

## D-2. 役割分担・連携を行った背景

### D-2-1. 背景

#### 医療機関・地域が抱えていた課題・問題 等

普通は集中治療室が重症や満床、手術中であるとか救急治療室に人が割けない場合には、周囲の救命救急センターはほぼ全部断っている。しかしこの病院は地域の受け皿になっているという自覚があるから、病院の方針として、たとえ遠方のエリアであっても基本的には救急を断らない。そのため、医師の数と患者の重症かける人数が釣り合わないために今回の事例のような対応をせざるを得ないことがある。しかし、それは月に1回あるかないで、夜中3人いる当直医が一人も割けないというのはかなり珍しいこと。

### D-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

医者は外来患者だけではなく、ほかにも重症な患者を診ているため、すぐに駆けつけられない場合がある。救急外来の看護師からすれば、どんどんさばかないと医者が着くまで待っていたら、救急外来全体が動いていかない。そのため、取り組みとしては看護師から自発的にみられたが、それにより医師の側から任せられる、という感覚が生じて現状に至っている。特に何か準備したわけではない。

救急外来患者来院数については、正確な数字ではないが、日本で10本の指に入るだけの数をしかも少人数のスタッフでこなしている。それにより、一人一人のレベルアップにつながっている。そのことで勉強の時間は減り、学会発表などアカデミックな面での弱さはあるが、看護師も含めて患者に対してマイナスにならない治療をして、数をさばっていくことに関しては、これまで積み上げてきた症例の数が大きいと思う。

## D-3. 役割分担・連携の実践プロセス

### D-3-1. 役割分担・連携のプロセス

救急外来の看護師は、ACLSやBLSを受講しており、臨床経験が豊富なので、救急外来の看護師なら任せられるという気持ちがある。

準備スケジュールとしては、この救急医学科ができて10周年で、現在のように救急外来の看護師に任せられると感じられるようになったのは5年くらい前から。その間に、いろいろな医師により、患者の初期評価、補液と採決項目といった共有の常識が徐々に出来上がってきた。

### D-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）

医師によっては、看護師がある程度見てくれている安心感から、救急外来へ行く時間が伸びたりするかもしれない。甘えてしまうことがあるかもしれない。その解決策としては、すぐに駆けつけられない場合には、事前に得た患者情報から、必要な指示をあらかじめ出すことを欠かさないこと。あとは、病院を建て直して、救急外来と集中治療室を隣にするということも必要。

### D-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

医師不足が背景にあり、看護師と協力してやってきた。看護師の質の保証や医師・看護師間の協力体制がなければならない。

#### b. 役割分担・連携を担う人材の育成 等

ほとんどの救急外来の看護師が ACLS・BLS に興味を持ち、JNTEC（外傷初期看護）や特に災害医療に積極的に参加している。病院で BLS・ACLS のサイトを開いており、教育の機会を十分に広げ、またそれについて来てくれている。

### D-4. 役割分担・連携の成果

#### D-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

患者の救命率や回転率はいい方向に行っていると思う。

患者が知らないところで、看護師が家族に病状説明をすることが多々あるが、それによってトラブルになることは年に数回で、圧倒的にいい面が上回っている。救急外来で動揺している家族を落ち着かせたり、連絡の取れない家族を捜しあてたり、医療行為だけではなく、事務手続きもしてくれるので助かっている。

##### b. 看護職の勤務形態・時間への影響

不明

##### c. 医療機関経営への影響

患者の回転率はいい方向に行っていると思う。収入は上がっていると思う。

#### D-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（具体的に何にどの位の時間をかけられるようになったのか）

救急車で新規の患者に束縛されることなく、真に医師が診なければならない人を優先することができる。医師がいなければ絶対に手出しをしない病院なら断っている患者を断らずに済む。

##### b. 医師の労働負担の軽減

予想していた重症度よりもずっと高い場合など、急かされることで全体を見回したうえで優先順位検討することができる。

##### c. 医師、他の医療専門職からの評価 等

看護師の自分たちの専門性を高めようという面での質は上がってきていると思う。今回は患者到着後の何分か事例についてであるが、医師到着後について、悪い点で言うと、忙しくなってきたので、優先度が低い医療行為を求めたり、看護師ができる処置を早く終わらせたりといった効率化のため、先回りしてやろうとする傾向がみられる。

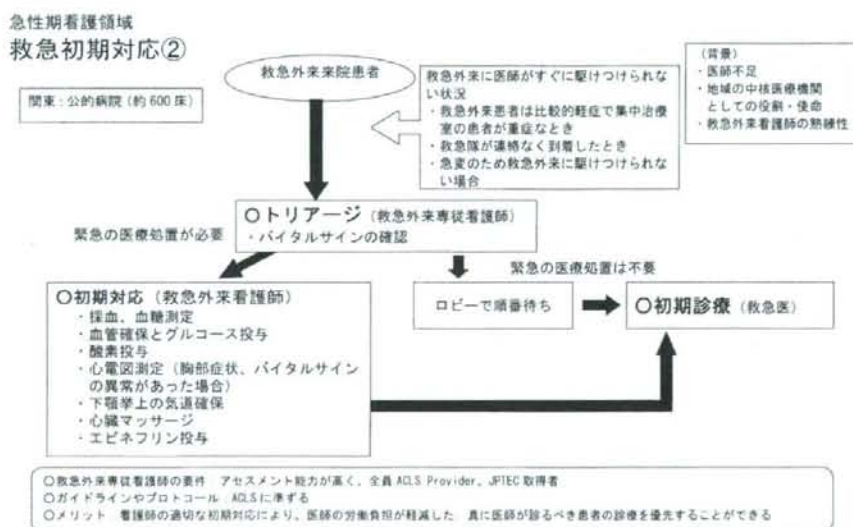
### D-4-3. 役割分担・連携による患者・家族・地域のメリット/デメリット

a. (患者) 患者の救命率はいい方向に行っていると思う。

b. (家族) 医者が知らないところで、看護師が家族に病状説明をすることが多々あるが、それによってトラブルになることは年に数回で、救急外来で動揺している家族を落ち着かせたり、圧倒的にいい面が上回っている。

(地域) 医師がいなければ絶対に手出しをしない病院なら断っている患者を断らずに済む。

図表 1-5



## 急性期看護領域事例E：看護師による成人救急トリアージと初期処置

### E-1. 役割分担・連携の概要

#### E-1-1. 事例の医療機関の概要

- a. 設置主体；総合病院、病床；約600床、
- b. 対象病棟ベッド数；なし（1～3次救急外来）、
- c. 対象外来看護師数；夜間外来専任看護師6名と日勤外来看護師が当番で勤務  
（準夜勤4名、深夜勤3名）
- d. 当直医師；内科1名、外科1名、循環器科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）

#### E-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

救急外来に搬送された患者の状態をみて、看護師が必要と判断した場合に、採血と血管確保を行なう（確保後はヘパロック）。また、血糖値を測定し意識消失が低血糖が原因であると考えられる場合はグルコース投与を行なう。酸素飽和度を測定し、低酸素の場合は酸素投与を行なう。心電図が必要だと判断した場合は心電図をとる。全て医師の指示が無くても行なう。また、医師の指示があっても、必要性がないと看護師判断した場合は、医師と再度協議し、指示（処置）を行うか決定する。（救急搬送時、医師不在の場合が非常に多い）

##### b. 適応範囲

###### i. 患者の条件：

- ①採血と血管確保；意識、患者の様子、バイタルサインを見て、看護師が必要と判断した場合
- ②血糖測定とグルコース投与；意識状態と血糖値を見て、看護師が必要と判断した場合
- ③酸素投与；酸素飽和度が95%未満の場合（規定ではなく個々の看護師の考えによる）
- ④心電図測定；年齢（虚血性心疾患が多い年代）、胸部症状、バイタル（主に血圧が高い）で看護師が必要と判断した場合

###### ii. 看護職の条件：

特になし。ただし、夜勤専従外来看護師のアセスメント能力が高く、その看護師が医師や当番看護師を動かしている状況がある。また、夜勤専従看護師は、自らその部署を希望し、看護部から選定された能力の高い者で、ACLS ProviderとJPTEC資格所有者である。

#### E-1-3. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

- ・実施ガイドライン、プロトコルは、院内独自のものはないが、ACLSに準じる。
- ・責任・リスク：不明。ただし、危害が及ぶことはほとんど行なわれないと考えられるため、責任やリスクの問題が発生しにくい。

## E-2. 役割分担・連携を行った背景

### E-2-1. 背景

医療機関が抱えていた問題：医師が多忙で、救急外来になかなか来れない

### E-2-2. 準備状況

少なくとも10年前からこの体制であり、具体的にどのように進められたかは不明。

## E-3. 役割分担・連携の実践プロセス

### E-3-1. 役割分担・連携のプロセス

- a. 決定プロセス：不明
- b. 準備スケジュール：不明
- c. 必要な事務手続き：不明（おそらく無かったと予測される）
- d. 組織・職員体制の変更：おそらくなし
- e. おこなうための準備、教育：おそらくなし
- f. 患者・利用者への説明：なし

### E-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）

不明

### E-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：特になし
- b. 役割分担・連携を担う人材の育成：特になし

## E-4. 役割分担・連携の成果

### E-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：変化は不明だが、おそらく患者への対応が早い
- b. 看護職の勤務形態・時間への影響：変化は不明だが、おそらく効率的に業務が遂行。
- c. 医療機関経営への影響：不明。処置が早く適切であればその後の治療が早く終了し、時間とコストを削減している可能性がある。反面、不要な採血等のコストをかけている可能性はある。

### E-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：他の患者に診療の時間をかけられる
- b. 医師の労働負担の軽減：看護師が適切な初期対応を行えば、軽減すると考えられる。
- c. 医師、他の医療専門職からの評価：特になし

### E-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

#### a. 患者・家族：

メリット；何もしてもらえず待ち時間が長いという状況より、患者・家族は安心感が得られる

デメリット；特にないと思う（看護師が絶対できる処置しかやらないので危険はない）医師が初期処置がされている安心感から外来到着が遅れている可能性は考えられるが明らかではない。

**b. 看護師：**

メリット；業務が効率的になり、次の患者の対応準備が早くなる

デメリット；情報が不足したり、自分達では判断できない場合困る（医師が不在で検査等もすまないため）

**c. 医師：**

メリット；看護師が適切な初期対応を行えば、診療時間の短縮になる。

デメリット；看護師が処置していると思って外来に到着し、できていないと対応が遅れる（どこまでやるか等の明確な取り決めがなく、その日の忙しさや看護師の能力によってばらつきがあるため）

## 急性期看護領域事例 F : ER 外来看護師による CPA 患者への初期対応

### F-1. 役割分担・連携の概要

#### F-1-1. 事例の医療機関の概要

- 設置主体：学校法人
- 病床数：約 1,200 床
- 職員数：医師約 280 名、看護師約 1,200 名、薬剤師約 35 名、放射線技師約 50 名、臨床検査技師約 90 名ほか

#### <高度救命救急センター外来の特徴>

- 体制：ER 型（一次～三次包括型）
  - ※病床としては ICU26 床、熱傷病床 3 床を保有
- 医師：初期診療は、1・2 次は、各科医師で構成される「アドバンスト・トリアージ・チーム」による診療、3 次は救命医による診療  
夜間は、当直制（各科医師 1 名 + 救急指導医 1 名 + 研修医 2～3 名）
- 看護師：2 交替制（救命救急センター全体で 120 名、うち 3 名の救急看護認定看護師を含む）
  - ・ 1・2・3 次外来：日勤；5 名  
準夜；5 名  
深夜；4 名  
※準夜帯のみ看護師が受付にて、トリアージを実施している
- インタビュー対象者：看護師

#### F-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

当該施設では、ER に独歩あるいはタクシー等で来院した患者に対しては、日中は、看護師が問診をしながら、アドバンスト・トリアージ・チームにつなげて初期対応をしている。アドバンスト・トリアージ・チームは、3 年前に結成され、各科医師で構成し初期診療を担っている（3 次外来は救命医が初期診療を行う）。

このような状況下で、ときに 1・2 次外来到着時に心肺停止状態である、あるいは外来にて急変し心肺停止となった場合、さらには外傷等で多量の出血が明らかですぐに担当科が手術できないような場合に、看護師が自らの判断で医師の到着を待つまでの間に静脈路確保やボスミン等の薬剤の静脈内投与を行えるというシステムができています（外傷では静脈路確保のみ）。

当該施設には、多くのクリティカルパスが存在し、この CPA 患者への初期対応についても、2 分毎の状態チェック、薬剤投与などについてのプロトコルが、A3 判用紙 1 枚のクリティカルパスとして作成されている。本来は医師のサインがなされて実施されるものであるが、非常事態においては、救命を優先するため、看護師が医師の指示を待たずしてこのクリティカルパスどおりに一次救命処置、観察、モニター装着、および特定の薬剤投与を行うことが認められており、医師が現場に到着次第、状況報告して事後承諾を得ることとしている。外来内に常時医師が存在することから、患者の急変を覚知して 5 分程度で医師の到着は可能であるが、クリティカルパスができてからの 6 年間に 10 件ほどの実施がな

された。なお、この行為を実施できるのは、後述する要件を満たした看護師に限られる。

#### a. 適応範囲

##### i. 対象となる患者等の範囲・条件

1・2次外来にて、心肺停止となった患者（来院時に心肺停止状態であるもの、および外来での急変者）、もしくは大量出血の患者が対象。本クリティカルパスの除外患者についても規定されている。

##### ii. 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

組織が認めた初療の教育担当看護師（現在7名）であり、各勤務帯に必ず1名が含まれるよう勤務調整されている。この7名は、自主的な手挙げにより決まったが、臨床経験は少なくとも8年目以上で、総合リーダー（外来、ICU）の経験が4～5年目以上、ACLS、ICLSコース等を1名以外が受講済であった。教育担当看護師は、自分の勤務中にこのような事態が発生したら、その中心を担うことが申し合わされている。

看護師の静脈注射施行に関しては、最近、病院全体での講習会や認定制度（実施することの認定）を開始したばかりであるが、認定要件として、認定を受けたい者は申請用紙を各部署の看護師長経由で看護部および安全管理室長へ提出し、認定を受けるという仕組みとなっている。なお、申請の際には、職員教育室が関与した e-learning での教育を受け、経験年数5年以上であればテスト無しだが、5年未満では主任・師長等に手順等の確認テストを受けての申請となる。認定されると、ネームプレートにシールが貼られる。緑のシールが与えられると穿刺が認められるが、まだ認定制度が開始されたばかりで、救命救急センターで認定された者は1名しかいない。しかし、他院等で静脈注射の経験があるなど、穿刺技術のあるものは、救命優先という考えから、緊急事態においての穿刺を認めている状況である。

#### 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、プロトコール

心肺停止状態の患者への初期診療についてのクリティカルパスが存在する（先述）。なお、看護師が蘇生のために使用可能な薬剤としては、ボスミンのほかリドカインがある。

##### ii. 実施ガイドラインの組織での取扱い

本クリティカルパスは救命救急センターで作成されたものであるが、病院全体で使用可能となっている。クリティカルパスを作成する場合には、草案についてシミュレーションを行い、その結果を院内のクリティカルパス委員会に報告し、各科医師から承認されれば診療科委員会（教授会）へ諮られ承認されるという流れがある。本クリティカルパスについても、承認までに1年程度を要した。

##### 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、病院長である。

##### iv. リスク管理等

本クリティカルパスの導入にあたっては、シミュレーションを繰り返し実施し、その結



果をクリティカルパス委員会に掛けている。

また、看護師の静脈注射については、病院全体で認定制度および講習会が開始されたところであるが、安全管理室長に認定を受けた者のみが実施可能となっている。安全管理室は、院長直下の機関であり、室長（医師1名）とリスクマネージャー2名（看護師1名、臨床検査技師1名）および専属の事務員で構成されている。なお、看護師の静脈注射の施行および認定制度については、入職時オリエンテーションの中に、プログラムが組み込まれており、看護職全員にシステムについての周知が図られている。

## F-2. 役割分担・連携を行った背景

### F-2-1. 背景

#### 医療機関・地域が抱えていた課題・問題

1・2次外来で患者が急変したとき、何もしないという状況に安全面や教育面での不安があったところに、平成14年当時の師長の発案により、AHAガイドライン2000の浸透に合わせて、救急医、師長、救急看護認定看護師、クリティカルパス担当看護師らが検討を重ねてアルゴリズムを作成した。CPA患者への診療はある程度パターン化されており、パスにしてきちんと実施していくならばチームとして共有でき、または医師の指示となるので看護師としての役割もとれるのではないかと考えた。

### F-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

本システム導入以前にも、看護師により静脈路確保や薬剤投与が行われたという実績があった。

## F-3. 役割分担・連携の実践プロセス

### F-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

クリティカルパス作成にあたり、ワーキンググループを発足させた。メンバーは、救急医3名、看護師4名（うち師長2名はコーディネーター）で、約半年間ワーキングを行い、内容を詰めていった。

#### 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

クリティカルパスができたところでシミュレーション（経験6年目以上の看護師が参加）を繰り返し行い、その結果をパス委員会へ挙げた。

#### c. 役割分担・連携統合に伴う組織・職員体制の変更 特になし

#### d. 患者・利用者への説明等 特になし

## F-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

## F-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、看護師判断で使用できる薬剤はボスミンとリドカインのみであるが、アトロピンなど他の薬剤についても、適応があれば拡大は可能と考えている。また、除細動についても、すでに医師との間で申し合わせができており、実施を促進したいとの意向あり。

一方、各科医師が呼吸器使用の経験が少ないとの背景から、呼吸器の初期設定などにも携わりたいと考えている。

### b. 役割分担・連携を担う人材の育成等

現在は、外来の教育担当看護師 7 名が、蘇生実施を認められた形であるが、今後は、静脈注射および ACLS, ICLA 講習会等の参加を含めた経験状況より、新たにメンバーに加わることのできるスタッフを育成していく方向である。看護師からも、蘇生について学ぶ機会も多いので、「やってみたい」との声がある。

## F-4. 役割分担・連携の成果

### F-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

この 6 年間で 10 件程度の看護師による CPA 患者への治療経験があり、うち少なくとも 2 件は蘇生することができたという実績がある。

#### 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

### F-4-2. 医師の勤務への影響

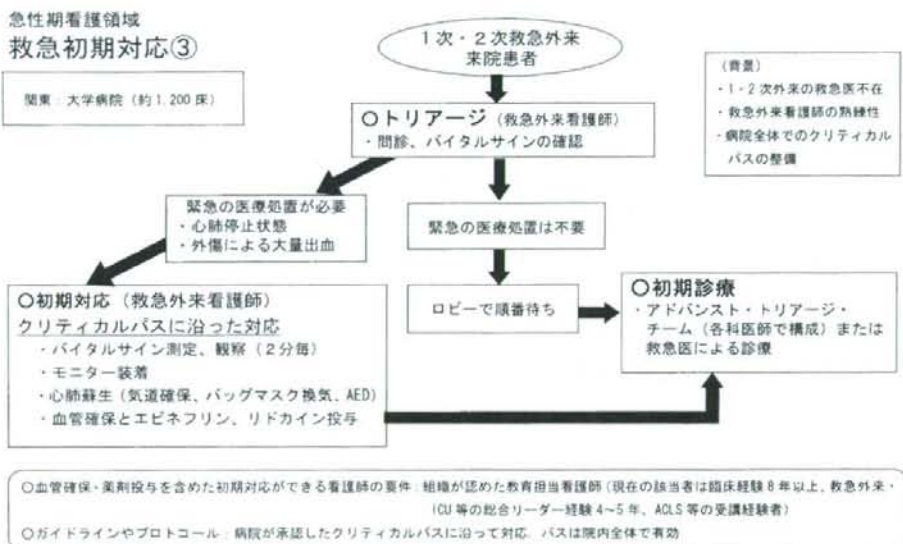
心肺蘇生については、医師は肯定的に捉えているが、ボスミン以外の薬剤投与については必要な知識もたくさんあるので、こちらもあまり指導していない。リドカインについては、ボスミンと交互に投与するので、知識がきちんとしていれば、拡大してもよいとの考えもある。

（医師到着前に看護師が蘇生したことについて）医師より「誰かがやってくれてよかったね」とのコメントがあった。なお大学病院という特性から、看護師がこのようなことを行うことについては、積極的にという風潮ではないが、「やってはいけない」という声はなく、「救急の看護師さんだから知ってるでしょ」との認識である。各科医師は蘇生の経験が少ないこともあり、肯定的に捉えられている。

### F-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

現在のところ、実施件数も少なく、明らかなメリット、デメリットはわからないが、少なくとも患者を救命できた点でよかったと考える。

図表 1-6



## (2) 急性期看護領域における役割分担・連携の特徴・課題

### 1. 役割分担・連携の特徴

急性期領域の事例は、結果として①緊急時の重要薬剤投与、②救急患者の対応（トリアージと初期治療）、③周手術期管理、に集約された。③以外はいずれも緊急時対応で、一刻を争う、なおかつ医師が不在の状況で、看護師が臨床判断に基づく救命処置を行うことが、この領域においては緊急に求められている課題であることがわかる。

- ① 緊急時の薬剤投与は、静脈ライン確保、点滴内への薬剤投与、投与薬剤のポーラス（フラッシュ）投与など、多様な手段に渡っていた。いずれも患者の病態悪化の予防・改善や、患者の著しい苦痛緩和のための処置であり、施設によっては緊急避難的と言うよりは、慣習的伝統的に根付いて実施しているところもあった。ただ看護師の薬剤投与に関して、クリニカルパスや指針などは別にして、どの施設も明確で詳細なプロトコルやマニュアル作成までには至っていない。その難局打開のため、スタッフ間の定期的な討議、成功事例や改善点などのフィードバックの実施、臨床実践能力向上のための教育といった問題解決策にて処している現状が明確となった。
- ② 救急患者への初期対応は、増加の一途である救急患者への迅速かつ効果的な初期対応の必要性と、それに関与する看護師の重要性を明らかにしている。また実証的な取り組みもいくつか見られ、この分野における看護師の貢献の大きさと普及の可能性を大いに示していた。
- ③ 周手術期管理は、麻酔看護師の例と同様に、看護師の可能性拡大とともに医師不足への対策のひとつとして、施設、医師との合意の上に生じてきた事例と考えられるが、施設による相違や差異が大きい。医師との連携の在り方の1つとは思われるが、看護師の役割、責任をさらに明確にする必要がある。

### 2. 役割分担・連携の課題

3 パターンの事例以外にも、急性期領域ではさまざまな試みが行われていると推察する。例えば治療的介入方法に対する看護師の参加（IVH やドレーン、胃管の抜去時期の提言・実施、食事や退院の判断など）は、既に実施している施設があるのではないと思われるが、今回事例として顕在化させるまでには至らなかった。さらに情報収集とともに幅広い事例を集める必要がある。また役割分担・連携が有する課題の具体については、以下の3点が考えられる。

- ① 医療事故・過誤の危険性と対策の必要性
  - ・ 迅速な判断と対応を要する急性期領域では、実施した看護が患者の生命に直接影響する。そこで生じる医療事故・過誤に対し、今まで以上に訴訟への対応や賠償の問題を含めて責任の在り方を検討する必要がある。
  - ・ 急を要する状況での迅速な対応には、現存のクリティカルパスやガイドラインでは補いきれない看護判断を要する場面が多々あることが予想される。救命のために看護師が施行した行為に対し、医師への事後報告による承諾を保障するなど法的根拠の基盤づくりの検討が必要である。

② 看護師の裁量権拡大と他の医療職（医師以外）との連携に関して

- ・ 医療機器を装着している重症患者に対して、看護師は医師が行う診断・治療業務の補助と、それらを踏まえた上で日常生活援助ケアを展開している。看護の担う役割は、患者の病態と経過を総合的に判断し、ベッドサイドで迅速に対応していくことである。一方で看護以外の医療職（薬剤師等）も裁量権拡大を視野に入れていることが予想される。その際に、他の医療職の裁量権拡大を視野に入れ、さらには連携を深めていく方向で、これまでの蓄積された看護実践を検証し、その効果を示す研究成果を明らかにしていく必要がある（例：薬剤師が処方権を獲得した際に、看護師との棲み分け連携はどのようにすればよいか。個々の薬剤師についての知識は薬剤師により専門性があるだろうが、患者の臨床症状、生活リズム、治療との関連等でのアセスメントは、看護師の判断が重要となる。）
- ・ 急性期領域における看護実践の成果の蓄積から、医師と看護師との役割分担と連携によって生じる看護の負担を補う人員の確保に関する資料を得る。

③ 看護実践に対する診療報酬に関して

- ・ （専門看護師、認定看護師等の）裁量権が拡大に向け、まずはそれらの専門職が行う看護に対して、いかにして診療報酬を得ていくかを検討する。
- ・ 専門看護師、認定看護師等に診療報酬が得られた場合、それらの専門職を医療機関がどのように受け入れるかについて、位置づけを明確に示す。（この部分の課題は、看護実践の効果の明確化の部分か、もしくは病院等の施設が採算を得る上問題の部分か）

④ 問題発生時を想定した法的解釈や法的責任追及への備え

医療処置・ケアに関与するに当たり、これまでの判例や法的解釈等を踏まえ、どのような事態が起こりうるか、可能な限りの想定を行い、生じる法的解釈、責任を明確にしておく必要がある。

図表 1-7 役割分担・連携による医療サービス提供体制への効果

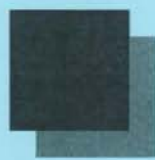
	プラスの影響	マイナスの影響
医師の本来業務の時間等への影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>急変時の対応として看護師が救急初期対応を実施した場合、同一あるいは他の患者に対して医師が別の処置や指示出しを並行して実施することが可能になる。</li> <li>医師の診療時間が短縮され、他患者への対応や自身の休息、研究や教育活動に充足する時間が現在よりも確保できる。</li> <li>効率的な診療体制となり、ER などでは緊急性のある重症患者を優先的に診療できることで、医師のストレス軽減につながる可能性もある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師との役割分担が明確でない場合、看護師が患者の集中管理や救急初期対応をしているという安心感から、医師による対応の遅れが生じる可能性がある。</li> <li>診療科の管理者として、役割分担・連携による医療サービス提供体制の評価に費やす時間が増加する。 【事例 3 では、週に 1~2 時間程度】</li> </ul>
患者・利用者への医療サービスの質への影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>侵襲を伴う処置を行う際、医師の指示をただ待つだけでなく、看護師がアセスメントして鎮痛剤投与などの対応をすることで迅速にケアが行われ、患者の安楽が早期に得られやすい。</li> <li>看護師がトリアージや初期対応で早期に対応することで、患者や家族が安心感を得られる。</li> <li>患者と接する機会の多い看護師が対応することで、処置に患者のニーズが反映されやすい。</li> </ul> <p>【事例 3 の施設における具体的評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎看護師によるトリアージの導入により、心臓カテーテル検査を実施すべき患者の来院から検査開始までの時間が、トリアージの検証開始前後で平均 23 分も短縮された。</li> <li>◎看護師によるトリアージの適切性の評価 ※括弧内は 2002 年のアメリカでの結果を示す。</li> <li>・アンダートリアージ率:0.23% (12%)</li> <li>・オーバートリアージ率:0.18% (17%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>重症・術後患者の集中管理や救急初期対応など、実施する看護師の能力により、提供されるサービスの内容や質が左右される。</li> <li>緊急時に看護師判断で行われた処置の結果、更なる有害事象や不測の事態が生じた場合、看護師だけでは対応できない可能性がある。</li> <li>医療過誤が生じる恐れもある。</li> <li>ER などにおいて、医師の知らないところで、看護師が家族に病状説明を行うことも多く、それによるトラブルが年に数件生じている。</li> </ul>

<p>看護師のサービス提供等への影響</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師の専門性やスキル、モチベーションの向上につながる。</li> <li>・ER 外来や重症・術後患者の集中管理などにおいて、患者や家族のニーズをアセスメントしながらケアを実践する場面が増える。</li> <li>・業務が効率的に行われることで、他患者への対応時間の増加や業務時間の短縮につながる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・トリアージや、救急初期対応、重症患者の集中管理などを実施する看護師が限定される場合、勤務交代や人員配置の変更が必要となることもある。</li> <li>・看護師の精神的負担が増加する可能性がある。</li> <li>・リスク管理の面では、医療過誤が生じた場合、責任の所在が不明になりやすい。</li> </ul>
<p>医療機関の経営への影響</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師による術後管理によって患者の離床が円滑に進み、結果的に在院日数の減少につながる可能性がある。同様に ER などにおいても、看護師が早期に対応することで患者の予後が向上した場合、時間とコストが削減されうる。</li> <li>・回転率や救命率の向上、病院の増収につながる可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師がトリアージを実施しても、診療報酬上の変化は殆ど生じない。</li> <li>・サービス提供体制を整えるために、コストと時間を要する。(業務調査、人材育成、マニュアル類や機器などの整備、人員確保、サービス体制を周知するための広報活動、メンタルサポート体制の整備など)</li> </ul>

図表 1-8 役割分担・連携促進の要因と課題

事例より導き出された各項目の内容		
背景	医療現場の煩雑さと医師の不足を補うための打開策	地域の中核病院としての自負による受容力以上の救急患者の受入れによる多忙な医療現場
		より重症な患者を優先することにより医師がすぐに対応できない患者が生じてしまう
		医師の不足
		担当看護師による判断能力のばらつき
	患者に密接した看護の立場と蓄積された実践能力	迅速に判断し対応しなければならない状況から蓄積された看護能力
		患者のより近くにある看護師の方が迅速な対応が可能
迅速な対応への問題意識		医師の到着を待つのでは急変した患者や重症患者への対応が遅れてしまうことへの問題意識
		チーム医療への意識の高まり
人員配置	要件を満たす看護師の配置	迅速な判断能力のある看護師常駐のための勤務調整
		看護師の増員
		新人から救命に必要な能力の育成
円滑業務のための部署編成		円滑な業務のための部署の編成
取り決め(判断基準)	明確な判断基準の設定	トリアージマニュアルに即した判断とアセスメントの明確化
	看護師の初期対応に対するサポート体制の整備	緊急時に看護師が行った対応については医師からの事後承諾が可能
	要件を満たす看護師の成熟度の確認	要件を満たす看護師への成熟度を推し量る
問題解決方法	日々の実践からの学び	熟練した看護師を中心とした指導の徹底
		緊急時であっても常にスタッフ同士で声を掛け合う
		臨床場面での実践能力の積み重ね
		自己学習での成果に委ねる
	スタッフ間の定期的な討議とフィードバックの実施	定期的な実施内容の討議とフィードバック
		問題事項などの情報の共有化
		医師と看護師の定期的なカンファレンス
	卒後教育による実践能力の育成	必要な病態生理についての指導
卒後教育による判断能力の育成		
独自のシステムと認定制度による水準の引き上げ	施設全体へのシステムの周知	
	施設独自の認定制度の設置	
精神的負担を軽減するピアサポートの導入	トリアージナースの精神的負担軽減のためのピアサポートの導入	
資格認定の制度化の模索	BLS や ACLS などの有資格の増加を背景とした資格の制度化の検討	





2) 慢性期看護領域の  
役割分担・連携

## 2) 慢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の4事例の報告を以下に記す。

#### 慢性期看護領域事例A：看護師主導による糖尿病チーム医療

##### 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：財団法人
- b. 病床数：約120床
- c. 職員数：
  - ・ 医療関係職員数：医師 約10名、薬剤師・OT・PT・ST・事務職員数 不明
  - ・ 看護職員数：約80名、専門看護師 数名、認定看護師 数名

###### 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

A病院は、消化器科・外科・内科・放射線科の病院で、患者の多くは消化器外科の患者である。また、入院目的疾患以外に糖尿病を患っている患者や、手術に伴い血糖コントロールの必要な患者は多いが糖尿病専門医はいなかった。A看護師はそのような患者に対し、外来・病棟を組織横断的に活動している。その内容は糖尿病看護業務のほか、検査の指示と実施、薬剤の処方・調整および実施、経過観察と幅広く、急性期的治療もおこなっている。当初は医師と相談しながらであったが、活動開始後しばらくしてからはA看護師の活動内容は院内で認められ、医師がA看護師に相談することも多い。2005年からは糖尿病患者専門のリソースナース（病院全体で活用する看護師）としてフリーな立場で活動している。早朝出勤にて入院患者のインスリン自己注射指導を行い、その後医師の回診に同行し、午前中に10名/日に対し看護外来を担い、午後は10名/日程度の入院患者の病棟ラウンド、手術日は患者の状態が落ち着くまで院内に待機してフォローしていた。6年間の間、（自前から専用）携帯電話で病棟や医師から24時間オンコールで対応してきた。

###### b. 適応範囲

- i. 対象となる患者等の範囲・条件：ほぼすべての入院/外来 糖尿病患者
- ii. 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）：
  - ・ 意欲のある看護師（看護部長は、新人でも構わないと。）
  - ・ 患者に対して深い愛情のある看護師
  - ・ コミュニケーションスキルの高い看護師
  - ・ 責任感が強く、責任を意識した行動が自律的にできる看護師
  - ・ 医師からの信頼に厚い看護師

- ・医師が必要とする情報が何かを判断でき、報告できる看護師
- ・認定看護師教育専門課程相当のカリキュラムで系統的なトレーニングを受けた看護師（A看護師談）

### c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

- 実施ガイドライン、プロトコール：特になし（A看護師とC医師との信頼関係の下、報告・連絡・相談が密に行われるため、役割分担・連携のあり方が安定している）

- 責任体制（誰がどこまで責任をもつのか）：

A看護師が実施・記録した内容を医師が確認し、サインをしている。診療録など残る形としては医師の名前だが、実際的な責任行動はA看護師が引き受けている。C医師は、A看護師の仕事ぶり（相談・報告の時期と内容が的確、患者に対する熱意）から信頼をおいており、何かあった時の責任は常にとる心づもりでいる。

- リスク管理：

特に取り決めなどはないが、指示後は指示の徹底と患者の状況の確認をA看護師自身がおこなっている。医師と共有が必要な情報の判断を的確におこない、また情報交換もしている。

## A-2. 役割分担・連携を行った背景

### A-2-1. 背景

もともとA病院では、皮膚排泄ケア認定看護師が自立的に活動していた。糖尿病については専門医がいない上、手術などで多忙な医師に頻りに看護師が指示を仰ぐなどしており医師の業務の妨げになっていた。そこには、どんな些細なことでも看護師の判断だけでは責任をとりかねるという看護師の思い（自信のなさか、パターナリズムか）と、医師に指示を仰ぐべき内容なのかどうかのアセスメントの不十分さがあったと思われる。そこで、皮膚排泄ケア認定看護師がしているような活動を糖尿病についてもできないかと、C医師がA看護師に持ちかけた。

### A-2-2. 準備状況

C医師は、A看護師を医師会の集會に同行させ、A看護師はその場を活用して地域の糖尿病専門医と連携できるネットワークをつくり、医学知識を習得した。C医師のもと、OJTで実践力を高めていった。

## 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

このシステムの決定プロセスにおいて合意を得るための関係者との調整・事務手続き・職員体制の変更については、C医師は3名いる病院経営者のうちの一人であり、C医師主導のもとおこなわれた為、特に問題なく（と考えられていて）進んでいった。逆に、この

システムに合意できない看護管理者は解雇された。A看護師の活動に協力的な現在の看護部長はこのシステムがうまくいくよう一般看護師との調整等を担ってきた。役割分担・連携において、特別スケジュールを組んで準備していたわけではなく（明確ではないが）、ガイドライン、プロトコル等作成もしていない。教育・訓練については、A看護師自身による自己研鑽の部分が大きい（と思われた）。

患者・利用者には特別な説明をしていない（ようだ）。医師達がA看護師にうまくつないでいる（ようだ）。しかも、患者はA看護師がかかわることについて、逆に医師よりも安心している側面がある（ようだ）。（ ）内はインタビューアーからみた印象）

#### 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）

当初、一般看護師は、同じ看護師であるA看護師から医師のように指示されることに対して感情的に反応することがあったが、看護管理者が調整したり、何よりA看護師の患者を思う気持ちが周囲に伝わり、身を削るような責任ある行動を見るにつけ理解できるようになり、A看護師をリソースとして活用できるようになった。

#### A-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

役割分担・連携の拡大／役割分担・連携を担う人材の育成 等

：現在、A看護師は転職しており月に一回だけB病院に勤務してこれまでのような活動をしている。このため、A病院ではA看護師の活動に最も近い存在であったD看護師にA看護師の活動を引き継いだ。現在、A看護師とC医師のフォローの中で、D看護師は、A看護師レベルの活動には至っていないものの、少しずつ育ってきている。

#### 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

###### i. 医療サービスの質への影響：

看護師が医師並に活動しているが事故は起きていない。また、患者の満足度が非常に高く、患者のほうからA看護師を求めている。地域からの依頼もあり、時には糖尿病専門医からの受け入れ要請もある。血糖コントロールの悪化なし（HbA1c 平均 7.2%）。受診中断（ドロップアウト 3人／8年間）減少。合併症発症率が低い（眼底出血1人、透析導入1人／8年間）

###### ii. 看護職の勤務形態・時間への影響：

A看護師の場合、個人的要素（責任感の強さ）もあって、かなりの長時間労働（早朝～深夜）である。病院外では携帯のオンコールで夜間でも病院からの急な連絡に対応している。

###### iii. 医療機関経営への影響：

糖尿病専門医一名と同等の活動をして成果をあげているのに、看護師一名（看護管理職待遇）として雇っているのであるから、好影響ではないか（インタビューアーからみた印象）