

掲載事例一覧（2）

領域名称	事例名	
6) 在宅看護領域 ※1～5 はケア別サマリー	A	フットワークよく往診する医師と連携した訪問看護活動に内在する先駆的看護実践 都市型在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの例
	B	協働する主治医のネットワークを組織する訪問看護ステーションが、一般開業医との連携において示す先駆的看護実践 都市型一般診療所と訪問看護ステーションの例
	C	農村型の医師-看護師連携における先駆的看護実践 農村型一般診療所と訪問看護ステーションの例
	D	看護師が開発した記録用紙の活用および教育・研修システムによる看護師の力量形成を背景とした先駆的実践
	1	排便ケアにおける医師と看護師との役割分担と連携
	2	排尿ケアにおける医師と看護師との役割分担と連携
	3	褥瘡処置における医師と看護師との役割分担と連携
	4	看取りにおける医師と看護師との役割分担と連携
	5	緩和ケアにおける医師と看護師との役割分担と連携
	7) 医療過疎地域 領域	A
B		<ul style="list-style-type: none"> ・外来における看護師による医療面接と血圧測定の実施、血液検査・心電図・補液の必要性の判断
C		<ul style="list-style-type: none"> ・服薬指導・療養生活指導と受診の促し ・電話相談への対応 ・夜間休日の対応（初期対応の判断） ・患者・家族の情報共有 ・外科処置の直接介助
D		<ul style="list-style-type: none"> ・外来診療での連携 ・緊急時の対応と備え（緊急連絡受けの担当） ・往診等在宅医療サービスの連携 ・ターミナル及び看取り時の役割分担 ・患者・家族の情報共有

掲載事例一覧（3）

領域名称	事例名	
7) 医療過疎地域 領域	E	<ul style="list-style-type: none"> • 外来診療での連携 • 緊急時の対応と備え(緊急連絡受けの担当) • 往診等在宅医療サービスの連携 • ターミナル及び看取り時の役割分担 • 患者・家族の情報共有
	F	<ul style="list-style-type: none"> • 慢性疾患患者の管理や要介護者の機能訓練 • 内科・外科的症状による定期外受診者への対応 • 緊急時の対応 • 診療報酬又は介護報酬を伴わない訪問支援 • 薬剤管理 • 死亡時の対応 • 専門科へのコンサルテーションによる患者支援 • 島外の受診医療機関を決定できるための援助 • 診療所の事務処理
8) 看護管理領域	A	救急入院患者のベッドコントロール
	B	一・二次救急外来でのトリアージ
	C	初診患者への入院・検査の説明
	D	看護師による麻酔導入後の麻酔管理



1) 急性期看護領域の
役割分担・連携

1) 急性期看護領域の役割分担・連携

(1) 個別事例の各概要

A, B, C, D, E, F の 6 事例の報告を以下に記す。

急性期看護領域事例A：看護師による持続注入薬剤（重要薬剤）のフラッシュ

A-1. 役割分担・連携の概要

A-1-1. 事例の医療機関の概要

- a. 設置主体；私学共済
- b. 病床；約 1100 床
- c. 対象病棟ベッド数；約 50 床
- d. 対象病棟看護師数；約 100～120 名（年間変動あり）

A-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

熱傷の処置や体位交換など侵襲の伴う処置の際、苦痛や疼痛が大きいと考えられる患者に、持続注入している鎮静薬、麻薬などを看護師判断でフラッシュ（追加投与）したり、追加投与の指示を得るために医師に働きかける。追加投与前後はバイタルサイン等、患者の状態を見極めながら、微量行なう。

薬剤は、ミダゾラム、プロポフォール、フェンタニル、塩酸ケタミン。

b. 適応範囲

i. 患者の条件

バイタルサインが安定しており、持続薬剤注入を行なっている成人患者。精神的に不安定で、せん妄や興奮状態にあることが多い。また、挿管していることが多い。

ii. 看護職の条件

特に線引きはないが、4～6 年目で、リーダー業務を行っていて、患者の病態や状況を十分理解している（アセスメントできる）場合に行なわれる。ただし、経験年齢が多い看護師でも実施しない人もおり、個々の価値基準等により実施にばらつきがある。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

院内の明確な取り決めではなく、その部署特有の方法による。勉強会等がさかんに行われて、看護師の意識が高い。リスク管理としては、看護師がリスクを判断して、問題がなさそうな時のみ実施しており、判断に迷う場合は医師に相談するか、実施しない。

A-2. 役割分担・連携を行った背景

A-2-1. 背景

初療や手術、または施設の構造上の問題等により、集中治療室の近くに医師がいないことが多い。また、患者の重症度が高く、患者の苦痛緩和に早期に対応したい、体位交換など頻回な処置ごとに医師を待たずに早く対応したいという看護師の思いが強かったようである。看護体制は、プライマリーナーシング制の為、受け持ち患者について担当看護師がよく理解しており、その前提で薬剤の調節が実施しやすい（プライマリーでなくても行なわれることはある）。

A-2-2. 準備状況

特になし。個人の準備状況としては、3年目くらいで状況が見えて判断能力がついてくると、先輩看護師の様子や本から自己学習をし、実施するようになることが多い。初めは医師に確認しながら行い、自信がつくと徐々に看護師の判断でフラッシュを行なうようになる。

A-3. 役割分担・連携の実践プロセス

A-3-1. 役割分担・連携のプロセス

a. 決定プロセス・調整：

気づいた時には、先輩などが習慣的に行っていたので、それを見て行うようになっていった医師の信頼関係や調整が必要だが、暗黙の了解のようになっていた部分もある。あらかじめ言っているとかが、そこは任せてもいい、という不明瞭な部分があった。

b. 準備スケジュール：

個人的に、経験年数をつんで、薬理などを理解することが必要だが、明確な計画ではないし、全員が行うとも限らない

c. 必要な事務手続き：特になし

d. 職員体制の変更：特になし

e. おこなうための準備：特になし

f. 患者・利用者への説明：特になし

A-3-2. 役割分担・連携を実践段階で生じた課題とそれへの対応（解決策）

特になし

A-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

a. 役割分担・連携の拡大：なし

A-4. 役割分担・連携の成果

A-4-1. 役割分担・連携による変化

a. 医療サービスの質への影響：患者の安楽が得られ、処置がスムーズに行える

b. 看護職の勤務形態・時間への影響：特になし

c. 医療機関経営への影響：特になし

A-4-2. 医師の勤務への影響

- a. 医師が本来業務に従事する時間の増加：おそらく増加
- b. 医師の労働負担の軽減：おそらく軽減
- c. 医師、他の医療専門職からの評価：具体的に得られていない

A-4-3. 役割分担・連携によるメリット/デメリット

a. 患者：

メリット；疼痛の緩和、処置が楽に受けられる

デメリット；薬剤の増量による、血圧低下などの循環、代謝、腎機能などへの影響

b. 医師：

メリット；わざわざ来る必要が無い、電話で済む

デメリット；何か起きたときの責任の所在が不明

c. 看護師：

メリット；処置にかかる時間を短縮、スムーズにできる

疼痛を緩和して処置を行えばスタッフの気も楽になる

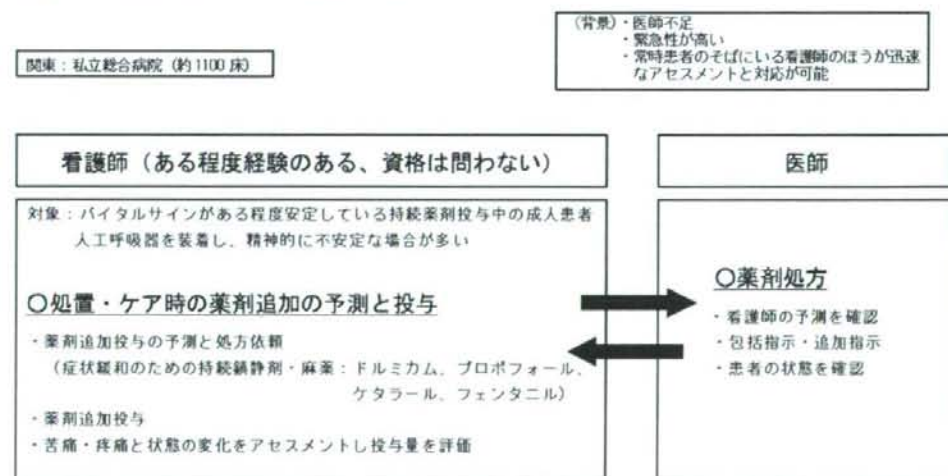
デメリット；責任の所在が不明

d. 他の職種：影響なし

図表 1-1

急性期看護領域

重症・術後患者の集中管理（ER）



急性期看護領域事例B：大動脈専門ユニットにおける

看護師による周手術期管理

B-1. 役割分担・連携の概要

B-1-1. 事例の医療機関の概要

設置主体は私立病院で、病床数約 200 床のうち、大動脈専門ユニット（以下 ACU）ベッド数 18 床である。ACU における看護師数は非常勤を含め 15～6 人であり、そのうち 6～7 人が術後管理を行う。大動脈専門の医師は現在 4 人で、ACU には不在の場合が多く、オンコール体制をとっている。緊急時には、循環器内科の医師とも協力している。コメディカルには、PT、ST、ME などがある。

B-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

対象となる患者は、ACU に入院する全患者であり、入院から退院まで看護師が管理を行っている。毎朝 ACU の全患者（15 名程度）に対しカンファレンスを行い、情報交換と治療方針の決定を行なっている。カンファレンスの始め 10～15 分は、医師・看護師・麻酔科医・手術室看護師が参加し、当日と翌日の各手術患者の具体的治療方法について取り決め、最終確認を行っている。その後 30 分は AUC の医師・看護師で申し送りカンファレンスを行なっている。術後管理の中には、人工呼吸器の管理、薬剤の調整（カテコラミンや鎮静剤、インスリン、利尿剤、輸液、カリウム補正）など。

具体的な術後管理としては、人工呼吸器の管理は、医師の指示としては「明朝まで抜管ができるように管理」といった内容で、バイタルサインや看護師が行った血液ガス測定データなどをアセスメントし、酸素濃度、モードの調整等を行う。人工呼吸管理に付随し、鎮静剤の量も看護師の判断で調整し、抜管が適切にできるようコントロールする。血圧管理は、医師の指示としては「患者の目標血圧、血圧下降時カテコラミンを使用」といったものであり、カテコラミンの種類や量は看護師が判断し、医師と協議しながら使用している。血圧管理に付随し、輸液量の調整や利尿剤の使用、カリウム補正も看護師がアセスメントし実施している。

看護師が判断できない場合や迷う場合は、医師に電話で相談し実施している。どの程度で相談するかは個々の看護師の考え方で違いがある。病状が悪化した場合もすみやかに医師に連絡する。緊急時には循環器内科医師が ACU にいることが比較的多いので、相談し協力を得ている。

b. 適応範囲

i. 対象となる患者の範囲・条件

ACU に入院するほぼすべての患者が対象となる。患者の疾患は、胸部・腹部大動脈瘤の手術患者がほとんどを占める。弁疾患、解離性大動脈瘤の内科的安静療法を行う患者の少数みられるが、その患者の管理も看護師が行っている。

ii. 役割分担を担う看護師の条件（経験年数、資格等）

看護職は ICU、ER の経験があり、その病院のシステムに慣れた看護師が術後管理を行う。ACU ができて約 2 年なので、上記術後管理を行なっている看護師は限定・固定されている（現在 6～7 名）。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

i. 実施ガイドライン、プロトコール

医師やコメディカルとの毎日のカンファレンスで、各患者の具体的治療方法を決定し、実施している。患者の疾患が比較的限定されており、パターン化されている治療も多い。また、看護師の教育システムとして、看護師が周手術管理ができるように教育するためのチェックリストを作成し導入している過程である。

ii. 責任体制（誰がどこまで責任をもつか）

取り組みは ACU センター内で決められたことであり、センター長に責任があると考えられるが、責任の所在は明確ではない。看護師は、指示がなく看護師が行った場合は自己責任だと考えているようである。緊急時には医師を呼ぶしかないが、幸い現在までに大きなトラブルはないとのことである。

B-2. 役割分担・連携を行った背景

B-2-1. 背景

現在のセンター長が 4 年ほど前に他院から異動。その医師が専門のチームを作りたいというコンセプトがあり、その考えが大きく影響していると思われる。できることなら大動脈センター所属の専門の看護師、医師、オペ室 Ns、PT などでチームを作り、それぞれの専門分野で管理を任せたいというセンター長の考えがあり、その試みの一つとして AUC ができた経緯がある。

B-2-2. 準備状況

AUC が開設される前は、大動脈瘤手術患者は術後 ICU に搬入されていた。ICU でも看護師が何らかの術後管理を行っていたが、詳細は不明。AUC が開設された時、ICU で術後管理をしていた看護師や他院で経験のある看護師がいたため、そのような看護師を中心に ACU での術後管理を行ってきた。

経験のない看護師も、他院での ER や ICU の経験がある看護師で、経験のある看護師にやり方を教わり、見て覚える、数日間ともにケアを行うという方法で看護師が術後管理を習得していくようになった。術後管理ができるようになるまでには個人差があり、管理職の中では、1 年で術後管理ができるようになるまでを目標にしている人もいるが、1 年で到達できない人ももちろんおり、明確な計画はない。看護師の経験によって、大動脈患者の周手術期のケアをどこから始めるかは、教育担当と管理職で話し合う。

B-3. 役割分担・連携の実践プロセス

B-3-1. 役割分担・連携のプロセス

a. 決定プロセス、合意を得るための関係者との調整

院内の関係者との調整等は不明である。ACU内での調整は、ユニット自体が新しく開設されたこともあり、ここから作っていかうというのが、センター長を初めとする医師らの考えであり、みんなで意見を出しあい、色々な施設のやり方でも良い方法があれば取り入れていくようになった。

b. 役割分担・連携統合に必要な事務手続き、組織・職員体制の変更

必要な事務手続きや職員体制の変更は特にはない。ACUが開設されるための手続きや組織変更はあったであろうが、詳細は不明である。

c. 役割分担・連携統合を行なうための準備、教育・訓練

個々の看護師がどのような技術を習得すれば術後管理ができるかという教育のためのチェックリストを今年度作成。現在術後管理を行う看護師は、ACU開設当初から固定されたメンバー（6～7名）であり、今後は他の看護師も教育し、管理ができるようにしていく予定。

d. 患者・利用者への説明

患者・利用者への説明は特に行っていない。

B-3-2. 役割分担・連携を実践段階で生じた課題とそれへの対応（解決策）

明らかでないが、毎日のカンファレンスで医師と看護師がよく話し合いをしており、ACU内での課題への対応はされていると予測される。

ACUができて約2年の新しい取り組みであり、業務自体もまだ煩雑なところがあり、教育に関してもまだ取り決めがなされてなかったりという状況であるため、今年度ようやく教育のチェックリストを作ったところである。術後管理を任せる基準は明確ではないため、考えていかなければならないと思っている。

B-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

しばらくこの体制を継続するが、ACU内で術後管理ができる看護師は増やしていく予定である。術後管理の文章化されたプロトコルが必要だとも思っているが、患者それぞれの状況やバリエーションがあることの方が普通であるため、課題も多い。

B-4. 役割分担・連携の成果

B-4-1. 役割分担・連携による変化

a. 医療サービスの質への影響

ベッドサイドで常に患者の状況を把握する看護師が患者の管理を行なうことで、よりの確で迅速な対応ができることが多いと考える。すべて医師の指示待ちになると、患者のケアが遅れてしまうこともあった。例えば、離床時、不要な点滴を減らしてからの離床の方

が患者は動きやすいと思われる。

b. 看護職の勤務形態・時間への影響

明確ではないが、アセスメント能力が高ければ、医師の指示を待たず、迅速なケアができるため、効率的な勤務時間の配分ができると思われる。また看護師のスキルアップ（指示を待たずに自分で考えることでアセスメント能力が向上する）にもつながると思われる。

c. 医療機関経営への影響

不明である。ただ、医師4名のみで手術件数が多いので、何らかの経営への影響があることが予測される。

B-4-2. 医師の勤務への影響

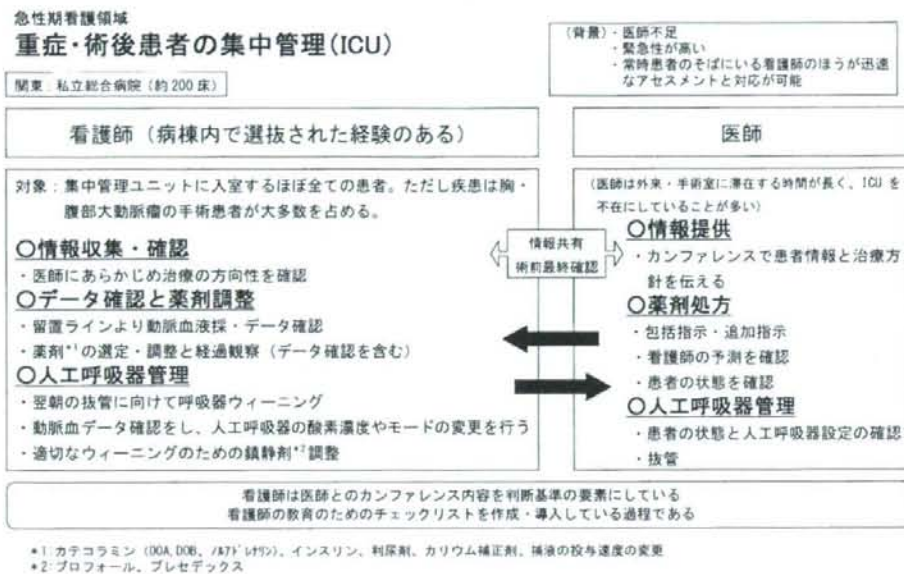
医師への負担はかなり減ったと考えられる。現在、4人の医師で、月曜から土曜まで手術をしている上に、緊急対応もしている。もし当直もしたら倒れてしまうのではないだろうかとのことである。（看護師が周手術期の管理をすることで、医師は当直ではなく、オンコール体制をとれるようになった。）

大動脈センターの医師は、ACUの看護師には管理が任せられると話しており、他の診療科の医師からもスキルがあると評価された。ただ、医師が足りなくてやらざるを得ない部分もある。

B-4-3. 役割分担・連携によるメリット/デメリット

患者からは直接メリットとして考えられることは挙げてこないが、離床など看護師の判断で不要な点滴を外してからの離床の方が患者は動きやすいと思われる。また、週末など、医師、施設の都合で抜管が遅れるなどがない。看護師が患者の術後管理まで行うことで、医師の負担はかなり減り、看護師側も、任されているということが自信になることもあり、モチベーションの維持につながるとと思われる。他のコメディカルを含め、それぞれがプロ意識をもっているため、他職種にも安心して任せられる。ただし、責任の所在は明確にはなっていない。

図表 1-2



急性期看護領域事例C：看護師によるER独歩来院患者のトリアージ

C-1. 役割分担・連携の概要

C-1-1. 事例の医療機関の概要

- a. 設置主体：財団法人
- b. 病床数：約400床（一般約200床、救命救急30床、がんセンター約150床）
- c. 職員数：医師約100名、看護師約500名、薬剤師約20名、診療放射線技師約30名、臨床検査技師約30名、事務員約160名、ほか、計約1,050名

<救命救急センターの特徴>

- d. 体制：ER型（一次～三次包括型）
- e. 医師：救急総合診療部医師が24時間常駐（3交替制）、22時以降は小児科患者も診察
※時間外小児科診療件数：約16,000件/年（平成18年度）
看護師：3交替制
- f. 日勤；救急外来（ER）看護師4～5名
準夜；ER看護師4名、小児科外来看護師1名
深夜；ER看護師2名
- g. 救急車による搬送件数：約4,000件/年、独歩でのER来院者：約39,000名/年
- h. インタビュー対象者：看護師、医師※
※医師からは、質問1の2)の(3)、3の2)、および4の1)、2)について聴取

常時看護師1名が
トリアージ専任（3交替）

C-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

当該施設では、救急車により搬送された患者は救急医が初期対応し、2次もしくは3次に振り分けて診療を行うが、ERに独歩来院した患者に対しては、基本的に初期対応としてトリアージナースがトリアージを行い、緊急度・重症度を判断し治療の優先順位を決めることにしている（但し、夜間などで他に診察中の患者がいない場合には、トリアージなしで直接診察となる）。

ERは、医師、看護師ともに24時間常駐しており、いずれも3交替勤務である。トリアージナースとしての要件（経験等）を満たし、師長等から認められた12名の看護師でシフトを組み、常時1名がトリアージブースと呼ばれるデスクに立つ。独歩患者が来院すると、トリアージナースは、トリアージ票（後述）の間診表を患者に記載してもらうと同時に、短時間でフィジカルアセスメントを実施し、緊急度・重症度の判断を行っている。重症度分類は、Manchester Triage Groupのマニュアルをベースとしており、①緊急（即診察）、②準緊急（15分以内に診察）、③やや緊急（15～60分以内に診察）、④非緊急（60～120分以内に診察）のいずれに該当するか判断する。患者を緊急、準緊急と判断した場合には、ERベッドに案内しモニタリングを行う。やや緊急、非緊急と判断した場合には、ロビーで順番待ちをしてもらうが、15分毎に再アセスメントを行い、状態の悪化がないかを確認している。場合によっては、診察しないで帰宅することを促すこともある。

トリアージ担当者は、患者の状態に応じて、バイタルサイン測定のほか、心電図検査、簡易血糖測定、末梢静脈ラインの確保、止血処置、手足の変形があった場合のアイシングやシーネ固定などを、自身の判断で実施している。

これら一連の状況は、トリアージ票と呼ばれる A4 用紙 1 枚に両面印刷された紙に記載される。トリアージ票は、表（おもて）上部の患者自身が記載する問診欄、下部のトリアージ看護師が問診およびフィジカルアセスメントに基づいて判断したトリアージ記録、さらには裏面の患者のその後（診断・治療）について医師が記載する欄により構成されている。

トリアージの妥当性については、現在、医師 1 名が、すべての記載後のトリアージ票を検証したのち、毎月 1 回の検証会にて討議、フィードバックしている（後述）。

a. 適応範囲

i. 対象となる患者等の範囲・条件

基本的には、上記独歩での ER 来院者全員が対象となる。当該施設では、原則としてファースト・アプローチは看護師が行うことになっている。但し、夜間などで、他に患者がいない状況で来院した患者については、看護師のトリアージなしで、医師の診察へ移行する。

ii. 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

トリアージナースの要件は、①臨床経験 3 年以上、②6 ヶ月以上の救急外来の経験、③BLS コースの受講（院内外問わず）、④ACLS コースの受講、⑤JPTEC™、ITLS コースの受講、⑥フィジカルアセスメント技術、⑦電話でのトリアージ能力技能、を有し、（※④⑤は必須ではない）師長、係長等が適任と認めた者である。現在、12 名の看護師がトリアージを担当しており、この中には 1 名の救急看護認定看護師が含まれる。

※JPTEC™=外傷病院前救護ガイドライン

b. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

i. 実施ガイドライン、プロトコル

施設には、トリアージマニュアルが存在する。フローチャートに沿って、トリアージナースが 4 段階による緊急度・重症度の判断を行っている。また、マニュアルには、おもな疾患別に観察のポイントなどがまとめられている（クリアブックにインデックスを付け、わかりやすく整理されている）。

ii. 実施ガイドラインの組織での取扱い

ER センター内での統一した取り扱いがなされている。

iii. 責任体制（誰がどこまで責任をもつのか）

本システムの最高責任は、救命救急センター長である。トリアージナースの選任やシフト管理に関しては、ER 師長が調整と責任を担っている。

iv. リスク管理等 ※医師より聴取

現在、救急診療部の医師 1 名（臨床経験 10 年）が、すべてのトリアージ記録を検証しており、毎月 1 回の検証会（約 1 時間程度）を開催している。そこでは、アンダートリアージ（見過ごし）やオーバートリアージ（過大）かもしれないと思われた症例、判断が難しいと思われた症例についての討議、フィードバック（レクチャー）を行っている。特に、各疾患・病態について、病歴の中に含まれるキーワードについて、看護師に徹底して指導を重ねてきたとのこと。また、「お手本トリアージ」といわれる優良トリアージ例も提示している。（これらにより、トリアージについての知識・判断力が強化されると同時に、トリアー

ジナスの不安や悩みが緩和され、判断についての自信に繋がっている。）

全症例の検証に要する時間は、週 1～2 回（1～2 時間程度）である。（1 人で行うことは大変なのでは？との質問に）「現在のところ負担には感じていない。1 人で行うほうが、判断基準の質が保たれ曖昧にならないのでよいと思う。今後もこの形でやっていきたい。」とのこと。また、逆に自分自身が、判断の妥当性について、これでいいのか、と思うこともあり、そのために検証会で意見をもらい討議することが重要なこと。

C-2. 役割分担・連携を行った背景

C-2-1. 背景

医療機関・地域が抱えていた課題・問題

当該施設は首都圏郊外の医療過疎地に存在し、救急外来が全次型であるため、連日多数の患者が来院している（1 日あたり平均 100 名以上の独歩 ER 来院者あり）。本システムが導入されるまでは、医事課担当者が初期対応し、来院者順にカルテが並べられている状況であった。そこでは、患者の訴えなどが書かれたメモが挟まれたり挟まれなかったりという感じで、担当の ER 看護師によって順番待ちをしている患者の観察の程度や頻度、優先順位等の判断がバラバラな状況であったため、本来優先して診察を受けるべき人が待たされるということがあった。効率的に重症患者に対応する必要があるとの小児科医の発案もあり、2004 年、このようなシステムの構築を検討することとなった。

C-2-2. 準備状況

実践事例の積み重ねがある、人材育成をおこなってきた等

2004 年、おもに救急看護認定看護師により、業務調査、現状調査を実施した。

専任のトリアージ看護師を置くため、ER 看護師 3 名の増員を病院長に要請し、受諾された。また、救急看護認定看護師が中心となり、医師との連携をはかりながら、トリアージ勉強会の開催（おもにパワーポイントを用いての講義、フィジカルアセスメントの指導、麻痺のみかた、絶対に見落としてはいけないことなどのレクチャー）、トリアージマニュアルの作成、トリアージ票の作成を行った。

その他、他部署への協力要請（おもに医師、医事課）、トリアージ振り返りノート（各勤務のトリアージ担当者が記載するフリーノート）を行った。

2005 年よりトリアージシステムが導入され、2006 年には、ER ブース内に医事課アシスタントが配置され、事務的な業務を委託できるようになった。

C-3. 役割分担・連携の実践プロセス

C-3-1. 役割分担・連携のプロセス

a. 決定プロセス、合意を得るための関係者との調整

本システム導入以前においても、伝統的に、独歩来院者の初期対応は医事課職員や看護師が行ってきたので、看護師がトリアージを行うことについて特に医師から異議はなかった。

重症度分類は、その時点では、日本における標準的な分類がなかったため、海外の書籍をいくつか参照した。英語に堪能なスタッフが翻訳を担当し、Manchester Triage Group のマニュアルをベースとした独自のフローチャートを作成した。

b. 役割分担・連携までの準備スケジュール、役割分担・連携統合に必要な事務手続き

発案の段階から、医師と連携をとって進めた。特に本システムの立ち上げを提案した小児科医からは多くの助言を得た。

c. 役割分担・連携統合に伴う組織・職員体制の変更

看護師の増員により、常時1名がトリアージに専念できる体制となった。なお夜勤は、ER専属者だけでなく、一般外来の看護師も勤務に加わるため、その人たちの中からもトリアージナースを選出した。また、22時以降は小児科救急患者の対応も行うことになるため、初期から小児科医との連携をはかりながら準備を進め、小児科患者用の初期観察シートなどの作成も行った。

d. 患者・利用者への説明等

院内掲示を行い、施設がトリアージを行っていることを来院者にわかるようにした。また、病院広報誌（毎月1回発行）への掲載、と職員向けリーフレットを作成し、来院者および職員への周知をはかった。

C-3-2. 役割分担・連携を実践段階で生じた課題とそれへの対応（解決策）

※医師、看護師より聴取

導入後間もない頃には、看護師のトリアージの適切性について医師から異議が出たことがあったが、厳密な検証も行われていなかった。

2006年に赴任した医師1名が、本トリアージシステムに注目し、同年12月から統計をとってみたところ、アンダートリアージ（非緊急＝軽症と判断したが、医師の診察後、結果的にICUに入室した患者）は1名しかいなかった。しかし、それ以外に骨折などの見逃しはないかという疑問をもち、2008年4月以降は、すべてのトリアージ記録を見直す（検証する）ようになった。

検証は3段階で行っており、第1段階として、トリアージを行った看護師は、その勤務帯のうちに結果についてトリアージ票を記載し、そこで判断が難しかった症例（アンダートリアージかな？と思われるケース）については、トリアージナースでピックアップしてファイリングしておく。それ以外のトリアージ票は、事務にすべてファイリングされるので、第2段階として、それらについてひとつひとつ1名の医師が目を通して。そして第3段階として、毎月1回検証会をもち、アンダートリアージもしくはオーバートリアージかもしれないと思われるような判断困難な事例についての討議を行い、またその結果を検証会でフィードバックするようにしている。これにより、トリアージナースは、判断が難しかった症例についての振り返りや医師からのレクチャーを受けること、さらには優秀なトリアージとして取り上げられること経験することにより、判断能力を強化したり自信を得ることができている。検証を行っている医師自身も、一人での判断に悩むことがあり、検証会での討議は、その判断をより確実にする機会でもあるという。

トリアージナースは、トリアージミス（アンダートリアージやオーバートリアージ）を経験すると、自らの能力のなさが露呈し、落ち込みを経験する。また多くのトリアージをこなさなくてはならないという思いが負担感をもたらし、見逃しをするのではないかとい

う恐怖心をもたらす。そのため、連日のトリアージ担当とならないようにしたり、来院者が集中する土曜日は日勤の前半後半でトリアージ担当者を交替したり、サポート者をつけるなどの勤務調整がなされている。また、「トリアージ振り返りノート」への記載・コメント返しなどにより、情報の共有や心理的サポートを行っている。

(※トリアージ振り返りノートは、1冊のリングノートでできた、トリアージナース間の交換日記的なもので、各勤務の担当者が一言記載するようになっている。中には記載がなかったり1～2行の記載に留まっているときもあるが、トリアージが困難だったり辛かった場面、反対にうまくいったエピソードなどが、ほとんどの勤務帯で豊富に記載されている。)

C-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

a. 役割分担・連携の拡大

現在のところ、この状況を継続していく予定である。医師1名による全事例の検証、および検証会の開催についても同様に継続の予定。

b. 役割分担・連携を担う人材の育成等

現在のところ、トリアージについての勉強会等を継続していく予定である。トリアージナースについては、要件を満たした看護師を順次加入していく予定である。

C-4. 役割分担・連携の成果

C-4-1. 役割分担・連携による変化

a. 医療サービスの質への影響 ※医師より聴取

本来優先して治療を受けるべき患者が、早く治療を受けられるようになった。もっとも効果があったことの一つは、急性心筋梗塞などの急性冠症候群患者の抽出が的確に行われるようになったことである。これらの患者を検出するためには、病歴にキーワードがあり、検証会でそれを強調してきた結果と考える。PCIを行うべき患者の来院からカテ室入室までの時間が、トリアージの検証開始前後で平均23分も短縮した。

現在、医師として取り組んでいることは、トリアージ結果の検証(2008年4月より)である。トリアージナースが「やや緊急」もしくは「非緊急」と判断した患者のうち、ICUに入室するに至った患者は1%であり、トリアージで緊急度が高い人ほど入院率も高い(準緊急では50%弱の患者が入院)ことから、看護師によるトリアージが機能していると考えられる。

また、看護師によるトリアージの適切性については、文化その他の違いはあるが、2002年のアメリカのデータと比べても好成績である。

	過去の報告(2002アメリカ)	当該施設2008
アンダートリアージ率(%)	1.2	0.23
オーバートリアージ率(%)	1.7	0.18

また、小児のトリアージについて行われた意識調査では、おおむねよいシステムであるとの回答(評価)を得た。

b. 看護職の勤務形態・時間への影響

超過勤務などの勤務時間の変化はない。なお、トリアージナースは精神的負担も大きいので、今後は、ピアサポートなどの導入を検討しているとのこと。

c. 医療機関経営への影響

きちんと算定はしていない。非緊急と判断された患者については、帰宅を促すこともあり（診療したことにならない）ので、その分は診療報酬が減っているかもしれない。なお、緊急度の高い患者に、早期対応ができるようになったので、患者の回復（在院日数）や、機能的予後などに、もしかしたらよい影響が出ているのではないかと考えている。

C-4-2. 医師の勤務への影響 ※医師より聴取

年間 4 万人の患者が来院し、順番どおり早く処理しようと思うと、軽症の患者が多いと精神的に非常に疲弊する。トリアージがあると、緊急度の高い患者を優先的に診ることができて、気持ちにメリハリがつく。重症な患者の診療を優先してできることが、はっきりいって非常に大きい。

看護師に対して、現在のところ特に要望はないが、これからも検証会などでサポートしていくことは必要と考えている。

C-4-3. 役割分担・連携による患者・家族・地域のメリット/デメリット

診療・治療が優先されるべき患者に、早く治療がおこなわれることが、本システムのもっとも大きなメリットである。また、看護師がトリアージを行う意義として、トリアージには、ケアの要素が大きいと考えている。「例えば風邪が流行っているときには、“手を洗ってくださいね。”とか声をかけますが、患者教育にもなるんです。また、ロビーで待っている人に、寒いかなどと思って毛布を掛けてあげられるのは看護師だと思うんです。」など。

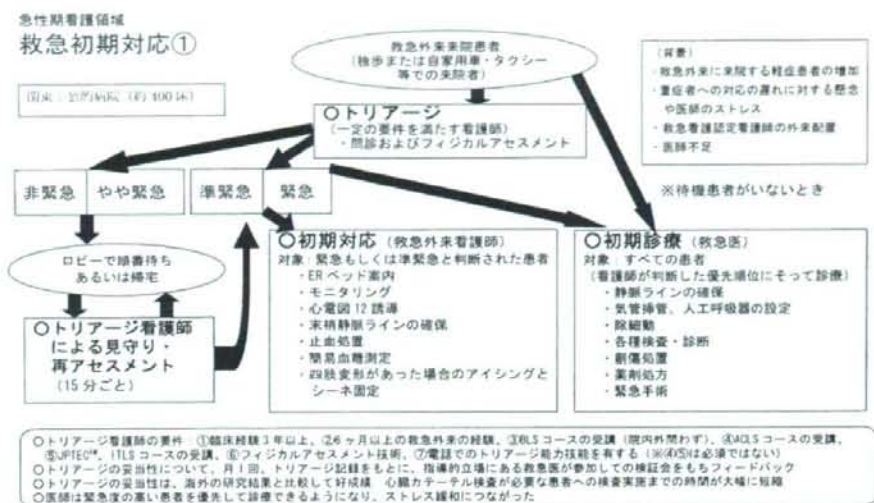
患者に関しては、本システム導入後間もない頃、一度だけ治療の優先順位について患者が怒った（先に来ているのになぜ後回しなのか！）というエピソードがあった。しかし、現在は、院内に掲示するなど説明が浸透してきていることもあり、患者からのクレームはない。

<最後に>

医師より、「本システムは、この施設のように常に複数の患者が待機するような状況でなければ効率的ではないだろう。患者数が少なく、待ち時間を考えなくても良い状況であれば、このようなシステムは機能しないと思う。」とのコメントであった。

また、施設の特徴として、外来のなかに ER があり、その中央にカンファレンスルームが置かれるなど、他職種が入り込み関わりやすい雰囲気があった。医師のトリアージナースに対する信頼度は高く、一方それを支えているのが、医師による検証やフィードバックであることがわかった。このシステムがこのように効果的に作動しているのは、医師、看護師のお互いの役割認識と専門性の発揮、そしてコミュニケーション努力であると感ずる。

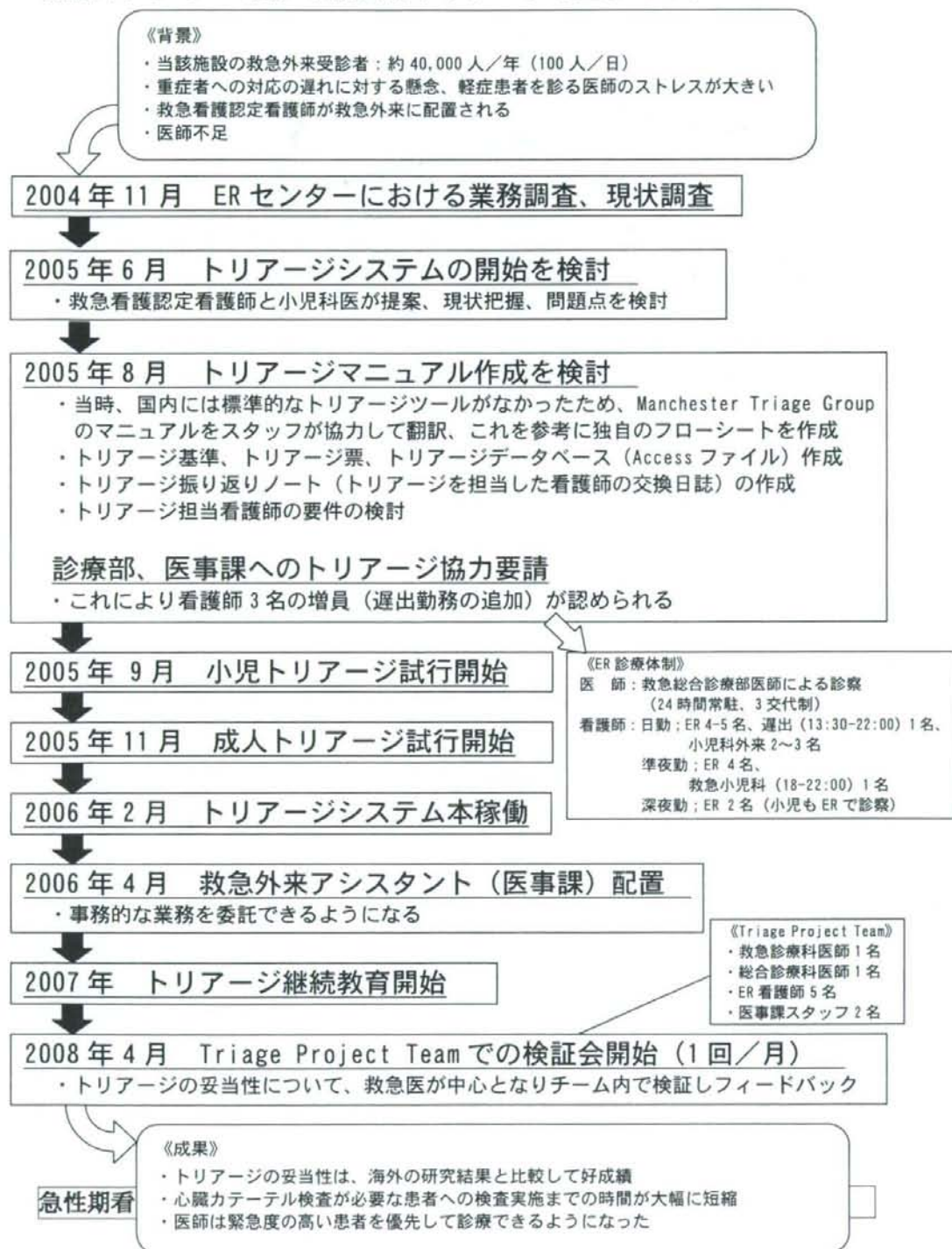
図表 1-3



図表1-4

急性期ケア

看護師によるER独歩来院患者トリアージ確立までのプロセス



急性期看護領域事例D：夜間救急外来のトリアージと初期処置

D-1. 役割分担・連携の概要

D-1-1. 事例の医療機関の概要

a. 設置主体：総合病院、病床約600C

b. 病床数：集中治療室6床、救急病棟31床

- ・ 当直医師：内科1名、外科1名、循環器1名、救急科3名
- ・ (但し病棟やER等も兼ねるので通常外来を不在にしている)

D-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

a. 役割分担・連携の活動内容

救急外来患者が比較的軽症で集中治療室の患者が重症で、医師がすぐに駆けつけられない場合、バイタルサインの確認と血管確保、採血、血糖測定を含めて救急外来看護師に依頼している。医師が予め救急外来で患者の到着を待ち受けられず、患者が重症な場合には、事前に電話連絡にて、駆けつける数分の間に下顎挙上の気道確保、血管確保、心臓マッサージ、エピネフリンの投与までしてもらったことがある。

b. 適応範囲

i. 対象となる患者等の範囲・条件

救急外来に医師がすぐに駆けつけられない場合。

- ・ 救急外来患者が比較的軽症で集中治療室の患者が重症
- ・ 救急隊が連絡なしに来た場合
- ・ 急変のため救急外来に駆けつけられない場合

ii. 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

採血、血管確保、血糖測定に関しては通常一人で勤務をできる看護師であれば、特別な資格は必要ない。しかし、エピネフリン投与、心臓マッサージの必要性の判断、気道確保はACLSやBLSを受講している人が望ましい。救急外来の看護師は、ACLS Providerを持っている人がほとんどで、ACLS Instructorを目指している人もいるため、研修医よりも実ははるかにACLSには長けていると考えている。なかには認定看護師もいるので、救急外来の看護師であればだれでも条件は満たしている。救急外来の看護師メンバーがあまり変わらず、看護師がベテラン化していて、医師がやろうとしていることを理解してくれている。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

i. 実施ガイドライン、プロトコル

ACLSがいわゆるプロトコルとも言える。初期輸液に関しては、ある程度ルーチーンで使用しているものがあるが、採血の項目についても通常、必要と考えるものはカバーできている。