

病気やケガの子どもに 配慮した医療環境に 関する調査報告

平成 30 年 3 月

日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究 B）
病気やケガに関する子どもの理解・表現と
大人の対応に関する研究（平成 27 年度～29 年度）

研究代表者 中島伸子（新潟大学人文社会・教育科学系）

研究実施者 （50音順）

亀崎路子（杏林大学保健学部）

木内妙子（東京工科大学医療保健学部）

住吉智子（新潟大学医歯学系）

外山紀子（早稲田大学人間科学学術院）

中島伸子（新潟大学人文社会・教育科学系）

前田樹海（東京有明医療大学）

向井隆久（別府大学短期大学部）

山下雅子（東京有明医療大学）

はじめに

子どもの病気やケガは日常茶飯事である。擦り傷やねんざ、風邪や腹痛といった軽度な病気やケガは多くの子どもが経験するが、なかには長期間にわたって療養を強いられる子どももいる。近年では心身症の低年齢化も指摘されており、病気やケガの子どもをどう支援していくかは大きな課題となっている。

発達心理学では、ここ30年ほどの間に、病気に関する子どもの理解とその発達についての研究の進展がみられている。かつてはピアジェ理論のもと、「内在的正義」に象徴されるように、病気に関する初期（幼児期・児童期前半）の理解は貧弱なものでしかないと考えられていた。幼児は病気を悪い行いに対する罰とみており、細菌やウィルスとの物理的接触が病気を引き起こすことには気づいていないとされてきたのである。しかしその後、多くの実証研究の蓄積のもと、ピアジェのかつての見解は修正を余儀なくされ、幼児といえども病因や病気の発症メカニズムについて、限界はあるとはいえ、ある程度洗練された基本的理解を有することが示されている（cf., 外山, 2015）。

しかしながら、こうした発達心理学の成果が小児医療や看護、学校保健の現場に十分に還元されているかといえは、はなはだ心許ない。病気やケガの治療においては、子どもがその進行や治療について適切な説明を受け理解することが、よりよい治療のステップになる。したがって、治療行為を計画していく上で、保健・医療従事者には、病気に関する理解の発達についての正しい理解が必要とされる。しかしながら、小児看護や学校保健のテキストでは、ピアジェ理論の紹介にとどまる場合が多く、プレパレーション（子どもに医療処置の説明をし、対処能力を引き出す働きかけ）も主としてピアジェ理論に依拠したものとなっている。以上のことは、分野の異なる研究者の間で情報交換が図られていないことによる大きな損失であろう。

こうした現状を踏まえ、これまで相互に知見を共有することのなかった発達心理学、小児看護学、学校保健、看護情報学といった異分野の研究者が集まり「病気やケガに関する子どもの理解・表現と大人の対応」について、複合的な視点から相互連携して調査研究を行うプロジェクトを発足させた。

本報告書は、その一環として、病気やケガの子どもに配慮した医療環境について検討した研究成果の一部をまとめたものである。研究はすべて、日本学術振興会科学研究費補助金（種目：基盤研究B、番号：15H03451、課題：病気やケガに関する子どもの理解・表現と大人の対応）の助成を受けている。また計画段階からメンバー間の相互連携のもと実施されたものである。

第Ⅰ章では、子どもに配慮した小児医療環境の整備状況について、全国の小児医療施設を対象とした質問紙調査（2015年実施）の成果をまとめた。小児に配慮した生活設備や装飾などの物的環境面に加え、専門職の配置状況といった人的環境面、および説明と同意に関するガイドライン整備や研修実施の状況等について、現時点での全体的な様相を明らかにすることを目的とした。第Ⅱ章では、第Ⅰ章での全国調査の際にいくつかの施設から収集した「子どもへの説明と同意に関するガイドライン」について、その内容分析の成果をまとめた。第Ⅲ章では、病気に関する理解、表現行動について、小児看護従事者の有する発達像を検討したインタビュー調査（2016年実施）の成果をまとめた。大人による子どもの理解は、子どものための環境整備や配慮に色濃く反映されるとの考えのもと、先進的な取り組みを行う小児医療施設勤務の小児看護従事者の発達観を明らかにすることを目的とした。ここでもいくつかの施設から「子どもの説明と同意に関するガイドライン」を収集したが、その内容分析の成果は第Ⅱ章にまとめた。

各章末には、調査結果に対して、研究領域の互いに異なるメンバーがコメントを寄せている。多様な視点から子どもの医療環境について考える一助になれば幸いである。

研究代表者 中島伸子

<引用文献>

外山紀子（2015）. 病気の理解における科学的・非科学的信念の共存. 心理学評論, 58（2）, 204-219.

目次

はじめに

第Ⅰ章 子どもに配慮した小児医療環境に関する質問紙調査 1

第Ⅱ章 子どもへの説明と同意に関するガイドラインの分析 13

第Ⅲ章 小児医療従事者の発達観に関するヒアリング調査 17

◆成果物一覧 23

◆あとがき

◆奥付

写真資料

〈子どもに配慮した設備・施設1〉 6

〈子どもを和ませる装飾〉 7

〈子どもに配慮した設備・施設2〉 12

〈プレパレーションに関連する設備・ツール〉 22

第Ⅰ章 子どもに配慮した小児医療環境に関する質問紙調査

中島伸子（新潟大学）

1. 目的

医療を受ける子どもは、発達を支える様々な経験や関わりが容易に剥奪されうる環境にある。また、慣れない環境や治療、病状に対して、不安や恐怖を抱く機会も多い。1994年に「児童権利条約」を批准して以降、我が国の小児医療現場においては、医療を受ける子どもの権利を保障する環境整備の重要性が認識されるようになった。こうした背景のもと、子どもの成長発達や不安低減、主体的な治療参加促進に配慮した医療環境整備が進められている。

しかしながら、現在、病気に罹患し、入院する子どもの環境は脅かされる状況にあるとの指摘は少なくない（住吉他, 2018¹⁾）。近年、小児科病棟の閉鎖、周産期ベッド数の不足、小児集中・救急医療体制の不十分さなど問題が山積している。さらに、小児科を標榜する病院も減少の一途をたどり、小児科病棟を有する病院においても、入院稼働率確保のため成人患者との混合病棟への移行が進行している。

このような社会状況の中、子どものために配慮された環境という視点から、小児医療施設の実態を明らかにすることは重要課題である。

本研究は、小児科を標榜する全国の医療施設を対象として、子どもにとっての物理的な設備と人的資源、子どもの説明と同意に関するガイドライン整備・研修・指導状況に関する質問紙調査を実施し、子どもの医療環境の現状と課題を検討するための基礎資料を提供することを目的とする。特に近年、混合病棟への移行が進行している（住吉他, 2018）ことを踏まえ、小児の入院する先が小児病棟（小児のみが入院する）である施設と混合病棟（小児と成人患者が入院する）である施設の比較を分析の軸とした。

2. 方法

(1) 方法：横断研究デザイン、自記式アンケート調査法

(2) 期間：2015年8月～9月

(3) 対象施設：日本全国の小児専門病院（定床数は限定なし）ならびに小児科を標榜する病院（定床数300床以上）1,069施設。

(4) サンプル：配布数1,069通。回収数278件（回収率26.2%）

(5) 分析に用いたデータ：256件

回収した278件のうち、「小児の入院を受け入れていない」と回答した施設、小児が入院する病棟の区分、施設機能形態の回答が欠損した施設、を分析から除外した。

(6) 調査の主な内容

施設・回答者の属性/子どもに配慮した設備面での工夫（外来・病棟）/専門職スタッフの配置/院内学級の設置状況/子どもに対する説明と同意についてのガイドライン・研修・指導/外部支援者の設置状況

(7) 分析対象施設の概要

分析対象となった256施設の概要は表1-1の通りである。

3. 結果

3ページから集計・分析結果を図表として示した。全ての施設を対象とした集計（全体）に加え、小児の入院病棟区分別（混合病棟・小児病棟）の集計を示した。小児が混合病棟に入院する施設を「混合病棟」、小児病棟に入院する施設を「小児病棟」と表記した。なお図表内脚注に付した統計分析結果はすべて χ^2 検定によるものであり、統計パッケージIBM SPSS Statistics ver. 24.0（日本アイ・ビー・エム株式会社）を用いた。下記1) 2) は図表表記上の留意点である。

1) * ($p<.05$), ** ($p<.01$): 混合・小児病棟間で有意差があった項目

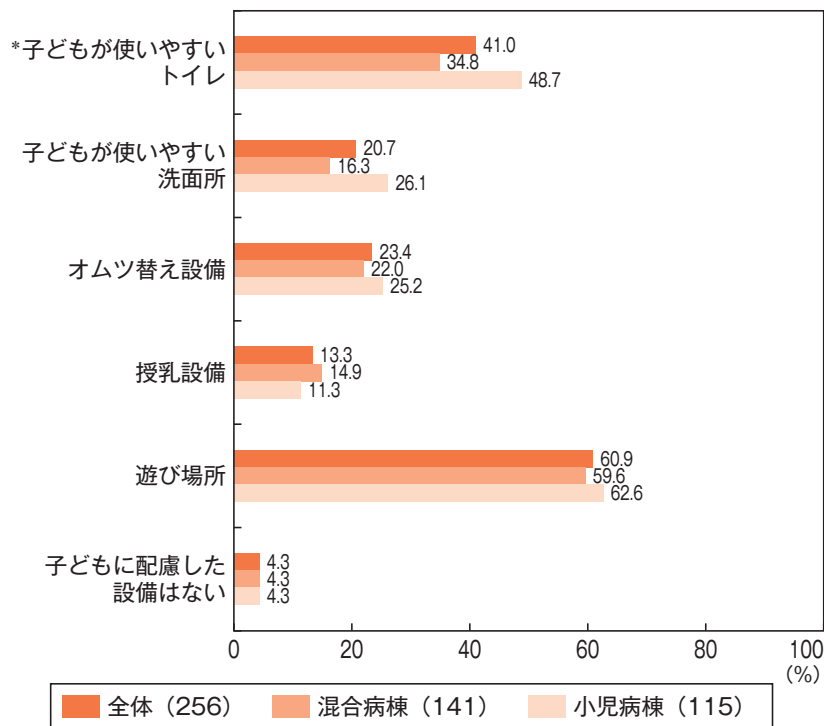
2) 括弧内は有効回答数

表 1－1 分析対象施設の概要

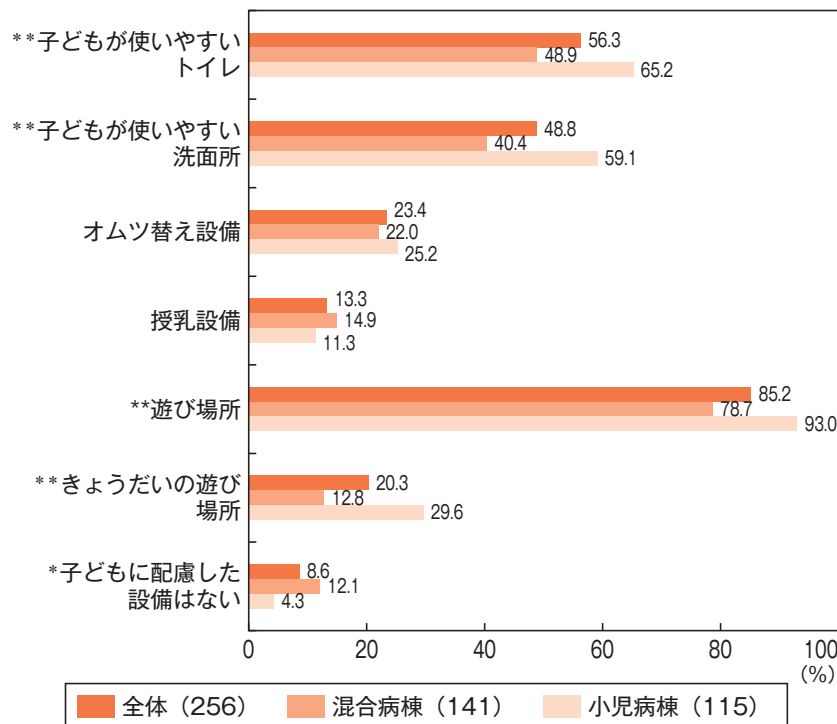
項目	度数	%
病院設置主体		
独立行政法人	56	21.9
地方自治体(公立)	95	37.1
医療法人・公益法人	49	19.1
学校法人	17	6.6
社会福祉法人他	35	13.7
無回答	4	1.6
病院機能形態		
一般病院	191	74.6
特定機能病院	37	14.5
小児専門病院	7	2.7
一般総合病院 ＋重症心身障害児施設	21	8.2
小児の入院病棟		
小児病棟	115	44.9
混合病棟	141	55.1
地域		
北海道・東北	37	14.5
甲信越・中部	53	20.7
関東	62	24.2
関西・東海道	65	25.4
九州・沖縄	37	14.5
無回答	2	0.8
回答者職歴		
管理職看護師	225	87.9
管理職医師	5	2.0
事務	14	5.5
無回答	12	4.7
回答者職歴年数	平均	標準偏差
管理職看護師	26.88	9.521
管理職医師	19.33	11.015
事務	13.23	9.593

(a) 子どもに配慮した設備

●外来に設置されている設備 設置率【複数回答】



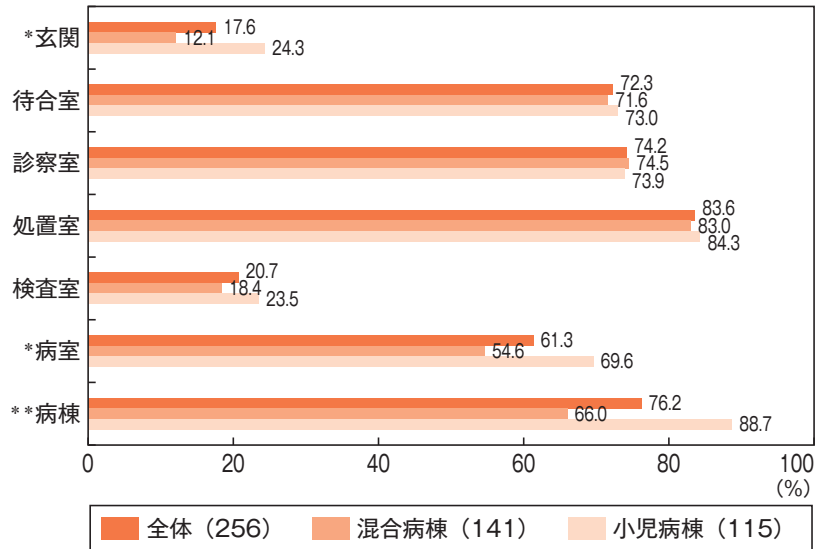
●病棟に設置されている設備 設置率【複数回答】



外来、病棟ともに「遊び場所」の設置率が高い。入院病棟区分による有意差は、外来では「トイレ」のみ、病棟においては、「トイレ」「洗面所」「遊び場所」「きょうだいの遊び場所」と広範にみられ、混合病棟より小児病棟の設置率が有意に高いことが示された。「子どもに配慮した設備はない」との回答は少数であったが、回答率は小児病棟より混合病棟が有意に高かった。

(b) 子どもを和ませる装飾・インテリア 各場所における設置率【複数回答】

壁面、天井、床面の各箇所の装飾、モビル、子ども向け家具、子ども向け寝具のいずれかを設置している場合に設置ありとしてカウントした。

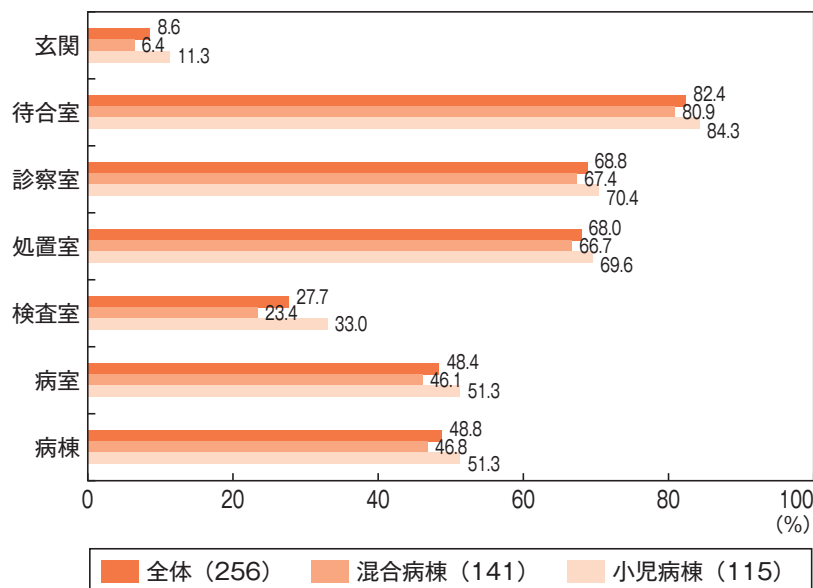


1) 「玄関」の有効回答数は、全体 (255)、混合 (140)、小児 (115) であった。

装飾及びインテリアの設置率は「玄関」「検査室」が相対的に低く、それ以外の場所「待合室」「診察室」「処置室」「病室」「病棟」は高かった。「玄関」「病室」「病棟」においては混合病棟より小児病棟における設置率が有意に高かった。

(c) おもちゃ類 各場所における配置率【複数回答】

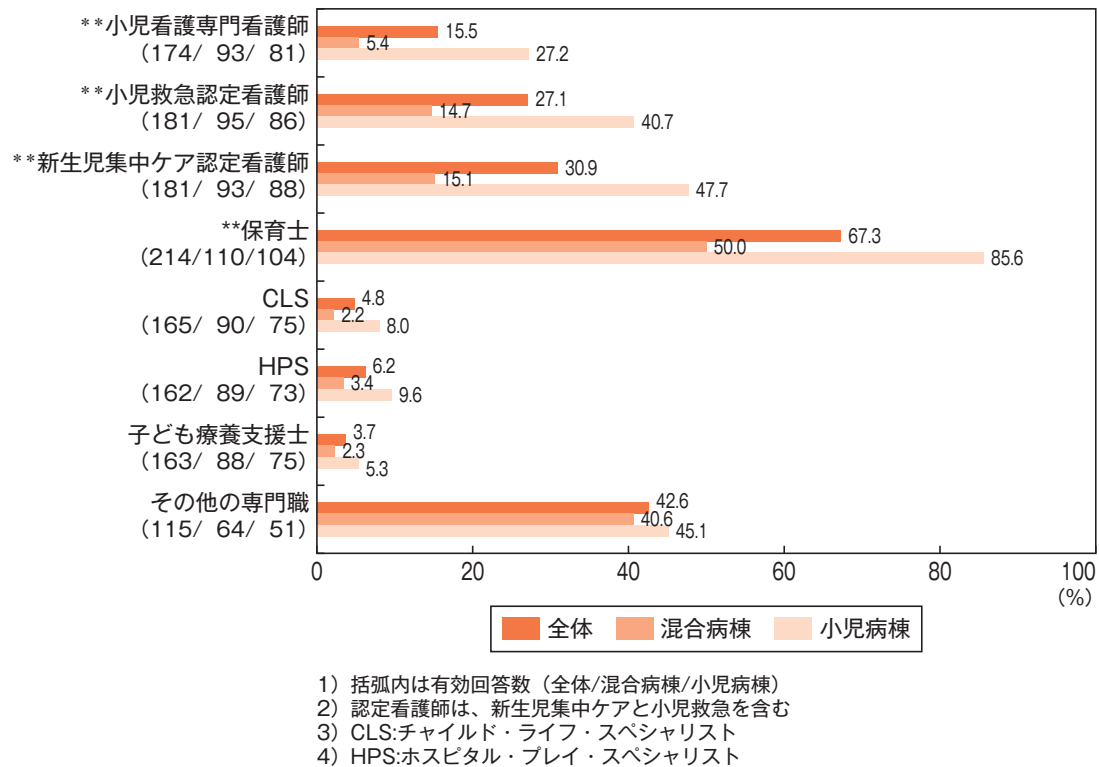
絵本、ぬいぐるみ類、積木、大型遊具、ままごと用品、乗り物、折り紙、ブロック・パズル、ビデオ・テレビ、電子ゲーム類、筆記用具のいずれかを配置している場合に配置ありとしてカウントした。



玩具類の配置率は「玄関」「検査室」が相対的に低く「待合室」「診察室」「処置室」で高かった。入院病棟区分による有意差はみられなかった。

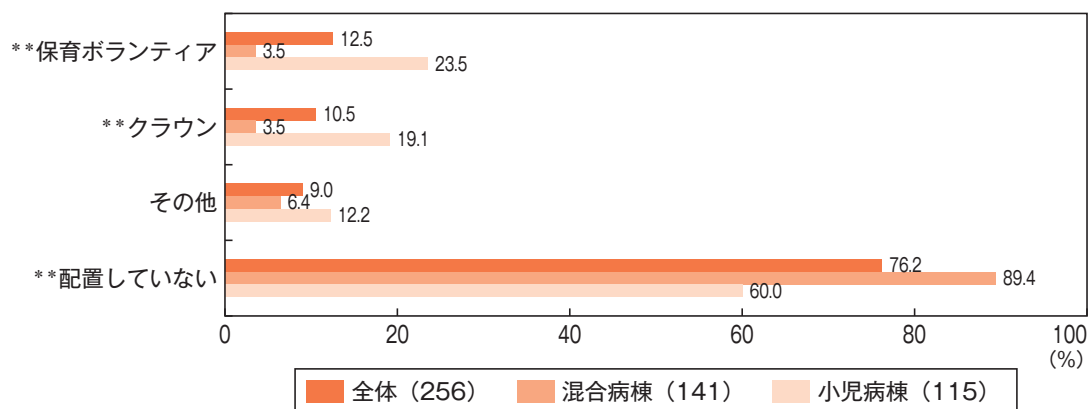
(d) 子ども支援に関する専門職 配置率【複数回答】

各職種について小児医療に従事する人員数を問う質問であった。1名以上の人数記載があった場合を配置ありとし、0名との記載があった場合は配置なしとした。回答がなかったものは無効とした。



最も配置率が高いのは「保育士」であり、「CLS」「HPS」「子ども療養支援士」の配置は極めて少なかった。小児看護系の有資格スタッフとしては「新生児集中ケア認定看護師」が最も多く、「小児救急認定看護師」「小児看護専門看護師」と続く。「保育士」「新生児集中ケア認定看護師」「小児救急認定看護師」「小児看護専門看護師」においては、混合病棟より小児病棟における配置率が有意に高かった。

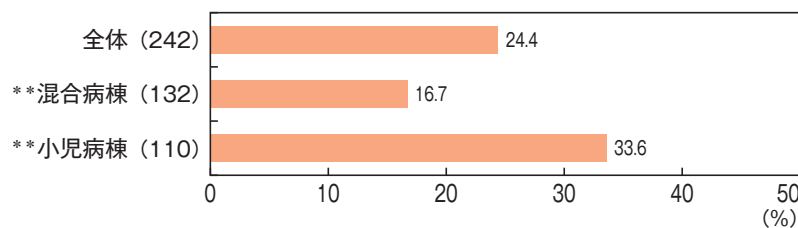
(e) 子ども支援に特化した外部支援者 配置率【複数回答】



1) クラウンにはホスピタルクラウンとクリニッククラウンが含まれる

大半の施設が「配置していない」状態であり、その割合は混合病棟が有意に高かった。また「保育ボランティア」「クラウン」の配置率は混合病棟より小児病棟が有意に高かった。

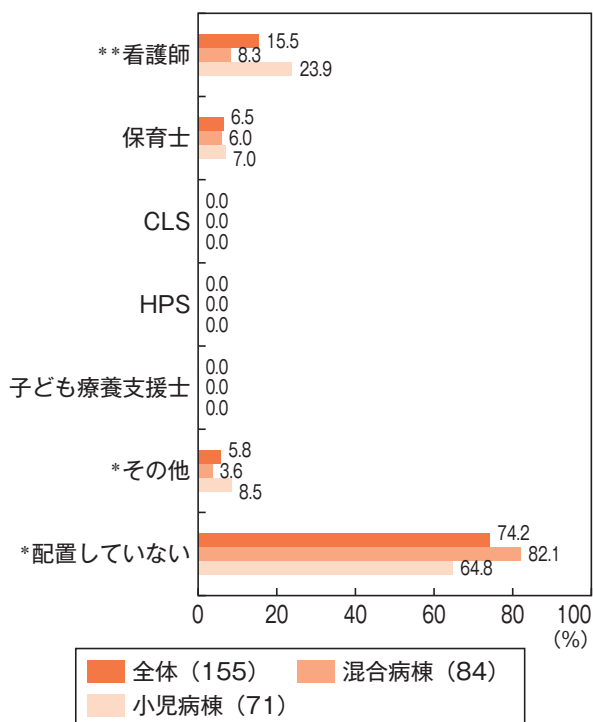
(f) 環境面での配慮に対する子ども支援専門職の助言 「ある」との回答率【1択】



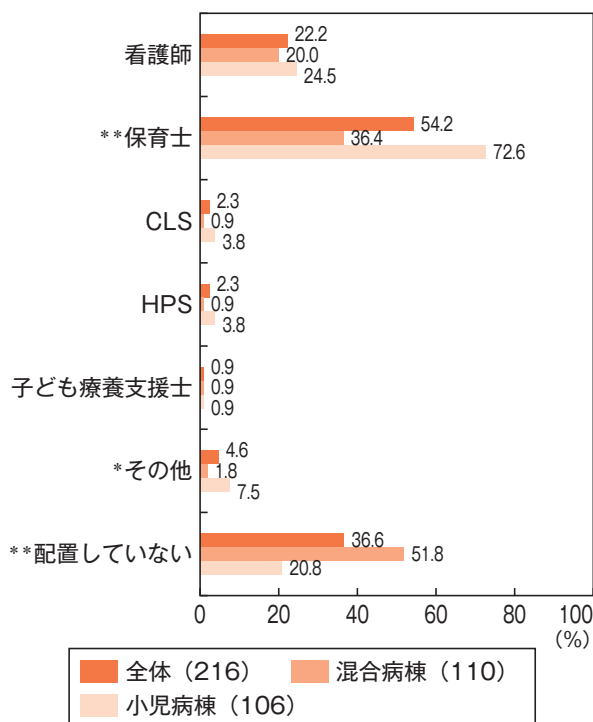
助言の実施率は24%程度であり、混合病棟より小児病棟が有意に多かった。

(g) 遊び場所におけるスタッフ 配置率【複数回答】

●外来の遊び場所



●病棟の遊び場所



外来においては「配置していない」施設が大半を占め、その割合は小児病棟より混合病棟が有意に高かった。病棟においては「配置していない」施設は35%強であったが、混合病棟では半数以上を占め、小児病棟より有意に高かった。外来では看護師が、病棟では保育士の配置率が最も高かった。外来では「看護師」「その他」、病棟では「保育士」「その他」において混合病棟より小児病棟における配置率が有意に高かった。「CLS」「HPS」「子ども療養支援士」の配置はほとんどなかった。

〈子どもに配慮した設備・施設1〉

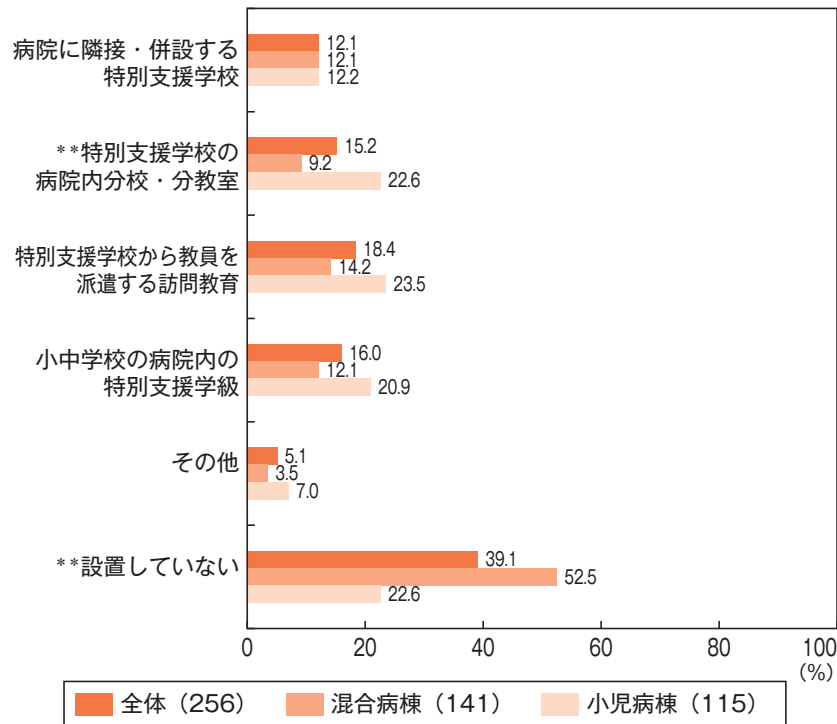


病院内の図書室



ティーンエイジャーのための部屋

(h) 就学児のための院内教育施設【複数回答】



「設置していない」施設の割合は40%弱にとどまったが、混合病棟では半数以上を占め、小児病棟より有意に高かった。「特別支援学校の病院内分校・分教室」の設置率は小児病棟が混合病棟より有意に高かった。

〈子どもを和ませる装飾〉



病院内の壁装飾



装飾されたCT室



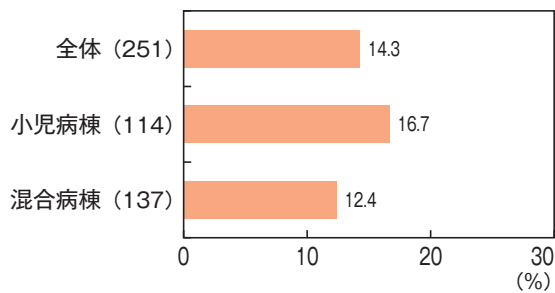
放射線のプロテクターの装飾



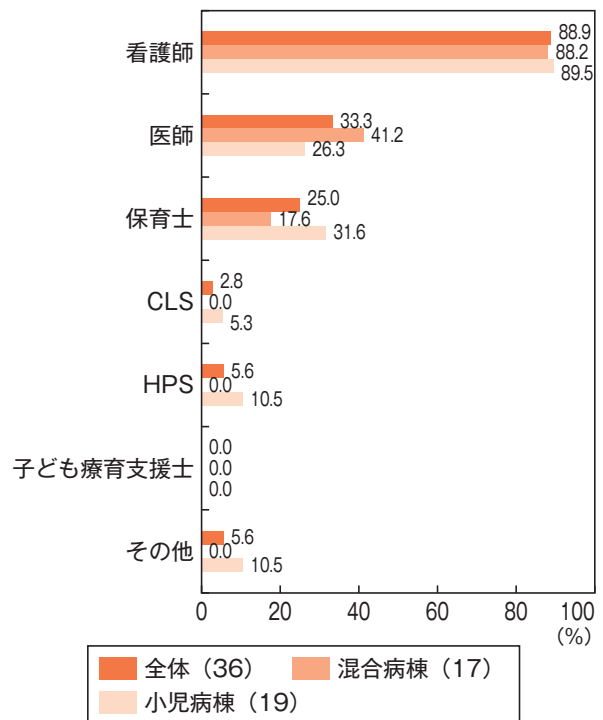
子どもの目の高さに施された装飾
(手すりに虫発見!)

(i) 説明と同意に関するガイドラインの整備状況

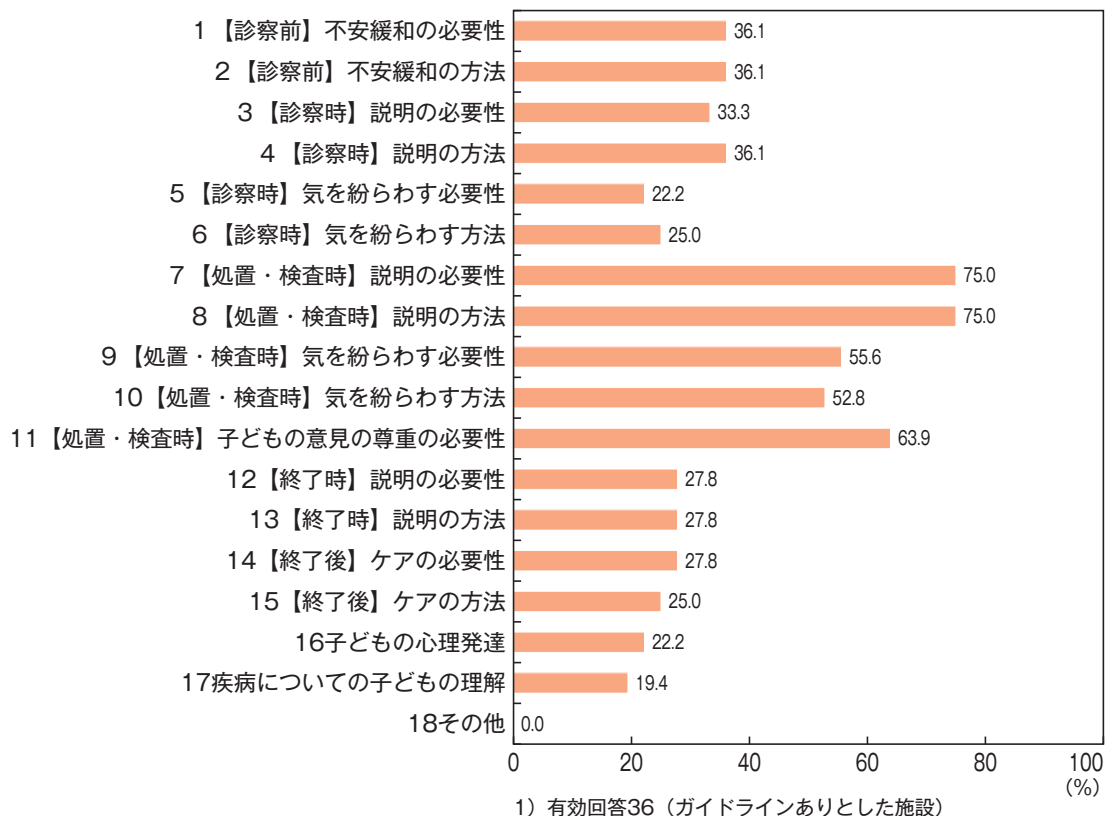
●ガイドライン 所有率【1択】



●作成に関与した職種 配置率【複数回答】



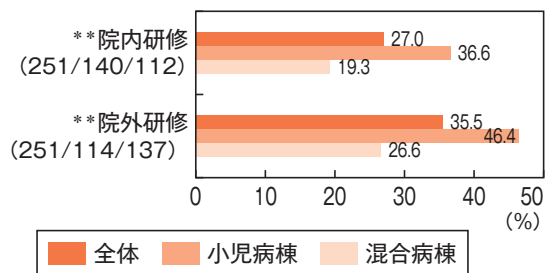
●ガイドラインに記載されている事項 記載率【複数回答】



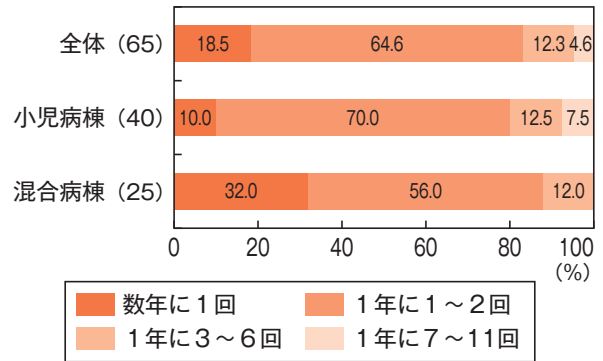
ガイドラインの保有率は14.3%の施設にとどまった。ガイドライン作成に関与した職種としては看護師が最多であった。ガイドラインの記載内容としては【処置・検査時】に関する事項が相対的に多く、【診察前】【診察時】【終了後】【子どもの心理発達】【疾病についての子どもの理解】に関する事項は少なかった。

(j) 説明と同意に関する研修の実施状況

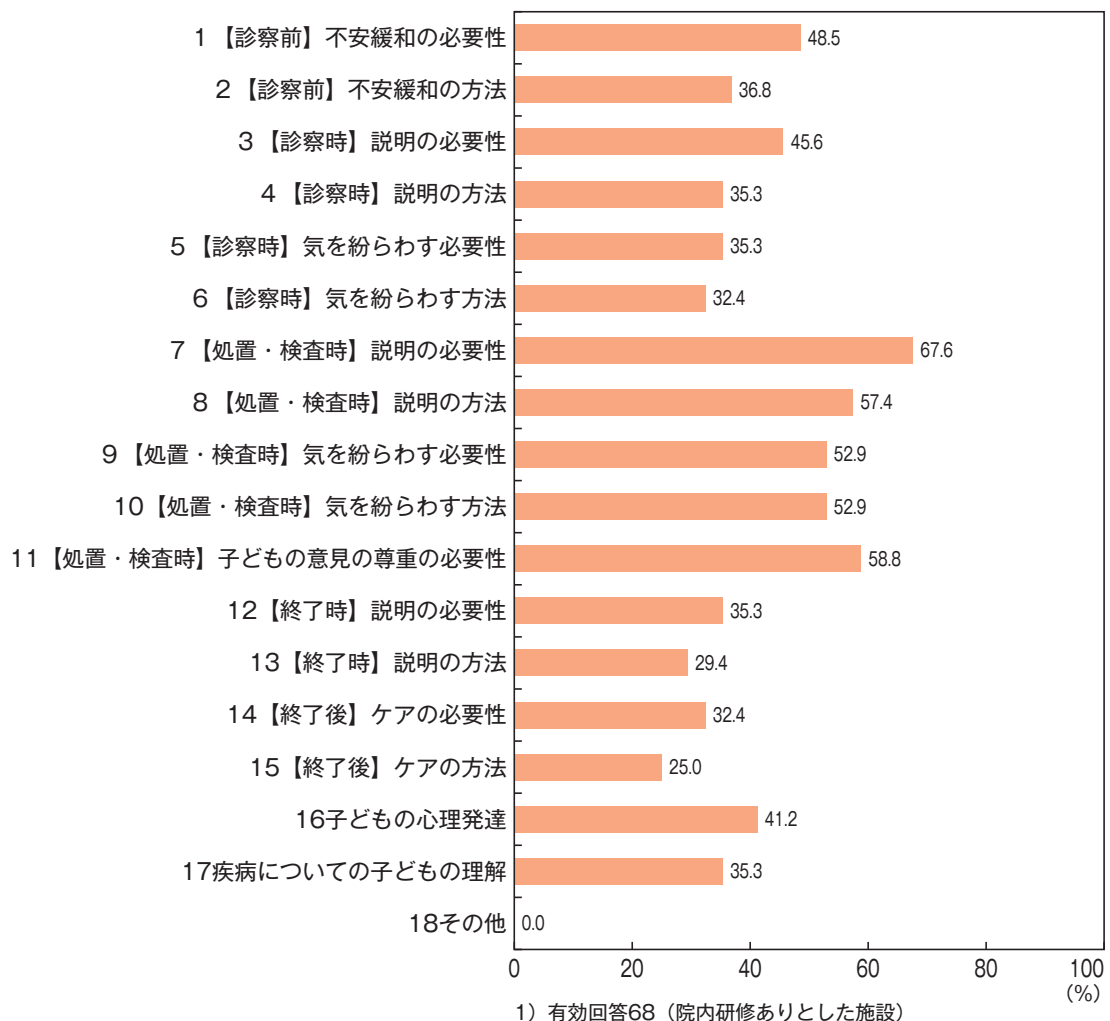
●研修 実施率【1択】



●院内研修 ここ5年間での開催状況【1択】



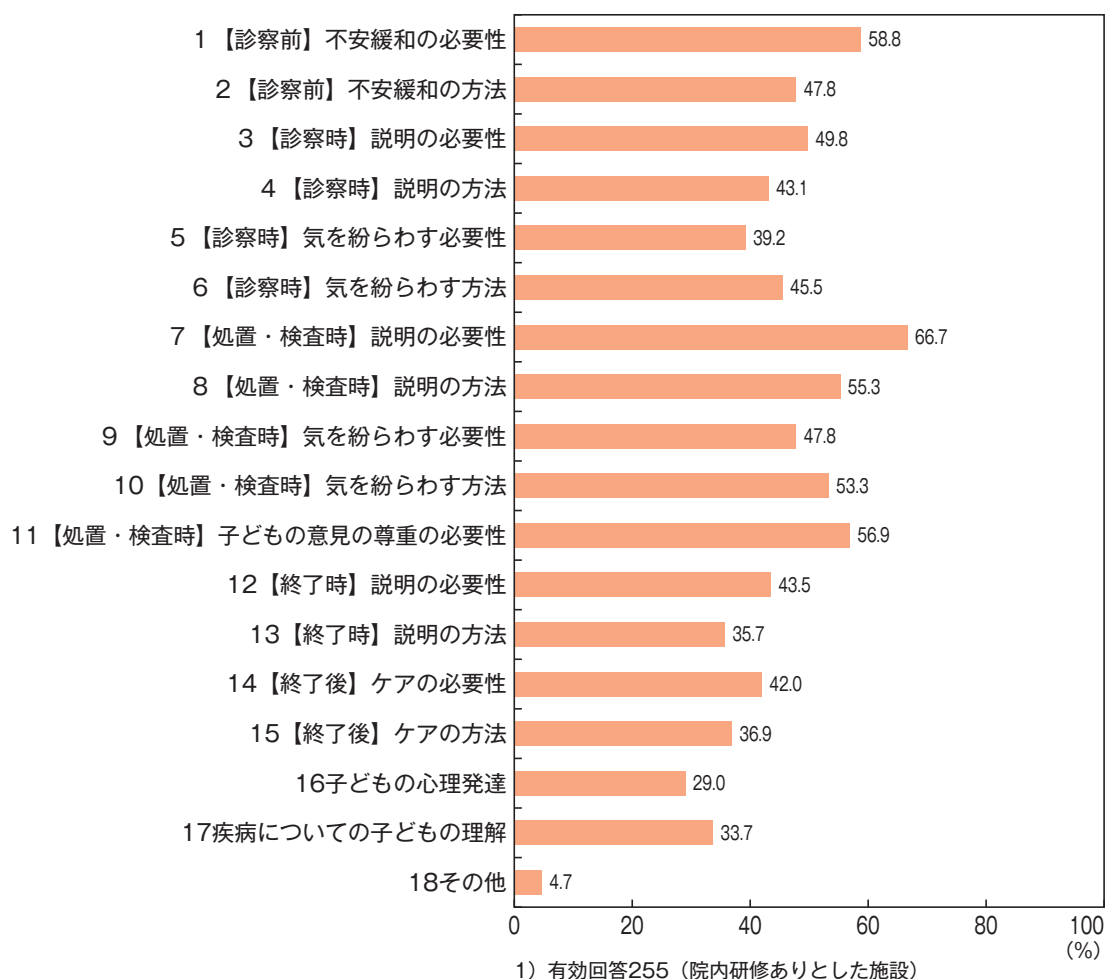
●院内研修で取り上げられた事項 ここ5年間での実施率【複数回答】



院内より院外研修の実施率が高かった。またどちらの研修の実施率も小児病棟が混合病棟より有意に高かった。院内研修の頻度は1年に1～2回が最も多く、入院病棟区分による有意差はみられなかった。院内研修の内容として比較的多かったのは、【処置・検査時】に関する項目であり、【診察前】【診察時】【終了時】【子どもの心理発達】「疾病理解の発達」に関する項目は低い傾向がみられた。

(k) 説明と同意に関する実地での指導状況

●指導的立場にある者が指導・助言することの多い事項 実施率【複数回答】



	小児病棟 (114)	混合病棟 (141)
1：【診察前】不安緩和の必要性	60.5%	57.4%
2：【診察前】不安緩和の方法	45.6%	49.6%
3：【診察時】説明の必要性	54.4%	46.1%
4：【診察時】説明の方法	46.5%	40.4%
5：【診察時】気を紛らわす必要性	38.6%	39.7%
6：【診察時】気を紛らわす方法	42.1%	48.2%
7：【処置・検査時】説明の必要性	72.8%	61.7%
8：【処置・検査時】説明の方法	57.0%	53.9%
9：【処置・検査時】気を紛らわす必要性	50.0%	46.1%
10：【処置・検査時】気を紛らわす方法	49.1%	56.7%
*11：【処置・検査時】子どもの意見の尊重の必要性	68.4%	47.5%
12：【終了時】説明の必要性	47.4%	40.4%
13：【終了時】説明の方法	36.0%	35.5%
14：【終了後】ケアの必要性	45.6%	39.0%
15：【終了後】ケアの方法	36.8%	36.9%
*16：子どもの心理発達	36.8%	22.7%
17：疾病についての子どもの理解	38.6%	29.8%
18：その他	5.3%	4.3%

指導・助言内容は、項目間で実施率にそれほど大きな相違がなく、全体的に満遍なく実施されている。【処置・検査時】【子どもの意見の尊重の必要性】および【子どもの心理発達】については、混合病棟より小児病棟で実施率が有意に高かった。

4. 結果を踏まえて

●小児看護の立場から（住吉智子）

今回の調査では、対象とした約50%の病院の小児外来は子どもの成長発達に対して物理的な工夫が導入・設置されていたことが示された。具体的には、外来・入院病棟においてプレイルームの設置率、保育士の配置率、教育施設が先行研究^{2,3)}に比較して上昇していた。さらに、チャイルド・ライフ・スペシャリスト（Child Life Specialist :CLS）、小児看護専門看護師など、高度な小児医療専門職の配置が行われていることも明らかとなった。以上から、従来に比較して、現在の日本の小児医療環境は向上していることが示唆されていた。

病院や入院への子どもの印象では「退屈」、「寂しい」、「怖い」が上位を占めるとされ⁴⁾、それは現在も大きな差はないと推測できる。そのような療育環境を、子どもにとってよりよいものにするためには発達段階や性別に合致した遊びや適切な玩具と保管場所、人材の提供が必要である。米国では、以前からアメリカ小児科学会が、CLSの必要性を強調している⁵⁾。日本は遅れてはいるものの、少しずつ、専門家の病院への人的配置の必要性と、このような専門家を育成する必要性を認識しはじめたようである。これからの発展と普及を期待したい。

今回の調査のもう一つの主題として、子どもへの説明と同意（インフォームド・アセント）への取り組み実態の結果があった。残念ながら、子どもへの説明と同意に関するガイドラインの保有率は14.3%の施設と少数であった。しかし、そのような指針がなくても、説明と同意に関する研修や指導・助言は実施している施設は3割程度あった。現在、社会的情勢の変化により、医療の倫理の普及が急務となっている。子どもや障害者、高齢者など社会的弱者に対して、説明と同意を得ること、意思決定支援を行うことは、その中でも重要な項目である。多くの病院に、インフォームド・アセントが実施されることを期待する。また、その実施の質保証の観点から、ガイドラインの整備と普及を進めていくことも、今後は期待されることである。

課題は、子どもへの療育環境の整備、専門職の配置などの有効性を、Cost benefitの視点で明確化することである。子どもにとって良い療育環境が、入院期間の短縮化や合併症などの減少等、エビデンスとして示されれば、さらに拡大が加速すると思われる。今後

は、今回の調査を手がかりとしながら、子どもにとってのより良い療育環境の有効性と評価の方法について明らかにしなくてはならない。

●発達心理学の立場から（中島伸子）

入院児にとって病院は治療の場であると同時に育ちの場でもある。とりわけ乳幼児においては、成長発達に対する生活環境の影響は大きい。近年の発達心理学で指摘されているように、子どもは自ら発達を推進する能力を有するが、それを引き出す環境があつてこそ発揮されるものである。今回の調査結果を踏まえ、子どもの育ちの場としての病院環境について考えたい。

幼い子どもの育ちを考えると、生活面でも遊びでも、そして治療でも、自分でやろうと思えることに取り組むこと、自分でできたと思える達成感が持てることは発達の原動力である。こうした経験の蓄積により、闘病や生涯発達に必要な意欲や粘り強さ等の情意面（近年注目される非認知能力）⁶⁾が育つ。

子どものやりたい気持ちが物理的環境により誘発されることは少なくない。例えば基本的生活習慣の獲得。入院児であっても獲得の必要があるが、彼らにとって操作可能で、とるべき行動がわかりやすい、使ってみたくなる設備があれば、自力で何とかやってみようとするだろう。環境が幼児の能動性を引き出すのである。今回の調査では、小児病棟と比較して混合病棟における物理的環境の配慮が不足がちであることが示された。

一方、子どものやりたい気持ちの維持や、達成感を持たせる上で、大人による援助の役割は大きい。例えば、乳幼児の育ちの基盤として重要な「遊び」。遊びは単に不安軽減や癒しの手法としてではなく、乳幼児期にふさわしい学びの手段として、とりわけ長期の入院児に対して十分に保障したい。ただし、遊び場を用意してそこに子どもをいざなえば、豊かな遊びの展開につながるとは限らない。子どもの発達に関する専門的知識を持つスタッフによる個々の子どもの状況に配慮した環境構成、支援が不可欠なのである。今回の調査では、遊び場の整備は他の施設と比べても高い割合でなされているが、病棟においては遊び場の設置率および遊び場における保育士の配置率に大きな相違があり、混合病棟は小児病棟より少ない。子ども支援の専門職配置割合や環境整備に対する彼らからの助言割合も、混合病棟では少なかった。

子どもや家族は入院する施設を選べないことが多い。大人が混在する混合病棟では難しい面もあるのだろうが、特に幼い子どもの育ちに対する環境や大人のかかわりの影響は大きいことに十分に留意して環境整備をすることが必要ではないか。

<本章引用文献>

- 1) 住吉智子, 中島伸子, 外山紀子, 向井隆久, 木内妙子, 前田樹海, 亀崎路子, 山下雅子. 全国の総合病院における小児の成長発達に配慮した入院および外来診療環境の実態調査 ―インフォームド・アセントの視点を加えて. 小児保健研究, 2018, 77(2) (印刷中)
- 2) 大西文子, 浅田佳代子. 全国調査による子どもの療養環境の現状について 小児病棟と混合病棟を比較して. 日本小児看護学会誌 2001; 10: 73-79.

3) 藤田優一, 石原あや, 藤井真理子 他. 全国の総合病院における小児の入院環境の実態調査. 小児保健研究 2012; 1: 883-889.

4) 河合洋子, 松本由紀江, 小笠原昭彦. 子どものからだと病気の理解についての. 発達の検討. 名古屋市立大学看護短期大学部紀要 1998; 10: 37-48.

5) Child Life Council Committee on Hospital Care. Child life services. Pediatrics. 2006. 118: 1757-1763.

6) ジェームス・J・ヘックマン. 2015『幼児教育の経済学』(大竹文雄解説／古草秀子訳) 東洋経済新報社

<子どもに配慮した設備・施設 2>



トイレの表示



病院内移動カート



ボランティア手作りのおみこし



ご遺族のための祈りの部屋

第Ⅱ章 子どもへの説明と同意に関する ガイドラインの分析

木内妙子（東京工科大学）

1. 目的

小児科を標榜する全国の医療施設を対象として、子どもの説明と同意に関するガイドラインの整備状況を明らかにし、子どもの医療環境の現状と課題を検討するための基礎資料を提供することを目的とする。

2. 方法

医療を受ける子どもに対して、どのような説明を行い医療への参加を促しているのか、われわれは全国の病院に対する質問紙調査、ヒアリング調査を実施してきた。質問紙調査の際、診察、処置・検査を受ける子どもに対して説明と同意に関するガイドラインの有無を尋ね、「ある」と答えた施設に対して、アンケートと共に返送を依頼した。さらに、病院を訪問してのヒアリング調査の際、ガイドラインを有するとの回答があった場合も同様に提供を依頼した。研究協力に同意が得られ、提供を受けたガイドラインの内容の分析を行った。

3. 結果

(a) ガイドラインの概要

研究への協力同意が得られ、入手できた各種ガイドライン（プレパレーションツール、マニュアル）は全部で10施設のものであった。概要を表2-1（P16参照）に示す。10施設のうち7部は、全国調査の際にアンケートに同封して送られてきたもの。残り3部は、ヒアリング調査の際に入手したものである。10施設は、すべてが国公立または、その他公的医療機関に属する病院であった。

(b) ページ数からの分析

10部のガイドラインのうち、1ページというものが3部あった。いずれも、400-500床規模の一般病院で10-50床の小児病床を有し、ガイドライン作成には看護師のみが携わっていた。内容は、幼児を対象とした

採血手順（施設A）、小児を対象としたプレパレーション（目的・目標、必要物品、手順、注意事項）についてまとめられた簡潔なもの（施設B、G）という共通点があった。

6-8ページほどのガイドラインを作成しているのは、5施設であった。一般病院2、小児専門病院2、特定機能病院が1という内訳であった。内容は、採血・点滴プリパレーション（目的、方法、観察点・注意事項、根拠）シナリオ（施設C）、CT・MRIプレパレーション基準（施設C）、検査・処置についてのプレパレーション使用基準（施設D）、子ども用導尿目的手順、チェックリスト、スタッフ用実施手順（施設H）などであった。いずれも、子どもの苦痛や不安が増大することが予測される検査や処置に対して、子どもが安心してそれらを受けられることを目的として作成されていた。さらに、文字を大きくレイアウトやぬいぐるみの写真などを用いた、子ども向けのガイドラインを作成している施設も3か所あった（施設D、E、H）。さらに、スタッフのためのインフォームド・コンセント基準を明記するものもあった（施設I）。

50ページ、あるいはそれ以上に及ぶガイドラインを作成しているのは、2施設でいずれも小児専門病院であった（施設F、J）。施設Fでは、プレパレーションとは、発達段階プレパレーション、プレパレーション手順、プレパレーションツール、外来におけるプレパレーションツール一覧（採血用、検査用、放射線検査用、タッチパネル、眼科診察、耳鼻科診察、手術室・術前訪問用）、プレパレーション場面など様々な場面を想定したガイドラインが作成されていた。また、スタッフ用だけでなく、子ども用、さらには保護者向けのガイドラインを準備している点に特徴があった。施設Jでは、『アセスメントガイド、もっとこどもを“わかる”ために』とした、スタッフ向けの詳細なマニュアルが作成されていた。

(c) ガイドラインの対象者毎の分析

●病院スタッフ向けガイドライン

10施設すべてが、スタッフ用のガイドラインを有していた。しかし、内容もボリュームも施設によって大きく異なっており、全体の傾向を一言で述べるのは困難である。その内容は、子どもと家族の意思決定を支援するための、インフォームド・コンセントの定義、同席基準が述べられているもの（施設I）から、採血手順を簡潔にまとめたものまで多岐にわたった。多くのものは、目的、方法、観察点・注意事項、根拠などが網羅され、スタッフが混乱なく一貫した対応ができるよう配慮されていた。施設Jのように、呼吸、循環、体温、栄養、排泄、清潔、睡眠・生活リズムから、小児看護に必要な内容をテキスト的にまとめているものもあった。

●医療を受ける子ども向けガイドライン

子ども向けのガイドラインを作成していたのは、10施設中4施設（施設D、E、F、H）であった。内容は、外来での一般検査・処置（身長・体重測定、採血、点滴、喉・鼻の検査）の進み方（施設D）、腰椎穿刺の進み方（施設E）、採血、心電図・脳波、放射線検査、眼科診察、耳鼻科診察、手術室・術前訪問等（施設F）、導尿目的手順（施設H）であった。いずれも、大きな文字でフォントも子どもがなじみやすいよう丸型にするなど工夫されていた。漢字にはルビがふられ、幼児から小学生まで対象を幅広く想定していた。写真・イラストが多用されていることも特徴であった。手順では、子どもが体験すること、検査中どうふるまえば良いかが分かりやすく表現されていた。「いっしょにがんばろう」「せんせいもかんごしさんも、おうえんしているよ」「まいにち〇〇をがんばって元気にすごそう」など、子どものモチベーションを上げ、医療者が子どもの味方であることを示す表現も多くみられた。

●保護者向けガイドライン

保護者に向けたガイドラインを作成していたのは、1施設（施設F）であった。内容は、子ども向けの心電図や脳波検査の説明ページの後に、検査の目的、検査の実施方法や注意点、時間、痛みの有無などについてQ & A方式で記載されているものである。検査に付き添う保護者が、その検査について正しく理解することで、子どもの検査をスムーズに行うことを想定して

いると考えられる。B4サイズのリーフレットは、病院の理念や基本方針、利用案内などを説明するものであるが、全体の1/3ほどのページを割いて、『子どもの力を引き出すプレバレーション（心の準備）』について述べている。放射線科スタッフが、『小児病院におけるMRI検査のTips』について、外来師長が『外来（処置室）における採血の取組みから』というタイトルで、子どもが主体的に処置に臨めるよう働きかけることを明記している。

4. 結果を踏まえて

●小児看護の立場から（木内妙子）

医療を受ける子どもに対しては、その理解力にに応じた説明を行い主体的な医療参加ができるような支援をする必要がある。背景として、1994年の子どもの権利条約批准、日本看護協会が1999年にまとめた「小児看護領域でとくに留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」、同じく日本看護協会が2003年に作成した「看護者の倫理綱領」、2010年日本小児看護学会が発表した「小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針」などがある。これらの中で、「年齢や理解度に合わせた説明、子どもの自己決定権の保障」などが謳われており、近年の小児看護系学会ではプレバレーションやそのツール開発に関する取り組みも多く報告されている。病院独自のマニュアル整備に取り組んでいるとの報告もある。

そこで今回、各施設のガイドラインを入手し、その分析を行った。しかし、入手できたガイドラインは10部であった。また、その盛り込まれている内容やボリュームには大きな差があり全体的な傾向を語るのは困難であるが、その中でもいくつかの特徴が伺えた。

まず、プレバレーションやインフォームド・コンセントの考え方や目的を明記したものは全体の約半数の6部であったのに対し、入手した10部すべてが具体的な手順を内容に含んでいた。1枚の手順書だけというものも3部あった。小児医療の場では理念や目的よりも、具体的な方法論に関する情報や、手順に関するスタッフ間の合意形成のためのツールが必要とされている可能性がある。例えば採血は、同じ子どもに対して日時を変えて複数のスタッフが対応することがある。子どもが心理的混乱を起こさず主体的に取り組めるよう、それぞれが同一の基準で関われることをねらいとして作成されていることが考えられる。

次に、8施設のガイドラインが採血や点滴、ほかに腰椎穿刺、導尿など、痛みや苦痛を伴い日常的に行われる検査・処置のプレパレーション手順を取り扱っていた。さらにスタッフだけでなく、子ども向けのパンフレットを作成している施設が5か所、家族向けのものは1か所あった。今回協力くださった多くの病院で、子どもの痛みや身体的苦痛に対する効果的な介入に関心を寄せ取り組んでいることが明らかになった。

3点目として、数10ページに及ぶ多彩な内容を盛り込んだガイドラインを作成していたのは、2施設でいずれも小児専門病院であった。重症度が高く様々な症例が集中する専門病院だからこそ、スタッフ間の合意形成やケアの一貫性、教育等の目的で作成されたことが伺える。

4点目は、ガイドラインの作成の多くは看護師が担っていたことである。医師や保育士・ホスピタル・プレイ・スペシャリストが関わっているケースも2施設あったが、わかっている限りほとんどの施設で看護師がその作成に携わっていた。チャイルド・ライフ・スペシャリストや、ホスピタル・プレイ・スペシャリストの配置数は増加してはいるが、十分な数とは言えない。また、今回入手した10部のガイドラインの分析から全体を語るには限界があるが、子どもの医療参加への「説明と同意、自己決定支援」には、最も子どもの近くにいる看護師一人ひとりの実践力を高めるための支援や教育が不可欠であることが示唆された。

●発達心理学の立場から（向井隆久）

病院スタッフ向けガイドラインにおいてプレパレーションの対象年齢を確認すると、ほとんどの一般病院で3歳からと定められており、プレパレーションに適う理解力は3歳以降とみなされていることがわかる。小児専門病院では対象年齢は明記されていなかったものの、ガイドラインにはピアジェの認知発達理論やエリクソンの心理社会的発達理論、ボウルビイの愛着理論、遊びの効果・発達に関する知見が共通して記載されており、これらの理論・知見は、子どもの心理的特徴の理解や子どもへの関わり方の根拠となっていることがうかがえた。

発達心理学の分野では、医療従事者が子どもとの関わりを考える際の理論的根拠やヒントを提供できるような研究知見が蓄積・更新され続けている。例えば近年ではピアジェ理論において考えられていたよりも、

乳幼児が身の回りのさまざまな現象を理解する有能さをもっていることが明らかにされてきている。子どもがどのようなことをどこまで理解しているのか（理解できるのか）、今後さらに詳しく解明されていくことが期待されるが、そうした新しい知見を医療従事者と共有し、医療現場で有効に活用されることが望まれる。

子ども向けのガイドラインに記載されている説明内容に着目すると、検査・治療の手順の説明の他に、患児自身に選択権があること（抱っこor一人で座る、等）や、母親と一緒に読書やDVD視聴できること、スタンブやシールがもらえることなど、子どもの不安を低減し、やる気を高める情報が記載されていた。「ちくっとするけど、ずっといたいわけじゃないからね」「がんばれるかな?」といったコメントも挿入されており、医療行為の内容を説明する目的だけでなく、検査や治療に臨む子どもの心理面を支え鼓舞するような配慮がみとれる。またスタッフ向けガイドラインにも、患児の好む音楽やDVD、好きなぬいぐるみ・キャラクターの活用、不安を軽減するための壁やカーテン・医療機器の装飾など物的環境構成による援助や、スタッフの声のトーン、目線の配り方、声かけの仕方、患児の心理状態を汲んで待つ態度や、患児との遊び、他児からの援助の活用など、言わば人的環境構成・関わり方による援助が明記されている施設もあった。さらには、患児のみに注目するのではなく、家族システム論の観点から、患児の家族の状態把握や家族への配慮・援助の重要性についても述べられていた。

「医療行為の内容を説明し同意（納得）を得る」という点からすると、一見、周辺的な問題のように見えるかもしれない上記の配慮や援助は、非常に重要であろう。特に乳幼児は、検査・治療手続きの意味や自己への影響を説明のみから理解するのではない。病院スタッフや家族の様子、自分への関わり方、さらには処置室の雰囲気などからも、これから起こること（処置や自己への影響）を感じ取り、意味づけたり、感情（不安・安心など）が伴った理解を構成すると考えられる。「医療行為に対する恐怖や混乱を最小にし、子どもの対処能力を引き出す」といったプレパレーションの意義・目的からしても、どのような子に対してどのような物的・人的環境構成、関わり方が有効な援助となり得るのか、発達心理学や看護・医療分野が力を合わせて解明し、さらに援助の質を高めていくことが望まれる。

表2-1 ガイドラインの概要

	病院形態	病床規模	小児病床	ガイドライン 作成者	サイズ	ページ数	スタッフ用	子ども用	保護者用	主な内容
A	一般病院	400-500	30-40	看護師	A4	1	○			幼児採血手順（手順、対象）
B	一般病院	400-500	0-10	看護師	A4	1	○			小児を対象としたブレパレーション（目標、必要物品、手順、IC、留意事項、評価）
C	一般病院	600-700	0-10	看護師 医師 保育士	A4	8	○			採血・点滴ブリパレーション（目的、方法、観察点・注意事項、根拠）シナリオ
							○			CT・MRIブレパレーション基準（対象、流れ、説明事項）、台本、必要物品
D	一般病院	600-700	60-70	看護師	A4	6	○	○		検査・処置についてのブレパレーション使用基準（スタッフ用、子ども用、一部保護者用）
E	特定機能病院	900-1000	30-40	看護師	A4	6		○		検査（腰椎穿刺）はどうやってすすむの？（子ども用パンフレット）
F	小児専門病院	90-100	90-100	看護師 保育士 ホスピタルブレイ スベシヤリスト	A4	52	○	○		ブレパレーションとは、発達段階ブレパレーション、ブレパレーション手順、ブレパレーションツール 外来におけるブレパレーションツール一覧（採血用、検査用、放射線検査用、タッチパネル、眼科診察、耳鼻科診察、手術室・術前訪問用）、ブレパレーション場面
					A4	10	○	○		スマイルタッチクイック操作ガイド、子どもの不安を軽減するために（療養環境写真）
					B4	2			○	リーフレット（病院の理念や基本方針と同様に「子どもの力を引き出すブレパレーション（心の準備）」－MRI検査、外来における採血
G	一般病院	500 - 600	40 - 50	看護師	A4	1	○			小児を対象としたブレパレーション（目的・目標、必要物品、手順、注意事項）
H	小児専門病院	200-250	220-230	？	A4	1 + 7	○	○		一例として、子ども用導尿目的手順、チェックリスト（7）、スタッフ用実施手順
I	小児専門病院	130-140	130-140	？	A4	6	○			IC同席基準（2）、IC同席手順（2）、精神面の支援基準（1）、精神面の支援手順（1）、
J	小児専門病院	200-250	210-220	看護師	A4	49	○			アセスメントガイド、もつとこどもを“わかる”ために - 呼吸、循環、体温、栄養、排泄、清潔、睡眠・生活リズム、運動、遊び、自我形成、行動範囲の拡大、経験の程度、宗教、母子関係、父子関係、両親以外の家族との関係、家族以外との関係、家族、養育姿勢、子どもの健康と病気の受け止め方、家族の健康と病気の受け止め方、医療関係者からの情報提供の内容

第Ⅲ章 小児医療従事者の発達観に関するヒアリング調査

外山紀子（早稲田大学）

1. 目的

1994年に「児童権利条約」（1989年に国連で採択）を批准して以降、日本の小児医療の現場では、子どもへの「説明と同意」の重要性が認識されるようになってきている。以前は、子どもは親の所有物とみなされ、医療従事者と親が子どもの治療を決定し、子どもには治療や検査について何の説明もなされないことが多かった。しかし現在では、親や保護者を対象としたインフォームド・コンセントだけでなく、子どもを対象としたインフォームド・アセントも浸透してきており、医療機関によっては子どもへの「説明と同意」に関する独自のマニュアルも整備されている。

子どもへの「説明と同意」をどう執り行うか、つまり子どもに何をどこまで説明するかは、説明を受ける者としての子どもの能力をどう評価するかと関連が強い。子どもには病気について理解したり適切な判断をくだしたりする能力がないとみるならば、子どもへの説明は意味がないと考えられるだろう。逆に「理解する能力がある」とみるならば、説明も丁寧になされるだろう。では、小児医療従事者はどのような子ども観にたっているのだろうか。発達各期の子どもには病気に関する理解と症状の表現行動において、どのような特徴があると考えられているのだろうか。

本調査では先駆的な小児医療を行っている医療機関において小児看護の教育的立場にある者を対象としたヒアリング調査を実施し、小児医療従事者の考える、病気に関する子どもの理解、痛みを含む症状の表現行動の発達像を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

（1）対象者：日本全国の小児専門病院に調査趣旨を説明した依頼書を送付し、許可が得られた医療施設の医療従事者9名を対象とした。

本調査に参加した医療施設の内訳は、所在地別では東北地区1施設・関東地区2施設・中部地区2施設・近畿地区2施設・九州地区2施設、設置主体別では国

立2施設・都道府県立4施設・大学病院併設型2施設・私立1施設だった。各医療施設において、小児看護について指導的役割を果たしている医療従事者を推薦してもらい、施設ならびに本人の許可が得られた場合、調査対象者となってもらった。調査にあたっては、調査者2～3名が各医療施設を訪問し、許可を得て医療施設内の小部屋にて実施した。所要時間は1時間程度だった。

（2）質問項目：以下について、説明を求めた。

- （a）よりよい小児医療：よりよい小児医療において大切なことは何か。
- （b）子どもと大人の医療の違い：子ども対象の医療と大人対象の医療では、何が異なるか。
- （c）病気理解の発達：（c-1）病気の原因、（c-2）治療の必要性、（c-3）治癒までの経過について、発達各期の子どもはどの程度理解しているか。それぞれの理解はどのような特徴があるか。
- （d）症状の表現行動の発達：（d-1）痛みの伝え方、（d-2）痛み以外の症状の伝え方について、発達各期の子どもはどのような特徴をもっているか。

3. 結果

（a）よりよい小児医療

「子どもへの説明を重視していること」「それが具体化されていること」「保育士やCLS（チャイルド・ライフ・スペシャリスト）が配置されていること」「説明ブック（子どもに説明する際に使用）が用意されていること」「看護師が医師の診察時に介助に入ること」などがあげられた。「子どもへの説明は大事だが、実際には、説明よりも処置に力点が置かれている」という指摘もあった。また、「子ども本人も大事だが、家族も同様に大事に考えること」を指摘した回答者もいた。

(b) 子どもと大人の医療の違い

「大人に対する医療では、患者本人の意思を何より考慮するが、子どもに対する医療では家族、とりわけ親の意思を考慮する必要がある」という意見が、複数の回答者から示された。これに関連するが、「子どもに対する医療では、子ども本人だけでなく、家族全員を対象とした医療になる」という指摘もあった。「良くも悪くも一手間かかる」「子どもは発達途上であり、現在の治療がその後の子どもの発達においてどのような意味をもつのか、どのような影響を与えるかを常に考えなければならない」という指摘もあった。

(c) 病気理解の発達

(c-1) 日常的な病気の原因に関する理解

乳児期・幼児前期・幼児後期・学童前期・学童後期、青年期の各時期の子どもがどのような理解を有しているかについて、得られた回答を表1に示した。乳児期と幼児前期はほぼ「理解できない」が、幼児後期になると「バイキンがわかる」「どこかおかしい」という理解がみられるようになり、学童期に入ると「因果関係が理解できる」ようになり、また「予防行動がとれるようになる」ということだった。幼児期前期でも、「症状ベース」とか「ツールを用いれば」といった限定つきだが、なにがしかの理解はあるという回答もあった。

(c-2) 治療の必要性に関する理解

結果を表2に示した。乳児期と幼児前期は「理解できない」が、幼児前期には治療が「大切とか元気になる」という理解もみられるようになり、さらに幼児後期から学童前期になれば必要性を理解するようになるということだった。

(c-3) 治癒までの経過に関する理解

結果を表3に示した。時間の理解と密接に関連するという回答が多かった。幼児前期あるいは後期から、症状の変化については理解できるようになるが、期間が長くなるとイメージをもちにくいということだった。

(d) 症状の表現行動の発達

(d-1) 痛みの表現行動の発達

結果を表4に示した。乳児期は機嫌の悪さ、泣く、表情、バイタルサインの変化から大人が推測するしかないが、幼児前期になると言語的に表現できるようになる

ということだった。とはいえ、その表現は誰にでも理解できるものではないという回答が多かった。幼児後期になると「痛い痛い」になり、痛みの場所や特徴も言語的に表現できるようになり、青年期になると、今度は我慢や遠慮がでてくるということだった。

(d-2) 痛み以外の症状の表現行動の発達

結果を表5に示した。痛み以上に表現が難しいという回答が多かった。幼児前期でも言語的に表現できるのは痛みだけであり、幼児後期になってようやく、「気持ち悪いという状態をお腹が痛い」といえるようになるという回答だった。やはり青年期になると遠慮や我慢がでてくるということだった。

4. 結果をふまえて

●発達心理学の立場から（外山紀子）

発達心理学では、病気理解は重要な研究テーマのひとつとされ、これまでに多くの検討がなされてきた。かつては、子ども（とりわけ乳幼児の）の病気理解は未熟なものでしかなく、幼児は内在的正義（悪いことをしたから病気になった）のような病因論を信じているともされてきた。しかし、近年の研究では、就学前までに子どもは病気の原因や症状、治療について骨格的な理解を有するようになることが明らかにされている。

本調査で示された、小児医療従事者の子ども理解は、発達心理学における近年の研究結果にある程度沿うものだった。風邪のような日常的な病気の原因については、幼児でも「発熱や咳といった症状に基づくものとはいえ、それが目に見えないバイキンによって引き起こされていることに気づいているのではないか」という意見が複数の回答者に認められた。時間軸の理解が十分でないため、治癒に至る過程については理解が難しいものの、痛みなど症状の表現については、就学前までに痛みの特徴も場所も言語的に表現できるようになるという意見もあった。小児看護のテキストなどでは、就学前までに骨格的な理解がつくられることについて、まだ十分な解説があるとはいえない。にもかかわらず、小児医療従事者は日々の実践を通して幼児の理解を適切に把握していることが示唆された。また、回答者の多くが、子どもの病気理解と症状の適切な表現には医療従事者による適切な支援が不可欠であることも指摘していた。医療従事者が子ども本人だけでなく、その家族も理解しようと働きかけるなかで、

適切な病気理解と症状の表現行動がつくられていくのである。この点に関する配慮を忘れてはならないことを改めて気づかせてくれる結果だった。

●看護学の立場から（前田）

看護学においてはその職能団体である日本看護協会が1999年に「小児看護領域でとくに留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」という声明を発表している。それによれば、「子どもの理解の程度に応じて十分に説明する」「子どもは＜中略＞意見の表明・表現の自由について権利がある」と明記されている。したがって、その小児個々の理解力および表明力をアセスメントし、それに合わせた説明を行い、彼らが自らの意志や状態の表現を援助することが重要であることが以前より示されているのである。

しかるに、小児看護学の代表的ないくつかの教科書を確認したところ、理解力および表明力のアセスメントに関する理論や方法について解説されている教科書は決して一般的ではなかった。これはひとつには、限られた時間で小児看護の学習を進めるためには疾病の治療そのものの援助に力点を置かざるを得ず、残念ながら、子どもの理解力・表明力のアセスメントは副次的なものとなっている可能性が考えられる。二つ目には、子どもの理解力・表明力のアセスメント方法を明示してしまうことで小児の個性が尊重されなくなることを懸念する傾向と、小児の理解力を判断するための材料がいまだ言語化・概念化の途上にあることも現在の教育状況の一因を示しているとも推察される。

以上のように、多くの小児看護の教育書で理解力のアセスメントの方法や表明・表現の援助について記載されていないにも関わらず、少なくとも小児医療に力を入れている施設においては、どの施設であっても子どもの理解力への考えについては同じような認識を経験的に持っていたことは特筆すべき事項であろう。本研究で示されたこの結果は、小児科看護師の行動規範ともいうべき看護協会の声明を看護教育において実現する道筋をつけるための一助となると考えられる。日本看護協会の声明には、小児の権利を尊重しようとする理念が反映されている。したがってこの基本理念を全国の小児科看護に普及させるために、声明に立ち返り、小児看護師が身につけるべき基本的技術として理解力および表明力のアセスメント能力を位置づけるという共通認識が必要であろう。

●学校保健の立場から（亀崎路子）

学校保健領域では、子どもは言葉で表現する力に乏しく身体症状として現れやすいため、養護教諭が保健室で児童生徒の傷病の表現や理解を助けていると考えられているが、その実際は分かっていない。そこで、本調査と同時期に、学校の保健室場面における児童生徒の傷病の表現や養護教諭の捉え方や対応を把握する調査（小学校養護教諭4名、中学校養護教諭6名、53事例のエピソードの分析）を行った。その結果と本調査の結果を照らし合わせながら、考察を加えていきたい。

本調査における小児看護従事者による子ども理解は、養護教諭の場合と一致する部分とそうではない部分があった。小児看護従事者の場合、病気理解の発達については、学童期に入ると「因果関係が理解できる」「予防行動がとれるようになる」こと、治療の必要性や経過に関する理解については、学童期前期では、イメージが持ちにくい場合は、体験や現象にからめて理解するようにしているが、学童期後期になると、時間の感覚がもてるようになるとの認識が示された。養護教諭も、子どもは症状の原因や背景を理解することが難しいこと、実際は小学校5～6年生から分かるようになるという回答だった。次に、症状の表現行動の発達については、小児看護従事者の場合、幼児期後期には痛みの場所や特徴も言語的に表現できるようになること、青年期になると、我慢や遠慮が出てくるという認識が示された。一方、小学校養護教諭によると、低学年で痛みの症状とふるまいにズレがあるケースがあること、学童期から意図的に訴えたり訴えなかったりする場面がみられること、また、小学生は養護教諭に身を委ねる態度を表し、納得をすると痛くても痛いと言わなくなること、中学生では小児癌の治療を経験した子どもが、療養生活の影響で我慢の閾値があがるためか、体調不良に気付かず頑張りとうとするふるまいがあるとの認識が示された。

以上から、子どものとらえ方、説明と同意の重要性の認識等について小児医療従事者と養護教諭では大きな相違があることが考えられる。症状の表現行動は環境との関わりの中で構成されると示唆され、表現行動を汲み取る働きかけが重要と考える。

表 3－1 「日常的な病気の原因に関する理解」の回答結果

乳 児 期	「理解はしていない」「わかっているかどうかの判断が不能」
幼児前期	「病気の原因・因果関係は理解できない」「咳がでていることは普通でなくて、治療が必要という程度の理解」「咳が出るとか、熱があるとか、症状ベースで理解している」「視覚的にわかりやすいツールを使って説明すればイメージできる」
幼児後期	「理解はしていない」「バイキンがわかるようになる」「どこかがおかしいという理解」「風邪をひいたから熱がでるという程度の理解」「子どもにもよるが、後期になれば理解できる」「長い病気をしている子は、予防行動は理解できる」
学童前期	「小学生くらいになると理解できるようになる」「自分で風邪の予防ができるようになる」「病気の因果関係が少し理解できてくる」「幼児よりも詳しく説明できる程度に理解できる」「体の一部がおかしいという理解」「感染経路がわかるようになる」
学童後期	「病気の因果関係がさらによく理解できるようになる」「原因などかなり理解できるようになる」
青 年 期	「抽象的なもの・見えないものを理解できるようになる」「自分や家族の闘病経験によって個人差あり」

表 3－2 治療の必要性に関する理解の回答結果

乳 児 期	「理解できない」「自分の治療が大事だという理解はある」
幼児前期	「理解できない」「大切とか、治療すると元気になるという理解」「どういう病気でどういう治療かは理解しないが、病院にきたら点滴される程度の理解はある」「やらなければいけないという理解はある」
幼児後期	「4歳頃から理解できる」「絵があれば、注射が必要だとわかる」「こういう理由で点滴するよという説明はするので、その程度の必要性の理解はある」
学童前期	「小学校に入ればぼんやりとは理解できる」「自分なりに理解できたら一緒にがんばれる」「治療しなければいけないことがわかるようになるのは学童期」「必要性だけでなく、治療の予定も理解できるようになる」「絵や人形があれば、治療がどのように病気を治していくのか理解できる」
学童後期	「難しい内容でも理解できる」「自分の体を元気にするためという理解はある」
青 年 期	「大人と同じ理解」「元気になるためにこれをしなければいけないという未来志向の理解ができる」

表 3－3 治癒までの経過に関する理解の回答結果

乳 児 期	「理解できない」
幼児前期	「理解できない」「時間軸がまだ伸びないので難しい」「昨日は痛くて泣いていても、今日になったらお母さんと話ができたなど実感を通した理解」
幼児後期	「4歳頃から時計がよめるようになるが、時計はよめても時間の長さの理解は難しい」「症状の変化については理解できるようになる」「カレンダーや図を使うことで退院や外泊の時期はわかる」「治療期間が長い場合、あと3回の治療で終わるとか、小さい目標を示して理解できる程度」
学童前期	「長いとイメージをもちにくいだが、学校の何学期とかでわかる」「カレンダーや図を使えば理解できる」「時間がわかるようになる」「綿密なスケジュールを考えられるようになる」「昨日と比べて痛みがどうかとか、体験を通した理解」「現象にからめて説明した方が理解しやすい」
学童後期	「1年も1ヶ月も、時間の感覚がしっかりしてくる」「ある程度のスケジュールがわかってくる」
青 年 期	「学校にあわせて日にちや時期で説明する」「大人と同じ理解」

表 3－4 痛みの伝え方に関する回答結果

乳 児 期	「泣いたり、機嫌が悪い、表情も」「痛いところに手をやるのでわかる」「痛みなのかわからなくて泣く時期」「バイタルサインの変化、表情、食欲の変化から推し量るしかない」
幼児前期	「痛いと言葉でいえるようになる」「どんな風に痛いかはわからない」「痛いときに、お母さんとか、かゆいという」「痛みを家でどう表現するかを確認することが重要、その子なりの表現を母親に聞いてくみ取る」「痛みの場所がわからない」
幼児後期	「ちくちくするとか、痛みの特徴がわかる」「痛みを痛いといえるようになる」「痛みの場所が言えるようになる」「痛いといっているのか、ためらう子どもがでてくる」「5,6歳になるとフェイススケールが使える子どもでてくる」「幼児はスケールでも難しい」
学童前期	「痛いことをストレートに表現できる」「問かけ次第で、場所も言えるようになる」「恥ずかしくて痛いと言えない子どもでてくる」「痛みの場所も言えるようになる」「言葉で伝えられる」「フェイススケールを使えば痛みの程度も伝えられる」
学童後期	「痛みの程度を数字で表現できるようになる」「適切な表現で、痛みの強さも場所もいえるようになる」
青 年 期	「我慢して言えないことがある、自分のことを表現できなくなる」「鎮痛薬の効果を言葉で伝えられるようになる」「痛みを自分でコントロールできるようになる」

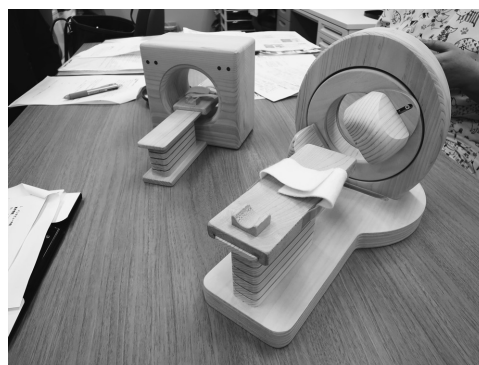
表 3－5 痛み以外の症状の伝え方に関する回答結果

乳 児 期	「泣くとか不機嫌とか遊ばないといった行動で表現する」「吐き気や気持ち悪さは、そもそも表現しにくい」「バイタルサインの変化」「乳児でも、痛いと気持ち悪いとは伝え方が違う」
幼児前期	「幼児でも表現は難しい」「表現の幅がない」「その子なりの表現を母親に聞いてくみ取る必要がある」「3歳までだと、言葉ででるのは痛いだけ」「痛みは恥ずかしいと直結するが、気持ち悪いの方が伝えやすい」「よく入院してくる子どもはストレートに伝えにくい」
幼児後期	「4歳になっても難しいが幼児期後期になれば、訴えられるようになる」「吐きそうなことを「おなか痛い」といえるようになる」「家の人が使っている言葉で表現する」「場所を教えられるようになる」
学童前期	「気持ち悪いのが気持ち悪いと伝えられるようになる」「言葉で伝えられるようになる」「経験したことのない症状を「何か変」といえるようになる」
学童後期	「学校に行ったらしんどくなったといった関係性も表現できるようになる」「明確に伝えられるようになる」「子どもによってうまく表現できない子もいる」
青 年 期	「抽象的なもの・見えないものを理解できるようになる」「自分や家族の闘病経験によって個人差あり」

〈プレパレーションに関連する設備・ツール〉



処置室に常備してあるディストラクションツール



MRIとCTの木製ツール



検査の子ども用マニュアル



検査時の子ども向け“変身スーツ”

日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究B）
「病気やケガに関する子どもの理解・表現と大人の対応に関する研究」

成果物一覧

【論文】

- (1) 中島伸子・加藤智子 (2018). 身体的不調をめぐる幼児の表現と養護教諭の対応—養護教諭と幼児の会話における発話分析. 乳幼児医学・心理学会, 28 (1) (印刷中).
- (2) 中島伸子・河合祥子 (2017). 身体的痛みに関する質問に対する幼児の反応バイアス—肯定バイアスに注目して. 乳幼児医学・心理学会, 26 (2), 121-130.
- (3) 中島伸子・田中優里 (2017). 望ましくない特性の変容可能性についての信念の発達—幼児期の素朴楽天主義から児童期の努力依存の楽天主義への移行. 新潟大学教育学部紀要, 10 (1), 55-66.
- (4) 沼野博子・住吉智子・渡邊タミ子 (2017). 医療処置を受ける小児に関わる看護師の医師との協働的実践に対する認識調査. 新潟大学保健学雑誌, 14 (1), 59-66.
- (5) 住吉智子, 中島伸子, 外山紀子, 向井隆久, 木内妙子, 前田樹海, 亀崎路子, 山下雅子 (2018). 全国の総合病院における小児の成長発達に配慮した入院および外来診療環境の実態調査—インフォームド・アセントの視点を加えて. 小児保健研究, 77 (2) (印刷中)
- (6) 外山紀子 (2017). 幼児期における選択的信頼の発達. 発達心理学研究, 28, 244-263.
- (7) Noriko Toyama (2017). Development of the selection of trusted informants in the domain of illness. Infant and Child Development, 26, e2069. DOI: 10.1002/icd.2039
- (8) 外山紀子 (2017). 科学と非科学のあいだ：質的研究への期待. 質的心理学フォーラム, 9, 70-78.
- (9) Noriko Toyama (2016). Intra-cultural variation in child care practices in Japan. Early Child Development and Care. 186, 1873-1892.
- (10) Noriko Toyama (2016). Preschool teachers' explanations on hygiene habits and young children's biological awareness of contamination. Early Education and Development, 27, 38-53.
- (11) Noriko Toyama (2016). Adults' explanations and children's understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses, and injuries. Early Child Development and Care, 186, 526-543.
- (12) Noriko Toyama (2016). Japanese children's awareness of the effects of psychological taste experiences. International Journal of Behavioral Development, 40, 408-419.
- (13) 外山紀子 (2015). 病気の理解における科学的・非科学的信念の共存. 心理学評論, 58, 204-219.

【学会発表】

- (1) 亀崎路子・荻津真理子 (2016). 小・中学生における傷病の表現行動と養護教諭の対応に関する予備的調査. 日本学校保健学会第63回学術大会 (筑波大学).
- (2) 向井隆久 (2018). 幼児による病気・ケガの隠蔽と披露及び詐病. 日本発達心理学会第29回総会 (平成30年3月発表予定) (東北大学).
- (3) 中島伸子 (2018). 痛みの因果理解の発達—幼児から成人までの痛みの原因・コントロールについての理解. 日本発達心理学会第29回総会 (平成30年3月発表予定) (東北大学).
- (4) 中島伸子・小畑綾香 (2016). 身体的痛みについての理解の発達: 痛みの原因と対処についての幼児の理解. 日本教育心理学会第58回総会発表論文集, 232 (香川大学).
- (5) 沼野博子, 田中美央, 住吉智子 (2017). 病棟保育士の医療知識の習得に関する実態調査. 第27回日本小児看護学会学術集会講演集, 211 (京都国際会館)

- (6) 住吉智子、中島伸子、外山紀子、向井隆久、木内妙子、前田樹海、亀崎路子、山下雅子 (2017). 子どもに配慮した医療に関する全国調査 ―小児病棟あるいは混合病棟を有する病院比較-第64回日本小児保健協会学術集会講演集, 188 (大阪国際会議場)

【シンポジウム等話題提供】

- (1) 亀崎路子 (2017). 学校保健室における小・中学生の痛みの表現と養護教諭の対応. 日本発達心理学会第28回大会自主シンポジウム「子どもの痛み表現の社会的構成」(平成29年3月27日@広島国際会議場)
- (2) 向井隆久 (2017). 日常の文脈から捉える幼児の痛み表現と養育者のかかわり. 日本発達心理学会第28回大会自主シンポジウム「子どもの痛み表現の社会的構成」(平成29年3月27日@広島国際会議場)
- (3) 中島伸子 (2017) 痛みの因果理解. 日本小児看護学会第27回学術集会 (平成29年8月19日@京都国際会館)
- (4) 中島伸子 (2017) 身体的不調をめぐる幼児の表現と養護教諭の対応. 日本発達心理学会第27回大会自主シンポジウム (平成29年3月27日@広島国際会議場).

- (5) 中島伸子 (2016) ケガに関する質問場面における幼児の肯定バイアス：身体的痛みに関するY/N質問に幼児はどう応えるのか. 日本発達心理学会第28回大会自主シンポジウム (平成28年5月1日@北海道大学).

【シンポジウム等企画】

- (1) 日本小児看護学会 第27回学術集会 企画テーマセッション「子どもの病気への理解や表現に関する学際的カンファレンス ―ピアジェ理論より進化している子どもの理解―」(平成29年8月19日@京都国際会館) (企画；住吉智子 話題提供；外山紀子、中島伸子、木内妙子)
- (2) 日本発達心理学会第28回大会自主企画シンポジウム「子どもの痛み表現の社会的構成」(平成29年3月27日@広島国際会議場) (企画・話題提供；外山紀子、中島伸子 話題提供；向井隆久、亀崎路子 指定討論；木内妙子)
- (3) 日本発達心理学会第27回大会自主シンポジウム「病気やケガをめぐる大人と子どものコミュニケーション」(平成28年5月1日@北海道大学) (企画・話題提供；中島伸子、外山紀子 話題提供；大神田麻子 指定討論；住吉智子、林創)

あ と が き

本報告書に掲載した各調査は、互いに異なる研究分野のメンバーが計画段階から互いにアイデアを出し合い実施してきたものである。定期的に行われるミーティングでは、異分野共同の強みを生かして、研究成果を多様な視点から検討することが可能となった。各章末のコメントはこれを踏まえたものとなっている。いずれの調査も不十分な点を残してはいるが、ここから検討すべき新たなテーマが幾つか生まれ、現在進行中のものもある。

最後になりましたが、本調査の実施にあたり、全国の小児医療施設の職員の方々、小児医療従事者の方々に多大なるご協力をいただきました。お忙しい業務の合間をぬって真摯にご対応くださった皆様に、心より感謝申し上げます。

本報告書の成果が、病気やケガの子どもに対するより良い支援を考える際の一助になれば幸いです。

研究チーム一同

病気やケガの子どもに配慮した医療環境に関する調査報告

発行日 2018年3月31日

研究代表者 中島伸子

連絡先 950-2142 新潟市西区五十嵐二の町8050 新潟大学教育学部
nobuko@ed.niigata-u.ac.jp

印刷 (株)ウィザップ

