

救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断とケアにみる小児救急看護の特徴

メタデータ	言語: ja 出版者: 公開日: 2018-02-20 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 西田, 志穂 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.20780/00031834

2016 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

救急外来を受診した子どもと家族にかかわる
看護師の判断とケアにみる小児救急看護の特徴

Characteristics of Pediatric Emergency Nursing: Nurses' Clinical Judgements and
Care of Child Patients and their Families Who Visit the Pediatric Emergency Room

学籍番号 075004

氏名 西田志穂

提出日 2017 年 1 月 27 日

目次

第1章 序論	1
I. 問題の背景	1
II. 研究の目的	2
III. 研究の意義	2
IV. 用語の定義	3
1. 救急外来	3
2. 判断とケア	3
第2章 文献検討	4
I. 我が国における育児環境	4
1. 育児世代の現状	4
1) 人口からみる育児世代の現状	4
2) 所得や就労からみる育児世代の現状	4
2. 養育に関する社会資源	5
II. 我が国における小児救急医療の現状と課題	5
1. 小児救急医療の現状	6
1) 小児医療政策の現状	6
2) 診療報酬にみる小児救急医療	6
2. 小児医療体制の現状と課題	7
1) 小児医療体制の概観	7
2) 小児救急医療の現状	8
3) 小児救急電話相談事業	9
3. 小児救急医療に対する社会的要請	10
1) 予防的小児救急医療への要請	10
2) 家庭看護力養成に対する期待	11
3) 育児支援ニーズ把握の取り組み	12
III. 我が国の小児救急外来の現状	12
1. 小児救急外来を受診する患者の特徴	12
1) 小児救急患者の年齢的な特徴	12
2) 小児救急患者の受診状況の特徴	13
3) 小児救急患者の症状の特徴	13
4) 子どもが急病時の親の不安	14
5) 子どもが急病時に親が困ること	15
6) 子どもが急病時に親が行っていること	16
2. 小児救急外来における医療の実際	17
1) 一次診療機関が担う小児救急医療	17
2) プライマリケアとしての小児救急医療	17

3) 事故予防	18
4) 虐待予防と早期発見	19
3. 小児救急外来の看護実践に携わる看護師	20
1) 小児救急看護認定看護師	20
2) 他国にみる小児救急看護師	22
IV. 臨床判断に関するこれまでの知見	22
1. 看護実践における臨床判断	22
1) 臨床判断に関する知見の概観	22
2) 臨床判断に関する先行研究の概観	24
(1) 状況把握	24
(2) ケアの根拠	26
(3) 臨床判断に影響を及ぼす要因	26
(4) 臨床判断の比較	28
3) 過去に行われた文献検討について	28
2. 救急医療における臨床判断に関する研究	29
3. 小児医療における看護師の判断	30
第3章 研究方法	34
I. エスノグラフィー	34
1. 研究方法としてのエスノグラフィー	34
1) エスノグラフィーの概観	34
2) エスノグラフィーのデータ収集	34
3) エスノグラフィーのデータ分析	35
2. 看護におけるエスノグラフィー研究の実際	35
3. 本研究へのエスノグラフィーの適用	37
II. 研究参加者	38
III. データ収集	38
1. データ収集施設	38
2. データ収集方法	38
1) データ収集開始までの手続き	38
2) データ収集	39
3. データ分析	40
4. 倫理的配慮	41
第4章 結果	42
I. 結果の概要	42
1. 研究参加者の概要	42
2. 研究施設の概要	42
1) フィールド A	42
2) フィールド B	44
3. 研究結果の概要	46

II. データ分析結果	51
1. フェーズ 1 小児の救急外来という場：子どもと家族との出会いから受け止めまで	51
1) さまざまな親子のストーリーとの出会い	51
2) 看護師が持つ価値観とのギャップ	54
3) 受診に至ったストーリーをニュートラルに受け止めようとする	59
4) 目の前の親子がもつ固有のストーリーとして了解する：ケアの前提として	63
2. フェーズ 2 ふたつの緊急度判定（トリアージ）：査定からケアの判断まで	67
1) 子どもの身体の緊急度と親の気持ちの緊急度を見極める	67
2) 親子のストーリーを見極める	73
3) 親子のストーリーに乗るからこそ持てる「この」親子という固有の視点	75
3. フェーズ 3 親子の「強み」を活かす：ケアの実施から帰宅可能ときめるまで	77
1) 親子のストーリーを親子の「強み」として解釈する	77
2) 親子の「強み」を‘Take-Home Message’の形にして持ち帰らせる	81
4. フェーズ 4 確かな判断とケアのために：看護師のありよう	85
1) 看護師にも守りたいスタイルがある	85
2) スタッフ同士で共有するからこそ乗れる	89
3) そうは言ってもできないことがある	93
第 5 章 考察	97
I. 小児救急患者に対する看護実践を構成するもの	97
1. トリアージで培われた力	97
1) 視点と技術をすべてに活かす	97
2) 互いの判断を信じる	99
2. 子どもの成長発達を守る力	101
1) 命を守る	101
2) 育ちを守る	102
3. 限界を見極める力	103
1) 自己の能力の査定	103
2) 職種としての看護の査定	104
3) システムの査定	105
II. 小児救急看護を特徴づけるもの	105
1. セーフティネットとして機能する救急外来	105
1) 気になる親子を網にかける	105
2) 間口を広げておく	106
2. 「この」親子という文化を考慮したケア	106

1) 親子固有の「強み」の見極め	106
2) 最小限のメッセージ	108
III. 実践への示唆	109
IV. 教育への示唆	110
V. 研究の限界と今後の課題	110
第 6 章 結論	111
謝 辞	112
引用文献	113
資 料	i

表目次

表 1. フェーズ 1 のテーマ	49
表 2. フェーズ 2 のテーマ	49
表 3. フェーズ 3 のテーマ	50
表 4. フェーズ 4 のテーマ	50

第1章 序論

I. 問題の背景

子どもの救急外来受診が増えており、それによって小児医療は疲弊し、小児科医の過重労働が問題（衛藤，2006）といわれはじめて10年以上が経過した。子どもの救急外来受診が多い原因として、症状が出たらすぐ診察してほしい、あるいは、小児科医に診察をして欲しいと望む親の存在とともに、親の育児力の低さから医学的には必要のないケースでも受診していることは（衛藤，2006）、今でも変わらない。体制の課題として、小規模な施設の点在が挙げられるが、この現状をかえるべく、機能の集約化を図り医療提供体制の改善に取り組んでいるものの（日本小児科学会，2010；大山，2014）、いまだ道半ばである。

小児救急外来に受診した患者のうち医学的には軽症と判断される患者が7割を占めるが、子どもの症状を軽症と考えている親は15%程度にすぎない（衛藤，2006）。親の6割以上は子どもの急な発病に不安になり、4割以上は翌日まで待たずに夜間に受診していた（渡部・中澤・衛藤他，2006）。そして、24時間以内の再受診率が3.1%であり、そのうちの28.9%は医学的には受診が不要であったこと（佐藤・北形・鈴木他，2010）、日頃の育児を支援する親族の人数が少ないほど医療機関の利用回数が多い傾向がある（下開，2009）との報告もある。さらに、日本の子どもの受診頻度は高く、成人と比べると2~3倍、アメリカの子どもとの比較では、病院の外来で11倍も高いことも明らかになっている（Ishida, Ode, Takahashi, Deshpande, et al, 2012）。このような、受診頻度が高く、親の不安による受診も多い現状に対して、小児救急電話相談事業が開始され、子どもの急病時の養育者の不安を解消し、適切な受診行動につなげる支援も行っている（厚生労働省，2014b）。さらに、プライマリケアから初期救急、そして三次救急に至る小児医療のグランドデザインの再構築に向けた整備も進められている（日本小児科学会，2010；大山，2014）。

小児救急医療では、軽症患者の中にまぎれた重症化する可能性のある患者を早期に発見することを目標にトリアージが行われ、患者の緊急度を判定し、適切なタイミングで医療が提供されている。しかし、トリアージでは緊急度は低い支援を要する子どもはすり抜けてしまうため、実際の現場では、単に医学的な緊急性の判断ではなく、あらゆる支援の必要性を見極め、子どもの育ちと家族の養育力の査定を行っている。例を挙げると、必要な療養行動が取れずに気管支喘息発作等を繰り返す子ども、具体的な育児方法がわからず衣服の調節すらできない親、家庭での適切な予防策が取られていないために家庭内事故を繰り返す子ども、相談相手や相談場所を持たない親、不適切な養育のもとに生活をする子どもや適切な育児が行えない親などである。

育児不安のある親や機能不全家族に対して、予防的介入や見守りを行うことで親子の健康を維持することが、小児救急医療には期待されている。このような支援を要する親子を見逃さないことが虐待やネグレクトを予防することになるということは、診療のガイドラインや対応の手引きなどでも示されている（細井，2009；池山，2014；井上，2014；笠原，2014；溝口，2013；本山，2014；日本

子ども家庭総合研究所編，2014；日本小児科学会，2014)。小児救急外来から虐待通告した106症例を後方視的に分析した海外の調査によると、これらの症例は虐待通告以前に平均4.6回の受診をしており、その69%が夕方から翌朝にかけての受診であったことも報告されている(Keshavarz, Kawashima, & Low, 2002)。外来では確定診断の可否に関わらず帰宅可能かどうかの判断が必要であり、帰宅後のマネジメントは患者や家族に委ねることになる(前野・松村，2012)。子どもの健康は年齢が低いほど、子ども自身だけではその回復・維持・増進は望めない。

近年、疾病予防や健康増進に対する看護の必要性が高まる中、養育環境の査定は子どもの成長発達を支えるためには不可避であり、家族の機能や状態が維持される可能性を評価する視点は重要である。子どもの健康を考える場合、家族の状態も含めてとらえる必要があり、小児救急医療においても発達支援や家族支援、そして養育環境の視点は欠かすことができない。しかしながら、これら専門的な小児救急看護実践に必要な知識や能力は十分に言語化されておらず、構成要素や実践のプロセスが明らかになっていないとは言い難い。

在宅医療など地域での生活者に対する看護では、見守りは重要な看護の一つとして認識され、実践はもちろんのこと、体系的に教育されている。医療施設における看護では、患者の異常を早期に発見し、健康状態を悪化させないことを目的とした看護が中心であり、このまま様子を見守るといような「大丈夫の判断」とも言える視点が検討される機会は少なかった。小児救急看護実践においても同様であり、小児救急看護認定看護師の教育が始まって10年以上経過しているにもかかわらず言語化が十分でないことから推察できる。

そこで、小児救急患者に対する看護師の実践の構成要素や実践のプロセスを整理し、その特徴を明らかにすることが必要であると考え、本研究を計画した。

II. 研究の目的

救急外来において、小児患者の来院から帰宅までの間に行う看護師の判断と、そこから導かれたケアの実際を記述することにより、小児救急看護実践の特徴を明らかにすることである。

III. 研究の意義

本研究はこれまであまり顧みられなかった小児救急看護における看護師の判断とケアの特異性および特殊性を描出する点に特色がある。小児救急看護は、小児看護と救急看護の重複する領域として認知され、緊急度・重症度の高い小児救急患者のみが対象と考えられがちである。しかし、対象となる小児患者の多くは軽症患者であり、臨床的にも小児によくみられる日常的な症状を呈し、医療的処置が少ないことから緊急性が低く、時には受診そのものが不要とみなされることもある。しかしながら、このような大多数の小児救急患者と家族を、受診に至る経緯や受診のタイミング、あるいは育児の適切性の視点でとらえると、決して援助が不要な患者とはいえない。援助を要する課題が子どもと家族の日常生活や養育行動と密接に関連していることから、

小児救急看護独自の実践や技術として、その専門的な特徴が明確になりにくいのが現状である。それゆえ、臨床的にも学術的にもその専門性が言語化されているとは言い難く、これらを明らかにする本研究の意義は大きいと考える。さらに、小児救急医療は、救急医療から育児支援あるいは家族支援に至る専門性を有するという点に特徴があり、これを独特の文化ととらえることができる。これをエスノグラフィーの視点でとらえ、そこで展開される小児救急看護の特徴を意味づけすることは、本研究の独創的な点である。

本研究の遂行により、混沌とした救急外来における小児救急患者への看護師の実践のありようを整理し、看護実践を導いた看護師の判断の特徴を記述することができる。そして、本研究で明らかになった内容は、以下に寄与することが期待される。まず実践を構成する看護師の判断とケアの特徴の明確化を図ることができる。これにより、今後の教育の構築、および実践あるいは管理体制に対する根拠を提示することが可能となる。さらに、看護基礎教育や現任教育における新たな知識体系への資料提供が期待できる。ひいては、救急外来における小児救急看護の質の向上が図れ、受診する子どもとその家族への利益がもたらされる。

IV. 用語の定義

本研究では、次のように用語を定義して使用する。

1. 救急外来

子どもが急病時に受診可能な医療機関の診療部門とする。現在のわが国では、その救急体制、設置形態や名称、加えて受け入れ可能な患者の属性はさまざまであるが、その違いは問わない。

2. 判断とケア

看護師が患者および家族に対して行う、状況の把握と解釈、およびアセスメントと実際に行う看護援助を指し、根拠をもとにした分析的な思考と直感を用いた臨床推論を繰り返す一連のプロセスとする。

第 2 章 文献検討

I. 我が国における育児環境

小児救急医療、および小児救急看護は、救急外来を受診する子どもと家族、特に乳幼児期を中心とした育児世代の養育状況や養育環境との関連が深いことから、子どもと家族が置かれている状況を明らかにする必要がある。そこで、我が国の人口動態と育児世代の社会経済的状況や社会資源などに関する文献検討を通して、乳幼児期を中心に子どもと家族が置かれている現状を概観する。

1. 育児世代の現状

1) 人口からみる育児世代の現状

我が国の合計特殊出生率は、2005年には1.26と過去最低を更新した。2006年以降の合計特殊出生率は、横ばいもしくは微増傾向だが、2015年も1.46と依然として低い水準にあり、長期的な少子化の傾向が継続している。また、2012年に発表された国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012年1月推計）」によると、現在の傾向が続けば、2060年には、我が国の人口は8,674万人となり、1年間に生まれる子どもの数が現在の半分以下の50万人を割り、高齢化率は約40%に達するという厳しい見通しが示されている（厚生労働省，2014b；厚生労働省，2016b；内閣府，2016）。

15～64歳の生産年齢人口および総人口に占める割合は、2010年の8,173万人（63.8%）から減少し続け、2060年には4,418万人（50.9%）となる。2042年をピークに高齢者人口は減少するものの、年少人口と生産年齢人口の減少率から、相対的にみて高齢者人口の割合は上昇し続ける状況が続くことになる。また、2010年の調査（国立社会保障・人口問題研究所，2010）では、理想的な子どもの数は調査開始以降最低の2.42人で、実際に持つつもりの子どもの数も2.07人に低下していた（国立社会保障・人口問題研究所，2010）。この結果は子育てや教育にお金がかかりすぎる事が反映しており、若年層ほどその割合が高く、年代が上がるとともに「高年齢で生むのはいや」の割合が高くなる傾向があり（国立社会保障・人口問題研究所，2010）、所得や就労状況との関係も示唆される。

2) 所得や就労からみる育児世代の現状

所得分布をみると、1997年から2007年の間に出産や子育ての中心的世代の所得分布は低所得層にシフトし、その後2012年まで同様の状態が続いている（内閣府，2015）。同調査（内閣府，2015）では、20代での最多層が300万円台（1997年）だったが、2012年にはその層が減少し、200万円台前半と同等の割合となった。30代ではさらに低所得化が進み、500～699万円（1997年）から300万円台（2012年）にシフトしていた。

2010年に出産し、その1年前に就労していた女性のうち、出産を機に退職した者は半数以上おり、このうちの1/4程度は就労継続の意思を持ちながらも育児との両立が困難として退職していた（内閣府，2015）。また、就労形態を問わず何らかの形で就労の意向があるものは86.0%あった（内閣府，2015）。

養育世代の低所得化が顕著であり、経済的に就労を希望したときにもワークライフバランスが維持しにくくなっている。意に反した退職を選択せざるを得ない母親がいることを考えると、我が国では女性が働きながら子どもを育てられる社会の仕組みが不十分であることがうかがえる。

2. 養育に関する社会資源

育児世代の家庭にとって、育児と就労を両立させるための資源である保育所の存在は大きい。しかし、保育所入園を希望しながらも、それが叶わない「待機児童」が増えている。国では 2001 年に「待機児童ゼロ作戦」を制定し、新設保育所の半数程度は公設民営方式にすることや、優秀な無認可保育所への公的補助などが方針に盛り込まれた（朝日新聞，2001）。その後も保育所等の待機児童解消をはじめ、保育施策を質・量ともに充実・強化・推進を図り、ワークライフバランスの実現、親の就労と子どもの育成の両立、家庭における子育てを包括的な支援の構築を進めたが（厚生労働省，2008b）、都市部を中心に待機児童はいまだ多い。

20 政令指定都市と東京 23 区における調査（朝日新聞，2015）では、待機児童は約 7 千人で前年より 16%減っていたが、入園できないが待機児童として算出されない「隠れ待機児童」が約 3 万人おり、公表データと実態との開きがみられた。このような「隠れ待機児童」の養育者の中には、入園できないために育児休暇を延長した者、求職中の者、認可外施設への入所を決めた者、あるいは希望と合わず入園しない判断をした者などさまざまなケースがあることから、ニードと施策のギャップがみてとれる。

保育所に入園できたとしても、子どもが年少なほど健康状態によって登園できない日もあるが、登園可能か否かを判断する基準は保育士と養育者とでは異なっているようである。咳嗽や嘔吐、下痢では症状が重くても登園可能と考える割合は、保育士よりも養育者の方が高く（今井・村橋・飛田他，2009）、判断に困るときであっても、明らかに具合が悪くなければ登園させる養育者も多い（長谷川・大野・斎藤他，2007）。また、就労する母親は子どもの急病時に休暇が取れないこともあるため、多少の無理を承知しながら登園させる場合がほとんどであった（長谷川・大野・斎藤他，2007）。一方で、登園できないときの看病を非同居祖母に頼むケースもあった。しかしながら、頼める家庭ばかりとは限らず、子どもの体調不良時でも保育所以外に預ける場所がない家庭も多かった（長谷川・大野・斎藤他，2007）。

これらの調査が示す結果をみると、子どもに症状があっても他の選択肢やサポートがないことで子どもを登園させている様子や、ワークライフバランスの調整が難しい状況が垣間見える。

II. 我が国における小児救急医療の現状と課題

我が国の小児医療施策や法整備、小児医療体制と小児救急医療の位置づけ、および、その現状と社会からの要請について整理するとともに、子どもと家族がも

つ課題に対する小児救急医療における対策を概観する。

1. 小児救急医療の現状

1) 小児医療政策の現状

診療報酬上の点数が高い処置や検査が少なく採算が合わないため、小児医療は、その縮小や閉鎖、統合を招きやすい。さらに、特定の地域に偏在する傾向が強く、15歳未満人口あたりの小児科医数は、地域によって最大で2倍以上の開きがある（小沼，2005）。加えて、各自治体が実施する乳幼児医療費助成制度も自治体によってその内容や対象年齢、親の所得等の助成要件はさまざまであるなど、多面的な地域格差が存在する（小沼，2005）。1999年度から開始した小児救急医療支援事業だが、マンパワー不足により未整備の医療圏が半数以上あった（小沼，2005）。この事業の他、小児救急医療拠点病院及び小児救急電話相談事業に対する支援は、2013年度まで補助金であったが、2014年度より医療提供体制のための新しい財政支援制度において実施可能となっている（内閣府，2014）。

2) 診療報酬にみる小児救急医療

診療報酬における小児救急領域の評価は、平成14年度改定時（2002年）にはじまり、「地域連携小児夜間・休日診療料」が新設され、休日または深夜に、入院中の患者以外の患者（6歳未満）に対して診療を行った場合の算定が可能となった（厚生労働省，2002）。平成16年度改定（2004年）では、6歳未満の乳幼児を診療する場合に、診療時間内であっても時間外加算等が算定できるよう見直された。さらに、地域連携小児夜間・休日診療の算定要件の見直しにより、24時間対応から夜間・休日の決められた時間への対応に変更となった。

平成18年度改定（2006年）では、引き続き、乳幼児深夜加算等の新設及び評価の充実、地域連携小児夜間・休日診療料の見直しや、小児医療における検査・処置等の技術に係る評価の見直しなどが行われ、平成20年度改定時（2008年）には、「産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減」が緊急課題として掲げられ、小児の外来医療のさらなる評価が図られた（厚生労働省，2004；厚生労働省，2006b；厚生労働省，2008a；西田，2014）。

平成22年度改定（2010年）では、「救急、産科、小児、外来等の医療の再建」を重点課題として、地域連携による救急患者の受け入れの推進や、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価が行われた（厚生労働省保険局医療課，2010）。救急医療では、救急搬送受け入れの中心を担う二次救急医療機関に対する評価の引き上げとして、救急医療管理加算と乳幼児救急医療管理加算の増点が図られた。また、小児急性集中治療では、小児救急患者に対して、超急性期の救急医療と、それに続く急性期の専門的集中治療が評価され、救急入院料小児加算、および特定集中治療室管理料小児加算が創設された。さらに、初期救急の評価として、小児救急外来の評価の引き上げと、多数の救急外来受診者に対するトリアージの評価がなされるようになった。これにより、地域連携小児夜間・休日診療料の増点と院内

トリアージ加算が新設された（西田，2014）。

平成 24 年度改定（2012 年）でも、引き続き重点課題の一つとして「救急・周産期医療の推進」、および「救急外来や外来診療の機能分化」が示され、トリアージをはじめとする重症者が優先的に受診できる仕組みの推進が図られた（厚生労働省保険局医療課，2012）。さらに、小児救急医療の評価として、救急医療管理加算に 15 歳未満を対象とした小児加算を新設し、乳幼児加算も増点された。そして、小児救急医療に対する評価であった院内トリアージ加算は、対象患者が拡大され、夜間・深夜・休日に受診した全年齢層の救急外来受診患者に対して算定できる院内トリアージ実施料とされた。これにより、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進することを目指した（西田，2014）。

このように、過去数回の診療報酬改定においては、小児医療は国の医療政策の重点課題の一つとされていた。特に小児救急医療には高い評価がついているが、評価項目については、要件の適切性を評価しながら適正な運用を進めることに加えて、要件に含まれる看護師の質を担保することが現場には求められている。

二次救急施設では、平成 24 年度の算定開始に合わせて一気に導入施設が増えていた（中央社会保険医療協議会，2013）が、一次救急施設では、平成 24 年度改定以前から院内トリアージを実施している施設が半数近くあった。もともと施設数が少ないものの、一次救急施設では小児患者の受診が多いことから、平成 22 年度からの「院内トリアージ加算」を算出していたものと推察される。

我が国における救急外来の多くは、成人患者と小児患者が混在して受診しているが、救急外来で働くすべての看護師が小児患者の看護に精通しているとは限らない。平成 22 年度診療報酬改定で院内トリアージ加算が新設されたときには、加算の範囲は小児救急医療に限定されていたことから、算定要件となる看護師は「小児看護や救急医療に関する 3 年以上の経験を有する専任」とされていた。これにより、ある一定数は小児看護の経験を持つ看護師が配置されていた可能性がある。しかし、平成 24 年度診療報酬改定で院内トリアージ加算が廃止された。新設の院内トリアージ実施料では、対象患者が全年齢に拡大したこともあり、看護師の算定要件は「救急医療に関する 3 年以上の経験を有する専任」となった。小児看護あるいは小児救急看護の経験が不問となったことにより、偏った看護師配置になった可能性もある（西田，2014）。

2. 小児医療体制の現状と課題

1) 小児医療体制の概観

我が国では、小規模病院の小児科が中心の小児医療体制である。昼夜を問わず地域の小児医療を担っているが、各施設の小児科医は決して多くない。小児医療の実態を把握するために行われた調査（鴨下，2005）では、小児医療だけでなく我が国の医療のグランドデザインの再構築が求められ、学問としての小児科学の充実と発展が不可欠であること、小児科医の過重労働が明らかになった。そして過重労働の要因として、夜間の時間外診療や救急診療により勤務時間が長く、かつ、当直回数が多くなっていること、また、他科と比較すると女性医師の割合が

多いものの、ワークライフバランスの維持への支援体制が不十分であることが示されていた。このように、受診する小児患者の増加や養育者の専門医志向から過重労働を強いられており、このままでは崩壊を招きかねない現状がある。これを受けて、小児医療の崩壊を回避し、医療の質を担保しつつ安定した供給ができるように、小児救急医療の再構築が検討されている。

我が国の救急医療機関は、法令で定義されてはいないものの、一般に3つの区分に分けて議論がされており、小児救急医療も同様である。医療施設調査（厚生労働省，2009）で用いられた用語の解説をもとにその違いを示すと、初期救急（あるいは一次救急；以下、初期救急に統一）医療を行うのは、軽度の救急患者への夜間・休日における診療を行う医療施設であり、比較的軽症な急病者を診療する医療機関である。二次救急医療は入院を要する救急医療が提供できる施設で、精神科救急を含む24時間体制の救急病院、あるいは、輪番制の医療機関であり、三次救急医療施設は救命救急センターなどをもち、より高次で複数の診療領域にわたる重篤な患者に対する医療が提供できる。日本小児科学会では、小児医療体制において各医療施設の機能分化を進め、特に、小児救急機能を明確に分化することも提案している（日本小児科学会，2010；大山，2014）。これは、受診患者数の多い小児の初期救急医療について、現状の小規模点在化する施設を集約化し、供給側の疲弊を防ぎながら質の高い医療を提供しようとするものである。

小児医療は、単に子どもの健康を守るだけでなく、養育者に安心を与え、育児を支援する観点からもその体制整備が求められている。子どもと家族にはかかりつけ医を持つことを奨励し、子どもの健康管理だけでなく、親の育児に関する相談ができる場として機能するよう期待されている（厚生労働省，2014b）。また、休日・夜間を含めた小児救急患者の受入体制の整備は重要とされ、初期救急を担う小児初期救急センターの運用だけでなく、小児救急対応が可能な病院を確保するための二次医療圏単位での当番制等の導入や、複数の二次医療圏ごとに小児救急医療拠点病院を設けることにより入院を要する二次救急患者に対応している。ただし、病院勤務の小児科医に比べて開業小児科医の高齢化や、ビル診療化が進んでいることで、開業医の初期救急医療への当番制参加が困難な面もある（市川・山田・田中，2001；小沼，2005）ことは考慮すべき点である。さらに、三次救急として小児の救命救急医療を担う小児救命救急センターや小児集中治療室（PICU）の整備による医療資源の集中化および専門化を推進しており、この動きは、診療報酬による評価にも表れている。少子化社会において整備された小児医療が提供されるには、受診者の多い小児救急医療が安定して機能し、治療のみならず、保健や予防までさまざまなニーズに対応することが求められる。

2) 小児救急医療の現状

近年、入院期間の短縮化が政策的にも推進され、日常的に治療やいわゆる医療的ケアを受けながら地域で生活する子ども達が増加する中、外来での継続的な援助が重視されている。さらに通常は医療を必要としない子どもであっても、急病時には外来受診を必要とするため、一般的に小児科の外来を訪れる患者の大半は、

いわゆる「Common disease」といわれる日常的な疾患や症状で繰り返し受診する子どもであり（五十嵐，2003）、小・中規模病院の小児科外来やクリニックではその対応に追われている。小児医療の目的は、子どもの健全な成長発達にあり、特に外来診療では、子ども本人に加えて、家族や地域を含めた子どもを取り巻く環境への視点が必要となる。地域における子育て支援システムの一翼として小児クリニックが存在し（横田，2003）、疾患の治療状態の改善といった健康障害への直接的なアプローチだけでなく、さまざまな関係性の中で子どもをとらえ、課題を解決していかなければならない。その中には育児相談や親の不安の解消といった、子育て全般のサポートも含まれている。

日常的な疾患や症状により繰り返し受診する子どもを支えるのが小児救急医療だが、小児救急疾患の特殊性は次のようにまとめられる（市川，2008）。子どもは訴えが不明瞭であり、疾患の緊急度・重症度判断や重症化の予知が困難である。さらに、病態の進行が速く重症化しやすいこと、発達年齢に特徴的な救急疾患や事故があり反復しやすいこと、さらに流行性疾患が多いことが特徴である。また、養育環境などを含めた育児方法の誤解、養育環境の劣悪化などによる罹患や反復が多くなる。診療時にも患児の協力が得られにくく診断治療上も困難性を含んでいる。そして、これらは養育者が小児科専門医への受診を望む要因ともなっていると指摘されている（市川，2008）。

小児救急医療提供の本質は予防的小児救急医療であるとし、重症化させないための早期治療を行い、軽症の段階で終わらせることを目的とする（日本小児科学会・日本小児救急医学会，2013）ことから、これによる受診者増加はあらかじめ予測可能である。加えて、多くの軽症事例の中から重症度・緊急度の高い患者を見抜く専門性の提供という、いわゆる医学的要素とともに、親の不安による受療行動への対応や、子どもの成長発達を理解した上での養育環境の評価および改善へのアプローチという、育児支援の一面や社会医学的要素を含んでいるものである（市川・山田・田中，2001）。医学的には多くの介入を要しない症例では、ホームケア指導や養育上のアドバイス、家庭内環境を見直すサポート等に看護がその力を発揮することで、親の育児能力の向上に寄与している（吉野，2009）。つまり、子どもの健全な育成のために、養育者がその力を付けられるように働きかけるのも小児救急医療の役割であり、医療者と養育者が協働することが必要である（市川，2012）。

このように、入り口を広げた小児救急医療の提供は不可欠であるが、それだけで子どもの健康は守れない。適切な受療行動は医療資源の安定供給につながり、ひいては安全な医療の長期的な利用を可能にする。また、受診前の子どもを守るには、養育者が子どもの養育環境を自ら見直す力も求められるため、そのサポートも重要となってくる。

3) 小児救急電話相談事業

子どもの救急外来受診では、医学的には軽症と判断される小児患者が7割を占めるが、子どもの症状を軽症と考えている親は15%程度に過ぎず、親の6割以上

が、子どもの具合が悪くなったことで不安になり受診していた（衛藤，2006）。このような状態は「コンビニ受診」として小児救急医療の疲弊を招く要因とされる。加えて、受診した子どもの親は、小児科を専門とする医師の診察を望む傾向が強いことも、小児科医の過重労働を含む小児救急医療の課題を一層深刻にしている。

小児救急電話相談事業（#8000）は、このような状況に対して、子どもの急病時の養育者の不安を解消し、適切な受診行動につなげる支援の一つとして、休日・夜間の急な子どもの傷病に対する家族の判断に対する電話相談による支援を目的に実施されている（厚生労働省，2014a）。これは「0.5次救急」と表現されることもあるが、受診前の親の迷いや困りごとに対応することを目的としている。子どもの急病時に受診の要否や家庭での対応方法について親の判断を支援するだけでなく、子どもの健康上の相談や育児相談にも応じることで、子育て世代への支援の一翼を担っており、2010年から全ての都道府県で事業展開されている。しかしながら、運営時間は準夜帯が中心で、深夜帯に行っている都道府県は7割弱、休日の日中は3割程度にとどまっており（厚生労働省，2017）、時間内であっても相談回線数の不足による応需不能例あることから、十分に機能しているとは言い難い。さらに、相談の約8割が医療に関する内容で、育児相談など医療以外の内容は2割程度に留まっている（厚生労働省，2014a）ことから、当初の目的に応じた成果が現れていないのが現状である。

電話相談の応需例をみると、乳児や幼児前期など年少児の場合や、症状が発熱の場合が多い（樋貝・籠谷・赤池他，2014；市橋，2008）。電話相談の多くはその後の受診が不要と判断されているが（市橋，2008；厚生労働省，2014a）、7割近くが電話相談後に受診していた（市橋，2008）。しかしながら、そのうちの9割近くは処置や検査を要しない症状であり、このようなケースは全電話相談数の半数近くをも占めており（市橋，2008）、親の心配が大きいことがうかがえる。電話相談の多くが5分以内であったことから（市橋，2008）、子どもの身体症状に関する問題が解決されないだけでなく、親の心配が解消されず、受療行動につながったとも考えられる。

我が国の小児医療体制は、単なる疾病の治療にとどまらず、あらゆる健康レベルの子どもと家族を受け入れて子どもの健康を守り、かつ、養育者に安心を与えて育児を支援できるよう、初期救急から集中治療に至るまでのあらゆる医療レベルにおいて、体制の整備と互いの連携の強化を図っているが、依然として子どもと親のニーズに十分な対応ができていないのが現状である。

3. 小児救急医療に対する社会的要請

1) 予防的小児救急医療への要請

救急医療では、メディカルコントロール¹やトリアージなど、緊急性を軸にしたシステムの構築や運用に関して議論されることが多い。救急外来では迅速に適

¹ 救急現場から医療機関に搬送されるまでの間、救急救命士等が実施する医行為について医師が指示、指導・助言及び検証することにより、これらの医行為の質を保証する体制

切な医療を提供することが求められており、救急患者の来院時、つまり救急外来の入り口部分への注目が高い反面、病院前や受療後の転帰に関する議論は表に出にくい。

小児救急医療は一般市民から高い関心が寄せられ、時間帯や病状を問わず小児科医にアクセスできることを期待していることから、小児科医への負担は大きい（市川・山田・田中，2001）といわれている。加えて、他領域医師による診察を受け入れたがらない小児患者の家族もあり、小児科医へのさらなる負担となっている（市川・山田・田中，2001；鴨下，2005）。厚生労働省（2014a）は救急医療体制や取組に関する現状および課題、今後の検討内容や方向性を示しているが、小児救急医療に関しては、①主として小児科以外の医師の関与、②家庭看護力の継承と向上、③先天性疾患を持つ子どもの急病時の対応の三点に言及している。小児救急医療体制の維持・継続には、小児科以外の診療科の医師も欠かせないのが現状である。そして、この現状に対する国民の理解と適正利用を求める必要がある。そのためには家庭看護力、つまり、受診の必要性や緊急性を患者家族が自ら判断できる判断能力を養うことが提示されている（厚生労働省，2014a）。

救急医療には、その本質として予防的救急医療の面があり、特に小児救急医療はこれが最も強く現れる現場であり、家族からも求められている（市川，2008）。多くの軽症の患児を軽症で食い止めること、軽症の中から緊急度の高い患児を見抜き重症化の予知を行い、早期治療を開始することが、社会医学的救急医療という観点からもその中心的役割となる（市川，2008）。小児救急医療を受診するとき、専門的知識がなく、育児不安の強い養育者の心配が高くなれば、早い受療行動につながりやすくなる。現代の養育者は、子どもとの接触が極端に少ない中で育ってきていることを考えると、これは当然のことともいえる。

受診者が満足する診療を行うためには、緊急度が優先される救急診療であっても、子どもの養育背景や身体的・心理的背景の把握は不可欠である（市川，2010）。さらに、養育者の育児に対する姿勢や、育児不安について把握し、育児支援や相談相手の存在についても気を配り、養育者の不安を解消することが求められる（市川，2010）。不要な受診を抑制することも必要であるが、これだけでは根本的な解決にはならず、患者のニーズに応じた時間外診療を提供することによって、初めて適切な受診に関する患者への教育が成り立つ（藤村，2007）。このような現状にあっては、養育者にもわが子を健全に育てる責務を再認識してもらうことも必要であり、そのための啓発は社会的役割ともいえる。

2) 家庭看護力養成に対する期待

小児救急医療は、他診療科医の協力なくして実践は難しい現状は先でも述べた。持続可能な小児救急医療体制の確保には、適正利用が可能となるよう国民に理解を求めると同時に、必要な知識の啓発も必要となる。加えて、共働き家庭における子どもの受診の状況など、子どもの養育環境を踏まえた医療体制の構築の必要性や、先天性疾患児の急病時のニーズなど、医療資源の分配方法の検討の必要性も挙げられている。

「医療法」の第六条の二においては、患者・家族が医療施設の選択に関して必要な情報を「容易に得られるように」するための措置を講じる努めが国や地方自治体にあること、患者・家族が適切に保健医療サービスの選択ができるようにするために、医療施設には提供する医療に関する正確・適切な情報提供、さらには「患者又はその家族からの相談に適切に応ずる」努めがあるとされている。つまり、受診の必要性や緊急性を患者家族が自ら判断できる判断能力を育めるような支援（厚生労働省，2014a）が求められているということである。

これらから、小児救急医療における患者・家族の課題とされる家庭看護力の養成と適切な受診行動の選択は、その実現に向けた医療提供側の課題でもあることが確認できる。つまり、救急外来では、医療の提供とともに、患者・家族の次の受療行動につながるかかわりが求められる。

3) 育児支援ニーズ把握の取り組み

乳幼児をもつ母親は、発熱時(38.5°C以上)に受診するときの判断基準として、健康状態を判断できない、あるいは普段と比べて少しでも異なると感じるといった子どもの様子だけでなく、対応が遅れた場合の家庭内感染や、入院に至った場合の影響のなども考慮しており、いずれであっても手遅れにならないうちに対応しようと受診していた(山下, 2009)。さらに、日中受診していても夜間に新たな症状が出現すれば、同日に再受診するという行動に至る場合もあった(山下, 2009)。また、小児救急病棟に入院する乳幼児に付き添う親のニーズを調査した施設では、病気になったときの対応だけでなく、育児や生活における支援があったことを受けて、育児支援シートを導入したかかわりを始めていた(崎山・梶原・藤波他, 2010)。このシートにより、子どもと親に必要な支援内容を明確にし、それらを共有することで、看護師の支援が意識的に行われるようになっていた(崎山・梶原・藤波他, 2010)。これは入院病棟でのかかわりではあるものの、病棟の特徴からみて救急外来を受診する子どもと家族がもつニーズと同様であると考えられ、救急外来への援用の可能性が示唆される。

Ⅲ. 我が国の小児救急外来の現状

本研究のフィールドとなる救急外来に受診する子どもと家族の状況を把握するために、小児救急医療を受ける子どもと家族の特徴を整理し、現状と課題を把握する。そして、小児救急医療で提供される医療および看護の実際を概観する。

1. 小児救急外来を受診する患者の特徴

1) 小児救急患者の年齢的な特徴

小児救急医療に関する議論は1990年代から散見されるが、受診する子どもの年齢は15歳までの全年齢に分布するものの、当時から最近に至るまで、変わらず3歳までの年少児が多い(栗飯原・出口・山西他, 1993; 武井・加藤・森田他, 2014; 田中・石井・内山, 2003; 内間, 2014)。東京消防庁が救急搬送した者のうち軽症の割合は、0~14歳が最多で、年次による違いはあるものの75~85%を

占めている（東京都小児医療協議会，2013）ことから、子どもの受診頻度の高さがわかる。

2) 小児救急患者の受診状況の特徴

幼児の養育者 957 人への質問紙調査（下開，2009）によると、過去 1 年間に 8 割以上の養育者が子どもの病気、あるいは医療機関の受診を経験しており、子どもが病気の場合には、そのほとんどが受診に至っていた。また、基礎疾患がある子どもの場合、育児を支援する親族の人数が少ないほど医療機関の利用回数が多かった（下開，2009）。急病時の受診は、救急病院の受診が最多であったが、8 割以上の子どもがかかりつけ医を持っており、その半数は救急時にもかかりつけ医を受診していた（田中・石井・内山，2003）。小児救急医療機関への受診は夜間の全時間帯に分布するものの、特に夕刻から就寝時への集中（栗飯原・出口・山西他，1993；衛藤，2006）あるいは 21～24 時にピークがある（武井・加藤・森田他，2014）といった特徴があった。

このように、子どもに症状がある場合のほとんどが医療機関受診に至っており、さらに身近に相談相手や支援者がいないことが受診につながっている可能性も示唆される。また、受診の時間帯をみると、家族の帰宅後、夕食から就寝の支度をする中で子どもの様子の変化や症状の出現をとらえ、受診に至ることが多く、かかりつけ医だけでは対応が困難な時間帯があることが推察される。

小児救急外来には繰り返し受診する患者も多いが、佐藤・北形・鈴木他（2010）の調査では、受診後 24 時間以内に再受診した患者は 3.1%で、そのうち半数近くが乳児であった。再受診のほとんどが症状の改善がみられない、あるいは新たな症状が出現したことを理由としており、3 割近くは医学的には不要な再受診であった（佐藤・北形・鈴木他，2010）ことが示されている。一病院の救急外来受診に関する後方視的調査（内間，2014）では、受診の 6 割以上が軽症患者で、ひと月の間に複数回受診した者が全体の 9.9%を占めていた。このような軽症の小児患者の受診の要否については議論が多いところだが、この病院のように、地域の中核病院であり、かつ、24 時間体制で小児外来が稼働している唯一の施設では、小児患者の受診が集中しやすいことも考えられる。

しかしながら、日本の子どもの受診の実態を、日本の成人、およびアメリカの子どもと比較調査した研究（Ishida, Ohde, Takahashi, et.al., 2012）をみると、日本の子どもの受診頻度は、年少児ほどクリニックの受診頻度が高いが、日本の成人と比べて地域のクリニックで 2 倍、救急外来では 3 倍であった。また、アメリカの子どもと比べると、地域のクリニックで 2.5 倍、救急外来では 1.6 倍、病院の外来では 11 倍となっていた。このように、子どもは他の年齢層と比べても、なんらかの症状により受診した経験を持ち、受診頻度が高く、さらに繰り返し受診することも多い。そしてこれは我が国の小児救急患者の特徴でもあることがわかる。

3) 小児救急患者の症状の特徴

小児救急外来を受診する子どもは、感染性の急性期症状を呈して外来受診することが多い。発熱は小児救急患者によくみられる症状であり、救急外来の 6~7 割、一般外来の 4 割以上が発熱による受診（田中・石井・内山，2003；柳橋・佐藤・小島他，2011）といわれる。母親が認識する子どもの平熱は $36.4^{\circ}\text{C} \pm 0.3^{\circ}\text{C}$ であり、 $37.5 \pm 0.3 \sim 0.4^{\circ}\text{C}$ で発熱とみなし、 $37.9 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$ になると受診行動を取り、さらに $38.4 \pm 0.6^{\circ}\text{C}$ で不安になる（細野・岩元，2006；太田・小田・氏家他，2007）ことから、発熱による受診の多さが理解できる。

呼吸器系も受診数の多い急性症状だが、一般外来では咳嗽を主訴とした受診が最も多く半数以上の子どもにみられていた（柳橋・佐藤・小島他，2011）。武井・加藤・森田他（2014）の報告では、呼吸器症状により小児の初期救急医療機関に夜間受診した子どものうち、7 割近くが気管支喘息であった。気管支喘息による受診の 8 割以上が来院時に経皮的酸素飽和度 95% 以下を示し、発作の程度は、中発作が半数弱、大発作も 2 割以上いた。6 割弱が処置・投薬後に帰宅したものの、残りは二次医療機関への搬送もしくは紹介となっていた。また、症状出現から 24 時間以内に受診する患者は全体の 7 割を占め、半数は上気道炎であったが軽症者の割合が多かった研究（栗飯原・出口・山西他，1993）からもわかるように、呼吸器系の症状は頻発し、受診時の緊急度や重症度は幅広いことがわかる。

呼吸器症状は原因となる疾患も多いことから受診頻度の高い子どもの症状である。これらの症状はなによりも子ども苦痛であるだけでなく、それを目の当たりにしている親も苦しい思いをすることが、比較的軽度の症状での受診や、繰り返す受診につながっているケースもある。

4) 子どもが急病時の親の不安

子どもの身体症状だけでなく、親の不安が受診に関係していることは、複数の文献で指摘されている。小児の救急外来受診は、急な発病による不安や、翌日まで待てないこと、薬が欲しいことや親の就業などの都合が多く、これらのうち受診不要と判断された事例は 3 割近くあった（渡部・中澤・衛藤他，2006）。一般外来と救急外来を受診した小児患者の母親の不安に関する調査（柳橋・佐藤・小島他，2011）によると、救急外来群では受診が 3 回以上であっても不安を感じている母親が 2 割前後存在していた。初回受診に不安をもつ母親が 5 割前後いることを考慮すると、受診回数を重ねるにつれて不安が減少しているともいえるが、総じて不安の高い母親が多い。救急外来の機能は応急診療を主としているため、症状緩和を図りながら現症の悪化を防ぐことを目的とした翌日の一般外来までの暫定的な対処が主体となる。対象となった子どもには、二次救急医療施設での治療が必要な子どもはいなかったことから、多くは軽症であったことが推察され、子どもの医学的ニード以上に、親が安心を求めたゆえの受療行動であったことが示唆される。

また、初回受診時に不安が解消されないまま帰宅した親がいたことや、看護師からホームケアの方法などを説明されなかった親が半数以上いた（佐藤・北形・鈴木他，2010）つまり、帰宅前に親の不安が解消されない、あるいは、帰宅後の子どもの手当ての方法がわからないことが再受診につながっていることが考えら

れる。

枝川・猪下・佐々木他（2003）の調査では、子どもが急病時の母親の不安や困りには、精神的支え・育児相談者・育児協力者の有無で有意差がみられた。しかし、支援者の属性や関係性での差がなかったことから、他者からサポートが得られることが不安の低減につながっていたことが考えられる。困ったときには、頻繁の受診や早めの受診、夜間でもとにかく受診することで対処し、それによって安心感を得ている親もいるように（丹，2007）、子どもの急病時には早く対応したいと考えている。有効なサポートや家庭で対処行動が取れるような知識と技術が習得できれば、不安の緩和や適正な受診につながる可能性も示唆される。

小児看護における親へのサポートは決して単なる親の満足のためではなく、子どもの安寧のために必要となる。不適切な受診による子どもへの身体的負担を回避し、回復の促進を図るためにも、救急外来における親への適切なサポートは重要といえる。

5) 子どもが急病時に親が困ること

子どもの受診には親の意向が関与するが、養育者はいつでも必ず診てもらえて待ち時間は短く、必ず小児科医が担当してくれる質の高い救急医療を高く望んでいた（田中・石井・内山，2003）。さらに、小児科医へのアクセスが悪い地域で他診療科医の診察を受ける場合には、テレビ電話などを使って小児科専門医が相談やアドバイスをを行うシステムを望んでいた（田中・石井・内山，2003）。

10歳未満の子どもを持ち、就労する母親の7割近くが、子どもの急病時にかかりつけ医が休診、あるいは、医療機関が見つからないなどの経験を持っていた（新井・太田・安成他，2012）。さらに、受診の間のきょうだい児の世話など、人手の問題でも困っていた。ほとんどの母親は、非同居家族・親戚や同居家族、知人・友人などを相談相手としていたが、医療者や電話相談などを相手としている母親は少なかった（新井・太田・安成他，2012）。仕事の調整やきょうだいの世話、受診を頼む人の手配等、受診のための時間や人の確保だけでなく、受診先探しや受診先までの道のり、受診可能な時間帯といった医療機関に関する物理的な困難や、一人での対応や受診の判断を自身で行うことによる困難があることがうかがえる。また、小児救急医療電話相談への経験に関する調査（丹，2007）によると、時間外診療体制が整っていることや、時間外に診療・対応が可能なのが母親の安心につながっており、小児救急医療電話相談の経験が、急病時にも安心した対応や判断を持てるようになってきている可能性を示唆している。

さらに、受診のタイミングの見極めや発症時の家庭での対処に関する不安（枝川・猪下・佐々木他，2003；吉田・長村・西田他，2014）、情報へのアクセス方法に関する不安（田中・石井・内山，2003）が多く挙がっていた。また、小児の救急医療体制に対して、診療時間帯や対応可能な曜日、待ち時間に関する要望や（丹，2007）、小児科医以外の対応や不十分な説明に起因する不安（枝川・猪下・佐々木他，2003；田中・石井・内山，2003）を持っており、自宅で気をつけることや家での子どもの見かた、食事の内容や薬の与え方など、医療機関受診時に説

明して欲しいと思っていた（田中・石井・内山，2003）。また、医療機関の個別乳幼児健診でも、成長発達や授乳・食事、スキンケアに関する内容が実際に高い頻度で相談されていた（三品・竹中・島添，2011）。

親は、子どもの症状悪化や対処方法に不安を持っていても、受診時に十分に質問できるとは限らない。受診時、あるいは平常時から救急医療や子どもの病気に関する知識や情報の提供のあり方や、受診時に親の不安をどれだけ解消して帰宅してもらえるのかといった課題が残されている結果といえる。

乳幼児の養育者は、子どもの病気そのものだけでなく、子どもが病気の時、症状のある子どもの手当や生活の整え方について知りたいと思い、自身でできることは知識や技術を得て担っていこうと思っていることがわかる。特異的な症状に関連した知識や技術は、必要になったそのときこそ実感を持って得やすいことを考えると、救急外来受診時は、適切な説明の機会になりうる。

6) 子どもが急病時に親が行っていること

子どもが発熱したときの乳幼児の母親は、子どもの身体に触れたときに体熱感を感じ、機嫌が悪い、元気がないなど、いつもと違う子どもの行動や雰囲気の違いを見つけていた（遠藤，2010）。そして、発熱を認識したときには水分補給、発汗時の着替え、安静に臥床させるなどの対処を行っていた（遠藤，2010）。その他の症状であっても、出現時には、子どもの異常を把握、受診の判断、調べる、相談する、病院を探すなどの行動をとりながら受診を決定していた（鈴木・橋本・清水，2014）。

症状出現時だけでなく、日ごろから子どもを観察して備えている親がおり（鈴木・橋本・清水，2014；丹，2007）、対処行動に対するアドバイスを受ける、きょうだい児の世話を頼める、看護休暇を取るなどが母親へのサポートになっていた（遠藤，2010）。そして、医療者から情報を得て、実際の対処法は実家の親や姉妹に相談する（細野・岩元，2006）など、まわりのサポートをうまく使っていた。子どもがいつもと違うと感じたときに自分一人で考えることには不安や心配があり判断に困るため、医療者や夫への確認や本との比較による判断の後押しを求めていた（山村・田川，2004）。そして、子どもの体調や様子をみながら過去の状態や同胞と比較し、自身の経験を踏まえ、かつ、専門家や身近な支援者に相談して対処していた（山村・田川，2004）。その一方で、受診のタイミングや要否がわからず、判断や対応への不安を持っている親もいるが、子どもの病気に関する知識を持ち、判断できるようになりたいと思っており、急病時の対応についての教育・広報の推進を望んでいた（丹，2007）。

このように、急病の子どもの様子を親なりにとらえ、家庭でできるケアを実践し子どもの症状緩和に向けて対処している母親も存在する。たとえ子どもの症状に対処できていない親であっても、知識を持ち、対処できるようになりたいと願っており、知識を得る場を望んでいた。子どもの受診をきっかけに、親が子どもの様子をとらえて対処できるようなサポートを行うことにより、親の家庭での看護力が向上する可能性が考えられる。

2. 小児救急外来における医療の実際

1) 一次診療機関が担う小児救急医療

我が国では、あらゆるレベルの患者を受け入れる救急外来、いわゆる欧米型 ER (Emergency Room) はほとんどみられない。欧米型 ER は、受診者の年齢や症状の緊急性もさまざま、あらゆる重症度の患者が同一の場所にやってくる。ここでは、機能的なトリアージにより緊急度に応じて治療と場所が決定され、適切な医療の提供がなされるため、患者が受診先を選ぶ必要がない。先述の受診状況に関する文献のいくつかで、子どもの急病時に、迷いながら受診先を選んでいる親が多いことを示したが(鈴木・橋本・清水, 2014; 丹, 2007; 山村・田川, 2004)、これはあらゆるレベルの患者を受け入れる欧米型 ER がほとんどみられないことから起こっている状況ともいえる。

我が国における小児救急外来は、施設や部署の個別の名称としてではなく、小児救急医療、つまり急病の子どもの診療を担う機能をもつ場所の総称として用いられることが多い。日本ではさまざまな形態の施設で小児救急医療が行われており、小児科外来の一機能としての予約外診療、時間外診療、あるいは休日診療、時間外・休日診療、あるいは夜間診療を担う施設での診療など、多くは一次診療機関がその役割を担っている。

東京都を例にみると、入院を要しない軽症患者に対する初期救急医療機関、入院を要する中等症患者に対する二次救急医療機関、生命の危機を伴う重篤患者に対する三次救急医療機関が基本となっている。そのうち、初期救急医療は「休日急病診療事業」として区市町村によって整備が進められており、入院を要しない急病患者に対する治療を行っている。主として診療所医師の在宅当番制や休日夜間急患センターを通じて住民に一番近いところで救急医療が行われ、休日の昼間、準夜帯等における内科・小児科系の初期救急に対応している(東京都小児医療協議会, 2013)。

2) プライマリケアとしての小児救急医療

小児医療は、基本的に親の代諾を得た上で行われるため(伊藤, 2015)、成人医療とは異なり、患者だけでなく家族を含めた関係の中で進める必要がある。子どもの状態には不要と考えられる治療を親が要求する場合もあるが、そのようなときは医学的判断を示した上で、親の要求があれば子どもへの有害性を考慮しながら、親と治療方針を決定・共有することが求められる(岩田, 2011)。さらに、いわゆる風邪の子どもに抗菌剤を処方した方が親の満足度は高かったり、経口補水よりも輸液の方が早く良くなると親は思っていたりするため、医学的に正しい治療が親の満足につながるとは限らない難しさがある(岩田, 2011)。

子どもが単独で救急外来を受診することは現実的ではなく、通常は家族とともに受診することから、情報は家族から聴取することが多い。救急外来での診療では、受診時に診断がつかないことや診断が確定しないこともあるが、「帰せるかどうか」の決断は必ず必要であり、家庭におけるマネジメントは患者や家族の行動

に任せなければならないが（前野・松村，2012）、家庭での対処がわからない、相談相手がいない、あるいは病児の看病ができないという親がおり、その中には親自身の不安を軽減・解消するために子どもを受診させている親もいる（岸田，2014）。救急外来での小児患者と家族の様子は、普段の家庭での様子や家族関係を反映することも多く、待合室や診察室での様子ややりとりから、これらの情報も得やすい（西田，2012）。単に子どもの身体症状に対応するだけでなく、子どもの成長発達、家庭の環境や養育者の考えまでも把握が可能で、そこから社会のありようや歪みがみえてくる場であるという特徴をもつ（伊藤・矢作，2010）ことから、子どもの急病を入り口にした小児プライマリケア実践の可能性が示されている。家庭で適切なケアができるようになることは、親の安心だけでなく、子どもの症状安定にもつなげることができる「究極のプライマリケア」であり、ひいては、救急外来の適正利用につながるため（岸田，2014）、子どもの症状の経過を予測しての「帰せるかどうか」だけでなく、受診後に親が子どもを家庭で見られるかどうかの見極めも含めて「帰せるかどうか」の決断が求められているのである。

これまで、子どもと家族の家庭での日常生活へのかかわりについて、小児救急看護としての判断や援助の必要性を議論される機会が少なかった。今日の小児救急医療の現場では、急病での受診をきっかけに、子どもと家族の生活を把握し、子どもと家族への支援の必要性を見いだす看護への需要は高まっている。

3) 事故予防

子どもの健康を考える上で、事故（あるいは傷害）の予防は重要な課題である。我が国における子どもの死因別死亡者は、多くの年齢階層で不慮の事故が第1位である。我が国の死亡率はOECD諸国と比べて最低水準にもかかわらず、不慮の事故による乳幼児死亡は依然として高く、長年変わっていないことが問題視されている。平成27年人口動態調査の年齢別の死因順位をみると（厚生労働省，2016a）、1歳から14歳までの全年齢階層で不慮の事故が3位までに入っており、交通外傷が多い。加えて家庭内の事故が多く、転落や溺水などが挙げられている。

子どもの成長発達に伴い事故の様相も異なるが、成長発達そのものが事故の要因になることも多く（山中，2008；山中・北村・西田，2013）、事故は子どもの生命を脅かしかねない出来事の一つである。事故予防は、小児の「心停止の予防」の重要な実践として挙げられ、さらに、小学校・中学校・高等学校の1年生全員を対象として行われている学校心臓検診は、見かけ上健康な児童・学生の心臓突然死の予防として重要とされている（畑中，2012）。加えて、0歳の死因として常に上位にある乳児突然死症候群の予防や予防接種の遂行なども広い意味での心停止の予防といえる。

ほぼ世界共通に示されている救命処置のガイドライン（American Heart Association，2011）では、傷病者を救命し、社会復帰に導くために必要な一連の行為として、それぞれの「救命の輪」を途切れず続けてつないでいく「救命の連鎖」が認識されている。成人に対する「救命の輪」は、第1の輪「心停止の予防」

として改定され (American Heart Association, 2011)、続く第 2 の輪「早期認識と通報」、第 3 の輪「一次救命処置」、そして第 4 の輪「二次救命処置と心拍再開後の集中治療」と続く。小児では従来からこの 4 つとしていたが、今回の改定で成人も同様になった (畑中, 2012) ことは、年齢を限定することなく、心停止につながることを予防する重要性が認識されてきたといえる。

事故により外来受診した小児患者全員に対して、事故状況の聞き取りを行い、事故要因となりうる問題点を洗い出し、改善策を見いだして事故の再発防止に努めている活動がある (内田, 2015)。この活動では、聞き取りのための調査票に、虐待の可能性の発見を見据えた内容を盛り込むことで、要支援家庭を見つけ、それぞれに必要な支援が早期に提供し虐待予防につながられるようにしているが、報告数は経年的に増加し、開始後 3 年経過時には年間 180 件を超えるようになっていた。地道な活動の成果であろうが、虐待通告などと比べて不慮の事故の報告はスタッフにとってもハードルが低いことが影響していた (内田, 2015)。この活動の本質は、養育環境の査定および調整を行う実践であり、医療機関が行うポピュレーションアプローチの一つの形になりうるが、このような活動はまだ一部の施設での実践であり、今後は事故で受診する小児患者を扱う医療機関での通常の実践になることが求められる。

4) 虐待予防と早期発見

子ども虐待は「子どもたちが罹患する重大な疾患」という視点が必要といわれ、この視点を持つことにより、子ども虐待の発生を予防し、早期発見に努め、有効な治療を行う医療の一環となる (坂井・西澤, 2013)。最近では、虐待を疾患ととらえる考え方は広く浸透しつつあり、「疑えなければ見逃してしまう予後不良の疾患」 (池山, 2014) や、「身体・精神への侵襲がきわめて高い、見逃しが予後に直結する鑑別すべき小児期疾患」 (溝口, 2013) などと表現されるようになり、虐待の予防や対応は、社会的あるいは福祉的課題であるとともに医学的課題である (池山, 2014) という認識も浸透しつつある。

近年では、さまざまな子どもの虐待をスペクトラムでとらえ、作為のある虐待と不作為のネグレクトをまとめた概念としてマルトリートメントという用語が使われている (日本小児科学会, 2014)。マルトリートメントは「不適切な養育」ともいい、子どもに身体的・精神心理的症状が生じたり、健全な成長発達が阻害されたりすることを「マルトリートメント症候群」と呼んでいる。さらに、不衛生な環境により罹患リスクが増大する、雑然とした室内での生活により家庭内事故の頻度が高くなる等の可能性がある子どもは、その予備軍「マルトリートメント症候群疑い」として注意深く対応する必要がある (奥山, 2010)。マルトリートメントには「子どもの健康と安全が危機的状況にある」という認識が必要で、「加害者の動機」が含まれていないことが重要であり、あくまでも子どもと家族への援助のきっかけ (日本小児科学会, 2014) ととらえることが重要である。

医療機関では、虐待によるさまざまな症状を持って受診する子どもに出会うが、「虐待した」と言う親はおらず、医療者は治療に専念するあまり、子どもと家族

の背景にある虐待は見逃されやすい（朝日新聞，2014）。子ども虐待は一時的な行動ではなく、連続性のあるものとしてとらえる必要があり、虐待による身体症状が放置できなくなった場合、子どもと家族は医療機関との接点を持つことになる。

医療者が虐待に気づくには、まず、虐待そのものを医療者が周知しなければならず、世の中に虐待が存在し、子どもが受診した場合には虐待の痕跡がないか疑問を持つようにならなければ気づかない。そして、虐待への気づきがあって、次の段階である虐待が疑われる子どもを抽出することができる（草川，2012）。多くの場合、それは救急外来であり、虐待を見逃さないよう受診の機会をとらえ（池山，2014）、虐待というフィルターを通して子どもを見ることで、その可能性をルーチンに考慮することが早期発見につながる（溝口，2015）。救急外来では親の困りごとによる受診も多いが（岸田，2014）、そのようなときであっても子どもはなんらかの症状を呈している。つまり、子どもの発症とともに親の「困り」が発現しており、それに対する援助を求めた受診（西田，2012）と考えなければならない。

虐待を受けた子どもが発する SOS はその様相も明快さもさまざまであり、養育者のサインも不適切な受診行動という形で表れることもある（溝口，2013）ため、子どもと家族に対する看護師のかかわりが親子の SOS をとらえる機会となりうる。トリアージでは、子どもの全身状態の緊急度判定に主眼を置くことは当然であるが、親が状況を整理できるようなかかわりも求められる（林・吉野，2012）。子ども虐待のトリアージでは、子どもの反応、親の言動、親子関係など、待合室や診療場面での不自然さに気づくことが虐待を認識できるかどうかの鍵となる（伊藤・矢作，2010）。

子どもの心身の健康は、子ども自身のみでその回復、維持、増進が望めない。このことを前提として小児医療は行わなくてはいけないことから、養育者への支援は重要となる。トリアージをはじめとする看護師のかかわりは、支援を要する子どもと家族のスクリーニングや、養育環境を査定する機能を発揮することにより、虐待の重症化を防ぐことが期待されている。

3. 小児救急外来の看護実践に携わる看護師

1) 小児救急看護認定看護師

小児救急医療における看護を担うことを想定した看護師として、我が国では小児救急看護認定看護師が存在する。認定看護師制度は、専門看護師制度を踏襲する形で 1995 年に発足した（洪，2010）。発足前は、熟練した看護者への高いニーズがありながらその評価体制が整っておらず、熟練した技術を持つ看護者を育成し、認定することに対する気運が高まっていた。そこで、看護職が誇りと自覚を持ちながら自己研鑽する仕組みが議論されて本制度発足に至り、認定による実践の質向上への寄与に対する期待と、多大なる意義が示された（洪，2010）。

認定看護師とは、日本看護協会認定看護師認定審査に合格し、「ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者」で、「特

定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかる」ことを目的とし、実践、指導、相談の3つの役割を果たす(洪, 2010)ことが現場で期待されている。小児救急医療の現場においては、子どもと家族の多様なニーズとそれに応えきれていない医療の実態があり、最新の知識と技術を持ち、自立して対応できる看護師として、小児救急看護認定看護師の育成を2005年4月から開始しており、2016年12月現在の登録者は252名である(公益社団法人日本看護協会, 2016)。

小児救急看護認定看護師に求められる能力は、認定看護師教育基準カリキュラム(公益社団法人日本看護協会, 2015b)において10項目挙げられている。小児救急医療施設を受診した急性期症状のある子どもへのケアの能力を示す項目として、「子どもと家族の状況及びフィジカルアセスメントに基づいた小児トリアージができる」や「急性発症による子どもの身体機能障害に対し、迅速かつ適切な判断に基づく看護ケアの提供ができる」などがあるが、なかには必ずしも緊急性の高い場面での実践能力に限らない項目もある。たとえば、「発達段階に応じた適切なアセスメントを行い、子どもと家族に対して適切な援助ができる」や「子どもと家族のセルフケア能力向上に対する社会資源になることができる」は、子どもだけでなく家族全体を看護の対象としてとらえており、症状の有無や緊急度、あるいは重症度にかかわらず、子どもの成長発達や発育に対する援助とともに、子どもを養育する家族への援助が求められている項目である。さらに「子どもの虐待に対する予防、早期発見および適切な援助を実践することができる」や「発生した事故の情報収集と分析を通して、事故予防の啓発活動ができる」といった項目は、予防医療の視点での援助や教育的かわりの能力を示すものであると同時に、養育者に重点を置いた内容でもある。このように、子どもの健やかな育ちとそれを担う養育者への援助を遂行する能力が期待されている。

2015年のカリキュラム改正において、「子どもの虐待」は専門科目から専門基礎科目に移動しており、子ども虐待に関する知識が、以前にも増して押さえておくべき内容として位置づけられるようになった(公益社団法人日本看護協会, 2015a)。これは、現場における子ども虐待予防と対応がより重要な実践となっていることを反映している。また、科目「家庭における病気の予防と病児の見方」はその名称が「病気の予防とホームケア」に改められた。ここでのホームケアは「子どもが病気やけがをしたときに家庭で行う手当や対処方法、受診のタイミングの判断」と定義され、対処方法の指導に焦点を当てた旧カリキュラムから、病気の予防とホームケアにおける子どもや家族のセルフケア能力の向上に焦点を当てた内容に発展させている(公益社団法人日本看護協会, 2015a)。このように、小児救急看護は、発症後の援助から予防的なケアにシフトしていることが、教育内容にも反映している。

小児救急看護認定看護師の実践に関する研究(蝦名, 2010)によると、看護部長は、小児救急看護認定看護師に部署での実践を通して他の看護師のモデルとなり、当該領域の看護の質向上を図ることを期待していた。一方、当該部署の看護

師長は、ホームケアに関する指導などの子どもと家族への直接的なケアやトリアージ場面や虐待対応におけるアセスメント力に、小児救急看護認定看護師の卓越性をみていた。また、医師は、子どもと家族の帰宅後の状況を予測した実践を目にして、育児支援としての機能を担っているととらえていた。このように、小児救急看護認定看護師のアセスメント力と判断の特徴は他者にも理解されていたが、小児救急看護の「救急」で示せる特化技術が明確でないことで、役割特性を示せていない点も指摘されていた。習得した知識や技術の卓越性あるいは熟練性は、看護師個々の特徴として現れてはいるものの、小児救急看護としての特殊性は十分に具現化されていない可能性が示唆されている。

2) 他国にみる小児救急看護師

アメリカでは、救急看護は最も困難な部門の一つと考えられており、小児救急看護は特別な専門性が求められている。患者が子どもであれば、発熱や喉の痛みといった日常によく見られる症状から大きな外傷までを扱うことになる。そこでは、家族を重視し、他の部署よりも高い感度とニーズへの援助をもって看護を行う必要があることが示されている。小児救急看護師（**Certified Pediatric Emergency Nurse**）は、症状に素早く対応して安定化を図り解決すること、さらに、そのための知識や技術を研鑽することが求められている（**Board of Certification for Emergency Nursing, 2015**）。

小児救急看護師はオンライン試験に合格することで資格認定される。試験の項目には、子どもの急病や傷害に対する救急全般の知識や技術はもちろんだが、アセスメント項目として、身体症状に関することだけでなく、子どもの発達の評価や、子どもの普段の様子と現状に関する親の認識、マルトリートメントを疑う兆候に関する内容も含まれている。また、家族とのコンフリクトの解決や、地域における安全および健康増進に対する専門職としての役割が示されている（**Majumdar, 2015**）。

このように、認定資格である小児救急看護師は、救急看護領域においてもその専門性と独自性を示す領域であり、子どもの身体症状への対応だけでなく、子どもを含めた家族をとらえ、援助することが求められている。

IV. 臨床判断に関するこれまでの知見

1. 看護実践における臨床判断

1) 臨床判断に関する知見の概観

臨床判断について、これまで我が国で広く知られている知見を整理する。

Benner (1999/2005) は、科学的根拠や論理基準にもとづく推論をもって確実性を追求するものを臨床判断として記述している。看護師は、不確実な要素が多く、コントロールや予測がきかない環境下で、思考と判断を働かせなければならない。臨床経験を通して「臨床把握」の能力を使って場面を確実に理解し把握するが、状況を把握している、あるいは、把握しきれていない感覚の双方を身につけて認識することによって、臨床場面を質的に識別できるようになる。この識

別は、状況の特徴の認識や事象の関連づけに基づくため、出来事の見過ごしや、不十分な関連づけでは誤った解釈となる。つまり、臨床判断には、事象や状況について、そのものをとらえる力とともに、それぞれの関係性を理解する能力が必要となる。そして、臨床状況を最も的確に説明できることが最善の臨床判断となる。このようなすぐれた臨床判断の維持には、経験的学習や内省、患者や家族との会話を続けていくことが求められる。

さらに、臨床における看護師の先見性については、日常の実践で多くみられ、臨床判断と臨床知の側面を持つものの、状況に組み込まれていることで言語化されることは少ない。その結果、看護師の経験とともに習慣化した思考や直観的なアプローチとなって現れている（Benner, 1999/2005）とする。この先見性には「先を考えること」「特別な疾患や傷害についての臨床における先見性」「特別な疾患や傷害のある患者の危機や危険、脆さを予測すること」「予想外の出来事を発見すること」の4つの側面があり、臨床状況の継続的な把握と切り離せない関係にある（Benner, 1999/2005）。看護師は先見性に関連する直観的な思考を常識としてとらえることがあるが、ここでいう直観は、Benner & Tanner (1987) をもとに、パターン認識や顕著なものに対する感覚、具体的な過去の状況からの経験的な学びに基づいた気づき、あるいは高度の注意力を指すことばとして用いられている。

Benner (2010/2011) は、臨床判断の類似概念として臨床的論証力を挙げ、「事態が展開するなかで、患者や家族の懸念や脈絡とともに、その臨床状況について論理的に考える能力」と説明している。ここでいう「脈絡」とは患者の身体状況や生理学的反応、心理社会的状況やおかれた環境などを指し、脈絡化、つまりは状況における患者の反応を考慮することが良い判断を導くことを示している。

臨床的論証力には、一時性を理解することもつねに要求される。実際の患者は、教科書やペーパーペーシェントのように、診断基準やそれに関連する数値などが明確に、かつ、客観的に示されているわけではなく、演繹のプロセスでは対応しきれない。短期間に起こる変化を臨床的に論証するためには、直近の経過に関するアセスメントをもとにして患者の変化を説明できることが必要であると同時に、目の前で変化する患者の状況に合わせた論証をし続けなければならない。

また、Tanner (2000/2000) は、決定を意味することばとして次のように **Clinical Judgement** を説明し、状況の観察とその内容の解釈、その上での適切な行動において看護師は判断を行っているとする。看護師を含む専門家の判断にはさまざまな知識が必要であるが、これらは形式知のような一般化、あるいは他への適応可能な知識や、経験知のように経験とともに育つ知識だけではない。きわめて局所的で個別化された知識があり、状況に応じてそれらを動員して実践につなげている。知識が動員されるのは、曖昧模糊とした状況における、患者の課題の解釈や援助の要否、あるいはその方法について看護師が判断し決定するときである。マニュアルや基準などの形式知として共有されているものもあるが、それらの使用においてもやはり状況にあわせた看護師の判断が必要となるのである。

加えて、看護師の判断のプロセスを示す用語として臨床推論（**Clinical**

Reasoning) があり、看護師の意思決定には、「分析的思考、直感、説話的推論、そして実践の振り返り」という、互いに関与し合う少なくとも 4 つの推論パターンがある (Tanner, 2000/2000) とする。看護師の判断の一つには、新たな実践案を考え出し、それらを根拠に照らして検討した上で、最適な選択をするという熟考のプロセスがある。他方で、パターン認知や直感的な臨床把握、あるいは考える以前に取られる反応実践的な推論として特徴づけられるパターンがある。いずれも日常の実践に埋め込まれているため、看護師自身も認識しにくくなっているのである (Tanner, 2000/2000)。

医師も診断や治療に臨床推論を用いるが、医師のそれは診断のプロセスである。データ収集に基づいて問題点を正確に把握し、鑑別診断を構成して優先順位を考える。そして、考えた仮説の検証を行って最適な診断にたどり着く (Stern, Cifu, Altkorn, 2009/2012)。臨床推論には「パターン認識、仮説演繹法、診断基準/アルゴリズム、徹底的検討法」の 4 パターンがあり、場面や熟練度によって使い分けることで効果が発揮されるとされる (石松, 2014)。したがって、看護師の行う臨床判断とは、観察する対象の選択からケアの実施に至る幅広い看護師の活動において、根拠をもとにした分析的な思考と直感を用いた臨床推論を繰り返すプロセスであるといえる。これは、状況の的確な把握と解釈により臨床の状況が最も的確に説明されたときに最善の臨床判断となる。その多くは、看護師の習慣化した思考や直観的なアプローチとして現れるが、ことばとして表現されにくい。中には形式知として共有できるものもあるが、それを使う時もやはり臨床判断が必要となる。臨床現場において、演繹のプロセスでは対応しきれない実際の患者の看護には、その状況について論理的に考える論証力が求められ、変化する患者の状況に対応して変化させながら論証し続けなければならない。

2) 臨床判断に関する先行研究の概観

我が国における臨床判断に関する研究は、その焦点の当て方にいくつかの特徴がある。患者の異常や危険を察知する最初の段階である状況把握、ケアの根拠、臨床判断のプロセス、臨床判断に影響を及ぼす要因、臨床判断の違い、に関する先行研究の知見をそれぞれ概観する。

(1) 状況把握

McCutcheon & Pincombe (2001) は、直感とは、「知識、技術、経験がそれぞれ十分であり、しかも相互に関係して影響しあい、それらの総和以上の効果を生み出す相互作用」であり、患者の本質的な問題と直線的に結びついて「何か変だ」と問題の本質に気づくとしている。

呼吸器系疾患患者に対して経験 3 年以上の看護師が行う臨床判断に関する研究 (尾形, 2012) では、看護師は「その場に入って対象者の力や変化に注目」して状況を把握し、いかにかかわるかについて、「その場で注目することの指標となる観点を捉え」ていた。そして「注目することに対策を講じる」ことでケア内容を決定し、「その場にあわせた手段を用い」て対策し、「場面で講じた対策を再

び吟味して対象者の意図に合わせ」て結果を確認していた。また、臨床判断の始まりである状況把握には、「経験による直行型」「意味追求による反復型」「行為先行型」の3パターンがみられた（尾形，2012）。

精神科看護師は患者からの暴力について、観察によって把握した患者の状態のものだけでなく、これまでの患者の状態と比較してわかること、そして患者と自身との関係性を手がかりとして、危険性を判断して察知していた（馬場，2007）。さらには、看護師個人の経験や考え、あるいは他の患者の存在や医療体制に関する情報など、そのときの状況も手がかりにしていた（馬場，2007）。

看護師が患者の状態の急変について察知したときには、患者の能力や反応の低下、新たな症状の出現など「今までとは違う」という感覚や、患者固有の様子や反応などが「通常とは違う」という感覚でとらえていた。また、「その患者」について完全に説明できないときなどは「情報の不一致がある」という感覚を持っていた（杉本・堀越・高橋他，2005）。

朝倉・籠（2013）の研究の中期キャリアにある看護師は、患者を初めてみたときであっても「やっぱりなんか違う」や「なんか記録と違う」と感じ、「微細な変化をいち早く察知する」ことにより、重症化する前に処置につなげていた。検査データで予後を予測するスケールを用いて判断するよりも、食事や動くことに対する患者の意欲や、できていたことができなくなる、動くことで症状が強くなるといった変化をとらえて総合的に判断した方が「当たるかな」と思っていた。しかしながら、「患者を直接観察してリスクを予測する」ことは語られているものの、判断の基準や具体的な判断の様相については語られていなかった。

患者の転倒予測に関する質問紙調査では、看護師は「移動動作が不安定」「認知症・見当識障害がある」「不穩」の項目や排泄関連の行動について直感的に重視していたことが示されている（三宅・精山・松本他，2008）。転倒予測における看護師の直感について看護師間の一致度は、入院時の患者に対しては50%以下、状態が安定している高齢患者については70-80%が一致していた（泉，2006）。

渡辺（2002）の研究では、看護師が患者の状態の変化を事前に「何か変」と察知することを、「今までの患者」の姿では説明できない「現実の患者との出会い」と意味づけている。看護師は、「今までの患者」と「現実の患者」の間にある「何か」の裏づけを求め、その意味がわかったときに異常を確信していた。「現実の患者との出会い」は「今までの患者」をとらえていることが前提であるが、「何か変」と察知しているときの看護師は、患者の表情、言葉、反応、習慣、活動、雰囲気、外界への関心、症状の8側面から患者をとらえていた。一方で両者の間にある「何か」の裏づけが見つからなかったときは、察知したままで終わっていたことも示されていることから、この8側面の変化として現れていると考えられる「何か変」から異常の確信への意味づけが、看護師の臨床判断ととらえることができる。

少々古い文献だが、渡辺（2002）と類似した視点で、「ちょっと変」と感じる患者の特徴や看護師のとらえ方などについて、さまざまな部署の看護師に対して行った質問紙調査がある（阪野・原田・小栗他，1994）。この調査では、看護師は、患者の表情の硬さや暗さ、生気がないこと、一方的な話し方や回りくどい話

し方など、視覚や聴覚からの情報から患者を「ちょっと変」ととらえており、看護師が「ちょっと変」と感じる患者は、他の看護師も同様に感じていた。

これらから、「なにか気になる」や「ちょっと変」のような感覚は、ある程度共通した看護師の感覚であることが示唆される。同時に、看護師はこれまでの知識や経験との比較から、違和感や整合性のなさをもって状況を把握しようとしていること、さらに状況把握には直観が使われていることがわかる。

(2) ケアの根拠

臨床判断は、それに続くケアの妥当性を示すための根拠として重要である。

福田（2008）は、臨床判断を「患者の状況についての解釈を行い、これに応じたケアをどのように提供するのか決定すること」と定義し、精神科の行動制限場面における看護師の臨床判断に関する研究を行っている。行動制限が必要な患者には、「突発的なアクシデントを常に予測」してかわり、行動制限による「患者のストレスを解放させる」ための判断を行っていた。この研究で特徴的なことは、行動制限が必要かどうかの判断だけでなく、制限解除が可能かどうかの判断にも注目して分析している点である。看護師は、制限解除の可能性かどうかを「意図的に観察」して判断し、制限解除の過程では患者が不安定にならないように「刺激調整」に関する判断を行い、制限しない場合には「患者が被る不利益や苦しみを回避する方法」に関する判断を行っていた。

飯塚・鴨田・渡辺他（2011）によると、周手術期患者に対して病棟看護師は、次のような場面で臨床判断を行いケアにつなげていた。術前には、手術に対する不安の評価・対処、身体評価や術前準備に関する場面、術後には異常の察知と報告、離床、疼痛評価・対処、回復に伴う治療・ケア、退院指導に関する場面で、看護師は臨床判断を行っていた。さらに周手術期全般を通して、不穏リスクの見極め・対処と指示薬の使用の場面で行っていた。さらにこれらは、患者のパーソナリティを把握することによって支持されていた。

これらの研究をみると、看護師はケアを行う、あるいは、行わないときに臨床判断を行っているが、行わない決定には、行う決定以上に判断にかかわる要素が多いだけでなく、多角的な吟味が必要であることが示唆される。

(3) 臨床判断に影響を及ぼす要因

臨床判断のプロセスに注目し、プロセスにおける情報の多様性や必要となる情報の多さを示しているものとして、次のような研究があった。

ペーパーペーシェントと模擬患者を使い、看護行為の実施過程における意思決定プロセスを分析した研究（三好・大津・望月他，2003）では、ペーパーペーシェントから問題を認知して仮説を設定し、意思決定したケアの方法とその実施に必要な情報について、3つのパターンがみられた。「問題を単に説明しているパターン」では、患者の問題の直接的な理由を示したレベルにとどまっていたが、「問題を身体内部の変化から読み取ろうとするパターン」では解剖生理学的あるいは病態生理学的な解釈をもとに仮説を設定していた。さらに「問題を身体内部

の変化と心理的側面から読み取ろうとするパターン」では、身体的な変化に伴う心理的な反応も含めて解釈していた。そして、これら 3 パターンでは、それぞれに導かれるケアが異なっていた。

この研究では、それぞれのパターンで必要となる情報も異なることから、意思決定プロセスには、専門的知識を根拠にして、必要な情報をどれだけ多角的に認識できるかにかかっていることが示されているといえる。次に示す研究では、看護師が、一つの看護行為のために利用する情報やアセスメントの多様さと、一つの看護行為から他のケアに広げ、患者の包括的なケアにつなげている実践の様相が現れている。

ある患者の移乗動作に注目し、看護師の臨床判断を示した研究（林・梶谷・上田他，2012）によると、看護師は、移乗という行為を一つのきっかけとして、患者らしさが持てるような場面作りを意識したり、訓練につながる動作として位置づけたりすることにより、患者のその後の生活をみすえ、全体の視点に広げて QOL 向上につなげようとしていた。また、移乗とは直接関係がないときの患者の動作に着目し、運動機能や認知機能をアセスメントし、それをもとに移乗に関する看護の方向性を立て、実践に適用していた。

また、一つの看護行為における臨床判断のプロセスだけでなく、看護師の判断とそれによる経験知の蓄えのプロセスがあり、それが実践を通じて行われていたことを描出した研究があった。急性呼吸不全患者が非侵襲的陽圧換気療法（以下、NPPV）を継続するために看護師が行っている臨床判断に関する研究（村田・井上，2011）では、日々の NPPV 患者への看護ケアを通じて、「NPPV をどのように捉えているか」について患者や家族だけでなく、看護師の認識をも知識として蓄え、その知識をもとに、患者の様子や NPPV の特性を考慮して、患者の NPPV 継続の困難について早期の仮説を立てていた。さらに、その仮説をもとに継続阻害する要因について、装着の納得や家族のサポートの状況、ストレスや精神状態、そしてエアリークや呼吸状態は五感を使ってアセスメントしていた。その後、再査定をしながら生活との調和を考えて継続のための手段を選択し、最後に、事例を振り返ることでノウハウを学んでいた。

臨床判断には看護師自身のありようが影響していることを示す研究がある。精神科の保護室に入室する患者の開放要求に対する臨床判断に影響する要因について、坂江・佐藤・石崎他（2004）では、臨床判断を促進する要因だけでなく、慎重にさせる要因についても示しているが、データや外観で病状を判断しにくいことや人間関係に敏感な患者の特性が、患者の要求の受け入れの判断に影響していた。また、アセスメントツールがないことで看護師の対応には個人差があり、刺激を避けて感情が行動化することを回避したり、患者のもとに行きたくない気持ちをリセットするために時間を置いたりして患者にかかわっていた。さらに、被害妄想の対象にされる辛さ、患者の訴えを避けたい気持ち、あるいは、患者へのかかわりを先延ばししたい気持ちを持ちながらかかわっていることが判断に影響を与えていることが示されていた。このように、看護師は自身の感情を見つめ、コントロールしながら判断を行っているだけでなく、感情が判断に大きく影響し

ていることが示されている。

(4) 臨床判断の比較

外科系看護師と内科系看護師の臨床判断における認識の特徴を明らかにした質問紙調査（浅原・中村，2009）では、臨床判断力を「倫理的側面」と「診断的・治療的側面」でとらえて2群間比較を行っている。この研究の特徴的な結果として、臨床判断を必要とする場面として、ベッドコントロールなどの環境調整は外科群ではあるものの、内科群ではみられなかった。両群ともに患者の苦痛緩和や安楽の確保が挙げたが、外科群での苦痛の軽減方法や緩和方法の判断に対して、内科群では安楽な体位の判断など、その内容が異なっていた。また、精神的な援助についても外科群では患者の気持ちに沿った看護方法の判断、医師の方針と患者のニーズが合わない時や言葉による訴えに対しする受け止めや促しの判断など、内容が具体的であった。

看護師の看護実践の卓越性を、児童・思春期精神科病棟の勤務年数によって比較した研究（船越・土田・土谷他，2014）がある。この研究では、勤務年数の長さで有意差が認められ、特に「現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮」の項目で当該病棟での経験が大きく関連していた。通算の看護師経験年数では有意差が認められないことから、児童・思春期精神科看護において特に重要な要素であることを示唆する結果が出ている。

病棟の看護管理者は、エキスパートナースには「臨床判断」「熟練した技術技能」「リーダーシップ」「自分自身を向上させる力」に卓越性や熟練性があるとみており、「臨床判断」は分析的洞察力と直感能力があることを意味していた（千明・星野・岩田他，2006）。エキスパートナースの卓越性や熟練性は、洞察力を持った総合的な判断や明確な根拠の提示ができること、直観力や予見による一瞬の気づきや見通す力の発揮できることだけでなく、患者や家族のニーズや力を把握することも含まれていた。

これらから、対象や領域により特徴的な臨床判断があり、看護の方向性は同じ場合であっても、ケアにつながる判断は、それぞれの特徴によって異なることがわかる。

3) 過去に行われた文献検討について

臨床判断に関する文献検討が過去にはいくつか行われているため、それらによって明らかになっている知見についてまとめる。

藤内・宮腰（2005）の文献検討によると、1999年以降、臨床判断に関する文献が増えており、患者と看護師とのかかわりの場面に限ったものが大部分を占めていた。臨床判断の場面として、看護師が成功したと感じた、印象に残っている、痛み・苦痛を訴える患者とのかかわり、不安・ストレスの強い患者とのかかわり、などが多く取り上げられていた。そして、知識・経験の修得状況、先見や予測の能力、同様の対処体験などの看護師の能力や、自己防衛の心理、患者の立場に立つ姿勢、自己信頼、負担感といった看護師の姿勢や心理が臨床判断に影響を及ぼ

していたことが分析されていた。

看護師の臨床経験による臨床判断の違いでは、中堅看護師の臨床判断の特徴として、理論的知識よりも実践的知識がある、患者の不満・不安に注目している、潜在的ニーズを把握した判断である、推論の数が多い、全体をとらえた予測能力があるなどの特徴があった。一方、熟練看護師の臨床判断は、手がかりとなる情報が多い、手がかり同士の関係性を把握する、専門領域の豊富な医学的知識がある、安心を提供する、リーダーシップ能力をもつなどの特徴があったことが示されていた。そして、経験が長くなるほど複数の推論をもって判断するだけでなく、その推論を検証して看護実践の効果を評価する傾向がみられた（藤内・宮腰，2005）。

看護職が行う判断の構造と特徴に関する文献検討（野崎，2007）では、臨床判断の目的として対象の状態の判定や援助の決定が多くみられ、看護過程の中心的役割となっていた。それぞれの焦点は、対象の状態では異常を察知するプロセスに、援助の決定では、先を見越した援助提供に当たっていた。34件中7件が精神科と、特定の診療科としては臨床判断に関する研究が多くなされていることも示されている。看護師の判断には分析的判断、直観的判断、予測的判断などがあり、時間的猶予の違いにより様相が異なるが、裁量が許される場面での精神的負担があった。これらから、判断能力の育成や判断を補助する基準の作成、および成功体験の積み重ねが必要であることが挙げられている。

飯塚・鴨田（2010）は、1998～2007年の19編の文献を用いて臨床判断研究の動向と、臨床判断の内容および構成要素を検討している。臨床判断の項目としては判断内容が最も多く、なかでも患者のケアに関するものが3割以上あり、最適なケアを選択するための判断に関して、研究的関心が集まっていた。看護師が臨床判断に用いる情報は患者の身体状況や治療だけでなく、患者の顔つきや雰囲気などの外見的な印象や、客観的データの変化や主観的にとらえた様子の変化などもあり、多角的にとらえていた。これらの臨床判断には看護師としての知識や経験知、責務や価値観、患者への関心や共感が影響していたが、職場の物的・人的環境も同様に影響要因として挙がっていた。

看護師の経験年数や経験知を重ねることにより、判断の根拠となる情報やそれらの関連づけに多様性があらわれ、それが臨床判断の質を変えていた。また、臨床判断を行うことへの負担感が影響していた。

2. 救急医療における臨床判断に関する研究

救急医療における看護師は、直観的なアセスメントによって臨床判断を行っていることが示されている。三次救急外来の看護師は、直観と先見性に基づく判断による瞬時の意思決定から迅速な実践を展開していた（本田・豊田・徳川，2006）。直観的なアセスメントや医師の判断とのズレがないアセスメントを行い、全体の状況と介入の時期を見極めており、不測の事態にも対応できるように、常に最大かつ最悪のシナリオを想定し、臨機応変な対応ができるようにレディネスを高めていた（本田・豊田・徳川，2006）。

救急看護師の直観について Lyneham, Parkinson, & Denholm (2008a) が示すには、非常に現実的な身体的な反応として、認知的直観、移行的直観、具現化された直観の順に現れ、卓越した実践に反映している。認知的直観は、意識・無意識の両レベルで情報を処理する能力に関連した卓越した実践の範囲にあるレベルで、エキスパートナースは効率的に使うが、その行動は見た目にはわからない、あるいは看護師が直観の効果を気づいていないという。また、具現化された直観は、十分な経験知があるときに発現し、卓越した状況を作り、移行的直観は両者の間にあり、看護師が自身に行動に疑問を持ったり、直観が否定されたりする。直観は患者のサインや徴候が現れる以外のところで出現し、直観を使うことは順序だった論理的な実践の発達とする。

さらに、Lyneham, Parkinson, & Denholm (2008b) は、経験知といえる内容には包括的な知識や暗黙知の他に、事象が起こる前に現れ、事象が現れるとなくなる感覚や事象に先行して起こる直観に備わっている感覚、具体的な事象がない状態で患者に注意が向く感覚等があり、看護師が自身の直観を信じることや他の看護師の直観を信じるのが経験知の核心であるとしている。そして、救急看護実践には直観が存在しており、「虫の知らせ」に注意を払うことの妥当性を示している。

また、看護師の経験による臨床判断の違いについて、Lyneham, Parkinson, & Denholm (2008a) は、卓越した実践の第一段階に入ったとき、救急看護師は自分たちの意思決定の処理速度に気づかないが、そのかわりに単なる臨床判断として思考に現れるという。移行的直観の時期には、救急看護師は自身の実践に基づいた新しい了解事項を経験し、伝統的な設定の外側で行動していることに気づくことになる。看護師は、新しい経験知を取り入れて先行する経験知を実践能力に変えるが、何年も臨床にいなければこのような実践は現れないとしている。坂口・作田・佐藤他 (2007) も、看護師の経験年数が高いほど、一つの臨床判断を導くために複数の手がかりを意図的に収集し、過去の経験と関連させて多くの事象を出すことができたとする。

さらに、看護師が臨床判断を使うのは、適切な援助活動の遂行や患者への効果的な指導、急変時の対応など、患者への援助に関する臨床判断のほか、看護チームあるいは医療チームの組織化のためでもあった (坂口・作田・佐藤他, 2007)。そして、判断の手がかりとして、患者の症状や生体の情報、および、それらの経時的変化、過去の類似経験、場の雰囲気やただならぬ予感を用いており、この場の雰囲気やただならぬ予感は、パターン認識を用いて状況を丸ごと解釈していた (坂口・作田・佐藤他, 2007)。

以上のように、直観を用いた臨床判断は言語化されにくいですが確かに実践知として存在している。ただし、実践者個人の感覚の中に埋もれて共有されにくいこともあるが、看護師は自身の経験知を積み重ねて実践能力を高めている。臨床判断は看護師個人の実践のみならず、チームとしての組織化にも有用であることが示されていた。

3. 小児医療における看護師の判断

小児病棟で熟練した技術を持つ看護師は、子どもの「いつも」や「普通」が子ども本来の力ととらえ、子どもの状態の判断や、かかわりの手がかりを得ており、また、日々のかかわりにおいて看護技術を展開するなかで、子どもの情報を得ていた（川名，2009）。小児病棟看護師が「何か気になる」ととらえ、看護実践のきっかけとした状況について明らかにした研究（西田・江本・筒井他，2007）では、看護師は、子どもと家族がいつもと違うことが気になるだけでなく、子どもの言動からその奥にある感情をとらえ、子どもにとっては「ただ事ではない」ことが起こったことが気になっていた。つながりが見えにくい子どもと家族の様子から親子のつながりの希薄さをとらえ、今後の子どもの成長や退院に影響することを危惧し、普段から、スタッフが上手くかかわれていない子どもや苦手意識を持つ親がいるときのケアの機会を、家族と医療者との関係や家族への医療者のかかわり方を変える「今しかない」チャンスととらえていた。このように、小児病棟の看護師は、子どもだけでなく、家族へのかかわり、あるいは家族関係へのかかわりの機会を逃さないようにしており、子どもと家族の様子を、その場の状態だけでなく、バックグラウンドにも目を向け、さらに子どもと家族を時間的な文脈の中でとらえていた。

米山・佐藤・岩崎他（2007）は、小児看護に特徴的な場面での看護師の判断を描出している。検査や処置を子どもが嫌がり拒否する場面では、子どもの嫌がる理由を探ることで説明の内容と子どもの理解とのずれを見だし、ずれを埋め、これならできると子どもが思えるようにかかわり、子どもが納得できるようにしていた。子どもや家族が耐えている場面では、「今」を逃すと限界を超えてしまうので、言い出せない気持ちを引き出して家族や子どもにとって一番大事なことは何かを見つけ、それが実現するように道筋をつけたり、後押しをしたりしていた。また、意思表示が難しい子どもと家族へのかかわりが難しい場面では、子どもが発するわずかな反応の中に、隠れた能力があると判断し、子どもの力を引き出す糸口を見つけ、かかわりながら子どもの反応を確かめていた。そして引き出した子どもの力を周囲にアピールすることで、子どもと家族や医療者との関係を変化させていた。

草柳・福地・尾高他（2005）は、家族や医療職者を動かし子どものケアに影響を与えた看護師の技を明らかにしている。この研究の看護師は、混乱している子どもに「こうすれば頑張れる」という方法を看護師が自ら実践して示し、医療者や家族を巻き込みながら子どもへの看護に影響を与えていた。時間を取って子どもとの関係を作り、そこで得た情報をスタッフと共有する、あるいは、「気になること」についてスタッフの意見をインフォーマルにとらえ、共通の見解があることを確認した上で、カンファレンスなどで共有してケアを変えていた。また、慣例に疑問を持つ場面に遭遇した看護師は、何をすべきなのかについて自分の信念に基づいて考え、家族やスタッフを巻き込みながら行動することで、慣例に変化をもたらしていた。

川名（2009）が描くベテラン看護師は「子どもは発達途上にあるので、予測以上の回復が起こる可能性は捨てられない」と考え、看護師のかかわりが子どもか

ら異なる反応を引き出し、子どもの回復への可能性につながるととらえていた。この考えは、「子どもの限界を決めることがある」経験の浅い看護師との対照として描かれていた。ベテラン看護師が「予想以上の回復が起こる可能性」としてとらえているものは、子どもの発達と回復の相互作用としての子どもに特徴的な能力であり、それぞれの子どもが独自の力を持つ存在ととらえていたと考えられる。

子どもは、健康障害から回復する間も成長発達を続けている。回復する時点の発達段階は、健康障害が現れたときのそれとは異なり、回復が単に元の状態に戻ることを示すのではない。つまり、子どもの回復時の状態は、成長発達の段階が変わっていることを踏まえる必要があり、成人よりも予測が困難であると考えられる。

川名（2009）は、熟練した技術は、それを持つ看護師の身体運動感覚や触覚、イメージ、判断などに依拠しているため、言語化が難しいという。この病棟での「わざ」は、現象として固定化された形のあるものではなく、「相対的、かつ状況依存的」なもので「優れた方法に対する主観的な表象」であり、熟練した技術には「完成という固定化された時点がない」ことを示していると説明する（川名，2009）。一方で、形式化することで判断を共有できることもある。

崎山・梶原・藤波他（2010）は、小児救急病棟に入院する乳幼児に付き添う親は、看護師に対して、病気になったときの対応だけでなく、育児や生活における支援を求めていることをとらえ、それを受けて、支援を要する内容をもとにチェックリスト化した自作の育児支援シートを導入し、看護師間で情報共有して統一した支援につなげていた。導入以前は各看護師の経験によって行われていたと推測される援助が、組織的かつ継続的な支援として提供されるようになっただけでなく、導入後はほとんどの看護師が情報の共有と家族が求める支援内容の把握を実感していた。また、リスト化することによって本シートが媒体となり、家族のニーズを引き出すきっかけともなっていた。また、小児患者の急変を評価するツール「Pediatric Early Warning Score」では、行動や循環、呼吸状態を数値化して評価できるようにしているが、そのフローチャートでは、子どもの良い状態のことを知っている家族に、心配に思っていることを聞くよう書かれている（Lichliter & Thrasher, 2009 ; Jonas, 2014）。このことから、数値に表れる変化がなくても、親の心配がある場合は緊急を要する状態としてとらえる必要性を示している。

子どもの「いつも」や「普通」が見えにくい救急外来では、子どもの状態の判断やかかわりの手がかりは病棟での看護のそれとは異なる一面もある。

子どもの受診のほとんどは家族に伴われており、子どもからの情報とともに家族からの情報が重要となる。トリアージシステムでは、患者の状態が悪く感じたらそれは本当に状態が悪く考えてよいとされ、アルゴリズムで表現されていない事象を、経験や直観を使って、より重症に判断することは認められている（宮坂・清水，2006；日本救急医学会・日本救急看護学会・日本小児救急医学会他，2011）。さらに、子どもをみて異常な所見がなくても、家族、特に母親が「いつもと違う」といえば何か異常があると思って対応するよう認識されている（阪神北広域子ども急病

センター, 2005)。これには、家族の話す子どもの「いつも」を、医療者が信じて共有することが不可欠であり、子どもと家族の日常や普段の様子がイメージできることが求められる（林・吉野, 2012）。

ここで使用される経験や直観は、小児救急看護における判断にかかわる実践知の一つといえるが、実践知として認知されているものの、それらが何を指すのかについては明らかになっていない。小児救急看護には、言語化されにくい実践知が存在し、トリアージを行う際には重要なものと認めているものの、漠としているままである。

急性期症状を呈する子どもの症状の多くは非特異的であることから、医療者にはより高い臨床判断能力が求められる。救急外来における小児患者を考えたとき、継続して患者を診ていることはほとんどないことから、看護師が「今までと違う」感覚を活かして実践することは難しい。そこで、家族が持つ「いつもと違う」感覚を家族の力として引き出すことができるかが小児救急看護における判断の特徴の一つとなりうる。しかしながら、親のいう子どもの「いつも」や「いつもと違う」ことを前提にして実践することは共有されているものの、それらを信じて良いと看護師が思う根拠とは何か、また、子どもと家族の「いつもと違う」をどのように判断しているのか、その手がかりは明らかになっていない。

第3章 研究方法

I. エスノグラフィー

1. 研究方法としてのエスノグラフィー

1) エスノグラフィーの概観

本研究では、研究者がその場に身を起しながら研究を行うエスノグラフィーの方法が適していると考えられる。そこで、研究方法としての適切性を示すために、エスノグラフィーの特徴を概観する。

エスノグラフィーは、文化人類学から発展した、「特定の文化の中で生活する個人や集団の行動パターンを記述する」ものである (de Chesnay, 2015)。人々の行動や習慣のパターン、作り出しているもの、あるいは、その集団の人々の考え方や信念、知識などが、その集団の文化を形成しており、行動および認識の両面から、ある集団の人々について明らかにすることである。すなわち、エスノグラフィーの場所に関係なく、一般的な問いは「特定の文化のメンバーであるとはどういうことか、社会的行動を導くルールとは何か」である (Roper & Shapira, 2000/2003)。

エスノグラフィーの下位領域である医療エスノグラフィーは、「医療の考え方と実践の文化的要素を調べるために、文化人類学の中で発展したもの」であり、コミュニティや医療における考え方や医療保健行動、あるいは、特定の疾患や健康のプロセスなどを特定の文化とした研究であり、「文化的理解がいかに健康に関する考え方や実践を形作るかを見つけることが重要な点」とされる。看護エスノグラフィーは、「小集団における特定の文脈の中で見られる独特な問題」に焦点を当てたものが多く、看護実践の研究にも用いられており、ミニエスノグラフィー、ミクロエスノグラフィーなどとも呼ばれ、得られた知見は、医療専門職の実践に有用で適応可能なものであるとされる (Roper & Shapira, 2000/2003)。ミニエスノグラフィーであっても、その方法は一般的なエスノグラフィーと同様に、その集団にとって自然な状況での参加観察と、そこで起こっていることを集団の人々から学ぶためのインタビューが主となる。加えて、入手可能なその他の情報を得て、フィールドに関して出来る限り完全な理解を得ることが求められる。これら3つの方法を組み合わせて用いるトライアングレーションによって、研究方法と結果に妥当性と信頼性を示すことができるとされている。

2) エスノグラフィーのデータ収集

エスノグラフィーの参加観察は、フィールドである集団の人々や出来事、文化体系を理解するために、「見ること、聞くこと、たずねることを織り交ぜたもの」であり (Roper & Shapira, 2000/2003)、重要な情報の多くを得られるものである。この集団の人々の見方は「イーミック」と呼ばれ、アウトサイダーである研究者の見方は「エティック」と呼ばれる。研究者は、参加観察のプロセスを通じて、集団の世界に関するイーミックな見方に気づき、その見解に迫る (金井・佐藤・クンダ・ヴァン・マーネン, 2010)。そして、エティックな見方によって、出来事を観察し、見たことの意味を理解しようとする。つまり、その集団に身を

置いて経験し、距離をおいて分析することによって、イーミックとエティックの両方の見方を用いる。これは主観的でも客観的でもなく、研究者が行った解釈に基づくものである。

エスノグラフィーは、どのような方法を併用するかによって、バリエーションが出てくるが、観察だけでわかることには限界があり、インタビューにより聞くことで、その補完が可能となる（金井・佐藤・クンダ・ヴァン・マーネン，2010）。エスノグラフィーのインタビューは、その集団の人々が知っていることや考えていることを直接人々から学ぶために行う。インフォーマルインタビューは、参加観察の内容などについて「今、ここで」起きていることについて尋ねるものであり、フィールドでの焦点を当てたパターンが大まかに見えてきたときに、フォーマルインタビューで尋ねるべき内容が明らかになってくるとされている。人々の話に関心を向けながらも焦点をあてた事象にとって重要なことを進んで話してくれるようにすることが求められる。そうすることによって、研究者が考える質問ではなく、人々の世界観を反映した内容となる。

3) エスノグラフィーのデータ分析

エスノグラフィーの分析の目的は、データを系統立ててまとめ、研究の経験を通じて集団の人々から学んだことに関する意味を見いだすことである（Roper & Shapira, 2000/2003）。一般的な分析プロセスは、データの意味を明らかにして分類し、その集団の行動パターンやルールを見いだして解釈しながら抽象度を上げていくが、順序よく進むのではなく、データ収集と並行して、さまざまな段階を行き来しながら進んでいく。そして、研究の問いに対する答えを見だし、これ以上新しい情報が得られずデータが飽和したときがフィールドを去るときである（Roper & Shapira, 2000/2003）とされる。

研究の妥当性は、情報の収集および分析の正確さをみるものであり、集団に起こっている現象を可能なかぎり十分に知り理解することにより、研究結果が集団の真実と意味を反映しているかどうかを示すものである。そして、信頼性は、データ収集方法に一貫性と安定性があり、繰り返しが可能かどうかを示し、そのデータは、正確で一貫性のある、あるいは一貫性のない特性をもち、類似の、あるいは異なるコンテキストで確認されたパターン、主題、価値観、世界観、体験などを通して明確化し記録されることが求められる（Leininger, 1985/1997; Roper & Shapira, 2000/2003）。研究の妥当性、および、信頼性を維持するためには、研究者の解釈を集団の人々に確認するとともに、常にバイアスが存在すること、つまり研究者自身の世界観や、価値観、考え方や知識を持ち込んでいることに気付けておく必要がある。

2. 看護におけるエスノグラフィー研究の実際

エスノグラフィー研究には、コミュニティでの生活や特定の地域のケアの特徴を取り扱った文献が多い。ここでは、本研究の目的に合わせて、医療機関における看護師に焦点を当てたエスノグラフィー研究に限定して概観する。

急性期病棟の Advanced Nurse Practitioners（以下、ANP）の役割とケアへの影響について、エスノグラフィーを用いて行われた英国の研究（Williamson, Twelvetree, Thompson, et. al., 2012）では、一般病棟での ANP の役割が定義されないまま実践をしている現状を研究疑問として、病棟における ANP の役割や ANP の実践が患者に及ぼす影響について、その内容を明らかにする方法としてエスノグラフィーが選択されていた。この研究では、ANP の存在を管理やケアにおけるきわめて重要な「要」として描出しており、他のロールモデルとして働き、良好なコミュニケーションの維持やケアの質を保証し、ケアを改善、調整し向上させる資源であることが示されていた。

飯村（2014）は、地域密着型中規模病院の小児科外来を「独特の文化を持つ社会」ととらえて、エスノグラフィーの手法を用いて小児科一般外来における看護師の働きを明らかにしている。この研究の看護師は、子どもと家族の様子からちぐはぐな印象を受けたとき、気になる親子として診察室へつなぎ、診察室の様子からは、親の養育力や判断力を見極めて気がかりなことを補足することで家族を後押ししていた。また、見過ごしてはいけない親子には、「トラブルを起こしてもいけない」というジレンマをかかえながら病院との関係をつなぎ留めておく策を練っていた。

新卒看護師が臨床現場でどのように行為しつつ考えているのかについて明らかにした研究（奥野，2010）では、新卒看護師の看護場面への同行観察を行い、本人あるいは研究者の印象に残った場面についてインタビューを行っている。新卒看護師は、患者の反応の違いによって状態の変化を認識して問題状況に気づき、経験から感じた患者特性を手がかりに患者に接近し、気がかりの探求や、状況を予測した行為について道筋を立てていた。さらに、新卒看護師は経験豊かな先輩看護師の看護実践、記述や語り、あるいは自身の経験の積み重ねによる知識を手がかりにして思考し、判断を導いていたことが描かれていた。

これらの研究では、方法としてエスノグラフィーを用いることにより、特定の看護実践の場ならではの特徴ある看護師のかかわりや役割が描かれていることがわかる。また、次に挙げるいくつかの研究では、ある特徴的な患者集団の様子をとらえることが特殊なケアにつながっていることが示されていた。

精神科慢性期開放病棟における看護行為に伴う「制限」の要素とその構造を明らかにすることを目的とした研究では（畠山，2010）、看護師と患者とのやりとりのエピソードを分析し、「制限」の内容、理由、方法、患者の反応、方法の見直しという5つの構成要素を抽出し、この研究フィールドにおける「制限」を「患者や患者の属する集団が安定した状態を維持し続けるための行動」と意味づけている。そして、筋ジストロフィー病棟における看護師と患者の間に見られる相互作用について明らかにした小村（2011）の研究では、両者の言語的・非言語的交流の様相について、言語を介さずに患者の意図を汲むといった目に見えない看護師の働きは、看護師の感覚を働かせて患者の身体感覚を感じ取る「共通感覚」という技として描かれていた。

さらに研究テーマを絞り、マイクロ・エスノグラフィーの手法を用いて、特定

の患者集団に対する一技術に焦点をあてた研究がある。古里・桶本・小森他(2014)の研究は、人工呼吸器を装着する早産児の気管内吸引時における熟練看護師の技術について気管内吸引場面を分析している。結果として「個別神経行動発達段階を踏まえあらかじめイメージされた気管内吸引のプロセスと呼吸機能の発達段階に応じた吸引カテーテルのなめらかな操作」というテーマを導き、気管内吸引前から侵襲を緩和するケアの重要性を示していた。

以上の研究が示す通り、エスノグラフィーを手法とした研究は、研究の場が医療施設であっても、対象特性や看護師の属性、看護の特徴を描き出すために用いられていることから、特徴的な集団に焦点を当てて看護実践を意味づけるための方法として有用であるといえる。

3. 本研究へのエスノグラフィーの適用

本研究では、物理的な場としての救急外来ではなく、小児救急医療の一機能としての救急外来を一つの文化とらえ、小児救急医療における理念や価値観に基づいた小児救急看護実践に焦点を当てることにより、その特徴を描出することを目指している。そのため、研究者がその場に身を起しながら研究を行うエスノグラフィーの方法が適していると考えられる。

本研究で用いるエスノグラフィーは、子どもをみる救急外来に焦点を絞ったエスノグラフィーとなる。本研究でフィールドとする救急外来を受診する子どもは、流行性疾患が多いが、発達や年齢に特徴的な急性症状や事故も多い。それらは回復しやすいだけでなく、病態は進行が速く重症化しやすい。また、養育に関連した疾患の罹患や症状反復も特徴的である。このような子どもが受診する救急外来では、病態的な特徴に加えて訴えの不明瞭さにより、緊急度・重症度判断や重症化の予知が困難である。さらに子どもの協力を得にくいことから、診断治療上も困難性を含んでいる。本研究で明らかにしようとしている看護師の判断とケアは、このような特徴を持つ場における特徴的な患者に対して行われており、看護師の経験や知識に依拠しているだけでなく、ケアの対象となる子どもと家族の状態、さらには看護が展開される場とその状況とは切り離すことができないものである。看護がどのように展開されるかは、具体的な場の状況に依存している。つまり、看護師の判断とケアが実践として展開される場に研究者が身を置き、その場での展開を見聞きすることによって明らかにできると考える。

救急外来は、常に動き続けている場所であり、その動きには救急外来に携わる医療者の判断と決定が関与していることにその特殊性をみることができる。そこでの看護は即時性を要求され、子どもや家族、さらには医師など医療者とのやりとりを含めて展開されるものであるだけでなく、実際に行っている看護師本人が、自身の実践の特徴を自覚し、特徴の意味を意識して実践されているものばかりとは限らないと推察する。救急外来を受診する子どもの状況は、受診に至る要因となった病状や症状が色濃く反映しているが、それだけでなく、親の価値観や社会的状況の影響が反映する場所であり、他の部署に比べてより顕著である。救急外来を受診する患者が子どもの場合、親を援助の対象として認識するだけでなく、

子どもを援助する主体としても親を認識し、親が家庭での子どものケアを担うことを前提にしてかかわる必要がある。以上のことから、エスノグラフィーの手法は、小児救急という独特の医療文化をもつ場で展開される看護を描くことが可能となると考える。

II. 研究参加者

小児患者を常態的に受け入れている救急外来に勤務し、小児患者とその家族に対して直接ケアを提供している看護師 25 名であった。いずれの研究参加者も看護師経験年数が 4 年以上であったが、今回、救急外来での経験年数は不問とした。その理由は 2 点ある。1 点目は、救急外来での経験が 4 年未満の看護師であっても、異動前から小児患者の看護に携わっていたからである。異動前の勤務は、小児の入院病棟や他院の小児病棟あるいは外来とさまざまであったが、それぞれの小児患者への看護経験に準じて救急外来で期待される役割があった。つまり、小児患者にかかわった経験の通算年数が一つの指標とされていたからである。2 点目は、救急外来での経験年数が短い研究参加者は、フィールドを良く知る者でありながら、異動直後のアウトサイダーの視点も残した情報提供が可能であり、加えて、看護実践を意識してとらえられる者と考えたからである。これは Leininger (1985/1997) のいう一般情報提供者に相当し、このような看護師を研究参加者として採用することで、中心となる研究参加者との類似性や相違性を確認することができ、本研究で探求する内容の多様性や普遍性の明確化に寄与することが期待されたからである。

III. データ収集

1. データ収集施設

首都圏にある 2 か所の医療施設の小児救急外来部門とした。フィールド A は小児専門病院の救急外来、フィールド B は大学病院の小児科外来であった。これらの施設は、いずれも病態や症状を限定せずに、常態的に小児の救急患者を受けられている。

2. データ収集方法

1) データ収集開始までの手続き

(1) データ収集施設への依頼

フィールド A およびフィールド B の施設管理者に、研究協力依頼書（資料 1）の内容をもとに文書と口頭で説明し、研究協力を依頼し、諾否返信用紙（資料 2）にて意志を確認した。対象施設の基準に従い研究計画書を提出し、データ収集の開始に当たっては、当該施設の施設長の許可のほか、当該施設の倫理審査委員会に諮り、承認を得た上で実施した。

(2) 研究参加者の選定

次の手順に従って研究参加者を募った。当該部署管理者に研究協力依頼書（資

料 3) を渡し、対象者への研究協力依頼書 (資料 4) の配布を依頼した。研究参加に興味を示した場合はハガキ (資料 5) の返送にてその意志を確認した。

(3) 研究参加者の決定

参加の意思を確認した後、説明文書および同意文書 (資料 6) を用いて、改めて研究の趣旨について文書と口頭で説明した。参加の意思を表明し、同意書に署名をした者を研究参加者とした。

2) データ収集

(1) 期間

平成 27 年 9 月 23 日～平成 28 年 10 月 30 日

(2) データ収集方法

エスノグラフィーでは、その場の自然な状況での徹底的な参加観察を行う。エスノグラフィーの参加観察とは、ある集団の人々や出来事、文化体系を理解するために、「見ること、聞くこと、たずねることを織り交ぜたもの」である。その集団の人々、つまりインサイダーの重要な情報の多くは参加観察によって得られる。このインサイダーの見方はイーミックと呼ばれる。対して研究者はアウトサイダーとして当該集団に入ることになり、この見方をエティックな見方と呼ぶ。そこで起こる出来事を観察し、人々の行動のパターンを明らかにし、その意味を理解しようとするとき、エティックな見方を用いた洞察が用いられ、これによりエスノグラフィーの主要な結果が導かれることになる。次に、その場で何が起きているかを学ぶためのインタビューを行う。インタビューは、参加観察中に観察したことを確認し、今後の観察の方向性を得るため、そして、観察できなかったことや観察では確認できない情報を得るために行う。さらに、研究者の感じたことや理解したことが正しいかどうかを確認するためにも行う。さらに、その他の入手可能な情報を得て、その集団の人々、場所、出来事についてできる限り完全な理解を得るようにする。

これら 3 つの方法を組み合わせるトライアングレーションにより、研究方法と結果に妥当性と信頼性を示すことができるとされている。従って、本研究では以下の方法を用いてデータ収集を行った。

① 参加観察

看護師資格を持つ大学院生の研究のフィールドワークとして受け入れを依頼した。フィールドへは、施設のスタッフのものとは異なるが、医療者と認識できるユニフォームと名札を着用して入った。フィールドのスタッフには、研究の趣旨やフィールドワークについて申し送りノートなどで周知されるようにした。必要に応じて子どもと家族に対して、看護系大学院博士後期課程の学生であり、小児の救急外来について学んでいることなどを含めた自己紹介をした。

子どもと家族が救急外来にいる間の看護師のかかわり、看護師間あるいは看護

師と他職種とのやりとり、そのときに起こっていることを中心に、その場で起こっていることや参加者の言動や表情など詳細に観察し、速やかにメモに残した。救急外来における看護場面の観察では、研究者が日常診療業務の障害とならないように十分配慮した。主な観察場面は、トリアージの場面、診察室や観察室などでの診察介助、処置、ケアの場面、診察前、あるいは診察後帰宅までの間に待合室で子どもと家族にかかわる場面であった。また、患者にかかわらないバックヤードでのスタッフ同士の場面も含まれた。

②インタビュー

参加観察の内容を補足する目的で、インフォーマルなインタビューを行った。内容は、参加観察で疑問に思ったことや再確認の必要があると考えたこと、看護師の子どもや家族に対するアセスメントの内容や看護実践の根拠などを中心に行った。さらに、研究参加者の看護観や日常的に行っているケアの意図、救急外来の看護に対する考えなどについて、インタビューガイド（資料 7）に準じて、研究参加者にフォーマルなインタビューを実施した。これらは参加者の都合の良い時間帯と場所を選択して行った。インタビュー内容は、許可を得た上でメモに残した。

③資料

救急外来で使用している患者への配布資料や広報用資料、スタッフの教育用資料、業務に関連するマニュアル、ガイドラインなどを分析データとした。データとして扱うに当たっては、資料ごとに収集方法を確認し、責任者に口頭で許可を取った上で、閲覧あるいは取得した。

3. データ分析

データ分析の手順は次の通りとした。子どもと家族への看護師のかかわりの場面から得られたデータは、看護師の判断とケアに関する内容、その背景や関係する状況などを中心に、文脈的な意味を明らかにした。次に、データの構成要素の意味を明らかにし、類似性と差異性を明らかにしながら小児救急看護の特徴に関連づけてコーディングを行った。データの中に繰り返し現れる小児救急看護の特徴のパターンを明確にし、データの分析・統合・解釈を行いながら、小児救急看護の特徴のパターンを抽象化し、テーマを抽出し、さらに、テーマ同士の類似性・差異性、関連性について明らかにした。

研究の全プロセスを通じて次の内容に注目し、分析の中心的な視点とした。Benner（1999／2005）の示す「臨床把握」や「臨床における先見性」の内容を参考に、看護師の、①臨床状況の探求・吟味・把握、②出来事の関連性の探究とその理解、③先の出来事や予想外の出来事への先見性について意味づけながら分析を行った。すなわち、本研究においては、①受診する子どもの臨床所見に限らず、子どもと家族の置かれている状況について、手がかりを見出し把握するまでに看護師が行っている判断、②看護師が子どもと家族に関するさまざまな事象に

ついてそのつながりや関係をどのように探り、親子の全体像をどのようにとらえているのか、そして③受診する子どもと家族の転帰やその後起こり得ることの予測、について、看護師は何をとらえ、どのような判断を行っているのか、そして、これらをどのように具現化し、ケアを行っているかという視点で分析を行った。さらに、データは、パターン、主題、価値観、世界観、体験などを通して明確化し記録されることが求められる（Leininger, 1985/1997; Roper & Shapira, 2000/2003）ことから、看護師の判断とケアが、小児救急医療・小児看護における理念あるいは価値観に照らしてどのような意味があるのかを分析することで、小児救急看護実践としての特徴を明らかにした。

データの解釈は、適宜研究参加者に確認をとることで、その妥当性と真実性が維持できるように努めた。データの収集と分析は並行して進め、データ収集を重ねても類似のデータしか得られなくなった時点で飽和とみなした。研究の全プロセスを通じて、指導教員からのスーパービジョンを受けた。また、小児看護学を専門とする大学院生や、エスノグラフィーを用いた研究の経験者である小児看護学研究者からのアドバイスも適宜受けた。

4. 倫理的配慮

- 1) 平成 27 年度東京女子医科大学倫理委員会へ研究を申請し、審査を受け、承認を得て研究を実施した（承認番号 3448）（資料 8）。
- 2) 研究協力者には、研究への協力は自由意志により、協力しない場合にも不利益を被らないこと、協力の途中・終了後であっても中断または中止が可能であることを予め伝えた。
- 3) 得られた情報はすべて匿名扱いとし、プライバシーの保持に努め、結果公表の際にはフィールド・個人が特定できない方法を用いるように配慮した。
- 4) 得られたデータは本研究のみに使用し、常に施錠できる場所に保管した。研究終了後 5 年の保存期間後に、安全な方法でデータを削除・裁断・破棄することを約束した。
- 5) 募集のプロセスおよび研究の全過程において、研究参加者の研究協力の同意の可否については、当該施設長・所属部署管理者に知られることがないことを保証した。
- 6) 研究結果は看護医療系の学術集会や学術雑誌に公表する可能性があることを説明し、希望者には研究結果を配付することを伝えた。

第4章 結果

I. 結果の概要

1. 研究参加者の概要

フィールド A から 14 名、フィールド B から 11 名の計 25 名の研究参加者が得られた。いずれの施設も、新卒者の配属はなく、看護師経験 5 年目以上の看護師で構成されており、多くは 10 年以上の経験があった。また、両施設とも、専門看護師、および、認定看護師が配属されており、研究参加者にも含まれている。

部署に配属されてから一定期間経過していない看護師はトリアージを担当していなかった。リーダー業務や診察室、あるいは観察室担当など、他の役割を経験した後、部署内での講義や研修を経てからトリアージを担当するようになっていた。

2. 研究施設の概要

2 つのフィールドとも首都圏内にある医療施設であり、日本小児総合医療施設協議会の定める小児総合医療施設（全国 34 施設）である。いずれもトリアージシステムを導入しており、病院のウェブサイトでも広報されている。

1) フィールド A

(1) 概要

フィールド A のある医療施設は、約 500 床の小児専門病院で 28 の診療科を持ち、基本的には予約制の外来を行っている。フィールド A は、救急外来として診療科の一部門として存在し、昼夜を問わず救急医療を行い、具合の悪い子どもはいつでも誰でも受け入れるという姿勢で医療を行っている。

(2) 構造

救急入口には警備室があり、出入りの管理を行っている。ここは夜間出入口としても使われる。入り口を入ると救急患者の受付、その奥に隔離室、受付向かい側には中待合² の入り口がある。トリアージ前の患者はここからは入らず、廊下を進んだ右手にあるトリアージ前の待合で待ち、トリアージが終わると、トリアージ室から直接、先の中待合に入るという動線である。

中待合は壁沿いと中央の支柱を囲むようにソファが配置されており、一部は授乳用にカーテンで仕切れるようになっている。スタッフ用のカウンターがあり、日勤の時間帯には事務員がいるが、夜間はいない。大画面のテレビが設置され、小さい音量で番組を流している。自動販売機が設置され、経口補水液やオムツが売られている。

診察室は 4 室の他に観察室と初療室があり、診察室のバックヤードは流しや作業台、医師の作業台があり、手狭なところをスタッフが行き来する。

廊下を挟んだ反対側に初療室と観察室が並ぶ。救急搬送された患者で緊急対応

² トリアージ後の待合室のこと

が必要な場合には初療室で治療が開始される。観察室には低床の柵付きベッドが5台とストレッチャーベッド1台が配置され、各ベッドにはモニターとナースコールが設置されている。診察後に観察を要するときや、入院までの待機に使用されている。

全体に見通しが悪い構造で、視界が遮られているため、バックヤードに設置されたモニターで初療室や観察室の様子が確認できるようになっている。

(3) 診療体制

受診する子どもは受付で作成した受診票に受診理由を記入してトリアージの待合で順番を待つ。トリアージは受付順に行い、JTAS 緊急度判定支援システム (Japan Triage and Acuity Scale, 以下 JTAS) を用いて5段階で判定している。トリアージシステムは電子カルテに組み込まれており、判断の基準や選択肢が表示され、該当する箇所をチェックしてトリアージを進めていくようになっている。トリアージ後、受診票のファイルはトリアージ区分ごとのスタンドに入れられており、医師が緊急度をみながらファイルを抜き取り、中待合にいる患者を診察室に呼び込む。受診患者一覧にはトリアージ結果や診察の進み具合が反映されている。

診察は複数の小児科医がシフト制で担当しており、夜間でも3~4人で診療にあたり、外傷患者も小児科医が処置を行う。処方の日数制限はないが、処方はなるべく出さない方針がある。抗生剤や咳止めなどは飲まなくても良いという考えで、十分な経口摂取をして休息することを回復の基本としている。特に年少児では内服で満腹になり哺乳が減ることの方が困ると考えている。診察後に入院治療が必要な患者は、救急病棟に入院となることが多い。帰宅になる場合、症状によっては翌日も再診として経過をみていた。

入院中の子どもの他院への転出や他院からの転入など、病院間の搬送もこの部署が担当しており、医師、看護師ともにその担当が配置されている。

(4) 看護体制

日勤は曜日によって人数が変わるが、リーダーやトリアージだけでなく、観察室担当や初療室担当など、役割の割り当ても決められ、必要な人数が配置されている。夜勤は2人でリーダー業務とトリアージ業務を分担している。夕方から夜間の受診が多い時間帯には準夜勤を1人配置して3人体制としている。

トリアージの導入は早く、当初から独自のトリアージ研修のプログラムを持っていたことから、先駆的な取り組みとして認知されていた。副看護師長や小児救急看護認定看護師を中心に教育を担当しており、「信頼する人でないとトリアージ看護師にしないとトリアージ教育の最初に伝えている」と話しているようだった。これは、「トリアージ看護師のつけたトリアージは信じて動くのが大原則」であるからこそ、「認めたからやってもらっているのがトリアージ」と考えていた。そして、「一応全員トリアージを目指すということにはなっている」ため、異動者も時期をみながら研修を行うようになっていた。

(5) 特徴的な活動

研究補助金事業として、事故事例の集積を行っている。起こった事故を選別せずに、事故事例全例に対して聞き取りを行い、受傷の詳細な内容だけでなく、家庭の状況も含めて広くデータを収集している。これは電子カルテ内のシステムとしてフォーマットが入っている。事故事例の聞き取りは事故予防指導も兼ねており、今後の再発防止や別の事故の予防のための対策を親とともに考えている。

5月12日の看護の日や、9月9日の救急の日では病院としてイベントを行っているが、救急外来のスタッフが主導する企画もあり、一般市民向けのレクチャーや救急相談、一次救命処置の指導などを行っている。

2) フィールド B

(1) 概要

フィールド B のある医療施設は、約 500 床をもつ大学病院だが、大学病院でありながら、地域に密着型の医療を提供している。小児の救急外来として機能する場所は小児科外来であるが、18時から23時までは、自治体と地域の医師会とで共同する「夜間小児急病センター」³ としても稼働している。

フィールド B は、午前中は小児科外来、小児外科外来として機能しており、小児一般外来のほか、曜日により、アレルギーや糖尿病などの小児専門外来を開設している。12時以降の予約外受診は「時間外」扱いとなるため、システム上の制限として処方も1日分だけになる。ただしこれには、「午後から夕方の時間帯であれば、地域のクリニックやかかりつけ医に行くほうが処方も普通にしてもらえるので、そちらに誘導するって意味合いもあるんですよね」とのことだった。実際には、「だからって処方のことについて、あえて親に言うことはない」ようである。

患者は自家用車で来院することが多く、市内居住者だけでなく、近隣の市や町からも受診する。診察の結果、入院治療が必要であれば、小児病棟あるいは小児集中治療室（PICU）への入院が検討されるが、空きベッドがないことも多く、他院に紹介入院となる場合もある。

(2) 構造

小児の救急外来エリアは、成人の救急患者に対応する診療科と同じフロアに配置されており、バックヤードで共有している場所や物品も多い。それぞれの診察室はバックヤードの廊下を挟んで両側に配置されているため、人の行き来も重なる。二つは別々の部署のため、それぞれが対象とする患者に対して、個々に機能しているが、お互いの動きは良く見えるため、ちょっとしたサポートや気遣いをしながら勤務している。

トリアージ室は受付に近い場所にあり、ステーションからはやや離れているた

³ 診療報酬上の「地域連携小児夜間・休日診療料」算定に関連する体制である。詳細は、第2章 文献検討に記載（6ページ）

め、様子をうかがうことはできず、連絡は院内 PHS で行う。隔離室はトリアージ室に近い場所にあり、動線を短く移動できるようになっている。中待合までの廊下にトイレや授乳室が設置してある。

中待合は広めのスペースに長いすが置かれたエリアだけでなく、子どもが靴を脱いで遊べるプレイエリアもある。受診にきた子どもは遊ぶ元気がないのだが、付き添ってきたきょうだいが時間をもてあまして遊んでいることがある。

プレイエリアの囲いは、長いす側からみると本棚になっており、子ども用の絵本や親向けの育児関係の雑誌などがある。診察を待つ間、本を読んでいる親子もいるが、スマートフォンの画面を見ている親が多い。

中待合の奥には処置室があり、エコーや吸入などの処置や経過観察を行う。診察室は 4 室あるが、救急外来の診察は 3 室を使用し、一番ステーションに近い 1 室は救急搬送患者の受け入れや、即時の処置が必要な患者に使用している。

(3) 診療体制

受診した子どもは、受付を通りトリアージ票を受け取る。トリアージ票は A4 サイズで上半分が受診患者の記入欄である。付き添ってきた家族が記載することがほとんどで、受診理由や現在の症状などを記入する。トリアージは、ほぼ受付順に行われ、終了後は中待合で診察を待つ。感染が疑われる症状の場合は、トリアージ区分にかかわらず隔離室に入れて、医師が診察に出向くようにしている。

トリアージはカナダ小児救急トリアージシステム (Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale, 以下 P-CTAS) をベースに施設に合わせて修正した 4 段階評価で判定している。患者の記載したトリアージ票の下半分にトリアージ看護師が記載する。小児アセスメントトライアングル (PAT)⁴ の項目、バイタルサインなどは看護師が直接判定および測定した結果を、感染者との接触の有無やアレルギーの有無などは聞き取った内容を書き込む。トリアージ票は、判定ごとに色分けされたファイルに入れられ、患者が診察室で医師に渡す。

電子カルテには、簡単な受診理由と判定結果が入力され、受診者一覧で閲覧できる。医師はこの一覧を確認して診察順を決める。トリアージ票は診察後にまとめられ、患者の電子カルテに読み込まれる。

診療にあたる医師は一般小児科医で、医局員全員で救急外来担当のローテーションを組んでいる。2 人の小児科医が担当するが、「夜間小児急病センター」として稼働している時間帯は地域の小児科クリニックの医師 1 人も加わる。これは地域の医師会からの派遣の形を取っており、別途ローテーションが組まれている。地域のクリニック医師は、トリアージで一番緊急度の低い区分の患者を中心に診察を担当することが多い。外傷の事例も、最初は小児科医が診察するが、外科的な処置が必要な場合は、外科医あるいは整形外科医に治療を引き継ぐこともある。

(4) 看護体制

⁴ 内容の詳細は、II. データの分析結果にあり (70 ページ)

部署への看護師の配属は「一人で判断できる人」として小児看護経験 5 年目以上を基準としていた。この「一人で判断できる」とは、「自分の能力を判断できて、自分では無理だと思ったことを誰かに振れる人、出来ないことを隠さない」と認識されていた。

看護師の勤務はシフト制で、日勤 3～4 人、夜勤 2 人の他、準夜勤 1 人を配置して夕方から夜間の救急外来受診の多い時間帯に対応している。日勤と夜勤にはそれぞれトリアージが担当できる看護師が入るようにシフトが組まれている。

トリアージを担当する前には、段階的に研修を受ける。この研修は、主に小児救急看護認定看護師が主導しており、はじめにトリアージに関する基本的な知識を講義形式で学び、指導のもとにトリアージを行うトレーニング期間をもつ。このトレーニングこのときにトリアージを担当したケースは、一定のフォーマットにまとめ、指導担当看護師とともに実践を振り返る。一定数のトリアージ実施と振り返りをした後に独り立ちとなるが、しばらくの間は、指導ができる看護師となるべく一緒に勤務できるようなシフトに配慮されている。

(5) 特徴的な活動

外傷や事故で受診した事例は一覧にして集積しており、外傷の程度や処置の有無に関係なく取り上げている。たとえば、「誤って飲み込んだかもしれない」という誤飲を疑った受診や、「魚の骨がのどにささった」ケースもあれば、外科的処置が必要な事故や、入院となるような交通外傷事例もある。この一覧は、電子カルテとは別に表計算ファイルを使って月ごとに記入するフォーマットを作成し、一覧には受診日、年齢、外傷の状況、処置、転帰などが入力できるようになっており、入力作業は、受診があった勤務帯の看護師が行っている。データの集積を始めて 4 年程度経過しており、「せっかく集めているのでどうにかしたいとは思っている」ものの、看護師は「まだ何もしたことがない」のだという。医師からは「外傷のデータある？」と聞かれることがあり、学会で発表するときには活用されることがあるようだった。

同じような一覧で、「気になる親子」⁵ を挙げるシートも作成していた。リストアップした親子には、ソーシャルワーカーもかかわることになり、必要に応じて病院でフォローアップしたり、地域につなげたりして、親子を支援していた。

3. 研究結果の概要

データ分析の結果、救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断とケアは、つぎのような特徴が明らかになった。受診した子どもと家族が来院してから帰宅までにかかわる看護師の判断とケアには、大きく 3 つの様相があった。さらに、これらを支える看護師のありようが見出せた。この 3 つの様相と、看護

⁵ 内容の詳細は、Ⅱ．データの分析結果にあり（92 ページ）

師のありようを4つのフェーズとして示し、各フェーズの主要なテーマ、それぞれの下位テーマ、さらに下位テーマを構成する要素として示した。

フェーズ1の小児の救急外来という場は、出会った家族の様相とそれをとらえる看護師の姿が描出された。これは、子どもと家族と出会って受け止めるまでの看護師のかかわりの始まりの様相であった。子どもと家族との出会いは、すなわち様々な親子のストーリーとの出会いである。昼間のかかりつけより夜の救急外来を選んで受診する親子や、救急ではないことで、あるいは家族の都合で受診している親子などさまざまであった。これらの出会いは、私だったら連れて来ない、子どものための受診をして欲しい、このご時世、しょうがないというような、看護師が持つ価値観とのギャップを感じるものでもあった。しかし、看護師は、なんでも来る心づもりをし、ぐっとこらえ、家で看られないなら仕方がないととらえて、受診に至った親子のストーリーをニュートラルに受け止めようとしていた。そして、親も頑張ったけど来た、親には難しい判断があった、親には親の目安があったなど、目の前の親子がもつ固有のストーリーとして了解していた。なぜなら、この了解することが、その後のケアの前提になるからであった。

フェーズ2では、親子の査定からケアの判断までの、ふたつの緊急度判定（トリアージ）として、判断の内容が描出された。救急外来での緊急度判定、いわゆるトリアージでは、子どもの身体の緊急度を見極めるが、それとは別に、親の気持ちの緊急度を見極めていた。これらは、子どもの身体状態、親の困りや心配、親子の関係性、養育状況、そして養育スキルの5つの視点で逃さないようにしていた。そして、何か気になる、何か変だととらえた感覚について、親子のストーリーを見極めることで査定していた。ここでは気にならない親子は医師に任せて、あえてかかわらないという判断も含まれていた。さらに、親子のストーリーに乗るからこそ持てる「この」親子という固有の視点でとらえ、親の養育レベルと子どもの状態のバランスを判断し、目の前の親子がもつ固有の特徴を見極めていた。

フェーズ3では、ケアの実施から帰宅可能ときめるまでの、親子の「強み」を活かす様子としてケアの内容が描かれた。一見、脆弱な姿をみせて現れる親子だが、困っていることが言える親は大丈夫、受診できる人たちだから大丈夫、と親子のストーリーを、親子の「強み」として解釈することで親子が次に進めるかを見極めていた。そして、援助の次の手を決め、親子の「強み」を‘Take-Home Message’の形にして持ち帰らせていた。具体的には、ホームケアができるようにしたり、症状の看かたを伝えたりして帰っていた。さらに、逃せないことは明確にした上で帰っていた。

そして最後に、フェーズ1からフェーズ3の判断とケアを支える看護師のありようとして、フェーズ4、確かな判断とケアのために行っていることが明らかになった。それは、トリアージなどのシステムを機能させるために、看護師にも守

りたいスタイルがあり、そのスタイルに則って進めることで看護師自身の判断がぶれないようにしていた。出会った親子のストーリーは一人の看護師では背負わず、スタッフ同士で共有するからこそ乗れることであることから、お互いの見立てを尊重しながら考えを共有し、看護師の誰かの視界に親子が入っているように工夫していた。反面、看護師同士で共有したり、確認したりしないとやっていけないことも自身でわかっていた。このようにして、子どもと家族にかかわる看護師だが、常にできているわけではなく、時間的あるいは心理的に余裕がなくなると、そうは言ってもできないことがあることも承知していた。

表 1. フェーズ 1 のテーマ

<p>小児の救急外来という場：子どもと家族との出会いから受け止めまで</p> <p>さまざまな親子のストーリーとの出会い 昼間のかかりつけより夜の救急外来 救急じゃないけど行ける 家族の都合で行ける</p>
<p>看護師が持つ価値観とのギャップ</p> <p>私だったら連れて来ないな 子どものための受診をして欲しいな このご時世、しょうがない 親にとって発熱はおおごと 少し考えてから来てくれれば そうきたか</p>
<p>受診に至ったストーリーをニュートラルに受け止めようとする</p> <p>なんでも来る心づもりでいる ぐっところえる 家で看られないなら仕方がない 天候から予測しておく 年中行事から当たりをつける</p>
<p>目の前の親子がもつ固有のストーリーとして了解する：ケアの前提として</p> <p>親も頑張ったけど来た 親には難しい判断があった 親には親の目安があった 親にとっては「最後の砦」「駆け込み寺」 大丈夫と言って欲しくて来た</p>

表 2. フェーズ 2 のテーマ

<p>ふたつの緊急度判定（トリアージ）：査定からケアの判断まで</p> <p>子どもの身体の緊急度と親の気持ちの緊急度を見極める 子どもの命にかかわるのか 親の「一番」の心配ごとは何か 親子の関係性、養育状況、養育スキルはどうなのか</p>
<p>親子のストーリーを見極める</p> <p>医師に任せられる ストーリーが変わる 救急外来をかかりつけにする</p>
<p>親子のストーリーに乗るからこそ持てる「この」親子という固有の視点</p> <p>症状のあるこの子をこの親が家で看ることができるのか どの子どもも水分出納と呼吸状態は必ず押さえる</p>

表 3. フェーズ 3 のテーマ

親子の「強み」を生かす：ケアの実施から帰宅可能ときめるまで
親子のストーリーを親子の「強み」として解釈する 子どもの強み、親の強みを見つける 困っていることが言える親は大丈夫 受診できる人たちだから大丈夫 これなら帰っても大丈夫 親が変われそうかは見極める
親子の「強み」を‘Take-Home Message’の形にして持ち帰らせる ホームケアができるようにして帰す 家で看られる状態にして帰す 症状の看かたを伝えて帰す 逃せないことは明確にしてから帰す この一晚、家で過ごせるようにして帰す

表 4. フェーズ 4 のテーマ

確かな判断とケアのために：看護師のありよう
看護師にも守りたいスタイルがある ペースを守る 自身の組み立てがある 同僚に委ねながら自身の状態を保つ 自身で決めている基本アプローチを使う
スタッフ同士で共有するからこそ乗れる トリアージ看護師の判断と感覚を信じる 気になる親子は視界から外さない 一人で動けることが期待されている 共有しながら確かめる 口に出さなくても共有できていることがある やったことをあえて口にする
そうは言ってもできないことがある お互いが見えにくいところがある 看護師にも得手不得手がある 看護師に余裕がない 親に余裕が

II. データ分析結果

本研究のフィールドは、看護師の人数が少なく、データの提示方法によっては個人が特定される可能性がある。そのため、研究参加者の属性などに関する記述はデータを示す上で必要最小限にとどめることとした。

インタビューによって得られたデータは、短い内容は文中の「 」内に、まとまった内容はイタリックで示した。意味が通りにくいデータには、()内にことばを補足した。また、データに付記した記号 (A-**) は、どちらのフィールド (A あるいは B) の何回目のフィールドワーク (数字) から得られたかを示した。

1. フェーズ 1 小児の救急外来という場：子どもと家族との出会いから受け止めまで

1) さまざまな親子のストーリーとの出会い

子どもの救急外来には、発熱や嘔吐、下痢、あるいは発疹といった、子どもによくある症状 (Common diseases) による受診が多い。さらに、内因性の症状だけでなく、自転車に乗っていて転んでの外傷や、肘内症といった外因性の症状もよくある。これらは、主訴としての症状だけとらえると、いくつかのパターンに収まってしまう。しかしながら、同じ症状のように思えても、その程度には驚くほどの幅がある。受診時の発熱を例にとると、37℃台から 40℃超えるものまであり、持続時間も、発熱を認知して 1 時間以内の受診もあれば、数日間続いた後ということもある。さらには、受診する子どもの年齢もまだ日齢で数える新生児から思春期まで幅広く、家族背景もさまざまである。親が心配そうだったりする様子は、必ずしも症状の緊急度や重症度とは一致しないのである。

(1) 昼間のかかりつけより夜の救急外来

親は、日中にかかりつけのクリニックを受診したものの、その後も症状が続いたり、思うような結果にならなかつたりしたときに救急外来を受診しているようだった。

昼間のクリニックより夜の救外なんですかね。明日も診てくれるし、いざとなったら検査してもらえるし入院もできるし、みたいな。この時間 (夜間) には何も出来ないとは思ってないみたいですよ (B-11)

大学病院の救外だから来る、いろんな検査ができると思われている。かかりつけで診てもらっているけれども、「埒があかないから来た」とか、「良くなるから来た」とか。・・・(中略)・・・検査できるのでやってしまうんですよ。だから来るんですよ。やろうと思えば MR(I)

だってできるし (B-14)

フィールド B では、夕方からの数時間、地域の医師会に所属する医師が交代で救急外来の診察室を一つ担当している。この医師会の医師というのは、近隣で小児科クリニックを開業しており、救急外来を受診する子どもたちの多くが、普段「かかりつけ」にしている医師でもある。実際、トリアージ票の「かかりつけ医」欄には、ここで診察を担当することがある医師のクリニック名が書かれていることも多い。

親は「クリニックで何もしてもらえなかった」と言って夜受診してくる。熱だけで症状なかったら処方ないですよ。クリニックの先生との相性もあるんでしょうけど。「クリニックの先生に怒られた」とか。そんな先生じゃないのにな、と思うことがあります。日中クリニック行ったけども処方してもらえなくて救外にきたとか。救外でも出さないですけどね (B-24)

トリアージで「お昼間どこか受診しましたか？」と看護師に尋ねられると、「かかりつけに行ったんですけど・・・」とことばを濁すように答える親もいる。看護師が「ここも(クリニックと)一緒なのに、なんかやってもらえると思うのかね。ここなら安心と思ってくるんですかね」と言うように、親は救急外来に、かかりつけ医に対するものとは異なる、なにか別の「安心」を求めて来ているともみている。

(2) 救急じゃないけど行ける

親は、子どもが緊急を要する症状ではないことや、日中に受診した方が良いことがわかっているにもかかわらず、夜間の救急外来を受診していることがある。看護師もさりげなく伝えることがあるようだが、それはあっさりとかわされる。

「本当は昼間が良いんだよね」と伝えたことあるんですけど、「昼間は混んでるから夜来ました」とか、「これ救急じゃないよね」って言うとか「そうですね」と言われたり (B-14)

治療や投薬が必要でない症状に対して、施せることはないのだが、何かしてもらえんと思ってくる親がいる。そういう親には、単にかわされるだけでは済まず、いわゆる「逆ギレ」されることもある。

何かしてくれるんと思ってるんですかね。「何もしてくれないなら帰る」とか言ってキレて帰ったお母さんいましたよ。だから何もできない、することないって言うてるのに (B-11)

親にとって救急外来は、緊急か否かで受診するかどうかを決めることなく、「何か」してもらえることを期待して受診するところのようであった。

(3) 家族の都合で行ける

本研究の2つのフィールドは、いずれも規模の大きい病院で、二次医療圏内の小児救急医療の中核であったことから、救急外来であっても他院からの紹介で受診となるケースも珍しくなかった。紹介の連絡が入るため、どこからどのような症状の何歳の子どもが来院するのかは事前にわかっていた。受診の手続きは通常の救急外来受診と同じく、受付をしてからトリアージ室を通り、その後診察となるため、事前に特別な準備するといったことはなかった。ただし、いつ来ても対応できるように看護師は常に気にしていた。

ある日、他院から連絡が入り、嘔吐と腹痛のある子どもが紹介されて来院することがわかった。到着時間を予測するために、その病院の場所や子どもの居住地が「だいたいどのあたり」なのかを把握していた。到着まで1時間くらいだろうと思っていたが、予測していた時間を過ぎても一向に来ない様子で看護師たちは「来ないな」「足がないとかかな」と話し始めた。ただし、このような状況は珍しいことではないようで、「足がなくて、お父さん帰るのを待ってたとか、あるんですよ」と、受診手段がなく家族の帰宅を待っていることが多いことを、経験的に看護師は知っていた。

また、ある週末の夕方には、嘔吐と飲水不良がある幼児が父親とともに受診してきた。父親は仕事から帰宅後に連れてきたと話したが、日中の様子や子どもの状況をほとんど把握しないままに受診している様子で、トリアージでの質問にうまく答えられずにいた。トリアージの後、この親子について看護師はこう話した。

お父さん、夕方帰ってきて、朝出るときと子どもの状況が一緒だから連れてきたって感じですかね。日中の様子、全然知らないで来ていますよね。結構います、こういう人。トリアージに一番必要な情報、なにも知らないで判断ができないんですよ (B-1)

この親子に限らず、似たようなケースには良く出会うようで、看護師は一つの仮説を立てていた。それは、子どもの調子が悪くても、日中の様子を知る母親は家事や年少のきょうだい児の育児などで手が離せず受診させられない。そこで、仕事から帰宅したところの父親に診察券を渡し、必要最小限のことだけ伝えて受診を託したのだろう、というものだった。

今日はすぐ診察になるのでまあいいですけど、(トリアージ後から診察までに) 時間があるときには「診察待っている間に、これこれを電話して聞いてください」と言うこともありますよ。診察でも困るので。

「ここで電話して聞いてください」って言うときありますよ、トリアージのときに (B-1)

このように、家にいる家族の方が受診前の状況をより良く知っていると思えば、場合によっては、家に電話をかけてもらうこともあった。電話をかけることで、目の前にいない家族をトリアージに引っ張り出し、必要な情報を収集するという、新手の手段を使っていた。

まれなケースだが、次のような、親の気持ちは察するけれども、あまりにも都合が良すぎると思ってしまうような、希望を通せない受診もあった。

この前、喘息の子どもが受診したんですけど、2年前の紹介状持ってきたんです。数日前に夜勤さんが「ちょっと聞いてよ」と言って話しました。紹介状あると初診料が安くなるからだと思うんですけど、「本日」って書いてあるからねえ (B-26)

子ども一人で救急外来を受診することはほぼないと言ってもよい。フィールドワーク中に、子どもだけの受診を見かけることはなく、必ず親かその代わりとなる大人が連れてきていた。子どもが受診するかどうかの最終的な決定権は、子ども本人ではなく親なのである。そうであれば、親の都合で受診のタイミングが決まってしまうのは当然ともいえる。

2) 看護師が持つ価値観とのギャップ

看護師には小児の救急医療に対するそれぞれの価値観があったが、一方で、一致した見方も持っていた。それは、救急外来は継続的な治療をするところではなく、あくまで一時的な治療で、翌朝まで過ごせるようにすることを目指しているということであった。しかし、その前提から外れた親子がやってくるのが救急外来でもあった。

(1) 私だったら連れて来ないな

救急外来には、子どもを持つ看護師も多く働いていた。未就学児の子育て真っ最中の者から、すでに成人した子どもを持つ者まで幅広かったが、自身の育児経験と比較して、自分がこの子どもの親ならどうするだろうか、この症状ならどうだろうかと考えながら、受診する親子をとらえていることもあった。

熱(での受診)のときはだいたいもう少し様子見てもいいのでは?と思う。だって子どもはすぐ熱出すけど一晩で下がることもあるじゃない

ですか。一晩様子見ようとかないのかな (B-11)

看護師は、自分ならまだ家で様子を見ているくらいの症状で受診していると思ってしまうこともある。特に発熱での受診をみるとそう思う。しかし、育児経験のある看護師も、育児経験や救急外来での勤務を重ねるうちに、受診の基準が持てるようになってきていたようでもあった。

(救急) 外来 (で勤務) するようになってから、ちょっとしたことで来なくても良いんだなって思うようになった。その前は行かなきゃとか思ってたけど (B-19)

親は心配で来るわけなので、私たちは医療者で「これくらい」と思ってもね。私も一人目 (の子ども) とかだったら心配になると思うし。 (B-28)

しかしながら、受診する子どもの親に対する子育て経験のある看護師の言動は、育児経験のない看護師からみると厳しいものとして映ることもあった。

子育て中の看護師は、受診する子どもの親に対する目が厳しいことがありますね。「自分ならこうする」とか「自分はこうしてた」とか、「〇〇するなんてあり得ない」「××しないなんてあり得ない」とか言うことがありますね (B-1)

救急外来には受診患者が増える時間帯がいくつかあるが、その一つが 21 時前後である。この時間帯に受診が増えることについて、看護師はこのように話していた。

心配になるんでしょうかね、でも熱出て数時間で来るとか、したくないなあ。もうお風呂入ったりしてるでしょ。その後って絶対出たくないけど。良く来るなあ (B-12)

看護師はこのように言いながらも、自分たちからみると、「あり得ない」と思えるような子どもの状態や、「絶対出たくない」ような時間にわざわざ連れて来るところに、その親の抱える心配をみつけて気持ちを向けているのだった。

(2) 子どものための受診をして欲しいな

受診する子どもの状態をみると、本当に必要な受診なのかと考えることもある。受診することがかえって子どもの負担になっているのではないかと思えるケースもあるようだった。

ちょうど、インフルエンザ B 型が再流行していたころのことだった。発熱の 7

か月児が午後に受診、「38℃くらいになるようだったら早めに受診するよう言われた」と言って、約6時間後に2回目の受診をしてきた。診察では「発熱あっても機嫌よくしていて哺乳が良いなら大丈夫」と言われて帰宅していった。1回目になぜそのようなこと言ったのか、看護師は医師に尋ねていたが、カルテには「早目に受診するよう」に勧めたらしき記載はなく、「〇〇先生や△△先生がそのようなことを言うわけがない、絶対ない」と医師は反論していた。そして「お母さんが不安で来たんでしょ。受診してもらうのは全然良い。インフル（エンザ）撒き散らされるより良いから」と続けていた。看護師は医師を責めているのではなく「それはそう。ただ、家で寝ていた方が本人楽だったろうな、と」思っていたのだった。(A-4)

深爪とかで来られるとちょっと・・・そういうの「残念だな」と思う。
「受診は誰のため？この子のため？」と思う。(受診時に)良く寝ている子とかみると。「夜中に寝ている子はそのままいいんじゃないの？」
と思う (B-11)

深爪で受診するような「残念だな」と思うケースもあるのだが、なぜ今来たのかわからない受診のすべてが決して不要だとは思っておらず、ましてや怒っているわけでもない。看護師も、深爪で受診してくる親が大騒ぎしてきているわけでもないことを理解している。親とのギャップを「残念だな」という気持ちで認めることで親子を受け止めていた。今受診することが必ずしも良いとはいえないことや、病状によっては家にいた方が子どもにとっては良いことがわかっているの

(3) このご時世、しょうがない

病院は、24時間休みなく動いているところであり、夜でも職員がいることは誰もが知っている。特に本研究のフィールドのように規模が大きい病院ではなおさらである。フィールドBでは、名前に「大学って付いてる」ということで、救急外来であっても「バックが大きい」と親は思っているのではないかと看護師はとらえていた。ましてや、フィールドAでは24時間の救急患者受け入れをおおやけに謳っている病院であった。

親はすぐ診てくれる病院だと思っている。きっと救急の概念が昔と違うんじゃないでしょうか。「いつもと違うと思ったら救急」と言うじゃないですか、救急患者のとらえ方の違いなんじゃないかな。トリアージ研修でも言ってるじゃないですか。しょうがないのかな。世の中がそうだし、コンビニは24時間やってるし (B-15)

看護師は、救急外来は急病のときはいつでも受診してきて良い場所だと思って

いるのだが、親にとっては、もはや急場をしのぐところだと思われていないことも感じていた。それには、親の就業状況も影響しているようだった。

しょうがないな、というのはあるけど、このご時世ね。親も明日仕事だったら今日中になんとかしたいと思いますよね。私たちだって簡単には休めないんだし (B-28)

健康な子で熱でなぜ来るの？とか思うけど、次の日に来れないのだからうなと思うようにしている (B-15)

こちらは「一晚乗り越えるため」と思って診ているじゃないですか、でもお母さんたちは完治を期待して来るんですよね (B-11)

ここでいう、親が期待する「完治」とは、つまりこういうことのようなのである。救急外来の受診で必要な検査は全て受けることができ、その上で確定診断がついて治療方針が決まる。さらに願わくは、一回の受診でおしまいのできる、ということも含まれているようだった。親はそれほどの期待を持って救急外来を受診しているとみているのである。だから受診してきても「しょうがない」のであり、翌日に受診できないので来ていると「思うようにしている」のである。

(4) 親にとって発熱はおおごと

子どもの発熱は親にとって脅威のようで、子どもの発熱を見つけたら数時間以内に受診するケースは多い。ある日も子どもが発熱してから3時間あまりで受診しているケースがあったが、このような患者は「結構いる」ようで、感染症の流行するシーズンでは、受診の半数以上が発熱を主訴とするケースにもなることがある。また、「38℃台は出たことあるけど、40℃台は初めてで」というような受診理由もあった。発熱は親にとっては大変なことで、救急外来に連れてくること以外には対応がないようだった。(A-3)

発熱でも何も(薬を)使わずに来る人多いです。熱高いの見せたいんですかね。「飲ませようか迷った」とか「飲んだら下がると思って」とかいう親もいる。熱で「いつもよりぐったりしていて飲ませていいかどうかわからなかった」とか (B-20)

発熱時の解熱剤など、手持ちの薬剤があるときも、使っていないことがある。また、親が体温に集中しすぎるあまり、他の症状をとらえていないようにもみえていた。

(解熱剤を)使う体温も「38.5℃で使った」という人もいれば、39℃

とか 40℃とか、(使うか使わないかの)境界はいろいろです。でもだいたい熱だけで他の症状はみてないですね (B-21)

これはここではなくてテレビの救外の特番観てたときなんですけど、受診したお母さんが「こういうところがあると助かります、子どもはすぐに熱を出すので」って言っているのを見て、「あー熱が出たら受診するって思ってるんだー」って思いました (B-11)

看護師は日々救急外来で発熱を主訴に受診する子どもをたくさんみてきたが、受診に至った親の気持ちは聞いたことがなかった。しかし、救急外来に関するドキュメント番組の中での母親のことが、発熱したら受診するものと思っている親の気持ちを代弁しているように思っていた。

(5) 少し考えてから来てくれれば

看護師にとって納得がいかないケースがある。ある日曜の午後、生理痛を主訴に救急車で搬送されてきた中学生がいた。両親に付き添われての来院だったこともあり、看護師はみな「大げさ」な印象を持っていた。普段よりも痛かったのかもしれないことは認めながらも、「救急車呼ぶ？」という反応だった。さらにこの中学生は、夕方にも父親の付き添いで再診にやってきた。父親は胃炎が心配な様子だったが、問題となるような所見はなく帰宅していった。(B-23)

また、日曜の 21 時を過ぎて虫刺されで受診した高学年の学童のトリアージを担当した看護師は、トリアージ直後に、「来る？」と同意を求めるように、振り返ってこちらを見た。そして、数人続いたトリアージに一区切りついたところで、あらためて「さっきのはわかるんですね」と、別のウィルス感染による呼吸器症状で受診した幼児のことを話し始めた。「家で様子見てたけど、いつも言わない子どもが(病院に)行きたいって言ったところで、受診しようって思って来たんだって」と、この幼児の母親が話した受診の理由に納得していた。また「寝てもらうなされているので、今晚 1 日分の薬がもらえれば、、、と行ってきました」と言う 39℃台の幼児を連れてきた母親のことは、「こういうのは(受診の)理由がはっきりしているのだからわかる」と、やはり納得していた。そのようなケースと比べると、子どもの虫刺されは家で手当てするのが妥当であり、ましてはそれが小学校高学年である。看護師にとっては、思わず「来る？」と同意を求めたくなるケースだったのである。(B-21)

看護師にとっては納得がいく受診と納得がいかない受診がある。親の説明する内容に少しでも親の判断がみえるときには、判断してきたことを認めることができ、納得できるのである。

(6) そうきたか

看護師には、相手の出方がわからないときの、一つの受けとめかたがあった。たまたま出席した院内研修で得てきたようだった。

最近のお気に入り「そうきたか」、気に入っているフレーズで、新採用（職員）の指導者研修に間違っただけに行きかかったときに、そういう話があった。新人を指導していて「なんでそんなことをするのか」というのではなく、「そうきたか」と思ってするということの聞いて、それから気に入っている。「そうきたか」という親がきたら、次はどうしてやろうかと思う（A-6）

（指導者研修は）人とかかわる時の教育で、相手を見ながら、攻撃性をみながら、相手を否定しないかわりについて研修していた。それに出て、なるほどと（A-10）

「そうきたか」というとらえ方は、相手が新採用職員であれ、受診した子どもの親であれ、相手の置かれた状況や言動の意味がわからないときに、相手に振り回されない一つの身構え方でもあった。この看護師は、自身の経験から親がどのような言動を取るのか、あれこれと広く想像するだけの手札を持っているようだった。だからこそ、次の親はどう出てくるのだろうと思いつつ対面して、「そうきたか」と受け止め、「どうしてやろうか」と楽しめるようにもなっていた。

さらには、「そうきたか」と思う親には変わるようにかかわれる機会があり、最終的に変わったことも想定しての「楽しい」なのである。

「そうきたか」と思うだけで楽しい、トリアージの場面でも事故予防（指導）でも。家での今後の対策を伝えたときに「うちではできません」と言う親がいる。そういうときに「そうきたか」と思う（A-10）

3) 受診に至ったストーリーをニュートラルに受け止めようとする

看護師には、どのような親子が受診してきても対応できるように、看護師なりの身構え方があったが、すべてを予測して準備万端に待ち構えているのではなかった。受診する親子の様相は予測してもしきれないため、時には我慢したり諦めたりすることもあった。救急外来の対象ではない子どもや、中には治療の対象にすらならない子どもも受診してくる。その場合であっても、やはり自分たちの看護の対象である親子の存在を意識し、なんとかして受け止めようとしていた。

また、不確実な要素が多い救急外来であっても、天候から予測したり、年中行事から当たりをつけたりで可能な限りの準備をして、不確実な要素を少しでも想定内の要素に変えていた。これは、物品や体制の準備だけでなく、気持ちを穏やかにして患者を受け止めるための方策でもあった。

(1) なんでも来る心づもりでいる

看護師は、軽症での受診であっても、受診の理由がはっきりとしなくても、それは親自身もわかっていないことがあり、「軽症の子がくるのはしょうがない」(B-17) ことだと思っていた。

他にもお母さんの説明で、何で今受診なのかが分からないときは、「今日来た理由はなんですか」と聞きます。お母さんもわかってないんでしょね。「2 日前から 40℃あった」とか言っても、何で今かはわからない。たまたま時間があったのか、お父さんがいて車が出せるとか、そういうのなんでしょうかね (B-14)

「様子見てました」と言って受診が遅れる人とか、早い人は不安が強いとか知識がないとか（受診タイミングはいろいろ）・・・(中略)・・・早く来た理由を聞かれて、受診しにくくなってもと思うので（タイミングが早かったことは言わない）(B-17)

そして、この目の前の親子になにが必要なのかを考えようとしていた。

第一子だったら経験がないのかなとか、乳児、乳幼児とかで経験がないのかとか。学童で熱が出てすぐ受診とかだと、今まで熱出した経験なかったのかとか、熱がこれまで経験がない高さなのかとか (B-17)

子どもは成長発達を続けている。同じ子どもが熱を出したといっても、幼児期になって、あるいは学童期になって初めての発熱ということもある。また、これまで出たことのない体温であれば、やはりそれは初めてということになる。そうして「初めて」の受診が繰り返されることもある。

(2) ぐっところえる

フィールドでは、手の空いている時間や電子カルテをチェックしながら、普段から印象に残った患者や家族のことを看護師同士で話題にしていた。お互いが経験した患者について「こんな患者がいた」「この前こんなお母さんがいた」という話を持ち出すのだが、ときには「こういう患者の話題で話をした」ということを改めて教えてくれることもあった。

この日は「4 日前からの便秘で受診した幼児」の話題だった。看護師は「クリニックで処方されたけど『私はレントゲンを撮って欲しんです』とかいうお母さんがいて、んーここは救外なんだけどー、うーん、『はい』と、ぐっところえて言いました」と、便秘でレントゲンを撮るという母親の発想に驚きながら、

救急外来では、いくら親に頼まれても応えられないことがあることを話していた。

でも心配で来ているのはわかるしな、しょうがないって感じですかね。ま、ここでもできないこともあるのでね。極力顔には出さないようにしてますけど。(4日前からの便秘は)救急じゃないと思うけど、心配はわかるので (B-26)

この母親が診察で同じように医師に伝えたとしても、きっとレントゲンは撮らないだろうということは、看護師にはわかっている。自身の気持ちの落ち着くところが見つかり、驚くようなことを言う親に対する気持ちもぐっとこらえることができる。

(3) 家で看られないなら仕方がない

子どもを持つ親の誰もが、救急外来に子どもを連れて来ているわけではない。多くの子どもは家庭で適切な手当を受けているのだろうと看護師は思っている。ただし、世の中には少なからず家で症状のある子どもを看ることができない親がいて、救急外来にやってくるのである。

救外って少数の人が何度も来てるんじゃないですかね。大半の人は来ないんだと思いますよ。来る人は不安が強いとか何らかの事情があるとか。(自分の)ママ友に聞いても、救外行ったことある人いませんもん。(B-9)

自身の周りには救急外来を受診したことがある母親は見当たらないという看護師にとっては、救急外来に対する親の需要を身近な感覚として持っているわけではなかった。現実には、受診してくる親子をみて、少数の親子が繰り返し受診しているのだと受け止めるしかないのだ。

(4) 天候から予測しておく

小児の救急外来では、天候によって患者の特徴が変わることがある。喘息など呼吸器系の疾患を持つ子どもは気圧の変化が原因で発作を起こしやすいため、台風が多く発生する季節には受診が増える傾向があった。

週末は天候によって昼間の子どもの過ごし方が異なるため、午後からの受診の傾向が予測できるようだった。たとえば、天候が良い休日であれば、公園や運動場に出かける子どもも増えて屋外での外傷が多くなり、おおむね 15 時すぎから受診が増えはじめる。たとえば、野球やサッカーなど、学校やクラブチームの試合中や練習中のアクシデント、自転車からの転落や走っているときの転倒などさまざまであった。またフィールド B では近隣にある公園内にアスレチックコース

があることから、そこでの外傷も多いという。

外傷に限らず、「昼間遊びに出かけていて、帰ってきたら熱っぽかったので、体温を測ったら 38 度台だったので受診した」というような受診理由の説明は、トリアージ室で良く耳にする内容だった。とりわけ夏場の休日は多かった。

反対に、天気の良い日は、家庭内での遊びが原因の外傷による受診が多くなるようだった。子どもにとって休日は、普段遊ぶことが少ない父親と遊べる機会である。子どもにとっては嬉しいことだが、気持ちが高ぶりすぎたり、遊びが激しすぎたりして、ケガをすることが多くなる。そしてそれは、通常の家内事故よりも、かえって大きな外傷になることもあるのだという。(B-11)

天候の良し悪しによって、受診するかどうかを決めていることもあるようだった。ある休日の夕方のこと、低気圧の影響でこれから数日は悪天候になりやすいという予報が出ていた。看護師は「これから下り坂みたいですね」と話しながら「ということは、変な受診は明日かな？」と予測していた。この「変な受診」とは、「台風来ると受診できないから、『その前に見てもらおうと思って』とかで受診する」患者が増えるということのようだった。(B-24) また、大雨で風の強い冬の土曜日には、「雨の日は昼間外出しないので、子どもが疲れてないから来ないんですよ」(A-1) と予測していた。日中の外出で疲れ、帰宅したら発熱したという子どもは、休日の救急外来には必ずといってよいほどいるのである。この日はそのような子どもはおらず、実際に受診患者も少なく、いつになく看護師の動きものんびりと、そして穏やかになっていた。

(5) 年中行事から当たりをつける

小児の救急外来では、年中行事は気にかけることの一つである。看護師は、行事に関連した症状や事故について「そろそろこういうのが来る」と予測して働いている。とくに行事に関連した食べ物によるアレルギー反応を起こして受診する子どもは特徴的であり、緊急度も高くなりやすい。

1月から順にみていくと、お正月は、「餅詰まらせたというのは総診（成人の救急外来）ではあるけど、子どもはないな」(B-11) と、食べ物による窒息はなく、生ものを食べる機会が少ないこともあり特徴的な受診はないようだった。2月は節分である。「今年はなかったけどいわし(の魚骨が喉にひっかかること)が多い」(B-9) のだという。そして、「節分のときの豆は多かった。予測して耳鼻科摂子を多めに準備したり」(B-10) して、受診に対応できるようにしていた。さらには、「恵方巻きでアナフィラキシー、ここ数年で増えたような気がする。恵方巻きのエビにあたるのかな」(B-11) というように、以前は一部地方の風習だったものが、最近になり全国的に行われるようになってきたことが、救急外来の受診にも反映していた。3月のひなまつりは、ちらし寿司が原因とみられる受診があり、「嘔吐・下痢が多かった。アナフィラキシーとまではいかななくても、卵やエビに当たったとか」という症状がみられた。(B-10)

夏場になると、例年夏祭りの日には外傷の受診や、「中学生が羽目を外して飲

酒」といった受診もみられるため、近隣の夏祭り日程は押さえている。ある夏の日曜日、前夜あった「近くの川でお祭り」でも例年ならば外傷や飲酒にからんだ受診があるのだが、「今年は（祭りの）後半天気が悪かったから、そういう受診がなかったかも」と話していた。(B-24) 予測だけでなく振り返りもしているようだった。土用の丑の日にはうなぎの骨が喉にひっかかる事例があるが、年間を通して魚骨がひっかかって受診する子どもは多い。

また、行事ではないが、お盆を中心に夏休みの期間には、親の実家に帰省している子どもの受診が増えていた。これは、子どもの現住所を確認してそれが遠方の場合には、「自宅にいないのではないかもということも考え」て、祖父母宅にいたのかもしれないとあたりを付けておき、直接聞いて確認していた。(B-2) 実際に「今日のようにおばあちゃん家にいて調子が悪くなった」(B-4) というケースも珍しくはなかった。「お盆は普段見ていない人が（子どもを）見ているときのケガ、ああ、普段見てない人が見てるとやっぱりそうなんだなって思います」(B-11) と、通常、子どもの世話をしていない大人が子どもを見ていることや、子どもが普段とは違う環境で過ごすことが事故の誘因となって受診につながっていた。

秋になると、練習を含め、運動会に関連した外傷による受診が増える。地区によって運動会の開催が春と秋に分かれているが、「〇〇あたりの小学校は秋」というようにおおよその情報は持っていた。看護師の居住地周辺の情報や通勤途中でみかけた様子を「今日〇〇は運動会みたいだよ」と伝えあうこともあった。クリスマスは「特に（ケーキの）クリームでなんとかっていうのはない」と食べ物に関連した受診はない。しかし、子どもの「テンションが上がって」しまい、「はしゃぎすぎてとかはある」(B-10) のだという。こういう場合、発熱による受診のことが多い。

子どもがいる家庭では、年中行事にちなんだ大小さまざまな催しをすることが多く、食べ物が関連した特徴的な受診もある。必ず受診があるとも限らないが、看護師は、予測できる範囲で予測していた。受診があり「予測が当たった」ときは、準備していたことが報われる。受診がなくても「今年は来なかった」ことでほっとする。次にどのような患者が受診してくるのかわからない救急外来での、気持ちの作りかたの一つだった。

4) 目の前の親子がもつ固有のストーリーとして了解する：ケアの前提として

受診する親子にはそれぞれ固有のストーリーがある。同じ症状であってもそれぞれ個性的で特徴がある。看護師からみると筋が通っていないように見える言動の親子であっても、そのようなストーリーを持つ親子だという了解をして接している。これには看護師なりの納得の仕方や落とし込み方があるようだった。

(1) 親も頑張ったけど来た

受診のタイミングが適切ではないと思うときであっても、親は決して子どもをほったらかしていたわけではない。受診までには親には親なりのプロセスがあり、家庭で何らかの行動をしているのだろうと看護師は想定し、親の言動に気持ちを寄せていた。

(受診理由がわからないときであっても) でもそれはそこまで様子を見れているということで、放っておいたわけじゃないじゃないですか。「何で今なんだ」というとき、受診が遅いと思ってもお母さんがその背景で頑張っていた話を聞きながら、「夜ずっと咳してて眠れなくて」というのは、お母さんも寝てないんだなと思って「じゃ、お母さんも寝てないんですね」というのがお母さんへのねぎらいになるんじゃないかと。そこで「お母さん、なんで今ごろ」って言ったら、きっとお母さん折れちゃう。こういうことの積み重ねが 0.5 次救急を支えていると思う。ことばかけ一つで変わるのが面白いなと思う (A-10)

通称ではあるが、小児救急医療機関を受診する前の電話相談を「0.5 次救急」⁶と位置づけて説明することがある。ここでは、電話相談などを含めた親が家で行う対応を「0.5 次救急」ととらえて話していた。

(2) 親には難しい判断があった

発熱のような明らかな症状があり、対処できる内服薬が手元にあっても、使用してこない親がいた。ましてや座薬となると、その使用のタイミングは難しいようだった。

子どもの発熱時の対応について投薬されていても、親は熱があっても使ってこない。使っていないか分からないかもしれない。使うタイミングとか難しいのかな、何でも使ってみればいいのに。座薬とか「使い方がわからない」とか良く言ってますね。痛いときでもカロナール®飲んで次の日まで待てばいいのに (B-19)

発熱のため、日中にかかりつけのクリニックを受診した子どもが、夜間に救急外来にも訪れていた。その母親は、「アンヒバ®でけいれんしたことがある」と、座薬を使うことについて不安そうに話していた。さらに「ダイアアップ®をお守りで出してもらったけど、いつ入れれば良いのかわからない」とトリアージ看護師に伝えていた。トリアージ看護師は「はっきり言ってもらわないとわからないですよ」と、かかりつけ医からダイアアップを「お守り」として処方されただけで、

⁶ 用語の解説は、第 2 章 文献検討に記載 (10 ページ)

使うタイミングは説明されず困っている親に共感するように返答していた。そして「先生から使い方教えてもらいましょうね」と伝えて診察に回していた。

トリアージが終わった後で「何で（座薬）使わないんでしょうかね」「内服のタイミングとか受診のタイミングとか、難しいんでしょうかね」ともらしていた。かかりつけ医が本当に「お守り」として座薬を処方したのかどうかは定かではないが、このケースだけでなく、受診や投薬のタイミングに迷う親に出会うことが多いことを話していた。(B-20)

子どもの発熱について、親は「子どもが熱いか寒いかのポイント（発熱の有無）はみているが、熱が上がる前の震えについてはわかっていない」ことから、けいれん発作と振戦の見分けがつけられず、体温が上昇するときの振戦（シバリング）をけいれんだと思って受診する親もいる。

けいれんで救急車で受診、シバリングをけいれんと思っていたような親とか。「呼吸止まってましたか？」って聞いても「止まってません」って言うので、「それは私たちが思うけいれんとは違うと思いますよ」と言うんです (B-16)

「お熱でけいれん起こしたことはありますか？」って聞くと、「はい、ガクガクして震えました」とか。それで「救急車呼びましたか？」って聞くと「いいえ」、「熱性けいれんって言われましたか？」って聞いても「いいえ」とか。こういうときはだいたいシバリング (B-9)

発熱を主訴に受診する子どもの親が「熱性けいれんが心配で・・・」と看護師に伝えているのは、トリアージの場面でよく見られる光景でもあった。熱性けいれんへの心配が、発熱での受診の多さの一つの要因であることは看護師も承知のことだった。

(3) 親には親の目安があった

前日から発熱があり、学校を休んで家で様子を見ていたという小学生は、夕方の体温が39℃台に上昇したため、かかりつけのクリニックを受診して鎮痛解熱剤を処方されていた。その後、頭痛が出現し、さらに「変な言動をし始めた」という理由で、20時ごろに救急外来を受診してきた。トリアージ後に看護師は「(学校を)休んでたのなら、日中(クリニックに)行けばいいのに」ともらしたが、続けて「お母さんの目安があるんでしょうね。家でみるとか受診とか。それで熱が上がったから17時に受診だったんでしょう」と、親の行動を理解しようとしていた。学校を休んでいたのなら日中の受診も可能だったのではないかと考えるものの、親の受診までのストーリーを推測し、受診のタイミングを許容していた。

次は、受診のタイミングがもう少し早ければ良かったのではないかと考えてい

たケースである。(B-18)

今日の(トリアージが)緊急区分になったケースでも、1~2週間前からゼーゼーしていたけど受診していなくて、元気があって食事も出来ていたみたい。昨日の夜眠れてなくてゼーゼーが続いているので来院したと。それはわかるけど、ずっと受診してなくて、なぜ日曜の夕方?と思う (B-14)

症状が続いていたことを考えると、平日にかかりつけを受診することもできたはずである。軽い段階で受診すればトリアージが「緊急区分」になるほどの症状にはなっていなかったのではないかと看護師は思っていた。受診が早ければ治療を受ける子どもも楽だからである。ただし、子どもは「ゼーゼーしていた」(喘鳴があった)が「元気があって食事も出来ていた」状態のときは、親は家で見ていられると思っていた。そこに、「昨日の夜眠れてなくてゼーゼーが続いている」ことが重なったことで受診したようだった。「なぜ日曜の夕方?」と思いつつも、看護師は親のその判断には理解を示していた。

(4) 親にとっては「最後の砦」「駆け込み寺」

救急外来を受診する子どもは症状も緊急度もさまざまであるが、いずれの場合にも受診する側には受診する理由があるから受診しているのである。緊急度から判断して必要のない受診であったとしても、それだけ伝えて帰しては解決にならないと看護師は考えていた。

育児不安があって37.4℃とかで受診すると病院では病気ではない(と言われる)。(病院で)大丈夫と言われれば安心するんじゃないでしょうか (B-10)

泣きやまないで何度も来てしまうとか、病院に出かけることで落ち着く、駆け込み寺的な要素が救外にはあると思う。きっと昼間にかかりつけにも行ってるんじゃないかな (B-10)

看護師は、親は親なりの解決方法を探し、その結果として救急外来を訪れているとみていた。それが子どもの身体的な緊急度とは直接関係のないことであっても、親の選択した解決策だということは認めていた。

しょっちゅう熱が出て受診する子どもとか、それは「保育園に行き始めたから」で済むことかもしれないが、それで済ましても解決しない。心配があって来ている人が(診察を)待っているということは、解決して帰らないとリスクがあるということで、リスク管理が必要になる

(A-10)

育児不安や心配があって駆け込んできた親子は、その心配を解決してからでないと帰せない。それは、育児不安をそのままにしているのは、やがてマルトリートメント⁷につながりかねないということを看護師は知っており、それは避けたいと思っているからだった。

(5) 大丈夫と言って欲しくて来た

子どもに症状があるとき、多くの親はその症状をどうにかして欲しくて救急外来にやってきているが、なかにはそうでない親もいるようだった。たとえば、感染性胃腸炎を「おなかのかぜ」という表現で説明されることがあり、看護師も「そういえば確かに先生はそうやって説明しますよね」と、それが親にとっては「大丈夫」ととらえるために必要な説明なのではないかととらえていた。

かぜみたいにすぐ治るものって（親は）思うんじゃないですかね。中身を難しく言われるよりも「おなかのかぜだから大丈夫」みたいなとらえ方なんじゃないですかね。「これくらいなら来なくても良いよ」とか言われて、「そうだったんだ」みたいな。「よかった」みたいな。(B-11)

症状が出たらすぐに救急外来を受診しようとする親もいる。

熱出た、それで30分や1時間で来るとか、ありますよ。大丈夫と言って欲しいんですかね。「検査してもらわなくても良いから行く」とか。熱出たらすぐ行く人、近所にもいますよ、「ちょっと熱出たから行ってくる」って(B-11)

救急外来を受診して、医療者に「これくらいなら来なくても良いよ」と言われた親は、その後は受診しなくなるのかということそうではないようである。「それはならないと思う。『これくらい』って言って欲しいから来るから」というのが、看護師の見解だった。親の判断には、医療者からみるとそのタイミングや見立てには誤りがあることに看護師は気づいていた。しかしながら、それらを真っ向から批判したり非難したりしているわけではない。それよりも受診した子どもの親の考えや迷い、受診までのプロセスに目を向け、慮っているのであった。

2. フェーズ2 ふたつの緊急度判定（トリアージ）：査定からケアの判断まで

1) 子どもの身体の緊急度と親の気持ちの緊急度を見極める

⁷ 用語の解説は、第2章 文献検討に記載（19ページ）

看護師は、子どもと家族の緊急度を判断するうえで、子どもの身体状態、親の困りや心配、親子の関係性、養育状況、養育スキルに対する5つの視点は外さないようにしていた。そして、子どもの身体状態、親の困りや心配は、医師の診察でも視点となっているが、親子の関係性や養育状況、養育スキルは、看護師だからこそとらえられる、看護特有の視点だとも考えていた。

(1) 子どもの命にかかわるのか

救急外来を受診して、子どもと家族が最初に接するのはトリアージ看護師である。看護師による救急外来でのトリアージは、疾患を特定するためのものではなく、あくまで症状の緊急度を判定するためのものである。看護師は「命にかかわるものか軽いものかでそれぞれで考えていったほうが良い」(A-10)という考えを基本にトリアージを行っていた。

トリアージシステムに則って看るということは、「トリアージでは共通言語が通じる」(B-10)ことが前提であるが、トリアージ以外のケアであっても「トリアージでは共通言語が通じる」こと、つまり、「命にかかわるものか」どうかを判断することを基本にして判断していた。それは、まだトリアージを担当していない、異動後の期間が浅い看護師であっても同様であった。

診察室で急に症状が悪化した子どものときに、予測してモニターを付けていれば、もっと早く異常に気づけたのかとかと思うことがありました。自分で気づくときもあるし、指摘されて「確かにそうだ」と思うこともある。バイタル(サイン)が本当に大事だと実感している。バイタル(サイン)がおかしければ何か異常があるわけで、それを順番にABCDEで見えていくという基本的なことが大事なんだなって(A-12)

子どもの状態の予測が難しい中では、バイタルサインは特に判断の指標となるため、トリアージを担当しない看護師であっても、その大切さを実感していた。バイタルサインがなんらかの異常値を示している場合は、身体の中での異変を表しているのとらえるトリアージでの考えや、救急における一次評価(ABCDE評価)に沿って、気道(Airway)、呼吸(Breathing)、循環(Circulation)、神経学的評価(Disability)、全身観察(Exposure)の観察とアセスメントすることの必要性を実感していた。一次評価の内容に関する知識や技術は、部署内でのトリアージを担当する前のトレーニングや、院外でのPALS(小児二次救命処置: Pediatric Advanced Life Support)のプロバイダーコース受講などで得ていた。

(2) 親の「一番」の心配ごととは何か

トリアージ看護師のかかわり方の一例を示してみる。看護師は、まず初めに、

親に受診までの様子や主訴を一通り聞くと、その内容を簡潔にまとめて親に伝え、自身が聞き取った受診理由に間違いがないかを確認していた。そのときに親が心配して来ていることを気にするように、「〇〇がご心配でってことでよろしいですか」「〇〇が気になってってことですかね」など、母親に聞き返して確認しているように見えた。看護師にその返し方の意図を聞くと、「言ってます？あんまり気にしてなかった」と少し驚いた様子だった。そこに意図があるのかと問うと「いや、何も意図はないです。無意識です。お母さんたちは心配で来てるんだらうな、と思いつつ聞いてるからかもしれないですけど」と話していた。

あ、言ってますね。確かに。熱があっても来なくて良いときだってあるじゃないですか。だから熱が心配だったからわざわざ来たのかなって。心配だから来るんだらうなと思ってるから、わざわざこんな時間に
(B-23)

看護師は意識していないというものの、「心配だったからわざわざ来た」親に対して理解しようとする気持ちが、このような表現での声かけになり、そして、すでにひとつの形式にすらなっていた。子どもに症状があれば、その症状を心配して受診したのだらうと考えることもできるのだが、次のように、何が心配で来院したのかがわからないときもあった。

夜中の忙しいとき「なんで今？」ってなる。わからないときは聞いちゃう「お母さん、何が一番心配ですか」って。病態とか、(受診を決める)親のラインはそこなんだという親の感情も含めて。起こしてまで来た？と思う (A-6)

受診のタイミングが「なんで今？」ということがあがるが、症状がはっきりしないときでも、親が子どもに何らかの変化を見つけ、心配しているのかもしれない。わからないときは「何が一番心配か」を聞き、子どもの病態だけでなく、親の感情面も含め、親の「一番」の心配ごとを確認していた。

(3) 親子の関係性、養育状況、養育スキルはどうか

受診した親子が救急外来に滞在する時間は、短ければ30分ほどのこともあるが、長くても数時間である。帰宅を前提として数時間過ごすことはあっても、救急外来で翌朝まで一晩過ごす「オーバーナイト」をすることはしていなかった。親子の関係や養育に関して十分な情報を得ることを考えると、滞在時間は決して長くはない。看護師は、ちょっとした親子の様子から家庭での様子を推し量るようにしていた。

子どもがゼーゼーしているのにタバコのおいブンブンさせている

親とかいますよ。車の中で吸ったことがわかるくらいの臭い、子どもからも臭うくらい、聴診しようと近づいたら「あれ？」って臭う。あとアルコール臭ね (B-8)

喘息でタバコのにおいが臭うとか、どういう環境で育ってるんだろうと思いますね。子どもの病状とか親がパニックしてるとか。親子のやりとりとか。親の子どもへの話し方とか医師への話し方とか。「ナントカって言ったでしょ！」みたいな (B-25)

親からだけでなく、喘息や呼吸器症状のある子ども本人からのタバコ臭から、喫煙者に囲まれた養育環境を想定し、子どもの症状に対する悪影響について、親の関心が低い可能性を考えていた。また、親が子どもに対して使っている口調や、子どもを制するように話している姿、あるいは、親子のやりとりの仕方について、トリアージ室、待合室、診察室での様子をみていた。それだけでなく、医師に対する親の話し方をうかがいながら、子どもへの対応との違いがあるのか、常識的なやりとりができる人なのか、といったこともみていた。これらは、「トリアージ以外は役割があるようでないから、ウロウロしながら」(B-25) みてることが多かった。

子どもは待合(室)で落ち着きなく動き回っているのに親はスマホいじっていて子どもを気にしていない、ケガで受診しているのに、さらにケガしたらどうするのとか。外傷で2日連続受診とか(いうケースもある) (B-8)

外傷で受診した子どもの落ち着きのなさに反して、親の注意の向け方がずれているように見えることについて、子どもが事故を繰り返す可能性があるのではないかを考えていた。これは、単に親の注意不行き届きに目を向けているのではなく、子どもが落ち着きなく動き回るといふ、子どもの行動の特性から、育てにくさがあるかどうかについても査定していた。次をみるとそれがわかる。

あと発達、明らかにこの年齢に見えない子、どこかにつながっているのなら良いけど、フォローがないなら次の日の再診につなげる。ことばや体格、しぐさとか、明らかに小さい年齢、何が理由で来たのかを PAT + α でみる感じ (B-8)

PATとは小児アセスメントトライアングル (Pediatric Assessment Triangle) の略称で、小児救急における初期評価で用いられる指標である。小児のトリアージでは、最初のプロセスとして行われ、看護師は自身の五感を使って子どもに触れる前に必ず行う。外観による意識状態、呼吸、皮膚への循環の3要素から判断し、患者の緊急性について迅速に評価するもので、確立した観察項目と判断基準

がある。先の一次評価同様に、看護師はその知識と技術をトリアージのトレーニングや、PALS プロバイダーコース受講などで得ていた。

看護師は子どもの様子に発達面での課題をみたとき、「どこかにつながっているのなら良いけど」(B-8) と、地域などからサポートを受けているかどうかを気にしており、もしもサポートを受けていないのであれば、次の日に再診できるようにすることで、サポートにつなげられるようにしていた。つまり、看護師は「+α」に子どもの発達や育ちの視点を入れて、マルチリトメントの可能性を考えながらみているようだった。

次に示すのは、嘔吐と下痢を主訴に受診した幼児のケースである。(B-6) トリアージでは母親が「嘔吐したあと、水分を飲ませないといけないと思って飲ませたらすぐ吐いた」と状況を説明していた。トリアージ看護師は「そうですか」と受けて、そのままトリアージを続け、きりの良いところで話を戻して、母親に、「さっき『吐いた後に飲ませたらすぐ吐いた』と言ってましたけど、、すぐだと吐いちゃうので 30 分くらい経ってから飲ませた方がいいですよ」と伝えた。それを受けて母親は、「すぐ吐いたので（インターネットで）検索したら、そう書いてありました」と即答していた。看護師は納得したようにうなずきながら、「検索出来てるなら良いですね」と返してこの話題を終えていた。

嘔吐したことに関連して、その後、母親から「吐いた後の消毒ってどうしたらいいですか」と質問が出てきた。看護師は、「ハイター®を薄めてスプレーでシュッシュってかけて消毒して」や「吐いた物の上にかけても効果がないので、吐いた物を取ってから、少し広めに」と具体的な方法を伝えていた。すかさず母親も「消毒はどのくらいに薄めたらいいですか」と質問を重ねてきたが、それに対しては「消毒液のボトルに書いてあると思いますので、それをみて薄めて」とだけ伝えていた。

トリアージ室でのこのやりとりで、「水分を飲ませないといけないと思って」と母親が判断したことや、飲水方法や嘔吐後の処理など、母親自身が家庭ですべきと考えている内容について具体的な質問ができていることを看護師は確認し、病児を家で看ることができるかどうか、親のホームケアの力を判断していた。

生後 2 週間未満の新生児が嘔吐を主訴に受診していた。(A-1) 診察で体重増加も良好と判断され、肛門刺激を行うことになった。看護師は母親に方法を見せながら、綿棒での肛門刺激実施し排便を確認していた。「お母さん、ここ触ってみて、やわらかくなったでしょう」と、柔らかくなった子どもの腹部を触りながら母親に声をかけると、母親もそれをみながら成果を理解したように、「家でもやったほうが良いんですね」と受けていた。

医師の指示は「授乳後嘔吐ないことを確認して帰宅」であったため、看護師は待合室の授乳コーナーに親子を誘導しながら、「排気はうまくできてる？げっぷ、、」と尋ねていた。母親「あまり・・・」と返答すると、授乳コーナーのカーテンを閉めながら「お母さん、一人目？」と続けていた。母親が「いえ、二人目です」と

こたえと、看護師はうなずき、その話は終え、授乳コーナーの使い方などに話題を移していた。

看護師は、「排気はできるかどうか聞いたら『あまり』と言われたので、念のため聞いてみた。一人目だったら指導が必要かと思って」確認をしていた。この子どもの排気はまだうまくできてはいないが、二人目であるから方法は知っている。それならば、今後できるようになっていくだろうから指導は不要と考えていた。

(一人目だと思ったのかという) そういうわけではない。抱っこも恐る恐るではなかった。うーん、なんだろう、初めてだと動作もゆっくりとかなるけど、それもなかった。うーん、なんだろう、生後 10 日目だから念のため確認した感じですかね。お母さんは産後 10 日のわりに元気で疲れている感じではなかったから (A-1)

看護師は、授乳コーナーに移動するまでの間の母親の様子から、養育のスキルを推察していた。排気ができるかどうか「あまり」と返答した母親だが、抱っこの仕方や抱きながら歩く様子、見た目の疲れがないことから、養育スキルの不安定さはないと思っていた。しかしながら、子どもが「生後 10 日目」という状況では、これからの育児がうまくいくかどうかを判断するために「念のため」に確認しておくことは必要だと思ったのであった。

次の経管栄養チューブを挿入している乳児のケースでは、お昼にチューブが抜けていることを確認していたにもかかわらず、夕方になってから受診してきていた。最後の栄養は朝で、それ以降子どもは水分も栄養も摂取していなかった。トリアージ担当の日勤看護師は、夜勤の医師と看護師にこの子どものことを伝え、「普通考えて、朝ご飯食べて今まで食べないでおかしいと思わないのか」などと話していた。

病気のことと注入しないことで、帰していいのかと思った。親に知識がないのかなとか、子どもの方がおなかが空くのになとか、良い方と考えようとしても気になって。いくらかわいがっていても家でみられないと困る。・・・(中略)・・・帰すなら帰すなりの何かをしてからと思ったので。・・・(中略)・・・大人よりも子どもの方が食事の間隔短いのは普通考えてもわかる。自分がおなかがすくの子どもはどうかと思わないのかなとか (A-6)

医療的ケアの有無にかかわらず、子どもが必要な養育を受けているかどうかは「看護師がみていくところ」として逃さないようにしていた。それは、特別な手技ではなく、親が「普通考えてもわかる」感覚のことができるかどうか、つまり、最低限必要なスキルについてみているのであった。

また、発症して数日経過した後を受診してきた子どもをみるときは、さらに

受診理由が複雑になっていることがあった。

で今日は？という受診がある。経過長くていろいろ言いたいことがあるんでしょね。「(受診の理由は)これとこれ？」と聞いたら「これもです」みたいな。お母さん、いろいろ言いたいことがあるんでしょね
(B-18)

看護師からみると、受診が必要と思えるほどの明らかな症状がないこともある。しかし、看護師は、親の困りや心配をなんとかしなければ、その先にはマルトリートメントや虐待といった、子どもに危険が及ぶ状況もありうることを視野に入れて、親子の状況を判断していた。

2) 親子のストーリーを見極める

看護師は、子どもの身体状態、親の困りや心配、親子の関係性、養育状況、養育スキルに対する5つの視点をもって親子の緊急度を判断することで、気になる親子を見出していた。そして、気になる何かの中心にあることをはっきりさせようと親子を見極めていた。その一方で、あえてかかわらない親子という判断も行っていた。

(1) 医師に任せられる

看護師は、「気になった親子は診察室の様子も見るようにしている」のだが、すべての受診患者を気にしているわけではなかった。中には医師の診察に任せ、看護師はかかわらないでいることもあり、「全然なんでもない非緊急区分の人はもう医師にお任せで」と、気にする親子と気にしない親子を分けていた。

人員の問題もありますけど、(診察室には)ガッツリ入らないで見ている。ウロウロしながらいろんな人の目が入る方が良いとも思うので。気になる人(親子)は診察気にしてますね。トリアージの情報をもとに見てます (B-25)

看護師は、子どもの症状の緊急性と親の困りや心配は、医師も診察でみていることがわかっていて。だからこそ、子どもの症状に緊急性がなく、かつ、養育の問題や家庭の状況に対して看護師がかかわらなければいけないことがなく、「全然なんでもない」と思える親子は、医師の診察のみで帰宅としているのだった。

(2) ストーリーが変わる

親子のストーリーが変わるのにはパターンがあるようだった。話が一贯せず、だんだんと辻褃のあわない内容になってくると、虐待などの問題がないかどうかという視点を持たなければならない。そうではなく、何度も話すうちに整理されていき、話の内容が少しずつ変わってくることはよくあるようだった。

親は情報を小出しにしてくる。熱が出てどこにもかかっているようだったのに、後になって「昨日受診した」とか。そのとき処方された薬も後で言う（B-21）

受診当初は驚きのあまり大げさな表現になっていたものが、段々と整理されていくこともある。トリアージでは「吐物に血液が混じっていた」や「最後の方に吐いた物にあった」と親が話していたことで、大量に出血した可能性も疑い緊急度を高く判定していたのだが、診察室では、少し赤いものが混じった程度の内容に変わっていたようだった。それを聞いたトリアージ看護師は「トリアージ室では何だったんだ」とつぶやいていたが、状態が悪くないことがわかり、安心しているようでもあった。（B-20）

（3）救急外来をかかりつけにする

週末のある日、同日に再診した発熱の幼児のケースがあった。（B-11）昼間の1回目の受診時には発熱後の時間がさほど経過しておらず、インフルエンザの検査はできないと判断され、翌朝かかりつけのクリニックに受診するよう伝えて帰宅となった。しかし、夜になり再度受診してきていた。昼間にトリアージを担当した看護師は、電子カルテの画面で受付を確認しながら「明日かかりつけに行きましょうって言ったのに」と、他の看護師に言い訳するような口調で少しぼやいていた。再診時のトリアージを担当する看護師は、カルテを確認し、初回時の様子も聞いた上でトリアージ室に向かっていった。

トリアージから戻ってくると看護師は、「かかりつけに行こうと予約しようと思ったら、もういっぱいだったんだって。それで早くなんとかしてあげたいって思って来たらしいよ」と、初回トリアージ担当の看護師を含め、その場にいたすべての看護師の疑問を解決するように、再診した理由について話していた。それを聞いて口々に「この時間で予約いっぱいとかかってないよね」と、クリニックを受診する患者の多さを話題にしていた。

2回目の受診時ではインフルエンザの検査が可能な時間であり、B（+）の結果が出たのだが、この結果が出たとき、「2回来た甲斐があったね」と言いながら記録を書く看護師の姿があった。他の看護師の間にも「陽性だとわかって良かった」と、ほっとするような空気があった。

このケースから連想したかのように看護師の一人が話すには、「でも、他にクリニックを探すとか、しないんですよね。『かかりつけに行けないときのために、いくつか代わりを見つけておいてください』とか言うんですけど、その『代わり』

がうちになってるんです」と、救急外来がかりつけクリニックの代わりになっている現実もあるようだった。救急外来はかりつけ医を代替する施設ではないと思いつつも、看護師は受診する親子を拒否しているわけではない。看護師は、適切ではないと思いつつも、代替施設になっている現実を受けとめていた。救急外来をかりつけ代わりせずには安心してられない親の気持ちに理解を示し、せっかく受診したのなら親子にも「来た甲斐があった」と思いつつ帰つて欲しいと思いつついた。

3) 親子のストーリーに乗るからこそ持てる「この」親子という固有の視点

看護師は自身の考えるストーリーに親子を当てはめてとらえて、絶対的な出来る、あるいは出来ないの線引きをするのではなかった。あくまで、親子のストーリーを了解し、それに乗った上で、親子をとらえようとしていた。査定の視点は、この状態のこの子どもをこの状態のこの親が、この家庭の状況の中で今後見ていくことができるかどうか、つまり、親の養育レベルと子どもの状態のバランスを判断し、目の前の親子がもつ固有の特徴を見極めていた。

(1) 症状のあるこの子をこの親が家で看ることができるとか

この親のレベルでこの子どもを看ることができるとかどうか、看護師は常にその判断をしていた。その一つは、救急外来を頻繁に受診する親子に対する見方だが、「できない」と言いつついた親が「できる」ことを言えるようになることのようにだった。

お母さんは「〇〇できない」ばかり言いつついたが「△△はできる」と言えるようになっていった。できることを確認してポジティブフィードバックをするという方向性だけ付ければできることがわかつた (B-8)

また、親が「できる」ことを言わなくても、その言動から普段の家庭での様子を判断していることがあつた。

コップのお湯で、左上肢の広い範囲にⅡ度の熱傷を負つた2歳児のケースである。受傷機転について父親は「白湯を作るためにシンクに置いていたお湯の入つたカップをつかもうとしたようだ」と説明していた。さらに父親は、この幼児がこれまではシンク台の高さに手が届いていなかったが、最近届くようになっていたことや、それに気づいたので、「危ないので気をつけよう」と家庭内で話題にしていたことなども付け加えて話していた。さらに、子どもが立つと、頭がシンクのどの位置になるのか、手を伸ばしたときは、シンクのどのあたりまで届くのか、子どもはシンクの上に興味を示しているのか、といった家庭内での子どもの様子について、自身の身体を使いジェスチャーを交えながら説明していた。その内容を把握した医師と看護師は、父親が退室している処置中に「お父さん良く見てる

ね」「手が届くようになったこと、わかってるね」などと確認しあっていた。(A-8)

この救急外来では、事故の再発防止や他の家庭内事故を予防するために、外傷で受診した子どもには事故予防の指導をしている。子どもの生活環境や養育の状況など、事故に繋がりやすい要因を確認し、親とともに再発防止策を考えている。この父親が子どもの発達段階を事故と繋げて考えられていることは、子どもの安全を守るために重要な情報となっていた。

(2) どの子どもも水分出納と呼吸状態は必ず押さえる

発熱や嘔吐、下痢などの内因性の症状を主訴に受診した子どもの場合、トリアージ看護師は必ず「飲めているか」と「おしっこ出てるか」の確認をしていた。飲めていないのであれば、それは、子どもが飲みたがらないのか、親が飲ませようとしても子どもが飲めないのか、あるいは、親が飲ませられないのかと問いかけながら次の確認に進んでいた。これらは同じ「飲めていない」ようにみえて原因も違えばケアの方向性も異なるからだった。

発熱と嘔吐の主訴で受診した幼児の母親は、当初発熱だけだったので翌日にかかりつけ医に行こうと思っていたところ、嘔吐したため救急外来を受診したのだと説明していた。それに対してトリアージ看護師は「嘔吐した後、水分は取れますか」と確認していた。その問いに母親は「あまり欲しがらないので、それもあって来ました」と答えていた。この受け答えから、母親が水分摂取の必要性を認識していること、水分を欲しがらない子どもの様子を見て受診を決めたことを判断していた。(B-24)

また、RS ウィルス感染で受診した幼児の母親の「昨日から飲めてないんです」という訴えに対して、看護師は「全然ですか？」と聞き返していた。母親は、「昨日の午後に吐いてから飲まなくなった」と答えていた。(B-21) このようは母親について、看護師は「熱のときに(親は)『あまり飲まない』というので『全然ですか』『ゼロですか』と聞くけどゼロではない、100ccとか飲めてるんですよ」と話し、少しでも詳しい飲水量を聞き出そうとしていた。ミルクの飲みが普段の半分くらいだと6か月児の母親は、「半分とか言ってくれるだけ助かる」ことだった。(B-16)

看護師はお熱があっても水分が取れていれば良いと考えるじゃないですか。でもお母さんは水分は取れるけど食べてないと言ってくる。自分の子どもはもっと重症ではないかと思っているように思う。・・・(中略)・・・40℃あっても元気にしているとか、泣いていて涙が出ていると緊急度は低いという判断になる (B-14)

親にとって、子どもの飲む量が減ると「飲めていない」ことになるのだが、それは実際の飲水量と合致しているとは限らず、脱水評価には飲水量の確認が必要だと思っていた。

子どもの救急外来受診では、年間を通して呼吸器感染による症状を呈して受診する子どもが多く、流行する季節はなおさらであった。また、呼吸器系の主訴がなくても、発熱などが続くことで呼吸状態に異常が現れやすい。トリアージでは必ず呼吸数の測定と呼吸状態の異常の有無を確認し、明らかな呼吸器症状がある場合には、経皮的酸素飽和度の測定を行っていた。

呼吸状態が悪くて受診した子どもがいれば、医師の指示が出る前に、吸入を開始できるような準備をはじめるともあり、指示後の速やかな実施ができるようにしていた。呼吸状態の悪化は生命に直結することだが、そこまで悪い状態でも、経口摂取に影響を与えかねない。

鼻汁と鼻閉で受診の乳児のトリアージをした看護師が、診察室を覗きながら、「鼻水多いのに飲めてるかどうか聞いたら『吸引して母乳をちょこちょこしてる』ってお母さん、うまく対応できてます」と教えてくれた。母親はどこでそのようなケアの仕方を覚えたのか。看護師は「かかりつけ医だと思います。Y先生のところだから。××病院（産科・小児科専門）にいた先生で良く指導している。開業医によってずいぶん違います。」と教えてくれた。トリアージでは、子どもの症状と、その症状から予測される哺乳状況とが合致しないことで母親から家での育児の様子を聞き出して、母親が子どもに合わせて適切に対応できていることを確認していた。(A-12)

3. フェーズ3 親子の「強み」を活かす：ケアの実施から帰宅可能ときめるまで

1) 親子のストーリーを親子の「強み」として解釈する

子どもが持つ強みは、症状から回復する上で重要であるため、看護師はそれを見つけようとしていた。また、親の強みを見つけることで、親が「次」に進めるか、あるいは親が変われるかを見極めており、親の強みによってケアの方法を考えていた。

(1) 子どもの強み、親の強みを見つける

看護師は受診する親を、決して弱い存在だとは思っていなかった。手足のピクつきがあるという理由で、新生児をつれて母親と祖母が来院していた。症状が出てからさほど時間が経っていないうちの受診であることから、このケースにかかわった看護師は、「17時にピクついてすぐ来てますし、不安じゃなければ来ないだろう」と思っていた。その一方で次のようにもとらえていた。

不安になるということは、逆にいえば子どもを見ているということだから。ピクピクしてるのがわかったのは、寝ている姿を見てるから気づ

いたんだと思うんですよ。普段どおりに寝たはずなのにおかしいと思っ
てきたんだらうと (B-25)

さらには、「世の中、子どもが寝たら『寝た寝た』と思って見ない親もいるな
かで、(このケースの親は)ちゃんと見ているということなので」と、寝ていると
きも子どものことを気にして見ていたので「ピクピクしている」という普段との
違いを見つけられた、そういう力を持つ母親だととらえていた。

別の看護師は、自身が気をつけていることとして次のように話し、親ができて
いることや気づいていることに注目してケアをしようとしていた。

親ができているところを見たい、「ここは気づいている」とか。でも
子どもの命にかかわることは帰せない。お母さんがここまで出来てて、
それでどうか、たとえば、クーリングが出来ているから帰せるとか。病
気の知識がないから命にかかわることもある。(親の)ダメなところを
見るとどんどんダメになるので、良いところをまず見つける (A-10)

親の出来ていないところを見つけて指導しようとするとうまくいかないと考
えるには、この看護師なりの理由があった。出来ないところや悪いところを親自
身が変えていくためには、出来るところや良いところ、つまり親のもつ力が必要
となる。その力を見つめることで、その力で親自身が出来ていないところを補っ
ていけるようにする、そういうケアが大切だと思っていた。

良いところから改善していける方向にもっていけるようにする。良い
ところがあるから悪いところもカバーしていると思うので。その方がこ
っち(医療者)に対する否定的な反応も和らぐ。悪いところから入ると
もう(救急外来に)来てくれない。ここで(医療とのつながりが)断た
れたらもうない。救急だからこそ、その子の安全を守るために来てくれ
なくなったら困るから、こうアプローチしようとか考える (A-10)

救急外来を受診する親の中には、養育の力を十分に持たない未熟な親もあり、
支援がなければ子どもの養育が成り立たなくなる可能性もある。そのような親へ
の養育支援の一つとして救急外来が存在していることを、この看護師は「その子
の安全を守るために来てくれなくなったら困る」(A-10)として話していた。

救急外来は子どもの安全を守るセーフティネットの一つであるが、つながりが
断たれることで守れなくなる命もあることを看護師は知っている。親には、今後
も何かあれば受診しようと思ってもらいたいので、次も来てもらえるようなア
プローチが大切だと考えるのである。

(2) 困っていることが言える親は大丈夫

看護師は、何に困っているかが答えられる親は大丈夫、という基準を持っているようだった。例えば「#8000⁸ にかけて『心配だったら受診するように言われた』から来たというのは、できることをしたけど来たんだな、と思う」という具合である。(B-11)

発熱で受診の3歳児が日曜の夕方に受診してきたときのことである。(B-24) トリアージ室で受診までの様子を聞き取る中で、「月曜にかかりつけ医に行こうと思ったが、嘔吐したので受診した」ことを、トリアージ看護師は確認していた。発熱と嘔吐についてはそれぞれが出現したタイミングを聞き、嘔吐が出現するまでは「熱はあるがそれだけだった」ことを引き出し、「月曜にかかりつけ医に行こうと思った」こととつなげ、そして、「月曜にかかりつけ医に行くつもりだったが、嘔吐があったから受診した」ことを確認していた。続けて、嘔吐した後に水分は取れているかどうかを母親に尋ねることで、さらに「あまり欲しがらないので、それもあって受診した」ことを引き出していた。

トリアージにおけるこの一連のやりとりで、発熱時に子どもを手当てできる親かどうか、嘔吐後の子どもに水分を与えることができる親かどうかについて、看護師は判断していた。このようなやりとりは、トリアージ室では良く見られる光景だった。看護師はトリアージの段階からケアの必要性がある親子かどうかの確認を始めていたのである。

(3) 受診できる人たちだから大丈夫

看護師たちは、受診にきた親子をそもそも弱い存在とは思っていないようだった。母親の不安や不安定な状態が原因で受診しているようなケースでは、頻繁であった受診の間隔があいたり、受診しなくなったりすることについて、「お母さんが夜を過ごせるようになったんだ」と思っていた。それについて、看護師は次のように話していた。

不安が強い親や自信のない親は、不安が強くて自信がないだけであって、子どもを大事にしていないわけではないじゃないですか。大事にしているがゆえの不安や心配というのは、来なくなるのは親の力が上がった、子どもを見れるようになったということだと思うので(B-8)

親は、不安が強く自信がないから受診に至っていたのだが、それは、子どものことを大事にしているがゆえの行動だと看護師はとらえており、受診しなくなったのは親の養育力が上がったと考えていた。それだけでなく、「こういう人たちは来れる人たちだから」と、そもそも受診という行動を取る強さやサポートを求め力を持っているともとらえていた。

⁸ 小児救急電話相談事業のこと。内容の詳細は、第2章 文献検討に記載(9ページ)

(4) これなら帰っても大丈夫

腹部の張りや数日排便がないことで受診した幼児は、グリセリン浣腸の処置を受け、排便を確認して帰宅の指示が出たが、会計窓口で吃逆の刺激により嘔吐したと連絡があった。会計窓口に向かった看護師は、子どもの状態を確認した上で、親には「15ccくらいずつ」飲ませることを伝えて帰宅としていた。この判断について、看護師は「本人が元気なら帰します。この子もバイバイって帰って行きました」と手を振るしぐさをしてみせた。子どもが看護師に向かってバイバイできることは、つまり、その場に相応しい動作ができる状態であり、子どもの状態は異常がみられず帰っても問題がないことを示していた。加えて、伝えた補水指示が親に実施可能であることは、子どもの状態を維持できることを示しており、これらから帰っても大丈夫だと判断して帰っていた。(B-18)

別の看護師は、親とのやりとりのなかから家庭の状況をとらえて、帰れるかどうかの判断をしている同僚の様子について、次のように話していた。

たとえば、今8月だから夏休みだから子どもは家にいるじゃないですか。(親と)話して「きょうだいいるんだ、今どうしてるの?」とか。夜遅い受診で上の子がいるってわかったら「上の子はどうしてる?」とか聞くと、(親は)「友だちに預けています」と。結構遅い、夜中に近い時間に預けられる友だちがいるってことは、サポートがあるってことだとわかる。そういうのがわかると、この人は帰っても心配ないんじゃないかとか、家でみれるかなとか。きっと(その看護師は)意識してないと思う、けど上手に聞いている。相手(親)も世間話と思ってるからポンポン出てくる(A-14)

このような内容は、通常「世間話的に」聞いて親から引き出しているため、かわっている看護師本人も意識せずに聞いていることがある。その「意識していない」態度が、かえって親にとっても世間話のつもりで会話できることになり、家庭での様子がさまざまに話されているようであった。

(5) 親が変われそうかは見極める

家庭内の事故が原因の外傷による受診などでは、再発防止のために、親は事故に対する意識や行動を変えなければいけないこともある。看護師は親とやりとりするなかで、「会話が成り立つとか、表情がほぐれるとか」といった親の様子をみて「そういうのがあると『次はね』という話ができる」と思っていた。しかし中には「変わらないのはダメ、それ以上入っていかない」親もいるようだった。(A-6)

わざと厳しいことばをぶつけても反応がないんですよ。転落（起こした事故）に関することが全然入っていかない。どうもおうちの教育方針が「だめとかやらないとかは言わないようにしましょう」というのらしいんです。「なぜダメかを伝えることは、ダメを言わないことにはならないですよ」とか「予防できるものを予防しないのは親の責任ですよ」と言いました。事故予防で厳しいことは言わない原則にしているのに、今日は厳しく言いました (A-13)

看護師は「厳しいことは言わない原則」を破ってまで親に厳しく接していた。それは親が変わらなければ事故の再発や、別の事故が起こる恐れがあり、子どもの命が守れないこともあるからだった。現にこのケースにも「他にもなにかあったんじゃないかと思ったら『そういえばお尻からビニールが出てきたことがある』とか言い出すんです」と、ハイリスクであることも明らかになった。そして、親が変われそうな様子がみえるまで「手を替え、品を替えして」いたところ、「15分くらいで終わると思ったのに40分かかった」ようだった。

2) 親子の「強み」を‘Take-Home Message’の形にして持ち帰らせる

急性の症状があって救急外来を受診している子どもの親に、あれこれと多くのことを伝えても伝わらないと看護師は思っていた。さらに、急を要することでないことや「生活指導的」なことなど、「普段のことはかかりつけ（医）で、というのはある」(B-18)という気持ちもあった。現在ある症状の緩和や手当ての方法、あるいは、異常を見つけるための子どもの様子のとらえかたについて、これだけは逃さないで欲しいことを限定して伝えていた。

(1) ホームケアができるようにして帰す

嘔吐で受診した1歳児をトリアージした看護師は、バックヤード側から診察室を時々覗いては、親子の様子を観察していた。診察が終盤にさしかかるころには、診察室とバックヤードの境に立って、しばらく診察室の様子をみていた。そして、母親と医師とのやりとりの様子を見定めて、自然なタイミングで会話に入っていた。

看護師は「お母さん、おうちどこ？」と尋ね、居住地の市名を確認していた。そして、間髪入れずに「じゃあね、帰るまでは水分は取らずに帰りましょう。車に乗っている間は飲まずにね、水分はおうち帰ってからにしようかね」と伝えた。続けて、「今、体重どれくらい？」と尋ねて子どもの体重を確認してから「それじゃ、帰ってからペットボトルのキャップに2杯ずつくらい飲ませましょうかね。母乳は少し止めとこうか、いくら飲んだかがわからないのでね」と、今後の具体的な水分摂取の方法についてアドバイスしていた。

この1歳児は嘔吐による受診であったため、看護師はトリアージの段階で普段の食事内容について確認しており、母乳を飲んでいることを把握していた。さらに嘔吐後の水分摂取についても、お水やお茶ではなく、子どもが欲しがるという理由で母乳を与えていることがわかっていた。母親は嘔吐後の水分摂取の必要性はわかっていることもできるが、「母乳をすぐ飲ませよう」と判断し、子どもが適切に水分摂取できるような方法を母親に伝えていた。

病院から自宅までの所要時間は質問していなかったが、自家用車で来院していることはトリアージの時点で把握しており、所要時間の概算もしていたようだった。病院から自宅までの道中と帰宅した後に分けて、母親が実施して良いこととそうでないことについて具体的に伝えていた。さらに、道中は飲まないことを「帰るまで」「車に乗っている間」と表現を変えて2回繰り返していた。

水分摂取の必要性を理解しており、子どもに飲ませることもできる母親に対して、子どもの状態に合った具体的な方法を伝えることで、家で看られるようにしていた。(B-1)

(2) 家で看られる状態にして帰す

看護師は、親が家庭で看られないから受診したと考え、看られるようにして帰そうとしていた。

心配を持って来ていることはわかるので、それを解決して帰ってもらえるようにする。しょっちゅう熱が出て受診する子どもとか、それは「保育園に行き始めたから」で済むことかもしれないけど、それで済ましても解決しない。心配があって来ている人が待っているということは、解決して帰らないとリスクがあるということで、リスク管理が必要になる(A-10)

発熱で受診の1か月児は、点滴確保して絶飲の状態、検査結果を待ちながら観察室で経過をみていた。この乳児はおしゃぶりを勢い良く吸っており、その吸啜音が観察室から離れていても聞こえてきていた。検査の結果はRSウイルス陽性と判明し、飲水が許可されてミルクの飲み具合を確認した後に点滴を抜去して帰宅可能とする指示が出ていた。(A-14)

点滴を抜去しながら看護師は乳児がおしゃぶりを吸っていた吸啜音について「吸い付き良かったね、ミルク飲んでいるのかと思った」や「さっきもチュパチュパする音が聞こえてた」、さらに「これくらい吸い付ければ大丈夫ね」と母親に話しかけていた。さらに「今回は鼻がつまって飲めないのはなかったですよ」と母親に確認し、「もしそういうことがあったら、すぐ来ちゃっていいから。このくらい(の月齢)はまだ鼻呼吸だから、鼻詰まるともう、飲むときフガーってなるから。大人だと鼻が詰まったら鼻かんで終わりだけど」と母親に受診を要するかどうかの見極めについて説明していた。これは点滴を抜去して、抜去部をしば

らく押さえている間の数分のことだった。

看護師は、子どもの吸啜が良いことを、おしゃぶりの吸い付きの音で示すことで、哺乳力は十分にあることを伝えていた。さらに、鼻が詰まると呼吸がしにくいという乳児の特徴を話すことで、次の受診の目安とする材料にできることを伝えていた。これらは、意図的に話されていたのだが、わざわざ説明のために時間を取ったようには周りからは見えない。親が自然に話を聞けるように、点滴抜去という処置をしながら伝えていたようだった。そして、飲水許可になったいきさつについて、次のようなことも話していた。

あれはずっと見ていた(別の)看護師が、「絶飲で吸啜が強いから(ミルクを)飲んで良いか」先生に聞いて。先生としては、点滴もしてるしそのまま(絶飲)でも(良いのでは)・・・と思ったみたいだけど、(看護師が)「飲めるから」と言って先生に指示を変えてもらって飲ませたんですよ (A-14)

おしゃぶりを吸啜する様子から、吸啜力という乳児の「強み」を見出し、この乳児は飲めそうだと判断した看護師が医師に伝え、もともとの治療予定を変更することにつながっていた。そして、「吸啜良いので、家で飲めれば良い」と判断し、飲めること、つまり乳児の「強み」を確認して帰宅できるようにしていた。この看護師はこのときは意図してかかわっていたのだが「みんな無意識にやっているとしますよ」と、自分以外の看護師も意識せずに行っている実践のように話していた。

このケースへのかかわりには続きがあった。点滴抜去が終わり、呼吸の話が一段落したところで、声のトーンを変えて「ウンチした？なんか臭う」と別の話題を持ち出し、オムツを確認した。そして、「いいウンチ、いいにおいのウンチだね。オムツを換えてから帰りましょうか」と母親に促していた。

ウンチ(の話題)もそう、「家族全員下痢してる」って言っていたから、変なおいのウンチじゃないって(伝えた)。においを気にするお母さんもいるから (A-14)

排便をにおいで確認し、帰宅前におむつ交換を促す。これは消化器症状に関する話を持ち出すための方法でもあった。

(3) 症状の看かたを伝えて帰す

呼吸器感染で受診した4か月児、胸部をみると強い陥没呼吸が確認できた。看護師は観察した様子をことばにして「ココがベコベコするのは結構苦しいな。私たちがマラソンしてもここまではならない」と解説し、母親にもわかる表現で伝えていた。それに続けて医師もうなずきながら「そうそう、ほんとほんと」と

同調して、母親の注意を向けていた。これは診察が始まって早い段階でのやりとりだったが、ほんの数分の出来事だった。(A-14)

呼吸状態が悪いときの受診の目安を判断することは難しいが、今回のような呼吸状態になる前に受診したほうが良いことをこの看護師は伝えたかった。陥没呼吸の状態から、子どもの呼吸がどれくらい苦しくなっているのかについて、「私たちがマラソンしてもここまでにはならない」という母親が身体感覚として比較できそうな表現で伝え、医師が同調することで強化し、母親が実感できるようにしていた。

また、頻呼吸で喘鳴が強い気管支喘息の2歳児のケースでは、次のようなことばをかけていた。診察室で心拍と呼吸をモニタリング中、子どもの状態を観察した看護師は呼吸回数が多いことを確認した上で、モニター画面の数字を指しながら、「呼吸回数で補っている感じかな」と、呼吸が苦しいと頻呼吸になることを親に伝えていた。(A-12)

(4) 逃せないことは明確にしてから帰す

自宅のベランダで、柵の外側に出て遊んでいたところ転落した小学生は、「かかとを打った」ことを主訴に受診してきた。目撃者のいない事故だったが、軽度の踵部打撲のみで頭部打撲はしていないということだった。トリアージを担当した看護師は、「子どもの身体症状自体は帰せるけど、これっきりにならないように再診かけてもらって、あとアンケート」と別の看護師に伝え、医療との関係が切れないように仕向けていた。そして、「子どもの行動が遊びの度を越えているじゃないですか。別の方向からアプローチした方が良いかなと。すんなり帰せない感じでしたよね」と、子どもの行動特性からみた育ちの課題や、マルトリートメントの可能性などを念頭において、翌日再診の予定とし、事故に関する内容を聞くためのアンケートを回収して、家庭での様子を聞き取った上で今後も対応していく方向で考えていた。(B-24)

(5) この一晚、家で過ごせるようにして帰す

発熱を主訴に午後來院した1歳の双子は、二人とも体温は38℃台、経皮的酸素飽和度も低く90%台前半であった。診察後に吸入と吸引、そして解熱剤の座薬を使用して、観察室でしばらく様子を見ることになった。経皮的酸素飽和度は多少改善したものの「95%ギリギリ」⁹のところだった。救急外来では翌朝まで一晚過ごすことはできない。特にこの日は病棟には空床がなく、入院も難しい状況だったこともあり、「酸素飽和度ギリギリ(95%)あったし、喘鳴も来た時よりマシになってたし、機嫌も良かったのでなんとか(家で)見れるかと」判断し、帰宅することになった。このケースは双子ということもあり、「片方だけ入院とかは

⁹ 経皮的酸素飽和度は呼吸窮迫の程度の評価項目のひとつ、値が>94%のとき呼吸障害がないとする

ないな、と。片方は入院、片方は帰るとかだと、（親も）行ったり来たりで大変だし、どっちかが入院てなったら、二人とも入院した方が良い」と考えていた。

看護師は、帰宅前に「ここは夜もやってるから」「寝れないようなら来て」「今は（状態が）良いけど、辛くなる前に」と、さまざまな表現で、家で過ごせないと思ったら再診するよう、繰り返し母親に伝えていた。親が朝まで家で看ることができるかどうかについて、看護師は「看れるかどうか、うーん？ダメかもしれない。ダメなことも多い。だから、夜中来てても良いことを伝えておく」のだという。看護師同士も「明日になったら大変そう（悪くなってそう）」とか、「（体を）起こして寝かしてって話しておいた」などと話し、さらに、夜勤者には「また来るかも」と申し送っていた。(B-4)

4. フェーズ 4 確かな判断とケアのために：看護師のありよう

1) 看護師にも守りたいスタイルがある

子どもの状態や親の状況を的確に判断し、必要なケアにつなげるために、看護師自身がぶれないようにしておく必要があった。それは、誘導方法や座る位置、物の配置といったことから、心理的な状態の維持までさまざまにあった。これは、救急外来には、トリアージのように形式化されたシステムが存在する。そのシステムが最適な形で機能するための方策でもあった。

(1) ペースを守る

トリアージは実施者である看護師の判断が鍵となり、その後の診療の判断基準ともなる。トリアージのシステムをうまく機能させるために、看護師にはそれぞれ自身のペースというものを持っているようだった。トリアージを担当していて「判断に自信が持てないときがある」という看護師がいた。自信が持てないときは、「いつもだったらどうしていたかが分からなくなるとき」のようで、次のように振り返っていた。

気になるキーワードで気にしているのに判断ができない。こういうときは「そうであって欲しくない」方に逃げる傾向がある・・・(中略)・・・
なんでしょう。(視覚的に)見ただけで情報としては見ていないということでしょうか (A-10)

トリアージ室での親子の様子は、視覚情報としては入ってきているものの、トリアージに必要な観察にはなっていないようだった。では、トリアージがうまくいっているときの感覚はどうか。看護師は、「親との会話の持って行き方も、調子よくトントンいくことがある。こういうときは（判断は）間違いない」という感覚を持っていた。そして、トリアージを「ちゃんとしている達成感がある」

ことも自覚していた。(A-10)

小児看護の経験年数は長いものの、救急外来に異動してから数か月の看護師は「アタマの使い方が（病棟とは）全然違いますね。病棟では疾患が決まっていますので、自分であれしてこれしてとスケジュールが立つんですよね。でも外来は急にいろいろ入ってくる。処置が重なったときの采配とか難しい」と、ペースを作りにくい状況を説明していた。(B-15)

どんな患者がいつ来るのかわからない救急外来で、さまざまな親子に向き合い、的確な判断をする、そのためには看護師が自身のペースを維持していただけるかどうかは重要なことだった。

(2) 自身の組み立てがある

自身の組み立てに沿ってトリアージを進めることは、看護師にとって、気になることを見つけるためには必要なことのように感じた。これは、血尿を主訴に受診した小学生男児のトリアージの様子である。日中にサッカーをした後の排尿で気づき、男児本人も血尿を自覚して、父親とともに受診していた。腹痛などの関連がありそうな症状の有無を聞いても、血尿以外の自覚症状はなく、バイタルサインも正常であったため、看護師は緊急性が低いと判断し、診察前に採尿するよう男児に伝えていた。もうトリアージも終わろうとする退室間際になって、看護師は男児に「おなかに何かぶつけた？」と聞くと、男児は「けられた」と返し、続けて、「サッカーのとき？」と尋ねると「うん」と答えていた。

トリアージ後に看護師は「外傷の可能性はずっと考えていたので、いつ聞こうかと思っていました。お父さんがなかなか言わないので、外傷ではないのかなとも思ったけど、『サッカーしてた』と言っていたし」と、退室間際の問いかけの理由を話した。最後に聞いたのは「言うタイミングをみていた。(子どもや親の)反応を見ていたわけではないです。自分の組み立てとしてあのタイミング。思い当たることはないかと聞いたときにお父さんも『もうない』と言うし、本人も何も言わないし」ということだった。(A-5)

トリアージの最終盤のタイミングでの質問だったため、唐突に思いついたかのようにみえたが、短時間のやりとりの中で、どのタイミングで何を尋ねるか、「自分の組み立て」を持っていることが、結果的には確かなトリアージとなっているようだった。

(3) 同僚に委ねながら自身の状態を保つ

長時間トリアージを担当することは看護師の疲労を誘い、判断の質が低下する可能性があった。看護師自身もそれを自覚し、疲労を感じたら無理に続けずに、別の看護師に交代を願い出ていた。そして、このような同僚への交代依頼は、当然のこととして認識されていた。それだけでなく、患者の受診が途切れず、トリ

アージ担当の看護師がトリアージ室から長時間戻って来ないようなときは、大丈夫だろうか心配していた。

また、乳幼児の母親の精神保健に関する専門知識を持つ看護師は、普段からその力を発揮し、精神疾患を持つ母親や育児不安の強い母親への援助を行っていた。看護師は「自分が元気でないとかかわれない。自分が元気でないときにかかわっても良い結果は出ないので、そういうときはあえてかかわらないこともある」と話していた。「自分の状態が悪いときには話を聞かない、聞いても相手に良いことはないし、こちらの身ももたない。医療者も常に 100%ではないので、自分なりに緊急度やどうかかわったら良いかをアセスメントして優先順位を付けている」のだという。(B-8)

この看護師のいう「あえてかかわらない」は放っておくことではなく、自身が前面に出ないという意味合いであり、「必ずしも自分がかかわらなくても良い場合もあって、(他の)スタッフがかわったほうが良いこともある」ことを判断した結果なのだった。

救急外来では、ちょっとした異常に気づいたり、おかしいと思ったりできる感覚が重要であった。それはトリアージに限らず、どのような場面であっても看護師はそれぞれのアンテナを張って試みていた。すなわち、看護師自身が測定用具となって、短時間に子どもと家族の状況を判断しているということであり、そうであれば、看護師自身の状態が悪ければ妥当な判断はできないということである。それはひいては、患者に不利益を及ぼしかねないことがわかっているからこその行動のようであった。

(4) 自身で決めている基本アプローチを使う

看護師によってトリアージのスタイルや手順が異なるが、どの患者に対しても同じスタイルを取っていた。それぞれの看護師にとって「気づきやすい」スタイルを確立しているようであった。

看護師は「私は食い気味にくる方はちょっと無理なんです。こっちも私が何をやる人で誰なのかを言って、患者の名前を確認するっていうのがないと始められない。これを言ってリズムが取れる。食い気味でくる親って落ち着いてないと思うので、一旦落ち着いてもらってっていうのもあって」と話していた。(B-15)

トリアージ室では患者を迎え入れると、まず看護師自身が名乗り、これから何をするのかを伝えて、患者の名前を確認する。看護師はどのような患者に対しても、あたかも儀式であるかのようにこの態度を崩すことなくトリアージを開始していた。確かにリズムを取っているようでもあったが、自分のペースを作りながら、親にも話す態勢を整えてもらう、正確なトリアージのための方策のことだった。看護師は診察台に子どもを座らせ、付き添っている親には、子どもの横に座るよう勧めていた。看護師自身は患者用の丸椅子に座って、じかに子どもと向かい合うスタイルをとり、トリアージを行っていた。机は右手側にあるため、トリアージ票に記録するときには上半身をねじって書いていた。

別の看護師も「この前〇〇さんも言ってましたけど、私も入ってきてすぐ話し始める人は苦手です。自分のペースでできないから」とは話すものの、単に自分のペースでできないから苦手という理由だけではないようだった。(B-16)「前回からしばらく来てない人や初めての人には、医師の診察の前に看護師が話を聞くことを伝えて」おり、その際には「私は看護師ですよ、ということを強調して」伝えるようにしていた。確かに看護師は、トリアージ室に患者を招き入れたら、「先生の診察の前に看護師がお話聞きますね、看護師の〇〇です、お願いします」という具合に導入していた。「トリアージはまず熱を測ってもらいたい。『測ってきました』とか『さっき測りました』とか言う人いますけど、必ず測定します。あ、まず、丸椅子に座ってもらいます。顔を見て話を聞きたいので」と、熱を測りながら話を聞き始めるという導入の流れを説明していた。看護師は、机を挟んで子どもと向い合うようにして座ってトリアージをするスタイルを基本に、より近くで身体の状態を見るときなどは立ち上がって患者に近づいていた。

また、子どもの年齢や受診理由に合わせて、患者へのアプローチ方法を変えていた。看護師は、「親が見ていない」学校での出来事は、中学生以上であれば必ず本人に尋ねるようにしており、小学生であっても出来るだけ直接聞くようにしていた。

子どもが話せる子には話してもらいます。(いくつぐらいから?) 中学生、小学生でも学校でのケガだと親は見えていないので本人に聞きます
(B-16)

学校で過ごす時間が長くなる学童以降では、受傷機転や発症場所が学校の場合も多いが、親は子どもから聞いたり、教員からの連絡で知ったりして受診に至っていた。経時的に整理して話すのは親の方であるが、看護師は次のようにもみていた。

全部親にしゃべらす大きい子とか、逆に小さい子に「あなたしゃべりなさい」と言う親とかは気になります。小学校低学年に、いつから熱があつてとか言えないから (B-16)

看護師は自身が形式化しているアプローチの仕方、どの子どもと家族にもかわることを基本としている。いつも同じ方法だからこそ、相手の出方は反応の違いがわかり、「気になる」親子がみえてくるようだった。

トリアージの流れについても部署で話し合った結果、「呼びこみボタンを押して入り口に行って(直接)呼び込みをして、トリアージが終わってからも(診察前の)待合を指して見送る」という一つの形式が合意されていた。ただし、他の看護師のトリアージをみる機会がないことから「でも、みんながやっているかどうかはわからない」と看護師は話していた。実際、トリアージを担当する看護師は、誰もががおおむねこの流れでは誘導していたが、迎え入れ方や声のかけ方など

は看護師それぞれのやり方があり、個性があった。ただし、ばらばらというのではなく、合意された形を原型に、看護師それぞれが持つ形式に合わせているようだった。(B-16)

2) スタッフ同士で共有するからこそ乗れる

救急外来は、誰が何をしているのか、他の看護師の動きがみえにくい部署である。一人で動けるように任されているからこそ、他の看護師の見立てを尊重することも重要であり、とりわけトリアージ判定への信頼は大きかった。一人で動かなければいけないからこそ、さまざまな形で情報を共有し、親子が視界から外れないよう工夫していた。記録に残るようなフォーマルな形から、何気ない会話でのインフォーマルな共有まで、その目的と用途に合わせて選択されていた。

(1) トリアージ看護師の判断と感覚を信じる

救急外来で親子に最初に対面する医療者はトリアージ看護師である。トリアージ看護師の緊急度判定で、その後の治療や援助が決まる。トリアージ看護師が「おかしい」「気になる」「何か変」と言った患者のことは、他の看護師も気にするようにはしていた。

トリアージ看護師が「おかしい」と言ったりとか、「気になる」という人は気にするようにはしています。「何か変」という意見があるのならそれは気にします。そういうときは診察室を気にして様子見るようにはしています。トリアージ(看護師)の判断を信頼しているのもあるし、誰かが「おかしい」という意見があるなら、それは気にします (B-25)

子どものことはカルテに記載されることもあるのだが、親については記録に載りにくいこともあり、お互いに伝えあっていくしか方法がない。

子どもの気になるところは、カルテにコメント入れるからわかるんですよ。それ以外もトリアージ看護師が「お母さんナントカだから見といて」とか言ってくれるので(親子の様子を)見てますね。(あらかじめ聞いてないときでも、様子を見て「あれ?」と思うときに、トリアージ看護師が「これこれだった」というのを(後から)聞いて、「ああそうか」というときも (B-25)

他の看護師の「おかしい」という見立てを尊重し、特にトリアージでの判断は、みんなが信じて動いていた。またトリアージ看護師からの積極的なアクションもあった。

トリアージのところで「おかしい」と思ったら、ファイルを持ってきたときに医師に「この子これこれだから見て」という風に声をかける。他の看護師にも良く見ておいてもらうように声をかける。「これこれなので見てください」と。(カルテに) コメント書く人もいるけど (A-5)

トリアージ看護師が「変だ」と思ったら、その判断に従って他のスタッフも動いている。看護師だけでなく「先生たちもそれで動く、トリアージ(判定)が『緊急』だったら『緊急』として動く」ことは、トリアージを担当した看護師にとっては「自分のアセスメントを認めてもらっている」ことになる。(A-14)

看護師は「救急で変だと思ったら変なんですよ、まだ(親は)隠してないから」とも話した。一度の救急外来受診であっても、トリアージ看護師に話すときと、診察の医師に話すときでは、同じような内容であっても整い方が変わる。同じ話を何度か繰り返し話すことで、内容は再構成されていく。また、時間経過とともに、整理され、洗練されることもある。つまり、ファーストコンタクトであるトリアージでの感覚は、尊重すべき感覚ということが共有されている。

救急外来におけるトリアージは、一つの確立したシステムを使うことを基準とし、定期的なトリアージカンファレンスを開いて部署内で共有することで、実施の質を担保していた。トリアージカンファレンスとは、実際のトリアージで、判断に迷った事例などを共有して振り返り、判断基準の確認をしたり、アドバイスをしたりする機会になっている。いずれのフィールドも月に1回程度、その機会を設けていた。トリアージカンファレンスでは、「子どもの状態、子どもの生命の安全、トリアージ看護師の身の安全、PAT¹⁰の3つの要素にからんだものを聞く」(A-10)ことでディスカッションを行っていた。これは、看護師間だけでなく、医師とも共有され、ディスカッションを通してトリアージの質を担保していた。

(2) 気になる親子は視界から外さない

看護師は、「診察室で医師が細かいことも言っているので、あえてそれ以上かぶせることはしてないですけど、ウロウロしながら『どんな話してるのかな』って聞いてます」(B-25)と、常に視界から親子が外れないようにしていたが、診察室に入ることはあまりなかった。それは人員の問題もあるとしながらも「ガッツリ入らないで見ている。ウロウロしながらいろんな人の目が入る方が良いとも思うので。気になる人は診察(の様子を)気にしてますね。トリアージの情報をもとに見てます」(B-16)と、バックヤードを行き来して、診察室を覗きながら、子どもと家族の様子を見るようにしていた。

フィールド B のバックヤードには、ノートパソコンが設置された台があり、こ

¹⁰ 初出参照 (70 ページ)

ここに立つと、一つの診察室の様子がよく見えた。看護師はこの場所から、電子カルテを操作しながら、また、翌日の準備をしながら、ときには何かをしているふりをしながら、診察室の様子をうかがっていた。

日常的にみられる光景だったのだが、ある看護師がこのようにしながら診察室の様子をうかがっていると、それに気づいた他の看護師も気に止めて、ふと様子を見るようになる。そして簡単なやりとりをしたり、カルテで確認したりし始め、気になる子どもと家族に対する目が増えていっていた。それぞれが個別に得た情報をこうやってときどき確認することで、看護師はお互いの「おかしい」という感覚を共有して、見立てを確かにしていた。次も似たような場面である。

発熱で受診した乳児だったが、その症状よりも、頭部を後屈したまま抱っこする母親の様子をみて、トリアージ後に看護師は「不思議でしたねえ」と話し始めた。「最初、なんか（発達が）遅れてる子なのかなあと思ったけど、引き起こしたら（頭部が）ついてくるし、あれえ？って」思っていたようだった。「でもお母さん、『7か月過ぎても反るようだったら受診するようになって言われてる』ってもう9か月なのに」と、いまだに発達に関しては受診していないことを不思議に思っていた。このトリアージのときに母親に対して看護師は「ちゃんと首が付いてくるので大丈夫だと思いますよ」「外に興味があって見たいんじゃないですかね」「首を支えて抱っこしましょうか」と話していた。(B-22)

このケースのようにトリアージ看護師が「不思議」に思ったときには、トリアージ室での親子の様子だけでなく、親子とのやりとりを含めて他の看護師にも伝達されていた。そして、バックヤードから診察室を覗いたり、待合室での様子を見たりして、情報の内容を実際に確認したり、新たな情報を加えたりして、看護師同士共有していた。

(3) 一人で動けることが期待されている

フィールド B では、救急外来の配属は、原則的に小児経験 5 年目以上の看護師としていた。その基準は「一人で判断できる人」で、「出来ないことを隠さない」で「自分の能力を判断できて、自分では無理だと思ったことを誰かに振れる」ことが求められていた。(B-15)

フィールド A でも、看護師は「スタッフ個々に力がないと救急は無理。夜間はスタッフ 2 人になるのでトリアージと観察室に分かれてお互いがわからない」(A-10) と話していた。看護師に求める個々の力とは、「異常か正常かのとらえ方、子どものとらえ方、親のとらえ方、親子まるごとのとらえ方」(A-14) の鋭さであるとしていた。この「力がある人は鼻がきくんですよ。とにかく早い。誰に何をいつ伝えるかがわかっている」(A-14) のだという。この看護師が「私の小児看護のお手本」という同僚看護師を引き合いに出し、「鼻がきく」「とにかく早い」ことを、次のような場面として説明していた。

ナースコールが鳴ったとき「けいれんね」と言っていて、「なんでわか

ったの」と聞くと、「けいれんすると思ったんだよね」って言うんですよ。「なんか泣き方がおかしかった」とかって (A-14)

しかしながら、お手本とまで言われる看護師をはじめとして、「スタッフは自分たちがすごいことに気づいていない」というのである。そして、「うまくバックグラウンドを引き出して」いるようなかわりについてフィードバックしても、その看護師からは「『そんなことしていない』『普通にしているだけ』といわれることがある」ようで、「やれて当然くらいに思っている」ということだった。(A-10)

(4) 共有しながら確かめる

看護師たちは、手が空いたわずかな時間にはステーションに戻って、カルテへの入力や、さまざまな事務的な確認をしていることがある。たまたま勤務者が揃う時間もあり、そのようなときは、受診中の患者の情報、過去の患者の話題、世間話など、さまざまに話している。受診患者について、「この患者この前・・・」という話もあれば、受診患者をきっかけに「そういえばあのときの患者は・・・」など、疾患や状況が似ている患者、同一患者の過去の受診時のことなどさまざまに語られ、不確かな情報についてはカルテを開いて確認しながら話を進めることもある。

呼吸状態が悪くて受診した幼児が外来にいる間も、誰ともなく、この幼児について口々に「明日になったら大変そう（悪くなってそう）」とか、「(体を)起こして寝かしてって話しておいた」「また来るかもね」と話していた。(B-4)

(5) 口に出さなくても共有できていることがある

フィールド B では、気になる親子をリストアップするファイルが作成されていた。このリストに挙げておくと、MSW¹¹ につなげられる仕組みになっており、気になったときには、誰でも記載できるようにしていた。リストアップの基準は「具体的にどのような人を挙げようとみんなで申し合わせてはいない」ため明確ではないが、「『気になったら挙げて』でも挙がる」ようだった。リストには「一旦挙げて、あとで挙げた看護師に確認する」ことにしていた。それは「気になっただけではわからないので、これからどうしたいのかとか、MSW にどう伝えたいのかということ聞き取る」ことを通して、「なにが気になったのか、MSW にどのようにかかわってほしいのかを確認」するためだった。(B-8)

申し合わせた基準はないが、看護師なりにリストアップの基準を持っており、「汚い、くさい、親の叱り方が尋常じゃない人は挙げて、あと、トリアージで取り乱す親とか」であれば、挙げるようにしていた。それは「汚いのは、親の精神疾患できれいにできないとか、生活が苦しくてできないとか」の現れであり、

¹¹ 医療ソーシャルワーカー (Medical Social Worker) の略

なんらかのサポートが必要だと考えているからであった。(B-8)

具体的な申し合わせをしなくても、看護師間には「気になったら挙げる親子」のイメージに共通認識があり、お互いの認識を信頼しているようだった。

(6) やったことをあえて口にする

救急外来では、部署内のフォーマルな共有の方法があった。周知すべき内容については申し送りノートで共有されており、日々のかかわりについても記載されることがあった。また、ケースカンファレンスやトリアージカンファレンスの開催で共有される内容は多く、質の担保には欠かせないものとなっていた。

何が起こるかかわからない救急外来だからこそ、「お互い何をしているのかかわからない。だから声出しながらするしかない」(A-9) と、お互いの姿が見えにくい中でもともに働いている感覚を維持しようとしていた。

しかしながら、インフォーマルな共有の仕方の方が、ケアを伝えるには有効な場合もあった。看護師は、実践の中で良いかかわりができたとき、「うまくいくと(他のスタッフに)言いふらす」ようにしているという。それは申し送りなどのフォーマルな形ではなく「かしこまらずに話せるから」という理由でインフォーマルに「休憩時間にしゃべっている」ようだった。(A-10) 話の内容によって「誰彼なく話すときと、この人(に対して)と思って話すときがある」のだが、単に一方的に話題を振っているわけではなく、話す相手と内容を考えていた。(A-14)

話の本質が伝わったかどうかは「話をしたときに、『私も同じようなことがあった』と言って(相手が)自分の体験を話すと伝わったと思う」ことにしていた。さらに話をした看護師から、後日「この前言ってたような人がまた来たんですよ」とか「この前言ってたあの子がきた」などと言われると、話したことが活かされていると感じていた。(A-14)

3) そうは言ってもできないことがある

時間的な余裕や精神的な余裕に左右されて、通常は行ってもできなくなることや、優先されないことがあった。また、同じ救急外来の看護師であっても、その志向や経験から、得意なことと不得意なことがあった。

(1) お互いが見えにくいところがある

救急外来はその構造の特徴から、看護師がそれぞれ異なる場所で仕事をしていることが多い。一度動きはじめると、お互い顔を合わせるタイミングを逸することも少なくないため、お互いの行動はなかなかわかりづらいこともあった。お互いが見えにくい場で、意識していないと見ることができないからこそ、見えたときは逃さないようにしていた。

看護師は、他の看護師のかかわりを目にしたとき、「気になったことがあったら、『こういうときどうしたんですか』とかスタッフに聞いている」という。たとえば「怒っているお母さんがいて、話してるスタッフがいたら『何話してたんですか』とか」確認して、自身のケアにも取り入れようとしていた。ある同僚看護師については「人のかかわりがうまいです。次は私もこの技を使おうとか、意識して見ている」と評していた。(A-10)

その一方で、他の看護師のかかわりが、あまり良くないと思ったときにも放っておかないのだが、「言いづらい場合が多い」ため、直接的には言えないと思っていた。

それはなかなか難しいですよ。それぞれやり方が違うだろうし、ここに来るまでに看護師として確立している人が(異動して)来るから、ベテランになかなかこうしてとは言えないです (B-26)

新人さんだったら言えますけど、ここの人は経験して来てるから、看護師としてある程度完成してから来ているので、そこはなかなか言いにくいということがありますね (B-26)

言いづらいときには「自分もやってなかったけどやった方がいいと思った、みたいに言うようにして」注意を向けてもらえるようにしていた。たとえば、「記録に残して欲しい」と言いたいときには、『自分も(記録)書いてなかったんですけど、書いた方が良かったんです。普段どうしてますか?』と話を持っていくようにしている」と、自分のこととして話を持ちかけ、どうしているか聞くようにすることで、相手が気づくような仕掛けを作っていた。(A-10) それでも、スタッフそれぞれが確信を持って実践していることでは、その方法について意見が対立したり、修正を求めにくかったりすることがあった。それは、「みんな自己流」で「誰がなにをしているのかよくわからない、全員が全員スタンドプレイ」のような一面として映ることもあるようだった。(A-7) トリアージカンファレンスでは、「みんなの考えが聞けるからおもしろい」というのだが、実は「トリアージでのかかわりで、何を聞いたか、何を疑ったかはわかって、聞き方まではわからない」ために、どのように確認しているのかは共有しにくいことだった。(A-10)

(2) 看護師にも得手不得手がある

子どもの症状に緊急性が高く危急的処置が必要な受診もあれば、そうでない子どももいる。トリアージ区分でいうと、大半を占める非緊急区分から、ごく少数の蘇生区分まで、症状の緊急度は幅広い。救急外来の看護師の中でも得手不得手があり、「保健的なものが好きな看護師と、救急的なものが好きな看護師がいる」(A-6) ようだった。ここでいう「保健的なもの」とは、養育支援や事故予防指導など、予防的なかかわりのことを指していた。両方をバランスよく扱えば良いの

だが、そういうわけにはいかないようで、「保健的なもの」が好きではない看護師と比べると、「医師の方が事故予防の意識がある」と思えるくらいだった。

さらに、「救急的なもの」と比べると「保健的なもの」は親と話をする時間が長くなり、複雑な要素も増えてくることから、「親に言うのが得意な看護師とそうでない看護師がいる。そうでない看護師は『やり方がわからないから嫌だ』という」のだった。

救急で働きたい「蘇生の経験がしたい」と思って異動してきた看護師は、「救外にきて、虐待とか事故防止とか、事故防止からの地域につなげるとかあることを来てから知った。来るまでは全然知らなかった。トリアージのことは知っていたけど」と話していた。(A-2)

また、単に好みの問題だけではなく、他者からの評価ではあるが、過去の経験からも得手不得手があるようで、「親とのかかわりが NICU¹²（経験）の人はいまい」ようだった。(A-14) NICU 経験者には他にも長けているところがあるようだった。

NICU にいたスタッフは患者の変化の発見が早いです。患者の(皮膚)色の変化を見つけるのが早い。経験知が高いです。NICU から来ている人(看護師)は物言わぬ人(新生児)を扱ってるから、発見が早い (A-14)

細やかな観察力が必要となる NICU で培われた技術は、小児の救急外来においても、子どもの緊急性を見極めるときに発揮されているようだった。

(3) 看護師に余裕がない

看護師は、気持ちに余裕がないときや気持ちが向かないとき、「(他の)人がやっていることがわからないから嫌だ」や「自信がない」といって避けることがあった。(A-7) 避けるといっても、実際はかかわっている。ただし、周りから見ると、自ら進んで積極的にかかわっているようにはみえないようだった。いつも思っていたり行ったりすることであっても「忙しい時にはできない、複数の子がいるときにはできない、全ての子にはできない」のだった。このようなときは「出来たときの充実感」とは対象的に、「出来なかったときのダメ感」が強いようだった。(A-19) また、「忙しいとできませんけど、時間があれば『飲み食いできていればいいですよ』とか、『機嫌も見ましようね』とか言いますけど。何が不安か言えると家で見る方法を伝えたりとかします。」と話していた。(B-17) 親へのちょっとした声かけや、ホームケアの方法を伝えることは、それ自体に長時間かかるわけではない。しかし、時間がないときには優先されないケアになることもあった。

¹² 新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit) の略

(4) 親に余裕がない

気持ちの余裕がないときには看護師が話をしても親には届かない。また、親の気持ちを語ってもらうことで、今後の対応の糸口が見えてくることもある。事故予防指導などでは「事故のことはナラティブに語らせて、親が語る中で出てくることがある。親に余裕がなくて、説明ができないこともある」のだった。(A-7)

第 5 章 考察

本研究は、エスノグラフィーの手法を用いて、救急外来において、小児患者の来院から帰宅までの間に行う看護師の判断と、そこから導かれたケアの実際を記述することを目的に行った。そして、受診した子どもと家族が来院してから帰宅までにかかわる看護師の判断とケアは、3段階のプロセスと、プロセス全体を支える看護師のありようの、合わせて4つのフェーズとして見出せた。

フェーズ 1：小児の救急外来という場における子どもと家族との出会いから受け止めまででは、看護師はさまざまな親子のストーリーと出会い、自身の持つ価値観とのギャップを感じながらも、受診に至った親子のストーリーをニュートラルに受け止めようとし、それぞれの親子がもつ固有のストーリーとして了解していた。この了解をケアの前提とし、次のフェーズ 2：ふたつの緊急度判定（トリアージ）では親子の査定からケアの判断までを行っていた。子どもの身体の緊急度だけでなく、親の気持ちの緊急度を見極め、子どもの身体状態、親の困りや心配、親子の関係性、養育状況、そして養育スキルの5つの視点で逃さないようにしていた。そして、親子のストーリーに乗り、それぞれがもつ固有の特徴を見極めていた。

そして、フェーズ 3：親子の「強み」を活かすでは、ケアの実施から帰宅可能ときめるまででは、親子のストーリーを、親子の「強み」として解釈し、「強み」を‘Take-Home Message’の形にして持ち帰らせていた。

このプロセスは、フェーズ 4：確かな判断とケアのためにさまざまに実践する看護師のありようによって支えられていた。システムを機能させるためには、看護師にも守りたいスタイルがあり、そのスタイルに則って進めることで看護師自身の判断がぶれないようにしていた。余裕がないとできないことがあることも承知しながらも、お互いの見立てを尊重しながらスタッフ同士で共有して親子のストーリーに乗り、支えていた。

ここでは、結果で描くことができた、救急外来における小児救急患者への看護師の実践について、それを構成する看護師の持つ力と、小児救急看護を特徴づける文化的側面について考察する。

I. 小児救急患者に対する看護実践を構成するもの

救急外来における小児救急患者に対する看護師のケアと判断は、トリアージによって培われた力、子どもの成長発達を守る力、そして、限界を見極める力の3つの看護実践力により構成されていた。

1. トリアージで培われた力

1) 視点と技術をすべてに活かす

救急外来での看護師は、子どもと家族が受診して帰宅するまでの間、常に子どもと家族が医療者の目から外れないようにしながら査定を続けていた。そこにはトリアージで培われた力が発揮されていた。

救急外来におけるトリアージは、緊急度の判定と待機場所の選定のために行われている。一般的なトリアージのプロセスを、院内トリアージテキストの小児のトリアージに関する記載（林・吉野，2012）をもとにみると、まず、小児アセスメントトライアングル（Pediatric Assessment Triangle: PAT）による重症感の評価を、患者に触れる前の視覚と聴覚により迅速に行う。PATにかける時間は数秒であり、ここで危急の状態と判断した場合は処置が可能な場所へ移動となる。次に感染管理と症状の把握を行う。これは、身体診察と、患者あるいは家族からの聞き取りによるが、子どもの年齢が小さい場合、親からの聞き取りが多くなる。そして、生理学的な指標としてバイタルサインを測定し評価する。このプロセスを数分のうちに行う。

トリアージは確定診断のために行うものでもなく、原因追求をするものでもない。あくまで、緊急に対応が必要かどうかを数分で見極めるものである。そして、一定時間の後には再評価を繰り返し、緊急性の変化を確認することになっている。看護師は、気になる親子が視界から外れないように、他の看護師とお互いの「おかしい」という感覚を共有しながら、親子をみていた。つまり、看護師は、トリアージ後であっても、常に患者の緊急性を見極める視点を持ち続けながら子どもと家族をみていたのである。そして、このときに、トリアージでの判定技術が、その視点を拡大した形で使われていた。

PATで培われた視覚と聴覚による観察は、重症感の把握にとどまっていなかった。PATの一項目である外観、つまり患者の見た目は、本来意識状態を評価するためのものだが、そこから波及して多面的な評価に使われていた。たとえば、落ち着きのない子どもの動きをみたときには、それが意識状態の異常をあらわしているのかどうかの評価を行う。意識に問題がなければそこでPATの評価は終わるのだが、続けて発達面と親子の関係性までも評価していた。これらは、判定項目にはないが、この視点が、「おかしい」「気になる」といった表現とともに、他の看護師と共有されていた。

発熱で受診した乳児は、PATの判断では発熱による緊急性はなかったが、反りかえりの強さの異常に、発達の遅れを疑い、引き起こし反射で定頸の程度を確認していた。本来トリアージにはないこのプロセスで、「7か月過ぎても反るようだったら受診するようになって言われてる」という母親のことばを引き出して、すでにその時期を過ぎていても未受診であることがわかったのである。このように、PATによる観察力とアセスメント技術は、子どもの発達面とそれに対する親の行動の不整合性までもとらえるように強化されていたと思われる。

トリアージの聞き取りは、症状を「どのようにとらえているか」という患者や親の認識、あるいは感覚を導くことを大事にする（林・吉野，2012）。本研究の看護師は、トリアージで立てた問いを患者や家族に投げ、かえってくる返答によ

ってまた新たな問いを立てていた。問診票や電子カルテの項目に沿いながらも、問いにより仮説を立て、観察や会話の中で得た情報をもとに立証する。そして、立証できなければ新たな仮説を立てて続ける。この繰り返しで課題を焦点化したり、問題を除外したりしていた。このようなスキルは、トリアージ室内にとどまらず、常に親子とのコミュニケーションで発揮されていた。

看護師は「世間話的に」親と話をするなかで、家庭内の状況をつかみ、援助が必要な状況かどうかを確認していた。「8月だから夏休み」という時期的な特徴、あるいは「夜遅い受診」という時間帯の特徴から、きょうだい児の存在を気にして「きょうだいいるんだ、今どうしてるの？」や「上の子はどうしてる？」などと確認していた。

臨床判断には、事象や状況について、そのものをとらえる力とともに、それぞれの関係性を理解する能力が必要となる (Benner, 1999/2005)。何気ない会話の流れで看護師に「きょうだいいるんだ、今どうしてるの？」と聞かれて、家族のアセスメントのための情報収集をされていると思う親はいないだろう。つまり、このような、「世間話的に」次々と話題を組み立てていくコミュニケーションは、臨床判断の一つのプロセスなのであり、どのようなことに関連づけて問いを重ね続けていけるかが重要になる。また、臨床状況を最も的確に説明できることが最善の臨床判断となる (Benner, 1999/2005) のであれば、問いはあくまで相手の文脈に乗せて立てられていなければならない。看護師の自然な会話運びによって、親からは「世間話と思ってるからポンポン出てくる」ことになり、そして、この構えないところから得られた正確な情報のもとに、的確な判断が行えていたということになる。看護師は、「親との会話の持って行き方も、調子よくトントンいくことがある。こういうときは（判断は）間違いはない」と話していた。必要な事がらと関連づけて問いを重ね続けて臨床判断を行っているとき (Benner, 1999/2005)、それは「調子よくトントンいく」として、看護師に体感されていたと考える。

固有の要素が際立つ親子がやってくる救急外来では、疾患や年齢といった枠でまとめることが意味をなさないことも多く、目の前の親子をそのまま丸ごと受け止めるしかないこともある。同じ親子ですら、確実に成長発達し、次に受診するときには違う表情をみせる。救急外来における患者との出会いには、先行研究 (杉本・堀越・高橋他, 2005; 渡辺, 2002) にあるような、「いつもと違う」や「今までとは違う」という感覚を活かせる機会が少ない。そのときそのときの、子どもと家族の「今ここで」を逃さずとらえることが求められる。そこでは、数秒、あるいは数分で見極めることを前提としているこれらの技術は不可欠なのである。

2) 互いの判断を信じる

トリアージが機能するためにはいくつかの条件がある。まず、基準が定まったトリアージシステムを使用し、実施者は十分なトレーニングを受けた上で担当することである。さらに、施設内関係者および受診者への周知徹底とともに、その

コンセンサスを得ること、サポート体制の構築やスキル維持のための機会を設けることが求められる（中村，2012a）。

本研究のフィールドでは、いずれもトリアージを導入してからの経過が長い病院であった。救急外来では、トリアージ看護師の判断に従ってその後の診療が決まり、医師も看護師もその判断を信じて動き、トリアージ看護師も信じてもらえる自信をもとにトリアージを行っていた。なぜなら、「先生たちもそれで動く、トリアージ（判定）が『緊急』だったら『緊急』として動く」と看護師がいうように、それがトリアージを行う上での前提であり、了解事項だからである。トリアージでの緊急度判定が「緊急」ならばそれが何を意味するのか、全員が理解しているのである。

さらに、トリアージシステムで用いる技術に関する用語がある。用語が指す内容は周知され、それがどのような実践を意味するのか、結果が何を表しているかが共有されていた。看護師は「何が理由で来たのかを PAT+ α でみる感じ」と、トリアージでの患者のとらえかたを説明していた。また、トリアージカンファレンスでのディスカッション内容として、「PAT の 3 つの要素にからんだものを聞く」と話していた。これは、PAT という用語への共通認識と、PAT を用いたアセスメントが小児救急患者への必須の技術であることを示している。

看護師は、トリアージで判定した以外のことであっても、お互いに共通する感覚で患者の状況を共有していた。一つは看護師がもつ救急外来や小児救急医療、あるいは受診する子どもと親に対する価値観をもとにした患者のとらえかたであった。それが、看護師の「おかしい」「気になる」「へん」として表現されていた。そして「誰かが『おかしい』という意見があるなら、それは気にします」という共通の感覚を持っていた。救急外来では、「おかしい」「気になる」「へん」なのは「何か」ということは言語化されずに共有されることも多い。

正確な情報をとらえる、ということについて、生田（2000）は「情報観」ということばを用いて、歌舞伎を例に挙げて説明している。歌舞伎の「わざ」は、明示的な言語を避け、あえて修辞言語を使って伝承されてきた。それは、歌舞伎の世界の情報観は「言語記号化されないもの」で「非実体論的な情報観」だからである。「わざ」について真の意味での「正確な情報」を伝えるためには、言語化された知識が埋め込まれた状況それ自体を理解することが必要だと考えるからである。

救急外来での親子をとらえるとき、「何か」を明確にすることよりも、「おかしい」「気になる」「へん」な状況をとらえることに重きが置かれていた。それは、この状況をとらえることが、親子を知る手がかりであり、同僚と共有するきっかけであり、なによりも、緊急性を判断するには重要だからである。渡邊（2010）は、このような「表出不可能だが伝達可能な知識」について、「言語化できないものの体験を共有しているため伝達可能な知識」とするが、一方で、個人の感性がさまざまであることから、「察知するか否かは個人差が大きい」ものであるともいう。看護師は、「おかしい」「気になる」「へん」な状況を、状況のまま、まるごと伝え合い、多くの状況を共有することで、その正確さを上げていたと考える。

看護師が「ちょっと変」と感じる患者は、他の看護師も同様に「ちょっと変」感じていた（阪野・原田・小栗他，1994）が、はじめからみんなが同じような「ちょっと変」を感じられるのではなく、「気になる」ことを共有することで、次第に確かな感覚になっているのではないかとと思われる。フィールド B では、気になる親子をファイルにリストアップしていたが、どのような親子を挙げるかは「みんなでも申し合わせてはいない」なかで行っていたが、『『気になったら挙げて』でも挙がる」という確信を持っていた。そして、リストアップされたファイルには、どのような親子かは記載されている。つまり、看護師の「気になる」は具体的な形として記録に残るのである。感覚として得たことと形式化されたことが一続きにあり、それらを記録上で行き来してとらえられることが、感覚を研ぎ澄ますこと、言語化すること双方にとって重要ではないかと考える。

2. 子どもの成長発達を守る力

1) 命を守る

救急外来には、さまざまな急性症状をもつ子どもがやってくる。第一義的には、そのような子どもの状態が「命にかかわるものか軽いものか」、その緊急性を判断して、適切な治療を行うところである。親がどれだけ心配しようと、また心配していまいと、そうなのである。内因性の症状であれば、目の前の危急状況から離脱することを、外因性の症状であれば、その出来事が今後起こらないようにできるかどうか子どもを守るためには重要であった。

内因性の症状による受診では、子どもの水分出納と呼吸状態に関することは必ず押さえていた。呼吸状態の悪化は命に直結するため、同じ受診するなら少しでも軽い状態のときに来て欲しいと思っていた。普段、子どもが健康なとき、意識的に子どもの呼吸状態をみている親はあまりいないだろう。呼吸が悪くなって「ゼーゼー」と喘鳴がしたり、子どもが辛そうにしたりすることで初めて気づくのではないかとと思われる。強い陥没呼吸の状態を「ココがベコベコするのは結構苦しいな。私たちがマラソンしてもここまでにはならない」と母親の身体感覚に訴える表現で伝えたり、呼吸が苦しいと頻呼吸になることを「呼吸回数で補っている感じかな」と伝えたりすることで、子どもが危機的な状態になることを防ぎたいと思っていた。

また、子どもの水分出納バランスは崩れやすく、崩れれば他への障害も容易に及ぶ。嘔吐や下痢といった子どもによくみられる急性症状は、脱水を引き起こしやすい。年少であればなおさらである。非代償性ショックに陥りやすい頻度の高い原因は脱水であることから、その病態は侮れない（野原，2009）のである。

さらに子どもは、水分出納バランスを確認するとき、「水分摂取の有無」のようなひと括りにはできない。子ども側の要素ですら、少なくとも、身体的に水分が必要か否か、子どもが欲しているか否か、子どもが飲めるか否かの確認を要する。そこに親側の要素として、親が与えられるか否かが加わるが、これも一つで

はなく、与える必要性を知っているか否か、与えたいと思っているか否か、与えられるか否かを見極める必要がある。子どもの水分摂取に関連する要素は多く、年齢や病態によっても組み合わせが複雑になる。だからこそ、子どもが「飲めていない」という親に対して、看護師は、子どもが飲みたがらないのか、親が飲ませようとしても子どもが飲めないのか、あるいは、親が飲ませられないのかを確認するのである。

外因性として、自宅のベランダで、柵の外側に出ていて転落した小学生のケースでは「子どもの行動が遊びの度を越えている」ことが、子どもの命を危険にさらしているにとらえられていた。今回の受診では、治療を要するような外傷はなかったものの、子どもの行動特性がこのままであるならば、外傷の危険は今後も残る。年齢的にも親の目が行き届かなくなり、さらにリスクは上がる。それが「すんなり帰せない感じ」だとして「別の方向からアプローチした方が良い」と看護師は考えていた。今後の発達から予測できる危険性について、このまま帰すとなりが問題になるのかを考え、次の医療とのコンタクトまで、状態が維持できるのかどうかを判断しているのである。

コップのお湯でⅡ度の熱傷を負った2歳児のケースでは、立つと頭がシンクなどの位置になるのかといった子どもの成長面や、シンクの上に興味を示しているかどうかといった子どもの発達面について、父親が注意を向けていることに看護師は注目していた。子どもが事故に遭遇する要因の一つは発達であり、昨日までできなかったことが今日できるようになって事故が起こる（山中，2015）といわれる。子どもの成長発達をその行動特性としてとらえている父親の様子を、今後の事故発生のリスク評価の情報としているのである。

2) 育ちを守る

看護師が親子の緊急度を判断するうえで、外さないようにしていた5つの視点があった。そのうち、子どもの身体状態と親の心配は医師もみるが、親子の関係性、養育状況、養育スキルは、看護特有の視点で「看護師がみていくところ」として逃さないようにしていた。

親子をみるとき、完璧な関係性や養育態度を求めてはいない。子どもの成長発達にとって許容できる範囲かどうかはそのポイントであった。そして、現在の状態が続いた場合、今後何が起こりうるのかを想定して査定を行っていた。

朝の経管栄養注入以降、水分も栄養も摂取していなかった乳児の親に対して、「大人よりも子どもの方が食事の間隔短いのは普通考えてもわかる。自分がおなかがすくのには子どもはどうかとか思わないのかな」と思った看護師がいた。看護師は、自分が空腹なら他者もそうではないかと推測できるのが成人の思考だと考えていた。まして、何時間も摂取していないのが子どもであれば、空腹になりやすいことは、「普通考えて」わかる範囲だと思っていた。この考えに行きつかないと思える親がいたとき、それは今後の子どもの育ちに問題が起こりうると考えて、看護師は見逃せなくなる。

子どもの虐待をスペクトラムでとらえた時、日常的な育児の問題から死亡に至る事例まで幅広い（日本小児科学会，2014；柳川，2011）。また、そのスペクトラムを「子どもの心身への影響の程度が軽いものから強いもの」や「狭義の虐待がおこる事前と事後」、あるいは、「疾患としての予防と治療」ともとらえられるとする（柳川，2011）。看護師が「解決して帰らないとリスクがある」と話していたように、受診する親子を「子どもの心身への影響の程度が軽い」うちに、あるいは「狭義の虐待がおこる前」に「疾患としての予防」をしようとしていたのである。

子どもが成長発達を続けるなかで、年齢が異なり、発達段階が違えば、同じ状況であっても今後は危険が増したり、新たな危険が出てきたりする可能性がある。成長発達を続けるなかで二度と同じ状況はないと考えて子どもの特性をとらえる。看護師は、救急外来では「子どものとらえ方、親のとらえ方」の鋭さだけでなく「親子まるごとのとらえ方」の鋭さが求められると話していた。対象に家族を含め、その全体を把握するということ。なぜなら、子どもは一人では生きていけないからである。

子どもの可能性の予測は、単に症状の回復の予測だけにとどまらず、身体機能の成長や情緒や感情の発達をもふくむ、育つ存在としてのとらえである。救急外来の看護師は、目の前の緊急性と今後起こりうる危険性について、子どもがこれから発達を続けることをふまえて先読みをしているのである。

3. 限界を見極める力

1) 自己の能力の査定

フィールド B では、救急外来には原則的に小児経験 5 年目以上の看護師が配属されていた。「一人で判断できる」ことを基準としながらも、「出来ないことを隠さない」ことが求められていた。つまり、「自分の能力を判断できて、自分では無理だと思ったことを誰かに振れる」という自己の能力を査定した上で、自律的に動けなければならないということである。

医療施設において看護師が主導する医療行為はまだまだ少ない。その中で救急外来でのトリアージは、包括的指示のもととはいえ、実務レベルでは看護師主導であり自律性を求められる役割である。その役割を果たすことは、トリアージを担当した看護師にとっては「自分のアセスメントを認めてもらっている」ことにもなる。この文脈はトリアージ以外での場面でもみてとれた。自分が大丈夫でないときは、あえてかかわらないとする看護師がいた。また、得手不得手のある看護師もいた。自律性を維持し、他者から認められる役割への責任を保つために自身で設けた境界とも受け取れる。

また、受診する親子の言動から、自身の価値観とは異なるところを見つけていた。受診のタイミングが不適切と思われるケースや子どもの症状よりも親の思いが優先されているようなケースのとき、疲労を感じたり、残念な気持ちになった

りしていた。ときには、親に対するネガティブな感情として表れていた。看護師は、ネガティブな感情を親子にぶつけることはないものの、そのような感情を持っていることは隠そうとしていなかった。むしろ、同僚に確認するかのようによく共有していた。

武井（2001）は、看護という仕事には多くの感情規制があるという。それは明文化されてはいないものの、患者に対して個人的な感情を持つてはいけない、や患者に対して怒ってはいけないなど、看護師が感情を抑制することを求めるような規制のことである。そしてこれらは、職業上の規範の一部になって伝えられているとする。しかし、行き場のなくなった感情はどこかで必ず出てくる。本研究の参加者が、ある患者に対して「私はこう思う」といった感情を口にできていることは、結果的に看護師の健全さの維持にもつながっていた。感情を出すということは、感情を持っている自分自身を認めることであり、さらには看護師同士、お互いの感情を許容することでもある。こうした感情の「ガス抜き」ができることが、結果的に、子どもを守るという信念を具現化していく力になっていたのでないかと考える。

2) 職種としての看護の査定

受診患者が帰宅になるかどうか、この判断は最終的には医師の責任のもとに行われる。いくら看護師が帰れると判断しても適わない、これは法的な面も含めた職種の限界でもある。研究参加者は、この限界の中で看護ができること、あるいは、看護でなければできないことを見定めて実践していた。

小児看護領域の看護業務基準（日本看護協会，2007）では、実践の基準として、はじめに「小児看護を必要とする個人、家族、集団を身体的、精神的、社会的側面から捉え、健康な日常生活を送っていくうえで、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がその人なりの日常生活を送れるよう、発達段階に応じて援助する。」ことが明記されている。そして、看護実践の方法として、「臨床看護の領域に限らず、子どもの権利（人権、教育、親権、養育など）、母子保健医療福祉に関する法律や制度、家族関係、子どもを取り巻く文化や社会環境に関する知識」を含んだ小児看護領域の専門知識に基づいた判断を行うこと、そして、「子どもは成長・発達段階にあるため、健康状態だけでなく、その子どもの年（月）齢と成長・発達状況の関係を査定するとともに、養育者や家族の養育態度・健康状態・生活環境も査定」して、個別的な看護実践を行うことが示されている。

看護師は、親子の関係性や養育状況、養育スキルへの視点は看護だからとらえられる特有のものと考えて実践していた。これらは、「保健的なもの」と表現する、養育支援や事故予防指導などの予防的なかわりに、その特徴がみられた。それらは、「15分くらいで終わると思ったのに40分かかった」事故予防指導や、「ペットボトルのキャップに2杯ずつくらい」飲ませる方法の提示、嘔吐後の処理の

仕方、といった形で具現化されていたといえる。

3) システムの査定

救急外来は、急性症状のある子どもが受診し、一晩過ごせるように手当てして帰るのが本来的な役割である。そのときに可能な手当てをするが、あくまで急場をしのぐための処置やケアを行うことを目的とした整えられた場所である。しかし現実には、急病での受診の形を取りながら、救急外来の範疇をこえたところに、子どもと親の要求があった。そして、看護師は、親子の関係性や養育状況、養育スキルに視点を向け、親子の様子から家庭の状況を推し量り、必要なケアを見いだしていた。

親にとっては救急外来に来るのが嫌にならないことが大事なのである。「なぜ今？」と聞くときも決して責めてはおらず、本当に知りたくて聞いていた。ニュートラルにして聞き、どこにギアを入れるか考えているようでもあった。親が来たかなくなったら子どもの命が守れるかどうか分からない。看護師にとって怖いのはそのことなのである。社会からの孤立は子どもを危険にさらすことを看護師は知っている。子どもがいる家庭が、どこかにつながっていて、人の目が入っていることが子どもを守る一つの方法である。だからこそ、発達が気になる子どもに対して、本来的には救急外来の対応するケースではないと思っても、「どこかにつながっているのなら良いけど、フォローがないなら次の日の再診につなげる」のである。ただし、継続的なフォローアップを目的に翌日の再診につなぐのではなく、どこかにつなげるためのつなぎなのである。それが、救急外来でできる限界であることがわかっている。

II. 小児救急看護を特徴づけるもの

1. セーフティネットとして機能する救急外来

1) 気になる親子を網にかける

救急外来でできる援助には限りがある。そのとき提供可能な「一晩乗り越えるため」の医療は提供できるが「完治を期待して」受診しても提供できる医療を目指してはいない。

患者が帰宅可能かどうか考えるとき、いくつかのパターンに分けられる。まず、子どもの状態が良くないとき、子どもは病院にいないといけない、つまり「帰ってはいけない」、あるいは「帰してはいけない」のである。この場合、患者は、入院が決まっているか、観察室でしばらく様子を見て再度検討されるかであった。ときには、「帰した方が良い」あるいは「長居させられない」患者もいる。感染性の症状のある子どもは、感染源となる可能性があるため、隔離室に入室させてはいるが、できる限り早く帰宅できるようにする。また、新生児は、待合にいただけで不利益をこうむる可能性があると考え、滞在時間が長くないようにする。

受診する患者は、看護師が「医師にお任せ」していたような「帰っても良い」患者のことが多く、取り立ててかかわりを持つ間もなく、短時間で帰宅になっていることもあった。また、医学的に問題がなければ「帰らざるを得ない」患者となりうる。

セーフティネットは安全や安心の仕組みを指すが、一般に社会福祉における保障の意味合いで使われることが多い。救急外来では、看護師は、帰えることは前提にしているが、どうすればその後も安全が維持されるかを考え、気になるところはないか確認していた。母親に、「お母さん、何が一番心配ですか」と聞き、子どもの身体面だけでなく、親の感情面も含め、受診を決めた「親のラインはそこなんだ」というところを理解していた。救急外来で、親の心配ごとをすべて解消して帰すことは難しい。翌朝まで、再診まで、他の機関につなぐまで、といった、次のアクセスまでの限定した期間の安全を確保するための境界を見定めていた。

救急外来の看護師は、あらゆる「見逃し」を回避しようと働いている。アンダートリアージ（実際の緊急度より軽症と判断すること）による見逃しは、患者に不利益を及ぼす恐れがあるため（中村，2012b；木澤，2011）、患者の命や安全を守るためには避けなければならない。反対にオーバートリアージ（実際の緊急度より重症と判断すること）は、システム運営に支障をきたすことはあるが、患者への不利益はないとして容認される（中村，2012b）。トリアージに限らず、救急外来で見逃せば、次がない可能性があるからである。看護師が、時にぐっところえ、時に残念に思いながらも、駆け込んでくる親子がいる限りセーフティネットを張るのである。

2) 間口を広げておく

本研究のフィールドである救急外来は、地盤は確固たるシステムが機能しているのだが、表向きは誰もが受け入れてもらえる程よさが現れていた。親にとっては、子どものなんらかの身体症状を理由に、いつでも、そして何度でも来て良いと思えるところが救急外来であり、そうしてもらえなければ、看護師も子どもの命は守れないのである。フィールドワークを通して、研究参加者である看護師たちの行動は、あらゆる命の危険から子どもを守るという信念が具現化されていた。しかし「こうあるべき」というような、頑なな態度はみられなかった。

救急外来は、長居をしたいと思うほどの居心地の良さはなく、それを望んで受診する親子もいない。救急外来にはトリアージという優れた選別機能がある。援助の必要が何もないければ、そのまま帰宅にすれば良いだけである。ここは、何度でも来たいときに受診できるようにしておくことが大事なのである。

2. 「この」親子という文化を考慮したケア

1) 親子固有の「強み」の見極め

看護師はどのような親子が受診してきても受け止めるようにしていた。そして、受診する親子それぞれがもつ、特異で固有のストーリーを了解していた。この固有のストーリーには、特にその親がもつ子ども観や育児観、健康観が反映しており、その個別性を際立たせていた。

看護師は、目の前の親子の様子をみて、受診のタイミングがずれているようなケースでも、受診までに親が家庭で行っていたことを認め、そのがんばりを承認していた。看護師はその価値観をもって親子をみたときに、そのギャップを感じ、「私だったら連れて来ない」と感じたり、「残念だな」と思ったりしていた。これは、看護師の医療者としての枠組みと受診する親の枠組みとは、文化的な相違があるということのあらわれでもある。

Leininger (1992/1995) は、看護師が患者を「文化的異邦人と感じたり経験したりしたときに文化ケア理論は意味を持つ」としている。また、Campinha-Bacate (2002) は「医療者がクライアントの文化的背景の中で効果的に働く能力に到達するために継続的に努力していくプロセス」として、文化的能力を説明している。看護師は、自身の感じたギャップをギャップのまま終わらせるのではなく、判断とケアの始点にしていた。つまり、文化的相違への看護師の気づきがあったからこそ、ケアにつながられたのである。

看護師のケアをみると、救急外来の受診だけで子どもをベストな状態にまで改善することを目標に置いて行ってはいなかったことがわかる。看護師は、親子が困らないレベルで、子どもがその子なりの健康水準を保って、成長発達していけることを目指して、子どもと親の状況を判断し、ケアしていたと考えられた。受診する子どもの多くは、かかりつけ医を持っており、普段の医療は基本的にはかかりつけ医が担っている。これはひとつの要因だが、さまざまな限界や制限の中で医療を行う救急外来では、看護の目標を遠く高くおくわけにはいかないのである。それぞれの親子の目標達成には援助が必要なかどうか、その判断をするために、看護師は一度、親子のストーリーに乗っていた。ストーリーに乗ることで、親子が困らないレベルはどこなのか、そして、今、親子は困っているのかどうかを判断していた。この段階で、困らないレベルであれば、援助の対象とはみなさず、「医師にお任せ」なのである。

看護師は、親子の判断のポイントとして、親子の「強み」になるところをみていた。この中には治療によって、子どもの身体状態の緊急性が解除されることは、子どもの回復する力を「強み」としてとらえていた。勢いよくおしゃぶりを吸う乳児に吸啜力という「強み」を見出し、帰宅後の哺乳についてどの程度可能か査定していた。ソーシャルワークには「ストレングス」という概念があるが、ストレングス視点は、その人の持つ強さを発見し形成することから始まり、ストレングス視点による援助は、「利用者の持てる力を引き出し、自己決定による生活を進めていけるよう支援する考え方」とされる(神山, 2006)。援助の枠組みは異なるものの、本研究で明らかになった「強み」も同様の視点であると考えられる。

また、Leininger (1992/1995) は、「有意義で有益で満足感をもたらすようなヘルスケアまたは安寧のためのサービスを提供もしくは支持するために、個人、

集団、組織の文化的価値観、信念、生活様式に合わせて行われる援助的かつ支持的で、能力を与えるような行為または意思決定」を、文化を考慮した看護ケア (culturally congruent care) と説明する。親の「強み」は、それぞれの持つ養育に関する知識やスキル、親の思いと切り離せないものであった。看護師が、見出した「強み」をもとに健康の回復や維持ができるようにするケアを提供することは、親子の文化を考慮した的確な援助であったと考える。では、強みが見つからない場合はないのだろうか。本研究における救急外来の看護師は、親が救急外来に連れてきたことでさえ、その親の「強み」としてとらえていた。連れてきてくれないと子どもが守れないが、連れてきてくれさえすれば次があるのである。

2) 最小限のメッセージ

救急外来で、何か特別な看護技術を要するような直接ケアがあったかといえばそうではなかった。吸入や吸引といった呼吸器系の症状に対する一般的なケア、末梢点滴ライン確保や採血などは侵襲的ではあるが、救急外来でなくても行われる。もちろん、正確に適切に行うことを求められる援助ではあるが、救急外来の特別な技術とは言い難い。本研究の結果からは、直接ケアよりも、親に手当の方法や子どもの見かたを伝えることに、より救急外来の特徴が現れていたように思われた。

小児看護のスタンダードな技術から個別的なケアに発展するには、個としての子どもの個性が反映され、優位性をもつことが必要である。そこには、看護師による情報の取捨選択、根拠とのすり合わせ、技術の整理がある。これらは看護師の価値観や臨床判断によって、やることとやらないことを判断し、ケアが行われている。

救急外来の看護師は、受診した子どもに現れている症状の緩和や手当の方法に加えて、症状に関連して異常を見つけるための子どもの様子のとらえかたについて親に伝えていた。しかし、多くを伝えるのではなく、これだけは必ず持って帰ってほしい重要な 'Take-Home Message' として、最小限に伝えていた。伝える内容は、単純な行動レベルに落とし込まれており、それは恒久的に行う必要があるものではなく、今、目の前の子どもの健康状態を改善するために必要な行動としてシンプルに伝えていた。

嘔吐で受診した 1 歳児の母親に対しては、「水分はおうち帰ってから」にすること、与えるときは「ペットボトルのキャップに 2 杯ずつくらい」にすること、「いくら飲んだかがわからない」ので母乳は少し止めておくことを伝えて、帰宅後にそのまま実施できるようにしていた。強い陥没呼吸では胸部が「ベコベコ」することを示していた。また、直接に指導はしていないものの、鼻汁と鼻閉がある乳児の母親が「吸引して母乳をちょこちょこ」与えていることを聞き、それを承認するという形で続けていくことを伝えていた。

看護師が自己の価値観の中で患者の文化的背景やそれに関連したニーズを理解するのではなく、患者と看護師双方の文化的背景とその違いを理解し受容する

ことが文化を考慮したケアの提供につながる（藤原，2008）。また、文化の異なる対象への看護を展開するには、文化的な多様性に着目して多くの情報を得ることが、一人ひとりに合ったケアを提供するためには重要となる（佐藤，2010）。子どもの状態から必要とされるケアを見出し、親の養育レベルに沿うように、無理のないスキルに変換する。親にとっては、看護師から聞いた通りにすればよい形になったスキルであり、まさに文化を考慮したケアの提供といえる。救急外来を受診した親子は、あくまで地域の生活者であり、ケアはその家庭で行われる。文化を考慮するということは、ケアしすぎないということでもある。それが、親子にとってはほどよい看護になっていたのではないだろうか。

看護師は、子どもたちの命と育ちを守るための実践を行っていた。しかし、自分たちだけで、遠い先を見すえた目標を設定した実践をしているわけではなかった。子どもたちを守るための社会のシステムの一員として、主に「翌日まで」のことを考えた医療を提供しているにすぎない。しかも、こちらから出向くわけにはいかず、受診して来てくれなければ始まらない。だからこそ、間口を広げて待ち、気になったところから親子の「強み」を見つけ、それを最小限の形にして持ち帰らせるのである。その繰り返し子どもたちの命と育ちを守るためには大切であることを、看護師たちは知っていた。医療機関にありながら、地域の生活者としての親子をみているのは救急外来の特徴であり、他とは違う視点で親子を見ることができる、支援の多様性の一つであろう。

Ⅲ．実践への示唆

患者やその家族が、看護師のもつ価値観と異なっていることは多いにあるが、これはケアの障害にはならない。患者や家族が、看護師のもつ価値観と異なっても良く、異なっていることを認識することが重要となる。救急外来を受診する子どもとその親に、なにか「気になる」ところがみえたとき、それはその人たちがもつ固有の文化と、看護師の文化の違いから起こる感覚ととらえることが、子どもと親へのケアの入り口となりうると考える。

看護の専門的ケアの文脈では脆弱性としてとらえられることであっても、その子どもと家族が持つ文化ケアのなかでは持ち味であることもある。その持ち味が「強み」として実感できるような表現、あるいは、具体的な形に変換することがケアとなりうると考える。

さらに、救急外来がセーフティネットとして機能するためには、見逃さない仕組みが必要である。看護師がなにか「気になる」ととらえた子どもと親について、システム上に記録として残して共有することとともに、「気になる」感覚を共有しながら子どもと親を見ていくことも重要である。

小児患者に対する救急外来の看護には、子どもの身体症状を迅速に評価するとともに、親子の「強み」を的確にアセスメントし、親子が実践可能な形の援助にして提供する能力が必要である。これは小児看護や救急看護だけでなく、家族看

護の視点も必要となる高い専門性が求められることから、これらをふまえた役割が担える看護師の配置が必要と考える。

IV. 教育への示唆

看護基礎教育において、小児救急患者への対応に関する内容は、急性の身体症状のアセスメントとケアを中心に教育されている。これに加えて、子どもや親が、あるいは親子として持っている「強み」を見出し、援助につなげる方法に関する教育の構築が求められる。

また、なにか「気になる」感覚は、看護基礎教育であっても重視されてよいのではないかと考える。実習などを通して、気になるままに学生同士が感覚を共有するといった体験は、患者に対する感受性を高めることにもつながると考える。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、2施設での参加観察、インタビュー、および資料を用いたことで、データを多元化し、1年以上のフィールドワークを行った。これにより、特定の施設における特定の季節に偏らないデータ収集が可能となり、救急外来の特徴を描くことができた。しかしながら、我が国における小児救急医体制は地域による違いが大きく、また受診する患者の様相も異なる。今回のフィールド選定は、首都圏内の大学病院および小児専門病院における救急外来であることから、地域性や設置主体の特徴が反映していることが考えられる。今後の研究では、地域性や設置主体、病院の規模などを広げていくことで、小児救急看護実践の多様性が明らかになると考える。

本研究では、救急外来における小児救急患者に対する看護師の実践に焦点をあてたため、研究参加者を救急外来に勤務する看護師に限定した。しかしながら、救急外来の医療は、医師の診療が担うところも大きく、救急外来で起こっていることを記述するためには、医師の視点をデータに反映する必要がある。以上のことから、今後の研究では、地域や設置主体の異なる救急外来での検証や、小児救急看護に限らず、小児救急医療全体の特徴を明らかにできるような研究を設計する必要がある。

さらに、今回のような看護実践が、小児救急患者とその親に対して、実際にどのような成果として現れたのかについては描くことができなかった。救急外来のような単発で滞在時間の短い受診が多い部署においては、本研究と同じ研究デザインの中で子どもと親から成果を引き出すことは容易ではない。今後は別途デザインを設計し、看護実践の成果を明らかにする必要があると考える。

第 6 章 結論

本研究は、救急外来において、小児患者の来院から帰宅までの間に行う看護師の判断と、そこから導かれたケアの実際について、エスノグラフィーの方法を用いて記述し、小児救急看護実践の特徴を明らかにした。その結果、受診した子どもと家族が来院してから帰宅までにかかわる看護師の判断とケアには、フェーズ 1：小児の救急外来という場、フェーズ 2：ふたつの緊急度判定（トリアージ）、フェーズ 3：親子の「強み」を生かす、の 3 段階のプロセスと、これらプロセス全体を支えるフェーズ 4：看護師のありようが見出せた。

看護師がさまざまな親子のストーリーと出会うフェーズ 1 では、自身の持つ価値観とのギャップを感じながらも、受診に至った親子のストーリーをニュートラルに受け止めようとし、それぞれの親子がもつ特異なストーリーとして了解していた。この了解をケアの前提とし、親子の査定からケアの判断までを行うフェーズ 2 では、子どもの身体の緊急度だけでなく、親の気持ちの緊急度を見極め、子どもの身体状態、親の困りや心配、親子の関係性、養育状況、そして養育スキルの 5 つの視点で逃さないようにしていた。そして、親子のストーリーに乗り、それぞれがもつ固有の特徴を見極めていた。ケアの実施から帰宅可能ときめるまでのフェーズ 3 では、親子のストーリーを、親子の「強み」として解釈し、「強み」を ‘Take-Home Message’ の形にして持ち帰らせていた。そして、これらを支える看護師は、確かな判断とケアのために、自身のスタイルを守りながら、そして他の看護師と視点や考えを共有していた。

このような、救急外来における小児救急患者への看護師の実践は、トリアージで培われた力、子どもの成長発達を守る力、限界を見極める力によって構成されていた。そして、その実践は、救急外来をセーフティネットとして機能させ、子どもの「強み」を見極めた、それぞれの親子がもつ固有の文化を考慮したケアを提供していた。

謝 辞

本研究は、多くの方々のご協力とご支援により完成することができました。快く研究にご参加、ご協力いただいた、フィールドの看護師の皆様には、研究者がその場にいることを受け入れていただきました。多忙な業務にもかかわらず、また、忙しい時間帯にもかかわらず、さまざまなことを教えていただきました。たびたび「これが研究の役に立ちますか？」と聞かれましたが、みなさんの考えや動き、何気なくみえるその一つ一つに、多くの意味があることがわかりました。心から感謝申し上げます。また、他のスタッフの方々にも、多大なるご協力をいただきました。お礼申し上げます。

研究フィールドを提供してくださいました、2 病院の施設管理者および看護管理者の皆様方には厚くお礼申し上げます。皆様方のご理解とご配慮がなければ、研究を進めることはおろか、始めることすらできていませんでした。

東京女子医科大学大学院看護学研究科の日沼千尋教授には、本研究の計画から完成まで、忍耐強くご指導いただきました。特に、研究計画書作成までの段階には多くのご迷惑をかけました。計画案はあるものの、それが本当に研究として成り立つのかと、長い間迷ってばかりいました。その迷いに根気強く付き合い、ディスカッションを重ねてくださいました。また、体調を崩して思うようにいかなかったときも、温かく待っていてくださいました。心から感謝申し上げます。先生からは教員としての態度もたくさん学ぶことができました。心から感謝申し上げます。

首都大学東京大学院人間健康科学研究科の飯村直子教授には、エスノグラフィ研究をされたお立場から、データの解釈や論文に対して貴重なご意見をいただきました。心より感謝申し上げます。

日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士課程の後輩である、杏林大学保健学部看護学科助教の中村明子様と、日本赤十字看護大学大学院看護学研究科研究生の関根弘子様には、論文草稿時に貴重なご意見をいただきました。論文の推敲に活かすことができたことは、お二人の丁寧な読み込みのおかげです。感謝いたします。

最後に、予定よりも長くなった博士後期課程在籍の間、黙って見守ってくれた夫に感謝します。

引用文献

- 栗飯原良造・出口久子・山西明子・沢辺淳子・佐竹光・辰巳和子・秋川和子（1993）：
小児科時間外救急外来の臨床統計的検討，小児科臨床，46（1），63-67.
- American Heart Association（2007）：BLSヘルスケアプロバイダー受講マニュアル
AHAガイドライン2005準拠，株式会社シナジー，東京.
- American Heart Association（2011）：BLSヘルスケアプロバイダー受講マニュアル
AHAガイドライン2010準拠，株式会社シナジー，東京.
- 新井香奈子・太田千寿・安成智子・坂下玲子・片田範子（2012）：子どもの急病
時の受診における就労中の母親の困難，兵庫県立大学看護学部・地域ケア開
発研究所紀要，19，83-96.
- 浅原久恵・中村美知子（2009）：臨床看護師の臨床判断力の特徴：外科系看護師
と内科系看護師の比較，山梨大学看護学会誌，8（1），29-36.
- 朝日新聞（2001）：保育所空き待ち5万人分解消、学童保育増設 来年度中、政府
が方針（2001年5月21日朝刊）.
- 朝日新聞（2014）：虐待届かぬ子の叫び昨年度最多7万3000件（2014年8月5
日朝刊）.
- 朝日新聞（2015）：（時時刻刻）待機児童、減ったと言われても 指定市・東京23
区、朝日新聞社調査（2015年8月3日朝刊）.
- 朝倉京子・籠玲子（2013）：中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律
的な判断の様相，日本看護科学会誌，33（4），43-52.
- 馬場香織（2007）：精神科急性期病棟における暴力の危険性の察知と看護師の臨
床判断，日本精神保健看護学会誌，16（1），12-22.
- Benner, P.（2001）／井部俊子（2005）：ベナー看護論：初心者から達人へ 新訳
版，医学書院，東京.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. L., & Stannard, D.（1999）／井上智子監
訳（2005）：ベナー看護ケアの臨床知：行動しつつ考えること，医学書院，
東京.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L.（2010）／早野 ZITO 真佐
子（2011）：ベナー ナースを育てる，医学書院，東京.
- Benner, P., & Tanner, C.（1987）：Clinical Judgement: How expert nurses use
intuition, American Journal of Nursing, 87（1），23-31.
- Board of Certification for Emergency Nursing（2013）：the CPEN® Content
Outline: Certified Pediatric Emergency Nurse（CPEN®）
Detailed Content Outline.
URL:<http://www.bcencertifications.org/BCENMain/media/CPEN/CPEN-2012-public-DCO-effective-02-2013.pdf>（2016/12/26 検索）
- Campinha-Bacote, J.（2002）：The Process of Cultural Competence in the
Delivery of Healthcare Services: A Model of Care, Journal of
Transcultural Nursing, 13（3），181-184.

- 千明政好・星野悦子・岩田幸枝・鶴田晴美・國清恭子・齋藤やよい（2006）：看護管理者が認識するエキスパートナースのイメージに関する研究，群馬保健学紀要，26，1-10.
- 中央社会保険医療協議会（2013）：平成24年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成24年度調査）在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査報告書（案）。
URL：<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000025686.pdf>（2016/12/26 検索）
- de Chesnay, M. ed. (2015) *Nursing Research Using Ethnography: Qualitative Designs and Methods in Nursing*, Springer Publish Company, New York.
- 蝦名美智子（2010）：看護師による小児救急患児のトリアージの効果，平成21年度看護系学会等社会保険連合研究助成報告書。
- 枝川千鶴子・猪下光・佐々木睦子・池内和代・横田妙子・松本かおり・森本典子・山下美称・宮武典子・中江秀美・林桂子・緒方三枝子（2003）：乳幼児の発病時における母親の不安と困ること及び諸要因との関係，第34回日本看護学会論文集，小児看護，144-146.
- 遠藤芳子（2010）：乳幼児の発熱時の母親の対応行動と知識に関する実態調査，北日本看護学会誌，13（1），53-60.
- 衛藤義勝（2006）：厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」平成15～17年度総合研究報告書。
- 藤村正哲（2007）：小児医療提供体制の改革ビジョンと看護への期待：何が問題で、何をどう変えるのか？，日本小児看護学会誌，16（1），81-88.
- 藤内美保・宮腰由紀子（2005）：看護師の臨床判断に関する文献的研究：臨床判断の要素および熟練度の特徴，日本職業・災害医学会会誌，53（4），213-219.
- 藤原ゆかり（2008）：Culturally congruent care の概念分析，日本助産学会誌，22（1），7-16.
- 福田亜紀（2008）：行動制限の場面における看護師の臨床判断の特徴，日本精神保健看護学会誌，17（1），53-61.
- 船越明子・土田幸子・土谷朋子・服部希恵・宮本有紀・郷良淳子・田中敦子・アリマ美乃里（2014）：児童・思春期精神科病棟に勤務する看護師の看護実践の卓越性と看護経験，日本看護科学会誌，34（1），11-18.
- 古里直子・桶本千史・小森嘉奈子・長谷川ともみ（2014）：人工呼吸器を装着している早産児の気管内吸引時における熟練看護師の技術，母性衛生，55（2），325-332.
- 阪神北広域子ども急病センター（2005）：トリアージマニュアル。
URL：<http://www.hanshink-kodomoqq.jp/news/ikuji/triage2010.pdf>（2016/12/26 検索）
- 長谷川望・大野京子・齋藤義弘・浦島充佳・衛藤義勝（2007）：集団保育児の体

- 調不良時の過程での対応とその支援策について，小児保健研究，66（6），80
9-814.
- 畠山卓也（2010）：精神科慢性期開放病棟における看護行為に伴う"制限"の要素
とその構造，日本精神保健看護学会誌，19（1），12-22.
- 畑中哲生（2012）：ガイドライン 2010 における救命の連鎖：「予防」と「早期認
識」，救急救命，27，16-19.
- 林健司・梶谷みゆき・上田純子・玉川廣美・恒松美輪子（2012）：脳血管障害に
よる運動機能障害のある患者のトランスファーに関する看護師の臨床判断
の特徴，日本医学看護学教育学会誌，21，34-38.
- 林幸子・吉野尚一（2012）：救急外来のトリアージプロセス 小児，一般社団法人
日本救急看護学会監修，看護師のための院内トリアージテキスト，79-96，
へるす出版，東京.
- 樋貝繁香・籠谷京子・赤池祐季子・石田寿子（2014）：小児初期救急センターの
電話相談の現状と看護師の思い，日本小児救急医学会雑誌，13（1），24-29.
- 本田可奈子・豊田久美子・徳川早知子（2006）：3次救急外来における看護実践の
分析，日本救急看護学会誌，7（2），27-37.
- 法務省・厚生労働省（2012）：民法等の一部を改正する法律（平成23年法律第6
1号）の概要。
URL: <http://www.moj.go.jp/content/000082603.pdf>（2016/12/26 検索）
- 細井千晴（2009）：子どもの事故：予防教育、虐待との鑑別，小児看護，32（7），
919-927.
- 細野恵子・岩元純（2006）．発熱児に対する母親の認知と対処行動：1089名の母
親の現状分析，小児保健研究，65（4），562-568.
- 市橋光（2008）：大学病院小児救急外来における電話相談の試み，日本小児救急
医学会雑誌，7（2），205-308.
- 市川光太郎（2008）：小児救急：患者からみた小児救急，小児科診療，71（11），
1849-1851.
- 市川光太郎（2010）：小児救急外来トリアージで医者も安心、患児・保護者も満
足！，市川光太郎・林寛之編．ERの小児 時間外の小児救急どう乗り切りま
すか？，1-10，株式会社シービーアール，東京．
- 市川光太郎（2012）：小児救急外来における問題：日本の現状，小児内科，44（3），
356-360.
- 市川光太郎・山田至康・田中哲郎（2001）：わが国の小児救急医療の現状と問題
点，小児保健研究，60（5），611-620.
- 五十嵐隆（2003）：わが国の小児医療の課題，保健の科学，45（9），645-549.
- 飯村直子（2014）：小児科一般外来における看護師の働き：ある地域密着型中規
模病院におけるエスノグラフィー，日本看護科学会誌，34（1），46-55.
- 飯塚麻紀・鴨田玲子（2010）：臨床判断研究の文献レビュー（1998年～2007年），
福島県立医科大学看護学部紀要，12，31-42.
- 飯塚麻紀・鴨田玲子・渡辺陽子・齋藤久美子（2011）：周手術期患者に対する病

- 棟看護師の臨床判断, 福島県立医科大学看護学部紀要, 13, 1-10.
- 池山由紀 (2014): 虐待を疑うとき, 別冊 ER マガジン, 11 (2), 380-387.
- 生田久美子 (2000) 「伝え合う力」とは何か: 学校「言語」を超えて, 日本フレンジ学会誌, 12 (4), 501-506.
- 今井七重・村橋九重・飛田ひとみ・西垣安之・堀田信子・福富梯・福富真智子・折居忠夫 (2009): 保育士と母親間の病気のとらえ方の違いと投薬についての検討, 外来小児科, 12 (3), 370-373.
- 井上登生 (2014): 非器質性発育障害に対する一次医療機関からの取り組み, 子どもの虐待とネグレクト, 16 (1), 7-13.
- Ishida, Y., Ohde, S., Takahashi, O., Deshpande, G. A., Shimbo, T., Hinohara, S., & Fukui, S. (2012): Factors Affecting Health Care Utilization for Children in Japan, *Pediatrics*, 129 (1), e113-119.
- 石松伸一 (2014): 実践につよくなる看護の臨床推論: ケアを決めるプロセスと根拠, 学研メディカル秀潤社, 東京.
- 磯谷文明 (2013): 平成 23 年親権法改正: その内容と実務への影響, 社会福祉法人子どもの虐待予防センター, 東京.
- 伊藤龍子編 (2015): 病態を見極め行動できる子ども急性期看護 評価・判断・対応, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 伊藤龍子・矢作尚久 (2010): 小児救急トリアージテキスト, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 岩下美代子・岩本愛子 (2008): 日本における「子ども虐待」の変遷 (第 1 報), 鹿児島純心女子短期大学研究紀要, 38, 31-55.
- 岩田光永 (2011): 小児科ってむしろ患者は保護者? 市川光太郎・林寛之編. ER の小児: 時間外の小児救急 (210-213), 株式会社シービーアール, 東京.
- 泉キヨ子 (2006): 転倒予測におけるナースの直感・臨床判断の有効性は?, *Nursing Today*, 21 (12), 20.
- Jonas, R. A. (2014): *Comprehensive Surgical Management of Congenital Heart Disease, Second Edition*, CRC Press, Boca Raton, FL, USA.
- 神山裕美 (2006): ストレングス視点によるジェネラリスト・ソーシャルワーク: 地域生活支援に向けた視点と枠組み, 山梨県立大学人間福祉学部紀要, 1, 1-10.
- 鴨下重彦 (2005): 小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究, 平成 16 年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 報告書.
- 金井壽宏・佐藤郁哉・ギデオン クンダ・ジョンヴァン・マーネン (2010): 組織エスノグラフィー, 有斐閣, 東京.
- 笠原麻里 (2014): 不適切養育と関連する親のリスク要因について, 子どもの虐待とネグレクト, 16 (1), 44-49.
- 川名るり (2009): 乳幼児との身体を通じた熟練した技術の性質: 小児病棟におけるエスノグラフィーから, 日本看護科学会誌, 29 (1), 3-14.
- Keshavarz, R., Kawashima, R., & Low, C. (2002): Child abuse and neglect

- presentations to a pediatric emergency department, *The Journal of Emergency Medicine*, 23 (4), 341-345.
- 岸田みずえ (2014) : ホームケアについて : 病児を家族と見る究極のプライマリケア, 別冊 ER マガジン, 11 (2), 316-321.
- 木澤晃代 (2011) : トリアージとリスクマネジメント, *小児看護*, 34 (1), 55-60.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2010) : 第 14 回出生動向基本調査.
URL:<http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou14/doukou14.asp> (2016/12/26 検索)
- 洪愛子 (2010) : 認定看護師のあゆみ, *からだの科学増刊 これからの認定看護師*, 22-28.
- 公益社団法人日本看護協会 (2012) : 継続教育の基準 ver. 2.
URL:<http://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf> (2016/12/26 検索)
- 公益社団法人日本看護協会 (2015a) : カリキュラム新旧対照表 (小児救急看護).
URL:http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2015/04/17kais_eishouni_04.pdf (2016/12/26 検索)
- 公益社団法人日本看護協会 (2015b) : 認定看護師教育基準カリキュラム (小児救急看護).
URL:http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2015/03/17sho_uni.pdf (2016/12/26 検索)
- 公益社団法人日本看護協会 (2016) : データで見る認定看護師.
URL: <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn> (2016/12/14 検索)
- 小村三千代 (2011) : 沈黙の底に潜む看護師と患者の相互作用 : 筋ジストロフィー病棟におけるエスノグラフィ, *日本看護科学会誌*, 31 (3), 3-11.
- 厚生労働省 (2002) : 平成 14 年度社会保険診療報酬等の改定概要.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/02/tp0222-1a.html> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省 (2004) : 平成 16 年度社会保険診療報酬等の改定概要.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/02/tp0219-1/dl/5.pdf> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省 (2006) : 平成 18 年度診療報酬改定の概要について.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/dl/s0215-3u.pdf> (2015/08/11 検索)
- 厚生労働省 (2008a) : 平成 20 年度診療報酬改定における主要改定項目について (案).
URL: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0213-4a.pdf> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省 (2008b) : 「新待機児童ゼロ作戦」について : 希望するすべての人が安心して子どもを預けて働くことができる社会を目指して.

- URL: <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/02/dl/h0227-1b.pdf> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省 (2009): 用語の説明, 平成 20 年 (2008) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/02.pdf> (2017/1/10 検索)
- 厚生労働省 (2014a): 救急医療体制等のあり方に関する検討会報告書.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000036818.pdf> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省 (2014b): 平成 26 年度厚生労働白書.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省 (2016a): 平成 27 年人口動態統計月報年計 (概数) の概況.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai15/dl/gaikyou27.pdf> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省 (2016b): 平成 28 年度厚生労働白書.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/all.pdf> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省 (2017): 小児救急電話相談事業 (# 8000) について.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/10/tp1010-3.html> (2017/1/26 検索)
- 厚生労働省保険局医療課 (2010): 平成 22 年度診療報酬改定の概要.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-002.pdf> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省保険局医療課 (2012): 平成 24 年度診療報酬改定の概要.
URL: http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24_01-03.pdf (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 (2010): 児童虐待防止対策の推進について.
URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000g6nl-att/2r9852000000g7n5.pdf> (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 (2012): 養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援について.
URL: http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/121203_1.pdf (2016/12/26 検索)
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 (2013): 養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援の徹底について.
URL: http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv130619_1.pdf (2016/12/26 検索)
- 草川功 (2012): 虐待の発見と対応, 小児内科, 44 (3), 393-399.
- 草柳浩子・福地麻貴子・尾高大輔・飯村直子・中林雅子・西田志穂・平野美幸・岩崎美和・佐藤朝美・平井るり・江本リナ・筒井真優美 (2005): 家族や医

- 療職者を動かし子どものケアに影響を与えた看護師の技, 日本小児看護学会誌, 14 (2), 44-51.
- Leininger, M. M. (1985) / 近藤潤子・伊藤和弘監訳 (1997): 看護における質的研究, 医学書院, 東京.
- Leininger, M. M. (1992) / 稲岡文昭監訳 (1995): レイニンガー看護論: 文化ケアの多様性と普遍性, 医学書院, 東京.
- Lichliter, R., & Thrasher, J. (2009): PEWS: Pediatric Early Warning Signs, Rapid Response Team, Code Blue.
URL: http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/nursing/Documents/PDF/SIM_PEWS_TCH.pdf (2016/12/26 検索)
- Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008a): Explicating Benner's concept of expert practice: intuition in emergency nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (4), 380-387.
- Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008b): Intuition in emergency nursing: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 101-108.
- 前野哲博・松村真司弘 (2012): 帰してはいけない外来患者, 医学書院, 東京.
- Majumdar, A. D. (2015): Role of pediatric emergency nursing.
URL: http://www.multibriefs.com/briefs/exclusive/role_of_pediatric_emergency_nursing.html#Vex1dZ28PGd (2016/12/26 検索)
- McCutcheon, H. H. I. & Pincombe, J. (2001): Intuition: An important tool in the practice of nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 35, 342-348.
- 三品浩基・竹中加奈枝・島添淳子 (2011): 乳幼児健診における保健相談: 母親が希望する相談内容を医療者は提供できているか?, *小児科臨床*, 64 (11), 2406-2411.
- 三浦英代 (2009): 小児救急部門と周産期部門との連携. *小児看護*, 32 (7), 943-948.
- 三宅美奈子・精山由希・松本栄子・池本ちひろ (2008): 転倒を予測する看護師の「直感」に関する 1 考察, *日本職業・災害医学会会誌*, 56 (6), 235-238.
- 宮坂勝之・清水直樹 (2006): 小児救急医療でのトリアージ, 克誠堂出版株式会社, 東京.
- 三好さち子・大津廣子・望月章子・浅井優子・南美智子・今西芳子・大平政子 (2003): 看護師に必要な臨床判断能力に関する研究: 体位交換実施時の意思決定プロセス, *広島県立保健福祉大学誌人間と科学*, 3 (1), 27-35.
- 溝口史剛 (2013): 虐待が疑われる患児への対応, *小児科診療*, 76 (5), 781-788.
- 溝口史剛 (2015): 虐待の種類, *外来小児科*, 18 (1), 11-17.
- 本山景一 (2014): Failure to Thrive (FTT) 二次医療機関でのアプローチ, 子どもの虐待とネグレクト, 16 (1), 30-35.
- 村田洋章・井上智子 (2011): 急性呼吸不全患者への非侵襲的陽圧換気療法 (NP

- PV) 継続のための看護師の臨床判断に関する研究, 日本クリティカルケア看護学会誌, 7 (1), 36-44.
- 内閣府 (2014): 平成 26 年版少子化社会対策白書.
URL: <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2014/26pdfhonpen/26honpen.html> (2016/12/26 検索)
- 内閣府 (2015): 平成 27 年版少子化社会対策白書.
URL: <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2015/27pdfhonpen/27honpen.html> (2016/12/26 検索)
- 内閣府 (2016): 平成 28 年版少子化社会対策白書.
URL: <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2016/28pdfhonpen/28honpen.html> (2016/12/26 検索)
- 中村恵子 (2012a): 救急医療におけるトリアージとは, 一般社団法人日本救急看護学会監修, 看護師のための院内トリアージテキスト, 2-4, へるす出版, 東京.
- 中村恵子 (2012b): 救急医療における救急外来のトリアージの位置づけと原理原則, 一般社団法人日本救急看護学会監修, 看護師のための院内トリアージテキスト, 7-8, へるす出版, 東京.
- 日本看護協会編 (2007): 日本看護協会看護業務基準集 2007 年改訂版, 日本看護協会出版会, 東京.
- 日本子ども家庭総合研究所編 (2014): 子ども虐待対応の手引き: 平成 25 年 8 月厚生労働省の改正通知, 有斐閣, 東京.
- 日本救急医学会・日本救急看護学会・日本小児救急医学会・日本臨床救急医学会 (2011): 緊急度判定支援システムプロバイダマニュアル, へるす出版, 東京.
- 日本小児科学会 (2010): 日本小児科学会が進める小児医療提供体制の改革.
URL: <http://jpsmodel.umin.jp/vision.html> (2016/12/26 検索)
- 日本小児科学会 (2014): 子ども虐待診療の手引き (第 2 版).
URL: http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/abuse_all.pdf (2016/12/26 検索)
- 日本小児科学会・日本小児救急医学会監修 (2013): 小児救急医療の理論と実践, 編集室なるにあ, 東京.
- 西田志穂 (2012): 小児患者の家族への対応, 一般社団法人日本救急看護学会監修, 看護師のための院内トリアージテキスト, 101-104, へるす出版, 東京.
- 西田志穂 (2014): 小児救急医療におけるトリアージと診療報酬, 小児看護, 37 (9), 1179-1185.
- 西田志穂・江本リナ・筒井真優美・川名るり・平野美幸・草柳浩子・米山雅子・佐藤朝美・岩崎美和・福地麻貴子・尾高大輔・飯村直子 (2007): 小児病棟看護師が「何か気になる」と捉えた子どもと家族の様子, 看護研究, 40 (2), 55-65.
- 野原智 (2009): 「嘔吐」「下痢」そして侮れない小児の「脱水」, 白石裕子編, 救急外来における子どもの看護と家族ケア, 84-93, 中山書店, 東京.

- 野崎真奈美（2007）：わが国における看護職が行う判断の様相，東邦大学医学部看護学科紀要，21，1-8.
- 尾形裕子（2012）：状況の把握に焦点をあてた臨床判断のパターン：経験3年以上の看護師における臨床判断の特徴，北海道医療大学看護福祉学部学会誌，8（1），11-20.
- 尾形裕子（2014）：看護実践における行為の振り返りの検討：看護師の判断力の向上に焦点をあてて，北海道医療大学看護福祉学部学会誌，10（1），43-47.
- 奥野信行（2010）：新卒看護師は看護実践プロセスにおいてどのように行為しつつ考えているのか：臨床現場におけるエスノグラフィーから，園田学園女子大学論文集，44，55-75.
- 奥山真紀子（2010）：CPT（Child Protection Team）マニュアル，厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）虐待対応連携における医療機関の役割（予防、医学的アセスメントなど）に関する研究分担研究報告書.
- 小沼里子（2005）：我が国及び主要国における小児医療政策の現状と課題，少子化・高齢化とその対策 総合調査報告書，59-73，国立国会図書館調査及び立法考査局.
- 太田理恵・小田慈・氏家良人・清野佳紀（2007）：小児の発熱に対する母親の認識とその関連要因，小児保健研究，66（1），22-27.
- 大山昇一（2014）：子どもを守るための医療システムづくり：小児関連学会の取り組み，小児看護，37（9），1119-1128.
- Roper, J. M., & Shapira, J. (2000) / 麻原きよみ・グレッグ美鈴（2003）：エスノグラフィー，日本看護協会出版会，東京.
- 坂江千寿子・佐藤寧子・石崎智子・田崎博一（2004）：保護室入室患者の開放要求に関する精神科看護師のクリニカルジャッジメント：判断に影響する要因に注目して，青森保健大雑誌，6（2），9-18.
- 坂口桃子・作田裕美・佐藤美幸・中嶋美和子・山田美佐子・梶原優子・田村美恵子（2007）：臨床判断能力の向上に向けた「暗黙知」伝授の一方略，滋賀医科大学看護学ジャーナル，5（1），38-43.
- 坂井聖二・西澤哲（2013）：子ども虐待への挑戦：医療、福祉、心理、司法の連携を目指して，誠信書房，東京.
- 阪野栄里子・原田みずえ・小栗佳子・鈴木美恵子・古橋玲子・富田満弓・藤田芳子（1994）．看護婦が患者にいだく、日常的違和感を探る：「ちょっと変」についての分析，看護技術，40（5），96-103.
- 崎山由香理・梶原多恵・藤波志生子・光吉久美子・高原文子・市川光太郎（2010）：小児救急病棟における育児支援シートの導入，日本小児救急医学会雑誌，9（1），36-40.
- 佐藤厚夫・北形仁・鈴木章介・清水博之・早野聡子・船曳哲典（2010）：当院小児救急外来を24時間以内に予定外再診した患者の実態調査，日本小児救急医学会雑誌，9（1），26-30.
- 佐藤聖一（2010）：看護におけるケアリングとは何か，新潟青陵学会誌，3（1），

11-20.

- 下開千春 (2009) : 乳幼児をもつ保護者による医療機関の利用に関連する社会的要因 : 東京近郊にある市の調査から, 日本公衆衛生学会誌, 56(7), 446-455.
- Stern, S. D. C., Cifu, A. S., & Altkorn, D. (2009) / 竹本毅 (2012) : 考える技術 : 臨床的思考を分析する (第2版), 日経BP社, 東京.
- 杉本厚子・堀越政孝・高橋真紀子・斎藤やよい (2005) : 異常を察知した看護師の臨床判断の分析, 北関東医学会, 55, 123-131.
- 鈴木千衣・橋本佳美・清水千恵 (2014) : 東信地区における乳幼児によく起こる症状・病気に対する家族の医療行動の実態 : 母親の面接から, 佐久大学看護研究雑誌, 6(1), 75-84.
- 武井麻子 (2001) : 感情と看護 : 人とのかかわりを職業とすることの意味, 医学書院, 東京.
- 武井智昭・加藤隆・森田順・森田昌雄・辻祐一郎・辻山タカ子・加藤ユカリ (2014) : 小児1次救急医療機関の夜間診療意義 : 呼吸障害例の調査結果からの提言, 日本小児救急医学会雑誌, 13(1), 20-23.
- 田中哲郎・石井博子・内山有子 (2003) : 護者の望む小児救急医療体制, 日本小児救急医学会雑誌, 2(1), 137-139.
- Tanner, C. A. (2000) / 和泉成子 (2000) : 看護実践における Clinical Judgment, インターナショナルナーシングレビュー, 23(4), 66-77.
- 丹佳子 (2007) : 子どもの急病時の対応や判断についての保護者の考え : 自由記述からみた不安・安心・対処行動・社会への要望, 日本公衆衛生雑誌, 54(10), 711-720.
- 東京都小児医療協議会 (2013) : 東京都における小児初期救急医療体制について.
URL: http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/kyuukyuu/shoni/shouni_kyougikai/250906kyougikai.files/shoki_houkoku_2jishuusei.pdf
(2016/12/26 検索)
- 筒井真優美 (2004) : 小児看護における技の探求 : 子どもの最善の利益を守るために, 日本小児看護学会誌, 13(1), 92-100.
- 内田貴之 (2015) : 看護師が行う子ども虐待予防へのアプローチ, 小児看護, 38(5), 600-607.
- 内間千春 (2014) : A病院小児外来の休日・夜間救急外来受診者の実態調査, 第44回日本看護学会論文集, 看護総合, 209-212.
- 山田不二子 (2015) : これからの子ども虐待 : 現在と未来, 小児看護, 38(5), 528-529.
- 山村美枝・田川紀美子 (2004) : 子どもの状態がいつもと違うときの母親の対処行動の要因, 日本赤十字広島看護大学紀要, 4, 1-8.
- 山中龍宏 (2008) : 子どもの安全 : 傷害予防, 小児科診療, 71(11), 1919-1921.
- 山中龍宏・北村光司・西田佳史 (2013) : 子どもの行動心理と傷害予防, チャイルドヘルス, 16(8), 42-46.
- 山中龍宏 (2015) : 傷害予防に取り組む : 評価することができる活動を, 小児保

- 健研究, 74 (6), 840-844.
- 山下早苗 (2009): 乳幼児の発病時における母親の家庭での判断と対処, 外来小児科, 12 (3), 370-373.
- 柳橋達彦・佐藤清二・小島直子・友次直輝・白岡亮平・佐藤祐史・高橋孝雄 (2011): 小児救急外来における母親の不安と心理社会的背景の検討, 小児保健研究, 70 (2), 298-304.
- 柳川敏彦 (2011): 子ども虐待における医療の役割, 小児科診療, 74 (10), 1460-1468.
- 横田俊一郎 (2003): 子育て支援と小児医療: 小児の外来医療は子育て支援そのものである, 医学のあゆみ, 206 (9), 707-711.
- 米山雅子・佐藤朝美・岩崎美和・筒井真優美・西田志穂・草柳浩子・平野美幸・福地麻貴子・川名るり・尾高大輔・江本リナ・飯村直子 (2007): 子どもや家族へのケアの効果をもたらした看護師の臨床判断と関わり, 看護研究, 40 (2), 67-77.
- 吉田真由美・長村敏生・西田祥子・北井布美・石田ゆうき・大前禎毅 (2014): 夜間・休日に入院した患児が示す臨床症状に関する母親の不安軽減に向けての退院前指導, 日本小児救急医学会雑誌, 13 (1), 13-19.
- 吉野広美 (2009): 小児救急における家族への初期対応指導, 小児看護, 32 (7), 904-910.
- Wada, I. & Igarashi, A. (2014): The social costs of child abuse in Japan, *Children and Youth Services Review*, 46, 72-77.
- 渡辺かづみ (2002): 臨床看護婦が「何か変」と察知することの意味: 患者の状態が変化した12例の分析を通して, 看護, 54 (2), 100-104.
- 渡邊美代子 (2010): メタファーを通しての理解と知識: コトバという形式知と身体知としての暗黙知, 東京経済大学人文自然科学論集, 129, 47-71.
- 渡部誠一・中澤誠・衛藤義勝・市川光太郎・森俊彦・田中篤・舟本仁一・古川正強 (2006): 小児救急外来受診における患者家族のニーズ, 日本小児科学会雑誌, 110 (5), 696-702.
- Williamson, S., Twelvetree, T., Thompson, J., & Beaver, K. (2012): An ethnographic study exploring the role of ward-based Advanced Nurse Practitioners in an acute medical setting, *Journal of Advanced Nursing*, 68 (7), 1579-1588.
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006): Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.
 URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf (2016/12/26 検索)

資 料

資料 1 研究依頼書（施設管理者宛）

資料 2 諾否返信用紙

資料 3 研究協力依頼書（当該部署管理者宛）

資料 4 研究協力依頼書

資料 5 ハガキ

資料 6 説明文書および同意文書（同意文書・同意撤回書含む）

資料 7 インタビューガイド

資料 8 臨床研究審査結果通知書

20●●年●月●日

●●医療センター

センター長●●●●様

研究「救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断と
ケアにみる小児救急看護の特徴」への研究協力をお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私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在籍している大学院生で西田志穂と申します。

今回、救急外来において、小児患者の来院から帰宅までの間に行う看護師の判断と、そこから導かれたケアの実際を記述することにより、小児救急看護実践の特徴を明らかにすることを目的とした研究を計画しました。

小児救急医療には、単に医学的な緊急性の判断ではなく、あらゆる支援の必要性を見極め、子どもの育ちと家族の養育力の査定を行い、育児不安のある親や機能不全家族に対する予防的介入や見守りによる健康維持が期待されています。小児救急看護においても発達支援や家族支援、そして養育環境の視点は欠かすことができませんが、これら専門的な小児救急看護実践に必要な知識や能力は十分に言語化されていないのが現状です。

そこで、本研究に取り組み、救急外来経験 4 年目以上の看護師が子ども・家族に関わる場面やスタッフ間のやりとりの場面の観察と看護師へのインタビューをもとに、これらを明らかにしたいと考えています。つきましては、貴院の救急外来での研究活動にご協力をお願いしたく存じます。ご協力の諾否につきましては、別添の用紙を FAX 送信あるいは郵送にてお知らせくださいますようお願いいたします。

なお、ご協力いただく看護師の方の研究協力の自由を保障する観点から、協力の可否や協力の状況についてはご報告できませんことをご理解ください。

研究協力にあたり、ご不明な点などがございましたら、下記の問い合わせ先まで、お知らせください。

謹白

【お問い合わせ先】

東京都新宿区河田町 8-1

西田志穂 東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程

(Tel: (直通) /Mail:)

指導教員：日沼千尋 東京女子医科大学大学院看護学研究科教授

(Tel: (直通) /Mail:)

貴施設への依頼内容

次の内容についてご承諾いただきたく、よろしくお願い申し上げます。

（1）救急外来における研究活動の承諾

- ①子どもと家族が救急外来にいる間の看護師の関わり、看護師間あるいは看護師と他職種とのやりとりの場面に立会い観察する。
- ②参加観察場面の内容の確認、看護観や日常的に行っているケアの根拠や意図などについて看護師インタビューを実施する。
- ③日常診療業務へ影響の出ないよう十分配慮しながら、①②の研究活動を行う。

（2）研究協力者（看護師）募集の手続きの承諾

- ①貴施設救急外来管理者に該当する看護師への協力依頼書の配布を依頼する（資料 5）。
- ②貴施設救急外来管理者を通じて、救急外来勤務 4 年目以上の看護師に研究協力依頼書配布する。
- ③研究に興味を示した看護師からのハガキ返送で意思を確認する。
- ④意志を示した看護師に対して、説明文書および同意文書を用いて、改めて研究の趣旨を文書と口頭で説明する。
- ⑤研究への協力の意志を表明し、同意書に署名をした人のみを研究協力者とする。

（3）救急外来で使用されている資料へのアクセスの承諾

- ①本研究の遂行に関係すると思われる資料の入手の承諾
- ②部門管理者の許可を得たものに限り、指定の方法によりアクセスする
- ③診療録の内容など患者の個人情報にかかわる資料は除外する

（4）救急外来を受診する患者・家族への周知用ポスターの掲示の承諾

- ①研究活動を説明した患者・家族向けポスターの研究期間中の掲示

研究計画概要

1. 研究目的

救急外来において、小児患者の来院から帰宅までの間に行う看護師の判断と、そこから導かれたケアの実際を記述することにより、小児救急看護実践の特徴を明らかにする。

2. 研究方法

(1) 研究協力者

小児患者を常態的に受け入れている救急外来に勤務し、小児患者とその家族に対して直接ケアを提供している救急外来勤務4年目以上の看護師

(2) データ収集方法

- ① 参加観察：子どもと家族が救急外来にいる間の看護師の関わり、看護師間あるいは看護師と他職種とのやりとりの場面に立会い、そのときに起こっていることを観察する。
- ② インタビュー：参加観察場面の内容の確認、看護観や日常的に行っているケアの根拠や意図などについてインタビューを実施する。
- ③ 資料：看護師の臨床判断やケアに関係すると思われる資料は、施設側の基準に従い、閲覧、内容の転記、コピー等の方法により入手する。

(3) データ収集期間

東京女子医科大学倫理委員会承認後～平成 28 年 12 月 31 日

(4) データ分析方法

得られたデータはその内容の背景や関係する状況など中心に、文脈的な意味を明らかにし、小児救急看護に特徴的と思われる内容についてテーマの意味を解釈し、現れるパターンを抽出する。データの解釈は適宜研究協力者に確認し、その妥当性を維持する。データ収集と分析は平行して実施する。

3. 倫理的配慮

- (1) 平成 27 年度東京女子医科大学倫理委員会へ研究を申請し、審査を受け、承認を得て研究を実施する。
- (2) 研究協力者には、研究への協力は自由意志により、協力しない場合にも不利益を被らないこと、協力の途中・終了後であっても中断または中止が可能であることを予め伝える。
- (3) 得られた情報はすべて匿名扱いとし、プライバシーの保持に努め、結果公表の際にはフィールド・個人が特定できない方法を用いるように配慮する。
- (4) 得られたデータは本研究のみに使用し、常に施錠できる場所に保管、研究終了後 5 年の保存期間後に、安全な方法でデータを削除・裁断・破棄する。
- (5) 募集のプロセスおよび研究の全過程において、研究協力者の研究協力の同意の可否については、当該施設長・所属部署管理者に知られることがないことを保証する。
- (6) 研究結果は看護医療系の学術集会や学術雑誌に公表する可能性があることを説明し、希望者には研究結果を配付することを伝える。

以上

本状を FAX 送信あるいは郵送にてご返送ください

FAX 送信先 : _____

東京女子医科大学大学院看護学研究科 日沼千尋 宛

電話 : _____ / E-Mail

研究「救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の

判断とケアにみる小児救急看護の特徴」について

本施設における研究活動を 承諾する 承諾しない

(いずれかに○を付けてください)

貴施設名 : _____

貴施設長名 : _____

20●●年●月●日

●●医療センター

救急外来看護師長●●●●様

研究「救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断と
ケアにみる小児救急看護の特徴」への研究協力をお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私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在籍している大学院生で西田志穂と申します。

今回、救急外来において、小児患者の来院から帰宅までの間に行う看護師の判断と、そこから導かれたケアの実際を記述することにより、小児救急看護実践の特徴を明らかにすることを目的とした研究を計画しました。

小児救急医療には、単に医学的な緊急性の判断ではなく、あらゆる支援の必要性を見極め、子どもの育ちと家族の養育力の査定を行い、育児不安のある親や機能不全家族に対する予防的介入や見守りによる健康維持が期待されています。小児救急看護においても発達支援や家族支援、そして養育環境の視点は欠かすことができませんが、これら専門的な小児救急看護実践に必要な知識や能力は十分に言語化されていないのが現状です。

そこで、本研究に取り組み、救急外来経験 4 年目以上の看護師が子ども・家族に関わる場面やスタッフ間のやりとりの場面の参加観察と看護師へのインタビューをもとに、これらを明らかにしたいと考えています。つきましては、貴院の救急外来での研究活動にご協力をお願いしたく存じます。

なお、ご協力いただく看護師の方の研究協力の自由を保障する観点から、協力の可否や協力の状況についてはご報告できませんことをご理解ください。

研究協力にあたり、ご不明な点などがございましたら、下記の問い合わせ先まで、お知らせください。

謹白

【お問い合わせ先】

東京都新宿区河田町 8-1

西田志穂 東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程

(Tel: (直通) /Mail:)

指導教員：日沼千尋 東京女子医科大学大学院看護学研究科教授

(Tel: (直通) /Mail:)

ご協力依頼内容

次の内容についてご協力のほど、お願い申し上げます。

（1）救急外来における研究活動へのご協力

- ①子どもと家族が救急外来にいる間の看護師の関わり、看護師間あるいは看護師と他職種とのやりとりの場面に立会い観察する。
- ②参加観察場面の内容の確認、看護観や日常的に行っているケアの根拠や意図などについて看護師インタビューを実施する。
- ③日常診療業務へ影響の出ないよう十分配慮しながら、①②の研究活動を行う。

（2）研究協力者（看護師）募集へのご協力

- ①救急外来勤務 4 年目以上の看護師への研究協力依頼書配布

なお、以降の手順は次の通りです。

- ②研究に興味を示した看護師からのハガキ返送で意思を確認する。
- ④意志を示した看護師に対して、説明文書および同意文書を用いて、改めて研究の趣旨を文書と口頭で説明する。
- ⑤研究への協力の意志を表明し、同意書に署名をした人のみを研究協力者とする。

（3）救急外来で使用されている資料へのアクセスの承諾

- ①本研究の遂行に関係すると思われる資料の入手の承諾
- ②部門管理者の許可を得たものに限り、指定の方法によりアクセスする
- ③診療録の内容など患者の個人情報にかかわる資料は除外する

（4）救急外来を受診する患者・家族への周知用ポスターの掲示の承諾

- ①研究活動を説明した患者・家族向けポスターの研究期間中の掲示

研究計画概要

1. 研究目的

救急外来において、小児患者の来院から帰宅までの間に行う看護師の判断と、そこから導かれたケアの実際を記述することにより、小児救急看護実践の特徴を明らかにする。

2. 研究方法

(1) 研究協力者

小児患者を常態的に受け入れている救急外来に勤務し、小児患者とその家族に対して直接ケアを提供している救急外来勤務4年目以上の看護師

(2) データ収集方法

- ① 参加観察：子どもと家族が救急外来にいる間の看護師の関わり、看護師間あるいは看護師と他職種とのやりとりの場面に立会い、そのときに起こっていることを観察する。
- ② インタビュー：参加観察場面の内容の確認、看護観や日常的に行っているケアの根拠や意図などについてインタビューを実施する。
- ③ 資料：看護師の臨床判断やケアに関係すると思われる資料は、施設側の基準に従い、閲覧、内容の転記、コピー等の方法により入手する。

(3) データ収集期間

東京女子医科大学倫理委員会承認後～平成 28 年 12 月 31 日

(4) データ分析方法

得られたデータはその内容の背景や関係する状況など中心に、文脈的な意味を明らかにし、小児救急看護に特徴的と思われる内容についてテーマの意味を解釈し、現れるパターンを抽出する。データの解釈は適宜研究協力者に確認し、その妥当性を維持する。データ収集と分析は平行して実施する。

3. 倫理的配慮

- (1) 平成 27 年度東京女子医科大学倫理委員会へ研究を申請し、審査を受け、承認を得て研究を実施する。
- (2) 研究協力者には、研究への協力は自由意志により、協力しない場合にも不利益を被らないこと、協力の途中・終了後であっても中断または中止が可能であることを予め伝える。
- (3) 得られた情報はすべて匿名扱いとし、プライバシーの保持に努め、結果公表の際にはフィールド・個人が特定できない方法を用いるように配慮する。
- (4) 得られたデータは本研究のみに使用し、常に施錠できる場所に保管、研究終了後 5 年の保存期間後に、安全な方法でデータを削除・裁断・破棄する。
- (5) 募集のプロセスおよび研究の全過程において、研究対象者の研究協力の同意の可否については、当該施設長・所属部署管理者に知られることがないことを保証する。
- (6) 研究結果は看護医療系の学術集会や学術雑誌に公表する可能性があることを説明し、希望者には研究結果を配付することを伝える。

以上

●年●月●日

研究「救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断とケアにみる小児救急看護の特徴」への協力をお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私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在籍している大学院生で西田志穂と申します。

今回、救急外来において、小児患者の来院から帰宅までの間に行う看護師の判断と、そこから導かれたケアの実際を記述することにより、小児救急看護実践の特徴を明らかにすることを目的とした研究を計画しました。つきましては、小児救急医療を行う部署で4年目以上の看護師の皆様に、研究へのご協力をお願いしたく存じます。

小児救急医療では、医学的な緊急性の判断だけではなく、あらゆる支援の必要性を見極め、子どもの育ちと家族の養育力の査定を行い、育児不安のある親や機能不全家族に対する予防的介入や見守りによる健康維持が期待されています。健康の回復に家族の力が不可避な子どもの場合、家族の状態も含めてとらえる必要があります。小児救急医療においても発達支援や家族支援、そして養育環境の視点は欠かすことができません。しかし、これら専門的な小児救急看護実践に必要な知識や能力は十分に言語化されていない現状があります。

そこで、本研究に取り組み、救急外来において皆様が子ども・家族に関わる場面やスタッフ間のやりとりの場面に同席し、その様子を拝見したいと思っています。また、拝見した場面の補足や確認、さらに、皆様が日ごろから小児救急患者や救急外来での看護などに関するお考えについて、お話をうかがいたいと思っています。つきましては、本研究の趣旨をご理解の上、ご協力いただければ幸いに存じます。

研究への協力は、皆様の自由意志によるもので、協力拒否や途中辞退はいつでも申し出ることができます。また、本研究によって得られた内容は、個人が特定されることのないよう、皆様のプライバシーは厳守し、本研究以外の目的には使用いたしません。また、研究協力に関して病院管理者に報告することはありません。

研究への協力にご興味をお持ちいただいた方は、同封のハガキに必要事項をご記入、情報保護シールを貼付のうえ、投函をお願いいたします。ご面倒な場合は、下記宛にお電話・メールをいただいても結構です。
本文書をお受け取り後、1週間以内にご連絡いただければ幸いです。

ご協力いただける場合には、研究の詳細について後日改めてご説明をさせていただきます。また、ご不明な点がございましたら、どうぞご遠慮なくお問い合わせください。

謹白

【お問合せ先】

東京都新宿区河田町 8-1

東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程

西田志穂 (Tel: (直通) /Mail:)

資料 5. ハガキ

研究への協力に興味をお持ちいただいた方は
下記の必要事項をご記入、情報保護シールを
貼付のうえ、投函をお願いいたします。折り
返しご連絡いたします。

(5/10/20)

お名前 _____

ご勤務先 _____

お電話番号 _____

(携帯電話 ・ 自宅)

E-mail _____

*ご希望の連絡方法をお知らせください。

(電話 ・ E-mail ・ どちらでもよい)

*お電話の場合、ご都合のよい時間帯が
ありましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました

研究協力をお願い

「救急外来を受診した子どもと家族にか かわる看護師の判断とケアにみる小児救 急看護の特徴」

説明文書および同意文書

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課程の学生が行う「救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断とケアにみる小児救急看護の特徴」というテーマの研究について説明したものです。研究についての説明をお聞きになり、研究の趣旨をご理解いただいた上で、本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、協力の有無や途中辞退によって、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、別紙の「同意文書」にご署名の上、研究者に直接お渡しくださいますようお願いいたします。

1. 本研究について

子どもの救急外来受診の増加により小児医療は疲弊し、小児科医の過重労働が問題になっており、医学的には軽症と判断される患者や、親の不安等、医学的には不要とされる受診も多いことも課題とされています。小児救急医療においては、単に医学的な緊急性の判断ではなく、あらゆる支援の必要性を見極め、子どもの育ちと家族の養育力の査定を行い、育児不安のある親や機能不全家族に対する予防的介入や見守りによる健康維持が期待されています。

患者が帰宅することを前提に医療を提供する救急外来において、診療後のケアは家族に委ねるほかなく、健康の回復に家族の力が不可欠な子どもの場合、家族の状態も含めてとらえる必要があります。つまり、小児救急医療においても発達支援や家族支援、そして養育環境の視点は欠かすことができませんが、これら専門的な小児救急看護実践に必要な知識や能力は十分に言語化されていないのが現状です。

2. この研究の意義と目的

救急外来において、小児患者の来院から帰宅までの間に行う看護師の判断と、そこから導かれたケアの実際を記述することにより、小児救急看護実践の特徴を明らかにすることです。本研究の遂行により、救急外来における小児救急患者への実践を構築する看護師の判断とケアの特徴の明確化・構造化を図ることができると考えます。これは小児救急看護の特徴を体系化する試みの第一段階であり、教育の構築および実践や管理体制の根拠を提示することが可能となると考えます。

3. 研究の方法

(1) 研究にご協力いただきたい方

小児患者を常態的に受け入れている救急外来に勤務し、小児患者とその家族に対して直接ケアを提供している看護師の方

(2) 研究の方法

①参加観察

子どもと家族が救急外来にいる間の看護師の関わり、看護師間あるいは看護師と他職種とのやりとりの場面に立会い、そのときに起こっていることを観察します。研究者が障害とならないように十分配慮し、日常診療業務へ影響の出ない範囲で行います。具体的には、次のような場面を想定しています。

- ・診察前、待合室で看護師が子どもと家族に関わる場面
- ・トリアージの場面
- ・診察室での診察介助の場面
- ・処置室等での処置の場面
- ・診察後帰宅までの間、待合室で看護師が子どもと家族に関わる場面

②インタビュー

参加観察場面の内容の確認、看護観や日常的に行っているケアの根拠や意図などについてインタビューを実施します。具体的には、次のような内容です。

- ・参加観察で見せていただいた内容に関する確認
- ・かかわりの具体的な内容や、行った実践に対するお考え
- ・お持ちの看護観や行っているケアや救急外来に対するお考え
- ・日ごろ感じていらっしゃる事、など

得られたデータは、その内容の背景や関係する状況などを中心に、文脈的な意味を明らかにし、テーマに分類していきます。そして、小児救急看護に特徴的と思われる内容について、テーマの意味を解釈していきます。

データ分析のプロセスでは、研究者が行ったデータの解釈の真実性を高めるために、研究にご協力いただいた方に適宜確認して妥当性を維持します。データの収集と分析は平行して行います。

(3) データの取り扱い

見せていただいた場面は、個人情報情報を匿名化した形で記録し、分析のデータといたします。お話しいただいた内容は、毎回承諾を得た上でレコーダーなどの記録メディアに録音させていただき、逐語録に起こして分析データといたします。いずれも、個人や施設が特定されない形で記録します。

(4) 研究へのご協力をお願いする期間

平成 27 年 9 月から平成 28 年 12 月の間で、勤務のご予定をあらかじめうかがった上で、ご都合に合わせてうかがいます。

(5) 研究終了後の対応

この研究が終了した後であっても、研究協力の撤回が可能です。その場合、関係するデータは本研究では使用せず、すべて破棄・消去・焼却します。

4. 予想される利益と不利益

(1) 予想される利益

この研究にご協力いただいても、あなた自身へは直接の利益はありませんが、研究の成果により、小児救急看護の知見が得られ、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

本研究にご協力いただくことにより、通常業務への支障が考えられます。このような恐れのある場合には、速やかに研究活動を中断します。

また、お話をうかがうことによる時間的な拘束、自分の考えを他者に話すことによる苦痛、が生じる恐れがあります。これらに対しては、次のことに留意します。

- ・お話をうかがう時間や場所は、ご希望に添えるよう調整します。
- ・お話をうかがう際には、プライバシーの保護に努めます。
- ・お話をためられる内容については、お話しただかなくても構いません。
- ・お話をうかがう中で不都合が生じた場合や申し出があった場合は、いつでも中断・中止できます。中止・中断の場合も、お仕事や職場での不利益を被ることは一切ありません。

5. ご協力をお願いすること

この研究への協力に同意いただけた場合をお願いすることは次の 3 点です。

- ① 同意文書に署名し提出していただくこと
- ② 子どもと家族が救急外来にいる間にかかわっていらっしゃるところやスタッフとやりとりされているところに同席させていただくこと
- ③ インタビューを受けていただくこと

6. 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平成 29 年 3 月まで行われます。

(2) 協力予定者数

20 名の看護師の方々の協力を予定しております。

7. 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志でお決めください。たとえ協りに同意されない場合でも、あなたは一切不利益を受けませんし、これからの治療に影響することはありません。また、あなたが研究の協りに同意した場合であっても、いつでも研究への協力をとりやめることができます。

8. 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されても、次の場合は協力を中止していただくこととなります。あなたの意志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 あなたの状態や経過などから、研究者が研究を中止した方がよいと判断した場合
- ③ その他、研究者が中止したほうがよいと判断した場合

9. この研究に関する情報の提供について

この研究の実施中に、研究への協力の意志に影響を与えるような新たな情報が得られた場合には、すみやかにお伝えします。この研究において得られた結果は、学位論文として発表する予定です。

10. 個人情報の取扱いについて

この研究にご協力いただいた場合、拝見した場面の内容やお話をうかがった内容などの研究に関するデータは、個人を特定できない形式に番号・記号化し

て管理されます。よって、ご協力いただく方の個人情報外部に漏れることは一切ありません。

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、ご協力いただく方の個人情報は守られます。

この研究から得られた結果は、学位論文として公表されます。さらに、学術集会や学術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、ご協力いただく方のお名前をはじめとする個人情報等プライバシー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。

11. 健康被害が発生した場合の補償について

この研究は、参加観察および面接を調査であり身体的な侵襲性は有しておりません。そのため、この研究によるご協力いただく方への身体的な健康被害は発生しないと考え、健康被害が発生した際の補償はありません。

12. 費用負担、研究資金などについて

ご協力いただくにあたり、あなたの費用負担はありません。また、この研究の研究者は、東京女子医科大学の利益相反マネジメント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。

13. 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。

同 意 文 書

東京女子医科大学 大学院 看護学研究科
教授 日沼 千尋 殿

研究課題名：「救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断とケアに
みる小児救急看護の特徴」

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. 本研究について | 9. この研究に関する情報の提供について |
| 2. この研究の意義と目的 | 10. 個人情報の取扱いについて |
| 3. 研究の方法 | 11. 健康被害が発生した場合の補償について |
| 4. 予想される利益と不利益 | 12. 費用負担、研究資金などについて |
| 5. ご協力をお願いすること | 13. 知的財産権の帰属について |
| 6. 研究実施予定期間と協力予定者数 | 14. 研究担当者と連絡先（相談窓口） |
| 7. 研究への協力とその撤回について | |
| 8. 研究への協力を中止する場合について | |

【研究協力者の署名欄】

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： _____

【研究者の署名欄】

私は、上記の研究協力者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）

同 意 撤 回 書

東京女子医科大学 大学院 看護学研究科
教授 日沼 千尋 殿

研究課題名：「救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断とケアにみ
る小児救急看護の特徴」

【研究協力者の署名欄】

私は、上記研究について研究担当者より説明を受け、この研究に協力することについて同意をいたしました。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： _____

【研究者の署名欄】

私は、研究協力者が、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)

資料7. インタビューガイド

研究「救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断とケアにみる小児救急看護の特徴」のインタビューガイド

1. インフォーマルインタビューによる参加観察場面の内容の確認

- ・患者・家族のどのようなことが気になったか
- ・かかわりの場面において、どのように考えていたか
- ・どのような成果を期待してかかわっていたか
- ・うまくいった／いかなかったと考えていること、など

2. フォーマルインタビュー

- ・看護師の子どもや家族に対するアセスメントの内容や看護実践の根拠
- ・看護観、日常的に行っているケアの意図、救急外来の看護に対する考え
- ・これまでの経験のなかで印象に残っているかかわり
- ・業務の概要や役割、など

(理事長→研究責任者)

様式 4

平成27年6月18日

臨床研究等審査結果通知書

(臨床研究 ・ 疫学研究)

看護学研究科

日沼千尋 教授 殿

東京女子医科大学 理事長 吉岡俊正

平成27年4月27日に貴殿から申請のあった臨床研究等 (臨床研究 ・ 疫学研究) 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	救急外来を受診した子どもと家族にかかわる看護師の判断とケアにみる小児救急看護の特徴	
研究責任者	所属・職名・氏名：看護学研究科・教授・日沼千尋	
研究分担者	所属・職名・氏名： 看護学研究科博士後期課程・学生・西田志穂	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：3448】 <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	