

救急医療におけるチーム医療の現状と課題 ～看護師の病院前医療に対する認識について～

杉山洋介
(Yosuke SUGIYAMA)

【要約】

救急医学が成熟を迎え近年の救急医療では質の高い病院前医療やチーム医療が求められている。これから看護師が協働する機会がさらに増えると予想される救急隊と、継続した医療のためのガイドラインについて看護師を対象に認識調査を行った。その結果、救急隊の資格や職域について正しい認識を持つ看護師の割合が非常に少ないことが明らかとなった。また、JPTEC・JATECといったガイドラインも未だ浸透していないことが示唆された。今後、災害医療、ドクターヘリといった病院前医療の充実が図られるが、そうなれば看護師が病院前で看護を実践する機会も増えることが予想される。制限された病院前で合理的な救急医療の提供には質の高いチーム医療の成立が必須であるため協働する他職種との相互理解を得られ、看護実践できるための看護基礎教育や現任教育の構築が必要である。

キーワード：救急医療、プレホスピタルケア、チーム医療、ガイドライン、看護

1. はじめに

突発的に発生した患者を救急車で病院へ搬送し治療するといった救急医療システムは、今日世界中で広く普及している。日常的ともいえるこの救急医療システムは、1960年代から急速に発展してきた。この発展と平行して、傷病者を受け入れる医療施設の整備も行われてきた。医療施設の整備や救急医学が概ね成熟をむかえ、さらなる救命率の向上、防ぎえた死（preventable death：PD）の撲滅のため、医療施設搬入前に高度な救急救命処置を行う新たな資格の必要性が叫ばれるようになった。その流れを受けて、1991年に「救急救命士法」が制定され翌年に救急救命士が誕生、これにより病院前より医療職者である救急救命士が医学的知識を駆使した観察、初期救命処置にあたるようになった。さらに、1999年には「病院前救護体制のありかた委員会」が設置され、2000年に「メディカルコントロール体制構築の指針」と「救急救命士の教育改革の指針」が、2001年には「救急業務高度化推進委員会報告書」が発表された。これらにより、オンラインメディカルコントロール、オフラインメディカルコントロール、救急医療協議会の機能強化、救急救命士の教育と養成の充実、

ドクターヘリコプターの導入などが具体化された。¹⁾さらに、さらなる目覚ましい医学や科学の進歩も遂げ救命率や社会復帰率を向上させてきた。21世紀に入ってから、救急医療は量的整備から質的整備の時代に移行したと言われ病院前医療と医療施設との間に密な連携の必要性が求められるようになった。しかし救急医療体制構築の上で、特にメディカルコントロール体制の整備の中では看護師の具体的な役割はどこにも述べられていない。また病院前医療を提供する救急隊（消防組織）は総務省、医療施設は厚生労働省の管轄であり、人事や財源など組織構造が異なるなどの課題も大きいのが事実である。しかしこのような中にあっても、各職種が連携すべく様々な疾患・外傷において初期医療のプロトコルが作成され各専門領域の学会などで推奨され定着しつつある。例えば、高エネルギー外傷においては、日本救急医学会が推奨する、外傷病院前救護ガイドライン（Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care：JPTEC）²⁾・外傷初期診療ガイドライン（Japan Advanced Trauma Evaluation and Care：JATEC）³⁾があり、さらに外傷標準看護コース（Japan Nursing for Trauma Evaluation and Care：JNTEC）が

作成された。⁴⁾心肺停止 (Cardio Pulmonary Arrest : CPA) においては、アメリカ心臓病協会 (America Heart Association : AHA) が発表した「2005 American Heart Association Guideline for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care」⁵⁾を参考に、日本救急医療財団が策定した、「日本版2005年ガイドライン」⁶⁾に含まれる一次救命処置 (Basic Life Support : BLS) ・二次救命処置 (Advanced Cardiovascular Life Support : ACLS) といったそれぞれが連続性のあるガイドラインが作成され標準化教育が推奨されている。しかし2005年1年間に救急搬送された患者は4,958,121人、そのうち重症患者は482,207人。全体の9.7%)であった。⁷⁾これらのガイドラインの適応となる患者はさらに少ないことが容易に想像できる。ガイドラインの適応とならない患者においては、救急隊は独自の視点で観察し、医療施設へ搬入後に看護師や医師など病院スタッフがあらためてそれぞれの視点からトリアージ、インタビュー、フィジカルアセスメントを行うことが多いのが現実であり、情報の共有、コミュニケーションなど医療者間の連携は未熟であるといえる。⁸⁾

2. 研究目的

救急救命士という職種がうまれてからの救急初期医療は病院前医療が大きく注目をあびるようになり、病院前・初療・集中治療の3つの異なるパラダイムを形成してきた。今後、質が高く合理的な救急医療を目指すにはこれらが一つの連続した医療にならなくてはならない。しかしながら、医療における連携は医師が主導となっており院内での連携が主であった。そのため病院前 (救急隊員・救急救命士) と初療の間において、処置・観察・情報などの面において十分な共有ができていない現状がある。先行研究では、看護師と救急隊員・救急救命士とのコラボレーションの必要性や、そのための手段としてのガイドラインの必要性を述べたものは多数あるが、その現状や課題を調査し具体的に述べたものはない。そこで、本研究では、救急医療システムの一端を担う看護師が協働する救急隊員や救急救命士の業務や観察、判断プロトコールやその視点を理解し、さらに救急隊員・救急救命士の観察や処置を高めるために、また医療の継続という観点から病院前情報を初療や集中治療、また継続する看護に生かすことができるようになるために必要なこと、不足してい

ることを明らかにし看護師として救急看護のみならず、救急医療の質の向上を目指すことを目的におこなった。

3. 研究方法

救命救急センターを併設する医療施設に勤務する看護師を対象に、協働する病院前医療提供者である救急隊員・救急救命士の背景や職域、使用するガイドラインの認知度を明らかにするためのアンケート調査を行った。

救急隊員および救急救命士に日常的に接しており、またJPTEC・BLSなどのガイドラインに継続する医療を提供する機会が多いと考えられる救命救急センターの看護師と、併設する急性期医療施設の一般病棟に勤務する看護師を対象とした。

調査は、救急医療システム・救急救命士・救急隊員に関する自作したアンケート用紙を使用した。得られた回答はデータ化し、Microsoft社製Excel2003を使用し集計、一般病棟の看護師と救急救命センターの看護師の比較は χ^2 検定を行い有意水準は $p = 0.05$ で有意差ありとした。なお、アンケート中に使用した用語は、関係法規に使用されている用語を用いた。得られたデータは、平均値 \pm 標準偏差で表した。

調査は、①最終学歴②看護師経験年数および配属部署経験年数③救急隊員及び救急救命士を医療者と認識しているか④救急隊員の養成過程 (標準過程) について (正しい文章を5つの文章から選択) ⑤救急隊員の行うことのできる処置内容として認識しているもの (5つの選択肢から選択) ⑥救急救命士の養成過程について (正しい文章を5つの文章から選択) ⑦JPTECの受講歴、看護師がJPTECを学ぶ必要があるか⑧JATECについて、認知度と看護師が学ぶ必要性について⑨保健師・理学療法士・放射線技師の養成過程・職域について (正しい文章を5つの文章から選択) ⑩救急隊からの情報収集。以上の10項目である。

なおこの研究は、国士舘大学大学院倫理委員会の承認を受けた。またアンケートに先立ち、研究への参加は自由であること。参加しなかった場合でも不利益はないこと。途中で参加をやめたい場合は、いつでも中止できること。回答はデータ化し個人を特定できないようにすることを口頭および紙面にて説明し個人情報について配慮した。またデータは、研究のみに使用し、研究終了後は学会や研究誌において公表することにつ

いて承諾を頂いた。また、アンケート用紙は無記名とし、専用の封筒に入れて封をしてもらい回収した。

4. 結果

1) 回収率および対象者の背景

有効回答者数は、3病院の224名。(救命救急センター配属者132名、一般病棟配属者92名)

回収率は74.7%であった。平均看護師経験年数は5.5±3.1年、配属部署における平均看護経験年数は4.34±2.8年であった。最終学歴は、大学19名(救命救急センター配属者14名、一般病棟配属者5名)、短期大学30名(救命救急センター配属者18名、一般病棟配属者12名)、専門学校(3年過程)141名(救命救急センター配属者70名、一般病棟配属者71名)、専門学校(2年過程)34名(救命救急センター配属者30名、一般病棟配属者4名)であった。

2) 救急隊員に対する認識

救急隊員は医療者であるかの問いに救命救急センター配属者92名(69.7%)、一般病棟配属者92名(100%)、合計184名(82.1%)が「医療者である。」と回答した。救命救急センター配属者と一般病棟配属者の間において有意差を認めた。

救急隊員の養成課程について説明を受けたことがあるかの問いに対し、すべての回答者が「いいえ」と回答し、養成過程の正答を選択したのは、4名(1.8%)、正答者はすべて救命救急センター配属者であった。

救急隊員の行うことのできる処置に対する問いでは、その処置内容を、救命救急センター配属者90名(68.2%)、一般病棟配属者4名(4.3%)、合計94名(42.0%)が「知っている」と回答したが、そのうち正しい内容を選択したのは、救命救急センター配属者0名(0%)、一般病棟配属者4名(100%)であり、救命救急センター配属者と一般病棟配属者の間にそれぞれ有意差を認めた。

3) 救急救命士に対する認識

救急救命士は医療者であるかの問いに救命救急センター配属者120名(90.9%)、一般病棟配属者92名(100%)、合計212名(94.6%)が「医療者である。」と回答した。

救急救命士の養成課程の問いに対し正答を選択したのは、救命救急センター配属者24名(18.2%)、一般

病棟配属者1名(1.1%)、合計25名(11.2%)であり有意差を認めた。

救急救命士の行うことのできる処置に対する問いでは、その処置内容を、救命救急センター配属者92名(69.7%)、一般病棟配属者4名(4.3%)、合計96名(42.9%)が知っているとの回答であったが、そのうち正しい内容を選択したのは、救命救急センター配属者24名(26.1%)、一般病棟配属者0名(0%)であり全体の10.7%であった。この調査も救命救急センター配属者と一般病棟配属者の間で有意差を認めた。

4) JPTECに対する認識

わが国の病院前医療の代表的な外傷の観察・処置・判断であるJPTECプログラムを受講していた看護師は救命救急センター配属者30名(全体の13.4%、救急部門配属者の22.7%)、未受講であるが知っているとは回答したのは総数78名(33.9%)、うち救命救急センター配属者76名(56.1%)、一般病棟配属者2名(2.2%)であった。

さらに看護師がJPTECを学ぶ必要があるかを問うと、「とてもある」は8名(3.6%)すべてが救命救急センター配属者(6.1%)、「ある」が66名(29.5%)、これもすべて救命救急センター配属者(50%)であった。「どちらともいえない」が136名(60.7%)、うち救命救急センター配属者は52名(39.4%)、一般病棟配属者は84名(91.3%)であった。「あまりない」は13名(7.6%、救命救急センター配属者では6名(4.5%)、一般病棟配属者で6名(7.6%)。「ない」との回答は一般病棟配属者の1名であった。

看護師が、JPTECを学ぶ必要があると回答した理由をオープンクエスチョンで求め、分類すると、患者がうける医療の流れを知るため12名、医療者が共通の視点を持つため12名、救急隊の活動を知るため3名の3つの分類に分けられた。その他は無記入であった。一方、学ぶ必要がないと回答した理由は、その知識を使うことがないため3名が挙げられ、その他は無記入であった。JPTECの認知度と学ぶ必要性を感じている対象者数は、救命救急センター配属者と一般病棟配属者の間で有意差を認めた。

5) JATECに対する認識

JATECを「知っている」と回答したのは104名(46.4%)、すべて救命救急センター配属者であった。

看護師がJATECを学ぶ必要があるかを問うと、「ともある」との回答は、22名（9.8%）すべてが救命救急センター配属者（16.7%）であった。「ある」との回答は66名（29.5%）、これもすべて救命救急センター配属者（50%）であった。「どちらともいえない」が108名（48.2%）、うち救命救急センター配属者は16名（12.1%）、一般病棟配属者は92名（100%）であった。「あまりない」は13名（7.6%）救命救急センター配属者では6名（4.5%）、一般病棟配属者で6名（7.6%）。「ない」との回答は一般病棟配属者1名であった。

看護師がJATECを学ぶ必要があると回答した理由を自由記載で求め、分類すると、スムーズな診療の補助を行うため9名、医師と同じ視点を持つため9名、患者が受ける医療の流れを知るため6名、看護師は医学的知識が少ないため1名の4つに分類され、その他は無記入であった。また、学ぶ必要がないと回答した理由として、関わることはないから3名JATECは医師の領域だから1名、難しすぎる1名、知らなくても不自由をしていない1名の5つの回答があった。

JATECに関する認知度、学ぶ必要性を感じている対象者数はそれぞれ、救命救急センター配属者と一般病棟配属者の間において有意差を認めた。

6) 理学療法士・保健師・放射線技師に対する認識

救急隊員および救急救命士のほか、医療職種である理学療法士、保健師、放射線技師の養成課程、職域について同様の質問をおこなった。

理学療法士の養成課程について正答したのは203名（90.6%）、職域を「知っている」と回答したのは197名（87.9%）で、うち41名（20.8%）が職域内容を正しく選択した。

同様に保健師では、養成過程について正答したのは35名（15.6%）、職域を「知っている」と回答したのは217名（96.9%）で、うち81名（37.3%）が職域内容を正しく選択した。

さらに放射線技師では、養成過程の正答者が155名（66.2%）、職域を「知っている」と回答したのは115名、うち42名が職域内容を正しく選択した。

なお、各職種別に職域の正答率をみると、保健師37.3%と最も高く次に理学療法士20.8%、放射線技師18.8%、救急救命士10.7%、救急隊員1.8%であった。保健師と理学療法士、放射線技師と救急救命士、救急救命士と救急隊員の間にそれぞれ有意差を認めた。（図.1）

7) 救急隊との情報共有

救急隊によって搬送された患者について救急隊からの情報収集をしているかの問いに、救命救急センター配属者98名（80.3%）、一般病棟配属者11名（12.0%）、合計109名（48.7%）が「している」と回答した。救命救急センター配属者と一般病棟配属者には有意差を認めた。

情報を得る手段として最も多かったのが、活動記録であり88名（救命救急センター86名、一般病棟2

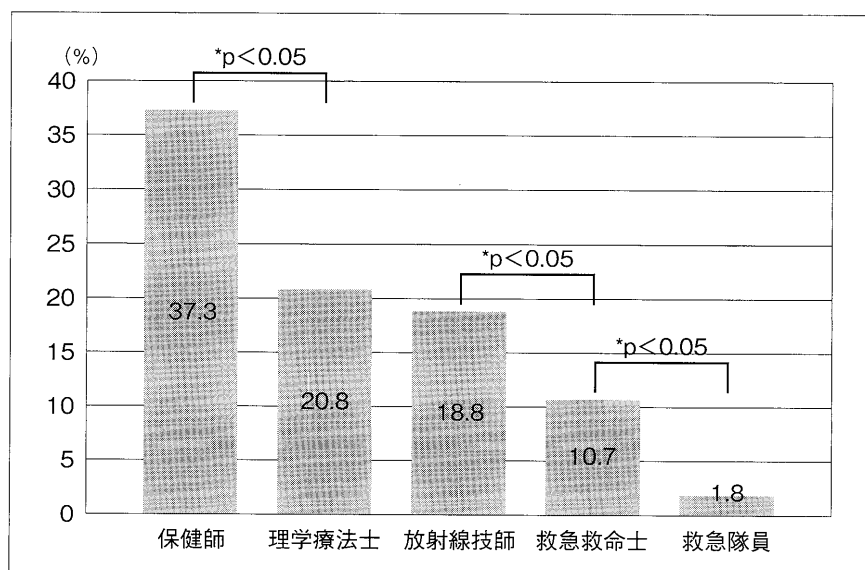


図.1 各職種における職域の正答率

名)、次に救急隊員及び救急救命士の52名(救命救急センター52名)、カルテは19名(救命救急センター10名、一般病棟9名)であった。その他の回答はなかった。

また、得られる情報は、看護を提供するのに十分かの問いには、79名(救命救急センター76名、一般病棟3名)が「不十分」と回答し、18名(救命救急センター16名、一般病棟2名)が「十分である」と回答した。また、残りの12名(救命救急センター6名、一般病棟6名)は、「必要なし」と答えた。

4. 考察

1) 救急隊員・救急救命士と看護師間における相互理解の必要性

本研究は、救急隊員・救急救命士の養成過程や職域についての看護師の認知度を調査したものである。その結果、多くの看護師は、救急隊員・救急救命士を医療者として認識しており、その職域を知っていると認識していた。しかしながら、応急処置や救急救命処置の内容を正しく選択したものは少なく協働する救急隊員・救急救命士のおかれている背景や職域は知られていないことが明らかとなった。

一般に救急隊員とは、消防学校における救急標準過程(または救急Ⅰ・Ⅱ過程)修了者を指し資格制度はない。つまり、救急隊員は医療資格者ではない。よって、一義的な業務はあくまでも傷病者の搬送であり搬送中に傷病者に対して行う処置は生命の危機状態という、やむを得ない状況において消防法に定められた応急処置を行うと法律上の解釈がされている。一方、救急救命士は指定養成機関において一定の教育を修めると国家試験受験資格を得、国家試験合格をもって資格を与えられる医療職者であり医師の指示の下、救急救命処置を行うことが許されている。(表.1)

調査の結果では多くの看護師が救急隊員を救急救命士と同様に国家資格を得た医療者と誤った認識をしていた。救急隊員に限れば、看護師と同様に昭和20年代より法的に認められており、日常的な医療の現場にも定着していたと推測されていた。また、救急救命士も大都市部ではほぼ全ての救急隊に配置され救急領域の看護師には日常的に接触する身近な職種であるといえよう。しかしながら、救急隊員や救急救命士の背景や行うことのできる処置に対して看護師の認知度は非常に低い。この理由は、今までの救急医療では病院前医

表.1 救急隊の行う応急処置の範囲

	処置	資格			
		認定	救急	救命	士
1	口腔内の吸引	認定	救急	救命	士
2	経口エアウェイによる気道確保				
3	バックマスクによる人工呼吸				
4	酸素吸入器による酸素投与				
5	用手法による気道確保				
6	胸骨圧迫心臓マッサージ				
7	呼気吹き込み法による人工呼吸				
8	圧迫止血				
9	骨折の固定				
10	ハイムリック法および背部殴打法による気道異物除去				
11	体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察				
12	必要な体位の維持、安静の保持、保温				
13	聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取				
14	血圧計の使用による血圧の測定				
15	心電図計の使用による心拍動の観察および心電図伝送				
16	鉗子・吸引器による喉頭、声門上部の異物の除去				
17	経鼻エアウェイによる気道確保				
18	パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定				
19	ショックパンツの使用による血圧の保持および下肢の固定				
20	自動式心マッサージ器による胸骨圧迫心マッサージ				
21	特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持				
22	精神科領域の処置				
23	小児科領域の処置				
24	産婦人科領域の処置				
25	自動体外式除細動器による徐細動				
26	厚生労働大臣の指定する薬剤を用いた静脈路確保				
27	厚生労働大臣が指定する器具を用いた気道確保				
28	気管内挿管				
29	アドレナリンの投与				

日本救急医学会 厚生労働省 総務省監修 「病院前救護とメディカルコントロール」P.70, 医学書院, 2005より一部改変

療と医療施設における医療が切り離されて行われてきたため協働することがなかったことや、看護師養成課程や現任教育での職種間の相互理解が得られるようなチーム医療に対する十分な教育が行われていないことなどが原因として考えられる。

しかし、救命救急センターに配属されている看護師は、救命救急センター以外に配属されている看護師に比べ有意に正しい認識を示すものが多かった。これは、日々の業務上の経験や自己の情報収集などが影響していると考えられる。また、看護師でも受講機会のあるガイドラインであるJPTECを学ぶ必要があるかの問いに、「とてもある」「ある」と回答したものが救命救急センター配属者で50%であり、残りの50%は「どちらともいえない」と答えた。学ぶ必要がある理由として「共通の視点をもつため」「他職種（救急隊員・救急救命士）の職域を知るため」が挙げられていることより、ガイドラインを学ぶ必要性を感じる看護師は他職種とのチーム医療という意識があることがうかがえる。2003年6月から2005年10月の2年4ヶ月の間に東京都において開催されたJPTECプロバイダーコースは25回であった。このプロバイダーコース受講者のうち看護師は123名（1回平均4.9名）、医師は100名にとどまっており、プロバイダーが1名もいない救命救急センターも存在している。⁹⁾ 今回の調査でも、JPTEC受講者は救命救急センター配属者132名中30名であり看護師には受講機会が少ないことが明らかとなった。さらにJPTECを「知らない」と回答したのも21名いたことより、看護師の間でJPTECはまだ浸透、定着しているとはいいがたい。

近年の医療界では、多数の医療関係職種がうまれており救急救命士もそのひとつである。また、あるひとつの職種の中でも専門性を求められ、各学会などでその分野における資格などが与えられるようになってきた。その背景には医療の高度化と質の管理が深く関係していると考えられる。医療の高度化は医療に関わる各学問、医療技術の進展に伴う専門性の深化と捉えることができる。それぞれ専門性を持った多数の医療職種者が、患者の目標を共有し（患者志向）、それぞれの専門性を生かした視点（専門性志向）で相補的な関係としてコラボレーションさせることで、初めて「チーム医療」が成立する。患者志向と専門性志向は、医療職者各々の医療現場における専門性の迫りや、職務満足度を求めることで緊張関係に陥りやすいとされてい

る。¹⁰⁾ そのような専門性志向と患者思考を相補的な関係として形成させるのに必須な要素が相互理解である。各職種の特殊性・専門性・職域を相互理解することで他職種の専門性志向をも理解できるのである。しかし、協働する他職種の卒前教育や専門性志向を理解できるような機会が与えられていないことが考えられた。今後さらに整備されると予想される救急医療の進展には、ドクターカー・ドクターヘリ、災害医療体制の構築、標準化教育などがあげられる。¹¹⁾ これらは、どれも病院前医療をも含め早期に効果的な治療を施し救命率の向上、早期回復を目指し、PDを撲滅することを目的としている。メディカルコントロールなどの救急医療システム構築上、看護師に関する内容が述べられている項目はほとんどないが、医師がドクターカーやドクターヘリを用いて病院前医療に参加する場合、救急隊員や救急救命士の介助だけでなく看護師の介助を必要としていることが明らかになっている。この理由として、処置や家族対応などにおいて普段から協働している看護師のほう連携しやすい点があげられている。¹²⁾ このことから協働するものの相互理解は重要であるといえる。よって、看護師が前述した救急医療システムの進展に関わらなくては救急医療そのものが成り立たないことは明らかである。今後、看護師が提供する病院前医療においては、医療施設同様の豊富な物的、人的資機材がない中において、さらに高度な医療を求められる。このような制限された中で求められる医療を提供するには、合理性を求めなければ成り立たず、合理性を追求するということは、ガイドラインを十分に生かし各々の視点、職域を十分に発揮しなければならない。それには協働する職種への相互理解ができていなければならない。つまり、これまでの自動的な職種間の連携の域を脱し、完成された他職種間での協働関係を構築しなければならないのである。さらには、「病院前医療」、「初療」、「集中治療」という救急初期医療の3つの異なるパラダイムを区切ることなく、1つの連続した時間にすることができたならば、各医療職種の連携の取れた合理的な、つまりは理想的な医療が実現するのではないだろうか。

アメリカの救急看護教育は、アメリカ救急看護学会の「救急看護はすべての年齢を対象とし、その専門実践は医師、パラメディックなど救急ヘルスケアの効果的なチームワーク、あらゆる場面での分析、実践、管理能力との統合である。」との提言のもと、看護学部を

含むヘルスケアプロフェッション専攻の全学部生がAHAのBLS資格を取得する。さらに看護学部においては、救急看護学は必須専門科目として独立してカリキュラムに組み込まれている。看護師資格取得後も、継続学習と免許更新が義務づけられ、さらにトリアージナース・フライトナース・ナースプラクティショナーといったさらに専門性の高い資格が存在し、その業務が定義され日本の看護の領域を超えた医療処置をも提供している。また、それらのケアは、社会的ニーズに的確に対応し患者満足度を向上させることで看護師自身のモチベーションをも維持している。その上、そのような救急看護の必要性が看護師の職域の拡大、専門性の発展を遂げさせている。¹³⁾

しかし、日本において救急看護は、看護基礎教育上、科目として取り上げられておらず、¹⁴⁾ 主に成人看護学の一部として位置しており、さらに病院前医療については具体的に触れられていない。看護師国家試験を合格するとその資格は生涯有効であり、救急認定看護師の養成・資格更新など一部を除けば、救急看護に関する組織立った教育課程を受ける機会がなく、その教育は主に各施設における現任教育に頼っている。黒田は、これらの背景より日本の救急看護の発展のために必要な項目として、「救急看護師のもつ専門職としての高い意識と社会的地位向上への努力」「救急ヘルスケアチームにおけるコラボレーション（メディカルコントロールへの看護師の参加）」「救急看護における教育の変成」の3点を挙げている。¹⁵⁾ さらに日本の救急医療に携わる看護職は、多くの場合ひとつの病院に所属し救急部門に配属されているに過ぎず、病院の経営・人事的背景が影響していることも否定できない。つまり、すべての看護師が明日にも、突然救急部門に配属となり救急隊員や救急救命士と協働することになるかもしれないのである。よって、協働する可能性のある職種への理解はすべての看護師に必要であることから看護基礎教育における基礎救急看護学教育、基礎救急看護学教育をさらに専門性を高める組織的な臨床現任教育の構築に取り掛からなくてはならないと考える。

2) 看護実践におけるガイドラインの意義

救急医療における第一義的な目的は救命である。これは、医療に携わる全ての職種、スタッフに共通であり、ゆるぎないものである。この絶対的な目標に向か

って、医師・看護師・救急救命士・理学療法士など多くの職種が携わっているが、各職種は各々の専門性志向を持ちその回復過程を援助している。また、特に初期治療の時間的要素、治療内容が生命予後を大きく左右する可能性のある場面において、施設やその体制、医療者の技量などにより提供される医療の質が異なるということはPDを招くことに等しい。したがってガイドラインは、どの医療施設でも同等の質の高い医療を提供するために必須であるといえる。また、これらのガイドラインは、協働する様々な医療者が、目標・言語・観察視点などを共有するのにあたっては非常に有用である。つまり、ガイドラインを習得していれば初対面のスタッフであってもスムーズに協働することができる可能性があるといえるのだ。これらのガイドラインに準じた医療を提供する医療者はそのガイドラインを熟知している必要があるということは明らかである。しかしながら今回の調査では、看護師も受講しえるJPTECに関して、「受講した」および「知っている」と回答した看護師は全体の47%あまりにとどまっている。また、JPTECを学ぶ必要性を認識している看護師も全体の約33%でありどちらも低い値にとどまっている。この結果は、2003年に発足したJPTEC協議会は歴史が浅く、アンケート結果にもあるように未だ救急領域の医療者にも浸透しきれておらず、触れることの少ない、あるいは無い救急以外の領域の看護師には特に認知度が低いものと考えられる。JPTECは病院前における外傷患者への救護の幹を述べている。また、コースでは、実際の現場を想定した実技訓練を重点的に行っている。現在の救急医療システムを考慮すると、看護師が現場に派遣され直接傷病者の観察、処置に当たることは非常に限られている。この点ではむしろ、医師向けであるJATECのほうが、直接的に看護師が触れる機会が多いと思われる。このJATECに日常的に触れている救命救急センター配属者で、「知っている」と回答したのは約79%と高い値を示したが、一般病棟配属者では1名もいなかった。これには、医師向けであるが故に看護師に受講機会が無いこと、知らなくても医師の指示の下に補助を行っていればガイドラインに沿った医療が成立していることが考えられる。また、そのことにより約半数が、学ぶ必要性を「どちらともいえない」と回答していることにつながっていると考えられる。

看護師が現場に派遣されると想定されるのは、ドク

ターカーやドクターヘリの要請時がほとんどであり、多くの場合医師が同行している。よって、JPTECのプロトコルをそのまま実践する機会は限られている。つまり必ずしもすべての看護師がJPTECを受講しすべてのスキルを習得する必要性は無いとも考えられるが、医療施設で搬入後に継続した医療を医師らとともに提供できるように、また協働する救急隊員や救急救命士の職域を理解し協働できるようになるためにもJPTECやJATECの概念を熟知しておくことは必須であるといえる。今後も、防ぎえた外傷死（Preventable Trauma Death：PTD）撲滅のために救急医療に携わる可能性のある、つまりすべての看護師、医療者への浸透を期待する。

これまで、ガイドラインの有用性、概念を熟知する必要性を述べてきた。しかしながら、看護師はガイドラインだけで看護を遂行することはできないことを忘れてはならない。それは、「看護」というのは、大きく分けると「診療の補助」と「療養上の世話」の2つから構成されるが、¹⁶⁾ それぞれは身体的、心理的側面はもとより社会的、霊的側面をもアセスメントし対象に関わることを指しており、これが対象の生活の質（Quality Of Life：QOL）を左右する可能性あるという看護独自の視点があるからである。つまり、今起っていること（病気や怪我）は、この対象に対してどのような意味があるのか、これまで送ってきた人生（信念、健康認識や健康管理行動、社会的役割など）と今後の予測（回復過程、後遺症など）を考慮すると、今何をニーズとしているのか、だから何を看護として提供すべきかなどを対象ごとにアセスメントしなければならないのである。ガイドラインを使用し、医学的診断プロセスを経るのと同様に病態を見抜くアセスメントができると、医師との連携もよりスムーズとなり有能な看護師として評価される。特に患者の容態が変化しやすい救急医療においては、医学的視点からのアセスメントは看護師の重要な役割であることは間違いない。しかし、病態の理解だけでは看護としての役割・機能を発揮できない。今その人に起きている現象を、もっとホリスティックな観点から理解できなければ、その人の看護はできないのである。¹⁷⁾ 看護師は常にそのことを意識し、ガイドラインを熟知したうえで有効に活用しながら、さらに看護独自の視点を加味したフィジカルアセスメントを心がけなくてはならないのである。

3) 情報の共有の必要性

協働する医療者にとっての目標共有については前述したとおりである。そして、その目標を各医療職者がそれぞれの視点で援助し達成するためには、それに関連する情報の共有も必須であることは明らかである。あるひとつの情報でも医療者が変わればその情報をアセスメントする視点が異なるからである。調査の結果では、救急隊からの情報収集をしていると回答した看護師は109名であった。しかし救急隊からの情報を「必要ない」と答えた看護師が12名いた。それ以外の97名の看護師は何らかの情報を必要と認識している。しかし情報源として最も多いのは活動記録が挙げられており得られる情報はその活動記録に記される限られた情報しか得られていない可能性がある。救急隊から直接情報を得ている看護師は52名おり、活動記録に記載される情報以外の何らかを得ていることがわかった。しかし一般病棟配属者においては、救急隊から直接情報を得ている看護師はおらず、さらに情報量は少ないことが予想される。そして、救急隊からの情報を得ていない看護師が、実に半数以上存在することから、病院前医療の情報、つまり救急隊からの情報は看護を展開するにあたり生かされていないことが多いということが示唆された。

これまでの救急医療の現場では情報の共有ができていないことから救急隊、看護師、医師らによる重複したインタビューが実施され、対象の不満を招くことや、スムーズな治療や看護を提供することができないことがあり対象、医療者ともにストレスを感じていることが問題として挙がっていた。¹⁸⁾

しかし、情報を共有することでそれらが解決され、さらに救急隊と看護師、医師間の信頼関係、連携の強化に役立つものと考えられる。

さらに看護師には独自の視点から全人的に対象をアセスメントする必要がある。看護を展開するにあたり、ゴードンは、看護師に必要なアセスメントの視点を11の機能面からの健康パターンを定義した。¹⁹⁾ これらの視点をアセスメントするには、そのとき起っていることをそれまでの人生や日常営んでいる生活やその環境などを考慮しなければならない。つまり、搬送する対象の生活領域にまで踏み込む救急隊は看護展開に不可欠な、しかし看護師には直接得ることのできないことの多い、非常に重要な情報源であることは間違いない。看護師は主に対象やその家族から既往歴、現

病歴、日常生活など様々な内容のインタビューを行うが、身体に変調をきたした対象やその家族はその変調によってもたらされる身体的苦痛、変化するであろう未来、ボディーイメージの変化、社会的役割への影響など多くの側面における不安を抱え、身体的だけでなく精神的にも危機状態に陥っており冷静に情報を伝えることが困難なことが多い。さらに、その対象にとってあまり知られたくないと感じる情報に関してインタビューした場合、どうしても脚色した情報となりやすい。これらの正確とはいえない情報は、冷静な第三者的立場から見た情報と照らし合わせることによって情報の正確性を判断する、さらにはその脚色の裏に隠された事柄はどのような意味を持つのかをアセスメントするのに非常に有用であるといえる。よって看護師は、積極的に救急隊からの情報を得よう働きかける必要があるのである。さらに、橋本はこれらの視点で全人的に対象を捉えることは看護師のみならず救急隊にも有用であることを述べている。²⁰⁾つまり、各々の職種の専門性を理解した上という高いレベルでの情報共有によって不安を抱え身体的精神的危機状態に陥った対象に対して必要な情報を提供し見通しを持った行動をすることが、対象のみならず救急隊にとっての危機介入になりうるということである。以上を考慮すると、看護師は看護過程を展開するための情報を得るだけでなく看護師の視点からの情報を救急隊に伝えるというように双方向のコミュニケーションをとらなければならないのだ。すべての医療職がこれらの職種間コミュニケーションの必要性を強く認識し、さらに質を向上させるためにも、どれだけの役割を果たしどれだけの効果をもたらしているのかを検証し、教育していくことが必要である。

5. 結論

チーム医療が成立するための基礎である相互理解に必要な救急隊員および救急救命士の資格、職域に対する正しい理解をもつ看護師の割合は非常に少ないことが明らかとなった。また、JPTEC・JATECといったガイドラインにおける標準化教育は看護師の間でまだ浸透、定着していないことから、病院前医療を提供する救急隊と、それを引き継ぐ医療施設に勤務する看護師の間における密な連携は成立していないことが考えられた。合理的なチーム医療の成立のため、また今後看護師が病院前医療にかかわる機会が増えることが

予想されることから各職種間でそれぞれを相互理解できるような基礎教育や現任教育の確立が急務である。現在、進められている救急医療の標準化教育は協働する医療者にとって共通の目標、言語、視点を持つためには有用であり関わる可能性のある看護師、つまりはすべての看護師が概念を熟知しておくべきものである。しかし、看護を実践するには視点が不足していることを念頭に置き、他職種と共通の目標や視点を持ちながらも看護独自の視点から常にアセスメントすることを心がけ、対象を身体的・心理的・社会的・霊的などあらゆる側面から全人的に捉える確にニーズに対応していかなければならない。そして、そのニーズを的確に捉えるには、対象の生活の場に踏み込む救急隊の持つ情報が非常に有用である。しかし救急隊からの十分な情報を得ることはできていない現状があり救急隊との情報交換に課題を残している。看護師と救急隊の双方向のコミュニケーションが成立することは看護展開に有用なばかりでなく救急隊に対する危機介入にもなりうるため、その必要性を広く浸透させるべきである。

【引用文献】

- 1) 日本救急医学会 厚生労働省 総務省消防庁監修：救急医療システムの歴史，病院前救護とメディカルコントロール，pp3-7，医学書院（2005）
- 2) JPTEC協議会：JPTECプロバイダーマニュアル第1版，プラネット（2003）
- 3) 日本外傷学会・日本救急医学会監修：外傷初期診療ガイドライン，へるす出版（2002）
- 4) 鈴木貴子：REPORT JNTEC（標準外傷看護）プレコース，EMERGENCY CARE，19(8)，12-13（2006）
- 5) 2005 American Heart Association Guideline for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care，Circulation，112（2005）
- 6) 中野実：生まれ変わった心肺蘇生法，nursing，27(1)，18-19（2007）
- 7) 総務省消防庁：平成17年度版救急・救助の概要（2006）
- 8) 中村恵子：救急医療の現状とボレホスピタルケア，EMERGENCY NURSING，17(4)，10-17（2004）
- 9) 山崎元靖他：東京都におけるJPTECの医療機関別普及状況—1年の変化—，日本救急医学会関東地方会雑誌，27，160-161（2006）
- 10) 鷹野和美：チーム医療論，医歯薬出版，4-9（2004）
- 11) 小柳亮：今後の病院前救護体制のあり方，Emergency Nursing，14(2)，10-13（2001）
- 12) 阿武正敏他：ドクターアンビュランス運営における看護師の役割と今後の課題，日本救急医学会関東地方会雑誌

- 誌, 26, 162-163 (2005)
- 13) Newberry L.: Sheehy's emergency nursing principles and practice 5th ed., Mosby (2003)
- 14) 日本看護協会看護婦職能委員会：看護婦教育課程, 看護婦業務指針, 日本看護協会出版会, 318-320 (1995)
- 15) 黒田啓子：米国における救急看護, 日本救急医学会関東地方会雑誌, 27, 20-21 (2006)
- 16) 日本看護協会編：保険師助産師看護師法, 看護白書, 日本看護協会出版会, 226-229 (2006)
- 17) 杉山洋介他：外来看護師が知っておきたいフィジカル
アセスメント, 外来看護最前線, 12 (2), 145-153 (2006)
- 18) 池辺和子他：救急外来と救急隊の情報共有, 社会保険医学雑誌, 42 (2), 94-98 (2003)
- 19) マジョリー・ゴードン著, 佐藤重美訳：ゴードン博士のよく分かる機能的健康パターン, 照林社 (1998)
- 20) 橋本明子：プレホスタルからインホスピタルケアへ, 日本救急医学会関東地方会雑誌, 27, 8-11 (2006)