

A-4-2. 医師の勤務への影響

i. 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）医師の労働負担の軽減：

外科医師は糖尿病に関連した治療・ケアの大半をA看護師に委ねられるため、労働負担の軽減につながっており、また医師の専門とする分野の本来の業務に従事あるいは集中できる時間も当然増加している。

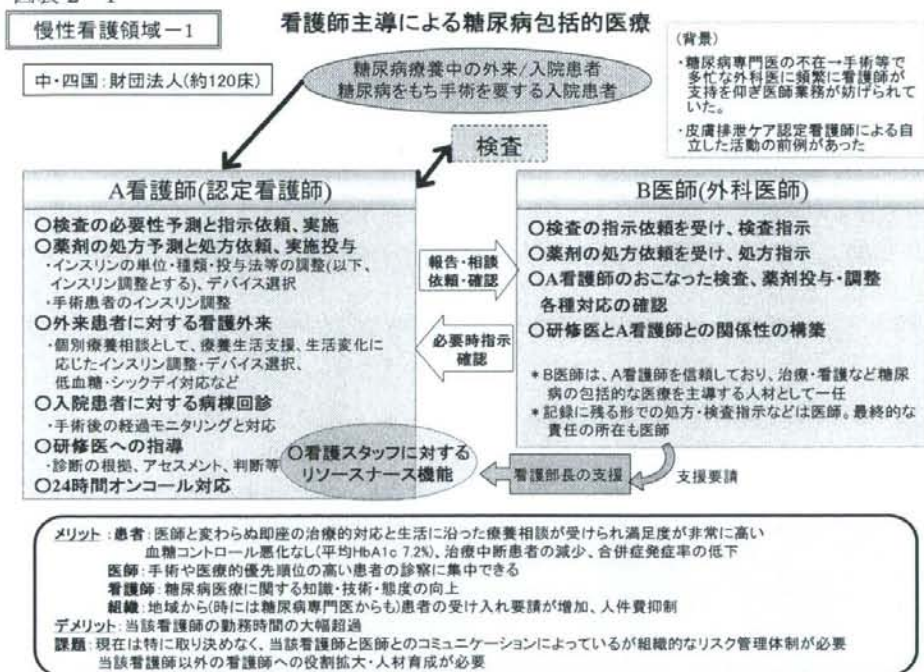
ii. 医師、他の医療専門職からの評価 等：

一般看護師にとっては、A看護師のような自律した活動は信頼を与え動機づけの源となり、患者がより良い医療を受けられるようにしたいという意識につながっている。研修医などは、他院にうつってから糖尿病のことについて、A看護師に質問する等しており絶大な信頼をおいている。

A-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看護師による包括的医療は、患者・家族の満足度が非常に高く、多くの患者がA看護師によるケアを受け続けたいと望んでいる。また、糖尿病専門医不在のB病院において糖尿病専門医相当の活動は、A病院における糖尿病医療の治療成績向上にも寄与している。さらに、地域からの糖尿病患者の依頼を受け入れていることからわかるように地域全体の糖尿病医療の質向上にも大きく寄与している。

図表 2-1



慢性期看護領域事例B：糖尿病看護における看護師によるインスリン調整をはじめとする療養指導

B-1. 役割分担・連携の概要

B-1-1. 事例の医療機関の概要

- a. 設置主体：組合立
- b. 病床数：約500床
- c. 職員数（医師、薬剤師、OT・PT・ST、事務職員数）：約680名
- d. 看護職員配置：約400名
一般病棟 脳卒中センター 脳ケアユニット 心臓集中治療室 心臓センター
周産期センター 救急センター 透析センター 健診センター 外来 外来化学療法室 手術室 放射線看護科 内視鏡室 療養指導室 滅菌材料サブライセンター 看護管理室 教育担当室 訪問看護ステーション
- e. 専門看護師・認定看護師配置数等：
 - ・慢性疾患看護専門看護師 1名
 - ・認定看護師（糖尿病看護、皮膚・排泄ケア、緩和ケア、救急看護、訪問看護）6名
- f. 医療機関の地域特性：地域の中核医療機関であり急性期総合医療を担う

B-1-2. 役割分担・連携の具体的内容

糖尿病患者に対して、看護師によるインスリン調整をはじめとする療養指導をおこなっている。具体的には、療養相談業務において患者との相談形式でインスリン量・打ち方などの調整をおこなっている。その内容は医師に必ず報告されるが、調整の根拠となるアセスメントは看護師の専門性によるところである。研修医からインスリン調整についてA看護師が相談をうけることもある。A看護師は「自分は処方できない」と話した上でアドバイスをおこない研修医はそのアドバイスを重視している。また、看護スタッフのリソースとしては組織横断的に活動している。

a. 適応範囲

対象となる患者等の範囲・条件は特に設けていない。

- ・入院している糖尿病患者でインスリン療法を行っている患者は、退院前にA看護師の担当する療養指導室を訪問して退院後の生活指導を受ける。
- ・外来の糖尿病患者は、自ら療養指導室に訪問して生活相談を行い、インスリン調整の必要性がある患者には調整のアドバイスをを行った後、医師に報告している。

役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

- ・現在、療養指導室を担当するのは主に慢性疾患看護専門看護師のA看護師である。他に糖尿病看護認定看護師が週に数日病棟と兼務している。
- ・特に明確にはしていないが、人間性やコミュニケーション能力が重要であると感じている。

b. 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、プロトコールは特に設けてはいない。リスク管理からも今後整備の必要性を感じている。
- ・責任体制の特別な取り決めはないが、インスリン調整等実施した後は必ず医師への報告と記録に記載するようにしている。

B-2. 役割分担・連携を行った背景

B-2-1. 背景:

- ・糖尿病専門医が少ない事から患者の診療待ち時間が長かった。待ち時間を活用して療養指導を行っていた。

B-2-2. 準備状況:

- ・特に開始のきっかけがあったのではないが、実践事例の積み重ねから現在がある。認定看護師や糖尿病療養指導士など人材育成もおこなってきた。

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

- ・患者の待ち時間の活用やインスリンや生活調整指導の必要性が存在していた中、A看護師の実践の積み重ね、医師との信頼関係がベースにあり、自然な流れの中で今日のような活動体制となった。明確な活動開始のきっかけがあったわけではなく、医師とも特に調整があった訳ではない。
- ・役割分担・連携統合に伴う組織・職員体制の変更については、現在の療養指導室の重要性を看護部が認識し、人材の育成と配置を配慮した。
- ・役割分担・連携統合をおこなうための人材育成のための教育は、糖尿病看護認定看護師や糖尿病療養指導士の育成支援に病院として尽力した。
- ・患者・利用者への説明などは改めて行っていないが、退院の決まったインスリン使用患者は、退院前に必ず療養相談室を訪問することとし、患者が退院後気楽に相談窓口として活用できるようにしている。外来患者は、必要時医師も『療養相談室で指導を受けるように』と説明している。

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）

- ・A看護師が積み上げてきた実績であり、組織として信頼されている。課題としては、組織が十分にA看護師の支援ができていないこと（看護部長談）である。今後、人材育成も視野に入れて支援体制を整えていきたい。

B-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

- ・現在の体制の組織として、人材育成や看護師配置等の支援
- ・ガイドライン等の整備

B-4. 役割分担・連携の成果

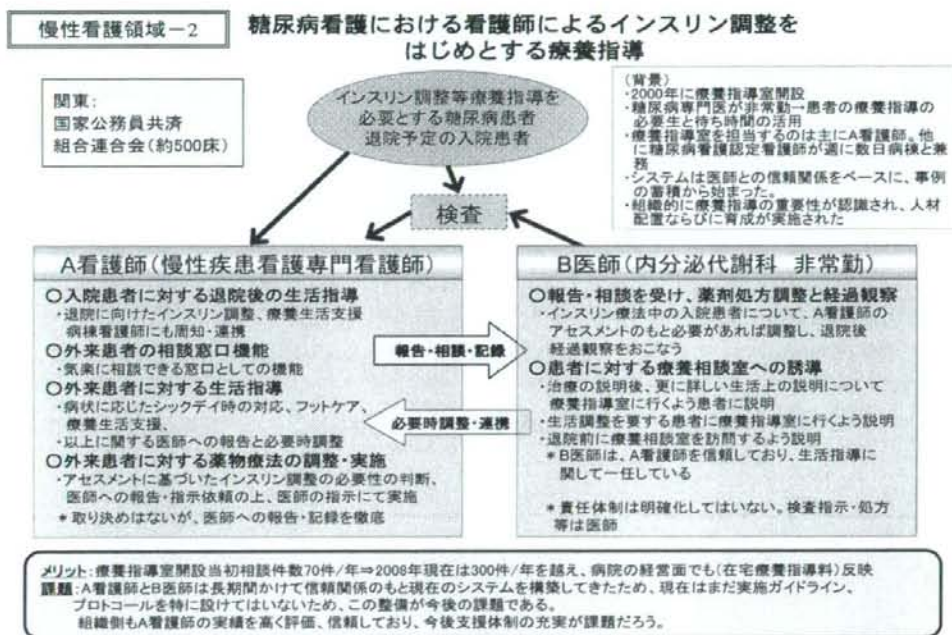
B-4-1. 役割分担・連携による変化

- ・医療サービスの質への影響については、特にデータとしては出していないが、組織としては、患者満足度は大きいと考える。
- ・看護職の勤務形態・時間への影響は、現在はA看護師の負担が大きく組織としての支援が課題である。
- ・医療機関経営への影響は、2000年に療養指導室が開設してから当初相談件数は、年間70件ほどであったが現在は300件を越え、在宅療養指導料として反映されている。

B-4-2. 医師の勤務への影響

- ・医師は特に意識していないが、患者数の多さを考えると今後このような指導体制の充実が重要である。医師の負担も減り本来の診療業務に集中できると思われた。

図表 2-2



慢性期看護領域事例C：

専門看護師によるHOT(在宅酸素療法)患者の酸素量の調整

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：公立
- b. 病床数：640床
- c. 医療関係職員数：医師約50名、薬剤師、OT、PT、ST、事務職員数不明
- d. 看護職員配置：
看護部長1名 副看護部長5名、看護師長13名、常勤看護師約340名、(専門看護師4名 認定看護師4名)
- e. 医療機関の地域特性：地域の基幹病院

C-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看護師：

- ・A看護師は、経験年数20年、慢性疾患看護CNSである。他にもCNS1名、呼吸療法士と連携している。
- ・HOT患者に対して、外来で、生活に合わせた酸素量の設定が出来ているかどうか確認する。
- ・労作時酸素量増量の処方があっても「酸素量を増やすと二酸化炭素が身体にたまり危険」という考えが強いために必要な酸素量増量を実践できない患者に対して介入する。
- ・一緒に歩いて酸素量を測定することによって酸素の必要性を伝え設定とおりに使ってもらおうよう介入する。
- ・HOT患者の生活を聴き、酸素量が不足していると考えられた場合、医師に看護師の判断を伝え、酸素量の変更やマスクの変更を提案、相談する。

医師：

- ・A看護師からの提案、患者の生活状況、HOTの状況を聴き、酸素量変更の指示、マスクの変更指示、などを検討する。
- ・患者に専門的な看護師がいることを伝え診察後に相談するよう指示する。A看護師についてはCNSという資格を取る前から、熱心に患者に関わっていた看護師という捉え方をしており、信頼があつい。
- ・外来診療時間が短い中で、医師が気づいた大きな問題(栄養、酸素、家族など)に対して、A看護師に相談する。
- ・HOTの患者にはチーム医療の必要性が高いと考えているが、医師は十分な診療時間がとりにくいため、看護師が補うような形をとっていると捉えている。なお、看護師だけではなく、PTも含めている。在宅では、訪問看護ステーション、かかりつけ医も含めて考えており、総合的にやることを目指してきた。

病棟看護師:

- ・HOT 導入がスムーズにいかない入院患者の相談を依頼している。A看護師は外来から組織横断的に活動している。

以上より、医師が指示した酸素量を最大限患者に提供し、治療効果があがるように看護師が関わっている先駆的活動と捉えられた。

b. 適応範囲

- ・HOT 導入、NPPV 導入後の患者

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
- ・責任体制(責任の所在):呼吸器内科部長
- ・医師の裁量で行っている。現状では、看護師を守る、現場の人間を守るために、すべて医師が責任をもつという。特に呼吸器疾患患者の酸素調整はハイリスクであるため。
- ・リスク管理等:実施前に看護師は(酸素量の調整等)を医師に確認、相談、提案する。医師は提案への賛否を医師の見解として伝える。医師の指示のもとに看護師が動くのではなく、医師と看護師とが互いの意見を提示し酸素療法についてディスカッションしながら、役割分担・連携している。(ディスカッションすることが役割分担と連携実施上の取り決めと感じた)
- ・電話を活用し、タイムラグのないように連絡する。

d. その他

- ・以前のような看護師と医師とのヒエラルキー的関係ではなく、また医師だけではなくてもできないのでチーム医療が重要であると強く考えている。
- ・資格ではなく、患者さんとの信頼関係をもて、患者の生活状況を捉え、治療の状況を見極める力を有する看護師がこのような活動の中核を担うには望ましい。(医師談)

C-2. 役割分担・連携を行った背景

C-2-1. 背景

- ・在宅で受け入れてもらえない HOT 導入患者や HOT 導入後の生活がうまくいかない患者を対象に、このような活動をするチーム医療で患者に貢献したい。(医師の考え)
- ・外来では、NPPV に詳しい看護師がおらず、導入後スムーズにできなかった。外来看護主任、呼吸器医師の支持があったのでできた。

C-2-2. 準備状況

- ・A看護師が病棟勤務の際、深夜明けなど勤務時間外に、外来通院中の HOT 患者に関わり支援したいと考えていたところ、外来責任者も呼吸器内科部長もバックアップしてくれた。しだいに、実践事例が積み重ねられ効果が認められ、2006 年に HOT 患者を支援する場(呼吸器看護専門外来)ができた。活動当初は、場所もなかったため廊下などを活用

してやっていた。

- ・院長にまで活動要望書を提出し、院内の合意を得た。

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

- ・厳密な役割分担はしていないが、看護師が中心になってマネジメントしている。(医師談)
- ・スケジュールは特になかった。事務手続きもなかった。
- ・A看護師は、病棟スタッフと共に、呼吸器患者のケアの勉強会をしている。そこでのスタッフが徐々に育ってきた。また、定期的に病棟を訪問してカンファレンスに参加するようにしている。病棟からのニーズがないときでも参加するようにして病棟スタッフが関心を持つように務めている。
- ・呼吸器看護専門外来の場ができてから、医師から促されて患者や家族が相談に訪れたり、外来看護師が相談の必要な患者に対応するようになった。

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）

- ・マンパワー不足
- ・組織の中における専門的な看護師の位置づけが課題。看護部で位置づけてはいるが医局としてもフォローする必要があると医師は考えている。
- ・活動時間の確保：外来の主任業務と日直とを言いながらの活動である。
- ・スタッフの理解不足：通常の外來診療業務を優先してほしいと願うスタッフもいる。

C-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
- ・栄養指導依頼は看護師が実施したいと考えている。
- ・在宅療養指導料算定における「医師の指示のもと」という条件をはずしてほしい
- ・COPD 患者の場合、酸素量の調整は難しくハイリスクなので、酸素量調整の裁量権は強く求めてはいない。
- ・カンファレンスをとおして、脂質の多い食事の根拠やフィジカルアセスメントなど、外来看護師も徐々に知識を得てきているが、呼吸器専門病院としてはまだ不十分である(A看護師談)

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

- ・医師：マンパワーの課題はあるが、病院のPRになっている。
- ・医師が診察するのみではない質の高い看護が提供できる。しかし、それを担う看護師にインセンティブがないと疲弊してしまうだろう。
- ・外来から病棟へ組織横断的に患者のケアをしつつ病棟看護師の相談にも対応しているため、病棟の看護師へも好影響である。

- ・呼吸器疾患患者は栄養摂取が重要であるため、栄養士に対しても患者指導の強化をおこなった。
- ・歩行のペース、呼吸方法については、リハビリ担当者とも連携するようになった。
- ・療養指導料:月 60 件程度算定

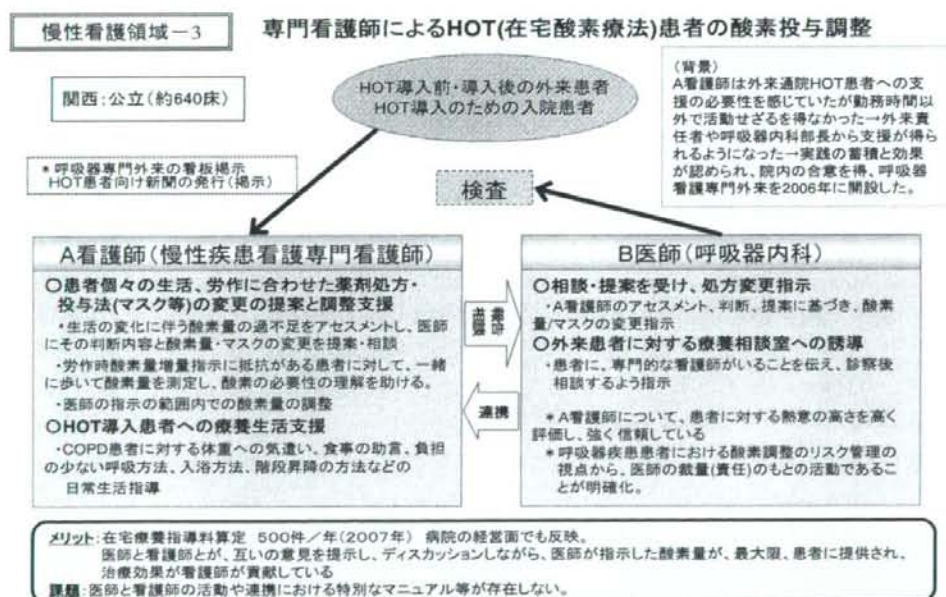
C-4-2. 医師の勤務への影響

- ・看護師が患者の生活を詳細に聞くことで、医師には言えずに酸素をやってなかった事実や家の状況が明確になったりする。その結果、早期に対処(マスクや酸素量の変更)できた。
- ・それまで細部に渡り医師が対応してきたが、医師の労力が減った分、治療に費やす時間が増えた。また、A看護師に面接によって、医師が気づかない部分を気づかせてくれ効果的な治療につながっている。
- ・A看護師による必要なケア実践は、その活動の範囲の広さと深さにおいて理解されている。

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

- ・異常の早期発見、早期対処。
- ・在宅で療養できずにいた HOT 患者の在宅療養を可能にしている。

図表 2-3



※HOT(Home oxygen therapy:在宅酸素療法)

慢性期看護領域事例D：CAPD(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis：連続携行式腹膜透析) 外来の開設および腎不全患者に対するチーム医療

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：組合立、病床数：約 520 床
- b. 診療科：内科、消化器科、循環器科、呼吸器科、内分泌科、腎臓病科等、計 29 科
- c. 1 日平均入院患者数：約 390 名、平均在院日数：10.8 日、病床利用率：85.5%
- d. 1 日平均外来患者数：約 730 名、紹介率：69.2%
- e. 逆紹介数（月平均）：約 920 件
- f. 医療関係職員数：不明、看護提供方式：チームナーシング、受け持ち看護
- g. 勤務体制：2 交代制
- h. 専門看護師・認定看護師の配置：
慢性疾患看護専門看護師、皮膚・排泄ケア看護認定看護師、不妊症看護認定看護師、
感染管理看護認定看護師、乳がん看護認定看護師、がん看護専門看護師
- i. 医療機関の地域特性：地域の中核病院
- j. 調査対象：看護部長、慢性疾患看護専門看護師（A看護師）、腎臓内科医（B医師）

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

当該病院は、診療内容及び施設の充実とともに現在 520 床の総合病院として地域の中核医療施設の使命を果たしている。看護専門相談室は平成 16 年に看護の専門性を深め、看護の質の向上を目指して開設された。1 年前に CAPD 外来が開設され、現在週 2 日（その他必要時）慢性疾患看護専門看護師である A 看護師が主に腎不全患者の CAPD 導入・透析導入に向けての療養指導を実践している。

現在腎臓内科の医師は 2 名おり、約 2 年間で交替しているが、現在勤務している B 医師が着任して以来、医師と看護師間の連携を深め、看護専門相談室での指導システムが充実してきた。

医師が、今後患者が CAPD や透析を導入するにあたり治療方法の選択について説明するが、さらに詳細な説明が必要と認めた患者は、A 看護師の看護相談室に行くよう指導している。また、看護相談室開設以来、看板を見て訪問してくる患者もいる。

A 看護師は患者の生活状況等を聞き、CAPD や透析についての治療を患者が選択できるように支援し医師との調整を行う。また、患者の病状から内服薬の調整が必要と判断した場合は、医師にその旨を伝え、医師の指示にて調整を行っている。A 看護師は、CAPD 導入患者に対し、必要に応じて自宅を訪問して療養指導を実践することもある。状況は医師に報告し、その後の治療に活かしている。

医師と看護師の活動や連携においては特にマニュアル等は存在しない。CAPD 外来開設以来 A 看護師と B 医師とは、CAPD について一緒に勉強してきており、B 医師が言うには「CAPD については A 看護師と同じ知識レベルである。判断が間違っていないのだから進めていい

のに、A看護師は気を使って一つ一つ僕に伺いをたてている。」

b. 適応範囲

i. 対象となる患者等の範囲・条件：

- ・CAPD または透析導入後または今後導入予定の入院/外来腎不全患者。

ii. 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

- ・腎疾患看護に情熱を持っている看護師
- ・コミュニケーションスキルの高い看護師
- ・調整能力が高い看護師
- ・医師からの信頼に厚い看護師

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:特になし

ii. 責任体制（誰がどこまで責任をもつのか）：

責任体制を明確化してはいないが、患者の状態を判断して相談することはあっても最終的な判断や処方等は医師が行っている。医師は、A看護師の仕事を信頼している。

iii. リスク管理:特に取り決めなどはないが、医師への報告を実施し記録に残している。

D-2. 役割分担・連携を行った背景

D-2-1. 背景

腎不全患者に対し、CAPD と透析療法において患者の選択権への配慮が十分とは言えなかった。そのことを課題に感じて医師とも話し合い、患者の QOL を配慮し患者が自ら CAPD 療法と透析療法の選択が行えるようにする必要性を感じた。CAPD 療法を導入した後の支援体制の充実の必要性も感じた。

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

CAPD や透析患者の医療・看護の充実の必要性からA看護師がB医師と共に看護相談室を活用して現在のシステムを作り上げてきた。医師はこれまで 2 年で交代したため、なかなかシステムが継続していくことが難しかった。B医師が着任してから、本システムが充実してきたといえる。

看護部としては、A看護師に活動の円滑化を目指して昇進を考慮していたが、A看護師は実践家としての活動の充実を望んだこともあり、現在のところ看護部としては特に何も行ってない。しかしA看護師には専門看護師として、本院だけではなく地域への貢献も重要な役割であると認識しているため、できる限り活動を支援していきたいと思っている。

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）

看護部長：業務の増加による負担があると感じる。看護部として後輩の育成など、今後支援が必要と感じている。

A看護師：B医師であったため現在のシステムが構築されてきた背景がある。現在は良いが医師の異動があった場合、また一から始めなければいけないため大きな課題である。医師同士の申し送りや医師の固定を希望するが、今後の課題である。

今後、業務を更にスムーズにするために、食事療法や検査オーダーが実践できるようになると良いと感じる。

D-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：

- ・医師の移動に備えシステムの定着
- ・A看護師の後任の育成：A看護師は、療養指導室に遅くまで電気が点いていて、大変だと思って専門看護師を目指す看護師がいなくなるのを恐れ、なるべく早く帰るようにしている。また慢性疾患看護において、生活者の視点が大切なので、流行の食品やダイエット法などを知るためにも、自らの生活を大事にしている。

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

医療サービスの質への影響：

腎不全患者にとって治療の選択肢が広がり、又看護相談窓口ができたことや必要時は自宅訪問 CAPD 治療の指導が受けられる為、より患者の QOL を維持し、医療サービスの向上へとつながっている。

D-4-2. 医師の勤務への影響

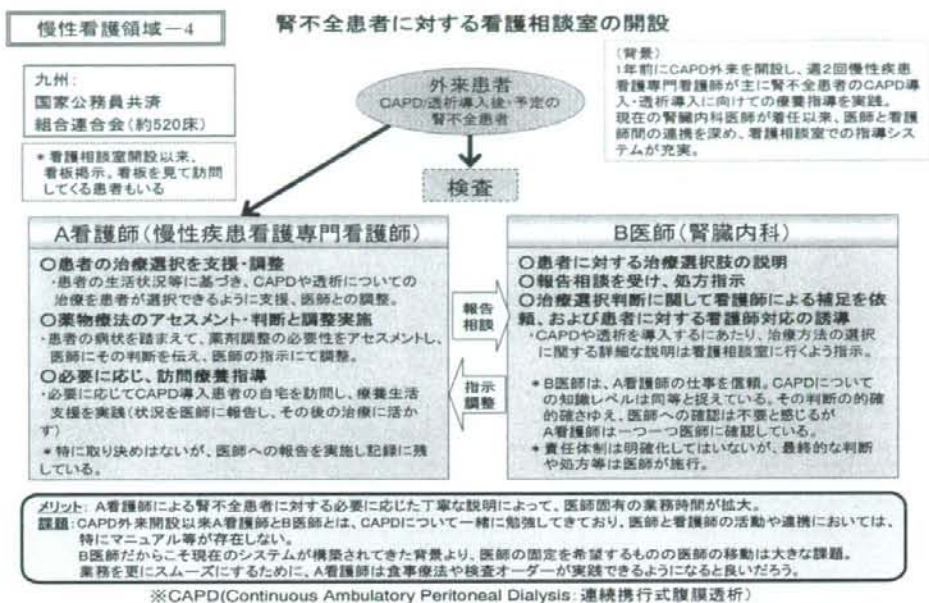
医師が本来の業務に従事する時間の増加（具体的に何にどの位の時間をかけられるようになったのか）医師の労働負担の軽減：

A看護師が、必要に応じて腎不全患者に対して丁寧に説明を行ってくれるので、医師としての業務に時間を使うことができる。

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看護師の看護相談外来の存在は患者のみでなく家族からの相談もありその満足度は高いといえる。
- ・A看護師は地域においても、慢性疾患看護専門看護師として講演会や研究会等活発に活動しており、地域全体の腎疾患看護の質向上にも大きく寄与している。

図表 2-4

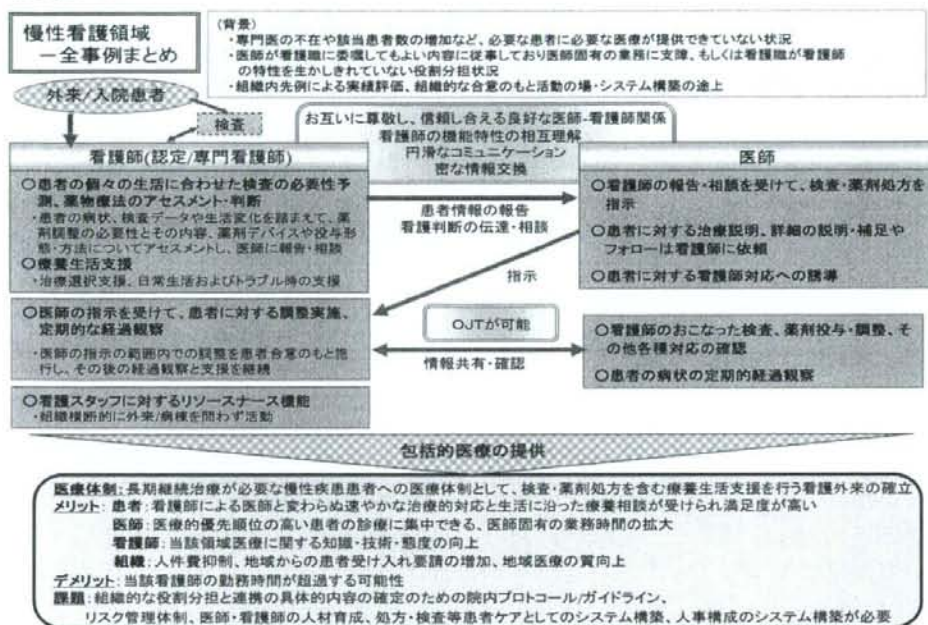


(2) 慢性期看護領域における役割分担・連携の特徴・課題

1. 個別事例のまとめ

聞き取り調査実施4施設の個別事例のまとめを以下に示す。

図表 2-5



2. 慢性期看護領域における役割分担・連携の特徴・課題

a. 役割分担・連携の特徴

慢性期看護領域においては、対象となる患者が慢性疾患ゆえ療養生活のベースは在宅にある。継続して医療を受ける場合も在宅で療養生活を送りながら通う外来が中心になる。元来慢性疾患において、看護は患者の生活をとらえる視点を携えて患者の生活調整への介入をその役割としており、看護師が外来で療養生活支援を行うことは適任であるといえる。今回、ヒアリングをおこなった5施設においても看護師は活動拠点を外来においており、必要に応じて組織横断的に病棟や他部門へと活動の範囲を広げていた。また、組織横断的に活動できるのは多職種と連携しやすい医療専門職である看護師ならではの強みである。ヒアリングした施設の医師もこのような看護師の役割・特性を理解しており、保助看法上、看護師が行うことのできる「療養上の世話または診療の補助」を広くとらえ、「診療の一部」に近い業務を看護師が担うことができる、あるいはむしろそれが適切であると考えていた。

役割分担と連携が可能な部分については、個々の施設によってそのレベルに差異がみられた。例えば、看護師が医師と同じレベルの動き方で診断や治療にまで及んで活動している施設もあれば、患者に対する療養相談の枠組みの中で活動している施設もあった。レベルの差異の要因としては、看護師の能力、医師個人・看護師個人の考え方、組織の考え方、

組織の規模、患者特性、医師と看護師の関係性、医療システムの問題などがあった。

なお、システムとして築きあげるまでの過程において必要もしくは検討しなければならない要素として、リスクマネジメントへの対応の有無、患者の満足度が向上しているかどうか、ならびに質の高い医療が提供できているかどうか、組織内での業務・人事整理・認知方法・合意形成、OJTが可能かどうか、などがあった。

次に、医師と看護師との役割分担・連携における合意内容や看護師に委譲している診療内容であるが、これについては各施設の個性が高く、共通点として捉えることはできなかった。

そして、役割分担や連携をする上での取り決めとしては、実施ガイドラインやプロトコルなどを作成している組織はなかったが、その活動を可能にしていた要因を以下に挙げる。

- (1)医師と看護師との信頼関係が確立していた。
- (2)医師-看護師間では、言語化されていないものの役割分担の認識や診療方針が一致していた。またこれらの認識や診療方針が常に一致するようコミュニケーションを密にとっており、報告・連絡・相談が徹底されていた。
- (3)看護師も医師もこれまでのヒエラルキーにとらわれておらず、現状の中で患者にとって最良の医療を提供すべく可能なシステムにするための役割分担・連携だととらえており、共にチーム医療を担う一員として尊敬し合う関係を維持していた。
- (4)組織内で活動やシステムのコンセンサスが得られていた。

このうち、(1)(2)(3)のように、看護師と医師とのコミュニケーションが良好であったことが主な要因であると思われた。実施ガイドラインなどの取り決めがなくとも、医師と看護師との役割分担・連携において信頼関係という要素は必ずそこにはあった。これは極めて日本的といえるかもしれない。

最後に、役割分担・連携の成果として共通していたことを以下にまとめる。

- (1)患者やその家族の診療に対する満足度が非常に高く、医療サービスの質向上へとつながっていた。
- (2)必ずしも医師の判断が必要とされないようなルーティーンワークと化していた行為については医師が担当していた部分を看護師が担うようになったことで、医師の負担が軽減するとともに、医師が医師にしか果たせないような役割を果たし医師固有の業務に集中できるようになった。
- (3)活動の中核となっていた看護師の多くは、地域においても活発に活動しており地域全体の看護の質向上にも大きく寄与していた。

b. 課題

以上の特徴を踏まえ、医師と看護師との役割分担・連携を可能にするにあたっての課題としては、大きく3つの点が考えられた。

1 つ目は、役割分担と連携の具体的な内容である。これは看護師が担えるとする患者の選択基準と看護師の裁量権の内容の二側面からなる。慢性疾患は多岐にわたり療養が長期にわたることから患者の状況も千差万別で個性が高くオーダーメイドの医療が求められる。そのため、慢性疾患としてすべてを包括した内容としてのガイドラインを作成することは不可能である。慢性疾患の看護師による外来として絞るならば、患者の選択基準につ

いては患者数の多い疾病、同じ疾病の中ではその重症度、治療や療養に対する患者の反応および自己管理状況の3つの視点から、それぞれ役割分担・連携の内容を階層化することができると思われる。裁量権の内容としては、あるガイドラインに基づく薬剤処方・調整、検査指示、診療のトリアージ等が考えられた。このように、疾患ごと、重症度ごと、患者の反応や自己管理状況ごとに検討するのであれば、それぞれにおいてある一定の基準を作成し、医師・看護師・患者の三者間で合意レベルを見出し、詳細を決めることが可能と思われる。たとえば医師も看護師も患者も合意できた場合のケースとして、「長期にわたり血糖コントロールが良好(例としてHbA1c6.0~6.5%)の糖尿病患者を例にとると、経過観察のみで処方変更もない場合、患者の生活調整とインスリン調整の療養相談のみ(診療の一部)を看護師が対応する」などを設定することができるだろう。

2つ目は、このようなシステムを担える看護師の基準であり、看護師の教育や能力向上への対策である。現在の看護師の専門化が日本看護協会の専門看護師/認定看護師制度によって充実してきていること、課題一つ目の疾患ごとに医師と看護師との役割分担・連携を発展させていけるのではないかとという観点から、現在主に疾患領域別に展開されている認定看護師教育終了後に大学院でのさらなる教育によって、本邦の実情に合わせた高度看護実践者育成ができるのではないかと考える。また、慢性期看護領域における医師と看護師の役割分担・連携では、外来部門の看護師の活動が重要である。看護師が医師から信頼関係を得るだけの卓越した知識と技術を持ち合わせていることと同時に、慢性看護への視点をもって、患者の生活を支えることができることは重要である。すなわち、現在、慢性疾患看護の専門家として実践をしている慢性疾患看護専門看護師の大学院教育に、薬理学や病理学などを含むことによって、今以上に医師との連携が充実すると考えられる。外来看護においては、これらの教育を受けた看護師であればある程度の裁量権をもち自立した活動が期待できるだろう。

3つ目は、医療システムの整備である。看護師による専門外来は、医療体制により医師との連携のしやすさから、200床以上の総合病院や大学病院にて開設が容易と考えられた。しかしながら、それらの病院では、経過の長い慢性疾患にかかわる医師でありながら1年ごとの勤務交代を余儀なくされていた。例えば事例2では、対象の医師で現在のシステムが構築されてきた背景がある。次年度医師の移動があった場合、対象看護師との関係性を構築しなければいけない。これでは医師と看護師の役割分担に積極的な医師であっても、継続・発展性という意味では限界がある。一方で事例1では、10年以上の年月をかけて医師と看護師の信頼関係を築き、役割分担と連携が確固たるものになり、看護師が医師と同じレベルで診断や治療にまで及んで活動していた。このように、医師と看護師との役割分担と連携においては、慢性疾患領域の特徴を踏まえた医療システムの整備が必須と考える。

c. 提案

長期継続治療が必要な慢性疾患患者への医療体制として、検査・薬剤処方を含む療養生活支援を行う看護外来の確立を提案する。そのためには、医師と看護師の組織的な役割分担と連携の具体的内容の確定として、院内プロトコール/ガイドラインが必要である。これには患者の病態像を階層化して、処方・検査等医療提供内容を基準化する方法もあるだろう。他に、看護師が担うことによるリスク管理体制の構築や医師・看護師の人材育成も必

要である。

以上をもとに、今後の役割分担・連携の実現に向けたフロー図（図表 2-6）を示す。

まず、問題現場の当事者である医師と看護師とで何をどのように役割移譲（役割分担・連携）できるのか、その項目と方法について検討する。その際、リーダーシップをとるのが医師か看護師かは組織の状況によるが、看護師は専門/認定看護師であることが望ましい。なぜなら、専門看護師も認定看護師も組織内でのリーダーシップのとり方、コミュニケーションの重要性については教育を受けており、ともに長けている者が多いと考えられるからである。もとより、医師からの信頼を受けて良好な関係性にあり、看護師の機能特性についても相互に理解が得られている医師であればより導入がしやすい。もしそうでない場合は、この検討の場とおして相互に理解しあうことができる。さらに、このシステムの導入にあたり、患者の生の意見やニーズを聞くことができればそれを検討に生かせる。同時に予測される患者の反応にも対応できるようにも検討すべきである。たとえば、「これまで医師がしてきたことを看護師がして大丈夫なのか」というような不安の訴えが考えられる。これには、リスク管理システムとして最終的な責任の所在が医師であること、どのように患者の安全を守っているのかについて明文化するとともに当事者間で認識を一致させておく必要がある。

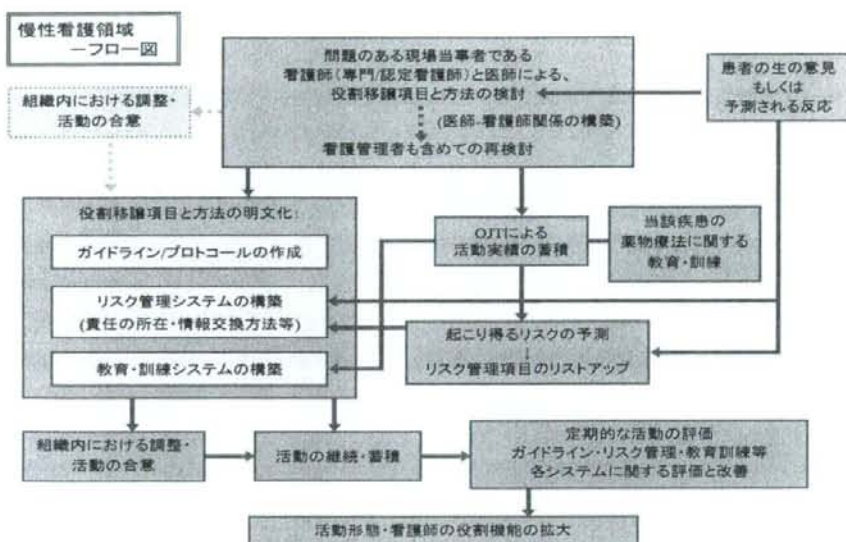
この検討がある程度詰まってきたら、今度は看護管理者も含めての再検討を行う。そして、この役割移譲項目と方法を明文化することは、すなわち、ガイドライン/プロトコルを作成することである。これと併行して実際の活動を開始できる組織であれば開始し、その中で起こり得るリスクの予測をおこない、リスク管理項目をリストアップしていく。こうしてリスク管理システムを構築していく。

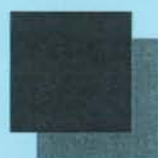
教育・訓練システムについては、専門/認定看護師であればある程度の教育レベルが保障されていると考えられるので、図のように OJT ですすめていくことが可能であるし、活動していく中で、このような活動を担う看護師はどのような知識と技術が必要であるかが自ずと明確になるのでこれを明文化し、システムとして構築する。ただし、今回のようなシステムの導入においてどの疾患においても共通して考えられる役割移譲項目の一つは薬物療法に関連した項目であり、リスクの高さからみても薬物療法に関する教育・訓練は欠かせないと思われる。また、ガイドライン/プロトコルおよびリスク管理システムの内容としては、薬物療法のほかに、医師と看護師とで情報交換をどのようにおこなうかを確実に盛り込むべきである。なぜなら、どのヒアリング事例においても医師と看護師は、千差万別な形態であるものの非常に密な情報交換をおこなっており、それはシステムの効果を高めると同時にリスクのセーフティネットになっていたと思われたからである。

こうして実際にどのように活動するかの指針（ガイドライン/プロトコル）やリスク管理システム、教育・訓練システムが構築できたら、すでに始めつつある活動実績とともに組織内での調整をおこない、合意を得る。ただし、医師と看護師（と看護管理者）とで役割移譲項目の方法と検討のあと、役割移譲項目と方法を明文化する前に、この組織内における調整と活動の合意ができていればそのほうがより理想的だと思われる。（フロー図の透明化部分）

実際にシステムが稼働し活動が継続・蓄積された以降は、定期的な活動の評価と各システムの評価と改善を重ねることによって、よりこのシステムの充実を図る必要がある。

図表 2-6





3) がん看護領域の 役割分担・連携

3) がん看護領域における役割分担・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。

表. がん-1 : 調査対象施設の概要

施設 NO 病床数	設置主体 病院機能等	役割分担内容とその効果	面接対象者
A. がん施設1 1006床	学校法人 がん診療連 携拠点 特定機能	造影剤を用いる CT 検査において、看護師が事前のリスクチェックと血管確保を行う。 CT 検査予約は1ヶ月待ちから3日待ちに改善。 読影結果も早くできるので診断治療開始が早まる。	放射線診断医、 放射線科看護師
B. がん施設2 400床	地方自治体 がん診療連 携拠点	造影剤を用いる CT 検査において、看護師が事前のリスクチェック、血管確保を行い、造影剤の注入を行う。読影結果は2週間まちから即日となり、患者はその日のうちに結果を聞くことができる	放射線診断医 検査室 IV ナース
C. がん施設3 1076床	独立行政法人 特定機能	抗癌剤投与時の血管確保、化学療法中の有害事象発生時のマニュアルに基づく薬剤投与を含む応急処置。注入速度の調整を看護師の判断で行い、緊急対応がはやく有害事象は重症化しない。	化学療法専門 医、外来化学療法 室看護師長
D. がん施設4 557床	地方自治体 がん診療連 携拠点	医師が褥瘡・瘻孔など創傷とストーマに関する医学的診断と治療を行い、看護師は、褥瘡・瘻孔など創傷とストーマ合併症に関する医師との境界領域について判断、治療、ケアを行う。独立型のストーマ外来を運営している	皮膚排泄ケア 認定看護師6人

がん看護領域事例A：CT検査における医師と看護師等の役割分担（1）

A-1. 役割分担・連携の概要

A-1-1. 事例の医療機関の概要

事例1は、1006床の学校法人立の特定機能病院である。造影剤を用いるCT検査において、看護師が検査データを確認して、造影の適応を判断し、血管確保を行う。高速で行う造影剤の滴下は危険を伴うために、協議の結果、放射線診断医が行っている。役割分担によって、検査結果を迅速に主治医に提供することができ、検査の待ち時間を1ヶ月から3日まで短縮することができた事例である。面接調査は放射線診断医と放射線科看護師長に行った。

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

放射線造影検査（CT、MR など）で履歴アレルギーや喘息のチェック、血管確保を看護師が分担する。MR で画像を見てから造影を決める場合は、医師の判断の後で血管確保する。医師が血管確保をすることを希望する患者からその旨申し出があれば医師が行う（実際に申し出る患者はいない）。事例 1 の役割分担の概要をがん一図 1 に示した。

b. 適用範囲

i. 対象となる患者の範囲

看護師が血管確保を行うのは外来患者の場合である。看護師は、アレルギーなどの履歴と検査結果（腎機能、糖尿病患者の経口薬の事前中止が行われているか）の確認を行い、造影剤の使用が可能か判断する。判断の基準は定めている。血管確保を行い生理食塩水でカテーテルを留置する。医師は造影剤を接続して滴下の設定を行い、注入する。急速注入を行うので血管外漏出がおこると相当量の液が漏れ皮膚及び皮下組織に傷害が起こる。医師は血管の中核側を指で触れながら流入を確認して、注入を開始する。終了したら看護師が抜針する。MR は画像を見てから造影を決めるのでケースバイケースであるが、必ず造影するのは肝臓、下垂体腺腫、ダイナミック CT の患者で、前日に依頼用紙にチェックされているので、看護師が行う。看護師が血管確保が難しいと判断したら、医師が血管確保する。入院患者の場合は主治医が血管確保を行って、カテーテルが留置された状態で検査室に来る。

ii. 役割分担・連携を行う看護師の条件

看護師の経験年数に制限はないが、放射線診断部は普段から新人はいない。ある程度の経験がある人ばかりなので経験年数は問題にならない。看護師の資格は師長が調整する。

c. 役割分担・連携をする上での取り決め

i. 実施ガイドライン・プロトコル

分担範囲、手順はマニュアルがあり看護師が管理している。手順は中央放射線部内で共通認識している。

ii. 実施ガイドライン・プロトコルの組織での取り扱い

これらのマニュアルは病院全体ではなく、中央放射線部の取り決めとして行われているが、通知は外来も含め全部門に行っている。

iii. 責任体制

看護師実施分は看護師が責任を取るが、医師も責任をとる必要があり、一緒に責任をとる。部分の作業の責任という考え方ではなく検査全体で責任があると考えているので検査の責任は検査医が責任を取ると考えている。検査の場所に医師がいる体制なのでそれができる。インシデント報告は医師、看護師、技師それぞれが出す。

iv. リスク管理

講義と技術訓練によってリスクを回避する。翼状針を入れた経験のある看護師であれば、