

小児看護領域事例G：訪問看護師による子どもの生活の

拡大にむけての医師との調整

G-1. 役割分担・連携の概要

G-1-1. 事例の医療機関の概要

a. 施設概要：

社会福祉法人の障がい者支援施設に該当。利用者も多岐に渡っている。ショートステイも受け入れている。看護師の常勤は1名（非常勤2名）である。社会福祉士、理学療法士、事務職員など約30名。多くのボランティアが関わっている。

b. インタビュー対象者：小児看護に熟練した訪問看護師・医師（小児専門病院の常勤医師）

G-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、高度な医療ケアを在宅で必要とする家族に対して、治療の部分を担当し、看護師との連携により、家族の背景を考慮した十分な配慮ができると捉えていた。

小児看護に熟練した訪問看護師は、在宅での医療ケアは、その家族が現実的に継続してできるケアでなければならず、在宅で実現可能なケアに調整する訪問看護師は、地域の医療部門のスペシャリストであると考えている。医師から出された指示について、子どもの病気・症状、子どものもっている力、家庭生活の状況から、“もう少しこうしたら、この子はどうなるだろう”と予測性のある検討を行う。その上で、医師に具体的に質問し、医師から“命に関わるのでここは守ってほしい。それ以外は柔軟に対応して良いというライン”を引き出していく。すなわち、医師の指示を幅のある柔軟な指示に修正・変更し、子どもや家族の日常生活やADLを良い方向性に持って行けるように整える。

また、子どもの状態が改善していることから、指示の変更が可能ではないかと判断した場合は、必要に応じて医師に連絡し、家族に子どもにとって何故それがプラスになるかという納得のいく説明を行い、新たな試みを行ってその時の子どもの状態、判断を医師に伝え、指示の変更へとつなぎ、子どもの状態に応じた生活が過ごせるように対応している。

（具体例）

- ・ 経管栄養をしている子ども：注入時の姿勢・体位・注入時間など。
- ・ 重症心身障がいのある子ども：受診する手前の相談。便秘に対して浣腸のタイミング。嘔吐をした際の次の注入をどうするか、下痢をした際の次の注入をどうするか。風邪症状への対応など、病院を受診するほどではない症状の相談に対応している。
- ・ 呼吸器を装着している子ども：カロリー管理、水分管理。入浴方法（自発呼吸が弱く入院中は看護師が複数で入浴介助を行っていたが、家族による介助が困難であるため入浴不可と指示されていたケースは、子どもの状態をアセスメントした後に、家族が入浴介助できるように方法を検討し、実践方法を編み出し入浴が可能となったなど）。
- ・ 座位のリハビリが必要な子ども：退院時、PTが作成した角度がつけられる椅子を使用していたが、子どもは安定感のない角度をつけるのを嫌がっていた。母親に説明して抱え込む抱っこを何回か行い、安定感を確認できた後に座位にすると座れる

ようになった。これができたのは、1週間に2～3回訪問で子どもに密に関わる訪問看護師であることと、“あなたがするのならよい”という母親との信頼関係による。

b. 適応範囲

i 対象となる患者等の範囲・条件

特定の基準はないが、重症心身障害、呼吸器管理が必要な子どもの依頼が多い。

今回、医師は気道管理が専門であったこと、気道管理は生命に直結する可能性が高いことなどから、器具を使った気道管理の患者には、比較的多く訪問看護を依頼している。現在は、産科と新生児室、NICUに入院した患者には全例、保健福祉相談室の担当員がつくので、子どもの病状だけでなく、家庭の状況も含めて判断し、子どもと家族の希望も重視して対象を決めている。医師から訪問看護を依頼するというよりは、母子保健相談室に依頼されて、訪問看護を依頼するケースも多い。

訪問看護師は、小児専門病院で勤務していた経歴があった。訪問看護師として勤務し始めた当初は、病院だけではなく、訪問看護を受けた家族の情報を得て、直接家族から訪問を依頼される場合も多かった。小児専門病院での臨床経験が、家族の重要な選択理由であった。

ii 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

看護師、医師共に、訪問看護師は地域で生活している子どもや家族に対して、看護を提供するスペシャリストであると考えており、基本的には、訪問看護師全員であり、経験年数や資格などの条件はない。しかし、訪問看護師は、子どもの身体的な状況や精神面、養育環境に至るまでを瞬時に判断して子ども像を形成し、その環境の中で生活している子どもがみえるような看護計画の立案と実施ができること、子どもや家族にとっての最善が検討でき、他職種と連携して看護が展開できること、これらを自分の責任で行うことが訪問看護師に求められると認識していることから、これらの能力を有していることを条件として考えているととれる。

医師は、訪問看護ステーションで小児を受けてくれるようになった状況であり、条件をつけることは難しいと考えている。その中で、今回インタビューをしている訪問看護師は、複雑な問題を持っているケースについても自分で判断して対応できる看護師であると評価し、アバウトな指示のみを出している。看護師の能力により説明や指示の出し方を変えることで対応しているのととれる。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

i 医師と直接連絡を取る方法の確立

訪問依頼を受ける段階で、医師に必要時、直接電話で連絡をしてよいかということを中心に確認し、必要時、直接電話で医師と連絡がとれるルートをつくっている。

ii 実施ガイドライン、プロトコール

訪問看護指示書の書式は、市内統一のものを使用し、訪問看護依頼の方法も統一されている。病院内に実施ガイドラインがあるかどうかは不明である。

iii 入院中の訪問看護に関する記録用紙

母子保健相談室には所定の記録用紙があるが、母子保健室独自のカルテとなっている。

iv 訪問看護実施後の報告書

1か月に1回、訪問看護ステーションの看護師が、病院に訪問看護報告書を提出する。記述内容は特に規定はない。しかし、報告書送付する→母子保健相談室が仕分けをしてカルテに貼る→医師が目を通すまでに、早くて1カ月以上かかる。

v 指示書の変更

半年に1回、担当医師が内容の見直しをする。

vi 訪問看護師が病院へ退院前訪問に来た時の対応

訪問看護師の退院前訪問には、基本的には病棟で行っているケアの内容を病棟看護師から訪問看護師へ伝えることが主であり、医者はできれば同席する、あるいは依頼があれば同席するという形を取っている。訪問看護師は、地域で生活する上でこれだけは必要という確認事項をケースごとに明確にし、直接医師に確認している。

vii 責任体制・リスク管理

ステーションの管理者が全責任を負うという前提で行っている。訪問看護師は、子どもの日常生活に関する範囲は、看護師の判断で行うものであり、看護師が責任を持つと考えている。病気に関することで、看護師のみで判断することではないと考えた場合は、施設管理者に連絡すると共に、医師にも速やかに連絡している。医師との責任体制・リスク管理は、長年にわたり、役割分担・連携をしてきた実績があり、ここだけは守ってほしいというラインを示した指示が医師から出され、いつでも電話で問い合わせができるという体制を整えて、その範囲の中で看護師が判断して実施している。

子どもの状態が変化している場合は、必ず訪問看護師より、対処方法の確認の電話が医師に入る。また、訪問看護師で対処できないときは病院受診を勧めている。この判断で今まで子どもに不利益が生じたことはない。

G-2. 役割分担・連携を行った背景

G-2-1. 背景

医療機関・地域が抱えていた課題・問題等

在宅療養は、家族の負担になることや、医療器具を使用していることが在宅療養への移行を困難にしていたが、在宅用の呼吸器が開発され、在宅で安全に治療が継続される状況が整ってきた。訪問看護師の多くが、成人または高齢者の看護の経験者であるため、ほとんど子どもの訪問看護を引き受けていなかった。

G-2-2. 準備状況

医師が勤務していた小児専門病院では、NICUの患者全員に担当の相談室員をつけ、子どもの在宅療養に向けて、入院中より相談にのる窓口を明確にした。

G-3. 役割分担・連携の実践プロセス

G-3-1. 役割分担・連携のプロセス

訪問看護依頼の手順

①訪問看護を必要とする方の選定：母子保健相談室が主に担当し、家族の情報を聴取し、医師からの情報提供と、看護からの情報を統合して検討し、訪問看護の実施について決定する。産科と新生児室、NICUに入院した患者には全例、訪問看護が必要か選定を行っている。カンファレンスを行ったり、毎日の話し合いの中で訪問看護を決める場合もある。

②家族へ訪問看護の必要性についての説明：訪問依頼を出す前に、医師が中心となって、家族に訪問看護の必要性について説明している。

③訪問看護ステーションの選定：退院先に近い場所で、子どもの訪問看護を行ってくれるステーションを、母子保健相談室が探して依頼する。

④訪問看護ステーション、訪問看護師との連携：訪問看護ステーションから、訪問看護指示書を病院に送り、医師が訪問看護指示書を記載し訪問看護ステーションに送る。訪問看護師は、必要に応じて病院を訪問する。医師は訪問看護師の来棟に合わせ、直接説明し話し合うことを心がけている。訪問看護師も医師に直接情報収集するように心がけ、退院後、電話で医師と直接連絡できるようにルートをつくる。

⑥訪問看護の展開：訪問看護師が中心となって子どもや家族と共に、生活を見直し検討する。訪問看護師が状況に合わせてよりよく生活できる方法を編み出し、子どもや家族に提案する。医師に電話で確認する場合もあれば、家族と相談した上で看護師が方法を考え実践することもある。

⑦訪問看護を実施した後の報告：訪問看護師は、月1回、母子保健相談室へ報告書を送る。医師が報告書を読むのは、訪問後1カ月位となる。必要な報告は、訪問看護師が電話やメールなどでその都度報告する。家族も受診時、医師に訪問看護の様子を伝える。

⑧訪問看護指示書の更新：半年に1回、訪問看護指示書の更新があるので、担当の医師が記載する（全国で期間は統一されている）。

⑨訪問看護師から医師への質問：正式なルートは決まっていないが、問題が生じた場合は、携帯電話、メール等で対応している。

⑩訪問看護の継続：子どもや家族が必要と感じている間は継続している。

G-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. 情報伝達の遅さ

訪問看護後の報告書は、最速でも訪問後1カ月しないと医師のもとに届かない。

<解決策>実際の連絡はメール、電話、受診した時に家族から得る情報があるので、連絡体制が取れている医師の場合は特に困ることはない。しかし、訪問時に事前指示内であっても逐一報告してから実施してほしいと言う医師や、訪問看護師からの問い合わせを歓迎しない医師もいる。在宅で豊かな生活を過ごすためには、看護師と医師との細やかな連携が不可欠であり、課題である。

b. 小児を専門とする訪問看護師の不足・地域格差の問題

地域格差があり、なかなか訪問してくれるステーションを探せない(医師の意見)。

<解決策>子どもの訪問件数が多くなった地域もある。これには、退院前の訪問看護師の病院訪問を推進してきたこと、看護協会での研修会、医師の「いつでも、どのようなことでも疑問があったら連絡をください」という言葉などが関与していると考えられる。訪問看護ステーションの情報が少ない地域は、人脈を使って紹介してもらう場合もある。

c. 訪問看護の終わりが見えない

訪問看護の終結に対する目安等がないことより、訪問看護を継続する件数が増える。
＜解決策＞現時点では、家族の意向に任されている。今後、検討が必要である。

G-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

役割分担・連携を担う人材の育成等

看護協会の訪問看護のセミナーには、子どもの訪問を引き受けるステーションの増加を願う小児看護が含まれるようになる。小児の訪問看護を行うステーションが増えるよう努力したい。

G-4. 役割分担・連携の成果

G-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

医師は、家族が医師に相談するほどではないが困っていること（例えば、下痢などその時々症状や、病気の子どもの纏わる家族の問題など）について、その都度相談できるようになったのではないかと意見であった。

看護師は、入院中に行われていた医療や看護ケアが、家族に応じた方法で在宅生活を継続できるように検討し調整が可能となり、在宅ケアの質が向上したという意見であった。

b. 看護職への影響（勤務形態・時間、その他）

医師は、親が今までのみ込んでいた不安などを訪問看護師に相談できるようになったが、その対応が夜中にも求められる看護師への負担を心配していた。

訪問看護師は、家族の不安に関する夜間の呼び出し電話が頻繁にあるとは捉えていなかった。むしろ、夜中の電話対応については、緊急性が高い場合は、緊急加算もあるので、迅速に対応できるように訪問する姿勢であると述べ、子どもの状況によって柔軟に関わっていた。

c. 医療機関経営への影響

病院内の相談室が担っている訪問看護ステーションを探す役割は、直接収入に結びつかない。そのため、病院側からすると相談室への人件費がかかる。退院前の退院前訪問に関しては、1回分ではあるが、病院と訪問看護ステーション側の収入に結びつく。

G-4-2. 医師の勤務への影響

医師の負担の軽減

時間的な医師の診療時間の短縮等にはつながってはいないが、医師が対応できていない医療の部分を訪問看護師が担っているということから、精神的負担は軽減できている。

G-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

訪問看護師は、①子どもの身体状態の安定、②家族を支援し子どもの生活の幅を広げて

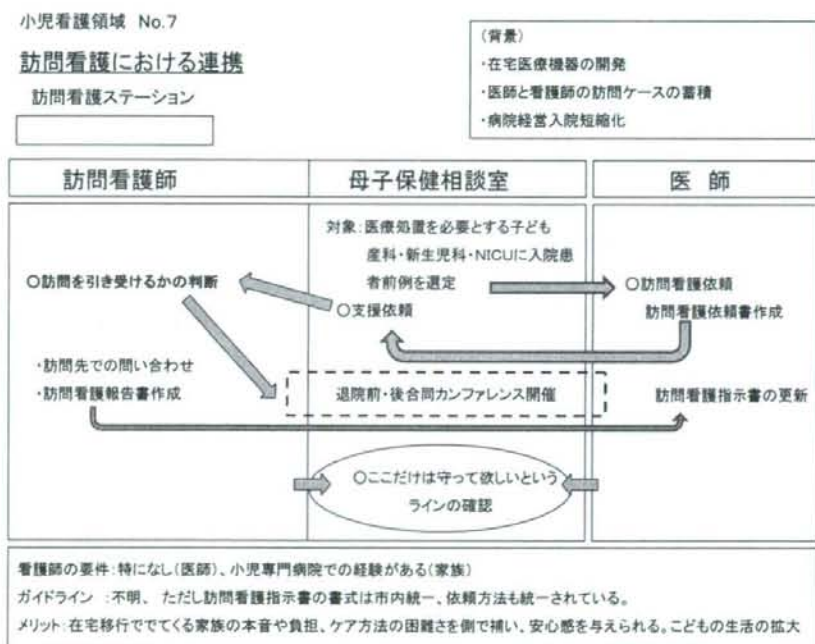
いく

関わりができる、③24時間対応だと思える安心感、気軽に電話をかけることができ、満足度は上がっている、④子どもの状態を家族と共に捉えることで家族の自信につながるという意見である。医師は、①現状を把握し子どもや家族にとってより適した方法の選択が可能になる、②家族は、今まで相談できずにいたことを、タイムリーに相談できるようになったという意見である。

b. 患者・家族のデメリット

訪問看護師個人の力量に任されている点が大きいため、担当看護師により受けることのできるケアに差が生じる。

図表 4-7



小児看護領域事例H：在宅ケア維持困難事例についての病院と地域との連携

H-1. 各先駆的事例・成功事例の役割分担・連携の概要

H-1-1. 事例の医療機関の概要

- a. 設置主体：公益法人 病床数：720床
 - b. 職員数：1,142名
 - c. 医療関係職員数：医師；328、薬剤師；28、OT；5、PT；13、ST；2、事務職員数；68
看護職員配置：745、専門看護師；1、認定看護師配置数；15等
 - d. 医療機関の地域特性：政令指定都市の中の大学病院
 - e. インタビュー対象者：小児看護専門看護師、医師
- ◎の部分は医師の発言で看護師と異なる、または看護師からは聞かれなかった内容である。

H-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

専門看護師が中心となって、在宅ケアの維持困難事例について継続部門の看護師とともに、地域との橋渡しを行う（1例を実施した内容で以後は同様の事例はない）

b. 適応範囲

- ・ 今回の場合は、医療処置があり、患児の状態が不安定、保護者の不安が強いこと
- ・ 地域往診医、訪問看護ステーションなどの地域の受け入れができていない場合

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

- ・ 往診医を探して決めるときの交渉は、小児看護専門看護師が適任であるという合意が、医師・継続看護担当スタッフ、小児看護専門看護師の間であった。
理由：この事例においては、当初関わっていた地域の内科医がうまく在宅で関わっていなかった（例：点滴が入らない）、家族が困っていたことを主治医は十分には把握していなかった。小児看護専門看護師が家族のそのような背景をキャッチしており、主治医とその経過についてずいぶん話しあう時間があった。その結果として、小児看護専門看護師が家族のこともよくわかっているのだということから、小児看護専門看護師が動くことが許されたように思う。
- ・ 小児看護専門看護師は往診医候補者に会いに行くが、そこでの役割は、どのような課題があるか、どのような可能性があるかなどの問題の洗い出しをすることである。それらを元に、往診医の決定を主治医が行う。

H-2. 役割分担・連携を行った背景

H-2-1. 背景

- ・ 医療処置を必要とする小児の退院調整は継続看護担当部門が担っているが、重症なケースで子どもの体調不安定のために母親の不安も強く、訪問看護もスムーズに依頼できず継続看護担当部門でも支援困難な状況にあった。
- ・ 地域によっては、小児を受け入れる、または小児に慣れている訪問看護ステーショ

- ンがないことや、患児の自宅が病院から遠方である
- 総合病院として個別の体調管理まで対応しきれないということがあったが、病院として一部の人が個別に対応するのではなく、病院の通常ルートに乗せることが必要であった。(在宅支援者の増加が背景にある)
- ④医師からの情報では、当初在宅時に往診を依頼していた内科医が往診をやめてしまったことで、在宅ケアの維持が困難となることが明らかで、何とか他の往診医を探す必要があった。

H-2-2. 準備状況

- 今回の事例では、専門看護師と事例とが信頼関係を持っていた。
- 小児看護専門看護師が小児看護に精通していたことで、在宅ケアの仕方などを一緒に考える助けができた。

H-3. 役割分担・連携の実践プロセス

H-3-1. 役割分担・連携のプロセス

専門看護師が中心となって、在宅ケアの維持困難事例について継続部門の看護師とともに、地域との橋渡しを行うために行ったこと

- ①2箇所くらい候補になるような往診医を探す
 - ②往診医候補者に打診する段階で、主治医から候補の医師に連絡をいれてもらう
 - ③小児看護専門看護師と保護者が往診候補医を訪問し、患児の状況を説明する。
持参する資料は、主治医による病状の説明書
小児看護専門看護師がまとめた心理社会的問題に対する事項など
 - ④決まった後は、退院前とその後2回くらい合同のカンファレンスを開く(その際は往診医も病院に来てもらう)
 - ⑤当初往診医の看護師から、在宅物品の手続きに関する質問があったときは、最初の頃は小児看護専門看護師が対応し手続きをした。
 - 医師は、体調のことや医療処置について質問があったときに対応した。
 - ⑥連携を頻繁にとるようにした
 - 主治医と往診医が電話で病状のやりとりをする、患児が入院し退院した際はサマリーを送るようにした(入退院のサマリーはそれまでなかった)
 - ⑦訪問看護師から病院(継続看護部)への訪問結果をFAXするようにした。その結果は主治医など必要なところに情報が届くようになった。
 - ⑧最初の2~3ヶ月、軌道に乗るまでは小児看護専門看護師が調整的役割を果たしていたが、その後は継続看護部門の担当が主に看護の面での把握をしている。
 - ⑨軌道に乗ったら、継続部門、外来が引き継ぎ小児看護専門看護師のかかわりは終了
- * 訪問結果のFAX用紙は小児看護専門看護師が中心となって新たに作成した
現在FAX用紙は外来保管、正式な記録とはなっていない
 - * 今回の場合には、保護者の状況のみで動かざるを得ないような状況で進めているため、あらかじめ、保護者も了解している。また、合同会議のときは、どのようなことが話しあわれているか家族にも知ってもらうため、一緒に参加してもらうようにした。

- * 新たな往診医をどのように見つけ出すかということでは、医師も含めて話し合いをもった。
- * 今回の事例からだけでは、連携ガイドライン等はできていない
- * 小児看護専門看護師が地域のクリニックなどを開拓する必要性、小児看護専門看護師が出向く（出張扱いとする）ことの必要性を看護部に理解してもらう必要があった。今回は、事例の状況から特に問題とならなかったが、今後のことは？

@医師が自分の情報網の中から往診医を探し、直接電話で患者の状態を説明し、大学と往診との連携について相談していった。

看護師は、継続看護部門の看護師と往診医が決まってから、その医師とやり取りをした。在宅になると想定していなかったような問題が出てくる、母親の不安もでるが、すぐ相談するには大学病院はハードルが高いということがあるようだったので、いつでも連絡できるようにメールアドレスを教え、不安解消に努めた。

訪問看護ステーションからは、FAX を流してもらうようにし、外来において当直の医師も見られるようにした。

母親が往診医のところに行くときに、はじめてのときは不安もあるだろうからということで、看護師のほうから医師に相談があり、親と同行して往診医のところに行ったということはある。

@患者の状況について、医療者間、保護者と医療者間とよく話し合いが行われており、看護師が保護者と出向くことには問題を感じなかった。

@訪問看護ステーションの看護師の不安もあったので、児が入院したときに病院にきてもらい、ケアについてみてもらった。

H-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）

- 往診医を探すことが大変で、とにかく情報を集めながら手当たりしだいに当たることしかなかった。
- 往診医への訪問については賛否があったが、時間を掛けたほうが、そのルートを確認でき、通常の継続看護部門に依頼できるということで進めた。
- 小児看護専門看護師が動いている間、継続看護部門との役割分担が見えにくい状況となった。特に病棟看護師には伝達がうまくいかず、困るということを言われた。経過をタイムリーに伝えていくことには苦勞した。伝達方法については現在も課題となっている。

今回のことに限らず、継続看護部門と SCW の役割分担についても分かりにくいとの指摘を受けており（機能評価のとき）、相談部門シートというものを作って、時系列に関わった人が記録するようなシートを作成した。今回のような場合も当てはまるかと思うが、現在はそこまでいっていない。

H-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

- 今後このような問題が起きたときには、継続看護部門が開拓していくことが可能であろう。小児看護専門看護師は相談があれば、また問題が起ころうなときのサポートになると思われる。

- @このようなケースが次に出てきて新たに往診医を探すには、また情報を集めて行っていくことになるであろう。
- @今回のケースでは、小児看護専門看護師が保護者との信頼関係があったから、地域へのつながりができたと思う。病棟には在宅に関わるチームがあるので、そのような人たちが中心となって保護者と関係を作って行っていくのではないかと。

H-4. 役割分担・連携の成果

H-4-1. 役割分担・連携による変化

- ・ 医療者間のコミュニケーションがよくなった
- ・ 患児のケアが在宅でもスムーズに行われるようになった（入退院を繰り返し在宅間は短くなっているが、点滴や採血なども実施している）
- ・ 地域の往診医の理解が得られると、その後は継続看護部門、外来等での通常の支援ルートに乗せるようにする。医師がはっきりすると訪問看護ステーションとの連携もスムーズに行く。
- ・ NICU から退院ケースなど介入が控えているケースには、継続看護部門も意識的に早期から関わるようになった。
- @定期的に訪問看護ステーションから FAX をもらうことで状態を把握すること、緊急時の連絡がすぐに行えるようにしているが、ステーションはやはりハードルが高いようで、直接は往診医を通してうまく行えるようになっている。
- @医師は医療面が主である、看護師は親と信頼関係を作って親の不安を受け止めることを役割としてやってもらうとよい。医師が余り考えていなかったような細かい話を聞いてもらうとありがたい。
- @入院期間を短縮できることは、コスト的にはよいのではないかと

H-4-2. 医師の勤務への影響

- @往診医がいないときは、病院のシステムが無い中で診療の合間をぬって往診していたことは労力も結構があったが、それが短期間でも無くなったことは非常に大きい。

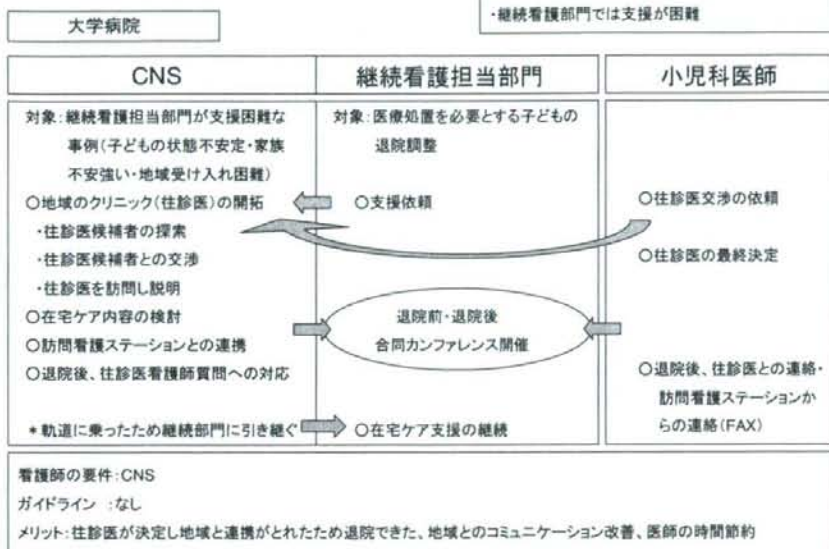
H-4-3. 役割分担・連携による患者・家族・地域のメリット/デメリット

- ・ 医療者間のコミュニケーション（病院と地域）がよくなったことで、家族の不安が少なくなった。
- @医師としてはもっと児の状態を安定させて在宅期間を長くしたいが、往診の先生が決まったことは以前に比べれば安心感があるだろう。いろいろ不安はあるようで、入院したときに病棟の看護師や継続看護の看護師にいらっているようだ。

図表 4-8

小児看護領域 No.8

病院と地域との連携



小児看護領域事例Ⅰ：看護師による小児救急トリアージ

Ⅰ-1. 役割分担・連携の概要

Ⅰ-1-1. 事例の医療機関の概要

a. 設置主体：国

b. 病床数：460床

c. 職員数：744名

医師128名、薬剤師9名、OT3名（うち非常勤1名）・PT2名

事務職員数57名、看護職員数444名（常勤438、賃金6、CLS、医療保育士含む）

専門看護師1名、認定看護師6名、その専任看護師6名

d. 地域特性：

首都圏特別区内にある。病院は、小児医療、母性医療、父性医療、および関連・境界領域を包括する医療を総合的・継続的に展開。

＜救急センター＞：救急センターは、365日、23時間、原因に関らず急な身体的状況に陥った子どもの診療を行なう（1次～3次）。年間約4万人の受診がある。電話相談は受け付けていない（事務受付担当が回答できる範囲の対応）。トリアージについてHPで説明されている。救急診療科は、総合診療部に属する。看護師は日勤4～5名、準夜勤2名、深夜勤2名、遅出1名（13:15～22:00）を原則配置。その中からトリアージナースを1名配置する。

e. インタビュー対象者：看護師（救急認定看護師）、医師（救急センター）

Ⅰ-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 トリアージの実施

救急センターに受診する患者は、独歩、搬送に限らず、専任のトリアージ看護師がトリアージを実施する。救急隊との間でも、トリアージ看護師が情報を受け取り、待つのかすぐに診察があるのか判断して応答する。＜全身状態の評価＞（アセスメントライアングル外観・呼吸・循環一でのアセスメント）、トリアージ分類表を用いての＜来院時の状態の評価＞、バイタルサイン評価などによる＜生理学的評価＞を用い、「蘇生」「緊急」「準緊急」「非緊急」の4段階のトリアージを行なう。原則的にトリアージは受診して10分以内に実施し、「緊急」は15分以内に診察を受ける。トリアージの待ち時間が長くなりそうなら、一時的に2名体制とするなどの調整は看護師が行なう。看護師は患者の状態により、SPO₂の低い患者への酸素の投与、意識不明者の迅速血糖測定、条件に応じた採尿なども実施している。待合室の患者の観察や対応もトリアージ担当看護師の役割であり、待機中でも状況に応じ再トリアージが行なわれる。日勤は1名がトリアージを専任（午前午後交代）配置する。夜勤は1名がトリアージを優先する担当で、他の業務も入る。

ii トリアージの評価とガイドラインの改善

トリアージは評価を継続し、ガイドラインは改定を重ねている。改定、運用、評価、教育について、医師と看護師が連携して行なっている。トリアージカンファレンスは、開始

した時点では2週に一回、現在は、月1回実施している。看護師がトリアージケースを提示し、方針に迷ったケースやトリアージが正しくなかったケースは医師と一緒に検討している。

b. 適応範囲

i 対象患者

救急センターを受診（救急搬送含めて）する全ての患者

ii 役割分担・連携を行う看護職の条件（経験年数、資格等）

救急の部署に配属される看護師は、小児看護の経験が3年以上。救急看護について理解でき動けること、その中から段階を踏んでトリアージナースの教育を受けた看護師。

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

- トリアージガイドラインは医師の指示書と同様であり、それに基づいて看護師がトリアージを行なう。トリアージガイドラインには、ややファジーに記載することで、行動を必要以上に規定せず、状況判断ができるようにしている部分もある(看護師)。
- 実施ガイドラインは、病院内で共通認識されている。

ii 責任体制（誰がどこまで責任をもつのか）

- ガイドラインはいわゆる指示箋であり、実際の場合では看護師の判断が行なわれるが、ガイドラインに従って実施した結果の責任は個別の看護師にあるのではなく、ガイドラインと医師にある。
- 迷ったら医師に相談することもガイドラインに含まれ、看護師が一人で責任を負わない。
- オーバートリアージは、それを非難しない（ガイドラインに示されている）。
- 現実には看護師が診察や処置を早める判断などが行なわれているが、その際も医師の指示のもとという原則に従う（例：トリアージ記録を見て、処置の看護師は吸入をすることの予測をつけ、標準的な指示での準備をすでに始めて、医師に指示を確認したらすぐに始めるといったことは現実には行なっている）。

iii リスク管理

- カンファレンスなどでトリアージの妥当性を高め、トリアージ教育を改善して質を高めている。
- 改定するに従い、トリアージナースが実施する内容も増えた。あまりにも多くのことをトリアージナースに求められ過ぎないように、あくまでもトリアージという役割の中で決定していくようにする。一人にかかるトリアージの時間が長くなったり（Ex.インフルエンザの迅速検査）、医師による治療前後の観察が必要である状況（ex.喘息）などは、現在トリアージナースの範囲にしていない（看護師）。
- オーバートリアージ（実際よりも重症に判断）は許容し、アンダートリアージを行なわないルールで行なうことで、本来は重症な患者への対応が遅れることがないようにする。

- トリアージの記録を残し、各トリアージレベルの入院率と応答時間（トリアージ終了後診察するまでの時間）充足率を事後評価し、均質性と妥当性を評価し、システムの改善に役立てる。また、キャンセルして帰宅した患者の分析を行い、対応の不備や、緊急度が高い患者が診察を受けないで帰ることがないように確認している。
- ガイドラインは指示箋であるという位置づけで、あくまでも法律で定められた範囲のことは行なうということを厳密にしておく（医師）。
- トリアージナースのストレスや疲労を考慮して、午前午後交代配置をしている（看護師）。
- 重症な疾患を見落として対応が遅れないように最初からオーバートリアージ傾向に判断するように位置づける症状もある。例えば敗血症の判断が遅れないための「紫斑」や、初回のけいれんは全て緊急以上のトリアージにしている。

I-2. 役割分担・連携を行った背景

I-2-1. 背景

- 開院することとなった際に、救急センターの開設が予定され、診療体制の立ち上げの中で、看護師によるトリアージの構想が組み込まれた。
- 国立病院であるので救急のモデルを示すことが使命であり、子どもの身体的特徴から、救急は初期から救命までを診療する。その状況で適正な医療を公平に受けるためには、トリアージが必要である。本来、救急におけるトリアージ自体はナーシングケアであるという考えに基づいて行うことに決定した。医師主導ではなく、その必要性を看護師が納得する形で開始（医師）。

I-2-2. 準備状況

- カナダで使っているガイドラインに基づいて実践してきた医師が導入の立ち上げに関り、日本向け、本施設向けに簡略化して導入することとした。

I-3. 役割分担・連携の実践プロセス

I-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

- 医師がガイドライン案を作成し、看護師に必要性を含めて説明して同意を得て、具体的な運営方法について話し合いがされてきた。救急センター立ち上げにむけてワーキンググループが立ち上がった。ガイドラインを作成した救急の医師、救急診療科が属する総合診療部部長、外科医師、救急スタッフとなる医師、麻酔科から救急スタッフとなる医師、2つの病院（それぞれの病院の外来看護師など10名以上がメンバーだった（看護師））。
- トリアージの学習会が複数回開催された。医師による講義（沖縄の例、カナダの例）で病院でのトリアージについて学習した。また、各科によって異なっていた、医師の指示のスタンダードの作成（医師間で検討して作成）を経て、その件についても看護師も含めた勉強会を開催した（看護師）。救急センター担当のコアとなる看護師間で、救急センターに来院した患者の流れ（導線）の確認やトリアージシステムの復習はしたが、開院前日まで実際のトリアージの訓練は実施しておらず、ぶっつ

け本番で始まった（看護師）。

- 2年目に、外来の一部だった救急担当が、救急センターを一つの看護単位とすることとなり、意思統一が図れ、軌道にのった。3年目にはトリアージ記録を必ずカルテに残し医師も看護師も活用するようになった。トリアージせずに直接医師が診察する患者はほとんどいなくなった。
- 看護師のフィジカルアセスメントのスキルが向上してくると、看護師が状態を判断するときに鑑別しなければならぬものは何かという検討が浮かび、以前には入っていなかった検査や処置なども含めるようになった（例：意識障害があるときの血糖値の迅速測定など）（看護師）。

b. 患者・利用者への説明

- 患者・家族にはトリアージを行なっていることやその意義を説明している（ホームページにも掲載）。
- 開始して年月がたったので、救急隊からも当該病院でトリアージが看護師によって行なわれ、状態によっては診察が後になることが説明されている。

c. 役割分担・連携統合をおこなうための準備、教育・訓練

- ガイドラインの準備（医師）（前述）
- トリアージ評価の継続には、スキルアップの目的、教育的な内容も含まれる。
- 新たにトリアージナースになる場合は看護師による教育プログラムがある。①救急センターの流れ、救急治療のプロトコルの理解の教育、②確実なフィジカルアセスメントの基本（聴診など）、③「トリアージとは」の講義、④トリアージに入る、入らないは別として、患者アセスメント・評価、2次救命、サーベイの勉強など、⑤ペーパーシェントで判断（全身状態良好を判断する）⑤ダブルでトリアージに入り、ステップを踏んで自立へ。

I-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）

- トリアージを実施した上での問題は、トリアージカンファレンスなどにより常に評価・改善。
- 2年目位まで、患者も新しいシステムが受け入れられず、後から来た人が先に診察を受けることについてクレームが多かった。それはトリアージナースに向けられたため、担当する看護師も心傷を受けた。

〈解決策〉患者にはシステムの意義の説明を繰り返すこと、ナースについては心の診療部の医師も交えたカンファレンスを行なった。

- 看護師間でも、最初は「今までも具合が悪そうな人を見たら、順番を変えていた。今までやってきたことと同じ」という声が多かった。また、医師の処置を待たせないことを優先し、トリアージよりも処置を早くして患者を回すことを考えようという声もあり、トリアージを理解してもらいたいへんだった。

〈解決策〉2年目になって救急センターが一看護単位となったら、意思統一が出来るようになり、また経験の積み重ねにより必要性が認識された（看護師）。

- 最初の一年は外来の一部としての救急であり、スタッフも固定されていなかったた

め、トリアージの役割を固定させるのは難しかった。

〈解決策〉何ヶ月か経過した頃から、1週間分、あるいは1ヶ月分の機能別、業務別予定の勤務振りを行なって、トリアージ担当者を明確にした（看護師）。

- ・ 看護師と医師の思いのずれ（非緊急者は2時間まで最大待つことがあるルールだが、看護師は120分待たせるためにトリアージをしているのではないという思い、医師は120分待てるのだから重要な医師の勉強会の間は待ってもらおうという考えなど）があった。

〈解決策〉カンファレンスで何度も話し合ってきた。現在は最低一人の医師は診察に入ることになっている（看護師）。

- ・ 病院幹部の意見として、看護師の判断に医師が従うことについて議論ができることがある。

〈解決策〉実績を積み重ねて、救急部門の運営にはトリアージが必要不可欠だと示す（医師）。

- ・ トリアージに慣れてくると、見方が甘くなることもある。

〈解決策〉カンファレンスで原則に戻る。

I-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、投薬は行ってはいないが、患者の状態を判断できる条件を規定し、喘息患者の吸入や解熱剤の投与など行えると個人的には考えている。ただ、法的に問われるようなことはしないし、これをきっかけに法的に問われる内容について広げていくつもりはない（医師）。
- ・ トリアージで行なっている内容は、急性期の状況や患者を観察する看護の力に使えることであり、そのことを救急以外の看護師にも伝えていくように看護部から言われている（看護師）。

b. 役割分担・連携を担う人材の育成

- ・ 15人のスタッフがいるので、全員がトリアージができることをめざして教育している。
- ・ （課題として）より専門性の高い看護師が育って欲しい。専門看護師も少ないし、救急専任になる看護師がおらず、看護師はローテーションしてしまい、非効率なところもある（医師）。

I-4. 役割分担・連携の成果

I-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

- ・ トリアージを行なうことで、早い物勝ちではなく、重症な人が優先して医療を受けられるという、公平で適切なサービスを提供することになる。また、トリアージをきちんと行なうということは、リスクマネジメントを行なっているということである（医師）。
- ・ トリアージの均質性や妥当性を数値で評価し、システムの改善点を見出すことで、トリアージの質を向上のみならず、救急医療体制全体のハード面やソフト面の見直

しにもつながる（医師）。

b. 看護職への影響

- 看護職のフィジカルアセスメント能力の向上があがった（看護師）
- 看護師のプロ意識が高くなった。
- 自分の判断で医師も従う責任、トリアージした結果を追求する姿勢、コミュニケーションスキルの向上を図る、医師にもプロとしての意見を述べる、指示を待つ看護師ではなく、自分から先に動く看護師が増えた。患者を自分の責任でどう守っていくかを意識するようになる。同じ「準緊急」でも診察の優先度により、患者への診療の質が変わるという意識がある。
- 看護がおもしろく思う。医師が介入する前に看護としての介入ができる。患者の教育や患者の生活に携わる看護が実感できる。看護を広げている楽しさを感じる。
- チーム力が上がった。
- 単に交通整理ではなく、共感的なアプローチなど看護師だからできることがある。診察の優先度だけがトリアージでは決してない。看護が発揮できる（医師）。

c. 医療機関経営への影響

- 国立のためか、現場の医師が救急の収支についてどうこう言われることはない。お金より医学的評価が重要。リスクマネジメントには当然お金を投入すべきで、事故になったらそこにかかる費用は莫大になる。起こらないようにしているトリアージの貢献は大きい（医師）。

d. 病院の幹部への認識の浸透

- 実績を積んで、看護師が役割をとること、そのようなシステムということは認識されている。

e. 他部門の機能への影響

- トリアージの情報が電子カルテで見られるので、病棟や他の部署でも注意されるようになり、利用されるようになった。病棟では、トリアージ結果から入院を予測したり、医事課、放射線科、検査科などもトリアージに注目している。トリアージは全体で行なえるもの（看護師）。

I-4-2. 医師の勤務への影響

a. 医師、他の医療専門職からの評価

- 待機している患者も看護師によるトリアージによって状態が把握される。患者を漫然と受け入れるのではなく、リスクマネジメントが行なわれている。重症者が待合室で長く待って状態が悪化することはないので、診察しているものにとって安心感は大きい（医師）。

b. 医師の業務のシステムの変化

- トリアージ評価で、準夜帯の緊急患者の待ち時間が長いことが分かり、準夜帯の診

察を増加した。また日勤帯と準夜帯はトリアージ分別、受診患者がほぼ同数だと分かり、準夜にも最大4名の救急外来専従の担当者をつけるようになった。病棟と外来を兼任するようなシステムでは無理であり、トリアージ評価を行うことで配属のルールを変更することにもなった（医師）。

I-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

- 患者は診察までの待ち時間があっても、最初に看護師によって状態が把握される。他の病院と違って、どのような人が待っているのか把握されない状態で待機しているのではない。急ぐ状態の際に、順番を早くしてもらえたという患者（家族）の評価の声はあるが、それは当然である。重症の病気になったときに、この病院に来れば優先してもらえらることに安心できることが大事な成果ではないか（医師）。
- トリアージは、社会的な啓蒙でもあり、医療をどうアピールするかにもつながる。早い物勝ちではなく、社会的公平な姿はどのようなものか、トリアージを通じて訴えていくことができる。

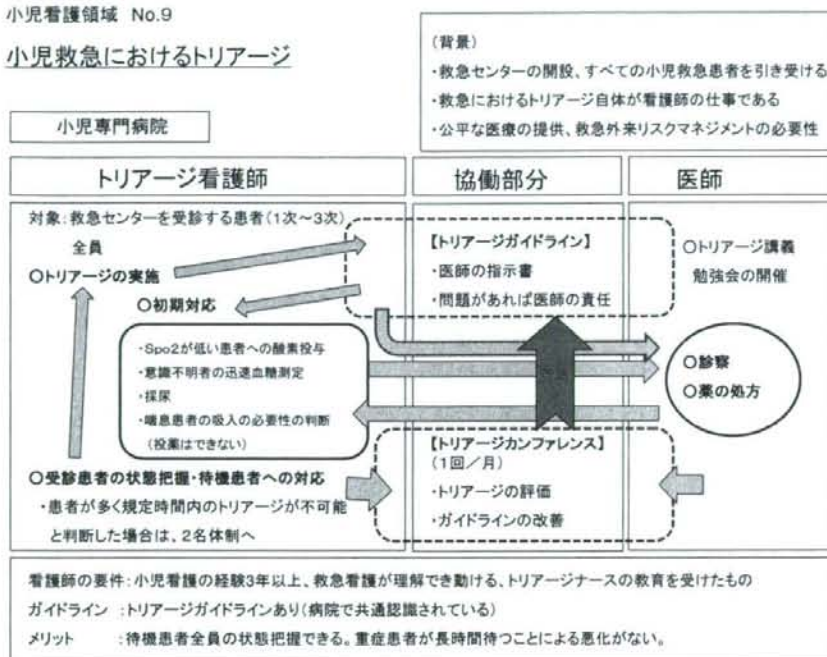
I-4-4. その他

- 医師・看護師はパートナーで、医師が育てるとかではない。患者に対してどういう医療を提供するかが一番大事。そのために協力するための権限の委譲が必要ならば、積極的にそれを進めていくのが妥当なのではないか。方法論として、これは指示箋ですといった多少こじつけがあったとしても、最後は医師が責任を負うという形で、看護師が主体的に積極的にやってもらえれば良いと思う。医師とか看護師とか役割の分担は重要ではあるが、医療従事者である自分がなにができるかを考えてやっていると、看護師もスキルアップできない（医師）。
- 救急センター看護師は様々な機会を捉えてスキルアップを個人で図っている。そうしないとこの中ではついていけない。自分たちができる範囲のことを獲得していかないと、専門職種としての看護師としての発展がないと思う（医師）。
- 他の病院でこのシステムを広げていくには、看護部の幹部をどのように説得するかが壁となることが多い。人がいない、あるいは責任のある仕事を看護師の判断するのは無理があると考え。また人を一人専任にするくらいなら診察に入れということになる。トリアージをしないのは、外来部門でのリスクマネジメントを拒否したのと同様であるという説明をしている。待合室での急変は急変しているのではなく、具合の悪い患者に気付いていないから生じることである（医師）。
- 上下ではなく一緒にやっていくという意識が必要。はじめたからには医師も協力して継続した検討やフォローが必要である（看護師）。

図表 4-9

小児看護領域 No.9

小児救急におけるトリアージ



(2) 小児看護領域の役割分担・連携の特徴・課題

1. 特徴と課題

1-1. 特徴

小児看護領域における役割分担・連携の事例としては、小児看護外来や専門外来の運営（独立型・協働型）や事前指示による薬剤投与、病院と地域との連携、小児救急における初期対応がみられた。

a. 小児看護外来・専門外来の運営（独立型・協働型）

子どもは慢性疾患を持ちながら成長発達していくため、身体・心理・社会文化面において長期間にわたる包括的なフォローアップが必要となる。従って、成長発達や生活全般を見通したケア提供が重要であり、治療的介入が重点的である場合は医師と協働し、重点的でない場合は看護師が看護外来や専門外来を独立して運営していくことが求められており、高い効果を示すことができる。

傾向として、総合病院または医師不足が顕著な地域では、小児関連の医療ケア（メンタルサポート、在宅療養・リハビリテーション、育児一般）の一部を担う状況にあり、小児専門病院では、医療的ケアの技術習得を含め、特殊な指導が必要なケア領域で担う状況がある。

b. 事前指示による薬剤投与

発達途上であり、自分の思いや症状を十分に表現できない子どもにおいて、その症状や苦痛をいかに把握し緩和できるかは重要なことである。成長発達を踏まえて生活を把握し調整していく看護師が、非薬理学的方法だけではなく、指示範囲内での薬剤使用の判断や薬剤の効果判定をタイムリーに実施できることは、迅速な対応につながりより早くと確に子どもの苦痛を緩和でき、効果的である。

c. 病院と地域との連携

慢性疾患を持ちながら地域で生活ができる子どもが増加してきている背景がある。その一方で子どもを地域で支える力が不足しており、そのために長期入院を余儀なくされ、子どもや家族に悪影響を及ぼすこともある。地域における医療ケア体制を整えることは重要であるが、現状としてはマンパワーの不足、利用できる資源や制度が少ない等の困難が生じている。そこで、小児の在宅ケアに関する知識・技術を持ち、地域との交渉や支援を行える看護師が、地域での連携に関し、力を発揮することができ、子どもと家族の生活が拡大する等、その効果も高い。

d. 小児救急における初期対応

子どもは状態の変化が急速であり、時期を逃さずに判断・対応していくことが求められる。救急場面において、看護師が適切なトリアージを行い、子どもに必要な処置や対応を判断することで、子どもを救命し苦痛を軽減するとともに、限られた資源の中で、ニーズに応じた公平な医療の提供を可能としている。リスク管理上の問題が生じないように、医師