

シンポジウムB

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・コメディカルの役割と協働小児救急認定看護師の活用と
研修プログラムの開発

片田 範子 (兵庫県立大学看護学部)

はじめに

若手小児科医・産科医の不足は大きな社会問題となっている。また、小児救急医療についても実態に即して十分なケアが行えているか課題とされている。小児救急の現場は、必ずしも小児を専門とする現場ではなく、成人と子どもが混在する救急の現場での対応が大半を占めている。また、医療の現場は単一職種で運営されているのではなく多職種が働いており、それぞれの専門を十分に発揮できるようなチーム医療が円滑に行えてこそ、効率的かつ効果的に医療を提供できると考える。このような着眼のもと、本研究では小児救急が抱えている現状の課題と小児救急に必要な看護師の専門性を明らかにし、小児救急医療現場において医師職がその専門性を十分に発揮できるようなシステムに必要な小児救急認定看護師の育成について提案することを目的とした。

I. 研究の概要

本研究は、平成14年～15年の間、小児専門、

表1 方法

- 専門病院・小児救急指定病院の院長、看護部長、該当診療科担当者からの聞き取り
- カナダ・オンタリオ小児病院、救急体制の視察
- 小児専門病院と小児救急指定病院の医師、看護師への質問紙調査
- 小児救急関連看護エキスパートグループによる教育ニーズの特定と必要な教育方法の検討
- 全国的小児救急認定看護師教育の申請と開始

表2 質問紙調査の回収率

送付数：88施設 (看護師長88名, 看護師440名, 医師395名)	
回答数：看護師長 39名 (39施設) → 44%	
看護師 203名 (55施設) → 46% (63%)	
医師 110名 (37施設) → 28% (42%)	

総合一般病院、大学病院に勤務する救急を専門とする看護師と国内4大学の教員との共同作業で研究を進めてきた。方法は表1に示す。まず専門病院・小児救急指定病院の院長、看護部長への聞き取り、カナダ・オンタリオにおいて小児救急の実際の見学と面談を実施した。その上で全国300床以上を有する小児救急の指定病院の医師、看護師長、看護師を対象として、郵送法による質問紙調査を行った。それらの結果を活用しながら、19名の看護エキスパートと研究者で、小児救急認定看護師に必要な教育内容ならびに方法を検討した。実際にはすでに日本看護協会認定看護師制度として小児救急認定看護師教育の申請が受理され、平成17年4月から教育が開始されることになっている。

II. 研究結果

質問紙調査は平成14年に行った。88施設に質問紙を郵送し、看護師長39名、看護師203名、医師110名の方たちからの回答であった。主な結果を以下に述べる。

小児救急の現状が社会問題になっているが、実際に勤務する看護師が感じている困難について聞いたところ指導や対応への困難を感じている者が64～84%であった。その内訳を表3に示

表3 小児救急患者や家族への指導や対応

小児救急患者や家族への指導や対応を困難と感じている看護師 64~84%
■虐待の可能性
■電話対応
■今時の親への対応 (意識の変化)
■人手・マンパワー不足
■知識不足

したが、「虐待の可能性があるときにどういふふうに対応したらいいのかがわからない」、「電話相談について具体的にどのように、どの範疇が相談できるのかがわからない」、「昨今の親への対応がこれまでと異なりどのように対応したら良いのかがわからない」、「現場での人手の不足」、「マンパワーがないが故に、自分たちがやりたいことができない」、「家族への対応や小児の緊急度についての知識が不足している」などであった。

このような状況の中で、臨床において小児救急看護に関する教育システムのニーズがどのくらいあるのかを検討した(表4)。オリエンテーションの内容について、まず看護師長に質問したところ、採用や移動の際に小児救急についてのオリエンテーションが有ると答えた看護師長は36%であった。一般の救急の中に1回程度は入れているところは56%、継続教育として行っているところは13%であった。また、救急に携わる看護師に小児救急のことにに関してプログラムがあったら必要だと思うかということについて聞いたところ、78%が必要であると回答し、受講を希望していた。さらに、看護師長に体系的教育機関があれば、そこに看護師たちを派遣するかをたずねたところ、87%がぜひ派遣したいと回答していた。その他の専門病院の看護部長等への聞き取りからもニーズがあることが明らかになった。

表4 小児救急看護に関する教育システムニーズ

小児救急看護に関する教育の現状
■オリエンテーションあり36% < 無し~少々56%
■継続教育 あり13% < 無し72%
■体系的教育プログラムへの希望 あり78% (回答:看護師)
■体系的教育機関への派遣希望 あり87% (回答:看護師長)

表5 小児救急医療現場のマンパワー

■看護師 平均19名/unit うち、小児経験者3名弱
■医師4名、臨床検査技師1名、放射線技師1名
□小児の受診率: 平日 昼間12%
夜間27%
土曜 昼間23%
夜間44%
日曜 昼間47%
夜間41%

実際のマンパワーについての結果を表5に示す。看護師を救急の専任として置いていると回答した施設で平均19名の配置のうち小児経験者は3名弱であり、どちらかというとも2名に近いという施設もある。これは実際に病棟に配置されている人数であるため、各勤務時間帯となると、必ずしも小児看護経験者がそこにいるとは限らないという現状となる。しかし一方で、救急外来における小児患者の受診率は土曜、日曜、あるいは夜間などに増加がみられている。

電話相談を行っている施設は本調査では74%であり、一般的にも電話相談を行う施設が増え始めている現状があると思われる。しかし、準備状態が十分かというところとはいえない現状がある。電話では十分な対応する時間や準備性もなく、電話を受け、来院することを進めるだけの対応になっていると答えている施設のほうが多い。電話対応を行っている職種は看護師63%、医師31%と答えているが、電話対応への人員配置をしていると回答した施設は2施設のみであった(表6)。救急外来の合間を縫って電話への対応をしており、来院している患者と電話口の患者のどちらにも十分な対応がしにくい状態となっているのではないかとこの疑問が残る。

指導や説明などについて、一次救急のように

表6 電話相談

電話相談について
■電話相談への対応をしている施設: 74.4%
■電話相談を行っている職種: 看護師63%, 医師31%
しかし...
■電話相談への人員配置をしている施設: 2施設のみ
↓
*救急外来の業務の合間をぬって電話への対応をしている現状!

患児の重篤性が低い対象を想定した場合でも、実際に行っている看護師より、看護師が行っても良いと思っている医師のほうが多いことがわかった(表7)。また、その際の医師の指示についても、必要と思っている看護師のほうが医師よりも多いという状況が見られた。これらの質問は、看護師が十分自分で判断し得ると想定したものについて行った質問であり、実際にも看護師はすでに行っているのではないかと思わ

表7 第一次救急における指導や説明

薬の効果・飲ませ方, 症状への対処, 帰宅後の対処, 今後の生活の注意点に関する指導について
■実際に行っている看護師43~88% < 行っても良いと考える医師77~91%
■医師の指示が必要と考える看護師52~80% > 医師25~60%
■医師の指示が不要と考える看護師17~45% < 医師18~66%
対応可能? 時間がない? 自信がない?

表8 第二次~第三次救急における指導や説明

薬の効果・飲ませ方, 症状への対処, 帰宅後の対処, 今後の生活の注意点に関する指導について
■実際に行っている看護師45~79% < 行っても良いと考える医師66~83%
■医師の指示が必要と考える看護師66~87% > 医師26~56%
■医師の指示が不要と考える看護師 9~30% < 医師11~58%
対応可能? 時間がない? 自信がない?

表10 小児救急看護認定看護師の4本柱

1. 第一次, 第二次救急において, 対面及び電話相談に関わらず, 優れたアセスメント能力を持ち, 救急外来を受診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:
 - ①現状態, 急変の予測
 - ②必要な診療科の見立て
 効果: 適切かつ効率的な小児救急現場の運営を通して円滑に各医療者の円滑な役割遂行を促進する
2. 第3次救急を必要とする急変において適切かつ小児の発達に応じた救命救急処置を含めてケアを提供できる能力: 小児の救命救急状態への変化を予測し適切に対応し, 次へつなげることができる
 効果: 医療システムへの信頼を快復し安心できる医療環境の提供
3. 救急外来を受診する小児患者・家族への指導を通して, 家庭での育児力の向上に対する社会資源となりうる能力: 家庭における症状管理, 日常的健康問題や対応についての指導, 育児不安の理解者であり, 介入法を持つ
 効果: 他の看護師への技術提供を通して看護師による相談機能を発揮し医師の有効時間利用を促進する
4. 救急外来において小児虐待の早期発見と適切な介入を通して小児虐待の憎悪を予防する能力:
 - ①法的・倫理的状況把握技術
 - ②福祉との連携方法
 - ③多職種との協働
 効果: 虐待の防止, 育児不安・困難等への介入を通して関連諸機関との連絡・連携役割をとる

れる行為である。上記の結果では、どちらかという医師の積極性が見られている。処方についての質問と誤解された可能性は捨てきれないが、医師はどちらかという、もうそのことに関しては看護師たちに任せてもよいと考えているようにみえる。

重症度が高くなった場合について同様の質問をしたが(表8)、これらの回答の傾向も第一次救急と同様の結果であった。救急現場ではこのようなことを引き受けることができない、あるいは時間がないということなのか、自信がないということを示しているのか看護師たちの複雑な現状が垣間見える。

Ⅲ. 小児救急医療が抱える課題

得られた結果から小児救急医療が抱える課題を表9にまとめた。医師不足だけでなく、看護師も含め他のコメディカル不足もうかがえ

表9 小児救急医療が抱える課題

■人手不足: 小児の医師不足だけではなく他のコメディカルの不足
■救急室・救急外来に多様性 : 特に夜間の救急現場への小児人口の増加 成人との混在
■経験不足: 医師・看護師ともに小児の経験不足
■必要なケア提供内容・方法の複雑化 : 虐待, 電話相談, 家庭での育児能力
■救急外来受診の小児患者の病状の幅の広さ : 第一1次 > 第二次 > 第三次

る。救急外来の多様性は、特に夜間の救急外来、あるいは土日の救急外来現場の小児の人口が増加する変動の多い状態にある。また、ほとんどの救急外来で成人と小児の救急患者が混在している。そこに配置されている看護師たちは、前掲したように小児看護の経験がある看護師が配置されているところのほうが少ない。ところが救急外来における小児人口は40%から、あるところでは80%までが小児だと言われている。つまり需要と供給のバランスがとれていないことがわかる。一般病院では重篤な小児に出会うことはまれであるという病院もあり、常に重症度

を見極められるような経験をつむこと自体が難しいこともある。さらに、近年の社会状況を見ると、虐待、電話相談、家庭での育児、救急対応の技術など、救急外来で小児に関わる看護師たちには複雑な指導の能力が必要になってきている。第一次から第三次まで全部抱えているのが小児医療であり、成人の救急とは違う部分であろう。

IV. 小児救急看護認定看護師の育成

このような結果から小児の救急場面で対応しうる看護師の継続教育が必要であり、小児救急

表11 小児救急看護認定看護師教育課程の概要

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・技術を持ち自律して対応できる看護師を育成する。
2. 看護師のみならず他職種との協働を通して小児救急医療の水準の向上を図る。
3. 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。

専門基礎科目

1. 現代の子どもと救急医療の実態
2. 救急に必要な子どもの成長発達
3. 小児救急における薬理
4. 子ども・家族への接近法
5. 子どもの権利と社会

専門科目

1. 小児救急における病態とケア
2. 小児救急看護技術
3. 家族看護
4. 子どもの虐待
5. 家族における初期対応指導
6. 救急技術指導
7. 小児に特徴的な集団災害看護

学内演習

1. 多様な状況下でのフィジカルアセスメント
2. 救急外来での発達に応じたコミュニケーション技術
3. 虐待を疑われる小児・家族への対応
4. 家族に向けての家庭でできる初期対応指導
5. 電話相談への対応
6. 他の医療者、関係機関との調整・相談・教育

臨地実習

1. 一次救急と二次救急
2. 三次救急・救命救急対応
3. 虐待対応
4. 搬送の実際
5. 相談・指導・教育

専門病院救急外来、一般病院救急外来、児童相談所、保健所、消防署、など救急医療システムと関連する施設において、見学、実習を行う予定。

看護認定看護師の育成を提案した。小児救急看護認定看護師に必要なと考える条件を4本の柱とした。

まず、表10に示したように、第1に小児トリアージとして状態の把握、それから急変の予測、必要な診療科の見立てができることであり、これらの技術がないと円滑に対応し、救急室の運営ができないと考えた。

第2に、救命救急対応を必要とするような場合、具体的にそれを処置することができる人たちを育てることが、安心した医療環境の提供へ直結すると考える。

第3に、家庭における症状管理や日常的な健康問題や対応についての指導、育児不安への理解あるいは介入方法を持たないと、家族への対応ができないし親たちへの支援ができない。特にこの領域は看護師が十分に力を発揮できれば、医師たちがそこに時間を使わずに、医学的対応に専念できると考える。

第4に、現在虐待が大きな社会的課題となっている。早期発見ができ、そして予防していく手立てを打てるということは、虐待の早期発見、予防にも大きく貢献することができると思われる。看護師によると、救急現場では今、虐待は疑わしいケースも含めると非常に多いと言われている。そういう意味で虐待の早期発見と他職種と協力し合いながら介入できる能力をつくることは急務となる。

これらのことを勘案して日本看護協会・認定

看護師制度の小児救急看護認定看護師の分野として申請を行い、既に教育課程として承認を得て、平成17年4月から清瀬の看護研修センターにおいて教育が開始される。その内容は表11に示すとおりである。

認定看護師は通常の看護業務に必要な知識の中でも、ある領域に特加した知識技術の習得を目指すものであり、その領域で反映した実践を行うだけでなく、ともに働く人たちのロールモデルとして、調整役としての役割をもつ。そのため、教育課程ではその卓越性を反映するための前提として既にその領域での十分な実践経験を持つことを条件としている。知識を如何に活動に結びつけ、実施できるようになるかが課題であり、学内演習と実習が最も重要になる。学内演習では、具体的活動や行為が実行できる準備を行うのであり、ロールプレイやシミュレーションなどを用いた教育が行われる。

小児救急現場における医療は真の多職種連携のチーム医療でなければ円滑に行えない。医師が医学的実践に集中するためには、他のコメディカルもそれぞれの責務に専任できることが必要であり、それができて初めて連携がとれるようになる。救急時の医師にとって「煩雑」とも思える通常的生活指導や親・子の不安への対応は看護職の仕事であり、また、場の調整役割も多職種が円滑に効率的に機能遂行を実現するために必要な看護の役割である。