

for Nurses

# 座談会 救急受診前から発揮される看護実践



**佐藤 憲明氏** = 司会  
日本医科大学付属病院 教育支援室 看護部長

**吉野 暁子氏**  
埼玉医科大学国際医療センター救命救急センター 副看護部長

**瀨本 雅昭氏**  
東邦大学医療センター大森病院救命救急センター 看護部長

**大村 正行氏**  
薬師寺慈恵病院 ER看護部長

救急患者は年々増加傾向にあり、患者に適切な医療を提供するには搬送前・来院前の対応や来院直後のトリアージが重要です。また、高齢患者やウォークイン患者の増加、さらには院内の人的リソースの逼迫から多職種での対応が求められるなど、救急医療を取り巻く環境が変化しています。このような状況における看護師の専門性はどこにあるのでしょうか。日本救急看護学会の理事であり救急看護に長年携わる佐藤氏を司会に、救急看護師として活動する吉野氏、瀨本氏、大村氏による座談会から、受診前に期待される救急看護の実践について考えました。

**佐藤** 超高齢社会への対応や、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアが看護界で議論されています。特に救急看護の領域では、救急救命士をはじめとする他職種や地域と連携した看護実践が求められています。

本日は、3次救急医療機関に従事する吉野さんと瀨本さん、人口およそ7万人の岡山県総社市で地域の特徴に応じた1次、2次救急対応を行う大村さんにご参加いただき、救急に求められるニーズと病院・地域の実情に合わせた看護実践について考えていきたいと思います。

## 地域や病院規模で異なる救急搬送への対応

**佐藤** まずは各施設の救急現場の実情について地域性も含めて紹介していただけませんか。

**瀨本** 当院は1~3次救急まで対応しています。看護部としても全次で対応できるよう救急看護師は救命センター所属となっています。当院の位置する東京都大田区には救命救急センターがほかにはないことに加え、近隣の川崎市や横浜市からの救急車を応需していること、さらには羽田空港に近いため外国人患者も多く来られることから数多くの救急患者に対応しています。

**大村** 当院は隣接する倉敷市や岡山市と連携しながら、総社市内の1次、2次救急を担っています。3次救急の必要性があれば隣接市の施設に搬送し

つも、市内の救急患者の多くを自院で対応しています。「地域の救急診療体制を整えよう」との院長の想いもあり、地域の救急患者を自施設でさらに受け入れられるような体制を整えているところです。

**吉野** 当センターはがん、心臓、脳卒中を含む救命救急に特化しており、総合病院機能を持つ近隣の埼玉医科大学病院と診療科ごとに初診を含む患者の受け入れといった面で機能分担しています。また夜間・休日における患者からの困りごとへの窓口として、「患者コールセンター」というダイヤルを開設しています。通院歴のある救急患者からの電話相談に対応する機会が多く、その数は1か月に300件ほどあります。電話相談の内容は発熱、出血などの身体的症状や薬剤の問い合わせ、日常生活における困りごとなど多岐にわたります。

## 多職種で診療開始前から対応する

**佐藤** 電話相談ではどのようなやり取りをされているのでしょうか。

**吉野** 症状や困りごとを聞いて、すぐに受診すべきかを判断しています。寄せられる電話の内容は、退院後の日常生活における相談が多い印象です。緊急に受診せずに済むケースであっても、看護師が対応することで患者さんが安心して過ごせればと思い、日常生活を意識したアドバイスをしています。

**佐藤** それは興味深いですね。と言うのも、多くの病院では患者さんからの電話は事務員がはじめに出て、その相談を看護師や医師が受ける流れになっていると想像します。

**大村** 当院も基本的には事務員からER所属の看護師につないでもらい、看護師が一通りの問診を電話で行っています。事務員がいない夜間はERの看護師が直接電話を受けることもあります。

現在、ERの看護師は全員が救急医療経験豊富なので電話越しに来院の必要性や緊急性の判断といった臨床推論を行い、医師への情報提供と事前準備につなげることができています。かつては医師が問診を行っていたので、タスク・シフトと言えましょう。また幸いにも当院にウォークインで来られる患者さんのほとんどは、市の広報の協力もあり、来院前に電話連絡をいただけています。

**瀨本** 当院は逆に、「ER24時間」と掲げているためか、ウォークインの患者さんのほとんどは事前の電話相談なしに来院し、トリアージ対応を救急看護師が行っている状況です。事前の電話をいただけた場合は院内の管理直しの師長が受け、救急看護師や医師につなぐ運用になっています。

**吉野** 当院は、夜間に関しては救急外来の看護師と一般外来の看護師が輪番制で電話相談に対応しています。電話相談を受けて受診の運びになった患者さんのトリアージは、緊急度判定支援システムであるJTAS (MEMO) を学んだ看護師が行うという流れです。

**佐藤** ウォークイン患者からの電話対応もさることながら、救急車からのホットライン、他施設からの搬送に関する電話対応もあると思います。それらの対応についてはいかがでしょうか。

**瀨本** 他施設からの搬送に関しては医師が対応していますが、状況によっては救急看護師も対応しています。また救急隊からのホットライン対応はよりスピーディーな対応を心がけています。

**佐藤** それはなぜですか。  
**瀨本** 消防庁の司令室よりヒアリングを事細かに行っているのは、病院に搬送されるまでに時間がかかってしまいますし、病院到着時には状態が変わっていることもあります。百聞は一見にし

かずで、電話口からの不確かな情報で準備・対応するよりは、自分の目で見たほうが良いとの考えです。具体的には、救急隊からのヒアリング項目を東京消防庁が採用するプロトコルと合わせて、救急隊が患者から聴取する情報のみを転記して医師に伝えています。そうすることで搬送までの時間が大幅に短縮されました。

**吉野** 当院は多回線多機能電話を採用しています。1次・2次、3次、心臓病、脳卒中で電話番号が分けられており、救急隊長がどこにコールするかを判断しています。3次のホットラインは、専門医以上の救命センターの医師が取りますが、それ以外の対応はさまざまです。脳卒中のホットラインに関しては、私が脳卒中センターの病棟師長をしていた経験と強みを生かして、平日の日中の対応を担っています。

**佐藤** 救急隊長の判断で異なる電話番号につなげているのですか。その救命救急士は院内職員として活躍されているのでしょうか。

**吉野** はい。当院には7人の病院(救急)救命士が在籍しています。かつては救急車からのホットラインと地域のクリニックからの搬送相談は全て医師が対応していたものの、1次・2次の対応は救急救命士へタスク・シフト/シェアしています。これまで他施設からの搬送相談は Doctor to Doctor で患者紹介がなされてきましたが、病院救命士が対応することによって医師の負担をより軽減できています。また、地域のクリニックの先生方との新たな関係性の構築にもつながり「断らない救急」に寄与できていると感じます。

## 顔が見えない相談者との電話対応の難しさ

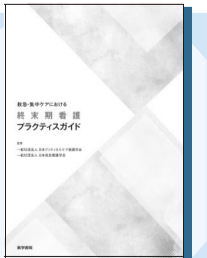
**佐藤** 先ほど吉野さんから話題に挙がったように、来院された救急患者さんに対してはJTASを活用した院内トリアージが、教育体制も含め整備されてきました。救急外来を受診する患者が増える将来を見据えて、電話対応をはじめとした来院前の対応にも看護師の専門性が期待されるものと考えています。一方で、経験の少ない若手看護師にとって電話越しでのトリアージ対応は難しい業務と言えるでしょう。大村

「その人らしい最期」のために、急性期の現場で日々の看護に活用できる実践的ガイド。

## 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド

突然終末期に陥った患者の意思決定の難しさや、短時間で信頼関係の構築が求められることなど、特有の悩みと困難さを伴うなかで行われている急性期の終末期看護。患者・家族のQOL (Quality of Life) と QOD (Quality of Death) を向上させ、よりよい終末期看護を実践するために、看護師が実践する終末期看護の概念を多角的側面から整理し、臨床現場で活用できる具体的なケアを提案する。

監修 一般社団法人日本クリティカルケア看護学会  
一般社団法人日本救急看護学会



### MEMO 患者のトリアージ時に使うあれこれ

**JTAS (Japan Triage and Acuity Scale)**: カナダで広く用いられている緊急度判定支援システムのCTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) をベースに開発されたもの。症状によって17カテゴリー・165症状に分けられたリストから症状に応じた評価項目に基づき緊急度を判定する。判定結果は緊急度の高いものから順に青(蘇生)、赤(緊急)、黄(準緊急)、緑(低緊急)、白(非緊急)の5段階に分類される。

**SAMPLER**: Sign & Symptom (主訴), Allergy (アレルギー), Medication (内服), Past medical history (既往歴), Last Meal (最終食事), Event (現病歴), Risk factor (危険因子) から構成され、患者の病歴や症状を収集するためのフレームワーク。

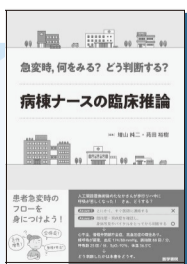
**OPQRST**: Onset (発症転機), Palliative & Provoke (増悪・寛解), Quality & Quantity (性状・強さ), Region/Radiation (部位/放散痛), Symptom (随伴症状), Time course (時系列) から構成され、詳細な症状の情報を収集するためのアセスメントツール。

流れがわかれば落ち着いて対応できる!

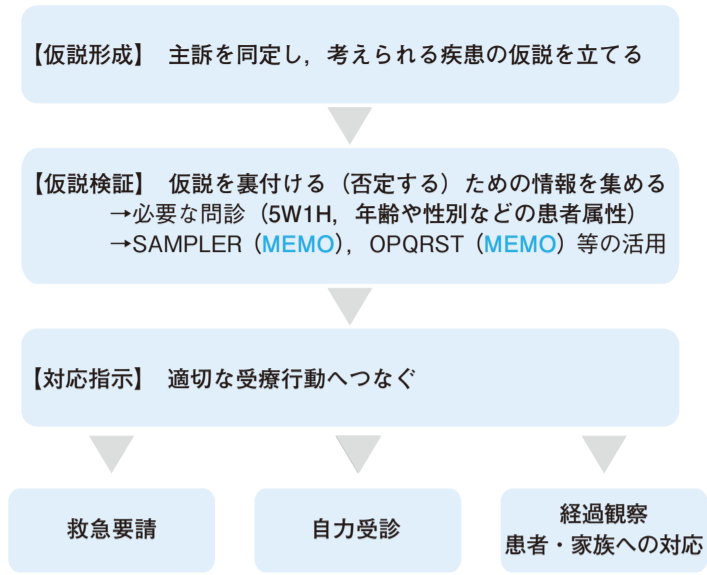
## 急変時、何をみる? どう判断する? 病棟ナースの臨床推論

入院中の患者の急変は避けられないもの。頭が真っ白になる/パニックになるから苦手などと言ってしまう。だから、目の前の現象の何に着目して、どう判断して、何をみるのかを理解しよう。本書にある9つの事例を通して、患者急変時のフローを疑似体験し、入院の原因となった疾患の増悪なのか、治療や検査薬による合併症なのか、突発的な疾患なのかを考えた上で、どこを見て、どう判断し、何をみるのかかわるようになる。

編集 増山純二  
苑田裕樹







●図 救急電話相談トリアージで行う臨床推論プロセス

さんは日本救急看護学会の救急電話相談トリアージ委員会で、電話での情報収集スキルに関する教育に携わられています。取り組みについて紹介いただけますか。

**大村** 救急電話相談トリアージは、電話越しに問診を行い症候から病態を推論し、重症度や緊急度の評価から適切な受療行動へつなぐことを目的としています(図)。特に、顔の見えない相談者に対する適切な臨床推論の実施には難しさがあるため、必要な知識やスキルを教育する「救急電話相談トリアージナースコース(註)」を2024年度より開始しました。

**吉野** 救急電話相談トリアージは、救急外来に携わる看護師以外にも生かせるスキルなので私も教育しなければと思っていますところ。

**佐藤** 体系的な教育を受けている看護師はまだ少ないので、教育体制を整備することの必要性を感じています。

## 患者だけでなく 家族も意識して対応する

**佐藤** 救急患者を受け入れるのは、3次救急を受け入れられる大病院ばかりではありません。地域や施設の特徴によって期待される機能はさまざまです。大村さんが所属する薬師寺慈恵病院は、隣接市の3次救急施設と連携しながら地域に応じた救急医療を実践されているようですね。看護師が救急隊からのホットラインにスムーズに対応できれば、医師の判断も速やかになり、的確な診療につながるはずです。

**大村** ええ。加えて当院は、自院で対応できたであろう症例が市外の病院に搬送されていた症例や、当院への搬送より救命センターへ搬送したほうが患者のためになるだろうという症例について、速やかに適切な病院へ搬送できるよう、何度も地元の救急隊と事例の共有や認識のすり合わせを行ってきました。

当院の目標は近隣の3次救急施設が100%応需できるよう、当院で対応できる症例は全て受けられるようにすることです。こうした病院としての役割に対して、看護師一人ひとりが自分の役割を全うすることで広く救急を支えられると考えています。一般病床が31床しかないなか当院では、年間1300件ほどの救急車を受けていることから、ベッドコントロールについても病棟看護師と連携しています。

**佐藤** 病院規模から考えるとものすごい受け入れ数ですね。受け入れを判断する医師にとって、経験豊富な救急看護師の存在は安心につながるはずです。経験豊富な看護師が多数在籍しているからこそ実践できている看護はあるのでしょうか。

**大村** 患者家族への対応はあるかもしれませんが。救急隊からのホットラインを受けた段階で家族の有無や関係性、救急車に同乗するのかなどを確認し、家族のサポート機能がすぐに期待できるのかを事前に予測の上、医師と共有しています。結果、入院の判断もスムーズになっていると思います。入院病床が限られている都合もあり、帰宅できるかどうかは気になるところです。

**淵本** 救急看護師の家族への対応は重要な役割だと私も考えています。一方で、家族の多様な価値観に対応することには難しさも感じています。先日も救急搬送されてきた心肺停止の患者に対して気管挿管をし蘇生したものの、後から来た家族に「なんで挿管したのか。家で看取りたい」と言われ、挿管したまま家に帰したこともありました。患者本人だけでなく家族の尊重も配慮した対応に悩まされます。

**佐藤** 救急患者の特徴には、主訴がありそれを診てもらいたいという明確なニーズがあります。その主訴に目が向きがちになりますが、どんな暮らしがあって、誰が支えているのかという背景情報もケアを提供するに当たっては大切であり、看護ならではの視点が特

に求められます。患者家族あるいは血筋がつながってなくても家族と見なせるのであれば、誰がキーパーソンかをいち早くとらえ、何を伝えなければならぬのかを見極める必要があります。入院時重症患者対応メディエーター(8面・関連記事)の機能を看護師が担い始めている施設があるように、看護師による患者家族への初動が後々の診療や退院後の支援の鍵を握ります。

## 救急はチームで 成り立っている

**佐藤** 座談会に出席されている皆さんは、新人看護師の指導を担っている・担っていく方々でもあります。これから救急看護を極めていこうと志す若手看護師に向けてメッセージをお願いします。

**大村** 救急の現場は予測不能な事態が起こりやすく、その場の判断や対応が患者と家族の未来を大きく変えるため厳しい瞬間が多いかもしれません。救急は医師や他職種スタッフ、そして何より同じ看護師と共に動くチーム医療です。何かあった時には仲間が支えてくれるし、逆にあなたの存在が誰かを助けることも必ずあります。どんな現場でも一緒に支え合って成長できる仲間がいるので、安心して挑戦してください。救急看護は看護師としてのやりがいや使命感を最も強く実感できるフィールドだと私は思っています。

**吉野** 救急看護師には「準備性、予測性、即納性」が必要とされます。また、業務内容も病院前救護・災害・外傷・中毒・内因性疾患対応など多岐にわたりマルチタスクが求められます。時に時間的猶予のない場面での判断と実践における意思決定は若手看護師にとっては難しいことですので、迅速に対処するためのスキルを身に付けるトレーニングの必要性を感じています。また、救急隊をはじめとした他職種との共通言語を持ち、円滑なコミュニケーションがとれる看護師を育てていきたいと思えます。

**淵本** 救急患者にはそれぞれの背景があって、命の大事さを理解し、臨床推論も深めて考察できる救急看護師を育成していきたいと考えています。そして何より、純粋に一緒に救急看護を通

## <出席者>

### ●さとう・のりあき氏

1991年日医大病院に入職後、高度救命救急センターや心臓血管外科の勤務を経て2019年より現職。1999年に救急看護認定看護師資格、2005年急性・重症患者看護専門看護師資格を取得。19年より富山大学大学院博士課程に在籍。日本救急看護学会理事。

### ●よしの・あきこ氏

1992年埼玉医大病院に入職。脳神経外科病棟、形成外科外来、皮膚科外来を経て98年より救命センターへ異動。2007年埼玉医大国際医療センター開院に伴い、救命救急センター外来に配属となり現職。06年救急看護認定看護師資格取得。17年看護師特定行為研修を修了する。看護師特定行為研修は急性期領域を中心に受講している。

### ●ふちもと・まさあき氏

1996年東邦大大森病院に入職し、救命救急センターで勤務する。2006年札幌大助手、07年札幌大助教を経て、12年に東邦大大森病院に復帰し20年より現職。札幌大学大学院保健医療研究科を修了し、12年急性・重症患者看護専門看護師取得。クリティカルケアにおける看護倫理、エンドオブライフケア、敗血症ケア、Rapid Response System、そして看護管理者としてクリティカルケア領域の職場改善などの研究や教育に尽力する。

### ●おおむら・まさゆき氏

2006年岡山赤十字病院に入職。救命救急センターで経験を積み、知識やスキルを自らの地元に還元すべく23年より現職にて活動する。20年岡山県立大学大学院保健福祉学研究科修了。看護学修士。14年救急看護認定看護師取得。21年看護師特定行為研修修了。日本救急看護学会の救急電話相談トリアージ委員会では、看護師が院内で行う救急電話相談トリアージの実態把握を目的とした全国調査や、研修の企画・開催に尽力する。

して患者さんを助けたい、助かってよかったという感情を分かち合えるスタッフを育成したいし、一緒に成長していきたいという気持ちでこれからも取り組んでいきたいです。

**佐藤** 今日はお話しできませんでしたが、救急看護師による血管造影をはじめとした内視鏡的なインターベンション治療の助例も増えています。多方面の診療の知識と技術を駆使できる専門性のある看護師が救急外来には必要です。そのためにも統一された標準的な教育も欠かせません。私は看護師の強みが救急医療施設の機能を向上させると信じています。(了)

註：救急電話相談トリアージナースコースは、Moodleを用いたオンデマンドセミナーとZoomを用いた実践セミナーの2部構成で、今後も開催を予定している。

## NANDA-I 看護診断のオフィシャルブック最新版

# NANDA-I 看護診断

## 定義と分類

2024-2026 原書 第13版

原書編集 T.ヘザー・ハードマン/上鶴重美/カミラ・タカオ・ロペス

訳 上鶴重美



▶56の新しい看護診断を追加、123の看護診断を改訂。

▶診断の軸構造を大幅に改訂し、各診断に一貫した軸値を割り当てた。

▶診断指標は、MeSHの用語を使用することで、明瞭性・一貫性が高まった。

▶アセスメントから適切な看護診断確定までのプロセスについての解説も充実。

▶臨床でのレファレンスに、また看護診断の学習に役立つナース必携の書。

■A5 2025年 頁720 定価：3,630円(本体3,300円+税10%) [ISBN978-4-260-05712-7]

医学書院

提供する時期や疾患を問わない緩和ケアを、救急・集中治療領域に統合するために。

## 救急・集中治療領域における緩和ケア

救命ができて死が避けられなくても、がんだけではなく心不全でも外傷でも、緩和ケアニーズは存在する。救急外来やICUにおける緩和ケアニーズのアセスメント、患者・家族とのコミュニケーション、苦痛症状に対するケア——時間が限定された救急外来やICUだからこそ、提供できる緩和ケアがある。「救命か、緩和か」ではなく、「救命も、緩和も」かなえるために、領域を越えて編まれたはじめての書。

監修 氏家良人  
編集 木澤義之

