

報 告

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—

住吉 智子¹⁾, 中島 伸子²⁾, 外山 紀子³⁾, 向井 隆久⁴⁾
木内 妙子⁵⁾, 前田 樹海⁶⁾, 亀崎 路子⁷⁾, 山下 雅子⁸⁾

〔論文要旨〕

本研究の目的は、小児の外来および病棟環境における子どもへの配慮について、先行研究と比較して明らかにすることである。

全国の小児科を標榜する300床以上の総合病院および小児専門病院1,069病院を対象に郵送法による横断調査を実施し、256病院（回収率23.9%）から回答を得た。

結果は、対象とした約50%の病院の小児外来は子どもへの物理的な工夫が実施されていた。入院病棟においてもプレイルームや教育施設の設置率、保育士の配置率が先行研究に比較して上昇していた。さらに、今回の調査においては、病院に新たな小児医療専門職の配置が行われていることが明らかとなった。従来に比較して、現在の日本の小児医療環境の向上が示唆された。一方、医療処置を受ける子どもへの説明と同意に関して、医療従事者のためのガイドラインの保有率は36施設（14.3%）と少数であり、残された課題となった。

Key words : 小児外来, 小児病棟, 混合病棟, インフォームド・アセント, 全国調査

I. はじめに

近年、日本は急速な少子高齢化により、高騰する医療費の抑制、病院から在宅への医療移行、病院経営の採算性重視などのパラダイムシフトが起こっている。小児医療においても、機能分化・重点化による医療提供体制の整備に伴い、小規模な小児科病棟は縮小、閉鎖が進んでいる。

厚生労働省の医療施設調査によると、小児科を標榜する病院は、2005年（小児科標榜病院 / 全体病院数 :

3,154/7,952施設）の39.7%から、2015年（2,642/7,416施設）の35.6%へと、この10年間で16.2%減となっている¹⁾。また小児科病棟を有する病院においては、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。

小児病棟と混合病棟では、子どもの遊びや教育を保証し、成長発達に配慮した環境という視点において差異があることの報告が散見する^{2~4)}。特に混合病棟では、子どもの病院生活上のQOLに対して、十分な対策がとられていないとの指摘がある。このような社会

Survey of the Environment of Pediatric Inpatients and Outpatients in Consideration for Children's Growth and Development in General Hospitals : From a Viewpoint of Informed Assent
Tomoko SUMIYOSHI, Nobuko NAKASHIMA, Noriko TOYAMA, Takahisa MUKAI,
Taeko KIUCHI, Jukai MAEDA, Michiko KAMEZAKI, Masako YAMASHITA

[2917]

受付 17. 3. 7

採用 17.12. 9

- 1) 新潟大学医歯学系（研究職 / 看護職）
- 2) 新潟大学人文社会・教育科学系（研究職）
- 3) 早稲田大学人間科学学術院（研究職）
- 4) 別府大学短期大学部（研究職）
- 5) 東京工科大学医療保健学部（研究職 / 看護職）
- 6) 東京有明医療大学（研究職 / 看護師）
- 7) 杏林大学保健学部（研究職 / 教育職）
- 8) 東京有明医療大学（研究職 / 臨床心理士）

状況の中で、病気の子どもへの権利を遵守し、最適な環境を整えることは医療のみならず、社会全体の重要な役割と責務である。

そこで本研究は、全国調査により、ハード面として子どもにとっての物理的な設備と人的資源、ソフト面として子どもの権利遵守としての説明と同意に関する現状の調査を実施し、子どもの医療環境の現状と課題を明らかにすることを研究目的とした。

II. 操作上の用語の定義

小児病棟：入院する患者が小児のみ（おおよそ15歳まで）である病棟のことを指す。

混合病棟：入院する患者が、小児患者と成人患者のどちらも有する病棟を指す。

小児看護専門看護師（Certified Nurse Specialist in Child Health Nursing；以下、小児看護CNS）：指定された教育課程を修め日本看護系大学協議会と日本看護協会が連携した認定制度の「小児看護」分野の認定資格試験に合格した看護師。

小児救急認定看護師、**新生児集中ケア認定看護師**：指定された研修を修め日本看護協会による、特定の認定看護師認定審査に合格した看護師。

チャイルド・ライフ・スペシャリスト（Child Life Specialist；以下、CLS）：海外での大学や大学院で指定された教育課程を修め、資格認定委員会の認定試験に合格した者。

ホスピタル・プレイ・スペシャリスト（Hospital Play Specialist；以下、HPS）：指定された研修を修め、日本ホスピタル・プレイ・スタッフ協会による認定審査に合格した者。

III. 方法

1. 調査対象

「株式会社 新社会システム総合研究所のデータベース2014年度版病院年鑑」⁵⁾のうち、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）を抽出したところ、1,069件であった。これらの病院を調査対象とした。

2. 調査期間

平成27年8～9月。

3. 調査方法

1) 研究デザイン

横断研究デザイン、自記式アンケート調査法を用いた。

2) 調査の手順

調査対象施設の施設長と看護部長に郵送にて、研究の趣旨説明書、調査票ならびに返信用封筒を配布した。必要に応じて適切な方に回答していただきたい旨を文書内で依頼した。

3) 調査内容

(1) 基本属性

病院の設置主体、都道府県、病院の規模（定床数）、病院の機能形態、小児の入院受け入れの有無、小児が入院する病棟の区分、回答者の職種と在職年数等を記入式あるいは選択式で求めた。

(2) 物理的環境

外来、病棟それぞれに小児用に配慮されたトイレや洗面所、プレイルーム、きょうだい用の待合室、処置室の玩具、病院内で設置している教育施設についての有無を「あり」、「なし」の二択で回答を求めた。

(3) 人的配置

病院職員のうち、小児看護CNSの有無と人数、小児救急認定看護師、新生児集中ケア認定看護師の有無と人数、保育士等の有無と人数を選択式と記入式で回答を求めた。

以上、(1)～(3)の質問項目は、総合病院を対象とした全国調査^{2~4)}を参考として設定した。

(4) 説明と同意

子どもへの説明と同意に関するガイドライン（以下、ガイドライン）の有無と、その内容、小児の権利に関する院内・院外研修について、選択式と記入式で回答を求めた。なお、これらは、先行研究を参考として設定した⁶⁾。

4. 分析方法

対象となった病院の設置主体、地域、病院の規模（定床数）、病院の機能形態、回答者の属性については単純集計を行った。なお、病院の設置主体、機能形態の分類は厚生労働省による医療施設動態調査の区分⁷⁾を参考とした。小児病棟、成人との混合病棟の2群間で、小児用の環境設備、人的配置、ガイドラインの有無について χ^2 検定を行った。ガイドラインを「あり」と回答した施設を抽出し、作成に関与した職種

と、記載内容について単純集計を行った。統計解析はSPSS 22.0J for Windowsを使用した。なお有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

研究計画書は、平成26年度文部科学省と厚生労働省による「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき作成した。新潟大学人文社会・教育科学系心理研究倫理審査委員会の承認（承認番号2015-11）を得て実施した。アンケートは郵送法で実施し、無記名、任意性の確保を行い、個人情報保護を遵守した。アンケートの返送をもって研究に同意ありとした。

IV. 結果

1. 対象施設と回答者

対象とした1,069件のうち、278件（回収率26.2%）の返送を得た。うち、「（現在）小児の入院は受け入れなし」と回答した病院を除外し、さらに小児が入院する病棟の区分の回答が欠損していないデータを解析対象としたところ、256件（有効回答率92.1%）となった。これらを解析対象とした。

対象の病院の設置主体、機能形態、小児の入院病棟、所在地域、回答者職種と職歴年齢について表1に示した。病院機能形態として、一般総合病院が最も多く191施設（74.6%）であり、特定機能病院が37施設（14.5%）、小児専門病院が7施設（2.7%）、一般総合病院と重症心身障害児施設併設が21施設（8.2%）であった。所在の地域は、関西・東海地域が65施設（25.4%）と最も多く、関東地域62施設（24.2%）、甲信越・中部地域53施設（20.7%）と続いた。ほぼ、日本の全地域から回答が得られた。

小児の入院している病棟は、小児病棟は115施設（44.9%）、混合病棟は141施設（55.1%）と、ほぼ半数ずつであった。回答者は、管理職の看護師が最も多く225人（87.9%）、続いて事務職14人（5.5%）、管理職医師5人（2.0%）であった。回答者の平均勤務年数は、3職種ともに10年以上の職歴を有していた。

2. 施設間における物的・人的配置の比較

小児病棟を有する施設と、混合病棟のみを有する施設の、外来・病棟設備の比較を表2に、小児の専門職員などの人的配置および院内研修等の比較を表3に示した。

表1 対象の病院概要

項目	n=256	
	n	%
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	19.2
学校法人	17	6.6
社会福祉法人・他	39	15.2
病院機能形態		
一般総合病院	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	14.4
甲信越・中部	53	20.7
関東	62	24.2
関西・東海	65	25.4
九州・沖縄	37	14.5
無回答	2	0.8
回答者職種		
管理職看護師	225	87.9
管理職医師	5	2.0
事務職	14	5.5
無回答	12	4.6

外来における小児用の配慮では、「きょうだいの待合室」（ $\chi^2=11.04$, $df=1$, $p<.01$ ）, 「小児用トイレの設置」（ $\chi^2=5.09$, $df=1$, $p<.05$ ）に有意差を認め、小児病棟のある施設の方が設置されていた。そのほかは有意な差は認めなかった。病棟では、「プレイルームの設置」（ $\chi^2=10.27$, $df=1$, $p<.01$ ）, 「きょうだいの待合室」（ $\chi^2=11.04$, $df=1$, $p<.01$ ）, 「小児用トイレの設置」（ $\chi^2=6.82$, $df=1$, $p<.05$ ）, 「小児用洗面台の設置」（ $\chi^2=8.86$, $df=1$, $p<.01$ ）の全ての項目において、小児病棟の施設の方が有意に多く設置されていた。また、「病院内に教育施設の設置」（ $\chi^2=23.74$, $df=1$, $p<.01$ ）も、小児病棟のある施設に多く設置されていた。

小児の専門職員等については、有意な差を認めた項目は、小児看護CNS（ $\chi^2=15.67$, $df=1$, $p<.01$ ）, 認定看護師（ $\chi^2=25.00$, $df=1$, $p<.01$ ）, 保育士（ $\chi^2=30.74$, $df=1$, $p<.01$ ）, CLSやHPSなどの小児医療の専門職（ $\chi^2=6.25$, $df=1$, $p<.05$ ）, 子どもへの説明と同意に関する院内研修（ $\chi^2=9.48$, $df=1$, $p<.01$ ）, 院外研修（ $\chi^2=10.64$, $df=1$, $p<.01$ ）

表2 小児病棟のある病院と混合病棟がある病院との設備比較

		全体		小児病棟がある病院		混合病棟がある病院		χ^2 値	p-value	
		n	%	n	%	n	%			
【外来】										
プレイルールの設置		あり	156	60.9	72	62.6	84	59.6	0.25	.699
		なし	100	39.1	43	37.4	57	40.4		
きょうだいの待合室		あり	52	20.3	34	29.6	18	12.8	11.04	.001 **
		なし	204	79.7	81	70.4	123	87.2		
小児用トイレの設置		あり	105	41.0	56	48.7	49	34.8	5.09	.030 *
		なし	151	59.0	59	51.3	92	65.2		
小児用洗面台の設置		あり	53	20.7	30	26.1	23	16.3	3.68	.063
		なし	203	79.3	85	73.9	118	83.7		
外来診察室 玩具		あり	147	57.4	72	62.6	75	53.2	2.29	.162
		なし	109	42.6	43	37.4	66	46.8		
検査室（レントゲン室等）玩具		あり	123	48.0	51	44.3	72	51.1	3.15	.207
		なし	133	52.0	64	55.7	69	48.9		
外来待合室壁面 子ども用装飾		あり	166	64.8	75	65.2	91	64.5	0.01	.910
		なし	90	35.2	40	34.8	50	35.5		
外来診察室壁面 子ども用装飾		あり	178	69.5	82	71.3	96	68.1	0.31	.578
		なし	78	30.5	33	28.7	45	31.9		
外来処置室壁面 子ども用装飾		あり	192	75.0	87	75.7	105	74.5	0.05	.828
		なし	64	25.0	28	24.3	36	25.5		
【病棟】										
プレイルールの設置		あり	218	85.2	107	93.0	111	78.7	10.27	.001 **
		なし	38	14.8	8	7.0	30	21.3		
きょうだいの待合室		あり	52	20.3	34	29.6	18	12.8	11.04	.001 **
		なし	204	79.7	81	70.4	123	87.2		
小児用トイレの設置		あり	144	56.3	75	65.2	69	48.9	6.82	.011 *
		なし	112	43.7	40	34.8	72	51.1		
小児用洗面台の設置		あり	125	48.8	68	59.1	57	40.4	8.86	.004 **
		なし	131	51.2	47	40.9	84	59.6		
病棟壁面に子ども用装飾		あり	129	50.4	68	59.1	61	43.3	6.38	.012 *
		なし	127	49.6	47	40.9	80	56.7		
病棟に絵本		あり	104	40.6	47	40.9	57	40.4	0.01	.997
		なし	152	59.4	68	59.1	84	59.6		
病院内に教育施設の設置		あり	156	60.9	89	77.4	67	47.5	23.74	.000 **
		なし	100	39.1	26	22.6	74	52.5		

χ^2 検定 * : $p < .05$, ** : $p < .01$

無回答は除外した。

表3 小児病棟のある病院と混合病棟がある病院との専門の職員等の比較

	全体		小児病棟がある病院		混合病棟がある病院		χ ² 値	p-value
	n	%	n	%	n	%		
小児医療専門職の配置								
小児看護 CNS (n=174)								
いる	27	15.5	22	27.2	5	5.4	15.67	.000 **
いない	147	84.5	59	72.8	88	94.6		
認定看護師 (小児救急 or 新生児集中ケア) (n=218)								
いる	77	35.3	54	52.4	23	20.0	25.00	.000 **
いない	141	64.7	49	47.6	92	80.0		
保育士 (n=214)								
いる	144	67.3	89	85.6	55	50.0	30.74	.000 **
いない	70	32.7	15	14.4	55	50.0		
CLS or HPS などの専門職 (n=180)								
いる	22	12.2	16	18.6	6	6.4	6.25	.021 *
いない	158	87.8	70	81.4	88	93.6		
子どもへの説明と同意に関する取り組み								
ガイドライン (n=251)								
あり	36	14.3	19	16.7	17	12.4	0.92	.369
なし	215	85.7	95	83.3	120	87.6		
子どもへの説明と同意 院内研修 (n=252)								
あり	68	27.0	41	36.6	27	19.3	9.48	.003 **
なし	184	73.0	71	63.4	113	80.7		
子どもへの説明と同意 院外研修 (n=251)								
あり	89	35.5	52	46.4	37	26.6	10.64	.001 **
なし	162	64.5	60	53.6	102	73.4		

χ²検定 * : p<.05, ** : p<.01 無回答は除外した。

であった。いずれも、小児病棟を有する施設の方が専門の職員を有し、説明と同意に関する院内・院外研修を実施していた。

3. ガイドライン保有と内容に関する実態

ガイドライン保有率は、全体の36施設 (14.3%) であった。ガイドライン作成にあたり、最も多く関与

していたのは、看護師32 (57.1%) で、続いて医師12 (21.4%), 保育士9 (16.1%), CLS, HPS 等の専門職3 (5.4%) であった。この36施設の中で、記載されている内容が入っている率を図に示した。

ガイドラインの記載内容で最も多かったのは、【処置中】説明の必要性 (75.0%), 【処置中】説明の方法 (75.0%) であった。続いて【処置中】子どもの意見

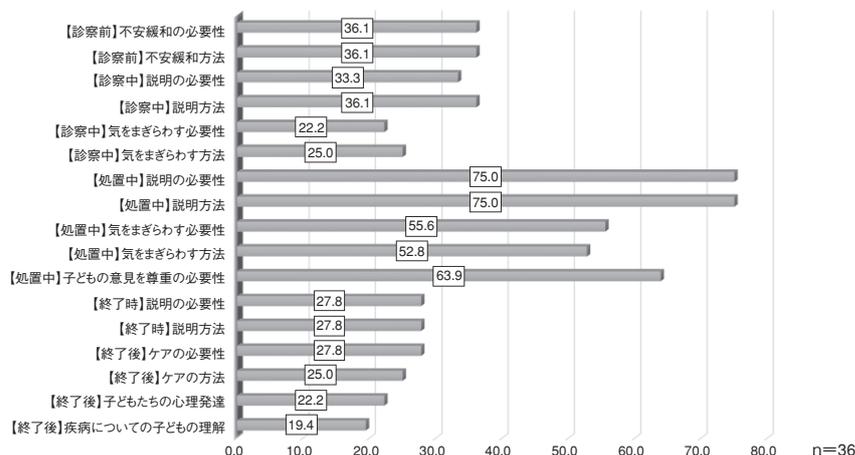


図 子どもへの「説明」と「同意」のガイドラインに記載している事項 (記載率 %)

を尊重する必要性 (63.9%) であった。ガイドラインを有する半数以上が【処置中】についての記載をガイドラインに記載していた。一方、処置前は40%未満、終了後の記載は30%未満の記載率であった。

V. 考 察

1. 子どもの成長発達に配慮した外来環境の設備の現状

日本において子どもの医療環境を調査している研究の多くは、小児病棟の環境報告が主軸となっている。小児科外来に関しては、医療処置内容や処置時のケアの報告⁸⁾、感染防御のための環境デザインの提案^{9,10)}はあるが、小児の成長発達に配慮された環境として調査された報告は見当たらない。そのため本研究の結果は貴重な資料となると考えられた。

小児外来における子ども向けの設備は、病棟の違いによる病院間の比較では、「きょうだいの待合室」と「小児用トイレの設置」が有意差を認める以外、有意な差はなかった。全体の設置率では「プレイルーム」、「外来診察室に玩具」、「外来待合室壁面 子ども用装飾」、「外来診察室壁面 子ども用装飾」、「外来処置室壁面 子ども用装飾」は50%以上の施設に設置され、「検査室（レントゲン室等）玩具」も48.0%の施設に設置されていた。以上のことから、病棟の違いによる病院間の差はほぼなく、小児外来がある病院は、約半数は壁面の飾りつけや玩具などで工夫していると推測された。

小児医療における壁面装飾は、子どもだけでなく付き添い家族やスタッフを癒し¹¹⁾、処置室の装飾は、子どもの気分転換となる効果が報告されている¹²⁾。また、小児患者は壁や床の装飾より、キャラクターなどの点景的要素を好むとした報告がある¹³⁾。いずれも、病院内の壁面装飾は、医療環境下にある子どもの不安軽減の効果を期待したうえでの物理的配慮であった。本研究で、子ども用の壁面装飾が約70%の設置率と高値であったのは、上記の報告と同様に小児の外来診療への不安軽減への対応がされていることと推測できる。壁面の装飾は、大規模な工事を必要とせずに行えるため、これらは、子どもも対象とする全ての外来に行われることを期待する。

さらに、約半数の施設の小児外来診察室やレントゲン室などにも玩具が設置されていた。これは、大森ら⁶⁾の、診察室65.3%、処置室46.9%の玩具の設置と、ほぼ同様の結果であった。病院内に設置される玩具

については、感染源にもなり得ることから賛否があるが¹⁰⁾、管理方法の工夫によって配置は可能である。子どもの診察や検査の恐怖心の軽減のためにも、遊ぶスペースのみならず、子ども自身が能動的に遊ぶことができる玩具の設置が望まれる。

2. 子どもに配慮した病棟環境の設備の現状

今回、病棟環境では、プレイルームの設置率は全体で85.2%であった。これは全国の総合病院252施設を対象とした研究³⁾と、ほぼ同様であった。2002年の小児医療に関する診療報酬改訂により、プレイルームの設置と保育士の導入の動きが加速したこと、国民運動の「健やか親子21（第2次）：平成13～26年」でも100%の到達目標が掲げられていたことから設置が促進されたが、現在では、設置率は80～90%と、横ばい傾向と推測された。

教育的な設備については、院内あるいは併設養護学校での教育、訪問教育など多様な方法があり、先行研究との単純比較は困難であるものの、1997年の研究¹⁴⁾と比較すると14.5%から60.9%と増加しており、この20年間で子どもの入院施設における教育設備は格段に整備されたことが示唆された。また同時に保育士の配置率の上昇も示唆された。保育士の配置率は、1998年の研究²⁾では20.5%であったが、本研究では67.3%と3倍増となっていた。社会的なニーズと法的整備により、小児医療の場に保育の専門家が導入された意義は大きい。従来、小児医療の保育や遊び、教育はボランティアによるマンパワーが担っていたが、守秘義務等の倫理面や責任の所在に関する課題も散見した¹⁵⁾。本研究では、保育士の配置率が増加したことと同様、専門職員として小児看護 CNS、CLS、HPS が配置され始めていることも明らかにすることができた。

一方、小児病棟と混合病棟の比較では、小児病棟がより充実していることが明確であった。小児用のトイレ、待合室、小児用洗面台なども、病棟間の明らかな差を認めており、混合病棟よりも小児病棟の方が子どもにとって充実した設備であることは、先行研究の結果と同様であった^{2, 3, 13)}。将来的には、地域、在宅、その他あらゆる場で小児の医療が必要とされることが予想される。小児病棟だけではなく、関係する全ての場に子どもに配慮した環境が望まれる。

3. 子どもへの説明と同意に関する現状と課題

今回、子どもへの説明と同意に関するガイドラインがあったのは、全体の36施設（14.3%）と少ないうえ、院内・院外研修ありの施設は40%に満たず、取り組みや啓発活動は活発とはいえない現状であった。より適切な小児医療環境とは、医療従事者側の処置の円滑化、効率性優先ではなく、あくまでも子どもを主体とした権利の保障と福祉を第一優先とした医療提供である^{16,17)}。その実現のためにも、発達に応じた説明と「子どもからの同意」とされるインフォームド・アセント¹⁸⁾を得ることは重要である。小児医療は、流動的に多様な職種が関わることから、子どもへの権利擁護の認識を共有し、適切な対応の指針となるガイドラインを持つことと、子どもの権利に関する継続的な教育と啓発活動が必要である。

では、実際のガイドラインには、どのような内容が含まれていたのだろうか。図のガイドラインの記載内容を見ると、記載が多かったのは、【処置中】の「説明の必要性」、「説明の方法」、「子どもの意見を尊重する必要性」であった。続く「気をまぎらわす必要性」と「気をまぎらわす方法」も、【処置中】の場面であった。Thompsonは¹⁹⁾、子どもの心理的混乱は、入院による「不慣れな環境」、「分離」、そして「未知の体験」によって引き起こされると述べており、日本でも、検査や処置を受ける子どもの心理的混乱は点滴や採血などの処置場面が多いことが報告されている²⁰⁾。そのため、本研究では70%以上が、処置中を子どもにとっての重要場面と位置づけ、子どもの心理的混乱を緩和するための方法と必要性を記載していたと推測できる。また63.9%の記載率の「子どもの意見を尊重する必要性」は、子どもの主体性を尊重した対応であり²¹⁾、同じく重要な項目である。このように、【処置中】の説明と同意は、とりわけ関心が高い場面であることが示唆された。

一方、【診察前】、【終了時】、【終了後】に関する記載は少なく、いずれも40%に満たない記載率であった。海外におけるガイドラインやガイドには^{22,23)}、処置の前から子どもの今までの処置経験などに基づく情報収集、環境調整や親の同席などがエビデンスに基づいて発表され、さまざまな病院で活用されている。また、処置後の賞賛、励ましに関しても記載がある。これらと比較すると、日本の小児医療においては、ガイドラインの作成と利用、その内容は十分とはいえず、取り

組むべき課題は山積していることが示唆された。

4. 今後の課題

結果および考察より、子どもに配慮した小児医療環境に関する課題を述べる。今回の調査は、全国各地からほぼ地域の偏りがなく返送があり、おおよその特徴は掴めているのではないかと推測する。

今回、小児外来における子どもへの物理的配慮は比較的实施されていたことが示された。また、入院病棟においてもプレイルームや教育施設の設置率、保育士の配置率が上昇していたこと、小児医療の専門職の配置が行われていることなど、医療環境の向上が示唆されていた。しかし、全体では小児外来の待合室や診察室に、子ども向けの壁面装飾すら行っていない施設があることや、依然として混合病棟は、小児病棟の配慮には格差があること、子どもへの説明と同意に関して、ガイドラインなどによる一定の指針がない状況下で実施されていることが現状として明らかとなった。

看護師は臨床経験を暗黙知として個人の中で埋もれさせてしまう傾向があり²⁴⁾、また標準化することが、個性の軽視につながるとして抵抗感を示すことがある。今後は、臨床知の一般化に向けたガイドライン作成とともに、それが小児医療の充実、療養生活の短縮と早期退院につながるとのエビデンスを積み重ねていくことが必要となる。

本研究はJSPS 科研費 15H03451の助成を受けて実施したものである。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 厚生労働省. 医療施設調査・病院報告（結果の概要）.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>
（参照2016-12-08）
- 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; 71: 883-889.
- 4) 荒木奈緒, 佐藤洋子. 小児の入院環境に影響を及ぼす要因の検討. 小児保健研究 2012; 71: 844-850.
- 5) 株式会社 新社会システム総合研究所. 2014年度版病

- 院年鑑. <http://www.ssk21.co.jp/index.html> (参照 2015-09-10)
- 6) 大森裕子, 友田尋子, 石川福江, 他. 小児科外来におけるプレパレーションの現状. 甲南女子大学研究紀要 2010; 4: 153-164.
 - 7) 厚生労働省. 平成27年(2015)医療施設(動態)調査・病院報告の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/> (参照2017-04-05)
 - 8) 堀 妙子, 関 恭子. 奈良間美保. 医療的処置を行っている小児が通院している外来看護の実態と看護師の意識に関する調査. 日本小児看護学会誌 2002; 11: 28-33.
 - 9) 伊藤 昭, 崎村雄一, 森本正一, 他. 感染制御に最適な病院建築デザイン手法に関する研究—外来領域におけるトリアージプラン—. 順天堂医学 2008; 54: 352-357.
 - 10) 林 亮, 武井 泰. A病院小児科外来における玩具の細菌汚染の実態調査. 順天堂保健看護研究 2016; 4: 30-34.
 - 11) 古川恵里, 加藤彰一. 小児病棟における支援的デザインに関する研究—患者とその家族, 職員にもたらす心理的効果について—. 日本建築学会大会講演概論集, 2009: 227-228.
 - 12) 岡庭純子, 鈴木賢一. 小児病棟におけるこどもの療養のためのインテリアデザインに関する研究—小児患者・付き添い家族・看護師のキャプション評価法に関する考察—. 日本建築学会計画系論文集 2014; 79: 2357-2365.
 - 13) 鈴木賢一, 岡庭純子. 小児病棟における壁面装飾の印象と効果に関する研究. 日本建築学会計画系論文集 2008; 73: 511-518.
 - 14) 帆足英一. 入院児のQOL 小児医療における療養環境の実態と問題点. 小児の精神と神経 1997; 37: 3-12.
 - 15) 李 永淑, 駒田美弘, 中村安秀. 小児がん医療現場における遊び活動の課題—医療従事者による学生ボランティアに関する調査評価から—. 小児保健研究 2005; 64: 552-559.
 - 16) 別所文雄. 小児医療の現状. 小児看護 2007; 30: 1371-1377.
 - 17) NAWCH. A Charter for Children in Hospital. London, 1984.
 - 18) 日本看護協会. 看護業務基準集(2007年改訂版). 東京: 日本看護協会出版会, 2007: 28-38.
 - 19) Thompson RH, Standford D. 小林 登監訳. 病院におけるチャイルドライフ. 東京: 中央法規出版, 2000: 27-33.
 - 20) 松森直美, 二宮啓子. 検査・処置を受ける子どもへの説明と納得に関するケアモデルの実践と評価(その2) 子どもの力を引き出す関わりと具体的な看護の技術について. 日本看護科学会誌 2004; 24: 22-35.
 - 21) 今西誠子. 子どもと医療者の関係性からみた心理的混乱行動とその緩和に関する研究. 日本看護研究学会雑誌 2008; 31: 27-39.
 - 22) The British Psychological Society. Evidence-based Guidelines for the Management of Invasive and/or Distressing Procedures with Children. www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/cat-606.pdf (参照2017-01-06)
 - 23) Clinical Affairs Committee — Behavior Management Subcommittee . Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_behavguide.pdf (参照2017-05-06)
 - 24) 佐藤紀子, 若狭紅子, 土蔵愛子, 他. 手術室看護の専門性とその獲得過程に関する研究. 東京女子医科大学看護学部紀要 2000; 3: 19-26.

〔Summary〕

The principal aim of the present study was to clarify the environment of the pediatric inpatients and outpatients in Japan in comparison with previous studies regarding whether consideration and adjustments are being carried out for children.

A national cross-sectional survey was administered by mail to hospitals with more than 300 beds that advertise a pediatric department and pediatric hospitals (1,069 hospitals), and responses were obtained from 256 hospitals (response rate: 23.9%).

The results revealed that physical adjustments were performed in approximately 50% of hospital pediatric outpatient departments. In hospital wards also, the rate of placement of a playroom or educational facilities and the rate of placement of nursery teachers were higher than in previous studies. Moreover, the results

of the present study show that new pediatric medical professionals are being deployed in hospitals. These findings suggest great improvements in the current pediatric medical environment in Japan in comparison with the past. However, with regard to explanation and consent to children undergoing medical treatment, the prevalence of guidelines for medical staff was low (36

facilities : 14.3%), which remains a problem.

[Key words]

pediatric outpatient clinic, pediatric inpatients' ward, ward with mixture of adults and pediatric patients, informed assent, national survey