

1. 調査目的

ヒアリング調査において「医師と看護師の役割分担と連携のあり方」を検討する上でのモデル的な事例を収集した。これらの事例で行われていた役割の分担・連携のうち、医療機関で行われる内容で、現行の医師法及び保健師看護師助産師法において問題がないと考えられる事例について、医療現場への普及が一般的に可能であるかどうかを検討することと、現場の病院管理者がこのような役割分担・連携についてについてどのように考えているかを把握することを目的に、調査を行った。

2. 方法

1) 調査対象

本調査の対象は、調査協力が得られた病院(公的病院)52施設の病院管理者(病院長52名、副院長98名、看護局長51名)である。

2) 調査方法

自記式調査票を用いた郵送調査を実施した。調査票は調査の趣旨ならびに調査目的以外に公開しないことなどを記した趣意書とともに病院長宛に送付した。調査票は、回答者自らが厳封した上で、同封した返信用封筒で返送してもらった。

調査期間は平成21年3月23日～30日である。

3) 調査内容

(1) 調査票の作成手順

ヒアリング調査において抽出されたモデル事例のうち、①主に医療機関で行われる役割分担・連携の事例であり、②現行の医師法及び保健師看護師助産師法において問題がないと考えられる事例を5事例抽出し、調査票(案)を作成した。調査票(案)は、病院管理者2名(院長1名、看護局長1名)によるプレテストを行い、調査票の表面妥当性を検証した。そこで挙げられた改善点を検討して、調査票に必要な修正を加えた後、本調査に用いた。

(2) 調査項目

次の5つの事例、①CT、MR検査時の看護師との役割分担、②看護師による薬剤の投与・投与量の調整、③救急外来での看護師によるトリアージと初期対応(独歩での来院/救急車搬送)、④看護師による周術期管理、⑤看護師による慢性期疾患患者等に対する看護師外来(看護師相談窓口)を示し、それぞれについて、現在すでに実施しているか、導入したいと考えているか、導入するための条件は何か、導入したことにより期待されることは何か等を尋ねた。(資料5および6参照)

4. 分析

対象者の職位(病院長・副院長・看護局)長毎に回答分布を記述した。統計処理には、SPSS 17Jを用いた。自由回答は、内容により分類・整理した。

5. 結果

1) 調査票の回収率

社会保険病院 52 施設の病院管理者（病院長 52 名、副院長 98 名、看護局長 51 名）を対象に調査を行った。その結果、回収数は 166 件、回収率 82.6%であった。

病院管理職位ごとに回収状況は、病院長は回収数 46 件（回収率は 88.5%）、副院長は回収数 73 件（同 74.5%）、看護局長（副院長を兼ねている場合も含む）は回収数 45 件（同 88.2%）であった。職位が未回答で不明な者は 2 名であった。

2) 役割分担・連携事例の現状および自病院への導入に対する考え

5 つの事例、①CT、MR 検査時の看護師との役割分担、②看護師による薬剤の投与・投与量の調整、③救急外来での看護師によるトリアージと初期対応（独歩での来院／救急車搬送）、④看護師による周術期管理、⑤看護師による慢性期疾患患者等に対する看護師外来（看護師相談窓口）について、実施状況および導入に対する考えを尋ねた。以下、各役割分担・連携の事例ごとに結果を示す。

(1) CT、MR 検査時の看護師との役割分担

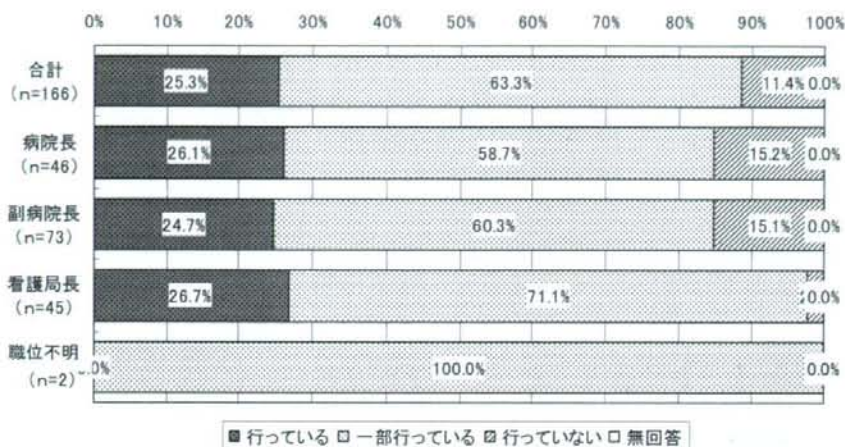
CT、MR 検査時の看護師との役割分担について、「CT、MR 等、造影剤を使用する検査を効果的に行うために、医師、看護師、放射線技師が役割分担を行う。看護師は、①既往歴、アレルギーの聴取、②腎機能検査値の確認、③副作用の説明、④血管確保、⑤造影剤の注入、⑥注入中の副作用発生等の観察、⑦副作用発生時の対応などを行う。医師は、注入の適応判定、血管確保が困難な事例、緊急時の対応などを行う。」という事例を示し、実施状況および導入に対する考えを尋ねた。

i) CT、MR 検査時の看護師との役割分担の実施状況

CT、MR 検査時の看護師との役割分担は 25.3%が既に実施していると回答している。「一部実施している」は 63.3%で、「行っていない」11.4%であった。

「一部実施している」場合の看護師の役割分担の内容は、「注入中の副作用発生等の観察」が 86.7%と最も多く、次いで「血管確保」が 65.7%、「既往歴、アレルギーの聴取」58.1%、副作用発生時の対応 53.3%であり、「造影剤の注入」を看護師が実施しているのは 49.5%であった。

図表 9-1-1 CT, MR検査時の役割分担の実施状況



図表 9-1-2 CT, MR検査時の役割分担の一部実施の内容

	件数	既往歴、アレルギーの聴取	腎機能検査値の確認	副作用の説明	血管確保	造影剤の注入	注入中の副作用発生等の観察	副作用発生時の対応	無回答
合計	105	61 58.1%	19 18.1%	48 45.7%	69 65.7%	52 49.5%	91 86.7%	56 53.3%	5 4.8%
病院長	27	17 63.0%	6 22.2%	8 29.6%	20 74.1%	16 59.3%	25 92.6%	13 48.1%	1 3.7%
副病院長	44	23 52.3%	6 13.6%	18 40.9%	28 63.6%	18 40.9%	35 79.5%	18 40.9%	1 2.3%
看護局長	32	19 59.4%	7 21.9%	20 62.5%	20 62.5%	17 53.1%	29 90.6%	25 78.1%	3 9.4%
職位不明	2	2 100.0%	-	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	2 100.0%	-	-

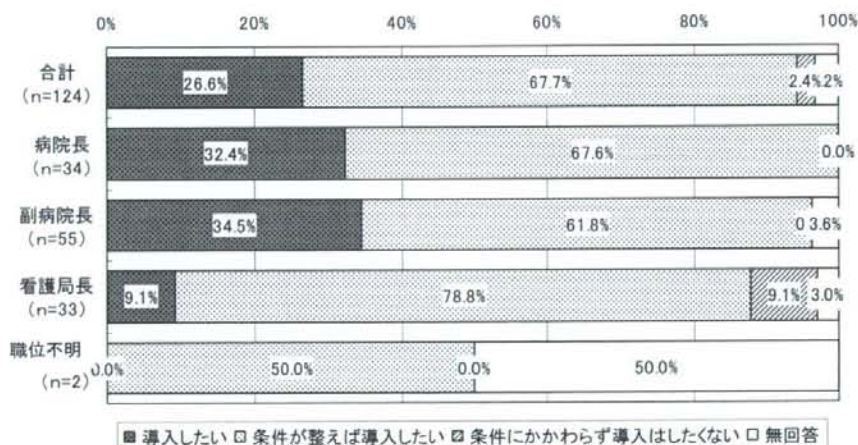
ii) CT, MR検査時の看護師との役割分の導入に対する考え

CT, MR検査時の看護師との役割分担を、「一部実施している」「行っていない」と回

答したものに、①から⑦までの一連の看護師との役割分担を院内に導入したいか、その考えを尋ねたところ、病院長の32.4%、副病院長の34.5%が「導入したい」と回答しており、この他の病院長・副病院長も「条件を整えたい」と答え、「条件にかかわらず導入したくない」はゼロであった。

一方、看護局長では、「導入したい」はわずか9.1%であり、「条件を整えたい」が78.8%であった。「条件にかかわらず導入したくない」という回答も9.1%あり、その理由は、「看護師の負担が多くなる」、「造影剤の注入はリスクが高い」というものだった。

図表 9-1-3 CT, MR 検査時の役割分担の導入に対する考え



さらに、CT, MR 検査時の看護師との役割分担を導入する際の条件を尋ねたところ、全体では「病院組織内での合意」(82.1%)、「事故発生時の責任の所在の明確化」(81.0%)、「役割分担や事前指示等に関するガイドライン、実施プロトコルの作成」(79.8%)、「病院組織内での養成・教育制度」(52.4%)をあげ、病院長・副院長・看護局長ともにこれらが必要な条件として回答していた。一方で、看護局長では65.4%が「業務整理・看護職員の補充などの実施体制の整備」を導入条件にあげているが、病院長では30.4%、副病院長では23.5%であった。

図表 9-1-4 CT, MR 検査時の役割分担の導入の条件

	件数	病院組織内での合意	事故発生時の責任の所在の明確化	ガイドライン、実施プロトコールの作成	病院組織内での養成・教育制度	看護協会・学会等による認定制度	業務整理・看護職員の補充等の実施体制の整備	その他	無回答
合計	84	69 82.1%	68 81.0%	67 79.8%	44 52.4%	17 20.2%	33 39.3%	4 4.8%	2 2.4%
病院長	23	21 91.3%	19 82.6%	20 87.0%	12 52.2%	4 17.4%	7 30.4%	2 8.7%	-
副病院長	34	25 73.5%	25 73.5%	25 73.5%	17 50.0%	5 14.7%	8 23.5%	2 5.9%	1 2.9%
看護局長	26	22 84.6%	23 88.5%	21 80.8%	14 53.8%	7 26.9%	17 65.4%	-	1 3.8%
職位不明	1	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	-	-

iii) CT, MR 検査時の看護師との役割分担の導入により期待される効果

CT, MR 検査時に看護師との役割分担を導入した場合、どのような効果が期待されるかを尋ねた。病院長と副病院長は「医師が診療等の本来業務を行う時間が増える」(病院長 67.4%、副病院長 86.3%)、「診療等の効率が高まる」(同 76.1%、82.2%)といった効果が期待できると回答している。

また、看護局長は、「看護師の専門性が活かされる」(66.7%)を期待していた。

図表 9-1-5 CT, MR 検査時の役割分担の導入より期待される効果

	件数	医師が診療等の本来の業務を行う時間が増える	診療等の効率が高まる	患者に対する医療サービスの質が高まる	患者の満足度が高まる	看護師の専門性が活かされる	医療施設の経営に貢献する	その他	無回答
合計	166	119 71.7%	120 72.3%	52 31.3%	35 21.1%	100 60.2%	45 27.1%	5 3.0%	13 7.8%
病院長	46	31 67.4%	35 76.1%	12 26.1%	11 23.9%	26 56.5%	14 30.4%	2 4.3%	3 6.5%
副病院長	73	63 86.3%	60 82.2%	27 37.0%	16 21.9%	43 58.9%	23 31.5%	3 4.1%	3 4.1%
看護局長	45	23 51.1%	24 53.3%	13 28.9%	8 17.8%	30 66.7%	7 15.6%	-	7 15.6%
職位不明	2	2 100.0%	1 50.0%	-	-	1 50.0%	1 50.0%	-	-

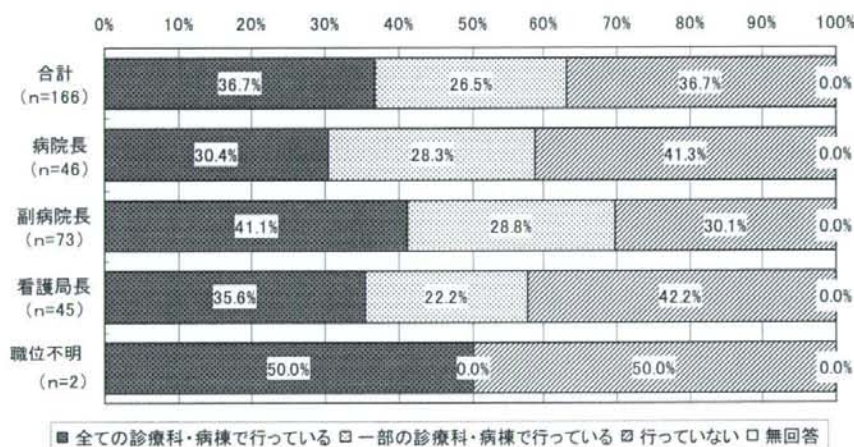
(2) 看護師による薬剤の投与・投与量の調整

看護師による薬剤の投与・投与量の調整について、「入院の際、発熱・疼痛時、便秘時、不眠・不穏時、嘔吐時、掻痒時、輸血中の蕁麻疹出現時等について、医師から『薬剤投与の事前指示』を出してもらい、その後、事前指示の範囲内で看護師が投与量を調整する。看護師では判断が困難な場合は医師に相談する」という事例を示し、実施状況および導入に対する考えを尋ねた。

i) 看護師による薬剤の投与・投与量の調整の実施状況

看護師による薬剤の投与・投与量の調整は、「全ての診療科・病棟で行っている」が36.7%、「一部の診療科・病棟で行っている」は26.5%で、約6割が病院内で実施していると回答している。

図表 9-2-1 看護師による薬剤の投与・投与量の調整の実施状況

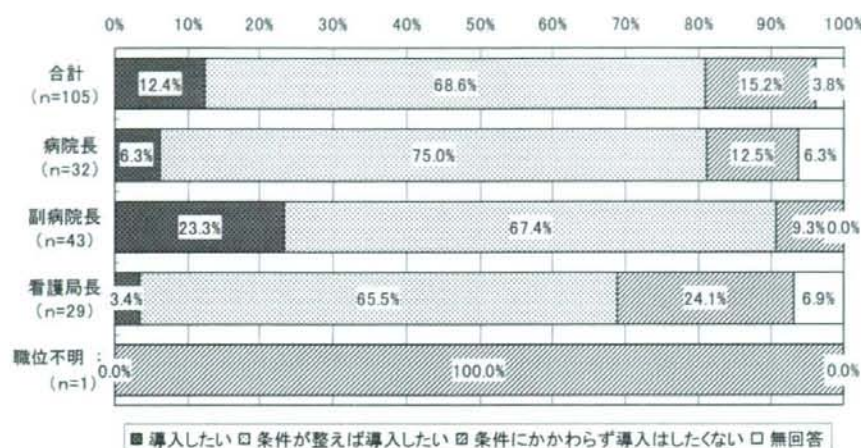


ii) 看護師による薬剤の投与・投与量の調整の導入に対する考え

「一部の診療科・病棟で行っている」「行っていない」と回答した105名に、看護師による薬剤の投与・投与量の調整の導入についての考えを尋ねたところ、「導入したい」と回答したのは、病院長ではわずか6.3%、副病院長でも23.3%であったが、「が、病院長では75.0%、副病院長67.4%が「条件を整えば導入したい」と回答している。

一方、看護局長の24.1%は「条件にかかわらず導入はしたくない」と回答しており、病院長(12.5%)、副病院長(9.3%)と比べ、高い割合であった。

図表 9-2-2 看護師による薬剤の投与・投与量の調整の導入に対する考え



「条件にかかわらず導入はしたくない」理由は、以下のとおりである。

<看護師の教育・訓練の不足（10件）>

- ・ 看護師は薬剤の知識が十分ではない。
- ・ 看護師の教育背景や、臨床能力は一定でないので、一律には対応ができない。

<現行の法制上、実施が難しい（3件）>

- ・ 治療の範疇なので投与量は医師に任せるべきである
- ・ 責任の問題が生じる。

また、「条件が整えば導入したい」と回答した72名に、その条件について尋ねた。「病院組織内での合意」が86.1%、「事故発生時の責任の所在の明確化」80.6%、「役割分担や事前指示等に関するガイドライン、実施プロトコルの作成」80.6%、「病院組織内での養成・教育制度」は55.6%であった。特に、看護局長の全員が「役割分担や事前指示等に関するガイドライン、実施プロトコルの作成」を条件にあげ、「業務整理・看護職員の補充などの実施体制の整備」も63.2%が必要だと回答している。また、看護局長の47.4%が「看護協会・学会等による認定制度」を導入の条件にあげている。

「その他」の自由記述では、導入条件として「実施に関する法制上の保証が必要」、「看護師による薬剤の投与・投与量の調整が可能な薬剤の種類を限定する」等の意見があった。

図表 9-2-3 看護師による薬剤の投与・投与量の調整の導入の条件

	件数	病院組織内での合意	事故発生時の責任の所在の明確化	ガイドライン、実施プロトコルの作成	病院組織内での養成・教育制度	看護協会・学術学会等による認定制度	業務整理・看護職員の補充等の実施体制の整備	その他	無回答
合計	72	62 86.1%	58 80.6%	58 80.6%	40 55.6%	25 34.7%	20 27.8%	7 9.7%	1 1.4%
病院長	24	23 95.8%	19 79.2%	19 79.2%	13 54.2%	8 33.3%	3 12.5%	3 12.5%	-
副病院長	29	21 72.4%	22 75.9%	20 69.0%	14 48.3%	8 27.6%	5 17.2%	2 6.9%	1 3.4%
看護局長	19	18 94.7%	17 89.5%	19 100.0%	13 68.4%	9 47.4%	12 63.2%	2 10.5%	-

iii)看護師による薬剤の投与・投与量の調整の導入により期待される効果

病院長と副病院長は「医師が診療等の本来業務を行う時間が増える」（それぞれ 64.7%、72.6%）、「診療等の効率が高まる」（同、69.6%、74.0%）という効果が期待されるとしている。また、「看護師の専門性が活かされる」についても約7割が期待できるとし、看護局長では77.8%が期待される効果としてあげている。

患者サービスの影響についても、「患者に対する医療サービスの質が高まる」は約半数が、「患者の満足度が高まる」は約4割が期待できると回答している。

図表 9-2-5 看護師による薬剤の投与・投与量の調整の導入より期待される効果

	件数	医師が診療等の本来業務を行う時間が増える	診療等の効率が高まる	患者に対する医療サービスの質が高まる	患者の満足度が高まる	看護師の専門性が活かされる	医療施設の経営に貢献する	その他	無回答
合計	166	105 63.3%	114 68.7%	76 45.8%	66 39.8%	119 71.7%	37 22.3%	5 3.0%	9 5.4%
病院長	46	31 67.4%	32 69.6%	23 50.0%	19 41.3%	31 67.4%	9 19.6%	1 2.2%	3 6.5%
副病院長	73	53 72.6%	54 74.0%	30 41.1%	28 38.4%	52 71.2%	18 24.7%	3 4.1%	1 1.4%
看護局長	45	21 46.7%	28 62.2%	23 51.1%	19 42.2%	35 77.8%	10 22.2%	1 2.2%	4 8.9%
職位不明	2	-	-	-	-	1 50.0%	-	-	1 50.0%

(3) 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応

救急外来での看護師によるトリアージと初期対応について、「①緊急度・重症度を看護師が判断し、治療の優先順位を決める。優先順位に関する患者への説明も看護師が行う。②看護師が必要性を認めた場合には、医師の事前指示に基づき、初期対応（バイタルサイン測定、心電図検査、簡易血糖測定、末梢静脈ラインの確保、止血処置、手足の変形があった場合のシーネ固定やアイシング等）を行う」という事例を示し、A. 独歩やタクシーなどで救急外来を受診した患者の場合と、B. 救急搬送された患者の場合について、それぞれ実施状況および導入に対する考えを尋ねた。

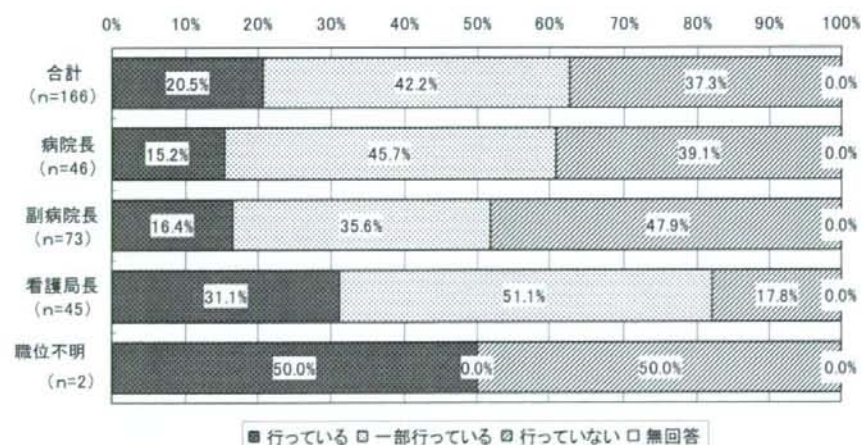
i) 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の実施状況

救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の実施状況を図に示した。

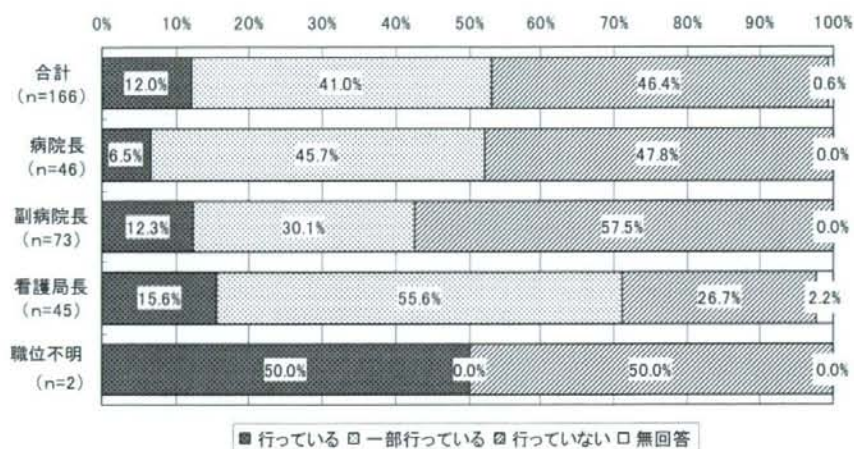
独歩・タクシーなどで救急外来を受診した患者の場合の看護師によるトリアージと初期対応を行っているとは回答したのは20.5%であった。「一部行っている」42.2%を加えると、約6割が実施していた。「一部行っている」の内容は、「治療の優先順位を決め患者への説明を行う」が45.7%、「医師の事前指示に基づき初期対応を行う」が71.4%であった。

救急搬送された患者の場合の看護師によるトリアージと初期対応を実施している割合は、独歩等での救急外来受診の場合より少なく、「行っている」が12.0%で、「一部行っている」は41.0%であった。「一部行っている」の内容は、「治療の優先順位を決め患者への説明を行う」は26.5%と少なく、「医師の事前指示に基づき初期対応を行う」が80.9%であった。

図表 9-3-1-A 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の導入の実施状況：独歩・タクシーなどで救急外来を受診した患者



図表 9-3-B 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の導入の実施状況：救急搬送された患者



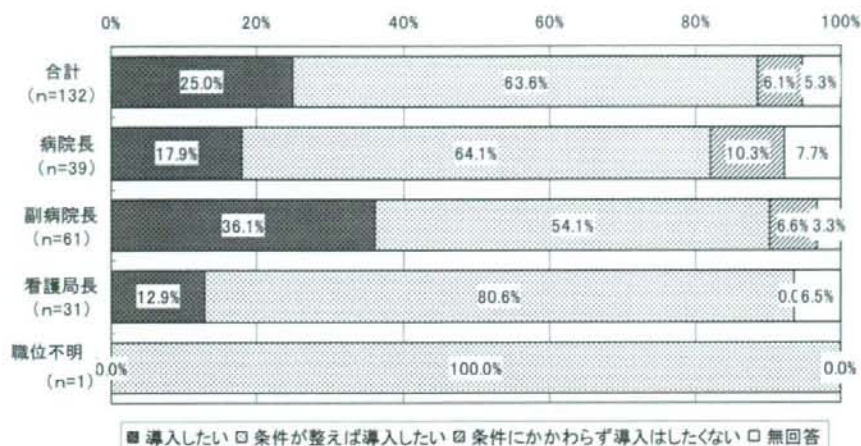
ii) 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の導入に対する考え

「一部行っている」「行っていない」と回答したものに、看護師によるトリアージと初期対応の導入に対する考えを尋ねた。

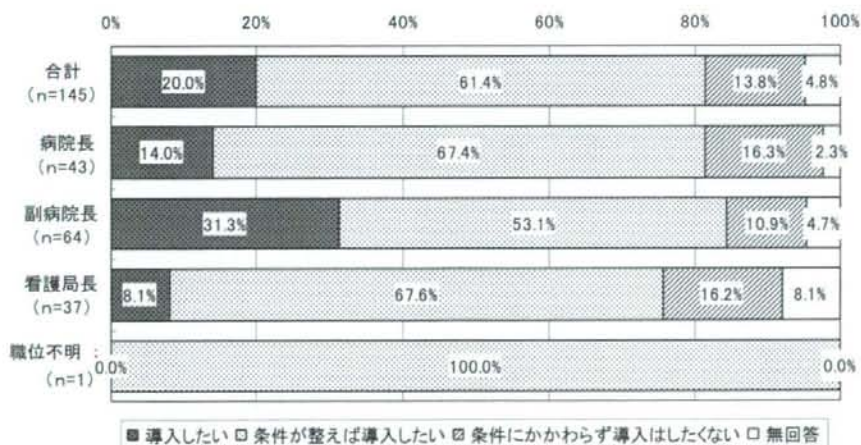
独歩・タクシーなどで救急外来を受診した患者の場合の看護師によるトリアージと初期対応の導入については、副病院長では 36.1%が「導入したい」と回答しているが、病院長では 17.9%、看護局長では 12.9%であった。「条件にかかわらず導入したくない」とするものは、病院長が 10.3%、副院長は 6.6%で、看護局長では一人もいなかった。

救急搬送された患者の場合には、「導入したい」と回答するものの割合が減少し、病院長が 14.0%、副病院長が 31.3%、看護局長では、8.1%であった。一方で、「条件にかかわらず導入したくない」のもの割合は、独歩等での救急外来受診の場合より増え、病院長で 16.3%、副院長が 10.9%で、看護局長でも 16.2%であった。

図表 9-3-2-A 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の導入に対する考え：独歩・タクシー等で救急外来を受診した患者の場合



図表 9-3-2-B 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の導入に対する考え：救急搬送された患者



「条件にかかわらず導入したくない」主な理由は、以下のとおりである。

<看護師の教育・訓練の不足 (6件)>

- ・ 救急搬送された患者は緊急性・重症度ともに高いので、看護師では判断が難しい。

<現行の法制上、実施が難しい (2件)>

- ・ トリアージは医師の仕事である。責任上の問題が生ずる。

＜患者の理解が得られない（2件）＞

- ・患者・家族が、看護師に優先順位を決められることに納得しないのではないか。

＜リスク管理が困難（1件）＞

- ・医療事故・訴訟の増加が懸念される。

「条件が整えば導入したい」と回答したものに、その条件について尋ねた。

独歩・タクシーなどで救急外来を受診した患者の場合、救急搬送された患者の場合のいずれにおいても、救急外来での看護師によるトリアージと初期対応導入の条件として、病院管理者の8割以上が、「病院組織内での合意」、「事故発生時の責任の所在の明確化」、「役割分担や事前指示等に関するガイドライン、実施プロトコルの作成」が必要であると回答している。また、「病院組織内での養成・教育制度」についても約7割が必要であると回答しており、特に、救急搬送された患者の場合においては、病院長と副病院長の4割が「看護協会・学会等による認定制度」が必要であると回答している。

さらに、病院管理者の4割が「業務整理・看護職員の補充などの実施体制の整備」を条件にあげており、特に看護局長では、約6割が必要だと回答している。「その他」の自由記述では、導入条件として「実施に関する法制上の保証が必要」等の意見があった。

図表 9-3-4-A 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応導入の条件
：独歩・タクシーなどで救急外来を受診した患者の場合

	件数	病院組織内での合意	事故発生時の責任の所在の明確化	ガイドライン、実施プロトコルの作成	病院組織内での養成・教育制度	看護協会・学会等による認定制度	業務整理・看護職員の補充等の実施体制の整備	その他	無回答
合計	84	75 89.3%	69 82.1%	70 83.3%	62 73.8%	27 32.1%	41 48.8%	3 3.6%	-
病院長	25	24 96.0%	21 84.0%	20 80.0%	17 68.0%	5 20.0%	10 40.0%	2 8.0%	-
副病院長	33	25 75.8%	27 81.8%	28 84.8%	25 75.8%	13 39.4%	14 42.4%	1 3.0%	-
看護局長	25	25 100.0%	20 80.0%	21 84.0%	19 76.0%	8 32.0%	16 64.0%	-	-
職位不明	1	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	-	-

図表 9-3-4-B 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の導入の条件
：救急搬送された患者の場合

	件数	病院組織内での 合意	任の所在の明確 事故発生時の責 任の所在の明確 化	ガイドライン、 実施プロトコ ルの作成	病院組織内での 養成・教育制度	看護協会・学術 学会等による認 定制度	業務整理・看護 職員の補充等の 実施体制の整備	その他	無回答
合計	89	75 84.3%	74 83.1%	74 83.1%	66 74.2%	36 40.4%	37 41.6%	3 3.4%	-
病院長	29	25 86.2%	24 82.8%	22 75.9%	18 62.1%	12 41.4%	7 24.1%	-	-
副病院長	34	26 76.5%	28 82.4%	28 82.4%	25 73.5%	16 47.1%	15 44.1%	1 2.9%	-
看護局長	25	23 92.0%	21 84.0%	23 92.0%	22 88.0%	7 28.0%	14 56.0%	2 8.0%	-
職位不明	1	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%	-	-

iii) 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の導入により期待される効果

独歩・タクシーなどで救急外来を受診した患者の場合、救急搬送された患者の場合のいずれにおいても、救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の導入に伴い期待される効果として、病院管理者の8割が「診療等の効率が高まる」ことをあげており、また、7割が「看護師の専門性が活かされる」としている。「医師が診療等の本来業務を行う時間が増える」ことが期待できるという回答した病院管理者は5割であった。

また、独歩・タクシーなどで救急外来を受診した患者の場合には、病院管理者の約半数が、「患者に対する医療サービスの質が高まる」、「患者の満足度が高まる」と回答している。

この他に期待される効果として、「災害時により多くの患者さんを救命できる可能性がある」、「トリアージを役割分担して行うことにより医師、看護師の信頼関係が強まり、チーム医療が成熟する」という意見もあった。

図表 9-3-5-A 救急外来での看護師によるトリアージと初期対応の導入より期待される効果：独歩・タクシーなどで救急外来を受診した患者の場合

	件数	医師が診療等の本来業務を行う時間が增える	診療等の効率が高まる	療サービスの質患者に対する医	患者の満足度が高まる	看護師の専門性が活かされる	医療施設の経営に貢献する	その他	無回答
合計	166	86 51.8%	136 81.9%	107 64.5%	90 54.2%	127 76.5%	48 28.9%	3 1.8%	8 4.8%
病院長	46	27 58.7%	35 76.1%	26 56.5%	23 50.0%	30 65.2%	11 23.9%	1 2.2%	3 6.5%
副病院長	73	37 50.7%	63 86.3%	43 58.9%	36 49.3%	57 78.1%	23 31.5%	2 2.7%	3 4.1%
看護局長	45	21 46.7%	37 82.2%	36 80.0%	31 68.9%	39 86.7%	14 31.1%	-	2 4.4%
職位不明	2	1 50.0%	1 50.0%	2 100.0%	-	1 50.0%	-	-	-

図表 9-4-5-B 救急外来の看護師によるトリアージと初期対応の導入より期待される効果：救急搬送された患者

	件数	医師が診療等の本来業務を行う時間が增える	診療等の効率が高まる	療サービスの質患者に対する医	患者の満足度が高まる	看護師の専門性が活かされる	医療施設の経営に貢献する	その他	無回答
合計	166	84 50.6%	133 80.1%	95 57.2%	68 41.0%	129 77.7%	42 25.3%	5 3.0%	16 9.6%
病院長	46	23 50.0%	33 71.7%	24 52.2%	14 30.4%	32 69.6%	10 21.7%	-	7 15.2%
副病院長	73	39 53.4%	61 83.6%	39 53.4%	27 37.0%	59 80.8%	16 21.9%	4 5.5%	4 5.5%
看護局長	45	21 46.7%	37 82.2%	30 66.7%	26 57.8%	36 80.0%	15 33.3%	1 2.2%	5 11.1%
職位不明	2	1 50.0%	2 100.0%	2 100.0%	1 50.0%	2 100.0%	1 50.0%	-	-

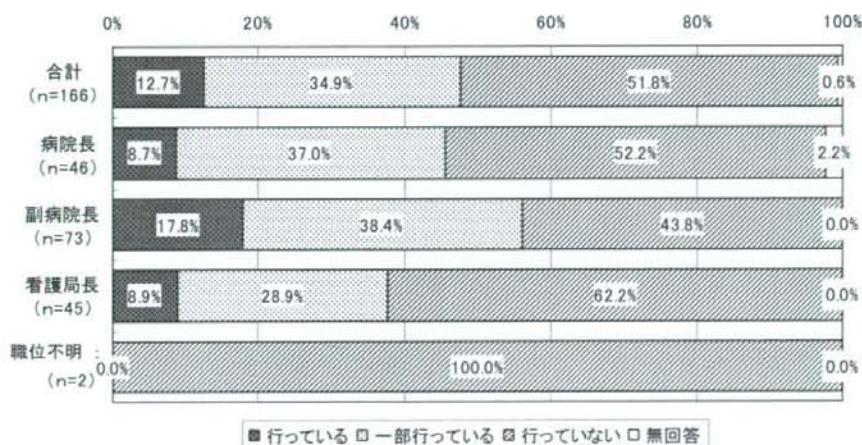
(4) 看護師による周術期管理

看護師による周術期管理について、「手術後、医師の事前指示の範囲内で、看護師が以下を実施する。①薬剤投与量の調整（カテコラミンや鎮静剤、インスリン、利尿剤、輸液、カリウム補正など） ②人工呼吸器管理（バイタルサイン、血液ガスなどをアセスメントし、酸素濃度、モードの調整等）。看護師が判断できない場合は、医師に電話で相談する」という事例を示し、実施状況および導入に対する考えを尋ねた。

i) 看護師による周術期管理の実施状況

事例で示した看護師による周術期管理について、「行っている」は 12.7%、「一部行っている」も 34.9%で、実施していると回答した管理者は半数以下であった。「一部行っている」と回答した内容は、「①薬剤投与量の調整（カテコラミンや鎮静剤、インスリン、利尿剤、輸液、カリウム補正など）」が 81.0%で、「②人工呼吸器管理（バイタルサイン、血液ガスなどをアセスメントし、酸素濃度、モードの調整等）」は 29.3%であった。

図表 9-4-1 看護師による周術期管理の実施状況



ii) 看護師による周術期管理の導入に対する考え

「一部行っている」「行っていない」と回答した 144 名に、事例で示したような看護師による周術期管理の導入に対する考えを尋ねた。

「導入したい」と回答したのは、副病院長は 18.3%、病院長と看護局長ではそれぞれ 4.9%、2.4%であった。また、「条件が整えば導入したい」と病院長の 80.5%、副病院長の 65.0%が回答しているが、看護局長では 58.5%であった。

看護局長の 36.6%は「条件にかかわらず導入はしたくない」と回答している。また、病院長の 14.6%、副病院長 15.0%も導入はしたくないとしている。

「条件にかかわらず導入したくない」主な理由は、以下のとおりである。

＜現行の法制上、実施が難しい（9件）＞

- ・ 事例の内容は医行為である。責任上の問題が生ずる。

＜看護師の教育・訓練の不足（7件）＞

- ・ 周術期管理を行うためには、かなりの知識と技術の習得が必要であるが、教育・訓練の体制が整備されておらず、現時点では難しい。
- ・ 訓練され経験がある看護師の中にはできるものもいるが、周術期管理をおこなっている病棟の全ての看護師はできない。

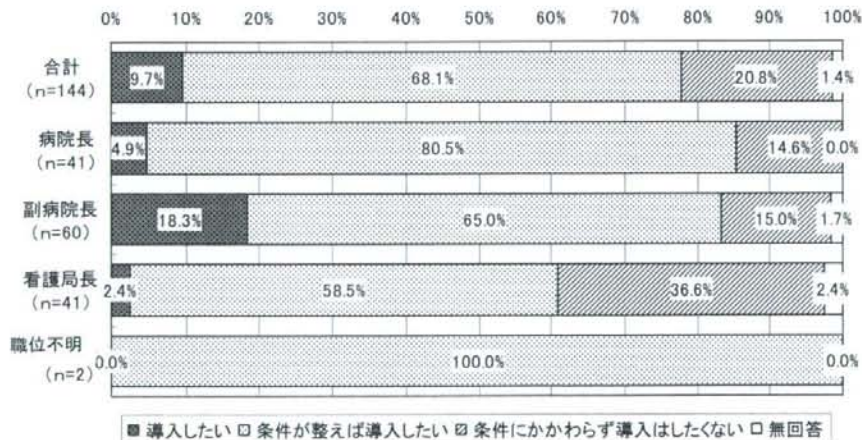
＜業務整理・看護職員配置の未整備（4件）＞

- ・ 看護師の業務量が多いため、これ以上業務を増やすと負担が重くなる。
- ・ 実施のためには、他職種とも役割分担を調整し、業務整理をする必要がある。

＜リスク管理が困難（4件）＞

- ・ 周術期管理は、死に直結する内容であるためリスクが大きい。
- ・ 実施内容が高度な複雑であるため、ガイドラインの統一が難しい。

図表 9-4-2 看護師による周術期管理の導入に対する考え



さらに、「条件が整えば導入したい」と回答した 98 名に、その条件について尋ねた。

病院管理者の 8 割以上が、「病院組織内での合意」（83.7%）、「役割分担や事前指示等に関するガイドライン、実施プロトコルの作成」（83.7%）、「事故発生時の責任の所在の明確化」（80.6%）が必要であると回答している。また、「病院組織内での養成・教育制度」については病院管理者の 77.6%が、「看護協会・学会等による認定制度」についても 57.1%が必要であると回答している。

さらに、病院管理者の4割が「業務整理・看護職員の補充などの実施体制の整備」を条件にあげており、特に看護局長では、62.5%が必要だと回答している。

図表 9-4-3 看護師による周術期管理の導入の条件

	件数	病院組織内での 合意	任の所在の明確 事故発生時の責 任	ガイドライン、 実施プロトコ ルの作成	病院組織内での 養成・教育制度	看護協会・学術 学会等による認 定制度	業務整理・看護 職員の補充等の 実施体制の整備	その他	無回答
合計	98	82 83.7%	79 80.6%	82 83.7%	76 77.6%	56 57.1%	43 43.9%	2 2.0%	-
病院長	33	30 90.9%	25 75.8%	27 81.8%	24 72.7%	19 57.6%	14 42.4%	-	-
副病院長	39	32 82.1%	33 84.6%	30 76.9%	31 79.5%	21 53.8%	13 33.3%	1 2.6%	-
看護局長	24	18 75.0%	20 83.3%	23 95.8%	19 79.2%	15 62.5%	15 62.5%	1 4.2%	-
職位不明	2	2 100.0%	1 50.0%	2 100.0%	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	-	-

iii) 看護師による周術期管理の導入により期待される効果

病院管理者の回答で最も多かったのは、「看護師の専門性が活かされる」(75.9%)であり、副病院長の82.2%、看護局長の77.8%が、看護師による周術期管理の導入により期待される効果としてあげている。次いで、「診療等の効率が上がる」が72.3%、「医師が診療等の本来業務を行う時間が増える」が61.4%であった。「医師が診療等の本来業務を行う時間が増える」は病院長の67.4%、副病院長の65.8%が回答している。

患者サービスへの影響は、「患者に対する医療サービスの質が高まる」は40.4%、「患者の満足度が高まる」については40.4%が期待できると回答している。

図表 9-4-5 看護師による周術期管理の導入より期待される効果

	件数	医師が診療等の本来業務を行う時間が增える	診療等の効率が高まる	療サービスの質患者に対する医	が高まる	患者の満足度が高まる	看護師の専門性が活かされる	医療施設の経営に貢献する	その他	無回答
合計	166	102 61.4%	120 72.3%	67 40.4%	42 25.3%	126 75.9%	42 25.3%	8 4.8%	14 8.4%	
病院長	46	31 67.4%	31 67.4%	16 34.8%	9 19.6%	30 65.2%	11 23.9%	2 4.3%	4 8.7%	
副病院長	73	48 65.8%	58 79.5%	30 41.1%	17 23.3%	60 82.2%	20 27.4%	4 5.5%	3 4.1%	
看護局長	45	22 48.9%	29 64.4%	21 46.7%	16 35.6%	35 77.8%	11 24.4%	2 4.4%	7 15.6%	
職位不明	2	1 50.0%	2 100.0%	-	-	1 50.0%	-	-	-	

(6) 看護師による慢性期疾患患者等に対する看護師外来（看護師相談窓口）

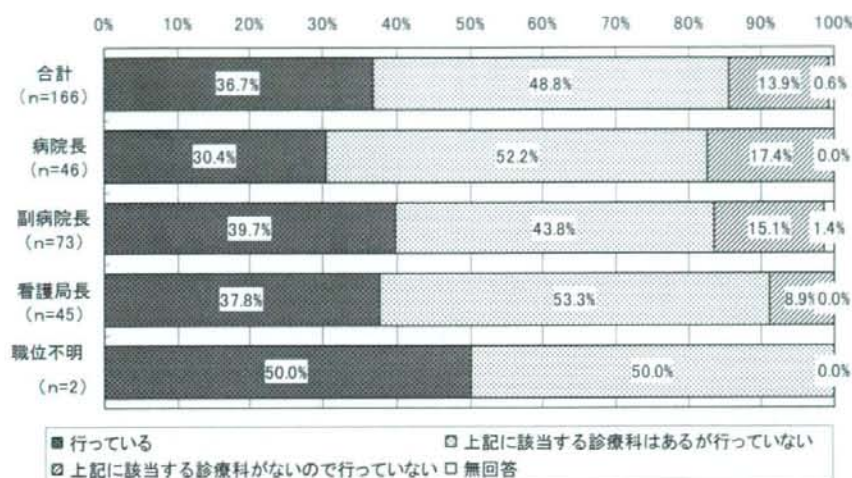
看護師による慢性期疾患患者等に対する看護師外来（看護師相談窓口）について、「①糖尿病看護外来（相談窓口）：糖尿病患者に対する療養生活指導 ②HOT看護外来（相談窓口）：HOT（在宅酸素療法）患者の療養生活指導、酸素量の調整 ③腎不全看護外来（相談窓口）：CAPD（連続携行式腹膜透析）患者・透析患者の療養生活指導 ④小児看護外来（相談窓口）：子供や家族のメンタルサポート、ケア指導、摂食嚥下指導、母親の育児ストレス緩和への援助等」の事例を示し、実施状況および導入に対する考えを尋ねた。

i) 看護師外来（看護師相談窓口）の実施状況

事例に示したような看護師による看護師外来（看護師相談窓口）を、「行っている」と回答した病院管理者は 36.7%であった。行っていないと回答した 62.7%のうち、「該当する診療科はあるが（看護師外来は）行っていない」のは 48.8%、「該当する診療科がない」が 13.9%であった。

「行っている」と回答した 61 名に、看護師外来（看護師相談窓口）の内容を尋ねたところ、「糖尿病看護外来（相談窓口）」が最も多く 75.4%、次いで「腎不全看護外来（相談窓口）」が 36.1%、「HOT看護外来（相談窓口）」16.2%、「小児看護外来（相談窓口）」4.9%であった。また、事例の他にも、看護師が行っている外来あるという回答が 29.5%あり、その内容は、「ストマケア外来・WOC（皮膚・排泄ケア）外来」（13 件）、「助産師外来・妊婦検診外来」（6 件）、「リンパ浮腫外来」（3 件）などであった。

図表 9-5-1 看護師外来（看護師相談窓口）の実施状況



図表 9-5-2 看護師外来（看護師相談窓口）の実施内容

	件数	糖尿病看護外来	HOT看護外来	腎不全看護外来	小児看護外来	その他	無回答
合計	61	46	10	22	3	18	1
		75.4%	16.4%	36.1%	4.9%	29.5%	1.6%

<その他の内容>

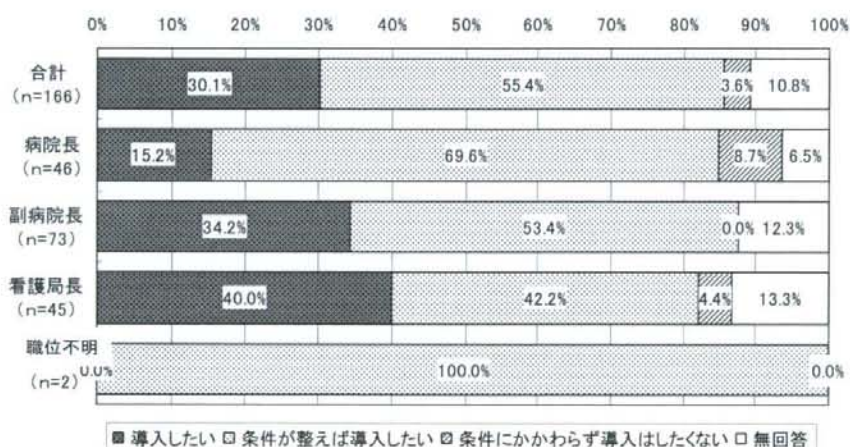
- ストマケア外来・WOC（皮膚・排泄ケア）外来…13件
- 助産師外来・妊婦検診外来…6件
- リンパ浮腫外来…3件
- フットケア外来…2件、
- 腎機能改善外来…2件
- 外来化学療法ケア…2件
- 緩和ケア外来…2件
- 感染外来…1件

ii) 看護師外来（看護師相談窓口）の導入に対する考え

看護師外来（看護師相談窓口）を「導入したい」と回答した看護管理者は 30.1%で、し看護局長では 40.0%が、副病院長では 34.2%が「導入したい」としている。病院長は「導入したい」が 15.2%であったが、「条件を整えば導入したい」と 69.6%が回答している。

「条件にかかわらず導入はしたくない」とするものは、副病院長で一人もいなかったが、病院長では 8.7%、看護局長の 4.4%が導入はしたくないと答えている。導入したくない主な理由は、「看護師外来の必要性を感じない」「院内に相談できる専門領域の医師がいないため開設したいができない」というものだった。

図表 9-6-2 看護師外来（看護師相談窓口）の導入に対する考え



「条件を整えば導入したい」と回答した 92 名にその条件を尋ねたところ、「病院組織内での養成・教育制度」が最も多く 81.5%であった。「看護協会・学会等による認定制度」についても 60.9%が導入の条件として必要だと回答している。

また、「役割分担や事前指示等に関するガイドライン、実施プロトコルの作成」(76.1%)、「病院組織内での合意」(75.0%)、「事故発生時の責任の所在の明確化」(60.9%)をあげている。「業務整理・看護職員の補充などの実施体制の整備」は 52.2%で、看護局長の 84.2%が導入の条件として必要だと回答している。

「その他」の自由記述では、導入条件として「診療報酬の加算が必要である」「等の意見があった。