

## 小児病棟における小児看護特有の看護行為の時間量と意味に関する研究:混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討

メタデータ	言語: ja 出版者: 公開日: 2023-09-13 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 萩原, 綾子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.20780/0002000006">https://doi.org/10.20780/0002000006</a>

2021 年度 東京女子医科大学大学院 看護学研究科

博士後期課程学位論文

研究課題名

小児病棟における小児看護特有の看護行為の  
時間量と意味に関する研究

:混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討

学籍番号 145004 氏名 萩原綾子

提出日 2022年1月27日



## 要旨

【目的】小児病棟における小児看護の特性の理解に基づき看護管理のあり方を検討するために、小児看護特有の看護行為の時間量と看護師が認識している意味について明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは、混合研究法の説明的順次デザインである。

第一段階の量的研究として、小児病棟の状況(入院管理料等)、看護管理者が人員配置を基準より多くすると判断した理由を、小児入院医療管理料 1, 2, 3 を算定している小児病棟 356 施設の看護管理者を対象に質問紙を送付し調査した。第二段階の質的研究として、看護管理者が人員配置を基準より多く配置している小児病棟について、看護師を対象に参加観察・タイムスタディ法を用いて小児看護特有の看護行為に関する項目についての内容や時間について調査をした。明らかになった小児看護特有の看護行為について、第三段階のインタビューにより看護師が認識している意味について明らかにした。最後に、量的研究と質的研究の結果の統合を行った。東京女子医科大学の倫理審査を受け、承認を得て実施した(承認番号 5381)。

【結果】第一段階の量的研究の質問紙調査では、小児入院医療管理料 1, 2, 3 を算定している小児病棟 356 施設に送付し、84 施設(回収率 23.6%)回収した。設置主体は、公立が最も多く 30 施設(35.7%)で、小児病棟の病床数は 21~50 床が 58 施設(69%)であった。地域周産期医療センター 29 施設(29%)や総合周産期医療センター 17 施設(17%)など、周産期医療の機能を担っている施設が多く、平均在院日数は 9 日以内(70%)、年間の小児の緊急入院患者数は 1000 人以上(29%)、800~999 人(15%)と併せると約半数となった。59%は家族の希望による付き添いが可能であるが、一方で 32%は家族の付き添いが「原則あり」と回答していた。診療報酬上の基準より多い看護師の配置の有無について、48 施設(57.1%)が多く看護師を配置していると回答していた。多く配置している場合の人数は、日中は 7 対 1 の基準に対して 4 対 1 が 21%で最も多く、3 対 1 が 17%、3.5 対 1 が 15%であった。夜間は、夜間のみ基準通り(9 対 1 等)が 29%で最も多く、7 対 1 が 21%であった。基準よりも多く看護師を配置することを判断した理由については、「重症、医療的処置が多い子どもが多い」が最も多く 30 施設(62.5%)で、次いで「新生児、乳児が多い」が 29 施設(60.4%)であった。「清潔、栄養、排泄などの日常生活にかかわる看護行為に時間がかかる子どもが多い」と「医療安全・事故防止の対応に時間がかかる子どもが多い」が 26 施設(54.2%)で、「幼児、学童前期の子どもが多い」25 施設(52.0%)、「重症心身障害児などの身体的介護が多い子どもが多い」「コミュニケーションをとる上で時間がかかる子どもが多い」「遊びと成長・発達の援助技術に時間がかかる子どもが多い」が 16 施設(33.4%)等であった。

第二段階質的研究では、小児病棟での経験が 5 年以上あり、看護師としては中堅以上で参加観察・タイムスタディとインタビューの両方に協力可能な外科系小児病棟 3 名、内科系小児病棟 1 名、合計 4 名の看護師に実施した。対象看護師が実践した看護行為は 19 場面、合計で 3 時間 10 分 37 秒観察された。19 場面を看護行為用語分類(日本看護科学学会, 2005)

にあてはめたところ、看護師が実施にあたって主な目的として捉えている看護行為について複数の看護行為を組み合わせ構成していた。主な目的として捉えている看護行為について時間量の多い順に並べると、領域6の医療処置の実施・管理(対象が必要とする医療処置を安全・確実に、できるだけ少ない苦痛で実施・管理すること)で【診察・検査・処置の介助(子ども：幼児)】が3行為46分58秒、領域1の観察・モニタリング(看護職者が働きかける対象の状態や状況について、情報を得て査定すること。対象には人、環境、事業などを含む)【バイタルサインの測定(乳児)】が2行為30分12秒、領域6【点滴静脈内注射・中心静脈輸液の管理(乳幼児)】が4行為23分0秒、領域4の情動・認知・行動への働きかけ(情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと)等で、時間量が多かったのは医療処置と関連する看護行為であった。複数の看護行為の組み合わせについて領域ごとに整理すると合計120行為のうち、特に領域4の情動・認知・行動への働きかけが58行為と全体120行為の48%である。

第三段階では、看護師にインタビューガイドを用いて半構造化面接を行い内容分析の手法で、小児看護特有の看護行為における看護師が認識している意味についての内容を分析した結果、【子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアする】【その子どもに合わせてケアを組み合わせ個別のケアを創り出す】【パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組む】【子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進む】の4つのカテゴリーが形成された。

最後に結果の統合を行った。小児病棟の看護師が実施している看護行為は、複数の看護行為を組み合わせ主な目的である看護行為を実施しているという特徴があり、中でも領域4の情動・認知・行動への働きかけ(情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと)を頻回に繰り返しながら、主たる目的の看護行為を実施していた。看護師は成長発達段階、疾患や病態、家族背景、子どもや家族の経験など多岐にわたっている対象患者に対して、その子どもに合わせてケアを組み合わせ個別のケアを創りだし、子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアすることを意味づけ、パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組んでいることが明らかになった。看護師を基準よりも多く配置すると判断した看護管理者は「子どもは手がかかる」という単純な理由で看護師を多く配置するのではなく、子どもを対象に看護行為を行っている複雑性や意味を考慮していると考えられた。

【考察】小児病棟の看護師が実施した主な目的である看護行為について時間量を多い順で比較すると、与薬や介助を伴う医療処置、バイタルサインの測定や持続点滴を確実に実施する観察なども含めた医療的ケアと関連する看護行為であることが明らかになった。看護師が実践した看護行為の合計3時間10分37秒について、6領域211用語で整理されている看護行為用語分類(日本看護科学学会, 2005)にあてはめると、領域4情動・認知・行動への働きかけが58行為と全体120行為の48%を占めていることが明らかになった。時間量のみでは小児看護特有の看護行為の特徴を説明できないが、領域4情動・認知・行動への働きかけ

が時間量と関連していることが示唆された。小児看護特有の看護行為の特徴は、複数の看護行為を組み合わせることで主な目的である看護行為を実施することで組み合わせには特徴があり、看護行為として繰り返し情動・認知・行動への働きかけを行いながら、子どもの反応を引き出し、経験や理解を探り、主な目的である看護行為が実施できるように取り組んでいた。看護師は、自分のことが自分で行えない、判断することができない、自分自身をコントロールできない状態にある子どもとその家族に対して、看護師は子どもの反応を引き出し、経験や理解を探り、主な目的である看護行為が実施できるように、迅速な判断や対応が求められている中で看護実践している。その中で子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアしたり、その子どもに合わせてケアを組み合わせる個別のケアを創りだしたり、パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組んだり、子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進むことを意識して意味づけ、複数の看護行為を組み合わせていた。

小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方について、看護管理者は「子どもは手がかかる。子どもだから時間がかかる」という単純な理由で看護師を多く配置するのではなく、子どもを対象に看護行為を行っている複雑性や、時間がかかるという意味、つまり「小児看護特有の看護行為には時間が必要である」という事柄を示していることが考えられた。これは、小児病棟の看護管理の特徴として捉えるべきであり、看護師の配置を検討する際の根拠となる。従って、小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方とは、小児看護特有の看護行為の特徴について理解したうえで、看護師の人員配置を含む子どもの療養環境を整え、子どもの家族とパートナーシップを創りあげる仕組みを発展させることだと考えた。

**【結論】**小児看護特有の看護行為は、複数の看護行為を組み合わせ、主な目的である看護行為を実施しており、特に情動・認知・行動への働きかけが時間量と関連していた。看護師は、「子どもが安全に、安寧に、小児病棟において療養生活がおくれるように関わる」「子どもの主体性を育み、その子どもらしく成長発達していけるように、働きかける」「子どもの家族を支援する姿勢を持ちながらも、パートナーとして位置付けることを大切に、共に子どもに関わり続ける」ことを意識し、意味づけて関わっていた。小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方とは、小児看護特有の看護行為の特徴について理解したうえで、看護師の人員配置を含む子どもの療養環境を整え、子どもの家族とパートナーシップを創りあげる仕組みを発展させることだと考えた。

## Abstract

A Study on Nursing Practices Specific to Pediatric Nursing in Pediatric Wards  
Concerned with the Amount of Time and Significance  
: Considering Nursing Management in Pediatric Wards  
Using Mixed Method Research

The main purpose of the study was to examine what the nursing management ought to be, based on the understandings of the features of pediatric nursing in pediatric wards. The study aimed to clarify the amount of time spent on nursing practices specifically to pediatric nursing and the significance of which nurses understand.

The mixed-methods explanatory sequential design was applied as a research framework. The study conducted two consecutive phases of data collection: quantitative and qualitative. For the quantitative study, the questionnaires were sent to 356 pediatric wards. As the second phase of the study, participant observation and time study, and semi-structured interview were organized. As a result, the significance of which nurses understand were categorized into four categories: “The nurses need to use five senses in caring to have children safely recover.”, “The nurses should combine multiple cares to children to provide personalized care.”, “Have respect to the family as a partner and work together to care for children.”, “Protect the rights of children and family and work together as advocates.”

In conclusion, the study clarified that the nursing practice specified to pediatric nursing combines multiple nursing practices. Also, the amount of time spent on the nursing practice was concerned with emotional, cognitive, and behavioral care approaches to the children. To sum up, the nursing management based on the understandings of the features of pediatric nursing in pediatric wards ought to develop a system to build a partnership with the children's family by providing an adequate treatment environment included the staffing of nurses.

# 目次

第1章	序論	3
I.	研究の背景と目的	3
1.	研究の背景	3
2.	研究目的と意義	3
第2章	文献検討	5
I.	小児医療・看護の体制	5
1.	小児医療の提供の場としての病院	5
2.	小児が入院する病棟の療養環境	5
3.	小児病棟の療養環境と看護体制	6
II.	対象である子どもと家族	7
1.	小児病棟に入院している子ども	7
2.	入院している子どもを支える家族	8
III.	看護行為と看護管理の関連について	9
1.	看護管理における看護業務量、看護行為に関する考え方	9
2.	看護必要度について	9
3.	小児における看護行為と看護管理について	10
4.	小児看護における安全管理について	11
IV.	小児看護特有の看護行為について	12
1.	小児看護の特性について	12
2.	小児看護特有の看護行為について	12
第3章	研究方法	17
I.	研究デザイン	17
II.	用語の定義	17
1.	看護管理	17
2.	看護行為	17
3.	小児看護特有の看護行為	17
4.	意味	18



III.	第一段階	量的研究	質問紙調査	18
1.	目的			18
2.	対象			18
3.	基礎調査			18
4.	収集方法			18
5.	第二段階、第三段階の対象者のリクルート			18
6.	調査内容			19
7.	調査期間			20
8.	分析方法			20
IV.	第二段階	質的研究	参加観察・タイムスタディ	20
1.	目的			20
2.	対象			20
3.	COVID-19の影響について			20
4.	データ収集にあたっての準備			20
5.	収集方法			21
6.	調査内容			21
7.	調査期間			21
8.	分析方法			21
V.	第三段階	質的研究	インタビュー	22
1.	目的			22
2.	対象			22
3.	データ収集にあたっての準備			22
4.	収集方法			23
5.	調査内容			23
6.	調査期間			23
7.	分析方法			23
VI.	統合			24
VII.	倫理的配慮			24
第4章	結果			26

I. 基礎調査 .....	26
II. 第一段階 量的研究 .....	26
III. 第二段階 質的研究 参加観察・タイムスタディ研究 .....	27
IV. 第三段階 質的研究 インタビュー .....	37
V. 統合 .....	46
第5章 考察 .....	51
第6章 結論 .....	60
謝辞 .....	61
引用文献 .....	62
資料 .....	i

表 1 基礎調査：厚生局別小児病棟の設置状況と入院医療管理料 .....	i
表 2 厚生局別小児病棟の設置状況と入院医療管理料 .....	ii
表 3 設置主体、病床数、小児病棟の病床数等 .....	iii
表 4 小児病棟の療養環境の状況 .....	iv
表 5 小児病棟の看護師人員配置の状況 .....	v
表 6 対象看護師の属性 .....	vi
表 7 参加観察・タイムスタディを実施した小児病棟の患者の属性 .....	vii
表 8 看護行為の組み合わせ構成割合 .....	viii
表 9 看護行為の一覧表 .....	ix
表 10 看護師が認識している意味 .....	x

図 1 研究デザインのフロー図 .....	xi
図 2 手続きダイアグラム .....	xii
図 3 看護行為：診察・検査・処置の介助(こども：幼児) .....	xiii
図 4 看護行為：バイタルサインの測定(乳児) .....	xiv
図 5 看護行為：点滴性脈内注射・中心静脈(乳幼児) .....	xv
図 6 看護行為：術前・入院オリエンテーション .....	xvi
図 7 看護行為：創傷ケア .....	xvii
図 8 看護行為：バイタルサインの測定 検査の介助(スペシャルニーズのある子ども) .....	xviii
図 9 看護行為：付き添う家族の生活環境支援等(家族支援) .....	xix
図 10 量的研究と質的研究の統合 .....	i

## 第1章 序論

### I. 研究の背景と目的

#### 1. 研究の背景

日本の少子高齢化は加速的に進み、小児医療の現場も影響を受けている。子どもの数(15歳未満の小児人口)は1982年から減少し続けており(総務省, 2018)、一般病院で小児科を標榜している施設数も減少の一途をたどっている(厚生労働省, 2018)。小児医療については、小児医療の体制構築にかかる指針(厚生労働省, 2017)や小児医療提供体制に関する調査報告書(日本小児科学会, 2015)など政策レベルでの調査、取り組みが進められている。入院・外来診療が必要な小児患者は、年齢階級別で疾患が異なり乳児は先天性疾患、幼児期は感染症などを含めた小児科一般のよくある病気(Common Disease)が多い(厚生労働省, 2017)。また、先天性疾患は出生直後を含めた低年齢での治療の開始が多く、小児の治療、手術は身体的、長期的予後等の心身への影響を最小限にするため治療を段階的に進めることも多く、短い期間で複数回の入院治療が必要になることが多い。

小児医療の進歩によって、小児期に発生した疾患を有したまま成人期に向かい、病態や合併症の変化や身体、人格の成熟に即した医療を受けられない状況があり、移行期医療が課題となっている(日本小児科学会, 2014)。日常的に人工呼吸療法、気管切開の管理、吸引や注入など、高度な医療的ケアが必要な医療的ケア児(厚生労働省, 2016)の課題などがあり、特別なヘルスケアニーズを持った小児患者への対応が臨床現場で求められている。病院において小児患者に看護を提供する看護師は、生命を守り、病気からくる苦痛を和らげ、健康回復を促進するとともに、病気や入院が小児に及ぼす悪い影響を最小限にとどめるよう努めることが大きな役割である(吉武, 1995)。小児看護に関わる看護師は、家族の中に誕生し生まれ、成長発達していく存在である子どもを主体的な存在としてとらえるとともに、子どもと家族を一つの単位としてとらえ、子どもと家族が自らの力で健康を維持し、幸福に生活できるように、看護の専門性を発揮する意義がある(中野, 2019)。そのため小児病棟の看護師は、医療を受けている子どもの成長・発達が妨げられないようにし、また子どもの発達段階に応じた生活のしかたを工夫し、病状・治療・障害により生じる日常生活行動の制約を最小限にし、発育に障害を残さない様に支援する必要がある(日本看護協会, 1999)と考える。したがって小児患者が入院する小児病棟では、看護師が医療的ケアに加えて、発達段階に合わせた食事や排泄などの療養上の世話、遊びなどを含む看護を提供している。

小児病棟において看護師が実践する看護行為に関しては、小児患者1人あたりの1日総看護時間数を調査したところ成人患者の6.5倍であり(伊藤, 2007)、その理由には、小児患者の対応などによる作業中断や危険行動に関連する頻回な観察があげられ、小児看護特有の看護行為の煩雑さが指摘されている(山元, 2004)。しかし、小児患者は2008年に看護必要度の対象から除外されたため、小児病棟の看護師の看護行為は実態を含め明らかになっていない。また小児病棟の看護配置の基準については、小児入院医療管理料では日中7対1(7人の小児患者を1人の看護師がみる)で、成人を対象とした入院管理料の一番高い配置と同数であるが、必要な看護行為がこの配置数で実践され得るのかについて、データが無く成人病棟との比較はできない。

#### 2. 研究目的と意義

本研究の目的は、小児病棟における小児看護の特性の理解に基づき看護管理のあり方を検討す

るために、小児看護特有の看護行為の時間量と看護師が認識している意味について明らかにすることである。

本研究の意義は、以下の2点である。

第一に、小児病棟において看護師が実践している看護行為について項目と時間量、看護師がどのような意味を持って看護行為を行ったのかが明らかになることで、看護師が実践している小児看護特有の看護行為について理解できる。

第二に、小児看護特有の看護行為が明らかになることによって、小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理を行う上での有用な資料となり得る。

## 第2章 文献検討

この章では、小児医療・看護の体制、対象である子どもと家族、看護行為と看護管理の関連について、小児看護特有の看護行為についての文献を検討する。なお、本研究で用いる混合研究方法についても記載する。

### I. 小児医療・看護の体制

#### 1. 小児医療の提供の場としての病院

1965年に日本における最初の小児総合医療施設である国立小児病院ができたことで、いわゆる小児専門病院である小児総合医療施設が小児医療の中心的役割を担う構造ができた。一般病院で小児科を標榜している施設数は、2016年には2618施設で、1990年の4119施設から比較すると減少の一途をたどっている。つまり、子どもの数が減少している背景を受け、そもそも薬剤の使用量も少なく、人手を必要とした不採算部門である小児科については、加速的に減少している(厚生労働省, 2018)。

また日本は、「児童の権利に関する条約(子どもの権利条約)」に1994年に批准した(ユニセフ, 2019; 文部科学省, 1998)。これは1989年の第44回国連総会において採択され、1990年に発効し、子どもの基本的人権を国際的に保障するために定められた条約であり、18歳未満の児童(子ども)を権利をもつ主体と位置づけ、おとなと同様ひとり人間としての人権を認めるとともに、成長の過程で特別な保護や配慮が必要な子どもならでの権利を定めている。子どもの生存、発達、保護、参加という包括的な権利を実現・確保するために必要となる具体的な事項を規定しているなかで、小児病棟における考え方も大きく影響を受けてきた。

少子高齢化が進む中で小児医療分野においては、子育て支援、地方創生、地域包括ケア等に関して実効性のある施策の展開が求められており、子どもの医療制度の在り方等に関する検討会(厚生労働省, 2016)では「小児医療へのアクセスに留意しつつ、限りある医療資源を効率的かつ効果的に活用するための体制整備を進めていくべきであり、特に心臓手術や肝臓移植などの高度先進医療を中心に集約化していく必要があると考えられる。」とあり、高度先進的な小児医療についてはさらに集約化が進むと考える。加えて厚生労働省が政策的に進めている小児がん拠点病院(15施設 2017時点)、総合周産期母子医療センター(108施設 2018時点)、アレルギー拠点病院、小児等在宅医療拠点事業などを活用した拠点化の政策が進む中で地域における小児医療施設は限られており、その多くは1施設で複数の拠点機能を兼ね備えている状況がある。

#### 2. 小児が入院する病棟の療養環境

社会的な影響を受けて小児病棟の縮小と混合病棟への変換がすすみ(草柳, 2003)、全国の200床以上の小児病棟を有している病院のうちで、大学病院、国立病院機構、小児専門病院などを除くと、混合病棟の割合の方が小児病棟より多い(山村, 2006)。混合病棟では、小児看護の専門的な経験がある看護師が少なく発達状況にあったケアを受けていないことで、子どもの心理社会的な発達に影響がある(舟島, 1994)といった報告や、混合病棟は小児病棟と比べて食堂、学習、教育の設備が優位に低い(大西, 2001)など子どもが療養生活する場として適していないことなども報告されており、子どもが入院する療養環境としては小児病棟が望ましいと言える。

小児の入院に関する医療費には、新生児医療、一般小児入院医療、小児の集中治療、重症心身障害児の入院医療の4つに関連したものがあある。小児入院管理料1(4584点1日につき)が、最も手厚い体制と点数が設定されており「平均在院日数は21日以内」で「小児科医師が20名以上」、加えて「新生児および6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術が年間200件以上」「ICU、PICU、新生児集中治療室又は新生児集中治療室管理料の届出をしている」「年間の小児緊急入院患者数が800件以上」「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備」されていることが要件で、看護師配置については「日中7対1」「夜間9対1」である。小児入院管理料2(4584点1日につき)は、「平均在院日数は21日以内」で「小児科医師が9名以上」で「入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っている」、加えて「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備」されていることが要件で、看護師配置については「日中7対1」「夜間2名以上」である。小児入院管理料3(3670点1日につき)は、「平均在院日数は21日以内」で「小児科医師が5名以上」であることが要件で、看護師配置については「日中7対1」「夜間2名以上」である。この小児入院管理料1,2,3は「もっぱら15歳未満(小児慢性特定疾病患者は20歳未満)の小児を入院させる病棟である」ことが施設要件であり、いわゆる「小児病棟」になっている。

### 3. 小児病棟の療養環境と看護体制

小児病棟の看護管理者は、診療報酬上の施設基準で定められた人員数を加味し配置を決定する中で、「診療報酬の基準に沿った人員配置をするために、何名の看護職員が必要かを算出するうえで、実質の勤務時間と年次休暇を含めた休日や、勤務時間内の委員会や研修を除外し、稼働率なども加味」している(三輪,2016)。小児病棟の看護師の配置基準については、最も高い点数である小児入院管理料1でさえも成人領域と同数の日中7対1(7人の小児患者を1人の看護師がみる)の配置であり、こういった背景について臨床現場が独自に工夫しつつ対応している背景がある。三輪(2016)は小児専門病院で、看護職員の必要性の度合いを計算式で出せないか試みたが、明確化されなかった経験を踏まえ、「小児領域における重症度の評価と人員排出に関して、適正数をどのように考え配置するのかについては、今後の重要な検討課題である」と述べている。

小児医療において、子どもの権利を尊重し家族とともにいることを推進することは言うまでもないが、小児患者に対して家族(主に母親)が24時間病棟に「付き添い入院」をしているという状況がある。家族の付き添いについては、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(厚生労働省,2008)により、「看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。」とある。しかし、日本の小児病棟の環境の多くは大部屋であり、家族が寝泊まりしているのは子どもと一緒に小児用ベッド、もしくはソファベッドであるため、付き添い入院をしている家族への配慮を充分する必要がある。小林(2007)は、家族の付き添いの生活環境が最低限の生活さえままならない状態で大きな問題であるとし、入院中の小児に付き添う母親の生活行動における変化と困り具合に関する調査(萱場,2007)によると、付き添いをしている家族の約60%が子どものベッドで添い寝しており、中途覚醒の回数が多く睡眠環境が悪いこと、また入浴も出来ず食事

は弁当ですませるといった実態があり、家族の困りごととなっていることが明らかになっている。

また、小児看護を実践する看護師の抱える困難に関する文献検討(鈴木, 2014)では、【業務の多様さ】【成長発達の過程で様々な反応をする子どもとの関わり】や【入院する子どもの家族との関係づくり】などの小児看護特有の困難さがあることが報告されている。少子化の中で子どもと関わる経験をほとんど持っていない看護師が、泣いたり嫌がったりと様々な反応をする子どもに対する看護実践に対して高いストレスを感じ、大きな苦悩を抱えた病気の子どもの家族を支援する難しさを感じており(高谷, 2004)、こういった小児看護に携わる看護師をどのように支援、教育するかについては課題があり(濱中, 2008; 川名, 2012)、病棟の看護師にどのような教育が必要であるかについて議論されている。

入院中の小児患者の家族が看護師に期待することについて、平谷(2018)らの調査では「家族の8割が核家族で、6割の親(特に母親)が病児に付き添っており、長期間にわたって病児に付き添う親は体調不良を引き起こしており、付き添い者の環境が深刻な問題である」上で「病棟の人的・物理的環境を整える支援」を看護師に強く期待していた。また「家族への情報提供」「家族を気遣う支援」「家族の精神状態を考慮して関わる支援」「家族の相談相手になる支援」などを求めている。宮里(2005)はこれを、「古くて新しい問題」として捉え「日本は付き添い看護の廃止を進める前に、アメリカやイギリスから母子同室の概念が導入されたため、考え方が混同されてしまい、母親が看護労力を肩代わりする付き添いが混同された」と述べており、この問題を考える上では小児患者に適した療養環境を整えられるように、成人病棟とは異なる看護人員配置や看護体制が実施できるような体制が求められると考える。

日本の看護師教育は歴史的に「どの診療科でも看護できる看護師や管理者の育成のための配置転換を推奨」してきた経緯があり、小児看護においてはスペシャリストが育ちにくかった(吉武, 1995)と言われている。その中で、2002年には小児看護専門看護師が6名誕生し(日本看護協会 2002)、小児看護の専門性について臨床現場で取り組まれるようになって20年近く経過し、現在は228名(日本看護協, 2019)の小児看護専門看護師が実践に取り組んでいる。臨床現場では、困難な事例についてのコンサルテーションなどの取り組みも小児看護専門看護師を中心に行われている。萩原ら(2005)は、小児看護専門看護師として小児病棟の看護師が「難しい」と感じている事例について、小児専門病院で相談を受けるシステムを行った中で、より質の高い小児看護が提供できた事例を紹介している。具体的には、出生後より嘔吐が頻回にあり入退院を繰り返していた乳児に対して「育児能力の欠如と診断された親と子どもに対して、病棟スタッフとともにかかわった取り組み」を報告している。小児看護専門看護師は、子どもと母親の状況を適切にアセスメントし、病棟看護師とともに家族とかわりながら、精神科医や地域の保健師、ソーシャルワーカーなどとの連携に発展させ、母親が子育てできる支援体制を作っていた。しかし、このような小児医療の現場での困難について、専門看護師などが支援する体制は進みつつあるがまだ十分とは言えない。

## II. 対象である子どもと家族

### 1. 小児病棟に入院している子ども

小児医療の近年の進歩によって、疾患をもつ子どもの死亡率は 3.44(人口 10 万対)と著しく改善し、多くは成人期まで到達できるようになった。小児がんなどの悪性新生物でも 70%、それ以外の小児慢性特定疾病患者が成人期に達するのは 96%だと推定されている(原田, 2011)。また、2008 年に東京都で起きた NICU 満床による妊婦の受け入れ困難の事案を受けて、周産期医療整備指針(厚生労働省, 2009)などが NICU 必要病床数を人口 1 万人あたり 20 から 25~30 に引き上げた(田村, 2017)。日本の NICU における極低出生体重児、超早産児などの生存率は世界で最も高い(楠田, 2017)。0~14 歳の小児患者の疾病構造については、1996 年は呼吸器系の疾患で全傷病の約 20%で最も多く、次いで周産期に発生した病態で約 17%、先天奇形、変形及び染色体異常で約 11%であったが、2014 年には周産期に発生した病態で約 26%で最も多くなり、喘息や肺炎など呼吸系疾患で約 17%となり、周産期に発生した病態が増加し呼吸器系疾患が減少していたが、依然として呼吸機能の未熟な小児にとっては入院に関して多い疾患である(内山, 2018)。

小児医療の進歩によって、小児期に発生した疾患を有したまま成人期に向かい、病態や合併症の変化や身体、人格の成熟に即した医療を受けられない状況について移行期医療の課題(日本小児科学会, 2014)や、日常的に人工呼吸療法、気管切開の管理、吸引や注入など、高度な医療的ケアが必要な医療的ケア児(厚生労働省, 2016)の課題などが見られており、このような小児患者への対応が求められている。さまざまな医療的背景をもった小児患者に対応して、海外では Children with Special Health Care Needs (以下、CSHCN) という概念で包括したシステム構築が進んでいる(Kogan, Strickland & Newacheck, 2009)。CSHCN は米国母子保健局(Maternal and Child Health Bureau :以下 MCHB)が「慢性的に身体、発達、行動、精神面でのリスクの増加を有している児、そして、一般的な子どもたちが必要としているレベルを超えた質と量の健康関連サービスを必要としている児」と定義しており(五十嵐, 2020)、日本では「スペシャルニーズをもつ子ども」といった表現を用いられることもある(浅野, 2008)。染色体異常を伴う疾患は、心疾患や外科治療を必要とする疾患などを合併する割合も高いために、発達に課題のある子どもの治療にも対応する必要がある。

## 2. 入院している子どもを支える家族

小児患者が入院している場合、かつては医療関係者が中心となりケアしていた歴史があり、面会についても制限されていた。その後、病院でも徐々に母親が小児患者と一緒に過ごすことが増えることが、将来的な精神、問題行動を引き起こしにくいといった研究などが見られ、小児患者の入院経験において母親が参加することを促進していった。これが小児看護のケアの哲学として応用されてきたファミリーセンタードケア(Family-Centered Care : 以下 FCC)へ発展していった(Hendrich, Chow, Skierczynski et al., 2008)。FCC については、米国小児科学会が 2003 年に主要概念として宣言し、わが国でもその理念に基づいた小児、周産期医療への取り組みが進んでいる。(田中, 2017)。FCC の構成要素は、①サービスシステムや支援職員が変動するが、家族は子どもの生活において唯一の存在であるという認識を政策と実践へ導入すること②病院、自宅、コミュニティケアのすべての段階における家族/専門家の協働を促進すること③家族と専門家が協力的な態度で完全で偏りのない情報を交換すること④文化の多様性、長所、すべての家族の固有性(民俗的、人種的、精神的、社会的、経済的、教育的、地理的な多様性を含む)の認識と尊厳を政



策と実践へ導入すること⑤多様な家族のニーズに適した発達の、教育的、精神的、環境的、経済的な支援を提供するプログラムや政策の処理や実施の異なる方法を認識し、尊重すること⑥家族同士の支援やネットワークを促進すること⑦特別な健康的、発達のケアを必要とする子どもとその家族への病院、自宅、コミュニティサービス、支援システムが多様な家族のニーズに対応したフレキシブルでアクセス可能な広範囲のものであることを保証すること⑧家族を家族として、子どもを子どもとしてとらえ、彼らが特別な健康的、発達のサービスや支援を超えた広範囲にわたる強み、悩み、感情、希望をもっていることを認識すること、の 8 つであると言われている (Hendrich, Chow, Skierczynski et al., 2008)。小児患者に対して家族は欠かせないパートナーであり、小児病棟において小児患者の看護を提供する場合もパートナーとして認識することが重要である。また、CSHCN のケアに FCC を取り入れることで小児患者の健康状態、ケアの満足度、ヘルスケアサービスの効果的な使用、家族への影響やコストの改善などに効果があることが明らかになっている (Kuhlthau, Bloom, Van Cleave et al., 2011)。特別なケアニーズのある子どもの親、家族についても、通常の子育てと同じように、楽しさ、困難、心配事を周囲の人と分かち合う必要があり、FCC の概念の推進が求められている。

### III. 看護行為と看護管理の関連について

#### 1. 看護管理における看護業務量、看護行為に関する考え方

日本の看護に関する診療報酬では、完全看護(1950年～)と呼ばれていた体制から、一般病棟と結核・精神病棟という大きな二つの区分をもった基準看護(1958年～)への変遷の中での細かな区分の修正を続けていた。しかし医療法の改正(厚生労働省 1993年)により療養型病床群特定機能病院が新たに設置され、療養病棟(1993年～)が加わったことにより病床の機能分化が議論されるようになった。1994年には関連法の改正や診療報酬の改定を受けて、治療と看護の包括的評価を行い、基準看護と並行した新看護体系が新設された。この頃より更に診療報酬による評価が看護体制に影響を与える仕組みとなってきたため、看護の評価を客観的に実施する必要性への議論が活発となった。2000年の診療報酬改定で看護料が入院基本料に包括されたこと、2006年度改定で7対1入院基本料が新設されたことで、医療の成果に看護が影響することが制度となり、病院という組織の中で看護をどのように管理するか、という点が注目されるようになった。

日本看護科学学会は【看護行為用語分類】6領域 32分野、計 211用語について看護行為用語分類(日本看護科学学会, 2005)をまとめた。この中で、看護行為とは「看護職者が健康という視点からアセスメントした対象の諸問題の解決を実現するために意識的にとる行動」と定義されており、看護行為の用語について統一した見解をもつことが、日々の実践を記録し、教育や研修などにも活用し、また診療報酬なども含め看護の経済的評価をするうえで必須であり、社会における専門職としての看護師が行っていることは何かについて説明する上でも重要であると明記されている。日々の看護の現場はこの看護行為を積み重ねた中で成り立っており、その業務を勘案した看護体制が整備される必要があると考える。

#### 2. 看護必要度について

筒井ら(2008)は看護サービスの評価という視点で、とくに患者が必要としている看護時間とそ

の提供に必要な看護職員数との関係について諸外国の研究を踏まえて、日本における看護必要度の研究へ発展させてきた。1996年の「患者アセスメント項目と看護業務分類コードの作成」を開始とし、どのような患者にどのような看護サービスが提供されているかについての調査(1998年)で患者の看護提供量を予測する項目を抽出し、特定集中治療室、ハイケアユニットに関する「重症度・看護必要度」評価基準(2003年)を作成した。これを評価、検証する形で急性期病院における「重症度・看護必要度」評価基準(2005年)、国立大学病院における「看護必要度」導入に関する調査(2006年)がすすみ、2007年には急性期入院医療における看護職員配置と「看護必要度」に関する実態調査が行われ、2008年の診療報酬改定に大きく影響を与えた。成人領域は、2002年から特定集中治療室、2008年から急性期病棟で、診療報酬上の看護必要度評価が始まった。つまり急性期病棟に焦点をあてて、全国で研修を受けた看護師が標準化した患者状況のデータを入力し、そのビックデータを基に適正な病床管理ができるような政策誘導が行われたと言える。この頃より、看護必要度に関する研究が多くの領域で進められた。しかし2008年には産科と小児科が看護必要度の対象から外れ、特に小児看護領域はこの時点で成人領域から切り離された診療報酬上のシステムとなったといえる。

### 3. 小児における看護行為と看護管理について

谷村(2003)は小児医療の時間と人員を要する実態を検証し不採算性を是正するため、3小児専門病院7病棟の全看護師に他の病棟の看護師が付き、24時間について1分単位のタイムスタディを行い、3施設6成人病棟での調査結果と比較した。小児患者では1人当りの総看護時間が成人患者の2.1倍で、投薬・治療・処置には3.2倍、直接生活介助に2.1倍、管理業務に1.7倍を要しており、子どもが発達過程にあり多種の看護を必要とするためであることが示された。このような現状でもなお、人員不足による看護の中断が頻繁に観察され、小児医療の質にも影響しかねない状況が示された。これは小児看護共通の実態と考えられ、小児医療の質の向上と保障のため、実態に即した診療点数の評価が急がれると述べている。

伊藤(2007)らは、小児医療で看護時間の推計から業務量を評価し、適正な人員配置の提言を目的とし調査している。日本の小児総合医療施設26施設の看護師900人を対象とし、直接および間接看護業務を調査した結果、患者1人あたりの1日総看護時間数は1164.9分であり、成人病棟の6.5倍であった。所要時間の多い直接看護業務の項目は、観察として各種チューブ・ライン・モニターの観察、呼吸循環・創部・排泄状況の観察、睡眠・安静・食事・酸素吸入の観察があげられた。その他に人工呼吸器の管理や輸液ポンプの管理、排痰や尿性状等の測定に加え、心理的援助や絵本の読み聞かせ、抱っこ、授乳・哺乳・おやつなど小児患者に関する特有な項目に多く時間を有していた。また山元(2008)らは、診療報酬改定で7:1入院基本料は看護必要度の判定と医師配置基準が要件となり、産科・小児科は看護必要度の判定からは除外されたことを受けて、自施設の看護必要度調査でも産科・小児科の患者は判定基準のA>2 and B>3点以上は1割に満たすことはできなかったと報告し、今後は、小児領域の看護管理者は、自らの看護を評価できる基準の作成が必要であると述べている。このような社会的ニーズから、古旗(2011)らは、「重症度・看護必要度に係る評価表28項目」を用いた小児の看護必要度の評価—小児専門病院3施設での調査結果の検討—で、小児入院患者に対する看護の評価基準として、ハイケアユニット用「重症度・

看護必要度に係る評価表」(28項目)が使用できるのかを検討した。対象は、日本小児総合施設協議会に加盟している3つの小児専門病院の性格が異なる4病棟(小児集中治療室、循環器、血液腫瘍科、内科系混合病棟)を対象とし、重症度に係る評価表、重症度・看護必要度に係る評価表を用いて調査したところ、重症度としては、小児集中治療室のほかに循環器系、血液腫瘍科系の病棟の得点が高かった。

花田ら(2007)は、小児病棟において看護必要度調査を行い、自施設において重症度による患者の分類や適正な看護要因の人員配置数を明らかにする取り組みをしている。このように小児医療の現場では、看護管理者たちが独自に取り組み人員配置の工夫を行っている。萩原(2016)は、小児病棟の入院基本料には、看護師の人員配置に関する要件としての患者状況のアセスメントなどはなく、小児病棟における看護管理について子どもと家族の療養環境を整える重要性について、社会状況を鑑みて取り組む必要性を指摘している。看護管理者が必要な人員配置を検討する上でも、小児病棟においてどのような看護行為が行われているかという視点が重要である。

#### 4. 小児看護における安全管理について

山元(2004)らは、小児看護が真に時間と人員を有するか否かを検証する目的で、小児看護に時間と人員を要する理由を小児看護24時間タイムスタディについてまとめた。小児専門病院の2病棟の患者で当日入院した患者56名(1歳未満16%、1~6歳未満35.7%、6~15歳未満35.7%、15歳以上12.5%)を対象とし、1分間タイムスタディ法で「看護必要度に関する調査研究」で開発された、大分類5、中分類25、ケアコード362、さらに小児看護特有の看護を加え調査した。結論として1日の患者1人あたりの総看護業務量の比較は、成人の2倍で、各看護を必要とする割合は、小児が圧倒的に多かった。小児は継続的な処置や頻回な観察が必要な医療処置が多く、処置、ケア中の中断や、子どもを抱きながら看護記録の記載を行ったり、小児患者の4割に危ない行動が観察された。

小児病棟における医療安全や事故防止について、藤田ら(2013)の調査では、小児看護経験が豊富な看護師は「直感的にサークルベットから転落しそうだ判断する小児の特徴」について年齢・発達に関する項目や性別、子どもの性格・パーソナリティに関する項目、疾患・症状・治療内容や付き添い者の有無などを捉えていた。加えて看護師が判断する小児の催眠剤、鎮静剤、麻酔剤使用後の転倒・転落に必要な時間の指標ももっていることも明らかになった。

小児病棟では、小児患者が成長発達段階の特徴から看護師の対応を「待てられない」ことや、小児患者に付き添っている家族の対応、微量な薬剤管理が必要な点滴などに対応する医療機器の管理、小児患者に対応する複数の医師などの対応など複雑な環境の中で、看護師の作業の中断が余儀なくされている(McGillis Hall, Pedersen, Hubley et al., 2010)。Strattonら(2004)は、6つのユニットにまたがる57人の小児看護師を対象とした調査を行い、注意散漫または中断と作業負荷が投薬過誤の主な理由であることを明らかにした。Krichbaumら(2007)は、看護師が仕事環境で直面する変化する要求は「複雑さの圧縮」と説明しており、看護師は複数の仕事の責任を継続しながら、計画外の追加の仕事を引き受けることが期待されていると述べている。小児病棟は「複雑さが圧縮」された現場で看護行為を提供しており、小児患者の安全管理は看護管理者の大きな役割であるといえる。

#### IV. 小児看護特有の看護行為について

##### 1. 小児看護の特性について

小児看護領域の看護業務基準(日本看護協会, 1999)では、「医療を受けている子どもの成長・発達が妨げられない環境を提供する」「子どもの発達段階に応じて、養育者が子どもの療養生活に効果的に関われるよう支援する」「発達段階に応じた生活のしかたを工夫し、病状・治療・障害により生じる日常生活行動の制約を最小限にし、発育に障害を残さない様に支援する」といった小児看護特有の看護実践の基準が明記されている。また、医療行為を実施する上では、子どもと養育者が納得したうえで意思決定できるように、対象に合わせた分かりやすい言葉を用いて説明し、実施については、不安、恐怖心、疼痛を最小限にするよう努める事が記されている。また、子どもは微量な薬剤の変化でも大きな影響を受ける可能性があるが、発達段階によっては自分の症状の変化を適切な方法で表現できない場合もある。従って看護師は‘泣く‘表現を常時敏感に受け止め対応することが重要であると明記され、子どもを対象に提供する看護行為について小児看護特有の視点が述べられている。

西田(2003)は、小児看護を実践する看護師が考える小児看護の専門性を明らかにしたところ、「子どもの年齢を問わず子ども自身が、子どもなりに頑張ることができることを育み支援すること」であり、「子どもなりの頑張りを自律」として捉え「自律の育み」が中核カテゴリーとして抽出されていた。自律の育みの具体的な内容は、「家族への支援」「成長発達への支援」「闘病意欲への支援」などが含まれ、看護実践の現場で常に意識して関わっていることを明らかにしている。川名ら(2016)は、小児看護の専門性を熟知しつつ、かつ、病院全体の小児看護にかかわる相談を受ける立場にある小児看護専門看護師の視点からみた、「子どもと家族にかかわるすべての看護師に求められること」を明らかにし、小児看護学実習における課題についてまとめた。その中で「子どもには大人とは異なる‘さじ加減‘があり、発達の見方をつなぎ合わせて子どもを理解すること」「親、親子関係の発達を踏まえた専門的なかわりが必要な時期があることを理解すること」「子どもと家族、医療者の間で協同するスタンスをもつこと」「人生初期の体験は後に与える影響が大きいので労力や時間をかけるのは当たり前という考えをもつこと」と述べられている。しかし、実際には川名(2012)によると、混合病棟などでは成人領域に携わる看護師から、「子どもと遊んでいると‘仕事をしていないよう‘に見られる」という問題があったり、小児患者の看護に関わる怖さや家族を含めた難しさなどが言われている。太田ら(2011)は、子どもの遊びは単独で存在するものばかりでなく、「オムツ交換時に歌いながら子どもに触れる」といった「ケアに遊びを取り入れる」ことも意図的に遊びを取り入れる行動だと述べている。野中ら(2015)は、小児看護に携わる看護師の小児看護特有のケア能力について「子どもへの日常生活ケア力」「見取りと緊急対応能力」「家族ケア力」「成長発達支援力」「チームケア力」があり、小児看護経験は「子どもへの日常生活ケア力」「家族ケア力」「成長発達支援力」に影響を与えていることが明らかになった。

##### 2. 小児看護特有の看護行為について

小児看護技術において、日常生活の援助に関わる看護技術においても小児看護特有の視点が必要である。清潔や栄養、排泄、睡眠、衣生活に関しても成長発達段階における違いや生活習慣の

獲得などについての関わりなどが含まれる。加えて子どもは自らの安全を守ることが難しいため、環境の調整についても安全や感染予防などの視点を盛り込む必要がある。小児看護技術を考えるときに前提として、看護の場や対象を問わず共通して用いられる基礎看護技術があるが、これに加え小児という対象の特性を加味した「コミュニケーション技術」「遊びと成長・発達の援助技術」「小児へのプリパレーション」「医療安全・事故防止」「病児を抱える家族に対する援助」といった項目がある(小野, 草場, 2008)。

プリパレーションは、医療処置を受ける子どもが心理的準備をし、「やる気」になるように関わり「がんばった、できた」と達成感を感じられるように関わることである。小児患者については、子どもが理解しうる言葉や方法を用いて説明し、子どもなりの同意を得ることが小児看護領域に必要な看護行為である(日本看護協会, 2007)。プリパレーションには、「アメニティ」「アセスメント」「小児への説明」「ディストラクション」「処置後の遊び」の5段階がある(小野, 草場, 2008)。小笠原ら(2013)の調査では、看護師は、採血や点滴挿入を受ける2歳児にプレパレーションを実践する際に「その日の心身の状態」「慣れない環境への馴染み」「親との関係性」「言葉を理解できるようになってきている姿」「自分でやってみながらそれに向かっている姿」「採血・点滴についてイメージできるための経験」「今から何かをされることを察知しながらそれに向かっている姿」と、子どもに採血や点滴挿入があることを伝え、その反応から判断するために、「採血・点滴の話聞いて何が起こるのかを受け止めた姿」「採血・点滴をされることを認識した子どもの決心」そして「親の子どもの医療に協働する姿勢」を捉え、「この子ならできる」とアセスメントしていた。また小幡ら(2013)は、看護師は、子どもが検査・処置を受けたくない気持ちを自己主張して何とか検査・処置を受け入れて乗り越えようと自己調整能力を発揮したり、身近な大人の関わりによってもてる力を発揮する様子を子どものがんばる姿として捉えていた。

小児・新生児の痛みや苦痛に伴うケアについて、Carter(1997)/横尾京子(1999)は、非薬理的な技術が小児患者には広範にあり、過去の研究では「子どもは痛みを感じない、または覚えていない」といった誤った考えがあったが近年では「新生児は痛みを覚えている場合があり、長期にわたる後遺症につながることもある。」といった事実が明らかになり、小児看護の技として適切なケアを提供する必要性を述べている。井上(1999)らによると、「言葉を持たない新生児は、自らの欲求を伝えるために、泣く、ぐずるといった身体表現を用いる。一方、周りの大人はそれに呼応して、泣く原因を確かめ、取り除き、元の状態に戻そうとする。しかしながら、原因が見あたらず、どうしてもなだめることができないために途方に暮れることがある」とした。このような状態をagitationと呼び、NICU看護師を対象に調査したところ、大多数の看護師がagitationは「エネルギーを消耗させる」「呼吸を妨げる」「睡眠を妨害する」「授乳を難しくする」などの看護上の問題であるとしていた。新生児のagitationに対するなだめの方法は、「なでる」「おしゃぶりを与える」「抱いて揺する」「声をかける」「抱く」などがあげられ、なだめることができない場合に催眠・鎮痛薬の薬剤による介入が行われていた。基礎疾患がある新生児、乳児は啼泣することで呼吸、循環状態が不安定になる。鎮静剤を多用せずに安楽な状況を保つには、抱っこなどの手が必要であり看護師は「抱っこ」や「トントン(寝かしつけに子どもの背中等をリズムカルに軽くたたく行為)」など、なだめのケアを用いている。顔色や呼吸の状況を観察しながら、このようなケアを実践することは小児看護特有の療養上の世話、つまり養育や育児のケアに必要な技術であると

言え、まさに看護師の手をもって提供される看護行為であり、小児医療の現場ではその重要性について認識する必要がある。

看護行為用語分類(日本看護科学学会, 2005)には、小児看護特有の看護行為として「見守り：必要な介助、支援ができるような体制を整えて、意図的に対象の行為や様子を観察すること」「乳幼児の訴えの評価：乳幼児が訴える言葉、表情、行動、泣き方などから乳幼児の欲求や状態を判断すること」「抱っこ：子どもを看護職者の腕の中に抱え込むこと」「分離不安への援助：親(養育者)と離れて不安を感じている子どもの情緒を安定させるように関わること」などの項目がある。しかし、例えば「食事介助・摂食介助：食物や水分を自分で口に運ぶことができない人、うまく咀嚼・嚥下できない人に、自分で食べるのと同じように代わりに口に運び、その人が安全に咀嚼・嚥下できるようにすること」など全ての年代を対象とした行為であっても、小児看護特有の視点が加わると考えられる。小児看護特有の看護行為について実践する上では、小児患者の看護に必要な子どもを主体的に捉え子どもなりの自律を促し、なおかつ成長発達が妨げられないような環境をつくり、家族と協同したうえで家族支援も実施するというスキルが求められることが明らかになった。これらを受けて、小児看護については看護必要度のような尺度もなく、小児看護特有の看護行為について複雑で時間がかかること、看護師だけでは不十分な小児病棟の療養環境の中で家族の付き添いが継続されていることなどもあり、このような課題を解決するために、客観的なデータの蓄積が重要であると考えられる。

## V. 混合研究法について

本研究の目的は、小児病棟における小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方を検討するために、小児看護特有の看護行為の時間量と看護師が認識している意味について明らかにすることである。過去の研究では、小児病棟の療養環境や人員配置に関する小児看護特有の看護行為についての調査は行われていないが、成人病棟との比較によるタイムスタディ調査などは行われている。

関(2004)は、小児リハビリテーション病棟における看護量に関して一定以上の看護サービスの質を保証するために、現行の看護ケア内容や看護量を客観的に把握・分析し、業務見直しの必要性や改善策を検討し、小児病棟に有用な患者分類基準作成を最終目的とした研究を行った。方法は、子ども1名に対し観察者1名がつく参加観察による時間見本法であり、事例1名あたり24時間を3日に分割し観察した。観察者は看護師、他の医療者、面会者の直接的ケア行動及びケアに至るまでの準備を観察記録用紙に1分単位で記録し、気づいたことを備考に記載した。結果としては、全看護量は患者による個人差が大きく、その差は障害の程度によって差が生じていた。また、家族が付き添っている場合と看護師の介助でも時間の差が生じていた。したがって、小児病棟においては成人と比較して時間量が多いことが明らかになっていても、「なぜ」成人と比較して多いのかという点については、その看護行為と時間量を見ただけでは明らかではなかった。小児患者において「子どもだから」という理由で看護行為の時間量が必要であれば、その理由を踏まえた知見が必要になると考える。

混合研究法(Mixed Methods Research:以下MMR)とは、「一つの調査もしくは多段階で行われる研究プログラムにおいて、研究者が量的および質的データの両方を収集し、分析し、統合する研

究デザインである(Creswell, 2007)」である。その歴史はそれほど古いものではなく、看護学、教育学、教育評価学といった応用研究の分野から MMR のムーブメントが始まったとされるが、MMR が研究法の表舞台に登場し、質的研究と量的研究のハイブリッドなアプローチとして本格的に議論され始めたのは 1980 年代末または 1990 年代以降というのが一般的な見解である(抱井, 2015)。

MMR には 6 つのデザイン類型(抱井, 2015)がある。基本形として①収斂的デザイン:質的・量的データから導出される異なる視点を比較する際に用いられ、質的・量的データは並行して収集され、どちらか一方のタイプのデータ収集がもう一方のタイプのデータの分析結果に依存しないもの、②説明的順次デザイン:始めに実施する量的研究の結果を、続く質的研究によって、より深化する目的で行われるもの、③探索的順次デザイン:最初に質的研究を実施し、そこから導出された仮説を後続の量的研究で検証したり、質的研究の結果に基づいて測定尺度を開発する目的で行われるもの、④介入デザイン:従来の実験研究に、実験に参加する個人の視点を加えたもの。特定の治療や介入プログラムの効果を検証する量的研究部分に、これらの治療または介入プログラムを調査参加者がどのように経験しているかを明らかにする質的研究を埋め込むデザイン、⑤社会的公正デザイン:哲学的・理論的枠組みによる類型化、マイノリティや障害者をはじめとする、いわゆる社会的弱者と呼ばれる人々の地位向上を目指す目的で行われる調査など、⑥段階的評価デザイン:複数の段階にわたって行われる研究デザイン。特定の介入プログラムの効果について、形成的評価や統括的評価を実施するような例、がある。

説明的順次デザインの目的(Creswell, 2015/抱井, 2017)は、最初に量的ストランド(ストランドとは、研究における量的または質的構成要素のことを指す)から開始し、量的データ収集および分析を実施したうえで、次に量的研究結果を説明するための質的研究を実施するというものである。量的結果からは統計的有意性、信頼区間、効果量が明らかにされ、研究の大まかな結果を提供する。量的研究結果の説明の助けとなる質的研究を実施する。このデザインは、①第 1 段階において、量的データを収集・分析する、②量的分析結果を検討し、第 2 段階の質的研究において量的研究のどの結果を探求するのか、質的段階では研究参加者にどのような質問を尋ねるのか、を決定する、③量的研究結果の説明に役立つ質的データの収集・分析を第二段階で実施する、④量的研究結果の説明においてどのように質的研究結果が役立つかの推論を導出する、という手続きに従って実施することである。

本研究の目的である、小児病棟における小児看護特有の看護行為の時間量と意味について明らかにするためには、第一に小児病棟の人員配置を含む療養環境について明らかにする必要がある。従って、量的研究として日本の小児病棟の入院管理料に関する要件、また家族の面会や付き添いの状況、保育士などの配置などについて明らかにするとともに、看護管理者が人員配置を基準より多くすると判断した理由として、小児看護の特性や小児看護特有の看護行為などの項目について明らかにする。

第二に、量的研究で明らかになった小児看護の特性や、小児看護特有の看護行為などの項目について、参加観察法を用いて小児看護特有の看護行為に関する項目についての内容や時間について質的に調査をする。過去の研究によるタイムスタディの結果では、小児病棟の看護師の業務量が成人病棟と比較して多いのは明確であるが、その理由について「小児患者が対象だから」ということ以上の内容が明らかになっていない。

第三に明らかになった小児看護特有の看護行為について、インタビューを行うことによって看護師が認識している意味について明らかにする必要がある。看護師は、看護行為を行う際に動機、意図をもって実践している。小児看護特有の看護行為は、身体的、精神的、社会的に、自分のことが自分で行えない、判断することができない、また、自分自身をコントロールできない状態にある子どもとその家族に対して、迅速な判断や対応が求められている中で実践されている。行為(実践)の意味を質的研究で明らかにすることで、深化した結果が得られると考えられる。MMRの説明的順次デザインである、始めに実施する量的研究の結果を、続く質的研究によって、より深化する方法論が適していると考ええる。



## 第3章 研究方法

### I. 研究デザイン

研究デザインは、混合研究法の説明的順次デザインである(図1)。

第一段階は自記式質問紙を郵送する質的調査であり、対象は全国の厚生局における届出施設一覧を参考にし、小児入院医療管理料1,2,3に該当する356施設の看護管理者(看護部長などのトップマネージャー)である。調査内容は、入院管理料に関する要件、また家族の面会や付き添いの状況、保育士などの配置、人員配置を基準より多くすると判断した理由として、小児看護の特性や小児看護特有の看護行為などの項目小児病棟の実態について調査する。併せて第二、三段階へのリクルートとして、質問項目の中の日中7対1、夜間9対1などの基準より多い人数を配置している病棟(以下、該当病棟)があった場合、研究(タイムスタディ、インタビュー)を受けてもらえる場合は別のハガキにて連絡先等を返送してもらえるよう依頼する。

第二段階は参加観察・タイムスタディ調査であり、対象は該当病棟の看護師。小児病棟での経験について5年以上、看護師としては中堅以上で1施設4名、合計4名とする。対象看護師の勤務時で1シフトを抜き出し1クールとする。1名の看護師を1名の観察者がタイムスタディにより、小児看護特有の看護行為の内容と時間量について観察する。

第三段階はインタビュー調査で、対象は第二段階と同様の看護師である。第二段階で観察したデータについて対象者ごとに小児看護特有の看護行為別のチャートを作成し、タイムスタディを通して明らかになった小児看護特有の看護行為の項目に関しての時間量と、看護師が認識している意味をインタビューで聞く。最後に量的研究と質的研究の結果の統合と解釈を行う。

本研究において、いつ、どのような方法で量的データ、質的データを収集するのかについての手続きダイアグラムは図のとおりである(図2)。

### II. 用語の定義

#### 1. 看護管理

本研究では、‘最適な看護の提供を目指し、人・物・金・情報・時間に関して計画・立案、組織化、調整、統制、変革を行う活動およびその過程である’ (日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会)と定義した。

#### 2. 看護行為

本研究では、‘看護職者が健康という視点からアセスメントした対象の諸問題の解決を実現するために意識的にとる行動’ (日本看護科学学会 看護学学術用語検討委員会)と定義した。

看護行為は、「観察・モニタリング」「基本的生活行動の援助」「身体機能への直接的働きかけ」「情動・認知・行動への働きかけ」「環境への働きかけ」「医療処置の実施・管理」の6領域に分類されている。

#### 3. 小児看護特有の看護行為

本研究では、小児看護領域で提供されている小児看護特有の看護行為について、‘小児という対象の特性を加味し、子どものニーズに対応した看護行為’と操作的に定義した。

#### 4. 意味

看護師は、看護行為を行う際に動機、意図をもって行っている。小児看護実践における小児看護特有の看護行為については、身体的、精神的、社会的に、自分のことが自分で行えない、判断することができない、また、自分自身をコントロールできない状態にある子どもとその家族に対して、迅速な判断や対応が求められている。Benner, Hooper Kyriakidis, Stannard(2012)は、‘実践の中での経験的学習と、行動しつつ考えること(thinking-in-action: 状況が変わっていく中で、行動しながら考えていくこと)を必要とする’と述べている。

本研究では看護師が‘看護行為を行う際の動機、意図、そして行動しながら考えていたこと’と操作的に定義した。

### III. 第一段階 量的研究 質問紙調査

#### 1. 目的

15歳未満(小児慢性特定疾病患者は20歳未満)の小児を入院させる病棟であることが施設基準である、小児入院医療管理料1,2,3(以下、小児病棟)における看護師を含む療養環境の状況と業務量に影響を与える項目の有無、また小児看護特有の看護行為に関して看護管理者が認識を持ち人員配置をしているかなど質問紙調査を用いて明らかにすることである。

#### 2. 対象

15歳未満(小児慢性特定疾病患者は20歳未満)の小児を入院させる病棟であることが施設基準である、小児入院医療管理料1,2,3について全国の厚生局に届出している小児病棟を持つ356施設の看護管理者とした。

#### 3. 基礎調査

質問紙調査にあたっては、地方厚生局のホームページ(2018年11月時点)において、届出医療機関名簿に掲載されている小児入院医療管理料1,2,3を算定している施設について、厚生局別、入院医療管理料別にリストを作成し、小児病棟の現状について明らかにした。

#### 4. 収集方法

基礎調査で作成したリストをもとにして、施設の看護管理者(看護部長などのトップマネージャー)あてに説明文書と質問紙を同封し郵送した。研究者あてに返送されたことをもって同意とした。(資料2,3,4,5)

第二段階のタイムスタディ調査とインタビュー調査に関するハガキも同封し、それについての説明内容も併せて記載した。

#### 5. 第二段階、第三段階の対象者のリクルート

小児入院医療管理料1,2,3を算定している病棟で「日中7対1」「夜間9対1」等の基準以上の看護人員を配置している病棟へ、第1段階に郵送するアンケート用紙と共に、ハガキを同封し、

該当病棟がある場合に参加観察・タイムスタディ調査に協力いただける場合は返送してもらうよう依頼した。

ハガキには、施設名、病棟、連絡先、連絡する場合の担当となる方の氏名、職位等の情報を記入の上、保護シールを貼っていただき、アンケート用紙とは別途、ハガキを返送してもらえようにし、研究協力を募った。なお、アンケート用紙とハガキには共通の番号を記載し、基礎資料としてはアンケート調査の内容も反映できるようにした。

## 6. 調査内容

質問紙は無記名自記式とし、以下の項目について選択肢で回答してもらった。

- 1) 施設の概要(設置主体、病床規模、特徴、所在地域、算定している入院管理料、小児病棟の病床数)
- 2) 小児入院医療管理料の施設要件(新生児および6歳未満の乳幼児の年間の手術件数、年間的小児緊急入院患者数、常勤の小児科医の人数、子どもが専用で使えるプレイルームの有無、年間を通しての平均在院日数)
- 3) 小児病棟の療養環境(家族の宿泊を含む付き添いについて、家族の面会について)
- 4) 小児病棟の看護の体制(小児入院医療管理料を算定している病棟で、日中7対1、夜間9対1(夜間2名以上)の基準等より多く看護師を配置している病棟の有無、あった場合は日中に配置している看護師の人数・夜間に配置している看護師の人数について、それぞれ具体的な数を選択)
- 5) 基準よりも多く看護師を配置することを判断した理由について、選択肢(新生児、乳児などが多く入院している、幼児、学童前期の子どもなどが多く入院している、学童後期、思春期の子どもなどが多く入院している、重症、医療的処置が多い子どもなどが多く入院している病棟のため、重症心身障害児などの身体的介護が多い子どもなどが多く入院している病棟のため、精神的に不安定な子どもなどが多く入院している病棟のため、清潔、栄養、排泄などの日常生活にかかわる看護行為に時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため、睡眠に関する看護行為(寝かしつけなど)に時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため、コミュニケーションをとる上で時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため、遊びと成長・発達の援助技術に時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため、プリパレーションを必要としている子どもが多く入院している病棟のため、医療安全・事故防止の対応に時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため)を提示して回答してもらった。
- 6) 小児病棟で実践される小児看護特有の看護行為については、「コミュニケーション技術」「遊びと成長・発達の援助技術」「小児へのプリパレーション」「医療安全・事故防止」「病児を抱える家族に対する援助」などを提示して回答してもらった。
- 7) 送付リストのIDと質問紙IDは同一とし、研究者のみが第2段階以降に必要な場合にデータを使用できる状態とした。
- 8) 質問紙の信頼性と妥当性の確保については、あらかじめ小児専門病院の複数の看護管理者にプレテストを実施し、質問の意図が伝わっているか、回答に関する選択肢の内容が妥当

か、意見をもらい、最終版とした。

#### 7. 調査期間

2019年11月～2020年3月

#### 8. 分析方法

統計解析はIBM SPSS Statistics ver. 26を用いて、記述統計を算出した。

### IV. 第二段階 質的研究 参加観察・タイムスタディ

#### 1. 目的

小児入院医療管理料1,2,3を算定している病棟で、「日中7対1」「夜間9対1」等の基準以上の看護人員を配置している病棟の看護師が実践する看護行為、特に小児看護特有の看護行為に関しての項目と時間量について参加観察・タイムスタディを用いて明らかにすることである。

#### 2. 対象

対象者の選定・決定は、返送されたハガキを確認のうえ、担当となる方へ一度メールにて説明させていただいた。小児病棟での経験が5年以上あり、看護師としては中堅以上で参加観察・タイムスタディとインタビューの両方に協力してもらえる看護師の選定を看護管理者に依頼し、1施設4名程度とした。加えて本研究の協力にあたり説明文書を読み、十分な理解の上、本人の自由意思による同意が得られる看護師とした。

#### 3. COVID-19の影響について

2020年1月より、医療機関においてCOVID-19に関する影響が認められた。よって、担当となる方へメールにて連絡をしたうえで、状況を把握することとした。

#### 4. データ収集にあたっての準備

対象者が決定した場合、その施設の看護管理者(看護部長などのトップマネージャー)へ、研究協力の依頼について説明文書と口頭で直接説明を行った。その際に、施設の手続きとして倫理委員会などが必要かどうかについても併せて確認した。

該当病棟の看護管理者(看護師長)と研究協力者となる看護師については、研究協力の依頼について説明文書と口頭で直接説明を行い、研究協力の同意が得られた場合に同意書に署名してもらった。その際に、病棟スタッフ全体についての説明や、患者、家族についてのアナウンス方法などについて併せて確認した。

研究者が測定する上で、そのデータ収集に関する質の担保として、研究者は小児看護専門看護師として18年、小児専門病院の看護管理者として6年の経験があり長く小児看護実践に関わってきたこと、また日本小児看護学会診療報酬検討委員会の委員などを通して、小児看護に関する専門性、それを基盤とした看護実践と評価について関わってきたことから、その経験を活かして、小児看護実践における観察の視点については準備性が高い状態であると考えた。また、研究者は

小児病棟において看護師が「なにを」「いつ」「どのように」「どのくらい」「どんなふうに」実践しているのかを考慮しながら、可視化することができると考えた。

参加観察・タイムスタディについては、臨床現場で起きていることを正確に記録する技術が必要であり、研究者は、本調査開始より事前に、所属施設の小児病棟での臨床場面を実際の記録用紙を用いて記録するトレーニングを行い、指導教授のスーパーバイズを受けることで、観察者としての質の担保を確保することに努めた。

## 5. 収集方法

日中シフトを抜き出し、その中で看護行為が多く行われる時間帯を、小児病棟の看護師長と相談したうえで決定し、1名の観察者が調査を行った。データの収集は研究協力者の承諾を得て、記録用紙の他に、ICレコーダーを用いて、研究者が状況を言語的に録音(音声メモ)した。

## 6. 調査内容

対象となる看護師について、あらかじめ準備した記録用紙によって以下の項目について記述した。

- 1) 施設の属性(小児病棟の病床数、看護師数、看護補助者の有無、保育士の人数、主に入院している小児患者の年齢と発達段階、主に入院している小児患者の診療科や疾患と治療内容、人工呼吸器の患者の人数、勤務体制、看護提供体制など)
- 2) 対象者である看護師の属性(年齢、性別、看護師経験年数、小児看護の経験年数、教育的背景、病棟における役割、資格の有無など)
- 3) タイムスタディ当日の業務割振り(全ての担当患者の年齢、性別、病名、入院目的、当日の治療処置内容と看護ケアの予定、看護師の当日の業務役割など)
- 4) タイムスタディ記録用紙(「時間(開始・終了)分」「場所」「患者」「看護行為」などを経時的に記録)
- 5) 調査の段階では、過去の研究で明らかになっている小児看護特有の看護行為、例えば「コミュニケーション技術」「遊びと成長・発達の援助技術」「小児へのプリパレーション」「医療安全・事故防止」「病児を抱える家族に対する援助」として具体的に「各種チューブ・ライン・モニターの観察」「呼吸循環・創部・排泄状況の観察」「睡眠・安静・食事・酸素吸入の観察」「人工呼吸器の管理や輸液ポンプの管理」「排痰や尿性状等の測定」「心理的援助や絵本の読み聞かせ」「抱っこ」「授乳・哺乳・おやつ」などについて、特に注意して記録した。

## 7. 調査期間

2020年9月～2020年10月

## 8. 分析方法

1)～5)の内容について整理し、特に記録用紙に記載されている内容については、看護行為と時間量について表にして可視化した。具体的には看護師ごとに看護行為別のチャートを作成した。これにより調査時間中に、看護師が「実施した看護行為」について、「どの患者」に「どこで」「ど

のくらいの時間をかけて」行ったかが明らかになった。看護師は複数の小児患者に同時に対応する場合は、その内容について記載した。同じ看護行為であっても、時間量に差が生じている場合はインタビュー調査で確認できるように備考欄に研究者が気づいたことを記載した。

その上で、対象看護師が実践した看護行為は、日本看護科学学会の看護行為用語分類における看護行為に当てはめて整理した(日本看護科学学会 2005)。看護行為用語分類は、領域1の観察・モニタリング(看護職者が働きかける対象の状態や状況について、情報を得て査定すること。対象には人、環境、事業などを含む)、領域2の基本的な生活行動の援助(基本的な生活行動の不足を補うこと)、領域3の身体機能への直接的働きかけ(身体に働きかけて、安楽の促進、苦痛の緩和、身体機能の回復・賦活化を図ること)、領域4の情動・認知・行動への働きかけ(情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと)、領域5の環境への働きかけ(環境が対象の健康の回復・維持・増進、発達に適切なものになるようにすること)、領域6の医療処置の実施・管理(対象が必要とする医療処置を安全・確実に、できるだけ少ない苦痛で実施・管理すること)、の6領域に分類されている。各領域に含まれる看護行為を、観察したデータと照らし合わせて整理した。

## V. 第三段階 質的研究 インタビュー

### 1. 目的

小児入院医療管理料1,2,3を算定している病棟で、「日中7対1」「夜間9対1」等の基準以上の看護人員を配置している病棟の看護師が実践する看護行為、特に小児看護特有の看護行為に関しての項目と時間量について参加観察・タイムスタディを用いて明らかになった、小児看護特有の看護行為の項目に関しての時間量と、看護師が認識している意味についてインタビューを用いて明らかにすることである。

### 2. 対象

第二段階の対象と同様とする。

小児病棟での経験が5年以上あり、看護師としては中堅以上でタイムスタディとインタビューの両方に協力してもらえる看護師の選定を看護管理者に依頼し、1施設4名程度とした。加えて本研究の協力にあたり説明文書を読み、十分な理解の上、本人の自由意思による同意が得られる看護師とした。

### 3. データ収集にあたっての準備

第二段階により、看護師が具体的に行っている看護行為の内容と時間量(分)が明らかになった。

第一段階の質問紙調査では、小児病棟の看護の体制(小児入院医療管理料を算定している病棟で、日中7対1、夜間9対1(夜間2名以上)の基準等より多く看護師を配置することを判断した理由について、選択肢(新生児、乳児などが多く入院している、幼児、学童前期の子どもなどが多く入院している、学童後期、思春期の子どもなどが多く入院している、重症、医療的処置が多い子どもなどが多く入院している、重症心身障害児などの身体的介護が多い子どもなどが多く入院している、精神的に不安定な子どもなどが多く入院している)や、小児病棟で実践される小児看護特

有の看護行為については、「コミュニケーション技術」「遊びと成長・発達の援助技術」「小児へのプリパレーション」「医療安全・事故防止」「病児を抱える家族に対する援助」などとの関連について分析を行った。これにより、看護行為の時間量と管理者が理由に挙げている項目が関連しているか明らかになった。また時間量と関連していない場合はその理由について第3段階のインタビューで更に確認した。

#### 4. 収集方法

タイムスタディによる看護行為の項目についてデータをまとめた上で、後日協力者にタイムスタディのデータについて概要を説明し、あらかじめ研究者が選出している項目内容を中心に、その看護行為について想起し、意味、例えばアセスメント、判断、プラン、実施、評価などの内容について、半構造化面接によって詳細に語ってもらった。

インタビューの内容については、研究協力者の承諾を得てICレコーダーに録音した。インタビューデータは逐語録を作成し、電子データで研究責任者が厳重に保管した。データから個人の特定ができないように、研究協力者に符号もしくは番号を付与した。対応表は研究責任者が厳重に管理し、個人情報を持ち出しは行わないこととした。

#### 5. 調査内容

対象となる看護師について、インタビューガイドを用いて半構造化面接を行った。

面接の内容については、「実際の看護行為を行った場面(研究者が提示)を想起して、どのようにアセスメントし、何に気を付けながら、その行為を行ったか」、「特に小児看護特有の看護行為だと感じていることはあるか」について、自由に発言してもらった。その他、「小児病棟で実際に看護行為を行っているなかで、子ども(患者)、親(患者家族)、きょうだい(患者家族)を対象に、日常的に大切にしていること、気を付けていること、難しいと感じていること」について、自由に発言してもらった。

#### 6. 調査期間

2020年10月～2020年11月

#### 7. 分析方法

分析には、質的研究コンピュータソフトウェア NVivo 12 Plus を使用した。インタビューデータについて、内容分析の手法でまとめた。データの分析は、Mayring(1983)の手法を参考に要約的内容分析と説明的内容分析によってカテゴリー形成を行った(Flick/小田, 山本, 他, 2011)。要約的内容分析は、データを言い換え・抽象化・同じ言い換えの削除・同様の言い換えを束ねるという段階を経て主要なカテゴリーに帰納的にまとめる方法であり、説明的内容分析とは、曖昧な文章や矛盾する文章を明らかにするためにデータの中で追加する発言を見つけたり、データの外側からの情報を用いて明らかにし、それらをもとに説明的言い換えを作成していく分析手法である。

本研究では、解釈したいことを第二段階で明らかにした「看護師が実施した小児看護特有の看護行為の意味」と定義した。その定義が表出されている記述部分を、文脈を損なわないように抜

き出し、1 文章にまとめて、1 文章ごとに分析テーマを照らし合わせて内容を的確に表現する言い換えを行い、分析単位とした。次に分析単位の内容を抽象化のレベルに進めて内容を的確に表現するコード化単位に進めた。さらにコード化単位のうちで意味内容が類似するものをまとめ文脈単位と設定し、文脈単位のみごとく包含する意味の性質を抽出・統合してカテゴリー化を行った。

データについては、記述内容を提示し研究協力者に確認した。その上でデータを何度も読み返し、類似性・相違性に基づき分類し、その概要から抽象度をあげてカテゴリーを分類した。信頼性および妥当性の確保については、データの内容を正確に捉えて分析するために、質的研究に精通した指導教員にスーパーバイズを受け妥当性及び信頼性、現実性の確保に努めた。

## VI. 統合

本研究では、混合研究法の説明的順次デザインにより、量的研究と質的研究の結果の統合と解釈を行った。

量的研究による結果(変数：小児看護特有の項目に関する時間量等)を説明するための質的研究によるカテゴリ(看護行為の意味)を用いて、ジョイントディスプレイを作成した。ジョイントディスプレイは、量的研究と質的研究の結果を並置して比較検討する目的で作成した。本研究では、説明的順次デザインに用いられる結果追跡型ジョイントディスプレイを作成した。これは量的結果を1列目に、質的な結果を2列目に、そしてどのように質的結果が量的結果を説明するかを最終列に提示する。

## VII. 倫理的配慮

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」「ヘルシンキ宣言」を遵守し、研究を実施した。

### 1. 研究対象者への説明

研究対象者は自らの自由意思で研究に協力するかを意思決定できること、同意した場合でもいつでも撤回でき、それによる不利益を被らないこと、期間中や修了後においてもいつでも質問できることを説明した。

タイムスタディとインタビューの内容を丁寧に説明し、それによってかかる時間について、またインタビューは確認事項などもあり複数回にわたる可能性がある事を説明し承諾を得た。

### 2. 臨床現場でデータ収集する上での注意

タイムスタディについては実際の小児病棟で行うために、その病棟における管理者や関係者にも予め説明し、了解を得られるようにした。その方法については対象者と相談したうえで、小児病棟の状況にあった手法を選択した。

データ収集の途中で研究者が、患者やその他に関して安全上に早急に対応する必要な事柄が発生した場合は、それを優先して行動した。

### 3. データの管理



収集したデータは本研究のみに使用し、録音された音声データは逐語録作成後速やかに削除した。基本属性は無記名とし、回収された質問紙はIDを付してカギのかかる場所で施錠して管理した。データの管理は研究者が責任をもって行った。研究結果を公表する際には、対象者の匿名性の確保、個人情報の保護に留意することとした。

#### 4. 倫理審査

東京女子医科大学の倫理審査を受け、承認を得てから実施した（承認番号 5381）。

## 第4章 結果

### I. 基礎調査

#### 1. 厚生局別小児病棟の設置状況と入院医療管理料(表1)

全国の厚生局における届出施設一覧(2018年12月時点)を参考にし、小児入院医療管理料1,2,3の小児病棟を選定し、リストを作成した。

小児入院医療管理料1,2,3の小児病棟は、全国で356施設であった。厚生局別では、北海道厚生局19施設(5%)、東北厚生局19施設(5%)、関東信越厚生局135施設(38%)、東海北陸厚生局49施設(14%)、近畿厚生局60施設(17%)、中国厚生局19施設(5%)、四国厚生局10施設(3%)、九州・沖縄厚生局45施設(13%)であった。全国356施設で、小児入院医療管理料1は74施設(21%)、小児入院医療管理料2は185施設(52%)、小児入院医療管理料3は97施設(27%)であった。小児病棟としては、小児入院医療管理料2が最も多く半数以上であった。

### II. 第一段階 量的研究

質問紙は、地方厚生局のホームページ(2018年11月時点)において、届出医療機関名簿に掲載されている小児入院医療管理料1,2,3を算定している小児病棟356施設に送付し、84施設(回収率23.6%)回収した。

#### 1. 厚生局別小児病棟の設置状況と入院医療管理料(表2)

北海道厚生局7施設(36.8%)、東北厚生局2施設(10.5%)、関東信越厚生局34施設(25.2%)、東海北陸厚生局12施設(24.5%)、近畿厚生局16施設(26.7%)、中国厚生局4施設(21.1%)、四国厚生局1施設(10.0%)、九州・沖縄厚生局8施設(17.8%)であった。小児入院医療管理料1は25施設(33.8%)、小児入院医療管理料2は43施設(23.3%)、小児入院医療管理料3は15施設(15.5%)、未回答1施設であった。

#### 2. 設置主体、病床数、小児病棟の病床数等(表3)

設置主体は、公立が最も多く30施設(35.7%)で、病床規模は500床以上が56%と半数以上を占め、小児病棟の病床数は、21~50床が58施設(69%)で大半となり、小児病棟を1~2病棟の規模の施設が多かった。小児病棟の病床数は、21~50床が58施設(69%)で大半となり、小児病棟を1~2病棟の規模の施設が多かった。病院の機能、特徴(複数回答可)は、地域周産期医療センター29施設(29%)や総合周産期医療センター17施設(17%)など、周産期医療の機能を担っている施設が多く、特定機能病院20施設(20%)、小児専門病院10施設(10%)と続いていた。

看護師の業務量に影響を与える項目である、常勤の小児科医の人数は、6~9名が31%で10~19名が37%であった。平均在院日数は、70%の施設が9日以内で、14日以内の19%と併せると、約90%の施設が14日以内であった。新生児及び6歳未満の乳幼児の手術件数は、200件未満が59%であった。年間の小児の緊急入院患者数は、1000人以上が29%で最も多く、800~999人の15%と併せると、約半数となった。

#### 3. 小児病棟の療養環境の状況(表4)

小児病棟における家族を含む療養環境について、59%は家族の希望による付き添いが可能であるが、一方で32%は「原則あり」と回答していた。家族の面会については、60%の施設が時間制限があり、50%の施設がきょうだい面会はできないと回答していた。子どもの保育環境として、97%の施設にプレイルームがあるが、保育士の配置がある施設は87%であり、1～2名の配置が半数を超えていた。87%の施設が看護師の業務補助として、看護補助者を配置しており、1～2名の配置が半数を超えていた。

#### 4. 小児病棟の看護師人員配置の状況(表5)

小児入院医療管理料を算定している病棟は、診療報酬上の日中7対1、夜間9対1(夜間2対1)の基準より多い看護師の配置の有無について、48施設(57.1%)が多く看護師を配置していると回答していた。

基準より多い看護師配置が無いと回答した36施設について、理由は「必要だと感じているが配置できない」と回答した施設が18施設(58%)と過半数を占めており、自由記述による回答には「看護師不足、欠員状態のため」「経営陣の理解が得られていないと感じる。7対1を満たしているために十分な配置だと言われる。」「人事に関する要望はするが、人員補充は他の成人病棟7対1が優先される。」「PICUに入院するような患者が入院するときもあり、重症度が高い時は看護師が多く必要であるが、成人の一般病棟が足りない中でこれ以上多く看護師をもらえないし、年休を取得させないといけない、夜勤は減らせない等で日勤を減らしている。」などの回答があった。

診療報酬上の基準より多く看護師を配置している場合の看護師の人数は、日中は、4対1が21%で最も多く、次いで3対1が17%、3.5対1が15%であった。夜間は、夜間のみ基準通り(9対1等)が29%で最も多く、次いで7対1が21%であった。診療報酬上の基準より多く看護師を配置している人数は、日中は、4対1が21%で最も多く、次いで3対1が17%、3.5対1が15%であった。夜間は、夜間のみ基準通り(9対1等)が29%で最も多く、次いで7対1が21%であった。

48施設の看護管理者が、基準よりも多く看護師を配置することを判断した理由については、「重症、医療的処置が多い子どもが多い」が最も多く30施設(62.5%)で、次いで「新生児、乳児が多い」が29施設(60.4%)であった。「清潔、栄養、排泄などの日常生活にかかわる看護行為に時間がかかる子どもが多い」と「医療安全・事故防止の対応に時間がかかる子どもが多い」が26施設(54.2%)で、「幼児、学童前期の子どもが多い」25施設(52.0%)、「重症心身障害児などの身体的介護が多い子どもが多い」「コミュニケーションをとる上で時間がかかる子どもが多い」「遊びと成長・発達の援助技術に時間がかかる子どもが多い」が16施設(33.4%)、「プリパレーションを必要としている子どもが多い」13施設(27.0%)、「睡眠に関する看護行為(寝かしつけなど)に時間がかかる子どもが多い」「その他(緊急入院が多い・回転率が高い・入退院が多い・感染症対策に時間がかかる・学校行事などの対応)」が11施設(22.9%)、「精神的に不安定な子どもが多い」10施設(20.8%)、「学童後期、思春期の子どもが多い」7施設(14.6%)あった。

### III. 第二段階 質的研究 参加観察・タイムスタディ研究

第一段階のハガキによって返信があったのは14施設であった。しかし2020年4月以降COVID-19による社会情勢の変化によって病院に研究者が入ることが困難になったため、事前にPCR検査

を受けて陰性確認を行うなど、受け入れに関する要件を満たすことができた1施設の2病棟で、4名の看護師を対象として実施した。

### 1. 対象施設の属性

対象施設は大学病院で救急機能があり、病床規模は1000床以上、看護師の職員数は1000名以上である。総合周産期母子医療センターの機能を持っており、小児病棟については外科系と内科系の2病棟があり、小児に関する看護体制は外来と一元化されており看護師長は1名の看護管理体制であった。看護体制はモジュール型プライマリーナーシングをとっており、短期入院患者以外にはプライマリーナースをつけて、勤務日には原則として担当患者はプライマリーナースが受け持つようにしていた。小児病棟の療養環境としては、2病棟ともプレイルームがあり、原則として親が付き添い入院を行っており、付き添っている家族以外はCOVID-19に関連した感染対策のために面会停止中であった。

#### 1) 外科系小児病棟の属性

病床数は29床であるが、病床稼働状況にはばらつきがあり、概ね10～15名程度の入院患者が多く、平均在院日数は14日以内であった。新生児から15歳(小児慢性特定疾病患者は20歳)の小児患者を対象としており、幼児、学童期の子どもが多いことが特徴であった。

主に入院している小児患者の診療科は、一般外科、脳神経外科、心臓血管外科、循環器科、腎臓科などの受け入れ病棟であり、鼠経ヘルニアや盲腸などの小手術や、脳腫瘍、モヤモヤ病、先天性心疾患、腎不全、ネフローゼなどの高度専門医療を必要とする小児患者を対象にしていた。その他、緊急手術の対応などによる近隣医療機関からの受け入れにも対応していた。主に提供している医療は、上記疾患による手術、処置、検査に関連した点滴治療、カテーテル検査、腹膜透析などであり、関連した看護ケアを提供していた。人工呼吸器や高度な医療機器を使用している患者は殆ど入院する機会がないが、稀に在宅人工呼吸器を使用している患者が入院してくる場合があるとのことであった。

看護師数は21名のうち1名は外来勤務で、看護補助としてクラーク、ヘルパーが各1名、二つの小児病棟合わせて1名の保育士が配属されており、看護師は二種類の日勤を含む変則2交代、入院患者数にもよるが日勤時間帯は6～7名、夜勤時間帯は3名であった。

#### 2) 内科系小児病棟の属性

病床数は28床であるが、病床稼働状況にはばらつきがあり、概ね10～15名程度の入院患者が多く、平均在院日数は14日以内であった。

新生児から15歳(小児慢性特定疾病患者は20歳)の小児患者を対象としており、乳児、幼児期の子どもが多いことが特徴であった。

主に入院している小児患者の診療科は、一般内科、外科、循環器科などの受け入れ病棟であり、主に感染などによる呼吸器疾患、神経筋疾患、先天性心疾患、また鼠経ヘルニアや盲腸などの小手術などの小児患者を対象にしていた。その他、人工呼吸器を使用している患者は4～7名程度、高度専門医療を必要とする患者を受け入れている病棟であった。主に提供している医療は、上記

疾患による処置、検査に関連した点滴治療、検査などであり、関連した看護ケアを提供していた。人工呼吸器を使用している患者は4～7名程度、補助人工心臓を装着している患者が常時入院しているために、療養上の世話や在宅医療に向けての退院支援などについて看護師が多く関わっていた。

看護師数は19名でうち1名は外来勤務で、看護補助としてクラーク、ヘルパーが各1名配属されており、看護師は二種類の日勤を含む変則2交代、入院患者数にもよるが日勤時間帯は4～6名、夜勤時間帯は3名であった。看護体制は原則としてプライマリーナーシングをとっており、担当患者は勤務日には原則としてプライマリーナースが受け持つようにしていた。

## 2. 対象看護師の属性

### 1) 対象看護師の選定

小児病棟での経験が5年以上あり、看護師としては中堅以上で参加観察・タイムスタディとインタビューの両方に協力してもらえる看護師の選定を看護管理者に依頼したところ、外科系小児病棟3名、内科系小児病棟1名、合計4名の看護師の選定があった。研究協力者となる看護師については、研究協力の依頼について説明文書と口頭で直接説明を行い同意が得られたため4名を対象とした。

### 2) 対象看護師の属性(表6)

対象看護師A、B、C、Dは、看護師経験年数が平均10年(min7年～max16年)で、小児看護の経験年数(混合病棟含む)が平均9.8年(min7年～max16年)、すべて女性で年代は20代1名、30代3名であった。教育的背景は、専門学校1名、大学2名、修士1名であった。

### 3) 調査期間

調査期間は2020年9月～10月であった。

### 4) 参加観察・タイムスタディを実施した時間

参加観察・タイムスタディを実施した時間帯は、小児病棟の看護師長と相談したうえで、日勤帯のうち8時半から16時を抜き出し、2日間を設定した。その上で、対象看護師A、Cが午前中約4時間、B、Dが午後約4時間であり、看護師のその日の業務状況に合わせて可能な限り共に行動した。

### 5) 参加観察・タイムスタディを実施した小児病棟の患者の属性(表7)

対象看護師A、B、C、Dは、それぞれ担当患者を受け持ち、その人数は平均2.5名(min1名～max4名)であった。年齢は生後6か月から15歳であり、入院目的については外科系小児病棟では手術目的等が多く、内科系小児病棟では点滴治療目的等が多かった。

## 3. 結果

### 1) 対象看護師が実践した看護行為に関して

対象看護師が実践した看護行為は19場面、合計で3時間10分37秒観察された。19場面を看護行為用語分類(日本看護科学学会,2005)に当てはめ、看護師が実施にあたって主な目的として捉えている看護行為について【】で抜き出した。これは複数の看護行為を組み合わせで構成されており、その看護行為を『』で示した。

複数の看護行為を組み合わせ方については特徴があり、複数の看護行為を組み合わせで主な目的である看護行為を実施しているという特徴を次に示した。本研究の問いである「小児看護特有の看護行為とは何か」については、特に看護師が意図的に実施している行為を明らかにすることが重要であると考えた。

主な目的として捉えている看護行為について時間量の多い順に並べると、領域6の医療処置の実施・管理(対象が必要とする医療処置を安全・確実に、できるだけ少ない苦痛で実施・管理すること)で【診察・検査・処置の介助(子ども:幼児)】が3行為46分58秒、領域1の観察・モニタリング(看護職者が働きかける対象の状態や状況について、情報を得て査定すること。対象には人、環境、事業などを含む)【バイタルサインの測定(乳児)】が2行為30分12秒、領域6【点滴静脈内注射・中心静脈輸液の管理(乳幼児)】が4行為23分0秒、領域4の情動・認知・行動への働きかけ(情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと)が【術前・入院オリエンテーション】が3行為21分19秒、領域6【創傷ケア】が2行為27分46秒であった。また領域1と6と異なるが、【バイタルサインの測定・検査の介助(スペシャルニーズのある子ども)】が2行為22分32秒、領域2の基本的な生活行動の援助(基本的な生活行動の不足を補うこと)【移送】【入浴介助】が2行為、領域5の環境への働きかけ(環境が対象の健康の回復・維持・増進、発達に適切なものになるようにすること)【付き添う家族の生活環境支援】が1行為で、これを【付き添う家族の生活環境支援等(家族支援)】3行為22分32秒としてまとめた。領域3の身体機能への直接的働きかけ(身体に働きかけて、安楽の促進、苦痛の緩和、身体機能の回復・賦活化を図ること)が0行為であった。主な看護行為を共通性のある項目についてまとめることで、合計7行為に整理された。以下に行為の時間量が多い順に記述する。

#### (1) 【診察・検査・処置の介助(子ども:幼児)】3行為46分58秒(図3)

幼児の採血を行う場面では、母親が処置室にFちゃんを抱っこして入るところから始まる。処置室には母親は同席せずに看護師Aが2名の医師とともに『領域6:診察・検査・処置の介助(子ども)』を開始する。『領域6:静脈血採血』を若い医師が実施するが血管にあたらず、タブレットでDVDを流して『領域4:言葉かけ』を行い「えらいねー。アンパンマンどれみる?」と『領域4:言葉かけ(ディストラクション)』する。その間も子どもに「えらいねー」など『領域4:言葉かけ』を続ける。手は、子どもの肩をぐっと抑えたり、やさしくトントンとなだめたり『領域3:タッチング』している。医師と子どもの顔を交互に見て、子どもの肩をぐっと抑えたり、やさしくトントンとなだめながら『領域1:幼児の訴えの評価』をしつつ、『領域4:言葉かけ』を行い採血は終了した。Fちゃんを抱っこした状態で看護師Aはヘパリンロックされている末梢静脈点滴ルーートの抜針処置を行う。看護師Aは別の看護師に声をかけて、子どもを『領域3:抱っこ』したままテーブルを外すように頼み『領域4:言葉かけ(ディストラクション)』をしながら『領域1:幼児の訴えの評価』をして、同時に「終わったらママの所に行こう」「頑張ったね」などと『領域4:言葉

かけ』を実施していた。

幼児の末梢点滴ルートの管理は、不感蒸泄が多い子どもの皮膚のテープ固定の難しさのために、看護師 C が新人ナースの担当患者の点滴テープの観察と張替え『領域 6: 診察・検査・処置の介助(子ども)』を行うために処置室に入るところから始まる。看護師 C はタブレットのアンパンマンを見せて「アンパンマンどれがいいかなー」と『領域 4: 言葉かけ(ディストラクション)』を行い、横になった M ちゃんをトントンとそっとリズムカルに軽くたたき『領域 3: タッチング』を行う。看護師 C は担当医師に声をかけて刺入部を確認してもらうように声をかけ「毎日張り替えてるけど、これでも使いたい？」と M ちゃんが泣いている状況と併せて判断するように『領域 4: 患者・家族の代弁』をしつつ担当医師に提案する。タブレットの DVD に M ちゃんの関心が向くように「アンパンマンだよ」と『領域 4: 言葉かけ(ディストラクション)』を促し、医師が貼り替えを行う『領域 6: 診察・検査・処置の介助(子ども)』につく。長時間に泣いている状況が続いており「一度体勢を立て直そう」と声をかけ、処置台の上に座った状態で、M ちゃんを膝の上に座らせてぎゅっと抱きかかえ、『領域 4: 言葉かけ(ディストラクション)』を試みる。しかし泣き止まない M ちゃんを『領域 3: 抱っこ』し『領域 4: 言葉かけ』つづけた。貼り替えが終了したらすぐに C が立ち『領域 3: 抱っこ』しながら、「がんばった、がんばった」と声をかけ、本人用の『領域 3: おしゃぶりをさせること』を実施した。

領域 6 の医療処置の実施・管理に関する行為を実施して、領域 4 の情動・認知・行動への働きかけとして『言葉かけ』を行い、その後『抱っこ』『タッチング』『言葉かけ(ディストラクション)』を行っていた。合間に『全体的印象の把握』をおこなったり『幼児の訴えの評価』を行いながら行為を進めていた。

## (2) 【バイタルサインの測定(乳児)】 2 行為 30 分 12 秒(図 4)

2 場面とも家族が同席しており、看護師は、【バイタルサインの測定】を行う上で、子どもに行う行為を実施しその反応を見て、併せて家族の様子や反応を観察し、子どもの状況を探りつつ家族と協力しながら進めていた。

乳児が手術室から病棟に帰室し、術後最初のバイタル測定の場面は、母親がベッド上で E ちゃんを抱っこして、手術室ナースと A が一緒に幼児ベッドを押しながら『領域 2: 移送』するところから始まる。看護師 A はベッドサイドに立ち、モニタの装着、点滴ルートの確認など行いながら、母親に「ちょっと落ち着いた？」など母に声をかけながら『領域 4: 言葉かけ』し、点滴の確認をし、点滴を交換する。E ちゃんは母親に抱かれているがずっと激しく啼泣し、興奮している泣き声が病室に響く。母が困った表情でベッド上に座って E ちゃんを抱っこしているので「縦抱きにしてみたら」など『領域 4: 家族支援』として母親に提案する。『領域 1: バイタルサインの測定』を実施した後も、泣いている E ちゃんと母親と『領域 4: 共にいる』中で母親に声をかけ、A が E ちゃんの『領域 3: 抱っこ』を母親から交代する。A は少し E ちゃんを縦抱き気味で角度をつけ、ぎゅっとした抱き方で、身体を上下にゆっくり揺すりながら『領域 1: 乳児の訴えの評価』をする。A は E ちゃんの背中全体をトントンと優しくなだめるように軽くたたきながら、母親と自宅での E ちゃんの様子など話しつつ、抱っこしながら身体をゆっくり揺すり『領域 2: 入眠を促す援助』を実施する。30 秒ほどで E ちゃんの泣き声は止まり、母と自宅での E ちゃんの様子など話し

ている。母はベッド上に腰かけながらリラックスした表情で看護師 A と話しており、90 秒位したら E ちゃんは寝始める。そして E ちゃんが落ち着いたタイミングを見計らって「また泣いてしまふかなあ」とそっとベッド上に座っている母親に抱っこを交代するように『領域 4：親役割の獲得支援』を促す。一度 E ちゃんは泣くが、母も看護師 A がしていた様に E ちゃんを揺すりながら抱っこしている。同時に母親が落ち着いて抱っこできるように、「ベッドの横に同じように立てるスペースを作るから」と説明しながらベッド周囲を整理し、母が抱っこした状況で、E ちゃんは泣き止んだ状態で少し距離をもって話しながら、ベッド周囲の『領域 5：付き添う家族の生活環境支援』を実施していた。

長期入院している乳児のバイタルサインを測定する場面では、個室に入り付き添っている母親に「起きてるね～。お熱、血圧を測っていいですか？」と熱を測りながらベッドサイドに立ち、横に立った母親にと声をかけ『領域 1：全体的印象の把握』をすることで始まる。母親は J ちゃんが足をバタバタさせて遊ぶ様子の携帯動画を、看護師 D に見せながら楽しそうに説明している。J ちゃんは母と D の方を見ながら、両下肢をリズムカルにバタバタして「う～ん」と喃語を発していることを、『領域 4：遊びの援助』として母親と一緒に触ったりしつつ促している。『領域 1：バイタルサインの測定』として、マンシエットを J ちゃんの上肢に巻いてみて「これはもうサイズ、アウトだね～」とナースステーションに交換に戻り、ワンサイズ大きいものをもって部屋に戻り、J ちゃんに『領域 4：言葉かけ』しつつ測定し、「先生に言わなきゃね～」と話す。

### (3) 【点滴静脈内注射・中心静脈輸液の管理(乳幼児)】4 行為 23 分 0 秒(図 5)

子どもにとって輸液による治療は、安全に治療を継続することと、治療に伴う行動の制限への対応が必要である。

長期入院している重症な心臓病をもっている乳児の J ちゃんにとって、輸液管理は生命に直結する重要な行為である。『中心静脈輸液の管理』は 2 つの場面で成り立っている。

『領域 6：中心静脈輸液の管理』が必要な J ちゃんの右足を看護師 D がじっと見て観察している。また右足の腫が赤く、痂皮化しておりガーゼ保護などの『領域 6：創傷ケア』を行いながら、両下肢の腫をトントンと上下に動かし身体遊びしている J ちゃんの動きを見て、時おり足のリズムに合わせて J ちゃんを優しく触り『領域 4：遊びの援助』を実施している。痂皮化している部分を保護するのが良いか、クッションかガーゼ保護か母親と相談し、J ちゃんが身体遊びする特徴に合わせたケア方法を『領域 4：育児指導・相談』として母親に提案している。同時にシリンジポンプを確認し電卓で量の計算など『領域 6：中心静脈輸液の管理』をし、母親の訴えに耳を傾けながら『領域 4：家族支援』を実施している。時間をおいて、別の看護師と再度『領域 6：中心静脈輸液の管理』のために観察を他の看護師 2 名で実施する。J ちゃんが痛がるかを母親に確認し『領域 1：乳児の訴えの評価』しつつ、J ちゃんの手におもちゃを握らせて『領域 4：遊びの援助』を行いながら下肢を観察している。J ちゃんがおもちゃを「右手から左手に持ち替えている」ことに母親が気づき、月齢としての『領域 1：成長発達の評価』をしながら、J ちゃんを見てにっこりとして「すごいね～」と『領域 4：言葉かけ』していた。

川崎病による持続点滴による治療が必要な乳児の K ちゃんの【点滴静脈内注射】に関する場面は、病室で付き添っている母親への声掛けから始まった。看護師 C は、病室で付き添っている母



母親に質問しつつKちゃんの様子を見ながら『領域1:全体的印象の把握』を行う。母親が抱っこし、哺乳瓶で授乳することで『領域4:言葉かけ(ディストラクション)』をしつつ、点滴刺入部の状況について母親に『領域4:情報提供』し『領域6:点滴静脈内注射』の継続を確認した。その間もベッド上でKちゃんを抱っこしている母親に『領域4:言葉かけ』し、今後の対応などで不安に感じている母親に向けて目安を伝えて『領域4:家族支援』を実施した。

幼児期に痛みを伴う病状があるNちゃんには、鎮痛作用のある輸液療法を実施する場面について、看護師Dは『領域6:点滴静脈内注射』を準備しつつ、看護師Dがベッド上でNちゃんを抱っこしている母親について『領域1:全体的印象の把握』をし、ベッド上でNちゃんを抱っこしている母親に『領域4:言葉かけ』するところから始まった。ベッド上で母親に抱っこされたNちゃんが不機嫌そうに「え、え、」と声を出している。Nちゃんを観察しながら『領域1:幼児の訴えの評価』をし、Nちゃんにやさしい声のトーンで「痛くないよ」と声掛けをする。「急に辛くなったんですかね〜？」と母親に同じような声のトーンで尋ね、母親が「薬が切れたから辛いんだと思います」と話すのを聞き頷く。『領域6:点滴静脈内注射』として電卓で量の計算などを行いながら、母親に点滴の終了時間の目安を『領域4:情報提供』していた。

#### (4) 【術前・入院オリエンテーション】3行為 21分19秒(図6)

看護師は様々な場面で子どもや家族へオリエンテーションを実施している。【術前オリエンテーション】【入院オリエンテーション】を行う上では、子どもと家族へ行為を実施しその反応を見て、子どもの認識や理解を探りつつ進めていた。

乳児の手術前に母親にオリエンテーションをする場面では、看護師AはEちゃんと母親がいるベッドの横に立ち『領域1:全体的印象の把握』をするところから始まる。『領域4:術前オリエンテーション』として付き添いの母親に今後の目安を伝え、母親の不安に寄り添った『領域4:言葉かけ』と、母親がどのように現状を受け止めているか査定し『領域4:家族支援』を行った。

緊急手術を行う目的で緊急入院した、思春期のGさん入院オリエンテーションを行う場面は、病室で看護師Bが点滴の物品を手を持ちつつ『領域1:全体的印象の把握』をする場面から始まる。『領域4:入院オリエンテーション』をGさん中心に行う。『領域1:バイタルサインの測定』をしつつ、「お腹のどこら辺が一番痛い?」「痛さは、マックスが10だとどのくらい?」とGさんに聞く。「今、ご飯食べれなくて、お水も飲めないから、点滴入れるね」と『領域4:言葉かけ』を進めながら、Gさんを見て声をかけ、Gさんの反応を見て『領域1:成長発達の評価』をする。

Gさんに手術のオリエンテーションをする場面は、点滴スタンドをGさんの近くに運び『領域1:全体的印象の把握』を実施するところから始まる。Gさんの前に看護師Bは少しかがみ視線を合わせながら、「痛くない?」「大丈夫?」「平気?」など言葉を変えて『領域4:言葉かけ』をし、『領域4:家族支援』として母親にも同じ説明をする。『領域4:術前オリエンテーション』として今後の流れを説明しながら術衣に『領域2:更衣』を支援し、「今まで喘息とか、けいれんとか起こしたことないですか?」とBが母親に『領域4:言葉かけ』すると母親がけいれんがわからなかったため、ジェスチャーで確認していた。

#### (5) 【創傷ケア】2行為 27分46秒(図7)

こどもの皮膚は脆弱で損傷を受けやすいため、看護師は【創傷ケア】を行う上で丁寧に確実に、観察することを中心に行っている。

ダウン症で心疾患がある学童前期のHちゃんのカテーテル検査の後の傷の観察場面は、ベッドサイドへ出向きHちゃんと付き添いの父親に対する『領域1：全体的印象の把握』を行い、Hちゃんに『領域4：言葉かけ』をするところから始まる。カテーテル刺入の傷に関する『領域6：創傷ケア』ができるように促し、創部の観察を行う。観察終了後Hちゃんに『言葉かけ(ディストラクション)』を兼ねておやつを食べたか尋ねると「おいしかった」とHちゃんの元気な声が返ってきた。

TPPV、胃瘻を持っている寝たきりの子どもLさんの陰洗、皮膚ケアに既に入っていた看護師とベッドを挟んで向かい合わせになってケアのサポートに入る。壁には「L君の皮膚ケア」などの張り紙が図(家族作成)なども用いて貼られていて、それを時おり見ながら準備し『領域1：全体的印象の把握』をする。『領域2：排泄介助』としてオムツ交換を二人で行うが、途中で口腔内分泌物が増えたため『領域6：気管吸引』をCが行う。気切口、リーク部、鼻を吸引し、『領域6：人工呼吸療法の管理』も続けて行う。皮膚ケアの図を見ながら、軟膏処置や巻いたガーゼなどを使ったケアを進め『領域6：創傷ケア』を進め、最後に家族が準備したジップロックの気切用品を手にとり、図を見ながら別の看護師とCがカニューレバンドを外し、カニューレバンド装着し『領域6：気管カニューレ挿入中の管理』を行った。

(6) 【バイタルサインの測定・検査の介助(スペシャルニーズのある子ども)】 2行為 22分32秒(図8)

看護師は、【診察・検査・処置の介助(子ども)】を行う上で、子どもに行為を実施しその反応を見て、子どもの状況を探りつつ進めていた。また全ての場面に家族が同席していることで、看護師は子どもに直接的なケアを実施しつつ並行して家族とコミュニケーションをとりながら行為を進めていた。

幼児の経管栄養を行う場面では、看護師CがIちゃんの病室に行き、全身状態を観察しながら『領域1：全体的印象の把握』をしつつIちゃんに「おはよう。今日もかわいいよ。」など明るく『領域4：言葉かけ』するところから始まる。『経領域6：経管栄養(経鼻)の管理』のために物品準備をしたあとに、末梢点滴針を抜去するためにテープを湿らせながら、丁寧に1枚1枚めくっていく。Iちゃんが時おり緊張したように足を突っ張る仕草があるので、手を止めたり、繰り返しながら『領域6：診察・検査・処置の介助(子ども)』を実施する。自分の感情を表現できないIちゃんの『領域1：全体的印象の把握』をしつつ、優しい口調で手を一瞬止めて「痛い？」と『領域4：言葉かけ』する。Iちゃんの身体を時おりさすっているが、呼吸は荒くグーグーという音が聞かれ、四肢に緊張した様子がある。看護師CはIちゃんの顔や全身を丁寧にしながらテープを貼ぎ、抜針する。左手で抜針部を抑えて止血し、右手でIちゃんの背中をさすっているが、抜針した瞬間は緊張したように足がピンとした様子を見て『領域1：幼児の訴えの評価』を丁寧に言い、さらに「痛い？」と『領域4：言葉かけ』する。経管栄養注入の前に『領域6：経鼻・経口吸引』と効果的に実施するための『領域3：胸壁振動法』を母親と一緒に言い、その間もずっとIちゃんに「痰でないね～～。出したくないの～？」などと『領域4：言葉かけ』を行っていた。

ダウン症で心疾患がある学童前期のHちゃんのバイタルサイン測定の場合は、看護師Bが病棟の廊下の隅の椅子で父親の膝の上に座っているHちゃんに『領域1: 全体的印象の把握』をしつつ「ちょっとモシモシしていいですか」と『領域4: 言葉かけ』するところから始まる。看護師Bはややかがみながら視線を合わせて話しかけると、Hちゃんは口癖のようにずっと「イタイ！イタイ！」と言っており看護師Bはその様子を見ながら、Hちゃんが何を認知して表現しているのか『領域1: 成長発達の評価』を確認している。まず体温を測定するが、その間も「イタイ！イタイ」と繰り返して腕を動かしているHちゃんに「痛くないよ」と『領域4: 言葉かけ』しつつ進める。「最後これだよ」と看護師Bは自分の指にクリップ式のサチュエーションモニターをつけてHちゃんに見せるが、手で払いのけられてしまう。5mほど離れた場所からテープで装着するサチュエーションモニターをもって、Hちゃんと父の所に戻る。「痛かったらすぐはずすね」「巻き巻きするね」と言いながら『領域4: 自己決定への支援』を促しながら指にテープを巻く。『領域1: バイタルサインの測定』をしつつ、「終わりました！」「ありがとう」「おしまい」と元気にHちゃんに『領域4: 言葉かけ』をする。Hちゃんは父親の方を嬉しそうに見て「おしまい」と父に向かっていうと父親がHちゃんをみて頷いている。

#### (7) 【付き添う家族の生活環境支援等(家族支援)】3行為 18分50秒(図9)

【移送】は、看護師Aが1mくらい前を歩き、Eちゃんを抱っこした母親に時おり振り返って笑いかけながら手術室まで『領域2: 移送』するところから始まる。歩いている間も母親の「ドキドキです」と話す言葉に耳を傾けながら、笑顔で「そっかそっか」と相槌の『領域4: 言葉かけ』を行う。手術室の前で「ママ。入りますか？」と尋ね、母がうなずくので一緒に手術室の中に入って行く。手術室の看護師、麻酔科の医師に抱っこを変わり、申し送りが終了する。手術室での申し送りに母親を同席させて母親の反応を確認した後に、その後『領域4: 家族支援』として母親に今のうちに食事を済ませることを提案しながら、A自身の育児の体験を話して不安への理解を示していた。

【付き添う家族の生活環境支援】は、看護師AがEちゃんの母親が手術出し後に病棟に戻るところから始まる。看護師Aは母親自身の入浴について「手術後はFちゃんがぐずるから、今のうちに入った方がよい」と声をかけ、『領域5: 付き添う家族の生活環境支援』として、ベッド横の電動トッターを見て、「お家でも使っているの？レンタルだとどのくらいするの？」など退院後の自宅での生活について『領域4: 育児指導・相談』を行っていた。

【入浴準備】は、看護師Dが長期入院している重症な心臓病をもっている乳児のJちゃんの病室で母親とJちゃんの入浴準備の場面から始まる。母親が入浴の準備で部屋から出たため、母親を探してJちゃんがぐずぐずしたため『領域4: 分離不安への援助』を実施しながら、点滴刺入部が濡れないようにJちゃんの両足にビニール袋をかぶせ、ビニールテープで固定する『領域2: 入浴介助』する。母親が病室に戻り、Jちゃんが泣き止んだことを母親に伝えて『領域4: 愛着形成・促進への支援』を行い、母親と会話しながら『領域4: 家族支援』を行っていた。

#### 2) 看護行為の構成について(表8,9)

対象看護師が実践した看護行為に関して、領域ごとに整理し構成割合を見ると『領域1: 観察・

モニタリング』26 行為、『領域 2：基本的な生活行動の援助』6 行為、『領域 3：身体機能への直接的働きかけ』8 行為、『領域 4：情動・認知・行動への働きかけ』58 行為、『領域 5：環境への働きかけ』2 行為、『領域 6：医療処置の実施・管理』20 行為の合計 120 行為であった。特に『領域 4：情動・認知・行動への働きかけ』が 58 行為と全体の 48%を占めていることが明らかになった。

看護師は主な看護行為を実施するにあたって、子どもに対して領域 4 情動・認知・行動への働きかけとなるような『情報提供』や『遊びの援助』を挟み、頻回に励ましや確認の『言葉かけ』を 34 行為実施している。『言葉かけ』は多くの場面で、子どもたちの不安や恐怖心の気をそらすことで効果的な対処となるディストラクションの役割を持っていた。看護師は子どもを観察しながら、ディストラクションにつながる『言葉かけ(ディストラクション)』はそのうち 7 行為(20.5%)実施していた。また、子どもに付き添う家族に対しても『情報提供』『言葉かけ』などを通じた『家族支援』『育児指導・相談』『分離不安への援助』『愛着形成・促進への支援』も実施していた。

領域 1 子どもの観察・モニタリングを正確に実施するには、子どもが安寧で機嫌よく、落ち着いた状況であることが重要である。看護師が入院における療養生活の中で子どもが経験する治療、処置を確実に実施する上で、子どもは『バイタルサインの測定』であっても啼泣したり拒否をしたりすることで、正確な測定をすることが難しい。情動・認知・行動への働きかけを繰り返し実施しつつ、併せて観察・モニタリングにあたる『全体的印象を把握』し低年齢により判断の難しい『幼児の訴えの評価』『成長発達の評価』などを実施していたことで 25 行為と次いで多かった。

子どもが必要とする領域 6 医療処置を安全・確実に、できるだけ少ない苦痛で実施・管理するために、小児病棟では多くの処置の場面に『経管栄養(経鼻)の管理』『診察・検査・処置の介助(子ども)』など看護師が介助として関わっていた。特に、入院加療の主な目的となることも多い持続点滴による薬物治療に関連した『点滴静脈内注射』『中心静脈輸液の管理』を、子どもに安全に実施することは難しい。小児病棟に入院している子どもについては、先天性疾患などによって高度で複雑な治療、処置が必要であることが多い。子どもが自分なりに納得し、処置に取り組むためには子どもの特徴を理解したうえでの働きかけが重要であり、看護師が工夫しつつ実際の処置と介助を 20 行為実施していた。

領域 3 の入院生活の中で子どもの身体に働きかけて、安楽の促進、苦痛の緩和、身体機能の回復・賦活化を図ることについて、看護師と付き添っている家族がともに協力しながら実施していた。具体的には『抱っこ』や子どもをトントンとそっとリズムカルに軽くたたき『タッチング』を通して、子どもが安寧で機嫌よく、落ち着いた状況を創りだしていた。その上でその子どもが大切にしているアイテムを探り『おしゃぶりをさせること』を実施していた。小児病棟には乳幼児や重症心身障害児、医療的ケア児などのスペシャルニーズがある子どもが多くいるため、言葉だけではコミュニケーションをとることが難しいことがあるため、身体機能への直接的働きかけを 8 行為実施していた。

子ども、特に乳幼児、学童前期については栄養、清潔、睡眠、排泄などの領域 2 の日常生活に関する基本的な生活行動を自律して実施することは難しいために、入院生活では基本的な生活行動の不足を補うために大人の支援が必要である。小児病棟では、看護師と付き添っている家族がともに協力しながら『排泄介助』『更衣』『入浴介助』だけでなく、『入眠を促す援助』など行為を 6 行為実施していた。

小児病棟は子どもが療養生活を過ごし、子どもの家族も共に過ごすことが多い場所であり、その為の領域6の環境を整えることは重要であり、環境が対象の健康の回復・維持・増進、発達に適切なものになるように働きかけていた。小児病棟は小児疾患の特徴から緊急入院が多く、病床の回転率が高い。また家族が付き添っていることから子どもの療養上の世話の他に、『付き添う家族の生活環境支援』も2行為実施していた。

#### IV. 第三段階 質的研究 インタビュー

第二段階で明らかになった小児看護特有の看護行為について、インタビュー調査によって看護師が認識している意味について明らかにした。

タイムスタディによる看護行為の項目についてデータをまとめた上で、概要を説明し、半構造化面接によって詳細に語ってもらった。インタビューの内容については、研究協力者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

##### 1. 対象看護師の属性

第二段階と同様であった(表6)。

##### 2. インタビューの方法

インタビューは1名につき1回で、対象者の都合のよい時間帯に小児病棟の面談室を借りて実施し、平均56分(min44分~max78分)であった。

##### 3. 結果

本研究では、小児看護領域で提供されている小児看護特有の看護行為について、‘小児という対象の特性を加味し、子どものニーズに対応した看護行為’、意味については看護師が‘看護行為を行う際の動機、意図、そして行動しながら考えていたこと’と操作的に定義した。その上で看護師が、看護行為を行う際に動機、意図をもって行い、小児看護特有の看護行為については、身体的、精神的、社会的に、自分のことが自分で行えない、判断することができない、また、自分自身をコントロールできない状態にある子どもとその家族に対して、迅速な判断や対応が求められている中で実践していると仮定し明らかにした。

以下に示す本文中の、小児看護特有の看護行為における看護師が認識している意味についてカテゴリーは【】、サブカテゴリーは『』、コードは「」とした。それを説明する具体的な語りはゴシック体で示した。

小児看護特有の看護行為における看護師が認識している意味についての内容を分析した結果、【子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアする】【その子どもに合わせてケアを組み合わせる】【個別のケアを創り出す】【パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組む】【子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進む】の4つのカテゴリーが形成された。

4つのカテゴリーは、【子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアする】は『子どもの構造や特徴を理解したうえでアセスメントする』『子どもが安全に安寧を保てるような

関わりを工夫する』の2つのサブカテゴリー、【その子どもに合わせてケアを組み合わせる個別のケアを創り出す】が『その子どもにあわせた特別なケアを探り、提供する』『スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、ケアを工夫する』の2つのサブカテゴリー、【パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組む】が『家族とコミュニケーションを取りパートナーとして関わる』『家族が子どものケアに関するパートナーになることができるように支援する』の2つのサブカテゴリー、【子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進む】が『小児病棟の看護師として、子どもと家族の擁護者(アドボケイター)になる』『その子どもと家族の道のり(歴史)と一緒に過ごし、支える存在になる』の2つのサブカテゴリー、合計8つのサブカテゴリーで形成されていた(表10)。以下、小児看護特有の看護行為における看護師が認識している意味のカテゴリーごとに説明する。

### 1) 【子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアする】

このカテゴリーは、『子どもが安全に安寧を保てるような関わりを工夫する』『子どもの身体的構造や認知発達の特徴を理解したうえでアセスメントする』の2つのサブカテゴリーで構成された。『子どもが安全に安寧を保てるような関わりを工夫する』は「子どもが身体的に安静を保つことに看護師として関わる」「子どもの特徴を踏まえた点滴管理の難しさを理解して処置に関わる」の2つのコードであった。

看護師Aは、術後に子どもが母親に抱かれて泣いている状況を見て、「寝られなくて、寝られなくて、泣いている感じがした」が、母親が抱っこをしてなだめているので声をかけるタイミングを図っている。しかし「子どもが術後にずっと泣き続けている、この状況との兼ね合い」で「子どもが身体的に安静を保つことに看護師として関わる」ことを意識していた。看護師Cは、子どもに輸液管理をするうえでの難しさについて「子どもはポンプを使う分、押せちゃう。どんな血管でも押せちゃうので、漏れる可能性が高いっていうのと、安静にしてなさいっていうのは無理。いくら必要性を説明して、危険性を説明しても、親御さんも本人も理解はできない。やっぱり点滴の管理は難しいなって」と語り、「中学生ぐらいになったら大体は理解してくれるかなと思うんですけど。大きくなればなるほど、携帯ゲームとか、スマホとか。やっぱり集中しちゃうと、きゅっと曲げてみたり」と「子どもの特徴を踏まえた点滴管理の難しさを理解して処置に関わる」事を行っている。

『子どもの身体的構造や認知発達の特徴を理解したうえでアセスメントする』は、「子どものフィジカルアセスメントを正確に実施するために、子どもを落ち着かせて測定する」「子どもの認知発達に関する基本的な知識を使って、子どもが理解できる言葉で、子どものアセスメントする」「子どもの身体的構造を理解したうえで、フィジカルアセスメントを正確に実施する」「子どもが安全に治療を行えるように、看護師の眼と手で観察する」の4つのコードがあった。

看護師Cは成人病棟と小児病棟の違いについて「バイタル測るにしろ大人は泣いて呼吸数測れないとか、血圧測れないってないじゃないですか。でもそれで数値は変わってしまって、正常が保てないので。落ち着いたタイミングでバイタルを測りたい」と話し、「子どものフィジカルアセスメントを正確に実施するために、子どもを落ち着かせて測定する」必要性について語っていた。看護師Bは、「子どもの認知発達に関する基本的な知識を使って、子どもが理解できる言葉で、

子どものアセスメントする」として、子どもの痛みのアセスメントと緩和ケアに向けて、「その子が、そもそも10のうちで10がMAXで痛いとしたら、1、0がぜんぜん痛くなくて、今の段階はどのぐらいかってわかる年齢にならないと、それを聞けない」「高学年ぐらいから、なぜ10が一番痛くて、0が一番痛くなくてって考えたら、今、どのくらいなの？って聞いたりすると、大体の子は5ぐらいとか6ぐらいとか、まあ8ぐらい痛いって言うと、じゃあ痛み止め使おうかって」「痛み止め使うぐらい、もう我慢できないのが10だったら、どれぐらい？とか、聞き方変える。8とか7とかだと、痛み止め使わなくていいの？痛くないの？って聞くと、使うほどではないかな。痛いけど、我慢できるかなみたいな感じで、わかってなさそうだったらまた聞きなおして」と子どもに合わせて何度も質問をやり取りしながらアセスメントすると説明していた。

看護師Cは、成人と子どもの看護行為の差について、成長発達途上である子どもの身体的構造との関連について、「大人は、そんなに動かない。泣いたりして、分泌物が上がってくるとかないし、大体数値で出てくる。でも、子どもって数値にあらわれる前に悪くなっているというか。数値にあらわれたときには、もう遅いっていうのを感じる」と話し、「泣き叫んだあとに吸引したら、すっきり取れて、とか。逆に、もうこんなに数値悪いから酸素始めようかといっても、子どもは痰が一時的に溜まってるだけで、数値が下がったりするので。それを吸っちゃえばいけるんだよとか。構造的な部分もある」と子どもの特徴を理解したうえで行為を行っていることを説明し「子どもの身体的構造を理解したうえで、フィジカルアセスメントを正確に実施する」意味を語った。

「子どもが安全に治療を行えるように、看護師の眼と手で観察する」については、看護師Cは「点滴漏れも副作用の1つじゃない。それが起こるのが、私たちとして、わかるじゃないですか。そこを、先生たちは判断しないから、私たちは、こう思ってるっていうアセスメントを言っときたいなっていうのはあります」と、自分たちが看護師として子どもを観察したことについて医師に伝えたり、看護師Dは血圧計のマンシエットのサイズが成長している子どもに合っているかを注意深く観察し、「血圧の値、変わるかもと思って、ちょっと低くなる可能性があるので、点滴いじってる段階なので、ベースが低くなったなとかなったらと思って、主治医にマンシエットのサイズ、成長に合わせて変えてるから、血圧の値が低くなるかも、みたいなこと言っとこうかなって思ったんですけど」と、医師と情報共有する意味を語っていた。

## (2) 【その子どもに合わせてケアを組み合わせて個別的なケアを創り出す】

このカテゴリーは、『その子どもにあわせた特別なケアを探り、提供する』『スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、ケアを工夫する』の2つのサブカテゴリーで構成された。

『その子どもにあわせた特別なケアを探り、提供する』は、「入院生活を子どもの生活中心に組み立てる」「子どもが機嫌よく処置などに取り組めるように、気をそらし(ディストラクション)ながら関わる」「子どもが成長発達している兆しを見つけて、それを大切にしながら、治療が継続できるように関わる」「子どもの今までの経験を探りながら、今のケアに活かす」「その子どもが安心できるアイテムを探り、活かす」「その子どもが頑張れるタイミングを探って、処置などの時間を変更して行う」「その子どもが表現している事柄が何を指すのかについて、その子どもの経験か

ら推察し、やりとりを重ねて対応する」「その子ども自身の理解をアセスメントして子ども中心に関わる」「その子どもに合わせて処置の方法を探る」「その子どもに適したなだめの方法を看護師としてアセスメントする」の10のコードであった。

「入院生活を子どもの生活中心に組み立てる」として看護師Dは担当している子どもの生活リズムを思い描きながら看護行為を実施することについて‘サイクルがわかっているのかも。何時になったら、ちょっと眠くてぐずり出すかもとか、お昼寝の時間が何時だからとか、ご機嫌タイムかもとか。そこら辺、踏まえて行ってみて、もしぐずぐずしてれば、また出直す感じです’と話していた。看護師Bは、‘大人って、この時間にケアするんでって言えば、寝ないで待ってもらえる。子どもはそうもいかない、機嫌もあるから。そういうので、大人の病棟よりは、タイムスケジュール組みなおしも多いし、業務もおせおせになって、忙しいと多い’と話し、子どもの生活リズムを大切にすることについて‘大人は説明すればわかる。でも、子どもなので、無理強いさせるのが、その子にとって苦痛になるのであれば、自分の業務よりも、その子の安全とか安楽とかを。ただでさえ入院生活も嫌だと思うから’と語っていた。看護師が看護行為を行う上で、子どもの機嫌には大きな影響を受けるため、看護師Dは‘本人にこれするよっていうのも話しかけながら。まだわかる月齢でもなかったりするので、ちょっと気をそらせる、ちょっとものをあげながら。そっちに気をそらして、測ったりとか。短時間で終わらせられるようにしちゃったほうが、ぐずぐずしないかなとは思っているので’‘一人遊びしながら。気をそらして。顔は見たいから、表情とかを見ながらしたい’と、「子どもが機嫌よく処置などに取り組めるように、気をそらし(ディストラクション)ながら関わる」について工夫を語っていた。

入院中の子どもは療養生活の中で成長発達の機会が少ないため、「子どもが成長発達している兆しを見つけて、それを大切にしながら、治療が継続できるように関わる」ことを看護師は大切にしていた。看護師Dは長期入院の乳児が身体遊びとして両下肢を上下に動かしていることで踵の褥瘡が悪化することを受けて‘成長だから、止めるわけにはいかないと思います。身体使って遊ぶの。足動かしたいけど褥瘡ができてたので、シーネ固定の圧迫による褥瘡なので。それを、ずらしてるんですけど、ばたばた(両下肢を上下に動かす行動)で悪化しちゃって’と観察しつつ、‘ちょうど成長する段階だし、それは抑制するほどでもないのかなって思いました。ばたばたをですか。医療ケアでできる分は、一般的なシーネ固定じゃない固定の方法して、踵の除圧して。最終手段だと思います。本人に何か抑制するのは’と語っていた。子どもは自分の経験の中で理解していくと考え、‘ヘルニアとかだと、病院に来たことがなくて、検査に1回だけ外来来て次は入院。わかんないままされて終わりみたいな流れの子も多い。循環器の子とか、何回も外来で採血とかされて、嫌なこと、痛いことがわかってる子とでは、ちょっと様子が違う’と病気に関する経験や、‘社会生活として保育園とかに行ってるような子は、お母さんと離れることになれたりすることもある。普段どういう生活を送って、お母さんがいたほうがいいのか、いないほうがいいのか、離れることでどうなるかとかも、情報取れるときは取りながら’と「子どもの今までの経験を探りながら、今のケアに活かす」について語っていた。

子どもは安心できるアイテムを持っていることが多いが、看護師Cは‘スマイルタッチとかの好きなキャラクターを探ってみたり’や‘もともとおしゃぶりを使っている子は効果的です。本人用があるってことは、使ってるんだっていう’と「その子どもが安心できるアイテムを探り、



活かす」語っていた。子どものがんばる力を引き出すために「嫌なことでもずらせないこと、ラインキープとか、治療として必要なことは、ずらせないからやっちゃうんですけど。ずらしても問題がなさそうなことは、嫌な思いするのが少ないんだったら、ずらしちゃいます」や「いったん離れて親御さんと2人にして、落ち着く時間取って、それで1時間30分ぐらい経って、どうか見に行っ。お母さんと調整したりとかしますね」と「その子どもが頑張れるタイミングを探って、処置などの時間を変更して行う」について語っていた。

「その子どもが表現している事柄が何を指すのかについて、その子どもの経験から推察し、やりとりを重ねて対応する」について、「あの子は痛くないことでも、嫌なことがたぶん、全部イタイ、イタイで表現する感じ。その子がわかるレベルの言葉で話したりとかしようかなって」や「ほんとは流れでしたほうが、自分の業務の時間は短くて済むし、できれば一気にやりたかったけど。この子イヤダって言ったから、じゃ、1回仕切りなおして、ベッドにいるところにしよう」といった工夫をすると語っていた。また、「この子の場合は、別の病院でおなじ治療してたのでわかってたかなって思った。前の病院と同じように点滴つなぐねって言って、つないでたよねって聞いたら、うんって言ったから」など過去の経験を確認したり、「年齢とその子の性格と、外来とか前の記録があったら、どういうふうな会話をしてるのかとか見て反応とかも見て。大体この年齢だから、このぐらいの言葉はわかるなっていうのと」といった対応を意識していた。「13歳っていう年齢を考えると、もう自分の症状とか状態とかを口で説明できたりとかもするので本人に直接聞くようにしている。難しい言葉は、たぶん13歳でもわからないと思うので、わかりやすい言葉を使うようにしてる。今から何をするかとかいうのは、ちゃんとその子にわかるように、説明できるようにしてる」と「その子ども自身の理解をアセスメントして子ども中心に関わる」について語っていた。

子どもにとって処置などの看護行為は苦痛を伴うことが多く、スムーズにできるように良い方法を探るために、「本人としては、乗っかれるよりかは、座って、みんなの顔を見て、やってあげたほうが、安心感っていうのは生まれるかなって思うのと」や「前回こうしたらうまくいったとかは情報持てれば、伝えるようにはする。お母さんがいてもいいかなと私は思ってるので。処置室まで一緒に来てもらって、本人の様子を見つつ、先生がどんな感じかを見て、いいように持てく」と「その子どもに合わせて処置の方法を探る」について語っていた。

子どもが機嫌よく安寧でいるためのなだめるという行為を看護師は工夫している。「ちょっと人変えて抱っこしてみて、それがどうかなっていうのでもいいかなとも、思って。揺すって、ちょっと丸めて、揺すって。傷の痛みはどうかなとか思いながら」や「抱っこして、すごい頑張ったよっていうのを、褒めてあげるのと、愛着形成じゃないですけど、安心が大切だと思うんです。今まで、これでぎゅーっと押さえつけられてたのが、優しい抱っこに変わるといいうか。押さえつけるんじゃないで、褒めてるんだよーっていう、処置はつらかったけど、もう終わったよ。そこに対してあなたは、すごい頑張ったよっていう、認めてあげるというか、褒めてあげる」と「その子どもに適したなだめの方法を看護師としてアセスメントする」について語っていた。

『スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、ケアを工夫する』は、「スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、寄り添い、かかわる姿勢を持つ」  
「スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、苦痛の表現をその子どもの

全身の様子から探る」の2つのコードであった。

看護師CはスペシャルニーズのあるIちゃんに、「どこまで聴力があるか、わからない部分もあるんですけど。Iちゃんは自分で動けるわけじゃないので、見たいものが見れるわけでもないし、触られるものが触れたわけでもないで、私たちの声で刺激を与えてあげるといいますか。Iちゃんに今ここにいるよ、Iちゃんのこと見てるよっていうのは伝える」や「テープが痛かったりしたら、痛み刺激はあるので。本人がピッ(全身の緊張が高まり足を伸ばす行動)てなったってことは、今、私のテープのはがし方が痛かったんだな。だから、もうちょっと優しくやったほうが、Iちゃんには痛くなく抜けるとか。痛みがきっかけで発作になっちゃうこともあるのでそれは避けたい」と「スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、寄り添い、かかわる姿勢を持つ」を語っていた。その上で、「Iちゃんは痛いとか、言えないじゃないですか。発作でウー(息をつめて緊張した状況)となると、あるんですけど。あの状況では発作が起きてはいなかったです。緊張発作みたいなのが起きやすいんですけど。でも、あの状況のIちゃんの、あの呼吸と、あの顔、表情から、今、発作をしてる状況ではなかったの」や「緊張がピーッてなったときに、自分で抑えられなくなっちゃう子たち、Iちゃんに、大丈夫、大丈夫って、ちょっとIちゃんの緊張を和らげるといいますか」など「スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、苦痛の表現をその子どもの全身の様子から探る」ことを語っていた。

### (3) 【パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組む】

このコアカテゴリーは、『家族とコミュニケーションを取りパートナーとして関わる』『家族が子どものケアに関するパートナーになることができるように支援する』の2つのサブカテゴリーで構成された。

『家族とコミュニケーションを取りパートナーとして関わる』は「その子どもの特別なケア(オーダーメイド)について、家族と共有し、パートナーとして発展させていく」「家族がその子どもに関わる様子を見て、どのくらい子どもの療養に対応できるかをアセスメントする」「家族の今までの経験を探り、子どもと家族へ関わる」「家族の不安を引き出し、パートナーとして一緒に進捗を共有する」「家族を子どものケアのパートナーとして一緒に取り組む」の5つのコードであった。

看護師Cは出生時から入退院を繰り返しているIちゃんについて、「ママへの吸引指導も、ここでやってるんです。なのでIちゃんがどうやったら痰が出るかっていうのは、一緒に見てきてるので、ママも一緒にやってくれるっていう感じで。在宅に帰って、おうちではこうなって来たんですとか、最近こうやったらよく出るんですとかいうのを会話の中でしてるの」と「その子どもの特別なケア(オーダーメイド)について、家族と共有し、パートナーとして発展させていく。」と語っていた。

看護師Aは乳児の母親の様子を見て「抱き方とかあやし方とか、泣いてるのに座ってるのも、なんかたぶん泣き止まないだろうなと思った。お母さんがそわそわしてたから。子どもを泣き止ませることに集中してないなと思った」や看護師Cも「この子だけのことを医者たちは見てるけれど、お母さん1人で頑張るべきじゃなくて。家族でみなきやいけないから。面会に来たときは、できる限り子どもの情報伝えたりとか、お父さんと接する時期をつくったりとかしてる」など「家

族がその子どもに関わる様子を見て、どのくらい子どもの療養に対応できるかをアセスメントする」について語った。看護師 A は「子どもは、お母さんとか家族の影響を受けるとし、家族も含めて見ていけたらいいとは思って。」と語り「おじいちゃん、おばあちゃんだって心配してると思うし、どういう思いでいるのかとか、家族が何を思ってるのかとか、今までの歴史がどうだったのかとか。その時々、そのそれぞれの家族とか、本人の思いとか、背景を知りたい」と子どもの家族について丁寧に関わる医師を語った。また「前日見てた様子と一緒に、慌てて連れていく様子とかを、前日に受け持ちじゃないけど見て。実際当日受け持ってみての、あやしの様子。あと、夜いつも寝ないとかっていう情報」「お母さんのあやし方があんまりうまくないなと思ったのと、普段から結構寝かせるのに苦労してるみたいな情報があった。時間かかって、いつも大変で、みたいな。」と「家族の今までの経験を探り、子どもと家族へ関わる」について語っていた。看護師 A は「なんでも困ったら言っていていいですよ、じゃないけど、そこを引き出せるような関係づくりを、あそこでしといたほうがいい特にお母さんかなとも思った。入っていかないと、そういうところの何か困りごととは引き出せないかなとか、考えながら。距離感とか、うかがってる様子があったりするお母さんとかって、どういうことなのかなとか。なんか、そういうのを感じる時もあるので、ま、やってやろうじゃないけど」「子どもも今日手術だから大変だけど、そこに一緒にいるお母さんだって緊張してるし大変だよねっていうのをわかってますよっていうメッセージ、お母さんのことも気にかけてますっていうところは、そこから何か引き出せるきっかけになるならと思って送るようにはしてる」と家族に自分から関わっていく姿勢を語っていた。

看護師 D は長期入院に付き添っている母親について「一番身近で見てるのが母で、一緒に巻き込んで、いろいろとやってくれてるので、ここが腫れてきてたら教えてほしいとか、こういう変化があったら教えてねっていうのは、お母さんも、観察一緒にしてるので。お母さんの反応も、巻き込んで、判断材料とかにしたいなっていう気持ちはあります」と語り母親について「ママが最初に気づいてくれたんですね。ここの腫れがとか。点滴がちょっと漏れそうなときとかも、なんか寝返りをしなくなったとか、ちいさな変化でも、ママ、教えてくれるので、前兆の段階っていうか、いつもと違う、あれ、みたいなのは、教えてくれるから」と「家族の不安を引き出し、パートナーとして一緒に進捗を共有する」ことの意味を語っていた。

看護師 B は、付き添っている父親について「今回の入院が初めてだから、距離感あるかなって思っ。お父さんを無理やり巻き込むよりは、お父さんのお膝の上にいる、それだけで、その子が安心するのであれば、そこは巻き込まないで、サチュレーションのときとかだけ、巻き込んだんですけど」「膝の上にいる安心するっていう状況だけ保てれば、安心できる人がそばにいるっていうことが子どもにとっては大事だなと思うので、褒めてくれる人がいるほうが、子どもは頑張れると思うので」と語った。

看護師 C は、「循環器でダウン症の子は多いイメージはあります。親御さんがつき添ってることが多いので、発達遅滞とかある子。親御さんが一番、その子の性格とかかわってるので、その子が採血とか、血圧測るときとかに、いつも嫌な思いをしてるのかとか、どうなのかとかを、事前に情報がなかったら聞いたりして、アプローチの仕方変えたり。」と語った。全ての看護師が「家族を子どものケアのパートナーとして一緒に取り組む」ことについて語っていた。

『家族が子どものケアに関するパートナーになることができるように支援する』は、「子どもと家族の双方が困りごとがないように配慮して、医師などの多職種チームとして関わる」「子どもと家族の双方の信頼を得ることが重要なので、努力して双方に関わる」「子どもの看護に活かすために家族の情報を探り、家族に関わる」「子どものケアに関する助言を、家族の様子を見てタイミングをとらえて言う」の4つのコードであった。

看護師 B は「その子にとって、家族もその子も、困りごととかなく、入院生活の中で苦痛とか嫌なことが少ないように過ごせたらいいなって思ってる。日々の業務の中で、その、親御さんとかご家族が困ってることがあったら、先生にすぐ返したりとかもするようにしてる感じです」と「子どもと家族の双方が困りごとがないように配慮して、医師などの多職種チームとして関わる」について語っていた。子どもとの対応について看護師 B は「子どもにとって、印象に残らないと信頼、関係性も築けないと思う。親御さんとの関係性もプラスして、大事になってくる。親御さんの態度とか考えてることとか、この人嫌だとかあったら、空気でも子どもって察すると思うし。だから、どっちの信頼関係も築かなきゃいけないから、難しいと思う。その子にとって嫌じゃないように、その子が喜ぶことを工夫して介入してくと、お母さんたちも、その子が笑ってるの見るとうれしいと思うし」と「子どもと家族の双方の信頼を得ることが重要なので、努力して双方に関わる」について語っていた。

看護師 B は「その人の思いを尊重するっていうのは、大人でも子どもでも一緒だけど。そこに親の思い、考えとかが入ってきたりする。大人って、自分で治療、これする、しないとか決めれるじゃないですか。でも子どもは、やりたくない治療でも、絶対やらなきゃいけなかったり、本人の意思だけで全部決めれるわけじゃない。あと、家族の割合が、大人より子どものほうが、すごくおっきくなってくる、赤ちゃんとか自分で決めれるわけじゃないし」と「子どもの看護に活かすために家族の情報を探り、家族に関わる」について語っていた。

看護師 A は、付き添っている母親に対する助言のタイミングについて「タイミング。ヘルニアのオペ後だということに気をせず、この子を扱うんじゃないかなって、術後の様子を見て思ったので。そこはもう、伝えたいとは思ってたんです」や「お母さんが抱っこしてたら話が聞けないと思ったんです。だから、今かなって」と「子どものケアに関する助言を、家族の様子を見てタイミングをとらえて言う」ことについて語っていた。

#### (4) 【子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進む】

このコアカテゴリーは、『小児病棟の看護師として、子どもと家族の擁護者(アドボケイター)になる』『その子どもと家族の道(歴史)と一緒に過ごし、支える存在になる』の2つのサブカテゴリーで構成された。

『小児病棟の看護師として、子どもと家族の擁護者(アドボケイター)になる』は「入院中の子どものきょうだいを支援する」「入院中の子どもの家族へは分け隔てなく関わる」「入院中の子どもと家族の様子を常に観察する」「入院生活を支えるアドボケイターになる」の4つのコードであった。

看護師 B は「きょうだいがいいたら、(家族は)きょうだいのお世話とか、教育とかもしなきゃいけないから、その子だけじゃなくて、ほかのきょうだいのこととか、ほかの家族のこととかも、

小児病棟のほうが気にしなきゃいけないって思います’や、看護師Cは‘病気の子ばかりに家族が注目して、お兄ちゃんが置いてきぼりになっちゃうこともあるし、その弟、妹、お兄ちゃんが受け入れられなくなっちゃうっていうこともあるので、(家族に)関わんなきゃいけないと思う’看護師Aは‘お兄ちゃんがありますね。お兄ちゃんいて。(母が付き添っているので)パパと2人で生活してるので。ほんとに短時間の荷物の受け渡しとかで少し会ったりとか。あと電話よくしてるので。そこで、(お兄ちゃんに)話しかける時間つくったりして、お兄ちゃんに話しかけて。ちゃんと話しかけたりしようかなって思います’や‘お母さんの電話に(看護師が)混ざって一緒に話したりしてはいます。普通に成長、(お兄ちゃんが)髪切ったこと、ちょっと大きくなったかもっていうことも踏まえて。お兄ちゃんのこと、ちゃんと見てるよじゃないけど、一緒に家で待ってくれてるので。そこら辺を寂しい思いしないように、認識できてるよっていうのを’など「入院中の子どものきょうだいを支援する」について語っていた。

看護師Aは短期入院中の母親に関して‘(ヘルニアは)小手術みたいな印象が、病棟の中でも強いですけど。家族からしてみたら、やっぱり、どんな手術であろうと、子どもに何か起きる出来事で、影響があるとは思う。うまく乗り越えられる家族なのか。サポートが必要な家族なのかとか。あとは、お母さんをサポートしてくれる誰かがいて、成り立つのかとか。その辺の情報は入院期間がどうであれ、関わることがあるのであれば、情報は取るようにはしている’や‘疾患とかの程度によって、家族の不安が変わるかって言ったら、そうじゃないのかなと思う。この子は今、ちいさな手術かもしれないけど、これを受ける、入院をする、そういう出来事がこの人生の中で起きるっていうことに、何かしらのやっぱり不安や困りごとはあると思う’と「入院中の子どもの家族へは分け隔てなく関わる」について語っていた。

看護師Bは、受け持ちをしていない時の患者の様子を気にし‘この子のお父さんの感じとか、プレイルームで遊んでる感じとか何気なく見てて。受け持ってなくても、検査とかで採血の介助とかで一緒に入ったとかであれば、なんとなく親御さんがどんな感じで、採血の場へ送り出すのか、そのあとの反応とか対応とかはどうだったのかわかるので。こういう距離感のなかって、意識してって感じでした’と語り「入院中の子どもと家族の様子を常に観察する」ことを語っていた。

看護師Cは、‘ママたちは先生たちが目の前にいると言えなくなっちゃったりとかする部分があるので。聞いたことは私が伝えるし、そこに一緒に入ってって、先生、今ママはわかってないかもしれないですよとか、お母さん、本当に今ので大丈夫ですかとか言って。やっぱり子どもの中に、お母さん、お父さんがいるので’と語り、看護師Aは‘家族で同じ意見なわけでもないだろうし。先生になかなか言えないとか、こんなこと(医師に)言ったらいけないと思うとか、そういう言葉も結構聞くので。そう思うこと自体が当たり前の感情で、先生が(家族を)責めたりすることはないよっていうところの間に、うまく入りたい’と「入院生活を支えるアドボケイターになる」と語っていた。

『その子どもと家族の道のり(歴史)と一緒に過ごし、支える存在になる』は「入院というタイミングを使って、子どもの将来に関わる」「その子どもと家族の道のり(歴史)と一緒に過ごし、看護師の経験として関わる」の2つのコードであった。

看護師Aは小児病棟での関わりについて‘一瞬、表面上で繕ってるお母さんではなくて、生活

してく中でのお母さんと子どもの様子は出やすい。1泊の中でも、ずっと子どもが泣いてたら突然怒るお母さんとか、普段こういう感じなのかなとか。子どもとの関係が進んでいくと、なんか(子どもが)変な発言したりとかがあると、家族からそういうこと言われてるのかなとか、家族がこういう関わりしてるのかなとかっていうところが見えたりもする’という特徴があり‘今ある障害とか症状とか疾患は変えられないけど、その疾患を持って社会の中で生きていく上で、どこかのサポートが必要なのか、その子その子らしくって、成長発達してく中で何が壁になるのかとか、そこを一緒に考えていけたらいいな。そこを家族がサポートできるように、先の見通しを立てて、今のこの時だけじゃなくて、関わっていききたい’と「入院というタイミングを使って、子どもの将来に関わる」事について語っていた。看護師Cは入退院を繰り返す子どもと家族に対して‘Iちゃんは初回の入院から、うちなんです。生まれて、この病気がわかった。一番つらかったママが一番、もう寝たきりかもしれないっていうのも、うちでみて。なので、すごいママとIちゃんの成長を一緒に見てるといっか’と語り、看護師Dは‘心がけてる。病気とずっと付き合っていくけど、別にその子が可哀想とかでも、思うわけでもないし。ご家族もそう思ってほしくないの、その子の人生があるから。そこで一緒に家族で付き合っていけるように、そこら辺は心理的にサポートしていきたいなとは思いますがね’と「その子どもと家族の道のり(歴史)と一緒に過ごし、看護師の経験として関わる」について語っていた。

## V. 統合

混合研究法の説明的順次デザインにより、量的研究と質的研究の結果の統合を行う目的で、量的研究と質的研究の結果を並置して比較検討するジョイントディスプレイを作成した(図10)。本研究では、説明的順次デザインに用いられる結果追跡型ジョイントディスプレイ、量的結果を1列目に、質的な結果を2列目に、そしてどのように質的結果が量的結果を説明するかを最終列に提示する方法を参考にし、量的研究と質的研究の結果の統合がより可視化できるような工夫を行った。

第一段階の量的研究により、小児入院医療管理料1,2,3を算定している病棟で、「日中7対1」「夜間9対1」等の基準以上の看護人員を配置している48施設の看護管理者が、【基準よりも多く看護師を配置することを判断した理由】について、選択した施設の割合が高い項目順に並べた。

最も高かった項目は「重症、医療的処置が多い子どもが多い(62.5%)」であり、順に「新生児、乳児が多い(60.4%)」「医療安全・事故防止の対応に時間がかかる子どもが多い(54.2%)」「清潔、栄養、排泄などの日常生活にかかわる看護行為に時間がかかる子どもが多い(54.2%)」「幼児、学童前期の子どもが多い(52.0%)」の5項目が半数以上の施設が選択していた。「重症心身障害児などの身体的介護が多い子どもが多い(33.4%)」「コミュニケーションをとる上で時間がかかる子どもが多い(33.4%)」「遊びと成長・発達の援助技術に時間がかかる子どもが多い(33.4%)」の3項目を3割以上の施設が選択していた。その他、「プリパレーションを必要としている子どもが多い(27.0%)」「睡眠に関する看護行為(寝かしつけなど)に時間がかかる子どもが多い(22.9%)」「その他(緊急入院が多い・回転率が高い・入退院が多い・感染症対策に時間がかかる・学校行事などの対応)(22.9%)」「精神的に不安定な子どもが多い(20.8%)」「学童後期、思春期の子どもが多い(14.6%)」であった。

第二段階の質的研究(参加観察・タイムスタディ法)により、対象看護師が実践した看護行為は19場面、合計で3時間10分37秒観察された。時間量の多い順に【診察・検査・処置の介助(子ども：幼児)】が3行為46分58秒、【バイタルサインの測定(乳児)】が2行為30分12秒、【点滴静脈内注射・中心静脈輸液の管理(乳幼児)】が4行為23分0秒、【術前・入院オリエンテーション】が3行為21分19秒、【創傷ケア】が2行為27分46秒、【バイタルサインの測定・検査の介助(スペシャルニーズのある子ども)】が2行為22分32秒、【付き添う家族の生活環境支援等(家族支援)】3行為22分32秒の7つの看護行為に大別された。その特徴として、看護行為用語分類(日本看護科学学会2005)に当てはめたところ、複数の看護行為を組み合わせる主な目的である看護行為を実施しているという特徴があった。領域ごとの看護行為数を多い順に並べると、領域4の情動・認知・行動への働きかけ(情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと)が58行為で最も多く、次いで領域1の観察・モニタリング(看護職者が働きかける対象の状態や状況について、情報を得て査定すること。対象には人、環境、事業などを含む。)が26行為、領域6の医療処置の実施・管理(対象が必要とする医療処置を安全・確実に、できるだけ少ない苦痛で実施・管理すること)が20行為であった。領域2の基本的な生活行動の援助(基本的な生活行動の不足を補うこと)が8行為、領域3の身体機能への直接的働きかけ(身体に働きかけて、安楽の促進、苦痛の緩和、身体機能の回復・賦活化を図ること)が6行為、領域2の環境への働きかけ(環境が対象の健康の回復・維持・増進、発達に適切なものになるようにすること)2行為で、合計120行為であった。

そこで第一段階の項目について、第二段階の看護行為の領域区分との関連を矢印で示した。第三段階での小児看護特有の看護行為における看護師が認識している意味について【子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアする。】【その子どもに合わせてケアを組み合わせる個別ケアを創りだす。】【パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組む。】【子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進む。】の4つのカテゴリーが形成され、第二段階の土台となっていると位置付けた。

領域4の情動・認知・行動への働きかけ(情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと)58行為について、看護師は子どもに対して情動・認知・行動への働きかけとなるような『情報提供』や『遊びの援助』を挟み、頻回に励ましや確認の『言葉かけ』を34行為実施していた。ディストラクションにつながる『言葉かけ(ディストラクション)』はそのうち7行為(20.5%)実施し、子どもたちの不安や恐怖心の気をそらす意味をもっていた。入院生活は子どもにとって恐怖や不安が多く、子どもの経験を通して理解しようとしても簡単ではない。子どもは全ての看護行為を行う上で、情緒的に安定した状態で実施することが非常に難しい。よって看護師は看護行為を行う上で、繰り返し情動・認知・行動への働きかけを行いながら、子どもに付き添う家族に対しても『情報提供』『言葉かけ』などを通じた『家族支援』『育児指導・相談』『分離不安への援助』『愛着形成・促進への支援』を実施していた。また管理者が看護師を多く配置する理由としてあげた全13項目が、領域4と関連していた。情動・認知・行動への働きかけについては、全ての看護行為の中で複数回、行為と行為を繋ぐタイミングで実施されていた。子どもに安全に医療行為や日常生活の援助などを実施するには、声かけや促し、

理解の確認などの働きかけや自己決定への支援を必要とし、繰り返すことで行為数や時間が多い現象が表されていた。

領域1の観察・モニタリング(看護職者が働きかける対象の状態や状況について、情報を得て査定すること。対象には人、環境、事業などを含む)26行為については、子どもの観察・モニタリングを正確に実施するには、子どもが安寧で機嫌よく、落ち着いた状況を保つことが重要であり、その為の働きかけが行為として見られた。具体的には、看護師が入院における療養生活の中で子どもが経験する治療、処置を確実に実施する上で、子どもは『バイタルサインの測定』であっても啼泣したり拒否をしたりすることで、正確な測定をすることが難しい。情動・認知・行動への働きかけを繰り返し実施しつつ、併せて観察・モニタリングにあたる『全体的印象を把握』し低年齢により判断の難しい『幼児の訴えの評価』『成長発達の評価』などを実施していたことで25行為と次いで多かった。また管理者が看護師を多く配置する理由としてあげた10項目が、領域1と関連していた。観察・モニタリングについては、バイタルサインを測定したり、治療、処置、オリエンテーションなどを実施する上で、こどもの訴えの評価や全体的な印象を把握する行為が実施されていた。特にバイタルサインの測定は行為を何回にも分けて、こどもの反応を確認し、安寧な状態で実施するために、行為数や時間が多い現象が表されていた。

領域6の医療処置の実施・管理(対象が必要とする医療処置を安全・確実に、できるだけ少ない苦痛で実施・管理すること)20行為については、子どもが必要とする医療処置を安全・確実に、できるだけ少ない苦痛で実施・管理するために『診察・検査・処置の介助(子ども)』など看護師が介助として関わっていた。特に、小児病棟に入院している子どもについては、先天性疾患などによって高度で複雑な治療、処置が必要であることが多く、入院加療の主な目的となることも多い持続点滴による薬物治療に関連した『静脈血採血』『点滴静脈内注射』『中心静脈輸液の管理』を子どもに安全に実施することは難しい。生命に直結する医療処置について、子どもが自分なりに納得し、処置に取り組むためには子どもの特徴を理解したうえでの働きかけが重要であり、看護師が工夫していた。また管理者が看護師を多く配置する理由としてあげた4項目が、領域6と関連していた。医療処置の実施・管理については、小児病棟に入院している子どもが先天性疾患などによって高度で複雑な治療が必要な状況が多く、持続点滴の管理にも頻回に行為を繰り返し実施していたことで、行為数や時間が多い現象が表されていた。

領域3の身体機能への直接的働きかけ(身体に働きかけて、安楽の促進、苦痛の緩和、身体機能の回復・賦活化を図ること)8行為については、看護師が入院生活の中で子どもの身体に働きかけて、安楽の促進、苦痛の緩和、身体機能の回復・賦活化を図ることについて、付き添っている家族がともに協力しながら実施していた。具体的には『抱っこ』や子どもをトントンとそっとリズムカルに軽くたたき『タッチング』を通して、子どもが安寧で機嫌よく、落ち着いた状況を創りだしていた。その上でその子どもが大切にしているアイテムを探り『おしゃぶりをさせること』を実施していた。小児病棟には乳幼児や重症心身障害児、医療的ケア児などのスペシャルニーズがある子どもが多くいるため、言葉だけではコミュニケーションをとることが難しいことがある。子どもと丁寧にコミュニケーションをとる働きかけは、小児病棟における子どもへの関わりには欠かせない看護行為であり、そこには看護師が身体機能への直接的働きかける手や眼などが必要になる。また管理者が看護師を多く配置する理由としてあげた8項目が、領域3と関連し



ていた。身体機能への直接的働きかけについては、看護行為の中で子どもに直接的に抱っこや、なだめるようなタッチングを実施していた。特に処置介助については、子どもの機嫌が穏やかな状況を創り出すために行為を組み入れていることが現象として表されていた。

領域2の基本的な生活行動の援助(基本的な生活行動の不足を補うこと)6行為については、小児病棟では、看護師と付き添っている家族がともに協力しながら『排泄介助』『更衣』『入浴介助』だけでなく、『入眠を促す援助』など行為を実施していた。子ども、特に乳幼児、学童前期については栄養、清潔、睡眠、排泄などの日常生活に関する基本的な生活行動を自律して実施することは難しいために、入院生活では基本的な生活行動の不足を補うために大人の支援が必要である。病気で療養中の子どもの日常生活のケアを家族が実施する上では看護師の教育的支援が欠かせないため、その役割を担うことを受けて管理者は多い配置につながっていると考えた。また管理者が看護師を多く配置する理由としてあげた3項目が、領域2と関連していた。基本的な生活行動の援助については、子どもが日常生活の行動が自立していないことによる看護行為になるが、バイタルサインを測定する上での子どもの安寧を創り出すための入眠の援助など、主目的の看護行為を実施する上での行為を組み入れていることが現象として表されていた。

領域5の環境への働きかけ(環境が対象の健康の回復・維持・増進、発達に適切なものになるようにすること)2行為については、『付き添う家族の生活環境支援』であった。小児病棟は子どもが療養生活を過ごし、子どもの家族も共に過ごすことが多い場所であり、その為の環境を整えることは重要であり、環境が対象の健康の回復・維持・増進、発達に適切なものになるように働きかけていた。小児病棟は小児疾患の特徴から緊急入院が多く、病床の回転率が高い。また管理者が看護師を多く配置する理由としてあげた2項目が、領域5と関連していた。環境への働きかけについては、低年齢の子どもの付き添っている家族への関わりとして、主たる目的の看護行為を実施するなかで、実施されている現象が表されていた。

第三段階の質的研究(インタビュー法)により、観察した場面の看護行為について看護師が認識している意味についての内容を分析した結果、【子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアする】【その子どもに合わせてケアを組み合わせて個別的なケアを創り出す】【パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組む】【子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進む】の4つのカテゴリーが形成された。4つのカテゴリーは、【子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアする】は『子どもの構造や特徴を理解したうえでアセスメントする』『子どもが安全に安寧を保てるような関わりを工夫する』の2つのサブカテゴリー、【その子どもに合わせてケアを組み合わせて個別的なケアを創り出す】が『その子どもにあわせた特別なケアを探り、提供する』『スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、ケアを工夫する』の2つのサブカテゴリー、【パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組む】が『家族とコミュニケーションを取りパートナーとして関わる』『家族が子どものケアに関するパートナーになることができるように支援する』の2つのサブカテゴリー、【子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進む】が『小児病棟の看護師として、子どもと家族の擁護者(アドボケイター)になる』『その子どもと家族の道(歴史)と一緒に過ごし、支える存在になる』の2つのサブカテゴリー、合計8つのサブカテゴリーで形成されていた。

第一段階の量的結果と第二、三段階の質的結果の統合によって、小児病棟の看護師が実施している看護行為は、複数の看護行為を組み合わせて主な目的である看護行為を実施しているという特徴があり、中でも領域4の情動・認知・行動への働きかけ(情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと)を頻回に繰り返しながら、主たる目的の看護行為を実施するという点について明らかになった。看護師は成長発達段階、疾患や病態、家族背景、子どもや家族の経験など多岐にわたっている対象患者に対して、その子どもに合わせてケアを組み合わせて個別的なケアを創りだしながら、子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアすることを意味づけていた。その上でパートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組むことを重要にしていた。また、子どもの医療提供を実施している医療機関は地域に多くない中で、子どもと家族を支えるキーステーション(重要な拠点)として捉え、その子どもと家族の道(歴史)と一緒に過ごし、支える存在になることを重要にしていた。

第一段階の量的研究では、看護管理者が「新生児、乳児などが多く入院している」「幼児、学童前期の子どもなどが多く入院している」「重症、医療的処置が多い子どもなどが多く入院している」「重症、医療的処置が多い子どもなどが多く入院している」「医療安全・事故防止の対応に時間がかかる子どもが多く入院している」について看護師を多く配置する理由として選択していたが、今回統合する中で、看護師を基準よりも多く配置すると判断した看護管理者は「子どもが手がかかる」という単純な理由で看護師を多く配置するのではなく、子どもを対象に看護行為を行っている複雑性や意味を考慮していることが考えられた。

## 第5章 考察

本研究は、小児病棟における小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方を検討するために、小児看護特有の看護行為の時間量と看護師が認識している意味について明らかにすることを目的としている。

第一段階で、全国の小児入院医療管理料 1, 2, 3 の小児病棟 356 施設は小児入院医療管理料 2 が最も多く半数以上であり、質問紙調査で小児病棟の状況と看護管理者が基準よりも多く看護師を配置することを判断した理由について明らかにした。第二段階では、小児病棟において看護師が実践している看護行為の項目と時間量について、第三段階では看護師が看護行為について認識している意味について明らかにした。混合研究法による結果の統合により明らかになった小児看護特有の看護行為、および小児病棟における小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方について考察した。

### 1. 小児看護特有の看護行為の時間量について

小児病棟の看護師が実施した主な目的である看護行為について時間量を多い順で比較すると、領域 6 医療処置の実施・管理【診察・検査・処置の介助(子ども：幼児)】が 3 行為 46 分 58 秒、領域 1 観察・モニタリング【バイタルサインの測定(乳児)】が 2 行為 30 分 12 秒、領域 6 医療処置の実施・管理【点滴静脈内注射・中心静脈輸液の管理(乳幼児)】が 4 行為 23 分 0 秒、領域 4 情動・認知・行動への働きかけ【術前・入院オリエンテーション】が 3 行為 21 分 19 秒、領域 6 医療処置の実施・管理【創傷ケア】が 2 行為 27 分 46 秒であった。また領域 1 と 6 と異なるが、【バイタルサインの測定・検査の介助(スペシャルニーズのある子ども)】が 2 行為 22 分 32 秒となり、時間量の多さは、与薬や介助を伴う医療処置、バイタルサインの測定や持続点滴を確実に実施する観察なども含めた医療的ケアと関連する看護行為であることが明らかになった。

あわせて看護師が実践した看護行為の合計 3 時間 10 分 37 秒について、6 領域 211 用語で整理されている看護行為用語分類(日本看護科学学会, 2005)にあてはめると、領域 4 情動・認知・行動への働きかけが 58 行為と全体 120 行為の 48%を占めていることが明らかになった。時間量のみでは小児看護特有の看護行為の特徴を説明できないが、領域 4 情動・認知・行動への働きかけが時間量と関連していることが示唆された。

看護師は主な看護行為を実施するにあたって、子どもに対して領域 4 情動・認知・行動への働きかけとなるような『情報提供』や『遊びの援助』し、励ましや確認の『言葉かけ』を頻回に繰り返しながら実施していた。看護師が実施する『言葉かけ(ディストラクション)』は多くの場面で、子どもたちの不安や恐怖心の気をそらすことで効果的な対処となる役割を持っていた。看護師の看護行為は子どもを対象にするだけでなく、子どもに付き添う家族に対しても『情報提供』『言葉かけ』などを活用した『家族支援』『育児指導・相談』『分離不安への援助』『愛着形成・促進への支援』などを組み合わせて実施していた。

金井 Pak, 伊豆上, 上泉, 他(2004)によると、成人患者との比較で 1 日あたりの小児患者の看護業務時間数は内科系病棟の 1.7 倍、外科系病棟の 1.2 倍であった。また 1 日あたりの看護業務時間数は 6.5 倍で、日勤帯が約 4 倍、夜勤帯約 6 倍(伊藤, 2007)、特に成人患者との差が最も大きい項目は、与薬・治療・処置で 3.2 倍、直接生活介助が 1.7 倍(谷村, 2003)と小児患者に対する看護時

間数の多さが報告されている。しかしながら本研究では、複数の看護行為を組み合わせ、主な目的である看護行為を実施していること、領域 4 情動・認知・行動への働きかけが時間量と関連していることが相違点として明らかになった。

これまで小児看護の時間量について、看護行為を 1 行為の所要時間の観点から考えられてきたが、看護行為の組み合わせや領域の観点で分析すると、小児看護特有の看護行為の組み合わせの複雑さは高度な看護師の技を表しており、それが小児看護の特徴として重要な視点であると考えた。小児患者に対する看護時間数の多さは、単純な軸でのみ捉えるのではなく多側面からの捉え方が必要であり、我が国における小児病棟での看護実践や看護管理を検討する際には、これらを理解することが重要である。

## 2. 小児看護特有の看護行為の特徴と意味

本研究で明らかになった小児看護特有の看護行為の特徴は、複数の看護行為を組み合わせる主な目的である看護行為を実施することであった。組み合わせには特徴があり、看護行為として繰り返し情動・認知・行動への働きかけを行いながら、子どもの反応を引き出し、経験や理解を探り、主な目的である看護行為が実施できるように取り組んでいた。

身体的、精神的、社会的に自分のことが自分で行えない、判断することができない、自分自身をコントロールできない状態にある子どもとその家族に対して、看護師は子どもの反応を引き出し、経験や理解を探り、主な目的である看護行為が実施できるように、迅速な判断や対応が求められている中で実践していた。看護師は、子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアしたり、子どもに合わせてケアを組み合わせる個別ケアを創りだしたり、パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組んだり、子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進むことを意識して、複数の看護行為を組み合わせていた。以下に小児看護特有の看護行為の特徴と意味について考察する。

### 1) 子どもが安全に、安寧に、小児病棟において療養生活がおくれるように関わる

小児病棟において子どもの安全は、前提として保障されていなくてはならない事柄である。子どもは成長・発達の途上段階にあり、自分自身のことを的確に表現できない事や、周囲の危険を察知し自らの身を守ることが難しく、周囲の大人が十分配慮しなくてはならない。しかし病院という環境で、身体の不調、苦痛、慣れない環境や家族と離れる経験、治療や処置などからくる不安は、子どもが安寧や安全を保つことが困難となる要因である。

本研究で看護師は、手術後の乳児のバイタルサイン測定の際に、母親に抱かれているがずっと激しく啼泣している乳児について、モニタの装着、点滴ルートの確認など行いながら母親に「縦抱きにしてみたら」と『言葉かけ』『家族支援』し、バイタルサイン測定後も母親と『共にいる』ことを実施していた。看護師は乳児が「寝られなくて泣いている感じがした」とアセスメントしたうえで、母親が乳児を抱っこして必死になだめている様子を「抱き方とかあやし方とか、(中略)お母さんがそわそわしてたから。子どもを泣き止ませることに集中してない」と感じ「子どもが術後にずっと泣き続けている、この状況との兼ね合い」を考慮し、タイミングを図りながら『抱っこ』を看護師と交代することを母親に提案した。看護師は乳児を縦抱き気味のぎゅっと

した抱き方で、身体を上下にゆっくり揺すり、背中全体をトントンと優しくなだめるように軽くたたきながら、母親と会話しつつ『入眠を促す援助』を実施すると、30秒ほどで乳児の泣き声は止まり90秒位で寝始めた。母親はリラックスした表情で看護師と会話を続けていたが、乳児が落ち着いたタイミングを見計らって、看護師はそっとベッド上に座っている母親に抱っこを交代するように『親役割の獲得支援』を促した。看護師は母親が困っている様子を観察しながら「なんでも困ったら言っていていいですよ、じゃないけど、そこを引き出せるような関係づくりを、あそこでしといたほうがいいお母さんかなとも思った」とアセスメントし、バイタルサイン測定のタイミングを活かして「(母親との関係性に深く)入っていかないと、そういうところの何か困りごとは引き出せない」「やってやろうじゃないけど、子どもも今日手術だから大変だけど、そこに一緒にいるお母さんだって緊張してるし、大変だよねっていうのをわかってますよっていうメッセージ」を意識して伝える機会としていた。山元(2004)による小児病棟の24時間タイムスタディ調査では、看護師は子どもを抱っこしたり、声かけ、あやす、などの「ながら仕事」や「中断」が多いと報告されている。しかしながら本研究では、『抱っこ』『声かけ』などは看護行為の中断というよりは、主たる目的の看護行為を構成している一部分であり、看護師は情動・認知・行動への働きかけを繰り返し実施しつつ、あわせて観察・モニタリングし、低年齢により判断の難しい訴えの評価を実施していることが立証された。

子どもはバイタルサインの測定であっても、啼泣したり拒否をしたりするために、正確な測定をすることが難しい。子どもの観察・モニタリングを正確に実施するには、子どもが安寧で機嫌よく、落ち着いた状況を保つことが重要であり、その為の働きかけが看護行為として明らかになった。このことから、小児病棟の子どもが穏やかに過ごしている時間は、自然に生じるのではなく看護師の技をもって創り出していると考える。子どもと丁寧にコミュニケーションをとる働きかけは、小児病棟における子どもへの関わりには欠かせない看護行為であり、そこには看護師が身体機能への直接的働きかける手や眼などが必要になるため、その役割を担うことを受けて管理者は、看護師を多く配置することにつながっていることが示唆された。

## 2) 子どもの主体性を育み、その子どもらしく成長発達していけるように、働きかける

子どもの主体性は、能動的な認知・情意・行動で、段階的に発達するものであり、周囲の大人の働きかけが影響を与える。田畑(2016)は、「子どもの主体性」について1980年頃より日本で使われ独自性の強い概念であり、特に1988年の文部科学省の教育課程審議会答申の改善点の1つに「自ら学ぶ意欲と社会の変化に主体的に対応できる能力の育成を重視すること」が多く活用される機会となったことをあげている。病気を持つ子どもは、制限のある入院生活や痛みを伴う処置、予測しにくい状況などを体験するため、他の子どもよりも子ども自身が主役と感じにくい状況になる。そのため、周囲の大人である医療者や親が子どもに主役であることを伝え、頑張りを称賛するといった働きかけが重要である。

本研究で看護師は、スペシャルニーズのある学童にバイタルサインを測定する際に、父親の膝の上に座っている学童の『全体的印象の把握』をしつつ、ちょっとモシモシしていいですかと学童にわかる言葉で『言葉かけ』していた。看護師はややかがみながら学童に視線を合わせて話しかけるが、学童は口癖のようにずっとイタイ！イタイ！と言っており、看護師はその様子を見な

がら学童が何を認知して表現しているのか『成長発達の評価』していた。「あの子は痛くないことでも、嫌なことがたぶん、全部イタイ、イタイで表現する感じ」と看護師はアセスメントし、イタイ！イタイと繰り返して腕を動かしている学童に痛くないよ、と『言葉かけ』しつつ進めた。最後これだよ、と看護師は自分の指にクリップ式のサチュエーションモニターをつけて学童に見せるが、手で払いのけられてしまう。看護師は「大人は説明すればわかる。でも、子どもなので、無理強いさせるのがその子にとって苦痛になるのであれば、自分の業務よりもその子の安全とか安楽」と意味づけながら、5mほど離れた場所からテープで装着するサチュエーションモニターをもって、学童と父親の所に戻り、痛かったらすぐはずすね、巻き巻きするね、と『自己決定への支援』を促しながら指にテープを巻き『バイタルサインの測定』をしていた。終了後には、終わりました！ありがとう、おしまい！と看護師が元気に学童を褒めて『言葉かけ』しており、「お父さんのお膝の上において、それだけで、その子が安心するのであれば」「褒めてくれる人がいるほうが、子どもは頑張れると思う」と看護師が考え、看護行為を父親の膝にいたままの学童に実施したことが明らかになった。学童は測定終了後、父親に向けて嬉しそうに笑顔で、おしまい！と報告していた。子どもが検査・処置を受ける場合に、子どもの力を引き出すケア(松森, 2004)について、看護師たちが試みた関わりや具体的な看護の技術として「子どものタイミングに合わせることでがんばれた」「気をそらすことでがんばれた」が明らかになっており、本研究の結果と同様であった。

小児医療の進歩によって、日常的に人工呼吸療法、気管切開の管理、吸引や注入など、高度な医療的ケアが必要な医療的ケア児(厚生労働省, 2016)や、さまざまな医療的背景をもった小児患者に対応して、海外ではCSHCNという概念で包括したシステム構築が進んでいる(Kogan, Strickland & Newacheck, 2009)。慢性的に身体、発達、行動、精神面でのリスクがあり、小児病棟では一般的な子どもたちが必要としているレベルを超えた質と量の健康関連サービスを必要としている子ども、スペシャルニーズをもつ子どもへの適切な対応が望まれている。本研究でも看護師は、子どもの今までの経験を探りながら今のケアに活かし、子どもが頑張れるタイミングを探って、処置などの方法を変更して行っていた。また、子どもが表現している事柄が何を指すのかについて、その子どもの経験から推察し、時間をかけてやりとりを重ね対応していた。漆畑(2009)は「個別性のある看護」に関して概念分析を用いて、「対象者の状態を望ましい方向へ移行するために、対象の置かれている状況およびその背景を把握し、それをもとに既存の看護を組み合わせる、調節・変更・改善することで創造される看護」と明らかにしている。二宮(2007)は、小児看護における看護実践を記述する用語の構造と特徴について、看護師の看護実践項目が一つの看護実践を記述する用語に、説明「声掛け」「母親への配慮」「家族支援」「観察」などの複数の看護行為が含まれる傾向を明らかにしている。

本研究では、子どもに対して看護行為を実施するうえで看護師が、子どもが情緒的に安定した状態で看護行為を実施できるように、繰り返し情動・認知・行動への働きかけを行っていた。入院生活は子どもにとって恐怖や不安が多く、子どもの経験を通して理解しようとしても簡単ではない。小児看護行為が複雑な構造であることは、対象である小児の個別性に対応することと関連していると考えられる。つまり、子どもは年齢や疾患、家族の背景なども含めると個別性のある看護を提供する必要がある多くの場面で認められる。子どもの個別性を大切にすることは、病

をもった子どもが、その子どもらしく生きていくことの支援に繋がっていく。看護師は子どもに対して情動・認知・行動への働きかけとなるような『情報提供』や『遊びの援助』を挟み、頻回に励ましや確認の『言葉かけ』、特にディストラクションにつながる『言葉かけ(ディストラクション)』は、看護行為の場面で子どもたちの不安や恐怖心の気をそらす意味をもっていた。そして子どもが病気や治療などの苦痛を体験し、子どもなりにそれを乗り越えていく体験は、子どもにとってプラスの体験となると意味づけ、その子どもにあわせた特別なケアを探り、提供することにつながっていることが示唆された。また看護師は、子どもが成長・発達していくうえで、子どもにとっての入院生活や処置や治療を含めた看護行為が、苦痛を伴う経験にならないようにすることを心がけており、それは子どもが病気とずっと付き合っていくことや、その子どもの人生としての道のりを大切にするという意味に繋がっており、小児病棟を子どもと家族の人生の道のりを支えるキーステーション(重要な拠点)として捉えていることが示唆された。

小児病棟の看護師は、子どもの入院生活での経験が子どもの成長発達や人格形成にもつながると考え、看護師は「その瞬間」だけでなく「将来につながる経験」を創りだすと看護行為を意味づけていた。これは小児看護において重要な視点であり、我が国の小児看護においてこの考え方に基づく看護実践について推進し、定着できることが重要である。

### 3) 子どもの家族を支援する姿勢を持ちながらも、パートナーとして位置付けることを大切に、共に子どもに関わり続ける

小児病棟は子どもが療養生活を過ごすとともに、子どもに付き添っている家族も過ごす場所である。小児看護のケアの哲学として応用されてきた FCC(Harrison, 2010)については、米国小児科学会が 2003 年に主要概念として宣言し、わが国でもその理念に基づいた小児、周産期医療への取り組みが進んでいる(田中, 2017)。CSHCN のケアに FCC を取り入れることで小児患者の健康状態、ケアの満足度、ヘルスケアサービスの効果的な使用、家族への影響やコストの改善などに効果があることが明らかになっており(Kulthi, Bloom, Van Cleave et al., 2011)、小児病棟に入院している医療的ケア児やスペシャルニーズをもつ子どもについても、FCC の考え方を基盤とした関わりが望まれている。鈴木(2014)は小児看護を実践する看護師の抱える困難に関して、「非協力的・疲労・不安定な家族との関係づくりの難しさ」や「要求が強く、わが子中心の家族との関係づくりの難しさ」などが入院する子どもの家族との関係づくりの困難だと明らかにしており、小児看護において家族との関わりは重要な課題である。

本研究で看護師は、先天性疾患により持続点滴療法を下肢の血管から実施している乳児について、付き添っている母親と共に観察していた。『中心静脈輸液の管理』が必要な乳児の右足の踵は赤く痂皮化しており、痂皮化している部分をクッションかガーゼ保護か母親と相談し『創傷ケア』を行っていた。看護師は、乳児が身体遊びとして両下肢を上下に動かしていることで踵の褥瘡が悪化することを「成長だから、止めるわけにはいかないと思います。身体使って遊ぶの」

「ちょうど成長する段階だし、それは抑制するほどでもないのかなって(中略)最終手段だと思います。本人に何か抑制するのは」と意味づけし、下肢の踵をトントンと上下に動かし身体遊びしている乳児の動きを見て、時おり足のリズムに合わせて乳児を優しく触りながら、母親と一緒に『遊びの援助』と、身体遊びする特徴に合わせたケア方法を『育児指導・相談』として母親に

提案していた。同時にシリンジポンプを確認し電卓で量の計算など『中心静脈輸液の管理』をし、母親の訴えに耳を傾けながら『家族支援』を実施していた。看護師は家族と共にケアすることを「ママが最初に気づいてくれたんですね。ここの腫れがとか。寝返りをしなくなったとか、ちいさな変化」と考え、「一番身近で(子どもを)見てるのが母で、一緒に巻き込んで(中略)ここが腫れてきてたら教えてほしいとか、こういう変化があったら教えてねって」と家族が看護師と同じように子どもに対応できるように促していた。看護師は、子どもの少しの変化に家族が気づくことが、子どもの観察・モニタリングや、低年齢により判断の難しい子どもの訴えの評価に繋がることを重要だと捉えており、看護師が家族をケアの対象だけでなく、パートナーとして尊重して関わっていくという意識の表れであることが明らかになった。

小児病棟に子どもが入院している場合、特に長期間であると付き添っている家族が自宅を不在にすることでの影響も大きくなる。本研究では、特に COVID-19 の影響で付き添っている家族がきょうだいと対面できない期間に重なっていたが、看護師は「病気の子ばかりに家族が目目して、お兄ちゃんが置いてきぼり」にならないように、付き添っている家族を介してきょうだいと関わることで、きょうだいへの支援と家族が親役割をとる支援の双方について意味づけて関わっていた。新家(2007)の調査では、母親が付き添った場合に、きょうだいも情緒と行動の問題を引き起こす傾向が強いこと、それには母親の状態不安の程度などが関連していることが明らかになった。

本研究では、看護場面としてきょうだい支援を実践することは観察できなかったが、直接的に関わることが困難な状況でも、家族にはきょうだいが含まれており、家族を支援することがきょうだい支援に繋がっていると看護師が認識し働きかけていることは、COVID-19 の影響が残る医療現場のような状況であっても優先すべき事柄であると考えた。看護師は子どもと家族の擁護者(アドボケイター)になり、子どもと家族の道(歴史)と一緒に過ごし、支える存在になる。すなわち、小児病棟に入院している子どもと家族を中心として捉えケアを実施していることが本研究では明らかになり、COVID-19 の影響を受ける小児医療の現場だからこそ、FCC の重要性を再認識し実践する必要があると考えた。

### 3. 小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方

小児看護特有の看護行為の特徴は、複数の看護行為を組み合わせて主な目的である看護行為を実施することであった。組み合わせには特徴があり、看護行為として繰り返し情動・認知・行動への働きかけを行いながら、子どもの反応を引き出し、経験や理解を探り、主な目的である看護行為が実施できるように取り組んでいた。看護管理者は「新生児、乳児などが多く入院している」「幼児、学童前期の子どもなどが多く入院している」「重症、医療的処置が多い子どもなどが多く入院している」「重症、医療的処置が多い子どもなどが多く入院している」「医療安全・事故防止の対応に時間がかかる子どもが多く入院している」について看護師を多く配置する理由として選択していた。すなわち看護管理者が、看護師を基準よりも多く配置すると判断するにあたり、「子どもは手がかかる。子どもだから時間がかかる」という単純な理由で看護師を多く配置するのではなく、子どもを対象に看護行為を行っている複雑性や、時間がかかるという意味、つまり「子どもが安全に、安寧に、小児病棟において療養生活がおくれるように関わる」「子ども



の主体性を育み、その子どもらしく成長発達していけるように、働きかける」「子どもの家族を支援する姿勢を持ちながらも、パートナーとして位置付けることを大切にし、共に子どもに関わり続ける」という小児看護特有の看護行為を実施する上で「小児看護特有の看護行為には時間が必要である」と判断していると考えた。

小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方について、COVID-19による社会情勢の変化との関連を含めて考えたい。COVID-19の拡大によって小児の入院環境の変化が生じている(藤田, 2021)。特に面会基準を、親以外は不可とした施設が60.8%で、付き添いについては、乳幼児は付き添いが必要が47.5%で、小児全員に付き添いが必要、とあわせると63.9%であった。基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(厚生労働省, 2008)により、「看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない」とある。病気の子どもと家族を支援するNPO法人キープ・ママ・スマイリングが大学と共同で1054名の家族に調査した結果(小林, 2021)は、入院中の子どもの付き添いを行っている家族が感じている負担として、体調不良や睡眠不足の他に就業が継続できないことなどが明らかになっていた。付き添い家族が行っているケアは、見守り、排泄介助、食事介助、寝かしつけ、遊びが8割以上であり、看護師にまかせたケアとして、清潔介助、服薬介助、見守りなどがあった。本来、入院中の子どもにとって家族と一緒に過ごすことは、とても重要である。子どもの権利条約第9条、親と引き離されない権利(日本ユニセフ協会, 2019)や、入院に伴う母子分離等の発達への影響についても考慮したうえで、小児病棟における家族の付き添いの考え方は整理するべきと考える。

看護管理者は、小児医療の現場で、安全で健康的な環境での卓越したケアを追求しながら、家族中心のケアを提供することが重要である。小児病棟において看護師が実践する小児看護行為を理解し、家族とのパートナーシップを作り上げていく看護管理が、子どもの安全と安寧を保ちながら療養環境を創り出すことにつながると考える。パートナーシップとは、「共に何かを成す仲間との、信頼に基づく対等な関係(橋口, 2006)」である。小児病棟における看護師と家族のパートナーシップを考える際に、対する考え方としてヒエラルキー(階層)・マインドがあげられる。日本の医療現場においては、我が国の文化的背景とも関係して、欧米諸国と比較してもヒエラルキー構造が強いと言える。医師や看護師、患者家族の関係が、まかせる、まかされるという表現で語られるのは、パートナーシップとは相反している。小児病棟における看護管理については、家族とのパートナーシップを充実させる組織づくりを提言したい。パートナーシップを管理するスキルは、主に組織間のコラボレーションを効果的に進める考え方として進んできた(Vangen & Huxham, 2003)。パートナーシップの基盤となるものは信頼関係であり、信頼関係の構築のループを維持することが重要であり、そのためには情報や価値を共有していく必要がある。

従って、小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方とは、子どもが安全に、安寧に、小児病棟において療養生活がおくれるように関わり、子どもの家族を支援する姿勢を持ちながらも、パートナーとして位置付けることを大切にし、共に子どもに関わり続けることである。そして、小児看護特有の看護行為の特徴について理解したうえで、看護師の人員配置

を含む子どもの療養環境を整え、子どもの家族とパートナーシップを創りあげる仕組みを発展させることだと考える。

#### 4. 看護への示唆

本研究で明らかになった小児看護特有の看護行為の特徴は、複数の看護行為を組み合わせて主な目的である看護行為を実施することであった。組み合わせには特徴があり、看護行為として繰り返し情動・認知・行動への働きかけを行いながら、子どもの反応を引き出し、経験や理解を探り、主な目的である看護行為が実施できるように取り組むことであった。看護師は子どもが安全に、安寧に、小児病棟において療養生活がおくれるように関わること、子どもの主体性を育み、その子どもらしく成長発達していけるように、働きかけること、子どもの家族を支援する姿勢を持ちながらも、パートナーとして位置付けることを大切にし、共に子どもに関わり続けることについて、意味づけし看護行為を実践していた。

本研究により、小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方について、看護への示唆として次のように考えた。

子どもの安全を守るために観察・モニタリングを正確に実施するには、子どもが安寧で機嫌よく、落ち着いた状況を保つことが重要であり、その為の看護行為が必要である。小児病棟の子どもが、穏やかに過ごしている時間は自然に生じるのではなく、看護師の技をもって創り出しているため、子どもと丁寧にコミュニケーションをとる働きかけや、子どもの身体機能への直接的働きかけをするための環境整備について、管理者が考慮し看護師の配置について意思決定することを提言する。

小児病棟の看護師は、子どもの入院生活での経験が子どもの成長発達や人格形成にもつながると考え、「その瞬間」だけでなく「将来につながる経験」を創りだすと看護行為を意味づけていた。子どもが成長・発達していくうえで、子どもにとっての入院生活や処置や治療を含めた看護行為が、苦痛を伴う経験にならないようにすることを看護師が心がけており、それは子どもが病気にずっと付き合っていくことや、その子どもの人生としての道のを大切にするという意味に繋がっていた。従って管理者は、小児病棟を子どもと家族の人生の道のを支えるキーステーション(重要な拠点)として位置づけ、小児病棟の看護管理としてこの考え方に基づく看護実践について推進し、定着できるよう療養環境の整備や人材育成に取り組むことを提言する。

小児病棟は子どもが療養生活を過ごすとともに、子どもに付き添っている家族も過ごす場所である。家族中心のケアを提供することはわが国にとっても重要であるため、小児病棟において看護師が実践する看護行為を理解し、家族とのパートナーシップを作り上げていく看護管理が、子どもの安全と安寧を保ちながら療養環境を創り出すことにつながると考える。

従って、小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方とは、子どもが安全に、安寧に、小児病棟において療養生活がおくれるように関わり、子どもの家族を支援する姿勢を持ちながらも、パートナーとして位置付けることを大切にし、共に子どもに関わり続けることである。そして、小児看護特有の看護行為の特徴について理解したうえで、看護師の人員配置を含む子どもの療養環境を整え、子どもの家族とパートナーシップを創りあげる仕組みを発展させることだと考える。

## 5. 本研究の限界

小児病棟において看護師が実践している看護行為について項目とその時間を明らかにするためには、複数の施設の看護師を対象に実施することが望ましいと考えていたが、2020年よりCOVID-19による社会情勢の変化により、病院に研究者が入ることが困難となり施設数や対象看護師数が不十分であった。これにより、対象施設については設置主体や、医療機能について小児病棟の看護行為に関わる事柄が限定されたため、焦点を絞った内容での調査となったことで結果の適応は限界がある。さらに研究を発展させるためには、小児病棟の様々な背景について考慮した検討が必要である。本研究では質的研究として小児病棟の看護師である実践者の視点のみであったため、管理者についての結果が得られていないため、看護管理者の立場から研究を継続していくなど、今後発展的に取り組む必要があると考える。

## 6. 利益相反について

本研究における利益相反は存在しない。

## 第6章 結論

本研究では、小児看護特有の看護行為の時間量と看護師が認識している意味について明らかにし、小児病棟における小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方を検討した。

看護管理者が、基準よりも多く看護師を配置することを判断した理由は、「新生児、乳児などが多く入院している」「幼児、学童前期の子どもなどが多く入院している」「重症、医療的処置が多い子どもなどが多く入院している」「重症、医療的処置が多い子どもなどが多く入院している」「医療安全・事故防止の対応に時間がかかる子どもなどが多く入院している」であった。

小児病棟において看護師が実践している看護行為について項目とその時間量は、主な目的として捉えている看護行為について時間量の多い順に並べると、与薬や介助を伴う医療処置や、バイタルサインの測定や持続点滴を確実に実施する観察なども含めた医療的ケアと関連する看護行為であったことが明らかになった。複数の看護行為を組み合わせ、主な目的である看護行為を実施しているという特徴について、複数の看護行為の組み合わせについて領域ごとに整理すると、特に『領域4：情動・認知・行動への働きかけ』が58行為と全体120行為の48%を占めていることが明らかになり、時間量のみでは小児看護特有の看護行為を説明できないが、『領域4：情動・認知・行動への働きかけ』が時間量と関連していることが示唆できた。

小児看護特有の看護行為における看護師が認識している意味は、【子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアする】【その子どもに合わせてケアを組み合わせ、個別のケアを創り出す】【パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組む】【子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてともに進む】であった。

最終的に、本研究を通して小児看護特有の看護行為の特徴は、「子どもが安全に、安寧に、小児病棟において療養生活がおくれるように関わる」「子どもの主体性を育み、その子どもらしく成長発達していけるように、働きかける」「子どもの家族を支援する姿勢を持ちながらも、パートナーとして位置付けることを大切にし、共に子どもに関わり続ける」が明らかになった。

小児病棟において小児看護の特性の理解に基づく看護管理のあり方とは、小児看護特有の看護行為の特徴について理解したうえで、看護師の人員配置を含む子どもの療養環境を整え、子どもの家族とパートナーシップを創りあげる仕組みを発展させることだと考えた。

## 謝辞

この研究を実施するにあたり、多くの方からご支援をいただきました。

はじめに、本研究に快くご協力くださいました研究協力施設の看護部長の皆様、小児病棟の看護管理者およびスタッフの皆様に心より御礼申し上げます。

次に、研究を進めるにあたってご支援いただいた皆様に感謝申し上げます。

2020年に入り COVID-19 の世界的な流行を受けて、研究活動を継続できるのか未知の状況でした。未曾有の事態の中で、臨床現場で日夜患者のそばに寄り添い続けた医療従事者の姿は、この研究をまとめなくてはいけない、という私自身の覚悟を支え、励ましてくれました。あきらめるな、がんばれ、と優しく、時に厳しく、明るく、声をかけ続けてくれた神奈川県立こども医療センターの同僚達には、心から感謝いたします。

東京女子医科大学青木雅子先生には、小児看護学の専門家として幅広い観点、そして大切な看護の軸としての信念を示していただき、導いていただきました。COVID-19 による不安定な社会状況で、臨床現場での仕事と並行しながらの論文執筆は想像を超える大変さがありましたが、青木先生と語りながら新しい知見を生み出す作業は小児看護の将来が見いだせるような、楽しい時間でもありました。論文の完成は青木先生の丁寧なご指導がなければできませんでした。心より感謝申し上げます。

東京女子医科大学池田真理先生には、博士課程入学時から研究の計画、実施の過程について、広い視野と研究者として鋭いご指導を下さり、研究で新しい知見を導き出し、看護の発展につなげるという姿勢を学ばせていただきました。心より感謝申し上げます。

最後に東京女子医科大学の先生方、博士後期課程の4年間をともに過ごしてくれた諸先輩方、同期の皆様、後輩の皆様心より感謝申し上げます。

この縁を大切に、今後も看護の発展に取り組んでまいります。

なお、本研究は2019年度中西睦子看護学先端的研究基金を受けて実施しました。中西睦子先生に直接お会いすることは叶いませんでしたが、「現実にある看護とその実践の姿を、誇張なくリアリストティックに捉えて、課題を見出し、自ら変えていこうとするナース」という言葉に私は奮起され、最後まで歩むことが出来ました。感謝でいっぱいです。

私をいつも近くで元気に応援してくれる家族に心から感謝して

2022年1月吉日

萩原綾子

## 引用文献

- 浅野みどり (2008): スペシャルニーズをもつ子どもと家族への予防的育児支援, 外来小児科, 11(4), 455-456.
- 米國小児科学会 (2019)/五十嵐隆 (2020): 慢性疾患や特別なケアが必要な子どもたちへの支援ガイド, 259, 日本小児医事出版社, 東京.
- Benner, P. (1996)/井部俊子 (2005): ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ, 医学書院, 東京.
- Benner, P./Hooper Kyriakidis, P./Stannard, D. (2011)/井上智子 (2012): ベナー看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること第2版—, 医学書院, 東京.
- Carter, Bernadette (1997)/横尾京子 (1999): 小児・新生児の痛みと看護 (初版), メディカ出版, 大阪.
- Creswell, John, W. (2015)/抱井尚子 (2017): 早わかり混合研究法 (初版), ナカニシヤ出版, 東京.
- Flick, U./小田博志, 山本則子, 他 (2011): 質的研究入門<人間の科学>のための方法論, 春秋社, 東京.
- 藤田茂, 永井庸次, 飯田修平, 他 (2017): ビーコンセンサーを用いた他計式タイムスタディに基づく重症度、医療・看護必要度の評価, 日本医療マネジメント学会雑誌, 18(2), 61-66.
- 藤田優一, 藤原千恵子 (2013): 入院している小児のサークルベットからの転落に関する危険因子, 日本小児看護学会誌, 22(1), 32-39.
- 藤田優一, 藤原千恵子 (2013): 催眠剤、鎮静剤、麻酔剤使用後の小児について転倒、転落に注意を要する時間の指標, 日本小児看護学会誌, 22(2), 54-60.
- 藤田優一, 植木慎吾, 北尾美香, 他 (2021): 新型コロナウイルス感染症の拡大による小児の入院環境の変化とその対応策に関する実態調査, 日本小児看護学会誌, 30, 205-212.
- 船橋美智代 (2010): 看護業務量調査(タイムスタディ)実施分析活動の沿革, 旭厚医誌, 12, 113-116.
- 舟島なをみ (1994): 長期療養を要する小児の入院環境の実態—病院の種類による相違に焦点を当てて—, 第25回小児看護学会抄録集, 91-93.
- 古旗美恵子, 石井由美子, 上加世田豊美, 他 (2011): 「重症度・看護必要度に係る評価表 28項目」を用いた小児の看護必要度の評価—小児専門病院3施設での調査結果の検討—, 日本小児看護学会第21回学術集会講演集, 187.
- 萩原綾子 (2016): 子どもの療養環境を整える看護管理とは, 小児看護, 39(9), 1097-1100.
- 萩原綾子, 有田直子, 三浦せつ子 (2005): CNSとしての活動—実践と相談—, 小児看護, 28(6), 708-712.
- 濱中喜代, 花澤雪子 (2008): 小児看護領域における卒後教育・指導に関連した新人看護師およびプリセプターの現状と課題—総合病院における調査から—, 日本小児看護学会誌, 17(1), 31-37.

- 花田千鶴美, 清水洋子, 猪上妙子(2007):小児病棟特有の看護業務の状況はどのように可視化されるか, 小児看護, 30(8), 1048-1053.
- 原田正平(2011):治療管理の進歩と小児慢性疾患の予後について, 小児内科, 43, 434-443.
- Harrison, T. M.(2010): Family-centered pediatric nursing care: State of the science, Journal of Pediatric Nursing, 25(5), 335-343.
- 橋口寛(2006):パートナーシップ・マネジメント(初版), ゴマブックス株式会社, 東京.
- Hendrich, A., Chow, M. P., Skierczynski, B. A., et al.(2008): A 36-hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time?, The Permanente journal, 12(3), 25-34.
- 東野定律(2011):一般病棟用「重症度・看護必要度に関わる評価票」を用いた患者分類の有用性、妥当性に関する研究、経営と情報、静岡県立大学・経営情報学部/学報, 24(1), 51-62,
- 平谷優子, 法橋尚宏, 市來真登香, 他(2018):入院中の病児をもつ家族が看護師に期待する家族支援, 家族看護学会誌, 24(1), 14-25.
- 井上雅子, 横尾京子, 野口恭子, 他(1999):新生児の agitation に対するケアの実際と介入モデル試案の作成, 日本新生児看護学会誌, 6(1), 9-15.
- 伊藤龍子(2007):小児患者に要する看護時間と適正人員配置に関する研究, 小児保健研究, 66(6), 797-802.
- 抱井尚子(2015):混合研究法入門(第1版), 医学書院, 東京.
- 金井 Pak 雅子, 伊豆上智子, 上泉和子, 他(2004):看護ニーズに基づく看護労働力の適正配分に関する研究, 平成15年度厚生労働科学研究特別研究事業研究報告書.
- 笠原聡子, 石井豊恵, 沼崎穂高, 他(2004):タイムスタディの実施, 看護研究, 37(4), 309-317.
- 川名るり, 吉田玲子, 太田智子, 他(2017):子どもと家族に関わるすべての看護師に求められること—これからの小児看護につながる小児看護学実習の課題—, 日本小児看護学会誌, 26, 15-22.
- 川名るり(2012):小児病棟の組織文化と看護実践 患者が子どもであることによる困難さ, 看護研究, 45(5), 492-504.
- 萱場桃子, 小澤三枝子(2007):児の入院に伴う母親の生活行動における変化と困り具合に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 30(5), 53-60.
- 厚生労働省.2019年4月18日アクセス, <https://www.mhlw.go.jp/index.html>.
- 小林京子(2021):入院中の子どもの家族の生活と支援に関する実態調査の概要. 2021年12月30日アクセス, <https://university.luke.ac.jp/news/2021/jgl9rh0000006cjn.html>.
- 小林八代枝(2007):家族の付き添いに関する動向・看護管理上の留意点, 小児看護, 30(8), 1066-1071.

- Kogan, M. D., Strickland, B. B., & Newacheck, P. W. (2009): Building systems of care: findings from the National Survey of Children With Special Health Care Needs, *Pediatrics*, 124 Suppl 4, S333-S336.
- 国立社会保障・人口問題研究所. 2019年4月18日アクセス, <https://www.ipss.go.jp>.
- Krichbaum, K., Diemert, C., Jacox, L., et al. (2007): Complexity Compression: Nurses Under Fire, *Nursing Forum*, 42: 86-94.
- Kuhlthau, K. A., Bloom, S., Van Cleave, J., et al. (2011): Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review, *Academic pediatrics*, 11(2), 136-143.
- 栗田優, 神谷由子, 高橋紀子, 他 (2015):入院中の子どもに付き添う母親の睡眠の実態と QOL との関連, *日本小児看護学会誌*, 24(3), 26-32.
- 草柳浩子 (2004):子どもと大人の混合病棟における看護師の抱える困難さ, *日本看護科学学会誌*, 24(2), 62-70.
- 楠田聡 (2017):最新の NICU 治療成績—世界最高水準の NICU 治療, *医学のあゆみ*, 260(3), 195-200.
- 松森直美, 二宮啓子, 蝦名美智子他 (2004):「検査・処置を受ける子どもへの説明と納得」に関するケアモデルの実践と評価(その 2), *日本看護科学学会誌*, 24(4), 22-35.
- McGillis Hall, L., Pedersen, C., Hubley, P., et al. (2010): Interruptions and pediatric patient safety, *Journal of pediatric nursing*, 25(3), 167-175.
- 三輪富士代, 下川久仁江 (2016):小児専門病院における看護管理, *小児看護*, 39(9), 1123-1131.
- 宮里邦子 (2005):古くて新しい問題～小児病棟における母親の付き添い問題～, *熊本大学医学部保健学科紀要*, 1-6.
- 内閣府. 2019年4月18日アクセス, <https://www.cao.go.jp>.
- 中野綾美編 (2019):小児の発達と看護(第6版), メディカ出版, 大阪.
- 日本看護協会. 2019年4月18日アクセス, <https://www.nurse.or.jp>.
- 日本看護協会看護婦職能委員会編 (1995):看護婦業務指針(第1版), 日本看護協会出版会.
- 日本看護科学学会 第6期・7期看護学学術用語検討委員会編 (2005):看護行為用語分類(第1版), 日本看護協会出版会.
- 日本小児科学会. 2019年4月18日アクセス, <https://www.jpeds.or.jp>.
- 日本ユニセフ協会. 2019年4月18日アクセス, [https://www.unicef.or.jp/about\\_unicef/about\\_rig.htm](https://www.unicef.or.jp/about_unicef/about_rig.htm).
- 二宮啓子, 小野智美, 村田恵子, 他 (2007):小児看護における看護実践を記述する用語の構造と特徴, *日本看護科学学会誌*, 27(2), 61-70.
- 西田みゆき (2003):小児看護を实践する看護師が考える小児看護の専門性, *日本*



- 小児看護学会誌, (12)2, 53-58.
- 新家一樹, 藤原千恵子 (2007): 小児の入院と母親の付き添いが同胞に及ぼす影響, 小児保健研究, 66(4), 561-567.
- 野中淳子, 米山雅子, 秦裕美, 他 (2015): 小児看護に携わる看護師の小児看護特有のケア能力に影響を及ぼす要因の検討, 神奈川県立保健福祉大学誌, 12(1), 3-14.
- 大場薫, 佐々木由紀, 長能みゆき, 他 (2016): タイムスタディによる看護業務量調査, 東邦看護学会誌, 13, 5-22.
- 小幡善美, 檜木野裕美 (2013): 看護師がとらえる検査・処置を受ける幼児後期の子どものがんばる姿, 日本小児看護学会誌, 22(3), 57-62.
- 小笠原真織, 檜木野裕美 (2013): 採血および点滴挿入時に看護師が「この子ならできる」とアセスメントしてプレパレーションを実践している2歳児のすがた, 日本小児看護学会誌, 22(2), 17-24.
- 大西文子, 浅田佳代子 (2001): 全国調査による子どもの療養環境の現状について—小児病棟と混合病棟を比較して—, 日本小児看護学会誌, 10(1), 3-79.
- 小野正子, 草場ヒフミ編 (2008): 根拠が分かる小児看護技術(第1版), メジカルフレンド社, 東京.
- 関和江, 前田和子, 野田智子, 他 (2004): 小児リハビリテーション病棟における看護量に関する予備的研究, 日本看護学会論文集 小児看護, 35, 146-148.
- 清水佐知子, 大野ゆう子, 岩佐真也他 (2010): タイムスタディによる看護業務プロセスの可視化, 生体医工学, 48(6), 536-541.
- 総務省人口動態調査. 2019年4月18日アクセス, <https://www.stat.go.jp>.
- Stratton, K. M., Blegen, M. A., Pepper, G., et al. (2004): Reporting of medication errors by pediatric nurses, Journal of pediatric nursing, 19(6), 385-392.
- 鈴木優子, 佐鹿孝子 (2014): 小児看護を実践する看護師の抱える困難に関する文献検討 1997年から2013年の21文献の検討, 埼玉医科大学看護学科紀要, 7(1), 29-37.
- 高谷裕紀子, 高城美圭, 高城智圭他 (2004): 小児の看護師ストレス尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討, 小児保健研究, 63(6), 721-728.
- 田畑久江 (2016): 「子どもの主体性」の概念分析, 日本小児看護学会誌, 25(3), 47-54.
- 田村正徳 (2017): わが国のNICUが抱える喫緊の社会的問題, 医学のあゆみ, 260(3), 201-207.
- 田中恭子 (2017): 子どもの療養環境に関する倫理的課題, 日本小児科学会雑誌, 121(1), 131-137.
- 田中哲郎 (2003): 小児の入院医療費の現状と推移, 小児科臨床, 56(8), 1723-1736.
- 谷村雅子 (2003): 小児看護に時間と人員を要する実態の検証, 医学のあゆみ,

206(9), 719-722.

筒井孝子(2008):看護必要度の看護管理への応用 診療報酬に活用された看護必要度(第1版), 医療文化社, 東京.

筒井孝子(2012):平成24年度厚生労働科学研究費補助金「急性期病院における看護・介護提供時間の分析結果からみた認知症看護に関するアセスメント項目の考え方に関する検討—認知症患者と一般患者のケア時間及びケア内容の際に関する統計的な分析」, 総括研究報告書.

内山有子, 田中哲郎(2018):日本における小児患者数の推移と疾病構造の変化, 厚生指針, 65(1), 25-30.

漆畑里美(2009):「個別性のある看護」に関する概念分析, 日本看護技術学会誌, 8(3), 74-83.

Vangen, S., & Huxham, C.(2003): Nurturing Collaborative Relations: Building Trust in Interorganizational Collaboration, The Journal of Applied Behavioral Science, 39(1), 5-31.

山元恵子, 地藏愛子, 谷村雅子(2004):小児看護に時間と人員を要する理由 小児看護 24時間タイムスタディ, 小児看護, 27(4), 495-508.

山元恵子(2008):看護必要度と7:1入院基本料をふまえての小児病棟の経営, 小児看護, 31(4), 410-415.

山村美枝(2006):子どもと大人の混合病棟の現状. 日本看護学会論文集 小児看護, 37, 23-25.

吉武香代子(1995):小児科医の基本 病児の看護, 小児科診療, (55)5, 747-751.

吉武香代子(1995):看護の専門分化と専門看護師—小児看護を通して考える—, Quality Nursing, 1(3), 4-5.

表 1 基礎調査：厚生局別小児病棟の設置状況と入院医療管理料

基礎調査：厚生局別小児病棟の設置状況と入院医療管理料 n=356

	項目	度数	%		
	厚生局別施設数	北海道	19	5	
東北		19	5		
関東信越		135	38		
東海北陸		49	14		
近畿		60	17		
中国		19	5		
四国		10	3		
九州沖縄		45	13		

		度数	管理料1	管理料2	管理料3
			度数	度数	度数
小児入院医療管理料	北海道	0	11	8	
	東北	2	10	7	
	関東信越	36	62	37	
	東海北陸	6	31	12	
	近畿	12	35	13	
	中国	5	9	5	
	四国	1	7	2	
	九州沖縄	12	20	13	
	合計	度数	74	185	97
		%	21	52	27

表 2 厚生局別小児病棟の設置状況と入院医療管理料

厚生局別小児病棟の設置状況と入院医療管理料 n=84(回収率23.6%)

	項目	度数	%		
	厚生局別施設数	北海道	7	8.3	
東北		2	2.4		
関東信越		34	40.5		
東海北陸		12	14.3		
近畿		16	19		
中国		4	4.8		
四国		1	1.2		
九州沖縄		8	9.5		

		管理料1	管理料2	管理料3
		度数	度数	度数
小児入院医療管理料	北海道	0	4	3
	東北	1	1	0
	関東信越	14	15	5
	東海北陸	4	5	3
	近畿	3	10	2
	中国	0	2	2
	四国	0	1	0
	九州沖縄	3	5	0
	欠損値	1		
	合計	度数	25	43
	%	30	52	18

表 3 設置主体、病床数、小児病棟の病床数等

設置主体、病床数、小児病棟の病床数等 n=84(回収率23.6%)

		度数	%
設置主体	国	11	13.1
	公立	30	35.7
	公的	6	7.1
	医療法人	10	11.9
	公益法人	2	2.4
	社会福祉法人	6	7.1
	その他	19	22.6
病床規模	200床未満	5	6
	200-299床	7	8.3
	300-399床	9	10.7
	400-499床	16	19
	500床以上	47	56
病院の特徴(複数回答あり)	小児専門病院	10	10
	小児がん拠点病院	2	2
	特定機能病院	20	20
	総合周産期医療センター	17	17
	小児在宅医療連携拠点事業実施病院	2	2
	地域周産期医療センター	29	29
	その他	20	20
小児病棟の病床数	20床以下	8	9.5
	21～50床	58	69
	51～100床	10	11.9
	100床以上	6	7.1
	欠損値	2	2.4
新生児及び6歳未満の乳幼児の手術件数	200件未満	49	58.3
	200～399件	10	11.9
	400～599件	7	8.3
	600～799件	1	1.2
	800件以上	7	8.3
	欠損値	10	11.9
年間の小児の緊急入院患者数	200人未満	8	9.5
	200～499人	18	21.4
	500～799人	12	14.3
	800～999人	13	15.5
	1000人以上	24	28.6
	欠損値	9	10.7
常勤の小児科医の人数	5名以下	2	2.4
	6～9名	26	31
	10～19名	31	36.9
	20～49名	17	20.2
	50名以上	6	7.1
欠損値	2	2.4	

表 4 小児病棟の療養環境の状況

小児病棟の療養環境の状況 n=84(回収率23.6%)

	項目	度数	%
プレイルールの有無	有	81	96.4
	無	2	2.4
	欠損値	1	1.2
小児病棟の平均在院日数	9日以内	59	70.2
	10～14日以内	16	19
	15～18日以内	4	4.8
	19～21日以内	1	1.2
	22日以上	1	1.2
	欠損値	3	3.6
家族の付き添い	原則あり	27	32.1
	原則なし	6	7.1
	希望者のみあり	49	58.3
	乳幼児のみあり	1	1.2
	欠損値	1	1.2
家族の面会	時間制限あり	50	59.5
	時間制限なし	32	38.1
	その他	2	2.4
きょうだいの面会	きょうだい面会あり	21	25
	きょうだい面会なし	42	50
	その他	19	22.6
	欠損値	2	2.4
保育士の配置	有	71	84.5
	無	13	15.5
保育士の人数	1名	30	35.7
	2名	23	27.4
	3名	9	10.7
	4名	4	4.8
	その他	3	3.6
	欠損値	15	17.9
看護補助者の配置	有	73	86.9
	無	10	11.9
	欠損値	1	1.2
看護補助者の人数	1名	16	19
	2名	28	33.3
	3名	16	19
	4名	11	13.1
	その他	1	1.2
	欠損値	12	14.3

表 5 小児病棟の看護師人員配置の状況

	項目	度数	%
基準より多い看護師配置 n=84	有	48	57.1
	無	36	42.9
基準より多い看護師配置が <u>無い</u> 施設の理由 n=36	必要だと感じていない	7	23
	必要だと感じているが、配置できない	18	58
	その他	6	19
	欠損値	5	
基準より多い看護師の配置が <u>あ</u> <u>る</u> 施設の日中に配置している看護 師の人数 n=48	6対1	6	12.5
	5.5対1	4	8.3
	5対1	5	10.4
	4.5対1	2	4.2
	4対1	10	20.8
	3.5対1	7	14.6
	3対1	8	16.7
	日中のみ基準通り(7対1)	4	8.3
	無回答	2	4.2
基準より多い看護師の配置が <u>あ</u> <u>る</u> 施設の夜間に配置している看護 師の人数 n=48	8.5対1	4	8.3
	8対1	7	14.6
	7.5対1	3	6.3
	7対1	10	20.8
	6.5対1	2	4.2
	6対1	3	6.3
	5.5対1	2	4.2
	4対1	1	2.1
	夜間のみ基準通り(9対1等)	14	29.2
	無回答	2	4.2
	複数回答可		回答した施設の割合
基準より多く看護師の配置をし ている理由 n=48	重症、医療的処置が多い子どもが多い	30	62.5
	新生児、乳児が多い	29	60.4
	清潔、栄養、排泄などの日常生活にかかわる看護行為に時間がかかる子どもが多い	26	54.2
	医療安全・事故防止の対応に時間がかかる子どもが多い	26	54.2
	幼児、学童前期の子どもが多い	25	52.0
	重症心身障害児などの身体的介護が多い子どもが多い	16	33.4
	コミュニケーションをとる上で時間がかかる子どもが多い	16	33.4
	遊びと成長・発達の援助技術に時間がかかる子どもが多い	16	33.4
	プリパレーションを必要としている子どもが多い	13	27.0
	睡眠に関する看護行為(寝かしつけなど)に時間がかかる子どもが多い	11	22.9
	その他(緊急入院が多い・回転率が高い・入退院が多い・感染症対策に時間がかかる・学校行事などの対応)	11	22.9
	精神的に不安定な子どもが多い	10	20.8
	学童後期、思春期の子どもが多い	7	14.6

表 6 対象看護師の属性

対象看護師の属性 n=4

看護師	A	B	C	D
病棟の属性	外科系小児病棟	外科系小児病棟	内科系小児病棟	外科系小児病棟
年齢	30代	30代	30代	20代
性別	F	F	F	F
看護師経験年数	16年	7年	10年	7年
小児看護の経験年数	16年	7年	9年	7年
教育的背景	修士	大学	専門学校	大学



表 7 参加観察・タイムスタディを実施した小児病棟の患者の属性

看護師	患者	年齢	病名	主な看護ケア	
A	担当患者	F	1.7歳	先天性心疾患(動脈管開存)	心臓血管カテーテルによる治療の手術後1日目であった。当日は採血や採尿を実施し、体調が落ち着いていれば、手背に挿入されている末梢静脈点滴ルート(ヘパリンロック中)を抜去できる予定であった。 クリニカルパスが適用されており、母親が付き添い入院中であった。
	担当患者	E	6か月	両側鼠経ヘルニア 頭蓋形状ヘッドギアによる矯正中	両側鼠経ヘルニアによる治療の手術当日であった。当日は手術に関する準備から、手術出し、手術からの帰宅受けを実施していた。帰宅後は麻酔による全身状態の観察、傷などによる痛み、苦痛の評価と対応、禁食による末梢点滴治療などに対応していた。 クリニカルパスが適用されており、母親が付き添い入院中であった。 母親はうつ病などの既往があり、電子カルテからの事前情報をもとに母親の精神的支援にも対応していた。
B	担当患者	データなし	7歳	先天性心疾患(三尖弁閉鎖)	観察場面無し
	担当患者	G	13歳	穿孔性虫垂炎	他院より紹介された緊急入院で、穿孔性虫垂炎による腹膜炎も併発しており、入院後数時間で緊急手術となった。当日は入院のオリエンテーションと同時に手術に関する準備を実施していた。入院後は全身状態の観察、虫垂炎、腹膜炎などによる痛み、苦痛の評価と対応、禁食による末梢点滴治療などに対応していた。母親が付き添い入院中の予定であったが、母は外国籍であったためにコミュニケーションに関しての配慮を行っていた。
	担当患者	H	7歳	先天性心疾患(動脈管開存) ダウン症	心臓血管カテーテルによる治療の手術後1日目であった。当日はバイタルサイン測定などをとおして全身状態の観察、カテーテル刺入部位の痛みの評価と傷の観察を実施していた。 クリニカルパスが適用されており、父親が付き添い入院中であった。
	担当患者	データなし	1歳	先天性ミオパチー	観察場面無し
	担当患者	I	1歳	滑脳症 重症心身障害児	原疾患によりけいれん、呼吸状態の悪化がありコントロール目的の入院であった。当日は退院の予定であり、末梢点滴(ヘパリンロック中)の管理、注入による経管栄養、吸引などのケアを実施しながら退院の最終判断に備えていた。母親が付き添い入院中であったが、妊娠中であったために外来受診などで不在になる時間があり、母のスケジュールや体調への配慮を行っていた。
C	担当患者	データなし	11か月	呼吸状態の評価	観察場面無し
	担当患者	データなし	1歳	気管支喘息	観察場面無し
	別の看護師のサポート	K	6か月	川崎病	川崎病により大量免疫グロブリン療法を実施する目的の入院であった。両方の下肢に末梢点滴ルートが入っており、末梢点滴が確実に実施され、2週間程度継続するための点滴刺入部の観察などのケアを実施していた。 当日は、夜勤看護師から末梢点滴刺入部の腫脹について、一緒に観察して欲しいと言われて、サポートに入っていた。母親が付き添い入院中であった。
	別の看護師のサポート	M	1.3歳	中耳炎の悪化	中耳炎の悪化により末梢点滴による抗生剤治療目的の入院であった。上肢に末梢点滴ルートが入っており、末梢点滴が確実に実施される必要があるが、刺入部の固定テープが汗などにより剥がれかけていた。 当日は、新人看護師から末梢点滴刺入部の貼り替えについて、一緒に対応して欲しいと言われて、処置室でサポートに入っていた。
D	別の看護師のサポート	L	15歳	在宅人工呼吸器を使用している神経難病 重症心身障害児	小児在宅医療支援事業におけるレスパイト病床対応の入院であった。入院期間は2週間で、在宅人工呼吸療法、胃瘻による注入、皮膚ケアなどを病棟看護師が実施し、家族の休息目的なので面会などは実施されていなかった。 原則的には医療的ケアの提供のみであり、Lさんに関しては家族が持参したケアグッズを使用して看護師が実施していた。
	担当患者	J	9か月	拡張型心筋症	拡張型心筋症によりPICC(末梢挿入式中心静脈カテーテル)を用いて、強心薬などの薬物療法を実施する目的で、出生後より現在まで継続して入院している。下肢に点滴ルートが入っており、微量かつ重要な薬剤が確実に投与されるための刺入部の観察などのケアを実施していた。 当日は、点滴刺入部の下肢の腫脹について、自分1人で別の看護師と一緒に合計2回実施していた。母親が長期間における付き添い入院中であった。
	別の看護師のサポート	N	3歳	胆道拡張症	胆道拡張症による急性膵炎の悪化により、末梢点滴による対症療法目的の入院であった。当日は、別の看護師から疼痛管理の薬剤投与について、対応して欲しいと言われてサポートに入っていた。

表 8 看護行為の組み合わせ構成割合

	観察 場面数	時間量	看護行為の 領域1 (観察・モニタ リング)	看護行為の 領域2 (基本的生活 行動の援助)	看護行為の 領域3 (身体機能へ の直接的 働きかけ)	看護行為の 領域4 (情動・認 知・行動 への働きかけ)	看護行為の 領域5 (環境への 働きかけ)	看護行為の 領域6 (医療処置の 実施・管理)
看護行為:診察・検査・処置の介助(幼児)	3	46分58秒	2	0	6	13	0	5
バイタルサインの測定(乳児)	2	30分12秒	4	2	1	6	1	0
創傷ケア	2	27分46秒	2	1	0	3	0	5
点滴静脈内注射・中心静脈(乳幼児)	4	23分0秒	5	0	0	12	0	7
バイタルサインの測定 検査の介助 (スペシャルニーズのある子ども)	2	22分32秒	8	0	1	9	0	3
術前・入院オリエンテーション	3	21分19秒	5	1	0	9	0	0
基本的生活行動の援助 等(家族支援)	3	18分50秒	0	2	0	6	1	0
<b>合計</b>	<b>19</b>	<b>3時間10分37秒</b>	<b>26</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>58</b>	<b>2</b>	<b>20</b>

表 9 看護行為の一覧表

看護行為の 領域1 (観察・モニタ リング)	回数	看護行為の 領域2 (基本的な生活行 動の援助)	回数	看護行為の 領域3 (身体機能への 直接的 働きかけ)	回数	看護行為の 領域4 (情動・認知・行動 への働きかけ)	回数	看護行為の 領域5 (環境への 働きかけ)	回数	看護行為の 領域6 (医療処置の 実施・管理)	回数
1 全体的印象 の把握	11	移送	2	抱っこ	4	言葉かけ	27	付き添う家族の生 活環境支援	2	診察・検査・処置 の介助(子ども)	5
2 バイタルサインの 測定	6	更衣	1	タッチング	2	言葉かけ (ディストラクショ ン)	7			創傷ケア	3
3 幼児の訴え の評価	4	入眠を促す援助	1	おしゃぶりを させること	1	家族支援	7			中心静脈輸液 の管理	3
4 成長発達の評価	3	入浴介助	1	胸壁振動法	1	遊びの援助	3			点滴静脈内注射	3
5 乳児の訴え の評価	2	排泄介助	1			親役割の獲得支援	2			気管カニューレ 挿入中の管理	1
6						育児指導・相談	2			気管吸引	1
7						術前オリエンテ ーション	2			経管栄養(経鼻)の 管理	1
8						情報提供	2			経鼻・経口吸引	1
9						分離不安への援助	1			静脈血採血	1
10						入院オリエンテ ーション	1			人工呼吸療法 の管理	1
11						共にいる	1				
12						自己決定への支援	1				
13						患者・家族の代弁	1				
14						愛着形成・促進への 支援	1				
合計	26	6	8	58	2	20					

表 10 看護師が認識している意味

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
1 子どもが安全に療養できるように看護師の五感を使ってケアする	①子どもが安全に安寧を保てるような関わりを工夫する	①子どもが身体的に安静を保つことに看護師として関わる
		②子どもの特徴を踏まえた点滴管理の難しさを理解して処置に関わる
	②子どもの身体的構造や認知発達の特徴を理解したうえでアセスメントする	③子どものフィジカルアセスメントを正確に実施するために、子どもを落ち着かせて測定する
		④子どもの認知発達に関する基本的な知識を使って、子どもが理解できる言葉で、子どものアセスメントする
		⑤子どもの身体的構造を理解したうえで、フィジカルアセスメントを正確に実施する
⑥子どもが安全に治療を行えるように、看護師の眼と手で観察する		
2 その子どもに合わせてケアを組み合わせて個別化ケアを創りだす	①その子どもにあわせた特別なケアを探り、提供する	①入院生活を子どもの生活中心に組み立てる
		②子どもが機嫌よく処置などに取り組めるように、気をそらし(ディストラクション)ながら関わる
		③子どもが成長発達している兆しを見つけて、それを大切にしながら、治療が継続できるように関わる
		④子どもの今までの経験を探りながら、今のケアに活かす
		⑤その子どもが安心できるアイテムを探り、活かす
		⑥その子どもが頑張れるタイミングを探って、処置などの時間を変更して行う
		⑦その子どもが表現している事柄が何を指すのかについて、その子どもの経験から推察し、やりとりを重ねて対応する
		⑧その子ども自身の理解をアセスメントして子ども中心に関わる
		⑨その子どもに合わせて処置の方法を探る
		⑩その子どもに適したための方法を看護師としてアセスメントする
②スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、ケアを工夫する	①スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、寄り添い、かかわる姿勢を持つ	
	②スペシャルニーズ(重症心身障害児など)のある子どもに合わせて、苦痛の表現をその子どもの全身の様子から探る	
3 パートナーとして家族を尊重し一緒に子どものケアに取り組む	①家族とコミュニケーションを取りパートナーとして関わる	①その子どもの特別なケア(オーダーメイド)について、家族と共有し、パートナーとして発展させていく
		②家族がその子どもに関わる様子を見て、どのくらい子どもの療養に対応できるかをアセスメントする
		③家族の今までの経験を探り、子どもと家族へ関わる
		④家族の不安を引き出し、パートナーとして一緒に進捗を共有する
		⑤家族を子どものケアのパートナーとして一緒に取り組む
	②家族が子どものケアに関するパートナーになることができるように支援する	⑥子どもと家族の双方が困りごとがないように配慮して、医師などの多職種チームとして関わる
		⑦子どもと家族の双方の信頼を得ることが重要なので、努力して双方に関わる
		⑧子どもの看護に活かすために家族の情報を探り、家族に関わる
		⑨子どものケアに関する助言を、家族の様子を見てタイミングをとらえて言う
4 子どもと家族の権利を尊重して擁護者(アドボケイター)としてとむに進む	①小児病棟の看護師として、子どもと家族の擁護者(アドボケイター)になる	①入院中の子どものきょうだいを支援する
		②入院中の子どもの家族へは分け隔てなく関わる
		③入院中の子どもと家族の様子を常に観察する
		④入院生活を支えるアドボケイターになる
	②その子どもと家族の道のり(歴史)と一緒に過ごし、支える存在になる	⑤入院というタイミングを使って、子どもの将来に関わる
		⑥その子どもと家族の道のり(歴史)と一緒に過ごし、看護師の経験として関わる

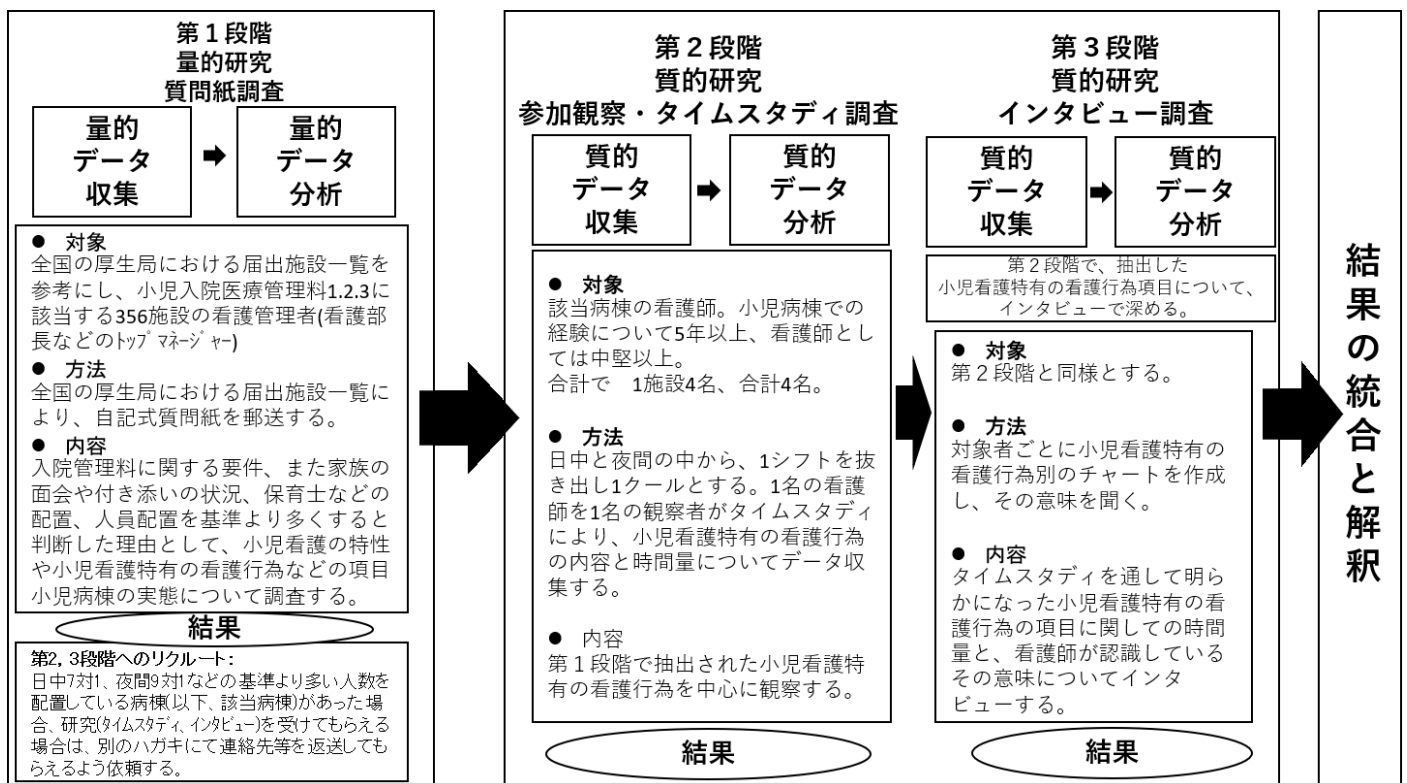


図 1 研究デザインのフロー図

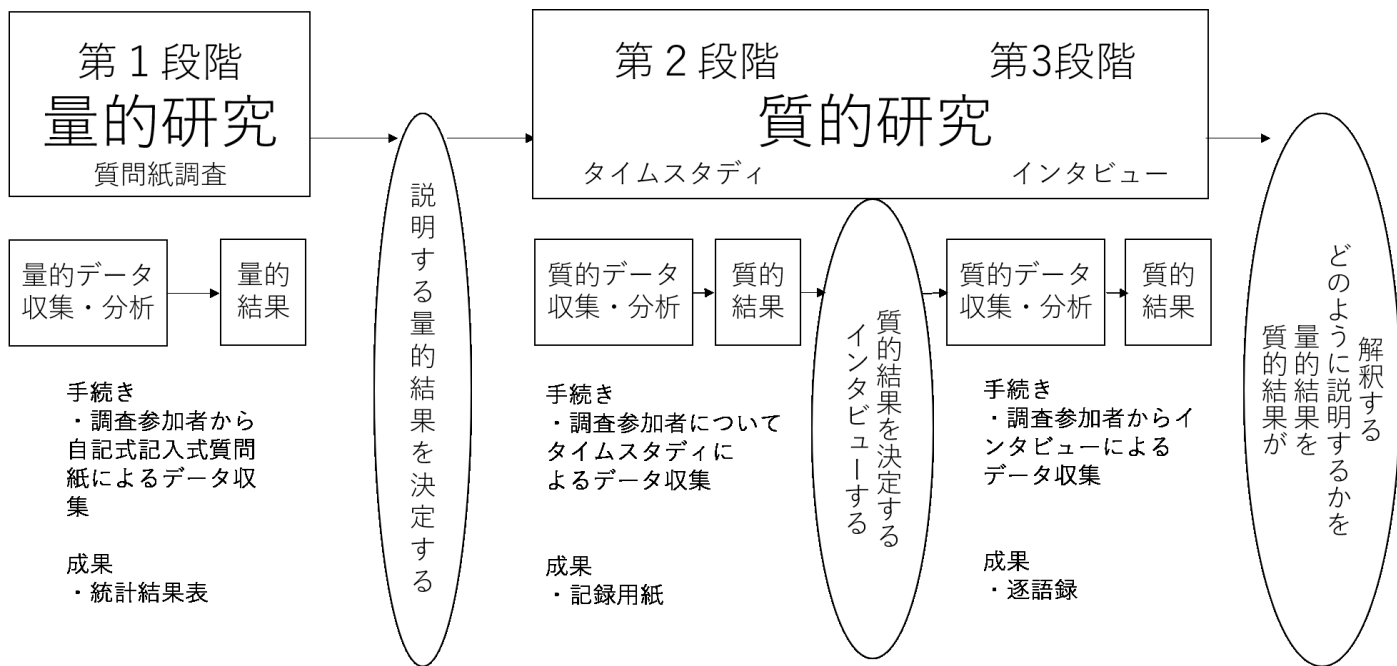


図 2 手続きダイアグラム

場面#	時間量	看護行為の領域	主な看護行為	看護行為の領域1	看護行為の領域2	看護行為の領域3	看護行為の領域4	看護行為の領域5	看護行為の領域6
11	16分49秒	6	医療処置の実施・管理 診察・検査・処置の介助(子ども)						診察・検査・処置の介助(子ども) ↓ 静脈血採血 ↓ 言葉かけ ↓ 言葉かけ(ディストラクション) ↓ 言葉かけ ↓ タッチング ↓ 言葉かけ ↓ 幼児の訴えの評価
12		6	医療処置の実施・管理 診察・検査・処置の介助(子ども)						診察・検査・処置の介助(子ども) ↓ 抱っこ ↓ 言葉かけ(ディストラクション) ↓ 言葉かけ ↓ 言葉かけ ↓ 幼児の訴えの評価
14	30分9秒	6	医療処置の実施・管理 診察・検査・処置の介助(子ども)						診察・検査・処置の介助(子ども) ↓ 言葉かけ(ディストラクション) ↓ タッチング ↓ 患者・家族の代弁 ↓ 言葉かけ(ディストラクション) ↓ 言葉かけ(ディストラクション) ↓ 抱っこ ↓ 言葉かけ ↓ 抱っこ ↓ 言葉かけ ↓ おしゃぶりをさせること
合計	46分58秒			2	5	6	13	0	5

図 3 看護行為：診察・検査・処置の介助(こども：幼児)

場面#	時間量	看護行為の領域	主な看護行為	看護行為の領域1	看護行為の領域2	看護行為の領域3	看護行為の領域4	看護行為の領域5	看護行為の領域6
4	24分26秒	1	観察・モニタリング バイタルサインの測定	バイタルサインの測定	移送		言葉かけ		
							家族支援		
				バイタルサインの測定			共にいる		
						抱っこ			
				乳児の訴えの評価					
						入眠を促す援助			
							親役割の獲得支援		
								付き添う家族の生活環境支援	
9	5分46秒	1	観察・モニタリング バイタルサインの測定	全体的印象の把握			遊びの援助		
				バイタルサインの測定			言葉かけ		
合計	30分12秒			4	2	1	6	1	0

図 4 看護行為：バイタルサインの測定(乳児)



場面 #	時間量	看護行為の領域	主な看護行為	看護行為の領域 1	看護行為の領域 2	看護行為の領域 3	看護行為の領域 4	看護行為の領域 5	看護行為の領域 6
5	8分57秒	6	医療処置の実施・管理 点滴静脈内注射	全体的印象の把握	言葉かけ(ディストラクション)	情報提供	言葉かけ	家族支援	点滴静脈内注射
15	3分20秒	6	医療処置の実施・管理 点滴静脈内注射	全体的印象の把握	言葉かけ	幼児の訴えの評価	情報提供		点滴静脈内注射
6	10分43秒	6	医療処置の実施・管理 中心静脈輸液の管理				遊びの援助	育児指導・相談	中心静脈輸液の管理
7		6	医療処置の実施・管理 中心静脈輸液の管理	乳児の訴えの評価	遊びの援助	成長発達の評価	言葉かけ		中心静脈輸液の管理
合計	23分			5	0	0	12	0	7

図 5 看護行為：点滴性脈内注射・中心静脈(乳幼児)

場面 #	時間量	看護行為の領域	主な看護行為	看護行為の領域 1	看護行為の領域 2	看護行為の領域 3	看護行為の領域 4	看護行為の領域 5	看護行為の領域 6
1	5分15秒	4	情動・認知・行動への働きかけ 術前オリエンテーション	全体的印象の把握			術前オリエンテーション 言葉かけ 家族支援		
19	2分	4	情動・認知・行動への働きかけ 術前オリエンテーション	全体的印象の把握			言葉かけ 家族支援 術前オリエンテーション 更衣 言葉かけ		
18	14分4秒	4	情動・認知・行動への働きかけ 入院オリエンテーション	全体的印象の把握			入院オリエンテーション 言葉かけ		
合計	21分19秒			5	1	0	9	0	0

図 6 看護行為：術前・入院オリエンテーション

場面 #	時間量	看護行為の領域	主な看護行為	看護行為の領域 1	看護行為の領域 2	看護行為の領域 3	看護行為の領域 4	看護行為の領域 5	看護行為の領域 6
17	6分21秒	6	医療処置の実施・管理 創傷ケア	全体的印象の把握			言葉かけ 言葉かけ 言葉かけ(ディストラクション)	創傷ケア	
20	21分25秒	6	医療処置の実施・管理 創傷ケア	全体的印象の把握	排泄介助			気管吸引 人工呼吸療法管理 創傷ケア 気管カニューレ挿入中の管理	
合計	27分46秒			2	1	0	3	0	5

図 7 看護行為：創傷ケア

場面#	時間量	看護行為の領域	主な看護行為	看護行為の領域1	看護行為の領域2	看護行為の領域3	看護行為の領域4	看護行為の領域5	看護行為の領域6	
13	16分4秒	6	医療処置の実施・管理	診察・検査・処置の介助(子ども)	全体的印象の把握		言葉かけ		経管栄養(経鼻)の管理	
									診察・検査・処置の介助(子ども)	
				全体的印象の把握		言葉かけ				
				幼児の訴えの評価		言葉かけ				
							親役割の獲得支援		経鼻・経口吸引	
						胸壁振動法				
							言葉かけ			
16	6分28秒	1	観察・モニタリング	バイタルサインの測定	全体的印象の把握		言葉かけ			
					成長発達の評価					
					バイタルサインの測定		言葉かけ			
					バイタルサインの測定		自己決定への支援			
バイタルサインの測定		言葉かけ								
合計	22分32秒			8	0	1	9	0	3	

図 8 看護行為：バイタルサインの測定 検査の介助(スペシャルニーズのある子ども)

場面 #	時間量	看護行為の領域	主な看護行為	看護行為の領域 1	看護行為の領域 2	看護行為の領域 3	看護行為の領域 4	看護行為の領域 5	看護行為の領域 6
2	14分55秒	2	基本的生 活行動の 援助		移送		言葉かけ ↓ 家族支援		
8	1分30秒	2	基本的生 活行動の 援助		入浴介助		分離不安への援助 ↓ 愛着形成・促進への 支援 ↓ 家族支援		
3	2分25秒	5	環境への 働きかけ	付き添う家族 の生活環境支 援			育児指導・相談	付き添う家族の生活 環境支援	
合計	18分50秒			0	2	0	6	1	0

図 9 看護行為：付き添う家族の生活環境支援等（家族支援）



2017. 5. 24. (V3. 0)

(研究責任者→理事長・病院長)  
様式 1

西暦 2019 年 10 月 4 日

## 臨床研究等申請書

東京女子医科大学理事長 殿

下記のとおり申請します。

研究責任者 (原則として教授または診療部長以上) :

所属 東京女子医科大学 大学院看護研究科  
看護管理学

職名 教授

氏名 池田 真理

内線 E-Mail

委員会報告者 (原則として助教以上) :

所属 東京女子医科大学 大学院看護学研究科

職名 博士後期課程

氏名 萩原 綾子

内線 E-Mail

## 1. 研究課題名

小児病棟における小児看護特有の看護行為について、その時間量と意味に関する研究  
: 混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討

■東京女子医科大学単独での研究

□東京女子医科大学を主管とする多施設共同研究 (詳細を「10. 共同研究機関」に記載)

□他機関を主管とする多施設共同研究 (詳細を「10. 共同研究機関」に記載)

## 2. 研究責任者・研究分担者 (臨床研究に関する教育・研修受講済の確認)

(1年以内に全員が受講済みであることを確認してから申請すること。本学に籍のある者だけを記入すること。)

所属	職名	氏名	教育・研修
研究責任者			
東京女子医科大学 大学院看護 学研究科 看護管理学	教授	池田 真理	受講済■
研究分担者			
東京女子医科大学 大学院看護 学研究科	博士後期課程	萩原 綾子	受講済■

## 3. 所属長等署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

1/7

※項目を選択する場合は、□は■に塗りつぶすこと。

## 4. 添付書類

■研究計画書（プロトコール）

■研究対象者への説明同意文書

(資料4 質問紙の説明文書、資料6 タイムスタディとインタビューの説明文書、資料7 同意文書・同意撤回書)

□情報公開用文書

■その他(名称：資料1リクルートのフロー図、資料2返送ハガキ、資料3研究デザイン、資料5質問紙、資料8タイムスタディ記録用紙、資料9インタビューガイド、資料10内容とスケジュール)

試料・情報の外部機関への提供、外部機関からの収受が生じる場合（提出必須。ただし、契約を締結して業務の一部についてのみ外部委託を行う場合は不要）：

□別添：試料・情報の授受に関する記録の作成及び保管について

多施設主管の共同研究の場合（提出必須）

□共通プロトコール \*別途、本学としての研究計画書も必要

□主管施設(本学以外)の倫理委員会承認通知書(写)

## 5. 研究実施計画の概要

### (1) 研究デザイン

■介入を伴わない前向き観察研究

□後ろ向き観察研究（生体試料を用いる場合）

□後ろ向き観察研究（生体試料を用いない場合）

□質的研究

■その他（質問紙調査）

### (2) 研究の対象者

#### ①対象者種別及び人数

□患者（            人[そのうち本学の対象患者            人]）

■健常者（ 420人[そのうち本学の対象健常者            人]）

具体的に対象とする者：看護管理者 400人、看護師 20人

\*研究計画書に具体的なリクルート方法を記載すること

#### ②対象者年齢

□高齢者    ■成人    □20歳未満 16歳以上    □16歳未満（            歳以上）

#### ③同意取得方法

■文書同意

□口頭同意

□オプトアウト



その他（

**（3）研究実施期間** \* 症例登録期間ではなく、結果を発表するまでの期間

始期：  倫理委員会承認後

終期： 西暦 2023 年 3 月 31 日

**（4）研究資金**

①厚生労働省科学研究費

②文部科学省科学研究費

③①②以外の公的研究費

具体的名称：

④受託研究経費

相手先：

⑤共同研究経費

相手先：

⑥多施設共同研究グループの研究費

相手先：

⑦還元費等教室資金

⑧その他

具体的名称：公益信託中西睦子看護学先端的研究基金

**6. 研究に使用する情報**

**（1）情報の収集**

既存情報は使用しない。

既存情報を使用する。

使用する情報の種類： 医療記録  その他（

新たに研究に用いられる情報を取得しない。

新たに研究に用いられる情報を取得する。

取得する情報の種類：第1段階は質問紙による情報、第2段階は観察による情報、第3段階はインタビューによる情報

**（2）情報の匿名化**

匿名化する。

匿名化しない。

理由：

**（3）情報の保存と廃棄**

**①保存場所と期間**

本学（具体的な場所：第3別館 603号室 池田真理研究室

保存期間：研究終了報告日から5年または最終の研究結果報告日から3年のいずれか遅い日

まで

共同研究施設（具体的な場所：

保存期間：研究終了報告日から5年または最終の研究結果報告日から3年のいずれか遅い日まで

■ 保存した情報を別の目的に使用する際は、本学倫理委員会に改めて申請し承認を得る。

## ② 廃棄方法

■ シュレッダーにて裁断  その他（

## 7. 研究に使用する試料

### (1) 試料の収集

■ 既存試料は使用しない。

既存試料を使用する。

過去に保管された試料を研究用として使用する。

使用する試料の種類： 血液  骨髄  組織  その他（

保管についての研究対象者等の同意の有無：

同意あり（同意を得た時の説明書等を添付、ただし診療上保管が義務付けられている試料については添付不要）

同意なし

同意がない理由：

保管された試料を研究に用いることについての保管時における研究対象者等の同意（包括的同意）の有無：

同意あり（同意を得た時の説明書等を添付）

同意なし

研究対象者自身の疾病の診断・治療等に必要な検査等のために採取される試料のうち残余（医療廃棄物として処分されるもの）を研究用試料として使用する。

使用する試料の種類： 血液  骨髄  組織  その他（

■ 新たな試料を採取しない。

新たな試料を採取する。

採取される者： 患者  健常者

採取する試料の種類： 血液  骨髄  組織  その他（

試料の採取は、研究対象者自身の疾病の診断・治療に必要な検査等を実施する際に付随的に行うのではなく、本研究を実施するためだけに行う。

試料の採取は、研究対象者自身の疾病の診断・治療に必要な検査等を実施する際に、研究に使用する量を増量して行う。

### (2) 試料の匿名化 \* 試料を用いない場合は、本項の記載は不要

匿名化する。

匿名化しない。

理由：

**(3) 試料の保存と廃棄** \*試料を用いない場合は、本項の記載は不要

研究終了後、試料を廃棄する。

廃棄の方法：医療廃棄物として廃棄 オートクレーブ滅菌後焼却 その他（

研究終了後、試料を保存する。

保存が必要な理由：

保存場所：本学（具体的な場所：

共同研究施設（具体的な場所：

保存期間：研究終了後 年間

保存期間終了後の廃棄方法：医療廃棄物として廃棄 オートクレーブ滅菌後焼却

その他（

研究対象者の同意を得て試料を保存する。

保存した試料を別の目的に使用する際は、本学倫理委員会に改めて申請し承認を得る。

研究対象者の同意を得ずに試料を保存する。

同意を得ない理由：

保存した試料を別の目的に使用する際は、本学倫理委員会に改めて申請し承認を得る。

## 8. 外部機関への委託・登録

### (1) 情報・試料解析の委託

■外部検査機関等へ情報・試料の解析を委託しない。\*本項の以下の記載は不要

外部検査機関等へ情報・試料の解析を委託する。

委託する情報・試料の種類：診療情報等から抽出したデータ等 アンケート等

血液 骨髄 組織 その他（

外部委託機関名及び所在地：

### (2) 情報・試料の登録

■情報・試料を組織・細胞・遺伝子・バンク等へ登録しない。\*本項の以下の記載は不要

情報・試料を組織・細胞・遺伝子バンク等へ登録する。

登録する情報・試料の種類：診療情報等から抽出したデータ等 アンケート等

血液 骨髄 組織 その他（

登録施設名及び所在地：

## 9. 研究対象者の保護等

### (1) 研究対象者の自由な選択の保障

■研究対象者は、研究が実施又は継続されることについて何ら不利益を受けることなく同意の撤回又は拒否ができる。

■同意の撤回又は拒否がなされた場合、研究のために保存した情報・試料を廃棄する。(第2.

3段階)

■同意の撤回又は拒否がなされた場合、研究のために保存した情報・試料を廃棄しない。(第1段階)

理由： 質問紙が無記名で特定が困難なため。

## (2) 研究対象者のプライバシー及び個人情報の保護

■研究対象者のプライバシー及び個人情報の保護に努める。

■解析結果は、研究対象者にプライバシー上の不利益が生じないように、適切に匿名化されていることを確認したうえで公表を行う。

## (3) 研究対象者の費用負担

■なし

あり \* 研究計画書に具体的な負担額などを記載すること

## (4) 利益相反

■利益相反なし \* 本項の以下の記載は不要

利益相反あり

研究によって得られる経済的利益（企業団体等からの寄附等。特許よるものを除く）あり

経済的利益の拠出機関（企業名等：

経済的利益の帰属先：研究者個人 その他（

研究に関連する企業団体等からの研究対象機器等の無償貸与、購入あり

相手先： 内容：

その他（

## (5) 研究対象者への健康被害の補償

■観察研究であるため、研究対象者の健康被害の補償のために、保険その他の特別な措置を講じていない。

研究対象者への健康被害の補償のために、保険その他の必要な措置を講じている。

補償の内容：

## (6) 代諾者の選定 \* ICを受けず、オプトアウト（情報公開+拒否機会）による場合は記載不要

■代諾者を置かない。

代諾者を置く。

理由：

## 10. 共同研究機関

■共同研究機関はない。\* 本項の以下の記載は不要

共同研究機関がある。

主管施設の名称：

参加施設の名称：計画書に記載

他施設が主管となる場合の当該機関における倫理審査委員会の承認

- あり（承認通知書のコピーを添付）  
なし

外国の機関と共同研究を行う場合の適用する倫理指針の種類

- 日本の倫理指針  
相手国の倫理指針（国名： \_\_\_\_\_ ※相手国の指針を添付（訳文添付）  
相手国の倫理指針を適用する理由： \_\_\_\_\_

### 1.1. 研究課題名の公表

\*倫理委員会の審査記録の公開が義務付けられているため、原則、研究課題名を公表します。

- 当申請研究課題名の公表可  
当申請研究課題名の公表不可  
理由： \_\_\_\_\_

### 1.2. ヒトゲノム・遺伝子解析研究の補足事項

- ヒトゲノム・遺伝子解析研究を含まない。  
ヒトゲノム・遺伝子解析研究を含む。  
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理審査委員会への申請  
倫理委員会承認後に申請予定 承認済（承認番号 \_\_\_\_\_

### 1.3. 本研究の問い合わせ先（研究実施担当者） ※1/6頁 「委員会報告者」と同じ場合は記載不要

所属：東京女子医科大学 大学院看護学研究科  
職名：博士後期課程 氏名： 萩原 綾子  
学内内線番号： \_\_\_\_\_ PHS(所有している場合)： \_\_\_\_\_  
e-mail： \_\_\_\_\_

(理事長→研究責任者)

様式 4

2019年10月31日

## 臨床研究等審査結果通知書

看護学研究科

池田真理 教授 殿

東京女子医科大学 理事長 岩本絹子

2019年10月4日に貴殿から申請のあった臨床研究等について、下記のとおり決定したので通知します。

記

研究課題名	小児病棟における小児看護特有の看護行為について、その時間量と意味に関する研究：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討	
研究責任者	所属・職名・氏名：看護学研究科・教授・池田真理	
研究分担者	所属・職名・氏名 看護学研究科・博士後期課程・萩原綾子	所属・職名・氏名
	所属・職名・氏名	所属・職名・氏名
	所属・職名・氏名	所属・職名・氏名
審査事項	<input checked="" type="checkbox"/> 臨床研究等の実施の可否 <input type="checkbox"/> 新たな安全性に関する情報の入手 <input type="checkbox"/> 臨床研究等の継続の可否 <input type="checkbox"/> 実施計画の変更 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	
審査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 承認【承認番号：5381】 <input type="checkbox"/> 2. 修正の上承認（再提出） <input type="checkbox"/> 3. 保留（再審査） <input type="checkbox"/> 4. 却下 <input type="checkbox"/> 5. 既承認事項取り消し	

看護部長殿

「小児病棟における小児看護特有の看護行為についてその時間量と意味に関する研究：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討」に関するアンケート調査の研究協力をお願い

小児看護および医療においては、子どもの年齢や医療的特徴、場により、幅広く多様に展開されております。その中で病院における小児病棟は、病気や障がいをもった子どもや家族に必要な医療、看護を提供する中心の場であると考えられ、そこで働く看護師は重要な役割を担っていると考えます。少子高齢化による小児患者の減少と小児科医師不足など要因から、各地で小児科の閉鎖や成人病棟との混合化、または専門病院の集約化が進んでいます。このような社会状況を受けて、日本の小児医療を支える小児病棟の看護師は、「何を」「どのように」「どの位」「なぜ」看護実践として提供しているのだろうか、という事が研究の問いです。

本研究は小児病棟において小児看護の特性について理解したうえでの看護管理のあり方を検討するために、小児看護特有の看護行為について、その時間量と看護師が認識している意味について明らかにすることが目的です。

これによって、日本の小児病棟における看護師の業務について明らかになり、小児病棟における子どもや家族の療養環境、看護師が実践している看護について理解することが出来、現在は実態に合わせた明確な基準が無い小児病棟における、看護人員配置を含む適正な看護管理に関する基礎的な資料とすることが出来ると考えます。

そして、少子高齢化社会の中での小児医療を支える小児病棟について、将来的にどのような看護を含めた療養環境が求められるかについて検討するデータを構築するツールの示唆とすることが出来ると考えます。どうぞ研究にご協力頂きますよう御願い申し上げます。

お願いしたいことは2点です。

○貴施設の小児病棟に関する内容となりますが、同封したアンケート用紙への回答をお願いいたします。なお研究協力は、協力者様の自由意思にお任せいたします。アンケート用紙の返送を持って、アンケート調査への同意を得たものと判断させていただきます。

○またアンケート調査の他に、該当施設の方には継続して小児病棟におけるタイムスタディ調査と関連するインタビュー調査について貴施設の看護師の方をご紹介いただき、ご協力いただけるか別のハガキをもってお返事をいただきたいと思います。と存じます。

ご多忙の中、お手数をおかけいたしますが、アンケート調査へのご協力をどうぞよろしく御願い申し上げます。

【研究責任者】 池田真理 東京女子医科大学大学院看護学研究科 教授

【研究分担者】 萩原綾子 東京女子医科大学大学院看護学研究科 博士後期課程

e-mail:

「小児病棟における小児看護特有の看護行為について  
その時間量と意味に関する研究  
：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討」  
アンケート調査

この冊子は「小児病棟における小児看護特有の看護行為についてその時間量と意味に関する研究：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討」というテーマの臨床研究についてのアンケートです。

次のページの『研究協力へのお願い』をお読みいただき、趣旨をご理解いただいた上で、この研究にご協力いただけます場合には、アンケートへの回答をお願いいたします。

またアンケート調査の他に、該当施設の方には継続して小児病棟におけるタイムスタディ調査と関連するインタビュー調査のご協力にあたり、別のハガキをもってお返事をいただきたいと存じます。

研究への協力は自由であり、誰からも強要されるものではありません。また、協力の有無や途中で協力を取りやめることによって、皆様のお仕事等に不都合や不利益が生じることはありませんのでご安心ください。

研究への協力をご了解いただき、アンケートにご回答いただけましたら、添付しました封筒に入れて、郵送にてご返送ください。なお、アンケート用紙の返送をもって、本研究への同意を得たことと判断させていただきます。ご了承ください。

どうぞよろしくお願ひ申し上げます。



はじめに

この冊子は、東京女子医科大学大学院看護学研究科 博士後期課程においておこなわれている「小児病棟における小児看護特有の看護行為についてその時間量と意味に関する研究：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討小児病棟において看護師が実践する小児看護特有の看護行為の実態に関する研究」の研究について説明したものです。

この冊子を読んでいただき、研究の内容を十分にご理解いただいたうえで、あなたの自由意思でこの研究にご協力いただけるかどうか、お決めください。ご協力いただける場合は、アンケート用紙に記入いただき、同封の返信用封筒を用いて返送ください。

本研究の意義と目的

この研究の目的は、小児病棟において小児看護の特性について理解したうえでの看護管理のあり方を検討するために、小児看護特有の看護行為について、その時間量と看護師が認識している意味について明らかにすることです。これによって、小児看護特有の看護行為の時間量と看護師が認識している意味について明らかにすることで、小児病棟における看護管理について小児看護の特性を理解したうえで実施するための情報となると考えます。

また、日本の小児病棟における看護師の業務について明らかになることで、小児病棟における子どもや家族の療養環境、看護師が実践している看護について理解することが出来、現在は実態に合わせた明確な基準が無い小児病棟における、看護人員配置を含む適正な看護管理に関した基礎的な資料とすることが出来ると考えます。そして、少子高齢化社会の中での小児医療を支える小児病棟について、将来的にどのような看護を含めた療養環境が求められるかについて検討するデータを構築するツールの示唆とすることが出来ると考えます。

なお、この研究は、東京女子医科大学の倫理委員会の承認を得て実施するものです。

研究の方法

(1) 研究にご協力いただきたい方

小児病棟を持つ施設の看護管理者 1名

(2) 研究協力者の条件

- ・ 貴施設にご所属の看護管理者で小児病棟に関連する質問項目に回答が可能な方
- ・ 本研究への協力にあたり説明文書を読み、十分な理解のうえ、本人の自由意思による同意が得られる方

(3) データの収集の方法

- ・ アンケート調査：約 30 分程度
- ・ アンケート調査の他に、該当施設の方には継続して小児病棟におけるタイムスタディ調査と関連するインタビュー調査のご協力にあたり、別のハガキをもってお返事をいただきましたと存じます。タイムスタディ調査とインタビュー調査をお願いする場合には、改めて直

接説明させていただきたいと存じます。

※該当病棟とは、小児入院医療管理料 1.2.3 を算定している病棟で「日中 7 対 1」「夜間 9 対 1」等の基準以上の看護人員を配置している病棟。

#### 予想される利益と不利益

##### (1) 予想される利益

これはアンケート調査によるものであり、ご協力いただく方に直接的な利益は生じませんが、研究成果が小児病棟の看護管理に反映される事によって、小児病棟の看護師の環境が改善され、患者さまと看護職が利益を受ける可能性があります。

##### (2) 予想される不利益

アンケートについては無記名の記述式であり、全国の厚生局における届出施設一覧を参考にして郵送し、研究者あてに返送されたことをもって同意としており、返送しなかった場合にも不利益は生じません。

#### ご協力をおねがいすること

この研究への参加に同意いただける場合にご協力をお願いすることは次の 2 点です。

- ① アンケート調査に記載し返送していただくこと。
- ② 該当病棟があった場合、同封のハガキに必要事項を記載し返送していただくこと。

#### 研究実施予定期間と協力予定者数

##### (1) 実施予定期間

この研究は、東京女子医科大学倫理委員会承認後から 2023 年 3 月 31 日まで行われます。

##### (2) 協力予定者数

この研究では、もっぱら 15 歳未満(小児慢性特定疾病患者は 20 歳未満)の小児を入院させる病棟であることが施設基準である、小児入院医療管理料 1.2.3 について全国の厚生局に届出している小児病棟を持つ約 350 施設の看護管理者の方のご協力を予定しております。

#### 研究への協力について

あなたがこの研究に協力されるかどうかは、あなたご自身の自由な意思でお決めください。

#### この研究に関する情報の提供について

この研究に関して、研究計画や関係する資料をお知りになりたい場合は、他の研究協力者の方の個人情報や研究全体に支障となる事項以外はお知らせすることができます。研究全体の成

果につきましては、ご希望があれば論文完成後お知らせいたします。いずれの場合も研究分担者にお申し出ください。

#### 個人情報の取扱いについて

この研究では、質問紙は無記名自記式とし、施設名などが外部に特定されることはありません。紙媒体は鍵のかかる場所で施錠して、データの管理は研究分担者が責任をもって行います。

また、この研究が正しく行われているかどうかを確認するために、倫理委員会の委員などが、研究の記録などを見ることがあります。このような場合でも、これらの関係者には、記録内容を外部に漏らさないことが法律などで義務付けられているため、研究協力者の方の個人情報は守られます。この研究から得られた結果が、学会や医療雑誌などで公表されることがあります。このような場合にも、研究協力者の方のお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。

この研究で得られたデータは、他の目的で使用することはありません。

なお、この研究で得られたデータは、研究終了5年後にはすべて廃棄いたします。その際も、個人情報が外部に漏れないよう十分に配慮いたします。

#### 費用負担、研究資金などについて

この研究に協力いただくにあたって、あなたの費用負担はありません。

なお、この研究の研究責任者と研究分担者は、利益相反に関しても東京女子医科大学の倫理委員会の承認を受けており、関連する企業や団体などと研究の信頼性を損ねるような利害関係を有していないことが確認されております。

#### 知的財産権の帰属について

この研究から成果が得られ、知的財産権などが生じる可能性があります。その権利は東京女子医科大学に帰属します。

研究担当者と連絡先（相談窓口）

この研究について、お聞きになりたいことやわからないこと、ご心配なことがありましたら、以下の研究担当者におたずねください。

【研究責任者】

池田真理 東京女子医科大学大学院看護学研究科 教授

連絡先 住所：〒162-8666 東京都新宿区河田町8番1号  
電話：03-3353-8111（代）

【研究分担者】

萩原綾子 東京女子医科大学大学院看護学研究科 博士後期課程

連絡先 住所：〒162-8666 東京都新宿区河田町8番1号  
電話：03-3353-8111（代）

e-mail：

ご回答は、当てはまる番号に○をつけるか、空欄内に自由にご意見をお書きください。

I. 施設の概要についてお聞きします。

1 設置主体を教えてください。
①国(独立行政法人を含む) ②公立(地方独立行政法人を含む) ③公的 ④社会保険関係団体 ⑤医療法人 ⑥公益法人 ⑦社会福祉法人 ⑧その他( )
2 病床規模を教えてください。
①200床未満 ②200-299床 ③300-399床 ④400-499床 ⑤500床以上
3 特徴について教えてください。(複数回答可)
①小児専門病院 ②小児がん拠点病院 ③特定機能病院 ④総合周産期医療センター ⑤小児在宅医療連携拠点事業実施病院 ⑥地域周産期医療センター ⑦その他( )
4 所在地域を教えてください。
①北海道 ②東北 ③関東信越 ④東海北陸 ⑤近畿 ⑥中国 ⑦四国 ⑧九州・沖縄
5 小児の入院に関する入院管理料について教えてください。
①小児入院医療管理料1 ②小児入院医療管理料2 ③小児入院医療管理料3
6 小児病棟(小児入院医療管理料1, 2, 3届出)の病床数を教えてください。
①20床以下 ②21~50床 ③51~100床 ④100床以上

II. 小児入院医療管理料の施設要件等について教えてください。該当する選択肢を○で囲んでください。

1 新生児および6歳未満の乳幼児の年間的手術件数を教えてください。
①200件未満 ②200~399件 ③400~599件 ④600~799件 ⑤800件以上
2 年間の小児緊急入院患者数を教えてください。
①200人未満 ②200~499人 ③500~799人 ④800~999人 ⑤1000人以上
3 常勤の小児科医の人数を教えてください。
①5名以下 ②6~9名 ③10~19名 ④20~49名 ⑤50名以上
4 子どもが専用で使えるプレイルームの有無を教えてください。
①有 ②無
5 年間を通しての平均在院日数を教えてください。
①9日以内 ②10~14日以内 ③15~18日以内 ④19~21日以内 ⑤22日以上

III. 小児病棟の療養環境についてお聞きします。

1 家族の宿泊を含む付き添いについて教えてください。
①原則あり ②原則なし ③希望者のみあり ④乳幼児のみあり ⑤その他( )
2 家族の面会について教えてください。
①時間制限あり ②時間制限なし ③その他( )
3 きょうだいの面会について教えてください。(複数回答可)
①きょうだい面会あり ②きょうだい面会なし ③その他( )
4 保育士の配置について教えてください。
①有 ②無



上記で②にお答えいただいた理由を教えてください。

( )

配置人数を教えてください。 ①1名 ②2名 ③3名 ④4名 ⑤その他( )

5 看護補助者の配置について教えてください。

①有 ②無



上記で②にお答えいただいた理由を教えてください。

( )

配置人数を教えてください。 ①1名 ②2名 ③3名 ④4名 ⑤その他( )

## IV. 小児病棟の看護の体制についてお聞きます。

1 小児入院医療管理料を算定している病棟で、日中7対1、夜間9対1(夜間2対1)の基準より多く看護師を配置している病棟はありますか？

①有

②無

2 上記で②にお答えいただいた理由を教えてください。

3 上記で①にお答えいただいた方にお聞きます。

1) 日中に配置している看護師の人数(割り切れない場合は四捨五入してください。)

①6.5対1 ②6対1 ③5.5対1 ④5対1 ⑤4.5対1 ⑥4対1 ⑦3.5対1 ⑧3対1

⑨日中のみ基準通り(7対1)

2) 夜間に配置している看護師の人数(割り切れない場合は四捨五入してください。)

①8.5対1 ②8対1 ③7.5対1 ④7対1 ⑤6.5対1 ⑥6対1 ⑦5.5対1 ⑧5対1

⑨4.5対1 ⑩4対1 ⑪夜間のみ基準通り(9対1等)

3) 基準よりも多く看護師を配置することを判断した理由を教えてください。(複数回答可)

① 新生児、乳児などが多く入院している病棟のため

② 幼児、学童前期の子どもなどが多く入院している病棟のため

③ 学童後期、思春期の子どもなどが多く入院している病棟のため

④ 重症、医療的処置が多い子どもなどが多く入院している病棟のため

⑤ 重症心身障害児などの身体的介護が多い子どもなどが多く入院している病棟のため

⑥ 精神的に不安定な子どもなどが多く入院している病棟のため

⑦ 清潔、栄養、排泄などの日常生活にかかわる看護行為に時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため

⑧ 睡眠に関する看護行為(寝かしつけなど)に時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため

⑨ コミュニケーションをとる上で時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため

⑩ 遊びと成長・発達の援助技術に時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため

⑪ プリパレーションを必要としている子どもが多く入院している病棟のため

⑫ 医療安全・事故防止の対応に時間がかかる子どもが多く入院している病棟のため

⑬ その他( )

なお、本研究では今後より具体的なお意見を得るために、  
今回のアンケート調査に基づくタイムスタディ・インタビュー調査を行う予定です。  
ご協力いただける方は同封させていただきましたはがきに連絡先等をご記入の上、  
ご返送ください。

ご返送いただく際には、はがきの裏面(連絡先をご記入いただきました面)に  
同封の個人情報保護シールを貼付してください。  
後日こちらからご連絡させていただきます。  
ご協力のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

## V. ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

以上でアンケートは終わりです。ご協力いただきありがとうございました。

「小児病棟における小児看護特有の看護行為について、その時間量と意味に関する研究

：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討」に関するタイムスタディ、インタビュー調査  
研究協力をお願い

【ご連絡先】

施設名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

病棟名： \_\_\_\_\_

ご連絡させていただく方の氏名： \_\_\_\_\_

ご連絡させていただく方の役職： \_\_\_\_\_

連絡方法： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

※該当施設の方には継続して小児病棟におけるタイムスタディ調査と関連するインタビュー調査について貴施設の看護師の方をご紹介いただき、ご協力いただけるかお返事をいただきたいと思います。

改めまして、こちらからご連絡させていただきます。

萩原綾子

東京女子医科大学大学院看護学研究科 博士後期課程

e-mail

1 6 2 0 8 0 1

新宿区河田町 8 の 1

東京女子医科大学大学院 行  
看護学研究科 萩原綾子<sup>x</sup>



## 研究協力のお願ひ

「小児病棟における小児看護特有の看護行為について

その時間量と意味に関する研究

：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討」

タイムスタディ・インタビュー調査に関する

～説明文書および同意文書～

この冊子は、「小児病棟における小児看護特有の看護行為についてその時間量と意味に関する研究：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討」というテーマの研究について説明したものです。

研究分担者よりこの研究の内容について説明がありますが、わからないことや心配なことがありましたらご遠慮なくお尋ねください。

研究についての説明をお聞きになり、趣旨をご理解いただいた上で、この研究への協力をご検討いただけましたら幸いです。

研究への協力は自由であり、誰からも強要されるものではありません。

また、協力の有無や途中で協力を取りやめることによって、あなたのお仕事や職場において不都合や不利益が生じることはありませんのでご安心ください。

研究にご協力いただける場合は、この説明文書についている同意文書にご署名の上、研究分担者に直接手渡していただくようお願いいたします。

はじめに

この冊子は、東京女子医科大学大学院看護学研究科 博士後期課程においておこなわれている「小児病棟における小児看護特有の看護行為についてその時間量と意味に関する研究：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討」の研究について説明したものです。

研究分担者からこの研究についての説明をお聞きになり、研究の内容を十分にご理解いただいたうえで、あなたの自由意思でこの研究にご協力いただけるかどうか、お決めください。ご協力いただける場合は、別紙の「同意文書」にご署名のうえ、研究分担者にお渡ししてください。

## 本研究の意義と目的

この研究の目的は、小児病棟において小児看護の特性について理解したうえでの看護管理のあり方を検討するために、小児看護特有の看護行為について、その時間量と看護師が認識している意味について明らかにすることです。これによって、小児看護特有の看護行為の時間量と看護師が認識している意味について明らかにすることで、小児病棟における看護管理について小児看護の特性を理解したうえで実施するための情報となると考えます。

また、日本の小児病棟における看護師の業務について明らかになることで、小児病棟における子どもや家族の療養環境、看護師が実践している看護について理解することが出来、現在は実態に合わせた明確な基準が無い小児病棟における、看護人員配置を含む適正な看護管理に関する基礎的な資料とすることが出来ると考えます。そして、少子高齢化社会の中での小児医療を支える小児病棟について、将来的にどのような看護を含めた療養環境が求められるかについて検討するデータを構築するツールの示唆とすることが出来ると考えます。

なお、この研究は、東京女子医科大学の倫理委員会の承認を得て実施するものです。

## 研究の方法

### (1) 研究にご協力いただきたい方

小児病棟の看護職の方

### (2) データの収集（タイムスタディ調査）の方法

- ・ 看護管理者にご相談した日に小児病棟へ伺います。
- ・ 日中と夜間の中から、1シフトを抜き出し1クールとします。1名の看護師の方に1名の観察者が業務に支障がないように十分配慮し、実際に行っている看護について内容、特徴、時間量についてデータ収集します。
- ・ その際、タイムスタディ記録用紙の他に、記録メディア媒体を用いて、研究者が状況を言語的に録音させていただきます。

### (3) データの収集（インタビュー調査）の方法

- ・ ご都合の良い時にご指定の場所において 50 分程度、タイムスタディの結果や内容について、お話を聴かせていただきます。個人的なお考えをお話し下さい。
- ・ お話いただいた内容を忠実に分析するため、お話しいたいただいた内容をご了承頂いて、ICレコーダーなどの記録メディア媒体に録音させていただきます。

## 予想される利益と不利益

### (1) 予想される利益

この調査は面接によるものであり、ご協力いただく方に直接的な利益は生じま

せんが、研究成果が小児病棟の看護管理に反映される事によって、小児病棟の看護師の環境が改善され、患者さまと看護職が利益を受ける可能性があります。

## (2) 予想される不利益

この研究へご協力いただくことにより 50 分程度、時間的な拘束が発生いたします。よって、研究に際しては次のことに留意し行うこととお約束いたします。

- ① お話を聴かせていただく時間や場所については、ご協力いただく方のご希望に添えるよう調整いたします。
- ② お話をお伺いする際には、プライバシーの保護に努めます。
- ③ 回答したくない場合は、お答えいただかなくても問題ありません。
- ④ お話をお伺いする中でご協力いただく方に何らかの不都合が生じた場合、または申し出があった場合は、いつでも面接を中断・中止いたします。
- ⑤ 面接に関して中止や中断されても、協力者の方のお仕事や職場において不利益を被ることは一切ありません。

## ご協力をおねがいすること

この研究への参加に同意いただける場合にご協力をお願いすることは次の 4 点です。

- ① 同意文書に署名し提出していただくこと
- ② タイムスタディ調査にご協力いただくこと
- ③ タイムスタディ調査の後に、インタビュー調査にご協力いただくこと
- ④ インタビュー調査にご協力いただき、インタビュー内容を IC レコーダーに録音すること
- ⑤ タイムスタディ調査のデータとインタビューデータを分析に利用させていただくこと

## 研究実施予定期間と協力予定者数

### (1) 実施予定期間

この研究は、東京女子医科大学倫理委員会承認後から 2023 年 3 月 31 日まで行われます。

### (2) 協力予定者数

この研究では、約 12 名の看護職の方のご協力を予定しております。

## 研究への協力とその撤回について

あなたがこの研究に協力されるかどうかは、あなたご自身の自由な意思でお決めください。たとえ協力に同意されない場合や、中止や中断された場合においても協力者の方のお仕事や職場において不利益を被ることは一切ありません。

### 研究への協力を中止する場合について

あなたがこの研究へ協力いただいても、次の場合は協力を中止していただくこととなります。あなたの意思に反して中止せざるをえない場合もありますが、あらかじめご了承ください。中止する場合は、その理由およびそれまでのデータの活用方法などを研究分担者からご説明いたします。

- ① あなたが研究への協力の中止を希望された場合
- ② この研究全体が中止となった場合
- ③ その他、研究分担者が中止したほうがよいと判断した場合

### この研究に関する情報の提供について

この研究に関して、研究計画や関係する資料をお知りになりたい場合は、他の研究協力者の方の個人情報や研究全体に支障となる事項以外はお知らせすることができます。研究全体の成果につきましては、ご希望があれば論文完成後お知らせいたします。いずれの場合も研究分担者にお申し出ください。

### 個人情報の取扱いについて

この研究では、タイムスタディ調査によって参加観察して得られた記録データとして取らせていただきます。またインタビュー調査によるインタビュー内容を IC レコーダーに録音させていただきます。

録音された音声データは、逐語録作成後速やかに削除いたします。その後電子データとして保存しますが、個人を特定できない形式に記号化した番号や文脈上表現された個人名を伏字にすることにより個人の特定から保護されます。研究協力者の辞退に対応できるようにするため、ID 番号化したデータと個人を識別する番号の対応表を紙媒体で作成します。基本属性は無記名とし、通し番号を付けて紙媒体で保管します。紙媒体は鍵のかかる場所で施錠して、データの管理は研究分担者が責任をもって行います。

また、この研究が正しく行われているかどうかを確認するために、倫理委員会の委員などが、研究の記録などを見ることがあります。このような場合でも、これらの関係者には、記録内容を外部に漏らさないことが法律などで義務付けられているため、研究協力者の方の個人情報は守られます。この研究から得られた結果が、学会や医療雑誌などで公表されることがあります。このような場合にも、研究協力者の方のお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。

この研究で得られたデータは、他の目的で使用することはありません。

なお、この研究で得られたデータは、研究終了5年後にはすべて廃棄いたします。その際も、個人情報外部に漏れないよう十分に配慮いたします。

#### 費用負担、研究資金などについて

この研究に協力いただくにあたって、あなたの費用負担はありません。協力のお礼として謝金を用意いたします。

なお、この研究の研究責任者と研究分担者は、利益相反に関しても東京女子医科大学の倫理委員会の承認を受けており、関連する企業や団体などと研究の信頼性を損ねるような利害関係を有していないことが確認されております。

#### 知的財産権の帰属について

この研究から成果が得られ、知的財産権などが生じる可能性があります。その権利は東京女子医科大学に帰属します。

#### 研究担当者と連絡先（相談窓口）

この研究について、お聞きになりたいことやわからないこと、ご心配なことがありましたら、以下の研究担当者におたずねください。

#### 【研究責任者】

池田真理 東京女子医科大学大学院看護学研究科 教授  
連絡先 住所：〒162-8666 東京都新宿区河田町8番1号  
電話：03-3353-8111（代）

#### 【研究分担者】

萩原綾子 東京女子医科大学大学院看護学研究科 博士後期課程  
連絡先 住所：〒162-8666 東京都新宿区河田町8番1号  
電話：03-3353-8111（代）  
e-mail：

保存用、(写) 研究協力者様用

## 同意文書

東京女子医科大学大学院看護学研究科 教授 池田真理 殿

研究課題名：

小児病棟における小児看護特有の看護行為についてその時間量と意味に関する研究  
：混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討

1. 研究の意義と目的
2. 研究の方法
3. 予想される利益と不利益
4. ご協力をお願いすること
5. 研究実施予定期間と協力予定者数
6. 研究への協力とその撤回について
7. 研究への協力を中止する場合について
8. この研究に関する情報の提供について
9. 個人情報の取扱いについて
10. 費用負担、研究資金などについて
11. 知的財産権の帰属について
12. 研究担当者と連絡先（相談窓口）

### 【研究協力者さまの署名欄】

私はこの研究に協力するにあたり、以上の内容について十分な説明を受け、説明文書と本同意文書の写しを受け取りました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に協力することについて同意します。

同意日：平成 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_（自署）

住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

### 【研究分担者の署名欄】

私は、上記の研究協力者さまにこの研究について十分に説明したうえで同意を得ました。

説明日：平成 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_（自署）

保存用、(写) 研究協力者さま用

## 同 意 撤 回 書

東京女子医科大学大学院看護学研究科 教授 池田真理 殿

研究課題名：

小児病棟における小児看護特有の看護行為についてその時間量と意味に関する研究:混合研究法による小児病棟の看護管理のあり方の検討

### 【研究協力者さまの署名欄】

私は、上記臨床研究について研究担当者より説明を受け、この研究（タイムスタディ・インタビュー調査）に協力することについて同意をいたしましたでしたが、これを撤回します。

同意撤回日：平成      年      月      日

氏 名： \_\_\_\_\_（自署）

住 所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

### 【研究分担者の署名欄】

私は、研究協力者さまが、上記内容に関する同意を撤回されたことを確認しました。

確認日：平成      年      月      日

氏 名： \_\_\_\_\_（自署）

タイムスタディ調査 データベース 施設属性

施設名：

病棟名：

観察実施日： 年 月 日 時点

(ア)施設の属性

- 1) 小児病棟の病床数
- 2) 看護師数
- 3) 看護補助者の有無、人数
- 4) 保育士の人数
- 5) 主に入院している小児患者の年齢と発達段階
- 6) 主に入院している小児患者の診療科や疾患と治療内容
- 7) 人工呼吸器の患者の人数
- 8) 勤務体制
- 9) 看護提供体制
- 10) その他

(イ)対象者である看護師の属性

- 1) 年齢 20代 30代 40代 50代
- 2) 性別 男 女
- 3) 看護師経験年数
- 4) 小児看護の経験年数
- 5) 教育的背景 看護師養成施設 大学 大学院 その他
- 6) 病棟における役割
- 7) 資格の有無 専門看護師( ) 認定看護師( )  
その他( )
- 8) その他



## タイムスタディ記録用紙 No.

施設名                      病棟名                      実施日                      実施時間                      研究対象者

研究対象者の業務割振り 概要						
	性別	年齢	病名	治療内容	主な看護 ケア	備考
担当患者①						
担当患者②						
担当患者③						
担当患者④						
担当患者⑤						
担当患者⑥						
担当患者⑦						
担当患者⑧						
担当患者⑨						
その他						

## インタビューガイド

1. タイムスタディ調査の結果についてお伺いします。
  - 1) 調査を行った日の業務について、全体的な印象をお話してください。
  - 2) 実際の看護行為を行った場面(研究者が提示)を想起して、「どのようにアセスメントし、何に気を付けながら、その行為を行ったか」お話してください。  
特にあなたが「小児看護特有の看護行為」だと感じていることについて、中心にお話してください。
  - 3) 2) を繰り返す。
  
2. その他についてお伺いします。
  - 1) 小児病棟で実際に看護行為を行っているなかで、子ども(患者)を対象に、日常的に大切にしていること、気を付けていること、難しいと感じていることなど、お話しください。
  - 2) 小児病棟で実際に看護行為を行っているなかで、親(患者家族)を対象に、日常的に大切にしていること、気を付けていること、難しいと感じていることなど、お話しください。
  - 3) 小児病棟で実際に看護行為を行っているなかで、きょうだい(患者家族)を対象に、日常的に大切にしていること、気を付けていること、難しいと感じていることなど、お話しください。
  - 4) 何か付け加えてお話になりたいことがあったら、ご自由にお話してください。