歳の子どもではその必要性は半減し、年齢が高くなるにつれ、その必要性は減少していた。幼い子どもほど、心理的安定のために親の付き添いが必要であることを看護師は認識できているといえる。

### 子どもへのプリバレーションの実施状況

これまで、日本の病院では入院前の病棟訪問がどのくらい行われているか、子ども用の案内書がどのくらい作成されているかについて明らかにされた先行研究はない。今回の調査では、入院待ちの時に子どもへ病棟訪問の機会を与えている病棟は14.4%

(23名)であり、子ども用の案内書は16.3% (26名)の病棟で作成しており、入院前に子どもが入院生活をイメージできるような関わりを行っている病棟はさほど多くないことが推測できた。このことは、今回、対象となった病棟の平均在院日数が、10日未満といった短期入院が70.6% (113名)を占めていることから、ほとんどが急性疾患で、心身が不安定な状態で緊急入院する子どもが多いことが影響していると考えられた。

また、子どもへの入院理由の説明は、3～5歳の子どもには親から、6歳以上になれば医師から説明がされていた。子どもは、物事についての理解の仕方が大人とは大きく異なっている上に、発達段階や生活経験の豊かさによっても認識に違いがある。そのため、特に幼い子どもへの入院理由の説明は、子どもの経験したことや知っていることと関連させて話すことのできる親が行うことが望ましいとされている (Muller, Harris, & Wattlely, 1986/1988; Weller, 1980/1988)。今回の結果にみられたような年齢区分における回答の差は、子どもの認知発達レベルに沿ったものと言えよう。しかし、実際に子どもに入院理由の説明を行っているのは59.4% (95名)であり、何も知らされずに入院している子どもが少なくないことも推測された。さらに、誰が子どもへの入院説明をしているのかの問いには無回答も多く、病棟の看護師がそれらの情報を十分に把握できていないことも考えられた。子どもの入院は、外来で決定することがほとんどであるが、子どもが誰からどのような説明を受けているかといった情報を知らないまま、看護師が病棟でケアにあたると、ますます子どもの混乱を増強させかねない。外来と病棟の間で、それらの情報を共有する工夫も必要であろう。

子どもの心理的混乱に大きな影響を与える因子の一つとして、側に親がいるかどうかということがある (Platt, Constable, Raven, Rose & Sheldon, 1959; Department of Health, 1998)。親が付き添わなかった子どもに比べ、付き添った子どもの方が、情緒面と感染症の両面で問題が少なかったり、退院後の回復も早いなど、1960年代におこなわれた親の存在効

果に関する多くの研究結果を受けて、現在の面会や付き添いを奨励する方針になっている。今回の結果でも、親との分離に不安を強く感じる3～5歳の子どもには、「原則的に付き添う」と「親の希望」で付き添いを合わせて88.1% (151名)の親が付き添っていた。親が子どもに付き添う理由では「子どもの不安を軽減するため」が多く、幼い子どもにとっての心理的な安定基地として、親の存在の重要性がかなり浸透してきていると考えられた。しかし、その内実をみても、日常生活の世話が必要な3～5歳の子どもでは、67.5% (108名)が「原則的に付き添い」、13～16歳の子どもでは49.4% (79名)は「原則として付き添えない」状況であった。「親の希望」よりもむしろ、病棟側の都合で付き添ったり付き添えなかったりという状況は先行研究と同様であった (筒井, 1999)。これらのことから、看護師は、親の面会や付き添いが子どもの心理的な安定につながるの理解はあるが、子どもが親と一緒にいることが彼らの当然の権利であるといった認識までには至っていないことが推察できた。

入院時の病棟案内や日課について、子どもに直接説明をしているのは「よくしている」と「している」を合わせても、それぞれ45.7% (73名)、57.5% (92名)であり、子どもに説明していない理由で最も多かった回答は、「親に説明してるから」であった。このことは、親が病棟の施設や日課を理解してくれていれば、支障なく入院生活が過ごせるとの考えが影響しているかもしれない。さらに、子どもに日課や病棟設備の説明を行う理由として、子どもの「不安を軽減するため」と回答したものは10.0%にも満たなかったことを考え合わせると、看護師が行っている説明は、子どもと親の心理的負担の軽減を目的にしたプリパレーションではなく、入院生活がスムーズに過ごせるためのオリエンテーションにすぎないことも意味する。松尾 (1998) は、参加観察から「看護師は日々の生活方法など子どもが望むことに関する説明は不足しており、子どもは情報を求めて日々過ごしている」ことを明らかにしている。幼い子どもであっても見慣れない環境、これまでと違った生

活に対し、病棟の施設や設備、日常生活の規則性について具体的にこれまでの生活経験に関連させたり、実物を見せたり、触れさせることで理解が可能になる(鈴木, 2000; 及川, 2002)。しかし、自由回答の結果の多くに示されたように、「子どもは理解できない」と彼らの理解力を低く見積もっている可能性も示された。

全体として、入院する子どもに対してプリバレーションは必要であると認識しているにもかかわらず、実際に、子ども自身へプリバレーションがなされている割合は低かった。このことには、病棟の現状や子どもの認知発達に対する看護師の理解などが影響していることが考えられ、今後はさらに、子どもへのプリバレーションを行う上での困難さを明らかにしていく必要がある。

## おわりに

入院する子どもへのプリバレーションの必要性に対する看護師の認識の程度と、実際のプリバレーションの実施状況について、看護師160名の回答から以下のことが明らかになった。

1) 入院する子どもへのプリバレーションの必要性に対する認識：入院前の子どもへのプリバレーションとして、事前に子どもが病棟訪問をする機会を提供することについては84名(52.6%)が、子ども用の入院案内書を作成することは109名(68.1%)がその必要性を認識していた。子どもへの入院理由の説明は151名(95.4%)が必要と回答した。また、入院時の子どもへのプリバレーションとしては、病棟案内は126名(78.8%)、日課の説明は143名(89.4%)、病棟設備の使用方法的説明は132名(82.6%)がその必要性を認識していた。また、150名(93.8%)の看護師が、3～5歳の子どもには親の付き添いが必要と回答した。

2) 入院する子どもへのプリバレーションの実施状況：入院前に子どもに病棟訪問の機会を提供していたのは23名(14.4%)で、子ども用の案内書を作成していたのは26名(16.3%)であった。また、子ども

に入院理由を説明しているのは95名(59.4%)であり、3～5歳の子どもへは親から、6歳以上では医師から説明されていることが多かった。また、入院時のプリバレーションとして、病棟案内は73名(45.7%)、日課の説明は92名(57.5%)、病棟設備の使用方法的説明は112名(70.5%)の看護師が子どもへ実施していると回答した。

プリバレーションをとおして、子どもは自分のおかれた状況を正しく認識できる力を持っている。これまでの子どもの言葉の発達や生活経験、大人や仲間との相互関係を考え合わせた上で、子どもにプリバレーションがなされるならば、子どもは誤った理解によって引き起こされる不安や混乱を軽減でき、自己の対処能力を高めることが可能となる。このようなプリバレーションの効果を検証するさらなる研究を行うことで、看護師のプリバレーションへの意識を高めるとともに、それぞれの現状にあった方法を検討する必要がある。

## 文 献

- Department of Health. (1998). *Welfare of Children and Young people in Hospital*. London: Oxford University Press.
- Dermod, M. (1979). *The Emotional Well-being of Children Aged 0-5 Years in Hospital*. London: NAWCH.
- Galit, B. (1997). Preparation of Children for Surgery and Invasive Procedures: Milestones on the Way to Success. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4), 252-255.
- 日沼千尋, 阿部須麻子, 金子美奈子, 宗村弥生, & 山本由理子. (1998). 先天性心疾患患児の手術の説明(第2報):パンフレットの郵送の試み. *東京女子医科大学看護学部紀要*, 1, 61-68.
- Holiday, B. (1994). Nursing Research on the Impact of Hospitalization on the Child and Parents. シンポジウム講演, 子どもと親に与える入院の影響に関する看護研究. *看護研究*, 27(2-3), 102-111.

- 細井あやみ, 笠松美紀, 工藤眞理, 城木三千代, 坂口香都子, 小泉千華, 山田恭子, 桜井彩香, & 寺江憲子. (1999). 口唇形成術を受ける母への入院前病棟訪問における看護婦の役割. *第30回日本看護協会学会論文集 (小児看護)*, 100-102.
- 鎌田 愛, 大津美穂, 永井初枝, & 太田秀彦. (2000). 一日入院の患者家族に対するオリエンテーションの検討—パンフレット作成と導入後の評価—. *日本小児看護学会誌*, 9(2), 108-109.
- 草場ヒフミ, 村田恵子, 有田直子, 正木美奈子, & 門倉美智子. (1997). 隔離を受けている子どものケア環境と生活行動. *神戸大学医学部保健学科紀要*, 13, 45-52.
- 松尾ひとみ. (1998). 活動が制限されている学童期の子どもの入院体験. *第18回日本看護科学学会学術集会講演集*, 300-301.
- McGarvey, ME. (1983). *Preschool Hospital Tours. Journal of the Association for the Care of Children's Health*, 11(3), 122-124.
- Menke, EM. (1981). School-Aged Children's Perception of Stress in the Hospital. *Journal of the Association for the Care of Children's Health*, 9, 80-86.
- Muller, D., Harris, P., & Wattley, L. (1986). *Nursing Children: Psychology Research & Practice*. London: Harper & Row Limited. 梶山祥子 & 鈴木敦子 訳. *病める子どものこころと看護*. 医学書院. 1988.
- 村上 久, 錦織静佳, 吉川直美, 浜崎美穂, & 住吉緑. (1998). 予定手術を受ける小児の家族への術前オリエンテーションを振り返る—入院前にパンフレットを渡すことの効果—. *広島県立病院医誌*, 30(1), 175-182.
- 村田恵子. (2000). 病気経験が子どもに及ぼす影響とストレス対処過程. 村田恵子編. *病いと共に生きる子どもの看護*. メジカル出版所収. pp.12-26.
- National Association for the Welfare of Children in Hospital. (1984). *NAWCH Charter for Children in Hospital*. London: NAWCH.
- 野村みどり. (2001). ヨーロッパ視察調査と小児病棟の療養環境についての国内・外比較. *平成12年度厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 研究報告書*, 478-530.
- 及川郁子. (2002). プリパレーションはなぜ必要か. *小児看護*, 25(2), 189-192.
- Platt, HB., Constable, PH., Raven, KA., Rose, FM., & Sheldon, WP. (1959). *The Welfare of Children in Hospital*. London: Her majesty's stationery office.
- Reissland, N. (1983). Cognitive Maturity and the Experience of Fear and Pain in Hospital. *Social Science Medicine*, 17, 1389-1395.
- Richard, HT. & Gene, S. (1981). *Child Life in Hospitals Theory and Practice*. Charles C. Thomas, Publishers. 小林登監修. (2000). *病院におけるチャイルドライフ*. 中央法規出版.
- Richard, L. (1996). *Children in Hospital*. New York: Oxford University Press.
- Susan, O. (2000). Preparing Children for Surgery: An Integrative Research Review. *AORN Journal*, 71(2), 334-343.
- 鈴木敦子. (2000). 小児看護学教育とインフォームド・コンセント; 子どもの人格発達をふまえて. *小児看護*, 23(13), 1727-1730.
- 高橋智子, 佐伯貞江, & 小海佐智子. (2000). 入院経過パンフレットを使用した母親の不安軽減への援助—STAIによる比較検討をおこなって—. *第31回日本看護協会学会論文集 (小児看護)*, 62-64.
- 筒井真優美. (1985). 入院による2歳児の情緒混乱に対する親の支援の分析. *日本看護科学学会誌*, 5(1), 28-37.
- 筒井真優美, 片田範子, 広末ゆか, 村田恵子, 及川郁子, 平林優子, & 舟島なをみ. (1994). 入院している子どもの家族の心配と疲労: 小児病棟と混合病棟の比較. *日本看護科学学会誌*, 14(3), 102-103.
- 筒井真優美編. (1999). *これからの小児看護*. 南江堂. 山本靖子, 菅 弘子, 橋本育代, 神徳規子, 中野智津子, 高梨信子, 二宮啓子, 宇田山和子, 岡野純子, & 三谷浩枝. (1997). 小手術を受ける子どもの心



理的準備—両親による子どもへの支援—, 神戸市  
看護大学短期大学部紀要, 16, 37-45.

Weller, B. (1980). *Helping Sick Children Play*. Lon-

don: Bailliere Tindall a division of Cassell Ltd.  
大阪府立看護短期大学発達研究グループ訳.  
(1988). *病める子どもの遊びと看護*. 医学書院.

## 子どもが必要としている入院環境に対する 看護師・医師・保護者の認識

赤川晴美・鈴木敦子・榎木野裕美  
鎌田佳奈美・高橋清子・蝦名美智子  
二宮啓子・松森直美・杉本陽子  
前田貴彦

Journal of Fukui Prefectural University

No.23 February 2004

## 子どもが必要としている 入院環境に対する看護師・医師・保護者の認識

赤川晴美\*<sup>1</sup> 鈴木敦子\*<sup>1</sup> 楢木野裕美\*<sup>2</sup> 鎌田佳奈美\*<sup>3</sup>  
 高橋清子\*<sup>4</sup> 蝦名美智子\*<sup>5</sup> 二宮啓子\*<sup>5</sup> 松森直美\*<sup>5</sup>  
 杉本陽子\*<sup>6</sup> 前田貴彦\*<sup>6</sup>

### はじめに

子どもにとって入院することは、途方のなく大きな出来事である。大人とは異なる認識過程にある子どもにとって、それは安心して暮らしてきた日常生活から、非日常の生活へと移ることを意味する。いつもそばにいた大好きな親やきょうだい、ペット、玩具などからの別離であり、大切な友だちや遊び場所から別れることである。入院を必要とする子どもは、発熱や痛みなど、身体的苦痛や処置に加え、見慣れない建物や器械に囲まれ、出会ったことのない人びとに話しかけられるなど、さらなる不安な状態に追い込まれる。

先駆的な取り組みで知られるイギリスでは、1959年政府の諮問をうけ、入院中の子どもの福祉に関するプラットー報告書<sup>1)</sup>が答申され、その勧告を受けて、1963年に「入院児の福祉のための全国協会」(NAWCH; National Association for the Welfare of Children in Hospital)が創立され、NAWCHは1984年に「入院している子どもの権利に関する十か条憲章<sup>2)</sup>」を作成した。そこには、「子どもは年齢や病状に応じて、遊び、レクリエーション、教育の機会を与えられなくてはならない」、「入院する子どもは、いつも両親といる権利をもっている」、「子どもは自分の衣服を着用し、私物を持ち込める」、「子どもは同年齢の子どもの中かでケアされる」、「子どもについて適切な教育を受け、それぞれの子どもの発達段階に応じた身体的、精神的ニードを十分理解しているスタッフからケアされる権利をもつ」などの宣言が盛り込まれている。なかでも、子どもはできる限り家庭に近い病棟環境のなかで、彼らの心身のニーズを理解できるスタッフのもとで、ケアを受ける権利をもっていることが強調されている。この憲章は、イギリスだけでなく多くの国々から賛同を得て、現在はヨーロッパ連合においても承認されている。その後も欧米においては、入院体験は、子どもにさまざまな心理的影響を及ぼし、混乱や不安、恐怖を与えていることが報告されており、なかでも、不慣れた病院の環境、両親からの分離が、子どもの心理的混乱に関わる大きな要素として指摘されている<sup>3)</sup>。

受理日 2003.12.26

所 属 \*<sup>1</sup>福井県立大学看護福祉学部看護学科、\*<sup>2</sup>滋賀医科大学医学部看護学科、\*<sup>3</sup>大阪府立看護大学、  
 \*<sup>4</sup>大阪大学医学部保健学科、\*<sup>5</sup>神戸市看護大学、\*<sup>6</sup>三重大学医学部看護学科

しかしながら、日本においては、子どもが必要としている入院環境に関する研究は少なく、その大半が、プレイルームや院内学級・学習室、保育士など量的問題に関するものであり、人的環境の影響に関する研究はあまりない<sup>9)10)</sup>。

子どもが必要としている入院環境に与える要因としては、経済的なものが大きいことは当然ではあるが、まわりの大人、特に看護師、医師、保護者の考え方にも大きく左右されるという特徴がある。そこで、本研究では、看護師・医師・保護者が、子どもが必要としている入院環境についてどのように考えているか、そして実際にそれがどの程度、実現されていると認識しているかを分析することで、子どもにとって望ましい入院環境を彼らに少しでも提供できることを目的としたものである。

## I. 研究方法

### 1. 研究対象・研究方法

対象者は、小児病棟のある全国の200床以上の375病院に勤務する看護師長・主任看護師、小児科医、およびその病院に通院・入院している子どもの保護者のいずれかの対象者から、郵送法により自記入による回答を依頼し、286人の回答を得た。回答率は76.3%、有効回答率は100%であった。対象者数の内訳は、看護師93人(32.5%)、医師84人(29.4%)、保護者109人(38.1%)であり、保護者の内訳は、母親106人、父親3人であった。

調査期間は2003年1月20日～2月14日の約1ヶ月である。調査内容は、遊び場所や宿泊施設などの物的環境、および看護師の関わりや継続性などの人的環境のあり方とその現状に関するものである。データの統計処理は、統計ソフトSPSS 10.0 Jを用いて、クラスカル・ウォリス検定を行った。さらに、看護師、医師、保護者間での認識の違いを明確にするため、多重比較を行ない0.0167を有意水準とした。

### 2. 倫理的配慮

研究目的、方法等を明記した依頼文を調査用紙に同封し、本研究への参加は自由意志であること、得られた結果は統計処理をほどこし病院や個人が特定されることはないことを明記した。

## II. 結果

### 1. 病院・病棟の状況

病院の所在地は、関東が24.8%で最も多く、ついで近畿が17.5%であった。病院の形態は、公立病院が41.6%で最も多く、その他が21.0%であった。その他の内訳は、JA厚生連、社会保険などであった。病院の機能は、一般病院が79.1%で最も多かった。病院の定床数は、300～500床未満の病院が50%と最も多かった(表1)。

病棟の状況は、小児と成人の混合病棟が最も多く65.0%であり、子どものみの入院は、29.0

%であった。看護師が勤務する勤務病棟では、病棟定床数は、40～49床が37.6%で最も多く、次いで50床以上が31.2%であった。混合病棟の子どもの定床数は、10～19床が24.7%で最も多かった。平均入院日数は、10日未満が71.0%を占めていた（表2）。

表1 病院の状況 N=286(看護師n=93 医師n=84 保護者n=109) (%)

病院の所在地	病院の形態		病院の機能		病院の定床数		
北海道	—	国立	26(9.1)	一般病院	140(79.1)	200～300床未満	29(16.4)
東北	38(13.3)	公立	119(41.6)	高機能病院	27(15.3)	300～500床未満	89(50.3)
関東	71(24.8)	医療法人	49(17.1)	子ども専門病院	—	500～700床未満	29(16.4)
近畿	50(17.5)	社会医療法人	16(5.6)	長期療養型病院	2(1.1)	700～900床未満	15(8.5)
四国	17(5.9)	その他	60(21.0)	その他	6(3.4)	900～1100床未満	8(4.5)
中国	21(7.3)	無回答	16(5.6)	無回答	2(1.1)	1100床以上	3(1.7)
九州	39(13.9)					無回答	4(2.2)
沖縄	—						
無回答	3(1.0)						

表2 病棟の状況 看護師n=93 (%)

病棟定床数		混合病棟の子ども定床数		平均在院日数	
10床未満	1(1.1)	10床未満	9(9.7)	10日未満	66(71.0)
10～19床	1(1.1)	10～19床	23(24.7)	10～19日	18(19.4)
20～29床	7(7.5)	20～29床	21(22.6)	20～29日	3(3.2)
30～39床	17(18.3)	30～39床	6(6.5)	30～39日	2(2.2)
40～49床	35(37.6)	40～49床	1(1.1)	40日以上	2(2.2)
50床以上	29(31.2)	50床以上	1(1.1)	無回答	2(2.2)
無回答	3(3.2)	無回答	5(5.4)		
		非該当	27(29.0)		

## 2. 看護体制

看護体制については、病棟の看護師の数と準夜・深夜の看護師数、保護者の付き添いの状況を問うた。病棟看護師の数は、21～25人が35.5%、26人以上が30.1%、16～20人が29.0%であった。また日勤看護師の数は、6～10人が66.7%で、11～15人が22.6%であった。夜間勤務者数は、3人が多く、次に2人、4人で、2人～4人が約90%であった。

付き添いについては、場合により付き添うケースが68.8%と大半を占め、必ず付き添っているが21.5%であった。保護者が付き添う子どもの年齢は、1歳未満では45.2%、1～4歳未満52.7%、5～7歳未満54.8%、7～10歳未満11.8%であり、10歳以上の子どもへの付き添いはなかった。過半数の病棟において、就学前の子どもには保護者が付き添っていた（表3）。

表3 病棟の看護体制 看護師n=93 (%)

看護師		日勤の看護師数		準夜の看護師数		深夜の看護師数	
10人以上	1(1.1)	5人以上	7(7.5)	1人	1(1.1)	1人	1(1.1)
11~15人	1(1.1)	6~10人	62(66.7)	2人	20(21.5)	2人	29(31.2)
16~20人	27(29.0)	11~15人	21(22.6)	3人	48(51.6)	3人	44(47.3)
21~25人	33(35.5)	16~20人	1(1.1)	4人	14(15.1)	4人	12(12.9)
26人以上	28(30.1)	無回答	2(2.2)	5人	5(5.4)	5人	3(3.2)
無回答	3(3.2)			6人以上	3(3.2)	6人以上	2(2.2)
				無回答	2(2.2)	無回答	2(2.2)

  

保護者の付き添い		保護者が付き添う子どもの年齢(複数回答)	
必ず付き添っている	20(21.5)	0~1歳未満	42(45.2)
場合による	64(68.8)	1~4歳未満	49(52.7)
いない	7(7.5)	5~7歳未満	51(54.8)
無回答	2(2.2)	7~10歳未満	11(11.8)
		10歳以上	0(0.0)
		その他	6(6.5)

### 3. 対象者の背景

#### 1) 看護師

対象者の看護師は93人で、年齢は40~54歳が58.1%であった。看護師としての経験年数は20~30年以上が60.3%であるが、小児看護に携わる年数は1~9年が64.5%であり、10年未満が多くを占めていた(表4)。

#### 2) 医師

医師は84人で、年齢は30~54歳が50%であった。医師の経験年数は、15~29年が48.8%で、医師としての経験年数と小児科医としての経験年数のほとんどが重なっていた(表4)。

#### 3) 保護者

保護者は109人で、子どもとの続柄は母親が106人(97.2%)、父親は3人であった。保護者の年齢は30代が半数を占め、ついで20代であった(表5)。

#### 4) 子どもの背景

保護者による子どもの年齢は、3歳未満が40人(36.7%)、3~5歳が39人(35.8%)、6~8歳が16人(14.7%)、9~12歳が10人(9.2%)であった。

子どもが、病院や看護師・医師、白衣にどのような感情をもっているかの問いに対しては、各項目とも「あまり嫌がらない」「嫌がらない」「あまり恐がらない」「恐がらない」とする者が80~85%を占めていた(表6)。

表4 看護師、医師の背景 看護師n=93、医師n=84 (%)

看護師、医師の年齢										
	25歳未満	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60歳以上	無回答
看護師	—	8( 8.6)	10(10.8)	9( 9.7)	19(20.4)	18(19.4)	17(18.3)	3( 3.2)	1( 1.1)	8( 8.6)
医師	—	9(10.7)	13(15.5)	6( 7.1)	16(19.0)	11(13.1)	13(15.5)	10(11.9)	2( 2.4)	4( 4.8)

  

看護師、医師の経験年数		小児看護師、小児科医の経験年数			
	看護師	医師	看護師	医師	
1年未満	—	—	1年未満	7( 7.5)	1( 1.2)
1～4年	—	10(11.9)	1～4年	40(43.0)	12(14.3)
5～9年	12(12.9)	12(14.3)	5～9年	20(21.5)	10(11.9)
10～14年	8( 8.6)	9(10.7)	10～14年	14(15.1)	10(11.9)
15～19年	13(14.0)	16(19.0)	15～19年	3( 3.2)	15(17.9)
20～24年	21(22.6)	12(14.3)	20～24年	3( 3.2)	10(11.9)
25～29年	17(18.3)	13(15.5)	25～29年	1( 1.1)	13(15.5)
30年以上	18(19.4)	11(13.1)	30年以上	—	11(13.1)
無回答	4( 4.3)	1( 1.2)	無回答	5( 5.4)	1( 1.2)
不明	—	1( 1.2)			

表5 保護者の年齢 保護者n=109 (%)

保護者の年齢	10代	20代	30代	40代	50代
	—	31(28.4)	62(56.9)	14(12.8)	2( 1.8)

表6 子どもの背景 保護者n=109 (%)

子どもの年齢	病院に対する反応	看護師・医師・白衣に対する恐怖感					
		ひどく恐がる	恐がる	あまり恐がらない	分らない		
3歳未満	40(36.7)	ひどく嫌がる	—	ひどく恐がる	—	2( 1.8)	4( 3.7)
3～5歳	39(35.8)	嫌がる	11(10.1)	恐がる	13(11.9)	16(14.7)	10( 9.2)
6～8歳	16(14.7)	あまり嫌がらない	39(35.8)	あまり恐がらない	32(29.4)	37(33.9)	31(28.4)
9～12歳	10( 9.2)	嫌がらない	49(45.0)	恐がらない	61(56.0)	51(46.8)	62(56.9)
13～16歳	3( 2.8)	分からない	7( 6.4)	分からない	3( 2.8)	3( 2.8)	1( 0.9)
不明	1( 0.9)						

#### 4. 子どもが必要としている入院環境に対する看護師・医師・保護者の認識

##### 1) 子どもが必要としている物的環境のあり方と現状

子どもの入院環境は、まわりの大人の考え方によって決定され、子どもは自ら入院環境を選べることは少ない。それゆえ、子どもに関わる大人には、子どもが必要としている入院環境を子どもの立場から考えて整備していくことが求められる。

そこで、子どもが必要としている物的環境として、遊び場所と玩具、宿泊施設、病室・処置室の雰囲気、同年代の子どもや思春期の子どもの病室、昼間の衣服への着替え、看護師・医師の服装についてそれらのあり方と現状に対する看護師・医師・保護者の認識を調べた。

## (1) 遊びの入院環境のあり方とその現状に対する看護師・医師・保護者の認識

子どもにとって遊びは必要不可欠なものであり、とくに幼児後期の子どもにとっては主導的活動である<sup>9)</sup>。それは病児にとっても同様で、むしろ健康な子ども以上に重要であることが指摘されている<sup>9)</sup>。そこで、遊び環境のあり方とその現状に対する認識を、プレイルームと玩具、外来の遊び場所、病院構内での遊び場所に関して尋ねた(表7-①、表7-②)。

病棟にプレイルームが必要であるかの問いには、看護師97.8%、医師96.4%、保護者92.7%とその大方が必要としていた。また、看護師92.5%、医師88.1%、保護者83.4%が、プレイルームには年齢に合った玩具が必要であるとしていた。さらに、外来にも遊ぶ場所が必要かについても、看護師93.6%、医師86.9%、保護者81.7%が必要と考えていた。これら病院内の必要性の認識に比べて、病院構内にも遊ぶ場所が必要とするものは少なかった。しかし、それでも過半数(看護師58.1%、医師51.1%、保護者59.6%)が、病院構内にも必要と考えており、子どもの遊びの入院環境のあり方に対する三者間の認識に有意差はなかった。

一方、遊び環境の現状は、プレイルームがあるとしたのは三者で83.4%おり、そこに年齢に合った玩具があるとしたのは38.0%と少なかった。保護者と看護師は、医師に比べ、年齢にあった玩具がプレイルームにあるとする者は少なく、特に保護者は11.0%が分からないとし、看護師と医師間、医師と保護者間で有意差がみられた。また、外来に子どもの遊ぶ場所があるとしたのは、三者で41.9%おり、病院構内に遊ぶ場所があるとしたのは三者でわずか10.8%に過ぎなかった。

## (2) 宿泊施設のあり方とその現状に対する看護師・医師・保護者の認識

入院する子どもは、家族と一緒にいることでその不安は大きく緩和される。その家族が安心して子どもに付き添える条件として、宿泊施設の提供は不可欠である。宿泊施設のあり方とその現状認識を問うた(表8-①、表8-②)。

看護師61.3%、医師67.8%、保護者66.1%で、約60~70%が、付き添う家族のための宿泊施設が必要であると考えており、三者間に有意差はみられなかったが、保護者では必ず必要とする割合が約20%であった。しかし、宿泊施設があるとしたのは、三者で14.5%に過ぎず、医師はあると捉えている者が少なく、看護師との間に有意差がみられた。



子どもが必要としている入院環境に対する看護師・医師・保護者の認識

表7-① 遊びの入院環境のあり方に対する看護師・医師・保護者の認識 (%)

		必ず必要と 思う	必要と思う	あまり必要と 思わない	必要と 思わない	考えたことが ない	無回答
病院構内に遊ぶ 場所が必要である	看護師	4 (4.3)	50(53.8)	29(31.2)	7 (7.5)	1 (1.1)	2 (2.2)
	医師	6 (7.1)	37(44.0)	25(29.8)	13(15.5)	2 (2.4)	1 (1.2)
	保護者	18(16.5)	47(43.1)	21(19.3)	9 (8.3)	11(10.1)	3 (2.8)
外来に遊ぶ場所が 必要である	看護師	18(19.4)	69(74.2)	5( 5.4)	1 (1.1)	-	-
	医師	19(22.6)	54(64.3)	9(10.7)	1 (1.2)	1 (1.2)	-
	保護者	28(25.7)	61(56.0)	11(10.1)	5 (4.6)	2 (1.8)	2 (1.8)
病棟には プレイルームが 必要である	看護師	43(46.2)	48(51.6)	2 (2.2)	-	-	-
	医師	41(48.8)	40(47.6)	2 (2.4)	1 (1.2)	-	-
	保護者	57(52.3)	44(40.4)	4 (3.7)	1 (0.9)	2 (1.8)	1 (0.9)
プレイルームには 各年齢に合った玩 具が必要である	看護師	13(14.0)	73(78.5)	6 (6.5)	-	-	1 (1.1)
	医師	23(27.4)	51(60.7)	7 (8.3)	2 (2.4)	-	1 (1.2)
	保護者	20(18.3)	71(65.1)	12(11.0)	2 (1.8)	4 (3.7)	-

表7-② 遊びの入院環境の現状に対する看護師・医師・保護者の認識 (%)

		必ずある	ある	あまりない	ない	分からない	無回答
病院構内に遊ぶ 場所がある	看護師	1 (1.1)	8 (8.6)	17(18.3)	67(72.0)	-	-
	医師	3 (3.6)	9 (10.7)	6 (7.1)	65(77.4)	1 (1.2)	-
	保護者	-	9 (8.3)	18(16.5)	76(69.7)	4 (3.7)	2 (1.8)
外来に遊ぶ場所が ある	看護師	-	38(40.9)	24(25.8)	30(32.3)	-	1 (1.1)
	医師	-	45(53.6)	18(21.4)	19(22.6)	-	2 (2.4)
	保護者	2 (1.8)	32(29.4)	39(35.8)	29(26.6)	5 (4.6)	2 (1.8)
病棟には プレイルームが ある	看護師	-	78(83.9)	-	15(16.1)	-	-
	医師	-	68(81.0)	-	16(19.0)	-	-
	保護者	-	93(85.3)	-	12(11.0)	-	4 (3.7)
プレイルームには 各年齢に合った玩 具がある	看護師	2 (2.2)	24(25.8)	47(50.5)	18(19.4)	-	2 (2.2)
	医師	4 (4.8)	42(50.0)	25(29.8)	11(13.1)	1 (1.2)	1 (1.2)
	保護者	4 (3.7)	30(27.5)	44(40.4)	16(14.7)	12(11.0)	3 (2.8)

\*p<.0167

表8-① 宿泊施設のあり方に対する看護師・医師・保護者の認識

		必ず必要と 思う	必要と思う	あまり必要と 思わない	必要と 思わない	考えたことが ない	無回答
付き添う家族の ために宿泊施設 が必要である	看護師	6 (6.5)	51(54.8)	22(23.7)	11(11.8)	3 (3.2)	-
	医師	7 (8.3)	50(59.5)	15(17.9)	10(11.9)	2 (2.4)	-
	保護者	21(19.3)	51(46.8)	24(22.0)	8 (7.3)	4 (3.7)	1 (0.9)

表8-② 宿泊施設の現状に対する看護師・医師・保護者の認識

		必ずある	ある	あまりない	ない	分からない	無回答
付き添う家族の ために宿泊施設 がある	看護師	-	17(18.3)	-	76(81.7)	-	-
	医師	-	8 (9.5)	-	70(83.3)	-	6 (7.1)
	保護者	-	17(15.6)	-	83(76.1)	6 (5.5)	3 (2.8)

\*p<.0167

## (3) 病室・処置室の雰囲気のある方とその現状に対する看護師・医師・保護者の認識

見慣れない病院の環境は、子どもに不安や恐怖心を与える。その子どもの不安な気持ちを少しでも和らげ、検査や処置への緊張感を少しでもほぐし、病室・病棟を少しでも家庭の環境に近づけるためには、病室・処置室などの雰囲気づくり、すなわち、子どもにとって魅力のある飾りつけや色彩への配慮が重要である。それらのあり方と現状に対する看護師・医師・保護者の認識を質問した(表9-①、表9-②)。

子どもが検査や処置を受ける外来処置室の玩具や飾りつけの必要性は、看護師98.9%、医師92.8%、保護者89.9%で、そのほとんどが必要と考えており、三者間で有意差はなかった。また、病棟処置室の玩具や飾りつけも、看護師92.5%、医師85.8%が必要を認識していたが、保護者は76.2%と低く、18.3%は必要ないとし、看護師と保護者間では有意差があった。さらに、レントゲン室の玩具や飾りつけでは、看護師80.6%、医師75.0%が必要と認めていたが、保護者は他の二者と比べて55.9%と低く、看護師と保護者間、および医師と保護者間には有意差がみられた。

一方、外来処置室に玩具や飾りつけがあるとしたのは、看護師69.9%、医師83.4%であるが、保護者は59.7%と低く、保護者の11.9%は分からないとしていた。また、病棟処置室に玩具や飾りつけがあるとしたのは、看護師53.8%、医師48.8%と半数であったが、保護者は33.0%と低く、分からないとする者も18.3%いた。さらに、レントゲン室に玩具や飾りつけがあるとしたのは三者でも11.9%に過ぎず、79.9%がレントゲン室に玩具や飾りつけはないと認識し、保護者の11.9%は分からないとしていた。子どもが検査や処置を受ける外来処置室、病棟処置室、レントゲン室の飾りつけの現状は、看護師と保護者間、および医師と保護者間で有意差がみられた。

病棟の飾りつけは、看護師94.6%、医師97.6%、保護者88.1%の大部分が子どもの好みにすることが必要であると考えていた。また、病棟の壁紙は、看護師95.7%、医師95.2%のほとんどが子どもの好む色や柄が必要と認識していたが、保護者は看護師や医師に比べて76.2%と低かった。さらに、病棟のカーテンは、看護師の87.1%、医師の85.7%が子どもの好む色や柄にする必要があると考えていたが、保護者は66.0%と低かった。看護師と保護者間、医師と保護者間で有意差があった。

一方、病棟の飾りつけを子どもの好むようにしてあるとしたのは、三者の平均で58.6%と低かった。また、病棟の壁紙を子どもの好む色や柄にしてあると、保護者のほとんど(95.5%)が認識していたが、看護師や医師の過半数(54.4%)はそのようには捉えていなかった。病棟のカーテンを子どもの好む色や柄にしているとしたのは、看護師と医師では17.0%とわずかであり、保護者の大部分(90.5%)はしてあると認識していた。病棟の飾りつけの現状はすべての項目で、看護師と保護者間、医師と保護者間で有意差がみられた。

子どもが必要としている入院環境に対する看護師・医師・保護者の認識

表9-① 病室・処置室の雰囲気のある方に対する看護師・医師・保護者の認識 (%)

		必ず必要と 思う	必要と思う	あまり必要と 思わない	必要と 思わない	考えたことが ない	無回答
レントゲン室に	看護師	7 (7.5)	68(73.1)	17(18.3)	1 (1.1)	-	-
飾りつけが	医師	12(14.3)	51(60.7)	16(19.0)	4 (4.8)	1 (1.2)	-
必要である	保護者	13(11.9)	48(44.0)	29(26.6)	11(10.1)	6 (5.5)	2 (1.8)
外来処置室に	看護師	21(22.6)	71(76.3)	1 (1.1)	-	-	-
飾りつけが	医師	27(32.1)	51(60.7)	4 (4.8)	2 (2.4)	-	-
必要である	保護者	23(21.1)	75(68.8)	8 (7.3)	-	2 (1.8)	1 (0.9)
病棟処置室に	看護師	18(19.4)	68(73.1)	5 (5.4)	1 (1.1)	-	1 (1.1)
飾りつけが	医師	15(17.9)	57(67.9)	11(13.1)	-	1 (1.2)	-
必要である	保護者	16(14.7)	67(61.5)	18(16.5)	2 (1.8)	4 (3.7)	2 (1.8)
壁紙は	看護師	30(32.3)	59(63.4)	3 (3.2)	-	1 (1.1)	-
子どもの好みに	医師	17(20.2)	63(75.0)	3 (3.6)	-	1 (1.2)	-
する必要がある	保護者	22(20.2)	61(56.0)	17(15.6)	3 (2.8)	5 (4.6)	1(0.9)
カーテンは	看護師	11(11.8)	70(75.3)	9 (9.7)	2 (2.2)	-	1 (1.1)
子どもの好みに	医師	12(14.3)	60(71.4)	8 (9.5)	1 (1.2)	2 (2.4)	1 (1.2)
する必要がある	保護者	12(11.0)	60(55.0)	24(22.0)	8 (7.3)	5 (4.6)	-
飾りつけは	看護師	27(29.0)	61(65.6)	5 (5.4)	-	-	-
子どもの好みに	医師	20(23.8)	62(73.8)	2 (2.4)	-	-	-
する必要がある	保護者	22(20.2)	74(67.9)	11(10.1)	1 (0.9)	1 (0.9)	-

\*p<.0167

表9-② 病室・処置室の雰囲気の現状に対する看護師・医師・保護者の認識 (%)

		たくさんある 必ずしている	ある している	あまりない あまり していない	ない していない	分からない	無回答
レントゲン室に	看護師	-	14(15.1)	20(21.5)	59(63.4)	-	-
飾りつけがある	医師	-	8 (9.5)	20(23.8)	53(63.1)	2 (2.4)	1 (1.2)
	保護者	1 (0.9)	11(10.1)	12(11.0)	62(56.9)	13(11.9)	10( 9.2)
外来処置室に	看護師	7 (7.5)	58(62.4)	23(24.7)	5 (5.4)	-	-
飾りつけがある	医師	14(16.7)	56(66.7)	9 (10.7)	4 (4.8)	-	1 (1.2)
	保護者	3 (2.8)	62(56.9)	18(16.5)	10( 9.2)	13(11.9)	3 (2.8)
病棟処置室に	看護師	1 (1.1)	49(52.7)	25(26.9)	17(18.3)	-	1 (1.1)
飾りつけがある	医師	4 (4.8)	37(44.0)	26(31.0)	16(19.0)	-	1 (1.2)
	保護者	-	36(33.0)	38(34.9)	13(11.9)	20(18.3)	2 (1.8)
壁紙は	看護師	9 (9.7)	36(38.7)	20(21.5)	28(30.1)	-	-
子どもの好みに	医師	9 (10.7)	27(32.1)	22(26.2)	26(31.0)	-	-
している	保護者	32(29.4)	72(66.1)	4 (3.7)	1 (0.9)	-	-
カーテンは	看護師	-	16(17.2)	24(25.8)	50(53.8)	1 (1.1)	2 (2.2)
子どもの好みに	医師	3 (3.6)	11(13.1)	34(40.5)	34(40.5)	2 (2.4)	-
している	保護者	25(22.9)	74(67.6)	6 (5.5)	4 (3.7)	-	-
飾りつけは	看護師	10(10.8)	49(52.7)	26(28.0)	8 (8.6)	-	-
子どもの好みに	医師	10(11.9)	42(50.0)	24(28.6)	8 (9.5)	-	-
している	保護者	4 (3.7)	51(46.8)	28(25.7)	24(22.0)	2 (1.8)	-

\*p<.0167

## (4) 子どもの年齢による病室のあり方とその現状に対する看護師・医師・保護者の認識

子どもは、大人の見守りと子ども同士のふれあい、ぶつかり合いのなかで発達していく。入院中の子どもは同年代の子どもとの交流を求めているし、異年齢の子どもとの交流を必要としている。しかしその一方、心身ともに大きく揺れ動く時期にある思春期の子どもにあっては、自我同一性・自律への出発を発達課題としているゆえに、一人になれる世界をも必要としている。そこで、子どもの年齢からみた病室のあり方とその現状に対する看護師・医師・保護者の認識をみたものが表10-①、表10-②である。

子どもの病室は、看護師89.2%、医師90.5%と大方が、同年代の子どもが同室になるよう配慮する必要があると認識していたが、保護者は69.7%で看護師と保護者間、医師と保護者間で有意差があった。一方、同年代の子どもが同室になるための配慮は、医師の77.4%はしているとしていたが、看護師は59.2%、保護者は43.1%と低く、保護者の13.8%は分からないとし、三者間のすべてに有意差がみられた。

思春期の子どもの病室は、看護師100%、医師95.2%、保護者90.0%と、そのほとんどがプライバシーを配慮する必要があると認識していた。しかし、実際にプライバシーを配慮していたのは、看護師81.7%、医師75.0%であったが、保護者では33.0%と大きな違いがみられた。さらに、保護者の30.3%は分からないとしていた。三者間では、看護師と保護者間、および医師と保護者間で有意差がみられた。

## (5) 生活が規制された子どもの遊びのあり方とその現状に対する看護師・医師・保護者の認識

ベッド上のみの生活は、子どもに動きたいという活動の要求を押さえ込むことである。また、隔離されることは生活空間の制限だけでなく、大切な家族・友だちとの交流の遮断であり、そのこころの痛手は大きい。このような生活規制のなかにある子どもにとって、遊具は一人でも遊べるための大切なものである。そのことを巡っての考え方と、その現状の認識を問うた(表11-①、表11-②)。

看護師の95.7%、医師の89.3%、保護者の82.6%が、必要であると考えていた。しかし、ベッド上安静の子どもや隔離されている子どものベッドの周囲に玩具があったのは、看護師91.4%、医師79.8%であるが、保護者の60.5%は玩具がないと捉えており、さらに14.7%は分からないとしていた。三者間すべてに有意差がみられた。