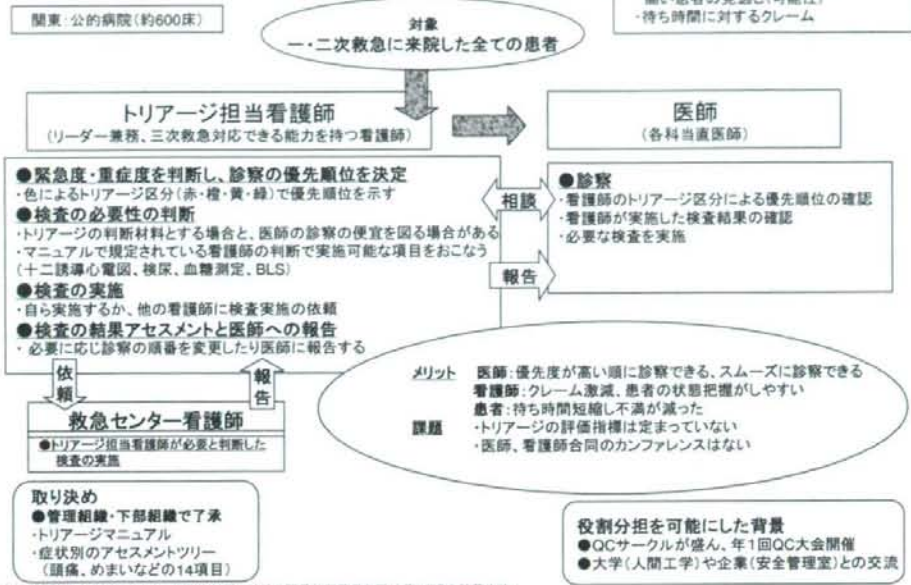


事例番号:看護管理領域 B  
一・二次救急外来でのトリアージ



図表 8-3

## 看護管理領域事例C：初診患者への入院・検査の説明

### C-1. 役割分担・連携の概要

#### C-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：学校法人
- b. 病床数：約 710 床
- c. 職員数：約 1500 人
  - ・ 外科外来看護師：3 人（師長含む）
  - ・ 診療説明担当看護師：1 人（短時間勤務）
- d. 看護師配置：7 対 1
- e. 外来患者数：資料「当該施設 平成 20 年度 診療科別外来患者数 医事課外来」から
  - ・ 全診療科外来患者総数（年間）220,841 人；内訳 初診 13,379 人、再診 207,462 人  
（内科外来患者総数 53,270 人：内訳 初診 2,647 人、再診 50,623 人）  
（外科外来患者総数 15,163 人：内訳 初診 771 人、再診 14,392 人）
  - ・ 全診療科外来患者数（1 日平均）1,200 人－内訳；初診 73 人、再診 1,128 人  
（内科外来患者総数 290 人－内訳：初診 14 人、再診 275 人）  
（外科外来患者総数 82 人－内訳：初診 4 人、再診 78 人）

#### 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（医師・看護師の回答から）
  - i. 医師が入院日や検査の日程を決定する。
  - ii. 医師は抗凝固剤の使用確認やアレルギーの有無を確認する。
  - iii. 医師は検査、入院の目的、内容、方法を患者に説明する。
  - iv. 医師および診察介助した看護師は、さらに診療説明担当看護師からの説明が必要であるかどうかを判断する。
  - v. 診察介助した看護師は、「説明依頼票」の必要な項目にチェックし、診療説明担当看護師に依頼する。
  - vi. 診察介助した看護師は、患者に付き添い診療説明室へ案内する。
  - vii. 診療説明担当看護師は、「説明依頼票」に従い説明を行う。その際、患者個人の状態にあわせた説明方法を選択して説明する。
  - viii. 診療説明担当看護師は、患者の重要情報（抗凝固剤の使用確認やアレルギーの有無）の再確認をし、必要に応じて情報を医師ヘフィードバックしリスクの回避に努める。
  - ix. 説明後、診療説明担当看護師から外来看護師へ説明内容を報告する。

#### b. 適応範囲（医師の回答から）

基本的には、初診の患者が対象となる。外科外来の患者を主とし、初回入院や初回検査時、または不安が強く再度詳しい説明を必要とする患者、患者からの希望の場合もある。説明対象となる主な検査は、PET-CT や内視鏡検査など、食事制限のような前処置を必要とするものである。

#### c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め（医師・看護師の回答から）

- ①検査に対するリスクが高い患者など、標準的な説明に加えて特殊な説明が必要な場合必ず医師が診察室で説明する。
- ②看護師が診療説明担当看護師からの説明が必要と判断した場合には、その旨を医師に報告する。
- ③診療説明担当看護師と診察介助する看護師の間の連携  
説明担当看護師が医師と直接連絡を取ると、診察を中断してしまうことになるので、必ず診察介助している看護師と連絡を取る。（「説明依頼票」に当該患者の件を把握している看護師の PHS 番号を記入。）

#### d. 診療説明室概要

i. 開設日：平成 20 年 11 月 17 日

ii. 場所：外科外来診察室に隣接

iii. 担当看護師：1 人（看護師経験約 20 年、外科・ICU・HCU・精神科病棟での勤務経験と副師長経験あり）

iv. 勤務時間：月～金曜日、午前 8 時半～午後 3 時半（育児休暇明けでワークライフバランスの制度を利用し短時間勤務）土日祝日以外は、説明担当看護師が不在でも基本的に説明室を閉めないという看護部の方針がある。説明担当看護師が不在時は外科外来看護師が対応する。

#### v. 診療補助業務統計：

- 1 日の平均のべ患者数：約 9 人、1～25 人のばらつきあり。
- 説明 1 件あたりの平均所要時間：約 9.02 分、2～30 分のばらつきあり。
- 主に初診患者が対象であるため、初診患者の予約が多いときに集中する。

（当該施設 診療説明室 診療補助説明業務統計表・2008.11.17～2009.1.19 のうち 31 日間の調査より）

### C-2. 役割分担・連携を行った背景

#### C-2-1. 背景

##### a. 看護部の背景（看護部長の回答から）

- 看護部では個人と部署に対して、目標管理を行っている。各個人や各部署が何をやりたいかがみえる。例えば、診療説明室開設も、外来の部署目標からの実現に

至った。

- 2003年からISOを取得し、それを病院の経営方針としたことで「役割責任分担表」として役割と責任が明文化された。
- 外来看護は、診療の介助をしながら患者の状態をその時点で判断し、患者が安心して検査や治療を受けられ、患者も納得の上で入院できるというアウトカムを設定するのが役割と責任である。

#### b. 担当部署の背景（外科外来看護師長の回答から）

- DPC導入後、外来患者が増え、事務的な業務をメディカルクラークに分担することを検討されていたが配置されなかった。
- 外来で診察介助する看護師は処置や他の業務もあり、説明業務のみに集中できなかった。
- 患者の前処置が行なえていないことがあり検査が中止され、検査の期日変更など他部門に迷惑をかけることがあった。
- 診察介助する看護師が説明業務をしている間、次の患者の診察を看護師の介助なしで行わなくてはならないため、医師の診察に支障が出ないかを懸念していた。

#### c. 医師の背景（医師の回答から）

- 医師の業務として病状説明や治療方針の説明に加え、それに伴う検査・入院の説明に時間を要する。
- DPC導入に伴い、外来で行う高度な検査や治療が増加した。
- 患者が十分に納得して同意を得られるほど、医師は説明に時間をかけられない。
- 具体的な説明（検査の具体的な内容、来院時間、食事制限など）を診察介助する看護師に依頼していたが、診察介助や処置の合間に行うため、十分な時間が確保できなかった。
- 診療を介助する看護師が説明業務をしている間、医師1人で診察していると検査漏れや指示の抜けがありトラブルのもととなった。

#### d. 病院新規事業実施のシステム（看護部長の回答から）

看護部が最初に取得したISO9001部門は、「病院全体で、効率良く間違いのない治療を行うに相応しいシステムを作り上げ、実践し、評価し、結果に基づいて改善・改良をしているか」を評価内容としている。これに基づき、下記のプロセスで看護部のアイデアを病院の新規事業としての実施決定から評価までをシステム化している。

##### ① 目標管理（個人・部署・委員会）からアイデアを集める



② 看護部運営会議にて、病院事業として提案するか、看護部内事業として提案するかを検討する。



③ 病院事業と決定した場合、経営企画会議に向けて準備する（④へ）。



看護部内事業として決定した場合、看護部内の当該部署で行う。

- ↓
- ④ 経営企画会議へ提案に向けての準備
- i 根拠となるデータ収集
  - ii 規定されたフォーマットに従い提案内容の詳細を記載  
(目的、中期目標、品質を保つための整合性、メリットデメリット、予算、収益)
  - iii その他 関連事項
- ↓
- ⑤ 経営企画会議で決定（翌年度事業として）
- ↓
- ⑥ 実施
- ↓
- ⑦ 1年後、評価し成果をデータとして発表

#### C-2-2. 準備状況（看護部長の回答から）

a. 外科外来目標管理の中間評価でのアイデアを、病院の新規事業として提案した。本来ならば次年度予算での実施となるが、「診療説明室」の場合は、目的や予想される成果が明確であり、様々な工夫によりコストをおさえたため、当該年度の実施が可能となった。

#### b. 新規事業「診療説明室」開設から評価のプロセス（院内のシステムに準ずる）

- ① 外来の部署目標から診療説明室の開設案が上ってきた
- ② 看護部運営会議で話し合い
- ③ 病院の新規事業として経営企画会議に提案することに決定
- ④ 経営企画会議へ提案に向けての準備
  - i. 根拠となるデータ収集
    - ・タイムスタディ
      - ・対象：医師から依頼を受けた看護師の説明業務のみ  
(医師の依頼以外では医師との役割分担にはつながらないため)
      - ・期間：半年間
      - ・結果：同一勤務帯で看護師3人が8時間勤務をしていた（総24時間分）、そのなかで3人は16時間分を患者に対する説明業務のみに費やしていた。
    - ii. 規定されたフォーマットに従い提案内容の詳細を記載
      - ・場所、レイアウト、必要物品を確保
- ⑤ 経営企画会議で実施が決定される（当該年度追加事業として）
- ⑥ 実施
- ⑦ 評価
  - ・データ収集（利用人数・時間など）

### 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. 担当看護師の開設までの準備状況（診療説明室看護師の回答から）

###### i. 配属命令の時期

育児休暇後の1ヵ月半は休暇前の所属病棟で勤務した。休暇後から、診療説明室開設後は配属の指示があった。

###### ii. 説明内容の自己準備

既に外来で使用されている説明の用紙を収集し、何を説明しなくてはいけないか具体的な内容について個人的に自己学習した。自分の説明内容、範囲などが確定しておらず不安であった。

###### iii. 開設直前の情報収集

開設前1週間ほど内科外来で勤務し、実際の検査説明の様子を見て体験し、手順や注意すべき点についての情報を収集した。

##### b. 担当看護師の要件（看護部長の回答から）

この診療説明室を担当するには病棟での十分な経験と知識、全体を把握できる看護師が必要だった。育児時間をとりながらではあるが、病棟経験も豊富で、副師長経験もある看護師を活用できた。

##### c. 開設に関する院内への周知方法（外来看護師長の回答から）

全科の診療科長が出席している運営会議などで、看護部長が診療説明室の開設について説明し、診療科長の教授から医長へ知らされ医師に伝達された。

#### 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）（診療説明看護師の回答から）

##### a. マニュアル作成の準備

少しでも事故がないようにすることが最大の目標である。誰が配属されても分かるように業務している中で必要と思われた事などは、書き留めている。

##### b. 患者の重要事項の確認

患者の重要事項（抗凝固剤の使用確認やアレルギーの有無）は必ず医師が外来診察室でも確認しているが、説明担当看護師による二重の確認でリスクを回避するため、診療説明の依頼票の欄にも入れた。外来診察室か診療説明室のどちらで確認するのが良いか曖昧な部分は連携をとって話し合うようにしている。

##### c. 説明方法の工夫

患者の理解の程度に合わせ説明方法を工夫している。（例：一度に行わず数回に分ける）

##### d. 治療計画における患者の位置づけ

看護師は患者が治療計画の流れの中でどの段階にあるかを把握し、個人の状態にあわせて説明方法を選択して説明する。(疾患別フローを作成中、フロー図は医師にも確認をとる)

#### e. 専門職者の活用

さらに深い専門的知識が必要な場合や、自分がその知識を十分持っていない場合は、各専門職に相談するか、患者への説明を依頼する(化学療法など)。

### C-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画と課題(看護部長・外来看護師長の回答から)

#### a. 今後の計画

- ・ 外科外来での実績をあげて、他の診療科へ拡大を図る。

#### b. 課題

- ・ 診療説明室で説明した内容や記録類が正式にカルテに残らないため、その取り扱い方を どうするか。

### 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(外来看護師長の回答から)

- ・ 医師1人で診察しなければならない状況では自分自身も落ち着かないため十分な説明ができなかったが、現在の仕組みでは患者が納得できるまで説明してくれるという安心感がある。

#### C-4-2. 医師の勤務への影響 (医師の回答から)

- ・ 忙しい時は検査の漏れや指示の抜けがあった。
- ・ 患者と次の患者を診察する間の時間が短くなった。
- ・ 患者が求めるのは納得のいく説明であるため、説明を担当する看護師がいることで、患者の納得も得られやすく不安も除かれる。
- ・ 診察と説明を終えた患者が再び診察室へ戻り、既に説明した内容について繰り返し質問
- ・ してくることが無くなった。

#### 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

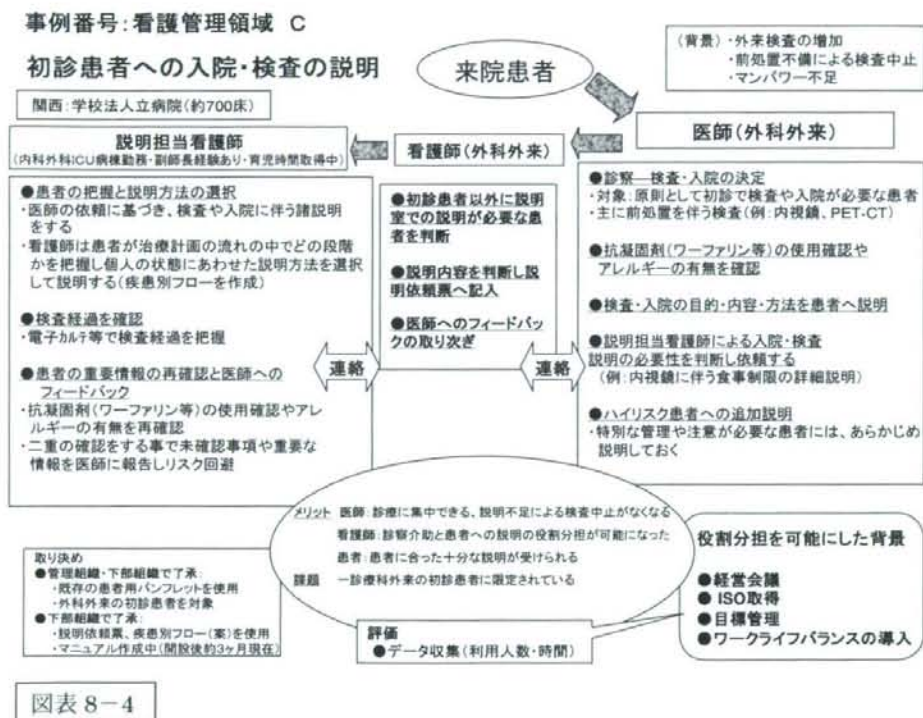
##### a. メリット

- ・ 前処置ができておらず検査が中止になる患者がいない。(以上、医師・外来看護師長の回答から)
- ・ 患者から、初診で診察室では過度に緊張し理解できなかったが、診療説明室で説明を受けたことで検査・通院・手術までを落ち着いて考えられた、と感謝された。
- ・ 患者が医師の診察で緊張して伝え忘れたこと(抗凝固剤の使用、アレルギーの有無など)を診療説明室で思い出し、看護師に伝えることができた。
- ・ 診療説明室で重要な未確認事項や情報が得られることがあるため、二重のチェック

クが可能となりリスク回避につながる。(以上、診療説明看護師の回答から)

## b. デメリット

- ・ 医師側からは全くない。(以上、医師の回答から)



図表 8-4



## (2) 看護管理領域における役割分担・連携の特徴・課題

### 1. 看護管理領域における役割分担・連携の特徴

#### 管理組織の明確な方針

管理組織が病院の方針を明確にして下部組織に示すことで、現場のスタッフがそれに向かって行動できるよう導く管理組織の意図が働いているという印象があった。例えば、管理組織が「効率を良くする」という方針を明確に決めている組織では、スタッフもその方針にそって「効率を良くする」ための具体策を検討し実践していた。現場の活動を促進するなかで、現場の課題を明確化し、その現場の課題は、病院の方針にそって管理組織や病院全体の課題としながら、現場の活動へと還元していく組織のしくみがあった。

### 2. 看護管理領域における役割分担・連携の取り決めの特徴

#### a. 役割分担に関する取り決めの有無

すべての事例で、役割分担に関する取り決めがあった。

#### b. 役割分担の取り決めの種類

取り決めは、

- i. 管理組織と下部組織双方で了承されている場合
- ii. 下部組織で了承されている場合

がある。しかし、取り決めとして明確にされていない役割もあり、それは現場の医師と看護師の「あうん」により役割分担されていた。

#### c. 医師・看護師の取り決めの捉えかた

##### i. 現場の医師の捉えかた

現場の医師は、「取り決め」というよりは看護師との「あうん」によって役割分担していると認識していた。なかには、役割分担が取り決めの上で行われていると明確に認識しておらず、「看護師が善意でおこなっている」と捉えていることがあった。取り決めで役割を明確にすることは、責任の所在を明確することとなるため、役割と責任を共有しながら、お互いの専門性を尊重して仕事したいのではないかと推測された。

##### ii. 看護師の捉えかた

現場の看護師は、「ルール」「マニュアル」などの取り決めにしたがった役割分担であると認識していた。取り決めを作成し、自らや看護師組織の役割を明確にすることで、責任の範囲も明確にしようとする印象であった。取り決めにより役割や責任の範囲が示されることで、果たすべき最小限の責任を自覚しようとしている、あるいは看護の役割の標準化をめざしているのではないかと考えられた。

#### d. 医師・看護師の捉えかたの相違

医師と看護師の患者担当制の相違により捉えかたが異なると考えられた。すなわち、医

師は一人で各患者の治療計画に責任があるため、自分自身の判断で仕事を進めることが多く、他者と共有すべき取り決めはそれほど必要としない。一方、看護師は交代勤務であり、各患者の看護計画を複数の看護師で共有するため、意識あわせをするための取り決めが必要である。看護師は「取り決め」があることでよりよく仕事を進められるため、「取り決め」の必要度が高いと考えられた。このように「取り決め」の必要度が異なる医師と看護師が各事例において役割分担されていたのは、医師と看護師ともにお互いの役割を明確にすべて分担することは困難であり、明確でないままに分担して行くことが必要である、と共通認識しているのではないかと考えられた。

### 3. 看護管理領域における役割分担・連携の課題

取り決めを持って役割分担をしていながらも、役割と責任の範囲を明確にしていない。

## 看護管理領域 D 事例 : 看護師による麻酔導入後の麻酔管理・患者管理

### 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：公的
- b. 病床数：356 床(NICU 6 床、ICU 8 床、感染病床 4 床)
- c. 職員数（平成 19 年度データ）
  - 医師：90 名
  - 看護師数：329 名、准看護師：59 名
  - 認定看護師：4 名
  - 薬剤師：13 名、PT：3 名、ST：2 名
  - 事務職員数：69 名
- d. 看護体制：7 対 1

#### D-1-2. 役割分担・連携の具体的活動内容

看護師による麻酔導入後の麻酔管理・患者管理について、聞き取り調査を行った。当該病院で、手術室勤務で麻酔管理をしている看護師（以下、麻酔管理担当看護師とする）と、かつて当該病院に勤務し、麻酔管理担当看護師に麻酔管理の依頼をしていた元勤務医にインタビューを行った。

当該病院における、麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理・患者管理は 20 年前から実施されている。

#### <手術の体制>

常勤麻酔科医 2 名、非常勤麻酔科医 2 名が勤務していた。手術室には、約 22 名の看護職員(看護助手含む)が配置されており看護師はそれぞれが、器械出し業務も外回り業務も両方ともおこなっていた。1 回の手術には、麻酔管理担当看護師が 1 名、外回り看護師が 1~2 名の配置体制がとられていた。現在、麻酔管理担当看護師は 3 名である。

当該病院では、脳外科以外のすべての診療科の手術が行われており、全身麻酔件数は約 300 件/月であった。そのうち麻酔管理担当看護師による手術件数は 3~4 件/日で、手術件数全体の約 20%~25%を占めていた。

麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理・患者管理は、まず、診療科の執刀医が手術室看護部門に麻酔看護業務の依頼をし、担当する麻酔管理担当看護師は看護管理者が決めていた。院内の合意に基づき、執刀医の患者管理責任の下で麻酔管理担当看護師による麻酔中の管理が行われていた。麻酔科医が担当する手術でも、維持麻酔中に当該手術室に一時不在になる場合は、麻酔管理担当看護師が、代わって麻酔管理を行っていた。

医師と麻酔管理担当看護師は、共に自分たちの責任領域を把握し、尊重し合って業務を行っていた。医師との役割分担・連携の活動内容の詳細を、以下に記す。

a. 役割分担・連携の活動内容

iii 末梢ルートの確保

術前処置としての末梢ルート確保を麻酔管理担当看護師が行っている。

iv 麻酔導入(全身麻酔・腰椎麻酔)、気管挿管の介助

担当医が手洗い前に麻酔導入と気管挿管を行うので、麻酔管理担当看護師がその介助を行う。また、腰椎麻酔時には、重要な体位セッティング等を行う。

v 患者の状況把握と吸入麻酔薬の管理調節

執刀医師に報告・相談しながら、患者の血圧変動や手術の進行状態に合わせて吸入麻酔薬の濃度の調節などを行う。

vi 患者の状況把握とその対処を医師へ報告・相談

患者の血圧上昇時には、薬剤の使用や吸入麻酔薬の濃度の変更等を、執刀医に報告・相談する。術中、出血の部位および出血状態を把握し、必要な行動がとれるように処置を予測する。

心電図などのモニター管理を行い、不整脈が出現している場合、その原因なる輸液ボリューム不足等をアセスメントし、医師に報告する。また、昇圧剤の投与が必要な状況では、医師に昇圧剤の準備等について相談する。

vii 薬剤・点滴管理、投与

執刀医師が手洗いに行くときには、輸液管理を行う。

執刀医師に相談し、患者の状態に合わせて輸液の速度等を変更する。また、執刀医師に相談後、昇圧剤等の準備、投与を行う。

viii 輸血の依頼と投与

手術進行状態を把握しながら、輸血の準備が必要ではないか、執刀医師に相談をする。輸血の指示が出されたら、輸血投与を実施する。

ix 医師に報告・相談しながら麻酔覚醒の手技を実施

執刀医師に麻酔覚醒を行うことを報告した後、執刀医の監督の下で、吸入麻酔薬の濃度を下げていく。執刀医が手を下ろした後に抜管を行い、麻酔管理担当看護師は抜管の介助を行う。

b. 適応範囲

iii 麻酔管理担当看護師の条件

①臨床経験：手術室勤務で主任レベル(手術室経験 10 年程度)、手術室での経験が豊富で、手術の外回り業務のベテランである。また、麻酔管理担当看護師の業務を数多く見学している。

②麻酔管理に関する臨床能力の評価：前述の経験要件を満たした手術室の看護師につ



いて、診療科の医師と看護管理者の両者が、以下の臨床能力について評価をおこない、合格点に達していると判断したものを、麻酔管理担当看護師と認めていた。

- 麻酔薬等麻酔全般の知識および麻酔導入後の麻酔管理・患者管理に必要な知識を持っている者。
- 麻酔中の全身状態を把握するための知識・判断力があり、適切な処置ができる臨床能力を持つ者

## ii. 患者の条件

15～85歳で全身状態が安定している患者が対象である。腰痛麻酔・全身麻酔とともに予定手術の患者で、手術リスクが低いと執刀医が判断した患者のみが対象である。

## c. 役割分担・連携を実施する上での取り決め

### iii 手術室看護部門と医師との取り決め

麻酔管理担当看護師の業務に関して文章化されたガイドライン等はないが、当該病院で麻酔管理担当看護師を導入した20年前から、院内での導入について合意が行われ、医師と手術室看護部門との話し合いのもと、安全管理体制、緊急時対応、麻酔管理担当看護師の条件、業務内容、対象患者の基準等に関する取り決めが行われ、これに基づいて麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理・患者管理業務が行われてきた。麻酔管理中に緊急の事態が発生した場合は、麻酔医はじめ他の診療科医師が応援し対応する体制がつけられている。20年の活動の歴史があり、麻酔管理担当看護師は職員のなかでは広く認知されている。

## D-2. 役割分担・連携を行った背景

### D-2-1. 背景 看護師による麻酔管理が始まった経緯

当該病院は地域の中核的な病院として地域住民に医療提供を行っていたが、20年程前、麻酔医の数が減少した新たに確保することができなかつたため、診療科医師は手術時には自科の医師が麻酔を行ったり、他科の医師に麻酔の仕事を依頼したりして手術を行っていた。しかし、次第に手術件数は増加していったが、これに対応するだけの診療科医師の確保できなかったことから、手術件数を維持し中核病院として住民への責任を果たすとともに、医師の過重労働の減少等をはかるための方策が必要となった。

そこで、ベテラン手術室看護師による麻酔管理が院内で検討され、麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理・患者管理が始まった。

### D-2-2. 準備状況

#### a. 麻酔管理担当看護師の育成

麻酔管理担当看護師育成のための方法・内容については院内の合意のもので実施されているが、マニュアルや教育システムなどは文章化されていない。麻酔管理担当看護師は主任レベルで、手術室看護の経験が豊かであり、外回り看護師のベテランであること、麻酔導入後の麻酔管理・患者管理に必要な知識があることが条件である。

i. 間接介助の看護師の育成：

- 麻酔方法・介助方法、麻酔の作用・副作用、気管挿管についての間接介助の看護師教育マニュアルを使用し指導している。
- 間接介助のチェックリストを使用して手術室の看護師を教育している。
- 手術室に配置された看護師は、早い段階から麻酔機器の点検ができるよう指導され、点検を行っている。

ii. 麻酔管理担当看護師の育成：

- 麻酔管理担当看護師になる条件を満たした手術室の看護師は、先輩の麻酔管理担当看護師と麻酔管理業務を一緒に行いスーパー・バイズを得ながら、OJTで教育・訓練を受ける。
- 麻酔科看護師は、執刀医師に相談しながら手術の経験を積み、必要な知識・アセスメント、麻酔導入後の麻酔管理・患者管理を習得し、その能力を高めていく。
- 診療科医師と麻酔管理担当看護師は、事例検討などを行い、麻酔管理・患者管理に必要な知識・技術等を向上させている。

### 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

##### a. 医師から麻酔管理担当看護師への麻酔業務依頼のプロセス

診療科の執刀医から、手術室看護部門に麻酔看護業務の依頼が行われる。この時、執刀医師が特定の麻酔管理担当看護師を指名する場合もあるが、看護師長が3名の麻酔管理担当看護師の中から担当者を選定することもある。依頼に関する取り決めも、院内合意事項となっている。

なお、患者への麻酔の説明は、麻酔科医が手術を行う場合は、麻酔科医・執刀医・手術室看護師が術前訪問をして実施しているが、診療科医師と麻酔科看護師がチームで麻酔を行う事例では、執刀医と手術室看護師（麻酔管理担当看護師）が術前訪問をし、麻酔に関する説明は執刀医が行っている。

#### D-3-2. 役割分担・連携の実践段階で生じた課題とそれへの対応

##### a. 麻酔管理担当看護師として業務上

20年間、麻酔管理担当看護師の麻酔導入後の麻酔管理・患者管理に関する役割分担・連携の実践をしてきたが、この過程で特に困った事はなかった。診療科医師と麻酔管理担当看護師は、共に自分たちの責任領域を把握し、尊重し合って業務を行っていた。お互いの信頼関係があった。

#### D-3-3. 役割分担・連携についての今後の計画

現在の取り決めと合意事項を基に、今後も麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理・患者管理を継続していく。

## D-4. 役割分担・連携の本事例の成果

### D-4-1. 役割分担・連携による変化

#### a. 病院全体として

麻酔管理担当看護師が業務担当することで、手術件数の増加に対応することが可能になった。麻酔科医が不足しているため、麻酔科医以外の診療科医師が麻酔をかけなければならないケースも多い。外科医が不足している中、厳しい状況であるが、麻酔管理担当看護師が麻酔導入後の麻酔管理と患者管理をすることにより、手術を断らず実施することができる。医師不足を原因に、手術件数を減少させるということをおこなうことができ、また、医師の雇用と麻酔管理担当看護師の雇用では、看護師の方が人件費の費用負担が小さいことから、経営面においてもプラスに働いている。

また、手術入院までの待機期間が短縮し、適切な時期に手術が実施できることから、地域住民の病院への信頼を継続して確保できることもメリットである。

麻酔管理担当看護師が担当した手術事例では、麻酔に関連した有害事象発生の報告はなかった。

### D-4-2. 医師の勤務への影響

#### a. メリット

全国的に麻酔科医が不足し問題となっており、当該病院でも麻酔科医が不足しているが、麻酔管理担当看護師に麻酔導入後の麻酔管理を任せられることができるため、診療科医師の判断で麻酔をかけ手術を実施することができるようになった。

また、療科医師は手術時には自科の医師が麻酔を行ったり、他科の医師に麻酔の仕事を依頼したりして手術を行っていた。診療科を超えて協力し合いながら麻酔を行っていたため、自科の手術が終わっても帰れないなど、医師の過重労働が問題であった。しかし、手術チームに麻酔管理担当看護師が加わり、執刀医の監督下で麻酔管理担当看護師が麻酔管理等を実施するようになったことにより、医師は自科の手術が終了したら病棟に戻り、他の医師業務を行うことができるようになった。少ない手術チームで効率的に手術を行うことが可能になり、また、常態化していた医師の過剰労働時間の軽減に寄与していることも成果である。

#### b. デメリット

執刀医が手術を行いながら、麻酔管理担当看護師とチームで麻酔導入後管理を行うには、執刀医の力量が重要なポイントである。また、麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理・患者管理の適応はリスクの少ない手術症例に限っている。今後も、合併症が大きくリスクの高い患者の麻酔導入後管理は麻酔医が行うことが妥当である。

### D-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

当該病院は、地域の中核病院であり、ここで手術ができない場合には、住民はかなり遠方の病院に行かなければならなくなる。麻酔管理担当看護師が麻酔導入後の麻酔管理・患者管理を行うことにより、麻酔科医不足を理由に、手術件数を抑制することはない。手術



入院までの待機期間が短縮し、適切な時期に手術を受けることができることから、地域住民にとっても大きなメリットである。

b. デメリット

特になし。

D-4-4. 役割分担・連携による看護師のメリット/デメリット

a. メリット

当該病院内の看護師の手術室勤務への希望者は多く、看護師にとって麻酔管理担当看護師は魅力あるキャリアパスとなっている。

麻酔管理担当看護師は、手術室の看護師のキャリア発達のひとつの目標となっており、手術室看護実践のキャリアラダーに、麻酔、手術の生体への影響をきめ細かく観察するスキルを加え、中堅看護師レベルのラダー項目と内容を強化することで、手術室看護師全体の質向上が期待される。

b. デメリット

麻酔管理担当看護師にはオンコールがあり、手術が必要な場合には、昼夜を問わず依頼がある。このため、超過勤務になりやすい。一方で、麻酔管理担当看護師としての活動は、特に給与等の評価に反映されておらず、通常の手当のみの支給である。病院経営、医師、患者・家族ともに成果があがっていることから、今後、評価のあり方については検討が必要だろう。

## (2) 麻酔管理における医師と看護師との役割分担・連携の特徴・課題

### 1. 麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理等の役割分担・連携の特徴

本事例では、器械出し看護師1名と外回り看護師(間接介助)を2名以上配置しており、外回り看護師(間接介助)のうち1名が、院内の取り決めにより、麻酔管理担当看護師として麻酔導入後の麻酔管理・患者管理を行っていた。

本事例の業務内容は、診療科医師の直接の指示監督下において行われており、患者をモニター管理し状態把握を行い、遂次に執刀医師に報告・相談しながら、手術の進行に応じて麻酔薬の濃度の調整や筋弛緩剤の投与、患者の循環動態の安全な維持のために、出血量と排液量に応じた、輸液、薬剤の投与、輸血開始の検討などを行っていた。診療科医師と麻酔管理担当看護師とともに、麻酔導入後の麻酔管理等が安全に行われるよう、相談し確認をしながら業務を進めていた。

麻酔科看護師は手術室において外回り看護業務の経験が豊かで、麻酔管理に関する知識、技術、判断力など総合的実践能力があると診療科の医師と看護管理者に認定された主任クラスのベテラン看護師あり、診療科医師と麻酔管理担当看護師は事例検討を行うなどして研鑽を積み、質と安全の担保を図る努力を重ねていた。

本事例は、診療科執刀医師と麻酔管理担当看護師とが協働して行うチーム麻酔であった。麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理等の事例では、有害事象の発生等の事故



報告はなく、約 20 年の安定した手術実績は住民からの信頼と評価につながっていることがうかがえる事例であった。

当該病院では、今後も大学病院からの麻酔科医師の派遣は減少することが予想され、麻酔科医師の安定的な確保が望める状況にはない。このため、20 年以上継続してきた麻酔管理担当看護師制度を継続していかないと、地域の中核病院として住民の命を守る最後の砦の役割を果たすことができない状況が背景にあった。

## 2. 麻酔導入後の麻酔管理等の役割分担・連携の取り決めの特徴

### a. 役割分担に関する取り決めの有無

診療科執刀医と熟練手術室看護師から院内取り決めによって選ばれた麻酔管理担当看護師の手術・麻酔チームが、リスクが少ない症例の成人麻酔と手術を行っていた。その役割分担や連携は施設内での合意のもとに行われていた。安全が担保されるよう、業務内容、対象患者、麻酔管理担当看護師の基準等が取り決められていた。

### b. 医師・看護師の役割分担・連携

医師・麻酔管理担当看護師共に自分たちの責任領域を把握し、尊重し合って業務を行っていた。

診療科の医師は、麻酔科医が不足していても、患者の必要な時期に、麻酔管理トレーニングを受けた執刀医が迅速に手術予定を組むことができ、手術をしながら、麻酔管理担当看護師からの報告を受け、執刀医として知りうる情報をとり、患者の状況を判断し、手術中の患者管理に必要な指示を出せ、安全に麻酔管理ができることを評価している。

一方、麻酔管理担当看護師は、執刀医が麻酔導入を行ったあとの麻酔深度の管理と患者観察、薬剤管理を行っているが、手術室内に適切な医学的判断を行う医師がいて、報告・相談したことにはすぐに必要な指示がでることや、緊急時には麻酔医はじめ他の医師の応援体制があるなどの安全体制がある中で業務を行っている。

## 3. 麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理等の役割分担・連携の課題

麻酔科医の偏在や減少、手術件数の増加予想を背景に、麻酔管理担当看護師の必要性はさらに高まると考えられる。全国のどの地域でも手術治療を可能とする医療提供体制を整えるためには、患者の手術リスクレベルによって、麻酔科医と麻酔管理担当看護師で役割分担を検討する時期に来ているといえるだろう。

麻酔管理担当看護師による安全な麻酔導入後の管理を可能にするためには、院内の合意形成、リスク対応、麻酔管理担当看護師業務ガイドライン、プロトコルの作成、対象患者の選定ガイドラインなどの、資格と業務基準の関連団体との合意作成が不可欠である。

インタビューに協力いただいた元勤務医は、麻酔科医との役割分担には様々な見解があり、法制上も整理されなければならない課題があるが、医師の業務改善と看護師が専門家として評価される麻酔看護について、何らかの資格がつくられ制度化されることに賛成していた。また、麻酔科看護師も、これまでの当該病院の約 20 年の活動実績を踏まえ、麻酔管理担当看護師の資格化に期待していた。両名とも、麻酔管理担当看護師の導入にあたっては、現場を数多く体験し、必要性と、麻酔科医相当の観察する力を身につける必要性を

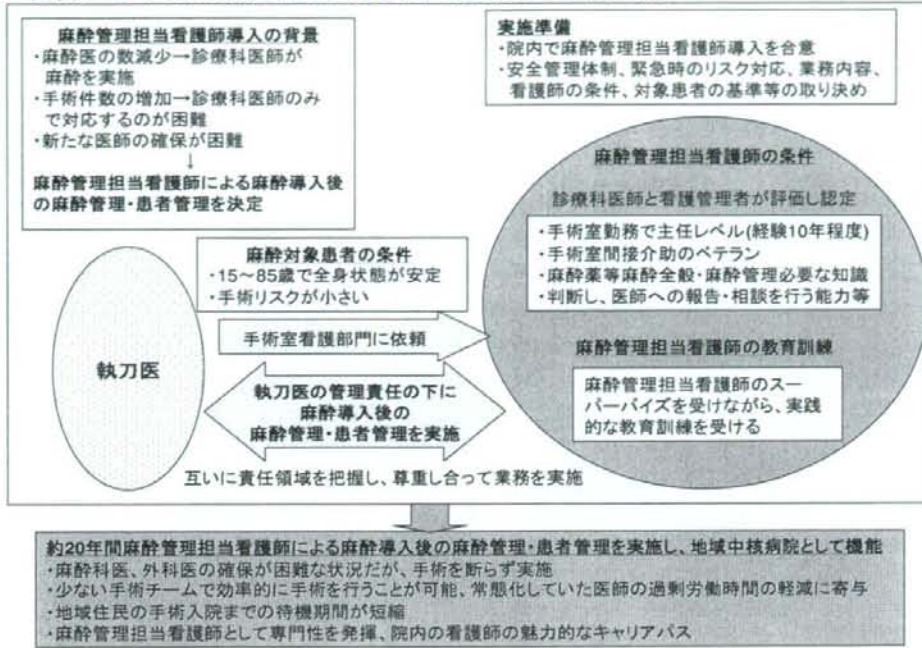
述べていた。

本事例のインタビューから、麻酔科看護師の活動の質と安全を担保するためには、養成の過程で 100 事例程度の実践を課し、気管挿管介助の訓練、病態生理、麻酔薬をはじめ薬剤の知識、手術による生体侵襲学、麻酔中に発生しやすい合併症の知識などの専門知識の習得、麻酔と手術が生体に与える影響を迅速に判断し、医師への報告・相談を的確に行うことができる教育・訓練を十分に受けることが不可欠である。

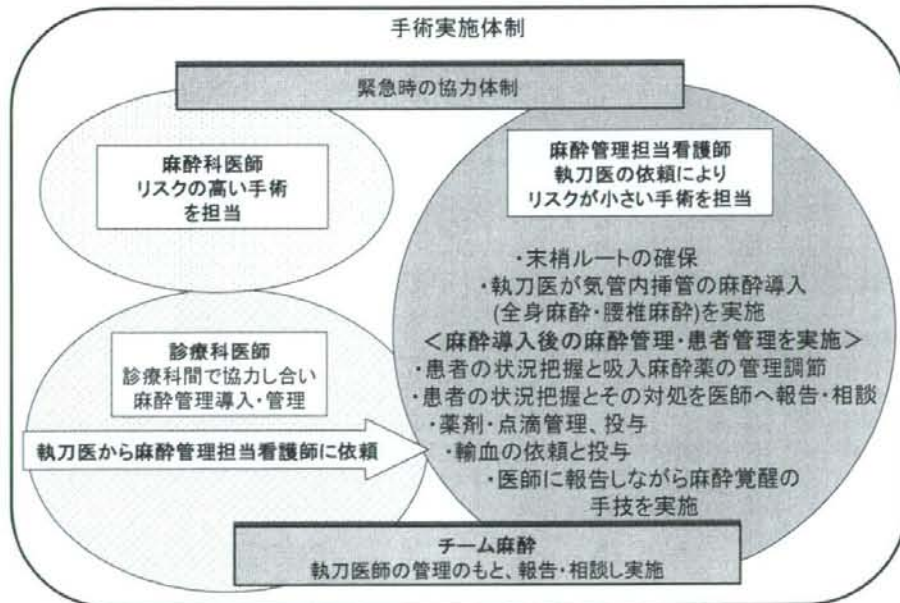
全国に麻酔科看護師を普及するにあたっては、その実践能力を保証するため、職能団体や学会で教育・訓練プログラムを作成し、スーパーバイスの制度などの充実のもとに、実施し、資格認定することが必要であろう。


さらに、現行の法制上では麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の管理を普及することは難しい。麻酔管理担当看護師による麻酔導入後管理を安全に実施してきた本事例の 20 年間の実績を評価・検討し、本事例をモデルに、麻酔管理担当看護師による麻酔導入後の麻酔管理・患者管理について、法制上の検討が行われることを期待する。

図表8-5 医師と麻酔管理担当看護師の役割分担・連携と成果



図表8-6 麻酔科医と診療科医師、麻酔管理担当看護師の業務内容の分担と連携





### Ⅲ. 結果

#### 2. 医師と看護師の役割分担・連携の 普及性に関するアンケート調査結果