

平成 20 年度診療報酬改定
看護系学会等社会保険連合
医療技術評価提案書

平成 19 年 6 月 27 日 提出

	医療技術評価提案書(保険未収載技術用)技術名一覧
1	CT・MRI検査のプレパレーション
2	小児救急トリアージ
3	不妊症外来指導料
4	ハイリスク新生児に対する直母指導料
5	退院時精神科家族相談指導料
6	地域で暮らす精神障害者のための精神科看護師による電話相談
7	高齢者退院支援
8	初発乳がん患者を対象とした教育的グループ指導
9	リンパ浮腫の予防と早期発見に関するセルフケア教育相談技術
10	リンパ浮腫に対するリンパドレナージ

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

申請団体名

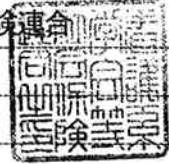
看護系学会等社会保険連合

代表者名

井部 俊子

提出年月日

平成 19 年 6 月 26 日



※ 概要版にはポイントのみ記載し、本紙一枚に収めること。

※ 保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。

※ 技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	CT・MRI 検査のプレパレーション	
技術の概要	動いてはいけないCT・MRI 検査を円滑に受けるために、検査室の装飾や映像などを用いて気を紛らわす工夫とともに、CT・MRI の模型やパンフレットを用いて小児の発達段階に合わせた検査の説明を行い、理解を促すこと。	
対象疾患名	CT・MRI 検査を受ける2歳～12歳の小児	
<p>保険収載の必要性のポイント： 医療従事者はCT・MRI 検査についての説明をせずに小児に入眠処置を行っていることが多く、小児は恐怖感の中で入眠処置を強いられるため、なかなか入眠せず、検査中止となることが多い。しかし、CT・MRI 検査は痛みを伴わず、10～20 分位動かなければ終了するため、小児の認知発達に合わせて説明すれば、小児は自分なりの対処方法を理解し、円滑に入眠処置を受け、検査中も安眠し、予定時間内で終了できる。この利点は、病院では安全な医療の実施と効率的運用による経済的効果があることに加え、眠剤の追加なく初回量ですみ、小児や母親の精神的苦痛の軽減につながる。診療報酬への反映はこの点で医療に寄与できる。</p>		
【評価項目】		
①有効性 ・ 治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・ エビデンスレベルの明確化	<p>① 4～6歳の小児9名に木製模型を用いて説明し、5名が眠剤を使用せず、眠剤を使用した4名は眠剤の追加なく検査を終えた。</p> <p>② 放射線治療やCT・MRI 検査を受ける2～4歳の小児3名に事前に治療・検査室を見せたり、好きな音楽を流したり、ビデオ映写やキャラクターの飾りつけで、眠剤を使用せずに安静保持ができ、円滑に検査を終えた。</p> <p>③ 検査中アニメーションなどの映写により、眠剤を処方された5～11歳の7名は、全員服用せずに検査を実施することができた。</p> <p>エビデンスレベル： I II III IV <u>V</u> VI</p>	
②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	過去の研究結果では検査の説明により幼児の恐怖感を増強させることが1～2%あるとの報告がある。	
③普及性 ・ 対象患者数 ・ 年間実施回数等	14施設の調査結果では、1年間にCT・MRI 検査を受けた2～12歳の小児は18647名であった。しかし、実際には、厚生労働省医療施設調査から小児科を標榜するCT・MRI 検査の実施施設数は総数の約40%の約1400施設と調査結果の約100倍と概算できる。したがってCT・MRI 検査を受けている小児は1,864,700名と推測される。	
④技術の成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度（専門性・施設基準等）	毎年、日本看護協会をはじめ、全国7カ所でプレパレーションの研修会が開催され、研修を受けた看護師が約700名排出される。経験年数3年以上の看護師が6時間以上の研修を受けることにより、プレパレーションの理論と方法論を学び、必要な技術を習得できると考える。	
⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	該当せず	
⑥予想される医療費への影響	予想影響額 557,000,000 円 増・減	
(影響額算出の根拠を記載する) ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	14施設の調査結果から、セデーションを実施した15歳以下の小児19121名、3/4がCT、1/4がMRIを受け、それぞれ5%、15%が撮り直している。彼らが1回の検査で撮り直したとすると、CTが850点×700名×10円=5,950,000円、MRIが1230点×700名×10円=8,610,000円、合計14,560,000円の減額。セデーションの薬価：130円×19121名=2,485,730円の代わりに、プレパレーションを行い、60点×10円×19121名=11,472,600円を増額しても、約5,570,000円の減額となる。この金額は、14施設で積算したため、実際にはCTを1490施設、MRIを1311施設と100倍近い施設で受けていることから5,570,000円×100=557,000,000円の医療費の減額が予想される。	
⑦妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠（新設の場合）	<p>該当現行診療報酬区分 指導管理等 要望点数 60点/回</p> <p>根拠：セデーションが必要な人数19121名に実施したプレパレーションにかかる費用が撮り直し分を節約した額14,560,000円を上回らないように設定した。</p>	
⑧代替する保険既収載技術との比較 ・ 効果（安全性等を含む）の比較 ・ 費用の比較	<p>当該技術の導入より代替される既収載技術 (区分番号と技術名)</p> <p style="text-align: right;">無 有)</p>	
⑨その他		

医療技術評価希望書（保険未収載技術用）【詳細版】

申請団体名

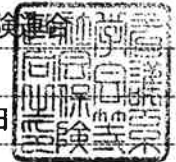
看護系学会等社会保険連合

代表者名

井部 俊子

提出年月日

平成 19 年 6 月 26 日



※ 概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について3ページを上限として記載する。

※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

技術名	CT・MRI 検査のプレパレーション
技術の概要	動いてはいけないCT・MRI 検査を円滑に受けるために、検査室の装飾や映像などを用いて気を紛らわす工夫とともに、CT・MRI の模型やパンフレットなどの教材を用いて小児の発達段階に合わせた検査の説明を行い、理解を促すこと。
対象疾患名	CT・MRI 検査を受ける2歳～12歳の小児
<p>保険収載の必要性のポイント： 医療従事者は、小児は医療処置を説明しても分からないと考え、CT・MRI 検査についての説明をせず不意打ち的に小児に入眠処置を行っていることが多い。小児は何かされるといふ恐怖感の中で入眠処置を強いられるため、なかなか入眠せず、結果的に検査中止となることが少なくない。しかし、小児の認知発達に合わせて説明することにより、小児は自分におこることと対処方法を理解し、円滑に入眠処置を受け、検査中も安眠するため予定時間内で終了することができる。このことは病院にとって安全な医療の実施と経済的効果へ貢献し、看護師や放射線技師の精神的ストレスを軽減し、小児や母親の精神的苦痛の軽減につながる利点がある。診療報酬への反映はこの点で医療に寄与できる。また、認知発達の途上にある小児はその発達段階に応じた方法で自分に行われる検査について理解する権利と能力を持っており、CT・MRI 検査は痛みを伴わず、小児が10～20分程度じっとしていれば、終わる検査であるため、小児の認知的発達に合わせた説明を行い、小児が検査について理解し、また検査中に小児の気を紛らわす方法を工夫することにより、入眠処置などの小児に苦痛を与えずに検査を円滑に受けることができる。この技術は、医療処置のマニュアルの一部ではなく、大人のインフォームド・コンセントに匹敵し、小児の権利の擁護を推進することになる。小児の発達段階に合わせた検査の説明には、小児の発達を確実に理解している看護師の介入が必要である。</p>	
【評価項目】	
①有効性 ・ 治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・ エビデンスレベルの明確化	<p>① 4～6歳の小児9名に小児看護用プレパレーション木製模型を用いて家族とともに具体的に検査がイメージできる機会を意図的に作った。その結果、9名中5名が眠剤を使用せずにスムーズに検査を受けることができ、4名は眠剤を使用したが、途中で覚醒しても眠剤を追加せずに検査を受けることができた。また、小児は検査のイメージが促され、家族はしっかり検査について理解し、自信を持って小児に接することができていた。[荻岡ら：CT やMRI 検査の模型セットを用いた看護介入による幼児後期の小児と家族の反応，日本看護学会論文集（小児看護）35号，23-25，2005]</p> <p>② 3～6歳の小児7名に木製模型、人形などを使用し、CT・MRI 検査の説明を保護者の前で行った。その結果、7名中4名が眠剤を使用せずスムーズに検査を受け、2名は眠剤を使用したが、追加せずに検査を受けることができた。[藤田ら：CT・MRI の木製模型を用いて説明を受ける小児の反応，第15回日本小児看護学会学術集会，108-109，2005]</p> <p>③ 放射線治療やCT・MRI 検査を受ける2～4歳の小児3名に治療室を見せたり、治療室や検査室でキャラクターのテーマソングを流したり、ビデオを映写したり、小児の好きなキャラクターを用いて飾りつけを行ったりするなどのプレパレーションを行うことにより、眠剤を使用せずに安静を保持することができ、スムーズに検査を受けることができた。また、小児から安静の必要性を理解した言葉が聞かれ、「じっとできた」と何度も繰り返し自慢していた。保護者から「小児が成長した」、「これまでの入眠処置の苦労が嘘のよう」という言葉が聞かれた。さらに、プレパレーションを施行したのは初回のみで、2回目からは病院の設備のまま検査を施行することができた。[脇本：安静を必要とする・検査・処置を受ける乳幼児への援助，日本看護学会論文集（小児看護）35号，23-25，2005]</p> <p>④ 小児の心が和み、検査に対する不安を解消できる環境にCT検査室を改良したこと（医療器具が目につかないようにしたこと、検査中アニメーションなどの映写ができるようにしたこと）により、眠剤を処方され持参したCT検査を受ける5～11歳の7名は、全員服用することなく検査を実施することができた。[阿部ら：小児CT検査の眠剤使用減少の試み日本放射線技師会雑誌，51(10)：901，2004]</p> <p>⑤ 134人の子どもたち（年齢4.1～16.1歳、平均7.7歳）のうち、了承が得られた120人（90%）の子どもに実際のMRIの写真が載った物語を見せながら、MRI検査で経験する際の予期される感覚を子どもに語り、質問できる機会を提供した後、実物大で磁器が除かれたMRIのユニットを用いて疑似体験をしてもらった。その結果、120人のうち117人（98%）はその後すぐセデーションを行わずに、MRI検査を行い、110人（94%、平均年齢7.8歳）</p>

	<p>が終了できた。以上の結果から、プレパレーションは、MRI 検査を受けている子どもにとってセデーションと麻酔の必要性を減らす安全で効果的な方法である。それは子ども達、両親とスタッフに前向きな経験を与え、病院のためのコスト削減にもつながると述べている。[de-Amorim-e Silva, CJ, et al: Practice MRI: reducing the need for sedation and general anaesthesia in children undergoing MRI. Australas Radiol, 50(4):319-323, 2006]</p> <p>⑥ セデーションを実施することなく、診断に十分に有効な MRI 検査を成功させるために、MRI の検査環境を再現するシミュレーターが子どもに有効であるという仮説を検証するために、年齢と性別をマッチさせた 6~17 歳の健康な 16 人の子どもと強迫性障害で向神経薬を服用する子ども 16 人を対象に本物の MRI が設備された施設内にあるシミュレーターに加えて実際の MRI の様子を録音した音声を再現し、疑似体験した後、実際の MRI 検査を行った。その結果、対象者全てがセデーション実施することなく上手く MRI 検査が終了した。シミュレーション訓練を受けなかった対象者の方が受けた対象者より心拍数と苦痛レベルが高かった。シミュレーションを経験し、続いて実際の検査を受けることができた全ての対象者に心拍数と自記式の苦痛スケールの有意な減少が見られた。プレパレーションを受けることは、たとえ不安状況であっても健康であっても、セデーションと同様の効果があると言えるのかも知れない。[Rosenberg, DR, et al: Magnetic resonance imaging of children without sedation: preparation with simulation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(6):853-859, 1997]</p> <p>⑦ MRI 検査を受ける幼児にプレイスペシャリストによる、MRI 模型、絵本、テープレコーダーを用いたプレパレーションを行った結果、検査の失敗の数が劇的に減少したことが報告されている。[Pressdee, D, et al: The use of play therapy in the preparation of children undergoing MR imaging. Cli Radiol, 52(12):945-947, 1997]</p>
<p>②安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> 副作用等のリスクの内容と頻度 	<p>プレパレーションを行うことによりセデーションや麻酔などの薬物を使用せず、安全に MRI 検査を受けることができる。これまでの研究結果から幼児の恐怖感を増強させることは 1~2% であり、たとえ、情報提供またはメディカルプレイにより子どもの恐怖感が増したとしても、現在行われているようにセデーションを用いて検査を行うことができ、特に問題はないと考える。</p>
<p>③普及性</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象患者数 年間実施回数等 	<p>日本小児総合医療施設協議会に加入している施設を対象に行った質問紙調査において回答が得られた 14 施設の結果では、1 年間に CT・MRI 検査を受けた 15 歳以下の小児は、合計 37293 名で、その約 2/3 が 6 歳以下、約 1/3 が 7 歳以上であり、2~12 歳の小児は、総数の約半数の 18647 名である。また、厚生労働省の医療施設調査から CT・MRI 検査の実施施設は、それぞれ 3725 件、3278 件で、小児科を標榜する一般病院は総数の約 40% であることから、CT 検査では $3725 \times 0.4 = 1490$ 施設、MRI 検査では $3278 \times 0.4 = 1311$ 施設で小児が CT・MRI 検査を受けていると考えられる。そのため、実際には 100 倍の $18647 \text{ 名} \times 100 = 1864700$ 名の対象患者がいるものと考えられる。また、年間実施回数については、把握できていないが、CT や MRI 検査を受ける子どもへの説明用のマニュアル・パンフレットを用いてプレパレーションが行われている施設は 14 施設中 4 施設であった。また、子どもへの説明用のマニュアル・パンフレットはないが、親へのパンフレット、人形や絵本を使って説明したり、キャラクターの絵やおもちゃなど環境の工夫を行っている施設は、12 施設であった。</p>
<p>④技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> 学会等における位置づけ 難易度(専門性・施設基準等) 	<p>小児の権利を擁護するためには、治療や検査を小児なりに理解して受けるように援助することが重要であるという医師・看護師の認識は高まっている。そのため、各病院の看護研究発表会でプレパレーションに関する事例研究が多く発表されていることに加え、日本小児看護学会をはじめ、保健・看護系の学会でもプレパレーションに関する発表が増えている。事例研究レベルの研究が多いが、プレパレーションの効果が提示されている。研究発表以外にも、プレパレーションに関するシンポジウムが小児医療関係の学会(日本小児保健学会、日本小児看護学会、日本小児外科 QOL 研究会など)で行われている。</p> <p>また、毎年、日本看護協会をはじめ、地方の看護協会、大学や製薬会社の主催で、全国 7カ所でプレパレーションの研修会が開催され、研修を受けた看護師が約 700 名排出されている。研修プログラムは 3~6 時間である。さらに、小児専門病院でも、病院単位でもプレパレーションの研修会を行っている。今後、日本小児看護学会でも看護師のための研修会を開催する計画があり、3 年以上の小児看護経験と日本小児看護学会が認定した研修を 6 時間以上受講することによりプレパレーションに必要な技術を確保できると考える。</p>

⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	該当せず					
⑥予想される医療費への影響	<p style="text-align: center;">予想影響額 557,000,000 円 増・<input checked="" type="checkbox"/>減</p> <p>(影響額算出の根拠を記載する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 <p>(費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)</p>					
⑦当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況	不明					
⑧妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠(新設の場合)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">該当現行診療報酬区分</td> <td style="width: 30%;">指導管理等</td> <td style="width: 40%;">要望点数</td> <td style="width: 10%;">60点/回</td> </tr> </table> <p>根拠: セデーションが必要な人数19121名に実施したプレパレーションにかかる費用が撮り直し分を節約した額14,560,000円を上回らないように設定した。</p>	該当現行診療報酬区分	指導管理等	要望点数	60点/回	
該当現行診療報酬区分	指導管理等	要望点数	60点/回			
⑩当該技術の高度先進医療としての取扱	<p>当該技術は高度先進医療として</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>a. 承認を受けている</td> <td>b. 申請されたが却下された</td> <td rowspan="2" style="text-align: right;">* 該当せず</td> </tr> <tr> <td>c. 申請中</td> <td>d. 把握していない</td> </tr> </table>	a. 承認を受けている	b. 申請されたが却下された	* 該当せず	c. 申請中	d. 把握していない
a. 承認を受けている	b. 申請されたが却下された	* 該当せず				
c. 申請中	d. 把握していない					
⑧代替する保険既収載技術との比較	<p>当該技術の導入より代替される既収載技術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>(区分番号と技術名)</p>					
・ 効果(安全性等を含む)の比較						
・ 費用の比較						
⑪当該技術に医薬品を用いる場合、その主なものの内容を記載	該当せず					
⑫当該技術に医療用具を用いる場合、その主なものの内容を記載	CT・MRIの模型、パンフレット、絵本、検査室の飾りに使うキャラクターのステッカー、ビデオデッキなどの映写機などの教育教材を用いる。					
その他						
関係学会、代表的研究者等	日本小児看護学会 日沼千尋					
担当者、連絡先 (住所、TEL、FAX、E-MAIL)	<p>榎木野裕美 〒520-2192 大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学</p> <p>TEL/FAX:077-548-2356 E-MAIL:naragino@belle.shiga-med.ac.jp</p>					

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

申請団体名

看護系学会等社会保険連合

代表者名

井部 俊子

提出年月日

平成 19 年 6 月 26 日



※ 概要版にはポイントのみ記載し、本紙一枚に収めること。

※ 保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。

※ 技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	小児救急トリアージ	
技術の概要	小児は成人に比較して身体的予備力が小さく、回復や悪化の変化が激しい。小児患者は、初期から三次救急医療の対象になり、その緊急度に応じて医療を提供する体制が必要になるが、小児医療の限られた人員の中で、小児の救急医療体制を確立していくために、看護師による迅速かつ、適切なトリアージを徹底していく技術である。	
対象疾患名	いずれの疾患に限らず、受診したすべての子ども	
<p>保険収載の必要性のポイント：日本の小児救急医療の実情を考慮し、最初に看護師がトリアージすることは有効であり、かつ最も適切な職種である。トリアージ・システムを導入すると、患児に必要な治療の確かな開始になる。このケアは、患児、家族の身体的・精神的苦痛の軽減、救命を図ることになり、タイムリーな治療は医療の経済的効果にも繋がる。看護師が迅速かつ確かなトリアージを行う役割を担うことで、医師は診療に専念できる。</p>		
【評価項目】		
①有効性 ・ 治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・ エビデンスレベルの明確化	<p>①一定の指導を受けたトリアージ・ナースがトリアージ・ガイドラインに基づき、トリアージを施行すると、来院方法や主観的情報による修飾を受けず、患児の緊急性が客観的に判断できていた。</p> <p>②看護師のトリアージの有効性を検討するために、看護師、救急医、研修医、日本看護協会小児救急看護学科研修生によるトリアージ・ケーススタディの検者内、検者間信頼性を明らかにした。結果、看護師のトリアージの信頼性は非常に高かった。</p> <p>③院内の救急医療において、トリアージの導入は、緊急度の高い患者の治療の優先、トリアージ・ナースがいることでの待機患者の安全確保、患者の不安の軽減になる。</p> <p style="text-align: center;">エビデンスレベル： I II III IV <u>V</u> VI</p>	
②安全性 ・ 副作用等のリスクの内容と頻度	研修を受けた看護師がガイドラインに基づいて実施するトリアージの判断は救急医と差がないことが明らかにされている。	
③普及性 ・ 対象患者数 ・ 年間実施回数等	国立成育医療センター救急センターにおいて、2002年3月から2005年3月に受診したすべての患児は総数114,704名である。また、0～12歳の救急事故件数は10,090件(平成17年)で、年間実施回数は把握できないがかなりの数になる。2004年11月までの救急認定看護師数、小児救急認定看護指数、研修終了者を合わせると、約270名で、その後も年間100名近い修了者が見込まれている。修了者の就業する施設数は、約220(2004年11月)施設である。	
④技術の成熟度 ・ 学会等における位置づけ ・ 難易度(専門性・施設基準等)	医療現場において小児看護の経験を有し、各施設に置いてトリアージ・ナースとしてトレーニングを受けた看護師が、トリアージを実施することが必要である。すでに、トリアージ教育プログラムは作成されている。	
⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	当該せず	
⑥予想される医療費への影響 (影響額算出の根拠を記載する) ・ 予想される当該技術に係る医療費 ・ 当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	<p style="text-align: center;">予想影響額 412,128,000 円 増・減</p> <p>医師がトリアージに要する時間を5分と概算すると、医師一人あたりの7,631/60円×5分=636円が削減できる。トリアージができる研修終了者は270名とし、年間実施回数を648,000回(1か月20日勤務し、1勤務に対して10名のトリアージの実施)とし、648,000回×636円=412,128,000の減額が予想される。</p>	
⑦妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠(新設の場合)	該当現行診療報酬区分 A205 に追加	要重点数 320 点
	根拠 乳幼児救急医療加算にトリアージ体制を追加評価するものとする。	
⑧代替する保険既収載技術との比較	<p>該当技術の導入より代替される既収載技術 無 有</p> <p style="text-align: center;">(区分番号と技術名)</p>	
・ 効果(安全性等を含む)の比較		
・ 費用の比較		
⑨その他		

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【詳細版】

申請団体名

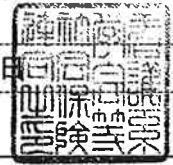
看護系学会等社会保険連合

代表者名

井部 俊子

提出年月日

平成19年6月26日



- ※ 概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について3ページを上限として記載する。
- ※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

技術名	小児救急トリアージ
技術の概要	小児は成人に比較して身体的予備力が小さく、回復や悪化の変化が激しい。小児患者は、初期から三次救急医療の対象になり、その緊急度に応じて医療を提供する体制が必要になるが、小児医療の限られた人員の中で、小児の救急医療体制を確立していくために、看護師による迅速かつ、適切なトリアージを徹底していく技術である。トリアージは、患者評価の過程における看護ケアとして展開が可能である。
対象疾患名	いずれの疾患に限らず、受診したすべての子ども
<p>保険収載の必要性のポイント：成人と比較して身体の予備力が小さく、また自分から症状等を正確に訴えることができず、急激に悪化する可能性のある小児救急患児のトリアージ現場では迅速かつ正確なトリアージ・プロセスが求められる。しかし日本では、小児救急医療体制が見直され、各地で医療の不備や偏りをなくす試みがなされているが、地域格差、施設格差は現前としている。小児科医師が不足している中で、さらに混雑する小児救急の医療現場の実情を考慮すると、迅速かつ正確にトリアージがなされることは非常に重要であり、そのシステムの導入と定着が望まれる。小児医療の限られた人員の中で、様々な診療要請に応じていくためには、小児の緊急度を把握していかなければならない。最初に看護師がトリアージすることは有効であり、かつ最も適切な職種である。トリアージ・システムを導入することによって、患児を長時間にわたり待たすこともなく限られた医療資源であっても必要な患児に必要な治療を的確に開始することが可能になり、待機している患児、家族の不安の緩和にもなり、また彼らの身体的・精神的苦痛を軽減し、救命を図ることになること、またタイムリーな治療ができることによって、症状の進行に伴う処置や投薬の必要性はなくなり、医療の経済的効果にも繋がる。トリアージ・ナースがトリアージガイドラインに沿って緊急性の判断を行うが、不明確な場合には救急医師への確認を要し、医師との協働が必要ではあるが、看護師が迅速かつ的確なトリアージを行う役割を担う。そうすることによって患児への適切な小児医療を受けることができ、また医師は診療に専念することができる。</p>	
【評価項目】	
<p>①有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・ エビデンスレベルの明確化 	<p>①国立成育医療センター救急センターにおいて、一定の指導を受けたトリアージ・ナースがトリアージ・ガイドラインに基づき、トリアージを施行した111,747名の患児のトリアージ結果を分析した。受診患児数が200名/日を越える状況において、に入院を必要とする少数の重症患者群を入院を必要としない大多数の軽症患者群の中から、すでにトリアージの段階で選別できていた。救急車等による来院方法や主観的情報による修飾を受けることなく、患児の緊急性が客観的に判断されていた。[清水：国立成育医療センター救急センターにおけるトリアージ・システムの概要，平成17年度日本看護協会看護政策研究事業委託研究，小児救急医療における看護師のトリアージの有効性に関する研究，27-36，2005]</p> <p>②看護師がトリアージすることの有効性を検討するために、看護師、救急医、研修医、日本看護協会小児救急看護学科研修生によるトリアージ・ケーススタディの検者内、検者間信頼性を明らかにした。看護師の検者間一致率は救急医に次いで高く、解答の正解割合と個人によるばらつきも少なく救急医に近い結果であった。再テスト法では、看護師の2回のトリアージ結果の相関係数が最も高かった。これらから、看護師のトリアージの信頼性は非常に高いことがあきらかになった。[伊藤ら：小児救急医療における看護師のトリアージの有効性，平成17年度日本看護協会看護政策研究事業委託研究，小児救急医療における看護師のトリアージの有効性に関する研究，27-36，2005]</p> <p>③病院内における救急医療において、トリアージを導入することは、緊急度の高い患者の治療が優先できることやトリアージ・ナースがいることで待機患者の安全を確保し、かつ患者の不安を軽減することができるというメリットがある。[道坂：救急医療とトリアージ 看護師がトリアージを行う上での課題，Emergency Care, 18(6), 542-547, 2005] [宮沢ら：小児救急で救急ナースができること 看護が行う小児トリアージ，Emergency Care, 17(10), 955-960, 2004] [木川ら：ナースに必要なトリアージの知識と技術，ナースが行う救急外来のトリアージ そのシステムと態勢づくり，看護技術, 51(10), 849-854, 2005]</p> <p>④救急医療場面においてトリアージの必要性和意義は十分に認識され支持され始めている。特に小児は成人に比べて的確に症状を捉えにくいので、ことさらトリアージは不可欠である。小児の特殊性を理解し、的確に緊急性や身体評価が可能なる人材の育成が必要である。日本の小児医療の実情を考慮し、救急医療の質的向上のためにトリアージナースの育成が要請されている。[西塔ら：救急医療とトリアージ，救命救急センターにおけるトリアージ体制と看護師の役割，Emergency Care, 18(6), 521-529, 2005]</p>