

小児プライマリ・ケア研修プレアンケート（別紙2）

年 月 日

研修医 \_\_\_\_\_

1、病院の小児科研修の中で、あなたが、よくできたこと、到達できたことはなんですか？

2、病院の小児科研修の中で、あなたが、うまくいかなかったこと、改善すべきことがあったら書いてください。  
また、それはどんな工夫をすれば改善できると思いますか？

3、小児プライマリ・ケア研修で、特に経験したいこと、学びたいこと、期待していることなどがあったら書いて  
ください。

4、要望などがあれば自由に書いてください。

小児プライマリ・ケア研修日誌（別紙3）

研修医

指導医

年 月 日（ ）

経験した症例

名前(仮名) 年齢 性 疾患・訴え 学んだ点・感じたこと

経験した手技

予防接種・健診など

学んだ文献など

よくできたこと、自信のあるところ、到達できたことは何ですか？

うまくいかなかったこと、改善すべき点があったら書いてください

その他・感じたこと・印象に残ったことなど

小児プライマリ・ケア研修のまとめ（別紙4）

研修期間 年 月 日～ 月 日

研修医

指導医

1、小児プライマリ・ケア研修で特に印象に残った患者・体験をあげ、どんなことを感じたか書いてください。

2、あなたが、よくできたこと、自信のあるところ、到達できたことは何ですか？

3、あなたが、うまくいかなかったこと、改善すべき点があったら書いてください。また、それはどんな工夫をすれば改善できると思いますか？

4、今後小児プライマリ・ケア研修をよりよいものにするには、指導のしかたや研修システムなどに関して、どんな点を改善したらいいと思いますか？

5、その他・感じたこと・印象に残ったことなど自由に書いてください

## 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	兵庫県立大学看護学部助手
	岡田 和美	兵庫県立大学看護学部助手
	小迫 幸恵	兵庫県立大学看護学部助手

### ■研究要旨

当班では、小児救急医療現場の現状を踏まえた上で、救急現場で小児の救急患者や家族に関わる看護師に必要な能力かつ医師とともに協働できる能力の育成を目標として教育プログラムの開発および教育システムの構築を行った。

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、小児救急看護の継続教育のプログラム開発が急務であると考え、小児救急認定看護師教育プログラムの開発および教育システムの開発を行った。

### 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。さらに、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ならびに協働を通しての医師の小児とその家族への関わり方の能力の育成を目的としている。

### 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年度にかけて行った。

#### 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た。

## 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%)

回答した看護師の経験年数は以下の通りであった。

平均看護経験年数 14.1年

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

### 2) 施設および救急外来の特性(回答:看護師長)

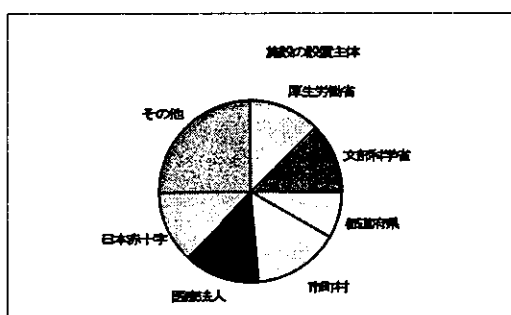


図1. 施設の設置主体

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)

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)

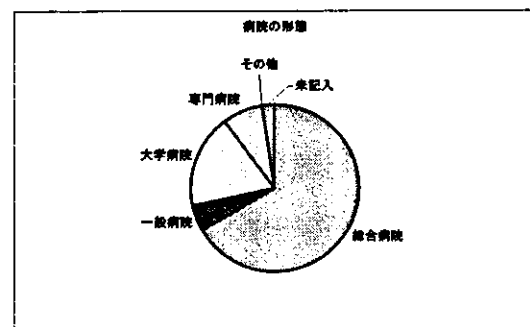


図2. 施設の形態

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)

### 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3人弱と非常に少なく、小児看護の経験がないまま救急外来において小児の患者や家族に対応している看護師が多い現状が伺えた。(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)

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

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みると、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4)

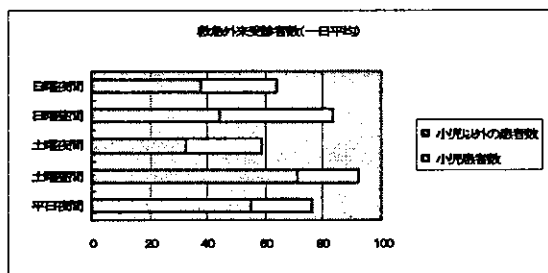


図4. 救急外来受診者数（一日平均）

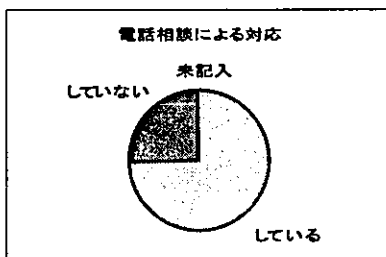


図5. 電話相談への対応

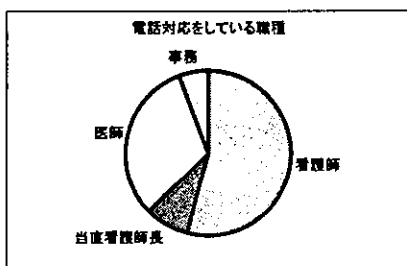


図6. 電話対応している職種

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5)。

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6)

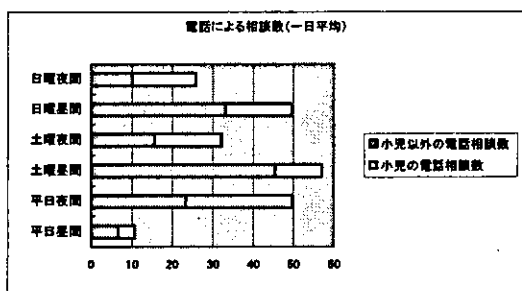


図7. 救急外来における電話相談数（一日平均）

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みると、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7)

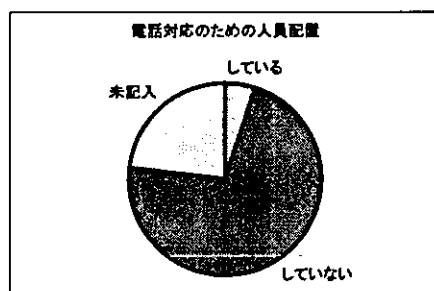


図8. 電話対応のための人員配置

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8)、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対応について(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

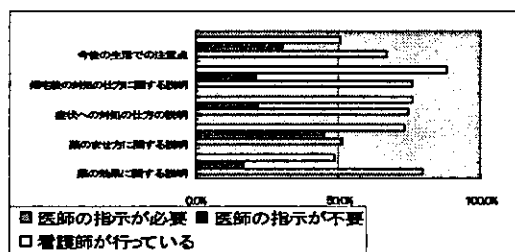


図9. 看護師が行っている指導および医師の指示の必要性に関する判断（回答：看護師）  
 （一次救急あるいは救急を要しないと判断される場合）

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・家族への対応のうち、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、看護師が医師の指示が「必要」と考えている割合は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9)

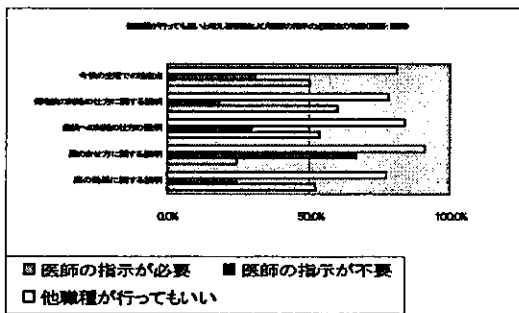


図10. 他職種が行って良いと考える指導および指示の必要性の有無 (回答: 医師)  
(一次救急あるいは救急を要しないと判断される場合)

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、そのうち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10)

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

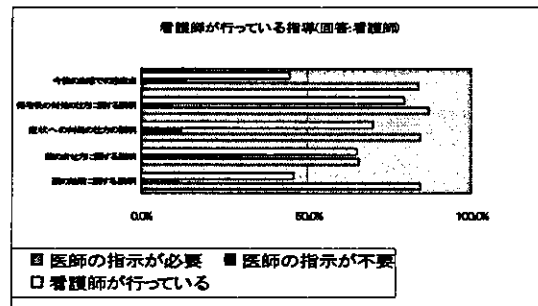


図11. 看護師が行っている指導および医師の指示の必要性に関する判断 (回答: 看護師)  
(二次救急および三次救急、外科系疾患の場合)

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・家族への対応のうち、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11)

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12)

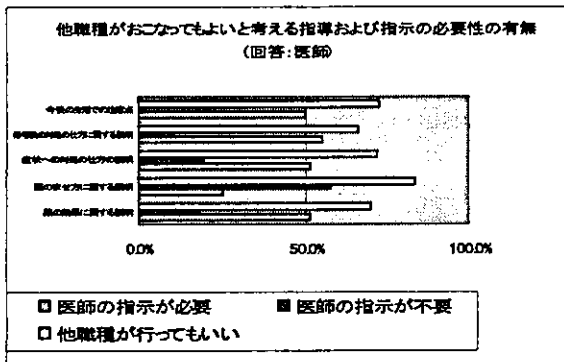


図 12. 他職種が行って良いと考える指導および指示の必要性の有無（回答：医師）  
（二次救急および三次救急、外科系疾患の場合）

5)小児救急医療に携わる看護師のニーズ

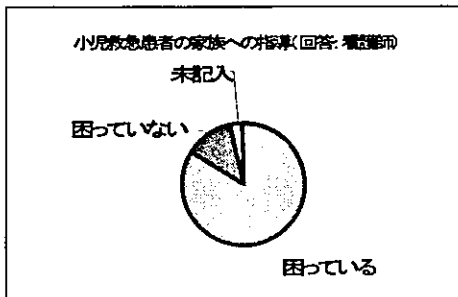


図 13. 小児救急患者の家族への指導について（回答：看護師）

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割以上の看護士が、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13) 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。

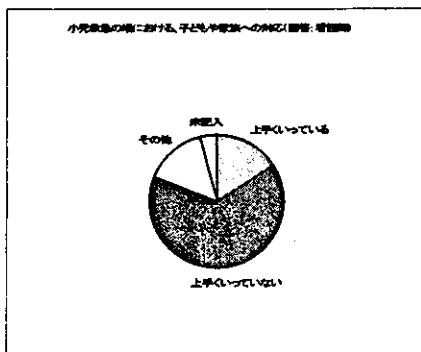


図 14. 小児救急における患者・家族への対応（回答：看護師）

また、小児救急外来における子どもや家族への対応が「上手くいっている」と答えた看護師は33名(16.3%)、「上手くいっていない」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足感を有する看護師が6割を超えていた。(図14)「上手くいっていない」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、救急の現場で働く看護師達は、小児救急の患者や家族へ十分に対応できず、また不安を持ちながら対応している現状が伺えた。

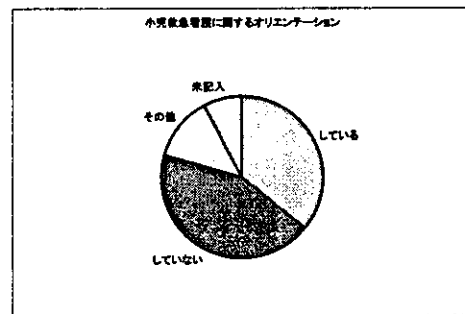


図 15. 小児救急看護に関するオリエンテーション（回答：看護師長）

その一方で、各施設における小児救急の継続教育の現状を見てみると、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15)

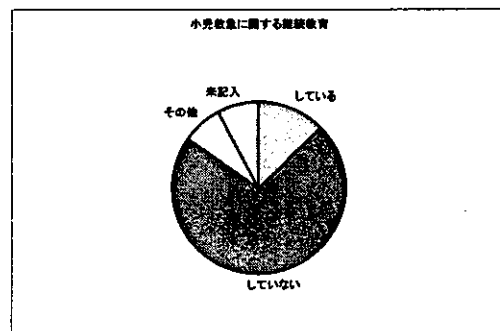


図 16. 小児救急看護に関する継続教育（回答：看護師長）

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16)

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

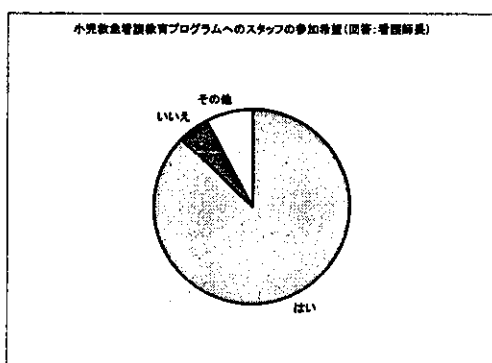


図 17. 小児救急看護教育プログラムへのスタッフの参加の希望 (回答：看護師長)

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17)

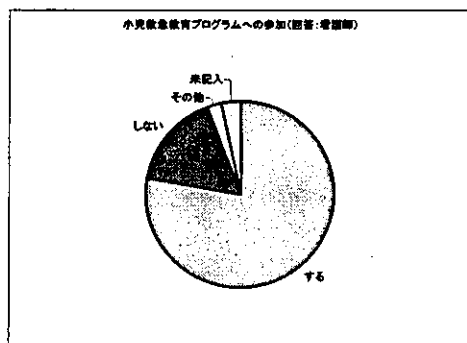


図 18. 小児救急看護教育プログラムへの参加 (回答：看護師)

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。(図18)

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

救急外来における小児の救急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。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る。

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、法律上医師の指示は必要でありその指示のもと看護師が判断して行えるかどうかを問いたかったのであるが、質問のあり方にも問題はあったと思われるが、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も考えられる。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

も推測できる。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。

### C.小児救急認定看護師育成プログラムの開発および教育システムの構築

#### 1.研究方法

##### 1)研究期間

平成15年8月~平成17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長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長)

##### 3)研究方法

複数回研究会議をもち、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および方法・内容の検討を行った。

#### 2.小児救急看護認定教育プログラムの開発

##### 1)小児救急看護認定教育で求める能力

先にも述べたように、救急外来を受診する小児

患者および家族の特徴として、①第一次・第二次救急を受診する小児患者が多く、その中に重症化する危険性のある患者が混在していること②親や家族の育児不安や症状判断の困難に伴う受診が多いこと③電話による小児救急患者家族からの相談が多いこと、などが挙げられる。また、小児が受診する救急の場の特徴として、①小児を対象とする多くの救急外来において、成人の患者に混在して小児の救急患者が受診していること②救急外来が小児虐待を発見する場となり得ること、などが挙げられる。

上記の特徴をふまえ、救急外来において小児患者や親・家族の対応する看護師は、そのときの子どもの様子に惑わされることなく、またパニックになっている子どもや家族への適切な対応を通して、小児の状態変化の予見も含めたフィジカル・アセスメントならびに小児の特性をふまえた救命救急処置を行う必要がある。また、救急外来を受診する小児に対するケアだけではなく、家族への対応技術も必要であり、同時に家庭において行える発熱、下痢、嘔吐などへの観察や受診のタイミング、初期対応など子どもへの対応の仕方など家族が安心感を有することができる指導を家族へ行う技術が必要である。さらに、電話を介して的確に情報収集を行った上でアセスメントおよび指導ができるなど、電話対応における技術も必要であると考えられる。小児の救急においてトリアージという言葉が用いられるが、災害時のトリアージとは違い、重篤度・緊急度の判定とともに必要となる診療科、また親への指導の必要性などを迅速に判断し、救急外来を受診している患者群の優先度を判断することを指していることが多い。小児科医師の適正配置が困難を極めている現在、適切に小児の状態を把握し、必要な医療を判断できる人材を育成することによって、有効な小児救急システムの運営に寄与できると考える。

また、社会問題化している小児虐待において、救急外来で行える子どもへの対応の仕方など育児不安への対応を通して、子どもの虐待の予防の一端になりうる。また、被虐待を疑わせるあるいはその予備軍となりうる子どもやその家族へ対応する能力も必要となる。同時に被虐待を疑われる小児患者と家族に対し、小児患者の保護や関係職種・機関への連絡など、救急外来を通じて

行える子どもの虐待への対応が必要となる。

以上のことから、

①第一次・第二次救急において、対面および電話対応に関わらず、優れたアセスメント能力をもって、救急外来受診を必要とする小児と家族のニーズに対応し、適切なケアを提供できる能力

②第三次救急で、適切かつ確実に小児の発達に応じた救命救急処置を含めたケアを提供できる能力

③救急外来を受診する小児患者・家族への指導を通して、家庭の育児力の向上に対する社会資源となりうる能力

④救急外来にて小児虐待に対する早期発見・適切な介入を通して、小児虐待の悪化を予防する能力以上4点の能力を有した小児救急看護認定看護師の育成および活用が、小児の救急医療に対する社会のニーズに応えけると同時に

国として国民への責務を果たすことへつながると考える。

#### 2)小児救急認定看護師教育プログラムの内容

前述した背景を踏まえ、本教育プログラムの教育目的として、下記を挙げた。

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の救急において、最新の身体・心理・社会的知識・技術を持ち自立して対応できる看護師を育成する。

②小児救急看護認定看護師の育成を通して、看護師以外の他職種とも協働しながら、小児救急医療の水準の向上を図る。

③小児救急看護認定看護師の育成において、救急外来を通して虐待の早期発見、家庭における初期対応能力を高める役割を担い、子どもと家族のおかれている環境の改善に取り組む。

これらの教育目的を達成すべく教育カリキュラムの検討を行い、表2のようなカリキュラムを作成した。特に本カリキュラムにおける学内演習ならびに臨地実習では、子どもや家族との対応や電話相談などのロールプレイを用いての演習や、小児専門病院救急外来、一般病院救急外来(夜間救急センター等も含む)、児童相談所、保健所、消防署などでの臨地実習、ならびに実習時間も夜間・土日祝祭日も想定し、確実な実践能力が身につくことを目指している。

表2. 小児救急看護認定教育基準カリキュラム

必修共通科目	専門基礎科目	専門科目	演習・実習
リーダーシップ(15) 文献検索・文献講読(15) 情報処理(15) 看護理論(15) 教育・指導(15) コンサルテーション(15)  *以下は選択 対人関係(15) 看護管理(15)	現代の子ども・家族と救急医療(15) 子どもの成長発達(30) 小児救急における薬理(15) 子ども・家族への接近法(15) 子どもの権利と社会資源(15)	小児救急における病態とケア(45) 小児救急看護技術(15) 家族看護(15) 子どもの虐待(30) 家庭における初期対応指導(15) 救命技術指導(15) 小児に特徴的な集団災害看護(15)	学内演習(60) 臨地実習(180)
総時間数 600 時間 (+30 時間)			

### 3.小児救急看護教育制度の構築

上記プログラムを公平に全国の救急医療現場で小児救急に携わる看護師が受講できるような教育システムの構築が必要であると考えた。そのため、日本看護協会で行われている認定看護師制度を活用することが有効であると考えた。

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た。そのため、本研究で起案した小児救急看護教育プログラムを受けた「小児救急看護認定看護師」を育成するべく日本看護協会に新たに「小児救急看護」の分野特定の申請を行い受理された。平成17年度より日本看護協会研修センターにおいて「小児救急看護認定看護師」教育が開始されることが決定し、現在受講者の選考が行われているところである。

### D.結論

本研究より、小児の救急患者は現在専門病院を

除いては救急外来、特に第一次~第二次救急では、成人の救急患者に混在して受診していることが多く、小児救急患者の的確なアセスメントや処置はもちろん、家庭における育児能力の向上につながるような家族への育児指導や虐待例の早期発見・保護に対応しうる能力が必要となる。また、第一次~第二次救急を受診する子どもたちの中から、重症化しうる患児を的確にアセスメントし必要な処置や転院等の対応を速やかに取れることが必要である。これらのことを医師だけで行うには業務が過重であり、看護師、薬剤師等のコメディカルが役割を明確にしながチームとして小児救急へ対応していく必要があることが示唆された。既に電話相談や診療後の家庭での処置等の指導、初期判別などに看護者の導入は不可欠と判断され、各施設においては対応が進み始めているがその質的準備性は整っていない現状である。これらの結果から平成17年から日本看護協会において小児救急認定看護師の育成が制度化された。以上より、第一次から第三次における各救急レベルにおいて小児救急の調整役を担えるに小児救急看護認定看護師の配置を促進することが、小児救急の質を保証し、若手医師の育成にもつながると考える。今後の課題としては、多職種間医療(Interdisciplinary Medicine)として必要な人員の試算も今後早急に必要であり、さらに小児救急を標榜する救急医療現場において、小児科医の配置と共に小児救急の調整役を担える小児救急看護認定看護師の配置を救急医療加算の算定用件に加えることが必要であると考えられる。

## 「子どもと親へのプレパレーションの実践普及」の報告

【分担研究者】 蝦名 美智子 神戸市看護大学小児看護学教授

### 1.はじめに

欧米では50年前からプレパレーション(preparation)という概念<sup>1)</sup>があり、医療処置を受ける際の幼児へ、「なぜ、これをするのか」ではなく「何が起こるのか」を人形や絵本などの視覚的ツールを用いて説明し、医療処置を受ける際の「心の準備」を行っている。また、医療処置施行中の子どもの緊張感・恐怖感の軽減、および処置終了後におこなう遊びのなかで「処置中に感じた緊張感・恐怖感を緩和・解消すること」を行っている。

一方、我が国では子どもに医療処置や病気・病状を説明する医師や看護師は非常に少ない。我々は平成9年から小児が手術や医療処置を受けるときにどのような説明をうけているかを参加観察法と面接調査によって検討してきた結果、認識上は「子どもの発達や年齢を考えて説明している」と回答していても、実際の観察では説明場面がなく、その点を確認すると「2歳は、まだ日本語がわからないだろう」「あの子は8歳なので1回くらいの説明じゃわからないから」「今まで、中学生に、生活上の注意はしていたけれど、病気の成り立ちは説明したことがなかった」という状況であった。平成14年度はこのときの結果をもとに質問紙調査をおこない、平成15年度はその結果をもとに再度インタビュー調査をおこなった。本報告では、平成14年・15年の調査結果の概要を述べる。

### 2.方法

1)研究期間 平成14年4月~平成15年3月

2)調査依頼

平成14年度、調査依頼する病院は、病院要覧から規模が200床以上で小児病棟の表示がある病院を抽出し、さらに小児専門病院を加えた。調査票を配布後、小児病棟が閉鎖したことや統廃合した結果、調査協力ができないと連絡を受けた病院を除外し、最終的に1487病院へ調査依頼を行った。我々は5テーマ(子どものアメニティ的視点から病院の物理的環境、採血・点滴の説明、手術の説明、入院の説明、退院の説明)について、それぞれ60前後の質問肢を作成した。そのため、一カ所の病院に、5テーマの調査票すべてを依頼することは負担が大き過ぎると考え、1487病院を4グループに分け1グループのみ2テーマ(物理的環境、手術)を依頼し、残る3グループは1テーマを依頼した。

調査依頼は看護部長もしくは病院長を通して、1病院あたり医師1人、主任・看護師長(以下、主任・師長)1人、親は3人の計5人へなされた。配布方法は調査票を各病院へ一括して郵送し、回収は各回答者が調査者へ郵送にて返送する形とした。

調査内容は5テーマそれぞれに設定されたのでここでは割愛するが、基本的属性以外は、5段階(必ず必要、必要、あまり必要でない、必要でない、考えたことがない)あるいは4段階(よく実行、実行、あまり実行しない、実行しない)で回答を得た。

### 3.倫理的配慮

調査依頼書には、研究目的、無記名回答であること、自由意志による研究協力であること、結果は統計的に処理され個人や病院は特定されないこと、結果は学会等で公表されること、希望者には報告書を送付することを明記した。従って調査票の返送をもって本調査への協力と判断した。

#### 4.回収率(表1)

表1 調査票の配布数と回収数・回収率

質問テーマ	病院数	配布数	有効回収数 (%)	平均回収率
1.入院環境	375	医師 n=375	84 (22.4)	医師 n=1487 有効回答 417 回収率 28.0%
		看護師 n=375	93 (24.8)	
		親 n=1125	109 (14.5)	
2.入院の説明	388	医師 n=388	133 (34.3)	
		看護師 n=388	160 (41.2)	
		親 n=1164	328 (28.2)	
2.点滴や採血の説明	365	医師 n=365	102 (27.9)	看護師 n=1487 有効回答 535 回収率 34.0%
		看護師 n=365	127 (34.8)	
		親 n=1095	238 (21.7)	
4.手術の説明	375	医師 n=375	35 (9.3)	
		看護師 n=375	68 (18.4)	
		親 n=1125	61 (5.4)	
5.退院の説明	359	医師 n=359	63 (17.5)	親 n=4461 有効回答 849 回収率 19.0%
		看護師 n=359	87 (24.2)	
		親 n=1077	113 (10.5)	

回答率が低かった理由は、依頼時期が年度末の多忙期であったこと、他の調査と競合したこと(電話連絡があった)、テーマへの関心の低さ、連絡はなかったものの小児病棟が閉鎖されてしまった可能性、また手術に関しては外科手術を行っていない病院にも配布してしまったこと、家族への調査票は多くの病院から「倫理委員会を通さないとできない」「家族への調査は許可ができない」と連絡があり、調査計画に無理があったことが大きいと考えている。

#### 5.回答を得た病院と病棟の概要(表2 表3)

表2 回答を得た病院の概要 (単位: %)

		入院環境 n=109	入院 n=328	採血・点滴 n=238	手術 n=61	退院* n=113
病院の規模	200未満	1.2	0.6	5.9	0.9	13.2
	200～300未満	17.9	10.6	32.4	8.6	72.4
	300～500未満	51.2	51.9	30.4	43.8	7.2
	500～700未満	15.5	22.5	17.6	26.7	7.2
	700～900未満	8.3	6.3	4.9	13.3	
	900以上	6.0	8.1	8.8	6.6	
経営主体	国立	7.1	16.3	9.8	7.5	8.1
	公的医療機関	45.2	36.3	43.1	67.9	67.8
	医療法人・他	47.6	47.4	47.1	24.5	24.1
病院の機能	一般病院	79.8	79.4	80.4	77.1	9.2
	高機能病院・子ども病院	14.3	11.9	13.7	21.0	87.5
	長期・リハビリ・他	6.0	8.7	5.9	1.9	3.3

\* 退院の回答割合は「n=医師の回答数+看護師の回答数」とした。

表3 回答を得た病棟の概要（単位：％）

		入院環境 n=109	入院 n=328	採血・点滴 n=238	手術 n=61	退院* n=113
病棟の規模	29以下	10.7	6.9	11.8	13.6	12.8
	30～39	27.4	21.9	22.5	21.9	18.4
	40～49	32.1	38.7	37.3	32.4	32.7
	50以上	27.4	28.8	23.5	33.3	36.1
	不明	2.4	3.7	4.9	2.9	—
入院形態	小児のみ入院	27.4	26.9	37.3	37.7	16.9
	混合病棟・他	72.6	73.1	62.7	59.3	83.1
混合病棟の小児の定床	不定	—	8.9	30.7	13.4	3.1
	10床未満	—	18.8	24.4	23.9	55.5
	10～19床	—	33.0	20.5	25.4	32.0
	20～29床	—	25.0	14.2	22.4	9.4
	30床以上	—	14.3	10.2	19.9	—
平均入院日数	10日未満	71.4	70.6	74.5	76.9	80.7
	10～19日	17.9	16.9	14.7	15.4	10.7
	20～29日	4.8	4.4	3.9	2.8	2.7
	30日以上・不明	6.0	8.1	6.9	2.9	5.9
付き添い状況	付き添いなし	7.5	10.6	2.4	6.1	34.9
	付添いは場合による・他	71.0	64.4	63.0	75.8	60.5
	必ず付き添う	21.5	25.0	30.7	18.2	4.6
子の年齢と付き添い	0～3歳	—	85.0	88.2～92.1	82.9～84.3	89.8～91.0
	4～6歳	—	56.9	61.2～84.3	55.7～74.3	70.7～88.7
	7～10歳	—	13.8	21.3～37.8	15.7～34.3	15.7～47.2
	11～15歳	—	5.6	15.7～5.5	10.0～2.9	7.8～2.2

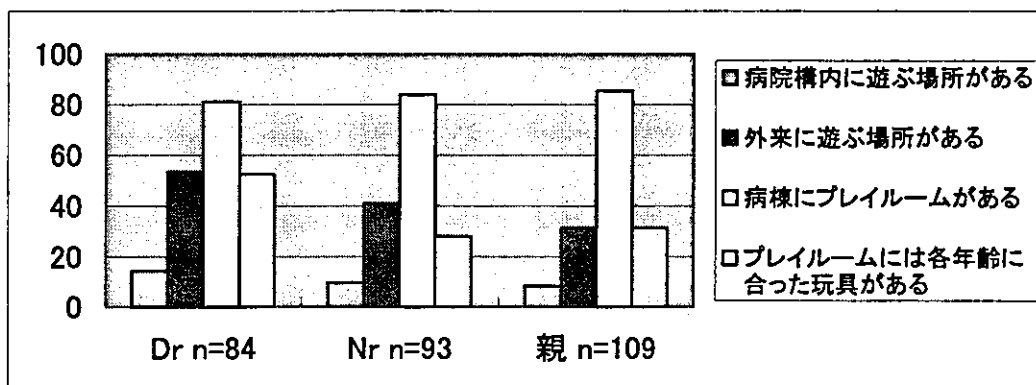
\* 退院の回答割合は「n＝医師の回答数＋看護師の回答数」とした。

## 6.調査結果の概要

### (1) 調査1:病院環境(図 〇-1 図 〇-2 図 〇-3)

Platt Reportでは、病院内あるいは病棟内が「子どもが安心できる配色であるか」「遊びを保證しているか」を重視している。主な結果を図〇-1-3に示した。

図 I-1 遊びの入院環境の現状に対する意識（単位：％）



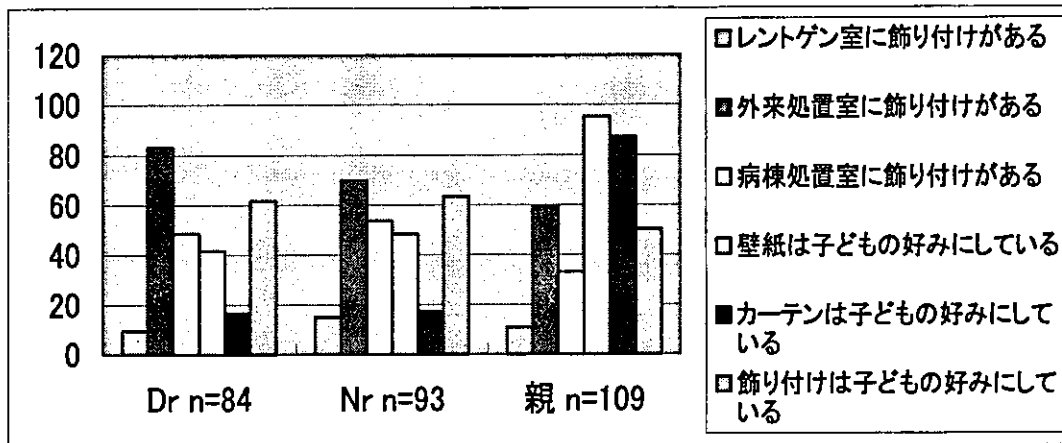
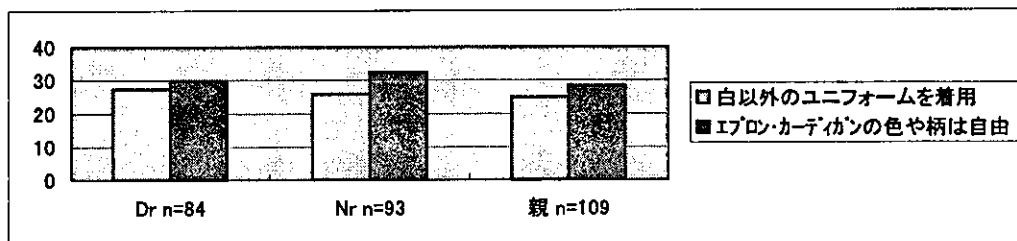


図 I-3 医師・看護師の服装の現状に対する認識 (単位:%)



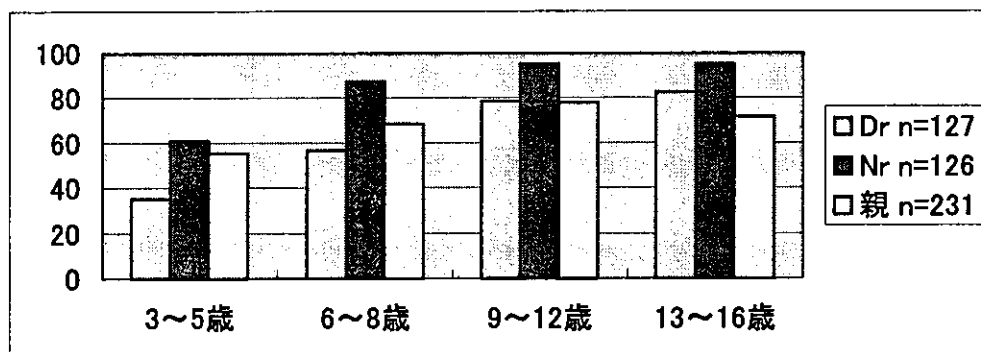
医師、主任・師長、親の3者で違いがあるものの、小児病棟や小児外来、レントゲン室において、「子どもが安心するような飾り付けがある環境」とは言えないことがわかった。

(2)調査2:採血と点滴の説明

採血や点滴は日常的に行われる医療行為であるが、我々が平成9年に行った調査では「子どもへ説明する検査」という考え方は見いだせなかった。この点を確認すると「点滴ですからね」「説明が必要なのはルンパールやマルク、腎生検ですよ」と答えていた。今回、このときのデータを基に質問紙を作成した。主な結果を図7に示した。

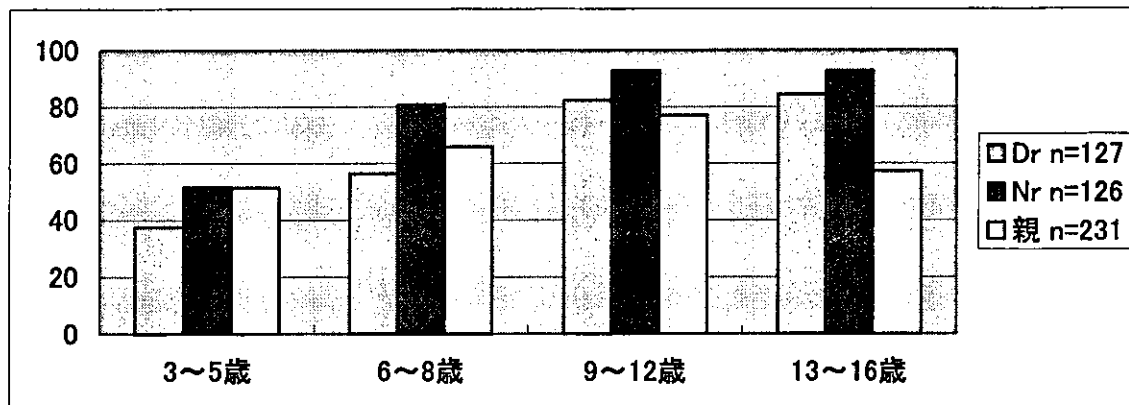
①子どもへ採血・点滴の説明をする必要があるか(図II-1 図II-2)

図 II-1 採血することを必ず説明すると認識している割合 (単位:%)





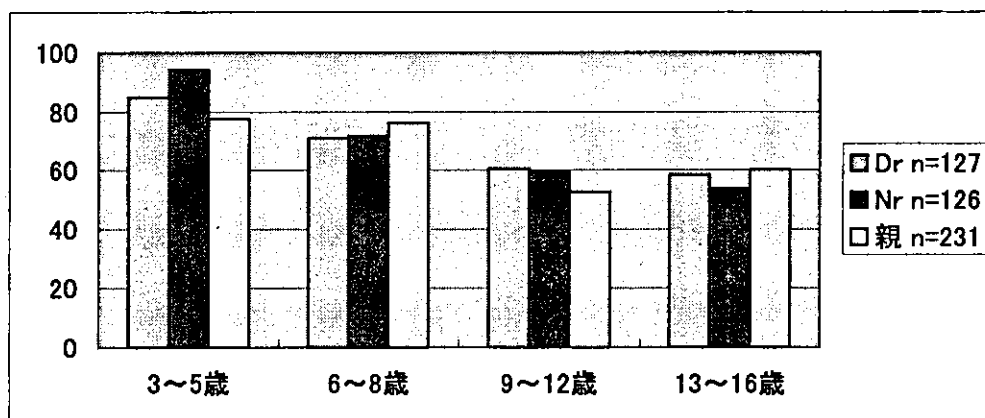
図Ⅱ-2 点滴することを必ず説明すると認識している割合（単位：%）



採血・点滴において最も説明される割合が低いのは、医師、主任・師長、親の3者共に3~5歳であり、次いで6~8歳であった。医師は、特にこの傾向が強かった。

②「実施の直前に説明する」割合(図Ⅱ-3)

図Ⅱ-3 こどもへ採血を「直前に説明する」と認識している割合(単位：%)

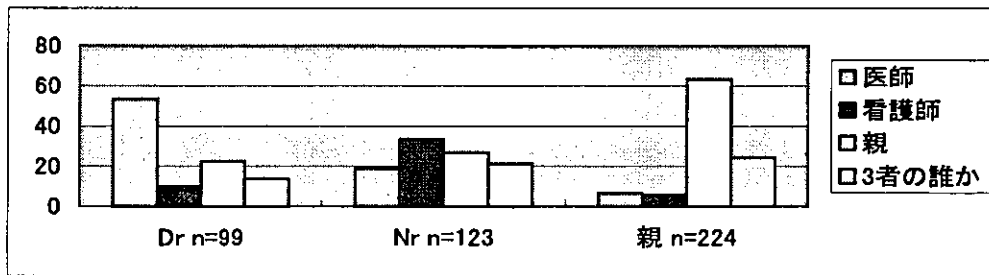


「いつ子どもに採血・点滴検査があることを伝えるか」では「直前に説明する」割合が最も高く、特に3~5歳では3者共に8割が直前であった。

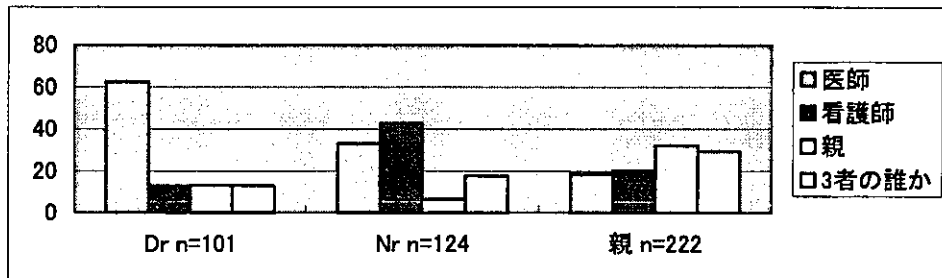
③子どもに説明するのは、誰が適任かの認識について(図Ⅱ4-1~4)

医師は子どもがどの年齢階級でも「医師が適任」であり、看護師や親と認識する率は、3~5歳で認められるが、6歳以上では激減していた。主任・師長は、3~5歳では医師よりも看護師、親、あるいは3者の誰かを重視していたが、9歳以上になると親ではなく「医師か看護師が適任」と認識していた。親は、3~5歳では「親が適任」と認識していた。6~8歳でも「親が適任」の率が高いが、9歳以上になると親ではなく医師が適任と考えていた。

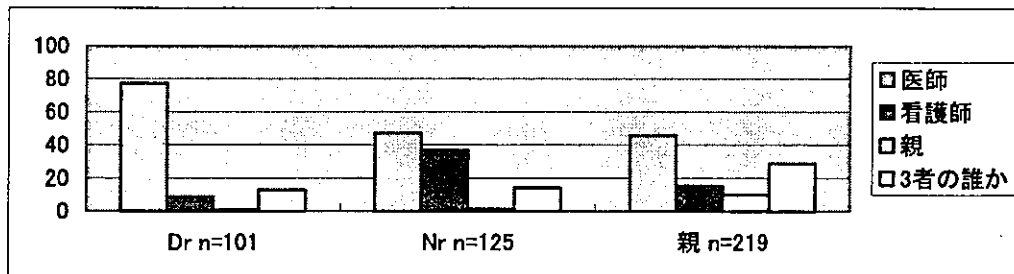
図Ⅱ-4-1 3～5歳：誰が説明するのが適切かについての認識(単位：%)



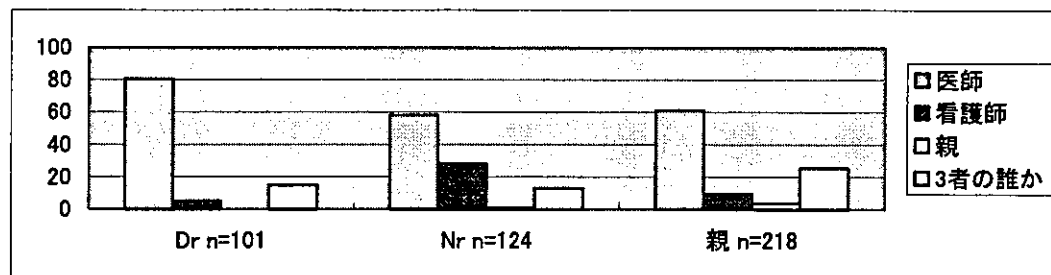
図Ⅱ-4-2 6～8歳：誰が説明するのが適切かについての認識(単位：%)



図Ⅱ-4-3 9～12歳：誰が説明するのが適切かについての認識 (単位：%)



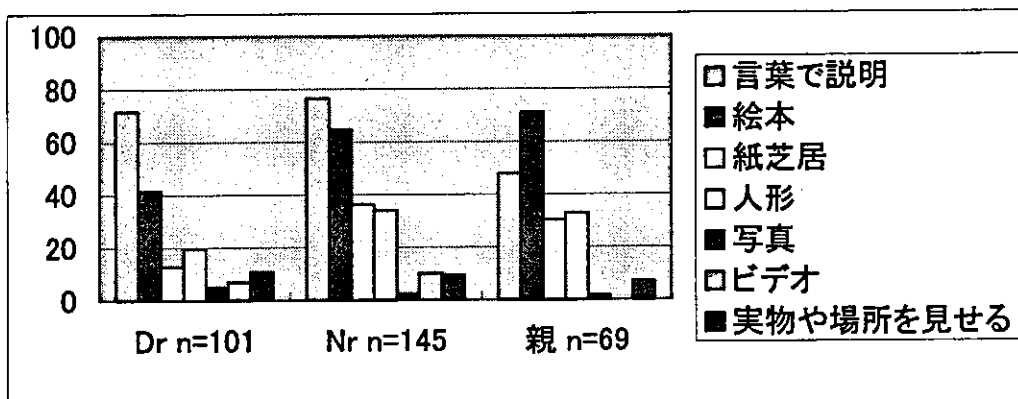
図Ⅱ-4-4 13～16歳：誰が説明するのが適切かについての認識 (単位：%)



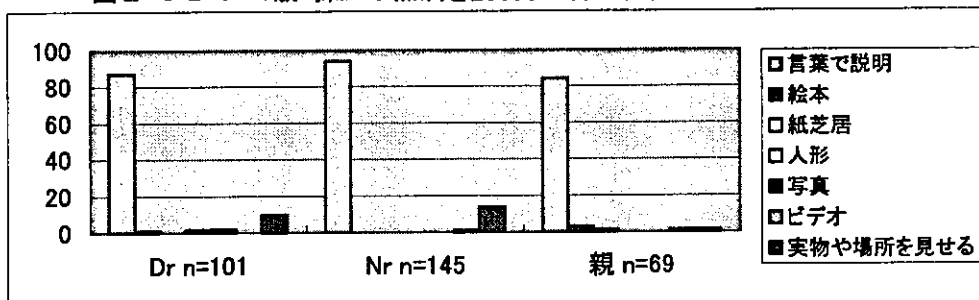
④採血・点滴を説明する際に用いる方法(図Ⅱ-5-1～5)

3～5歳では、医師、主任・師長、親の3者の認識では、図Ⅱ-5-1に示したように言葉で説明する以外に、視覚的ツールとして絵本、紙芝居、人形などを使ったらいいと思っていたが、図Ⅱ-5-2に示したように、実際には言葉が主流であり、視覚的ツールはほとんど用いられていなかった。

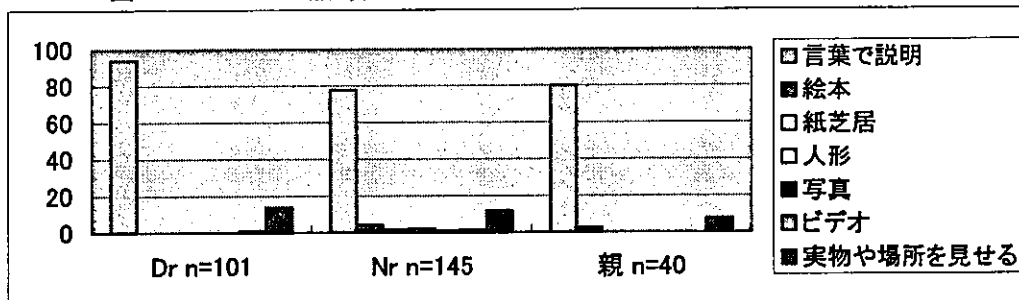
図Ⅱ-5-1 3～5歳:採血・点滴の説明で使用するとよいと思う方法（単位:%）



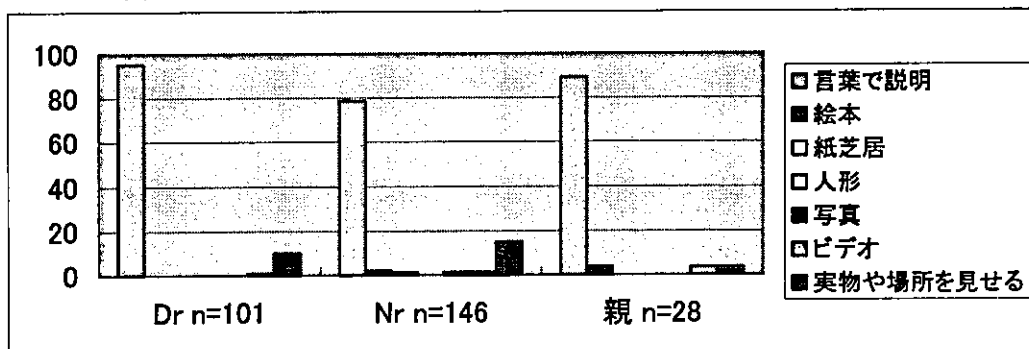
図Ⅱ-5-2 3～5歳:採血や点滴を説明する際の実際の方法（単位:%）



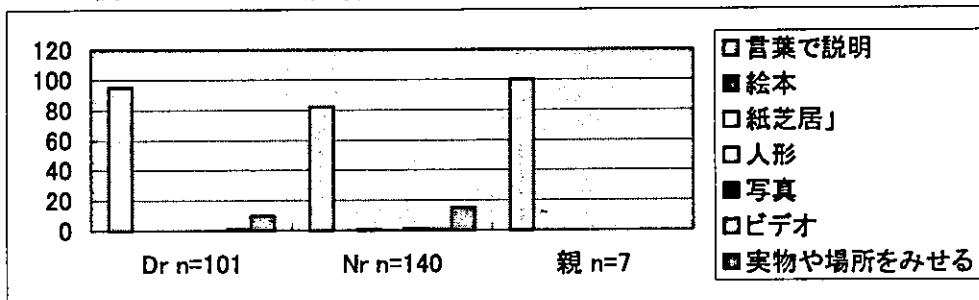
図Ⅱ-5-3 6～8歳:採血・点滴を説明する際の実際の方法（単位:%）



図Ⅱ-5-4 9～12歳:採血・点滴を説明する際の実際の方法（単位:%）



図Ⅱ-5-5 13～16歳:採血・点滴を説明する際の実際の方法（単位:%）

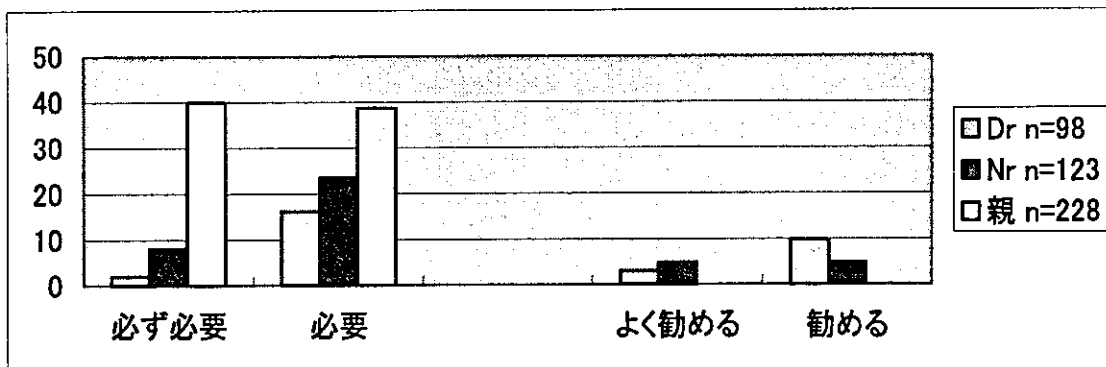


図Ⅱ-5-2～図Ⅱ-5-5に示したが、年齢に関係なく、3者ともに言葉による説明が中心であり、極少数であるが「実物や場所を見せる」「ビデオ」があり、視覚的ツールを使っているとは言えない状況であった。

④子どもの採血・点滴に「親が付添う必要」についての認識(図Ⅱ-6-1～2)

子どもは生後6か月頃から3歳頃まで、母親と一緒にいることで安心して探索行動を行う。見知らぬ人や見知らぬ環境であっても親と一緒にいることで子どもは親を安全基地として活動が続けられる。従って、観察すると、病院という見知らぬ環境で親から離されて、ひとりで処置室に連れられ、採血・点滴を受ける場合、子どもは親から引き離された時点から親に再会するまで泣いていることがわかった。この項では、3・5歳、6・8歳において、採血・点滴に親が付きそうことをどのように認識しているかを調査した結果を示した。

図Ⅱ-6-1 3～5歳:「親の付添いが必要と思う」vs「実際付き添いを勧めている」割合（単位:%）



図Ⅱ-6-2 6～8歳:「親の付添いが必要と思う」vs「実際付き添いを勧めている」割合（単位:%）

