

救急看護の経験年数 4.3 年  
 うち小児救急看護の経験年数 3.9 年  
 小児看護の経験年数 5.3 年

2) 施設および救急外来の特性(回答:看護師長)

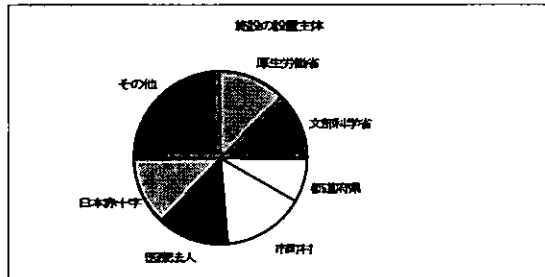


図 1. 施設の設置主体

設置主体は、厚生労働省 5(12.8%)、文部科学省 5(12.8%)、都道府県 3(7.7%)市町村 6(15.4%)、医療法人 5(12.8%)、日本赤十字 5(12.8%)、その他 10(25.6%)の割合であった。その他には、学校法人、社会福祉法人、財団法人、公益法人などがあげられていた。(図 1)

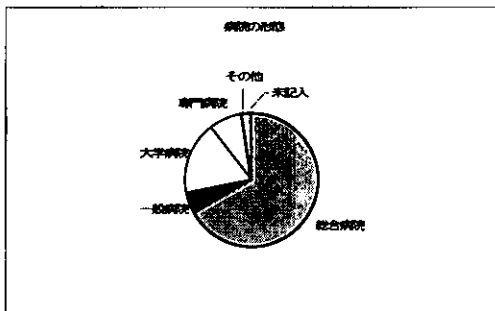


図 2. 施設の形態

医療施設の形態としては、総合病院 26(66.7%)、一般病院 2(5.1%)、大学病院 7(17.9%)、専門病院 3(7.7%)、その他 0、未記入 1(2.6%)であった。(図 2)

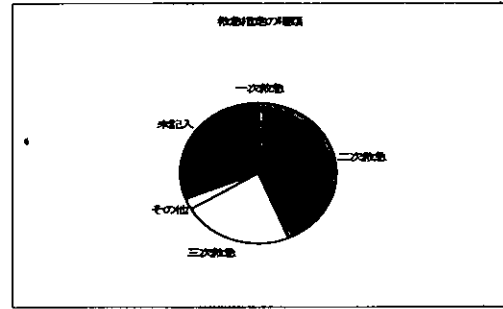


図 3. 救急指定の種類

救急指定の種類については、一次救急 0、二次救急 17(43.6%)、三次救急 9(23.1%)、その他 1(2.6%)、未記入 12(30.8%)であった。(図 3)

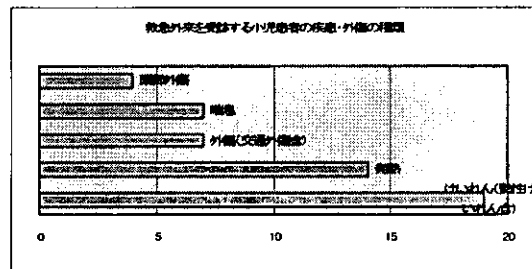


図 4. 救急外来を受診する小児患者の疾患・外傷の種類

救急外来を受診する小児患者の疾患・外傷の種類については、けいれん(熱性けいれんを含む)が最も多く、ついで発熱、外傷(交通外傷を含む)、喘息、頭部外傷の順であった。(図 4)

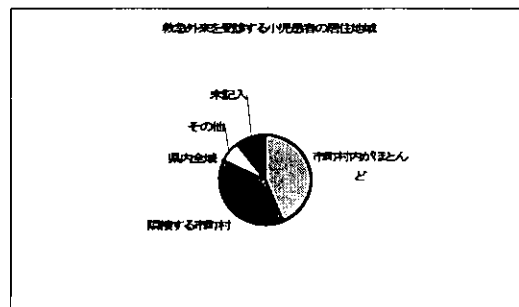


図 5. 救急外来を受診する小児患者の居住地域

救急外来を受診する小児患者の居住地域に関しては、市町村内 17(43.6%)、隣接する市町村 15(38.5%)と病院の近隣に居住する患者が 8割を超えていた。(図 5)

2) 救急外来における人的資源(回答:看護師長)

救急外来に専従できる看護師の数は、副看護師長が3.4人、スタッフナースが15.9人でそのほとんどを正看護師が占めていたが、一方で救急外来に専従している看護師のうち、小児看護の経験者は0~2人と非常に少なかった。(表1)また、看護職以外の職種においては、医師が4.1人、臨床検査技師1.2人、放射線技師1.1人であった。

3) 救急外来での業務に関する事項(回答:看護師長)

救急外来受診者のうち小児患者が占める割合を、曜日時間別一日平均数を見ると、平日昼間は423.5人中49.0人(11.6%)、平日夜間75.8人中20.7人(27.3%)、土曜昼間91.7人中20.9人(22.8%)と平日から土曜昼間にかけてはそれほど多くないが、土曜夜間58.4人中25.9人(44.3%)、日曜昼間83.3人中39.4人(47.3%)、日曜夜間64.0人中26.3人(41.1%)と、土曜の夜間から日曜日の週末にかけて、小児救急患者が占める割合が高くなっていった。(図6)

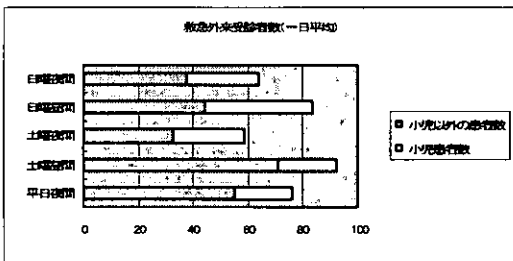


図 6. 救急外来受診者数(一日平均)

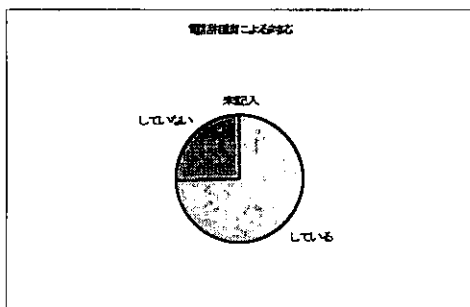


図 7. 電話相談への対応

表 1. 救急外来専従看護師の内訳および小児看護経験者数

	専従看護師数	小児看護経験者数
副看護師長	3.4人	0.4人
スタッフナース	15.9人	2.3人
うち正看護師	13.0人	1.5人
准看護師	0.6人	0.0人

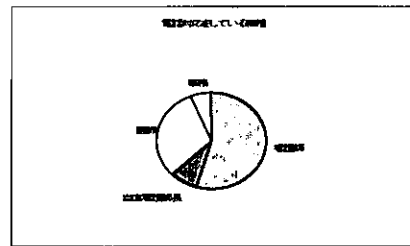


図 8. 電話対応している職種

また、電話相談への対応を「している」と答えた施設は29(74.4%)、「していない」と答えた施設は10(25.6%)であった(図7)。

電話対応を行っている職種については、看護師19、当直看護師長3、医師11、事務2で、看護師が約6割を占めていた。(図8)

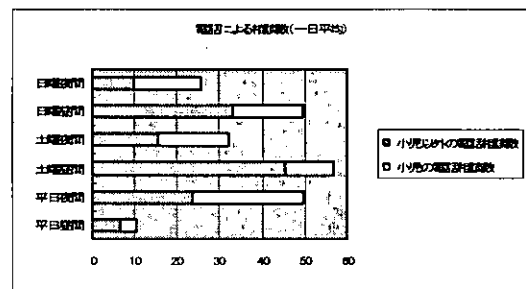


図 9. 救急外来における電話相談数(一日平均)

救急外来における電話による相談で、小児患者が占める割合を、曜日時間別一日平均数で見ると、平日昼間10.6件中3.8件(35.8%)、平日夜間49.7件中26.3件(52.9%)、土曜昼間26.9件中11.5件(20.2%)、土曜夜間32.0件中16.4件(51.3%)、日曜昼間49.5件中16.5件(33.3%)、日曜夜間25.7件中15.6件(60.7%)と、昼間と比較して件数自体は少なくなるものの、

小児の占める割合は夜間ほど高くなっていった。  
 (図 9)

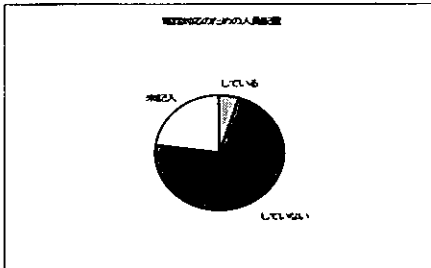


図 10. 電話対応のための人員配置

しかし、その一方で、電話対応のための人員配置を「している」と答えたのは 2 施設で、7 割以上が「していない」と答えており(図 10)、前述した電話対応している職種について看護師が 6 割を超えているという結果も合わせてみると、救急外来に所属する看護師が救急外来業務の合間をぬって、電話対応している現状が見えた。

4) 救急外来にて看護師が行う患者への業務について(回答:看護師および医師)

a) 一次救急あるいは救急を要しないと判断される小児患者・家族への対応

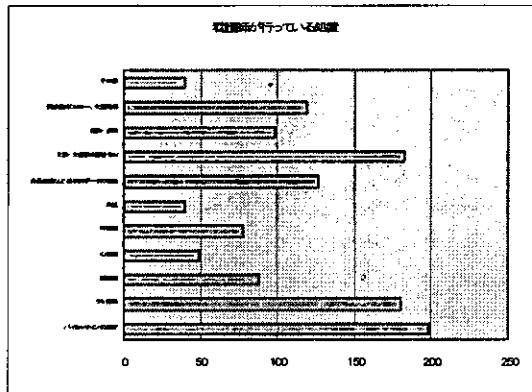


図 11. 救急外来にて看護師が行っている処置(一次救急あるいは救急を要しないと判断される場合)

一次救急あるいは救急を要しないと判断される患者・家族への対応のうち、救急外来において看護師が行っている処置はバイタルサインの測定が 198(97.5%)でそのうち体温測定が 180(88.7%)、脈拍数測定が 88(43.3%)、

心拍数測定が(24.1%)、呼吸数測定が 78(38.4%)、血圧測定が 40(19.7%)であった。また、身長体重などの基本データの収集が 127(62.6%)、主訴・主症状の聞き取りが 182(89.7%)、採血・点滴 98(48.3%)、受診後のフォロー・生活指導 119(58.6%)であった。(図 11)

また、上記の処置などについて、医師が看護師をはじめとする他職種に任せても良いと考える割合に関しては、バイタルサイン測定および身長体重などの基本的データの収集 107(97.3%)、主訴・主症状の聞き取り 57(51.8%)、採血・点滴 71(64.5%)、受診後のフォロー・生活指導 55(50.7%)で、一次救急あるいは救急を要しないと判断される患者・家族に対しては、医師以外の職種がおこなってもよいと考えている割合が高かった。(図 12)

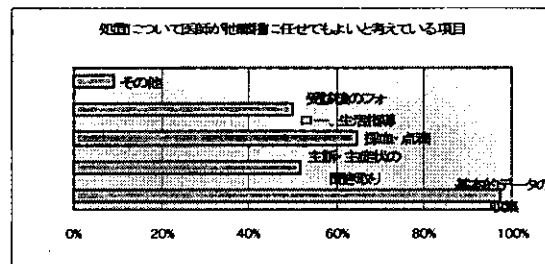


図 12. 処置について医師が他職種に任せてもよいと考えている項目(一次救急あるいは救急を要しないと判断される場合)

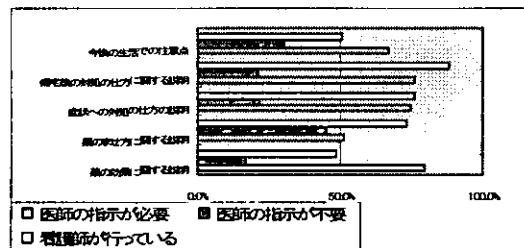


図 13. 看護師が行っている指導および医師の指示の必要性に関する判断(回答:看護師)(一次救急あるいは救急を要しないと判断される場合)

看護師が現在行っている指導およびその指導に関しての指示の必要性の有無については、「薬の効果に関する説明」では 99

(48.3%)の看護師が行っていると答えていた。そのうち、医師の指示が「必要」79.8%「不要」16.7%であった。同じく、「薬ののませ方に関する説明」では「行っている」149(73.4%)で、医師の指示が「必要」51.7%、「不要」44.8%であった。「症状への対処の仕方の説明」では「行っている」154(75.9%)で医師の指示が「必要」74.4%「不要」22.2% であった。「帰宅後の対処の仕方に関する説明」では「行っている」179(88.2%)で医師の指示が「必要」76.4%「不要」21.2%であった。「今後の生活での注意点」では「行っている」103(50.7%)で医師の指示が「必要」67.0%「不要」30.5%であった。(図 13)

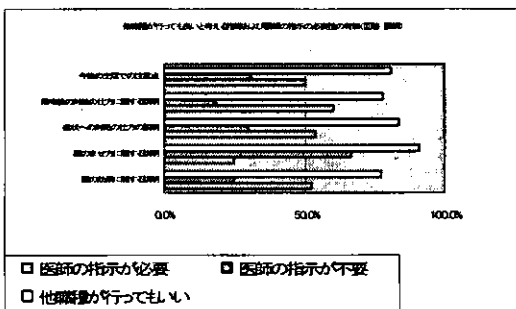


図 14. 他職種が行って良いと考える指導および指示の必要性の有無(回答: 医師)  
(一次救急あるいは救急を要しないと判断される場合)

また同じ質問を医師に行ってみたところ、「薬の効果に関する説明」に関して他職種が行ってもよいと考える医師は 85(77.3%)で、医師の指示の必要性に関しては「必要」52.7%「不要」24.5%であった。「薬の飲ませ方に関する説明」では他職種に任せてもよい 100(90.9%)で、医師の指示が「必要」24.5%「不要」66.4%であった。「症状への対処の仕方」にかんして他職種に任せてもよいと考える医師は 92(83.6%)で医師の指示が「必要」53.6%「不要」30.0%であった。「帰宅後の対処の仕方に関する説明」では、他職種に任せても良いとする医師が 86(78.2%)で、医師の

指示が「必要」60.0%「不要」18.2%であった。「今後の生活での注意点」では、他職種に任せてもよいとする医師が 89(80.9%)で、医師の指示が「必要」50.0%「不要」30.9%であった。(図 14)

b)二次救急あるいは三次救急と判断される内科系疾患や外科系疾患の患者・家族への対応

二次救急あるいは三次救急と判断される内科系疾患や外科系疾患の患者家族への対応に関して、救急外来において看護師が行っている処置は、バイタルサインの測定が 197(97.0%)でそのうち体温 164(80.8%)、脈拍数 126(62.1%)、心拍数 112(55.2%)、呼吸数 131(64.5%)、血圧 131(64.5%)であった。また、身長体重などの基本的データの収集 144(70.9%)、主訴・主症状の聞き取り 178(87.7%)、採血・点滴 119(58.6%)、受診後のフォロー・生活指導 100(49.3%)であった。(図 15)

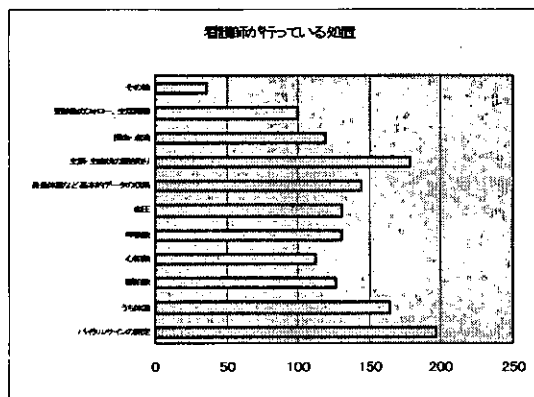


図 15. 救急外来にて看護師が行っている処置について  
(二次救急および三次救急、外科系疾患の場合)

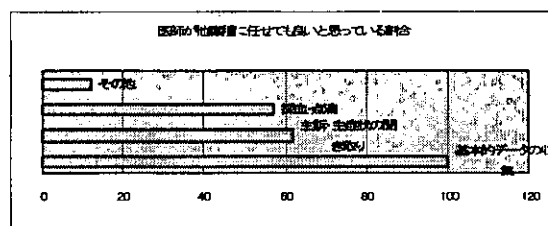


図 16. 処置について医師が他職種に任せてもよいと  
考えている項目  
(二次救急および三次救急、外科系疾患の場合)

また、上記の処置について、医師が他職種に任せてもよいと考えている割合は、バイタルサインの測定および基本的データの収集が 100 (90.9%)、主訴・主症状の聞き取りが 62 (56.4%)、採血・点滴が 57 (51.8%)であった。(図 16)

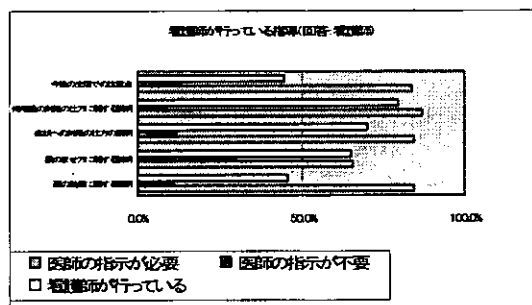


図 17. 看護師が行っている指導および医師の指示の必要性に関する判断 (回答:看護師) (二次救急および三次救急、外科系疾患の場合)

また、看護師が現在行っている指導およびその指導に関しての指示の必要性の有無については、「薬の効果に関する説明」では 93 (45.8%)の看護師が行っていると答えていた。そのうち、医師の指示が「必要」84.7%「不要」11.3%であった。同じく、「薬ののませ方に関する説明」では「行っている」132 (65.0%)で、医師の指示が「必要」66.0%、「不要」30.0%であった。「症状への対処の仕方の説明」では「行っている」143 (70.4%)で医師の指示が「必要」84.2%「不要」11.8% であった。「帰宅後の対処の仕方に関する説明」では「行っている」161 (79.3%)で医師の指示が「必要」87.2%「不要」8.9%であった。「今後の生活での注意点」では「行っている」91 (44.8%)で医師の指示が「必要」83.7%「不要」12.8%であった。(図 17)

また同じ質問を医師に行ってみたところ、「薬の効果に関する説明」に関して他職種が行ってもよいと考える医師は 77 (70.0%)で、医師の指示の必要性に関しては「必要」51.8%「不

要」18.2%であった。「薬の飲ませ方に関する説明」では他職種に任せてもよい 92 (83.6%)で、医師の指示が「必要」25.5%「不要」58.2%であった。「症状への対処の仕方」に関して他職種に任せてもよいと考える医師は 79 (71.8%)で医師の指示が「必要」51.8%「不要」20.0%であった。「帰宅後の対処の仕方に関する説明」では、他職種に任せても良いとする医師が 73 (66.4%)で、医師の指示が「必要」55.5%「不要」10.9%であった。「今後の生活での注意点」では、他職種に任せてもよいとする医師が 80 (72.7%)で、医師の指示が「必要」50.0%「不要」22.7%であった。(図 18)

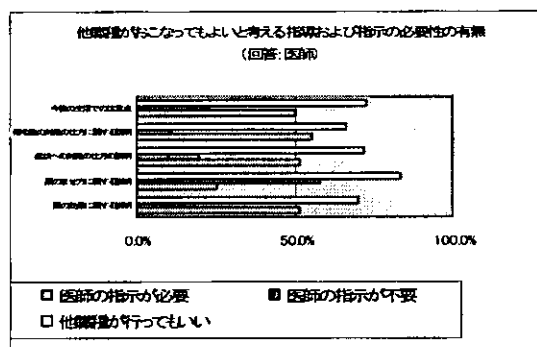


図 18. 他職種が行って良いと考える指導および指示の必要性の有無 (回答:医師) (二次救急および三次救急、外科系疾患の場合)

### 5)小児救急医療に携わる看護師の満足度

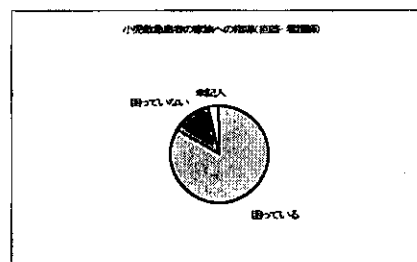


図 19. 小児救急患者の家族への指導について (回答:看護師)

小児救急患者の家族への指導に関して「困っている」と答えた看護師が 170 名 (83.7%)「困っていない」26 名 (12.8%)「未記入」7 (3.4%)で、8 割以上の看護師が、小児救急患者の家

族への指導に関して、困ったことがある経験を有していた。(図 19)

困っている内容としては、「虐待の可能性のある場合の対応」「電話対応」「今時の親への対応」「マンパワー不足」「時間不足」などがあげられた。

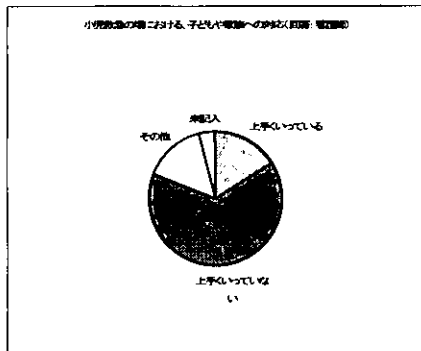


図 20. 小児救急における患者・家族への対応  
 (回答: 看護師)

また、小児救急外来における子どもや家族への対応が「上手いといっている」と答えた看護師は 33 名(16.3%)、「上手いといっていない」と答えた看護師は 131 名(64.5%)、「その他」31 名(15.3%)「未記入」8(3.9%)で、小児救急患者や家族への対応に不満感を有する看護師が 6 割を超えていた。(図 20)「上手いといっていない」理由としては、「時間がない」「人手が足りない」の他に、「小児に関する知識・技術がない」「患者家族の意識の変化」などがあげられた。

#### 6)小児救急医療現場における小児救急看護教育の現状

各施設の救急外来に存在している小児救急に対応するマニュアルは、「発熱」18、「けいれん」19、「脱水」14、「下痢」16、「嘔吐」15、「外傷」9、「虐待」5であった。その他としては、「小児救急看護マニュアルの本を参考をしている」「投薬に関するもの」「誤飲に関するもの」「育児指導マニュアル」などがあげられた。(図

21)

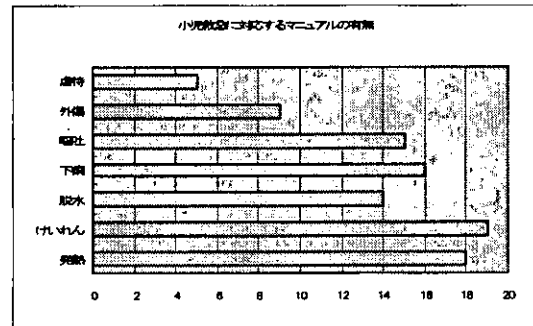


図 21. 小児救急に対応するマニュアルの種類  
 (回答: 看護師長)

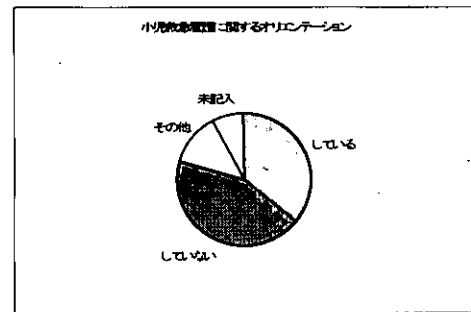


図 22. 小児救急看護に関するオリエンテーション  
 (回答: 看護師長)

また、各施設において、救急外来に配属された看護師に対する小児救急看護に関するオリエンテーションは、「している」14(35.9%)、「していない」17(43.6%)、「その他」5(12.8%)であった。その他としては、「一般指導に含んでオリエンテーション」「点滴固定のポイントのみ」であった。(図 22)

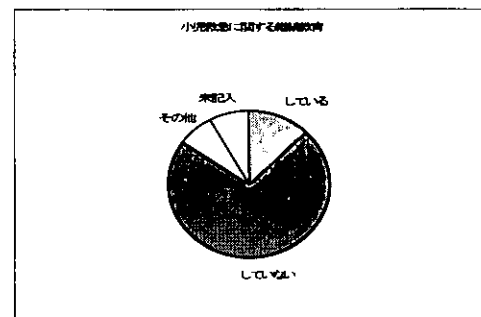


図 23. 小児救急看護に関する継続教育  
 (回答: 看護師長)

また、各施設内における、小児救急看護に関

する継続教育を「している」と答えたのは 5 施設(12.8%)「していない」と答えたところは 28 施設(71.8%)「その他」「未記入」が各 3 施設であった。(図 23)

以上の結果より、各施設内においては、小児救急看護に対する教育に重点をおいてオリエンテーションや継続教育をおこなっているところは少なく、小児救急看護の教育に関しては、看護師各自の自己研鑽にゆだねられている現状が明らかになった。

#### 7)公的な小児救急看護教育プログラムへのニーズ

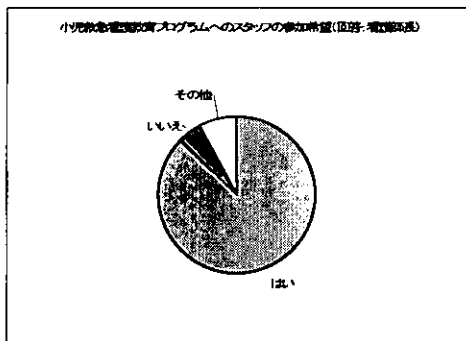


図 24. 小児救急看護教育プログラムへのスタッフの参加の希望 (回答: 看護師長)

看護師長へ行った「公的な教育プログラムへスタッフを参加させたいと思いますか」との質問に対し、「はい」34 (87.2%)「いいえ」2 (5.1%)「その他」3 (7.7%)であった。

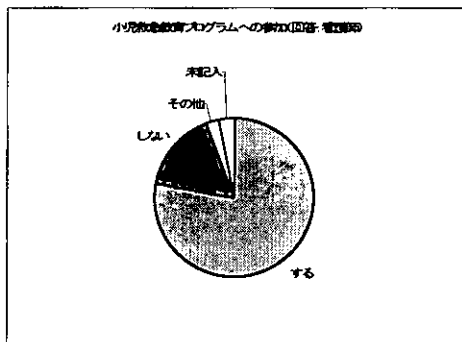


図 25. 小児救急看護教育プログラムへの参加 (回答: 看護師)

また、同様に看護師に「公的な教育プログラムへの参加を希望しますか」との質問に対し、「希望する」158 (77.8%)「希望しない」33 (16.3%)「その他」5 (2.5%)「未記入」7 (3.4%)であった。

以上より、救急看護に携わる看護師長、看護師とも、小児救急看護教育へのニーズが高いことがわかった。

### 3. 考察

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、「バイタルサイン等の測定」を行っている看護師は 9 割以上、特に二次～三次救急患者への対応に関しては「主訴・主症状の聞き取り」に関して、8 割以上の看護師が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、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、看護師が約 50%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、軽症故に必要なない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要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られる。特に、少子化・核家

族化で家庭における育児能力が低下しているとされる現在、救急外来や電話対応を通して、家庭における育児能力の向上への一端を担うことは可能であると考えます。

さらに、患者への様々な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。これらは、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。小児看護に対する不安や自信のなさは、救急医療現場において、小児救急看護に対する教育が看護師の自己研鑽にゆだねられている現状からも推測でき、このことは、現在社会問題にもなっている小児虐待を救急外来が発見する場にもなるため、その早期発見や対応にも問題が生じることにもなりうる。また、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ます。

以上の結果をふまえ、小児救急看護教育プログラムは、小児救急医療現場で看護師のもつ能力をさらに向上させ、看護師自身の活躍を期待するためにも、早急に必要であると考えます。

### C. 小児救急認定看護師育成プログラムの起案 および実施の可能性の検討

#### 1. 研究方法

##### 1) 研究期間

平成 15 年 8 月～平成 16 年 2 月

#### 2) 研究協力者

小児救急看護教育プログラムの構築にあたり、教育関係者である分担研究者ならびに筆頭にあげた研究協力者の他に、以下にあげた小児専門病院および総合病院で小児救急看護に関して指導的立場にある看護師 11 名および日本看護協会での認定教育も視野に入れ、日本看護協会認定部部长に研究メンバーとしての参加をお願いした。また、既存の日本看護協会救急看護認定プログラムとの統合なども視野に入れ、日本救急看護学会関係者として、臼井千津聖母女子短期大学助教授にも、会議に出席していただき助言をいただいた。

#### 【研究メンバー】

吉田幸子(国立成育医療センター副看護部長)、宮澤佳子(国立成育医療センター看護部長)、杉澤栄(神奈川県立こども医療センター看護部教育係)、岩崎朗子(神奈川県立こども医療センター看護師)、石野勢津子(静岡県立こども病院看護師)、花田季代子(六甲アイランド病院看護部長)、飯塚一枝(六甲アイランド病院主任)、宮崎麗(兵庫県立こども病院看護師)、本田奈穂子(兵庫県立こども病院看護師)、清水称喜(兵庫県立こども病院看護師)、小山記代子(熊本大学医学部附属病院看護師)、加藤令子(日本看護協会認定部部长)

#### 3) 研究方法

研究期間中に 5 回研究会議をもち、小児救急看護教育プログラムに必要な項目の抽出から教育プログラムの構築まで検討を行った。

#### 2. 小児救急看護認定教育プログラムの起案

前述の小児救急医療実態調査ならびに社会情



勢を鑑みて、

- 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 点の能力を有し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思われた。また、教育効果を考えたとき、すでにある日本看護協会の認定看護師制度と協働して行うことが、全国の看護師に対し小児救急看護の重要性を周知させることにつながり、また教育ニーズへも応えることができるのではないかと考えた。

#### 1) 小児救急認定看護師創設の目的

- ①少子・核家族化する小児・育児環境の中で社会問題となっている小児救急において、最新の身体・心理・社会的知識・技術を持ち自律して対応できる看護師を育成する。
- ②小児救急認定看護師の育成を通して、医師をはじめとして他職種とともに小児救急医療の水準の向上を図る。
- ③小児救急認定看護師の育成を通して、求められる小児救急医療の提供に寄与するだけでなく、虐待の早期発見、育児力を高める役割を地域社会の中で担い、子どもと家族のおかれている環境の改善に取り組む。

#### 2) 小児救急認定看護師に期待される役割

- ①電話対応を含めあらゆる場面において救急時の子どもの状態をトリアージし、必要時独立して救命処置を行うとともに、適切な医療・診療を提供できるようつなげる。  
・1次: 育児相談から症状マネジメント

・2次: 救急度の判定と適切なアセスメント・  
処置・指導

・3次: 救命対応技術

- ②子どもが呈している身体状態や心理的サインを予測も含め子どもの発達段階に応じて判断し、適切なケアを提供できる
- ③子どもが用いる非言語的サインを理解し、不安・不穏状況を適切にアセスメントし、適切に対応することができる。
- ④子どもと親の権利を熟知し擁護するために、的確なコミュニケーション技術を用い状況や計画されていること等を伝え、理解を促し、その子どもにとって最善の選択ができる環境を提供することができる。
- ⑤子どもと親(家族等)の相互作用を観察し、関係性や親の育児能力について判断し、適切なケアや必要な社会資源を見いだすことができる。
- ⑥混乱している親の心理を理解し、即時適切に対応することができる。
- ⑦自信のない親が取る行動を理解し育児する上で特に健康管理に必要なことを適切に指導することができる。
- ⑧虐待の徴候を見だし、子どもの安全を確保することができる。
- ⑨虐待を疑われる状態の社会資源の活用について十分知識を持ち職種間相互の調整を図ることができる。
- ⑩小児救急時に生じやすい法的状態を理解し、即時必要な対応を行うことができる。
- ⑪他医療職に対し、小児救急看護に関連した事項について必要な情報を提供し、相談に乗ることができる。
- ⑫地域社会等において虐待防止・育児指導・事故予防等の育児課題について講演、セミナー、等の活動を提供できる。

### 3) 小児救急認定看護師教育プログラムの内容

#### ①現代の子どもと救急医療

ねらいは、「現代の社会背景の中にある、子どもや家族・家庭の役割と機能を概観し救急外来を受診する子どもや家族の背景を知る。また、小児救急が果たす役割について理解する。」である。

#### ②小児の成長発達

ねらいは、「様々な発達段階にいる小児をアセスメントするためにその発達に即した有り様を具体的に理解する。」である。

#### ③子ども・家族への接近法

ねらいは、「救急外来を受診する子どもや家族の発達段階や心理状態を理解し、子どもと家族の安心と納得を得られるような関わり方を学ぶ。」である。

#### ④子どもの権利と社会資源

ねらいは、「救急外来を受診する子どもや家族の発達段階や心理状態を理解し、子どもと家族の安心と納得を得られるような関わり方を学ぶ。」である。

#### ⑤事故防止と安全

ねらいは、「小児救急医療現場で起こりうる事故、感染症などを予測し、子ども・家族・医療職者の安全を確保するための対策を講じる手段を理解する。」である。

#### ⑥小児救急における病態とケア

ねらいは、「小児期特有の身体の発達をふまえた上で、救急外来において的確にフィジカル・アセスメントやトリアージが行えるよう、小児の病態および必要なケアを根拠づけて理解する。」である。

#### ⑦小児救急看護技術

ねらいは、「小児の発達段階をふまえ、的確にアセスメントを行い、救命・処置を行う技術を習得する。」である。

#### ⑧家族看護

ねらいは、「救急外来を受診する家族の背景や心理状態を理解し、必要な看護を提供する技術を習得する。」である。

#### ⑨小児虐待

ねらいは、「小児救急を受診する虐待を受けている子どもを発見し、看護としての介入方法を習得する。」である。

#### ⑩予防・啓発

ねらいは、「家庭における育児能力、家族による初期対応能力など子どもや家族のセルフケア能力を向上につながる効果的な教育・指導方法を習得する。」である。

#### ⑪救急技術指導

ねらいは、「小児の救急看護技術を、他の医療職者や地域社会にむけて、効果的に学習できる教育の方法を学ぶ」である。

#### ⑫集団災害看護

ねらいは、「集団災害時における現象と必要な看護ケアを理解し、そのときに必要となるシステムについて理解する。」である。

#### ⑬演習・実習

以上の 12 項目に関して、第一次～第三次救急に対応できるような演習・実習を行う。

### 3. 小児救急看護教育プログラム実施についての可能性の検討

上記プログラムを全国の救急看護に携わる看護師が受講できるような教育プログラムの計画が必要であると考え。日本看護協会では、「特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上を図る」ことを目的として、認定看護師制度を設けている。認定看護師になるには、特定の看護分野の経験を 3 年以上有した上で、6 ヶ月以上 600 時間以上の

教育が必要になる。すでに認定されている分野として「救急看護」があり、平成 16 年 1 月 15 日現在で 116 名の救急看護認定看護師が全国で活躍している。

しかし、現在日本看護協会が行っている救急看護認定看護師教育のプログラムでは重症集中ケアに焦点が当てられており、また小児に関する教育がほとんどない現状で、現存の教育プログラムでは第一次から第二次救急に集中している小児救急患者や家族への対応は難しいと考える。

今後本研究で起案した小児救急看護師プログラムを独立した形で行うのか、あるいは既存の救急看護認定プログラムの統合等も視野に入れ、今後の小児救急認定看護師教育実施の可能性や具体的方法、ならびに教育機関および人材の開拓を今後行っていく予定である。

#### D. 結論

平成 14 年度～15 年度の小児救急医療現場の実態調査から、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、の 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ことがわかった。そのため、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の検討を行った。小児救急認定看護師教育の実現および小児救急認定看護師の活用については、次年度も継続して研究を行っていく。

## 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ための医師・看護師の役割と協働—

【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】	松森 直美	神戸市看護大学小児看護学助手
	二宮 啓子	神戸市看護大学小児看護学助教授・助手
	半田 浩美	神戸市看護大学小児看護学助教授・助手
	鈴木 敦子	福井県立大学看護福祉学部小児看護学教授・講師
	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
	榎木野裕美	滋賀医科大学医学部看護学科小児看護学教授
	杉本 陽子	三重大学医学部看護学科小児看護学教授・助手
	前田 貴彦	三重大学医学部看護学科小児看護学教授・助手
	高橋 清子	大阪大学医学部保健学科小児看護学助手

### ■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の具体策の一つが「子どもが入院・処置・退院時に心の準備ができるよう援助すること」である。ここでは「説明」に代表されるその援助をプレパレーションとし、昨年度実施した質問紙調査の結果に基づき、説明において医師、看護師、親がお互いの役割をどのように認識しているのかをより詳細に知るために面接調査を行った。対象は、関西を中心に選出し同意を得た医師 10 名、看護師 10 名、母親 6 名であった。入院時のホスピタルツアー、退院後の学校生活への適応への配慮はごく一部であった。ここでは、処置を中心に報告する。

【日課や生活に関することは看護師から説明】や【病状や治療は医師から説明】とする考えは、医師、看護師、親とも一致していた。しかし、医師が考える看護師の説明の役割には、1)あまり看護師に期待していない、2)看護師に対する役割期待の不一致、3)現状の中でお互いの役割を尊重し統合する、という 3 つの認識のパターンがみられ連携という考え方は十分ではなかった。したがって、説明の際に同席したり、パンフレットや道具を使用した説明を行うなど看護師が説明における役割を十分に示していく必要がある。また、医療者の考え方や患児・家族の反応にも柔軟に対応しながら、「役割を分担する」という発想から、【考え方の違いを尊重しながら統合する】という発想が説明における役割の現状では必要な考え方ではないかということが示唆された。さらに、子どもの権利が侵害されないよう親の意思決定を促すなど【説明を受ける側の主体性を育む】という姿勢も医療者には必要であることがわかった。

#### A. 研究目的

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。また、子どもの健全な発育のためには子ども

を尊重したケアが必要であり、その具体策の一つが「子どもが処置を受ける時に心の準備ができるよう援助すること」である。ここでは「説明」に代表されるその援助をプレパレーションとし、「小児医療における質の改善」の中心テーマと捉えている。

そこで、昨年度は全国 200 床以上の小児診療科を有する 1487 病院の医師、看護師、親(回収率; 医師 28.0%、看護師 36.0%、親 21.9%)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 テーマに関する質問紙調査を行った。その結果、子どもへの採血・点滴注射の説明において、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。一方、親と看護師は、3~8 歳児では、医師への期待は医師が思っているより 3 割程度低く、親と看護師の方が適任と考えていた。さらに、入院時の病棟案内を「よくしている」「している」と医師、看護師のそれぞれ 45%が回答していたが、「受けた」と捉えていた親は 23%、「受けなかった」と捉えていた親は 67%で、双方の認識にずれが生じていた。

平岡ら(2002)の実施した質問紙調査においても、医師は患者の病名や病状、予後の説明に関しては看護師への期待が小さいが、医療処置・検査では看護師による説明を期待していた。しかし、患者は、検査だけでなく治療や予後についても看護師からのわかりやすい説明を求めていたという結果を明らかにしていた。これらより、親が望んでいる説明と医師、看護師の連携について質的に調査する必要があると感じた。

したがって、今年度は面接調査により、入院、採血・点滴、退院時の説明において医師・看護師・親がお互いの役割をどのように認識し、どんな役割分担を期待しているかをさらに明らかにすることによって、具体的な連携の方策を提言することを

目的として調査を行った。

## B. 研究方法

調査方法:半構成的面接法

調査内容:子どもの入院、採血・点滴、退院時にどのような内容を説明しているか、その際に医師、看護師、親はどのように役割を分担したらよいか、説明において難しさを感じた点とその解決策、医療者の説明に対する親の捉え方のずれ、道具の使用など説明における工夫等についてインタビューガイドを作成し面接を行った。

対象:小児病棟で勤務した経験が 4 年以上の医師 10 名、看護師 10 名と小児病棟に入院したことのある子どもをもつ母親 6 名(表1~3 参照)

分析方法:研究協力者を3班に分け、各班が担当した面接対象者の逐語録の一次分析を行った。さらに、3班合同の検討会議にて各班の一次分析を統合し、医師、看護師、親それぞれがお互いの説明の役割についてどのような認識をもっているか明らかにした上で説明における3者の役割を構造化した。

調査期間:2003 年 4 月~2004 年 2 月

倫理面への配慮:研究目的と方法及び面接内容を書面にて示し、匿名性の保持、自由参加であること、学会等で発表される可能性があること、録音は同意が得られた場合にのみ実施することについて説明した上で、同意書に署名をもらった。対象者の選定は、日頃から小児医療に思いをもっており了解の得られた場合とし、親に対しては、この研究への協力の有無が子どもの治療に影響しないことを十分に説明し承諾を得た。

## C. 研究結果

対象者の概要

対象者は、医師 10 名(29~63 歳、平均年齢 46.5 歳)、医師としての経験年数は 5~39 年(平均

21.6 年)で、総合病院の小児科に勤務している医師 5 名、開業医 2 名、大学の小児科分野に所属している医師 2 名、養護学校を併設している小児専門病院に所属している医師 1 名であった。看護師は 10 名(26~55 歳、平均年齢 38.9 歳)で、小児科の看護師としての経験 4~26 年(平均 10.6 年)、看護師としての経験 4~34 年(平均 17.1 年)で、総合病院の小児科または小児外科に勤務した経験のある看護師 8 名、小児専門病院の看護師 2 名であった。対象とした母親は計 6 名で、年齢は 20 代 1 名、30 代 2 名、40 代 3 名であった。子どもの年齢は、6 ヶ月の乳児期から 2 歳の年少乳幼児と 8 歳と 11 歳の学童の二峰性であった。また、子どもの疾患は、白血病、先天性心疾患、二分脊椎症、口腔内潰瘍といった長期入院を要する疾患とマイコプラズマ肺炎、ウイルス感染症といった短期入院を要する疾患であった。入院した施設は、総合病院または大学病院の小児科及び小児専門病院であった。

対象となった医師、看護師、親は年代や背景は様々であったが、ここでは面接内容から得た医師、看護師、親の 3 者それぞれに対する説明の役割における要素として考えられたカテゴリーを中心に、3 者が説明の役割をどのようにとらえているかを以下に記述した。(図 1~3)

## 2. 医師が考える説明における役割

医師の面接内容から得た説明における役割の認識として、1)あまり看護師に期待していない、2)看護師に対する役割期待の不一致、3)現状の中でお互いの役割を尊重し統合する、という 3 つのパターンが抽出された。

### 1)あまり看護師に期待していない

医師の意識では、看護師の基本的な役割を【日課や具体的な入院生活の説明をする役割】

であるとし、医師自身の役割としては、「指示を出すのは僕らですからね(29 歳 J 医師)」や「(医師が)全部説明し理解を得るようにしている(29 歳 I 医師)」との言葉から、【医師が説明の全面的な役割を果たす】と捉えていた。

説明の工夫では、医師自身で行われており、「MRI とか CT とかについては、実際その場に行って『ここに寝てるだけなんだよ』って言う。(29 歳 I 医師)」と【実際の場を見せて説明】を実施したことを話していた。さらに、看護師の【勤務体制の問題】や【三交代の問題】【忙しさ】をあげて、子どもや家族と【コミュニケーションがとれている場合には説明をして欲しい】が、「看護師は忙しいから実際には難しい(29 歳 I 医師)」と【実際にはあまり期待できない】と捉えていることが伺えた。

また、「採血を明日するとかね、そういうことは僕らも必ず言いますね。(看護師は)言わない事が多いでしょう？言うてます？あっそうですか、そのへんわかってなかったですわ。(29 歳 J 医師)」と【看護的なことには関心がない、あまりよく知らない】現状から、「看護的な事は別に看護婦さんが考えてやっていただいたら良いと思うんですけども、医療に関して看護婦さんが、考え想像で話するのは僕はよくないと思うんですよ。(29 歳 J 医師)」と看護師の問題は看護師で考え、医師の領域である医療に対して看護師と連携することには否定的な認識であった。医師の不足については、「小児科医は新卒で毎年 400 人くらいなんよ。これは全国で。20 年間変わってないんよ。しかし、コンビニ時代で 24 時間体制を望む患者や家族が増えているから、8 時間対応で 400 人であるのに 24 時間って言ったら 1200 人いる。(54 歳 C 医師)」と、医師の人数が不足しているのではなく、過剰になってきているニードに対応しきれなくなってきた

る問題を指摘し、「じゃあどうするかってことで僕らは今一生懸命、どのようにしたらね、過度の仕事量の負担にならずに適正な医療が出来るかってことを考えていかないといけない。医師と社会全体の中でね。(54 歳 C 医師)」と、その問題への対策は看護師に期待するものではなく、【医師と社会の中で考えていく問題】であると述べていた。

看護師との意思疎通については、「コミュニケーション不足じゃないですかね。僕らの考えてる退院の時期と、看護婦さんの考えてる時期がずれてるってことですよね。(29 歳 J 医師)」と【看護師とのコミュニケーション不足】が説明の際の障壁となっていることも示されていた。それに加えて、「本来なら僕らがこうなれば退院と明確に話していればそれはなくなるかなと。やっぱり、それは全て言うとかなだめやなあと思うんですよね。(29 歳 J 医師)」というように、コミュニケーション不足に対する解決策を看護師の主体性に期待するというよりは、医師から情報を発していく問題であると話していた。

## 2) 看護師に対する役割期待の不一致

医師の説明における役割は【医師が説明の全面的な役割を果たす】ことを基本としていた。看護師の役割については「薬の名前は聞いてきても、吸入してるそうです、というだけで、その量はなんぼとか、吸引は一体何号のチューブを使って、日に何回ぐらい必要なの？って、こっちからそういう風に投げかけないと、全然その、それ以上の質問がしてくれてないと。それぐらいのどこまで、やっぱり情報収集として看護婦さんがしてくれてもいいんじゃないかなって、常々思っているんですけどもね。(55 歳 B 医師)」、「ナースにして欲しいことはもっと専門職としてプライドを持って技能を高めて自分で考えてチームの一員として対応できる姿勢・能力・知識をお

互い刺激しあって身につけていってくれたらいいと思う。指示されて動くのではなくてある程度それが読めて、病態もきちんと理解してね。それで最善の対応、ケアも含めて医療の中でどう対応していけばいいかということをして、上手くチームとしてね。(54 歳 C 医師)」、「子どもはケースバイケースにより異なるので看護師がその子どもを見て判断してできることをやっていたくしかないでしょうね。私たちも医師としてその子どもを見てどこまで説明すれば安楽に治療できるかということを決めますから、それと同じ事だと思います。(50 歳 F 医師)」と述べていた。したがって、医師の必要としている情報が不足した時に看護師にその情報を求めても把握していない場合が少なくなく、専門的な知識や技術を高め、子どもの状況に応じて【看護師がもっと主体性を発揮して、指示されなくても自分で判断して情報収集や行動をすること】を期待していた。

看護師との連携では、「可能な限り看護婦さんにも最初の話のときなんかには同席してもらおうという風な努力はしている(54 歳 C 医師)」と【医師の説明時に看護師が同席すること】を期待していた。しかし、「ナースの場合は勤務体制があるし。だから、そこのギャップは時々困るかな。だからそれをカバーするために、こんな風に話したんだよとか、こんな質問が出たよとかをきっちり記録にとるとか、カルテにね(54 歳 C 医師)」と勤務体制によって説明の場に看護師が同席することは実現しにくい現状が話されていた。

看護師との考え方の違いでは、「理想はね、医者と同じ考えでね、共に言えるはずの事ができたら一番いいんじゃないかと思うんですけどね。」と話し、「看護婦さんの方が痛い事もしないし、注射したりするのは僕らの場合が多いので、そういう人に言ってもらった方がわかりや

すいんじゃないですかね。わかりやすいっていうか、慣れてる人からってことになりますからね。(29 歳 J 医師)」と【理想は医者と全く同じ考えで共に言えること】として、看護師の役割に期待しながらも看護師の知識や考え方は現状では医師とは一致していないと認識していることが示唆されていた。

看護師本来の役割については、【看護師が本来にしなければならないのは医療や治療のこと】として、静脈注射、点滴の管理や無菌室の管理を具体的な内容として示していた。さらに、「小児科専門の看護師さんを育てようとするなら、その辺のことをきちっと理解してみんなでサポートしていく体勢を作っていくとチーム医療も上手くいかない。(54 歳 C 医師)」と看護師本来の役割や専門性を高めていくことに期待しサポートしていく姿勢を述べていた。しかし、「看護師もボランティアの人と上手く協力してやっていけばと思う。それは医師も理解しないといけね。小児科で保母さんを一人雇っている。もっとベッドサイドに居りたいけれども看護師である自分には他の仕事がある、そういう時に上手くボランティアの人と協働していけばね、ああ私らするからええわ、ではなくて。(54 歳 C 医師)」と実際にはボランティアや病棟保育士など他職種の協力を得られる状況にあってそれぞれの役割に期待しても、看護師の役割との重複があり、うまく機能していない現状であることが話されていた。

他職種と協働する上での期待では、「もう1つは直接話し合うこと。それはより良い医療者—患者関係を作るし、チームとしての意向を統一するためね。こっちはこう言う、こっちは人はこうじゃバラバラで一番迷惑するのは患者さん。患者さんが中心にいて、チームとしてまとまりをもってね。そうでなかったら医療は出来ない。

(54 歳 C 医師)」、「お互いみんながカバーしていくような感じで患者さん中心でやっていかないと。これは私の仕事、これは貴方の仕事と言うようにやっていったら絶対に・・・そのボーダーは曖昧にしていいけども、そのコアの部分はちゃんと出さないといけない。(54 歳 C 医師)」と【話し合っただけでチームとしてのまとまりを持つこと】や【ボーダーは曖昧でもコアはもっていること】として、基本的な役割を果たしながらお互いに話し合い、役割を補い合うことが患者中心の医療を実現していく上で重要と考えていた。

親との連携では、「親もね。特に慢性疾患の場合はチームの一員になって欲しい。(54 歳 C 医師)」と【親はチームの一員】となることを期待し、【親の意向を確認して話をする】から「親が望んだ時にはその体制がきちんとできるようにしてあげないといけない。社会が子どもの病気を理由にもう何の気兼ねもなく、ちゃんと休暇が取れるシステムを作らないとあかん。(54 歳 C 医師)」と社会のシステムの変化にも期待していた。

3) 現状の中でお互いの役割を尊重し統合する 2) では、実際には実現できていない、あるいは一致していないという期待する役割についての考えが述べられていた。しかし、ここでは、現状の問題に対する解決策にもあたるような実際の体験からの役割に対する考え方が示されていた。

看護師の役割については、「やっぱり必ず看護婦さんが独立してじゃなしに、医者と患者さんとの対応をそれとなく聞いてって、そしてそれに引き続いた形で説明が行われることはこれは非常にスムーズにいきますわ。(63 歳 A 医師)」と基本とする医師の役割は患者への説明であることを示しながらも、看護師の役割は、医師と患者のやりとりを‘それとなく’把握し、それに引きつい



て柔軟に対応して説明を引き受けていくことであることが示されていた。ただし、「そのへんの表情を読み取って補足してくれてる、うちの看護婦さん、ベテランなんですわ。(63 歳 A 医師)」や「若い医者だったら難しいこと言いよるじゃないですか。わからないから噛み砕いて説明してもらうわけですよ。通訳してもらおう。(50 歳 E 医師)」など、この場合【看護師は医師の説明を補足・噛み砕く・通訳する】ことができ、熟練していることが要求されていた。

協働の仕方では、「役割分担する時と言うのは、その共通言語というか、その職種間の連携、患者さんをこう見てると言うその視野は一致してなあかんと思う。(63 歳 A 医師)」と述べ、ここで言う‘共通言語’とは、単に医療的な知識や医師と同じ考えをもっていることを述べているのではなく、‘患者さんをこう見てると言う視野が一致していること’つまり、【患者に向かう姿勢が一致していること】が示されていた。そのためには「同時に基本的な情報を共有できるシステム」を「利用してやると非常に役立つ。(63 歳 A 医師)」と述べられ「きちんと情報交流ができるように、そのために看護婦さんとミーティングしている診療所とかありますよね。(63 歳 A 医師)」と看護師との話し合う場が必要であることが、実際の体験から話されていた。

さらに、「お互いの情報の共有をした上で、わかった上で、お互いが説明せなあかんのん違うかなと思いますけど。(51 歳 B 医師)」や「確かに純粋に医療の面から見たのと、看護面から見たのと、病院のマネジメントから見たので、やっぱりどの立場でものを言っているかということは違いますね。考え方が違っていいんじゃないですかね。(50 歳 F 医師)」と医療者側から提供される情報は、職種が違えば内容も考え方も違いますが、‘違っていいんじゃないですかね’と【それ

ぞれの考え方を尊重する見方】が提案されていた。

また、患者からの応答についても「患者さん、医者に言うことと、看護婦さんに言うことが違う場合はなんぼでもあるんです。せやけど、それは違うんだと言うことを頭においといて、そこであんな、さっきはこういうたでしょうと、問い詰める必要は全然ないんで、それはそういう風にしたはんねんなど、しかし、それが違うんや言うことを知っとかんとね。(63 歳 A 医師)」とそれぞれの職種への反応が違っても、一人の患者から発する情報として統合しながら患者を全人的に把握していくことが大切であることが示唆されていた。

親に対する見方では、日本特有の考え方に言及し、「説明する側にも問題があると思う。やっぱり基本的に西洋人と違う。西洋人はきちんと説明をやったという証拠もあって、受けてるはずやのに知らなかったら、それは知らなかった方の責任ですよ。日本人の場合、もう病院なんか行ったらしんどいねんさかいに、みんなは病人のためにやったのが当たり前で、それができんようなのは何と不親切な病院という、過剰に期待しているところがあると思うんですよ。(63 歳 A 医師)」、「注射なんか怖がるというけど、怖がらしているわけですよ。・・脅しをかけるお母さんもいますよ、・・そんなことだけでもなかったら、もっと説明も素直に受け入れるし、そういういらん動揺もないし、今聞いとかなあかんと真剣に聞きますよね。そういうのを患者さん側に作っていくのもものすごく大事やと思う。(63 歳 A 医師)」と、医療者に対する【親の過剰な期待】に【説明を受ける側の主体性を育む】ことの必要性を指摘していた。

役割分担の考え方では、「お母ちゃんにしても、子どもにしても、看護婦さんはこれだけのことを

言う、医者はこちらだということをはっきりさせようとすると、パターン化というか、マニュアル化にそってしましょかということになりかねんな。一人一人の患者さん、違いますしね。(51 歳 D 医師)」と話されていたように、柔軟な対応によって多様化する価値観をもつ多様な患者層に対応していくことの必要性も示されていた。

### 3. 看護師が考える説明における役割

#### 1) 医師の考え方との一致点と相違点

医師、看護師それぞれの役割では、【疾患や治療、検査結果の説明は医師の役割】とし、子どもへの説明をするか否かという時には、【親の意向を確認する】ことや、基本的な看護師の説明における役割は、【日課や入院生活の説明は看護師が行う】ことであると考えており、この考えは医師と一致していた。

看護師の説明に対する捉え方では、「説明がなくして看護はないと思いますね。(34 歳 G 看護師)」というように【看護師は常に説明しながらケアを行う】ことが前提であるとした考えは、先の【医師が説明の全面的な役割を果たす】といった考えや、看護師にあまり期待していない考えとは異なっていた。

【看護師が主で説明する】具体的な内容では、受け持ち患者に対する吸引の指導場面や、「患者様については何かあったら引き受けるよっていう話は入院時に必ず説明してますし、お家で何かあったら必ず連絡してくださいって、いつでもスタンバイしてますよってことは説明しています。(51 歳 B 看護師)」と【看護師が説明し患者のことを引き受けていく姿勢】を持っていることを明確に示していた。さらに、「リーダーシップとるのは看護師なんですよ…要所要所で先生との進行過程ってところは確認していきます。(51 歳 B 看護師)」と患者関係や説明にお

いて【看護師が主導的な役割を果たしていること】が述べられていた。

医師が説明した後の看護師の役割では、「説明終えて、お母さんたちにわかりましたか、ってことを先生と含めた話し合いの中では最後には確認しますけど。…親御さんとは色んな話をしていく、面会時間で。私は話をしていくんですけど。その中で連携っていうの、情報を集めていくのはしていきますよ。治療計画は先生が話されて。その治療計画の話の中で分からないことってというのは、確認していきますけど。(51 歳 B 看護師)」と【調整・連携・確認】していく役割を担っていることが述べられていた。さらに、「入院がなぜ必要か、点滴・採血がなぜ必要か、説明するのは医師の役割である。その後の補足説明はナースがしている。医師は医療のことしか考えていない。子ども・家族・きょうだいにどうい問題が生じているか、そのことで対応すべきことがあるかはナースの役割である。(41 歳 E 看護師)」と【医師の説明を補足する】こと【わかりやすく伝える】【子ども・家族・きょうだいの問題を考える】ことも看護師の重要な役割であることも話されていた。役割分担については、「看護婦はいろんなところに顔出しするというか、便利屋というか、もちろんそれでいいと思うけど。親からしたら聞きやすいということならね。…そのへんで役割を考えたら、大きく見たら分けれるけど、細かくというか、実際にはそんなにはっきり分けてしまってもあかんということかな。(44 歳 C 看護師)」と重なっている役割の中で【柔軟に対応していくこと】が必要であることが話されていた。

医師との役割分担と連携については、「分担は出きるんだろうか？お互い補い合いのような気もするんですが(34 歳 G 看護師)」と分担ではなく【補い合い】であることや「それは分担というん

ですかね。共同作業でしょうかね。(34 歳 G 看護師)」と説明は【医師との共同作業】であることが話されていた。

医師との情報交換では、「その子にとって一番いい感じで聞くのがいいので、その時々判断を誰がするかっていうと、看護師1人で判断すると偏るので話合う場があると1番いいのかな。(34 歳 G 看護師)」と【医師と共通認識をもつ為の話し合う場が必要】であることも示されていた。このことは、先の医師の認識パターン3)現状の中でお互いの役割を尊重し統合するという中で【看護師は医師の説明を補足・噛み砕く・通訳する】や、話し合う場を設け、違った立場での違った考えを尊重し統合する考え方と一致していた。

逆に、「分担って難しいね。看護師も医者もそれはしなくちゃいけないんじゃないの。病状とか治療のことは看護師から言えないことになってるから、先生から言ってもらえなきゃだし、検査の説明を先生から言ってさらに細かい説明を私が言ってるから。検査の目的の説明も医者がすべきだと思うけど。看護師が言うのは注意事項。退院後のことはかぶると思います。病状・治療の部分は医者、看護師は生活のこと。(29 歳 I 看護師)」と、分担は難しいとしながらも、【病状・治療は医師、生活・発達は看護師】と役割を明確に分ける考え方も述べられていた。

## 2) 看護師のアピール不足

「看護師がオリエンテーションしていても親はそうとらえていないかもしれない。(43 歳 D 看護師)」や「看護師の指導が十分でなくても医師が退院の指示をすることもあった。(43 歳 D 看護師)」など【看護師が説明をしても認識されていないことがある】ことを話していた。また、「できるだけ最初は親と先生と看護師が入ったムンテラができるように呼んでいただくようにはしてるん

ですけど、時々忘れられて勝手にやっちゃったりするので、そうすると非常に把握し難く、その後子どもへの説明も忘れられている。(34 歳 G 看護師)」など、説明の場に同席したいが、医師側が【看護師不在のまま説明を終えている】場合や、「退院は、割と急に決まること多いですね。…医師とのコミュニケーション不足、不足というふうにいけてないがためにお母さんにも説明が遅れてしまう。(34 歳 F 看護師)」と【医師との連携不足】のために説明に支障をきたしている現状が話されていた。

さらに、「入院とった時に、その看護婦が受け持ちになる場合は、オリエンテーション時に、私が受け持ちになりますのでお願いいたしますって形で紹介して。(26 歳 J 看護師)」と【看護師が自己紹介する】ことを実践していることを話していた。しかし、「担当ナースの紹介は、『プライマリーがこの人ですよ』とかいうような自分で言ってる人は言ってるし言っていない人は言っていないかもしれない。『今日担当は何々です』とかたぶん言ってると思う。(43 歳 D 看護師)」と自己紹介することが徹底していない現状や、「自分が若すぎて、私が受け持ちですって言い難いと、こんな子大丈夫かなって思われへんかなとかで、受け持ちって言うのがなんか言い難いなーって今まで言わずにきたりしてるんで、今しようって徹底してやってねってやってるんですけど、そんなもあって、それだけ、最初変わって、まあ、私は誰やって言うのがあれでわかれば、それはそれで、説明しやすかったりもするのかなーって。(34 歳 F 看護師)」と説明することの導入として自己紹介することの意義が述べられ、これから徹底していこうとしている現状が話されていた。

また、「私ら、あの大人の外科とか、まっしろんなどころを回ってきてるからできないけど、小児

を専門にやってる先生だから、子どもの手術を専門にやってる先生だから、来たときにやっぱり扱いがすごく、子どもに対してうまいから。うまくない先生もいるけど、うまいから、ああやって言えばいいな 納得するんだとか、すごいうまい説明、手術をする説明でもうまいなど、道具使わず、お母さんに対しても、わかりやすい、子どもにもわかりやすい。(43 歳 D 看護師)」や「あと、先生が説明してるのを聞いてこの説明の仕方いいなと思ったらそれをまねたりしている。(29 歳 I 看護師)」というように、ジェネラリストである看護師に比べ【医師は説明においても専門の分野で卓越している面がある】ことが看護師により示されていた。しかし、「道具や視聴覚の資料を使うことは効果はあると思うが、実際はしていない。(41 歳 E 看護師)」と、看護師側は視覚的に訴えるものの効果を認めながらも実際にはとり入れていない現状であることも話されていた。

#### 4. 親が考える説明における役割

##### 1) 医師・看護師の考え方との一致点と相違点

【日課や生活に関することは看護師から説明】という看護師の役割に対する考えや【医師には治療の説明】をしてほしいとする考えは、医師、看護師とも一致していた。

しかし、「いざ実施する時になってわからなくなることや困ることがあるので、その時になって補足説明をナースにしてほしい。(40 代 B 母親)」と【看護師からは医師の補足説明を受けたい】、「そこを上手く病気の説明みたいなのを看護婦さんたちにしてもらったらよかったかな。(40 代 D 母親)」や「退院時はお医者さんより接する機会の多い看護婦さんの方が説明してくれたし、聞きやすかった。入院・退院やいつ注射があるかとかは接する機会の多い看護婦さんに説明

してもらいたい。(20 代 F 母親)」と、入院や退院の際の説明などは、【身近にいて接する機会の多い看護師から説明を受けたい】という考えをもっていたことは、先の看護師の考え方とは一致していたが、【医師が説明の全面的な役割を果たす】といった医師の考えや、看護師にあまり期待していない考えとは異なっていた。

【看護師の方から自己紹介をして親と関わり、その後のケアを担当】し、子どものことを把握してもらおうと親の方からも「楽ですね」という肯定的な答えが返されていたことや、医師・看護師それぞれに対して、【わかりやすく書かれた物を使用して説明してもらおうと理解しやすい】と説明の工夫を希望していたことは、絵を描いたり、道具を使用して説明したりすることの必要性を感じていないという医師の見解とは違い、看護師が視覚的に訴えるものの効果を認めていたことと一致していた。

##### 2) 看護師・医師への要望

看護師から日課や生活の説明はあっても、【親が入院生活の中で必要としている説明は不足】し、【自分で生活しながら理解】することや、【他児の母親から聞く】ことによって入院生活に適應していたことが話されていた。また、「あの、『お泊りね』って言う表現だったんですよ。看護婦さんが説明するのは、『○君今日はもう病院にお泊りねー』って。最初『お泊り』ってなんなんやろうって思ったの。私も(笑)。あー入院ってことなんやって後でなんとなく分かったんですけど。何回も入退院繰り返してらっしゃる方が、やっぱり小児科だったらいらっしゃるので、私たちも何か分かっているもんやと思われたみたいで、外来看護婦さんはできるだけ子どもにショック受けさせへんように入院という言葉やなくて、お泊りねっていう表現で彼に伝えてくれたんやけども、それが最初に親子共々最初わかんなくっ