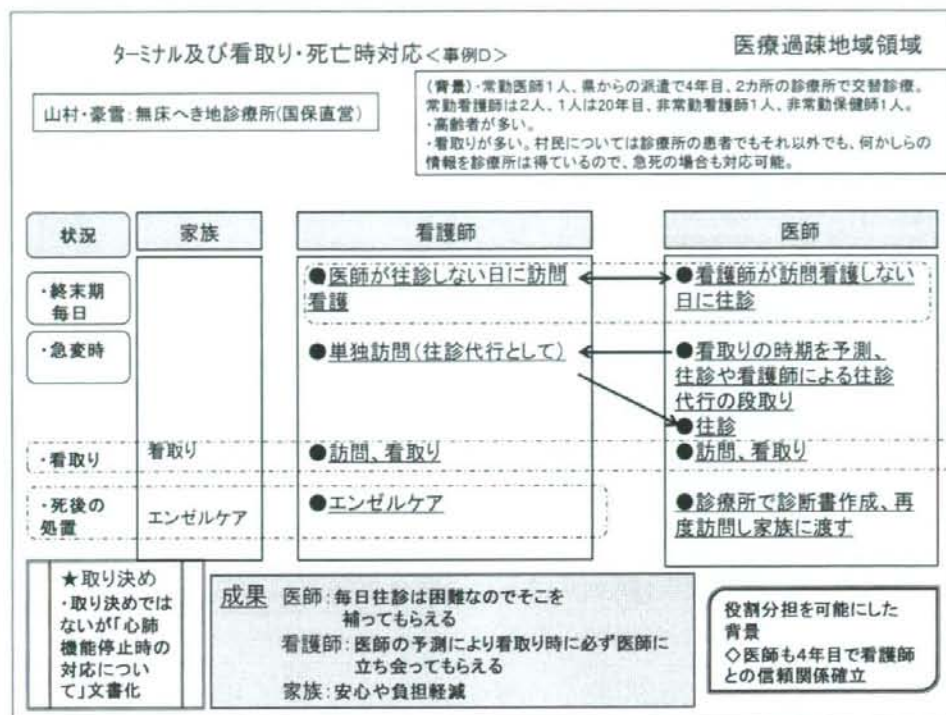


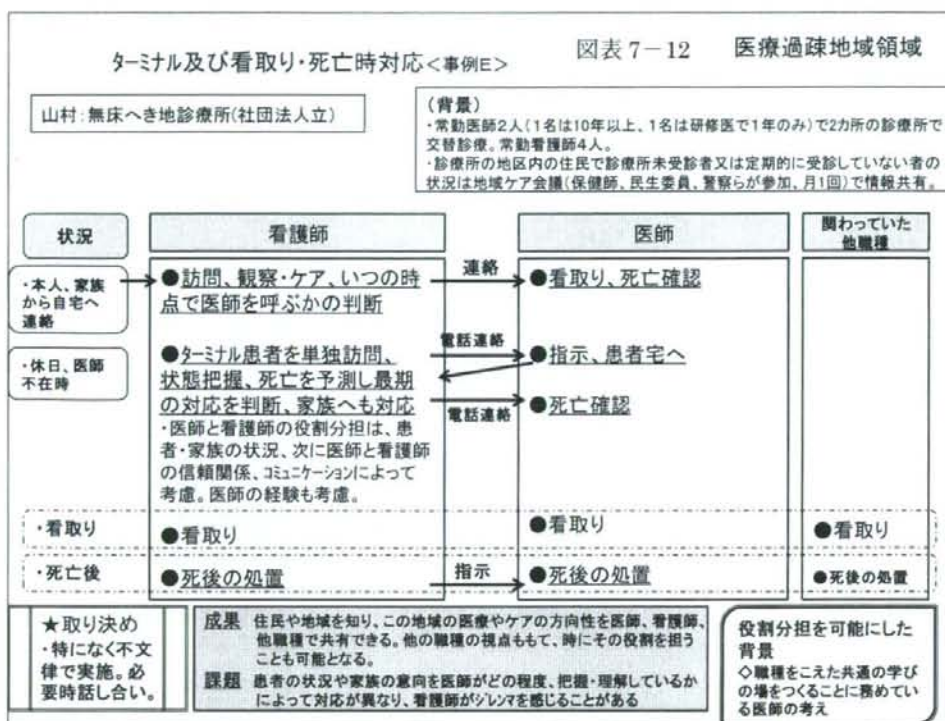
以下、ターミナル及び看取り・死亡時対応について事例ごとに図を作成した。



図表 7-11

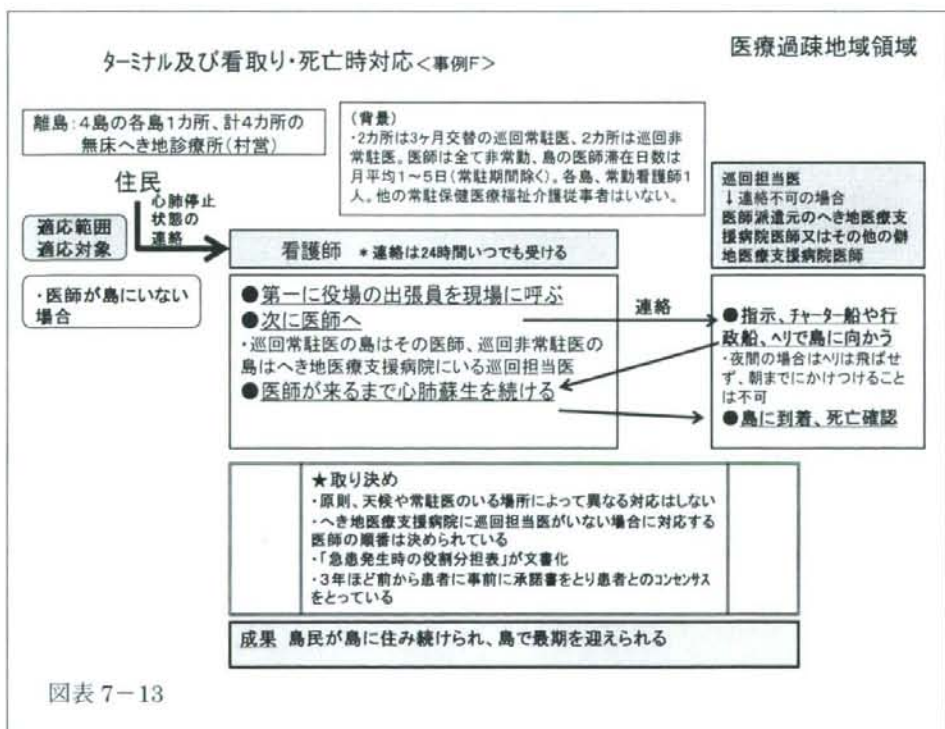
ターミナル及び看取り・死亡時対応<事例E>

図表 7-12 医療過疎地域領域



ターミナル及び看取り・死亡時対応<事例F>

医療過疎地域領域



図表 7-13

(2) 医療過疎地域における役割分担・連携の特徴・課題

へき地に住む住民にとって最も身近にあり、プライマリレベルの医療サービスを担っているへき地診療所に勤務する医師、看護師への調査の結果から、医療過疎地域領域における医師と看護師との役割分担・連携の特徴・課題を述べる。

1. 役割分担・連携の特徴

医療過疎地域領域の役割分担・連携の内容は、a. 外来における慢性疾患患者の管理や、包括指示・事前指示の範囲内での検査の実施や薬剤投与・調節、b. 緊急時の初期判断・初期対応、c. ターミナル及び看取り・死亡時対応、に大別された。

医師と看護師の役割分担の背景として、第一に離島等医師が非常駐であったり、当該地域に医師が少数しかいなかったりするため、医師が不在である時が生じ、その間の医療サービスを保障するために医師と看護師との役割分担が必要となっていた。

第二に、看護師以外の職種の配置状況が、医師が非常駐の地域から、事務職を始めとして複数の職種が配置されている場合まで様々であり、医師の負担を軽減すると共に、そこにいるスタッフで、その時その時の状況に対応しなければ医療サービスの質量共に保障できない状況があった。そのため、他職種との役割の境界は明確ではなく、むしろ重なり合っている又は重なり合わせており、医師、看護師はもちろんのこと、他職種も含めて、職種の壁を越えて、時に他職種の役割まで担っていくことが必要となっていた。

a. 外来における慢性疾患患者の管理や、包括指示・事前指示の範囲内での検査の実施や薬剤投与・調節

外来における慢性疾患患者の管理や、包括指示・事前指示の範囲内での検査の実施や薬剤投与・調節は、患者の外来管理について、医師と看護師が役割分担をしているというものである。医師による問診、身体診察、病状の変化の確認、病状や療養上の注意点等に関する患者への説明、診療録への記載、患者の療養上の疑問や不安への対応等の患者の外来管理について、看護師が医療面接や血圧測定、療養生活指導等を実施し、一部を担ったり、補足したりする。加えて、看護師の中には、診察前に血液検査・心電図・補液の必要性を判断して医師に確認し実施したり（医師への確認は事後である場合もあった）、医師の対応を予測して処置等の事前準備をしたりしていた。さらに、包括指示に基づく薬剤投与や症状の変化に伴う薬剤投与量の調整、定期処方内で状態が安定している場合の薬剤処方、その他の薬剤業務、そして服薬指導を行っていた。往診に代わる単独訪問を実施している看護師も多く、バイタルサインチェック・状態観察・注射・点滴等を実施しており、また定期外往診が必要であるかどうかを判断していた。これらは基本的には医師の指示に基づき実施されていたが、急変時や医師と連絡がつかない場合には、看護師の対応後に医師への報告がなされていた。併せて看護師の判断により療養ケアを実施している場合もあった。これらは診療報酬又は介護報酬を得ずに実施されていた。

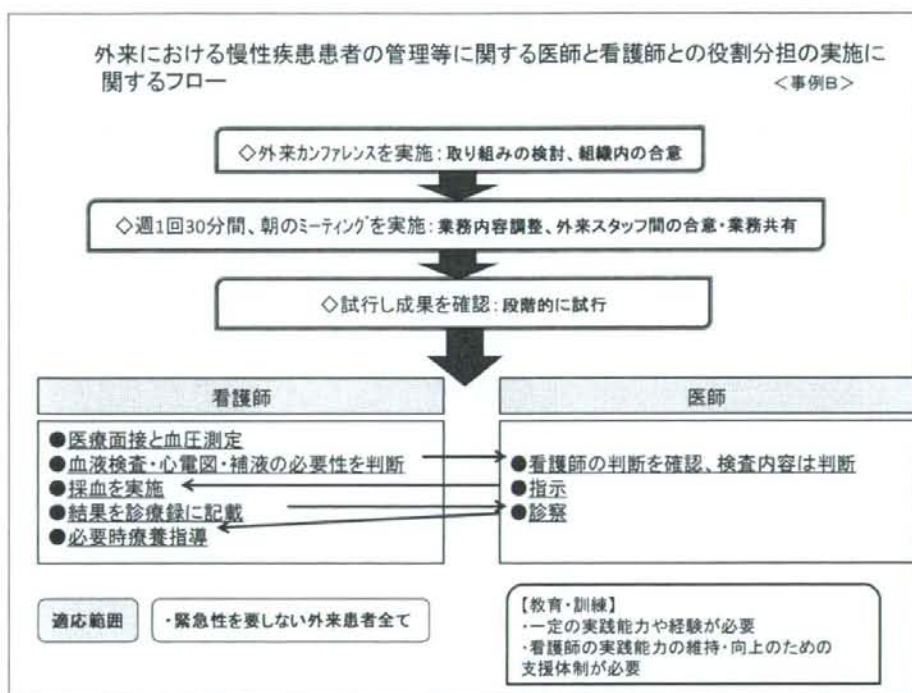
このような医師と看護師との役割分担の適応条件・対象は、慢性疾患等による定期通院患者の場合であった。

しかし、定期外受診者へも対応しており、医師による外科処置の直接介助をしたり、医師が非常駐の離島では、看護師がフィジカルアセスメントをし、看護師による対応が可能

か、医師の判断が必要かを判断し、薬の投与やその他の対応を実施したりしていた。

外来における慢性疾患患者の管理等に関する医師と看護師との役割分担実施のフローを、事例Bを例に図表7-14に示す。

図表7-14



医師が非常駐や少数であるべき地においては、外来における慢性疾患患者の管理や、包括指示・事前指示の範囲内での検査の実施や薬剤投与・調節等を看護師が担うことにより、医師の負担を軽減し、医師、看護師双方が本来の業務に専念でき、それぞれが専門性に依拠した役割をより発揮することにつながっていた。そして、限られた人員・職種であっても医療サービスの質を保障することができていた。

b. 緊急時の初期判断・初期対応

緊急時の初期判断・初期対応に関する医師と看護師の役割分担は、医師不在時・夜間休日の場合である。最初に患者・住民等から看護師に連絡が入り、訪問することもしばしばある。看護師はアセスメント（フィジカルアセスメント）に基づき診療所で対応可能か、それとも二次医療機関での対応が必要であるかを判断する。医師不在時であっても医師に連絡し相談しながら対応していくことが原則であるが、医師に連絡がつかない場合は看護師が判断する。また、連絡がついた場合もその場に医師はいないわけであるから、医師が医学的判断ができるようアセスメント内容を医師に的確に伝える。実際、医師は、看護師のアセスメント、判断を頼りに、医師としての判断をしている場合も多かった。また、搬送が必要な場合には、搬送方法を判断することまでも求められる。医師不在時は、搬送先

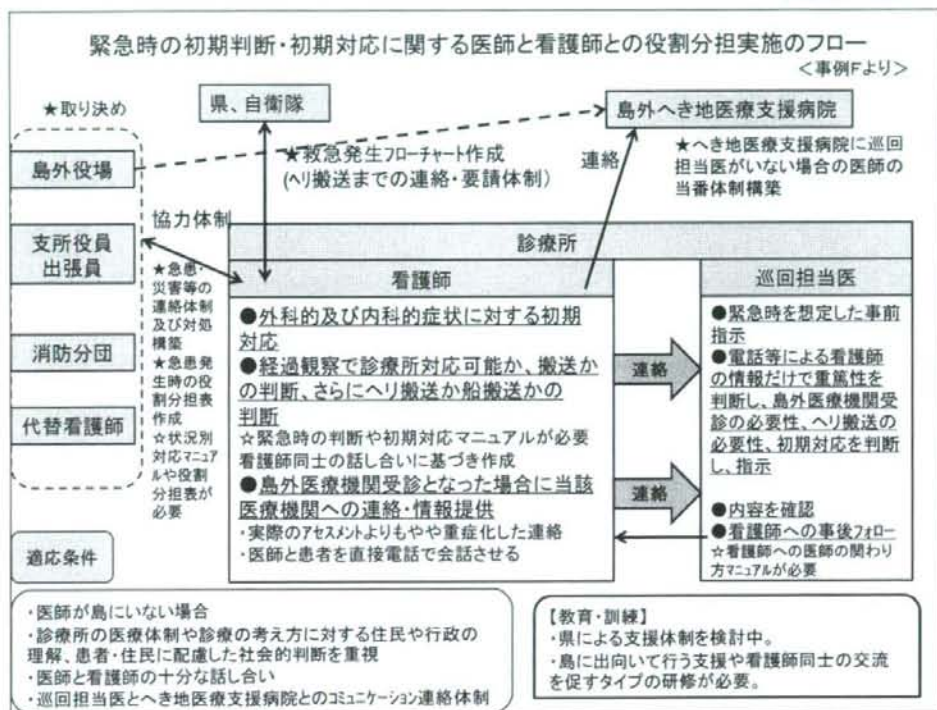
の病院の見当をつけ、その病院の医師に状況を説明したり、独居高齢者などの場合は関係者へ連絡し、入院による療養生活のための支援をしたりすることもある。

離島等で医師が不在であり、また搬送先の病院まで時間がかかる場合は救急車への同乗も含めて初期対応を担うこともある。

他には、地域の定例的なイベント時等、不特定の患者への予測される事態を想定した、医師の事前指示に基づく看護師による緊急時の対応があった。

緊急時の初期判断・初期対応に関する医師と看護師との役割分担実施のフローを、事例Fを例に図表7-15に示す。

図表7-15



医師と看護師との役割分担を促進する条件としては、医師と看護師、必要時行政やその他のスタッフとのコミュニケーションの場や機会が確保されていることや、医師と看護師の信頼関係、診療体制に対する住民の理解や診療所スタッフと住民との信頼関係が挙げられる。このような緊急時の初期判断・初期対応に関する役割分担は、医師の負担軽減と医療サービスの質の保障につながっていた。

c. ターミナル及び看取り・死亡対応

ターミナル及び看取り・死亡時対応に関する医師と看護師の役割分担は、ターミナル期の患者・家族支援を医師の往診と看護師の訪問看護により分担するというものである。医師又は看護師の看取りの時期の予測により、ターミナル期の往診と訪問看護の頻度等役割分担を計画し、看護師の場合には最期の時の医師をよぶ時期の判断や最期を迎える患者の

家族への対応の役割を担っていた。往診代行として看護師が訪問することも行われていた。看取りは医師と看護師両者で行われ、他職種も一緒に看取りをしている診療所もあった。そして医師が非常駐の離島の場合も含めて全ての診療所において、死亡確認は必ず医師が行っていた。死後の処置は看護師が家族と一緒にっており、時に医師や他職種も一緒にしている場合もあった。このような役割分担により、ターミナル期の患者の家族の不安や負担の軽減につながっていた。

全体として、過疎医療地域における医師と看護師との役割分担の特徴には、医師、看護師それぞれの経験の組み合わせに応じた役割分担がなされている、ということがあった。全てではないが医師は県からの派遣で1～2年で交代となることが多く、看護師は比較的当該地域に住み、長い間勤務している看護師が多い。しかし、自治体の中で複数のへき地診療所をもっており、看護師の異動がある場合もあり、当該診療所での勤務経験が医師の方が長いということもあった。いずれにしても、経験の長い医師及び看護師のもつ地域の情報や患者の情報は、双方の業務に不可欠であることを認識しており、一方がもつそのような情報を重視して共有していた。このように、医師、看護師が互いの能力と役割認識を押し量りながら、患者個々の状況に応じた医療サービスの提供を実現していた。

2. 役割分担・連携の課題

医療過疎地域領域における役割分担・連携の課題としての以下の3点が考えられた。

a. 緊急時判断のためのプロトコールを整備する必要性

緊急時判断のためのプロトコールが整備されているところはほとんどなかった。その理由には、スタッフが少なく、医師、看護師間のコミュニケーションがとりやすく、また信頼関係も確立されている中で、今更、マニュアルやプロトコールは必要ない、暗黙の了解や「あうん」の呼吸で実施している場合が多い、ということが挙げられる。そのような医師・看護師間のコミュニケーションや信頼関係は重要であり、またそれなくしては医師と看護師との役割分担はあり得ない。しかし、全てではないが医師は1～2年で交代となる派遣が多いことや、看護師も当該地域在住で10～20年勤務している看護師もいれば、経験の少ない看護師や異動がある場合もある。人が変わっても同様の体制や的確な対応を維持するためにはマニュアルやプロトコールは必要であると考えられる。

b. フィジカルアセスメント等の緊急時の初期判断と初期対応に必要な看護師のスキルアップとその維持のための体制づくり

緊急時の初期判断・初期対応を自立して実施できるだけのスキルをもっている、又は自信をもっている看護師ばかりではない。むしろ少ないと考える。しかし、スキルの高い看護師を求めると、看護師不足の現状がある上に、さらにへき地で働く看護職が不足する原因となる可能性がある。スキルが高くてそれに適した対価を与えられる雇用体制にはなっていないし、自治体等には経済的な余裕もない。現在勤務している看護師のスキルアップやその維持・研鑽のための研修などが考えられるが、看護師の自己研鑽のための予算確保状況も診療所によって様々であり、またスタッフが少ないこと等から診療所看護師を集めて実施する研修はあまり適切ではない。へき地診療所の看護師の教育や生涯学習に責任

をもつ組織として、県や国民健康保険、都道府県看護協会等が考えられ、これらの組織が中心となって診療所看護師のスキルを担保し、また維持・向上する体制が構築されるとよいと考える。当該組織に教育担当の看護職を置き、ITも活用して診療所看護師の情報交換や看護実践に関する話し合いを促したり、スキルアップのために診療所に出向いて支援したりすることが必要であるとする。この場合、そのようなへき地診療所で働く看護師の教育や生涯学習に責任をもつ看護職として、専門看護師のような能力をもつ看護師が望ましいと考える。

c. 役割拡大に伴う看護師の活動に対する対価と責任の範囲の明確化

看護師による往診などに代わる訪問は、診療報酬も介護報酬も得ていない場合が多かった。看護師の活動に対する対価を保障していく必要がある。看護師としての活動が保障されていないことが、へき地で働く看護職の確保に影響している又は影響する可能性は考えなければならない。しかし、一方で看護師は共にそこに住む住民の一人としてボランティア的精神に基づき活動している面もあり、又はそのような対応を住民から求められているという面もあり、その辺りの看護師と住民との関係を考慮する必要はあると考える。また、医師に診てもらいたいという住民の気持ちも考慮しなければならず、診療所の医療体制、並びに、医師や看護師の役割に対する住民のコンセンサスを得ることが必要となろう。また、医師が非常駐の離島など、やむを得ず医師の代行をしなければならない場合の対価と責任の範囲については、制度の整備も検討していく必要があると考える。



8) 看護管理領域の
役割分担・連携

8) 看護管理領域の役割分担・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。先に3事例の報告、これらの特徴・課題をまとめ、その後D事例の報告を述べる。

看護管理領域事例A：救急入院患者のベッドコントロール

A-1. 役割分担・連携の概要

A-1-1. 事例の医療機関の概要（当該施設ホームページから）

- a. 設置主体：企業立病院
- b. 病床数：約600床
- c. 職員数：
 - ・ 医師：286人
 - ・ 薬剤師：29人
 - ・ 技師：176人 OT・PT・ST
 - ・ 事務職員数：約250人
 - ・ 看護師数：581人
 - ・ 専門看護師：4人（がん看護、クリティカルケア看護、精神看護、母性看護）
 - ・ 認定看護師：12人（救急看護、WOC看護、重症集中ケア、ホスピスケア、感染管理、糖尿病看護、手術看護）
- d. 看護体制：7対1
- e. 看護単位：25

A-1-2. 役割分担・連携の具体的活動内容

※入院患者のベッドコントロールに関し、病院全体は看護部長に、病棟はSCUの医師と病棟師長にインタビューした。

a. 役割分担・連携の活動内容

i 病院全体のベッドコントロール（看護部長の回答から）

①空床の調整・運用者の役割

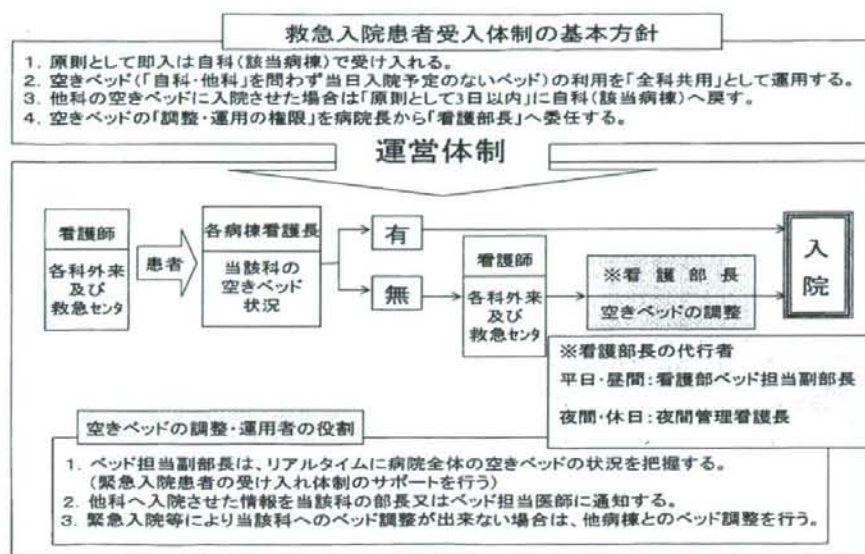
- ・ 病院全体ベッドコントロール担当看護師は、電子カルテと各病棟からの報告によりベッド使用状況と使用予定を把握する。
- ・ 病院全体ベッドコントロール担当看護師が、ベッドコントロールの最終的な権限（救急の受け入れの可否も含む）を持ち、各病棟・診療科の負担の均衡をとっている。
- ・ 満床時は救急の受け入れを止めることもする。

②救急患者の受け入れ

- ・ 「救急入院患者受け入れ体制の基本方針（図1）」を原則とする。
- ・ 病棟内で空床を調整しても当該科病棟で受け入れられないときは、病院全体ベッ

ドコントロール担当看護師に依頼する。

- 病院全体ベッドコントロール担当看護師は、病棟内ベッドコントロール担当看護師や医師と調整を図る。



図表 8-1 救急入院患者受け入れ体制の基本方針 (A 企業立病院)

ii 脳卒中センター/Stroke Care Unit (以下、SCU) のベッドコントロール

①SCU の一ム体制 (医師の回答から)

脳卒中 (脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血) の患者を、脳神経外科医・神経内科医・リハビリ専門医・看護師・理学療法士・作業療法士・医療ソーシャルワーカーなどのスタッフで構成されている。

②SCU 関連病棟と適応となる患者の状態 (医師の回答から)

- 脳卒中患者の約 8 割が救急車にて来院
- ICU: 血栓溶解療法後 36 時間、または手術後の患者が適応
- A 病棟・8 床: 一般病棟で管理が可能な患者が適応、脳神経外科内科含む混合病棟
- B 病棟・3 床: 一般病棟で管理が可能な患者が適応、外科系混合病棟

③救急患者の受け入れ (医師・看護師長の回答から)

- SCU 所属の神経内科医は救急外来の初期診療を担当し、その後の治療内容や重症度によって、入院病棟を判断する。
- 医師は入院先の病棟内ベッドコントロール担当看護師の確認をとり、入院病棟を決定する。
- 入院病棟と担当医師が決定したら、できるだけ早期に転棟・転院について患者・家

族へ説明する。

④SCU 関連病棟に空床がない場合

症状が比較的安定している患者や軽症な患者で転棟可能な患者を医師が抽出する。転棟先について、医師・関連病棟の病棟内ベッドコントロール担当看護師・関連病棟以外の病棟内ベッドコントロール担当看護師・病院全体ベッドコントロール担当看護師らで適宜調整し決定する。

b. 適応範囲

i 病院全体ベッドコントロール担当看護師の条件（看護部長の回答から）

- 役職：日勤帯は副看護部長、夜勤帯は夜間管理師長
- 日中は、5人の副看護部長で三ヶ月毎にローテーションし担当する。

※当初は特定の副看護部長 1人が固定で日中の担当をしていたが、精神的負担が大きいためローテーションとした。

- 夜間は、夜間管理師長となる外来・病棟を含めた全看護単位の師長（25人）と副看護部長（5人）の計30人で順に担当する。

ii 病棟内ベッドコントロール担当看護師の条件と役割（病棟師長の回答から）

日勤帯は病棟師長（不在時は主任が代行）、夜間夜勤帯はリーダー看護師

- 役割：当該病棟入院患者の重症度とベッドの使用予定を把握し、他病棟とのコミュニケーションを密にする。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

i 病院全体の取り決め（看護部長の回答から）

- ①「救急入院患者受け入れ体制の基本方針（図表8-1参照）」
- ②「ベッドの運営体制に関するQ&A集」→救急入院患者受け入れ体制の基本方針では対応することが難しい事例をもとに作成した。

ii SCUの取り決め（医師・病棟師長の回答から）

③医師と看護師が共通して認識している内容

- 空床は全科共通で使用可能である。
- SCU用としてA病棟8床、B病棟3床、計11床のベッドがある。
- 夕方5時にSCU全11床のうち3床の空床を確保する（事実上は難しい）。
- ベッド必要時、話し合いで調整する。
- 当該病棟の診療科以外の患者も引き受ける努力を惜しまない。

d. 全体への周知（看護部長の回答から）

- ①「救急入院患者受け入れ体制の基本方針」は、運営開始前に部長会議にて承認された。
- ②「救急入院患者受け入れ体制の基本方針」は、看護師長マニュアルに組み込まれ、看護

師長・主任が把握している。

- ③ 新任医師の入職時、「救急入院患者受け入れ体制の基本方針」について看護部長がオリエンテーションを行う。

A-2. 役割分担・連携を行った背景

A-2-1. 背景 病院全体として（看護部長の回答から）

役割分担以前は、各診療科部長は当該病棟師長と調整し患者を受け入れていた。病院建替えに伴い病院全体の病床数を減らしたため、各診療科で受け入れを断るケースが増加した。しかし、病院全体の受け入れ可能な空床は多くあることが明らかになり、病院長・事務長・看護部長の会議にて、企画部が中心となり新たなベッドの運用方法を検討することになった。

A-2-2. 準備状況

- ベッドの運用の取り決めがあるか
- 予約ベッドの決め方はあるか
- 各科での入院時のベッドの決め方はどうしているかなど多岐にわたり実態を調査した。
- 院内ベッド運用システムを作り、活用した。

※ 当時の企画部のメンバー：事務職：事務長1人、事務職3人

看護職：副看護部長1人、師長1人、主任1人

a. SCUの場合（医師・病棟師長の回答から）

i 背景

病院全体で、空床に対しベッドコントロールする取り組みがあった事(上記)に加え、脳卒中の患者は突然の発症であり、かつ在院日数が長くなるため、より適切、繊細なベッドコントロールをする必要性があった。

ii 準備状況

SCUは3つの関連病棟がある。そのため病院全体だけではなく、SCU関連病棟間での調整が必要とされ、取り決めがつけられた。

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. 病院全体として（看護部長の回答から）

- 実施までの期間：5～6ヶ月
- 平成12年12月に新病院に移行
- 部長会議にて、企画部が空床の有効な運用方法を検討することが決定された。
- 企画部、特に看護職のメンバーが中心となって、各病棟・外来の実態を把握した。
- 院内の実態把握により予約ベッド・空床の概念がスタッフによって大きく違

う事が明らかになり、定義づけした。

- 各科の所有及び権限はなく、全ての空床の調整・運用の権限を、病院長から看護部長へ委任した。(図表 8-1 参照)

b. SCU として (医師の回答から)

- 重症であればいずれ転院が必要になることを入院時に家族へ説明する。
- 担当医から MSW に転院の相談を早めにしておく。
- 転院先の施設や病院の特徴を把握することは、通常の入退院管理やベッドコントロールを円滑に行うことに密接に関連するため、転院先の施設や病院を適宜訪問している。

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)

a. 病院全体として (看護部長の回答から)

ベッドコントロール実施後、「救急入院患者受け入れ体制の基本方針 (図1)」だけでは判断できない事例が度々あり問題となった。基本方針だけでは対応できない場合に、これらの事例を Q&A 集として明文化した。

A-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

a. 病院全体として (看護部長の回答から)

現状で継続し、新たな課題に対しては、師長会議・部長会議等でその都度話し合う。

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. 病院全体として (看護部長の回答から)

- 入院患者数の増加

他の要素も考えられるが、新たなベッドコントロールの導入により、病床稼働率が上昇するだけでなく、平均在院日数が短縮しのべ入院患者数が増えたと推測される。ベッドコントロール前 (受け入れを断ることが多くあった頃) の平成 12 年度の平均在院日数 16.2 日から平成 19 年度 10.6 日と 5.6 日短縮している。(資料:「A 企業立病院 平成 11 年度から平成 19 年度の平均在院日数の推移」から)

A-4-2. 医師の勤務への影響

a. メリット

- 救急入院患者のベッドコントロールが看護師に委任されたため、以前より診察に時間を確保できた。
- 入院手続きが円滑に進み、入院時指示による処置開始を早めることができた。

b. デメリット

- 担当患者が他科病棟に入院するため、診察時は複数の病棟へ出向く必要がある。

A-4-3. 役割分担・連携による患者・家族のメリット/デメリット

a. メリット

- 入院待機日数が少なくなった。
- 入院予定日通り入院できるようになった。

b. デメリット

- 入院先の病棟が、当該病棟以外の場合がある。

c. SCUとして（医師・病棟師長の回答から）

i. 役割分担・連携による変化

- 転院や退院調整がうまくいくことで、より多くの患者受け入れが可能となった。

ii. 医師の勤務への影響

- 適材適所で効率的な仕事ができる。
- 診療に集中できる。

iii. 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

①メリット

- 受け入れ体制が整うことで、より適切な治療が受けられる機会が増える。
- 救急患者の入院受け入れ拒否がなくなり、地域の人々も安心できる。

②デメリット

- 転院を希望しなくても必要な時期になれば転院しなければならない。

事例番号:看護管理領域 A
救急入院患者のベッドコントロール

関東・企業立病院(約600床)

(背景)・各科が予備用として空床を確保するため
有効に活用されていない
・入院待ちの患者がいる

看護部
病院全体ベッドコントロール担当看護師
(日中:副看護部長・夜間:管理当直)

- 病院全体のベッド管理
 - ・ベッド使用状況・使用予定を把握
(電子カルテと各病棟からの報告の両方で把握)
 - ・当該科に入院できない患者の把握
 - ・急患入室対象病棟に予定を知らせる
- 病院満床時、救急車止めの連絡

●取り決めでは
対応できないとき

- ・入院予定患者と入院予定病棟の状況を把握・検討し、看護部、各病棟師長、医師らで適宜役割分担する

医師

- 入院病棟の指示
 - ・ICUまたは一般病棟
- 当該病棟内の患者の転棟・転院に向けての調整
 - ・必要に応じて、転棟・転院について入院時から患者・家族に説明する

各病棟
病棟内ベッドコントロール担当看護師
(日中:師長・夜間:リーダー看護師)

- 病棟内のベッド管理
 - ・ベッドの使用状況・使用予定を把握
 - ・患者の状況・治療計画を把握
 - ・把握された状況を看護部に定時報告
- 転棟・退院(転院含む)に向けての調整
 - ・必要に応じて、転棟・転院について入院時から患者・家族へ説明する

メリット 病院:受け入れ患者数が増えた
医師:診療に集中できる
看護師:患者受け入れの優先度を把握できる
救急患者:入院の受け入れ拒否がなくなる

課題 救急患者受け入れだけでなく、通常の入院管理・ベッドコントロールが密接に関連している

取り決め

- 管理組織・下部組織で了承
 - ・空床は全科共通で使用可能なベッド
 - ・看護部が調整・運用の権限を持つ
- 下部組織で了承(SCUに属した取り決め):
 - ・SCU11床の中から夕方5時に空床3床を確保する

役割分担を可能にした背景
●企業としての病院経営
●企画部に看護師が所属

※SCU:Stroke Care Unit 脳卒中センター A病棟の8床+B病棟の3床の全11床

図表 8-2

看護管理領域事例B：一・二次救急外来でのトリアージ

B-1. 役割分担・連携の概要

B-1-1. 事例の医療機関の概要（当該施設ホームページから）

- a. 設置主体：公的病院
- b. 病床数：約600床
(一般546床, ICU8床, HCU22床, CCU6床, SCU6床, 感染症20床)
患者数等（平成19年度）
- c. 入院患者延数：210,887人/年
- d. 平均在院日数：12.2日/年
- e. 外来患者延数（救急センター含む）：375,162人/年
- f. 1日平均外来患者数：1,537人
 - ・ 救急センター受診患者数：37,538人/年
 - ・ 三次救急件数（救急センター受診患者数のうち）：1,568人/年
- g. 職員数：1,480人
 - ・ (内訳) 医師180人、看護職657人、事務職105人
 - ・ 専門看護師1人
 - ・ 認定看護師14人
- h. 看護体制：7対1
- i. 紹介率（地域支援病院）：62.3%
- j. 救急外来の診療体制
医師：常時3人の医師（内科医1人、研修医2人）
看護師：各勤務3～4人（リーダー1人、ホットライン対応1人、処置対応1～2人）
勤務体制は三交代、各勤務8時間で、日勤帯は救急センター専任の看護師が勤務、夜勤帯は一般外来の看護師も勤務する。

B-1-2. 役割分担・連携の具体的な活動内容

a. 役割分担・連携の活動内容（看護師の回答から）

i. 患者来院から診察までの流れ

患者は受付で診察申込用紙に氏名・主訴等を記入する。記入された診察申込用紙をもとに事務職員がカルテを作成する。トリアージ担当看護師によりトリアージ区分による優先順位がつけられる。優先順位の高い患者から医師の診察を受ける。

ii. 看護師が行うトリアージ

①トリアージ判定

トリアージ担当看護師が、救急外来待合室でトリアージを行う。その際「救急センター・トリアージマニュアル」と「救急センター・トリアージマニュアル 症状別のアセスメントツリー」に従い、緊急度・重症度を判断し、診察の優先順位を決定する。緊急度・重症度が高い順に「赤・橙・黄・緑」として色別に区分している。「赤」は即診察となる。待合室で待機可能な時間を「橙」は15分、「黄」は60分、「緑」は2時間

として目安としている。トリアージ後、看護師はカルテを棚に色別に並べておく。原則として、重症度の高い「赤」と判定されると即診察となるため、カルテは棚には並ぶことはない。「橙」と「黄」のカルテにはわかりやすくするための札がたてられる。トリアージ区分の判断に迷う場合は、医師へ報告し優先順位を確認する。診察までの待ち時間が長くなる場合は、必要に応じて 2 回目のトリアージを行う。

②検査の必要性の判断

検査は、トリアージの判定材料にする場合と、医師の診察の便宜を図る場合がある。マニュアルで規定された看護師の判断で実施可能な項目（十二誘導心電図・検尿・血糖判定）について必要性を判断し、実施する。マニュアルで規定されない検査は、医師診察後の指示により実施する。

③検査の実施

マニュアルで規定された検査は、トリアージ担当看護師自ら、あるいは他の救急センター看護師に依頼し実施する。

④検査結果のアセスメントと医師への報告

トリアージ担当看護師は、実施した検査の結果をアセスメントし、必要に応じ診察の順番を変更、あるいは医師に報告する。

⑤医師の診察

トリアージ担当看護師が判断したトリアージ区分による優先順位を確認し、医師はその順番で診察する。

b. 適応範囲（看護師の回答から）

i. トリアージの対象となる患者の範囲

- 救急外来に来院した全ての一・二次救急患者

ii. トリアージを行う看護師の条件

- 必要条件
臨床経験 5～6 年以上、救急外来などで救急業務の経験があり三次救急対応がわかる。
- 望ましい条件
BLS（Basic Life Support：一次救命処置）等の研修を受けている。

c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

i. トリアージ判定方法

「救急センター・トリアージマニュアル」と「救急センター・トリアージマニュアル 症状別のアセスメントツリー（下記の 14 項目参照）」に従う。

トリアージは、症状別のアセスメントツリーに沿って進め、患者の緊急度・重症度の判断を客観的で一貫性のあるものとする。

「救急センター・トリアージマニュアル アセスメントツリー14項目」

- 1.頭痛 2.めまい 3.頭部打撲 4.頭部外傷 5.胸痛 6.呼吸困難 7.喘息 8.吐血
 - 9.下血 10.腹痛 11.四肢打撲 12.胸部外傷 13.腹部・背部・腰部外傷 14.発疹
- (以上、看護師の回答から)

トリアージマニュアルは看護師が主体となって作成している。そのため医師の中にはマニュアルの存在自体を知らない医師や、存在は知っていても詳細を知らない医師がいる(以上、医師の回答から)。

ii. 看護師の判断で実施可能な検査項目

「救急センター・トリアージマニュアル」に規定された検査項目は十二誘導心電図・検尿・血糖判定である(以上、看護師の回答から)。

マニュアルの存在や詳細を知らない医師がいた。マニュアルに従ってトリアージが行われている事を知らない医師がいた。看護師の善意によりこれらの検査が行われていると考える医師もいた。医師は看護師のトリアージ判定や検査の判断に関して、看護師の責任を問うことはしないと答えていた。現時点で、特にトリアージについて不都合はなく、現状で良いとも考えている。今後、看護師に検査の判断と実施を義務づけるのであれば、内容を評価する必要があると考えている。現在はトリアージを評価する指標は定まっていない。(以上、医師の回答から)。

B-2. 役割分担・連携を行った背景

B-2-1. 背景

- 施設の方針で災害救援に積極的に取り組んでおり、救援班として派遣経験のある職員が多い。このような職員の中から、災害現場ではトリアージをしており、同じように重症度の異なる多くの患者で混乱している救急外来においてもトリアージをした方が良いのではないかと、という意見があった。
- きっかけは待合室でしばらく待っていて突然吐血をした患者がいたことや、患者が、急に倒れて心停止になったことがあった。そのことから、より早く患者の状態を把握し、対応するべきとスタッフから声が上がった。トリアージが必要であるという意見も含まれていた。(以上、看護師の回答から)
- 救急患者が多いために重症度の見極めをする必要に迫られていた、患者の待ち時間が長くクレームも多かった。
- 質の高い医療を提供するために、大学(人間工学)や企業(安全管理室)との交流を行っていたことがある。
- また救急外来の看護師は院内QCサークル活動の一環で、患者の待ち時間を減らすための業務改善に取り組んでいたことも関連がある。(以上、医師の回答から)

B-2-2. 準備状況(看護師の回答から)

平成14・5年くらいからトリアージを試行したが、「見切り発車」の開始であったので明確な準備期間等はなかった。医師・看護師それぞれが暗黙の了解で行っており、課題が

発生すればその都度見直してやってきた。

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

a. トリアージマニュアル作成のプロセス（看護師の回答から）

i. 幹部会議や組織内の了解

幹部会議で話し合われたということはない。しかし、システムやトリアージの用紙の改訂等があるので、情報委員会の了解を得て、総務部、各科診療部長には命令系統に従って周知していた。

ii. トリアージ体制の検討

トリアージを担当する看護師の条件や患者全例行うかどうかなど、体制づくりから救急センター内で話し合い、マニュアルを作成した。

iii. トリアージマニュアルの一部改定・修正（平成20年10月）

このときまでは整えられたマニュアルではなかった。しかし、トリアージの質は担当する看護師の能力にゆだねられる部分が多々あり、各自の力量によることで救急センター看護師の合意を得ることが大変難しく、マニュアルを改定・修正した。

iv. 診療申込用紙の作成

看護師が主となって事務部門と調整し作成した。

b. 診察順序と問題点（医師の回答から）

以前は患者の来院順にカルテが準備され、その順で診察が行われていた。初期診察は研修医が行い、その後必要に応じて当直医が診察していた。また、現在よりも少ない当直医で対応していたため、三次救急患者対応している間は一・二次救急外来患者の対応はできなかった。このため、地域の急性期病院としての役割を果たせるように、大学病院の救命部から医師を招聘し、救急センターとしての機能強化に努めたという経緯がある。

B-3-2. 役割分担・連携を実践段階で生じた課題とその対応（解決策）

a. トリアージ判断の検討（看護師の回答から）

現状よりも軽症に判断してしまうことを避け、様々な場面に对应できるように、救急外来における事例の共有化を図るためのカンファレンスを行った。しかし、看護師全員が参加できないため、連絡ノートなどを活用し参加できない看護師も情報を得られるようにした。

b. トリアージ実施に関する患者への説明（医師の回答から）

医師の診察前に、受付の事務職員とトリアージ担当看護師が患者の状態を確認するため、同じ事を何度も説明しなければならない。従って「さっきも同じことを聞かれた」などと言われることがある。医師の診察時にも、医師が患者に症状を再確認することを、患者にしっかり明示できていない。院長からはトリアージを行っていることを患者に明示するよう指示が出ている。現在、具体的な方法を検討中である。

B-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画（看護師の回答から）

救急外来だけでなく、一般外来（案内カウンターの看護師や事務職員）にもトリアージを普及させたい。そのためにも、トリアージ導入時の研修方法、フォローアップ方法など教育システムとしてどのような体制をつくるかを検討したい。

B-4. 役割分担・連携による変化

B-4-1. 医師・看護師へのメリット/デメリット

a. メリット

- 患者の状態を詳細に把握しやすい。
- 患者から待ち時間に関するクレームが激減した。（以上、看護師の回答から）
- 優先度が高い順に患者を診察できるようになった。
- スムーズに診察が行えるようになった。（以上、医師の回答から）

b. デメリット

- 1人がトリアージ専任の看護師となるため処置を担当する他の看護師が忙しくなる。（以上、看護師の回答から）
- 特になし（以上、医師の回答から）

B-4-2. 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. メリット

- 患者の待ち時間が長くても、看護師が待合室に何度も来るので、安心感があるという患者からの意見があった。
- 患者の待ち時間が短縮され、患者からのクレームが減った。

b. デメリット

- 待合室でトリアージを行うため、プライバシーの配慮が出来ないことがある。
- 軽症者は待ち時間が長くなる。（以上、看護師の回答から）