

帰してはいけない外来患者

前野哲博, 松村真司 編

＜書評者＞ 藤野智子 (聖マリアンナ医科大学病院/
急性・重症患者看護専門看護師)

平成 24 年度の診療報酬改定で、院内トリアージが算定対象(院内トリアージ実施料, 初診時 100 点)となりました。これに伴い、院内トリアージを正式に開始した施設も多いのではないのでしょうか。実はトリアージ*を実施する看護師に必要とされる能力は多岐にわたり¹⁾、特に診断が確定していない患者に対する臨床推論や診断学といった、看護師が十分な教育を受けているとはいえない力も必要とされます。

この書籍は、外来診療の初心者である後期研修医を主たるターゲットにしていますが、医師よりも先に患者に接触する看護師にとっても非常に有用な指南書といえます。編者は「外来診療と病棟診療はいろいろな点で大きく異なり…(略)…あくまで外来の状況設定で、外来特有の思考ロジックを学ぶことが必要」と述べています。各症状の特徴や見分け方を示した本はいくつもありますが、外来特有の思考ロジックを丁寧に、かつ明確に記述しているというところを、特に推奨したいと思います。

全体の構成としては、第 2 章の症候別 general rule では「帰してはいけない患者の見分け方」として医学的根拠が、また第 3 章のケースブックでは、事例に基づいたアセスメントが解説として 1 つひとつ丁寧に記載されており、経験したことのない看護師でもその場にいるように学習することができます。

最も印象的だったのは第 1 章で、普段何気なく行っている推論過程が明文化されているので、経験のある看護師にとっても、自己の思考の整理と裏付けができることです。読み進めていくと、確かに私自身が患者をトリアージするときの思考過程を掘り起こされ、推考のプロセスが文章として頭に入ってくることに気付きました。

また、「臨床決断のプロセス」として、①情報収集、②解釈、③鑑別診断リストの作成、④診断の絞り込み、⑤臨床決断の 5 段階を示しており、一口に①「情報収集」といっても手法や姿勢、確認事項などさまざまな視点から記載され

ています。看護師が特に苦手とするのは②の「解釈」ですが、ここでは“感度”と“特異度”を考慮することを示唆しています。このような見方は看護師には弱い事項だと感じていますので、これを機会に学習を深めるとよいと思います。

最後に、トリアージ加算の話に戻りますが、今回の申請条件として「看護師は 3 年以上の救急領域の臨床経験が必要」とされています。臨床経験のある看護師が変化に「気付く」のは、現状を経験値に照らしその相違をキャッチするか、通常のパターン認知からの逸脱をキャッチしていることが主体となるでしょう。これは臨床経験で得たかけがえのない「能力」ともいえますが、そこに裏付けまたは保証となる思考ロジックを補強することで、「気付き」を強化していけると思います。

*ここでいうトリアージとは外来患者のトリアージを示す。

文献

¹⁾原田竜三：救急外来におけるトリアージ、臨牀看護 29：2155-2160, 2003

●A5 頁 228 2012 年
定価 3,990 円
(本体 3,800 円+税 5%)
[ISBN978-4-260-01494-6]
医学書院 刊