



A県内の救急外来を受診する子どもと家族の現状と課題，小児救急看護の実際

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 福島県立医科大学看護学部 公開日: 2019-04-03 キーワード (Ja): 小児救急, 看護, 現状 キーワード (En): pediatric emergency, nursing, current status 作成者: 鈴木, 学爾, 石井, 佳世子, 鈴木, 幸恵 メールアドレス: 所属:
URL	https://fmu.repo.nii.ac.jp/records/2000609

A県内の救急外来を受診する子どもと家族の現状と課題，小児救急看護の実際

Current status and problems of children and families who are seeking emergency outpatient in A prefecture, actual of pediatric emergency nursing

鈴木 学爾¹，石井佳世子²，鈴木 幸恵³
Gakuji SUZUKI¹，Kayoko ISII²，Sachie SUZUKI³

キーワード：小児救急，看護，現状

Keywords：pediatric emergency，nursing，current status

Abstract

In order to clarify present conditions of children and their families visiting emergency rooms in A prefecture and actual situation of the pediatric emergency nursing, the author performed a focus group interview for nurses engaging in a pediatric emergency and analyzed the results qualitatively and inductively.

Results revealed [The families are lack of correct knowledge and visit emergency rooms immediately when their children show symptoms] and [The families are in the situation where they can hardly consult doctors in daytime and are recommended to visit emergency rooms] as present conditions of children and their families visiting emergency rooms in A prefecture. In addition, as a fact of the pediatric emergency nursing in A prefecture, it has been clarified [Doctors and nurses who are inexperienced in infants respond in extensive medical circle], [Introduce the families hospitals that they can consult and help them for judgment for consultation] and [Explains correspondence method to the families for the case that their children got sick while making sure of severity]. Need for further explanation to families and securing of education opportunity of children nursing for emergency nurses has been suggested for A prefecture, which has large area and little medical resource.

抄 録

A県内の救急外来を受診する子どもと家族の現状と課題小児救急看護の実際を明らかにするために，小児救急外来に従事する看護師にフォーカス・グループ・インタビューを行い，質的帰納的に分析を行った。

その結果，A県内の小児救急外来を受診する子どもと家族の現状として，【受診に関する正しい知識が乏しく，適切な療養行動が行いにくい】【昼間の受診が困難な状況でも，周囲が受診を促す】ことが明らかになった。また，A県内の小児救急看護の実際としては，【広範囲の医療圏で小児に不慣れな医師と看護師が対応している】【電話相談では診療可能な病院を紹介し，受診の判断の手助けを行う】【重症度を見極めながら，診察介助や家族に子どもが病気になる際の対応方法を説明する】ことが明らかになった。

県土が広く医療資源の少ないA県においては，更なる家族への説明と救急外来看護師への小児看護の教育機会の確保が今後の課題である。

1 福島県立医科大学看護学部家族看護学部門 Department of Family Nursing, Fukushima Medical University School of Nursing

2 福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター Radiation Medical Science Center for the Fukushima Health Management Survey, Fukushima Medical University

3 大原総合病院看護部 Department of Nursing, Ohara General Hospital

I. はじめに

救急医療における小児の割合は多く、全国の休日・夜間急患センターの年間総患者のうち15歳以下の子どもの患者は約半数を占めている¹⁾。また、全国の救急病院においても通常診療時間内での小児患者は1割未満であるのに対して、救急患者は2.3割と高くなる²⁾。さらに救急外来受診のうち、受診不要もしくは、軽症で翌日の通常診療時間内でも対応可能な患児が約7割に達し、第二次救急の子どものへの対応が十分に行われていない現状があった。また、救急外来で小児救急患者に対応する看護師においても必ずしも小児看護の経験があるわけではなく、保護者や子どもへの対応の難しさを感じている状況であった³⁾。

救急外来を受診する子どもの保護者についても専門医に診てもらいたい意向が強くなっていることや、共働き世帯の増加による診療時間内の受診が困難であること、親自身の育児経験が少なく、核家族化が進み、子どもが病気になった際の対処方法について相談する相手がいないことから、家庭での対応方法が分からずに、軽症で自宅に帰ることのできる第一次救急の子どもの第二次救急外来を受診することが多い状況であった⁴⁾。

このような状況から小児救急外来看護の役割として、保護者向けの小児救急外来の受診方法に関する啓蒙活動や電話相談での対応、子どもが病気になった時の家庭での対処方法の指導や適切なトリアージなどが示唆されている⁵⁾。

そこで、A県での救急外来における小児救急看護の実際を明らかにする必要があると考えた。A県は全国第3位の広い県土を有しており、一医療施設の診療地区が広く、小児科医の人口割合（15歳人口1万人あたり）が全国平均の8.4人に比べ7.1人と少ない現状があった⁶⁾。そのため、A県内の子どもと家族は救急外来のある病院までの時間がかかることや小児科医のいる救急外来に受診することが困難な状況にあることが考えられる。そのため、A県内の小児救急外来に携わる看護師はより一層、受診方法に関する啓蒙活動や電話相談対応や適切なトリアージなどの役割などが求められる。

以上のことから、A県内の救急外来を受診する子どもと家族の現状と小児救急看護の実際を明らかにし、A県における小児救急看護の問題と改善策の検討することを目的に本研究を行った。

その後、A県の小児救急医療は2011年3月11日に発生した東日本大震災によって、崩壊状態となった。現在A県においては、崩壊した小児救急医療システムの再構築の途上にあることから、本研究は小児救急医療システム

再構築の基礎資料として期待されるものと考えられる。

II. 研究目的

本研究の目的はA県内の第二次救急外来に従事する看護師が捉えるA県内の救急外来を受診する子どもと家族の現状とA県内の小児救急看護の実際を明らかにし、A県における小児救急看護の問題点と改善策を検討することである。

III. 研究方法

1. 対象

小児救急外来看護の役割として、子どもが病気になった時の家庭での対処方法の指導や適切なトリアージが求められている⁵⁾。そのため、家庭での対処方法に加え、子どもの身体状態などから治療の優先度の判定が必要となる。比較的軽症の子どもだけではなく入院加療が必要な子どもも受診する二次医療圏の第二次救急指定病院で小児救急看護に携わる看護師を対象とした。

以上のことより、A県内の第二次医療圏の第二次救急指定病院となっており小児の救急患者を受け入れている医療施設で救急外来に3年以上従事する看護師を対象とした。

2. 対象者の選定方法

1) 対象者の推薦依頼

A県内の第二次救急医療指定病院の看護部長宛に、研究依頼書と研究計画書を郵送し、後日研究協力の承諾を確認した。次に、看護部長より研究協力の承諾が得られた場合、条件に合う看護師の選定と推薦とともに研究依頼書ならびに研究計画書の配布を依頼した。

2) 看護師への説明

看護師が研究者から研究の説明を受けても良い場合には、研究計画書に同封した返信用封筒、メール、電話のいずれかの方法で研究者に返答とした。次に研究の説明を受けても良いと同意が得られた場合、研究の説明後に面接時期や場所を決定した。その際、看護部長からの推薦ではあるが、研究協力はあくまでも個人の意志であり、拒否しても構わない、協力の有無は看護部長には報告しない旨を十分に説明した。

3. データ収集方法

研究の同意が得られたA県内7施設11名の看護師にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。フォーカス・グループ・インタビューは関係者の「なまの声」

を体系的に整理し、テーマの背景にある潜在的・顕在的な情報を把握する方法である⁷⁾。このインタビュー法により、各勤務場所におけるA県内の第二次小児救急看護の現状を明らかにした。

インタビューはガイドに沿って行い、小児救急外来を受診する子どもと家族の状況、対応困難な子どもと家族の状況と実際に行っている看護について話を聞いた。

4. データ収集期間

平成22年10月より1ヶ月間

5. 分析方法

フォーカス・グループ・インタビューで得られたデータから逐語録を作成し、小児救急外来を受診する子どもと家族の現状やそれに対する看護の実際や困難な内容について語られた部分を文脈に留意しながらまとまりを持った意味毎に取り出しコードを作成した。そして、意味内容の類似性・共通点に基づいてまとめ、カテゴリー化をしていった。これ以上まとめると抽象度が高くなりすぎる、各コードの意味内容の具体性が欠け、特徴が損なわれると判断された段階で終了し、これをカテゴリーとした。そのカテゴリーの一段階下位のカテゴリーをサブカテゴリーとした。全ての分析過程において、研究者間で分析の一致を確認し、真実性を確保した。

6. 倫理的配慮

本研究は平成22年度公立大学法人福島県立医科大学倫理委員会の承認を得た上で研究を実施した(受付番号987)。研究依頼の際には依頼した看護部長から推薦看護師への強制力がかからず、看護師の自由意志で協力できるよう看護師から直接研究者へ返事ができるよう配慮した。その上で、研究の目的、方法、プライバシーの保持、研究参加や撤回の自由、協力撤回により不利益が生じない事、インタビューの結果は個人が特定されない形式で学会などへ発表することを口頭と文書にて説明し、同意を得た。

逐語録を作成する際、当該データに各個人の符号または番号を振り、その上で当該データから個人情報削除して匿名化した。

データ保存方法については、すべてのデータをパスワードで管理し、更にセキュリティ機能のあるUSBメモリースティックに保存した。このUSBメモリースティックは研究室の鍵のかかる棚に保管した。

IV. 結 果

研究協力者はA県内の7施設11名の看護師であった。

看護師の所属は小児科外来が4名と救命救急センター等の救急部門が7名であった。フォーカス・グループ・インタビューでは2つのグループを作成し、同じ施設の看護師が別々のグループになるように配慮した。

分析の結果、小児救急外来を受診する子どもと家族の現状に関する2つのカテゴリーと小児救急外来の実際に関する3つのカテゴリーとして表すことができた。カテゴリーを【 】で、サブカテゴリーを〈 〉、看護師の語りを「 」で示し、以下に各カテゴリーについて具体例を示し説明する。

1. A県内の小児救急外来を受診する子どもと家族の現状と小児救急看護の実際(表1)

1) A県内の小児救急外来を受診する子どもと家族の現状

(1) 【受診に関する正しい知識が乏しく、適切な療養行動が行いにくい】

家族は子どもが「鼻が出たので鼻のお薬もらいにきました」と救急外来を受診させた。そしてその翌日も「鼻水が止まらないので来ました」と〈症状が出たらすぐに救急外来を受診する〉という症状の経過にかかわらず症状がある場合にはすぐに受診する行動が見られていた。さらに「子どもが寝てる時に、測ったら熱があるからって、起こして救急外来に連れてきたんですね。今寝てるんだったら、そのまま朝まで寝せてあげれば回復するのに」「昼間に小児科を受診しているにもかかわらず、夜に熱が平熱に下がらないと電話が来る。夜間に(子どもを)診察するのは内科の先生とか整形の先生ですよと説明しても、37℃から下がらないと救急外来にくるお父さん、お母さんはいらっしゃいますね。」という看護師の語りから〈症状がでると体調に関係なく、安心のために受診する〉ことやA県内においては〈病気や治療に関する誤った知識を持っている〉親がいる現状であった。

また、看護師からすると家族は小児救急外来の場を〈救急外来は待ち時間が無く、完璧な医療を提供する場だと思う〉と認識していた。看護師は救急外来を「その一晩を越えられれば、救急外来の役割はおしまいだと思うんです。あとは翌日きちんと専門の先生に診てもらってくださいねと必ず言うようにしていますよね。」と緊急性を回避する場であると認識している。その一方で家族については「やっぱりお母さんと医療者のギャップみたいなものがあって、救急外来に来たのに何故次の日に受診しなくちゃいけないのかって…。救急外来に来たのに何故すぐに見てくれないんだ!と怒鳴ることもある」と語っており、家族は〈救急外来は待ち時間が無く、完璧な医療を提供する場だと思う〉現状であった。

親の受診行動について、救急外来の看護師は「小児科

表1 福島県内における小児救急外来を受診する子どもと家族の現状と小児救急看護の実際

	カテゴリー	サブカテゴリー
子どもと家族の現状	受診に関する正しい知識が乏しく、適切な療養行動が行いにくい	<ul style="list-style-type: none"> ・症状が出たらすぐに救急外来を受診する ・症状が出ると体調に関係なく、安心のために受診する ・病気や治療に関する誤った知識を持っている ・救急外来は待ち時間がなく、完璧な医療を提供する場だと思ふ ・第1次救急を飛びこえての第2次救急を受診 ・その場しのぎの受診行動 ・子どもよりも自分中心の療養行動 ・すぐに医療者に責任を取らせようと訴える
	昼間の受診が困難な状況でも、周囲が受診を促す	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事をしている親は昼間に受診が難しい ・祖父母もすぐにすすめるため受診する ・メディアが煽る不安で受診する
小児救急看護の実際	広範囲の医療圏で小児に不慣れな医師と看護師が対応している	<ul style="list-style-type: none"> ・医療圏が広く子どもの救急医療が集中している ・小児医療や看護を知らない医師と看護師も救急外来で対応している ・救急外来では小児看護の勉強会の機会が少ない ・小児科医がいなくても診察できる体制がある
	電話相談では診療可能な病院を紹介し、受診の判断の手助けを行う	<ul style="list-style-type: none"> ・電話相談では状況を聞き、選択肢を提供しながらも、家族が心配ならば受診を断らない ・電話相談での受診の有無の最終判断は親にしてもらう ・症状や時間に応じた診療場所を説明する
	重症度を見極めながら、診察介助や家族に子どもが病気になった際の対応方法を説明する	<ul style="list-style-type: none"> ・早めに直接子どもを見て重症度から診察順番を調整する ・家族が真剣なら看護師も真剣に対応する ・子どもが受診し、困っているその場で説明する ・家族が実際に子どもの病気に対応出来るよう、具体的に説明する ・母親の育児など精神的サポートを行う

を受診しないで、夜間（救急外来）だけでこう通りすがるといふか、くぐり抜けていくような方もやっぱりいらっしゃるんですね。夜だけ、救急外来だけを受診している」と〈その場しのぎの受診行動〉であることや、「今夜の花火大会は良い席がとれたから、それまでに熱を下げてくれとか、子どもじゃなくて、自分の都合で子どもを振り回している」という語りから〈子どもよりも自分中心の療養行動〉がある親が存在することが明らかになった。

また、看護師はここ数年で多くなっている家族の現状として「30分の検査待ちでも、親が30分も待てない！と怒鳴られる。そして、こちらがすみません言う、誰が責任取るんだ！ばかやろう！と言って…怒ったりとか、そして最後に覚えてるよ！とか何かあったら訴えてやる！と言っていきます。」と語っており、救急外来を受診する家族の現状として〈すぐに医療者に責任を取らせようと訴える〉ことを実感していた。

(2) 【昼間の受診が困難な状況でも、周囲が受診を促す】

看護師は多くの子どもが救急外来を受診する理由として「核家族やシングルマザーが増えている。」「非正規雇用の親も多くて昼間に仕事を休んで受診させることが難

しい。この情勢だから休みと欠勤扱いになって給与に響くと言っていた親もいた」と〈仕事をしている親は昼間の受診が難しい〉現状であるため、昼間の小児科外来などの診療時間終了後に、救急外来を受診に来ることが多いと理解していた。

看護師は、仕事をしている親が昼間に祖父母に子どもを預けている時に、発熱した際の状況を次のように語っていた。「子どもは前日に病院かかって、お薬も処方されてるんだけど、何だか（祖父母の）家に来てみたら熱が上がってきたから病院に連れてきた。後から（祖父母に呼び出されて）お母さんが（救急外来に）来て、お薬もらってますって感じで、診察はするけどお薬も何も出ないでそのままお帰りいただくというパターンも結構あります。まあ、預かってるから余計こう、責任感じゃないけど、心配で、熱上がってくると（救急外来に）連れてきちゃったりということはあるみたいですね。」「おじいちゃん、おばあちゃんに言われたから来たんです、みたいながあるので、何でしょうね。おじいちゃん、おばあちゃんのほうが熱に対して弱いのかな？」と親だけの判断で受診するのではなく、〈祖父母もすぐにすすめるため受診する〉現状があった。

さらに、看護師は子どもと家族の救急外来受診の理由

としてメディアによる影響があることを語っていた。「本当は怖い〇〇の病気とかってテレビ番組もあるじゃないですか。お母さん達からこの間テレビでこう言ってっただんです。って私達も知らない病気をあげてくる。すごい恐怖心を煽って受診させちゃうのかな？」と〈メディアが煽る不安で受診する〉現状があることが明らかになった。

2) A県内の小児救急看護の実際

(1) 【広範囲の医療圏で小児に不慣れな医師と看護師が対応している】

A県は県土が広い医療圏も広い現状がある。そのため「救急車も1台だけじゃなくて、3台ぐらい一緒に入ったりということがあるんですね。地区が、範囲が広くって、通報がばらばらであっても、到着時間が一緒だったりするときがあるんですね。」とその医療圏の広さから通報から患者の到着までの時間が読めない大変さや「診療地区内で夜間に小児を見るのは自分の働く施設しかないで県外からも1時間以上かけていらっしやっってという感じになります。軽症の方でも、もうほとんどうちに運ばれて来ます。」とA県の小児救急は〈医療圏が広く子どもの救急医療が集中している〉状況であった。

そのような〈医療圏が広く子どもの救急医療が集中している〉A県の小児救急で働く医師については「うちの病院は毎週〇曜が救急外来当番ですね。ただ、必ずしも小児救急当番だからといって、小児科医がずっと待機しているわけではない。救急当番は全科、内科・外科・整形・小児科・循環器、全部行っているんですけども、内科系、外科系（の医者）だけがいるわけで、必ず小児科医がいるわけではない。」と救急当番で子どもの救急対応をしている病院であっても、実際には必ずしも専門である小児科医が対応しているわけではない。また看護師についても「大人しかまだ経験したことない看護師が異動で救急外来に来て子どもをみる。あの、子どもは特殊なので、大人とはまたお薬の量とかも全然違いますのでね。そういうところで、うまく外来が回らなかつたりとかありますね。」「子どもの救急当番は月に数回しかない。なかなか厳しいですね。経験が積めないのでどう対応してよいか分からないままです」と、医師だけではなく看護師も子どもの看護になれている看護師が救急対応しているわけではなく、実際は〈小児医療や看護を知らない医師と看護師も救急外来で対応している〉状況である。

そのような〈小児医療や看護を知らない医師と看護師も救急外来で対応している〉ため看護師は小児救急看護に関する研修の必要性を実感しながらも「救急外来の研修だと大人の心肺蘇生とか大人の救急に関するものが多

くなる。シーネの固定方法とか点滴の留めかたとか処置とか検査の支え方とか必要だけど後回しかな？」「知識的には、本当に外来で見るぜんそくとか、クループとかかけいれんとかって、そのくらいのところしか研修とかも特に受けていなかったんで、ちょっと知識的には低いかなというふうに思っています。」と実際には〈救急外来では小児看護の勉強会の機会が少ない〉状況であった。

そのため、看護師が行っている工夫として「小児用のマニュアルも症状毎に全部、ぜんそくも、下痢も、嘔吐も、けいれん、症状ごとにフローチャートで作って、これでもだめならば小児科の先生コールというような形を作って、研修医の先生方にも全部説明して、本当に重症の時に小児科医を呼び出すという対応はできるようになってます。」と語っていた。A県内の小児救急看護の実際として〈小児科医がいなくても診察を回せる体制を作った〉状況であり、小児科医が少ない現状であっても工夫をしながら対応していた。

(2) 【電話相談では診療可能な病院を紹介し、受診の判断の手助けを行う】

〈医療圏が広く子どもの救急医療が集中している〉A県では自宅から第二次救急指定病院までは車で1.2時間かかることもあり、子どもの受診の有無の判断等を電話で相談することは重要な援助であった。看護師は電話相談について「今のお子さんの状況をしっかりと聞いて、じゃ、きっと今はこういう状況なんだねって言ってます。そして、心配なら受診するしかないねとか、様子見れるねとか指示じゃなくて、一応、少しずつ水をあげて、飲めてるなら明日の朝まで様子を見ることもできそうだねとか、選択肢を与えてお母さんが決められるような答え方をしてる。」と母親に自宅での子どもへの看病方法や受診のタイミングなどの選択肢を提示し、母親自身が判断しやすくなるように相談に乗っていた。そして、相談の最後には「心配ならまたお電話をください、とか心配な時はいつでもいらしてください」と付け加え、〈電話相談では状況を聞き、選択肢を提供しながらも、家族が心配ならば受診を断らない〉様に電話相談を行っていた。さらに、電話相談の一番重要となる受診の有無についての判断は、看護師自身が判断し家族に伝えるのではなく、〈電話相談での受診の有無の最終判断は親にしてもらう〉対応をしていた。

そして、母親が子どもの救急外来の受診を決定した場合には、子どもの症状や今までの経過、時間帯などを考慮し「看護師の判断で、一次か二次か、熱が出ているとか、咳がひどいとか、そういった一般的な対処できるような判断、対処できるような形であれば夜間診療所や（第二次救急の）うちの病院をすすめてます。」「この時

間だったら開業医さんやってるよねとか、この時間なら夜間診療所さんやってるよね」等と〈症状や時間に応じた診療場所を説明する〉援助を行っていた。

(3) 【重症度を見極めながら、診察介助や家族に子どもが病気になった際の対応方法を説明する】

電話対応等を行い、救急外来を受診に来た子どもと家族への初期対応として看護師は「やっぱり、子どもって見た目で、何かちょっと変だなとか、そういうのが分かる、分からないと、結構重症化、すぐ重症化しやすかったりするので必ず子どもを見ます。」「もちろんバイタルとかいろいろ測ってから、これは先のほうがいざってというトリアージをしてから、ちょっと（診察の）順番を早めたりもします。下手すると、やっぱり本当に重積とかね、大発作になりそうな時には、今診察中でも…、申し訳ありませんと中断して、診てもらおう。」等、子どもの特徴などを考慮しながら、「早めに直接子どもを見て重症度から診察順番を調整する」などのトリアージを行っていた。

救急外来を受診する子どもの家族はその不安などから看護師に様々な相談を行う。それに対して救急外来の看護師は「お子さんがすごく具合悪いから自分も具合悪くなるのかな。何かね、気持ち的にね。なかなかよくなるから、自分も疲れちゃって、もうどうしていいかわからなくなっちゃう。誰か助けてっていう、助けてほしいという気持ちが伝わるから、力が出ないみたいなきにはね、励ましてあげることも必要だし」と親の疲れや不安にも気に掛けながら「長いって、せいぜい15分か、10分か15分ぐらい。でも、忙しいときには本当に長いんですけどね。でも、本当に何か、このお母さんが真剣になってしゃべってるんだなんていうときには、やっぱりそれなりの対応をします。ゆっくり話しましょう！と言ってちゃんと聞きます。」などと〈家族が真剣なら看護師も真剣に対応する〉と誠意を持って親に対応していた。

具体的な親への援助のタイミングとしては「受診して、一番困っているときに、やっぱ指導してあげると、頭に残るのかなって思いますね。実際緊急の場合に、本当に熱が出たとか吐いたとか、緊急の場合に、実際に役立つかという、またちょっと違うところがあるので」と子どもが元気なときではなく、実際に受診している時の説明こそが役に立つと経験から実感していた。さらに「親も知識としては分かっているけど、実際その場で具合が悪い子どもを見るとどうしていいかわからなくなってしまう。やっぱ救急に来たときに看護師がその場で説明するというのがとても大事な。」と親は病気の子どもの対応方法を分かっているも子どもが実際に体調が悪くなるとどう対応して良いのか分からなくなるため〈子

どもが受診し、困っているその場で説明する〉ようにしていた。

その説明内容は「お熱がもうちょっと続くと思いますけど、でも、心配しないでとか、どんな食事をどうやって食べるのか、水分の採り方とかを細く、その都度説明は入れる」と家庭での対応方法を家族に具体的に説明し、「吐く物が色が変わったりとか、顔色が悪くなったりとか、元気がなくなってぐったりしちゃってるというようなことがあったらばすぐ来てくださいとか、痛いときの対応とかどうするべきなのかって具体的に教えてる。」等と帰宅後に再受診が必要な場合の注意点等を〈家族が実際に子どもの病気に対応出来るよう、具体的に説明〉することで、帰宅後も親が自宅で子どもの看病を行ない、さらに今後、子どもに同じような症状が生じた場合にも対応できるよう援助を心掛けていた。

小児救急外来の看護師は子どもの病気だけではなく、親からの育児に関する相談も受けていた。看護師は「親からどうしていいかわからないという相談、要するに子育てに関する相談みたいな時なんかは、時間かけてやらなくちゃいけない」と育児に関する相談も行い、「誰か助けてくれる人を呼びなさいって、子どものこと、子育てを1人で抱え込まないでとか、そんなふうにも言ったこともありますね。」と病気に関する援助だけではなく〈母親の育児など精神的サポートを行う〉取り組みも行っていた。

V. 考 察

1. A県内の子どもの家族が適切な療養行動がとれるための援助

A県内の小児救急外来の看護師は、子どもと家族が小児救急外来を受診状況として【受診に関する正しい知識が乏しく、適切な療養行動が行いにくい】【昼間の受診が困難な状況でも、周囲が受診を促す】と捉えていることが明らかになった。そのため、家族が適切な療養行動がとれるための援助について考察を述べる。

田中は「少子化・核家族化が進み、育児に関する知恵・知識の世代間継承ができず、家庭における育児能力が低下している。また、いつでも質の高い救急医療を受けたいという考えが強く、救急医療に関しても専門の小児科医に見てもらいたいという意識が強くなってきている」⁸⁾と述べている。A県内の家族についても同様に〈症状が出たらすぐに救急外来を受診する〉ことや〈救急外来は待ち時間が無く、完璧な医療を提供する場だと思う〉現状があり、全国と同じような状況であり、育児能力の低下により軽症であっても受診することや、いつでも質の高い完璧な医療を求める傾向があり救急外来を受診していると考えられる。

A県内の家族は〈症状が出たらすぐに救急外来を受診する〉が、A県は広い県土のため自宅から小児救急外来までの距離が遠い場合がある。実際に平成23年のA県における平均救急搬送時間は41.2分と全国平均の38.1分よりも3.1分長くなっている⁹⁾。福井らは、子どもが救急外来を受診する理由を調査し、1歳児の保護者は「経験が無いので分からない」ために受診し、3歳及び5～6歳では「重症化」や「手遅れ」を心配するために受診している^{10) 11)}ことを明らかにしている。そのため、A県においても、自宅から救急外来を受診できる病院が遠い家族は、その距離の長さから「より重症になる前に、手遅れになる前に」と判断し、受診している可能性も考えられる。その一方で、A県内の救急外来においては〈病気や治療に関する誤った知識を持っている〉家族がいることも明らかになった。子どもが病気になった際に、子どもの病気や治療に関する知識がない状態では、受診の判断がつかず、病院までの距離が遠いA県内では家族の不安は大きいものであると考えられる。人手不足で厳しい救急外来の現状において「コンビニ受診」「お手軽・お気楽な夜間受診」を助長させることは望ましくない。しかし、小児救急医療においては安易に受診抑制を考えることは避け、電話相談も子育て支援の一環として考えていく¹²⁾必要がある。

実際にA県内の小児救急外来においても看護師による援助として「電話相談では診療可能な病院を紹介し、受診の判断の手助け」が実践されていた。この電話相談を通して子どもの家族が〈病気や治療に関する誤った知識を持っている〉ことのさらなる改善につなげていく可能性がある。実際に小児科外来の看護師2名が電話相談事業を行った結果、相談のあった症状の9割以上が看護師の対応で解決し、看護師による説明のみで保護者の不安をやわらげることができ、家族の知識と看護能力の不十分さを補うことができたとの報告¹³⁾もある。

今回調査を行った県内7施設においては、子どもの救急外来に従事する看護師は〈小児医療や看護を知らない医師と看護師も救急外来で対応している〉現状であり、看護師自身も悩みながら援助を行っていた。そのため、子どもの病気や治療や家族の不安などについて卓越した電話相談対応のできる看護師の育成と配置が、A県の小児救急医療体制の整備に寄与するものと考えられる。

2. A県の救急外来における子どもの看護の実践機会

看護師の語りから「診療地区内で夜間に小児を見るのは自分の働く施設しかないので県外からも1時間以上かけていらっしょってという感じになります。軽症の方でも、もうほとんどうちに運ばれて来ます。」とA県の小児救急は〈医療圏が広く子どもの救急医療が集中してい

る〉状況であった。

A県は日本の都道府県の中で3番目の広さを有している。病院数は平成22年時点で140施設となっており、人口10万人あたりの施設数では6.9施設と全国平均の6.8施設とほぼ同率であった¹⁴⁾。しかし、小児科医師数は15歳未満人口1万人に対して8.3人と、全国平均の9.4を下まわっている¹⁵⁾ことから、小児救急に関しては遠方からの受診と、少ない小児科医のいる病院に集中している現状である。そのため、受診を断ることや他の病院への受診を促すことは出来ず、A県の第二次医療圏の救急外来は子どもと家族への看護の砦となっており、大きな役割が求められる。

しかし、救急外来で働く看護師は、小児の病棟や小児科外来など子どもと関わる部署での看護経験が無いまま、救急外来に配属され、受診してくる子どもに対応しており〈小児医療や看護を知らない医師と看護師も救急外来で対応している〉状況であった。また救急外来を担当していても「子どもの救急当番は月に数回しかない。なかなか厳しいんですね。経験が積めないのでどう対応してよいか分からないままです」とその経験を積み機会自体が少ないことや、〈救急外来では小児看護の勉強会の機会が少ない〉現状があり、救急外来の看護師が小児看護の経験を積み学習する機会も勉強会などの学習機会も乏しい現状が明らかになった。これらのことから、A県内の救急外来においては、子どもの看護に慣れている看護師はあまり多くなく、看護師自身も困惑している可能性が高いことが考えられる。

救急外来は子どもに限らず成人や高齢者など様々な発達段階や様々な疾患の患者に対応している。そのような救急外来に従事する看護師のストレスサーについて「経験したことのない診療科や救急以外のことが分からない」¹⁶⁾等があげられていた。救急外来の看護師にとって、経験したことのない、あるいは経験の乏しい子どもと家族への看護は困惑や負担になっていると考えられる。A県の救急外来の看護師も、「子どもの救急当番が月に数回しか無い場合」や「小児科の経験がなく救急外来で子どもに対応している」など〈小児医療や看護を知らない医師と看護師も救急外来で対応している〉ため、救急外来を受診する子どもへの対応や家族への子育て支援などは、A県の看護師にとって大きな困惑や負担になっていると考えられる。

そのため、可能な範囲内で小児科外来と救急外来が合同で学習会を開催することや救急外来の看護師が小児科外来で研修を行うなど、子どもと家族への看護の学習と実践の機会を増やしていくことが必要であると考えられる。

3. 看護への示唆

A県の小児救急外来を受診する子どもと家族の現状から、〈正しい知識が乏しく、子どもに症状がでると不安ですぐに救急外来を受診する〉ことが明らかになった。そのため、家族が正しい知識を持ち、子どもに出た症状に対して対処することや受診のタイミングを判断できる支援が必要となる。

広い県土を有し、人口あたりの小児科医が少ないA県の小児救急の現場では、小児科当番病院であっても小児科医が不在の場合もある。その際は看護師が小児科医以外の医師と子どもへの対応を行っている。その看護師も子どもの看護経験が少ない中で対応しているが、小児看護の学習や実践する機会は多くない。そのため、救急外来の看護師を対象に小児看護の研修会など、学習の機会を作ることが今後の課題であると考えられる。

VI. 本研究の限界

本研究の対象は7施設11名とA県内の小児救急看護に携わる看護師としては少ないことや、看護師が捉えた「小児救急外来を受診する子どもと家族の現状」であることから一般化するには限界がある。また、東日本大震災前の調査であることから浜通りを中心に医療体制に変更が生じた現在では現状にそぐわない部分がある。

しかし、県土が広く二次医療圏が広い上に人口あたりの小児科医数が少ないA県の小児救急外来を受診する子どもと家族の現状と小児救急看護の実際を看護師の語りから捉えることを試み、小児救急外来看護の問題点と改善策の検討を可能にした点は本研究の意義と考えられる。今後は、東日本大震災後の変化や救急外来を受診した家族そのものへの実際調査から看護援助プログラムを開発し、モデルに基づいた介入効果について検討していきたい。

VII. 結 論

A県内の小児救急外来を受診する子どもと家族の現状は【受診に関する正しい知識が乏しく、適切な療養行動が行いにくい】【昼間の受診が困難な状況でも、周囲が受診を促す】であった。また、A県内の小児救急看護は【広範囲の医療圏で小児に慣れない医師と看護師が対応している】【電話相談では診療可能な病院を紹介し、受診の判断の手助けを行う】【重症度を見極めながら、診察介助や家族に子どもが病気になった際の対応方法を説明する】現状であった。

県土が広く医療資源の少ないA県においては、家族が正しい知識を得て受診の判断ができるための援助と救急

外来看護師への小児看護の教育機会の確保が今後の課題である。

謝 辞

本研究にご協力くださいました看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は、平成21年～24年度科学研究費補助金（基盤研究（C））課題番号21592811）による補助金を受けて行った研究の一部である。

VIII. 引用文献

- 1) 田中哲朗：二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状評価に関する総合的研究、二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状とその評価に対する研究報告書,12-13,2001. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2002/07/dl/tp0719-2c.pdf> 2018年11月閲覧
- 2) 田中哲朗：二次医療圏別にみたわが国の小児救急医療体制の現状。日本医事新報, 4071, 59-62, 2002.
- 3) 田中哲朗：小児救急医療の現状と展望, 17, 診断と治療社, 2004.
- 4) 山田至康：育児不安と小児救急医療。公衆衛生研究, 47(3), 247-251, 1998.
- 5) 社団法人神奈川県看護協会：平成17年度独立行政法人福祉医療機構子育て支援基金助成事業 小児救急看護支援ガイドライン, 8-10, 神奈川県看護協会, 2006.
- 6) 福島県保健福祉部：救急医療提供体制等事業別の医療体制の構築, 第5次福島県医療計画, 19-42,2008. <https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/0813.pdf> 2012年8月閲覧
- 7) 安梅勅江：ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究方法の展開, 1-12, 医歯薬出版株式会社, 2001.
- 8) 田中哲朗：小児救急医療の現状と展望, 19, 診断と治療社, 2004.
- 9) 福島県保健福祉部：救急医療等事業別の医療体制の構築, 第6次福島県医療計画, 45-58, 2013. <https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/1113.pdf> 2018年11月閲覧
- 10) 福井聖子, 後藤紀子, 藤岡雅司：小児夜間救急に関する保護者の実態と意識調査（第1報）, 日本小児科学会雑誌, 111(12), 1573-1579, 2007.
- 11) 福井聖子, 後藤紀子, 藤岡雅司：小児夜間救急に関する保護者の実態と意識調査（第2報）, 日本小児科学会雑誌, 111(12), 1580-1585, 2007.
- 12) 白石裕子：子どもたちへのアプローチ 小児救急看護の現場から 子育て支援としての小児救急医療, 看護実践の科学, 32(13), 90-91, 2007.
- 13) 伊藤良子, 廣岡憲三, 成田允子, 他：小児科外来看護師は小児救急医療に寄与可能か？ 小児科外来における看護師による平日電話相談の内容と対応状況からの分析, 小児保健研

究，72(3)，413-418，2013.

- 14) 福島県保健福祉部：医療提供体制等の現状，第6次福島県医療計画，9-12，2013. <https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/1113.pdf> 2018年11月閲覧
- 15) 福島県保健福祉部：医療を支える人材の確保，第6次福島県医療計画，23-30,2013. <https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/1113.pdf> 2018年11月閲覧
- 16) 野島敬祐：救急外来におけるトリアージナースのストレスサーについて 役割や能力に関するストレスサー内容，日本救急看護学会雑誌，18(2)，11-18，2016.