

小児科クリニックで 研修医を教える

こどもクリニックもりた

森田 潤

卒後研修必修化そもそものはじまり

2001年に「新人医師の臨床研修制度を見直す検討会」が設置された際には次の問題点が取り上げられていた。1. 充実した研修環境が必要。2. 研修を妨げるアルバイトの禁止。3. 高度医療ではなく、プライマリ・ケアの症例を。4. 研修目標の確立と統一をする。5. 指導医体制の整備。これらの問題は大学での研修を前提にしていたため、プライマリ・ケア指導医の量と質の両面での確保ができず、教育を行う指導医への評価の見直しという問題も残りました。

外来小児科学会；教育検討会では、小児プライマリ・ケア実習として1999年より医学生を受け入れてきました。この発展型として診療所を研修医に提供することによって、プライマリ・ケアの経験と指導医の問題を解決できる可能性があると考え、実行してきました。本来全人的な医療と地域保健とのつながりを要する小児科は、研修医教育の場としてふさわしいのです。

勤務医としてのキャリアをもつ開業医が医学教育、卒後教育に参加することにより指導医の質・量の両面の解決となる。そこには、保険制度の仕組み（医療経済）の上で、問診と限られた検査・診察で正確な診断に至るというプライマリ・ケアのプロセスが凝縮されていると考えます。

なぜ、いまからはクリニックで医学教育か

いままでは大学が教育の中心であったため、教育目標が基礎研究主体となり臨床が軽視されてきました。しかし今後医学生の求める、さらには社会の求める医師になるためには臨床の力が重要となっています。マッチングの結果が研修医の求める医師像を示しました。老人医療に圧迫されつつある医療財源を考えると、地域の医療・保健サービスの質の向上と効率化のためにプライマリ・ケアを担う人的資源の養成・整備が必要なのです。

多忙な診療所の医師がいかにして教えるか？

外来小児科学会では年に2回の指導者研修と1

回の検討会を行い、「虎の巻」「龍の巻」出版（医学書院）と指導教材の提供を行ってきました。そこには指導医と医学生と研修医の熱意があります。今後、研修医・指導者の評価法の確立と指導法の研修を系統的に行うことが必要だと考えます。私は病院とクリニックの違いを考えながら、以下のことを目標に指導を行っています。

- ・生活に密着した臨床上の質問に答えられる
- ・疾病の予防と健康チェックに関わる
- ・保険診療を理解し、社会資源を利用できる
- ・地域の子どもに関わるネットワークのリーダーとして
- ・家族の持つ背景を理解し、意志決定の手助けができる

疾患そのものよりも精神面・社会的な部分に光りを当てることを重視します。今後、開業医の救急外来への参加とインターネットの利用が進めば、むしろ研修医の主たる勉強の場はクリニックの外

来へと移行する可能性もあります。ここには変化に富んだ症例が数多くあるからこそ目標達成が可能だと考えます。

米国ではすでに卒後はストレート研修へ移行しています。大学での教育の中にこそ外来クリニック実習が生かされるべきであり、もう一つの発展である医学生カリキュラム実習にこそ上記の目標が活かされるべきでしょう。教育検討会としては今後、プライマリ・ケア教育におけるクリニック実習の評価を確立し、批判を受ける必要があります。今年ハワイ大学での海外教育セミナー参加が実現しました。来年に向け、指導医の海外からの受け入れとプログラム開発の提携に動き出しています。

私は将来の医師を育てるのは先輩医師の務めだと考えて受け入れています。医学生や研修医を育てるのは楽しいものだし勉強にもなる。それはあなた（医師）だけでなく、コメディカルや患者にも確実によい影響を与えます。



小児初期救急への 挑戦

監修 中澤 誠 東京女子医科大学循環器小児科
編集 稲毛康司 日本大学医学部付属練馬光が丘病院小児総合診療科

目次

I 小児救急のゆくえ	3
II 苦悩する小児救急医療の実情	
1. 患者ニーズからみた小児（初期）救急	13
2. 現場小児科医からみた小児（初期）救急	
(1) 小児科医の労働環境改善のために、労働法制には何ができるか	22
(2) 診療報酬からみた小児救急の採算性	28
(3) なぜ、小児科医が小児（初期）救急に対応しなければならないのか	36
① pros and cons 小児科医の立場から	43
② pros and cons 総合診療（科）医の立場から	43
(4) なぜ、すべての小児科医が均等に小児（初期）救急に参加していないのか	49
III これからの小児（初期）救急体制構築への挑戦	
1. これから目指すべき小児救急；小児医療提供体制の改革を通して実現する	57
2. 地域小児救急システムの構築	
3. 電話相談	
(1) 医師による電話相談	67
(2) 保健師による電話相談；東京都の取り組み	75
4. 交代制による24時間体制	
(1) 病院小児科改革と小児科24時間体制	86
(2) 地域小児科センター病院構想と夜間シフト制の導入	92
5. 「豊能広域こども急病センター」設立における保健所の取り組み	100
6. 卒前・卒後臨床研修と小児救急	103

7. 小児（初期）救急医学教育と指導者育成	110
8. 国公立大学病院と小児救急医療	117
9. 小児（こども）病院と小児（初期）救急	123
10. 国立成育医療センターにおける小児（初期）救急	130
11. 地方二次病院での小児（初期）救急の取り組み	137
12. 救命救急センターの小児（初期）救急対応	141
13. 小児救急のリスクマネジメント	147
14. 小児外科医と小児プライマリーケア	152
15. 小児（初期）救急体制への一般市民への知識啓発	159
16. 看護師によるトリアージ	165
17. 「ER型救急医」と小児救急	176

IV 小児救急体制のモデル

1. 地方病院完結型；大分こども病院の場合	185
2. 地域小児科医連携型	
(1) 熊本方式；課題と発展性	191
(2) 印旛方式	198
3. 地域開業医連携；鹿屋方式	204

V 行政からみた小児（初期）救急

自治体の取り組み

(1) 東京都における小児救急医療対策	213
(2) 大阪府における小児救急医療対策	218

索引	226
----	-----

執筆者一覧

(執筆順)

衛藤 義勝

(東京慈恵会医科大学小児科)

中澤 誠

(東京女子医科大学循環器小児科)

市川光太郎

(北九州市立八幡病院小児救急センター)

安東 宏三

(安東宏三法律事務所)

小田島安平

(東京都社会保険診療報酬支払基金)

崎山 弘

(崎山小児科)

箕輪 良行

(聖マリアンナ医科大学救急医学)

松平 隆光

(松平小児科)

藤村 正哲

(大阪府立母子保健総合医療センター)

渡部 誠一

(土浦協同病院小児科)

桑原 正彦

(桑原医院)

海谷 智徳

(東京都福祉保健局救急災害医療課)

吉田 哲也

(徳島赤十字病院小児科)

船曳 哲典

(藤沢市民病院小児科)

高林 弘の

(大阪府豊中保健所)

竹内 泰雄

(豊能広域こども急病センター)

我那覇 仁

(沖縄県立中部病院小児科)

田原 卓浩

(たはらクリニック)

末延 聡一

(大分大学医学部脳・神経機能統御講座小児科学)

梅原 実

(神奈川県立こども医療センター救急診療科)

清水 直樹

(国立成育医療センター救急診療科・手術集中治療部)

阪井 裕一

(国立成育医療センター救急診療科・手術集中治療部)

宮坂 勝之

(国立成育医療センター救急診療科・手術集中治療部)

小川 弘

(公立南丹病院小児科)

山本 徹

(公立南丹病院小児科)

長村 敏生

(京都第二赤十字病院小児科)

稲毛 康司

(日本大学医学部付属練馬光が丘病院小児総合診療科)

上野 滋

(東海大学医学部外科学系小児外科学)

舟本 仁一

(大阪市立住吉市民病院小児科)

林 幸子

(国立成育医療センター救急センター)

寺澤 秀一

(福井大学医学部附属病院救急部・総合診療部)

藤本 保

(大分こども病院)

後藤 善隆

(熊本地域医療センター小児科)

西牟田敏之

(国立病院機構下志津病院小児科)

松田 幸久

(まつだこどもクリニック)

高山 佳洋

(大阪府健康福祉部医療対策課)

7 小児（初期）救急医学教育と指導者育成

■ はじめに

小児（初期）救急医療が展開される「場」は設備の整った医療機関だけではなく、聴診器すらない日常生活空間である場合もあるが、実際は、後者ならびにその現場から近い病院・診療所が主体となることが多い。したがって、小児（初期）救急医療では、小児科医のみならず小児科を専門としない医師・研修医も主役となるため、現場に求められることは優れた基礎臨床能力のみならず初期治療により病状を安定させ専門医に“つなぐ”ことといえる¹⁾。医師が目の当たりにしている患児の苦痛・苦悶・不穏に対して的確で迅速な判断をすることと家族へわかりやすく説明することが求められるのは小児医療全般に共通する基盤であるが、救急医療現場では「一期一会」となる可能性が高く、それだけに患児ならびに家族への対応と紹介先の医療機関への連絡には十分な配慮が医療スタッフに求められる。

本稿では、日常診療のなかでの緊急度の判別を含めた教育（プライマリーケア教育）を基盤とした小児（初期）救急医学教育ならびに指導者（指導医）の役割について述べる。

■ 小児（初期）救急医学教育における指導医の役割

“優れた臨床医を養成する”ことが医学教育のもっとも重要な到達目標とすると、小児科に限らず救急医学を含まないカリキュラムは無用の長物といっても過言ではない。なぜなら、自分自身に備わっているプライマリーケア能力を限られた時間のなかで存分に発揮できるか否かで成果が大きく変わってくるからである。救急医学教育は新しい研修医教育制度のなかに組み込まれたものの、研修施設あるいは指導医の資質により教育内容に大きな差を生じることが推測される。

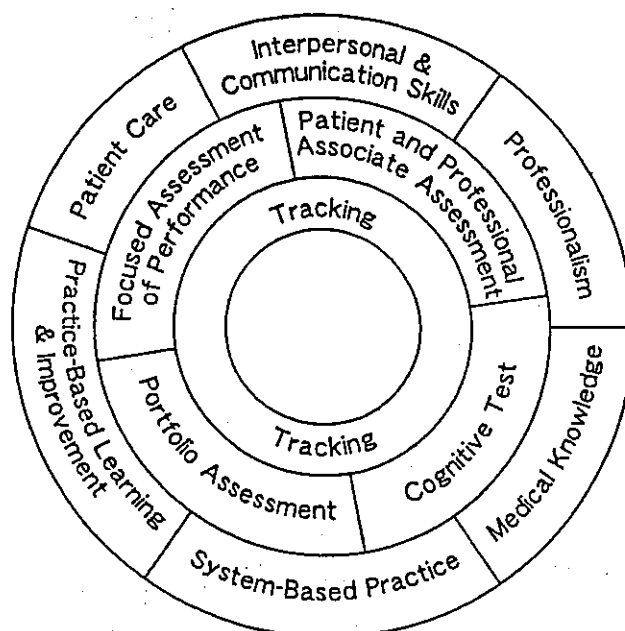
これからの小児（初期）救急医学教育に求められている基軸は、急性疾患・事故に対する初期救急医療に関する教育であり、将来、小児科医としてでなくても小児の診療にあたる可能性のある医師すべてが、小児（初期）救急医学を修得するのは当然のことといえる²⁾。

救急医療現場を題材としたテレビ番組や書物のなかで「小児」が登場する機会は、近年、増加する傾向にあり、多くの感動や興奮を視聴者に伝えている。現在の小児救急医学研修に欠けているものがあるとすれば、「救急医療の魅力」を医学生・研修医が



〔写真提供：武谷茂（たけや小児科）〕

写真1 梨で窒息仮死となった児を蘇生
できた瞬間、笑顔がこぼれる



（ACGME のホームページより引用）

図1 基礎臨床能力の要素

十分に体験できていないことである。“自分の手に負えない”と感じながらも指導医のもとで指示されるまま汗を流した結果、高く感じた「ハードル」を越えることができた瞬間にこぼれる笑顔こそが、医学生・研修医だけでなく指導医のエネルギー源となる（写真1）。

このような魅力はどのような現場にも存在し、勤務医・開業医の別なく生きた“魅力”を逃さずに伝えることのできる医師こそ優れた指導医といえる。

2 小児（初期）救急医療に求められる基礎臨床能力

医師に求められる基礎臨床能力（general competencies）には様々な要素（図1）があり、どれが欠けても医師としての行動・活動は成果を生み出せなくなる。例えば、診察（patient care）だけをとっても、その流れのなかに多くのポイントが含まれているため、その評価にも様々な手法が必要である（表1）。これらの要素を基盤として展開される小児（初期）救急医療の現場には医療情報・医療環境・時間に制限があり、ここで発揮されなければならない基礎臨床能力には下記のような特徴がある。

- (1) common disease の診断と治療
- (2) 多くの軽症患者から重症者を見出すこと
- (3) 重症度・緊急度の判定と振り分け機能（トリアージ）
- (4) 少ない情報だけでも的確に判断する能力

表1 Patient Care の要素と評価手法

<p>Residents must be able to provide family centered patient care that is developmentally and age appropriate, compassionate, and effective for the treatment of health problems and the promotion of health</p> <p><u>Elements May Include:</u></p> <p>Gathering essential and accurate information about the patient using the following clinical skills:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ medical interviewing ▶ physical examination ▶ diagnostic studies ▶ developmental assessment <p>Making informed diagnostic and therapeutic decisions based on patient information, current scientific evidence, and clinical judgment:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ use effective and appropriate clinical problem-solving skills ▶ understand the limits of one's knowledge and expertise ▶ use consultants and referrals appropriately <p>Developing and carrying out patient care management plans</p> <p>Prescribing and performing competently all medical procedures considered essential for the scope of practice</p> <p>Counseling patients and families:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ to take measures needed to enhance or maintain health and function and prevent disease and injury ▶ by encouraging them to participate actively in their care by providing information necessary to understand illness and treatment, share decisions, and obtain informed consent ▶ by providing comfort and allaying fear <p>Providing effective health care services and anticipatory guidance</p> <p>Using information technology to optimize patient care</p> <p><u>Possible Assessment Tools:</u></p> <p>Attending Evaluation</p> <p>Peer Evaluation</p> <p>Global Rating of Live/Recorded Performance</p> <p>Checklist Evaluation of Live/Recorded Performance</p> <p>Standardized Patients/Parents</p> <p>Objective Structured Clinical Examination</p> <p>Oral Examination</p> <p>Procedural Skills Documentation</p> <p>Pediatric Advanced Life Support(PALS)/Neonatal Resuscitation Program</p> <p>Mock Codes</p> <p>Portfolio</p>

(ACGME のホームページより引用, 一部改変)

(5) 専門医（高次医療施設）への救急搬送とそれに耐え得るレベルまでの患児の病状の安定化

これらの能力は多くの臨床経験によって養われるため、EBM (evidence based medicine) よりも、検証・除外診断を積み重ねた経験に基づく臨床決断 (decision

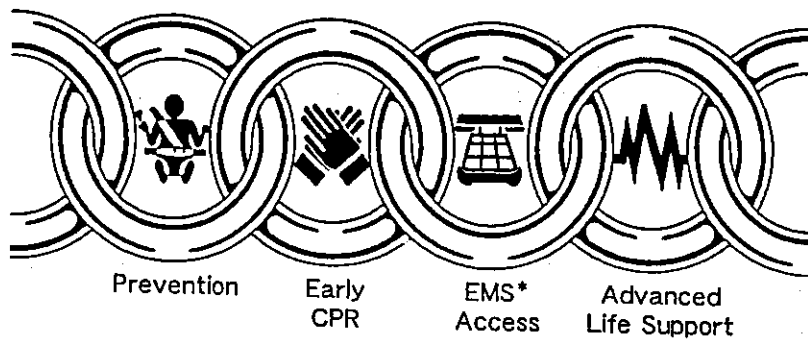


図2 The Pediatric Chain of Survival

* EMS: Emergency Medical Services

小児の救命への連携は、「事故予防」「迅速な蘇生」「救急センターへの搬送」「早期の救命集中治療」からなる

making) のほうが実効的である。

また、前述のごとく救急医療の展開される「場」には設備の整った医療施設だけではなく災害現場・野外もあり，“救命への連携”（図2）を常に意識することも基礎臨床能力のひとつといえる。

現場での効果的な教育

「学習」が人間の本質的な経験であるとすれば、医学の「教育」は、臨床医がすでに体得している“人と人とのコミュニケーション・スキル”のひとつであり、臨床医が常に持ち合わせる“関心”と“援助することへの願望”から湧き上がるものといえる³⁾。言い換えれば、本来、医学教育の技法は多彩であり、学問的に原則・専門的概念を構築するよりも、指導医に備わる研修医が学ぶことを援助することへの真摯な「関心」を膨らませ連携を図ることのほうが効果的である。したがって、

(1) 教育には形の整ったシステムよりも、現場での豊富なコミュニケーションが必要である。

(2) 医師（臨床医）は、すでにこのコミュニケーション・スキルを備えており、とくに小児科医は、日常の診療のなかで子どもだけでなく、その家族と対面するため幅広い年齢層の方々とのコミュニケーション・スキルを日々養っている。

といったことを再認識する必要がある。

臨床教育に必要なコミュニケーション・スキルのポイント（表2）³⁾⁴⁾には、臨床教育の効果を高めるための要素が示されている。さらに効果的な臨床教育の実施に際しては、教育方針（プログラム）と学習者（研修医・医学生）の能力の相関（図3）を感じしながら柔軟に教育手技とプログラムレベルを変更することのできる能力が指導者

表2 臨床教育のポイント

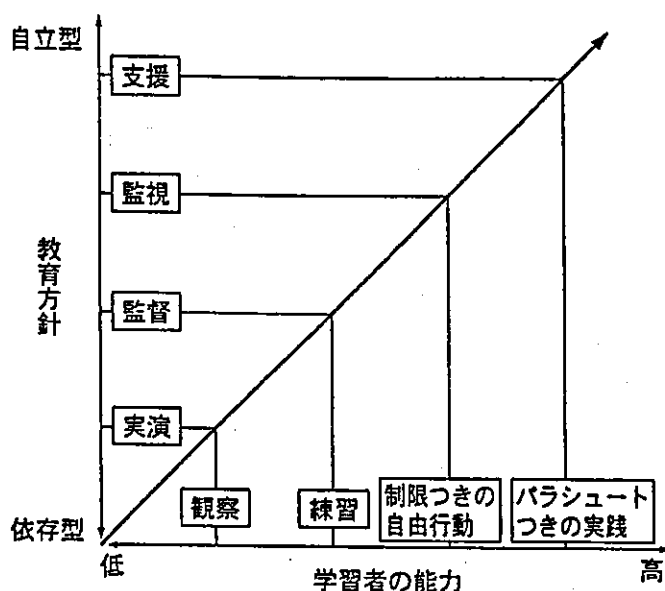
1 : 教育の雰囲気 Learning climate
学習者が積極的に学習できるような環境づくりがなされている。また、学習者が自分の長所や短所を素直に表現できるような雰囲気がある
2 : 教育のコントロールの仕方 Control of the teaching session
学習者レベルに応じて教育の進め方のスピードを変え、また教育者、学習者、(しばしば患者) のニーズに応じて課題を変える
3 : 目標の明確化 Communication of goals
学習者に学習の目標を明確に示しておく
4 : 理解と定着化の促進 Promoting understanding and retention
ディスカッションの理解と記憶への定着化を促進するための工夫 例えば、
● 自分の考えや意見の根拠をあげながら説明する
● 学習者の理解を確かめるための質問をする
● 学習者 (ひいては患者) にとって、どのような意味があるかを強調する
● 内容を繰り返し述べたり、サマリーを挿入したりする
5 : 評価 Evaluation
学習者の行為や能力を評価する。評価は、教育者にとっても学習者にとってもあまり愉快なものではない。評価を有効に行うためには、形成的評価(本人の今後の改善につながるようにすることを主な目的として行う評価。それによって合否の判定等を行うことは目的としない) を上手に行う必要がある
6 : フィードバック Feedback
学習者の評価の結果は、学習者の今後の改善につながるように建設的な形でフィードバックすることがもっとも重要である。フィードバックの仕方は、1で述べた良い雰囲気づくりにとっても極めて重要で、いくら強調してもし過ぎることはない
7 : 自己学習の促進 Promoting self-directed learning
学習者が一定のコースを終えても、さらに自己学習を続けられるように援助する

〔①伴信太郎, 他・監訳: 臨床の場で効果的に教える: 「教育」というコミュニケーション (The Physician as Teacher), 南山堂, 東京, 2002. ② Skeff, K.M., et al. : Evaluation of the seminar method to improve clinical teaching. J. Gen. Intern. Med., 1 : 315-322, 1986. より引用〕

(指導医) に求められる。

■ おわりに

小児 (初期) 救急医学教育のみならず教育には多くの人材と時間と場が必要であり、先輩-後輩の関係を基礎として受け継がれてきている。しかしながら、わが国では専門的高度医療を中心とした教育が中心となっていた歴史から、ICUで集中医療・救急医



〔伴信太郎，他・監訳：臨床の場で効果的に教える；
「教育」というコミュニケーション（The Physician as
Teacher）．南山堂，東京，2002．より引用〕

図3 Stritterらによる「学習のベクトル」

療を修得すればすべての救急医療を網羅できるという錯覚に陥り，とくに小児（初期）救急医療は平易な医療とみられてしまう懸念が残存している。研修医教育制度の改革により小児科専門医が行う教育にも大きな変化が生まれようとしているが，米国のように救急医学教育を初期救急医療とプライマリーケアに徹する姿勢が求められるとすれば，専門医だけでなく小児科総合医（general pediatrician）が教育に参画する余地が生まれる。

優れた指導者を育成するために，より多くの小児医療スタッフが小児（初期）救急医学教育に参加できる体制の整備が急務である。そのためにも，研修医・医学生へ“小児救急医療の魅力”を伝えることができる「場」と，“どのように指導すればより効果的となるか”を研修する「場」が提供され，また拡充されることを期待したい。

文献

- 1) 井村洋：「さばく」から「つなぐ」へ。ER Magazine, 1:270-271, 2004.
- 2) 武谷茂：医学教育における「小児の救急医療」。小児内科, 31(増刊号):18-21, 1999.
- 3) 伴信太郎，他・監訳：臨床の場で効果的に教える；「教育」というコミュニケーション（The Physician as Teacher）．南山堂，東京，2002.
- 4) Skeff, K.M., et al. : Evaluation of the seminar method to improve clinical teaching. J. Gen. Intern. Med., 1: 315-322, 1986.

編者の目 小児科診療におけるプライマリーケア能力は、小児（初期）救急医療を難なくこなせるか否かに集約できる。卒後臨床研修必修化における救急医学の研修とは、三次救急ではなく、初療の大切さを学ぶことと思う。過疎、僻地での小児科診療に必要な能力は、プライマリーケアとして小児（初期）救急医療が実践できる能力だろう。著者は、その点を詳しく論じている。しかし、指導者たる医師が優れた臨床医として教育されてこなかった現状から、前途多難であろう。小児科総合医（general pediatrician）のファカルティ・デベロップメントが急務である。

小児救急看護認定看護師教育の概要

小迫 幸恵*1
Kosako Yukie

片田 範子*2
Katada Noriko

*1 兵庫県立大学看護学部看護学科助手

*2 同教授

I 小児救急看護認定看護師創設の背景

1. 社会的背景

近年、救急医療現場での小児科医不在により救急外来を受診する小児患者が不利益を被る事例が社会問題となっている。同時に、少子化・核家族化による家庭での育児能力の低下や、子どもへの虐待事件の増加が社会問題化している。わが国における小児救急医療は、2000年に厚生労働省が策定した「21世紀の母子保健の推進について(以後、健やか親子21と略す)」において初めて国としての具体的な必要性が明示された。また、「#8000」番を押すだけで小児救急に関する電話相談が受けられる「小児救急電話相談」事業が、国の助成を受けて各都道府県で順次スタートしており、各自治体において夜間の子どもの急患の相談に応じ、家庭の不安を軽減させ、安心して育児に取り組める環境整備を目指した取り組みが始まっている。

2. 救急外来における小児患者対応の現状

前述したように国や各自治体では小児の救急対応に関

して、さまざまな取り組みが始まっている。しかし、救急外来に従事し小児の救急患者のケアを行っている看護師は、不安を抱えながら勤務している現状が明らかになっている。片田ら¹⁾が2002～2003年にかけて、300床以上で救急を標榜している病院および小児専門病院計87施設で小児救急に携わっている看護師長、看護師、医師を対象に行った調査(回収率:看護師長44.3%,看護師45.6%,医師27.8%)によると、救急外来に専従できる看護師の数は平均15.9人であったが、そのうち小児看護の経験を有する看護師は2.3人であった。また、電話相談について39施設より回答を得、そのうち電話相談の対応を行っている施設は29施設(74.4%)であり、電話相談を行っている職種は看護師である施設が19施設と6割を超えていた。このように、救急外来において小児看護の経験をもたない看護師が、成人の救急患者と混在して受診してくる小児の救急患者や家族へ対応している現状がうかがえる。また、救急外来を受診する小児や家族への対応が「うまくいっている」と答えた看護師は16.3%(33名)にとどまり、64.5%(131名)の看護師が「うまくいっていない」と答えていた。「うまくいっていない」理由としては「時間がない」「人手が足りない」のほかに、「小児に関する知識がない」「患者家族の意識の変化」があがっていた。

小児看護, 28(3):384-387, 2005.

3. 救急外来を受診する小児患者および家族の特徴

救急外来を受診してくる小児救急患者の多くは第一次～第二次救急である。とくに第一次～第二次救急施設においては、全救急患者の過半数が小児の患者で占められている²⁾。これらの救急外来を受診する小児患者や家族のなかには、親や家族の育児経験や育児知識の乏しさなどによる育児不安から、家庭での初期手当だけでは不安があるため、救急外来を受診している患者・家族も多く含まれている³⁾。一方で、この第一次～第二次救急の小児患者のなかには、今後、第三次救急へと重症化する可能性のある小児患者も混在している。とくに、救急外来を受診する小児の多くは6歳以下の乳幼児であり⁴⁾、その発達段階ゆえ、自ら症状を訴えることができない。また、小児の解剖生理学的な特徴から急変を伴う。さらに、家族も少子化・核家族化による育児能力の低下がいわれており、本来なら救急外来を受診するまでの状態でもその判断や対処ができずに、救急外来を受診するケースも多い。

さらに、小児救急の社会的ニーズに加えて、小児虐待も増加しており、救急の場が子どもへの虐待を最初に発見する場ともなる。救急外来で小児患者とその家族に対応する看護師は、救命救急処置だけではなく、親と子どもの関係性や育児姿勢についてアセスメントし支援することが求められる。この救急外来にて必要となる育児指導は、同時に、近年増加している小児虐待を予防できる可能性を有している。

以上より、小児救急看護の特殊性として、①小児の救急患者の多くが小児専門施設ではなく、一般病院あるいは救急センターなどの救急外来で成人の救急患者に混在して受診していること、②救急外来を受診する小児患者のほとんどが第一次～第二次救急に集中しているなかに重症化する第三次救急対象の小児が混在しており、その小児の重症度・緊急度の見極めるポイントは成人とは異なること、③少子化・核家族化で家庭における育児能力の低下に伴い、家庭における発熱時や緊急時の対応など、患者だけでなく親や家族への対応が必要になること、④今後、医療の効率化も視野に入れた場合、小児の救急患者への対応技術の一つとして電話相談への対応技術が必

要になること、⑤救急外来が子どもへの虐待を最初に発見する場ともなる可能性があること、の5点があげられる。

4. 小児の救急看護と教育

現在の看護教育課程において小児救急看護の教育はカリキュラムのなかに位置づけられていない。また、日本看護協会の認定看護師制度として救急看護の領域は認定されているが、この教育課程のなかに盛り込まれている小児救急看護に関する項目は「小児・高齢者のフィジカルアセスメントの知識と技術」として取り上げられているのみであり、前述のような救急外来を受診する小児や家族の現状をふまえると、より体系的な教育が必要であると考えられる。

前述した調査において、救急外来に従事する看護師に対して小児救急に関するオリエンテーションを行っている施設(回答者:看護師長)は35.9%(14施設)であり、継続教育に関してはさらに少なく12.8%(5施設)であった。同じく救急外来において小児患者に携わっている看護師に行った調査では、小児の救急看護に関する知識を得る機会がほとんどないまま救急外来を受診してくる小児患者や家族への対応を行っており、救急外来に携わる看護師は救急外来の現場において体験的に小児とその家族への対応をしているのが現状であった。小児救急看護に関する体系的な教育プログラムがあった場合、スタッフを参加させたいと考えている看護師長は87.2%(34名)にのぼり、看護師においても77.8%(158名)の看護師が参加したいと述べていた。したがって、救急外来を受診する小児患者および家族へのニーズに応えるためには、第一次～第三次までのさまざまな救急医療体制において対応しうる小児に関する救急の専門知識および技術を習得し、救急現場において小児に携わる看護師としての役割を明確にし責務を果たすことを可能にする体系的な教育システムの導入が早急に必要であると思われる。

II 小児救急看護認定看護師教育の実際

1. 小児救急看護認定看護師教育のねらい

前述した背景から、2004(平成16)年11月に日本看護協

表1 ●日本看護協会における小児救急看護認定看護師教育基準カリキュラム

【教育目的】			
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。			
【基準カリキュラム】 ()内は時間数			
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) 小児に特設的な集団災害看護(15)	学内演習(60) 臨地実習(180)
総時間数 600時間 (+30時間)			

会認定看護師制度において「小児救急看護」の分野特定がなされた。現状を鑑みて、小児救急看護認定看護師に期待される能力を以下にあげる。

- ①第一次～第二次救急において、対面および電話対応にかかわらず、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・家族への指導をとおして、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・適切な介入をとおして、小児虐待の悪化を予防する能力
- これらの能力を育成できるよう本カリキュラムは作成されている。

2. 小児救急看護認定看護師教育のカリキュラム

日本看護協会における小児救急看護認定看護師教育基準カリキュラムを表1に示す。

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いが、そのなかに重症化する危険性のある小児患者が混在して

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、などがあげられる。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うること、などがあげられる。

以上のことから、救急外来において小児患者や親・家族に対応する看護師は、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とおして、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うえ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思われる。社会問題化している小児虐待においても、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とおして、子どもの虐待の予防の一端

になりうると考える。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。

以上の技術等を、講義、学内演習、臨地実習をとおして習得することで、小児科医師の適正配置が困難を極めている現状において、適切に小児の状態を把握し必要な医療を判断し連携できる看護師を育成でき、有効な小児救急システムの運営に寄与できると考えている。

3. 小児救急看護認定看護師教育の開始について

小児救急看護認定看護師教育は、2005(平成17)年度より日本看護協会看護教育・研修センター(東京都清瀬市)で開始されることが決定している(平成17年度の入学願書受付は平成17年1月31日に終了している)。

小児救急看護分野に関する受験資格は以下のとおりである。なお、共通要項に関しては、日本看護協会のホームページをご参照いただきたい。

[学科別要件—小児救急看護]

- ①通算3年以上、救急看護分野または小児看護分野での看護経験を有すること。
- ②小児救急患者・家族の看護を5例以上担当した経験を有すること。
- ③現在、救急看護または小児看護に携わっていることが望ましい。

Ⅲ 小児救急看護認定看護師の育成による社会への貢献

平成14年度の社会保険診療報酬の改訂により、地域における小児夜間・休日診療体制の確保を目的として、「地域連携小児夜間・休日診療料」が新設された。現在のところ、算定要件として医師の確保などが条件としてあっているが、小児救急看護認定看護師が育成され活躍することで、小児救急看護認定看護師の配置による加算も可能になると考える。また、医師と協働しながら小児救急看護認定看護師の能力を発揮することで、現在社会問題

となっている小児救急への対応が促進されるとともに、救急外来における適切な人員配置の試算も可能になると考える。

また、前述したように複数回受診する小児患者の場合、小児救急看護認定看護師の適切な指導により家庭での対応が可能になることで受診回数が減り、医療費の削減につながると思う。さらに、子どもの虐待に関しては2000年に「児童虐待の防止等に関する法律(以下、児童虐待防止法)」が制定され、国として子どもの虐待防止に取り組んでいる。日本看護協会も2002年に「看護職による子どもの虐待予防と早期発見・支援に関する指針」を発表している。救急外来において、小児の救急患者に携わる看護師が前述したような子どもの虐待に関して見極める能力を身につけ、医師共々関係諸機関への報告などに対応できるようになることで、子どもたちを守ることができるようになるだけでなく、より児童虐待防止法の遵守が可能になる。また、虐待の可能性の早期発見により、その後の虐待に伴う医療費を抑えることにつながる。

以上のように、小児救急看護認定看護師を育成し能力を発揮することで、国の施策でもある小児医療の水準および小児救急医療レベルの向上に貢献できるものと考えられる。しかし、小児救急看護認定看護師を有効に活用しその能力を最大限に発揮するためにも、医療システムのなかにおける小児救急看護認定看護師の位置づけや評価を法的にも明確にすることが必要であり、今後の課題であると思う。

●引用文献●

- 1) 片田範子・蝦名美智子・丸光恵、他：小児救急看護師の活用と研修プログラムの開発。平成15年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)報告書、2003、pp. 606-618。
- 2) 山田至康：外来医療と時間外診療・救急医療。小児科臨床、51(suppl.): 1393-1398, 1998。
- 3) 船越和代、小川佳代、三浦浩美、他：小児の休日・夜間救急医療における家族の実態；家庭での対応と応急手当の知識。香川県立医療短期大学紀要、第4巻、2002、pp. 183-188。
- 4) 梶山瑞隆：保護者の小児救急医療に対する意識調査。日本小児救急医学会雑誌、1(1): 121-129, 2002。

— 原著 —

入院する子どもへのプリパレーションに対する 看護師の認識とその実施状況

A Survey of Nurses' Perception of Preparation for Children's Hospitalization and
Actual State of Preparation

鎌田佳奈美*¹, 榎木野裕美*², 高橋 清子*³, 鈴木 敦子*⁴,
赤川 晴美*⁴, 蝦名美智子*⁵, 二宮 啓子*⁵, 松森 直美*⁵,
半田 浩美*⁵, 杉本 陽子*⁶, 前田 貴彦*⁶

*1 滋賀医科大学医学系研究科看護学専攻修士課程

*2 滋賀医科大学医学部看護学科

*3 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

*4 福井県立大学看護福祉学部

*5 神戸市看護大学

*6 三重大学医学部看護学科

Kanami Kamata *¹, Hiromi Naragino *², Sayako Takahashi *³, Atsuko Suzuki *⁴,
Harumi Akagawa *⁴, Michiko Ebina *⁵, Keiko Ninomiya *⁵, Naomi Matsumori *⁵,
Hiromi Handa *⁵, Youko Sugimoto *⁶, Takahiko Maeda *⁶

*1 Shiga University of Medical Science, Master program

*2 Shiga University of Medical Science

*3 Osaka University Graduate School of Medicine

*4 Fukui Prefectural University

*5 Kobe City College of Nursing

*6 Mie University School of Nursing

— 原著 —

入院する子どもへのプリパレーションに対する 看護師の認識とその実施状況

A Survey of Nurses' Perception of Preparation for Children's Hospitalization and
Actual State of Preparation

鎌田佳奈美*¹ Kanami Kamata, 榎木野裕美*² Hiromi Naragino, 高橋 清子*³ Sayako Takahashi,
鈴木 敦子*⁴ Atsuko Suzuki, 赤川 晴美*⁴ Harumi Akagawa, 蝦名美智子*⁵ Michiko Ebina,
二宮 啓子*⁵ Keiko Ninomiya, 松森 直美*⁵ Naomi Matsumori, 半田 浩美*⁵ Hiromi Handa,
杉本 陽子*⁶ Youko Sugimoto, 前田 貴彦*⁶ Takahiko Maeda

Abstract A survey was conducted to examine the nurses' perception of preparation for children's hospitalization and actual state of preparation. Five-point Likert scale were sent by mail to 388 nurses recruited at randomly selected hospitals with 200 beds or more. Response rate was 41.2% ($n=160$).

Perception of preparation for children's hospitalization: 1) Of 160 participants, 84 participants (52.6%) perceived the necessity of providing an opportunity to visit hospital for children before admission, 2) 109 participants (68.1%) perceived the necessity of preparation of information booklet for children, and 3) 151 participants (95.4%) perceived the importance of giving explanation of reasons for admission. As for post-admission preparation, 1) 126 participants (78.8%) perceived the necessity of giving children a hospital tour, 2) 143 participants (89.4%) perceived the importance of explanation of daily routine, 3) 132 participants (82.6%) perceived the importance of orientation of the ward, and 4) 150 participants (93.8%) perceived the necessity of parents' attendance at children's bedside.

Actual state of preparation: 1) 23 participants (14.4%) provided an opportunity to visit hospital for children before admission, 2) 26 participants (16.3%) prepared information booklet for children, 3) 95 participants (59.4%) explained reasons for admission, and it was given by parents to children aged 3 year to 5 years, and to children aged 6 years and older, it was given by physicians. 4) 73 participants (45.7%) led children to hospital tour, 5) 92 participants (57.5%) explained daily routine, and 6) 112 participants (70.5%) gave orientation of the ward.

The findings revealed that nurses' perception of preparation for children's hospitalization was contrary to the actual situation. The further study is needed to examine the difficulties in provid-

*1 滋賀医科大学医学系研究科看護学専攻修士課程, Shiga University of Medical Science, Master program, 連絡先: 〒583-8555 羽曳野市はびきの3-7-30, Tel: 0729-50-2111, E-mail: kamata@osaka-hsu.ac.jp

*2 滋賀医科大学医学部看護学科, Shiga University of Medical Science

*3 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻, Osaka University Graduate School of Medicine

*4 福井県立大学看護福祉学部, Fukui Prefectural University

*5 神戸市看護大学, Kobe City College of Nursing

*6 三重大学医学部看護学科, Mie University School of Nursing

受付: 2003年9月22日, 受理: 2003年12月3日

ing preparation for children who were scheduled to hospitalization.

要 旨 本調査研究の目的は、入院する子どもへのプリバレーションの必要性に対する看護師の認識の程度と実際のプリバレーションの実施状況を明らかにすることである。子どもが入院している病棟に勤務している看護師長および主任看護師388名を対象にリッカートタイプ質問紙を用いて調査をおこなった。

160名の看護師から回答を得(回収率41.2%)、以下のことが明らかになった。1)入院する子どもへのプリバレーションの必要性に対する認識:入院前に子どもが病棟訪問をする機会を提供することについては84名(52.6%)、子ども用の入院案内書を作成は109名(68.1%)、子どもへの入院理由の説明は151名(95.4%)が必要と回答した。また、入院時の子どもへのプリバレーションとしては、病棟案内は126名(78.8%)、日課の説明は143名(89.4%)、病棟設備の使用方法的説明は132名(82.6%)がその必要性を認識していた。また、150名(93.8%)の看護師が、3~5歳の子どもには親の付き添いが必要と回答した。2)入院する子どもへのプリバレーションの実施状況:入院前に子どもに病棟訪問の機会を提供していたのは23名(14.4%)、子ども用の案内書を作成していたのは26名(16.3%)、子どもに入院理由を説明しているのは95名(59.4%)であり、3~5歳の子どもへは親から、6歳以上では医師から説明されていることが多かった。また入院時、プリバレーションとして、子どもに病棟案内をする看護師は73名(45.7%)、日課を説明するのは92名(57.5%)、病棟設備の使用方法的説明するのは、112名(70.5%)であった。

これらの結果は、入院する子どもへのプリバレーションの必要性に対する看護師の認識とその実施状況との間に齟齬があることを示している。今後の研究において、プリバレーションの実施を困難にしている理由について明らかにする必要がある。

キーワード Preparation, Children's hospitalization, Nurses' perception

プリバレーション、子どもの入院、看護師の認識

はじめに

子どもにとって入院という事態は、大人以上に不安や混乱を引き起こすことはよく知られている(Dermod, 1979; Weller, 1980/1988; Muller, Harris, & Wattley, 1986/1988; Richard, 1996)。それは、病気そのものや処置、検査に伴う苦痛ばかりでなく、慣れ親しんだ生活から離され、未知なる環境への適応を余儀なくされることにも起因する。病棟の環境や日課は、これまでの日常性とは大きく異なり、子どもの不安や混乱を増強させ(Reissland, 1983)、のちに深刻な問題を残すことも少なくない(筒井, 1985; 草場, 村田, 有田, 正木, & 門倉, 1997)。

しかし、このような不安や混乱の中でも、大人からの適切な援助があれば、子どもは積極的に状況を明らかにしようと情報探索をしたり、遊びなどを通

じた対処行動を試みることができる(Holaday, 1994)。村田(2000)は、「子どもの対処行動は、困難な体験の意味を自己に内面化する自我経験の過程であり、自我の成長過程である」(p.22)と述べている。つまり子どもは、受け身の存在として病気や入院を体験するのではなく、主体的に困難な状況を乗り越えられた時、自立心や自信、自己コントロール感を高めることができるのである。そのため、入院という未知の環境に子どもが主体的に取り組めるような援助が求められている。

欧州では、1984年に「入院している子どもの権利に関する10ヶ条憲章」が、1988年には「病院の子ども憲章」が制定され、それと共に子どもが入院環境に主体的に取り組めるよう、子どもへプリバレーションを提供する体制づくりがなされた。さらに、欧米においても入院する子どもへプリバレーションを行