

報 告

子どもの病気理解の能力に関する，看護師の考え

外山 紀子¹⁾，中島 伸子²⁾，住吉 智子³⁾

〔論文要旨〕

看護師は，病気について子どもや保護者に説明することをどの程度重視しているのだろうか。また，子どもが病気についてどの程度の理解力をもつと考えているのだろうか。本研究では，これらの考えが看護経験によって異なるかどうか，質問紙調査により検討した。調査対象者は，看護経験が5年以上あり主に小児看護に従事する看護師110人（小児群）と，主に成人看護に従事する看護師85人（成人群）である。子どもへの説明を重視する度合いについては群差が認められず，どちらの群でも子どもより保護者への説明を重視していた。病気の原因・経過・種類等に関する子どもの理解については，小児群の方が幼児期後半および児童期前半の子どもの能力をより高く評価していた。以上より，小児看護を専門とする看護師は，実践の中で病気理解に関する子どもの有能性を認めるようになることが示唆された。

Key words：病気理解の発達，子どもの能力に関する看護師の考え，小児看護

I. 目 的

1994年に「児童権利条約」を批准して以降，日本でも医療を受ける子どもへの「説明と同意」の認識が高まり，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・アセントの概念も広がりつつある。子どもへの「説明と同意」をどう執り行うかは，説明を受ける者としての子どもがどの程度の理解力をもつと考えるかによっている。アメリカ小児科学会の生命倫理委員会による提言¹⁾でも，インフォームド・コンセントの取得にあたっては，病気の性質や治療の過程，治療の見込み，リスク等の情報を子ども（患者）がどの程度理解できるかを（適切に）評価することが求められるとしている。もし不十分な能力しかないとするならば，子どもへの説明は無意味とされるだろうし，

逆に十分な能力があるとみるならば，丁寧な説明がなされるだろう。

発達心理学では，病気に関する理解はピアジェ以来，重要な研究テーマとなってきた。ピアジェは幼児期の理解を論理的とはいえないとし，「内在的正義」（不道德な行為を病因とみる）をその特徴に挙げた。しかし，1980年代後半以降盛んになった素朴生物学研究では，幼児でも就学前までに荒削りだが，ある程度正確な理解をもつようになることが明らかにされている²⁾。素朴生物学とは病気や遺伝，成長といった生物現象に関する素人の理解であり，病気についてはその病名や症状・原因・経過・結果・治療可能性という5つの要素に関する理解が検討されてきた³⁾。その発達については，3～4歳児でも社会的プレッシャーのかかりにくい状況であれば「内在的正義」を否定し⁴⁾，腹痛の原因が「ばいきん」との接触にあると答えられること⁵⁾，

Nurses' Beliefs about Children's Ability to Understand Illness

Noriko TOYAMA, Nobuko NAKASHIMA, Tomoko SUMIYOSHI

1) 早稲田大学人間科学学術院（研究職）

2) 新潟大学人文社会・教育科学系（研究職）

3) 新潟大学医歯学系（研究職）

〔3006〕

受付 18. 1.22

採用 18. 9.29

就学前までに伝染性と非伝染性の病気を区別することになること^{6,7)}, しかし潜伏期間⁸⁾や心因性の不調に関する理解^{9,10)}は幼児期以降に発達することなどが, 明らかにされている。

では, 医療従事者は病気に関する子どもの理解力をどの程度のものと考えているのだろうか。ピアジェが述べたように, 幼児は未熟な理解しかもたないとみているのか, それともある程度正確な理解をもつとみているのか。本研究では, 子どもへの「説明と同意」を執り行うことの多い看護師について, この点を明らかにする。小児看護では子どもと家族の発達を理解する重要性が指摘されているものの¹¹⁾, 子どもの理解力に関する看護師の考えは, これまでにほとんど検討されていない。日本の小児専門病院で指導的役割を果たしている小児看護師9名を対象として小児看護と成人看護の違い, 病気理解や症状の表現行動の発達をインタビューした研究では¹²⁾, 回答者の多くが乳幼児でも病気の原因や治療について何らかの理解をしており, 適切なサポートがあれば症状を表現する力があると答えている。ここから, 次の可能性を指摘できる。小児看護を専門とする看護師は実践を通じて, 子どもが病気についてある程度の理解力を有することに気づいており(明示的ではないとしても), 成人看護を専門とする看護師に比べ, 子どもの能力をより高く評価しているかもしれない。

本研究では看護師対象の質問紙調査を実施し, ①子どもへの説明, ②病気理解に関する子どもの能力, ③医療を受ける時の子どもの態度に関する考え方を聞く。看護師経験が5年以上で主に小児看護に従事する看護師(小児群)と, 主に成人看護に従事する看護師(成人群)を比較し, 両者の違いを明らかにする。①については, 病気の原因・治療内容・治療の必要性・治療の経過について子どもと保護者に説明することがどれだけ重要か評価を求める。近年, 未成年者の意思決定能力が拡大しているとはいえ, 患者が未成年者の場合, 保護者からインフォームド・コンセントを得ることになっており, したがって保護者への説明の重要性は小児群でも成人群でも同程度に認識されていると考えられる。しかし, 子どもへの説明については小児群の方がより重要だと判断するかもしれない。②の病気理解については病気の原因・経過(潜伏期間)・種類に関する理解を取り上げる。また, ③医療を受ける時の子どもの態度については, 痛みの表現行動と注射

を受ける時の態度を取り上げる。②と③についてともに, 子どもとかかわった経験が豊富な小児群の方が子ども, とりわけ乳幼児期の子どもの能力を高いと考えているかもしれない。

II. 対象と方法

1. 調査対象者

医療施設を単位として質問紙を配布した。送付対象施設の選定手続きは次の通りである。開設区分によって医療施設の特徴に相違があることから, (株)R&Dによる2015年度版全国病院リスト¹³⁾に掲載されている医療施設を, まず開設区分によって6グループ(医療・公益法人, 学校法人, 社会福祉法人, 地方自治体, 独立行政法人)に分けた。次に, 送付対象施設総数を200として, 各グループの実際の施設数に応じて, 送付対象施設数を決定した。その後, 各グループの中から病床数が多い・中程度・少ない施設をほぼ同数抽出し, 送付対象施設を確定させた。施設責任者に対して「看護師経験が5年以上あり, 主に小児看護に従事する看護師1~3人, および主に成人看護に従事する看護師1~3人」(どちらか一方でも構わない)を選び, その方に質問紙と返信用封筒を渡して欲しい旨, 依頼した。質問紙回収施設数は64施設(回収率=32%, 医療・公益法人11施設, 学校法人3施設, 社会福祉法人15施設, 地方自治体19施設, 独立行政法人16施設)で, 返送された質問紙数は小児群110人分, 成人群85人分, 合計195人分であった。回収率を算出するために質問紙には施設ナンバーを振ったが, 調査にあたっては無記名とし, 任意性を確保した。

2. 調査期間

平成29年10~11月。

3. 質問項目

①フェイスシート項目:年齢・性別・現在の専門(小児か成人か)・小児・成人看護の経験年数・資格・学歴, ②説明の重要性に関する認識:病気の原因・治療内容・治療の必要性・治療経過を子ども(5歳児を想定)・保護者に説明すること, 子ども(5歳児を想定)に対して痛みのある治療をする際に「泣いてもいい」と説明することの重要性を, 「全く重要でない」(1点)~「とても重要である」(6点)まで, 6段階で評定を求めた。ここで5歳児を想定したのは, 就学前の時期と

いうことで、その理解について評価が分かれる可能性が高いと考えたからである。③病気理解の能力：次の3点について、各3つの質問を用意した。(a) 病気の原因理解(「ばいきんが身体の中に入ることが、病気の原因になる場合があることがわかる」、「悪いことをすることが病気の原因でないことがわかる」、「呪文や魔法が病気の原因でないことがわかる」)、(b) 病気の経過理解(「ばいきんが身体の中に入ったからといって、すぐに病気になるわけではないことがわかる」、「薬や注射をしても、すぐに病気が治るわけではないことがわかる」、「病気が治るまでには、時間がかかることがわかる」)、(c) 病気の種類理解(「人から人に伝染する病気もあれば、伝染しない病気もあることがわかる」、「病気によって、治療の方法が異なることがわかる」、「病気によって、熱が出たり出なかったりすることがわかる」)。④医療を受ける時の態度：次の2点について、各3つの質問を用意した。(a) 痛みの表現行動(「痛みの場所を教えられる」、「痛みの強さを意図的に教えられる」、「痛みの特徴を教えられる」)、(b) 注射を受ける時の態度(「一人でも我慢して注射を受けられる」、「何のために注射をするかあらかじめ説明しておけば、我慢して注射を受けられる」、「注射をする手順をあらかじめ説明しておけば、我慢して注射を受けられる」)。各質問について2歳・5歳・小2・小5・中2の子どもを想定し、それぞれについて「全くできない」(1点)～「とてもできる」(6点)まで6段階で評定を求めた。

4. 分析方法

小児群と成人群の2群比較を行った。度数データについては χ^2 検定を、評定値データについては平均値の差の検定(t検定)あるいは分散分析を実施した。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、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

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」および公益財団法人「日本心理学会倫理規程」に基づき研究計画書を作成し、「早稲田大学人を対象とする研究に関する倫理審査」の承認(承認番号2017-179)を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 小児群・成人群の回答者属性

表1に両群の回答者属性を示した。役職率は両群においてともに30%程度、平均年齢は40歳前後と大差なかった。役職の有無、最終学歴について、小児群と成人群を比較する χ^2 検定を行ったが、有意な偏りは認められなかった。平均年齢についても2群間に差はなかった。経験年数については、小児群では小児看護の経験年数が長く、成人群では成人看護の経験年数が長いという当然の結果となったが、どちらの群でも現在の専門とは異なる看護経験が数年間あることも示された。以上より、回答者属性は経験年数以外、2群間で等質だったといえる。

2. 説明の重要性に関する認識

説明の重要性に関する認識については、表2に各質問の評定平均値を示した。「病気の原因」、「治療内容」、「治療の必要性」、「治療経過」の全てについて、子ども対象より保護者対象の評定値が高かった。説明対象が子どもか保護者かによって評定値が異なるのか、またそこに専門による差があるかみるために、説明対象(2:子ども・保護者)×専門(2:小児群・成人群)の分散分析を、「病気の原因」、「治療内容」、「治療の必要性」、「治療経過」についてそれぞれ行った。検定結果は表2に記載した。全てについて説明対象の主効果が有意であり、説明対象によって評定値が異なることが示された。つまり、保護者への説明の方が子どもへの説明より重要だと認識されていた。専門の主効果

表1 小児群・成人群の回答者属性

	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)
女性率	91.8%	97.6%
役職率	32.7%	28.2%
最終学歴		
専門学校	68.2%	81.2%
短期大学	11.8%	10.6%
四年制大学	18.2%	5.9%
大学院	1.8%	2.4%
平均年齢	39.1歳 (SD=8.9)	41.0歳 (SD=8.9)
経験年数		
小児	8.3年 (SD=6.9, R=5~30)	3.4年 (SD=4.0, R=0~16)
成人	8.5年 (SD=7.4, R=0~15)	15.1年 (SD=8.0, R=5~30)
混合	6.0年 (SD=7.6, R=0~16)	6.6年 (SD=5.7, R=0~20)

() 内は標準偏差。

表2 説明の重要性に関する各質問の平均評定値

	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	分散分析の結果
病気の原因を子どもに説明	5.07 (1.16)	4.86 (1.21)	説明対象の主効果: $F(1,193)=141.05, p<.001$
保護者に説明	5.95 (0.21)	5.98 (0.22)	
治療内容を子どもに説明	5.47 (0.89)	5.26 (0.98)	説明対象の主効果: $F(1,193)=89.95, p<.001$
保護者に説明	6.00 (0.00)	6.00 (0.00)	
治療の必要性を子どもに説明	5.35 (0.88)	5.19 (1.05)	説明対象の主効果: $F(1,193)=111.55, p<.001$
保護者に説明	5.99 (0.95)	6.00 (0.00)	
治療経過を子どもに説明	4.98 (1.19)	4.85 (1.17)	説明対象の主効果: $F(1,193)=152.98, p<.001$
保護者に説明	5.94 (0.25)	5.95 (0.26)	
泣いてもいいと説明	5.61 (0.84)	5.46 (0.93)	

「全く重要でない」を1点～「とても重要である」を6点とする評定値。()内は標準偏差。

と説明対象×専門の交互作用については有意だった質問はなく, 説明の重要性に関する認識について専門による相違はなかった。次に, 子どもに「泣いてもいい」と説明することの重要性については, 専門(2:小児・成人)を説明変数とする平均値の差の検定を行った。しかし, どちらの質問についても有意差を認めなかった。

3. 病気理解の能力

病気の原因・経過・種類に関する理解について, 2歳・5歳・小2・小5・中2の子どもがどの程度できるかの評定結果を, 表3(病気の原因), 表4(病気の経過), 表5(病気の種類)に示した。質問ごとに専門(2:小児・成人)×対象年齢(5:2歳・5歳・小2・小5・中2)の分散分析を行い, 結果を表3～5に合せて示した。全ての質問について対象年齢の主効果が有意であり, 対象とする子どもの年齢によって評定値に相違があることが示された。しかし, 子どもの年齢が高いほど評定値が高くなるのは当然の結果であることから, 対象年齢の主効果については検定結果を記載しなかった。なお, 専門×年齢の交互作用が有意だった場合, 単純主効果の検定を行い, 有意差が認められた箇所には*をつけた。

1) 病気の原因理解(表3)

3つの質問全てについて, 2歳の平均評定値は1点台後半であったが, 5歳になると2～3点台となった。2歳児は全く理解できないが, 5歳児は全く理解できないわけではないとみなされていた。分散分析の結果, 「呪文・魔法が病気の原因にならないこと」についてのみ専門の主効果が有意であり, 看護師の専門によって評定値が異なることが示された。小児群の方が成人群より評定値が高く, つまり小児看護を専門とする看

護師の方が, 病気の原因理解に関する子どもの能力を全般的に高いと考えていることが示された。

2) 病気の経過理解(表4)

3つの質問全てについて, 2歳の平均評定値は1点台前半であり, 5歳についても1～2点台であった。原因理解に比べ全体として平均評定値が低くなっており, 原因理解より経過理解の方が難しいと考えられていた。分散分析の結果, 「薬・注射をしても, すぐには治らない」について専門の主効果が有意であった。小児群の方が成人群より, 子どもは「薬や注射をしてもすぐには治らない」ことを理解していると考えていることが示された。さらにこの質問と「治るまでには, 時間がかかる」については専門×年齢の交互作用が有意であった。「薬・注射」は2歳・5歳・小2について, 「治るまでには」は小2について, 小児群の評定値が成人群より高かった。しかし, 児童期半ば以降については群差が認められなくなった。小児群と成人群の差は, 幼児期から児童期前半の子どもの理解力の考え方について顕著だったことがわかる。

3) 病気の種類理解(表5)

3つの質問全てについて, 2歳の平均評定値は1点台前半であり, 5歳についても1点台がほとんどであった。経過理解同様, 種類理解は原因理解より難しいと考えられていた。分散分析の結果, 3つの質問全てについて専門の主効果が有意であった。つまり, 小児群の方が成人群より, 病気の種類理解に関する子どもの能力を高いと考えていることが示された。加えて「病気によって治療法が違う」と「熱が出る病気も熱が出ない病気もある」については専門×年齢の交互作用も有意であった。どちらの質問についても2歳・5歳・小2について小児群の評定値が高く, 小5については群差がなくなった。ここでもやはり, 看護経験に

表3 病気の原因理解に関する各質問の平均評定値

	ばいきんが原因になる		悪いことをすることが原因でない		呪文・魔法が原因でない	
	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)
2歳	1.90 (0.94)	1.72 (0.85)	1.77 (0.97)	1.63 (0.79)	1.76 (0.98)	1.55 (0.81)
5歳	3.45 (1.15)	3.13 (1.17)	2.98 (1.17)	2.73 (1.07)	3.00 (1.31)	2.60 (1.06)
小2	4.41 (1.11)	4.21 (1.08)	4.15 (1.18)	4.02 (1.21)	4.34 (1.28)	4.05 (1.18)
小5	5.23 (0.89)	5.16 (0.88)	5.08 (1.12)	5.08 (0.95)	5.32 (1.01)	5.15 (0.99)
中2	5.79 (0.53)	5.71 (0.53)	5.74 (0.71)	5.77 (0.45)	5.84 (0.50)	5.75 (0.67)
専門の主効果	n.s.		n.s.		$F(1,193) = 4.24, p < .05$	
専門×年齢の交互作用	n.s.		n.s.		n.s.	

「全くできない」を1点～「とてもできる」を6点とする評定値。()内は標準偏差。

表4 病気の経過理解に関する各質問の平均評定値

	すぐには病気になる		薬・注射をしても、すぐには治らない		治るまでには、時間がかかる	
	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)
2歳	1.30 (0.71)	1.24 (0.59)	1.35 (0.76)	1.15 (0.43) *	1.28 (0.60)	1.27 (0.61)
5歳	2.10 (1.02)	1.85 (0.93)	2.16 (1.05)	1.77 (0.96) *	2.18 (1.10)	1.88 (1.03)
小2	3.36 (1.18)	2.96 (1.25)	3.34 (1.19)	2.89 (1.21) *	3.45 (1.32)	3.05 (1.25) *
小5	4.38 (1.18)	4.19 (1.18)	4.38 (1.13)	4.18 (1.14)	4.45 (1.17)	4.38 (1.10)
中2	5.23 (1.01)	5.19 (0.98)	5.18 (0.88)	5.13 (0.86)	5.21 (0.91)	5.27 (0.78)
専門の主効果	n.s.		$F(1,192) = 5.02, p < .05$		n.s.	
専門×年齢の交互作用	n.s.		$F(4,768) = 2.67, p < .05$		$F(4,768) = 4.11, p < .01$	

「全くできない」を1点～「とてもできる」を6点とする評定値。()内は標準偏差。

表5 病気の種類理解に関する各質問の平均評定値

	伝染する病気としない病気がある		病気によって治療法が違う		熱が出る病気も出ない病気もある	
	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)
2歳	1.22 (0.57)	1.10 (0.37)	1.22 (0.51)	1.06 (0.24) *	1.20 (0.49)	1.06 (0.36) *
5歳	1.98 (0.98)	1.49 (0.85)	1.95 (1.03)	1.51 (0.73) *	2.06 (1.02)	1.54 (0.44) *
小2	3.01 (1.24)	2.61 (1.29)	2.97 (1.36)	2.55 (1.17) *	3.11 (1.42)	2.68 (1.20) *
小5	4.12 (1.32)	3.82 (1.36)	4.07 (1.40)	3.85 (1.29)	4.26 (1.36)	4.00 (1.23)
中2	5.07 (1.13)	4.88 (1.08)	4.98 (1.20)	5.00 (0.93)	5.12 (1.23)	4.99 (1.01)
専門の主効果	$F(1,189) = 5.78, p < .05$		$F(1,193) = 3.99, p < .05$		$F(1,191) = 5.67, p < .05$	
専門×年齢の交互作用	n.s.		$F(4,722) = 3.43, p < .05$		$F(4,764) = 2.66, p < .05$	

「全くできない」を1点～「とてもできる」を6点とする評定値。()内は標準偏差。

よる差は、幼児期・児童期前半の子どもについて顕著だったことが示された。

4. 医療を受ける時の態度

痛みの表現と注射を受ける時の態度に関する結果を、表6と表7に示した。病気に関する理解の項目同様、質問ごとに専門(2:小児・成人)×対象年齢(5:2歳・5歳・小2・小5・中2)の分散分析を行った。

1) 痛みの表現行動(表6)

「痛みの場所を教える」については、2歳の平均評定値は2点台であったが、「強さ」と「特徴」については1点台であった。5歳についても「場所」の評定値は「強さ」と「特徴」より高かった。分散分析の結果、

3つの質問全てについて専門の主効果が有意であった。つまり、小児群の方が、子どもは痛みを正確に表現できると考えていることが示された。「場所」、「痛み」については専門×年齢の交互作用も有意であり、どちらの質問でも、5歳・小2について小児群の評定値が高かった。ここでもやはり、幼児期と児童期前半の子どもについて、小児群と成人群の差が顕著だったことが示された。

2) 注射を受ける時の態度(表7)

3つの質問全てについて、2歳の平均評定値は1点台前半であった。分散分析の結果、注射を受ける時の態度については、専門の主効果も専門×年齢の交互作用も有意差が認められた質問はなかった。注射を受け

表6 痛みの表現行動に関する各質問の平均評定値

	痛みの場所を教える		痛みの強さを教える		痛みの特徴を教える	
	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)
2歳	2.42 (1.13)	2.25 (1.16)	1.55 (0.80)	1.47 (0.84)	1.28 (0.62)	1.17 (0.49)
5歳	3.86 (1.06)	3.41 (1.21) *	2.64 (1.03)	2.18 (1.13) *	2.24 (1.03)	1.95 (0.90)
小2	4.87 (0.10)	4.53 (1.14) *	3.88 (1.16)	3.48 (1.21) *	3.56 (1.22)	3.19 (1.12)
小5	5.47 (0.73)	5.38 (0.79)	4.94 (0.99)	4.75 (0.96)	4.57 (1.05)	4.36 (1.01)
中2	5.84 (0.46)	5.81 (0.39)	5.64 (0.59)	5.45 (0.72)	5.41 (0.82)	5.24 (0.77)
専門の主効果	$F(1,191) = 3.93, p < .05$		$F(1,193) = 5.45, p < .05$		$F(1,191) = 4.55, p < .05$	
専門×年齢の交互作用	$F(4,764) = 3.58, p < .01$		$F(4,772) = 3.15, p < .05$		<i>n.s.</i>	

「全くできない」を1点～「とてもできる」を6点とする評定値。()内は標準偏差。

表7 注射を受ける時の態度に関する各質問の平均評定値

	一人で我慢して受けられる		目的を説明しておけば、受けられる		手順を説明しておけば、受けられる	
	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)	小児群 (n=110)	成人群 (n=85)
2歳	1.35 (0.71)	1.17 (0.51)	1.39 (0.76)	1.26 (0.64)	1.38 (0.75)	1.30 (0.66)
5歳	2.31 (0.99)	1.98 (0.97)	2.53 (1.06)	2.32 (1.08)	2.57 (1.10)	2.25 (1.10)
小2	3.45 (1.13)	3.35 (1.17)	3.79 (1.06)	3.55 (1.12)	3.85 (1.06)	3.57 (1.21)
小5	4.72 (0.99)	4.65 (1.00)	4.85 (0.90)	4.78 (0.92)	4.86 (0.92)	4.70 (0.93)
中2	5.63 (0.56)	5.58 (0.61)	5.73 (0.49)	5.68 (0.58)	5.69 (0.54)	5.61 (0.66)
専門の主効果	<i>n.s.</i>		<i>n.s.</i>		<i>n.s.</i>	
専門×年齢の交互作用	<i>n.s.</i>		<i>n.s.</i>		<i>n.s.</i>	

「全くできない」を1点～「とてもできる」を6点とする評定値。()内は標準偏差。

る時の態度については、看護経験による相違を認めなかった。

IV. 考 察

まず、得られた結果をまとめる。子どもおよび保護者への説明の重要性については、主に小児看護を専門とする看護師（小児群）と、主に成人看護を専門とする看護師（成人群）の間に差は認められなかった。また、どちらの群でも子どもより保護者への説明が重視されていた。一方、病気に関する子どもの理解力については、病気の原因・経過・種類理解のいずれについても、小児群の方が幼児期後半および児童期前半の子どもの理解力をより高く評価していた。注射を受ける時の態度には群差が認められなかったものの、痛みの表現行動には群差があった。小児群の方が幼児期後半・児童期前半の子どもについて、痛みの場所や強さを教えられようと考えていた。

以上をふまえ、小児群と成人群の相違を中心に考察していく。インフォームド・アセントの概念が一般的になりつつあるとはいえ、小児対象の医療では子どもへの説明より保護者への説明が重視されており、この点に関しては看護経験の差は認められなかった。とは

いえ、子どもへの説明の評定値は4点台後半から5点台（保護者に対する説明は、全ての質問でほぼ6点）となっており、決して子どもへの説明がないがしろにされていたわけではない。本研究では、「子どもへの説明」については5歳児を想定して回答を求めたが、5歳児はまだ病気について十分に理解しているとは考えられておらず、そのために保護者と比べて評定値が低くなった可能性がある。病気の理解が進むと考えられている児童期を想定して回答を求めれば、異なる結果が得られる可能性もある。今後の課題としたい。

説明の重要性には群差が認められなかったものの、病気の理解に関する子どもの能力、および医療を受ける時の態度については、小児群の方が子どもの能力をより高いと考えていることが、多くの質問について示された。そしてこのことは幼児期後半と児童期前半の子どもについて顕著であった。これらの結果は何を意味しているのだろうか。

目的で述べたように、発達心理学では1980年代に素朴生物学研究が盛んになるまで、就学前の子どもは病気を生物学的に理解していないとされてきた。その後の研究でこの見方が修正されていったのは、研究法の工夫と変更によるところが大きい。以前は、幼児に馴

染みのない課題を用いたり、子ども自身の考えを言語的に説明するよう求めたりといった方法をとることが多かった。しかし、幼児が「内在的正義」を否定することを示した先駆的研究⁴⁾では、「内在的正義」の考え方を他者（人形）のアイデアとして提示し、子どもには第三者としてこのアイデアが正しいかどうか判断を求めた。この場合、子どもは自分の考えを述べるわけではないので、自分が評価されているという圧力を感じることなく答えることができる。また、「内在的正義」を人形のアイデアとして提示されることで、それを対象化して考えやすくなる。就学前の子どもの有能性は、子どもが教示を理解しやすいよう、また回答しやすいよう配慮された環境のもとでこそ明らかにされてきたのである。小児看護の現場でも子どもに対する説明や痛みの評価にあたって人形やスケールといった道具が使われるなど、子どもが答えやすいようなサポートが考えられている¹⁴⁾。小児群の看護師は、こうした日々の実践があるからこそ、就学前の子どもがある程度の理解力をもつことに気づくことができたのかもしれない。ただし、本研究の対象者は平均年齢が40歳前後であり、役職率もおおよそ30%と偏りのある集団ともいえる。さらに、小児群も成人群も、小児・成人それぞれの臨床経験をもっている。対象者のこうした特性が結果に影響を与えた可能性もあることから、本研究の結果を一般化するにあたっては注意が必要である。

一方、本研究では、「説明の重要性」については、前述のように群差が認められなかった。「病気の原因や治療について子どもおよび保護者に説明することは、どのくらい重要だと思うか」という質問は理念や理想を問うたものであり、こうした抽象的な考え方のレベルでは成人看護に従事しようとして小児看護に従事しようとして相違はない。しかし、特定の年齢の子どもがどの程度の理解力があるかを問うた場合には、小児群の方が子どもの理解力の高さを認めていた。子どもの能力をどの程度のものと考ええるかは、子どもとのかかわりの中で、もっと言えば子どもから適切な理解を引き出そうと支援的にかかわる中でこそ発見されるのであろう。この点は、医療にかかわる看護師だけでなく、親や保育者、教育者を含む大人一般についても同様であろう。子どもを能力のある主体と認め支援的にかかわることが、子どもとのかかわりをもつすべての大人に求められているといえるであろう。

V. 結 論

主に小児看護に従事する看護師と主に成人看護に従事する看護師では、病気理解に関する子どもの能力について異なる考えを持っていた。小児看護に従事する看護師の方が、病気の原因・経過・種類理解について、幼児期後半および児童期前半の子どもの理解力をより高く評価していることが示された。

本研究を実施するにあたり、科学研究費（15H03451, 17K04375）の助成を受けた。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995 ; 95 : 314-317.
- 2) 外山紀子. 病気理解における科学的・非科学的理解の共存. *心理学評論* 2015 ; 58 : 204-215.
- 3) Leventhal H, Nerenz D, Steele D. Illness representations and coping with health threats. A. Baum, J. Dinger. *Handbook of psychology and health* Vol. 4. New York, NY : Erlbaum, 1984 : 221-252.
- 4) Siegal M. Children's knowledge of contagion and contamination as causes of illness. *Child Development* 1988 ; 59 : 1353-1359.
- 5) Legare CH, Wellman HM, Gelman SA. Evidence for an explanation advantage in naïve biological reasoning. *Cognitive Psychology* 2009 ; 58 : 177-194.
- 6) Myant KA, Williams JM. Children's concepts of health and illness : Understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses and injuries. *Journal of Health Psychology* 2005 ; 10 : 805-819.
- 7) Toyama N. Adults' explanations and children's understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses, and injuries. *Early Child Development and Care* 2016 ; 186 : 526-543.
- 8) Kalish CW. Preschoolers' understanding of mental and bodily reactions to contamination : What you don't know can hurt you, but cannot sadden you. *Developmental Psychology* 1997 ; 33 : 79-91.

- 9) Notaro PC, Gelman SA, Zimmerman MA. Children's understanding of psychogenic bodily reactions. *Child Development* 2001 ; 72 : 444-459.
- 10) Toyama N. Japanese children's and adults' awareness of psychogenic bodily reactions. *International Journal of Behavioral Development* 2010 ; 34 : 1-9.
- 11) 日本看護協会. 小児看護領域の看護業務基準. 日本看護協会看護業務基準集, 2003 : 28-38.
- 12) 外山紀子. 小児医療従事者からみた, 痛みの表現行動. 「子どもの痛み表現の社会的構成」自主シンポジウム 話題提供. 第28回発達心理学会大会, 2017.
- 13) 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](http://www.ssk21.co.jp/index.html) (参照2015-09-10)
- 14) 田中恭子. 小児医療の現場で使えるプレパレーションガイドブック. 東京 : 日総研出版, 2006.

[Summary]

This study examined whether nurses' beliefs about the development of biological conceptions of illness in children would differ by their specialization in pediatric vs. adults nursing. A total of 110 nurses who have

more than 5 years of experience in the care of children and 85 nurses who have more than 5 years of experience in the care of adults answered the questionnaires. These two groups did not differ in their rates of importance in terms of providing information to pediatric patient vs. to their parents. They both placed more importance on explaining children's conditions to their parents than to the children. In contrast, group differences were found in their beliefs about the extent to which children have biological awareness of their illness. Pediatric nurses viewed young children as having more competence in their conceptions of illnesses than did adult nurses. These results suggested that pediatric nurses become aware that even young children have some biological awareness of the causes, time courses, and types of illnesses based on their everyday practice with nursing children.

[Key words]

development of illness conceptions,
nurse's beliefs about children's ability,
pediatric nursing