

表10-① 子どもの病室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
同年代の子どもが 同室になる配慮が 必要である	看護師	12(12.9)	71(76.3)	8 (8.6)	1 (1.1)	-	1 (1.1)
	医師	12(14.3)	64(76.2)	5 (6.0)	1 (1.2)	-	2 (2.4)
	保護者	12(11.0)	64(58.7)	23(21.1)	4 (3.7)	6 (5.5)	-
思春期の子どもに プライバシーの 配慮が必要である	看護師	37(39.8)	56(60.2)	-	-	-	-
	医師	30(35.7)	50(59.5)	4 (4.8)	-	-	-
	保護者	32(29.4)	66(60.6)	4 (3.7)	-	7 (6.4)	-

*p<.0167

表10-② 子どもの病室の現状に対する看護師・医師・保護者の認識 (%)

		必ずしている	している	あまり していない	していない	分からない	無回答
同年代の子どもが 同室になる配慮を している	看護師	6 (6.5)	49(52.7)	33(35.5)	5 (5.4)	-	-
	医師	11(13.1)	54(64.3)	13(15.5)	4 (4.8)	-	2 (2.4)
	保護者	2 (1.8)	45(41.3)	23(21.1)	18(16.5)	15(13.8)	6 (5.5)
思春期の子どもに プライバシーの 配慮をしている	看護師	15(16.1)	61(65.6)	15(16.1)	2 (2.2)	-	-
	医師	19(22.6)	44(52.4)	20(23.8)	1 (1.2)	-	-
	保護者	5 (4.6)	31(28.4)	23(21.1)	10(9.2)	33(30.3)	7 (6.4)

*p<.0167

表11-① 生活が規制された子どもの遊び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
安静・隔離時も ベッド周囲に玩具 が必要である	看護師	31(33.3)	58(62.4)	1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.1)
	医師	21(25.0)	54(64.3)	5 (6.0)	2 (2.4)	-	2 (2.4)
	保護者	35(32.1)	55(50.5)	13(11.9)	4 (3.7)	2 (1.8)	-

表11-② 生活が規制された子どもの遊び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
安静・隔離時も ベッド周囲に玩具 がある	看護師	23(24.7)	62(66.7)	6 (6.5)	1 (1.1)	-	1 (1.1)
	医師	12(14.3)	55(65.5)	9(10.7)	5 (6.0)	1 (1.2)	2 (2.4)
	保護者	4 (3.7)	20(18.3)	19(17.4)	47(43.1)	16(14.7)	3 (2.8)

*p<.0167

(6) 入院中の生活リズムのあり方とその現状に対する看護師・医師・保護者の認識

入院する子どもが、その家庭での生活に近いリズムをもてること、さらになるべく一定の生活リズム（日課）を維持できることは、安心感を培うことにつながる。起床後、昼間の衣服に着替えるという、家庭であればごく普通の行為も、入院中の子どもに与える意味は大きなものがある。そのことを巡って、看護師・医師・保護者の考え方とその現実の認識を質問した（表12-①、表12-②）。

入院中でも、昼間はパジャマでなく普段着で過ごすことが必要との認識は、看護師は40.9%、医師29.8%、保護者21.1%と低く、看護師48.4%、医師59.5%、保護者64.2%は必要はないと捉えていた。また、保護者の12.8%は考えたことがないとしていた。看護師と保護者間で有意差

がみられた。

三者ともに必要であるとの認識が低いことを反映して、実際に入院中もパジャマでなく普段着で過しているとしたのは、看護師50.5%、医師48.9%、保護者43.1%と半数にとどまり、三者間に有意差はなかった。

表12-① 入院中の生活リズム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
入院中も	看護師	1 (1.1)	37(39.8)	40(43.0)	5 (5.4)	6 (6.5)	4 (4.3)
普段着で過ごす	医師	-	25(29.8)	43(51.2)	7 (8.3)	6 (7.1)	3 (3.6)
必要がある	保護者	5 (4.6)	18(16.5)	53(48.6)	17(15.6)	14(12.8)	2 (1.8)

*p<.0167

表12-② 入院中の生活リズムの現状に対する看護師・医師・保護者の認識 (%)

		必ずしている	している	あまり していない	していない	分からない	無回答
入院中も	看護師	7 (7.5)	40(43.0)	23(24.7)	12(12.9)	11(11.8)	-
普段着で過ごせる	医師	5 (6.0)	36(42.9)	28(33.3)	11(13.1)	3 (3.6)	1 (1.2)
	保護者	29(26.6)	18(16.5)	10(9.2)	45(41.3)	2 (1.8)	5 (4.6)

(7) 看護師・医師の服装のあり方とその現状に対する看護師・医師・保護者の認識

通院・入院する子どもにとって、その不安や恐怖心を少しでも軽減するため、看護師や医師が服装に配慮することは必要である。そこで、看護師・医師が着用する服装の色彩のあり方とその現状について聞いた (表13-①、表13-②)。

看護師・医師は白以外のユニフォームを着用する必要があると、看護師63.4%が考えていたが、医師と保護者は、それぞれ41.7%、35.8%と低く、保護者の13.8%は考えたことがないとしていた。また、看護師のエプロンやカーディガンの色や柄は、看護師59.2%、医師56.0%が自由にする必要があると認識していたが、保護者は29.4%と低いうえに21.1%は考えたことがないとしていた。看護師・医師の服装に対する三者間の違いは、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。

一方、看護師・医師は白以外のユニフォームを着用しているとしたのは、三者で26.0%と低く、看護師のエプロンやカーディガンの色や柄は自由にしているとしたのも、三者で30.1%と低かった。これらの認識は三者間に違いはなかった。

表13-① 看護師・医師の服装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
白以外のユニフォームを着用する必要がある	看護師	4 (4.3)	55(59.1)	26(28.0)	3 (3.2)	3 (3.2)	2 (2.2)
	医師	1 (1.2)	34(40.5)	38(45.2)	8 (9.5)	3 (3.6)	-
	保護者	7 (6.4)	32(29.4)	40(36.7)	14(12.8)	15(13.8)	1 (0.9)
エプロン・カーデガンの色や柄は自由にしている必要がある	看護師	2 (2.2)	53(57.0)	25(26.9)	6 (6.5)	3 (3.2)	4 (4.3)
	医師	3 (3.6)	44(52.4)	28(33.3)	2 (2.4)	7 (8.3)	-
	保護者	6 (5.5)	26(23.9)	39(35.8)	15(13.8)	23(21.1)	-

*p<.0167

表13-② 看護師・医師の服装の現状に対する看護師・医師・保護者の認識 (%)

		必ずしている	している	あまり していない	していない	分からない	無回答
白以外のユニフォームを着用している	看護師	4 (4.3)	20(21.5)	13(14.0)	54(58.1)	-	2 (2.2)
	医師	2 (2.4)	21(25.0)	18(21.4)	41(48.3)	-	2 (2.4)
	保護者	5 (4.6)	22(20.2)	8 (7.3)	70(64.2)	2 (1.8)	2 (1.8)
エプロン・カーデガンの色や柄は自由にしている	看護師	3 (3.2)	27(29.0)	22(23.7)	39(41.9)	1(1.1)	1 (1.1)
	医師	3 (3.6)	22(26.2)	18(21.4)	37(44.0)	4 (4.8)	-
	保護者	6 (5.5)	25(22.9)	14(12.8)	55(50.5)	7 (6.4)	2 (1.8)

2) 子どもが必要としている人的環境のあり方と現状

入院する子どもにとって、物的環境のあり方の重要性をみてきた。それにもまして、入院する子どもにとって大切なことは、彼らをとりにくく人的環境のあり方である。つまり、子どもが入院環境で出会う人びとは、彼らが安心して生活をゆだねられる存在でなければならない。

子どもが必要としている人的環境については、看護師の継続した関わり、入院している子どもの遊びや学習を担当する人びとについてのあり方とその現状に対する認識を、看護師・医師・保護者に問うた。

(1) 看護師が継続して関わるあり方とその現状に対する看護師・医師・保護者の認識

病棟における生活リズムの一貫性が、子どもに与える安心感はすでにみたが(表12)、子どもについてよく理解している看護師が、なるべく継続して関われることは、彼らの安心感・信頼感に大きく影響する。それは、付き添いのない乳幼児にとっては必須の要件であるし、付き添っている保護者にとっても不安を少なくする。そのことをめぐる三者の考え方と現状の認識を問うた(表14-①、表14-②)。

看護師90.3%、医師は78.6%、保護者71.5%が、継続して関わりをもつことの必要性を認識して、三者間に有意差はみられないが、保護者は、あまり必要ないとする者が20.2%いた。

一方、その現状は、看護師54.9%、医師57.1%、保護者41.3%が関わっているとしているに過ぎず、保護者においては56.9%が、関わっていないとしていた。三者間においては、看護師と保護者、医師と保護者の間に有意差がみられた。

表14-① 看護師が継続して関わる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
看護師は継続して 関わる必要がある	15(16.1)	69(74.2)	6 (6.5)	-	-	3 (3.2)
看護師	10(11.9)	56(66.7)	11(13.1)	2 (2.4)	2 (2.4)	3 (3.6)
医師	18(16.5)	60(55.0)	22(20.2)	4 (3.7)	4 (3.7)	1 (0.9)
保護者						

表14-② 看護師が継続して関わる現状に対する看護師・医師・保護者の認識 (%)

	必ず関わる	関わる	あまり 関われない	関われない	分からない	無回答
看護師は継続して 関わっている	6 (6.5)	45(48.4)	34(36.6)	5 (5.4)	-	3 (3.2)
看護師	11(13.1)	37(44.0)	26(31.0)	5 (6.0)	2 (2.4)	3 (3.6)
医師	4 (3.7)	41(37.6)	39(35.8)	23(21.1)	1 (0.9)	1 (0.9)
保護者						

(2) 入院している子どもの遊びや学習に関わる人びとのあり方とその現状に対する看護師・

医師・保護者の認識

入院している子ども—とくに幼児後期の子ども—にとっての遊びの必要性はすでに述べたが、学童にとっての学習の保障も非常に大切である。そこで、入院する子どもの遊びや学習に関わる人びとのあり方とその現状について尋ねた (表15-①、表15-②)。

看護師が子どもに遊びの時間を設けることの必要性に対しては、看護師89.3%、医師65.5%、保護者51.4%が必要であるとしていたが、医師21.4%、保護者34.9%はあまり必要でないと認識しており、看護師と医師間、看護師と保護者間には有意差がみられた。また、入院している子どもの遊びを担当する保育士が必要としていたのは、看護師81.7%、医師72.6%であり、保護者は59.7%で、看護師と保護者間には有意差がみられた。

入院している子どもに学習を担当する教師の必要性は、看護師67.7%、医師78.6%、保護者67.9%が認識し、遊びや学習のボランティアの必要性も、看護師79.5%、医師71.5%、保護者71.5%が認めており、三者間での有意差はなかった。

しかし、看護師が遊びの時間を設けていると捉えていたのは、看護師8.6%、医師14.3%、保護者29.3%であり、三者の平均では17.4%と少なく、三者間に有意差はなかった。また、保育士がいるとしたのは、同じように看護師16.2%、医師16.7%、保護者15.6%と少なく、三者間に違いはみられなかった。教師は保育士よりも多く存在しており、看護師31.2%、医師32.1%、保護者25.7%であったが、保護者の11.9%は分からないとしており、医師と保護者間には有意差がみられた。ボランティアが存在しているとしたのは、看護師24.7%、医師22.6%、保護者17.4%で、看護師と保護者間に有意差があった。

表15-①入院している子どもの遊びや学習に関わる人びと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
看護師は遊びの 時間を設ける 必要がある	看護師	10(10.8)	73(78.5)	5 (5.4)	2 (2.2)	-	3 (3.2)
	医師	4 (4.8)	51(60.7)	18(21.4)	8 (9.5)	2 (2.4)	1 (1.2)
	保護者	4 (3.7)	52(47.7)	38(34.9)	5 (4.6)	10(9.2)	-
遊びを担当する 保育士が必要で ある	看護師	16(17.2)	60(64.5)	4 (4.3)	10(10.8)	1 (1.1)	2 (2.2)
	医師	18(21.4)	43(51.2)	14(16.7)	6 (7.1)	3 (3.6)	-
	保護者	15(13.8)	50(45.9)	32(29.4)	2 (1.8)	10(9.2)	-
学習を担当する 教師が必要で ある	看護師	15(16.1)	48(51.6)	19(20.4)	6 (6.5)	-	5 (5.4)
	医師	21(25.0)	45(53.6)	9(10.7)	9(10.7)	-	-
	保護者	25(22.9)	49(45.0)	18(16.5)	4 (3.7)	13(11.9)	-
遊びや学習の ボランティアが 必要である	看護師	11(11.8)	63(67.7)	14(15.1)	3 (3.2)	-	2 (2.2)
	医師	14(16.7)	46(54.8)	16(19.0)	7 (8.3)	1 (1.2)	-
	保護者	18(16.5)	60(55.0)	15(13.8)	3 (2.8)	11(10.1)	2 (1.8)

*p<.0167

表15-②入院している子どもの遊びや学習に関わる人びとの現状に対する看護師・医師・保護者の認識 (%)

		必ずいる	いる	あまりいない	いない	分からない	無回答
看護師は遊びの 時間を設けている	看護師	-	8 (8.6)	43(46.2)	40(43.0)	-	2 (2.2)
	医師	-	12(14.3)	25(29.8)	42(50.0)	4 (4.8)	1 (1.2)
	保護者	1 (0.9)	31(28.4)	34(31.2)	35(32.1)	3 (2.8)	5 (4.6)
遊びを担当する 保育士がいる	看護師	6 (6.5)	9 (9.7)	1 (1.1)	77(82.8)	-	-
	医師	9(10.7)	5 (6.0)	1 (1.2)	68(81.0)	1 (1.2)	-
	保護者	4 (3.7)	13(11.9)	8 (7.3)	81(74.3)	3 (2.8)	-
学習を担当する 教師がいる	看護師	12(12.9)	17(18.3)	1 (1.1)	60(64.5)	1 (1.1)	2 (2.2)
	医師	16(19.0)	11(13.1)	5 (6.0)	52(61.9)	-	-
	保護者	10(9.2)	18(16.5)	1 (0.9)	64(58.7)	13(11.9)	3 (2.8)
遊びや学習の ボランティアが いる	看護師	3 (3.2)	20(21.5)	8 (8.6)	62(66.7)	-	-
	医師	1 (1.2)	18(21.4)	10(11.9)	54(64.3)	1 (1.2)	-
	保護者	1 (0.9)	18(16.5)	6 (5.5)	73(67.0)	8 (7.3)	3 (2.8)

Ⅲ. 考察

「科学の幕開け」といわれる19世紀の後半から20世紀前半、自然科学的分析手法を用いて医学は目を見張るばかりの技術的發展をとげ、健康上のバロメーターとされてきた乳児死亡は激減し、人々の医学への信頼は絶対的なものとなった。自然科学的手法が医学に大きく貢献し、人々の幸福へとつながったことは間違いないが、それはさらなる細分化と科学万能の風潮を生み出し、病気の予後改善という生物学的視点で人間を考える土壌ともなった¹⁰⁾。<感染防止>という名のもとに、身体的ニードに関心は集中し、親は子どものベッドサイドから排除され、面会も制限され、子どもは大きな痛手を背負うようになった。このような入院環境の変化が子どもに与える悪影響を少なくするために世に問うたものが、冒頭に述べた1959年のプラットー報告書やそれを受けての「入院している子どもの権利に関する十か条憲章」であり、これらは現在もなお小児医療の理念的根拠として位置づけられている¹¹⁾²⁾。この理念に基づいて、入院

している子どもが求めているニードに関して多くの研究や改善がなされてきた¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾。そして、これらの研究に共通している点は、入院している子どもは単に病気を治療してもらう、障害を少なくしてもらうことだけでなく、つねにそれ以上のことを求めており、その求めているニードとは、「家族・親とともにいること」「遊びの部屋と遊ぶ自由があること」「教育を受ける機会があること」「発達に必要な設備があること」であった。

わが国においては、入院している子どもの身体的ニード以外に、医療が関心を向けだしたのはごく最近に過ぎないといわれるが、本調査における看護師・医師・保護者は、入院している子どもの環境が、どのようにあればよいと考えているのであろうか、さらに、その現状をどのように認識しているのであろうか。

まず、子どもが必要としている遊びと学習に対する看護師・医師・保護者の認識を物的環境と人的環境の側面からみてゆく。プラッター報告やNAWCHは、入院している子どもは、年齢や状況に応じて遊びと学習の機会が与えられなくてはならず、そのニーズを満たすために安全な玩具の設備が整った環境のなかで、適切な教育を受け、発達段階に応じて個々の子どもの身体的・精神的ニーズを十分に理解しているスタッフからのケアを体験しなくてはならないことを強調している¹²⁾。

本調査においても、看護師・医師・保護者は、入院している子どもにとって遊びは大切なものであり、必要なものは認識していた。しかしながら、その認識は感覚レベルのものであり、さらに看護師・医師・保護者間には、異なる認識もあることが示唆されていた。子どもが遊ぶための物的環境を整えることの必要性は三者ともに認識しており、95.5%が「病棟にはプレイルームが必要」、87.1%が「外来にも子どもの遊ぶ場所が必要」、87.8%が「プレイルームには年齢に合った玩具が必要」、88.8%が「ベッド上安静や隔離されている子どもの生活に玩具が必要」としていた。つまり、入院している子どもにも遊びが必要であり、そこには子どもの年齢に応じた玩具の整った環境が必要であるとの認識をもっていた。しかしながら、その遊びの物的環境は病棟・病室や外来を意味する傾向があり、「病院構内にも子どもが遊べる場所が必要」とする者は56.6%と低くなっていた。

プレイルームの設置は、入院している子どもの遊びの必要性の認識レベルを示す一部ではある。本調査においても、プレイルームの設置状況が91.3%であった鈴木¹⁵⁾や95.3%であった舟島¹⁶⁾らの全国調査に較べるとやや低いとはいえ、83.6%が「病棟内にプレイルームがある」としていた。しかしプレイルームが設置されているとはいえるものの、入院している子どもの遊びの物的環境は、いまだ十分とはいえないことも示唆された。何故ならば、プレイルームには子どもの年齢に合った玩具はあまりなく(37.1%)、行動を制限されている子どもへの玩具提供も充分とはいえず(61.5%)、病院構内に子どもが遊ぶための場所が設けられているのは僅か(10.5%)であったからである。

また、入院している子どもの遊びの物的環境をめぐって、看護師・医師・保護者の認識には違いがみられた。病院構内に遊ぶ場所が必要とする保護者（59.6%）は、看護師（58.1%）・医師（51.1%）よりやや多いものの有意差はなかった。しかし、その設置の現状は遊ぶ場所が<あまりない>、<分からない>とする保護者と、<ある>とする医師との間には有意差があった。また、プレイルームに子どもの年齢に合った玩具があるかどうか<分からない>とする保護者が11.0%あり、看護師・医師との間に有意差がみられ、プレイルームが保護者に十分に活用されておらず、あるいは活用できない状況にあったり、むずかる子どもの遊びに困難を覚え、プレイルームだけでなく病院構内にも遊べる場所を求めている状況が伺えた。三者の認識のずれは、行動の制限をうけている子どもの遊びにおいてもみられた。看護師（95.7%）、医師（89.3%）、保護者（82.6%）が、「ベッド上安静・隔離を必要とする子どものベッドの周囲には玩具が必要である」とも認識し、三者間に有意差はなかった。しかし現実においては、保護者の75.2%が、子どもの側に玩具は<あまりない>、<ない>、<分からない>としているのに対して、看護師の91.1%、医師の79.8%は<必ずある>、<ある>とし、その認識に大きな差がみられた。保護者からすれば、もっと子どもの好きな玩具などを側に置いてやりたいとの気持が強く、看護師には、その必要性は認めつつも実際の場面では、玩具の持ち込みを指定している状況が多く、子どもにとっての遊びの必要よりも、整理整頓の観点から病室環境をみてしまう傾向があることを示唆していた。

次に、子どもが必要としている遊びや学習をめぐる人的環境に対する認識をみてみたい。看護師・医師・保護者の三者では、「遊びや学習のボランティアの必要性」を74.1%が認識しており、「学習を担当する教師の必要性」は71.0%、「遊びを担当する保育士の必要性」は70.6%が認めていた。物的環境ほどではないにしても、子どもが必要としている遊びや教育をめぐる人的環境への認識は高まっていることが示唆されていた。しかしながら、人的環境の現状は非常に貧しい状況にあり、実際にボランティアが導入されている病棟は21.3%、教師が学童を担当している病棟は29.4%、保育士の存在は16.1%に過ぎなかった。

遊びの物的環境に対する認識と同様、これらは遊びや教育の人的環境の必要性に対する認識も感覚レベルのものであることを示唆している。プラットー報告に基づき、入院している子どもの遊びや教育を<発達権><幸福権>からとらえているイギリスでは、彼らの遊びや学習を単なる概念としてではなく、不可欠な権利として保障すべきものとして位置づけている。そこには地域と連結した学級があり、教師だけでなく遊びの専門職であるプレイ・スペシャリストが存在している¹⁹⁾。しかしながら、本調査においては、学習を担当する教師を必要とはしているものの、より必要とされていたのは遊びや学習のボランティアであるし、保育士の必要性に対する認識は教師の必要性より低かった。これらは、三者ともが、学童にとっての学習、幼児後期の子どもにとっての遊びが、彼らの<学習権><発達権>であるとの認識には至っていな

いことを示唆しているとみてよかろう。

また、看護師・医師・保護者間には、遊びにおける保育士と看護師の役割をめぐっての認識の違いがみられた。三者ともが保育士の必要性をかなり認識していたが、保護者の38.6%は<あまり必要ではない>、<分からない>とし、看護師10.8%の<必要ない>とする認識の間に違いがみられた。つまり、保護者には、子どもの遊びを担うのは親（母親）である自分であり、看護師には、入院している子どもの遊びを担う中核は自分たちにあると考えていると思える。看護師がそのように認識していることは、「看護師は遊びの時間を設ける必要があるか」の回答にみられた。看護師の89.3%が<必要である>と認識しているのに対して、医師は65.5%、保護者は51.4%であり、医師・保護者は看護師の遊びへの関わりをあまり求めていなかった。また、看護師自身は子どもの遊びへの役割遂行の認識が高いにもかかわらず、実際に遊びの時間を設けていたのは18.1%に過ぎなかった。人的環境に関連した「看護師の継続的関わりの必要性」をめぐっても、看護師と保護者の間には有意差がみられた。看護師・医師・保護者の79.7%が継続的関わりの必要性を認識していたが、実際にそれが提供できているとしたのは50.3%で、<あまり関わっていない>とする者が多かった。特に、保護者の21.1%は<関わっていない>とし、遊びに対する役割遂行の認識と同様の違いが生じていた。また、病棟の教師やボランティアの存在をめぐっては、保護者は<分からない>とする者があり、看護師・医師との間に有意差がみられ、保護者に対する情報伝達は充分でないことも伺えた。

ついで、宿泊施設についてみてゆくが、ここでも遊びや学習環境に対する認識と同様の傾向があった。入院する子どもにとって一特に乳幼児にとって一最も大切な人的環境は親（母親）である。このことはプラット一報告やNAWCHが最も強調しているところであり、子どもが安心して入院するためには、親が心身ともにリラックスして宿泊できる場所が必要であり、平均2.8日の入院期間の現状にあっても、宿泊施設を90%以上の病院が設けている¹⁷⁾。本調査においては、「付き添う家族のために宿泊施設が必要である」と、その必要性を65.0%が認識していたが、宿泊施設が設置されていたのは14.0%に過ぎず、親が付き添える環境は整ってはいなかった。宿泊施設の必要性に対し、三者間に有意差はないものの、看護師6.5%、医師8.3%に対し保護者では<必ず必要>が19.3%あり、彼らが宿泊施設の必要性を強く感じていた。また、三者の約35%は、宿泊施設を<必要でない>、<考えたことがない>とし、医師においては、宿泊施設が実際あるとする者が看護師に較べ有意に多く、その必要性や実情に対する認識の違いがみられた。さらに、保護者の5.5%が、宿泊施設があるかどうか<分からない>としており、彼らはその必要性を強く感じている反面、自分自身のことよりも入院している子どものこと（病気の回復）を優先していると考えられるし、宿泊に対する情報の提供が医療者側から提供されていないとも考えられた。しかし、親が付き添い、ケアを共有することが、何よりも<子どもの安寧>になり、そのために、保護者には心身の疲れを癒やすための宿泊施設が必要と

の認識は、三者とも乏しかった。

これらの傾向は、病室・処置室をはじめとする子どもをとりまく物的環境の雰囲気に対する認識に対してもいえる。看護師・医師・保護者の多くは、外来処置室や病棟処置室に飾りが必要としていた（それぞれ97.3%、84.3%）が、レントゲン室に必要としたのは69.6%であった。特に保護者は看護師・医師に比べ、その必要性を認識している者が少なかった。その理由は、保護者にとって、外来処置室では看護師・医師と交流する時間があまりなく、しかも何らかの処置を受ける子どもの盾とならなくてはならない不安な場所であり、その対処に苦勞もする場所であろうが、レントゲン室には入る機会も少ないし、不安や恐怖感も覚えない場所だからであろう。三者間に有意差がみられた項目のいずれにも、保護者は「考えたことがない」との回答が多く、彼らの認識は子どもの病気に集中する傾向があり、子どもにとってよい入院環境や子どもの心の問題を考える余裕がないこと、医療提供者側からの情報提供が少ないこと、そこまで要求してはならないとの遠慮があることを示唆しているようだ。

保護者だけでなく、子どもよりも大人の考えが先導していることは病室の飾りつけにもみられた。「飾りつけを子どもの好みにするべき」と93.0%が考え、壁紙やカーテンもそのようにすべきとしていたが、現状は58.0%とかなり低く、レントゲン室に飾りがあるとしたのは11.9%に過ぎなかった。また、保護者では、〈分からない〉、〈無回答〉が21.1%あったことから、子どもの不安を和らげたり、彼らの好みを取り入れようと配慮することへの認識は十分ではなかった。また、雰囲気づくりの現状を問うた項目のいずれに対しても、看護師・医師に比べ、特に保護者に〈あまりしていない〉、〈していない〉、〈分からない〉との回答が多かったことは、彼らがそうあって欲しいとの必要性を認識しながらも、それを要求として表出できない状況を示唆しているとも思える。

入院する子どもの年齢による病室のあり方に対する認識も同様の傾向がみられた。プラットフォーム報告書は、「子どもや思春期の子どもを大人の病棟でケアすべきではない。また、救急病棟の待合室や処置室も大人とは別にすべきである」、またNAWCHの児童の十か条憲章は、「子どもは同年代の子どものなかでケアを受ける権利をもつ」と謳っており¹³⁾、そのことは国の方針ともなっている¹⁴⁾。本調査においては、看護師・医師・保護者の82.2%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」、94.4%が「思春期の子どもにはプライバシーの配慮が必要である」と認識していた。しかし、他の現状と同様、同年代の子どもが同室になっていたのは59.1%、思春期の子どものプライバシーへの配慮がなされていたのは61.2%であり、必要性と現状との認識にはかなりの開きがあった。また、思春期の子どもに対するプライバシーへの配慮には三者間に違いはないものの、同年代の子どもが同室になることへの配慮に対しては保護者と看護師・医師間には違いがあり、現状に対しても三者には違いがみられた。保護者は、同年齢の子どもを同室とする必要性は、〈あまりない〉、〈ない〉、〈分からない〉とする者

が有意に多く、実際でも同室に＜なされていない＞し、＜分からない＞とする者が多かった。また、看護師と医師間では、医師には同年代の子どもが同室に＜必ずなっている＞と認識している者が有意に多かった。ここにも医療の場にある保護者が、子どもの病気を優先して、子どものニードに立つ擁護者の役割を果たしていないのか、あるいはその意識があっても意見表明ができない状況がみてとれ、三者間に子どもがおかれている現状認識に違いがあることが示唆されていた。

子どもの入院環境を考える上で、入院という非日常の生活をなるべく日常の生活に近づける努力が看護師や医師には必要である。NAWCHは「入院している子どもは、自分の服を着用し、私物を持ち込める」と謳っているが、朝の起床後、私服に着替えることは生活リズムの確立においても大切である。しかしながら、このことに対する認識は最も低かった。「入院中も普段着で過ごす必要がある」との認識をもっていたのは30.0%に過ぎず、医師は＜必ず必要＞とする者は皆無であり、看護師・保護者との間に有意差があった。また、保護者の4.6%は＜必ず必要＞としているものの、＜必要ない＞、＜考えたこともない＞とするものが28.4%おり、看護師との間に有意差があった。つまり、看護師は子どもが病棟でも私服で過ごすことが家庭での生活に近づけるとの認識を医師や保護者よりももっており、現状では47.2%が実際に「普段着で過ごしている」としていた。さらに、子どもの不安や恐怖心を減らし、日常の生活に近づけるための「白以外のユニフォームの着用」や「エプロンなどの色や柄を自由にする必要性」は約47%が認識していた。しかし、看護師や医師はその必要性を認識している者が多かったが、保護者は＜必要と思わない＞、＜考えたことがない＞との回答が有意に多く、実際は、白以外のユニフォームの着用は25.9%、自由な色、柄のエプロンなどの着用は30.1%に過ぎなかった。看護師には、遊びや継続的関わりへの役割遂行をめぐる認識に自己肥大の傾向がみられたが、普段着をめぐるこの認識が、現実をひっぱり47.2%に押し上げているともとれる。

IV. まとめ

Pembertonが強調した「入院している子どものニードは、基本的には健康な子どものニードと同じである」¹⁹⁾との見解は、わが国においてもかなり認識されてきたとみてよからう。つまり、子どもが必要としている入院環境に対する看護師・医師・保護者の認識は、概念的レベルとしてはかなり高い認識をもっていた。しかしながら、三者ともがそれは具体的レベルになると低いものになっていた。また、保護者は＜分からない＞との回答が看護師・医師よりも有意に多く、看護師や医師との双方向の交流の不足や意見を表出する土壌が培われていない状況、彼らが子どもの擁護者となり得ていない状況も危惧された。

この状況を打開するには、もっと小児医療に理念に基づいた認識が育まれる土壌をつくらなくてはなるまい。必要性に対する認識と具体的レベルとの乖離の原因の一部は、医療制度や医

療組織にもあるだろうが、その多くは一人ひとりの意識にあることも確かである。そのことは、役割をめぐり自己肥大の傾向をもっている看護師が、生活リズムの確立にみられたように、現実の入院環境を改善する力ともなり得ることにみられる。しかしながら、真の意味で個々の子どもに対して、「発達段階に応じて身体的・精神的ニーズを十分に理解しているスタッフからケアされる」ことを保障するためには、少なくとも本調査が示しているように小児看護がローテーション化されている現状から脱する必要があるだろう。

(平成14年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究)を受けて「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」の分担研究「子どもと親へのプリパレーションの実践普及」として行われた研究の一部である。)

参考文献

- 1) Ministry of Health: The welfare of children in hospital. Report of Central Health Services(Platt Report).1959
- 2) NAWCH: A charter for children in hospital 1984
- 3) Thompson, Richard H. & Stanford, Gene: Child life in hospital, 1981, 小林登監修: 病院におけるチャイルドライフ, 中央法規出版, 2000
- 4) 舟島なをみ: 小児看護ケアの実際と小児看護リエゾンシステムの開発, 平成2・3・4年度科学研究補助金研究成果報告書, 23-36, 1993
- 5) 森本恵美子・生野照子・山中久美子他: 小児のMental Careについて入院児をとりまく状況についての実態調査, 小児の精神と神経, 23(3), 179-186, 1983
- 6) 加藤精彦: 小児慢性疾患のトータルケアに関する研究, 平成3年度厚生省心身障害研究報告書, 333-339, 1992
- 7) 帆足栄一: 全国の小児病院における入院環境についての実態, 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, 684-698, 2001
- 8) 高浜介二・秋葉英則・横田昌子監修: 5歳児の保育, あゆみ出版, 1984
- 9) 鈴木敦子: 入院している子どもの遊びに対するイギリスにおける考え方とその現状, 小児看護, 22(4), 440-444, 1999
- 10) Brandon, S.: Children in hospital, NAWCH, Oxford Uni. Press, 1996
- 11) DHSS: Report of the expert group on play for children in hospital. HMSO, 1976.
- 12) DHSS: Hospital accommodation for children. Health Building Notes 23. HMSO, 1983.
- 13) SHHD: Children in hospital-arrangement for in-patient care (Mitchell Report). SHHD, 1984.
- 14) Save the Children: Hospital deprived environment for children?. Save the Children, 1989.
- 15) 鈴木敦子: 入院児の遊びの状況とエデュテイメント的視点からの遊びの提供, 平成10年度 財団法人中山隼雄科学技術文化財団研究成果報告書, 12-14, 1999
- 16) 舟島なをみ・及川郁子: 長期療養を要する小児の入院環境の実態 病院の種類による相違に焦点をあてて, 第25回日本看護学会集録 小児看護, 91-93, 1994
- 17) Lansdown, R.: Children in hospital, Oxford Uni. Press, 1996

- 18) DDST: Welfare of children and young people in hospital, HMSO, 1991.
- 19) Pemberton, M.: A lonely job ? - school in hospital, Inner London Education Authority, Contact, 11th June , 48-50, 1979.

日本の小児看護におけるプリパレーションに関する文献検討

高橋清子*1, 榎木野裕美*2, 鈴木敦子*3
赤川晴美*3, 鎌田佳奈美*4, 蝦名美智子*5
二宮啓子*5, 松森直美*5, 半田浩美*5
杉本陽子*6, 前田貴彦*6

Review of Literature: Preparation of Pediatric Nursing in Japan

Sayako Takahashi*1, Hiromi Naragino*2, Atsuko Suzuki*3
Harumi Akagawa*3, Kanami Kamata*4, Michiko Ebina*5
Keiko Ninomiya*5, Naomi Matsumori*5, Hiromi Handa*5
Yoko Sugimoto*6, Takahiko Maeda*6

*1 Course of Health Science, Area of Nursing Science, Graduate School of Medicine, Osaka University

*2 Faculty of Nursing, Shiga University of Medical Science

*3 Faculty of Nursing and Social Welfare Science, Fukui Prefectural University

*4 Osaka Prefecture College of Nursing

*5 Kobe City College of Nursing

*6 Faculty of Medicine School of Nursing, Mie University

資料

日本の小児看護におけるプリパレーションに関する文献検討

高橋清子*1, 榎木野裕美*2, 鈴木敦子*3
赤川晴美*3, 鎌田佳奈美*4, 蝦名美智子*5
二宮啓子*5, 松森直美*5, 半田浩美*5
杉本陽子*6, 前田貴彦*6

Review of Literature: Preparation of Pediatric Nursing in Japan

Sayako Takahashi*1, Hiromi Naragino*2, Atsuko Suzuki*3
Harumi Akagawa*3, Kanami Kamata*4, Michiko Ebina*5
Keiko Ninomiya*5, Naomi Matsumori*5, Hiromi Handa*5
Yoko Sugimoto*6, Takahiko Maeda*6

*1 Course of Health Science, Area of Nursing Science, Graduate School of Medicine, Osaka University

*2 Faculty of Nursing, Shiga University of Medical Science

*3 Faculty of Nursing and Social Welfare Science, Fukui Prefectural University

*4 Osaka Prefecture College of Nursing

*5 Kobe City College of Nursing

*6 Faculty of Medicine School of Nursing, Mie University

キーワード：プリパレーション、小児看護

Key Words : preparation, pediatric nursing

I. はじめに

欧米では、入院体験は子どもを混乱させ、様々な心理的影響を与え、退院後に問題となっていることが報告されている(Thompson & Stanford, 1981)。また、未知の体験に関する子どもの不安や恐怖・ストレスは、予め何が起きるのか心の準備を行うことで緩和でき、心理的混乱を減らすことが明らかにされ、各施設で病院や入院に対する子どもへの心の準備としての介入プログラムが開発され、実用化に至っている。その背景には、ブラットレポート(Robertson, 1970)や「入院している子どもの権利に関する十か条憲章」(NAWCH;

National Association for the Welfare of Children in Hospital, 1984) (Jolly, 1981)、「病院のこども憲章」(EACH; European Association for Children in Hospital, 1988)の制定、さらに、ACCH; Association for the Care of Children's Health, 1967 (Thompson & Stanford, 1981)、AAP; American Academy of Pediatrics, 1971 (Thompson & Stanford, 1981)が入院する子どもに心の準備を行うことの必要性を支持・推進している。

日本においては、1989年に国連総会で採択された「子どもの権利に関する条約」が1994年に批准され、小児看護では特に子どもの最善の利益(第三条)、こどもの生命に対する権利および生存と

*1大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻統合保健看護科学分野 *2滋賀医科大学医学部看護学科

*3福井県立大学看護福祉学部 *4大阪府立看護大学 *5神戸市看護大学

*6三重大学医学部看護学科

受理：2004年2月6日

発達の確保(第六条)、意見を表明する権利(第十二条)、表現の自由(第十三条)、適切な情報へのアクセス権(第十七条)が重要である。また日本看護協会は1999年に、これらを念頭においた「小児看護専門領域の看護業務基準」(日本看護協会, 2002)を提案した。この看護業務基準の看護実践内容の一部を見ると、「1 看護を必要とする人に身体的、精神的、社会的側面からの手助けを行う」「2 看護を必要とする人が変化によりよく適応できるように支援する」である。つまり、子どもと家族が入院生活や療養生活を送るにあたり、不安や恐怖、ストレス等の心理的混乱状態を緩和できるように援助し、彼らがこの状況や状態を受け入れ、生活の主体者として積極的に行動や活動(発達段階に応じた遊びや学習)を行い、安心した生活が送れるように支援すること(プリバレーション)である。

そこで今回、子どもや家族に対するプリバレーションがどのように行われているのかを明らかにする目的で文献検討を行った。当稿はプリバレーションに関する文献検討の一部であり、今回はそのうちの入院時、退院時、入院環境に焦点をあてた。

II. 用語の定義

本研究におけるプリバレーションとは、「子どもが病気や入院によって引き起こされる心理的混乱を最小限にし、子どもと親の対処能力を高めるための心の準備としての関わり、及び子どもが利用する院内施設を物理的に家庭に近づけた環境を工夫し、緊張感を持たせないような配慮を行うこと」とした。

III. 文献検索方法

文献は医学中央雑誌により1983年～2002年7月までの過去20年間において、「プリバレーション」で検索した結果、動物実験研究2件であった。なお、各場面の「プリバレーション」の概念を引き出すキーワードとして、過去20年くらい前から出現している「子ども」「入院」「入院準備」「オリエンテーション」「説明」「不安」「入院環境」「小児病棟」「手術」「日帰り手術」「術前」「心理的準

備」「退院指導」を挙げ、検索を行った。また、1994年に日本が批准した「子どもの権利条約」を契機に、看護・医療の分野にも「子どもの権利」という見方が重要視されてきた経緯を考慮し、最新看護索引検索期間を1994年～2002年7月までとし、入院時、退院時、入院環境に関連した研究論文および事例報告の文献を可能な限り入手した。さらにそれ以外に、「プリバレーション」に関連する文献があれば追加した。

IV. 結果および考察

文献検索の結果、内容別にみると入院前は11件、手術前は20件、退院指導は6件、入院環境は12件、計49件(重複)の文献を得た。以下、入院時、退院時、および入院環境に関するプリバレーションの実態を述べていく。

1. 入院時プリバレーションの実態

わが国において、入院に関するプリバレーションの研究・報告は、その多くが手術のオリエンテーションや不安に関するもので、手術前の準備として位置づけられている傾向があった。

1) 入院前の病棟訪問について

入院前の病棟訪問は、親や子どもが入院する不安を緩和することや入院生活がイメージできるように(松本・花村・藍沢他, 1990)、あるいは入院への適応をスムーズにすることが目的となっていた(細井・笠松・工藤他, 1999)。しかし、全国でどのくらいの病院および病棟が行っているのかは明らかではなかった。

2) 入院生活

付き添いの身体的・精神的状態(樋口・吉田・鈴木, 1999; 筒井, 1993)や付き添いの入院生活環境に関する調査(帆足, 2001)から、付き添いにとって十分とは言えない入院環境が明らかになった。また、患児や付き添いに行われている入院時オリエンテーションについて調査したものはなかった。一方、親からの質問では、持ち込める玩具、離乳食の有無(松本・花村・藍沢他, 1990)、食事開始時間、ベッド上生活の期間、点滴中の保清(高橋・佐伯・小海, 2000)等、入院生活に関する項目を求めている。初めて入院・手術をする子どもの親は、イメージ化が難しいため、求める情報量

が多い(坂本, 1998)。入院前に病棟訪問を試みた調査(細井・笠松・工藤他, 1999)によると、ほとんどの親は肯定的であり、特にその際に看護師に相談できたことが肯定感を高めていた。その相談内容は入院後の生活環境や手術後の様子であった。また、予め未知の体験に備えて情報を集めて心構えをつくろうと行動をとっていた(小野, 1999)。一方、親によっては何を聞いたらいいいのかわからなかったり、看護師の多忙を理由に情報収集の行動がとれない場合もあった(細井・笠松・工藤他, 1999)。

これらのことから、看護師は子どもや親の求める入院生活に関する情報を提供していくと同時に、看護師との話し合いの場を設けることの必要性が示唆された。

3) 入院の説明(手術)

a) 家庭で行われている子どもへの説明

家庭で行われている子どもへの説明では、パンフレットを事前に親へ渡すことで、家庭で子どもへ説明する割合が増加する傾向があるとの報告(日沼・阿部・金子他, 1998; 山本・菅・橋本他, 1997; 藤井・鶴田・高木他, 1989)もあるが、不十分な説明内容であったり子どもに説明をしていないケースがあることがわかった(石川・稲垣・青井, 1999; 木村・日沼・木村, 1998)。説明内容が不十分な理由として、親自身が子どもの陥る不安を受け止められず、説明することで余計な不安を与えたり怖がらせることがかわいそう・心配させたくなかったと思うこと、親が手術前後の流れや子どもの環境の変化を知らないために説明できないこと、子どもに説明する方法がわからずに説明できないこと、親が子どもに説明する意義が理解できず説明しないことが考えられる(石川・稲垣・青井, 1999; 坂本, 1998; 山本・菅・橋本他, 1997)。入院することを子どもに伝えるのに親の役割は重要である。看護師としてプリバレーションを行うと同時に、子どもに説明する親の心理を理解し、親に子どもの発達段階に応じた具体的な方法を提示していくことも必要であると思われる。

b) 病院で行われている子どもへの説明(時期、内容、方法)

日沼・児玉・中村他(1999)の全国調査では、手

術や麻酔の説明をする時期は、ほとんどが入院後であった。病棟のほとんどが術前オリエンテーションを行っていたが、オリエンテーションを受けた子どもは78.4%で、子どもを対象にあげていなかった施設は全て付き添いがある施設であった。年齢や疾患に関係なく全ての子どもに説明しているのは20%余りで、年齢によって決めているのは60%余りであった。対象年齢の下限の平均は2.5歳、一方、3歳未満の子どもは、「説明しても分からない」と医療者や親は考えており説明があまり行われていなかった(長谷川・長田, 1990)。

術前訪問は60%余りが実施していた。その内容で90%を越えていたのは、術前に用意するもの、食事・水分の制限、前投薬、術後の食事制限等、60%台であったのは手術や麻酔流れであり、手術室の環境やスタッフの服装は30~40%台であった。手術や麻酔の説明に使われる媒体は、パンフレットが最も多く(70.3%)、麻酔に使用する物品(マスク等)は18.9%、紙芝居、絵本、VTRは10%未満であった(日沼・児玉・中村他, 1999)。術前訪問時に紙芝居を用いたり、実物のマスク等に触れながら説明を行うことで、子どもが嫌がらずに入室できた(長谷川・長田, 1990)。麻酔導入時に泣いたり暴れたりする子どもを見てきた手術室看護師や医師らが中心となって、親同伴による麻酔導入を試みていた(上山・中田・荒木他, 2001; 西川・鈴木・井上他, 1999; 鈴木・風間・山田他, 1994)。その結果、親と一緒に入室し、子どもが落ち着いたという結果を得ている。Day Surgeryのような日帰り入院の場合は、手術が決定してから退院するまで、段階を追って複数回の説明を行っている病院もあった(柳沢・三田・古里, 2001; 岡・青木, 1996)。

術後の説明では、体動や食事制限の説明は80~90%していたが、術後のカテーテル挿入の説明は少なかった(日沼・児玉・中村他, 1999)。また、術後の身体の状況や注意点を子ども自身が知っているかでは、部分的な記載(佐渡・宮崎, 2001; 長谷川・長田, 1990)であった。

このように、子どもが安心して医療を受けられるような取り組みがなされてきている。視聴覚教材や実物に触れる体験は、特に形式的操作段階以

前にある子どもにとっては、具体的にイメージでき、子どもの理解を促すのに役立つ。また、子どもの質問や疑問、感情を表出する機会にもなる。前述したように、親自身も具体的にイメージできることで、子どもへの説明の戸惑いや不安が少なくなるのではないだろうか。

4) 子どもの反応

術前訪問の際、視聴覚教材・実物に触れる体験の実施や親同伴による麻酔導入の試みがなされ、その際の子どもの反応を調査したもの(上山・中田・荒木他, 2001; 柳沢・三田・古里, 2001; 西川・鈴木・井上他, 1999; 岡・青木, 1996; 鈴木・風間・山田他, 1994; 長谷川・長田, 1990)はあった。小関(1984)は単径ヘルニア手術を受ける幼児を対象に、実験群として術前に視聴覚教材による知識を与える、麻酔導入のリハーサルを行う、母親にパンフレットを渡し子どもの質問・疑問に答えた群とコントロール群で子どもの心理的状态を比較した。その結果、実験群は、入院中および退院後の心理的混乱が少ないことを報告した。石川・稲垣・青木(1999)は、子どもが手術に対して前向きな行動がとれていた例を分析し、母親から具体的に、あるいは、視聴覚教材を用いた説明を受けていたことをあげていた。さらに自覚症状がある子どもの方が、説明の理解がよいことを報告している(石川・稲垣・青木, 1999; 坂本, 1998)。

以上より、親による説明、視聴覚教材の利用、子どもの理解力に合わせた方法の選択によって手術に対する子どもの心理的混乱が軽減され、子どもが前向きに取り組もうとすることが分かり、子どもへの説明の意義が見いだされている。従って、親の手術への理解の仕方や子どもへの説明の方法を知っているのかなどの確認が必要である。しかし、発達段階に応じて子どもが説明をどう受け止めたかを明らかにした文献はなく、この点は今後の課題である。

2. 退院時プリバレーションの実態

1) 退院指導について

筒井(1985)は、入院時に情緒的混乱の有無に関係なく、2歳児の母親は退院後の児の行動に関する助言を求めていたと指摘した。吉塚・須田・原

田(1990)は、入院中の退院指導は、①呼吸管理、栄養、排泄などの技術指導が中心で、②子どもの状態が変化したときの対応や判断基準までは指導していないこと、従って③退院後に電話相談があった家族は、子どもへの対応に対する判断を求めるものが多いこと、その場合の子どもの状態はほとんどが重度の障害をもち、家庭で特別なケアを必要としていたことを明らかにした。また、広末(1993)は、約半数の看護師が「子どもへの退院指導」を悩みと感じると報告している。

長期入院した小・中学生の退院後の学校生活に関する悩みの実態調査(吹谷・中村, 2000; 望月・乙黒・小泉他, 1998)では、勉強の遅れ、友達関係、学校側の理解など学校生活に関する悩みの実態を明らかにした。小児慢性特定疾患患者をもつ保護者への調査(伊佐地・鈴木・杉本, 1997)では、学校生活以外に、薬の副作用、自己注射など治療に関することや、患児・兄弟の態度、人的・経済的サポート体制など家族支援に関することが悩みとしてあげていた。

このように、退院に向けたプリバレーションが親や子どものニーズにそったものではなかった。また、保護者に説明しても、子どもにどのように、どの程度の説明がおこなわれているかは不明であった。今後退院に向けたプリバレーションを充実させていく必要がある。

3. 入院環境の実態

1) 人的要因

a) 看護師の関わり

舟島他(1993)は小児病棟、小児科病棟、成人との混合病棟との比較を行い、混合病棟は小児病棟と比べて看護師数が少なく、准看護師が多く配属されていること、子どもの遊び相手が看護職であるのは小児病棟(39%)、小児科病棟(19%)、混合病棟(12%)の順であることを報告した。さらに混合病棟では小児病棟と比べて、小児看護の経験が浅く、一人の看護職者が受け持つ患児数が多いことを明らかにした。また、広末(1993)は、看護師の抱える悩みや問題として、「子どもらしい生活リズム」「病状に合う遊びや学習」「児の不安」「子どもの相談相手」「親や家族の相談相手」などの心理行動面の理解に関連していたことを報告して

いる。

このことから、混合病棟に入院している子どもと親は、看護師数が少ない病棟で、高齢で小児看護の経験が少なく、小児看護に悩みを抱えている看護職者によって、子どもと関わる時間が少ない中でケアを受けており、子どもにとって適切な入院環境ではないことを示していた。

b) 付き添い

医療者を対象とした森本・生野・山中他(1983)の調査によると、全国の小児(科)病棟のある総合病院および小児専門病院の病棟師長対象の調査を行い、付き添いを認めているが約77%、認めていないが約18%と報告している。山下(1992)によると、全国の大学病院(分院含む)と小児総合医療施設を対象に母児同室制度をとる病院を調査した結果、大学病院で約64%、小児病院では約27%であった。舟島・及川(1994)によると、慢性疾患患児が入院している病院の病棟師長対象の調査では、全体の付き添い率は約66%で、病院別では大学病院約90%、国公立系一般病院約79%、国立療養所約43%、小児専門病院約27%で、大学病院での付き添い率が有意に高いという結果であった。さらに舟島他(1993)は付き添い率において、小児病棟約34%、小児科病棟45%、成人との混合病棟約50%の順に高いことを示した。日沼・児玉・中村他(1999)の全国の手術の行われている病棟対象の調査では、混合病棟の付き添い率が有意に高いと報告した。

300床以上の総合病院の小児病棟で入院中患児と付き添う保護者対象の桜井・吉武・武田他(1988)の調査では、32%の付き添い率であった。しかし、年齢別では、4歳未満の付き添い率が高く、特に4歳児では約91%であった。

付き添いの基準は、年齢や重症度だが(桜井・吉武・武田他, 1988; 三上・吉武, 1985)、子どもの年齢、病状、家族の希望等複数の条件により決定していることが多く、その中でも、成人との混合病棟では子どもの年齢を第一条件とし、小児病棟では年齢に関係なく付き添いを要請しているところもあった(舟島, 1993)。

帆足(2001)は全国の子ども病院25施設の各医長へ付き添いに対する考えを調査した結果(複数回

答)、「保護者が希望する場合は、付き添いを認めるべき」約83%、「付き添いは強制されるべきではない」約33%、「付き添いは現状通りに、原則的にしないようにすべき」10%弱であった。一方、保護者は、「保護者が希望して付き添う」約62%、「病院から要請された」約38%であった。保護者が希望して付き添う理由の多い順は(複数回答)、①子どもの不安の軽減、②子どもと離れるのが不安、③遠隔地による面会の困難さ、④子どもの病状の重症さであった。また病院から要請されると回答した4割の保護者は、保護者からの希望でもあった。しかし、医長の中には付き添い理由として看護師不足としている者もいた。

桜井・吉武・武田他(1988)によると、2歳未満に付き添いが集中していた。その理由の1つに、幼児期の子どもは身の回りの世話が長く看護師だけでは対応がとれない現状を挙げている。‘安全基地である’親との分離による子どもへの精神的影響、核家族化による保育・養育力の低下、付き添いの身体的・精神的状態(樋口・吉田・鈴木, 1999; 筒井, 1993)や付き添いの環境(帆足, 2001)など、付き添いには多彩な問題が内包されており、子どもと家族が安心できる入院生活環境を準備する体制の必要性が示唆された。

c) 保育士

現在(2002年4月)、保育士が導入されているのは約31%であり、病院別では国公立系一般病院17.6%、国立療養所約44.8%、大学病院約26.8%、小児専門病院31.2%であった。

歴史的に概観すると、1983年の森本・生野・山中他(1983)の調査では、小児科に専属となっている保育士は7.6%弱、保育士が一部関わっている率は9.2%であった。1991年の山下(1991)の調査では約24%(全体)の導入率であり、保育士の導入率があがってきている。また、保育士の配置部署は「小児病棟」が有意に高かった(大西, 2000)。保育士導入の理由は、保育士の「積極的役割を考慮(81%)」であり、保育士がいない施設でも必要性は83%が認めていた(舟島・及川, 1994)。病棟看護師長において、今後導入したい職種の筆頭に保育士(53.8%)をあげていた(森本・生野・山中他, 1983)。看護師においては今後増員を希望する職

種に56.3%が保育士を上げていたという報告(石川・山根・中塚, 1991)もあった。看護師が保育士導入を希望する理由は、遊びの役割が果たされないことを上げていた(広末, 1993)。

平成14年4月診療報酬制度により病棟保育士採用時の点数加算が認められたので、今後増加することが考えられる。

d) ボランティア

森本・生野・山中他(1983)によると、専属ボランティアがいる割合は5.5%、病棟に関わっている人数は16.0%であった。舟島・及川(1994)の調査では、小児専門病院が他の病院と比べてボランティアのいる割合が56.3%と高く、全体では39.3%であった。約10年の間で、病院に関わるボランティアの数は2倍近くに増えていた。しかし、11.5%という大西(2000)の調査結果もあり、絶対的にボランティア数が確保されているとは限らない状況であった。

e) 教員

院内学級が年々増加しているが(伊佐地・鈴木・杉本, 1997; 舟島・及川, 1994; 森本・生野・山中他, 1983)、教員の割合はさほど変わっていない。つまり、院内学級を併設する病院が増え、教員数は全体的に増えているが、教員の配置数は一定していた。

2) 物的環境

a) プレイルーム、院内学級・学習室

森本・生野・山中他(1983)の調査では、プレイルームが設置されている病棟は61.4%あり、31.2%の病棟は設置を望んでいた。それから約10年後の舟島・及川(1994)の調査では、プレイルーム設置率は95.3%と増えている一方、混合病棟では55%とその設置率の低さが目立った。また、大西(2000)の調査でも、プレイルーム設置は93%だったが、食事や学習時間、安静時間の使用を避ける等の理由で、使用制限のある施設が48.1%あった。

院内学級・学習室について、森本・生野・山中他(1983)の調査では、22.8%の院内学級が設置されており、今後設置したいと考えている施設が13.1%であった。学習室の設置率は10%であったが、今後設けたいと考えている施設は38.6%であった。その約10年後の山下(1992)の調査では、地

域差はあるものの、平均して32.2%が院内学級を設置し、設置をしていない67.8%病院中42.6%が必要性を認めていた。舟島・及川(1994)の調査では、病院の形態により養護施設と併用しており設置率にはばらつきはあるが、平均すると40.6%と院内学級が設置されていた。また、学習室について、平均して64.5%と10年間で2倍に増加していた。帆足(2001)の子ども病院を対象にした調査では、遊びや教育環境として最も多く行われているのは、プレイルームの整備(90%)、次いで院内学級・学習室の整備(50%)であった。以上から、子どもにとっての遊びや学習の重要性を認識した取り組みが広まってきていると推察される。

プレイルームや院内学級・学習室の増加の理由には、入院による不安・恐怖やストレスなどの心理的な影響を受け、子どもの成長発達過程で問題となっていることから、子どもの生活の主である遊びを取り入れ、心理的な影響を最小限に抑え、成長発達を促すためにも、遊びを保証する考えのもと、平成14年の診療報酬改正時にプレイルーム設置に対し点数加算できる経緯がある。また、院内学級・学習室の増加について、病気で入院している子どもが教育を受けられていない(文部省, 1994)ことを深刻に受け止めた文部省(現文部科学省)が、平成6年12月に各都道府県教育委員長に「病気療養児の教育について」(文部省, 1994)の通知を出した。この通知は病気療養児の教育の確保を目的に、院内学級開設の促進が院内学級・学習室の増加につながっていると思われる。

b) その他の物的環境因子

面会制限において、森本・生野・山中他(1983)は、曜日・時間・人数・年齢等のうちのどれかを行っている病棟が86.4%あることを報告した。舟島(1993)は、年齢制限で、混合病棟(24.5%)、小児科病棟(58.7%)、小児病棟(60.9%)の順に多くなり、混合病棟ではどの年齢の面会者でも自由に入院中の小児と面会できるところが多かった。1回に可能な面会数では小児科病棟(53.8%)、小児病棟(50.8%)、混合病棟(79.1%)の順に緩く、面会場所の制限は混合病棟、小児病棟、小児科病棟の順に制限していた。面会時間の制限は、小児病棟58.5%、小児科病棟56.2%、混合病棟76.8%、そ

のうち小児病棟の27.7%が小児の特徴を配慮した制限方法を行っていた。

子どもの発達を考慮した入院環境については、濱中・吉武・兼松他(1983)と舟島(1993)の調査があった。濱中・吉武・兼松他(1983)は、同じ病床数で、看護職員数の著しく異なる小児病棟2病棟を比較した。看護助手や保育士がおり、看護職員数が一方の2倍以上配属されている病棟であっても、病棟内に子どもらしい工夫が少ないことがわかった。子ども用の設備設置は、濱中らの調査と単純には比較できないが、約10年後の舟島(1993)の調査から、その率は高まっていると推察される。

このように、入院環境をみると、特に混合病棟では、看護師不足の上、付き添い率が高く、子どもに関わる時間が少なく、また物理的な環境面においても、子どもの特殊性を踏まえた環境ではないことが伺えた。つまり、子どもと親が入院生活や療養生活を送るにあたり、不安や恐怖、ストレス等の心理的混乱状態を緩和できるような援助や、生活の主体者として積極的に(発達段階に応じた)遊びや学習を行う環境が十分に整っておらず、子どもと家族が安心して医療を受けられない状況が明らかになった。少子化時代の真っ直中、小児病棟の閉鎖や混合病棟化が今後さらに進むと予測される。そして、核家族化で家族機能の低下が言われていることから、子どもが病気や入院によって引き起こされる心理的混乱を最小限にし、子どもと親の対処能力を高めるためのプリバレーションを意識した関わりや家庭に近づけた環境を工夫し、緊張感を持たせないような配慮を行い、さらに長期入院した子どもの退院後の療養生活・学校生活や人的・経済的サポート体制など、退院後の子どもおよび家族の支援について再検討していくことが必要である。

V. まとめ

- 1) 親や子どもの入院による不安の緩和や入院の準備がイメージでき、入院への適応をスムーズにする目的で、入院前の病棟訪問はあったが、全国でどのくらいの病院および病棟が行っているのかは明らかではなかった。
- 2) 「子どもへ入院生活に関する情報を提供する」

は不十分であった。また、付き添いの入院生活に関する情報提供についての調査はほとんどなかった。さらに、親は未知の体験に対する情報を集めて心構えをつくろうとしているが、何を聞いたらいいいのか、看護師が忙しそうにしていることを理由に、親自身の心の準備として情報を集めるといった行動がとれない場合があったことが明らかになった。子どもや親の入院生活に関する情報をもっと多く提供していくことが必要である。

- 3) 手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く、術前オリエンテーションという形で浸透してきているが、実際に家庭で行われる説明は子どもに不十分であった。また、病院の術前オリエンテーションは3歳未満の子どもに十分行われていなかった。さらに、発達段階に応じた子どもへの説明が大切であることは明白であるが、子どもの説明に対する理解や受け止めの確認をすることは明らかではない。
- 4) 看護師は入院前・手術前のオリエンテーションや退院後の生活に関する説明を行っているが、子どもや親から見ると、安心して医療を受け、安心して療養生活を送れているとは言い難いのは、看護師の“説明したつもり”という一方向的な説明という現象があるのではないかと推測された。
- 5) 退院後の生活に口頭やパンフレットを用いて親に説明されているが、親は退院後の児の行動や子どもの状態が変化したときの対応に関する助言を求めたり、親は退院後の学校生活や療養生活、さらには家族支援に関する悩みを持ち、退院に向けたプリバレーションが子どもや家族のニーズにそったものではないことが伺えた。また、子どもにどの程度プリバレーションが行われているかは不明である。今後退院に向けたプリバレーションを充実させていく必要性がある。
- 6) 入院環境では、成人との混合病棟における病棟の人的・物的環境条件が、小児病棟、小児科病棟と比べて、子どもに適した環境とは言い難い状況にあるが、行政の後押しもあり、プレイ