2019年10月4日(金)

第1会場

会長講演

[PL] 救急看護がもたらす危機管理ー命と生活を支える力ー

座長:作田 裕美(大阪市立大学大学院 看護学研究科)
09:20 ～ 10:10　第1会場 (2F コンベンションホールA)

[PL] 救急看護がもたらす危機管理 -命と生活を支える力-

○浅香 えみ子 （獨協医科大学埼玉医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

第1会場

特別講演

[SL] 過酷な宇宙環境に生活する宇宙飛行士の健康管理

座長:浅香 えみ子(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)
10:20 ～ 11:30　第1会場 (2F コンベンションホールA)

[SL] 過酷な宇宙環境に生活する宇宙飛行士の健康管理

○松本 暁子 （国立研究開発法人　宇宙航空研究開発機構 宇宙飛行士運用管制ユニット）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

第1会場

教育講演

[EL1] 侵襲に対する生体反応のメカニズムの学び方・活かし方

座長:三上 剛人(吉田学園医療歯科専門学校)

14:10 ～ 15:10 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[EL1] 侵襲に対する生体反応のメカニズムの学び方・活かし方

○道又 元裕 （国際医療福祉大学・成田病院準備事務局）

第2会場

教育講演

[EL2] 災害時における DPAT活動について

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

14:10 ～ 15:10 第2会場 (2F コンベンションホールB)

[EL2] 災害時における DPAT活動について

○五明 佐也香 （獨協医科大学埼玉医療センター）

第3会場

教育講演

[EL3] タスクシフト・タスクシェアは救急看護師に何をもたらすか

座長:森田 孝子(日本救急看護学会監事)

14:10 ～ 15:10 第3会場 (2F 中会議室201)

[EL3] タスクシフト・タスクシェアは救急看護師に何をもたらすか

○中村 恵子 （札幌市立大学大学院看護学研究科）

第4会場

教育講演

[EL4] 学ぶ力を身につける～学ぶ側と教える側で考える～

座長:藤原 正恵(大阪青山大学 健康科学部看護学科)

14:10 ～ 15:10 第4会場 (3F 中会議室301)

[EL4] 学ぶ力を身につける～学ぶ側と教える側で考える～

○杉木 大輔[1,2] （1.獨協医科大学埼玉医療センター, 2.熊本大学教授システム学研究センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

第2会場

シンポジウム

[SY1] 日常の救急・時間外診療における救急看護の在り方

座長:佐藤 加代子(岩手県立磐井病院), 山崎 早苗(東海大学附属病院)
15:20 ～ 17:20　第2会場 (2F コンベンションホールB)

[SY1-1] 救急患者の生活を見据えた看護
○黒田 啓子 （東海大学　看護師キャリア支援センター）

[SY1-2] 専門医と応援看護師の救急診療は危険がいっぱい!? -チーム医療で高める安全への取り組みと課題-
○清水 智恵 （姫路赤十字病院）

[SY1-3] へき地の中核病院における救急看護の在り方
○大石 拓巳 （高知県立幡多けんみん病院　ICU・救急外来）

[SY1-4] トリアージに重点をおいた救急看護の展開
○多賀 真佐美 （公益財団法人　太原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院）

[SY1-5] 過疎地域型医療圏の二次救急医療施設における救急看護を考える
○小野寺 淳 （岩手県立千厩病院　外来）

第4会場

シンポジウム

[SY2] ファーストインプレッション“何か変”気づきを高める学習設計

座長:増山 純二(長崎みなとメディカルセンター), 石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)
15:20 ～ 17:20　第4会場 (3F 中会議室301)

[SY2-1] 基礎教育でファーストインプレッションを育成する困難性
○石川 幸司 （北海道科学大学 保健医療学部 看護学科 急性・重症患者看護専門看護師）

[SY2-2] ファーストインプレッション＝ KIDUKIを看護実践に繋げる研修設計
○瀬川 久江 （（元）独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター）

[SY2-3] 院内急変の予兆に気づく off-JT～急変振り返りカンファレンスで磨く直観力～
○松尾 陽子 （東京医科大学八王子医療センター救命センター）

[SY2-4] トリアージ“経験”を学びに変える
○吉川 英里 （飯塚病院）

[SY2-5] 気づき、そして ABCの変化を捉えるフィジカルアセスメント教育 -検温 OJTの効果-
○大瀧 友紀 （聖隷三方原病院）

第6会場

シンポジウム

[SY3] 救急看護師が ACPに関わる意義

座長:山勢 善江(前 日本赤十字九州国際看護大学), 立野 淳子(小倉記念病院)
15:30 ～ 17:20　第6会場 (3F 中会議室303)

[SY3-1] 救急医として ACPについて救急看護師に期待すること
○山崎 元靖 （済生会横浜市東部病院　副院長、救命救急センター長、横浜市重症外傷センター長）

[SY3-2] 在宅医療における ACPの現状と課題
○土倉 万代 （土倉内科循環器クリニック）

[SY3-3] 救急看護師が織りなす ACPとは -CNSの立場から-
○岡林 志穂 （高知県・高知市病院企業団立高知医療センター救命救急センター）

[SY3-4] 救急看護師が ACPに係わる意義～救急救命士の立場から
○鈴木 明人 （民間救急・介護タクシーすまいる）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

第1会場

パネルディスカッション

[PD1] 外傷初期看護は患者の命と生活をどう支えていくのか

座長:小池 伸享(前橋赤十字病院), 笠原 真弓(浜松医療センター 看護部)

15:20 ～ 17:20 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[PD1-1] 外傷初期診療教育と外傷専門診療教育　ー日本外傷学会の目指すものー

○木村 昭夫 （国立国際医療研究センター病院　救命救急センター）

[PD1-2] 外傷病院前救護における標準教育（ JPTEC・ITLS）の成果と課題

○張替 喜世一[1,2], 兼崎 陽太[3] （1.国士舘大学大学院救急システム研究科, 2.JPTEC協議会, 3.ITLS日本支部）

[PD1-3] JNTEC（外傷初期看護）教育の仕組みと学習効果

○山中 雄一 （日本赤十字社　大阪赤十字病院 救命救急センター）

[PD1-4] 救急初期診療に求めらる看護師の役割～外傷初期看護教育の視点から考察する～

○後小路 隆 （社会医療法人　陽明会　小波瀬病院）

[PD1-5] 外傷初期診療の今後の展望

○松田 潔 （日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急センター救命救急科）

第3会場

パネルディスカッション

[PD2] 緊急度・重症度判定の力を日常ケアに活かす

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護師長), 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)

15:20 ～ 17:20 第3会場 (2F 中会議室201)

[PD2-1] 一般病棟の看護師に求められる緊急度・重症度判断～脳梗塞患者が CO_2ナルコーシスを呈した急変事例から～

○中谷 真弓 （杏林大学医学部付属病院　脳卒中センター）

[PD2-2] 「家に居たい」を支える、在宅ケアチームが実践している緊急度・重症度判定

○平山 司樹 （高知厚生病院　訪問看護ステーション　こうせい）

[PD2-3] 緊急度・重症度判定の力を活かす看護実践の場面とその現状

○村上 香織 （近畿大学病院 救命救急センター）

[PD2-4] 看護師の急変対応能力向上に向けた取り組み　現状と今後の課題　日常ケアからのアセスメントトレーニング

○喜瀬 裕美 （武蔵野赤十字病院 救急センター）

第5会場

パネルディスカッション

[PD3] 認定分野統合・救急看護の優れた実践力を担保する

座長:劔持 功(東海大学看護師キャリア支援センター), 阿部 雅美(日本赤十字社和歌山医療センター)

15:30 ～ 17:20 第5会場 (3F 中会議室302)

[PD3-1] 2020年度からの新たな認定看護師制度の概要について

○桑村 直樹 （公益社団法人日本看護協会　看護研修学校）

[PD3-2] 次世代へ伝承していく救急看護の役割と実践力　現場における人材育成の視点から

○菅原 明美 （公立置賜総合病院 救命救急センター）

[PD3-3] フライトナースの実践からみた救急看護の専門性

○坂田 久美子 （愛知医科大学病院　看護部）

[PD3-4] 集中ケア認定看護師としての特定行為研修受講の現状と今後の課題

○辰野 綾 （日本大学病院 救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

第5会場

交流集会

[EM1] わかる！できる！　ー国際学会発表のポイントとコツー

司会:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学 医学部 看護学科)
10:20 ～ 11:40　第5会場 (3F 中会議室302)

[EM1] わかる！できる！ -国際学会発表のポイントとコツ-

鹿野 浩子 （自治医科大学看護学部）

交流集会

[EM2] ドクターカーナースの学習課題と教育企画

司会:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)
14:10 ～ 15:20　第5会場 (3F 中会議室302)

[EM2] ドクターカーナースの学習課題と教育企画

伊藤 敬介[1], 佐々 智宏[2], 福士 博之[3] （1.高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター, 2.広島大学病院高度救命救急センター, 3.総合病院 中津川市民病院）

第6会場

交流集会

[EM3] ともに考えよう！地域連携で救急看護師が取り組むこと

司会:木澤 晃代(日本大学病院 看護部)
14:00 ～ 15:20　第6会場 (3F 中会議室303)

[EM3] ともに考えよう！地域連携で救急看護師が取り組むこと

鴇田 猛[1], 中谷 茂子[2], 土倉 万代[3], 直井 みつえ[4] （1.亀田医療技術専門学校, 2.マックシール 巽病院, 3.土倉内科循環器クリニック, 4.済生会宇都宮病院 栃木県救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

第3会場

ランチョンセミナー

[LS1] 誰もが願う尊厳が保たれた救急看護～院内統一ケアから始まる更なるケアの質向上～

司会:並木 幸代(ユニ・チャームメンリッケ株式会社)
11:50 ～ 12:50　第3会場 (2F 中会議室201)

[LS1] 誰もが願う尊厳が保たれた救急看護～院内統一ケアから始まる更なるケアの質向上～

小山田 幸枝[1], 森田 徹[2] （1.獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 褥瘡対策, 2.ユニ・チャームメンリッケ株式会社 代表取締役社長）

第4会場

ランチョンセミナー

[LS2] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

11:50 ～ 12:50　第4会場 (3F 中会議室301)

[LS2] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

佐藤 貴子 （IMSジャパン）

第7会場

ランチョンセミナー

[LS3] 心肺蘇生の客観的な質評価と効果的なデブリーフィング

座長:松島 久雄(獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター 主任教授・センター長 救急医療科 教授)
11:50 ～ 12:50　第7会場 (3F 中会議室304)

[LS3] 心肺蘇生の客観的な質評価と効果的なデブリーフィング

黒澤 寛史 （兵庫県立こども病院 小児集中治療科科長）

第8会場

ランチョンセミナー

[LS4] 肺炎予防のための適切な口腔ケア　～汚染物の回収を意識して～

座長:清田 和也(さいたま赤十字病院 副院長 救命救急センター長)
11:50 ～ 12:50　第8会場 (1F 中会議室102)

[LS4] 肺炎予防のための適切な口腔ケア　～汚染物の回収を意識して～

○岸本 裕充 （兵庫医科大学　歯科口腔外科学講座　主任教授）

第9会場

ランチョンセミナー

[LS5] 気管切開チューブ、インナーカニューレの安全な運用
カフ圧管理の重要性と自動カフ圧コントローラの有用性

座長:道又 元裕(国際医療福祉大学・成田病院準備事務局 看護部門)
11:50 ～ 12:50　第9会場 (1F 中会議室103)

[LS5-1] 気管切開チューブ、インナーカニューレの安全な運用

○中村 香織[1], 柴﨑 雅志[2] （1.杏林大学医学部付属病院　看護部　師長, 2.京都府立医科大学　麻酔科学教室　学内講師）

[LS5-2] カフ圧管理の重要性と自動カフ圧コントローラの有用性

柴﨑 雅志 （京都府立医科大学 麻酔科学教室 講師）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

第4会場

一般演題（口演）| トリアージ

[O1] O1群 トリアージ①

座長:奈良 史恵(関越病院)
10:20 ～ 11:20　第4会場 (3F 中会議室301)

[O1-1] 振り返り用紙の分析結果からみえたトリアージに関する看護師の課題
○吉井 優子 （厚生連高岡病院救命救急センター）

[O1-2] JTASを用いたトリアージにおけるレベル3症例の検証
○清宮 由枝, 古川 麻子 （公立長生病院）

[O1-3] Emergency Severity Indexを用いた緊急度判定はJTASを上回る
○髙岡 宏一, 掛田 崇寛 （関西福祉大学看護学部看護学科）

[O1-4] 二次救急外来における感染症疑い患者に対するqSOFAと SIRSの比較
○八田 圭司, 前田 晃史 （市立ひらかた病院）

[O1-5] 救命救急センターでの院内トリアージにおける看護師の不安の要因
○中村 ひかる, 川治 洸樹 （福井県立病院救命救急センター）

[O1-6] 救急医療室における予診に対する現状分析
○河村 真理恵, 前田 直弥, 芦田 渉, 河野 ひとみ, 中井 純子 （地方独立行政法人公立甲賀病院）

第6会場

一般演題（口演）| プレホスピタルケア

[O2] O2群 プレホスピタルケア

座長:坂田 司(徳島赤十字病院)
10:20 ～ 11:30　第6会場 (3F 中会議室303)

[O2-1] パリ救急医療システム研修からの学び
○辻本 真由美 （横浜市立大学附属市民総合医療センター 救命救急センターEICU）

[O2-2] フライトナースの緊急度認知場面における臨床判断プロセス
○百枝 裕太郎, 岸川 貴司 （国立病院機構 長崎医療センター 高度救命救急センター）

[O2-3] 初療看護師が経験している病院前外傷初期看護での学びの構造化
○大倉 太一, 中村 麻紀, 加藤 京子, 藤原 由子 （りんくう総合医療センター/泉州救命救急センター）

[O2-4] CNS-FACE II を用いたプレホスピタルから ICUまでの家族看護の一事例
○宇野 翔吾 （株式会社日立製作所 日立総合病院　救命救急センター）

[O2-5] FAST-A（安達地域脳卒中救急搬送システム）導入への取り組み ～　プレホスピタルケアに着目して　～
○志賀 一美, 石田 智彦, 武藤 恵, 伊藤 和恵, 阿久津 功 （医療法人辰星会枡記念病院　災害救急医療部）

[O2-6] A病院ドクターカーナースの教育実践報告～ビデオを活用した看護実践の振り返りで得られた教育効果～
○塩尻 洋大, 福島 智之 （独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター）

[O2-7] A病院ドクターカー看護師の病院前看取りの現状と課題～プレホスピタルケア看護師の役割から～
○福士 博之, 比嘉 徹, 鈴木 晴敬 （中津川市民病院病院前救急診療科）

第7会場

一般演題（口演）| シミュレーション

[O3] O3群 シミュレーション

座長:市村 健二(獨協医科大学病院)
10:30 ～ 11:20　第7会場 (3F 中会議室304)

[O3-1] 急性期病棟における急変対応教育導入と有用性の検討 ～急変対応の実践能力の向上を目指して～
○出田 勝一朗, 中村 真由美 （医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院）

[O3-2] 急変時対応の検証と今後の課題
○内海 由加里 （国家公務員共済組合連合会　高松病院）

[O3-3] 新人看護師にコルブの経験学習モデルを活用したシミュレーション教育の効果
○山尾 綾 （日本赤十字社　大阪赤十字病院　救命救急センター）

[O3-4] 急変時のチームビルディングスキル向上のための机上シミュレーション看護教育プログラムの検証
○船木 淳[1], 中村 祐美子[2], 小迫 瞳[2], 清水 愛香[2], 平野 通子[1], 崎山 愛[4], 山口 優[3], 江川 幸二[1] （1.神戸市看護大学 急性期看護学分野, 2.神戸市立医療センター中央市民病院 1北病棟, 3.九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野, 4.九州大学大学院人間環境学府行動システム専攻心理学コース）

[O3-5] 急変対応のための机上シミュレーション実施前後のノンテクニカルスキルの変化
○中村 祐美子[1], 船木 淳[2], 小迫 瞳[1], 清水 愛香[1], 平野 通子[2], 崎山 愛[4], 山口 優[3], 江川 幸二[2] （1.神戸市立医療センター中央市民病院 1北病棟, 2.神戸市看護大学 急性期看護学分野, 3.九州大学大学院医学研究院 保健学部門看護学分野, 4.九州大学大学院人間環境学府行動システム専攻心理学コース）

一般演題（口演）| 看護教育

[O4] O4群 看護教育①

座長:諸岡 健一郎(社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院)

©一般社団法人 日本救急看護学会

14:00 ～ 15:00 第7会場 (3F 中会議室304)

[O4-1] 救命救急センター看護師の道徳的感受性の実態 -倫理検討会の充実をめざして-
○岡林 志穂[1], 小笠原 恵子[1], 井上 正隆[2], 大川 宜容[2] （1.高知県・高知市病院企業団立高知医療センター　救命救急センター, 2.高知県立大学　看護学部）

[O4-2] 初期治療室における多職種連携教育の実践 ～学習者のモチベーション維持に向けた取り組み～
○森 幹男[1], 榎本 真実[1], 小澤 祐介[1], 川合 いずみ[1], 佐野 邦明[2], 杉木 大輔[3] （1.獨協医科大学埼玉医療センター　看護部　救命救急センター, 2.獨協医科大学埼玉医療センター　薬剤部, 3.獨協医科大学埼玉医療センター　救急医療科）

[O4-3] 救命救急センターに勤務する看護師の自律性尺度開発　–構成概念妥当性・信頼性・基準関連妥当性・安定性の検証–
○大江 理英, 杉本 吉恵, 北村 愛子 （大阪府立大学大学院 看護学研究科）

[O4-4] 初療看護における思考教育がもたらす効果
○新井 利維 （医療法人社団　明芳会　イムス東京葛飾総合病院）

[O4-5] 認定看護師1年目の取り組みによる今後の課題
○芳川 智子, 柳澤 三穂 （獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 救命救急センター）

[O4-6] 重症患者の看護ケアを通して関わった経験の浅い看護師への支援
○高橋 涼子[1], 村上 香織[2], 西林 百合[3], 荒瀬 典子[3] （1.名古屋市立西部医療センター　救急外来, 2.近畿大学医学部附属病院　救命救急センター, 3.公益社団法人　大阪府看護協会）

一般演題（口演）| 看護教育

[O5] O5群 看護教育②

座長:宮田 佳之(長崎大学病院 高度救命救急センター)
15:10 ～ 16:10 第7会場 (3F 中会議室304)

[O5-1] 受講者からみた e-Learningを取り入れた急変対応研修事前学習の有効性について
○杉 美紀 （京都府立医科大学附属病院）

[O5-2] 心停止症例検討会を通した急変回避のための看護師教育ー予測性と準備性についての一考察ー
○岡崎 智絵 （地方独立行政法人　明石市立市民病院）

[O5-3] 救急外来に導入した10分間学習会の取り組み～自己評価からみえた効果と満足度～
○野中 美奈子, 山崎 朋子 （千葉市立青葉病院）

[O5-4] MET看護師スキルチェックシートを用いたOSCEの教育的効果
○清水 愛美, 岡山 英子, 宇野 翔吾, 國井 五月 （株式会社日立製作所日立総合病院）

[O5-5] 救急安心センター事業での看護師の自己評価について
○赤尾 いづみ （公益財団法人大阪市救急医療事業団　救急安心センターおおさか）

[O5-6] 救命救急センターに従事する看護師の自殺企図患者に対する態度と学習ニーズ
○垣野 純輝[1], 山本 さゆり[2] （1.旭川医科大学病院救命救急センター, 2.東京医科大学病院救命救急センター）

一般演題（口演）| 救急外来システム

[O6] O6群 救急外来システム

座長:溝江 亜紀子(東京医科歯科大学医学部附属病院)
16:20 ～ 17:10 第7会場 (3F 中会議室304)

[O6-1] 救急外来兼務時に遭遇する困難対処へのマニュアルの活用効果
○髙橋 暁子, 柏谷 祐美子, 有本 純子 （東京逓信病院）

[O6-2] 急性冠症候群患者の救急外来における治療開始までの時間短縮を妨げる原因と対策
○矢野 寛明, 別府 颯馬, 竹森 香織 （愛媛大学医学部附属病院）

[O6-3] 心肺停止で搬送され死に至った患者家族への実践ケアを明らかにする
○東 祐太, 山崎 亜希子 （加賀市医療センター救急センター）

[O6-4] 高齢者の年代別救急センター滞在時間の検証
○高比良 直美, 今村 文子 （医療法人徳洲会　湘南藤沢徳洲会病院　救急センター）

[O6-5] 救急外来における高齢者患者の看護実践上の倫理的課題
○前田 晃史[1], 武村 佳奈子[2], 本田 可奈子[3] （1.市立ひらかた病院, 2.滋賀医科大学医学部附属病院, 3.滋賀医科大学）

第8会場

一般演題（口演）| 医療安全

[O7] O7群 医療安全

座長:杉本 環(日本大学医学部附属板橋病院)
10:30 ～ 11:20 第8会場 (1F 中会議室102)

[O7-1] Rapid Response System(RRS)取り組みから見えてきた現状と課題
○三浦 まき, 小林 宏栄 （昭和大学病院 看護部）

[O7-2] A病院コードブルー要請の実態と課題
○立野 淳子 （小倉記念病院クオリティマネジメント科）

[O7-3] eICUサポートセンターの支援事例の内容分析
○住永 有梨 （昭和大学病院ICU）

[O7-4] 記録記載のルーチン化による Primary Surveyの学習効果の検討

©一般社団法人 日本救急看護学会

○伊藤 敬介, 大麻 康之 （高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター）

[O7-5] 成人患者におけるエコーガイド下（ランドマーク法）末梢静脈路確保の有用性

○山本 泰大 （岐阜県立下呂温泉病院）

一般演題（口演）| 看護実践・倫理・その他

[O8] O8群 看護実践・倫理・その他

座長:平尾 明美(神戸大学医学部附属病院)
14:00 ～ 14:50　第8会場 (1F 中会議室102)

[O8-1] クリティカルケアにおける臨床倫理の問題と看護師による倫理調整の実際～ ACTce-CCMの構成概念の明確化～

○立野 淳子[1], 山勢 博彰[2], 田戸 朝美[2], 山本 小奈実[2], 佐伯 京子[2] （1.小倉記念病院, 2.山口大学大学院医学系研究科）

[O8-2] 救急部門に働く看護師に求められる能力と役割に関する国内外比較

○豊海 万緒[1], 門 美緒[1], 吉田 彩良[1], 作田 裕美[2] （1.大阪市立大学医学部附属病院, 2.大阪市立大学）

[O8-3] 救命領域における DNAR決定後の看護ケアの実際

○玉野 真鈴, 中田 哲也, 寺崎 順子 （獨協医科大学病院救命救急センター）

[O8-4] A高度救命救急センター看護師が看護を行う上で対応に困難を感じた状況での感情と対処方法

○石鉢 妙子 （札幌医科大学附属病院　高度救命救急センター）

[O8-5] 救命救急センターで勤務する看護師の Work Engagementに達成動機と自律性が及ぼす影響

○林谷 学[1,2], 升田 由美子[3] （1.旭川赤十字病院, 2.旭川医科大学大学院修士課程看護学専攻, 3.旭川医科大学医学部看護学科）

一般演題（口演）| 精神的ケア

[O9] O9群 精神的ケア

座長:赤木 高司(京都保険会 京都民医連中央病院)
15:10 ～ 15:50　第8会場 (1F 中会議室102)

[O9-1] 国内の救命救急領域に配属された新人看護師の精神的ストレスとその支援に関する課題

○門 美緒 （大阪市立大学）

[O9-2] 救命救急センターに勤務する看護師のグリーフワーク

○左京 ゆみ, 岡林 志穂, 小笠原 恵子 （高知県・高知市病院企業団立高知医療センター）

[O9-3] 救急搬送された脊髄損傷患者が抱える性問題への一考察～青年期における性の悩みへの関わりの分析から～

○半澤 純, 加藤 弘美 （千葉県救急医療センター）

[O9-4] 高度救命救急センターにおける患者の権利擁護と救急看護師の役割ー新生児死亡を経験した褥婦への看護実践ー

○久留 遼華, 佐々 智宏, 右近 清子 （広島大学病院高度救命救急センター）

一般演題（口演）| 災害看護

[O10] O10群 災害看護

座長:大村 正行(岡山赤十字病院 救命救急センターICU)
16:20 ～ 17:10　第8会場 (1F 中会議室102)

[O10-1] 災害看護をどのように教えるか

○浅井 磨智代, 西北 浩敏, 村岸 敦子 （洛和会音羽病院　救命救急センター）

[O10-2] 災害時の参集に関する要因～震災後の看護師アンケートより～

○松田 優美, 木村 美千代 （苫小牧市立病院）

[O10-3] 黒エリア災害訓練が2ヶ月後における身体・精神面に与える影響

○園田 真利子, 阿部 嘉晃, 畠中 真由美, 大脇 吉子, 山本 むつみ, 髙間 辰雄, 吉原 秀明 （鹿児島市立病院救命救急センター）

[O10-4] 災害時の外来看護師のトリアージについて

○四元 由香 （白岡中央総合病院）

[O10-5] 避難所運営ゲーム（ HUG）を体験した学生の学びと防災に対する意識の変化

○渡邉 克俊, 平井 由佳 （島根県立大学）

第9会場

一般演題（口演）| 重症患者看護

[O11] O11群 重症患者看護①

座長:戸部 理絵(信州大学医学部附属病院 高度救命救急センター)
10:30 ～ 11:10　第9会場 (1F 中会議室103)

[O11-1] 救急患者に対する鎮静プロトコルの作成と実用性の評価

○蛯沢 仁代, 今 愛子, 三浦 崇 （弘前大学医学部附属病院高度救命救急センター）

[O11-2] 鎮静患者における疼痛評価スケール導入への取り組み

○藤沼 友子 （獨協医科大学埼玉医療センター）

[O11-3] 口腔ケアにおける口腔用ウェットティッシュの有用性

○河本 翼[1], 小川 美緑[2], 田戸 朝美[3], 松山 美依奈[1], 山勢 博彰[3], 山本 小奈実[3], 佐伯 京子[3] （1.前山口大学医学部保健学科, 2.福岡大学病院看護部, 3.山口大学大学院医学系研究科）

[O11-4] 褥瘡発生予防に使用した3種類の貼付材の比較検討

©一般社団法人 日本救急看護学会

について

○岡上 慎 （社会医療法人大雄会 総合大雄会病院）

一般演題（口演）| 救急外来看護

[O12] O12群 救急外来看護①

座長:望月 桂(杏林大学医学部付属病院)
14:00 ～ 15:00　第9会場 (1F 中会議室103)

[O12-1] 脳梗塞治療時 ER入室後、看護業務の実態調査により学習課題を明確にする

○大倉 稚佳子, 阿潟浜 里枝, 星 寿子, 勝田 祥子, 筒井 美保, 生島 和美 （地域医療振興協会　市立奈良病院）

[O12-2] ECPR症例に対処できる実践能力の習得に向けて～他部署とカンファレンス・シミュレーションを通して～

○松堂 優美, 大城 珠緒, 西村 咲穂, 久保田 朋美, 田代 泉 （沖縄県立中部病院　救命救急センター）

[O12-3] 救急外来から始める早期退院支援への取り組み -退院支援問診票を活用しての現状と課題-

○伊丹 香織, 長谷 恵, 竹谷 奈緒子 （徳島県立三好病院）

[O12-4] 救急外来からの入院病床の選定に対する一考察

○中 亮子, 馬場 友子 （市立岸和田市民病院　救急センター）

[O12-5] 地域医療と共に変化する救急診療～救急外来の滞在時間調査から～

○谷口 公太郎, 山本 理恵, 尾谷 早苗 （京丹後市立弥栄病院）

[O12-6] 精神科を有しない二次救急病院での自殺企図患者を受け入れる看護師の実態

○田方 美希 （加賀市医療センター）

一般演題（口演）| 救急外来看護

[O13] O13群 救急外来看護②

座長:赤松 有紀子(社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会野江病院)
15:10 ～ 16:00　第9会場 (1F 中会議室103)

[O13-1] 当院における内因性ロード＆ゴー症例の受け入れにあたっての現状と課題 ～救急看護師の質の向上を目指して～

○名嘉眞 未来, 川地 ひかり （沖縄中部徳洲会病院救急センター）

[O13-2] 救急外来における医療サービスの患者・家族満足度評価、および医療サービス向上への介入効果の検証

○安部 孝賢, 高橋 優 （社会医療法人寿会　富永病院）

[O13-3] 救命救急センターに救急搬送された患者の家族関係者への看護師の対応

○佛性 千賀子, 中山 紗代子, 嶋田 安希 （大津赤十字病院 高度救命救急センター）

[O13-4] 熱性けいれんのパンフレットを使用した帰宅指導の効果

○西浦 明菜, 岡崎 啓, 大麻 康之 （高知県・高知市病院企業団立高知医療センター）

[O13-5] 「事故」により外来受診する小児患者家族への「事故予防指導」にむけて～救急外来受診小児患者の現状からの考察～

○横山 奈緒実, 田中 秀明, 冨田 由美子, 下鶴 有紀 （松戸市立総合医療センター）

一般演題（口演）| 救急外来看護

[O14] O14群 救急外来看護③

座長:新田 直巳(市立札幌病院 救命救急センター)
16:20 ～ 17:20　第9会場 (1F 中会議室103)

[O14-1] 重症熱中症患者におけるアイスプール手順書作成に向けた取り組み

○實川 鈴加, 岩井 美由希, 大川 あさ子, 古川 みくり （国保総合病院旭中央病院）

[O14-2] 夜間病床管理体制の変更による急病センターへの影響～救急患者と急病センター看護師への効果を検証して～

○玉城 清 （地方独立行政法人　那覇市立病院）

[O14-3] walk in患者に対する ERトリアージシステムの導入と検証

○田尻 雄三, 丸林 美代子 （国家公務員共済組合連合会浜の町病院）

[O14-4] ACS患者の DTBT短縮に向けた取り組み～ACSチェックリスト導入による効果と救急外来滞在時間の短縮化～

○横山 誠[1], 本田 智治[1], 山田 勇斗[1], 川尻 はるか[1], 渡辺 ゆめの[2], 田平 直美[1], 井山 慶大[3] （1.長崎大学病院高度救命救急センター, 2.長崎大学病院, 3.長崎大学病院　循環器内科）

[O14-5] Hybrid Emergency Roomにおける初療記録の充実

○松本 奈々, 佐藤 真矢, 下池田 百合, 澤井 朋子 （地方独立行政法人　大阪府立病院機構　大阪急性期・総合医療センター）

[O14-6] 脳卒中スクランブルにおける救急外来看護師に求められる役割

○大麻 康之, 伊藤 敬介, 太田 剛史 （高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

RTD会場

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 救急外来看護

[RTD1] RTD（ CN）1群 救急外来看護

座長:寺村 文恵(三重大学医学部附属病院 総合集中治療センター)
10:30 ～ 11:30 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD1-1] 外傷性出血性ショックを呈した患者の低体温予防とシバリング抑制 一末梢保温・汗の拭取効果を明らかにする一
○大瀧 友紀 （聖隷三方原病院）

[RTD1-2] 急性腹症疑いで搬送された急性大動脈解離の一例から考える検査の準備の意義
○増山 純二 （長崎みなとメディカルセンター）

[RTD1-3] 外傷患者における体温管理の検討
○大村 正行 （岡山赤十字病院　救命救急センターICU）

[RTD1-4] 母体救命受け入れ時の看護体制における救急看護認定看護師の役割　初療看護実践を通して
○手塚 知樹 （杏林大学医学部付属病院）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 重症患者看護

[RTD2] RTD（ CN）2群 重症患者看護

座長:青木 梢(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)
14:00 ～ 15:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD2-1] 当院における呼吸ケアサポートチームの活動について ～救急看護認定看護師としての役割～
○物袋 哲也 （神戸大学医学部附属病院）

[RTD2-2] ｑ-SOFA1点はこわい？
○大麻 康之 （高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター）

[RTD2-3] 敗血症の早期認知 -qSOFAからはじまる-
○松井 幸司 （国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院）

[RTD2-4] A病院における特定行為研修を修了した看護師の呼吸器離脱に関する介入で気管切開・失声を回避できた一例
○本田 弘志, 平野 里美 （霧島市立医師会医療センター）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 災害・トリアージ

[RTD3] RTD（ CN）3群 災害・トリアージ

座長:角 由美子(名古屋第二赤十字病院 医療安全推進室)
15:10 ～ 16:10 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD3-1] A病院救命救急センターが経験した硫化水素被ばく患者受入れの現状 -現状分析と課題解決に向けた取り組み-
○宇野 翔吾 （株式会社日立製作所　日立総合病院　救命救急センター）

[RTD3-2] 呼吸器症状をきたした新生児の院内トリアージ -「小児初期評価の3要素」における重症度評価の比較-
○北川 誠也 （地方独立行政法人　佐賀県医療センター好生館　救命救急センター）

[RTD3-3] 一般外来看護師に対するトリアージシステム導入に対する活動
○橋本 節子 （永生会 南多摩病院）

[RTD3-4] 発熱を呈し来院した乳児に対する院内トリアージ
○望月 桂 （杏林大学医学部付属病院 高度救命救急センター）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | その他

[RTD4] RTD4群 その他①

座長:寺師 榮(東洋医療専門学校 救急救命士学科)
16:20 ～ 17:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD4-1] 院内で発生した CPA症例の事後検証を通して明らかになった今後の課題
○鈴木 早紀[1], 藤井 満貴[1], 鈴木 麻由美[1], 土地 秀紀[1], 山下 慶子[1], 増田 みゆき[2], 橋口 尚幸[3] （1.順天堂大学医学部附属順天堂医院看護部救急PCセンター, 2.順天堂大学医学部附属順天堂医院事務部サービス課, 3.順天堂大学医学部附属順天堂医院救急科）

[RTD4-2] 医療現場における患者安全に役立つ眠りSCAN®の有用性の検証
○炭家 千尋, 大川 貴治, 男乕 夏実, 川合 いずみ, 浅香 えみ子 （獨協医科大学埼玉医療センター看護部）

[RTD4-3] 救急外来を受診するがん患者の特性と症状の分析
○宮城 綾香, 大嶋 守 （砂川市立病院）

[RTD4-4] Ａ大学病院高度救命救急センターの災害時の看護活動の現状と連携の課題　救急外来と救急ICUの合同災害訓練を通じて
○鶴田 聖季, 伊礼 リカルド, 大和田 幸男, 川谷 陽子 （愛知医科大学病院）

[RTD4-5] ドクターカー同乗看護師が抱く不安に対する取り組みと今後の課題
○大宜見 宗史, 篠原 花織, 兼本 愛美, 内間 幸人 （社会医療法人かりゆし会　ハートライフ病院）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 救急看護師教育

[RTD5] RTD5群 救急看護師教育

座長:背戸 陽子(日本医科大学付属病院 医療安全管理部)
10:30 ～ 11:30 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD5-1] 院内急変対応時の、救急看護師のリーダーシップに関する調査
○金丸 祥子, 桜井 政純, 高橋 沙紀, 那須 明子, 櫻井 弥生 （札幌徳洲会病院 救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

[RTD5-2] コードブルーの応援にかけつけた看護師が力を発揮することができたと感じる要因
○大地 文子, 福田 ひろみ, 蔵本 真理, 勝占 智子 （徳島赤十字病院）

[RTD5-3] 救急センターにおける CPA事例の振り返りの効果
○小島 朗, 本田 文子, 小熊 博美, 増川 美智子, 石井 裕也 （大原綜合病院　HCU　救急センター）

[RTD5-4] 初期救急、二次救急患者の診療科選定を看護師が行う取り組み～現状と今後の課題～
○野坂 栞[1], 忠田 知亜紀[1], 奥井 陽子[1], 冨田 里美[1], 森 輝美[2], 足立 好美[1] （1.鳥取大学医学部附属病院救命救急センター, 2.鳥取大学医学部附属病院小児病棟）

[RTD5-5] 二次救急医療機関の救急外来において救急看護認定看護師が重要と考える看護実践
○武村 佳奈子[1], 本田 可奈子[2], 前田 晃史[3] （1.滋賀医科大学医学部附属病院, 2.滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座, 3.市立ひらかた病院　手術室）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | RRS

[RTD6] RTD（ CN）6群 RRS

座長:丹羽 由美子(愛知医科大学病院)
14:10 ～ 15:30 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD6-1] RRS導入に向けた救急看護認定看護師としての取り組みと今後の課題
○坂田 司 （徳島赤十字病院）

[RTD6-2] Rapid Response Systemの導入と現状～今後の課題
○田尻 雄三 （国家公務員共済組合連合会浜の町病院）

[RTD6-3] A病院における院内救急コールの現状と Rapid Response Systemに関する取組み
○小笠原 美奈 （秋田赤十字病院）

[RTD6-4] 救急看護認定看護師による急変対応コースの実践報告
○田中 雄也[1], 橋本 かお里[2] （1.東海大学医学部付属八王子病院救急センター, 2.東海大学医学部付属八王子病院ICUCCU）

[RTD6-5] 患者のための RRSの確立を目指して
○杉本 環 （日本大学医学部附属板橋病院）

[RTD6-6] A病院における Rapid Response System導入の評価と課題
○磯部 雄一 （九州医療センター）

[RTD6-7] 防ぎえた可能性のある院内急変/死亡ゼロに向けたRRS的視点での振り返りが行えるシステム作りと今後の課題
○小島 圭太 （立川綜合病院）

[RTD6-8] A病院の RRS活動
○中田 哲也, 中山 麻実, 吉田 紀子, 横地 瑞, 佐藤 晃子, 白石 浩子 （獨協医科大学病院）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 看護教育

[RTD7] RTD7群 看護教育

座長:樅山 定美(医療創生大学)
15:50 ～ 17:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD7-1] 救急病棟における PNSの現状と今後の課題
○古謝 美智子, 比嘉 美津代, 城間 敦, 兼城 智香子, 神村 知佳子 （琉球大学医学部附属病院救急病棟）

[RTD7-2] 救急分野における中堅看護師の育成をめざして -救急新聞発行による院内広報の効果-
○豊田 麻衣, 山路 修平 （富山市立富山市民病院）

[RTD7-3] A病院における BLSコアメンバーの BLS研修への取り組みについて　意識調査と教育方法への課題
○裏 晋彰, 川久保 嘉文 （岐阜市民病院）

[RTD7-4] 胸骨圧迫時における背板とエアマット CPRモード使用の効果のプロバイダーの性別による比較
○中野 元[1,2], 中井 大介[3] （1.金城大学, 2.富山大学医学薬学教育部, 3.富山大学附属病院）

[RTD7-5] 2年課程の看護学生が B県医師会認定 BLSインストラクターとして、一般市民を対象に講習を実施した成果と課題
○高野 直美[1,2], 小野澤 清美[2], 金子 健彦[3] （1.日本医療科学大学 保健医療学部 看護学科, 2.大宮医師会看護専門学校, 3.和洋女子大学大学院　総合生活研究科）

[RTD7-6] 救急看護師が「モデル」と捉える同僚の社会人基礎力 -調査対象者の救急看護経験年数の観点から-
○源本 尚美[1], 城丸 瑞恵[2], 澄川 真珠子[2] （1.市立札幌病院　救急外来・内視鏡画像センター, 2.札幌医科大学保健医療学部）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

第1会場

開会式

[OP] 開会式

09:10 ～ 09:20 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[OP] 開会式

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

第3会場

総会

[GM] 会員総会

13:00 ～ 14:00 第3会場 (2F 中会議室201)

[GM] 会員総会

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

懇親会会場

懇親会

[SG] 懇親会
18:00 ～ 20:00 懇親会会場 (ホテルニューオータニ幕張 2F 「鶴の間」)

[SG] 懇親会

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月4日(金)

RTD会場

ポスター(貼付・撤去)

[PoS1] ポスター貼付

08:15 ～ 10:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoS1] ポスター貼付

ポスター(貼付・撤去)

[PoR1] ポスター撤去

17:20 ～ 18:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoR1] ポスター撤去

ポスター(貼付・撤去)

[PoS2] ポスター貼付

08:15 ～ 10:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoS2] ポスター貼付

ポスター(貼付・撤去)

[PoR2] ポスター撤去

17:20 ～ 18:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoR2] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

第2会場

特別RTD

[SRTD] 【日本病院会病院総合力推進委員会共催】患者にとって最善な医療の選択とは何かーパターナリズムとインフォームドコンセントを問い直すー

座長:有賀 徹(独立行政法人 労働者健康安全機構), 木澤 晃代(日本大学病院 看護部)
09:00 ～ 10:50　第2会場 (2F コンベンションホールB)

[SRTD1] 最善の救急医療実践に必要な倫理観～患者の権利、人の尊厳、公衆への公正

○山下 智幸 （日本赤十字社医療センター　救命救急センター・救急科）

[SRTD2] 救急から在宅までリハビリテーション医療の普遍化で地域生活を支える

○栗原 正紀[1,2] （1.日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長, 2.日本病院会理事）

[SRTD3] 集中治療中の終末期に続く在宅医療における患者の意思と家族内の葛藤

○松月 みどり （東京医療保健大学 和歌山看護学部）

[SRTD4] 患者とその家族は、自分たちで本当に意思決定したいと思っているのか

○中村 美鈴 （東京慈恵会医科大学　医学部　看護学科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

第1会場

教育講演

[EL5] 東京2020オリンピック・パラリンピックの医療活動計画と危機管理の実際

座長:森村 尚登(東京大学大学院医学系研究科救急科学), 佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)
09:00 ～ 10:00　第1会場 (2F コンベンションホールA)

[EL5] 東京2020オリンピック・パラリンピックの医療活動計画と危機管理の実際

○宮本 哲也 （公益財団法人　東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会　大会運営局　医療サービス部 部長）

教育講演

[EL6] 頻発する災害を経験した我が国の対策の現状ー防ぎえる災害死回避のためのこれまでの取り組みー

座長:箱崎 恵理(社団法人千葉県看護協会 看護協会ちば訪問看護ステーション)
13:30 ～ 14:30　第1会場 (2F コンベンションホールA)

[EL6] 頻発する災害を経験した我が国の対策の現状 -防ぎえる災害死回避のためのこれまでの取り組み-

○大友 康裕 （東京医科歯科大学大学院救急災害医学分野）

第2会場

教育講演

[EL7] 看護実践のためのエコーを用いた身体診察

座長:木澤 晃代(日本大学病院 看護部), 白石 浩子(獨協医科大学病院 看護部)
11:00 ～ 12:00　第2会場 (2F コンベンションホールB)

[EL7] 看護実践のためのエコーを用いた身体診察

○亀田 徹 （安曇野赤十字病院救急科）

教育講演

[EL8] 口腔内バイオフォルム細菌による身体機能障害

座長:田戸 朝美(山口大学大学院)
13:30 ～ 14:30　第2会場 (2F コンベンションホールB)

[EL8] 口腔内バイオフォルム細菌による身体機能障害

○奥田 克爾[1], 成田 賢二[2] （1.東京歯科大学名誉教授, 2.獨協医科大学埼玉医療センター非常勤歯科医師）

第3会場

教育講演

[EL9] せん妄管理における危機管理～ J-PAD＆ PADISガイドラインの視点から～

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)
09:00 ～ 10:00　第3会場 (2F 中会議室201)

[EL9] せん妄管理における危機管理～ J-PAD＆ PADISガイドラインの視点から～

○古賀 雄二 （川崎医療福祉大学）

教育講演

[EL10] 目は口ほどに物を言う!?意識障害患者のフィジカルアセスメントのコツ

座長:清村 紀子(大分大学医学部)
13:30 ～ 14:30　第3会場 (2F 中会議室201)

[EL10] 目は口ほどに物を言う!? 意識障害患者のフィジカルアセスメントのコツ

○久松 正樹 （社会医療法人　医仁会　中村記念南病院）

第4会場

教育講演

[EL11] 多職種協働のためのコンピテンシー～ T型人間のすすめ～

座長:小笠原 恵子(高知医療センター 集中治療)
11:00 ～ 12:00　第4会場 (3F 中会議室301)

[EL11] 多職種協働のためのコンピテンシー～ T型人間のすすめ～

○松下 博宣 （東京情報大学）

教育講演

[EL12] Society 5.0 for SDGsが開く救急医療の展望

座長:明石 惠子(名古屋市立大学)
13:30 ～ 14:30　第4会場 (3F 中会議室301)

[EL12] Society 5.0 for SDGsが開く救急医療の展望

○奥寺 敬[1,2,3] （1.富山大学大学院危機管理医学（救急・災害医学）, 2.第26回日本航空医療学会会長, 3.第14回日本病院前救急診療医学会会長）

第5会場

教育講演

[EL13] 救急看護師が行う創傷管理

座長:志村 知子(日本医科大学付属病院)
13:30 ～ 14:30　第5会場 (3F 中会議室302)

[EL13] 救急看護師が行う創傷管理

○太内田 房子 （獨協医科大学埼玉医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

第1会場

シンポジウム

[SY4] ALL JAPAN！2020年東京オリンピック・パラリンピックコンソーシアムによる医療活動計画と危機管理

座長:森村 尚登(東京大学大学院医学系研究科救急科学), 佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)
10:10 ～ 12:00　第1会場 (2F コンベンションホールA)

[SY4-1] アトランタ夏季オリンピック（1996）および長野冬季オリンピック（1998）における組織委員会による医療救護活動の経験より
○奥寺 敬[1,2]（1.富山大学大学院　危機管理医学, 2.長野オリンピック冬季競技大会組織委員会医療救護ディレクター（1995-1998））

[SY4-2] 2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける看護師の役割
○山勢 博彰（山口大学大学院医学系研究科）

[SY4-3] 重症患者の受け入れ、集中治療体制の構築　今、ICUに求められているもの
○後藤 順一（河北総合病院）

[SY4-4] 東京医師会における医療活動支援
○猪口 正孝（公益社団法人　東京都医師会　副会長）

[SY4-5] 東京2020大会、東京消防庁の救急活動体制
○森住 敏光（東京消防庁　救急部長）

[SY4-6] オリパラ2020に向けた熱中症対策
○三宅 康史（帝京大学医学部救急医学/帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター　日本救急医学会）

[SY4-7] オリンピック開催時の感染対策
○菅原 えりさ（東京医療保健大学大学院　感染制御学）

シンポジウム

[SY5] 経験から学び実践する大災害への備え

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院), 安彦 武(東北大学病院)
14:40 ～ 16:30　第1会場 (2F コンベンションホールA)

[SY5-1] 地下鉄サリン事件から24年経って思うこと　この経験から活かされていること、これからの課題について考える
○柳澤 八恵子（学校法人聖路加国際大学　聖路加国際病院救命救急センター）

[SY5-2] 熊本地震を経験して　基幹災害拠点病院として急性期看護を提供するために
○赤池 尋恵（熊本赤十字病院）

[SY5-3] 関東東北豪雨による水害の経験から
○岡田 佐代子（きぬ医師会病院）

[SY5-4] 災害拠点病院の果たした役割と今後に向けた課題～やっぱり備えあれば憂いなし～
○葛西 陽子（医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院　急性・重症患者看護専門看護師　看護管理室　副看護部長）

第3会場

シンポジウム

[SY6] これからの Rapid Response System 組織に応じた危機管理システム創り

座長:上澤 弘美(総合病院 土浦協同病院), 川原 千香子(日本臨床救急医学会医療安全推進委員会RRS小委員会)
10:10 ～ 12:00　第3会場 (2F 中会議室201)

[SY6-1] Rapid Response Systemの導入と定着の戦略～基本を踏まえて、変化を考える～
○新井 正康（北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門）

[SY6-2] 看護師の立場から振り返る～大学病院である当院のRRSの現状と課題～
○柳澤 三穂（獨協医科大学埼玉医療センター）

[SY6-3] 当院における RRSの現状と課題 -重症患者サポートチームとしての活動から-
○下山 佳奈子[1], 中村 祥英[2], 石橋 幾久[3], 後藤 貴樹[2], 小杉 一江[3]（1.静岡県立総合病院　高度救命救急センター, 2.静岡県立総合病院　ICU/CCU, 3.静岡県立総合病院　救命HCU）

[SY6-4] RRSの課題とこれから～複雑な課題にどう向き合うのか？～
○清水 広久（埼玉恵成会病院 外科）

第4会場

シンポジウム

[SY7] 【日本臨床救急医学会共催】電話相談と危機管理ー見えない病態を判断する

座長:櫻井 淳(日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野), 伊藤 雪絵(奈良県立医科大学附属病院 生命倫理監理室)
14:40 ～ 16:30　第4会場 (3F 中会議室301)

[SY7-1] 電話相談の多様なシステムについて
○六車 崇（横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター）

[SY7-2] 大学病院における救急電話相談の実践から危機管理について考える
○山崎 早苗（東海大学医学部付属病院）

[SY7-3] 電話救急医療相談事業における質の管理への取り組み～＃7119実践～
○赤尾 いづみ（公益財団法人　大阪市救急医療事業団救急安心センターおおさか＃7119）

©一般社団法人 日本救急看護学会

[SY7-4] ラダーを道筋として考える#7119の質保証

○久間 朝子 （福岡大学病院手術部・SICU 急性・重症患者看護専門看護師）

[SY7-5] 電話相談に必要なトリアージ要素

○横田 由佳 （杏林大学医学部付属病院）

第5会場

シンポジウム

[SY8] 命の危険回避への取り組み―多様な立場からの急変前兆候対応への提案―

座長:瀬川 久江(（元）独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター),渕本 雅昭(東邦大学医療センター大森病院)
14:40 ～ 16:30 第5会場 (3F 中会議室302)

[SY8-1] 多様な医療施設への活用における展望と課題～急変前兆候を見逃さない思考の作り方～

○清水 克彦 （独立行政法人 国立病院機構京都医療センター）

[SY8-2] 一般市民向け急変の前兆を認識する研修プログラムの提案

○嘉陽 宗司 （医療法人　おもと会　大浜第一病院）

[SY8-3] 外傷看護教育の展望

○苑田 裕樹 （日本赤十字九州国際看護大学）

[SY8-4] 急変前兆候対応への期待と提案～インストラクショナルデザイナーの立場から～

○石井 恵利佳 （獨協医科大学埼玉医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

第2会場

パネルディスカッション

[PD4] 高齢社会に向けた病院前救急診療活動の現状と展望

座長:伊藤 敬介(高知医療センター), 福田 ひろみ(徳島赤十字病院 ER)
14:40 ～ 16:30　第2会場 (2F コンベンションホールB)

[PD4-1] 東京医科歯科大学医学部附属病院におけるドクターカーの活動
○伊藤 暁子 （東京医科歯科大学医学部附属病院救命救急センター）

[PD4-2] 高齢社会に求められるドクターカーの役割
○佐々 智宏 （広島大学病院高度救命救急センター）

[PD4-3] 超高齢化社会におけるプレホスピタルケアの在り方 ～アドボケーターとしての役割期待～
○友田 新二 （ベルランド総合病院　集中治療室（救急・血管造影室））

[PD4-4] ドクターヘリの活動から見えたプレホスピタルケアの現状と課題
○峯山 幸子 （東海大学医学部付属病院 高度救命救急センター）

[PD4-5] 前橋赤十字病院における救急救命士の活動と今後の展望
○大河原 由記 （前橋赤十字病院 研修管理課）

[PD4-6] 病院前救急診療の目的を改めて考える　～プレホスピタルケアの向かう先はどこか～
○小橋 大輔 （日本赤十字社　前橋赤十字病院 高度救命救急センター　集中治療科　救急科）

第3会場

パネルディスカッション

[PD5] 救急医療におけるタスクシフト～新たな力の創造～

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科), 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)
14:40 ～ 16:30　第3会場 (2F 中会議室201)

[PD5-1] 救急初療における特定行為研修修了看護師へのタスクシフティング
○増山 純二 （長崎みなとメディカルセンター）

[PD5-2] 外傷初期看護ガイドラインの構築と教育の実績から救急分野のタスク・シフティングを探る
○佐藤 憲明 （日本医科大学附属病院）

[PD5-3] 看護管理者の視点から考える特定医行為の導入について
○平野 美佐子 （千葉県救急医療センター）

[PD5-4] 変化に対応する救急看護のチャレンジ
○木澤 晃代 （日本大学病院）

第4会場

パネルディスカッション

[PD6] 急性・重症患者の安楽と QOL向上を目指す苦痛緩和ケア～ホリスティックな視点で、生きる力を支える看護実践を考える～

座長:遠藤 みどり(山梨県立大学 看護学部), 江川 幸二(神戸市看護大学)
09:00 ～ 10:50　第4会場 (3F 中会議室301)

[PD6-keynote] 基調講演：急性・重症患者ケアに必要なコンフォートの理解
○江川 幸二 （神戸市看護大学　急性期看護学分野）

[PD6-topic] 話題提供：周術期疼痛管理研究会の活動
○井川 由貴 （山梨県立大学　看護学部）

[PD6-1] 離脱に難渋した人工呼吸器装着患者への安楽ケア
○中村 祥英 （地方独立行政法人　静岡県立病院機構　静岡県立総合病院　看護部　ICU/CCU）

[PD6-2] 救命集中治療室における急性・重症患者への苦痛緩和と看護ケアについて考える
○梶原 絢子 （自治医科大学附属さいたま医療センター　救命集中治療室）

[PD6-3] 急性期病棟での急性期・終末期患者の QOL向上のためにできる緩和ケア
○渡邊 泰子 （国民健康保険富士吉田市立病院 4階東病棟）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

第5会場

ワークショップ

[WS1] 【日本中毒学会共催】身近な救急病態“中毒”に強くなる！

座長:古厩 智美(さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)
09:00 ～ 10:30　第5会場 (3F 中会議室302)

[WS1] 身近な救急病態“中毒”に強くなる！

○杉田 学[1], 早川 桂[2], 髙見 浩樹[1] （1.順天堂大学医学部附属練馬病院, 2.さいたま赤十字病院）

第7会場

ワークショップ

[WS2] チーム医療の成果評価　クラウド型サーベイで多職種協働風土の程度、問題を可視化する

司会:藤谷 克己(文京学院大学)
13:30 ～ 14:50　第7会場 (3F 中会議室304)

[WS2-1] 体感 ATICS!「あなたのチームは大丈夫か？」自分のチームを診断しよう！

○藤谷 克己[1], 松下 博宣[2], 石川 弥生[3] （1.文京学院大学大学院保健医療科学研究科, 2.東京情報大学看護学部, 3.富士宮市立病院）

[WS2-2] AITCS-II-Jを用いてクラウド型サーベイで多職種連携協働（チーム医療）風土の程度、問題を可視化する

○松下 博宣 （学校法人　東京農業大学 東京情報大学）

[WS2-3] 「多職種連携協働風土（日本版 AITCS-II-J）サーベイの結果から、当院の課題と取り組み」

○石川 弥生 （富士宮市立病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

第5会場

交流集会

[EM4] 採用される臨床看護研究の論文を書くための Tips

司会:清村 紀子(大分大学医学部)
10:40 ～ 12:00　第5会場 (3F 中会議室302)

[EM4] 採用される臨床看護研究の論文を書くための Tips

佐々木 吉子 （東京医科歯科大学大学院）

第6会場

交流集会

[EM5] 外傷看護の最新のストラテジー

司会:小池 伸享(前橋赤十字病院)
08:50 ～ 10:00　第6会場 (3F 中会議室303)

[EM5] 外傷看護の最新のストラテジー

後小路 隆[1], 冨岡 小百合[2], 和田 孝[3], 小越 優子[4], 苑田 裕樹[5]
（1.社会医療法人 陽明会 小波瀬病院, 2.中河内救命救急センター, 3.大垣市民病院, 4.滋賀医科大学医学部附属病院, 5.日本赤十字九州国際看護大学）

交流集会

[EM6] 新救急看護ラダーの活用法の提案

司会:川原 千香子(日本臨床緊急医学会医療安全推進委員会RRS小委員会), 有澤 文孝(地方独立行政法人 東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター 救命救急センター)
13:30 ～ 14:50　第6会場 (3F 中会議室303)

[EM6] 新救急看護ラダーの活用法の提案

菅原 美樹[1], 中村 香代[2], 源本 尚美[3] （1.札幌市立大学看護学部, 2.独立行政法人国立病院機構災害医療センター, 3.市立札幌病院）

交流集会

[EM7] ファーストエイド、その根拠に迫る！

司会:三上 剛人(吉田学園医療歯科専門学校), 立野 淳子(小倉記念病院), 山田 恵子(学校法人日本教育財団名古屋医専)
15:00 ～ 16:30　第6会場 (3F 中会議室303)

[EM7] ファーストエイド、その根拠に迫る！

新田 直巳[1], 佐々木 信子[2], 春川 一樹[3], 前田 智香[4], 谷口 万葉[5], 和田 孝[6], 久米 隆道[7], 諸岡 健一郎[8] （1.市立札幌病院, 2.青森県立中央病院, 3.新潟市民病院, 4.国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院 ICU・CCU, 5.日本赤十字社医療センター, 6.大垣市民病院, 7.武蔵ヶ丘病院, 8.社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院）

第7会場

交流集会

[EM8] ともに考えよう―救急看護実践における倫理的課題への対応―

司会:江川 幸二(神戸市看護大学)
15:00 ～ 16:30　第7会場 (3F 中会議室304)

[EM8] ともに考えよう -救急看護実践における倫理的課題への対応-

小倉 久美子[1], 寺地 沙緒里[2], 中村 美鈴[3], 森山 美香[4], 八尾 みどり[5], 山口 弘子[6], 劔持 功[7] （1.一宮研伸大学, 2.東海大学医学部付属病院, 3.東京慈恵会医科大学 医学部 看護学科, 4.島根県立大学, 5.大阪府三島救命救急センター, 6.名古屋掖済会病院, 7.東海大学看護師キャリア支援センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

第3会場

ランチョンセミナー

[LS6] スマートポンプ導入による現場課題の解決

座長:多田 則子(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部長)

12:20 ～ 13:20　第3会場 (2F 中会議室201)

[LS6] スマートポンプ導入による現場課題の解決

鵜木 崇[1], 菅野 訓子[2] （1.済生会熊本病院 集中治療室 医長, 2.済生会熊本病院 看護部 主任）

第4会場

ランチョンセミナー

[LS7] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

12:20 ～ 13:20　第4会場 (3F 中会議室301)

[LS7] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

佐藤 貴子 （IMSジャパン）

第5会場

ランチョンセミナー

[LS8] 「目は脳の鏡」 -瞳孔測定の意義と実際-

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部 師長 急性・重症患者看護専門看護師 集中ケア認定看護師)

12:20 ～ 13:20　第5会場 (3F 中会議室302)

[LS8] 「目は脳の鏡」 -瞳孔測定の意義と実際-

○嶋田 一光 （日本医科大学付属病院　高度救命救急センター 急性重症患者看護専門看護師）

第7会場

ランチョンセミナー

[LS9] 救急看護実践に活かす！シミュレーターを使って学ぶフィジカルアセスメント

座長:吉次 育子(神戸大学医学部附属病院)

12:20 ～ 13:20　第7会場 (3F 中会議室304)

[LS9] 救急看護実践に活かす！シミュレーターを使って学ぶフィジカルアセスメント

田戸 朝美 （山口大学大学院医学系研究科）

第9会場

ランチョンセミナー

[LS10] 睡眠状況の可視化・定量化と“せん妄対策”の可能性

座長:古賀 雄二(川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科)

12:20 ～ 13:20　第9会場 (1F 中会議室103)

[LS10] 睡眠状況の可視化・定量化と“せん妄対策”の可能性

○藤谷 茂樹 （聖マリアンナ医科大学　救急医学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

第6会場

一般演題（口演）| 終末期・グリーフケア

[O15] O15群 終末期・グリーフケア

座長:岩崎 利恵(宮崎県立宮崎病院 ICU)
10:10 ～ 11:00　第6会場 (3F 中会議室303)

[O15-1] 救急で終末期の迎える患者家族への看護に関するわが国の看護研究の現状
○原田 雅義 （東京純心大学　看護学部看護学科）

[O15-2] 三次救命救急センター救急外来におけるグリーフケアフォーマットの運用について
○星野 正裕[1], 江上 千晶[2], 福士 綾佳[3], 横溝 育美[1] （1.北里大学病院救命救命・災害医療センター　救命救急病棟, 2.北里大学病院救命救命・災害医療センター　救急外来, 3.北里大学病院救命救命・災害医療センター　EICU）

[O15-3] 救急初療で死別を経験する患者家族に対する看護実践上の困難さ
○山崎 千草[1], 八尾 みどり[2], 伊藤 真理, 梶原 絢子[3], 小島 朗[4], 樗松 久美子[5], 多田 昌代[6], 西山 晴奈, 堀 友紀子 （1.東京女子医科大学病院, 2.大阪府三島救命救急センター, 3.自治医科大学附属さいたま医療センター, 4.大原綜合病院, 5.北里大学病院, 6.小田原市立病院）

[O15-4] 集中治療室で死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践
○米村 亮[1], 大江 理英[2], 北村 愛子[2] （1.堺市立総合医療センター, 2.大阪府立大学大学院看護学研究科）

[O15-5] エンド・オブ・ライフケアを提供する看護師としての心肺蘇生法～ DNARを撤回し心肺蘇生施行事例から得た課題～
○豊田 隼平, 中村 香代 （災害医療センター）

一般演題（口演）| 家族ニーズ

[O16] O16群 家族ニーズ

座長:西塔 依久美(東京医科大学)
11:00 ～ 12:00　第6会場 (3F 中会議室303)

[O16-2] 患者の急変時における家族の不安への対応を決める要因
○小池 信代 （医療法人社団青虎会　フジ虎ノ門整形外科病院）

[O16-3] 救命救急センターに緊急入院となった患者のキーパーソンのニーズ～重要度・満足度の年齢による比較～
○野村 桂子 （公立能登総合病院）

[O16-4] 緊急入院した高齢患者の同居をしている家族に対する関わりで学んだこと～ CNS-FACE II を用いて～
○錦織 美波, 遠藤 篤也 （島根大学医学部附属病院　救命救急センター）

[O16-5] 救急看護師が体験した外傷死をきたした患者家族への支援
○永野 のぞみ[1], 中村 恵子[2], 菅原 美樹[2] （1.札幌医科大学附属病院, 2.札幌市立大学看護学部看護学科）

[O16-6] ICUに緊急入室した患者家族の思い
○庄司 直樹[1], 田中 眞里子[2] （1.社会医療法人　祐生会　みどりヶ丘病院, 2.花園大学　社会福祉児童福祉学科）

第7会場

一般演題（口演）| 看護教育

[O17] O17群 看護教育③

座長:藤井 美幸(国立国際医療研究センター病院)
09:00 ～ 09:50　第7会場 (3F 中会議室304)

[O17-1] 一般病棟看護師の急変対応に関する研修の実態 - Rapid Response Systemの有無に着目して-
○吉田 亜子[1], 中村 恵子[2], 菅原 美樹[3] （1.北海道大学病院 看護部, 2.札幌市立大学大学院 看護学研究科, 3.札幌市立大学 看護学部）

[O17-2] 訪問看護師を対象にした患者急性症状の初期対応セミナーの研修設計
○與賀田 洋[1], 増山 純二[2], 張岳 輝子[3], 宮田 佳之[3], 本田 智治[3], 岸川 貴司[4], 石井 美保子[5], 山口 和美[6] （1.医療法人　伴帥会　愛野記念病院　看護部, 2.長崎みなとメディカルセンター　救急部, 3.長崎大学病院　看護部, 4.長崎医療センター　看護部, 5.長崎みなとメディカルセンター　看護部, 6.川棚医療センター　看護部）

[O17-3] 院内急変時の病棟看護師と救急看護師との協働を目指したフローチャート作成について
○恩田 幸枝, 喜瀬 裕美 （武蔵野赤十字病院救急センター）

[O17-4] 災害時マニュアル導入によるスタッフの意識変化
○酒井 加奈子, 渡辺 覚 （医療法人社団東光会　戸田中央総合病院）

[O17-5] ERでの血液培養検査の手順統一化からみる今後の課題
○池澤 友朗, 田邊 光司, 酒井 由夏, 町田 清史 （医療法人近森会近森病院救急救命センター）

一般演題（口演）| 看護教育

[O18] O18群 看護教育④

座長:山中 聖美(山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター)
10:00 ～ 11:00　第7会場 (3F 中会議室304)

[O18-1] 院内出張研修「正しい臨床判断に基づいた小児患者急変時に看護師が行うべきこと」の導入、その効果と今後の課題

©一般社団法人 日本救急看護学会

○森口 ふさ江[1], 芝田 泰子[2] （1.横浜市立大学, 2.国立成育医療研究センター）

[O18-2] 救急外来で日当直をする専属外看護師の教育体制の検討 -専属外看護師が求める教育体制-

○根岸 陽子, 安藤 睦子, 天野 淳 （秦野赤十字病院）

[O18-3] 病棟内教育で初期治療室看護を経験した訓練生の思い

○須永 準里, 中田 哲也, 寺内 浩美, 寺﨑 順子 （獨協医科大学病院）

[O18-4] 高度救命救急センターに配置転換した看護師の支援に対する実態調査

○東 寛華, 小宮 加奈子, 今泉 香織, 松藤 彩, 宮崎 恵美子 （佐賀大学附属病院高度救命救急センター）

[O18-5] 救命救急センターの救急外来実習における看護学生の体験

○本田 智治[1], 大山 祐介[2], 橋爪 可織[2], 松浦 江美[2], 永田 明[2] （1.長崎大学病院 高度救命救急センター, 2.長崎大学 生命医科学域保健学系）

[O18-6] 看護師とスポーツトレーナーを目指す大学生の救命行動に対する実施意思

○佐藤 元信, 高山 さゆり, 河合 桃代 （帝京平成大学）

一般演題（口演）| 看護教育

[O19] O19群 看護教育⑤

座長:船木 淳(神戸市看護大学 急性期看護学分野)
11:10 ～ 12:00　第7会場 (3F 中会議室304)

[O19-1] CPR実施者の身体的特徴が心肺蘇生技術に及ぼす影響

○濱田 歩[2], 田中 美里[1], 山本 小奈実[1], 山勢 博彰[1], 田戸 朝美[1], 佐伯 京子[1] （1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座, 2.山口大学附属病院, 3.大阪医科大学附属病院）

[O19-2] A病院における急変時対応の教育と課題

○河村 恵子, 山西 正巳 （社会医療法人清恵会　清恵会病院救急医療センター）

[O19-3] A病院における ICLSコースの今後の課題 -チーム蘇生に関する学習方法とインストラクターへの意識調査から-

○森 良実, 坂本 正貴, 白木 愛由子 （福岡市民病院　救急部）

[O19-4] A病院 ICU看護師による除細動施行を妨げる要因

○大林 哲也, 築地 さなえ, 井上 瞳, 井上 常彦, 牛島 久美子, 坂本 美賀子 （社会福祉法人恩賜財団　済生会熊本病院）

[O19-5] 当病棟の急変対応力向上への取り組み～救命のプロフェッショナルチームを目指して～

○小出 裕己, 渡辺 智晴, 和蛇田 昂平, 鳥畑 麻衣 （仙台厚生病院）

第8会場

一般演題（口演）| トリアージ

[O20] O20群 トリアージ②

座長:中嶋 康広(東海大学 看護師キャリア支援センター)
09:00 ～ 10:00　第8会場 (1F 中会議室102)

[O20-1] 救急プライマリーケアセンター併設型総合診療科外来における qSOFAの現状と分析

○増田 望[1], 藤井 満貴[1], 吉川 侑美香[1], 池田 千紘[1], 横川 博英[2], 内藤 俊夫[2], 橋口 尚幸[3] （1.順天堂大学医学部附属順天堂医院看護部救急PCセンター, 2.順天堂大学医学部附属順天堂医院総合診療科, 3.順天堂大学医学部附属順天堂医院救急科）

[O20-2] A病院救急センターにおける敗血症初期対応アルゴリズム導入後の現状と今後の課題

○岡村 紀子 （勤医協中央病院　救急センター）

[O20-3] 院内トリアージの質向上への取り組み～個人の推論力を高める事に焦点を当てて～

○島崎 美佳, 平柳 和奈, 山本 由美 （高度・急性期医療センター公立昭和病院救命救急センター）

[O20-4] 院内トリアージのフィードバックの有効性について

○中村 剛人, 石﨑 清華, 小坂 裕太 （東海大学医学部付属八王子病院救急センター）

[O20-5] ACSを疑う walk in患者に対するトリアージ内容の検討 -患者背景の調査から-

○西北 浩敏, 浅井 磨智代, 村岸 敦子, 加藤 尚 （洛和会音羽病院　救命救急センター京都ER）

[O20-6] 救急外来を独歩受診した患者の呼吸数測定の必要性について

○松本 真菜, 斎藤 祐世, 境 風香, 真田 滋可, 髙橋 志保, 淵岡 有沙 （上尾中央総合病院）

一般演題（口演）| 重症患者看護

[O21] O21群 重症患者看護②

座長:桑村 直樹(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)
10:10 ～ 11:00　第8会場 (1F 中会議室102)

[O21-1] 救急医療施設における看護師の摂食嚥下機能評価に関する認識の実態

○比田井 理恵, 加藤 弘美, 今関 加奈子, 菅沢 直美, 辻 守栄, 樋口 恵美 （千葉県救急医療センター）

[O21-2] 医療関連機器圧迫創傷の要因別ベッドサイド危険予知トレーニング用紙の使用による発生率低減への効果

○畠山 貴仁, 髙橋 弘江, 齊藤 麻知子, 佐々木 美里, 髙橋 智恵子, 谷藤 大貴 （岩手医科大学附属病院高度救命救急セン

©一般社団法人 日本救急看護学会

ター）

[O21-3] 救命救急センター ICUにおける気管チューブ自己抜去に関する現状分析と今後の課題

○鴻巣 有加, 福井 美和子, 伊藤 凪沙 （財団法人筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院　救命救急センター２A病棟）

[O21-4] 人工呼吸回路における人工鼻と加温加湿器の人工呼吸管理の比較

○八鳥 公男[1], 竹田 ちえ美[1], 山田 彩海[1], 宝来 和呼[1], 本田 博之[2] （1.新潟大学医歯学総合病院　高次救命災害治療センター, 2.新潟大学医歯学総合病院　集中治療部）

[O21-5] 3学会合同人工呼吸器離脱プロトコルを導入して見えた現状と課題

○田中 秀明, 勝呂 美那, 向井 和樹, 植田 美幸, 畑 良典, 田畑 剛, 井木澤 祐子, 森谷 紀子, 倉持 洋志, 横山 奈緒実 （松戸市立総合医療センター）

一般演題（口演）| 重症患者看護

[O22] O22群 重症患者看護③

座長:背戸 陽子(日本医科大学付属病院 医療安全管理部)
11:00 ～ 11:50　第8会場 (1F 中会議室102)

[O22-1] PICS予防のための非薬理学的な創部痛軽減方法

○大内 心晴, 中村 香代 （独立行政法人国立病院機構災害医療センター）

[O22-2] A病院 HCU病棟におけるせん妄予防に対する取り組みについて

○山澤 由美, 福島 麻利子 （千葉市立青葉病院）

[O22-3] 睡眠バンドルを導入し、睡眠状態の改善を図ることでせん妄悪化予防につながった症例

○石川 凌弥, 中村 香代 （独立行政法人 国立病院機構 災害医療センター）

[O22-4] 救命センターにおける不眠患者へのアプローチ検討 第1報 -看護師の抱えるジレンマ体験の分析を行って-

○飯田 晋宏, 竹内 若菜, 松川 めぐみ （大阪府立中河内救命救急センター）

[O22-5] 救命センターにおける不眠患者へのアプローチ検討 第2報 -看護師のジレンマ解消に向けた勉強会の取組み-

○飯田 晋宏, 竹内 若菜, 松川 めぐみ （大阪府立中河内救命救急センター）

一般演題（口演）| 終末期ケア

[O23] O23群 終末期ケア

座長:谷島 雅子(自治医科大学附属病院 救命救急センター)
13:30 ～ 14:10　第8会場 (1F 中会議室102)

[O23-1] 患者家族の危機を捉えた急性期における看取りの看護～デスカンファレンスが救急看護師に及ぼす効果～

○石井 万伊, 中村 祐美子 （神戸市立医療センター中央市民病院）

[O23-2] 救命救急センター ICUにおけるグリーフケアパンフレットの活用状況と今後の課題

○福井 美和子, 内田 里実, 山内 美咲, 池内 恵, 鴻巣 有加 （公益財団法人　筑波メディカルセンター病院）

[O23-3] 訪問診療終末期患者の救急対応

○稗田 貴純, 橋本 昌幸, 遠藤 克則, 佐藤 智子 （赤心堂病院）

[O23-4] 三次救急外来における終末期患者家族ケアに関する全国調査：看護管理者による評価および提供体制の実態とその関連

○伊東 由康[1], 尾花 美幸[2] （1.兵庫県立大学看護学部, 2.横浜市立市民病院）

一般演題（口演）| チーム医療

[O24] O24群 チーム医療①

座長:直井 みつえ(済生会宇都宮病院 栃木県救命救急センター)
14:20 ～ 15:20　第8会場 (1F 中会議室102)

[O24-1] 看護部に所属する病院救急救命士への教育を通して見えたその役割と今後の課題

○福田 安津子, 髙井 千晶 （聖隷横浜病院 救急外来）

[O24-2] 部署間連携における外傷コアナースの活動（第一報）

○山下 紀久子, 大塚 江利, 山下 渚 （兵庫県立淡路医療センター）

[O24-3] 初療室稼働によるチーム制導入における医療者の実践の変化と課題

○西川 久美子, 藤本 哉恵, 高橋 由香里, 大下 佳織 （北播磨総合医療センター）

[O24-4] Hybrid Emergency Roomにおける診療方針共有の効果～戦略宣言の導入～

○佐藤 真矢, 阪口 理恵, 松本 昌子, 松本 奈々, 下池田 百合, 澤井 朋子 （地方独立行政法人大阪府立病院機構　大阪急性期・総合医療センター　救急病棟）

[O24-5] ECPRにおける多職種チーム医療に関する認識調査

○近藤 友香里, 月野木 友江, 木村 千穂, 高山 敦子 （大阪市立総合医療センター）

[O24-6] ECPRマニュアル導入による Door to ECMO及び再灌流時間短縮を目指した取り組み

○岡﨑 麻子, 松﨑 かおり, 高山 敦子, 豊島 美樹, 木村 千穂, 川口 なぎさ （地方独立行政法人大阪市民病院機構　大阪市立総合医療センター）

一般演題（口演）| チーム医療

©一般社団法人 日本救急看護学会

[O25] O25群 チーム医療②

座長:小笠原 美奈(秋田赤十字病院)
15:20 ～ 16:20 第8会場 (1F 中会議室102)

[O25-1] 救急新聞が広げたチームの輪
○尾崎 朋子, 川村 洋史 （北海道勤労者医療協会　勤医協中央病院　救急センター）

[O25-2] 救急搬送患者へのチーム医療連携強化に向けた取り組み　ー医師、看護師、救急隊との意見交換会の実施ー
○國松 敬介 （大阪府済生会吹田病院）

[O25-3] A県の二次医療機関救急外来看護師と救急救命士の傷病者搬入における連携の認識
○山崎 千鶴[1], 藤田 あけみ[2] （1.弘前大学大学院博士後期課程, 2.弘前大学大学院保健学研究科）

[O25-4] 外国人患者対応における体制作りと救急外来における現状と課題
○牧野 祐也, 三浦 康平, 髙田 久美 （社会福祉法人恩賜財団済生会　福岡県済生会福岡総合病院）

[O25-5] A病院 ER-ICUにおける医師・看護師の倫理に関する認識
○平井 美恵子[1], 齋藤 和憲[1], 田中 真琴[2] （1.東京医科歯科大学医学部附属病院　救命救急センター, 2.東京医科歯科大学大学院　保険衛生学研究科）

[O25-6] 患者・家族のニーズに即した救急医療の提供に向けて～多職種カンファレンス開催のタイミングに関するー考察～
○辻 守栄[1], 和住 淑子[2] （1.千葉県救急医療センター, 2.千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター）

第9会場

一般演題（口演）| 看護体制

[O26] O26群 看護体制

座長:合原 則隆(久留米大学病院 高度救命救急センター)
09:00 ～ 09:50 第9会場 (1F 中会議室103)

[O26-1] 初めて緊急心臓カテーテル検査・治療を受ける患者への看護援助の評価
○高沢 敦美[1], 前田 幸子[1], 佐藤 千雪[2], 髙橋 慶子[1] （1.八戸赤十字病院　救急外来, 2.八戸赤十字病院　５Ｂ病棟）

[O26-2] 緊急内視鏡が必要な吐下血救急患者の受け入れ体制の構築と課題
○橲 あず紗 （清智会記念病院）

[O26-3] 2次救急病院における病棟看護師応援体制の構築に向けて
○鈴木 清香, 細谷 美穂 （社会医療法人　入間川病院）

[O26-4] 独歩で救急外来を受診する患者・家族の待ち時間における看護師の関わりの実態調査
○田口 育美, 北本 千春, 加藤 智子 （聖隷浜松病院ER）

[O26-5] 入院した二次救急患者の外来滞在中の活動に関する看護師の臨床判断プロセス
○髙倉 加代 （医療法人社団緑成会横浜総合病院救急外来）

一般演題（口演）| メンタルヘルス

[O27] O27群 メンタルヘルス

座長:中野 英代(佐賀大学医学部附属病院)
10:00 ～ 11:00 第9会場 (1F 中会議室103)

[O27-1] 二次救急施設で働く看護師の職業的ストレスと心身状態との関連ー中国地方を対象とした調査研究ー
○片山 由美子, 杉本 幸枝 （新見公立大学大学院　看護学研究科　看護学専攻）

[O27-2] ER型救急における軽症患者対応時の感情労働
○藤本 佳奈, 石川 智己 （国家公務員共済組合連合会　枚方公済病院）

[O27-3] 二次救急における夜間の CPA患者対応時の看護師の不安要因 ーインタビューの結果からー
○木村 幹 （福島県立南会津病院）

[O27-4] PCPSに対する救急室看護師の不安
○栗田 景子, 芳賀 圭子, 荒木 春佳 （山形県立中央病院救急室）

[O27-5] 新人看護師が重症救急部門研修で生命の危機的状態に遭遇した時に受ける心理的衝撃
○久保 沙也香[1], 松沼 早苗[2] （1.自治医科大学附属病院　救命救急センター, 2.自治医科大学附属病院 集中治療部）

[O27-6] ドクターカー同乗看護師が感じている想い
○藤本 美智代, 小西 梓織 （山口県済生会山口総合病院）

一般演題（口演）| 地域連携

[O28] O28群 地域連携

座長:町田 真弓(前橋赤十字病院)
11:10 ～ 11:50 第9会場 (1F 中会議室103)

[O28-1] 自殺未遂患者に対する保健所と救命救急センターの連携
○榎本 真実[1], 谷澤 理沙[1], 川合 いずみ[1], 山根 修[2], 五明 佐也香[3] （1.獨協医科大学埼玉医療センター看護部, 2.獨協医科大学埼玉医療センター総合患者支援センター, 3.獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター）

[O28-2] 24時間以内に救急外来を再受診した患者の実態
○村松 武明 （聖隷三方原病院　高度救命救急センター）

[O28-3] 救命救急病棟における退院支援に関する家族介入への現状調査
○南田 実希, 榎谷 美智子, 吉井 伸栄, 道山 和恵 （奈良県立医科大学附属病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

[O28-4] 心肺停止後症候群の患者に対する退院支援・調整の現状

○安藤 理沙[1], 峯岸 佑季[1], 川合 いずみ[1], 山根 修[2] （1.獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 救命救急センター, 2.獨協医科大学埼玉医療センター 総合患者支援センター）

一般演題（口演）| トリアージ

[O29] O29群 トリアージ③

座長:田中 浩(東京都立広尾病院 看護部 救命救急センター)
13:30 ～ 14:20　第9会場 (1F 中会議室103)

[O29-1] A施設における院内トリアージ記録の検証　～トリアージナースの傾向分析から～

○植松 恵 （東海大学付属八王子病院）

[O29-2] 院内トリアージにおける痛みに関する記載率向上に向けた取り組み

○五十嵐 佑也, 武藤 博子 （福島県立医科大学附属病院　災害医療・高度救命救急センター）

[O29-3] 二次救急病院における救急外来トリアージの質の評価

○小山 勇志[1], 田中 佑太[2] （1.医療法人医誠会　医誠会病院, 2.医療法人医誠会　城東中央病院）

[O29-4] 院内トリアージの質向上への取り組み～看護記録用紙の改定と JTAS再教育の効果～

○大田 麻美, 堀江 健太 （日本赤十字社　伊勢赤十字病院）

[O29-5] 大学病院に通院している患者からの電話トリアージの困難感を減らせる対応と今後の在り方の検討

○矢部 友理, 谷島 雅子 （自治医科大学附属病院）

一般演題（口演）| トリアージ

[O30] O30群 トリアージ④

座長:西尾 宗高(杏林大学医学部付属病院)
14:20 ～ 15:20　第9会場 (1F 中会議室103)

[O30-1] 小児専門病院におけるトリアージの課題 -トリアージの質向上にむけた事後検証結果からの考察-

○秋葉 美穂, 三浦 奈津美 （埼玉県立小児医療センター）

[O30-2] 小児の呼吸器系における緊急度判定の現状 -看護師の観察に焦点をあてて-

○鈴木 麻未, 池田 典子 （JA愛知厚生連　安城更生病院　救命救急センター）

[O30-3] 院内トリアージ実施患者における主訴と診断結果との関連

○安彦 文, 大石 夏希 （社会医療法人財団　石心会　川崎幸病院）

[O30-4] 舌の腫脹を主訴に来院した独歩患者の緊急度の高い院内トリアージ

○五十嵐 裕司, 石塚 久美子, 鈴木 好, 白石 尚子, 石原 寿宏 （小田原市立病院救急センター）

[O30-5] 皮疹を主訴としアナフィラキシーと診断された院内トリアージの現状調査

○白石 尚子, 石原 寿宏, 五十嵐 裕司, 村山 ゆかり, 鈴木 好, 石塚 久美子 （小田原市立病院救急センター）

[O30-6] S状結腸穿孔をきたしていた膵線房細胞癌が既往にある患者の院内トリアージ

○石原 寿宏, 白石 尚子, 鈴木 好, 五十嵐 裕司, 石塚 久美子 （小田原市立病院救急センター）

一般演題（口演）| トリアージ

[O31] O31群 トリアージ⑤

座長:松﨑 八千代(筑波メディカルセンター病院)
15:20 ～ 16:20　第9会場 (1F 中会議室103)

[O31-1] トリアージシステム変更に伴う現状報告と見えてきた課題

○岩本 昌規, 外山 和加子, 桐田 千香子, 神谷 陽子, 落合 裕子 （中東遠総合医療センター）

[O31-2] 電子カルテを利用した「院内トリアージテンプレート」の運用効果

○松尾 直樹, 長岡 孝典 （独立行政法人国立病院機構呉医療センター）

[O31-3] 院内トリアージにおけるルール化の再構築～時間外診療での患者安全についての取り組み～

○松井 智子, 後藤 斉代, 岩井 恵巨, 永井 恵子 （一宮市立市民病院）

[O31-4] トリアージの記録を用いて腸閉塞をトリアージナースが見つけ出すルールの作成

○林 智美[1], 川野 貴久[2], 高山 裕喜枝[1] （1.福井大学医学部附属病院　看護部, 2.福井大学医学部附属病院　救急部）

[O31-5] A病院救急外来におけるアンダートリアージの要因と対策～循環器疾患のアンダートリアージ減少を目指して～

○渡邊 朝子, 林田 明美, 柴尾 嘉洋, 松野 ひとみ （済生会熊本病院救命救急外来）

[O31-6] トリアージシステムを用いた時間外救急外来の患者・家族の満足度調査

○坂本 正樹[1], 黒田 啓子[2], 丸山 橘子[2], 宮崎 美穂子[1], 広瀬 冬美[1] （1.東海大学附属病院高度救命救急センター, 2.東海大学付属病院キャリア支援センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

RTD会場

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| チーム医療

[RTD8] RTD（ CN）8群 チーム医療

座長:徳山 博美(関西医科大学附属病院)
09:00 ～ 10:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD8-1] リハビリテーション標準看護計画とリハビリテーション評価表を導入して
○竹内 史江 （獨協医科大学埼玉医療センター）

[RTD8-2] 一般病棟における呼吸ケア向上を目指した取り組み ～ RSTラウンド方法の改善～
○成瀬 暁生 （高崎総合医療センター）

[RTD8-3] 多職種および他部署との連携強化を重視したチーム医療構築に向けて
○久保田 大樹 （独立行政法人　国立病院機構　京都医療センター）

[RTD8-4] 多職種が連携する「重症外傷モード」の構築
○村上 潤一郎 （地方独立行政法人 大牟田市立病院）

[RTD8-5] 救命救急センターにおける多職種連携
○吉田 裕子 （横浜市立市民病院救命HCU）

[RTD8-6] 病院救急車導入における看護師の役割
○中澤 亜紀 （東京都保健医療公社多摩南部地域病院救急外来）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| 教育

[RTD9] RTD（ CN）9群 教育①

座長:小越 優子(滋賀医科大学医学部附属病院)
10:30 ～ 11:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD9-1] A病院における一次救命処置研修の指導的関わりを実施して～院内での一次救命処置技術の維持・向上への取り組み～
○宮腰 龍弥 （東京女子医科大学東医療センター）

[RTD9-2] 一般外来看護師を対象としたシミュレーション研修の開催
○恩部 陽弥 （鳥取大学医学部附属病院）

[RTD9-3] 急変対応能力向上にむけた取り組み
○伊藤 暁子, 平井 美恵子, 山下 直美 （東京医科歯科大学医学部附属病院）

[RTD9-4] 臨床推論から看護師の能力向上を目指した取り組み
○清水 克彦 （国立病院機構　京都医療センター）

[RTD9-5] 新任初療スタッフを対象としたシミュレーション教育の取り組みと課題
○新里 恵, 峯山 幸子 （東海大学医学部付属病院高度救命救急センター）

[RTD9-6] 北九州救急看護認定看護師会として行なってきた過去3年間の活動報告
○山口 和子[1], 後小路 隆[3], 黒木 真二[5], 狭間 剛[7], 藤崎 隆志[2], 弓削 恵子[2], 橋本 真美[6], 井筒 隆博[6], 土倉 万代[8], 中橋 厚子[4] （1.製鉄記念八幡病院, 2.小倉記念病院, 3.九州労災病院, 4.健和会大手町病院, 5.JCHO九州病院, 6.北九州市立八幡病院, 7.済生会八幡総合病院, 8.土倉内科循環器クリニック）

[RTD9-7] 患者の急変に関わる救急看護認定看護師の体験
○原田 朋香[1], 中村 武拳[2], 大山 祐介[3,4] （1.長崎大学病院, 2.九州大学病院, 3.長崎大学生命医科学域保健学系, 4.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| 教育

[RTD10] RTD（ CN）10群 教育②

座長:佐々木 雅史(東北医科薬科大学病院)
13:30 ～ 14:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD10-1] A病院における看護師の急変対応能力向上へ向けた取り組み
○佐伯 昌美 （独立行政法人労働者安全機構横浜労災病院救急救命センター）

[RTD10-2] 光学医療診療部・放射線部における高機能シミュレーターを用いた急変対応訓練の成果と課題
○髙畠 郁代 （旭川医科大学病院　救命救急センター）

[RTD10-3] A病院の院内急変発生病棟における教育実践報告～ RRS導入後の課題に対する取り組み～
○塩尻 洋大 （独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター）

[RTD10-4] Rapid Response Systemコール対応後の病棟訪問指導の効果と課題
○白橋 有人, 内山 美香 （鹿児島大学病院）

[RTD10-5] ハリーコール事後検証から院内救急看護教育の課題を考察する
○宮脇 奈央 （国家公務員共済組合連合会 新別府病院救命救急センター）

[RTD10-6] 呼吸数測定の必要性を周知するための取り組み -予期せぬ急変を防ぐための第一歩として-
○長谷川 桃子 （浜松医科大学医学部附属病院）

[RTD10-7] ４病院で構築した「学べる環境の場」の評価と課題
○中田 徹朗 （宝塚市立病院）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| 教育

[RTD11] RTD（ CN）11群 教育③

座長:黒田 啓子(東海大学看護師キャリア支援センター)
15:00 ～ 16:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

©一般社団法人 日本救急看護学会

[RTD11-1] 院内急変対応インストラクター運用の取り組み
○田口 裕紀子 （札幌医科大学附属病院高度救命救急センター）

[RTD11-2] 大規模災害時における地域連携強化にむけた実践報告
○大熊 尚人, 渡邉 郁子 （日本大学病院　外来）

[RTD11-3] 新人看護師に対してシミュレーションを取り入れてフィジカルアセスメント研修を行った効果と課題
○斉藤 大介 （国立病院機構　北海道医療センター）

[RTD11-4] 救急看護認定看護師による症候・疾患別講義に関する報告 -勉強会を通してみえてきた課題-
○吉田 強志, 峯山 幸子 （東海大学医学部付属病院高度救命救急センター）

[RTD11-5] 重症外傷患者対応の看護の質向上を目指して -アクティブラーニングとアクションカードを用いた取り組み-
○合原 則隆 （久留米大学病院高度救命救急センター）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| その他

[RTD12] RTD（ CN）12群 その他②

座長:石ヶ森 重之(日本医科大学多摩永山病院)
09:00 ～ 10:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD12-1] 地方におけるドクターカーの現状と今後の課題～認定看護師の関わりを通して～
○坂本 聡, 谷口 友梨 （唐津赤十字病院救命救急センター）

[RTD12-2] グラフィック・シラバスの手法を参考にした『救急外来チェックリスト(経験録)』運用後の実践報告
○万波 大悟 （東邦大学医療センター佐倉病院）

[RTD12-3] 集中治療室で発生した VRE感染拡大予防
○石井 恵利佳 （獨協医科大学埼玉医療センター）

[RTD12-4] 急性冠症候群が疑われたアナフィラキシーショック症例における看護実践の検討
○本田 智治 （長崎大学病院　高度救命救急センター）

[RTD12-5] 災害時に対応できる看護部組織を作る第一歩 ～看護師長の学習会を試みて～
○清水 明美, 平柳 和奈 （公立昭和病院　看護部）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| トリアージ

[RTD13] RTD（ CN）13群 トリアージ

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院)
10:30 ～ 11:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD13-1] 全身倦怠感を主訴に来院した一症例
○宮田 佳之 （長崎大学病院高度救命救急センター）

[RTD13-2] 当院における院内トリアージシステムの現状と今後の課題 -安全で質の高い救急外来を目指すための対策と支援-
○関根 康人 （社会医療法人社団三思会　東名厚木病院救急外来）

[RTD13-4] 院内トリアージ体制の構築と実践
○藤井 美幸, 加賀爪 真弓 （国立国際医療研究センター病院）

[RTD13-5] JTASに基づく院内トリアージの実施率と質向上に向けた取り組み
○糸数 卓弘 （医療法人沖縄徳洲会　南部徳洲会病院）

[RTD13-6] 発熱症候で来院する高齢者の JTASレベル3または4の判定における補足因子の検討
○黒木 真二 （独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| 特定医行為・地域連携

[RTD14] RTD（ CN）14群 特定医行為・地域連携

座長:川谷 陽子(愛知医科大学病院高度救命救急センター)
13:30 ～ 14:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD14-1] 救急・集中領域での特定行為の実践
○兼本 愛美 （社会医療法人かりゆし会　ハートライフ病院）

[RTD14-2] 離島の A病院における特定行為研修を修了した認定看護師としての活動
○平武 晃幸 （長崎県病院企業団　長崎県対馬病院）

[RTD14-3] 特定行為研修修了看護師が、在宅医療などあらゆる場に対応する～訪問看護での自分の役割を考える～
○田中 聡恵 （社会医療法人　純幸会　関西メディカル病院　ERセンター）

[RTD14-4] 救急看護認定看護師が在宅医療に関わる意義を検討する～地域医療での実践を通して～
○磯本 一夫 （長門総合病院訪問看護ステーション）

[RTD14-5] 救急領域の意思決定支援における取り組み
○村松 武明[1], 尾田 優美子[2] （1.聖隷三方原病院　高度救命救急センター, 2.社会福祉法人　聖隷福祉事業団 訪問看護ステーション細江）

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| その他

[RTD15] RTD（ CN）15群 その他③

座長:門馬 治(日本医科大学武蔵小杉病院)
15:00 ～ 16:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD15-2] A病院における院内救急医療体制構築に向けた救急看護認定看護師としての活動
○石井 美保子 （長崎みなとメディカルセンター）

[RTD15-3] 術直前に心停止となった患者家族への経験則から

©一般社団法人 日本救急看護学会

の看護介入

○平尾 明美 （神戸大学医学部附属病院）

[RTD15-4] 救急看護特定認定看護師としての活動の現状と課題 -ジェネラリストの素養を持ったスペシャリストとして-

○辻 俊行 （岐阜大学医学部附属病院高度救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

RTD会場

ポスター(貼付・撤去)

[PoS3] ポスター貼付

08:15 ～ 08:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoS3] ポスター貼付

ポスター(貼付・撤去)

[PoR3] ポスター撤去

16:20 ～ 17:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoR3] ポスター撤去

ポスター(貼付・撤去)

[PoS4] ポスター貼付

08:15 ～ 08:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoS4] ポスター貼付

ポスター(貼付・撤去)

[PoR4] ポスター撤去

16:20 ～ 17:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoR4] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

2019年10月5日(土)

第1会場

閉会式

[CL] 閉会式

16:30 ～ 16:40 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[CL] 閉会式

©一般社団法人 日本救急看護学会

会長講演

[PL] 救急看護がもたらす危機管理ー命と生活を支える力ー

座長:作田 裕美(大阪市立大学大学院 看護学研究科)

2019年10月4日(金) 09:20 ～ 10:10 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[PL] 救急看護がもたらす危機管理 -命と生活を支える力-

○浅香 えみ子 （獨協医科大学埼玉医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 09:20 〜 10:10 第1会場)

[PL] 救急看護がもたらす危機管理 -命と生活を支える力-

○浅香 えみ子 （獨協医科大学埼玉医療センター）

人々の健康に関わる仕事をする看護師は、対象が望む健康状態に近づくよう働きかけます。その先に見ているものは、人の生活であり、人生であると考えます。

救急医療の場では、救命を最優先と考え可能な限りの資源を投入し、失われそうな命を取り留めています。これが救急医療体制の最大の目的であり、この目的に向かい教育・研究・実践の絶え間ない研鑽が進められています。このような救急医療の場で20年を過ごし、看護師としての救急医療を考える幾つかの経験をしてきました。

救急医療の第一線で関わる中で

救命された患者と家族とのかかわりの中で

急変対応の研修を行う中で

組織の管理を行う中で

在宅の終末期療養を体験した中で

このような中で、看護師である私だからできたこと、すなわち救急医療の中で知識・技術を習得し、最終段階に至る人の生理的機能の全容を知ることでできた関わりがあることに気づきました。

全ての看護師は、生活の支援者として機能することができます。しかし、治療を目的とする病院の中では、命があることが前提であり、命を守る関わりがスキップされています。生活支援者でありながら、この視点が生活の中に活かせず、安全・安心した療養環境の提供が不足しているように感じています。この時に救急看護師がもつ知識・技術、そしてその先を予測する力がこの課題解決の一助になると考えます。救急看護の力でできることは、危険性を予測し、それを回避する、またはその影響を最小限にすることだと考えます。

起こり得る可能性の予測とその対策、そしてその実践、これは危機管理そのものです。予測される健康状態、生理的機能の変化は、命と生活にどのような影響を及ぼすのか、安全の範囲なのか否か、急激な変化なのか否か、苦しい・痛いのか否かなどの予測のもとに、対応を考え実践する救急看護は、人々の命と生活の危機管理を支えていると思われます。

安心して生活するために外せない危機管理を健康問題の中で提供することは、人々の生活に安心と安全をもたらすものと考えます。救急医療を担う一員として救命を最優先課題として取り組むとともに、救急看護として、その知識・技術を活かした生活を支える役割とそこに必要な知識と技術、教育そしてシステムについて考えたいと思います。

©一般社団法人 日本救急看護学会

特別講演

[SL] 過酷な宇宙環境に生活する宇宙飛行士の健康管理

座長:浅香 えみ子(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)
2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:30 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[SL] 過酷な宇宙環境に生活する宇宙飛行士の健康管理

○松本 暁子 （国立研究開発法人　宇宙航空研究開発機構 宇宙飛行士運用管制ユニット）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:20 〜 11:30 第1会場)

[SL] 過酷な宇宙環境に生活する宇宙飛行士の健康管理

○松本 暁子 （国立研究開発法人　宇宙航空研究開発機構 宇宙飛行士運用管制ユニット）

この夏、人類が初めて月に着陸してから５０周年を迎えた。アメリカ合衆国のアポロ１１号の宇宙飛行士が月面での第一歩をしるしたのは、1969年７月２０日のことである。ＮＡＳＡのアポロ１１号　ニール・アームストロング船長の言葉は、あまりにも有名である。

“これは一人の人間にとっては小さな一歩だが、人類にとっては偉大な飛躍である”

月面から漆黒の宇宙空間にうかぶ、青く美しい地球を見た宇宙飛行士は、何を想い、未来の有人宇宙活動の発展についてどのような夢を抱いていただろうか。

アポロ１１号の偉業から半世紀、今日では、人類は、ただ宇宙に行くだけでなく、長期間、宇宙滞在をするようになっている。有人宇宙活動に不可欠な宇宙医学も、人類の宇宙空間での活動の拡大とともに発展してきた。現在は、世界最大の国際協力のシンボルである国際宇宙ステーション計画（ International Space Station: ISS）のもと、宇宙での微小重力環境を利用した様々な研究が行われている。日本も ISSに参加し、独自のモジュール「きぼう」(JEM）を打ち上げ、国産 H-IIBロケットで宇宙ステーション補給機「こうのとり」(HTV) により日本から ISSに物資を輸送し、日本人宇宙飛行士も活躍して ISSでの存在感を増している。

夜空を見上げれば、時に ISSを肉眼で追うことができ、その中では各宇宙機関を代表する宇宙飛行士が、様々な活動をおこなっていることに思いを巡らす。さらに、今後は、宇宙探査時代を迎え、人類は、より遠くへ、より長い期間の宇宙ミッションに挑もうとしている。しかしながら、宇宙空間は、非常に特殊かつ過酷な環境であり、そうした環境で生活する人間の身体には様々な医学的影響が及ぶため、宇宙飛行士が健康を保ち、最大のパフォーマンスでタスクをこなせるよう、適切なリスクマネジメントときめ細かい医学管理が重要である。

今回の講演では、日本人飛行士が参加した宇宙ミッションや、宇宙環境で生じる医学的影響、宇宙医学を専門とし宇宙飛行士の健康管理に携わる Flight Surgeonの仕事についてご紹介する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL1] 侵襲に対する生体反応のメカニズムの学び方・活かし方

座長:三上 剛人(吉田学園医療歯科専門学校)

2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:10 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[EL1] 侵襲に対する生体反応のメカニズムの学び方・活かし方

○道又 元裕 （国際医療福祉大学・成田病院準備事務局）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:10 第1会場)

[EL1] 侵襲に対する生体反応のメカニズムの学び方・活かし方

○道又 元裕 （国際医療福祉大学・成田病院準備事務局）

救急医療・看護は侵襲性の高い救急疾患を有する人々が対象であり、その対象は侵襲刺激によりカタストロフィ（恒常性の破綻）に至り、激しい生体反応を示すことがあります。
侵襲（ invasive）とは、生体に何らかの刺激が加わり生体の何れかが広い意味での injury（傷害、損傷）を受けたことを意味しています。
侵襲による生体反応は凡そ多くの疾病などの病態生理の基本を成しています。したがって、医療を行う者は、侵襲による生体反応の特性を理解したうえで低侵襲的、非侵襲的（ non-invasive）医療・看護の実践が重要です。
侵襲に対する生体の理解は、機能面のトータルアセスメント、医療・看護行為の影響の大きさ、心身の相互作用などを理解することに寄与します。その理解のための学びは、可能ならばその特性について、表層的な理解に留まることなく構造的（本質的）に理解することが望まれます。
侵襲の概念
侵襲とは、「生体の恒常性に破綻をきたす危険のある内外の刺激とその刺激に対して生体が恒常性を保つために対処する生体反応」と定義づけることができます。それは、生体の内部環境を乱す、あるいはその可能性のある外部と内部からの刺激であり、ストレスとなる因子（ストレッサー）を意味しています。
侵襲刺激に生体が反応する過程と結果が「ストレス反応」であり、種々の外部・内部の刺激が生体にとって負担として働くとき、心身の安定した状態に負の変調をきたしてしまいます。
生体反応とホメオスタシス
侵襲を受けた人々は、回復過程の際に、個の程度の差こそあれ共通した状態と変化を生じ、様々な生体反応を惹起します。この種々の反応は生体の内部環境を整えようとする正常なはたらきであり、それは外的な刺激に対する生体防御反応ともいえます。もし、生体がこの防御反応を起こすことができなければ、体内の恒常性（ホメオスタシス）を保つことができなくなります。
生体反応と全身システムの変調
外科的侵襲に対する生体反応は、生体内で極めて複雑多岐にわたる変化を繰り広げながら、様々なシステムの変調をきたします（神経ー内分泌、免疫応答、凝固系、酸塩基平衡の変調、耐糖能異常（高血糖）、血管内皮機能の変調（血管透過性亢進）、呼吸・循環動態の変調をはじめとして、末梢皮膚をはじめとした組織間における非機能的細胞外液の増加（浮腫）、乏尿、発熱などが現れます。これらの症状は、生体の中で起こっている変化のほんの一現象にしか過ぎなく、また、それは終息を示す結果ではなく、ひとつ一つの変化がさらなる引き金となって全身性の生体反応を起こします。また、侵襲からの回復過程において、敗血症などの重篤な合併症の併発などに苛まれると、容易に低栄養、免疫能低下、凝固線溶の変調をきたし、進行すると MODS、 MOF）へと進展悪化する場合もあります。
これらの特性を有する侵襲に対する生体反応のメカニズムを学ぶためには、以下の項目について理解することです。
①ホメオスタシス（神経・内分泌システム）
②代謝・水分調節（栄養代謝、高血糖の影響、体液調節と移動）
③炎症反応の調節（化学伝達物質の働きと血管透過性亢進、痛み、発熱、凝固・線溶系
④免疫応答調節（炎症と免疫細胞、情報伝達物質の働き）
⑤呼吸調節（酸素代謝）
⑥循環調節（ショックのメカニズム、末梢循環の仕組み）
その学びを如何に活用するかは概ね以下のような項目を回避することにあります。
①交感神経の過剰興奮の持続
②極端な循環動態管理
③末梢循環を軽視した体液管理
④過剰な酸素投与
⑤医原性低酸素状態の形成

©一般社団法人 日本救急看護学会

⑥医原性の物理的損傷
⑦過剰な酸素消費量の増大促進
⑧代謝亢進につながる全身管理
⑨悪循環の経腸栄養管理
⑩感染に導く血糖管理

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL2] 災害時における DPAT活動について

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:10 第2会場 (2F コンベンションホールB)

[EL2] 災害時における DPAT活動について

○五明 佐也香 （獨協医科大学埼玉医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:10 第2会場)

[EL2] 災害時における DPAT活動について

○五明 佐也香 （獨協医科大学埼玉医療センター）

DPATとは、自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの集団災害の後、被災地域に入り、災害発生時に多く生じる精神科医療に始まり、フェーズが災害中長期に至る場合にニーズが増えてくる精神保健活動の、医療と保健の両方の支援を行う専門的なチームのことである。平成23年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、平成24年度に「災害派遣精神医療チーム DPAT（ Disaster Psychiatric Assistance Team）」の仕組みが創設され、平成25年よりその養成が開始された。

災害が発生した際、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下するため、 DMAT（ Disaster Medical Assistance Team）を始めとした身体を主に診る災害医療チームとの連携が非常に大切となる。医療チームがDMATから、 JMAT（ Japan Medical Association Team）等の他の医療チーム、そして復興を遂げた被災域医療機関へと、変化していく中、それぞれの医療チームと連携をとる必要性がある。また、災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大していくため、精神科医療だけではなく、保健所や精神科保健医療に特化した精神保健福祉センター等の保健医療との連携を行う役割がある。その際には、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネージメントが必要となり、つまりは、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の両方の支援が必要となるわけである。

平成25年に設立されてから、 DPATは様々な災害時に出動を行ってきたが、活動の必要性が最も重要視されたのが平成28年の熊本地震であった。熊本地震では DMATや精神科病院協会等の協力の元、7精神科医療機関、計595人の被災精神科病院入院患者の搬送を行うことができた。平成29年には那須雪崩事故や7月には九州北部豪雨があった。平成30年には7月豪雨があり、3県にチームを派遣した。さらには北海道胆振東部地震もあり、毎年のように起きる災害で活動を続けている。

今回のセッションでは、身体の救急医療に携わる看護師の皆様方に、災害が生じた場合、どのような指揮命令系統で DPATが活動し、災害保健医療体制の中で、他医療・保健チームとどのようにして連携をとっていくべきか、地域精神科医療機関に精神医療をつないでいくのかといったフェーズの流れをご理解いただくとともに、様々なご意見をいただきたいと考えている。

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL3] タスクシフト・タスクシェアは救急看護師に何をもたらすか

座長:森田 孝子(日本救急看護学会監事)

2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:10 第3会場 (2F 中会議室201)

[EL3] タスクシフト・タスクシェアは救急看護師に何をもたらすか

○中村 惠子 （札幌市立大学大学院看護学研究科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:10 第3会場)

[EL3] タスクシフト・タスクシェアは救急看護師に何をもたらすか

○中村 恵子 （札幌市立大学大学院看護学研究科）

専門職の働き方について多くの議論が出されている昨今、医療専門職も同様の課題が検討されている。そのような中では救急の場で働く我々にも課題が突きつけられている。2009年に WMA（世界医師会： THE WORLD MEDICAL ASSOCIATON）は「タスク・シフティングに関する WMA決議」や2011年「タスクシフティングと医療の継続的発展のための戦略に関するアジア大洋州医師会連合特別委員会」が出している声明に端を発しているようである。一方、国内では働き方改革やワークバランスなど、仕事の内容と勤務の仕方が課題になっている。このような時に救急の場でタスクシフトやタスクシェアは機能するのだろうか、救急看護師の混乱はないのだろうかと案じている一人である。

そこで、本教育講演で会員の皆さまと共有したい内容は、
タスクシフト・タスクシェア（あるいはタスクシフティング）の理解. 今、なぜこれらのことが取沙汰されるのか. これらのことが看護師の役割や役割遂行に与える影響. タスクシェアによって救急看護師は新たな医療へと牽引することが可能になるか. 医療を受ける市民（患者・家族）側からも考えてみよう.

上記のことを中心に、先を見据えた救急医療・救急看護師の姿について考える機会にしたい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL4] 学ぶ力を身につける～学ぶ側と教える側で考える～

座長:藤原 正恵(大阪青山大学 健康科学部看護学科)

2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:10 第4会場 (3F 中会議室301)

[EL4] 学ぶ力を身につける～学ぶ側と教える側で考える～

○杉木 大輔[1,2] （1.獨協医科大学埼玉医療センター, 2.熊本大学教授システム学研究センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:10 第4会場)

[EL4] 学ぶ力を身につける～学ぶ側と教える側で考える～

○杉木 大輔[1,2] （1.獨協医科大学埼玉医療センター, 2.熊本大学教授システム学研究センター）

「こんなに教えているのにどうしてできないの？」

「どうしてもっと教えてくれないんだろう」

なんて思ったことはありませんか？

一方で

「どんなふうに学んでもらうよう支援すればいいのだろう？」

「どうやったらもっと効果的に学べるのかな？」

とはなかなか考えたり、指導したりすることはないかもしれませんよね？

でも教える側や学ぶ側が賢く学ぶ力について理解しているともっと効率的で効果的に教えたり、学んだりすることができるかもしれません。更に魅力的で面白い教材、セミナー、勉強会、新人指導などを企画したり、運営したり、学んだりすることができれば楽しくなってきませんか？

インストラクショナルデザインは教育をより効果的・効率的・魅力的にするための方法論ですが、これを学ぶ側、教える側が有効に活用すると前述したようなことが実現できるでしょう。一方で学ぶ側も効果的な学び方は何かと知っておき、意識しておくだけで学習効果に変化が現れる可能性があります。教える側も一からすべて教えるよりも自ら進んで学んでいく学習者の方が負担も軽くて助かるのではないでしょうか？更にできる後輩が育てば先輩方の働き方にも変化が出てくるのではないでしょうか？もちろん学ぶ側である後輩にもやりがい、自信、満足につながっていくでしょう。

ではこうした学ぶ力はどのように身につけるのでしょうか？

学ぶ力は、ガニエの学習成果の5分類の中でも認知的方略と呼ばれ、自らの学習を効果的にするための作戦の習得です。これを身に着けるには一朝一夕では難しいですがどのような力なのかを知り、自分の学び方を振り返ることからはじめてみることをおすすめします。

例えば、効果的な勉強会や新人指導を組み立てるには、自分がどのように学習したら効果的だったかという体験に基づくのが一番確実だと思います。これは自分が学ぶ苦労をした指導者ほどいい教え方ができるといわれることにも通じます。つまり成果の出る魅力的な勉強会や新人指導を豊富に経験した新人看護師さんは、どうやって学習すれば良いのかを間接的に学んでいることにもなるのです。そのような視点で教える側も勉強会や指導に臨み、学ぶ力を身に着けてもらうことを考えても良いのではないでしょうか？臨床現場では忙しくてなかなかそこまで考えられないことも多いですが、認知的方略＝学ぶ力を自分のものにしてもらうことを目標の一つとすれば、そのために有効な手段として学び方を意識させること（メタ認知）も重要な鍵となることが理解していただけると思います。

メタ認知については Zimmerman らも自己調整学習のプロセスの中で述べているように、自分自身をモニタリングしながら学習することには非常に重要な要素と位置づけています。自己調整学習とは「学習者たちが自分たちの目標を達成するために体系的に方向づけられた認知、感情、行動を自分で活性化し、維持する諸過程のこ

©一般社団法人 日本救急看護学会

と」とされ、自分で意識して学習を調整できることを指します。我々の施設でも、こうした自己調整学習を促すことができる職場環境が構築できるよう少しずつ取り組んでいるところです。

以上からまず自分の学び方を一度立ち止まって振り返ってみてから、自分自身の学びや教え方を見直してみてはいかがでしょうか？生涯学習者である私達はいつかどこかで必ず教える側に立つのですからそのための準備としても自分に合った学び方を身につけておきましょう。

今回は短い時間ですが、学ぶ側、教える側のどちらの立場の人にも学ぶ力について考えてもらえる場にしたいと考えています。皆さんのご参加をお待ちしております。

©一般社団法人 日本救急看護学会

シンポジウム

[SY1] 日常の救急・時間外診療における救急看護の在り方

座長:佐藤 加代子(岩手県立磐井病院), 山崎 早苗(東海大学附属病院)

2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第2会場 (2F コンベンションホールB)

[SY1-1] 救急患者の生活を見据えた看護

○黒田 啓子 （東海大学　看護師キャリア支援センター）

[SY1-2] 専門医と応援看護師の救急診療は危険がいっぱい!? -チーム医療で高める安全への取り組みと課題-

○清水 智恵 （姫路赤十字病院）

[SY1-3] へき地の中核病院における救急看護の在り方

○大石 拓巳 （高知県立幡多けんみん病院　ICU・救急外来）

[SY1-4] トリアージに重点をおいた救急看護の展開

○多賀 真佐美 （公益財団法人　太原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院）

[SY1-5] 過疎地域型医療圏の二次救急医療施設における救急看護を考える

○小野寺 淳 （岩手県立千厩病院　外来）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第2会場)

[SY1-1] 救急患者の生活を見据えた看護

○黒田 啓子 （東海大学　看護師キャリア支援センター）

昨今、救急・時間外診療における患者の特徴は、複数の疾病を抱え、不特定の訴えをもつ高齢者、独居生活者や家族構造の変化により犠牲となる子どもや高齢者の外傷などが挙げられる。加えて、受診に至るまでに時間を要し、来院時には既に病態が重篤化し、集中治療室での管理を必要とする患者も多い。

トリアージナースや初期対応にあたる救急看護師には、これまでの ABCDEFアプローチのみならず、数秒で捉えるファーストインプレッションの段階から、患者の生活や社会的側面を捉え、価値観や本人意志等の情報を早期に得ながら、看護実践に繋げていくことが求められる。加えて、これらの情報を、近隣の在宅・医療・介護施設等と共有し、患者が疾病を抱えながら重篤化を予防したり、健康寿命を延ばす観点から生活が送れるよう、情報発信者としての役割を担っていく必要がある。さらに、専門医がおらず応援看護師等人員が限られる環境下で、患者の生活を見据えた看護を実践するには、病院にも地域のリソースを取り混んだり、フィールドを拡げたチーム作りとメンバー意識を高め、取り組んでいく必要がある。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第2会場)

[SY1-2] 専門医と応援看護師の救急診療は危険がいっぱい!? -チーム医療で高める安全への取り組みと課題-

○清水 智恵 （姫路赤十字病院）

三次救急医療施設では、救急医を中心としてチームが形成され、早期に状態の安定化や根本的治療が行われる。指揮命令系統が明確であり、それぞれの専門性を生かしたチーム力と役割分担で高度な医療提供を実践している。一方、多くの二次救急医療施設に救急医は在籍していない。そのため、各診療科の専門医が当番制で対応している。患者一人に複数の医師が関わることも多いため、指揮命令系統は不明瞭になりやすく、役割や責任が分散しやすい。看護師自身の経験や知識にも大きな差があり、三次救急医療施設と同レベルのチーム力や実践力を求めるには難しい場合が多い。

姫路赤十字病院は560床を有する二次救急医療施設であり、年間12000件の救急患者に対応している。救急医は在籍していない。そのため、診療中に他科へのコンサルトが必要になった場合、24時間体制で各科の専門医に繋ぐ事ができるシステムを構築している。救急診療は当番医と応援看護師で担っているが、スタッフのほとんどが救急診療に慣れていない医療者であり、経験や知識も様々である。そのため、許容量を超える患者数、アンダートリアージ、急変、初期治療の遅れ、診療スタッフ同士の意見の相違など、日々様々な問題に直面している。救急診療を支えている応援看護師は、普段、病名や治療方針が明確な入院患者に看護を展開している。救急の患者は症状の原因がまだ明らかになっておらず、限られた情報の中で、急を要する状態なのか否かの判断を求められる。専門外の疾患であればある程、判断は困難を極めるため、指示や検査の実施にも時間がかかってしまう。その上、診断がつけられない場合も多く、時間を費やしている間に容体が悪化してしまう可能性も出てくる。検査や処置を実施するだけでは、検査中の観察が疎かになりやすく、患者の安全を保障することはできない。患者の急変を招く恐れがある状況下では、救急診療に苦手意識を抱くスタッフも多い。ストレスを抱えながらの勤務は医療事故を引き起こすなどの悪循環を生むことにも繋がっていく。救急診療は多職種が協力し合わなければ、安全で最善の医療は提供できないといっても過言ではないのだ。

そこで、当院では2017年度から多職種対象の臨床推論研修会を開催してきた。応援看護師は各部署で様々な経験を積んでおり、この看護経験を是非活用したいと考えた。研修会で急性症状別の救急診療について、知識を補い、多職種でチーム医療を実践することができれば、安全で密な診療が可能になると考える。開催当初から、臨床推論に興味を持つコメディカルも多く見られている。看護師対象の研修会では、グループワークを取り入れたことで、自分だけでは気づけなかった診療中の観察ポイントが分かるようになったなどの前向きな言葉を認めて

©一般社団法人 日本救急看護学会

いる。研修会開催から3年を経た今、医師に意見することに遠慮や難しさを感じている場面はまだ多いが、医師の診療の様子から次に行われる処置や検査を予測し、準備ができるようになったスタッフは少しづつ増えてきている。今後もさらに、幅広い視点での推論力や看護展開への応用を高めていくことが課題である。
看護師は多職種への橋渡しを行うことが求められる職種である。各科の専門医が診療を行うという強みを生かし、多職種で臨床推論を活用できるチーム医療を実践することができれば、救急医がいなくても患者の安全を担保することができるようになると考える。救急医のいない二次救急医療施設で、患者の安全を守り、質を担保する医療と看護の有り方について、皆さんと考える機会になれば幸いである。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第2会場)

[SY1-3] へき地の中核病院における救急看護の在り方

○大石 拓巳 （高知県立幡多けんみん病院　ICU・救急外来）

高知県には救命救急センターは3施設、大学病院は1施設あるが、いずれも県中央部に集中している。幡多地域は、高知県の西南端に位置し、県中央部から陸路で100㎞～150㎞の距離にあり、6市町村からなる人口約82,000人の地域である。幡多地域の高齢化率（65歳以上）は2018年に40.6%となり、高齢化は加速している。地域の救急搬送患者の多くは高齢者が占めており、高齢化に伴い様々な併存疾患を持っているため、複雑化・重症化する患者が多いのが特徴である。また、山間部や離島といった無医地区もあり、医師接触までに時間を要するなど、地理的なハンデも大きい地域である。

高知県立幡多けんみん病院は、病床数355床、幡多地域で唯一 ICU（６床）を有している二次救急医療施設である。2018年度は11,817名の救急患者（うち救急搬送2,633名）を受け入れており、特に、休日・時間外は当院に受診者が集中する。救急医療体制の位置づけは二次救急医療施設であるが、「24時間断らない救急」という病院の方針のもと、小児、周産期を含む初期から三次救急患者の受け入れを行っている。三次救急患者のうち、当院で対応ができない場合は、初期対応後に、ドクターヘリや救急車で救命救急センターや大学病院へ転院搬送となる。

当院には救急専門医がいないため、平日日中は、各診療科医師と研修医が、通常外来診療や入院患者診療の合間に救急搬送患者の診療を行っている。休日・時間外は内科系、外科系、小児科の各診療科当番医と研修医が救急搬送患者を含む救急患者の診療を行っている。救急看護師は、日勤帯3～4名、夜間2名体制で、救急隊からの受入要請電話対応、診療科の選定、院内トリアージ、多職種との調整、電話相談など様々な業務を行っている。救急搬送の場合、救急看護師は救急隊からの情報を整理し医師に伝え、緊急度・重症度を予測しながら迅速な治療に繋げる診療の補助を行っている。院内トリアージでは、多忙な環境のなか、事務スタッフと連携を図りながら緊急度判定を行い、診療の優先順位を決定している。救急外来を受診後帰宅となる患者に対しては、患者の状況に応じてパンフレットを用いるなど、帰宅後の注意事項やケア方法の指導を行っている。

休日・時間外は、地域住民からの電話相談も多く、生命・身体機能喪失の危機にさらされているなど、緊急性が高いと判断した場合には、救急要請や即受診を促している。また、軽症と判断される場合は、自宅でのケア方法や症状増悪時の受診のタイミングなど、患者背景を勘案した上で、当院を含めた当番病院の紹介や、中には平日日中の一般外来受診を提案する場合もある。

しかし、これらの業務を行う中で、救急看護師それぞれの知識や経験に差があり、また、地域の実情に対する知識や認識にも差があることも事実である。この地域で暮らす人々が安心して生活できるように、救急看護師は、情報収集能力・トリアージ能力の向上など、救急看護に必要な専門的知識、技術の向上はもちろん、それぞれの職種の理解を深め、連携を強化し、地域の実情や資源について知識や認識を持つことが重要であると考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第2会場)

[SY1-4] トリアージに重点をおいた救急看護の展開

○多賀 真佐美 （公益財団法人　太原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院）

高齢化の進展や医療に対する社会のニーズの変化に伴い、昨今の救急医療は多様化し煩雑化しており、医療の需要が供給を上回る状況が多くみられる。倉敷中央病院は、病床数1,166床を有し、年間約60,000人と非常に多くの救急受診患者を受け入れている三次救急医療施設である。そのため、患者の評価および治療の優先順位を判断し、効率的に業務を遂行するためのコントロール的な役割を担うトリアージは必要不可欠な業務となっている。2012年に24時間ウォークイン患者全員にトリアージを開始し、定着させるために様々な努力を重ねてきた。現在、トリアージレベルは院内での共通言語となり、診療場所や初期対応の診療科選定を行うツールともなっており、トリアージを中心に業務が遂行されている。トリアージ導入は比較的スムーズに進んだ方だが、その理由としては、スタッフがトリアージの必要性を理解していたこと、トリアージの仕組みを整えたことが挙げられる。仕組みという点では、他職種への周知や環境の整備、トリアージシステムの導入、教育体制の構築を行ってきた。トリアージ教育体制の構築には、非常に労力を費やしたが、スタッフが意欲的に学習する姿や成長する姿に励まされ、教育する側のモチベーションアップにもつながった。また、医師と協働してトリアージ導入を進めてきたことも上手く進められた理由の1つである。救命救急センターの看護師は、看護師経験年数4年目以上の部署異動者で構成されており、新人看護師の配属はない。2006年に救急専従医が配属されるまでは、救急医療について教育を行ってくれる人はおらず、本格的に救急看護師としての教育を開始したのは2010年以降である。教育開始当初は、救急看護とは何かという質問を幾度となく受けた。救急の入院病床を持たない当時は継続して患者を看る機会が少なく、患者が通り過ぎていく印象を持っている看護師が多かった。保健師助産師看護師法で定義されている「看護師」とは、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者とある。救急では、診療の補助に対して比重が重くなるが、そこにどのように看護師として関わるのか、看護師の主体的な判断と技術をもって行う日常生活の援助を救急患者にどのように行うと良いのか、という視点を持って教育を進めてきた。トリアージには様々な分野における病態のアセスメントや緊急度と重症度の見極めなど救急医療に必要な要素が詰まっている。また、患者が何のために救急を訪れたのかを見極めることも必要で、これは、看護師としてどのように介入することができるか、何を行うべきかを考えるきっかけとなる。そのため、自施設では必要不可欠なトリアージを中心に教育を進めることは、救急看護師を育成するうえで大変有効であると考えている。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第2会場)

[SY1-5] 過疎地域型医療圏の二次救急医療施設における救急看護を考える

○小野寺 淳 （岩手県立千厩病院　外来）

©一般社団法人 日本救急看護学会

シンポジウム

[SY2] ファーストインプレッション“何か変”気づきを高める学習設計

座長:増山 純二(長崎みなとメディカルセンター), 石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)

2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第4会場 (3F 中会議室301)

[SY2-1] 基礎教育でファーストインプレッションを育成する困難性

○石川 幸司 （北海道科学大学 保健医療学部 看護学科 急性・重症患者看護専門看護師）

[SY2-2] ファーストインプレッション＝ KIDUKIを看護実践に繋げる研修設計

○瀬川 久江 （（元）独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター）

[SY2-3] 院内急変の予兆に気づく off-JT～急変振り返りカンファレンスで磨く直観力～

○松尾 陽子 （東京医科大学八王子医療センター救命センター）

[SY2-4] トリアージ“経験”を学びに変える

○吉川 英里 （飯塚病院）

[SY2-5] 気づき、そして ABCの変化を捉えるフィジカルアセスメント教育 -検温 OJTの効果-

○大瀧 友紀 （聖隷三方原病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第4会場)

[SY2-1] 基礎教育でファーストインプレッションを育成する困難性

○石川 幸司 （北海道科学大学 保健医療学部 看護学科 急性・重症患者看護専門看護師）

近年、少子高齢化が急速に進み、医療技術は高度化し、看護をめぐる社会的環境は大きく変化している。そのため、看護職に期待される役割や実践能力は質の高さが求められ、複雑化した患者像に対応した基礎教育の強化が不可欠である。しかし、臨床現場で求められている看護師の能力は高まっている一方で、新卒看護師の卒業時の能力が低下していることも指摘されている。これは、技術などの習得には教育時間は必要だが、教育時間は変わらず専門科目数が増えており、教育時間が不足していることに起因している。

このような状況において、看護基礎教育課程でファーストインプレッションを育成することは困難であることは想像するにたやすい。それでも病院実習において、“何か様子がおかしい”“と感じる学生もいる。初学者である学生は”何か“を言葉にすることが難しく、要因がそれをキャッチしてあげなくてはならない。それをフィードバックし、その気づきを大切にしてもらうことが重要なのではないだろうか。看護基礎教育において、ファーストインプレッションを育成する機会は、やはり病院実習であることが多い。ここでの教育について、本シンポジウムにおいて臨床現場の方々と議論を深めていきたい。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第4会場)

[SY2-2] ファーストインプレッション＝ KIDUKIを看護実践に繋げる研修設計

○瀬川 久江 （（元）独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター）

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第4会場)

[SY2-3] 院内急変の予兆に気づく off-JT～急変振り返りカンファレンスで磨く直観力～

○松尾 陽子 （東京医科大学八王子医療センター救命センター）

予期せぬ院内心停止を減少させるためには、急変時に迅速かつ適切に対応できることはもちろん、急変の予兆に気づき、急変を未然に防ぐ行動をとることが求められる。患者と対面した時、看護師が「何か変」と感じ、その後の観察や対応につながる「直観」を磨くことが off-JTにおいて可能なのか。その可能性について考える。

当院では、急変または急変の予兆があると認識し医師にコールする場合、バイタルサインの数値など明確なコール基準は定められていない。そのため、看護師が患者の状態を適切にアセスメントし、緊急度が伝わるよう言語化して医師に伝達する必要がある。

現在、救急看護認定看護師と集中ケア認定看護師が協働して急変対応能力と急変の予兆に気づけるフィジカルアセスメント力の向上を目標とした活動を行っている。院内ＩＣＬＳコースや院内研修を中心とした off-JTを継続的に行ってきたが、更に現場に則した質の高い教育を行うために、昨年度より急変振り返りカンファレンスを開始した。救急看護、集中ケアの認定看護師が各部署の急変振り返りカンファレンスに参加することで、急変対応が適切だったか、急変の予兆はあったか、あったとしたら適切に対応できていたかなどを一緒に振り返っている。振り返りの中で、患者の状態について「何か変」「急変するかも」と感じていたという声も多く聞かれている。振り返りカンファレンスの中では、「何か変」と感じた時の感覚を呼び起こし、「何か」を一緒に解きほぐし、知識が経験に基づいて深まることにより、直感が磨かれることを期待している。

振り返りカンファレンスでは、集合研修などと比較すると OJTに近い off-JTと言えるが、院内で経験した実際の

©一般社団法人 日本救急看護学会

事例から得られた気づきを集合研修にも取り入れていくことで研修も更にブラッシュアップされていくと考える。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第4会場)

[SY2-4] トリアージ“経験”を学びに変える

○吉川 英里 （飯塚病院）

トリアージでは、患者と接触して数秒間で第一印象の観察を行い、重症感を評価する。重症感は、「緊急性を思わせる状態」、「病的な状態」、「病的ではない」という3つのカテゴリーで評価し、この時点で緊急度を決定して直ちに治療・処置介入を開始しなければ重篤な状態へ陥る危険性がある。このため、トリアージにおける第一印象の評価は非常に重要である。

2018年に改訂された診療報酬では、トリアージナースは救急医療に関する経験を3年以上有した看護師とされている。日本救急看護学会の「救急看護師のクリニカルラダー」でラダーレベルIII（救急経験3～5年）に相当する看護師は、「得られた情報から優先度・緊急度の高いニーズをとらえることができる」「ケアの受け手の状況（場・緊急度・重症度）を判断し、適切なケアを選択し実践できる」「迅速で的確な看護判断に基づき看護実践ができる」能力を有するとされている。しかし、トリアージという限られた時間と環境の中で、緊急度を判断するのに必要な最低限の身体所見を観察・評価し、適切で確実なケア（蘇生処置）をチームメンバーと協同して実践するのは容易にできることではない。緊急度判定に必要な知識や身体観察・問診技術を学習し、トリアージ経験を重ねるだけで身につけることは困難である。

高い看護実践能力を必要とするトリアージで求められる能力を身につけるためには、自分の行ったトリアージを自身でリフレクションすることが非常に重要であると考える。自分が行ったトリアージについて、なぜその時に、その事象を、そのように判断し、そのように行動するのが最善と考えたのか、自分の行動を俯瞰して客観的に捉え、内省することでトリアージの“経験”を“学び”の機会に変えることができると考える。

当院では、2000年より CTASを参考に独自の緊急度判定指標を作成し、これをもとに看護師による院内トリアージを開始した。2012年には独自の判定指標から JTASによるトリアージへ変更した。また、それまでトリアージナースに対する教育体制がなかった。このため、現任トリアージナースに対して救急看護認定看護師による学習会を実施した。しかし、 Off-JTで知識を提供しても、実施されたトリアージ内容を確認すると緊急度判定の根拠となる情報が抜けていたり、妥当とは言えない緊急度判定になっていたりということがあった。このため、毎日各勤務終了時にその日のトリアージナースとリーダーナースでトリアージの事後検証を開始し、トリアージナースがリフレクションできる機会を持つようにした。このような当院の教育方法も踏まえ、臨床現場の気づきを高めるにはどのような教育が求められるのか考えたい。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第4会場)

[SY2-5] 気づき、そして ABCの変化を捉えるフィジカルアセスメント教育 - 検温 OJTの効果-

○大瀧 友紀 （聖隷三方原病院）

2010年度から2015年度までの5年間のコードブルー事例170件の内、心肺停止に至る前に発見された事例は122件で、この122件中59件（約50%）において急変前に徴候が見られた。この徴候があったものの内、気道・呼吸・循環・意識に関する記載があったものは、気道の情報が必要な事例12件に対し3件（25%）、呼吸の情報が必要な事例45件に対し5件（11%）、循環の情報が必要な事例45件に対し13件（29%）、意識の情報が必要な事例15件に対し5件（36%）のみであった。徴候の段階で問題と捉えられていないか、気道・呼吸・循環の

©一般社団法人 日本救急看護学会

情報として酸素飽和度や血圧の数値のみので問題なしと評価されている状況が見られた。これらの結果より、変化に気づく力と気道・呼吸・循環の観察力・アセスメント力の不足が明らかとなった

気道・呼吸・循環に関する従来の教育は集合教育を主体とし、1,2年目を対象としたフィジカルアセスメント研修や、救急看護認定看護師による教育講座などで、いずれも、座学と動画ペーパーペイシェントのアセスメント学習を中心としている。研修は、過去9年間実施されており、教育講座の修了試験を合格できている看護師は、毎年5〜15名いる。

集合教育で学んだ知識は、現場で教育を担う看護師自身が実践でき OJTできることで、学ぶ過程にある看護師は不足する情報やアセスメントの指導を繰り返し受けることができ、現場で使えるスキルとなる。本来、気道・呼吸・循環のフィジカルアセスメントは、重症患者のみに実施するものではなく、常にどの患者にも行なうものである。つまり、気道・呼吸・循環のフィジカルアセスメントが現場で使われないのは、日常的に現場で活用でき指導できる看護師がいないことが原因にあると考え、2017年度より、気道・呼吸・循環のフィジカルアセスメント支援のため、救急看護認定看護師が現場に出向いて行う OJTを開始した。 OJTでは、各職場の検温において、気道・呼吸・循環の情報収集、異常とそのアセスメント、病態・病期と併せたアセスメントが出来ることを目標とし支援を行ってきた。

今回、 OJT後の看護師の記録や実践報告などから見えた OJTの成果と共に、“気づく力”の育成に対する効果を考察し、皆様と議論出来ればと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

シンポジウム

[SY3] 救急看護師が ACPに関わる意義

座長:山勢 善江(前 日本赤十字九州国際看護大学), 立野 淳子(小倉記念病院)

2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第6会場 (3F 中会議室303)

[SY3-1] 救急医として ACPについて救急看護師に期待すること

○山崎 元靖 （済生会横浜市東部病院　副院長、救命救急センター長、横浜市重症外傷センター長）

[SY3-2] 在宅医療における ACPの現状と課題

○土倉 万代 （土倉内科循環器クリニック）

[SY3-3] 救急看護師が織りなす ACPとは -CNSの立場から-

○岡林 志穂 （高知県・高知市病院企業団立高知医療センター救命救急センター）

[SY3-4] 救急看護師が ACPに係わる意義～救急救命士の立場から

○鈴木 明人 （民間救急・介護タクシーすまいる）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第6会場)

[SY3-1] 救急医として ACPについて救急看護師に期待すること

○山崎 元靖 （済生会横浜市東部病院　副院長、救命救急センター長、横浜市重症外傷センター長）

(2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第6会場)

[SY3-2] 在宅医療における ACPの現状と課題

○土倉 万代 （土倉内科循環器クリニック）

救急領域において看護師が Advanced Care Planning(以下 ACP)に関わる意義はどこにあるのだろうか。救急領域では、患者本人や家族の意思決定支援が難しい環境にあると推察する。例えば、呼吸困難や意識障害により患者自身が意思表示できない場合や、突然の事故などで予期せぬ事態に、家族も動揺していることも多い。そして、医療スタッフも信頼関係の構築から始める必要があり、なにより時間的余裕もないことは課題であろう。

平成26年に、日本救急医学会、日本集中治療学会、日本循環器学会の３学会より「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」が提言された。また、平成30年には厚生労働省より「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が改訂されたが、近年、終末期における ACPの重要性は強調され続けている。

在宅医療では、看護師が比較的日数や時間をかけて患者と向き合うことができる。そして、病期のステージにおいて繰り返し ACPを実践していく。在宅療養中の救急搬送を検討する際においても同様で、療養中の経過、それまでの患者や家族の思いを重視して、意思決定を支援する。
今回は、救急と在宅の双方を経験した立場として、在宅医療における ACPの現状と課題についてもう一度考えてみたい。

(2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第6会場)

[SY3-3] 救急看護師が織りなす ACPとは -CNSの立場から-

○岡林 志穂 （高知県・高知市病院企業団立高知医療センター救命救急センター）

救急領域における終末期は、患者・家族にとって突然訪れ、患者は、病状や薬剤などの影響により意思表示できる状態にはなく、家族に意思決定を委ねざるおえない状況であることが多い。そして、家族はその重責を背負わざるおえない。このような状況下において、救急看護師は、時間的制約の中で代理意思決定を担う家族への対応にさまざまな困難さを抱きながら関わっている。

近年、質の高いエンド・オブ・ライフケアのために、指示書の作成を重視しているアドバンス・ディレクティブ（ AD）から話し合いのプロセスを重視しているアドバンス・ケア・プランニング（ ACP）へと意思決定の枠組みが変化している。両者とも、意思表示が難しい状態になっても患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としているが、前者は、患者が自分に起こりえることを予測すること自体が難しく、起こった際は、事の複雑さから ADを適応させることが困難である、代理意思決定者が AD作成に関与していないことなどのデメリットがあると考えられている。

ACPとは、将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について患者・家族とあらかじめ話し合うプロセス[1)] である。主に患者の現在の気がかりや不安、患者の価値観や目標、現在の病状や今後の見通し、治療や

©一般社団法人 日本救急看護学会

療養に関する選択肢について話し合われる[1)]。効用は、患者の自己コントロール感が高まる、代理意思決定者ー医師のコミュニケーションが改善する、より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少するなどがある[2)]といわれている。また、 ACPのタイミングは、早すぎても遅すぎて適切でない。救急領域で ACPが実施される場合は、患者の置かれている状況に時間的猶予がないため、主に代理意思決定者と短時間で行われ、話し合いがされたとしても、行われる医療行為をするかしないかに限られ、その背景にある価値観や目的が探索されない[2)]ことが多く、遅すぎる ACPとなることが多い。よって、救急領域で ACPを実施することは困難なことである。それは、 NOである。

救急領域は、他領域と比べて制約の多い領域である。救急看護師は、様々な制約の多い中でそれらを打破しながら患者・家族に最善な看護を提供できるプロフェッショナルである。今回、 Jターンでドクターヘリ搬送されたCPA患者家族、増悪を繰り返す COPD患者、リビングウィルを作成していた神経難病患者・家族、 CPA蘇生後の患者・家族、担癌患者などの事例を提示させていただき、救急看護師が患者・家族と織りなす ACPを可視化することで、救急看護師が ACPに関わる意義について考えたい。

＜参考・引用文献＞

１）長江弘子（編）.（2014）.看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア.日本看護協会出版会.38-49.

２）平成29年度厚生労働省委託事業　人生の最終段階における医療体制整備事業　患者の意向を尊重した意思決定のための研修会
E- FIELD研修資料.

(2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第6会場)

[SY3-4] 救急看護師が ACPに係わる意義～救急救命士の立場から

○鈴木 明人 （民間救急・介護タクシーすまいる）

人口の高齢化で高齢者の救急需要が拡大する中、救急搬送時に家族から傷病者（患者）本人の心肺蘇生拒否の意思を伝えられ、現場対応に苦慮する事態が発生している。令和元年の総務省消防庁救急業務のあり方に関する検討会によれば、全国の消防本部(728)のうち、８割以上の消防本部がこうした事案に遭遇している。心肺蘇生拒否の意思表示を伝えられたときの対応方針をあらかじめ定めている消防本部は全体の約４５％。その対応方針の内容は、「心肺蘇生拒否の意思表示を伝えられても心肺蘇生をしながら医療機関に搬送する」という消防本部が過半数を占め、その理由として、「応急処置を行いながら医療機関に傷病者を搬送することが、救急隊の責務だから」「法令上、心肺蘇生の不実施や、中止はできないと考えられるから」「救急現場で傷病者本人の意思の確認を確実に行うことは難しいから」との回答が多かった。そうした現状の中で、総務省消防庁の部会では「蘇生拒否」の現場対応に関し、現段階での統一方針の策定は困難と決定し、全国統一ルールの検討は見送られた。
このような病院前救護の現状を踏まえ、救急看護師が ACPに係わる意義についてみなさまと検討したい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

パネルディスカッション

[PD1] 外傷初期看護は患者の命と生活をどう支えていくのか

座長:小池 伸享(前橋赤十字病院), 笠原 真弓(浜松医療センター 看護部)

2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[PD1-1] 外傷初期診療教育と外傷専門診療教育　ー日本外傷学会の目指すものー

○木村 昭夫 （国立国際医療研究センター病院　救命救急センター）

[PD1-2] 外傷病院前救護における標準教育（ JPTEC・ ITLS）の成果と課題

○張替 喜世一[1,2], 兼崎 陽太[3] （1.国士舘大学大学院救急システム研究科, 2.JPTEC協議会, 3.ITLS日本支部）

[PD1-3] JNTEC（外傷初期看護）教育の仕組みと学習効果

○山中 雄一 （日本赤十字社　大阪赤十字病院 救命救急センター）

[PD1-4] 救急初期診療に求めらる看護師の役割～外傷初期看護教育の視点から考察する～

○後小路 隆 （社会医療法人　陽明会　小波瀬病院）

[PD1-5] 外傷初期診療の今後の展望

○松田 潔 （日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急センター救命救急科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第1会場)

[PD1-1] 外傷初期診療教育と外傷専門診療教育　ー日本外傷学会の目指すものー

○木村 昭夫 （国立国際医療研究センター病院　救命救急センター）

日本外傷学会は、 Advanced Trauma Life Supportをモデルとして、外傷初期診療ガイドライン JATECを開発し、日本救急医学会とともに研修コース展開してきた。約15年間活動を続けてきた結果、我が国のほぼ全体にABCDEアプローチとうい初期診療の方法論が均霑化された。初期診療を標準化して行うことは、「防ぎ得る外傷死」を予防するに最も効果的ではあるが、それだけでは外傷診療全体の質を向上させるには不十分である。またJATECは、外傷診療にとって最も重要な要素の一つであるチームアプローチの要素が欠けている。よって、外傷診療の質を上げるには、チームアプローチを重視した外傷診療のトータルケアーに対する指針が必要であり、そこでは診療全体の流れにおけるチームリーダーの判断能力とコーディネート能力を向上させることが求められる。そのような必要性のもと、開発されたのが外傷専門診療ガイドライン JETECであり、現在第2版が出版されている。。またそれをもとに、講義やハンズオンワークショップなどを取り混ぜた JETEC研修コースも年3階（将来的には4回）開催されている。 JETEC研修コースの受講は日本外傷学会の外傷専門医の取得並びに維持の必須条件となることが決定している。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第1会場)

[PD1-2] 外傷病院前救護における標準教育（ JPTEC・ ITLS）の成果と課題

○張替 喜世一[1,2], 兼崎 陽太[3] （1.国士舘大学大学院救急システム研究科, 2.JPTEC協議会, 3.ITLS日本支部）

【背景】我が国の病院前救護における救急隊員等の観察・処置能力の向上を通じ、外傷患者の救命率の向上と早期社会復帰に寄与することを目的として平成15（2003）年に JPTEC協議会が発足され、病院前救護外傷教育の標準化を目指して JPTEC（ Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care）を展開している。また，多様なニーズに対応したコースの新設が検討され，主に医療機関内の医療資格者を対象としたミニコースと，外傷現場で救急隊到着に先行して対応する可能性がある者を主な対象としたファーストレスポンダーコースを開発し、平成28（2016）年からコース展開をしている。また、それ以前には、外傷による防ぎ得た死と疾病を教育と救急外傷処置によって防ぐ事を目的として ITLS（ International Trauma Life Support）コースが1982年から ACEP（アメリカ救急医学会）の地方プロジェクトとして開始され、現在では世界27カ国でコースが開催されている。本邦においても平成12（2000）年から Advanceコースを中心にコース展開している。

【目的】これまでの JPTECコース及び ITLSコースの開催数及び受講数を報告すると共にその成果と課題について検討する

【方法】平成31年3月31日までに本邦で開催された JPTEC（プロバイダー、インストラクター、プロバイダー資格更新、ミニコース、ファーストレスポンダー）コース及び ITLS（ Advanced、 Instructor、 Pediatric、 Access）コースについて集計した。

【結果】 JPTECコースは、プロバイダーコース 平成15年から4,762コース開催、119,347名受講。インストラクターコース 855コース開催、18,144名受講。プロバイダー資格更新コース 平成18年から2,564コース開催、27,469名受講。ミニコース 平成28年から103コース開催、1,315名受講。ファーストレスポンダーコース 262コース、4,981名受講。平成31年3月末現在の有資格者数38,053名であった。 ITLSコースについては Advancedコース 平成12年から251コース開催、6,298名受講。 Instructor コース 251コース開催3,248名受講、Pediatricコース 平成16年から118コース開催、2,063名受講。 Accessコース 平成20年から214コース開

©一般社団法人 日本救急看護学会

催、3,096名受講であった。

【考察】外傷現場で活動する救急救命士や救急隊員への標準教育の効果は客観的な数字はないが、隊員間の共通認識により現場における活動時間の短縮や観察処置判断の向上に寄与することが期待できる。また、病院内の医師や看護師などがコースを受講することにより、救急隊との共通の認識や言語が獲得することが出来、傷病者受入の円滑が図れると考える。さらには、ドクターヘリやドクターカーにおける病院外での救急隊との連携や効果的な医療活動にも期待が出来る。課題としては、外傷病院前救護標準教育を受講した客観的な評価方法が確立されていない事が挙げられる。日本外傷データバンクとの連携を図るなど今後の検討が必要と考える。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第1会場)

[PD1-3] JNTEC（外傷初期看護）教育の仕組みと学習効果

○山中 雄一 （日本赤十字社　大阪赤十字病院 救命救急センター）

JNTEC™は、 PTD(防ぎ得た外傷死)を回避するために、 JATEC™、 JPTEC™と整合性のある「外傷初期看護」の提供として策定された。

2006年よりテストコースを開催し、プロバイダーコースは2019年8月時点で215回、インストラクターコースは34回の開催に至った。 JNTEC™が患者の生命と生活を支えるに当たり、プロバイダー教育の仕組みとその学習効果、またインストラクターの質をいかにして維持しているのか、について紹介する。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第1会場)

[PD1-4] 救急初期診療に求めらる看護師の役割～外傷初期看護教育の視点から考察する～

○後小路 隆 （社会医療法人　陽明会　小波瀬病院）

救急看護の基本的な目的は「命を救い、生を支えること」であり、外傷診療においては、「防ぎ得た外傷死（PTD）」をいかに回避するかが最大の目標である。この目標を達成するために、高リスク受傷機転などでは、多数の診療科や職種が一時に集約、連携して適切な医療を提供することが求められ、その対象の患者は、年齢、性別、症状、疾病の程度も多種多様である。

病態への対応が優先される救急看護師には、少ない情報から病態を予測するアセスメント能力やトリアージに必要とされる臨床判断能力、医師やその他のコメディカルを含めた救急対応を円滑に行うための調整能力、家族ケアを含めた実践能力が必要であると報告されている。また、看護管理者においては、救急看護師のストレスマネジメント能力も求められる。

中井らの報告によれば、救急看護師が、外傷看護実践において重要と考えている看護について【外傷患者への看護実践】、【外傷患者家族への看護実践】、【外傷チームへの看護実践】に３つのカテゴリーに分類され、【外傷患者への看護実践】では「病態予想に基づく最悪の事態に備えた準備」、「アセスメントと直感に基づいた先見した系統的な観察」、「外傷を受けた患者の反応の忠実な記録」などがあり、【外傷患者家族への看護実践】では、「家族の心理状況を汲みとった情緒的支援」、「家族の心理プロセスに沿った情緒的支援」【外傷チームへの看護実践】では、「診療の場での円滑な進行を行うための役割分担」、「多職種とのコミュニケーションと人間関係の構築」であると述べている。

わが国において PTD回避のために PTD の減少のためには、外傷診療システムの構築と、医療従事者の診療技術の向上が急務であると報告され、これらの問題点に対し JNTECが作成された。 JNTECでは全８ブースで構成され、受け入れ準備から致死的胸部外傷や蘇生処置などの気道管理、ショックなどの循環管理や脊椎・対位管理な

©一般社団法人 日本救急看護学会

どの看護実践や家族・関係者対応の患者家族への看護実践、チーム医療の外傷チームへの看護実践と救急看護師が重要と考えている知識、技術は反映されていると考える。また、これら生理学的兆候に重点を置いた知識、技術は高リスク受傷機転の重症患者にだけ求められる知識、技術ではなく、軽傷、中等症の患者含めた外傷患者全般においても必要である。そのほかに、外傷診療だけでなく、生理学的兆候を観察、評価、介入することや、患者家族への看護実践、チーム医療への看護実践は、外傷診療だけでなく、内因性疾患においても重要であり、救急看護師が必要とされる知識、技術でもあると考えている。

このように現在の JNTECコースは外傷看護のみならず、救急看護師にとって必要なコースであると考えている。今回、シンポジウムを通じて、救急看護師に求められる外傷看護実践、知識について知見を述べると共に外傷診療に関わる方々の意見を聞きながらでは、さらに考察を深めたいと考えている。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第1会場)

[PD1-5] 外傷初期診療の今後の展望

○松田 潔 （日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急センター救命救急科）

2018年の24時間以内交通事故死者数は3,532人で、1948年の統計開始以降もっとも少ない人数となった。1970年の16,765人をピークに、過去20年間は毎年減少を続けている。また、救急医療の発達によって24時間以上生存しているだけで死者数はあまり減少していないという意見があるが、2018年の30日以内死者数は4,166人、1年以内死者数は2017年で4,863人と、どちらも24時間以内死者数と同様に減少傾向を示している。わが国の交通事故死者数が減少しているということは紛れもない事実である。死者数減少にわが国の外傷初期診療の進歩が貢献していることも事実と思うが、最大の原因は自動車車両の安全性向上や交通環境整備に伴って重症外傷患者が減少していることであると思われる。

この傾向は歓迎すべきことであるが、外傷初期診療を行う現場では、重症外傷に接する機会の減少を招き、医療スタッフの外傷初期診療経験を減らして診療の質を下げることが懸念されている。この対策の一助として考えられた模擬診療教育プログラムが JATECであり、 JNTECである。また、外傷症例数の確保の一策として重症外傷症例の集約化、すなわち外傷センター構想が議論されている。横浜市では９施設ある救命救急センターのうち２施設を外傷センターとして指定し運用している。しかし、その他の地域では地域内の問題、特に地方にあっては搬送時間の問題があって外傷センターの運営は難しいのが現状である。ドクターヘリやドクターカーの運用により医療圏を拡大して外傷症例を集約化することが現実的な方策である。また、重症度にこだわらずに外傷症例を幅広く受け入れることによって、外傷症例数を確保する試みも行われている。今後、外傷専門医が重症外傷に特化せず広く外傷症例に対応していくべきかもしれない。

ドクターヘリやドクターカーの運用が行われるようになると、医師や看護師が事故現場で活動する機会が増えてくる。本来であれば救急隊員を対象としている JPTECの知識や技術が医師や看護師に求められるようになる。一方、働き方改革に基づいて医師の業務を看護師や救急救命士にタスクシフトする考えがある。法改正を前提とするが救急救命士が病院内で救急医療業務の一端を担ったり、特定看護師が医師業務の一部を担うようになると、外傷初期診療の職域別業務分担も変化してくる可能性がある。 JNTECでも看護師が診療主体となって外傷初期診療をリードする内容が盛り込まれるようになるかもしれない。今後は、現在考えられている職種による業務領域を超えた、新しい外傷初期診療チームの運用が必要になることが見込まれる。

国内で重症外傷例が減っている一方で、世界特にアジアに目を向けると、依然として交通事故は多発しており、重症外傷患者は増加している。わが国の外傷初期診療システムをアジアに輸出すれば、多くの生命を救済できるかもしれない。また、若い医師、看護師を海外に派遣した結果、多くの外傷診療を経験することによって、個々の手技を向上させることが可能になる。2019年、日本救急医学会と日本外傷学会は、インドへ外傷診療交流のために医師、看護師を派遣した。これが端緒となり、アジアで日本をモデルとした外傷初期診療体制

©一般社団法人 日本救急看護学会

が発展することを願う。

　地域、重症度などの制約を取り払って治療対象を拡大し、さらには海外も視野に入れた外傷初期診療の展開を職域を超えたチーム医療で実現していくことにより、わが国の外傷初期診療はさらに発展していくと考えられる。

©一般社団法人 日本救急看護学会

パネルディスカッション

[PD2] 緊急度・重症度判定の力を日常ケアに活かす

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護師長), 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)

2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第3会場 (2F 中会議室201)

[PD2-1] 一般病棟の看護師に求められる緊急度・重症度判断～脳梗塞患者が CO_2ナルコーシスを呈した急変事例から～

○中谷 真弓 （杏林大学医学部付属病院　脳卒中センター）

[PD2-2] 「家に居たい」を支える、在宅ケアチームが実践している緊急度・重症度判定

○平山 司樹 （高知厚生病院　訪問看護ステーション　こうせい）

[PD2-3] 緊急度・重症度判定の力を活かす看護実践の場面とその現状

○村上 香織 （近畿大学病院 救命救急センター）

[PD2-4] 看護師の急変対応能力向上に向けた取り組み　現状と今後の課題　日常ケアからのアセスメントトレーニング

○喜瀬 裕美 （武蔵野赤十字病院 救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第3会場)

[PD2-1] 一般病棟の看護師に求められる緊急度・重症度判断～脳梗塞患者がCO_2ナルコーシスを呈した急変事例から～

○中谷 真弓 （杏林大学医学部付属病院　脳卒中センター）

当院は特定機能病院の承認を受け、東京西部地区三多摩の中核的医療センターの役割を果たしている。高度急性期病院としての使命を果たすべく、高度救命救急センターや総合周産期母子医療センターなどを有し、地域医療機関とも連携を密に図りながら高度医療を提供している。私が現在勤務している脳卒中センターは脳卒中急性期の集中治療室としての機能を持つ SCUと、脳卒中一般病棟を併せ持ち、急性期から慢性期までの脳卒中患者に対応している。中には呼吸や循環の急激な変化により重篤化する患者もおり、 SCU看護師には、専門領域である脳卒中疾患だけでなく、急性期看護に必要な全身管理を行うための知識や技術が求められる。近年、医療安全の観点から院内急変時への前対応体制として RRSが注目されているが、当院でも2018年から RRSの運用が開始となっている。院内急変事例の中には、看護師が急変兆候には気づき、主治医などに報告がされていたものの経過観察となりその後状態が悪化した症例や、発見された際には既に急変しておりコードブルー要請されているものもみられている。

今回、脳梗塞患者が CO_2ナルコーシスを呈し急変した症例を振り返ったところ、主疾患による急変予測やそれに備える準備はできていても、主疾患と直接結びつきにくい症状については原因、対応を想起しにくい傾向があるのではないかということを感じた。一般病棟では確定診断のもと治療が行われているため、看護師の観察も診断名から考えられる病態生理や治療内容に関連した判断が先行し、その症状のみを追う傾向がある。また経験値で判断する傾向があり、脳神経系の疾患をアセスメントしてしまいがちである。しかし急変予測が必要な場面では、確定診断から病態生理を考え、症状出現の有無を観察するとともに、症状から病態生理を考え、鑑別診断を行い、確定診断していくという思考過程が必要である。また症状から生理学的評価、解剖学的評価を行い緊急度を判断する必要がある。

生理学的評価については、共通の基準をもつことは重要である。バイタルサインは様々な原因で変動するため、判断するスタッフや経験年数の差によってその評価に違いが出ることある。そのため METの基準や JTASといったツールを用いた基準を共有することは有用である。解剖学的評価についてはフィジカルアセスメントの技術を習得することが必要である。当院でも研修が行われており、フィジカルイグザミネーションスキルやアセスメントの基礎、重症化リスクを判断する思考過程、急変時対応などを学ぶことができる。しかし研修で様々な症状を全て判断できるようにするには限界がある。また病棟の特性、主疾患からよくある緊急性の高い病態については想起できても、あまり遭遇しない病態については判断する機会も少ない。急変予測のためには、多角的に情報を収集し、意識的に観察を行い、包括的に患者の変化を判断していく必要がある。そのためには病棟で起こった実際の事例を後から検証し、リフレクションを行いスタッフ全員で共有し、臨床推論の力を高める取り組みが必要である。これにより、疾患、病態を見抜き、緊急性を判断する能力を得られるのではないかと考える。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第3会場)

[PD2-2] 「家に居たい」を支える、在宅ケアチームが実践している緊急度・重症度判定

○平山 司樹 （高知厚生病院　訪問看護ステーション　こうせい）

在宅の現場は、２４時間３６５日、医療・介護職が滞在しているわけではない。そのため、予防と予測が重要なケアの1つとなっている。

ある心不全の在宅療養者（ NYHA分類Ⅱ度）の１週間の生活をイメージすると、訪問看護師や在宅医、セラピスト等の医療職が療養者・家族と接する時間はほんの数時間（1日0～2時間未満）程度である。在宅に従事する医療・介護職は、病院と違い1日のうちの数分から数時間といった点でしか療養者・家族と接することができないの

©一般社団法人 日本救急看護学会

である。そのような現場で、基礎教育が異なる専門職同士が協働し、また療養者及び家族への教育によって、点である関わりを、いかに線に近づけ、切れ目のないケアを提供できる環境をつくる事は重要なことである。

平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（厚生労働省ホームページより）では、末期がんと診断され状態は悪化し、今は食事がとりにくく呼吸が苦しいが、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合。及び、慢性の重い心臓病が進行して悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要だが、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合において、約70%の一般国民（医療・介護職は65%以上）は住み慣れた自宅で最期を迎えたいと答えている。しかし、多くの場合、最期は病院で迎えている。その理由の一つに、急変時の不安がある。すべてのことを予測し伝えることは難しいが、病期やフィジカルアセスメントにより、ある程度の症状出現のリスクや症状の原因、予後等の予測は可能である。療養者や家族へ予測を伝え、療養者・家族の準備性を高めることで、状態の変化に対応する力を養ってもらうことも必要ではないかと考える。これは、療養者・家族の後悔を少なくすることにつながり、アドバンス・ケア・プランニング（ ACP）として話し合うことの重症性も高まってきている。

在宅の現場は、医師や看護師以外に、セラピストや薬剤師等も自宅に訪問しケアを行っている。訪問時には緊急度・重症度の判断を強いられることもある。しかし、基礎教育でフィジカルアセスメント等の緊急度・重症度の判断を学んでいない専門職にとっては、そのような判断が困難となることもある。また知識不足のために、不必要な緊急訪問や救急搬送となっているケースも少なくない。そこで、看護という専門職だけではなく、在宅医療に従事するセラピストや薬剤師等と協働し、在宅コメディカルの会を立ち上げ、それぞれの専門職の課題を共有することとした。第一段階として、救急のスペシャリストではなく、ジェネラリストができる在宅での緊急度・重症度の判断のためのフィジカルアセスメントと臨床推論、電話報告の方法、 ACPについての研修会を企画し、『1人のスペシャリストより、100人のジェネラリスト』の育成を行っている。

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第3会場)

[PD2-3] 緊急度・重症度判定の力を活かす看護実践の場面とその現状

○村上 香織 （近畿大学病院 救命救急センター）

緊急度・重症度判断を行う場面は救急外来だけではなく、一般病棟、一般外来、検査室、手術室、在宅（訪問）など、時間や場所を問わずさまざまな臨床場面に存在する。その場に人が在る限り、急な症状の発症や増悪、そして急変は起こる可能性があり、看護師はその場に遭遇する確立も高い。また、患者の訴えや急な状態変化に対応するためには、基本的な病態の知識だけでなく、収集した情報からの問題の焦点化、冷静な判断と臨機応変な対応が必要とされる。

しかし、多くの臨床現場には、救急外来の看護師のように日々トリアージ実践を行っている看護師がいるわけではなく、その責任の重さや少ない経験から、緊急度や重症度判断を行う場面に遭遇する多くの看護師は、その判断に不安や苦手意識をもっている。また、緊急度・重症度を判定する能力は、救急外来に活用し、そこで勤務する看護師が備える力であると考えている人もいるのではないだろうか。

緊急度・重症度を判定する能力を身につけ、臨床現場でその力を発揮することは、患者の状態が悪化するリスクを減らし、目の前の患者に適切な治療やケアを迅速に提供することに繋がる。また、その能力は救急外来の看護師だけに活用される能力ではなく、看護実践に携わるすべての看護師が活用できる能力であることをトリアージ委員、実践者、管理者の立場から伝え、「緊急度・重症度判定の力」を実際に臨床現場で活用した場面や活用できると考える場面を提示し、日常のケアに活かすとは何かを考察する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:20 ～ 17:20 第3会場)

[PD2-4] 看護師の急変対応能力向上に向けた取り組み　現状と今後の課題 日常ケアからのアセスメントトレーニング

○喜瀬 裕美 （武蔵野赤十字病院 救急センター）

院内急変対応システム（ Rapid Response System : RRS）とは、「院内で患者に対する有害事象を軽減するために、バイタルサインの重大な増悪を含む急激な病態変化を覚知し、迅速に対応するために策定された介入手段」である。 RRSには4つのコンポーネントがあり、どのコンポーネントが欠けてもシステム運営が成り立たない。第一のコンポーネントに、患者のバイタルサインなどの異変に気づき、 RRSを起動させる重要性が謳われている。 RRSにおける看護師の役割として、この第一のコンポーネントである急変前兆候をキャッチして迅速に主治医と RRSを起動することが重要である。

都内 A病院では、「院内ホットライン」という院内急変発生時に救命科医師と看護師が駆けつける緊急コールシステムに加え、2015年より、患者の通常とは違う症状が確認されたら、看護師が主科医師もしくは救命科医師を要請できる RRSシステムが導入された。 RRS導入に先駆けて、2011年には「患者急変予期・対応能力向上委員会」を設立し、看護師の急変予期能力向上と、それを医師に伝えるためのコミュニケーション能力向上を目指した研修が開始された。研修会では、急変や死に結び付く可能性のある危険な兆候であるキラーシンプトム（ killer symptom）の基礎学習に加え、急変模擬患者を使ったシミュレーション研修を開催した。シミュレーション研修では、患者情報を ABCDEにカテゴリー化し、どの部分に問題があるか、ないかを確認し緊急度を判定する仮説検証型思考のトレーニングを行なった。しかし、 RRS要請された記録を後ろ向きに調査したところ、症状発生時のバイタルサイン測定や身体所見の確認が不十分なもの、バイタルサインの逸脱が確認されていても RRS要請までに長時間要する症例が散見されている。これらの要因の一つとして、緊急度・重症度判定のためのバイタルサイン測定や、情報収集に関する必要性の理解が不足していると考えられた。一般病棟では、院内急変事例や RRS事例の体験機会が少ないため、臨床現場でシミュレーション研修が活かされにくく、緊急度・重症度判定のためのバイタルサイン測定や情報収集の必要性に関する認識が不十分であると考える。看護師が急変予知するためのアセスメント力は、日常行われるケアに潜むリスクと患者の訴え・身体所見・バイタルサインを関連付けて緊急度・重症度を判断するトレーニングを積み重ねることで培われていくものと考える。日々のケアで患者の訴えや身体所見・バイタルサインを評価する必要性を理解してこそ、患者の急変を早期に捉え、急変に至らせない看護も可能になるのではないか。

発表では、これまでの看護師の急変対応能力向上に向けた取り組みを振り返るとともに、日常ケアに緊急度判定の知識・技術を取り入れたアセスメントトレーニングの導入について述べる。

©一般社団法人 日本救急看護学会

パネルディスカッション

[PD3] 認定分野統合・救急看護の優れた実践力を担保する

座長:劔持 功(東海大学看護師キャリア支援センター), 阿部 雅美(日本赤十字社和歌山医療センター)

2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第5会場 (3F 中会議室302)

[PD3-1] 2020年度からの新たな認定看護師制度の概要について

○桑村 直樹 （公益社団法人日本看護協会　看護研修学校）

[PD3-2] 次世代へ伝承していく救急看護の役割と実践力　現場における人材育成の視点から

○菅原 明美 （公立置賜総合病院 救命救急センター）

[PD3-3] フライトナースの実践からみた救急看護の専門性

○坂田 久美子 （愛知医科大学病院　看護部）

[PD3-4] 集中ケア認定看護師としての特定行為研修受講の現状と今後の課題

○辰野 綾 （日本大学病院 救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第5会場)

[PD3-1] 2020年度からの新たな認定看護師制度の概要について

○桑村 直樹 （公益社団法人日本看護協会　看護研修学校）

日本看護協会が認定する現行の認定看護師制度が1995年に発足し、教育が始まってから20年以上が経過した。これまでに、20,960名の認定看護師が誕生し、全国の医療機関や地域で活躍している（2019年7月現在）。この認定看護師は、看護の現場で一定の成果を残すことにより、数々の診療報酬の獲得（16分野、20項目）にも貢献してきており認定看護師の価値は認められている。

また、チーム医療を推進し、看護師がその役割をさらに発揮するため、2014年6月に「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設された。2015年3月には、制度の詳細が定められた省令および施行通知が発出され、10月より研修制度が開始された。特定行為研修の修了者は2019年3月末現在で約1600名となっている。指定研修機関も右肩上がりで増加傾向にある。

今後は、新たな社会ニーズへの対応を目指し、2025年の高齢化の進展による医療や介護の需要増大を鑑み、質の高い医療・介護などのサービスが必要な時に切れ目なく提供され、在宅や地域医療の充実にも貢献できるよう、認定看護師制度を基盤に特定行為研修を組み込んだ新たな教育や役割に発展させ、認定看護師制度の再構築に取り組んできた。新たな認定看護師制度として、救急看護、集中ケア分野では、社会的ニーズを鑑み、それぞれの分野に共通する知識と技術をクリティカルケア分野のコアとなる臨床実践能力と位置づけ、多様性をもつ対象に対応できる新たな分野として「クリティカルケア認定看護師」を創設した。クリティカルケア認定看護師は、軽症重症を問わず、あらゆる場で急性期にある患者に対して、高い臨床推論力と病態判断力に基づいた初期対応および重症化回避と早期回復支援を行うことを期待し、特定行為研修を組み込んだ新たなカリキュラムを作成した。

今回、この新たなクリティカルケア認定看護分野について、期待される能力やコアとなる知識と技術、基準カリキュラムや教育内容などをご紹介していく。また、クリティカルケア認定看護師として、コアとなる知識と技術を高めながら、サブスペシャリティとしてさらに専門性を高めていく考え方や学会等との連携などもご紹介しながら救急看護の優れた実践能力を担保する方法を検討していきたい。

(2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第5会場)

[PD3-2] 次世代へ伝承していく救急看護の役割と実践力　現場における人材育成の視点から

○菅原 明美 （公立置賜総合病院 救命救急センター）

私は救急看護の現場で後輩育成に関わり、自身の救急看護に対する指導力の曖昧さを痛感したことが、認定看護師の道を選択するきっかけとなった。もともとは助産師であり、その経験が長かった私にとって、 ICUや救急での勤務は全てが新鮮であった。妊婦と一対一でじっくりと関わりながら分娩管理する助産業務と違い、診断がついていない状態で短時間に多くの患者との関わることに戸惑いがあった。そこで、救急看護を理解するために、看護師の役割は何かを模索していた。その看護師の役割を、自分の言葉で伝えることができなければ、業務的な指導方法にしかならないとの思いがあった。

救急看護は、場所や対象を問わず、あらゆるところでの対応が求められる。そのため、常に臨機応変に対応できる実践力と、柔軟性を必要とする。その一つとして、多人数の患者に緊急度判定を迅速に行い、患者一人一人はもちろんのこと、常に全患者の緊急度判定を評価し続けなければならないという救急看護師としての役割がある。それには、フィジカルアセスメント能力が重要となってくる。また、救急領域は特に時間による制約も多いことから、タイムマネージメント能力も大切であり、限られた時間で最大限の医療を提供していく必要があると考えている。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一方で、臨床の現場においてチームを円滑に動かすためには、人間性が大きな影響因子となる。つまり、救急看護で次世代に残していかなければならないことは、知識や技術ばかりではなく、自ら考え、人を心から動かす力ではないだろうか。私は5年前に院内の教育を担当する専従師長として勤務し、研修計画の成果について考える機会を得た。臨床で計画されている多くの研修会などは、教える側の努力がクローズアップされ、受け手の学びとして成立したかどうかの評価が出来ていない状態であった。学びが成立したときにはじめて「教えた」とみなされるはずが、教える側の「教えた」と「教えたつもり」で研修が成り立つためこれらを区別することが、教育改善の第一歩であると痛感した。つまりは、看護師一人一人の行動変容へつなげる本当の学びの機会が大切であると感じた。

以上のことから、人材育成の視点でこの役割を時代に合わせて伝承していくにあたり、救急看護の特殊性を焦点化した学会認定等も考慮しながら、新しい取り組みとしての教育を検討していく必要性を感じている。これは、単なる資格認定だけではなく、現在の救急看護認定看護師の役割における大切な部分を伝承するために、人材育成の一つとして考え、実践し言語化できること、出来ていることを承認する指導者としての役割を兼ね備えた看護師を育成する必要があると考える。

本発表では、現場での人材育成の視点から、救急看護の役割と実践力を次世代に伝承していくために、今までの経験と現場における指導者としての取り組みを報告したいと考える。

(2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第5会場)

[PD3-3] フライトナースの実践からみた救急看護の専門性

○坂田 久美子 （愛知医科大学病院　看護部）

わが国では、救命率の向上と後遺障害の軽減を目的に2001年ドクターヘリが本格的に運航を開始し、現在53機が病院の外における救急医療を担っている。病院では当たり前のことも病院の外で医療を行うには、さまざまな環境への適応、ヘリコプター自体の理解、無線の知識、医療安全だけでなく病院の外の安全上の対応などが必要である。病院内ではない環境で、病院と同様の看護が一人で提供できるか、観察や判断ができるかということが問われる。

フライトナースとは、病院外の救急現場へヘリコプターで出動し、緊急度が高く重症なあらゆる年代の患者とその家族を対象として看護を実践し、現場での初療や重症患者の看護を継続しつつ、救急車やヘリコプターで搬送する看護師である。

ドクターヘリが出動する救急現場では、いわゆる臨機応変が求められる。確定診断のための検査は行えないまま、刻々と病態が変化する患者の看護を行う。病院の外であるため、当然医療設備は整っていない場所で看護を行う。多くの知識・技術が必要である上に、どのように知識・技術を使うか、経験が必要である。経験によって臨床判断能力が養われる。救急場面では、いつどのような患者に遭遇するか予測できず計画的に経験を積むことは難しいが、緊急性が高く、瞬時の判断は適切でなければならない。臨床判断は、気づいたことを解釈し看護行為を行い、その結果を振り返り、振り返りを学びとする循環するプロセスである。また、フライトナースが五感を使って観察したものから判断したり行動を起こしたり、状況に合わせてケアを決定するプロセスである。

病院の外での現場で、交通事故、労災事故など救助中または受傷直後の患者に接触し、治療・看護を開始する。現場の状況の把握や患者の状態は、救急隊との情報共有を行い、受傷機転や現病歴などを迅速に把握しつつ、患者の観察を行う。フィジカルアセスメントの結果から、呼吸管理、循環管理など何を優先して行うか判断する。気管挿管や胸腔穿刺などの緊急処置は、観察と同時に即座に行う必要があるため、医師の介助がすぐに行えるようにする。患者の状態を安定化させ、搬送方法を決定し、多くはドクターヘリで搬送する。

今回、フライトナースの実践からみた救急看護の専門性について述べる。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:30 ～ 17:20 第5会場)

[PD3-4] 集中ケア認定看護師としての特定行為研修受講の現状と今後の課題

○辰野 綾 （日本大学病院 救命救急センター）

集中ケア認定看護師の役割として重症かつ集中治療を必要とする患者・家族への看護の提供がある。現在、私は集中ケア認定看護師として救命救急センターに勤務している。初療から集中治療管理が必要となった患者とその家族を対象に看護ケアを展開しており、救急看護認定看護師と同様に重症度と緊急度を判断しながら看護を行なっている。搬送される患者は心疾患・脳卒中・外傷など様々な状況があり、発症・受傷時から社会復帰を支援するという点を意識しながら看護実践をおこなっている。救命救急センターの環境は医師が常駐している状況であるが、決してマンパワーが充足している状況ではない。そのため現状としては医師からの指示を待ち医学的な処置を実践することが多い。また医師が急患対応・緊急処置にあたっているとどうしてもタイムリーな対応ができず患者へ苦痛を与えてしまう場面も生じることもあった。例をあげると人工呼吸器設定の変更や鎮静剤の量の調整などである。特定行為を実践することができれば患者の苦痛を軽減し安全に看護を提供できるのではないかとの思いがあり、特定行為研修受講を決意した。また、認定看護師として院内の卒後研修に携わる機会も多いため、特定行為研修を受講し今後の看護師教育にも生かしていきたいと考えた。研修では臨床推論・フィジカルアセスメントなどを中心に薬理学なども含めて6区分15行為を受講した。そのなかでも特に医学的思考を学ぶことができた。自施設の現状では呼吸器関連や循環動態に係る薬剤投与関連などは実践の機会が多いと思われる。これらの行為に関しても今までは医師主導で行ってきた。しかし、手順書に従って対象患者の状態を判断し、病態を予測し指示を考えるという演習を通して多角的な思考を学ぶことができ、医師の思考も改めて知ることができた。また、行為に伴う危険性も根拠を持って学ぶことができた。チーム医療において、認定看護師の視点と医学的視点からディスカッションし、より患者にとってタイムリーな援助を行っていきたい。また、普段の臨床に特定行為研修を結び付けて安全な患者管理に活かしていきたいと考える。

今後の課題として、技術面の能力向上も必要であるが、まずは自身の役割を明確にして院内の基盤づくりを行っていくことが重要であると考えている。医療安全管理者との連携も強化し常に安全に配慮して特定行為を実施していきたい。また、研修の学びを活かしロールモデルの役割を担っていくことで看護師育成に携わりたいと考える。その際にはスタッフへ手順書を提示しながら根拠を示し、特定行為実践をしていきたい。今後は医師の指示通りに行うだけではなく、指示の意味と意図すること・危険性を理解し医療を提供できる看護師の育成をすることで、看護の質の向上に努めたいと考える。

研修受講にあたり他施設・多分野の認定看護師と学びを共にすることは非常に貴重な経験となり、自分自身の視野を広げることができた。この学びを紹介するとともに自施設での取り組みの現状と課題を報告する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

交流集会

[EM1] わかる！できる！　ー国際学会発表のポイントとコツー

司会:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学 医学部 看護学科)

2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:40 第5会場 (3F 中会議室302)

主催:国際交流委員会

[EM1] わかる！できる！ -国際学会発表のポイントとコツ-

鹿野 浩子 （自治医科大学看護学部）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:40 第5会場)

[EM1] わかる！できる！ -国際学会発表のポイントとコツ-

鹿野 浩子 （自治医科大学看護学部）

講師：自治医科大学　看護学部　講師　鹿野浩子　shikano@jichi.ac.jp

座長：東京情報大学　教授　小島善和　zenwak@gmail.com

講師紹介：東京慈恵会医科大学　教授　中村美鈴　misuzun@jikei.ac.jp

主催：国際交流委員会

中村美鈴・小島善和・榊　由里・古賀雄二・上澤弘美・小幡祐司

＜抄録＞

本学会は、学術集会として発足されて、21回目を迎えます。この約20年に亘る日本での救急看護の取り組みについて、多くの研究がなされてきました。その研究内容について、他国の救急看護に取り組んでいるナースたちと、国際学会で共有してみませんか。

「国際学会なんて、敷居が高い・・・」、「やりたいけど英語ができないし・・・」など、思っている救急看護に携わるナースの方は少なくはないのではないでしょうか。

ただ、国際学会における発表の際に学術的に用いる内容は、概ね、定められていますので、思いのほか難しくなく発表できます。今回を機に、第1歩を踏み出してみませんか。

今回の交流集会では、ポスター発表やオーラル発表における「ポイントとコツ」を講演いただきます。「相手に伝わる英語」や「質問があった場合は、どうしたらいいの？」など、発表時の初歩的な点含め、「ポイントとコツ」について交流できたらと思います。

きっと、発表の仕方や方法、取り組み態度を修得できると思います。

日本の救急看護を海外に向けて情報発信したいナースの方々、お待ちしています！

講義　約60分

質疑応答　約15分

アンケート　約5分

©一般社団法人 日本救急看護学会

交流集会

[EM2] ドクターカーナースの学習課題と教育企画

司会:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)
2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:20 第5会場 (3F 中会議室302)
主催:プレホスピタル委員会

[EM2] ドクターカーナースの学習課題と教育企画

伊藤 敬介[1], 佐々 智宏[2], 福士 博之[3] （1.高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター, 2.広島大学病院高度救命救急センター, 3.総合病院 中津川市民病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:20 第5会場)

[EM2] ドクターカーナースの学習課題と教育企画

伊藤 敬介[1], 佐々 智宏[2], 福士 博之[3] （1.高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター, 2.広島大学病院高度救命救急センター, 3.総合病院 中津川市民病院）

座　長：　日本医科大学付属病院　佐藤　憲明

ファシリテータ：
学習課題についての概要　高知医療センター　伊藤　敬介
ドクターカーナースの実際の教育状況　中津川市民病院　福士　博之
ドクターカーナースの活動の実態　ー全国調査の結果よりー　広島大学病院 佐々　智宏

委　員：（委員長）伊藤　敬介、大瀧　友紀、大山　太、佐々　智宏、福田　ひろみ、山勢　博彰
担当理事：佐藤　憲明

現在、プレホスピタルケア領域においては、医師、看護師が救急現場に出向き、医行為を実施することで、死亡者数の減少、後遺症の軽減、社会復帰率の向上に成果があることが明らかとなり、ドクターカーによる病院前救急活動について関心が高まっている。

一方で、ドクターカーに搭乗し、プレホスピタルケアに従事する看護師（以下、ドクターカーナース）の活動実態における全国規模の調査研究は実施されておらず、ドクターカーナースの現場出動件数や活動内容、教育体制など、その活動実態は明らかとなっていない。ドクターカーは運行様式や運行時間、活動頻度、車両形態などが施設ごとに異なる背景からも、ドクターカーナースの活動実態や教育体制も同様に個別的であることが考えられる。

プレホスピタルケアに従事する看護師の役割は、起こり得るリスクを見抜き、予測性をもった準備と調整を行うなど、早期の治療の開始にむけた診療の補助、心理的危機状態にある患者・家族への看護介入など多岐にわたる。それらのプレホスピタルケアに不可欠な看護実践の質を担保するためには、その役割を看護師が担うほかない。そのため、ドクターカーによるプレホスピタルケアにおける看護の質向上には、ドクターカーナースの活動実態を調査するとともに、求められる役割を明確にすることが急務である。

プレホスピタルケア委員会は今年度、ドクターカーナースの活動実態に関する全国規模の調査を行い、ドクターカーナースの現状と課題を把握したうえで、ドクターカーナースの役割の規程、教育の指針を検討して、ドクターカーによるプレホスピタルケアのガイドラインの策定を目指している。

本交流集会では、ドクターカーナースの教育の標準化について「ガニエ学習成果の５段階」を基に考察する。次に、実際のドクターカーナースの教育の現状について情報提供をいただき、プレホスピタルケア委員会が実施した全国のドクターカー運用施設におけるドクターカーナースの実態調査の一部より、ドクターカーナースの教育の現状を踏まえ今後の教育指針について討議をしていく予定である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

交流集会

[EM3] ともに考えよう！地域連携で救急看護師が取り組むこと

司会:木澤 晃代(日本大学病院 看護部)
2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:20 第6会場 (3F 中会議室303)
主催:在宅救急看護委員会

[EM3] ともに考えよう！地域連携で救急看護師が取り組むこと

鴇田 猛[1], 中谷 茂子[2], 土倉 万代[3], 直井 みつえ[4] （1.亀田医療技術専門学校, 2.マックシール 巽病院, 3.土倉内科循環器クリニック, 4.済生会宇都宮病院 栃木県救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:20 第6会場)

[EM3] ともに考えよう！地域連携で救急看護師が取り組むこと

鴇田 猛[1], 中谷 茂子[2], 土倉 万代[3], 直井 みつえ[4] （1.亀田医療技術専門学校, 2.マックシール 巽病院, 3.土倉内科循環器クリニック, 4.済生会宇都宮病院 栃木県救命救急センター）

地域連携が進展する中で、救急看護の実践を生活の場に広げることで、より安全で安心な生活と療養を可能にするのではないか、という考えがあります。患者・その家族がケアの中心となる在宅療養の場においては病状の悪化や対応の遅れの可能性は高く存在しています。患者・家族指導、そして様々な在宅支援のサービスを充実させるよう多岐にわたる取り組みがされていますが、時にタイミングを逸した救急受診が散見されています。

　このような状況への対応として救急看護師の専門性である緊急性・重症性の病状判断や時と場に対する状況判断を含むトリアージや初期対応力を活用することで何らかの改善につながると仮定し、在宅救急看護委員会はこれらの実態の把握、課題抽出に取り組んできました。その結果、情報連携に関すること、背景となる保健医療福祉の制度のことなどについて救急看護師として理解を深める必要性が明らかになりました。

　そこで、本交流集会ではこれらの見識を深めるとともに、救急看護師が地域との連携機会を多く経験する救急外来での実践事例から、私たちがもつ力の活用について皆様とディスカッションを通して交流し、新たな救急看護の可能性を探っていきたいと思います。

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS1] 誰もが願う尊厳が保たれた救急看護～院内統一ケアから始まる更なるケアの質向上～

司会:並木 幸代(ユニ・チャームメンリッケ株式会社)
2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第3会場 (2F 中会議室201)
共催:ユニ・チャームメンリッケ株式会社

[LS1] 誰もが願う尊厳が保たれた救急看護～院内統一ケアから始まる更なるケアの質向上～

小山田 幸枝[1], 森田 徹[2] （1.獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 褥瘡対策, 2.ユニ・チャームメンリッケ株式会社 代表取締役社長）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第3会場)

[LS1] 誰もが願う尊厳が保たれた救急看護～院内統一ケアから始まる更なるケアの質向上～

小山田 幸枝[1], 森田 徹[2] （1.獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 褥瘡対策, 2.ユニ・チャームメンリッケ株式会社 代表取締役社長）

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS2] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第4会場 (3F 中会議室301)

共催:アルファクラブ武蔵野株式会社

[LS2] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

佐藤 貴子 （IMSジャパン）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第4会場)

[LS2] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

佐藤 貴子 （IMSジャパン）

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS3] 心肺蘇生の客観的な質評価と効果的なデブリーフィング

座長:松島 久雄(獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター 主任教授・センター長 救急医療科 教授)

2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第7会場 (3F 中会議室304)

共催:旭化成ゾールメディカル株式会社

[LS3] 心肺蘇生の客観的な質評価と効果的なデブリーフィング

黒澤 寛史 （兵庫県立こども病院 小児集中治療科科長）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 11:50 〜 12:50 第7会場)

[LS3] 心肺蘇生の客観的な質評価と効果的なデブリーフィング

黒澤 寛史 （兵庫県立こども病院 小児集中治療科科長）

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS4] 肺炎予防のための適切な口腔ケア　～汚染物の回収を意識して～

座長:清田 和也(さいたま赤十字病院 副院長 救命救急センター長)

2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第8会場 (1F 中会議室102)

共催:ニプロ株式会社

[LS4] 肺炎予防のための適切な口腔ケア　～汚染物の回収を意識して～

○岸本 裕充 （兵庫医科大学　歯科口腔外科学講座　主任教授）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第8会場)

[LS4] 肺炎予防のための適切な口腔ケア　～汚染物の回収を意識して～

○岸本 裕充 （兵庫医科大学　歯科口腔外科学講座　主任教授）

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS5] 気管切開チューブ、インナーカニューレの安全な運用
カフ圧管理の重要性と自動カフ圧コントローラの有用性

座長:道又 元裕(国際医療福祉大学・成田病院準備事務局 看護部門)

2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第9会場 (1F 中会議室103)

共催:スミスメディカル・ジャパン株式会社

[LS5-1] 気管切開チューブ、インナーカニューレの安全な運用

○中村 香織[1], 柴崎 雅志[2] （1.杏林大学医学部付属病院　看護部　師長, 2.京都府立医科大学　麻酔科学教室　学内講師）

[LS5-2] カフ圧管理の重要性と自動カフ圧コントローラの有用性

柴崎 雅志 （京都府立医科大学 麻酔科学教室 講師）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第9会場)

[LS5-1] 気管切開チューブ、インナーカニューレの安全な運用

○中村 香織[1], 柴﨑 雅志[2] （1.杏林大学医学部付属病院　看護部　師長, 2.京都府立医科大学　麻酔科学教室　学内講師）

(2019年10月4日(金) 11:50 ～ 12:50 第9会場)

[LS5-2] カフ圧管理の重要性と自動カフ圧コントローラの有用性

柴﨑 雅志 （京都府立医科大学 麻酔科学教室 講師）

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| トリアージ

[O1] O1群 トリアージ①

座長:奈良 史恵(関越病院)

2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:20 第4会場 (3F 中会議室301)

[O1-1] 振り返り用紙の分析結果からみえたトリアージに関する看護師の課題

○吉井 優子 （厚生連高岡病院救命救急センター）

[O1-2] JTASを用いたトリアージにおけるレベル3症例の検証

○清宮 由枝, 古川 麻子 （公立長生病院）

[O1-3] Emergency Severity Indexを用いた緊急度判定は JTASを上回る

○髙岡 宏一, 掛田 崇寛 （関西福祉大学看護学部看護学科）

[O1-4] 二次救急外来における感染症疑い患者に対する qSOFAと SIRSの比較

○八田 圭司, 前田 晃史 （市立ひらかた病院）

[O1-5] 救命救急センターでの院内トリアージにおける看護師の不安の要因

○中村 ひかる, 川治 洸樹 （福井県立病院救命救急センター）

[O1-6] 救急医療室における予診に対する現状分析

○河村 真理恵, 前田 直弥, 芦田 渉, 河野 ひとみ, 中井 純子 （地方独立行政法人公立甲賀病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:20 第4会場)

[O1-1] 振り返り用紙の分析結果からみえたトリアージに関する看護師の課題

○吉井 優子 （厚生連高岡病院救命救急センター）

【目的】当院では、2012年から緊急度判定支援システム（以下 JTAS）を使用した院内トリアージを導入するとともに、トリアージで低緊急と判定したが入院の転帰となったものをアンダートリアージとして医師の助言を受けながら事後検証を行っている。しかし事後検証では判定結果のみに着目し判定に至るまでの思考過程についての振り返りがなされていない現状であった。また看護師がトリアージを実施する際、入院か帰宅かの基準で判定している傾向にあった。そこで、判定に至るまでの過程を振り返ることにより、アセスメント力が向上し根拠に基づいたトリアージを実施できるのではないかと考え、 JTASの緊急度判定の過程に沿った振り返り用紙を作成した。振り返り用紙は、看護師が毎月の事後検証会までに個々が実施したトリアージに関して記載し提出するとした。提出された症例はトリアージ委員会で検討し、情報共有が必要と考えられた症例に関して医師との症例検討会を実施している。今回、提出された症例や症例検証会の内容から看護師がトリアージを実施する際に不足している内容や思考過程について分析し、トリアージにおける問題点や課題を明らかにする。
【方法】2018年5月から2019年1月までに提出された76症例を対象に JTASの症候リスト別に分類した。その内容を緊急度判定の過程に沿って、第一印象、来院時主訴、自覚症状の評価、他覚所見の評価、情報の統合とアセスメントの5項目に分類し振り返り用紙から検討した。
【倫理的配慮】得られた情報は個人が特定されないように配慮した。当院の研究倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】研究期間中に検証会に提出された症例は76例、毎月の平均は8例であった。 JTASの症候リスト別では心血管系16例、消化器系12例、神経系10例、呼吸器系8例、外傷8例、小児に関するもの7例、その他15例であった。記載内容で不足していたのは、自覚症状の評価が28例、情報の統合とアセスメントが13例、他覚所見の評価が12例であった。症候リスト別では、消化器系、神経系、呼吸器系で自覚症状の評価や他覚症状の評価について記載不足が多くみられた。症例の記載理由は、待機場所や診察までの対応に関する事柄が31例、緊急度判定に関する事柄が26例、自覚症状や他覚所見の評価に関する事柄が9例、知識の共有が6例、その他4例であった。
【考察】トリアージを実施していく上で、患者から得られた情報を整理、統合しアセスメントをする能力が必要とされているが、振り返り用紙を分析すると看護師の行う情報収集が不足していることが明らかとなった。心血管系では、胸痛や冷汗といった所見を捉えやすいが、消化器系、神経系、呼吸器系の症候では所見を捉えにくい事が考えられ、疾患や病態の知識とフィジカルアセスメントから得られた患者情報を統合していく必要がある。批判的思考は JTASレベルの判定を実施する際に必要であるとされており、今後医師の助言を受けながらトレーニングを重ねていく必要がある。また、振り返り用紙へ記載することや症例検討会で他者と知識や思考過程を共有することは、緊急度判定の根拠となる行動と思考過程が明らかとなり、自己の行動や思考の特性に気づく機会となり得る。今後、今回の分析から得られたトリアージに関する傾向を可視化し、認識を促しながらトリアージの質を向上するための取り組みを行っていく必要がある。

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:20 第4会場)

[O1-2] JTASを用いたトリアージにおけるレベル3症例の検証

○清宮 由枝, 古川 麻子 （公立長生病院）

〈目的〉A病院は180床、火、金、土の夜間帯に二次救急を担っている。2013年より緊急度支援システム(以下JTAS)を用いて日中、夜間に救急外来を受診する全ての患者にトリアージを行っている。来院時の看護記録を残すことと教育を目的として救急搬送された患者にも独歩来院した患者と同じ手順でトリアージ判定を行っている。判定時には JTASカテゴリーと判断理由を記録することになっている。今回、レベル３と判定された症例に着

©一般社団法人 日本救急看護学会

目しトリアージの評価とバイタルサインの測定率を検証して、問題点と今後の課題を明らかにする。
〈方法〉2018年1月から2018年12月までの期間中、緊急度レベル3と判定された患者を対象に、トリアージ記録を後ろ向きに調査した。トリアージの評価は、患者の転帰と JTAS2017ガイドブックの緊急度判定の分類に基づいて行った。
〈倫理的配慮〉A病院倫理委員会の承認を得た。
〈結果〉対象患者数は693名(その中で入院した患者は141名、転院した患者は25名)年齢は61.11±22.15歳。性別は男性366名、女性327名。来院方法は救急車373名、独歩299名。レベル2の判定が妥当であると考えられる症例は43名(6.2%)、判断した理由とその割合は、敗血症が疑われる発熱(体温38.0℃以上で SIRS診断基準2項目以上に該当する)22名(51%) 痛みの強い腹痛(NRS 8-10/10)11名(26%) 息切れ(中等度の呼吸障害)6名(14%) その他4名(9%)であった。693名中、血圧・脈拍・体温・経皮的動脈血酸素飽和度の測定率はそれぞれ約97%、呼吸数の測定率は45.02%、痛みが主訴の患者249名のペインスケールの測定率は76.30%であった。
〈考察〉A病院救急外来トリアージでは、レベル3症例においては、93.8%は適正なトリアージ判定であったと考える。トリアージの訓練を受けた看護師であっても、トリアージを実施した症例の10%をアンダートリアージすることが明らかなっている。A病院救急外来では、概ね適正の範囲内でトリアージ判定ができていると考える。
レベル3症例のトリアージ記録を分析した結果
①呼吸数の測定率が45.02%であり、他のバイタルサインに比べ測定率が低い。
② SIRS診断基準2項目以上に該当していてもトリアージ判定に反映されていない。
③痛みが訴えの患者に対し、ペインスケールの測定率は76.30%であった。
④ペインスケールの値で該当する適正なレベルに判定されていない。
文献では『多くの症例が急変の数時間前にすでに何らかのバイタルサインの異常を呈していることが報告されている。中でも頻呼吸の認められる頻度が高い。』『疼痛の評価が緊急度判定に重要な役割を持つ。』と述べられている。呼吸数とペインスケールの測定は急変の早期発見や緊急度を判定するためには不可欠であるが、測定率が低いことにより適正な緊急度判定がされていなかったと考える。また、呼吸数を測定しないことが SIRS診断基準を使いこなせていない一因になっているのではないかと推察する。患者の状態を時系列で観察し異常を早期発見するために、来院時の呼吸数とペインスケールを測定し記録に残すことは重要である。測定した値を SIRS診断基準やトリアージ判定の適正なレベルに照らし合わせ、該当するレベルを判断することが求められる。
〈結語〉呼吸数とペインスケールを測定することの重要性を理解しトリアージ時に測定すること、トリアージ判定を適正に行うために緊急度分類を習熟することが必要である。

(2019年10月4日(金) 10:20 〜 11:20 第4会場)

[O1-3] Emergency Severity Indexを用いた緊急度判定は JTASを上回る

○髙岡 宏一, 掛田 崇寛 （関西福祉大学看護学部看護学科）

【はじめに】従来，救急部門において，多数訪れる受診患者の中から緊急度の高い患者を選別し，看護師による診察の優先順位を判断する緊急度判定が重要視されている。本研究では，この判定を補助する緊急度判定支援システム（トリアージツール）の一つである Emergency Severity Index（ ESI）に注目した。この ESIは，臨床推論に基づいた緊急度評価に加えて，検査や処置，いわゆる医療リソースを基準に組み込み，明確に掲示されたアルゴリズムに沿って5段階の緊急度を判定する。さらに，救急外来での実務経験を重視した構成となっており，看護師の主体的なトリアージへの参画が期待される。本研究の目的は，救急外来での経験が豊富な看護師を対象に，ESIを用いた緊急度判定の精度を本邦の救急部門で広く運用される Japan Triage and Acuity Scale（ JTAS）と比較し，この有用性を検証することである。

【方法】本研究はパラレルデザインを用いた無作為化比較試験で実施した。全国の救命救急センターに所属し，日常的に JTASを用いた緊急度判定を実施している看護師を対象とした。さらに，対象の選定基準は，看護師経験年数10年以上20年未満，トリアージツール利用年数3年以上10年未満および救急看護に関する専門資格（急

©一般社団法人 日本救急看護学会

性・重症患者看護専門看護師，救急看護認定看護師，集中ケア認定看護師，特定行為研修を修了した看護師）を有する看護師（熟練看護師）とした。研究同意の得られた対象者を ESI群と JTAS群へ登録順に無作為割付し，両群に合わせた介入を実施した。介入内容として， ESI群はツールに関する講義， JTAS群には復習学習を課した。その上で，両群に共通の模擬患者課題（80問）を通した緊急度判定を回答してもらった。緊急度判定精度の検証は，評価者間一致の指標である κ 係数を用いて判定した。両群の評価者間一致を Cohen’ s κ，各緊急度別の評価者間一致を Fleiss’ s κ で比較検証した。また，両群のオーバートリアージ（ OT）およびアンダートリアージ（ UT）を算出し，両群を Pearsonのカイ二乗検定で分析した。さらに，課題開始から終了までの判定時間，トリアージツールの使い易さを Visual Analog Scale（ VAS）で評価した。

【倫理的配慮】関西福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果・考察】研究対象者として23名の熟練看護師（ ESI = 12名， JTAS = 11名）が参加した。両群の評価者間一致は， ESI = 0.82， JTAS = 0.74であり， ESIが JTASと比較して高い評価者間一致を認めた。次に，各緊急度別の評価者間一致において，レベル II （ ESI = 0.58， JTAS = 0.48），レベル III（ ESI = 0.58， JTAS = 0.49）であり，特に判定に難渋する基準で ESIは JTASに比して，高い評価者間一致を示した。さらに， UTは ESI = 20.3%， JTAS = 30.3%， OTは ESI = 14.8%， JTAS = 16.7%であり，両群間に有意な差があった（$p < 0.01$）。すなわち， ESIは JTASと比較して，全体的な緊急度判定精度が優れていること，緊急を要する患者群への判定精度が高いこと，および UTや OTに減少によって，隠れた緊急患者の病状悪化の防止，重症患者の待機時間減少に貢献することが示唆された。一方， VAS，判定時間は有意差を認めなかった。

【結語】熟練看護師による ESIを用いた緊急度判定は、 JTASと比較して高い判定精度を認め，救急臨床に貢献するトリアージツールであることが示唆された。

(2019年10月4日(金) 10:20 〜 11:20 第4会場)

[O1-4] 二次救急外来における感染症疑い患者に対する qSOFAと SIRSの比較

○八田 圭司, 前田 晃史 （市立ひらかた病院）

目的
sepsis-3で敗血症の判断基準は、 SIRSに代わり SOFAと qSOFAが推奨された。敗血症の判断基準の改訂に伴い、日本緊急度判定支援システム2017年度版は、トリアージレベル緊急に qSOFAの2項目以上を追加したが、SIRSの2項目以上も緊急として残存している。本研究は、救急外来を受診した感染症を疑う成人患者を対象として、 qSOFAを2項目以上満たす患者（以下 qSOFA群）と SIRSを2項目以上満たす患者（以下 SIRS群）の2群の入院率、入院期間などの転帰を比較して、トリアージレベルの妥当性を検証することを目的とする。
方法
研究デザイン：後方視的観察研究である。調査期間：2018年10月と2019年1月の各1ヶ月間。データ収集方法：感染症を疑う症状を主訴とした成人患者を対象として、インフルエンザ非流行期と流行期のデータを収集し、 qSOFA群と SIRS群の2群の入院率、入院期間などを比較した。なお、 qSOFAと SIRSの両基準を満たす患者は、両群ともに含めた。

倫理的配慮
本研究は、 A病院倫理委員会の審査後、許可を得て実施した(番号：31-02)。

結果
対象者は欠損値があるデータを除いた978例（89%）で検証した。 q SOFA群は79例（6.8%）、 SIRS群403例

©一般社団法人 日本救急看護学会

（36%）であった。10月と1月を合わせた入院は、 qSOFA群64例、 SIRS群108例、10月／1月の入院率は、qSOFA群93%／77%、 SIRS群46%／23%であった。 ROC曲線の AUCを算出するためにカットオフ値は両群とも2項目とした。 AUCは、 qSOFA群（入院後死亡7例うち5例 SIRSを満たす）0.77（感度0.81、特異度0.73）、SIRS群（入院後死亡5例全て qSOFAを満たす）0.23（感度0.26、特異度0.19）であり、死亡例は全員80歳以上であった。65歳以上の入院率は qSOFA群90%、 SIRS群60%で、 AUCは qSOFA群0.58、 SIRS群0.42であった。入院期間の中央値は、 qSOFA群14日(IQR6-28)、 SIRS群11日(IQR6-23)（ p＝.2）。
考察

Sepsis-3のタスクフォースは、敗血症の識別に役立たないと述べている。救急外来における q SOFA群と SIRS群の入院後死亡率の調査では、 q SOFA群が SIRS群より有意に高かった。しかしながら、この調査は、救急外来に滞在中の患者の最も悪い状態を評価しており、病院到着直後のトリアージではなかったため、本研究では、トリアージ時点の患者の状態を比較した。入院率は、 q SOFA群81%、 SIRS群26%であり、 CTASの予測入院率では q SOFA群は緊急（70-90%）、 SIRS群は低緊急（15-40%）に該当する。インフルエンザ流行期の入院率は、非流行期より両群とも低下した。これは、患者がインフルエンザと判定されれば、重症例以外は処方で帰宅するためと考える。しかしながら、インフルエンザ流行期にかかわらず、両群とも予測入院率によるトリアージレベルに大差はない。 SIRS群の65歳以上の入院率は、 CTASの予測入院率で準緊急（40-70%）に該当し、高齢者に限定しても緊急度に変わりはない。 qSOFAは SIRSより入院に対する感度、特異度ともに高く、季節や年齢にかかわらず、 SIRS群は準緊急、 q SOFA群は緊急とし、 q SOFA群の80歳以上は緊急群の中でも優先的に医療介入することを推奨する。

(2019年10月4日(金) 10:20 〜 11:20 第4会場)

[O1-5] 救命救急センターでの院内トリアージにおける看護師の不安の要因

○中村 ひかる, 川治 洸樹 （福井県立病院救命救急センター）

【はじめに】 A病院の救命救急センターに所属する看護師は、院内のトリアージ研修修了後、救急外来に来院する患者に対し、院内トリアージを実施している。しかし、看護師から「初めて出会う患者や家族と問診時にどう関われば良いのか分からない」などの不安な声が聞かれた。そこで、看護師の院内トリアージにおける不安軽減の一助とするため、本研究に取り組んだ。【目的】院内トリアージを担う看護師が抱く不安の要因を明らかにする。【方法】対象：救命救急センターに所属する看護師経験年数2年目以上の看護師30名。期間：平成30年1月〜2月、無記名式質問紙調査、調査項目は先行文献を参考に独自に作成し、プレテストを実施した。質問は、12項目から成り、4段階で評価を求めた。【倫理的配慮】 A病院倫理委員会の審査を受け承認を得た。【結果】アンケートの回収数は30名中27名で有効回答数は25名であった。研究対象者の救急従事年数は、『3年未満』11名、『3年以上5年未満』5名、『5年以上』9名であった。12項目で救急従事年数別に比較した結果、「とても思う」と「そう思う」を合わせ70%以上の項目は、「トリアージレベルを決定する際に知識不足を感じたことがある」「病態についての知識不足を感じることがある」「問診時に患者・家族からクレームを言われストレスを感じたことがある」であった。「自分にフィジカルアセスメント能力はない」は、『3年未満』のみ「とても思う」と「そう思う」を合わせ72%であった。また、「トリアージ研修で得た知識は活かせていない」は、「とても思う」と「そう思う」を合わせて、『3年未満』9%、『3年以上5年未満』20%、『5年以上』11%であった。【考察】渡邊は「トリアージナースには、基本的知識や技術に加え、幅広い病態に対するアセスメント能力等の専門的知識とスキルが求められ、これらの知識は救急看護の豊富な経験と専門的教育によって習得される」[1)]と述べている。本研究では救急従事年数に関わらず、トリアージ研修で得た知識は活かせていないと思う者は少ないが、トリアージレベルを決定する際の知識不足や病態についての知識不足だと思っている者が多かった。救急従事年数に関わらず、知識についてトリアージ研修以外の要因があることが推察された。救急従事年数の短い看護師は、実際の患者に対して、フィジカルアセスメントを含めた実践や病態の理解が不足だと感じるのではないかと考える。救急従事年数の長い看護師は、小児から老人まで様々な患者が受診し、幅広い疾患の

©一般社団法人 日本救急看護学会

知識が求められる救急外来の多岐性のためではないかと考えられる。以上のことから、トリアージの知識や病態の理解のレベルには段階があり、それらを明確にすることで漠然とした不安が軽減できるのではないかと考える。また、救急従事年数に関わらず「問診時の患者・家族からのクレーム対応」が不安の要因であった。トリアージを実施する際、患者・家族からのクレームを受ける機会が多い救急外来の特殊性が一因だと考える。トリアージによって緊急性はないと判断されると、患者・家族にとって身体的・精神的苦痛があるにも関わらず待ち時間は長くなる。それらの不満に対して、看護師はどう対応すれば良いのか迷うことも多く、さらに不安を感じるのではないかと考える。そのため、少しの時間でも定期的に時間を設け、自分の感じた不安を共有し、クレーム対応策を看護師全員で考えることで、不安の軽減に繋がると考える。引用文献[1)]渡邊淑子：トリアージナースに必要とされる能力, Nursing Today,26(1),p18-20,2011.

(2019年10月4日(金) 10:20 〜 11:20 第4会場)

[O1-6] 救急医療室における予診に対する現状分析

○河村 真理恵, 前田 直弥, 芦田 渉, 河野 ひとみ, 中井 純子 （地方独立行政法人公立甲賀病院）

Ⅰ はじめに
現在、当院救急医療室では患者来院時に記入される問診票を基に看護師が予診を実施している。予診の情報を医師へ伝達し、診療を行っている。その中で看護師経験5年未満や、救急医療室勤務歴が浅い看護師より「予診を実施する事に不安がある」との発言が聞かれた。また、医師からは「予診内容は重要な情報でありカルテ記載しているのでしっかり情報をとってきてほしい」、「診察に際しては事前情報の先入観を持たずに望んでいる」などの意見があった。
予診の有用性に対する先行研究はされているが、予診の際の不安に対する先行研究は少ない。そこで有効的な予診を行うことを目的として、看護師の予診に対する不安の内容と、医師に対して、予診情報は当院での救急診療に役立っているのか必要性を明らかにする。

Ⅱ 研究方法
1 研究期間：平成29年5月～平成30年8月
2 研究対象：各診療科で救急外来を担当勤務する医師40名、救急外来看護師18名
3 研究方法：研究対象者に同意書と自作の質問紙を配布。データについては単純集計を行う。

Ⅲ 倫理的配慮
当院の医学研究・医療行為倫理委員会の承認を得たのち、研究の趣旨を文面で説明し、匿名性の保証、データは本研究の目的以外では用いないことを説明し同意を得た。利益相反関係は無い。

Ⅳ 結果
医師への調査については回収率100%であった。「予診の情報は役立っていますか」との質問に対し「役立っている」との返答が97%であった。しかし、自由記載欄に「情報に不足がある」との意見があった。
看護師への調査においては、回収率は100%であった。「予診に不安がありますか」の質問に対して69%が「不安である」と回答している。不安の原因としては「知識不足」が83%、「経験が少ない」が83%であった。自由記載では「自分の判断が間違っていないか不安」などの意見があった。救急経験5年未満の看護師は、ほぼ全ての診療科や症状に対し不安を感じているとの回答であった。救急経験5年目以上の看護師においては産科領域58%や小児科領域58%と、救急で経験することの少ない診療科に対する不安があるとの結果であった。

Ⅴ 考察
医師からは予診情報が診療に役立っていると言っていることから、現在看護師が実施している予診は、診療に有用な情報になっていると考えられる。しかし、情報不足という指摘もあり、看護師はより多くの情報収集項目を

©一般社団法人 日本救急看護学会

想起する必要があると考えられる。
看護師からの結果より、知識不足や経験不足から、予診に対する不安があると言える。特に救急経験の浅い看護師はほぼ全ての診療科・症状に不安を感じ、経験の長い者でも普段加療に当たる事の少ない産科領域、小児科領域などの診療科に不安を感じている。経験不足の不安に対し、振り返りの機会を通じる事で看護師の不安軽減につながると考えられ、有効的な予診を行うことが期待できる。また、有効な予診を積み重ねることで自信に繋がり、不安なく患者・家族から情報収集を行うことが出来ると考えられる。

Ⅵ 結論
1 当院救急医療において予診情報は必要性がある。
2 看護師は知識や経験不足から予診を行う事に不安を感じている。
3 ケース学習や事例検討などを行うことで不安を軽減できると考えられる。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| プレホスピタルケア

[O2] O2群 プレホスピタルケア

座長:坂田 司(徳島赤十字病院)

2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:30 第6会場 (3F 中会議室303)

[O2-1] パリ救急医療システム研修からの学び

○辻本 真由美 （横浜市立大学附属市民総合医療センター　救命救急センターEICU）

[O2-2] フライトナースの緊急度認知場面における臨床判断プロセス

○百枝 裕太郎, 岸川 貴司 （国立病院機構 長崎医療センター 高度救命救急センター）

[O2-3] 初療看護師が経験している病院前外傷初期看護での学びの構造化

○大倉 太一, 中村 麻紀, 加藤 京子, 藤原 由子 （りんくう総合医療センター/泉州救命救急センター）

[O2-4] CNS-FACE II を用いたプレホスピタルから ICUまでの家族看護の一事例

○宇野 翔吾 （株式会社日立製作所 日立総合病院　救命救急センター）

[O2-5] FAST-A（安達地域脳卒中救急搬送システム）導入への取り組み ～　プレホスピタルケアに着目して　～

○志賀 一美, 石田 智彦, 武藤 恵, 伊藤 和恵, 阿久津 功 （医療法人辰星会枡記念病院　災害救急医療部）

[O2-6] A病院ドクターカーナースの教育実践報告～ビデオを活用した看護実践の振り返りで得られた教育効果～

○塩尻 洋大, 福島 智之 （独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター）

[O2-7] A病院ドクターカー看護師の病院前看取りの現状と課題～プレホスピタルケア看護師の役割から～

○福士 博之, 比嘉 徹, 鈴木 晴敬 （中津川市民病院病院前救急診療科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:30 第6会場)

[O2-1] パリ救急医療システム研修からの学び

○辻本 真由美 （横浜市立大学附属市民総合医療センター　救命救急センターEICU）

目的：当院は、横浜市とパリ公立病院連合（ AP-HP）との間で、救急医療をはじめとした医療分野での連携を行う覚書を締結し、人事交流を主軸とした様々な連係事業を進めている。2016年より医師・看護師と横浜市医療局、消防局の職員がパリで研修を行っている。フランスにおける救急医療システムや専門看護師のあり方から、超高齢化社会を迎える日本における救急看護への示唆を得たので報告する。
倫理的配慮：個人を特定する情報を含まないよう配慮した。
結果：フランスでは SAMUという、救急通報から現場・病院搬送まで医師が介入する救急医療システムがあり、必要に応じてドクターカーである MICUが現場に出動する。 MICUは、ドライバー、医師、麻酔看護師のチームで構成され、医師が問診・診断や本部との調整を担い、麻酔看護師は現場での気管挿管や薬剤投与など処置を行う。状態が安定している患者の病院間搬送は、医師の同乗なく麻酔看護師が行う。 MICUが出動後は医師が現場で ABCの安定を図り、 SAMUが適切な病院を選定し、手術室やカテーテル室へ直接搬送しており、短時間で根本治療を提供できる強みを持っていた。また、 MICUが出動しても、現場で病院搬送が必要ないと判断した場合は、医学的アドバイスのみで引き上げるケースもあった。さらに、精神科病院からの要請で MICUが出動したケースがあり、 SAMUは病院からの依頼にも応じ RRSのような役割も担っていた。 AP-HPは約2万2千のベッドと200の手術室を有しており、患者の状態に応じて病院を選定し、 MICUが転院搬送も行う。これにより、ひとつの病院がすべての診療科や機能を持つ必要がなくなっている。このような連携は病院間に限らず、病院と大学との間にも存在し、理論教育や研究と実践教育をうまく融合できていると言う。病院研修中には、脳死とされ得る状況に陥り家族への説明と同意の下、挿管チューブを抜去した事例があった。これは、2005年に制定された尊厳死法によるものである。この他、在宅入院制度というシステムがあり、術後の早期退院、在院日数の短縮に貢献していた。
考察： SAMUは、緊急度・重症度に応じて早期から医療介入を行う点や、地域を点ではなく面で捉え地域全体で組織的に救急医療を展開する点が優れていた。横浜市では、フランスの救急医療を参考に、これまで救急相談センター＃7119の導入や横浜救急医療チーム YMATの拡充を図っており、今後は横浜型ドクターカーシステムの検討を開始している。超高齢化社会を迎える日本において、不要な救急搬送を減らすこと、必要な治療が適切に受けられる病院へ短時間で搬送することは、予後の改善・ QOLの維持という点でも重要である。パリの多くの病院が公立であるという前提が日本と異なるが、地域ごとの病院や大学がゆるやかな連係を持つことが、限られた資源を有効に活用する鍵だと感じた。また、日本では望まない延命治療が開始され、継続されるケースがやむを得ず多い現状にある。医療制度の違いもありフランスは在院日数が日本より短い現状にある。終末期に限らず、意思決定支援を十分に行うことが、ひいては在院日数の短縮や不要な救急搬送を減少させることにつながると感じた。このような意思決定支援も、地域から病院、そして地域へと連続性を持たせることが課題と感じる。日本の専門看護師は、フランスと比較し数が少なく、役割に法的根拠はない。しかし、システムつくりや、プロトコールの作成など枠組みを整えること、そして大学と病院や、病院と地域の橋渡しとなり臨床と理論を繋ぐ役割が重要だと感じた。

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:30 第6会場)

[O2-2] フライトナースの緊急度認知場面における臨床判断プロセス

○百枝 裕太郎, 岸川 貴司 （国立病院機構 長崎医療センター 高度救命救急センター）

【研究目的】現在、全国でドクターヘリの配備が進んでおり、看護師の活動の場もインホスピタルからプレホスピタルへと拡大をみせている。プレホスピタルケアにおいては、病院内とは異なる特殊な環境下での臨床判断が求められ、その中でフライトナースは看護を展開する必要がある。現在、プレホスピタルケアにおける臨床判断に焦点を当てた研究報告は少なく、今回現場活動におけるフライトナースの緊急度認知場面における臨床判断プ

©一般社団法人 日本救急看護学会

ロセスの特徴を明らかにすることを目的とし研究を行なった。
【方法】100件以上の実働経験を有し、本研究に参加同意の得られたフライトナースを対象に半構造化面接を実施。面接で得られた内容から逐語録を作成、緊急度認知場面における臨床判断に関係する内容をコード化し、Tannerの臨床判断モデルにおける4つの各段階へ要約し、カテゴリ分類を行い質的帰納的に分析した。
【倫理的配慮】当院倫理審査委員会で承認を受け、研究協力者には十分に研究の主旨、参加への自由意志を説明し個人が特定されないよう配慮し実施した。
【結果】参加同意の得られた5名のフライトナースへ半構造化面接を実施した。研究参加者の内訳（平均±SD）は、年齢37.6±7.55歳、看護師経験年数15.6±5.81年、フライトナース経験年数4.6±2.87年、実働件数412±305件であった。分析の結果、49個のコードから臨床判断モデルにおける「気づき」の段階より＜危機的状態を予測した病態予測＞＜患者全体像のイメージ＞＜最悪の状態を想定した準備＞、「解釈」の段階より＜患者全体像の明確化＞＜先の見通しを立てた現場全体の状況把握＞、「反応」の段階より＜現場全体のマネジメント＞＜最善の医療介入を行うための行動の選択＞、「省察」の段階より＜経験の振り返り＞の8カテゴリが抽出された。
【考察】フライトナースが現場で行う緊急度認知場面における思考プロセスには、クリティカルケア領域で培った経験を基盤とし、プレホスピタルケアでの経験を活用した過去の経験に裏付けられる直感的判断と、批判的思考を用いた分析的判断の二つの思考パターンを用い推論を行い、出動要請から現場活動の限られた時間軸の中で緊急度を認知していた。また、それらの臨床判断には限られた時間や情報、人員、空間、医療資器材などで看護を展開するプレホスピタルケアの特徴的な環境が影響しており、それらの特殊性を踏まえた多くの気づきを抱きながら、フライトナースは独自の臨床判断を展開していることが本研究で明らかとなった。

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:30 第6会場)

[O2-3] 初療看護師が経験している病院前外傷初期看護での学びの構造化

○大倉 太一, 中村 麻紀, 加藤 京子, 藤原 由子 （りんくう総合医療センター/泉州救命救急センター）

【はじめに】

A救命救急センターは外傷患者に対するキーワード方式による消防覚知ドクターカー(以下 DC)同時出動を行っており、現場での迅速な外傷診療の開始を実践している。 A救命救急センターでは、病院内での外傷看護実践を一通り学習し､経験した看護師が DCに同乗する。しかし、 DCでは患者の緊急度や重症度に応じて、医療処置が最優先される中で、自分自身の看護実践の評価ができないことや、看護者1名で同乗するため、看護の視点からのフィードバックが得られず、これまで得た知識や経験をいかせられているかが不明と感じていた。「一人ひとりが質の高い実践をするためには、個々が自己の実践においてどのような専門的知識を活用したのかを振り返り、個々の中に経験値を眠らせず、それを共有し、組織の知識へと高めて行くことが不可欠である」(著・田村ら)ことから、経験を共有するために日常へのカンファレンスで DC出動時の看護実践を振り返っているが、不十分であると感じられた。そこで、初療看護師は実践の中で得た知識や経験を、病院前外傷看護でどのように活かせているのかを明らかにしたいと考えた。

【研究目的】

初療看護師が実践の中で得てきた個人の知識や経験を病院前外傷初期看護でどのように活かせているのかを明らかにする

【方法】

1）研究デザイン：質的記述デザイン

©一般社団法人 日本救急看護学会

2）研究期間：2018年5月~2018年12月

3）研究対象:A救命救急センター初療経験年数5年以上の看護師

4）データー収集：研究対象者をグループ作成し、DCでの活動や考え方をフォーカスグループインタビューで実施

5）分析方法： KJ法

【倫理的配慮】

研究協力者には研究者が研究趣旨を説明､研究協力は任意であり協力が得られない場合も何ら不利益が被らない事を事前に明示した｡自由意志で途中辞退する権利や情報の提供を拒絶できること匿名性を確保し保存・管理を厳重に行うことなどを説明し､研究協力の同意を得た。研究は当所属施設の研究倫理委員会の承認を得てから実施した。

【結果】

外傷患者への実践として抽出されたコードは126､サブカテゴリ15（〈〉で示す）､カテゴリ4（≪≫で示す）であった｡初療看護師は外傷診療中〈リーダー・メンバーを経験することで、両者の負担や患者の安全を考えた役割を実践〉〈看護師がチーム内の安全を守れるように、診療が円滑に進むようにしている〉などのサブカテゴリより構成される≪チーム員としての役割を自覚≫すること､〈先入観を持たずに、臨機応変に対応する〉〈病院前での時間を意識した活動〉というサブカテゴリで構成される≪救急搬送患者への看護実践≫、〈死に直面している患者とその家族へ何かできることはないか考える〉〈代理意思決定支援では､家族・患者の価値観を知ることで、それに沿った看護が提供できる〉などのサブカテゴリより構成される≪初療看護師としてどのような場面でも患者家族と向き合う≫こと〈経験を他者と共有することで新しい視点や考察が見つかる〉〈経験の共有などから他者のスキルを学ぶことができる〉などのサブカテゴリより構成される≪経験からの内省とサイクル≫という４つのカテゴリについて実践していた。

【考察】
初療看護師は､≪チーム員としての役割を自覚≫し≪救急搬送患者への看護実践≫を行い≪看護師としてどのような場面でも患者・家族と向き合う≫ことを経験しており､これらを病院前と初療のどちらにおいても実践していた｡また､実践経験をそのままにせず≪経験の共有と内省のサイクル≫を繰り返すことで学び､日々の病院前看護実践に繋げていることが明らかになった。

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:30 第6会場)

[O2-4] CNS-FACE II を用いたプレホスピタルから ICUまでの家族看護の一事例

○宇野 翔吾 （株式会社日立製作所 日立総合病院　救命救急センター）

【目的】
　ドクターカー要請事案において、プレホスピタル現場または初療室、 ICUで CNS-FACE II を用いて患者家族のニードとコーピングを評価する。各時期に不足しているニードとコーピングに対し看護介入を行い、その効果を明らかにする。

©一般社団法人 日本救急看護学会

【方法】
ドクターカーが出動し、 A病院に救急搬送された患者の家族１組を対象に、プレホスピタル現場または初療室、ICUの各場面において CNSー FACE Ⅱ を用いてニードとコーピングを評価し、継続的な看護を行った結果を再評価する。

【倫理的配慮】
データ分析は個人が特定されることがないよう配慮し、プライバシーの保護に努めた。

【結果】
交通外傷で搬送された10代女性。意識障害および頭蓋骨陥没骨折疑いでドクターカー出場。家族と同居しており、本人は学生。事故当時は、友人と旅行中であった。初療室到着時より、緊急手術が必要な状態であった。自宅は隣県であり、病院到着には数時間かかることが予想された。急を要するため、父親に対し電話で簡単に状況を説明し、医師へ引き継いだ。顔の見えない状況下であったが、落ち着いて話すことを心がけ、混乱させないよう簡潔に説明した。 CNS-FACE Ⅱ の結果は、社会的サポート1.0、情緒的サポート1.14、安楽・安寧1.0、情報1.6、接近1.0、保証1.2、情動的コーピング1.08、問題志向的コーピング1.21であったことから、看護問題を＃家族役割喪失に伴う家族機能障害リスク状態、＃急性混乱リスク状態とし、 ICU看護師へ申し送った。
ICU入室後、約48時間時に再評価した。母親は動揺がある中、父親は面会時、落ち着いており、タッチングや声をかける姿があった。モニターの数字について質問があり、看護師は1つ1つ丁寧に説明した。患者本人は、家族の面会時興奮してしまう状態にあったが、父親は冷静に対応し、「興奮したら治らないから安静にね」などの声掛けをしていた。 CNS-FACE Ⅱ の結果は、社会的サポート1.75、情緒的サポート2.0、安楽・安寧1.0、情報3.0、接近2.6、保証3.6、情動的コーピング2.08、問題志向的コーピング2.47と、「安楽・安寧」以外はすべてのニードとコーピングで数値が上昇していた。

【考察】
「情報」では、プレホスピタル/初療室での状況を電話で伝えることにより、顔の見えない状況下で交わされた説明に対し、実娘の状況に関する情報が入ってきたことがニード６要素の内上位であった結果であると考える。父親は、状況が理解できていない印象が強く、実娘に対して援助を求めるような発言や詳しい状況は聞かれなかった。「接近」「保証」「社会的サポート」「安楽・安寧」では、実娘と直接会っていない点、唐突に得た情報であり、医療者と直接会って会話していない点が低下の原因としてあげられる。コーピングでは、感情を露わにすることなく、電話というコミュニケーション手段の中で冷静に状態を聞くという態度であった父親の姿が反映されていると考えられる。一方で冷静な態度というのは、理解しているという捉え方の他に、電話口での会話であり正確な状況はわからないため、上の空または放心状態であると考える。
ICUでは、母親の動揺が強く、父親にも少なからず影響があることが予測される。父親は冷静な対応をする反面、不安も強いと考える。「安楽・安寧」の数値が横ばいなのは、家族間の不安度合いの差が影響していると考える。最も高い数値は、「保証」であった。謙虚な対応であった父親が、看護師に対し質問をする場面が度々あったことが、数値上昇に繋がっていたのではないかと考える。

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:30 第6会場)

[O2-5] FAST-A（安達地域脳卒中救急搬送システム）導入への取り組み ～ プレホスピタルケアに着目して ～

○志賀 一美, 石田 智彦, 武藤 恵, 伊藤 和恵, 阿久津 功 （医療法人辰星会枡記念病院　災害救急医療部）

【はじめに】当院は脳血管治療に対応できる専門的救急医療を展開している。脳卒中のファーストエイドは、生命の維持のみでは無く、その後の意識レベルや麻痺等の後遺症に左右する。ファーストエイドをより短時間で行うには、ホスピタルケアの改善だけでは短縮することが困難である。そこでプレホスピタルケアにおける時間短

©一般社団法人 日本救急看護学会

縮に着目し、管内消防署と FAST-A（安達地域脳卒中救急搬送システム）を導入した。このシステムが導入されるにあたり、看護チームの取り組みと現状の課題について考察を加え報告する。【方法】1、従来の救急搬送から受入：119番が司令室へ入電、司令室から傷病者に近い部署救急車が出動し現場到着、現場から車内収容、症状に応じた搬送先病院の手配・連絡・決定をする。その後現場出発となり病院到着・受入となる。2、 FAST-A受入：FAST-A（ F: Face A: Arm S: Speech T: Time - A: Adachi） Fは顔の麻痺、 Aは上下肢の麻痺、 Sは言葉のもつれ、 Tはいつからとし症状が1つでもあった場合『 FAST-A』と受入要請をする。以上を-A安達管内の消防署職員と共有する。119番が司令室に入電、 FAST症状で脳卒中を疑う事例は救急車出動と同時に、指令室から当院へ受入のフーストコールをする。当院は全て受入可能とし、直ちに FAST関係スタッフ（医師・カテ、手術担当看護師・放射線・ ME・事務）へ連絡、受入準備を開始する。その後、現場到着の救急隊からセカンドコールで詳細情報が入り搬送、病院到着・受入となる。又、司令室での情報では分からなかったが、現場到着時の救急隊の判断で FAST症状があれば FAST-Aコールとする。このシステムは24時間体制とし平成30年7月より開始とする。システム導入にあたり、事前に当院脳神経外科部長医師（地域メディカルコントロール医師：以後 MCDr）が、当院全職員と管内消防署職員へ啓蒙し体制の構築を実施した。【結果及び考察】開始から平成31年3月末までに、FAST-A受入件数は122件、内脳血管撮影での治療が18件であった。 FAST-Aを開始し、地域内で発症した脳卒中を疑う患者の存在を一早く知ることで、早期から受入準備が可能となった。しかし、従来、二次救急医療施設として、1日平均3.5台の救急車の受入をしてきたが、 FAST-A患者の受入は三次救急体制が必要であった。救急外来の看護体制は、救急担当看護師が1名で、他は各科外来業務を担当している看護師がアシストをする体制である。夜間は、救急担当看護師1名と夜勤看護責任者で実施している。そのため救急外来を対応する機会は個々人により差があり「 FAST-Aが来ると緊張する」等の不安の声が上がっていた。そこで、その不安を軽減するため、「どこに不安を感じるのか』を明らかにすることが必要であると考え個々に確認し、その結果を基に、ポイントをしぼり勉強会やディモンストレーションの強化をしている。プレホスピタルへの関わりでは、 MCDrと協力し管内消防署職員と定期的な検証会を実施、継続している。今後も、より効果的な FAST-Aとなるよう活動して行きたい。【結語】1.病院と管内消防署が FAST-Aを共有することで、病院側は一早く受入準備に取り掛かることがでた。又、管内消防署は受入病院の確認もすること無く円滑に受入要請、受入体制を構築することができた。2.FAST-Aをより効果的にするには、1）救急看護体制の見直しと検討が必要である。2）システムに関わる院内職員と管内消防署職員の定期的な検証会の実施が必要である。

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:30 第6会場)

[O2-6] A病院ドクターカーナースの教育実践報告～ビデオを活用した看護実践の振り返りで得られた教育効果～

○塩尻 洋大, 福島 智之 （独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター）

【はじめに】 A病院ドクターカー（以下、 DC）は、2013年より運行開始し、2019年現在11名のドクターカーナース（以下、 DCN）が搭乗している。これまで DCNの教育として、定期的な学習会・症例検討会、教育ラダーの作成、 OJTを行ってきたが、看護実践能力の向上や標準化を図るための教育が課題であった。そこで、新たな教育ツールとして、 DCにおける看護実践のビデオ撮影（以下、ビデオ）を導入した。今回、ビデオを活用した看護実践の振り返りから得られた教育効果について検証したため報告する。
【目的】ビデオを活用した看護実践の振り返りから得られた教育効果について検証する。
【研究方法】対象者： A病院 DCN11名。研究期間：2018年5月～2019年1月。データ収集方法：ビデオを活用した看護実践の振り返りを実施し、「振り返りを通し気付いた事・感じた事・学べた事等」について自由記述回答用紙に記載を依頼。実施回数4回（ 1 回につき4～5名）。分析方法：記述内容から教育に関連すると思われる文脈をコード化し、抽出したコードを類似性に基づきカテゴリー化した。
【倫理的配慮】本研究は、 A病院臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】対象者概要： A病院 DCN11名（看護師経験年数 平均10±2.83年、 DCN経験年数 平均4±1.95年、出動件数 平均169±98.4件）

©一般社団法人 日本救急看護学会

分析結果：127のコードを抽出し、4つのコアカテゴリーに分類した。4つのコアカテゴリーは、《フィードバックの機会》《リフレクションの促進》《看護実践の共有》《より良い看護実践の検討》であった。《フィードバックの機会》では、症例を提示したDCNが、フィジカルアセスメントや連携方法、医療安全対策等の具体的な看護実践についてフィードバックを受ける機会となっていた。また、不安軽減や学習ニーズの充足にも繋がっていた。《リフレクションの促進》では、自己の看護実践を客観的に確認することで、課題を明確にする機会となっていた。また、 DCN数名で振り返ることで、多様な視点から新たな気付きを得て学習する機会となっていた。《看護実践の共有》では、他者の看護実践を観て、間接経験から学習することで看護実践の共有に繋がっていた。また、新たな知識を得ることや、未経験症例を振り返ることによっても共有が図れていた。《より良い看護実践の検討》では、具体的な看護実践方法や、稀な症例について協議することで、より良い看護実践を検討する機会となっていた。
【考察】 DCでの看護実践は病院内とは異なり看護師１名で行うため、フィードバックが得られにくい環境にある。そのため、ビデオを活用し《フィードバックの機会》を得ることは、 DCNの看護実践評価や、フォローアップとしての活用が期待できる。また、振り返りの情報源が可視化されたことで具体的かつ客観的に振り返ることができ、《リフレクションの促進》に繋がっていた。これより、経験学習の促進を図るうえで効果的であると言える。更に、《看護実践の共有》を図り、《より良い看護実践の検討》を行っていくことで、看護実践能力の向上・看護実践の標準化へ繋げられると考える。以上より、4つのコアカテゴリーがビデオを活用した看護実践の振り返りで得られた教育効果として挙げられ、ビデオの活用は DCNの教育ツールとして有効と考えられた。
【今後の課題】考察をもとに、ビデオを活用した看護実践評価の導入を開始しており、今後は導入効果を検証していく必要がある。また、症例検討の資料としてビデオの活用を継続し、看護実践能力の向上と標準化を図っていきたい。

(2019年10月4日(金) 10:20 ～ 11:30 第6会場)

[O2-7] A病院ドクターカー看護師の病院前看取りの現状と課題～プレホスピタルケア看護師の役割から～

○福士 博之, 比嘉 徹, 鈴木 晴敬 （中津川市民病院病院前救急診療科）

【はじめに】 A病院、病院前救急診療科ドクターカー(以下 A病院ドクターカー)は、医師1名または、看護師1～2名同乗の出場体制をとっている。ドクターカー出場件数が年間約500件、月平均約40件であり、その中で積極的に病院前看取り症例も出場してきた。A病院ドクターカー事業が開始された平成26年3月から平成30年12月までのドクターカー出場件数は1792件で、その中で病院前看取り症例は494件であった。病院前看取り症例数を年度別にみると、平成26年(開設1年目)は年間44件であったが、平成30年(5年目)では146件と増加している。A病院では、過去に「自宅お看取りした遺族の思い」「ドクターカー運用による看取り診療の実態」に関して報告しているが、病院前看取りにおける看護師の役割に関しては調査されていない現状であった。【目的】 A病院ドクターカー看護師の病院前看取りの実態を調査し、その役割を明らかにする。【倫理的配慮】 A病院倫理審査委員会の承認(承認番号 20180030)を受け実施した。【方法】1、対象期間中の症例に関して後ろ向き実態調査法を用いた。調査項目は病院前看取り症例の内、医師のみ出場群(以下 D群)と医師・看護師出場群(以下 D・N群)の病院前看取り時の処置件数比較をχ^2検定法で分析した。2、B消防救急救命士30名に対して、病院前看取り活動時における D群と D・N群の現場活動への影響を VAS(Visual Analogue Scale)による留置法アンケート調査を実施した。【結果】1.平成28年1月から平成30年12月までの病院前看取り出場件数は357件で、そのうち D群は166件(46%)、D・N群は191件(54%)であった。D群と D・ N群の病院前看取り時の処置件数比較で、D群に有意差を認めた処置は骨髄針で、D群46件(28%)、D・N群27件(14%)(P<.01)であった。一方 D・ N群に有意差を認めた処置は、末梢静脈路確保で D群21件(13%)、 D・N群46件(24%) (P<.01)、血液ガス分析検査は、D群24件(14%)D・N群56件(29%)(P<.01)、超音波検査は D群5件(3%)、D・N群19件(10%)(P<.01)、血糖測定、D群30件(18%)D・N群59件(31%)(P<.01)、乳酸測定、D群28件(17%)D・N群59件(31%)(P<.01)であった。2.B消防救急救命士への病院前看取り活動時における D群と

©一般社団法人 日本救急看護学会

D・N群の現場活動への影響調査で、D群より D・N群で行いやすいと回答に差が生じた設問は、<医師の診療補助・救急処置実施・介助>で D群59%、D・N群89%、<物品や薬剤の管理、記録の実施>が D群62%、D・N群93%であった。【考察】病院前看取り処置件数の比較で、D群の骨髄針が有意に多かったことは、医師1名での出場では人員的、物品準備の時間的な要因、簡便さから骨髄針選択が多かったと推察できる。D・N群で末梢静脈路確保が有意に多かった事からも、病院前看取り症例における看護師の末梢静脈路確保の必要性が明確になった。D・N群で各血液検査や、超音波検査が有意に多かったことは、病院前看取り症例における診断に有効な検査が看護師がいることで行えた結果と判断できる。そのことは、救急救命士を対象にしたアンケートからも、<医師の診療補助・救急処置実施・介助>の項目で、D・N群の方が行いやすいと回答が高かったことは、A病院の病院前看取りにおける看護師の役割の一つを証明した結果と考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| シミュレーション

[O3] O3群 シミュレーション

座長:市村 健二(獨協医科大学病院)

2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第7会場 (3F 中会議室304)

[O3-1] 急性期病棟における急変対応教育導入と有用性の検討 ～急変対応の実践能力の向上を目指して～

○出田 勝一朗, 中村 真由美 （医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院）

[O3-2] 急変時対応の検証と今後の課題

○内海 由加里 （国家公務員共済組合連合会　高松病院）

[O3-3] 新人看護師にコルブの経験学習モデルを活用したシミュレーション教育の効果

○山尾 綾 （日本赤十字社　大阪赤十字病院　救命救急センター）

[O3-4] 急変時のチームビルディングスキル向上のための机上シミュレーション看護教育プログラムの検証

○船木 淳[1], 中村 祐美子[2], 小迫 瞳[2], 清水 愛香[2], 平野 通子[1], 﨑山 愛[4], 山口 優[3], 江川 幸二[1] （1.神戸市看護大学 急性期看護学分野, 2.神戸市立医療センター中央市民病院 1北病棟, 3.九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野, 4.九州大学大学院人間環境学府行動システム専攻心理学コース）

[O3-5] 急変対応のための机上シミュレーション実施前後のノンテクニカルスキルの変化

○中村 祐美子[1], 船木 淳[2], 小迫 瞳[1], 清水 愛香[1], 平野 通子[2], 﨑山 愛[4], 山口 優[3], 江川 幸二[2] （1.神戸市立医療センター中央市民病院 1北病棟, 2.神戸市看護大学 急性期看護学分野, 3.九州大学大学院医学研究院 保健学部門看護学分野, 4.九州大学大学院人間環境学府行動システム専攻心理学コース）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第7会場)

[O3-1] 急性期病棟における急変対応教育導入と有用性の検討 ～急変対応の実践能力の向上を目指して～

○出田 勝一朗, 中村 真由美 （医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院）

【はじめに】急性期病棟では侵襲の高い治療を受ける機会が多く、病態悪化により急変する可能性は高い。そのため看護師は、合併症の発生予防などのほか、より高い急変対応の実践能力が求められる。 A病院でも、 BLS、 ACLS、 KIDUKIコースを定期開催している。しかし病棟看護師は、急変に対応した経験が少なく、急変対応の知識や技術に未熟さを感じ不安を持つ者が多い。そこで今回、急性期病棟看護師の急変対応の実践能力向上のため、シミュレーションなどを用いた教育を実践し、その有用性について検討した。
【目的】患者急変の対応経験が少ない急性期病棟看護師の急変対応実践能力の向上のため、教育を実践し、その有用性を検討する。
【倫理的配慮】質問紙は個人を特定できないようにし、対象者には口頭で説明、回答提出をもって同意を得ることとした。本研究は A病院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【方法】対象： A病院の急性期病棟看護師18名。研究期間：2017年5月1日～2019年4月30日。教育方法：急変対応の勉強会を研究期間に４回実施。第1回症状別急変対応、第２回心肺停止後の対応、第３回急変の気づきと対応方法、第４回患者急変事例に関するシナリオを作成、シミュレーターを用いた急変対応シミュレーションの勉強会を実施した。また期間中に発生した患者急変事例は、行動や思考過程の振り返りのためのデブリーフィングを実施した。
データ収集・分析方法：無記名式質問紙とし、蘇生処置に必要な知識や技術の習得状況などに関する質問紙を作成、急変対応教育の前後で配布・回収、単純集計し比較検討した。
【結果】質問紙の回収率は100%、有効回答率94%であった。対象者の5年以内の院内 BLS受講率41%、急変対応の回数は0回35%、1回35%であった。教育前は、挿管の介助に関する知識の理解20%以下が8名、技術の理解20%以下が10名であった。バッグバルブマスクに関する知識の理解20%以下が5名、技術の理解20%以下が5名であった。教育後は、挿管の介助に関する知識の理解20%以下が0名、技術の理解20%以下が0名であった。バッグバルブマスクに関する知識の理解20%以下が0名、技術の理解20%以下が0名であった。またデブリーフィングの実施では15人が良かったとの回答を得た。その理由として自身の行動を振り返ることができ、次に繋げることができるといった意見が得られた。
【考察】シミュレーションやデブリーフィングを用いた急変対応教育は、急変対応の知識・技術ともに、理解度は調査前より向上しており、看護師の急変対応実践能力の向上につながったと考える。教育において、急変の兆候や生理学的評価（ ABCDE）が実践できるよう独自のシナリオを作成し、シミュレーションを実施したことは、迅速な蘇生処置が実施できるよう優先順位を判断する実践能力の向上に効果的であった。また実際の場面を振り返るツールであるデブリーフィングを実施することで、自身の行動や思考過程を振り返ることができ、どのような前駆症状が患者に繋がるのか、気づくきっかけとなり、初期対応行動に大きく影響を及ぼしたと考える。蘇生処置では良質な CPRが重要であり、この教育を通じ、急変を経験する機会が少ない急性期病棟看護師の質の高い CPRの技術習得にも有効であった。
【まとめ】急性期病棟看護師の急変対応の実践能力の向上を目指し、教育を実践し、その有用性を検討した。患者急変対応の経験が少ない看護師に、シミュレーション、デブリーフィングを用いた教育は、急変対応に必要な知識や技術習得の向上に効果があった。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第7会場)

[O3-2] 急変時対応の検証と今後の課題

©一般社団法人 日本救急看護学会

○内海 由加里 （国家公務員共済組合連合会　高松病院）

【はじめに】

　当院は二次救急医療施設であり、2011年より看護部研修の一環として、年1回の日本救急医学会認定ICLSコースを開催している。2018年までに常勤勤務者156名のうち、95名が受講している。そこで、急変時対応の知識及び技術の検証として、実際の臨床場面を取り上げたシナリオを作成し、シミュレーションを行った。その結果と今後の急変時対応研修の課題を明らかにしたため報告する。

【目的】

急変時対応の知識及び技術の検証を行い、今後の課題を明らかにする。

【方法】

対象者：日本救急医学会認定 ICLSコース受講者24名

研究期間：2018年12月～2019年1月

方法：1グループ6名とし、全4回実施。実際の臨床場面を取り上げたシナリオでシミュレーションの実践、チームの行動を独自に作成した OSCEチェックリスト(以下 OSCEチェックリスト)を用いて日本救急医学会認定 ICLSインストラクターが評価した。 OSCEチェックリストは、３カテゴリー34項目（報告2項目・役割責任23項目・チームコミュニケーション9項目）、2段階評価とし、得点化した。その他、5項目の時間経過評価を行った。その後、 OSCEチェックリスト・時間経過評価・動画視聴によるデブリーフィングを行った。デブリーフィング後、同様のシナリオ・評価方法で再度シミュレーションを行った。

【倫理的配慮】

対象者には研究目的・方法・個人情報の保護について口頭で説明し、同意を得た。また本研究は、所属病院の倫理審査委員会の承認を受けている。

【結果】

　1回目 CSCEチェックリストの平均点は、報告1点・役割責任13.50±1.91点・チームコミュニケーション2.50＋0.58。2回目 CSCEチェックリストの平均点は、報告1.50±0．58点・役割責任15.75±3.30点・チームコミュニケーション5.25±1.89点。役割責任のカテゴリーでは、脈拍と呼吸の確認・気道確保の対応ができていなかった。時間経過評価では、第一発見から胸骨圧迫開始まで1回目58.25±34.73秒・2回目20.5±3.51秒。胸骨圧迫中断時間1回目32.50±45.55・2回目9.62±5.05。

【考察】

今回の急変時対応の検証を行ったことで、急変時対応の知識及び技術の可視化をすることができ、統括的評価ができた。脈拍と呼吸の確認の対応できていなかったことや胸骨圧迫開始までの時間経過が長かったことから、心停止への認識の対応不足が明らかとなった。また、 CSCEチェックリスト得点の1回目と2回目を比較し、得点が高くなっているとこからを対象者においては、動画視聴によるデブリーフィングを行うことで内省化することができ、シナリオを繰りかえすことで、 CSCEチェックリストの点数上昇や時間経過評価時間の短縮に繋がっていた。その中で、自己の課題を見出すこともできたと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第7会場)

[O3-3] 新人看護師にコルブの経験学習モデルを活用したシミュレーション教育の効果

○山尾 綾 （日本赤十字社　大阪赤十字病院　救命救急センター）

【はじめに】

当救命救急センターに配属となった新人看護師は、日々の業務や患者・スタッフとの関わりから、多様化する医療や患者のニーズ、価値観に伴い、看護師の役割、専門職としての資質、能力の育成が課題であると感じていた。看護基礎教育では、専門知識に基づいた問題解決能力の育成に幅広く取り組むためにシミュレーション教育が積極的に取り入れられている。

今回、新人看護師教育計画にコルブの経験学習モデルを活用したシミュレーション教育を実施し、その効果を報告する。

【方法】

対象：平成30年度４月に救命救急センターに配属された新人看護師２名

日程：6月8月12月3月　計４回実施

想定：新人の成長進度・教育計画に沿った想定を設定

手法：シチュエーション・ベースド・トレーニングで実施

評価：コルブの経験学習モデルに沿いデブリーフィングを実施

アンケート結果より効果の評価と課題の抽出

【倫理的配慮】

A病院看護部倫理委員会で承認を得た。本研究を実施する事を、新人2名他スタッフの同意を得た。

【結果・考察】

開催時期は、業務内容の変化や受け持ち患者の重症度を上げるタイミングとした。

１回目(6月)：処置係を担当し、日常生活援助中に軽症の状態変化する症例とした。安全面の配慮は行えたが、看護技術が主体となりアセスメントや報告が行えなかった。撮影したビデオを見ながら症例や看護、自身の行動を客観的に振り返り、自身の能力と技術の未熟さを認知できた。

２回目(8月)：実際に経験した症例や軽症急変症例とした。急変を察知する事はできたが、アセスメントや報告が行えなかった。アセスメントのポイントや報告内容を振り返ると、視点が看護ではなく業務である事が明確となり、不足している知識や看護について自身の傾向に気付く事ができた。

３回目(12月)：事前学習を提示し、実際に経験した急性期治療中の軽度急変患者症例とした。急変の察知やショックの認知、アセスメントや報告が行え、振り返りでも経験を省察し概念化する事ができていた。

４回目(3月)：院内集合研修で BLSを受講し、 OJTの関わりで所属内での復習が課題であった為、 BLSを含む急変症例としたが、事象に捉われ BLSを開始する事や報告も行えなかった。不慣れな状況や焦りがあると、冷静な時には考えられる事が考えられないという事に気付き、日々の看護を振り返る事の大切さに気付く事ができた。

アンケート結果は、急変のイメージやアセスメントのポイントを押さえる事ができた、看護に活かす事ができた、自身の看護を見直すきっかけとなったなどの回答が得られた。

コルブは、自身が提唱する経験学習理論の中で、人は自身で経験し、それに対して振り返り、そこから様々な気付きをする事で、そこから学び得た内容を次の実践に生かす事ができると述べている。

葛場は、シミュレーション演習後に実施するディスカッションは、演習を学習目標に到達させる重要な部分であるが、デブリーファーが明らかでなくリフレクションやディスカッションの進め方が明確でないと述べている。今回、経験学習モデルを活用したシミュレーション教育を行った事は、経験を省察し、断片的であった知識や技術が整理され、能動的に問題や課題に取り組み、思考しながら行動に移すといった実践への活用につながったと考える。

このことから、経験学習理論を活用したシミュレーション教育は、思考力・判断力・表現力・自問する力・論

©一般社団法人 日本救急看護学会

理的に物事を考える力を身に付ける一助となると考える。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第7会場)

[O3-4] 急変時のチームビルディングスキル向上のための机上シミュレーション看護教育プログラムの検証

○船木 淳[1], 中村 祐美子[2], 小迫 瞳[2], 清水 愛香[2], 平野 通子[1], 崎山 愛[4], 山口 優[3], 江川 幸二[1] （1.神戸市看護大学 急性期看護学分野, 2.神戸市立医療センター中央市民病院 1北病棟, 3.九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野, 4.九州大学大学院人間環境学府行動システム専攻心理学コース）

【目的】2018年度、 A病院救急病棟スタッフの「急変対応に関する学習ニーズ」を明らかにした。その後、急変対応における効果的なリーダーシップに関与するノンテクニカルスキル（考える力、伝える力、決める力、動かす力）に焦点をあてた机上シミュレーション（以下、シミュレーション＝ Sim）の開発を行った。今回、机上Simのデザインについて検証することを目的とした。
【方法】机上 Simにおける学習目標を「①患者の危機的状況回避に向けた状況判断・対応ができる」、「②チームビルディングスキルを向上することができる」とした。机上 Simの学習目標到達の方略として、協同学習の基本技法である Think－ Pair－ Shareを取り入れ、次のようにデザインした。1.シナリオ提示：学習者全体に夜勤での急変場面を想定したシナリオを提示し、机上 Simに関する課題を与える。2.個人思考＜ think＞：研究メンバーで独自に作成したワークシートに個人思考を記載する。3.集団思考＜ pair＞：ワークシートを基に個人の思考をペアで共有しながら、課題達成に向けた方略を考える。4.全体で意見を交換する＜ share＞。学習目標到達については、各ノンテクニカルスキルの視点から5段階で評価することとした。これらの内容を A病院救急病棟看護師数名に机上 Simのβテスト参加者として協力依頼。βテスト後、研究メンバーとともに「学習目標到達に向けたSimデザインになっているか」の観点から約30分ディスカッションをした。机上 Simの検証にあたり、ディスカッション内でメモした内容を質的データとして用いた。
【倫理的配慮】参加者には机上 Sim本番の倫理審査申請に向けたプレテストであることを説明し、机上 Simでのワークシート記載内容、個人・集団での思考はスタッフ評価に含まないこと、研究メンバー以外には口外しないこと等を約束した。
【結果】研究参加者は2名で、救急病棟でのリーダー経験は半年以内であった。 Simデザインに関するディスカッション内容から、主に以下の〔3項目〕が抽出された。〔シナリオ〕は、臨床で遭遇する場面が反映されており、設定された患者の状況やチーム編成も現状に即していたことから、救急病棟全体のイメージができた。ノンテクニカルの視点から個人の思考を考える〔ワークシート〕は、設定されたシナリオのいつの時点での思考を求めているのか、何を記載すれば良いのかわからなかった。〔集団思考〕は、個人思考でまとめた自己の考えをもとに、他のメンバーとディスカッションしていく過程で一人では考えられなかった新たな気付きや解釈があった。その反面、研究者が傍にいると間違った解釈をしていないか、思考の評価がされているのではないかといったプレッシャーがあった。
【考察】本机上 Simでは、学習者個人の思考を重視し、自由な発想で思考の整理がしやすいようなワークシートの活用を試みた。しかし、ワークシートは、各ノンテクニカルスキルの視点から思考を整理できる構成にはなっておらず、参加者に各問いや場面を分かりやすく表記する修正が必要と考えられた。また、集団思考の際に研究者が傍にいることで参加者にプレッシャーを与えていることが明らかとなった。参加者同士でディスカッションする際は、研究者と参加者との距離を検討する必要があると考えられた。 Simにおいては学習者が心理的負担を感じることなく、学習目標到達に向けたデザインをしていくことが重要であるといえる。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第7会場)

©一般社団法人 日本救急看護学会

[O3-5] 急変対応のための机上シミュレーション実施前後のノンテクニカルスキルの変化

○中村 祐美子[1], 船木 淳[2], 小迫 瞳[1], 清水 愛香[1], 平野 通子[2], 崎山 愛[4], 山口 優[3], 江川 幸二[2] （1.神戸市立医療センター中央市民病院 1北病棟, 2.神戸市看護大学 急性期看護学分野, 3.九州大学大学院医学研究院 保健学部門看護学分野, 4.九州大学大学院人間環境学府行動システム専攻心理学コース）

【はじめに】急変時のチームビルディングにはリーダーシップが求められるが、全ての看護師が急変対応に精通したリーダーシップが発揮できるとは限らない。 A病院救急病棟では、急変対応に苦手意識を抱いている看護師が多い。そのため、教育プログラムの一環としてノンテクニカルスキル（考える力、伝える力、決める力、動かす力）向上に焦点をあて、リーダーシップにつながる机上シミュレーション（以下、シミュレーション＝ Sim）を開発した。
【目的】急変時のチームビルディングスキル向上のための机上 Sim前後でのノンテクニカルスキルの変化を明らかにする。
【方法】2019年2月に救急病棟リーダーを経験している4－6年目看護師と今後病棟リーダーとなる3年目看護師、ならびに7－10年目の異動既卒看護師の合計44名を対象に机上 Simへの参加協力を文書で依頼。机上 Sim前後・1か月後にノンテクニカルスキルの変化を5段階で評価し、その理由を自由記述で回答する無記式質問紙調査を実施した。3か月後にも質問紙調査を実施する予定であったが1か月後評価への協力者が少なく、経時的な変化が追えないと判断し中止した。評価は統計学的分析（ t検定）と質的内容分析（自由記述）の手法を参考に行った。質問紙の回答は所定のボックスへ投函、または QRコードを読み取り Web上で入力し回答できるようにした。
【倫理的配慮】研究メンバーが所属する施設の研究倫理委員会の承認を得てから実施。研究への参加協力は文書で依頼し、机上 Sim前に再度口頭で説明。机上 Simへの参加、質問紙への回答をもって本研究への同意とした。また、本研究では、スタッフ評価に関することは一切しないこと、机上 Sim内で得られた個人情報は口外しないこと、質問紙または Web入力から得られた情報は研究代表者で管理し個人の特定はしないこと等を説明した。
【結果】机上 Simは合計7回にわたり実施し22名の看護師（6年目：2名、5年目：5名、4年目：6名、3年目：8名、異動既卒者：1名）から参加協力が得られた。ノンテクニカルスキルの得点を机上 Sim前と直後で比較したところ「考える力」、「伝える力」、「決める力」、「動かす力」の全項目に有意な変化が見られ（$p<0.05$)、机上 Sim後に上昇していた。机上 Sim前後での各ノンテクニカルスキルの変化に関する自由記述では「思考を口にして明確に伝えることの重要性が分かった」、「話し合うことで意見の広がりが生まれたため、もっとコミュニケーションをとって急変対応をしていく必要性が分かった」、「他の看護師と話をしてみて、自分の判断が間違っていないことに自信が持てた」、「的確に指示が出せるかまだ自信が持てない」などの記述があった。1ヵ月後評価は3名から協力を得られたが、人数が少ないため分析から除外した。
【考察】机上 Simによって各ノンテクニカルスキルが上昇していたことから、開発した机上 Simはノンテクニカルスキルの重要性の理解、向上につながるものであるといえる。しかし、机上 Sim後に各ノンテクニカルスキルが向上することは想定内であり、本研究においては個々のスキルの継続的な推移を明らかにすることが重要であったといえる。しかし、今回はそこまで至ることができず、研究手法の再検討が必要となった。今後は、机上 Simでトレーニングした思考が実践に活用できているかの観点から模擬環境下での Simを計画している。行動レベルで客観的評価ができることで、ノンテクニカルスキルの維持・向上に関する個々の課題が明確になると考えられる。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 看護教育

[O4] O4群 看護教育①

座長:諸岡 健一郎(社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院)

2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第7会場 (3F 中会議室304)

[O4-1] 救命救急センター看護師の道徳的感受性の実態 -倫理検討会の充実をめざして-

○岡林 志穂[1], 小笠原 恵子[1], 井上 正隆[2], 大川 宜容[2] （1.高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 救命救急センター, 2.高知県立大学　看護学部）

[O4-2] 初期治療室における多職種連携教育の実践 ～学習者のモチベーション維持に向けた取り組み～

○森 幹男[1], 榎本 真実[1], 小澤 祐介[1], 川合 いずみ[1], 佐野 邦明[2], 杉木 大輔[3] （1.獨協医科大学埼玉医療センター　看護部　救命救急センター, 2.獨協医科大学埼玉医療センター　薬剤部, 3.獨協医科大学埼玉医療センター　救急医療科）

[O4-3] 救命救急センターに勤務する看護師の自律性尺度開発　–構成概念妥当性・信頼性・基準関連妥当性・安定性の検証–

○大江 理英, 杉本 吉恵, 北村 愛子 （大阪府立大学大学院 看護学研究科）

[O4-4] 初療看護における思考教育がもたらす効果

○新井 利維 （医療法人社団　明芳会　イムス東京葛飾総合病院）

[O4-5] 認定看護師1年目の取り組みによる今後の課題

○芳川 智子, 柳澤 三穂 （獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 救命救急センター）

[O4-6] 重症患者の看護ケアを通して関わった経験の浅い看護師への支援

○高橋 涼子[1], 村上 香織[2], 西林 百合[3], 荒瀬 典子[3] （1.名古屋市立西部医療センター　救急外来, 2.近畿大学医学部附属病院　救命救急センター, 3.公益社団法人　大阪府看護協会）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第7会場)

[O4-1] 救命救急センター看護師の道徳的感受性の実態 -倫理検討会の充実をめざして-

○岡林 志穂[1], 小笠原 恵子[1], 井上 正隆[2], 大川 宜容[2] （1.高知県・高知市病院企業団立高知医療センター　救命救急センター, 2.高知県立大学　看護学部）

【はじめに】

看護倫理教育の方略として、道徳的感受性の育成と事象を客観的に倫理的側面から分析する倫理的感受性の育成が必要とされている。 A病院救命救急センター（以下部署）でも2017年から月1回倫理検討会（以下検討会）の開催や日常的に Jonsenの4分割表を活用し倫理的課題の明確化と介入の検討などを行っている。本稿では、今後の検討会の充実を図るために道徳的感受性に焦点を当て、実態を調査したので報告する。

【目的】

救命救急センター看護師の道徳的感受性の実態を調査し、救急看護領域における看護倫理教育充実への示唆を得る。

【方法】

A病院救命救急センターの看護師39名を対象に道徳的感受性テスト（ Moral Sensitivity Test：以下 MST）日本語版の質問紙を用いて調査を行った。調査は、質問紙作成者が行った方法に準じて行い、「全くそう思わない」を１点、「全くそう思う」を6点とした。使用に際し、許可を得た。分析は、各質問項目の記述統計を算出した後、各質問項目の相関係数を算出した。

【倫理的配慮】

A病院看護局倫理委員会の承認を得た。

【結果】

有効回答数は、37名（回収率95%）であった。全ての質問項目の度数分布を算出し、フロアー効果と天井効果が無いことを確認した。個別の MSTの各質問項目の平均値は、3.00±0.98であった。

MSTの平均得点が高い質問項目上位3つは、「回復する見込みのほとんどない患者に、よい看護を行うことは難しいことだと思う」（4.76±0.98）、「例えば、ターミナル期のアルコール中毒患者がグラス1杯のウイスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の仕事である」（3.90±1.05）、「患者の回復をみなければ、看護・医療の役割の意義を感じない」（3.76±1.16）であった。

平均得点が低い質問項目の最下位から3項目は、「入院患者に接することは日常のもっとも重要なことである」（1.62±0.68）、「広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である」（1.76±0.76）、「患者が望むことに逆らって、実行しなければならない状況に直面した時に、同僚のサポートは重要である」（2.03±0.55）であった。下位2項目は、『患者の理解』の構成要素に属していた。

標準偏差の最大値は、「嫌いな患者によい看護を行うことは難しいと思う」（3.60±1.28）、最小値は、「患者が望むことに逆らって、実行しなければならない状況に直面した時に、同僚のサポートは重要である」（2.03±0.55）であった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

他の質問項目との相関関係が５つ以上あるものが5つあり、その中の「患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う」と「看護・医療の仕事は個人的には適していないと、しばしば感じる」は、ともに『葛藤』の構成要素に属していた。

【考察】

先行研究において、一般病床の看護師対象の調査では、『患者の理解』に関連した質問項目の平均得点は高く示されていた。しかし、本研究において、『患者の理解』に関連した質問項目の平均得点が低く示されたことは、救命救急センターにおける医療や患者特性などに関連していると考える。毎月開催する検討会において、毎回検討事例に対して『患者の理解』の必要性を再確認しているが、検討会での再確認にとどまらず日常的に『患者の理解』を実践に活かすことができる働きかけの必要性が示唆された。また、同様に他の質問項目に影響を持つ観点から、『葛藤』に関連した検討会を行うことが、倫理的感受性を高めることに有用ではないかと示唆された。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第7会場)

[O4-2] 初期治療室における多職種連携教育の実践 ～学習者のモチベーション維持に向けた取り組み～

○森 幹男[1], 榎本 真実[1], 小澤 祐介[1], 川合 いずみ[1], 佐野 邦明[2], 杉木 大輔[3] （1.獨協医科大学埼玉医療センター　看護部　救命救急センター, 2.獨協医科大学埼玉医療センター　薬剤部, 3.獨協医科大学埼玉医療センター　救急医療科）

【目的】
A病院の救命救急センターでは、初期治療室業務（以下 ER業務）開始前に、必要な知識技術を獲得するため、机上の学習やシミュレーションで人材育成を実施してきた歴史がある。しかし、近年は ER業務に対し不安や恐怖を感じるスタッフが多く、それが学習の継続とモチベーションの維持に影響している現状がある。不安や恐怖を感じる理由は、医師をはじめとした専門職者の思考過程を共有できておらず、さらに看護師として病態経過を見据え、起こり得ることの予測、判断をしていく思考が形成されていないことで ERでの実践を困難にしていたためであった。そこで、多職種の視点で診療のゴールとプロセスを共有することで多職種の思考を知り、それを意識することで、救急看護師としての思考を形成し行動化につなげていく多職種連携教育を試みた。この多職種連携教育の成果を明らかにすることを目的とした。
【方法】
対象は、これから新たに ER業務を担当する看護師6名、救急初期診療の経験の浅い医師2名、病棟担当薬剤師2名とした。事前課題として、以下の2点を課した。1）当院救命救急センターで使用している、外傷診療プロトコルの用語で説明できないものは調べておくこと、2）救急隊からのホットラインの情報を提示し、予想される外傷とそれに対する準備、最善のゴールとそれを阻害する因子についてグループウェア（ Microsoft Teams）上で考え、共有した。その後、看護師3名、医師1名、薬剤師1名のグループで対面セミナーを実施した。各グループのファシリテーターには ER業務経験豊富な看護師を割り当てた。事前課題を基に、それぞれの職種の視点で考えてきたことをグループで話し合い、発表を行った。評価の方法は、ケラーの ARCSモデルを用いてアンケートを実施した。
【倫理的配慮】
研究の目的、方法、期待される結果と対象者の利益、不利益について説明し、同意を得た。また、研究の過程と公表にあたっては匿名性と個人情報保護について配慮した。
【結果・考察】
対面セミナー後、看護師のアンケート結果では、6名中5名から回答が得られた。チームで実践したくなったかど

©一般社団法人 日本救急看護学会

うかの項目では平均4.0、実際の現場で活用しようと思ったかは4.2、やりがいがあったかは4.6、自信が持てたかは3.4、満足度は4.4であった。自信が持てたかに対しては3.4と低かった。自信に関する点数の低さは、経験豊富な看護師の思考を知り、能力差が浮き彫りになったことが影響していた。実際に多職種連携教育によって ER業務に対する不安や恐怖が直接的に軽減に繋がるとは言えない結果となったが、「チームで実践したくなった」、「現場で活用しようと思った」などのやりがいに繋がる結果が得られた。これは多職種連携教育によって、多職種の視点で診療のゴールとプロセスを共有したことによって、患者のゴールを最善に考えた看護師としての役割が明確化して、各個人へモチベーションの向上をさせている可能性が高いと考える。またモチベーションの向上が、継続的な学習機会の動機付けにも繋がる。今回の調査では、初期治療室における救急看護師に必要な思考を構築させることまでには至らなかったが、多職種の視点で診療のゴールとプロセスを共有したことによって、患者のゴールを最善に考えた看護師としての役割を明確化させ、モチベーションの向上を図ることが、救急看護師に必要な思考を構築させるための重要な第一段階であると示唆された。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第7会場)

[O4-3] 救命救急センターに勤務する看護師の自律性尺度開発　–構成概念妥当性・信頼性・基準関連妥当性・安定性の検証–

○大江 理英, 杉本 吉恵, 北村 愛子 （大阪府立大学大学院 看護学研究科）

はじめに 救命救急センターに勤務する看護師（以下,救急看護師）は,救急患者への救命目的の迅速な判断や対応と擁護が役割であるが、これらの能力を高めることに関連する救急看護師の自律性を測定できる尺度は開発されていない。これまで救急看護師の自律性を質的研究（大江,2017）より抽出し救急看護師の自律性尺度（ Autonomy Scale for Emergency Nurses 以下,ASENS）案を作成,専門家会議などで表面妥当性と内容妥当性を検証した。ASENS案は6概念77項目 (「救急患者と救急の場への判断に基づく行動」,「救急患者・家族の人格を尊重するための行動」,「救急患者と家族のニーズを引き出し充足するための行動」,「医療者と救急患者とその家族との協働を促進する行動」,「救命のために医療チームで協働すること」,「看護ケアの質を維持・向上させるための行動」）で構成された。
目的 ASENS案の構成概念妥当性・信頼性・基準関連妥当性・安定性の検証。
用語の操作的定義 自律性：専門的な知識や技術に裏付けられた自主的・主体的な判断に基づき,イニシアチブや責任を取り行動すること。
研究方法 *研究対象*　全国の救命救急センター284施設の救急看護師3408名。*研究期間*　2017年１月～7月。*調査内容*　基本属性,ASENS案,職務満足測定尺度（撫養,2010）,看護の専門職的自律性測定尺度（菊池,原田,1997）,小谷野開発 DPBS日本語版尺度（小谷野,1998）。*データ収集方法*　救急看護師を対象に無記名自記式質問紙調査を実施（2017年1月～7月）。再テストは１回目の調査の１か月後に ASENS案で調査を実施。*倫理的配慮*　大阪府立大学看護学研究倫理委員会で承認を得た。*データ分析方法*　構成概念妥当性は記述統計量を算出,項目分析後に探索的因子分析を実施。既知グループ法は先行研究より「救命救急センターに勤務する8年以上の救急看護経験を持つ看護師のほうが8年未満の救急看護経験をもつ看護師より自律性が高い」を仮説に救急看護経験8年前後でマン・ホイットニーの U検定を実施。信頼性はクロンバックのα係数を算出。基準関連妥当性は既存尺度と ASENS得点間で相関分析を実施。再テストは探索的因子分析後の尺度項目で分析。
結果 有効回答434名（有効回答率12.7%)。平均年齢35.5±7.6歳。平均救急看護経験年数5.6±4.3年。構成概念妥当性の検証は,項目分析を経て因子分析（主因子法,プロマックス回転）で3因子37項目を抽出。 ASENS案の各因子と尺度項目の検討で解釈困難な4項目を削除し,再度,因子分析を実施。 ASENSは「患者・家族を擁護する行動」,「治療を推進する行動」,「回復に向けた患者・家族への支援」の3因子33項目で構成され構成概念妥当性を確認した。既知グループ法は救急看護経験年数8年以降の ASENS総点が有意に高かった（ $p<0.00$）。信頼性は ASENS総点のクロンバックのα係数は0.94で,内的一貫性を認めた。 ASENS総点は各尺度総点と有意な相関を認め,基準関連妥当性を確認できた。再テストは201名を分析対象に1回目と2回目の ASENS総点間（ $r=0.72, p<0.01$）で有意な相関を認め安定性を確認できた。

©一般社団法人 日本救急看護学会

考察 ASENSは救急患者と家族を擁護し,救命を第一義とする救急医療を促進し,患者の回復を促進するために救急看護師が自ら考え行動する尺度項目で構成された。本尺度の構成概念妥当性・信頼性・基準関連妥当性・安定性は確保され,救急看護師の行動の側面における自律性を反映できる尺度が開発できたと考えられる。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第7会場)

[O4-4] 初療看護における思考教育がもたらす効果

○新井 利維 （医療法人社団　明芳会　イムス東京葛飾総合病院）

【はじめに】緊急度・重症度の高い患者が混在する初療部門では迅速に問題を把握し、対処しなければならない。このような状況では思考と判断を働かせる必要があると Benner(2005)は述べている。特に多様化・複雑化した現代社会では看護師が主体的に考え、物事の本質を捉える思考力が重要となる。ただ、思考は可視化しにくく、偶発的学習といった経験値を積むことで養われており、既存の教育においては体系化されていない。批判的思考として研究が見受けられるものの対象は学生である。今回、初療看護師に対して批判的思考力と概念的思考力について教授し、 Kirkpatrickに準じて教育効果を可視化した。目的は思考教育の効果を明らかにすることである。
【方法】1)量的研究。2)期間：2018年12月～2019年3月。3)対象：院内 ER所属の看護師20名。4)介入方法：初療での批判的・概念的思考の活用方法を1回目 input中心型、2回目 output中心型で教授した。5)データ収集方法：属性調査(経験年数、資格)、質問調査(5件法)、記述問題、思考力(批判的・概念的)と思考態度(主体性・協働性・即応性)の測定尺度。尺度は先行文献を参考に独自に作成した相対尺度の7件法を用いて点数化した(30項目)。6)分析方法：統計学的処理($p<0.05$)。
【倫理的配慮】院内の倫理委員会の承認を得た。対象者には個人情報の保護等を説明し、同意を得た。
【結果】介入者8人。1)反応　介入後の質問調査より、平均値は満足度5、関連性4.88であった。2)学習　自信4.5、記述問題は正解率94%(介入前25%)であった。尺度に関しては内的整合性の確認のため、介入前の n=20の全項目点数より Cronbach’ sのα係数を算出し、0.954であった。また構成妥当性の検討は初療部門の経験年数と総得点数の間で Spearmanの順位相関係数を求め、 r=0.649($p<0.01$)と相関を示した。他に思考力と思考態度は $r=0.672$($p<0.01$)と正の相関を示した。介入前後の尺度比較には Wilcoxonの符号順位検定を用いて、思考力 $p=0.012$(批判的 $p=0.012$概念的 $p=0.012$)、思考態度 $p=0.017$(主体性 $p=0.035$協働性 $p=0.106$即応性 $p=0.031$)であった。3)行動　１ヶ月後の質問調査より、平均値は批判的思考の活用4.25、概念的思考の活用4.13、看護実践の変化3.75であった。
【考察】教育は総じて level2の達成に留まっているが、臨床で成果を残す行動がとれるように支持することが重要である。今回、 level3まで一定の成果を認めた。思考教育は懐疑的姿勢を身につけ、問題の核心に迫るため、McTighe＆ Wiggins(2004)が提唱する知の構造から学習効果が高まり、 level3に至ったと考える。また尺度より思考力と思考態度の相関を認め、考える力が高まることにより、習得したものを主体的に活用するといった行動に繋がった。今教育は思考力と同時に主体性や即応性を高め、行動を変化させた。迅速性が求められる初療においては効果的な教育であり、臨床で継続的に活用することができれば、質の高い看護が提供できると推測される。しかし、尺度の信頼性・妥当性を立証できたとは言い難く、成果の普遍性は示せていない。また Level4まで測定できてない。今後は、評価方法を検証するとともに対象の行動変容を長期的に支持し、看護の質といった成果を示せる教育の設計が課題である。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第7会場)

[O4-5] 認定看護師1年目の取り組みによる今後の課題

©一般社団法人 日本救急看護学会

○芳川 智子, 柳澤 三穂 （獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 救命救急センター）

【背景・目的】

救命救急センターでは、重症化の予防や回復を促進させる看護を実施している。この実践には、正確な情報収集とアセスメントが必要であるが、当部署では、フィジカルアセスメントを看護問題抽出や看護実践に繋げることができないという状況にあった。特に、卒後1年目の看護師は、フィジカルアセスメントから看護問題が抽出できず、更に患者の個別性のある看護実践に繋げることができないという課題があった。そのため、フィジカルアセスメントを看護過程の展開に繋げ、問題解決の為の思考の育成が必要と考え、卒後1年目看護師を対象とした研修を企画した。そして、研修の成果を評価し、課題を明らかにすることを目的とした。研修企画から実施を通し、集中ケア認定看護師1年目としての実践報告をする。

【方法】

研修設計では、インストラクショナルデザインを参考にし、指導案作成のもと知的技能に働きかける内容の研修を設計した。事前学習では、以下の4点を提示した。①患者の状態から考えられる潜在または顕在する症状の抽出、②患者を4側面（身体・社会・精神・スピリチュアル）から捉えた情報の整理と必要な情報の抽出、③看護問題の抽出、④看護計画の立案である。研修では、認定看護師教育課程における看護過程の展開の経験を活かし、学習者に指導した。そして、学習者の特性や理解状況に応じたファシリテーションをし、思考の言語化を促進させた。

【倫理的配慮】

研究の目的、方法、期待される結果と対象者の利益、不利益について、また公表に当たり、個人情報保護の配慮について説明し同意を得た。

【結果】

研修の参加者は、クリニカルラダーレベルⅠスタッフ13名であった。事前学習では、臨床症例をもとに事前学習を提示した。すると、対象者が看護問題として認識しているものは共同問題であり、フィジカルアセスメントから看護問題を抽出できない結果となった。学習者の情報収集方法を確認すると、患者情報を系統別に収集していることが明らかとなり、症候別にフィジカルアセスメントが実施できていないことが分かった。そのため、研修方法をグループディスカッションから学習者の事前学習内容のプレゼンテーションとし、学習者の思考の整理へと変更した。プレゼンテーションでは、指導者のファシリテーションにより、発語思考を促進させた。

【考察】

事前学習からは、クリニカルラダーレベルⅠ看護師に求める看護実践能力と、対象者の認識に相違があることが分かった。これは、症候別アセスメントができず、臨床推論の思考に転換で規定ない事が考えられた。重症患者を回復に導くための看護実践には、症候別アセスメントから臨床推論の思考に繋げるための情報収集が必要であった。このことから、症候別アセスメントの訓練のため、 OJTでの継続教育が必要であるという課題が見えた。

今回の研修の企画から実施を通し、学習課題抽出に至る分析の不足から、研修内容を変更する必要があった。認定看護師は日々の実践の中から対象者の課題を見出し、 PDCAサイクルを回しながら患者への看護の成果とスタッフの成功体験に繋げる役割が求められる。学習課題を明確にするための分析を行い、実践による成果を導き出していきたいと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第7会場)

[O4-6] 重症患者の看護ケアを通して関わった経験の浅い看護師への支援

○高橋 涼子[1], 村上 香織[2], 西林 百合[3], 荒瀬 典子[3] （1.名古屋市立西部医療センター　救急外来, 2.近畿大学医学部附属病院　救命救急センター, 3.公益社団法人　大阪府看護協会）

【はじめに】中西は、「急性期の患者の特徴は、原疾患の進行度や治療方法、生理的な機能、意識レベル、不安や不穏の有無、安静度、合併症の有無、環境、家族等々、多くの要因が複雑に絡み合っている。そのために、アセスメントは非常に複雑である」と述べている。患者の全体像を把握するためにはこれらを総合的にアセスメントしなければならない。
K病院の救急病棟は入退院が激しく、重症度や緊急度の高い患者の疾患も多岐にわたる。また、勤務する看護師は経験値の浅い看護師が多く、受け持ち患者は日々変わり、業務が煩雑な状況である。その中で経験の浅い看護師は、患者の状態が変化した際の対応は行えるが、検査結果など客観的データを活用し患者の全体像を把握することが不十分な現状であった。そのため、経験の浅い看護師は患者の全体像を十分にとらえることが難しく、症候と病態を整理する思考が必要と考えた。今回、実習期間中に K氏を受け持っている研修生が経験の浅い受け持ち看護師と患者の看護ケアを通して、収集した情報をともに整理し病態把握につなげることができるよう思考を整理することで、経験の浅い看護師が患者の全体像を把握し看護援助に活用できるのではないかと考え支援した。

【目的】重症患者の看護ケアを通してクリティカルケア領域における看護知識や技術をもった研修生が経験の浅い受け持ち看護師に実施した支援を振り返る。

【倫理的配慮】本研究は K病院看護部の倫理審査を受け承諾を得た。また、診療録、看護記録、研修生の患者カンファレンス記録、実習記録、実習中の活動ノートからデータを収集するため、病院長、看護部長、救急病棟の看護長の承諾を得た上で、事例を通して知り得たデータを厳重に管理し研究終了後に破棄し、本研究を提示するにあたり個人が特定できないよう配慮した。

【方法】クリティカルケア領域における看護知識や技術をもった研修生が重症患者看護事例を通して関わった５年目以下の経験の浅い看護師に対する支援内容と研修生が関わる前後の受け持ち看護師の行動や気持ちの変化を診療録、看護記録、研修生の患者カンファレンス記録、実習記録から抽出し、抽出した情報をベナーの臨床知の行動と比較する。

【結果】経験の浅い看護師に対して不足情報の提供や収集した情報を一緒に整理した。具体的に患者の経過を意味づけすることで、今後起こりうる病態を予測しながらケアをともに行った。結果、受け持ち看護師は、カルテから検査結果、画像所見を確認するだけでなく、聴診で呼吸音を観察しカルテに記載することができ、勤務交代時に今後予測される病態を伝える、観察した項目を詳細に記録に残すなど、Ｋ氏の病態を共有する行動もでき始めた。そして、受け持ち看護師から「一緒に観察したことを考えてもらって、Ｋ氏の状態がよく分かるようになった」との発言もあった。

【考察】ベナーは「状況下での学習は、（熟練者と学習者の）両者が状況の展開を目にすることができるため、熟練者の推論を聞きながら学習者は論理的に考える能力が高まる」と述べている。経験の浅い看護師とともに不足した情報を補いながら収集した情報を整理したこと、看護師のアセスメントの気づきを促すことで、自ら検査結果、画像所見を確認し患者の全体像を把握するための行動がみられた。また、気づきの大切さを伝え、実践して効果が認められること（成功体験）で継続看護に繋がった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 看護教育

[O5] O5群 看護教育②

座長:宮田 佳之(長崎大学病院 高度救命救急センター)

2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 第7会場 (3F 中会議室304)

[O5-1] 受講者からみた e-Learningを取り入れた急変対応研修事前学習の有効性について

○杉 美紀 （京都府立医科大学附属病院）

[O5-2] 心停止症例検討会を通した急変回避のための看護師教育ー予測性と準備性についての一考察ー

○岡崎 智絵 （地方独立行政法人　明石市立市民病院）

[O5-3] 救急外来に導入した10分間学習会の取り組み～自己評価からみえた効果と満足度～

○野中 美奈子, 山崎 朋子 （千葉市立青葉病院）

[O5-4] MET看護師スキルチェックシートを用いた OSCEの教育的効果

○清水 愛美, 岡山 英子, 宇野 翔吾, 國井 五月 （株式会社日立製作所日立総合病院）

[O5-5] 救急安心センター事業での看護師の自己評価について

○赤尾 いづみ （公益財団法人大阪市救急医療事業団　救急安心センターおおさか）

[O5-6] 救命救急センターに従事する看護師の自殺企図患者に対する態度と学習ニーズ

○垣野 純輝[1], 山本 さゆり[2] （1.旭川医科大学病院救命救急センター, 2.東京医科大学病院救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 第7会場)

[O5-1] 受講者からみた e-Learningを取り入れた急変対応研修事前学習の有効性について

○杉 美紀 （京都府立医科大学附属病院）

Ⅰ.目的

A病院では看護師を対象に毎年急変対応の研修を実施している。有意義な研修を行うために、講義形式よりも知識定着が良いとされる演習に時間を多く確保することを目指している。研修時間は限られているため、事前学習を取り入れ講義時間を短縮させている。学習方法は電子カルテ内に教育ビデオが入っており、それを閲覧するというものである。しかしこの方法では職場でしか閲覧することができない欠点があった。その欠点を改善するために、場所や時間を選ぶことなく自由に何度でも閲覧することができると先行研究で報告されている e-Learningへ切り替えることにした。しかし一方で、ネット環境の整備不良や自己学習の不安という欠点も報告されている。e-Learningで行う事前学習を受講者がどう捉えたか、活用は有効か把握するために調査することにした。

Ⅱ.方法

対象者：2018年度2年目看護師対象の急変対応研修受講者60名

対象者に研修1ヶ月前に e-Learningで心肺蘇生の事前学習をおこなうよう伝えた。

研修後「インターネットデバイス所持の有無」「事前学習時間・内容、実施場所やアクセスの困難の有無・困難時対応」「 e-Learning使用感とその理由」について質問した。

Ⅲ.倫理的配慮

A大学の倫理委員会の承認（ ERB-E-390）を得て実施した。

Ⅳ.結果

研究への同意が得られ、質問紙の回答に欠損がなかった57名（95%）

インターネットデバイスは全員が所持していた。事前学習の所要時間と内容について質問したが、時間は98.2%が「適切」と回答した。内容も全員が「理解しやすい」と回答した。

学習はどこで行ったのか、問題なくアクセスできたかを質問したところ、場所は自宅が最も多かった。またアクセスの方法では、「すぐにわかった」「とまどったがアクセスできた」がともに45.6%「アクセス方法を忘れてしまった」8.8%であった。また「とまどったがアクセスできた」「アクセスの方法を忘れてしまった」と回答したものに対応方法を質問したところ「同期にきいた」21.2%、「キャリアセンターにきいた」9%、「以前の知識をたよりにアクセスした」57.6%、「以前配布された資料をみた」が7%であった。

96.5%が e-learningは使いやすかったと回答した。またその理由は「自分の都合のいいときに閲覧できる」が一番多かった。一方「内容に疑問が生じても解消できない」「コンテンツが見にくい」という回答もあった。

Ⅴ.考察

インターネットデバイスの所持率は高く、また学習場所は自宅が最も多くなっていることから先行研究が欠点で

©一般社団法人 日本救急看護学会

挙げていた環境不備は問題がないと考える。「自分の都合のいいときに閲覧できる」という意見が一番多く、先行研究で報告されている利点を今回の研究でも確認できた。また学習内容・時間双方において好意的な意見が半数以上を占めており、事前学習に e-learningを取り入れることで受講者の自由な時間場所で学習することが可能と考える。その一方で「コンテンツが分かりくい」「内容に疑問が生じても解消できない」という意見や54.4%がアクセスに手間取っている。 e-learningの使い方の説明は入職時研修に一度行われるのみであり、活用の頻度は各個人に委ねられている。このため活用頻度が少ない受講者にとっては、アクセスに戸惑いや不安が生じやすい。こうした問題発生時に相談できる窓口を設け、円滑な学習支援体制を整えていく必要がある。支援体制があればさらに学習効率向上が期待できるため、 e-Learning活用は有効と考える。

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 第7会場)

[O5-2] 心停止症例検討会を通した急変回避のための看護師教育ー予測性と準備性についての一考察ー

○岡崎 智絵 （地方独立行政法人　明石市立市民病院）

<目的>A病院では、事前の DNARオーダーがある症例以外の予期しない心停止症例の発生時に、看護師主体による心停止症例検討会（以下、症例検討会）を3年前から実施し、症例毎にリフレクションをしている。この症例検討会を通して看護師の急変回避につながる予測性と準備性に対する思考の変化を調査し、今後の看護師教育の示唆を得る。
<方法>データ収集方法：2017年4月から2019年3月まで実施した症例検討会での記録。分析方法：2017年4月から2019年3月までに実施した症例検討会の内容をデータ化し、急変回避につながるコードを抽出する。それを予測性と準備性のカテゴリに分類し内容の変化を考察する。
<倫理的配慮>症例検討会の内容は個人が特定できないようにすべてをデータ化し、匿名性を保証する。 A病院看護部倫理委員会の承認を得て実施した。
<結果>症例検討会は当該部署毎に行い2017年度に14回、2018年度に19回実施した。この症例検討会では、「発見からの初動」「 BLSや ALSのスキル」「チームワーク」「看護師のリーダーシップ」「環境調整」「記録」「家族対応」「できたこと」「次回への課題」について看護師の視点でリフレクションを行っている。その中での急変回避につながるコード数の変化を表1に示す。『予測性』のカテゴリは94のコードから「病態からの急変予測」「ブリーフィング」「患者観察」「モニター波形の観察」「家族への意思確認」「周囲の状況から判断」のサブカテゴリで形成された。『準備性』のカテゴリは76のコードから「トレーニング」「緊急時対応物品の確認」「急変に対する意識改革」のサブカテゴリで形成された。
<考察>急変回避につながるコード数は前年比約2倍となっており、これは2年間の過程を経てリフレクションの内容が心停止状態発見時のことだけでなく、予測性を持った患者観察や準備性を重要視する思考に変化してきた結果であると考える。リフレクティブサイクルの中での「推論」では参加者に意識的に成功体験を語ることを促し、「評価」「行動計画」では行動を言語化できることに重点を置いてファシリテートすることで、参加者が患者の心停止を発見する以前にも看護師としての思考と行動があることに気づくことができたと考える。
<結論>症例検討会でのリフレクションは、病態からの急変予測の思考を身に付ける機会となり、準備性を重要視する看護師教育の一助となることが示唆された。

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 第7会場)

[O5-3] 救急外来に導入した10分間学習会の取り組み～自己評価からみえた効果と満足度～

©一般社団法人 日本救急看護学会

○野中 美奈子, 山崎 朋子 （千葉市立青葉病院）

【背景】　救急患者対応は、時間的制約のある中で限られた情報から患者の状態を多角面にアセスメントする能力が求められる。当院では、2018年6月より救急患者対応におけるアセスメント能力の向上を目的とし、勤務時間内に10分間、患者不在の空き時間を活用した“10分間学習会”を導入した。生体侵襲・急性呼吸障害・急性循環障害・急性神経障害など20項目のテーマをあらかじめ設定し、救急看護師全員が講師を担当するよう計画した。また、4名で構成された学習会係が、開催に必要な調整や講師のサポートを行った。今回、救急看護師の10分間学習会に対する自己評価を調査し、学習会の効果と満足度について報告する。
【方法】　学習会の参加率について参加者確認簿をもとに後方視的に調査した。また、救急看護師を対象にアンケート調査を実施した。調査内容は、①講師としての評価②受講者としての評価③学習会全体についての評価に関するものとし、調査結果は単純集計して学習会の効果と満足度について検討した。
【倫理的配慮】　当院看護部倫理委員会の承認を得て調査・研究を実施した。
【結果】　回答した救急外来看護師は13名で回収率は100%であった。平均年齢40.6歳（ SD=5.4 range32.2）、救急看護経験平均5.8年（ SD=2.9 rang9.3）であった。①救急看護師全員が講師を1～2回経験した。講師をするにあたり、学習時間は平均6.6時間、　資料作成は平均5.1時間、プレゼンテーション準備時間は平均4.6時間かかっていた。資料作成の負担や限られた時間内に講義をする難しさを感じたという意見があった反面、資料作成方法を習得する機会が持てたことや人に教えることの面白さを新たに感じることができたという意見が複数あった。②受講者としては、参加率が平均97.9%であり、10分間という時間については「適切であった」と全員が回答し、学習会で得た知識は、救急患者のアセスメントやトリアージの場面で活用しているとの意見が得られた。③学習会全体の評価については、空き時間の有効活用となったことや学習内容の幅を広げることができたという意見がきかれ、10分間学習会の満足度(0～10点)については平均満足度　8.1点であった。
【考察】アメリカ国立訓練研究所によると、「他人に教える」ことでの平均学習定着率は最も高く90%であると言われている。全員が講師をしたことは、パワーポイントを用いた資料作成など、学習会の準備に必要な時間の確保が困難であり負担が大きいと感じる者もいた一方、自己学習を通して自身の学びも深められたと考えられる。また、他者にプレゼンテーションをすることや限られた時間で必要なことを伝えることの難しさを経験したことが新たな学習につながっていたと考えられる。受講者としては、勤務時間内の短時間に学習する場を持つことができた上に、救急患者アセスメントに必要な看護の視点を重視した講義内容であったことから、習得した知識を患者の状態把握やトリアージなどの場面で活かせている実感が持てたと考えられる。勤務時間内の開催については、業務調整をすることで、時間と受講者の確保が可能となり、空き時間の有効活用につながった。池谷は「15分の集中を積み上げる方が長時間続けて学習をするよりも学習結果が良い」と述べている。10分間に限定すること、実践に活かせる内容であったことから、効果的かつ効率的に学習する機会となった。さらに、学習会係からのサポート体制があったこと、部署全体で取り組んでいるという感覚を得たことが10分間学習会への高い満足度に影響したと考える。

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 第7会場)

[O5-4] MET看護師スキルチェックシートを用いた OSCEの教育的効果

○清水 愛美, 岡山 英子, 宇野 翔吾, 國井 五月 （株式会社日立製作所日立総合病院）

【はじめに】2014年5月から Rapid Response System(以下 RRS)・ Code Blue System(以下 CBS)を稼働し、Medical Emergency Team(以下 MET)がその活動を担っている。今日まで MET活動報告や病棟看護師を対象に RRS・ CBSに対する勉強会を実施することで要請件数の増加につながり、 RRS・ CBSを浸透させることができた。しかし、現在 MET看護師に対する教育指標は無いため、 MET看護師スキルチェックシートの作成と客観的実技評価試験（以下 OSCE）を行い、その有用性を明らかにしたいと考えた。【研究目的】 MET看護師スキルチェックシートを用いた OSCEの有用性を明らかにする【方法】1）対象者： MET活動の経験がある看護師27名 2）期間：2018年10月から2019年4月3） AHAの BLS・ ACLSに準じた独自のスキルチェックシート

©一般社団法人 日本救急看護学会

と、リーダーシップ・メンバーシップに関するスキルチェックシートと、シナリオ4症例を作成4） OSCE前後でMET活動を行うにあたっての問題点と、 BLS、 ACLS、リーダーシップ、メンバーシップ、機材使用についての自己評価と、スキルチェックシートを用いた OSCEの必要性についてアンケート調査を実施5） BLS・ ACLSインストラクターが中心となり OSCEを実施6） OSCEのスキルチェクシート結果を集計【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。アンケートへの参加は自由意思とし、アンケートの回答をもって同意とした。【結果】アンケートによる OSCE実施後の自己評価は、 BLSについてとてもできる、まあまあできると答えた看護師は78%、 ACLSについてとてもできる、まあまあできるが44%、リーダーシップについてとてもできる、まあまあできるが32%、メンバーシップについてとてもできる、まあまあできるが59%であった。 MET看護師スキルチェックシートを用いた OSCEの結果は、 BLS達成率は58%、 ACLS達成率は61%、リーダーシップ達成率は72%、メンバーシップ達成率は77%であった。 OSCEは MET活動に活かせるかの問いに、活かせると答えた看護師は介入前51%から介入後68%に増え、「流れの確認になった」「チーム構成の訓練は必要」という意見があった。 OSCEは必要だと答えた看護師は介入前54%から介入後60%に増え、「他者から見てフィードバックしてもらうので改善点が明確になる」「ストレスになるが技術・知識の確認になる」という意見があった。 OSCEは必要かの問いに「知識・技術のアップデートのために必要」「目的・目標が理解できなかった」「実施後落ち込み、嫌な気持ちになった」という意見があった。【考察】 BLSについてとてもできる、まあまあできると答えた看護師は約8割と高かったが、 OSCEによる BLS、 ACLSの達成率は約6割と低く、早急なブラッシュアップが必要であることが明確となり、 MET看護師スキルチェックシートを用いた OSCEは有用であったと考える。しかし、 OSCEは必要かの問いに「目的・目標が理解できなかった」「実施後落ち込み、嫌な気持ちになった」という意見があり、 OSCEの趣旨を明瞭化すると共に、評価者の OSCEに関する知識・技術の研鑽も今後の課題である。

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 第7会場)

[O5-5] 救急安心センター事業での看護師の自己評価について

○赤尾 いづみ （公益財団法人大阪市救急医療事業団　救急安心センターおおさか）

はじめに）＃7119（救急安心センター事業）は救急車の適正利用等を目的に開設された電話救急相談事業である。医学的に検証されたプロトコルを用いて緊急性を判定し受診手段（救急車利用の必要性の有無）や受診までの時間等をアドバイスする窓口であるが、Ａセンターではトークフローやマニュアルがなく、相談対応は看護師個々によりアレンジされており、基本的なルールに基づいて対応しているスタッフが少ない。結果、看護師による対応の差が生まれていることを常々問題視してきた。開設より10年を迎え問題点の改善を目的に、原点に戻り看護師の再教育に着手した。

目的）Ａセンターの看護師教育の問題点を明らかにする

倫理的配慮）自己評価実施時に、本研究への研究協力に関しては自由意思とし、自己評価用紙に同意の可否の記載を依頼した。

方法）電話救急医療相談に従事する看護師22名を対象にプロトコル研修前後の自己評価を比較した。研修前の自己評価は平成30年度個人目標シート（平成31年2月提出）を使用、研修後の自己評価は平成31年度3月に実施したプロトコルに関する勉強会後の自己評価（参加者18名参加率81.8%、未参加者4名には後日個別に指導、課題の提出を実施）を使用した。

今回は、特にルールの逸脱が著明な①プロトコルに沿った対応ができている②判定結果のランクダウン時の医師への確認③医学的知識の披露や診療と間違えられるような指示をしていない。の3項目の比較を実施した

©一般社団法人 日本救急看護学会

結果）自己評価回収数は研修前、研修後とも22例で回収率100%であった。①プロトコルに沿った対応ができていると回答したのは、研修前12名（54.5%）で研修後3名（13.6%）②判定結果のランクダウン時の医師への確認ができていると回答したのは研修前12名（54.5%）で研修後２名（9.1%）③医学的知識の披露や診療と間違えられるような指示をしていないと回答したのは研修前20名（90.9%）研修後4名（18.2%）であった。

考察）電話救急医療相談において、先入観をもち看護師の主観で判断していくことは非常に危険な行為である。そのためにプロトコルを用いて緊急性を判定する基本的な概念は厳守しなければいけない。しかし、 Aセンターでは判定結果の妥当性を重視し指導を行ってきたため、そこに至るまでの対応内容について検証することが不十分であった。それに加えトークフローやマニュアルがなく、対応する看護師により、対応の差が生じていたと考える。今回の研究結果から、 Aセンターでは、プロトコルやルールを厳守することへの認識が甘く、研修前の自己評価が高かったと考える。また、電話救急医療相談では、他のスタッフの対応内容の把握が難しく、ルールの逸脱も見逃されてきた可能性が高い。プロトコルの研修を行い基本的なルールを周知したことで、評価の適正化と問題点の意識づけができたが、電話救急医療相談の対応は１対１であり、研修後も残念ながらルールの逸脱を認めている。今後は、対応内容を客観的に評価するスタッフを配置し、より質の高い電話相談に繋げていけるよう教育体制、管理体制の再構築に努めていく必要がある。

(2019年10月4日(金) 15:10 〜 16:10 第7会場)

[O5-6] 救命救急センターに従事する看護師の自殺企図患者に対する態度と学習ニーズ

○垣野 純輝[1], 山本 さゆり[2] （1.旭川医科大学病院救命救急センター, 2.東京医科大学病院救命救急センター）

目的:救命救急センターにおける自殺企図患者に対する看護師の認識、態度や看護ケア、学習ニーズを明らかにする。
方法研究対象:Ａ病院救命救急センターに従事する看護師38名
研究方法:前向き観察研究、調査は無記名による自記式質問紙で実施した
分析方法:データは記述統計量を算出し、実態を明らかにする調査結果の分析には統計解析ソフトの SPSS22.0を用いた。
倫理的配慮研究者の所属する施設の倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号:18076)。
倫理委員会で承認の得られた説明文書を用いて、研究の趣旨と倫理的配慮についてアンケートに明記し、提出をもって同意が得られたものとした。本研究は開示すべき利益相反はない。
結果
自殺企図患者に対する看護師の認識や態度
自殺企図患者との関わりに困難感を抱いたことがあるは80.6%で、自殺企図患者との関わりに苦手意識を抱いているは69.4%であった。自殺企図患者と関わるうえで留意していること・心掛けていることがあるは94.4%であった。困難だと感じた具体的経験や場面、留意している点では共に患者とのコミュニケーションに関する内容が最も多かった。
自殺企図患者への思いについて、精神医療の専門部署や病院で見てほしいが最も多い。
自殺企図患者への看護ケアについて
自殺企図に至った経緯・希死念慮の確認をしている人が88.9%であり、そのうち、自殺企図の至った経緯・希死念慮について適切に確認できているという実感がない人が75%を超えていた。
自殺企図に至った経緯・希死念慮について確認する際に困っている・支障となることについては、希死念慮の再燃が最も多くなっていた。
自殺・自殺企図に関する学習ニーズについて
自殺・自殺企図に関する教育を受けたいと回答している人が80.5%であった。困難感・苦手意識の有無と学習意欲の差では、困難感・苦手意識がある人ほど、学習を受けたくない割合が高かった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

今まで自殺・自殺企図に関して知識を深める機会がなかったが86.1%であった。
受けたい教育の内容は「自殺(再企図)の危険性の評価方法、再企図予防の方法」が最も多くなっていた。学習の方法としては、「多職種や経験のある看護師による講義・講演」、が多くなっていた。
考察
自殺企図患者に対する看護師の認識や態度
救命救急センターに従事する看護師は、自殺企図患者との関わりにおいてコミュニケーションに困難を感じており、看護師の介入が希死念慮を再燃させ再企図することや、患者を傷つけるのではないかということに不安があり、困難感や苦手意識を抱いていることが明らかとなった。自殺企図患者への困難感や苦手意識がありながらも関わりに留意している・心掛けている看護師は9割を超えているが、救急業務に従事する看護師は自ら死を選んだ患者の傷を手当てすることや命を助けることに対してジレンマを感じ、自殺未遂患者に対してケアを遂行することに困難を感じやすいということが推測される。
自殺・自殺企図に関する学習ニーズについて
　自殺・自殺企図に関する教育を受けたいと思う看護師は8割を超え、学習の場を設けることで主体的に知識を深めることができ、そして自殺企図患者に対する困難感や苦手意識を変容させ、看護師のストレス軽減と質の高い看護を提供することにつながるのではないかと考えられる。
また、困難感・苦手意識がある人ほど、学習を受けたくないと回答した割合が高く、自殺企図患者への否定的な感情が強く自殺企図患者と主体的に関わることを回避したい気持ちの表れではないかと考える。本研究では支援について調査できていないため、今後の調査が必要である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 救急外来システム

[O6] O6群 救急外来システム

座長:溝江 亜紀子(東京医科歯科大学医学部附属病院)

2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第7会場 (3F 中会議室304)

[O6-1] 救急外来兼務時に遭遇する困難対処へのマニュアルの活用効果

○髙橋 暁子, 柏谷 祐美子, 有本 純子 （東京逓信病院）

[O6-2] 急性冠症候群患者の救急外来における治療開始までの時間短縮を妨げる原因と対策

○矢野 寛明, 別府 颯馬, 竹森 香織 （愛媛大学医学部附属病院）

[O6-3] 心肺停止で搬送され死に至った患者家族への実践ケアを明らかにする

○東 祐太, 山崎 亜希子 （加賀市医療センター救急センター）

[O6-4] 高齢者の年代別救急センター滞在時間の検証

○高比良 直美, 今村 文子 （医療法人徳洲会　湘南藤沢徳洲会病院　救急センター）

[O6-5] 救急外来における高齢者患者の看護実践上の倫理的課題

○前田 晃史[1], 武村 佳奈子[2], 本田 可奈子[3] （1.市立ひらかた病院, 2.滋賀医科大学医学部附属病院, 3.滋賀医科大学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第7会場)

[O6-1] 救急外来兼務時に遭遇する困難対処へのマニュアルの活用効果

○髙橋 暁子, 柏谷 祐美子, 有本 純子 （東京逓信病院）

【はじめに】 A病院に勤務する手術室看護師は、救急外来での看護業務を兼務している。2016年度の看護研究「救急外来との兼務で手術室看護師が直面する困難とその対処」で、看護師が直面する困難とその対処を明らかにした。その研究結果を活用し、今回対処マニュアルを使用することによる困難対処への効果を明らかにした。
【目的】「救急外来兼務時に遭遇する困難への対処マニュアル」（以下、マニュアル）の活用前後の困難状況を比較し、マニュアル活用の効果を明らかにする。
【方法】1．対象者:手術室と救急外来を兼務する看護師22名。2．測定用具:先行研究の分析結果に基づくリカート尺度を用いた質問紙を使用。3．データ分析:マニュアル使用前（ A群）使用後（ B群）の項目得点平均と総得点平均を算出し、 t検定を用いた。(p＜0.05)
【倫理的配慮】 A病院倫理審査委員会の承認を得た。個人を特定できないように配慮した。
【結果】救急外来を兼務する看護師22名から回答を得た。困難34項目中11項目に有意差がみられた(ｐ＜0.05)。A群総得点109.86、総得点平均3.36に対し、 B群総得点92.76、総得点平均2.74であり、両群間は p=0.049にて有意差がみられた。
【考察】マニュアル使用前後における困難状況の比較において、有意差のみられた困難11項目は、病院ルールの改定により、専門医不在による断りをしないことや、連絡当番医に連絡がつかない場合は当該科部長に連絡することが決まり、それらをマニュアルに記載したことで、看護師は根拠と自信をもって医師や患者に対応できたと考える。迅速に視覚的に必要な情報を捉えられるマニュアルは、これらの困難の解消に有効であった。一方、有意差がみられなかった困難には、マニュアルだけでは対応できない要素が存在する。トリアージ能力の向上、勉強会の実施など、看護師間の共通認識のもと、これらの困難を解決していく必要がある。また、防犯機能においては、スタッフの安全を夜間時間外の限られた人数でどのように守るのかを再度検討する必要がある。総得点平均は、マニュアルの活用に効果があったことを示している。さらに、今回対応できなかった困難に対し、継続した取り組みをしていく必要がある。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第7会場)

[O6-2] 急性冠症候群患者の救急外来における治療開始までの時間短縮を妨げる原因と対策

○矢野 寛明, 別府 颯馬, 竹森 香織 （愛媛大学医学部附属病院）

【目的】急性冠症候群においては、できるだけ早期に再灌流を得ることが予後を改善する（ ST上昇型急性心筋梗塞の診療に関するガイドライン，2013）ことから、迅速な診断と治療を行うことが必須である。そのため、来院から治療開始（ door-to-needle：以下 DTN）までの時間を短縮する必要がある。本研究では、救急外来担当看護師（以下、救外看護師）を対象に、 DTN時間の短縮を妨げる原因と短縮するための対策を明らかにする。

【方法】救外看護師に対して研究者が、急性冠症候群患者の救急外来における治療開始までの時間短縮を妨げる原因と対策についてインタビューガイドを用いて半構造化インタビューを行った。逐語録から研究目的に関する内容を抽出後、コード化・カテゴリー分類した。本研究は、所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】救外看護師9名に対してインタビューを行った。対象者の年齢は平均31歳、看護師経験年数は平均9年で、救急看護経験年数は平均4年であった。分析した結果、時間短縮を妨げる原因は66コードから4カテゴリー、時間短縮のための対策は64コードから5カテゴリーが抽出された。時間短縮を妨げる原因は、『環境整備や

©一般社団法人 日本救急看護学会

物品管理の不備により余分な時間を使っている』『看護師と他職種間で診療・ケアの分業ができていない』『看護師と他職種間で診療・ケアの協業ができていない』『症例経験の少ない看護師が一人で対応している』といった物品管理や業務分担に関するカテゴリーが抽出された。時間短縮のための対策は、『他職種に分業・協業を依頼する』『診療・ケアを行うための事前準備をする』『医師と治療方針や細やかな流れを患者の来院前に決める』『患者の状態に合わせて優先順位をつけて処置を実施する』『救急外来とカテーテル室の引継ぎを口頭で行う』などのチーム医療に関するカテゴリーが抽出された。

【考察】研究で見出された DTN時間の短縮を妨げる原因には、救外看護師と他職種との業務分担や連携不足があると考えられた。また、インタビューにおいて、症例経験の少ない看護師は、「搬入までの流れが十分に理解できておらず、搬入までの準備に時間がかかる」「自分の行っていることが正しいのか判断できず、次につながらない」といった意見があり、時間短縮のための行動ができていないことが明らかとなった。時間短縮のための対策に抽出されたカテゴリーの内容は、経験則に基づいており、個人特性があった。そのため、根拠に基づき看護基準や手順などに整備し、救外看護師が共有することで、 DTN短縮につながるのではないかと考えた。急性冠症候群の患者対応においては、時間経過を意識しながら複数の看護処置を安全に実施する必要がある。時間短縮のためには、全ての救外看護師が統一された看護実践ができるよう教育が必要である。
今回、 A病院の救外看護師9名のみのインタビューであり、他職種の意見は結果に含まれていない。今後、他職種や関連部門の看護師に対してもインタビューを行い、業務分担や連携のための対策を検討し、チーム医療を推進することも重要である。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第7会場)

[O6-3] 心肺停止で搬送され死に至った患者家族への実践ケアを明らかにする

○東 祐太, 山崎 亜希子 （加賀市医療センター救急センター）

心肺停止で搬送され死に至った患者家族への実践ケアを明らかにする

加賀市医療センター　救急センター

東　祐太　山崎　亜紀子

【目的】

A病院は、「断らない救急」を掲げこの地域の二次救急診療を担っており、毎日多くの患者が救急センターへ来院する。重症度も幅広く、各診察室と初寮室では同時に複数の診察、治療が進行されている状況である。そんな中、 CPA患者が平均5日に1回のペースで搬送され、そのまま死亡するケースも多い。救急外来では、患者家族との信頼関係を築けないまま、蘇生処置、検査が進められる。家族は死亡確認時に初めて患者に対面する場面が多く、突然の出来事に危機的状況を受け入れられず、動揺する家族への声かけや対応に、自分達は家族ケアが出来ているのかと疑問に思った。そこで、当救急センターに関わる看護師が CPAで搬送された患者家族に対して行なっている家族ケアについて明らかにすることを目的とした。

【方法】

©一般社団法人 日本救急看護学会

搬送時」「処置時」「死亡確認時」「検案時」「エンゼルケア時」「家族との面会時」「お見送り時」の七場面に区切り、場面毎に、患者家族に関わっている看護ケア、その行動の根拠、困難だった事を自由に語って頂き、半構成的面接法にてインタビューを用いて実態調査研究を行なった。研究対象は、救急センターで CPA患者に対応した経験がある看護師で、半構成的面接法でのインタビューに同意を得られた看護師8名（経験年数22年～27年）とした。

【倫理的配慮】

本研究は当院の倫理審査委員会の申請を受けている。

【結果】

インタビューの結果から、傾聴、観察、受容、支持的態度、共感的態度、感情の表出、沈黙、タッチングなどのコミュニケーション技術を用いて患者家族ケアにあたっている。また、搬送時から処置に専念する看護師と家族対応をする看護師とで役割分担をして家族ケアにあたっている。

【考察】

救急センターでの処置やケアは重症度が高いほど、いつの間にか時間が過ぎているように感じ、処置や業務をこなしているだけのように感じる事があった。しかし、結果から、家族の精神状態に合わせたあらゆるコミュニケーション技術で患者家族ケアに当たっていることが明らかとなった。実際に心肺停止で搬送される患者の多くは死亡退院されるか、救命できても意識がない状態が続くことが多い。家族が状況を受け入れられるよう搬送時からの関わりが重要であり、看護師1人1人の関わり方とチームワークによって家族ケアは成り立っていると考える。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第7会場)

[O6-4] 高齢者の年代別救急センター滞在時間の検証

○高比良 直美, 今村 文子 （医療法人徳洲会　湘南藤沢徳洲会病院　救急センター）

【背景】 JCI取得病院である A病院は認証基準である救急センターでの滞在時間3時間以内を目標にしている。昨年度、下半期の救急センターでの平均滞在時間は3:01であった。
　救急センター滞在時間が長時間となる要因と傾向を明らかにし、平均滞在時間の短縮に取り組みたいと考えた。また、滞在時間が3時間越えとなるのは、高齢者に多いと感じている。そこで、高齢者の平均滞在時間を明らかにする調査を行った。
【目的】救急センター滞在時間と年齢の関係を明らかにし滞在時間の短縮に向けた対策を考察した。
【方法】期間：2018年10月～2019年3月
　対象：救急車で来院した60歳以上の患者を60～64歳、65～75歳、76～99歳、100歳以上に分類。調査期間内に必要記録に不備がない対象の来院時から帰宅・入院に至るまでの平均時間を調査する。
【倫理的配慮】データ収集分析において個人が特定できないよう配慮した。 A病院看護部長承認を得た。
【結果・考察】調査結果から救急センター滞在時間は、年代が上がると3時間超となり100歳以上になると3時間以下になる傾向が分かった。100歳以上では治療方針が事前に話し合われており、来院後の治療方針決定が速やかなことから3時間以上の滞在にならなかったと考える。転機別にみると、入院患者の平均滞在時間は3時間を超え、各年代で帰宅・転院患者より長期滞在だった。一因として、高齢者の身体的特徴により症状の現れ方は一疾患から生じるものとは限らず、複雑な病態に対応するため検査・処置等を追加実施することになり、長時間滞在

©一般社団法人 日本救急看護学会

に至ったと考える。
　以上のことから、患者の状態を予測し、医師と協力して必要なことに迅速対応することで、追加の検査・処置を短縮することが、滞在時間の短縮に繋がる可能性がある。
【結論】救急外来滞在時間は高齢になるほど長くなることが分かった。救急外来滞在時間短縮の取り組みとして、高齢患者の身体的特徴を理解し、救急診療の進行を予測した上で、適切に対応することが改善策の一つであることが示唆された。
　更に、今調査では明らかにならなかった入院病棟など関連部署との連携について検討し、滞在時間を通して救急医療システムの見直しに繋げたい。

(2019年10月4日(金) 16:20 〜 17:10 第7会場)

[O6-5] 救急外来における高齢者患者の看護実践上の倫理的課題

○前田 晃史[1], 武村 佳奈子[2], 本田 可奈子[3] （1.市立ひらかた病院, 2.滋賀医科大学医学部附属病院, 3.滋賀医科大学）

目的

　わが国の高齢者人口は増加の一途をたどり、2025年には30%を超えると推測され、高齢者の増加に伴い、救急搬送される高齢者も増加している。救急外来の高齢者に対して、倫理的問題が生じていると考えるが、その内容は明らかとなっていない。本研究では、救急外来で高齢者患者に対する倫理的課題を明らかにし、今後も増加する救急外来における高齢者患者に対する看護ケアの質向上に資することを目的とする。

方法

研究デザイン：質的記述的研究である。研究参加者：近畿圏内に所在する一次から三次救急医療を担う救命救急センターに勤務する救急経験1年以上かつ看護師経験5年目以上の経験を有する看護師10名である。調査期間：2018年6月4日～8月24日であった。データ収集方法：インタビューガイドに基づいた半構成面接法を実施し、研究参加者の同意を得た上で、面接内容を ICレコーダーに録音した。インタビューガイド：救急外来で高齢者への尊厳や人権を守ったあるいは損なった経験、それらについて感じたこと、具体的に行った対応とした。分析方法：面接内容を基に逐語録を作成し、倫理的問題についてコード化、カテゴリー化を行い、各カテゴリーについて考察した。信憑性・真実性を高めるためにメンバーチェッキングを行い、分析過程において、研究チームでディスカッションをし、質的研究の専門家にスーパーヴィジョンを受けた。

倫理的配慮

本研究は、 A大学倫理委員会の審査を受けて学長の許可を得て実施した(番号：29−301)。

結果

救急外来における高齢者の倫理的問題として、15のサブカテゴリーと5のカテゴリーが生成された。カテゴリーは【高齢ゆえに欠いてしまう配慮】【認知症を理由に不適切な対応】【高齢者への過度な救命処置】【高齢者の救命と安全優先で損なう尊厳】【実践できない高齢者への終末期ケア】が生成され、救急外来における高齢者の倫理的問題が明らかとなった。

考察

©一般社団法人 日本救急看護学会

【高齢ゆえに欠いてしまう配慮】では、看護師は、緊急性の高い患者を優先し、高齢者へは医療者の業務を優先した対応や看護師の高齢者に対する決めつけによって羞恥心への配慮を欠いた対応が示された。【認知症を理由に不適切な対応】では、看護師は認知症高齢者は人間性を失っているなどの偏見を持ち、認知症高齢者の人権を損なう傾向にあることが示された。【高齢者への過度な救命処置】では、看護師は、蘇生困難な高齢者に対して、家族の希望で蘇生処置を継続され、患者が傷つくことを倫理的問題としてあげていた。【高齢者の救命と安全優先で損なう尊厳】では、挿入されたチューブ類が高齢者に抜去されないように抑制したり、転倒予防のためにプライバシーを侵害する行為が示された。【実践できない高齢者への終末期ケア】では、看護師は、高齢者の終末期にふさわしい環境やケアが提供できない救急外来の喧騒な中で高齢者を看取ることを倫理的問題としてあげていた。救急外来の高齢者に対する倫理的問題が生じる原因として、第一に患者を救命すること、急病者に即座に対応することを何よりも優先するという救急の特徴が、医療者に患者の尊厳を損なっても仕方がないという価値を持たせたことが考えられた。第二に、看護師の高齢そのものに対する医療者の認識不足が原因となっていることが考えられた。今後の課題として、高齢者への理解を救急看護として深めるために、高齢者の専門知識を持つ看護師とともに高齢者看護について学習会を定期的に行うことや、倫理カンファレンスなどを定期的に開催し、常に倫理的実践を振り返れる機会をシステムとしてもてるようにするなどの必要性が考えられた。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 医療安全

[O7] O7群 医療安全

座長:杉本 環(日本大学医学部附属板橋病院)

2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第8会場 (1F 中会議室102)

[O7-1] Rapid Response System(RRS)取り組みから見えてきた現状と課題

○三浦 まき, 小林 宏栄 （昭和大学病院 看護部）

[O7-2] A病院コードブルー要請の実態と課題

○立野 淳子 （小倉記念病院クオリティマネジメント科）

[O7-3] eICUサポートセンターの支援事例の内容分析

○住永 有梨 （昭和大学病院ICU）

[O7-4] 記録記載のルーチン化による Primary Surveyの学習効果の検討

○伊藤 敬介, 大麻 康之 （高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター）

[O7-5] 成人患者におけるエコーガイド下（ランドマーク法）末梢静脈路確保の有用性

○山本 泰大 （岐阜県立下呂温泉病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第8会場)

[O7-1] Rapid Response System(RRS)取り組みから見えてきた現状と課題

○三浦 まき, 小林 宏栄 （昭和大学病院 看護部）

【はじめに】

Rapid Response System（以下、 RRSと略す）が構築され急変患者の予後改善に大きく寄与されていることが認識されている。 A大学病院の院内救急システムにコードブルーがある。しかし、急変前の変化を早期にキャッチし急変を未然に防ぐシステムは構築されていない。そこで2017年度に看護部は全病棟を対象に独自の気づきシートを作成し継続観察の強化と医師への SBARでの報告による、患者の状態変化を早期に発見できるシステムを導入した。この取り組みを行うことで、看護師の「気づき」への意識は高まった。更に2018年度より医療安全管理部門とともに気づきシートを活かし RRSを平日の日中の時間帯から導入した。今回、 RRSの導入後の現状と今後の課題を報告する。

【目的】

RRS導入後の現状と今後の課題を明確にする。

【倫理的配慮】

本研究は、研究者所属の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【方法】

方法：後方視的に Rapid Response Team（以下 RRTと略す）ラウンドデータ用紙から調査内容を抽出し集計した。

対象： RRT要請患者71名

期間：2018年8月１日～2019年3月31日

調査内容：要請日時、部署、年齢、性別、要請理由、介入内容、集中治療室・ HCU入室期間、転帰、要請前のバイタルサイン

【結果】

① RRT要請の内訳

呼吸： $SpO_2$90%以下が16件（21%）、呼吸回数:25回/分以上が7件（9%）

循環：脈拍数130回/分以上が7件（9%）、脈拍数：50回/分以下が5件（6%）、収縮期血圧90mmHg以下が17件（22%）、収縮期血圧が通常より40mmHg以下が1件（1%）

意識：意識レベルの低下が4件（5%）

その他：3件（3%）、何らかの懸念があるが16件（21%）

②集中治療室・ HCU入室患者：22名（30%）

③集中治療室・ HCU滞在期間：4.6日、滞在期間中の死亡患者２名

④治療の可否：検査7件、輸液3件、 NHF・ NPPVへの変更2件、気管挿管2件、介入なし5件、 DNAR方針7件、その他は経過観察

⑤ RST要請前のバイタルサインが RST起動基準に該当する患者：11名（15%）

【考察】

RRTの要請は、「循環」が38%と最も多く海外の報告と同様の結果となった。 RRT介入後の集中治療室・HCU入室患者は22名（30%）であり、22名のほとんどが急変のリスクが高く全身状態の管理が必要な患者であった。このことは、2017年度に導入した看護師を対象に気づきの教育と独自の気づきシートにて患者の「何か変」をキャッチできるシステムの効果と考えられ、患者の状態変化前の RRTの介入により早期の集中治療部門における全身管理に結びついたと言える。71名中の11名(15%)は、 RRT要請前に要請基準に該当していたが夜間であったことや担当医師の介入していることによって RRT起動が遅くなっていた。このことから、医師の当直体制の変更の必要性や RRSが平日日中のみのシステムのため看護師が経過観察してしまう現状がわかった。また、RRT起動要請時に継続的に呼吸回数が測定されていない患者が散見された。今後の課題は、24時間体制の RRSの確立と RRT起動要請の呼吸数の測定の重要性について教育していくことである。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第8会場)

[O7-2] A病院コードブルー要請の実態と課題

○立野 淳子 （小倉記念病院クオリティマネジメント科）

【目的】

本研究の目的は、コードブルー報告書を元に、心肺停止に至った急変症例を振り返ることで、「防ぎえた死」をなすくための院内体制について検討することである。

【方法】

対象者：調査期間内に、コードブルー要請が発動された127名

調査期間：2017年4月～2019年3月

データ収集方法：コードブルー報告書に記載された情報（患者情報、発生場所、発生時間、発見者、急変予測の有無、 ROSCの有無、転帰）と、急変の予兆に関する記録の有無と内容、医師への報告および医師による診察の有無を診療録より情報収集した。

分析方法：各項目について単純集計を行った。

【倫理的配慮】

院内看護部倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

コードブルー要請のあった127名の内訳は、2017年度62名、2018年度65名であった。

1. 対象者の概要

2017年度の対象者の平均年齢は、73.2±11.9歳で、男性が38名（61.3%）、内科系疾患で加療中であった患者が47名（75.8%）であった。

2018年度の対象者の平均年齢は、75.6±11.6歳で、男性が38名（58.5%）、内科系疾患で加療中であった患者が42名（64.6%）であった。

2. コードブルー要請発生状況

月の平均コードブルー要請件数は、2017年度5.2件、2018年度5.4件であった。要請場所は、2017年度は、循環器病センター23件（37.1%）、その他の一般病棟23件（37.1%）、外来10件（16.1%）であり、2018年度は、循環器病センター29件（44.6%）、その他の一般病棟18件（27.7%）、外来4件（6.2%）であった。要請時間は、2017年度は6～12時が22件（35.5%）と最も多く、2018年度は12～18時が20件（30.8%）と最も多かった。発見者は、両年度ともに看護師が最も多かった（2017年度53名（85.5%）、2018年度63名（96.9%））。 ROSC者数は、2017年度43名（69.4%）、2018年度41名（63.1%）で、生存 ICU退出者数は、2017年度25名（40.3%）、2018年度33名（50.8%）であった。

3. 急変の予兆に関する記録とその後の対応

急変の予兆について「有」は、2017年度15名（24.2%）、2018年度18名（27.7%）であった。そのうち、予兆について看護記録に記録されていたのは、2017年度9名（60.0%）、2018年度12名（66.7%）で、医師に報告されたのは、2017年度5名（55.6%）、2018年度4名（33.3%）、医師が診察に訪室したのは2017年度2名（40.0%）、2018年度3名（65.0%）であった。

急変の予兆として記録された患者の症状では、両年ともに SpO2低下が最も多く、その他、呼吸様式の変化、血圧や脈拍の変動、呼吸困難感などの自覚症状が多かった。

【考察】

本調査によって、急変の予兆が認識されていた割合は20%程度であり、患者の異変が見過ごされている可能性が示唆された。また、看護師が異変に気づいていても医師への報告や診察にまで至っていないなどの課題も明らかになった。

患者の急変は、いつ、どの場所でも発生することは、本調査でも明らかであり、「防ぎえた死」をなくしていくためには、当院の特徴に応じた早期発見のためのスケールの導入や初期対応を行う人材やシステムの構築などが喫緊の課題である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第8会場)

[O7-3] eICUサポートセンターの支援事例の内容分析

○住永 有梨 （昭和大学病院ICU）

【背景】我が国は超高齢社会に突入する。高齢患者の増加に伴い医療費の増加、人手不足が病院運営の課題になっており、米国では遠隔医療システムが実用され有効性が実証されている。そこで A大学病院では、2018年4月より eICU（遠隔 ICU患者管理プログラム）を日本で初めて導入し実証研究を開始した。 eICUにより、2つの大学付属病院の4つの集中治療部門の各49ベッドをサポートセンターにおいて、患者状態やデータをモニタリングしている。 eICUは、医師・看護師・事務員の3職種が勤務しており、モニタリングしたデータとビデオで患者状態を査定し、異変などを察知した場合ベッドサイドの看護師と連携を図り患者のケアを行っている。
【目的】 eICUサポートセンターから各集中治療部門への支援事例と内容を分析する。
【方法】調査期間は、2018年4月１日から11月30日までとする。調査方法は、 eICUの医師・看護師が各集中治療部門に介入した支援記録を分析する。
【倫理的配慮】本研究は、研究者所属施設の倫理審査委員会の承認（承認番号：2417）を得て実施した。研究参加者にはオプトアウトを実施し研究参加の拒否権を設けた。
【結果】サポートセンターからの支援事例は56件であった。介入手段は、電話相談、 eICUのアラート、ビデオによるラウンド、その他であった。介入内容は、生命の危機、緊急、予防的介入、情報共有・手続き関連であった。予防的介入の約半数はビデオラウンドによるものであった。生命の危機に関する介入は、低血圧アラートに基づき実施された。 eICU在中の看護師がビデオラウンドにて患者が顔面蒼白であるのを認知し、ベッドサイドのリーダー看護師に電話連絡したことにより昇圧薬投与に繋がり、介入後の患者状態は改善した。緊急の内訳は、 ECMO離脱時の見守り、低血糖・低血圧検出とその後の対応アドバイス、人工呼吸器設定変更、鎮静薬の使用量アドバイス、マスク外れによる低酸素血症であった。いずれも医師の指示が発生し、３件で患者状態の改善を認めた。
【考察】 eICUから各集中治療部門への介入は、予防的介入や情報共有が９割を占めており、予防的介入の半数はビデオラウンドにより実施されていた。介入の手段には eICUのシステムが持つ機能が平均的に利用されており、ザポートセンターの看護師が現場の状況に応じ使い分けているものと考えられた。今後の課題としてサポートセンターの看護師の個人の能力により支援内容に差があるのか検証する必要がある。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第8会場)

[O7-4] 記録記載のルーチン化による Primary Surveyの学習効果の検討

○伊藤 敬介, 大麻 康之 （高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター）

【はじめに】1996年、 Goldhillらは、生理学的異常の出現した病棟患者に対応することで、院内心停止が30.4%から3.6%に有意に低下すると報告している。つまり、病棟で勤務する看護師には、患者の生理学的異常を早期に発見し、院内心停止を未然に防ぐための対処行動が求められる。 A病院では、2014年４月より「患者急変対応コース for Nurses」(以下、 KIDUKI)を定期的に開催し、生理学的異常の発見のための Primary Survey（以下、 PS）を教授してきた。2018年３月までに248名の看護師が KIDUKIを受講した。しかし、2018年９月までの院内救急コールが発動された急変発見時の看護記録には、 PSに関する記載が皆無であり、急変発見時の PSが定着していないことが明らかとなった。そこで、 PSの定着を目的に、2018年10月以降に、各病棟での一定の基準を設け、それに該当する患者のみ生理学的異常の有無にかかわらず、 PSに関する記録を1回／日、日勤帯で記載するルーチン化を開始した。今回、その取り組みによる PSの学習効果を検証したので報告する。
【目的】記録記載のルーチン化による PSの学習効果を明らかにする。
【方法】 ICU、 SCUおよび６つの一般病棟、合わせて計８部署の看護師に対して、 PS記録の記載方法とルーチン化に関する研修を実施し、記録記載のルーチン化を開始した。その後の対象患者に対する PSの記録記載率と、院

©一般社団法人 日本救急看護学会

内救急コール発動時の記録を分析する。シミュレーションによって急変発見時に PSを実施する行動変容があるかを分析する。
【倫理的配慮】 A病院の看護局倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】2019年1月の８部署全体での PS看護記録の記載率は92%(記載あり746件/対象数812件)であり、記載内容も適切であった。2018年10月以降の CPA事案を除く院内救急コール発動時の PS看護記録の記載率は、73%（記載あり８件/対象数11件）であり、記載内容も適切であった。８部署のうち５部署を対象として、急変対応のシミュレーションを実施した。急変発見時には PSを実施することを事前に指導せず実施したシミュレーションにおいて、全ての看護師が PSを実施しなかった。急変発見時には PSを実施することを指導した後のシミュレーションでは、全ての看護師が PSを実施した。ただし、 PSにおける観察や評価、蘇生の技術に関しては、未熟な点が多くみられた。
【考察】 PSの記録記載は一般化しつつあり、記載内容も適切であることから、記録のルーチン化を図ることは、PSに関する「言語情報」の習得に効果があると考えられる。また、急変発見時の記録にも PSの言語情報を応用して適切に記載することができつつあることからも、 PSに関する「知的技能」の習得には効果があると考えられる。しかし、シミュレーションにおいて、 PSの観察・評価方法や蘇生方法は未熟な点が多く見られたことから、「運動技能」の習得には効果がないと考えられる。また、シミュレーションにおいて、自発的に PSを実施する行動が起こせないことから、 PSに関する知識を行動に転移する「態度」の習得についても効果がないと考えられる。
【結論】
・記録記載のルーチン化は、 PSの「言語情報」「知的技能」の習得には効果があった。
・記録記載のルーチン化は、 PSの「運動技能」「態度」の習得には効果がなかった。
【課題】 KIDUKIで学習した PSを実務に転移するには、記録記載のルーチン化にくわえ、「運動技能」「態度」の習得を目指す取り組みが必要である。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:20 第8会場)

[O7-5] 成人患者におけるエコーガイド下（ランドマーク法）末梢静脈路確保の有用性

○山本 泰大 （岐阜県立下呂温泉病院）

【目的】エコーガイド下での末梢血管確保が、従来の経験則に基づく末梢血管確保よりも確実性が高いかを検証した。【方法】60歳以上の救急、外来受診患者、 CT目的で来院した者を対象とし、従来通りの血管確保を行った50名を対照群、エコーガイド下での血管確保を行った80名を介入群とした。調査期間は2017年8月～2018年３月とした。調査方法は対照群が当院基準手順委員会作成の末梢静脈路確保の手技に準拠し実施し、介入群の手技方法はエコーによる血管の検索後、留置可能と判断された血管に対してマーキングを行い、それをランドマークに当院の基準手順書に準じ末梢血管確保を行った。調査内容は年齢、性別、血管の目視、触知の可否、上肢の冷感の有無、血管確保後の輸液滴下での疼痛の有無、血管確保後の輸液滴下不良の有無とした。分析方法は対照群と介入群の血管確保の成功率を比率の差の検定を用いて比較、調査内容についてχ^2検定および Fisherの正確確率検定を用いて対照群と介入群の比較を行った。すべて有意水準5%とした。【倫理的配慮】本研究は、Ａ病院看護研究委員会の承諾を得て実施した。【結果】血管確保成功率は留置後に逆血を認めたものを成功と判断し、成功率は、対照群が88%（50名中44名）に対し、介入群が98.8%（80名中79名）と高く、有意差がみとめられた(χ^2=6.98, p<0.01)。調査項目の比較は輸液を開始後、滴下良好であった症例は対照群が86%（43名）、介入群98.8%(79名)、で、両群の滴下の良否に有意差がみとめられた（ p<0.01）。選択血管のうち目視可能であった症例は対照群が90%（45名）、介入群が91.3%（73名）、選択血管のうち触知可能な症例は対照群が100%、介入群が95%（76名）であり、いずれも有意差は認められなかった。さらに、冷感の有無では、冷感が無かった症例は対照群が92%（46名）、介入群が93.8%（75名）であり、穿刺後の疼痛を認めなった症例は対照群が98%（49名）、介入群が100%で、これらについても有意差はみとめられなかった。対照群における血管確保の可否

©一般社団法人 日本救急看護学会

で調査項目を比較したところ、血管部位に有意差が認められた。血管確保成功症例では正中59.1%、尺側25.0%、橈側15.9%であったのに対し、結果確保失敗症例では、正中0%、尺側16.7%、橈側83.3%で、橈側で血管確保が出来なかった割合が有意に多かった（ p<0.001）【考察】静脈路確保の成功率と確保後の輸液の滴下の良否において、介入群が良好な成績であることが明らかとなった。両群の背景に差は見られなかったことから、エコーガイド下での静脈路確保は有用であるといえる。また、今後どのような場合にエコーを用いるかの検討が必要となるため対照群において血管確保成功群と失敗群を比較し、従来の手技では困難な要素を確認した。血管選択において、橈側選択時の成功率が尺側、正中の成功よりも有意に低値となった。正中、尺側への穿刺は解剖生理的に神経損傷のリスクが高く、すべての位置を同定する事は困難である。対照群では橈側の成功率が低値となったが、合併症を考慮すると橈側での穿刺は選択肢から外せず、成功率を上げる担保としてエコーガイド下での穿刺を行う事で不必要な高リスク部位への穿刺を回避させ、合併症の予防ができると考えられる。以上、静脈路確保時のエコーの有用性については確認できたが、機器の操作、画像から最適な血管を選択し血管走行と自身のイメージを融合して穿刺を実施するのは修練が必要であると考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 看護実践・倫理・その他

[O8] O8群 看護実践・倫理・その他

座長:平尾 明美(神戸大学医学部附属病院)

2019年10月4日(金) 14:00 ～ 14:50 第8会場 (1F 中会議室102)

[O8-1] クリティカルケアにおける臨床倫理の問題と看護師による倫理調整の実際～ACTce-CCMの構成概念の明確化～

○立野 淳子[1], 山勢 博彰[2], 田戸 朝美[2], 山本 小奈実[2], 佐伯 京子[2] （1.小倉記念病院, 2.山口大学大学院医学系研究科）

[O8-2] 救急部門に働く看護師に求められる能力と役割に関する国内外比較

○豊海 万緒[1], 門 美緒[1], 吉田 彩良[1], 作田 裕美[2] （1.大阪市立大学医学部附属病院, 2.大阪市立大学）

[O8-3] 救命領域における DNAR決定後の看護ケアの実際

○玉野 真鈴, 中田 哲也, 寺崎 順子 （獨協医科大学病院救命救急センター）

[O8-4] A高度救命救急センター看護師が看護を行う上で対応に困難を感じた状況での感情と対処方法

○石鉢 妙子 （札幌医科大学附属病院　高度救命救急センター）

[O8-5] 救命救急センターで勤務する看護師の Work Engagementに達成動機と自律性が及ぼす影響

○林谷 学[1,2], 升田 由美子[3] （1.旭川赤十字病院, 2.旭川医科大学大学院修士課程看護学専攻, 3.旭川医科大学医学部看護学科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 14:50 第8会場)

[O8-1] クリティカルケアにおける臨床倫理の問題と看護師による倫理調整の実際～ ACTce-CCMの構成概念の明確化～

○立野 淳子[1], 山勢 博彰[2], 田戸 朝美[2], 山本 小奈実[2], 佐伯 京子[2] （1.小倉記念病院, 2.山口大学大学院医学系研究科）

私たちは、クリティカルケアで生じる倫理上の問題について、一連の問題志向型システムに則って問題解決を支援できる臨床倫理分析と倫理調整のシステムツール ACTce-CCM（ ACTce-CCM： Analysis and Coordination Tools of Clinical Ethics in Critical Care Medicine）の開発を進めている。

本研究では、 ACTce-CCMの構成概念を明確化するため、クリティカルケアで発生する臨床倫理の問題とそれに対する看護師の倫理調整の実際をフォーカスグループインタビューによって調査した。

＜研究目的＞クリティカルケアにおける臨床倫理の問題と看護師による倫理調整の実際を明らかにし、 ACTce-CCMの構成概念を明確化すること。

＜方法＞フォーカスグループインタビューによる質的記述的研究デザイン。急性・重症患者看護専門看護師またはクリティカルケア看護の教育研究者20名を対象にグループインタビューを実施した。調査内容は、クリティカルケアで発生する臨床倫理の問題とそれに対する看護師の倫理調整の実際に関して、 ACTce-CCMの構成である「倫理問題を分析するアセスメントの枠組み」、「医療チームの目標」、「具体的倫理調整とケアの実践」について調査した。インタビューで得られた意見は、質的帰納的に分析し、臨床倫理の問題と看護師による倫理調整の実際を整理した。本研究は、所属大学の研究倫理審査の承認を経て実施した。

＜結果＞「倫理問題を分析するアセスメントの枠組み」では、医学的問題に関する治療の効用とリスクの分析、無益性と有益性について不明確なこと、患者の意向確認が困難で工夫が必要なこと、代理意思決定者の能力を把握することの必要性、面会できない家族の思いの把握などが取り上げられた。「医療チームの目標」では、各職種の目標を整理すること、患者と家族の目標の統合化などの必要性が見出された。「具体的倫理調整とケアの実践」では、意思決定までに至る過程が実践過程に反映できる要素などが求められた。

これを基に、 ACTce-CCMの構成概念を明確化した。アセスメントの枠組みは、「医学的適応」、「患者の意向」、「 QOL/QOD（ Quality of Death）」、「家族の心理･社会的状況」、「医療チームの状況」、「周囲の状況」の6区分、目標は「医療チームの目標」、「看護の目標」、「患者/家族の期待される成果」で構成し、倫理調整とケアの実践は「権利擁護」、「苦痛緩和」、「信頼関係の維持」、「情報提供」とした。

＜考察＞今回の調査より、クリティカルケアでは Jonsenらの４分割法に加え、「家族の心理･社会的状況」、「医療チームの状況」の側面をアセスメントする重要性が見出された。また、 QOLを取り上げるだけでなく、 Quality of Deathに焦点化する必要性も明らかとなった。これらの構成概念を基に、 ACTce-CCMの開発を進め、ツールとしての妥当性を高める予定である。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 14:50 第8会場)

[O8-2] 救急部門に働く看護師に求められる能力と役割に関する国内外比較

○豊海 万緒[1], 門 美緒[1], 吉田 彩良[1], 作田 裕美[2] （1.大阪市立大学医学部附属病院, 2.大阪市立大学）

【目的】本研究の目的は、国内文献と海外文献を通して救急看護師に求められている能力や役割を読み取り、わが国と欧米との共通点・相違点を抽出することである。

©一般社団法人 日本救急看護学会

【方法】データ収集方法/国内文献は医学中央雑誌（1946年～2018年）を用い、「救急」「看護」「能力」「役割」のキーワードで検索し、重複分を除いた文献23件を分析対象とした。海外文献は
PUBMED（1999年～2018年）を用い「” emergency nurse” AND ability」「” emergency nurse” AND role」「” emergency nurse” AND competence」で検索した文献の中から英語表記の文献を対象にし、重複分を除いた10件を分析対象とした。データ分析方法/収集した文献を「救急看護師に求められる能力(わが国)」「救急看護師に求められる役割(わが国)」「救急看護師に求められる能力(欧米)」「救急看護師に求められる役割(欧米)」の4つの点から整理し国内外文献に示された能力と役割について比較検討を行った。
【結果】33文献(邦文献23,英文献10)を分析対象とした。国内外ともに求められている能力や役割は多岐にわたり、救急看護師はいくつもの能力や役割を担っていることが明らかになった。それらの事項は
「リーダーシップ」「高いフィジカルアセスメント能力」「多職種連携」等概ね共通していた。相違点は、わが国において救急看護師に求められる能力は「コミュニケーション能力」「倫理的配慮」「入院時から退院を見据えた看護を提供する能力」が、役割は「自己決定の尊重を行う役割」「医療を受ける環境を整える役割」が挙げられた。海外論文では求められている能力については文献が少なく見いだせなかったが、求められる役割として「病院全体を捉える役割」が抽出できた。
【考察】わが国と欧米の救急看護師に求められる能力や役割の共通点も多く抽出できたが、その国の医療の状況によって求められる能力や役割も異なるということが明らかになった。国内では救急看護師に「入院時から退院を見据えた看護を提供する能力」が求められていたが、これはわが国の入院期間が長い特徴に起因していると考えた。また国内外の救急看護師に求められる役割の比較から、わが国では病院全体で患者を支えるという完全なアドボカシーの実践には至っていないという看護状況が示唆された。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 14:50 第8会場)

[O8-3] 救命領域における DNAR決定後の看護ケアの実際

○玉野 真鈴, 中田 哲也, 寺崎 順子 （獨協医科大学病院救命救急センター）

＜目的＞
我が国の医療現場では、いまだ患者の医療拒否権について明確な社会的合意が形成されておらず、2016年日本集中治療学会は「 DNAR指示のあり方についての勧告」を発表したが、 DNAR実施のガイドラインは示されていない。そこで、看護師の経験年数によって患者のケアや患者家族への関わり方に違いがあるのではないかと考え、DNAR決定後の看護ケアの実際を明らかにすることを目的とした。
＜方法＞
日本集中治療医学会倫理委員会が行った日本集中医療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査を参考に DNAR決定後の看護の関りや DNAR決定後の看護ケアの頻度について独自にアンケートを作成し、実態調査を実施した。対象は A病院の救命救急センターに勤務する看護師48名とし、量的研究で行った。
＜倫理的配慮＞
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針および日本看護協会の看護研究における倫理指針を遵守し遂行した。また本研究の実施に関しては、獨協医科大学病院の臨床研究審査委員会において承認を得て研究を
行った。研究の対象者には、研究への参加は自由な意思であることを説明して実施した。
＜結果＞
救命救急センターに勤務している看護師48名にアンケートを配布し、41名から回答が得られた（回答率85.4%）。アンケート調査の結果、 DNARの教育に関して回答者の63.4%が受けたことがないと回答していた。DNAR指示後の全身清拭や陰部洗浄、バイタル測定などはリッカートスケールで3.9点と多く行われていた。これに比較し、導尿や摘便などは3.2点と低い現状がみられた。また68.3%が DNARに関して何らかのジレンマを抱いているとの回答があった。救命看護師経験年数が短い看護師と長い看護師は、ジレンマや困難感を抱く割合が多く、患者や患者家族に対する対応だけでなく診療や方針に関してジレンマや困難感を抱くと回答していた。
＜考察＞

©一般社団法人 日本救急看護学会

アンケート調査の結果、経験年数の長い看護師全員が、自ら学習を行ったことがあると回答しており、 DNARに対する学習の必要性を感じている。「日本集中治療医学会倫理委員会が行った DNARに対する意識調査では、「DNAR指示により、心停止時の心肺蘇生以外にも多くの治療が終了または差し控えられている」との報告があるように、 DNARに対する認識の違いが、看護ケアの差につながると考えられる。アンケート調査の結果ではDNAR指示後も全身清拭や陰部洗浄、バイタル測定などの看護ケアが継続されていたが、導尿や摘便などは差し控えられることがあった。マズローの欲求5段階説では、欲求の第一段階は生理的欲求であると述べている。導尿や摘便などの排泄は、生理的欲求であり最後まで充実して行われる必要がある。そのため DNARに対する認識を統一するためには、部署内での勉強会の実施など学習機会を増やす必要がある。 DNARに関するジレンマについて、救命看護師経験年数が短い看護師と長い看護師が抱いている。救命看護師経験年数の短い看護師は、経験の少なさから患者家族の対応などに困難感を抱くのではないかと考える。救命看護師経験年数の長い看護師は経験や知識により多角的なアセスメントを行う中で、患者家族の思いと治療方針などから生じる困難感を抱いているのではないかと推察した。診療や方針に関してのジレンマを解消するためには、多職種間で共通理解し、コミュニケーションを図る機会を設けるなどし、さまざまな視点から患者の希望も含めて補っていく必要がある。またそれは、経験の浅い看護師への教育機会にもなると考える。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 14:50 第8会場)

[O8-4] A高度救命救急センター看護師が看護を行う上で対応に困難を感じた状況での感情と対処方法

○石鉢 妙子 （札幌医科大学附属病院　高度救命救急センター）

目的　3次病院である A高度救命救急センターでは、緊急性が高く、即座に高度な知識と技術が必要とされるだけでなく、受傷起点や生活背景などから治療や看護介入が困難な状況に直面する事が多い。そこで、 A高度救命センター看護師が困難な症例における具体的な場面で感じた感情や対処方法を明らかにすることで、ケアで感じる感情への対処方法とバーンアウト防止への対策を考察する。
研究方法　本研究の対象者は A高度救命救急センターに在籍する初療経験者、女性15名、男性3名、平均年齢38.2歳の合計18名とした。研究方法は、看護を行なう上で困難を感じた時の状況、感情、対処方法についてインタビューガイドを作成し半構成的面接法によるインタビューを実施した。インタビューを基に逐語録を作成し意味内容に沿ってコードを抽出、コードからサブカテゴリー、カテゴリーを導きだし、状況・感情・対処方法と照らし合わせて考察を行なった。
倫理的配慮　A病院看護部の看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。
結果　対象者の属性は配偶者あり6名（33.3%）、平均看護師経験年数は16.7年、平均救急領域経験年数は8.5年であった。インタビューは平均16分であり、困難な状況の内容として、【治療や看護に理解が得られない患者・家族への対応の場面】、【代理意思決定者の不在やサポート体制が破綻した患者への対応の場面】など11カテゴリーが抽出された。困難な場面での感情は【患者の言動から看護のやりがいや目標を見失い疲弊する感情】、【患者・家族の意思決定に対する治療や看護に伴う感情】など13カテゴリーが抽出された。それらの対処として【同僚や医師と話す】ことが最も多い対処方法として語られた他、【他の看護師や医師に交代してもらう】など8カテゴリーが抽出された。また、困難な経験を次の学習意欲へ転換していたケースもあり、それらは【感情を整理する】対処を行うことで〈経験を今後に生かす〉などポジティブな対処をしていた。一方で、〈辛くて当然だと思いため込んでいる〉など【困難な感情の対処方法がわからずため込んでいる】ケースもあった。
考察　救命することが優先される高度救命救急センターにおいて、倫理的配慮に基づく治療の適応や患者・家族の意思に沿った看護ができない事に対し落ち込みやジレンマを感じていることが明らかとなった。また、患者・家族からの言動に対する嫌悪感ややりがいの喪失は仕事への意欲を減退させるだけでなく疲弊感をもたらし、看護師としての目標を見失う大きな要因であることが明らかとなった。さらに、困難な状況をポジティブに転換したケースから、看護師がその場面の感情や対応を内省し、自身の感情を整理し納得する事が重要な作業である事がわかった。このことから、病棟内でのケースの振り返りと共有を行い同僚と話し合いができる環境作り

©一般社団法人 日本救急看護学会

やリフレクションの活用に加え、暴力対策など組織としての取り組みも重要である事が示唆された。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 14:50 第8会場)

[O8-5] 救命救急センターで勤務する看護師の Work Engagementに達成動機と自律性が及ぼす影響

○林谷 学[1,2], 升田 由美子[3] （1.旭川赤十字病院, 2.旭川医科大学大学院修士課程看護学専攻, 3.旭川医科大学医学部看護学科）

【目的】救命救急センターで勤務する看護師の Work Engagement（以下、 WEとする）に達成動機と自律性が及ぼす影響を明らかにすることである。
【方法】全国の救命救急センター288施設に勤務する看護師経験が1年以上の看護師（准看護師を除く）915名を研究対象とした。 WEを従属変数、属性、就業内容、職務に関する認識、達成動機、自律性を独立変数とした重回帰分析をおこなった。研究の趣旨、方法、結果の公表、データの破棄方法、調査は無記名であり個人や医療機関が特定されることはないこと、研究への参加は対象者の自由意志であることを文書で説明し、質問紙の返送をもって同意が得られたものとした。研究者所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】回答は329名（回収率36.0%）より得られ、 UWESに未回答があった11名を除く318名（有効回答率96.7%）を分析対象とした。 UWES総得点の基準点による分類は低値207名（65.1%）、普通81名（25.5%）、高値30名（9.4%）の割合となった。強制投入法による重回帰分析の結果、 WEに影響していた独立変数は、達成動機尺度総得点（β=0.319）、看護婦の自律性測定尺度総得点（β=0.129）、継続意志（β=0.149）、仕事への満足有り（β=0.242）で調整済み決定係数 R^2は、0.344であった。 WEを構成する「活力」「熱意」「没頭」を従属変数とした重回帰分析の結果、活気に満ちている状態を示す「活力」に影響していた変数は、仕事への満足（β=0.351）、達成動機尺度総得点（β= 0.234）であった（ R^2=0.220）。自らの職務に意義を見出し仕事に誇りをもつ「熱意」に影響していた変数は、達成動機尺度総得点（β=0.288）、自律性測定尺度総得点（β=0.214）、性別（β=0.150）であった（ R^2=0.365）。集中し仕事にやりがいを見出す「没頭」に影響していた変数は、達成動機尺度総得点（β=0.333）、継続意志（β=0.208）、平均残業時間1時間未満（β=-0.257）であった（ R^2= 0.287）。
【考察】救命救急センターで勤務する看護師の UWES総得点からは、6割以上の者が UWES低値という結果となった。また、 WEの総得点とすべての下位尺度に影響していた変数は達成動機尺度総得点であった。達成動機は価値のある目標を成し遂げようとする意欲であり、目標を達成するための行動は、仕事への活力となり、熱意をもって仕事に没頭し、エンゲイジしていくと考えられる。また、看護婦の自律性測定尺度総得点が WEに影響していたことから、看護上の判断や実践から職業的な価値を高めて看護の専門性を発揮していくことは、 WEに影響すると考えられる 。 WEの下位概念である「活力」に仕事への満足が影響していたことから、満足のいく仕事ができれば自信となり活気に繋がるのではないかと推察された。「熱意」に自律性測定尺度総得点が影響していたことから、看護の専門性を発揮することが熱意に繋がると推察された。「没頭」に継続意志が影響していたことから、仕事にやりがいを見出すことができれば自分自身の喜びとなり、継続意志に繋がると推察される。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演） | 精神的ケア

[O9] O9群 精神的ケア

座長:赤木 高司(京都保険会 京都民医連中央病院)

2019年10月4日(金) 15:10 ～ 15:50 第8会場 (1F 中会議室102)

[O9-1] 国内の救命救急領域に配属された新人看護師の精神的ストレスとその支援に関する課題

○門 美緒 （大阪市立大学）

[O9-2] 救命救急センターに勤務する看護師のグリーフワーク

○左京 ゆみ, 岡林 志穂, 小笠原 恵子 （高知県・高知市病院企業団立高知医療センター）

[O9-3] 救急搬送された脊髄損傷患者が抱える性問題への一考察～青年期における性の悩みへの関わりの分析から～

○半澤 純, 加藤 弘美 （千葉県救急医療センター）

[O9-4] 高度救命救急センターにおける患者の権利擁護と救急看護師の役割ー新生児死亡を経験した褥婦への看護実践ー

○久留 遼華, 佐々 智宏, 右近 清子 （広島大学病院高度救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 15:50 第8会場)

[O9-1] 国内の救命救急領域に配属された新人看護師の精神的ストレスとその支援に関する課題

○門 美緒 （大阪市立大学）

【目的】本研究の目的は、文献を通して救命救急領域で働く新人看護師の精神的ストレスとその支援の実態を知り、今後の救命救急領域に配属された新人看護師の精神的ストレス緩和に向けた支援に関する課題を明らかにすることである。

【方法】データ収集方法/「医中誌 web版（1984年～2018年）」を用いてキーワードを「救急」「新人看護師」「ストレス」として検索し、救命救急領域の新人看護師に焦点を当てた文献18件を分析対象とした。データ分析方法/収集した文献の内容を、救命救急領域における新人看護師の「ストレス要因」「セルフストレスマネジメント方法」「ストレス緩和に向けた支援」の3つに分類し、それぞれの視点から知見を整理した。

【結果】ストレス要因は[職場環境][知識や技術が未熟][人間関係][不安定な所属感][理想と現実のギャップ][本人の精神的未熟さや弱さ]の6つであり、それらに対して新人看護師は、[感情を吐露する][モチベーションの維持][目標をもつ][自信とやりがいの習得][自分なりの対処方法を身に付ける]の5つのセルフストレスマネジメントを行っていた。ストレス支援は[業務・教育体制の充実][タイムリーな支援][相談できる場を設ける][効果的なコミュニケーション][勤務外での関わり][個人を尊重する][臨床を意識した基礎教育][希望に応じた配属]の8つであった。

【考察】文献検討の結果から、新人看護師のストレスマネジメントにおいて、セルフマネジメントに加え人的サポートによる影響の効果が大きいことが明らかになった。人的サポートを強化するために、今後職場のスタッフ間での関わりの場を増やし、チームとしての繋がりをもつことがストレス緩和に向けた支援において必要であるといえる。また、基礎教育においてより臨床に近い教育を行い、入職後のギャップを軽減することは、新人看護師のストレス緩和に向けた支援として重要であると考えられる。以上より、救命救急領域に配属された新人看護師に対する精神的ストレス緩和に向けた支援の課題として、[スタッフの関わりの場を増やす][基礎教育と臨床とのギャップをなくす]の2つが見出された。

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 15:50 第8会場)

[O9-2] 救命救急センターに勤務する看護師のグリーフワーク

○左京 ゆみ, 岡林 志穂, 小笠原 恵子 （高知県・高知市病院企業団立高知医療センター）

【はじめに】

先行研究において、救急領域におけるターミナルケアは、予測していない突然死、苦痛緩和ができないまま迎えた死、短期間で十分関わりのもてなかった死などの特徴があり喪失感が強く出る要件がそろっていると言われている。これらの要件下でケアを提供する看護師は、心理的負担も非常に大きく、自分で意識しないうちに消耗性ストレスがたまり、バーンアウトを生じやすいという危険性があるといわれている。しかし、看護師は、一般的に自身の悲嘆を扱えない風土があり、抑圧された自身の悲嘆に意識を向けることができず、複雑性悲嘆への移行のリスクも懸念される。しかし、救命救急センターを対象とした看護師の悲嘆について明らかにされた先行研究は少ない。したがって、本研究を行うことで、看護師の悲嘆への支援を検討することに意義があると考える。

【目的】

©一般社団法人 日本救急看護学会

救命救急センターに勤務する看護師がどのようにグリーフワークを行っているか明らかにし、看護師に必要な悲嘆への支援についての示唆を得る。

【方法】

2019年1月～4月に、 A病院救命救急センターの看護師10名を3グループに分け、1グループ1回ずつどのようなグリーフワークを行っているかフォーカス・グループ・インタビューを実施し、質的にデータ分析を行いグリーフワークの内容をカテゴリーとしてまとめた。

【倫理的配慮】

A病院看護局倫理委員会の承認を得たのち、研究協力者に研究の主旨について文書を用いて説明し同意を得た。

【結果】

研究協力者10名の救急看護領域での経験年数5年目未満は6名、5年目以上は4名であった。看護師は、担当患者が亡くなり数日以内に＜自分の抱いた感情を同僚の看護師や医師と語り気持ちを整理する＞、＜事例を振り返ることで新たなケアに活かす＞、＜自分の趣味に打ち込むことでストレスを発散（する）＞し、抱いた気持ちの整理を行っていた。一方、＜自分の抱いた感情を表出はせず待つことで自己消化する＞や、相談方法がわからず＜自分の抱いた感情を対処できず溜め込む＞の5つのカテゴリーが抽出された。

【考察】

＜自分の抱いた感情を表出はせず待つことで自己消化する＞、＜自分の抱いた感情を対処できず溜め込む＞といった自身の抱く感情を抑圧するような対処行動をとっている看護師は、救急看護領域での経験年数5年目未満の看護師に多くみられた。一方、＜自分の抱いた感情を同僚の看護師や医師と語り気持ちを整理する＞、＜事例を振り返ることで新たなケアに活かす＞といった自身の抱く感情を表出するような対処行動をとっている看護師は、救急看護領域での経験年数5年目以上の看護師に多くみられた。このことから、グリーフワークには経験年数の違いが少なからずあることが示唆された。

先行研究において、看護師のグリーフワークに事例検討やデスカンファレンスなど皆で語る場を作ることの有用性が言われているが、 A病院救命救急センターではこのような機会を設けていない。本研究結果から、救急看護領域での経験年数によってグリーフワークの方法に違いが少なからず示唆されている。このことは、救急看護領域の経験年数を問わない語りの場を作り、救急看護の経験が豊かな看護師の語りを聞くことで、経験が浅い看護師はグリーフワークを促進させるメリットがある。一方、経験豊かな看護師の前では、遠慮や恥じらいなどから自身が抱く感情を表出できない可能性も懸念される。したがって、皆で語る場を意図的に作っていくことは必要であるが、事例や参加者によって語る場で語れるための工夫も重要であると考えられる。

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 15:50 第8会場)

[O9-3] 救急搬送された脊髄損傷患者が抱える性問題への一考察～青年期における性の悩みへの関わりの分析から～

○半澤 純, 加藤 弘美 （千葉県救急医療センター）

Ⅰ：はじめに

脊髄損傷患者が抱える性の問題については、直接生命予後に関わらないため、救急看護の現場においては表面化されることが少ない。今回、青年期にある脊髄損傷患者から性への悩みが表出され、看護師として戸惑いなが

©一般社団法人 日本救急看護学会

ら関わった。この経験をもとに、今後のケアに役立てることを目的として、事例を振り返り考察したのでここに報告する。
Ⅱ：事例紹介
【氏名】 A氏【年齢】青年期【性別】男性【診断名】脊髄損傷、多発肋骨骨折、血気胸　胸部以下知覚および運動なし【家族構成】両親、姉、結婚を約束していた彼女あり
Ⅲ：倫理的配慮
　A氏へ症例検討の目的を文書と口頭で説明し、プライバシーの確保は慎重に行い、個人情報保護として個人を特定出来る表現を行わないことや、本件への協力は自由であり、拒否をしても A氏に不利益が生じることはない旨を伝え、文書をもって同意を得た。また、 B施設院内倫理委員会の承認を得た。
Ⅳ：看護の実際
　患者は集中治療室で過ごし、一般病棟転棟後リハビリテーションを開始した。この頃、 A氏は彼女と家庭を築くこと、こどもをもうけることなどの将来について、焦燥を感じていた。そして A氏は、夜間に性衝動を抑えきれないことや清拭時などに性機能が保たれているかどうかを確認するなどで具体的な不安の感情を表出した。看護師は、 A氏が性機能について悩み、つらい状況であることを初めて知った。この問題は、羞恥心を伴い、尊厳を傷つける可能性のあることとして、ごまかしたり、茶化さず真摯に向き合うことが必要だと考えた。 A氏の性機能についての疑問には事実をありのままに伝え、反応をとらえていった。また、自己の経験を話したり、 A氏の望んでいることを探りながら、向き合う時間を設け、傾聴的態度で接した。そして、問題解決に向けて A氏と一緒に取り組むことや、守秘義務を遵守することで A氏との信頼関係を崩さないように努めた。その結果、 A氏は、悩みを吐露できる場ができ、素直な気持ちを表現することができるようになった。
Ⅴ：考察
　A氏は、受傷により身体機能だけでなく、描いていた彼女との幸せな未来も喪失する可能性がある中で、家庭が築けるのか、彼女を幸せにできるのか、別れたほうがよいかなどの様々な苦悩を抱えていた。この苦悩は、生きる意味も含めた全人的苦悩ととらえられる。脊髄損傷受傷後の A氏にとって、彼女との結婚は「生きる希望」であり、別れは「絶望」であり、そのはざまで揺らいでいる状態ととらえられた。 A氏の希望をつなぐためのカギのひとつが「性機能の維持」であり、それを A氏自身が確認することが「生きる希望」や「アイデンティティの確認」でもあったと考えられた。このような性の問題については急性期では表面化しにくいうえ、積極的に関わることは少ない。しかし、今回の振り返りにより、性衝動や性機能の有無の確認は、本能的な意味だけでなく、生きる希望を繋ぐための位置づけにもあったと考えられた。
　青年期の脊髄損傷患者の性への悩みは、生きることやアイデンティティにも関連する大きな問題である。このような問題がとらえられ、関わりが持てたのは、看護師が患者のありのままを受け止め真摯に向き合う姿勢を維持したこと、また、同性として A氏の希望は何なのかを探りながら応えたことなどで、本音を吐露できる関係が構築できたことが最大の要因と考える。このような問題を急性期からとらえ、患者を支えていく関わりが必要である。

(2019年10月4日(金) 15:10 〜 15:50 第8会場)

[O9-4] 高度救命救急センターにおける患者の権利擁護と救急看護師の役割ー新生児死亡を経験した褥婦への看護実践ー

○久留 遼華, 佐々 智宏, 右近 清子 （広島大学病院高度救命救急センター）

【目的】
　常位胎盤早期剥離による出血性ショックからの母体救命、出生直後の新生児死亡および家族への看護実践を経験した。死亡した新生児への尊厳を含めた視点から、救急看護師が実践すべき権利擁護とグリーフケアの過程を明らかにする。

【方法】

©一般社団法人 日本救急看護学会

1．事例紹介： A氏、30歳代、女性、緊急帝王切開術後
2．研究期間：2018年5月～10月
3．研究デザイン：事例検討
4．分析方法：新生児死亡を経験した褥婦 Aの診療録、死亡した新生児とその家族の看護記録を元に振り返った

【倫理的配慮】
広島大学病院看護部倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】
A氏は、前医で常位胎盤早期剥離に対して緊急帝王切開術をうけ、 B病院高度救命救急センター（以下、救命センター）へ入室となった。新生児は出生直後に死亡した。救急看護師は救命センター入室2日目に、 A氏の妹へ今後の予定を確認すると、 A氏に相談なく新生児は翌日に火葬される事が決定されていた。そのため、 A氏へ新生児との面会希望の有無を家族が確認し、 A氏は面会を希望した。そこで、他院に安置されていた新生児と対面するために、家族、産婦人科医師・救急科医師・救急看護師の多職種で移送や面会時間の調整を行った。面会決定後 A氏へ気持ちを問うと、「涙が出る、でも、がんばる。ありがとう。」と、ジェスチャーを交えながら発言があった。
翌日（火葬当日）、家族により前医で安置されていた新生児を移送し、救命センターの病室で抱っこや、新生児を中心に家族で写真撮影を行った。 A氏は流涙しながら新生児を抱き、家族水入らずで最期のお別れ、悲しみの時間、穏やかな時間を持ちながら喪の作業を行った。 A氏とその家族自身が十分に悲しめる環境が提供され、喪の過程を遅延なく進めることができた。

【考察】
救急看護師は緊急度・重症度の高い患者の看護が求められる。母親の発言から救急看護師が入院中に死亡した新生児を一人の人間として尊重し、最期の家族の時間・空間をもてたことは心理的な回復力の一助になったと考えられる。また、死亡した新生児に対する看護として、この世に生を受けた一つの生命としての尊厳を守ることができた。
母体救命時は医療が最優先される。しかし、救急看護師は、急性期であっても A氏の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護しなければならない。母体救急場面に従事する救急看護師は、常に母体と新生児、二つの命を預かり、その権利擁護者（アドボケイト）となり得る看護実践者であることが求められる。

【結語】
1．救急看護師は、周産期の死を体験した対象喪失から立ち直るための心理的過程を受けるための権利擁護とレジリエンスを獲得するためのグリーフケアの役割をもつ
2．亡くなった新生児の火葬までに残された時間も救急看護であるという看護の実践知を得た

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 災害看護

[O10] O10群 災害看護

座長:大村 正行(岡山赤十字病院 救命救急センターICU)

2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第8会場 (1F 中会議室102)

[O10-1] 災害看護をどのように教えるか

○浅井 磨智代, 西北 浩敏, 村岸 敦子 （洛和会音羽病院　救命救急センター）

[O10-2] 災害時の参集に関する要因～震災後の看護師アンケートより～

○松田 優美, 木村 美千代 （苫小牧市立病院）

[O10-3] 黒エリア災害訓練が2ヶ月後における身体・精神面に与える影響

○園田 真利子, 阿部 嘉晃, 畠中 真由美, 大脇 吉子, 山本 むつみ, 髙間 辰雄, 吉原 秀明 （鹿児島市立病院救命救急センター）

[O10-4] 災害時の外来看護師のトリアージについて

○四元 由香 （白岡中央総合病院）

[O10-5] 避難所運営ゲーム（ HUG）を体験した学生の学びと防災に対する意識の変化

○渡邉 克俊, 平井 由佳 （島根県立大学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第8会場)

[O10-1] 災害看護をどのように教えるか

○浅井 磨智代, 西北 浩敏, 村岸 敦子 （洛和会音羽病院　救命救急センター）

１．研究目的

A看護専門学校において、基礎教育のカリキュラムとして災害看護12単位の授業がある。今回、どのような授業で災害看護を教えていくべきか検討した。災害看護分野においては、今、災害が起こったとしても、学生が災害時の看護を理解し、病院の医療スタッフと共に行動できることを目指す必要がある。つまり、受身の授業だけでは思考力、行動力は身につかない。そのため、映像視聴、調べ学習、体験学習などを授業プログラムに入れた。災害看護の授業を終えた学生に対し、アンケートを実施しどのような授業形態が有効かを検討したので報告する。

Ⅱ．研究方法

１. 期間：平成29年８月～平成30年３月

２. 対象：平成29年度　A看護専門学校２年生　Aクラス37名　Bクラス39名　計76名

３. 災害看護授業実施
①講義　②災害関連映像視聴　③災害時のトイレや感染予防のグループワーク
　④公的機関や民間企業など「災害対策」調べ学習グループワーク　⑤簡易災害訓練の演習　⑥ BLS

４. データー収集方法
　自記式質問紙調査

5. 分析方法
　分散分析：一元配置

6. 倫理的配慮
倫理的配慮として、アンケート記入は任意であること、記入に同意しない場合においても不利益を受けないこと、無記名であり個人は特定されないことを口頭で説明し同意を得ており、当院倫理委員会にて承認を得た。

Ⅲ. 結果

　有効回答数：75名　有効回答率99％

1. 災害授業全てを100％とし、そのうち災害や災害看護を学べたと感じた割合を回答
① 講義17.13 ②災害映像17.8 ③トイレや感染予防 GW13.8 ④災害対策調べ GW13.9 ⑤災害訓練18.53 ⑥ BLS19.41
　＜分析＞
　P値（6.59E-11） F境界値（2.23）であり帰無仮説を棄却
　結果：授業のうちで災害や災害看護が学べたと感じた割合に有意差があり

2. 災害や災害看護をどのように受け止めているか、受講前と受講後で比較（％）
災害を身近のものと感じた （48.1 → 77.8）
災害はいつでも起こりうるというイメージ出来た（51.6　→ 81.3）
災害の脅威についてイメージ出来た（52.2 → 83.4）

©一般社団法人 日本救急看護学会

災害看護の役割をイメージ出来た（39.3 → 80.1）
災害看護の学習の必要性を感じた（49.7 → 87.7）
災害時に置いて役割を果たせる看護師になりたい（56.8 → 87.0）
総合平均（49.6 →82.9）

Ⅳ. 考察

災害については国内、海外共にあらゆる事象がメディアで報道される時代であり、学生は授業前より50%の理解と関心を持って受け止められている。授業形態は、座学、映像、創造、調査、演習と様々な形態を意図的に取り入れた。その結果、授業後は83%の理解と学びが見られた。授業形態による学びには有意差が出た。 BLSや災害訓練など演習での学びが高かった。体感することは実感に繋がったと思われる。次に映像、講義であった。リアルな映像でイメージを図るとともに知識の整理に繋がったと思われる。そして、災害時のトイレの工夫や感染予防対策と災害対策調べについては効果はやや低かった。授業での様子は GWで活発な意見を出し合う姿や想像力豊かな発表も見られ、 ICT学習としても学びに繋げられると考えられたが十分な学びに繋がらなかった。現在、多くの教育現場でアクティブラーニングが取り入れられている。災害看護学においても学生参加型・学生主体型の学習方法を取り入れ、学ぶ側も自ら考え、自ら能動的に動く事で、現代社会で求められている看護師としての能力を養うことにつながると考える。

Ⅵ 結論

災害の授業形態により学びは有意差がある。災害看護学の授業においては、目標に合わせ、工夫した授業を考え実施する必要がある。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第8会場)

[O10-2] 災害時の参集に関する要因～震災後の看護師アンケートより～

○松田 優美, 木村 美千代 （苫小牧市立病院）

【目的】2018年9月に発生した胆振東部地震は、北海道胆振地方中東部を中心に大きな被害をもたらし、全道でブラックアウトと呼ばれる大規模停電が発生、多くの病院に燃料や食料不足などの問題が生じた。当院は震源地から約30kmにある災害拠点病院で、自院も停電の中、救急車や被災患者の受け入れなどを行った。今回当院看護師の発災後の行動を調査すると共に、病院参集に関連する要因について検証した。【対象と方法】地震発生から３ヶ月後、全看護師を対象に年齢、役職、災害研修の参加歴、震災直後の行動とその理由、震災対応業務内容および自身と病院の災害対応活動への満足度に関するアンケートを実施、震災後の行動を2群に分け比較した。【倫理的配慮】アンケートは無記名とし個人の特定に配慮、調査は自由参加で協力しない場合も不利益が生じないことを説明した。また公表にあたっては、当院倫理委員会の承認を得た。【結果】全看護師の87.4%、342人から回答を得た。発災時、病院にいた看護師は10%、直後に参集した(以下参集群)のは29%、予定通りの勤務(以下通常勤務群)をしたのは61%で、参集時間は発災時刻3時7分から4時が59%、4～6時18%、6～8時18%、8～12時が4%であった。通常勤務の理由は多い順に、連絡がない、子供が小さい、翌日が勤務、病院から自宅が遠い、理由なし、待機指示、自身で判断、マニュアル通りの対応、であった。震災対応で行った業務内容は順に、被災者の入院、他院からの入院、ベッドコントロールの転入、処方外来、自部署の統括業務、スタッフ減少時の通常業務維持、被災者の外来診療、患者・家族へ電話掛け、家族対応、臨時透析、ベッドコントロールの転出、同僚の代替え勤務、であった。災害研修の参加歴ありは69%、なしが31%で、内容は自院の災害訓練、訓練前の研修、他院の災害訓練、災害支援ナース研修、エマルゴ等であった。参集群と通常勤務群を比較すると、年代は参集群が20代12%、30代21%、40代37%、50代以上30%、通常勤務群はそれぞれ28%、17%、39%、16%と、参集者は50代以上で多く、20代で少なかった(p=0.002)。役職は参集群が師長16%、主査19%、スタッフ66%、通常勤務群がそれぞれ1%、3%、97%で、有意差を認めた(p<0.0001)。災害研修の参加歴は参集群が89%に対し、通

©一般社団法人 日本救急看護学会

常勤務群が60%で p<0.0001と有意差を認めた。自身が災害対応の役割を果たせたかの質問に、参集群は、大いに役割を発揮できたが2%、ほぼ果たせたが33%、少し果たせたが48%、できなかったが17%、通常勤務群はそれぞれ3%、11%、47%、39%で、参集群に肯定的な評価が多かった(p<0.0001)。一方、当院が災害対応の役割を果たせたかの質問には参集群と通常業務群で p=0.1と有意差はなかった。【考察】三澤[1)]らは「自分自身の安全を確保しなければ先に進むこともできず、他者を守ることができなくなる」と、まずは自身の安全確保が重要であると述べている。通常勤務群には、子供が小さい、自宅が遠いなどの回答が見られ、自身や家族の安全を確保する判断を優先させた者もいた。また、発災直後の参集には年齢や役職、震災前の災害研修の参加歴が影響していた。自身の災害対策活動の満足度も参集によって差が見られた。【結論】看護師の災害時の行動は、年齢や役職、災害研修の参加歴と関連し、それらは自身の災害対応活動の評価とも関連する。【引用文献】1)三澤寿美．太田晴美：災害看護．学研出版．2018

(2019年10月4日(金) 16:20 〜 17:10 第8会場)

[O10-3] 黒エリア災害訓練が2ヶ月後における身体・精神面に与える影響

○園田 真利子, 阿部 嘉晃, 畠中 真由美, 大脇 吉子, 山本 むつみ, 髙間 辰雄, 吉原 秀明 （鹿児島市立病院救命救急センター）

【目的】災害拠点病院 A病院では、災害による犠牲者及び家族対応を行う黒エリア訓練を実施し、参加者100名の中で身体的変化25名、精神的変化44名に症状が出現していたことが分かった。2ヶ月後に訓練が参加者に及ぼした身体的精神的影響を明らかにする。【方法】訓練に参加した100名を対象に無記名自記式で調査し、単純集計後分析した。調査内容は訓練直後と同様で、2ヶ月後の身体的精神的変化はどのような場面で表出されるのかという設問を追加した。いずれも医療者である身体的精神的症状を来した参加者を、①見学者②ケアをする役③ケアを受ける役に分けて分析した。当院倫理審査委員会の承認を得た。【結果】有効回答は52名、訓練演者（ケアをする役とケアを受ける役）：20名（39%）見学者32名（61%）であった。訓練を想起し身体的精神的変化を来した参加者は8名：15%（いずれも女性看護師、見学者5名、参加者3名：黒エリア担当1名・搬送班1名・家族役1名)で災害訓練直後よりも大幅に減少していた。症状は「不安」「無力感」「何度も思い出す」「心理士のストレスを考えると気分が沈んだ」「流涙」「食欲低下」「悲しみ」であった。これらは2ヶ月間でテレビやニュースを見たり、職場で遺体ケアに携わったときなどのイベント時に症状が出現していた。一方で、今後の黒エリア訓練実施に対しては、7名が再参加を希望していた。残りの１名は「訓練は必要だと思うが家族対応に無力感が残る」という回答であった。精神的変化の継続者は、今回の訓練だけで引き起こされたのか、もともとの個人的な背景や心身の状況が関連しているのか今回は聴取できなかった。【考察】参加者（①見学者②ケアをする役③ケアを受ける役）の役割ごとに、身体精神的症状を来した点に注目し考察した。①見学者5名は、自分の身に置きかえ、同じ医療者として訓練演者にたいして同情や感情移入した事が考えられる。訓練演者へのシナリオが充実しており、想定以上にリアリティーのある内容に圧倒され、印象づいたことが影響していると考えられる。②ケアをする役2名（黒エリア担当・搬送班各1名）は、連続した死を待つケアは連続した無力感を医療者へ与え、実際に自分が体験するかもしれない役割であることへの感情移入が考えられる。③家族役1名に精神的変化があったのは、事前に役設定を行い、リアリティーを出すために役になりきることで感情移入したことが考えられる。本訓練は、黒エリアに限定したため、事前に身体的精神的影響が出現することを想定し、参加を強制せず、時間制限を設定し、途中離席が可能であることを呼びかけて開催された。しかしながら本訓練の経験者は、訓練直後だけでなくその後の日常で経験する遺体ケアなどが機会となって訓練時の感情が思い出されることがわかった。黒エリア訓練は、精神的にも負担がかかる訓練であるが、南海トラフ等の大規模災害時には必ず直面する事象である。黒エリア領域の災害訓練は、①勤務交代が必須であるエリアであること。②黒エリア対応者は平時からのセルフケアと、グリーフケアの対応力を身に付ける必要があること。③精神科や臨床心理士のサポートを受けられるようにする環境を整えること。以上を想定しながら訓練内容を計画していく必要がある。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第8会場)

[O10-4] 災害時の外来看護師のトリアージについて

○四元 由香 （白岡中央総合病院）

はじめに

当院は市内で唯一の２次救急病院という役割を担っている。立地上、高速道路や駅など多くの人が利用する施設が存在する。その為、災害時に多数傷病者を収容しなければいけない可能性がある。以前実施した総合避難訓練にて、アクションカードが機能せず分担されていない職員がどう行動していいか分からなかった、という反省点があった。日災害医療は学ぶ機会は多くとも実際に知識や技術を使うことは少ない。しかし日常的に準備することは重要である。

この機会に災害というものを再認識し外来看護師としての役割として、災害時トリアージの理解を深めていくことも重要と考える。

Ⅰ研究目的

２次救急病院としての災害に対する外来看護師の現状調査・トリアージ理解度、知識向上を目的とする。

Ⅱ研究方法

対象　一般外来看護師３８名

調査期間　H３０.１０月～H３１.２月

調査内容　災害看護に対する現状把握。紙上による START法トリアージ勉強会の実施。

START法トリアージ勉強会前後の理解度のアンケートの実施。

倫理的配慮　当院の倫理委員会の審査を受け承諾を得た。回収したアンケート・紙上トリアージは無記名・個人を断定できないようにし、研究終了後は破棄する。

Ⅲ結果

対象38名に勉強会前後にアンケートを配布し回収率は89%。紙上トリアージ回収率は89%中、有効回答は97%。

勉強会前アンケート結果については勤務中の災害への危機感・行動への不安感は、全体の80%に対し災害の研修等の参加歴は38%という低い数値を示した。 START法トリアージに関して認知度はあるものの、実際、訓練や紙上などでも行ったことがある人は25%であった。

当施設の災害マニュアルの認知度は高いが、読んだことがあるものは少なかった。

勉強会後アンケート結果については、勉強会や紙上トリアージにて災害に対する関心度は上昇があり START法トリアージの必要性の理解については100%という結果が得られた。

紙上トリアージについては、勉強会後名札サイズパウチカードの配布もあり、正解率の上昇はみられた。

しかし、実際に自身が行うとなると「不安」という意見が80%あり、不安という意見の中には、「実際のトリアージや訓練を行ったことがないから」など、実災害への経験がないからという意見が多数あった。不安が多い分、今後の訓練や研修は必要か、との質問には100%必要との意見があった。

勉強会前後での紙上トリアージの正解率は、設問1は前45%後100%、設問2は前90%後100%、設問3は前27%後71%、設問4は前63%後、設問5は前69%後100%。

Ⅳ考察

災害看護に対する関心度を継続させるためにも、定期的に研修計画をたてなければ時間とともに関心度が低下する恐れもある。今後映像や模擬患者を使用した症例などを繰り返し訓練するなどの内容を吟味し慣れていくことも重要と考える。

START法トリアージの知識や技術を習得するためにも定期的に勉強会の開催が必要である。

災害マニュアルについても、見やすい環境にすることを必要と感じた

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:10 第8会場)

[O10-5] 避難所運営ゲーム（ HUG）を体験した学生の学びと防災に対する意識の変化

○渡邉 克俊, 平井 由佳 （島根県立大学）

【目的】
A大学 B学部では1，2年次に「地域を体験する」科目群の学外演習科目において「防災まちづくり」を開講している。これらの学習により，学生が被災者のことを思いやる姿勢や，困難な問題に対応しようと取り組む姿勢を育むこと，また，将来的に地域の防災リーダーとなり活躍し貢献できる人材を育成することを期待している。本研究では，文系学部の2年次生が避難所運営ゲーム(Hinanzyo Unei Game，以下「 HUG」)を体験したことによる学びと防災に対する意識の変化について明らかにし，今後の授業展開の一助とすることを目的とする。
【研究方法】
1）調査時期：2019年4月
2）研究対象：本研究に同意を得られた A大学 B学部2年次生
3）データ収集方法：災害時の避難所や被災者の状況を理解し，災害時要配慮者の配置や避難所で起こる出来事に対処するグループ学習， HUG を約1時間実施した。その後，「ゲームを通して学んだこと」，「防災に対する意識の変化」についての無記名の任意のレポートを求めた。
4）分析方法：研究同意の得られたレポートを，内容の類似性に基づきグループ化し内容分析を行った。確証性，信用性の確保のため，研究者間で討議を行った後，災害看護を専門領域とする教員にスーパーバイズを求めた。
【倫理的配慮】
学生には，研究の目的とレポートの研究使用について，口頭と文書で説明し同意を得た。レポートはプライバシーに配慮し無記名で提出してもらった。レポートの提出をもって研究の同意とみなした。なお，研究対象学生は研究者所属の学部でなく，研究者らは学生の評価及び単位認定には無関係である。また，本研究は当該科目責任者の教員と所属の長の了承を得て実施した。
【結果】
13名からレポートの提出があった。レポートの総抽出語は2,319語，80文であった。これらの文章を意味内容の類似性に基づきグループ化し内容分析を行った。 HUGを体験したことによる学びの記述は，47のコード，サブカテゴリーは12抽出され，共通する意味ごとに分類したところ，＜多様なニードの気づき＞，＜運営方法＞，＜運営の視点・考え方＞，＜避難所での二次的健康被害＞，＜避難者の立場＞，＜日頃の心構え＞の６つのカテゴリーが抽出された。 HUG体験後の防災に関する意識の変化に関しては，30コード，サブカテゴリーは9抽出され，共通する意味ごとに分類したところ，＜災害への当事者意識＞，＜避難所のあり方としての意識の変化＞，＜能動的・主体的態度の獲得＞，＜今後の普段の生活のありよう＞の4つのカテゴリーが抽出され，防災における意識の変化がみられた。＜＞内はカテゴリーを示す。
【考察】
HUGのカードには様々な避難者が設定されていることから，改めて避難者の多様な属性や個別性について認識し，＜多様なニードの気づき＞を得ることができた。しかしながら，本研究の対象者は看護学部ではないため，医療や身体的健康問題，成長発達段階における弱者への視点が乏しく，対人職種としての知識や思考が不足しており，それらに裏付けされた支援や配慮の提案までには至っていない記述が多かった。避難所には，非日常的生活空間におけるストレスなど＜避難所での二次的健康被害＞が予測される。そこで，看護職をはじめ医療職がそれぞれの避難者のニーズに対応できるようコーディネートするとともに，全体を俯瞰して地域の防災リーダーとして活躍できるよう，教授内容の更なる検討の必要性が示唆された。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 重症患者看護

[O11] O11群 重症患者看護①

座長:戸部 理絵(信州大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:10 第9会場 (1F 中会議室103)

[O11-1] 救急患者に対する鎮静プロトコルの作成と実用性の評価

○蛯沢 仁代, 今 愛子, 三浦 崇 （弘前大学医学部附属病院高度救命救急センター）

[O11-2] 鎮静患者における疼痛評価スケール導入への取り組み

○藤沼 友子 （獨協医科大学埼玉医療センター）

[O11-3] 口腔ケアにおける口腔用ウェットティッシュの有用性

○河本 翼[1], 小川 美緑[2], 田戸 朝美[3], 松山 美依奈[1], 山勢 博彰[3], 山本 小奈実[3], 佐伯 京子[3] （1.前山口大学医学部保健学科, 2.福岡大学病院看護部, 3.山口大学大学院医学系研究科）

[O11-4] 褥瘡発生予防に使用した3種類の貼付材の比較検討について

○岡上 慎 （社会医療法人大雄会 総合大雄会病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:10 第9会場)

[O11-1] 救急患者に対する鎮静プロトコルの作成と実用性の評価

○蛯沢 仁代, 今 愛子, 三浦 崇 （弘前大学医学部附属病院高度救命救急センター）

Ⅰ．目的

救急患者の搬入理由は内因・外因問わず幅広く、中枢神経障害を合併する頻度も高いため、鎮静鎮痛管理におけるプロトコルの実践は困難なことが多い。本研究の目的は、救急患者に対する鎮静プロトコルを作成・導入し、それに基づき鎮静鎮痛レベルの目標値を設定し、医師・看護師が統一した視点と手順で鎮静鎮痛管理が可能かを検討することである。

Ⅱ．方法

研究対象：当院高度救命救急センターに入院した43～81歳の男女5名の患者。疾患は CO中毒、髄膜炎、心不全、外傷（小児、中枢神経疾患、精神科疾患、認知症、中毒を除外した）。 研究期間：平成30年3月21日～8月20日 研究方法：患者5名を対象に、当院で作成した「鎮静プロトコル」に従い鎮静管理を行った。プロトコルでの薬剤管理方法は、デクスメデトミジンを0.4（μ g/kg/hr）で投与し、それに加えミダゾラムまたはプロポフォールのいずれかを併用した。投与開始量、最小～最大投与量、一回増減量を医師が指示し、看護師が状態に応じて薬剤量を調整する内容とした。このプロトコルを用いて鎮静管理を行い、2時間毎またはイベント発生時のCPOT、 RASSの評価と薬剤量を記録した。さらに、睡眠状況や疼痛の有無などの聞き取り調査を行った。これらの調査は、病棟入室時と流量変更時、全身観察と意識レベル確認を行う時間帯に行った。 倫理的配慮：倫理委員会の承認後、高度救命救急センター看護記録や診療記録からデータ収集を行った。同意書により研究の同意を得、関連資料は厳重に保管した。

Ⅲ．結果

3症例でプロトコル開始48時間以降の鎮静剤流量の変更なし、又は変更回数が減少し、 RASS-3～+1の目標範囲にコントロールできた。さらに CPOTは48時間を境に0～5から0～3に低下した。他１例は開始24時間以内に鎮静を中止し、短時間でプロトコルが終了した。残りの１例は鎮静、鎮痛ともに全ての期間でコントロール不良であった。また、鎮静コントロール中に血圧低下したため、鎮静剤をプロトコル指示外で2回減量した症例があった。対象のうち4例で疼痛の有無と部位、睡眠状況を聞き取ることができた。1例は浅鎮静であったが聞き取りができなかった。全症例でプロトコル管理中に自己抜管等の重大インシデントの発生はなかった。

Ⅳ．考察

我々が作成した鎮静プロトコルを救急患者に導入したが、おおむね鎮静開始後48時間までには目標とする鎮静レベルにコントロールすることができた。鎮静、鎮痛ともに全ての期間でコントロールが不良例は、聞き取り調査を行った全ての時間帯で「痛みがある」　と答えており、鎮痛対策が不十分であったことが鎮静不良の原因と考えられた。また、持続鎮痛鎮静管理においては、ガイドラインに基づき鎮静剤の定期的な一時中断が必要と考えられた。

プロトコル管理中に重大インシデントの発生はなく、救急患者に対しても十分な疼痛コントロールで浅い鎮静管理が可能と考えられた。また、浅鎮静の症例では NRSで評価が可能であり、より主観的な痛みの評価が可能であった。以上より、我々が作成した鎮静プロトコルは、救急患者に対しても適切に鎮静管理を行うことが可能と考え、今後更なる実用性の評価が必要である。

【参考文献】

１）酒井敬子、小林孝子、他．当院救命 ICUにおける人工呼吸患者に対する看護師遂行型鎮痛・鎮静プロトコル導入の試み．日救急医会関東誌．2013；34(2)：388-391

２）鶴薗奈央他．人工呼吸器管理中患者への鎮静鎮痛プロトコル導入に関するせん妄発症予防の検討．日救急医

©一般社団法人 日本救急看護学会

会関東誌．2014；35(2)：211-213

(2019年10月4日(金) 10:30 〜 11:10 第9会場)

[O11-2] 鎮静患者における疼痛評価スケール導入への取り組み

○藤沼 友子 （獨協医科大学埼玉医療センター）

Ⅰ．目的
今日、鎮静だけでなく適切な疼痛評価と鎮痛の必要性が提言され、鎮静患者の疼痛管理は優先すべき重要な看護ケアである。Ａ病院では、鎮静患者の疼痛評価の方法が統一されていなかった。鎮静患者の適切な疼痛評価と鎮痛につなげるために、鎮静患者の疼痛に関するＩＣＵ看護師の意識や行動調査結果をもとに、疼痛評価スケールを導入した。
Ⅱ．方法
・記録調査（平成３０年７月２６日～８月２７日）：ＲＡＳＳ－２～－５の鎮静患者（以降鎮静患者）のうち意識障害を除く２２名で、疼痛評価と疼痛緩和を行った看護記録の有無を調査した。
・アンケート（平成３０年８月１日～８月２０日）：鎮静患者の看護経験が半年以上のＩＣＵ看護師２０名に、鎮静患者における疼痛管理についてアンケートを実施した。
・記録調査とアンケート結果からＩＣＵの現状と課題をスタッフへ提示し、鎮静患者の疼痛管理に関する資料配布と疼痛評価方法の動画学習を行った。動画はスタッフがいつでも確認できるようにした。ベッドサイドに疼痛評価方法を明示した。
・新人看護師に対し、鎮静患者の疼痛管理の必要性について集合教育を行った。
・記録調査とアンケートは、Ａ病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。
Ⅲ．結果
アンケートと記録調査からみえた現状と課題について、スタッフへ提示した上で疼痛評価スケールの導入を行うことができた。また、資料配布と動画学習により、スタッフ個人のタイミングで、繰り返し学習を行う環境を提供できた。疼痛評価スケールの導入後、鎮静患者に対し疼痛評価をもとに疼痛緩和を図る記録が残されるようになった。
Ⅳ．考察
疼痛評価スケール導入にあたり、新しい行動への「やらされ感」をなくし、スタッフ自ら行動に移すきっかけが必要と考えた。レヴィンの組織変革の特徴によれば、「解凍」の時期では組織がこれまでの認識や行動から脱却し、新しい認識や行動の必要性に理解を得なくてはならない時期とされる。記録調査及びアンケート結果に基づいて、組織の現状と課題をスタッフに提示し、行動の必要性を明確にしたことで、変化への動機づけに繋がったと考える。また、資料配布と動画学習について、視覚的学習は現象がイメージしやすく学習意欲を促し、繰り返し視聴することで効果的に習得できるといった利点が明らかとなっており、効果的な学習になったと考える。そして、スタッフ個人のタイミングで繰り返し学習できる環境を提供することで、「学習しやすさ」に繋がったと考える。また、状況対応リーダーシップによれば、影響の対象となる個人または集団のレディネスのレベルに合わせるべきとしている。経験年数が幅広く存在する組織に対し、一律に資料配布と動画学習による個人学習を行うことは、個人のレディネスに応じていないと考えられる。学習経験を持ったスタッフとは別に、新人看護師に教育の場を設けたことは、組織の中での個別のレディネスに応じた有効な教授方法であったと考える。レヴィンによれば「変化」の時期は、新しい知識や行動を導入する時期とされる。鎮静患者の疼痛評価をもとに疼痛緩和を図る記録が残されるようになり、行動変容の段階となった。Ｐ．ハーシイは、行動変化は「知識」「態度」「個人行動」「集団行動」４つのレベルがあり、「知識」に比べ「態度」に対する行動変容はより難しいとしている。レヴィンも、「変化」は推進力と抑止力が働く時期としており、新しい知識や方法に対し、これまでの行動への否定感や混乱を生じ、抑止力に繋がることが考えられる。今後は変化に伴う課題を整理しながら、「態度」「個人行動」「集団行動」へつなげていくことが課題である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:10 第9会場)

[O11-3] 口腔ケアにおける口腔用ウェットティッシュの有用性

○河本 翼[1], 小川 美緑[2], 田戸 朝美[3], 松山 美依奈[1], 山勢 博彰[3], 山本 小奈実[3], 佐伯 京子[3] （1.前山口大学医学部保健学科, 2.福岡大学病院看護部, 3.山口大学大学院医学系研究科）

Ⅰ．はじめに：人工呼吸器関連肺炎を予防するには、口腔内の細菌の増殖を抑える口腔ケアが重要であり、注水の代わりに保湿ジェルやウェットティッシュが注目されている。
Ⅱ．目的：口腔ケア用ウェットティッシュによるふき取りが、口腔内細菌の除去を短時間で可能とするかを明らかにする。
Ⅲ．研究方法
１．研究デザイン：健常人を対象とした RCT（ Randomized Controlled Trial）のクロスオーバーデザイン
２．研究期間：平成30年10月17日～25日
３．研究対象者：研究者の所属する大学に在籍する学生で20歳代の16名
４．方法：研究対象者に対し、2日間の期間、朝食・歯磨き前に異なる2つの口腔ケアを実施した。ブラッシングまではニプロ社製口腔ケアキットを用いて同様の方法で行い、ブラッシング後に①口腔ケア用ウェットティッシュ（以下ウエッティ）と②スポンジブラシ（以下スワブ）のいずれかで拭き取る方法とした。
５．測定項目：①細菌数：口腔ケアの前後及びブラッシング後の3点で、舌を綿棒で擦過し細菌カウンターにて測定した。② ATP(adenosine triphosphate)値：細菌数測定の溶液中に ATP測定試薬を攪拌して測定した。③染色率：口腔ケア前後に、歯垢染色液で前歯を染色したものを撮影後画像化し、画像解析ソフトにて数値化した。④拭き取り時間及び回数：ふき取り開始から終了までの時間と回数を測定した。
6．分析方法：細菌数、 ATP値、染色率の統計解析は介入方法の違いを二元配置分散分析と Wilcoxonの T検定で行った。
Ⅳ．倫理的配慮：対象者には文書をもって説明し同意を得た。その際成績等には影響せず自由意志であることを説明した。倫理審査委員会の承認を得た。
Ⅴ．結果
細菌数の変化：ウェッティによる細菌数は、口腔ケア前：4.6×10（以下全て×10^6）、ブラッシング後4.8、口腔ケア後2.4、スワブでは、口腔ケア前4.0、ブラッシング後4.6、口腔ケア後5.5であり、有意な交互作用が認められた($p<0.05$)。拭き取り後はウェッティで有意に少なかった($p<0.05$)。 口腔内の ATPの変化：ウェッティによるATP値は、口腔ケア前：27.3×10^3（以下全て×10^3）、ブラッシング後31.5、口腔ケア後15.9、スワブで口腔ケア前22.9、ブラッシング後32.3、口腔ケア後35.0であり、有意な交互作用が認められた($p<0.05$)。 拭き取り後はウェッティで有意に少なかった($p<0.05$)。 染色率：ウェッティによる染色率は、口腔ケア前後で53.５%、7.５％であった。スワブは50%、9%であった。2群に有意な交互作用は見られなかった。 拭き取り時間及び回数：ウェッティは、平均6 5.4秒、スワブは79.2秒で、回数は、ウェッティは13.5回、スワブは17.5回で、ウェッティが有意に少なかった（ $p<0.05$）。
Ⅵ．考察
口腔ケア後の細菌数と ATPの値は、ウェッティの方がスワブよりも減少していた。また、ウェッティのほうが拭き取り時間が短く、回数が少なかった。これは、ウェッティはスワブよりも表面積が広いため、口腔内を効率的に拭き取ることができ、それに伴い拭き取り回数及び時間の減少につながったと考えられる。また、染色率においては両者に違いはなかったことから、時間と回数が短くなっても、歯垢除去の程度に差はないといえる。以上のことより、ウェッティは口腔内の汚染物除去を効率的に行え、気管挿管患者など脆弱な状態にある患者への安全な口腔ケア方法として有用である可能性がある。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:10 第9会場)

[O11-4] 褥瘡発生予防に使用した3種類の貼付材の比較検討について

○岡上 慎 （社会医療法人大雄会 総合大雄会病院）

【目的】

集中治療領域は、循環動態の悪化や低栄養状態、自己での体動が難しいなどの理由から褥瘡が発生し易い環境にある。海外では予防的に貼付材を使用することで褥瘡発生が減少することが報告されており、医療費の圧縮にも繋がっている。

今回、褥瘡発生予防として3種類の貼付材を使用し、その効果を検討した。

【方法】

1.A病院 ICUに入院中で、循環動態・栄養状態・意識レベル・アパッチⅡスコア・ブレーデンスケールをもとに選定した患者へ貼付材を使用。また基準を満たしていてもすでに1度以上の褥瘡が発生している患者は研究対象外とした。また、体位変換等の看護ケアは全ての患者に同じ条件で施行した。

2.ココロールとデュオアクティブ CGF（以下デュオアクティブとす）とレストンの3群に分け、48時間ごとに皮膚状態を評価した。

3.3群間の褥瘡発生頻度の比較は l× m分割表検定で行い、 p＜0.05をもって有意差ありとした。

また、それぞれの2群間の比較をχ2検定、 fisher直接確率法で行い、 p＜0.05をもって有意差ありとした。

4. 3種類の貼付材と何も貼付していない状態での仙骨部と踵部の仰臥位における圧力測定を行い評価した。

【倫理的配慮】

本研究は院内倫理委員会の承認を受け、後ろ向きにデータを収集する患者に対しては ICU入口にオプトアウトを実施、前向きにデータを収集する患者に対しては同意書を取得した。

【結果】

ココロール群：16名23か所貼付、平均年齢65.5歳、カテコラミン使用11名、平均 TP/Alb/Hb:6.6/3.2/17.6、平均アッパチⅡスコア:23.6、平均ブレーデンスケール：13.0、 RASS平均-3.6、23か所中5か所褥瘡発生。

デュオアクティブ群：12名15か所貼付、平均年齢73.9歳、カテコラミン使用10名、平均 TP/Alb/Hb:5.9/3.1/10.7、平均アッパチⅡスコア:27.1、平均ブレーデンスケール：13.5、 RASS平均-2.8、15か所中1か所褥瘡発生。

レストン群：20名21か所貼付、平均年齢74.5歳、カテコラミン使用9名、平均 TP/Alb/Hb:5.3/2.4/10.5、平均アッパチⅡスコア:23.1、平均ブレーデンスケール：15.1、 RASS平均-3.1、21か所中9か所褥瘡発生。

3群間の褥瘡発生頻度の比較では P=0.043で有意差あり。

それぞれの群間の比較について、デュオアクティブとレストンの2群間の比較では P=0.024で有意差あり。

©一般社団法人 日本救急看護学会

体圧は、貼付材なしの仙骨部の平均/踵部の平均が21.1/33.2、ココロール貼付の仙骨部/踵部が15.6/28.5、デュオアクティブ貼付の仙骨部/踵部が21.2/33.6、レストン貼付の仙骨部/踵部が19.1/30.6(mmHg)であった。

【考察】

今回3種類の貼付材を使用したが3群間での褥瘡発生頻度に有意差が認められ、その中でデュオアクティブとレストンの2群間において褥瘡発生頻度に有意差があった。体圧測定結果では、デュオアクティブが突出して低いわけではないため、その他の栄養状態や循環動態などの要因が関係している可能性も考えられる。

体圧測定においては、ココロールは3種類の貼付材で一番皮膚にかかる圧力が低い結果となり、圧の分散には適している可能性が示唆された。

【結論】

1.3群間での褥瘡発生頻度には有意差があり、その中でデュオアクティブとレストンにおいて有意差がみられた。

2.体圧測定においてはココロールが圧分散に適している可能性が示唆された。

3.褥瘡予防には圧の分散のみではなく、栄養状態や循環動態の管理も必要である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 救急外来看護

[O12] O12群 救急外来看護①

座長:望月 桂(杏林大学医学部付属病院)

2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第9会場 (1F 中会議室103)

[O12-1] 脳梗塞治療時 ER入室後、看護業務の実態調査により学習課題を明確にする

○大倉 稚佳子, 阿潟浜 里枝, 星 寿子, 勝田 祥子, 筒井 美保, 生島 和美 （地域医療振興協会　市立奈良病院）

[O12-2] ECPR症例に対処できる実践能力の習得に向けて～他部署とカンファレンス・シミュレーションを通して～

○松堂 優美, 大城 珠緒, 西村 咲穂, 久保田 朋美, 田代 泉 （沖縄県立中部病院　救命救急センター）

[O12-3] 救急外来から始める早期退院支援への取り組み -退院支援問診票を活用しての現状と課題-

○伊丹 香織, 長谷 恵, 竹谷 奈緒子 （徳島県立三好病院）

[O12-4] 救急外来からの入院病床の選定に対する一考察

○中 亮子, 馬場 友子 （市立岸和田市民病院　救急センター）

[O12-5] 地域医療と共に変化する救急診療～救急外来の滞在時間調査から～

○谷口 公太郎, 山本 理恵, 尾谷 早苗 （京丹後市立弥栄病院）

[O12-6] 精神科を有しない二次救急病院での自殺企図患者を受け入れる看護師の実態

○田方 美希 （加賀市医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第9会場)

[O12-1] 脳梗塞治療時 ER入室後、看護業務の実態調査により学習課題を明確にする

○大倉 稚佳子, 阿潟浜 里枝, 星 寿子, 勝田 祥子, 筒井 美保, 生島 和美 （地域医療振興協会　市立奈良病院）

Ⅰ．はじめに
脳梗塞治療は、 ERでの迅速な初期対応が予後に大きく影響し、治療が安全で円滑に進められるよう専門的な質の高い看護が必要となる。 t-PA静注療法が無効または非適応である症例が存在し脳血管内治療を必要とする場合があるため、脳血管内治療件数は増加している。どの看護師が担当しても質の高い看護が実践できる体制を整えるため、 ER入室後の看護業務内容を調査し、学習課題について検討したので報告する
Ⅱ．目的
脳梗塞治療時 ER入室後、看護業務の実態調査により学習課題を明確にする
Ⅲ．方法
【調査期間】
2017年4月～2018年9月
【調査対象】
脳梗塞と診断され脳血管内治療を行った5例（他院からの紹介、院内発症は除く）に携わった看護師
【方法】
1.脳卒中初期診療（ ISLS診療）手順が推奨する項目に沿って ER到着から処置までに要した時間をカルテから調査を実施
2.調査結果から学習課題を検討する
【倫理的配慮】
ER到着から処置に要した時間をカルテから調査するため、プライバシー保護に留意しカルテを閲覧することを外来看護師に承諾を得た。研究に協力できない場合も、今後の業務や個人に不利益はないことを説明した
Ⅳ．結果
1.脳卒中初期診療（ ISLS診療）手順が推奨する項目に沿って整理した
①初期診断：バイタル測定、意識レベル評価、採血・静脈路確保（来院より10分以内）
バイタルサイン測定、意識レベル評価は全例5分以内に実施していた。採血・静脈路確保は5例中4例が10分以内に実施していた。1例は CT後、採血・静脈路確保を行なっていた。 NIHSS評価のカルテ記載は4例だった
②画像検査（ CT撮影、 MRI撮影）と心電図（来院より25分以内）
心電図の実施は2例だった。 CTは全例15分以内に実施、 MRIは37分後1件　64分後1件　3件は撮影せず血管治療を行った
③ t-PA静注療法開始時間
ER到着から2例目76分 3例目64分　4例目46分　5例目43分だった。4例は t-PA静注療法後、脳血管内治療を行っているが、 1 例は慢性硬膜外血腫があったため脳血管内治療のみ行った
④ Door to puncture time
1例目132分　2例目166分　3例目106分　4例目70分　5例目94分だった
2.学習課題の検討
①実施した処置や項目に関して優先順位が統一されていない状況に対しては、ガイドラインに沿ったマニュアル作成が必要
② NIHSS等の患者の評価の記載がないことについては、学習会およびシミュレーション教育が必要
Ⅴ．考察および結論
看護師経験が10年以上のスタッフが73%在籍しており必要な処置は行われていたが、実施した処置の項目や順番に統一性はなく、優先順位の違いは知識や経験に基づくものと推測された。脳血管内治療が開始されるまでの時間短縮は、機能予後が良好な状態で退院できることにつながる。必要物品をリスト化し準備しておくなど、予測性を持った行動は脳血管内治療開始までの時間短縮につながる。看護師が患者の状態をアセスメントし、迅速かつ適切なケアを実施するためには、観察力や迅速力など多くの能力が求められる。それらの能力を向上するため

©一般社団法人 日本救急看護学会

には、経験だけでなく①定期的な学習会およびシミュレーション教育②ガイドラインに沿った脳卒中ホットラインマニュアルと必要な機材のリスト化、チェックリスト③他職種連携・協働が必要であることが明確になった
Ⅵ．おわりに
今後も ERでは、他職種連携と専門的な質の高い看護が実践できる体制を整え、患者・家族にとって治療が安心・安全で円滑に進められるよう看護師の役割を果たしていきたい

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第9会場)

[O12-2] ECPR症例に対処できる実践能力の習得に向けて～他部署とカンファレンス・シミュレーションを通して～

○松堂 優美, 大城 珠緒, 西村 咲穂, 久保田 朋美, 田代 泉 （沖縄県立中部病院　救命救急センター）

研究目的　ECPR導入について、カンファレンスやシミュレーションを実践し、他部署との連携と役割を明確化し、フローチャートを作成することでスムーズに ECPRの導入ができる。

研究方法　当救命救急センターに勤務する看護師28名を対象とした。

ECPRについての救急看護師と他部署との勉強会、シミュレーション、ミーティングを行い、フローチャート作成をした。勉強会・シミュレーション前後で、理解度の向上や不安についての項目でアンケートを行なった。

倫理的配慮　アンケート調査は無記名とし、個人が特定されないようプライバシーに配慮した。本研究以外には使用しないことを説明、また、当院の研究倫理審査委員会の了承を得た。

結果

1.事前アンケートの回収率は92%であった。 ECPR導入については「不安」と答えたのが60%。内容はイメージがつかない事や他部署との連携に対する不安、慣れない場所での物品に関する不安であった。

2.勉強会は計4回実施し参加率は76%であった。

3.限られた人数で PCPS挿入と心肺蘇生を同時に行うため、救急看護師とアンギオ室看護師でカンファレンスを行い、役割の明確にした。

4.カンファレンスやシミュレーションでの意見をもとに、 ECPRの流れや救急看護師の役割を可視化するため、フローチャートを作成した。

5. ECPRシミュレーションを救急医師・看護師、循環器医師、アンギオ室看護師、 ME、放射線技師、救急隊を含め2回実施した。実践後の課題として、輸液準備や物品の配置、情報の引継ぎ、貴重品の保管方法などがあげられた。アンギオ室看護師を含めてフローチャートの修正を行なった。

6.動画撮影でのフィードバック

シミュレーションを動画撮影し、関連部署へもフィードバックした。

7.机上シミュレーション

©一般社団法人 日本救急看護学会

救急・アンギオ室看護師を対象に机上シミュレーションを2回実施した。

8.シミュレーション後の意識調査

シミュレーションへの全体参加率は68%であった。勉強会やシミュレーションなどを実施し、救急看護師へ再度ECPRへの意識調査アンケートを行なった。取り組みを通して、80%の救急看護師が ECPRの流れを理解できたと回答した。しかし、取り組み後も50%の看護師が不安を抱えていることがわかった。 ECPRに対する気持ちの変化については、「まぁまぁ対応できる」という回答が60%であった。その他自由記載ではアクションカードの使用や応援体制の整備が求められた。また、繁雑な業務の中で対応できるか不安、定期的なシミュレーションの必要などの意見もあった。研究期間中に実際 ECPR症例が１件あり、これまで119番通報から PCPS挿入までの平均時間は67分を要していたものが、 ECPR導入後は56分と11分の時間短縮に成功した。

考察

2016、2017年の当救命救急センターにおける CPA総数212件のうち、初期波形が Vf/VT件数は19件であった。先行研究では心停止後41分以内に PCPS装着で社会復帰率が56%という蘇生率のデータが得られている。シミュレーションを通して、 ECPRの一連の流れをイメージすることでお互いの役割や動きを把握し、より質の高い看護が提供できると考える。多職種で意見交換を行い、シミュレーションの実施、フローチャート作成など ECPR導入のベース作りを行ったことは救命率をあげるための時間短縮に繋がった。さらにチームとしてのモチベーションも高められた。フローチャート作成やシミュレーションは実践力向上に効果的であったと考える。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第9会場)

[O12-3] 救急外来から始める早期退院支援への取り組み -退院支援問診票を活用しての現状と課題-

○伊丹 香織, 長谷 恵, 竹谷 奈緒子 （徳島県立三好病院）

【はじめに】 A病院が位置する医療圏は高齢化率37.7%という地域であり、平成29年度 A病院の入院患者の高齢化率は78.6%であった。入院する患者は認知症や複数の疾患を合併する高齢者が多く、碓井らは「救命を意識した状況下において、退院支援の優先度は低くなるが、救命の先には患者の生活を見据えた看護が必要であり、退院支援の重要度は高く、可能な限り早期からの退院支援介入は必要である」と述べている。特に高齢者にとって入院環境の変化はリロケーションダメージが起こりやすくなることから早期退院支援が重要となる。このことから平成28年10月より入院前の生活状況などを救急外来看護師が聴取して、退院支援問診票（以下、問診票と略す）に記載し、入院時に病棟看護師に申し送る「救急外来から始める退院支援」に取り組んできた。
【目的】病棟看護師が退院支援を行う際に、退院支援問診票の重要視する項目と活用度を把握し、今後の課題を明らかにする。
【方法】
１．研究対象：A病院病棟看護師　98名（看護師長と緩和ケア病棟で勤務する看護師を除く）
２．調査方法：平成30年6月21日から平成30年7月5日の期間に、独自に作成した質問紙を用いて調査した。項目別に単純集計、比率、経験年数別によるカイ二乗検定、順位尺度を用いて集計した。
３．倫理的配慮：対象者には質問紙と共に研究の主旨や目的、方法についての説明文を配布し、回答は無記名式、参加は自由であり不参加でも何ら不利益を被らないことを記載した。質問紙の回収をもって同意を得たとした。また、発表にあたり A病院の倫理委員会の承認を得た。
【結果】質問紙の回収率は85.7%である。入院時に問診票の申し送りができていたのは78.3%であった。問診票は、病棟看護師が行う退院支援が必要な患者のアセスメントと抽出、入院前のイメージ、入院後の患者ケアに71.0%が役立っていると答え、患者や家族との対話に62.3%が活用していた。また、日常生活援助に関わる病棟

©一般社団法人 日本救急看護学会

看護師にとって最も重要視する項目は、１位から順に「移乗・移動」「認知機能」「排泄」「食事」「家族の状況」であった。しかし、問診票の情報をもとに直接ケアマネジャーなどに連絡して情報提供を求めることや、他部署・多職種との情報共有に活用したのは39.1％であった。
【考察】退院支援には「患者の情報」が必要である。救急外来では患者の処置・検査・診察介助の合間の限られた時間の中であっても、患者本人や家族・介護支援専門員や施設職員などから看護師が直接入院前の自宅での生活状況などの情報を聴取し、問診票へ記入して病棟看護師へと申し送っている。その中でも特に、日常生活援助に関わる病棟看護師にとって「移乗・移動」「認知機能」「排泄」「食事」「家族の状況」は最も重要視する項目であることが分かった。患者の病態に合わせて可能な限り入院前の ADLの維持や、入院中の ADL低下を予防する必要がある。問診票には、 ADLについて「自立」「全介助」といった大まかな一次チェックをしているが、援助が必要な項目については詳細な情報を聴取し、具体的に記載しておく必要がある。そして、得られた情報から患者の生活背景がイメージでき、個々に合った環境やケアを提供することが求められる。そのため救外来看護師は情報収集能力を向上させることが必要である。また、問診票が病棟看護師だけでなく、医師や医療ソーシャルワーカー、理学療法士や薬剤師などの多職種に問診票の認知度、活用度、問診票に対する意見などを聴取し、早期退院支援の連携ツールにすることが今後の課題と考える。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第9会場)

[O12-4] 救急外来からの入院病床の選定に対する一考察

○中 亮子, 馬場 友子 （市立岸和田市民病院　救急センター）

【はじめに】救急外来から緊急入院した患者に対して、適切な入院病床を選定することは患者が安全で安楽な入院生活を送る上で重要である。しかし、救急外来受診患者は、急激な発症で経過が把握しにくいことや原因不明なことも多い。そのうえ治療反応などの予測を踏まえて選定することが必要であり、適切な入院病床の選定が困難なことがある。当院における後ろ向きの検討では、早期警告スコア（ NEWS）が高いほど、救急病棟への入院を選定していた。しかし、一般病棟に緊急入院した後24時間以内に急変した中に、 NEWS 0～9点の患者がいることもわかった。今回、一般病棟に緊急入院し24時間以内に急変した患者の背景を分析することで救急外来からの入院病床の選定に対する示唆を得たいと考えた。【目的】救急外来から一般病棟へ緊急入院した患者のうち24時間以内に急変した患者の背景を分析する【研究方法】調査期間：平成30年4月1日～平成30年10月31日　調査対象：救急外来から一般病棟に緊急入院した患者のうち、24時間以内に急変している患者7名　調査内容：主訴、年齢、性別、既往歴、服薬歴、検査データ、来院時と入院直前のバイタルサイン【倫理的配慮】データは個人が特定されないように番号化し分析後破棄した。【結果】救急外来から一般病棟に緊急入院した患者は770名であり、24時間以内に急変した患者は7名だった。平均年齢は70歳(34～89歳)、 NEWS 0～9点であった。背景には、胆管炎、慢性呼吸器疾患の既往、合成副腎皮質ホルモン剤の服用、アシデミアの存在、 CRPの上昇、入院直前のバイタルサインが来院時に比べて安定していなかった。【考察】来院後よりバイタルサインが安定していない患者は、呼吸回数は25回/分以上であった。急変の前兆について Schein[1)] が、呼吸数の中央値は平均29±１回/分と上昇していたと述べられており、呼吸回数増加は急変の予測に重要と考える。よって呼吸回数が安定しない患者の病床選定は注意が必要である。バイタルサインが正常から逸脱していても、代償機能を用いて救急外来では恒常性を保っていた。高齢者はその後代償機能が破綻し24時間以内に急変を起こしていた。土田[2)] は加齢により免疫応答が低下することで、38度以上の発熱や白血球数、 CRPが高値などといった炎症所見や自覚症状が顕著に出現しにくいと述べている。当院で24時間以内に急変していた高齢者の背景には CRPが高値、かつ NEWS 5～9点であった。よって、高齢者において CRPが高値の場合には、より重篤な状態となっていると考えられる。そのため、 NEWS ５点以上の感染症に罹患している高齢者は救急病棟を選定することが望ましいと考える。既往歴に慢性呼吸器疾患があり合成副腎皮質ホルモン剤を服用中や CRPが高値の患者は入院後に呼吸状態が悪化していた。合成副腎皮質ホルモン剤を使用している場合は感染してもマスキングされて、発熱を伴わず軽い症状に抑えられる。来院時に CRPが高値の場合には慎重に入院病床を選定する必要がある。また、アシデミアの患者も急変していた。アシデミアの状態は細胞機能障害を引き起こすと知られている。そのため、急変対応が迅

©一般社団法人 日本救急看護学会

速に行える入院病床の選定が患者にとって安全と考える。【結論】救急外来からの緊急入院患者において、来院時から入院直前までのバイタルサインが改善していない患者やアシデミアの状態、既往歴に慢性呼吸器疾患のある患者、炎症反応が高値の患者は急変の可能性を考慮し、入院病床の選定が必要である。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第9会場)

[O12-5] 地域医療と共に変化する救急診療～救急外来の滞在時間調査から～

○谷口 公太郎, 山本 理恵, 尾谷 早苗 （京丹後市立弥栄病院）

Ⅰ．はじめに
高齢化がピークを迎える A地域では、滞在時間が延長している印象を強く受けていた。
そこで、高齢者の受診がどれくらい滞在時間を要するか具体的に知る必要があると考え調査した。
Ⅱ．研究目的
救急外来滞在時間を各年齢層別に調査する。滞在時間を延長させる要因を調査し、起こり得るデメリットを考察する。
Ⅲ．研究方法
対象:救急外来受診をする15歳以上の患者859件
調査期間:平成30年8月1日～10月31日
調査方法:救急外来で勤務する看護師12名で、独自に作成した研究調査表を用いた
Ⅳ．倫理的配慮
研究によって得られたすべての情報は、患者個人が特定されることなく、患者個人への不利益を被ることはない。また、データは本研究のみの使用を原則とした。院内の倫理委員会に準ずる会議の承認を得た。
Ⅴ．結果
サンプル数859件で有効768件（89.40%）、無効91件（10.59%）であった。各年齢層別の滞在時間を図に示した。滞在時間を各年齢層別に比較すると生産年齢と前期高齢者は、有意差を認めず（ P＜0.1）、後期高齢者と超高齢者は、有意差を認めた（ P＜0.05）。後期高齢者と超高齢者は生産年齢、前期高齢者と比較すると有意差を認めた（ P＜0.01）。検査数について、生産年齢と超高齢者は他の年齢層と比較すると、全ての年齢層に有意差を認めた（ P＜0.01）。前期高齢者と後期高齢者は有意差を認めなかった（ P＜ n.s）。各年齢層の培養あり群となし群の滞在時間は、全ての年齢層で有意差を認めた（ P＜0.01）。培養あり群の滞在時間は、生産年齢と比較すると全ての年齢層に有意差を認めた（ P＜0.01～0.05）。それ以外の年齢層別に有意差は認めなかった（ P＜ n.s）。培養なし群の滞在時間について、生産年齢・前期高齢者は、後期高齢者と超高齢者共に有意差を認めた（ P＜0.01）。生産年齢と前期高齢者、後期高齢者と超高齢者は共に有意差を認めなかった（ P＜ n.s）。転帰について、入院となった割合は、生産年齢4%、前期高齢者17%、後期高齢者22%、超高齢者42%だった。入院した群の滞在時間は、全ての年齢層で有意差は認めなかった（ P＜0.1～ n.s）。
Ⅵ．考察
滞在時間が有意に延長する年齢基準は75歳以上の後期高齢者以上で、要因には検査数が大きく関与していた。検査の中でも培養検査が滞在時間の延長要因になっていると言える。年齢が上がると入院率は増えるが、入院した患者の滞在時間に有意差はなかった。 B病院の入院時標準検査が滞在時間延長に繋がっていると言える。
Ⅶ．おわりに
地域医療を支える救急外来では、検査数の増加から滞在時間が延長し、全患者へ影響する。滞在時間を低減させる取り組みが必要である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 第9会場)

[O12-6] 精神科を有しない二次救急病院での自殺企図患者を受け入れる看護師の実態

○田方 美希 （加賀市医療センター）

【目的】

平成27年の自殺死亡率の統計で、加賀市は21.0、全国では18.9、石川県では20.1と比較的高い水準であった。A病院では二次救急で市の中核病院を担っており、救急車を断らないという基本方針のなか、自殺企図患者も受け入れている。平成28年度の A病院への救急全搬送者2,792件のうち、自殺企図患者の総数は35件、うち「未遂」は28件、「既遂」は7件であり、近隣の精神科を有する病院と比較しても大差はない。精神科を有さず自殺企図患者と接する機会の多い救急外来看護師や入院を受け入れる病棟看護師は、院内自殺などを目の当たりにし、暴れる患者の対応などを受け不安の声も聞かれた。第一弾の取り組みとして、自殺企図患者への思いや感情を明らかにし、今後の取り組みの一助とするために院内看護師全員を対象にアンケート調査をおこなった。

【方法】

1.データ収集期間　2018年8月～9月

2.研究対象　院内看護師242名（産休・育休、臨時職員は除く）

3.倫理的側面

当院の倫理委員会の審査を受け、承認を得た。研究協力の同意は、質問紙の返答をもって得られたものとした

4.データ収集方法

　無記名自記式質問紙による自由記載を用いた質問紙を用いて、設問につき「あり」「なし」の選択肢の設問と、具体的な回答を得るための自由記載を設けた。

5.データ分析方法

得られた結果から、類似性のある言葉を分類し、分析過程で抽象度を上げてカテゴリー化した。結果に研究者の偏りが出ないように、研究者間で検討を重ね、カテゴリーの修正と精錬をおこなった。

【結果】

質問紙を配布した対象者242名のうち、210名より回答が得られた（回収率86.7%）

【自殺企図患者を受け入れた時の思い】の設問に対し、カテゴリーには「再企図に対する経験したことのない思い」があり、主なワードとして[自分の言動がきっかけになったらどうしよう][行動が気になり目が離せない]がみられた。「自殺企図に対する専門的（適切）な対処方法への思い」の主なワードは、[どのように対応すればいいのか][自分の対応が合っているのか]がみられた。「負の感情、怒り、抵抗感」の主なワードは[口に出してはいけない感情が生まれる][自己責任の問題]がみられた。「自殺企図患者への関心」の主なワードは、[背景に何があったのか][なぜ自殺したのか][残された家族は大丈夫か]と、4つのカテゴリーに分類された。【自殺企図患者との関りで困ったこと】では、「自殺企図に対する専門的（適切）な対処方法」があり、主なワードは[気持ちをどう受け取ればいいのか][処置に協力してもらえない][再企図を口にする]がみられ、「専門家がない病院での多岐に

©一般社団法人 日本救急看護学会

わたる連携の必要性」の主なワードは、[後遺症のある場合のサポート][PSWや専門医がいない]がみられ、「職場でのサポート不足」の主なワードは、[人手不足][知識不足]がみられ、「家族支援の対処方法」の主なワードは、[家族がきっかけで興奮した][家族が病院へ来ない][家族への対応時間が少ない]と4つのカテゴリーに分類された。【自殺企図患者と積極的に関るために必要なこと】では、「研究会、自己学習」、「自身の精神的コントロール」、「周知活動」と３つのカテゴリーに分類された。

【考察】
精神科を有さず、救急車を断らない二次救急病院において、自殺企図患者を受け入れる看護師は不安が強く、専門的対応の困難さを感じていることが分かった。それを受けて、事例検討会や研修にて対応可能な専門的知識の充足と、スタッフへのメンタルヘルスケアへの取り組みが必須課題であることが明らかとなった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演） | 救急外来看護

[O13] O13群 救急外来看護②

座長:赤松 有紀子(社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会野江病院)

2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:00 第9会場 (1F 中会議室103)

[O13-1] 当院における内因性ロード＆ゴー症例の受け入れにあたっての現状と課題 ～救急看護師の質の向上を目指して～

○名嘉眞 未来, 川地 ひかり （沖縄中部徳洲会病院救急センター）

[O13-2] 救急外来における医療サービスの患者・家族満足度評価、および医療サービス向上への介入効果の検証

○安部 孝賢, 高橋 優 （社会医療法人寿会　富永病院）

[O13-3] 救命救急センターに救急搬送された患者の家族関係者への看護師の対応

○佛性 千賀子, 中山 紗代子, 嶋田 安希 （大津赤十字病院 高度救命救急センター）

[O13-4] 熱性けいれんのパンフレットを使用した帰宅指導の効果

○西浦 明菜, 岡崎 啓, 大麻 康之 （高知県・高知市病院企業団立高知医療センター）

[O13-5] 「事故」により外来受診する小児患者家族への「事故予防指導」にむけて～救急外来受診小児患者の現状からの考察～

○横山 奈緒実, 田中 秀明, 冨田 由美子, 下鶴 有紀 （松戸市立総合医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:00 第9会場)

[O13-1] 当院における内因性ロード＆ゴー症例の受け入れにあたっての現状と課題 ～救急看護師の質の向上を目指して～

○名嘉眞 未来, 川地 ひかり （沖縄中部徳洲会病院救急センター）

【はじめに】

救急センターにおいて入電（以下、ホットラインとする）情報は、傷病者の緊急度や重症度を予測して病態に応じた受け入れ準備をするためにも重要である。正確な情報が伝わらないと、傷病者の予後にも影響を及ぼすことになる。

JPTEC、 JNTEC、 JATECの普及により、ロード＆ゴー（※1 高エネルギー外傷患者や重症度が高く救命出来る可能性のある外傷患者を迅速に搬送すること）の概念は救急現場では広く定着しているが、内因性ロード＆ゴー（※2生理学的徴候に異常があり、生命に危険が迫っている緊急度の高い患者を迅速に搬送すること）はロード＆ゴーほど定着していないのが実状である。救急隊による現場での内因性ロード＆ゴーの判断にはバラつきがあり救急隊によっては内因性ロード＆ゴーを宣言されない現状もある。

当院ではホットラインを看護師が受けることが多く、看護師の経験値や知識によって内因性ロード＆ゴーの判断にもバラつきがあった。そこで、看護師の知識や医師との共通認識を深めていくべく、医師を中心に院内勉強会や救急隊を交えた想定訓練を行った。その中で見えてきた現状と課題についてここに報告する。

【目的】

内因性ロード＆ゴー症例の認識と迅速な受け入れに向けた準備ができているか、現状と課題を明らかにする。

【方法】

対象：救急センターに従事する看護師（22名）

方法：アンケート調査（内因性ロード＆ゴー受け入れに対して不安や困っていること）

【結果・考察】

救急センターでは、ホットライン時点では傷病者情報が少なく、また傷病者を実際に観察することができない。そのためホットラインからの内容は重要で事前準備段階において有用である。

救急センターに従事する看護師へアンケートを行った。検証開始前は内因性ロード＆ゴーの受け入れに不安を持っている看護師が75%と、半数以上を占めていた。看護師の知識が不十分であったために医師・看護師間での共通認識が出来ておらず十分な事前準備ができていなかったなど医師からの意見も聞かれた。しかし、勉強会や訓練を重ねることによってホットラインの情報から看護師が内因性ロード＆ゴーを予測し、事前準備を行なえた症例も見られるようになった。検証開始後のアンケートでは、内因性ロード＆ゴーの受け入れに不安を持っている看護師が31%と半数以下へ減少した。搬送前に看護師が医師と協働し、迅速に事前準備体制を整えることができるようになったと医師から意見も聞かれるようになった。

さらに、アンケートで記録用紙の簡素化または見直しの意見もあった。ホットラインの記録用紙の書式を変更することにより、一目でロード＆ゴーや内因性ロード＆ゴーなのか判別でき、より迅速に医師・看護師全体へ働きかけることができるようになるのではないかと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

【結論】

今後も内因性ロード＆ゴーの症例検討、勉強会や医師・看護師・救急隊を交え、内因性ロード＆ゴー症例を想定した合同訓練（トレーニング）を継続して行う。

また、検証前後での内因性ロード＆ゴーに対する救急隊の意識変化については把握できていない。そのため、内因性ロード＆ゴー患者に対して宣言された症例に対しても今後振り返りの場を設けお互いに共通認識を増やしていく必要がある。

ホットライン記録用紙の変更へ向けてどのような部分の変更が必要か検討、改訂し、救急隊による内因性ロード＆ゴー宣言から集中管理病棟（ HCU、 ICU）への入院率等の統計を出し、相互のために役立てていきたい。

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:00 第9会場)

[O13-2] 救急外来における医療サービスの患者・家族満足度評価、および医療サービス向上への介入効果の検証

○安部 孝賢, 高橋 優 （社会医療法人寿会　富永病院）

【はじめに】
近年、医療や看護の質評価は、利用者への質保証から多くの病院において取り組みが行われている。当院は年間8752例の救急患者、救急車6381台の受け入れを行う二次救急病院である。救急外来は初療のみで、入院後は病棟へ引き継がれるため、患者の滞在時間は短い。そのため、これまで救急外来では明確な医療サービスの評価が実施されておらず、質評価は課題となっていた。
【目的】
１．当院救急外来の医療サービスに対する患者・家族の満足度を明らかにする。
２．満足度評価結果を基に実施した、医療サービス向上への介入の効果を検証する。
【方法】
研究デザインは横断的量的調査研究。データ産出期間は、平成30年8月～11月を介入前期間、平成30年12月～平成31年3月を介入後期間とし、それぞれで質問紙調査を実施した。質問紙は救急外来での医療サービスの満足度を評価するため、先行研究から「総合満足度」、「待ち時間対応」、「患者の症状・プライバシーへの配慮」、「家族対応や待機環境」「患者・家族の意思尊重」の5つから構成した。質問は「全く満足していない」から「とても満足している」までの5段階リッカートスケールを用い、当院救急外来に受診した患者・家族へ配布した。介入方法は、介入前期間の質問紙調査の結果から、低評価な内容に対して介入する計画とした。分析は介入前後期間において単純統計を行い、介入効果を検証するためにマンホイットニーの U検定を行った。
【倫理的配慮】
質問紙は無記名とし、回収箱を設置し回収を行った。また、本研究は当院の倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】
アンケート回収率は17.3%（回収数1005枚／救急患者数5806名）。介入は後述する介入前期間の評価が低かった「待ち時間対応」に対し、11月中旬～12月中旬の期間で、アンケート結果の提示とカンファレンスを実施し、「30分毎の待ち時間の説明と中間トリアージ」を実施した。満足度評価の結果は、介入前・介入後の平均で「総合満足度」介入前4.65・介入後4.74、「待ち時間対応」介入前4.39・介入後4.52、「患者の症状・プライバシーへの配慮」介入前4.69・介入後4.75、「家族対応や待機環境」介入前4.51・介入後4.60、「患者・家族の意思尊重」介入前4.63・介入後4.73であった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

介入効果の検証では、「患者・家族の意思尊重」において p=0.03と有意差（ p<0.05）が認められた。しかし、「総合満足度」 p=0.07、「待ち時間対応」 p=0.06、「患者の症状・プライバシーへの配慮」 p=0.25、「家族対応や待機環境」 p=0.16と、他の質問において有意差は認められなかった。

【考察】

介入前期間の満足度評価では「待ち時間対応」のみ、対象によって低評価が認められており、平均値も他項目よりやや低い評価であった。これらのデータを基にカンファレンスを行った結果、「スタッフ毎の待ち時間への対応の差」や「救急患者重複時の対応不足」が、低評価の原因であると考えられた。

介入後期間において「待ち時間対応」の平均値は上昇したが、介入効果が認められなかった理由としては、「スタッフ毎の介入の徹底不足」や、「待ち時間自体は変わらない」ことが考えられた。そのため、今後は速やかな診療に向けた業務改善や、介入の徹底を行うことで、介入効果が現れる可能性があると考える。また、「患者・家族の意思尊重」に関しては、介入により患者・家族への声かけの機会が増加し、患者・家族から意思を伝えられるタイミングが増加したことで、介入効果が現れた可能性が考えられた。

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:00 第9会場)

[O13-3] 救命救急センターに救急搬送された患者の家族関係者への看護師の対応

○佛性 千賀子, 中山 紗代子, 嶋田 安希 （大津赤十字病院 高度救命救急センター）

【目的】 A病院に救急搬送された患者の家族関係者への看護師の対応について現状を明らかにする。

【方法】研究デザイン：量的記述的研究

研究対象者： A病院高度救命救急センター救急外来で勤務する看護師103名（師長は除く。高度救命救急センター ICUおよび救急病棟、一般外来に所属する者）。

調査期間：2019年１月10日～1月30日

調査方法：独自に作成した無記名自記式質問紙票を用いたアンケート調査

調査項目：救急搬送された患者の家族関係者への看護師の対応（初めて対応するタイミング・行動・記録）、対象者の属性に関する項
目の合計19項目

看護師の行動に関する項目では CNS-FACEのニードを充足するための家族関係者への関わりの実施度を5段階の尺度を用いて尋ねた。

分析方法：家族関係者対応の実施度について CNS-FACEのニード間および対象者の所属部署間で多重比較（Holm法）を行った。

【倫理的配慮】 A病院看護研究倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】有効回答数75部。有効回答率72.8%。安楽・安寧のニードへの対応の実施度は ICU、救急病棟、一般外来の3部署全ての看護師において有意に低かった（ p＜0.05、 p＜0.05、 p＜0.01）。

ICU所属の看護師では情報、社会的サポート（ p＜0.01）、接近、情緒的サポート（ p＜0.05）のニードへの対応

©一般社団法人 日本救急看護学会

の実施度は安楽・安寧のニードより有意に高かった。救急病棟所属の看護師では情報、情緒的サポートのニードへの対応の実施度は安楽・安寧、保証のニードより有意に高かった（ p＜0.05）。一般外来所属の看護師では接近のニードへの対応の実施度は安楽・安寧、保証のニードより有意に高かった（ p＜0.05）。

対象者の所属部署間においては安楽・安寧、社会的サポート、接近のニードへの対応の実施度は、 ICU所属の看護師に比べ外来所属の看護師が有意に低かった（ p＜0.05）。情報のニードへの対応の実施度は ICU、救急病棟所属の看護師に比べ外来所属の看護師が有意に低かった（ p＜0.01）。

【考察】

先行研究では救命救急センター、 ICU・ CCUに入院した患者の家族のニードのうち、第1病日に高いのは情報、接近、保証のニードであり、最も低いのは安楽・安寧のニードであることが明らかになっている[1)]。 A病院に救急搬送された患者の家族関係者のニードにおいても同様に情報、接近、保証のニードが高く、安楽・安寧のニードが低いと考えられた。そのため、ニードが高い情報、接近のニードへの対応の実施度は高く、ニードが低い安楽・安寧のニードへの対応の実施度は低い結果となったと考えられた。情報、接近のニードと比較して保証のニードへの対応の実施度は低い傾向にあり強化が必要だと考えられた。部署別にみると、一般外来所属の看護師の各ニードへの対応の実施度が低く今後の課題であると示唆された。

【参考文献】

1）山勢博彰（2006）：重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発ーニードとコーピングの推移からー、日本看護研究学会雑誌、29（2）、 p. 95-102

(2019年10月4日(金) 15:10 〜 16:00 第9会場)

[O13-4] 熱性けいれんのパンフレットを使用した帰宅指導の効果

○西浦 明菜, 岡崎 啓, 大麻 康之 （高知県・高知市病院企業団立高知医療センター）

はじめに　小児内科疾患における救急搬送件数で最も多い病態がけいれんであり、当院でも78%を占めている。その一方で転帰は帰宅となるケースが多く、保護者より帰宅後のけいれん再発に対する対応はどうすればよいか、入院の必要性はないかなどと質問されることが多い。また、帰宅後に保護者から、処方された坐薬がなくなったらどうすればよいかという電話相談があった。そのため、熱性けいれんの病態、処方された坐薬の効果と投与時間、再けいれん時の対応、救急要請の基準、入院適応などが記載されたパンフレットを作成した。帰宅時に医師または看護師からパンフレットを渡し保護者へ帰宅指導を行うことで保護者への具体的行動指針を示し、再受診率・電話相談件数が減少することを目指した。
目的　初発の熱性けいれんで救急搬送される患児の保護者に対してパンフレットを用いた帰宅指導を行うことで、再受診率・電話相談件数への効果を検討した。
方法　初発の熱性けいれんで救急搬送される患児で転帰が帰宅となる症例を対象として帰宅時に医師または看護師から帰宅指導を行うこととした。調査期間は2018年10月1日〜2019年3月31日とした。パンフレット運用開始前後で熱性けいれんによる再受診率・電話相談件数を調べ比較を行った。再受診については個人情報を確認せず、調査期間中に熱性けいれんの病名で受診した患者を医事データから抽出。電話相談については件数を別紙に記載し件数を抽出し、後方視的に分析した。
倫理的配慮　本研究は高知医療センター臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。個人が特定されないよう配慮し、個人情報を確認せず必要なデータのみ医事データより抽出した。
結果　パンフレット運用前2018年10月１日〜2018年12月24日、初発の熱性けいれんで救急搬送された患児で帰宅となったケースは11件、再受診は５件(45%)、帰宅後に電話相談があった件数は11件中2件(18%)であった。パ

©一般社団法人 日本救急看護学会

ンフレット運用開始後2018年12月25～2019年3月31日、初発の熱性けいれんで救急搬送された患児で帰宅となったケースは20件、パンフレット配布数は27枚(135%)であった。配布数が100%を超えた原因として、発熱で受診した症例に対し保護者が熱性けいれんを心配する場合に医師が配布していたことが聞き取り調査で判明した。パンフレット運用開始後、再受診は20件中3件(15%)と減少し、電話相談も0件(0%)であった。
考察　今回、再受診率・電話相談件数が減少したという結果が出た。パンフレット配布に関する研究では、子供が元気な時の配布の効果は乏しく、救急外来受診時の配布が効果は高いとされている。[1]再受診率・電話相談件数が減少した理由として、熱性けいれんを児が実際に経験した後、保護者に帰宅指導を行い行動指針を示したことで、帰宅後にどのような対応をすれば良いかを保護者が具体的に理解し、不安軽減を行えたことが効果的であったと考えられる。また、主に医師がパンフレットを活用しており、看護師が渡す頻度が少ないのが現状である。さらに再受診率・電話相談件数が減少するためには、パンフレットを看護師が活用しやすい環境になるよう配置場所の変更や、看護師の意識向上のための教育体制を整備していく必要がある。
結論　熱性けいれんのパンフレットを使用し帰宅指導を行うことで、熱性けいれんによる再受診率・電話相談件数の減少に帰宅指導は効果があったと考えられる。
参考文献　1）丹桂子，2008，幼稚園児の保護者に対する小児救急パンフレット配布の効果，小児保健研究所，P632-640

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:00 第9会場)

[O13-5]「事故」により外来受診する小児患者家族への「事故予防指導」にむけて～救急外来受診小児患者の現状からの考察～

○横山 奈緒実, 田中 秀明, 冨田 由美子, 下鶴 有紀 （松戸市立総合医療センター）

【はじめに】　A病院の「家族支援チーム（ Family Support Team:FAST）」は、不適切な療育環境にある子どもと家族に対するサポートなどを中心に活動している。外傷など外因性の要因での受傷のうち、特に家庭内での受傷で入院しているケースにおいては、不適切な療育環境であることも考慮し、情報収集や今後の事故予防指導を行っている。しかし、このような指導を行えているのは入院したケースに限られており、実際にはその何十倍もの割合での外来受診患者が存在していると考えられる。そこで今回、救命救急センターの外来に外因性疾患で受診した15歳以下の小児患者の状況をまとめ、外来で何ができるかを考察することとした。

【倫理的配慮】　患者は個人が特定されない。発表に関しては施設の倫理委員会の承認を得た。

【方法】2018年1月から3月に A病院救急外来を受診した15歳以下の小児外来患者について、電子カルテから「年齢」「受診時間」「主訴」「診断名」「診療科」及び異物誤飲を含む外傷など事故のケースにおいては「受傷状況」を抽出した。それに併せて、 FAST記録によってそれらの中での FAST介入ケースを照合した。その後、抽出されたデータを元に、救急外来を受診する小児患者の主訴・診療科、事故で受診する小児患者の割合をまとめた。さらに、受診理由から FAST介入が必要と思われるケースであるか否かを小児救急看護認定看護師数名で検討し、実際の FAST介入の有無との差異を比較検討した。

【結果・考察】3ヶ月間に救急外来を受診した小児患者の495件（67%）が小児科医により診察され、救急科医診察が222件（30%）であった。小児科医診察のケースで外因性のものは15件であり、そのほとんどは異物誤飲であり、事故予防指導が必要であるという点で13件が FAST介入必要であったが、実際に FASTへつながり介入されていたのは1件であった。小児科以外の救急科診察ケースは、頭部打撲と外傷によるものがほとんどであった。目撃者のある屋外での事故や交通外傷を除いた76件は、目撃者がなく実際の詳細が不明であることや、家庭内での出来事であることから「不適切な療養環境」である可能性を考慮すると FAST介入が望まれるケースとなるが、実際に FAST介入したものは10件であった。これらから、 FAST介入が必要なケースであっても外来受診のみでその後のフォローにつながっていないことが多くあることが明らかとなった。外来受診で気付ける小さな事象へ対応

©一般社団法人 日本救急看護学会

することによって、今後の事故予防・虐待予防へつながる可能性があると考える。今後、救急外来での FAST介入必要事例のピックアップ方法を検討し、外傷フォローアップ外来など何らかの場に繋げていくシステムを構築していきたい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 救急外来看護

[O14] O14群 救急外来看護③

座長:新田 直巳(市立札幌病院 救命救急センター)

2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 第9会場 (1F 中会議室103)

[O14-1] 重症熱中症患者におけるアイスプール手順書作成に向けた取り組み

○實川 鈴加, 岩井 美由希, 大川 あさ子, 古川 みくり （国保総合病院旭中央病院）

[O14-2] 夜間病床管理体制の変更による急病センターへの影響～救急患者と急病センター看護師への効果を検証して～

○玉城 清 （地方独立行政法人　那覇市立病院）

[O14-3] walk in患者に対する ERトリアージシステムの導入と検証

○田尻 雄三, 丸林 美代子 （国家公務員共済組合連合会浜の町病院）

[O14-4] ACS患者の DTBT短縮に向けた取り組み～ ACSチェックリスト導入による効果と救急外来滞在時間の短縮化～

○横山 誠[1], 本田 智治[1], 山田 勇斗[1], 川尻 はるか[1], 渡辺 ゆめの[2], 田平 直美[1], 井山 慶大[3] （1.長崎大学病院高度救命救急センター, 2.長崎大学病院, 3.長崎大学病院　循環器内科）

[O14-5] Hybrid Emergency Roomにおける初療記録の充実

○松本 奈々, 佐藤 真矢, 下池田 百合, 澤井 朋子 （地方独立行政法人　大阪府立病院機構　大阪急性期・総合医療センター）

[O14-6] 脳卒中スクランブルにおける救急外来看護師に求められる役割

○大麻 康之, 伊藤 敬介, 太田 剛史 （高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 第9会場)

[O14-1] 重症熱中症患者におけるアイスプール手順書作成に向けた取り組み

○實川 鈴加, 岩井 美由希, 大川 あさ子, 古川 みくり （国保総合病院旭中央病院）

【はじめに】

平成29年度日本救急医学会関東地方会にて、 A病院の医師が氷水を使った体表冷却法による重症熱中症患者4症例の治療を通してその有用性を明らかにした。この際、使用したのはビニールシートをアイスプールに見立てたものであった。過去に前例がなく、手探りでの介入であり、どのように対応したらよいのか問題点や疑問が発生した。今回、 A病院では介護入浴に使われる製品化されたビニールプール(以下アイスプールとする)で試みた。Ⅲ度熱中症の患者を A病院の基準に沿ったアイスプール対象の患者とし(以下対象者とする)アイスプール手順書を作成する取り組みを行った。

【目的】

救急外来に来棟する対象者に初期治療にアイスプールを実施するに伴い、手順書作成することで、統一した看護介入が実践できる。

【方法】

1.期間：平成30年4月から平成31年3月まで

2.研究対象： A病院救急外来看護師30名

3.データ収集方法：平成29年度の4症例を受け持った看護師に聞き取り調査、アンケート調査

【倫理的配慮】

A病院看護局倫理審査会の承諾を得る。

【結果・実践】

Ⅰ.4症例を受け持った看護師に問題点と疑問点を聞き取り調査し、解決策を検討した。
①最低6人の人員が必要でありマンパワー不足。
→アイスプールの使用により人員削減となる。
②アイスプール中におけるモニター管理への不安。
→水中管理下でのモニター管理方法について臨床工学技士に相談。
③観察が不十分。
→観察項目を明確にし、勉強会を実施した。

Ⅱ.アイスプール手順書を作成。

Ⅲ.熱中症患者の看護とアイスプール手順書について勉強会を実施。

Ⅳ.研究メンバーによるデモンストレーション（以下デモ1とする）と動画作成（いつでも閲覧可能）。

Ⅴ.アイスプール手順書を参考にしながら、スタッフがデモンストレーション（以下デモ2）を実施し、アンケート

©一般社団法人 日本救急看護学会

調査。アンケートの結果、手順書について100%が理解できたと回答し、今後実施できそうかについても100%が実施できると回答。その他の意見として、実践の期間が限られてしまうため忘れてしまう、動画があるので必要時確認でき良い等の意見があった。

【考察】

聞き取り調査行うことで問題点と疑問点を明確にすることができた。それにより解決策を検討しアイスプール手順書を作成したことで、実践に基づいた手順書になった。また、観察項目を表記することは、統一した看護介入を目指すうえで有効であった。勉強会を実施したことで、熱中症の病態や看護についての理解を深めることができ、病態に基づいた看護介入に繋がると考える。デモ1の実施によりスタッフはイメージしやすく、また動画作成は必要時に手順を確認するためのツールとして有効であった。デモ2によりスタッフは実際の流れの把握ができたことで、自信に繋がったと考える。アンケート結果より、今後実施できそうかの質問に対し100%が実施できると回答していることから、手順書は実用可能であることが分かった。また、夏期中心とした実践となるため、定期的なデモンストレーションや勉強会の実施が必要である。よって、アイスプールを実施するために手順書を作成したことで統一した看護介入が実践できると考える。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 第9会場)

[O14-2] 夜間病床管理体制の変更による急病センターへの影響～救急患者と急病センター看護師への効果を検証して～

○玉城 清 （地方独立行政法人　那覇市立病院）

【はじめに】当急病センターはベッド数13床の二次救急医療施設であり救急搬送やウォークイン患者を平成29年度42,640人受け入れている。入院患者数は4,989人、うち内科は2,296人で全体の46%を占めている。受診患者が集中し混雑してくると患者滞在時間が長くなり救急車の受け入れも困難となる状況があった。入院待機患者が速やかに入院することで急病センターのベッドを確保し救急車受け入れ率上昇に繋がると考えた。これまで入院病棟の選定を多忙な中、病棟当直医師が一人で行っていた。病棟当直医師の負担軽減と効果的な救急病床運用のため看護師による病棟選定が始まった。しかし、急病センターと病棟看護師間の入院調整に対するストレスなど新たな問題が生じた。そこで夜間の入院を一つの病棟で受け入れる夜間救急病床（10床）の運営が開始となった。【目的】夜間病床管理体制の運営が開始されたことで急病センター患者滞在時間、救急車受け入れ率、看護師の心理的側面にどのような影響があったかを知り、今後の課題を見出す。【方法】1.データ収集期間：平成26年12月～平成29年5月。2.研究対象：夜間勤務帯（16時～翌9時）の内科入院患者をカルテから後向き調査。3.調査項目：①患者の来院時間～入院時間を調査し患者滞在時間。②患者の入院時間帯。③救急車受け入れ率。④アンケートで看護師の心理状態の変化。【倫理的配慮】当院の倫理委員会の承認を得た。【結果】7時間以上の滞在患者数が夜間病床管理体制変更前（以下、変更前）238人、夜間病床管理体制変更後（以下、変更後）92人、夜間救急病床開設後74人だった。入院時間帯8時～9時では変更前268人、変更後80人、夜間救急病床開設後、10人だった。救急車受け入れ率は変更前平均92%、変更後平均94.1%、夜間救急病床開設後平均95%だった。アンケートでは16人中15人回収（回収率93.8%）。平成27年10月から看護師による病棟選定が始まった。変更前と比べてどう感じましたかの問いに非常に負担になった14人（93.3%）、無回答1人（6.66%）となった。平成28年8月から夜間救急病床が開設された。看護師による病棟選定の時と比べてどう感じましたかの問いに非常に負担になった1人（6.66%）やや負担になった1人（6.66%）やや楽になった6人（40%）非常に楽になった7人（46.6%）となった。自由記載としては救急病床をしっかり10床確保してほしい、急病センター多忙時の応援態勢改善の必要性などがあった。【考察】7時間以上の滞在患者数が238人から74人に減少した。入院時間帯では8時～9時の入院患者数は268人から10人に減少した。これは一つの病棟に入院することで病棟選定の必要もなくなり患者が速やかに入院できるようになったことが一因だと考える。また患者滞在時間が短縮されたことで患者や家族の負担も軽減されたのではないだろうか。救急車受け入れ率は92%から95%に上昇している。これ

©一般社団法人 日本救急看護学会

は患者が速やかに入院できることで急病センターのベッドを確保することができ救急車受け入れ率上昇に繋がったと考える。アンケート結果より夜間救急病床開設前は看護師の業務的、心理的負担がうかがえた。夜間救急病床開設後は病棟選定の必要がなく看護師の心理的負担の軽減になったと考える。自由記載については今後検討が必要だと考える。【結論】患者の長期滞在時間が短縮された。救急車受け入れ率が上昇した。看護師の心理的負担軽減に繋がった。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 第9会場)

[O14-3] walk in患者に対する ERトリアージシステムの導入と検証

○田尻 雄三, 丸林 美代子 （国家公務員共済組合連合会浜の町病院）

【目的】
A病院 ERの看護師配置は一名体制で、 ER混雑時は救急車搬送患者の対応が優先となる傾向があり、 walk in患者の初期評価までの時間が長く、対応が遅れることが問題視された。2015年から独自に作成した緊急度判定シートを用いたトリアージシステム（以下トリアージ）を導入したが、定着していない。
今回、迅速評価を取り入れたトリアージを導入し、 walk in患者に対し、受付から15分以内に看護師が初期評価を行うシステムを構築した。2018年4月より導入し、前後の評価と今後の課題について検証したので報告する。
【方法】
＜ A病院トリアージ＞
① walk in患者受付から15分以内に下記6項目の初期評価を行い、優先診療の必要性を検討する
迅速評価項目：呼吸＞30回/分、努力呼吸、冷汗などショック兆候、意識レベル低下(会話不可など)、活動性出血、吸気性喘鳴
②優先診療が困難な場合、過去に作成した緊急度判定シートにて評価を行い、 JTASレベルに応じ、再評価を行う
③非該当の場合、すぐに診察が不可能であれば、30分以内の再評価を繰り返す
初期評価記録は、テンプレートを作成し、評価と記録の統一を図った
導入前後の walk inから入院 or転院に至った患者(以下患者)の初期評価までの時間と導入後の迅速評価該当率を評価し、課題を検証した。
導入前：2017年4月1日～3月31日　対象370名（ walk in1994名）
導入後：2018年4月1日～3月31日　対象376名（ walk in1749名）
【倫理的配慮】
得られたデータや分析結果は、個人が特定できないように配慮した
【結果】
患者の初期評価までに要した時間(分)は、2017年度が平均± SD＝5.13±0.92（分）、2018年度が平均± SD3.52±0.48（分）であり、前後比較で有意差を認めなかった。診察まで待ち時間を要した患者を対象に、初期評価時間に対し比較検証を行った結果、2017年度対象171/370名：平均± SD＝11.37±1.52（分）、2018年度対象191/376名：平均± SD＝6.58±0.56（分）であり、前後比較で有意差を認めた(P＜0.01)。患者の迅速評価該当率は、376人中92人(24.4%)。非該当患者の内、主訴が疼痛の患者は278人中81名(29.1%)であった。トリアージ導入後、全ての患者が30分以内に診察が開始されていた。
【考察】
診察待ち時間を要した患者において、トリアージ導入により初期評価までの時間短縮に繋がっていた。また、トリアージ導入後、最大待ち時間の減少（40分⇒10分）とほとんどの患者が10分以内に初期評価を実施されていたことが分かった。これは JTAS緊急レベルで推奨される評価時間であり、トリアージ導入により救急看護の質向上に繋がっていることが伺えた。迅速評価項目を提示し、記録のテンプレートを作成したことで、スタッフ間での差が少なく、導入から早期にシステム定着ができた結果と考えている。
トリアージ感度では、迅速評価の該当率は24.4%であり、多くの入院患者に該当していないことが分かった。より緊急性を示唆する状況を想定していた為、経過観察目的などでは該当しないことが要因と考えられた。感度は

©一般社団法人 日本救急看護学会

低いものの、迅速評価項目に対するアンダートリアージ症例は認めなかった。しかし、項目にない「疼痛」に着目した所、29.1%は迅速評価に該当しておらず、中には walk inから緊急手術となった症例も含まれていた。今後、疼痛評価を加えたシステムの再構築とスタッフ教育が課題である。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 第9会場)

[O14-4] ACS患者の DTBT短縮に向けた取り組み～ ACSチェックリスト導入による効果と救急外来滞在時間の短縮化～

○横山 誠[1], 本田 智治[1], 山田 勇斗[1], 川尻 はるか[1], 渡辺 ゆめの[2], 田平 直美[1], 井山 慶大[3] （1.長崎大学病院高度救命救急センター, 2.長崎大学病院, 3.長崎大学病院　循環器内科）

背景
急性冠症候群(以下 ACS)患者は、冠動脈粥腫の破綻とそれに伴う血栓形成により冠動脈内腔が急速に狭窄、閉塞し、心筋が虚血、壊死に陥る病態を示す症候群であり、 ACSの診断には迅速な診断・治療が求められる。そのため急性冠症候群診療ガイドラインやアメリカ心臓協会(以下 AHA)ガイドラインでは、 Door-to-Balloon-Time(病院到着から閉塞血管の再灌流を得るまでの時間：以下 DTBT) を少なくとも90分以内が目標とされており、発症から再灌流までの総虚血時間をいかに短くするかが重要となる。当院における DTBTの実態を知るため、2015年4月から2017年3月まで過去2年間の ACS患者で緊急経皮的冠動脈インターベーション(以下プライマリー PCI)を実施した患者の Door-to-ECG時間、救急外来滞在時間及び DTBTの調査をおこなった。結果、平日時間外や休日において、 DTBTは全体の43%が目標とされる DTBTの90分以内を達成する事ができていなかった。原因の一つとして、院内における DTBT短縮化にむけた ACS対応の統一した取り組みやマニュアルはなく初期対応を行っていることが考えられた。そこで、今回2018年4月より当院独自の DTBT短縮にむけた ACSチェックリストを循環器内科医師と共に作成し運用を開始し、 ACSチェックリストの導入後の効果について検証したので報告する。
目的
ACSチェックリスト導入後の Door-to-ECG時間、救急外来滞在時間及び DTBTにおける効果について検証する。
方法
１．研究デザイン：後方視的観察研究
２．対象およびデータ収集：
　2015年4月から2017年3月までに当院平日時間外と休日でプライマリー PCIを実施した患者73例と、ACSチェックリスト
　導入後の2018年4月22日から2018年11月末までに当院の平日時間外と休日でプライマリー PCIを実施した患者22例のう
　ち転院搬送症例5例を除く17例を対象として、 Door-to-ECG時間、救急外来滞在時間及び DTBTを比較検討した。
３．分析方法： SPSSバージョン24を用い記述統計を行った。
４．倫理的配慮：長崎大学病院倫理委員会の承認を得た（許可番号：19021832）
結果
ACSチェックリスト導入前後で Door-to-ECG時間に両群で差はなかったが、 ACSチェックリスト導入前の救急外来滞在時間は36分（中央値）、チェックリスト導入後は24分（中央値）と12分の時間短縮となっていた。チェックリスト導入後の DTBTは66分（中央値）であり、チェックリスト導入前後で1分の時間短縮に繋げることができた。
考察
ACSチェックリスト導入により救急外来滞在時間の短縮に繋げることができた。このことはチーム医療の3つの要素を展開できたことによって時間短縮化に繋がったと考えられる。１つ目に医師・看護師共に DTBTの短縮化という目標を共有化し、心電図までの時間、救急外来滞在時間及び DTBTを意識したこと、２つ目にチェックリストを

©一般社団法人 日本救急看護学会

使用し業務の効率化を図り情報伝達や進捗状況を把握しあうことで情報を共有化したこと、3つ目に医師の診断のための診察に時間を費やすことができるようお互いが連携・協働し役割を明確化させたことが今回の結果に繋がったのではないかと考えられる。さらに救急外来滞在時間の短縮によって、わずかではあるが DTBTの短縮にも繋がったと考えられる。
結語
ACSチェックリスト導入により救急外来滞在時間の短縮に繋がり、その結果 DTBTも短縮できる可能性がある。

(2019年10月4日(金) 16:20 〜 17:20 第9会場)

[O14-5] Hybrid Emergency Roomにおける初療記録の充実

○松本 奈々, 佐藤 真矢, 下池田 百合, 澤井 朋子 （地方独立行政法人　大阪府立病院機構　大阪急性期・総合医療センター）

【はじめに】
A病院救命救急センター（以下、当センター）は、2011年に世界で初めて IVR-CTを設置した Hybrid Emergency Room（以下 Hybrid ERとする）を導入している。 Hybrid ERでは患者の移動なく CT検査や緊急手術が行え、治療介入までの時間が短縮されたことは先行研究により明らかとなっている。さらに、手術が同時並行で行えるため、スピードが求められるようになり、初療記録は煩雑となった。
当センターの初療記録は2012年より、電子カルテの緊急時記録ツール（以下、緊急モード）を使用している。緊急モードとは、医師からの指示を、直接カルテ記載できるシステムである。記録担当者は、初療対応時にそれを用い、医師からの指示や患者状態等を記録している。しかし、外傷症例検討の際に、初療記録の内容において過誤や欠落、時間の乖離が散見される状態であり、緊急モードを見直す必要があると考えた。そして、緊急モード内の機能追加を行うことで、正確な初療記録を目指した。
【目的】
　緊急モードに追加機能を施したことで正確な初療記録ができる。
【方法】
１）期間：2017年4月1日から2019年3月31日　2）対象：期間中に Hybrid ERで止血術を実施した136症例
3）追加した機能：タイピング入力を行っていた CT撮影開始と終了、術式をワンクリックで入力できるようにした。術式入力操作に、手術コストを紐づけ、単一操作でコスト取得をできるようにした。　4）スタッフへの教育方法：初療記録の入力必須項目について、カンファレンスを実施した。　5）データの収集方法：録画ビデオを用いて記載内容と時間の整合性、記録担当者の動きを調査した。「記載内容」は、初療入室、初療記録の開始と終了、手術開始と終了、処置コスト等の10項目とした。「時間」は、初療入室時間・ CT撮影開始時間・手術開始終了時間の４項目とした。正確な時間の定義は録画ビデオの時間から誤差1分以内とした。　7）データ分析方法：収集したデータから正確な初療記録の割合を算出し、後方視的に緊急モードの機能追加前後で比較した。
8）倫理的配慮：院内倫理審査委員会の承認を得た。
【結果】
緊急モード改変前の A群が73例、改変後の B群で63例であった。「記載内容」の整合性は、初療入室で69%から100%と31%の上昇で一番高く、次にコスト入力が38%から54%と16%の上昇であった。「時間」は、手術開始時間が60%から82%と22%の上昇で最も高く、次いで CT撮影開始時間が75%から90%と15%の上昇であった。「記載内容」では10項目中８項目、「時間」については4項目全てにおいて改善があった。
記録担当者の動きでは、初療対応時に記録を中断し、処置介助や薬剤作成に介入している姿が観察された。
【考察】
「記載内容」では、入力必須項目について、教育したことで、初療入室の項目の整合性が上昇したと考える。また、術式入力に手術コストを紐づけたことが、コスト漏れを防いだと考える。「時間」では、ＣＴ撮影や手術開始終了のワンクリック入力を導入し、オンタイムな記載が可能となったことが整合性の向上に繋がったと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

今回、緊急モードを見直し初療記録の整合性は向上した。しかし、記録担当者が処置等に介入し、記録が不十分になっていることから、役割が徹底出来ていないことが考えられる。今後は、初療記録の現状を踏まえてスタッフへ教育し、初療記録への意識付けを行うことや、初療記録を参照しながらデブリーフィングを行い、記録担当者としての役割を振り返ることが、正確な初療記録に繋がると考えた。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 第9会場)

[O14-6] 脳卒中スクランブルにおける救急外来看護師に求められる役割

○大麻 康之, 伊藤 敬介, 太田 剛史 （高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター）

はじめに　脳卒中治療ガイドライン2015（追補2017）では、急性期脳梗塞に対してアルテプラーゼ静注療法(以下、 t-PA)や血管内治療による治療開始および再開通までが短時間であるほど良好な転帰が期待できるとされている。そのため、 A病院では2015年から急性期脳卒中に早期に対応できるプロトコール（以下、脳卒中スクランブル）を導入した。脳卒中スクランブルは、急性期脳卒中が疑われる症例に対して、病院到着後、迅速に体重測定・採血・ CTを行い、 t-PA適応症例には t-PAを投与し、主幹脳動脈閉塞が疑われる症例では、早期に血管内治療を行うものである。今回、脳卒中スクランブルに沿った迅速な治療を行い臨床転帰が改善した症例を振り、救急外来看護師に求められる役割について検討する。　目的　脳卒中スクランブルにおける救急外来看護師に求められる役割について検討すること。研究方法　事例検討。　事例　70歳代男性。11時55分に急な脱力を認めたため12時58分 A病院へドクターヘリ搬送となる。 CTでの画像診断後13時18分カテ室搬入され、13時20分 t-PA静注となる。13時22分動脈穿刺し右 M2閉塞を認めたため15時00分血栓回収される。　倫理的配慮　対象施設臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。　結果　救急外来看護師は、現場からの右共同偏視、左半側空間無視、左上下肢完全麻痺、心房細動ありの情報から主幹脳動脈閉塞を予測し、 t-PA投与・血管内治療の可能性が高いことを予測した。そのため、脳卒中スクランブルに則り、 CT室・カテ室に事前の情報提供を行った。患者が病院到着後は、現場で採取した血液検体を即座に検体検査室へ提出した。来院した家族に対しては、脳外科医師と早期に接触できるための場の調整を行った。 CT撮影後に体重測定を行い、迅速なカテ室への移動と t-PA投与の準備を行った。その結果、来院後22分で t-PA投与、122分で再開通となった。来院時 NIHSS21点だったが、入院8日目には NIHSS0点、 mRS0で自宅退院となった。　考察　A病院は脳卒中スクランブル運用開始後、脳梗塞発症から血管内治療による再開通までの時間が短縮(437分 VS241分)したことで、3か月後の mRS0-2が15%から42%に増加した。早期治療によって臨床転帰が改善する結果がでたため、主幹脳動脈閉塞が疑われる症例に対しては74%の症例で早期の血管内治療が行われた。そのための環境整備として、救急外来看護師は、学習会の参加、体重測定用ストレッチャーの設置、現場での採血の徹底、家族所在確認の徹底などを行った。それによって、本症例では現場の情報から主幹脳動脈閉塞を予測し、早期の血管内治療を目指して、各部門との連絡調整、家族と医師との場の調整を行い迅速な t-PA投与、血管内治療を行えた。脳卒中スクランブルを運用するうえで救急外来看護師が担う役割は大きい。救急外来看護師は、救急外来全体の診療の進行状況に応じて適切な人・物・時間・環境・情報の調整力が必要である、といわれている。脳卒中スクランブルも、こうした予測・準備・調整といった役割を救急外来看護師が担うことで早期 t-PA投与、血管内治療が可能となる。今後は、急性期脳卒中患者が適切な治療を行うことができる施設にさらに搬送されるように救急隊との連携を行うことが課題である。　結論　救急外来看護師が、急性期脳卒中治療に必要な知識の習得や必要物品の確保などの環境整備を行ったことで、事前情報からの病態予測、統一した方法での準備・調整ができるようになり、脳卒中スクランブルに則った迅速な治療が可能となった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 救急外来看護

[RTD1] RTD（ CN）1群 救急外来看護

座長:寺村 文恵(三重大学医学部附属病院 総合集中治療センター)

2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD1-1] 外傷性出血性ショックを呈した患者の低体温予防とシバリング抑制 ー末梢保温・汗の拭取効果を明らかにするー

○大瀧 友紀 （聖隷三方原病院）

[RTD1-2] 急性腹症疑いで搬送された急性大動脈解離の一例から考える検査の準備の意義

○増山 純二 （長崎みなとメディカルセンター）

[RTD1-3] 外傷患者における体温管理の検討

○大村 正行 （岡山赤十字病院　救命救急センターICU）

[RTD1-4] 母体救命受け入れ時の看護体制における救急看護認定看護師の役割　初療看護実践を通して

○手塚 知樹 （杏林大学医学部付属病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場)

[RTD1-1] 外傷性出血性ショックを呈した患者の低体温予防とシバリング抑制 ー末梢保温・汗の拭取効果を明らかにするー

○大瀧 友紀 （聖隷三方原病院）

はじめに外傷において、アシドーシス・凝固異常・低体温は死の三徴と言われている。低体温時、生体はシバリングを発動させ熱産生を行うが、シバリングによる熱産生は酸素消費の増大、臓器への酸素供給低下、二酸化炭素増加、嫌気性代謝の促進に繋がる。死の三徴が予後に影響するとしながら、外傷患者の保温に関する看護研究はされておらず、外傷の死亡例に低体温が存在した報告、死の三徴を呈した事例の死亡率は急増するという医師の報告のみがある。
今回、外傷による出血性ショックを呈した患者に対し、体温放散のメカニズムを捉えた選択的保温を行う事が、低体温予防とシバリングの抑制を可能とするのか試みた。
目的外傷による出血性ショックを呈した患者の低体温予防とシバリング抑制における、積極的四肢末梢保温と選択的保温の効果を明らかにする
対象及び方法出血性ショックを呈した転落外傷患者に対し、①末梢保温として、両手・両足を不織布で覆い常時保温し、②選択的保温として、顔面・胸部の発汗の拭き取りを行った。測定する体温は、①深部温の指標として**鼓膜温**の測定②外殻温の指標として**腋窩温**の測定を、共に15～30分間隔で測定とした。　分析は、測定した核心温・四肢末梢温の差とシバリング発生の有無、受傷後の時間経過と共に、バイタルサインと交感神経症状を収集した上で、生体反応と体温の関係を分析する。
結果患者は病院搬入時から冷汗が著明で、多発骨折により1700～2700ml程の出血が推定された。輸液・輸血の急速投与によって循環動態は維持されたが、救急外来搬入30分後の介入開始時、腋窩温は35.8℃、鼓膜温は35.9℃まで低下している状態であった。介入開始後経過は、左胸腔ドレーンの挿入(冷汗＋)→挿管(プロポフォール使用)→ CT検査30分間→ X-P検査15分間(下半身露呈)→初療室に戻り持続プロポフォール開始→下肢創部の洗浄・シーネ固定→右胸腔ドレーン挿入(→冷汗＋)→ MRI→ ope出棟、と経過した。四肢末梢保温を開始し30分が経過した CT前の時点で、鼓膜温・末梢温とも36.2℃まで上昇し、 CT・ X-P検査中も体温は維持できた。下肢洗浄の実施によっても体温低下を見ず、36.7℃まで上昇し「暑い」と訴えたため、四肢末梢保温を終了した。四肢末梢保温終了後、36.4℃まで低下した。核心温・末梢温は終始0.3℃以上の格差を認めなかった。
考察四肢末梢保温の実施によって、低体温とシバリングの抑制を可能とした要因を検討した。
熱放散に対する四肢末梢保温の効果：四肢末梢保温は、体温移動の血流依存特性と熱放散の放射の特性に対する介入であったと考える。これは、鎮静剤や生体反応による動静脈吻合の拡張作用によって促進された熱放散と、低下した四肢末梢を通過した際の冷却された血液の潅流による核心温低下を防いだためと考える。
蒸発に対する選択的保温の効果：蒸発の特性から、四肢末梢保温が加湿による熱放散の抑制と、気化熱・凝縮熱による加温効果を発揮したと考える。また、体幹部・頭部の汗の拭き取りが、生体の汗腺数・発汗量・皮膚血流量を捉えた介入となり、蒸発による熱の放散を減少させることに繋がったと考える。
冷覚に対する四肢末梢保温の効果：体温喪失・体温冷却が著しい状態の中、処置・検査によって低温環境に長時間さらされたが、体温低下、特に末梢温低下を見ずシバリング発生も抑制した。これは、手足には冷線維(冷受容器)が多く存在しており、これらが感知する寒冷情報や皮膚温低下情報が、四肢末梢保温により減少し、体温低下を予防するための予測制御機能を抑制したと考える。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場)

[RTD1-2] 急性腹症疑いで搬送された急性大動脈解離の一例から考える検査の準備の意義

©一般社団法人 日本救急看護学会

○増山 純二 （長崎みなとメディカルセンター）

【はじめに】大動脈解離は発症直後から経次的変化を引き起こすため動的な病態となり、臨床症状は多彩で迅速な判断および対応が必要とされている。大動脈解離の確定診断は、胸部造影 CTとされているが、胸部造影 CTの判断は検査前確率が重要である。そこで、今回、食事中に腹痛が出現し急性腹症疑いにて搬送された患者が急性大動脈解離の診断と至った症例を振り返り、救急初療看護の役割の一つである検査の準備の妥当性について検討した。

【研究目的】急性腹症疑いの患者に対して、急性大動脈解離の診断に至るまでの検査の有用性を明確にし、検査の準備の意義について検討する。

【事例】60歳代女性

【救急隊からの情報】食事中に腹痛を訴え救急車を要請する。【一次評価】顔面蒼白、冷汗は著明、バイタルサインは安定している。【二次評価】疼痛強く（引き裂かれたような疼痛）、腹部全体の疼痛を訴えており、問診を詳細に聞くことができず、身体所見においては血圧の左右差はなく、腹部、神経学的所見も有用な所見は認めなかった。【ベッドサイド検査】胸腹部超音波検査では、左室運動良好、壁運動異常なし、心嚢液貯留なし、上行大動脈拡張なく、フラップについては抽出不良、 FASTは陰性、腹部大動脈に内膜フラップを認めた。心電図12誘導では、53bpm,ST-T変化なし。胸部 X線では、肺野透過性亢進・低下なし、縦隔拡大（10cm）を認めた。【胸腹部 CT】上行大動脈にエントリーがあり、解離が下行大動脈まで及ぶ。【診断】急性大動脈解離（Stanford A型）【治療方針】 B病院へ転院搬送となる。

【考察】急性腹症において、「急性心筋梗塞」「腹部大動脈瘤破裂」「肺動脈塞栓症」「大動脈解離」は仮説疾患として想起する必要がある。今回の事例において、 ADDリスクスコアは１点であり大動脈解離のリスクとしては中等度であった。胸部大動脈疾患ガイドライン・診断アルゴリズムに準じ、 ADDリスクスコア１点の場合は、心電図12誘導で ACSを除外する必要があり、また、緊急検査として胸部 X線、心臓超音波検査は必須である。身体所見とベッドサイド検査の所見の確率を合成し、胸部造影 CTの検査前確率を求め、検査の有用性について検討した。大動脈解離の罹患率は、ナゼリアンらの研究において、 ADDリスクスコア１点の罹患率は27.3%であったため、その罹患率を参考にした。大動脈解離の予測因子として3つあり、そのうちの①「引き裂かれたような痛み」②「胸部 X線の縦隔拡大」の二つが該当しており、解離の確率（陽性尤度比=5.3）が上昇した。また、本事例では、「腹部超音波検査において大動脈の内膜フラップ」が認めており、心臓超音波検査による上行大動脈のフラップについては、解離の確率（陽性尤度比＝8.9）を上昇させる。上行大動脈フラップの陽性尤度比を参考に、モノグラムを使って分析した結果、大動脈解離の可能性は約90%まで上昇しており、胸部造影 CTの検査は必要であることを示唆した。

【結論】救急初療において、検査の準備は救急看護師とって重要な役割の一つである。身体所見やベッドサイド検査の所見を情報共有し、臨床推論を駆使した上で、医師とアセスメントを共有することが、検査の準備の妥当性を担保し、迅速に治療を開始することができる。その結果、救命への貢献性を高めることができると考える。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場)

[RTD1-3] 外傷患者における体温管理の検討

○大村 正行 （岡山赤十字病院　救命救急センターICU）

1.はじめに

外傷患者においては、中枢性体温調節機能異常や組織低灌流による熱産生障害に加え、外界温や大量急速輸

©一般社団法人 日本救急看護学会

液・輸血などの影響により、容易に低体温状態となるとされている。低体温はとくに出血性ショックを伴う外傷患者にとって重大な問題となるが、外傷患者において実際に体温が経時的に低下したという報告はない。初療室において患者の体温変化を把握し、体温低下を予防することで PTDの回避・外傷患者の救命につながると考え、ここに報告する。
2.目的
　外傷による出血性ショックの患者に対し、初療室での体温変化を把握し、体温管理に有効な保温方法を検討する。
3.対象および方法
1)症例紹介
　86歳男性、トラクター運転中に誤ってトラクターごと横転し受傷する。ドクターヘリが対応、ショック状態ですぐに末梢静脈2ルート確保、生食が全開で投与され、救命救急センターへ搬入となる。初療室では緊急輸血・気管挿管等の処置が行われた。
診断：右血気胸（経過観察）、左大腿骨骨折など
2)方法
　初療室の室温を30℃とした。体温測定部位は右腋窩とし、電子体温計を用いて15分毎に予測温での測定とした。
4.結果（表参照）
5.考察
　体温調節反応を起こすことなく中枢温を37℃に維持し得る環境温は成人では28～30℃である。タオルケットの有無に関わらず体温変化を生じていることから、室温が体温に与える影響が大きいことが示唆される。また患者の「寒い」という発言は環境温の低下を意味しており、今後体温が低下していくことを表している。室温調節が困難な場合は、体温加温装置で体表面を保温する必要がある。
　輸液で体温の低下を防ぐためには体内に入る直前まで保温するか、患者体内へ入る直前で加温しなければ効果は無いため輸液や加温器の使用による体温変化への影響は小さいことが考えられる。体動でも体温上昇につながるが、酸素消費量を増加させないように関わる必要がある。鎮静剤の使用時には体温低下を生じる可能性が高く、体温変化を把握し、積極的な保温や加温が必要である。
6.結論
　初療室において15分おきに体温変化を生じていたが、環境温や体動、鎮静剤の影響などで、それより短時間で体温変化を生じる可能性はある。また、患者の「寒い」等の訴えは、体温低下の前兆と考え、早急に対応していくことが体温低下の予防につながると考える。熱産生障害や大量急速輸液・輸血による体温低下は、室温を30℃に設定することで予防できる可能性が高い。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場)

[RTD1-4] 母体救命受け入れ時の看護体制における救急看護認定看護師の役割　初療看護実践を通して

○手塚 知樹 （杏林大学医学部付属病院）

はじめに：静脈血栓塞栓症は妊産褥婦死亡の原因となる代表疾患である。

今回、母体救命目的で、他院から出産後の重篤な肺血栓塞栓症から心肺停止に陥り、自己心拍再開まで１時間以上の時間を要しながらも、生存し社会復帰した事例を経験した。母体救命システムにおける救急看護認定看護師の役割について、検討し、報告する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

目的：本症例で実践した看護ケアの妥当性と母体救命受け入れ時の看護体制における救急看護認定看護師としての役割について、文献的考察を加え今後の課題を明確にする。

倫理的配慮：患者個人が特定できないように配慮した

事例紹介：患者は A氏、30歳台女性であり、 HELLP症候群疑いで B病院にて入院し、入院中に DVTを発症した。帝王切開術施行時に、児娩出後「10時30分」、心肺停止となり「10時43分」気管挿管、胸骨圧迫を継続しながら、スーパー母体搬送で A病院3次救急外来へ搬送された。 A病院到着「12時06分」時も、心肺停止状態であり、蘇生を継続し、3次救急外来血管造影室に直接入室した。胸骨圧迫を継続しながら、「12時42分」に VA－ECMOを確立した。すぐに神経学的所見として対光反射が出現し上肢の不随運動もみられた。 CAG上、冠動脈病変がない事を確認した上で、造影 CTを施行し、左右肺動脈主幹部、右大腿静脈に血栓をみとめた。心停止後の後遺症はなく、入院56日目、リハビリ目的に C病院へ転院となった。

結果：患者は、自己心拍が再開していない状態であり、第一に救命として VA-ECMOを確立する必要性があった。そのため、得られた事前情報から救急医、循環器内科医、産科医と協議し、3次救急外来血管造影室に直接入室することを提案し、治療方針について情報共有した。来院後、救急医を中心とした救命処置の介助、蘇生処置に対する患者の反応を評価指標として神経学的所見の変化の観察、さらに産後の出血状況など患者の全身状態の観察に加え、 ECMO導入患者の管理、患者の家族に対する精神的ケアをおこなった。

考察：妊娠および分娩後は、血液凝固能亢進、線溶能低下、血小板活性化、女性ホルモンの上大静脈平滑筋弛緩作用、増大した妊娠子宮による腸骨静脈・下大静脈の圧迫、帝王切開などの手術操作による骨盤内静脈血管障害などにより肺血栓塞栓症を生じやすい。 A氏の場合、出産前より DVTを発症しており、それが帝王切開時の児分娩に伴い、肺動脈に飛遊し発症したと考えられた。先行文献からは、帝王切開後、肺動脈血栓症による心停止をきたし、社会復帰した報告事例は数例のみであり、わが国の母体救命に関する看護研究は見当たらない。本事例は、心肺停止から VA-ECMO導入まで119分間という時間を要した中、前医からの絶え間ない二次救命処置に加え、安全で迅速な ECMO導入に向けた時間短縮を考慮した受け入れ体制の準備、多職種間での的確な情報共有が、蘇生後の社会復帰を可能とした要因として考えられた。
当院の母体救命システムは確立している。しかし行動実践レベルの観点から看護スタッフ間での母体救命の知識や看護実践値に差が生じていること、受け入れ体制におけるスタッフへの教育体制が確立していない等の課題が明らかになった。
救急看護認定看護師として、スタッフ間での母体救命における看護実践に差が生じないように教育的観点で関わっていくことが必要だと考えられる。また、看護師だけでなく、医師や他職種を交えた効果的な Off -the-job training実施や母体救命システムに関して自ら推進していく関わりが必要だと考えられる。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| 重症患者看護

[RTD2] RTD（ CN）2群 重症患者看護

座長:青木 梢(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD2-1] 当院における呼吸ケアサポートチームの活動について ～救急看護認定看護師としての役割～

○物袋 哲也 （神戸大学医学部附属病院）

[RTD2-2] ｑ-SOFA1点はこわい？

○大麻 康之 （高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター）

[RTD2-3] 敗血症の早期認知 -qSOFAからはじまる-

○松井 幸司 （国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院）

[RTD2-4] A病院における特定行為研修を修了した看護師の呼吸器離脱に関する介入で気管切開・失声を回避できた一例

○本田 弘志, 平野 里美 （霧島市立医師会医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 RTD会場)

[RTD2-1] 当院における呼吸ケアサポートチームの活動について ～救急看護認定看護師としての役割～

○物袋 哲也 （神戸大学医学部附属病院）

【はじめに】
近年、多職種が連携したチーム医療が重視されてきているなか、当院では平成22年度より呼吸ケアサポートチーム（以下、 RSTとする。）を立ち上げ院内ラウンドを実施してきた。 RSTのメンバーにはこれまでは看護師は集中ケア認定看護師や慢性呼吸器疾患看護認定看護師がその役割を担っていたが、平成30年6月より新たに救急看護認定看護師がメンバーに加わることとなった。救急看護認定看護師活動の一つとして行った RST活動について、その役割と今後の課題について報告する。
【活動内容】
毎週一回金曜日の13時から ICU/HCU、一般病棟において人工呼吸器を装着している患者、または人工呼吸器離脱後間もない患者を対象にラウンドを実施している。メンバーは医師（麻酔科、呼吸器内科、総合内科、歯科口腔外科）、認定看護師（集中ケア、救急看護、慢性呼吸器疾患看護）、臨床工学技士、理学療法士、歯科衛生士で構成され、ラウンド時には可能であれば病棟の担当看護師も同席している。ラウンド以外では毎月1回定例会を開催しミーティングを行っている。
【結果】平成30年6月から令和元年5月までの1年間のラウンド実施件数は279件、そのうち一般病棟へのラウンドは162件であった。ラウンド患者総数は75人であり、そのうち加算対象者は20人であった。人工呼吸器離脱に至った患者は6人であった。患者の診療科別で上位3診療科は心臓血管外科16人、救命救急科13人、循環器内科11人であった。状態悪化し一般病棟から ICU/HCUへ入室した患者は3人であった。病棟看護師からの相談内容で多いのは、チューブの固定に関すること、気道分泌物に関すること、口腔ケアに関することであった。
【考察】
ラウンドを行った患者数に対して RST加算対象者数が少ないのは、ラウンド対象患者が人工呼吸器離脱を目標とする急性期患者だけでなく、中・長期的に人工呼吸器管理を必要としている患者も対象としているからである。一般病棟における加算対象外の患者の多くは個室で入院管理されていることが多く、急変する可能性の高いハイリスク患者であることがいえる。そのためラウンド時は人工呼吸器の安全管理や呼吸状態だけでなく、循環動態や意識レベルなど幅広い視点を持って患者のアセスメントを行い、急変の早期発見や予測をする必要があると考える。そしてそれは患者の異常を察知し、緊急度や重症度を迅速かつ的確に判断する能力が求められる救急看護認定看護師の重要な役割の一つである。対象患者の多くは緊急入院となった患者であり、救急外来で気管挿管され ICU/HCUへ入院管理されている。救急外来での気管挿管時の状況（患者の病態や嘔吐・出血等による口腔内汚染の状態や意思決定の有無等）は早期人工呼吸器離脱を目的とするためにも重要な情報である。ラウンド時にチームメンバーに救急外来での状況を共有することで、ラウンド時の一場面だけでなく経時的に患者をアセスメントしていくことに繋がると考える。また、人工呼吸器管理を行うも予後の厳しい救急・集中治療領域における終末期の患者も対象としており、患者だけでなく家族に対するケアを行うことも重要である。そのため家族の抱える問題点やニードを明確化し、担当看護師へ助言を行っていくことも必要である。今後の課題として、人工呼吸器装着患者の急変を予測するためのフィジカルアセスメント、急変時の対応についての学習会の開催を検討する必要がある。前述するハイリスク患者のスクリーニングを目的としたラウンドでは、 RST活動の週一回では不十分であり、今後さらなる検討が必要である。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 RTD会場)

[RTD2-2] q-SOFA1点はこわい？

©一般社団法人 日本救急看護学会

○大麻 康之 （高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター）

【はじめに】

2016年に日本版敗血症ガイドライン(以下「J-SSCG2016」という)が改訂され、敗血症の診断基準のスクリーニングとして q-SOFAスコアが推奨された。今回、救急外来での初療で敗血症性ショックに陥った事例を体験したため、本事例の検討を行った。その結果、バイタルサインや血液データによる敗血症性ショックの潜在的リスクへの予測、ｑ-SOFAスコアや平均血圧値の継続的なモニタリングを行うことが敗血症性ショックの早期認知のために重要であることが示唆された。

【目的】

q-SOFA1点の敗血症患者に対して救急外来看護師が行う、潜在的リスクの予測、継続的モニタリングの重要性を検討する。

【事例】

60代男性。胆管炎疑いで B病院から A病院に紹介された。

【倫理的配慮】

　今回の症例は、所属長の了承を得ており、また本学会のみで使用すること、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

救急外来入室時は、 q-SOFA１点(RR30回/分、 SBP128mmHg、 GCS15点)であった。 HR135回/分、 BT39℃であった。血液ガスでは、呼吸性アルカローシスを認めており、 Lac3.3mmol/Lであった。 SOFAスコア7点(尿量は未測定)、急性期 DICスコア6点であった。細胞外液1000ml負荷されたが頻脈持続していた。救急搬送された105分後、 q-SOFA3点(RR30回/分、 SBP80mmHg、 GCS13点)となり敗血症の可能性が高まった。MAP53mmHgまで低下したためノルアドレナリン投与開始となった。結果、胆嚢炎からの敗血症の診断で HCU入院となったが、敗血症性ショックが進行したため ICU転室し緊急で胆嚢摘出術となった。

【考察】
J-SSCG2016で提唱された q-SOFAは、呼吸数、収縮期血圧、意識レベルによって素早く簡易にスクリーニングできるツールであり、敗血症を早期に認識するために重要であるとされている。本事例は、搬送時から呼吸性アルカローシスを呈するほどの頻呼吸であった。頻呼吸の存在は q-SOFAを1項目満たすだけでなく、敗血症起炎菌であるグラム陰性桿菌が産生するエンドトキシンによって呼吸中枢が刺激されていた可能性も考えられた。敗血症や敗血症性ショックの確定診断として重要である SOFAスコアや乳酸値の上昇は組織への低潅流や臓器障害が示唆されていた。 DICを併発する症例は、来院時に約半数でショック状態を呈していたといわれており、急性期DICスコア6点はショックに移行するリスクが高かった。このことから、入室時 q-SOFA1点であってもバイタルサインや血液検査データから敗血症性ショックに移行する潜在的リスクは高かったといえる。また、 q-SOFA上昇と共に急速に敗血症性ショックに移行したことを考えると、バイタルサインや血液検査データから敗血症性ショックの潜在的リスクを予測すること、ｑ-SOFAや平均血圧の継続的なモニタリングを行うことが敗血症性ショックの早期認知のために重要であった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 RTD会場)

[RTD2-3] 敗血症の早期認知 -qSOFAからはじまる-

○松井 幸司 （国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院）

1.【はじめに】

救急の敗血症患者の65％は高齢者という報告がある。症状の現れ方は非典型的で疾患が潜在化しやすく診断の遅れが生じやすい。敗血症の認知が遅れると、敗血症性ショックへ移行し死亡率が高くなる。救急診療を担当する看護師は早期に敗血症を認知し、医療チームとして治療的介入が行われるための調整を行う事が重要ある。今回、３事例の敗血症が疑われる患者に対して、 qSOFAを使用し敗血症認知の有用性を考察した。バイタルサイン・問診・身体所見から敗血症性ショック、原因病態の認知について考察した結果報告する。

2.【目的】

敗血症の早期認知における、 qSOFAスコアの有用性について明らかにする

3.【事例】

Ａ氏：60歳男性、腹部の正中付近に痛みが出現し救急要請。

Ｂ氏：84歳男性、2日前に40度の発熱があり、自宅で療養していた。倦怠感が強く症状悪化するため救急外来を受診した。

Ｃ氏：75歳女性、数日前より、嘔気症状と腹痛、発熱、自宅で動けなくなっているところを発見され、救急要請。

4.【結果および考察】

4－1． qSOFAの認知

Ａ氏、Ｂ氏ともに qSOFAは2項目以上であり、敗血症が疑われた。 Sey-Mourらの研究では ICU外患者においてqSOFAの2項目が該当となると、院内死亡率は1項目以下と比べると３～14倍の院内死亡率があると言われている。Ｃ氏は初療室入室時の qSOFA1点であったが、1時間後の臓器障害スコアでは SOFA3点であった。また、qSOFAは2点と変化していた。 Williamsらの研究では qSOFAは臓器障害に対する感度29.7％と低い結果がでている。これは重症化する症例を見逃す可能性があり、 qSOFA1点以下だからといって敗血症すべてを否定できないことがいえる。 qSOFAは治療や状態に応じて値が短時間で変化していくことを考慮し評価していく必要がある。

4－2．敗血症性ショックの認知

Ｂ氏は qSOFA3項目が該当し、 MAP65mmhg未満・末梢冷感がありショック徴候があった。敗血症が進行すると血管内皮細胞障害が進行に伴い血管拡張物質産生は低下し、血管収縮作用による末梢血管の収縮からコールドショックへ移行し重症度が高くなる。頻呼吸は、代謝性アシドーシスの代償によるものもあり、重篤な敗血症の指標になる。 B氏の身体所見やバイタルサインは敗血症性ショックを総合的にアセスメントするための指標になる。

4－3．敗血症の原因病態の認知

今回3症例すべてにおいて自宅や初療室で寒気や悪寒、悪寒戦慄などの症状が出現している。悪寒の程度と菌血症には相関があるといわれおり、感染症を疑う患者には問診時に悪寒の程度の確認が必要であると考える。しかし、問診だけでは原因病態の認知はできないため、症状より腹膜炎、急性胆嚢炎、尿路感染を想定し、身体所見をとった。Ａ氏、Ｂ氏では背部叩打痛陽性であり腎盂腎炎、尿路感染症が疑われた。Ｃ氏に関して
は、マーフィー徴候と右上腹部痛の所見があり急性胆嚢炎が疑われた。このことより、問診だけでなく身体所見をとる事は敗血症の原因病態の早期認知につながるため、治療的介入において有用であると考える。

【結論】

1　qSOFA2点以上は臓器障害を満たしている患者が陽性になる可能性が高い。 qSOFA1点だからといって敗血症

©一般社団法人 日本救急看護学会

を否定できない。
2　身体所見やバイタルサインは、敗血症性ショックを総合的にアセスメントするための指標となる。
3　敗血症の早期認知のためには、問診・身体診察を行いリスクが高い病態への原因検索が必要である。

(2019年10月4日(金) 14:00 ～ 15:00 RTD会場)

[RTD2-4] A病院における特定行為研修を修了した看護師の呼吸器離脱に関する介入で気管切開・失声を回避できた一例

○本田 弘志, 平野 里美 （霧島市立医師会医療センター）

【目的】2025年問題に向け、保健師助産師看護師法37条改訂による特定行為研修受講で、平成27年10月より手順書に基づく特定行為が可能となった。今回、特定行為研修を修了した看護師が、 ICUのない A病院において特定行為実践を行い、呼吸器離脱及び気管切開・失声を回避できた一例を経験した。本症例を振り返り、特定行為実践の評価と A病院における活動の示唆を考察する。

【倫理的配慮】収集したデータは個人が特定されないように記号化し、電子媒体にて厳重に管理、個人が特定されないよう配慮、学会発表することの同意を得た。

【症例】80歳代女性、腹痛、嘔吐を主訴に201X年 B月 C日かかりつけ医を受診。小腸イレウス疑いで A病院紹介となった。来院時、明らかなイレウス所見はなく、腸炎に伴う亜イレウスと診断。既往に橋梗塞、 顔面多発骨折術後と気管切開歴、低酸素脳症があった。

【方法】第6病日より介入開始。主治医と全身状態を確認し、 IPPV設定変更、鎮静剤投与量変更、意識覚醒トライアル（以下 SAT）、自発呼吸トライアル（以下 SBT）の特定行為指示書を共同で作成、1回/日トライアルし、主治医、院内呼吸サポートチーム及び病棟看護師、担当理学療法士と連携、呼吸器離脱を目指した。

【結果】患者は来院時より II 型呼吸不全を認め、入院後2日目より意識障害とアシドーシス進行から NPPV使用開始。改善なく気管挿管+IPPV導入された。既往から気管狭窄があり、気管切開が検討されたが気管チューブ抜去困難になる可能性があった。家族は低酸素脳症や気管切開から回復した経験から、呼吸器離脱への希望が強く、気管カニューレ下の生活や失声への不安もあった。第6病日より呼吸筋緩和・呼吸筋維持目的に上下肢モビライゼーションを行った上で、指示書に基づく鎮静量調整、 BGA等見ながら人工呼吸器設定と SATを開始。第8病日より SBTを行った。第9病日に SAT及び SBT60分、第11病日に SBT120分達成し、第12病日に呼吸器離脱、抜管に至った。入眠後の CO_2ナルコーシスを懸念し NPPV使用。呼吸リハビリを継続し、 $PaCO_2$は60mmHg前後で推移。アシドーシス進行や意識障害再燃なく、第27病日に転院となった。

【考察】特定行為指示書は、厚生労働省平成27年度「特定行為に係る事例集」を参考に、特定行為の対象、病状の範囲、施行中の確認事項や安全対策を検討・作成した。 SBTに至る前に酸素化および換気保持目的に PCVより VCVへ変更し PCO_2の低下及び PO_2改善が図れた。また夜間の睡眠確保目的に夜間のみミタゾラム使用し入眠が図れた。患者は橋梗塞の既往から、平時の PCO_2のベースが不明で、過剰な酸素投与による CO_2ナルコーシスの再燃リスクがあったが、 SAT・ SBT施行中は再燃に留意し、 RASS＝-1~0、 P/F=121～173、 A-aDO_2 =228～144と正常域ではなかったが、それぞれ改善傾向を確認、 RSBI=50～75で推移し離脱が図れた。
　A病院は ICUがなく、担当医が患者の呼吸器離脱を病棟看護師と行う。外来診療や手術時は迅速な診察や設定変更は困難な事もあり、今回特定行為としてベッドサイドでタイムリーな呼吸器設定変更、 SAT・ SBTが実践・評価でき、家族へも随時、状態説明が行えた事は、患者の呼吸器離脱とともに家族ケアに寄与できた。

【まとめ】特定行為による介入により、人工呼吸器離脱及び予定された気管切開を回避でき、家族ケアの一助に

©一般社団法人 日本救急看護学会

もなった。 A病院における特定行為実践で介入の有効性を増やす事で、特定行為実践看護師の専任化が望まれた。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| 災害・トリアージ

[RTD3] RTD（ CN）3群 災害・トリアージ

座長:角 由美子(名古屋第二赤十字病院 医療安全推進室)

2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD3-1] A病院救命救急センターが経験した硫化水素被ばく患者受入れの現状 -現状分析と課題解決に向けた取り組み-

○宇野 翔吾 （株式会社日立製作所　日立総合病院　救命救急センター）

[RTD3-2] 呼吸器症状をきたした新生児の院内トリアージ -「小児初期評価の3要素」における重症度評価の比較-

○北川 誠也 （地方独立行政法人　佐賀県医療センター好生館　救命救急センター）

[RTD3-3] 一般外来看護師に対するトリアージシステム導入に対する活動

○橋本 節子 （永生会 南多摩病院）

[RTD3-4] 発熱を呈し来院した乳児に対する院内トリアージ

○望月 桂 （杏林大学医学部付属病院 高度救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 RTD会場)

[RTD3-1] A病院救命救急センターが経験した硫化水素被ばく患者受入れの現状 -現状分析と課題解決に向けた取り組み-

○宇野 翔吾 （株式会社日立製作所　日立総合病院　救命救急センター）

【背景】
テロ行為が頻繁化してきている現代では、放射性物質と爆発物の脅威を含めた CBRNEという名前で呼ばれるようになり、その脅威に対する整備が進めてられている。一度発生すると自然災害以上に大混乱を来し、病院スタッフにも二次災害を被る可能性が高い災害でもある。
【目的】
A病院救命救急センター（以下、救命センター）に来院した、硫化水素被ばく患者受入れ時に生じた問題を明らかにし、課題を解決していくための取り組みについて報告する。
【方法】
１） CBRNE災害症例の選定後、救命センターを取り巻く問題に対し、 SWOT分析を用いて分析する。
２）上記結果から、救急看護認定看護師として取り組んだことを抽出する。
３）上記で得た知見から、課題を明確にする。
【倫理的配慮】
個人が特定されないよう、個人情報保護に配慮した。
【症例】
201X年某日、市内作業現場（マンホール内）で、 CPA疑いのドクターカー要請。ドクターカー出動途上で「硫化水素発生中」の一報あり。傷病者人数も不明であり、災害現場では「 NBC災害」として対応。傷病者救出後、HOTLINE入電。入電内容「50歳代男性、マンホール内で卒倒。意識レベルⅢ-300、下顎呼吸あり」との報告により、ドクターカーにて搬送。
来院時、強い刺激臭があり硫化水素汚染に対し、「病院前除染未実施」であることが判明。すぐに除染後トリアージから除染前トリアージ対応に切り替え、汚染除去室での水除染後、初療室へ収容した。一部の救命センタースタッフに体調不良者が出ていたが、いずれも軽症であった。
【結果】
今回、救命センターに生じた問題を HOTLINE情報や看護記録等を用いて整理し、解決していくために SWOT分析を用いた。「救命センターにおける CBRNE災害・テロ対策の構築について」という目的で実施し、内部環境には救命センター内を、外部環境には救命センター外を設定した。強みの部分では、地域の中核病院であり、災害拠点病院としての立ち位置がある。さらに、月に１度問題症例に対する M&Mカンファレンスが開催されている。機会の部分では、近隣消防と密接な連携をとることで CBRNEに関する情報共有が得られている。この強みを利用してマイナス面への介入方法を検討した。マイナス面での弱みの部分では、 CBRNE災害に対応するためのマニュアルも存在しないだけでなく、装備や施設も不十分であった。これに対し、前年度11月に NBC災害・テロ対策研修を受講した際の知識や経験をもとに、マニュアルの作成を開始した。さらに、救命センターとして最低限備えておくべき装備や設備についても院内関係部署と協議を開始し、最善の方法を検討している。脅威の部分では、救命センター周辺には工場が多く、 CBRNE災害の脅威が顕在化していることである。“稀な災害”というイメージにより軽視されがちであったために、今回のような二次災害を出してしまっている。この問題に対応するため、自然災害以上に備えておくべきものとして教育活動を開始した。
【考察】
今回の症例では、災害医療現場において、医療ニーズを迅速に判断し、安全且つ的確な救急看護実践により、今回救命センターで生じた問題を解決していくことが重要であると考えた。 CBRNE災害に対応するべき知識が乏しい場合、緊急時に迅速な対応や判断が劣る原因となり、二次災害を被る可能性も考えられる。人為的なミスにより引き起こされる労働災害という名の特殊な災害の猛威に対し、どのような方法で安全に立ち向かっていくべきか、地域のリソースや連携の下で検討していく必要がある。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 RTD会場)

[RTD3-2] 呼吸器症状をきたした新生児の院内トリアージ -「小児初期評価の3要素」における重症度評価の比較-

○北川 誠也 （地方独立行政法人　佐賀県医療センター好生館　救命救急センター）

【目的】

小児の院内トリアージは、 JTASの小児初期評価の3要素（以下、 PAT）を指標に第一印象の重症感を評価する。これまでに PATの段階で低緊急と判定したが、待機中に状態が悪化し、最終的に緊急度があがった症例を経験した。小児は年齢・発達の程度により、解剖学的・生理学的な機能が異なり、免疫能の獲得過程であるため、感染症にかかりやすく、重篤化しやすい。そのため、症状や重篤化する兆候を見逃すことは生命が危機的状況に陥る可能性を高める。今回の対象患児においても PATでは低緊急と判定したが、バイタルサイン・身体所見・問診をふまえると最終的な緊急度は緊急であった。そのため、新生児のトリアージ1症例から PATとレスビネットスケール（呼吸困難、呼吸回数、無呼吸、外観、食欲、医療介入、熱の評価をスコアリング）を用いた重症度評価の比較を行った。

【方法】

対象：呼気性喘鳴を症候に来院した生後17日の女児（以下、児）
研究方法： PATとレスビネットスケールを用いた重症度評価の比較
倫理的配慮：個人を特定することがないよう、ロック付き USBを使用しデータ管理を行う

【結果】

児の PATに沿った評価では、外観は啼泣が弱い印象を受けたが可視範囲内の呼吸状態の変化はなかった。循環も顔色は良好で、末梢皮膚は暖かい状態であり、 PATでは明らかな重症感は認めず、緊急性はないと評価した。しかし、 PATの評価に続き、 RR:63回/分、 SpO_2：92%、体温:38.0℃、呼気性喘鳴の聴取、胸骨下に陥没呼吸、前日に RSVに罹患し、哺乳量が低下しているといった所見や情報を統合すると、緊急度判定は緊急となった。

次に、 PATの評価と同様に医療器具を使用せず急性期呼吸器感染症を疑う患児を客観的に分類するレスビネットスケールを用いて評価した場合、中等度の重症度であった。レスビネットスケールの評価項目の内、第一印象の重症感を評価できる項目は呼吸困難、呼吸回数、無呼吸、外観のみである。児に対し、4項目のみ評価を行っても高い値を示し、重症感は高い状態であった。

【考察】

児の小児トリアージプロセス全体を通して、体温38℃以上、咳嗽、頻呼吸、啼泣の変化、食欲低下、呼吸様式に変化を呈していたため、緊急性は高い状態であった。小児の重症感染症の80%は肺炎といわれ、 RSVは肺炎を引き起こす重要な原因である。先行研究では、肺炎を来している場合の随伴症状として、体温37.5℃以上、頻呼吸40回/分以上は肺炎を診断する上で関連性は低いといわれ、 SpO_2≦96%、呼吸仕事量の増加は肺炎を罹患している際の随伴症状として関連性が強いと報告されている。児は RSVに罹患し、 RSVに伴う肺炎と細気管支炎は区別が困難であり、肺炎は細気管支炎よりも重症度が増す。他の研究報告では発熱、咳嗽の持続時間、または性質、 SpO_2と肺炎との関連性はないと報告され、上記の研究報告と併せ SpO_2＞96%以上を有していれば肺炎を来している可能性は低いと考えられる。そのため、児は肺炎に罹患している可能性が高く、重症度は高い状態であった。

この結果から PATでは明らかな重症感がない患児であっても、レスビネットスケールを使用することは急性呼吸器感染症患者を見逃すことなく、緊急度判定を行うことができる。そのため、急性呼吸器感染症疾患を疑う際、 PATの評価に加え、早期に食欲変化の聴取、体温測定を実施する意義があると考える。以上より、小児トリアージプロセスにおけるレスビネットスケールの活用は、重症化しうる急性呼吸器感染症の患児の緊急度判定を行う上で一つの視点になると考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 RTD会場)

[RTD3-3] 一般外来看護師に対するトリアージシステム導入に対する活動

○橋本 節子 （永生会 南多摩病院）

一般外来におけるトリアージシステム導入に対する活動

南多摩病院　橋本節子

はじめに

当院一般外来には内科・外科・整形外科・婦人科・泌尿器科・眼科・内視鏡があり、平均500名～700名を超える患者が来院している。特に内科外来が一番患者数も多く、総合内科・消化器内科・腎臓内科・循環器内科・呼吸器内科・神経内科など専門科も併設していることから様々な症状の患者が待合にあふれている。予約外も対応しているため長時間待っている患者の中には重症者も隠れており、実際緊急カテ・手術などに至るケースも少なくない。そこで、いかに重症者を早期に発見し適切な対応に結び付けることができるかが課題であると考えトリアージシステム導入に向け、実践している内容について報告する

実践

昨年度、一般外来看護師対象にトリアージシステム作成に必要な知識・技術の確認の為アンケートを行った。その結果異常の早期発見をするための知識・技術に対して【不安】を強く持っており、勉強したいという意識が高いことが分かった。特に【トリアージ】についての知識はほとんどなく、【問診】【フィジカル】に関しては、各看護師の経験によるもののみであった。

　多くの看護師が不安を感じながら日々多くの患者対応に追われている。特に不安に思う症状としては「胸痛・頭痛・めまい・腹痛」であり、【不安】の理由として、重症や緊急度の判定に自信がないことが大きな原因であることがわかった。

これに対し症状別に問診方法やフィジカルアセスメントについて勉強会を企画し実施している。勉強会を行うことで看護師の緊急対応への意識を高めることができると考えている。また重症患者の早期発見、対応に結び付けることができれば、看護師のモチベーションアップにもつながりさらに、意識を高めることができると考えた。

おわりに

　勉強会前後で看護師の意識の変化を評価し、当院独自のトリアージシステム構築につなげていきたいと考えている。またその際には、各科の医師とも検討し、各科の問診票の見直しや、問診方法の統一を図り、より良い外来運営にも貢献していきたいと考えている。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:10 ～ 16:10 RTD会場)

[RTD3-4] 発熱を呈し来院した乳児に対する院内トリアージ

○望月 桂 （杏林大学医学部付属病院 高度救命救急センター）

【はじめに】救急外来を受診する小児患者の最も多い症候は発熱であり、稀に致死的な疾患が隠れている。発熱に伴う潜在的リスクが後々小児患者を重篤化させることもある。トリアージ看護師がこれらを的確に評価し、早期の医療介入に繋げることにより小児患者の生命予後や機能予後の改善を図ることができると考える。
【目的】発熱を呈し来院した乳児患者に対する院内トリアージについて検討する。
【対象および方法】発熱を呈し来院した生後5ヶ月の男児（以下、児）に対する院内トリアージの結果から、意図的な問診やフィジカルアセスメントについて、文献的考察を加えて検討する。
【倫理的配慮】個人情報の保護に充分配慮し、データ管理はロック付 USBを使用した。
【結果】児を観察した結果、発熱による不感蒸泄量の上昇に伴う脱水の潜在性を認めた。さらに乳幼児の発熱における一般的な疾患と致死的な疾患を考慮し、問診やフィジカルアセスメントを行い、致死的な疾患を積極的に疑うような所見は認めなかった。児は、何らかの一般的な感染性疾患、もしくは前日に受けていた予防接種後の副反応を呈している可能性が考えられた。以上のアセスメントから、児の緊急度を JTAS 3と判断した。
【考察】 McCarthyらが開発した急性疾患観察尺度（最良6点、最悪30点）は発熱児における重篤な疾患を特定する際に信頼性が高く、有効とされる。尺度のスコアが10点以上の発熱児に対して、菌血症を予測するための感度は87.9%、特異度は83.8%、陽性尤度比は5.4であったと報告される。児に当てはめるとスコアは最良の6点となり、第一印象から高い確率で菌血症を除外することができる。一見、明らかな重症感のない発熱児も、急性疾患観察尺度の中等度障害項目を2つ以上有することにより菌血症の可能性が高まり、緊急度を上げた早期の対応が必要である。
　小児は相対的に不感蒸泄量が多く、体温が1℃上がるごとに10～15%増えるとされる。 Steinerらは小児における5%超の脱水を予測する徴候として、「 CRT遷延」は感度65%、特異度85%、陽性尤度比4.1、「ツルゴール低下」は58%、76%、2.5、「呼吸異常」は43%、79%、2.0であり、脱水を鑑別する所見として有用であったと報告している。児には、これらの徴候は認められず脱水の顕在化は否定的であった。脱水の3 徴候を統合した評価と共に、体液喪失についての病歴聴取が適切な緊急度判定に有用であると考える。同じ症候であっても予測される疾患や病態に応じて緊急度は変化するため、トリアージ看護師は、患者の健康問題について大まかな仮説を立てる。しかし小児が示す症候は特定の疾患との結びつきが弱く、乳児においては疾患に特徴的な症候が見られないこともある。 Vanらは、臨床的には軽症に見える小児患者に対して、医師が深刻な疾患を診断するにあたり、「何かよくない」という第六感が感度61.9%、特異度97.2%の確率で有用であり、両親の「いつもと何かが違う」という発言がその第六感に寄与していたと報告している。保護者が感じる小児患者の違和感は、緊急性の高い疾患の想起に繋がる重要な情報であると考える。
　Crocettiらの報告によると、保護者の56%は発熱が子どもに与える潜在的リスクについて心配し、94%は発熱が何らかの有害な影響を引き起こす可能性があると考えていた。トリアージ看護師は、保護者との関係構築に努め、待機時や帰宅後の注意点や対応を指導することにより、長期的視点に立った健全育成への支援に繋げることができるのではないか考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | その他

[RTD4] RTD4群 その他①

座長:寺師 榮(東洋医療専門学校 救急救命士学科)

2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD4-1] 院内で発生した CPA症例の事後検証を通して明らかになった今後の課題

○鈴木 早紀[1], 藤井 満貴[1], 鈴木 麻由美[1], 土地 秀紀[1], 山下 慶子[1], 増田 みゆき[2], 橋口 尚幸[3] （1.順天堂大学医学部附属順天堂医院看護部救急PCセンター, 2.順天堂大学医学部附属順天堂医院事務部サービス課, 3.順天堂大学医学部附属順天堂医院救急科）

[RTD4-2] 医療現場における患者安全に役立つ眠り SCAN®の有用性の検証

○炭家 千尋, 大川 貴治, 男㔟 夏実, 川合 いずみ, 浅香 えみ子 （獨協医科大学埼玉医療センター看護部）

[RTD4-3] 救急外来を受診するがん患者の特性と症状の分析

○宮城 綾香, 大嶋 守 （砂川市立病院）

[RTD4-4] A大学病院高度救命救急センターの災害時の看護活動の現状と連携の課題 救急外来と救急 ICUの合同災害訓練を通じて

○鶴田 聖季, 伊礼 リカルド, 大和田 幸男, 川谷 陽子 （愛知医科大学病院）

[RTD4-5] ドクターカー同乗看護師が抱く不安に対する取り組みと今後の課題

○大宜見 宗史, 篠原 花織, 兼本 愛美, 内間 幸人 （社会医療法人かりゆし会　ハートライフ病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 RTD会場)

[RTD4-1] 院内で発生したCPA症例の事後検証を通して明らかになった今後の課題

○鈴木 早紀[1], 藤井 満貴[1], 鈴木 麻由美[1], 土地 秀紀[1], 山下 慶子[1], 増田 みゆき[2], 橋口 尚幸[3] （1.順天堂大学医学部附属順天堂医院看護部救急PCセンター, 2.順天堂大学医学部附属順天堂医院事務部サービス課, 3.順天堂大学医学部附属順天堂医院救急科）

【はじめに】

当院は病床数1032床、20階建てを含む棟が４棟存在し、院内急変コール発報から院内急変対応チームが到着するまで5分以上時間を要する場合がある。そのため、院内急変時には近隣の医師、看護師が対応できるよう院内急変コールを発報するシステムを構築してきた。2018年度の院内急変コールは全59件あり、内訳は入院患者30件、外来患者29件となっている。今回救急外来とは別棟にあるタクシー乗り場での CPA症例の事後検証を行い、課題を明確にした。

【目的】

院内急変発生時の的確な初期対応と看護師としての役割を見直し課題を明らかにする

【方法】

2018年度に発生した院内での CPA症例のうち1事例を事後検証した

【倫理的配慮】

本事例は当院倫理員会の承認を得てまとめたものである

【事例内容】

40代女性、多系統萎縮症。定期受診の為、車内の後部座席に車椅子が設置された自家用車で来院。到着時、夫が患者の意識がない事に気付き、タクシー案内係員に助けを求め、院内急変コール対応患者となった。この事例より、以下の３つの問題点が明らかとなった。１つ目の問題点として、狭い車内からの救出が上手く行えず救出に時間を要したこと。２つ目の問題点として、院内急変コールによって招集されたメンバー内で役割を明確に出来ず、情報が一連化されなかったこと。さらに、３つ目の問題点として、院内急変対応にかけつけた看護師が初期対応時から家族の急変を目撃している夫に対し、不安や恐怖、動揺している夫への精神的ケアが行われていなかった事が挙げられる。これらの問題点に対して今後の課題を抽出した。

【考察】

初期対応をした看護師は、直ちに CPRが必要であると判断したが、狭い車内からの救出が上手く行えず、 CPR開始までに時間を要したと考える。狭い所からの救助方法の知識と技術の訓練を受けていれば、より迅速に CPRを開始することができ、蘇生率が上がった可能性がある。今後、初期対応研修や救助困難な場面を想定したシミュレーション研修を行う事が必要である。また、院内急変対応チームが集まった際、リーダー不在で役割分担がされていなかったため、初期対応をした看護師と院内急変対応チームとの間で正しい情報が共有されなかった。そのため、院内急変コールによって、その場に集まった不特定で構成されたチームメンバーで、瞬時に役割を明確にし、初期対応した者が正確に情報を一連化できるよう、救急外来のスタッフがリーダーシップを発揮し指揮・情報集約を行う必要があると考える。また、院内急変コールに対応する看護師がリーダーシップを発

©一般社団法人 日本救急看護学会

揮するために院内急変に対応するための教育プログラムの構築が必要であると考える。初期対応時から家族の急変を目撃している夫に対して精神的ケアが見過ごされていた。夫は患者が急変したことにより精神的に状況的危機に陥ったと考えられる。院内急変対応看護師として患者の救命のみならず、家族の心理状態をアセスメントし感情の整理ができるよう、医師・看護師と話せる時間を設ける必要があった。また、急変時に家族の精神的フォローができるよう、院内急変対応チームのなかで定期的な家族看護に関するカンファレンスを実施していく。

【結語】

今回の症例を通し明らかになった課題に対し、院内の全職員がいかなる場所でも救命処置が必要となった場合に、迅速な初期対応や家族対応ができるよう、救急外来のスタッフが中心となり教育活動を通して院内全体の初期対応スキル向上を目指していく。また、院内急変コール対応看護師は、急変時にチームが円滑に活動出来るようリーダーシップを発揮する必要がある。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 RTD会場)

[RTD4-2] 医療現場における患者安全に役立つ眠り SCAN®の有用性の検証

○炭家 千尋, 大川 貴治, 男㔟 夏実, 川合 いずみ, 浅香 えみ子 （獨協医科大学埼玉医療センター看護部）

【背景・目的】

Rapid Response System（ RRS）は予期せぬ院内心肺停止率、死亡率の低下や入院日数を削減する可能性が示唆され、国内外の医療安全指針に採用されている。 RRSの第1コンポーネントである求心的視点（患者のバイタルサイン等の異常への気づきと RRSの起動）は、看護師の状況認識力のひとつであるため、能力差により状態変化を見逃される可能性があることから、モニタリングの重要性が強調されている。しかし、全患者に生体情報モニターによる観察を行うことは、物理的に不可能である。これらの現状から、看護師の能力差によらず、患者への負担が最少で状態変化の把握ができ、適切なタイミングでの訪室と観察に繋がるシステムが望まれる。そこで、介護施設において、「見守りシステム」として利用されているパラマウント製品の「眠り SCAN®」が急変の前兆を早期に確認する患者安全のデバイスとして活用可能性があるのではないかと着眼した。しかし、眠り SCAN®は生体情報モニターではないため、患者の病態を正確に反映するものではない。ただし、患者の状態変化を示す呼吸数と心拍数が眠り SCAN®により得られる指標として含まれる。そこで、眠り SCAN®の指標が患者の病態変化を捉える看護師の感覚を裏付けることができるかを検証することとした。

【方法】

ベッドサイドで呼吸・循環を持続モニタリングする必要のない救命病棟入院患者に対して、眠り SCAN®を退院まで使用した。人工呼吸器装着中の患者と15歳未満の小児患者は対象から除外した。眠り SCAN®で得られる指標（呼吸回数、心拍数、活動量）のうち、急変前兆候を示す呼吸と心拍数に焦点をあて、設定数を逸脱した場合には訪室し、患者の迅速評価、一次評価を行った。但し、眠り SCAN®によるデータに変化がない場合も看護師の懸念が生じた場合は訪室することを前提としている。

【倫理的配慮】

得られたデータは匿名化を図り、機密性確保に努めた。また、研究発表後は再現不可能なかたちでデータは破棄をする。

【結果】

対象患者は28名であった。看護師が訪室しようと思うレベルの数値が眠り SCAN®で示された患者に迅速評価・一次評価を実施した結果、眠り SCAN®の数値は、実測の呼吸数や心拍数、と差異がなかった。一時的に眠り SCAN®で逸脱した値を示した症例は、体動や咳嗽反射によって現れた生体反応であった。持続的に眠り SCAN®で逸脱した値を示した症例は、疼痛や喘息発作、発熱による生体反応であった。

【考察】

©一般社団法人 日本救急看護学会

看護師が「何かおかしい」と感じて観察する状態のバイタルサインと眠り SCAN®が表すシグナルは差異が無く反映していることが明らかとなった。よって、眠り SCAN®の指標は患者の病態変化を捉える看護師の感覚を裏付ける可能性が高いことが示唆された。

しかしながら、本研究で対応した看護師は中堅以上であったため、経験値などによって差が見られないかという点においては追研究が必要である。さらに、眠り SCAN®は医療機器や耐圧分散式エアマットレスの振動を読み取るという特性を踏まえた対象患者の選定と、同時にサンプル数を増やして追研究することで、この先、急変の前兆を早期に確認する患者安全に役立つデバイスとして医療現場で使用できる可能性が高まると考えられる。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 RTD会場)

[RTD4-3] 救急外来を受診するがん患者の特性と症状の分析

○宮城 綾香, 大嶋 守 （砂川市立病院）

<目的>A病院を含む二次医療圏では、かかりつけ医・在宅医療を担う体制が十分に整備されていない。このため、がん患者は状態悪化時に A病院救急外来を受診する。がん治療が在宅へとシフトしている昨今、外来におけるがん看護の役割が重要となる。しかし救急外来におけるがん患者の対応や特有なケアが適切に行われているのかは検証されていない。そこで、 A病院救急外来で求められるがん看護を明らかにするために、救急外来を受診するがん患者の特性を明らかにすることを目的とした。
<方法>後ろ向き観察研究。2017年1月～3月に地域救命救急センター・地域がん診療拠点病院である A病院の救急外来を受診した全2,675件のうち、がんの診断名がある360件の診療記録を対象とした。すべての診療記録をがん化学療法看護認定看護師、救急外来看護師、長年がん看護に従事している看護師の3名で精査した。がん特有の症状と、治療・緩和ケアに伴う有害事象かどうか合意の上判断し、がん関連症状とがん関連症状以外に分類した。季節性の感染症や外傷などはがん関連症状以外に分類した。記述統計によるデータの類型化とχ二乗検定による群間比較を行った。統計解析は JMP®12.0を用いた。 A病院看護部倫理審査委員会の承認を受けて行った。
<結果>対象は、平均年齢74.5歳（範囲26～100歳）、男性51%、女性49%だった。360件のうち、がん関連症状としての疼痛、呼吸苦、発熱などの受診は96件（26.7%）、がん関連症状以外での受診は264件（73.3%）だった。受診の転帰は、がん関連症状では、入院47件（49.5%）、帰宅48件（50.5%）、がん関連症状以外では入院81件（30.8%）、帰宅182件（69.2%）だった。がん関連症状の入院割合はがん関連症状以外の入院割合と比べて有意に高かった（p=0.0011）。トリアージ区分を低緊急、準緊急・緊急で分類したところ、がん関連症状の低緊急は46件（61.3%）、準緊急・緊急は29件（38.7%）だった。がん関連症状で低緊急だったにも関わらず入院に至った患者は18件（41.9%）で、症状の内訳は疼痛が5件（27.8%）だった。がん関連症状で準緊急・緊急で入院に至った患者は25件（58.1%）で、症状の内訳は疼痛が８件（32.0%）だった。
<考察>がん関連症状の転帰では約半数が入院に至っており、症状は疼痛が一番多かった。がん関連症状で準緊急・緊急トリアージで入院した症状は疼痛が一番多かった。また、トリアージ区分が低緊急であるにもかかわらず4割弱が入院に至っており、その症状でも疼痛が一番多かった。以上の結果より、がん関連症状で救急外来を受診し入院に至る症状は、疼痛が重要だといえる。がんによる疼痛は、入院中に疼痛管理の方針を固め外来でフォローされるが、増強時の対応などセルフケア能力が十分に発揮できていないと考えられる。したがって救急外来は、痛みの程度や薬剤の使用状況、日常生活への影響など情報収集を行い、病棟や外来と連携して得た情報をフィードバックできる仕組みが必要であると考える。また、今後がん治療はさらに進歩し複雑な症状の対応が求められてくるため、救急外来においてもがんに対する知識と技術を高めていくことが重要であると考える。

(2019年10月4日(金) 16:20 ～ 17:20 RTD会場)

[RTD4-4] A大学病院高度救命救急センターの災害時の看護活動の現状と連

©一般社団法人 日本救急看護学会

携の課題　救急外来と救急 ICUの合同災害訓練を通じて

○鶴田 聖季, 伊礼 リカルド, 大和田 幸男, 川谷 陽子 （愛知医科大学病院）

【はじめに】 A大学病院は、基幹災害拠点病院であり、24時間緊急対応をし、傷病者受け入れや搬出を行う役割が求められている。災害発生時に迅速に対応ができるよう大規模災害マニュアルに沿った多数傷病者受け入れ対応および BCPシナリオに沿った総合防災訓練の実施、災害の講義、各部署における災害マニュアルの整備が行われている。今回、救急外来と救急 ICU合同災害訓練を行い災害時の看護活動の現状と連携の課題が明らかとなったため報告する。
【目的】基幹災害拠点病院の高度救命救急センターとして救急外来と救急 ICUとの連携体制を構築するための現状把握と課題を明らかにする。
【方法】
1)合同災害訓練実施
2)合同災害訓練後、災害発生直後の対応（安全確認、報告、報告書の記載、患者のふりわけ、人員配置）、協働（情報共有、協力依頼、役割分担）の項目について独自に作成した評価表を使用し、合同災害訓練参加者で意見交換を行い救急外来と救急 ICUの看護活動を5段階（5:とてもよくできた、4:よくできた、3:かろうじてできた、2:あまりできなかった、1:まったくできなかった）で評価した。
3)合同災害訓練後の振り返りから評価の根拠と連携に関する課題を抽出した。
【倫理的配慮】当院の看護部倫理審査会で承諾を得た。(承認番号:2019-3)参加者には個別に研究目的と匿名性の保持、プライバシーの保護について口頭で説明し許可を得た。
【結果】救急外来の評価は災害発生直後の対応（安全確認4、報告5、報告書の記載5、患者のふりわけ5、人員配置5）、協働（情報共有5、協力依頼3、役割分担3）であった。協力依頼と役割分担で評価が低かった根拠には、救急外来での業務経験のないスタッフに短時間で業務内容を説明するのが難しい、患者受け持ちをしながら赤エリアのリーダ役割を担うのが難しいという点があげられた。救急 ICUの評価は災害発生直後の対応（安全確認4、報告5、報告書の記載5、患者のふりわけ3、人員配置3）、協働（情報共有5、協力依頼3、役割分担2）であった。患者のふりわけと人員配置で評価が低かった根拠には、実際に重症度の高い患者を移動する訓練を行っておらず移動先の対応の動きもわからないという点があげられた。協力依頼と役割分担では、救急外来での役割を理解することが難しくまた情報共有するべき内容がわからない、トリアージに不安がある、トリアージタグの記載ができなかったという点があげられた。
【考察】患者のふりわけと人員配置で救急外来と救急 ICUの評価が異なった要因は、それぞれの部署の診療体制の特徴が反映されたと考える。救急外来では通常業務として来院する患者の緊急度・重症度で診療の環境を調整し人員配置も流動的に行っているため評価が高かった。協力依頼と役割分担が両部署とも評価が低かった要因は、協力依頼では、初期診療、災害についての知識が少なく、また災害時の看護活動を学習する機会が少ない救急 ICUスタッフと情報を共有する難しさがあったことが考えられる。役割分担では、複数の重症患者を受け持つ経験が少ないこと、トリアージの経験がないことが考えられる。さらに救急 ICUでは、初期診療における患者の状態評価や処置内容についての理解、 START法・ PAT法の評価項目から想定される患者像の認識の違いが要因として考えられた。合同災害訓練の実施と振り返りから災害時の看護活動の現状が明らかとなった。根拠から抽出された救急外来と救急 ICUの災害時連携の課題は、初期診療体制の理解と経験の強化、災害に関する知識の習得、災害時における役割機能の共有であった。

(2019年10月4日(金) 16:20 〜 17:20 RTD会場)

[RTD4-5] ドクターカー同乗看護師が抱く不安に対する取り組みと今後の課題

©一般社団法人 日本救急看護学会

○大宜見 宗史, 篠原 花織, 兼本 愛美, 内間 幸人 （社会医療法人かりゆし会　ハートライフ病院）

【はじめに】 A病院は2017年4月より救急車型ドクターカーを導入し運用を開始した。同月にドクターカー同乗看護師にアンケートを実施した結果、71%が同乗することへの不安があり、要素として「1、知識・技術面」「2、物品・資器材の把握」「3、情報周知の不足」が抽出された。不安軽減を目的に介入を行い、再度不安の程度を比較したが、不安を抱く看護師は86%と軽減が見られなかった。そのためさらに不安軽減へ、シミュレーションや現場出動後のデブリーフィング、周知方法を専用のノートを作成し活用するなど、介入を行った効果を報告する。【目的】ドクターカー同乗看護師に対し、技術面と物品管理及び情報周知不足についての不安軽減への介入を行い、不安が軽減することを目的として取り組んだ。【方法】期間：2017年4月～2019年4月　対象： A病院のドクターカー同乗基準を満たす看護師7名　方法：1、知識・技術面に対し病院前救護活動の動画視聴、外傷シミュレーションの実施、現場出動後の動画を活用したデブリーフィング、ドクターカー業務基準ファイルの作成。2、物品・資器材の把握に対し物品の整備、日々のチェックを実施。3、情報周知の不足に対してドクターカー専用のノートを作成し活用。追加介入後、不安の程度を比較するためアンケートを実施。【倫理的配慮】倫理的配慮については、 A病院の倫理審査委員会の承諾を得た。【結果】2017年にドクターカー導入時は、71%の看護師が同乗することへの不安を感じていたが、不安に対し介入した後も、86%の看護師が同乗することへの不安を「強くそう思う」「そう思う」と回答していた。不安の要素として、「1、知識・技術面」「2、物品・資器材の把握」「3、情報周知の不足」が抽出されたため、さらに病院前救護活動の動画視聴、外傷シミュレーションの実施、現場出動後の動画を活用したデブリーフィング、ドクターカー業務基準ファイルの作成を行い不安の軽減に取り組んだ。その結果、2019年4月には、不安を「強くそう思う」「そう思う」と回答した人が57%まで減少した。不安の要素は、「1、知識・技術面」のみとなり、「2、物品・資器材の把握」「3、情報周知の不足」の不安を回答した人はいなかった。【考察】今回、ドクターカー同乗への不安に対する介入で「強くそう思う」「そう思う」と答えたスタッフが86%から57%まで減少した。その背景には「1、知識・技術面」に対し、病院前救護活動の動画視聴やシミュレーションを実施することで、現場に近い活動内容を学ぶことができ、不安の軽減につながったと考える。出動事例を動画で視聴しデブリーフィングをすることは、自己の活動内容を見直してチームでの役割分担が再確認でき、次の出動への自信につなげられたと考える。「2、物品・資器材の把握」に対しては、日々車内の資器材と物品のチェックを繰り返し実施することが物品の把握につながった。「3、情報周知の不足」に対しては、ドクターカー専用のノートを作成し、新しい情報や共有したい内容をノートに記載し、周知を図ったことで統一した方法で情報の周知につながった。しかし、まだ知識・技術面に対し不安を抱える看護師は多く、さらに病院前の現場経験を重ねることが必要である。また、今回行ったシミュレーションに対し、「技術向上につながる」「定期的にシミュレーションを行ってほしい」などの意見が多く聞かれたため、今後はシミュレーションのバリエーションを増やし、より現場に近い内容で実施することを積極的に行っていきたい。また今後は、新しく同乗する看護師への育成も課題である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 救急看護師教育

[RTD5] RTD5群 救急看護師教育

座長:背戸 陽子(日本医科大学付属病院 医療安全管理部)

2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD5-1] 院内急変対応時の、救急看護師のリーダーシップに関する調査

○金丸 祥子, 桜井 政純, 高橋 沙紀, 那須 明子, 櫻井 弥生 （札幌徳洲会病院 救急センター）

[RTD5-2] コードブルーの応援にかけつけた看護師が力を発揮することができたと感じる要因

○大地 文子, 福田 ひろみ, 蔵本 真理, 勝占 智子 （徳島赤十字病院）

[RTD5-3] 救急センターにおける CPA事例の振り返りの効果

○小島 朗, 本田 文子, 小熊 博美, 増川 美智子, 石井 裕也 （大原綜合病院　HCU　救急センター）

[RTD5-4] 初期救急、二次救急患者の診療科選定を看護師が行う取り組み～現状と今後の課題～

○野坂 栞[1], 忠田 知亜紀[1], 奥井 陽子[1], 冨田 里美[1], 森 輝美[2], 足立 好美[1] （1.鳥取大学医学部附属病院救命救急センター, 2.鳥取大学医学部附属病院小児病棟）

[RTD5-5] 二次救急医療機関の救急外来において救急看護認定看護師が重要と考える看護実践

○武村 佳奈子[1], 本田 可奈子[2], 前田 晃史[3] （1.滋賀医科大学医学部附属病院, 2.滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座, 3.市立ひらかた病院　手術室）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場)

[RTD5-1] 院内急変対応時の、救急看護師のリーダーシップに関する調査

○金丸 祥子, 桜井 政純, 高橋 沙紀, 那須 明子, 櫻井 弥生 （札幌徳洲会病院 救急センター）

【はじめに】 A病院では、院内救急コール「ドクターブルー」を設定しており、全館放送によりスタッフ召集を行っている。先行研究では、急変時に対応した看護師を対象に意識調査を行った。結果、救急看護師にリーダーシップをとってほしいということがわかり、その役割を担う事が急変対応の質の向上に繋がると考えた。そこで、救急看護師が院内急変対応時にリーダーシップを発揮できているかを明らかにしたいと考え本研究を行った。

【目的】院内急変対応時に救急看護師がリーダーシップを発揮できているかを明らかにする。

【方法】1.対象： A病院に所属する急変時に対応した当該部署の看護師。2.研究期間：2018年4月1日から2019年3月31日。3.方法： 急変時に対応した当該部署へ研究者がアンケート用紙を配布し、所定の場所へ回収 BOXを設置し回収する。4.分析方法：単純集計。

【倫理的配慮】 A病院倫理委員会の承諾を得て、質問紙の回収をもって同意が得られたとみなした。

【結果】51人に配布し、36人から回収（回収率70.5%）。病棟でリーダー経験がある36人中30人(83%)。救急看護師が駆けつけたことで不安は軽減された36人中34人(95%)。救急看護師と連携をとることができた36人中31人(86%)。急変対応時、看護師間でのリーダーシップを図ったのはどちらかという問いに対して、当該部署看護師15人(42%)、救急看護師20人(55%)。リーダーシップを図った当該部署看護師が急変対応に慣れていると感じた7人(44%)、感じていない8人（50%）。リーダーシップを救急看護師が図り、役割を明確に伝えてきたと思う20人中18人（90%）、無回答2人(10%)。救急看護師の言動や対応に疑問を感じた人はいなかった。今後も急変対応時に救急看護師にリーダーシップをとってほしいと思う20人中20人（100%）。

【考察】リーダーシップを救急看護師がとり、役割を明確に伝えてきた、今後も急変対応時に救急看護師にリーダーシップをとってほしいと回答が得られた。このことから、役割の分担が図れたことでチームが円滑に働いていたと示唆する。急変対応の質に繋がったか判断するには、救命率や社会復帰率などを評価していくことが必要である。救急看護師と連携がとれなかった割合は11%であり、理由記載はなかった。今後の課題として、日頃からより密に他部署スタッフとのコミュニケーションを図っていくことや、他部署スタッフを交えた勉強会などを開催し、顔の見える関係性を構築していくことが連携の強化に繋がるのではないかと考える。

【結論】院内急変対応時に、救急看護師はリーダーシップを発揮できていた。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場)

[RTD5-2] コードブルーの応援にかけつけた看護師が力を発揮することができたと感じる要因

○大地 文子, 福田 ひろみ, 蔵本 真理, 勝占 智子 （徳島赤十字病院）

【はじめに】 A病院では,院内急変時に職員を収集し緊急蘇生を行う体制（以下コードブルーとする）を導入し,急変時対応に関する物品や教育体制を整備している.しかし,コードブルーの応援にかけつけた看護師からは,自身の活動について「力を発揮することができた」「力を発揮することができなかった」と両極の意見がでた.より質の高い急変時対応のためには,力を発揮することができたと感じる要因を明らかにする必要があると考えた.【目的】応

©一般社団法人 日本救急看護学会

援にかけつけた看護師が力を発揮することができたと感じる要因を明らかにし,急変時対応の質の向上に繋がる一助とする.【方法】 A病院看護師456名に独自に作成した質問用紙を用いてアンケート調査を行った.質問用紙内容は個人属性,コードブルー要請時に応援にかけつけた経験の有無,コードブルー要請時応援にかけつけた時の活動を振り返って,力を発揮することができたと感じたか（リッカート尺度）,環境要因（場所・時間帯・人員・物品の過不足・物品の配置）連携要因（リーダー医師の存在・患者情報・自分の役割・看護処置の実施・看護処置内容の周知）個人要因（救急分野の勤務経験・二次救命処置受講歴・コードブルーの活動歴・以前のコードブルー活動の振り返り）とした.回収後のデータは統計ソフト SPSS（ Ver.18.0）を使用し,「力を発揮することができたと感じた群」「力を発揮することができなかったと感じた群」にグループ化し各質問項目との関連性をχ2検定またはFisherの正確検定を用いて分析した.【倫理的配慮】 A病院倫理委員会の承認を得て実施した.個人が特定されないように記号化し,全データの管理は研究メンバーのみが行い研究終了後,速やかに破棄することとした.【結果】456名の看護師に質問用紙を配布し263名から回答が得られた（回収率57.7%）．有効回答は256名であった（有効回答率98.5%）.力を発揮することができたと感じる要因として,人員(p=0.046),看護処置の実施(p<0.001),自分の役割(p<0.001),救急分野の所属経験(p<0.001),コードブルーの活動歴(p=0.004),他者との振り返り(p=0.037)において有意差があった.【考察】人員は常に十分であり,多くの職員が現場にかけつけていることが推測された.「力を発揮することができたと感じた群」は，複数の役割の中で，自分の役割を見つけ，その役割を遂行する事ができたのではないかと考えた．チームメンバー全員が,自分の役割を明確にし,主体的に看護処置が実施できれば,チーム全体のパフォーマンスの向上も期待できる. 救急分野所属経験のある看護師は，日頃より急変時対応を行う機会が多く，コードブルーの活動歴がある看護師は，研修などで学んだ知識を実際に活用できる機会が得られ，力を発揮できることに繋がったのではないかと考えられた．また,以前の活動の振り返りを自身で実施したか,他者と実施したかで結果に差がみられたのは,その経験を他者と共有することで,実践的なリフレクションが可能となっていたのではないかと考えられた.【結論】応援看護師が力を発揮できたと感じる要因は,人員,看護処置の実施,自分の役割,救急分野の所属経験,コードブルーの活動歴,他者との振り返りであった.質の高い急変時対応に繋がるよう,活動時の自分の役割を明確にすることや,他者との経験を共有できる振り返りが重要である.

(2019年10月4日(金) 10:30 〜 11:30 RTD会場)

[RTD5-3] 救急センターにおける CPA事例の振り返りの効果

○小島 朗, 本田 文子, 小熊 博美, 増川 美智子, 石井 裕也 （大原綜合病院　HCU　救急センター）

背景：二次救急である当院において、2018 年における日中のみの CPA患者搬送は、16件であった。 CPAで救急搬送された患者の救命は、質の高い胸骨圧迫のスキルだけでは、患者を救命することはできず、救命蘇生のチーム力が重要である。当院においての今までの救急蘇生チームは、医師がリーダーを努め、看護師は指示を受けてから行動するという受け身な体制であった。救急センターのスタッフは、 BLSや ICLSコースの受講を終了しており、技術的なスキルを身につけている。しかし、蘇生チームとしての動きや次の行動を予測することに対して良好なコミュニケーションが不十分であり、蘇生においてのチーム力を発揮出来ていない状態であった。これは、蘇生チームが患者の受入を行うための役割分担が出来ておらず、時間を要していると感じた。したがって今回は、救急蘇生チームの質の向上をはかる目的にて取り組んだ。

【目的】 CPAの振り返りの効果を明らかにする

【データ収集方法および期間】

1．期間：2018年1月～2019年4月

2．方法： CPA事例を振り返り、振り返った内容を簡易にまとめ共有した。問題点を常に更新し、共有できるように工夫を行った。工夫や環境面を整理し、 CPAの受け入れ体制の充実をはかったことを今までの10例の資料を見直し、データの整理を行う。その後の3例は、作成したチェックリスト項目で、蘇生チームとしての実践ができているか確認した。

【分析方法】振り返りが十分に行われているか作成したチェック項目にて整理した

【倫理的配慮】当院倫理委員会にて承認を得た

©一般社団法人 日本救急看護学会

【結果】質の高い救命チームを作るために、処置の動線や物品、役割分担など改正第4版日本救急医学会ICLSコースガイドブック（2016）を参考にし、蘇生チームの役割や薬剤投与、記録記載の決まり事や、必要物品の配置および緊急機器の位置など環境面を救命センターのスタッフと救急の医師らの協力を得て整えた。13症例の CPA事例の振り返りは、15分行いスタッフの役割分担や、動線およびシステム作りを行った結果、 CPA患者の受け入れがスムーズとなった。さらに、副次的効果として、 PPE（個人防護具）着用の充実および救急カートの充実にも繋がった。
【考察】事例の振り返りは、 ABCDE評価にて役割分担を決定したことで、お互いの役割が理解できたと考える。更に、蘇生チームに必要な人数やチーム内の動きの全体を見ることができたことにより、コミュニケーションの重要性や問題点を可視化出来たと考える。1つ1つの事例の振り返りを行う事で、蘇生チームそれぞれのスタッフの考えを知ることが出来たことは、チーム力を高める効果ともなったと考える。事例をもとにした振り返りを重ねる事で、問題の明確化ができ、チーム力を高め医療の質の向上になることであると考える。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場)

[RTD5-4] 初期救急、二次救急患者の診療科選定を看護師が行う取り組み～現状と今後の課題～

○野坂 栞[1], 忠田 知亜紀[1], 奥井 陽子[1], 冨田 里美[1], 森 輝美[2], 足立 好美[1] （1.鳥取大学医学部附属病院救命救急センター, 2.鳥取大学医学部附属病院小児病棟）

【はじめに】 A病院は救命救急センターを有し、一次から三次救急患者の受け入れを行っている。2015年から救急車応需率を上げ、円滑な診療に繋げることを目的に、二次救急患者も全例受け入れを行うこととなった。更に、患者来院後に院内トリアージナースが、緊急度判定支援システムを活用した緊急度判定を行ったうえで、診療科選定を実施し、該当科へ診療依頼を行う取り組みが導入された。そこで、院内トリアージナースが行う診療科選定の精度を検証したことで、今後の課題を考察したため報告する。
【研究目的】事後検証内容に焦点を当て、 A病院の院内トリアージナースが行う診療科選定の精度に関する現状と今後の課題を明らかにする。
【方法】調査期間：2018年6月～2019年3月
調査対象：院内トリアージナースが診療科選定を行った症例に対して実際に診療した医師
研究方法：対象となる医師に対して、診療科選定理由が適切であったか質問紙法を実施し、結果は単純集計を行った。
倫理的配慮：本研究は、研究者の所属機関の倫理規定に基づき、所属長の承認を得て実施した。データ収集および分析過程で個人情報が特定されないよう十分に配慮した。
【結果】院内トリアージナースが診療科選定を行った症例数（ｎ）に対して、診療科選定根拠は適切であると回答が得られたのは、2018年6月99.9 %（ n= 261）、7月99.4%（ n=331）、8月99.7%（ n=271）、9月98%（ n=251）、10月99.2%（ n=270）、11月100%（ n=207）、12月98.5%（ n=200）、2019年1月99.1%（ n=237）、2月100%（ n=163）、3月99.5%（ n=210）であった。全体では、99.3%（ n=2401）であった。そのうち、診療科選定根拠が希薄であり、明らかに他科選定が望ましいと指摘を受けた症例は、0.5%（13件）であった。
【考察】 A病院の院内トリアージナースが行う診療科選定は、調査期間中において98%以上が適切であったという結果が得られており、診療科選定の精度は高いということがわかった。その背景には、 AMIや脳卒中、頭部外傷など、疑う疾患によって、予め診療科が決められていることや、めまいやアレルギーなどの判断に躊躇する症状については、診療科選定のフロー図が作成されていることが関係していると思われる。更に、2018年から救急外来の体制を見直し、夜勤帯の院内トリアージナースは、看護師経験8年以上の者が2名以上としたことも、精度が高い結果となった要因の一つと思われる。しかし、今回の調査で、診療科選定根拠が希薄であると指摘を受けた症例は0.5%あったため、今後も次世代の院内トリアージナースの育成を行う上でも、新たなフロー図の作成や教育体制を検討していく必要がある。

©一般社団法人 日本救急看護学会

また、院内トリアージナースが、患者の緊急度判定と共に診療科選定を行うことは、過度なストレスがかかっていると考えられる。今後はストレスの内容にも注目し、職場環境の改善を図っていくことも課題である。

(2019年10月4日(金) 10:30 ～ 11:30 RTD会場)

[RTD5-5] 二次救急医療機関の救急外来において救急看護認定看護師が重要と考える看護実践

○武村 佳奈子[1], 本田 可奈子[2], 前田 晃史[3] （1.滋賀医科大学医学部附属病院, 2.滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座, 3.市立ひらかた病院　手術室）

【はじめに】二次救急医療機関(以下二次救急とする)は、救急患者の90%以上を対応しており、地域の救急医療を担う二次救急の役割がさらに重要になると考える。二次救急の救急外来看護師は、トリアージ、帰宅後の生活指導、電話相談など多種多様な看護実践を行っているが、非常勤看護師で行っている場合も多く、二次救急の外来における看護の専門性は、明確にされているとは言い難い。
【目的】二次救急の救急外来に従事する看護師のコンセンサスを得た看護実践の特徴を明らかにし、看護の専門性について考察する。
【方法】調査期間：平成29年12月～平成30年4月である。対象：近畿地方の二次救急で看護実践しているまたは、実践経験がある救急看護認定看護師取得後2年以上の救急看護認定看護師50名である。調査方法：デルファイ法を用いて計3回の郵送による自己記入式無記名の質問紙調査を行った。第1回調査は、先行研究を元に作成した46項目と調査項目以外に研究対象者が考える重要な看護実践を自由記載で求めた。第2回調査は、46調査項目に第1回調査の自由記載で得られた13項目を追加した59項目の調査票と第1回調査結果を送付し、あらためて回答を求めた。第3回調査も第2回調査と同様に、第2回調査結果を送付し、回答を求めた。調査項目は、5段階のリカートタイプ評定尺度(特に重要～重要でない)で回答を求めた。分析方法：調査項目を5段階の評価毎の回答率(%)を算出し、51%以上を合意の基準として、特に重要・重要に合意した項目をコンセンサスが得られた看護実践とした。さらに得られた項目を、類似性をもとにカテゴリーに分類した。
【倫理的配慮】Ａ大学倫理審査委員会で審議されたのち、学長の許可を得て実施した（番号29-198）。調査を3回継続して実施するが、調査の途中で中止ができること、対象のプライバシー保持の遵守、回答は無記名で行い、匿名性を確保した。
【結果】分析対象は、第3回調査で34名(回収率70%、脱落率30%)であった。同意率51%以上の「特に重要である」と回答された項目は、11項目、「重要である」は、32項目であった。特に重要であると同意が得られた看護実践は、4のカテゴリー＜生命の危機的状況を判断し対応する＞＜情報共有と伝達＞＜家族への終末期ケア＞＜患者個人を尊重して関わる＞に分類された。重要であると同意が得られた看護実践は、6のカテゴリー＜患者が今後の見通しを立てるための援助＞＜多職種との連携＞＜患者の管理と環境調整＞＜患者に関する情報収集＞＜患者への精神的ケア＞＜家族との関わり＞に分類された。
【考察】二次救急の救急外来における看護実践の特徴は、生命の危機的状況を回避する看護実践を基盤に、多職種と協働し地域での生活と医療をつないでいくことであった。これは、特に重要な看護実践に、生命の危機的状況を回避する看護実践が多くの同意を得られ、重要である看護実践に、生活指導や正しい受診行動など多職種と協働した外来特有の実践に同意が得られたからである。二次救急においても生命の危機的状況にある患者を見逃さず、救命するという重要な役割がある。一方で二次救急の8割の患者は、診察後に帰宅していることや社会的な問題を抱えた患者が増加していることから外来看護師としての環境調整や今後の見通しを立てるための援助等、多職種や地域との連携を持った実践が今後、より一層必要となる。これらの看護実践は、多種多様で専門的知識や技術を必要とするため、高い看護実践能力を持つ看護師の育成や看護体制の充実を図る必要がある。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | RRS

[RTD6] RTD（ CN）6群 RRS

座長:丹羽 由美子(愛知医科大学病院)

2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:30 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD6-1] RRS導入に向けた救急看護認定看護師としての取り組みと今後の課題

○坂田 司 （徳島赤十字病院）

[RTD6-2] Rapid Response Systemの導入と現状～今後の課題

○田尻 雄三 （国家公務員共済組合連合会浜の町病院）

[RTD6-3] A病院における院内救急コールの現状と Rapid Response Systemに関する取組み

○小笠原 美奈 （秋田赤十字病院）

[RTD6-4] 救急看護認定看護師による急変対応コースの実践報告

○田中 雄也[1], 橋本 かお里[2] （1.東海大学医学部付属八王子病院救急センター, 2.東海大学医学部付属八王子病院ICUCCU）

[RTD6-5] 患者のための RRSの確立を目指して

○杉本 環 （日本大学医学部附属板橋病院）

[RTD6-6] A病院における Rapid Response System導入の評価と課題

○磯部 雄一 （九州医療センター）

[RTD6-7] 防ぎえた可能性のある院内急変/死亡ゼロに向けた RRS的視点での振り返りが行えるシステム作りと今後の課題

○小島 圭太 （立川綜合病院）

[RTD6-8] A病院の RRS活動

○中田 哲也, 中山 麻実, 吉田 紀子, 横地 瑞, 佐藤 晃子, 白石 浩子 （獨協医科大学病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:30 RTD会場)

[RTD6-1] RRS導入に向けた救急看護認定看護師としての取り組みと今後の課題

○坂田 司 （徳島赤十字病院）

はじめに

2008年に提案された医療安全全国共同行動の行動目標において、 Rapid Response System（以下 RRS）の確立が挙げられ、予期せぬ死亡を減少させる取り組みが全国的に広がりつつある。 A病院は平均在院日数8.3日（2018年度）の高度救命救急センターを有する急性期病院である。以前より急変時の迅速対応としてコードブルー体制をとってきたが、さらなる急変時対応の強化を行う必要性があると考え、2018年12月より平日日勤帯のRRSを導入した。導入にあたってシステムの構築に関わったので報告する

導入の背景

導入にあたって急変対応の現状調査をする目的でアンケート調査を行った。看護師542名にアンケート用紙を配布し、401件の回答が得られた。急変時ドクターコールをする際に困ったことがあるかという問いに対して77%の看護師が困ったことがあると回答した。困った理由として「外来中」「手術中」「処置中」など、コールをしても物理的に対応困難な状況が全体の56%を占めていた。一方で起動時の問題として「本当に急変かどうかの判断ができない」という回答も13%あり、急変の認知と異常に対してのスムーズな対応ができるシステム構築が必要であると考え、 RRS導入に向けて取り組むこととした。

活動の実際

医師、看護師、事務によるワーキンググループを立ち上げたのちに、 RRSの構成要素である①患者の状態悪化を発見する要素、②状態悪化に対応するチームの要素、③事象の分析を行う要素、④システムの設置運営を行う要素の4点に着目しながら導入に向けた事前準備を行った。

最も重要視したのは①患者の状態悪化を発見する要素である。多くの場合看護師が RRSを起動するため、全看護師対象に RRSについての勉強会を勤務時間内に3回実施した。また起動の垣根を低くするため、起動する場合はRRS担当看護師に連絡する体制とした。さらに異常の早期発見のため、院内の救急看護認定看護師3名が各病棟でシミュレーション教育を実施した。

最も調整に難渋した要素が②状態悪化に対応するチームの要素である。医師を対象に RRS導入に関するアンケートを行った結果、 RRS導入への期待がある一方でマンパワー不足による自科対応困難という意見があった。しかし RRSは特定の科のみが実施している事業ではなく、病院全体として取り組んでいることである。したがって各科にヒアリングを行い、委員会で合意形成を行った。結果的には救急科以外にも内科・外科などは自科対応という形をとったが、現場の看護師が起動時に混乱しないため、すべての起動を RRS担当看護師が受けることとした。

今後の課題

起動時の対応を RRS担当看護師が行うことでスムーズな起動に結びついている。しかし起動事例を振り返るとさらに早期に起動が行えた事例がある。したがって起動の精度向上のため、病棟での振り返り及びシミュレーションの実施を強化する必要がある。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:30 RTD会場)

[RTD6-2] Rapid Response Systemの導入と現状～今後の課題

○田尻 雄三 （国家公務員共済組合連合会浜の町病院）

Rapid　Response　Systemの導入と現状～今後の課題

【導入背景】

A病院では緊急時対応としてハリーコールシステムを導入している。対応した医師や看護師から「急変前兆の有無」「モニタリングの必要性」「早期対応のタイミング」などについての問題点が出始め、2015年度より Rapid Response System（以下 RRS）の院内設立を行った。また Rapid Response Team（以下 RRT）要請基準として、 A病院版 EWSS(Early Warning Scoring System)を作成し、小児科を除く一般病棟入院患者を対象にシステムの導入を行った。2017年度より救急部の改変に伴い HCUにもシステムの導入を行い、要請基準に HCU版 EWSSを取り入れた。

【活動状況】

心拍数、呼吸数、収縮期血圧、経皮的動脈血酸素飽和度、意識レベルの各項目を段階的に点数化し、さらに4段階に zone(red、 orange、 yellow、 white)分類を行うように定めた。 zone別の対応として、 red：直ちに RRT報告、 orange： RRTラウンド時に報告、 yellow：再評価間隔の短縮などの行動を明確化し、対応の統一を図ったが、2017年度より救急部の体制が変更となり、 RRTラウンドができない状況に至った。

そこで、看護師のベッドサイド評価の強化と新規採用者へのシステムの定着を目的に OSCEを用いた看護師育成に着手した。また、緊急性の高い症例が入室する A病院の HCU体制に対応すべく、急変徴候の早期発見と重症化の回避を目的に RRS導入を試みた。 HCUでは SpO2⇔体温に変更した HCU版 EWSSを導入している。

【考察～今後の課題】

ハリーコール症例2016年度17件（病棟発生12件）、2017年度12件（病棟発生5件）、2018年度9件（病棟発生4件）であり、システム導入後にハリーコール症例の減少を認め、特に病棟からの要請件数の減少を認めた。RRSシステムの定着を期待していたが、ラウンドと RRT体制が変更になって以降、2018年度ハリーコール件数は、10月以降の発生が8件と集中していた。 RRTのラウンドが廃止になったことで、報告のタイミングや介入の遅れが発生している可能性が考えられた。 RRTを救急部主体で立ち上げたことから、主治医対応困難時に「誰に」報告をすべきかの点に置いて課題が明らかとなった。主治医対応困難時に RRT要請としていたシステムを、主治医対応困難時⇒同診療科医師へ報告⇒ RRT要請とすることで、 RRT要請前に医師の評価を加えることをシステムに取り入れた。これにより RRT要請の細分化が図れると考えているが、システムを定着する上で各科医師の協力が不可欠になるため、医療安全管理室の協力の元、システムの理解と協力要請を続けている。

看護師の評価についても、バイタルサイン測定毎に評価を推奨していたものの、勤務中、特に午前中に評価し、ラウンド時に報告する傾向にあった。そのため、「報告のタイミング」や「アセスメント」において、経験による判断の差が生じていると考えられた。各病棟で RRSの理解と臨床での患者優先度をどう評価するかに対し、 OSCEを用いた看護師育成を導入している。課題として、勤務中に評価を行うことによる負担増加や時間外研修の狭小化などに伴い、全病棟での導入には至っていない現状にある。現在 OSCEを行った部署のデータを下に、全部署での看護師育成に着手したいと考えている。

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:30 RTD会場)

[RTD6-3] A病院における院内救急コールの現状と Rapid Response Systemに関する取組み

○小笠原 美奈 （秋田赤十字病院）

Ⅰ．はじめに

A病院では高度意識障害の発生、呼吸停止や死戦期呼吸、心停止の際発動される院内救急コール（以下スタット

©一般社団法人 日本救急看護学会

コール）がある。私は2016年看護部長から、看護師の急変対応能力向上を図ってほしいというコンサルテーション依頼を受けた。そこで現状を把握するためスタットコール事後検証を行った。その内容から A病院でも Rapid Response System（以下 RRS）構築が急務と考えそれに携わった。今回、スタットコール事後検証で明確となった課題を報告し、 RRS構築に向けて取り組んだ内容を報告する。

Ⅱ．事後検証の方法

１．スタットコール発生部署で、管理者を含めた看護師と共にカンファレンスする。

２．良かった点や改める点をフィードバックする。

３．カンファレンス内容と電子カルテの情報をまとめる。

Ⅲ．倫理的配慮

患者に関する情報は「診療情報閲覧の許可」を提出した上で個人を特定されないように処理し、目的以外には使用せず、その情報収集のために使用する電子カルテは特定した場所で閲覧した。看護師には個人を特定したり評価するものではないことを口頭で説明し同意を得た。

Ⅳ．事後検証の結果

スタットコール発生件数は2016年度7件、2017年度9件、2018年度8件だった。事後検証ができたのは15件だった。15件中スタットコール発生前に現在の RRS発動基準に合致する症状が発生していた件数は12件だった。最も多かったのは「何らかの懸念」で内容は不穏行動や周囲に無関心だった。「呼吸数の変化」を認識しているのは2件であり他の13件は呼吸数測定がされていなかった。「酸素飽和度の低下」を認識していたのは7件であり6件は酸素飽和度測定がされていなかった。「収縮期血圧の低下」を認識しているのは1件だった。

Ⅴ．事後検証からみえる課題

スタットコール発生前に RRS発動基準に合致する症状が発生していた件数が12件から、 A病院でも異常所見を早期に認識し適切な対応により心停止を防ぎ得る可能性があると分かった。しかし呼吸数など、バイタルサイン測定が徹底されていないことが明確になった。人による判断の違いが生じることを回避するためには、異常であるというバイタルサインの基準作りが重要になってくる（安宅,2016）と述べている。患者のベッドサイドで最も診ている看護師が判断する際、曖昧さをなくすため明確な発動基準を作り観察の意義を周知する必要がある。

Ⅵ． RRS構築に向けての取組みと今後の課題

事後検証を始めた当初から、救命救急センター長と医療安全推進室と討議し、 RRS発動基準を作り2018年4月から RRSが始まった。私は看護師に対し、 RRSの概念や観察の意義について毎年講義している。しかし患者の急変兆候に気付くための状況認識力を磨くためには座学だけでは限界があり、シミュレーションが出来る体制作りが必要だった。そこでコアメンバーとして各部署から看護師を募り、コアメンバーは職員に対するシミュレーションでインストラクションすること、 RRS発生時やスタットコール発生時のリンクナースの役割を担うことを伝え、コアメンバーに対する学習会を始めた。現在はコアメンバーが主体となり、月2回の RRSシミュレーションが開催され、看護職員の35％が受講を済んでいる。

RRS構築後の発動件数は2件であり、予期しない心停止は明確に減少したとはいえず、事後検証で看護師の対応能能力向上もできたといえない。今年度医療安全推進室と協力し、院内 RRS運営部会を視野に入れた看護部 RRSチーム会を発足した。教育や啓発活動と急変対応能力向上を目指した活動を継続する。

(2019年10月4日(金) 14:10 〜 15:30 RTD会場)

[RTD6-4] 救急看護認定看護師による急変対応コースの実践報告

○田中 雄也[1], 橋本 かお里[2] （1.東海大学医学部付属八王子病院救急センター, 2.東海大学医学部付属八王子病院ICUCCU）

【はじめに】急変対応を学ぶ場として救急看護認定看護師がシミュレーション教育として『急変対応コース』を経験年数2年および3年の全職員を対象に開催している。等級(当院で定める職能レベル)により、適した内容を学べるよう、ファースト・セカンドレベルの２段階に設定している。院内には RRT(Rapid Response Team)があり、急変時の対応を任せられる体制はあるが、頼るだけではなく、それぞれが急変対応能力を身に付け、実践で

©一般社団法人 日本救急看護学会

きる取り組みとしてコース運営をしてきた。そこで、これまでを通して実践してきたことを報告する。【目的】RRT到着までの急変対応を実践シミュレーション教育で習得する。【方法】期間：2018年4月～7月、同内容で各レベル・計3回開催。ファーストレベル概要：対象は経験2年目47名。目的：臨床イメージし急変対応を習得する。目標：急変の認知から一次救命処置を円滑に実践できる。セカンドレベル概要：対象、経験3年目52名。目的：急変対応時の後輩の役割モデルとなり支援できる。目標：二次救命処置の移行に自発的に行動できる。後輩支援ができる。講師：救急看護認定2名、その他 BLS,ACLSインストラクター。事前課題： BLS、 ACLSに基づくテスト。講習内容：シミュレーショングループは受講生4名に対しインストラクター1名。③評価：認知領域はテストができる、精神運動技能は実技チェックリストで全項目の達成ができる。さらにアンケートで調査した。【倫理的配慮】個人の特定がないよう匿名性の保護とした。【結果】アンケートで満足度を５段階で評価し、ファーストレベルでは、理解度は、やや理解できた9%、十分理解できた91%の計100%。達成度は、ややできた21%、十分できた79%の計100%であった。セカンドレベルの理解度は、理解できた4%、やや理解できた13%、十分理解できた83%の計100%。達成度は、できた10%、ややできた35%、十分できた56%の計100%であった。【考察】 RRTは例年約40件の要請があり、いずれも発生後1分以内の要請ができているため、到着までの数分以内に行うべきことを目標に落とし込んでいる。特に経験年数が低いほど主体的に体験した者も少ないため、定期的な学習機会は急変対応能力を身につけるには必要である。さらに効果的に運用するため、講義設計を練ることで、高い満足感と達成度を得ている。今後もより臨床につながるよう運営していく。

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:30 RTD会場)

[RTD6-5] 患者のための RRSの確立を目指して

○杉本 環 （日本大学医学部附属板橋病院）

Ａ病院は，東京都区西北部にある38科1025床を有する特定機能病院である。担当医療圏である区西北部は，約192万人の人口を抱える医療圏であり，さらに，そのうちの2割が65歳以上の高齢者であることから，緊急度・重症度ともに高い患者の救急搬送が多いことや入院患者が状態変化を起こしやすい状況がある。また特定機能病院として，急変の徴候を捉えて対応することが求められており，2013年より救急医を中心とした METスタイルでRRSを導入している。

ご存知のように RRSは院内心停止の6.5～8時間前には警告的徴候が出現するとの報告から，バイタルサインや患者の身体観察により，数時間先の心停止を察知することができる可能性が示唆され，本邦でも院内急変予防のために導入されているシステムである。Ａ病院では， METスタイルでの出動のため，救急医により適切かつ必要な処置が RRS起動さえ行われれば瞬時に実施されるという利点もあるが，看護師が医師へコールすることが主であるため，患者の状態変化が進行し顕在化してから要請されることが多く，コードブルーに近い死が切迫した状態で起動される症例が多いという課題があった。また患者の状態は RRS起動基準に達しているが，所謂低血圧ショックに至る前に要請すると，主治医や METチームより看護師に起動の是非を問うコメントがあることがあり，看護師の RRS起動の判断に大きく影響を及ぼしているという2つの課題があった。

これらの課題解決に向けて，4つのコンポーネントにおける起動要素（求心路）である「病棟スタッフが患者の状態悪化を認識し，あらかじめ定められた起動基準に従って対応チームを起動すること」が，看護師が患者状態変化を察知した段階で迷いなくできるように取組んできたので，ここに報告する。

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:30 RTD会場)

[RTD6-6] A病院における Rapid Response System導入の評価と課題

©一般社団法人 日本救急看護学会

○磯部 雄一 （九州医療センター）

A病院における Rapid Response System導入の評価と課題

独立行政法人国立病院機構九州医療センター
○磯部雄一 石山亜耶 前田志穂

【背景・目的】

当院で発生した心肺停止を含める院内急変症例の検証会にて、事前に症状増悪の兆候が見られている事案が複数報告された。その為、院内急変を未然に防ぐためには、当院においても RRSの導入が必要であるとの声があがったが、 RRTの編成は難しかった。そこで、夜勤や当直等で院内に勤務する専門医師、診療看護師をホットラインでコールする独自の RRSを構築し、2018年11月より導入した。 RRS導入後６か月目の評価と課題を明らかにする。

【方法】

2018年11月から2019年4月の6ヵ月間の RRS要請件数74件を対象とし、カルテから後ろ向き調査を実施。

【結果】

2018年11月から2019年4月の6ヵ月間で RRS要請件数は74件であった。要請理由で多かったのは、意識の変容が22件(20%)、酸素飽和度90%未満が21件(20%)、収縮期血圧 SBP<90mmHgまたは>200mmHgが16件(14%)の順であった。要請理由が少ない項目は、尿量の低下が1件(0.01%)、制御不能の痛みが1件(0.01%)、心拍数 HR<40または>130/分が9件(12%)であった。

要請の発生曜日別では、日曜日が15件(25%)、土曜日が11件(18%)と多く、水曜・木曜日が共に５件(8%)と少なかった。要請の発生時間帯では、6時から18時が23件(31%)、18時から翌6時の夜間帯が51件(69%)であった。

【考察】

RRS導入の結果、 RRS導入前年度の院内急変件数31件と比較した場合、6ヵ月時点で RRS要請件数は２倍以上であり早期介入が可能になったことが示唆された。しかし、異常を早期発見するためには、心拍数や呼吸数、血圧の変化を急変の徴候として適確に捉えていくことが重要であり、バイタルサインの生理学的解釈法を再教育することが課題として明らかとなった。曜日・時間に関して、医師・看護師数が減少する日時に RRS要請件数が多い傾向にあるため、特に平日日勤帯で異常の早期発見を行い、適切な治療が行えるよう医師へ情報提供することが、看護師として重要な役割であると考える。

今後も RRSがスムーズに運用され、院内における重篤な事案を未然に防ぐことができるように、 RRSについて普及に努めていくことが必要と考える。また、急変事案に対応できるようシミュレーションをまじえた教育も今後は強化していく必要があると考える。

(2019年10月4日(金) 14:10 ～ 15:30 RTD会場)

[RTD6-7] 防ぎえた可能性のある院内急変/死亡ゼロに向けた RRS的視点での振り返りが行えるシステム作りと今後の課題

○小島 圭太 （立川綜合病院）

【はじめに】

近年、防ぎえた死(Preventable Death)の存在が認識され、 Rapid Response Team(以下 RRT)や Critical Care Outreach Team(以下 CCOT)といった院内迅速対応チームが配備されるようになり、その有用性も認識されてきている。また早期警告スコア(Early Warning Score、以下 EWS)や急変予測に関するセミナーなど重篤な有害事象に至らせない Rapid Response System(以下 RRS)が広く認知され、普及してきている。

A病院では、看護部への院内急変/死亡において全症例に報告義務がある。これらの報告は安全管理担当看護師に集約され、院内急変/死亡についての検証がなされている。しかし、その検証の多くは診断や治療の妥当性や医療事故の有無の検証であり、防ぎえた院内急変/死亡の可能性や急変予測の観点からの振り返りが行われていな

©一般社団法人 日本救急看護学会

い。さらに A病院では、 RRTや CCOTなどの迅速対応チームや急変予測に関する RRSは未整備であるため、急変に繋がる兆候がどこに存在し、なぜ認識や介入が遅れてしまったのかといった観点からの検証が行われていない。さらに、院内急変/死亡に至った責任の所在を特定する検証となることもあり、コミュニケーションエラー含めチーム医療としての機能についての振り返りがなされていない。

院内において、防ぎえた可能性のある院内急変/死亡を予期し、予防することは必然である。既存の検証の在り方ではなく、 RRS的観点から院内急変/死亡についての振り返りが行えるよう安全管理担当看護師と協働してシステム作りを行った、そのシステムと実績について報告する。

【目的】

既存の院内急変/死亡症例の検証の問題点を明らかにし、 RRS的観点での振り返りが行えるシステムを作る。

【方法】

既存の院内急変/死亡事例症例における検証内容を議事録から分析する。また RRS的観点での振り返りが行えるシステム作成前後での介入数、コンサルテーション数、コンサルテーション内容の実態を調査し分析した。

【倫理的配慮】

所属施設の倫理審査の承認を得た。

【結果】

RRS的観点での振り返りが行えるシステム運用前における、院内急変/死亡における検証についてのコンサルテーションは全くなかった。2018年よりシステムの運用を開始し、2018年4件のコンサルテーションがあり、院内急変/死亡に対する防ぎえた院内急変/死亡の可能性や急変予測といった RRS的観点から症例検討を行った。

【考察】

A病院では院内急変/死亡の報告義務があり、防ぎえた院内急変/死亡の可能性や急変予測について安全管理担当看護師からのコンサルテーションを受け、 RRS的観点から院内急変/死亡を振り返るというシステムにより、防ぎえた可能性のある院内急変/死亡を減少させることに繋がると考える。

しかし現段階では、システムは安全管理担当看護師が起動し、コンサルテーションに至るため、現場への RRS的観点で振り返りがなされるまでタイムラグがある。今後は院内急変/死亡報告からタイムリー、かつプロアクティブに活動できるようにシステムを調整していきたいと考える。

また振り返りだけでは安全な医療の提供には繋がらない。 RRS基準を作成し、病棟単位で RRSの実践力向上が図られるような教育及び指導体制の構築を図っていきたいと考える。

(2019年10月4日(金) 14:10 〜 15:30 RTD会場)

[RTD6-8] A病院の RRS活動

○中田 哲也, 中山 麻実, 吉田 紀子, 横地 瑞, 佐藤 晃子, 白石 浩子 （獨協医科大学病院）

【はじめに】

A病院では、医療安全推進で急変患者対応として院内急変時の対応があり、要請の多くは心肺停止の症例である。急変患者の多くは、6〜8時間前に何らかの兆候があるといわれており、その前兆に気づき早期に介入が必要であるといわれている。そのため大学病院として RRS（ Rapid response system）の必要性があり、また急変の前兆に気づいているが適切な対応ができない症例が続いたことで、医療安全推進センターの委員会の1つとして2018年3月 RRS委員会が立ち上り、それ以降の活動について報告する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

【 RRS活動】

RRS委員は、医療安全推進センター専従看護師・薬剤師・事務、医師（救命医師、救急蘇生の教育医師、呼吸器医師など）、看護師（ ICU・救命師長、専門看護師、認定看護師など）、臨床工学技士の合計23名で構成され、1回/月の会議を行い、研修会、活動、基準や記録用紙、活動内容などを検討してきた。

2018年8月に全職員対象に RRS研修会を行い、211名の参加があった。 RRSとして専用の PHSを用意してもらい、 RRSの要請者は看護師が多いと思われたため、急性・重症患者看護専門看護師、救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師が平日9：00～17：00に携帯することにし、 RRS要請基準を作成し全職員に告示していった。さらに RRSを知ってもらうこと、看護師に何か変、何かいつもと違うなどの理解を促すために、2018年10月から週末緊急入院した患者のラウンドを毎週月曜日、 ICU・救命病棟退室患者のラウンドを毎週金曜日、呼吸ケアラウンドを毎週水曜日に行った。各8～12名を1時間程度でラウンドを行った。ラウンド時は、病棟の看護師と一緒にケアを行ったり、話しかけたりして相談しやすい環境に配慮した。不安なことなどを相談されるときもあり、2018年10月～2019年5月のラウンドは941名実施し、 RRS要請は22名あった。 RRS要請は、発熱からのレベル低下や呼吸の気になることが多かった。また、 RRSの理解を深めてもらうために、要請があった内容なども含めてランチョンセミナーとして9回開催し、79名の参加があり、その他循環、呼吸、急変時の対応のランチョンセミナーも15回開催し、66名の参加があった。

【課題】
RRSを知ってもらうためと気軽に相談してもらえるようにラウンドと研修会を行い、8か月で22名の要請につながったが、病棟それぞれの RRSに対して温度差を感じる。今後も RRSを認識してもらうためと看護師が急変の前兆に気づくことができるようにコミュニケーションをとり、ラウンドや研修会を行っていくことが大切である。そして院内急変に対しては、 RRSとして何かできることはないかをその都度検討し、それを次に活かすことができるような働きかけをしていく必要があると考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 看護教育

[RTD7] RTD7群 看護教育

座長:樅山 定美(医療創生大学)

2019年10月4日(金) 15:50 ～ 17:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD7-1] 救急病棟における PNSの現状と今後の課題

○古謝 美智子, 比嘉 美津代, 城間 敦, 兼城 智香子, 神村 知佳子 （琉球大学医学部附属病院救急病棟）

[RTD7-2] 救急分野における中堅看護師の育成をめざして -救急新聞発行による院内広報の効果-

○豊田 麻衣, 山路 修平 （富山市立富山市民病院）

[RTD7-3] A病院における BLSコアメンバーの BLS研修への取り組みについて　意識調査と教育方法への課題

○裏 晋彰, 川久保 嘉文 （岐阜市民病院）

[RTD7-4] 胸骨圧迫時における背板とエアマット CPRモード使用の効果のプロバイダーの性別による比較

○中野 元[1,2], 中井 大介[3] （1.金城大学, 2.富山大学医学薬学教育部, 3.富山大学附属病院）

[RTD7-5] 2年課程の看護学生が B県医師会認定 BLSインストラクターとして、一般市民を対象に講習を実施した成果と課題

○高野 直美[1,2], 小野澤 清美[2], 金子 健彦[3] （1.日本医療科学大学 保健医療学部 看護学科, 2.大宮医師会看護専門学校, 3.和洋女子大学大学院　総合生活研究科）

[RTD7-6] 救急看護師が「モデル」と捉える同僚の社会人基礎力 -調査対象者の救急看護経験年数の観点から-

○源本 尚美[1], 城丸 瑞恵[2], 澄川 真珠子[2] （1.市立札幌病院　救急外来・内視鏡画像センター, 2.札幌医科大学保健医療学部）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 15:50 ～ 17:00 RTD会場)

[RTD7-1] 救急病棟における PNSの現状と今後の課題

○古謝 美智子, 比嘉 美津代, 城間 敦, 兼城 智香子, 神村 知佳子 （琉球大学医学部附属病院救急病棟）

A病院では2012年よりパートナーシップナーシングシステム(以下 PNSとする）が導入された。 A病院救急病棟は、2014年に新設病棟として開設されると同時に PNSを導入し4年目を迎える。2018年から新卒看護師の配置に伴い PNSに関しての不満が多く聞かれた。そこで、現状調査を行った結果より自己完結型の看護が根強く定着されており、パートナーとしての立場が対等でない事やタイムマネージメントが出来ていない事、また個々の PNSについての捉え方の違いが浮き彫りになった。 A病院救急病棟における PNSの見直しと再構築に向けて今後の課題が明確になった。
研究目的： A病院救急病棟における PNSの現状と今後の課題を明らかにする。
研究対象： A病院救急病棟看護師18名
研究方法：質的帰納的研究、6項目の設問を用いメリット、デメリットについて自由記述式でアンケート調査を実施した。
結果：アンケート結果より総数183のコードが抽出し、更に28のカテゴリーにまとめ、自記式質問用紙の内容に沿って6つの視点に分類した。【安全・安心なケアが出来る】【業務の効率化】【タイムリーな指導】【患者やパートナーと円滑なコミュニケーションがはかれる】【パートナーとのコミュニケーション不足】【パートナーに対する負担】【指導体制が不十分】【インシデントのリスク】
考察：1、安心・安全、業務が効率に出来る事をメリットと上げている反面、インシデントのリスクや業務が非効率的だと相反する意見も多かった。2、ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ不足や、パートナーへのストレス、業務の負担感、上下関係が生じ対等になれないという意見も多くありマインドの弱さが浮き彫りになった。3、経験の浅い看護師にとってはタイムリーな指導やその場で学べるという OJTの教育的効果を感じている一方で中堅看護師からは指導方法が統一されていない事や新人評価が難しい。という事が分かった。

(2019年10月4日(金) 15:50 ～ 17:00 RTD会場)

[RTD7-2] 救急分野における中堅看護師の育成をめざして -救急新聞発行による院内広報の効果-

○豊田 麻衣, 山路 修平 （富山市立富山市民病院）

Ⅰ.研究目的
　A病院では、各分野を専門としたエキスパートナース(認定看護師を含む総称)制度を設けており、平成29年度現在21分野、69人が院内の審査ののちに認定を受けエキスパートナースとして活動している。その中で、救急看護エキスパートナースは8人であり一番多い。救急看護エキスパートナースが担う活動は、各講習についてのアナウンス、受講の促進、受講者のための事前練習等、多岐にわたる。このためエキスパートナース未認定の救急分野へ興味のある看護師に声をかけ活動に参加してもらっている現状がある。これらを踏まえ救急看護活動の周知や研修等の広報を目的として、2015年より救急新聞を作成し発行している。掲載内容は、活動報告や活動結果・研修のお知らせ等とし院内 LANにて全職員宛てに配信している。今回、研究は救急新聞発行の有用性と課題の抽出を目的とした。
Ⅱ.研究方法
　A病院の病棟正規職員看護師318人を対象としアンケート調査を行った。得られ結果に対し単純集計を行なった。調査期間期間は平成30年8月1日～8月30日とした。倫理的配慮は、 A病院の看護研究倫理審査委員会の倫理審査への許可を得、研究を開始した。研究対象者には、文章で研究目的・方法・研究参加拒否および途中辞退の自由、データの匿名性の守秘、結果は学術的に公開し、今後の救急看護活動へ還元される旨を説明し、同意を得た。また、演題発表に関連し、開示すべき COI関係にある企業・組織及び団体はないとする。

©一般社団法人 日本救急看護学会

Ⅲ.結果、考察
　アンケート回収率は、300人、94.6%。有効回答率は、272人、90.7%だった。個人的に院内 LANを閲覧しているスタッフは、半数以上であり、院内 LANによる救急新聞の配信方法は、閲覧者にキャッチしてもらえるきっかけになり、有効であると考えられた。しかし、救急新聞の認知状況は35%に留まっており、院内 LANを閲覧しない限り、救急新聞の存在が認知されないことが問題の一つである。新聞とは別に救急関連領域の研修参加状況についての質問では、80%が何らかの研修に参加していた。参加率の高い項目は、災害訓練、 ICLS・ ACLS、トリアージ研修、 CAコール訓練の順で群を抜いていた。 A病院の経験年数別割合では、6〜10年目層が一番多く、研修参加状況でも同様の結果であった。
　今回、6〜10年目看護師を中堅看護師と定義づけ研究を行った結果、救急分野に興味を持ってもらえるような研修内容の見直しと構築が、後継者育成に繋がると考えられる。また、救急新聞の認知状況を向上させる配信方法の再考が必要であるとわかった。

(2019年10月4日(金) 15:50 〜 17:00 RTD会場)

[RTD7-3] A病院における BLSコアメンバーの BLS研修への取り組みについて　意識調査と教育方法への課題

○裏 晋彰, 川久保 嘉文 （岐阜市民病院）

A病院における BLSコアメンバーの BLS研修への取り組みについて意識調査と教育方法への課題
〜アンケート調査から〜

○裏　晋彰　川久保　嘉文

岐阜市民病院　看護部　救急診療部

Key　words:コアメンバー　BLS教育

[はじめに] A病院では職員対象の BLS研修を救急診療部看護師（以下救外看護師）が中心となり開催している。2013年からは、各部署から看護師のコアメンバーを募り、自部署の BLS研修を救急看護師とコアメンバーで開催している。しかし、コアメンバーの指導方法には統一性がなく、全職員に質の高い BLS研修を実施するためには、コアメンバーに対する指導や教育の見直しが必要であった。そこでコアメンバーの育成計画の取り組みを開始するにあたり、アンケートで BLS研修に対する意識やその取り込みについて調査し検討した。その結果、今後の課題が明らかになったので報告する。

[目的]コアメンバーが BLS研修を開催するための意識や、その取り組みについてアンケート調査し今後の課題を明らかにする。

[研究方法]対象:A病院におけるコアメンバー看護師41名　期間:平成29年4月から平成30年6月末でコアメンバーによる BLS研修実施。方法：アンケート調査実施し、「活動したきっかけ」、「必要性」、「指導できたか」、「不安」について調査。データー収集、分析方法：アンケート調査（二者択一法、多項選択法、自由回答を配布し集計、分析する。）

[倫理的配慮]A病院倫理審査委員会の承認を受け実施。調査で得られた情報は個人が特定されないよう配慮し自由意志を尊重したうえで同意を得た。

[結果]コアメンバー看護師41名中アンケート回収率71%。コアメンバーとして活動しようとしたきっかけは上司か

©一般社団法人 日本救急看護学会

らの指名72%、技術や知識の向上20%、役に立ちたい15%、関心がある5%、やる人がいない5%。各病棟にコアメンバーが必要かの問いに「はい」90%で、理由はコアメンバーが主体となり研修を開催することで、主体性が高まり研修を定期的に行える。また、技術や知識など考えが広がり、スキル維持につながる。「いいえ」5%で、救外看護師が指導したほうがよいと答えた人もいた。前年度自部署でコアメンバーとして指導ができたかの問いに「できた」12%、「まあまできた」44%、「あまりできなかった」34%、「できなかった」10%

[考察]コアメンバーとしての活動のきっかけは上司の指名が多くコアメンバーへの関心は低いと言える。しかし、コアメンバーは自部署で BLS研修を開催することで主体的に活動でき、 BLS のスキル維持につながると考えている。また、質の高い指導技術の修得が可能な研修を望んでいることや、研修を役立てたいと考え各病棟にコアメンバーを必要としている。コアメンバーとしての活動や BLSの指導ができたかに関しては、今までの経験や知識、資料を確認すれば指導できるとの判断であった。しかしコアメンバーの指導方法には統一性がなく指導内容が不十分であったため、適切な指導ができるように指導・技術チェックシートを作成しコアメンバーに指導方法をフィードバックすることで指導の統一を図る必要がある。コアメンバーは BLS研修を開催することに不安を抱いており、不安なく活動できるようにコアメンバー研修を開催することや、救外看護師と事前練習を促し、コアメンバー育成のため働きかけていく必要がある。

(2019年10月4日(金) 15:50 ～ 17:00 RTD会場)

[RTD7-4] 胸骨圧迫時における背板とエアマット CPRモード使用の効果のプロバイダーの性別による比較

○中野 元[1,2], 中井 大介[3] （1.金城大学, 2.富山大学医学薬学教育部, 3.富山大学附属病院）

【はじめに】病院内の心停止発生は病床当たり年間0.053±0.046件であり、発生場所の25%は ICUで発生すると報告されている。ベッド上の胸骨圧迫は、しばしば浅くなりすぎることが報告されており、生命維持に必要な冠動脈還流量を適切に保つことが困難となる。 ICUでは多くの場合にエアマットを使用している。柔らかいベッド上での CPR(心肺蘇生法)を行う場合は、胸骨圧迫の効果を最大限に発揮させるために、 JRCG2015(JRC蘇生ガイドライン2015)では可能ならば背板を用いた CPRを行うことが推奨されている。しかし、胸骨圧迫は体力を要するものであり、体格の異なる男女間では十分な深さを確保する困難さも異なるのではないかと考えられる。また、田路らはプロバイダーの性別による胸骨圧迫有効率を検討し、女性では開始30秒で胸骨圧迫有効率が著しく低下すると述べている。更に女性においては胸骨圧迫をより早く交代すべきであるとも述べている。また、松田らが男女実施者の圧迫の深さを調査したところ、深すぎたもの・浅すぎたものに人数・深さともに男女差はなかったと述べている。しかし、これは AHAガイドライン2005の基準に基づいて調査されておりエアマット使用時にはその差は大きくなると考えられる。そこで、本研究は、エアマット使用時の胸骨圧迫の有効性について、男女の性別から検証する事を目的とする。

【方法】同意の得られた17名（男性9名、女性8名）を対象者に、下記の条件で高機能シミュレーターを用い①を行った後、②～⑤は無作為の順序で行った。①高機能シミュレーターを床に置いた状態で胸骨圧迫を1分間行う。②電動ベッドを高さ45cmに設定し、エアマットを使用し高機能シミュレーターを用い胸骨圧迫を1分間行う。③設定は②同様に行い、背板を挿入し同様に胸骨圧迫を1分間行う。④設定は②同様設置し、エアマットを CPRモード開始後20秒以上経過した後に、胸骨圧迫を1分間行う。⑤設定は④同様に行い、背板を挿入し同様に胸骨圧迫を1分間行う。各スコアを、男性群と女性群に分け比較を行った。【倫理的配慮】本研究は、富山大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。本演題発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。研究参加者に、研究者が本研究の趣旨を書面と口頭で説明を行った。参加同意後、いつでも撤回可能であり、撤回を伴う不利益は被ることがないことを説明した。

【結果】対象者は、男性群の平均年齢33.2±7.8歳(以下 mean± SD)であった。女性群の32.1±3.6歳であった。男

©一般社団法人 日本救急看護学会

性群では各群で優位な差を認めなかった。女性群では床で胸骨圧迫を行った群のスコア(77.0±10.3)と比較し、エアマット群(34.75±22.1: Kruskal-Wallis p<0.05)とエアマット＋背板群(35.7±21.6: Kruskal-Wallis p<0.05)は有意な低下を認めた。 CPRモード群、 CPRモード＋背板群ではその他の群と比較し有意な差は認めなかった。

【考察】男性群では有意な差がなく、女性群ではエアマット群、エアマット+背板群で優位な低下を認めたのは男性群に比べ女性群では筋量、体重が共に低いためエアマットが沈んでしまった際に有効な胸骨圧迫を行う事が出来ないからであると考えられる。

【結論】エアマット環境下では胸骨圧迫の際、男性に比べ女性は有効な胸骨圧迫を行うことが困難である可能性が示唆された。

(2019年10月4日(金) 15:50 ～ 17:00 RTD会場)

[RTD7-5] 2年課程の看護学生が B県医師会認定 BLSインストラクターとして、一般市民を対象に講習を実施した成果と課題

○高野 直美[1,2], 小野澤 清美[2], 金子 健彦[3] （1.日本医療科学大学 保健医療学部 看護学科, 2.大宮医師会看護専門学校, 3.和洋女子大学大学院　総合生活研究科）

【目的】現代の看護基礎教育において，救急救命活動の実践的な技術習得は極めて重要性を増している。2年課程の A看護専門学校では，学生全員が准看護師免許を有している。従来， A看護専門学校では，消防機関による普通救命処置の指導を受けてきた。2012年からは．学生がより確かな実践力を習得できることを目的に， B県医師会認定 BLSインストラクターとして非医療従事者である一般市民と下級生を対象に BLSの指導を行う演習を導入した。そして，最終的に学生全員が B県医師会認定 BLSインストラクターとして認められた。そこで，この取り組みの成果と課題を明らかにすることとした。
【方法】2015年8月及び2016年8月に行われた授業科目「災害看護Ⅱ(1単位30時間) 」とした。学生は， AHA BLS ヘルスケアプロバイダーを取得し，インストラクション技法を学習した後に，非医療従事者である一般市民と下級生を対象に BLSの指導を行った。対象は， B県内の2年課程(修業年限3年)のＡ看護専門学校3年生76名と学生から BLSを受講した一般市民32名にアンケートによる自記式質問紙調査を行った。【倫理的配慮】学生および一般市民全員に自記式質問紙は無記名であり，授業前に目的，方法，プライバシーの保護，成績等の評価には全く関係がないこと，自由意思による参加でありいつでも取りやめることができること，断ってもなんら不利益のないことを文章および口頭で説明をした。また全ての回答は，全員が個別の封筒に入れ，誰が投函したか見えない場所に回収 BOXを設置した。なお，本研究はＡ看護専門学校施設長の承認を得て行った。
【結果】同意が得られた学生53名(回収率69.7%)と一般市民32名(回収率100%)であった。質問紙では，学生からは，「少し不安が軽減できた」7名(13.2%),「救急看護に興味が持てた」7名(13.2%)，「教えることで知識と技術が身についた」5名(9.4%),という有益であった一方,「自信がなく不安」8名(15.1%),「自分には救急看護が向かないと思っていたが,やはり向いていない」4名(7.5%)「怖い、恐ろしい」2名(3.8%)などの記載があった。一般市民からは,学生の教え方は「わかりやすかった」32名(100%)，「機会があれば再度受講したい」が29名(90.6%)であった。
【考察】 A看護専門学校の学生は，全員准看護師資格を有している。また学生の90%は，准看護師として働きながら学習しており，患者急変時や災害時の心肺機能停止場面に遭遇した時は，准看護師として適切な BLSを行動に移さなければならない。この取り組みによって，実際にインストラクターとして一般市民に教えたことにより，根拠ある正しい知識・技術をより確実に習得できたと考える。福島ら(2014)は， BLS講習会のインストラクターの一般生自己効力感尺度の測定研究を報告し、 BLSインストラクターとしての活動を通じ，一般性自己効力感が高められる可能性を示唆している。Ａ看護専門学校においても，実際に一般市民と下級生を対象にして BLS指導ができた喜びに加え，受講した一般市民からの前向きな評価が学生の自信や自己効力感を高めることにつながったと考えられた。しかし，知識と技術が習得できても必ずしも自信や自己効力感が高まるわけではないこ

©一般社団法人 日本救急看護学会

とが示唆された。演習前後でどのように学生の心理面に影響を及ぼしているかは未検証である。今後さらによい教育内容にするためには,不安感をどの様に取り除いていくかもひとつの検討課題であることが考えられた。

(2019年10月4日(金) 15:50 ～ 17:00 RTD会場)

[RTD7-6] 救急看護師が「モデル」と捉える同僚の社会人基礎力 -調査対象者の救急看護経験年数の観点から-

○源本 尚美[1], 城丸 瑞恵[2], 澄川 真珠子[2] （1.市立札幌病院　救急外来・内視鏡画像センター, 2.札幌医科大学保健医療学部）

【目的】
　救急看護師が看護実践においてどのような社会人基礎力を有する同僚を「モデル」と捉えているのかを救急看護経験年数の観点から明らかにする。
【方法】
　全国の救命救急センターから無作為抽出した25施設に勤務している看護管理者を除く580名の救急看護師に質問紙調査を実施した。調査期間は2017年12月5日～2018年3月31日であった。調査内容は、救急看護師及び救急看護師が「モデル」と捉える同僚の属性、社会人基礎力などの項目で構成した。社会人基礎力は【アクション】9項目、【シンキング】9項目、【チームワーク】18項目で構成されている。経済産業省の提示するプログレスシートは3段階評定であるが、本研究においてはプレテストの結果を考慮して5段階評定とし、尺度得点を項目数で除した尺度平均得点（得点範囲1～5点）を算出した。分析は救急看護経験年数1-2年目、3-5年目、6年目以上の3群に分類し、「モデル」の社会人基礎力について Kruskul-Wallis検定を実施した。有意水準は5%とした。
【倫理的配慮】
　札幌医科大学倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】
　質問紙は397名から回収し（回収率68%）、392名の有効回答（有効回答率98%）を得た。対象者（以下、救急看護師）は男性69名（17.6%）、女性321名（81.9%）、無回答2名（0.5%）、年齢34.5±8.5歳、救急看護経験6.9±5.5年であった。救急看護師が自己評価した社会人基礎力得点は3.47であり、救急看護経験年数別では6年目以上の得点が最も高かった。一方、救急看護師が捉えた「モデル」の社会人基礎力得点は4.53であった。救急看護経験年数別【チームワーク】は1-2年目4.72、3-5年目4.66、6年目以上4.50であり、1-2年目は6年目以上と比較して有意に得点が高かった（p=.024）。また、その下位概念である＜柔軟性＞は1-2年目5.00、3-5年目5.00、6年目以上4.33であり、1-2年目と3-5年目は6年目以上と比較して有意に得点が高かった（p=.008，p=.027）。救急看護経験6年目以上の看護師が捉えた「モデル」の社会人基礎力得点は、他群より低い傾向にあった。
【考察】
　救急看護経験1-2年目の看護師はチームワークや職場の人間関係を重視し、自身の意見や思いを汲み取って欲しいとの願いから【チームワーク】<柔軟性>が高いと捉える同僚を「モデル」にしていることが推察された。救急看護経験3-5年目の看護師は、プリセプターやリーダー役割を担う時期である。この時期は、支援を受ける側から支援する側に立場が変わり自らが他者に働きかけることが求められる。また、主体的に多職種と連携する機会が多くなることから、様々な立場・役割の人々と協働するうえで<柔軟性>に関連した課題を抱えており、自身に<柔軟性>を培う必要性を認識しているため、そのような力があると捉える同僚を「モデル」にしていることが推察された。救急看護経験6年目以上の看護師は、自己評価した社会人基礎力得点が他群より高かったことから、キャリアを積む中で社会人基礎力がすでに培われているため、「モデル」に求めていないことが推察された。
【結論】
　救急看護経験年数別に「モデル」の社会人基礎力を分析したところ、1-2年目は【チームワーク】<柔軟性>、3-

©一般社団法人 日本救急看護学会

5年目は<柔軟性>が高いと捉える同僚を「モデル」としていた。6年目以上の救急看護師が捉えた「モデル」の社会人基礎力は、他群より低い傾向にあった。以上より、救急看護経験年数に合わせた支援の必要性が示唆された。

©一般社団法人 日本救急看護学会

開会式

[OP] 開会式

2019年10月4日(金) 09:10 〜 09:20 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[OP] 開会式

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 09:10 〜 09:20 第1会場)

[OP] 開会式

©一般社団法人 日本救急看護学会

総会

[GM] 会員総会

2019年10月4日(金) 13:00 〜 14:00 第3会場 (2F 中会議室201)

一般社団法人 日本救急看護学会　2020年度定時会員総会

[GM] 会員総会

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 13:00 〜 14:00 第3会場)

[GM] 会員総会

〔議事次第〕

議題1．庶務報告

議題2．2019年度事業報告および収支決算報告、監査報告

議題3．2020年度事業計画およびセミナー事業計画

議題4．2019度社員（評議員）選出

議題5．2019年度理事選挙結果と理事及び監事の選任

議題6. 名誉会員の推薦

議題7．各委員会 2019年度活動報告 および2020年度活動計画

・医療政策委員会

・外傷看護委員会

・教育委員会

・国際交流委員会

・災害看護委員会

・在宅救急看護委員会

・終末期ケア委員会

・セミナー委員会

・調査研究委員会

・トリアージ委員会

・ファーストエイド委員会

・プレホスピタルケア委員会

・編集委員会

・倫理委員会

議題8．第23 回日本救急看護学会学術集会

議題9．第21回日本救急看護学会学術集会

議題10．第22回日本救急看護学会学術集会進捗状況

議題11．その他

©一般社団法人 日本救急看護学会

懇親会

[SG] 懇親会

2019年10月4日(金) 18:00 ～ 20:00 懇親会会場 (ホテルニューオータニ幕張 2F 「鶴の間」)

[SG] 懇親会

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 18:00 〜 20:00 懇親会会場)

[SG] 懇親会

©一般社団法人 日本救急看護学会

ポスター(貼付・撤去)

[PoS1] ポスター貼付

2019年10月4日(金) 08:15 ～ 10:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoS1] ポスター貼付

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 08:15 〜 10:00 RTD会場)

[PoS1] ポスター貼付

©一般社団法人 日本救急看護学会

ポスター(貼付・撤去)

[PoR1] ポスター撤去

2019年10月4日(金) 17:20 ～ 18:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoR1] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 17:20 〜 18:00 RTD会場)

[PoR1] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

ポスター(貼付・撤去)

[PoS2] ポスター貼付

2019年10月4日(金) 08:15 ～ 10:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoS2] ポスター貼付

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 08:15 〜 10:00 RTD会場)

[PoS2] ポスター貼付

©一般社団法人 日本救急看護学会

ポスター(貼付・撤去)

[PoR2] ポスター撤去

2019年10月4日(金) 17:20 ～ 18:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoR2] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月4日(金) 17:20 〜 18:00 RTD会場)

[PoR2] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

特別RTD

[SRTD] 【日本病院会病院総合力推進委員会共催】患者にとって最善な医療の選択とは何かーパターナリズムとインフォームドコンセントを問い直すー

座長:有賀 徹(独立行政法人 労働者健康安全機構), 木澤 晃代(日本大学病院 看護部)
2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第2会場 (2F コンベンションホールB)

[SRTD1] 最善の救急医療実践に必要な倫理観～患者の権利、人の尊厳、公衆への公正
○山下 智幸 （日本赤十字社医療センター　救命救急センター・救急科）

[SRTD2] 救急から在宅までリハビリテーション医療の普遍化で地域生活を支える
○栗原 正紀[1,2] （1.日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長, 2.日本病院会理事）

[SRTD3] 集中治療中の終末期に続く在宅医療における患者の意思と家族内の葛藤
○松月 みどり （東京医療保健大学 和歌山看護学部）

[SRTD4] 患者とその家族は、自分たちで本当に意思決定したいと思っているのか
○中村 美鈴 （東京慈恵会医科大学　医学部　看護学科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第2会場)

[SRTD1] 最善の救急医療実践に必要な倫理観～患者の権利、人の尊厳、公衆への公正

○山下 智幸 （日本赤十字社医療センター　救命救急センター・救急科）

がん医療などの待機的医療では、患者自身が疾患について調べ、自分の好む医療機関を受診し、十分な説明を受け、理解が困難であれば質問し、選択肢を熟考した上で、家族と相談しつつ納得できる選択肢を自ら選ぶことができる。
しかし、救急医療では直近医療機関が選択され、十分な説明を受ける時間的余裕はない。患者自らの意識がないこともあれば、家族が同定されないこともある。仮に説明が可能でも、時間的制約は大きく、病態は複雑で、患者あるいは家族は冷静でいられず、十分な理解が得られないことも想定される。医療者と患者・家族の立場は「同一」とは程遠く、本来、インフォームドコンセントが成立するような状況ではない。

いわゆるパターナリズムは、「立場の弱い患者が強い立場の医療者に決定権を委ねた状態」とされているが、救急医療の現場はそのような状態に類似している。「同意書」がなくても輸血を行い、緊急手術に踏み切らざるを得ないこともある。患者の救命や機能予後を改善するためには「同意がなくてもやむを得ない」と、最善と考えられる医療を提供しているだろう。医療者の“倫理観”が、救急医療の実践という航海における“羅針盤”であり、悪天候や荒波とも言える同意が成立しないような困難な状況においても針路を誤らずに健康という目的地に向かうためには、歪みのない整備された羅針盤を備えておく必要がある。

救急の現場で「人の尊厳 dignity」を特に重視することは有用である。患者を健康にするためにどのように行動すべきか決断する際に、常に“尊厳を保てているか”を考慮する。例えば、患者の意思に従って自殺企図を容認することはありえず、人の尊厳を保つべく治療介入をすることになる。医療介入に延命効果があったとしても、患者に苦痛を強制している場合や本人を人間として苦しめることになっているときには尊厳を損なっているとする考え方もあり、本人の人生をより豊かにできない医療介入は回避すべきと考えられつつある。 WHOの健康の定義から考えれば、「肉体的 physical、精神的 mental及び社会的 socialに完全に良好な状態 a state of complete well-being」という目的地に向かって救急医療を実践していくことになる。肉体的、精神的、社会的な観点で、それぞれに関して医療介入によるメリットとデメリットを考慮し、“尊厳を保つことができるか”を基にして医療介入を実施すべきか否かを判断する必要がある。

また、病院機能の低下する夜間も実施される救急医療は、医療資源の制限下で同時に複数の患者を扱わざるを得ない。このような状況で平等に医療を投入すれば防ぎ得る死が生じるため、日常的にトリアージが実施されている。人の尊厳は一患者への医療を考える際には活用しやすいが、公衆への対応を考えると公正さすなわち「資源配分の正義 justice」を加味して医療介入の是非を判断する必要がある。

当然、患者の意思や事前指示、代理人や患者の推定意思を根拠にして、直接確認できなくとも“患者が望むであろう”医療を提供することは、「患者の権利 right」を守るために大切な視点である。

インフォームドコンセントだけでは対処できない救急医療の現場は、パターナリズムに類似した状況である。その中で最善の医療を実践するために、同じ船に乗る医療チームとして高い倫理観を示し続け、救急に携わる医療スタッフは常に自らの倫理観を正しく醸成していくことが大切である。当日は、倫理学の歴史に触れながらこれらについて考えてみたい。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第2会場)

©一般社団法人 日本救急看護学会

[SRTD2] 救急から在宅までリハビリテーション医療の普遍化で地域生活を支える

○栗原 正紀[1,2] （1.日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長, 2.日本病院会理事）

超高齢社会における地域医療のあり方では「医療の中に如何にして生活の視点を取り入れて行くか」が重要な課題と考える。果して今までの救急医療は生活を支えることになっていたのか？大きな疑問である。昨今、やっとＰＩＣＳ（集中治療後症候群）が知られるようになり、“助けるだけの救急医療が過去のものとなりつつある”「助けた後、如何にして生活に繋げていくか」が問われている。重要なことはリハビリテーション医療の普遍化と考える。このような視点で議論できれば幸いである。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第2会場)

[SRTD3] 集中治療中の終末期に続く在宅医療における患者の意思と家族内の葛藤

○松月 みどり （東京医療保健大学 和歌山看護学部）

患者・家族に丁寧な説明を実施し、インフォームドコンセントを大切にすることは治療の選択において重要なことは言うまでもありません。しかし医療サービスの特徴である「情報の非対称性」の大きな溝は残ります。そして更に、時間切迫の中での選択と意思決定は医療者にとっても、患者・家族にとっても大きなストレスと負担です。特に救急医療の現場では、ガイドラインに沿った標準的医療を実施することが、紛争の予防のためにも尊重されています。しかし、実態は症例ごとに様々な様相をていしている。

事例を提示する。90歳を超えて外見上は元気に自立した生活をしていた。発熱と倦怠感からベッド上で過ごすことがほとんどであった。受診の結果、検査データが異常値であったため、長年の、かかりつけ医である、急性期病院の循環器医師の判断で緊急入院となった。積極的治療の結果、検査値は一時回復した、しかし片腎のため再び悪化し、透析治療などの提案があったが、日頃から「最後は自宅で亡くなりたい。積極的治療は嫌だ。」の患者の意思があり、自宅へ退院することになった。しかし、回復を願う親族からは「ここで治療を辞めるなんて！見捨てるのか！」の心の叫びがあった。

緊急入院後の患者の回復の様子を見ているため、また良くなるはずの期待があり、すぐには、諦める医療を受け入れられなかったと考える。このように時間の差し迫った中での変更の意思決定は、家族内でも、大きな感情がぶつかり合う場面となった。家族内でも事前に話し合って積極的治療は辞めようの合意はあったにも関わらず、突然に来る別れにつながる意思決定では功を奏さず、「徐々に」の時間が必要である事例を体験した。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第2会場)

[SRTD4] 患者とその家族は、自分たちで本当に意思決定したいと思っているのか

○中村 美鈴 （東京慈恵会医科大学　医学部　看護学科）

救急医療の現場では、救急医は蘇生の限界について経験的に判断する能力を備えており、今まではその判断を家族に示し、蘇生の可否を決定する慣習も存在した。それは、日本文化には、医師の裁量に任せるパターナリズムが存在していたためである。またそのことに対して、以前はあまり問題は生じていなかった。しかし、時代背景に伴い、患者・家族の自己決定の権利が主張されるようになり、患者とその家族の意思決定や代理意思決定を余儀なく「迫る」風潮に移り変わってきた経緯がある。

©一般社団法人 日本救急看護学会

実際に著者が取り組んだ先行研究（中村,村上他,2013）においては、「生命の危機状況にある患者・家族の延命治療に対する医師と家族の話し合いのプロセス」の結果は、以下の通りであった。
１．回復の見込みがないと判断したときは、意思決定の時期を察してもらえるよう早い段階で話をする
２．回復の見込みがない状況をありのままに説明する
３．次に延命治療について具体的な話をする
４．決定する治療は医師が想定し、家族が自ら選択できるよう話を勧める
５．最終決断は、状況の理解を促し、家族との話し合いで決定している
６．延命治療の意思決定　という内容で、時間軸にそって行われていました。特徴的だったのは、家族が「治療の意思決定後は基本的にそれ以上の話し合いはしない」という結果であった。この医師と家族におけるインフォームドコンセントの場面には、看護師は同席していない。同席することが重要と認識しても、同席できない実状があった。

また、別の先行研究において見出された「生命の危機状況にある患者の家族の体験（清水,中村他,2018）」は、衝撃と困惑の直中で一人の家族に決断がゆだねられ、その家族は医師の説明だけでなく医療者の動きや表情から患者の病状と経過を推しはかりつつ、器械に生かされている家族を前に生きている意味 を問い直し難渋する反面、奇跡的回復を信じて生命徴候を探り続けるており、このような葛藤のなかで意思決定に至っていた。意思決定後は患者の死について同じ悲しみを抱えた家族とは気遣いから向き合えず、話せない状況で、自らの決断を他者に非難されないか気にかけながら、命にかかわる決断の是非に確信が持てず自問自答を繰り返しており、その過程で家族や人々に支えられ癒され、患者の死の時期を肯定的に意味づけ決断は適切だったと確信を深めていくと推察された。しかしながら、その家族たちは、患者の推定意思を推し量りつつ、代理意思決定を行っているが多くの家族は、重責を感じたり、 PTSDを生じたり、鬱になったりしていた。

以上より、患者･家族と医療者が協働で方針を決める Shared Decision Makingのスタイルを基本形とし、様々な状況と様々な患者・家族に合わせて、患者・家族が本当に意思決定したいと思っているのか、あるいは、どの程度意思決定に参加したいか査定する。次に、患者・患者の状況，家族の意思決定参加の程度の希望によって、コミュニケーションを工夫し，立ち位置を適宜、評価しながら、意思決定の共有の程度を吟味し、応用するという考え方はどうだろうか。その結果、パターナリズムもしくは医療者主導で、意思決定に重みを置くのが最善なのか、患者・家族の自己決定が最善なのかを問うことができると考える。

今回の特別 RDTでは、フロアーの皆様と、患者・家族にとって最善な医療の選択とは何かについて考究したい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL5] 東京2020オリンピック・パラリンピックの医療活動計画と危機管理の実際

座長:森村 尚登(東京大学大学院医学系研究科救急科学), 佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)

2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:00 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[EL5] 東京2020オリンピック・パラリンピックの医療活動計画と危機管理の実際

○宮本 哲也 （公益財団法人　東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会　大会運営局　医療サービス部　部長）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 10:00 第1会場)

[EL5] 東京2020オリンピック・パラリンピックの医療活動計画と危機管理の実際

○宮本 哲也（公益財団法人　東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会　大会運営局　医療サービス部　部長）

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL6] 頻発する災害を経験した我が国の対策の現状ー防ぎえる災害死回避のためのこれまでの取り組みー

座長:箱崎 恵理(社団法人千葉県看護協会 看護協会ちば訪問看護ステーション)

2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:30 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[EL6] 頻発する災害を経験した我が国の対策の現状 -防ぎえる災害死回避のためのこれまでの取り組み-

○大友 康裕 （東京医科歯科大学大学院救急災害医学分野）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:30 第1会場)

[EL6] 頻発する災害を経験した我が国の対策の現状 -防ぎえる災害死回避のためのこれまでの取り組み-

○大友 康裕 （東京医科歯科大学大学院救急災害医学分野）

わが国の災害医療体制は、阪神・淡路大震災で多くの「防ぎえる災害死」を経験し、その教訓を基に、1996年5月の厚生省健康政策局長通知によって、災害拠点病院の整備、広域災害・救急医療情報システム（ Emergency Medical Information System：ＥＭＩＳ）の整備が進められ、さらに平成15年から、広域医療搬送計画が策定され、平成16年災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）の整備が行われてきた。2011年3月11日に発生した東日本大震災においては、 DMATが想定していなかった多くの「新たな防ぎえる災害死」に直面した。避難所または自宅に避難した方々のうち、過酷な環境から健康状態が急激に悪化し、命を落とす「災害関連死」が多発した。その教訓を生かして、その後の熊本地震、西日本豪雨災害では、避難生活者への早期からの保健医療が提供された。

災害時の「防ぎえる死」を如何に最小限にするか、現在の取組について述べたい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL7] 看護実践のためのエコーを用いた身体診察

座長:木澤 晃代(日本大学病院 看護部), 白石 浩子(獨協医科大学病院 看護部)

2019年10月5日(土) 11:00 ～ 12:00 第2会場 (2F コンベンションホールB)

[EL7] 看護実践のためのエコーを用いた身体診察

○亀田 徹 （安曇野赤十字病院救急科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:00 〜 12:00 第2会場)

[EL7] 看護実践のためのエコーを用いた身体診察

○亀田 徹 （安曇野赤十字病院救急科）

エコー装置の小型化が実現し，ベッドサイドでエコーが非常に利用しやすくなった．多くの臨床研究を通じてベッドサイドエコーの有用性が再認識され，国際的に point-of-care ultrasound（ POCUS）と呼ばれるようになった． 診察の一環として用いられる POCUSでは，限られた時間の中で観察部位・評価項目が絞られる．POCUSで得られた所見を適切に解釈するためには，病歴・バイタルサイン・身体所見をもとに原因を解き明かしていく認知プロセス，「診断推論」が重要となる．看護師による POCUSの利用については，コンセンサスは十分に得られていないが，膀胱内容量，褥瘡深度，下大静脈径の評価や，ガイド下静脈穿刺が行われるようになっている．将来は， focused assessment with sonography for trauma（ FAST）や気胸の評価を加えた extended FAST（ EFAST），肺水腫の評価，簡略化した心エコー，深部静脈血栓症の簡易スクリーニング，気管挿管や尿道カテーテル留置の確認が看護師によって行われることも想定される．さらに， POCUSは1日に何度も施行できるので，モニタリングや経過観察としての活用も見込まれる．このような使い方は，ベッドサイドでケアにあたる時間が長い看護師に特に期待されるところであろう．バイタルサインと POCUS所見の経時的変化を組み合わせることで，迅速で的確な判断につながると考えられる．もっとも看護師による POCUSの成否は，チーム医療の中でどのように POCUS所見を共有するかにかかっている．相応のスキルを習得することはもちろんのこと，エコー特有の客観性と再現性についてどのように対処していくかが課題となる．この講演では，まず POCUS概論，看護師による POCUSの現状や関連する臨床研究について解説する．次にエコー初学者の方に実際にプローブを握っていただき，演者の口頭でのサポートのもとで，実際にエコーを用いた身体診察を行っていただく．最後に看護師による POCUS活用の可能性について，皆様とご一緒に考える機会を頂きたい．

【文献】

1) 木澤晃代．看護師による超音波機器の活用．救急超音波テキスト ー point of careとしての実践的活用法．東京，中外医学社，2018年，351-357.
2) 亀田徹．急性期診療における POCUSの現状と展望． Jpn J Med Ultrasonics. 46(1), 2019, 5-15.

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL8] 口腔内バイオフォルム細菌による身体機能障害

座長:田戸 朝美(山口大学大学院)

2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:30 第2会場 (2F コンベンションホールB)

[EL8] 口腔内バイオフォルム細菌による身体機能障害

○奥田 克爾[1], 成田 賢二[2] （1.東京歯科大学名誉教授, 2.獨協医科大学埼玉医療センター非常勤歯科医師）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:30 第2会場)

[EL8] 口腔内バイオフォルム細菌による身体機能障害

○奥田 克爾[1], 成田 賢二[2] （1.東京歯科大学名誉教授, 2.獨協医科大学埼玉医療センター非常勤歯科医師）

口腔内には千種類を超えて数千億に達する細菌が、コミュニケーションを取りながらバイオフィルムとなって住み着いている。デンタルプラークは、数百種類の細菌が多彩な付着能力を持って歯面に定着し、スクラムを組んで足場を築いてへばり付き多細胞のモンスターのように振る舞う厄介な細菌集団である。歯垢などともいわれるが実体は、100%が菌体とグリコカリックスと言われる粘着性多糖体を纏っているバイオフィルムである。また、舌、口蓋、咽頭にもそれぞれ複数細菌からなる固有のバイオフィルムが存在する。救急医療を受ける患者には、唾液に混入した口腔内バイオフィルム細菌の頻繁な誤嚥が見られ、気管支や肺に入り込み誤嚥性肺炎を起こしてしまう。また、気管内挿管チューブに作られる口腔内細菌のバイオフィルムは、混合感染 VAPを主としたデバイス関連院内感染の原因となる。気管内挿管中は、自らのバイオフィルム集団の清掃は難しいため、現場での口腔清掃を中心とした口腔ケアで口腔内バイオフィルム細菌を制御することが不可欠となる。本教育講演では、口腔内バイオフィルムの形成メカニズム、その特性を知った上でのメカニカル除去に加えて、抗菌性洗口液について解説する。

デンタルプラークなどの口腔内細菌の栄養源は食べ物の残りなどと間違った認識を持たれているが、唾液や絶え間なく口腔内入り込んでいるアミノ酸やグルコースが豊富な体液成分である。デンタルプラーク1 mgには、億単位の細菌が算定される。その平均的な分裂は2-4時間に1回で、救急医療を受ける患者の口腔内細菌の増加は、口から食事を摂る人に比べて著しい。したがって、救急医療の患者ほど口腔内細菌の除菌を中心とした継続した口腔ケアが必要である。

歯科界は8020運動で歯を残すキャンペーンを続けている。多くの歯があることによって咀嚼機能などが維持されフレイルに陥らせないことが示されてきた。一方、歯が多く残ることによって口腔内の細菌数が増えてしまう。歯周病などがあると口腔内細菌数は、数千億に達する。これらは、高い死亡率の誤嚥性肺炎肺炎を引き起こしている。また、口腔内バイオフィルム細菌は、蛋白質分解酵素やノイラミニダーゼを産生してインフルエンザウイルスに加担するようになる。

歯周ポケット内の嫌気性桿菌やスピロヘータなどの菌体や内毒素は、歯肉上皮を貫通して血流に侵入して血管内皮細胞に入り込んで動脈内壁プラーク形成、動脈硬化をもたらす。それらは、人工関節などの医療デバイスに付着してバイオフィルムを形成することも少なくない。さらに、腎糸球体、関節腔、大腸がん、アルツハイマー病の脳内にも検出されている。

機械的清掃を凌駕するデンタルプラークなどの口腔内細菌を減らす手段はないため、大きなマンパワーが要求される。救急医療では、口腔清掃器具の使用などに専門スキルのある歯科医師や歯科衛生士との連携が不可欠である。口腔領域全体の除菌には、抗菌性洗口液の使用は有効な手段となる。非イオン性のポビドンヨード液やエッセンシャルオイルからなるリステリン液は、口腔内バイオフィルムに浸透性を示して短時間内で殺菌性を発揮する。他方、イオン性のグルコン酸クロルヘキシジンや塩化セチルピリジウムなどは、バイオフィルム表面に付着して比較的長時間にわたって静菌的作用を示す。

救急医療現場における継続した口腔ケアの実施が不可欠であることを裏付けるべく、暗殺集団の口腔内バイオフィルム細菌の生態について解説する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL9] せん妄管理における危機管理～ J-PAD＆ PADISガイドラインの視点から～

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:00 第3会場 (2F 中会議室201)

[EL9] せん妄管理における危機管理～ J-PAD＆ PADISガイドラインの視点から～

○古賀 雄二 （川崎医療福祉大学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:00 第3会場)

[EL9] せん妄管理における危機管理～ J-PAD＆ PADISガイドラインの視点から～

○古賀 雄二 （川崎医療福祉大学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL10] 目は口ほどに物を言う!?意識障害患者のフィジカルアセスメントのコツ

座長:清村 紀子(大分大学医学部)

2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:30 第3会場 (2F 中会議室201)

[EL10] 目は口ほどに物を言う!? 意識障害患者のフィジカルアセスメントのコツ

○久松 正樹 （社会医療法人　医仁会　中村記念南病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:30 第3会場)

[EL10] 目は口ほどに物を言う!? 意識障害患者のフィジカルアセスメントのコツ

○久松 正樹 （社会医療法人　医仁会　中村記念南病院）

患者さんが「痛くない」と表現します。しかし、その言葉だけを聞いて「患者さんは本当に痛くない」と考える看護師はいないと思います。なぜなら看護師は言葉だけではなく、患者さんの訴える表情や声のトーンにも注目しているからです。

言語的コミュニケーションは1割、非言語的コミュニケーションは9割というのは「メラビアンの法則」として有名です。私達は本来、言語だけではなく表情や声といった非言語的コミュニケーションを読み取って、相手を理解しているはずです。それにも関わらず、言葉を発することができない患者さんを目の前にした時、私達は突然苦手意識を持ってしまいます。特に中枢神経障害を有する場合、頭蓋内で起きている現象は打診や聴診の技術を使っても読み解く事は困難であり、それらが更に苦手意識を強くしてしまいます。意識障害患者の変化を早期に察するには、高度な観察力が必要です。その基本にあるのは、日々の観察であり、いつもと違う様子を見抜く力です。しかし、救急領域ではその「いつもと違う」の「いつも」がありません。そんな時、患者の「眼」に注目してみてはどうでしょうか？実際の臨床では眼球運動や眼振、瞳孔所見は良く観察しています。しかし、これら「眼」の動きをしっかりと理解して観察しているでしょうか？

私達が臨床で感じる「何か変」といった感覚。これを「ここが変」と根拠を持って説明するには病態や解剖生理、薬の作用といった専門的な知識を持って統合的に判断する能力が必要になります。特に救急領域では迅速な判断と対応が求められます。その点では眼の動きをアセスメントできるようになると、次への予測が可能となるかもしれません。

ここでは脳神経疾患領域に長く携わってきた看護師としての知識や経験を基に、「眼の動き」に注目しながら、異常を早期に発見するための意識障害患者の身体診察方法のコツについて考え、訴えにならない意識障害患者の声を聴いてみます。

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL11] 多職種協働のためのコンピテンシー～ T型人間のすすめ～

座長:小笠原 恵子(高知医療センター 集中治療)

2019年10月5日(土) 11:00 ～ 12:00 第4会場 (3F 中会議室301)

[EL11] 多職種協働のためのコンピテンシー～ T型人間のすすめ～

○松下 博宣 （東京情報大学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:00 ～ 12:00 第4会場)

[EL11] 多職種協働のためのコンピテンシー～ T型人間のすすめ～

○松下 博宣 （東京情報大学）

卓越した看護師と凡庸な看護師とでは、なにがどう違うのだろうか。ある大病院の委託を受けて、卓越した看護師と凡庸な看護師のコンピテンシー（能力行動特性）を比較した。

方法

人事委員会が選定した10名の卓越した看護師（上位1.5%）と10名の凡庸な看護師に対して、 Behavioral Event Interviewを実施して、インタビュー内容をテキスト化。当該テキストに対してコーディングを行い、コンピテンシーを計量的に測定した。コンピテンシーの項目は、 Spencer &Spencer(1993)、松下（2004）、Matsushita(2018)を参考に選定した。

結果

卓越した看護師は、凡庸な看護師に比べ、技術スキル、関係性スキルともに高い。凡庸な看護師は技術スキルに依存して業務を遂行する傾向がある。ところが、卓越した看護師は技術スキルにおいて、凡庸な看護師よりも優れているが、関係性スキルにおいてさらに優れていた。卓越した看護師は、技術スキルもさることながら、対人関係感受性、人間関係構築力、パートナーシップ、協働型リーダーシップ、調整型チームワークを含める関係性スキル（関係性ノンテクニカルスキル）を駆使して仕事を遂行していることが示唆された。

考察

ともすれば看護教育では「技術スキル」の習得が重視される。また専門看護師、認定看護師等の動向は、専門的な技術や知識に対して付与される傾向があり、卒後、多くの上昇志向の強い看護師は「技術スキル」志向になっている。このようにして看護を取り巻く労働市場は、技術スキルに資格を付与し、技術スキルを中心とした選別が慣行として行われながらも、賃金は旧態依然とした年功賃金であり、技術スキルが公正妥当に賃金に反映されているとは言いがたい。その一方、臨床現場で卓越した力を発揮している看護師は、技術スキル（タテの力）もさることながら、関係性スキル（ヨコの力）にひとつの卓越性の源泉がある。多職種連携協働がますます看護にも求められている昨今、タテの力とヨコの力を併せ持つ T型人間が求められるようになるだろう。一般的に、技術スキルは短期的なリターンは高いが、イノベーション等の影響を受けやすく陳腐化する速度が速い。それに対して関係性スキルは青年期を含め長期に渡って醸成され、成人期全般において長期的に発揮され、陳腐化することはなく人的ネットワーク効果と相まって収穫逓増状態となる。技術スキル重視の世の中にあって、逆説的に、関係性スキルを育んでいくことには、実は大きな効果と意味があるのである。あなたも T型人間を目指しませんか？

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL12] Society 5.0 for SDGsが開く救急医療の展望

座長:明石 惠子(名古屋市立大学)

2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:30 第4会場 (3F 中会議室301)

[EL12] Society 5.0 for SDGsが開く救急医療の展望

○奥寺 敬[1,2,3] （1.富山大学大学院危機管理医学（救急・災害医学）, 2.第26回日本航空医療学会会長, 3.第14回日本病院前救急診療医学会会長）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 〜 14:30 第4会場)

[EL12] Society 5.0 for SDGsが開く救急医療の展望

○奥寺 敬[1,2,3] （1.富山大学大学院危機管理医学（救急・災害医学）, 2.第26回日本航空医療学会会長, 3.第14回日本病院前救急診療医学会会長）

Society（ソサエティー） 5.0 は、日本国政府が提唱する未来社会のコンセプトで、第5期科学技術基本法（2016-2020）のキャッチフレーズである。5.0の意味は、これまでの人類の歩みを、狩猟社会（ Socity 1.0）、農耕社会(Society 2.0)、工業社会（ Society3.0）、情報社会（ Society 4.0）と位置付け、その先に来るデジタル革新、イノベーションなどを実現する社会を意味する。代表的そして象徴的なシンボルは人工知能（ Artificial Intelligence:AI）とドローンであり、内閣府など政府の広報にしばしば登場する。同様の概念は、ドイツの製造業のサイバーフィジカルシステムによるスマートファクトリー化を推進する Industry （インダストリー）4.0（第4次産業革命）、中国政府の掲げる製造業振興策である中国製造2025、米国 GE社のインダストリアルインターネットとして各国が競い合って示している。また、 Socity 5.0 現存する社会の諸課題を解決するという意味で、国連が提唱する「持続可能な開発目標　SDGs」（ Susteinable Development Goals）をゴールとして目指すと位置付けており、「 Society 5.0 for SDGs」として用いられることが多い。

医療においては、個人レベルのバイタルサインや検査データ、各種薬剤の治療成績、診断群分類包括評価DPCのデータなどを一元化し、 AIを用いることで、生活支援、制癌剤の選択など幅広く応用することで、すでに様々な実証研究が進んでいる。ドローン技術も急速に向上しつつあり、様々な領域において開発導入研究が進んでいる。これらは各関連学会（医学系でない学会がむしろおおいので要注意）にそれぞれの研究集団から発表されており、事例によっては医療関連であるにも関わらず、全く医療関係者の関与していない実証実験が増加傾向にあり、実証段階での齟齬が懸念される。

救急医療においては、人工知能の導入は、すでに各学会で演題として散見されるが、身近な例として埼玉県で実証実験がののち7月19日より本格運用が開始される(予定)の「埼玉県 AI救急相談」があげられる。これはNECによるチャットボットを用いた救急相談の支援システムであるが、既存のいくつかのテンプレート（救急電話相談などの）が影響を与えていることは事実である。また、 AIの学習により高度化した場合、従来の看護師による救急電話相談との住み分けを検討する必要がある。ドローンは、すでに原子力発電所の監視や海難救護、山岳遭難などへの応用が実証段階にある。救急現場、災害現場におけるドローンの存在は、我が国のドクターヘリシステムの障害となる可能性があり、すでに日本航空医療学会の委員会を中心として救急・災害時のドクターヘリとドローンの安全な共存活用に向けたプラットフォームづくりが進行している。交通事故においても、自動事故通報システム（ ACN、 AACN、 D-Call Net）による通報や事故の解析、ドクターヘリシステムとの接続、検討中であるドクターカーシステムとの接続などの制度設計、事故解析アルゴリズムへの AIの導入など、救急医療、そして救急看護を取り巻く環境は、人口減少・高齢過疎化社会において、迅速な進化を求められている。これら我が国の社会情勢の変革の現状を共有し将来展望を考察したい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

教育講演

[EL13] 救急看護師が行う創傷管理

座長:志村 知子(日本医科大学付属病院)

2019年10月5日(土) 13:30 〜 14:30 第5会場 (3F 中会議室302)

[EL13] 救急看護師が行う創傷管理

○太内田 房子 （獨協医科大学埼玉医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 〜 14:30 第5会場)

[EL13] 救急看護師が行う創傷管理

○太内田 房子 （獨協医科大学埼玉医療センター）

救急の現場で関わる創傷ケアは、そのコントロールにより今後の患者の生活を大きく左右する。超急性期においては、全身管理の一環として関わり、回復過程においては機能予後を考慮する。また、社会生活に目を向けたセルフケアの視点から創傷ケアを考える必要がある。

　これまで各段階において常に患者の思いを尊重し、最終ゴールである社会生活への復帰を意識して看護実践を行ってきた。また、退院後も外来でもその支援を継続してきた。このように考えると、創傷管理は生活支援の一部としても捉えることができ、創傷ケアのみで完結させることができるものではない。演者は、外傷患者を多く診療する救命救急センターで、皮膚・排泄ケア認定看護師としてのスキルを提供してきた。術後の離解創・創外固定・管理困難なストーマケアなどの患者を多く見てきた。今回は、これまでの経験した事例を振り返りながら私見を交え講演する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

シンポジウム

[SY4] ALL JAPAN！2020年東京オリンピック・パラリンピックコンソーシアムによる医療活動計画と危機管理

座長:森村 尚登(東京大学大学院医学系研究科救急科学), 佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)

2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[SY4-1] アトランタ夏季オリンピック（1996）および長野冬季オリンピック（1998）における組織委員会による医療救護活動の経験より

○奥寺 敬[1,2]（1.富山大学大学院　危機管理医学, 2.長野オリンピック冬季競技大会組織委員会医療救護ディレクター（1995-1998））

[SY4-2] 2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける看護師の役割

○山勢 博彰（山口大学大学院医学系研究科）

[SY4-3] 重症患者の受け入れ、集中治療体制の構築　今、 ICUに求められているもの

○後藤 順一（河北総合病院）

[SY4-4] 東京医師会における医療活動支援

○猪口 正孝（公益社団法人　東京都医師会　副会長）

[SY4-5] 東京2020大会、東京消防庁の救急活動体制

○森住 敏光（東京消防庁　救急部長）

[SY4-6] オリパラ2020に向けた熱中症対策

○三宅 康史（帝京大学医学部救急医学/帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター　日本救急医学会）

[SY4-7] オリンピック開催時の感染対策

○菅原 えりさ（東京医療保健大学大学院　感染制御学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第1会場)

[SY4-1] アトランタ夏季オリンピック（1996）および長野冬季オリンピック（1998）における組織委員会による医療救護活動の経験より

○奥寺 敬[1,2] （1.富山大学大学院　危機管理医学, 2.長野オリンピック冬季競技大会組織委員会医療救護ディレクター（1995-1998））

オリンピックのような大規模イベントにおける医療体制は、救急医学の大分類では、病院前救急医療の一分野として定義される。これは、病院前救急医療体制の特殊形としてして、医療供給体制を超えた群衆が存在しており、そのための医療体制を構築する必要がある、という考え方による。紛争や災害による群衆と決定的に異なることは、開催期間があらかじめ設定されており準備期間が十分にあること、周辺地域のインフラは通常通り機能していることである。従来より、オリンピックの医療はボランティアベースであったが、オリンピックの国際化に伴う社会現象化により、徐々に内在するリスクが高まってきたため、医療体制の構築も高度化しつつある。

長野冬季オリンピックの救護を担当するため、現地調査を行なった1996年アトランタ大会は、大会規模の増大により、大規模かつ現在に通じる本格的な医療体制が構築された大会であった。訪問調査を行なった全ての運営・競技エリアにおいて、救護の主たるスタッフは看護師であり、参加するための資格要件が活動を保障するために厳格に定められていた。医師は、各セクションのディレクターであり、事務担当の専任者が取りまとめを行なっていた。長野においても同様なシステムの構築を目指したが、アメリカと日本の医療状況が大きく異なり、国際オリンピック委員会（ IOC）との調整は、大会直前まで続いた。例えば、アトランタでは、医療スタッフはカテゴリーによって BLS(Basic Life Support)または ALS(Adbanced Life Support)のライセンスが必須であったが、1996年の日本ではどちらも普及の緒に就いた段階であった。そのような環境において、長野オリンピックの救護の主力は、アトランタ同様に看護師であったことは確かである。オリンピック医療の範囲は来場者の軽症の外傷や凍傷、体調不良であり、選手レベルの高度な外傷は極めて稀である。ましてテロは医療のみならず警察力など大きなシステムで対応する。多くの来場者、選手、関係者などをケアするために看護師が主力であることを共有したい。

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第1会場)

[SY4-2] 2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける看護師の役割

○山勢 博彰 （山口大学大学院医学系研究科）

2020年開催の東京オリンピック・パラリンピック（東京オリパラ）では、観客、選手、スタッフなどを合わせると、延べ1,000万人規模の参加が予想されている。このようなマスギャザリングにおける医療対応では、看護師の役割が大きいことは言うまでも無い。東京オリパラのコンソーシアムでは、「2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける看護師の対応ガイドライン」を作成し、急性症状への対応、多数傷病者事故とテロによる銃創・爆傷患者への対応、感染症対策、外国人対応、重症患者の ICU管理などにおける看護師の役割について解説している。これは、対応の具体的技術や手順を詳細に解説したものでは無く、会場現場で直接対応する看護師や傷病者が収容される病院の看護師が身につけておくと良い、知識とスキルの概要を述べたものである。

今回は、このガイドラインを基に東京オリパラにおける看護師の役割について紹介する。東京オリパラだけでなく、マスギャザリングにおける看護師の対応としても役立ててもらえれば幸いである。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第1会場)

[SY4-3] 重症患者の受け入れ、集中治療体制の構築　今、 ICUに求められているもの

○後藤 順一 （河北総合病院）

2020 年開催の東京オリンピック・パラリンピックでは、参加選手約1万2,000人、観客50万~90万人/日、これにスタッフとボランティアなどを合わせると、延べ1,000万人規模が予想されている。このような状況下で多数傷病者が発生した場合、近隣の医療機関へは多くの患者が搬送されることが予測される。 このことから、 ICUはどのような対応が迫られるのであろうか？
何らかの大事故災害発生時には、 DMAT が主体となり現場での救出、救助、救命医療がなされる。そして救助された重症傷病者は、トリアージを経て医療施設に搬送される。また、邦人・洋人を問わず被災者は災害拠点病院を理解しているわけでは無い。そのため、災害が発生した近隣の病院や診療所、クリニックなどの医療施設に自ら受診する可能性も高い。そのため、災害現場から直接、あるいは ICU環境が無い災害発生近隣施設や広域医療搬送により、病態悪化や診療困難として重症患者が、 ICU管理が可能な施設へ集中して転院搬送されてくる。また、大事故災害の慢性期や状況安定化により手術が可能になれば、手術患者の周術期管理も従来通り ICUで管理され、大事故災害時の ICUの役割はさらに大きくなると考える。大事故災害時 ICUでは、傷病者の発生状況に応じて、入退室基準は災害用に変更する必要があり、日常の医療とは違う対応が必要になる。つまり、通常の ICUでの医療は人員、医薬品、資器材を個別の患者に最大限使い、一人一人にベストな医療を提供できるために行われるのに対して、災害時の ICUでの医療は、限られた資源で最大多数の患者の救命、良好な予後を追求することに志願が置かれる。災害発生による重症患者の増加に伴い、限られる ICUスペースの調整が迫られる。これに対して２018年日本集中治療医学会の危機管理委員会が ICUのための災害時対応と準備についてのガイダンスで明確にしている。その中では、 MCI(masscasualtyincident:多数傷病者事故)の規模に応じた段階的な ICU拡張計画を、場所(Space)、人員(Staff)、医療 機器・器材(Stuff)に分けて計画され、 ICU災害マニュアル等に記載することが必要であるとしている。このマニュアルを構築するためには、 ICUにかかわるすべての職種が共同し組織的に活動することがキーとなると考える。 ICU では日常から多種職がチームとして患者を管理できる業務環境を作っておくことが望ましい。 ICU で業務をおこなう職種は医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、理学療法士などであるが、発災の際にはそれぞれの職種の代表者で構成された ICU コアチームを編成し活動する。このコアチーム内でのリーダーは ICU管理者である医師とする。複数の ICUが存在する施設では、それぞれの ICU でコアチームが構成され、それぞれのチームリーダーを統括するための統括管理者を病院責任者とした指示系統を作ることが重要となる。このコアチームにより組織化された ICUで活動する人員を一つの ICU災害医療チームとして発災より活動を展開することが望まれる。

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第1会場)

[SY4-4] 東京医師会における医療活動支援

○猪口 正孝 （公益社団法人　東京都医師会　副会長）

２０２０東京オリンピック・パラリンピック（以後オリパラ）に向けて、東京都医師会は２０１６年リオデジャネイロオリンピック前から情報の収集を開始し、直後には日本医師会と協働してオリパラ組織委員会、内閣府、東京都、東京消防庁、警視庁など関係団体が一堂に会する打ち合わせ会議を行った。その後日本救急医学会が中心となった2020年東京オリンピック・パラリンピック開催中の救急災害医療体制に係る学術連合体（コンソーシアム）にも参加し、学術団体とも情報を共有している。１年前のカウントダウンに近づきつつある最近においては、オリパラ組織委員会、東京都オリパラ準備局との打ち合わせは具体的になり、オリパラ会場中心に設けられる Accreditation card（以下 AD）によって立ち入りが制限されるエリアとその外側のエリアにおける医療について責任を含め、役割分担がはっきりしてきた。具体的には ADを要する競技場内救護班については、

©一般社団法人 日本救急看護学会

VMOなど実際のメンバーの選定がなされており、救護体制が組み立てられつつある。東京都医師会班としてオリパラ組織委員会の要請に基づき、救護班の編成を進めている。また競技場外ラストマイルなどにおける救護所の設置に関しては東京都オリパラ準備局、福祉保健局と相談の上、救護所の設置位置および所要人数などを検討しているほか、地元医師会と連携を図り人員確保の計画も進めている。さらに市中でのマスギャザリング医療やCBRNE災害に対応できるよう研修プログラムを組み研修を開始した。テキストとして「大規模イベント　医療救護ガイドブック」も発刊した。シンポジウムではこうした内容を開示できる範囲において具体的に提示する予定でいる。

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第1会場)

[SY4-5] 東京2020大会、東京消防庁の救急活動体制

○森住 敏光 （東京消防庁　救急部長）

東京の街は、東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会に向けて次世代を見据えた都市構造とするための変革が日々著しい。救急業務は、超高齢社会の進展、疾病構造の変化、医療ニーズの多様化等を背景に、質、量ともに大きく変化し続けている。

　こうした背景の中で、世紀のスポーツの祭典を迎えるにあたり、東京都および東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会等を中心に、大会運営の準備が鋭意進められている。東京消防庁は、開催都市を管轄する消防本部として、火災予防をはじめ発災時への対応、そして救急救護・搬送体制へ「万全の備え」が求められている。

＜基本方針＞
「あらゆる災害等に対する即応体制を強化し、安全・安心な大会開催環境を提供する」
「大会期間中においても平時の都民への消防行政サービスを維持する」

＜主な取組＞「オペレーションセンターへの参画や会場等の警戒」、「訪日旅行者への対応」、「酷暑期の開催に伴う対応」、「大規模災害や意図的災害発生時の対応」、「東京都、大会関係者、警察、医療等との連携」

　救急活動体制では、救急隊の出場体制確保、東京ＤＭＡＴや現場医療スタッフ等との連携、救急医療情報の収集と搬送医療機関確保、広域搬送等について検討・準備を進めている。

　東京消防庁では、都民及び東京を訪れる全ての方々の安全・安心の確保のため、今後とも関係機関との連携体制の充実強化を図り、傷病者が迅速に症状に応じた適切な医療の管理下に置かれる体制整備を着実に進めていく。

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第1会場)

[SY4-6] オリパラ2020に向けた熱中症対策

○三宅 康史 （帝京大学医学部救急医学/帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター　日本救急医学会）

オリパラ2020に向けての暑さ対策は、テロ、外国人、感染症、医療体制構築などと並んで大きな課題となっている。場所で分ければ、会場、入場チェックポイント、会場周辺、公共機関の最終駅から会場までに分けられ、人で分ければ、選手、そのスタッフ、 VIP、ボランティアを含む主催者側スタッフ、観客、訪日外国人、身体障害者などに分類され、これをマトリックスにして、それぞれに効果的でコストのかからない暑さ対策をきめ細かく施す必要がある。2019年夏期のテストイベントにおける現地環境調査や各種暑さ対策グッズの効果確認、模擬患者

©一般社団法人 日本救急看護学会

を用いた応急処置訓練、搬送訓練、消防機関や医療機関との受入れ連絡訓練などを通して、課題の把握と対策が練られる。現地の水分補給可能な場所や身障者向けトイレ、バリアフリーかつ日射を遮る通路の準備とその周知、会場周辺の天候、 WBGT(暑さ指数)や混雑状況がリアルタイムで確認できるような webシステム構築、海外に向けての日本の夏の熱中症のリスクとその対策の多言語での発信、そして10万人とも言われる関係者への熱中症教育も特に重要であり、医療者向け、非医療者ボランティア向けそれぞれの熱中症教育コンテンツの作成とその応急処置や搬送の技能研修計画と実施、会場別の危険場所の確認、救護所設置場所とその数、応急処置と搬送方法などを周知徹底の上、スムーズに行動できるよう訓練する必要がある。さらに最も懸念されるのが，主催者側スタッフの中でも医療従事者ではないボランティア、具体的に言えばファーストレスポンダーとヘルスケアサポートメンバー(担架隊)自身の熱中症対策である。ユニフォーム、事前の健康チェック、期間中の体調管理、水分補給と冷却、休憩時間や休憩場所の管理、活動中の見守りなど、周到な準備と厳重な見守りが重要である。

(2019年10月5日(土) 10:10 〜 12:00 第1会場)

[SY4-7] オリンピック開催時の感染対策

○菅原 えりさ （東京医療保健大学大学院　感染制御学）

人が多く集まる場所で起きる健康被害で憂慮されるものの一つは「感染症」の蔓延である。その際、「パンデミック対応」という言葉をしばしば耳にするが、パンデミックとは世界的流行を意味し、現在これに該当する感染症としては「新型インフルエンザ」が筆頭である。これに対してわが国は平成24年に「新型インフルエンザ等対策特別措置法（法律第三十一号）」を制定し既に医療機関にはパンデミックに備え BCPの策定が求められている。その中万が一東京2020年大会開催時に「新型インフルエンザ」のパンデミックが発生していたなら、上記の法律により「東京2020大会」自体の開催も危ぶまれ、国家的な危機管理対応となってくる。

現実に目をむけると「東京2020大会」における感染症対応は、「パンデミック」というより、世界でしばしば発生する感染症の輸入頻度が高くなることへの警戒が主眼となろう。さらに、マスギャザリングのリスクにより、一般的なウイルス感染症（下痢嘔吐やかぜ症候群など）や国外より持ち込まれる感染症が想定外の集団発生（アウトブレイク）を起こす可能性や、それらの患者が結果的に病院に来院することに対する危機管理が重要なポイントだと考えられる。

厚生労働省は東京2020大会で「配慮な必要な感染症」を挙げている。それによると、麻疹、風疹、インフルエンザ、中東呼吸器感染症、蚊媒介感染症、感染性胃腸炎（食中毒含む）、結核等が挙げられこれらを想定した対応が現実的である。

一方、大会開催時には世界で発生している感染症の影響を受けることになる。大会時は平時より厳重な検疫体制やサーベイランス体制が敷かれることとなるが、注意深く情報収集することが肝要である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

シンポジウム

[SY5] 経験から学び実践する大災害への備え

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院), 安彦 武(東北大学病院)

2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[SY5-1] 地下鉄サリン事件から24年経って思うこと　この経験から活かされていること、これからの課題について考える

○柳澤 八恵子 （学校法人聖路加国際大学　聖路加国際病院　救命救急センター）

[SY5-2] 熊本地震を経験して　基幹災害拠点病院として急性期看護を提供するために

○赤池 尋恵 （熊本赤十字病院）

[SY5-3] 関東東北豪雨による水害の経験から

○岡田 佐代子 （きぬ医師会病院）

[SY5-4] 災害拠点病院の果たした役割と今後に向けた課題～やっぱり備えあれば憂いなし～

○葛西 陽子 （医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院　急性・重症患者看護専門看護師　看護管理室　副看護部長）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第1会場)

[SY5-1] 地下鉄サリン事件から24年経って思うこと　この経験から活かされていること、これからの課題について考える

○柳澤 八恵子 （学校法人聖路加国際大学　聖路加国際病院　救命救急センター）

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第1会場)

[SY5-2] 熊本地震を経験して　基幹災害拠点病院として急性期看護を提供するために

○赤池 尋恵 （熊本赤十字病院）

熊本赤十字病院（以下、当院）は、熊本県の基幹災害拠点病院として熊本県内の災害医療の要としての役割を担い、常備救護班の設置、災害に関する研修や訓練、マニュアルの見直しなど、平時から災害対応策の整備を行っている。職員は各種災害に備え、研修や訓練に参加して、そこで学ぶ事柄の一つ一つを、もしもの時の「出動」への心構えとしていた。2011年の東日本大震災における救護活動の経験から、当院も被災した場合を想定しての多数傷病者の受け入れ訓練や、マニュアル見直しが必要であることを実感し、受け入れ側の体制強化を図っていた。そのような中、2016年4月14日と16日に二度にわたる震度7の地震が発生し、当院は震源地に最も近い災害拠点病院として発災直後から多くの傷病者を受け入れた。
災害時の対応能力を高めるために行われる訓練は、現場での救護活動や傷病者受け入れの窓口となる救命救急センターでの対応を想定して行われることが多い。当院の「多数傷病者受け入れ訓練」も、救命救急センター内に各エリアを立ち上げ、必要な処置を行い入院病棟へ引き継ぐという内容で行っていた。
　前震ではマニュアル通り救命救急センター内に各診療エリアを立ち上げ、発災直後から傷病者を受け入れた。訓練の経験が活かされ、救命救急センター、病棟の災害医療は順調に機能し、平時の訓練の大切さを実感した。本震では救命救急センターが入る救急棟が停電し、救命救急センターでの診療は困難となり、各診療エリアを病院本館の廊下へ移動して対応した。余震が続く中、前震より多くの傷病者を受け入れることとなったが、各診療エリアで発生した問題や情報は診療統括班に集約されるような体制が出来ていたため、それぞれの問題を解決しながら、診療統括班を中心に各診療エリアでの医療を進めることができた。災害カルテの運用や患者情報の出口管理について、本震の際は、前震の反省を踏まえた運用がなされていた。これは訓練等を通して PDCAサイクルを回すことを意識づけられていたためだと考える。
　今回の地震では当院も被害を受け、マニュアルにない対応が必要になった。平時の備えとして各種の訓練を重ねていたことで、臨機応変な対応ができたものもあるが、建物やインフラがダメージを受ける中で多数の傷病者受け入れを見越した見直しが必要であるこが明らかとなった。その中の一つは入院後の患者管理であり、保存的加療の方針で入院した患者の主治医未決定、入院指示がないなどの問題が発生していた。入院治療を要する場合、その後の継続的な診療について中長的な対応を考える必要があり、その役割を誰が担うのかなどマニュアルの改訂を行っている。被災経験からの学びは多く、これらを基にマニュアルの改訂、訓練での検証を重ね、災害拠点病院としての役割を担っていかなければならない。災害訓練やマニュアルの検証は災害対応作業部会を中心に行っているが、作業部会の活動や災害対応訓練等について紹介し、災害体制構築および強化について検討できればと考える。

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第1会場)

[SY5-3] 関東東北豪雨による水害の経験から

©一般社団法人 日本救急看護学会

○岡田 佐代子 （きぬ医師会病院）

(2019年10月5日(土) 14:40 〜 16:30 第1会場)

[SY5-4] 災害拠点病院の果たした役割と今後に向けた課題〜やっぱり備えあれば憂いなし〜

○葛西 陽子 （医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院　急性・重症患者看護専門看護師　看護管理室　副看護部長）

2018年9月6日午前3時7分、北海道胆振地方中東部を震源としたマグニチュード6.7震度7の地震が発生し、震源地から遠く離れた札幌市内でも液状化現象による土地・建物への被害が生じた。さらに、その後火力発電所の停止に伴い、電力のバランスが崩れ道内ほぼ全域が大規模停電（ブラックアウト）に陥るという想定外の状況が発生した。災害に想定外はつきものである。この想定外の事態に対し災害拠点病院である当院が実際に行った活動と経験から見えた課題、今後に向けた対策について報告する。

当院は札幌の北西部に位置する災害拠点病院である。これまで災害拠点病院運営委員会を中心に2015年より避難訓練・受け入れ訓練を定期的に開催してきた。今回の地震では発災後3:50に災害対策本部が立ち上がり、その後の会議で第1次非常配備が発令、一般外来、定期検査、定期手術の中止が決定された。非常に短時間で意思決定がされたため、「外来は中止するが来院した患者にどの様に対応するか」など、予想される問題に対して策を講じる時間を作ることができた。これらは、何度となく災害対策本部の立ち上げから意思決定までの訓練を重ねてきた成果と思われる。

周辺医療機関からの多数の透析患者依頼、人工呼吸器患者の転院依頼、産科患者の転院依頼、在宅呼吸療法患者への酸素貸与や充電などに対し、周辺地域の医療機関と物的・人的連携をとり、この危機を乗り越えられた。様々な部門が病院の方針に基づき、権限の範囲で「どうしたらできるのか」を自律して判断・行動を取った事が想定外を乗り越える鍵となった。

一方で、全く予期できなかった事、予期していたが対策まで至っていなかった事も多数存在している。これらの災害を体験して改めて見えた事、課題として上がった事を次の備えにどう繋げていくかが災害拠点病院としての使命を果たす事に繋がると考える。

今回のシンポジウムでは、「備えてた事」「備えられなかった事」について当院の活動の実際を報告し「どう備えるか」について検討していきたい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

シンポジウム

[SY6] これからの Rapid Response System 組織に応じた危機管理システム創り

座長:上澤 弘美(総合病院 土浦協同病院), 川原 千香子(日本臨床救急医学会医療安全推進委員会RRS小委員会)
2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第3会場 (2F 中会議室201)

[SY6-1] Rapid Response Systemの導入と定着の戦略～基本を踏まえて、変化を考える～

○新井 正康 （北里大学医学部附属新世紀医療開発センター 横断的医療領域開発部門）

[SY6-2] 看護師の立場から振り返る～大学病院である当院の RRSの現状と課題～

○柳澤 三穂 （獨協医科大学埼玉医療センター）

[SY6-3] 当院における RRSの現状と課題 -重症患者サポートチームとしての活動から-

○下山 佳奈子[1], 中村 祥英[2], 石橋 幾久[3], 後藤 貴樹[2], 小杉 一江[3] （1.静岡県立総合病院　高度救命救急センター, 2.静岡県立総合病院　ICU/CCU, 3.静岡県立総合病院　救命HCU）

[SY6-4] RRSの課題とこれから～複雑な課題にどう向き合うのか？～

○清水 広久 （埼玉恵成会病院 外科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第3会場)

[SY6-1] Rapid Response Systemの導入と定着の戦略～基本を踏まえて、変化を考える～

○新井 正康 （北里大学医学部附属新世紀医療開発センター 横断的医療領域開発部門）

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 12:00 第3会場)

[SY6-2] 看護師の立場から振り返る～大学病院である当院の RRSの現状と課題～

○柳澤 三穂 （獨協医科大学埼玉医療センター）

当院は外来、検査部門において患者の状態変化が生じた際にかける緊急コールを「 Dr.ハリーコール」と呼んでいる。また、病棟における患者の状態変化時の緊急コールは、救急医療科担当医師の PHS番号と定め、状態変化している患者の相談や応援要請を受けている。当院の「 Dr.ハリーコール」が開始されてから現在までを RRSの4つのコンポーネントに沿って振り返り現状と課題を報告する。

求心性視点として、「 Dr.ハリーコール」を開始して以来、起動基準は設けられておらず、オーバートリアージを容認する形をとっている。「 Dr.ハリーコール」「院内患者応援要請コール」に対する啓蒙活動は、救急医療科教授による院内講演会をはじめ、コール番号が記載されているパウチを各病棟と各部門に設置している。また、リハビリ実施中患者の緊急コールは「 NSハリーコール」と呼んでおり、呼吸、循環、意識に分け起動基準を設け、救命救急センター看護師が理学療法士や作業療法士、言語聴覚士に向けて、患者の変化に気づけることを目的とした勉強会を実施し、「何か変」「不安だ」と感じた際はいつでもコールが可能である事を伝達している。

明確な起動基準が設けられていないことで、応援要請をしやすい環境ではある。しかし、医療安全対策部門が集計をしている急変対応事例件数と応援要請件数には乖離がある。明確な起動基準は、医師への報告や応援要請に至る行動のきっかけになると考える。明確な起動基準を設けた上で、オーバートリアージも容認し、スタッフの心配と感じている患者の状態をともにアセスメントできる体制が必要であり、また、患者の状態変化をいち早く気づける観察力の向上や SBARでの報告を定着するための活動が課題である。

遠心性視点として、「 Dr.ハリーコール」による患者の初期対応は、有志からなる院内のスタッフにより行われている。その後の検査や処置対応は救命救急センター医師と看護師が引き継ぎ担っている。院内患者への応援要請は、救急医療科医師と救命救急センター看護師が当該部署にて当該スタッフと共に対応を行う。リハビリ実施中患者の状態変化時の緊急コール対応は、救命救急センター看護師により初期対応を行っている。

応援要請のしやすさは初動に影響すると考える。多数の職員が在籍していることにより、部署間や部門間での顔のみえる関係構築ができていない現状があり、このことが、要請への躊躇や要請までに至っていないと考える。そのため、応援要請をされた現場では、周囲のスタッフへの対応にも注意を払い、その場において要請をしやすい関係を構築できるように心がけている。また、チームへの信頼度を高めることも必要である。救命救急センターのスタッフのスキルアップを継続的に行い、各部署や各部門のスタッフと信頼関係を構築していくことが課題である。

評価と改善として、昨年度より本格的に検証を開始している。検証は、救急医療科教授や集中ケア・救急看護認定看護師、救命救急センター看護師による専門性のある意見を聞ける場として、病棟看護師が実施した一連の行動を客観的に自身で振り返るきっかけとなっている。

©一般社団法人 日本救急看護学会

管理面からの視点として、当院は RRTとして稼働はしておらず救急医療科医が担っている。急変対応チームとして確立されていなくとも、現状は応援要請に応じられている。そのため、専門チームとして確立されなくても、継続した活動は可能であると考える。しかし、相談、状態悪化を予防する介入も含めて活動拡大を図るのであれば、幅広く「相談できる場所」としての体制整備と啓蒙が必要であると考える。

(2019年10月5日(土) 10:10 〜 12:00 第3会場)

[SY6-3] 当院における RRSの現状と課題 -重症患者サポートチームとしての活動から-

○下山 佳奈子[1], 中村 祥英[2], 石橋 幾久[3], 後藤 貴樹[2], 小杉 一江[3] （1.静岡県立総合病院　高度救命救急センター, 2.静岡県立総合病院　ICU/CCU, 3.静岡県立総合病院　救命HCU）

１．はじめに

当院では2014年から医療安全室との連携のもとに有志職員によるボトムアップ型での RRS（ Rapid Response System）導入が検討され、 RRS導入ワーキンググループ設置後、外部講師による複数回の院内講演会と意識調査の実施、呼吸サポートチーム（ RST）の先行導入を経て、ワーキンググループから重症患者サポートチームへ名称を変え、包括チーム型の活動として2017年3月から RRS導入となっている。

２．当院における RRSの現状

当院の重症患者サポートチームは、呼吸ケア・院内急変予防・院内蘇生体制のサポートの3つの機能を有しており、各機能における専門的なメンバーが中心となって活動を行っている。チームメンバーは、救命救急科・集中治療科の医師、急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア・救急看護認定看護師、理学療法士、臨床工学士らによって構成される。 RRSは院内急変予防のサポートとしての活動で、平日11時にチームメンバーが定時回診する CCOT（ Critical Care Outreach Team）と RRT（ Rapid Response Team）起動要請に基づいて出動する RRT体制をとっている。起動基準は RRSに関する先行文献を参考に作成している。原則医師と看護師の2名１組による当番制とし、 CCOTの回診と RRTの出動を兼任して活動している。現在は回診対象の2病棟をメインとした活動となっているが、対象以外の病棟や対象病棟の医師からのコールも増え、 RRTの活動が病院全体へ拡大しつつある状況にある。 RRS導入となった2017年3月から2019年6月までの間で、 CCO回診での相談と RRTコールは201件であり、そのうち ICUもしくは HCUへの移動が妥当と判断された症例は20件であった。相談症例のおよそ１割は厳重なモニタリングと即時の治療介入を要する症例であり、 RRTの介入によって更なる状態の悪化を未然に防ぐことができ、心停止患者発生時の緊急コール（ハリーコール）の減少となったと考えられる。ボトムアップ型での導入から、重症患者サポートチームの機能の1つとして RRTが活動を開始したことにより、 RRSの４要素のうち、起動と出動に関しては比較的順調に活動の拡大を図ることができていると言える。

３．当院における今後の課題

当院にはハリーコールシステムも確立されているが、必ずしも蘇生処置が必要となった症例ばかりではなく、RRTで対応可能なものも含まれる。しかし、状態変化を認識したタイミングやハリーコールを選択した理由などの分析には至っていないのが現状である。現在はハリーコールに関しては医療安全室が情報を集約しているが、RRTコールについても医療安全室と連携して集約・分析する体制を整え、システム改善に反映させていく必要があ

©一般社団法人 日本救急看護学会

る。また、当院は急性期医療の役割を担うとともに、循環器病センターおよび地域がん診療連携拠点病院でもあり、高齢者・がん患者が多く療養する環境にある。 DNAR（ Do Not Attempt Resuscitation）症例も多数存在し、急変時の救急・集中治療に対して消極的となる場面も多く、 RRSの概念を定着させることが難しい。また、病院の組織文化として主治医偏重の階層構造となっていることが挙げられ、重症患者サポートチームに限らずチームの活動が日々の治療やケアに反映されにくい。この点は回診対象病棟の拡大に至らない要因となっていると考えられる。このような要因を乗り越え、さらに活動を拡大させていくためには、病院組織や医療安全室との効果的な協働について更に検討が必要である。

(2019年10月5日(土) 10:10 〜 12:00 第3会場)

[SY6-4] RRSの課題とこれから〜複雑な課題にどう向き合うのか？〜

○清水 広久 （埼玉恵成会病院 外科）

RRSの必要性を唱えられて久しく、様々な教育や啓蒙活動で、我が国にも広がってきた。

しかし、今までの既存の見方やトレーニングだけでは、不十分であると言わざるを得ない。

そこには、医療現場での問題は、「複雑な問題」の典型であり、既存の問題の捉え方・対応では限界があると言わざるを得ない。
表面の行動は氷山の一角に過ぎず、その深層のシステムに気づくことが第一歩となる。

その複雑なシステムをどう捉え、どのような課題があるのか？
また今後、どうしていったらいいのかを様々な切り口で、会場の皆さんと考えてみたい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

シンポジウム

[SY7] 【日本臨床救急医学会共催】電話相談と危機管理ー見えない病態を判断する

座長:櫻井 淳(日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野), 伊藤 雪絵(奈良県立医科大学附属病院 生命倫理監理室)

2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第4会場 (3F 中会議室301)

[SY7-1] 電話相談の多様なシステムについて

○六車 崇 （横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター）

[SY7-2] 大学病院における救急電話相談の実践から危機管理について考える

○山崎 早苗 （東海大学医学部付属病院）

[SY7-3] 電話救急医療相談事業における質の管理への取り組み～＃7119実践～

○赤尾 いづみ （公益財団法人　大阪市救急医療事業団 救急安心センターおおさか＃7119）

[SY7-4] ラダーを道筋として考える#7119の質保証

○久間 朝子 （福岡大学病院手術部・SICU 急性・重症患者看護専門看護師）

[SY7-5] 電話相談に必要なトリアージ要素

○横田 由佳 （杏林大学医学部付属病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第4会場)

[SY7-1] 電話相談の多様なシステムについて

○六車 崇 （横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター）

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第4会場)

[SY7-2] 大学病院における救急電話相談の実践から危機管理について考える

○山崎 早苗 （東海大学医学部付属病院）

我が国における救急電話相談の実態としては、#7119をはじめとする地方自治体や消防機関によるもの、民間、また病院に勤務する看護師等によるものなど実施形態はさまざまである。看護師が救急電話相談に対応するうえで直面することとして、判断が困難な事例やクレーム、長時間電話対応などの問題があることを実感している。このような救急電話相談看護師に対する教育体制等も十分に構築されておらず、各実施機関、施設等に質の補償もゆだねられている。

今回は大学病院で行われている救急電話相談の実態から、安全かつ質の補償をどのように維持していくのか、現状を踏まえて検討していきたい。

また、日本救急看護学会救急電話相談トリアージ検討ワーキンググループで現在取り組んでいる、電話トリアージナースに関する教育や支援への課題についても考えていくこととする。

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第4会場)

[SY7-3] 電話救急医療相談事業における質の管理への取り組み～＃7119実践～

○赤尾 いづみ （公益財団法人　大阪市救急医療事業団 救急安心センターおおさか＃7119）

救急安心センター事業（＃7119）は、救急搬送需要増大の社会的背景から「救急車利用の適正化」を目的に事業が開始され、2019年4月1日現在では、9都府県5都市が相談事業を実施しており、人口カバー率においては42.3%となった。

事業効果としては、不要不急な救急車利用の抑制だけではなく、潜在的な救急患者を相談により救いだし、受療行動への支援を行うことや、適切な受療タイミングを示すことで医療機関への負担軽減などが期待されている。

本事業は、医学的知識に基づき検証されたプロトコルを用いて緊急度を判定し、適宜担当した看護師の経験・知識を基に医師の助言・通報者の背景によって総合的に判断するものである。しかし、電話相談は他のスタッフの対応内容を把握することが難しく『質』を担保していくには組織としての取り組みが必要不可欠である。

救急安心センターおおさかでは、開設時より質の向上にむけて看護師教育を行ってきたが、指導の方向性を統一できなかった結果、プロトコルの軽視、診断傾向、医学的知識の披露など本事業における基本的なルールの逸脱を認めた。

本年１月に開催された、日本臨床救急医学会・日本救急看護学会合同企画「救急電話相談の現況と展望」のシンポジウムは、全国の関係者が集い、上記の内容を含めて各センターで実施されている質の担保と向上に関わる取り組みについてそれぞれが意見交換できる場となった。その時のことを参考に当センターでも今後の教育体制について見直しを計画している。

#7119事業の普及が進む中、プロトコルは改訂され適正化が図られている。一方、それを実際に使用し緊急度を判定する看護師の質の評価基準、教育体制については未だ十分ではない。

今回、＃7119事業を実施している8都県（大阪府を除く）5都市に【対応内容の検証】【看護師の教育体制】【業務フローの整備】についてのアンケート調査を依頼した。その結果、対応内容の検証、教育体制は地域毎にバラ

©一般社団法人 日本救急看護学会

つきが認められた。
これまでも、各地域の救急医療体制の課題や背景等が異なることから起こる運営上の課題はあったが、今回のアンケートによって、よりバラつきは明確となった。
今後は、看護師が電話相談の対応を行う上で、判断の基準となるプロトコルをさらに理解した上で経験を積み、対応をデータベース化し、実施地域単独ではなく＃7119全体として、質の評価基準を示すとともに、私たち看護師が主体となって問題提起し、教育体制の整備を他センター看護師と協力し進めていく必要がある。

(2019年10月5日(土) 14:40 〜 16:30 第4会場)

[SY7-4] ラダーを道筋として考える#7119の質保証

○久間 朝子 （福岡大学病院手術部・SICU 急性・重症患者看護専門看護師）

＃7119は＃8000と同様、傷病者の医療相談や緊急度判別とその後の対応への支援として作られた。医療機関のコンビニエンス受診を整理する目的も持っており、制度を導入する自治体も増加にともなって、徐々に知名度も上がってきている。
　＃7119は、傷病者とスタッフとつなぐ1本の電話で、訴えや声の調子、息づかいや周囲の状況などから現状を認識し、緊急度や重症度を判断し、次に手段につないでいく。まるでそこに傷病者がいるかのように情報を得てアセスメントを繰り広げる作業は、相手がその場にいないフィジカルアセスメントであり臨床推論ともいえる。身体面とともに不安や緊張などの多くの精神的負担を持つ傷病者にどう対応するかということを考えると、＃7119における看護師の果たす役割は大きい。そして、単回での対応に一任される責務も大きく、判断や対応がニーズに合っていない場合、時に不幸な結果を招くことにもなりかねない。
　では、そのような責務を果たすべく、電話から聞き取れる、多角的に感じ取れる情報をつなげていく・展開していく作業には、どのような力が求められるのだろうか。時間軸で関わりを継続できる事故現場や医療機関でのトリアージと違って、まさにその時に判断を求められる現実、事故・疾病に関わらず広い知識を求められる現実、多くの症状や傷病者の不安や恐怖に声と言葉で対応すべき現実、アドバイスや119や医療機関との連携など、対応する力を高めていくためには、どのような教育が必要なのだろうか。
　日本は超高齢化社会をむかえ、患者は病院から地域で生活するようになっている。今後はさらに疾病を持ちながら生きていく人を支援するように変わっていくであろう。突発的な単独の疾患や既往のない発症は少なくなってくるかもしれない。このような社会情勢を鑑みたとき、＃7119が広く認知されていくと同時にその正確さ、迅速さ、対応力が量だけでなく質保証となるのは間違いないだろう。本学会で公表した救急看護師のクリニカルラダーの各側面から、このような社会情勢と傷病者との「その時に」「傷病者がみえない」状況にありながら対応していく力を教育面から考えてみたい。

(2019年10月5日(土) 14:40 〜 16:30 第4会場)

[SY7-5] 電話相談に必要なトリアージ要素

○横田 由佳 （杏林大学医学部付属病院）

東京消防庁救急相談センターに関する文献によると「電話救急医療相談」とは電話を介して相談者の傷病の緊急度を判断し、それに見合った口頭指示までを含める医療情報（医療機関案内、受診科目選定、救急車を含めた搬送手段への助言、口頭による応急処置など）を提供する事業を指す。トリアージとは患者の評価と緊急度を判断し、治療の優先順位づけを行う過程であり、電話相談にはトリアージの要素が含まれている。

院内トリアージの緊急度を判断するプロセスは、①第一印象の重症感の評価②感染性疾患のスクリーニング③来院時症候の確認④自覚症状の問診と評価⑤バイタルサインの評価⑥他覚所見の評価⑦指標を用いて緊急度判定⑧

©一般社団法人 日本救急看護学会

再評価で構成される。このプロセスは患者を目視しながら問診、観察を行う。電話相談では、患者を目視することはできないので、患者、または、電話に対応している人の音声を通じて緊急度を判断するために必要なキーワードを判断し、問診することになる。

総務省消防庁の「緊急度判定プロトコル Ver.2電話相談」は医療従事者が電話を介して緊急度や提供する情報を標準化したものである。電話相談においても、院内トリアージと同様に、緊急度の判断や医療相談を支援するシステムが必要である。プロトコルのアルゴリズムは、①心肺停止と関連するキーワードの聴取②バイタルサインに関わる質問③主訴別の質問、があり、緊急性の高い症状に関わる項目から質問する構成となっている。プロトコルを適切に活用するために、あるいは、アルゴリズムから逸脱した場合に、自由回答形式の質問と選択回答式の質問をどのように使い分けて問診するのかという能力や、聴取した情報を体系化して総合的に緊急度を判断するということが必要なトリアージ要素であると考えられる。

©一般社団法人 日本救急看護学会

シンポジウム

[SY8] 命の危険回避への取り組み―多様な立場からの急変前兆候対応への提案―

座長:瀬川 久江(（元）独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター), 渕本 雅昭(東邦大学医療センター大森病院)
2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第5会場 (3F 中会議室302)

[SY8-1] 多様な医療施設への活用における展望と課題～急変前兆候を見逃さない思考の作り方～

○清水 克彦 （独立行政法人 国立病院機構京都医療センター）

[SY8-2] 一般市民向け急変の前兆を認識する研修プログラムの提案

○嘉陽 宗司 （医療法人　おもと会　大浜第一病院）

[SY8-3] 外傷看護教育の展望

○苑田 裕樹 （日本赤十字九州国際看護大学）

[SY8-4] 急変前兆候対応への期待と提案～インストラクショナルデザイナーの立場から～

○石井 恵利佳 （獨協医科大学埼玉医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第5会場)

[SY8-1] 多様な医療施設への活用における展望と課題～急変前兆候を見逃さない思考の作り方～

○清水 克彦 （独立行政法人 国立病院機構京都医療センター）

近年様々な医療機関では Rapid Response System（ RRS）を導入して、早期から急変患者を「認知」して集中治療室などで治療し心停止まで至らせない取り組みが盛んに行われ、予期せぬ院内心停止の減少に効果を見せている。

しかし RRSの効果を理解して導入したいがマンパワー不足の問題により、それらのシステムを導入できずに断念している施設も沢山ある。そのようなマンパワー不足によりシステムが導入できない施設でも導入できている施設と同様に、早期に急変前兆候を捉え予期せぬ院内心停止を減少させる取り組みを考えなければならない。

またその一方で RRSを導入されている施設やシステムを立ち上げるための early warning signs（ EWS）といわれるバイタルサインを中心としたシステムの立ち上げ基準があったとしても、実際には病棟で見過ごされているケースは少なくないという。つまり RRSを使用するスタッフの力量により RRSの効果を十分に発揮できていないと考える。

そのために今回一つの取り組みとして、２４時間患者のそばにいる看護師の観察、臨床推論能力を向上させ、早期に患者の急変前兆候を見過ごさない「認知」の部分に重点化した取り組みが有用ではないかと考えシンポジウムで提案したい。

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第5会場)

[SY8-2] 一般市民向け急変の前兆を認識する研修プログラムの提案

○嘉陽 宗司 （医療法人　おもと会　大浜第一病院）

近年は、一般市民からの医療サービスに関する需要の増加などから、救急車の搬送件数が増加傾向にある。
平成29年の消防庁による統計では救急搬送された傷病者の48.1％が軽傷と診断され帰宅、入院診療が必要な中等症傷病者は42.4%、重症・死亡者は9.5%となっている。この現状からは、必要な救急搬送の適応となる重症以上傷病者の搬送の遅れ、また医療機関においては限りある医療資源（人・物資）の有効活用への影響、さらには年々増加する医療費の圧迫などが懸念されている。
これらへ対応するために、国・自治体ではもちろん、医療機関や NPO法人、民間団体などが一般市民向け対象の応急救護（心肺蘇生法、脳卒中、急性管症候群、熱傷、外傷による止血法等）の研修などに取り組んでいる。
しかし、心停止や外因性の傷病は認識しやすいが、内因性の傷病は典型的な症状（胸部痛・激しい頭痛など）を呈さないこともあるため、重症化してから搬送することもある、また、一般市民目線で考えると、典型的な徴候以外から急性の病態を判断するのは難しいのが現状である。
そこで、疾患の典型的な症状にこだわらず内因性の急性に起こりうる徴候を一般市民が認識し、救急搬送の判断の精度を高める教育の提案をしていきたい。
一般市民向けの教育には、まずシンプルで理解しやすい内容が求められる。そこで、「バイタルサインからの臨床診断」の著者、入江惣五郎医師と共に開発し、研修医・看護師を対象に開催している「バイタルサインからの臨床推論コース： CPVS／ BPVS」を一般市民向けにアレンジした市民向け、生命徴候の危機！ヤバイタルを認識しよう（仮称）という研修プログラムの開発を検討している。 CPVS／ BPVSコースで重要なキーワードとなっている“カテコラミンリリース”という、生命維持活動に影響を与える身体的ストレスに対する生理的反応を判断するために必要な、一般市民でも広く利用できるよう五感で観察する“ヤバイタルのポーズ” を駆使してこのカ

©一般社団法人 日本救急看護学会

テコラミンリリース（急変の前兆）を認識し、適切なタイミングでの救急車利用の判断が実施できることを目的としている。
このシンポジウムでは市民向け研修会について提案し、お話させていただく。

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第5会場)

[SY8-3] 外傷看護教育の展望

○苑田 裕樹 （日本赤十字九州国際看護大学）

医療の質や成果の向上、医療安全、チーム医療、患者中心のケアという言葉は普段から頻回に耳にするものであり、医療ケア提供者はこれを実践すべく日々努力を重ねている。

「実際に起こったリスク事例を解析してみると、発生までのいくつかの場面で、危険性あるいは何かが起こりそうという“気づき”があったにもかかわらず、さまざまな理由によって個人の気づきが医療チーム全体の反応に反映されなかったことが事例発生に至る大きな要素であったことがわかる」と Team STEPPSに記されている。つまり、あらゆる職種であっても個人の気づきをチームの気づきに活用し、行動に結びつけること」が重要となる。

　また、それぞれの職種においても近年の医療情勢や社会のニーズを受け、その役割は拡大、変化している。例えば、日本の薬剤師を取り巻く環境は大きく変化し、それに伴い薬剤師業務の在り方も従来の調剤業務だけではなく、臨床現場において患者の状態を的確に判断し、医薬品の適正使用に向けてさらに踏み込んだ介入が求められている。日本病院薬剤師会は、「薬剤師はバイタルサインの確認やフィジカルアセスメントなどにより副作用や有効性を確認することが求められている」という趣旨の解釈が発表された。さらに、厚生労働科学研究の報告を受けて、2014 年 1 月、「薬局の求められる機能とあるべき姿」の薬局の人的機能の中でフィジカルアセスメントの取組みが推奨され、薬剤師によるバイタルサイン測定・フィジカルアセスメントの実践が推進されるようになった。

　今回、多職種への活用における展望と課題について、チーム医療、急変への気づき、役割の変化という観点から考える。

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第5会場)

[SY8-4] 急変前兆候対応への期待と提案～インストラクショナルデザイナーの立場から～

○石井 恵利佳 （獨協医科大学埼玉医療センター）

インストラクショナルデザイン（ Instructional Design, 教授設計学.以下,ID）とは,教育活動の効果と効率と魅力を高めるための手法を集大成したモデルや研究分野、またはそれらを応用して 学習支援環境を実現するプロセスのことを指す。 IDの考えにそって教育を行うにあたり、そのプロセス中心的な概念に ADDIEモデル（表１）がある。 ADDIEとは、分析（ Analyze）、設計（ Design）、開発（ Development）、実施（ Implement）、評価（ Evaluate）の頭文字をとったものであり、教育を企画・実践するにあたり、それを「効果的・効率的・魅力的」にするための具体的な方法・留意点を示す。
　今回のシンポジウムでは、 ADDIEモデルを中心に、ブルームの学習課題3分類、ガニェの9教授事象、カークパトリックの4段階モデルなどもまじえ、多様な医療施設、多職種の医療者、一般市民を巻き込んだ重篤化予防、急

©一般社団法人 日本救急看護学会

変予防の取り組みについて、教育活動の側面から期待と課題を述べさせていただく。

©一般社団法人 日本救急看護学会

パネルディスカッション

[PD4] 高齢社会に向けた病院前救急診療活動の現状と展望

座長:伊藤 敬介(高知医療センター), 福田 ひろみ(徳島赤十字病院 ER)

2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第2会場 (2F コンベンションホールB)

[PD4-1] 東京医科歯科大学医学部附属病院におけるドクターカーの活動

○伊藤 暁子 （東京医科歯科大学医学部附属病院救命救急センター）

[PD4-2] 高齢社会に求められるドクターカーの役割

○佐々 智宏 （広島大学病院高度救命救急センター）

[PD4-3] 超高齢化社会におけるプレホスピタルケアの在り方　～アドボケーターとしての役割期待～

○友田 新二 （ベルランド総合病院　集中治療室 （救急・血管造影室））

[PD4-4] ドクターヘリの活動から見えたプレホスピタルケアの現状と課題

○峯山 幸子 （東海大学医学部付属病院 高度救命救急センター）

[PD4-5] 前橋赤十字病院における救急救命士の活動と今後の展望

○大河原 由記 （前橋赤十字病院 研修管理課）

[PD4-6] 病院前救急診療の目的を改めて考える　～プレホスピタルケアの向かう先はどこか～

○小橋 大輔 （日本赤十字社　前橋赤十字病院 高度救命救急センター　集中治療科　救急科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第2会場)

[PD4-1] 東京医科歯科大学医学部附属病院におけるドクターカーの活動

○伊藤 暁子 （東京医科歯科大学医学部附属病院救命救急センター）

当院は、傷病者搬送用ベッドのない乗用車型ドクターカーを運行している。活動範囲は主に千代田区、中央区及び文京区の一部で、東京消防庁司令室の要請から3分以内に医師、看護師、事務員が現場に出動する。2016年1月から2019年6月の間の出動件数は年間約288件で、出動先は千代田区約68%、次いで中央区、文京区の順に多かった。要請内容の最多は意識消失35.8%で、 CPA12%、社会死3%だった。 CPA及び社会死は年間約46.3人で、60歳代以上が60.8%を占めていた。要請場所はオフィス25%、駅や商業施設などの公共施設48%、住居9%だった。傷病者年齢は20歳代が最多で18.1%、40～60歳代13.１%、70～90歳代7.7%だった。現場活動後、傷病者は当院を含めた２次、３次救急施設へ東京消防庁の救急車で搬送されるか、社会死や救命不能と判断された場合は現場で死亡確認を行い警察に引き継がれるかが殆どだった。
2015年の東京都の人口統計によると、出動先最多の千代田区は、昼夜間人口比率が東京都内最大の1460.6で、昼間の人口が夜間人口の14.6倍となる[1)] 。また65歳以上の年齢別人口割合は東京都22.7%に対し千代田区は18.2%である[2)] 。千代田区は、霞が関などの官庁街、経済の中枢である丸の内や大手町、東京駅周辺の繁華街など昼間に人口が集中する反面、官庁やオフィス、皇居があるために住宅地が少なく、夜間人口が極端に少なく高齢者人口の割合も少ないという「都心部」の特徴をもつ。
　これらの現状から、当院のドクターカー活動には、都心部のいわゆる働き盛りである若い年齢層からの要請が多いが、60歳代以上の要請では社会死や CPAなど重篤なものが多いという特徴があることがわかった。現在、社会死などのケースでは、現場からかかりつけ医に連絡することは殆どなく、地域医療との連携は当院の課題であるといえる。
このパネルディスカッションでは、都心部の救急がどのように地域医療と関わっていけるか、今後の展望について可能性を検討していきたい。

1)東京都総務局統計部人口統計課,東京都の統計（2015）「2-12地域別昼間人口及び流入・流出人口」,
http://www.toukei.metro.tokyo.jp/tnenkan/2017/tn17q3i002.htm ,2019年7月1日閲覧.

2）総務省,統計局統計調査部国勢統計課,人口等基本集計（2015）「3-2高齢世帯員の有無による世帯の類型(17区分)別一般世帯数，一般世帯人員及び65歳以上世帯人員」,
http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka.htm ,2019年7月1日閲覧.

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第2会場)

[PD4-2] 高齢社会に求められるドクターカーの役割

○佐々 智宏 （広島大学病院高度救命救急センター）

団塊の世代が75歳以上になる2025年を待たず、高齢社会化の進展から高齢者を中心に救急需要が増加している。高齢者は慢性疾患を抱え、予備能力も不足していることから重症化しやすく、緊急搬送となる場合もある。独居老人など症状によっては本人の意思が確認できず、延命を望まない救急搬送も散見されると言われる。

人生の最期を自宅で迎えることを希望する国民が多いとされる一方で大半は人生の最終段階における医療・ケアのあり方の話し合いをしていないと言われる。意思決定できなくなった場合に備えてアドバンス・ケア・プランニング（ Advance Care Planning ： ACP）があるが、誰も自分の最期に向き合うことはなかなかできない。

現状の高度医療の進化は目覚ましく、侵襲的な医療介入（体外循環、補助循環、血液透析、挿管・人工呼吸管理

©一般社団法人 日本救急看護学会

等々）により延命することができる。緊急度・重症度が高いほど、本人や家族の意向が医療（ Cure）で判断され、延命につながり、看取り（最期）が病院となっている。これからは、医療（ Cure）による根治から維持医療・支える医療（ Care）、延命から緩和・終末期医療、医療提供の場を病院から在宅、そして、看取り（最期）も病院から在宅にパラダイムシフトできないだろうか。
そのため、今後はドクターカーによる往診診療で集学的治療の適応がない場合、患者の在宅医療への考え・意向など、患者と家族の人生の最終段階の合意形成もしくは代理意思決定を踏まえ、可能な範囲で在宅医療を提供し人生の終焉に在宅での自然死の看取りの選択への一助を担う重要な役割を果たすと考える。

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第2会場)

[PD4-3] 超高齢化社会におけるプレホスピタルケアの在り方　～アドボケーターとしての役割期待～

○友田 新二 （ベルランド総合病院　集中治療室 （救急・血管造影室））

近年、我が国の高齢者人口は一貫して増加の一途を辿り、平成30年10月現在28.１％、全救急搬送に占める高齢者割合も、58.8％（平成29年度）と過去最高を記録し、まさに人類史上初の超高齢化社会に突入している。高齢者を取り巻く環境も変化し、65歳以上の過半数が「単独世帯」「夫婦のみ世帯」であり、60歳以上の約半数（51％）が「自宅」での最期を希望している。当院がある A市も、高齢者人口（27.4％）や高齢者のみ世帯（29.6％）共に、増加し続けている。また、当院 Drカー管轄地域は、市内でも特に高齢者率の増加が著しく、老々介護世帯や高齢者単独世帯が多い地域でもある。救急現場で働く看護師は、今後さらに高齢者の救急搬送が主要となる医療情勢を踏まえ、プレホスピタル現場においても、高齢患者やその家族に寄り添う看護を提供していく必要がある。今回、2018年度から過去3年間の Drカー活動データと、 Drカーナースが経験した高齢者対応を振り返り、高齢者に求められる Drカー活動について考察する。
　当院に帰院した65歳以上の割合は、全体の76％を占めている。また、要請場所の特徴として、自宅や事故現場が66％と最も多く、次いで施設28％となっている。疾患別に見ても、内因性72％、 CPA22％、外傷5％と、内因性疾患や CPAがほとんどを占め、転機としては、入院50％、帰宅32％、永眠17％、転院1％であった。
Drカーが要請される現場は、緊急度/重症度共に高い症例が多いため、患者救命が最優先される。活動現場では、Drカースタッフと救急隊が連携しながら、治療の同意を得るような説明の実施、施錠や忘れ物の確認、また搬送途中に患者家族の連絡先確認、治療方針の再確認などに努めている。しかし、時間軸が重要視される状況下では、患者家族に治療説明がなされても、高齢者は現状を正確に理解し、患者本人や家族の意向に沿った返答ができないまま、治療が進んでしまうことがある。また、キーパーソンとなる家族が存在しなかったり、意思決定可能な家族への連絡に難渋することもある。そのため、患者家族の意向が確認できないまま治療が遂行されることで、救命処置実施後に処置行為の中止を希望されるケースが時折発生する。これらの問題は、超高齢化社会が進むにつれ、さらに深刻化していくことが予測される。その他にも、約3割以上が搬送後帰宅に至っているため、帰宅支援という視点も視野に入れ現場活動する必要があると考える。搬送を優先するがあまり、帰宅するための手段や介助具を忘れたまま患者を搬送したり、自宅での日常生活に不安を抱き、療養型や施設への転院を希望するケースなどである。 Drカーで自宅などの現場に訪問しているからこそ、帰宅時の患者状態と自宅環境を踏まえ、帰宅後の日常生活が可能かの判断ができると考える。また転院を希望した際、スムーズに受け入れできる体制も十分に整っていないため、高齢者がすぐに自宅や地域へ帰れるような施設間連携体制の構築も今後の課題といえる。
　私たちプレホスピタル現場で活動する看護師として、様々な社会背景を持った高齢者に対し、「患者救命」という使命だけでなく、限られた現場活動の中でも、患者家族に寄り添い、アドボケーターとして「患者中心の医療」を実現していくことが求められる。そのためには、救命処置と同時に患者家族のニードを早期から捉え、現場から問題点を抽出した上で、医師と患者との間に立ち、コーディネート機能を発揮しながら、看護実践に繋げていくことが必要である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第2会場)

[PD4-4] ドクターヘリの活動から見えたプレホスピタルケアの現状と課題

○峯山 幸子 （東海大学医学部付属病院 高度救命救急センター）

当院高度救命救急センターの看護師は主にドクターヘリ、ドクターカー（ワークステーション）、洋上救急等でプレホスピタルケアに従事している。ドクターヘリは1999年の試行的事業から運航を開始し、2001年の「ドクターヘリ導入推進事業」として本格導入され、今日に至る。出動要請後5分以内に離陸し、医師・看護師が患者のもとへ向かい、直ちに初期治療を開始する。2014年からは広域連携として山梨県、静岡県と連携した事業を展開している。症例は内因性、外因性疾患がおよそ50%ずつで、緊急度、重症度ともに高い疾患が多く、年齢は乳児から高齢者と幅広い。年間出動件数は平均260件と他県に比して少ないものの、事後検証による救命率は82%、救急隊の出動要請判断の適確性は100%となっている。ドクターカーは1993年から運用を開始し、2019年からはワークステーション方式による現場出動も開始した。ワークステーションは意識障害や胸痛等12のキーワードをもとに現場へ出動する。運用開始から出動件数は増加傾向にあり、今後も出動件数の増加や症例の複雑化が予測される。プレホスピタルケアの拡充が益々予測される中、看護師には切迫した時間の管理、情報からのアセスメント、意図的な看護介入等が求められる。

実際の看護実践においてはドクターヘリ、ドクターカーの「看護の違い」はほぼない。天候や距離、時間といった条件によりプレホスピタルケアの提供手段が変わる。今後、ドクターヘリやドクターカーの迅速性と機動性をさらに活用するためには、以下のような課題があると考える。

現場で看護師が直面する課題のひとつは「情報収集」である。超高齢社会を迎えた本邦において、平成30年度総務省消防庁のデータでは高齢者の救急搬送の割合は58.8%と増加の一途をたどっており、当院のドクターヘリも約60%が高齢者搬送である。緊急発症、受傷の患者は情報が少ないことに加え、高齢者は持病や薬歴等が原疾患と複雑に絡み合っていることが多い。また、意識障害を呈する患者では情報収集が難航する。今後、高齢独居、老々介護、認知症等の増加により、さらなる情報収集の難航や意思決定の難渋が予測される。救急隊との情報共有はもちろんのこと、緊急連絡先や服薬歴等を記載した医療情報シートの存在は重要な情報源となり得る。シートの情報更新や近隣市区町村と連携した医療情報シートの活用法の整備等が課題である。二つ目は「マンパワー不足」である。プレホスピタルケアの拡充に伴うマンパワーの不足には、十分なメディカルコントロールのもと、看護師特定行為を拡大していくことが問題解決の一助となる可能性がある。また、効率的な運用について、地域とともに十分な協議が必要である。そして三つ目の課題は「アセスメント」である。少ない情報をいかに活用し看護介入に結び付けるか、複雑に絡み合う情報をいかに整理しアセスメントするか等、看護師が限られた情報から五感をフルに活用しアセスメントできる能力を向上させることも課題である。

本セッションでは、当院のドクターヘリの活動から見えたプレホスピタルケアの現状と課題について述べ、プレホスピタルケアの展望ついて検討していきたい。

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第2会場)

[PD4-5] 前橋赤十字病院における救急救命士の活動と今後の展望

○大河原 由記 （前橋赤十字病院 研修管理課）

【はじめに】

救急救命士制度は、平成３年に病院前救護体制の充実を図るために発足し、わが国の病院前救護体制の発展、救命率向上に
寄与している。また制度発足後から現在に至るまでに社会情勢やガイドライン改正等の背景から気管挿管やアドレナリン投与

©一般社団法人 日本救急看護学会

が可能となった他、平成２６年からは血糖値測定及びブドウ糖の投与、ショック状態の傷病者への心停止前輸液が認められる
ようになり救急救命士業務の更なる拡大は、これからも検討されていくものと思われる。
　更に救急救命士（以下、救命士）の業務拡大は医師・看護師の業務負担軽減への観点からも注目されており、院内救命士の
活躍に期待が寄せられつつある。しかしながら全国の医療機関へ勤務する救命士が、各施設内において通常業務として救命処
置等を行うことは現状では困難となっており、医師や看護師の業務負担を軽減するまでには至っていないと考える。
このような観点を踏まえ、前橋赤十字病院における院内救命士の現状および今後の展望について検討したので報告する。

【群馬県内における院内救急救命士の現状】
　群馬県内の３次医療機関における救命士の採用実績は４施設中２施設であるが、その業務形態に現在のところ共通性はな
く、前橋赤十字病院以外の機関では主としてＥＲ内での補助業務に加えてＤｒ.カードライバーや同乗者としての出場を担っ
ている。
　前橋赤十字病院では２０１８年度末現在で救命士の有資格者数は１０名であったが、内訳として制度発足当時に看護師に
与えられた受験資格により免許を取得した者が９名、救命士資格を持ち事務職採用で入職した者が１名となっており、救命
士が医療職者として勤務した実績はない。

【前橋赤十字病院の特色と救命士の採用】
　群馬県には自治体病院として県立病院や前橋市立病院が存在しないため、これらの役割の一部を前橋赤十字病院が担って
いる。そのため県との委託事業として教育研修の実施や教育用資器材の管理業務を行っており、これらの内容は年々増加の
一途であり病院の業務負担となっていた。このため、これらの業務を担当することを目的に２０１９年度に医療職として救
命士が採用され、以下の業務を行うこととなった。

【前橋赤十字病院での救急救命士業務の現状】
<Off-JT>
　・研修管理（各種成人教育コースなどの事務局、運営補助業務）
　・資器材管理（研修資器材管理）
　・研修参加（指導スタッフ等）
<実活動>
　・災害対応（日赤救護班：主事、ＤＭＡＴ：ロジ）

【前橋赤十字病院での救急救命士業務の展望（病院として今後更に期待するもの）】
<Off-JT>
　・現役の救急救命士や救急隊員有資格者（消防職員全般）への生涯教育管理
　・救急救命士養成施設の学生研修管理（病院実習等）
　・研究、学会発表等
<実活動>
　・ＥＲ内での業務検討（救急救命士法の改正も視野に入れ、診療報酬に関わる業務等）

©一般社団法人 日本救急看護学会

・災害対応時における役割として消防機関と医療機関の連携強化並びに多職種（他機関）へのアプローチ強化を担う。
・プレホスピタルケアとして地域包括ケアへの関与やＤｒ.カーでの出場（診療報酬に関わる活動の検討）

【結語】
救命士の医療機関における実施業務の拡大には、高齢社会を向かえた病院前救急診療活動の拡充や医師、看護師の業務負
担軽減への観点など多方面からも期待が集まっており、今後の救急救命士法改正等にも注目が集まっている。
こうした背景を認識し現時点から救命士の院内業務拡大を見据えた勤務体制や教育体制の検討を進めることが今後の病院
前救急診療活動にとって必要であると考える。

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第2会場)

[PD4-6] 病院前救急診療の目的を改めて考える　～プレホスピタルケアの向かう先はどこか～

○小橋 大輔 （日本赤十字社　前橋赤十字病院 高度救命救急センター　集中治療科　救急科）

病院前救急診療の目的は「早期医療介入」「早期搬送による決定的治療までの時間短縮」である。ドクターヘリ（以下、ヘリ）、ドクターカー（以下、カー）による現場への医療スタッフ派遣は、救急救命士では不可能な処置を現場で前倒しして実施することを可能とし、ドクターヘリ（以下、ヘリ）の機動性・広域性は、地域では完結できない医療を提供可能な病院に患者を集約することを可能とした。

しかし、基地病院から近距離の事案では、ヘリによる病院前診療はランデブーポイントの安全確保に支援隊の到着を待たねばならず、かえって早期医療介入・決定的治療の妨げになる可能性がある。この問題を解決する一案として、ヘリとドクターカー（以下、カー）の使い分けが挙げられる。群馬県前橋市ではヘリ、カーの基地病院である当院からおよそ9km範囲をカーで、それ以遠はヘリを用いることで、医療介入開始時間、病院到着時間が短縮され、さらに出動1件当たりの人的・経費的負担が軽減された。

また、群馬県では現在4台のカーが運用されているが、消防機関がヘリ・カーを要請する際には地理的要素によって、あらかじめ決められた優先順位でヘリ、カーを要請できる体制を構築し、さらにはヘリ・カーの連携事案では共通の無線波の使用、無線使用不可時の連絡方法の確立を行い、出動医療班が常に情報共有ができる体制を整備した。このように、県全体でヘリとカーの運用方法の共通化を行うことにより、スムーズな医療活動を行うことが可能となっている。

一方、高齢化社会が進む中で、超急性期医療としての病院前救急診療だけではなく、慢性期医療に関わる事案も増えつつある。確かに、重症患者については早期医療介入、早期医療搬送の重要性は変わらない。しかし、実際診療を行っていると「急変時 DNAR」「 BSC」であった、という事案も少なからず存在する。このような事案を遠隔病院や急性期病院に搬送することは家族の負担や病院機能を考慮すると有益性に乏しく、この場合、先に述べた「早期」医療搬送は必ずしも必要ではない。その地域で「完結できる」「完結させるべき」医療があることは事実であり、そのような場面に遭遇した時に必要なのは慢性期医療についての知識・経験である。残念なことに病院前救急診療に関わる医師は慢性期医療についての知識が乏しいことが多く、その際に重要な役割を果たすのは看護師である。

本口演では群馬県における病院前救急医療体制の変遷、早期医療介入達成のための取り組みを紹介し、近年特にドクターカー事案で増加している「看取り」に関する事案を例に、プレホスピタルナースのあるべき姿について

©一般社団法人 日本救急看護学会

考察する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

パネルディスカッション

[PD5] 救急医療におけるタスクシフト～新たな力の創造～

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科), 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)

2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第3会場 (2F 中会議室201)

[PD5-1] 救急初療における特定行為研修修了看護師へのタスクシフティング

○増山 純二 （長崎みなとメデイカルセンター）

[PD5-2] 外傷初期看護ガイドラインの構築と教育の実績から救急分野のタスク・シフティングを探る

○佐藤 憲明 （日本医科大学附属病院）

[PD5-3] 看護管理者の視点から考える特定医行為の導入について

○平野 美佐子 （千葉県救急医療センター）

[PD5-4] 変化に対応する救急看護のチャレンジ

○木澤 晃代 （日本大学病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第3会場)

[PD5-1] 救急初療における特定行為研修修了看護師へのタスクシフティング

○増山 純二 （長崎みなとメディカルセンター）

タスクシフティングとは、 WHOが医療人材不足を部分的に解決する手段として提唱した概念であり、医行為の一部を他職種へ委譲することをさしている。深刻な医療人材不足や緊急事態などの特定事例のみ適用されるべきであることが、2011年のアジア大洋州医師会連合（ CMAAO）特別委員会で確認された。今回、救急初療における特定行為研修修了看護師へのタスクシフティングについて、 A病院の救急医療体制を述べながら、特定行為研修修了看護師の役割について報告する。

A病院は513床の二次救急医療施設であり、脳神経疾患、循環器疾患については24時間体制で患者の受け入れを行い、４日に1回の救急輪番体制をとっている。2018年度の実績は、ヘリ搬送37名、救急車4,197名、 walk in4,396人の総患者数8,630名であった。2018年以降の診療体制は、救急科の常勤医師はおらず、１～２名/日（8:30-22:00）の非常勤医師を中心に救急医療体制をとっており、非常勤医師が不在する時間は各科医師、もしくは外科主任診療部長（救急部長兼任）が代行する体制となっている。

A病院の特定行為研修修了看護師は、2016年3月に公益社団法人日本看護協会、特定行為研修を修了し、現在は、救急科に所属し主に救急初療業務を担っている。特定行為区分として、「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連」「栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連」「創部ドレーン管理関連」「動脈血液ガス分析関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の研修を修了している。 A病院における特定行為研修修了看護師の役割は、救急初療において、早期に患者へアプローチし、プライマリーケアを遂行し、問診、身体所見から緊急度の判断、緊急検査など、医師の診断計画の一助として実施し、患者の重症化の予防を図るとしている。具体的に４つの役割を担っている。１つ目は、患者来院時（救急車、 walk in）の診察（予診）である。これは、救急医の不在時や輪番日で患者が多い場合は、医師が診察する前に予診を行い、必要時には検査を実施し、医師へ引き継ぐ役割である。２つ目は、医師と協働した緊急検査の実施である。動脈血採血、超音波検査の実施や血液検査、 CT検査、 MRI検査の指示を出している。３つ目は、トリアージ後の診察待ち時間を利用したレントゲン検査、感染症検査の指示である。４つ目は、初療室の調整を行なっている。これは、救急医や当直医師と相談しながら、看護師のリーダーと協働し、診察する研修医の決定、各科のコンサルトの調整、初療室のベッドコントロールの役割を担っている。

このように、救急医の一部の役割を委譲した形で、特定行為研修修了看護師の役割として実践している。さらに業務を拡大することでタスクシフティングによる効果への貢献性が高くなるが、医療の安全性を担保しながら実践を行なわなければならない。また、これらのタスクシフティングの一環とした特定行為研修修了看護師の役割が、救急看護師のスペシャリストと言える役割であるかについて、皆様と議論したい。

(2019年10月5日(土) 14:40 ～ 16:30 第3会場)

[PD5-2] 外傷初期看護ガイドラインの構築と教育の実績から救急分野のタスク・シフティングを探る

○佐藤 憲明 （日本医科大学附属病院）

医療界では、加速する超高齢化社会問題と、医療の地域格差による歪みの是正に加えて2019年4月に施行された働き方改革関連法に基づく医師の労働時間短縮に向けた検討と取り組みが進められている。特に重視されているのが、医師から他職種に、他職種からさらに別の職種に、当該職種でなくとも実施可能な業務を移管し、当該職種がその資格を保有していなければ実施不可能な業務に集中する環境を整えるタスク・シフティングであえる。なかでも、フィジシャンアシスタント（ PA）の導入や、特定行為研修の推進、周術期管理チームの導入が注目されている。一方、看護界では、従来看護の専門性を確立することを目的に専門看護師・認定看護師制度を発

©一般社団法人 日本救急看護学会

足させ、これまでに数万人の有資格者を誕生させたが、昨今ではナース・プラクティショナーの育成や看護師特定行為研修を開始した。また厚生労働省医療政策局や日本看護協会は、特定行為研修を修了した看護師を2025年までに2桁万人を育成するとの攻略を掲げた。だが、これらの事業のほとんどは、医師の労働時間短縮への施策の割合が大きく、看護の質の一定化と改善、さらには看護師の働き方改革を改善する抜本的な取り組みについての施策は乏しい。無論、医療の質の改善を目指すことは重要であり、技能の高い看護師を育成して、医師に代わって医行為を代行することでその役割を果たすことも期待される。しかし、医療の質の改善には、これらの事業の推進だけに注目するのではなく、我々が培ったことをより充実させ、時代が求める医療の在り方に相乗効果をもたらしていくことが必要である。

本学会はこれまで、外傷初期看護ガイドラインをはじめとしてトリアージやファーストエイドなど、多くのガイドラインの作成とともに、これまでに数千人におよぶ救急看護師の教育を施してきた。10年以上に及ぶこの教育過程には、関連学会との整合性を保ち、医師や他職種にも認知され、医師を含む多職種の期待も大きい。医療におけるタスク・シフティングは、早急に取り組むべき重要課題であるが、目的を果たすためにも、本領域における標準教育の徹底と我々の業務を他職種への移管も検討する必要がある。さらに救急救命士など多職種との連携を果たす時代が間近に迫る中で、各々の有資格者が業務を独占するのではなく、職種間のスキルミクスやタスクシェアリングが、医療の質を保つための制度や教育が望まれている。

本セッションでは、外傷初期ガイドラインの構築と運用に携わる経験から、外傷初期診対応に係る医療スタッフを想定したスキルミクスとともに救急医療分野のタスク・シフティングとタスクシェアリングについて考察する。

(2019年10月5日(土) 14:40 〜 16:30 第3会場)

[PD5-3] 看護管理者の視点から考える特定医行為の導入について

○平野 美佐子 （千葉県救急医療センター）

平成27年より特定行為に関する看護師の研修制度が開始された。10万人以上の養成を目指し開始されたが、平成30年9月末時点で1,205名（延人数10,836人）の養成に止まっている。しかし、労働基準法が改正され、実質的に上限のなかった時間外労働について上限が定められ（医師については令和6年3月31日までは上限規制の適用が猶予）、働き方改革が医療の現場で注視されるようになってきている状況の中、タスクシフトの観点からも再びこの特定行為が注目されている。次年度より新たな認定看護師制度が開始となり、この中にも特定行為研修が組み込まれることとなった。そのため、認定看護師の教育を受けたものは特定行為研修も修了したこととなる。看護管理者としては、そのような看護師をどのように活用し、特定行為導入をどのように考えるかが重要となる。

千葉県には６つの県立病院がある。県立病院は主に高度専門的な医療を担っており、当院はその一つで独立型の高度救命救急センターとなっている。その他に、がんセンター、精神科医療センター、こども病院、循環器病センター、地域中核病院である佐原病院がある。県では専門的な医療を担う病院として看護師の教育支援に努め、認定看護師・専門看護師の育成を行ってきた。県立病院全体としては、認定看護師56名、専門看護師11名がいる。しかし、特定行為研修を終了しているものは1名となっている。その看護師は皮膚・排泄ケア認定看護師であり、循環器病センターで勤務し、この施設では特定行為を導入し特定行為研修施設ともなっている。当院は、認定看護師7名、専門看護師3名であるが、特定行為研修を修了した者はまだいない。

特定行為導入にあたっては、手順書の作成から医師との協働が必要となる。医師が特定行為についてどのように考えるのか、病院としてどこまで特定行為の実践をさせるのか、どの部分をタスクシフトしていくのかなど、病院全体でコンセンサスを得ることが重要となる。また、実践看護師を守るためには、医療安全管理体制を明確にすることも求められる。このような組織としての体制を整備していくことが、特定行為を導入するうえでは大切なこととなる。組織としての体制を整えるうえで、実践者は自分に何ができ、何がしたいのかを明確に述べることが必要である。研修を修了したから特定行為ができるというものではない。組織としての体制を整えたとしても、現場では様々な問題や軋轢が生じることが予測される。最終的には特定行為実践看護師が実践の中で信頼を勝ち取っていくことで、実践を拡大していくことができるものと考える。そのために特定行為実践看護師

©一般社団法人 日本救急看護学会

には、実践力とともにコミュニケーション能力、調整力、自己統制力などが大切である。

(2019年10月5日(土) 14:40 〜 16:30 第3会場)

[PD5-4] 変化に対応する救急看護のチャレンジ

○木澤 晃代 （日本大学病院）

救急看護の専門性は、他の領域に先んじた認定看護師の誕生からみてもわかるように、以前から必要性の認識はされていた経緯がある。救急医療は社会と密接な関わりがあることから、その役割や対応も変化してきている。しかしながら時代が変わっても、患者の緊急性の判断やその対応は、救急に携わる看護師が普遍的に習得すべきスキルである。さらに、昨今の複雑化、多様化した医療において、患者を単独の疾患別、臓器別に診るのではなく、全身を総合的に評価し、患者家族のケアなど社会的な背景を考慮して介入することが必要である。医師の負担軽減、働き方改革、タスクシフト・タスクシェアの下、臨床現場で医師が少なくなることが予想されるため、救急領域の看護師には、より高い臨床判断能力や調整能力のほかに、侵襲的な手技を安全に行うこと、患者家族への丁寧な説明を行うことが求められている。このようなことから、私達が救急看護の専門性を見直し、自覚と責任を持って患者のために必要な新たな救急看護のスキルを模索することが重要である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

パネルディスカッション

[PD6] 急性・重症患者の安楽と QOL向上を目指す苦痛緩和ケア～ホリスティックな視点で、生きる力を支える看護実践を考える～

座長:遠藤 みどり(山梨県立大学 看護学部), 江川 幸二(神戸市看護大学)

2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第4会場 (3F 中会議室301)

[PD6-keynote] 基調講演：急性・重症患者ケアに必要なコンフォートの理解

○江川 幸二 （神戸市看護大学　急性期看護学分野）

[PD6-topic] 話題提供：周術期疼痛管理研究会の活動

○井川 由貴 （山梨県立大学　看護学部）

[PD6-1] 離脱に難渋した人工呼吸器装着患者への安楽ケア

○中村 祥英 （地方独立行政法人　静岡県立病院機構　静岡県立総合病院　看護部 ICU/CCU）

[PD6-2] 救命集中治療室における急性・重症患者への苦痛緩和と看護ケアについて考える

○梶原 絢子 （自治医科大学附属さいたま医療センター 救命集中治療室）

[PD6-3] 急性期病棟での急性期・終末期患者の QOL向上のためにできる緩和ケア

○渡邊 泰子 （国民健康保険富士吉田市立病院 4階東病棟）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第4会場)

[PD6-keynote] 基調講演：急性・重症患者ケアに必要なコンフォートの理解

○江川 幸二 （神戸市看護大学　急性期看護学分野）

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第4会場)

[PD6-topic] 話題提供：周術期疼痛管理研究会の活動

○井川 由貴 （山梨県立大学　看護学部）

周術期疼痛管理研究会は2003年に活動を開始し、今年で17年目を迎えます。
研究会発足のきっかけは、術後疼痛で苦しむ患者に適切なケアが提供できていないのではないかという、臨床看護師の問題意識の高まりでした。

「手術して痛みが伴うのは当たり前」、「術後疼痛を軽減させるのは医者の仕事」ということが、まだ臨床の常識だった頃。手術を受ける患者の全人的苦痛を緩和したいという強い思いで参集した、医師、薬剤師、管理栄養士、急性・重症患者看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、病棟・外来看護師、大学教員によって周術期疼痛管理研究会の活動が始まりました。研究会ロゴマークには、多職種で患者を支えるという意味と、研究会メンバーそれぞれの専門性から抱く願いと熱意が込められています。

2020年を目前にした現在、術後疼痛管理の常識は大きく変わりました。高度医療による低侵襲手術の導入やPCA等の鎮痛の進歩だけでなく、多職種と連携したチームアプローチによって術後疼痛は著しく軽減し、個別性に大きく影響を受ける「痛み」に対して患者自身もそのコントロールに参画するという患者教育の発想も常識となりました。当然ながら、看護師教育はその前提にあります。周術期疼痛管理研究会は、この術後疼痛管理の常識の変遷を眺めながら、今なお術後疼痛に苦しむ患者に対して、多職種で患者を支えるという理念を主軸に据え、実践・研究・教育がリンクする研究会活動を続けることを使命と考えています。

研究会の主な活動として、月1回の定例研究会で、メンバー間で周術期医療の情報共有や、困難事例・最新知見の共有学習を行っているほか、年1回の医療者向けフォーラムと、看護師向け教育セミナーを開催しています。フォーラムでは、毎年、地域や医療のニーズやトレンドを見据えたテーマを設定し、特別講演とシンポジウムを組み込む内容で好評を得ています。今年7月に開催された第17回フォーラムも盛会で、今年度までの参加者は延べ約1,000名になります。また、看護師対象の教育セミナーでは、術後疼痛の発生機序から、全人的な痛みのアセスメント、薬物療法の知識や非薬物療法としての対処を学び、チームで関わる多職種連携について学ぶ機会を提供しており、看護師への教育プログラムとして定着した講義の受講者は、総数約800名になります。

今回、実践報告のある CNSをはじめ、多職種で構成されている当研究会では、実践での成果を研究会に持ち寄ることで実践への示唆が得られ、さらに研究会での情報共有が新たなひらめきを産む場として機能している点は、当研究会の最大の強みだと言えます。

本日は、話題提供として、多職種のメンバーが共に急性・重症患者の安楽と QOLを支える組織として機能している周術期疼痛管理研究会の活動を紹介します。

（研究会 HP： https://popm.jp/）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第4会場)

[PD6-1] 離脱に難渋した人工呼吸器装着患者への安楽ケア

○中村 祥英 （地方独立行政法人　静岡県立病院機構　静岡県立総合病院　看護部　ICU/CCU）

1．背景

成人重症患者への浅い鎮静管理の有効性が報告されてから、当院でも鎮痛優先の浅い鎮静管理が主流となり、患者は覚醒したまま、もしくは容易に覚醒可能な鎮静深度で人工呼吸療法を受けている。浅い鎮静深度の患者は、周囲の状況を認知し、意思ある生活者として、その人らしく人工呼吸器離脱に臨み、その中で多様な苦痛を体験している。そして、それらの苦痛は、患者の病態だけでなく、療養環境とも相互に作用しながら、より複雑な形で医療者に表出される。また、重症患者の苦痛は、 ICU入室中だけでなく、 ICU退室後も長期に渡り患者の心身に有害な影響を与えており、患者の生きる力を消耗させ、全人的な回復を阻害する要因となっている。そのため、我々クリティカルケア看護師にとって、浅い鎮静レベルで療養する重症患者の苦痛緩和は重要な課題となっている。

こうした状況において私たち看護チームは、重症患者の苦痛を全人的な視点から分析し、その人らしさを尊重した安楽ケアや患者の生きる力を支える家族力を引き出す家族支援を重視しながら、患者の早期回復と QOL向上を意図した看護を実践している。しかし、刻々と変化する患者の病態やストレスフルな状況で療養生活を継続する患者の個別の反応を適時適切に察知し、寄り添い続けることは容易なことではなく、試行錯誤しながら実践しているのが現状である。

本セッションでは、人工呼吸器離脱と経口気管チューブ抜去に難渋した A氏への我々看護チームの安楽ケアを振り返りながら、クリティカルな状況にある患者の生きる力を支える看護実践とは何かについて皆様と共に考え、学びを深めたい思う。

2．事例の臨床経過

A氏は、60歳代の男性で、肺がんに対し、右肺上葉切除＋縦隔リンパ節廓清＋上大静脈置換＋気管形成術予定で定時手術を受けた。しかし、術中出血多量で、右肺全摘＋縦隔リンパ節廓清＋上大静脈置換術へ術式が変更され、術後人工呼吸器装着のまま ICU入室となった。（手術時間14時間、術中出血10515ml、輸血7800ml、術中体液バランス +7235ml）

家族構成は、妻、長男、長女の4人家族で、子の独立後からは妻と2人暮らし。自宅は病院から車で90分の距離にあり、妻は、自家用車で来院していた。

ICU入室後の経過は、術翌日（ POD1）、手術侵襲や肺高血圧症などにより I 型呼吸不全が進行し、 V-V ECMO（体外式膜型人工肺）、 CHDFが開始された。 POD12に V-V ECMOを離脱し、人工呼吸器管理は継続された。 POD18に右気管支断端ろう予防のため経口気管チューブを分離肺換気用チューブに入れ替えた。 POD27に端坐位訓練を開始、人工呼吸器離脱の方針となったが、右肺全摘による呼吸機能低下や呼吸筋力低下により離脱困難となり、人工呼吸器管理が長期化した。その後、人工呼吸器離脱の目途がたった時点で ICUから HCUに転棟、 POD69に人工呼吸器から離脱した。しかし、その後も右気管支断端ろうへの懸念から経口気管挿管は継続された。その後、右気管支断端ろう、膿胸を併発、再手術（ POD83）や ICUでの人工呼吸器管理（ POD91）を経て、最初の手術から127日目に人工呼吸器を離脱、 POD130に気管チューブ抜去に至った。

A氏は長期間の人工呼吸器管理、経口気管挿管を余儀なくされ、せん妄も発症したが、鎮痛優先の鎮静管理で多くの期間を浅い鎮静深度で過ごした。その間、 A氏からは身体的苦痛をはじめ、多様な苦痛の表出があったが、看護チームは、その都度 A氏の思いを傾聴し、 A氏らしく安楽に療養生活が送れること目標に家族と協働して安楽ケアを継続した。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第4会場)

[PD6-2] 救命集中治療室における急性・重症患者への苦痛緩和と看護ケアについて考える

○梶原 絢子 （自治医科大学附属さいたま医療センター 救命集中治療室）

急性・重症患者は、多くのデバイスが装着されたり侵襲的な処置や治療を受けていることが多く、鎮痛・鎮静薬を用いても完全には取り除けない痛みや心身の強い苦痛を生じています。そして、コミュニケーションの手段や治療上必要な安静度などに制限があること、非日常的な環境下で過ごしておりストレスフルな状況にあるといえます。こうした状況では、患者の生きる希望や意欲を引き出すことは難しく、看護師には患者の苦痛緩和だけでなく、満足感や安心・安楽さを得られるように支援する役割が求められます。また、患者が病いや辛い体験をも乗り越えられるように寄り添い、その体験が患者の生きようとする力につながってレジリエンスを引き出したり強化されるような看護を提供することが望まれます。つまり、急性・重症患者に対してコンフォートな状態を目指す看護の実践が重要であるということです。

演者の所属するユニットは、ケアチームで毎朝、トータルペインの視点のみならず Whole person careというホリスティックな視点から患者をアセスメントしています。また、提供する看護の一つひとつが快刺激となるような方法であることと、患者の生活リズムや概日リズムを考慮した環境づくりなどを積極的に検討・実践することを大事に考えています。看護師のみならず医師や薬剤師をはじめとする医療チームの中で、患者を全人的に捉える視点や苦痛緩和について共通言語をもって関われるように、また、その中で看護の専門性をどのように発揮しているのかということを日々ディスカッションしながら、チーム全体でコンフォートなケアを目指しています。

本セッションでは、演者の活動の一端をご紹介するとともに、急性・重症患者の苦痛緩和に関する概念や看護理論を用いて、救命集中治療室における看護ケアを意味づけ考察したいと思います。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:50 第4会場)

[PD6-3] 急性期病棟での急性期・終末期患者の QOL向上のためにできる緩和ケア

○渡邊 泰子 （国民健康保険富士吉田市立病院 4階東病棟）

近年、急性期や重症患者の QOL低下には Post Intensive Care Syndrome（ PICS）と呼ばれる合併症が関連し、身体的要因、神経精神的要因、社会的要因が絡み合い影響する（ Needham；2012）と言われている。その中でも、身体の痛み、身体機能・日常的役割機能（精神/身体）・社会生活機能・健康感の低下などが、 QOL低下に影響するとされている。緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである（ WHO；2002）。」としている。

現在、私は、消化器外科、呼吸外科、耳鼻咽喉科、感染症、内科の50床を有する混合急性期病棟にて、急性・重症患者看護専門看護師（ CCNS）、看護師長として勤務し、周術期患者、 ICU退室後患者、緊急入院の急性期患者、がん及び非がんの終末期患者などを対象に、看護チームおよび医師を含む多職種と協働し急性期ケアに関わり、かつ、組織における人材育成および病棟管理に携わっている。管理者の立場で、また CCNSとして、組織のあり様を俯瞰し QOLに関わる問題を見極めながら方略をたてているが、その際に常に考えることは、患者と家族にとっての「機能回復」、「安寧」、「幸せ」、「成長」、「希望」であり、その実現の為に私たちに何ができるかの自問である。

急性期病棟においては、 ICUでの超早期からの集中ケアと早期リハビリテーションにも関わらず、人工呼吸器離

©一般社団法人 日本救急看護学会

脱が困難な状況や、身体生理機能や認知機能の低下に伴い飲む、食べる、動く力等の著しい自律性の喪失に伴って「無意味、生きる意味がない。」と心理社会的およびスピリチュアルな痛みを体験している ICU退室後患者を受け入れている。そして、患者らしさ、主体性、 QOL向上の観点から、退院後の日常を見据えて将来への希望と早期機能回復をあきらめないリハビリや、自己存在の意義や居場所、社会的役割遂行に関する痛みを和らげるためのケアを多職種で継続している。

更に、周術期がん患者においても、根治的手術療法や他の専門的治療が重症化や回復困難な状況をもたらす場合、 QOLを重視した終末期での手術療法を選択する場合がある。今回、姑息的手術療法をめぐり、手術を強く希望する終末期がん患者と、術後合併症への恐れや介護やストーマケアへの困惑感から手術に否定的な家族との間で対立が生じていた事例を経験した。内科医と外科医間の微妙な見解の相違もあり、意思決定が進まない状況において患者は、家族からの孤独感を抱き自己尊重を低下させて生きる意味を失いかけていた。担当看護師および医療者チームは、このスピリチュアルな痛みに対し患者の希望に寄り添い続けると共に、家族個々の心理社会的苦痛に対する調整や意思決定への支援を行うことで、可能性が見え勇気がもてるよう緩和ケアを継続した。
CNS兼管理者としての役割は、ケアを継続する看護師と医療チームへのモチベーション維持に必要な体制や心理面への支援と、その思いを患者に繋ぐといったトータル的緩和ケアとしてのサポートであった。

今回、これらの取り組みを振り返り、その妥当性や効果を評価しながら、急性期病棟における急性期・終末期患者の QOL向上のためにできる緩和ケアについて再考する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

ワークショップ

[WS1] 【日本中毒学会共催】身近な救急病態“中毒”に強くなる！

座長:古厩 智美(さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)

2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:30 第5会場 (3F 中会議室302)

[WS1] 身近な救急病態“中毒”に強くなる！

○杉田 学[1], 早川 桂[2], 髙見 浩樹[1] （1.順天堂大学医学部附属練馬病院, 2.さいたま赤十字病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:30 第5会場)

[WS1] 身近な救急病態“中毒”に強くなる！

○杉田 学[1], 早川 桂[2], 髙見 浩樹[1] （1.順天堂大学医学部附属練馬病院, 2.さいたま赤十字病院）

中毒とは，生体の外部より化学物質が侵入して有害な生体作用を生じることの全般を指し，多くの場合過量服用によって引き起こされるが，患者の状態によっては標準的な投与量で起こることもある．全ての医療従事者は，自分の投与した薬物によって有害な事象が引き起こされることを認識し，その標準的治療を知っておく必要がある．看護師も日常的に中毒患者の診療に関わっているが，他の疾患群に比べて中毒に関して体系的に学ぶ機会が少ないため，苦手意識を持っていることも多いかもしれない．そこで今回は中毒に関する一般的知識を解説し，臨床的に危機的状況を回避するだけで無く，中毒患者のケアや指導を考えながらキャリアアップにつながるワークショップを企画した．急性中毒に対して抱く苦手意識は，多くの場合専門的治療に対する知識不足と，多くの中毒患者の背景に精神疾患が存在することによるものである．前者の専門的知識に関しては一般的な臨床推論に近く，一度体系的に学べばそれほど難しいものではない．また後者の精神疾患に関しても，急性期にはあまり問題になるものでないばかりか，身体的に治療が終了したあとの精神的なケアにこそ看護師が果たす役割は大きいのである．本ワークショップで，実践的に急性中毒に対する対応を議論することで，苦手意識は払拭できるだろう．

急性中毒の治療は，①一般的な全身管理，②中毒原因物質の特定，③体内への吸収を阻害する，④既に吸収された物質を解毒・拮抗あるいは排泄促進する，4段階で行われる．世界的にみると， AACT（ the American Academy of Clinical Toxicology）と EAPCCT（ the European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists）が1997年に中毒治療の標準化を図る目的に Position paperを発表し，世界60カ国で承認された．我が国では日本中毒学会が「急性中毒の標準治療」を2003年に発表している（現在改訂中）．また中毒診療では患者の症状・徴候や検査データ，心電図所見などの情報を組み合わせて中毒物質を推定するトキシドロームという考え方があり，看護師が普段ケアの一環として行なっているバイタルサインや身体症状の観察で得られる情報が中毒の鑑別を進める際に重要となる．

本ワークショップを通じて，苦手意識を持っている看護師が中毒診療について理解すれば，実臨床の中で有益な観察や情報が看護師の観察によってもたらされ，多くの患者に取って良好な予後に繋がるものだと考える．是非ワークショップに参加していただき，**楽しみながら**日々感じている苦手意識と疑問を解決していただきたい．

©一般社団法人 日本救急看護学会

ワークショップ

[WS2] チーム医療の成果評価　クラウド型サーベイで多職種協働風土の程度、問題を可視化する

司会:藤谷 克己(文京学院大学)

2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 第7会場 (3F 中会議室304)

[WS2-1] 体感 ATICS!「あなたのチームは大丈夫か？」自分のチームを診断しよう！

○藤谷 克己[1], 松下 博宣[2], 石川 弥生[3] （1.文京学院大学大学院保健医療科学研究科, 2.東京情報大学看護学部, 3.富士宮市立病院）

[WS2-2] AITCS-II-Jを用いてクラウド型サーベイで多職種連携恊働（チーム医療）風土の程度、問題を可視化する

○松下 博宣 （学校法人　東京農業大学 東京情報大学）

[WS2-3] 「多職種連携恊働風土（日本版 AITCS-II-J）サーベイの結果から、当院の課題と取り組み」

○石川 弥生 （富士宮市立病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 第7会場)

[WS2-1] 体感 ATICS!「あなたのチームは大丈夫か？」自分のチームを診断しよう！

○藤谷 克己[1], 松下 博宣[2], 石川 弥生[3] （1.文京学院大学大学院保健医療科学研究科, 2.東京情報大学看護学部, 3.富士宮市立病院）

多職種連携協働を可視化するスケールの AITCS日本語版（ ATICS-J）を活用して、現在多職種連携協働の在り方が詳細に分析されている。多職種連携協働は医療施設内のみならず地域ケアにおいても必須のアイテムとされ、いわゆる「チーム医療」として実践が推奨されている。しかし、「チーム医療が行われているか」が重要なのではなく、「チーム医療ができているか」が問われる段階にあり、その診断が望まれる。さらに医療現場での様々な課題である、患者安全や医療の質、病院経営といったことにチーム医療がどのように働いているのか、かつ「促進要因」や「阻害要因」はどこに存在するのかが明らかにされるべきである。今回我々の行っている研究においてもそれらの事が明らかになりつつある。本セッションは2部構成をとり、第1部ではミニシンポ形式で研究の1部を成果として紹介する。第2部では実際に ATICS-Jをフロアの皆さんに体感してもらい、皆さんと色々なご意見・感想をシェアしたいと考える。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 第7会場)

[WS2-2] AITCS-II-Jを用いてクラウド型サーベイで多職種連携協働（チーム医療）風土の程度、問題を可視化する

○松下 博宣 （学校法人　東京農業大学 東京情報大学）

Assessment of Interprofessional Team collaboration Scale(AITCS)とは、多職種連携協働の程度や問題点を浮き彫りにするスケールである。 AITCSは英語圏のみならず、ドイツ語、スペイン語、ポルトガル語、フランス語、スウェーデン語、イタリア語等の多言語に翻訳されて使用されている。近年では、開発者の Dr. Orchardが短縮版の AITCS-IIをデザインしている。
本研究チームでは科研費 （19K10491）の助成を受けて Dr. Orchardらと連携して AITCS-II を日本語化した。AITCS-II-J（日本語版）を「多職種連携協働風土サーベイ」の一部として組み込み、複数の医療機関の多職種連携協働（チーム医療）を診断している。このサーベイの特徴は：

（1）高い信頼性
各国の研究において、クロンバックα値0.91～0.95という高い信頼性が立証されている。我々の研究でも高い信頼性が実証されている。
（2）クラウドベースのスケール
我々の研究グループでは、質問票をすべてクラウド環境に格納して運用している。調査参加者は、スマートフォン、タブレット、 PCでサーベイサイトにアクセスして回答する。これにより、高度のデータ秘匿性と個人情報の保護レベルを維持しつつ、質問票作成、配布、データ回収、データ生成、分析を、紙面による調査と比べ迅速にかつ効率的に実施できるようになった。
（3）多職種連携協働の阻害要因、促進要因を明らかにできる
自由コメントスペースに従業員の忌憚のないナマの声を書いてもらう。独自のテキストマイニング手法を用いて、組織風土の奥底に内在する多職種連携協働の阻害要因、促進要因を明らかにする。
（4）多職種連携協働のカギである３要因ごとの特徴を明らかにできる
パートナーシップ、協力、調整といった多職種連携協働のカギである３要因を中心に詳細を分析することができる。曖昧模糊とした定性分析ではなく、明確な数値として「見える化」できるのが、本サーベイの強みである。
（5）職種ごと、部門ごと、クリニカルラダーごとの課題を明確化できる。

©一般社団法人 日本救急看護学会

さらに、職種、部門などの属性を医療機関のニーズに従って自由に設計できるので、ハンドメードの分析が可能である。
（6）グローバル対応
従来の和製スケールは、日本の内側に閉じていて国際性がない。本スケールは、英語圏のカナダ、米国、英国はもとより、イタリア、スウェーデンなどとも科学的な比較ができる。つまり、グローバルな視点から各国の多職種連携協働の比較ができるのである。

このワークショップでは来場者に QRコードを配布して、実際に多職種連携協働風土サーベイの一端に触れてもらい、リアルに体験していただく。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 第7会場)

[WS2-3] 「多職種連携協働風土（日本版 AITCS-II-J）サーベイの結果から、当院の課題と取り組み」

○石川 弥生 （富士宮市立病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

交流集会

[EM4] 採用される臨床看護研究の論文を書くための Tips

司会:清村 紀子(大分大学医学部)
2019年10月5日(土) 10:40 ～ 12:00 第5会場 (3F 中会議室302)
主催:編集委員会

[EM4] 採用される臨床看護研究の論文を書くための Tips

佐々木 吉子 （東京医科歯科大学大学院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:40 〜 12:00 第5会場)

[EM4] 採用される臨床看護研究の論文を書くための Tips

佐々木 吉子 （東京医科歯科大学大学院）

頑張って取り組んだ研究や、効果を実証できた実践について、学会発表まではなんとかできたけれど、それらを論文にまとめて投稿することはなかなかハードルが高いと感じている方は多いと思います。そういう私自身も、書けないままで眠らせてしまった研究がいくつもあり、残念に思っているところがあります。
論文投稿にはいくつかの壁があると思います。執筆する時間がない、どうまとめてよいかわからない、査読が怖い、共著者を誰にするか、またその順番はどう決めればいいかなど、いろいろな心配や面倒な手続がつきまといます。昨今厳しくなった、研究倫理に関することも、どのように配慮を実行し、またどのようなことをやってはいけないのか、その判断が難しいこともあります。とくに実践報告の場合、最初から研究として取り組んでいたわけではないが、個人やチームの取り組みが功を奏してよい結果がもたらされたときなどに、倫理審査に諮っていなかったが、そのような場合にどうすればよいかわからず、公表をあきらめてしまった人もいるのではないでしょうか。
そこで、本交流集会では、論文投稿ビギナーの方を対象として、学会誌に採用される臨床看護研究の論文を書くための Tips（ちょっとしたコツやお作法）についてお話したいと思います。
研究成果やよい実践例の公表は、当事者だけでなく、それを見聞した読者によって臨床実践に取り込まれることで、意義が明示され、当該領域の看護の質向上に貢献します。論文になるかもしれないなというネタを温めている方、現在研究や実践に取り組んでいる方、学会に参加したら自分も研究をやりたくなった方など、是非、本交流集会にご参加ください。編集委員一同お待ちしております。

©一般社団法人 日本救急看護学会

交流集会

[EM5] 外傷看護の最新のストラテジー

司会:小池 伸享(前橋赤十字病院)
2019年10月5日(土) 08:50 ～ 10:00 第6会場 (3F 中会議室303)
主催:外傷看護委員会

[EM5] 外傷看護の最新のストラテジー

後小路 隆[1], 冨岡 小百合[2], 和田 孝[3], 小越 優子[4], 苑田 裕樹[5] （1.社会医療法人 陽明会 小波瀬病院, 2.中河内救命救急センター, 3.大垣市民病院, 4.滋賀医科大学医学部附属病院, 5.日本赤十字九州国際看護大学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 08:50 〜 10:00 第6会場)

[EM5] 外傷看護の最新のストラテジー

後小路 隆[1], 冨岡 小百合[2], 和田 孝[3], 小越 優子[4], 苑田 裕樹[5] （1.社会医療法人 陽明会 小波瀬病院, 2.中河内救命救急センター, 3.大垣市民病院, 4.滋賀医科大学医学部附属病院, 5.日本赤十字九州国際看護大学）

昨年度は、外傷初期診療に求められる看護の専門性の追究として、救急外来における「外傷初期診療における様々な How to」を共有することをテーマに交流集会を実施して参りました。

外傷初期診療は様々な検査や処置が施され、医学診断によって傷病部位を特定し、治療へと進んでいきます。看護師はこれらのプロセス上で得られた患者の情報、反応から抽出・予測した看護問題を精錬し、継続看護へとつなぐ役割があります。アメリカ救急看護師協会 ENA（ emergency nurses association）は、救急看護実践について「様々な状況で発生する実在的／潜在的、かつ、突発的／緊急に発生する、主として一次的で急激な身体的、心理・社会的問題に対する人間の反応について、アセスメント、分析、看護診断、目標設定、計画、介入実践、評価をすることである」と定義し、看護過程の展開の一環と意味づけています。しかし、診療の補助が大半を占める外傷初期診療の場において、看護過程を充実させることは困難な状況でありながら、一つ一つの行為を意識して、看護として意味づけることに意義があります。

今年度の交流セッションでは、外傷初期診療における医師の治療戦略、チーム連携を理解し、外傷初期看護を実践することを目的とした交流集会を実施します。「なぜ、この治療が実施されるのか？」「急速輸液ってどうやるの？」「家族対応ってどうやるの？」「医療連携？」など外傷初期診療において実施される様々な技術・治療・検査などに対する疑問を最新のエビデンスを元に皆様と一緒に考えていきたいと思います。ズバリ「外傷看護の最新のストラテジー」を共有し、外傷看護における看護診断と看護過程の展開について役立て、また、施設間の情報を共有し、討議を進めていくことで、救急外来における外傷初期初療看護のさらなるイメージ化を図るのがねらいです。

司会　佐藤　憲明　日本医科大学付属病院
小池　伸享　前橋赤十字病院
外傷看護委員会
冨岡　小百合　大阪府立中河内救命救急センター
笠原　真弓　浜松医療センター
山中　雄一　大阪赤十字病院
和田　孝　大垣市民病院
小越　優子　滋賀医科大学医学部附属病院
苑田　裕樹　日本赤十字九州国際看護大学
後小路　隆　九州労災病院

©一般社団法人 日本救急看護学会

交流集会

[EM6] 新救急看護ラダーの活用法の提案

司会:川原 千香子(日本臨床緊急医学会医療安全推進委員会RRS小委員会), 有澤 文孝(地方独立行政法人 東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター 救命救急センター)
2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 第6会場 (3F 中会議室303)
主催:教育委員会

[EM6] 新救急看護ラダーの活用法の提案

菅原 美樹[1], 中村 香代[2], 源本 尚美[3] （1.札幌市立大学看護学部, 2.独立行政法人国立病院機構災害医療センター, 3.市立札幌病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 〜 14:50 第6会場)

[EM6] 新救急看護ラダーの活用法の提案

菅原 美樹[1], 中村 香代[2], 源本 尚美[3] （1.札幌市立大学看護学部, 2.独立行政法人国立病院機構災害医療センター, 3.市立札幌病院）

2016年に日本看護協会から看護師ラダーが発表され、多くの施設で院内看護師ラダーの編集が行われました。当学会でも2017年より救急看護ラダーの編集に着手し、2018年にパブリックコメントを経て公開に至りました。皆様のご協力にこの場をお借りして感謝申し上げます。
以前提示していたラダーには、各ラダーレベルに応じた研修を紹介していたため、それらを目安にしていたとのご意見も多くいただきましたが、看護実践能力に関するラダーを再編するにあたり、ラダーに応じた研修というよりも、各場に求められる役割に応じた研修であり、指導者へのステップアップがラダーのアップとは限らないという見解から、研修はあくまで参考とさせていただきました。
　そのような経緯を再度ご紹介するとともに、実際の救急看護ラダーをどのように活用しているか、活用の実際をプレゼンターに紹介いただき、会場の皆様と意見交換の場を設けたいと思います。ラダーは一つのツールであり、活用は施設や部署によって様々だと思いますので、忌憚ない意見交換の場になれば幸いです。

©一般社団法人 日本救急看護学会

交流集会

[EM7] ファーストエイド、その根拠に迫る！

司会:三上 剛人(吉田学園医療歯科専門学校), 立野 淳子(小倉記念病院), 山田 恵子(学校法人日本教育財団名古屋医専)

2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:30 第6会場 (3F 中会議室303)

主催:ファーストエイド委員会

[EM7] ファーストエイド、その根拠に迫る！

新田 直巳[1], 佐々木 信子[2], 春川 一樹[3], 前田 智香[4], 谷口 万葉[5], 和田 孝[6], 久米 隆道[7], 諸岡 健一郎[8] （1.市立札幌病院, 2.青森県立中央病院, 3.新潟市民病院, 4.国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 ICU・CCU, 5.日本赤十字社医療センター, 6.大垣市民病院, 7.武蔵ヶ丘病院, 8.社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:30 第6会場)

[EM7] ファーストエイド、その根拠に迫る！

新田 直巳[1], 佐々木 信子[2], 春川 一樹[3], 前田 智香[4], 谷口 万葉[5], 和田 孝[6], 久米 隆道[7], 諸岡 健一郎[8] （1.市立札幌病院, 2.青森県立中央病院, 3.新潟市民病院, 4.国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 ICU・CCU, 5.日本赤十字社医療センター, 6.大垣市民病院, 7.武蔵ヶ丘病院, 8.社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院）

・ファーストエイド委員会（ FA委員会）は、場所や状況を問わずに発生する救急・急変時に、専門的な救急処置が開始されるまでの間、看護師として適切な緊急・応急処置ができる看護職を育成することを目標に、教育コースの企画・運営・評価に取り組んでいます。2011年から開始した FAコースも8年が経過し、2018年9月時点において4,024名の FAナースを育成してきました。コース運営に携わってくださっているコアインストラクター、インストラクターの皆様には心より感謝申し上げます。本委員会では、これからも社会のニーズに応じてFAコースの内容をブラッシュアップしながらより多くの FAナースを育成することで救急医療の質向上に寄与したいと考えています。

　これまで学術集会では、インストラクターのインストラクションをブラッシュアップすることを目的に企画を行ってまいりましたが、2019年は少し志向を変えて、これまであまり取り上げられる機会の少なかった“ FAの根拠”をキーワードに取り上げました。この交流集会では以下の8つのテーマについて、現在までにわかっていること、わかっていないことなどを議論することにしました。

　講演のあとには、質疑応答の時間を設けていますので、日頃 FAを行う際に感じている疑問について会場の皆様とディスカッションできればと思います。 FAインストラクター、 FAコースを受講された皆様、これからFAコースの受講をお考えの方々、どなたでも参加可能です。

　ぜひこの機会に、 FAの根拠について一緒に考えることができれば幸いです。ご参加をお待ち申し上げております。

取り上げるテーマ

１．ターニケットと緊縛止血その違いは？　（市立札幌病院　新田直巳）
２．溺水の病態と救うための対応（青森県立中央病院　佐々木信子）
３．妊婦の循環の特徴から見る（かずき新潟市民病院　春川一樹）
４．熱中症初期対応の難しさ（国家公務員共済組合連合会　横浜南共済病院　前田智香）
５．傷への被覆材、使用の根拠（日本赤十字社医療センター　谷口万葉）
６．誤飲時の対応とその根拠（大垣市民病院　和田　孝）
７．過換気対応の根拠（医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院　久米隆道）
８．電撃症とその対応（社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院　諸岡健一郎）

©一般社団法人 日本救急看護学会

交流集会

[EM8] ともに考えよう―救急看護実践における倫理的課題への対応―

司会:江川 幸二(神戸市看護大学)
2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:30 第7会場 (3F 中会議室304)
主催:倫理委員会

[EM8] ともに考えよう -救急看護実践における倫理的課題への対応-

小倉 久美子[1], 寺地 沙緒里[2], 中村 美鈴[3], 森山 美香[4], 八尾 みどり[5], 山口 弘子[6], 剱持 功[7] （1.一宮研伸大学, 2.東海大学医学部付属病院, 3.東京慈恵会医科大学 医学部 看護学科, 4.島根県立大学, 5.大阪府三島救命救急センター, 6.名古屋掖済会病院, 7.東海大学看護師キャリア支援センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 15:00 〜 16:30 第7会場)

[EM8] ともに考えよう -救急看護実践における倫理的課題への対応-

小倉 久美子[1], 寺地 沙緒里[2], 中村 美鈴[3], 森山 美香[4], 八尾 みどり[5], 山口 弘子[6], 剱持 功[7] （1.一宮研伸大学, 2.東海大学医学部付属病院, 3.東京慈恵会医科大学 医学部 看護学科, 4.島根県立大学, 5.大阪府三島救命救急センター, 6.名古屋掖済会病院, 7.東海大学看護師キャリア支援センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS6] スマートポンプ導入による現場課題の解決

座長:多田 則子(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部長)

2019年10月5日(土) 12:20 ～ 13:20 第3会場 (2F 中会議室201)

共催:テルモ株式会社

[LS6] スマートポンプ導入による現場課題の解決

鵜木 崇[1], 菅野 訓子[2] （1.済生会熊本病院 集中治療室 医長, 2.済生会熊本病院 看護部 主任）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 12:20 〜 13:20 第3会場)

[LS6] スマートポンプ導入による現場課題の解決

鵜木 崇[1], 菅野 訓子[2] （1.済生会熊本病院 集中治療室 医長, 2.済生会熊本病院 看護部 主任）

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS7] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

2019年10月5日(土) 12:20 ～ 13:20 第4会場 (3F 中会議室301)

共催:アルファクラブ武蔵野株式会社

[LS7] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

佐藤 貴子 （IMSジャパン）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 12:20 〜 13:20 第4会場)

[LS7] より良いお別れのための死後のケア -死後のケアの重要性とエンバーミングに出来ること-

佐藤 貴子 （IMSジャパン）

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS8] 「目は脳の鏡」 -瞳孔測定の意義と実際-

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部 師長 急性・重症患者看護専門看護師 集中ケア認定看護師)

2019年10月5日(土) 12:20 ～ 13:20 第5会場 (3F 中会議室302)

共催:アイ・エム・アイ株式会社

[LS8] 「目は脳の鏡」 -瞳孔測定の意義と実際-

○嶋田 一光 （日本医科大学付属病院　高度救命救急センター　急性重症患者看護専門看護師）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 12:20 〜 13:20 第5会場)

[LS8] 「目は脳の鏡」 -瞳孔測定の意義と実際-

○嶋田 一光 （日本医科大学付属病院　高度救命救急センター　急性重症患者看護専門看護師）

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS9] 救急看護実践に活かす！シミュレーターを使って学ぶフィジカルアセスメント

座長:吉次 育子(神戸大学医学部附属病院)

2019年10月5日(土) 12:20 ～ 13:20 第7会場 (3F 中会議室304)

共催:レールダルメディカルジャパン株式会社

[LS9] 救急看護実践に活かす！シミュレーターを使って学ぶフィジカルアセスメント

田戸 朝美 （山口大学大学院医学系研究科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 12:20 〜 13:20 第7会場)

[LS9] 救急看護実践に活かす！シミュレーターを使って学ぶフィジカルアセスメント

田戸 朝美 （山口大学大学院医学系研究科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

ランチョンセミナー

[LS10] 睡眠状況の可視化・定量化と“せん妄対策”の可能性

座長:古賀 雄二(川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科)

2019年10月5日(土) 12:20 ～ 13:20 第9会場 (1F 中会議室103)

共催:パラマウントベッド株式会社

[LS10] 睡眠状況の可視化・定量化と“せん妄対策”の可能性

○藤谷 茂樹 （聖マリアンナ医科大学　救急医学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 12:20 〜 13:20 第9会場)

[LS10] 睡眠状況の可視化・定量化と“せん妄対策”の可能性

○藤谷 茂樹 （聖マリアンナ医科大学　救急医学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 終末期・グリーフケア

[O15] O15群 終末期・グリーフケア

座長:岩崎 利恵(宮崎県立宮崎病院 ICU)

2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第6会場 (3F 中会議室303)

[O15-1] 救急で終末期の迎える患者家族への看護に関するわが国の看護研究の現状

○原田 雅義 （東京純心大学　看護学部看護学科）

[O15-2] 三次救命救急センター救急外来におけるグリーフケアフォーマットの運用について

○星野 正裕[1], 江上 千晶[2], 福士 綾佳[3], 横溝 育美[1] （1.北里大学病院救命救命・災害医療センター　救命救急病棟, 2.北里大学病院救命救命・災害医療センター　救急外来, 3.北里大学病院救命救命・災害医療センター　EICU）

[O15-3] 救急初療で死別を経験する患者家族に対する看護実践上の困難さ

○山崎 千草[1], 八尾 みどり[2], 伊藤 真理, 梶原 絢子[3], 小島 朗[4], 樽松 久美子[5], 多田 昌代[6], 西山 晴奈, 堀 友紀子 （1.東京女子医科大学病院, 2.大阪府三島救命救急センター, 3.自治医科大学附属さいたま医療センター, 4.大原綜合病院, 5.北里大学病院, 6.小田原市立病院）

[O15-4] 集中治療室で死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践

○米村 亮[1], 大江 理英[2], 北村 愛子[2] （1.堺市立総合医療センター, 2.大阪府立大学大学院看護学研究科）

[O15-5] エンド・オブ・ライフケアを提供する看護師としての心肺蘇生法～ DNARを撤回し心肺蘇生施行事例から得た課題～

○豊田 隼平, 中村 香代 （災害医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第6会場)

[O15-1] 救急で終末期の迎える患者家族への看護に関するわが国の看護研究の現状

○原田 雅義 （東京純心大学　看護学部看護学科）

【研究目的】

日本国内の救急外来で終末期を迎える患者家族に対する看護の実際について、家族・看護師を対象とした、文献を検討し、救急で終末期を迎える患者家族への家族看護の動向を明らかに、今後の課題を明確にすること。

【研究方法】

医学中央雑誌 Web版を用いて、2018年2月現在検索可能な最長期間で【救急】、【終末期】、【家族看護】のキーワードで、原著論文および看護文献に絞って、検索を行った。検索の結果、39件の論文を抽出し、家族看護を対象としていない文献研究等12件を除外し、上記キーワードで抽出されたクリティカルケア分野の研究を含む最終的に17件の論文を対象とした。

【結果】

救急領域の終末期の家族看護に関する研究は、【終末期患者・家族に対する看護師の役割に関するもの】、【看護師の終末期の患者・家族の関わり方に関するもの】、【看護師の終末期や DNARに対する受け止め】、【家族の代理意思決定に関するもの】、【終末期患者・家族に看護師が抱く感情に関するもの】、【クリティカルケアでの終末期の看護の動向に関するもの】の6カテゴリーに大別できた。

【考察】

終末期患者・家族に対する看護師の役割に関するものでは、救急現場に携わる看護師は、医師や他の看護師との調整を行うことは当然であるが、正確な知識を身に着けて、患者家族への精神的な援助の拡大が必要である。

看護師の終末期の患者・家族の関わり方に関するものでは、終末期の重症の患者に対しては自分のケアに対する評価が担保されていないことが不安の要因になることもある。看護師自身での死生観の理解や学習も患者・家族と接する上では非常に重要であると考える。

看護師の終末期や DNARに対する受け止めでは、救急の場面では救命を最優先にするため、 DNARという選択は、看護師にとって救命処置を中断する。開始しない。などの否定的な感情や患者の救命を一所懸命行うため、救命できなかった時に不全感や罪悪感を抱きやすい。そのため、 DNARという選択はなかなか理解しがたいものである。しかし、救命の見込みのない患者に苦痛を与え続けることの倫理的問題、家族の希望を十分に理解した上で、 DNARの選択を理解する必要がある。

家族の代理意思決定に関するものでは、家族も混乱しており、生命予後に関することで、決定が難しいことも考えられ、家族にとっては多大なストレスとなる。また、看護師は短時間での患者とのかかわりに困難を示しており、短時間での関わりかたの学習や家族看護の方法を学ぶ必要がある。

終末期患者・家族に看護師が抱く感情に関するものでは、看護師は救急外来での看取りには困難を抱きやすい。救急患者の家族の場合は、短時間の関わりで生命をも左右する重要な決定を行う必要もある。そのため、医療者を信頼してもらうような関わりが重要である。

クリティカルケアでの終末期の看護の動向に関するものでは、救急分野をはじめとするクリティカルケアの終末期では困難が生じている。それは、家族対応であったり、医療者の認識であったり、倫理的ジレンマなどが多岐に渡る。

本研究では、過去の文献検索結果から、救急における終末期の家族看護について検討した。現在、報告されている論文の多くは看護師を対象にしたものであり、家族を対象にしたものは少数であった。そのため、先行研究から家族が実際にどのような感情や困難感を抱いていたのかは本研究において抽出することは困難であった。

今後、家族に直接インタビューや質問紙調査を行い、家族の抱く思いを理解し、救急場面での家族看護の充実を図りたい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第6会場)

[O15-2] 三次救命救急センター救急外来におけるグリーフケアフォーマットの運用について

○星野 正裕[1], 江上 千晶[2], 福士 綾佳[3], 横溝 育美[1] （1.北里大学病院救命救命・災害医療センター　救命救急病棟, 2.北里大学病院救命救命・災害医療センター　救急外来, 3.北里大学病院救命救命・災害医療センター　EICU）

【目的】 A病院の三次救命救急センターでは救急外来搬送患者および EICU、救命救急病棟に入院中の生命の危機的状況にある、または身体機能の不可逆的な喪失を負った患者・家族をカンファレンスの対象者として医師、各病棟の看護師、 MSW、移植支援室が参加するグリーフカンファレンスを毎週実施している。しかし、救急外来では個々の看護師によりグリーフケアの対象と考える患者が異なるという背景があった。また、グリーフカンファレンスの情報を看護日誌や記録から収集していたため時間を要していた。それらを解決する為に救急外来看護師でグリーフに影響を与える要因について、ブレインストーミングを行い、グリーフケア対象患者の情報を入力するフォーマットを作成した(本研究におけるグリーフケアは、死別以外の機能喪失を含めたものを対象として定義する)。フォーマットを運用し、入力されたデータからどのような患者がグリーフケアの対象者として選定されているのかを分析した。更に看護師にフォーマットの運用とグリーフに対する意識調査をおこなったため報告する。
【方法】平成30年2月から平成31年2月までフォーマットに入力されたデータを収集し、患者・家族の選定理由を分析した。また、救急外来に関わる32名の看護師にアンケートを実施し、フォーマット運用によるグリーフに対する認識の変化やフォーマットに対する意識調査を実施し分析した。
【倫理的配慮】救急外来に従事する看護師が参照できるパソコンにデータを保存し、他のパソコンからアクセスできないよう管理した。アンケートは無記名とし、集計後シュレッダーにかけて破棄をする。
【結果】フォーマットの運用開始後、グリーフカンファレンスのための情報収集時間は平均20分へ短縮できた。意識調査の結果(回収率94%)回答した看護師の69%がグリーフケア対象者が分かり易くなったと回答した。しかし92%が対象患者の認識にばらつきがある(多少あるを含む)と回答した。さらに、フォーマットに入力する患者を選定する方法について半数の看護師が個人の感覚で入力をしていた。フォーマット入力件数は計363件あり、心肺停止(自死含む)146(40%)、頸髄損傷や切断指などを含む身体機能喪失35(9%)、その他38(10%)であった。また、身体機能喪失患者をグリーフの対象と考えている看護師は全体の27%と、グリーフケアの対象としての認識が低いことが意識調査から明らかとなった。
【考察】フォーマットを運用したことによりカンファレンス内容の質が低下したという意見はなく、時間短縮においてフォーマット運用は有効であったと考えられる。アンケート結果とフォーマット入力の結果より機能予後に関する症例が少ない事から、グリーフ＝生命に関連するという認識が強く、生命に関する症例の入力が多くなったと考えられる。ブレインストーミングだけではグリーフに影響を与える要因として不十分であった為、フォーマットに入力された1割が「その他(記載理由不明)」となったと考える。また、半数の看護師が個人の感覚でフォーマットを入力しており、9割の看護師が「患者選定にばらつきがある」と答えている。このことから、看護師のグリーフに対する知識、直感、看護観、経験年数が対象の選定に影響していると考えられる。今後の課題として、グリーフに影響を与える要因を再検証した上でフォーマットへの必須入力項目を設定し、患者選定はカンファレンスを実施して共通認識を図っていく事とした。そして、新たに運用を開始したフォーマットに対する検証をおこなっていく必要がある。

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第6会場)

[O15-3] 救急初療で死別を経験する患者家族に対する看護実践上の困難さ

○山崎 千草[1], 八尾 みどり[2], 伊藤 真理, 梶原 絢子[3], 小島 朗[4], 樽松 久美子[5], 多田 昌代[6], 西山 晴奈, 堀 友紀子 （1.東京女子医科大学病院, 2.大阪府三島救命救急センター, 3.自治医科大学附属さいたま医療センター, 4.大原綜合病院, 5.北里大学病院, 6.小田原市立病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

＜研究の背景・目的＞
救急初療で死別を経験する患者家族へのケアは、家族と信頼関係を築く間もないまま展開されるが、その短期間の関わりがその後の家族の悲嘆過程に影響するという意味で高度かつ重要な看護実践である。現場では看護師個々の判断に委ねられ、結果救命の場で看取りを繰り返し体験する看護師自身の不全感やバーンアウトという問題が生じている。本研究は、急性・重症患者看護専門看護師（以下 CCNS）が捉えた救急初療で死別を経験する患者家族に対する看護実践上の困難を明らかにすることを目的とした。
＜研究方法＞
研究デザイン：質的記述的研究デザイン
研究参加者：救急初療での実務経験のある CCNS10～20名
調査期間：2018年2月
データ収集と分析方法：インタビューガイドに基づき半構造的フォーカスグループインタビュー（以下 FGI）を行い、内容分析を行った。
倫理的配慮：本研究は日本救急看護学会研究助成第56号の助成を受けて日本救急看護学会倫理委員会の承認を得た。データは個人が特定できないよう連結不可能匿名化を行った。
＜結果＞
研究参加への同意が得られ、かつ FGIに参加可能であった11名の CCNSへ120分間の FGIを実施し計16のサブカテゴリが生成された。 CCNSが捉えた困難は＜初療という限られた環境の中でケアを行う難しさ＞＜初療という限られた時間の中で悲嘆ケアを行う難しさ＞＜受傷機転から死亡までの経緯がよくわからない患者家族に対応していく困難さ＞といった限られた環境と時間、情報の中で対応しなければならない難しさをベースに抱えていた。そして＜事故や自殺など予期悲嘆の経過を辿らない死が多いため、死に至るまでの過程にトラウマを伴う家族へ関わる難しさ＞という特徴的な状況に対し、＜強い衝撃を受けている家族が、家族自身の力で危機を乗り越えていけるかどうかを見極める難しさ＞といった介入の判断の難しさを感じていた。また、患者との面会前から家族の反応を予測し、＜死亡した患者と家族を引き合わせる前の難しさ＞＜患者の外見への家族の衝撃を緩和させる難しさ＞を感じていた。＜初対面で家族の今の思いを捉える難しさ＞＜自責の念や無念の思いが強い家族への対応の難しさ＞＜家族が発する言葉の意図を考えて返答しなければならない難しさ＞＜蘇生中止を受け入れられない家族への対応の難しさ＞＜初療で急変して亡くなった際に泣き崩れる家族への対応の難しさ＞＜亡くなるという状況を伝えた際に発狂し錯乱した行動をする家族への対応の難しさ＞は、多様な家族の反応に即座に対応する困難感であった。 CCNSは、初療だけでの家族看護に限界を感じ、死亡退院後の継続的な家族支援のためにアプローチしようとしていたが、そこでは＜ケアサポートを紹介したことに対し家族が猜疑心を感じた際の関わりの難しさ＞＜初療以降の支援にどのように繋いでいくかという難しさ＞といった繋ぐこと自体に対する難しさも生じていた。さらに、＜家族がいない中で、医療者が蘇生をやめるタイミングを決める難しさ＞といった倫理的な課題を含む困難も見られた。
＜考察＞
救急初療で死別を経験する患者家族に対する看護実践上の困難は、突然の死で家族が予期悲嘆の経過を辿ることができないことに留まらない複雑なものであった。情報も時間も少ない中でパニック状態に陥った家族、強い自責の念を抱いた家族、自殺現場の目撃や外観が大きく変化した患者に会う衝撃など、家族自身がトラウマを受けているという複雑さである。さらに、退院後にいかに遺族ケアを継続するか、その糸口と方法の模索にも困難と課題を抱いていた。

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第6会場)

[O15-4] 集中治療室で死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践

○米村 亮[1], 大江 理英[2], 北村 愛子[2] （1.堺市立総合医療センター, 2.大阪府立大学大学院看護学研究科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

【目的】 ICUでは、救命を目的として集中的に治療が行われるが、終末期を迎える患者も存在し、家族が患者を喪失する悲嘆を表出できる援助の必要性が示されている。しかし、 ICUでの死は短期間で訪れ、看護師と家族の関係も終了してしまう。そのため、積極的に患者家族のニーズの充足に努めることが求められる。家族が十分に悲嘆を表出できなければ、身体疾患の増加、 QOL低下、複雑性悲嘆の発症に影響するとされている。しかし、家族の悲嘆への十分な介入が行われていないことが指摘されており、 ICUで死にゆく患者の家族の悲嘆への具体的な看護実践は明らかにされていない。本研究の目的は、看護師が認識している ICUで死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践の内容を分析し、具体的な看護実践を明らかにすることである。
【方法】研究デザイン：質的記述的研究。研究方法：半構造化面接。研究対象： ICUで死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践の経験がある、 ICUに5年以上勤務する看護師10名程度。データ収集期間：2018年9月から12月。分析方法：逐語録の内容からコードを抽出し、コードの特徴が損なわれないよう相互の類似性と相違性に沿って分類し、サブカテゴリ化し、カテゴリへ高次化した。倫理的配慮：大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。
【結果】5施設の看護師11名から同意を得た。平均 ICU勤務年数は7.9年であった。 ICUで死にゆく患者の家族の悲嘆のアセスメントでは『悲しみが表現されない家族にケアを始める機会をアセスメントする』、『家族の悲しみの様相を判断する』、『家族の関係性をアセスメントする』、『家族の日常生活をアセスメントする』ことが明らかになった。看護介入では、『家族の悲嘆感情とともに存在する』、『家族の心情を積極的に傾聴する』、『患者に向き合うための家族のケアリングを支える』、『家族の対処を促進する』、『患者と家族だけの場をつくる』、『時間とともに変化する患者と家族の存在を支える』、『他職種と協働する』、『患者の身体の整容にこだわる』、『患者が死を迎える時の心理的な準備をする』ことが明らかになった。評価では、『家族の言動から悲嘆反応の変化を評価する』、『家族が悲嘆作業に取り組めていることを評価する』ことが明らかになった。
【考察】 ICUの看護師は、 ICUで死にゆく患者と家族の情緒的な絆を強めるために、『家族の関係性をアセスメントする』ことで、『患者と家族だけの場をつくる』、『家族の対処を促進する』看護実践を行っていたと考えられる。また、家族の患者を喪失することの受け止めを進めるために、『時間とともに変化する患者と家族の存在を支える』看護実践を行っていたと考えられる。そして、患者のために何かしたいという家族の思いを実現し、死別後も記憶に留めることができるように、『患者に向き合うための家族のケアリングを支える』看護実践を行っていたと考えられる。さらに、『家族が悲嘆作業に取り組めていることを評価する』こと、『家族の言動から悲嘆反応の変化を評価する』ことで、家族の情緒的な絆の強化、最期の時間の過ごし方を指標として、死別の時までの看護実践の評価を行っているものと考えられる。よって、 ICUで死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践は、患者と死別後の悲嘆を家族が乗り越えるための、家族の準備性を高める看護実践であると考えられる。今後は、本研究の結果から明瞭となった、 ICUで死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践について検討する機会を設け、看護師への教育を行う必要性が示唆された。

(2019年10月5日(土) 10:10 〜 11:00 第6会場)

[O15-5] エンド・オブ・ライフケアを提供する看護師としての心肺蘇生法〜DNARを撤回し心肺蘇生施行事例から得た課題〜

○豊田 隼平, 中村 香代 （災害医療センター）

【はじめに】突然の発症や受傷により心肺停止となった患者に対して、いち早く良質な心肺蘇生術を施すことは救命率に直接関わる。そのため、救急看護師にとって心肺蘇生の技術を身につけることは必須である。しかし、重篤な状態で治療を受ける ICU病棟に入院中の患者が、深刻な状態から心肺停止状態へ陥った場合、心肺蘇生法を実施するかどうかについては、不測の事態からの心肺停止状態とは違い事前に DNARを選択しておき、心肺蘇生術を行わないという場合もある。

今回、 ICU入院中に心肺停止状態となり、一度蘇生した後に DNAR指示となった患者が面会中に再度心肺停止状

©一般社団法人 日本救急看護学会

態となった際、家族が DNARを取り消して心肺蘇生を実施したが蘇生することはなかった事例に関する倫理カンファレンスから、 ICU看護師が心肺蘇生術を学ぶ BLSコースにおいて、エンド・オブ・ライフケアに関するセクションを設けることの必要性について検討したことを報告する。

【目的】エンド・オブ・ライフケアを包括した心肺蘇生法学習会を構築することの必要性について検討する。

【方法】平成30年8月 ICUへ入院した対象事例 A氏の倫理カンファレンス内容についての後方視的分析。

【倫理的配慮】対象患者の個人情報の保護を遵守し、対象者が特定されないよう匿名での記述とした。倫理カンファレンスに出席した看護師の個人が特定されないよう配慮し、個々の意見は尊重され一概に正解はないことを前置きで宣言してカンファレンスを進行した。研究者は eAPRINを修了している。(AP0000183884)(AP0000160465)

【結果】倫理カンファレンスでは、 DNARが取り消されたことに対し、目の前で心肺停止に陥った家族の心情に共感する意見が多かったが、医療者として心肺蘇生術を実施しても蘇生の可能性は低いと感じながら、実施したことにジレンマを感じていたという意見もあった。

【考察】心肺停止時に迅速で正確な心肺蘇生法を実施することは、救命において不可欠である。しかし、 ICUでケアを受ける患者の中には、心肺停止状態に陥った場合どうするかについて検討する時間を有する人があり、心肺停止状態に陥った場合心肺蘇生術を施したとしても救命の望みが極めて低いことが予測されている終末期の場合も多い。心肺蘇生術を実施する場合は速やかにアプローチを開始しなければならないが、ひとたび実施者に迷いが生じた場合には、その質が脅かされてしまう。 DNARという選択肢を持つ患者を多くケアする ICU看護師として、正しく確実な心肺蘇生法を身につけておくこととともに、エンド・オブ・ライフケアの知識を包括した学習会を構築することは重要な課題であることが明らかとなった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 家族ニーズ

[O16] O16群 家族ニーズ

座長:西塔 依久美(東京医科大学)

2019年10月5日(土) 11:00 ～ 12:00 第6会場 (3F 中会議室303)

[O16-2] 患者の急変時における家族の不安への対応を決める要因

○小池 信代 （医療法人社団青虎会　フジ虎ノ門整形外科病院）

[O16-3] 救命救急センターに緊急入院となった患者のキーパーソンのニーズ～重要度・満足度の年齢による比較～

○野村 桂子 （公立能登総合病院）

[O16-4] 緊急入院した高齢患者の同居をしている家族に対する関わりで学んだこと～CNS-FACE II を用いて～

○錦織 美波, 遠藤 篤也 （島根大学医学部附属病院　救命救急センター）

[O16-5] 救急看護師が体験した外傷死をきたした患者家族への支援

○永野 のぞみ[1], 中村 惠子[2], 菅原 美樹[2] （1.札幌医科大学附属病院, 2.札幌市立大学看護学部看護学科）

[O16-6] ICUに緊急入室した患者家族の思い

○庄司 直樹[1], 田中 眞里子[2] （1.社会医療法人　祐生会　みどりヶ丘病院, 2.花園大学　社会福祉児童福祉学科）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:00 ～ 12:00 第6会場)

[O16-2] 患者の急変時における家族の不安への対応を決める要因

○小池 信代 （医療法人社団青虎会　フジ虎ノ門整形外科病院）

【はじめに】

先行研究により、終末期医療のありかた、患者や家族の納得する終末期を迎えるには医療者の協力が大きな鍵となることについては明らかとされている。しかし、患者の急変時における家族の不安への対応を決める要因については明らかとされていないため、明らかとすることで、患者と家族の双方にとってより良い終末期を迎えることに繋がると考え、本研究を取り組むこととした。

【研究目的】

患者の急変時における家族の不安への対応を決める要因を明らかにすることを目的とした。

【研究方法】

１．研究デザイン：量的研究（質問紙調査法）

２．研究対象者： A病院に勤務する看護師70名

３．研究期間：2018年3月～2019年5月

４．調査内容：自作の自記式質問紙を作成し、『対象者の基本的属性』『急変時の対応に関する内容』の2大項目に分類し無記名での調査を実施した。

５．データの分析方法

１） Excel2010を使用し、各質問間の単純集計を実施後16項目でクロス集計およびχ^2検定を実施した。

２）有意水準は5%未満とした。

３）「急変時同意書の記入時に不安を聞いた時の対応」「家族の不安に対応する時に心がけていること」の2項目について、記述内容を類似性の観点からコード化、サブカテゴリー化、カテゴリー化の3段階で分類した。

【倫理的配慮】

研究協力施設の倫理審査で承認を得た。対象者には、研究の目的・方法・研究協力は自由意思であることを書面で説明し、質問紙の回答および提出をもって同意を得たものとみなした。

【研究結果】

調査の結果、対象の基本的属性で年齢は、『30代』が全体の3割以上を占めていた。看護師経験年数は、『1年～10年までの者』が全体の半数近くを占めていた。『急変時の意思決定に立ち会った経験』は、「患者の急変に遭遇した経験」「急変時に家族へ連絡した経験」、『急変時同意書の記入時に困った経験』は、「急変時同意書の記入時に不安を聞いた経験」「急変時に疑問を聞いた経験」の計4項目との間に有意差を認めた。

また、「急変時同意書の記入時に不安を聞いた時の対応」は、質問紙の記述内容から24のコードが抽出された。24のコードから8のサブカテゴリーが抽出され、8のサブカテゴリーから4のカテゴリーが抽出された。「家族の不安に対応する時に心がけていること」は、質問紙の記述内容から36のコードが抽出された。36のコードから12のサブカテゴリーが抽出され、12のサブカテゴリーから4のカテゴリーが抽出された。

【考察】

本研究調査により、患者の急変時における家族の不安への対応を決める要因として、患者の急変に遭遇した経験、急変時に家族へ連絡した経験、急変時同意書の記入時に不安を聞いた経験、急変時同意書の記入時に疑問を聞いた経験など、看護経験が大きく関係している点が示唆された。また、急変時同意書の記入時に不安を聞いた時の対応は、《急変時対応の説明》《同意書についての説明》《家族の想いを尊重する》《家族の理解度を確認する》という4のカテゴリーが抽出されたことから、家族の不安を具体的に確認し、想いを受け止め、尊重することが大切だと考える。

また、家族の不安に対応する時に心がけていることは、《家族の想いを尊重する》《患者の想いを尊重する》《関わる時の態度・姿勢》《家族の精神的なサポートを心がける》という4のカテゴリーが抽出された。このことから、家族の不安に対応する時には理解できていないことを説明するだけではなく、家族の想いや患者の想いを傾聴し、精神的なサポートが重要であると考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:00 ～ 12:00 第6会場)

[O16-3] 救命救急センターに緊急入院となった患者のキーパーソンのニーズ～重要度・満足度の年齢による比較～

○野村 桂子 （公立能登総合病院）

【目的】
救命救急センターに緊急入院された患者のキーパーソン（以下 KPとする）におけるニーズの重要度と満足度について、年齢による違いを明らかにする。
【方法】
単一回答法・自記式を用いた質問法による量的研究。対象者は A病院の救命救急センターに入院し、3日目～5日目が経過した患者の KPとした。データ収集方法は Critical Care Family Needs Inventory Japanese Versionの項目を使用し作成した。得られた回答は4段階リッカート法を用いてスコア化した。基本属性としてKPの性別・年齢・患者との関係・患者の診療科について調査し、自由記載はありのままに記載した。データの分析は、質問紙の回答を点数化した。年齢を30～64歳（壮年期）と65～80歳（老年期）に分け、重要度・満足度を項目別に平均値を求め、それぞれをマンホイットニーの U検定で分析。統計学的水準は1%未満とした。
【倫理的配慮】
A病院の倫理審査委員会の規定に沿って審査を受け、承認を得て実施した。
【結果】
一人暮らしや高齢者世帯が多い地域に住む KP 9名のうち、同意・回答を得られたのは8名、有効回答率は７名で87.5%であった。対象者の概要は壮年期が3名（42.9%）、老年期が4名（57.1%）であった。重要度の比較では「保証」・「サポート」のニーズが老年期に比べて壮年期の方が優位に高かった。満足度の比較では「保証」のニーズが壮年期に比べて老年期の方が優位に低かった。自由記載については壮年期では、「面会フリーの方が嬉しい。」老年期では、「患者が努力すれば改善できる予想も交えて希望の光も残し、最悪の状態も話してほしい。」等の回答があった。
【考察】
「保証」のニーズの重要度では壮年期の方が有意に高く、その一方で満足度が有意に低かった。壮年期は社会的地位を獲得し、家族の生活を支えるため奔走する時期である。また、社会・家庭において責任と重圧がかかる時期であり、よりはっきりとした保証を求める傾向があると考えられる。「保証」のニーズの満足度に関しては、老年期の方が有意に高かった。老年期は、独り暮らしや高齢者の夫婦で生活している場合が多く、親族が遠方に住んでおり、身寄りがない場合が多い。 KPが治療や介護を受けている場合も多く、患者の入院が KP自身の健康状態の悪化につながりやすい。さらに、患者の状態の説明や入院の手続きが複雑で戸惑うことも多い。老年期は、治療や看護に関して「おまかせします。」と医療者に委ねる傾向がある。看てもらえるだけでもありがたいという心理から、現状で満足している傾向があると考えられる。また、医療者との関係を良好に保ちたいという感情から、本心が言えないということも考えられる。「サポート」のニーズの重要度では、壮年期の方が有意に高かった。近年、核家族・三世代世帯は減少傾向であり、さらに小規模化・多様化している。親世代と同居が多い時代に比べ協力が得られにくい等の理由から、支援を必要とする傾向があるのではないかと考えられる。また、壮年期の自由記述から「面会フリーの方が嬉しい。」と回答がみられた。これは社会的な問題から、定められた時間での面会が困難なことが理由として考えられる。

(2019年10月5日(土) 11:00 ～ 12:00 第6会場)

[O16-4] 緊急入院した高齢患者の同居をしている家族に対する関わりで学んだこと～ CNS-FACE II を用いて～

©一般社団法人 日本救急看護学会

○錦織 美波, 遠藤 篤也 （島根大学医学部附属病院　救命救急センター）

【はじめに】 A病院救命救急センター病棟には認知症の高齢者の入院が多い。さらに、在室日数も少なく、私は普段緊急入院した高齢者の家族がどのようなニードをもっているのか把握することが困難であると感じていた。今回、変化する家族のニードをとらえるため CNS-FACE II を用いてニードを抽出・アセスメントし、それに基づいて看護を提供した。不穏の患者に対して、家族が積極的に関わりを持とうとする症例であり、家族の、患者に対する思いの強さを感じた。そのため、家族が患者のサポートをすることができるように看護を行うことで、家族の気持ちに寄り添うことができたと考えられるため報告する。【方法】慢性硬膜下血腫に対して緊急で穿頭ドレナージ術を施行され入院した患者の同居している家族に対して、 CNS-FACE II を用いて評価を行い、そのアセスメントに基づき看護計画の立案・看護介入を行った。【倫理的配慮】 A病院看護部倫理員会の承認を得た。研究に必要な情報を取り扱う際は、個人が特定できないように十分に配慮し、取り扱いは研究者のみが行い管理した。【事例紹介】90代女性の患者。要介護2で入院前の ADLはほぼ自立。今回、左慢性硬膜下血腫に対して緊急で穿頭ドレナージ術施行され、20時頃病棟へ入室。入室時は現状認識ができておらず、指示が入らない状態であった。翌朝7時15分に頭部 CTを施行し、ドレーン抜去となった。長女夫婦と同居し、長女が主介護者であり、今回の対象とした。【看護の実際】1日目は情報、保証、接近、安楽・安寧、情緒的サポートのニードが高値であるという結果が得られ、それぞれのニードに対して以下のような看護介入を行った。保証のニードについて、家族に対して看護処置などについて詳細に説明を行った。情報のニードに対しては、医師の ICに同席し、家族の理解度を確認し補足を行った。接近のニードに対しては、家族が患者と関わることができるようにルート類などベッド周囲の環境調整を行った。安楽・安寧、情緒的サポートのニードに対しては、家族へ休んでもらうよう積極的な声掛けや、患者家族控え室の案内・情報提供を行い、休んでもらえるように配慮を行った。また、接近・保証のニードが高値であったため、家族が患者のそばにいたい、役に立ちたいという思いを叶えるために、家族と患者が近づけるように看護を行った。そのため、患者が抑制をせずに事故抜去などの危険なく過ごすことができた。翌朝にドレーンを抜去した後、長女より、「一晩中母や私たちに声掛けをしてくださってありがとうございました。これで安心していったん家に帰れます。」との発言がみられた。【考察】概ね1日目に比べ、2日目のニードの値は下がっており、家族の反応からもニードは満たされ、看護目標が達成できた。 CNS-FACE II を使用することで、短時間の関わりの中でも家族の変化するニードを数値化することで把握できるため、在室日数の短い救命救急センター病棟においても個別性のある看護介入ができると考えられる。また、夜勤帯であり看護師の人数が少なく、メンバー全員で情報共有を重ねることができたため、チームで一貫した看護を提供できたと考えられる。【終わりに】今回は、家族に患者のサポート意欲がある症例であった。家族が患者と安全・安楽、安心して関わることができるように看護介入を行うことで、家族のニードを満たし、不安を軽減できた。 CNS-FACE II の結果からも、今回の関わりが家族の不安を軽減させることに繋がった。今後は、様々な属性の患者・家族に CNS-FACE II を用いて看護を行っていくことが課題となる。

(2019年10月5日(土) 11:00 〜 12:00 第6会場)

[O16-5] 救急看護師が体験した外傷死をきたした患者家族への支援

○永野 のぞみ[1], 中村 恵子[2], 菅原 美樹[2] （1.札幌医科大学附属病院, 2.札幌市立大学看護学部看護学科）

1.はじめに

救急領域での死の特徴として突然死がある。突然死とは、内因死と外因死に分けられ、外因死には外傷死が含まれる。外傷死をきたした患者家族は、突然の出来事に大きな衝撃を受け、死別後には複雑性悲嘆に陥りやすい特徴がある（原田，2006）。救急看護師にとって、外傷死をきたした患者家族への支援は非常に重要な役割がある。文献検討の結果、外傷死の家族支援について明確な記載がある文献は見当たらなかった。そのため、救急看護師が体験した外傷死をきたした患者家族への支援内容と困難を明らかにしたいと考えた。

2.目的

救急看護師が体験した外傷死をきたした患者家族への支援内容と困難を可視化する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

3.方法
　看護師経験3年以上の看護師5名を対象に、インタビューガイドを用いて半構成的面接によりデータ収集を行った。分析方法は、逐語録作成後、支援内容と支援する際の困難をコード化し、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーを生成した。札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会の承認を得て実施した。
4.結果
　データ収集期間は平成30年3月～4月である。分析の結果〈238コード〉《108サブカテゴリー》［19カテゴリー］【7コアカテゴリー】を抽出した。7コアカテゴリーのうち、外傷死をきたした患者家族への支援は5コアカテゴリーで【複雑性悲嘆を予防するための支援】【不安を助長しないための支援】【限られた時間で支援するための工夫】【死別期の支援】【身体疲労への支援】で構成した。【複雑性悲嘆を予防するための支援】には［身体損傷のある患者の人権を守るための支援］［身体的損傷による家族の衝撃を緩和する支援］［自責の念を軽減するための支援］という外傷死の特徴的なカテゴリーを抽出した。支援する際の困難は2コアカテゴリーで【時間や空間が限定されている困難】【家族の心情を慮ることができない困難】で構成した。
5.考察
　本研究の結果から、外傷死のコアカテゴリーとして【複雑性悲嘆を予防するための支援】が明らかとなり、［身体損傷のある患者の人権を守ための支援］［身体的損傷による家族の衝撃を緩和する支援］という外傷死の特徴的なカテゴリーが含まれていた。先行研究では、外傷死をきたした患者家族は、死別後には複雑性悲嘆に陥りやす特徴があり（原田，2006）、悲嘆のプロセスを阻害する背景の一つに身体損傷がある（坂口，2015）。家族が複雑性悲嘆に陥らないようにするためには，家族が悲しみを表出することが重要である（原田，2014）と述べられている。患者家族が、患者の身体損傷を目の当たりにすることは、突然の死別による悲痛に加え、より一層の衝撃を与えることになる。本研究で明らかとなった、身体損傷による家族の衝撃を緩和する支援と身体損傷のある患者の人権を守るための支援は、外傷死の特徴である複雑性悲嘆を予防するために重要な家族支援であると言える。また、［自責の念を軽減するための支援］に関して先行研究では、家族が自責の念を抱くことは悲嘆反応のひとつであり，その反応を理解し傾聴的に関わることが必要である（吉田，2016）と述べている。突然の死別による精神的な特徴として、自責の念を抱く事を念頭に置き、外傷死をきたした患者家族と関わることが重要であると考える。
　外傷死では、時間や空間が限定されていることから、患者家族へ支援する際には困難を抱きやすいが、救急看護師は外傷死をきたした患者家族に対して、限られた時間内で支援ができるよう工夫をしながら様々な支援を行なっていることが明らかとなった。

(2019年10月5日(土) 11:00 ～ 12:00 第6会場)

[O16-6] ICUに緊急入室した患者家族の思い

○庄司 直樹[1], 田中 眞里子[2] （1.社会医療法人　祐生会　みどりヶ丘病院, 2.花園大学　社会福祉児童福祉学科）

Ⅰ．はじめに
　ICUには集中治療を要する患者が入室する。突然に発症し、患者は生命の危機に陥ることが多く、クリティカルケアを受ける患者の家族は突然の予測しない出来事に混乱し、危機的状況に陥りやすいと言われている。危機的状況下に置かれた家族との関わりについて、援助の重要性を感じながらもその関わりに戸惑い、さらに処置や検査といった診療の補助が優先となってしまい、意図的に介入することが出来ないことも多い。これらのことを踏まえ、危機的状況に陥った患者家族の思いを知ることが必要であると考えた。
Ⅱ．研究目的：危機的状況に陥った患者の家族の思いを知ることで、これで良かったと家族が思えるような関わりの実践的資料とする。
Ⅲ．研究方法
研究デザイン：事例研究
２．研究協力者： ICUに緊急入院して意識障害をきたしている患者に関わる家族で、研究の主旨を理解し、同意が得られた家族。他の症例で、患者の家族心理をフィンクを使用して考察されていた文献を見て、今回家族の心

©一般社団法人 日本救急看護学会

理を考察するのにフィンクを使用すると分かりやすく考察できると考えたため
Ⅳ．倫理的配慮
患者の家族である長女に説明を行い、同意を得た。研究の為に知り得た情報は，インターネットから隔絶されたパソコンを使用し情報入力管理する． 研究への参加は研究協力者の自由意思に基づくものでインタビューを受ける可否の判断は自由であり不利益を受けることがないこと、研究参加に同意したあとでも取り止めが可能であることとした
Ⅵ.結果と考察
入院1日目、手術が終わり ICU入室後10分程度患者と面会後の長女・次女に面談室にてインタビューを行った。長女は、「なにがなんだか分からなくてとりあえず急がないと命に関わると思った。」次女は、「私はもう年齢やし悲しいとか大変とかそういう気持ちもあったんですけど、とりあえずなにを優先して考えたらいいのか分かりませんでしたね。」との語りがあった。ここでは、フィンクの危機モデルでは最初の心理的ショックの時期で動揺があることうかがえた。手術後に長女・次女共に患者に触り「大丈夫？痛くない？」と声をかけ始めた触れる行為により、患者との関係性を維持することが出来ると考えられる。看護師は、家族が患者に様々な方法で触れることはコミュニケーションを維持するために必要である。ことの重要性を家族が気付くよう促すことが必要であると考える。入院12日目、永眠される。後日長女に面会することが出来たため心境を伺うと「今までの母との思い出を振り返ったりすることができて手術してよかったなと思います。」と語られた。また、「面会にいくと看護師さんがいつも状況を説明していただいてとても分かりやすかったです。」家族はいつも不安抱えており、時間制限のある面会の中で看護師の言葉は、家族にとって大きなものであったと考えられた
Ⅶ．結論
今回の研究では，患者家族は緊急入院することで大きな不安を抱える。その中で患者家族なりに患者とコミュニケーションをとり、今の患者の状況を理解しようとする。私たち看護師は家族の気持ちを理解し患者と家族が出した結果に対して、これで良かったと家族が思えるような関わりが大切である。これらを踏まえ今後の実践につなげていきたい。
参考文献
1)山勢博彰：フィンクの危機モデル,Heart nuesing,14(11),13-18,2001

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 看護教育

[O17] O17群 看護教育③

座長:藤井 美幸(国立国際医療研究センター病院)

2019年10月5日(土) 09:00 ～ 09:50 第7会場 (3F 中会議室304)

[O17-1] 一般病棟看護師の急変対応に関する研修の実態 -Rapid Response Systemの有無に着目して-

○吉田 亜子[1], 中村 恵子[2], 菅原 美樹[3] （1.北海道大学病院 看護部, 2.札幌市立大学大学院 看護学研究科, 3.札幌市立大学 看護学部）

[O17-2] 訪問看護師を対象にした患者急性症状の初期対応セミナーの研修設計

○與賀田 洋[1], 増山 純二[2], 張岳 輝子[3], 宮田 佳之[3], 本田 智治[3], 岸川 貴司[4], 石井 美保子[5], 山口 和美[6]（1.医療法人　伴帥会　愛野記念病院　看護部, 2.長崎みなとメディカルセンター　救急部, 3.長崎大学病院　看護部, 4.長崎医療センター　看護部, 5.長崎みなとメディカルセンター　看護部, 6.川棚医療センター　看護部）

[O17-3] 院内急変時の病棟看護師と救急看護師との協働を目指したフローチャート作成について

○恩田 幸枝, 喜瀬 裕美 （武蔵野赤十字病院救急センター）

[O17-4] 災害時マニュアル導入によるスタッフの意識変化

○酒井 加奈子, 渡辺 覚 （医療法人社団東光会　戸田中央総合病院）

[O17-5] ERでの血液培養検査の手順統一化からみる今後の課題

○池澤 友朗, 田邊 光司, 酒井 由夏, 町田 清史 （医療法人近森会近森病院救急救命センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 09:50 第7会場)

[O17-1] 一般病棟看護師の急変対応に関する研修の実態 -Rapid Response Systemの有無に着目して-

○吉田 亜子[1], 中村 惠子[2], 菅原 美樹[3] （1.北海道大学病院 看護部, 2.札幌市立大学大学院 看護学研究科, 3.札幌市立大学 看護学部）

【目的】一般病棟では，患者の急変に遭遇する頻度は日常的に少ないが，急変の場合，看護師はその第一発見者になることが多い．そのため，急変に適切かつ迅速に対応するため，看護師は研修で多くの知識や技術を学ぶ．また近年，院内迅速対応システム Rapid Response System（以下， RRS）を導入する病院が増えている．本研究は，一般病棟看護師の急変対応に関する研修の実態を RRS運用の有無に着目して調査することを目的とした．
【方法】研究デザインは実態調査研究．対象は臨床経験3年目以上の一般病棟看護師540名．調査期間は2018年7月から2018年9月．調査方法は，郵送法による無記名自記式質問紙調査．調査内容は，基本属性，急変対応に関する研修で学んだ経験，急変対応および心肺蘇生法の経験，急変対応に関する研修後の看護実践の変化および看護実践への活用などとした．分析方法は，記述統計量を算出後，χ^2検定を行い（p<.05），急変対応に関する研修で学んだ経験の特徴および課題を検討した．
【倫理的配慮】 A大学大学院看護学研究科倫理審査会で承認後，実施した．
【結果】質問紙の配布数は49施設540部，回収数300部（回収率55.6%），有効回答数288部（有効回答率53.3%）であった．288名中，急変対応に関する院内（部署内を含む）研修を受けた経験は，あり280名（97.2%），なし8名（2.8%）， 急変対応に関する院外研修を受けた経験は，あり143名（49.7%），なし145名（50.3%）， 急変対応の経験は，あり282名（97.9%），なし6名（2.1%），心肺蘇生法の経験は，あり247名（85.8%），なし41名（14.2%），所属病院の RRSの実施は，あり116名(40.3%)，なし172名(59.7%)であった． RRS実施の有無と急変対応に関する研修を受けた経験の有無，急変対応の経験の有無，心肺蘇生法の経験の有無をそれぞれ比較した．その結果，3者ともに有意差はなかった（p>.05）．急変対応に関する研修内容別経験回数では，一次・二次救命処置の割合が高く，コミュニケーション技法，チームマネジメント技法の割合は低かった．また，急変対応に関する研修内容の BLS， AED， ACLSの経験ありおよび各研修経験6回以上の割合は，それぞれ RRS実施ありの方が高かった．
【考察】 RRS実施の有無に関わらず，交代制勤務を行う一般病棟看護師の研修の経験に大差はなかった．また，急変対応に関する院内研修を受けた経験ありの回答は，全体の97.2%と高い割合を占めた．これは，新人看護職員研修ガイドラインが作成され，2010年より新人看護職員研修が努力義務化となったこと（厚生労働省，2014），2007年の医療法改正により，すべての医療機関の全職員に対して医療安全研修会を年2回実施することが義務化となったことが要因であると考える．医療機関によって急変対応に関する研修の内容や実施回数に違いはあるが，患者の救命が迅速に行われるよう，急変対応に関する研修について組織的な整備を行っていることを示したと考える．一般病棟看護師の急変対応に関する研修の課題は，一次・二次救命処置などの technical skillの研修だけでなく，チーム医療に必要なコミュニケーション技法やチームマネジメント技法などの non-technical skillの研修の機会を増やすこと，急変対応に関する職場内実務教育 OJTの課題は，急変対応や心肺蘇生後の経験後，カンファレンスや事例検討の場を設け，経験学習の機会を増やすことである．

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 09:50 第7会場)

[O17-2] 訪問看護師を対象にした患者急性症状の初期対応セミナーの研修設計

○與賀田 洋[1], 増山 純二[2], 張岳 輝子[3], 宮田 佳之[3], 本田 智治[3], 岸川 貴司[4], 石井 美保子[5], 山口 和美[6] （1.医療法人　伴帥会　愛野記念病院　看護部, 2.長崎みなとメディカルセンター　救急部, 3.長崎大学病院　看護部, 4.長崎医療センター　看護部, 5.長崎みなとメディカルセンター　看護部, 6.川棚医療センター　看護部）

©一般社団法人 日本救急看護学会

1.はじめに
　日本は全国の救急車搬送の60%以上が高齢者の搬送となっている。在宅で医療行為が可能である患者の搬送も少なくはない。しかし、判断を間違えると重症度が高くなるのも高齢者救急の特徴である。地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築を図るためにも、重症度が高くなる前に病院受診を促し、かつ、救急車を呼ぶなどの緊急度の判断ができる訪問看護師が必要とされた。そこで、 A県救急看護認定看護師会では、訪問看護師を対象に「患者急変の前兆に気付く」をテーマにセミナーを実施した。
2.目的：訪問看護師を対象にした「患者急変の前兆に気付く」セミナー設計について検討する。
3.セミナー内容
1)対象/研修時間：訪問看護師/4時間
2)目標：迅速評価ができる/一次評価が出来る/緊急度の判断ができる/SBAR報告ができる
3)研修方法：講義、シミュレーション教育
4.研究方法：研究期間は平成31年4月、研究対象はセミナーを受講した訪問看護師とし、研修終了数ヶ月後に、質問紙を用い「迅速評価」「一次評価」「二次評価」「緊急度判定」「 SBAR報告」の在宅医療現場での活用状況を調査した。その上で、セミナーの設計について、 ADDIEモデルをもとに「分析」「設計」の工程を評価する。
6.倫理的配慮： A病院倫理委員会にて承認を得た。
7.結果：20名に質問紙を送付し、11名（回収率55%）から回答を得た。看護師経験年数は11名全員が10年以上、急変対応の経験も11名全員経験があった。セミナー終了後の急変経験は6名（54.6%）であった。セミナーの学習内容の活用について、「活用できている」「まあまあ活用できている」の割合は、「迅速評価」90%,「一次評価」54%,「二次評価」55%,「緊急度判定」72%,「 SBAR報告」55%であった。
7.考察
1)分析
　訪問看護師を対象にした「患者急変の前兆に気付く」のセミナーは、病院内でのセミナーを応用して実践した。訪問看護師の場合は、患者急変対応ではなく、急性症状に対して急変しているかを判断、つまり、緊急度を判断することが重要であり、その概念を浸透させていく必要がある。今回のセミナーでは、救急車適応の患者の見極めを中心に、セミナー設計を行った。今後は、訪問看護師によるトリアージとして、プロトコールを作成していき、多くのシチュエーションの中で判断できるセミナーを構築していく必要がある。
2)設計
　研修時間、研修目標については、研修時間を踏まえると研修目標は妥当であると考える。しかし、研修内容に二次評価を講義やシナリオの中に入れている点については、研修目標と研修内容の整合性が図れていなかった。アンケートの結果、研修内容に二次評価を入れていることもあり、半数が活用していると答えている。しかし、一次評価の活用度は低く、その中での緊急度の判断の妥当性については不安が残る。そのため、迅速評価、一次評価に焦点を当て確実に目標達成をさせる必要がある。研修方法としては、訪問看護師は経験値は高く、患者の異常を気付くことができるが、それを言語化することが課題であるため、シミュレーション教育でのセミナー設計は妥当であったと考える。
8.結論
「患者急変対応」ではなく、「患者急性症状の初期対応」とし、訪問看護師を対象にしたトリアージのプロトコールを作成した上で、トリアージの概念を中心にセミナーを設計する。研修内容は、迅速評価、一次評価に焦点をあて確実に救急車の適応を見極めることを目的に、シミュレーション教育を取り入れたセミナーを設計する。

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 09:50 第7会場)

[O17-3] 院内急変時の病棟看護師と救急看護師との協働を目指したフローチャート作成について

©一般社団法人 日本救急看護学会

○恩田 幸枝, 喜瀬 裕美 （武蔵野赤十字病院救急センター）

院内急変時の病棟看護師と救急看護師との協働を目指したフローチャート作成について
○恩田　幸枝（おんだ　ゆきえ）、喜瀬　裕美　武蔵野赤十字病院救急センター
【はじめに】当院では急変発生時に救命科医師と救急センター看護師（以下、救急看護師）が急変現場へ駆けつける緊急コールシステム（以下、院内 HOT LINE）がある。急変現場へ駆けつけた救命科医師と救急看護師1名が病棟看護師と協働し救命処置を行うシステムである。しかし、病棟看護師と救急看護師の院内 HOT LINEに対する認識の違いから急変現場でスムーズに協働出来ず、出動する救急看護師や、病棟看護師双方から困惑する声が上がっていた。そこで院内 HOT LINEに対する認識の違いをなくし、病棟看護師と救命科医師・救急看護師が協働し救命処置を行う事を目指し院内 HOT LINEフローチャート（以下、フローチャート）の作成を試みた。フローチャート作成過程で課題が明らかになったので報告する。
【目的】病棟看護師・救命科医師・救急看護師が協働し、安全かつ迅速な救命処置を行うためのフローチャートを作成する。
【期間】2017年7月1日から2019年3月31日まで
【対象・方法】1期①院内 HOT LINEを担当救急看護師18名・アンケート調査 ②①の結果をもとに心肺停止を想定した病棟看護師と救命科医師・救急看護師の役割・行動を明確にしたフローチャートの原案を作成
2期①フローチャートを用いて救急看護師とシミュレーションを3回実施　②シミュレーションに参加した救急看護師21名・アンケート調査 ③②の結果をもとにフローチャート原案を改定した。
3期 当院の急変対応能力向上委員会、委員看護師27名へフローチャートを提示　病棟に読み合わせを依頼し、委員を通じ病棟の意見聴取を行った
【倫理的配慮】アンケートや意見聴取では個人が特定されないように配慮した。また発表にあたり対象者の承認を受け、院内の看護研究推進委員会の倫理審査で承認を得た。
【結果・考察】院内 HOT LINEを担当する救急看護師へ行った事前アンケート調査では、回答のあった16名中11名から「病棟看護師から急変時の申し送りがない。」「病棟看護師に看護記録や、家族等への連絡を依頼したかったが病棟看護師がその場に不在だった。」等の意見がでた。それを受けフローチャートは、夜勤帯を想定し病棟看護師3名、救急看護師 1 名、救命科医師の心肺蘇生における各々の役割と実施する処置を時系列に明示することにした。救急看護師を対象にフローチャートを使用したシミュレーションテストを実施し、役割分担やレイアウト等の修正を重ねた。時系列と役割を縦横で表示することで視覚的に捉え、イメージが共有しやすいフローチャートとした。
シミュレーションに参加した救急看護師21名へのアンケート結果より、フローチャートがあると病棟看護師の役割と行動が明確になり役割を依頼しやすい。病棟看護師と共有したいと21名全員から回答があった。
急変対応能力向上委員会へのフローチャート配布後の意見聴取では、「院内 HOT LINEを呼べば現場を離れて他の業務へ移行していいと考えていたが病棟側にも役割があると分かった。」等の意見が聞かれた。
救急看護師へのアンケートと、病棟看護師への意見聴取から、病棟看護師の役割を明示したフローチャートの導入は、院内 HOT LINEに対する認識の違いをなくし、急変現場での協働に効果があると考える。今後は病棟看護師と合同シミュレーションテストを行い、フローチャートの完成を目指す。加えてフローチャートを病棟全体へ周知する事が課題である。

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 09:50 第7会場)

[O17-4] 災害時マニュアル導入によるスタッフの意識変化

○酒井 加奈子, 渡辺 覚 （医療法人社団東光会　戸田中央総合病院）

【目的】
　当院は地域の中核病院の二次救急指定病院となっているため、災害発生時には多くの患者が来院すると予測される。災害時に救急部の役割は重要と考えられるが、救急部独自の災害マニュアルがないこともあり個々の役割

©一般社団法人 日本救急看護学会

が明確になっていないのが現状である。今回災害時に対するイメージや意識付けを目的とし、多数傷病者受け入れマニュアルの作成・机上訓練を実施した結果を報告する。
【方法】
救急部常勤看護師を対象とし「災害について」「 CSCATTTについて」「当院の災害マニュアル」についての勉強会を実施。その後当院の地域性を考え災害を想定した地震・水害・列車・高速道路事故など災害時にマニュアルを使用した机上訓練を３～５人ごとのグループに分け実施。また実施後にアンケートを行った。
【倫理的配慮】
アンケートはクリニカルラダーのみの記載で無記名にし、本研究以外での使用はせず、研究終了後に破棄した。
【結果】
アンケート結果から災害マニュアルを理解していると回答したスタッフが46%から75%へ増加。災害発生時における救急部の役割を理解していると回答したスタッフが35%から81%へ増加。また、災害時における行動を理解していると回答したスタッフが39%から69%へ増加した。また「実際に起こりうる災害の机上訓練を受けたことで、メンバー・リーダーとしてどのような役割があり、行動をすれば良いか解った」「説明だけでなく机上訓練を受けたことで、どのように対応するか記憶に残りやすくなった」などの意見も聞かれた。
【考察】
救急部は多数傷病者受け入れ時に重要な役割を担う部署となるが、机上訓練前のアンケート結果から災害時の役割・行動を理解しているスタッフが40%以下であった。この結果より、災害教育も実施されていたにもかかわらず、意識付けが十分に出来ておらず、知識や理解も乏しかったと考える。これらに対し、勉強会では災害はいつでも発生し、身近なところでも起きること、多数傷病者受け入れが出た段階で早期に災害態勢へ切り替える重要性をマニュアルを用いて説明した。このことにより災害に対するイメージや意識付けが出来たのではないかと考える。また、リーダー・メンバーの役割を決め、実際に起こりうる事故と詳細な患者設定をした机上訓練はイメージがしやすく、災害時対応の理解へと繋がったのではないかと考える。よって、起こりうる災害を想定した机上訓練は効果的であると考える。しかし、机上訓練後も災害時の役割や行動を理解しきれなったスタッフが約30%いたことから、今回行った勉強会と机上訓練では不十分と言える。引き続き災害についての勉強会や机上訓練を行い、多数傷病者受け入れ体制の強化をしていかなくてはならないと考える。
【結論】
1.災害に対する勉強会や机上訓練を行ったことで、災害の意識付けができ、災害発生時の役割や行動を理解したスタッフが増加した。
2.起こりうる災害を想定した机上訓練は効果的で、イメージしやすく記憶にも残る方法であった。
3.災害時に対応できる環境を維持し続けるためには、勉強会や机上訓練を継続的に行っていく必要がある。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 09:50 第7会場)

[O17-5] ERでの血液培養検査の手順統一化からみる今後の課題

○池澤 友朗, 田邊 光司, 酒井 由夏, 町田 清史 （医療法人近森会近森病院救急救命センター）

【目的】 A病院 ERでは、ひと月200～300件近い血液培養検査の検体が提出されているが、施行された血液培養検査のコンタミネーション検出率が高いことが問題となっており、その原因として ERという非常に煩雑な状況で、手順を統一化できていないことが考えられた。その事から、2017年に感染管理ベストプラクティスの手法を用いて手順の統一化を図りコンタミネーション検出率の減少に努めた。ガイドラインや文献を基に手順ごとのエビテンスを明らかにし、特に遵守してほしい手順を重点項目として、 A病院 ERで血液培養を施行する ER・放射線科看護師を対象に教育を行った。教育前後の手順別遵守率とコンタミネーション検出率の推移を確認し評価を行い、その結果から考察される現状の課題と対策について明らかにした。

【倫理的配慮】 A病院倫理委員会において、研究の可否について倫理的観点から審査を受け承認を得た。調査対象

©一般社団法人 日本救急看護学会

者へ文書で説明を行い調査票の提出をもって調査への同意を得た。

【方法】調査期間2016年～2019年3月。血液培養検査の手順書の作成を行い対象者への教育を2017年11月に施行。対象者は A病院 ERで勤務する ER、放射線科の看護師スタッフ。教育方法は ER、放射線科それぞれのスタッフ会でイラスト手順書を配布し手順に沿って説明し、特に重点項目は遵守してもらうよう教育を行った。自己評価にて教育前、教育後、教育約１年半後で手順別遵守率を算出し、コンタミネーション検出率を月別で調査した。

【結果】重点項目の手順別遵守率については教育後に上昇し、1年半後もその推移を維持できている。ただ、手指衛生の遵守率（特に手技施行前）が教育前73%、教育後89%だったのに対し、教育１年半後は58%と大きく低下している結果となった。コンタミネーション検出率は教育前に比べ著名に低下してきているものの、月別によっては当院目標値3.0%を上回る事もみられている。また、 A病院で施行されている血液培養検査の検体には採血者の名前を記載するルールを設けており、2018年に ERが提出した血液培養より検出されたコンタミネーション菌の割合として、医師が約70%、看護師が約30%と医師が採血した検体のほうがコンタミネーション菌の割合が多い結果が明らかとなった。

【考察】重点項目の遵守率維持に関しては、コンタミネーション検出率の減少の結果が可視化され、教育対象者のモチベーションにもつながり継続して実践してくれていると感じている。その反面、手指衛生のコンプライアンスが低いという問題が明らかとなり、コンタミネーション菌の内容も皮膚常在菌の割合が高く、手指衛生の遵守率の低下も問題の一つと考えられた。手指衛生は病院が行う感染管理の中でも最も重要な手技の一つであり、積極的な注意喚起を行い、手順の重点項目に加え再教育を行うなど対応が必要であると考える。看護師に比べ医師のコンタミネーション検出率が多い結果となっている背景として、今回の教育は看護師対象にしか行っておらず、医師の手順の統一化ができていないことも問題の一つであると考えられる。また、医師は大腿動脈からの採血の割合が高く、多数の文献や先行研究でも鼡径部からの採血ではコンタミネーション検出率が上昇するという報告があり、今後は橈骨動脈などの上肢からの採血に切り替えるなど対応することが必要であると考える。今後、動脈血での血液培養採血の手順書を作成し、医師を対象にした教育指導を行い更なるコンタミネーション検出率減少へ向けた活動を行っていきたいと考えている。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 看護教育

[O18] O18群 看護教育④

座長:山中 聖美(山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター)

2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第7会場 (3F 中会議室304)

[O18-1] 院内出張研修「正しい臨床判断に基づいた小児患者急変時に看護師が行うべきこと」の導入、その効果と今後の課題

○森口 ふさ江[1], 芝田 泰子[2] （1.横浜市立大学, 2.国立成育医療研究センター）

[O18-2] 救急外来で日当直をする専属外看護師の教育体制の検討 -専属外看護師が求める教育体制-

○根岸 陽子, 安藤 睦子, 天野 淳 （秦野赤十字病院）

[O18-3] 病棟内教育で初期治療室看護を経験した訓練生の思い

○須永 準里, 中田 哲也, 寺内 浩美, 寺﨑 順子 （獨協医科大学病院）

[O18-4] 高度救命救急センターに配置転換した看護師の支援に対する実態調査

○東 寛華, 小宮 加奈子, 今泉 香織, 松藤 彩, 宮崎 恵美子 （佐賀大学附属病院高度救命救急センター）

[O18-5] 救命救急センターの救急外来実習における看護学生の体験

○本田 智治[1], 大山 祐介[2], 橋爪 可織[2], 松浦 江美[2], 永田 明[2] （1.長崎大学病院 高度救命救急センター, 2.長崎大学 生命医科学域保健学系）

[O18-6] 看護師とスポーツトレーナーを目指す大学生の救命行動に対する実施意思

○佐藤 元信, 高山 さゆり, 河合 桃代 （帝京平成大学）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第7会場)

[O18-1] 院内出張研修「正しい臨床判断に基づいた小児患者急変時に看護師が行うべきこと」の導入、その効果と今後の課題

○森口 ふさ江[1], 芝田 泰子[2] （1.横浜市立大学, 2.国立成育医療研究センター）

目的：特に急変・重症化しやすい小児患者の病院内急変時において、ファーストレスポンダーとして対応することが多い看護師の患者急変時教育は重要である。今回、小児専門病院において、看護師が患者の症状を多角的にアセスメントし、正しい臨床判断に基づきより自律的かつ迅速な対応を取るための研修プログラムを考案し、講義型の全体研修ではなく、講師が各部署に出向く出張形式を取った受講者参加型研修を実施したので、その効果と今後の課題を報告する。

研修内容：
１）患者急変時研修プログラム「正しい臨床判断に基づいた小児患者急変時に看護師が行うべきこと：コース１患者の変化を見逃さない、およびコース２医師到着後に行うべきこと」を、受講希望者の所属する部署に講師が出向き研修を実施する。
２）研修時間は、90分で行われ、コース1，コース2共に、ミニレチャー、ビデオ演習またはハンズオン演習、チームシミュレーションで構成される。
研究方法
１）研修対象者： T県小児専門病院に勤務する小児病棟看護師で当該研修を
受講した56名。
選定条件：一般小児病棟看護師で、性別、経験年数は問わない。
除外条件：手術室看護師、 ICU、 NICU看護師。
２）研修の前後に受講者に対する無記名式アンケートを実施し、その回答
結果を後方視的に検討した。
研修前のアンケートでは、所属部署、経験年数の他に、心肺蘇生研修
受講歴、院内患者急変経験の有無、急変対応時の自信の程度などを
質問した。研修後のアンケートでは、研修の理解度および満足度、
今後の急変対応時の自信の向上度などを質問した。

結果：
2018年３月から2019年4月の間に、コース１を39人、コース２を17人が受講した。
研修受講前のアンケートでは、患者急変時の対応に自信がないと答えた受講者は96%であったのに対し、研修受講後のアンケートでは、今後の急変対応に自信がないままであると答えた受講者は12%であった。自信がないままであると答えた受講者の全員が、経験年数2年目以下であった。
また、研修受講後のアンケートにおいて、研修を受講して良かった、研修内容を急変時対応に役立てることが出来ると答えた受講者は100%、今後の患者急変時には、状況を予測しながら自発的に行動出来ると思うと答えた受講者は86%であった。

考察：
新しい試みとして行われた本研修は、その目的において有効であったと考える。研修後も急変時の自信向上度が低かった経験年数の低い看護師には、研修方法の再検討が必要である。
また、出張形式をとったことにより、少人数制となり、受講者のニーズに合わせた研修内容にすることが出来たことが、受講者の満足度につなが
ったと考える。一方、研修の問題点として、受講希望者の勤務時間が延長することにより、開始時間が遅れたり、途中からの受講になったり、研修募集後半では、殆ど全ての小児病棟において超過勤務時間が長時間化した時期が続き、コース２の受講者が減少したという問題があり、勤務時間外における自己研鑽としての研修の限界

©一般社団法人 日本救急看護学会

と考え、今後の課題としたい。

(2019年10月5日(土) 10:00 〜 11:00 第7会場)

[O18-2] 救急外来で日当直をする専属外看護師の教育体制の検討 -専属外看護師が求める教育体制-

○根岸 陽子, 安藤 睦子, 天野 淳 （秦野赤十字病院）

研究目的
Ａ病院の救急外来は夜間休日の勤務(以下日当直とする)を救急外来専属看護師(以下救外看護師とする)以外の外来看護師（以下専属外看護師とする）も勤務する。専属外看護師が日当直を行う前、救外看護師又は他の専属外看護師(以下指導看護師とする)から3〜4回の指導後１人立ちするが、指導看護師は毎回異なりチェックシートでの評価もなく、指導内容はその時の指導看護師に任され1人立ち後に不安がないか疑問に感じた。今回日当直前のオリエンテーション(以下オリとする)の有無、１人立ち後に困ったことの有無とそれに対して取った行動、求める支援等を調査し、今後の専属外看護師の指導や支援につながる方法を明らかにする。
研究方法
専属外看護師17名に自由回答式質問紙を配布、得られた情報をＫＪ法を用いて分類し特徴的なものをカテゴリー化し分析。
倫理的配慮
研究への参加は自由で目的や匿名性の厳守等書面で説明、回答をもって同意とした。本研究は A病院看護部の倫理的審査で承認を得た。
結果
16名から回答、回収率は94.1%。日当直に入る前に指導看護師からオリがあった専属外看護師は12名75%。1人立ち後に困ったこと等を感じている専属外看護師は16名100%、3カテゴリーで1．知識、2．技術、3．その他であった。不安に感じたことが解消できなかった内容は4カテゴリーで1．経験・勉強不足、2．マニュアル等を確認するタイミング、3．教える側の問題、4．漠然とした不安であった。求める支援はマニュアル作成、事前オリの要望、チェックシートに基づいた指導であった。救急外来で必要な知識・技術・業務について習得度の評価を望む専属外看護師は13名81%だった。
考察
Patricia Bennerは、どんな看護師でも経験したことのない科の患者を扱うとき、ケアの目標や手段に慣れていなければその実践は初心者レベルである、と述べている。専属外看護師は、 Bennerのドレイファスモデルの技術習得段階によれば自部署では達人レベルだが、救急外来では初心者レベルでありケアに不安を感じるのは当然といえる。しかし、専属外看護師は不安を感じるだけで何もしないのではなく、自ら研修に行くなど自己研鑽に努めていた。それが不安の解消につながらないのは現場での経験が少ないと言える。松尾は、社会人の能力開発の70%以上は現場での経験によってもたらされ、20%は他者の観察やアドバイスから、10%は本を読んだり研修を受けたりすることからと述べており、経験が少ないために不安の解消につながっていないと考えられる。またKolbは、学習サイクルは、「経験する」、「振り返り」、「考える」、「行動する」の4つのステップで構成される学習プロセスで、あらゆる場面で何度も使われるもの、と述べている。専属外看護師は不安をもつだけでなくKolbのいう振り返り考えるまでは行動を起こせているが、教訓を引き出して新しい状況に適応するまで行えていないため、不安の解消につながっていないと考える。このことから、専属外看護師が不安なく看護ケアが実践できるための支援体制については、専属外看護師の経験値に頼るだけでなく、経験を尊重しつつ救急外来で勤務する前にオリを実施し、指導期間中マニュアルに基づいた指導が行われるよう指導基準を作成しオリを行う。また、1人立ち後の支援としてチェックリストで個々の技術習得度を確認する。そして勤務終了時に振り返りとフィードバックを繰り返すことで、技術や知識が定着し不安が解決していくと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第7会場)

[O18-3] 病棟内教育で初期治療室看護を経験した訓練生の思い

○須永 準里, 中田 哲也, 寺内 浩美, 寺﨑 順子 （獨協医科大学病院）

【はじめに】

A大学病院救命救急センターは2013年から初期治療室看護師の教育プログラムを導入している。教育プログラムは教育を受ける看護師（以下訓練生）が時期や段階に応じて、目標を確認できる構成になっている。実際に初期治療室に搬送された患者を担当する段階では症例に対して症例レポートを作成し、指導看護師とともに症例の振り返りを行なっている。今回症例レポートを分析し、訓練生の思いを抽出した。

【目的】

A大学病院救命救急センターの病棟内教育で、初期治療室を経験した看護師が、症例を通してどのような思いを抱いたのかを症例レポートから明らかにすること。

【方法】

2013年2月から2018年3月31日に A大学病院救命救急センターに新卒で配属され、訓練生となった看護師8名を対象とした。対象者に対して口頭と文章で研究内容を説明し、同意を得た。症例レポートは訓練生が研修期間中、1回の研修につき1症例、患者情報、症状など項目に沿って自由記載している。この症例レポートの感想項目から思いを含む文章を抽出し、1記録単位とした。記録単位を内容の類似性にそって分類しサブカテゴリー、カテゴリー【】を命名した。分析・命名の過程では、救命救急領域で初期治療室経験のある看護師複数名で話し合い検討した。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように情報の取り扱いに配慮した。獨協医科大学病院看護部倫理審査で承認を得た（病看29061）。

【結果および考察】

対象者8名に対して説明し、8名の同意が得られた。59症例の症例レポートがあり、感想項目が未記入の4症例を除いた55症例の症例レポートから抽出した119記録単位を分析対象とした。記録単位は29サブカテゴリーに分類され、9カテゴリー【事前準備・介助・関わり・アセスメントを振り返り、できなかったと意味づけする】31記録単位（26.1%）、【初期治療室看護師としての技を伝承する】28記録単位（23.5%）、【情報収集・援助・アセスメントを振り返り、上手くいったと意味づけする】13記録単位（10.9%）、【理想の初期治療室看護師像を思い描く】13記録単位（10.9%）、【初期治療室看護師としての取るべき行動を思い描く】12記録単位（10.1%）、【未経験な状況に遭遇して焦り、戸惑う】９記録単位（7.6%）、【症例を通して具体的な課題を設定する】8記録単位（6.7%）、【症例を通して気づきや学びを再確認する】3記録単位（2.5%）、【自分の行動の傾向を分析する】2記録単位（1.7%）に統合された。

症例レポートからの感想では、感情表現した記録は119記録単位中9記録単位（7.6%）で認められ、ネーミングされたカテゴリーは【未経験な状況に遭遇して焦り、戸惑う】であった。20%以上の記録単位で構成されたのは、【事前準備・介助・関わり・アセスメントを振り返り、できなかったと意味づけする】、【初期治療室看護師としての技を伝承する】であり、不安などの感情表現を示した記録は少なかった。

症例レポートから訓練生は初期治療室看護師教育を受ける中で、多くの「できなかった」を経験するが、指導看護師からの助言やこうすると良いという工夫を取り入れ、看護の技を身につけようとしている実態が分かった。また、【初期治療室看護師としての取るべき行動を思い描く】、【理想の初期治療室の看護師像を思い描く】に統合されるように、研修を通して初期治療室看護師としての看護観も形成されていることがわかった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第7会場)

[O18-4] 高度救命救急センターに配置転換した看護師の支援に対する実態調査

○東 寛華, 小宮 加奈子, 今泉 香織, 松藤 彩, 宮崎 恵美子 （佐賀大学附属病院高度救命救急センター）

【はじめに】

看護師は人材育成や処遇・適材適所、組織の活性化、モチベーションの維持・向上、雇用調整目的とした配置転換（以下異動）を余儀なくされる。 A病院高度救命救急センター（以下 ECU）では1年間を通して、様々な時期に看護師が異動してくる。異動した看護師（以下異動者）の経験した年数や領域は多岐にわたり、新人教育のように一律での支援体制がない。現在は、異動者の人数や経験に応じて個別または全体の支援担当者を設定している。また、業務や処置に関しては、 ECUで使用するマニュアルを活用している。しかし、これらの支援体制について十分に検討できていない。

そのため、これまでの支援の実態や希望する支援内容について実態調査を行い、必要とされる支援について検討する。

【方法】

対象： ECUに勤務する異動者15名

調査方法：先行研究をもとに作成した無記名自記式質問紙による意識調査

調査項目：①基本属性（看護師経験年数、 ECU勤務年数、異動時看護師経験年数、経験病棟、配置転換の希望の有無）、②配置転換後の支援体制・状況（マニュアルの有無、指導看護師の有無、未経験技術の付き添い指導の有無、支えになった支援の有無・内容）③今後必要だと考える異動者への支援

分析方法：記述統計

【倫理的配慮】

A病院看護部看護研究倫理審査会の承認を得た。得られた情報は個人が特定されないように配慮し、回収したアンケート用紙や電子媒体による記録、調査データを保存する USBメモリの取り扱いは厳重に管理した。

【結果】

ECUに勤務する異動者15名に質問紙を配布し、13名から回答を得た（回収率86.6%）。異動時の経験年数は1～24年目であり、初回の異動経験者は10名（77%）、 ECUへの異動希望者は9名（69%）であった。

異動者の支援体制として、マニュアルや個別支援担当者の存在が6名（46%）であり、全て異動後１～3年目であった。異動後7年目以上の看護師は、マニュアルや専属指導がなかった。その他の支援体制として、未経験処置への付き添いが8名（62%）であった。支えになった支援体制は個別支援担当者の存在が5名（38%）、未経験の項目の説明が3名（38%）であった。異動者のストレスとして、相談相手の不在・相談のしづらさが4名（30%）、異動前との業務の違いが3名（23%）、初めての処置が2名（15%）であった。

異動者が今後の異動者に必要と考えている支援としては、個別支援担当者の存在が11名（84%）、全体支援担当者の存在が5名（38%）であった。

【考察】

看護師にとって異動は、表面上、提供される看護実践が初心者への逆戻りの経験となり、新しい環境への適応に課題が生じると言われている。 ECUでは様々な年代や性別、疾患の重症患者に対応するために、病態や治療の知識を深めていく必要がある。異動者もその経験年数や領域など背景が様々であり、必要とする支援は同じではない。その中でも、異動者に共通する課題は、人間関係の構築や、 ECUでの知識や経験の不足であった。

今回、異動者に必要な支援として、個別支援担当者の存在があがった。個別支援担当者が存在することで、まずは個々の異動者の相談相手としての役割、さらに ECUでの人間関係の構築の窓口となることが期待される。また、それぞれの異動者のレディネスを把握し、必要な学習の援助や指導者としての役割を期待することもできると考えられる。

また、個別支援を行う際にマニュアルを使用することで、標準化した看護の提供が期待できる。

以上よりマニュアルを活用した個別支援が今後の異動者支援体制に必要であることが示唆された。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第7会場)

[O18-5] 救命救急センターの救急外来実習における看護学生の体験

○本田 智治[1], 大山 祐介[2], 橋爪 可織[2], 松浦 江美[2], 永田 明[2] （1.長崎大学病院 高度救命救急センター, 2.長崎大学 生命医科学域保健学系）

【目的】

救命救急センターの救急外来における実習の学びの語りから，看護学生の体験を理解することである．

【方法】

研究デザインは Sandelowskiが論ずる質的記述的研究である．2018年6月から8月の期間で， A大学の成人看護学実習 II において，救命救急センターの救急外来で実習を修了した看護学生を対象に，半構造的面接を行った．1回のインタビュー時間は平均57．6分（45～70分）であった．インタビューでは，看護学生の実習体験による変化を調査するため，①実習中の体験について，②実習指導者および教員について，③実習前後の救急看護のイメージについてを問い，自由に語ってもらった．インタビューで得られたデータから逐語録を作成した．その後，研究目的の内容を示す語りの文節を取り出しコードとした．取り出したコードを共通点と相違点を考慮してカテゴリーを作成した．カテゴリーに含まれる学生の語りの文節を救命救急センターの救急外来における学生の体験の特徴を考慮してカテゴリー名を付けた．本研究は， A大学の倫理委員会の承認を得て実施した（許可番号18041221）．

【結果】

研究参加者は6人であった．分析の結果，学生の救急外来での実習に関わる体験を示すコードから14個のサブカテゴリーを抽出し，4個のカテゴリーが抽出された．以下カテゴリーを【　】で示す．

救急外来実習を希望する学生は，ドラマなどによって，多忙で殺伐としている救急医療現場のイメージを抱いて実習に臨んでいた．実習が開始となり，はじめて救急外来の環境をみて，綺麗，静か，開放的という意外さを知るとともに，医師と看護師が話し合いながら救急患者へ対応する場面や，一刻を争う重症患者以外の救急対応することを初めて知り，【メディアで形成された希薄な救急医療のイメージが実習によって具体的なイメージへと移行する】という変化が生じていた．さらに，救急看護は医師からの指示に従い実践するだけのイメージを抱いていたが，救急看護実践や救急患者への寝衣交換や排泄援助などの看護ケアの体験を通じて，【救急外来でも病棟と変わらない自分が学んだ看護ケアが存在することに気づく】ことができていた．また，学生は，生死の境目にいる患者に対する侵襲的な処置が行われる場面に衝撃を受け，戸惑い悲しむ患者の家族に共鳴しており，【救急医療における医療者・患者・家族の姿から，医療現場の現実を知る】ことに繋がっていた．その中で，実習指導者が救急看護認定看護師であることによって，学生は安心して実習に臨めていた．同時に，緊迫した状況の中で豊富な知識と経験をもとに，率先して看護を行っていく実習指導者の姿をみて凄さを実感し憧れの気持ちを抱いていた．そして，救急看護にやりがいを感じ，救急の分野で働きたいという新たな目標を掲げるなど，【救急外来の看護師の姿を通じて自分の将来における選択肢の幅が広がる】ことに繋がっていった．

【考察】

　救急外来における看護学実習に参加することで，学内だけではイメージしにくい救急看護を身近に感じ，専門的看護の基盤にある基本的な看護の存在に気づくことに繋がった．また，メディアだけでは知ることができないリアルな救急医療を体験できたことにより，希薄なイメージから具体的なものへ変化が生じていた．そしてさら

©一般社団法人 日本救急看護学会

に，救急看護認定看護師がロールモデルとなり看護実践を行う姿を目の当たりにしたことや，また，指導者として学生の存在を受け入れつつ実習に臨める環境をつくったことが，学生が救急看護領域の看護師を目指す動機づけを生じさせ，将来の看護師像をイメージ化する事に繋がったと考えた．

(2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第7会場)

[O18-6] 看護師とスポーツトレーナーを目指す大学生の救命行動に対する実施意思

○佐藤 元信, 高山 さゆり, 河合 桃代 （帝京平成大学）

【目的】一次救命処置（以下 BLS）講習後に焦点を当て、看護師とアスレティックトレーナーを目指す大学生の救命行動に対する実施意思を明らかにすることが目的である。

【方法】 A大学内の BLS講習を受講終了した看護大学生3年次生127名、アスレティックトレーナーを目指す大学生（以下トレーナー学生）1～4年生55人を対象とした。過去の BLS講習の受講経験、今後の受講意欲、 BLSが必要な現場で実施するかどうかという実施意思に関する質問等について対象者が出席する授業後に質問紙と説明書を配布し、研究者が口頭で説明し、独自に作成した無記名式自記式質問紙調査を実施した。回答は、看護大学生71人（回収率56%）、トレーナー学生31人(56%)であった。

【倫理的配慮】本研究は帝京平成大学倫理審査委員会にて承認を受け(承認番号30-017）研究の利益相反関係についても同大学利益相反委員会の審査と判定を受けている（受付番号30-020) 。説明内容は研究参加の自由意思、本人の成績に不利益が生じない事、研究成果の公表、データの厳重管理、個人が特定されない事への配慮した事等で、回答により同意を得た。

【結果】「今後自主的に BLS講習を受講したいか」の質問で「はい」を選んだ人は看護大学生が38人(61%)、トレーナー学生が26人(90.0%)であった。「はい」を選択した理由として、看護大学生でのみ「働くとき」、トレーナー学生でのみ「資格の更新」があげられており、それぞれ特徴的な回答であった。「実際に目の前で人が倒れており、すでに助けようとする人が集まっている場合、自分はどうしますか」という質問では、トレーナー学生は「（ BLSを）実施する」と26人(63.4%)、看護大学生は「補助的に参加する」が47人(51.6%)と一番多かった。そして、看護大学生は BLSを実施する理由として「知識があるから」、「協力」して実施すると答えていた一方、トレーナー学生は「交代者が必要だから」「役割があるから」「リーダーシップが必要だから」と多くが答えていた。

【考察】今後も BLS講習を受講したい学生は看護大学生よりもトレーナー学生の割合が高く、 BLSに関する資格を有することから、 BLS講習の受講意欲や救命行動実施意思に影響していた。実際の現場を想定した質問で、多くのトレーナー学生は「 BLSを実施する」と回答して実施意思を示しており、「交代者が必要だから」と一人では限界があることを念頭におき、協力して実施することをシュミレーションしていた。また、スポーツの試合などではスポーツトレーナーの人数は少ないことも想定して「リーダーシップ」が必要で、胸骨圧迫や AEDなど「役割があるから」と基となる知識が定着し、看護大学生よりより実際の救命行動をイメージできていた。 A大学の場合、看護学生は BLSの資格はなく、4年間で演習授業1回、講義授業1回しか学ぶことがないことから救命行動には自信がなく「補助的に参加する」と答えており、トレーナー学生よりも「協力」しながら BLSを実施したいと意思を示していた「救命には勇気と人を助けたい思いが必要」[1)]といわれ、その人がもつ救命行動実施意思と BLSを体験する機会の確保が重要である。

【文献】1)堀理江,藪下八重,廣坂恵他：看護基礎教育における高性能シミュレータを用いた心肺蘇生法演習の学びと課題,ヒューマンケア研究会雑誌,4（1）,2012.

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 看護教育

[O19] O19群 看護教育⑤

座長:船木 淳(神戸市看護大学 急性期看護学分野)

2019年10月5日(土) 11:10 ～ 12:00 第7会場 (3F 中会議室304)

[O19-1] CPR実施者の身体的特徴が心肺蘇生技術に及ぼす影響

○濱田 歩[2], 田中 美里[1], 山本 小奈実[1], 山勢 博彰[1], 田戸 朝美[1], 佐伯 京子[1] （1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座, 2.山口大学附属病院, 3.大阪医科大学附属病院）

[O19-2] A病院における急変時対応の教育と課題

○河村 恵子, 山西 正巳 （社会医療法人清恵会　清恵会病院　救急医療センター）

[O19-3] Ａ病院における ICLSコースの今後の課題 -チーム蘇生に関する学習方法とインストラクターへの意識調査から-

○森 良実, 坂本 正貴, 白木 愛由子 （福岡市民病院　救急部）

[O19-4] A病院 ICU看護師による除細動施行を妨げる要因

○大林 哲也, 築地 さなえ, 井上 瞳, 井上 常彦, 牛島 久美子, 坂本 美賀子 （社会福祉法人恩賜財団　済生会熊本病院）

[O19-5] 当病棟の急変対応力向上への取り組み～救命のプロフェッショナルチームを目指して～

○小出 裕己, 渡辺 智晴, 和蛇田 昂平, 鳥畑 麻衣 （仙台厚生病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:10 〜 12:00 第7会場)

[O19-1] CPR実施者の身体的特徴が心肺蘇生技術に及ぼす影響

○濱田 歩[2], 田中 美里[1], 山本 小奈実[1], 山勢 博彰[1], 田戸 朝美[1], 佐伯 京子[1] （1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座, 2.山口大学附属病院, 3.大阪医科大学附属病院）

【背景】 CPR（ Cardio Pulmonary Resuscitation：以下 CPR）の質は、傷病者の生存率や社会復帰に影響する。しかし、 CPRの質には、知識と技術が必要であるが、 CPR実施者の身体的特徴も影響するのではないかと考えた。
【目的】 CPR実施者の身体的な特徴や性別が CPRの質に影響するのかを明らかにする。
【方法】研究デザイン：準実験研究　対象者：救急蘇生技術の授業を受けた研究者の所属する医学部保健学科30名（男性9名、女性21名）、1次救急救命処置のインストラクターなど資格を有する者は対象外とした。研究期間：2018年6月〜9月
調査内容：2人ペアとなり1人が胸骨圧迫、もう1人が人工呼吸を担当し2分間の CPRをシミュレーション人形で実施。データの信頼性を保つため、対象者には実施中の胸骨圧迫深度や換気量などの測定結果が分からないように一重盲検化し、 CPRを実施した。測定項目は、対象者の背景（年齢・性別・身長・体重・手挙周長・最大手挙長・握力/左右・背筋力）、 CPR実施中の平均胸骨圧迫深度、十分な深さでの圧迫/十分に解除できた圧迫、平均換気量とした。分析方法：得られたデータは、測定項目ごとに記述統計を行い、対象者の背景と相関（ Spearman検定）を分析した。さらに性差の違いをマン・ホイットニーの U検定で分析した。
【倫理的配慮】　本研究は、倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者は、学内で公募し、参加希望者には事前に同意を得た。
【結果】　「平均胸骨圧迫深度」と正の相関を示したのは、「性別」（ r =0.58）、「体重」（ r =0.58）、「手挙周長」（ r =0.49）、「握力（右）」（ r =0.54）、「握力（左）」（ r =0.53）であった。「十分に解除できた圧迫」と負の相関を示したのは「性別」（ r =-0.54）、「手挙周長」（ r =-0.61）、「握力（右）」（ r =-0.67））、「握力（左）」（ r =-0.98）、「背筋力」（ r =-0.49）であった。「十分な深さでの圧迫」と正の相関を示したのは、「性別」（ r =0.55）、「身長」（ r =0.46）、「体重」（ r =0.64）、「手挙周長」（ r =0.53）、「握力（右）」（ r =0.61）、「握力（左）」（ r =0.51）、「背筋力」（ r =0.46）であった。「平均換気量」と正の相関を示したのは、「握力（左）」（ r =0.57）、「背筋力」（ r =0.53）であった。男女の比較では、女性よりも男性のほうが「平均胸骨圧迫深度」、「十分な深さでの圧迫」が有意に高かった（ p<0.05）。しかし、「十分に解除できた圧迫」については、男性よりも女性の方が有意に解除できていた（ p<0.01）。
【考察】圧迫深度では、体格が大きく、筋力のある人の方が深く圧迫できているが、圧迫解除では、体格が小さく、筋力の低い人の方が圧迫解除できていた。これは、体格が小さく、筋力の低い人は十分に圧迫できていないことを示していると考える。「平均換気量」には、「握力（左）」が影響していたことから、バックマスク操作時のマスクホールド時にマスクを支えるために握力を使っていることが考えられる。女性に比べて男性の方が身体面での全体スコアが高く、体格が大きいことからより深く胸骨圧迫できていたことが考えられる。したがって、体格の大きな実施者には、胸骨圧迫解除を意識づける指導を行い、体格の小さな実施者には胸骨圧迫を深く押す指導を行うことで、より質の高い CPRの実践が可能になると考える。

(2019年10月5日(土) 11:10 〜 12:00 第7会場)

[O19-2] A病院における急変時対応の教育と課題

○河村 恵子, 山西 正巳 （社会医療法人清恵会　清恵会病院　救急医療センター）

【はじめに】
A病院では看護師の急変時対応教育として BLS・急変時対応集合教育、 ACLSコースを開催している。急変時には CPRコールを行い急変に対応しているが、参集したスタッフから「役割が不明瞭」「技術不足」等の意見があ

©一般社団法人 日本救急看護学会

がった。そこで今回、各部署が必要とする急変時対応の知識や技術を習得する事で急変時対応が更に安全・円滑に行う事ができるのではないかと考え、各部署の特殊性に応じた教育を実施した事で今後の課題が明らかとなったので報告する。
【目的】
部署毎に必要な急変時対応教育を通して、今後の課題が明らかとなる
【方法】
期間： 2018年4月～2019年3月
対象： A病院准・看護師全員290名
方法：
1. 急変時対応教育について教育前アンケート調査
2. 教育実施
3. 教育後アンケート調査
満足度（全く違う１・違う２・同じ３・良かった４・非常に良かった５）
時間（非常に短い１、短い２、適切３、長い４、非常に長い５）
理解度（全く分からなかった１、分からなかった２、どちらでもない３、わかった４、非常に分かった５）
今後期待する教育内容
【倫理的配慮】
A病院看護部において倫理審査の承認を得て、対象者にアンケートの目的を口頭で説明し、回収をもって同意とみなした。また、記載は無記名とし個人を特定できないようにした。
【結果】
教育依頼は10部署中8部署あり、教育形式は机上1部署、シミュレーション及び机上2部署、シミュレーション5部署であった。
教育依頼内容は、外来・手術センター「引継ぎを踏まえた一連の流れ」、脳外科病棟「役割と行動、報告・連絡」、産婦人科病棟「気管挿管介助、薬剤」、整形外科病棟「救急カート内の物品・薬剤、役割」、循環器内科病棟「夜間の動き」、地域包括ケア病棟「気管挿管介助、人工呼吸器・除細動器、胸骨圧迫」、医療療養型病棟「薬剤・気管挿管介助」であった。
各部署の教育参加者は ICUと外科病棟を除いた190名のうち87名、1部署平均11名、教育は30分～60分実施した。
教育後アンケート結果、満足度1～2は0名、3は9名、4は48名、5は30名であった。時間1は0名、2は1名、3は83名、4は3名、5は0名であった。理解度1～2は0名、3は1名、4は43名、5は43名であった。
今後期待する教育内容では、講義・手技を行った部署では「シミュレーション」、シミュレーションを行った部署では「再現シミュレーション」「アセスメント方法」等の意見があがった。
【考察】
今回の教育内容から他部署と連携が必要な部署では引継ぎを想定した教育、急変事例の発生が少ない部署では技術や知識の教育が求められた。脳外科病棟と循環器内科病棟では、夜間など少人数での対応についての依頼であり、発見からの流れをシミュレーションし部署内での問題点や改善策を考える機会が必要であったと考える。
1部署毎での少人数の教育により発言も多く、理解度4・5が99%であった事から有効な教育を実施する事ができたと考える。時間は3が95%でありシミュレーションや実技には1時間程の時間が適切だという事が明らかとなった。
今後期待する教育内容は知識・技術の教育を行った部署からはシミュレーション、シミュレーションを行った部署からは再現シミュレーション等であった事から、今後はアウトカムを評価し問題点や解決策を見出す必要があると考える。
シミュレーション教育の希望が5部署であった事から、今後は教育実施のロールモデルとなり、各部署が自部署内で有効な教育の実施と継続が行えるように関わっていく必要があることが明らかとなった
【課題】
今後、実際の状況を考察し教育内容に追加する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:10 ～ 12:00 第7会場)

[O19-3] A病院における ICLSコースの今後の課題 -チーム蘇生に関する学習方法とインストラクターへの意識調査から-

○森 良実, 坂本 正貴, 白木 愛由子 （福岡市民病院　救急部）

【目的】
204床の急性期病院の A病院では患者急変の発見は9割が看護師であり、第一発見者は蘇生の必要性を判断し行動に移すことが求められる。そのため医療従事者対象の蘇生トレーニングである ICLSコースを実施している。受講により修得した救急蘇生スキルを継続するためには、定期的な反復学習が必要であり更にインストラクターとして指導することが自らの学習を促進しチーム蘇生のスキル向上維持に繋がる。
しかしチーム蘇生に関する継続的な学習が定着しておらず繰り返し受講している看護師は１割未満、またインストラクターは救急部看護師に限られておりインストラクションに関する不安や困難感が聞かれている。病棟にもインストラクターが存在することで急変時のチーム蘇生が円滑に進むと考えられるが院内全体でのインストラクター育成には至っていない現状がある。
そこで今回、 ICLSコース受講後の病棟看護師とインストラクター救急部看護師に対して、チーム蘇生に関する学習方法とインストラクターへの意識調査を行い今後の課題を明らかにする。

【方法】
対象：2017年 ICLSコース受講の病棟看護師8名とインストラクターの救急部看護師3名
データ収集・分析方法：病棟看護師に ICLS受講後のチーム蘇生に対する学習方法についてとインストラクターへの意欲について、救急部看護師にインストラクターとして活動することについて半構成的面接を行い録音し逐語録を作成。コード化、カテゴリー化した。

【倫理的配慮】
A病院倫理審査委員会の承認を得て対象者に研究の目的方法を口頭と文書にて説明した。面接は個室で行い内容は個人が特定されないよう管理し対象者に不利益とならないよう配慮した。

【結果】
4つの課題が抽出された。
[ICLSコースの繰り返し受講ができていない]は、病棟看護師の「1度受講しておけばよいと思っていた」「繰り返し受講している看護師はいない」等のコードから構成された。
[ICLSコースに関する活動環境の整備不足]は、病棟看護師の「インストラクターのやり方がわからない」、救急部看護師の「指導内容が明確にされていない」等から構成された。
[自身の性格や経験の少なさから感じるインストラクションに対する不安]は、病棟看護師の「自信がないからできない」、救急部看護師の「人前で話すのは苦手」等から構成された。
[インストラクターとして活動する際の勤務状況に対する不満]は両方の看護師からの意見の「週休での参加はつらい」「休み希望を出しにくい」等から構成された。

【考察】
チーム蘇生に関する学習として ICLSコースの繰り返し受講ができていない原因は、 ICLS コースを繰り返し受講することで学習に繋がるという認識が低かったことが考えられ、 ICLS コースの目的の提示、学習効果は定期的・継続的な ICLSコース受講により得られることを提唱していく必要がある。受講後インストラクターとして活動できる環境を確保するため、インストラクター取得方法の提示、インストラクター講習会の実施、指導内容の統一が必要である。またインストラクターとして活動することがチーム蘇生に関する学習の機会となることやプレゼンテーション能力の向上にもつながることを提示する必要がある。
さらに、病棟でのチーム蘇生における看護の質の向上のためには、 ICLSコースの受講やインストラクターとして活動する事への積極的な支援が必要であり、また参加者への勤務的配慮が必要であるため、看護管理者への働き

©一般社団法人 日本救急看護学会

かけが重要である。

(2019年10月5日(土) 11:10 〜 12:00 第7会場)

[O19-4] A病院 ICU看護師による除細動施行を妨げる要因

○大林 哲也, 築地 さなえ, 井上 瞳, 井上 常彦, 牛島 久美子, 坂本 美賀子 （社会福祉法人恩賜財団　済生会熊本病院）

【はじめに】 A病院は、 ICU看護師全員が ICLSを取得し、2年ごとに更新している。鈴木らの研究（2004）では、看護師の多くは電気的除細動の施行を躊躇しており、施行には個々の看護師の法解釈が強く影響していると述べられている。 A病院 ICU看護師の除細動に関する現状調査を実施した結果、チームダイナミクスも関与していることが明らかになった。

【目的】 A 病院 ICU看護師による除細動施行を妨げる要因を明らかにする。

【研究方法】 1．対象者： A病院 ICU看護師49名。看護師経験1〜4年目15名、5〜19年目32名、20年目以上2名。背景：ラダー、卒前の除細動教育、リーダー経験・除細動現場への遭遇、除細動施行経験・自信、 ICLS・ACLS参加歴（受講・指導の有無、3ヶ月以内）、二次救命処置の最終学習月を調査。 2．調査方法：鈴木らの研究および ICU看護師への現状調査を参考に、除細動を妨げる要因を[知識]、[技術]、[認識]の3つのカテゴリーに分け調査項目を作成した。 [知識]は、選択式質問紙調査とし、波形診断、除細動のエネルギー量、アルゴリズムの問題に全問正解した割合。[技術]は、マネキン、除細動器を用い、エネルギー量設定からパドル放電までを撮影し、評価表をもとに他者評価を行い、除細動が施行できた割合とした。[認識]は、選択式質問紙調査で、①法解釈、②救命のための行動、③救命のための考え、④チームダイナミクスにて、迅速な除細動施行につながる選択肢を選んだ割合を調査した。なお、知識問題、技術評価表は ICLSコースガイドブック、 ACLSプロバイダーマニュアルをもとに作成した。 3．評価方法：各カテゴリーの上記割合を比較し、除細動を妨げる要因になりうるか評価した。また、背景が除細動施行に影響を及ぼすか検討するために[知識]全問正解した A群、不正解があった B群、[技術]除細動が施行できた A群、できなかった B群、[認識]迅速な除細動施行につながる選択肢を選んだ A群、選ばなかった B群に分け、背景を比較し、カイ2乗検定、 Fisherの正確検定を行った($p<0.05$)。

【倫理的配慮】任意参加、匿名性の保証、データの目的外使用を行わないことを説明した。 A 病院の看護部倫理審査会の承認を得た。

【結果】[知識]91.8%、[技術]55.1%、[認識]①法解釈77.6%、②救命のための行動81.6%、③救命のための考え81.6%、④チームダイナミクス63.3%であった。[知識]A、 B群にて有意差なし。[技術]看護師経験の中央値 A群7年、 B群5年と違いがあり、リーダー経験、 ICUリーダーとして除細動現場への遭遇にて有意差があった。[認識]にて最も上記割合が低かった④チームダイナミクス A、 B群では、 ACLS参加歴、除細動施行の自信、除細動施行経験にて有意差があった。

【考察】[知識]の正答率は高く、除細動を妨げる要因としては[技術]、[認識]では④チームダイナミクスが挙げられる。黒田らの研究（2016）では、繰り返し経験を積んでいく項目と、経験することが少ない項目と経験の偏りが、看護技術修得度に影響を与えていると述べている。 A病院 ICUではリーダー教育を看護師経験5〜6年目で行っており、リーダーや手技経験の差で技術の修得度が異なったと考えられる。チームダイナミクスに関して、ACLSでは役割分担や建設的な介入等を重点的に学ぶため、受講・指導経験者は迅速な除細動施行につながる選択肢を選ぶことができたと考える。 ICLSの更新に加え、補完的に他コースの内容も取り入れ、定期的な教育介入を行っていきたい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:10 ～ 12:00 第7会場)

[O19-5] 当病棟の急変対応力向上への取り組み～救命のプロフェッショナルチームを目指して～

○小出 裕己, 渡辺 智晴, 和蛇田 昂平, 鳥畑 麻衣 （仙台厚生病院）

【はじめに】

当病棟は一般病床５２床とＣＣＵ４床を併設している循環器内科病棟である。２０１8年重症度・看護必要度は、ＣＣＵは無論、一般病床も平均３４．６５％と高く重症患者が多く入院している。看護師の特徴は経験年数1～3年目の看護師が3割であり、部署経験年数でみても平均４．６年と比較的若い看護師層である。このような病棟背景の中、年間１０件程度のＣＰＲが行われている。その発生時刻はスタッフ人数が少ない夜間帯に多く、少人数でも救命処置が行えるよう、的確な急変対応技術習得が求められる。しかし、病院全体や病棟での急変対応訓練を継続するシステムは確立されておらず、技術習得や訓練は各個人に委ねられていた。そのため実際のイベント発生時、1～3年目の若い看護師は初期対応を躊躇し、先輩看護師の指示を待つ場面が多く見られる。また、リーダーの采配も熟練度によって大きく差が出ている現状があるため、救命率を向上できるよう、当病棟看護師の急変対応技術習得が急務となっている。

【目的】

病棟看護師の急変対応力の向上

【方法】

1分1秒でも早いＣＰＲ開始は、患者の生命予後に大きく関わることである。そのため本調査では、急変対応力をＣＰＡ発生からＣＰＲ開始までの時間で評価し、その時間の短縮をもって急変対応力が向上したこととする。ＣＰＡ発生からＣＰＲ開始までの時間の収集は、調査者が急変時の心電図モニターから測定し収集を行った。

上記の目的達成のため、一つ目に、病棟で起こりうる急変シナリオに沿った急変対応チーム訓練プログラムを作成し、1トレーニング５～６名程度で、月に３回程３０分間の急変対応チーム訓練を行った。二つ目に、経験年数を問わずに急変初期対応実施を期待し、急変対応ポケットマニュアルを作成し配布した。また、この取り組み前後で急変対応に対する質問紙調査を実施した。質問紙は、ＶＡＳの尺度を用いた独自に作成したもので、病棟看護師を対象に行った。

【結果】

２０１８年度は、ＣＰＲを行った急変は７件であった。２０１７年度はＣＰＡ発生からＣＰＲ開始まで平均1分３０秒かかったのに対し、２０１８年度は致死性不整脈発生からＣＰＲ開始まで平均２６．６秒と大幅な短縮がみられた。質問紙調査において、「躊躇せずにＣＰＲ開始ができた」との意見が多く聞かれ、チーム訓練前の急変対応に対する不安はＶＡＳ：９ｃｍに対し、チーム訓練後はＶＡＳ：６．４ｃｍまで低下した。また、ポケットマニュアル導入に関する質問紙調査では、「急変時に活用できた」「急変時に見ることは無かったが、日々の業務の折にポケットマニュアルを見て振り返る事ができた」との意見があがった。

【考察】

今回急変対応チーム訓練を行い、ＣＰＲ開始までの時間を短縮することができたが、日々の訓練により急変に対して技術的・精神的な準備を整えることができるようになったことが要因として考えられる。急変している患者を目の前にして、救命に対する不安や行動を起こすことへの躊躇いが、訓練によって減少したと考える。ポケットマニュアルに対しては、焦って思考がまとまらなくなった時に、適切な行動に導く媒介として有用な一助となったと考えられる。

今後も急変対応訓練のシステム構築を行い、急変対応力のさらなる底上げを目指した取り組みをしていきたい。

【倫理的配慮】

病棟看護師には、急変対応チーム訓練の参加は自由意志であること、不参加による不利益は生じないことを説

©一般社団法人 日本救急看護学会

明した。また、質問紙調査を行う際、回答をもって本調査に同意を得る形をとり、個人が特定されることのないよう非記名とした。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| トリアージ

[O20] O20群 トリアージ②

座長:中嶋 康広(東海大学 看護師キャリア支援センター)

2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:00 第8会場 (1F 中会議室102)

[O20-1] 救急プライマリーケアセンター併設型総合診療科外来における qSOFAの現状と分析

○増田 望[1], 藤井 満貴[1], 吉川 侑美香[1], 池田 千紘[1], 横川 博英[2], 内藤 俊夫[2], 橋口 尚幸[3] （1.順天堂大学医学部附属順天堂医院看護部救急PCセンター, 2.順天堂大学医学部附属順天堂医院総合診療科, 3.順天堂大学医学部附属順天堂医院救急科）

[O20-2] A病院救急センターにおける敗血症初期対応アルゴリズム導入後の現状と今後の課題

○岡村 紀子 （勤医協中央病院　救急センター）

[O20-3] 院内トリアージの質向上への取り組み～個人の推論力を高める事に焦点を当てて～

○島崎 美佳, 平柳 和奈, 山本 由美 （高度・急性期医療センター公立昭和病院救命救急センター）

[O20-4] 院内トリアージのフィードバックの有効性について

○中村 剛人, 石﨑 清華, 小坂 裕太 （東海大学医学部付属八王子病院救急センター）

[O20-5] ACSを疑う walk in患者に対するトリアージ内容の検討 -患者背景の調査から-

○西北 浩敏, 浅井 磨智代, 村岸 敦子, 加藤 尚 （洛和会音羽病院　救命救急センター京都ER）

[O20-6] 救急外来を独歩受診した患者の呼吸数測定の必要性について

○松本 真菜, 斎藤 祐世, 境 風香, 真田 滋可, 髙橋 志保, 淵岡 有沙 （上尾中央総合病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:00 第8会場)

[O20-1] 救急プライマリーケアセンター併設型総合診療科外来における qSOFAの現状と分析

○増田 望[1], 藤井 満貴[1], 吉川 侑美香[1], 池田 千紘[1], 横川 博英[2], 内藤 俊夫[2], 橋口 尚幸[3] （1.順天堂大学医学部附属順天堂医院看護部救急PCセンター, 2.順天堂大学医学部附属順天堂医院総合診療科, 3.順天堂大学医学部附属順天堂医院救急科）

【はじめに】2016年に敗血症の定義、診断基準が改訂され、 ICU以外での迅速な敗血症のスクリーニングツールとして quick SequentialOrganFailure Assessment（以下 qSOFA）が導入された。ｑ SOFAは、医師や看護師の経験年数によって評価の点数が左右されにくい客観的ツールとなっており、2017年10月より当院総合診療科外来に導入した。当外来は患者の多様なニーズ・重症度に適切に対応する内科中心とした総合的な診療を行い、年間39,436人の患者が来院している。当外来では重症患者を見逃さないようにするために qSOFAを利用してトリアージを行い、 qSOFAの概念を広く適応して点数が高い場合には優先的に診察、治療を開始できるようにしている。また救急科も併設されており、重症度が高い患者は救急科と協力して早期の治療を行う事が出来るようにしている。ｑ SOFAの有用性については、その有用性を評価した検討は限られており、今回の研究を通して当院におけるｑ SOFAの現状を明らかにしていく
【目的】 qSOFAによる患者のスクリーニングを行い診療の現状分析し、今後の外来における qSOFA活用について検討する
【方法】2019年1月4日から2019年3月31日に総合診療科に来院した初診患者を対象として qSOFAによるスクリーニングを行い、後ろ向き観察法にて分析し重症度に応じた治療開始ができているのかを検討する
【倫理的配慮】患者個人を特定しないよう配慮し、抽出した診療記録内容は本研究以外では使用せず保管庫にて管理した。当院の病院倫理委員会の承認を得た
【結果】対象期間では2705名のうち1703名の患者が qSOFA対象患者であり、その内訳は qSOFA1点が99名、qSOFA2点が4名であった。さらに qSOFA対象患者のうち5名の患者が敗血症と診断され入院した。入院となった5名の患者のうち qSOFA１点が2名、ｑ SOFA2点が1名、 qSOFA0点が2名。なおｑ SOFA2点の患者は敗血症性ショックをきたしており ICUへ入院した。 qSOFA0点の患者2名においては、既に他院にて鎮痛剤や抗菌薬が投与されていた。 qSOFAの測定者は主として看護師であるが医学生や研修医と様々であり敗血症を疑うスクリーニングの指標として認識している看護師は約80％であった
【考察】ｑ SOFA１点以上の患者に対して、経験の短いスタッフでも直ちに担当診察室の医師へ報告し、何かしらの対応を行っている。今回の調査期間で、敗血症と診断された患者5名のうち3名がｑ SOFA１点以上に該当し、早期治療介入が行えており、現時点での総合診療科外来においてｑ SOFAは有効的に活用する事が出来ていると考えられる。またｑ SOFAに呼吸数の項目がある事で、スタッフ内で呼吸数を測定することの重要性が認識されたと考える。しかしｑ SOFAを慣習的なものとして測定しており、敗血症疑いのスクリーニングとして活用しているという認識が看護師以外のスタッフには低い可能性が考えられる
【結語】外来の受診患者数は多く、敗血症を疑う患者を見逃しやすい状況でもある。簡便に測定する事ができるqSOFAでスクリーニングを行い、敗血症患者を見逃さないようにすることが求められている。現時点でのｑ SOFAを用いたスクリーニング評価は有効である。しかし、測定する事の意義を再教育し、部署全体で敗血症疑い患者の早期治療介入への取り組みができるようにする必要がある

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:00 第8会場)

[O20-2] A病院救急センターにおける敗血症初期対応アルゴリズム導入後の現状と今後の課題

©一般社団法人 日本救急看護学会

○岡村 紀子 （勤医協中央病院　救急センター）

【はじめに】
２０１６年の敗血症の新定義では早期発見・治療のために、一般病棟や救急外来で感染症が疑われる患者に対し、ｑ SOFAによる簡易的スクリーニングが提唱された。 A病院でも２０１８年５月より院内トリアージにおいてｑ SOFAスコアリングを行い、迅速に医師の診断に繋げるよう敗血症初期対応アルゴリズム（以下アルゴリズム）を作成し活用しているが、現状の検証は行われていなかった。
【目的】
敗血症初期対応アルゴリズムが緊急度・重症度の高い患者の見落としを防ぎ、初期対応の質向上とチーム医療において有益であるかを明らかにすると共に今後の課題を見出す。
【方法】
１）期間：2018年5月～12月
２）対象：救急センターにウォークインで受診した感染症疑いの患者
３）方法：電子カルテから対象者の年齢、性別、ｑ SOFAスコアとトリアージ区分、 SOFAスコア含む初期診療経過と転帰について後ろ向きに調査し検証した
４）倫理的配慮： A病院倫理委員会の承認を得た
【結果】
対象患者は1207名でｑ SOFA項目に該当する患者は276名(23%)、平均年齢は81歳で、男性132名(48%)、女性144名(52%)であった。ｑ SOFA2点以上は54名(20%)、全て緊急の判定で入院の転帰(100%)であった。ｑ SOFA1点で準緊急の判定は222名(80%)で、免疫抑制剤使用中や重度の呼吸困難などで緊急と判定された患者10名を含む147名が入院の転帰(66%)であった。トリアージから診察開始までの時間は、ｑ SOFA2点以上の場合平均12分、1点の場合平均24分であった。ｑ SOFA2点以上で SOFAスコアリング記載ありは22名で遵守率41%、ｑ SOFA1点でも10名に記載され入院の転帰であった。診察後は早期に血液培養含めた採血、輸液蘇生や酸素投与、画像診断が行われており、診察開始から診断までの時間は平均100分であった。診断から抗菌薬投与までは平均33分で、敗血症性ショック患者では昇圧剤の必要性や輸液反応を平均血圧、乳酸値を用いて評価していた。
【考察】
敗血症の死亡率は25~35%と高く、迅速な認知と介入が重要である。トリアージでは患者背景も加味したｑ SOFAスコアに基づく区分判定が行われており、設定時間内に診察が開始されていることから、看護師内ではアルゴリズムは定着していると評価できる。一方、 SOFAスコアリングの遵守率は低く、医師への定着は不十分と評価できるが、スコアリング漏れはアルゴリズム導入後4ヶ月迄に多く、周知不足が要因と考えられ、今後も継続した呼びかけが必要と考える。診察開始から診断までの時間や記録内容からは、検査部門の協力の下必要な諸検査は早期に実施できていたと考えられ、診断から抗菌薬投与までの時間、輸液反応に対する対応を含めると Surviving Sepsis Campaign hour-1bundleもほぼ実施できていたと推察する。
ｑ SOFA2点以上の高入院率からも、アルゴリズムの活用により緊急度・重症度の高い患者を見落とさず、迅速に治療を開始することができたのではないかと考える。また、ｑ SOFA1点でも SOFAスコアリングで敗血症と診断された事例や敗血症ではないが肺炎や尿路感染など入院治療が必要な患者が多いことから、ｑ SOFA該当者は入院高リスクとして捉える必要があると考えられた。敗血症初期対応アルゴリズムを活用することで診療の流れが可視化でき、看護師からも必要な指示を仰ぎ易くなり、系統的かつ統一的に、より円滑に診療が行え、初期対応の質の向上やチーム医療においても有効なものであると考える。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:00 第8会場)

[O20-3] 院内トリアージの質向上への取り組み～個人の推論力を高める事に焦点を当てて～

©一般社団法人 日本救急看護学会

○島崎 美佳, 平柳 和奈, 山本 由美 （高度・急性期医療センター公立昭和病院救命救急センター）

【はじめに】当院救急外来では院内トリアージの質向上を目指しトリアージ検証方法として独自作成の7つのカテゴリーに分類し事後検証を行ってきた。個人別で集計した結果、 JTAS講習を受講しているスタッフ（以下トリアージナース群:A群）と、講習を受講していないスタッフ（以下非トリアージナース群:B群）では情報不足件数に差がみられた。更に要因分析を行った結果、 B群はレッドフラグサインの見落としがあり、重大な疾患をルールアウトするための情報を得られていないことが明確となった。トリアージの妥当性を高めるには緊急度判定とともに、病態予測により緊急度判定後の行動を的確に行う必要がある。そこで、個々の問診技術、得た情報から病態を予測し批判的思考を活用しながらさらなる問診、フィジカルアセスメントを実施する能力（以下推論力）の向上を目指し、個々の推論力の差を減らす取り組み（以下新たな取り組み）を実践し、どのような効果をもたらしたのか明らかにしたため報告する。
【研究目的】新たな取り組みにより、 A群と B群の情報不足数の差がなくなるかを明らかにする。
【研究方法】対象：救急外来受診しトリアージされた小児を含む患者と情報をトリアージした救急外来看護師13名。期間：平成29年4月1日から平成30年12月31日。方法：①新たな取り組みと推論力の向上に重点を置いた勉強会、トリアージ記録用紙の修正、検証後のフィードバック方法の変更②取り組み開始前後の情報不足数を A群と B群で単純集計。
【倫理的配慮】当院看護部倫理委員会（2019－4）の承諾を得た。
【結果】全体の情報不足数は、平成29年 A群154件、 B群337件（計491件）、平成30年 A群52件、 B群174件（計226件）と、前年度と比較すると減少した。また新たな取り組み前後の同月で、各個人トリアージ10症例をランダムに選出し情報不足数を A群と B群で比較すると、明らかな差の減少は見られなかった。
【考察】新たな取り組みにより全体の情報不足数は、両軍ともに改善傾向となった要因として、トリアージ記録用紙に OPQRSTT記入欄、レッドフラグサインのチェックボックスを追加したことや２次検証症例を全員が閲覧できるようにしたことで、他者の推論方法を知り、臨床推論の方法を理解することができたと考える。一方、 A群と B群の比較では A群66％減少、 B群48％減少であり A群の情報不足数はより減少傾向を示した。この要因は、 A群では JTAS講習にて臨床推論の学習機会を得ているため、臨床推論力を活かす新たな取り組みの必要性が理解できた結果と考える。一方、 B群はこれまで経験値で判断していた内容の暗黙知が新たな取り組みにより形式化でき、情報の取り方に工夫が必要であるという思考の強化につながった。しかし、減少率が A群を下回った要因としては、取り組みの期間が短く臨床推論の学習機会が少なかったためだと考える。臨床推論に重点を置いた勉強会の実施により、院内トリアージには JTASシステムの使用と臨床推論を合わせて行うことの理解が深まり新たな変化が見えてきたが、ランダム抽出による結果においては明らかな変化は見られなかった。また新たな取り組みでの両群の情報不足の差は、両者減少傾向にあったが両群の差がなくなったとは言えない。これは調査数が少ないことによるもので研究の限界である。研究結果から今後の課題として、推論力の差を埋めるためには、症状別の臨床推論を学ぶ機会を増やすなど取り組みを強化すること、データ数を多く取り、その変化を見ていくことが必要だと考える。

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 10:00 第8会場)

[O20-4] 院内トリアージのフィードバックの有効性について

○中村 剛人, 石﨑 清華, 小坂 裕太 （東海大学医学部付属八王子病院救急センター）

Ⅰ．はじめに　A病院では2015年6月より院内トリアージが開始され、看護師が医師の診察前に患者の症状やバイタルサインから緊急度判断を行い、診察までの優先順位や待機場所を選定している。しかし、トリアージナースによって救急医療の経験や知識に個人差があり、トリアージナースへの教育も不十分であるため、緊急度判断は個々の能力によって差が生じている。そのため、トリアージ記録を JTASのインストラクターが「記録の正確さ」、「時間管理」、「緊急度判断の整合性」、「バイタルサインや観察項目の不足」、「初期対応」の5つの項目でチェックしている。さらにトリアージ記録に修正点や改善点などを指摘した内容を記入し、トリアージ

©一般社団法人 日本救急看護学会

ナース個人に返却し、個々にフィードバックできるようにしている。そこで A病院において、トリアージ記録のトリアージナース個人へのフィードバックは有効であるか調査を行った。
Ⅱ．研究目的　トリアージ記録での記録チェック5つの項目について、フィードバック前と後で、記録の指摘される割合が変化しているかを調査する。またトリアージナースを対象としたアンケートを行い、個人へのフィードバックが役に立っているかを調査し、記録チェックと個人へのフィードバックが有効であるかを明らかにする
Ⅲ．研究方法　研究期間はフィードバック前：2016年4月1日～2016年9月30日、フィードバック後：2017年4月1日～2017年9月30日。研究対象者は救急センターのトリアージナース全30名とした。研究方法は自記式質問紙（選択回答式）を用いた量的研究とし、後日回収する留置法とした。倫理的配慮については、調査実施施設臨床研究審査委員会の倫理審査の承認を得た上で実施している。
Ⅳ．結果　トリアージ記録の記録チェックは全体で3559件、フィードバック前1022件、フィードバック後2537件であった。「記録の正確さ」はフィードバック前で24.9%、フィードバック後では21.6%の指摘があった。「時間管理」についてはフィードバック前で18.7%、フィードバック後では13.8%、「緊急度判定の整合性」はフィードバック前10.1%、フィードバック後では7.4%の指摘であった。「バイタルサインや観察項目の不足」はフィードバック前で48.0%、フィードバック後は17.3%、「初期対応」はフィードバック前で6.3%、フィードバック後は7.0%の指摘があった。2．アンケートの回収率は30名中20件で66.6%であり「フィードバックの実施は有効であった」や「緊急度判断の参考になる」の質問について「とてもそう思う」、「そう思う」が20名中18名と多数の回答が得られた。
Ⅳ．考察 トリアージ記録のチェックの4項目においてフィードバック後の方が指摘が少なくなっており、トリアージナース個人への記録のフィードバックが有効であったといえる。また、「緊急度判断の正誤性」においても改善しており、アンケート結果からもフィードバックがトリアージナースにとって、緊急度判断の参考になっており、緊急度判断の精度が向上していると考えられる。これは、救急外来での患者の来院から医師の診療までの待機時間において、患者の安全や安心に繋がると考えられる。医師の診療までの待機時間は、トリアージナースにとって安全管理といった重要な役割を担っている。また緊急度判断はその過程、システムにおいて、看護師の能力が問われる現場となるため、トリアージナースの教育は院内トリアージの質向上のために、トリアージ記録のチェックや個人への記録のフィードバックは継続していく必要がある。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:00 第8会場)

[O20-5] ACSを疑う walk in患者に対するトリアージ内容の検討 -患者背景の調査から-

○西北 浩敏, 浅井 磨智代, 村岸 敦子, 加藤 尚 （洛和会音羽病院　救命救急センター京都ER）

【はじめに】
急性冠症候群（以下、 ACS）は、主に胸痛を主訴として急性心筋虚血を呈し、最悪の場合死に直結する病態である。そのため急性冠症候群ガイドラインでも迅速な対応が求められている。しかし、 ACS患者は救急搬送だけでなく、他の軽症患者と同じように walk inで受診に来る。そこで A病院では、24時間 walk in患者に対し,トリアージを実施して心原性胸痛を疑った時点で、トリアージレベル２緊急以上として対応をしている。その結果、walk inでの ACS患者を抽出できている一方、結果的に ACSの診断ではない患者も同様のトリアージレベルとなっている。そこで、 ACS患者とそうでない患者（以下、非 ACS患者）の違いについて検討した。
【目的】
胸痛患者に対する質の高いトリアージへとつなげていくため、胸痛を主訴とした walk in患者の中で ACS患者と非ACS患者の背景を比較し調査する。
【倫理的配慮】
本研究は、個人が特定されないように配慮し、 A病院の倫理員会の承認を得た。
【方法】
2018年4月1日から2019年3月31日に胸痛を主訴として A病院に walk in受診した患者を対象とした後ろ向き研究

©一般社団法人 日本救急看護学会

を実施した。電子カルテにより患者の年齢、冠危険因子（高血圧、糖尿病、喫煙、家族歴、高コレステロール）、発症様式、随伴症状（失神、呼吸困難感、悪心、放散痛、冷汗、外観不良）を調査しＸ二乗検定で比較した。
【結果】
期間中、 walk in受診した患者は20591名であり、胸痛患者は290名であった。その内の21名が ACS患者であり、非 ACS患者は269名であった。患者背景において、年齢、随伴症状、冠危険因子に関して有意差は認められなかった。発症様式に関しては ACS患者においては sudden onsetが14名、 acute onsetが2名、 gradually onsetが5名、非 ACS患者が sudden onsetが85名、 acute onsetが64名、 gradually onsetが120名であり ACS患者において sudden onsetが他の発症様式と比べ優位に多かった。（ p=0.001）。
【考察】
ACSは冠動脈が狭窄、または閉塞する疾患のため発症は突然おこり、 sudden onsetの患者は優位に多かったと考えられる。そのためトリアージの時点で onsetの問診は重要である。しかしその情報は、“ ACSらしさ”という確定のために使えるが、実際に gradually onsetであっても ACSであった患者が5名いたため、一概に発症様式のみで ACSを否定する事はできない。また、急性冠症候群ガイドラインにおいて冠危険因子は、 ACSのリスクとされている。しかし、今回の研究では有意差は認められなかった。これは、冠危険因子自体が生活習慣病の項目が多く、患者数も多いため非 ACS患者でも多数該当したためと考えられる。そのためトリアージにおける問診で冠危険因子を聴取する事によって、 ACSの確立は変動されないと考えられる。また、外観不良やバイタルサイン異常を認めた患者が少なかったのは walk in患者の特長ではあるが、冠危険因子を聴取するためにトリアージに時間をかけるのは患者にとって不利益である。今回の研究では sudden onsetのみが有意となったが、高齢者や糖尿病患者では特に非典型的な症状であることもあるため、 sudden onsetでなくとも心原性胸痛を疑った時点でトリアージレベルを下げるのではなく、やはりレベル２緊急以上として対応すべきである。

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 10:00 第8会場)

[O20-6] 救急外来を独歩受診した患者の呼吸数測定の必要性について

○松本 真菜, 斎藤 祐世, 境 風香, 真田 滋可, 髙橋 志保, 淵岡 有沙 （上尾中央総合病院）

Ⅰ．はじめに　A病院では2017年6月より JTASを導入したが、呼吸数を測定されていない現状がある。呼吸数を測定しないことでアンダートリアージ（以下 UT）となることが考えられ、呼吸数測定の有無がトリアージに与える影響について研究を行った。
Ⅱ．研究目的　UTと判断されると、診察や治療開始が遅れ、患者の予後への影響が予測される。そのため、呼吸数測定の必要性を再認識し、 UT減少に繋がることを目的とした。
Ⅲ．研究方法　1.研究対象者:A病院救急外来を独歩受診した入院患者2017年100名、2018年100名。看護師32名。2.調査期間:2017年10月～2018年11月。3.調査方法：トリアージ内容を救急看護認定看護師がカルテ上で検証。2018年9月に勉強会で呼吸数測定の現状と必要性を周知後、呼吸数測定に関するアンケート(4項目)を実施(2件法と自由記載)。勉強会前後の入院患者100名ずつ抽出し、 UT率、呼吸数測定の有無を比較。4.分析方法:単純集計
Ⅳ．倫理的配慮　A病院倫理委員会で承認を得た。(承認番号:593)看護師の研究参加は自由意思である。利益相反はなし。
Ⅴ．結果　2017年呼吸数未測定76%(76/100人)、 UT率20%(20/100人)、呼吸数未測定かつ UT率80%(16/20人)。2018年呼吸数未測定30%(30/100人)、 UT率23%(23/100人)、呼吸数未測定かつ UT率30%(7/23人)。アンケート結果では、「呼吸数測定の必要性を感じない」「範囲の小さな外傷や、帰宅となりそうな患者には測定しない」「顔色を見て重症ではないと判断し測定しない」「患者が多く多忙」などの意見が挙がった。
Ⅵ．考察　勉強会実施後も UT率に大きな変化はなかった。 UTと判断された症例の多くは全身状態に異常があり、 SIRS基準に該当する若年者の発熱や、疼痛スケールの評価が UTとなっていた。看護師の主観的判断でトリ

©一般社団法人 日本救急看護学会

アージされていたことが考えられる。又、問診票のトリアージ記載欄には、具体的な呼吸数の表記が無く、呼吸数を測定する認識に欠けていることが考えられる。 JTASに関する研修を、個人で受講しているが、看護師のトリアージに関する認識には差異がある。 JTASによるトリアージ方法の認識不足が UTに繋がったのではないかと考える。西塔らは、「単なる印象だけで軽症と判断するのではなく、全ての患者の自覚症状、他覚的所見ならびに現病歴に関する情報を集め、批判的思考の元に判断する事が重要である。」[1)]と述べている。トリアージは呼吸数のみに着目するのではなく、全身状態を観察し、多くの情報を得ることが必要である。また、医師や他職種でトリアージの症例検討会を実施し、情報共有することで UT減少に繋がると考える。アンケート結果より、患者の病歴や第一印象で呼吸数測定の必要性を判断している意見が多数あった。日々の看護の中でも患者の呼吸異常に気付き、その後急変に直面する事もある。これらの症例や、呼吸数測定をされていない現状を周知したことは、呼吸の重要性を再認識する機会になったと考える。

Ⅶ. 結論　本研究では、勉強会実施後に呼吸数測定された患者数は増加した。しかし、未だに全例に呼吸数測定がされていない。トリアージは、全身状態を観察し情報を得る事が必要であり、呼吸はトリアージを行う上で重要なプロセスの１つである。多忙な時こそ、緊急性の高い患者に対する適切なトリアージが必要であり、トリアージを実施する看護師として、個々のトリアージ能力の向上が必要であると感じた。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 重症患者看護

[O21] O21群 重症患者看護②

座長:桑村 直樹(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第8会場 (1F 中会議室102)

[O21-1] 救急医療施設における看護師の摂食嚥下機能評価に関する認識の実態

○比田井 理恵, 加藤 弘美, 今関 加奈子, 菅沢 直美, 辻 守栄, 樋口 恵美 （千葉県救急医療センター）

[O21-2] 医療関連機器圧迫創傷の要因別ベッドサイド危険予知トレーニング用紙の使用による発生率低減への効果

○畠山 貴仁, 髙橋 弘江, 齊藤 麻知子, 佐々木 美里, 髙橋 智恵子, 谷藤 大貴 （岩手医科大学附属病院高度救命救急センター）

[O21-3] 救命救急センター ICUにおける気管チューブ自己抜去に関する現状分析と今後の課題

○鴻巣 有加, 福井 美和子, 伊藤 凪沙 （財団法人筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院　救命救急センター２A病棟）

[O21-4] 人工呼吸回路における人工鼻と加温加湿器の人工呼吸管理の比較

○八鳥 公男[1], 竹田 ちえ美[1], 山田 彩海[1], 宝来 和呼[1], 本田 博之[2] （1.新潟大学医歯学総合病院　高次救命災害治療センター, 2.新潟大学医歯学総合病院　集中治療部）

[O21-5] 3学会合同人工呼吸器離脱プロトコルを導入して見えた現状と課題

○田中 秀明, 勝呂 美那, 向井 和樹, 植田 美幸, 畑 良典, 田畑 剛, 井木澤 祐子, 森谷 紀子, 倉持 洋志, 横山 奈緒実 （松戸市立総合医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第8会場)

[O21-1] 救急医療施設における看護師の摂食嚥下機能評価に関する認識の実態

○比田井 理恵, 加藤 弘美, 今関 加奈子, 菅沢 直美, 辻 守栄, 樋口 恵美 （千葉県救急医療センター）

1．目的

高齢患者の増加とともに、複合疾患による入院や気管挿管の長期化、絶飲食などから咽頭喉頭機能の低下・障害を来たす患者も多い。安全性や QOLの視点からも摂食嚥下機能を適切に評価し、安全かつ楽しみにもつながる経口摂取に向けて支援することが看護の課題である。 A救急医療施設では摂食嚥下の可否に関する判断を看護師が行うことがあるが、系統だった評価・判断基準はなく、看護師個々の知識や経験に委ねられている。そこで、本研究は看護師が行っている摂食嚥下機能に関する評価と支援の実態を調査し、その認識を明らかにすることを目的とした。

2．方法

1）対象： A救急医療施設で患者の摂食嚥下機能の評価や支援に携わる全看護師（管理職含む）
2）調査方法：質問紙調査
3）調査期間：平成30年７月の2週間
4）調査内容：質問紙は、言語聴覚士の助言をもとに独自に作成したものを使用した。設問内容は、①調査協力者の通算看護師経験年数、②これまでの摂食嚥下機能に関する学習の機会の有無と内容、摂食嚥下機能評価の対象、④摂食嚥下可能と判断する基準、⑤摂食嚥下機能の評価・支援に必要となる12項目（ Ex.覚醒度とその維持、呼吸状態の確認、食物の認識に関する確認、頸部後屈の予防、口中の食残確認など）の実施の程度、⑥摂食嚥下機能評価やケアへの困難感の有無、⑦摂食嚥下機能評価やケアの不明点の7項目を設問とした。
5）分析方法：単純集計の実施。質的データについては質的帰納的分析を実施した。
6）倫理的配慮：質問紙は無記名回答とし、アンケートへの回答をもって調査への協力に同意したものとした。本調査への協力は任意であり、強制されるものではないことを保障し、院内倫理委員会の承認を得て実施した。

3．結果

116名から回答を得た。回答率は64.4%で、回答者の看護師経験年数の内訳は、0~5年未満が23名（19.8%）、5～10年未満が27名（23.3%）、10年以上が66名（56.9%）であった。過去に摂食嚥下機能に関する何らかの学習の機会を得た者は74名（63.8%）であり、看護師経験年数の高い者の割合が低かった。摂食嚥下機能について「評価する必要がある」と判断する対象は、【脳神経系疾患患者】【意識障害】【ムセのある患者】【挿管や呼吸器管理が長期化した患者】などの回答が多かった。「摂食嚥下が可能」と判断する指標としては、【ムセがない】【覚醒度が良い】【唾液などの水分を嚥下できる】の順に回答の割合を占めていた。摂食嚥下機能の評価・支援に必要となる12項目について、「いつも実施している」割合は【嚥下前・中・後のムセの確認】が91.4%と最も高く、【喉頭が上がっているかの確認】が30.2%、次いで【口腔内の観察とケアの実施】が31.9%と低い結果となった。

4．考察

摂食嚥下機能評価を要する対象として、「脳神経系疾患患者」「意識障害がある」「高齢患者」などが挙げられ、一様に大きく捉える傾向にあった。これは、摂食嚥下機能障害のリスクが高い対象を焦点化して捉えきれていないことを意味すると考える。また、多くの研究協力者が“摂食嚥下が可能”と判断する指標として認識していたのが「ムセがない」ことであった。しかし、ムセがないことが必ずしも安全を意味するわけではなく、サイレントアスピレーションについての認識が低い可能性が示唆された。摂食嚥下機能の評価・支援においては、【口腔内の観察とケアの実施】の割合が低く、摂食前のケアが不十分な可能性がある。これらのことから、摂食嚥下機能評価における観察ポイントとその根拠への理解を深める必要性が示唆された。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第8会場)

[O21-2] 医療関連機器圧迫創傷の要因別ベッドサイド危険予知トレーニング用紙の使用による発生率低減への効果

○畠山 貴仁, 髙橋 弘江, 齊藤 麻知子, 佐々木 美里, 髙橋 智恵子, 谷藤 大貴 （岩手医科大学附属病院高度救命救急センター）

【はじめに】 A高度救命救急センター（以下 Aセンターとする)の2017年度褥瘡発生率は1.01％、医療関連機器圧迫創傷(以下、 MDRPUとする)発生率は2.27％であり、 MDRPU予防策が課題であった。また、褥瘡分野のDiNQLの分析結果からは、褥瘡ハイリスク患者の発生が多く、新規褥瘡の改善率が０％であったことからも、一度発生した褥瘡や MDRPUが改善しにくいことを示していた。これらのことから、 MDRPU発生前のリスクアセスメントの向上を目的とした MDRPUの要因別危険予知トレーニング用紙（以下 KYT用紙）を独自に作成し、ベッドサイド KYTを行った。しかし、直接要因は多く挙げることができていたが、間接要因は少ない傾向にあった。そこで、日本褥瘡学会が作成した MDRPUの発生概念図を参考に、機器要因、個体要因、ケア要因に分けたリスクアセスメントとケア計画を記載する MDRPUの KYT専用用紙に改訂し、発生率低減への効果を検討したので報告する。【研究目的】 KYT用紙の使用による MDRPU発生率の低減への効果を明らかにする。【方法】1．対象:2017年9月～2018年12月に KYTを行った看護師36名。 MDRPUハイリスク患者のべ50名。2．方法：看護師がペアで KYTを行った。2017年9月～2018年3月は28名に直接要因と間接要因とケア計画を記載する KYT用紙を使用した（以下 A群）。2018年4月～2018年12月は22名に機器要因、個体要因、ケア要因、ケア計画を記載する KYT用紙に改訂した（以下 B群）。3．分析方法：1)KYTの内容をコード化し意味内容毎にカテゴリー化した。 A群の直接、間接要因を機器要因、個体要因、ケア要因に分類し、 B群と比較検討した。2)両群の MDRPU発生率を X^2 検定し、有意水準５％として算出した。 4．倫理的配慮： A医科大学医学部倫理委員会の承認を得、情報公開し対象者に拒否の機会を保障した。また、対象者から研究施設ならびに発表に関する自由意志による承諾が得られている。本研究にて得られた情報や結果等の公表においては、対象者のプライバシーが保護されるように配慮している。【結果】要因別では A群139コード14カテゴリー、 B群では114コード20カテゴリーであった。 A群と比較し B群で最も増加したのはケア要因で、 A群が1コード「外力低減ケア」のみだったのに対し、 B群では30コード増加し「スキンケア」「栄養補給」「患者教育」が新たに抽出された。ケア計画は A群102コード12カテゴリー、 B群では111コード18カテゴリーであった。 B群のケア計画では「剥離剤・保護剤の使用」「愛護的ケア」「患者への説明」が新たにカテゴリーとして挙げられた。発生率は A群0.88%、 B群2.68%であり、 p=0.286で有意差はなかった。【考察】ケア要因とそれに対するケア計画において、 B群のカテゴリー数の増加がみられた。これは、 KYT用紙の改訂により日常行っているケアによって発生し得る MDRPUに着目することができたと考える。このことが、 B群のケア計画のカテゴリー数の増加につながった。さらに、直接的なケアだけに着目するだけでなく、「患者への説明」が挙げられたことは、意識障害のある患者や鎮静管理中の患者が大多数を占める中で、患者教育もケアとして重要であるという意識につながったとも考えられた。今後も、発生概念図に沿った細やかな情報収集を継続し、 KYTの改訂を重ねながら MDRPU発生予防に努めていく必要がある。

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第8会場)

[O21-3] 救命救急センター ICUにおける気管チューブ自己抜去に関する現状分析と今後の課題

○鴻巣 有加, 福井 美和子, 伊藤 凪沙 （財団法人筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院　救命救急センター２A病棟）

【はじめに】 ICUにおける気管チューブの計画外抜管は自己抜管であることが多い。自己抜管は呼吸状態の悪化や再挿管など患者に苦痛を与える。先行研究では自己抜管患者の98%が、緊急入院であること、患者のニードの

©一般社団法人 日本救急看護学会

把握不足、説明不足が要因となっていることが報告されている。さらに不適切な鎮痛剤の投与や、不確実な抑制方法、看護師の事故防止に対する認識不足などの関連も明らかとなっている。 A病院救命救急センター ICUにおいても自己抜管は散見されており、発生時にカンファレンスを行い改善策を提示しているが、件数の減少は認めていない。事例ごとの振り返りだけでは現状の分析が不十分であると考え、自己抜管事例を収集して傾向や要因を改めて分析し、気管チューブを安全に管理するための課題について検討した。

【目的】自己抜管の要因を分析し今後の課題を検討すること

【研究方法】方法：診療録による単施設後ろ向き観察研究

データ収集期間：2015年4月1日～2019年3月30日

対象： A病院救命救急センター ICUにおいて医療事故として報告された気管チューブの自己抜去事例

分析方法：診療録による単施設後ろ向き観察研究

調査項目：患者の属性（年齢・性別・主病名）、 Richmond Agitation-Sedation Scale（ RASS），チューブの種類、呼吸・循環動態、合併症、人工呼吸器設定、勤務帯、再挿管率、せん妄の有無、血管作動薬、自発呼吸トライアル（以下 SBT）実施率、鎮痛・鎮静状況、身体拘束の有無、 ICU滞在期間

倫理的配慮：所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。得られた情報から個人が特定できないよう配慮した。

【結果】期間中の気管チューブ自己抜去は、2015年度4件、2016年度3件、2017年度2件、2018年度4件の合計13件であった。患者は平均年齢62歳（±18）、男性7名（54%）であった。主病名は多発外傷8件（62%）、脳血管疾患4件（31%）であった。夜勤帯での発生が10件（77%）で、再挿管になったのは7件（54%）、非侵襲的陽圧換気療法（以下 NPPV）となったのは1件（8%）であった。11件（85%）が鎮痛剤を使用していたが、疼痛評価を経時的に記録されていた事例は0 件であった。身体抑制は11件(85%)で実施していた。自発呼吸トライアル（ SBT）実施は0件であった。報告書に記載されていた自己抜去の原因は、体勢の崩れが5件(39%)、抑制の緩みが2件(8%)であった。再挿管に至らなかった事例の呼吸器設定は、吸入酸素濃度(FiO2)0.4以下が71%、呼気終末陽圧（ PEEP）8以下が100%であった。
【考察】本調査における自己抜管は13件であった。自己抜管の原因として、体勢の崩れが最も多く、次に抑制の緩みであった。身体抑制実施率は85%であり、ほとんどが抑制実施下で発生していた。挿管患者の抑制に関する調査では、覚醒している患者で86%、深鎮静患者に対しても半数以上が抑制を行っていることが報告されている。このことから、抑制で自己抜管を予防するのは困難である。そして、鎮痛鎮静に関しては、経時的な評価が行われていなかった。評価が行われていないことでコントロールが不十分となり、せん妄や不穏な状態となり、抑制が必要と判断されていた可能性もある。また、自己抜管後、再挿管に至らなかった事例が約半数あった。 SBT開始基準の呼吸器設定になっているにも関わらず SBTは実施されていなかった。より早期に SBTを行い、人工呼吸管理日数を不用意に延長させないようにする必要がある。

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第8会場)

[O21-4] 人工呼吸回路における人工鼻と加温加湿器の人工呼吸管理の比較

○八鳥 公男[1], 竹田 ちえ美[1], 山田 彩海[1], 宝来 和呼[1], 本田 博之[2] （1.新潟大学医歯学総合病院　高次救命災害治療センター, 2.新潟大学医歯学総合病院　集中治療部）

©一般社団法人 日本救急看護学会

【はじめに】気管挿管による人工呼吸管理の加湿方法にはフィルタ付き人工鼻（以下 FHME）と加温加湿器(以下 HH）の2種類がある。当救命センターでは、 FHMEを組み込んだ呼吸回路を基本構成としており、気道浄化機能が低下し痰の粘稠度が高くなった場合に経験的に HHへ変更していた。そこで効率的な痰の粘稠度コントロールを目的とし2017年10月以降は人工呼吸器の基本構成を HH回路に変更した。
【研究目的】人工呼吸回路の加湿方法変更前後の呼吸管理の実際と患者への影響を検証し、 FHMEと HHのどちらが優れた加湿方法といえるのか検討する。
【研究方法】研究デザイン：後方視的前後比較研究
対象患者：2016年10月から2018年9月に救命センターに入室し、侵襲的人工呼吸管理を受けた18歳以上の患者。加湿方法変更前の2016年10月から1年間を FHME群、変更後の2017年10月から1年間を HH群とした。除外対象は48時間以内の積極的治療辞退、低体温療法施行例、熱傷症例、体外循環装置使用例。
データ収集：電子カルテより患者基礎情報（年齢、性別、診断名、主疾患分類、 APACHE II スコア）。比較指標として人工呼吸管理期間、排痰困難を理由とした再挿管数、吸痰目的の気管支鏡の有無、救命センター内死亡率とし、重症度による違いを検討するため APACHE II スコアの中央値で層別化した。
解析方法：連続変数は中央値と四分位範囲、カテゴリー変数は患者数とパーセントで表記。2群間比較は、Mann－ Whitneyの U検定、 Fisherの正確検定、同等性の検定を使用。統計学的有意差は p値0.05未満とし、統計処理に SPSS Statistics 24.0 for Windowsを用いた。研究は新潟大学の倫理審査委員会の承認（2018-0326）を得て行った。
【結果】全調査期間中の解析対象は288人、うち FHME群146例、 HH群142例であった。患者背景に有意な差はなかった。 HH群で気管支鏡の実施が少なく（30% vs 23%）、人工呼吸管理日数が短くなる（5(2-9) vs 3(2-8)）傾向が認められ、再挿管は HH群でやや多くなっていた（5% vs 8%）がいずれも有意な差ではなかった。重症度で層別化して検討したところ、重症例の HH群で人工呼吸管理日数（7(3-11.5) vs 4(2-8)）や気管支鏡の実施が減少する（14% vs 8%）傾向があり、人工呼吸管理期間は有意に短くなっていた（ p = 0.034）。一方で排痰困難を理由とした再挿管は、軽症例では HH群で減少し、反対に重症例では HH群で多くなる傾向が認められた。
【考察】人工呼吸管理の最初より HHを使用することで気道分泌物の粘稠度を効果的にコントロールでき、確実な加湿で軟化した気道分泌物を通常の吸引操作で容易に除去できるようになったことで、人工呼吸管理期間は短縮、気管支鏡の実施が減少したと思われた。また、重症患者における換気メカニクスの悪化が認められる状況においては HHの死腔・気道抵抗の減少が有利に働くものの、換気メカニクスが悪化していない軽症例ではその利点が得にくいのではないかと考えられる。一方、排痰困難による再挿管は重症例では HHの確実な加湿により、気道の清浄化が早期に得られて抜管が早まったものの、抜管後は相対的に加湿が悪化するため気道を清浄な状態に維持できなくなり再挿管が増加したのではないかと考えられた。
【結論】人工呼吸における加温加湿方法として HHを採用することで、気管支鏡の実施が減少して人工呼吸管理期間が短縮する可能性があり、その効果は重症例で顕著である。

(2019年10月5日(土) 10:10 ～ 11:00 第8会場)

[O21-5] 3学会合同人工呼吸器離脱プロトコルを導入して見えた現状と課題

○田中 秀明, 勝呂 美那, 向井 和樹, 植田 美幸, 畑 良典, 田畑 剛, 井木澤 祐子, 森谷 紀子, 倉持 洋志, 横山 奈緒実 （松戸市立総合医療センター）

【はじめに】
A病院の救命救急センター HCUにおいて、抜管直後に再挿管となった事例を経験した。その際、抜管前の評価や観察項目が十分に記録されておらず事例を振り返ることが困難であった。この経験からスタッフ間で問題点について検討した。解決手段の１つとして人工呼吸療法を主導する3学会(日本集中治療医学会・日本呼吸療法医学会・日本クリティカルケア看護学会)が公開した「3学会合同人工呼吸器離脱プロトコル」（以下「プロトコル」とする。）を HCUに導入することとなった。試行錯誤しながらプロトコルを使用し1年が経過したところでこれま

©一般社団法人 日本救急看護学会

での現状を振り返り、急性期病院での課題や傾向がみえてきたのでここに報告する。
【目的】
プロトコル使用の現状を明らかにして、施設における運用方法を検討する。
【方法】
　2018年8月から2019年1月の6ヶ月の間に HCUに入室した15歳以上の経口挿管または経鼻挿管された人工呼吸器装着中の患者について診療録の後方視的調査を行った。また2019年1月に救急科の医師と看護師を対象に、プロトコルの使いやすさやプロトコル運用上の感想についてアンケートを実施した。その後、得られた結果を単純分析し考察した。
【倫理的配慮】
　調査の承諾を可能な限り得るように努め、調査・分析の過程全てにおいて個人が特定されないように配慮した。本研究および発表に関しては、病院の看護局倫理委員会の承認を得た。
【結果/考察】
　調査期間の人工呼吸器装着患者数は25名でプロトコルを使用した人数は15名/25名中(60%)であった。プロトコルが使用されなかった理由は［生命予後が極めて悪く、抜管が見込めない状況］が6名 、［気管切開の適応］が3名、［抜管前に退室］が1名であった。調査期間の間に抜管後48時間以内に再挿管となる患者はいなかった。看護師によるプロトコルの各評価基準に沿った記録は12名/15名中(80%)がされていた。
　アンケート調査は救急科の医師5名と看護師26名に実施し、回収率は医師100%、看護師69%であった。アンケートから医師も看護師もほとんどがプロトコルを簡易的に用いることができたと考えているが、看護師の中には難しいと感じている人もいた。そのため、難しいと感じた理由を確認し誰でも簡易的にプロトコルを用いることができるように工夫していく必要がある。また看護師はプロトコルを使用することによって、呼吸評価の基準が明確になり、医師へ適切な報告がされるようになったと感じている人が多かったが、医師側はアセスメントの不足から看護師からの報告が適切だったと感じていない人もいた。今後、プロトコルを使った報告のあり方を検討していくことも課題の１つとなった。
　医師も看護師もプロトコルは HCU以外の部署で用いることで継続した治療ができると感じていた。また、プロトコルの継続のために必要なこととして、定期的な勉強会の開催・周知・慣れといった意見が多くあったため、今後院内での周知を図り定期的な勉強会や症例検討会を行い活用していけるようにすることが必要である。これまでのプロトコル使用の現状がわかったため、より施設にあったプロトコル運用に変更し評価・改善していく。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 重症患者看護

[O22] O22群 重症患者看護③

座長:背戸 陽子(日本医科大学付属病院 医療安全管理部)

2019年10月5日(土) 11:00 ～ 11:50 第8会場 (1F 中会議室102)

[O22-1] PICS予防のための非薬理学的な創部痛軽減方法

○大内 心晴, 中村 香代 （独立行政法人国立病院機構災害医療センター）

[O22-2] A病院 HCU病棟におけるせん妄予防に対する取り組みについて

○山澤 由美, 福島 麻利子 （千葉市立青葉病院）

[O22-3] 睡眠バンドルを導入し、睡眠状態の改善を図ることでせん妄悪化予防につながった症例

○石川 凌弥, 中村 香代 （独立行政法人 国立病院機構 災害医療センター）

[O22-4] 救命センターにおける不眠患者へのアプローチ検討 第1報 -看護師の抱えるジレンマ体験の分析を行って-

○飯田 晋宏, 竹内 若菜, 松川 めぐみ （大阪府立中河内救命救急センター）

[O22-5] 救命センターにおける不眠患者へのアプローチ検討 第2報 -看護師のジレンマ解消に向けた勉強会の取組み-

○飯田 晋宏, 竹内 若菜, 松川 めぐみ （大阪府立中河内救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:00 ～ 11:50 第8会場)

[O22-1] PICS予防のための非薬理学的な創部痛軽減方法

○大内 心晴, 中村 香代 （独立行政法人国立病院機構災害医療センター）

はじめに

術後、創部痛が軽減されず長期間に及ぶベッド上安静は、筋力低下や肺炎、イレウス等の身体機能障害や離床の困難感に伴う精神障害、せん妄の発症等の認知機能障害と言った集中治療後症候群（以下 PICS）に陥る可能性がある。そのため、創部痛を軽減し早期離床を促進することは術後憂慮される問題である。

今回 A氏は術後、鎮痛薬の使用のみでは十分な鎮痛効果が得られず離床が遅延する可能性が考えられた。手術や離床に対して消極的な発言もあり、 PICS予防の必要性を強く感じられた。そのため、自身で創部痛の軽減を図る非薬理学的方法を取り入れることでセルフケア能力を充足させた。そして、入院中の目標達成経験を A氏の強みにし、 ICU退室後や退院後の生活の自己効力感向上を図ることで PICS予防を行った事例について報告する。

目的

非薬理学的自己管理方法を取り入れ創部痛の軽減を図ることで、セルフケア能力の向上が PICS予防に与えた影響について検討する。

方法

非薬理学的自己管理方法として山本や坂上らが提唱している呼吸法や離床時の腹部姿勢等の方法をバンドルとして取り入れる。セルフケア能力の変化と、 PICS予防への影響について分析をする。

倫理的配慮

報告するにあたり個人が特定されないように配慮することを説明し、患者本人より了承を得た。著者は、 e-APRIN研究者コースを修了している。（修了者番号： AP0000206910）

結果

術後1日目、「こんなに痛いなら手術しないほうが良かった。」等の手術や離床に対して消極的な発言あった。また、鎮痛薬使用以外の創部痛軽減方法がわからず、困惑した発言も聞かれていたため、非薬理学的方法を取り入れた。同日、「歩くときはこうすればいいんだね。」との発言あった。離床時、 NRS：8から2に低下。 ICU退室まで、創部痛の増強はなかった。また、今回の手術や離床に対して消極的な発言も聞かれなくなった。退院時、「ここでしっかり歩けてよかった。今回の手術を乗り切れたから今後何があっても乗り切れます。」と今回の入院経験が A氏の強みになったとの発言があった。

考察

A氏は術後、自身で創部痛を軽減したいがその方法がわからないことや手術や離床に対して消極的発言があることから PICSに陥る可能性があった。オレムはセルフケアについて、「個人が生命、健康および安寧を維持するために自分自身で開始、遂行する諸活動の実践」と定義している。 A氏も同様に、 PICS予防のために自身での創部痛軽減方法がわからない、セルフケアが不足した状態であったと考えられる。そのため、非薬理学的方法を取り入れ、創部痛軽減方法を獲得したことで、自身で健康のための行動ができていた。このように、自身で創部痛を軽減する意欲があるという強みに看護師が介入し、対象の主体的な気持ちを支え不足した点を補完する関わりはセルフケア能力向上において有用である。また、 A氏の発言にもある様に、セルフケア能力の不足という弱みは、後天的に能力が向上し、目標達成経験を通すことで人生における強みへと変化する。そして、その強みが入院中の精神的支柱になることや離床が促進され身体状況の改善にも良い影響を及ぼすと考えられる。退院後も、その経験が強みとなり様々なライフイベントに対応がでることや筋力低下等を防げたことから、もともとの生活にスムーズに適応することができると考えられる。それらのことから、患者と看護師の関わり合いでセルフケア能力が向上し、目標達成経験を得ることは、 ICU退室後、退院後の対象の強みとなり、 PICS予防において有用である。

(2019年10月5日(土) 11:00 ～ 11:50 第8会場)

©一般社団法人 日本救急看護学会

[O22-2] A病院 HCU病棟におけるせん妄予防に対する取り組みについて

○山澤 由美, 福島 麻利子 （千葉市立青葉病院）

【目的】

A病院の HCU病棟は2年半前に創設された新規病棟であり、高齢者、呼吸・循環不全などせん妄リスクの高い患者の入室が多い。しかし、病棟内にはせん妄予防に関する具体的な取り決めはなく、病棟看護師のせん妄に対する認識も低い現状がある。今回入院早期から ICDSC(Intensive　Care Delirium　Screening　Checklist)を用いてせん妄のリスク評価を行い、院内高齢者サポートチーム(以下 GSTとする)介入につなげるためのフローチャート作成により得られた効果を検討し、今後の課題を明らかにする。

【方法】

1.期間・対象

フローチャート導入前20XX年1月(59名)、導入後20XX年3月(29名)の各1か月間、 A病院 HCU病棟に入院した患者(計88名)

2.方法・分析

1) フローチャート導入前後で院内のせん妄リスクアセスメントシートを用いてせん妄ハイリスク患者のスクリーニング調査、せん妄発症率・ GST介入件数、予防的介入の有無について調査。

2）1)のデータについて単純集計後、量的分析を行う。

【倫理的配慮】

当院看護部倫理委員会での審査を受け承認を受けた。

【結果】

対象患者は HCU病棟に入院した10～100代の男女計88名、導入前後で疾患の有意差はなく、平均在室日数は2.5日であった。

導入前は、入院患者の89％がせん妄ハイリスク患者であった。カルテ内容から ICDSC評価を実施。4点以上は12件(20％)、1～3点は39件(66％)、0点は8件(13％)、 GST介入は3件(5％)。予防的介入はカルテから確認できなかった。

導入後は、90％がせん妄ハイリスク患者であった。 ICDSC評価4点以上が5件(17％)、1～3点は15件(52％)、0点は9人(42％)、 GST介入件数は5件(17％)。 ICDSC4点以上では GST介入とともに看護計画が立案され、予防的介入が行われていた。 ICDSC1～3点の患者の看護計画立案はなかったが、看護記録から環境調整やリアリティ・オリエンテーション等が実施されていた。

【考察】

フローチャート導入前後でせん妄発症率に差はなく、亜症候性せん妄の患者割合が高かった。フローチャート導入後も、フローチャートの使用が定着しておらず、 GST介入件数は少なかったが、栗生田らの研究で、専門的ケアコンサルテーションによるスタッフの不安解消、直接介入し臨床でのケアモデルとなることで、せん妄の早期発見につながると示されており、チームアプローチは重要であると考える。 GST介入時に得られた情報・知識を元に、せん妄リスクのある患者に対して予防的介入が増えている現状があり、 GST介入患者以外にも予防的介入の実施を増やすことに繋がったのではないかと考える。また卯ノ木らも ICDSC活用により、個々の患者の「見えなかった」症状が明らかになることはその後のケアに有益だと考えると示しており、今回 ICDSC評価を導入したことで、数値で評価ができ病棟看護師間で共通認識を持ち、せん妄の早期発見や効果的な介入の検討を増やすことに繋がったのではないかと考える。フローチャートの使用については、使用を開始したばかりで定着していない現状があるため、病棟看護師への周知を再度徹底し継続していく必要が

©一般社団法人 日本救急看護学会

ある。また病棟看護師が主体的に予防的介入が行えるようフローチャートの内容の修正・検討が必要と考える。 A病院 HCU病棟では平均入室期間が短く一般病棟転棟後にせん妄発症の可能性があり一般病棟への継続看護のため、介入内容を看護計画にどのように反映していくかが今後の課題である。

(2019年10月5日(土) 11:00 〜 11:50 第8会場)

[O22-3] 睡眠バンドルを導入し、睡眠状態の改善を図ることでせん妄悪化予防につながった症例

○石川 凌弥, 中村 香代 （独立行政法人 国立病院機構 災害医療センター）

【はじめに】
ICU入室患者は睡眠障害を合併していることが多く、せん妄の発症・促進因子として指摘されておりその原因としては、 ICU特有の音や光の環境因子が挙げられる。また、せん妄の発症は集中治療後症候群(以下 PICSと称す)の要因となり ICU入室患者の長期予後に大きく影響を及ぼすとされ、 ICUにおいてせん妄に対し介入を行う必要性は非常に高いといえる。
A氏は入院前より睡眠障害があったため睡眠導入剤を使用しており、今回の入院は夜間の転倒による頭部外傷であった。 Maslowが提唱した欲求5段階説によると睡眠は生命を維持するために不可欠な生理的欲求であり、その欲求を満たすためにも A氏の睡眠に対して早期より焦点を当てて介入することは重要であった。 Patelらが睡眠改善を目的に介入した睡眠バンドルを参考に積極的介入を行い、元々自宅で暮らしていた A氏が ICU退室後も治療に支障が生じることなく自宅退院に至った症例を振り返り、睡眠バンドルの有用性について検討したことを報告する。
【目的】
睡眠パターンの調整を目的とした睡眠バンドルの導入が、睡眠状態とせん妄悪化予防に及ぼした効果について検討する。
【方法】
① Patelらが睡眠の改善を目的に介入した睡眠促進バンドルを参考にして睡眠調整を行った。
② CAMー ICU及び ICDSCの使用により8時間ごとにせん妄評価を行い、睡眠状況や熟眠感の反応を確認した。
③得られた結果から睡眠状況とせん妄の関係について分析を行った。
【倫理的配慮】
報告するにあたり個人が特定されないように配慮することを説明し、患者本人より了承を得た。著者は、eAPRIN研究者コースを終了している。(AP0000192578)
【事例紹介】
A氏、70歳代男性、独居。入院前より睡眠障害があった。転倒による急性硬膜下血腫に対して開頭術後 ICU入室。夜間せん妄が出現し、十分な睡眠を得られていなかった。元々、睡眠障害があることから睡眠パターンの調整を行い、せん妄の悪化を予防することで入院前の生活に戻ることができるよう介入する必要があった。
【結果】
抜管日の夜間帯は不明言動やベッド柵を乗り越えようとする行動がみられ夜間帯は ICDSCで7点、 CAMー ICUでせん妄ありの評価であった。睡眠バンドルを使用しモニターの光やアラーム音、照明の調整を行った結果、夜間にまとまった睡眠がとれている様子が観察され熟眠感を得られたとの発言があった。せん妄評価としては ICDSCでは7点から確実に低下していき最終評価で2点、 CAMー ICUではせん妄なしの評価で一般病棟へ転棟となった。その後、転院を介して自宅退院へと至った。
【考察】
A氏は入院前より睡眠に対して問題を抱えており、 ICUという環境において睡眠に焦点を当て早期より介入する必要があった。そこで Patelらの睡眠促進バンドルを参考に、環境要因の中で睡眠に与える影響が大きいとされる音と光の調整を重視した。効果が検証されている睡眠バンドルを参考にし、自宅での入眠環境にできるだけ近づ

©一般社団法人 日本救急看護学会

けられるように意図的に介入することで、新たな睡眠障害の要因を軽減することができたと考えられる。また睡眠調整を実施しせん妄の悪化を予防できたことは、 ICU退室後の長期予後にも影響を与え PICSの予防につながる一因になったと考える。 ICUという環境の中で、せん妄に関して睡眠障害に焦点を当てて、睡眠バンドルを導入したことは有用であったと考える。

(2019年10月5日(土) 11:00 〜 11:50 第8会場)

[O22-4] 救命センターにおける不眠患者へのアプローチ検討 第1報 -看護師の抱えるジレンマ体験の分析を行って-

○飯田 晋宏, 竹内 若菜, 松川 めぐみ （大阪府立中河内救命救急センター）

Ⅰ目的

不眠に対する介入として、薬剤投与、安楽な体位調整、環境整備など様々な方法があるが、何を選択するかは看護師個人に任されている。薬剤投与で入眠できる患者もいるが、薬剤の効果の遷延により、日中の覚醒が悪く離床が遅れるなどの弊害に至っている現状があった。その背景には不眠に対する評価のばらつきや薬剤の知識や使用方法に個人差がある事が考えられ、その実態が看護師のジレンマに繋がっているという意見も聴かれた。

そこで、ＩＣＵ・病棟に勤務する看護師に対して、不眠患者への介入についての調査を行い、問題点を明らかにすることとした。

Ⅱ方法

1)対象：看護師長を除く看護師59名

2)調査方法：不眠患者への対応に関するアンケートを実施

アンケート内容：(1)不眠の評価方法(2)不眠患者に対するアプローチ方法(3)不眠患者に対して薬剤投与を行うタイミング(4)不眠患者のアプローチでのジレンマの有無(5)不眠患者に対するアプローチ方法で困っている事

(1)〜(5)は選択式、さらに(2)(4)(5)については記述式とした

3)調査期間：平成30年1月21日から平成30年1月31日

4)分析方法：アンケート結果をＫＪ法でカテゴリー化した

Ⅲ倫理的配慮

アンケートは無記名とし、個人が特定できないものとした。また、回答をもって同意を得たものとした。得たデータは厳重に取り扱い、研究終了後は速やかに破棄するものとした。

Ⅳ結果

©一般社団法人 日本救急看護学会

アンケート回収率は90%であった。(1)不眠の評価方法は、患者の訴えが50%、看護師の主観的評価が41%、何らかの評価スケールを用いているは4%、その他5%であった。

(2)不眠患者に対するアプローチで普段行っている事は、薬剤投与が30%、環境整備が29%、体位調整が24%、清潔ケアが9%、その他が8%であった。

(3)薬剤投与を行うタイミングは52の回答があり、<時間><患者の訴え><不穏・興奮・せん妄>の3カテゴリーに分類された。

(4)不眠患者のアプローチでジレンマが“ある”は72%、“ない”は26%、無回答2%であった。

また、ジレンマがあると答えた人の理由は67の回答があり、<薬効の遅延・薬剤関連><環境要因><その他>の3つのカテゴリーに分類された。

(5)不眠患者に対するアプローチ方法で困っている事が“ある”は53%、“ない”は43%であった。

Ⅴ考察

不眠患者のアプローチでジレンマを感じたことが“ある”は72%と多く、ジレンマの原因となっている内容の分析を行った。

<薬効の遅延、薬剤関連>に関して、薬剤投与を行うタイミングは、アンケート結果(3)より、内服時間を使用時間のリミットを決めているといった意見のような<内服時間を決めている>、<患者の訴えに合わせて>、<不穏・せん妄時>の３カテゴリーに分類された。

<環境要因>に関しては「時間をかけてあげたくてもできない」「寝られるようにカーテンを閉めて人の目を気にしないようにしてあげたいが、不穏患者や転倒・転落の恐れ、自傷行為のおそれのある患者にはしにくい」など救命救急センターの特性が関係する意見もあった。また、薬剤の知識や使用方法に個人差がある事も分かった。アプローチ方法で困っている意見には、「自分の主観でしか考えていないので方法が正しいか悩むことがある」「何で睡眠を評価したらいいのか最善が分からない」「スタッフ間の認識の違い」「認知症患者の不眠対応がわからない」などがあり、知識習得が必要であると考えた。今後は勉強会を行い、ジレンマ解消への行動変容を起こすことができるようになることが課題である。

(2019年10月5日(土) 11:00 ～ 11:50 第8会場)

[O22-5] 救命センターにおける不眠患者へのアプローチ検討 第2報 -看護師のジレンマ解消に向けた勉強会の取組み-

○飯田 晋宏, 竹内 若菜, 松川 めぐみ （大阪府立中河内救命救急センター）

Ⅰ目的

当救命救急センターの入院患者において、不眠に対する看護師の介入として薬剤投与、安楽な体位調整、環境整備など様々な方法があるが、何を選択するかは看護師個人に任されている。前研究で不眠患者への看護者の介

©一般社団法人 日本救急看護学会

入について調査を行った。結果、不眠患者へのアプローチに関してジレンマを感じたことがあると答えた人は72%と高く、これらの要因となっている内容の分析をしたところ、不眠に対する評価のばらつき、薬剤の知識や使用方法に個人差がある事がわかった。その背景には不眠時に使用する薬剤に対する基礎的な知識やせん妄、不眠、不穏に対する知識不足があり、その結果、薬剤蔓延や離床遅延などが看護師の抱えるジレンマにつながっていると考えた。これらの現状の把握から知識の習得が必要であり看護スタッフに向け（睡眠評価方法）（薬剤について）（不眠、せん妄、不穏について）という内容で勉強会を試みた、その結果について報告する。

Ⅱ方法
1)対象：師長を除く看護師59名
2)不眠患者に対するアプローチに対して看護師の抱えるジレンマの要因となっている事項を取り上げた勉強会を実施した
勉強会の内容
(1)睡眠評価方法　SOADスコアの紹介
(2)薬剤について（当院採用の薬剤の種類特徴、副作用、注意事項などについて）
(3)不眠、せん妄、不穏の違いについての勉強会（ ICDSC評価方法の説明、せん妄例の説明）
実施期間・方法は平成30年9月～平成31年4月、一回15分程の講義を2回構成で行った
(4)勉強会直後にアンケートを配布した。アンケートは勉強会内容について５段階評価をするものとした。

Ⅲ倫理的配慮
　アンケートは無記名とし、個人が特定できないものとした。また、回答をもって同意を得たものとした。得たデータは厳重に取り扱い、研究終了後は速やかに破棄するものとした。

Ⅳ結果
勉強会の参加率は61％であった。アンケートの回収率は100％であった。
勉強会の内容は不眠患者への関わりで感じるジレンマの解消に繋がる内容であったという問いに77％が思うと回答した。
睡眠薬の違いを知る事ができ、不眠患者へのアプローチに活用できると回答した人は96％であった。
その後、各項目に沿ってスタッフにインタビューをしたところ「睡眠薬の作用や使用のタイミングなどがわかった」「手さぐりでアプローチをしていた睡眠やせん妄の評価方法の仕方が具体的にわかった」「日頃の対応を振り返るきっかけになった」
という意見が聞かれた。

Ⅴ考察
　不眠の原因として、救命センターという特殊な環境下での入院では、疾患や症状そのものが不眠の要因に繋がる他に、環境因子や予後の不安など多岐にわたり様々である。そのため不眠が認められる患者に対して睡眠を促すケアは重要であると考える。
　不眠患者へのアプローチに関してジレンマの原因となっていた知識不足解消のための勉強会を行った結果、ジレンマの解消に繋がる知識の習得に効果があったと考える。
一定の知識の習得ができたため、今後は、不眠患者のアプローチ方法に関して看護師の行動変容の活性化となるよう、精神科専門医からの評価や症例カンファレンスの定期的な開催を行いたいと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| 終末期ケア

[O23] O23群 終末期ケア

座長:谷島 雅子(自治医科大学附属病院 救命救急センター)

2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:10 第8会場 (1F 中会議室102)

[O23-1] 患者家族の危機を捉えた急性期における看取りの看護～デスカンファレンスが救急看護師に及ぼす効果～

○石井 万伊, 中村 祐美子 （神戸市立医療センター中央市民病院）

[O23-2] 救命救急センター ICUにおけるグリーフケアパンフレットの活用状況と今後の課題

○福井 美和子, 内田 里実, 山内 美咲, 池内 恵, 鴻巣 有加 （公益財団法人　筑波メディカルセンター病院）

[O23-3] 訪問診療終末期患者の救急対応

○稗田 貴純, 橋本 昌幸, 遠藤 克則, 佐藤 智子 （赤心堂病院）

[O23-4] 三次救急外来における終末期患者家族ケアに関する全国調査：看護管理者による評価および提供体制の実態とその関連

○伊東 由康[1], 尾花 美幸[2] （1.兵庫県立大学看護学部, 2.横浜市立市民病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:10 第8会場)

[O23-1] 患者家族の危機を捉えた急性期における看取りの看護～デスカンファレンスが救急看護師に及ぼす効果～

○石井 万伊, 中村 祐美子 （神戸市立医療センター中央市民病院）

【目的】当院は神戸市の基幹病院として365日24時間体制の救急医療・高度医療を提供している。その救急部は、救急外来・救急病棟・第２救急病棟・ MPU(精神科身体合併症病棟)の４部署で構成され約130名の看護師を有する。看護師は4部署をローテーションしており、患者を継続して担当することが難しく看護実践を振り返る機会が少ないと感じている。今回、救急外来から救急病棟に入院後１週間で亡くなった患者家族の看取りの看護についてデスカンファレンスを実施した。そこで明らかとなった患者家族の危機的状況に合わせた看護実践及び看護師の心理的変化をもとに、今後の救急部の看護の示唆をえる。
【方法】事例研究
デスカンファレンスの内容をもとに、患者家族の各時期における看護実践及び看護師の心理的変化について検討した。
【事例紹介】 A氏壮年期女性。仕事中に意識消失あり視床出血、脳室穿破の診断。入院後１週間で死亡した。夫と二人暮らし。妹と母の面会あり。
【倫理的配慮】患者の夫に対し、個人が特定されないよう配慮し個人情報の守秘を保証することを説明し口頭と文書で同意を得た。
【結果】デスカンファレンスの内容を検討した結果、 A氏の家族はフィンクの危機理論の段階をふんでいることがわかった。
＜救急外来看護師の語り＞
救命目的の脳室ドレナージ術に対して、来院していた妹と来院していなかった夫との間で意見の相違があった。救急外来看護師は医師と共に、手術を希望していない妹の動揺した姿《衝撃》を見て、家族間で手術を行うか話し合う時間が必要と考え待つことにした。最終的に、家族間で合意形成がはかれ手術に向かうことができた。救急外来看護師は、この話し合いの時間がもてたことで「家族のわだかまりがなく最期までいい関係で看取ることができてよかった」と話した。
＜救急病棟看護師の語り＞
術後に担当した病棟看護師は、家族の心理的背景を考慮して A氏と過ごす時間をもつことを優先した。入院3日頃より、家族から検査の結果や治療内容などに関する質問が多くなり、看護師は家族の求める情報を提供するために医師に説明を依頼した。その後、夫は、以前の脳梗塞の時の治療内容について後悔している思い《防御的退行》を表出した。また、看護師と一緒に A氏の趣味や性格などの話をし、笑顔で A氏に話しかけており、看護師は家族の変化《承認～適応》を感じていた。看取りの際にかかわった看護師は、夫から1週間という時間があってよかったと聞き、「この時間があったからこそ家族の中で考える時間と一緒に過ごす時間が取れて良い看取りとなったのだと感じた」と話した。デスカンファレンスに参加した看護師に対して後日、心理的変化について聞き取りを行うと、「他看護師の看護や良い看取りとなったことを聞き刺激となりもっと頑張ろうと感じた」「カンファレンスの大切さを感じた」という声があった。
【考察】デスカンファレンスでの看護師の語りから、 A氏の家族は危機に直面し1週間の中でフィンクの危機理論の4段階をふんでいた。その時々で、看護師が的確に患者家族の危機の段階を見極め関わっていたことが、受容のプロセスにつながったと考えらえる。担当看護師は日々交代していたが、継続して患者家族に必要な看護がおこなわれていたことがわかった。また、デスカンファレンスにより、自身がおこなった看護が、患者家族の危機的状況に合わせた看護実践であったと実感できた。救急外来・救急病棟では短期間での関わりであり、看護を振り振り返る時間も充分にもてないことが多いが、今回の結果より事例を振り返る機会を意図的に設けることが有効であると考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:10 第8会場)

[O23-2] 救命救急センター ICUにおけるグリーフケアパンフレットの活用状況と今後の課題

○福井 美和子, 内田 里実, 山内 美咲, 池内 恵, 鴻巣 有加 （公益財団法人　筑波メディカルセンター病院）

<背景・目的>

クリティカルケア領域における死は、予期していない突然の出来事であることが多く、家族は、心の準備をする間もなく近親者の死を迎えることとなる。予測不能な死別を経験した家族は複雑性悲嘆にいたるリスクが高いことが報告されている。このことからも、遺族に対する介入は重要である。しかし、本邦でのクリティカルケア領域における遺族ケアの取り組みについて、一部の施設でお悔み状の送付や電話相談などの報告がされているが、その報告数は少ない。

A病院では、2016年から、 ICU・救急外来において、退院後の遺族ケアとして「心のケアパンフレット」をお渡ししている。今回、パンフレット導入後、2年が経過し ICUでのパンフレットの活用状況を調査し、今後の課題を明らかにすることを目的とした。

<研究方法>

調査方法/診療録による単施設後向き観察研究、および自記式調査票による前向き調査

データ収集期間/観察研究　2016年4月-2019年4月、前向き調査　2019年4月

対象/A病院救命救急センター ICUに勤務する看護師27名

観察研究の調査項目/パンフレットを渡した事例、リエゾンチームへの相談の有無

アンケート調査項目/経験年数、パンフレット・遺族ケアに関する内容

分析方法/　得られたデータは項目毎に、平均得点、選択肢の回答度数(%)を算出し、

自由回答については、質的記述データとして内容を整理した。

倫理的配慮/所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

<結果>

遺族ケアを開始して以降、遺族へのパンフレットを渡した件数は、74件で、退院後、遺族からの連絡件数は、2件であった。内容は、「気持ちの整理がつかない」「専門家のカウンセリング希望」であった。 ICU看護師へのアンケート回収は20名(回収率74%)で、看護師経験年数は、7年(±4)、 ICU経験年数は、3年(±2)だった。遺族ケアに関する専門教育については、有りが8名(40%)であった。パンフレットの必要性は、全員が必要であると回答した。遺族会の必要性は、14名(70%）が「必要」と回答していた。終末期における家族へのケアとして、「その人らしく過ごせるように家族から情報を得る」などであった。パンフレットについての意見として、「パンフレットを渡されたご家族がどのように感じているのか」などであった。

<考察>

今回の調査で、パンフレットについては、全員が必要と回答していた。退院後、遺族からの連絡が2件あり、専門家へ繋げることができていた。現在、本邦では、退院後の遺族に対して、サポート体制は確立していないため、パンフレットを渡すことは遺族のグリーフワークの助けになると考える。

終末期ケアについては、人生最期の時をともに過ごすための時間や場所の確保などの支援が行われていた。ICUでは、予期悲嘆を十分に確保できない場合もあることや、さらに、患者の生死にかかわる意思決定を下さなければならないこともあり、家族の受けるストレスは計りしれない。しかし、傍で支えてくれる看護師がいることは、感情を整理することにつながり、退院後、悲嘆過程を正常に辿ることが可能であったことが報告されている。

今回、遺族ケアの学習経験は、40%であり、半数以上が、個々の看護師の経験則での実践であることが明らかとなった。 ICU経験年数は、平均3年であり、十分な遺族ケアができているとは言い難い。そのため、遺族に対しての看護を評価するためのデスカンファレンスや学習会等の開催は急務である。また、心のケアパンフレットを受け取った遺族からの評価を得られる方法を見出すことも課題である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 〜 14:10 第8会場)

[O23-3] 訪問診療終末期患者の救急対応

○稗田 貴純, 橋本 昌幸, 遠藤 克則, 佐藤 智子 （赤心堂病院）

【はじめに】

当院は二次救急病院として年間2500台程度の救急搬送を受け入れている一方で、患者本人のリビングウィルを取り入れた訪問診療を行っている。在宅での看取りも業務の一環であるが、家族の心境の変化や有事に key personが不在である場合などから救急車を要請するケースもみられる。今回我々は、在宅診療を行っていた筋萎縮性側索硬化症（以下 ALS）の呼吸停止による救急搬送症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】

2年前に ALSと診断され訪問診療を行っていた86歳の男性が、呼吸停止し救急要請となった。当時 key personである娘は外出しており、認知症のある妻が取り乱して救急要請した。救急隊接触時は心肺停止で初期波形はPEAであった。救急隊は DNRの書類を確認できたが妻が混乱していたため、特定行為を行わず胸骨圧迫のみで救急搬送することを決定した。来院時は心拍再開していたが呼吸は停止したままであった。妻と相談のうえ挿管・人工呼吸器を装着することで状態の安定化が図れた。入院後の精査で心停止に至る新たな病変は指摘できす、現病による呼吸停止が心停止の原因と診断した。

【考察】

DNRの方針となっている患者の救急搬送症例を経験しその対応の難しさを経験した。原因として、救急搬送となった日時が休日であったこと、 key personが不在であったこと、 key person以外の家族が蘇生を希望したことが挙げられる。後日やはり蘇生治療を行わない方がよかったという意見も家族内から聞かれたが、医療安全の観点から key person以外の家族であっても治療を希望した場合は蘇生行為を行うことは妥当であると考えられる。救急隊は心肺停止の患者に接触した場合、 DNRの書類があっても蘇生行為を行いながら搬送しなければならない。北出らは事前に DNRが確認されていても約7割が病院に搬送されたと報告している。また、真弓らは心肺停止患者の12.9%が終末期または終末期類似状態であったと報告しており、本症例のような救急対応は決して珍しいものではないと考えられる。

【結語】

これまでの治療方針が急に変更になる場合があり、救急医療と訪問医療の連携が重要であると考えられた。

(2019年10月5日(土) 13:30 〜 14:10 第8会場)

[O23-4] 三次救急外来における終末期患者家族ケアに関する全国調査：看護管理者による評価および提供体制の実態とその関連

○伊東 由康[1], 尾花 美幸[2] （1.兵庫県立大学看護学部, 2.横浜市立市民病院）

【目的】本研究では、わが国の三次救急外来における終末期患者の家族へのケアに対する看護管理者の評価と提供体制の実態について明らかとするとともに、その関連からケアの提供に求められる組織的体制について検討することを目的とした。【方法】研究デザイン：自記式質問紙を用いた横断研究デザイン。対象：2018年4月1日時

©一般社団法人 日本救急看護学会

点に日本救急医学会が公表する全国の救命救急センター289施設の各看護管理者計289名。調査期間：2018年11月～12月。データ収集方法：自記式質問紙は各救命救急センターの看護師長宛で郵送、三次救急外来の看護管理者1名による質問紙への回答を求めた。調査内容：「三次救急外来での終末期患者家族ケアの実践度評価30項目」、「施設の基本属性4項目」、「三次救急外来での終末期患者家族ケアの提供体制15項目」を作成し使用した。データ分析方法：得られたデータは記述統計量を算出し、回答の分布について分析した。三次救急外来での終末期患者家族ケアの実践度評価30項目については、探索的因子分析から構成因子を抽出し、「看護管理者による三次救急外来での終末期患者家族ケアの実践度評価得点」を作成、合計得点を従属変数、「施設の基本属性」と「三次救急外来での終末期患者家族ケアの提供体制」を独立変数とした強制投入法による重回帰分析から関連因子について抽出した。統計処理には、 IBM SPSS 25.0 J for Windowsを使用した。倫理的配慮：所属大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】三次救急外来での終末期患者家族ケアの実践度評価30項目の探索的因子分析では、因子負荷量0.45を基準に5因子24項目の「看護管理者による三次救急外来での終末期患者家族ケアの実践度評価得点」を採用した。各項目の評価において、肯定的な評価の割合が高い上位3項目は、「医師や看護師は、家族の質問に正直に答えている」(96.6%)、「医師や看護師は、身体を向け、目や顔を見て話している」(94.0%)、「医師や看護師は、礼儀正しい態度で接している」(93.9%)であり、最も肯定的な評価の割合が低いものは、「看護師は、治療を待つ家族に付き添うように努めている」(63.7%)であった。重回帰分析の結果では、三次救急外来での年間死亡患者数(β= -0.213, t=-2.174)、多職種連携体制の有無(β=0.248, t=2.278)、ケアの評価の有無(β=0.438, t=3.865)、標準化されたケアプランの有無(β=0.241, t=2.515)が得点に関連する因子として抽出された。関連を認めた提供体制に関する各変数の回答の分布については、「多職種連携体制」をとる施設は31.5%であり、職種別では「ソーシャルワーカー」(11.4%)が最も多くの施設が連携体制をもつ職種であった。また、「ケアの評価」を実施している施設は41.6%で最も多くの施設が実施するケアの評価方法は「カンファレンス」(53.0%)であり、「標準化されたケアプラン」のある施設は20.1%であった。【考察】三次救急外来での年間死亡患者数の多い施設ほど看護管理者によるケアの評価は低く、多忙な業務環境による人員不足が終末期患者家族ケアの実践を阻害する要因であることが示唆された。また、多職種連携体制をとり、ケアの評価を実施し、標準化されたケアプランを整備している施設ほどケアの評価は高く、十分なケアを実施するための人員が不足している現状においては、ケアに活用できる人的体制を整備し、ケアの効率化を図ることがその提供に求められる体制であることが示唆された。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| チーム医療

[O24] O24群 チーム医療①

座長:直井 みつえ(済生会宇都宮病院 栃木県救命救急センター)

2019年10月5日(土) 14:20 ～ 15:20 第8会場 (1F 中会議室102)

[O24-1] 看護部に所属する病院救急救命士への教育を通して見えたその役割と今後の課題

○福田 安津子, 髙井 千晶 （聖隷横浜病院 救急外来）

[O24-2] 部署間連携における外傷コアナースの活動（第一報）

○山下 紀久子, 大塚 江利, 山下 渚 （兵庫県立淡路医療センター）

[O24-3] 初療室稼働によるチーム制導入における医療者の実践の変化と課題

○西川 久美子, 藤本 哉恵, 高橋 由香里, 大下 佳織 （北播磨総合医療センター）

[O24-4] Hybrid Emergency Roomにおける診療方針共有の効果～戦略宣言の導入～

○佐藤 真矢, 阪口 理恵, 松本 昌子, 松本 奈々, 下池田 百合, 澤井 朋子 （地方独立行政法人大阪府立病院機構　大阪急性期・総合医療センター　救急病棟）

[O24-5] ECPRにおける多職種チーム医療に関する認識調査

○近藤 友香里, 月野木 友江, 木村 千穂, 高山 敦子 （大阪市立総合医療センター）

[O24-6] ECPRマニュアル導入による Door to ECMO及び再灌流時間短縮を目指した取り組み

○岡﨑 麻子, 松﨑 かおり, 高山 敦子, 豊島 美樹, 木村 千穂, 川口 なぎさ （地方独立行政法人大阪市民病院機構　大阪市立総合医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:20 〜 15:20 第8会場)

[O24-1] 看護部に所属する病院救急救命士への教育を通して見えたその役割と今後の課題

○福田 安津子, 髙井 千晶 （聖隷横浜病院 救急外来）

【はじめに】

近年、病院においての救急救命士（以下救命士）の雇用が増加している。業務内容は施設によって様々であり、対応できる医療行為の範囲を定める法律もない。当院では、現在8名の救命士が働いており、院外の業務は行っていない。2016年度より救命士を担当し、当時は外来での看護助手業務が主なものであった。何を教えていいのか試行錯誤し、看護師と救命士の認識にも解離があり課題は多くあった。関わりの中で見えてきた救命士の役割と今後の課題について報告する。

【目的】

看護師が救命士を指導することで得た役割と課題を明らかにする

【方法】

対象：期間中に雇用された救命士

期間：2016年4月～2019年3月

実施内容

年1回救命士・看護師へアンケート調査

2016年度：仕事内容と教育課程の把握、 BLS教育へ参加

2017年度：救命士会開始、救命士の使命の提示、年間の目標・役割の設定、ラダー評価作成・個人評価実施

2018年度：ラダー他者評価実施、救命士業務として救急カート管理と病棟患者の画像検査搬送業務開始

目標はあるべき姿を設定、ディスカッションを行い救命士自身が考えられるように介入。教育システムはパトリシア・ベナーのラダー理論より初心者から達人の5段階レベルに設定し段階的な到達目標を設けた。テクニカルラダーと称して評価表を作成し可視化した。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮した

【結果】

2016年度：教育課程から専門科目の履修時間は87単位、看護学部103単位と比較すると少なかった。主な違いは治療と経過に関するものがなかった。救命士は救急外来で救急の仕事を行いたい希望が強く、看護師からは、助手業務を望む意見が多く解離していた。

2017年度：院内での救命士の使命を「患者の救命と安全を守る」とした。救命士自身も病院の中で何をするべきか混沌としていた中で、繰り返し話し合い、救命士自身が自分たちで解決できる目標の設定を実施し提示した。

©一般社団法人 日本救急看護学会

BLS研修のインストラクションを担い、救命士の存在を様々な職種へアピールした。

2018年度：評価（3段階）の8人の平均は2017年度の自己評価は1.4、2018年度の中間評価の他者評価は0.64、最終評価では0.78でラダー1が5人であった。知識の向上が図れたことで、救急カートの管理と画像検査の搬送業務は、病棟看護師へのアンケートから有効な変化があった67%、タスクシェアリングとして有用57%の評価を得た。搬送時に迅速評価を行い、異常所見をみつける系統立てた観察を実施し実践で異常の早期発見ができ評価を得た。

【考察】

使命を提示することや目標設定は、救命士自身の病院内で行う業務や考え方の基本となった。病院の中にない職種が仕事を獲得して組織の一員となるには、組織の中での自分たちの役割を明確にすることが重要と考える。

救命士の持つ知識や技術を病院の中で安全に活用するための教育には、背景を知ることが大切であった。今ある知識や技術を最大限に生かせる業務として、救命士が得意とする蘇生に関する救急カートの管理と BLS教育の実施は多職種とお互いを認識でき、大きな役割を担うことができたと考える。搬送業務について、救命士は安全な搬送方法についての学習は深く、就職後に系統立てた観察を学習することで、安全性の面で効果がありタスクシェアリングとして組織の中でも有効な業務となったと考える。

評価は、自己課題が明確となり、実践の上でも異常の早期発見につながるため継続していく必要がある。

今後、救命士が病院の中で専門性を発揮し、安全に多職種と協働できるようさらなる役割拡大を考える必要がある。

(2019年10月5日(土) 14:20 ～ 15:20 第8会場)

[O24-2] 部署間連携における外傷コアナースの活動（第一報）

○山下 紀久子, 大塚 江利, 山下 渚 （兵庫県立淡路医療センター）

A病院は平成29年4月地域外傷センターを設立した。外傷診療では「防ぎえた外傷死」をいかに回避するかが最大の課題である。関連部署の看護師で構成した外傷コアナースが「防ぎえた外傷死」を回避するための研修会を開催した。重症外傷患者受け入れ時の看護師間で協力体制の構築に取り組んだので報告する。

１．目的

外傷患者が安全な治療を受けられるために、外傷診療初期対応の協力体制の重要性を理解する

２．方法

１） 期間：平成29年4月～平成30年12月

２） 外傷コアナースの活動（研修会の企画・運営）

① 重症外傷患者受け入れ準備から緊急手術出場までのシミュレーション

② 重症外傷患者対応時のコミュニケーション連携の重要性についてシミュレーション

©一般社団法人 日本救急看護学会

③ 外傷診療ガイドラインについての講義

④ 緊急開胸術、緊急開腹術の適応についての講義

⑤ 開胸術、開腹術の準備、手順、観察、記録についての講義

３） ②～⑤の研修会開催後、参加者アンケートを実施

４） 倫理的な配慮：看護部倫理委員会の承認を得る

３．実際

重症外傷患者の予後は受傷から根本治療開始までの1時間が重要で予後を左右すると言われている。患者到着から３０分以内に治療方針が決定されるため緊迫した診療と迅速な対応が求められる。そこで、重症外傷初期診療をイメージできるように①「重症外傷患者の受け入れ準備から緊急手術出場までのシミュレーション」を開催した。実際に重症外傷の応需が決定すれば、看護師1～2名で到着までに受け入れ準備を行うが限られた時間に滞りなく受け入れ準備ができないことがあり「準備物品がわからない」「準備が漏れていた」と意見があった。そのため「重症外傷患者受け入れ準備リスト」を作成しリストをもとに準備することで経験の差に関係なく準備が整うようにした。患者到着後は、複数の医師による処置、治療が行われる。医師から薬剤投与や処置介助の指示があり医師と看護師、看護師間のコミュニケーションが不十分のため重複した動きをしていたことや看護師の対応が遅延し記録が疎かになっていた。そこで②「重症外傷患者対応時のコミュニケーション連携の重要性について」の研修会を開催しコミュニケーションの取り方モデルを提示した。外傷診療初期対応の重要性や、看護師の役割の一つである記録の重要性の理解を得るために③「外傷診療ガイドライン」や④「緊急開胸、開腹術を初療室で行う適応について」の講義⑤「開胸術、開腹術の準備、手順、観察、記録について」の講義を開催した。アンケートの結果「診療の流れがイメージできた」「部署間の連携は重要だ」「伝わるように声に出す事が大切だ」「救命できるようにしたい」と意見があった。重症外傷の応需情報を OP室へ連絡すると、 OP室看護師は緊急手術体制を整え、要請時は初療室へ協力体制が取れ、マンパワーが充実し救命できた事例もあった。

４．考察

外傷初期対応時は、患者の病態予測と即効性のある準備を行うように関連部署と連携をとる必要があると考える。アンケート結果より連携の大切さ、コミュニケーションの大切さを理解できたという意見があり外傷診療初期対応の部署間連携の重要性を理解する機会になったと考える。「防ぎえた外傷死」を回避するために、重症外傷対応に関する研修会を開催したことで実践的な協力体制に繋がったと考える。救命のためには医師、看護師、放射線科技師などの連携が円滑に実施されることが重要である。外傷重症度スコア（ ISS)16点以上の重症外傷患者が初療室で死亡した件数は、平成29年は11名であったが平成30年は4名と減少し、外傷診療関わる看護師間の連携は患者救命の一助になったと考える。

(2019年10月5日(土) 14:20 ～ 15:20 第8会場)

[O24-3] 初療室稼働によるチーム制導入における医療者の実践の変化と課題

○西川 久美子, 藤本 哉恵, 高橋 由香里, 大下 佳織 （北播磨総合医療センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

目的

A病院は、急性期の地域中核病院であり、1次～2.5次の救急医療体制をとる独立した救急診療科である。開院5年目となる今年度、救急受診患者の増加に伴い、初療室を稼動し、患者を軽症・中症・重症のエリア別での診療を開始した。また、限られた医療者でも協力して患者対応ができるようチーム制を導入した。本研究では、チーム制導入に伴い医療者が感じている実践の変化を明らかにし、今後の課題について検討する。

研究方法

救急科医師3名・看護師5名の合計8名に、フォーカスグループインタビューを実施しデータを収集した。インタビューは1回約30分を2回行い、同意を得て ICレコーダーに録音した。逐語録を作成しコード化した後、チーム制導入に伴い医療者が感じている実践の変化に着目し、類似した内容でカテゴリー化を行い分析した。全過程において院内の研究指導者にスーパービジョンを受けた。

倫理的配慮

本研究は、医師・看護師の同意を得て当院の看護部倫理委員会の承認を得て実施した。

結果

逐語録より135のコード、33のサブカテゴリーと14のカテゴリーが抽出された。以下カテゴリーを【　】、サブカテゴリーを＜　＞で示す。なお、14のカテゴリーのうち、医療者の実践の変化として顕著だった5つのカテゴリーについて述べる。

チーム制導入により、医師は＜担当看護師がエリア別に明確であり、指示が出しやすい＞と感じ、看護師は＜医療者間の話をする時間が増えコミュニケーションが円滑になった＞と感じていた。初療室で診療することで、医療者は、【初療室稼動により重症患者に対応する環境が整えられ動きやすくなった】と感じており、【初療室が個室のため患者、家族と密に関わることができ、プライバシーも保持できる】と、患者家族と看護師の関わりにも変化を感じていた。また＜同じチームのメンバー看護師が患者の状態を把握してくれているので安心＞と感じ、【チーム内での状況把握や協力体制ができる】と感じていた。教育への影響では＜チーム全体で新人看護師に関わる＞ようになり、【医療者の教育環境が整えられた】と感じていた。しかし、中症エリアに患者が集中する傾向にあることから＜中症エリアの医療者の負担が大きい＞など【エリア別の医療者の負担を平等にすることは難しい】と感じていた。

考察

医療者間のコミュニケーションについては、医師、看護師のどちらも、円滑になったと感じていた。重症患者を個室の初療室で対応することで、医療者は診療環境が整えられ、迅速な処置対応が行えるようになった。患者家族は周囲を気にすることなく、家族の時間を持つことができたと考える。

救急外来は、緊急対応が必要な患者が多く、担当する看護師にとって正確な知識や技術が求められる。チーム制を導入したことで、患者が来院するまでに受け入れチームの決定ができ、治療やケアの予測を立てることが可能になった。そのため、チームで患者を把握することができ、担当看護師の不安、負担も軽減されたのではないかと推測する。またチームメンバーが互いに教え合い、学び合う環境は、新人看護師への教育にも適していることが分かった。引き続きスタッフの配置調整や、チーム制運用について、患者にとって有益な医療につながっているかの継続的な評価が必要である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:20 ～ 15:20 第8会場)

[O24-4] Hybrid Emergency Roomにおける診療方針共有の効果～戦略宣言の導入～

○佐藤 真矢, 阪口 理恵, 松本 昌子, 松本 奈々, 下池田 百合, 澤井 朋子 （地方独立行政法人大阪府立病院機構　大阪急性期・総合医療センター　救急病棟）

【はじめに】
2011年8月、当センターの初療室に IVR-CTが設置され、 Hybrid Emergency Room（以下 Hybrid ER）の運用が開始された。 Hybrid ERでは、患者を移動することなく同一寝台にて、 CT検査による診断や動脈塞栓術（以下 TAE）、緊急手術が可能である。その結果、治療開始までの時間が大幅に短縮し、迅速な検査や手術準備を求められるようになった。しかし、診療方針を共有する機会がなく、 CT検査や手術準備に時間を要することもあった。そこで、搬入から CT検査開始までと CT検査終了から止血術完了までの２段階で診療方針を明言する戦略宣言を導入した。そして、骨盤外傷症例と頭部外傷症例には、指示を包括した緊急宣言をそれぞれ導入した。
【目的】
Hybrid ERにおける戦略宣言導入の効果を検証すること
【方法】
1．対象期間：2013年2月から2019年3月
2．対象：救命救急センターに搬入された外傷症例2595例のうち、 Hybrid ERで緊急手術が必要となった骨盤外傷17症例と頭部外傷80症例。骨盤外傷は、腹膜前パッキング及び TAEが施行された症例とした。来院時心停止症例と転院症例は除外した。
3．調査方法：電子カルテより、搬入から CT検査開始までの時間、搬入から緊急手術開始までの時間、 CT検査終了から緊急手術開始までの時間を調査し、2016年11月の導入前後において比較した。統計学的解析には、Mann-Whitney検定を用いた。
【倫理的配慮】
院内の倫理審査委員会の承認を得た。また、調査したデータはコード化し、個人が特定されないように配慮した。
【結果】
骨盤外傷症例は、戦略宣言導入前の A群が8例、導入後の B群が9例であった。頭部外傷症例は、 A群が49例、B群が31例であった。 CT検査開始までの時間は、骨盤外傷症例、頭部外傷症例ともに有意な差を認めなかったが短い傾向にあった [骨盤外傷： A群10.5(7.75-19.25)分 vs .B群7.5(4.5-12)分， p=0.241、 頭部外傷： A群10(7.5-18)分 vs .B群8(6-13.5)分， p=0.059]。搬入から緊急手術開始までの時間は、 B群で短縮され有意差を認めた[骨盤外傷： A群46.5(33.25-54)分 vs. B群25(24-31)分， p=0.023、頭部外傷： A群45(36-54.75)分 vs .B群30(25.5-37.5)分， p<0.001]。また、 CT検査終了から緊急手術開始までの時間も B群で短縮され、有意な差を認めた[骨盤外傷： A群25(14.5-33.5)分 vs. B群7.5(6-10.25)分， p=0.010、頭部外傷： A群23(17-34)分 vs .B群13(11-21.75)分， p=0.001]。
【考察】
戦略宣言の導入は、放射線技師や薬剤師を含めた多職種で診療方針を共有する機会となった。そして、 Hybrid ERにおける外傷初期診療で、多職種が各役割を明確化することにも繋がった。その結果、共通認識を持った上で外傷初期診療に携わることが可能となり、 CT検査や緊急手術の開始時間を短縮することができたと考えられる。また、必要物品や術前処置などの指示を包括し可視化することで標準的な準備も可能となり、 CT検査終了後から緊急手術開始までの時間を早めることができたと考える。
【結語】
戦略宣言の導入は、 Hybrid ERでの外傷初期診療において各職種の役割を明確化することに繋がり、 CT検査や緊急手術開始までの時間短縮に有用であることが示唆された。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:20 ～ 15:20 第8会場)

[O24-5] ECPRにおける多職種チーム医療に関する認識調査

○近藤 友香里, 月野木 友江, 木村 千穂, 高山 敦子 （大阪市立総合医療センター）

【はじめに】

院外心原性心肺停止における体外循環式心肺蘇生(以下 ECPR）症例では、心肺蘇生法、低体温療法、 PCIの早期併用が最も効果的であると示唆され、速やかな治療が救命と神経学的予後を左右し、チーム医療が重要となる。救急外来でのチーム医療は即席にメンバーが構成され、多職種が短時間で複雑に医療を展開することが特徴と言えるが、救急外来看護師からチーム医療実践の困難さを指摘する声があった。細田はチーム医療を「専門性志向」「患者志向」「職種構成志向」「協働志向」の4要素に分類されるとし、これらがバランスよく保たれるところに、医療専門職の考えるチーム医療の理想型があると述べている。そこで、 ECPRに携わる多職種のチーム医療に対する認識を分析し、具体的な実践内容への課題を見出したいと考えた。

【目的】

ECPRに携わる多職種のチーム医療への認識、および職種間で差異がないかを明らかにする

【方法】

1）対象

ECPRに携わる多職種62名(救命救急医8名、循環器内科医8名、救急外来看護師15名、アンギオ看護師7名、臨床工学技士9名、臨床放射線技師15名）

2）方法

細田の4要素を取り入れ、研究者らで作成したチーム医療に関する質問紙調査。本研究においては、専門性志向は「各職種が専門的な知識・技術を持ち、専門性を発揮する」、患者志向は「医療者ではなく患者が中心であること」、職種構成志向は「チームに複数の職種がかかわること」、協働志向は「複数の職種が対等な立場で互いに尊敬し合い、協力し合って業務を行うこと」に関する内容とした。計30項目、4点を最高とした4段階評価を点数化し、職種別の平均を分析する。

【倫理的配慮】

当院倫理委員会の承認を得た。

【結果】

回収率は83%、そのうち有効回答であった69%を分析対象とした。全体の平均値は2.7で臨床工学技士が3.2と最も高く、放射線技師が2.2で最も低かった。チームリーダーは救命救急医が妥当と多くが回答した。多職種連携については、約半数が不足していると感じていた。

4要素を職種別にみると、最も高かった項目として医師は専門性志向、救急外来看護師は職種構成志向、アンギオ看護師は協働志向、臨床工学技士と放射線技師は患者志向であった。低かった項目は、医師と放射線技師が協働志向、看護師と臨床工学技士は専門性志向であった。30項目の中で、救急外来看護師が最も低かったのは、協働志向の「 ECPRの際チームリーダーへ自らの意見が言いやすい」であった。

【考察】

職種によって点数の高い要素が異なり、4要素全てが満たされた結果から、専門的な特性を活かし ECPRが成立しており、相補的な関係であるといえる。しかし、約半数が連携の不足を感じており、職種を超えて連携することの困難さに加え、チーム医療には明確な指標がないことも要因と考える。また、看護師は他職種との調整役を担っていると感じている一方、治療中に医師とコミュニケーションをとる困難さも感じていた。緊迫した場面で意見し、治療が中断されることへの懸念が考えられるが、医師が治療に熱中すると看護師とのコミュニケーションが途絶えがちになるともいわれている。患者退室後に、治療の一貫として ECPRに携わった多職種が様々な視点で意見を出し、治療中のチーム医療がどうであったかを評価し合う場を設けていく必要がある。

参考文献:細田満和子.(2007).チーム医療が、医療文化を変容させる.Nursing　BUSINESS,1(12),20-25.

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:20 ～ 15:20 第8会場)

[O24-6] ECPRマニュアル導入による Door to ECMO及び再灌流時間短縮を目指した取り組み

○岡﨑 麻子, 松﨑 かおり, 高山 敦子, 豊島 美樹, 木村 千穂, 川口 なぎさ （地方独立行政法人大阪市民病院機構　大阪市立総合医療センター）

【はじめに】

院外心停止症例における体外循環式心肺蘇生法（ ECPR）は，心肺蘇生法時間が短いほど予後が改善する可能性があり，低体温療法，経皮的冠動脈形成術との早期併用が効果的である。 ECPRは，心停止発症から1時間以内に行うことが望ましいとされている。しかし， ECPRに関する適応基準や方法はガイドラインで明確化されておらず，各施設の判断に任されている。

A病院でも整備されたマニュアルはなく，現場の判断，医師の経験や知識に委ねられており，再灌流までに要した時間の要因が明らかではなかった。そこで， ECPRに携わる多職種チームを立ち上げ，迅速で安全かつ確実なECPRが行えるようマニュアルを作成・導入し，時間短縮とその要因を明らかにするために取り組んだ。

【目的】

ECPRマニュアルを導入したことで ECMO駆動などの時間短縮ができたかを前後比較し，その要因を明らかにする。

【方法】

対象：院外心停止症例で ECPRを施行した症例のうち，血管造影室へ出棟した心原性心停止患者。2017年6月～2018年3月をマニュアル導入前（ A群），2018年6月～2019年3月をマニュアル導入後（ B群）。

調査方法：基本属性（年齢，性別，目撃者の有無， bystander CPRの有無，転帰など）及び各行程に要した時間とその要因について診療録，看護記録より後方視的に調査した。各行程は，①病院到着～シース挿入，②シース挿入～ ECMO駆動，③ ECMO駆動～血管造影室出棟，④病院到着～ ECMO駆動，⑤病院到着～血管造影室出棟，⑥病院到着～再灌流とし比較検討を行った。

分析方法：統計解析は SPSS ver20を使用し，基本属性は χ 二乗検定を用いた。①～⑤の各行程時間の比較は t検定，マン・ホイットニーの U検定を用い，有意水準はp＜.05とした。⑥は単純集計を比較した。

【倫理的配慮】

A病院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

対象症例は， A群8例， B群14例,そのうち再還流を施行した症例は A群4例， B群12例あった。基本属性に有意差はなかった。各行程時間は，①[A群8.5（4.5-10.8）分 vs.B群9.0（6.8-12.8）分，p=.271]，②[A群16.0（11.0-39.3）分 vs.B群15.0（11.0-19.8）分，p=.656]，③[A群46.1±5.5分 vs.B群42.4±5.1分，p=.649]，④[A群24.0（15.8-47.5）分 vs.B群23.5（23.0-35.3）分，p=.783]，⑤[A群73.5±7.0分 vs.B群66.9±5.9分，p=.491]，⑥ A群100.8±9.8分、 B群99.8±5.4分とほぼ同じであった。①以外の行程で時間短縮を認めたが有意差はなかった。診療録，看護記録より CT撮影[A群50% vs.B群64%]， Aライン挿入[A群50% vs.B群50%]， CV挿入

©一般社団法人 日本救急看護学会

[A群50% vs.B群43%]などマニュアル以外の手技が抽出された。

【考察】

マニュアル導入前後で有意差は認められなかったが，その要因としてマニュアル以外の手技を半数以上で行っており， ECMO駆動困難症例に対する見極めが難しかったことが考えられる。大きな時間短縮は得られておらず，マニュアル改善の余地がある。特に CT撮影に時間を要したが，大動脈解離や脳出血否定目的のため必要であり， ECMO駆動下での移送方法など検討を要する。今後も，マニュアルを改訂しながら医師やコメディカルと連携しつつ， ECPR時間と再灌流時間の短縮を図り，患者の脳蘇生予後に寄与できるよう活動を行っていきたい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| チーム医療

[O25] O25群 チーム医療②

座長:小笠原 美奈(秋田赤十字病院)

2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第8会場 (1F 中会議室102)

[O25-1] 救急新聞が広げたチームの輪

○尾崎 朋子, 川村 洋史 （北海道勤労者医療協会　勤医協中央病院　救急センター）

[O25-2] 救急搬送患者へのチーム医療連携強化に向けた取り組み　ー医師、看護師、救急隊との意見交換会の実施ー

○國松 敬介 （大阪府済生会吹田病院）

[O25-3] Ａ県の二次医療機関救急外来看護師と救急救命士の傷病者搬入における連携の認識

○山崎 千鶴[1], 藤田 あけみ[2] （1.弘前大学大学院博士後期課程, 2.弘前大学大学院保健学研究科）

[O25-4] 外国人患者対応における体制作りと救急外来における現状と課題

○牧野 祐也, 三浦 康平, 髙田 久美 （社会福祉法人恩賜財団済生会　福岡県済生会福岡総合病院）

[O25-5] A病院 ER-ICUにおける医師・看護師の倫理に関する認識

○平井 美恵子[1], 齋藤 和憲[1], 田中 真琴[2] （1.東京医科歯科大学医学部附属病院　救命救急センター, 2.東京医科歯科大学大学院　保険衛生学研究科）

[O25-6] 患者・家族のニーズに即した救急医療の提供に向けて～多職種カンファレンス開催のタイミングに関する一考察～

○辻 守栄[1], 和住 淑子[2] （1.千葉県救急医療センター, 2.千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第8会場)

[O25-1] 救急新聞が広げたチームの輪

○尾崎 朋子, 川村 洋史 （北海道勤労者医療協会　勤医協中央病院　救急センター）

【目的】 A病院救急センターは2017年の看護体制再編成に伴い異動者や既卒者が集まった。個々の経験、背景は様々であり救急看護を行う上で①救急看護における専門知識の獲得②チーム医療強化が急務の課題となった。そこで、救急看護における知識や良好な関係構築の手段として、救急新聞（以下 KYUKYUワゴン）を作成し部署内に掲示した。 KYUKYUワゴンは、多職種や認定看護師から記事を集め、知識向上・チーム連携を強調した内容で、季刊新聞として現在まで7回発行している。本研究では、 KYUKYUワゴンが知識の共有やチーム医療推進の一助となったかを考察する。

【研究方法】研究期間：2018年11月～2019年3月　研究対象： A病院救急センターに勤務する看護師、医師・研修医、看護助手、事務クラーク　データー収集方法： KYUKYUワゴン7枚を壁に提示し質問紙によるアンケート調査① KYUKYUワゴンを見た事があるか② KYUKYUワゴンの効果③記事を書いた事があるか④チーム医療について感じた事⑤今後の記事掲載への要望　データ分析方法：単純集計・自由記載についてはカテゴリー化して分析した。

【倫理的配慮】院内の倫理委員会承認後に書面で説明しプライバシーの配慮に努め実施した。

【結果】アンケート回収率89%、設問①見たことがある97%、設問②効果について複数選択肢から、多職種相互理解、コミュニケーション活性化、センター内の活性化が上位を占めた。設問③記事を書いたことがある「はい」29%「いいえ」79%であった。設問④自由記載のチーム医療に関して、看護師＜多職種の記事掲載による知識の再確認と学習効果＞＜相互理解によるチーム医療促進＞、医師＜コミュニケーション充実による情報共有とチーム一体感のツール＞、事務＜多職種からの情報認識による意欲向上＞の４カテゴリー、⑤今後の記事掲載への要望に関しては内容充実に向け複数の意見が挙がった。

【考察】部署内で KYUKYUワゴンの周知が高い事がわかった。厚労省の2011年チーム医療推進方策ワーキンググループ会において「医療の質的改善を図る為にはコミュニケーション・情報の共有・業務の標準化３つの視点が重要であり、効率的な医療サービスを提供する為には情報の共有・業務の標準化が必要である」と報告されている。 KYUKYUワゴンは、これらの内容を含んでおり多職種との相互理解を深め、良好なコミュニケーションを発展できる媒体であると考える。生田[1)] は書籍「救急外来新聞」において、「事例を題材にした新聞形式は、眼に見え、手に取ることで、暗黙知を形式に変換させることができるため、センター内スタッフ育成に効果的である」と述べている。これらから可視化された KYUKYUワゴンは、トピックスをコンパクトに掲載した事で、知識の再確認や学習への興味、意欲の向上に繋がる効果があり、知識を向上させる情報を発信し、良好なコミュニケーションを発展させ、そこから職種を越えた共通理解の促進、チーム力を意識できる効果的な媒体であると考える。今後の記事掲載についての要望として新たな示唆を得ため、更に KYUKYUワゴンからチーム医療推進に向けた取り組みを目指して行きたい。

【結論】 KYUKYUワゴンは、１．良好なコミュニケーションを発展させる媒体である。２．チーム力向上を意識できる媒体である。3.知識向上に繋がり共通理解を促進する媒体である。

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第8会場)

[O25-2] 救急搬送患者へのチーム医療連携強化に向けた取り組み　ー医師、看護師、救急隊との意見交換会の実施ー

©一般社団法人 日本救急看護学会

○國松 敬介 （大阪府済生会吹田病院）

【目的】救急搬送患者へのチーム医療連携強化に向けた取り組みの一つとして、 A病院にて、医師、救急センター看護師、 A病院管内に所属する消防署の救急隊との意見交換会を企画した。救急隊と顔合わせて直接意見交換を行い、医師、看護師、救急隊との間でチーム医療連携強化につながったかどうか明らかにする。

【方法】対象：意見交換会に参加した医師（研修医を含む）10名、看護師10名、救急隊8名の計28名。調査方法：各職種を均等になるように、1グループ5～6名の小グループを作成。各グループで共通テーマである「救急搬送患者が転院となった場合、救急隊はどのようなことを協力してくれるのか」について意見交換を実施し、内容を共有した。意見交換会後、対象者に①意見交換会の満足度（5段階リッカート尺度使用）、②意見交換会を開催してよかった点、③次回開催に向けた改善点や要望に関する自記式質問紙を作成し回答を得た。調査期間：2019年3月。倫理的配慮：対象者に対して書面と口頭にて、研究協力は自由意思であることや拒否しても不利益を被らないことを説明し、同意を得た。 A病院看護部研究委員会の承認を得た。

【結果】1、意見交換で得られた結果：救急搬送患者が転院となった場合を想定し、救急隊と病院との協力内容についての意見交換の内容は、「転院とわかるまで待機することは可能であり、場合によっては、転院先への患者搬送も可能」、「転院先を病院と協力し探すことも可能」など、救急患者搬送後も救急隊の協力が得られることが明らかとなった。2、自記式質問紙調査で得られた結果：自記式質問紙の調査にて、医師（研修医を含む）7名、看護師10名、救急隊8名の計25名から回答を得た（回答率：89.3%）。①満足度は「満足できた」、「ほぼ満足できた」と回答したのは24名（96%）であった。②よかった点は医師、看護師、救急隊すべての職種から「普段聞けない意見を聞くことができてよかった」との意見があった。③改善点は「意見交換の時間が短い」などがあった。要望は「管内にある他の消防署の救急隊にも参加してほしい」「当直で救急を担当する医師に多く参加してほしい」「定期的に開催してほしい」などの意見があった。
【考察】矢橋（2012）は「救急に対応している看護師だけでなく、消防職員も対象とした医師による勉強会開催により、医師・看護師・救急隊員間のネットワークが形成され、実施の現場の中でお互いに連携をとりながら助けあう姿が見られるようになった。」と述べている。今まで、救急患者搬送を終え、帰署する救急隊に、患者搬送後も協力が可能かどうかを直接意見交換ができ、救急隊の協力を得られることが明らかになった。この結果より、意見交換会が、今後の病院一救急隊間のチーム医療連携が強化の一助となったと考えられる。また、木村（2015）は「救急隊員は医師や看護師と顔の見える関係を構築することが重要である」と述べている。意見交換会への満足度が高かったことや「普段聞けない意見を聞くことができてよかった」「定期的に開催してほしい」などの意見があったことから、今後も医師、看護師、救急隊との意見交換会を継続的に開催することは、より一層のチーム医療連携強化につながる一助となると考える。一方で、「意見交換の時間が短い」「管内にある他の消防署の救急隊にも参加してほしい」など、次回の意見交換会開催への課題が明らかとなった。明らかとなった課題を解決しながら、発展的に継続した意見交換会を実施していく必要性が示唆された。

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第8会場)

[O25-3] A県の二次医療機関救急外来看護師と救急救命士の傷病者搬入における連携の認識

○山崎 千鶴[1], 藤田 あけみ[2] （1.弘前大学大学院博士後期課程, 2.弘前大学大学院保健学研究科）

【目的】 A県内の二次救急医療施設における救急外来看護師と救命士の傷病者搬入時の連携の認識を明らかにする。
【方法】対象者は、二次救急病院で救急対応を行う救急外来看護師（以下、看護師）と消防署勤務の救急救命士（以下、救命士）とした。方法は、傷病者搬入時における連携について半構造的面接を行った。分析は、逐語録より「連携」に関連する文章をコード化し、類似性・相違性からサブカテゴリー、カテゴリーを抽出し、看護師

©一般社団法人 日本救急看護学会

と救命士を比較した。
【倫理的配慮】対象者に文書及び口頭で研究の趣旨、実施方法、個人情報の保護などについて十分な説明を行い、書面で同意を得た。また、研究者の所属機関の倫理審査の承認を得た。
【結果】対象者は、看護師が5名、救命士は19名であった。質的分析で看護師は、118のコードから27サブカテゴリー、9カテゴリーが抽出され、救命士は、415のコードから28サブカテゴリー、6カテゴリーが抽出された。看護師と救命士に共通していたカテゴリーは6カテゴリー【連携の問題】【病院管理・体制上の問題】【検証会・勉強会の未実施・不足】【院内のみで検証会・勉強会の実施】【連携はとれている】【看護師の救急の知識不足】であった。異なっていたカテゴリーは看護師のみで、【医師の救急の考え方の問題】【セミナー参加は個々に一任】【看護師の意欲の問題】であった。
【考察】 A県内の二次医療施設の看護師と救命士共にコード数の最も多かったカテゴリーは【連携の問題】であり、共通したサブカテゴリー『連携をとる必要がある』の主なコードである「連携に関してはもっと、何でも聞いたり言えたりする関係になりたい」「意見交換は必要」などから、どちらも意見交換や相互理解が不十分であることを認識していた。さらに、看護師のコードである「救命士を信用できないと、看護師の観察が増えロスが増える」や救命士のコードである「連携が取れると現場滞在時間が短くなる」などから、お互いが連携することによる効果も認識していた。次いで、コード数が多かったカテゴリーは【病院管理・体制上の問題】であった。看護師のサブカテゴリー『救急外来の体制が応援体制』、救命士のサブカテゴリー『救急外来の体制の問題』からは、救急対応を行う看護師は常時救急の現場に居ないため実践的な機会は少なく、傷病者搬入時の対応及び連携ができていない可能性が考えられた。カテゴリー【検証会・勉強会の未実施・不足】の共通したサブカテゴリー『検証会・勉強会は行われていない』の共通のコードである「合同の事例検討会はやっていない」「やろうという人が居ないから、やっていない」などから、医療施設の救急部署内に勉強会や検証会を主催する人材が居ないことで、合同の事例検証会の開催も少なく、共通言語や共通認識が出来ていないと考えられた。また、コミュニケーションの場やお互いの職務理解も得られていない可能性が考えられた。
　看護師にのみに抽出されたカテゴリーの【医師の救急の考え方の問題】は、『医師の受入の考え方の問題』『医師のモチベーションが低い』のサブカテゴリーが抽出され、救急専門医の不在に伴う問題であると考えられた。また、【看護師の意欲の問題】【セミナー参加は個々に一任】は、「救急を志しての異動でないため意欲は低い」「セミナーが必要だと思う看護師は個人的に参加」などのコードから成り、看護師の応援体制に伴う問題と考えられた。
　以上より、看護師及び救命士ともに連携に関する問題を認識しており、医療施設の体制の問題や合同での検証会・勉強会の未実施・不足により連携につながっていない実態が明らかとなった。

(2019年10月5日(土) 15:20 〜 16:20 第8会場)

[O25-4] 外国人患者対応における体制作りと救急外来における現状と課題

○牧野 祐也, 三浦 康平, 髙田 久美 （社会福祉法人恩賜財団済生会　福岡県済生会福岡総合病院）

【はじめに】
2018年の訪日外国人旅行者数は対前年比8.7%増の3119万人であり、2020年の東京オリンピック・パラリンピックを迎えるにあたり更なる増加が見込まれる。九州には年間511万人訪れており、中国人と韓国人が80%程を占めている。訪日外国人旅行者数の増加に伴い、病院を受診する外国人患者も増加しており、各施設で適切な医療の確保に向けた対策が望まれている。当院においても、2018年は741名の外国人患者が受診しており、85名の患者が入院となっている。また、40%程の外国人患者は日本語を話せなかった。外国人患者の受け入れにあたり問題となるのが、「言語の違い」、「文化の違い」、「無保険や医療費」の問題が挙げられる。また、母国での継続医療を求める際には国をまたいだ病院間の連携、搬送の手配等の対応も求められる。多くの医療機関ではこれらの問題を抱えた中で、体制整備に追われている。当院においても同様の状況にあり、2017年に国際医療支援室を立ち上げ、中心となって対策を講じている。主な対策内容は、「翻訳ツールの導入」、「中国語・韓国語ができる通訳者の介入」、「対応の中で生じた問題への介入」である。救急外来においては、時間外の体制が手

©一般社団法人 日本救急看護学会

薄な状況において、一刻を争う医療の提供と並行して、コミュニケーションが不十分な中で医療に対する同意を求めなければならない。今回、上記対策だけでは対応できなかった救急外来における外国人対応で難渋した3症例の経験から、体制整備における問題点が示唆されたため報告する。
【倫理的配慮】
個人が特定されないよう配慮し、発表にあたっては所属施設の看護部倫理委員会の承認を得た。
【事例紹介】
1．緊急で心臓カテーテル検査や入院加療が必要であったが、検査に同意が得られず、飛行機を利用して帰国を希望した事例
2．心停止で搬送されたが、家族が不在であり、その後のご遺体の取り扱いに大使館が介入した事例
3．汎血球減少を認め入院加療を勧めたが、費用の問題で入院加療が難しく、外来で輸血し長時間滞在となった事例
【まとめ】
3事例においては、事前に講じていた外国人対応への対策だけでは不十分であり、診療時間の遅延や医療現場の混乱につながった。支援ニーズや要求レベルが異なる外国人対応においては、予測し得ない問題が発生する。そのため、その都度関連部門で情報共有し対策を講じていく必要がある。夜間等の時間外に対応する救急外来においては、体制が手薄であるため解決策を導きにくい状況にある。事前に対策を講じていなければ対応困難となり、外国人対応にマンパワーや時間が割かれ、他患者への診療にも影響を与えかねない。今後は情報共有と院内対策の周知を図り、限られた人員であっても対応できるシステム作りが必要である。

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第8会場)

[O25-5] A病院 ER-ICUにおける医師・看護師の倫理に関する認識

○平井 美恵子[1], 齋藤 和憲[1], 田中 真琴[2] （1.東京医科歯科大学医学部附属病院　救命救急センター, 2.東京医科歯科大学大学院　保険衛生学研究科）

【はじめに】 A病院 ER-ICUでは、2012年に看護師の倫理チームを発足し、看護スタッフが普段感じている倫理的問題を表出する機会として倫理カンファレンスを開催してきた。その中で、患者や医師からの情報が不足しており、患者自身の意思が確認できないが故に、治療内容や患者の QOLに関連し「医師と看護師間で認識にずれが生じている」という意見が複数あった。患者中心の医療、患者にとって最善の医療を提供するためには、医師・看護師が倫理に関して互いにどのような認識があるかを知り、連携・協働することが重要であると考える。

【目的】倫理的問題への対処・行動につなげるため、チーム医療の担い手である医師・看護師が持つ倫理に関する認識を明らかにすることを目的とした。

【方法】2018年～2019年3月31日までに A病院救急科に所属する医師、 ER-ICUに所属する看護師にインタビューを実施した。調査内容は「倫理について」「チーム医療」「医師・看護師の協働・連携」とし、医局長より推薦され同意の得られた医師5名、2017年ラダーⅠ～Ⅴから各2名の同意の得られた看護師10名に一人あたり1回30分程度の半構成面接を実施した。逐語録を作成し、「倫理に関する認識」について抽出し、カテゴリー分類を行った。

【倫理的配慮】所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】「倫理に関する認識」について、以下、［カテゴリ］《サブカテゴリ》＜コード＞を用いて示す。［倫理についての思いやイメージ］［倫理は人によって異なる］［救急の倫理的問題と感じること］［倫理的価値観に基づく行い］の4つのカテゴリーに分類された。《倫理は難しく》、《職種間や患者・家族によって異なる》と医師・看護師ともに認識していた。医師は《生死に関わる場面》、看護師は《意思決定や治療方針に関するプロ

©一般社団法人 日本救急看護学会

セス》《救命・治療が優先される》ことに倫理的問題を多く感じていた。このような問題に対し医師は＜患者の訴えを聞く＞＜医学的な常識を示す＞、＜看護師にも考えを伝えている＞と認識していた。看護師は、《患者の思いを考えケア》し、《プロとしての姿勢・態度を意識し》、《気づいたことや思ったことを医療者に伝える》と認識していた。

【考察】看護師は意思決定や治療方針に対し倫理的問題を感じていた。これは、以前の倫理カンファレンスであがった意見と一致する。救急医療において、救命は第一義であり、医師は＜救命に全力を尽くすこと＞に重きを置いていた。そのため、救命・治療が優先されやすく、患者が意思表示できない、時間的猶予がないために意思決定プロセスにおいても医療者主体となりやすい。医師は、患者の訴えを聞く、看護師へ伝えるなど医師主体にならないよう治療方針を決定していた。看護師は、救命の先にある社会復帰、患者の QOLを見据えて《患者の思いを考えケア》していると思われる。意思表示できない患者を前に、医師や患者・家族間で異なる価値観を感じていると考える。治療の短期的目標である救命とケアの長期的目標である患者の QOLの違いが、医師・看護師の認識にずれを生じている要因であると考える。倫理的ジレンマ解決の第一歩は、感じているジレンマを声に出して他者に伝えることである。医師は看護師に、看護師は医療者に、伝えていると認識しており、倫理的問題の発信者となると考える。今回の研究では、他者にどのように伝わっているかは明らかになっていない。倫理的問題解決のための方策については今後の課題である。

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第8会場)

[O25-6] 患者・家族のニーズに即した救急医療の提供に向けて～多職種カンファレンス開催のタイミングに関する一考察～

○辻 守栄[1], 和住 淑子[2] （1.千葉県救急医療センター, 2.千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター）

【目的】脊髄損傷により重症肺炎を併発し救急搬送された A氏は、経口気管挿管を拒否し、家族は、人工呼吸器治療の中止、気管切開の拒否の意向を示した。急性・重症患者看護専門看護師（以下 CCNS）として、倫理調整等を行い、患者・家族が求める再生医療を目的とした転院を多職種チームにより実現できた。しかし、一方で倫理調整等に時間を要し、各職種が葛藤を抱きながら患者・家族と関わっていた。本事例を振り返り、よりよい多職種カンファレンス開催のタイミングについて分析し、考察したため報告する。
【方法】事例検討。分析の妥当性を高めるため、研究者と CCNS2名のスーパーバイズを受けた。
【倫理的配慮】 B病院の研究倫理審査委員会承認後、患者の家族へ同意を得た。個人が特定されないよう配慮した。
【結果】事例概要： A氏70歳代男性。脊髄損傷の既往。診断名：肺炎。経過：リハビリ病院にて加療中。再生医療を受けるため転院予定であったが肺炎を発症し、酸素化が保てず救急医療を専門とする B病院へ急遽転院。病日2日）経口挿管、人工呼吸器管理開始。病日14日）家族より挿管・人工呼吸器治療の中止の意向が示される。病日16日）ミニトラックを挿入し抜管。病日22日）今後の転帰と治療の意向について患者の家族と多職種とでカンファレンスを実施。病日39日)再生医療を受けるため転院。**タイミング１： B病院への転院目的の認識のずれが生じていた時**　患者家族は、前医より B病院への具体的な転院目的は説明されておらず、患者は転院を拒否したが、呼吸困難も強くなり、医師より説得される形でやむなく転院を了承した。また、 B病院の医師・看護師は、患者家族も積極治療を受けることに同意していると捉えていた為、患者家族と B病院の医療者との間で転院目的の認識のズレが生じていた。**タイミング２：患者が経口挿管を拒否した時**　酸素化の維持が困難となり経口挿管、人工呼吸器治療の開始が必要とされたが、患者は拒否。医師との話し合いの結果、1～2日の短期間の治療ということで同意され治療を開始。その後、妻からの情報で以前から経口挿管や人工呼吸器等の延命治療は本人が拒否されていたこと、患者家族ともに再生医療の転院に間に合わせたいと考えていることが分かった。本人の価値・信念やリハビリ病院での闘病生活、患者自身の病気の受け止めについて妻から情報収集を行い、看護師と医師とで情報共有するまでに数日を要した。**タイミング３：家族が治療の中止を希望した時**　挿管・気管切開・人工呼吸

©一般社団法人 日本救急看護学会

器の装着はしたくないという A氏の事前の意思があり、家族より現行治療中止の意向が示された。ジョンセンの4分割シートを活用し、情報の整理と倫理的問題の明確化を行い、現行治療が成功する可能性を再評価する必要性があり、医師へ提案した。 CT評価後、 NPPV装着を前提に抜管となり、抜管当日、患者の意向を確認した。長期化する治療に家族、医療者ともに葛藤や困難感を抱えていた。
【考察】救急医療では、本事例のように医療者側が提案する救急医療と患者・家族が求める医療が一致しないケースが増えつつある。本事例では、3つのタイミングで多職種カンファレンスを実施することが、患者家族や医療者が抱える葛藤や困難感を最小限とし、早期から患者家族の医療ニーズに即した多職種チームでの医療提供が可能になると考える。本事例から状況に応じて、救命を優先とした医学モデル中心の救急医療から患者・家族の価値観を尊重した救急医療の提供へのパラダイムシフトが求められ、適切なタイミングで多職種カンファレンスを実施できる組織文化醸成の必要性が示唆された。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演） | 看護体制

[O26] O26群 看護体制

座長:合原 則隆(久留米大学病院 高度救命救急センター)

2019年10月5日(土) 09:00 ～ 09:50 第9会場 (1F 中会議室103)

[O26-1] 初めて緊急心臓カテーテル検査・治療を受ける患者への看護援助の評価

○高沢 敦美[1], 前田 幸子[1], 佐藤 千雪[2], 髙橋 慶子[1] （1.八戸赤十字病院　救急外来, 2.八戸赤十字病院　５Ｂ病棟）

[O26-2] 緊急内視鏡が必要な吐下血救急患者の受け入れ体制の構築と課題

○橲 あず紗 （清智会記念病院）

[O26-3] 2次救急病院における病棟看護師応援体制の構築に向けて

○鈴木 清香, 細谷 美穂 （社会医療法人　入間川病院）

[O26-4] 独歩で救急外来を受診する患者・家族の待ち時間における看護師の関わりの実態調査

○田口 育美, 北本 千春, 加藤 智子 （聖隷浜松病院ER）

[O26-5] 入院した二次救急患者の外来滞在中の活動に関する看護師の臨床判断プロセス

○髙倉 加代 （医療法人社団緑成会横浜総合病院救急外来）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 09:50 第9会場)

[O26-1] 初めて緊急心臓カテーテル検査・治療を受ける患者への看護援助の評価

○高沢 敦美[1], 前田 幸子[1], 佐藤 千雪[2], 髙橋 慶子[1] （1.八戸赤十字病院　救急外来, 2.八戸赤十字病院　５Ｂ病棟）

Ⅰ．はじめに

急性心筋梗塞と診断された患者の多くは、緊急に心臓カテーテル治療（以下緊急 PCI）を受けなければならない。短時間で様々なことを準備しなければならず、処置に関する説明や援助を行い患者の身体的苦痛や精神的不安の軽減に努めている。しかし、患者は実際、よく考える時間もなく説明や処置を受けなくてはならない。このような状況で、これまでの自分たちは患者に適切な援助を行うことができているのか疑問に思った。

Ⅱ．研究目的

　救急外来から検査室での看護の現状を明らかにし評価することで、緊急 PCIを受ける患者への適切な看護介入の方向性を見出すことを目的とする。

Ⅲ．研究方法

研究期間：平成29年9月～平成30年3月

対象：研究期間内に緊急 PCIを初めて受けた患者の中で、意識清明で会話可能であり、同意を得られた14名。

面接時期： HCU病棟から一般病棟に転棟後。

方法：質問票をもとに半構造化面接法を用いた聞き取り調査。 KJ法に準じて分析。

６．倫理的配慮

当院の看護研究倫理委員会の承認を得た。患者には研究の趣旨及び目的を具体的に説明した上で、調査協力は自由であること、調査依頼を辞退されてもなんら不利益を被ることがないことを説明した。得たデータの匿名性、個人のプライバシーを保持することを約束し、データは研究以外では使用しないことを説明した。

Ⅳ．結果

1．面接時の率直な気持ち

「検査が終わって良かった」3件、「具合が良くなって良かった」5件、「発症から治療終了までの振り返りについて」4件。

2．看護師の対応

「話しかけやすい雰囲気があった、対応が十分だった」が17件と一番多かった。「忙しそうで話しかけにくい」2件。

3．プライバシーへの配慮

©一般社団法人 日本救急看護学会

「配慮があった」6件、「緊急時なので仕方がないと思っていた」7件だった。

4．検査・治療中に不安だったことはあったか

「不安はなかった」10件、「不安があった」4件。

5．検査・治療中に困ったことはあったか

「困ったことがなかった」6件。「困ったことがあった」5件で全て「長時間の臥床安静によること」だった。

6．救急外来や検査室の看護師に対しての要望

「なし」6件、「良くしてもらった、安心したなど」4件、その他「救急外来や検査室の設備や環境について」、「ストレッチャーで移動時、曲がる方向の声掛けの不足」、「周囲の音に関する指摘」があった。

Ⅴ．考察

患者の多くは看護師の対応や検査に関わる説明は十分だと感じていたが、少数の患者は看護師が忙しそうで話しかけにくい状況に不十分さを感じていた。また、救急外来では、救命を優先するためにプライバシーの配慮や、苦痛や不安の軽減の援助が必要最低限もしくはやや不足している現状にあった。「緊急なので仕方がない」との発言から患者もそのことを理解し受け入れていると考える。しかし、これらを改善しより良い看護援助を行うために、設備等を変えることは難しいが、移動時間などを利用して説明する機会を増やし、患者が満足できる看護を行う必要がある。

また、これまで検査、治療中にしてはいけないことだけを伝えることが多かったが、体を動かしても良いタイミングを伝えるなど、今までとは別の視点を加えることで、適切な看護援助の実現を目指していく必要がある。

Ⅵ．結論

患者は検査や治療に概ね満足していたが、看護援助が不足している部分もあった。看護師は緊迫した状況でもできる限り患者の反応をみながら理解の程度を判断し、個々にあった説明と介入を行うことが必要である。

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 09:50 第9会場)

[O26-2] 緊急内視鏡が必要な吐下血救急患者の受け入れ体制の構築と課題

○橲 あず紗 （清智会記念病院）

【目的】

当院は都内にある2次救急指定病院である。東京都では年間約69万人が救急搬送されており、そのうち受入先の医療機関がスムーズに決まらず、搬送困難になる事例も約6600件程度発生している。当院近隣での選定困難例の多くは、緊急内視鏡を検討する事例であると問題視された。そのことを受け、当院は救急患者の受け入れ体制の整備を行ない、緊急内視鏡を検討とする吐下血救急患者の積極的な受け入れを行うこととなった。

【倫理的配慮】

©一般社団法人 日本救急看護学会

事業の実施については、当院の倫理委員会で承認されており、収集されたデータは厳重に管理する。

【背景、方法】

当院における時間外勤務の体制は、内視鏡部門に勤務する看護師、薬剤師、検査科は常時しておらず、当直医は2人体制であり、専門科はその日によって異なる体制である。消化器内科医の常勤医も少ないため、時間外における積極的な緊急内視鏡の対応は行っていなかった。しかし、当院近隣での選定困難事例は、緊急内視鏡を検討する事例であることを知り、消化器内科医と救急外来看護師を中心に、緊急内視鏡を検討する吐下血救急患者の受け入れ体制の整備を行うこととなった。

当初看護師や医師から、患者の重症度評価および内視鏡的止血術の適応について判断が困難であるといった意見が多く聞かれた。そのため、消化器内科医を中心に、内視鏡治療適応の予測スコアとして、 Glasgow-Blatchford　scoreや AIMS65　score を参考に shock　indexと Hb値を元に当院独自のフローチャートを作成し、医師や看護師への周知を図った。吐下血救急患者の緊急度・重症度の判断においては、看護師の経験や知識など個人の能力に差があり、統一性がなく、対応の遅れにつながるリスクを予測し、緊急度・重症度判定基準を作成、導入を行った。さらに、吐下血救急患者に関連する勉強会を開催するなどの取組みも行った。ほかにも、24時間緊急内視鏡にも対応できるよう、消化器内科医・薬剤師・検査科の24時間オンコール体制の確立や、安全面を確保するため当院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣救命センターにも協力連携依頼も行った。時間外の緊急内視鏡対応は、救急外来看護師が対応しなくてはならないため、消化器内科医や内視鏡看護師より内視鏡止血術方法など具体的に指導を受け、実践訓練を実施した。内視鏡部門に勤務する看護師は、緊急内視鏡がすぐに実施できるよう、業務終了時には内視鏡機械の準備を徹底することを取り決めとした。

【結果】

当院取り組みや方法から、平成29年４月より救急隊待機室に緊急内視鏡可能日の掲示を開始し、近隣救急隊へ情報提供を図った。また、同年１０月より東京都の調整困難患者（吐下血）受け入れ機関支援事業に参加することとなり、吐下血救急患者の受け入れ要請件数と、応需件数は増加した。

【考察】
当初は医師や看護師からも安全面の確保が難しいと、反対意見も多かったが、受け入れ体制の整備と一定の基準を作ることで、吐下血救急患者の応需件数を増加させ、地域貢献に繋がることが示唆された。今後は高齢化に伴い、救急医療に対する需要の増大や複数の疾病を有する患者に対し、需要に見合う受入体制の確保が求められると推測する。そのため、様々な知識を統合して看護を提供する能力や、看護の質の向上に向けた教育体制の構築、業務体制の見直し・検討といった取り組みも重要であると考える。

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 09:50 第9会場)

[O26-3] 2次救急病院における病棟看護師応援体制の構築に向けて

○鈴木 清香, 細谷 美穂 （社会医療法人　入間川病院）

【目的】
A病院は199床の地域密着型の２次救急指定病院であり、「断らない医療」を目指し、2011年の900件台から現在年間受け入れ件数が2000件へと増加した。さらに病院の方針として3000件の受け入れを目標としている。 A病院は当直医2名、外来看護師1名で夜間救急対応をしているが、救急搬送の約半数は夜間帯に集中し、帰宅時間帯の18時台に救急車が重複することが多い。救急対応が重複した際、病棟看護師の応援体制を図っているが、救急対応未経験者が多く、能力にばらつきがありスムーズな受け入れが困難な場合があった。そこで、外来・病棟看

©一般社団法人 日本救急看護学会

護師で救急受け入れ時の流れについてシミュレーション研修を行い、役割の明確化、さらに物品配置の整備をし、効果的な救急受け入れ体制の構築を図ったので報告する。

【方法】
研修対象：夜勤をする外来看護師11名、病棟看護師13名 調査方法：シミュレーション研修を行う前後の、外来・病棟看護師への応援体制に向けた意識調査　データ分析　実践方法：シミュレーション研修、物品の整備

【倫理的配慮】
本研究は、院内倫理委員会の承認を得た

【結果】
　実施前のアンケート集計から、外来看護師から、病棟看護師への采配方法に戸惑う者が7割を占め、病棟看護師は、救急対応経験が未経験で自信がないという意見が8割以上あった。このことにより、①夜間応援体制の役割が不明瞭なこと②物品の整備不足によって、現場の混乱を招いていたが分かった。そのことから、①に対して、外来看護師 Aは受け入れから診察介助、指示受けをし、病棟看護師 Bが検査回り、点滴などの看護師 Aのサポート役として、介入してもらった。さらに基本は外来看護師が中心となり受け入れを行うが、患者重複時には役割交代をすることもあり、必要以上に連絡を取り合わず、迅速な対応ができるよう行動基準をあらかじめ定めた。②に対して、救急物品をトレイにセット化し、セット内容を壁に掲示することで、物品を探すことなく、作業ができる工夫をした。さらに夜間に入る直前の全体夕礼時、救急担当看護師は救急物品を直前点検を目視して、救急受け入れの準備とイメージを持つことにした。その結果、実施後アンケートでは、外来・病棟看護師両者から、役割を明確化することで、業務に専念できた、物品配置の見える化の重要性を認識できたと７割の意見があり、外来、病棟看護師ともにシミュレーション研修、物品配置の整備の効果を実感できた結果となった。

【考察】
　救急受け入れを強化していくことは、限られた人員を有効に、かつ効果的に人員配置し、応援体制を充実させていくかが重要な課題となった。看護師経験値が豊富であっても、不慣れな環境、物品の配置把握不足では、迅速な対応を求める現場では、柔軟な対応は困難である。今回、夜間応援体制の行動内容を明確化し、救急対応のための物品整備をすることで、関わる看護師のストレス軽減、行動意欲へとつなげることができた。さらに、救急対応中に不必要な声かけが減り、迅速な急変対応、外来全体の流れも円滑に遂行できる体制となった。
　現在、 A病院は救急件数年間2000件であり、「断らない医療」、さらに安定した地域医療貢献に努め、今後は目標の救急受け入れ3000件の安定化を目指していきたいと考える。どの看護師でも、決まった行動がとれる行動基準を定め、どんな救急内容であっても、訓練された看護対応、均等な能力向上にむけ、今後も効果的な救急受け入れ体制を目指していきたいと考える。

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 09:50 第9会場)

[O26-4] 独歩で救急外来を受診する患者・家族の待ち時間における看護師の関わりの実態調査

○田口 育美, 北本 千春, 加藤 智子 （聖隷浜松病院ER）

【はじめに】 ER受診患者数は年々増加し、患者のケア度も高く、待ち時間への対応は複雑化している。患者・家族の主観的な「待たされ感」が増大しやすい環境であるため、個々の看護師の患者・家族への関わりが、待ち時間における感情の変動に影響している様相がみられている。そこで、看護師が待ち時間を過ごす患者・家族に対する関わりを実態調査することで、現状を把握し、質の高い看護実践と患者満足度の向上に繋がると考え調査に取り組んだ。

©一般社団法人 日本救急看護学会

【目的】 ERを受診する患者・家族を対象に、看護師が行なっている待ち時間の関わりの現状を明らかにし、今後の課題を見い出す。

【方法】研究デザイン：量的研究、対象： A病院の ERで業務する看護師49名（ ER看護師16名、血管造影室看護師9名、外来看護師24名）、期間：2018年7月～2018年8月、収集方法：無記名式質問紙を配布し、留め置き調査で実施した。質問項目は、先行研究を参考に、「情緒支援」「患者の安楽・安寧」「環境調整」「家族の患者ケアへの参加」「情報提供」「信頼関係構築」「チーム調整」に関する看護実践について独自に作成した。分析方法：質問項目とカテゴリーごとに単純集計した。倫理的配慮： A病院の院内臨床研究審査委員会の承認を得た。

【結果】質問紙の回収率63%、臨床経験の平均年数16.9年、 ER経験の平均年数6.0年であった。各カテゴリーにおいて、「実施している」「ほぼ実施している」と答えた看護師は、「情緒支援」86%、「患者の安楽・安寧」74%、「環境調整」66%、「家族の患者ケアへの参加」68%、「情報提供」70%、「信頼関係構築」70%に対して、「チーム調整」は45%であった。所属部署間での差が比較的大きかった項目は、「患者の安楽・安寧」「環境調整」「情報提供」「チーム調整」であった。その中で、「チーム調整」は、 ER看護師で ER経験年数が6年目以上の看護師は79%と示され、高い傾向にあった。「情報提供」における質問項目「看護師の観察や判断に対する根拠の説明」では、「実施している」「ほぼ実施している」と答えた看護師は、全体の26%と少なかった。また ER看護師においても36%であり、50%未満の結果はこの質問のみであった。

【考察】「患者の安楽・安寧」「環境調整」「情報提供」「チーム調整」における所属部署間の意識の違いは、ERの専門的知識の不足や関係性の少ない他部門との連携など、個人で判断することの困難感と考える。また、待合室で待機している患者に、一人の看護師が継続して関わることは少なく、看護師がもつ情報をチームとして共有しにくい環境の可能性がある。リーダーシップを発揮できる ER看護師が、率先して情報集約を図り、効率的な情報共有と役割分担の調整を担うことで、患者・家族に対するチームの対応能力を向上させる必要がある。また「看護師の観察や判断に対する根拠の説明」など患者の身体状況に合わせた看護判断の説明をしている看護師は少なかった。個別性に合わせ、適宜、看護判断や看護行為を具体的に説明することは、患者・家族のニーズに合わせた安楽と精神的安寧の保持に繋がると考える。以上より、重症度が低く、関わる頻度が少ない患者・家族に対しても、情報を把握し継続して関わるために、全ての看護師が、情報共有と個々の患者に対する関わりを意識的に行うこと、看護師全員が共通した知識を持つための教育と他職種連携を深めることが、今後の課題である。これらの取り組みは、患者・家族が待つことで生じる苦痛を最小限にでき、安心した待機時間となることで、患者満足度の向上へ繋がると考える。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 09:50 第9会場)

[O26-5] 入院した二次救急患者の外来滞在中の活動に関する看護師の臨床判断プロセス

○髙倉 加代 （医療法人社団緑成会横浜総合病院救急外来）

【目的】入院した二次救急患者の外来滞在中の活動に関する看護師の臨床判断プロセスを明らかにする。

【方法】救急外来受診後に入院となった二次救急患者を担当したことのある救急領域経験3年目以上の看護師を対象に、半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に継続比較分析を行った。

【概念の定義】活動とは、自動他動を問わず患者が身体を動かすこと。臨床判断とは、気づきや直観に基づいた状況予測から患者状態を把握・解釈し、何かしらの行為を取るのか取らないのかを選択し、実施の評価を行うこと。その判断に影響を与える要因を含めた一連の過程を臨床判断プロセスとした。

©一般社団法人 日本救急看護学会

【倫理的配慮】研究者在学施設の人に関する研究倫理審査委員会の承認（ H2017-5-2）後、対象施設・本人の承諾を得て実施した。

【結果】研究参加者は、救急外来に勤務する看護師21名で、看護師経験年数は平均12.9年、救急領域経験年数は平均6.2年であった。135個の概念から63個のサブカテゴリー、24個のカテゴリーが生成され、さらに8個の局面が抽出された。≪ ≫は局面を示す。分析の結果、看護師は、患者受診前の段階から≪事前情報と印象からの直観的危険予測≫を開始していた。そして、情報をもとに≪救命優先の安静継続手段の選択≫までを行い、患者の受け入れ準備を整えていた。一方で、患者対面と同時に≪活動可否判断のための状態把握・解釈≫を行い、活動可能と判断した場合は≪安全・安楽な活動拡大のための手段選択と評価の繰り返し≫を継続し、活動拡大に繋げるという活動に関する臨床判断をしていた。その過程において≪判断の必要性を感じるがゆえ生じる感情との向き合い≫をしながら≪医師とのタイムリーな連携≫をどのように取っていけるかが判断に影響を与えていた。その背景には≪救急外来での活動判断実施の基底≫が存在し、自身の判断と行為に対し≪次回類似状況判断に繋げるための振り返り≫を行うことで、活動に関する臨床判断プロセスが成り立っていた。

【考察】入院した二次救急患者の外来滞在中の活動に関する看護師の臨床判断は、確定診断前の不確かな状況の中、患者の認知力や ADL情報も加味して安静継続か段階的活動拡大かを選択する、安全を基軸とした臨床判断であった。そして、判断に影響を与える要因が常に存在することで、患者の活動に関する臨床判断プロセスが成り立っていた。
看護師が安全を基軸とした活動判断を行うのは、患者が単に動けるかだけでなく、その先の行為が安全・安楽に行えるかまで見越して、活動可否の決定や活動手段の選択をするためであると推測される。その結果、確定診断前の不安定な救急患者の症状悪化を回避するための適切な活動判断が行われていたと考える。しかし、受け入れ準備の段階では、不確かな事前情報をもとに手段まで選択していることを認識し、状態に応じて手段を変更できる柔軟性を持たなければ、患者の自立が無視された過度な安静継続に繋がる危険性がある。そのため、疾患の知識を身につける学習はもちろん、経験知による判断の差異を回避するために、医師を含む医療者間の連携体制の充実を図ることが必要である。また、症例から得た学びを医療チーム全体で振り返り共有することが、組織全体の患者の活動に関する臨床判断の質を向上することに繋がると考える。
なお、本研究発表は関東学院大学大学院修士課程において修士論文としてまとめた内容の一部を報告するものである。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| メンタルヘルス

[O27] O27群 メンタルヘルス

座長:中野 英代(佐賀大学医学部附属病院)

2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第9会場 (1F 中会議室103)

[O27-1] 二次救急施設で働く看護師の職業的ストレスと心身状態との関連ー中国地方を対象とした調査研究ー

○片山 由美子, 杉本 幸枝 （新見公立大学大学院　看護学研究科　看護学専攻）

[O27-2] ER型救急における軽症患者対応時の感情労働

○藤本 佳奈, 石川 智己 （国家公務員共済組合連合会　枚方公済病院）

[O27-3] 二次救急における夜間の CPA患者対応時の看護師の不安要因 ーインタビューの結果からー

○木村 幹 （福島県立南会津病院）

[O27-4] PCPSに対する救急室看護師の不安

○栗田 景子, 芳賀 圭子, 荒木 春佳 （山形県立中央病院救急室）

[O27-5] 新人看護師が重症救急部門研修で生命の危機的状態に遭遇した時に受ける心理的衝撃

○久保 沙也香[1], 松沼 早苗[2] （1.自治医科大学附属病院　救命救急センター, 2.自治医科大学附属病院 集中治療部）

[O27-6] ドクターカー同乗看護師が感じている想い

○藤本 美智代, 小西 梓織 （山口県済生会山口総合病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第9会場)

[O27-1] 二次救急施設で働く看護師の職業的ストレスと心身状態との関連ー中国地方を対象とした調査研究ー

○片山 由美子, 杉本 幸枝 （新見公立大学大学院　看護学研究科　看護学専攻）

【目的】本研究では、二次救急施設で働く看護師を対象に、職業的ストレスとその心身状態との関連を明らかにすることを目的とする。
【方法】中国地方5県のうち100床から499床以下の中規模病院100施設を抽出した。調査は、無記名式質問用紙で行った。質問紙の配布に先立ち、看護部長へ研究趣旨を紙面で説明し、協力の依頼状を送付した。調査協力の同意を得た26施設の二次救急看護師389人に質問紙を送付し無記名自記式質問紙調査を行った。調査内容を個人要因（看護実践能力、職場状況、基本属性）、ストレス認知（職業的ストレスN using Stress Scale： NSS）、心身反応(Public health Research Foundationストレスチェックリストショートホーム:PHRF)で構成し、個人要因と職業的ストレスの関連をｔ検定及び一元配置分散分析により検討した。 NSS（7因子）【死と死にゆくこと】【医師との葛藤】【不十分な準備】【サポート不足】【他の看護師との葛藤】【労働量】【不適切な処置】を独立変数、「疲労・身体反応」「不安・不確実感」「自律神経反応」「うつ気分・不全感」をそれぞれ従属変数、個人属性のうち「性別」「救急経験年数」「職位」「勤務形態」「看護体制」「看護実践能力」を統制変数として従属変数ごとに重回帰分析を行った。本研究は、新見公立大学倫理審査委員会の承認（承認番号157）を得て実施した。

【結果】回答が得られた232 部(回収率59.6%)のうち、各項目に欠損値のない232 部を分析対象とした。個人要因の特徴として、40～50歳が最も多く（38.4%）、勤務形態も兼務が82.8%であった。看護体制は、2人体制が最も多く日勤が54.7%、夜勤が54.7%であった。 NSSは平均41.6±12.9で、平均的にストレスを感じている者48.7%（177名）が最も多かった。 t検定および一元配置分散分析の結果、個人要因別の職業的ストレス平均得点の間に有意差は認められなかった。重回帰分析の結果、【他の看護師との葛藤】と「疲労・身体反応」「自律神経反応」「うつ気分反応」との間に有意な正の関連がみられた。【労働量】と「疲労・身体反応」「不安・不確実」「うつ気分」との間に有意な正の関連がみられた。【不適切な処置】と「疲労・身体反応」との間に有意な負の関連がみられた。

【考察】本研究の結果から、他の看護師による職業的ストレスが高い者ほど、心身状況の「疲労・身体反応」「自律神経反応」「うつ気分反応」が大きいことが明らかになった。心身状態を高めるためには、他の看護師からのストレスを感じている看護師への支援方法を検討する必要がある。また、看護師同士の関係が良くなると「身体疲労」、「自律神経反応」、「うつ気分反応」が改善することから上司による定期的な面接や相談ができる機会を設けるなどの支援が必要である。【労働量】の軽減は、業務支援次第で改善が可能である。
　二次救急施設は８割以上が兼務で、半数以上が2人体制である。多くの処置を小人数で行うことや、二次救急で期待されている役割を果たすことなど、労働量からうけるストレスが身体に蓄積されている現状がある。今後は業務内容の整備や、他職種間の支援体制の見直しを行うこと、救急に特化した研修会の企画を行い救急看護に求められるアセスメント能力の向上を図ることが心身疲労を軽減させる可能性を示唆している。

(2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第9会場)

[O27-2] ER型救急における軽症患者対応時の感情労働

○藤本 佳奈, 石川 智己 （国家公務員共済組合連合会　枚方公済病院）

Ⅰ．目的

©一般社団法人 日本救急看護学会

A病院では「内科型 ER救急」を掲げ24時間体制で救急初期診療を行っており、生命の危機に直面した患者への対応に追われる一方で、軽症患者にも対応している。そのため煩雑な状況下で緊急性の低い主訴や自己都合で来院する患者への対応に、重症患者対応時にはないジレンマを感じることがあった。
本邦においては今後、高齢化や医療ニーズの拡大により救急外来での軽症患者対応は増加すると予想される。そのため感情を調整して対応する感情労働が必要な場面も増え、ケアの質を維持するためには看護師の感情労働が1つの重要な要素であると考えた。本研究では、 ER救急における軽症患者対応時の感情労働を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．用語の定義

本研究での軽症患者は JTASによるﾄﾘｱｰｼﾞﾚﾍﾞﾙⅣ、 Ⅴの患者とする。

Ⅲ．方法

研究期間は2017年12月～2018年3月とする。 A病院の救急外来専属看護師9名を対象に1名ずつ半構成面接を行った。内容は①軽症患者対応でストレスを感じる場面②①の対応時どのように感じたか③普段心がけている対応④やりがいを感じる時とした。対象者に許可を得て録音したデータを逐語録に起こし、感情労働を行っていると思われる部分を片山ら（2006）が開発した看護師の感情労働尺度の定義をふまえ感情労働因子別に分析した。
倫理的配慮として対象者に研究目的、方法、プライバシーの保護、参加の自由について書面を用いて説明し、回答をもって同意を得た。また同意はいつでも撤回できるようにした。

Ⅳ．結果

①ストレスを感じる場面は【待てなくてクレームを言う患者】【長々と話す患者】【精神疾患患者】【救急外来での対応が不適当と感じる患者】の対応時の４つの場面に分類された。②「緊急を要する患者がいる状況をなぜわかってくれないのか」「救急外来受診が必要なのか」などと感じながらも適切に対応していた(表出抑制)。③患者の苦痛に共感したり、不安が軽減できるよう笑顔で接しようとしていた(探索的理解)。④患者の満足や感謝の言葉にやりがいを感じていた。

Ⅴ．考察

ストレスを感じる場面でみられた「表出抑制」は「看護師においては最もストレスの高い内容の感情労働であり、心理的負担要因であると考えられる」と言われており、軽症患者対応のストレス要因となっていることが示唆された。救急外来を受診する患者の重症度は中等症以上であるという思い込みが、軽症患者の救急外来受診への疑問となりストレスとなっていた。しかし ER救急を行っている以上軽症患者は一定数存在する。看護師のモチベーションが維持できるよう、病院内だけでなく地域における救急外来の役割を再認識することが必要である。「普段心がけている対応」では、患者に安心感を与えるため積極的に関わろうとする「探索的理解」がみられた。また患者に寄り添う気持ちを表現し、感謝や喜びなどの反応を得ることは看護師のやりがいに繋がっていた。看護師の笑顔や共感は患者の満足度に直結し、また看護のやりがいに繋がる。「探索的理解」を行える要因を明らかにし促進することが、ケアの質の向上に繋がると考える。

Ⅵ．結論

看護師は待てなくてクレームを言う患者・長々と話す患者・精神疾患患者・救急外来での対応が不適当と感じる患者への対応の場面で、自分の本来の思いを隠して対応する感情労働（表出抑制など）を行いストレスを感じていた。
しかし同時にこれらの患者に安心感を与えようと積極的に関わろうとする感情労働（探索的理解）も行ってい

©一般社団法人 日本救急看護学会

た。

(2019年10月5日(土) 10:00 〜 11:00 第9会場)

[O27-3] 二次救急における夜間の CPA患者対応時の看護師の不安要因 ーインタビューの結果からー

○木村 幹 （福島県立南会津病院）

【目的】夜間外来で CPA患者が搬送され救急対応する時、 A病院の中堅看護師が不安に感じる要因について明らかにする。（用語の定義）中堅看護師：外来経験年数5〜10年未満の看護師をいう。
【方法】研究対象： A病院外来に勤務しており外来経験年数5年以上10年未満、夜間救急外来にて CPA対応の経験がある看護師7名　研究期間：平成30年8月の1ヶ月間　データの収集方法：半構成面接法　今まで CPA患者対応した中で困ったり心配したことを自由に語ってもらった。インタビューはプライバシーが守られる個室を利用し1対1で行った。対象の同意を得て ICレコーダーに録音した。　データの分析方法： ICレコーダーから逐語録を作成した。 CPA患者が搬送され対応する時にどのような不安を感じたのかをコード化・分類しカテゴリー化を行った。分析結果は指導者のスーパーバイズを受けた。倫理的配慮：本研究は A病院の管理部門での倫理審査を受け承認を得て実施した。研究データ及び結果は研究の目的以外に用いない、 ICレコーダー及び USBメモリーの内容は研究者が分析・調査し得られた情報は鍵のかかる机に保管する。結果がまとまった後、第三者立ち会いのもと消去、破棄する、研究結果は関連する看護研究発表会で公表することを口頭及び文書にて説明した。尚、本研究に関連して開示すべき利益相反関係にある企業はない。
【結果】全対象者のデータから28のコード8つのサブカテゴリー4つのカテゴリーに分類された。【マンパワー不足と多忙な業務】では<マンパワー不足による対応の困難さ><他患者も対応することの困難さ><救急隊の協力と連携>が抽出された。【医師の輪番制勤務】では<当直医師による対応の違い>が抽出された。【スタッフによる CPAの経験の差】では<スタッフによる CPA対応力の差>が抽出された。【医師との関係】では<コミュニケーション不足>が抽出された。
【考察】【マンパワー不足と多忙な業務】では看護師2名医師1名で様々な業務に対応しなければならないという救急体制でのコードと CPA対応しながらも他患者を対応することの困難さが抽出された。早急な診療を必要とするか否かを判断するマネジメント能力を求められることから不安を感じていると考える。【医師の輪番制勤務】では「医師による薬剤投与タイミングの違い」「医師により CPA対応の動き方が異なる」が抽出された。当直医師の指示の違いにより不安を感じているといえる。また、 CPA対応の経験が少ない看護師が実際に CPA対応した際、学習してきたものとの様々な違いに不安を感じていると考える。【スタッフによる CPAの経験の差】では「経験の浅い看護師とペアになることで不安を感じる」「若い看護師とのペアになることで不安を感じる」等が抽出された。 A病院の CPA搬送件数は年間30件と経験する機会が少なく、毎回異なる症例である。ゆえに中堅看護師も不安を感じ続けると考える。【医師との関係】では「医師の方針が看護師に伝わらない」「医師から看護師への指示の遅れ」等のコードが抽出された。医師とのコミュニケーションがうまく図れない焦りから不安を生じていたと考える。医師と看護師の間で互いの立場を尊重するばかりに意見の交換が図れないことがコミュニケーション不足の一因であると考える。
今後、医師と看護師間でカンファレンス等を通し速やかな CPA対応ができるよう検討していきたいと考える。

(2019年10月5日(土) 10:00 〜 11:00 第9会場)

[O27-4] PCPSに対する救急室看護師の不安

©一般社団法人 日本救急看護学会

○栗田 景子, 芳賀 圭子, 荒木 春佳 （山形県立中央病院救急室）

【目的】 A病院は県内において三次医療機関に位置づけられており、ドクターヘリの基地病院である。高度な医療機器の準備や取り扱いに対するスキルが必要となり、中でも特に PCPSは、高度な知識と技術が要求される。日中・平日は CEによる準備が可能であるが、夜間・休日は不在であり、 CE到着まではすべての準備を救急室看護師が行っている。年間を通して PCPSの症例数は少ないため、対応に不安を抱く看護師が多く見受けられる。救急室に勤務する看護師を対象に、 PCPSに対する不安の有無とその内容、教育体制に対する考えを明らかにする。【方法】独自に作成した無記名自記式質問用紙を用いた。基本属性、 PCPS管理や導入の経験の有無、 PCPSに関する学習状況、 PCPSについての知識、 PCPSに対する不安について調査。アンケートは単純集計で分析した。【倫理的配慮】本研究は、所属施設の看護研究委員会の倫理審査の承認を得て実施した。【結果】対象19人に配布、16人分回収した。回収率は84%。1．属性：救急室勤務年数0～2年未満は6人、2～5年未満は4人、5～10年未満は3人、10年以上は3人だった。2．過去5年以内の PCPS導入の経験の有無：救急室または集中治療室で PCPS導入経験があったのは5人で、経験なしは11人だった。3．過去1年以内の PCPSプライミング練習状況：なしが2人、1回が4人、2～4回が10人だった。5回以上はいなかった。4． PCPSについての知識：救急室勤務年数が短い看護師でも、知識がある程度備わっている。勤務年数が長い看護師は、さらに知識があった。「わからない」と回答した半数以上の項目は、「アラーム対応」だった。5． PCPCに対する不安：27項目中16項目において、不安が「とてもある」と半数以上の看護師が回答。その内容は、「プライミング手順」「プライミング時間」「回路接続」「操作手順」「機械の表示項目」「機械の表示数字」「アラーム対応」「導入後の移動」「患者適応の予測」「全身状態の観察」「夜間・休日は対応人数が少ない」「夜間・休日は CEが不在」「タイムプレッシャー」「看護師間の役割と連携」「医師と看護師間の連携」「 CEと看護師間の連携」であった。中でも、「タイムプレッシャー」は、無回答を除く15人全員が不安が「とてもある」と回答している。救急室勤務年数が短いほど、不安が「とてもある」「まあまあある」と回答した項目が多い。勤務年数が長くなっても、「とてもある」と回答した項目はある。【考察】知識は持ち合わせていても、 PCPSに対する不安がある。なぜ救急室看護師は知識を身につけても PCPSに対する不安を持つのか、以下の3つが考えられた。1つ目に、 PCPSは症例数が少ないということである。そのため、導入時の流れやその後の管理がイメージしづらいことにつながる。2つ目に、タイムプレッシャーがあるということである。実際の PCPS導入時の患者は、心肺蘇生をしているという最も重篤な状態にある。緊急度・重症度が高い状態を認識しているからこそ、タイムプレッシャーによる不安が強い。3つ目に、夜間休日の人員不足や多職種との連携である。患者の緊急度・重症度が増すと、救急室看護師の役割はより多くなる。さらに、勤務年数が長い看護師ほど、全体を見渡す調整役としての役割もある。普段から PCPSに対する興味や意識を高く持ち、日常的に練習できる方法と環境作りを行い、さらに、アラームやトラブルに対応できるよう、マニュアルを整備する必要がある。

(2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第9会場)

[O27-5] 新人看護師が重症救急部門研修で生命の危機的状態に遭遇した時に受ける心理的衝撃

○久保 沙也香[1], 松沼 早苗[2] （1.自治医科大学附属病院　救命救急センター, 2.自治医科大学附属病院 集中治療部）

【はじめに】 A病院に入職した新人看護師は、基礎看護技術を習得するため2つの部署を異動する部署異動研修が1年間組まれている。新人看護師は救命救急センターへの配属はなく、新人看護師全員対象に救命処置に必要な技術を学ぶ重症救急部門研修（以下、研修とする）を3日間設けている。先行研究では、救命救急センターに配属された新人看護師は自殺、交通事故、原因不明の心肺機能停止(cardiopulmonary arrest：以下、 CPAとする)、外傷等の生命の危機的状態に遭遇すると心理的に強い衝撃受け、心的外傷後ストレス障害(Post-Traumatic Stress Disorder：以下、 PTSDとする)を発症する可能性があると述べられている。しかし、救命救急センターで実施している研修期間中に生命の危機的状態に遭遇した新人看護師の思いについては明らかにされていない。【目的】部署異動研修中の新人看護師が研修期間中に生命の危機的状態に遭遇した時の思いを明らかにする。【方

©一般社団法人 日本救急看護学会

法】自殺、交通事故、原因不明の CPA、外傷の初期治療・看護を経験した新人看護師14名を対象に、研修終了1か月後に DSM-5における PTSDの診断基準となる4項目をもとに質問項目を作成し、フォーカスグループインタビュー（ Focus group interviews：以下 FGIとする）を実施した。 FGIは同じ研修期間のグループで構成し、4名、3名、4名、3名のグループサイズで計4回実施した。 FGI後、逐語録を作成し内容の類似性・相違性に着目し意味のある内容に分類抽象化した。研究者間で分類抽象化の妥当性確保のため複数回検討した。【倫理的配慮】本研究は A病院の倫理委員会の審査を受け了承を得た(臨大17-194)。【結果】研修期間中に新人看護師が経験した症例は、自殺1件、 CPA2件、外傷1件であった。 FGIの内容から対象者は《蘇生手技への不安》《患者の処置で感じる不安や恐怖》《処置後の患者の経過に思いをはせる》《患者の死後、家族の反応が気がかりとなる》から【患者や家族への思いや不安・恐怖】が抽出された。また《人形のような感覚》《患者へ感情移入しすぎない》から【他人事のような感情】を見出した。さらに《シミュレーターとの違いに戸惑う》《現実と想像の乖離への衝撃》という【想像とは違うイメージ】を抱いていた。【考察】救命救急センターに配属された看護師は、生命の危機的状態にある患者の搬送時、自身で対応できないほどの恐怖、無力感、戦慄を伴う衝撃を受けることが明らかになっている。しかし研修中の新人看護師は、創部が離開し、臓器が脱出していた状況下においても《人形のような感覚》で処置を見学しており、《患者へ感情移入しすぎない》ほど冷静で【他人事のような感情】を抱いていた。先行研究では、看護師は担当していた患者が突然亡くなることが精神的に衝撃を及ぼすと述べられている。患者の病状を理解し、日々患者や家族と継続的に関わっている日常的な看護実践の場と異なり、研修期間中の患者や家族は当然初対面であり関係性はない。このことから新人看護師は【他人事のような感情】を抱いたのではないかと考えた。【結論】救急救命センターに配属されない新人看護師が、研修期間中に患者の生命危機状態に遭遇した時には、【患者や家族への思いや不安・恐怖】を感じ、【他人事のような感情】や【想像とは違いイメージ】といった特徴的な思いが明らかになった。

(2019年10月5日(土) 10:00 ～ 11:00 第9会場)

[O27-6] ドクターカー同乗看護師が感じている想い

○藤本 美智代, 小西 梓織 （山口県済生会山口総合病院）

Ⅰ．目的

A病院では2007年より B市からの依頼により、医療圏内の救命率向上のためドクターカーを導入した。近年、プレホスピタルからの医療提供の需要は高く、 B市においてもドクターカー出動は年々増加している。しかし、プレホスピタルでの活動に必要な知識やスキルを身に付けている看護師においても、緊急性の高い疾病、あらゆるライフステージの傷病者の対応を１人で行う事のストレス度は高い。今回、プレホスピタルでの看護活動を語ることで、現場で感じる戸惑いや不安・ジレンマなどの複雑な心情を明らかにし、ドクターカー同乗看護師教育の課題を見出すこととした。

Ⅱ．研究方法

1．調査対象： A病院ドクターカー同乗看護師5名

2．研究期間：平成30年7月～平成30年12月

3．データー収集方法①ドクターカー同乗看護師に対して、インタビュー実施前に「今も心に残っている事例」について聞き取り調査。②①の調査内容をもとに、ドクターカー同乗看護師に対して半構造化インタビューを実施。③インタビューの内容を録音し、逐語録を作成。

4．分析方法：逐語録と語りの文脈から「想い」の部分を抽出し、カテゴリー化した。

Ⅲ．倫理的配慮

A病院倫理審査委員会の承認を得て研究を実施。研究対象者へは口頭と文書で研究目的と方法を説明し、実施日への参加をもって同意を得たとした。

Ⅳ．結果

結果は、22のコード、5つのサブカテゴリーと2つのカテゴリーを抽出した。『ドクターカー内で行うケア・処置についての思い』『現場からの家族対応への役割認識と難しさ』というサブカテゴリーから、【ジレンマ】とい

©一般社団法人 日本救急看護学会

うカテゴリーを抽出した。その中で、「患者へのケアだけでなく家族看護もしないといけないし、やろうと思っても1人では手が足りない」や「緊迫した状況での家族への言葉かけに苦慮する」といった声が聞かれた。『チーム間での協働とコミュニケーションの重要性』『提供したケアへの客観的（他者）評価の困難さ』『現場の状況および活動がもたらす精神的ストレス』というサブカテゴリーから、【ストレス】というカテゴリーが抽出された。語りの場では、スタッフより「みんな同じことを想っていると分かり安心した」「他者の意見が聞けると自分の振り返りになる」等の声が聞かれた。

Ⅴ．考察

今回の語りの中で、同乗看護師は出動事案・状況は違っても同じ想いを抱えていることがわかった。特に、家族対応について様々な想いがあり、対応に苦慮している現状が見られた。プレホスピタルにおいて、家族は傷病者の突然の急病や受傷による状態変化を目の当たりにする。そして危機の状態に陥り大きな不安やストレスを抱えることになる。その際、同乗看護師には、家族の危機的状況に迅速、適切に介入していくことが求められる。しかし、家族の不安やストレスの表出の仕方は様々であり、同乗看護師はどのような言葉がけや介入が適切なのか判断に苦慮し、模索する事が多い現状であることが明確となった。今回、語り合うことで家族看護に対する不安要素が多く聞かれた。以上の事から、家族看護や介入方法についての学習が不足していることが課題として見えてきた。

Ⅵ．結語

語りの場は、同様の経験を持つ者同士で想いを共有する点で重要である。また、語りの中から家族看護や介入方法についての学習が不足していることが課題として示唆された。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演） | 地域連携

[O28] O28群 地域連携

座長:町田 真弓(前橋赤十字病院)

2019年10月5日(土) 11:10 ～ 11:50 第9会場 (1F 中会議室103)

[O28-1] 自殺未遂患者に対する保健所と救命救急センターの連携

○榎本 真実[1], 谷澤 理沙[1], 川合 いずみ[1], 山根 修[2], 五明 佐也香[3] （1.獨協医科大学埼玉医療センター看護部, 2.獨協医科大学埼玉医療センター総合患者支援センター, 3.獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター）

[O28-2] 24時間以内に救急外来を再受診した患者の実態

○村松 武明 （聖隷三方原病院　高度救命救急センター）

[O28-3] 救命救急病棟における退院支援に関する家族介入への現状調査

○南田 実希, 榎谷 美智子, 吉井 伸栄, 道山 和恵 （奈良県立医科大学附属病院）

[O28-4] 心肺停止後症候群の患者に対する退院支援・調整の現状

○安藤 理沙[1], 峯岸 佑季[1], 川合 いずみ[1], 山根 修[2] （1.獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 救命救急センター, 2.獨協医科大学埼玉医療センター 総合患者支援センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:10 ～ 11:50 第9会場)

[O28-1] 自殺未遂患者に対する保健所と救命救急センターの連携

○榎本 真実[1], 谷澤 理沙[1], 川合 いずみ[1], 山根 修[2], 五明 佐也香[3] （1.獨協医科大学埼玉医療センター看護部, 2.獨協医科大学埼玉医療センター総合患者支援センター, 3.獨協医科大学埼玉医療センター救命救急センター）

【背景・目的】

2016年4月に自殺対策基本法が改正され、地方自治体に自殺を防ぐための計画を義務づけた。 A市においては、2018年6月に「 A市自殺対策推進条例」が制定され、10月に施行された。自殺対策を総合的かつ計画的に推進することを目的に、 A市自殺対策推進計画が策定された。その計画の一つに自殺未遂者相談事業（いのちの相談支援事業）がある。この事業は、救命救急センターに搬送された自殺未遂者への早期介入から地域生活での再企図防止を図る支援である。

A市の自殺者数は、近年やや減少傾向にあるものの、概ね50～60人/年で推移している。救命救急センター退院後、自殺の再企図を防止する目的で、2018年4月～2019年3月の1年間に A市保健所と B救命救急センターが連携して実施した支援を報告する。

【方法】

対象者：自殺未遂により B救命救急センターに搬送された A市在住者を対象に、患者本人及びその親族から同意を得られた者

期間：2018年4月～2019年3月

A市自殺未遂者相談事業の流れを以下に示す。

1） B救命救急センターに自殺未遂患者が入院後、身体的治療が終了段階となると医師または医療相談員からの精神保健支援室の支援を受けるか否か確認する。

2）1）の説明後、同意の得られた場合は、医師または医療相談員から A市保健所（精神保健支援室）へ連絡を行う。

3）連絡を受けた保健所は、臨床心理士・保健師が入院施設で初回面談を実施する。

4）退院後には自宅へ訪問または保健所内での面接を実施する。

5）臨床心理士・保健師が支援を開始し、その結果を B救命救急センターに報告する。

【倫理的配慮】

得られたデータは匿名化を図り、機密性確保に努めた。また、研究発表後は再現不可能なかたちでデータは破棄をする。

【結果】

対象期間のうち、同意の得られた対象者は20名であった。年齢は、15～83歳と幅広い年齢層で、疾患の内訳はうつ病6名、統合失調症1名、適応障害1名、アルコール依存症1名、解離性障害1名、診断名不明が7名であった。自殺企図に至った原因や動機は、家庭・男女問題と経済問題が半数以上であった。20名の対象者のうち、19名は継続支援を行っており、支援終了となった1名は再企図により死亡となった。

【考察】

自殺未遂者が多く搬送される三次救急医療機関と保健所が入院早期から連携することで、地域生活に戻った後の再企図防止に繋がる可能性が示唆された。残念ながら、1名の自殺者を出してしまったことから、介入頻度の検討やかかりつけ精神科医との連携は今後の課題である。救命救急センターの看護師として自殺未遂患者にできることは少ないが、患者の心に寄り添い、地域生活に戻っても医療者は支えていく旨を伝えることは欠かせない役割である。

本事業の協力医療機関は、三次医療機関である B救命救急センターのみであるが、他の医療機関の協力が増えることで、多くの自殺未遂患者の再企図防止や心の健康に繋がると考えられる。今後の事業拡大により、自殺未遂患者やその家族の心の健康の維持・増進が期待される。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 11:10 ～ 11:50 第9会場)

[O28-2] 24時間以内に救急外来を再受診した患者の実態

○村松 武明 （聖隷三方原病院　高度救命救急センター）

【はじめに】

A病院の救急外来（以下 ER）は、1次から3次までの患者に対応している。2018年度の救急車来院は5768名であり、帰宅する患者は2700名であった。帰宅患者の中には、様々な理由で十分な生活環境が整っていない可能性があり、 A病院では、帰宅後の医療や介護支援が必要と思われる患者を看護相談室と連携し地域につなげている。2018年度は196件を看護相談室と連携している一方で、救急車で ERに初回受診（以下初診）し、帰宅した患者の中で24時間以内に再受診（以下再診）となった症例が15件発生している。現状の看護相談との連携は、個々の看護師判断に一任されている。今回、再診となった15件の実態を調査し、確実に帰宅後の支援ができる体制の構築に向け課題を検討する。

【目的】

A病院において、救急車で初診し24時間以内に ERを再診した帰宅患者の実態を明らかにする。

【方法】

＜対象＞

救急車で ERに初診し帰宅した患者の中で24時間以内に再診となった15症例。

＜データ分析方法＞

初診と再診時における診療録から取得し、年齢・性別・再診形態・転帰・主訴・バイタルサイン・家族構成・ADL・介護認定毎に整理したデータから内容を分析する。なお、 A病院における倫理委員会の承認を得た（研究番号第19-11）。

【結果】

平均年齢52.7歳で小児4名、成人11名、男性8名、女性7名であった。再診形態は救急車来院11件、自己来院4件、転帰は入院が10件で一般病棟9件と ICU1件であった。主訴は小児4件が全て痙攣、成人11件で呼吸苦・眩暈2件、動悸・排尿困難・血尿・嘔吐下痢・発熱・頭痛・鼻出血が1件であり、呼吸苦と血尿と発熱は、初診から再診で主訴変化を認めた。また、バイタルサインは13件で初診と再診で変動ないが、発熱は ICU入室、呼吸苦1件は重度心疾患で治療選択せず死亡であった。

家族構成のうち、小児は全て核家族、成人は独居4件、配偶者のみ1件、二世代2件、施設入所2件、不明1件、ADLは部分介助1件、全介助1件、自立9件、介護認定は要介護2件、なし9件であった。

記録のうち、診療記録は全て病状説明と病状増悪する可能性や増悪時の再診指導をしており、小児は強調していた。一方、看護記録において、小児は初診と再診ともに診療記録のみ、成人は全てに記録あり、初診と再診でバイタルサインや症状変化、処置内容の記載であったが、初診後の電話のフォロー2件、再診で家族構成、介護状況、キーパーソンや支援の程度など外来との連携が1件あった。

【考察】

©一般社団法人 日本救急看護学会

小児では全て到着時に痙攣が消失し、状態も安定していた。 A病院の ERでは、状態が安定している場合、小児専用の診察室で診察することが多い。医師のみで対応する傾向があり、円滑な医師との情報共有が滞りやすいことが推測される。成人では検査や治療の補助、症状ケアなどを重視する傾向が強くある中で、帰宅後に生活する上で独居であっても自立されていることや要介助であっても家族の存在があることで生活が可能であると看護師独自の判断していることが推測される。一方で初診後、電話フォローや再診後の外来との連携は、医学的判断、患者の意向をもとに、患者の個別的な生活背景を把握し、医師、看護師、患者と情報共有して対応している。このことから、救急車来院で帰宅するということは、帰宅支援が必要なキーワードになる。しかし、救急車来院では多数の帰宅患者がいること、 ERでは多くの看護実践が必要な中、全てキーワードとして拾い上げは困難である。そのため症例以外の帰宅患者についても調査し、確実に拾い上げられる体制構築が課題と考える。

(2019年10月5日(土) 11:10 〜 11:50 第9会場)

[O28-3] 救命救急病棟における退院支援に関する家族介入への現状調査

○南田 実希, 榎谷 美智子, 吉井 伸栄, 道山 和恵 （奈良県立医科大学附属病院）

Ⅰ.目的

看護師は入院後早期に患者、家族の背景や思いを情報収集する必要がある。しかし救命センターでは患者本人から情報を得にくい事や心理・社会的なハイリスク要因を抱えているなど様々な要因から、情報収集が困難な状況が多い。スタッフが退院支援に向けて家族からどのように情報収集し、介入しているのかインタビュー形式で調査を行い、現状把握することで課題を明確化し今後の退院支援の質向上につなげる。

Ⅱ.方法

調査期間：２０１８年１月～９月

研究対象：ＨＣＵ病棟で１年以上経験のある、退院支援に関わったことがあり同意を得られたスタッフ２４名

研究方法：研究者が独自に作成したインタビューガイドを用いて、半構成的面接を実施した。面接内容は対象者の了承のもとＩＣレコーダーによる録音を行った。

分析方法：録音内容を逐語録に起こし、ＫＪ法を用いてコード化、サブカテゴリー・カテゴリーに分類した。

Ⅲ.倫理的配慮

奈良県立医科大学附属病院医の倫理委員会の承認後、対象者に目的と方法、研究で得られた情報は本研究以外では使用しない事、いつでも辞退できることを文章と口頭で説明した。

Ⅳ.結果

©一般社団法人 日本救急看護学会

カテゴリー分類した結果を表１に示す。
治療優先や多忙などの理由で退院支援まで意識できていないスタッフもいる。家族に対し意識している事は、退院後の生活に関することや不安、理解度であった。また、家族背景として身寄りがない事や家族が遠方である。

Ⅴ.考察

退院支援を開始する際、家族に対して早期介入は不可欠である。救命センターの特性として、入院時は治療優先となる事や多忙なために家族へ早期介入が困難な状況が多い。また突然の入院による状況変化や予後の不安に対して、家族の受け入れに時間を要する事もある。看護師は退院支援に関して家族の思いや希望に添えず葛藤しながら遂行していることが考えられる。家族の危機状態を理解し、 MSWの介入のみならず、専門的な知識をもつ退院支援に特化した医療チームの介入も必要ではないかと考える。看護師が個々に家族の希望を明らかにし、早期に必要なサポートをより充実させていく為の検討が必要である。

Ⅵ.結論

救命センターの特性として、入院時は治療優先となる事や多忙なため家族へ早期介入が困難な状況である
退院支援を遂行と家族の希望に添えないというジレンマを抱えながら退院支援を実行している

(2019年10月5日(土) 11:10 〜 11:50 第9会場)

[O28-4] 心肺停止後症候群の患者に対する退院支援・調整の現状

○安藤 理沙[1], 峯岸 佑季[1], 川合 いずみ[1], 山根 修[2] （1.獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 救命救急センター, 2.獨協医科大学埼玉医療センター 総合患者支援センター）

【背景・目的】
救急医療の現場では、患者の早期回復を目指した支援と生活の再構築に向け、患者の視点に立った退院支援と新たな搬送患者に備えた速やかな病床稼働も同時に求められる。しかし、 A救命救急センターにおける心肺停止後症候群の患者のうち、蘇生後脳症が残存し、人工呼吸器等の医療依存度の高い患者においては、急性期治療終了後の療養先は少なく、次の療養先の空床確保までの期間を当院で過ごすことになる。このことからベッド稼働が滞り、新たな搬送患者の受け入れが困難になる。
平成30年度 A救命救急センターにおける救急搬送患者は1193名で、そのうち、来院時心肺停止患者は423名であった。 A救命救急センター全体の平均在院日数は15.3日間であるが、心肺停止後症候群の患者に限っては41日間と3倍近くと長期化している。以上の現状から、心肺停止蘇生後の患者を対象に、退院支援・調整が難渋した理由やその背景にある問題を明らかにすることとした。
【方法】
心肺停止後症候群のうち、蘇生後脳症が残存し、かつ、人工呼吸器等の医療依存度が高く、社会復帰困難となった40歳以上の15名の患者を対象に電子カルテより、後ろ向きに調査した。調査項目は、原疾患、転帰、気管

©一般社団法人 日本救急看護学会

切開術の有無、気管切開術に対してのインフォームドコンセント（以下 IC）日、転院についての IC日、転院についての IC日から転院調整開始日、転院依頼日から転院日、転院調整に難渋した理由、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）の初期面談日、追加面談日とした。

【倫理的配慮】

電子カルテから得たデータは匿名化を図り、機密性確保に努めた。また、研究発表後は再現不可能なかたちでデータは破棄をする。

【結果】

対象患者の心肺停止の原因は内因性疾患が多く、内訳は不詳が5名、循環器疾患（急性心筋梗塞・心不全・大動脈解離）が5名、気道異物による窒息が2名、電解質異常が1名、縊頚が1名であった。気管切開術 ICから転院ICまでの平均日数は6.5日間で、最長は31日間であった。転院 ICから転院調整を開始するまでの平均日数は10.6日間で、最長は28日間であった。転院依頼日から転院日までの平均日数は8.6日間で、最長は21日間であった。転院調整に難渋した理由においては、病状の安定化等の要因が5名、受け入れに関する家族の要因が2件、転院先の事情が3件であった。 MSWとの面談は14件中12件行っており、入院初期に行った面談において転院が必要になる可能性について説明していることから、転院調整についての家族からの不信感や不安言動を聞かれることはなかった。

【考察】

A救命救急センターの退院支援・調整において長期化していると感覚的に持っていた理由は、 A救命救急センター側の問題と転院依頼先の問題と2つあることが明らかとなった。 A救命救急センター側の問題の中には、病態が安定しない患者の依頼を保留にしていたまま期間が過ぎていることや看護師の能力差により早期に退院支援・調整に動き出していないなど、システムが整えられれば解決できる問題が含まれていた。この様に、医療者の能力差で患者の退院調整期間を延ばしていることが明らかとなったため、医療チームとしてシステムを整えていくことが円滑な病床稼働に繋がることが示唆された。

救命救急センターの看護師として、円滑な病床稼働を視野に入れながら、状態の安定を見極める能力を持つことや危機的状況に陥った家族の受け入れがなされるように関わることが退院支援・調整には重要である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| トリアージ

[O29] O29群 トリアージ③

座長:田中 浩(東京都立広尾病院 看護部 救命救急センター)

2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:20 第9会場 (1F 中会議室103)

[O29-1] A施設における院内トリアージ記録の検証　～トリアージナースの傾向分析から～

○植松 恵 （東海大学付属八王子病院）

[O29-2] 院内トリアージにおける痛みに関する記載率向上に向けた取り組み

○五十嵐 佑也, 武藤 博子 （福島県立医科大学附属病院　災害医療・高度救命救急センター）

[O29-3] 二次救急病院における救急外来トリアージの質の評価

○小山 勇志[1], 田中 佑太[2] （1.医療法人医誠会　医誠会病院, 2.医療法人医誠会　城東中央病院）

[O29-4] 院内トリアージの質向上への取り組み～看護記録用紙の改定と JTAS再教育の効果～

○大田 麻美, 堀江 健太 （日本赤十字社　伊勢赤十字病院）

[O29-5] 大学病院に通院している患者からの電話トリアージの困難感を減らせる対応と今後の在り方の検討

○矢部 友理, 谷島 雅子 （自治医科大学附属病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:20 第9会場)

[O29-1] A施設における院内トリアージ記録の検証　～トリアージナースの傾向分析から～

○植松 恵 （東海大学付属八王子病院）

【はじめに】 A施設では、実施した院内トリアージ記録は、看護師により一次検証を行い適切なトリアージが実施されているか検証するとともにトリアージナースの教育に役立てている。一次検証を実施する中でトリアージナース個人の傾向があることが感じられた。トリアージナースは自分の傾向や限界を認識し現場の調整を行う能力が必要であるとされており、トリアージナース自身が傾向を認識できるよう教育することはトリアージの質の向上につながると考えられる。【研究目的】院内トリアージ記録の検証によりトリアージナース個人の傾向をとらえトリアージ教育の方法について検討する。【研究方法】期間：2018年4月1日～2018年9月30日　対象：A施設の看護師26名　方法：この期間において対象の看護師が記載した院内トリアージ記録から以下の①～⑥のデータを抽出し記述統計を実施した。その上で⑦～⑨の属性別の傾向を調べた。（ t検定）①アンダートリアージ（以下 UT： JTASレベルⅡ以上をⅢ以下と判断）の有無　②バイタルサイン測定・身体観察内容が適切か　③接触時間・トリアージ判断時間遅延の有無　④初期対応・待機場所選定が適切か　⑤記載不備の有無　⑥再トリアージが適切か　⑦看護師経験年数　⑧救急外来経験年数　⑨ JTAS受講の有無【倫理的配慮】研究者が所属するA施設臨床研究審査委員会の承認を得た。【結果】看護師平均経験年数9.3±4.0年、救急外来平均経験年数6.1±4.1年、平均トリアージ件数76.8±46.8件、 JTAS受講者11名（42.3%）であり、1998例の患者の院内トリアージ記録からデータを抽出した。平均は、 UT：1.65±1.47%、バイタルサイン・身体観察内容不適切：11.7±11.1%、接触時間・トリアージ判断時間遅延：9.65±9.13%、初期対応・待機場所不適切：2.05±3.45%、記録不備：17.7±12.5%再評価不適切：5.05±6.43%であった。平均値とトリアージナース個人の割合を比較し、個人の割合が上回っていた項目（以下これを個人課題とする）数を算出した。その結果、個人課題が6項目：2名、5項目：3名、4項目：2名、3項目：8名、2項目：1名、1項目：5名、0項目：5名であった。6個の検証項目それぞれにおいて個人課題があるトリアージナースとないトリアージナースの群に分類し、看護師経験年数と救急外来経験年数、およびトリアージ件数について t検定を行った結果、すべての検証項目で有意差を認めなかった。
JTAS受講者と未受講者の群に分類し、個人課題数と、6個の検証項目の割合について t検定を実施したところ、いずれにおいても有意差をみとめなかった。【考察】トリアージナース26名において、個人課題数とその項目の特定によりトリアージナースそれぞれの未達成と考えられる課題を見出すことができた。経験年数と個人課題の有無に関連性はなく、経験年数に応じた教育方法よりもトリアージナース個々における課題にアプローチした教育方法が有効である可能性が示唆された。トリアージナース自身が自己の傾向について把握できるよう、研究結果の提示が教育に役立つと考えられた。トリアージ件数と6個の検証項目、および個人課題数についても関連性はなく、件数に関係なく課題が生じていると考えられた。また、 JTAS受講の有無と6個の検証項目、および個人課題数についても関連性はなく、 JTAS受講者の中でも個人課題数や種類にばらつきがあり個人に合わせた教育が必要であると考えられた。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:20 第9会場)

[O29-2] 院内トリアージにおける痛みに関する記載率向上に向けた取り組み

○五十嵐 佑也, 武藤 博子 （福島県立医科大学附属病院　災害医療・高度救命救急センター）

【はじめに】 A病院は高度救命救急センターとしての役割を担い、 Walk-in来院患者は救急外来看護師が緊急度判定支援システム（ JTAS）に準じた緊急度判定を実施している。 A病院救急外来受診患者の特徴のひとつに頭痛や腹痛等の「痛み」を訴えて来院する患者割合が高い傾向にあることが挙げられる。しかし2018年9月～11月に来院された痛みを訴える患者の院内トリアージ記録用紙を振り返ると、疼痛の強さの記載率が58%であり、痛みに関する観察や記録が徹底されていないことがわかった。このため痛みに関する観察やトリアージ記録用紙への記

©一般社団法人 日本救急看護学会

載率向上に向けた取り組みを行ったため報告する。
【目的】痛みを訴える walk-in患者の院内トリアージ用紙を振り返って現状の把握と分析を行い、今後の院内トリアージの質向上に向けた課題を明らかにする。
【方法】痛みを訴える患者への観察項目・記載についての勉強会を行い、緊急度判定に関するシミュレーション教育を行った。さらに記録用紙に記載漏れがないかトリアージ看護師が再確認できるような改定も行った。これらの対策を講じる前を A群（2018年9月～11月）、対策後を B群（2018年12月～2019年2月）とし、痛みに関する観察項目の「発症様式」「増悪/寛解因子」「性質/強度」「放散の有無」「随伴症状」「時間経過」の6項目の記載の有無を確認し、項目毎にχ2検定を用いて分析する。
【倫理的配慮】得られたデータは数値化し個人が特定されないよう配慮した。また福島県立医科大学附属病院看護部で倫理的な問題がないと認められた。
【結果】対象期間の痛みを訴える患者来院数は A群507名、 B群651名だった。各項目の記載数は「発症様式」 A群71件（14%） B群172件（26%） p＜0.001、「増悪/寛解因子」 A群97件（19%） B群155件（24%） p＝0.06、「性質/強度」 A群293件（58%） B群590件（91%） p＜0.001、「放散の有無」 A群78件（15%） B群153件（24%） p＜0.001、「随伴症状」 A群238件（47%） B群505件（78%） p＜0.001、「時間経過」 A群380件（75%） B群565件（87%） p＜0.001だった。 JTAS2017の神経系・心血管・消化器のカテゴリーに該当する主訴で来院した患者に限定して同様に調査したところ、「性質/強度」「随伴症状」の2項目で両群間に有意差（ p＜0.001）を認め、それ以外の4項目では有意差を認めなかった。
【考察】痛みの中でも急性発症・疼痛強度・深在性疼痛は生命危機に直結するサインであり、診察の優先順位や待機場所の選定をするにあたり重要な要素となる。痛みに関する情報のトリアージ用紙記載率は両群間で比較するとほぼ全ての項目で有意差を認めた。これはトリアージの勉強会やシミュレーション教育・記録用紙の改定による成果といえる。しかし、特に痛みの評価をより重点的に行わなければならない頭痛や胸痛・腹痛といった症状で来院した患者のトリアージ用紙を両群間で比較すると記載率の向上は「性質/強度」「随伴症状」の2項目に限られてしまう。トリアージの本質は危険な徴候を見逃さずに適切な医療が速やかに行われるよう安全を担保することにある。そのために救急外来看護師には病態予測・問診・フィジカルアセスメント・臨床推論、これらが高いレベルで求められる。救急外来の限られた時間でこれらの観察・記録が出来るようになることを今後の課題として活動していきたい。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:20 第9会場)

[O29-3] 二次救急病院における救急外来トリアージの質の評価

○小山 勇志[1], 田中 佑太[2] （1.医療法人医誠会　医誠会病院, 2.医療法人医誠会　城東中央病院）

【目的】救急医療の現場では、患者の診察は来院順ではなく緊急性の高いものを優先に、院内トリアージを実施し、診察の優先順位を判定している。三次救急病院においては質の評価を行い、アンダートリアージ率1.1%、オーバートリアージ率2.0%であったと報告されている。今回、文献を参考に、二次救急病院での救急外来トリアージの質を明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。【方法】2018年4月1日～9月30日の期間に二次救急外来に独歩及び搬送車で受診した患者のうち、文献を参考に作成した検証表（受付時間、主訴、緊急度と判断した理由、トリアージ開始・終了時刻、診察開始・終了時刻、救急外来退室時刻）を用いて、看護師がトリアージを行った患者を対象とした。研究メンバーが来院件数、トリアージ実施件数、トリアージ開始までの時間（来院時刻～初見時刻）、緊急度別患者数、診察応答時間、救急外来滞在時間、緊急度別入院件数をカルテ・検証表より集計した。事後検証でのトリアージ判定は救急担当医、救急看護認定看護師が行った。事後検証後、研究メンバーがアンダートリアージ・オーバートリアージ件数を集計し割合を算出、先行文献の三次救急病院との比較を行った。【倫理的配慮】所属病院に承認を得て、研究の主旨を文章で救急外来に掲示し、包括的同意を得た。検証表は作成者に許可を得て使用した。【結果】期間中の救急外来独歩・搬送車受診患者（以下独歩とする）は2,277名、そのうち検証表を回収できた対象患者数は1,765名（回収率77.5%）であった。緊急度別の患者数は、蘇生6名（0.3%）、緊急45名（2.6%）、準緊急195名（11.1%）、低緊急765名（43.3%）、非緊急

©一般社団法人 日本救急看護学会

754名（42.7%）であった。全体におけるトリアージまでの時間は、中央値5分（四分位範囲値2-9）、10分以内でトリアージされている症例は97%であり、アンダートリアージ率は2.0%（36件）、オーバートリアージ率は1.0%（19件）であった。研究期間を前期・後期で比較したところ、前期のアンダートリアージ率2.7%（24件）・オーバートリアージ率1.7%（15件）、後期のアンダートリアージ率1.4%（12件）・オーバートリアージ率0.5%（4件）であった。【考察】トリアージまでの時間は5分（中央値）であり、97%の症例で10分以内にトリアージを行うことができており、先行文献の72.8%に比べ10分以内のトリアージ実施率は高かった。要因として、電話相談なく直接来院した患者の場合は、来院と同時に連絡を受け、トリアージを実施しているためだと考えられる。しかし、アンダートリアージ率が高く、オーバートリアージ率は低い傾向となっていた。アンダートリアージ率が高い理由は、トリアージの精度の低さが影響していると考えられる。研究期間の前期・後期の比較では、オーバートリアージ率・アンダートリアージ率にともに低下していた。これは研究期間中に事後検証を行い、適時フィードバックをしたことでトリアージの精度が向上していたと考える。今後も事後検証を継続的に実施し、さらにトリアージの精度を向上させる必要がある。【結論】トリアージ開始までの時間や、トリアージ実施から退室までの時間は三次救急病院に比べ当院は短かった。オーバートリアージ率1.1%、アンダートリアージ率2.0%で、二次救急病院ではアンダートリアージ傾向となっており、トリアージの精度を向上するための事後検証システムの構築が必要である。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:20 第9会場)

[O29-4] 院内トリアージの質向上への取り組み～看護記録用紙の改定とJTAS再教育の効果～

○大田 麻美, 堀江 健太 （日本赤十字社　伊勢赤十字病院）

院内トリアージの質向上への取り組み
～看護記録用紙の改定とＪＴＡＳ再教育の効果～

○大田　麻美　堀江　健太

日本赤十字社　伊勢赤十字病院

【背景】当救命救急センターは地域の中核病院として一次～三次救急患者の受け入れを行っている。2018年度救急患者の受け入れ人数は17628名、そのうちウォークイン患者は7332名である。当施設ではウォークインで来院した患者全員に JTASを使用し院内トリアージを実施している。昨年度実施した院内トリアージの研究結果から、発熱、めまい、疼痛症例にアンダートリアージ（以下 UT）が多く、その要因として JTASに沿った具体的な問診や観察（特に呼吸回数の測定）が出来ていないことが判明した。そのため、看護記録用紙の改訂と JTASの再教育を行なった。【目的】 JTASの再教育と院内トリアージの際に使用する看護記録用紙を見直すことによる効果を明らかにする。【方法】看護記録用紙改定前の2018年9月21日から30日と看護記録用紙改定後の同年12月21日から30日にウォークインで来院した患者（改訂前111名、改訂後110名）の看護記録用紙の記載内容を確認し、 JTAS2017を用いて UTとオーバートリアージ（以下 OT）の件数をカウントした。さらに、院内トリアージに関わる看護師（13名）を対象に看護記録用紙改定前後で『呼吸回数』の測定が実施できているか、『発熱』『めまい』『痛み』の項目の問診や観察が実施できているかと、『 JTAS参照のためタブレットを使用しているか』についてアンケート調査を行った。【倫理的配慮】研究者が所属する A病院の倫理委員会で承認を得た。【結果】看護記録用紙改定前 UT 14%、 OT 3%に対して、改定後 UT 17%、 OT 0.6%であった。呼吸回数の記載率については改訂前42%に対して改定後63%であった。改定後に必要な項目の問診や観察が出来ているかを、5（出来ている）4（大体出来ている）3（半分出来ている）2（あまり出来ていない）1（全く出来ていな

©一般社団法人 日本救急看護学会

い）の5段階評価でアンケートを実施した。5と回答した割合は『発熱』については改訂前0%に対し改定後は8%、『めまい』については改定前0%に対し改定後8%、『腹痛』については改定前0%に対し改定後8%、『痛みの評価でペインスケールを使用しているか』については改定前23%に対し改定後54%であった。『 JTAS参照のためタブレットを使用するか』については5と回答した割合は改定前0%に対し、改定後15%であった。【考察】JTAS再教育時に呼吸回数の重要性を強調し伝えた。さらに看護記録用紙改定時にバイタルサイン記載欄の呼吸回数を先頭に持ってきたことにより、視覚的にも意識できるようになり呼吸回数の記載率が増加したと考えられる。また、タブレットを必ず使用する割合が増加したことも必要な問診や観察が出来るようになった要因と考える。今回の取り組みでは UTは減少しなかったが、項目別の結果では症状に対し必要な問診や観察が出来ているという割合が一部増加した。このことは、看護記録用紙の改定と JTASの再教育により必要な項目の問診や観察に対する意識がやや向上したと考えられる。今後は院内トリアージの質向上のため、患者の状態に合わせた必要な問診ができるよう個々のスキル向上と看護記録用紙の再度見直し、タブレットの使用方法を検討したい。

(2019年10月5日(土) 13:30 〜 14:20 第9会場)

[O29-5] 大学病院に通院している患者からの電話トリアージの困難感を減らせる対応と今後の在り方の検討

○矢部 友理, 谷島 雅子 （自治医科大学附属病院）

【はじめに】 A大学病院は、2015年11月より時間外に救急外来を受診希望する患者に対して、看護師による電話トリアージが開始となった。先行研究では電話トリアージは、患者を視覚で捉えないため判断が難しく、緊急度や重症度の判別が難しいと述べられている。 A大学病院は、特定機能病院であり受診希望で電話連絡をしてきた90%以上が、かかりつけ患者である。そのため、経験の浅いスタッフは受診希望の判断に難しさを感じ対応に不安を抱いている。そこで、 A大学病院に通院している複数の疾患を抱える患者からの電話トリアージの困難感を明らかにし、今後のトリアージの在り方を検討する必要があり研究に取り組むことにした。

【目的】複数の疾患を抱え、大学病院に通院している患者からの受診の相談に対して、電話トリアージの困難感を明らかにする。

【方法】インタビューガイドを用いて半構成的面接を行った。対象者は、電話トリアージ導入当時から関わっている承諾を得られた看護師5名であり、データ収集期間は2018年6月から2018年9月であった。分析方法は、得られたデータの逐語録から抽出された語りの中からそれらの文脈をコード化し、カテゴリ化を行い、さらに困難感を減らせる対応を検討した。

【倫理的配慮】本研究は A大学病院の倫理委員会の審査を受け了承を得た。

【結果】電話トリアージ看護師が感じる困難感は、「他の業務をしながら、トリアージをするのは難しい」、「どんな症状でも大学病院の受診を希望する患者の対応に悩む」、「軽症と判断しても実際にみていないので受診の判断に困る」、「診療科が多いのにも関わらず、判断基準がないためにトリアージをするのが難しい」、「医師との連絡調整に悩む」の5カテゴリを抽出した。抽出した困難感に対しての対応策として、「相談できる環境作り」、「外来や病棟との連携」、「受付事務との情報共有」、「カルテへの記載の徹底」の4カテゴリを抽出した。具体的には、「他の業務をしながら、トリアージをするのは難しい」という困難感に対して、トリアージ看護師は2名配置されており、受診の判断に悩んだ時や繁忙時はお互いに協力し「相談できる環境作り」が必要であることが明らかになった。

【考察】今回上がったカテゴリからは、視覚で捉えないため情報が得られにくい。そのため「軽症と判断しても実際にみていないので受診の判断に困る」、「どんな症状でも大学病院の受診を希望する患者の対応に悩

©一般社団法人 日本救急看護学会

む」、「診療科が多いのにも関わらず、判断基準がないためにトリアージをするのが難しい」という困難感があると考える。「他の業務をしながら、トリアージをするのは難しい」ために繁忙時の負担を感じており、医師に受診内容を伝えるのが難しい状況から「医師との連絡調整に悩む」ため情報伝達の難しさがあると考えられた。これらの困難感に対して、抽出された対応策を取り入れながらトリアージを実践していけるような調整が必要と思われる。

電話トリアージは判断に対しての優れたアセスメント能力やコミュニケーション能力が必要となり、対応する看護師の幅広い知識が求められる。今回の対象者は、導入当時から関わっている看護師で、救急外来経験年数が9年であり教育的な困難感は見られなかった。救急外来経験の違いにより困難感の相違が生じる可能性はあり、効果的なコミュニケーションのツールである SBARの導入や看護師の育成が必要になってくるのではないかと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| トリアージ

[O30] O30群 トリアージ④

座長:西尾 宗高(杏林大学医学部付属病院)

2019年10月5日(土) 14:20 ～ 15:20 第9会場 (1F 中会議室103)

[O30-1] 小児専門病院におけるトリアージの課題 -トリアージの質向上にむけた事後検証結果からの考察-

○秋葉 美穂, 三浦 奈津美 （埼玉県立小児医療センター）

[O30-2] 小児の呼吸器系における緊急度判定の現状 -看護師の観察に焦点をあてて-

○鈴木 麻未, 池田 典子 （JA愛知厚生連　安城更生病院　救命救急センター）

[O30-3] 院内トリアージ実施患者における主訴と診断結果との関連

○安彦 文, 大石 夏希 （社会医療法人財団　石心会　川崎幸病院）

[O30-4] 舌の腫脹を主訴に来院した独歩患者の緊急度の高い院内トリアージ

○五十嵐 裕司, 石塚 久美子, 鈴木 好, 白石 尚子, 石原 寿宏 （小田原市立病院救急センター）

[O30-5] 皮疹を主訴としアナフィラキシーと診断された院内トリアージの現状調査

○白石 尚子, 石原 寿宏, 五十嵐 裕司, 村山 ゆかり, 鈴木 好, 石塚 久美子 （小田原市立病院救急センター）

[O30-6] S状結腸穿孔をきたしていた膵線房細胞癌が既往にある患者の院内トリアージ

○石原 寿宏, 白石 尚子, 鈴木 好, 五十嵐 裕司, 石塚 久美子 （小田原市立病院救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 14:20 〜 15:20 第9会場)

[O30-1] 小児専門病院におけるトリアージの課題 -トリアージの質向上にむけた事後検証結果からの考察-

○秋葉 美穂, 三浦 奈津美 （埼玉県立小児医療センター）

はじめに

A病院は、小児専門の3次医療機関であり、救急外来では日本版救急患者緊急度判定支援システム(以下 JTASとする)によるトリアージを実施している。基礎疾患や先天性疾患をもつ小児が多く受診する中で、 JTASを使用して適切な緊急度の決定をする上での課題があるのではないかと考えた。

Ⅰ　目的

A病院の救急外来で実施している JTASを用いた緊急度判定における課題を明らかにする。

Ⅱ　方法

1.調査期間

2018年4月～2018年9月

2.対象

看護師が実施したトリアージ、600件

3.データ収集方法・分析方法

事後検証結果からアンダートリアージ(以下 UTとする)を抽出する。 UTの理由をカテゴリー毎に分類し内容について考察する。

4.倫理的配慮

所属機関の倫理委員会の承認を得て実施。

Ⅲ　結果

トリアージ件数と UTをカテゴリー毎に分類したものを表1に記載した。

Ⅳ　考察

©一般社団法人 日本救急看護学会

選択した主訴から補足因子を活用できなかったものは、脱水に関するものが多くを占めた。 JTASでは、発熱、嘔吐、下痢を主訴とした場合に脱水の項目が参照できるが、小児の特徴から、その他の主訴を選択した場合も、常に考慮を必要とすることが示唆された。

JTASの自動判定で適切に緊急度を判断できなかったものは、先天性疾患の頻脈であった。平時は徐脈のある小児で、 JTASの自動判定では本人にとっての頻脈が正常と判定されたが、代償性ショックを起こしていた。先天性疾患や基礎疾患では、普段の状態が小児により異なる。家族からの情報を緊急度判定の材料とすることは、 A病院のトリアージにおいて重要である。そして、緊急度判断の際の独自の基準を決定しておくことも重要であると考えた。

さらに、緊急度を下げたことによるものは、見た目の具合が良さそうという理由で JTASによる自動判定の緊急度から変更していたものであった。小児は予備力が少なく安易な緊急度の変更は避けるべきであり、トリアージナースに対する教育体制充実の必要性が示唆された。残りの2つのカテゴリーについても、トリアージでのJTASの使用方法や情報収集について、教育の必要性が示唆された。

結論

1)選択した主訴により補足因子を活用できず UTとなる可能性が明らかとなった。

2)先天性疾患や基礎疾患の場合、 JTASに独自の判断基準を加える必要性が示唆された。

3)A病院におけるトリアージナースへの教育の充実の必要性が示唆された。

おわりに

事後検証は一部であり更なる課題があると考える。今後も継続することが重要である。

(2019年10月5日(土) 14:20 ～ 15:20 第9会場)

[O30-2] 小児の呼吸器系における緊急度判定の現状 -看護師の観察に焦点をあてて-

○鈴木 麻未, 池田 典子 （JA愛知厚生連　安城更生病院　救命救急センター）

【はじめに】当院救命救急センターでは、2014年7月より JTASを導入し、徒歩受診で来院した患者に対して緊急度判定を行っている。受診総数の約33%が小児であり、そのうち JATSの症候リストで「呼吸器系」を選択された症例は29%であった。そして、2018年度における小児の緊急度判定では、呼吸器系でアンダートリアージが最も多かった。小児では呼吸不全から心停止に至る症例が多い(船曳,2010)ほか、自覚症状を言語として表現することが難しい特徴がある。よって、緊急度判定において看護師による他覚所見の観察及びプロセスが重要となる。
【目的】 JTASを用いた小児の緊急度判定において、看護師の観察が呼吸器系の緊急度判定に及ぼす影響を明らかにする。
【方法】対象と期間：2018年4月～2019年3月に当センターを徒歩受診し、 JTASの症候リストで「呼吸器系」と

©一般社団法人 日本救急看護学会

判定された小児
調査方法：トリアージ用紙、診療録から調査項目を後方視的に調査した。トリアージ認定看護師と救急科医師により事後検証を行った。
調査項目：身体所見(呼吸様式、顔色、咳嗽、喘鳴)、バイタルサイン(体温、脈拍、呼吸数、 SpO2)及び既往歴聴取の有無、対象者の性別及び年齢、緊急度判定の妥当性
分析方法： IBM SPSS Statistics(version21)を用いてχ^2検定を行い、有意確率を$p<0.05$とした。緊急度判定の妥当性においては、アンダートリアージ症例のコードの内訳を単純集計した。
【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。(管理番号 R-19-002)
【結果】対象者は140症例であった。アンダートリアージは37例あり、そのうち「呼気性喘鳴」の症候リストを選択した症例は16例（43%）と最も多かった。次いで、「息切れ」が7例（19%）、「アレルギー反応」が3例（8%）であった。身体所見の観察は、「喘鳴」の観察が103例（74%）と最も多く、「喘鳴」とともに「呼吸様式」（$p<.001$）、「 SpO2」（$p=.004$）の観察をしていた群が有意に多かった。また、「年齢」が3歳以下の小児に対して、「既往歴聴取」の問診が有意に行われていた（$p=0.12$）。緊急度判定の妥当性は、アンダートリアージにおいて「喘鳴」の観察をしていた群に有意差を認めた（$p=.038$）。その他の観察項目と緊急度の妥当性に有意差は認めなかった。
【考察】他覚所見の観察について、看護師は聴診時に胸腹部を観察し、「喘鳴」から予測される病態を考えた結果、「喘鳴」と共に「呼吸様式」「 SpO2」を観察していたと考える。呼吸器系の症候リストには既往歴に関連するものが多い。加えて、当院が総合周産期母子医療センターを有し、基礎疾患を抱えている小児が多いことが影響し、既往歴の聴取につながったと考える。しかし、「喘鳴」を観察した場合の方が、アンダートリアージが多く、他覚所見を観察したにも関わらず、それを緊急度判定に活かせていない現状があった。観察した所見をアセスメントし、総合的に判断することが必要である。そのため、今後は他覚所見を観察後、判定までのプロセスに焦点を当てた介入が必要であると考える。

(2019年10月5日(土) 14:20 〜 15:20 第9会場)

[O30-3] 院内トリアージ実施患者における主訴と診断結果との関連

○安彦 文, 大石 夏希 （社会医療法人財団　石心会　川崎幸病院）

Ⅰ.はじめに
A病院は二次救急指定病院であり救急搬送以外の患者(以下、 Walk-In患者とする)を対象にトリアージ専任看護師を配置し、 JTAS（ Japan Triage and Acuity Scale)を使用した院内トリアージを実施している。年々増加する Walk-In患者へ安全かつ効率的に対応するために、トリアージの質向上が求められている。そのため2017年度のトリアージ実践結果データを集計し、その結果から一番多い主訴の「腹痛」に焦点を当て、 Walk-In患者の特徴と自施設の実態を明らかにすることでトリアージの質向上に対する学習効果に繋げることができるのではないかと考えた。
Ⅱ．目的
本研究は、 A病院のトリアージ実践結果の中で、主訴と診断結果の関連性を明らかにすることを目的とする。
Ⅲ．方法
1.期間：2017年4月～2018年3月 2.対象：8：30～17：00までの日勤帯の中でトリアージ専任看護師が JTAS評価を行った Walk-In患者4311人 3.データ収集と分析方法：対象トリアージ表から得た結果をデータ化し、単純集計・分析し、主訴数・種類、月毎の件数、診断結果を抽出した。
Ⅳ．倫理的配慮
本研究は A病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。
Ⅴ．結果
1.救急外来受診患者総数は21034人、 Walk-In患者数は11727人であり、その中で日勤帯では4311人受診し、月平均数は359人であった。上位を占めた主訴は腹痛(23%)・発熱(14%)・息切れ(10%)であった。

©一般社団法人 日本救急看護学会

2.腹痛を主訴とし入院した患者は全体の39%だった。また受診数による季節変動はなかった。診断結果で上位を占めた診療科は外科(32.1%)と消化器内科(34.0%)であった。
3.診断された疾患数は53疾患あった。外科領域で上位を占めた診断結果は「急性虫垂炎」「イレウス・腸閉塞」「胆石発作」で、消化器内科領域では「急性胆嚢炎」「急性膵炎」「急性腸炎」、婦人科領域では「卵巣腫瘍茎捻転」「子宮外妊娠」「卵巣腫瘍破裂」であった。
Ⅵ．考察
「腹痛」からの診断結果としては、緊急手術適応や高度医療を要し、いずれも緊急性・重症性ともに高かった。この傾向は一般的な Walk-In患者でみられるものであり、 A病院もこれに矛盾していないといえる。今回の結果から緊急度判定が高い場合にはトリアージ専任看護師として臨床推論を用いて分析、パターン認識を行い、緊急手術・処置・検査を想定した必要な情報収集や、より安全・安楽を考慮した診察までの初期対応の必要性が考えられた。トリアージ専任看護師が幅広い知識・対応方法の事前習得の必要性を言われているが、今回の結果から「腹痛」の症状だけでも膨大な学習量であるため、効率的な学習方法が必要である。そのため自施設の特徴を把握し、多く有する症状・疾患看護から優先的に取り組むという学習方法が効率的である。また当院では重症集中管理や救急看護経験がないスタッフなど様々な教育背景のトリアージ専任看護師がいることを踏まえると、効果的な部署内教育としての取り組みが重要といえる。自施設の特徴に合わせた学習を進めることは、安全な医療の提供を行う上で、また即応性を求める救急看護領域においても患者や家族へ満足度の高いケアの提供につながり、個々のスタッフの救急看護能力の向上へも繋がるのではないかと考えた。
Ⅶ．結論
　自施設の特徴を知ることでトリアージという限られた時間・情報の中での看護実践を安全かつ効率的に提供するための学習課題を得ることができた。部署内教育として取り組むための学習計画展開の検討が示唆された。

(2019年10月5日(土) 14:20 〜 15:20 第9会場)

[O30-4] 舌の腫脹を主訴に来院した独歩患者の緊急度の高い院内トリアージ

○五十嵐 裕司, 石塚 久美子, 鈴木 好, 白石 尚子, 石原 寿宏 （小田原市立病院救急センター）

【はじめに】

A病院では、独歩患者に対し電話連絡を受けその後、患者が来院しトリアージ看護師が院内トリアージを実施している。今回、舌の腫脹を主訴に血管神経性浮腫と診断されていた独歩患者が来院し緊急度の高いトリアージを行った。本報告では、トリアージ看護師は情報収集から優先順位をつけ、緊急度を判断し医師の診察に繋げていくことの重要性を学んだため報告する。

【倫理的配慮】

A病院の倫理委員会の承認を得た。匿名化し、情報管理を徹底した。

【症例】

A氏50歳代女性。電話連絡での主訴は舌の腫脹。午前3時頃、目が覚めた際右舌の腫脹に気付いたため処方されているセレスタミンを内服したがその後20分の間に右舌の腫脹が悪化したため3時45分に独歩で来院。

来院時、右舌に軽度の腫脹がみられた。第一印象は、会話可能で呼吸困難感なし。ショック症状はみられず重症感がないことからトリアージブースでの問診は可能と判断。問診と同時にバイタルサインの測定を行った。体温35.8度、脈拍数77回/分、呼吸数20回/分、血圧175/108mmHg、 SPO_2：96%。既往歴にクインケ浮腫と聴取した時点で、直ちに蘇生室へ入室させ、モニタリングと SPO_2測定を開始した。同時に医師に診察を依頼し、ポララ

©一般社団法人 日本救急看護学会

ミン静注が開始となった。点滴施行中は、呼吸困難感なく SPO_2：98%であったが右舌の腫脹は軽減せず、ステロイド静注を開始。耳鼻咽喉科にコンサルトとなった。

【考察】

血管神経性浮腫は、クインケ浮腫とも呼ばれる。原因は未だ明らかにされていないが、その病態は四肢、顔面、喉頭などの全身に浮腫が生じ、特に喉頭浮腫は気道閉塞を起こす危険性があると言われており緊急度の高い疾患である。

電話連絡の時点で、舌の腫脹が主訴であったことからアナフィラキシーを考慮した。第一印象で重症感はなかったため問診ブースで問診を開始した。バイタルサイン測定と同時に問診をした際、午前3時頃、目が覚めた際に右舌の腫脹に気付いたということから食事などによるアナフィラキシーの可能性は低いと考えた。舌の腫脹は突然の発症であり短時間で悪化していることから緊急性が高いと考えた。また、 A氏は発症から来院までの時間が早いこと、すでにセレスタミンを内服しているということ、腫脹は非対称性であることから問診では既往歴の確認を優先した。既往歴でクインケ浮腫があると聴取、直ちにトリアージを中断、診察室へ移動しモニタリング、 SPO_2 測定と同時に医師に診察依頼行った。

A氏は、血管神経性浮腫とすでに診断されていたことで発作時にすぐに来院している。しかしトリアージ看護師がその緊急性を認識していなければ、医師の診察に繋ぐことは出来ない。来院時に舌の腫脹が軽度であっても血管神経性浮腫はその後の経過で重症化する可能性がある。そのため、トリアージ看護師が既往歴を確認した時点でトリアージを中断し緊急度が高いと判断したことは重症化を防ぐことに繋がったと考える。

また、本症例では問診時に既往歴を優先して確認している。院内トリアージでは、得られた情報のキーワードを絞り込み優先順位をつけていくことで、より早く医師の診察に繋げていくことができると考える。

【おわりに】

今回、舌の腫脹を主訴に来院した独歩患者の緊急度の高い院内トリアージを経験した。トリアージ看護師は情報収集から優先順位をつけ、緊急度を判断し、医師の診察に繋げていくことが重要である。

(2019年10月5日(土) 14:20 ～ 15:20 第9会場)

[O30-5] 皮疹を主訴としアナフィラキシーと診断された院内トリアージの現状調査

○白石 尚子, 石原 寿宏, 五十嵐 裕司, 村山 ゆかり, 鈴木 好, 石塚 久美子 （小田原市立病院救急センター）

【はじめに】
A病院では独歩患者に対し看護師が院内トリアージを実施している。アナフィラキシーは急激な症状の増悪、再燃の可能性がある緊急疾患である。しかし来院時主訴が皮疹のみの場合、アナフィラキシーの可能性を考慮すべきか、トリアージ看護師の問診によって判定のばらつきがみられた。今回、皮疹を主訴としアナフィラキシーと診断された院内トリアージの現状を調査したため報告する。
【目的】
皮疹を主訴としアナフィラキシーと診断された院内トリアージの現状を明らかにする。
【方法】
2018年1月～2019年４月までに皮疹を主訴に来院した35名中アナフィラキシーと診断された患者8名のトリアージ記録から

©一般社団法人 日本救急看護学会

JTASレベル、既往、バイタルサイン、随伴症状、経過、レベル判定の理由を振り返る。
【倫理的配慮】
A病院の倫理審査委員会の審査を受けた。
【結果】
アナフィラキシーと診断された８名のトリアージ判定の内訳は JTAS2が３症例、 JTAS4が5症例。
皮疹以外に呼吸器症状、消化器症状、神経症状を呈していた。
JTAS2の3症例中、1症例目はアレルギーの既往歴有り。バイタルサインの異常は認めず。来院時に呼吸困難感と嘔気、持続する腹痛があり JTAS2と判定。2症例目は既往歴無し。バイタルサインでは頻呼吸、頻脈、発熱を認めていた。来院時、呼吸困難感を認め JTAS2と判定。3症例目の既往歴は喘息がありバイタルサインでは頻脈を認めていた。同日2回の意識消失があり皮疹を伴い救急搬送されたが帰宅となった後、再度皮疹が出現し増悪したため来院。来院時、口唇の腫脹のみ認めた。 JTAS3と判定したが2回目の受診であるためトリアージレベルを上げてJTAS2としていた。
JTAS4の5症例中、４症例には既往歴無し。バイタルサインに異常は認めず。いずれも発症時に呼吸困難感を自覚していたが来院時は軽快し JTAS4と判定。5症例目はアレルギーの既往歴有り。バイタルサインは頻脈を認めていた。来院時、発疹の増悪あり呼吸器症状や消化器症状は認められなかったが点滴治療中に嘔気が出現した。
【考察】
JTAS2の3症例中、2症例は来院時継続した複数の症状からアナフィラキシーを疑い緊急度が高いと判断したと考えられる。またレベルを上げた3症例目は、二相性反応を疑ったためと考えられる。
JTAS４の5症例中、4症例はいずれも発症時に呼吸器症状を認めたことを問診で聴取していたが、来院時には軽快し皮疹以外認められなかった。バイタルサインも正常であったため JTAS4と判定したと考えられる。5症例目は発症時にも皮疹以外の症状は認められなかった。しかしアレルギー歴があり来院時の皮疹増悪、来院後の随伴症状の出現によりアレルギー反応の再燃、増悪が考えられる。この症例では主訴が皮疹のみであっても重症化する可能性を考慮すべきであったと考える。
現状では問診でアナフィラキシーを疑う情報を得ても来院時、随伴症状は軽快、または消失、また随伴症状を認めず主訴が皮疹のみの場合では非緊急となる傾向にある。アナフィラキシーは即時性以外にいくつかのパターンを呈するものがあるが鑑別は困難なものが多い。そのためアナフィラキシーを疑う情報が得られれば来院時に症状が軽快していても重症化する可能性を考慮してトリアージ判定することが妥当であると考える。
【結語】
アナフィラキシーと診断された院内トリアージの現状が明らかになった。今後は更に継続した調査を行うとともにトリアージ看護師のアナフィラキシーに対する知識の研鑽に努めていきたい。

(2019年10月5日(土) 14:20 〜 15:20 第9会場)

[O30-6] S状結腸穿孔をきたしていた膵線房細胞癌が既往にある患者の院内トリアージ

○石原 寿宏, 白石 尚子, 鈴木 好, 五十嵐 裕司, 石塚 久美子 （小田原市立病院救急センター）

【はじめに】

当病院では、独歩患者に対しトリアージ看護師が Japan Triage and Acuity Scale（以下 JTAS）を使用し院内トリアージを実施している。今回、 S状結腸穿孔をきたしていた膵線房細胞癌が既往歴にある患者が来院し、腹痛を主訴とした院内トリアージを実施した。本報告では院内トリアージを行う上でトリアージ看護師がさまざまな情報を得た上でその情報を解釈し医師の診療に繋げていくことの重要性を学んだため報告する。

【倫理的配慮】匿名化し、情報管理を徹底した。

©一般社団法人 日本救急看護学会

【症例】

A氏４０歳代女性。膵線房細胞癌の既往があり、主訴は左下腹部の疼痛、嘔気と電話連絡あり。

A氏は膵線房細胞癌、転移性肝腫瘍の既往と第１０胸椎転移性脊椎腫瘍に対して減圧術と放射線治療で当院に前日まで入院していた。来院時、腹部を抑え当院の車椅子を利用していた。第一印象で重症感はなかったため、その場で問診と同時にバイタルサインの測定を実施した。問診で退院後 A氏の ADLは自立しており、車椅子を利用するような状況ではなかったとのことだった。また、排泄直後に突然腹痛が出現したとのことだった。バイタルサインは体温36.7℃、呼吸数26回/分、脈拍数117回/分、血圧108/68mmHg、 SPO_2：98%であった。このことからトリアージを直ちに中断し蘇生室に移動した。蘇生室に移動後、モニタリングを開始し医師に診察依頼。静脈路を確保し採血実施後、輸液を開始した。その後腹部の造影 CT検査を施行。 S状結腸周囲に遊離ガスと骨盤内に腹水貯留を認め、外科医師へコンサルトし緊急手術、 S状結腸穿孔と診断され同日入院となった。内服歴には非ステロイド性消炎・鎮痛剤を定時で内服していた。

【考察】

今回の症例は、電話連絡の時点で既往歴に膵線房細胞癌があることで腹痛は癌性疼痛による痛みが原因ではないかと考えた。また膵線房細胞癌により嘔気の出現が関係しているのではないかと考えた。

第一印象で重症感はなかった。しかし、問診より腹痛を OPQRST法で評価を行った際、 O（発症様式）は排泄後突然であり P（増悪・寛解因子）増悪と寛解因子はなし Q（症状の性質・程度）は Numerical Rating Scale（以下 NRS）８/10の痛み、 R（場所・放散の有無）は左下腹部を中心とした疼痛があり放散痛はなし、 S（随伴症状）は嘔気、 T（時間の経過）は持続している激しい疼痛があるとのことだった。突発的で症状が持続していることから緊急性が高いと判断した。またバイタルサイン上、脈拍117回/分であることから循環不全を考慮するとともに呼吸26回/分と随伴症状の嘔気から呼吸性代償のアシドーシスを考慮した。このことから直ちに蘇生室へ移動しモニタリング開始、医師の診察に至った。

消化管穿孔で特に大腸の穿孔では、一度穿孔を起こすと糞便性汎発性腹膜炎を併発しエンドトキシンショックや敗血症などの理由により重篤に陥りやすく死亡率が高いと言われている。つまり消化管穿孔は、判断が遅れることで患者の予後に影響する緊急度の高い疾患であると言える。そのため、今回、問診と同時にバイタルサイン測定を行った際、院内トリアージを中断し直ちに蘇生室へ移動したことは適切な判断であったと考えられる。

【結語】
トリアージ看護師はトリアージを行うプロセスにおいて、発症様式、痛みの強さと持続時間、随伴症状、既往歴、バイタルサインなどの情報を得た上でハイリスクの基準を満たしているのかどうかを解釈し、医師の診断につなげていくことが重要である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（口演）| トリアージ

[O31] O31群 トリアージ⑤

座長:松﨑 八千代(筑波メディカルセンター病院)

2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第9会場 (1F 中会議室103)

[O31-1] トリアージシステム変更に伴う現状報告と見えてきた課題

○岩本 昌規, 外山 和加子, 桐田 千香子, 神谷 陽子, 落合 裕子 （中東遠総合医療センター）

[O31-2] 電子カルテを利用した「院内トリアージテンプレート」の運用効果

○松尾 直樹, 長岡 孝典 （独立行政法人国立病院機構呉医療センター）

[O31-3] 院内トリアージにおけるルール化の再構築～時間外診療での患者安全についての取り組み～

○松井 智子, 後藤 斉代, 岩井 恵巨, 永井 恵子 （一宮市立市民病院）

[O31-4] トリアージの記録を用いて腸閉塞をトリアージナースが見つけ出すルールの作成

○林 智美[1], 川野 貴久[2], 高山 裕喜枝[1] （1.福井大学医学部附属病院　看護部, 2.福井大学医学部附属病院救急部）

[O31-5] A病院救急外来におけるアンダートリアージの要因と対策～循環器疾患のアンダートリアージ減少を目指して～

○渡邊 朝子, 林田 明美, 柴尾 嘉洋, 松野 ひとみ （済生会熊本病院救命救急外来）

[O31-6] トリアージシステムを用いた時間外救急外来の患者・家族の満足度調査

○坂本 正樹[1], 黒田 啓子[2], 丸山 橘子[2], 宮﨑 美穂子[1], 広瀬 冬美[1] （1.東海大学附属病院高度救命救急センター, 2.東海大学付属病院キャリア支援センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第9会場)

[O31-1] トリアージシステム変更に伴う現状報告と見えてきた課題

○岩本 昌規, 外山 和加子, 桐田 千香子, 神谷 陽子, 落合 裕子 （中東遠総合医療センター）

【目的】
A総合医療センターは、2018年4月から新たに院内トリアージシステムとして Japan Triage and Acuity Scale（以下 JTAS）の導入を行った。 JTAS導入前は、独自の判定基準を用いた3段階評価でトリアージ判定の妥当率を算出していた。今回、5段階評価である JTAS導入後のトリアージ判定の現状分析と、妥当率の算出、新たな課題の抽出を行うことを目的とし本研究に取り組んだ。
【方法】
調査期間：2018年4月1日～9月30日、 A総合医療センターの救急外来に救急車以外で来院した患者6912名。方法は、ウォークインの患者情報（ ID・来院日時・トリアージ時間・緊急度判定の緊急度・転帰・一次評価・二次評価・トリアージ件数）について、 EXCELを用いてデータ化し、 JTAS導入後の現状分析と妥当率の推移を算出した。倫理的配慮について、本研究は個人の特定が出来ないよう暗号化し個人情報の保護を行うと共に、対象施設の臨床研究倫理委員会の承認を得た上で行った。
【結果】
調査期間中の総トリアージ件数は、6912件で全体の妥当率は97.2%となった。また、 JTASの5段階評価の内訳として、青は0.15%、赤は3.56%、黄は35.1%、緑は57.2%、白は2.8%であった。特に緊急度の高い青判定は、赤判定と比べて統計的に有意な差は認められなかった。
【考察】
全体の妥当率に関しては、概ね良いと評価できるが、トリアージシートなしや評価不明の分も含まれることに注意が必要である。また当院の現在の評価基準では、トリアージ判定のずれが1段階生じても妥当と判定することになっている。そのため、シートなしや評価不明の分を加味しても平均で毎月約95%前後がトリアージ妥当と評価されることとなる。つまり100人に約5人は妥当以外の評価となってしまうことになる。繁忙時には、トリアージの判定ドリフト現象が起こりやすいことが知られている。今回の調査においては、どのような主訴や疾患でそのようなことが起こりやすいのか、その他関連する因子などの分析は出来ておらず、現時点では不明と評価せざるを得ない。また、中でも診療の即時介入が必要となる青判定は0.15%と非常に低いが、統計的に赤と比べても有意な差を認めなかった（ P値0.61）。全体で97.2%が妥当という判定に繋がったことについては、各トリアージレベルを判定する判断指標となる JTASの存在が挙げられる。トリアージ看護師は判定後に iPADを用いて、自身のトリアージ判定の振り返りが出来るようになったことや、日々のトリアージ事例の振り返り、救急医を交えたトリアージ症例の事後検証会なども効果があったと推察する。それらの学習や経験を駆使しながら、それぞれの看護師がトリアージを行っていくことで、全体として概ね良いトリアージ判定に繋がったと考えられる。
今後は、トリアージ評価基準の見直しを行うと共に、妥当性の精度向上や、弱点の抽出などを行っていくことが望まれる。それらの解決に向けて、アンダートリアージや評価不明の部分の原因をきちんと集積していくことが必要である。また疑いを含む病名以外に、最終受け入れ科の記載や、トリアージ判定をした看護師が関わった全ての事例の分析をしていくことなども必要となる。そのため、現在のデータ収集方法に加えて、最終受け入れ科の追加や、評価不明、トリアージシートなしをできる限り無くしていくための仕組み作りなどが急務となる。

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第9会場)

[O31-2] 電子カルテを利用した「院内トリアージテンプレート」の運用効果

○松尾 直樹, 長岡 孝典 （独立行政法人国立病院機構呉医療センター）

Ⅰ．目的

A病院では、緊急度支援システム日本版(以下、 JTASとする)と日本救急看護学会発行の看護師のための院内トリ

©一般社団法人 日本救急看護学会

アージテキストを参考に独自の院内トリアージ表を作成し紙運用していた。一昨年度、院内トリアージ表を改訂した結果、使用率は70%程度であり、院内トリアージ表が複雑であるために多くの記載漏れがあることがわかった。また、現行の院内トリアージ表では医師や看護師間での情報共有に時間がかかるとの意見もあった。そのため、昨年度の電子カルテ更新に伴い、院内トリアージ判定の実施率の向上と多職種間での情報共有が速やかにできることを目的に、電子カルテ端末で入力可能な院内トリアージテンプレートを作成した。今回、運用開始後の院内トリアージ判定の実施率を明らかにし、今後の課題を検討した。

Ⅱ．倫理的配慮

本研究は、 A病院看護部より承認を得られており、得られた情報は本研究以外では使用せず、個人情報保護をする。

Ⅲ．方法

１． A病院で独自に作成し運用していた院内トリアージ表を元に、電子カルテ端末で院内トリアージテンプレートを作成した。テンプレートには、医師がすぐに診察できる際、院内トリアージは必要ないため「医師が診察をすぐに始めたため緊急度判定をしなかった」の記載欄、バイタルサインや補足因子から JTASの自動判定ができ、主訴から当てはまる項目にレ点チェックをするとトリアージの自動判定ができる改定を行った。また、電子カルテでの入力がタイムリーにできるように院内トリアージの問診エリアに電子カルテを設置した。

２．院内トリアージ判定の実施率について、電子カルテ内データウエアハウス（ DWH）で単純集計した。

Ⅳ．結果

　院内トリアージテンプレートを導入した平成30年10月から31年2月までの院内トリアージ判定の実施率は、10月85%、11月92%、12月89%、1月87%、2月87%だった。医師や看護師から院内トリアージ内容について電子カルテ内で速やかに情報共有が得られるようになったという反応があった。また、医師はカルテ記載に院内トリアージテンプレートと同様の記載をしていた。

Ⅴ．考察

　院内トリアージテンプレートの導入により、院内トリアージ判定の実施率は、導入前の70%より約15～20%上昇した。これはテンプレートが JTASの流れに沿い構成されており容易に入力が可能になったことと、院内トリアージの問診エリアに電子カルテを設置したことで、その場でテンプレートの入力ができるようになったことが要因として考えられる。また、医師や看護師から電子カルテ内で速やかに情報共有できるようになったという反応やカルテ記載に院内トリアージテンプレートと同様の記載をしていたことからも、情報共有の時間短縮、チーム医療の向上にもつながったと考える。
今後は、救急外来を受診する全患者のトリアージ判定ができるように、院内トリアージテンプレートの入力率を更に上昇させるとともに、項目ごとの分析を行い、院内トリアージ教育を強化し、トリアージの質の向上を目指していく。

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第9会場)

[O31-3] 院内トリアージにおけるルール化の再構築～時間外診療での患者安全についての取り組み～

©一般社団法人 日本救急看護学会

○松井 智子, 後藤 斉代, 岩井 恵巨, 永井 恵子 （一宮市立市民病院）

【はじめに・目的】
A病院は、地域の基幹病院として一次救急から三次救急にいたる患者を受け入れ、年間の救急搬送件数が7000件を超え診療時間外には約2万人の患者がウォークインで受診している。一度に多くの患者が来院し、煩雑する場でも緊急度の　高い患者を見極め、円滑に診療が受けられるよう、診療の流れをコントロールする手段として院内トリアージを実施している。しかし、ウォークイン受診する全ての患者に対して院内トリアージを実施するには至っていない。そこで、院内トリアージについてのルールを見直し、システムを整備する活動を行った。

【方法】

実施期間：平成30年1月～ 平成30年12月　（比較データは平成29年4月～平成29年12月）
対象： A病院救急外来で勤務する医師・看護師・医療事務員
方法：6年前の導入時期に作成した院内トリアージ実施マニュアルを改訂した。院内におけるトリアージルールを図表で表し、いつでも確認できる場所に配置、誰もが手にとれるように工夫した。そして、院内トリアージを実施する看護師を対象に、現場で、実際に患者が来院してからどのような流れでトリアージが行われるのかシミュレーションを取り入れた JTAS活用の方法や臨床推論の考え方を学ぶ学習会を開催した。その後、活動前後の院内トリアージ実施状況をデータ・数値化し、変化を確認した。

【倫理的配慮】
活動の主旨を口頭で説明し関わるスタッフの了承を得るとともに活動時に個人が特定できないよう配慮し、 A病院看護研究倫理審査委員会の承認を得た。

【調査結果】
院内トリアージ実施マニュアルを改訂し、明文化・掲示することでトリアージのルールが明確となり、院内トリアージナースの行動が標準化された。また、看護師のみでなく医療事務・業務課職員・医師と多職種でマニュアルを共有した。ルールを共有したことでトリアージにかけるべき患者も明確となり、院内トリアージ実施率１か月平均が31.2%から54.5%へと増加し、ウォークイン受診する患者の半数を円滑な診療へと結びつけることが可能となった。また、院内トリアージナースに対する知的技能への働きかけを続けた結果、実施率が増加してもトリアージ判定の適正率は80%以上を維持できた。

【考察】
木澤は、「院内トリアージシステムを確立させるためには各施設でルールを明文化し、誰もが同じ視点で判断できるようにすべきであり、院内トリアージに関わる多職種の総合力が効果的な院内トリアージの実践に繋がる。」と述べている。今回、院内トリアージのシステム標準化により、ウォークイン受診患者に携わる多職種が、診療までの間にひとりでも多くの患者の異変を察知しようと意識した結果、院内トリアージ実施患者数が増えた。また、ルールの明確化に加えトリアージナースの知的技能を支援したことで、短時間でも正確な情報を集める能力やアセスメント能力を高め、適正率の維持へと結びつけることができたと考える。

【まとめ・今後の展望】
今後の課題は、多職種での連携を継続し、全例に院内トリアージが実施できるようシステムを継続的に評価し発展させていきたい。また、院内トリアージの内容をさらに的確なものとしウォークイン受診患者の安全を守れるよう、看護師の学習支援を定着化したい。

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第9会場)

©一般社団法人 日本救急看護学会

[O31-4] トリアージの記録を用いて腸閉塞をトリアージナースが見つけ出すルールの作成

○林 智美[1], 川野 貴久[2], 高山 裕喜枝[1] （1.福井大学医学部附属病院　看護部, 2.福井大学医学部附属病院　救急部）

【目的】

腸閉塞は特徴的な症状に乏しい場合、胃腸炎と鑑別が難しく救急外来において、アンダートリアージされてしまうことが多い。今回の研究では腸閉塞の可能性がある患者を見つけ出すルールを作成することを目的とする。

【方法】

この研究は2016年12月から2018年12月末まで A病院救急外来を受診し消化器症状を呈していたトリアージレベル4または5（ JTASによる重症度分類）の患者を対象に後ろ向きに行った。トリアージ記録と患者の CTの読影記録からデータを抽出し、放射線科医が画像診断した腸閉塞をアウトカムとした。決定樹解析を用いて、患者の年齢、性別、主訴（嘔吐、下痢、便秘、吐き気、腹部膨満感、頭痛、めまい）とバイタルサインを用いて、トリアージ情報をもとに腸閉塞を見つけるルールを作成した。

【倫理的配慮】

研究者の所属する施設の倫理審査委員会の承認を得た。患者情報は個人情報保護のため連結可能匿名化を行った。

【結果】

対象期間に消化器症状を示しトリアージレベルが4、5でありデータに欠損がなかった患者は1721人であり、そのうち腸閉塞は22人（1.28%　95%CI　0.80%～1.93%）。トリアージの段階で腸閉塞の患者は22人/22人（100%）腹部膨満と吐き気を訴えていたが、腸閉塞以外の患者は腹部膨満19人/1699人（1.1%）と吐き気150人/1699人（8.8%）であった。決定樹解析の結果、ルールは①下痢なし②めまいなし③嘔吐あり④61歳以上：体温≧36.5℃　61歳未満：心拍数＜72となった。このルールの感度、特異度は54.6%（95% CI 32.2%～75.6%）、93.3%（95%CI　92.0%～94.4%）であった。陰性的中率は99.4%（95%CI　99.0%～99.6%）であった。

【考察】

今回、トリアージで得られる情報を用いて軽症患者より腸閉塞の患者を探すルールを作成した。救急外来でのトリアージの際に看護師でもこの①～④の問診とバイタル測定を行うことにより、腸閉塞の可能性のある患者を絞り込むことが出来ると考えられる。

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第9会場)

[O31-5] A病院救急外来におけるアンダートリアージの要因と対策～循環器疾患のアンダートリアージ減少を目指して～

©一般社団法人 日本救急看護学会

○渡邊 朝子, 林田 明美, 柴尾 嘉洋, 松野 ひとみ （済生会熊本病院救命救急外来）

【目的】 A病院救急外来では、年間約10000人のウォークイン患者の院内トリアージを実施している。過去4年間のトリアージ対象者は約40000人であり、そのうち A病院が定義するアンダートリアージ（以下 UT）は106例であった。 UTとなった症例の振り返りを行いトリアージのスキル向上に努めているが、トリアージナースが UTを減少させる高いスキルを習得するには、症例の積み重ねと事後検証による臨床推論の学習が必要であると考える。よって A病院では1回/月、医師・救急看護認定看護師によるトリアージ検証会を実施している。106例の中でUTの割合が多かった循環器疾患は、緊急度の高い疾患が多く、早期の治療介入が患者の予後を左右するため、迅速で的確なトリアージが求められる。そこで、安全で的確なトリアージを行うため、 UTとなった患者の傾向を分析したので報告する。
【期間・方法】2014年4月～2017年3月31日にウォークインで受診し、 UTとなった106例のカルテ検索。単純集計 Excel12010、統計学的集計　SPSSver22を使用、後ろ向きのコホート研究
【用語の定義】アンダートリアージ（ UT）： A病院の院内トリアージで緑判定（低緊急）とされ ICU、 EHCU、HCUへ入院となった症例
トリアージナース：看護師経験年数4年以上かつ救急外来の勤務期間が6ケ月以上で、救急看護認定看護師による研修を受け、院内トリアージ検証会にて一定の基準を満たし承認を受けた者
【倫理的配慮】　今回の結果は本研究のみで使用し、個人が特定できないよう配慮し研究終了後に破棄する。 A病院看護部の倫理審査で承諾を得た。
【結果】診療科別での UTの割合は、脳神経内科・脳神経外科43例（40.5%）が最も多いが、緊急を要する疾患ではなかった。次に循環器科が23例（21.7%）を占めており、内11例は緊急カテーテル検査を行い、11例中7例は、経皮的冠動脈形成術を施行しており、迅速な判断が必要な病態であった。循環器疾患の UT全例でバイタルサインに異常は認めず、 NRSの程度、発症時期にはばらつきがあり緊急度・重症度の評価は困難であった。循環器疾患のリスクファクターには、高血圧、糖尿病、脂質異常症、心疾患の既往などがある。循環器疾患の UT23例中の87%が、何らかのリスクファクターの既往を有していた。内訳は４つの既往を有している患者が９%、３つの既往が17%、2つの既往が22%、１つの既往が39%であり、23例のうち48%に喫煙歴があった。主訴分類は、胸痛・胸部違和感・胸部圧迫感30%、呼吸苦26%、倦怠感・気分不良13%、背部痛８%、腹痛8%、嘔吐4%、浮腫4%、下腿痛4%であった。
【考察】循環器疾患の割合が多い理由として、緊急度が高い疾患が多いが、バイタルサインに異常がない、来院時の症状・痛みの軽減（ NRS　3以下）、第一印象で重篤感がないことが理由で UTとなっている可能性が考えられる。また、胸痛・胸部圧迫感などの典型的な症状のものから倦怠感・気分不良など非典型的な症状を訴えることもあり、トリアージの段階で心原性かを判断するのは容易ではないことも要因と考える。トリアージの質の向上には、事後検証のフィードバックによる臨床推論の学習を継続し、病態を見抜く能力を習得する必要がある。
【結語】①緊急性が高く、早期の治療介入が予後を左右する循環器疾患を疑う患者に対しては、症状・バイタルサインだけでなくリスクファクター要因を聴取することで UT減少につながる。②トリアージの事後検証により、臨床推論のスキルを向上させることが重要である。

(2019年10月5日(土) 15:20 ～ 16:20 第9会場)

[O31-6] トリアージシステムを用いた時間外救急外来の患者・家族の満足度調査

○坂本 正樹[1], 黒田 啓子[2], 丸山 橘子[2], 宮﨑 美穂子[1], 広瀬 冬美[1] （1.東海大学附属病院高度救命救急センター, 2.東海大学付属病院キャリア支援センター）

【はじめに】
S病院はﾄﾘｱｰｼﾞｼｽﾃﾑを導入して10年が過ぎた。時間外救急外来における患者・家族へ質の高い看護システムの再構築を図り、患者・家族の満足度調査を行った。結果、時間外救急外来の問題点が明らかになったのでここに報告

©一般社団法人 日本救急看護学会

する。
【研究目的】
時間外救急外来の患者・家族の満足度の質問紙調査を行い、時間外救急外来の問題点を明らかにすること。
【研究対象】
１．研究対象者： S病院　高度救命救急ｾﾝﾀｰ　時間外救急外来を受診した walk-in患者及び家族、付き添いの者。(救急車で来院した患者・家族、再診・処方希望・ﾎﾙﾓﾝ注射での受診を除く)
２．研究期間 ：2017年1月～2018年12月31日
３．データ収集・分析方法：性別、年齢、記載者、診察までの体感時間、主訴、時間外救急外来を利用した理由、診療科、教職員の対応（看護師、医師、事務職、その他多職種）、総合評価から構成される52項目のｱﾝｹｰﾄを作成。時間外救急外来に研究の説明文およびｱﾝｹｰﾄを１部とし、時間外救急外来へｱﾝｹｰﾄを設置した。質問紙項目は5段階であるリッカート尺度を4段階の1．全くそう思わない　2.そう思わない　3.そう思う　4.大いにそう思うに変更とした。各質問項目の単純集計および看護師・医師との比較として順位相関を用いた。総合評価を得点化し、満足群（21点以上）と不満群（20点以下）とし、ﾛｼﾞｽﾃｨｯｸ回帰分析を実施。満足度の要因を分析。理由の根拠として自由記載欄を設けた。
４．倫理的配慮： S病院の倫理審査会の承認を得た。ｱﾝｹｰﾄの提出をもって研究の同意とした。
【結果】
　ｱﾝｹｰﾄの回収は100例となり、有効回答率は100％であった。単純集計では看護師・医師・事務職・総合評価の各質問項目で80％以上の満足を得る結果となった。しかし、看護師・医師・事務職の質問のうち、診察・検査・処置などの待ち時間に対する説明は約50％の満足となった。自由記載欄から待ち時間が長く、説明がないので身動きがとれないというご意見が多かった。次に、看護師・医師の質問項目においての順位相関では、共に丁寧な言葉遣いと落ち着いた態度（0.914、 P＜0.01）が強い相関を示していた。自由記載欄を見てみると、看護師に対して、事務的で冷たい感じがした。話を聞いてくれず、きつい口調や忙しい雰囲気を出していたなどの意見があった。同様に医師に対する意見では、一方的に話をしたり、聞いているような態度ではなかったり、専門用語で説明がわかりにくいなどの意見が多かった。ﾛｼﾞｽﾃｨｯｸ回帰分析では、看護師の診察・検査・処置などの待ち時間の説明がされた項目（ｵｯｽﾞ比14.6 95%信頼区間3.07～69.3 P＜0.01）と医師のあなたの話しを十分に聞いてくれた項目（ｵｯｽﾞ比22.5 95％信頼区間3.55～142.4 P＜0.01）の2項目が満足度に影響する因子となった。自由記載欄を見てみると、看護師・医師とも丁寧な対応や説明で安心し満足だったという意見が多かった。
【考察】
　時間外救急外来の患者・家族の満足度調査の結果は、全体的に高い満足度であった。一部の満足では、看護師や医師への接遇ﾏﾅｰが時間外救急外来の満足へ影響していた。時間外救急外来を担当する全体の医療職として、受診する患者・家族の特性を捉えて対応することが必要となる。また、専門的な技術はもちろんのこと、接遇ﾏﾅｰを教育へ取り入れていくことも示唆された。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| チーム医療

[RTD8] RTD（ CN）8群 チーム医療

座長:徳山 博美(関西医科大学附属病院)

2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD8-1] リハビリテーション標準看護計画とリハビリテーション評価表を導入して

○竹内 史江 （獨協医科大学埼玉医療センター）

[RTD8-2] 一般病棟における呼吸ケア向上を目指した取り組み ～ RSTラウンド方法の改善～

○成瀬 暁生 （高崎総合医療センター）

[RTD8-3] 多職種および他部署との連携強化を重視したチーム医療構築に向けて

○久保田 大樹 （独立行政法人　国立病院機構　京都医療センター）

[RTD8-4] 多職種が連携する「重症外傷モード」の構築

○村上 潤一郎 （地方独立行政法人 大牟田市立病院）

[RTD8-5] 救命救急センターにおける多職種連携

○吉田 裕子 （横浜市立市民病院救命HCU）

[RTD8-6] 病院救急車導入における看護師の役割

○中澤 亜紀 （東京都保健医療公社多摩南部地域病院救急外来）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場)

[RTD8-1] リハビリテーション標準看護計画とリハビリテーション評価表を導入して

○竹内 史江 （獨協医科大学埼玉医療センター）

ICUにおいて、早期からの early mobilizationはせん妄の発症や期間の減少、日常生活活動の早期獲得、入院期間の短縮に有効である。 ICU入室患者は多数の医療機器の装着があるため、安全にリハビリテーションを行う必要がある。他職種連携しチームでリハビリテーションを取り組むことが求められ、各職種においても効果的に行うためにはリハビリテーションに対して評価の視点は必要である。当施設は ICU専属の理学療法士の配置により専門的な視点から効果的なリハビリテーションの介入が行われている。しかし、リハビリテーションを理学療法士に委ねてしまい、看護師のリハビリテーションに対しての視点が低く、理学療法士不在の際に効果的なリハビリテーションの介入、継続したリハビリテーションの介入が行えないことが問題点であった。

目的：目標に沿ってリハビリテーション毎日実施・評価することで、継続的にリハビリテーションを実施することを目的とし
　て介入した。

方法： ICU入室患者全員にリハビリテーションの標準看護計画を立案とし、リハビリテーション評価表を導入した。導入の際
　には、導入の目的とリハビリテーション評価表の活用方法をスタッフへ伝達し承諾を得た。私自ら積極的に他職種チー
　ムでリハビリテーションを実践し、リハビリテーションの重要性を浸透できるよう意図的に介入した。定期的にリハビ
　リテーションの目標に対する達成度と計画立案率を算出しスタッフに提示した。

結果： ICU入室患者の94％が標準看護計画を立案し、毎日リハビリテーションの評価をしていた。リハビリテーション評価表
　を毎日記載することにより、リハビリテーションの達成度が見える化し、スタッフ全員がリハビリテーション進行状況
　を把握できるようになった。リハビリテーション評価表に沿って目標の内容を実施し86％がリハビリテーション目標を
　達成することができた。リハビリテーションの標準看護計画を導入したことに対してのアンケート調査を実施したとこ
　ろ、89％のスタッフが継続すべきであると回答した。理由としては、看護計画立案や評価表を導入することでリハビリ
　テーションの視点から患者をアセスメントする習慣ができた、リハビリテーションの重要性を理解できた等の前向きな
　回答が得られた。以前はリハビリテーションを理学療法士に委ねてしまう傾向であったが、協力してリハビリテーショ
　ンに取り組めるようになった。休日等の理学療法士が不在な際でも、リハビリテーション評価表をもとに看護師側で目
　標を検討し、実施することで継続的にリハビリテーションを行えるようになった。

考察：リハビリテーションの標準看護計画や評価表の導入により、看護師のリハビリテーションに対する意識の向上に繋がっ
　た。自ら積極的なリハビリテーションを実施することも意識の向上の一因となったと考える。今回はリハビリテーショ

©一般社団法人 日本救急看護学会

ン実施時の看護師の観察の視点の評価はできていない。 ICU入室患者にリハビリテーションを実施する際には、呼吸・
循環動態の変化の観察や、開始基準や中止基準を把握して安全に効果的に実施することが必要である。今後は看護師の
リハビリテーションにおける評価の質の向上を目指し、リハビリテーション評価表の修正等を行っていくことが必要で
ある。今回は、看護師視点での実践であったが、患者視点のアウトカムも関与していると考えられる。せん妄評価や
ADL評価等も必要である。今後は看護師のリハビリテーションに対する質の向上を目指し、患者のアウトカム評価を行
うことが今後の課題である。

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 10:20 RTD会場)

[RTD8-2] 一般病棟における呼吸ケア向上を目指した取り組み 〜 RSTラウンド方法の改善〜

○成瀬 暁生 （高崎総合医療センター）

【はじめに】
A病院は451床の３次救急病院であり, 医師, ME, 集中ケア認定看護師,看護師からなる Respiratory Care Support Team(以下 RST)が, 人工呼吸器装着患者に対し RSTラウンドとして週1回の介入を行なっている. 2018年度は一般病棟での対象患者36名に対し, 呼吸器装着中の安全な呼吸ケアの提供を行なったが, 一般病棟では患者に適したポジショニングやリハビリが継続できていない事があった. スタッフからは, どのように動かして良いか分からず不安だ, リハビリを躊躇してしまう, という声があり, 口頭指導の限界や, RSTの関わりが不十分だと感じていた. そこで, RSTラウンドの介入方法を改善し, ポジショニングやリハビリが継続できるようにしたいと考えた.

【目的】
RSTラウンドの介入方法を改善し, ポジショニングやリハビリが継続できるようにする.

【方法】
1)介入回数の改善： RSTのラウンド以外にも, 病棟の業務状況に合わせ訪室し, 介入を行なった.
2)指導時間の改善：1患者10分程度の介入から, 1患者40分程度の介入にした.
3)指導方法の改善：口頭での説明や指導ではなく, 集中ケア認定看護師が受け持ち看護師と共に呼吸ケアを実施した.
4)リハビリ方法の改善：医師, ME, PTが同席できるようにした.
5)記録方法の改善：実施内容の再現性と継続性を高めるため, 実施方法や写真をカルテへ記述した.
6)コミュニケーション方法の改善：実施後の疑問点や不安をその場で確認するようにした.

【期間】
2019年4月〜6月

【倫理的配慮】
患者個人が特定されないよう配慮した.

【結果】
1)ヘッドアップ30度や半腹臥位など, 患者にあったポジショニングとなった.

©一般社団法人 日本救急看護学会

2)関節可動域訓練や端坐位など, リハビリが継続されるようになった.
3)医師, ME, PT, 受け持ち看護師と時間を合わせ, 立位や歩行などのリハビリ実施時に多職種連携が取れていた.
4)実施した内容が, 看護記録や看護計画に反映されるようになった.
5)実施方法や注意点がスタッフへ周知されるようになった.
6)病棟スタッフ間で, 教育的な関わりが見られた.
7)集中ケア認定看護師へのコンサルトが, 1ヶ月の間に3件, 異なる病棟からあった.
8)ラウンド時に, 「来てくれてよかった」と肯定的な発言が聞かれるようになった.

【考察】
一般病棟でポジショニングやリハビリが継続できるようになった要因は, 患者への介入を共に実践した事, 具体的な実施方法をスタッフが成功体験として得られたことが大きいと考えられる. これにより, 「疑問や不安をすぐに相談できる環境」という安心感, 「安全な介入の実際」を体感した達成感を与えられたと考えている. 森安は,「患者を取り巻く医療者との連携やコミュニケーションを取りやすい雰囲気を維持することが, 教育活動を現場が能動的に行うことを推進しうる」[1)]と述べている. 改善後のラウンドでは, コミュニケーションを重視し, 多職種とのマネジメントを行い, リハビリ継続の重要性をスタッフに理解してもらうことができた. その結果, スタッフが主体的に取り組み, コンサルト件数の増加, 記録や計画の充実, そしてケアの継続につながったと考えられる.

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 10:20 RTD会場)

[RTD8-3] 多職種および他部署との連携強化を重視したチーム医療構築に向けて

○久保田 大樹 （独立行政法人　国立病院機構　京都医療センター）

現在、救急看護認定看護師は全国で1,291名従事(2018年度迄)しており、その大きな役割は救急医療現場における病態に応じた迅速な救命技術、トリアージの実践、指導、相談であります。私はその役割にある本質こそチーム医療構築に向けた調整役であると考え、活動に重点を置いてきました。それは、病院内だけに限らず来たる2025年問題に向け地域包括による周辺施設や他病院との連携も必要となります。救急看護認定看護師として5年目、今年4月新たな施設となり今までの活動および現在の活動状況を踏まえ実践報告させていただきます。

まずは、救命技術指導においてですが、院内では医療者やコメディカルに関して日本救急医学会が認定するICLSコースを中心に指導を行ってきました。それ以外の病院職員者に対しては短時間による簡単な一次救命処置の指導に努めてきました。また、それぞれの部署の特性を生かした出張研修の実施や、周辺の教育機関や施設に対しても自ら赴き研修を行ってきました。技術の維持にあたっては、以前救命技術指導を受講された人を対象に院内でブラッシュアップ研修を企画し、実施してきました。そしてより実践に即した内容として、 CTや MRI、RIでの急変を想定し、放射線科医や診療放射線技師および ICU看護師ほか多職種および他部署とシミュレーションを通じて共有するとともに課題と改善策を見出して来ました。事後アンケート結果においても、その有用性が示される結果を得てきました。

症例振り返りにおいては、その症例に関わった多職種や関係部署を集め、意見交換や情報共有を行うことで、次に同症状で来られた患者にも繋げられます。また当事者の想いやアセスメント内容を言語化および共有することで、整理および「見える看護」にもつながると考えています。なぜそう考えたのか？なぜそのように声かけを行なったか？など、一つ一つの言動や行動を紐解きアセスメントする思考過程（ PDCAサイクル）こそが必要と考えます。そのためには院内トリアージにおいても同様で、 OJTおよび Off-JTを織り交ぜ、振り返る場を個々で設定するだけでなく、必要なことは全体で振り返りする必要があります。今後はなるべく当事者が症例においてアセスメントや気づきができるプログレスシートの開発において振り返りが効果的なものとなるよう考えていくことが課題です。

また、前施設では、呼吸ケアサポートメンバーとして人工呼吸器ラウンドや VAPバンドル等の作成を行い、組織横断的にさまざまな職種がチームとして患者介入について活動してきました。年３〜４回の研修企画運営だけ

©一般社団法人 日本救急看護学会

でなく、臨床の現場においては個人では介入不可能な部分も、チームとしての介入が患者に有益性をもたらす結果につながった事例もありました。けれど過去、在宅酸素・在宅人工呼吸器についてはなかなか活動できていませんでした。そこで、院内の地域連携室と協力し、周辺の訪問看護やケアマネージャー、介護施設を対象にした在宅酸素療法や在宅人工呼吸器について研修企画や意見交換の場を設け、院外医療者とも顔の見える関係構築作りから行い始めました。

厚生労働省によるとＨ２８年度救急搬送患者数は5,621,218人で毎年増加傾向であり、今後も高齢化により救急搬送患者数増加が予測されます。患者のもしもの時に私たちは、地域医療支援病院として周辺の施設や医療職とも連携し、受診から早期に退院支援介入ができるような指針を考えていく必要があり、課題としています。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場)

[RTD8-4] 多職種が連携する「重症外傷モード」の構築

○村上 潤一郎 （地方独立行政法人 大牟田市立病院）

【はじめに】

当院は二次病院であるが、近隣に三次病院がないため、重症外傷患者の搬入も少なくない。しかし、これまで当院では重傷外傷患者搬入時であっても、初療時の診療は医師と看護師のみであり、専門資格を有する多職種を活用したチーム医療の展開や初療時間の短縮の必要性を強く感じていた。そこで、重症外傷患者搬入時には、多職種のスタッフが初療室へ待機し、迅速かつ適切なチーム医療の展開を目的とする「重症外傷モード」の構築を図ることとした。ここでは、「重症外傷モード」構築までの過程やその効果について述べたい。

【構築までの過程】

救急看護認定看護師が中心となり、検査部、放射線部、臨床工学科、薬剤部にその目的と必要性について数ヵ月に渡り説明した。その後各部門の承諾を得ることができ、各々の担当者と共に「重症外傷モード」内での役割やルールについて議論を重ねた。最終的には全体でのシミュレーショントレーニングを経て導入に至った。

【効果】

「重症外傷モード」を発令することで、医師や看護師のみでなく、専門性を持った多職種のスタッフと共にチーム医療を展開できる。初療時における多職種連携によるチーム医療は、救命医と検査技師が共に行うエコーの実施、放射線技師の早期ポータブル撮影や画像診断の補助、また薬剤師による内服薬の鑑別や臨床工学技士による専門的な医療機器の管理など各スタッフによる専門的で多角的な医療の提供を可能とした。また、マンパワーの充足や必要となる処置や検査の早期実施が可能となったことで、医師と看護師のみでは限界であった初療時間の短縮も図れ、看護師が患者や家族の精神的なサポートを行う機会も増えた。このように多職種が連携する「重症外傷モード」の発令は、迅速かつ適切な医療の展開を図ることができる。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場)

[RTD8-5] 救命救急センターにおける多職種連携

○吉田 裕子 （横浜市立市民病院救命HCU）

©一般社団法人 日本救急看護学会

【はじめに】
　当院救命救急センターは１次から３次までの救急患者を受け入れている。救命救急センターに来院する患者の中には小児患者も多く、その中には子どもへのマルトリートメントが疑われる症例がある。子どもの安全を守るために救急看護認定看護師が医療ソーシャルワーカー(以下 MSW)や医師との連携により、マルトリートメントが見逃されない様に取り組んだので報告する。
【実践】
　小児科や産婦人科などの専門科外来と異なり、知識や経験の不足などから救命救急センターでは子どものマルトリートメントを見逃してしまうリスクがある。どんな状況がマルトリートメントなのか、知識にばらつきがあり、タイムリーに MSWに繋げないケースもあった。そこで、 MSWや医師への情報提供の方法や情報提供後の流れについて学習会を行い、スタッフの教育を行った。また、当院では視点の標準化を図るための「子ども受診時チェックリスト」を導入している。スタッフが患者に異変を感じた場合はチェックリストを記載し、 MSWへ連絡をしている。 MSWはスタッフからの情報をもとに必要に応じて児童相談所や区・福祉への通告を行っている。虐待が強く疑われる場合は、院内ルールに沿って対応チームメンバーを臨時で招集し、子どもを保護するべきか、通告するべきかを即時に話し合うシステムも確立している。スタッフには「こんなことで虐待やマルトリートメントを疑っていいのか」と躊躇するのではなく、まずチェックリストでの客観的な判定の実施とカルテへ情報を記載することが重要となることを学習会で強調した。結果として、スタッフがマルトリートメントの視点を持って患者と関わることができ、 MSWへの報告症例の中にはすでに児童相談所に通告があった事例や地域・学校から相談があった事例があり、子どもの安全を守るための一助になっていると考える。
　現在、院内の子ども虐待対応院内組織(Child Protection Team)に救急看護認定看護師として参加することで、MSWや医師と情報を共有し、院内で発生した事例を認識することができている。その中で個人情報の観点に留意しながら、活用できる情報や知識をスタッフに提供し、感受性が高められるように支援している。また MSWと協力し、チェックリストで必要な情報が得られるよう、より精度の高いチェックリストへの改訂に取り組んでいる。
【おわりに】
　現在、虐待における事件が社会で増加している。チェックリストを介してのみではなく、救命救急センターで危機に直面している患者に適切に対応し、 MSWや医師とネットワークの強化ができるようなスタッフ教育や環境づくりを救急看護認定看護師として実践することがマルトリートメントを見逃さないために必要である。また、救命救急センター受診時に患者の異変を感じた場合は、 MSWや医師とカンファレンスを通した事例検討を行うことで各専門職の視点から患者を多角的に捉えることができ、子どもの安全を守る取り組みとなると考える。

(2019年10月5日(土) 09:00 〜 10:20 RTD会場)

[RTD8-6] 病院救急車導入における看護師の役割

○中澤 亜紀 （東京都保健医療公社多摩南部地域病院救急外来）

【はじめに】
A病院は、二次救急病院・災害拠点病院として、東京都内に6病院とがん検診センターを有する組織の一病院である。 A病院に救急科医師はいないため、複数科で救急外来の運営は行われている。今回、新たに地域医療連携強化として、病院救急車の導入に至った。導入において、救急看護認定看護師としての視点でどのような役割が必要であったか、他部門との調整経緯と、準備したことを振り返り、実践報告を行う。
【実践】
A病院は、地域の医療機関からの搬送要請に対応するため、病院救急車の実動に向けた取り組みを開始した。乗車要員は、消防庁 OB運転士・助手、看護師の３名であり、原則医療処置を必要としない症例としている。 A病院の特性から、救急車で受け入れる疾患の緊急度は限られており、救急領域における緊急性の高い症例の対応には、不慣れな現状がある。現状での病院救急車運用において、患者の安全な搬送を行うためには、搬送依頼を発信・受信者両者の明確なコンセンサスの確立が必要であると感じた。さらに、乗車看護師が、現地到着時に確実

©一般社団法人 日本救急看護学会

にショックの予測・判断ができること、急変時に質の高い BLSが実践できることが必要であると考えた。そのために、まず、具体的な搬送基準を設けることと、現地到着・患者接触時に救急車要請を加えることが必要ではないかと提案を行った。搬送基準は、ショックに至る前兆候を ABCD項目に分け、項目ごとに数値や症状を具体化した基準を作成した。作成した基準は、地域連携を行う支援センター部門と共有・検討し、病院救急車運営会議に提出を行った。地域の医療機関との更なる連携強化、地域を医療で支えるため搬送可能な患者層を増やしていく目標との兼ね合いから、運用基準は一部採用され、主に看護師が現地到着時の判断基準として使用することとなった。乗車看護師となる外来もしくは支援センター看護師に対しては、ショックの早期認識と BLS実技を含む対応学習が必要であると考え、学習会を実施した。パート看護師の教育時間の確保は時間的に困難であることから、まずは資料配布から始めている。

【おわりに】

今回、救急認定看護師として病院救急車始動のための他部門間調整にあたり、患者の安全な搬送がなされるために、病院救急車乗車看護師の育成と、病院救急車搬送基準を作成、提案する役割を担った。この過程で救急医療領域におけるセオリーを他部門に理解してもらうためには、発案の根拠まで説明をすることの必要性を感じた。また、交渉においては、直接対話を行うことで理解がスムーズに得られることを認識した。今後も共通の組織目標下、組織横断的に患者の安全を守りながら救急活動を広げる機会の際は、学びを生かした活動を行う。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 教育

[RTD9] RTD（ CN）9群 教育①

座長:小越 優子(滋賀医科大学医学部附属病院)

2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD9-1] A病院における一次救命処置研修の指導的関わりを実施して～院内での一次救命処置技術の維持・向上への取り組み～

○宮腰 龍弥 （東京女子医科大学東医療センター）

[RTD9-2] 一般外来看護師を対象としたシミュレーション研修の開催

○恩部 陽弥 （鳥取大学医学部附属病院）

[RTD9-3] 急変対応能力向上にむけた取り組み

○伊藤 暁子, 平井 美恵子, 山下 直美 （東京医科歯科大学医学部附属病院）

[RTD9-4] 臨床推論から看護師の能力向上を目指した取り組み

○清水 克彦 （国立病院機構　京都医療センター）

[RTD9-5] 新任初療スタッフを対象としたシミュレーション教育の取り組みと課題

○新里 恵, 峯山 幸子 （東海大学医学部付属病院高度救命救急センター）

[RTD9-6] 北九州救急看護認定看護師会として行なってきた過去3年間の活動報告

○山口 和子[1], 後小路 隆[3], 黒木 真二[5], 狭間 剛[7], 藤崎 隆志[2], 弓削 恵子[2], 橋本 真美[6], 井筒 隆博[6], 土倉 万代[8], 中橋 厚子[4] （1.製鉄記念八幡病院, 2.小倉記念病院, 3.九州労災病院, 4.健和会大手町病院, 5.JCHO九州病院, 6.北九州市立八幡病院, 7.済生会八幡総合病院, 8.土倉内科循環器クリニック）

[RTD9-7] 患者の急変に関わる救急看護認定看護師の体験

○原田 朋香[1], 中村 武拳[2], 大山 祐介[3,4] （1.長崎大学病院, 2.九州大学病院, 3.長崎大学生命医科学域保健学系, 4.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

[RTD9-1] A病院における一次救命処置研修の指導的関わりを実施して～院内での一次救命処置技術の維持・向上への取り組み～

○宮腰 龍弥 （東京女子医科大学東医療センター）

【はじめに】

救急看護において必要な看護技術として、一次救命処置（ Basic Life Support以下 BLS）がある。 BLSは、突然起こる急変の場面で確実に実施されなければならない。そのため、根拠に基づいた技術を習得する必要がある。米国心臓協会（ America Heart Association ）では「2年毎の再訓練は最適ではない。心停止傷病者に遭遇する可能性の高いプロバイダーは、 BLSおよび ALSスキルのより頻繁な訓練が有用な可能性がある。」1）と述べている。

A病院では、従来 BLS研修を新人看護師対象としていたが、2018年より全看護師対象の BLS研修を開始した。今回、私が企画した BLS研修の実践を振り返り、全看護師の技術習得に向けた救急看護認定看護師としての課題について考察した。

【目的】

全看護師対象の BLS研修の実践を振り返り、今後の救急看護認定看護師活動の示唆を得る。

【方法】

BLS研修は、2018年4月～2019年3月の期間で全12回、日勤後の1時間で開催した。研修終了後に無記名式アンケートを行い、アンケートの単純集計から振り返った

【対象】

全看護師434人中 BLS研修を受講した120人。

【倫理的配慮】

A病院看護部門研究倫理検討会の承認得て実施した。研究対象者には研究公表することを公開し、拒否機会を保障した（オプトアウト）。

【結果】

A病院全看護師434人中 BLS研修受講希望者は140人で、うち120人が受講した。受講希望者以外は院外での受講の検討やガイドライン2015に則った BLS研修（講習会）を受講終了している者であった。 BLS研修は、事前学習シートを配布し研修前に回収し受講者の基礎知識を把握した。講義の際は知識不足箇所に焦点を絞りエビデンスに基づいた説明を行った。演習時は受講者が主体となり討議できるようにファシリテートを行った。その結果、受講者は講義での学びを活かしながら、受講者主体で状況判断する演習を行えた。

アンケート回収率は100%であった。アンケートから、「 BLS研修の定期的受講が必要」という回答は全体の98%で、理由は「急変時すぐに対応を行う必要がある」「忘れてしまう」であった。「急変に遭遇した際対応ができるか」という問いには「できそう」の回答が80%であったが、「自信がない」や「不安だが頑張りたい」「指示されてできそう」など実践する事への不安感は全体の26%から聞かれた。 BLSを学ぶ理由や技能維持のために繰り返し学ぶ必要性の理解は「理解できた」が100%だった。研修全体を通して「良かった」と評価されたが、「もう少しゆっくり実施したかった」との意見もあった。

【考察】

受講希望者数の85%が受講し、 BLSは繰り返し学ぶ必要性がある事が理解された。事前学習シートから受講生の理解度を捉え講義を行い、演習時受講者同士で、知識、技術の理解が深まったと考える。しかし、受講者の中には「自信がない」「不安」などの声が聴かれている。自信をもち BLSを実践できる事を目指す場合、継続的支援が必要と考える。今回研修へ参加したスタッフは急変時の対応への意識が高いスタッフと考える。今後は、BLS研修の継続開催と同時に、各部署で急変時対応を繰り返し学べる環境を整備する必要がある。急変時対応への意識の高いスタッフを巻き込み、学習環境整備に向けて人材育成する事が救急看護認定看護師としての課題の一つと考える。

【おわりに】

全看護師対象に BLS研修を実施する事で BLS研修の継続開催、救急看護認定看護師としての役割課題が明確になった。今後は急変対応への意識や興味がある仲間を巻き込む事や継続的な BLS研修の開催、急変時の行動に移

©一般社団法人 日本救急看護学会

せているか、本研修の成果の検証が課題である。

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

[RTD9-2] 一般外来看護師を対象としたシミュレーション研修の開催

○恩部 陽弥 （鳥取大学医学部附属病院）

「はじめに」

1日平均1300人の患者が外来受診される A病院では、年年間に数例一般外来での Stat Callとなる症例がある。今回5年間の一般外来での Stat Call症例を振り返り分析したところ、予約外受診患者が多く、何らかの身体的不調をきたしているにも関わらず、観察不足、医師への報告の遅れ、報告内容の不十分さから患者急変に繋がっていたのではないかという症例が多くあった。

そこで一般外来看護師を対象とした、急変予測研修会について報告する。

「実践内容」

平日時間内で一般外来を対象とした急変予測勉強会を開催した。

2日間で設定し、1日目は qSOFAやキラーシンプトム等急変予測に関すること、 S-BARを用いた報告等の座学を行い、2日目は窓口対応のシミュレーションを行った。

シミュレーションは３症例準備し、主催者側で模擬患者役を行い、実際に一般外来看護師が対応した。シミュレーションごとに振り返り時間を設け、良かった点、改善点などをディスカッションし参加者で共有した。

「今後の課題」

一般外来においても重症度・緊急度の見極めは必要であり今後も継続していきたいが、一般外来看護師が参加しやすい時間帯を考慮し研修会の日程調整をするなども必要であった。

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

[RTD9-3] 急変対応能力向上にむけた取り組み

○伊藤 暁子, 平井 美恵子, 山下 直美 （東京医科歯科大学医学部附属病院）

【はじめに】

A大学歯学部附属病院歯科病棟（以下歯病）は、患者急変時、 A大学医学部附属病院ＥＲセンター（以下医病ER）に応援要請し、医病 ERスタッフが駆けつけ救急対応している。多くの急変は発見時心停止ではなく殆どが気道緊急であり、緊急度が高いため、歯病看護師（以下歯 Ns）は医師や歯科医師が到着するまでに適切な対応を迅速に行う必要がある。しかし歯 Ns達は、医病ＥＲスタッフが到着するまでに歯科医師コールや救急カート持参を自主的に行ってはいたが、他の対応は全て歯科医師到着後に歯科医師指示のもと実施していた。急変対応に関するヒアリングでは、歯 Ns達は急変時の患者の状態把握とやるべき行動がわからないことが課題であると感じていた。今までの急変対応教育では、教育ワーキンググループによる座学勉強会、看護部による3年に1回の心肺蘇生研修（以下 BLS）、歯科医師による BLSが行われていた。しかし急変時に心停止を回避するための対応を学ぶ研

©一般社団法人 日本救急看護学会

修は行われていなかった。そこで今回の取り組みを開始した。
【倫理的配慮】
取り組みで得られた情報は個人が特定されないよう扱うことを説明し同意を得た。
【目的】
患者急変時、医病 ERスタッフが来るまでの間に患者に必要な対応が実施できる。
【方法】
1 対象　歯病 Ns
2 目標
患者の状態と今後どうなるかが予測できる
心停止を回避する行動がわかり、実施できる
歯科医師と看護師が協働できる
3 方法
①救急カート物品、気道緊急対応に関する講義を行う
②気道緊急の場面で医病 ERスタッフが到着するまでの対応を部署内でシミュレーションする
4 評価方法
評価表を用いた対応の評価、アンケート、実際の急変対応の振り返り、急変対応に関する業務改善の有無で評価する。
【結果】
歯科医師による救急カート物品の解説と気道緊急対応に関する講義を実施した。気管切開、下顎半側切除術後に口腔から出血している患者を発見したというシナリオで、 ABCDアプローチを行う目的でシミュレーションを実施した。合計3回12人に実施した。アンケートでは「対応できた」が32%、「できなかった」が67%、急変対応の理解は「わかった」が67%、「わからない」が33%だった。半数以上の研修満足度が高く、研修を「またやりたい」が83%、「やらなくてもいい」が0%だった。
研修後に救急カート物品の変更、緊急コール表の変更が行われ、急変時の記録用紙変更の動きが始まった。実際の急変インタビューでは、患者に何が起きているかを考えることができた、指示の前に必要物品を準備できた、思ったことを声に出して共有できたなどの意見があった。歯 Ns、歯科医師、医師で振り返りを行い、医師から問題なく対応できたという意見が得られた。
【考察】
ABCDアプローチは歯 Ns達にとって未経験であったが、講義やシミュレーションの内容を実際に起こりうる場面にしたことで興味が湧き、理解を深めることにつながったと考える。学習意欲向上に必要な成功体験は、シミュレーションで得られたとは言いにくい。しかし研修の満足度が高かったことから、学習意欲の向上に寄与できたと考える。実際の急変対応で問題ない対応ができたということは、知識を実践に応用することができたといえる。振り返り会では多職種の意見交換ができ、協働につながったといえる。業務改善は、自分たちの部署を自分たちで良くしようという内発的動機付けにつながったと考える。
研修を通して急変時に必要な対応が実施でき、業務改善という行動変容がみられたことから、研修の目的は達成できたと考える。

(2019年10月5日(土) 10:30 〜 11:50 RTD会場)

[RTD9-4] 臨床推論から看護師の能力向上を目指した取り組み

○清水 克彦 （国立病院機構　京都医療センター）

はじめに

現在当院では新人看護師に対する教育体制や先輩看護師のフォローアップ体制を整えられているが、その一方で2年目以降の看護師のフォローアップ体制は新人看護師と比べ十分とは言い難い。また業務を覚え慣れ初めた若

©一般社団法人 日本救急看護学会

い看護師は業務をルーチン化して行動に移す傾向にあり、ルーチン以上の負荷や変化が加わることでインシデントの発生率が非常に増加傾向にある。
　その傾向を踏まえ当院看護部では昨年度から日常的な業務をルーチン化せずに様々な角度から患者や看護を深く考えられるように「臨床推論」を院内研修に導入された。特に救急現場では早くから「臨床推論」の重要性を言われて活用されることから、今回新たに救急看護認定看護師が「臨床推論」をフレームワークを活用して看護師の思考トレーニングの取り組みを行ったため報告する。

Ⅰ．目的

　院内研修にて臨床推論能力の向上に向けて行った取り組み

Ⅱ．方法

１． 期間： 2018年度 7月、10月、1月に3回に分けて院内研修

２． 対象： 院内ラダーレベルⅡ看護師対象（概ね2年目看護師）：80人

３． 方法： 1回目：臨床推論の概要、仮説演繹法、臨床推論用フレームワークを説明する

　2つの事例を提示し、フレームワークに入れながら臨床推論の流れを学ぶ

　事後課題①：研修生自身の病棟で身近にある臨床推論場面をフレームワークに入れて振り返る

　その後病棟で振り返りカンファレンスを実施し、同病棟の他の看護師から助言を得る

　他の看護師から得た新たな知識や考え方は文字の色を変えてフレームワークに追加記入する

　2回目：病棟で振り返った内容を研修で持ち寄り6人１グループで発表する

　他者の発表から意見や感想を述べあい、さらに自己の臨床推論を振り返る

　事後課題②：事後課題①と同様

　3回目：新たな事例を研修に持ち寄り、2回目と同様にグループ内で発表する

　グループ内で最も良いと思った発表内容を決定し、研修生全体に発表する

Ⅲ．結果：アンケート結果

　1回目の研修終了後のアンケート結果より臨床推論の意義について96％が理解でき、今回活用したフレームワークを使った臨床推論の進め方についても99％が理解できたと回答された。また2、3回目の研修終了後のアンケートでは他者との臨床推論の違いを比べ自己を振り返る機会になり、不足している知識に気づけたかという設問には100％が振り返る機会になったと答えた。今後病棟で実際にフレームワークを活用して臨床推論ができるかついて「できる」と答えたのは1回目73％、2、３回目86％と上昇した。

Ⅳ．考察

　今回参加した研修生からこれまで日々の業務を終了する為のルーチンワークを重要視していたが、臨床推論を

©一般社団法人 日本救急看護学会

利用して現場で立ち止まる機会を得たことで、「考える」ことの重要性を学べたと感想にあった。またフレームワークに入れて自己の臨床推論を見える化して他者に発表するアプトプットをした事で自身の学びを深めたり、先輩看護師から自分にはない知識を得ることで新たな臨床推論能力の向上に繋がったと考える。それだけでなく病棟の先輩看護師は現在の後輩看護師の頭の中を確認でき、指導の方向性を再確認できたとの感想も得られた。

Ⅴ,まとめ

　今回の研修で活用したフレームワークにより日常的な臨床現場で簡単に振り返りに役立てるものであることの理解を得られた。また今後繰り返し本研修を続け、研修対象の看護師だけでなく病棟全体でお互い対話から臨床推論能力が向上できる取り組みをしていきたい。

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

[RTD9-5] 新任初療スタッフを対象としたシミュレーション教育の取り組みと課題

○新里 恵, 峯山 幸子 （東海大学医学部付属病院高度救命救急センター）

【はじめに】

　初療室では症状・症候から必要な検査・処置を予測し、治療と並行して全人的な看護を提供する能力が求められる。また、根本治療が遅れることにより死に直結するという特殊な環境であるため、迅速な判断と行動を必要とし、看護の遅れによる診療の遅延があってはならない。さらに他職種と協働し、チームの一員として自立した行動が求められる。 A施設は高度救命救急センターとして1-3次の救急患者を受け入れ、初療スタッフは2ヶ月間のローテーションを通し救急外来を経験する。新任初療スタッフは過去の経験年数に関わらず救急経験2年目および3年目のスタッフが新任初療スタッフに該当し、全スタッフの16%を占めている。以上から初療看護に必要なスキルとして Primary ABCDE評価を習得し、医師と同じ時間軸での看護の提供を目的として、シミュレーションを通した実践型学習を行っている。この取り組みと今後の課題について報告する。

【目的】

新任初療スタッフを対象としたシミュレーション内容、実践報告および今後の課題について報告する

【方法】

期間：2018年6月から2019年1月

対象：新任初療スタッフ26名,および希望者7名の33名

シミュレーション内容：

①シナリオ事前提示によるシミュレーションのイメージ化

②緊急度・重症度の高い症例についてのシミュレーション

③上記①②についてシミュレーション10分、リフレクション20分の実施

©一般社団法人 日本救急看護学会

④評価とアンケート

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう配慮し、データの入った電子媒体は厳重に保管することとした

【結果】

3症例（心筋梗塞・くも膜下出血・外傷）のシナリオに対し受け入れ準備から継続観察と治療に向けたケア介入までの一連の流れと症例に特徴的なケアを取り入れたシミュレーションを行い、その後に各症例のポイントを説明しリフレクションを行った。評価表の結果から「第一印象」「 A:気道」「 D:意識」は50%以上が「 Good」であった。「呼吸」「継続観察と治療に向けたケア」は「 Good」が30%以下であった。各症例に特徴的なケアの実践は50%以上が「 No Good」であった。アンケート結果では、対象者の理解の程度はシミュレーションで96-97%、リフレクションで100%と高かった。時間配分、ニードは100%の高い評価だった。自由回答ではイメージ化に関する意見が14件、不安の解消・意欲に関する意見が12件、 Primary ABCDEの理解に関する意見が3件の肯定的な意見があり、否定的な意見はなかった。

【考察】
　救急外来という病棟と違う環境では、新任初療スタッフは不安や緊張を抱えており、実践に近いシミュレーションを行うことで具体的なイメージ化に繋がり不安の軽減につながると考えられる。シミュレーション後にリフレクションを行うことは各症例に特徴的なケアについて事前学習の知識が統合されることに繋がり効果的であったと考えられる。また、可能な限り実際の場所・物品を使用し、患者役や医師役を設定したことで具体的なイメージ化に繋がり、理解度が高かったのではないかと考える。シミュレーションでの呼吸の評価が低い要因として、モニターや SPO2の数値に着目しフィジカルアセスメントが不足している現状があると考えられる。このため、呼吸について重点的な介入が必要であることが示唆された。対象者にとってシミュレーションが実践に与える影響については評価が困難である。このため、アンケート内容の改訂や配布時期の検討と継続的な事後評価を行っていくことが課題である。

(2019年10月5日(土) 10:30 〜 11:50 RTD会場)

[RTD9-6] 北九州救急看護認定看護師会として行なってきた過去3年間の活動報告

○山口 和子[1], 後小路 隆[3], 黒木 真二[5], 狭間 剛[7], 藤崎 隆志[2], 弓削 恵子[2], 橋本 真美[6], 井筒 隆博[6], 土倉 万代[8], 中橋 厚子[4] （1.製鉄記念八幡病院, 2.小倉記念病院, 3.九州労災病院, 4.健和会大手町病院, 5.JCHO九州病院, 6.北九州市立八幡病院, 7.済生会八幡総合病院, 8.土倉内科循環器クリニック）

【目的】北九州市では多施設に所属する救急看護認定看護師が２０１６年に北九州救急看護認定看護師会を発足した。地域の看護師を対象に看護スキルアップを目的とし、３回の研修会を開催した。また、福岡県で開催された医学会時では研修開催に協力するなどこれまでの活動について報告する。
【方法】１、北九州救急看護認定看護師会主催の研修会についてアンケート集計　２、救急医学会の研修会開催時の協力内容
【倫理的配慮】個人のプライバシーを配慮するためアンケートは無記名とした。
【結果】１、１）北九州救急看護認定看護師による研修会を2016年度より１回／年開催できた。２）研修会は入退場や受講回数など、受講者の意思に任せ自由にしている。３）入退場が自由なため遠方からも参加しやすい。４）受講者より満足度の高い評価を得ることができた。２、１）福岡救急医学会の看護部会開催の研修会に

©一般社団法人 日本救急看護学会

て演者および座長として協力した。２）市民公開講座のインストラクターとして協力した。３）救急医学会九州地方会では第１回九州救急看護認定看護師ブラッシュアップセミナーを共催し調整役・演者・座長として協力した。
【考察】１、アンケート結果より満足度の高い評価を得ることができたのは、研修内容が受講者のニーズにあっていること、さらに受講が自由に選択できるようにしていることにもあると思われる。受講者自身が時間を調整し入退場の時間や優先順位や受講回数を決定できることで、自身のよりスキルアップを目的とした受講ができているのではないだろうか。２、医学会の看護部会委員に北九州救急看護認定看護師のメンバーが所属しているため、依頼された研修内容など両者の調整役としても活動ができたと思われる。また医学会への協力だけでなく受講者へ救急看護認定看護師の知識を伝えることで、看護師のスキルアップの一端を担うことができたのは、認定看護師として指導の役割を務めることができている。さらに今年度は九州救急看護認定看護師ブラッシュアップセミナーの第１回目が開催され共催として参加することができたのは、日本救急医学会九州地方会や九州救急看護認定看護師会へ調整役としての活動を積極的に行なうことができたためと考える。私達、北九州救急看護認定看護師は自施設だけではなく、多方面に対し実践・指導・相談の役割を務めることができているのではないだろうか。

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

[RTD9-7] 患者の急変に関わる救急看護認定看護師の体験

○原田 朋香[1], 中村 武拳[2], 大山 祐介[3,4] （1.長崎大学病院, 2.九州大学病院, 3.長崎大学生命医科学域保健学系, 4.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程）

目的

本研究の目的は，救急看護認定看護師が患者の急変に関わる中で，どのように感じ，考え，行動しているのかという体験を明らかにすることである．

方法

研究デザインは Sandelowskiが論ずる質的記述的研究である．2018年7月から12月の期間において，臨床で看護実践する救急看護認定看護師を対象に半構造的インタビューによるデータ収集を行った．1回のインタビューは62～65分であった．インタビューでは，①急変に関するイメージ，②これまでの急変体験，③認定看護師になる前後での変化，④急変対応のために実施していることについて，自由に語ってもらった．インタビューで得られたデータから逐語録を作成した．その後，研究目的の内容を示す語りの文節を取り出しコードとした．取り出した語りのコードを共通点と相違点を考慮してカテゴリーを作った．カテゴリーに含まれる看護師の語りの文節から患者の急変した状況を踏まえてカテゴリー名をつけた．所属大学の倫理審査委員会の許可を得て実施した（許可番号18061437）．

結果

研究参加者は3人であった．分析の結果，患者の急変に関わる体験を示すコードから18個のサブカテゴリーを抽出した．その後，【予期しない生命の危機に陥らないように想定範囲を広げる】，【病態の成り行きと ABCDに基づく急変の予測】，【段階的な急変対応能力の獲得】，【チーム医療における卓越した専門性の発揮】，【リフレクションを通した気づきを学びの機会につなげる】，【急変対応を通して抱く一時的な満足感と不全感】の6個のカテゴリーが見出された．

看護師は急変を死に直結すると認識していた．【予期しない生命の危機に陥らないように想定範囲を広げる】こ

©一般社団法人 日本救急看護学会

とが必要で，そのことが救命につながると捉えていた．看護実践では ABCDを意識してバイタルサインや身体状態を系統立てて観察し，アセスメントを瞬時に行い，急変の予測をするという【病態の成り行きと ABCDに基づく急変の予測】をしていた．また，急変体験を振り返る中で，何もできない段階から見様見真似で対応する段階を経て，自分の役割を全うする，冷静に急変対応するという【段階的な急変対応能力の獲得】をしていた．救急看護認定看護師となった以降は，医療チームだけでなく患者家族も含めて全体を俯瞰して見ることや，根拠に基づく看護実践をしており，【チーム医療における卓越した専門性の発揮】をしている．その過程では，【リフレクションを通した気づきを学びの機会につなげる】ということを日常的に行っており，そこで得た考えや方法を看護実践に活かしていた．急変対応を通して理論的知識や看護技術を発揮し効果を実感することで，看護師としての自身の成長を感じつつも，家族が悲しむ姿などから不全感を抱くという【急変対応を通して抱く一時的な満足感と不全感】があることが明らかとなった．

考察

急変という言葉は看護実践において日常的に使用されるが，明確に定義されたものはない．本研究の研究参加者は急変について患者の生命の危機と捉えていた．そして，急変の捉え方は対応する人の能力や場所によって変化すると認識していることがわかった．そのことは急変しないように想定範囲を広げる必要があるという考えにつながっていた．看護師は急変での体験を学びの機会にしており，行為についての省察をすることが実践的判断力につながるものと考える．また，急変対応能力の獲得には段階があり，経験が少ない看護師が救急看護認定看護師の急変への関りを客観的に知ることは，成長していく過程をイメージすることにつながると考える．

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 教育

[RTD10] RTD（ CN）10群 教育②

座長:佐々木 雅史(東北医科薬科大学病院)

2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD10-1] Ａ病院における看護師の急変対応能力向上へ向けた取り組み

○佐伯 昌美 （独立行政法人労働者安全機構横浜労災病院救急救命センター）

[RTD10-2] 光学医療診療部・放射線部における高機能シミュレーターを用いた急変対応訓練の成果と課題

○髙畠 郁代 （旭川医科大学病院　救命救急センター）

[RTD10-3] A病院の院内急変発生病棟における教育実践報告～ RRS導入後の課題に対する取り組み～

○塩尻 洋大 （独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター）

[RTD10-4] Rapid Response Systemコール対応後の病棟訪問指導の効果と課題

○白橋 有人, 内山 美香 （鹿児島大学病院）

[RTD10-5] ハリーコール事後検証から院内救急看護教育の課題を考察する

○宮脇 奈央 （国家公務員共済組合連合会 新別府病院 救命救急センター）

[RTD10-6] 呼吸数測定の必要性を周知するための取り組み -予期せぬ急変を防ぐための第一歩として-

○長谷川 桃子 （浜松医科大学医学部附属病院）

[RTD10-7] ４病院で構築した「学べる環境の場」の評価と課題

○中田 徹朗 （宝塚市立病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD10-1] A病院における看護師の急変対応能力向上へ向けた取り組み

○佐伯 昌美 （独立行政法人労働者安全機構横浜労災病院救急救命センター）

【目的】近年、急変の第一発見者となる確率が高い看護師には患者が心肺停止状態に陥る前に状況を判断し報告するスキルが求められている。そこで看護師の急変対応能力向上を目指す研修の一つとして、2016年度より日本医療システム教授学会が開発した「患者急変対応 KIDUKI」に準拠した心肺停止に至る前の患者に対応する院内研修（以下、急変対応研修）を開始した。研修実施後の院内急変対応チームを要請した件数（以下、要請件数）と、急変対応に関する現状と課題について報告する。

【方法】 A病院看護師に対し急変対応研修を実施した。1回の研修につき6名の受講生とし、2016年11月～2019年2月の期間に計23回、138名を対象に研修を企画した。受講者数、経験年数について Microsoft Excelを用いて単純集計した。2014年4月～2019年3月の期間の急変対応報告書をもとに要請件数、心肺停止患者が占める割合に関するデータを抽出した。

【倫理的配慮】学会発表にあたって看護部の倫理審査の承認を得た。

【結果】2016年11月～2019年2月の期間に計22回の研修を実施し、受講者総数は105名であった。年度別の受講者数と経験年数は表1に示す。3年間の受講者総数の6割が0～2年目であった。2014年4月～2019年3月の期間の要請総件数164件、内訳は2014年36件、2015年32件、2016年29件、2017年36件、2018年31件であった。このうち、心肺停止患者が占める割合は2014年44%、2015年63%、2016年48%、2017年28%、2018年40%であった。

【考察】急変対応報告書より、要請件数は30件前後で推移している。2017年度の心肺停止患者が占める割合は他と比べ28%と低かった。この背景の一因として看護師が急変の徴候に気づき、速やかに医療チームを呼び医療介入が行われ、心肺停止に至らなかった可能性が考えられる。しかし、2018年度は心肺停止患者が占める割合は例年の状態に戻っており、この要因のひとつとして受講生の経験年数が影響していると考えられた。当研修は幅広い年齢層の看護師を対象にしているが、受講生の6割が新人を含む看護師経験3年以下である。研修で得たスキルを定着させるため、部署で繰り返し実践し評価することが必要だが、受講生の多くが若年の看護師であるため、OJTにつながっていないことが考えられる。今後は各病棟でスタッフ指導に関わることが多い師長補佐等に研修受講を推進し、部署で OJTを行える環境を作ることが課題である。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD10-2] 光学医療診療部・放射線部における高機能シミュレーターを用いた急変対応訓練の成果と課題

○髙畠 郁代 （旭川医科大学病院　救命救急センター）

【はじめに】

A病院の光学医療診療部・放射線部では、これまで８年間、毎年1回救命救急センター専従医師と救急看護認定看護師による急変対応訓練を行ってきた。急変対応訓練の実際と成果、今後の課題について報告する。

【目的】

©一般社団法人 日本救急看護学会

造影剤使用後のアナフィラキシーショックを想定した急変対応訓練の成果と課題を明らかにする。

【方法】

１．実施場所： A病院 CT・ MRI室

２．対象者：光学医療診療部・放射線部スタッフ（医師6名、看護師13名、放射線技師11名）

３．実施方法

①救急看護認定看護師が当該部署の担当者と相談した上でシナリオを設定する。②当該部署担当者にシミュレーションを行うチームを編成してもらう。③参加者には、急変対応のポイントをまとめた資料を事前に配布、また前年度の訓練動画を事前に閲覧してもらう。④シミュレーションは、高機能シミュレーターを使用する。⑤シミュレーション後に救命救急センター専従医師、救急看護認定看護師から講評し、その後、シミュレーション実施者・見学者と感想や良かった点、改善点などについてフリートークを行う。

【倫理的配慮】

倫理委員会で承認が得られた情報公開文書を当該部署内（放射線部医師控室、放射線技師控室、看護師控室）に掲示し情報公開を行う。

【結果】

シナリオは、①造影 CT検査開始直後にアナフィラキシー症状が出現、② CT台から緊急脱出、③アナフィラキシーショックに対する初期対応後心停止に陥り心肺蘇生開始、④救急部に応援要請し、患者を救急外来へ移送する内容とし、一連の流れを習得することを目的とした。急変対応はチームで協力して行うことを訓練の前に強調して説明した。シミュレーション実施者は、当該部署に配属された新任者や異動者を主体に選定されており、患者急変の認識・共有と応援要請、薬剤対処、タイムキーパーや記録等を声を掛け合いながら各々の役割を果たし、処置を進めていた。シミュレーション終了後は、過去に経験した急変場面での対応について悩んだ点や対応の適切さについて質問があり、また訓練回数を増やし急変対応を身につけたいという意見が聞かれていた。

【考察】

昨年度 A病院で造影剤によるアナフィラキシーショック事例は３例あった。実際に即したシナリオの内容や検査室と高機能シミュレーターを使用したことは、より現実味があり状況をイメージしやすいものであったと考える。訓練では、放射線技師が生体モニター装着や記録開始の有無、背板挿入について声出ししている姿が印象的であった。通常、 CT・ MRI室の日勤帯の医療スタッフは10～12名であり、放射線技師が半数以上を占める。多職種で訓練を行うことで各職種が何をすべきかが明らかになり、チームで円滑に急変対応が行えたと考える。

訓練の様子は例年ビデオ撮影し、いつでも振り返りが可能な状況にしている。また、 CT・ MRI室の至る所に急変対応フロチャートが貼付されており、急変時の対応が明確に表示されている。軽微なアレルギー症状を有した事例は　年間約160件あり、スタッフは日頃から急変発生を現実的に捉えて観察し対応している。急変への危機感を持ち継続して行う訓練は、実際の急変場面に活かされる事が示唆される。実際の急変場面で適切な対応ができているかの検証や急変時に即時の振り返りを行う事が課題である。

【結論】

©一般社団法人 日本救急看護学会

訓練は現実味のある内容であり、事前にイメージ化を図ることによりチームで円滑に取り組むことができた。今後は急変対応スキルの向上を目的として、訓練が実際の急変場面に活かされているか検証していく必要がある。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD10-3] A病院の院内急変発生病棟における教育実践報告～ RRS導入後の課題に対する取り組み～

○塩尻 洋大 （独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター）

【はじめに】 A病院では、予期せぬ院内急変や死亡退院の事例報告を背景に2017年11月より RRSの運用を開始した。しかし、運用開始から時間経過とともに RRS起動件数は減少し、 RRSが定着されない現状があった。更に、RRSが起動されなかった院内急変事例の調査では、急変前の患者の状態変化に対する判断が不十分であった事例もみられた。また、看護師に対する急変対応の教育では、心停止時対応や急変回避を目的とした集合研修が行われていたが、院内急変事例に対するフィードバックはされていなかった。そこで、2018年9月からクリティカルケア領域の認定看護師が中心となり、院内急変発生病棟における教育活動を開始した。今回、活動を振り返り今後の課題について検討したため報告する。
【方法】1.医療安全管理室と連携し、院内急変事例を把握するための連絡フローを作成。2.教育活動　1）院内急変事例の情報収集を行った後、当該病棟看護師長と共に急変事例を検証し、問題点・課題を抽出。2）院内急変発生病棟における急変事例のデブリーフィングや学習会開催等の教育活動の実施。3.教育効果の評価　教育活動を実施した病棟における実施前後6か月間の月別 RRS起動件数、及び予定外の ICU入室件数の調査。
【倫理的配慮】 A病院臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】1.実施した教育活動　1）院内急変が発生した3つの病棟で教育活動を実施した（2018年9月～2018年12月）。2）実施時期　院内急変発生から7.7±4.6日経過後。3）実施内容　X病棟：課題として抽出された急変時の対応について病棟看護師と共に振り返り、改善策について検討。 Y病棟：急変徴候の判断が不十分であった事例に基づき、急変徴候を的確に見抜くための第一印象の評価方法について学習会を実施。 Z病棟： RRSが定着しないという病棟の問題点を踏まえ、急変事例に基づき RRSの必要性と起動のタイミングについて学習会を実施。2.教育効果の評価　1） RRS起動件数　教育活動を実施した病棟における実施前後6か月間の月別 RRS起動件数では、実施前と比較し実施後で増加傾向がみられた（ X病棟：2.7±1.1件/月→6.5±2.8件/月、 Y病棟：1.7±1.7件/月→8.3±1.7件/月、 Z病棟：1.3±1.2件/月→3.8±2.4件/月）。2）予定外の ICU入室件数　教育活動を実施した病棟における実施前後6か月間の予定外の ICU入室件数は、実施前と比較し実施後で減少傾向がみられた（ X病棟：5件→2件、 Y病棟：4件→3件、 Z病棟：3件→1件）。
【考察】院内急変事例について当該病棟看護師長と共に発生要因を検証し、当該病棟における急変時対応の評価や問題点・課題の抽出を行った。それに応じて教育活動を行ったことで、患者の状態変化に対する早期発見の重要性を共有することができ、 RRS起動件数増加に繋がったと考える。予定外の ICU入室件数においても減少傾向がみられたが、対象病棟が少なく調査期間も短いため評価としては不十分であり、今後も教育効果の指標のひとつとして調査を継続していく必要がある。教育活動の実施時期に関しては、タイムリーに実施することができず、院内急変発生から期間が空いていた。そのため、より効果的な教育活動となるように迅速なフィードバックが行える工夫を検討していく必要がある。また、現在はクリティカルケア領域の認定看護師が教育活動を実施しているが、病棟主体で院内急変事例を振り返ることができるような支援の方法についても考えていきたい。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD10-4] Rapid Response Systemコール対応後の病棟訪問指導の効果と課題

©一般社団法人 日本救急看護学会

○白橋 有人, 内山 美香 （鹿児島大学病院）

Rapid Response Systemコール対応後の病棟訪問指導の効果と課題

鹿児島大学病院　白橋　有人　内山　美香

Ⅰ.はじめに

Rapid Response System（以下 RRS）、院内急変の発生を未然に防ぎ、コードブルーとなる前に適切な処置を行うための院内システムである。 A病院では、2013年に救命救急センターが設立され、2015年より RRSを導入したが、対象患者の状態が改善せず在院日数が延長するなどの問題が見えてきた。そこで、2017年から救急看護認定看護師と特定看護師による RRSコール対応後の病棟訪問を開始し、患者ケアの実践やフィジカルアセスメントについて指導を行ってきた。訪問指導を通じて、病棟看護師が抱える悩みや、アセスメントの方法などについてディスカッションを行うことで訪問の効果と課題が見えてきたので報告をする。

Ⅱ.訪問期間2018年8月1日～2019年5月30日

対象： RRSコール対応後も一般病棟での入院が継続された患者89名に対し後日病棟訪問を行った56件

方法： RRSコール対応後2日目以降に救急看護認定看護師3名と特定看護師１名が病棟訪問を行った。

Ⅲ.訪問の実施

　RRSコール後の患者の現状を調査した結果、患者は DPC入院期間Ⅱを超え在院日数が他の患者と比べ明らかに長期化していたことや、 RRSコール時の看護記録が86％であり、看護計画の追加修正は50％にとどまっていることが分かった。訪問時のルールとして①事前に訪問することを連絡する。②病棟看護師のケア実践を否定せず承認する。③患者訪問に病棟看護師を帯同する。④病棟看護師の悩みや不安と感じている事を確認する。⑤訪問者がアセスメントの記録をする。⑥訪問は RRSコール後2日目以降とした。訪問時間は事例によりさまざまであったが、30分以上になることはなかった。訪問対象患者89名に対し実際訪問ができたのは56件（56.3％）であった。RRSコール対応後訪問を実施開始してから、 RRSコール時の経過記録は85.0％、看護計画追加修正は61％と改善した。病棟看護師からケア実践に関する質問や不安などから、医療器材の紹介や看護技術の指導も行った。さらに、救急カートの内容で不測の事態に備えができているかディスカッションを行った

Ⅳ．考察

病棟看護師のケアを承認し支持することや、繰り返し病棟訪問することで徐々に訪問活動を受け入れられたと考えられる。また、病棟看護師の悩みや不安を確認することで、医療器材の紹介や看護ケアを OJTで指導できたことは訪問者との関係を良好に保てた一因となった可能性がある。また、急変時の救急カートの物品について再考する機会を得ることができた。訪問終了後には救急看護認定看護師や特定看護師が記録を残すことで、アセスメントの方法や思考過程を学ぶ機会となったことも看護知識を高めることができたのではないかと考える。病棟訪問を RRS対応後2日目とした目的は、一般病棟看護師が主体となって看護計画の追加修正を行う時間を設けたかったためであるが、結果として病棟看護師が抱える悩みや不安に対し即時介入ができておらず、タイムリーな指導が行えなかった可能性があり、今後は組織横断的に迅速な介入が求められるのではないかと考える。

Ⅴ．まとめ

　RRSコール後の病棟訪問指導を行う効果と課題
看護ケアの質向上につながる可能性がある 病棟看護師の抱える不安の軽減となる可能性がある 認定看護師、特定

©一般社団法人 日本救急看護学会

看護師のアセスメントの方法を知る機会となりうる 救急カートの物品整備を行う機会となりうる RRS後の訪問は即時介入ができるように組織横断的な活動が推奨される

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD10-5] ハリーコール事後検証から院内救急看護教育の課題を考察する

○宮脇 奈央 （国家公務員共済組合連合会 新別府病院 救命救急センター）

（はじめに）

平成24年７月に救急看護認定看護師となり、7年が経過した。これまで、認定看護師として最も力を注いできた活動は、院内における救急看護の質向上を目的とした BLS、 ICLS教育や急変の兆候に気づき、 SBARを用いて報告する能力を高めることを目的とした教育である。しかし、徐々に受講希望者が減少し、動機付けが不十分であると考えた。そこで内発的動機を持たせること、急変時対応についての問題を見出すことにより今後の救急看護教育への示唆を得るため、昨年度より発生病棟看護師とともにハリーコール症例の事後検証を開始した。この事後検証内容を振り返り、考察を加え報告する。

（事後検証体制について）

事後検証は当該病棟に出向き、病棟スタッフとともに実施しており、可能であれば医療安全管理師長も同席している。時期は、ハリーコール発生後、できる限り速やかに実施できるよう病棟師長と調整している。事後検証会開催までに、対応した看護師が速やかに報告書を作成し、その報告書と電子カルテ内の情報をもとに、良い点や問題提起する内容を検討し臨んでいる。また、病棟看護師も事後検証会までに報告書を読み、改善点などの意見を持って臨むようにしている。

（実際）平成30年４月から平成31年3月までに発生したハリーコール症例は21例であった。そのうち事後検証会を行った症例は11例である。ハリーコール症例全体の平均年齢は78±16.9歳であり、診療科は47.６％（10例）が循環器内科であった。発生時間は日勤帯、準夜帯、深夜帯に大差はなかった。ハリーコール起動理由で最も多かったのは、心肺停止状態であり47.6%(10例)、次に意識なしだが呼吸、脈ありが28.5%（６例）、呼吸なし、意識ありがそれぞれ9.5%(２例)ずつであった。急変前の気づきに関する問題としては、何かしらの症状を察知しているが適切な対応がとれていなかった症例が19.0%（４例）ずつあった。 BLSに関しては、意識なし以上の重篤な状態の18例のうち38.9%(７例)で急変の認識及び応援要請に問題があった。

（考察）

ハリーコール症例の平均年齢や診療科、発生時間帯、起動理由は５年前に調査した結果と大きな変化はなかった。しかし、５年前の調査では25ヶ月間でのハリーコール症例は24例であり、今回の調査では12ヶ月で21例である。このことを考慮すると、起動理由の中で心肺停止状態が最も多いという結果に変化がみられていないことは、急変の兆候に気づき、 SBARを用いて報告する能力を高めることを目的とした研修の効果が出ていないといえる。急変前の気づきに関して、何かしらの症状を察知しているが適切な対応が取れていないことから、これらの気づきを急変の兆候として認識し、危機意識を持てるような教育が必要と考える。今回、病棟看護師とともに事後検証を行えた症例は全体の半数程度であったが、事後検証を徹底して実施することにより、その時点では急変の兆候として認識できなかった症状を急変と結びつける学びの場となると期待できる。また、 BLSについては、現場にいなければ CPRの質について評価できないため今回問題として挙がっていない可能性もあるが、CPR開始以前の急変の認識及び応援要請に問題が多かった。質の高い CPRは救命処置の中で大変重要であるが、同様に急変の認識及び応援要請も重要であることを強調した研修内容への修正が必要と考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD10-6] 呼吸数測定の必要性を周知するための取り組み -予期せぬ急変を防ぐための第一歩として-

○長谷川 桃子 （浜松医科大学医学部附属病院）

【目的】

当院では2017年より Rapid Response System（以下： RRS）を試行開始した。現在では対象病棟を3病棟に拡大している。

RRSを起動する基準として「危険なバイタルサイン」を用いる仕組みとした。「危険なバイタルサイン」とは、、バイタルサインの異常値を設定し、該当する場合、、看護師が医師に報告するシステムである。しかし、対象病棟の看護師からは、「危険なバイタルサイン」のシステムを活用したことがない、あるいは知らないという声が聞かれた。さらには、バイタルサインを測定し記録に残しているものの、急変前に最初に生じるバイタルサインの変化としてあげられる呼吸数の異常に対し、看護師が反応できていない現状にあった。急変前に SpO2測定は行っているものの呼吸数測定は実施されていないことが多く、呼吸数測定の必要性が認知されていない現状にあった。そこで、呼吸数測定をバイタルサイン測定の一つとして普段から習慣的に実施するための方法を検討した。

【方法】

急性・重症患者看護専門看護師とともに、急性期分野の院内研修において、急変予兆を察知するための知識を学ぶ研修を開催するとともに、呼吸数測定が必要な理由を理解できる内容を研修内に組み入れた。また、救急看護認定看護師がカルテより患者情報を抽出した後、一般病棟へ出向き、呼吸数測定の必要性をその都度説明した。また、呼吸数の測定ができていないことを医療安全管理部門とも共有し、医療安全管理部門と記録委員会のもと、呼吸数測定を習慣化するため1日1回日勤帯での呼吸数測定と記録を残す方針となった。電子カルテ上、全ての患者のバイタルサイン入力欄に呼吸回数入力欄をあらかじめ設定し、バイタルサイン測定の一項目として呼吸回数を位置づけた。

【結果】

救急看護認定看護師が単独で病棟ラウンドを通し、呼吸数測定の必要性を伝えるだけでは一時的であり、呼吸数を測定する習慣を確立することはできなかった。しかし、医療安全管理部門や看護委員会からの発信や電子カルテ上の整備により、呼吸数を測定する傾向が院内全体で見られた。そのため、救急看護認定看護師や急性・重症患者看護専門看護師が、記録から患者の状態をアセスメントし状況を把握することが可能となった。また、RRSモデル病棟では、呼吸数の上昇を看護師が察知し、 RRSを起動するという事例が生じた。

【考察】

呼吸数測定を看護管理部門とともに、バイタルサイン測定の一つとして位置づけ、体制を整備することで習慣化に至った。それ以前に、認定看護師や専門看護師により、呼吸数測定の必要性を研修を通し発信したことは、看護スタッフの呼吸数に対する意識を高め習慣化につながる要因の一つとなったと考える。認定看護師や専門看護師だけでなく、看護管理部門を筆頭に院内組織によって働きかけることで、呼吸数測定を習慣化することは可能である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

しかし、呼吸数の測定はあくまでも最低1回／日、日勤帯で行うとしており、それ以外に意図的に測定するかどうかは、個々の看護師の知識や経験値によって違いが生じている。
業務の一環として呼吸数を測定することだけにとどまらず、呼吸数が表す意味や意図を理解し、患者アセスメントに活用するために、今後も研修や RRSの運用拡大を通し周知していくことが課題である。

(2019年10月5日(土) 13:30 〜 14:50 RTD会場)

[RTD10-7] ４病院で構築した「学べる環境の場」の評価と課題

○中田 徹朗 （宝塚市立病院）

【目的】
　急性期病院においては、患者の急変は常に念頭に置く必要がある。心停止を起こす患者の多くはその8時間前に症状の増悪を示す徴候を有しているといわれている。急変前に気づくことが看護師に期待されるが、知識と経験によって異なる。
　今回、二次救急医療機関の4病院の救急看護認定看護師と一般看護師と合同し学べる環境を構築するチーム TAKARAZAKA Shared Learning Bar（以後 TSLB）を結成した。また、その受講者は4病院の看護師とした。
TSLBの目的は、①受講者同士が共に学ぶことができる②自身が学びを見つけることができる③自らの看護を振り返ることができる④明日から看護を考えることができるとした。そして、 TSLBの１つの取り組みとしてシミュレーション研修を設計し継続して開催し、出口としては、①看護師が感じる各々の「何か変」を共有できる②急変前の類似体験を経験することで自己の課題を見出すことができるとした。
【方法】
期間：2016年11月から2019年6月
対象：シミュレーション研修に受講した4病院の45名
調査方法：アンケート結果から研修を通しての教育を評価し今後の課題を見出す
【倫理的配慮】
　アンケートは個人を特定できないようにし、口頭で説明しアンケートの回答をもって同意を得たことにした。
【結果】
　臨床判断で最も重要なことは、自己の看護を振り返ることである。そのため、シミュレーションを通して施設や部署、また経験年数が異なる４病院の受講者同士で、自己や他者の看護を振り返るものとしリフレクションを中心とした。
　事例は、救急蘇生など生命が危険をさらされる前段階にある体調の変化・症状の悪化・循環動態の変化を元に作成した。
　研修に受講した45名に研修後アンケートを取ったところ回収率は87％であった。結果、「目標に沿った内容だった46％」「役立つ情報が見つけられた79％」「スキルアップに繋がった84％」「他の参加者との交流・情報交換が図れた58％」であった。また、自由記載から TSLBの目標である4つのカテゴリーに分類した。
①受講者同士から学び［行う看護について話をしながらできたので視点が増えた・色んな人の意見も吸収できたので知識が増えた・話し合うことで相手の考えが聞けて自分にはない考えが学べた］ ②自身の学び［複数回実施できたことで考える幅も広がり考えや行動が広がった・知らない知識を知る機会になった］③ 自らの看護の振り返り［臨床とのリンクできた・自ら考え実践する場面が多かったので身についた・繰り返し実践でき考え方が振り返れた］④ 明日から看護を考える［明日から活かせるように自己学習を行う・明日から使えること、勉強することという欄があったので忘れず勉強、実践出来そう］であった。
　また、リフレクションシートを作成し、自分の看護の目標のために明日からのできることを記載してもらった。
【考察】
　4病院合同で構築した研修を通して、受講者は TSLBの狙いに沿った評価をアンケートから得ることができたと

©一般社団法人 日本救急看護学会

考える。しかし、「明日からの看護を考える」の目標に対しては、リフレクションシートに記入をしてもらい受講者に委ねている。カークパトリックの4段階評価のレベル3である行動に対しては、仕事に活かせることができたかを評価する必要がある。 TSLBの強みは、4病院各々の救急看護認定看護師と看護師で構成しており、受講者はそれぞれ病院の看護師である。そのため、研修後の自己の看護に変化があったかを今後インタビューして評価していくと同時に、 TSLBの研修の評価を行っていくことを TSLBの今後の目標とする。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 教育

[RTD11] RTD（ CN）11群 教育③

座長:黒田 啓子(東海大学看護師キャリア支援センター)

2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD11-1] 院内急変対応インストラクター運用の取り組み

○田口 裕紀子 （札幌医科大学附属病院高度救命救急センター）

[RTD11-2] 大規模災害時における地域連携強化にむけた実践報告

○大熊 尚人, 渡邉 郁子 （日本大学病院　外来）

[RTD11-3] 新人看護師に対してシミュレーションを取り入れてフィジカルアセスメント研修を行った効果と課題

○斉藤 大介 （国立病院機構　北海道医療センター）

[RTD11-4] 救急看護認定看護師による症候・疾患別講義に関する報告 -勉強会を通してみえてきた課題-

○吉田 強志, 峯山 幸子 （東海大学医学部付属病院高度救命救急センター）

[RTD11-5] 重症外傷患者対応の看護の質向上を目指して -アクティブラーニングとアクションカードを用いた取り組み-

○合原 則隆 （久留米大学病院高度救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:20 RTD会場)

[RTD11-1] 院内急変対応インストラクター運用の取り組み

○田口 裕紀子 （札幌医科大学附属病院高度救命救急センター）

【はじめに】当院では患者急変時のコールシステムとして、2009年からスタットコール、2013年からMETコール、2018年からストロークコールの運用を開始している。急変対応委員会（医師6名、看護師5名で構成）では医療安全部と連携し、急変患者の発生部署と対応した医師から提出される報告書に基づき、症例の検証と発生部署へのフィードバックを行なっている。その他、院内 BLS・ AED講習会および院内 ICLS講習会の企画と各部署で実施される急変対応シミュレーションのサポート、院内急変対応インストラクターの運用を行なっている。今回は認定看護師の活動の一環である院内急変対応インストラクター運用の取り組みと今後の課題について報告する。
【活動内容】当院の院内急変対応インストラクターは、 ICLS受講修了者のうちインストラクター登録を承諾した者としている。2019年6月現在72名が任命されており、その内訳は医師6名、看護師55名、診療放射線技師4名、臨床検査技師3名、薬剤師2名、臨床工学技士1名、理学療法士1名となっている。
院内急変対応インストラクターの役割は、①院内で開催される BLS・ AED講習会（年5回開催）、 ICLS講習会（年1回開催）、新人看護職員 BLS・ AED研修での指導、②自部署で実施する急変対応シミュレーションの企画・運営・指導、③他部署で実施される急変対応シミュレーションの助言・サポートとしている。①については指導者としてのスキル維持のため、年度初回の院内急変対応インストラクター会議においてインストラクターのBLSの手技の確認を行うとともに、指導機会の均一化に配慮して講習会の担当インストラクターを決定している。②については、院内急変対応インストラクターに自部署で行う急変対応シミュレーションの計画書の提出を義務付けている。また、各部署でのシミュレーションの質を担保するため、提出された計画書をもとに学習会の構成やシミュレーションの想定に関する相談に対応するなど、シミュレーション当日までのサポートを行なっている。シミュレーション当日には可能な限り、急変対応委員会の委員または他部署の院内急変対応インストラクターを派遣し、シミュレーションの客観的な評価と指導にあたるインストラクターのサポートを行なうようにしている。シミュレーション終了後にはシミュレーション実施部署のインストラクターより報告書を提出してもらい、自部署のシミュレーションの評価と課題の明確化を図っている。
これらの活動は、自部署で起き得る急変や自部署の急変対応の課題を踏まえたシミュレーションの企画に活用されており、院内急変対応インストラクターの急変対応のスキル維持や指導力向上への寄与と、院内での役割の自覚ややりがいにつながっていると考えられる。
【今後の課題】当院の院内急変対応インストラクターはシミュレーション教育に携わる機会が少ないため、効果的なシミュレーションの企画とインストラクション技術を向上させるためのサポートが必要である。また、各部署で行われるシミュレーションは心停止のシナリオトレーニングが多いが、心停止に至る前の対応を身につけることを目的としたシミュレーションも企画・実施できるようにする必要がある。

(2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:20 RTD会場)

[RTD11-2] 大規模災害時における地域連携強化にむけた実践報告

○大熊 尚人, 渡邉 郁子 （日本大学病院　外来）

１　はじめに

日本大学病院は千代田区唯一の大学病院で災害拠点ある。立地は，東京駅の近くにあり，大規模災害時の被害予想が，日中は12858人と想定され，集中的に患者が押し寄せる可能性を秘めている。そして，夜間は，協力機関の就業者もいなくなり，少ない医療従事者や物資を考慮しながら医療を行う。そのため，医療機関の連携が最重要課題と考える。千代田区は大規模に罹災した場合，日本大学病院は，緊急度の高い患者を中心に医療を行い，中軽症者は，千代田医師会，歯科医会，薬剤師会（以下三師会）などが中心に診療を行うことを区行政機関

©一般社団法人 日本救急看護学会

が定めている。

そこで，医療連携の強化を目的に，千代田区の歯科医師会に対し，日本大学病院の医療従事者らが協力し，災害医療の実技演習を行い，交流を深めると共に災害時における連携強化にむけた体制つくりの概要を報告する。

倫理的配慮

本発表に関連し，開示すべき利益相反はない。

２　実践内容

2014年10月に日本大学病院が移転し，大規模災害マニュアル等の作成に取り組む事になった。その際大規模災害ワーキンググループ（以後，ワーキンググループ）に参加した。ワーキンググループでは，災害マニュアルの作成と共にアクションカードの作成，訓練実施の事前準備，災害発生に備えた備蓄の構築や災害対策医療資器材の開発と備蓄，災害医療と災害看護についての教育等に一斉に取り組んだ。そして，毎月のワーキンググルールの集まりで報告会を行い，達成状況と問題となる事項を話し合った。

その中で，地域医療の連携についても検討された。その途中経過での2017年に日本大学歯学部医師より，千代田歯科医師会に対する災害講習会開催の依頼を受けて実施した。また，この活動から三師会の災害講習と実技演習に発展した。これらを毎年，それぞれ1回実施し，現在に至る。以下に講習会の一例をあげる。

２　目的

千代田区医療機関と連携を強化する。

３　講習概要

①　講師

医師，看護師，放射線技師，医学生等の DMAT隊員。

②　講習対象

千代田区歯科医院，歯科医52人

③　講習開催時間

2019年2月19時30分から21時

４　実技演習方法

①　大規模災害の概要を講義

定義や災害時における保健所や医療機関との連携が重要である事と，中軽症を三師会が中心となり診療する事を説明した。

②　START法の説明

©一般社団法人 日本救急看護学会

効果的に緊急度判定ができる START法を選択し，生理学的評価を説明した。また，実際にトリアージカードで2名一組になり評価しあった。

③　START法の実技

計3回実施した。受講者を3グループに分け，2グループを模擬患者にし，1グループが START法でトリアージを行った。2回目は，実施途中に1グループが搬送する場面を行った。最後に2グループが模擬患者となるが，途中で搬出する場面を行い，優先順位を意識させ，プロセスを踏んだ模擬を行った。

５　考察

参加者は，千代田区内で開院している医師であり，それに連携した薬剤師や看護師等も聴講参加に繋がった。それは，参加者の時間的猶予に合わせ，業務終了時間を選択した事が功を奏したと考える。元来，地域に根ざし，医療貢献をしてきた医師らは，災害医療に関して大きな意義を感じていた。しかしながら，個人でどのように連携をとり，実施するのかを考えあぐねていた。そこに今回のような取り組みを行う事により地域とのつながりが生まれたと考える。

６　展望

2019年10月の大規模災害訓練では，軽症者ブースの立ち上げやシミュレーションを企画している。今までの訓練では，他病院の医療従事者らの参加がすくなかった。今後はこの活動をさらに広げ，地域との連携を深める事が重要である。

(2019年10月5日(土) 15:00 〜 16:20 RTD会場)

[RTD11-3] 新人看護師に対してシミュレーションを取り入れてフィジカルアセスメント研修を行った効果と課題

○斉藤 大介 （国立病院機構　北海道医療センター）

【目的】
A病院では認定看護師が関わり新人教育を行っている。救急看護の分野として急変対応の他にフィジカルアセスメントの研修を担っている。新人看護師は４ヶ月目頃より夜勤業務を始めるため、フォロー体制も少なくなる。そのため、新人看護師も患者を観察する能力が求められる。看護学校における基礎教育でもフィジカルアセスメントについて教育を受けているが、臨床の場面で活かしきれていない新人看護師が多いため、研修にシミュレーションを取り入れフィジカルアセスメントする能力を養ってもらうために研修を行った結果、効果と課題が明らかになったため報告する。
【方法】
　フィジカルアセスメント研修を卒後４ヶ月目に行った。研修は第一印象の把握と患者の状態を把握するために模擬患者を作り、各グループにファシリテーターを配置して実施した。第一印象については、 ABCDの順に系統的に患者を観察すること、また模擬患者に対してフィジカルイグザミネーションを駆使して患者の状態を観察し、その結果について SBARを用いてリーダー看護師に報告するという内容である。認定看護師は、研修の進行と各グループの演習を観察し、適宜助言を行った。研修後アンケートを実施し、得られた結果から効果と課題を検討する。
【結果】
2017年受講者25名、アンケート回収25名（100%）、2018年受講者38名、アンケート回収36名（95%）であった。【研修を今後に生かすことができるか】という問いに関して、2017年【十分できる】13名

©一般社団法人 日本救急看護学会

（52%）、【できる】12名（48%）、2018年【十分できる】6名（17%）、【できる】29名（80%）【あまりできない】1名（3%）であった。
【考察】
　アンケート結果より研修自体の満足度は高く、臨床に活かすことができるという結果が得られた。 A病院では看護技術に関して eラーニングを取り入れており、 eラーニングを用いて事前学習してもらい、不足部分を講義にて補い、研修の大部分をシミュレーションとグループワークに重点を置いた。その結果、シミュレーションを通して自ら学んだことを確認し、不足している部分を研修で補い、そしてグループワークを通して話し合うことで自分たちの理解度を確認することができたことが満足度の高い結果につながったと考える。研修後のアンケート結果から、第一印象の把握は系統的にアプローチすること、また患者を観察した結果をうまくリーダー看護師に報告することのできなかった新人看護師が多かったため、 SBARを用いてリーダーへ報告することを研修に取り入れたことは大変効果的であった。
この研修では、知識と運動のスキルを学ぶことを目的としている。新人看護師の早い時期に状態の悪化した患者を観察するためのスキルを身につけ、得られた結果から新人看護師なりにアセスメントする能力を養うことで、患者の状態を総合的に捉える習慣を得てもらう必要があると考える。今後の課題としては、この研修で得られたものを継続的に学習していく環境を整えることにある。臨床に戻ると新人看護師は業務をこなすことに精一杯となる傾向にある。そのため現在教育担当師長とも話し合い、各ラダー別にフィジカルアセスメントの研修を開催できるように調整している。
研修の課題としては、 A病院には高機能シミュレーターが１台あるが、新人看護師研修として割り当てることのできる時間が限られており、シミュレーター１台に対して新人看護師の人数が多く、効果的な研修を組むことができない現状にある。今後は、高機能シミュレーターを効果的に用いることができるように研修内容の改善する必要である。

(2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:20 RTD会場)

[RTD11-4] 救急看護認定看護師による症候・疾患別講義に関する報告 -勉強会を通してみえてきた課題-

○吉田 強志, 峯山 幸子 （東海大学医学部付属病院高度救命救急センター）

A施設救命救急センター（以下、救命救急センターと略す）では、2017年度より救急看護認定看護師による症候・疾患別講義を定期的に開催した。「救急領域の特徴的な症状や疾患について理解できる」「症状・疾患に必要な情報が理解できアセスメントができる」「アセスメントをふまえた初期診療時の看護実践について理解できる」という3点を達成目標として開催したため報告する。

　院外発表に際し、個人情報保護の原則を踏まえ、データ管理における匿名性を保持し、データはカギ管理とした。結果に関して学会で公表するが、その際も個人が特定されることのないよう配慮した。

　勉強会開催概要として、期間は2017年8月-2019年3月までに行った。1回の講義時間30-45分で勤務後の時間帯に2-3回/月のペースで合計37回開催した。勉強会参加対象者は当センタークリニカルラダーⅡ（新卒は3年目以上、既卒者は当センター配属2年目以上）以上の者を対象とし、延べ参加人数は386名（2017年度225名、2018年度161名）であった。参加者の看護師経験年数割合は1-5年目59%、6-11年31%、12年以上10%であった。症候・疾患を「熱傷」「外傷初期診療看護の基礎」「腹部外傷」「胸部外傷」「頭痛・意識障害・頭部外傷」、「胸痛・背部痛」、「腹痛・呼吸困難」、「中毒」の8つに分けて救急看護認定看護師が症候・疾患をそれぞれ担当し開催した。スライドを配布資料とし、講義形式と症例提示によるスモールグループでのディスカッションと発表をしてもらうという形で行った。講義の際の参加者の様子としては、ディスカッション時の発言も活発で、積極的に質問もあり、講義終了後も「またいろいろな講義を聞きたい」「勉強になりました」「あっと言う間でした」などの肯定的な言動が聞かれた。

©一般社団法人 日本救急看護学会

アンケート結果としては参加者386名から回答を得た。経験年数、講義内容の理解度、ニードの一致の有無、講義内容を臨床に活かせるか、救急看護認定看護師の勉強会を同僚に勧めるかなどについて回答を得た。「講義内容の理解度」に関しては、「よく理解できた」259名（68%）、「理解できた」120名（31%）、「やや理解できなかった」3名（1%）、「理解できなかった」0名（0%）であった。「講義内容は臨床に活かせるか」は「大変そう思う」295名（77%）、「そう思う」88名（22%）、「あまり思わない」1名（1%）、「まったく思わない」0名（0%）であった。「ニードの一致」「救急看護認定看護師の勉強会を同僚に勧めるか」はともに「大変そう思う」「そう思う」あわせて99%以上であった。

救急看護認定看護師による症候・疾患別講義を行い、勉強会開催に関して、講義の内容・進行方法は、積極的なディスカッションや質問もあり、終了後の言動も肯定的で、知識を習得する機会として適切であったと考えられる。しかし、1回の講義あたりの参加率は救命救急センタースタッフ全体の割合から考えると少なく、対象や参加者数に関する目標を明確にし、勉強会の効果判定に関する指標の作成が必要であるという示唆を得た。

アンケート結果に関しては、理解度やニード、満足度ともに高く勉強会の目標の一つである「救急領域の特徴的な症状や疾患について理解できる」については勉強会直後の理解は得られていると考えることができる。しかし、アセスメント力の向上や実際の現場における看護実践の評価にはつながらず、効果判定の指標が必要であるという示唆を得た。今後は勉強会が患者に与える効果についても可視化できる指標の作成が必要であると考えられる。

(2019年10月5日(土) 15:00 〜 16:20 RTD会場)

[RTD11-5] 重症外傷患者対応の看護の質向上を目指して -アクティブラーニングとアクションカードを用いた取り組み-

○合原 則隆 （久留米大学病院高度救命救急センター）

A大学病院高度救命救急センター（以下 A病院）には、3次救急医療施設として、年間400件程度の外傷患者が搬入され、その中には、 PTD:preventable trauma deathを回避するために、初療室内で、穿頭血腫ドレナージや、開胸、開腹術が行なわれている現状がある。外傷の場合は、特にチーム医療が必要不可欠であり、JNTECTM（外傷初期看護ガイドライン）では、「外傷医療チームの重要な看護上のポイントとして、熟練された人材教育が必要」と述べられている。 A病院においても、初療室内における手術においては、準備方法のマニュアルは存在するが、年に20件程度（全体の1.81%）であるため、全ての救命の看護 Staffが、少ない患者情報から予測を行い、受け入れの準備に加え、チームビルディングが図れるまでには至っていない。その為、 A病院においては、この人材教育の充実が、今年度の重要課題となっている。そこで、今年度より、重症外傷においては、①重症外傷モードのスイッチを ONにすること。②重症外傷患者受け入れ準備が迅速に行なえること。などを目標にJNTECTMのインストラクターの資格を持つスタッフを中心に、ワーキンググループを立ち上げ、教育システム設計の最も基本的なモデルとされる ADDIEモデルを用いて、教育設計を行い、研修方法としては、アクティブラーニングで行い、最終的には、臨床において、経験知に関係なく、効率よく迅速に対応ができるように、アクションカードの作成とシナリオベースドシュミレーションを用いて、これまでの研修とアクションカードの作成が臨床上で有効なのかを評価・検証を行なうことをにした。現在は、まだ、実践途中であるが、現在の救急看護認定看護師としての実践報告を行いたいと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| その他

[RTD12] RTD（ CN）12群 その他②

座長:石ヶ森 重之(日本医科大学多摩永山病院)

2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD12-1] 地方におけるドクターカーの現状と今後の課題～認定看護師の関わりを通して～

○坂本 聡, 谷口 友梨 （唐津赤十字病院救命救急センター）

[RTD12-2] グラフィック・シラバスの手法を参考にした『救急外来チェックリスト(経験録)』運用後の実践報告

○万波 大悟 （東邦大学医療センター佐倉病院）

[RTD12-3] 集中治療室で発生した VRE感染拡大予防

○石井 恵利佳 （獨協医科大学埼玉医療センター）

[RTD12-4] 急性冠症候群が疑われたアナフィラキシーショック症例における看護実践の検討

○本田 智治 （長崎大学病院　高度救命救急センター）

[RTD12-5] 災害時に対応できる看護部組織を作る第一歩　～看護師長の学習会を試みて～

○清水 明美, 平柳 和奈 （公立昭和病院　看護部）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場)

[RTD12-1] 地方におけるドクターカーの現状と今後の課題～認定看護師の関わりを通して～

○坂本 聡, 谷口 友梨 （唐津赤十字病院救命救急センター）

【はじめに】

1991年より病院前救急診療の質の向上を目的としてドクターカーシステムの導入が開始され、全国の医療機関に次々と配備されるようになってきた。当院においても、新病院への移設を契機にドクターカー運用を開始している。当院は、佐賀県北部・西部医療圏の地域中核病院であり、病床数は304床（救命救急センター16床）で救急常勤医は3名と、マンパワーの少ない中でドクターカーを運用している。病院前救急診療における看護師の役割は様々であり、診療の補助や患者家族に対するケアのみならず、多職種との連携・調整役を担う必要がある。ドクターカー運用開始後3年しか経過しておらず、看護師同乗を開始してから半年ほどしか経過していない。ドクターカーで出動した際に、担当する看護師から知識や技術面などに関する不安の声も聴かれており、病院前救急診療においてどのような役割を担う必要があるのか十分に理解出来ていないまま出動している状況である。

【目的】

今回、当院における2016年から2019年のドクターカー出動症例を分析することで、現状把握と課題抽出を行い、地方におけるドクターカー運用の意義を明確にするとともに、ドクターカーに同乗する看護師に対し認定看護師としてどのような関わりを行う必要があるのかを検討する。

【方法】

ドクターカー運用開始の2016年8月から2019年3月までに出動要請があった全症例を抽出し、データを分析する。

【結果】
出動要請は2016年度14件、2017年度34件、2018年度37件であった。出動要請の内容に関しては、図1に示す。
【考察】

ドクターカー出動件数は、大規模都市などと比較すると圧倒的に少ない。地方においてドクターカーを効果的に運用していくには、ドクターカー稼働時間内に限られた時間と資源で1人でも救うことを目的に、救命できる可能性が高い重症例にのみ対応していく必要がある。そのためには、地域の救急隊やドクターヘリとの連携を密にし、ドクターカーが必要とされる症例を明確にしていく事が重要となる。適応症例に対しどのような救急医療が展開されるのかを予め予測することで、そこで必要とされる看護師の知識や技術を明確にすることが出来る。さらに事後検証などを迅速に行い、早期にスタッフ間で共有していく事で、ドクターカーに同乗する看護師の不安の軽減につながり、円滑なドクターカー事業の運営につながるのではないかと考える。

【 COI開示】

演題発表に関連し、開示すべき COI関係にある企業・組織および団体等はない。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場)

[RTD12-2] グラフィック・シラバスの手法を参考にした『救急外来チェックリスト(経験録)』運用後の実践報告

○万波 大悟 （東邦大学医療センター佐倉病院）

【はじめに】

日本看護協会は2016年に看護師のクリニカルラダーを公開した。これは看護師の実践能力の指標を可視化し、適切な評価によって質を担保していくことで、安全・安心な看護ケアを提供していくことを目的に開発されており、到達度によって一人ひとりの能力が示されるシステムである。二次救急医療機関である A病院の救急病棟は、救急外来と救急病棟以外に化学療法室などのがん領域から内視鏡検査や血管内治療といった領域まで幅広く担うという特殊性がある。スタッフはローテーションしながら、日々異なる領域で勤務をするという背景の中、いわゆる経験録のような「救急外来チェックリスト」を作成し運用することで、実践能力の可視化や評価基準の一つとしてきた。しかし、文字だけで羅列されたチェックリストは分かりづらく、日々異なる領域で勤務するという背景もあるため、十分に活用されていなかった。そこで、基礎教育などで用いられているグラフィック・シラバスやカリキュラムマップの手法を参考に階層構造化したチェックリストを作成したので、その過程と運用後のアンケート評価を報告する。

【方法】

（新）救急外来チェックリスト運用までのプロセス

＜Step1＞現状分析（到達目標、スタッフのレディネスの分析や、各種ガイドライン、外部のクリニカルラダー、キャリアラダー、経験録などと照合しながら、スタッフやスペシャリスト、管理職と必要性や問題点などを検討した）**＜Step2＞新チェックリスト作成**（グラフィック・シラバスの手法に着目し試作品と試験運用を繰り返した） **＜Step3＞運用開始　＜Step4＞運用後の評価**　対象者：救急病棟の看護師35名　データの収集方法：アンケート　倫理的配慮：調査の同意やデータの取り扱いに関する文章をアンケート用紙に記載し、自由意思での参加とした。

【結果】

有効回答26名（回収率74.2%）

アンケート項目の「到達すべきスキルを把握するのに分かりやすい構成になっているか？」という設問に対しては、「そう思う」（73.1%）、「とてもそう思う」（7.7%）をあわせて80.8%のスタッフが表現や構成が分かりやすいと答えた。理由を自由記載で聞いたところ「全体像がわかりやすい」「次にどこを目指せばいいか分かる」「レベルに合わせた構成で分かりやすい」などが多かった。また、文字だけでなく全体像を可視化したチェックリストをどう思うか？という設問に対しても、「そう思う」（46.2%）、「とてもそう思う」（34.6%）という結果だった。一方で、「チェックリストを用いた指導をしているか」、「各勤務帯で使用したか？」という設問に対しては「全く無い」、「あまり無い」をあわせて60%以上を超えていた。

【考察】

文字だけで構成されているチェックリストは学習者も、そして指導者もその解釈を一致させるには限界がある。今回、全体像を示した構成に変更し、各項目に必要なスキルを階層構造化したことで、救急領域におけるゴールの明確化や表現を分かりやすくするという目標は達成できたと考える。一方で、チェックリストを救急業務時に活用しているか？という設問には多くの看護師が活用できていないと回答していた。これは、日々異なる領域で勤務しているため実践の業務と乖離してしまい、活用する必要性を見出せなかったと考える。救急看護に必要なスキルの獲得には、救急領域での実践による経験学習が必須である。今後、チェックリストと業務の乖離を少なくしていきブラッシュアップを図っていくことで、各スタッフの学習に活用でき、獲得した能力を実感できるような教育ツールの一つとしていきたい。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場)

[RTD12-3] 集中治療室で発生したVRE感染拡大予防

○石井 恵利佳 （獨協医科大学埼玉医療センター）

【はじめに】

バンコマイシン耐性腸球菌（ vancomycin-resistant enterococci: VRE）は、バンコマイシンに耐性を獲得した腸球菌である。健常者の場合は、腸管内にVREを保菌していても通常、無害、無症状であるが、術後患者や感染防御機能の低下した患者では敗血症や腹膜炎、肺炎など重症感染症を引き起こし、死亡する場合もある。

胸腹部外科手術後や移植術後、急変患者などの重篤な患者が入室しているA病院ICUに入室した患者3名にVRE感染症が発生した。その経過と感染拡大予防に向けての取り組みを報告する。

【倫理的配慮】

患者は匿名化、患者情報は最小限として個人が特定されないように配慮した。

【経過】

・〇月4日、患者１よりVRE検出
（ ICUより B病棟へ転棟後に検出、7日、11日、12日、13日、18日の検体陽性）
・〇月7日、患者２よりVRE検出
（複数病棟を経由し ICUに入室後に検出、8日、9日、13日の検体陽性）
・〇月11日、患者3よりVRE検出
（ ICUより B病棟へ転棟後に検出、12日、13日の検体陽性）

ICU内個室 aに患者１が退室後、患者２が入室。

【感染拡大予防対応】

VRE検出患者のICU内ベッド位置関係、人の流れを調査し、 ICU内で感染したことが強く疑われた。 VRE検出患者は個室管理とし、受け持ち看護師は検出患者のみを担当するようにした。検出患者のみならず、全患者に接する際にマスク、ガウン、手袋を装着すること、手指消毒が５つのタイミング、個人防護具（ PPE）の正しい着脱について、 ICUに出入りする全職種に対して指導、徹底した。

従来、速乾性擦式消毒薬の使用量を１ヶ月毎にデータとしてまとめて評価していたが、１勤務での使用量を計測、記録するように変更して全スタッフに見える化した。

感染制御部による環境調査が行われたが、環境培養の結果を待たずして、環境整備の内容と頻度を変更した。環境整備の回数増加により看護師の業務負担増が予測されたため、清掃外部業者、看護補助の協力を得られるよう調整した。

感染拡大予防を最優先に考え、 ICUの入室制限をし、術後患者はER-ICU入室とすることを感染制御部へ要望した。主治医、 B病棟師長、救急医など関連職種、部署と連携し、 ER-ICU入室となった。

スタッフ指導として、感染拡大の情報を周知するとともに、易感染状態の患者が感染した場合の考えられる成りゆきを説明した上で、厳格な標準予防策、接触予防策を指導した。

患者・家族へは、 VRE感染が増えていること、厳重な感染対策を行っていること、標準予防策、接触予防策の重要性を説明し協力を求めた。

以上について、適宜看護部へ報告、連絡、相談しながら実施した。

【結果】

VRE検出患者が増加することなく経過し、 VRE感染は収束した。

【考察】

VREは接触感染であり、手指を介した微生物の伝播を遮断することが接触感染を防止する有効な手段となる。厳格な標準予防策、接触予防策の徹底したことが感染拡大予防につながったと考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

適宜、感染制御部と連携し情報、指示を得たが、指示を待たずして即時対応したことも感染拡大予防となった。 VREの一般的対応については感染制御部より情報提供してもらいながらも、救急看護認定看護師として、クリティカルな患者の特徴と ICUの環境を踏まえて考え、行動したことも感染拡大予防の一助となったと考える。また、救急看護認定看護師が看護副部長、 ICU師長であったため、看護部内での連携もよく迅速に対応できたと考える。

【おわりに】

感染拡大防止は迅速な対応が求められ、対応の遅れ、誤りは致命的な結果をもたらす。今回の対応は、限られた時間の中で、必要な情報を選別しながら収集し、成りゆきを予測した上で総合的に判断して行動するという救急看護実践の経験が活かされた。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場)

[RTD12-4] 急性冠症候群が疑われたアナフィラキシーショック症例における看護実践の検討

○本田 智治 （長崎大学病院　高度救命救急センター）

【はじめに】

アナフィラキシーは、「深刻な、生命を脅かす全身性または全身性過敏反応」および「発症が急速で死亡の原因となり得る深刻なアレルギー反応」とされ、緊急性が高い病態である。アナフィラキシー症状における「胸痛」の出現頻度は4－6%と少なく稀である。今回、オピオイド投与される程の強い胸痛を主訴に緊急搬送されたアナフィラキシーショック症例を経験した。そこで急性冠症候群（以下 ACS）を想起しながら展開した看護実践が妥当であったかについて文献的考察を踏まえ検討したので報告する

【目的】

胸痛を主訴としたアナフィラキシーショック症例に対して ACSを想起した看護実践について検討する。

【方法】

１．対象および経過

60歳代、男性。2日前より腹痛があり、食思不振が続いていた。深夜、就寝中に突然の掻痒感と息苦しさが出現した。さらに30分後、胸部違和感が出現し、手持ちのニトログリセリンを舌下投与して様子を見ていた。しかし、症状は改善しないため、患者の状態を危惧した家族が救急要請した。救急隊接触時、全身性の発赤を伴う warm shockの状態であり、アナフィラキシーショック疑いで緊急搬送となった。 A病院到着直前から強い胸痛を訴えはじめ、発症から約3時間後、救急外来に搬入された。

２．倫理的配慮

個人を直接特定できる情報は使用しないこととした。ロック付き USBを使用し個人情報の保護に留意した。

【結果】

収容前情報から ACSの可能性を考慮して受けいれ準備を行った。入室時、苦悶様表情と呻吟あり、橈骨動脈触知不可で、著明な末梢冷感と冷汗を認めた。バイタルサインは、 HR148bpm、血圧56/30mmHg、呼吸数40rpm、SpO2 92%（リザーバー酸素10Ｌ/分）、 JCS Ⅰ-2-R、体温35.2℃。呼吸音は Wheezeなく、呼吸補助筋の使用や頸静脈怒張はなかった。胸部全体に NRS10/10の胸痛あり、身の置きどころがない状態であった。痛みの移動はなく、血圧の左右差なし。 ER搬入3分後、12chECGで ST変化がないのを確認し、アドレナリン0.3㎎筋肉注射された。右大腿動脈よりシース留置され、採血・ BGAを提出。結果、ラピチェック陽性、トロポニン T陰性、血清 CK-MB 34IU/Lであった。 ER搬入20分後、ショックは離脱できていたが、胸痛（ NRS10/10）は持続しており、フェンタニル0.1㎎静脈内注射された。 ACSを考慮し循環器内科にコンサルトされ心エコー実施。頻脈のため心壁運動異常は評価困難であったが、オノアクトで HRコントロール後に再評価され ACSの可能性は否定された。

【考察】

患者の看護問題には、顕在化した問題と潜在化する問題があり、 ERの看護師は潜在化している問題に対して

©一般社団法人 日本救急看護学会

も、予測性・準備性をもった看護実践が必要である。今回、患者はアナフィラキシーショックに強い胸痛を伴っていた。 Simonsの報告によれば、心臓肥満細胞の生物学的調査から急性冠症候群として現れるアナフィラキシーが世界で議論され、本邦での報告は少ないが、胸痛とアレルギー反応が併発し、アレルギー性狭心症や急性心筋梗塞が起こる Kounis症候群の報告があった。羽岡らは、「アナフィラキシー症例においては常に本症候群の可能性を念頭において心電図上の変化の有無を確認すべき」と提言している。
本症例は、心電図波形の変化はなく ACSは否定され、ショックに伴う冠動脈の低灌流に起因していたものと考えられたが、アナフィラキシーショクにおいて ACSを潜在化する問題として捉えて看護展開していったことは、妥当かつ重要な看護実践であった。

(2019年10月5日(土) 09:00 ～ 10:20 RTD会場)

[RTD12-5] 災害時に対応できる看護部組織を作る第一歩　～看護師長の学習会を試みて～

○清水 明美, 平柳 和奈 （公立昭和病院　看護部）

はじめに

A病院に求められる災害対応は、災害急性期に患者対応を迅速に実施する事、また、地域との役割機能に応じた医療の提供、協働を実施していくことが必要とされる。災害時には、災害の規模や種類にあった医療体制が調整され、災害時に対応できる病院運営が可能になるような組織作りが求められる。 A病院の災害マニュアル・事業継続計画手順書（以下 BCP）は、平成2014年に作成され、マニュアルを基に火災訓練と地域を交えた防災訓練が年2回実施されている。災害訓練の実態は、発災から数時間経過したところから訓練が開始となり、発災直後の初動訓練は実施せず、エリアは立ち上がり、設営や必要な物品などすべて整い、準備万全から訓練が開始となる。災害訓練から見えてきた問題は、初動の訓練がされていないこと、参加メンバーに偏りがあること、課題を洗い出せるような訓練を実施することが不足し、具体的な課題が抽出できていないことがあげられた。

自身は救急認定看護師として、「災害時に対応できる看護部組織を作る第一歩」とし、看護師長の災害対策への取り組みについて現行の活動を報告する。

実践報告

自身は看護部に働きかけ、平成2017年度より看護師長会に「災害時の看護管理」として学習会を企画実施した。看護師長の災害に対する意識調査と、取り組むべき内容を具体的に行動レベルまで考え学習会を実施した。看護師長の初動アクションカード作成、看護スタッフ初動アクションカード検討し、看護体制について看護師長と共有した。しかし、初動訓練に対する看護師長の不安が増強、病院全体で組織について考え体制を整えることはできていない。平成2018年度に実施した災害訓練直後のリフレクションで、看護師長の役割と看護スタッフの役割検証をおこなった。検証方法は、災害訓練に参加した看護師長を対象に、得られた情報をグループワーク、看護師長会で検討することで、病院全体で取り組むべき役割、看護師長・看護スタッフの役割について問題点が浮き彫りとなった。更にこの結果を基に看護師長会において、災害対策委員長を交えて A病院の規模・対応能力について考慮しながら看護師長の学習会を開催した。看護師長は、 BCPを基に多数傷病者受け入れや情報をどのように入手し、状況の判断をしていくのか、次の行動につなげる必要性を理解し、自らの動きを行動レベルで考える機会を設けることで、災害対策がイメージ化された。しかし最も問題となったのは、 BCPを理解していないことであった。
BCPは、131項目270ページにわたり、これを理解することこそが災害時に対応できる看護部組織を作る第一歩であると考えた。災害対策本部の一員である看護師長は重要なポジションである。災害時災害対策本部の混乱は、各担当部署の運営に悪影響を及ぼしてしまうことや、災害対策本部取り組みが不足することは、病院全体の進むべき方向を意味しているため、適切な対応が出来るよう訓練が必要である。そこで今年度の看護部が実践する災害体制の取り組みとして、毎月1回計10回の看護師長会を災害対策学習機会と定め、担当を決め災害マニュアルの読み合わせを開始した。災害マニュアル読み合わせ実施後は倫理的配慮から無記名の災害確認テストを実施し提出している。また、看護師長会学習会を今年度4回計画実施していく予定である。

©一般社団法人 日本救急看護学会

看護部組織を作る第一歩として、 BCP、災害アクションカードの整合性を高め、職員全員で能動的に災害に立ち向かっていけるよう、看護師長の災害対策について今後も継続して取り組んでいく必要があると考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)）| トリアージ

[RTD13] RTD（ CN）13群 トリアージ

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院)

2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD13-1] 全身倦怠感を主訴に来院した一症例

○宮田 佳之 （長崎大学病院高度救命救急センター）

[RTD13-2] 当院における院内トリアージシステムの現状と今後の課題 -安全で質の高い救急外来を目指すための対策と支援-

○関根 康人 （社会医療法人社団三思会　東名厚木病院救急外来）

[RTD13-4] 院内トリアージ体制の構築と実践

○藤井 美幸, 加賀爪 真弓 （国立国際医療研究センター病院）

[RTD13-5] JTASに基づく院内トリアージの実施率と質向上に向けた取り組み

○糸数 卓弘 （医療法人沖縄徳洲会　南部徳洲会病院）

[RTD13-6] 発熱症候で来院する高齢者の JTASレベル3または4の判定における補足因子の検討

○黒木 真二 （独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

[RTD13-1] 全身倦怠感を主訴に来院した一症例

○宮田 佳之 （長崎大学病院高度救命救急センター）

【はじめに】

体調不良や全身倦怠感といった症状は救急領域に限らず、様々な要因として出現する主訴である。そしてその原因としては心不全や貧血、電解質異常などの身体的要因からストレスや睡眠障害による精神・心理的要因まで幅広く、緊急性も様々である。

今回、体調不良と全身倦怠感により体動困難となったため救急車を要請し、搬入となった症例を経験した。そこで救急外来における緊急度の判断および看護展開の実際と看護の根拠を報告する。

【対象】

64歳男性、2週間前より体調不良を訴え仕事を休むようになり、受診前日からは複数回の嘔吐が出現した。全身倦怠感と体動困難から自ら救急車を要請した。

【倫理的配慮】

得られたデータは個人が特定できないように配慮し、本研究以外には使用しないこととした。

【バイタルサイン/結果】

意識：Ⅰ桁/JCS、呼吸：28回/分、血圧：178/118mmHg、脈拍：134回/分、 SPO2：97%（マスク5リットル/分投与下）、体温：35.0度、心電図モニター：洞性頻脈

脱水や感染症に伴う末梢循環不全により代謝性アシドーシスが潜在していること、また換気血流比不均衡やガス交換障害への介入が必要と考え、「非効果的末梢組織循環」「ガス交換障害」を立案した。介入としては確実な気道確保と呼吸補助、および前負荷減少に対する加温輸液の投与、そして感染症の可能性からガイドラインに則った各種培養の早期採取と早期抗菌剤投与を念頭に観察・準備・介助を行った。

【考察/結論】

末梢循環不全に伴う代謝性アシドーシスの存在によりバイタルサインの変調や、意識の変調をきたしていたと考えられた。 qSOFAにおける評価項目は意識と呼吸、そして血圧である。患者の場合には意識レベルの変調と呼吸速迫を認めており、2項目を満たしていた。全身倦怠感という抽象的な主訴ではあるが、バイタルサインやフィジカルイグザミネーションを通した緊急度に対するアセスメントが重要である。

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

[RTD13-2] 当院における院内トリアージシステムの現状と今後の課題 -安全で質の高い救急外来を目指すための対策と支援-

©一般社団法人 日本救急看護学会

○関根 康人 （社会医療法人社団三思会　東名厚木病院救急外来）

1．はじめに

当院は年間約5000台の救急車受入台数で、救急外来受診患者総数は約13000人に及ぶ二次救急医療機関である。土日祝日の救急外来は非常に混雑し、救急車受入もしているため医師による迅速な診療が提供出来ておらず、救急外来看護師においても患者個々の状態を把握出来ていない状況が多く見られていた。そこで、患者とファーストタッチする看護師が患者の状態を速やかに評価できるように、院内トリアージシステムを2018年9月から導入した。

院内トリアージシステムは導入して今日で半年を迎えた。救急外来業務の一環として定着しつつあるが、救急外来看護師の一人ひとりに何らかの問題を抱えているのではないかと推察した。したがって、当院における院内トリアージシステムの現状と今後の課題を明らかにさせる。その上で、救急外来看護師が安全で質の高い院内トリアージを実践するためにはどのような対策や支援が必要なのかを救急看護認定看護師の視点から考察する。

2．方法

救急外来に所属している看護師13名を対象とし、アンケートを配布して集計した。

3．倫理的配慮

所属施設の倫理審査委員会の承諾を得た。

4．結果

アンケートは救急外来看護師13名で全員から回答が得られた（有効回答率100%）。救急外来の経験年数ごとにカテゴリー化し、1～3年目（7人）、4～6年目（3人）、7年目以降（3人）で集計した。

院内トリアージシステムを導入したことは成功だったかの問いに、「はい」が経験年数に関係なく100%であった。院内トリアージを実施する上で困ったり迷ったりするときはあるかの問いに、1～3年目は「はい」が100%、4～6年目は「はい」が66%、7年目以降は「はい」が66%であった。また、トリアージの際に困ったり迷ったりするときはどのような状況かの問いに、1～3年目は患者の訴えが多い場合どの症状でトリアージをして良いかわからない、4～6年目は第一印象において元気だが各基準で該当する項目がある場合の緊急度は高く評価すべきか判断に迷ってしまう、7年目以降は他の患者や家族がいる中での問診はプライバシーが守られていないのではないかという結果になった。自己のトリアージ判定は適正かの問いに、1～3年目は「はい」が0%、4～6年目は「はい」が33%、7年目以降は「はい」が33%であった。勤務後の振り返りは実施しているかの問いに、1～3年目は「はい」が29%、4～6年目は「はい」が33%、7年目以降は「はい」が0%であった。

5．考察

今回、救急外来看護師にアンケートを実施したことで当院における院内トリアージシステムの現状と今後の課題が明らかになった。緊急度判定において、救急外来経験年数に関係なく判断に迷うと回答していることからは、個々のトリアージに関する知識不足と得られた情報から症例を展開していく臨床推論が十分に備わっていないことが推察される。したがって、実際あった症例を元に机上シミュレーションを実施していく必要がある。その際、個人だけが展開するのではなく、救急外来看護師全員が参加してディスカッション出来るように、救急看護認定看護師は意見の整理、統合、調整といったマネジメントをしていくことが重要であると考える。また、現在は救急看護認定看護師のみで事後検証をしているが、質の高い院内トリアージを提供するためには事後検証の細分化とサポートシステムの構築を図る院内トリアージチームを形成する必要があると考える。アンダートリアージ症例に関しては、生命の危機を招くことからも医師に医学的知見を提供して頂くことも質の高い救急外来看護に繋がると推察する。

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

©一般社団法人 日本救急看護学会

[RTD13-4] 院内トリアージ体制の構築と実践

○藤井 美幸, 加賀爪 真弓 （国立国際医療研究センター病院）

【はじめに】

2018年4月から当院でも看護師による JTASを用いた院内トリアージを開始した。当院では、救急車はもちろんウォークイン患者も『断らない救急』をスローガンとしている。混雑した救急外来で、ウォークイン患者の中にも、心筋梗塞や脳卒中、敗血症などの緊急度の高い患者が来院している。そのため院内トリアージの的確な実施は医療安全の視点からも必要である。看護師への教育をはじめシステムの構築は、救急看護認定看護師2名が中心となって行った。開始から1年が経過し、評価と今後の課題を報告する。

【目的】

院内トリアージ開始1年間の結果から、現状と課題を明らかにする。

【実際の取り組み】

当院の平日夜間、休日の救急外来は、救命救急センターの看護師と一般外来の看護師が勤務している。まずは、救命救急センターの看護師が院内トリアージを実施することとした。トリアージナースの要件には、救急看護認定看護師が主催する院内トリアージの勉強会への参加や JTASの受講、日本救急看護学会のファーストエイドの受講などとした。（救命救急センターでの看護師経験が3年未満の看護師でもトリアージナースとして勤務し院内トリアージは実施するが、院内トリアージ実施料は算定しない。）

院内トリアージはタブレット型端末で JTASを用いて実施した。記録は当初、電子カルテの導入が予定されていたが不都合があり、紙のトリアージシートを作成し用いることとした。

事後検証は、院内トリアージ会議を月1回開催し、その中で実施した。会議の結果は、院内で導入しているグループウェアや紙媒体を使用し周知に努めた。

【結果】

2019年度の院内トリアージ実施率は、47%だった。

院内トリアージの結果の内訳は、成人では、蘇生0.17%　緊急8.3%　準緊急35.3%　低緊急37.5%　非緊急3.7%　無記入 4.9%　だった。小児では、蘇生0.1%　緊急11%　準緊急43.7%　低緊急32.1%　非緊急7.9%　無記入 5.9%　だった。

アンダートリアージは、成人では消化器疾患に関するものが最も多かった。要因としては疼痛スコアの使用がないものや、脱水定義の使用がないことが考えられた。小児では RS上気道炎がわずかに多かった。要因としては脱水の定義の使用がないことが考えられた。

アンダートリアージの要因分析を周知することで、腹痛や紹介受診、小児の脱水などでのアンダートリアージの減少がみられた。

【まとめ】

当院で院内トリアージを開始して、1年が経過した。今後は、実施率が向上するように業務改善の実施を推進する。救命救急センターの看護師以外でも、院内トリアージが実施できるよう、トリアージナースの教育の充実に

©一般社団法人 日本救急看護学会

努めていく必要がある。教育では、疼痛スコアや脱水の定義について重点をおく必要があることが明らかになった。

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

[RTD13-5] JTASに基づく院内トリアージの実施率と質向上に向けた取り組み

○糸数 卓弘 （医療法人沖縄徳洲会　南部徳洲会病院）

当院の救急外来では2015年から、院内トリアージ支援システム（以下 JTAS）による院内トリアージを開始しています。院内トリアージには専門的な知識が必要で、患者さんの安全を守るためにアンダートリアージを避け、医療資源の有効活用のために妥当性のある判定を行う必要があります。しかし、当院では勉強会の時間確保が困難で、スタッフへの教育は勤務時間内に行う簡易的な内容であるため、トリアージ判定のスキルはスタッフによって差がありました。そのような状況で、院内トリアージの実施率と質向上に向けた取り組みを報告いたします。

当院の診療体制として、時間外外来は救急外来の看護師が問診を行います。救急外来看護師の看護師経験年数は平均20.5年と長く、救急外来経験年数は67%が5年以内という特徴があります。

私は、認定教育課程で初めて、 JTASと iPadを使用した標準的な判定方法を学び、自施設でもぜひ導入したいと考えていましたが、教育課程終了後、自施設に戻ると JCI（国際医療評価機構）の認証を受け、 JTASによる院内トリアージが開始されていました。しかし、 JTASによる院内トリアージは開始されたばかりで、トリアージ判定は個々の経験値によって行われているのが現状だと感じました。そのため、スタッフ全員が標準的なトリアージ判定が実施できる体制を構築する必要があると考えました。

スタッフ全員が標準的なトリアージ判定が実施できるよう、 JTASのアプリを入れた iPadを時間外問診室専用に常設しました。スタッフへ操作方法、判定方法を教育しましたが、数多くの患者さんへのトリアージ判定に、十分な時間的余裕がないことも感じていました。また、トリアージ判定後、緊急性がなければ診察は受付順になります。しかし、これからはトリアージを行う看護師が、診察の順番を変更できるよう判定の根拠を説明できるレベルに達するべきだと強く思いました。

トリアージに関心が持てるよう次は違う視点からのアプローチが必要と考え、トリアージ実施率の調査を行いました。実施率の結果は80%台でした。スタッフへ口頭でトリアージ実施の周知を行いましたが、実施率の向上は一時的なものでした。トリアージ未実施症例を分析すると、問診テンプレートが複数あり実施者により使用するテンプレートが異なりました。そこで、改善策として、複数のテンプレートを1つに集約したところ、実施率は97%以上に上昇しました。実施率のモニタリングは毎月継続し、低下の要因があれば改善策を検討し実行しています。

トリアージ実施率が上昇したため、平成30年4月からトリアージ判定の質向上の取り組みを開始しました。私が、朝礼後スタッフに対して週に1回1症例、5分程度でトリアージ検証用紙を使用し、振り返りを実施しました。振り返りの内容として、私がどのように臨床推論を行いトリアージ判定に至ったのか、思考過程をスタッフに説明しました、開始から3ヶ月後には、スタッフにも振り返りを実施していただいております。

平成30年1月から8月まで、毎月150症例を無作為抽出しトリアージ判定のサンプリング調査を行いました。その結果「妥当48%」「アンダー33%」「オーバー12%」でした。平成31年1月より実施率調査チーム、質調査チームを作り役割を移譲しました。質調査ではスタッフへ毎月、前月のサンプリング調査対象者を10症例ずつ割り当て、 JTASの判定結果に沿っているか振り返り調査をしていただいております。現在では、トリアージ判定の振り返りをスタッフ同士で検討する姿もみられるようになりました。

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 10:30 ～ 11:50 RTD会場)

[RTD13-6] 発熱症候で来院する高齢者の JTASレベル3または4の判定における補足因子の検討

○黒木 真二 （独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院）

【はじめに】

A病院を受診した患者のなかで60歳以上は約40%を占めている。症状別患者割合では、発熱は腹痛に次いで2番目に多い症候であった。 A病院が所在する B市の高齢化率は、全国の政令指定都市のなかでも高く、総務省統計局の人口推計結果では、2035年は人口の3人に1人が高齢者になるとされている。今後は、高齢者の増加に伴い、発熱症候で来院する高齢者の増加が予測される。

発熱症候における院内トリアージの指標は、 JTAS2017では38℃以上の発熱の場合、敗血症スクリーニングの指標である quick SOFA（以下 qSOFA）で確認することが規定されている。 qSOFA2項目未満の場合は、緊急度は JTASレベル3または4と判定される。しかし、補足因子は「具合悪そう」「具合良さそう」という曖昧な判定理由であり、明確な指標がない現状である。さらに高齢者の場合は非典型的な症状を呈することが多く、アセスメントの過程は難渋する。そこで、発熱症候で来院する高齢者のトリアージの精度を上げるためには明確な指標を設定することが望ましいと考えた。

【目的】

発熱症候で来院する高齢者の JTASレベル3または4の判定における補足因子を検討する。

【方法】

対象：施設入所中の80歳台女性。発熱症候で施設職員と来院。

研究方法： JTAS2017のトリアージプロセスに沿って観察を行う。特に、問診、身体所見については網羅的に情報を聴取して、得られた情報から有効な補足因子について文献的考察を行う。

倫理的配慮：内容から個人が特定できないように配慮し、データ管理はロック機能付 USBメモリを使用する。

【結果】

第1印象は異常なし。1次補足因子の第1段階では、 qSOFAの該当はなし。呼吸苦はないが SpO94%であり、肺野には coarse crackleを聴取したため、最終的には SpOの値から JTASレベル3と判断した。診察の結果、「肺炎疑い」と診断され、近医へ紹介状が発行され帰宅となった。

【考察】

患者の自覚症状が乏しい中で、施設職員は「何かいつもと違う」と漠然とした何らかの懸念を抱いていた。施設職員が抱いた懸念は直感的なものであるが、医療者も同様に抱く「何かいつもと違う」という経験的な感覚と同様である。佐野は、この感覚のことを「重症感がある」と表現しており、症候学的には行動的反応（日常生活行動の変化）として現れると述べている。日常生活行動の変化は、食事、睡眠、排泄、更衣、移動、整容といった行動であり、今回の事例では、食欲低下が該当していた。

さらに、食欲低下と敗血症の関連性について文献検索を行った結果、食欲抑制にはレプチンが影響することがわかった。レプチンは、 TNF-αとともに脂肪組織から分泌されるサイトカインである。敗血症患者は非敗血症患者と比較して、有意に高いレプチン血清濃度を示しており、敗血症診断の感度・特異度は72%であった（カットオフ値5.1mg/dl）。また、レプチンと TNF-αの間に有意な相関があり、レプチンが初期炎症期に重要な因子であることも示されていた。以上のことから、レプチンが敗血症患者と非敗血症患者を区別するための指標となることが分かった。

【結論】

食欲低下を意図的に捉えることができれば、 qSOFAに該当しなくとも敗血症のリスクを早期に認識することができ、非典型的症状を呈する高齢者においても評価しやすく明確な指標として有用であると言える。したがって、発熱症候で来院する高齢者の JTASレベル3または4を判定する際、食欲低下を有効な補足因子として活用できると考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | 特定医行為・地域連携

[RTD14] RTD（ CN）14群 特定医行為・地域連携

座長:川谷 陽子(愛知医科大学病院高度救命救急センター)

2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD14-1] 救急・集中領域での特定行為の実践

○兼本 愛美 （社会医療法人かりゆし会　ハートライフ病院）

[RTD14-2] 離島の A病院における特定行為研修を修了した認定看護師としての活動

○平武 晃幸 （長崎県病院企業団　長崎県対馬病院）

[RTD14-3] 特定行為研修修了看護師が、在宅医療などあらゆる場に対応する～訪問看護での自分の役割を考える～

○田中 聡恵 （社会医療法人　純幸会　関西メディカル病院　ERセンター）

[RTD14-4] 救急看護認定看護師が在宅医療に関わる意義を検討する～地域医療での実践を通して～

○磯本 一夫 （長門総合病院訪問看護ステーション）

[RTD14-5] 救急領域の意思決定支援における取り組み

○村松 武明[1], 尾田 優美子[2] （1.聖隷三方原病院　高度救命救急センター, 2.社会福祉法人　聖隷福祉事業団 訪問看護ステーション細江）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD14-1] 救急・集中領域での特定行為の実践

○兼本 愛美 （社会医療法人かりゆし会　ハートライフ病院）

ハートライフ病院は沖縄本島中部東海岸に位置し、２９の診療科と病床数３０８床の地域医療支援病院である。
自身は、救急看護認定看護師の資格を取得し、２０１７年に当院で１人目の特定行為研修修了者となった。特定行為研修修了後は、看護部や指導医と話し合いを重ね、当院の現状と求められるニーズについて活動を検討していった。また、指導医と共に手順書の作成や、医療安全の体制を整備し、２０１８年５月から特定行為を開始した。
　活動の場所は主に救急外来と集中治療室で、これまでの認定看護師として組織横断的に活動していた強みを生かし、医師・看護師の相互理解、相互協力を得て、看護の専門性を基盤にチームの中で主体的に関わっている。実際の活動は、初療から救急外来の看護師と共に患者を受け持ち、その後、集中治療室での経過を受け持ちの看護師と共に病態と実践内容について考え、患者の最良のタイミングでタイムリーに介入ができるように心がけている。また、診断・治療のプロセスを医師と話し合い、理解し、看護の視点に医学的な視点を加えることによって看護実践能力をより向上させることが期待でき、患者・家族へも十分な説明を行うことができていると考える。
　今後は、活動の場をさらに広げ、特定行為研修で学んだ臨床病態生理学や臨床推論、フィジカルアセスメントを生かして指導にも関わり、看護の質の向上に努めていきたい。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD14-2] 離島の A病院における特定行為研修を修了した認定看護師としての活動

○平武 晃幸 （長崎県病院企業団　長崎県対馬病院）

「実践の背景・目的」

超高齢化社会に直面している離島・僻地医療では、医師・看護師や多職種との協働・連携するチーム医療が重要となっている。その中でも救急認定看護師は救急看護のスペシャリストとして、救急領域で看護の質の向上を担う役割がある。私は2014年に救急看護認定看護師の資格を取得し、その後2017年3月に特定行為研修を修了し、救急領域の6区分15行為を医師の包括的指示の下、手順書に沿って施行できるようになった。現在は A病院の外来に所属し、救急外来を中心に院内で組織横断的に活動を行っている。今回、特定行為研修修了した認定看護師として呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連と末梢留置型中心静脈カテーテル（ PICC）の挿入に関しての活動を報告する。

「看護実践概要」

CASE１：呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連

症例：肺炎の治療目的で経口挿管下人工呼吸器管理中。治療経過と共に酸素化は改善してきている。

CASE２：末梢留置型中心静脈カテーテル挿入

©一般社団法人 日本救急看護学会

症例：肺炎にて治療中であるが血圧が不安定。末梢静脈路が確保されカテコラミンを高流量投与中。四肢浮腫に伴い、点滴漏れや皮下出血著明。認知症のため自己抜去防止のため両上肢抑制中。

「得られた結果」

CASE１：呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連

患者のバイタルサインやフィジカルアセスメントから認定看護師として、呼吸器離脱に向けた調整が必要である判断する。しかし主治医へ報告すると外来対応中や手術中のため患者に長い時間寄り添うことは難しく、呼吸器離脱に向けた調整は翌日以降の予定とされた。しかし、特定行為研修修了後は呼吸器離脱に向けて動脈血液ガス分析を用いた科学的判断のもと、患者の状態を的確にアセスメントしながら、呼吸器の設定や薬剤の調整を手順書に沿ってタイムリーに実践できるようになった。それにより呼吸器離脱が以前と比べ早くなっている。

CASE２：末梢留置型中心静脈カテーテル挿入

PICCを挿入する目的は、高カロリー輸液の投与やカテコラミン等の投与を行うことが多い。特定行為研修修了した認定看護師としてフィジカルアセスメントや臨床推論を用いて患者に最も適した選択や判断が必要となる。特定行為で PICCを挿入することで、医師や看護師の業務が軽減できている。何より PICCに対する不安や疑問を抱える患者にとって長い時間寄り添うことのできる看護師が挿入から管理、相談まで一貫して行うことは、不安の軽減につながり、信頼関係を構築することができている。そのため、患者は日常生活に支障なく、栄養状態が改善し日常生活に支障がなく経過した。

「今後の課題」

特定行為研修修了している認定看護師として特定行為が主体になるのではなく、認定看護師の専門性とアセスメント力を活かし、フィジカルアセスメントと臨床推論を用いて特定行為を含むタイムリーな対応で、質の高い医療・看護を効率的に提供する必要があると考える。また、医学的視点と看護学的視点を融合した新しい役割の中から、さらに離島・僻地におけるチーム医療が円滑に行えるように支援していくことが今後の課題である。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD14-3] 特定行為研修修了看護師が、在宅医療などあらゆる場に対応する～訪問看護での自分の役割を考える～

○田中 聡恵 （社会医療法人　純幸会　関西メディカル病院　ERセンター）

【目的】

A病院は、地域を支える2次救急病院として、特定行為研修修了者である救急看護認定看護師が、院内の特定行為だけではなく、修得したアセスメント能力を生かし、患者の希望に沿う在宅療養の継続や医学的視点を含めた、より深いアセスメントを実施し、重症化の予防・異常の早期発見・早期介入している。今回、1年半にわたり、退院後訪問から、自宅での看取り支援のための訪問を実践したので、その活動内容を報告する。

©一般社団法人 日本救急看護学会

【方法】

2017年10月～2019年1月までの1年半。

地域包括病棟に入院中の患者が、退院近くなった時点で、地域包括ケアチームによる「退院前カンファレンス」「退院前訪問」などを実施し、退院時、退院後などに医学的視点を含めたアセスメントを実践し、異常の早期発見・早期介入を目的とし、メディカルソーシャルワーカー（ MSW）や病棟受け持ち看護師、理学療法士、他の認定看護師、訪問看護師などのチームメンバーと自宅訪問し、生活指導・身体観察を実施、適宜対応。また、自宅での看取りのため退院時訪問を実施。

【倫理的配慮】

患者個人を特定しないように配慮するとともに、御家族からの了承を頂き、また、院内倫理委員会の承認を得た。

【結果】

「チーム医療の推進」「急性期医療から在宅医療へ」「地域住民への生活支援の充実」「治療」と「生活」の両面からの支援を目的として、訪問看護へ同行することにした。特定行為研修修了者であり救急看護認定看護師として、訪問看護の中で支援できる事は、アセスメント能力を生かし、その場での状況判断を実践することである。今回、心不全で入退院の繰り返しており、退院しても1週間くらいで再入院していた。この患者の退院後訪問を実施。退院前に、塩分制限の指導。退院後3日目より医療訪問を開始した。自宅訪問し、患者・家族とともに食事の指導をはじめ、内服の再確認を実施。週1回の割合で訪問し、患者の状態観察、生活指導、治療の早期介入などの見極めを実施した。フィジカルアセスメント・食事、水分指導を実施し、退院より1か月に5回訪問。その後経過良好で、5回目の訪問後は、民間の訪問看護センター・委託医へ全面的に依頼した。その後、1年半は入院することはなかったが、老衰による食事摂取の低下、徐々に衰弱され再入院。入院して2週間後、家族の意向もあり、看取りの場を自宅として選択され、以前からの訪問での「絆」から、帰宅するまでの道のりが心配なため同行してほしいと家族の希望もあり、看取り・家族看護も含めて、退院時訪問をおこなった。それから3日後、自宅で静かに生涯を遂げられた。

【考察】

修得した特定行為は、院内だけで活用するだけでなく、院外での在宅医療などあらゆる場に対応できると考えている。介護を必要とする患者の他に、例えば、認知症のある家族を同時に看ないといけない家族があったり、そんな時には、認知症看護認定看護師と同行し、対応方法を家族へ指導してもらうなど、あらゆる場を対応していくことが、自身の役割だと考える。自身の特定行為は、生かすも殺すも自分次第、救急や集中ケアだけが、生かす場所ではないと考えている。日々の医療現場から、特定行為研修修了者であり、認定看護師として、地域へ貢献できていると考える。

(2019年10月5日(土) 13:30 ～ 14:50 RTD会場)

[RTD14-4] 救急看護認定看護師が在宅医療に関わる意義を検討する～地域医療での実践を通して～

©一般社団法人 日本救急看護学会

○磯本 一夫 （長門総合病院訪問看護ステーション）

【はじめに】
A市は、高齢化率が40%を超えており、在宅医療に関る医師の高齢化や勤務医師の不足という問題を抱えている。私は、 A市で基幹病院の役割を担う B病院に所属し、救急看護認定看護師（以下、認定看護師）を取得後、院内の訪問看護ステーションに配属された。現在は特定行為研修修了者として地域で活動している。日本看護協会は、2020年より特定行為研修を組み込んだ認定看護師教育課程を開始するにあたり、新たにクリティカルケア分野に期待される能力を設定した。私は、看護実践において、認定看護師の能力が地域医療の場で十分に活かされることを実感している。以下に、在宅療養者の状態変化時の対応から、認定看護師が地域医療に従事する意義を検討したため報告する。
【目的】自身の経験から認定看護師が地域医療に従事する意義を検討する
【倫理的配慮】当院倫理委員会の承認を得た
【結果と考察】
C氏は、80代男性で後縦靭帯骨化症のため下半身不随があり、尿道バルーンカテーテルを留置中。主介護者は高齢の妻で、訪問看護は清潔の援助や排泄ケアのために介入している。
休日待機日に、 C氏の妻から食欲不振と点滴希望の連絡を受け訪問した。訪問時、 C氏の呼吸が早いことを認識し、早急に一次評価を行った。呼吸回数28回/分で SBPが80台に低下していた。腋窩の乾燥を認めたことから、脱水の補正のため手順書に従い細胞外液の点滴を施行した。また、病歴聴取で悪寒を伴う発熱があったという情報から重症感染症を想起し、 q SOFA2項目以上で敗血症を鑑別診断に挙げた。 C氏の病院受診に対する意思決定支援は、本人の意向を確認しながら重症化のリスクを伝えることで行った。また、介護タクシーが休日に動かないことや、臥床状態での移動が必要であることを話し合い、病院への救急搬送を C氏と共に決定した。係りつけ病院への状態報告と受け入れ調整、救急隊到着時の状態報告やケアマネージャーへの報告を行い、受診後に尿路感染症の診断で入院した。以下に、本事例での対応をクリティカルケア分野において期待される能力に併せて検討する。
迅速な病態判断から、タイムリーな細胞外液点滴施行までの場面では、「あらゆる場で急性期にある患者の症状及び重症度・緊急度に応じて、高い臨床推論力と病態判断力に基づき、問題の優先順位を迅速に判断し、適切な初期対応を行うことができる」と、「急性かつ重篤な患者の健康問題をアセスメントし、高い臨床推論力と病態判断力に基づいた重篤化回避及び早期回復の向けた実践を行うことができる」の項目が該当する。
受診に繋げる意思決定支援から、搬送手段決定までの場面では、「あらゆる場で急性期にある患者と家族に対し、心理・社会状況をアセスメントし適切な支援を行うことができる」の項目が該当する。
係りつけ病院の受け入れ調整から、救急隊到着時の状態報告やケアマネージャーへの報告の場面では、「クリティカルケア分野において、多職種と協働しチーム医療のキーパーソンとして、役割を果たすことができる」の項目が該当する。また、一連の患者対応を通して、「クリティカルケア分野において、患者・家族の権利を擁護し、自己決定を尊重した看護を実践できる」の項目が該当した。在宅医療の場において、認定看護師の能力の重要性が示唆された。
【おわりに】
現在、認定看護師が実践する場の多くは病院である。今回検討した結果から、認定看護師が地域医療の場で実践することの意義は非常に大きいといえる。更なる高齢化に伴い、在宅医療へのニーズが増していく中で、多くの認定看護師が地域で活躍できることが望ましい。

(2019年10月5日(土) 13:30 〜 14:50 RTD会場)

[RTD14-5] 救急領域の意思決定支援における取り組み

○村松 武明[1], 尾田 優美子[2] （1.聖隷三方原病院　高度救命救急センター, 2.社会福祉法人　聖隷福祉事業団 訪問看護ステーション細江）

©一般社団法人 日本救急看護学会

【はじめに】
救急外来では、急な体調変化や事故など外傷で重症な状態で救急車搬送されることがある。患者本人の意識が不明瞭で受け答えができない場合は、家族などに病状説明や治療について説明し、患者に変わって代理意思決定をすることになる。しかし、多くの場合は、急なことで動揺が強く現状を飲み込めないことや、患者本人ともしもの時について話しをしていないことがあり、「お任せするしかない」といった返答となることがある。 A病院と密に連携している B訪問看護ステーションにおいても、利用者の救急受診の場合、どこまでの治療を望むのか、本人の意思が家族も含め曖昧なことが多い現状があった。救急と在宅医療の連携充実には、意思決定と表明が重要な課題の一つとしてあげられており、意思決定と表明に対する支援が重要であると考え、救急看護の立場から支援体制の構築に取り組むことにした。

【目的】
患者本人が病気や外傷などで「もしもの場合の治療」について意思決定と表明ができるための支援体制を構築する。

【具体的な活動内容と結果】
B訪問看護ステーションと協働し、意思決定支援プロジェクトチーム（以下チーム）を立ち上げ、訪問看護ステーション利用者を対象として意思決定支援シート（以下シート）作成に取り組んだ。チーム員は、病院・訪問看護師、大学教員、社会福祉士、地域包括ケア施設職員、介護福祉施設職員から構成し、シート作成には、チームの中でワーキンググループを立ち上げた。

シートについては、すでに取り組んでいる地方自治体があり、複数の自治体の担当者と地域の医療や意思決定における現状や問題点など検討の場を設けた。検討からの意見やチームで会議を繰り返し作成した。また、作成と並行し A病院看護師、地域の訪問看護ステーション、介護福祉施設、ケアマネージャーなど地域の医療・福祉に関わる職員を対象に意思決定支援における研修を行い、加えて使用していく訪問看護師へは、意思決定支援やシートの学習会を複数行った。さらに、医師会や B訪問看護ステーションで診療を依頼している診療所や病院などにも説明し理解を得られるようにした。どの職種においても意思決定支援の重要性を理解でき、訪問看護師がシートを使用し展開する意思決定支援についても賛同を得ることができた。

シートは、完成し運用開始となった。しかし、開始3ヶ月後の訪問看護師への聞き取りでは、「どのように話し始めていけばいいか難しい」や「聞き取る内容が重複して進め方に困る」など使用していく上で困難な意見が聞かれ、シート使用が円滑に進んでいない現状がわかった。

【評価と今後の課題】
シートは、訪問看護の中で円滑に活用できていない現状がある。その要因の一つとしては、利用者と関係性が保たれていても、意思決定支援に対してこれまで実践経験がなく、何をどこから話しをすれば良いのか、話しをする一歩が大きな壁であると考えられた。そのため、シミュレーションなどトレーニングを活用し訪問看護師が少しでもイメージ化できるよう働きかけていく必要がある。また、シートの見直しをすること、利用者をはじめとした地域住民への救急医療の実際を理解してもらい、意思決定について考える機会を作ること、意思決定に関わることが多くなるケアマネージャーに対しても意思決定支援における研修の開催などが必要になると考えている。

©一般社団法人 日本救急看護学会

一般演題（ラウンドテーブルディスカッション (RTD)） | その他

[RTD15] RTD（ CN）15群 その他③

座長:門馬 治(日本医科大学武蔵小杉病院)

2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:20 RTD会場 (2F 国際会議室)

[RTD15-2] A病院における院内救急医療体制構築に向けた救急看護認定看護師としての活動

○石井 美保子 （長崎みなとメディカルセンター）

[RTD15-3] 術直前に心停止となった患者家族への経験則からの看護介入

○平尾 明美 （神戸大学医学部附属病院）

[RTD15-4] 救急看護特定認定看護師としての活動の現状と課題 -ジェネラリストの素養を持ったスペシャリストとして-

○辻 俊行 （岐阜大学医学部附属病院高度救命救急センター）

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:20 RTD会場)

[RTD15-2] A病院における院内救急医療体制構築に向けた救急看護認定看護師としての活動

○石井 美保子 （長崎みなとメディカルセンター）

1.はじめに

A病院の院内救急医療体制は、コードブルー体制（以下ハートコールとする）は数年前から開始されているが、年間数件の発動となっており、ほとんどのファーストコールは主治医、当直医コールとなっている。また、RRS（ Rapid Response System）構築も困難であり、院内救急医療体制の課題は山積している。今回、 A病院の院内救急医療体制の構築に向けて、救急看護認定看護師としての活動について報告する。

2、研究目的

A病院の病院内救急医療体制の課題と救急看護認定看護師の活動について検討する

３.研究方法

１） A病院の病院内救急医療体制の課題の抽出

２）病院内救急医療体制の構築のための救急看護認定看護師の活動を検討

４.倫理的配慮

本研究は、長崎みなとメディカルセンターの倫理委員会にて承認を得た。

５.結果

１） A病院の病院内救急医療体制の課題の抽出

①ハートコールの分析

平成27年は6件であり、また、28年においても6件であった。しかし、平成29年においては、24件と増加した。その24件を分析した結果、心肺停止例が15件（62%）、心肺停止以外が9件（38%）であり、心肺停止事例において、心肺停止前に気づいている症例は10件（67%）、不明症例は5件（33%）であった。心肺停止する前に気づいた症例10件の全ての症例において、バイタルサインの異常が認められており、呼吸の異常については、9件（90%）見られていた。

②救急科医師の対応

救急医が不在の為、院内救急医療体制の構築として、リーダシップをとる医師がおらず、また、ハートコール後の振り返りを行うシステムもなく、個々、チーム医療としての課題や院内救急医療体制を構築させる話し合う機会も難しい状況である。

２）病院内救急医療体制の構築のための認定看護師の活動を検討

①院内教育

©一般社団法人 日本救急看護学会

平成27年より、全職員対象の BLS研修の実施について徹底し、新人看護師には患者急変対応を実施した。平成28年、29年、30年には、新人看護師を対象に「気づきコース（４時間）、」全看護職員についても「気づきコース（90分）」を行い、特に、ハートコール体勢を浸透させるために誰でも発動できる事を周知した。また、任意のコースではあるが、看護職員を対象に、急変対応コース（270分；90分×3）を開始させた。

②院内相談（コンサルテーション）

平成29年10月より、ハートコール後の報告書の提出を義務付け、すべての事例ではないが、各病棟から依頼があった場合や報告書の内容で振り返る必要がある場合に限って、病棟や対応した看護師と話し合う機会を作ることができている。

6.考察

院内救急医療体制の課題として、ハートコール件数が少ないことを問題視しており、ハートコール体制の周知として、 BLSをはじめ、院内急変対応の研修を行うことで、ハートコールの発動件数が増え、教育の一定の効果があったと考える。心肺停止前のハートコールも増えているが、10件のハートコールは実際に気づいているにも関わらずハートコール、主治医コールがされていなかった。遡及的に RRSの構築を図る必要はあるが、医師の体制も含め、今後の大きな課題である。ハートコール後の報告書提出を義務化し、かつ、振り返る場を設けることで、今まで見えてこなかった、現場の問題点を抽出することができ、迅速にその課題について対応することも可能となった。

(2019年10月5日(土) 15:00 〜 16:20 RTD会場)

[RTD15-3] 術直前に心停止となった患者家族への経験則からの看護介入

○平尾 明美 （神戸大学医学部附属病院）

はじめに

救急搬送された患者は、治療を受けるために手術室へ急遽移動することがある。患者とその家族は、治療中にも生命危機に直面した状況が続く。緊急搬送されたことの心理的負荷に加えてそれらの状況を受け入るための家族危機の回避やそれ以降の経過の受け入れについて家族員への看護介入が必要である。今回、手術治療直前に心停止となった患者家族看護について経験則をもとにした関わりを続け、家族員の生活再構築に至った事例について報告する。

目的

術前に心停止となり術後回復にも時間を要する可能性が高い家族員への家族看護を行い、家族危機を回避する。

方法

1．事例紹介　患者は50代男性、突然の痛みを訴え、救急車要請され救急部搬送された。解離性大動脈瘤の診断で緊急手術を受けたが、直前に瘤破裂による心停止となった。手術は予定通り行われたが、術後心停止の影響と思われる広範囲脳梗塞を併発した。

2．介入方法

患者の年齢、心停止に至った経緯から患者家族の危機的状況を予測した看護師から術直後にコンサルテーションをうけた。患者の状態に留意しながら家族員に接触し、患者の病状認識、家族員の支援状況、家族員

©一般社団法人 日本救急看護学会

の疲労度などの情報を得、看護介入を行った。

倫理的配慮
　データの解釈に必要な情報以外の記載は行わず、不必要な個人情報を記載しない。なお、発表に際して所属施設看護部の確認を得た。

結果
【術当日】病状説明として家族の状況について病状認識、家族員の支援の情報を家族員から収集した。患者は妻と大学生の子ども一人と同居、長子は県外の大学に在学中。術直後の病状説明では妻から意識回復についての質問があり、医師からは鎮静中であり数日かかるか、意識が戻らないかは現時点では分からない事が伝えられていた。家族員のほか、妻と患者の親族も家族控え室におり、一族で妻を支えていることが会話内容からも把握できた。この時点で危機状況には至っていない判断した。患者は中枢性の発熱がみられた。
【術後2日目】医師から広範囲脳梗塞と説明がされた。妻は「目を覚まさないのか」と動揺を見せた。病状説明後、妻に「目を覚ます」とはどんなことなのかを尋ねたところ「目を開けて生きていてくれるだけで良いです」といった。医療者は目を覚ますことを会話ができるととらえているが、妻の希望は生きて欲しいであった。病院に詰めていようとするため、帰宅しベッドで眠ることを勧めた。
【術後10日目】医師から意識の回復は望めないだろうと説明を受けた。病状説明後、遷延性意識障害から回復した患者看護の経験則から、現在の反応から時間はかかるが、開眼やわずかな反応がみられ、今後視線が合う可能性もあることを伝え希望をつないだ。また、転院しての長期療養が予測されることから今後の生活設計について面談を行った。

考察
　心臓手術術後脳症の発生頻度は0.8～5.2％と言われ脳梗塞は2～5％との報告がある。今回の患者は救急患者でかつ破裂をしており、致死的脳障害に陥る可能性があった。医療者は第一義的に生命の危機を回避することに集中し、術後脳症が確実になった時点で回復が難しいとの判断に至った。しかし、家族にとっては生命が維持されることと開眼することが「生きている」ことの証しであり意識回復のために家族ができる事は行いたいと考えていた。
　看護介入としては、患者の状況に応じて病状の理解を確認するとともに療養の長期化が予測される時点で家族員の社会生活への復帰のめどについての示唆を行った。このことにより自宅療養を含めて長期的に患者を支えていくための家族員の社会生活あり方の予測に繋がり家族員の心理的安定性にも繋がったと考える。

(2019年10月5日(土) 15:00 ～ 16:20 RTD会場)

[RTD15-4] 救急看護特定認定看護師としての活動の現状と課題 -ジェネラリストの素養を持ったスペシャリストとして-

○辻 俊行 （岐阜大学医学部附属病院高度救命救急センター）

【はじめに】

　団塊の世代が75歳以上となる2025年には、超高齢化社会となり、医療を必要とする患者と医療を供給する医療者の医療の需給バランスが崩れる危険性がある。そのバランスを保持するため、全ての看護分野を俯瞰的に見ることができる高水準なジェネラリスト看護師の必要性が高くなっている。このような看護師を育成する手段の一つに、特定行為に係る看護師研修があると考える。私は平成28年度に、公益社団法人日本看護協会の特定行為研修「救急・集中ケアモデル」を受講し、5区分14行為の研修を修了した。この研修で、ジェネラリストに求められる高い知識や技術を習得し、それを私自身の専門分野（救急看護）に活かすため、日々切磋琢磨している。本セッションでは、救急・集中治療領域におけるジェネラリストの素養を持ったスペシャリスト（救急看護特定認

©一般社団法人 日本救急看護学会

定看護師）としての活動と課題を報告する。

【報告期間】

平成29年4月から平成31年3月までの救急看護特定認定看護師としての活動を報告する。本報告について、Ａ病院の倫理審査委員会の承認を得ている。

【活動内容】

特定行為研修修了後、部署（高度救命救急センター）の看護の問題を SWOT分析し、平成29年度は人工呼吸器からの早期離脱を目標に取り組んだ。特定行為手順書に基づき実践し、多職種の協力も得ながら取り組めたことで、人工呼吸器からの早期離脱に寄与できた。また、この取り組みを通し、スタッフと共に人工呼吸管理患者の覚醒を促し、離床を目指す必要性を強く感じた。そのため、平成30年度は、看護師が適切に鎮静管理できることを目標に取り組んだ。鎮静管理の学習会の開催、鎮静管理の取り決め・鎮静プロトコルの作成をしたことで、スタッフが適切な鎮静管理を実施できるようになり始めた。

また、平成30年と平成31年の2月～3月、日本看護協会の特定行為研修「救急・集中ケアモデル」の実習生をＡ病院で受け入れた。私は実習調整者として、実習生とディスカッションしたり、医師と実習生のコーディネーターとして関わり、医療事故なく安全に実習を終えることができた。

【考察】

これらの実践の取り組みは、研修で身に付けた臨床推論、薬物動態学など多職種の思考過程を活用し、チームのハブ的役割として、チーム医療の活性化に寄与でき得られた結果であると考える。また、Ａ病院には特定行為研修に係る委員会が設置されているため、安全に円滑に実習が行えたと考える。

一方、Ａ病院には特定認定看護師は私一人であり、一人だけでは患者・家族及び集団に対して、臨床推論力と病態判断力に基づき、個別性のある専門的な看護実践を継続して行うことは難しい。そのため、今後、特定認定看護師を増やし、患者の状態に合わせたタイムリーな看護実践を行い継続することで、患者の外来待ち時間の短縮、重症化の予防、早期社会復帰を目指した質の高い医療を効率的に提供していく必要がある。さらに、救急・集中治療領域におけるジェネラリストの素養を持ったスペシャリスト、救急看護特定認定看護師として、救急・集中治療領域の看護の質を向上させるために、よりよく働ける組織を構築していくことも急務であると考える。

©一般社団法人 日本救急看護学会

ポスター(貼付・撤去)

[PoS3] ポスター貼付

2019年10月5日(土) 08:15 ～ 08:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoS3] ポスター貼付

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 08:15 〜 08:50 RTD会場)

[PoS3] ポスター貼付

©一般社団法人 日本救急看護学会

ポスター(貼付・撤去)

[PoR3] ポスター撤去

2019年10月5日(土) 16:20 ～ 17:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoR3] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 16:20 〜 17:00 RTD会場)

[PoR3] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

ポスター(貼付・撤去)

[PoS4] ポスター貼付

2019年10月5日(土) 08:15 ～ 08:50 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoS4] ポスター貼付

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 08:15 〜 08:50 RTD会場)

[PoS4] ポスター貼付

©一般社団法人 日本救急看護学会

ポスター(貼付・撤去)

[PoR4] ポスター撤去

2019年10月5日(土) 16:20 ～ 17:00 RTD会場 (2F 国際会議室)

[PoR4] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 16:20 〜 17:00 RTD会場)

[PoR4] ポスター撤去

©一般社団法人 日本救急看護学会

閉会式

[CL] 閉会式

2019年10月5日(土) 16:30 〜 16:40 第1会場 (2F コンベンションホールA)

[CL] 閉会式

©一般社団法人 日本救急看護学会

(2019年10月5日(土) 16:30 〜 16:40 第1会場)

[CL] 閉会式

©一般社団法人 日本救急看護学会