

「お子さんの急病対応ガイドブック」

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℃程度までで、きげん良く遊んでいるか、すやすや眠っているような時は、あわてずに様子を見てみてください。39℃とか 40℃になると、フラフラするか、機嫌が悪くなります。このような時は、診察を受けましょう。

2. 熱が出たら、どうするの！

もし、熱がでたら、熱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、次のような方法があります。

- 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。その中に冷たい水道の水を袋の3分の1程度くらい入れます。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。

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。

ぬるま湯でひたしたおしぼりで全身を拭いてあげると、体温は穏やかに下がります。

- 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 時間です。時間が過ぎれば、また、熱が上がってきます。

注:解熱剤の中には、「水ぼうそう(水痘)」や冬に流行する「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、水ぼうそうやインフルエンザにかかったときに使っても良いか、必ずかかりつけ医に確認しておきましょう。

- 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。

熱が高いときに、子どもをお湯に入れること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いてください。

- ④ 熱さまし用のヒタイ(額)などに貼るものが流行していますが、冷やす面積が小さくて、熱を下げる効果は少ないのですが、子どもにとって気持ちよいのが目的です。

3. 熱は一旦下がったけど・・・

お子さんの体温が 38℃程度に下がって、すやすや眠り始めるか、機嫌が良くなるようなら、大した病気では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、診察を受けましょう。

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、熱を下げた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

よう。

朝になったら、落ちついて小児科医に受診しましょう。

注：早く熱を下げようとして、水の中に氷を入れるならば、小さな氷塊を5個くらいでやめてください。冷蔵庫で作った氷でも、氷を多く入れると、今度は冷たすぎてお子さんが嫌がりますし、触れている部分が凍傷になることもありますし、熱が下がりすぎて顔色が青くなることもあります。

4. 熱性けいれん

熱が上がるときにけいれんを起こすことがあります。初めてのけいれんや長時間続くけいれんは診察を受けましょう。

嘔吐

1. 子どもが吐いた！

吐いたものを気管に吸い込まないようにお子さんの体を横向きにしましょう。

そして、急にムカムカして吐いたのか、咳をした後で吐いたのか、顔色が変わっていないか、吐いたのはどのようなものか、お腹が張っていないかなどを観察してください。

2. 吐いたらどうするの？

吐いたものに血液とか黄色や緑色の液が入っていないかなどをみましょう。

お腹をさすってみて、痛がる場所はないか、張っていないかなどをみましょう。

自宅で1回だけ浣腸をして排便させると良くなる場合がありますので、試してみてもいいかがですか。

お子さんが吐いた後で“キーン”というような激しい泣き方を繰り返すようなら、急いで診察を受けましょう。

3. 吐き気が止まったら

水、番茶か幼児用イオン飲料をスプーンで少しずつ飲ませてみます。吐かなければ、5～10分おきに飲ませてみます。4,5回飲ませて、吐かないようならば、朝まで待っても大丈夫でしょう。

注：オレンジなど柑橘系の飲み物や炭酸飲料、牛乳などは、吐き気を増強させますので飲ませてはいけません。

4. 吐いた後に次の症状があれば、早めに診察を受けてください。

- ① 続けて何回も吐いているとき
- ② ひきつけを起こすか、意識がぼんやりしているとき
- ③ 強い頭痛を伴うとき
- ④ 出た大便に血液がついているとき
- ⑤ 尿が8時間以上出ていないとき

お子さんが吐いても、あわてずにお子さんの様子を観察してください。ほとんどの場合にあわてる必要はありませんが、上の4. にあげた①から⑤の項目にあてはまるときは早めに診察を受けましょう。

下痢

1. 子どもが下痢をした！

お腹を冷やさないようにします。

どのような下痢便か観察しましょう。

水のようなか、泥のようなか、血液が付いているか、ネバネバした粘液が付いているか、などは診断のために非常に役立ちます。

便をオムツにしたなら、オムツを残しておきましょう。オムツをしていないなら、下痢便の一部をビニール袋に入れておいて、診察を受けるときに持参してください。

下痢の回数が多いとき、ぐったりし始めたとき、尿のにおいがくさいとき、脱水症状のあるときな

どは輸液が必要となるので診察を受けましょう。

2. 下痢をしたらどうするの？

1回の下痢便で止まることもありますが、下痢便の回数と性状(血液が付いているか、水様便かなど)や、おしっこの回数はメモをしておきましょう。

発熱、発疹のある・なしも確認してください。

母乳は、そのまま飲ませてよいでしょう。

母乳でなければ、最初は白湯を少し飲ませてみるか、人工乳を普通の2倍に薄めて(ミルク粉1サジで40ml)飲ませてみます。乳幼児用イオン飲料でも結構です。いずれにしても、飲ませたことにより吐き気を示すことがありますので、多くても20ml程度で様子を見ます。

大きな子なら、絶食も少しは効果ありますが、乳幼児では、長くても3時間程度で飲ませ始めましょう。

その後は、おかゆ程度から開始しますが、量はひかえめにしてください。

3. どうして下痢を止めないの？

お腹に悪いウイルスとか細菌が入ったために下痢は起きます。

体内から早く排泄しようとして下痢になっています。下痢止めなどにより排泄しようとする働きを止めてしまうと、ウイルスや細菌が腸の中で増えるために、さらに症状は悪くなることが多いのです。

下痢を無理に止めないことも大事な治療です。整腸剤といわれる乳酸菌製剤などで、腸管内の悪い細菌などが増えにくい状態にしてあげます。

4. どんなものを食べさせてもよいの？

最初に食べてもよい物は、おかゆ、おじや、うどんなどのでんぷん質を少しずつ食べさせてみましょう。

油を使ったものや繊維質のものは避けます。

腹痛

1. おなかが痛いといえます

発熱していないか、吐き気がないか、下痢をしていないか、おなかを抱え込むように痛がらないか、激しい泣き方をしていないか、などに注意しましょう。

それから、おなかが張っていないか、全体的さわってみましょう。それから指を少し立てぎみにして柔らかく押しながら移動させ、一定の場所に痛みを訴えるかどうかみてください。

排便でなおることもありますので、トイレに行かせても出ないなら、浣腸をしてみましょう。大便とか尿とかが出たら、血液がないかどうか、いつものような大便や尿かどうか確認してください。

2. おなかが痛い時はどうするの？

おなかをさわってみましょう。

左上から下の方を痛がる時は、便秘のこともあります。

右下の方を痛がる時は、虫垂炎(いわゆる盲腸炎)などもありますので、発熱、吐き気、激しい泣き方など他の症状があるか観察してください。

次第に痛みが強くなる時は、診察を受けましょう。

3. 痛みがおさまらしたら？

簡単に痛みがおさまるようなら、少し水分を飲ませてください。

吐き気やおなかの痛みがあるときは、オレンジなどの柑橘系のものや牛乳類は飲ませてはいけません。よけいに痛みが強くなるか、吐き気を示すこともあります。

喘鳴(ぜんめい)

呼吸に伴って、ゼーゼー、ヒューヒューという音が聞こえるのを喘鳴といえます。これは鼻から気管支

への気道に分泌物や痰が溜まり狭くなっている時に聞こえます。

1. 喘鳴が聞こえる！

首の付け根が、息をするたびに凹むかどうかに見てください。

熱があるか、咳が強いのか、息づかいや発汗の様子もみてください。

いつもはイビキをかかないのに、イビキをかいているかどうか。

注：喘鳴でも、ヒューヒューという音の聞かれるときは、分泌物の水分が少なくなっています。

2. 喘鳴が聞こえたらどうするの？

喘鳴が聞こえても、スヤスヤ眠れるときは、様子を見ても大丈夫でしょう。

水分の補給を充分にして、部屋の湿度を高くします。加湿器がなくても、室内に洗濯物を干すとか、濡れたタオルをぶら下げるだけでも湿度は上がります。

ゼーゼーからヒューヒューという音に変わるようなら、体を起こして寄りかかる姿勢にすると、お子さんは楽になります。

痰などの分泌物は出やすくするため、水分を少量ずつ頻回に飲ませ、背中をさすったり軽くトントンと叩いたりしてあげると、効果があります。

ゼーゼーや咳でよく眠れないときは、診察を受けましょう。

3. 喘鳴が強いときは？

喘鳴が強くなるときは、診察を受けましょう。

喘鳴があるときは、呼吸が少し苦しいので、換気を心がけましょう。

普段どおりの会話ができるか、食欲はあるかなども注意してください。

乳児が、呼吸が苦しそうで、発熱をともなっていたら診察を受けましょう。

咳

1. 咳が出ます！

10分に1回くらいのゴホッという咳は、様子を見ても大丈夫。

発熱しているときや何度も咳き込んで吐くときは診察を受けましょう。

次のようなときも診察を受けましょう。

- ①痰が切れずに咳き込むことを繰り返す、
- ②声がかすれ犬が吠えるような咳をする、
- ③呼吸にあわせヒューという音がする、
- ④突然むせて激しい咳き込みが続く。

2. 咳が出たらどうするの？

水を少し飲ませ、窓を開けて換気すると軽くなることがあります。

痰を出させるためには、水分摂取と体位交換が必要です。

ぬるま湯で湿したタオルを口や鼻にソッと当ててみると、痰が出やすくなることもありますので試してください(長くても15秒程度でやめる)。

水分を飲ませるとき、オレンジなど柑橘系の飲み物や牛乳類は吐き気を誘発するので飲ませないでください。

乳幼児で呼吸数が普段より多く(1分間50回以上)、顔色が悪くなって、呼吸が苦しそうなときは急いで診察を受けましょう。

気管支喘息(小児喘息など)といわれたことがあり、呼吸が苦しそうでゼーゼー聞こえ、前胸部の上の方や肋骨の間がペコペコ凹む呼吸(陥没呼吸)があるときは、診察を受けましょう。

発疹・湿疹

何らかの原因で、ジンマシンのように急に出た皮膚の変化を発疹と言い、アトピー性皮膚炎とか赤ちゃんの顔に持続的に出ている皮膚の変化を湿疹と言います。

湿疹は、救急で診察を受ける必要はありません。

1. 発疹がでました！

どのような発疹ですか？ かゆがりますか？
発疹が広がりますか？ 発疹の場所を痛がりますか？

発疹の形は小さな赤みなのか、いろんな形をした大きなものか、少し盛り上がっているか、透き通ったもので押さえて赤みが消えるか、などを観察してください。

2. 発疹がでたらどうするの？

① 急に出ることが多いのは、じんましんです。
じんましんは、原因不明のこともあります、多くは何らかの食べ物が原因となり、出る場所によって大きさや形の違う、淡紅色で少し盛り上がった発疹です。

じんましんでも、強いかゆみがないとか、発疹が数個だけならば、その部分を冷やしてみるか、普段使っている虫刺されの薬を塗って様子を見てもよいでしょう。

発疹がどんどん広がるとか、かゆみが強いとか、発熱またはゼーゼーという呼吸をとまっているときは、診察を受けましょう。

② 透き通った定規やコップなどで発疹を押さえたままで発疹のあった場所を見て、赤みが消えずに同じ赤さを保っているときは、診察を受けましょう。

けいれん(ひきつけ)

急に身体の一部または全身をピクピクないしガクガクさせたり、意識がなくなって、目が固定してグーッと突っ張ったりすることを“けいれん(ひきつけ)”といいます。

1. けいれんをおこしました！

お子さんのけいれんに気づいたら、あわてて抱き上げたり、ゆすったり、頬を叩いたりしないで、

① 気づいた時間を確認

② 目は？手足は？熱は？吐き気は？10分以上続くか？などを観察

③ 衣服をゆるめて寝かせる

舌を噛まないようにと、口の中にもものを入れてはいけません。

2. けいれんをしたらどうするの？

次の場合は、できるだけ早く診察を受けましょう。

①10分以上続くとき、②けいれんの止まった後で、呼びかけや痛み刺激を与えても目を開けたり嫌がったりしないとき、③意識は回復したが、どこかにマヒがあるとき、④発熱2日目以後にけいれんを起こしたとき。

3. けいれんの予防は？

けいれんを予防する坐剤があります。詳しくは、かかりつけの小児科医に相談しておきましょう。いわゆる良性の‘熱性けいれん’は、何度起こしても、特に後遺症を残す心配はありません。

4. 熱性けいれん

熱が上がるときにけいれんを起こすことがあります。初めてのけいれんや長時間続くけいれんの時は、診察を受けましょう。

誤飲

子どもが、飲み込むと危険なものを飲み込んだ場合を誤飲といいます。

家庭の中であっても、子どもに危険なものはたくさんあります。

タバコ、医薬品、漂白剤、殺虫剤、燃料(灯油など)、ボタン電池などです。

1. 誤飲しました！

落ちついて、何を飲み込んだか周囲にあるものから推測してください。

灯油など揮発性のある石油製品と漂白剤、強い酸やアルカリの製品などは、吐かせるとかえって危険ですので、診察を受けましょう。これ以

外の場合は、一度、吐かせてみるとよいでしょう。

飲み込んだものの残りや、吐いたもの、その容器、添付説明書などは、診察を受けるときに必ず持参してください。

2. 心配のない誤飲物:体温計の水銀、クレヨン、石けん、インク、絵の具、墨汁、化粧水、シリカゲル、線香
3. 吐かせ方:指をノドの奥に入れて舌を押し下げる。
4. ノドに詰まっているとき:① 頭を下にして背中を叩く、② 後ろからお子さんのお腹の前で指を組み、お子さんのお腹を上後ろ方向に強く引き上げる。

中毒 110 番 ダイヤルQ2

大阪 0990-50-2499

つくば 0990-52-9899

(通話料の他、3分間300円の情報提供料がかかります)

タバコ

“タバコを食べてしまった”といっても、あまりのニガさのために普通は1cmも食べてはいませんが、その場に残っているものを確認してください。それからお子さんが飲み込んでいるかもしれませんので、吐かせてみます。吐いたものの中に、タバコの葉が1,2枚程度でしたら、あわてないで大丈夫です。

2cm以上を食べたようでしたら、できるだけ早く診察を受けましょう。

特に、タバコの灰皿の汁や、タバコを捨てたジュース缶などの残りを飲んだ場合は、できるだけ早く診察を受けましょう。

下記の文献から多大の部分引用しました。

- 1) 子どもの急病時にはどうするの—救急診療所のかかり方— 佐藤好範、西牟田敏之監修、千葉県小児科医会作成、2002年4月発行
- 2) 「子どもが たいへん！」= お子さんの急病ガイドブック= 長野市小児科医会編集、長野市発行、2002年7月発行

小児科医の勤務実態アンケート調査

【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病院勤務の小児科医に荷重な診療を強いる状況を生みだしていると考えられる。我々の大学関連病院でも、仕事の過酷さから病院勤務を辞め開業に走る小児科医が出てきており、その対応に苦慮している。一方、実際にどの程度の過酷さが小児科勤務医に課せられているかの実態はなかなか把握出来ない。そこで、大学関連病院に勤務する小児科医個人々人を対象にアンケートによる勤務実態把握を試みた。結果として、病院の全科当直を課せられている小児科医でも、それとは別に小児救急などのための日当直やオンコール拘束、時間制限夜間勤務などがあること、また実働勤務時間が週 80 時間以上のものが 21%もあることなど、過超労働の現実が把握された。一方、これまで小児科医を辞めたいと思ったとの回答が 40%あった。その理由の多くは、仕事の内容と時間的なものだったが、「小児科に魅力がない」、「生き甲斐を感じない」と言うのもその 1/4 に見られたのは注目に値する。

A. 目的

最近の小児科 24 時間体制の要望、小児救急の実施等は病院勤務の小児科医に荷重な診療を強いる状況を生みだしていると考えられる。それを推測させる事例として、仕事の過酷さから精神的変調を来し(多くは鬱状態や強迫観念)、病院勤務を辞め開業に走る小児科医が出てきていることが挙げられる。しかし、実際にどの程度の過酷さが小児科勤務医に課せられているかの実態はなかなか把握出来ない。そこで、今回は北海道大学医学部小児科の関連病院の個々の医師に対し、アンケート調査を行いその勤務実態の把握を試みた、

B. 研究方法

北海道大学医学部小児科関連病院(36 施設)に勤務する個々の小児科医に対し、以下の項

目についてのアンケート用紙を郵送し、回答を依頼した。

[質問項目]

- I. 性別:(1.男 2.女)
- II. 卒後年数:(1. 2 年未満、2. 3~5 年、3. 5~10 年、4. 10~20 年、5. 20 年以上)
- III. 実年齢:(歳)
- IV. 結婚の有無:(1.結婚している、2.未婚)
- V. 子どもの有無:(1.有り、2.なし)
先生の小児科診療領域:(1.主に一般小児科、2.主に新生児/周産期、3.一般/新生児などの区別なし)
- VII. 勤務病院の小児科医総数:(名)
- VIII. 病院内での立場(地位):(1.医長[部長/科長]、2.医員、3.研修医、4.嘱託医、5.その他)
- IX. 日当直の実状について

・全科日当直義務の有無(1.ある:平均 日/月、2.ない)

A. 「ある」と答えた場合、以下の業務を行っているか否かについて

- a. 小児救急のための日当直義務(院内泊)が全科当直以外にある:平均 日/月
- b. 小児救急のための夜間・休日オンコール拘束がある:平均 日/月
- c. 小児救急のための時間制限の夜間勤務がある:平均 日/月
- d. 全科日当直以外なし

B. 「ない」と答えた先生で以下の業務を行っている先生は○をつけ、質問に対し記入してください。

- a. 小児救急のための日当直義務(院内泊)がある:平均 日/月
- b. 小児救急のための夜間・休日オンコール拘束がある:平均 日/月
- c. 小児救急のための時間制限の夜間勤務がある:平均 日/月
- d. 何れもない

X. この一週間(平成 16 年 1 月 15～22 日)での実質勤務時間(日当直など含む):(時間)

XI. 患者さんの診療や事務処理のため、遅くまで病院で働いた場合の給与(報酬)について

- a. 超過勤務に対する給与がでる。
- b. 一切ない。
- c. その他(例:申請した時間外の一部に対してでる等)

XII. この一週間(平成 16 年 1 月 15～22 日)でオンコール拘束があった場合、その実質日数:(日間)

XIII. オンコール拘束に対する報酬について

- a. 病院に出てこなくてもある。
- b. 病院に出てきた時のみある。
- c. 一切ない。
- d. その他()

XIV. 昨年 6 月～12 月の半年間での一月平均日当直(全科/小児救急含む)回数:(平均回/月)

XV. 昨年 6 月～12 月の半年間での一月平均の夜間・休日オンコール拘束の日数:(平均日/月)

XVI. 家庭生活関連事項

- a. 平成 16 年 1 月 15 日～2 月 14 日までの一月間での帰宅日数:(日)
- b. 平成 16 年 1 月 15 日～2 月 14 日までの一月間で家族一緒に夕食を取れた日数:(日)
- c. 小さな子どものいる男性医師で、子どもと遊べた一日平均時間:(平均 時間)
- d. 家庭を持っている女性医師で、仕事がどの程度家庭生活に支障をきたしているか:(1. 非常に、2. かなり、3. 通常の職業婦人程度、4. 感じない)
- e. 最近、小児科医を辞めたいと思ったことがあるか:(1.ある、2.ない)

1. 「ある」と答えた場合の理由(複数可)

- (1. 仕事がきつい、2. 職場の人間関係、3. 小児科に魅力がない、4. 生き甲斐を感じない、5. 収入が低い、6. その他()

2. 上で、①「仕事がきつい」と感じる原因:(複数可)(1. 時間的、2. 仕事の内容、3. その他()

C. 研究結果

アンケート送付数 131、回収数 87、回収率 66.4%であった。

アンケート集計

I. 性別 男性:女性=72:15

II. 卒業年数分布

・卒後 2 年未満:3 名(3%)

- ・3～5年:13名(15%)
- ・5～10年:12名(14%)
- ・10～20年:23名(26%)
- ・20年以上:36名(41%)

Ⅲ. 実年齢

- ・20代:10名(11%)
- ・30代:27名(31%)
- ・40代:27名(31%)
- ・50代:21名(24%)
- ・60代:2名(2%)

Ⅳ. 結婚の有無

- ・結婚している:69名(79%)
- ・していない:18名(21%)

Ⅴ. こどもの有無

- ・有り:59名(68%)
- ・なし:28名(32%)

Ⅵ. 診療領域

- ・主に一般小児科:50名(57.5%)
- ・主に新生児/周産期:10名(11.5%)
- ・一般、周産期の区別なし:27名(31%)

Ⅶ. 勤務している病院の小児科医数

- ・1～2名:15名(17%)
- ・3～4名:15名(17%)
- ・5～6名:35名(40%)
- ・7～9名:14名(16%)
- ・10～11名:8名(9%)

Ⅷ. 病院での地位(立場)について

- ・医長(部長/科長):48名(55%)
- ・医員:31名(36%)
- ・研修医:5名(6%)

- ・嘱託医:2名(3%)
- ・出張医:1名(1%)

Ⅸ. 病院の全科当直義務

- ・義務がある:39名(45%)
- ・義務なし:47名(55%)

A. 全科当直がある場合の業務内容

- ・小児救急のための日当直が全科当直以外にもある:17名(30%)
- ・小児救急のための夜間・休日オンコール拘束がある:36名(64%)
- ・小児救急のための時間制限の夜間勤務がある:3名(5%)
- ・全科当直以外なし:0名(0%)

B. 全科当直がない場合、以下の業務がある

- ・小児救急のための日当直義務がある:34名(50%)
- ・小児救急のための夜間・休日オンコール拘束がある:20名(29%)
- ・小児救急のための時間制限の夜間勤務がある:9名(13%)
- ・何れもない:5名(7%)

X. この一週間(1月15～1月22日)での実質勤務時間(日当直も含む)

- ・40～50時間:10名(12%)
- ・51～60時間:16名(20%)
- ・61～70時間:20名(25%)
- ・71～80時間:18名(22%)
- ・81～90時間:6名(7%)
- ・91～120時間:11名(14%)

- XI. 患者さんの診療や事務処理のため遅くまで働いた場合の報酬の有無
- ・超過勤務に対する給与がでる:19名(22%)
 - ・一切ない:32名(38%)
 - ・その他(例:申請した時間外の一部に対して支払われる等):34名(40%)
- a. 平成 16 年 1 月 15 日～2 月 14 日までの一月で自宅に帰った日数
- ・10 日以下:3名(4%)
 - ・11～20 日:9名(11%)
 - ・21～30 日:55名(65%)
 - ・毎日:18名(21%)
- XII. この一週間(1 月 15～1 月 22 日)でオンコール拘束の実質日数
- ・1～2 日:33名(73%)
 - ・5～6 日:7名(16%)
 - ・毎日:5名(11%)
- b. 平成 16 年 1 月 15 日～2 月 14 日までの一月で家族と夕食をした日数
- ・0 日:4名(6%)
 - ・1～4 日:10名(14%)
 - ・5～10 日:21名(30%)
 - ・11～20 日:20名(29%)
 - ・21～30 日:12名(17%)
 - ・毎日:2(3%)
- XIII. オンコール拘束に対する報酬の有無
- ・病院に出てこなくてもある:6名(12%)
 - ・病院に出た時にのみある:40名(57%)
 - ・一切無い:21名(30%)
 - ・その他:3名(4%)
- c. 小さな子供のいる男性医師の一日平均こどもと遊べた時間
- ・0～0.5 時間:14名(44%)
 - ・1～2 時間:8名(25%)
 - ・無回答:10名(31%)
- XIV. 昨年 6 月～12 月の半年間での一月平均日当直回数
- ・1 日以下:4名(6%)
 - ・1～2 日:27名(42%)
 - ・3～4 日:11名(17%)
 - ・5～7 日:17名(27%)
 - ・8 日以上:5(8%)
- d. 家庭を持っている女性医師で、仕事がどの程度家庭生活に支障を来していると感じるか
- ・非常に:3名(42%)
 - ・可成り:4名(52%)
 - ・通常の職業婦人と同程度:0
 - ・感じない:0
- XV. 昨年 6 月～12 月の半年間での一月平均オンコール拘束日数
- ・1～3 日:6名(10%)
 - ・4～6 日:14名(23%)
 - ・7～10 日:33名(53%)
 - ・11～15 日:(8%)
 - ・21 日以上:4(6%)
- e. 最近小児科を辞めたいと思ったことがあるか
- ・有る:29名(40%)
 - ・無い:42名(58%)
 - ・無回答:1(1%)
- XVI. 家庭生活との関連事項

1. 有ると答えた方の理由について(複数可)

- ・仕事がきつい:9名(38%)
- ・職場の人間関係:4名(17%)
- ・小児科の魅力がない:3名(13%)
- ・生き甲斐を感じない:3名(13%)
- ・収入が低い:2名(8%)
- ・その他:3名(13%)

2. 上で仕事がきついを選んだ方でその内容について(複数可)

- ・時間的:9名(47%)
- ・仕事の内容:9名(47%)
- ・その他(トラブル処理など):1(5%)

D. 考察

今回の病院勤務小児科医個人へのアンケートでは、アンケート回収出来た小児科医の卒後年数は20年以上が41%、卒後10年以下は32%と比較的高年齢者からの回収が良好であった。回収率が66.4%と比較的低かったことを考慮すると、若い小児科医からの回収率が悪かった可能性がある。回収した55%が医長または部長の地位にあるものからであったことから推測できる。これは、その立場の先生方が、今回のアンケートに少なからず関心を寄せてくれたことを意味するのかもしれない。

勤務実態を表す調査として当直の状態を調査した項目では、小児科医が病院の全科当直に組み込まれているのが全体の45%にあったが、この場合、その全ては全科当直とは別に小児救急のための日当直やオンコール拘束または時間制限の夜間勤務を受けている事が判った。全科当直の義務がない場合でも90%以上の小児科医は、小児救急のための日当直やオンコール拘束または時間制限の夜間勤務を受けていた。7%に当たる5名の小児科医は、何れの義務も負っていなかったが、何れも年齢によるものであった。

一週間の実質勤務時間では、88%の小児科医は50時間を超えており、80時間以上のものも21%を占め、過超労働の現実が把握された。この超過勤務の実態にも関わらず、超過勤務手当が出ないと答えた医師が38%あり、出るとしても申請した一部か、または時間に関係なく一定額/月のところが多いうだった。オンコール拘束に対し、報酬が一切無いと答えたものが21名(30%)あり、拘束される側の心理的苦痛に対する配慮の少なさが窺われる。

日当直やオンコール拘束を受ける日数であるが、日当直は1~2日/月が42%と最も多かったが、8日/月というのも8%もあり、オンコール拘束は、7~10日/月が53%を占め、21日以上というのも6%あった。

家庭生活への影響を見た項目で興味のある結果は、自分の子どもと遊ぶ時間である。回答者の約半数は0~0.5時間と記載している。これが、本当だとすると、小児科医として問題である。時間的拘束や仕事の忙しさでこのような現象担っているとすれば、由々しきことである。家庭を持っている女性小児科医の殆どは小児科医としての仕事が生計に支障を来していると回答している。内容的には、子どもの病気の時などの夜間の呼び出しが負担になるようだ。

この調査で最も知りたかったのは、これまでに小児科医を辞めたいと思ったことがあるか否かであるが、回答した40%に、辞めたいと思った事があるという結果であった。これを多いと見るか、少ないと見るかは、これまでこのような調査をした例を知らないのでコメントできないが、その理由の約40%は「仕事がきつい」となっているのは、上の結果から納得がいく。なお、仕事がきついと感ずる理由の多くは時間的なことと仕事の内容であり、これも理解できる。「小児科に魅力がない」、「生き甲斐を感じない」の両方を足すと26%になるが、

これは注目に値する。何故その様に感じるかの詳細な調査が必要かも知れない。以外だったのは、収入が少ないとするのが 8%と最も少なかったことである。小児科医らしい結果だと思われる。

結論的に、病院勤務小児科医は過剰労働をしていることが明らかになった。この事が、最近の小児科医が、勤務医を離れる一つの大きな原因に繋がっているものと思われる。

産科医師の勤務環境に関する研究

【分担研究者】

平原 史樹 横浜市立大学大学院医学研究科生殖生育病態医学講座産婦人科学教授

【研究協力者】

宮城 悦子 横浜市立大学大学院医学研究科生殖生育病態医学講座産婦人科学講師

■要約

横浜市立大学医学部附属 2 病院と教育関連施設 10 病院に勤務する 82 人の産婦人科医師を対象として、産科医師の勤務実態や産科の将来についての意識調査を行い、現状を分析し問題点を明らかにした上で、産科若手医師の確保・育成につながる提言を行うことを本研究の目的とした。主たる結果として、約 80%の医師が月 5 回以上の当直勤務を行い、さらに 75%の医師は当直時に 5 時間以下の睡眠時間で翌日通常勤務を行っている、67%が月 5 日以上夜間・休日のオンコールの状態にあるなど、ストレスが多い勤務環境の実態が明らかになった。さらに、現状の勤務環境に満足しているとの回答はわずか 21%で、62%の医師が現環境での産科若手医師の確保は不可能と考えていた。早急に改善すべき要望としては、定員の増加や女性医師の産休・育休時および復帰後の支援体制(保育園の整備、産休や育児休暇時の代用診療医の確保、復帰後の勤務形態としてワークシェアリング導入など)に関する件が多かった。また将来的に自分が開業した場合、セミオープンシステムにより産科診療へ参加したいとの希望が半数以上の医師からあった。本研究の調査は、産科勤務医が 4 人以上の病院が対象となっており、地域中核病院の産科に勤務従事する医師の苛酷・熾烈な勤務環境の実態を反映するものである。行政等への効率的な働きかけにより、産科診療に携わる人的資源の確保がなされることで、少子化に歯止めがかからないわが国の女性が、安心かつ安全に妊娠・出産することが保証されることが急務である。

見出し語;産科勤務環境、女性産科医師、提言

1. 研究の目的及び必要性

近年、産科専門医を目指す若手医師の減少傾向が指摘されている。この理由として、産科診療に多く発生する医療事故、ないしはハイリスクな医療環境があげられる。一方、産科診療を担う医師の勤務環境は、他の診療科の医師に比して、きわめて苛酷であり、なおかつ、前述した医事紛争が多発する中、過剰なストレスにさらされているのが現状である。本研究は、この苛酷な勤務環境の実態の調査を行い、その問題点を分析するとともに、本邦における若手産科医師の確保・育成にかか

わる問題点の指摘、提言を行うことを目的とした。

2. 研究方法

横浜市立大学医学部附属 2 病院と教育関連施設 10 病院に勤務する 82 人の産婦人科医師を対象として、(1)現在の産科勤務環境(2)産(婦)人科の将来像について(3)行政、病院管理者、医会、学会等への提言についての 3 項目に関するアンケート調査を行い分析した。

3. 研究結果

(1) 現在の産科勤務環境(表1)

回答者の75%が産婦人科専門医で、25%が専門医取得前の27歳-32歳の若手医師であった。60%の医師が年間分娩数600件以上の病院で産科勤務を行っており、産科当直勤務のある医師数は1病院あたり4人から12人であった。産婦人科病床数に占める産科病床数の割合は、50%から69%の施設が過半数であった。当直回数は、月5回以上が全体の79%、専門医の取得前の若手医師の94%に及んでいた。さらに75%の医師は当直時に5時間以下の睡眠時間で翌日通常勤務を行っていることが明らかになった。また、67%の医師が月5日以上、夜間・休日のオンコールの状態にあり、完全休養日は1か月平均4.5日と、ストレスが多い過酷な勤務環境の実態が明らかになった。さらに、現状の勤務環境に満足しているとの回答はわずか21%で、過半数の医師が満足していないと回答した。

(2) 産(婦)人科の将来像について (表2)

62%の医師が、現在の環境では産科若手医師の確保は不可能と考えていた。若手産科医師増加のために早急に改善すべき要望としては、定員の増加と当直日数の軽減が74%と圧倒的に多く、次いで分娩施設の集約化、勤務2交代性の導入、給与の見直し、研修医教育の改革の順であった。女性医師の子育てと復帰支援については、産休・育休時の非常勤診療医の確保(ワークシェアリング導入なども視野に)、保育園の整備に関する要望が多かった。また将来、自分が開業した場合、セミオープンシステムにより産科診療へ参加したいとの希望が半数以上の医師からあった。

(3) 行政、病院管理者、医会、学会等への提言 (表3)

内容的には、労働環境整備、リスクへの対応、医

学教育・研修、報酬増加に大別された。

労働環境整備の内容としては、勤務2-3交代制の導入、病診連携による外来患者数削減等による労働時間の短縮による過重労働改善の意見があった。また、保育環境の充実への要望も多く、具体的には、院内保育の充実、24時間保育の必要性、病児保育などが挙げられた。

訴訟が増加する今日の産科診療リスクへの対応としては、まず周産期施設の整備、集約化、機能分担等の意見がリスク回避に必須との意見が多かった。訴訟への対応として、倫理ガイドラインの徹底、組織的対応の必要性の意見があった。

医学教育・研修の充実は、新たに産科を志す若手医師確保の根幹となるべきものであるが、現体制では満足な教育は不可能であることが実感されている。教育専任担当医の必要性、研究日や学会出席の機会を与えることで学問的興味を持たせる等の提言があった。また、われわれの施設での新規産婦人科入局者の8割以上が女性医師である現状をふまえ、男性医師の勧誘に組織的な努力を必要とするとの意見もあった。

人員の確保に早急に対応できない状況をふまえ、労働量とリスクに見合った診療報酬の増加が必要との意見が、特に産婦人科医として16年以上の病院勤務をしている専門医から多く挙げられた。

4. 考察

ハイリスクの妊娠、分娩を取り扱う地域の中核病院において、高度かつ密度の濃い産科診療がなされることが一般化される中で、旧態とした医師定数の配置により、産科に勤務従事する医師の苛酷・熾烈な勤務環境の実態が本研究で明らかとなった。さらに、産科領域の診療経験の豊かな医師が離脱する傾向が顕著となっていることに加え、近年増加傾向のある女性医師にとって、出産・育

児に関する支援、また代替医師補充の制度の欠如などがこの傾向をさらに助長している。

行政等への効率的な働きかけには、医会と学会による連携や、医療従事者以外(マスコミ、学識経験者、患者団体、政治家など)の協力が不可欠である。少子化に歯止めがかからないわが国の女性が、安心かつ安全に妊娠・出産することが保証されるために、その根幹となる産科医師の人的資源、経済的資源の拡充・充実を実施することが急務である。

5. 業績

1 Gorai I, Tanaka K, Inada M, Morinaga H, Uchiyama Y, Kikuchi R, Chaki O, Hirahara F: Estrogen-metabolizing gene polymorphisms, but not estrogen receptor- α gene polymorphisms, are associated with the onset of menarche in healthy postmenopausal Japanese women. *J Clin Endocrinol Metab*, 88: 799-803, 2003.

2 Natsume N, Sumiyoshi Y, Hirahara F, et.al: Attempt for prevention of cleft lip and palate in Japan. *Dentistry in Japan*, 39: 194-198, 2003.

3 中村妙子, 青木茂, 春木篤, 遠藤方哉, 安藤紀子, 高橋恒男, 石川浩史, 平原史樹: 妊娠 30 週に突然発症した糖尿病性ケトアシドーシスの 1 例.

日産婦神奈川会誌, 39:98-103, 2003.

4 大関はるか, 石川浩史, 春木篤, 平原史樹, 安藤紀子, 高橋恒男: 周郭胎盤の 5 例. *日産婦神奈川会誌*, 39:107-112, 2003.

5 平原史樹: 産婦人科臨床における遺伝カウンセリング. *日産婦医会報*, 3:10-11, 2003.

6 榊原秀也, 細川真理子, 平原史樹: 月経困難症. *産婦人科の実際*, 52:21-29, 2003.

7 春木篤, 高橋恒男, 平原史樹: 炎症性腸疾患. *産科と婦人科*, 70:343-348, 2003.

8 平原史樹: サリドマイドの再登場で教えられること. *ペリネイタルケア*, 22:281, 2003.

9 平原史樹, 住吉好雄, 山中美智子, 朝倉啓文, 佐々木繁, 坂元正一: 先天異常モニタリング. *周産期医学*, 33:1071-1076, 2003.

10 貴邑富久子, 船橋利也, 榊原秀也, 平原史樹, 木原彬: 非典型的性アイデンティティの脳基盤—女性から男性への性転換症者の性腺刺激ホルモン分泌パターンをもとに—. *日本=性研究会議会報*, 15:42-55, 2003

表1. 現在の産科勤務環境について:分娩取り扱い11施設, 回収率 63/72(87.5%)			
	専門医資格あり(回答47名)	専門医資格なし(回答16名)	合計(回答63名)
卒後年数			
1年～5年	0	12 (75.0%)	12 (19.0%)
6年～10年	10 (21.3%)	4 (25.0%)	14 (22.2%)
11年～15年	13 (27.7%)	0	13 (20.6%)
16年以上	24 (51.1%)	0	24 (38.1%)
産婦人科臨床経験年数			
1年～5年	2 (4.3%)	16 (100%)	18 (28.6%)
6年～10年	12 (25.5%)	0	12 (19.0%)
11年～15年	11 (23.4%)	0	11 (17.5%)
16年以上	22 (46.8%)	0	22 (34.9%)
年間分娩数(2003年)			
200-299	3 (6.4%)	1 (6.3%)	4 (6.3%)
300-399	11 (23.4%)	1 (6.3%)	12 (19.0%)
400-499	6 (12.8%)	0	6 (9.4%)
500-599	2 (4.3%)	1 (6.3%)	3 (4.8%)
600 以上	25 (53.2%)	13 (81.3%)	38 (60.3%)
産科救急母体受け入れ 件数			
0-49	20 (42.6%)	7 (43.8%)	27 (42.9%)
50-99	19 (40.4%)	2 (12.5%)	21 (33.3%)
100-149	7 (14.9%)	1 (6.3%)	8 (12.7%)
150 以上	1 (2.1%)	6 (37.5%)	7 (11.1%)
分娩担当当直医師数			
4-5 人	18 (38.3%)	6 (37.5%)	24 (38.1%)
6-7 人	15 (31.9%)	3 (18.8%)	18 (28.6%)
8-9 人	4 (8.5%)	1 (6.3%)	5 (7.9%)
10 人以上	10 (21.3%)	6 (37.5%)	16 (25.4%)
産婦人科に占める産科 ベッドの比率			
50%未満	18 (38.3%)	3 (18.8%)	21 (33.3%)
50%-59%	9 (19.1%)	4 (25.0%)	13 (20.6%)
60%-69%	14 (29.8%)	7 (43.8%)	21 (33.3%)
70%-79%	0	0	0
80%以上	6 (12.8%)	2 (12.5%)	8 (12.7%)
一ヶ月の平均当直回数			
1 回	1 (2.1%)	0	1 (1.6%)
2 回	4 (8.5%)	0	4 (6.3%)
3 回	3 (6.4%)	0	3 (4.8%)
4 回	4 (8.5%)	1 (6.3%)	5 (7.9%)
5 回以上	35 (74.5%)	15 (93.7%)	50 (79.4%)
当直時の平均睡眠可能 時間			
3 時間未満	1 (2.1%)	2 (12.5%)	3 (4.8%)
3時間以上-5時間未満	33 (70.2%)	12 (75.0%)	45 (71.4%)
5時間以上	13 (27.7%)	2 (12.5%)	15 (23.8%)
一ヶ月オンコール割り当 て			
0-2 回	8 (17.0%)	5 (31.3%)	13 (20.6%)
3-4 回	3 (6.4%)	5 (31.3%)	8 (12.7%)
5-6 回	24 (51.1%)	4 (25.0%)	28 (44.4%)

7-8 回	10 (21.3%)	2 (12.5%)	12 (19.0%)
9-10 回	2 (4.3%)	0	2 (3.2%)
オンコール時の登院率	4-40% (平均 16.5%)	10-15% (平均 10.8%)	4-40% (平均 15.3%)
一ヶ月間完全休養	2-8 日 (平均 4.5 日)	3-8 日 (平均 4.5 日)	2-8 日 (平均 4.5 日)
勤務環境、給与などへの満足感			
満足している	8 (17.0%)	6 (37.5%)	13 (20.6%)
満足していない	27 (57.4%)	5 (31.3%)	33 (52.4%)
どちらともいえない	12 (25.5%)	5 (31.3%)	17 (27.0%)

表2. 産(婦)人科の将来像:12 施設, 回収率 65/82 (79.3%)

設問	回答率
1. 現状のままでは将来の産(婦)人科を担う若手医師の十分な確保は可能か?	
可能と考える	10.8%
不可能と考える	61.5%
どちらともいえない	27.7%
2. 産(婦)人科を担う若手医師を増加させるために改善すべき重点項目は? (複数回答可)	
スタッフ増員、当直回数を減らす	73.8%
分娩施設の集約化	32.3%
勤務 2 交代制の導入	29.2%
給与の見直し	20.0%
研修医教育の改革	20.0%
医学部教育の改革	4.6%
*その他の自由意見	
当直翌日の半日勤務, 育児休暇をとりやすくする環境など	
3. 自分の産婦人科科診療の中での産科診療の今後	
産科診療を今後も現状と同様または今以上に続けたい	53.8%
産科診療は現在より縮小したい	18.5%
産科診療は将来はやめたい	18.5%
4. 女性産婦人科医師の子育てと復帰支援について検討すべき重点項目は? (複数回答可)	
産休、育休時の非常勤診療医の確保(ワークシェアリングなど)	73.8%
保育園の整備	63.1%
復帰後の勤務環境の柔軟性	38.5%
同僚の理解と支援	16.9%
*その他の自由意見	
すべてが必須, 子どもが病気の時のサポート体制	
5. 将来もし開業した場合、分娩を取り扱う意志はあるか?	
妊婦検診のみ自院で行い、分娩はセミオープンシステムで依頼	50.8%
妊婦検診は自院で行い分娩はオープンシステム等で提携病院にて自ら行う	20.0%
妊婦検診も分娩も産科は取り扱いたくない	18.5%
妊婦検診、分娩とも自院で取り扱いたい	6.2%

表 3 行政, 医会, 学会への提言: 13 施設, 回収率 52/82(63.4%)

1. 労働環境整備 37/52(71.2%)	(1) 労働時間の短縮 二・三交代制 当直等削減 患者数削減 (2) 女性医師への対応 産・育休充実 保育所の充実(院内保育、24 時間、病児保育 など) (3) ワークシェアリング 当直2人体制 定員増加 3
2. リスクへの対応 18/52(34.6%)	(1) 周産期施設整備 施設集中化 機能分担(病診連携) NICU の整備 (2) 訴訟への対応 倫理ガイドライン作成 組織的対応
3. 医学教育・研修 16/52(30.8%)	(1) 学生・初期研修プログラムの充実 教育担当医の設置 後期研修の充実 (2) 組織的な勧誘 男性医師の勧誘 (3) 研究日の確保, 学会出席の自由化
4. 報酬増加 9/52(17.3%)	(1) リスクに見合う報酬(分娩費値上げなど) (2) 保険点数増加
5. その他	(1) 医師会・学会・行政が連携して対応を (2) 医局内人事で個人の家庭状況に配慮を (3) 上司の働く姿でやる気が出る

小児救急看護師の活用と研修プログラムの開発

【分担研究者】	片田 範子	兵庫県立看護大学看護学部教授
【研究協力者】	蝦名美智子	神戸市看護大学看護学部教授
	丸光 恵	北里大学看護学部助教授
	三宅 一代	兵庫県立看護大学看護学部助手
	岡田 和美	兵庫県立看護大学看護学部助手
	小迫 幸恵	兵庫県立看護大学看護学部助手

■研究要旨

平成 14 年度から平成 15 年度にかけて行った質問紙による小児救急医療現場の実態調査の結果より、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おり、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、小児の救急患者が多いとされる第一次から第二次救急での小児患者および家族への対応に不安を感じていることが明らかになった。また、近年社会問題となっている小児虐待への対応や、少子化・核家族化による家庭での育児能力の低下に伴う家族への指導のあり方などへの対応に関しても困難さを感じていることも明確になった。その一方で、救急現場に配属されている看護師が小児救急看護のオリエンテーションならびに継続教育を受ける機会は少なく、小児救急看護に対する教育は看護師の自己研鑽にゆだねられており、小児救急看護教育プログラムへのニーズが高いことが明らかになった。そのため、社会情勢も鑑みて、特に①第一次救急から第三次救急で適切なアセスメント能力およびトリアージ能力をもって、救急外来を受診する子どもや家族に適切なケアを提供できる②救急外来において小児虐待の早期発見および適切なケアができる③家庭や社会に向けて育児相談や育児不安への対応ができる、以上 3 点の能力に秀でた小児救急認定看護師の育成および活用が急務であると考え、小児救急認定看護師の教育プログラムの開発の端緒として、小児救急認定看護師教育プログラムの起案および実施の可能性への検討を行った。

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目的としている。この小児救急看護教育プログラムの開発を通して、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、ならびに小児虐待の早期発見や子どもと家族の育児環境の改善、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。

平成 14 年度から平成 15 年度にかけておこなった小児救急医療の現場における医師および看護師の質問紙による実態調査(平成 14 年度報告書にて途中経過を報告)において、医師が処置や患者への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おり、

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。

日本看護協会が行っている認定看護師制度において、救急看護が分野特定されており、すでに平成 16 年 1 月 15 日現在で 116 名の救急看護認定看護師が存在し現場で活躍している。しかし、日本看護協会における救急看護認定教育プログラムは、重症集中ケアに重点が置かれており、また小児の救急に関する教育は非常に少なく、小児やその家族の特性を理解した上で、第一次～第二次救急の多くを占める小児救急患者への看護を実践できる看護師は少ないと思われる。そのため、小児救急にも対応できる看護教育プログラムの開発が急務であると考えられ、小児救急看護に携わっている看護師の協力をいただき、今年度は小児救急看護教育プログラムの開発に取り組んだ。

本報告書では、平成 14 年度～平成 15 年度に行った質問紙による実態調査の結果、および小児救急看護教育プログラムの開発について報告する。

B. 質問紙による小児救急医療実態調査

本調査は平成 14 年度から 15 年度にかけて行い、平成 14 年度分担研究報告書に途中経過を報告した。今回は最終結果について報告する。

1. 研究方法

1) 調査期間

平成 15 年 1 月～平成 15 年 5 月

2) 調査対象者

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) 研究方法

上記対象医療施設の医師、看護師長、看

護師に、それぞれ救急医療現場の現状に関する質問紙調査を郵送法にて行った。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の現状、教育について、医師および看護師には救急医療の現状について調査を行った。

4) 倫理的配慮

質問紙調査の承諾に関しては、各医療施設の看護部長に電話にて研究趣旨を説明し、研究協力の承諾がとれた医療施設に質問紙を郵送した。

研究対象者に関しては、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思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いただくようにした。また、研究成果を公表するにあたり、プライバシーの保護に努めた。

本研究を開始するにあたり、兵庫県立看護大学倫理委員会の審査を受け承認されている。

2. 研究結果

1) 回答者の特性

送付 計 88 施設(医師用は 78 施設)

看護師長 88 名

看護師 445 名

医師 395 名

回収

看護師長 39 名(39 施設)

(回収率 44.3%)

看護師 203 名(55 施設)

(回収率 45.6%)

医師 110 名(37 施設)

(回収率 27.8%)

看護師の経験年数は以下の通りであった。

平均経験年数 14.1 年