

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

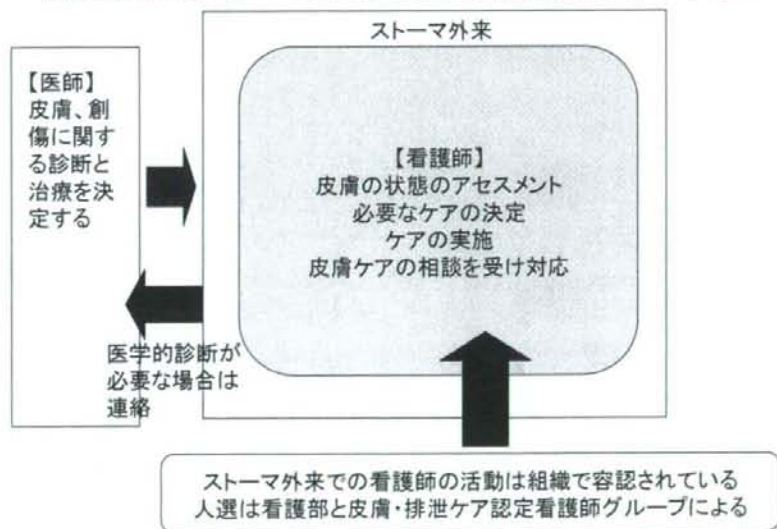
ストーマ外来の活動によって以下の成果が認められている。

- ・対象患者への医療提供の効率化
- ・入院期間の短縮
- ・在宅療養患者の増加
- ・通院治療患者の増加
- ・ストーマ保有者のより良い社会復帰を実現
- ・瘻孔患者のQOLの向上
- ・褥瘡患者のQOLの向上
- ・終末期がん患者のQOLの向上

図表 3-4

がん看護領域事例4

看護師によるストーマ外来における皮膚創傷ケアの実践



(2) がん看護領域における役割分担・連携の特徴・課題

1. 役割分担が進んでいる領域について

がん医療の領域で、役割分担が進んでいるところは、近年治療需要が急速に進んだ外来化学療法室と放射線診断の領域である。このような場所は、メディカルオンコロジストの不足、放射線診断に関する専門の医師の不足が社会的問題になっている領域でもある。血管確保は2002年に厚労省から通知があり、看護師が行えることになったので、血管確保の実施は役割分担がすすみやすかったといえるだろう。血管確保は、もともと採血などで看護師が慣れ親しんだ技術であり、医師の協力を得れば、短期間の修練でかなりの技術を獲得することが出来る手技であることも、積極的に看護師が役割をとれた要因と言える。

つまり、役割分担が進みやすいところは、医師の業務に関する逼迫感が強い領域であり、看護師が獲得しやすい技術の範囲であることという特徴がある。また、2002年の看護師が行う静脈注射についての厚労省の通知の存在は大きく影響している。このように国によってオーソライズされた領域の役割分担は、当然のことであるが進展しやすいと言える。

2. 分担のしかたにおける特徴

看護師が医師の業務を分担することは単なる分担ではなく、患者の利益という視点から付加価値的な様相を呈している。造影剤を用いたCTにおいて、看護師は事前に患者の診療記録を入念にチェックし、造影剤使用のリスクについて詳細に点検している。そのために事例2では有害事象の件数自体が減っている。危険を伴っていても医師の裁量という名の下に多少危険な検査も従来はやっていたということであるが、看護師が行うようになってからは、リスクの高い患者の検査は避けられるようになったために重大な有害事象は起きなくなっている。反面、リスクを引き受けてでも必要な検査が行うということは少なくなるが、医師がその判断を行うことによって、リスクをよく理解しながら患者へも説明し、体制を整えながら処置をするようになれば、現状より良い質の高い医療の提供に結びつくのではないかと思われる。また、事例を見ると、看護師は身体的な条件だけでなく、患者の不安の状況、検査への納得の状況も患者に直接会って確認しており、インフォームドコンセントが不十分なためにのちのちのトラブルになる事例も回避出来ている。さらにターゲットとなっている臓器以外の身体機能、例えば検査の台に移動するのに介助が必要であるか、認知機能に問題がないか等、検査を受ける患者の能力についても看護の視点で査定し、検査技師にも伝え、検査がスムーズに完遂できるような働きをしており、これまでケアの要素がなかった検査室に看護を持ち込むことで、患者はより安心して検査を受けることが出来るようになってきている。

分担の特徴には、法的な根拠が相当影響している。プレシヨック時の薬剤の投与（ソルコーテフ®投与など）は準備してすぐに使えるようにしているが、使用するのは医師到着を待つなどの限界を持っている。このことは早期対処が予後に影響を及ぼすことを考えると患者にとって著しい不利益となるが、現行法上やむを得ない。アセスメント（臨床的判断）を看護師が分担できれば、その後の処置についてはプロトコールにそって処置が進むのであって、看護師が患者の身体の状態をアセスメントするところまでを法的に保証すること

で、分担はさらに前進する。また、アセスメント（医学的な病気診断ではない）については現行法の解釈の範囲で保証することも可能と思われる。

3. 連携のしかたにおける特徴

a. 連絡の緊密性、実質的なバックアップ体制

連携の特徴は、医師との緊密な連携を前提としているということである。造影剤を用いるCT検査においては隣室に放射線診断医が読影をしながら、常時控えており、化学療法の場合も、当番医か専門医がそばにいる状況での役割分担であり、医師の指示は容易に手に入る中での役割分担という形態である。化学療法も造影剤の注入も身体への侵襲性が大きく、有害事象の頻度も高く、事故にもつながりやすい医療処置である。このような医療処置を分担する際には、医師が物理的に近距離にいてすぐに連絡が取れ、駆けつけることが出来ることが前提である。

b. 理念の共有

また、仕事量が増え、労働条件の交渉へと発展するようなことがあると、現状より医師の労働環境は悪化するという危うさもインタビュー内に読み取ることが出来た（事例2）。分担連携を企画するときは、患者の利益という点で理念を確認し、1つの部署で勝手にやり始めるのではなく、病院管理者との事務的な作業もまた重要である。

c. 医師と看護師の信頼関係

事例でもあるように医師と看護師相互に信頼関係がないと分担はむずかしい。医師が単に技術的なことだけを依頼しているのではなく、検査の間、刻々と変化する患者の反応の読み取りとそれに対するスタンダードな対応も期待しており、例えば血管確保にともなう周辺事項（血管の選択方法、患者の全身状態の判断等）を含めて包括的に分担するのであれば医師の負担は減らすことは出来ない。

d. 分担出来る看護師の養成への医師の協力

医療処置の背景にある医学的な知識も医師と同等に看護師が持つように教育を行わなければ、運用の段階でかえって医師を何度も呼ぶなど、医師の負担を増やしてしまうことになるので、分担する看護師を教育することについて協力、連携が必要である。特に血管確保などの具体的な医療技術を分担する場合、看護師には訓練が必要であり、医師の協力は欠かせない。

4. 役割分担における課題

a. 法的なうらづけ

役割分担が比較的進んでいるのは、なんといっても保健師助産師看護師法、医師法等、関連する法律の解釈について国が明確な見解を出している領域である。静脈注射を看護師の業務として認めた2002年の厚労省通知は、事例1事例2、事例3の役割分担が行われる大きな前提になっている。反対に法的な解釈が曖昧な領域、そのまま読めば禁止事項になっているような領域では、例え患者にとって不利益になっても役割分担は進みにくい。例え

ば、プレシヨック時の副腎皮質ホルモン剤の使用は医師の到着を待って使用する（事例3）など、慣例的な処置であるにもかかわらず患者を待たせる結果になっている。

人工肛門に用いる皮膚保護材等は皮膚排泄ケア認定看護師等による選択が妥当であることは言うまでもないが、形式的に処方箋だけは医師が書くといった、実態と乖離した状況が常態化している（事例4）。

看護師が医師の補助業務を行うことは法的に認められているので、補助業務の範囲をどこまで解釈するかが鍵となる。

b. 組織内で認められた取り決め、マニュアルの整備

事例1、2は役割分担をする部分が明確であり、すでに法的根拠も押さえられているので、取り決めは共有しやすいといえる。分担を必要とする医師から看護管理部に依頼があって、看護管理部が受け入れ、放射線検査部の看護師長とスタッフを動かしている事例2では、病院管理部での承認までこぎ着けており、文書化も進んでいる。放射線検査部の部署内で医師と看護師が協議の上、取り決めを作成し診療部に伝える方式の事例1では、病院管理部で承認する手続きは文書化されていないが、実動上は特に困ることはなく実践出来ている。組織の規模や性質にもよると思われる。比較的中規模の医療施設でむしろ病院管理部まで巻き込んで動きを作ることが可能であるが（事例2）、大学病院など講座毎の管理体制と看護部の管理体制が混在している組織では、部署毎の判断で動いているようである。事例2は、一度診療部医師から主治医の負担が大きくなるというクレームがあがり、一端中止した経験を持っている。連携の形が見えにくく、主治医から放射線検査部の医師に対して依頼があり、放射線科医師の指示で看護師が動くという2層構造の指示形態が失敗の原因だったと当事者は述べている。再開時に成功したのは、主治医からの依頼と看護師との関係で検査が行われること、看護師が自分の目で情報を確認して、検査依頼を受けるといふ連携体制が整ったからであると当事者は分析している。また、事例2では、放射線科医師が診療部長を兼務するなどポジションパワーを活用することも出来た。

マニュアルでは、適応となる患者、看護師の条件、誰が何をするのか、緊急事態のサポート体制等が記述されており、文書化して病院長まで決済を受けていることによって、関係者は安心して分担された業務に取り組めるようである。

c. 知識、技術の保証・認定

役割分担をする看護師の分担業務に関する専門性、技術の確かさなどは保証されなければならない。事例1、2、3においては業務を看護師に分担する準備段階で、医師から血管確保に関するトレーニングを受けている。また事例2では、使用される薬剤に関する知識、造影の知識など医師によって教育を受けている。事例3はがん看護専門看護師が担当したので、薬剤の知識や有害事象への対処方法は教育課程で訓練を受け、尚かつ自律的に学習し修得している。事例2ではIVナースの称号を院内で作成し、認定されるとバッジが交付され、白衣にバッジをつけて認定された看護師であることを明示している。このような教育や訓練は、一方では看護師の専門性を高めるキャリアラダーとして認識され、看護師の仕事への意欲に結びついている。

d. 単なる分担ではなく看護の付加価値をつけられる領域かということ

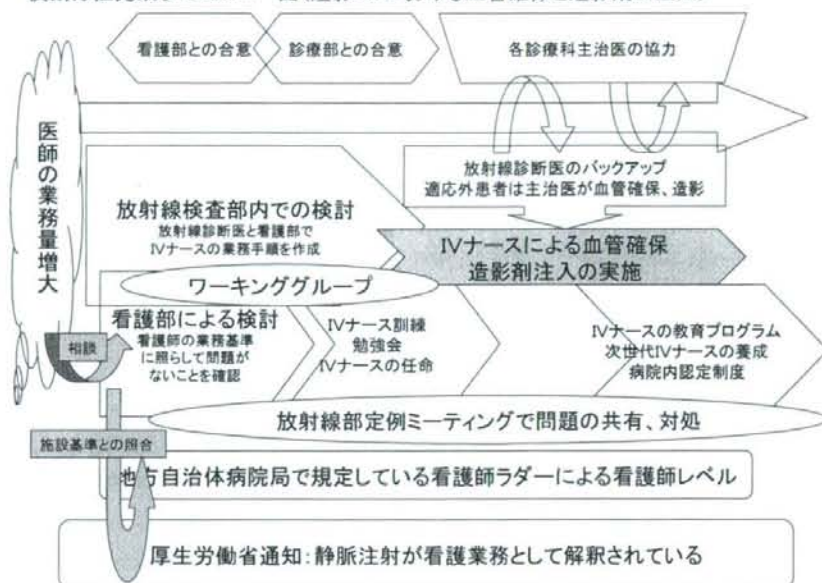
役割分担をすることによって、看護として付加価値をつけることが出来るかどうかは重要な問題である。事例2の看護師は、はじめ単に「医師のお手伝い」をさせられるだけで、仕事が増えるだけになるのではないかと危惧したと述べており、もし「お手伝い」としての意味づけしかなければ、看護師のキャリアラダーにもつながらないので、分担システムが破綻するかもしれない。事例2の看護師は、看護師が診療記録を良く読み、患者を知ること、検査時の患者の不安や病気への思いに配慮することが出来ることに気づいており、看護師が説明を付け加えて不安を緩和し、病棟の看護師に患者の病気認識を情報として伝え、フォローアップしてもらうなど、看護活動が広がりを見せるようになったことを認識している。また、放射線技師に患者の生活者としての情報が伝わり、技師も患者への配慮を自然と行うようになるなど良い影響についても述べられている。

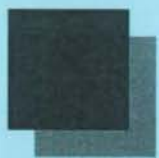
e. チームとしての判断と責任

今回の事例には登場していないが、がんの診療場面では「チームで判断する」という形態が多く取られるようになってきている。がん領域には、緩和ケアチーム、栄養サポートチームなどが実在し、看護師は必ずどのチームに配置されている。チームで行う判断は、医師がリーダーシップを取って責任も医師が負う場合が多いが、専門性が分化してきた今日、いつの場合も医師が責任を取るというのは、適切ではないし、医師の負担軽減につながらない。また責任の所在が明確でなくなることをあるので、専門性のあるチームメンバーで分担して協力して1つのことを実行するときの責任体制は明確にしておく必要がある。

図表 3-5

役割分担完成までのフロー図(造影CTにおける血管確保と造影剤の注入)





4) 小児看護領域の 役割分担・連携

4) 小児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, G, H, I の9事例を以下に記す。

小児看護領域事例A：独立した『小児看護外来』（メンタルサポート）の実践

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：国立大学法人
- b. 総床数：約1300床
- c. 職員数：看護師約1100名、医師（大学所属と病院所属が外来を流動的に担う）・薬剤師・OT・PT・STを合わせた医療関係者約1000名、事務職員数ほか計約2500名
 - ・ 看護職員配置7：1、専門看護師2名・認定看護師18名
- d. 施設：3次救急救命センター、周産母子センター、地域医療連携センターを設置
- f. インタビュー対象者：
小児看護専門看護師（小児看護外来担当）、小児科医師（小児看護外来活用）

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

<小児看護外来の特徴>

- ・ 体制：1990年代より小児科小児看護外来（以下『小児看護外来』と略す）として開設
- ・ 運営：複数大学との共同運営（A大学病院看護部小児専門看護師、A大学教員とA大学大学院生、B大学教員など）
毎週2回特定曜日の午後、完全予約制（10～20人/週・1回60分）
- ・ 対象：主に不登校、摂食障害、軽度発達障害、血液腫瘍疾患の子どもと家族
平均介入期間約450日、最長介入期間10年（平成13年の資料より）
対象者1人当たりの看護外来利用回数平均60回、長期の関わり100回程度

小児科外来において、小児科医師や小児外科医師が一般診療を行うが、医学的な安定状態にあっても心身の悩みを抱えた子どもや親は、『小児看護外来』が担当している。

1990年代に、独立した看護外来として小児科診療の中に『小児看護外来』が位置付けられ、大学教員・大学院生、病院所属の小児看護専門看護師が担当している。『小児看護外来』の対象者は小児科医師や他科医師から相談・依頼を受ける。外来は担当制をとっており、担当者は大学教員が中心となって決定する。診療時間は1人60分以内とし、状況に応じ時間調整や次回予約をする。診療内容はメンタルサポートが多い。対象者が親子である場合には親子分離の面接、個別対応をする。病気をもつ子どものきょうだいへのメンタルサポートも行っている。子どもの復学や病気の告知に関する学校関係者とも連携している。

b. 適応範囲

i. 対象となる患者などの範囲・条件

小児科医や他科医師から紹介・依頼される子どもや親が対象となる。摂食障害、神経症、1型糖尿病などの慢性疾患をもちながら不登校となっている子どもや親、血液腫瘍の子どもや親、医療処置を受ける子どもや親、病名の告知を受ける子どもや親、病気のために加療が必要な親・ターミナル期にある親をもつ子ども、確定診断がつかないグレーゾーンにある発達障害の子どもや親を対象としている。

ii. 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格など）

条件として規定されたものはないが、『小児看護外来』を立ち上げた大学教員の指導（大学院修士課程）を受けた者が担当している。現在、病院所属である『小児看護外来』を担当する小児看護専門看護師は、立ち上げた大学教員の指導のもと大学院修士課程の頃から『小児看護外来』で実践演習を行い、小児看護専門看護師の認定を昨年取得した現在まで、小児関連病棟での勤務と並行し継続して『小児看護外来』で実践活動を行っている。担当者は、『小児看護外来』を立ち上げた大学教員1名と小児看護専門看護師1名であるが、その大学教員の判断により、指導する大学院生や大学院修了生（B 大学教員）が役割分担している。

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、プロトコール

実施ガイドライン、プロトコールは現在のところない。しかし、1990年代に小児科外来の中の独立した看護部門として『小児看護外来』が開設・運営されている。受診手続きは、小児科外来の一環であり、診療記録は小児科の外来カルテに記載することになっている。

ii. 責任体制（誰がどこまで責任をもつのか）、リスク管理等

取り組みは病院組織内で認められている。『小児看護外来』の責任統括者は、『小児看護外来』を立ち上げた大学教員であるが、規定や内規されたものはない。

現在、全ての『小児看護外来』の対象者を把握しているのは、『小児看護外来』の立ち上げから関わる大学教員であり、その教員を中心としたケースカンファレンス（週1回、2-3時間程度）や大学教員による個別のスーパービジョンを実施している。さらに、個々の看護師の力量に任されている点もあるため、迷う事柄については、自主的に大学教員に相談するなどにより、慎重に対象者と関わることでリスク管理を行い、実践している。

小児科医師は、大学教員を窓口として気になる子どもや親を紹介した後は、『小児看護外来』に全てを任せている状況である。子どもや家族への対応やサポートは、小児科の外来カルテを見たり、小児看護専門看護師などの担当者から直接メールや電話を通して把握したり、彼らの診察時に尋ねることでリスク管理を間接的に行っている。小児科医師が『小児看護外来』を活用してきた中で、特別なトラブルが生じたことはないとのことであった。

A-2. 役割分担・連携を行った背景

A-2-1. 背景

『小児看護外来』を立ち上げるきっかけは明確にはわからないが、大学教員が、当病院の小児科の病院実習に大学院生と一緒に入ったことがきっかけのようである。実習や研究

期間が終了した後も、ケースへのメンタルを支援していく試みを継続する中で、小児科医師から他のケースも関われないかという依頼があり、始まった。このように大学教員を中心として、病院という現場を借りたケースへの取り組みが重ねられることより、予約の枠を取るというシステム的な問題が実質的に浮上り、病院側もこの取り組みをシステムとして取り上げるという決断を行った。

小児科医師から、立ち上げに関わっていないが、大学教員たちが力を入れている、子どもや親のメンタルへの支援の実際を見てきたことも、『小児看護外来』を活用しようという意識づけになっているという意見が聞かれた。また、小児科医師自身、新生児から一部社会人も含めた対象者を毎日診察し、診察を終えることに多くの時間を要する現状の中で、子どもの色々な悩みやトラブルが病気に影響してしまうと感じつつも、数分の診療時間で対応しなければならず、医師として子どもや親の力になれていないというジレンマを抱えていた。小児科医師はまず『小児看護外来』を立ち上げた大学教員に「相談」するようになり、その後『小児看護外来』を活用しようという意識が変わったとの意見であった。

A-2-2. 準備状況

実践事例の積み重ねとしては、『小児看護外来』の立ち上げの大学教員を中心に、学会での事例報告（平成13年度資料より48件）を行っている。また、大学院において小児看護専門看護師教育を行い、小児看護専門看護師教育課程修了者を輩出してきた。1990年代に『小児看護外来』が開設されたことにより、子どもや親が『小児看護外来』の予約を自由に、かつ、小児科診療と同様な事務手続きとして行えるようになった。

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

a. 決定プロセス、合意を得るための関係者との調整

『小児看護外来』が1990年代に開設されてから十数年となるが、組織的な混乱が生じたり、特別大きな問題が部門を超えて事務側から生じてはいない。『小児看護外来』は病院内で大々的に掲示されていないが、小児科医師は紹介・依頼を継続して行っている。また、『小児看護外来』の評判を聞いた医師から対応に困るケースが紹介され、広がりが増している。

『小児看護外来』に紹介・依頼された後は、外来担当者と主治医の個別なやりとりがなされる場合もあるが、子どもや親への介入の方向性などについては、医師の治療的な介入が必要とならない限り『小児看護外来』担当者に一任されている。小児科医師から、『小児看護外来』の担当者との信頼関係がベースにあるから可能となるという意見を得た。

『小児看護外来』の実践場所としては、小児科外来の1診療ブースで行われている。小児科・小児外科医師の中ではブースをひとつ使用できない状況への抵抗もあったが、なるべく小児科診療が少ない曜日に外来日を設定することで合意を得ていた。

b. 役割分担・連携統合に伴う組織・職員体制の変更

小児看護専門看護師が病棟兼務で『小児看護外来』に週1回、午後から診療できるように、小児科病棟よりも看護スタッフが多い小児関連病棟に移動している。3交替勤務をこなす中で、『小児看護外来』での実践を行っているため、対象者の状況によっては勤務外に外来業務を行うこともある。

c. 役割分担・連携統合をおこなうための準備、教育・訓練

『小児看護外来』には、大学院の小児看護専門看護師教育プログラムで、立ち上げに関わった大学教員の教育を受けた大学院生・修了生、小児看護専門看護師が担当している。病院組織内における『小児看護外来』を担う看護師の教育や訓練は実施されていない。

d. 患者・利用者への説明

『小児看護外来』を受診する子どもや親への説明は主治医より行われている。小児科外来を紹介したケースの内、物理的距離・金銭的な問題のない 3/4 の子どもと親は『小児看護外来』を受診している。

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）

1990年代からの開設を経て、『小児看護外来』と医師との役割分担・連携を実践していく中で生じた問題や課題が、どのように対応されていたかに関するガイドラインやプロトコルはない。しかし、『小児看護外来』の担当者間、また、『小児看護外来』を活用する医師とのコミュニケーションは電子メールなどの媒体物も活用しながら密に行われている。また、看護師間での事例検討会を有効活用し、質の維持・互いのスキルアップが図られており、問題・課題に至る以前に解決策が投げられている。

『小児看護外来』の広報活動はしていない。マンパワー不足・活動時間の不足という課題が生じており、現状を維持していくことにより対応している。

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

役割分担・連携の拡大を目指すためにも、まずは『小児看護外来』のパイオニアとして、年間の実績報告を看護部に提出し、診療点数に結びつくようなシステムづくりを目指すことが今後の課題であると捉えていた。また、看護部内でも、小児看護専門看護師の機能や活動意義の理解が周知されているわけではないため、『小児看護外来』をアピールしていく方法を検討することも今後の計画のひとつである。『小児看護外来』を活用する医師に対しても、大学病院という使命上、医師の移動が頻繁であることから、『小児看護外来』の存在や活用する医師の定着化の難しさを感じていた。小児科医師は、『小児看護外来』のアピールに賛成であり、病院の“売り”としてホームページに掲載するなど、積極的にアピールすることを提案している。

小児看護専門看護師は、『小児看護外来』における医師との役割分担・連携の具体的な展望として、現在の教育担当の副看護部長を窓口として、『小児看護外来』への依頼を電話連絡一本で対応できるようにしてはどうかと考えていた。『小児看護外来』担当者が外来対応のみならず、病棟に出ているような『小児看護外来』の姿を掲げていた。院内での他科受診は現在、医師以外の裁量が認められていないが、小児看護専門看護師の裁量として、院内の紹介状が自由に書ける体制づくりも今後、必要であると考えていた。

b. 役割分担・連携を担う人材の育成

『小児看護外来』の担当者は、『小児看護外来』を立ち上げた大学教員の大学院修了生で担われている。今後も大学院における人材育成は、継続される。小児看護専門看護師は、

今後の展望として、『小児看護外来』を担う看護師として認定看護師と専門看護師の両者で構成していくことができるのではないかという意見であった。

また、小児科医師は、実績として示されているメンタルサポートとして『小児看護外来』に子どもや親を紹介し、その後の対応を一任することに抵抗はない。この施設では、例えば1型糖尿病の子どもが血糖コントロール不良で地域生活を送る難しさへの治療的アプローチ（インスリンの調整・相談など）を一任する場合、サブスペシャリティーとして糖尿病療養指導士の資格をもつ看護師であれば、子どもや親の相談を依頼している状況である。

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

a. 医療サービスの質への影響

医師や看護師は、登校拒否の子どもが学校に通うことができるようになったこと、親が子どもの歩みを認め、ともに今後の在り方を選択できるようになったことを、医療サービスの質向上の成果として捉え評価していた。また、医師側は治療的な効果として、全ての子どもや親に見られるとは言い難いが、時間をかけながら『小児看護外来』に通うことで病状のコントロールが安定・改善していく兆しを実績として評価していた。

b. 看護職への影響（勤務形態・時間、その他）

現在、『小児看護外来』を担当する病院所属看護師は、小児看護専門看護師1名である。大学側と連携しながら年々増えていく対象者への対応の質を維持しているが、病院所属の看護師への負担は増していき、したがって、今後『小児看護外来』を継続しさらに充実させていくには、小児看護専門看護師の活動として『小児看護外来』を確立し、現在の勤務形態を変更させるなど、体制を整備することが必要となっている。そのためにも、小児看護専門看護師は、診療報酬と結びつけるような実績を作っていくことの重要性、ならびに難しさを感じている現状である。

また、学校側と連携・調整する際は、時間外での『小児看護外来』運営となっていることから、今後、外来機能を発揮していくためには、体制の工夫が必要となる。

c. 医療機関経営への影響

『小児看護外来』を受診する子どもや親は再診療という形で支払いを行っている。小児看護専門看護師も小児科医師も、『小児看護外来』が診療点数化されるとよいと捉えていた。

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、医師の労働負担の軽減

小児科医より、1日に30-40人を診察する中で、病気を背景に不登校や悩みを抱えている子どもに十分関ることができない憤りなどを抱えていたが、『小児看護外来』を活用することで、そのような悩みが軽減され、純粹に治療を考えていく時間が増えたと捉えていた。また、メンタルへのサポートを『小児看護外来』で担うことによって、二次的な障がい、病状の進行を抑える関わりができると実感していた。

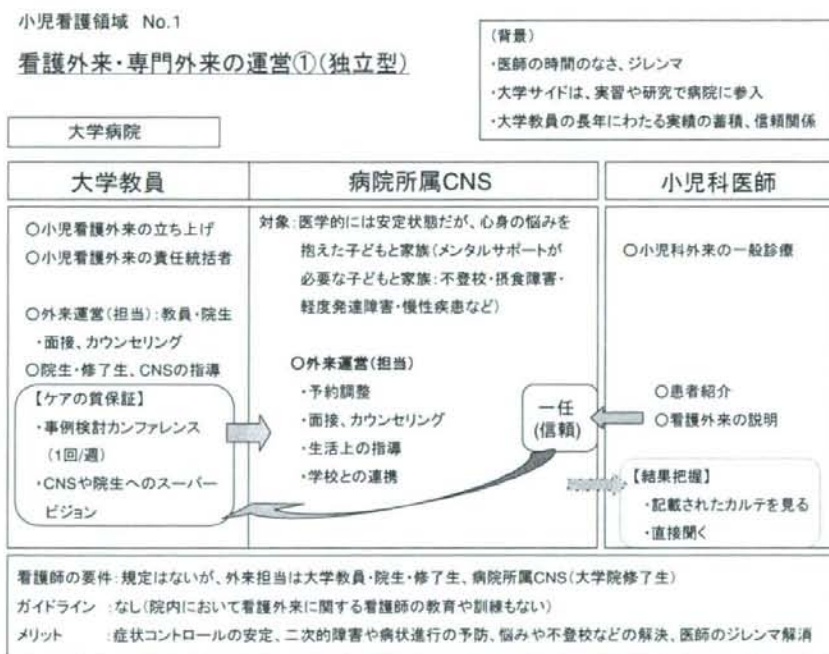
b. 医師、他の医療専門職からの評価

小児科医だけでなく、救急部の医師がターミナル期にある親をもつ子どもへのサポートを、認定看護師を介して『小児看護外来』に相談するケースが認められている。また、『小児看護外来』の体験者である家族の意向から、子どもの学校教師・養護教諭と病気の告知などについて相談・連携することが多くなってきている。

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

悩みや苦しみを表出できる『小児看護外来』を活用している子ども、家族、医師は、病気をもつ子どもや親が地域生活をポジティブに送る上でメリットがあると捉えている。また、現在のところデメリットの声が聞こえてこないこと、子どもが通う学校という病院外からの依頼も来るようになってきている状況から、『小児看護外来』における看護師と医師の役割分担・連携が及ぼす患者・家族・地域への貢献度は高いと考えられる。

図表 4-1



小児看護領域事例B：独立した『看護相談外来』の実践

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：社会福祉法人 総合リハビリテーション施設

b. 病床数：242床

c. 職員数：約400名 看護職員161名

- ・ 小児看護専門看護師1名、摂食・嚥下障害認定看護師1名

d. 特性：

小児から成人まで幅広い年齢層の方々に対して、外来や入院（入所）での包括的なりハビリテーション〔相談、診察、治療、訓練、補装具製作、家屋改造指導、ご家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用のお手伝い、地域との連携、などを含みます〕を直接提供する。センター内でのさまざまな研修会等の実施や県内各施設等への職員の派遣なども業務として実施している。

- ・ 小児部門は肢体不自由施設、重症心身障害児施設を併設。小児神経科外来は年間新患数360名。重度重複障害児への在宅医療の指導管理、集中的な初期療育の母子入園、整形外科手術、後天性脳損傷児への評価、訓練を行っている。小児部門の診察時間は、新患1時間、再来15分である。

e. インタビュー対象者：小児看護専門看護師、医師（小児部門外来担当）

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

『看護相談外来』は、主に医療的ケア指導、摂食嚥下、不適切療育ケースのコーディネーション、母親の育児ストレス緩和への援助等を行っている。小児部門の外来では、1診療室（一人の医師）に1担当看護師が常置しており、診療の補助を行っており、医師と家族の診療場面でのやりとりから看護が家族への介入が必要と判断した場合や家族からの要望、医師からの依頼、リハビリ訓練前に『看護相談外来』を行っている。医師が『看護相談外来』の依頼書を記入する場合は、医療的ケアの指導に関する事項と看護師が診療場面で必要と判断した場合も依頼書の記載を看護師より依頼している。時間は30～60分程度である。それ以外でも診療時、または診療後に生活上の相談や母親の悩み等に随時付き合っている。医療的ケアの指導については、医師が経管栄養の必要性を説明し、経管栄養剤の処方（種類と量）は行う。看護師は、子どもと家族の生活を考え、注入時間、注入方法（経鼻か経口チューブ）を選定し、手技の指導が確実に行われるように関わる。その情報は、看護師より依頼された医師へ書面で報告され、カルテに情報が残る。その中で、経管栄養剤や注入量等問題があれば、医師と看護師、家族が相談し調整を行う。また睡眠に関する相談では、医師は睡眠に関する薬剤を処方する。看護師は、子どもと家族の生活から睡眠に必要な環境等の指導と薬剤の投与時間等の指導を行っている。その中で睡眠導入の薬剤の変更や調整が必要かの判断を行い医師と調整していく。リハビリ訓練前の『看護相談外来』の場合は、来院される患者に対して、生活上の指導相談の機会とするだけでなく、子どもと

家族にとって身体的・精神的問題があり医師の診察が必要と看護師が判断を行って場合は、医師は患者を診察する。

b. 適応範囲

i. 対象となる患者等の範囲・条件

外来を利用しており、ニーズがある患者と家族であり、基本的に主治医からの相談依頼に基づいて実施している。

ii. 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

外来看護師全員であり、経験年数資格は問わない。しかし、『看護相談外来』について医師は小児分野では、対象となる子ども（障がい児）の看護の経験があり、家族から生活上の問題を引き出す能力が必要ではないかという意見であった。

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

十数年前に看護部門で独自に作成した「看護相談」というガイドラインが存在する。現在も現行のまま活用している。リハビリ目的の再診のガイドラインはない。

ii. 実施ガイドラインは、組織でどのような取扱いになっているのか

『看護相談外来』に関して平成 21 年度から「看護相談の流れと役割」として看護師・医師・他職種がどのように連携していくかを検討予定である。

iii. 責任体制

主治医との連携の中で看護相談を実施し、医師による依頼され実施し、看護相談の実地報告はカルテを通して共有している。

リハビリ訓練前の『看護相談外来』については、施行当初訓練前に「なぜ医師が診察しないのか」苦情があったが、現在は看護師が看るのが通常となっている。また診察を受けずに直接訓練を受けることも可能となっている。

iv. リスク管理

看護相談の内容は、小児看護専門看護師が管理し患者家族の中でも困難事例等の相談を受けることのできる体制がある。小児看護専門看護師自身は不適切療育ケースのスクリーニングやそのスケールの活用方法を外来看護師への教育等を行い看護相談が必要な家族の見極めができる支援をしている。

B-2. 役割分担・連携を行った背景

B-2-1. 背景

県下の中核的な障害児医療、福祉の施設であり、以前から先駆的に入園による早期療育や外来診療に取り組んで来た経過があり、十数年前から行っている『看護相談外来』は、大学からの研究的取り組みからの導入ではあったが、現在も定着している。

医師からは、対象となる子どもと家族の診療の中で医療的な治療と合わせて生活の問題等が必要となり時間が足りない状況があった。また時間だけでなく、医師だけでは補いきれない問題があるということも明確であった。

リハビリ目的の再診については、リハビリ訓練目的の患者を医師が診ることになると診療枠がとられ新患や再診予約患者の予約が取れず、医師の激務につながると判断された。

B-2-2. 準備状況

施設は、大学の実習施設であり、研究フィールドといった関係性がある。卒業研究、『看護相談外来』に関する研究についても、その背景があり医師の受け入れも良い状況があった。その中で、看護師の外来診察での患者家族の言葉を補う、外来診察に必要な情報を医師に事前に伝えてくれる等、看護師が医師と患者家族の関係性を保ち、診療を支えると存在であることが認識されるような役割がとられていた。

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

a. 決定プロセス、役割分担・連携までの準備スケジュール

『看護相談外来』については、平成7年度から研究的取り組みから開始され、継続されており、その際の決定プロセスについての詳細は不明である。

b. 役割分担・連携統合に必要な事務手続き

医師には、看護相談依頼用紙を記入することは、医師から医師へ伝達されているのではなく、外来看護師が診療について実践形式で依頼用紙の存在や看護師の役割を示している。看護師には、ガイドラインが存在している。

c. 役割分担・連携統合をおこなうための準備

現在は、医師看護師間で依頼書と報告書を通じて看護の役割を明確にする機会となっており、今後は連携や役割分担に関するプロトコルが作成され活用段階入る予定である。

d. 患者・利用者への説明

『看護相談外来』は、外来の一角に看護相談室が銘打ってあり認識される機会となっている。

看護相談依頼書があり、家族も依頼書を医師が書くことにより認知する機会となるのではないかと推察する。

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）

外来患者数の増加、外来看護師配置数の減少などから、看護相談に従事できる時間の確保が難しくなった。解決策は今のところない。医師からは、外来診療に対して特に小児分野の外来看護師の役割が大きいことを現在の看護部は理解し、外来看護師の配置を考慮してくれているが、今後この体制がとれなければ、現在のような連携は難しいという意見であった。改善策としては、診療報酬の中の在宅指導料の枠を広げ、看護師の役割が目に見える利益につながるなど必要性を看護部や施設に認識してもらうことが必要になる。

B-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

看護師は、現行の制度の評価する指標等まで考えが及んでいなかったため、これを機に

この制度の評価基準を明確にしていくことが課題である。

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. 医療サービスへの質への影響

要望時の『看護相談外来』だけではなく、リハビリ訓練前といった定期的に『看護相談外来』を看護師が行うことで、生活への支援や家族の疲労、問題を抱えている家族のスクリーニングとモニタリングができ、医師の診療にもつなげることができ、子どもと家族の生活の支援ができる。

b. 看護師の勤務形態・時間への影響

外来患者数が増加し、看護師の相談業務が増える。

医師からは、外来の人員配置を現行で行かなければ、現在の看護の質を維持することはできないと考えている。外来に人員を確保するために、病棟看護師が1名削減されるといった病院全体の人員配置に影響を及ぼす可能性があることも語られていた。

B-4-2. 医師の勤務への影響

医師は、『看護相談外来』や診療時の看護師の支援によって、再来患者と家族の診療時間が15分であっても看護師が補ってくれているという信頼から時間が足りないという思いは軽減できていると言える。またリハビリ訓練前に看護師が関わることで、診療が必要な対象者のトリアージとなっている。これは診療の予約時間枠が増えること新患の受け入れや再診患者の予約に当てられている。まだ医師の勤務の時間短縮や1日診察する患者数が減少するといった影響までつながっていない。

B-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、家族のメリット

リハビリ訓練は定期的（毎日や週三日）なら来院であり、現在は看護師が看るのが通常となっている。これは、母親からの相談を受けるなど外来看護師と家族の関係性を築く機会となり、家族子どものスクリーニング・モニタリングの機会となっている。タイムリーに生活上の問題や家族の支援が受けられるといったメリットにつながる。

b. 患者、家族のデメリット

リハビリ訓練前の再診については、施行当初「なぜ医師が診察しないのか」苦情があった。現在は無い。

図表 4-2

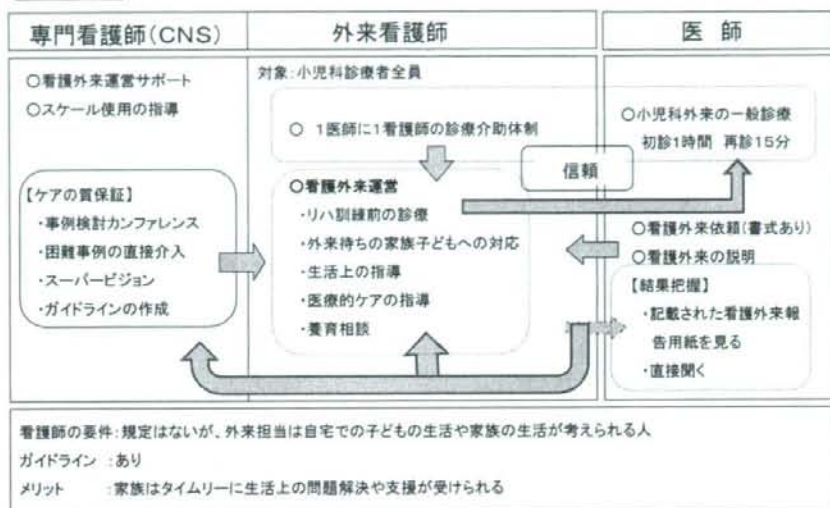
小児看護領域 No.2

看護外来・専門外来の運営(独立型)②

総合施設

(背景)

- ・大学サイドは、実習や研究で病院に参入
- ・大学の研究から専門外来が立ち上がり現在継続
- ・長年にわたる実績の蓄積、信頼関係



小児看護領域事例C：独立した専門外来『はいせつ外来』の実践

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：自治体（県）

b. 病床数：419床

c. 職員数：

- ・ 医療関係職員数：医師 86、薬剤師 10、OT・PT・ST 18、看護職員 467(常勤：457、非常勤 10)、専門看護師 2・認定看護師 9、事務職員 28

d. 医療機関の地域特性：大都市の郊外にある小児病院、肢体不自由児施設および重症心身障害児施設の三つの施設からなる、病気や障がいを持った小児に医療と福祉を一体として提供する小児総合医療・福祉機関。病院は、難病・重症疾患・慢性疾患などの小児、あるいは、胎児のリスクが高い妊婦を対象として、高度・先進的医療を行っている。

e. インタビュー対象者：小児看護専門看護師（排泄外来担当）、小児外科・泌尿器科医師

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

i. 役割分担の内容

外科外来と小児看護専門看護師による『はいせつ外来』とが連携を取って患者の排泄に関する問題にあっている。医師による外科外来では、術後の管理や医療に関する診察、診断、処置、薬の処方など、主に身体の医療に関する部分を担当している。小児看護専門看護師による『はいせつ外来』では、日常生活上の管理、日々のケアの方法、これまでの経過などから今後のケアについてのケア計画など、排泄に関する日常生活ケアの部分を担当している。患者の経過の中で、術後身体的に安定するまでは医師による診察が中心となっている。術後身体的状態が安定し、成長発達に合わせて日常生活ケアが変化していくことで、患者にあったケアの方法について、今後の計画を患者、親と話し合いながら、立案し指導していく役割を小児看護専門看護師の『はいせつ外来』で担っている。泌尿器科外来から小児看護専門看護師による『はいせつ外来』に、排泄に関する日常生活ケアの相談を受けられると患者家族に紹介をしている。

ii. 連携の具体的な内容

- ・ 外科外来や泌尿器科外来での医師の診察において、排泄に関する日常生活管理やケアが必要となった時や子どもの成長発達や社会的ニーズに合わせて排泄管理を強化していく必要が出てきた場合等、医師は患者に相談できる場として小児看護専門看護師による『はいせつ外来』を紹介する。患者は紹介されて、外来予約を取る。外科・泌尿器科外来の医師とも、患者家族を『はいせつ外来』に紹介後、医療に関するフォローとして医師の外来を継続している。
- ・ 小児看護専門看護師は『はいせつ外来』において身体上の問題が把握された時、医師の診察が必要と判断された時、処方が必要と判断した時、ケアや処方など療養方針を変更する必要があると考えられた時には外科医師に連絡し、必ず医師と相談する。必

要時診察・処方医師が行う。

- 継続で身体的には安定しており療養上の指導のみで問題がないと判断した時は、外科医師の診察は受けず、小児看護専門看護師が継続指導のみを行っている。
- 記録は外科外来医師と小児看護専門看護師が同じ診療録用紙に記入しているため、いつでもお互いの記録見ることによって指導内容、診察内容を確認できるようにしている。
- 患者は医師の外来と小児看護専門看護師の『はいせつ外来』はお互いに独立しているため、患者は状況に応じて適宜必要な外来を受診する。
- 小児看護専門看護師は外科医師に任されて、外科医師の指導のもとにコンサルテーションを行っている。
- 外科外来の一室を医師とは別の部屋を持って行っている。

b. 適応範囲

i. 対象となる患者等の範囲・条件

排泄に関する日常生活ケアの中でケアの紹介・計画・立案・指導・相談を必要とする患者：外科医師や泌尿器科医師による医学的な評価をされた後の患者、日常生活上排泄管理が必要な外科患者や二分脊椎患者、基本的に病状が安定している患者、排便機能障がいがある患者、年齢は乳児からキャリアオーバーまで（浣腸など処置が必要な患者は医師が診る）。

ii. 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）：医師の示した条件

- 小児看護専門看護師による排泄に対するケアや指導の実際の場面を外科の医師はこれまで見てきて、小児看護専門看護師の持っている知識、技術を認めた上で外来を任せられると判断しており、現在のところ他のスタッフに任せることは考えておらず、現在のところ外科の医師は経験年数や資格などの問題ではなく、この小児看護専門看護師だから任せられるとしている。個人の資質によるもので誰でも良いというわけではない。排泄に対するスペシャリストと言う認識がある。
- 泌尿器科外来の医師からの条件としては、WOC ナースのようにその分野を専門に勉強している人材であることが必要。現在は手術後の管理である洗腸法は WOC ナース、手術を必要としない洗腸法は小児看護専門看護師による『はいせつ外来』に任せている。

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、プロトコール

- 医師側・看護側にも実施に対するガイドラインやプロトコールなど特に取り決めは無い。
- 看護局や病院側は、コンサルテーションや記録の方法について、これまで現場で問題が無くやりやすい方法ならば医師に順ずる方法が良いとしている。
- 小児看護専門看護師がどのような事を行っているのか外科医が把握できる様に医師と同じ診療録に記録をしていくこと、外科医と同じ診察日・時間にする事によって、患者の身体上・医療上問題があると感じられた時にいつでも外科の医師と