特 集

第29回 日本臨床救急医学会総会・学術集会シンポジウム

在宅医療と救急医療の未来

：特定行為研修修了看護師による重症化予防と搬送削減

この記事は、令和８年７月17日（金）に実施された「第29回日本臨床救急医学会総会・学術集会シンポジウム」の模様をまとめたものです。

開　会

前川たかし・大阪府医師会理事

長濱あかし・大阪府訪問看護ステーション協会長

○前川　それでは、「在宅医療と救急医療の未来：特定行為研修修了看護師による重症化予防と搬送削減」をテーマに、シンポジウムを開催させていただきます。私は、本日の司会進行を務めます大阪府医師会理事の前川たかしでございます。

○長濱　大阪府訪問看護ステーション協会長の長濱あかしと申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○前川　それでは、宮川松剛・府医副会長から開会あいさつをいただきます。

○宮川　本日は、大変ご多忙の中、シンポジウム「在宅医療と救急医療の未来：特定行為研修修了看護師による重症化予防と搬送削減」にご参加賜りありがとうございます。

さて、我が国は急速に高齢化が進み、医療のニーズが病院中心から地域・在宅へと大きく変化してきました。住み慣れた地域や自宅で療養を継続したいという患者・家族の願いが増える中、急変時の対応や救急搬送のあり方が大きな問題となっています。そのような中、医師との連携の下で、より高度なアセスメントや迅速な処置を実施可能とする特定行為研修修了看護師（以下、研修修了看護師）が、在宅医療の現場において重要な役割を担うようになってきました。手順書に基づいて適切なタイミングで的確に医療処置を行うことで状態の悪化を防ぎ、不必要な救急搬送や入院の減少につなげることが期待されています。

一昨年、府医は厚生労働省の委託を受け、地域医療・在宅医療の充実を図るため、地域標準に係る手順書に関する事業に取り組みました。同事業では、医師と看護師が共通認識を持って適時適切に連携し、安全かつ効果的な医療の提供を目的とした手順書を作成しました。

本日は、在宅医療の最前線で活躍されてお

宮川松剛・大阪府医師会副会長

られる医師、そして実際に特定行為を実践されている看護師の皆さんとともに、今後、特定行為をどのように推進し、患者の重症化予防や搬送件数の減少につなげていくべきかを議論いただきます。高齢化がピークを迎える2040年に向けて、在宅医療・救急医療のあり方、職種間の連携の形について改めて考える機会となれば幸いでございます。

結びに、本シンポジウムが参加者の皆さんにとって有意義な学びの場、交流の場となることを祈念いたしまして開会のあいさつとさせていただきます。本日は、最後までよろしくお願い申し上げます。

○前川　どうもありがとうございました。それでは、早速シンポジウムに入ります。

講　演

在宅医療における特定行為研修修了看護師の役割と救急搬送抑制への可能性
――看取り支援を多く担うクリニックの実践から

医療法人綾正会かわべクリニック院長　川邉正和氏

当院では、開院以来、約790人の患者さんを自宅でお看取りしましたが、約８％の患者さんが人生の最終段階で救急搬送されています。９割以上の方がご本人・ご家族の希望に添って最期まで自宅で過ごせたとも言えますが、私はこの８％は決して小さな数字ではないと感じています。

搬送後にご家族にその理由をお伺いしたところ、約６割の方が「状態が急に悪くなったように見えた」と回答しました。そして、「今までにない症状が出て不安だった」が続き、「どう対応したら良いか分からなかった」という声もありました。ご家族には、病状そのものだけではなく、「今、目の前で起こっている変化が何なのかが分からない」といった不安があります。その不安が救急搬送の背景にあったのではないか。この問いが、本日の出発点です。

急変か自然経過か

消防庁の公表によると、令和６年の全国の

川邉正和医師

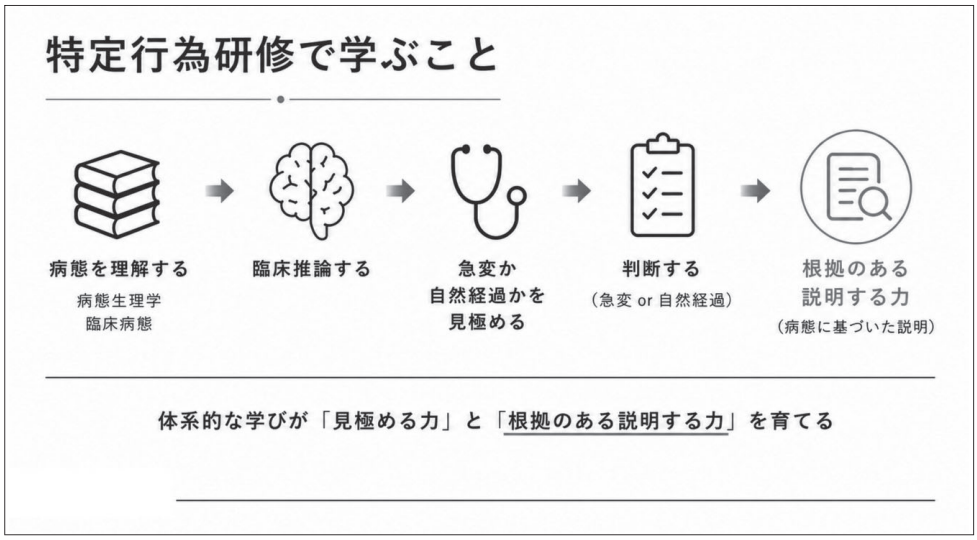
救急搬送件数は約677万人と過去最多でした。また、119番通報から医療機関に引き継ぐまでの時間も延びています。限られた救急医療資源を本当に必要な患者さんへ届けることは大きな課題です。搬送が必要な患者さんは迷わず救急医療へつなぐべきですが、終末期の自然な変化が急変と受け止められて、不安から救急搬送につながるケースも多いです。在宅医療側が自然経過を見極め、分かりやすく説明し、そして安心して過ごせる環境を整えることは、患者さんとご家族を支えるだけでなく、救急医療を本当に必要とする方へつなぐことにもなります。私は、在宅医療とは、救急医療を遠ざけるものなのではなく、必要な人へ確実につなぐための地域の土台になるものだと考えます。

終末期の救急搬送には実際には、急変ではないことも少なくありませんので、これが自然な経過なのか、治療が必要な急変なのかについて、根拠を持って見極め、ご家族に分かる言葉で伝えることが必要になります。

当院では、看取りのパンフレットを用い、ご家族に「これからこうした変化が起こることがあります」とあらかじめ伝えます。人生の最終段階に伴う自然な経過の場合が多いけれど、判断に迷った時はすぐに私達にご一報を。治療が必要な状態、急変であればためらわず救急医療に伝えてください。――このように、ご家族がこれから起こり得ることを先に知ることで、不安を和らげ、落ち着いた判断に近づきます。

急変と自然経過を見極める上で大切なのは、１つの症状だけで判断せず、病態全体の流れを見ることです。急変とは、突然発症して、短時間で病状が進行し、これまでになかった症状や著しいバイタルサインの変化を認

図１



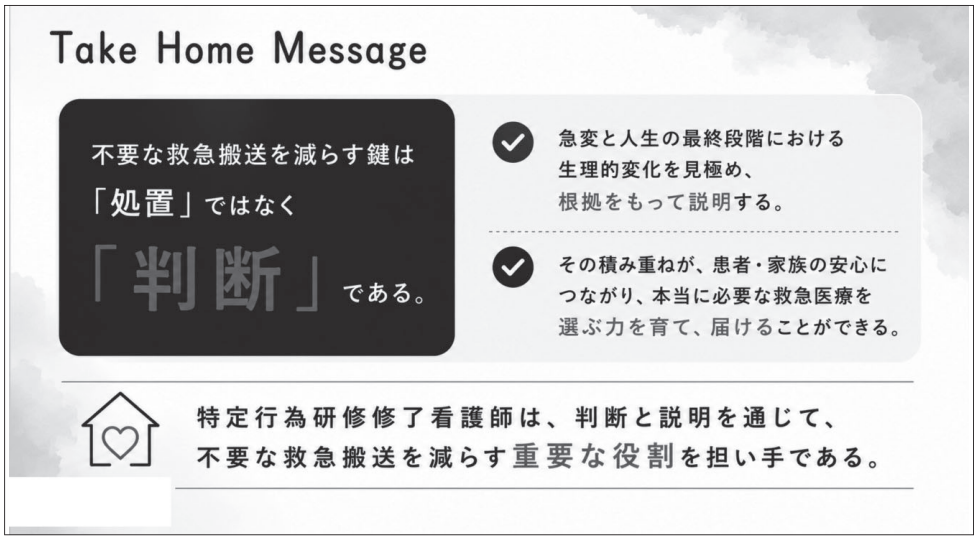
める状態で、適切な治療によって改善が期待できる症状です。それに対して、自然な経過は、食事量の低下、傾眠、尿量減少などが数日から数週間の中で少しずつ進行し、全身状態が緩やかに低下していくことが特徴です。他方で、肺炎や心不全、敗血症など治療可能な急変も見逃せません。これは救急医療につなぐべき場面かもしれません。終末期だから様子を見るのではなく、病態を理解した上で判断をすることが重要です。その判断があるからこそ、私達はご家族や救急医療の皆さんに自信を持って説明することができます。

根拠に基づく判断力と説明力

特定行為研修は非常に密度の高い研修です。共通科目だけでも約250時間の座学があります。さらに病態生理、フィジカルアセスメント、臨床推論を学び、OSCEや症例実習を通して、知識を実際に臨床判断へと結び付けていきます。判断する能力を体系的に学びます。当院の看護師が研修を修了し、私が大きな実りだと感じたのは、患者さんの変化をこれまで以上に根拠を持って捉え、判断できるようになったことです。根拠があるから自信を持って行動ができる。医師へ、より的確な相談ができ、ご家族に分かりやすく説明ができる。それらにより、訪問看護の質が高まります。患者さんとご家族の安心を支え、結果として不必要な救急搬送を減らします。そこに、在宅医療における研修修了看護師の大きな可能性があると考えます。

もう１つ大切な力があります。それは、判断したことを相手に伝える力です。医療者が病態を理解していても、それが患者さんやご家族に伝わらなければ不安は残ります。例えば、「点滴を止めましょう」とだけ伝えると、ご家族は何もしてもらえないと感じるかもしれません。しかし、「今は体が水分を受け入れにくい時期です。無理に点滴をすると、かえって呼吸が苦しくなることがあります」と理由を話せば、ご家族が治療方針を受け止めやすくなるかもしれません。私達が伝えるべきなのは結論だけではなく、その結論に至った理由です。根拠を持って判断し、分かる言葉で説明する。この２つが揃うことで意思決定支援につながります。説明そのものが大切な医療であり、ケアなのです。終末期

図２



にはできる処置が限られる場面がありますが、説明によって支えられることは少なくありません。患者さんのお体だけではなく、ご家族が安心して大切な人を見守ることのできる時間のサポートも、私達の大切な役割です。（図１）

研修修了看護師の見極める力と伝える力こそが、在宅医療と救急医療をつなぐカギだと考えています。患者さんとご家族、多職種、そして救急医療をつなぐ存在として、地域医療に欠かせない存在だと考えます。

救急医療は、命を救い、急性期を支える。在宅医療は、生活を支え、人生の最終段階をも見据えながら、その人らしい暮らしを支える。役割は違っても目指すものは同じです。その人らしい最善の医療を届けるために、私達はそれぞれの専門性を生かし、つながる必要があります。私達が目指すのは、救急搬送を減らすことだけではありません。必要な時に確実に救急医療へ、在宅で支えられる時には安心してその人らしく、そんな地域医療を皆さんと作っていけたらと思います。（図２）

ご清聴いただき、ありがとうございました。

特定行為者のアセスメント能力と情報共有・連携が支える重症化予防

医療法人葛西医院長　小林正宜氏

小林正宜医師

研修修了看護師が在宅医療の現場で果たす役割は、特定行為そのものの実施にとどまりません。研修で培われた臨床推論やフィジカルアセスメントの力を生かし、患者の変化を早期に捉え、医師や多職種と適切に情報共有することによって、重症化を予防し、回避可能な救急搬送を減らすことにもつながり得ます。本日は、在宅医療における研修修了看護師の意義について、当院での経験を交えてお話しします。

特定行為研修修了看護師の２つの強み

研修修了看護師の強みは、大きく２つあります。１つは、手順書に基づいて特定行為を安全かつ適切に実施できる技術です。例えば、気管カニューレや胃瘻カテーテルの交換などを訪問看護の場で実施できれば、必要なタイミングで処置を行いやすくなります。その結果、医師が処置に要する時間を減らし、診察や患者・家族への説明により多くの時間を充てることにもつながります。

特定行為は、医師または歯科医師があらか

じめ作成した手順書に基づいて行われます。特定行為研修では、250時間の共通科目に加え、特定行為区分ごとの講義・演習・実習を修めます。こうした体系的な研修と手順書の運用が、安全な実践の基盤となります。府医が作成した「特定行為に係る地域標準手順書マニュアル」は、私達も作成に携わったもので、在宅医療だけでなく外来診療に携わる医師にとっても有用です。無料でダウンロードできるのでぜひ一度アクセスしていただき、ご確認いただきたいと思います。（図３）

もう１つの強みは、アセスメント能力です。病院と比べ、在宅では看護師が単独で患者宅を訪問し、その場で状態を評価しなければならない場面が多く、もちろん必要時には医師へ連絡して指示を受けるのですが、限られた情報の中で変化を捉え、何を医師へ報告し、どの程度の緊急性があるのかを判断する力が求められます。特定行為研修では、特定行為の技術だけでなく、臨床推論やフィジカルアセスメントを体系的に学び、実践の中で指導医と議論を重ねていきます。その過程そのものが、在宅医療で重要となるアセスメント能力の向上につながっていると考えます。（図４）

多職種連携と看護師の役割

多職種連携の必要性は、患者の病態や生活背景によって異なります。比較的単純な医学的課題であれば、必ずしも多くの職種が関与する必要はありません。一方、身体的（Biological）、心理的（Psychological）、社会的（Social）な問題、いわゆるBPSが複雑に絡み合う患者では、多職種連携が不可欠となります。その際には、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション職、介護職などが、それぞれの専門性を尊重しながら対等に意見を出し合うことが重要です。

在宅医療では、病院のように全職種が同じ電子カルテを閲覧できるとは限りません。そのため、情報共有の仕組みを意識して整える必要があります。私が父の跡を継いで訪問診療を始めた約８年前には、患者宅に置かれた連絡ノートを介して情報交換するケースも少なくありませんでした。紙のノートにも、家族を含む関係者の記載を一覧できる利点はあったのですが、患者宅に行かなれければ確認

図３

ができません。一方でICTツールを用いた医療・介護専用の情報共有ツールなどを用いると、いつでもどこでも必要な情報にアクセスでき、情報共有・情報提供ができ、当院でも訪問診療患者を中心に診察後には必要な診療情報を速やかに共有しています。そのように、多職種がそれぞれから情報共有・情報提供された情報を元にアセスメントし、サービス内容を調整していくことで細やかで迅速な対応につながり、患者の身体と生活をしっかりと支えることにつながります。

多職種連携と情報共有で患者を支えた事例

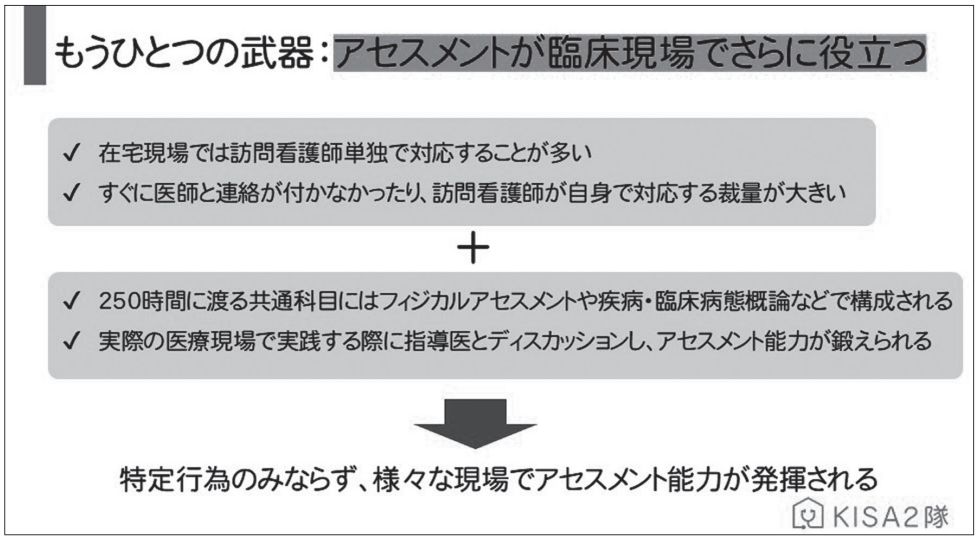
外来通院が困難となり、訪問診療を開始した82歳のフレイル男性の症例を紹介します。患者は病院の呼吸器内科にも通院しており、急性増悪時には在宅治療の継続が困難であれば入院する方針としていました。一方で、身体的・心理的・社会的要因（BPS）が複雑に絡み合っており、療養を支える上で看護師などの医療職や介護職の存在は極めて重要でした。

看護師や介護職は医師より訪問回数が多く、生活の場で患者と継続的に関わるため、医師とは異なる表情や本音を捉えることができます。こうした情報を共有しながら在宅で可能な急性期治療を行い、継続が困難な場合には病院と連携し、状態が許せば救急搬送ではなく予定入院として調整していました。

繰り返す入退院を経て、この患者とACPの対話を重ねながら、「もう入院しとうないんや、先生。最期まで家でおらしてください」という思いを共有していました。肺炎が増悪した際にも在宅で可能な治療を行い、最終的には看護師などの医療職と介護職のサポートのお蔭で自宅での看取りとなり、この間、救急車を利用することはありませんでした。

もちろん、すべての患者で救急搬送を回避できるわけではないのですが、日頃から看護師などの医療職や介護職が患者の小さな変化を捉え、その情報を医師と速やかに共有し、早期に治療介入することで、重症化を防ぎ、結果として回避可能な救急搬送を減らせる可能性があります。在宅医療において、看護師などの医療職や介護職との密な連携はそのための重要な基盤だと言えます。

図４



入院・重症化予防と特定行為研修修了看護師

入院や重症化の予防を考える上では、ACSC（Ambulatory Care Sensitive Conditions）という概念も重要です。ACSCは、適切でタイムリーな外来・プライマリケアによって、入院や救急受診を回避できる可能性がある病態群を指します。在宅医療においても、慢性疾患の管理だけでなく、肺炎や脱水などの急性期病態を早期に評価し、適切に治療する視点が求められます。治療可能な病態であれば在宅で治療を行い、在宅では安全に完遂できないと判断すれば、速やかに病院で精査・治療につなぐことが重要です。

こうした場面で、研修修了看護師のアセスメント能力と実践力が大きく生かされます。国際的に用いられる「Hospital at Home」は、急性期入院医療の代替として、病院で提供される診療・看護・検査・治療などを選択された患者の自宅等で提供する医療モデルです。日本の一般的な在宅医療をそのままHospital at Homeと呼ぶことには慎重さが必要ですが、『病院でしかできない』と考えられてきた急性期医療の一部を、適切な体制の下で在宅へ移していくという考え方は、今後ますます重要になると感じています。

在宅で対応可能な病態は在宅で治療し、入院が必要な場合には適切なタイミングで病院へつなぐ。さらに、入院後に状態が安定すれば早期に自宅へ戻り、必要な治療や観察を在宅で継続する。このような切れ目のない連携が広がれば、患者の療養場所の選択肢が増えるとともに、救急搬送や入院医療への過度な依存を減らすことにもつながり得るでしょう。そのためには、診療所側も診断・治療の質を高め、病院へ紹介する際には十分な情報を整理して伝え、病院と同じ目線で患者を支えることが必要です。

特定行為は、行為そのものを実施することが目的ではありません。研修修了看護師のアセスメント能力を生かし、医師と看護師、多職種が互いに信頼しながら連携することで、患者が住み慣れた地域で安心して療養を続けられる体制をつくることにこそ、その価値があるのではないでしょうか。ご清聴いただき、ありがとうございました。

事例報告

○長濱　続いては、「特定行為研修修了者による急変対応と搬送回避の実践」と題して、現場で実際に急変対応と搬送回避を行っている訪問看護ステーションに従事する研修修了看護師からのリレートークです。よろしくお願いします。

社会医療法人生長会ふちゅう訪問看護ステーション　津塩昌子氏

津塩昌子看護師

超高齢社会の下、救急搬送が増加しています。高齢者施設や在宅では、軽症から中等症の急変による救急搬送が少なくありません。一方で、救急医療は限られた医療資源であり、適正利用が求められています。私は、研修修了看護師が、その高度な臨床判断と迅速な医療介入を通じて、この課題に貢献できるのではないかと考えます。

令和６年、全国の救急車の出動件数は771万回、１日約２万件、およそ4.1秒に１回の割合で出動している状態です。ほとんどが急病による出動で、年齢層は65歳以上の方が63.3％です。研修修了看護師として、この救急搬送を少しでも減らしたい。そして、重症化を少しでも食い止めたいところです。

一般的に看護師は、観察と経験値によって判断するのではないでしょうか。他方で、研修修了看護師は、もちろん観察や経験値もありますが、根拠に基づいてアセスメントし、臨床推論をして、なぜこのような状態になっているかを判断していきます。そして、SBAR（Situation〈状況〉・Background〈背景〉・Assessment〈評価〉・Recommendation〈提案〉の４つのステップで構成される情報伝達フレームワーク）で必ず報告をして、医師には患者さんの状態とそれに合う治療計画案を立てて報告します。何か起これば、必要に応じて特定行為を実践します。そして、状態把握だけでなく、状態改善までを管理します。その後、医師とともに治療の評価をしていきます。もし効果が出ていなければ、再度アセスメントし、治療計画を再度提案します。

全国の研修修了看護師の人数は、令和７年３月現在で１万1,840人です。大阪は最多の1,245人。大阪府訪問看護ステーション協会には95人が所属。ちょっと少ないです。病院などで特定行為を実践されている方が多いです。

大阪府の訪問看護ステーションに所属する研修修了看護師が実践する特定行為は、胃瘻カテーテル、腸瘻カテーテルの交換が多いです。次に気管カニューレの交換や、瘻孔管理が続きます。

患者のセルフケア能力を引き上げる

90代男性、心不全の独居の方の症例を紹介します。拡張期型心筋症でCRTも入っています。急性増悪を繰り返し、タクシー代わりに救急車を利用して入院を繰り返すというような状態です。この場合、研修修了看護師にとって、内服遵守が最も大切です。倦怠感や低血圧を理由に、利尿剤や降圧剤を服用されない時は、「末梢の血圧が高いと、心臓はポンプだから、もっと高い圧で送らなきゃいけない。そうすると、心不全になっちゃうから

血圧は低いほうがいいんだよ」と根拠を持って説明します。内服が遵守できたら、受診時の血液のデータを一緒に見ながら、「ほら見て、下がっているよ、すごいね」と承認します。もちろんフィジカルアセスメントも行いますが、ポータブルエコーをお持ちでしたら、下大静脈を観察して、虚脱・呼吸変動なども確認すると良いです。

研修修了看護師には、患者のセルフケア能力の引き上げるという役割があります。心負担が掛かり過ぎているなら休息させる。病状の進行に伴って、ACPをどうするか話しておく。とにかくタクシー代わりに救急搬送をさせない。これらが大事になります。

特定行為の実践例

80代女性、気管カニューレ交換の事例を紹介します。難病の方には、気管カニューレを挿管して、人工呼吸器を装着される方がいらっしゃいます。研修修了看護師は、医療機関に行かなくても在宅で気管カニューレを交換できます。気管孔をしっかりと観察して、挿入します。気管孔の周りや気管のベルトの周囲などもきっちりと清拭し、後片づけもします。事故抜管されれば、緊急訪問してカニューレを再挿入することもできます。

気管カニューレの管理トラブルもあります。自宅で訪問入浴中に抜けてしまった事例です。固定のバンドをされていたのですが、何回も洗濯するうちにマジックテープが緩くなり、外れて抜管したため、抜管による損傷や出血の有無などについて気管の粘膜を確認していきます。喉頭がんのターミナルの患者さんでリスクが高い気管カニューレの交換の依頼があります。その時は、必ず病院に出向いて、医師が交換されるところを見学します。出血が多い時は在宅医の往診日に合わせて、在宅医と一緒に交換をします。ほかにも医療用マーゲンチューブやEDチューブ管理を行っている患者の自己抜管などへの対応も行います。

マイナーエマージェンシーの対応についてはバルーンカテーテルの閉塞はよく遭遇します。尿閉の緊急対応もあります。患者さんは緊張されているので、尿道括約筋が収縮して挿入しにくいため、「大丈夫ですよ」と声掛けをしてリラックスしてから挿入します。指輪が抜けなくなることも結構あります。特に乳がん患者さんは、上肢浮腫になりやすいので、外していただくか、ネックレスのような形で付けていただいたりもします。過換気症候群への対応は既往にCOPD（慢性閉塞性肺疾患）がないことを確認して、呼吸介助します。

研修修了看護師は、急変時の高度なアセスメント、迅速な医療介入を通じて患者の安全を確保しながら緊急搬送の適正化に貢献しています。在宅患者のセルフケア能力を引き出して、急性増悪を予防することが緊急搬送の削減につながると考えます。ありがとうございました。

訪問看護ステーションあらい　新井茂登子氏

超高齢化社会が進行しており、在宅療養者の増加、それに伴った救急搬送の増加はいまや、社会問題にもなっています。さらに2040年には高齢者の在宅医療の需要は約60％、救

新井茂登子看護師

急搬送は現状の約75％増加すると見込まれています。在宅療養者の多くは医療と介護の複合ニーズを抱えており、在宅医療と救急医療のつなぎ目をどう整えていくのかが重要な課題となっています。そのような中で、研修修了看護師は、在宅を含む医療の現場で自ら状況を判断し、必要に応じて一歩踏み込んだ医療的対応を担う看護師として位置付けられています。一方で、特定行為研修を修了した看護師の多くは病院に在籍しており、訪問看護ステーションで活動している人はまだ少ないのが現状です。訪問看護の場に研修修了看護師が関与することで、在宅でどのような対応が可能になるのか、そしてそれが本人や家族の安心、在宅療養の継続、さらには地域医療の流れにどのようにつながるのかを、本日はお話しさせていただきます。

研修修了看護師による タイムリーな処置

訪問看護師は、医師の指示書に基づいて支援しています。定期訪問を行い、定期報告が義務付けられており、緊急連絡や訪問時に状態の変化があれば医師へ報告し、点滴や処置の指示が出れば、必要な物品をクリニックに取りに行って、緊急訪問をして実施するという形がスタンダードです。報告後に医師が往診して、その後に指示が出て再度訪問する場合もあります。いずれの場合も、報告後に指示待ちの時間が発生したり、クリニックと利用者宅を往復する形となること、さらに休日や診察時間外などでは迅速な対応が難しいこともあります。ここに研修修了看護師が介入できると、訪問時に状態を確認し、必要性を判断してその場で実施し、実施内容を報告するという流れになり、タイムリーな処置や対応が行えます。

在宅領域では、24時間を通した連続的な状態観察を行うことは難しく、日常の支援の中には、スケールやスコアだけでは捉えきれないグレーゾーンの変化も少なくありません。そのため、在宅療養を継続するべきか、救急要請を行うべきか判断に迷う場面が少なからずあります。私は救急での勤務経験の中で、救急外来で受け入れたものの、入院加療の必要性は低く、点滴や処置の後に帰宅となるケースを多く見てきました。そうした場面では、患者さんやご家族が帰宅手段の確保に苦慮することも少なくありませんでした。そのたびに、在宅医療の側で早期に状態変化を捉え、適切な対応ができていれば、救急要請や搬送そのものの必要性を下げられた可能性があると感じてきました。このような在宅と救急の間にあるギャップを埋める存在として、研修修了看護師は重要な役割を担い得るのではないかと考えています。

特定行為の実践による救急搬送回避事例

80代後半の独居の女性。普段は家事を含め生活はほぼ自立されていますが、脱水を契機とした体動困難により救急搬送を年に２～３回繰り返していました。状態が悪化すると、めまいや動悸が出現し、その後に体動に伴った嘔吐が始まり、やがて体動困難となります。その段階で家族が自宅で対応できなくなり救急要請をされ、脱水の診断で入院に至るという経過を繰り返しておられました。

同様の症状で搬送と入院を何度も経験していたことから、退院時に訪問診療と訪問看護が導入され、導入時に手順書を発行していただきました。私は、活気低下と飲食量の低下が始まった段階で介入できればという思いから、「しんどくなったら連絡をください」とお伝えしていました。実際に最初にあった連絡は、「今日はリハビリをお休みしたい」という連絡でした。状態確認を兼ねて訪問すると、普段は着替えてリビングで過ごされている方ですが、パジャマのままベッドで臥床されており、前夜からしんどさあり。夕食は摂取しておらず、水分や昼食も少量。尿量減少、活気低下、飲食量低下を認めました。明らかな感染徴候はなく、状況から脱水初期と判断したため、手順書に基づき在宅で補液を開始し、その内容を医師へ報告しました。補液を行ったことで、嘔吐症状の出現には至らず、徐々に飲食量が回復し、４日目には通常どおり着替えてリビングで過ごされるまで回復してきたため、この時点で補液を終了しました。

介入開始から約２年間で、同様の状態によって５回ほど在宅で補液を実施しました。その都度、自宅での補液により症状改善が見られ、救急搬送には至っていません。要介護１の方で介護度が低いため、毎日訪問して観察することは困難ですが、各職種が訪問時に補水を促したり、経口補水液を準備したりするなどの予防的介入を行い、情報共有を通じて状態変化の早期察知に努めています。本症例は、医師不在時にも手順書に基づいて適切な初期対応と早期治療を実践できたことで、病状悪化の進行を抑え、救急搬送回避に結びついている好症例であると思います。あわせて、その後の在宅での継続的な観察とフォローが再悪化予防に寄与している点も重要であると考えています。

救急車を呼ばないこと自体が美徳なのではなく、呼ばせないことや呼びにくい環境をつくることが本来の目標でもありません。大切なのは、研修修了看護師の関わりによって在宅での初期対応の質を高め、重症化を予防し、本人・家族・支援者の安心感につなげることです。そうした支援の積み重ねによって、結果として救急車を呼ばなくてもよい状況で、安心して過ごせる在宅療養環境を整えていけるのではないかと考えています。

研修修了看護師が介入し、医師の遠隔支援や救急要請の判断支援を行うことは、在宅療養におけるタスクシフトとタスクシェアの推進にもつながります。研修修了看護師の関わる場面が広がることで、在宅で実施できる医療行為の幅も広がり、在宅で完結できる医療体制の充実が期待されます。その結果として、救急搬送の適正利用が進み、高度医療や救急医療資源のより効率的で適切な活用にもつながると考えられます。

現在、大阪府内では2,500を超える訪問看

護ステーションが稼働しており、全国でも最多水準にあります。このような地域だからこそ、在宅で完結できる医療の幅を広げ、救急医療や高度医療を本当に必要とする人へ適切に届ける体制づくりが重要です。

その中で、研修修了看護師は、在宅での初期対応の質を高め、必要な医療を適切なタイミングで提供することで、地域医療の流れを支える一翼を担っていけるのではないかと考えています。

ご清聴ありがとうございました。

○長濱　ありがとうございました。

○前川　普段の観察をきちんと行い、次のステージに進むのを予防していただいたら、軽症あるいは中等症程度の救急搬送がかなり予防できるのではないかと思います。

フロアからの質疑応答

特定行為を地域で広げるために

○質問者１　私は訪問看護師をしています。数年前から特定行為に興味を持ちつつも保留になっています。その理由は、地域の開業医に特定行為の話をすると、「そこまで責任があることは任せられない」といったご意見があるからです。特定行為研修を修了しても、結局、手順書を書いてもらえなかったら何もできないのかなというのが懸念になっています。そこをどのように調整されているのかを教えていただきたいと思います。

また、先生側から見て、自院に勤務していない看護師に特定行為をやってもらう上で、どのようにコミュニケーションを取りながらやっておられるのかを教えてください。

○長濱　それでは、医師の立場からいかがでしょうか。

○川邉　必ずファーストペンギンがいると思います。１人目は、大変高い壁を越える必要があります。私も府医に事業委託があった際に、小林先生をはじめ先生方と一緒に手順書を作り上げたのですが、そもそも特定行為ができる看護師になるのにどれだけの労力、苦労が必要なのかが肌感覚で分からなかったので、自院の看護師に特定行為を取ってもらいました。横で見ていて、その勉強の量たるや想像以上で、それを間近で見ていると、この人なら安心して任せられるなという瞬間が医師としてありました。

その次の課題として、それを地域の先生方に伝えていくことが必要で、こうやって発表しています。在宅医療を支えるのは医師だけではなく、大きな部分を占めるのが看護師さんだと思います。だからこそ、そのハードルは高いかもしれませんが、ぜひお１人目となり、それをほかの方々、先生方にお伝えいただけたらなと思います。

○長濱　看護師の立場からはいかがでしょうか。

○新井　以前は、例えば利用者で対象とな

る方がいたら、クリニックに手順書を持って行って、自分から特定行為ができることをアピールしていました。大阪府で標準手順書を作成させていただいてからは、地域の先生が「手順書、僕出すよ」とおっしゃるようになり、少しずつ変わってきました。ですから、どんどん働きかけていただけたらと思うのと、地域にたくさんいればいるほど、先生方はどんどん変わってくださると思うので、ぜひぜひ特定行為を取ってほしいです。

○長濱　看護協会や医師会を含めて、特定行為を地域で広げていくために、ぜひとも頑張っていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

信頼関係――技術の維持とアセスメントプラン

○質問者２　病院勤務の者です。研修修了看護師に対して、「この人だったら任せられる」というラインがあると思いますが、一定水準の技術の維持や共通認識を持つための取り組みがありましたら教えてください。

○小林　技術の維持は非常に重要です。指導者によって教え方に差が生じることもあるため、客観的に繰り返し練習できる環境が必要だと考えています。当院では複数のシミュレーターを備え、希望があればほかの訪問看護ステーションの看護師にも利用していただいています。また、医療・介護専用の情報共有ツール「MCS（Medical Care Station）」上に、特定行為に関する情報交換の場を設けています。全国の実践者が事例や工夫を共有し、互いに助言し合える場を活用することも、継続的な学習に有効だと考えています。

○津塩　専門看護師さんや認定看護師さんとしてのベースがある方と、一般的な看護師さんの臨床経験をベースに研修を修了するのとでは、状況が全然違うと思います。実習で５事例やって、そのまま救急設備が不十分な在宅の現場で特定行為を実践するのは、ハードルが高いと思います。研修修了看護師になられても、ブラッシュアップ研修やシミュレーターを使った実践的な研修が必要だと思います。

○長濱　信頼できる関係性の構築についてはいかがでしょうか。

○川邉　信頼関係をどう築くかと考えると、看護師さんが送ってくださるアセスメントプランが命ではないかと思います。この症例を同じ景色で見ていると感じた時に、看護か医療かは様々ですが、誰が書いたか分かるアセスメントプランは裏切らないと思います。それを積み重ねていく中で、「この人の情報をしっかりと追っていこう」となった時に信頼関係は変わるのかなと、ご質問の中で感じました。

○長濱　特定行為は、行為そのものが目的ではなく、医師と看護師との信頼関係や、多職種との連携の中で、利用者さんが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように支えるためのものだと考えます。ご自身の地域でも、看護師さんにはぜひ特定行為研修の修了を目指していただき、そして医師の方には、こうした取り組みを支えていただけるようお願いしたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

［文責：広報委員会］