様　式　Ｃ－１９、Ｆ－１９－１、Ｚ－１９　（共通）

科学研究費助成事業　　研究成果報告書

令和　２ 年　２ 月 １８ 日現在

機関番号：３２８２１
研究種目：挑戦的萌芽研究
研究期間：2015～2017
課題番号：１５Ｋ１５８１７

研究課題名（和文）外来患者の受診科決定支援時の病院職員の役割分担についてのコンセンサスモデルの構築

研究課題名（英文）Supporting patient's decision making to find right access to medical care in healthcare facilities with emergency medical services in Japan

研究代表者
臼井　美帆子（笹鹿美帆子）（Usui (Sasaka), Mihoko）

東京有明医療大学・看護学部・講師

研究者番号：９０２９２５６５

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費）　　2,500,000円

研究成果の概要（和文）：２次救急を有する病院における受診科決定支援を行う病院職員の役割について３つの調査を行った。調査１では、新患患者の診療科の決定までの流れと医療従事者による支援について、関東圏内の２病院におけるヒアリング調査の結果、新患患者の受診科決定支援には事務職、看護師、医師が関わっており、事務職は不安を抱えていることが明らかになった。調査２では、2次救急を有する東京都内241病院を対象に受診科決定支援に関する実態調査を行い、受診科決定を支援する病院職員の中では看護師が最も多いことが明らかになった。調査３では、受診科決定支援を行う看護師のコンピテンシーについてデルファイ調査を行い、重要項目が明らかになった。

研究成果の学術的意義や社会的意義
本研究では「どの診療科を受診したらよいのか」という患者の迷いに対する援助（受診科決定支援）を行う看護師に必要な能力を明らかにした。受診科決定支援を行う看護師の存在は様々な施設において認識されていたが、どのような能力が必要であるかに関する研究はなかった。本研究により受診科決定支援を行う看護師に必要な具体的な能力が明らかになったことは、病院や診療所における看護ケアにおける質の保証、教育などへ資する。

研究成果の概要（英文）：Three surveys were conducted on the role of hospital staffs who support decision making of which medical doctor to see at hospitals with secondary emergency. In the first study, hearing survey was conducted at two hospitals within the Kanto region regarding the flow of the patients up to the medical treatment and the support by health care workers, which resulted that patients was assisted by clerical workers, nurses, and doctors, clarifying that the clerical workers have anxiety in supporting patients. In the second study, 241 hospitals in Tokyo with secondary emergency were surveyed, and resulted that the number of nurses was the most among hospital staff in supporting patient in decision making. In the third study, a Delphi survey was conducted on the competency of nurses who support decision making, and important items were clarified.

研究分野：成人看護　プライマリケア　高度実践看護師

キーワード：受診科決定支援　看護師　コンピテンシー　トリアージ　２次救急　病院　意思決定支援　アクセスビリティ

外来患者の受診科決定支援時の病院職員の役割分担についてのコンセンサスモデルの構築

1. 背景

日本の病院外来の現状：我が国の医療連携体制の基本的考え方として、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談はかかりつけ医（診療所）に行い必要に応じて病院受診を行うべく、啓蒙および診療報酬上の誘導を行っているにも拘わらず、病院の外来に診療を希望する患者は後を絶たない。日本の医療における患者の意識の中では、病院の外来と診療所の受診の区別は殆どなされていないのが現状である。島崎[1]は、病院の外来部門と診療所の機能分化がなされていない日本医療の特徴について沿革的な理由によるところが大きく、日本の病院は診療所が大きくなったものが大半であり法制的にも病院は診療所の一部として位置づけられていたこと、フリーアクセスが保障されておりゲートキーパー機能が弱いことを挙げている。日本の外来の大半はプライマリ・ケアの提供を依然として担っているのが現状である。こうした問題に対し、「かかりつけ医の推進」や「医学教育における総合診療医の育成」、診療報酬上の誘導などが試みられているが、いずれも顕著な効果は見られていない。国民の意識は変わらず、病院外来へウォークインで受療する数は依然として高い。

現在、多くの病院が入口付近に受診科決定支援を行う医療職を配置しており、看護職である場合が多い。受診科の選択は通常患者の希望に従って事務職が事務手続きをするが、患者自身が適切な判断を下せない場合や緊急性の高い疾患が疑われる場合には、問診や視診（必要かつ可能であれば触診、打診、聴診）を行い、適切な診療科（二次救急外来を含む）への受診案内および当該診療科との調整を行う医療職が必要である。

我が国の2次救急を有する病院における初診ウォークイン患者に対する受診科決定支援は病院外来機能の特性上、プライマリ・ケアのトリアージの要素も包含している。またウォークイン患者であっても、2次救急での対応が必要な場合があり、2次救急を有する病院における受診科決定支援には、救急トリアージの要素も含んでいる。

2. 研究の目的

2次救急機能を有する病院における医師、事務職、看護師が行う受診科目決定支援の役割分担の望ましいあり方について明らかにすることである。

3. 研究の方法

2次救急を有する病院における受診科決定支援を行う病院職員の役割について3つの調査を行った。調査1では、関東圏内の2病院にて、新患患者の診療科の決定までの流れと医療従事者による支援について看護師及び事務職員を対象にヒアリングを行なった。調査2では、2次救急を有する東京都内241病院を対象に受診科決定支援に関する実態調査を郵送法にて行った。調査3では、受診科決定支援を行う看護師のコンピテンシーについて3ラウンドのデルファイ調査を行った。

4. 研究の主な成果

調査1.　新患患者の診療科の決定までの流れと病院職員による支援（実地調査）：【目的】新患患者の診療科決定までの流れと病院職員による支援方法のパターンについて明らかにする。**【方法】**関東圏内における2施設（いづれも200床以上の総合病院）にて、新患患者の診療科の決定までの流れと医療従事者による支援について、患者と医療従事者へのヒアリングと観察を、延べ30時間行なった。東京有明医療大学倫理委員会の承認を得て行われた（承認番号：24号）。

【結果】新患患者の診療科決定までの流れは様々であり少なくとも事務職、看護師、医師がかかわっている。結果2. 受診科決定支援を行う病院職員から以下のことが明らかになった① 事務職は院内で一番はじめに患者に接することに対して、少なからず恐怖心を抱いている。（2次救急患者である可能性、診療科を間違えたときのトラブル、多忙医師や看護師に電話で尋ねること

への抵抗感）② ①の理由より、総合受付の事務職は看護職がすぐに対応できる場所にいてくれることを望んでいる（適切な対応への期待、看護職に対する患者からの信頼）。③ 外来看護師は、自ら属する外来部門の患者の対応に追われており、診療科の決定していない患者や間違って受付をした患者への対応に困難さを感じている。④ 事務職は、看護師がトリアージをすることによる患者の反応について、患者は「なぜその診療科が適切と考えられるのか」について医療職（看護師）により詳しく説明を受けるので納得して受診できていようである、同じ説明をしても看護師が説明する場合だと納得してもらいやすい、と捉えている。

調査2．東京都内で2次救急を有する病院の外来患者の受診科決定に関する現状調査

【目的】二次救急を有する病院について受診科目決定支援の現状について明らかにすることである。**【方法】**都内で2次救急を有する241病院を対象として、受診科目決定支援者の有無、支援者の職種と選択理由、定式化の有無について、68無記名質問紙法によって調査した。東京有明医療大学倫理委員会の承認を得て行われた（承認番号：108号）。**【結果】**病院から回答を得た（回収率28%）。回答のあった病院中47病院（76%）において受診科決定支援者がおり、そのうち受診科目一次決定支援者（患者に最初に受診科目の決定の支援を行う者）で最も多い職種は看護師（55%）、次いで事務職(29%)であった。受診科目一時決定支援者としての選任用件としては、事務職では「受付業務と並行して行うため」、看護師では医学的知識、外来部門へのスムースな連携が多く挙げられた。

調査3. 2次救急を有する病院における受診科決定支援を行う看護師に必要なコンピテンシー：デルファイ調査

【目的】2次救急を有する病院における受診科決定支援を行う看護師のコンピテンシーについて、モディファイド・デルファイ法を用い意見集約にすること。**【方法】**（1）デルファイ法に使用する質問紙の作成 ①質問項目の抽出方法：本調査に用いる質問紙の項目は、2人の研究者が過去に行った研究結果（上述）および国内外の25文献より受診科決定支援を行う看護師のコンピテンシーに関する記述から、松谷ら[2]の“看護実践能力”の構造を用いて、同レベルの抽象度の項目80項目を抽出した。③測定方法：質問紙には項目毎に7段階のリッカート尺度（1．全く重要でない～7．非常に重要）を付した。④ Mokkink[3]によるCOSMIN check listを用いて内容妥当性の確認を行った。又臨床家による表面妥当性の確認を行った。⑤看護管理者3名と医師1名を対象に再テスト法にてプレテストを実施し、信頼性の確認を行った。（2）研究の対象 エキスパートパネル（専門家集団）の選択基準：本研究におけるエキスパートパネルの選択基準を以下の3要件として構成した：日本で、複数の診療科（複数の専門外来(外科・内科)、二次救急外来）を有する病院にて、1）受診科決定支援を行う看護師として、1年以上の経験を有している看護師、2）受診科決定支援を行う看護師を任命する立場にある（あった）看護管理者、3）受診科決定支援を行う看護師の任命することに携わった経験のある医師。エキスパートパネルは、①国内の全病院リスト（医事日報2016年版）より、地域別に層化ランダムサンプリングにより抽出された1000病院の看護部長に郵送法にて研究協力依頼を行い、研究協力同意が得られた者。②研究者が平成27年度に行った東京都の実態調査において、すでに更なる調査協力の承諾を得ている研究協力者に郵送法にて研究協力依頼を行い、研究参加同意が得られた者。③ 受診科決定支援についての論文の著者に郵送法にて研究協力依頼を行い、研究参加同意が得られた者。④ 病院管理者研修会参加者を対象に口頭および文書にて研究協力依頼を行い、研究参加同意が得られた者、を対象にした。（3）研究の構成：本研究は、3回のデルファイラウンドを経て行われた。（4）調査期間：平成29年8月4日～11月27日。（5）統計と解析：本研

究の結果の解析には、SPSS Statistics version 23.0 (IBM-Japan, Tokyo)を使用した。(6) 倫理的配慮：名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会による倫理審査の承認を得て実施した（承認番号 17-133）。**【結果】**(1) 回答者数、有効回答数：第1回目（85 名、82）、第 2 回目（82 名、74）第 3 回目（79 名、79）。(2) 最頻値：3回の調査の結果、2 項目（項目 79. 受診科決定支援の経過や結果などについて統計をとることができる、及び項目 80. 受診科決定支援のデータを外来部会などで提示し、診療体制の改善に向けて働きかけることができる）は、7段階中 4（どちらともいえない）であった。84 項目の最頻値が「かなり重要である」以上のものは 82 項目であった：【Ⅰ. 人々・状況を理解する力　Ⅰ-1：知識の適用（アセスメント力）】1. トリアージを行うために必要なスキルについて認識している。2. トリアージの方法論について理解している。3. 緊急度・重症度について判断できる。4. 緊急度・重曹度について疑わしいケースに関しては、患者の緊急度・重症度をより高いレベルへと位置付けることができる。5. 所属機関のガイドラインに従って意思決定することができる。6. 救急外来で対応すべき疾患について知識がある。7. 救急外来で対応すべき症状について知識がある。8. 症状別のフィジカルアセスメント（問診・視診・触診・打診・聴診のうち必要に応じた手技）ができる。9. 臨床的に推論を勧める能力がある。10. 患者の求めているケアを考慮してアセスメントできる。11. 患者の話の道筋を整えながら聞く能力がある。12. 発生する可能性のある出来事を予測することができる。13. 追加のアセスメントする必要性が判断できる。14. アセスメントをもとにクリティカルシンキングをする能力を有している。15. 患者の文化的背景を考慮してアセスメントすることができる。16. 患者の精神面を考慮してアセスメントすることができる。17. 迅速に全身のフィジカルアセスメントを重点化して行うことができる。18. フィジカルアセスメントによって得られた情報を整理・解釈・分析・推論・判断する能力（クリティカルシンキング）を有している。19. 日常生活が、現在起来ている症状とどのように関連しているか、明確にすることができる。20. 緊急度に応じた外来受診への適切な移送方法を選択できる。21. 暴力被害者・虐待被害者アセスメントができる。22. 提案された介入を患者が欲しているかについてアセスメントできる。23. 自施設で対応できる診療の範囲について熟知している。24. 自施設の外来受診システム（料金・手続きなど）について熟知している。25. 自施設の医師の得意分野や専門分野について知っている。26. 自施設の外来（一般外来と救急外来）の混雑状況について把握している。27. 自施設の救急外来の方針（再トリアージによって診察の優先順位を決める、など）について知っている。28. 自施設の医療連携システム（受付、救急外来、外来、地域連携室等）を知っている。29. 自施設にて対応できない場合、対応できる医療機関について知っている。30. 自施設の地域における医療連携システムについて知っている。31. 自施設の地域における救急医療提供体制について知っている。32. 感染管理に対する知識・技術を持っている。33. 自分自身の安全を保つ知識・技術を持っている。34. 患者への教育を行うための知識・技術を有している。81.患者が来院した経緯について明確にすることができる（治療内容を含めて）。82.患者（家族・キーパーソンを含む）が来院した目的（治療への考え方を含む）について明確にすることができる。83.患者が受けているケアマネジメント（地域との連携）について明確にすることができる。84.再トリアージの必要性についてアセスメントできる。

【Ⅰ. 人々・状況を理解する力　Ⅰ-2　人間関係をつくる（コミュニケーション力）】

35. 自己紹介および自己の役割について説明できる。36. 本人（患者）のニーズを確認できる。37. 患者(患者の家族)との双方コミュニケーションを図ることができる。38. 暴力・虐待被害者に対して警戒心を与えないで事実を聞き出すことができる。39. 適切な接遇ができる。40. 適切な

対人関係のスキルを有する。41. 緊急時においても適切なコミュニケーションがとれる。42. 様々な対象（患者、家族、医療従事者、地域社会の人々など）と適切にコミュニケーションがとれる。43. 的確な質問をして、得た情報を正確な情報を得るためのコミュニケーションスキルを有する。44. 思いやりのある態度で接することができる。【Ⅱ.人々中心のケアを実践する力　Ⅱ-1　看護ケア力】45. 暴力被害者・虐待被害者への対応ができる。46. 患者の社会的利便性（経済的、時間的）を考慮した選択肢の提案ができる。47. 受診科の決定に際して、（いくつかの選択肢がある場合は）患者に選択肢について説明できる。48. トリアージ・レベルについて患者に情報提供することができる。49. 外来受診システム（料金、手続きなど）について分かりやすく案内できる。50. 自施設の周辺のかかりつけ医と自施設との関係について分かりやすく説明できる。51. 自施設ではなく、他施設に見てもらうべき症例であるとき、患者が納得できる説明ができる。52. おおよその待ち時間について説明できる。53. 提案する受診科についての情報を適切に患者に与えることができる。54. 適切にカウンセリングを行うことができる。55. 精神面を考慮して適切に対応することができる。56. 患者の文化的背景（宗教、国籍など）をふまえて適切に対応することができる。57. 他の患者も考慮にいれながら対応できる。58. 受診科の決定やその他の提案に対する患者の反応を捉えることができる。59. 患者を拒否しない。60. プライバシーに配慮したコミュニケーションをとることができる。61. 受診科を決定をするにあたり、患者からの同意を確認する。62. 患者の自律性を重んじた適切なコミュニケーションをはかることができる。63. 患者のニーズを尊重し、患者の自律性を大切にすることができる。【Ⅱ. 人々中心のケアを実践する力　Ⅱ-2専門間連携力】64. 他の医療者に情報を的確に伝達できる。65. 医療チームと連携ができるコミュニケーション能力がある。66. 判断に困る症例については、適切な人に相談できる。67.必要時、他の人に仕事を割り振ることができる。68.多重課題（並行処理）をこなすことができる。69.複数科を受診する必要がある場合、適切な受診順序をコーディネートすることができる。70.患者の期待やニーズを察知しながら他の専門職への伝達と調整ができる。71.スタッフへの教育を行うための知識と技術を有している。72.同僚に対して常に理性的に対応できる。73.受診科決定支援に対する役割認識を持っている　【Ⅲ. 看護の質を改善する力　Ⅲ-1 質の保証実行力】74.自身が行った受診科決定支援の実施および結果について省察できる。75.受診科決定支援のプロセスについて記録できる。76.受診科決定支援の結果について記録できる。77.受診科決定支援のプロセスについて評価できる。78.受診科決定支援の結果について評価ができる。79.受診科決定支援の経過や結果などについての統計をとることができる。80.受診科決定支援のデータを外来部会などで提示し、診療体制の改善に向けて働きかけることができる

得られた成果の国内外における位置づけとインパクト

本研究のテーマは先行研究の乏しい新規的な研究である。また、我が国の医療制度の独自性により海外との比較も難しい。探索的研究であるがゆえにエキスパートパネルの選定基準は緩やかな基準を定めざるを得なかったため、経験年数や臨床経験により馴染みの薄い項目は評価にばらつきがある状況も想像される。臨床経験の違いにより生じるコンピテンシーの差に関しては今後明らかにしていく必要がある。また、病院における受診科決定支援は事務職や医師との協働により行われることが多く、事務職や医師側からの意見が必要であるが、今回の調査においては明らかになっておらず、今後の課題となっている。

これまで受診科決定支援を行う看護師に必要なコンピテンシーについて明らかにした調査はなく本調査により明らかにした意義は大きく、今後の看護ケアにおける質の保証、教育などへの

応用が望まれる。

引用文献

1. 島崎謙治.日本の医療.東京大学出版会. 東京; 2011。

2. 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 佐居由美, 卯野木健, 大隈香ほか. (2010). 看護実践能力:概念, 構造, および評価. 聖路加看護学会誌, 18-28.

3. Mokkink L.B., Terwee C.B., Knol D. E., Startford P.W., Alonso J., Patrick D.L., Bouter L.M., Henrica CW de Vet. (2010). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: Aclarification of its content. BMC Medical Research Methodology, http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/22.

5. 主な発表論文等
(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計 1 件)

Mihoko Usui & Toyoaki Yamauchi (2019). Guiding Patients to Appropriate Care: Developing Japanese Outpatient Triage Nurse Competencies. Nagoya Journal of Medical Science, 81(4).

〔学会発表〕(計 2 件)

1) 臼井美帆子, 山内豊明. (2016). 東京都内で2次救急を有する病院の外来患者の受診科決定支援に関する現状(会議録).日本医療マネジメント学会雑誌(1881-2503)17Suppl.p302.

2) 臼井美帆子, 山内豊明. (2019).二次救急を有する病院における受診科決定支援を行う看護師に必要なコンピテンシー(会議録). 第 39 回日本看護科学学会学術集会プログラム.p39.

〔図書〕(計 0 件)

〔産業財産権〕
○出願状況(計 0 件)

名称:
発明者:
権利者:
種類:
番号:
出願年月日:
国内外の別:

○取得状況(計 0 件

名称:
発明者:
権利者:
種類:
番号:
取得年月日:
国内外の別:

〔その他〕
ホームページ等

6. 研究組織
(1)研究代表者
臼井 美帆子 (USUI, Mihoko)
東京有明医療大学・看護学部・講師
研究者番号:90292565
(2)研究分担者
山内 豊明 (YAMAUCHI, Toyoaki)
放送大学**大学院・文化科学研究科生活健康科学**・教授
研究者番号:20301830

(3)連携研究者

(4)研究協力者