

連絡が取れるようにすることを決めることによって、小児看護専門看護師と外科の医師が連携を取れるようにした。

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

ガイドラインは無い。(ガイドラインとしてのものは無いが、上記同様コンサルテーションや記録方法は看護局・病院組織から許可を得た方法を取っている)

iii 責任体制（誰がどこまで責任をもつのか）

- 特に医師と小児看護専門看護師とで話し合われて決まっていることは無い。
- 外科の医師は、「小児看護専門看護師による『はいせつ外来』では、困っていることがあれば必ず小児看護専門看護師が医師に連絡をするのですぐに確認できる」「小児看護専門看護師の記録に医師も目を通してあるので、患者の状況を医師は把握しており、また把握できる状態である」「患者を紹介する時には状態や依頼内容を記録に書く(医師も小児看護専門看護師も同様)」「小児看護専門看護師の記録は、医師と同じ外科のカルテ(診療録)に記録。小児看護専門看護師の記録に医師が所見を書く時もある」と述べている。
- 小児看護専門看護師は、「小児看護専門看護師による『はいせつ外来』の記録のサインは、医師が実際に診察していなくても医師の指示の元で行っている外来であるため小児看護専門看護師の名前の下に医師の名前(印鑑)も書いている」「患者に医療上気になることがあること、ケアの変更をする時には必ず医師と相談し、必要時診察を依頼する。処方医師に行うよう依頼している」と言っている。
- 役割分担や責任体制から、医療的管理は医師が責任を持ち、日常生活管理や指導は小児看護専門看護師が責任を持って管理を行っているが、常に医師が医療的な責任を取れる体制をとっている。

iv リスク管理

外科医師・小児看護専門看護師：『はいせつ外来』は、外科医師の外来と同じ日・時間に設定されている(月 2 回)ため、小児看護専門看護師は何か気になることがあれば必ず医師に声をかけ、必要時医師は小児看護専門看護師と共に診ることができる体制を取っている。トラブルが起こった時の問題対処として処置が変わる時は必ず一緒に診ている。

これまで問題が起こっていない、問題が起こる前の対策として小児看護専門看護師は外来では直腸診をしない、処置変更時は必ず医師の確認を入れる、身体上の問題があったときは常に外科医師が確認できる体制を取っているなど準備や対策を十分に取ることでリスク管理を行っている。しかし現在の取り組みを紙ベースのマニュアルやガイドラインにすることについて、小児看護専門看護師は、患者が医師に会わないで帰る事やカルテには医師のサインもある、再診料も取っていることから迷いも感じている。

## C-2. 役割分担・連携を行った背景

### C-2-1. 背景

外科外来において外科の医師から、排泄の問題でケア的な部分は医師からサポートしきれないという問題が上がっていた。その当時、排泄に関する研究を小児看護専門看護師が行っており、小児看護専門看護師と医師と一緒に外来に入っていた時、小児看護専門看護

師による排泄に関する指導や病棟での対応を医師が見ていて、排泄に関するケア的な部分は小児看護専門看護師に任せられると医師は感じていた。(小児看護専門看護師はケアについて医師より知っている」と医師が認識)。初めは医師が小児看護専門看護師に日常生活管理・指導を任せられるまで3年ぐらいかかった。実際稼働までは5年位かかった。

病院組織の上層部や患者会からのニーズがあったことも影響している(他の病院で『二分脊椎外来』を行っている所があり、トータルケアを行っている。この病院でも二分脊椎の患者が多く、その中でも排尿障がい、直腸障がいを持っている患者が多かったことから同様なことを行う要望が上がっていた。またこのようなトータルケアは海外においては通常のことである)。また、外科的に洗腸路を作っており、逆行洗腸を小児看護専門看護師が行っていたため、二分脊椎の患者を主に、排泄も含めて小児看護専門看護師が担当していくことについて話し合われ、医師は外来にて紹介し始めた。

対象者は、初めは外科手術後排泄に問題(鎖肛やヒルシュスプルング病)のある患者が対象だったが、泌尿器科から二分脊椎患者が紹介されるようになった(泌尿器科からは9割が二分脊椎)。

#### a. 小児看護専門看護師の意見

- 小児看護専門看護師のコンサルテーションが必要な時に呼ばれて相談にのるという形式では時間が取れない、小児看護専門看護師が遠方に居住していたことから電話対応等では対応が難しい、WOCナースだけでは指導や管理が必要な対象者をカバーできない、指導のみの入院が難しい等の問題と、初めは外来のスタッフナース、小児看護専門看護師、外科医師と共に生活管理のケア行っていたが、プライバシーの無いような環境での外来だった。
- 泌尿器科の医師が看護師が指導を行うと考えている医師の存在や病院全体で新棟への移行を行っており、外来機能の見直しがされていた状況があった。

以上のような状況に付け加え、医師や看護師間でも小児看護専門看護師によるコンサルテーションの必要性が認識され、外来機能見直し時に、小児看護専門看護師による排泄のコンサルテーションを外来として立ち上げていく計画が看護師の中からあがり、機能見直しを任されていた看護師が、小児看護専門看護師と連絡を取りながら、開設の準備に加わり、開設に至った。

#### b. 準備状況

外科医師は、小児看護専門看護師の実習の時点から排泄に関する指導やケアを医師と共に行ってきて、その様子を見てきた。小児看護専門看護師の持つ技術や知識の高さをその時の様子から評価できたと述べた。

小児看護専門看護師は、「小児看護専門看護師の実習で排泄に関する日常生活ケアの指導を行っていたことが、外科医長・院長・病院長に伝わっていた。外来や病棟での指導を医師や看護師と共に行ってきて、その様子を医師が見て、小児看護専門看護師の持っている知識、技術を評価してもらったのだと思う」「小児看護専門看護師が日常生活ケアの必要性を病院長にも提案していたところ、外科病棟で行っていた実績もあり、この分野について看護へと話がつながった」「小児看護専門看護師が以前から関心のあった在宅指導について



法律・制度など勉強して勉強会を開き、看護師が在宅指導をすることによって指導料など取れることを提案。看護局が興味を示し、『はいせつ外来』開設に至った」と述べている。

以上のように、小児看護専門看護師の継続した現状を把握するための知識獲得、3年間以上の小児看護専門看護師による外来・病棟での実践に対する技術評価、医師や看護師を巻き込んでの勉強会による知識普及、リスクに対する準備などが医師や看護局から評価を得て、『はいせつ外来』開設に至っている。

### 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. 医師：患者・利用者への説明としては、外科外来、泌尿器科外来で、患者が排泄コントロールに困っていること、日常生活管理に指導が必要なことを判断し、医師が小児看護専門看護師による『はいせつ外来』を紹介。家族はその時点で『はいせつ外来』の予約を取る。

b. 小児看護専門看護師：初めは『はいせつ外来』にスタッフナースが常駐していたが、現在は小児看護専門看護師 1 人実施。『はいせつ外来』では自己紹介後、『はいせつ外来』を担当していること、医師と一緒にやっている外来であること、相談にのるための外来で処方等はできないことなど説明し、同意を得てから実施。

#### 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）

特になし

#### C-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

役割の拡大・役割分担・連携を担う人材の育成等。

### 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

- ・ 医師による外来では、診察の一部で日常生活ケア指導が行われていたため、患者は十分時間をかけて話しを聞くことが出来なかったが、小児看護専門看護師による『はいせつ外来』により、時間に余裕をもって話を聞き、指導を受けられるようになった。
- ・ 看護局が患者家族に話を聞いたところ、患者・家族から医師による外来では出来なかった、生活上の問題、話などができる様になったと感想が得られている。

##### b. 看護職への影響（勤務形態・時間、その他）

- ・ 専門病院として必要な部門であり、看護師にとっても専門性を持つことはモチベーションを高めることにつながる。
- ・ 小児看護専門看護師は、病院新棟になる前の非公式外来の時には、時間外業務で行っていたが、現在は時間が確保されているため、このことによる時間外業務が減少している。
- ・ 患者家族より、看護師さんにこそ聞いてもらいたいことであると良い反応があり、

看護局からバックアップしていくことの後押しとなった。

### c. 医療機関経営への影響

看護師の指導による在宅療養指導管理料が取れるようになった。病院経理からコンサルテーションでこれだけ増収すると言われた。今後も重要な医療行為だと認めてコストが付くようにしないといけないと、医師、経理から反応が出ている。

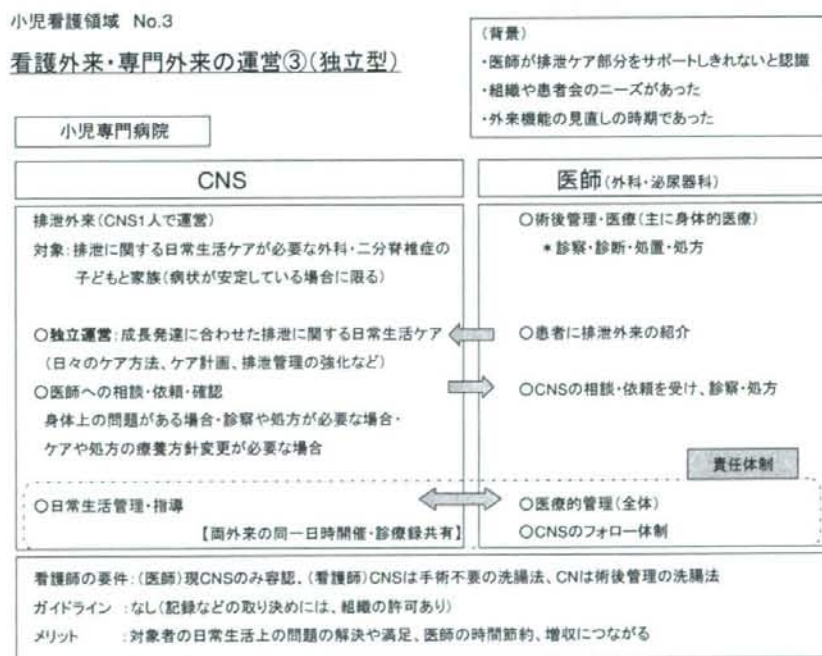
#### C-4-2. 医師の勤務への影響

- 医師は外来で日常生活管理の話をしなくなった分、他の話の時間が取れるようになった。
- 『はいせつ外来』で何かあれば小児看護専門看護師が医師に気軽に声をかけられる関係作りが必要（外科医）。

#### 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

- 医師の外来では話があり出来ないが、看護師の外来だと話が出る、違う視点で見てもらえる、と好意的な意見が患者家族から得られている。
- 外来受診でケア的な部分で困っている患者さんが多いため、需要は多い。

図表 4-3



## 小児看護領域事例D：専門外来『二分脊椎外来』の開設・運営における協働

### 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：県（小児専門病院）
- b. 病床数：203床
- c. 職員数：看護師240名、医師：約70名、薬剤師7名、OT1名、PT2名、ST3名
  - ・ 看護職員配置：7対1
  - ・ 専門看護師・認定看護師配置数：小児看護専門看護師0名（候補生：産休中2名）、認定看護師3名（皮膚創傷ケア）
- d. 医療機関の地域特性：三次医療中心、一部地域の二次医療補完
- e. インタビュー対象者：看護師（小児看護専門看護師）、医師（病院長・脳外科医）

#### 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

『二分脊椎外来』は、数年前から専門外来として月1回（2人枠、1人1時間）開設している。二分脊椎症の患者は約150名で、この外来受診のべ人数は約25名/年である。固定診療科は外科・脳外科・泌尿器科・整形外科であり、必要があれば形成外科・新生児科なども加わる。かかわる職種は、医師、看護師、OT、PT、臨床心理士、学校の先生、訪問看護師などである。

##### i 看護師の役割

看護師は主にコーディネートを行っており、『二分脊椎外来』の受診が必要と考えるケースファインディングと予約調整をしている。外来で、子どもや家族と面談し、通常的外来ではなく診療科を超えて検討すべき問題を見出したり、リハビリテーション施設の受診の必要性を感じた場合、子どもと家族と解決すべきことを共有し、『二分脊椎外来』受診への動機付けを高める。外来当日に同席が必要な多職種（OT、PT、学校の先生、訪問看護師など）の調整を行う。子どもと家族のニーズを事前に把握し、前カンファで多職種に情報提供し、診療やケアの組み立てを行う。リハビリテーション施設を受診をしたほうがいいケースについては、リハビリテーション施設に直接連絡して予約調整し、医師にリハビリテーション施設への紹介状記載を依頼する。看護師が外来当日の診察の流れ（順番）や内容、注意することなどをマネジメントする。

実際の外来では、子どもや家族のニーズを医師に伝え、診察に同席し、医師の説明の補足を行う。各診療科医師の説明を統合して改めて説明し、今後の方向性を確認する。必要となった処方（薬、浣腸、リハビリテーション処方、紹介状など）を整理して、担当診療科の医師に依頼する。生活上の指導（排泄、育児）や浣腸、導尿回数、方法等の具体的な指導、学校との連携における課題の説明、訪問看護導入の判断を実施する。医師に対して、一番焦点あてて相談したいこと、説明してほしいことを依頼している。

\*医師は、看護師がリストアップと前カンファの情報収集と提供、診察への同席、後カンファでの情報提供をしていると認識していた。



## ii 医師

医師は、『二分脊椎外来』を受診した方がいいと思ったケースについて、看護師に照会する。実際の外来では、子どもや家族への説明、薬の処方、紹介状の記載を行う。

## iii 医師と看護師

看護師と医師が一緒に行っていることは、病状・病態の説明、浣腸（特に洗腸）、導尿の説明と導入の判断である。看護師と医師との連絡方法は、外来前後の毎月一回のカンファレンスと、問題発生時にはいつでも、話し合いを行う。

## b. 適応範囲

### i 対象となる患者等の範囲・条件

二分脊椎症の子どもと家族のうち、包括的なかわりや長期的フォローアップが必要なケース（NICU 退院後のケース、学校就学前のケース、セルフケアの確立が難しいケース、成人病院移行ケースなど）が対象となる。

### ii 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

小児看護専門看護師が中心となりコーディネートをしている。排泄に関しては認定看護師ができる。外来看護師は、当日の状態に対する対応はできるが、成長発達に合わせて、先を見通して、子どもや家族の病気の受け止めや生活背景を考えてなどの調整は難しい。外来看護師が必要なケアに気づけるように、小児看護専門看護師がいることが必要である。  
\*医師は、小児看護専門看護師や認定看護師などといった看護師の条件はないと言い、看護師が固定していること、患者から見て窓口があることを重要視していた。知識があればある程度生活の相談が看護師にできると考えているが、知識不足や専門性の未確立、看護師の勤務体制の問題により今の状態では看護師に相談や指導を任せられないと述べている。フリーの小児看護専門看護師が増えれば可能性が広がると考えている。

\*医師は、調整は小児看護専門看護師だからできたと捉えている。小児看護専門看護師が資格を取る前からの取り組みであるため、小児看護専門看護師だからというのではなく、その看護師の行動力、医師と看護師の垣根を越えるバイタリティがあったことを起用の理由として述べていた。

## c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

- 『二分脊椎外来』に関する規定（対象、連絡方法など）がある。
- 導尿・浣腸に関して、変更については医師に相談し、大幅な変更などがある場合には医師の診察を受けた上での指導としている。リハビリテーション施設への紹介については、最終的に医師に確認し、紹介状などは医師が記載している。

## D-2. 役割分担・連携を行った背景

### D-2-1. 背景

二分脊椎症の子どもと家族に対する医療やケアが各診療科でバラバラに行われて、成長発達を見越したケアが実施できておらず、包括外来の必要性が生じていた。コーディネーターがいることで効率的に実施できるのではないかと考え、担当診療科の医師たちと相談し、多施設の見学も実施して、今の形を作った。リハビリテーション施設への紹介につい

ては、待ち時間の短縮、ケアの効率化を考える必要があり、リハビリテーション施設と協議を重ねて実施した。

\* 医師は、二分脊椎は多くの診療科がそれぞれにかかわるのでは問題が解決できないと考え、年代ごとに起こる問題が変化するため、包括的長期的な診療をしたいと思っていた。

#### D-2-2. 準備状況

発起人が現院長（当時診療部長、脳外科医）であり、イニシアチブがあった。他の医師の理解があった。

小児看護専門看護師が他の小児専門病院などの『二分脊椎外来』を見学に行き、医師とともに理想とする外来を考え、形作っていった。

#### 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

現院長（当時診療部長）が『二分脊椎外来』をしたいと言っており、医師たちの動機付けも高かった。外来の看護体制について、看護師1人が月1回通常の外来を離れてフリーで動けるようにできるかを外来師長に相談し、可能だろうと判断された。このコンセプトが他の診療科の患者にも応用できるようにすることは意味が大きいということで、看護スタッフの理解も得られやすかった。担当診療科医師とのカンファレンスを計画的に実施し、事務方にも会議に入ってもらうなど、いつ誰に会議に入ってもらうか等の調整も小児看護専門看護師が実施した。1年かけて開設に至った。

『二分脊椎外来』は従来の外来の予約の仕方と異なるため、小児看護専門看護師が医事課に説明を行った。二分脊椎科ができなかったため、カルテの記載については各科に『『二分脊椎外来』の記録参照』と記載することになり、予約表も4つできてしまった。

##### a. 患者・利用者への説明

親の会などを通じて、また外来受診時に、NICU退院時に説明を行っている。

##### 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）

看護師は、問題はなかったと認識している。ただ、ケースファインディングがうまくいかない、機能しないという懸念がある。

\* 医師は、今までやっていることを専門的に展開するだけなので、問題がなかった。外来看護師は、疾患単位になっていないので問題があった。二分脊椎に興味をもってもらう看護師をつくる仕組みが大変だった。看護局の賛同を得られ、看護師がある程度の専門的範囲をもつようになったので、実施できた。

##### D-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

独立した『看護相談外来』をつくる動きがある。内容は育児一般であり、フリーの外来看護師が行うものである。

現在、組織に小児看護専門看護師が不在であるため、看護師の人材育成が困難である。

#### 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

『二分脊椎外来』を受けた患者さんからは、相談できて満足、『二分脊椎外来』という場があることに満足、窓口が分かりやすくなったなど、高い満足の評価がある。実際に外来を受けた子どもや家族は、学校の選択での不安が軽減していたり、ピアサポートが構築できるようになった。相談窓口がわかりやすくなり、看護師に相談することが増えた。

###### b. 看護職への影響

診療科を超えて受診する子どもや家族に対して、看護師間の連携が増えた。就学等、ライフイベントの前からの介入を行う機会が増えた。(学校の先生との連絡や学校選択についてなど)

『二分脊椎外来』のときには、カンファレンスがあるので、時間外となる。

###### c. 医療機関経営への影響

\*医師は、経営的にメリットはない、再診料しかとれないと述べている。

##### D-4-2. 医師の勤務への影響

医師は今まで自分の診療科のことしか気にしていなかったが、他の診療科の問題や特に生活について関心を示すようになった、看護師に依頼することも増えたと、看護師は捉えている。また、「外来の時間は長くなった。これまでは薬の処方だけであったのが、患者の話を聞き、医師が話をするようになったため、患者の満足は高くなっている。ただやれよというのではなく、患者に合った方法を提案してくれるようになった」「長くなりそうな場合は、看護師が別の場を持つなどの提案をしている。医師はやれていると満足しているようだ」と看護師は述べた。

\*医師は、余分に時間がかかっているので時間的に負担ではないかと思っている。(実際に医師皆に確認をしたことがない)。自分の外来では把握できないことを皆で協議できることをメリットと思っているだろう、外来をやめたいと言った医師はいないと述べている。

##### 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

診療科それぞれの立場から、問題となっていることについて説明や指導を受ける機会ができたこと、二分脊椎という疾患や障がいについて理解できたこと、また困ったときに相談できるところが確保できたことは、子どもと家族にとってメリットである。リハビリテーション施設との連携もできるようになったため、もっと専門的な介入ができやすくなり、学校の先生などとも話をする機会が増え、特に支援学校の先生からも情報が得やすくなった。訪問看護との連携が増え、そのことがきっかけで、他の疾患にも応用できるようになった。

\*医師は、子どもや家族の疾患の理解が高まり、日常生活における困りごと、人間関係など、これまで隙間に落ちていた問題を拾い上げ、生活を含めてのトータルな医療ができ、子どもや家族の満足が得られていると捉えている。



図表 4-4

小児看護領域 No.4

看護外来・専門外来の運営④(協働型)

(背景)

- ・患者や家族のニーズにあった長期的、包括的な診療ができていない
- ・外来運営が効率的ではない

小児専門病院

看護師(条件なし)	協働部分	医師(外科・脳外・泌尿・整外)
<p>対象:長期的・包括的医療が必要な二分脊椎症の子どもと家族</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ケースファインディング、予約調整</li> <li>○対象者のニーズ把握・動機づけ</li> <li>○多職種調整</li> <li>○処方整理(医師に処方依頼)</li> <li>○導尿・洗腸指導、小さな変更の判断(大幅な変更は医師の診察依頼)</li> <li>○生活上の指導</li> <li>○学校・訪問看護との連携</li> <li>○リハビリ施設受診の必要性の判断(医師に紹介状記載依頼)</li> </ul>	<p>【前カンファレンス】 ・情報交換、診療・ケアの組立</p> <p>↓</p> <p>【外来診療】 ・病状・病態の説明 ・導尿・洗腸の導入判断・説明</p> <p>↓</p> <p>【後カンファレンス】 ・情報交換、診療・ケアの評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○外来受診の患者を看護師に照会</li> <li>○診察</li> <li>○薬の処方</li> <li>○療養生活上の指導</li> <li>○リハビリ施設への紹介状の記載</li> </ul>
<p>看護師の要件:(医師)看護師の条件なし・固定がよい、(看護師)調整はCNS、排泄関連は皮膚排泄CNが適切</p> <p>ガイドライン :二分脊椎外来に関する規定あり</p> <p>メリット :子どもや家族の問題解決や満足、長期的包括的医療の実践、医師と看護師の満足</p>		

**小児看護領域事例E：緩和ケアに関するシステムづくり・運営における協働、  
事前指示による鎮痛剤投与（麻薬も含む）**

**E-1. 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：県
- b. 病床数：419床
- c. 職員数：計約700名（非常勤約250名）
  - ・ 医師90（非常勤60）、看護師460（非常勤30）、薬剤師10（非常勤5）、OT・PT・ST20、保育士10（非常勤10）、事務職員50
  - ・ 専門看護師・認定看護師配置数：小児看護専門看護師2名、認定看護師9名、治験コーディネーター1名、遺伝カウンセラー2名、ラクテーションコンサルタント1名
- d. 医療機関の特徴：

県全域の医療システムにおける3次の医療あるいはそれ以上の機能を果たすこと、診断・治療が困難な子どもまたは高度・先進的医療を有する子どもあるいは胎児、リスクの高い妊婦を対象として医療機関と密接な連携。

- e. インタビュー対象者：小児看護専門看護師、麻酔科医（緩和ケアチームの責任者）

**<ワーキンググループと緩和ケアチームの関連>**

**\*ワーキンググループ 発足**

- ・ 院内で組織されたものではなく、血液腫瘍科医より相談された小児看護専門看護師が緩和ケアについて検討するために、それぞれの医師や看護師に声をかけて発足。
- ・ 血液腫瘍科医師、精神科医、麻酔科医、薬剤師、看護副部長、クリーン病棟看護管理者、クリーン病棟看護師で構成。

**\*緩和ケアチーム 発足**

- ・ ワーキンググループの活動を受け、院内で組織化。医師3名（原則として血液・再生医療科、麻酔科、児童思春期精神科から各1名）、看護師2～3名、薬剤師1名で構成。
- ・ 相談窓口としての機能を遂行。現在はチームが医師より相談を受け、チームが参加するカンファレンスを開催するなどして対応している。

**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**

医師は、ワーキンググループが作成した薬物療法マニュアルを参考にしながら、子どもの状況に合わせた事前指示書を作成する。病棟看護師がアセスメントシートを用いながら子どもの状況を記録する。医師が不在の場合は、看護師が事前指示書を基に薬剤を投与する。

小児看護専門看護師は、病棟看護師がアセスメントシートを活用して子どもの状況を記録しアセスメントできるように支援したり、事前指示書の範囲で看護師が薬剤投与できるように支援している。また、医師と病棟看護師が情報共有しながら緩和ケアに取り組めるように双方から相談を受けている。記録用紙は、痛みの履歴書（子どもが記入）、痛みアセスメントシート（看護師が継続記入）、事前指示書（主治医が記入）がある。

## b. 適応範囲

### i 対象となる患者などの範囲・条件

すべての子どもに適応されるが、主にはがん性疼痛の子ども、移植治療後の子ども、終末期の子ども、手術後の子どもが多い。

### ii 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

基本的には、上記の子どもが入院してくる病棟の看護師が対象となる。例えば、がんで入院している子どもが多い病棟は1年目の看護師も役割を担う。経験が浅い看護師の場合は、プリセプターがついて、子どもの症状を把握し、薬物療法が必要なのか、非薬物療法が効果的のかなどを判断し、実施できるように教育している。現在教育のプロトコールはないが、看護師への教育を目的とした事例を用いたカンファレンスを実施している。

## 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

院内のワーキンググループが作成したマニュアルを活用している。薬物療法マニュアル、痛みの履歴書、痛みのアセスメントシートを使用している。

### ii 責任体制

主治医が治療に関しての責任を担っている（薬物療法の事前指示のもと看護師が実施していることについての責任も含む）。

### iii リスク管理など

事前指示を基に薬物療法を実施した看護師から主治医への報告：薬物の使用について、主治医が病棟にいる場合は、子どもの状況のアセスメント内容を伝え、薬物投与と一緒に検討する。夜間など主治医が不在であれば、主治医が出てきたときに子どもの状況を伝え、どのように判断したのかも含めて看護師が報告している。

薬剤師による事前指示・処方の確認：麻薬を使用している場合には、薬局長が病棟に来て、適正な方法で使用されているか確認している。具体的な確認事項としては、医師の事前指示の内容、実際に処方されているか、どのような方法で行われているか等である。

1回/週開催のカンファレンスによる事例検討：カンファレンスは主治医がワーキンググループに相談依頼し、ワーキンググループメンバー、医師や病棟看護師などが参加する。

## E-2. 役割分担・連携を行った背景

### E-2-1. 背景

#### 医療機関・地域が抱えていた課題・問題

チームで緩和ケアに関わること：薬物療法については基準がなく、医師によって緩和ケアの方法や薬物の選択、使用方法が違っていた。子どもの状況によって薬物療法に違いがあるのは当然であるが、基本的な痛みへの薬物療法も主治医により様々であったため、相談窓口である麻酔科医からも意見を得て、薬物療法の基本的なマニュアルを作成した。

事前指示の基に行ったことに対する医師からのクレーム：以前から、医師の事前指示の範囲で看護師が薬物を投与していた。しかし医師から、看護師が薬物を使用した理由を問い詰められたり、使用したことそのものにクレームが出る場合があった。看護師も記録



を用いながら、医師に対して子どもの状況や判断した根拠などを示すことが困難な場合もあり、医師と看護師の意見が対立することがあった。

がん性疼痛だけではなく、痛みを訴える子ども全般に緩和ケアを行うこと：チームでの緩和ケアの取り組みが、がん性疼痛を訴える子どもに偏っていたことより、術後の子どもや神経因性疼痛など痛みを訴える子ども全般を対象とした緩和ケアの実現に向けての取り組みの必要性が院内で持ち上がった。そこで、数年前に、今までのワーキンググループを基盤に緩和ケアチームが院内の組織として立ち上げられた。

## E-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

以前より、血液腫瘍科の医師は事前指示を提示し、主治医（医師）が不在の時は、看護師が事前指示に基づいて薬物の投与を行ってきた。ただし、システム化がされていなかったことにより、主治医によって事前指示が違っていたため、基準作成に至った。

科研に参加し、子どもへの看護師による緩和ケアの実践を継続して行っていた。緩和ケア、緩和ケアの実践方法についての勉強会を開催するだけではなく、予測される疼痛に関して緩和ケアを実践することの効果を看護師は得ていた。

## 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、合意を得るための関係者との調整

数年前に、血液腫瘍科の医師より小児看護専門看護師が相談を受け、緩和ケアについて検討する会議を精神科医、麻酔科医、薬剤師、看護局の参加により開催する。

#### b. 役割分担・連携までの準備スケジュール

ワーキンググループでガイドラインに必要な内容の検討をし、①子どもの全身状態、薬物投与量などが一目でわかるアセスメントシート、②医師用の薬物療法マニュアル、③看護のマニュアル（アセスメントツールの選択・非薬物療法・目標達成度などのフォーマット、子どもの年齢ごとの基準などを含む）を作成した。アセスメントシートや看護マニュアルについて、血液腫瘍科の医師グループに提示し意見を得た。麻酔科医や精神科医によって作成された記録用紙などもワーキンググループで検討された。

病棟看護師によるアセスメントシートの活用による役割分担の実際：看護師が子どもの状況をアセスメントして、薬物療法の効果を判断し、看護師の判断で次の段階の薬物を使用するなど、事前指示の範囲で行っている。事前指示書に記載されている範囲で、薬物療法を実施しても効果がないと判断した場合は、看護師が医師に状況を説明し、再度事前指示書を検討してもらうようにしている。

#### c. 役割分担・連携統合に必要な事務手続き

発案の段階から、血液腫瘍科だけではなく、がん性疼痛を訴える子どもを支援するチームメンバー（精神科医、麻酔科医、薬剤師、看護局）と連携し、ガイドラインを作成した。

#### d. 役割分担・連携統合をおこなうための準備、教育・訓練

薬物療法だけで子どもの痛みを緩和できるわけではない。薬物を投与したことにより、子どもの痛みが緩和されたかどうかをアセスメントすることが重要である。それは看護師の力にかかっている。薬物療法に関わる看護師が、同じような視点で子どもをアセスメントできるように、アセスメントしていくための最初の原型を作って、小児看護専門看護師も検討に加わり、アセスメント方法を確立していった。

#### e. 患者・利用者への説明

子どもや家族に、痛いときにはこのような事前指示があること、それと同時に副作用があること、副作用の出現を観察しながら実施を検討していくことを伝えている。

### 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）

#### a. 課題1：

がん性疼痛だけではなく、終末期や手術後の子どもなど、幅広く活用できるように、アセスメントシートなどを検討した。複数の病棟での活用に取り組んだが、継続されているのは3つの病棟のみであった。アセスメントシートの活用当初や活用を継続していくことには困難が伴った。

〈解決策〉小児看護専門看護師が、病棟での活用について相談された際に説明したり、看護師のアセスメントを支援している。また、カンファレンスを活用してフィードバックも行っている。継続されている病棟以外では、小児看護専門看護師の訪問がなくなると継続されにくい状況である。

#### b. 事前指示の基に看護師が判断して実施したことに関する医師からのクレーム：

使用する薬剤について、医師からの事前指示があり、この薬を使って痛みが取れない場合は、次はこの薬という選択肢が示されている。看護師は、事前指示の範囲で、自分で判断して、子どもに薬物を投与している。麻薬についても、事前指示の範囲で投与している。医師が見ていないところで、医師の想定したごとく看護師が判断したことが違っている場合は、事前指示のもとに判断し動いたことであるが、医師によってはクレームがでる場合がある。

〈解決策〉小児看護専門看護師が医師や看護師と話し、双方の意見を整理し、何が問題であったのかを抽出する。問題解決のために、クレームが出された子どものカンファレンスを開催する。医師が気になったことや伝えなかったこと、看護師の実施に至った判断などを双方から述べてもらい、時に小児看護専門看護師が補足説明を加えていく。

#### c. 経験の浅い看護師が事前指示の基に役割を担うこと：

現任教育担当の看護師より医師への報告などが必要になる役割分担や連携は、1年目の看護師には難しいという意見もある。

〈解決策〉教育のプロトコルがない中、経験の浅い看護師への教育は現任教育担当を中心としたプリセプターに委ねられている。経験の浅い看護師は、終末期や複雑な症状を訴える子どもではなく、一般的な経過をたどるであろうと予測される子どもを担当するように調整し、プリセプターの指導を受けながら実践を積み重ねるようにしている。



### 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

緩和ケアチームへの移行：ワーキンググループの元々の目的にもあった「相談窓口」機能の明確化にむけて、「緩和ケアチーム」を病院の組織として立ち上げる。

相談を医師からだけでなく、看護師や子ども、家族からも受けられるようにするためにはどのような窓口にしたらいいのかを検討中である。子どもの苦痛の情報、親子関係や家族関係についての情報などを把握している看護師の意見を吸い上げることができるようなシステムづくりを検討中である。

#### b. 役割分担・連携を担う人材の育成

緩和ケアチームの責任者である医師は、緩和ケアの中心は看護師だと考えている。小児看護専門看護師は、看護師が把握している情報を活用してカンファレンスで討議し、その結果を子どもや家族に看護ケアという形で提供できるようにしている。子どもや家族に関わる職員数も看護師が一番多く、根気強く継続してカンファレンスをすることや、緩和ケアとして満足な評価を得られなかったケースへの関わりを振り返ることにより、看護師の能力を高めることが重要だと考えている。

### 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

薬剤師の介入：子どもが外泊や退院をする際の麻薬の持ち出しに関して、薬局長が薬剤管理の長として子どもや家族に、例えば麻薬の場合には、この子ども以外の誰も使用できないこと・これを取り出さないこと・使用していることを他人に言わないことなど、守ってもらわなければならない点を説明するようになった。

看護師からの報告や看護記録を活用しての医師の判断：事前指示はマニュアルに沿ってケアをする前から存在していた。以前は看護師の状況把握や判断が記載されていなかったが、アセスメントシートを活用することによって子どもの状況、看護師の判断を関連させて報告できるようになり、その記録を見て医師が判断することも可能になった。

##### b. 看護職への影響（勤務形態・時間、その他）

アセスメントシートを使用する前には、看護師は非薬物療法の評価を医師に十分伝えることができていなかった。例えば、非薬物療法も併用していることで痛みが緩和され、それでも緩和されない状況があるため、どうにかしないといけない状況だということなど、伝えることができていなかった。しかし、アセスメントシートを活用することにより、子どもがどのような状況だったから、どれだけ薬が必要だったかを伝えることができるようになり、子どもの状態と行ったことについて、医師と看護師が共に評価することができるようになった。

#### E-4-2. 医師の勤務への影響

##### 医師、他の医療専門職からの評価

医師から「看護師たちが色々よく見てくれるようになった。」「看護師がどのように判断



しているか伝わってくる。」「色々な判断に慣れてきた、すごく慣れてきたから対処が早い。」  
 「痛みがひどくならないうちに医師たちに交渉もしてくるし、早くというところの対処が可能になった」と言われるようになった。

### 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

治療をすることによって予測される痛みを緩和するための介入が、本システムの大きなメリットである。看護師が緩和ケアで担う役割は、このシステムを遂行する上で大変重要なことで、役割遂行が今後も継続されることが望まれる。事前指示のもとに看護師が薬剤を投与することについて、子どもや家族から疑問視されることはなく、クレームもない。

図表 4-5

小児看護領域 No.5

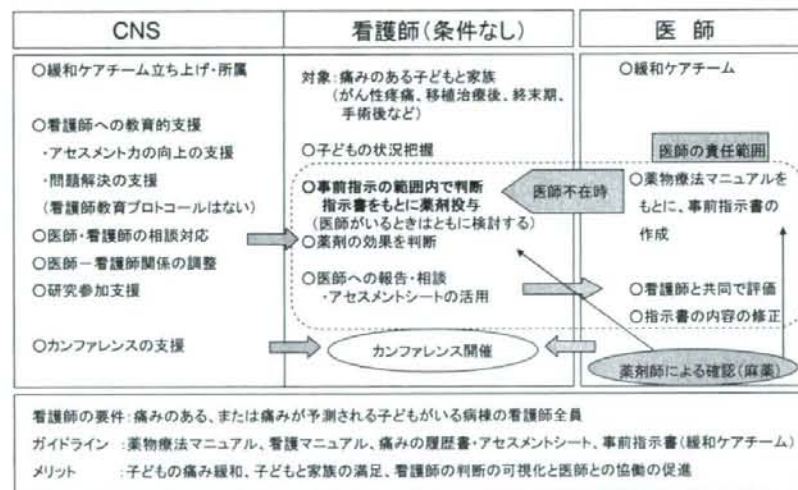
#### 事前指示による薬剤投与①

・緩和ケアのシステムづくり・運営における協働

小児専門病院

(背景)

- ・薬物療法の基準がなかった
- ・医師と看護師の意見に相違があった
- ・緩和ケアに関するシステムがなかった



## 小児看護領域事例F：血液腫瘍疾患患者への事前指示による一般薬剤投与

### F-1. 役割分担・連携の概要

#### F-1-1. 事例の医療機関の概要

- a. 設置主体：県、
- b. 病床数：290床（一般）周産期医療センター、三次救急センター併設
- c. 職員数：医師・歯科医師 68：研修医除外、薬剤師 11、栄養士 3 放射線技師 14、臨床検査技師 16、事務職 16：全職員数 549 看護師 384 小児看護専門看護師(1)、認定看護師 3
- d. インタビュー対象者：看護師、医師

#### F-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

血液腫瘍疾患患者が主に入院する病棟で、医師が入院時に「薬剤投与の事前指示」を体重や状況に応じて指示表を予め出している。看護師は、事前指示の範囲内で、患者に対応し、医師には事後報告を行っている。医師との連携については、患者の状態の変化があり、事前指示を使用するかどうかの判断を看護師ができない場合は、医師に相談し決定する。また事前指示が患者に最適ではないと判断した場合も、患者に適した方法を一緒に考えている。子どもの状態の変化から事前指示の使用状況に関する情報交換をし、タイムリーに病状を把握し、必要な対処について一緒に考えている。

（事前指示の内容）発熱・疼痛時、便秘時、不眠・不穏時、蕁麻疹出現時、嘔吐時、輸血投与中の蕁麻疹出現時、輸血時の咳出現時、鼻出血時等

##### b. 適応範囲

###### i 対象となる患者等の範囲・条件

入院している血液腫瘍疾患をもつ子ども全員が対象となる。但し、患者の既往歴や他疾患により事前指示に適さない患者は除く。（医師が判断する）。

また医師は、血液腫瘍疾患患者がたの病棟に入院した場合の事前指示の活用は未だ行っておらず、今後他病棟の慣れていない看護師にも活用できるか判断して使用していきたいと考えている。

###### ii 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

基本的には、入院している血液腫瘍疾患患者を受け持つ看護師全員であり、経験年数や資格などの条件はなく、病棟の限定はない。しかし、先述したが医師は他病棟で使用することを検討の段階で留めており、血液腫瘍疾患を持つ患者を日常的に看護している病棟と他病棟の看護師とを条件として考えているととれる。

##### 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

数年前に医師が作成した、事前指示書が継続して活用されており、現在は抗生物質投与や初回入院の発熱時の対応等を加筆・修正した改訂版を使用している。改訂版を作成する

際には、医師が作成し活用する病棟管理者と主任に提示し、内容を洗練させると言ったプロセスをとっている。

**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**

対象患者が特化しているため、該当診療科医師と主担当病棟で活用しており、使用基準は作成していない。医師・看護師共に口頭での伝達方法をとっている。

**iii 責任体制**

使用基準がなく、単科での活用であり、責任は事前指示を書いた担当医師であり、事前指示の根本的な内容は、診療科部長が担っていると思われる。ただし、事前指示の使用を間違えた場合は、看護師の責任になる。事故が生じた場合の対応は、院内の取り決めに従う。

**iv リスク管理**

事前指示を使用する場合、対象を全看護師としており、経験年数を条件として入っていない背景から、必ず受け持ち看護師はリーダー看護師とともに適用（状況）と薬量を確認してから実施し、実施後の患者の状況（効果）を観察する。受け持ち看護師、リーダー看護師では判断が困難な場合は医師に相談する形式をとっている。

## F-2. 役割分担・連携を行った背景

### F-2-1. 背景

#### a. 指示を受けるタイミングに苦慮していた

患者が発熱した、血小板の副作用で発疹が出た、眠れないなど、血液腫瘍疾患を持つ子どもに起こりやすい症状が出たときに、随時報告して指示を受けることに、看護師は無駄な時間を使っているという意識と、医師が病棟に来るのを待たばよいのか、電話をするのかを決めかねる状況から容易に電話をすると医師から注意を受ける等、医師に不満を言われることにストレスを感じていた。

看護体制が、インチャージ制から固定チーム制に変わり、医師への報告ルートが一括されず、受け持ち看護師が各自で報告するため、医師が仕事を中断されることが多く困っており、白板を使用した連絡体制をとるが効果的な活用がなされなかった。医師と看護師共にのストレスが高い状況にあった。

#### b. 子どもの苦痛を長引かせたくない

看護師には、可能な限り早く患者の苦痛を取り除きたいという考えがあり、医療者の都合で、たとえ数十分でも患者を待たせること、苦痛を長引かせることを心苦しく思っていた。また同じような症状対処を多く経験しており、対処方法も予測できる状況にもあったため、あらかじめ指示があれば子どもに即座に対応できるし、自分達にはそれができると考えていた。

#### c. 医師による対応の違い

各医師の対応の違いが明確にあり、この医師はすぐに薬を処方してくれるが、この医師は我慢させるといった違いに疑問を持っていた。



### 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

血液腫瘍診療科管理者である医師は、看護師の提案に同意はするが、事前指示の作成が面倒で自分が作成することはしなかった。実際に指示を出す立場の研修医で、業務の効率化を希望している医師がおり、その研修医に看護師（主任）から提案すると、すぐに作成された。

##### b. 役割分担・連携までの準備スケジュール

看護師は子どもの苦痛に寄り添いずっと事前指示が欲しいと思っていたため、問題は生じなかった。医師の間でもトラブルなく開始された。この頃、医師と看護師の関係性は良好であった。

##### c. 役割分担・連携統合に必要な事務手続き

- i 医師：医師には、血液腫瘍診療科管理者であるの了承が得られ、血液腫瘍科の医師全員に、事前指示を使用することが伝達された。これは改訂版については、活用している医師より新任医師に記入方法など口頭で伝達している。
- ii 看護師：看護師には、該当病棟管理者から伝達された。
- iii 薬剤部：薬剤部には伝達していない（作成当時も現在も、薬剤は医師による処方かストック薬として病棟に常置してある薬剤であるため）
- iv 院長及び看護部長：院長、看護部長には承認を得たかどうか作成当時は不明であり、現在も医師によると正式な医師の記録ではないため登録等はしていないだろうという回答であった。

##### d. 役割分担・連携統合をおこなうための準備

作成当時は、事前指示の使用方法について、看護師間で勉強会を開催し、毎年、新人や異動者には、オリエンテーション時に説明し、現場でプリセプター看護師が中心となり実際に活用しながら教育指導を行っている。

##### e. 患者・利用者への説明

行っていない。

#### 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）

事前指示表の実践による大きな課題は挙がらなかった。しかし、事前指示の中でも排便コントロールに関する指示については、「患者と相談して」という文言があり、指示と違い看護師の裁量で薬剤を調整していることが明らかになった。

#### F-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

医師からは、看護師を困らせない指示にしたいという思いや排便コントロールや痛みの

コントロールに関する薬剤の選択など生活の則した薬剤の処方や定期処方は看護師でも十分に可能と考えていると。また麻薬の処方とは別だが、麻薬処方に関しては一緒に考えて使っていく事がいいのだという意見であった。

#### 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. 医療サービスへの質への影響

子どもの苦痛時間の短縮につながり、これは養育者である親の苦痛も軽減できケアへの満足度につながる。輸血による副作用に関しては、重症化の防止、症状の早期軽快へとつながる。

###### b. 看護師の勤務形態・時間への影響

超過勤務や勤務時間短縮などの影響は不明。しかし、医師への報告の中でも医師の指示を待つ無駄とっていた時間が無くなりストレスの軽減につながっている。それをケアの時間に使用できるようになった。また時間ではないが、子どもの苦痛に速やかに対応できることの満足感や看護師が子どもの個別性を考えて薬剤の種類を一緒に考えること、そのために看護師が子どもや家族の思いや考えをよく聞くことになり、看護師のアセスメント能力向上への教育的かわりの機会や子どもの症状緩和に看護師が積極的にかかわるといふ意識や姿勢の強化に活用できている。

##### F-4-2. 医師の勤務への影響

血液腫瘍科の医師は看護師からの報告に対応する緊急性がない確認のための無駄な時間と「なぜこのようなことで今連絡するのか」といったストレスの軽減ができています。事前指示を介しての看護師との連携から看護師の判断と対応能力を理解でき、個々の看護師レベルではあるが信頼感を得られている。

##### 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

###### a. 患者、家族のメリット

患者への苦痛時間の短縮、症状への速やかな対応が患者と家族の苦痛軽減につながる。

看護師が子どもの個別性を考えて薬剤の種類を一緒に考えること、そのために看護師が子どもや家族の思いや考えを聞く機会となりケアの質の向上につながる。

###### b. 患者、家族のデメリット

看護師による事前指示使用の間違い（医療事故）による子どもへの身体的悪影響を及ぼす可能性がゼロとは言えない。

医師が子どもの症状の変化や対処を看護師に任せてしまいその状況を把握しないことによる見通しの間違いがおこる可能性がある。

図表 4-6

小児看護領域 No.6

事前指示による薬剤投与②

・血液腫瘍患者への事前指示による一般薬剤投与

小児専門病院

(背景)  
 ・指示を受けるタイミングに苦慮し、医師からの不満も受ける。患者の苦痛を長引かせる。  
 ・医師によって対応がちがう

