

引き受けてもらえない（気管切開後）。

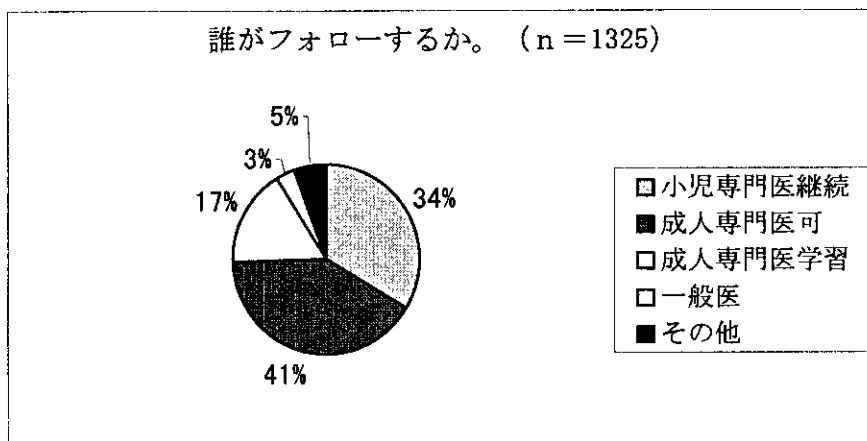
離れる不安が患者側にある。

② 小児期より診てもらっている主治医から

図1 キャリーオーバー患者をフォローするのはどのような医師が適切か。

	小児科専門医継続	成人の専門医であれば紹介できる	成人専門医学習	一般医	その他	計
思春期心理科	2	36	0	0	0	38
発達心理科	10	28	4	0	0	42
皮膚科	0	71	28	0	0	99
アレルギー科	5	72	51	6	20	154
外科	54	35	16	5	0	110
血液科	37	10	0	0	0	47
呼吸器科	0	0	13	6	0	19
耳鼻咽喉科	70	12	1	0	0	83
循環器科	122	17	13	1	0	153
消化器科	35	92	23	0	0	150
心臓血管外科	23	42	0	16	0	81
腎臓科	0	6	0	0	1	7
泌尿器科	5	15	4	5	0	29
膠原病・感染症科	53	0	25	0	0	78
代謝・内分泌	29	107	43	5	51	235
15科合計	445	543	221	44	72	1325

図1. キャリーオーバー患者をフォローするのはどのような医師が適切か（全体）。



5. 小児初期救急診療ガイドブック（柳澤正義
他）

成指針

「小児初期救急診療ガイドブック（仮称）」作

1) 簡潔で、使い勝手のよいものとする。

2) 小児の基本的診察法と小児初期救急対応の

ノウハウを概説する

3) 一般的にみられる症候について初期対応と重要な鑑別診断を示す。

不機嫌（なんとなく元気がない）、発熱、発疹、咳そう・喘鳴・呼吸困難、悪心・嘔吐、下痢、血便、便秘、尿閉、頭痛、耳痛、頸部痛、胸痛、腹痛、四肢痛、排尿児痛、痙攣、意識障害、麻痺、歩行障害、嚥下困難、誤飲、熱傷、東部外傷、溺水

①各項目を小児科医と非小児科医がペアで執筆する。

②小児科医へ紹介すべき病態を明示する。

③上記以外の症例においては、数時間から十数時間にわたる（翌日までの）初期診療を実施するためのノウハウを呈示し、その後小児科医へ紹介すべきかどうかの判断の目安を記す。

④検査と治療（くすり）：minimal requirement を記載する。

4) 二次・三次医療機関への紹介の目安を示す。

5) Minimal requirement としての、検査方法・手技、頻用薬品の一覧表（例：WHO の提唱する essential drugs）を記載する。薬の用法・用量を分かりやすく記載する。

7) 健診・予防接種は扱わない。ただし、予防接種の副反応については必要。

8) ホームケアの説明ならびにパンフレットの利用を考慮する

9) 視聴覚教材として、CD-ROM あるいは DVD の添付について検討する。

住民理解促進方策

分担研究者 保科 清 東京通信病院小児科部長

研究要旨

小児の救急医療機関受診頻度を少しでも減少させることは、小児科医の負担軽減になる。救急医療を受診する小児の主訴を検討したところ、大きく6種類の主訴で受診者の8割以上を占めることがわかった。その主訴に対する住民の理解が得られるようになれば、救急医療受診者数を少しでも減少させることができる。

A. 研究目的

救急患者を少しでも少なくすることができれば、小児科医の負担も軽減されることになるため、救急で来院する患者の主訴を検討した。

B. 研究方法

既存のデータとして認められたのは、北九州市立八幡病院 1) だけであった。そこで大阪府救急医療情報センター鶴原先生に依頼して、同センターにおける平成13年度小児科救急の主訴を調べていただいた。

C. 研究結果

表1のように、2施設からの報告をまとめてみると、多い順に発熱 48.9%、嘔吐・下痢 11.5%、腹痛 7.1%、喘鳴 6.4%、咳嗽 5%、発疹・湿疹 3%で、以上の6種類（正確には8種類）で主訴の81.9%を占める。

けいれん、耳痛、泣きやまない、頭痛など4種を含めると86.9%になる。

C. 考案

ここで約80%の患者に、前もってこれらの症状が出た時にいかに対処するかという説明文を読んでもらい、3分の2の親が理解してくれて、その半数の親が実際に役立ててくれれば、救急外来の患者数は約4分の3以下になってくれることを期待したい。

これはあくまでも期待値であるが、挿絵を増やして読みやすくすること、漫画的な表現による説明にするなどの方法をとれば、もっと理解してくれる親は増えるであろう。

[今後の検討課題]

読んでもらうためには、読みやすくする必要があるので、項目ごとの冊子にするか、1枚の紙にするか、全体を1冊にするか、検討する必要がある。

いかに読みやすくするかに加え、ど

のような配布方法をとるかも問題点となる。

インターネットへの掲載は、各医療施設のホームページをも利用させてもらうことが可能であれば、さらに広まりやすい。

配布方法は、市町村で出生届けを受理した時に手渡すとか、各医療施設の小児科で初診の患者様に手渡すとか、救急診療に受診した親に手渡して今後の役に立ててもらうとか、いろいろな方法が考えられる。

今後は、説明文の作成に加え、広島における電話相談事業を検討している桑原先生の研究とも内容などを連携・加味して、より良い住民理解促進方策を考えていきたい。

住民理解促進のための文章は、現在原案のままであるが、参考のために下記に示しておく。

第2年度は、他の症状に対する文面を(社)日本小児科医会子どもの心対策部委員が手分けして作成し、より良い文面にするとともに、配布方法などについて検討していく。

E. 結論

小児の救急医療に受診する主訴は、大別すると6種であった。

これらについて家庭でできる初期の対処方法を住民に理解してもらえば、救急医療を受診する小児の例数を少なくできる可能性がある。

文献

- 1) 桑野 聡、他：急患センターを夜間に受診した小児救急患者の検討. 小児科診療 62:911-915,1999

記：住民理解促進方策例文（案）

例：発熱

1. 子どもが熱を出した！

子どもは、夕方から夜にかけて発熱することが多いものです。

そこで、ご両親があわてても、決して良いことはありません。

もし、お子さんの体温が38.5℃程度までなら、お子さんは遊んでいるか、すやすや寝ているはずです。そのような時は、様子を見ていても大丈夫です。おとなの方は体温が38℃になるとフラフラしますが、子どもはもともと体温が高いので、平気なことが多いのです。

39℃とか40℃になると、おとなと同じように、フラフラするか、機嫌が悪くなります。

2. 熱が出たら、どうするの！

もし、体温が高くなったら、体温を下げる工夫をしてみましょう。

お子さんの熱を下げるには、どのような方法があるのでしょうか？

① 簡単なのは、どこの家にもあるビニール袋を取り出します。その中に水道の水を袋の3分の1程度になるくらい入れます。袋の中に空気があまり残っていないように、水面の少し上からね

じるようにして、袋の口から水が漏れないように締めてください。2つ作って、これをクビの両脇か、両方の腋の下におきますと、2, 3分後から体温が下がり始めます。冷たくてかわいそうと思っても、お子さんの熱を下げてみる方が先です。

お子さんの体温が 38℃程度に下がると、すやすや眠り始めるか、機嫌が良くなるようなら、大した病気でないことが多いのです。体温は下がったのに、まだ機嫌が悪い、グズる、呼吸が荒いなどの症状があれば、急いで救急診療を受けましょう。

お子さんの熱が下がっても、ご両親は大変でしょうが、数時間ごとに水を入れ替えてあげると、体温を下げたまままで朝を迎えることができます。くれぐれも体温を下げ過ぎないように注意しましょう。

朝になったら、落ち着いて小児科医に受診しましょう。

早く熱を下げようとして、袋の水の中に氷を入れるならば、多くても小さな氷塊を5コくらいでやめてください。冷蔵庫で作ってあった氷でも、氷を多く入れると、今度は体温が下がり過ぎて顔色が青くなるし、触れている部分に凍傷ができてしまいます。

② もし、最近もらった解熱剤（熱を下げる薬のこと）があるなら、使ってみてもよいでしょう。内服する解熱剤と、肛門から入れる坐剤の解熱剤とがあります。

解熱剤で熱が下がり始めるには、約

30分程度かかります。解熱剤で熱が下がっても、下がっている時間は約4～5時間であることも知っててください。ある程度時間が過ぎれば、また、熱が上がってきます。

解熱剤の中には、冬に流行するインフルエンザに使ってはいけないものもあります。残っていた解熱剤の種類は、インフルエンザにかかったときに使っても良いかどうか、必ずかかりつけ医に確認しておく必要があります。

体温が下がり始めてからの観察は、①と同様です。

③ 場合によって、お風呂の残り湯が35℃程度に水温が下がっていたら、お子さんを残り湯に入れると体温が下がりますので、勧められることもあるでしょう。

間違いではありませんが、熱が高くなっているときに子どもをお湯に入れること自体を嫌う方もおりますので、緊急時に熱を下げる方法として理解しておく方がよいでしょう。

以上

女性小児科医の産前、産後および育児に関する問題の現況とその改善に関する研究

分担研究者 小林 邦彦 北海道大学大学院医学研究科 小児科学分野 教授
研究協力者 菊田 英明 北海道大学大学院医学研究科 小児科学分野 助教授

研究要旨

最近の小児科 24 時間体制の要望、小児救急の実施等は小児科医に荷重な診療を強いる状況を生みだしている。この緩和には小児科医の増加と育成が必須であることは論を待たない。一方、医学部への女性入学者が近年増加しており、この傾向を反映して小児科の医師の中に占める女性小児科医の比率が高まっているが、女性小児科医が抱える特殊性（結婚、出産、育児など）のため、結婚や出産を契機に小児科医としての活動に支障を来し、実質的な小児科医の減少を招く結果となっている。

本研究は、北海道の各地に分散する小児科付設の病院を対象に、女性小児科医の産前、産後および育児等に対する病院の対応状況をアンケート調査し、以下の問題点が明らかにした。1) 育児をしながら勤務する女性小児科医が最も必要とする院内保育の整備がほとんどなされていない。2) 多くの病院は、育児をする女性小児科医の優遇策として、勤務時間の緩和や形態の変化などで対応しようとしていることが窺われたが、その為にはさらに小児科医が必要となり、小児科医不足をさらに深刻化するという悪循環を招く可能性が想定された。

A. 目的

女性小児科医が妊娠・出産、産後の育児をしながら安心して診療に従事出来る勤務環境の整備は、女性小児科医を診療現場にリクルートするために欠かせない命題である。本研究は、女性医師の妊娠・出産、産後の育児等に対する病院側の対応の現況を把握し、その問題点を明らかにすることを目的とした。環境の整備は既に家庭に入っている女性小児科医を診療現場へ引き戻す一つの条件でもあり、そのことは小児科医の早急な増加対策にもなると共に、これから小児科を目指す女性医学生にもアピールするものとする。

B. 研究方法

北海道の 3 大学小児科（北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学）関連病院（93 施設）に対し、以下の項目についてのアンケート用紙を、各病院

の小児科医長に郵送し、回答を依頼した。

【質問項目】

- I. 産休に関して
 1. 産休の期間
 2. 産休中の給与の有無
- II. 育児休暇に関して
 1. 育児休暇の期間
 2. 育児休暇中の給与体系
 3. 育児休暇中の代替医師派遣の有無
- III. 病院における保育施設について
 1. 施設の有無
 2. 女性医師の利用可能の有無
 3. 施設利用時間帯
- IV. 育児期間中の勤務形態等に関して
 1. 時間外勤務、時間外呼び出しや夜間当直の免除の有無

2. 育児期間中の勤務形態
3. 勤務時間帯での授乳について
4. 授乳場所の有無

V. その他、育児期間中の優遇策について

C. 研究結果

アンケート送付数 93、回収数 72、回収率 77.4%であった。回答を得た病院はほぼ北海道全域にわたり、離島である利尻島も含まれていた（図 1）。

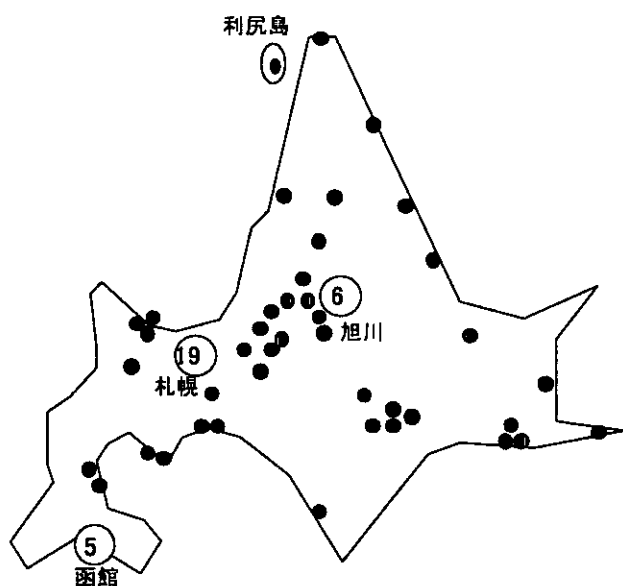


図 1. 回答の得られた病院の分布

○印は札幌、旭川、函館地区で、○内の数字は回答病院数

回答を得た病院背景：総医師数は 2833 名、その内女性医師総数は 347 名で、全体の 12.2%を占めていた。小児科医の総数は 259 名、その内女性小児科医数は 59 名で、小児科医全体の 22.7%に当たり、総医師数に占める女性医師 12.2%のほぼ倍の比率であった。

アンケート集計

I. 産休について

1. 産休の期間

- a. 産前 6 / 産後 8 週 40.2%

- b. 産前 7 / 産後 8 週 16.7%

- c. 産前 8 / 産後 8 週 34.7%

- d. その他（産前 2 / 産後 7 週、多胎では産前 2 / 産後 14 週、産前 2 週 / 産後 6 か月が各一病院）

2. 産休中の給料支給

- a. 通常にあり 63.8%
- b. 全くなし 13.8%
- c. 一部あり 15.2%
- c. その他 5.5%

3. 産休中の代替医師派遣の希望

- a. 希望する 73.6%
- b. 希望しない 8.3%
- c. その他 19.4%

II. 育児休暇に関して

1. 育児休暇の期間

- a. 満一歳まで 45.8%
- b. その他 51.4% (満三歳まで：15.3%、就学前まで：1 病院、なし：一病院)

2. 育児休暇中の給料支給

- a. 通常にあり 4.3%
- b. 全くなし 57.1%
- c. 一部あり 18.5%
- d. その他 20.0%

3. 育児休暇中の代替医師派遣の希望

- a. あり 70.8%
- b. なし 4.2%
- c. その他 26.4%

III. 病院での保育施設について

1. 保育施設の有無

- a. あり 56.9%

- b. なし 38.9%
- c. その他 5.6%

(考察を参照)

2. 女性医師の使用可能の有無
 - a. 可能 60%
 - b. 不可能 30%
 - c. その他 10%
3. 保育施設の受入時間帯
 - a. 8時 18時前後 68%
 - b. 8時 20時前後 1%
 - c. 24時間 23%

IV. 育児期間中の勤務形態について

1. 時間外勤務、呼び出し、夜間当直免除
 - a. あり 23.6%
 - b. なし 30.6%
 - c. その他 35.1%
2. 育児期間中の勤務形態
 - a. 外来のみ 5.6%
 - b. 病棟のみ 4.2%
 - c. 外来／病棟 43.1%
 - d. その他 33.3%
3. 勤務時間帯での授乳について
 - a. 可能 58.3%
 - b. 不可能 20.8%
 - c. その他 13.9%
4. 授乳可能の場合、授乳場所の有無
 - a. あり 32%
 - b. なし 60%
 - c. その他 6%
5. その他、育児期間中の優遇策について

D. 考察

今回のアンケート調査で回答を得られた総医師に占める女性医師の比率は約12%であるのに対し、小児科医におけるそれは約2倍であり、明らかに小児科医における女性医師数は多いことが確認された。今回の調査は、病院を対象にし、保健所関係の小児科医を含まないので、それを加味すると小児科医における女性医師の割合はさらに高くなることは明らかである。このことは、女性医師に関わる諸問題解決が小児科医の増加を図るための重要な因子の一つであることを強く示唆する。

産休の期間は、90%以上の病院が産前6 8週／産後8週としているが、産前2週と言う病院もあり、統一すべきであろう。産休中の給与では6割強の病院では通常に支払われるが、3割強の病院は無給または一部と回答されており、これらの多くは健康保険組合からの給与補償(60%)で対応しているというが、主として「看護師などを対象とした制度と思われる。産休中の代替え医師派遣希望は7割強有るが、小児科医の加重労働を考慮したものと窺える。

育児休暇は、満一歳までが最も多く(45%)、満三歳までが15%見られたが、育児休暇なしと回答した病院(1病院)もあった。社会通念として、育児休暇というのは、その期間は職場から解放されて育児に専念する事を意味するが、医師の場合、多くはその期間中でも診療に従事することを余儀なくされていると思われる。特に小児科医は、その病院における医師数が少ないため、1人の欠員は他の医師に大きな荷重を懸けることになるため、その傾向は大きい。従って、多く場合、育児休暇を最短にし、勤務形態を変えることで、育児休暇中でも診療に当たっているのが現状と思われる。この場合、病院内における育児施設の有無が、問題となるが、それを保有しているのは6割に満たない。しかも、有ったとして

も、看護師等のための施設として設置されているためか、女性医師が利用出来ないのが、3割強存在する。多くの施設が労働組合を基盤に設置されていると考えられるが、その詳細は今回のアンケートでは明らかではない。保育施設の利用時間帯も、7割強が8時から18時と日中に限られていた。ただし、24時間というのが、5病院に見られたのは、特筆に値する。女性医師が育児をしながら安心して働くためには、この保育施設の完備と運営時間の延長が必須と考えられる。実際、回答を寄せた小児科女性医師は、この事を強く希望していた。育児休暇中の給料は6割弱が全く支払われないと回答されたが、多くは雇用保険、または市町村職員共済から3割程度の補償があるようである。ただし、これも看護師を対象とした制度のようである。

育児期間中の勤務形態の調査では、時間外や夜間当直の制限をしているのは全体の2割強で、多くは通常勤務を課している事が窺われる。これは、少ない小児科医師間で互いに少しでも仕事量を軽減するためにやむを得ず行われているものと考えられる。

今回のアンケートの最後に、育児期間中の優遇策についての記載を願ったが、病院側としてはこれまで女性医師のこのような問題に直面していなかったため、余り今回のアンケートにあるような問題を認識していなかったと反省しているところが多く見られた。何れも、事例があったら最大限の優遇を考えると答えているが、一方で、直接女性医師からの感想として、「たとえその病院で優遇策を立てたとしても、その優遇策を他医師からの反感なしに受け入れられる風潮にはなっていないのが現状です。全国的なレベルでこのような風潮になることが必要です」。「規則上は、産休はとれますが、現実的には代替医師が得られない限りは不可能です」等々、制度や優遇策があっても、その小児科医の仕事を肩代わりする医師が得られない限り、その施行は無理なのが現状である。

女性小児科医が育児をしながら医師として活動できる範囲は自ずと制限を受ける。それを容認できる環境整備として、柔軟な勤務形態・フレックスタイム制などの導入が考えられる。しかし、この導入の最大の難関は、同僚の小児科医の荷重を増やさないための代替え医師や非常勤の医師の確保である。代替え医師・非常勤の医師の派遣は、多くは大学からの医員・大学院生に頼っており、大学自体での小児科医が不足している現状では、育児という長い期間をカバーするための長期派遣は、大学自体の空洞化を招く危険性があり、簡単ではない。さらに、最近の文部科学省高等教育局からの通達である「いわゆる医局による医師派遣と職業安定法との関係」から、教室の指示による依頼病院への医師派遣は出来ない状態にあるから、ますます事態は複雑である。

E. 結論

- 1) 女性小児科医が安心して育児を行いながら診療行為が出来るための一つの施策として、女性医師が利用できる院内保育施設を完備し、しかも24時間保育を施行することがあげられる。特に、容易にベビースターを得られない町村の病院では緊急の課題であろう。
- 2) 勤務に時間的制限を受ける育児中の女性小児科医に当てはまる勤務形態としてフレックスタイムが考えられるが、これを導入するためには、同僚医師の荷重を避けるための非常勤医師などの派遣を要請する必要がある。小児科医そのものが少ない現状では、大学といえども育児期間という長期の派遣は困難であり、まして、最近の文部科学省高等教育局からの通達により、教室からの強制的な派遣は出来ないため、ますます困難を極める状態にある。
- 3) 女性小児科医の多くは育児と勤務の挟間で苦悩し、結局は大都市の保健所勤務などを希望し、病院勤務から離脱する傾向にある。これは、一重に病院小児科医の過重労働に原因がある。特に最近の小児救急

医療の問題、小児科 24 時間診療の要望など、社会は小児科医師の加重労働を増幅させる方向にあることも子供を持つ女性小児科医のみならず小児科医師が病院勤務から離脱する大きな原因になっていると推測される。

4) 若い小児科医を確保・育成するための一つの方策として、女性小児科医の確保があると考え、女性医師が抱える育児と勤務に対する病院の対応を調査した。回答をしたほとんどの病院で、勤務の緩和に対して前向きに対応しようとしていることが窺われたが、対応をするためには、さらに小児科医が必要であり、小児科医不足をさらに深刻化するという悪循環を招く可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

小林邦彦、菊田英明：女性小児科医の産前、産後および育児に関する問題の検討—北海道内 96 病院へのアンケート調査—。投稿予定

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究 分担研究報告書

小児救急看護師の活用と教育プログラムの開発

分担研究者	片田 範子	兵庫県立看護大学小児看護学教授
研究協力者	蝦名美智子	神戸市看護大学教授
	丸 光恵	北里大学看護学部助教授
	小迫 幸恵	兵庫県立看護大学助手

研究要旨

本研究は、小児救急医療現場の実態調査を目的に行った。小児救急医療を積極的に行っている施設の病院長、看護部長への面接調査および小児救急医療に携わっている医師、看護師長、看護師への質問紙調査を通して、医師が処置や指導など多くの業務を抱え込んでいる一方で、医師、看護師をはじめとするコメディカルの数が絶対的に足りないと感じていること、さらに看護師においては小児救急患者の対応に際し知識や技術の未熟さを不安に感じていることがわかった。そのため、医師が期待しているほど看護師の能力を発揮できていないことが明らかになった。また、現状においては、医師、看護師ともに人的資源・患者家族への対応に関しては満足できていないことが明らかになった。そのため、小児救急看護教育の普及ならびに小児救急医療に携わるコメディカルの効果的な協働システムの構築が必要であると考えた。

A. 研究目的

本研究は、我が国の小児救急医療現場におけるコメディカルの協働状況を把握し、その上で小児救急に必要な継続教育としての看護教育プログラムを開発することを通して、国の施策の一環でもある小児医療水準および小児救急医療の向上、さらには小児救急医療現場における医師の業務遂行の改善を目的としている。

我が国では、小児科医の不足や小児医療の不採算性により小児科を標榜する医療施設が減少するなど、小児の救急患者とその家族に救急医療を提供するための基盤はまだまだ十分に整備されていない現状がある。これに対し厚生労働省は、母子保健の2010年までの国民運動計画として策定した「健やか親子21 検討会報告書」のなかで、21世紀に取り組むべき主要な課題の一つに

「小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備」をあげている。しかし現状として小児看護や救急看護に携わる看護師への体系的な教育プログラムはなく、小児救急の教育・指導は各施設あるいは個人の努力にゆだねられている現状がある。そのため、小児救急医療現場における看護師のとるべき役割・責任は不明瞭なままで、医師が過重な責務を負うこととなり、本来の医療業務に専念できない現状があると思われる。そこで、初年度は小児救急医療現場の実態を明らかにすることを目的とした。方法として、面接・見学を通しての実態把握と質問紙調査を行ったので、それぞれについて、研究方法・結果・考察を述べ、最後に2つから得られた今後への検討課題を結論としてまとめる。

B. 面接・見学を通しての実態把握

1. 研究方法

1) 調査期間

平成 14 年 11 月～平成 15 年 2 月

2) 対象者

小児の救急医療を積極的に行っている国内の医療施設 3 施設の病院長および看護部長ならびに、カナダの小児救急医療施設の看護長

3) 調査方法および内容

質問紙調査を開発するにあたっての基礎情報の収集をインフォーマルな面接を通して、聞き取り、また、見学を行った。小児救急システムを構築していく上で抱えている課題について、病院管理上直面している人的配置の困難さ、新たなシステムを導入するにあたっての時間・経費・人的・教育プログラムの準備状況での課題、部門間の調整にかかる課題、業務の役割分担ならびに委譲の方法、電話相談の仕組みならびに、看護師によるトリアージの実施とそれの準備等の点について意見交換をおこなった。カナダの施設については小児専門病院の救急センターの責任者に面会し、同センターの見学も合わせて行った。以下日本の小児救急医療が抱える問題として抽出された課題について述べ、カナダでの見学・説明から 1 次から 3 次救急を専門的に受け入れ 24 時間対応をしている施設の例を示す。

2. 結果および考察

1) 国内での小児救急医療システム管理上の課題

① 救急医療環境の煩雑さ

小児救急医療は 1 次救急レベルから 3 次救急レベルの判別がつかない事が問題となることは既に周知の事である。3 次救急を標榜していたとしても、患者が来院するシステムを取り入れ始めた場合には 1 次・2 次救急レベルの患者を受け入れることを想定

したシステム作りが必要となる。1 次から 3 次救急対応の患者は対応手法の違いがある。現在配置している看護職の人数は夜間救急体制を取り始めているところでも 1 から 3 人といったところが多く、そのような体制では緊急度を判断し、医師に診断・処置を任せ、必要時処置の介助をすることで精一杯という現状である。診療が目指すところと、対象のニーズ、ならびに医療者の人材の量・質的な課題が混在している。高次医療への対応と育児相談ニーズへの対応はそれぞれ関わりの仕方の準備が必要であり、高次医療の現場では日常的育児相談への対応の仕方、成人との総合的医療状況では小児の状態把握・親への対応のしかたの知識・経験不足が示されている。レベルの違う診療をしようと病院が取り組むときに、計画段階からシミュレーションはもちろん、診療に関わる全ての職種を加えての検討会議を丁寧に持つことが大切である。現在、救急医療体制の改善が緊急課題となるときこそ、各部署の協力関係が不可欠であり、診療の安全体制を確保する上でも重要なことである。

② 電話相談

患者ニーズへの対応として電話相談を従来行っているところ、これから始めようとしているところがあった。日常生活・育児の電話相談の窓口であろうが、夜間ともなれば電話相談は救急の窓口となる。病院で行っている電話相談であれば当然診療の提供が前提となることを開始する前に確認し、その上で生ずる患者数の増加、連絡網の整備、連絡事項の記録の取り方、対応のマニュアル作りなどが必然となる。電話相談が軌道に乗り始めて、電話数と来院数の比較ができるようになると、電話してきた人たち全てが来院しているわけではなく、電話相談の効果が確認できることもある。

また、電話相談の担当者が来院してくる

患者を担当しているものと同じ場合には、電話・実際の対応、双方ともに十分な力を注げない現状が伺えた。電話対応も相談になった場合時間を取る事が多く、目の前に対応を必要とする患者が搬送された場合など、当然優先度が変化する。このように病院で何を提供しようとしているのかに合わせたシステム作りが急務である。

③ トリアージ看護師の活用

救急トリアージについては用紙を用意し、緊急度に従って医師の診療への順番等をシステム化しているところがある。今回面接を行ったところは全て小児救急が行われており、小児看護の経験者がその対応に臨んでいた。大人との混合救急の現場でどのくらいそれらが対応されているのかを今後把握していく必要がある。

④ 患者ニーズへの対応技術

我が子の状態の変化への対応がある程度家族内で対応できていた時代から、すぐに専門家へ見てもらうことの要求、心細さ、わからなさなどが重なり、小児救急のコンビニ化現象が言われている。それぞれの子どもと親に合った商品を置くことが要求され、そこでは一時的な満足への対応で十分とするのか、そこが生活の基盤となっていくのかの見定めが必要である。コンビニエンスストア的対応を求める親に対し既存の医療対応技術では合致していかない。このギャップは医療者側からすると自由奔放・我慢できない医療の使い手であり、医療の使い手側からすると医療不信へと通ずることとなる。緊急時の切迫度も含め、人間の状態や人間関係のダイナミズムが判ることが第一線の看護職には必要になっているようである。

2) カナダの事例から見る小児救急体制
Children's Hospital of Eastern Ontario はカナダの首都に位置する小児専門病院であ

り、毎年 125,000 人の外来患者を抱えている。地域の他の医療機関と密な連携を保っている。救急部は独立しており、24 時間体制である。

① 救急対応スタッフ・看護職の充実

2002 年 12 月現在において、正規職員として雇用されている看護師は 15 名おり、その中には 3 名の臨床リーダーと 1 名の臨床教育者が含まれている。この他 36 人のパートタイムの看護師、10 人の時間勤務雇用の看護師が配置されている。准看護師は健康外来のみでパートタイムとして雇用されており、救急室勤務には雇用されていない。

救急医療部に位置づけられている職種は医師、看護師、医療補助者（受付業務）、であり、検査技師や放射線技師等検査部門については 24 時間対応となっている。

看護職内においてもトリアージ看護師、臨床リーダー、臨床教育者、点滴チーム、救急看護師が存在している。前掲したように医療補助者の存在が、書類の整理や搬送等業務を担っているため、看護業務への専念ができる状況を作っている。

② 柔軟な勤務体制

勤務時間は 4 時間、8 時間、12 時間、正規職員、パートタイム雇用、時間単位雇用と多様な雇用形態をとり、勤務時間的にも希望する時間を当てることのできるような柔軟なものになっている。

③ 役割に応じた準備教育

救急看護者として配属される人は 3 年以上の経験を有している人を配属している。しかし、オリエンテーションシステムが構築されており、小児救急看護の原則を体の臓器別と対応・処置別から組み込んでいるが、他職種対応の技術や記録の活用、看護業務基準の見直し、実践に関わる法的側面の見直し、プロトコルの学習・訓練などが含まれている。臨床教育者が配置され、

新人のオリエンテーション、新たな手技の技術指導、事例分析等救急部署での教育の必要性を見だし、定期的に行うセッションのみでなく、個別・集団指導を計画・実行しており、継続的学習環境を提供している。トリアージ看護師は救急看護師として経験が3-5年以上あり、トリアージ教育を受講して試験にパスしたものがトリアージに関われることになっている。

④患者ニーズに沿ったケア提供体制

この他に日本の1次救急に相応すると判断されるようなケースは小児健康指導部が存在し、そこに在中する小児専門看護師による健康アセスメントならびに健康指導が行われる。そのため、救急が窓口になっていても患者のニーズに合わせて3日分の薬処方ができる看護師が時間を取って指導できるようになっている。看護師の対応については必要時常駐する医師と相談の時間を取りながら行われている。

小児健康指導部に必要に応じて適宜来院者を相談できる場に紹介することができるため、救急的対応だけでなく、日常的な生活管理等についても指導・支援ができることによって患者への評判は良い。

⑤継続的な質改善システムの導入

病院全体での取り組みではあるが、救急部門においても質改善チームを作り定期的に業務の見直しをしている。その結果を踏まえて毎年、改善すべき事について取り組みその評価を行っている。継続学習効果をねらったものである。

⑥場所の確保

救急部門は受付から待合室、処置室、一時観察室、隔離室を複数備えており、24時間観察が可能である。それを超える場合には病棟への転送も考えられるが十分な配置と場所の確保ではかられることで、円滑な運用がなされている。

C. 質問紙調査による実態把握

1. 研究方法

1)調査期間

平成15年1月～現在

2)対象者

小児専門病院およびその周囲にある300床以上で小児科を標榜している病院において、小児救急に携わっている医師、看護師長および経験年数2年以上の看護師

3)調査方法および内容

上記対象医療施設の医師用、看護師長用、看護師用の救急医療現場の現状に関する質問紙を郵送にて配布、各自で記入後郵送にて返信してもらった。内容としては、看護師長には対象医療施設の特性や救急医療現場の現状、教育などについて、医師および看護師については救急医療現場の現状について調査を行った。

2. 倫理面への配慮

質問紙調査に関しては、質問紙とともに本研究の趣旨および研究への参加は自由意志である旨を記載した文書を同封し、同意して頂いた方に質問紙への回答および返信をして頂くようにした。また、研究成果を公表する際にはプライバシーの保護に努める。研究開始にあたり、兵庫県立看護大学倫理委員会の審査を受け承認された。

3. 研究結果

本調査は小児専門病院とその周囲に存在する300床以上で小児科を標榜している病院計142カ所を対象としている。近年、臨床を対象とした研究調査が盛んとなり、それぞれの施設で重複して質問紙への協力要請があり、業務の煩雑な中職員の困難が著しい状況である。そのため、本調査を行うに当たっては、各病院に調査研究依頼の旨の連絡後、質問紙を送付している。3月半ばよりは年度末にかかるため一旦停止し、

再度4月中旬から開始予定にしている。

3月10日現在質問紙送付に関して同意を得られたh56施設に質問紙を送付し、現時点までに戻ってきた調査用紙（医師40、看護師長4、看護師55）の結果を元に、暫定的な結果分析を述べる。

1) 医師から見た小児救急医療の現状

一次救急あるいは救急を要しないと判断される患者および家族、また二次救急・三次救急の患者および家族への処置や対応に関して、医師に対して行った調査結果を述べる。

① 一次救急あるいは救急を要しないと判断される患者家族への対応

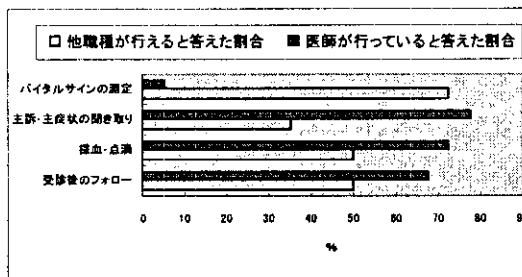


図1. 一次救急患者および救急を要しないと判断された患者への処置について、医師が実施している割合および他職種に任せてもよいと考えている割合

一次救急あるいは救急を要しないと判断される患者への処置を誰が行っているかに関しては、「バイタルサイン等の測定」で5%、「主訴・症状の聞き取り」で77.5%、「採血・点滴」で72.5%、「受診後のフォロー」では67.5%の医師が行っていた。これらの項目について、「バイタルサイン等の測定」72.5%、「主訴・症状の聞き取り」35.0%、「採血・点滴」50.0%、「受診後のフォロー」50.0%で、医師以外の職種が行えると医師たちは考えていた（図1）。しかし、医師以外の実施者としては、「バイタルサイン等の測定」では87.5%看護師が行っていると答えているが、「主訴・症状の聞き取り」「採血・点滴」「受診後のフォロー」に関しては、それぞれ5.0%、10.0%、15.0%が看護師が行っているものの、医師

はさらなる看護師を含めた他職種が担うことが出来ると考えていた。

また、患者および家族への指導に関しては、「薬の効果に関する説明」では80.0%が、「薬の飲ませ方に関する説明」では55.0%、「症状への対処の仕方の説明」では77.5%、「(次回受診や再度受診を要する状態の説明など) 帰宅後の対処の仕方に関する説明」では80.0%、「今後の生活での注意点などに関する説明」では72.5%、医師が行っている、と答えた。これらの指導項目に関しても、「薬の効果に関する説明」では75.0%、「薬の飲ませ方に関する説明」では90.0%、「症状への対処の仕方の説明」では85.0%、「帰宅後の対処の仕方に関する説明」では80.0%、「今後の生活での注意点などに関する説明」では85.0%の医師が、他職種が行ってよいと考えていた（図2）。

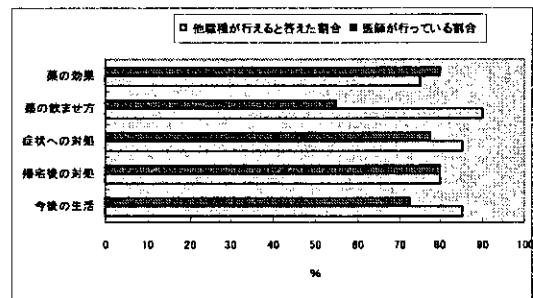


図2. 一次救急あるいは救急を要しないと判断された患者家族への説明指導について医師が実施している割合及び他職種に任せてもよいと考えている割合

医師以外では「薬の飲ませ方に関する説明」では看護師、薬剤師が、「今後の生活に関する説明」では看護師が行っていた。他職種が指導を行う際には、他職種が行ってもよいと答えていた医師のうち、「薬の効果に関する説明」では60.0%、「薬の飲ませ方に関する説明」では25.0%、「症状への対処に関する説明」では55.9%、「帰宅後の対処に関する説明」では62.5%、「今後の生活での注意点などに関する説明」では64.7%の医師が、指導に際し医師の指示

が必要であると述べていた。

②二次救急および三次救急の患者家族への対応

二次～三次救急を要する患者への処置

に関しては、「バイタルサイン等の測定」では10.0%、「主訴・症状の聞き取り」では77.5%、「採血・点滴」では75.0%の医師が、医師自身が行っていると答えていた。医師以外の職種としては、「バイタルサインの測定」では77.5%看護師が行っていると回答しており、「主訴・主症状の聞き取り」「採血・点滴」で看護師が行っている割合は、それぞれ5.0%、2.5%と低い一方で、これらの項目について医師以外の他職種が行ってもよいと考える項目については、「バイタルサインの測定」では67.5%「主訴・症状の聞き取り」で40.0%、「採血・点滴」では30.0%であった(図3)。

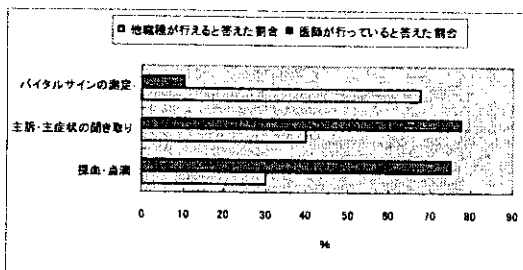


図3. 二次救急および三次救急患者への処置について、医師が実施している割合および他職種が行ってもよいと考える割合

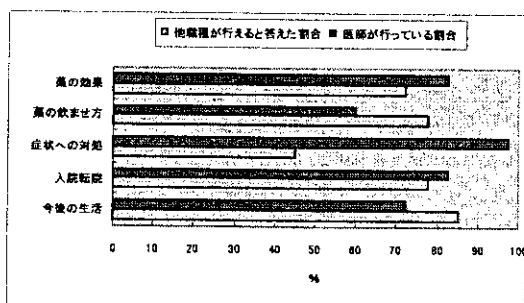


図4. 二次救急および三次救急の患者家族への説明指導について、医師が実施している割合および他職種に任せてもよいと思う割合

同様に患者および家族への指導に関して、「薬の効果に関する説明」では82.5%、「薬の飲ませ方に関する説明」では60.0%、「症状への対処の仕方に関する説明」では

97.5%、「入院・転院に関する説明」では82.5%、「今後の生活や入院生活などに関する説明」では72.5%が、医師自身が行っていると答えた。また、これらの項目について、「薬の効果に関する説明」では72.5%、「薬の飲ませ方に関する説明」では77.5%、「症状への対処の仕方に関する説明」では45.0%、「入院・退院に関する説明」では77.5%、「今後の生活に関する説明」では85.0%の医師が、他職種が行ってもよいと考えていた(図4)。しかし一方で、実際に他職種が行っていたのは「薬の飲ませ方に関する説明」では7.5%が看護師、7.5%が薬剤師が行っていると答えていたが、「薬の効果に関する説明」「症状への対処の説明」「入院・転院に関する説明」ではそれぞれ2.5%、「今後の生活での注意点に関する説明」では5%が職種の記載はないものの他職種が行っているに過ぎなかった。

さらに、小児救急医療現場における人的資源および患者家族への対応の満足度に関して聞いてみたところ、人的資源に関しては90.0%の医師が「充分でない」と答えていた。患者家族への対応に関しても、70.0%の医師が「うまくいっていない」と答えていた。このような現状に対して医師が考える改善策としては、小児救急になれた看護師の配置や医師・看護師など救急スタッフの数そのものの不足、薬剤師・放射線技師の不在などに対応する「適切な人的資源の配置」、成人とは違う小児の特性や疾患の理解など「救急スタッフのレベルアップ」、診療保険や救急医療施設の整備の見直しを含めた「救急システムの見直し」、救急に関する医療側と患者側の意識のずれに対する「患者家族への教育啓蒙」などがあがった。

3) 看護師から見た救急医療現場の現状
看護師に対しても、医師と同様に一次～

救急を要しないと判断される患者および家族、また二次～三次救急の患者および家族への処置や対応に関して調査を行った。

一次～救急を要しないと判断される患者への処置について誰が行っているかということに関して、「バイタルサイン等の測定」98.2%、「主訴・症状の聞き取り」89.1%、「採血・点滴」43.6%、「受診後のフォロー」では61.8%の看護師が行っていると答えた。

また、患者および家族への指導に関しては、「薬の効果に関する説明」では58.2%が、「薬の飲ませ方に関する説明」では83.6%、「症状への対処の仕方の説明」では70.9%、「(次回受診や再度受診を要する状態の説明など) 帰宅後の対処の仕方に関する説明」では83.6%、「今後の生活での注意点などに関する説明」では30.9%が、看護師が行っていると答えた。これらの指導項目に関して、医師の指示が必要であると答えた看護師は、「薬の効果に関する説明」では58.2%、「薬の飲ませ方に関する説明」では49.1%、「症状への対処の仕方に関する説明」では78.2%、「帰宅後の対処の仕方に関する説明」では76.4%、「今後の生活に関する説明」では65.5%であった。

さらに、二次～三次救急を要する患者への処置に関しては、「バイタルサイン等の測定」では96.4%、「主訴・症状の聞き取り」では90.9%、「採血・点滴」では58.2%が、看護師が行っていると答えていた。

同様に患者および家族への指導に関して、「薬の効果に関する説明」では58.2%、「薬の飲ませ方に関する説明」では80.0%、「症状への対処の仕方に関する説明」では83.6%、「入院・転院に関する説明」では87.3%、「今後の生活や入院生活などに関する説明」では61.8%が、看護師が行っていると答えた。これらの指導項目に関して、医師の指示が必要であると答えた看護師

は、「薬の効果に関する説明」では80.0%、「薬の飲ませ方に関する説明」では43.6%、「症状への対処の仕方に関する説明」では80.0%、「入院・転院に関する説明」では87.3%、「今後の生活や入院生活に関する説明」では78.2%であった。

さらに、小児救急医療現場における人的資源および患者家族への対応の満足度に関して聞いてみたところ、人的資源に関しては87.3%の看護師が「充分でない」と答えていた。患者家族への対応に関しても、70.9%の看護師が「うまくいっていない」と答えていた。このような現状に対して看護師が考える改善策としては、医師と同様に「適切な人的資源の配置」「救急スタッフのレベルアップ」「救急システムの見直し」「患者家族への教育啓蒙」などがあがったが、医師の場合は小児の患者は小児科医が対応することが多いのに対して、看護師の場合、小児科の経験のない看護師が対応することも多く、小児患者への対応に関する不安があがっており、小児救急看護教育プログラムへの参加に関しては、67.3%の看護師が参加を望んでいた。

他職種に関することとしては、医師との連携に関する困難を70.9%の看護師があげしており、小児科医がいないことによる患者家族への対応に関することや救急専属でないが故に連絡の取りにくさなどがあがっていた。医師以外の職種に関しても、事務職や薬剤師の不在による業務量の増加や、近年虐待や育児不安が増加していることからカウンセラーやMSWの導入を望む声も聞かれた。

4. 考察

1. 小児救急医療現場の現状

一次救急～救急を要しない患者の場合も、二次～三次救急の患者の場合も、患者への実施している内容としては、「バイタルサイ

ン等の測定」に関しては、看護師がほとんど行っていたが、「主訴・主症状の聞き取り」に関しては、医師・看護師とも行っているという結果であった。これは、患者の重症度が高くなるほど実施されている割合も高くなり、患者の状態の把握やトリアージを行う上で、医師・看護師ともに必要な情報であるためではないかと考える。

また、患者家族への説明指導に関しては、医師、看護師ともに各項目において比較的高い割合で説明・指導を行っているが、一次～救急を要しない判断される患者家族への「今後の生活に関する注意点に関する説明」で、看護師が30%しか行っていないという結果が出た。この内容は受診後に説明する内容でもあるため、看護師が時間をとれずに説明を行っていないのか、軽症故に必要なと判断した上で行っていないのかは本調査からだけでは不明である。しかし、医療者側が軽症あるいは救急を要しないと判断した場合でも、患者や家族は何らかの不安や必需性があり救急外来を受診しているのであり、小児救急医療の改善策としてあがっている「患者家族への教育啓蒙」も考慮すると、受診後のフォローは重要であると考える。

また、指導を行う際に医師の指示が必要か不要か、という質問に対しては、特に軽症の患者家族に対する説明・指導において、医師より看護師の方が「不要である」と答えた割合が低かった。小児救急医療の現場における看護師の自信のなさを表していると考えられる。この現象はさらに医師の負担を加重する結果となっていると思われる。救急医療の現場において小児の患者へ対応する場合、医師は小児科の医師が対応することが多いが、看護師の場合は成人の患者への対応と混在して小児の患者に対応することも多く、特に小児看護の経験のない看護師からは不安や自信のなさがあげられて

いる。医師の側から見ても小児看護に詳しい看護師を要望する声も上がっており、小児救急看護教育が早急に必要であると考えられる。

2. 小児救急医療へのスタッフの満足度

小児救急医療に携わっている医師・看護師ともに、救急医療現場の人的資源および患者家族への対応について、いずれも7割以上が「充分でない」答えており、現在の小児救急医療の現状について満足していないことがわかった。職務を遂行する上で、満足度が低いことはスタッフのモチベーションや達成感にも影響を及ぼし、ひいてはスタッフの燃え尽き現象を引き起こし、離職の要因ともなりうる。小児救急医療に携わる人的資源の増加のみならず、スタッフの小児に関する知識や技術の向上ならびに医師、看護師、薬剤師などコメディカルが効率的に協働できるようなシステムが必要であると考える。

D. 結論

ここで述べてきたことは中間報告の段階であるが、小児救急医療を巡る環境は医療提供者にとっても複雑かつ困難な現状を呈している。小児科医の減少が問題とされているにもかかわらず、医師への負担が大きいことは事実であり、救急対応の本質が整理されていない現状がうかがえる。カナダの事例は規模や資源の活用の仕方が根本的に異なっているので、全て目標となるわけではないと感ずるが、良い医療を行っていく上では、多職種の活用は必然となってくるのではないだろうか。今後の課題について述べる。

1. 対象のニーズがコンビニ化する中で、各病院はどのような対応が現実的に可能なのか、小児救急の目標の設定。
2. 医師職は多職種への業務委譲を思考しているが、それぞれ委譲しながらも円

滑に安全な救急医療を行うためのシステムの構築。

3. 看護職の技術向上のための教育システムの計画実施。
4. 適切な配置が無いままでは円滑なシステム運営はできないと思われるため、適正配置と役割の明確化。

子どもと親へのプレパレーションの実践普及
—子どもと親が安心して医療を受けられる看護の提供と普及—

分担研究者	蝦名美智子	神戸市看護大学 小児看護学教授
研究協力者	鈴木敦子・赤川晴美	福井県立大学看護福祉学部 小児看護学教授・講師
	楢木野裕美	滋賀医科大学医学部看護学科
	杉本陽子、前田貴彦	三重大学医学部看護学科 小児看護学教授・助手
	鎌田佳奈美	大阪府立看護大学短期大学部 小児看護学 講師
	高橋清子	大阪大学医学部保健学科 小児看護学 助手
	二宮啓子・松森直美	神戸市看護大学 小児看護学助教授・助手

研究要旨

小児医療において、子どもと親が医療者を信頼し安心して医療を受けるために不可欠な条件の一つが、子どもと親へ十分な情報を適切に提供すること、及びそのための医師・看護師・親の連携である。本報告では特に子どもと親へ適切に情報を提供することを「プレパレーション」と表現し、分析ポイントとしている。平成14年度は全国200床以上の小児診療科を有する1487病院の医師、看護師、親を対象に、病院環境の状況、入院の説明、採血・点滴注射の説明、手術の説明、退院の説明の5テーマを調査した。回収率は医師28.0%、看護師36.0%、親21.9%であった。回答者の病院規模では、200～300床未満が2.5割、300～500床未満が4割、500床以上が3割であった。調査の主な概要は、①全般的に医師・看護師・親は抽象的概念が発達する前の3～8歳の子ども達に対して、入院や採血・点滴を説明することにおいて、問えば「必要」とする回答が高いが、実際に行っている率が低く、意識と行動に大きな差がみられた。②子どもへの説明において、医師・看護師・親の連携が必要であるが、医師は3～8歳児への説明であっても、医師自身が適任と捉え、看護師や親への期待は2割以下であった。③自由記載からは、「子どもを尊重する医療は理想であるが、納得させる時間等を考える時、きれい事では済まされない」という意見が医師にみられた。④親と看護師は、3～8歳児では、医師への期待は低く、親と看護師の方が適任と捉えていた。これらの結果を勘案すると、若手小児科医・産科医を増やすと同時に、入院の説明や採血・点滴の説明等、治療方針が決定後の子どもへの対処は看護師・親へ委譲し、多忙な医師がこれ以上多忙とならないように、しかも子どもと親が安心して医療を受けられることを再考し、連携の中でお互いの役割を認識していくことが求められる。

A. 研究目的

我々が過去5年間の調査で明らかにしたことは、子どもが病院で医療処置を受ける際、子どもはその理解力に見合った説明を受けることが少ないこと、従って処置前の子どもの心の準備、例えば「その気になっているか」に注意が払われていないこと等である。我々は子どもが健全に発育するためには、子どもを尊重したケアが必要であり、その具体策の1例として「子どもが処置を受ける時の心の準備ができるように援助する」ことを重視している。そしてこの援助をプレパレーションと呼んでいる。

子どもは医療下で様々な苦痛を経験するが、プレパレーションはその苦痛を乗り越えたり緩和させたりする上で重要であり、特に慢性疾患があり長い間に繰り返し医療処置を受ける子ども達にとって必須とされるべきケアである。我々はプレパレー

ションを「小児医療における質改善」の中心テーマと捉えている。

欧州における小児医療の質改善は、1959年に提出されたイギリスのプラットレポートの勧告に沿って設立されたNAWCH(The National Association for the Welfare of Children in Hospital:現在のAction for Sick Children)、及び1963年に発足した欧州医師連盟(CESP:Confederation of European Societies of Pediatricians of EEC)の専門委員会が大きく貢献してきた。特にNAWCHが1984年に制定した「入院している子どもの権利に関する十箇条の憲章(文末資料)」はイギリスだけでなく欧州全体に広く認められ実行されてきた内容である。この中では医療を受ける際、子どもが分かる言葉や方法で説明されること、及び入院中いつでも子どもは親と一緒にいることが推奨されている。また、これらは医療者がサービス