

会期を通じた開催

会長講演

[PL] 会長講演

演者 作田裕美（大阪市立大学大学院看護学研究科 教授/滋賀医科大学医学部臨床腫瘍学講座 客員教授）

[PL-01] 危機の時代と救急看護

○作田 裕美¹（1. 大阪市立大学大学院看護学研究科 教授 / 滋賀医科大学医学部臨床腫瘍学講座 客員教授）

特別講演

[SL1] 特別講演1

演者 坂本すが（東京医療保健大学 医療保健学部看護学科 副学長）

[SL1-01] 看護の開示ー危機は透明化のチャンスー

○坂本 すが¹（1. 東京医療保健大学 医療保健学部看護学科 副学長）

特別講演

[SL2] 特別講演2

演者 藤井聡（京都大学大学院工学研究科 都市社会工学専攻 教授）

[SL2-01] 「コロナ禍」における「人災」の構造と、日本の脆弱性の本質

○藤井 聡¹（1. 京都大学大学院工学研究科 都市社会工学専攻 教授）

教育講演

[EL1] 教育講演1

演者 谷口真由美（大阪芸術大学 客員准教授）

[EL1-01] 今だからこそ考える「人権」

○谷口 真由美¹（1. 大阪芸術大学 客員准教授）

教育講演

[EL2] 教育講演2

演者 斧出節子（京都華頂大学現代家政学部 現代家政学科 教授）

[EL2-01] 人生100年時代を働く女性のライフコースー多様な選択肢と well-beingー

○斧出 節子¹（1. 京都華頂大学現代家政学部 現代家政学科 教授）

教育講演

[EL3] 教育講演3

演者 福原宏幸（大阪市立大学）

[EL3-01] 大阪の「あいりん地区」の変容と今後の課題

○福原 宏幸¹（1. 大阪市立大学）

教育講演

[EL4] 教育講演4

演者 溝端康光（大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学 教授）

[EL4-01] 救急初期診療における臨床推論の実際

○溝端 康光¹（1. 大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学 教授）

教育講演

[EL5] 教育講演5

演者 河田恵昭（関西大学社会安全学部 社会安全研究センター長・特別任命教授）

[EL5-01] コロナ・パンデミックは都市災害だー感染症の専門家だけでは制御不可能ー

○河田 恵昭¹（1. 関西大学社会安全学部 社会安全研究センター長・特別任命教授）

教育講演

[EL6] 教育講演6

演者 木澤晃代（日本大学病院 看護部 看護部長）

[EL6-01] 救急医療における看護師の危機対応能力

○木澤 晃代¹（1. 日本大学病院 看護部 看護部長）

教育講演

[EL7] 教育講演7

演者 村上正泰（山形大学大学院医学系研究科 医療政策学講座 教授）

[EL7-01] 人口構造・社会環境の変化と医療提供体制改革

○村上 正泰¹（1. 山形大学大学院医学系研究科 医療政策学講座 教授）

教育講演

[EL8] 教育講演8

演者 勝原裕美子（オフィスKATSUHARA 代表）

[EL8-01] 生きることをつなぐ救急医療の現場で看護師がキャリアを積むということ

○勝原 裕美子¹（1. オフィスKATSUHARA 代表）

教育講演

[EL9] 教育講演9

演者 森田栄伸（島根大学医学部 皮膚科学 教授）

[EL9-01] 重症熱傷の評価と管理

○森田 栄伸¹（1. 島根大学医学部 皮膚科学 教授）

教育講演

[EL10] 教育講演10

演者 毎原敏郎（兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 周産期医療センター長・小児救命救急センター長・小児科科長）

[EL10-01] 救急看護師が子ども虐待に出会うとき

○毎原 敏郎¹（1. 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児

科 周産期医療センター長・小児救命救急センター長・小児科科長)

教育講演

[EL11] 教育講演11

演者 松田亮三 (立命館大学産業社会学部 教授/人間科学研究所 所長)

[EL11-01] 貧困・社会経済格差と不健康—医療利用の背景をふまえた多面的支援

○松田 亮三¹ (1. 立命館大学産業社会学部 教授/人間科学研究所 所長)

教育講演

[EL12] 教育講演12

演者 大島堅一 (龍谷大学政策学部 教授)

[EL12-01] エネルギー環境問題の現段階～ 人間社会への影響と政策

○大島 堅一¹ (1. 龍谷大学政策学部 教授)

シンポジウム

[SY1] シンポジウム1

座長 森田 孝子
(元横浜創英大学 看護学部 看護学学科 元学部長・教授/日本救急看護学会 監事)

阿久津 功
(医療法人辰星会 柘記念病院 看護管理室 看護部長・災害救急医療部 副部長)

[SY1-01] 救急及び災害現場における救急看護実践に伴う二次的トラウマの現状

○川谷 陽子¹ (1. 愛知医科大学病院 高度救命救急センター)

[SY1-02] 支援者の二次的トラウマの予防—個人が行う事と組織が行う事—

○関根 剛¹ (1. 大分県立看護科学大学 看護学部 看護学科人間関係学教室 准教授)

[SY1-03] 救急看護領域における二次的外傷性ストレスの予防とセルフケア 精神看護専門看護師の立場から

○武用 百子¹ (1. 和歌山県立医科大学 看護キャリア開発センター 副センター長・臨床教育准教授・精神看護専門看護師)

シンポジウム

[SY2] シンポジウム2

座長 江川 幸二 (神戸市看護大学 急性期看護学分野 教授)
三上 剛人 (吉田学園 医療歯科専門学校 救急救命学 学科長・副校長補佐)

[SY2-01] あいりん地域(釜ヶ崎)の歴史的背景と生活問題か

ら医療を考える

○奥村 晴彦¹ (1. 大阪社会医療センター付属病院 医療ソーシャルワーカー・精神保健福祉士)

[SY2-02] 救命救急センターに救急搬送された路上生活者の検討

○田熊 清継¹ (1. 川崎市立川崎病院 救命救急センター 所長)

[SY2-03] 都市部のホームレスの健康問題と支援する医療体制

○森 亮太¹ (1. 医療法人 八事の森 杉浦医院 理事長)

シンポジウム

[SY3] シンポジウム3

座長 豊嶋 三枝子 (大東文化大学 スポーツ・健康科学部 看護学科)
増山 純二 (学校法人 巨樹の会 大学設置準備室)

[SY3-01] 移民問題を考える視点—移民受入促進が我が国社会経済に与える影響と国の施策の課題

○室伏 謙一¹ (1. 室伏政策研究室 代表 政策コンサルタント)

[SY3-02] 外国人看護師の看護実践の現状と課題に関する文献的考察

○大谷 則子¹ (1. 和洋女子大学看護学部 看護学科 准教授)

[SY3-03] 外国人受け入れ政策—外国人労働者の就労問題・健康問題

○新垣 智子¹ (1. 地方独立行政法人りんくう総合医療センター 看護局 外来副看護師長/国際診療科)

シンポジウム

[SY4] シンポジウム4

座長 芝田 里花 (日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室 看護副部長)
清村 紀子 (大分大学大学院 教授)

[SY4-01] 医師の働き方改革がもたらす救急看護の変化

○加藤 正哉¹ (1. 和歌山県立医科大学 救急集中治療医学講座 教授)

[SY4-02] 救急初療における救急看護師の新たな役割

○増山 純二¹ (1. 学校法人 巨樹の会 大学設置準備室)

[SY4-03] 法整備を想定した教育と院内救急救命士の働き方

○秋田 健太郎¹ (1. 医療法人 沖繩徳洲会 神戸徳洲会病院 救急救命士科 主任)

パネルディスカッション

[PD1] パネルディスカッション1

座長 藤原 正恵 (大阪青山大学 健康科学部看護学科 教授)

山崎 早苗（東海大学医学部付属病院 看護部 看護師長）

[PD1-01] フライトナースの未来を考える

○高野 裕子¹（1. 和歌山県立医科大学附属病院）

[PD1-02] 都市におけるドクターカー出動の問題点と今後の展望

○井上 佳世¹（1. 大阪市立大学医学部附属病院 救命救急センター）

[PD1-03] その人らしくをどう支えるか？

～訪問看護師の立場から～

○宮原 めぐみ¹（1. ペガサス訪問看護ステーション石津北 訪問看護 所長）

[PD1-04] 院内救急看護の現状と今後の課題

○嶋田 安希¹（1. 大津赤十字病院高度救命救急センター集中治療室・救急外来）

パネルディスカッション

[PD2] パネルディスカッション2

座長 三橋 睦子（久留米大学 医学部看護学科 教授・学科長）
寺師 榮（東洋医療専門学校 救急救命士学科 顧問）

[PD2-01] 限界集落と住民の福祉—水源の里・綾部のコミュニティ・ナースを事例に—

○杉岡 秀紀¹（1. 福知山公立大学 地域経営学部 准教授）

[PD2-02] へき地における地域医療の現状について

○岡 裕也¹、横田 修²、菅波 祐太²、西脇 健太郎³（1. 公益社団法人 地域医療振興協会 揖斐川町春日診療所、2. 同 揖斐川町久瀬診療所、3. 同 揖斐川町谷汲中央診療所）

[PD2-03] いのちを守る新しい絆—限界集落で生きる高齢者の健康を脅かす問題と対策—

○岩井 恵子¹（1. 関西医療大学保健看護学部 保健看護学科 教授）

[PD2-04] 限界集落の暮らしと高齢者の終末ケアの支援

○中村 陽子¹（1. 龍谷大学 文学部 実践真宗学研究科 教授）

パネルディスカッション

[PD3] パネルディスカッション3

座長 中谷 茂子（医療法人マックスシール異病院 看護部 副院長）
本田 可奈子（滋賀県立大学人間看護学部 基礎看護学講座 教授）

[PD3-01] 医療従事者として救急搬送患者となった経験からの学び

○稲村 あづさ¹（1. 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 看護師長）

[PD3-02] 救急要請の実態～今後の救急車利用はどうあるべきかを考える～

○小田 浩文¹（1. 大津市消防局 警防課 課長補佐）

[PD3-03] 救急隊覚知データから見た大阪府における救急搬送の課題とその解決

○山本 啓雅¹、木村 義成²、溝端 康光¹（1. 大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学、2. 大阪市立大学大学院文学研究科 地理学教室）

[PD3-04] 119番の危機～和歌山二次医療圏・急性期病院の救急医療体制の現状と課題～

○阿部 雅美¹（1. 日本赤十字社和歌山医療センター 看護部 看護師長）

パネルディスカッション

[PD4] パネルディスカッション4

座長 松月 みどり（東京医療保健大学 和歌山看護学部 教授）
杉元 佐知子（奈良県総合医療センター 看護部 副院長・看護部長）

[PD4-01] 救命医療と倫理

○安田 冬彦¹（1. 医療法人社団 洛和会 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER 所長）

[PD4-02] 1300年前、医療福祉政策は奈良から始まった

○狭川 普文¹（1. 華厳宗管長・第223世東大寺別当 / 社会福祉法人東大寺福祉事業団総裁）

[PD4-03] 社会的救命：救命はしたけれど課題を残したケアの体験

○太田 裕子¹（1. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 医療福祉相談室 医療社会事業専門職）

[PD4-04] 命を救う行為の意味～救命救急センター搬入事例の検討を通じて

○阿部 美佐子¹（1. 大阪市立大学医学部附属病院 看護部）

市民公開講座

[CS] 市民公開講座

演者 山畑佳篤（京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学）

[CS-01] 心肺蘇生法の最新レ・シ・ピ♥ ～ウィズコロナ時代にも安心・安全な蘇生と訓練を～

○山畑 佳篤¹（1. 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学）

会員企画セッション

[MS1] 会員企画セッション1

企画者 星豪人（医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院）

[MS1-01] 院外心停止と学校での救命教育の現状

○名知 祥¹（1. 岐阜大学医学部附属病院 高次救命治療センター）

[MS1-02] 子どもたちの命を守るために

○前重 奈緒¹ (1. 松前木材店)

[MS1-03] 中学校における PUSHコースへの取り組み：人を助ける心を育む教育

○相田 真理¹ (1. 関西学院 中学部)

[MS1-04] 小学校教員の「救命教育」拡大へ看護師の関わりと展望

～日本 AED財団 School部会フォーラムの開催を通して～

○野村 宜伸¹、伊藤 裕介²、千田 いずみ³ (1. 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会千里病院 ICU所属 主任、2. 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会千里病院千里救命救急センター、3. 明治国際医療大学 救急救命学 科)

会員企画セッション

[MS2] 会員企画セッション2

企画者 瀧澤 紘輝 (神戸市立西神戸医療センター)

[MS2-01] みんなで学ぶ救急現場のアセスメント

○瀧澤 紘輝¹、清水 克彦²、久保田 大樹²、井上 佳世³、高見 祥代⁴、中田 徹朗⁵、立助 恵子⁶ (1. 神戸市立西神戸医療センター、2. 京都医療センター、3. 大阪市立大学医学部附属病院、4. 市立福知山市民病院、5. 宝塚市立病院、6. 神戸掖済会病院)

ワークショップ

[WS1] ワークショップ1

外傷看護委員会

[WS3-01] 特殊外傷対応の極意

○日本救急看護学会 外傷看護委員会¹、小池 伸享¹、後小路 隆¹、小越 優子¹、笠原 真弓¹、苑田 裕樹¹、富岡 小百合¹、山中 雄一¹、和田 孝¹、佐藤 恵明¹ (1. 外傷看護委員会)

ワークショップ

[WS2] ワークショップ2

救急電話相談トリアージ委員会

[WS5-01] 我が国の救急電話相談トリアージの現状と課題

○赤尾 いづみ¹、○船木 淳¹、○伊藤 雪絵¹、○平柳 和奈¹、○印東 真奈美¹ (1. 救急電話相談トリアージ委員会)

交流集会

[EM1] 交流集会1

トリアージ委員会

[EM1-01] COVID-19に伴う感染スクリーニングの重要性とトリアージにおける課題

吉田 栄里¹、黒田 啓子¹、西塔 依久美¹、佐藤 加代子¹、林 幸子¹、村上 香織¹、横田 由佳¹、吉川 英里¹、○芝田 里花¹、日本救急看護学会 トリアージ委員会 (1. トリアージ委員会)

交流集会

[EM2] 交流集会2

日本救急看護認定看護師会

[EM4-01] 救急看護師の危機的場面とその対応

○笠原 真弓¹、丹羽 由美子¹、小池 伸享¹ (1. 日本救急看護認定看護師会)

交流集会

[EM3] 交流集会3

教育委員会

[EM6-01] 救急看護クリニカルラダー ～これからの活用性～

日本救急看護学会 教育委員会¹、○浅香 えみ子¹、○坂田 久美子¹、○有澤 文孝¹、○川原 千香子¹、○久間 朝子¹、○平尾 明美¹、○源本 尚美¹ (1. 教育委員会)

交流集会

[EM4] 交流集会4

プレホスピタルケア委員会

[EM9-01] ドクターカーナースの教育プログラムの策定に向けた検討

○日本救急看護学会 プレホスピタルケア委員会¹、伊藤 敬介²、佐藤 恵明³、大山 太⁴、大瀧 友紀⁵、神谷 弥生⁶、佐々智 宏⁷、城田 智之⁸、福士 博之⁹、福田 ひろみ¹⁰ (1. プレホスピタルケア委員会、2. 委員長/高知医療センター、3. 担当理事/日本医科大学付属病院、4. 東海大学、5. 聖隷三方原病院、6. 半田市立半田病院、7. 広島大学病院、8. 前橋赤十字病院、9. 中津川市民病院、10. 徳島赤十字病院)

交流集会

[EM5] 交流集会5

医療政策委員会

[EM11-01] 救急看護認定看護師の活動実態と今後の救急看護実践の展望

○日本救急看護学会 医療政策委員会¹、伊藤 雪絵¹、木澤 晃代¹、城丸 瑞恵¹、菅原 美樹¹、松月 みどり¹、山口 真有美¹、箱崎 恵理、長谷川 正志 (1. 医療政策委員会)

共催セミナー

[CS1] 二次救急外来での IPエコーの活用について～診

療看護師としての働きと活用法～

演者：若月優子（板橋中央総合病院 救急外来 診療看護師）
共催：ニプロ株式会社

[CS1] ニプロ株式会社

一般演題 | 救急外来看護

[O1] 一般演題1

- [O1-01] 救急看護経験が少ない看護師に対する外傷初期看護に関する部署内教育
○小高 貴直¹、小池 加谷¹、須田 貴之¹、中井 紘平²（1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター、2. 日本赤十字社 大阪赤十字病院 集中治療部）
- [O1-02] ACS患者の Door to Balloon Timeに影響する要因についての文献検討
○若松 友香¹、皆吉 採香¹、平林 幸恵¹、肥後 昌代¹（1. 鹿児島大学病院）
- [O1-03] 自動心肺蘇生器により有害事象が発生した患者の家族に対する救急外来看護師の思いと看護の実際
○藤田 正美¹、伊藤 美穂¹、加藤 孝明¹（1. 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院）
- [O1-04] 救急搬送後に帰宅支援が必要な患者の特徴
○大麻 康之¹、岡崎 啓¹、西浦 明菜¹、山口 雅子¹、坂本 美紀¹（1. 高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター）
- [O1-05] 体系的アプローチを取り入れた救急外来看護記録の取り組みとその効果
○後小路 隆¹、小川 奈奈¹、弓掛 良一¹、九十九 俊充¹（1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院）
- [O1-06] 救急入院の病床決定における National early warning score（NEWS）の有用性の検証
○石川 郁代¹（1. 姫路聖マリア病院）
- [O1-07] 休日・夜間救急外来業務に携わる看護師の思いと必要とされる支援
○渡邊 浩子¹、立原 美穂¹（1. 水戸赤十字病院）
- [O1-08] Door to balloon timeの現状と課題
○鏡 顕¹、加藤 朋子¹、佐藤 真実¹（1. 山形県立中央病院 救急室）
- [O1-09] 急性期脳梗塞治療における時間短縮へ向けた体制整備～ Hybrid ERでの初期診療～
○高橋 龍矢¹、久家 典子¹、日向 千尋¹、豊田 美月¹、岡田 美紀¹、山本 裕梨子¹（1. 兵庫県災害医療センター）
- [O1-10] 救命救急センター看護師のエンゼルケアに関する問題点
○別役 祐弥¹、三本 彩可¹、宮川 佑紀¹、池澤 友朗¹、酒井 由夏¹、町田 清史¹（1. 医療法人近森会近森病院救命

救急センター）

- [O1-11] 救急外来における終末期ケアの初動～終末期であると告知された場面の一考察～
○新間 月乃¹、下山 佳奈子¹、中村 祥英²（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 CU/CCU）
- [O1-12] 胸痛・頭痛・けいれん症状に対する救急外来看護師の自信の変化
○三宅 真由美¹、丸島 久美¹（1. 東京都立大塚病院）
- [O1-13] Door to Puncture Time短縮を目指した取り組み～急性期血行再建フローチャートの開発～
○滝沢 拓也¹、関山 裕一¹、城田 智之¹、小池 伸享¹（1. 前橋赤十字病院 高度救命救急センター）
- [O1-14] 救急外来を受診した高齢者が帰宅に不安を訴える内容調査
○西浦 亮介¹、馬場 友子¹（1. 市立岸和田市民病院 救急センター）
- [O1-15] 患者家族支援を目的としたカンファレンスから見た、救急外来看護師と病棟看護師の視点の相違
○星野 正裕¹、江上 千晶¹（1. 北里大学病院救命救急病棟）
- [O1-16] 脳梗塞血栓回収術の来院から治療室搬入までの時間短縮にむけて
～看護師が介入できることは～
○権田 海代子¹、住吉 さやか¹、道端 育子¹、渡邊 岳人¹（1. 福岡和白病院 総合診療救急科）
- [O1-18] 救急外来の看護師に対する患者満足度の現状
○藤本 幸子¹、上野 裕美子¹、浦部 涼子¹（1. 島根県立中央病院救命救急外来看護科）
- [O1-19] 救急外来での帰宅指導内容の充実を目指して～帰宅パンフレットの作成を通して～
○大倉 郁¹、阪口 会里¹（1. 医療法人 明和病院 看護部）
- [O1-20] 感染性心内膜炎による20代の感染性脳動脈瘤破裂症例の初期対応を経験して
○吉野 暁子¹（1. 埼玉医科大学国際医療センター）
- [O1-21] わが国の救急外来における救急電話相談対応に関する文献検討
○今井 亮¹（1. 文京学院大学保健医療技術学部看護学科）
- [O1-22] 救急外来での Rapid Response System起動における既存基準と NEWS2の有用性の検証
○門田 清孝¹、牛尾 哲平¹、恒松 美輪子³、梯 正之³、中村 歩未¹、二宮 彩乃¹、真砂 美咲²、佐々邊 やよい¹（1. 広島大学病院、2. 公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センター、3. 広島大学大学院 医系科学

研究科 健康情報学)

[O1-23] A病院の救急外来で勤務する病院内救急救命士の思い

○弓掛 良一¹、後小路 隆¹、九十九 俊充¹ (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)

[O1-24] ガイドラインに準じた心不全患者の救急対応

○杉本 とも子¹、宇高 幸¹、舩谷 元丸¹ (1. 医療法人伯鳳会 はくほう会セントラル病院)

[O1-25] 救急外来を受診後に帰宅する患者への支援策についての文献検討

○寺本 千恵¹ (1. 広島大学大学院医系科学研究科成人健康学)

一般演題 | プレホスピタルケア

[O2] 一般演題2

[O2-01] 大学生を対象とした救命行動実施の有無別による倒れた人に遭遇した後の救助意欲の実態

○馬場 小百合¹、佐藤 隆平²、西山 知佳² (1. 京都大学医学部人間健康科学科、2. 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 クリティカルケア看護学分野)

[O2-02] ドクターカー同乗看護師が持つストレス対処能力に関する調査

○永堀 望美¹ (1. 済生会山口総合病院)

[O2-03] A病院ドクターカーナースにおける現場活動の現状と課題 ~現場活動調査から見えた役割~

○福士 博之¹、比嘉 徹¹、鈴木 晴敬¹ (1. 中津川市民病院 病院前救急診療科)

[O2-04] ドクターカー看護師の惨事ストレスの現状と対策の検討

○吉原 紫織¹、岩村 真理¹、片岡 由美¹ (1. 大阪市立大学 医学部附属病院救命救急センター)

[O2-05] 地域の三次救急医療施設に救急搬送された65歳以上の患者の実態調査

○大庭 桂子¹、井堀 綾希¹、宮本 悠加¹、佐藤 眞亜子¹、堀内 奈美¹、斉藤 伊都子¹ (1. 順天堂大学医学部附属 浦安病院救命救急センター)

一般演題 | トリアージ

[O3] 一般演題3

[O3-01] 再トリアージに焦点した A病院救急センターの院内トリアージの現状と課題

○林 恵美¹、草刈 陽子¹、直原 麻由¹、矢部 美香¹ (1. 岡山済生会総合病院)

[O3-02] 電話対応プロトコルの使用向上への試み

○大竹 優子¹、坂田 美穂¹ (1. 沼津市立病院)

[O3-03] A病院におけるトリアージの実際と課題

○河村 恵子¹、俵積田 慶子¹、山西 正巳¹、萱野 恭代美¹、福井 優¹ (1. 社会医療法人清恵会 清恵会病院救急医療センター)

[O3-04] トリアージにおける呼吸観察率の実態調査 ~呼吸数測定率向上にむけて~

○押野 麻琴¹、鈴木 由美¹ (1. 公立長生病院)

[O3-05] A病院におけるトリアージナースが感じる困難な状況を明らかにする~救急看護の質向上を目指して~

○蓮見 駿¹、石上 八重子¹、大川 あさ子¹ (1. 地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院)

[O3-06] 事例検討会から考える院内トリアージのピットフォール

○酒井 由夏¹、近森 秀生¹、上總 麻里子¹、榎尾 幸聖¹、町田 清史¹ (1. 社会医療法人近森会 近森病院 救命救急センター)

[O3-07] ERでのトリアージにおける呼吸回数測定に影響する要因

○濱田 祐奈¹、大垣 由美¹、福田 ひろみ¹ (1. 徳島赤十字病院)

[O3-08] 院内トリアージの質の向上に向けた取り組み ~院内トリアージに対するアンケートより~

○日浦 拓哉¹、大場 雄太¹、大泉 恵未¹ (1. 大阪府済生会 中津病院)

[O3-09] 発熱高齢者の JTASレベル3または4を判定する補足因子に食欲低下の有無を適応させる有用性の検証

○黒木 真二¹、村上 貴子¹、福島 由衣¹、上野 葵¹ (1. 独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 特殊外来 (救急センター))

[O3-10] 年齢を補足因子として発熱患者のトリアージを行ったことによる影響

○飯田 京介¹、竹下 諒¹、中島 真寿美¹、宮下 恵理子¹、富山 絢子¹ (1. 横浜労災病院救命救急センター)

[O3-11] 救急外来におけるキャリア開発ラダーレベルに応じたトリアージ教育の導入

○佐藤 幸子¹、曾根 和美¹、佐藤 智之¹ (1. 大崎市民病院 救命救急センター 救急外来)

[O3-12] トリアージ訓練を取り入れた院内トリアージ質の向上への取り組み

○星川 美穂¹、板橋 智也¹、石川 智子¹、星 智美¹、小田 博子¹ (1. 仙台市立病院)

[O3-13] A病院における2018年度院内トリアージ検証結果に対して行った取り組み後の成果

○北川 誠也¹、井上 真弓¹、田中 由美¹ (1. 地方独立行政法人 佐賀県医療センター 好生館)

[O3-14] トリアージの質の向上に向けて

～補足因子とフィジカルアセスメントを強化した
取り組み～

○高橋 優美¹、木村 典子¹、阿部 徳子¹、後藤 郁子¹、神原 智美¹、篠崎 克洋¹、久下 淳史¹、屋代 祥典¹ (1. 山形市立病院済生館)

[O3-15] トリアージ看護ケアモデルの開発に関する研究
第1報 – 緊急度判断に至る思考とプロセスの分析 –

○西塔 依久美¹、大川 宣容²、菅原 美樹³、中村 恵子⁴
(1. 東京医科大学医学部看護学科、2. 高知県立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学部、4. 札幌市立大学大学院)

[O3-16] トリアージ看護ケアモデルの開発に関する研究
第2報 – 院内トリアージにおける看護ケアとは何か? –

○西塔 依久美¹、大川 宣容²、菅原 美樹³、中村 恵子⁴
(1. 東京医科大学医学部看護学科、2. 高知県立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学部、4. 札幌市立大学大学院)

一般演題 | 災害看護

[O4] 一般演題4

[O4-01] 新百合ヶ丘総合病院で経験した災害実例報告
今後のシステム構築にむけて

○齊藤 裕己¹、布施 友里恵 (1. 新百合ヶ丘総合病院)

[O4-02] 演題取り下げ

[O4-03] 災害拠点病院における看護師の災害初期対応に対する意識調査

○石本 誠二¹、川由 京子¹、佐々木 智恵子¹、平井 由佳²
(1. 島根県済生会江津総合病院、2. 島根県立大学看護栄養学部)

[O4-04] 救難訓練に参加した消防学校学生の傷病者体験による気づき

○平井 由佳¹、渡邊 克俊¹ (1. 島根県立大学看護栄養学部)

[O4-05] A病院で勤務する看護職員の災害対応に関する実態調査

○中野 英代¹、今泉 香織¹、松尾 照美¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

[O4-06] 高齢者施設に対するDMATの活動報告 – リロケーションケアに繋ぐ視点 –

○小岩井 千夏¹、山崎 友香子¹ (1. 信州大学医学部附属病院高度救命救急センター)

一般演題 | 重症患者看護

[O5] 一般演題5

[O5-01] 成人におけるポジショニング枕と新生児用ウレタンフォームの体圧比較～下肢褥瘡予防を目指して～

○野澤 菜也¹、計良 絢香¹、水戸 のぞみ²、熊倉 寿希¹、岩本 満美¹ (1. 北海道大学病院 ICUナースセンター、2. 北海道大学病院 2-2ナースステーション)

[O5-02] 救命救急センターのせん妄発症高リスク患者に回想法を実施することの効果

○上田 卓矢¹ (1. 徳島赤十字病院救命救急センター)

[O5-03] 人工呼吸器管理中の気管内吸引方法による吸引効率の検討 – 閉鎖式吸引と開放式吸引の違い –

○竹本 洋輔¹、勝手 淳一¹、西川 和彦 (1. 四国こどもとおとなの医療センター)

[O5-04] A病院の救命救急病棟で緊急気管挿管された患者32例の特徴～挿管8時間前からの状態変化の傾向～

○吉田 友梨恵¹、能登谷 葉月¹、坂本 舞¹、桐澤 成美¹、井下田 恵¹ (1. 市立函館病院救命救急センター)

[O5-05] 経口気管挿管に対するカテーテル固定用パッチの有用性

○大林 将人¹、譜久村 翔¹ (1. 東京医科大学病院救命救急センター)

[O5-06] ICUにおけるせん妄予防の有用性

○元川 直哉¹、濱田 悦子¹、藤田 真侑子¹、山田 晃子²
(1. 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院看護部、2. 広島文化学園大学 看護学部)

[O5-07] 重症患者に対するホットバックを用いた下肢保温による睡眠障害の予防効果

○小泉 由香子¹、馬川 未紀¹、小泉 満希子¹、天谷 愛¹
(1. 都立広尾病院救命救急センター)

[O5-08] 救命救急センターに入院となった患者における不眠原因の経時的変化と患者・看護師評価の差

○濱田 有紀¹、古畑 亮¹、津田 雅美¹、須賀 将文¹、井上 明彦¹ (1. 兵庫県災害医療センター)

[O5-09] A病院高度救命救急センターにおける褥瘡・MDRPU予防ケアへの看護師の意識と今後の課題

○吉丸 佳成¹、緒方 優¹、今泉 香織¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター)

[O5-10] 情報共有と継続看護の重要性 – 気管チューブの再挿入を回避した一例 –

○新里 恵¹、峯山 幸子¹ (1. 東海大学医学部附属病院高度救命救急センター)

[O5-11] 敗血症患者に対するノルアドレナリン投与とMDRPU発生の関連性

○赤塚 真友¹、武田 成美¹、岩下 幸佑¹、阪口 理恵¹、下

池田 百合¹ (1. 大阪急性期・総合医療センター 高度救命救急センター)

[O5-12] Emergency PCI後にICUへ入室した、急性心筋梗塞患者の主訴に関する考察

○松本 剛^{1,2}、伊藤 晶子¹、高橋 千枝¹、渡邊 一也³ (1. 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 集中治療室、2. 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 クリニカルパス委員会、3. 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 看護部)

[O5-13] ARDS患者への人工呼吸器離脱からADL拡大への援助

○飯村 友貴¹、鴻巣 有加¹、福井 美和子¹ (1. 公益財団法人 筑波メディカルセンター病院)

一般演題 | 終末期医療

[O6] 一般演題6

[O6-01] A病院 HCUにおける終末期医療への方針転換の看護師の参画の現状と課題

○阿部 哲郎¹ (1. 地方独立行政法人 明石市立市民病院)

[O6-02] 国内の救命救急領域における患者の治療方針に関する代理意思決定の実態と課題

○青木 友梨花¹、白矢 梨紗¹、矢野 愛美²、作田 裕美³ (1. 大阪市立大学医学部附属病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 大阪市立大学看護学研究所)

[O6-03] 文献にみるDNARの決定場面と医療者の苦悩

○矢野 愛美¹、青木 友梨花²、白矢 梨紗²、作田 裕美³ (1. 関西医科大学附属病院、2. 大阪市立大学医学部附属病院、3. 大阪市立大学看護学研究所)

[O6-04] 臓器・組織提供の意思確認に対する看護師の役割

○熊沢 真弓¹、藤後 秀輔^{1,2}、椿 美智博² (1. 昭和大学藤が丘病院 救急外来、2. 昭和大学大学院保健医療学研究科)

[O6-05] 救命救急センターで死別した家族に対する死別サポート後の事例研究

○原田 竜三¹、山勢 博彰² (1. 東京医療保健大学医療保健学部看護学科、2. 山口大学大学院医学系研究科)

[O6-06] 三次救急病院での「人生の最終段階における医療・ケア」を医療チームで考える

○垣内 寛子¹、坂尻 沙苗¹ (1. 北海道大学病院 HCU・救急部ナースセンター)

[O6-07] クリティカルケア領域における終末期ケアの質評価—患者・家族の視点に着目した文献検討—

○加藤 茜^{1,2}、田中 雄太²、宮下 光令² (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科)

[O6-08] 海外のクリティカルケア領域における終末期ケア

の質評価—患者・家族に視点に着目した文献検討—

○加藤 茜^{1,2}、田中 雄太²、宮下 光令² (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科)

一般演題 | 家族看護

[O7] 一般演題7

[O7-01] 救急外来における家族への悲嘆ケアの現状と課題

○白矢 梨紗¹、青木 友梨花¹、矢野 愛美²、作田 裕美³ (1. 大阪市立大学医学部附属病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 大阪市立大学 看護学研究所)

[O7-02] 救命救急センターに入院する患者の家族ニーズの変化—転帰による相違—

○佐藤 正雄¹ (1. 東京都立墨東病院 高度救命救急センター)

[O7-03] ICUダイアリーを通して感じた遺族の思い

○伊藤 礼香¹、筒井 徹也¹、竹本 有香¹ (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)

[O7-04] 緊急入院した高齢者の家族に対する退院支援

～家族の心理的变化に合わせた退院支援計画書の開示～

○吉村 朋枝¹、松井 里幸¹、高橋 朱里¹、棚橋 智都江¹ (1. 千葉医療センター)

[O7-05] 検視を受ける患者の家族ケア 現状報告

○杉浦 公有子¹、石野 恵子¹、立澤 宏真¹ (1. 春日井市民病院)

[O7-06] クリティカルケア領域における代理意思決定とその支援

～インフォームド・コンセントに同席した一事例～

○新部 愛海¹、渡邊 直貴¹ (1. 東海大学医学部附属病院救命救急センター)

[O7-07] 倫理的問題の解決に至った面談場面における看護実践—医療者と家族の合意形成を図ることができた事例—

○片岡 真哉¹、園川 雄二¹、渡邊 直貴¹ (1. 東海大学医学部附属病院救命救急センター)

[O7-08] 三次救命センターの初療搬入時における家族の心理と対応の現状

～家族へのインタビューを通して～

○竹原 亜美¹、富岡 小百合¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

[O7-09] 救急外来における家族看護チームの活動評価と今後の課題

○鎌田 絵里¹、横山 保江¹、山崎 朋子¹ (1. 千葉市立青葉病院)

- [O7-10] 救急外来における患者家族が初療待機中に抱く心情の検討
○江原 寛士¹、山崎 友香子¹、戸部 理絵² (1. 信州大学医学部附属病院 高度救命救急センター、2. 信州大学医学部附属病院 看護部)
- [O7-11] ペリネイタル・ロスを経験した自死遺族に対して救急看護師が実践する悲嘆ケアの検討
○長岡 孝典¹、松尾 直樹¹ (1. 独立行政法人国立病院機構呉医療センター)
- [O7-12] HCU入室患者家族の経時的コトの実態調査
○小清水 彩¹ (1. 荒尾市民病院南B1病棟)
- [O7-13] 心肺停止患者の初療における家族看護実践の実態と課題
○角屋 香苗¹、藤田 大樹¹ (1. 湘南鎌倉総合病院)
- [O7-14] ICUダイアリーを活用した家族への看護実践報告
○栗野 利枝¹、福井 美和子¹ (1. 筑波メディカルセンター)
- [O7-15] 救急外来で積極的家族介入を行うための取り組み～症例検討会がもたらした行動変容～
○向井 和樹¹、田畑 剛²、畑 良典²、植田 美幸² (1. 介護医療院 細谷、2. 松戸市立総合医療センター)

一般演題 | 精神的ケア

[O8] 一般演題8

- [O8-01] 三次救急医療に従事する看護師の精神健康度が共感性に与える影響
○瓜崎 貴雄¹ (1. 大阪医科大学看護学部看護学科)

一般演題 | 看護教育

[O9] 一般演題9

- [O9-01] ゴールベースシナリオ(GBS)理論を用いたMET看護師のソーシャルスキルの変化に関する研究
○池辺 諒^{1,2} (1. 星槎大学、2. 大阪母子医療センター)
- [O9-02] 救急看護を志望した看護師のモチベーション維持に与える要因
○石橋 美幸¹、城丸 瑞恵² (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター、2. 札幌医科大学保健医療学部看護学科)
- [O9-03] 院内の一次救命処置技術の向上に向けた取り組み
○吉井 優子¹ (1. 厚生連高岡病院)
- [O9-04] 初療における看護師の予測性と不安ーホットライン情報から作成したチャートの効果ー
○清水 翔平¹ (1. 東京都立多摩総合医療センター)
- [O9-05] 院内心停止記録の検証 ー事後検証から見えてきた心停止の認識と今後の課題ー

- 新地 実花子¹、相馬 香理¹、前田 晃史¹ (1. 市立ひらかた病院)

- [O9-06] Tannerの臨床判断モデルを用いた教育におけるER看護師のReflection場面の検討
○米嶋 美晴¹、井川 洋子¹、上澤 弘美¹、柴崎 直美¹ (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)
- [O9-07] 超急性期脳梗塞に対する早期脳血管内治療開始を目指して
山西 正巳¹、○福井 優¹、萱野 恭代美¹、依積田 慶子¹ (1. 社会医療法人 清恵会 清恵会病院)
- [O9-08] 救急外来における教育体制の構築を目指して～評価表の作成と教育ミーティングの開催～
○上村 亜紀¹、曾我 かおり¹、土谷 美樹¹、白井 耕志¹、深梅 圭二¹ (1. 福岡徳洲会病院救急センター)
- [O9-09] 院内看護師研修にシミュレーション研修を導入して
○保脇 佳奈恵¹ (1. 済生会和歌山病院)
- [O9-10] 三次救急外来における重篤小児救急患者の看護に関する実態調査(第2報)ー看護師教育の現状ー
○高田 大樹¹、江川 幸二¹ (1. 神戸市看護大学 療養生活看護学領域 急性看護学分野)
- [O9-11] 関連病院間の院内急変時対応研修における効果ー研修終了1年後の質問紙調査結果からー
○吉田 美恵子¹、野澤 陽子²、杉山 希²、石田 桃子²、森島 克明²、鈴木 めぐみ²、藤井 満貴³、渡邊 亜矢子⁴、青木 梢⁵ (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院、2. 順天堂大学医学部附属静岡病院、3. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、4. 順天堂大学医学部附属浦安病院、5. 元順天堂大学医学部附属練馬病院)
- [O9-12] 効果的なシミュレーション訓練を導入して
権田 海代子¹、○住吉 さやか¹、道端 育子¹、渡邊 岳人¹ (1. 福岡和白病院 総合診療救急科)
- [O9-13] 三次救急外来における重篤小児救急患者の看護に関する実態調査(第1報)ー看護師の学習ニーズー
○高田 大樹¹、江川 幸二¹ (1. 神戸市看護大学 療養生活看護学領域 急性看護学分野)
- [O9-14] 救急外来に配置転換した救急看護師の成長
○坂野 真美¹、大川 宣容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研究科)
- [O9-15] 新人看護職員が経験した急変事例の検証と今後の急変時対応研修への課題
○村上 貴子¹、黒木 真二¹ (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院 看護部)
- [O9-16] 救命病棟新人教育の指導方法の検討
○山内 綾女¹、金城 裕介¹ (1. 浦添総合病院救命救急セ

ンター)

[O9-17] A病院救急病棟看護師の教育ニーズと学習ニーズの現状と課題

○稲垣 美希¹、橋口 智美¹ (1. 大分市医師会立アルメイダ病院)

[O9-18] 急変振り返りシート使用後の実態調査

○堀 栄里¹、高山 僚¹、中 恵美¹、寿井 貴美¹、坂本 三枝¹、城本 佳子¹ (1. 大阪市立大学医学部附属病院)

[O9-19] 看護師向け臨床推論基礎コース (BPVS) の開発と変遷～学習効率化を図る取り組み～

○嘉陽 宗司¹ (1. 医療法人おもと会 大浜第一病院)

[O9-20] 一般病棟におけるICU予定外入室患者に対する急変前予兆察知の現状と課題

○惣田 隆之亮¹、佐土根 岳¹、金浜 英介² (1. 医療法人深仁会 手稲深仁会病院 集中治療室、2. 医療法人深仁会 手稲深仁会病院 心臓血管センター)

[O9-21] A病院における救急センターでの新人看護師院内留学制度の実態～指導の標準化を目指して～

○堀井 愛美¹、豊田 麻衣¹、山端 泰代¹ (1. 富山市立富山市民病院)

[O9-22] 演題取り下げ

[O9-23] 救急領域における看護師への倫理教育の取り組み：質問紙調査による評価と教育支援の検討

○菊池 亜季子¹ (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

[O9-24] 急変時の看護記録記載トレーニングの取り組みと評価～自主制作した視聴覚教材による記録トレーニング～

○細井 麻美¹、佐々木 美香¹、西尾 友子¹、太田 文子¹、大塚 操¹ (1. 旭川赤十字病院 救命救急センター HCU・救急外来)

[O9-25] 救急看護学分野の倫理に関する研究の動向と課題

○新井 龍¹、新井 直子²、作田 裕美³ (1. 湘南鎌倉医療大学、2. 帝京大学、3. 大阪市立大学)

[O9-26] 救急看護における研究と教育に関する検討-テキストの目次内容と研究論文の内容の比較から-

○新井 直子¹、新井 龍²、作田 裕美³ (1. 帝京大学、2. 湘南鎌倉医療大学、3. 大阪市立大学)

一般演題 | COVID-19

[O10] 一般演題10

[O10-01] ERでの接触者外来患者の受け入れ体制の検討～対策集積シートを用いた取り組み

○中村 恵子¹ (1. 社会医療法人財団慈泉会相澤病院救命救急センター)

[O10-02] 所属を超えた応援体制で運営する救急医療セン

ターでの安全管理

～患者、スタッフを守るためにできること～

○上杉 如子¹、石本 佳美¹ (1. 国民健康保険小松市民病院)

[O10-03] 新型コロナウイルス感染症に対する群馬県保健予防課病院間調整センター活動報告

○小池 伸享¹、城田 智之¹、萩原 ひろみ¹、伊藤 恵美子¹、城田 麻紀² (1. 日本赤十字社 前橋赤十字病院、2. 群馬大学医学部付属病院)

[O10-04] 面会禁止時に患者と家族をつなぐ～ビデオ通話システムを利用して～

○武藤 恵¹、石田 智彦¹、志賀 一美¹、伊藤 和恵¹、阿久津 功¹ (1. 医療法人辰星会 柘記念病院 看護部)

[O10-05] COVID-19患者エアロゾル回避のための頭位被覆BOX作成

○生田 正美¹、濱田 幸一¹ (1. 神奈川県立足柄上病院)

[O10-06] 重症 COVID-19症例をICU経験のないスタッフと闘うために～V-VECMO導入動画～

○小川 奈奈¹、後小路 隆¹、九十九 俊充¹ (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)

[O10-07] Covit-19を受け入れたA病院高度救命救急センター病棟の対応

○町田 真弓¹ (1. 前橋赤十字病院)

[O10-08] COVID-19感染症に対応した救急看護師の体験 - 心理負担の実態 -

○前田 晃史¹、八田 圭司¹ (1. 市立ひらかた病院)

[O10-09] 救急・集中治療領域における重症 COVID-19患者に対する家族看護について

○池条 咲希¹、松本 昌子¹、神谷 真帆¹、崎 夢子¹、丸尾 汐里¹、近藤 可奈¹、西田 岳史¹、西谷 亜希子¹、小中 俊江¹ (1. 大阪急性期総合医療センター)

[O10-10] クラスタ発生後のER再開に向けての取り組み

○山田 清也¹、田畑 智輝¹、渡壁 忍¹、井藤 裕之¹ (1. 福岡記念病院)

[O10-11] A病院救命救急センターにおける COVID-19対応の現状— CBRNE災害対応からみた—考察—

○宇野 翔吾¹ (1. 株式会社日立製作所 日立総合病院救命救急センター)

[O10-12] 緊急事態宣言下にあった急性期看護学実習の一試み

○寒川 友起子¹、川井 美緒¹、池田 敬子¹ (1. 和歌山県立医科大学保健看護学部)

[O10-13] 演題取り下げ

一般演題 | 医療安全

[O11] 一般演題11

- [O11-01] 特定機能病院に勤務する看護師の RRS要請を躊躇してしまう原因とその特徴
○宮崎 博之¹ (1. 福島県立医科大学附属病院)
- [O11-02] A病院における窒息事例の現状分析～院内教育体制の構築を目指して
○中井 紘平¹、新名 朋美¹ (1. 日本赤十字社大阪赤十字病院救命救急センター)
- [O11-03] 報告する文化の醸成を目指した業務実践報告
○松山 尚子¹ (1. 札幌東徳洲会病院 看護部)
- [O11-04] A病院における RRS導入の現状と課題
○松本 康代¹ (1. 徳島県立中央病院)
- [O11-05] A病院における院内緊急コール検証と検証委員会始動後の課題
○北村 鮎美¹、山口 富士美¹、中野 克哉¹ (1. 岐阜市市民病院)
- [O11-06] Critical care outreach team導入後6カ月の実績と今後の展望
○山田 香織¹、平間 陽子¹ (1. 千葉大学医学部附属病院)
- [O11-07] A病院のインシデント・アクシデントレポート作成における看護師のメンタルヘルスへの影響
○黒澤 彩絵¹、加藤 美沙¹、田中 眞里子² (1. 祐生会みどりヶ丘病院、2. 花園大学)
- [O11-08] 自動カフ圧コントローラでの管理中にパイロットバルーン内の結露とカフリークトラブルが発生した3症例
○米倉 修司¹、三宅 千鶴子¹ (1. 大阪府三島救命救急センター看護部)

一般演題 | チーム医療

[O12] 一般演題12

- [O12-01] せん妄アセスメントシート導入による看護師の意識変化
○西崎 奈穂¹、芝 奈津子¹、鹿股 志穂¹、長野 未来¹ (1. 宝塚市立病院)
- [O12-02] 救命救急センター看護師の初療対応に対するアサーションによる振り返りの効果
○小池 千恵美¹ (1. 都立広尾病院)
- [O12-03] 語りの場“ねぎらいタイム”を導入したことによる認識の変化
○伊東 めぐみ¹、山崎 朋子¹ (1. 千葉市立青葉病院)
- [O12-04] 要支援家庭発見時の医療者の初期対応について—救急外来における実態調査—
○長谷川 舞¹、本多 亜理沙¹、村松 武明¹ (1. 聖隷三方原病院)
- [O12-05] 呼吸不全患者に対する高流量鼻カニューラ（ネーザ

ルハイフロー）装着が呼吸困難の軽減に及ぼす影響

○難波 さおり¹ (1. 市立池田病院 救急総合診療科)

- [O12-06] 人工呼吸器早期離脱プロトコル導入による挿管期間の短縮の効果の確認
○種子 和也¹、齋藤 菜¹、松浦 誠史¹ (1. 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター)
- [O12-07] 倫理カンファレンス後の情報共有に対する看護師の意識調査
○木村 美沙季¹ (1. JA広島総合病院地域救命救急センター病棟)
- [O12-08] 救急センターにおける入院決定患者の長時間滞在の要因検討
○市村 安佑梨¹、後藤 理沙¹、簗下 愛¹、藤原 望美¹ (1. 済生会吹田病院救急センター)
- [O12-09] 救命救急センターにおける摂食機能療法への取り組み
○増田 和美¹、笠井 有希¹ (1. 広島市立広島市市民病院救命救急センター)
- [O12-10] RRT(Rapid Response Team)要請に至るまでの病棟看護師の対応
～一症例からの考察～
○大川 玲子¹、大野 直子¹、横野 知江¹ (1. 新潟大学大学院保健学研究科看護学分野)
- [O12-11] 三次救急初療における看護師のリーダーシップと自己効力感の関連
菅 彩乃¹、○三浦 和代¹、窪田 紀子¹ (1. 東京都立広尾病院)

一般演題 | 地域連携

[O13] 一般演題13

- [O13-01] 身元不明者・家族機能不全患者の退院支援に関する文献検討
○取違 美幸¹、内匠 美貴²、加覧 妙子¹、肥後 昌代¹ (1. 鹿児島大学病院 救命救急センター、2. 鹿児島大学病院 キャリア開発室)
- [O13-02] 救命救急センター外来看護師の退院支援に関する意識調査
○星 智美¹ (1. 仙台市立病院 救命救急センター)
- [O13-03] 心肺蘇生を望まない介護老人福祉施設入所者が心肺停止時に救急搬送に至る要因
○能任 純一^{1,2}、前田 修子²、森山 学² (1. 金沢医科大学病院、2. 金沢医科大学看護大学院 地域支援看護学)
- [O13-04] A市広報誌の内容分析からみた感染症に関する地方自治体自主防災活動の今後の課題

○原 華代¹、作田 裕美² (1. 常葉大学 健康科学部 看護学科、2. 大阪市立大学、大学院看護学研究科)

一般演題 | 看護管理

[O14] 一般演題14

[O14-01] 高度救命救急センターにおける面会拡大の効果
—看護師の視点から—

○池田 真奈美¹、右近 清子¹ (1. 広島大学病院)

[O14-02] A病院 ICU/CCUから病棟へ転出する患者の申し込み内容の検討

○阿由葉 久美子¹、山鹿 亜由美¹、大島 晴美¹ (1. SUBARU健康保険組合太田記念病院)

一般演題 | その他

[O15] 一般演題15

[O15-01] 救急病棟における病棟看護師が新配属者へ影響を与えた関わり

○田島 慈美¹、濱田 佑美¹ (1. 深谷赤十字病院)

[O15-02] 緊急手術により人工肛門造設となった患者の退院支援における看護師の役割の明確化

○青柳 麻美¹、工藤 利香¹、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研究学科 附属看護実践研究指導センター)

[O15-03] 病棟入院患者急変時における看護師の臨床推論～スクリプト理論を用いた認知プロセスの仮説モデル構築～

○園田 拓也^{1,3}、山勢 博彰²、田戸 朝美²、立野 淳子¹
(1. 小倉記念病院、2. 山口大学大学院医学系研究科、3. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程)

[O15-04] 救急看護師のワーク・モチベーションと良いストレスの関係

○田根 綾香¹、高橋 望¹ (1. 鳥根県立中央病院)

[O15-06] 救急病棟における身体抑制減少へのとりくみ～看護師に対して講義を行うことでの意識に変化はあるか～

○佐久間 愛弓¹、山本 萌衣¹ (1. 独立行政法人国立病院機構千葉医療センター)

[O15-07] A病院で勤務する救急救命士のモチベーション維持に関する報告

○金山 飛鳥¹、松田 名津子¹ (1. ベリタス病院 看護部 外来)

[O15-08] 看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度の構成概念妥当性の検討

○瓜崎 貴雄¹ (1. 大阪医科大学看護学部看護学科)

会長講演

[PL] 会長講演

「危機の時代と救急看護」

演者 作田裕美（大阪市立大学大学院看護学研究科 教授/滋賀医科大学医学部臨床腫瘍学講座 客員教授）

[PL-01] 危機の時代と救急看護

○作田 裕美¹（1. 大阪市立大学大学院看護学研究科 教授/滋賀医科大学医学部臨床腫瘍学講座 客員教授）

[PL-01] 危機の時代と救急看護

○作田 裕美¹ (1. 大阪市立大学大学院看護学研究科 教授/滋賀医科大学医学部臨床腫瘍学講座 客員教授)

キーワード：危機の時代、救急看護

救急医療は、「事故や急病による傷病者に対して適切な医療行為を施行すること」であり、患者は耐え難い苦痛があるか、もしくは生命の危機が迫っているかなど極めて緊急性が高い状態であると考えられている。この救急外来に運ばれる人々の背景は年齢・性別・職業・社会的立場等々、千差万別である。さらに傷病の内訳に至っては、時代の経過とともに大きく変化した。高度経済成長期の救急搬送が始まった当初は、外傷・熱傷・中毒等の外因性の疾患が70%を占めていたが、現代では循環器や脳血管系の内因性疾患が多くなっている。外因性の原因も建設ラッシュの時代の労災事故・交通事故中心から、近年は微妙に変化している。DV、自殺未遂、親による虐待、大規模自然災害等々、患者となるに至った現象の背景は固有に見えて社会そのものであり、救急医療の場が社会の縮図といわれる所以である。私たちが看ているのは、対象患者その人であり同時に社会そのものであるといえよう。

本学術集会のメインテーマに、「危機の時代」を据えたのは、この救急医療の場に出現した社会の変容の姿を直視する必要があると感じたことによる。救急患者の抱える苦痛は、身体的心理的な耐えがたい苦痛であるが、その根は深く社会的痛みの結果といえるものではなかったか。平成年間の高齢化にわたるデフレ経済のもと、国民は相対的に貧困化したことは否めず、あらゆる局面に出現したのは格差であった。情報化、多様化、グローバルズムに対する国を挙げての妄信は、日本伝来の価値を軽視する風潮の土壌となったのではないかとすら思考する。年々大規模化して繰り返される自然災害にも国を挙げて「本気の防災」に取り組んでいるとは思えない。医療政策に目をやれば、人口の高齢化に伴い、感染症中心の医療から慢性疾患中心の医療へと大きく舵を切った。「キュアからケアへ」、「医学モデルから生活モデルへ」を掛け声にパラダイムシフトした。

そのような中、期せずして COVID-19 の世界的流行を迎えた。社会・経済システムが機能不全に陥りかねない大災害である。地震による被害者も津波の被害者も水害の被害者も COVID-19患者も救急外来に運ばれる。私たち看護師は社会が生み出す患者を看るのである。

ここでは、社会を読み解くことから、救急看護の今とこれからをとらえなおし、思考から発展する実践の可能性について述べてみたい。

特別講演

[SL1] 特別講演1

「看護の開示－危機は透明化のチャンス－」

演者 坂本すが（東京医療保健大学 医療保健学部看護学科 副学長）

[SL1-01] 看護の開示－危機は透明化のチャンス－

○坂本 すが¹（1. 東京医療保健大学 医療保健学部看護学科 副学長）

[SL1-01] 看護の開示—危機は透明化のチャンス—

○坂本 すが¹ (1. 東京医療保健大学 医療保健学部看護学科 副学長)

キーワード：Game Changer(ゲーム・チェンジャー)

Game Changer (ゲーム・チェンジャー)

2020年5月7日、覆面アーティストとして知られるバンクシーの新作が、イギリス南部のサウサンプトン総合病院に登場した。新型コロナウイルス感染症に奮闘する医療従事者にエールを送る作品として、世界中に報道された。筆者も医療従事者の一人として嬉しく思うと同時に、絵の名称が Game Changer である点に心が動いた。

Game Changer とは、スポーツ試合の途中で交代参加し、流れを一気に変えてしまうような選手をいう。転じて、これまで当たり前だった状況を大きく一変させるような人や企業を意味する。絵の中では看護師の人形を指しているようである。スパイダーマンやバッドマンがゴミ箱に捨てられている一方で、幼い男の子が手に取って遊んでいるのは、看護師の人形である。子供にとってヒーローが、これまでのスーパーヒーローではなく医療従事者、それも看護師になっていることを意味しているのではないだろうか。

これはかつてないことである。バンクシーに限らず、このコロナ禍で看護師への注目が高まり、多くの感謝の言葉を耳にしたことは嬉しさを超え驚きであった。なぜか——。なぜ今、人々は感染患者等のケアにあたるナースに感謝し、手をたたくのだろうか。

1つは、医療が見えるようになったこと。今回の新型コロナウイルス感染症は老若男女すべての人が感染する可能性がある。これまで高齢者の問題と考えていた医療が突如自分事となり注目した。連日の報道も相まって、多くの国民が医療の世界を学んだのである。その結果、感染対策をはじめさまざまな病院の事情、多様な職種の医療従事者がいることを知り、その医療チームの中で看護師の動きが見えたのだと考えている。

ではなぜ看護師か。端的には数が多いからだ。医師も他の職種もみながんばっているけれど、数が少ない。見えたのは看護師。ある患者が言っていた。「医師は、隔離された部屋に電話で説明してくれるが、ナースはそばに来てくれる」。24時間そばにいる。まさに看護の原点だ。重要な場面に医師がかかわることはあっても、患者にとって頼れる存在であり、不安を解消してくれるのは看護師だったのである。それが見えた。

つまり、今般の未曾有の危機は、医療が透明化される機会となり、「看護」というもの、看護師の専門性が多くの人に理解されるチャンスであったと捉えている。『看護—ベッドサイドの光景』の著者である増田れい子氏の言葉を借りると、「何をしてくれるひとなのか、何ができるひとなのか、患者さんには看護婦の役割がもうひとつわからない」から「いまようやく病気をなおす過程は、医師の技術とか薬剤とか手術とかそういう医療だけではなくて、病んだ人間がいかに意欲をかきたてて生きようとするか、それが回復やいのちの維持に大きく作用する」か。そこに看護があることを私たちは伝えなければならないと思う。

Game Changer。混とんとそれでいて変化の激しい中、社会の変革者の1人として、私たち看護師に期待を寄せる人がいる。より多くの人々のニーズと期待に応えるために、私たちは自身の専門性をわかりやすく見えやすく開示していくことも責務である。

特別講演

[SL2] 特別講演2

「「コロナ禍」における「人災」の構造と、日本の脆弱性の本質」

演者 藤井聡（京都大学大学院工学研究科 都市社会工学専攻 教授）

[SL2-01] 「コロナ禍」における「人災」の構造と、日本の脆弱性の本質

○藤井 聡¹（1. 京都大学大学院工学研究科 都市社会工学専攻 教授）

[SL2-01] 「コロナ禍」における「人災」の構造と、日本の脆弱性の本質

○藤井 聡¹ (1. 京都大学大学院工学研究科 都市社会工学専攻 教授)

キーワード：パンデミック、国土強靱化、レジリエンス

コロナ禍という言葉がしばしば使われるが、これは、感染症拡大による健康被害という「パンデミック」の側面と、過剰自粛や過剰恐怖、デマなどに伴う社会経済健康被害という「インフォデミック」の側面の双方が、今、新型コロナウイルスの蔓延を契機として生じているからである。それはいわば、複合災害となっているのである。ただし、こうした問題構造はなにも、新型コロナウイルスにおいてのみ生じているのではなく、救急看護が求められるあらゆる局面において生じうるものである。したがって救急看護活動による効果を最大化するためには、単に医学的見地のみならず、社会心理学的社会的見地を含めた被害最小化を目指す態度が求められる。本発表では、そうした側面から、日本の脆弱性を改めて浮き彫りとし、そこに対する対策の糸口を探る。

教育講演

[EL1] 教育講演1

「今だからこそ考える「人権」」

演者 谷口真由美（大阪芸術大学 客員准教授）

[EL1-01] 今だからこそ考える「人権」

○谷口 真由美¹（1. 大阪芸術大学 客員准教授）

[EL1-01] 今だからこそ考える「人権」

○谷口 真由美¹ (1. 大阪芸術大学 客員准教授)

キーワード：人権、社会、コロナ禍、エッセンシャル・ワーカー

人権を専門とし、大学でも授業をするなかで、「人権とは何ですか？」という問いをしたとき、多くの学生は「誰もが生まれながらにして持っている平等な権利」、または「差別のこと」というような答えをすることが多い。

「あなたにはどんな人権がありますか？」と尋ねると、返答に窮する。また、「人権は大切ですか？」という問いに対しては、「大切だと思うけれど…」と、その後の答えが続かないがほとんどだ。

Covid-19がもたらしたコロナ禍により、国内外を問わず社会も人々も傷ついている。そのようななかで、エッセンシャル・ワーカーという言葉が周知されつつある。多くは、人を育み、看護し、介助し、介護する活動、つまり誰かをケアする仕事であり、また、その他の農業やごみ処理、清掃や運送業といった仕事などで、いずれも私たちが生きることに関わる不可欠な営み（エッセンシャル・ワーク）である。それはまた、どのような状況下においても不可欠な仕事であり、あまりにも「当たり前」に存在しすぎて、その有難さを感じる事が無かったのかもしれないと感じる。

このような仕事に従事する人々に対する「差別」が、このコロナ禍で表面化した。このことが意味することは、一体何なのか？「人権」はこの社会で、きちんと機能しているのか？そしてエッセンシャル・ワーカーの皆さんの人権とは何か？根源的な問題としての「人権とは何か」について、今だからこそ考えてみたい。

教育講演

[EL2] 教育講演2

「人生100年時代を働く女性のライフコースー多様な選択肢と well-beingー」

演者 斧出節子（京都華頂大学現代家政学部 現代家政学科 教授）

[EL2-01] 人生100年時代を働く女性のライフコースー多様な選択肢と well-beingー

○斧出 節子¹（1. 京都華頂大学現代家政学部 現代家政学科 教授）

[EL2-01] 人生100年時代を働く女性のライフコースー多様な選択肢と well-beingー

○斧出 節子¹ (1. 京都華頂大学現代家政学部 現代家政学科 教授)

キーワード：結婚、家族、少子高齢化、就労、ワーク・ライフ・バランス、ジェンダー間格差

長寿化により、一生の長さを100年と想定することが必要となってきた。社会においても、個人においても、生活のニーズの変化に対応するシステムを再構築していくことが近年の課題となっている。それに加えて、このたびの新型コロナウイルスの世界的な感染状況も、その必要性をさらに大きくしている。

日本においては雇用者化が進んだ高度経済成長期に、現在の私たちの生活の基盤となるライフスタイルが広く定着した。誕生から教育期間を経てみんなが結婚し、男性が一家を支える稼ぎ主となり、女性は家事・育児・介護といった家庭役割をになうという「ライフサイクル」が当然視されるようになった。その結果、「男は仕事、女は家庭」という性別役割分業体制が根づいてきた。現在は多くの場合、男性が主な稼得者であり、女性は家庭役割プラス補助的な稼得者という体制になっている。

しかし経済分野では、工業化からグローバル化や IT化といった大きな流れが押し寄せ、日本の経済構造が大きく変容している。そのような状況下で、旧来のみんなが結婚をし、男性が経済的に家族を養うというスタイルで生活を安定させることは非現実的なものとなっている。

また、このライフスタイルのジェンダー間格差が問題とされてきた。女性が経済的弱者になること、女性の高学歴化が進むなかで女性の能力が社会に還元されないこと、女性自身の自己実現が達成されにくいこと、また、男性自身も一家の稼ぎ主以外の選択をしにくいというような、個人にとっても社会にとってもジェンダー間格差はマイナスの要素が大きい。

長寿化と同時に少子化が生じ少子高齢化という人口構造は、さらに社会全体に及ぼす影響、個人に及ぼす影響を重大なものにしてしている。

私たちが直面している社会状況のなかで、人生における危機を乗り越え、ひとりひとりの well-beingが達成され、かつ社会のニーズにもこたえることができるライフスタイルと、それを可能にする条件とはどのようなものなのだろうか。日本における少子高齢化、就労、結婚、家族、ワーク・ライフ・バランス、ジェンダー間格差などのキーワードをもとに、現状の課題を明らかにしていく。また、EUにおける人々の試みなども参考にしながら考えていきたい。

教育講演

[EL3] 教育講演3

「大阪の「あいりん地区」の変容と今後の課題」

演者 福原宏幸（大阪市立大学）

[EL3-01] 大阪の「あいりん地区」の変容と今後の課題

○福原 宏幸¹（1. 大阪市立大学）

[EL3-01] 大阪の「あいりん地区」の変容と今後の課題

○福原 宏幸¹ (1. 大阪市立大学)

キーワード：あいりん地区、貧困、日雇労働者、高齢化、まちづくり、サービスハブ

1960年代の高度経済成長期から80年代にかけて多くの日雇労働者で溢れた「あいりん地区（釜ヶ崎）」では、1990年代にはホームレスの増加、2000年代以降は単身高齢男性の生活保護受給者の増加、そして2010年代ではこれらに加えてインバウンド・ラッシュという現象が生じ、目まぐるしく変化してきた。これにともなって、住民の健康をめぐる問題はもちろん、様々な社会的課題がこのまちに集積することとなった。こうした変容を踏まえて、2012年からこのまちの今後のあり方を検討することとなり、地域の町会組織・支援組織・行政機関（国・府・市・区役所）・有識者から構成される「あいりん地域のまちづくり検討会議」が組織され、議論が重ねられてきた。報告者もまたこの検討会議のメンバーであるが、報告では、今日のあいりん地区の課題とビジョンを以下のように整理する。

第一は、就労支援である。あいりん地区は依然として日雇労働者数の求人・求職の拠点としての役割を果たしている。しかし、この10年余りの間に、なんらかの生きづらさや就労課題を抱えた人々の流入者が増えており、彼らへの支援も求められている。具体的には、建設業以外の就労先の紹介、中間的な就労体験の確保などどのように取り組むかが問われている。

第二は、福祉的支援である。この地域に暮らすホームレスや単身高齢者だけでなく、新たな流入者においても生活・健康・こころの支援を必要とする人々が多い。すでにこの地域にはこうした支援を担う多くの社会資源が育っているが、こうした支援の質をより高めるために、それぞれの組織の地域連携拠点システム（仕事・住まい・福祉・医療などを結ぶサービスハブ）の構築が課題となっている。

第三に、現在の高齢化が進むとその結果として急激な人口減少に至りかねないことから、「地域に子どもの声が広がる子育て・子育てしやすいコミュニティ」の構築が必要と考えている。多様な世帯・世代の共生・共助が可能となる社会環境づくりが問われている。

第四は、この地が交通の要所に位置していることによりインバウンドが増加していることに伴う課題である。この増加にともなってグローバル資本による客室単価の高いホテルの建設や民有地の売買が急速に増えてきている。この動きは、いわゆるジェントリフィケーションにつながる可能性が高く、それによって多くの低所得層が居住場所を失う可能性がある。この動きをどう食い止めるかが課題であり、またこうした資本との連携によって地域住民の雇用の拡大につながる道を探ることも課題となってくるだろう。

こうした一連の課題解決にあたり、今まさに大きな焦点となっているのが、あいりん総合センター跡地の利用のあり方である。具体的には、労働施設だけでなくサービスハブの拠点づくり、そして賑わいや地域活性化の拠点づくりなどをどのように組み合わせるのかが問われている。

なお、報告は、以下のような構成にしたがって行う。

1. あいりん地区の現状：住民の就労と生活、福祉、居住と宿所
2. 健康をめぐるいくつかの特徴
 - 1) 大阪社会医療センター患者の特徴
 - 2) 健康と救急搬送からみた西成区の特徴
3. 「西成特区構想 まちづくりビジョン有識者提言」
 - 1) 再チャレンジを可能にするサービスハブの構築
 - 2) 空間再生の仕組みと主体づくり
4. 「あいりんのまちづくり検討会議」「エリアマネジメント会議」の取り組み
 - 1) あいりんのまち検討会議

2) エリアマネジメント会議

5. 「まちづくりビジョン」の具体化に向けて

教育講演

[EL4] 教育講演4

「救急初期診療における臨床推論の実際」

演者 溝端康光（大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学 教授）

[EL4-01] 救急初期診療における臨床推論の実際

○溝端 康光¹（1. 大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学 教授）

[EL4-01] 救急初期診療における臨床推論の実際

○溝端 康光¹ (1. 大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学 教授)

キーワード：臨床推論

本邦では、救急外来や救命救急センターで疾病救急患者に対して実施する標準化された診療手法が確立されておらず、初期診療に携わる医師、看護師、およびメディカルスタッフの間で必ずしも診療手順を共有することができていない。適切な救急初期診療を実施するためには、1. メディカルスタッフ間で共有できる、臨床推論に基づく疾病救急患者への診療指針の確立 2. 疾病救急診療指針に基づくチームアプローチ教育が必要である。

近年、一般診療における診断において臨床推論が注目されている。臨床推論は、患者から得られる情報から診断を確定する行為であり、その手法としては帰納（仮説）と演繹からなる仮説演繹法が用いられることが多い。仮説演繹法では、最初に、問診による病歴をもとに幾つかの可能性のある疾患や病態を想起する。次いで身体所見を確認するとともに血液・生理・画像検査を加えて、想起した診断をより確率の高いものへと絞り込んでいく「帰納」の過程を実施する。次いで、候補疾患から診断を確定する為に、尤度比などを参考に疾患特異的な検査を追加して仮診断の妥当さを三段論法に基づき検証する「演繹」の過程が行われる。特定検査の結果が予想と一致すれば推論が正しかったことになる。逆に重篤な疾患を否定する為に、感度の高い検査を実施することもある。

しかしながら、救急初療での原因病態や原因疾患の鑑別には、一般診療とは異なり緊急度を重視した対応が必要となる。このため救急初療における臨床推論では、緊急度の高い疾患や病態を迅速に鑑別するために、各症候の「絶対にはずせない疾患（Killer disease）」を最初に演繹法により確認する過程が必要となる。具体的には、救急初療における診療では、気道・呼吸・循環・意識の異常に対する初期対応を行った後に、原因疾患と病態の鑑別のために「救急初期診療における臨床推論」を開始する。まずは演繹的推論に基づき全体に外せない Killer diseaseの鑑別を行い、それらと確診されれば緊急的な治療に移行し、反対にそれらが否定されれば、より緊急度の低い病態や疾病を帰納的推論に戻って臨床推論することで鑑別するという2段階のステップをすすめる（図）。チーム医療が特に重視される救急診療においては、このような臨床推論のステップを医師、看護師およびその他の医療スタッフが共有し、互いにサポートしながら診断と治療の思考過程をすすめる必要がある。

当科では、米国の AMLS（Advanced Medical Life Support）を参考に、臨床的推論に基づく救急疾病患者へのアプローチを EMEC（Emergency Medical Evaluation and Care）として策定し、臨床現場で実践するとともに、医師および看護師を対象に EMEC の理念および手法を教育する EMEC コースを定期的に開催している。本コースでは、高機能シミュレータを用いたプログラムのもと、医師および看護師に診療手法を共有させるとともに、ノンテクニカルスキルに基づくチームアプローチを修得させることも目指している。EMEC コースには、当科の救急科専門医プログラムの連携施設が参加しており、救急科専攻医がローテートするなかで、各施設に普及させることも目指している。

「救急初期診療における臨床推論」に基づく疾病救急患者に対する救急初期診療指針を用いたシミュレーション教育を実施することにより、緊急度の高い救急疾患を見逃すことなく診断し、迅速な治療へと円滑に移行することが可能になることを期待している。本講演においては、「救急初期診療における臨床推論」を概説するとともに、当科が実施している EMEC コースを紹介したい。

教育講演

[EL5] 教育講演5

「コロナ・パンデミックは都市災害だ～感染症の専門家だけでは制御不可能～」

演者 河田恵昭（関西大学社会安全学部 社会安全研究センター長・特別任命教授）

[EL5-01] コロナ・パンデミックは都市災害だ～感染症の専門家だけでは制御不可能～

○河田 恵昭¹（1. 関西大学社会安全学部 社会安全研究センター長・特別任命教授）

[EL5-01] コロナ・パンデミックは都市災害だ～感染症の専門家だけでは制御不可能～

○河田 恵昭¹ (1. 関西大学社会安全学部 社会安全研究センター長・特別任命教授)

キーワード：パンデミック、COVID-19、都市災害

新型コロナウイルス感染症の第2波が心配である。東京の新規感染者が相変わらず多いのは、首都圏一極集中の結果、人口が約3800万人と世界一だからだ。そこでは都市文明が栄える一方、格差社会が進行し、社会的弱者も増え続けている。その矛盾は、社会福祉、医療、防災分野の脆弱となって顕在化し、そこを新型コロナウイルスが攻撃しているのである。だから医療の専門家だけでは抑制できない。社会経済被害のあまりの大きさに、国全体が元気を失っている。多くの人がどんどん貧乏になっていくからだ。健康社会に向けて本格的に舵を切らないと、特効薬としてワクチン開発しかないというような脆弱社会はペストが跋扈したヨーロッパの中世と同じではないのか。都市封鎖（ロックダウン）と三密対策しかないというのは情けない。講演では、コロナパンデミックに遭遇して、都市災害としての被害軽減・抑止を目指す縮災対策の具体的内容を見出すことができたのでその成果を紹介する。

教育講演

[EL6] 教育講演6

「救急医療における看護師の危機対応能力」

演者 木澤晃代（日本大学病院 看護部 看護部長）

[EL6-01] 救急医療における看護師の危機対応能力

○木澤 晃代¹（1. 日本大学病院 看護部 看護部長）

[EL6-01] 救急医療における看護師の危機対応能力

○木澤 晃代¹ (1. 日本大学病院 看護部 看護部長)

キーワード：救急医療、危機対応能力、省察的実践

救急医療に携わる看護師は様々な危機と直面します。突発、突然の状況に、瞬時に全体像を捉え、考えながら行動することは、救急看護師ならではの高度な臨床実践能力であるといえます。危機対応とは、まず危機を察知、予見することから始まります。また、危機にどれだけ早期に対応でき、危機を回避もしくは最小限にすることが重要であり、その後の経過を左右します。救急看護師の危機対応としては、「直接的な患者への生命の危機対応」「生命の危機状態にある患者の家族および関係者への危機対応」「時間的猶予がない状態での医療スタッフとの交渉、調整」「治療方針に基づく患者家族の意思決定支援」「医師の治療方針に関するジレンマ」「医療安全の対応」「局地災害、大規模災害での対応」など多岐にわたっています。救急医療の特徴としては、現状把握と分析に基づく実践の時間軸が早いことがあげられます。同じような症例があったとしても、まさに個別的で瞬時の判断、決断が求められます。根拠に基づく知識・技術の習得、均質なケアの提供のための教育、知識を経験値によって熟成させ、概念化する能力を高めることが重要です。そして、常に最悪の状態を念頭に置き、準備や段取りを良くすること、省察的実践によりコミュニケーションを駆使し、チームの総合力を推進するコーディネーターとしての能力も必要です。しかしながら、使命感や責任感を持つあまり、倫理的課題の大きい症例や、社会的ジレンマに対し、時に無力感や喪失感によって心身のバランスを崩すことも少なくありません。「自身のメンタルヘルスとワークライフバランス」について個人の調整はもちろんのこと、組織的な取り組みが看護師の危機対応能力を最大限に発揮できるための支援だといえます。

教育講演

[EL7] 教育講演7

「人口構造・社会環境の変化と医療提供体制改革」

演者 村上正泰（山形大学大学院医学系研究科 医療政策学講座 教授）

[EL7-01] 人口構造・社会環境の変化と医療提供体制改革

○村上 正泰¹（1. 山形大学大学院医学系研究科 医療政策学講座 教授）

[EL7-01] 人口構造・社会環境の変化と医療提供体制改革

○村上 正泰¹ (1. 山形大学大学院医学系研究科 医療政策学講座 教授)

キーワード：地域医療構想、地域包括ケアシステム、診療報酬改定、医療提供体制改革、少子高齢化、人口減少社会

人口減少と少子高齢化による急速な人口変化が見込まれる中であって、医療ニーズも必然的に大きく変化していくことになる。したがって、医療提供体制の再構築は避けて通れない課題だと言える。地域医療構想や診療報酬改定を通じて、医療提供体制改革が進められているが、その本来的な目的は、病床削減や医療費抑制にあるのではなく、地域ごとに有効に機能する医療機関の役割分担と連携の体制を構築することが求められている。それぞれの医療機関だけの視点ではなく、地域における「全体最適」の実現に向けて、何をなすべきか。最近の医療政策上の問題点も検討しつつ、今後の目指すべき方向性について論じる。

教育講演

[EL8] 教育講演8

「生きることをつなぐ救急医療の現場で看護師がキャリアを積むということ」

演者 勝原裕美子（オフィスKATSUHARA 代表）

[EL8-01] 生きることをつなぐ救急医療の現場で看護師がキャリアを積むということ

○勝原 裕美子¹（1. オフィスKATSUHARA 代表）

[EL8-01] 生きることをつなぐ救急医療の現場で看護師がキャリアを積むということ

○勝原 裕美子¹ (1. オフィスKATSUHARA 代表)

キーワード：キャリア、救急医療、看護師

骨や臓器がむき出しになり、血液が飛び散る現場。

そもそも、そのような場に身を置きたいと思うのはなぜなのか。

かねてより、それを知りたいと思っていた。

病棟では、「よろしくお願いします」で始まり、「ありがとうございました」「お大事に」で、患者との関係がひと段落する。しかし、救急の現場では、年齢も住所も家族もわからない人が突然運び込まれて、一言も交わさず去っていくこともある。

そんな中で、看護師のやりがいはどう紡いでいるのか、それを知りたいと思っていた。

手技や行動などが可視化されている。つまりは、プロセスも結果もわかりやすいために、そのパフォーマンスの出来不出来に焦点が当てられがちの現場で、そこに「携わる人」の中で何が起きているのか、それを知りたいと思っていた。

基礎教育ではほとんど登場しないこの現場で、

看護師は何を考え、何を学んで、命をつなぐことに全力しているのか。

本講演では、これまで大切にしてきた「人の生涯にわたり、仕事に関連した諸処の体験や活動を通して、個人が自覚し得る態度や行動のつながり」(D.T.Hall)という“キャリア”の定義を、今回も軸にしながら、これらの長年の謎解き挑戦してみたい。

幸いなことに、新人から認定看護師まで約20名の救急看護の現場の看護師たちが協力してくれた。

どの人も、救急看護の醍醐味を語り、そこに身を置く自分を主客の両面から見せてくれた。すばらしい人たちだ。

彼(女)らのキャリアの語りから考えた

- 救急看護に特有の学びによるキャリア形成
- 看護師であることの中にある救急看護
- 救急看護における患者と私

などを皆さんと共有し、学会参加者の力になれば幸いである。

教育講演

[EL9] 教育講演9

「重症熱傷の評価と管理」

演者 森田栄伸（島根大学医学部 皮膚科学 教授）

[EL9-01] 重症熱傷の評価と管理

○森田 栄伸¹（1. 島根大学医学部 皮膚科学 教授）

[EL9-01] 重症熱傷の評価と管理

○森田 栄伸¹ (1. 島根大学医学部 皮膚科学 教授)

キーワード：重症熱傷

熱傷は誰でも一度くらいは経験する皮膚傷害である。痕が残らず治癒するか、瘢痕が残るかは誰しもが気になるところである。熱傷は熱による皮膚組織の傷害で、その重症度は深達度と受傷範囲により決まる。深達度はI度、II度、III度に区分され、II度はさらに浅達性II度と深達性II度に細分される。痕が残るか残らないかの境目は浅達性II度か、深達性II度かである。つまり浅達性II度では皮膚の再生が見込まれるため保存的加療で瘢痕を残さず治癒するが、深達性II度以上では皮膚の再生が見込まれないため瘢痕化して治癒するか、またはデブリドマン、皮膚移植など外科的処置が必要となる。浅達性II度と深達性II度は、ある程度臨床的な観察で区別可能で、水疱底の性状、痛みの程度などで大まかに判断できる。浅達性II度では水疱底が赤色のことが多く痛みが強いが、深達性II度では水疱底が白色で痛みが軽い。一方、受傷面積が広いと重症となり、一般にII度熱傷が体表面積の30%以上、またはIII度熱傷が体表面積の10%以上で重症熱傷とされる。重症熱傷では、受傷後に循環血液量の不足から腎臓などの臓器傷害をきたすリスクがあるため、十分な輸液が必要である。受傷面積の評価には成人では9の法則、小児では5の法則が簡便な評価法として臨床現場で利用されている。受傷後に必要な輸液量は受傷面積に基づいてBaxter法により計算される。広範囲の熱傷では、治癒までの期間が長く感染のリスクが高くなるため、早期に入浴、洗浄の処置を併用する。広範囲熱傷の予後は熱傷予後指数（熱傷指数に年齢を加算）で評価し、110を超えると予後不良である。近年は外科的処置に加えて、培養表皮が重症熱傷に利用されている。

教育講演

[EL10] 教育講演10

「救急看護師が子ども虐待に出会うとき」

演者 毎原敏郎（兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 周産期医療センター長・小児救命救急センター長・小児科科長）

[EL10-01] 救急看護師が子ども虐待に出会うとき

○毎原 敏郎¹（1. 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 周産期医療センター長・小児救命救急センター長・小児科科長）

[EL10-01] 救急看護師が子ども虐待に出会うとき

○毎原 敏郎¹ (1. 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 周産期医療センター長・小児救命救急センター長・小児科科長)

キーワード：児童虐待、早期発見、院内連携、Child Protection Team

2019年度に当院の救命救急センターを受診した患者数は25,071人（うち15歳未満の子どもは7,995人）、救急搬送件数は11,841件（うち15歳未満の子どもは3,005件）でした。また医療ソーシャルワーカー（MSW）が同年度に子ども虐待（疑いを含む）として関わった人数は175件で、その多くは救命救急センターを受診しています。痙攣が主訴で受診し急性硬膜下血腫・網膜出血・多発骨折があり虐待と診断した5か月児、院外心肺停止で受診し重篤なネグレクトが判明した10か月児、など。初療室の〇看護師が出会ったのも、そんな中の1人の4歳女児でした。幼稚園の先生が身体の痣を見つけて児童相談所に通告し、一時保護所に行く前に職員に連れられて病院を受診したのです。初めて来た大きな病院、白衣を来て走り回る医師や看護師、救急車のサイレンやモニターのアラーム音、そして何よりもこれから家に帰るのではなく知らない所に連れて行かれること…。その子はどれほど心細かったことでしょうか。それでも涙を見せることもなく気丈に振る舞う姿には、かえって家庭内でのストレスの大きさを感じるほどでした。診察と検査が終わり、医師が児童相談所の職員と話をする間、その子を見守る役割を担った〇看護師は、自分のiPhoneを取り出して動画を見せてしばらく2人で仲良く時間を過ごし、病院を離れる時にはその子はすっかり安心した笑顔で〇看護師にバイバイと手を振って帰っていきました。この1件で〇看護師は子ども虐待に関心を持つようになり、虐待に対する救命救急センター全体の意識が大きく変化するきっかけとなりました。

救命救急センターが果たすべき役割として〇看護師が挙げたのは、気になる子どもをキャッチできること、見つけたら誰かにつなぐこと、親を支援する気持ちも忘れないこと、特定妊婦にも適切に関わること、の4つです。医療者は「虐待が疑われる子ども」を見たら児童相談所に通告する義務だけではなく、早期発見をする義務も担っています。子どもを見る時には、「不適切な養育環境ではないか」というアンテナを常に張っておかないと、容易に見逃してしまいます。見つけたときには一人で判断して動くのではなく、複数の目で見て関わらないと方針を誤ることもあります。またほとんどの親は自ら望んで虐待しているわけではなく、自身の被虐待体験や日常のさまざまなストレスによって虐待に至ったのではないかと考えて、その親も「支援すべき存在である」という意識を医療者が持つことも重要です。特定妊婦やDV被害者が受診した時も、その個人だけではなく、子どもも含めた家庭全体を考えることが必要になります。

現在、当院では日本子ども虐待医学会が提供する児童虐待対応プログラム BEAMSを院内で定期的で開催し、救命救急センター内でも虐待の勉強会や症例検討会を行っています。院内の児童虐待対応組織（Child Protection Team：CPT）とは常に連携を取り、必要時にはその場で児童相談所や警察と連絡を取り合う地域のシステムがあります。また「問題行動（虐待を含む）」の背景にはその人のトラウマ体験が隠れている可能性も考えた関わりができるように、トラウマインフォームドケア（TIC）の研修も行っています。

救急の現場は命を救うことが最優先の課題で、常に緊張を強いられる場面の連続です。そのような中で「家庭内の環境」や「こころの傷」にも目を向けることは大変かもしれません。しかし、虐待を受けた子どもが医療機関を受診する機会は決して多いものではなく、その時に見逃してしまうと、虐待はさらに潜伏して深刻なものとなってしまいます。今回は当院の取り組みを紹介しながら、救急看護師が果たす役割を一緒に考える機会にしたいと思います。

教育講演

[EL11] 教育講演11

「貧困・社会経済格差と不健康—医療利用の背景をふまえた多面的支援」

演者 松田亮三（立命館大学産業社会学部 教授／人間科学研究所 所長）

[EL11-01] 貧困・社会経済格差と不健康—医療利用の背景をふまえた多面的支援

○松田 亮三¹（1. 立命館大学産業社会学部 教授／人間科学研究所 所長）

[EL11-01] 貧困・社会経済格差と不健康—医療利用の背景をふまえた多面的支援

○松田 亮三¹ (1. 立命館大学産業社会学部 教授/人間科学研究所 所長)

キーワード：社会経済格差、健康の衡平、衡平志向の医療、4. 多面的支援、アドボカシー

新型コロナウイルス感染症は、グローバルな影響を及ぼし、貧富の差、不平等を拡大する作用を当座もたらしている。このような中、健康格差の縮小や医療アクセスの衡平といった理念の実現を追求していくとすれば、医療関係者には、あらためて社会・経済的格差や貧困が健康と人々の生活にどのように影響を与えるかを理解し、臨床的な対応において患者の背景にある状況を推察し、関与していくことが重要である。本教育講演では、この課題を考える上で重要と思われる事項を以下のアウトラインに沿って述べる。

1 グローバルなアジェンダとしての健康の衡平

過去30年間の間で、健康の衡平(health equity in health) が、例えば、SDGsにみられるような国際社会の課題となるとともに、各国の政策上の課題となってきた点を、いくつかの著明なレポートなどに言及して紹介する。高所得国で貧富の格差が最も大きい国である米国においても、健康の衡平の追求が一少なくとも医療関係者においては一重要課題とされてきている点についても言及したい。また、健康の衡平、医療アクセスの衡平などの、国際的に共有されている重要概念を説明する。

2 貧困・社会経済格差と不健康に関わる理論とエビデンス

貧困と社会経済格差(socioeconomic inequalities)の概念、それらの違いを説明した上で、不健康との関連についての研究の進展を概観する。その上で、いくつかの例についての、今日的な知見を例示しつつ、社会経済状態が疾病の罹患に関与する経路についての代表的モデル(Marmot et al. のものなど)を示し、それに対する戦略的な対応方向を議論する。

3 日本における貧困・社会経済格差

日本における貧困・社会経済格差についての動向を例示しながら、社会科学における貧困をめぐる理論やモデルを紹介する。また、生活困難・貧困と医療の利用、健康に関する知見の中から利用可能なものを取り出し、日本における課題を考察する。

4 多面的支援と医療からのアドボカシーに向けて

最後に、「衡平志向の医療(equity-oriented health care)」や「社会的処方(social prescribing)」、「利用等支援サービス(enabling services)」などの、近年注目されている概念を紹介し、臨床場面における健康の衡平に向けた多面的な支援のあり方とアドボカシー(社会への問題提起の活動)の可能性について考えたい。

教育講演

[EL12] 教育講演12

「エネルギー環境問題の現段階～ 人間社会への影響と政策」

演者 大島堅一（龍谷大学政策学部 教授）

[EL12-01] エネルギー環境問題の現段階～ 人間社会への影響と政策

○大島 堅一¹（1. 龍谷大学政策学部 教授）

[EL12-01] エネルギー環境問題の現段階～ 人間社会への影響と政策

○大島 堅一¹ (1. 龍谷大学政策学部 教授)

キーワード：環境問題、気候変動問題、エネルギー政策

地球規模の環境問題により人間社会は危機的状況に陥りつつある。とりわけ顕著なのが気候変動問題であり、これは、世界的に「気候危機」として捉えられるようになってきた。「気候変動に関する政府間パネル（IPCC）」の「1.5度特別報告書」によれば、社会に破局的な影響を与えないようにするには気温上昇幅を1.5度に抑える必要がある。産業革命以降、すでに約1度気温上昇がもたらされているから、残された余地は0.5度しかない。目標達成のためには、今世紀半ばまでのできる限り早い時期に全世界の温室効果ガス排出をゼロにしなければならない。当然ながら、これを実現するには、社会におけるエネルギーの利用のあり方を急速に抜本的に変える必要がある。人類にとって持続可能なエネルギーはどうあるべきか、日本のエネルギー政策に問題はないのか、気候変動問題を題材に、あるべきエネルギー政策のあり方について論じる。

シンポジウム

[SY1] シンポジウム1

『救急看護と二次的トラウマ』

座長 森田 孝子

(元横浜創英大学 看護学部 看護学学科 元学部長・教授/日本救急看護学会 監事)

阿久津 功

(医療法人辰星会 柘記念病院 看護管理室 看護部長・災害救急医療部 副部長)

[SY1-01] 救急及び災害現場における救急看護実践に伴う二次的トラウマの現状

○川谷 陽子¹ (1. 愛知医科大学病院 高度救命救急センター)

[SY1-02] 支援者の二次的トラウマの予防—個人が行う事と組織が行う事—

○関根 剛¹ (1. 大分県立看護科学大学 看護学部 看護学科人間関係学教室 准教授)

[SY1-03] 救急看護領域における二次的外傷性ストレスの予防とセルフケア 精神看護 専門看護師の立場から

○武用 百子¹ (1. 和歌山県立医科大学 看護キャリア開発センター 副センター長・臨床教育准教授・精神看護専門看護師)

[SY1-01] 救急及び災害現場における救急看護実践に伴う二次的トラウマの現状

○川谷 陽子¹ (1. 愛知医科大学病院 高度救命救急センター)

キーワード：二次的トラウマ

【はじめに】現代救急看護の危機の1つに災害や犯罪被害者の二次的トラウマ予防の必要性が広く認識されている。悲惨な災害や事件・事故が発生した場合、患者のみならず救援者である救急看護師も「心のケア」を必要とする。国際災害派遣医療チーム(以下 A医療チーム)では、派遣時の隊員健康管理に健康管理フォーム(以下健康 F)を用いている。今回 COVID-19蔓延を受けて、B救命センターでは、A医療チームの健康 Fを導入した。健康 Fは、労働能力障害(Work Functioning Impairment Scale)を測定する項目にヒヤリハット、心の健康(以下 K6)を追加し独自に作成したものであり、健康状態と職務遂行パフォーマンス(以下パフォーマンス)を見ることが出来る。健康 Fの結果から、救急及び災害現場における救急看護実践に伴う二次的トラウマの現状と課題について考察したので報告する。

【倫理的配慮】 A医療チーム事務局へ匿名性の保持、学会発表に使用する事の承認を得た。B救命センターで実施した COVID-19に関する健康 Fによる回答は、業務上実施し知りえた内容である。個人への直接介入の必要性が生じる場合があり、個人が特定される形で回答を得た。データは匿名化して扱うが、直接介入が必要とされた場合には個人に直接介入すること、健康 Fの目的に同意した場合は回答に協力してほしいことを依頼した。健康 Fは研究として実施したものではなかったため、B救命センター回答者へ、業務上実施し知りえた内容を学会発表に使用すること、匿名化したデータとして扱い、個人が特定されないよう配慮する事、回答した後も撤回書をもってデータ使用を中止できる事を説明し承認を得た。撤回書に該当するデータは、連結可能な対応表を用いて削除することを保証した。愛知医科大学病院看護部研究倫理審査会(簡2020-8)の承認を得た。

【方法】

1. 健康 Fの調査

① A医療チームにおける3つの派遣において1日1回回答を得た。

② B救命センター看護職員に対して、2020年3月～6月の対応日・1ヶ月毎回答を得た。

2. 健康 Fによる回答は、個人が特定される形で提出および送信される。データは連結可能な対応表を用いて匿名化した。

3. 分析方法

① A医療チームの健康 Fにおける健康状態とパフォーマンスについて2週間の派遣ごとに比較した。(The14th APCDM報告)

② B救命センター健康 Fにおける健康状態とパフォーマンス、ヒヤリハット、K6について1ヶ月毎に比較した。

【結果】 A医療チーム及び B救命センター共に、健康 Fを活用することにより個々の健康状態の変化を把握でき、また隊や部署全体のパフォーマンスの傾向を把握することができた。A医療チームでは、健康状態の症状数が多いほどパフォーマンス障害が発生していた。又、日々の健康状態の変化は、隊のイベントとの関連性が認められた。B救命センターでは、半数以上が倦怠感や疲労感を自覚していた。COVID-19に対応しているスタッフは対応していないスタッフに比べ、パフォーマンス評価で低下が見られた。又、K6と医療安全(ヒヤリハットを含む)との関連では、K6の得点が高いほど医療安全上の問題を自覚している傾向が明らかとなった。

【考察】

今回活用した健康 F は、日々の変化を把握でき、1ヶ月ごとに心の健康チェック（K6）と合わせて活用することで、心の健康障害を早期に発見し、専門家へ繋ぐ指標となる。また、健康 F は、救急や災害現場に従事する看護師の傾向を把握し、看護実践の質と安全を客観的に評価することができる。今後も救急及び災害現場の看護実践において、健康 F を活用し、収集データを可視化することおよび継続的な開発に取り組むことは、救急看護師の活動の質保証と健康管理に寄与するものと考えられる。

[SY1-02] 支援者の二次的トラウマの予防—個人が行う事と組織が行う事—

○関根 剛¹（1. 大分県立看護科学大学 看護学部 看護学科人間関係学教室 准教授）

キーワード：二次的トラウマ、対策、研修コスト

【はじめに】

日本において外傷後ストレス障害、いわゆる PTSD が専門家の間で一般化したのは奥尻島地震（1993）や阪神淡路大震災・地下鉄サリン事件（1995）以後である。同時期から、看護、消防、警察など、凄惨な現場で患者や被災者に対する救助や支援を通じて生じる救助者・支援者が被るトラウマも着目されるようになってきた。特に、消防庁では2001年から職員の惨事ストレスの実態と対策に組織的に取り組んでいる。しかし、多くの組織は必要性は認めつつ、常日頃からの対策がとられていない現状にある。

筆者は、犯罪被害者支援組織、消防庁メンタルサポートチーム、大分県こころの緊急支援チームなど、支援者の PTSD 予防活動に関わってきた経験から、予防の方策などについて述べたい。

【二次的トラウマの大きさ】

ストレスとストレス反応が同じではないように、衝撃的出来事とトラウマの大きさも同じではない。生じるトラウマの大きさは個人的特性だけではなく、組織の影響も受ける。

二次的トラウマの大きさ = 個人の脆弱さ × 組織の脆弱さ

個人の脆弱さ = 身体・精神 × 生活 × 組織内の立場

組織の脆弱さ = 物理的・人的資源 × 組織内の葛藤

つまり、支援者の二次的トラウマ予防には、個人と組織の脆弱さをアセスメント・補強する必要がある。そのアセスメントの為には、個人的な情報や組織が抱える問題を明らかにする必要がある。しかし、微妙な内容でもあり、容易に明らかにできるものではなく、日常からのコミュニケーションやリーダーシップ（PM理論のP機能）が重要である。

【看護現場における対策】

実際の看護現場においてはどのような対策が行われているか、2013年に行った筆者の調査結果を表に示す（救急救命センターのある245医療機関）。この結果から、インフォーマルなサポートは行われているものの、組織だったサポート体制と、予防的な対策が十分ではない状況が見てとれる。

【個人と組織が行う対策】

1. 事前対策

- ・個人：①二次トラウマの知識、②心身の健康状態の把握と維持
- ・組織：①マニュアル、②組織の脆弱性の把握（人的資源、組織内外の葛藤）

2. 直後の対策

- ・組織：①チーム内ミーティング、②チーム状況のアセスメント→必要なチーム支援、③チームへのねぎらいとアセスメント

3. 事後対策

- ・個人：①自分のストレスのアセスメント、②ストレスケア（話をする等）
- ・組織：①終了の儀式とミーティング、②ねぎらい、評価、休暇、③個人やチームのアセスメントと中長期のケアプラン

なお今回のコロナの場合、一回のトラウマではなく、反復する日常的なストレスの累積であり、日常的なレベルでのケア対策が重要となる。

【研修コスト】

二次トラウマ予防に関する研修は、DMATやDPATチームへは行えても、職員全体に行うことは、時間的・労力的に難しいのが実情であろう。いかにコストを下げて研修や訓練を行うかが現実的な課題である。そこで、交通事故被害者や犯罪被害者など、トラウマという個別性を配慮したケアを考えることは、被災時の患者ケアと同時に医療者自身のケアにも役立つ。なぜなら、患者ケアの知識は二次トラウマ防止の知識と重なるからである。さらに、集合研修ではなく、ネット上の教材を用いた自主研修など、研修や実践のコストを下げる方策を考えることが現実的に必要となると思われる。

[SY1-03] 救急看護領域における二次的外傷性ストレスの予防とセルフケア 精神看護専門看護師の立場から

○武用 百子¹（1. 和歌山県立医科大学 看護キャリア開発センター 副センター長・臨床教育准教授・精神看護専門看護師）

キーワード：二次的トラウマ、惨事ストレス、セルフケア、救急看護師

全世界で新型コロナウイルス（COVID19）の感染拡大が進む中、日々医療の最前線で患者さんの治療に尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。また、残念ながら感染によりお亡くなりになられた方々に謹んでお悔やみを申し上げますとともに、罹患された全ての皆様に対し1日も早いご回復をお祈り申し上げます。

筆者はこれまで、救急看護領域における二次性外傷性ストレス（Dominguez-Gomez & Rutledge 2009）についての研究を重ねてきたが、近年は共感疲労（compassion fatigue）の概念に注目し、看護師の共感疲労とセルフ・コンパッションの関連から、予防やセルフケアのあり方について検討している。

看護師は職務を通じて、予期しない死（Healy & Tyrrell 2011, Scott 2013）、トラウマ（Bostrom et al. 2012, Hinderer et al. 2014）、暴力（Wu et al. 2011, AlBashtawy & Aljezawi 2015）などの、外傷性ストレスをもたらすような状況にしばしば遭遇する（Badger, J.M. 2001）。そのような状況下でケアにあたる救急看護師は、外傷的な体験をした患者へのケアを通して、患者の心的トラウマを自分のもののように感じトラウマ性の反応が生じるのだが、多くは回復したり専門職としての対処能力を身に着ける。しかし一部の看護師は二次的外傷性ストレスに陥ることとなる（Sabo, B.M. 2006）。

この看護師の二次的外傷性ストレスについて、Figley（1996）は共感疲労（compassion fatigue）として、「重要な他者により経験される精神的ショックを与える出来事を知ること起因する自然な結果として起こる行動と感情であり、精神的ショックを受けている、または苦しんでいる人を助ける、あるいは助けたいということに起因するストレス」と定義した。対人援助職である看護師は、悩みや問題を抱える患者に対して共感的態度をもって接するが、それは時に残存した共感ストレスにつながることもある。Figleyは、この残存した共感ストレスをコントロールしなければ、共感疲労の一因になるとしている。

筆者は、看護師の共感疲労とセルフ・コンパッションの関連について、日本語版対人反応性指標（共感能

力) および Pro-QOL尺度 (共感性満足、バーンアウト、共感疲労を測定) と、どのような介入が影響するのかを検討するために、セルフ・コンパッション尺度と首尾一貫感覚尺度 (SOC) を併せてパス解析を行った。その結果、共感疲労やバーンアウトについては、セルフ・コンパッションの方がSOCよりも影響力があり、特にバーンアウトについてはセルフ・コンパッションのみ有意に減少させる要因になっていた。

シンポジウムにおいては、これらの研究結果の紹介と、これまでの救急看護師の研究結果を踏まえ、救急看護領域における二次的外傷性ストレスの予防とセルフケアについて提示したい。

シンポジウム

[SY2] シンポジウム2

『都市の貧困と健康問題・救急医療』

座長 江川 幸二（神戸市看護大学 急性期看護学分野 教授）

三上 剛人（吉田学園 医療歯科専門学校 救急救命学科 学科長・副校長補佐）

[SY2-01] あいりん地域(釜ヶ崎)の歴史的背景と生活問題から医療を考える

○奥村 晴彦¹（1. 大阪社会医療センター附属病院 医療ソーシャルワーカー・精神保健福祉士）

[SY2-02] 救命救急センターに救急搬送された路上生活者の検討

○田熊 清継¹（1. 川崎市立川崎病院 救命救急センター所長）

[SY2-03] 都市部のホームレスの健康問題と支援する医療体制

○森 亮太¹（1. 医療法人 八事の森 杉浦医院 理事長）

[SY2-01] あいりん地域(釜ヶ崎)の歴史的背景と生活問題から医療を考える

○奥村 晴彦¹ (1. 大阪社会医療センター附属病院 医療ソーシャルワーカー・精神保健福祉士)

キーワード：生活困窮者、日雇労働者、無料低額診療事業

大阪社会医療センター附属病院は、1970年（S45）に開設された無料低額診療事業施設で、受診患者層は日本経済の縮図でもあります（図）。前身は大阪府済生会今宮診療所であり、恩賜財団済生会が地域の細民生活対応のために大阪府で最初に開設された診療所で、1914年（T2）4月に南区に開院し、その後病床を持つ今宮病院となりましたが、1945年（S20）の大阪空襲で全焼してしまいました。その後、1947年（S22）に西成区で診療所として再開し、1960年（S45）まで診療をしている。

釜ヶ崎には、全国から仕事を求め労働者が多く集まってきました。資本主義社会の中で、労働経済の安全弁的役割を担う日雇労働者は必然的に誕生して、釜ヶ崎は日本の資本主義の高度成長を底辺からささえてきた地域でした。しかし、日雇労働者のように天候や景気に左右される不安定労働者には社会保障の基本である保険の原理が作用せず、生活に困窮して健康を害することもあり、野宿生活を余儀なくされることも多くある。

『につぼん釜ヶ崎診療所』という本田良寛の著書には、「釜ヶ崎や全国から釜ヶ崎へ救いを求めてくる患者を対象とした病院を作る」、「特別な事情のため社会福祉の権利を奪われている人々に保障を与える病院」、「病める人が静かに金の心配なく心ゆたかに身体をやすめられる釜ヶ崎にしたい」、「西成の釜ヶ崎ではなく日本の釜ヶ崎へ」と書かれています。本田良寛は、済生会今宮診療所の最後の所長であり、大阪社会医療センター附属病院の初代院長で、ホームレス状態にある労働者も同じ人間であり、仕事がない、身体を悪くして働くことができないので治療費を払えないのは仕方がない・・・どのような人間であってもプライドがあり、治療費をただ（無料）にするという施しをうけることよりも仕事ができるようになり働いたお金で治療費を支払うことのほうが大切であるため、「ある時払いの催促なし」という貸付制度を考え出しました。このことが後の無料低額診療事業につながり、前述の著書には、「医療費に困って尋ねてくる患者をどう扱ったものか。患者にとって医療費は重大な問題である。病気をもちながらやむを得ず働きに行っているのが現実である。医療費が無ければ診察出来ないということは、金の無い者は死ぬというのと同じだ。かといって只で物事を施すほどバカにした話しはない。しかし、物事には費用がいる。医療にもはっきりとした価格がある。そこで私は考えた。医療費に困っている患者には、あなたを信用してお貸ししますということにしたのである。」と書いている。

593年、聖徳太子が四天王寺を建立し、4箇院を設けました。そのひとつに、「療病院」という、無縁の病人を收容治療することを目的とした、いまでいう無料低額診療施設に相当するものがあつたと言われています。西成はサントリーの創業者である鳥井信治郎が最初の社会貢献活動を行った場所でもありました。鳥井信治郎は1921年（T10）に邦寿会今宮診療所を設立し、そこで無料低額診療事業を1976年（S51）まで行っていました。1947年（S22）に済生会西成病院、1950年（S25）のジェーン台風被害者救済のためキリスト教社会館診療所などが開設されている。低所得者階層が集まるあいりん地域では医療のニーズが高く、生活科優先となり医療が後回しになることが多く社会的な仕組みが必要である。

西成区（H30）における要保護傷病者の救急搬送件数は354件であり、大阪市24区の3割程度を占めており、大半があいりん地域の搬送である。基本的人権の最たるものである生命権を守る最前線が救急医療である。特に貧困者は医療費の保障がある救急医療があるからこそ助かる命が少なくない。

[SY2-02] 救命救急センターに救急搬送された路上生活者の検討

○田熊 清継¹ (1. 川崎市立川崎病院 救命救急センター所長)

キーワード：路上生活者、ホームレス、救急医療

川崎市の路上生活者（ホームレス）数は300人と、政令指定都市の中で東京1,126人、大阪1,023人、横浜477人に次いで多く、その大半は川崎市南部地域に居住している（厚労省2018年）。救急要請時にホームレスであることが分かると応需を拒否する病院が多いが、一般的にはその理由として食事目的での救急要請、感染や悪臭、入院の長期化、医療費の問題などが挙げられている。本邦では、この問題を救急医療の観点から検討した研究は少なく、実態はよく知られていない。当施設は、この地域の中心に位置し、重症度を問わず全ての救急患者を診察するER型救命救急センターで全ての救急要請に対応している。2008年度に当院でまとめた論文（日本救急医学会誌）では、救急車と徒歩による全救急受診患者32,756人中、ホームレス626人と、全体受診患者の1.91%がホームレスであった。一方、2017-19年の3年間に当院に救急搬送された15,995人中、ホームレスは46人で全体の0.29%と激減していた。主要受診病名をみると、感染症・皮膚・筋骨27、栄養障害10、心血管9、消化器8、呼吸器7、外傷熱傷6で、環境や衣食住との関連を想起させる傷病が多かった（人、重複有）。入院は25人（54.3%）で、半数が重症。壊死性筋膜炎・敗血症などの感染症5、脳血管障害・意識障害4、外傷や溺水などの外因3、消化管出血2、脱水2、呼吸不全2であった。平均入院日数は36.4日と長く、転帰は、軽快17名、死亡1名、ほか7名であった。ホームレスの救急診療に関する問題点を明らかにし、一つずつ対応していくことが、受入困難に関する問題の解決に繋がると考える。

[SY2-03] 都市部のホームレスの健康問題と支援する医療体制

○森 亮太¹（1. 医療法人 八事の森 杉浦医院 理事長）

キーワード：ホームレス、生活保護、医療扶助、炊き出し

【目的】

2002年に制定された「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」などにより、路上生活をしている人は減少しているが、まだ多くの方がホームレス生活を余儀なくされ、心身の健康維持が難しい生活環境に置かれている。ホームレスの方々に対する医療相談の内容および検診結果と彼らを支える支援体制について報告する。

【活動】

名古屋市において、「炊き出し」や路上生活者のためのデイケアセンター・中間施設運営などの野宿者を中心とした生活困窮者支援を行っているNPOささしま共生会は、平成23年8月より、月1回、健康検診および健康・生活相談を行っている。健康診査は内科および歯科で、治療が必要と判断した場合は当事者と相談の上、本人が受診を拒否されない場合には紹介状を作成し、生活保護の一部である医療扶助が受けられるようにしている。さらに、その後の受療状況を来所時や、週2回の巡回相談時に確認し、早期受診に結びつくように努力している。炊き出し現場の一部を利用し、医療生活相談を行いボランティア医師による無料診療を行っており、その体制について報告する。

【方法】

かつて3大寄場の一つであった笹島を含む、名古屋での日雇い労働者・野宿者の支援から始まった笹島診療所の活動を紹介する。さらに、名古屋にあるもう一つの野宿者支援NPO法人ささしま共生会で行われる、健康診断の結果と笹島診療所との連携を報告する。笹島診療所は1985年日雇い労働者を支援する市民団体として設立され、平成23年10月にNPO法人ささしまサポートセンターとして生まれ変わった。初めは地下鉄のホームの片隅で医師による医療相談とケースワーカーによる生活相談であった。それから20数年が立ち、バブルの崩壊～リーマンショックにより野宿生活者の数は一時400名近くとなった。ささしま共生会が行う毎週木曜日の炊き出しの時、その一角で医療生活相談を実施している。ここで行われる炊き出しの配食数は200食から35

0食であり、週によって、季節によって増減がある。医療相談にかかる患者数は、その約5%の5から10名程度である。ここでは、週ごとに担当を決めて医師と歯科医師が無料で診療を行い、必要に応じて薬の処方も行っている。慢性疾患で治療が必要であれば、紹介状を書いて通院治療を促している。笹島サポートセンターの活動は、診療だけでなく福祉事務所へ同行し医療・生活保護を適切に受けられるように支援している。ささしま共生会は炊き出しを行う一方で、平成22年からは月に一度の野宿生活者を対象とした健康相談会を開始した。その担当医としてかわり、未治療の高血圧症、糖尿病などの慢性疾患の早期発見・早期治療に寄与している。また、必要であれば自身の所属するささしまサポートセンターの笹島診療所への受診を勧め、治療を行っている。都市名古屋におけるホームレスを支える医療体制について報告する。

シンポジウム

[SY3] シンポジウム3

『外国人受け入れ政策－外国人労働者の就労問題 健康問題』

座長 豊嶋 三枝子（大東文化大学 スポーツ・健康科学部 看護学科）

増山 純二（学校法人 巨樹の会 大学設置準備室）

[SY3-01] 移民問題を考える視点－移民受入促進が我が国社会経済に与える影響と国の施策の課題

○室伏 謙一¹（1. 室伏政策研究室 代表 政策コンサルタント）

[SY3-02] 外国人看護師の看護実践の現状と課題に関する文献的考察

○大谷 則子¹（1. 和洋女子大学看護学部 看護学科 准教授）

[SY3-03] 外国人受け入れ政策－外国人労働者の就労問題・健康問題

○新垣 智子¹（1. 地方独立行政法人りんくう総合医療センター 看護局 外来副看護師長／国際診療科）

[SY3-01] 移民問題を考える視点—移民受入促進が我が国社会経済に与える影響と国の施策の課題

○室伏 謙一¹ (1. 室伏政策研究室 代表 政策コンサルタント)

キーワード：移民問題、共生社会

- 1 問題の所在
- 2 移民問題の本質は何か
- 3 我が国の移民政策の問題点
- 4 事例研究
- 5 今後の対応の方向性として考えられるもの

[SY3-02] 外国人看護師の看護実践の現状と課題に関する文献的考察

○大谷 則子¹ (1. 和洋女子大学看護学部 看護学科 准教授)

キーワード：外国人看護師、看護実践

わが国では、FTAおよびEPAをきっかけとして、外国人看護師の就労をより積極的に受け入れることが可能となった。しかし、日本において外国人看護師が看護業務を行うには、日本の看護師国家試験に合格することが必須であり、協定に基づいて来日している外国人看護師候補者は3回までの受験で看護師国家試験に合格することが原則となっている。

母国での看護師資格を持ち看護師として就労していた候補者が、日本の看護師資格を取得することに対する困難さについては、看護補助業務に従事しながら日本語の継続学習と看護の専門知識や技術を修得することを生活の中で両立させることの厳しさや、看護師国家試験の漢字が難しい等といった形で報道されることで目にする機会も少なくない。一方、実際に日本の看護師資格を持って日本で働く外国人看護師が、どのような看護を実践しているのか、どんなことに困難を感じ、何が課題となっているのか、ともに働く同僚の看護師たちは外国人看護師との協働をどうとらえているのか等、現場で何が起きているのかを知る機会はそれほど多くはない。そこで、わが国における外国人看護師の看護実践の現状と課題について文献検討を試みたことを紹介しつつ、未曾有の感染症で世界の価値観が目まぐるしく変化するこの時代に、わが国において外国人看護師とどう協働していくことができるのか、本シンポジウムを通して共に考えてみたい。

[SY3-03] 外国人受け入れ政策—外国人労働者の就労問題・健康問題

○新垣 智子¹ (1. 地方独立行政法人りんくう総合医療センター 看護局 外来副看護師長/国際診療科)

キーワード：外国人、トラベルメディスン、在留・訪日外国人、在外日本人

法務省の出入国管理統計によると、新型コロナウイルス感染症が中国武漢市で大流行していると報道される2020年1月までは、毎月250万人前後の外国人が日本に入学し、160万人前後の日本人が海外に出国していた。日本で緊急事態宣言が公示された2020年4月以降は毎月入学する外国人は1万人を下回り、出国する日本人も1万人前後までにとどまっている。世界中で渡航制限がかかり人々の国境を越える動きには制限はかかっているものの、年々日本に住む外国人の数は増加しており、2019年末現在、293,3137名と過去最高となっている。主に、アジア諸国から日本国内への定住化が増加している。日本にいる外国人だけでなく、海外に住む日本人も含め、海外と日本の国境を越える人々の生活背景は多様化しており、生活背景は日本の外交政策や経済政策、社会情勢と密接にかかわっている。

2020年に開催予定であった東京オリンピック・パラリンピック、2025年大阪万博などの国際イベントが起爆剤となり、日本国内でのインフラストラクチャー整備は突貫的にも進んでいった。日本に住む外国人や、日本を訪れる外国人のために、コミュニケーションツールや滞在しやすい環境整備は進んだとしても、この日本で彼らの健康問題を解決することに、労力がかかるのはなぜだろうか。

人の持つ健康問題は全世界の人類が抱える普遍的な問題であるが、その問題解決には滞在する国の政策や保健医療制度が大きく関与する。各国の保健医療政策やサービスは国家財力にも関連しており、人々の健康問題解決への思考プロセスは各人が慣れ親しんだ保健医療制度のもと養われてきている。日本国民は1958年に法案樹立、翌年施行された国民皆保険制度や2000年にスタートした介護保険制度サービスをはじめとする社会保障制度が享受できることが慣習化されている。健康問題解決の手段には欠かせないものであり、それが当たり前であるのは既知の通りである。日本が誇るこの Universal health coverageの恩恵は他国では珍しいものである。

今回のシンポジウムでは、海外に駐在する日本人も含めた広義による「外国人」の健康問題について医療現場の立場から問題提起を行う。人々は自己の慣れ親しんだ保健医療システムがあり、看護を必要とする対象者が慣れ親しんだ場所から離れた土地で健康問題に直面した際に、生活基盤が日本であれ、自国であれ、赴任先であれ、健康問題を解決していける方策についての討論できることを期待している。

シンポジウム

[SY4] シンポジウム4

『救急領域におけるタスクシフト・タスクシェアを考える』

座長 芝田 里花（日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室 看護副部長）

清村 紀子（大分大学大学院 教授）

[SY4-01] 医師の働き方改革がもたらす救急看護の変化

○加藤 正哉¹（1. 和歌山県立医科大学 救急集中治療医学講座 教授）

[SY4-02] 救急初療における救急看護師の新たな役割

○増山 純二¹（1. 学校法人巨樹の会 大学設置準備室）

[SY4-03] 法整備を想定した教育と院内救急救命士の働き方

○秋田 健太郎¹（1. 医療法人沖繩徳洲会 神戸徳洲会病院 救急救命士科 主任）

[SY4-01] 医師の働き方改革がもたらす救急看護の変化

○加藤 正哉¹ (1. 和歌山県立医科大学 救急集中治療医学講座 教授)

キーワード：将来ビジョン、特定行為研修制度、救急領域パッケージ

2017年3月に国の働き方改革実現会議で決定された、様々な職種における働き方改革実行計画の柱は、長時間労働是正のための労働基準法見直しである。これまで医療現場では、労働の中断が人命に直結するとの責任感から、献身的な過重労働や超過勤務が日常化していたが、2024年4月から医師の時間外労働規制が適応されることが決まり、それまでに医療体制を維持しながら医師の労働時間短縮を検討せざるを得ない状況にある。その具体的な方法として上げられたのが、他職種が実施可能な医師の業務を、現行制度の下で医師以外の医療専門職種に担ってもらうことと、実施できない業務を法改正によって実施可能とする、タスク・シフティングの推進である。

一方2015年には、医師に最も身近な医療職である看護師が判断可能な範囲を拡大することで、「患者へのタイムリーな対応」と「医師の業務の効率化」を両立し、地域において人々が安全に安心して療養することができる社会を実現する将来ビジョンを日本看護協会が提唱している。

日本救急医学会では、救急医の働き方を改革すると同時に地域の救急医療を守る観点から、単に業務のタスクシフトや勤務形態の変更を伴う労務管理を進めるだけではなく、救急医療へのアクセスが一方向的に増加することを漫然と容認せずに、地域の住民、医師会、行政などに対して、適切な救急医療体制や医療連携のあり方をこの機に再考するための提言を委員会から報告した。そのなかであげられた対策は、

1. 救急医個人と施設管理者の労務管理義務
2. 日本救急医学会の会員と施設に対する労務管理への介入
3. 在院中の自己研鑽時間設定を提案
4. タスク・シフティングの推進
5. 救急医の働き方改革を実現するために社会への要望

の5項目である。

4番目にあげられたタスク・シフティングでは、医行為の担い手として看護師と救急救命士の医療資格者を考えており、前者は救急科に係わる診療看護師養成、後者は救急救命士制度を利用した病院勤務の救急救命士養成を視野に入れた制度設計や法令改正の作業を提案した。既に一部の医療機関で活躍が報告されている診療看護師（nurse practitioner: NP）制度を、「救急外来から入院早期」をターゲットとしてより多くの救急医療施設に広める為の方路が「看護師特定行為における救急領域パッケージ」である。比較的重症症例を扱う救急医療現場において必要とされる特定行為がまとめられており、気道確保及び人工呼吸療法に係る呼吸器関連行為、動脈血ガス分析関連行為に加えて脱水への輸液と抗けいれん薬の臨時的投与の9行為を組み合わせた326時間のパッケージ研修が行われる事となった。

第一線で救急医療を担っている医療機関は病院規模や設立母体、立地条件等により様々で、改善すべき医師の負担も、単純な勤務時間やシフト勤務を行う人数の問題ばかりではなく、診療の質や将来の救急医療体制、医師自身の教育のあり方等多くの課題がある。特定行為看護師や救急救命士にシフトしようとしている医行為には、初期臨床研修病院や大学病院において、研修医や医学生が習得すべき技能もあり、これらの研修機会を担保することも考慮しなければならない。他職種が医行為を分担することで医師の働き方を適正化することは、医師にとって大きなメリットとなるが、同時にタスク・シフティングを請け負う側でも、本来担うべき看護や病院前救

護における高度な臨床実践能力を身につける機会と捉えたい。

[SY4-02] 救急初療における救急看護師の新たな役割

○増山 純二¹ (1. 学校法人巨樹の会 大学設置準備室)

キーワード：特定行為研修、救急初療、救急看護実践

A病院は513床を有し2020年2月より救命救急センターが開設された。筆者（以下、特定行為研修修了看護師）はA病院に2015年4月から2020年3月まで勤務し、今回、その5年間のA病院における特定行為研修修了看護師の役割について述べていく。

A病院の救命救急センター開設前の救急医療体制は、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た。2015年から2017年までは救急医が1-2名体制、2018年から2019年、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した体制であり、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）が代行する体制であった。2019年度の実績は、ヘリ搬送56名、救急車4,130名、walk in 4,402名の総患者数8,588名である。

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、特定行為区分は「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」である。

A病院の特定行為研修修了看護師の活動場所は救急初療であり、役割は早期に患者へアプローチし、プライマリケアを遂行し、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っている。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、救急初療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。その結果、患者へ早期に介入することができ、効率よく診療につなげることができ、患者の苦痛への緩和、重症度の予防を図ることができると考える。しかしながら、このような救急看護師としての新たな役割が、救急看護実践の一つとして位置付けて良いものか皆様と議論したい。

[SY4-03] 法整備を想定した教育と院内救急救命士の働き方

○秋田 健太郎¹ (1. 医療法人沖繩徳洲会 神戸徳洲会病院 救急救命士科 主任)

キーワード：院内救急救命士、タスクシフト・シェア、教育体制

神戸徳洲会病院(以下、当院)は、神戸市垂水区に位置する二次救急指定病院であり、2006年から救急救命士の院内採用を行っている。私は2009年に入職し、医療機関内の救急救命士として12年務めてきた。採用当初の救急救命士は救急外来での処置介助や一般外来での診療補助、一般病棟や療養病棟で看護助手業務をローテーションで

行っていた。しかし、社会的な救急医療の需要増加に伴って、当院の理念である「断らない救急」の実行のため救急外来での需要が少しずつ増加していった。

現在は院内救急救命士の活動基準とプロトコルを策定し、救急の窓口としてホットラインの対応や救急外来におけるヒト・モノのコーディネート、処置介助、転院搬送の対応を主な業務としている。また、地域での蘇生講習会や医療講演も行っている。

2013年に院内で救急救命士科立ち上げを目標とし、2つの課題に取り組んだ。1つ目は「救急外来における業務分担と円滑化」である。これは、救急要請の電話対応から重症度、緊急度に応じたベッドコントロール、医師や看護師の処置介助、検査案内、入院案内までを行い救急外来を円滑にまわすものである。2つ目は「救急車需要増加の負担軽減と地域医療との連携強化」である。これは、転院搬送や当院が協力・支援元である施設からの救急受診依頼に対して、病院救急車で対応するものである。

しかし、医療機関内で行われる医療行為のほとんどはこれまで学ぶ機会がなかったものであり、医療機関で必要な知識の不足が新たな課題となった。さらに、2つの課題を達成するために救急外来におけるマネジメント能力として「患者の状態を観察し把握する能力」「状況に応じて救急外来のヒト・モノを調整する能力」「他部署と連携し、関係を築く能力」「リスクマネジメント能力」が必要であると考えた。そこで、3つ目の課題として「医療機関で通用する救急救命士の教育」に取り組んだ。

まずは、医療機関内で勤務する職種として感染対策や医療安全対策など各委員会活動に参加した。役職者は医療安全管理者研修を修了するなど医療機関の一部署として標準的な知識獲得に取り組んだ。また、医療的な知識や技術においては救急救命士にクリニカルラダーを導入した。救急救命士の教育課程は、一部を看護部のクリニカルラダー研修とタイアップさせている。年間を通して看護師と互いに指導し合い、医療的な知識・技術やホスピタリティ、コミュニケーション能力などを救急救命士も獲得できる教育体制を構築した。これらの取り組みにより、当院ではチーム医療の一員として他職種と協働できるようになり、一部署としての立場を確立できたと考えている。

この10年で部署の立ち上げをはじめ、当院の救急救命士の働き方は大きく変化した。しかし、これには院内救急救命士として必要な教育の実施と、協働することを認識する組織の意識改革が重要であったと考えている。現に、法整備について議論された「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の中で、救急救命士には感染対策や医療安全対策、チーム医療、医薬品、医療機器に関する知識等は十分でない指摘されている。今後、法整備がなされれば医療機関内において33項目の救急救命処置が可能となるため、今まで以上に他職種との協働や業務分担が重要視されていく可能性がある。

現在、全国で採用されている院内救急救命士の業務は医療機関の規模や体制、ニーズによって様々であり統一することは難しい。しかし、法整備を想定した院内救急救命士の教育体制は、業務形態に関係なく統一されたものとして標準化されていくことが重要であると考えられる。

パネルディスカッション

[PD1] パネルディスカッション1

『救急看護の今とこれから』

座長 藤原 正恵（大阪青山大学 健康科学部看護学科 教授）

山崎 早苗（東海大学医学部付属病院 看護部 看護師長）

[PD1-01] フライトナースの未来を考える

○高野 裕子¹（1. 和歌山県立医科大学附属病院）

[PD1-02] 都市におけるドクターカー出動の問題点と今後の展望

○井上 佳世¹（1. 大阪市立大学医学部附属病院 救命救急センター）

[PD1-03] その人らしくをどう支えるか？

～訪問看護師の立場から～

○宮原 めぐみ¹（1. ペガサス訪問看護ステーション石津北 訪問看護 所長）

[PD1-04] 院内救急看護の現状と今後の課題

○嶋田 安希¹（1. 大津赤十字病院高度救命救急センター集中治療室・救急外来）

[PD1-01] フライトナースの未来を考える

○高野 裕子¹ (1. 和歌山県立医科大学附属病院)

キーワード：フライトナース、少子高齢化、山間部、へき地

和歌山県ドクターヘリは2003年1月から運航を開始し17年目を迎えています。運航開始当初は、運航実績のある施設見学、助言をいただきながら手探りで運航を開始しました。初期スタッフは、看護実践経験のあるメンバーで構成されており、マニュアルが不十分でも臨機応変に対応できる能力があり、その能力に助けられていた部分も多かったです。各スタッフの経験の共有や他施設の取り組み等を取り入れ、試行錯誤を繰り返し自施設にあったマニュアルや教育プログラムを作成し実践活動を行ってきました。初期スタッフは他部署へ異動し、フライトナースにあこがれ入職した若いスタッフに代わっていますが、マニュアルの修正、教育を継続し大きなインシデントの発生なく現在に至っています。

和歌山県の高齢人口比率は32.0%、全国9位です。運航件数は年々増加傾向にありますが、その中でも高齢者の占める割合は高くなり、山間部やへき地などの独居高齢者患者の搬送が増えることが予測されます。運航件数の増加や装備品の追加により、業務が繁忙になりスタッフの疲弊は高くなりますが、安全管理の徹底と看護実践の質を確保する必要があります。救急看護の提供システムの中でフライトナースだからできる実践活動、それに必要な教育、他の提供システムとの連携についてディスカッションする機会としたいと考えます。

[PD1-02] 都市におけるドクターカー出動の問題点と今後の展望

○井上 佳世¹ (1. 大阪市立大学医学部附属病院 救命救急センター)

キーワード：プレホスピタル、安全性、メディカルコントロール

当院は、2018年からドクターカー運用を開始している。大阪市医療圏は、人口密度が高い都市型医療圏であり、その中に多数の医療施設が密集して存在するため、傷病者が発生した場合、救急隊は比較的短時間で医療施設への搬送が可能である。その中でドクターカー出動のターゲットは、呼吸・循環動態に問題がある症例、急性期脳卒中、院外心停止、墜落や頸部・体幹部刺創などの緊急手術が必要となる場合、救出までに時間のかかる外傷症例である。これらの症例に対し、できるだけ早期に現場に出動して評価・治療にあたり、一人でも多くの命を救命することを主目的としている。そして、もう一つの重要な目的が現場におけるメディカルコントロールであり、重症であっても慢性疾患や積極的な治療を望まない患者であれば、十分な説明の上でかかりつけや二次救急施設を選択する、といった現場での判断が求められている。

2019年度の出動件数は236件、その内容は呼吸・循環不全が131件、急性期脳卒中が41件、院外心停止が34件、緊急手術が必要となる外傷が10件、救出までに時間を要する外傷が4件であった。当院のドクターカー運用で成果と考えられることは、緊急処置が必要となる傷病者に対して迅速な処置を行い病院までの搬送時間を有効に使えるということやメディカルコントロールにおいて診察した上で傷病者に合った搬送先を決定できることである。これは、都市部の高齢化が進んでおり救急搬送件数が増加している中で、今後救急領域と地域が連携していくために必要なことであると考えられる。その一方で問題点として挙げられていることは、狭い路地や狭い家屋の中で救命処置ができる状況ではないこと、室内の汚染で害虫が存在し入室が危険であること、傷病者に結核などの感染が認められることである。また、当院でのドクターカー出動における看護師のストレス調査では、交通外傷や墜落の現場を目の当たりにするストレスや感染や危険のリスクに対するストレスが挙げられている。さらに今日では新型コロナウイルスの感染のリスクも考えなければならず、プレホスピタルにおける危機管理が必要となっている。

今後は地域の特性を理解した上でこれらの問題に対応しながら、高齢化社会に向けてプレホスピタルで求められる看護師の役割を検討していく必要があると考える。

[PD1-03] その人らしくをどう支えるか？

～訪問看護師の立場から～

○宮原 めぐみ¹ (1. ペガサス訪問看護ステーション石津北 訪問看護 所長)

キーワード：その人らしさ、連携

はじめに

地域包括ケアシステムの構築が進められている中で、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることは、皆が望んでいることである。医療依存の高い方も自宅療養が可能となり、複数の疾患を持つ方や家族背景なども複雑化し、在宅生活も多種多様となっている。在宅で療養している方は、病状がいつ急変するか不安があり、急変時に受け入れる病院があることが安心感に繋がっている。今後、超高齢化がますます進む中で、安心して自分らしく生活が送れるように、看護師は連携してその人を支えることが求められている。事例を通じて、その人らしく生活するために訪問看護師として現状と問題点を考えた。

イレウスで入退院を繰り返す利用者の事例

70歳代の男性Aさん。妻と二人暮らし。好き嫌いが激しい。要介護4。癒着性イレウスで入退院を繰り返す。今回も腹痛で救急搬送され入院となった。在宅と病院の看護師は看護サマリーで情報交換を行った。退院時の看護サマリーはどのような治療を受けたか理解できたが、ADLの情報が病院での生活状況であった。病院では車いすですぐトイレに行っていた。入院前まで伝え歩きでトイレに行っていたが、退院後はトイレまで歩けなかった。食事でも介助量が増えていた。以前のADLでなかった為、妻の介護負担は大きく退院後にサービス調整が必要だった。Aさんと妻にサービス調整をする上で、今後起こりうること、したいこと、嫌なことなど話し合い自己決定ができるように支援した。

考察

Aさんは痛いことが嫌で、好き嫌いが激しく自宅で過ごすことを望んでいた。自宅で過ごすために生活の再構築が必要であり、ADLを把握することが重要であった。お互いが点で看護を行い、病院生活と在宅生活の違いが把握できていなかった。一つ一つの点が繋がるかわりが必要である。点を繋げるためには、情報共有が必要である。今後、Aさんの自宅のADLや希望を病院に伝えることで、Aさんらしい生活の継続支援ができると思われる。また、退院後の在宅生活を病院にフィードバックを行うことで、Aさんの生活が見え、Aさんらしさの理解が深まると考える。

結論

その人の生活を理解したうえで、病状が悪化しないように、その人と一緒に在宅生活を再構築することが、その人らしい生活の支援に繋がる。その人らしい生活を継続するためには、看護師は病院・在宅にかかわらず、起こり得る可能性を予測し、その対策・対応をしていかなければならない。普段から連携を図ることで、お互いがその人の状況や状態を理解でき、急変を回避出来たり、入院に至らないように支援できる。また、急性増悪になってもスムーズな支援になる。療養者も複雑化・多様化している中で、病院でも在宅でも限られた時間のの中で、個々のその人らしさを知ることは、大変なことであるが、看護師が中心となりその人を取り巻く方々と連携を図り、情報共有だけでなく、一歩進み 協働することが必要である。これからもお互いが協働するためのネットワーク体制の強化を図っていきたい。

[PD1-04] 院内救急看護の現状と今後の課題

○嶋田 安希¹ (1. 大津赤十字病院高度救命救急センター集中治療室・救急外来)

キーワード：救命救急センター、救急外来、救急外来看護

院内救急看護は病院内の救急部門（ER、救急ICU、救急病棟）や救急部門以外（ICU、一般病棟、外来部門など）において救急患者や救急処置が必要な入院患者・外来患者などを対象に実践される。今回は、ERにおける院内救急看護に焦点を当て、実践者の立場から院内救急看護の提供システムの変化について問題提起する。

当院は約800床の高度急性期医療を担う地域の中核病院であり、2013年より高度救命救急センターの指定を受けている。高度救命救急センターはER、ICU（救急ICUと院内ICUを兼ねる）、救急センター病棟の3部署から構成される。救急搬送数県内一であり、地域救急医療の最後の砦としてER型救急医療を行っている。

今回、2010年度～2019年度の10年分のデータを分析すると、救急患者の高齢化の実情が明らかになった。当院ER受診患者数（救急搬送とwalk inによる受診の合計）は約30,000～34,000名/年で推移しており、10年間で大きな変化はなかった。一方で65歳以上のER受診患者数は年々増加しており、2010年度6,941名/年から2019年度8,331名/年へ、10年間で20%増加した。救急搬送数は年々増加傾向であり、2010年度6,506台/年から2019年度7,132台/年へ9.6%増加した。65歳以上の救急搬送患者は2010年度3,460名/年から2019年度4,305名/年へ24.4%増加しており、救急搬送患者全体の6割を占める。2019年度の救急搬送における入院率は43.0%であり、入院患者数は10年前より11.6%増加した。これらのデータは、人口の高齢化により救急患者が高齢化・重症化していることを示している。救急患者の高齢化に伴い、救急看護実践のうち、生活行動援助、いわゆる介護に費やすマンパワーが大きくなりつつあると同時に、高齢患者への救命処置・延命処置に関する倫理的問題に直面する機会が多くなっている。

数値としてデータ化はできていないが、ERで勤務している実感として、社会的問題を抱えた患者も増加傾向にあるように感じる。ERは、独居・身寄りなし、家族が遠方在住または疎遠、無保険、自殺企図、精神疾患、家庭内暴力・虐待など様々な問題を抱えた生活者の駆け込み寺のようになっており、対応に苦慮することも少なくない。また、介護者がいる場合にも、介護力が限界に達し帰宅困難となる高齢患者もいる。

さらに、救急看護の提供システムへの新たな脅威としてCOVID-19感染がある。感染への不安・恐怖を抱えながら、全てのER受診患者の感染リスクをスクリーニングし、COVID-19疑似症への感染予防策を徹底することは、マンパワーを大きく消耗し、通常診療に影響を及ぼす。

以上より、現在、ERにおける救急看護の提供システムは、救急患者の高齢化・重症化、社会的問題、およびCOVID-19感染の脅威により、マンパワー不足に陥り崩壊するリスクを抱えているのではないかと考える。また、現代の救急看護には、救急処置が必要な患者に対する処置やケアの実践といった本来の救急看護に加えて、高齢者看護・地域看護の要素も求められているのではないだろうか。救急看護が危機に立ち向かっていくためには、これらの問題・課題に対応していく必要がある。今後の救急看護の提供システムのあり方について皆さんと一緒に考えていきたい。

パネルディスカッション

[PD2] パネルディスカッション2

『限界集落の健康問題と救急医療』

座長 三橋 睦子（久留米大学 医学部看護学科 教授・学科長）

寺師 榮（東洋医療専門学校 救急救命士学科 顧問）

[PD2-01] 限界集落と住民の福祉－水源の里・綾部のコミュニティ・ナースを事例に－

○杉岡 秀紀¹（1. 福知山公立大学 地域経営学部 准教授）

[PD2-02] へき地における地域医療の現状について

○岡 裕也¹、横田 修一²、菅波 祐太²、西脇 健太郎³（1. 公益社団法人 地域医療振興協会 揖斐川町春日診療所、2. 同 揖斐川町久瀬診療所、3. 同 揖斐川町谷汲中央診療所）

[PD2-03] いのちを守る新しい絆－限界集落で生きる高齢者の健康を脅かす問題と対策－

○岩井 恵子¹（1. 関西医療大学保健看護学部 保健看護学科 教授）

[PD2-04] 限界集落の暮らしと高齢者の終末ケアの支援

○中村 陽子¹（1. 龍谷大学 文学部 実践真宗学研究科 教授）

[PD2-01] 限界集落と住民の福祉—水源の里・綾部のコミュニティ・ナースを事例に—

○杉岡 秀紀¹ (1. 福知山公立大学 地域経営学部 准教授)

キーワード：綾部市、水源の里、コミュニティ・ナース

本報告では京都府綾部市（人口31,711人。2020年6月現在）の限界集落の健康問題、とりわけ2017年から綾部市で導入されているコミュニティ・ナースの現状について報告する。

綾部市は、京都府北部の内陸部に位置し、由良川と里山が織りなす自然景観豊かなまち、上場企業である日東精工やグンゼの創業の地、宗教法人大本教発祥の地など多彩な顔をもつ（滋野 2020）。また、近年は蒲田（2016）が『驚きの地方創生』を著し、地方創生の分野でも注目を集めた（杉岡 2017）。何より本企画の関心に引きつけるならば、綾部市では「限界集落」という言葉を敢えて用いず、「上流は下流を思い、下流は上流に感謝する」という意味を含め「水源の里」という呼称を用いた。そして、2007年には全国初で「水源の里条例」を施行し、過疎・高齢化が進行しコミュニティの維持が困難となっている集落を対象に、①定住支援、②都市との交流、③地域産業の開発と育成、④地域の暮らしの向上という目標を掲げ、政策を展開している。この動きは瞬くまに全国に広がり、同年に「全国水源の里連絡協議会」という組織が設立され、現在157の自治体が名を連ねるに至っている。

水源の里はまちの市街地からは物理的に離れた地にある。したがって、構造的に交通・買い物・医療弱者が生まれやすい。しかし、綾部市では、「地方創生」という言葉が生まれるはるか前から水源の里を支援する取り組みを始めていた。そして、2017年には地域おこし協力隊の制度を応用し、コミュニティ・ナース（以下、コミナス）という取り組みを始めた（当初は3名いたが、現在2名）。コミナスの提唱者である矢田（2019）によれば、コミナスとは「看護の専門性を生かしながら、制度にとらわれることなく、街に出て自由で多様なケアを実践する医療人材」のことである。最大の特徴は病院ではなく、コミュニティに拠点を置いているところにある。実際に筆者がヒアリング調査を実施（2019年12月13日実施）してみたところ、その活動は非常に多岐に渡り、最初から看護活動は全体の活動のほんの一部であることが分かった。具体的には、まず①顔を合わせ、関係性を築く、②暮らしや健康の相談に乗る、③暮らしや生きがいについて共に考える、といったプロセスを踏んで初めて、住民の健康行動に変容が出ているという。したがって、現場では看護の知識やスキル以上のものが求められる。翻って、学校や病院だけではこれらのスキルを身に付けることはできず体系的な人材育成プログラムが確立されていない。加えて、綾部だけでも水源の里は16集落あり、圧倒的にコミナス人材の供給は足りていない。

近年「にぎやかな過疎」へ（小田切 2020）という言葉も出始めているが、水源の里が示唆する「川上」「川下」は単に過疎地に限定された話ではなく、それは「地方」と「都市」、あるいは「高齢者」と「若者」にも当てはまる。すなわち限界集落や高齢者の「今日」は、都市や若者の「明日」ということであり、地方自治の目的である「住民の福祉の増進」という観点では繋がっている。そのように考えると限界集落の健康問題とはまさに公共政策や地方自治の問題であり、まだまだ住民自治、団体自治共にはやるべきことが山積していると言わざるを得ない。

参考文献

小田切徳美（2020）「地域づくりと田園回帰・関係人口」『社会教育』888号、10-15、日本青年館

蒲田正樹（2016）『驚きの地方創生』扶桑社新書

滋野浩毅（2020）「「関係人口」との協働による集落運営」『農業と経済』4月号、71-78、昭和堂

杉岡秀紀（2017）「『京都・あやべスタイル』を体感する」『地域づくり』2月号、22-23、地域活性化センター

矢田明子（2019）『コミュニティ・ナース』木楽舎

[PD2-02] へき地における地域医療の現状について

○岡 裕也¹、横田 修一²、菅波 祐太²、西脇 健太郎³ (1. 公益社団法人 地域医療振興協会 揖斐川町春日診療所、2. 同 揖斐川町久瀬診療所、3. 同 揖斐川町谷汲中央診療所)

キーワード：へき地医療、地域医療、限界集落、高齢化、過疎化、地域医療振興協会

地域医療振興協会（JADECOM）は、へき地を中心とした地域保健医療の確保と質の向上を目指して1986年に設立された公益社団法人である。医師約1200名を含む職員数は約9300名で、全国に80ヶ所余りの病院・診療所・保健施設を運営しており、揖斐川町春日診療所もその一つである。岐阜県の西端にある揖斐川町は人口21000人余りの小さな町であるが、その中でも山間部にある春日地区（旧春日村）の人口は2019年現在883人である。10年前は人口1300人高齢化率46%であったが、現在は高齢化率が57%で75歳以上の後期高齢者が37%を占め急速に高齢化や過疎化が進んでいる地域である。昔は村内に4校あった小学校は1校となり、5年前に中学校は廃校となった。限界集落は日本でも増加の一途であるが、今回はそのような地域での医療現場の実際を紹介したいと思う。当診療所は週休2日で、毎日の午前中と週1日夕方に外来診療を行い、週1回午後には更に山奥の出張診療所での出張診療を行っている。午後は主に訪問診療を行っており、その合間を縫って往診、地域ケア会議、学校検診、住民講話、などを行っている。年間の延患者数は、外来5000-6000人、訪問診療は400-500人、休日夜間等の時間外緊急往診は30-40人、在宅での看取りは5-10人程度である。離島などと異なり後方支援病院には比較的恵まれており車で20分程の町中には280床程度の揖斐厚生病院があり、更に車で50分程の大垣市内には三次救急にも対応可能な900床程度の大垣市民病院がある。後方支援病院への紹介患者は年間140-180人程度で、そのうち循環器疾患や外傷等での救急搬送は年間30-40人程度である。同じ揖斐川町内の他の山間部にある JADECOMの久瀬診療所と谷汲中央診療所と共に緩やかなグループ診療を行いながら、機能強化型在宅支援診療所として訪問患者さんを中心に原則24時間365日体制であり夜間休日は各診療所の4名の医師が当番制で診療を行っている。患者さんの多くは70-80歳代であり、高齢者の独居や二人暮らしが増え子供たちが住む町中へ出ていく人も多い。しかし住み慣れた家でいつまでも暮らしたい、最期まで家で過ごしたいと思っている人も多い。へき地ではそういう人が安心して暮らしていける医療を提供するのも大切な役割であろう。これからも地方では高齢化や人口減少は進んでいき、国内では様々な医療問題が起こってくると思われる。しかし、これからは患者さんを一人一人の人間としてまると診ながら、家族に寄り添い、地域とともに歩む医療が必要な時代となるであろう。

[PD2-03] いのちを守る新しい絆—限界集落で生きる高齢者の健康を脅かす問題と対策—

○岩井 恵子¹ (1. 関西医療大学保健看護学部 保健看護学科 教授)

キーワード：コミュニティの再構築、幸福感

【調査の内容と集落の概要】

和歌山県の山間の集落へ訪問するようになって8年がたった。この集落は最初の訪問時すでに住民数は13名で、全員が高齢者という高齢化率100%のまさしく限界集落であった。しかしその暗いイメージとは裏腹に、そこに住む高齢者の方々の表情は明るく、過酷な環境下での生活にもかかわらず、幸福感を持って暮らしていた。

そこでエスノグラフィーを用い、毎月現地に訪問し、住民の生活を住民の目線で追っていき、住民の持つ問題、集落が抱える問題を明確にし、可能な支援を行うことを目的として今日に至った。

集落には住居以外何もなく、医療機関は麓の集落に週3回午前中だけ診療をしてくれる医院があり、その医師が全員の主治医でもある。公立病院は市街地にあり集落からは22kmも離れた場所である。

公共交通機関はなく、独居の女性は週2回、麓の JR駅まで行く乗り合いタクシーで医院に通っていたが、市街地まで JRで行くと帰りのタクシーがなく、家族などが来てくれる時以外買い物にも行けない状況である。男性は全員車を運転しているが最高齢は94歳である。広大な集落に現在はたった8名の住民しかおらず、隣が2.5kmも離れている住民もいる。

このような環境であるが、道路は整備され、標高109mに位置する集落の各戸の玄関先まで車で行くことができる。しかし、通信手段は電話しかない。

【住民の健康問題と集落が抱える問題】

住民は年々歳を重ねていき、身体機能は少しずつ低下してきている。しだいに歩行距離が短くなり、他の住民とも容易に行き来はできなくなってきている。特に独居の方にとっては他者との交流の場が減ることは、認知機能の低下にもつながる。しかし、認知症の症状がある住民はひとりもない。

8年の間には、転倒している住民を発見し救急車を呼んだことや、家から出ない住民の自宅へ訪問し、話し相手になり、他者と触れ合う機会を作る支援なども行った。

住民は今では全員が80歳以上で、夜間頻尿は著しい。また、トイレが家の外にある家も多く、水分を控えることがあり、脱水で救急搬送された人もいる。

最高齢94歳で住民は年々生活することが大変になってきている。転倒もしているようであるが、「自力での生活ができなくなったときは集落を離れるとき」ということを住民たちは覚悟している。

【いのちを守る新しい絆】

月1回の我々の訪問がいつからか、住民にとって何よりの楽しみになり、そこで他者とのふれあい、健康体操や頭の体操、季節のイベント、時には学生を連れていき、世代を超えた交流を続けた。

住民はみな疾病を持ちながらも ADLは自立し、何よりこの土地が大好きで生活を継続している。行政の手厚い支援はなく、住民はお互いに助け合って生活を継続している。まさしく互助である。中でも、電話をかけあうことで互いに安否確認をし、交流を保っている。

もともとは男性中心で、区長の絶対的な権限と信頼の元、住民が生活をしてきたが、昭和の終わりごろになると、仕事を求め集落から若い住民は次々と離れていき、高齢者だけが残ってしまった。彼らがこの生活を今継続できている原動力は、何よりこの土地が好きで、長年の関係の中で互いが認め合い、助け合い、みんなが平等に接することができているためと考える。つまり、限界集落となってから、彼らが考え方を変容し、皆が平等に助け合うことができたため、今があるのである。

住民がこれからも幸せに、最後までこの集落で生活を継続するために必要なことは、まさしくケガをしない、お互いに助け合うことしかない。

また、この地以外の限界集落においても調査訪問を行ったので、その結果も併せて報告する。

[PD2-04] 限界集落の暮らしと高齢者の終末ケアの支援

○中村 陽子¹ (1. 龍谷大学 文学部 実践真宗学研究科 教授)

キーワード：限界集落、高齢者、終末ケア

限界集落における高齢者の終末ケアの現状と支援、そしてその課題について考えたい。

限界集落が抱える暮らしづらさとしては地理的な不利、社会資源の不足、人口の減少と急速な高齢化に加え、高齢者の単身世帯や高齢者のみの世帯の急増等があげられる。

しかし一方で豊かな自然環境や相互扶助の伝統、受け継がれてきた生活・看取りの文化は限界集落の強みとして、暮らしの中に残されてきた。

調査から限界集落における終末期の現状は在宅死よりも病院での死亡が多かったが、後期高齢者になると自宅か病院死(施設死)が多かった。厳しい生活条件の下での暮らしの中、人々は地域に深い愛情を持ち、家で終末期を迎えることを希望しながらも現実は無理であるとの思いが強かった。高齢化と過疎化、相互扶助の文化が薄れてきており、看取りの文化の継承が困難である現状も明らかになった。

「終末期ケア」には「その人の人生の最期をどういう形で締めくりたいのか」という人生のテーマが問われる。そうした思いに耳を傾け可能にしていく支援が大切である。

高齢者が最期まで住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう医療・介護・福祉の連携による一体的な支援の提供ができる地域包括ケアシステムの構築が各地域の特性に合わせて推進されている。

しかし、医療・介護資源の少ない限界集落の現状においては、地域にある資源の有効活用、専門職が担えない役割の代替えが重要となる。その為には私たち看護師が消滅の危機を迎える限界集落での暮らしに思いをはせ、医療のみではなく終末期を可能にするために必要な人・物等多くの資源と協働していける発想と実践力が問われる。

パネルディスカッション

[PD3] パネルディスカッション3

『119番の危機』

座長 中谷 茂子（医療法人マックスシール巽病院 看護部 副院長）

本田 可奈子（滋賀県立大学人間看護学部 基礎看護学講座 教授）

[PD3-01] 医療従事者として救急搬送患者となった経験からの学び

○稲村 あづさ¹（1. 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 看護師長）

[PD3-02] 救急要請の実態～今後の救急車利用はどうあるべきかを考える～

○小田 浩文¹（1. 大津市消防局 警防課 課長補佐）

[PD3-03] 救急隊覚知データから見た大阪府における救急搬送の課題とその解決

○山本 啓雅¹、木村 義成²、溝端 康光¹（1. 大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学、2. 大阪市立大学大学院文学研究科 地理学教室）

[PD3-04] 119番の危機～和歌山二次医療圏・急性期病院の救急医療体制の現状と課題～

○阿部 雅美¹（1. 日本赤十字社和歌山医療センター 看護部 看護師長）

[PD3-01] 医療従事者として救急搬送患者となった経験からの学び

○稲村 あづさ¹ (1. 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 看護師長)

キーワード：救急搬送、適正な救急利用、患者教育

医療従事者として勤務しているが、自身の傷病として2度、傷病者の付き添い者として1度、救急利用した経験がある。どれも、軽症であったが周囲の人の親切心より救急搬送依頼をされてしまい利用せざるを得なかったものばかりであった。軽症であったが、救急搬送依頼をされた方と傷病者へ病院到着までに救急救命士によって問診が行われ、応急処置から救命処置が実施される。傷病者は救急救命士のアセスメントに基づいて搬送病院の選択がされ、病院へと搬送される。医療提供は119番通報をされたところから始まる。救急隊が行う問診と全身の観察・フィジカルアセスメントは患者にとって、最初のトリアージとなり搬送先選択にも関わる。救急救命士が行う短時間で限られた環境下でのフィジカルアセスメントやトリアージは的確な判断が必要で重要であること、さらにコミュニケーション能力が高いことを身に染みて感じる事ができた。

日々、自施設で救急外来として関る患者のうち、30%が救急車を利用している。10数年前より病院のコンビニ受診や、救急車をタクシー代わりとして利用するという現状があると言われ続けている。コンビニ受診やタクシー代わりの患者数が増えることで、医療のマンパワー不足が生じ、その結果、緊急度の高い患者や重症患者の受け入れが困難な状況を作り出してしまうこともある。以上のことを踏まえ、私たちは多くの患者教育や市民に応急処置や予防医学を普及させる取り組みが必要である。そのためには消防救急隊員と連携を図り、適正な救急利用の情報発信を強化していく必要があると考える。

[PD3-02] 救急要請の実態～今後の救急車利用はどうあるべきかを考える～

○小田 浩文¹ (1. 大津市消防局 警防課 課長補佐)

キーワード：救急要請

【はじめに】本国では、119番通報をすることにより救急隊が傷病者のもとにいち早く駆け付け、病態に応じた適切な医療機関へ必要な応急処置を行い安全確実に無料で搬送するシステムが構築されている。広く国民に認知された119番による救急要請は、本来緊急性のある傷病者のためにあるはずだ。しかし、現実的には緊急性のあるなしに係らず不適切な救急車利用も数多くある。【背景】大津市では、平成30年の全救急搬送件数に占める軽症者の搬送割合が全国平均48.8%に対して69.2%となっており、その割合が非常に高い。また、覚知から現場到着までの時間は全国平均8.7分に対して9分となっている。軽症者イコール不適切な救急車利用とは言えないが、救急出動件数の増加と現場到着時間遅延要因の一つと考えられ、不適切な救急要請の増加は救急救護体制に悪影響を及ぼしている。【目的】救急車要請の実態を共有し、今後の救急車利用を考えること。【実態】緊急性の高い要請内容では、突然倒れて呼吸と意識がない、食事中に窒息した、胸の痛みが続く、会話ができず苦しんでいる、呂律が回らない、歩行者が撥ねられ動かないなどが挙げられる。一方で緊急性が低い内容は、包丁で指を切った、怪我はないが交通事故なので、子供が転んで痛がっている、便がでない、葉がなくなったので病院まで行きたい、などが挙げられる。また、軽症内容でも老々介護夫婦で移動手段がなく救急要請に至るケースもある。高齢者施設では、DNAR対応手順が共有されておらず、救急要請を受けた救急隊が処置を行い医療機関到着後にDNARと判明するケースもある。さらに、身体に障害を持つ市民から「ベッドから落ちたので元に戻して欲しい」と要請される他、救急要請常習者の取扱いもある。行政機関の消防は、119番を受信すれば市民サービスの一環として原則救急車を出動させているのが現状で、国が普及を進めている「#7119」事業を実施している地域もあるが、設置課題もあり全ての地域で実施するには至っていない。【考察】救急隊は緊急性を伴わない搬送希望の傷病者と、受入れし難い環境下にある医療機関との間で板挟みという課題を抱えている一方で、医療機関側の立場で言えば、本来救急搬送されるべきではない傷病者を受入れて欲しいと依頼する救急隊に対して、そもそも論や自施設の事情などで受入れできないという課題があると想像でき、交渉時に感情的な問題に発展することも危惧される。これらの課題の背景には、緊急性という定義が一人一人違うこと、悪意があるなしに係らず救急車が便利な乗り物と化したこと、超高齢社会となったことなどが考えられる。他国だが「早くいくためには一人

でいけ、遠くへ行きたいければみんなでいけ」ということわざがあるように、例えば、救急要請常習者を医療機関に搬送するため早く解決したければ顔の見える関係をフルに発揮し、救急隊員個人のもつ裏技で医師と交渉して搬送すればその場は解決できる。しかし「遠くにいく（根本的な解決）」ためには、皆（国民の総意）で時間をかけてでも119番のあり方、救急隊が対応すべきではない事案の対応策、受入れ医療機関の整備など、必要な法整備に関して、それぞれのステークホルダーが疲弊しないよう真剣に考え改善する必要がある。【まとめ】救急出動件数は増加の一途を辿っている。不適切な救急車利用が、本来助けるべき傷病者を救えなくする可能性があるため、国民一人一人が救急車利用はどうあるべきかを考え、議論し、救急隊のあるべき姿を明確にすべきである。1分1秒を争う傷病者のもとへ駆けつけるために。

[PD3-03] 救急隊覚知データから見た大阪府における救急搬送の課題とその解決

○山本 啓雅¹、木村 義成²、溝端 康光¹（1. 大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学、2. 大阪市立大学大学院文学研究科 地理学教室）

キーワード：救急隊、搬送、GIS

令和元年版消防白書によると、平成30年（2018年）の救急自動車による全国の救急出動件数は約661万件であり、平成20年（2008年）に対して約150万件増加しており、十年間での出動件数の伸び率は約30%となっている。また同白書によると全国における入電～現場到達までの時間は7.7分（平成20年）から8.7分（平成30年）と1分増加しており、これに伴って病院収容所要時間も35分から39.5分と延長している。高齢化の進展により今後も救急需要の増加が予想される一方、自治体予算はひっ迫しており、より効率的な救急活動の利用や、救急隊の増設が急務である。

我々はこれまで、大阪市消防局や堺市消防局と共同で、これら救急隊を取り巻く問題について課題を抽出し、それらの影響を分析するとともに、課題の解決について検討を行ってきた。特に、救急隊の現状分析や解決には地理情報システム（Geographic Information System：以下GIS）を用いて、地理的特性からアプローチを行っている。

大阪市や堺市でも、全国同様現場到着までの時間が延長しており、この問題をGIS上に可視化し、さらにどこに救急隊を増設すべきかの検討を行った。まず救急隊の現場到着時間をGIS上に展開し、どの地域で時間の延長が認められるかを検討した。さらに立地配分モデルを用いて、時間短縮に最適な救急隊の増設場所を求めた。

また不要不急の救急要請が増加しているため、中等症や重症の救急搬送に影響を与えていることも問題である。大阪市では不搬送率が約2割と全国でも最悪となっており、これへの出動により、中等症や重症者が発生しても、遠方の救急隊が対応しなければならない事案が発生している。結果として200件に1件の中等症・重症が不搬送の影響を受け、かつこの影響については地域差があることが分かった。さらに今後不要不急の救急搬送についても分析を行っていく方針である。

病院搬送についても、一部の傷病者に円滑な搬送が実施されないことがあり問題となっている。我々は消化管出血症例について平日昼間、平日夜間、休日で搬送時間や連絡回数が大きく違うことを報告した。さらにこれらの要因について地理的に分析を行うことによって、搬送が円滑に行われている地域や、時間帯ごとに搬送が遅延している地域、医療機関がないため搬送距離が長くなっている地域などに分かれることが分かった。これらの問題を解決するには、それぞれの地域に見合ったアプローチを行う必要があると考えられた。

[PD3-04] 119番の危機～和歌山二次医療圏・急性期病院の救急医療体制の現状と課題～

○阿部 雅美¹ (1. 日本赤十字社和歌山医療センター 看護部 看護師長)

キーワード：救急医療体制、救急搬送、少子高齢化

平成29年中の救急車による救急出動件数は、過去最高の634万2,147件に達し、増加傾向が続いている。平成28年度に行った将来推計によると、高齢化の進展等により救急需要は今後とも増大する可能性が高いことが示されており、救急活動時間の延伸を防ぐとともに、これに伴う救命率の低下を防ぐための対策が必要である（平成30年消防白書）。

和歌山二次医療圏においても救急搬送数は10年前と比較し、約1.2倍に増加し、高齢者割合も48.8%から59.2%と高くなっている。高齢者だけではなく、頻回利用や軽症者利用の問題もあると考え、救急車の適正利用について検討する必要がある。和歌山県においても人口減少や高齢化率の上昇、社会的背景に何らかの問題があり、救急車の適正利用に大きな課題を抱えていると考えられる。

和歌山二次医療圏にある当センターの2019年の救急受診者数は、22,784件（救急搬送7,480件、自己来院14,538件、その他766件）であった。2009年から救急受診数は2012年をピークに減少したが、2015年からは横ばいである。入院率は増加し、2019年では31.6%となっている。救急受診後の入院は、6,025人であり、入院患者数の28.1%を占めている。救急入院の傷病区分は外因性38%、内因性62%である。外因性の詳細は頭部外傷21%、体幹部外傷10%、四肢外傷15%が主である。内因性の詳細は消化器系疾患30%、呼吸器系疾患21%、脳神経系疾患18%、循環器系疾患が17%となっている。救急入院患者の主傷病名大分類をみると、循環器系疾患、呼吸器疾患、腎尿路生殖器系疾患が多く、後期高齢者（75歳以上）層でも増加している。これらの患者の背景や疾患について分析し、課題について検討した。

今回のパネルディスカッションで「119番の危機」だけではなく、現在の救急医療体制について検討できればと考える。

パネルディスカッション

[PD4] パネルディスカッション4

『救命のその後』

座長 松月 みどり（東京医療保健大学 和歌山看護学部 教授）

杉元 佐知子（奈良県総合医療センター 看護部 副院長・看護部長）

[PD4-01] 救命医療と倫理

○安田 冬彦¹（1. 医療法人社団 洛和会 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER 所長）

[PD4-02] 1300年前、医療福祉政策は奈良から始まった

○狭川 普文¹（1. 華厳宗管長・第223世東大寺別当／社会福祉法人東大寺福祉事業団総裁）

[PD4-03] 社会的救命：救命はしたけれど課題を残したケアの体験

○太田 裕子¹（1. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 医療福祉相談室 医療社会事業専門職）

[PD4-04] 命を救う行為の意味～救命救急センター搬入事例の検討を通じて

○阿部 美佐子¹（1. 大阪市立大学医学部附属病院 看護部）

[PD4-01] 救命医療と倫理

○安田 冬彦¹ (1. 医療法人社団 洛和会 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER 所長)

キーワード：救命医療

最近の内閣府の意識調査では、高齢者の91%の方が、人生の最終段階の医療は自然にまかせてほしいという結果が公表されている。しかし、一方で、明確な意思決定がない場合には、救命処置は必須であり、自己心拍があれば、意識は回復しなくても原則として人工呼吸装着や強心剤の投与は行うことが、医療者として義務付けされている。

我々は救命に最善を尽くす手技を行いながら、家族にどこまでの医療を提供するかを、短時間で尋ね、およその意思をくみ取りながら、蘇生手技を継続し、一段落した時点で、再度、家族に対しお話し、ご本人のご病気や死生観、最近の健康状態や、予測される予後の説明を行い、最終的な結論を下している。一般には知られていないが、救急車を呼んだ時点で、最低限の蘇生処置は行う意思があるものとみなされる。また、仮に過去に助からないなら無駄な延命処置は行わないという意思決定がなされていても、その時の状況で家族の意思決定は変更可能であるのに加え、そもそも無駄な延命治療かどうか、救命処置を行って見ないとわからない現実がある。

我が国の救命医療においては、心肺停止状態で搬送された際に、急な出来事で動揺されて、家族が意思決定できない事例や家族に連絡が取れていないことが多く、本人・家族が人生の最終段階の方針が明確に決められている事例は、未だ少ない。最近では独居で、家族がおられなかったり、遠方で家族に連絡がつかない事例もあり、担当医が患者の状況や背景で判断せざるを得ない場合もある。我々が行っている救命医療は時間のロスが許されないため、家族からの希望と眼前の蘇生治療の狭間で、担当医師の倫理感に基づいて、最善の医療を行えるよう即座に手段を決定しなければならない。

救急医学会からの終末期に関するガイドラインには、担当医師が医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断するとされている。生命は助かったけれど、蘇生後脳症などでその後、意識が回復せず、気管切開や経鼻栄養などが必要となり、長期にわたり家族に苦勞をかけることになれば、救命した医師は、自分が行った行為は最善ではなかったのではないかと自問することになる。年齢や背景から、ある程度の常識的な感覚は、救命医療スタッフ内で、ほぼ共有できているが、救命医療における倫理は、個々の死生観によるところが大きいため、統一することはできず、緊迫した蘇生最中に、スタッフ同士で意見の相違が出ることもある。ガイドラインでは、チームで最善の方法を共有することが義務付けられているが、結局は担当医の判断に委ねられることになる。最善という答えがない現実の救急医療の中で、我々は残された家族が少しでも満足を与えられるように、どのような倫理観を持つべきなのか、結論はだせていないが、自身の経験を踏まえて、議論に参加したい。

[PD4-02] 1300年前、医療福祉政策は奈良から始まった

○狭川 普文¹ (1. 華嚴宗管長・第223世東大寺別当/社会福祉法人東大寺福祉事業団総裁)

キーワード：命とは何か、命を救うこととは何か

1 奈良時代の医療福祉

神亀元年(724)2月、24歳で即位した聖武天皇は、医療体制についても神亀三年(726)6月、詔を出してひとつの方針を示した。

天皇は民にとって父母のような存在であると宣言した上で、医療と栄養補給を全国に指示している。こうした統治観念は、医療行政や高齢者・障害者の保護といった政策にも反映されている。

大宝律令制定前後から光明皇后による施薬院(病人に薬を施し、病を治療する施設)設置にかけての医療行政に係わる事例は『続日本紀』に多く記されている。

疫病の流行が起こると、当該地方の国司は中央政府に報告し、罹病者に対して医師(くすし)を派遣し、薬を

与えて治療に当たらせてた。

①もちろん、それまでも疫病や飢饉が起これば、その国々に医師を派遣したり食料を支給したことはあったが、救済措置を全国規模で講じようとしたのは聖武天皇が初めてである。

②おそらくこれまで以上に大量の薬物が必要になったはずで、光明皇后による施薬院の設置は、このような聖武天皇の意を体してのことだったのではないか。

それまでの医療体制は実態的には支配階級が対象だったと思われるから、光明皇后による取り組みは、庶民にも恩恵が及ぶ契機になった。

③施薬や食料支給の対象者は、高齢者・障害者・介護者にも及んでいる。

※この稿、G B S 論集第九号『光明皇后－奈良時代の福祉と文化』森本公誠論考参照

2 東大寺天平創建の意義

創建当初、聖武天皇が大仏造立を発願したとしても、その意義が国民に理解されたものでなければ、大仏造立は成し遂げられなかったであろうし、平安期や戦国期のいくさに巻き込まれて罹災した時も、国をあげての再建事業には結び付かなかったであろう。

①聖武天皇の真意

東大寺の本尊・盧舎那大仏を造顕された聖武天皇は「動物の植物も皆ともに栄えるように」と願われ、東大寺創建の精神の根拠となった『華嚴経』の教え「この世の全てのいのちが関わり合って輝き、共に支え合う」という世界観は、現代に至るまで確実に受け継がれている。諸堂伽藍がいくさに巻き込まれ焼失した折にも、天平創建の精神《皆が共に支え合い、互いにそのいのちを輝かせること》に倣って、鎌倉期再建・江戸期再建が果され、明治以降は伽藍や尊像の大修理、平成時には最新防災設備事業の実施・法華堂須弥壇修理事業など、貴重な文化財の保全と維持管理の伝承に生かされている。

[PD4-03] 社会的救命：救命はしたけれど課題を残したケアの体験

○太田 裕子¹ (1. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 医療福祉相談室 医療社会事業専門職)

キーワード：救命のその後

1. はじめに

救急医療現場では、突然の傷病により、救急医療の対象者（患者や家族）が、これまで抱えていた生活課題や心理社会的問題を「傷病と伴に持ち込まれる」状況がある。その対象者の年齢層は幅広く、「傷病と伴に持ち込まれる」生活課題や心理社会的問題は、疾病の重症度に関係なく多種多様である。救急医療現場のソーシャルワーカー（SW）は、①適切なアセスメントと随時支援、②経済的な問題を解決し治療や療養ができる体制づくり、③社会的な生活基盤の弱い患者へ療養環境の整備、④継続的支援を行い課題に患者や家族が取り組めるような助力、⑤地域との連携により、患者の生活の再構築や新たなライフステージのサポートを行ってきた。これにはSWのみならずキーパーソン（KP）が機能し続けることが必須であり、本発表では重症後遺症をかかえた患者の約10年の経過から、『KPとなる家族が機能し続けるポイントは何か』家族と伴に振り返った。

2. 倫理的配慮

本発表対象者に対して、「公益社団法人日本社会福祉士会 正会員及び正会員に所属する社会福祉士が実践研究等において 事例を取り扱う際のガイドライン」に沿って事例報告の承諾を得た。

3. 事例概要と経過

40代後半、男性。X年交通事故。頭部外傷（脳挫傷、硬膜下血腫、側頭蓋骨骨折）。救命救急センター入院、一般病棟転棟を経て回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関へ転院、その後自宅退院となった。高次脳機能障害による性格変化、行動障害が残った。時間順序の混乱する記憶障害があるため、準備や段取りができなかった。行動が遅く、易怒的で、怒ると暴言がひどいといった、脱抑制による社会的行動障害を認めた。発動性低下があり、入浴、服薬も促す必要があった。妻と口論が絶えず。警察が介入することも認められた。X+2年後別居。随時、利用できる社会制度や障害福祉サービス等社会資源をフル活用した。問題行動への対応に追われる日々が続く中、X+10年、交通外傷を受傷し救命救急センターに搬送された。多発外傷、膀胱損傷等、感染を繰り返し、X+10年9ヶ月に他界された。

4. 約10年を振り返って

「急性期病院入院中は、しんどかったけれど、病院のスタッフの皆さんが面倒みてくれたから、休めないながらも休めた。一番しんどかった時は、回復期リハビリテーション病棟からの繰り返しの外泊訓練だった。動きまわるし、外泊中にケガをさせないようにするのに、緊張の連続だった。人をケアするということが大変なこと。在宅への移行の時期は、身体も安定しているようで安定してない中、介護をすることになるので、慣れるまでしんどい状況だった。退院後、本人が動きまわるので、問題ばかりおきた。警察、弁護士、障害福祉サービス関連事業所スタッフ、医療機関スタッフ、親族、職場等に、散々迷惑をかけた。はずかしいことばかりだったが、相談にのってくれた。一緒に悩み、支えてくれたこと、愚痴が言えたこと、誰かにわかってもらえていることは大きい。いつも誰かに相談できる関係や体制を作っておくことは、日々を乗り切る秘訣かもしれない。看取りも最後までしんどかったけど、医療スタッフが最後まで頑張りを認め、ねぎらい、肯定してくれた。」（KPの言葉より）

5. 最後に

重症後遺症を残すケースでは、KPの悲観反応を十分に理解しながら、必要な手続きや情報提供が随時行われるように支援することが求められる。命を救うということのその後には、壮絶なケアがいる療養生活が続くことがあり、社会的に破綻・孤立してしまうことも多い。KPの意思決定能力やセルフケア能力（問題解決能力）を高め、家族の成長・発達を支援することは重要であり、“社会的救命”と考えて対応している。

[PD4-04] 命を救う行為の意味～救命救急センター搬入事例の検討を通じて

○阿部 美佐子¹（1. 大阪市立大学医学部附属病院 看護部）

キーワード：救命、救急医療

「自殺企図で救命救急センターに搬送されることを繰り返したが、数回目で既遂した。」

このような患者Aに遭遇し、ある救急看護師は、既遂した際に、“今度は本当に死ぬ方法を取ったのだ”と思った。前回搬送された際の自殺手段は致命的と言えないものだったが、今回は死の確実性を持っていたからだ。自殺を既遂したことから、患者Aは前回も恐らく本当に死ぬつもりでいたと考えられた。もともと患者Aは救急医療を受診する意図を有していなかった、と思われる。では、これまで救命したことは余計な手出しだったのだろうか？

またある救急看護師は、このような患者Bの“自殺企図は周囲の他者の関心を引く方法だったのではないかと、これまでの搬入で思っていた。致死性の低い手段を用いており、また自殺企図を周囲の人に知らせていたからだ。しかし、既遂した今回は、手段は同じであるものの致命的な域に達していた。“間違えて、本当に死んでしまう程度にしてしまったのではないかと”。これまで救命したことが、患者Bに“致死”に関する認識を作り上げさ

せ、それが元で、患者 Bは本当に死に至ってしまったではないか？

救急看護師は、自殺未遂患者の傷の手当てや救命に対しジレンマを感じ、否定や反感など陰性感情を持ちやすく、一方で、推奨されたケアを遂行しようとしてアンビバレントな状態となり、患者へのケア遂行に困難を生じる、とされている（青木好美、片山はるみ（2017）：救急業務に従事する看護師の自殺未遂患者に対するケア遂行の現状、日本看護科学会誌、37、 p55-64. ）。

上記の救急看護師たちも、既遂に際して、自殺未遂を繰り返す患者にある種突き放したような感情を持ったことを示している。自殺手段における“致命的でない”という認識や判断は、医療者ならではのものである。患者本人には意識されていないかもしれない。但し、後者は、意図的だった可能性がある。

また、救急看護師たちは、救命が患者にとり必ずしも喜ばしいだけでないかもしれないことに思いを馳せていた。自殺企図の際も、既遂時も、救急搬送されたが故に、救急看護師は、患者が死を完成させる過程を目の当たりにした。救命という行為が、死に自ら向かう者を止められないどころか結果的に死に至らせ、それまでの間、苦悩に満ちた生を送らせたのではないかと、煩悶していた。

市民公開講座

[CS] 市民公開講座

「心肺蘇生法の最新レ・シ・ピ♥ ～ウィズコロナ時代にも安心・安全な蘇生と訓練を～」

演者 山畑佳篤（京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学）

[CS-01] 心肺蘇生法の最新レ・シ・ピ♥ ～ウィズコロナ時代にも安心・安全な蘇生と訓練を～

○山畑 佳篤¹（1. 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学）

[CS-01] 心肺蘇生法の最新レ・シ・ピ♥ ～ウィズコロナ時代にも安心・安全な蘇生と訓練を～

○山畑 佳篤¹ (1. 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学)

キーワード：心肺蘇生、胸骨圧迫、ウィズコロナ、練習

みなさん、こんにちは！ 今日みなさんと一緒にウィズコロナ時代の心肺蘇生を考えて見たいと思います。みなさんはどこかで心肺蘇生法の実技を習ったことはありますか？習ったことがない……ずいぶん昔に習ったけどもう忘れた……そんな人でも大丈夫！ 今日簡単に自宅でもできる心肺蘇生の練習を試してみましょう。そのためのレシピも大公開。

心肺蘇生はその場にたまたま居合わせた人が始める必要があります。心肺蘇生ってそんなに難しいの？ いえいえ誰でもできます。心肺蘇生のキモは有効な胸骨圧迫を続けること。勇気を持って一歩を踏み出して胸骨圧迫を始めることができれば、目の前の人助かる可能性は格段に上がるのです！

【レシピ】

- ・ 2Lの四角型の空のペットボトル
- ・ 少年ジャンプ[®]などの分厚い雑誌（または電話帳、図鑑など分厚くて大きい本）
- ・ バスタオル1枚（フェイスタオルでも可）

【コツ】

- ・ 強く：大人は胸の厚みが約5cmくらい変形するまで、子供は胸の厚みの約1/3変形するまで
- ・ 速く：1分間に100~120回のテンポで（曲はQRコードを参照）
- ・ 絶え間なく：胸骨圧迫を始めれば、救急車が来るかAEDが到着するまで休まず続けます（倒れている人が動き出したり呻いたりすれば一旦中止してOK）。

さて、ウィズコロナ時代には、このレシピを実行するのに少しだけ工夫が必要です。倒れている人がマスクをつけていれば迷う必要はありません。そのまま胸の真ん中を押し始めてください！ 倒れている人がマスクをつけてなければ、タオルやハンカチなどなんでもいいのでその人の鼻と口をおおってください。それだけでOK。そして救急隊が到着するかAEDが装着されるまで胸骨圧迫を続けるだけです。人工呼吸は行いません！ 他の人に胸骨圧迫を交代できれば、まずは手を洗って消毒を行ってください。手を洗うまでは絶対に自分の首から上を触ったり周囲のものを触ったりしないことが大切です。汗が流れていても拭わないで！

それでは、公開講座の当日は、画面上からですが、みなさんと一緒にレシピを実践してみるのを楽しみにしています！

会員企画セッション

[MS1] 会員企画セッション1

「心停止ゼロを目指した救命教育の普及と救急看護師の役割」

企画者 星豪人（医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院）

[MS1-01] 院外心停止と学校での救命教育の現状

○名知 祥¹（1. 岐阜大学医学部附属病院 高次救命治療センター）

[MS1-02] 子どもたちの命を守るために

○前重 奈緒¹（1. 松前木材店）

[MS1-03] 中学校における PUSHコースへの取り組み：人を助ける心を育む教育

○相田 真理¹（1. 関西学院 中学部）

[MS1-04] 小学校教員の「救命教育」拡大へ看護師の関わりと展望

～日本 AED財団 School部会フォーラムの開催を通して～

○野村 宜伸¹、伊藤 裕介²、千田 いずみ³（1. 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会千里病院 ICU所属 主任、2. 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会千里病院千里救命救急センター、3. 明治国際医療大学 救急救命学科）

[MS1-01] 院外心停止と学校での救命教育の現状

○名知 祥¹ (1. 岐阜大学医学部附属病院 高次救命治療センター)

キーワード：心肺蘇生、AED、救命教育、心肺蘇生教育

総務省消防庁の「令和元年度版 救急救助の現況」によると、日本の心原性心停止は年間79,400人発生している。そのうち一般市民目撃ありが25,756人で、1ヶ月生存率は13.9%、1ヶ月社会復帰率は9.1%である。年々、バイスタンダーによる応急手当実施率は増加しているものの、社会復帰率は10%にも満たない。これを向上させるためには、全ての国民が心肺蘇生と AED(Automated external defibrillator: 自動体外式除細動器)が実施できる社会を目指す必要がある。

その方策として、JRC蘇生ガイドライン2015「普及・教育のための方策」の章では、AEDを含む心肺蘇生講習を学校教育に導入することを推奨している。日本臨床救急医学会は、日本救急看護学会をはじめとした関係学術団体、教諭、文部科学省、消防、日本赤十字社などからメンバーを募り、平成20年1月に「学校へのBLS教育導入に関する検討委員会」を設置し、「学校教育に実技実施を伴う救命教育を導入・普及する事」を目標に活動している。これは、院外心停止の救命率向上のために活動している国際的なネットワークである GRA (Global Resuscitation Alliance)が提唱している10 stepsの1つ「学校とコミュニティにおける CPR・AEDトレーニングを義務化」に当てはまり、世界の潮流に沿った活動となっている。

小学校、中学校、高等学校と系統的に救命教育を受けることは、全ての国民が心肺蘇生と AEDを身につける最も効果的な方法であると思われるが、現行の学習指導要領では中学校、高等学校において「心肺蘇生・AED」の記載はあるものの、必ず実習を行う記載が無いため、学校保健会による「学校における心肺蘇生と AEDに関する調査報告書」（平成30年）では6-7割しか授業が行われていない。実施できない理由としては、「お金がなくて資機材が揃えることができない」「授業を実施する時間がない」「そもそも指導仕方が分からない」が上げられ、実施できている学校でも消防や医療従事者などの外部講師に依存しているところは多い。

委員会ではこのような状況に対して、医療従事者、教育関係者、心肺蘇生普及団体と連携をしながら、児童・生徒を対象にした心肺蘇生講習を学校教諭へ公開授業として提示することで、教諭自らが児童・生徒に“救命教育”として心肺蘇生講習を開催できるように支援を行ってきた。また、児童・生徒の発達段階や学校の時間割に適した指導コンセンサスの作成、学校教員を対象とした指導に役立つ教材の提供等の活動も行っている（日本臨床救急医学会ホームページ参照）。最近では公益財団法人日本 AED財団と連携し、各地域で学校での救命教育をテーマに、公開授業とシンポジウムを組み合わせたフォーラムを開催している。その他、学校安全の観点から「学校での緊急時対応計画 EAP (Emergency Action Plan)」を作成、公開している。

しかし、全ての国民が救える命を救えるようになるためには、このような活動に加えて、それぞれの地域での医療従事者の活動も大切となってくる。中学校は平成29年、高等学校は平成30年に学習指導要領が改訂され、令和3年以降には心肺蘇生と AEDは実習を通して身につけることが明記された。全国の学校で救命教育を行う環境は整いつつあるため、学校側の阻害要因をさらに軽減するためにも医療従事者によるサポート体制の強化が必要となる。医療従事者の中でも人数が多く、児童・生徒の親として学校とも関わることも多い看護師は、その役割の中心になる必要がある。特に普段から ICLSコースや BLSコースでインストラクターとして活動を行っている救急看護師が、主導的に学校での救命教育を支えることで、地域と病院の架け橋となるだけでなく心停止救命率の向上にも貢献できると考える。関わりのある学校への救急看護師の働きかけを期待する。

[MS1-02] 子どもたちの命を守るために

○前重 奈緒¹ (1. 松前木材店)

キーワード：救命教育

2004年5月 私たちの息子は学校で行われていたスポーツテストの1500m走のゴール間に倒れ、そばにいらした先生方の救命処置や友達の声も届かず17歳2か月の命を閉じてしまいました。

小さいころから体を動かすことが好きでスポーツが得意だった息子がスポーツ中に倒れ亡くなってしまうことなど私たち夫婦には信じがたい出来事でした。

息子がなくなって一か月後に AEDが一般市民にも使用が可能となり AED、心臓突然死、救命という言葉が頻繁に私たちの目に飛び込んでくるようになりました。それらの言葉を調べていくうちに、救命講習がどれほど大切な行動であるかを知りました。自分の二本腕と少しの知識、そして一歩踏み出す勇気があれば救えるいのちがあることを知りました。息子の命は救えるいのちだったのです。私たち夫婦はそんな大切な事さえ知らずにいたのです。

子供たちの命を守るためにできるこんなに大切なことを、一人でも多くの方々にお知らせしたい、知ってほしい。そして学校での心停止による悲しい事故が少しでも無くなるようにと願い、今日まで活動を続けてまいりました。

学校管理下での心停止は AEDの普及、先生方への講習会の実施により大変少なくなっています。しかし、限りなく0に近づけることは可能なことだと思っております。夢と希望に満ちた子供たちの明日を守るのは私たち大人の役割です。

院外での心停止は、バイスタンダーの初動が生命を左右することを一番知ってらっしゃる医療従事者の方々が、教育現場で子供たちの安全教育を日々考えていらっしゃる教職員の方々に、救命行動の大切さ、質の高いスキル、そして命を思う心を伝えてくださることは、よりいっそう高い意識に導いていくのではないかと思っております。

思いもよらず私たちを苦しめたコロナの時代は改めて私たちに命の大切さを意識づけてくれました。自分の命を思い、家族の命を思い、自分の大切な人の命を思ったこの時の優しい思いを忘れることなく、教育の場に「いのちを思う心」を根付かせていくことが、今を生きた私たち大人の役割なのだと思います。

[MS1-03] 中学校における PUSHコースへの取り組み：人を助ける心を育む教育

○相田 真理¹ (1. 関西学院 中学部)

キーワード：PUSHコース、BLS教育、学校教育

中学校における PUSHコースへの取り組み：人を助ける心を育む教育

〈はじめに〉

本校で体育の授業に PUSHコースを取り入れたのは、教員が心停止を起こし、その場に居た教員により胸骨圧迫と AEDの使用で救命されたことがきっかけだった。AEDを使用して救命されたことが兵庫県で初めてだったとい

うこともあり、当時心肺蘇生法の啓蒙に取り組まれていた大阪ライフサポート協会の先生方との出会いがあった。そこで PUSHコースを授業に取り入れておられる学校があることを知った。学校で心臓突然死により失われる命があること、学校では第一発見者が子どもたちとなる可能性が高いこと、生徒たちには、もし目の前で友達が倒れたら何もできなかったと後悔するより、何か救命の手助けとなる行動がとれる人になってもらいたい。そして何より心臓突然死で亡くなった子どもたちの生きた証であるメッセージを生徒たちに伝えたいと思い2010年度より取り組み始めた。

〈PUSHコースに取り組んで〉

PUSHコースは毎年中学2年生を対象に授業の1コマ(45分)で取り組んでいる。授業は体育科教員が行い、私はサポートとして授業に入っている。当初は教員側に医療のプロではない自分達が教えて良いのだろうか?正しく教えることができるのだろうか?という戸惑いがあった。しかし大阪ライフサポート協会の先生より指導を受け、回数を重ねる度に自分なりのアレンジを加えながら授業を展開できるようになっている。PUSHコースに取り組むことは、教員側の救命に対するスキルや意識が高まるといった点でもメリットが大ききように感じている。授業では、生徒たちはいつもと違う形態のため、ややテンションが高くザワザワして始まることが多いが、導入のメッセージビデオを観ると顔つきが真剣に変わっていく。そして胸骨圧迫の実習やAEDの使用について熱心に取り組む姿がみられている。

〈救命の出来事〉

高校生が部活でランニングをしていて心停止を起こすことがあった。幸いにも倒れた生徒の同級生達は PUSH講習を受けた初年度の生徒達だった。チームメイトが心停止に気づき、すぐに AEDを取りに走り教員を呼びに行った。チームメイトが届けた AEDによって生徒の命が救われた。生徒たちが、心停止の際に何をすべきかをわかっていて、救命の一助としてそれぞれが行動できたこと、命が救われたことは、学校で PUSHコースに取り組んで良かったと感じる大きな出来事だった。

〈最後に〉

本校で PUSHコースに取り組み始めてから今年で10年目を迎えようとしている。振り返ってみると、心停止で助かった命があったことは何事にも代えがたい出来事だった。生徒たちからは「今回講習を受けたが、自分が落ち着いて行動できるか不安だ」といった声もあるが、「たった一つのことを知っているか、知らないかで命の分かれ道だからもっと沢山の人がこの授業を知ってほしい」「突然死が自分と同年の人に起こるなど、誰でも起こりうるということが怖かった。だからこそ今回学んだことで自分には微力でも助けられるかもしれない命に貢献したいと強く思った」といった感想が寄せられている。多くの生徒たちが、心肺蘇生法を知れて良かった、沢山の人が知って心停止は助かる世の中になってほしい、いざという時には助けたいと真っすぐな心で受け止めてくれている印象を持っている。

中学生という時期に PUSHコースを通じて、人を助ける方法を学ぶことは、救命のスキルや知識だけではなく、人を助けようとする心を育む機会となっているのではないかと感じている。

[MS1-04] 小学校教員の「救命教育」拡大へ看護師の関わりと展望

～日本 AED財団 School部会フォーラムの開催を通して～

○野村 宜伸¹、伊藤 裕介²、千田 いずみ³ (1. 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会千里病院 ICU所属 主任、2. 社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会千里病院千里救命救急センター、3. 明治国際医療大学 救急救命学科)

キーワード：小学校教員、救命教育、看護師

“救命”のための行動は、大人に限らず子どもも含めて現場に居合わせた者が「みんなでやる」「できることをやる」ということが大切である。我が国の子どもに対する救命教育は、学習指導要領に「AEDを含めた救命処置を全ての生徒が実習を通じて“身に付ける”こと」と記載されており、中学校で71.2%、高等学校で81.2%の実施率である（平成27年度実績：文科省調査）。一方で小学校においては学習指導要領に記載がなく、実施率は30.3%にとどまっている。日本 AED財団 School部会は、小学校からの救命教育推進を目的に、小学校教員による救命教育（胸骨圧迫やAEDの実技を含む）の公開授業とシンポジウムを2018年から開催している。今回、教育委員会を含めた組織的な取り組みを行っていることが評価され、吹田市で『第3回日本 AED財団 School部会フォーラム（以下、本フォーラム）』を開催することとなった。吹田市のこれまでの取り組みは、平成20年度より中学生への救命教育を開始した。平成24年度から大阪府済生会千里病院が『千里子どもメディカルラリー』を開催し、平成30年度には市が中心となり吹田市スクールプロジェクト支援事業がスタートし、小学校教員による救命教育の公開授業を行った。今回は“看護師”という立場で本フォーラムの開催に向けた構成員に参画したため、その経験と今後の展望について述べる。

まず授業の準備ではじめに行ったことは「学習指導案」の作成である。学習指導案とは、教員が授業をどのように進めていくかを記載した、学習指導・学習支援の計画書のことである。小学生に対し救命教育を行う際に注意しなければならないことは、“児童の発達段階”を考慮することである。今回の対象は5年生であり、体格から完璧な胸骨圧迫は難しいことを理解し「完璧な胸骨圧迫は求めず、胸骨圧迫の正しい位置・姿勢を学ぶ」、「応援を呼ぶ」、「みんなでやる」ことにポイントを置いた。児童の体格への配慮については、伊藤ら(日本救急医療誌2018)の研究においても、小学5・6年生に救命処置を指導する教育効果は十分にあるが体格に合わせた配慮が必要であると報告されている。「みんなでやる」については、小グループとなり役割をローテーションさせ、呼びかけからAEDの使用までの一連の流れを協力して行ってもらった。すると胸骨圧迫をしている児童に対し別の児童が応援や励ましの声を掛けたり、胸骨圧迫を頻回に交代し協力しながら継続できていたり、さまざまな場面で連携がみられた。時に救命のための行動はトラウマになることがあるが、今回の「みんなでやる」ということが救命を必要とする現場でのネガティブな感情や経験を軽減してくれることを期待する。

今回の授業は、担任主導で行ってもらった。救命教育は養護教諭や医療従事者でなければできないという先入観が根深く存在するが、国語や算数のように教員によって当たり前前に教育される授業として定着してほしいという思いがあった。実際の教員の指導は素晴らしいもので、テンポのいい進行と適度な児童とのやり取りに終始児童の関心が引きつけられていたのが分かった。また児童の性格や特徴を把握しているからこそできるやり取りも見受けられ、担任が行う効果は非常に大きいと感じた。

最後に看護師のかかわる意義として、医学的なアドバイスだけでなく、積極的な働きかけにより救命教育の定着が学校安全に対する意識の改善や向上につながり、それが地域全体の安全や救命意識の向上につながっていくことが期待できる。

会員企画セッション

[MS2] 会員企画セッション2

「みんなで学ぶ救急現場のアセスメント」

企画者 瀧澤紘輝（神戸市立西神戸医療センター）

[MS2-01] みんなで学ぶ救急現場のアセスメント

○瀧澤 紘輝¹、清水 克彦²、久保田 大樹²、井上 佳世³、高見 祥代⁴、中田 徹朗⁵、立助 恵子⁶（1. 神戸市立西神戸医療センター、2. 京都医療センター、3. 大阪市立大学医学部附属病院、4. 市立福知山市民病院、5. 宝塚市立病院、6. 神戸掖済会病院）

[MS2-01] みんなで学ぶ救急現場のアセスメント

○瀧澤 紘輝¹、清水 克彦²、久保田 大樹²、井上 佳世³、高見 祥代⁴、中田 徹朗⁵、立助 恵子⁶ (1. 神戸市立西神戸医療センター、2. 京都医療センター、3. 大阪市立大学医学部附属病院、4. 市立福知山市民病院、5. 宝塚市立病院、6. 神戸掖済会病院)

キーワード：救急外来看護、社会的アセスメント

我が国における高齢化率は増加の一途をたどっており、2020年には29.1%2060年には39, 9%¹⁾になることが予想されている。その中で、救急出動件数及び搬送人員の推移をみると救急出動件数、人員ともに増加している。年齢区分別の搬送人員の構成比は高齢者が平成29年度で58.8%と半数以上を占めている²⁾。今後、高齢化率が増加していくにつれ、救急搬送される人数も増加していくことが予想されており、救急医療にも影響を及ぼすことが考えられている。

特に救急外来に搬送されてくる患者の中で、身体的な問題は深刻でないが、社会的な問題を抱え帰宅困難になっている患者も多く、救急外来で働く私たちを悩ませる問題の1つになっている。

入院適応はないが、「自宅に連れて帰れない」「介護に限界を抱えている」「介護者が入院してしまい、自宅での生活が困難になる」などの原因により身体の不調を呈し救急外来を受診されることも多く見受けられ、旧友現場において社会的アセスメントが必要に迫られている。

そこで今回のワークショップでは救急現場における介入困難事例の解決方法を学びたいと考えている。今回の学術集会ではワークショップの開催は不可能となってしまったが、新型コロナウイルス感染症が落ち着いて、学術集会が開催される時にはぜひ皆さんと一緒に学びたいと考えている。

参考・引用文献

- 1) 内閣府 平成30年版高齢社会白書 総務省 消防庁 平成30年度版 救急救助の現況
- 2) 総務省消防庁 平成30年度版 救急救助の現況

ワークショップ

[WS1] ワークショップ1

「特殊外傷対応の極意」

外傷看護委員会

[WS3-01] 特殊外傷対応の極意

○日本救急看護学会 外傷看護委員会¹、小池 伸享¹、後小路 隆¹、小越 優子¹、笠原 真弓¹、苑田 裕樹¹、富岡 小百合¹、山中 雄一¹、和田 孝¹、佐藤 憲明¹ (1. 外傷看護委員会)

[WS3-01] 特殊外傷対応の極意

○日本救急看護学会 外傷看護委員会¹、小池 伸享¹、後小路 隆¹、小越 優子¹、笠原 真弓¹、苑田 裕樹¹、富岡 小百合¹、山中 雄一¹、和田 孝¹、佐藤 恵明¹ (1. 外傷看護委員会)

キーワード：外傷看護、特殊外傷看護

日本国内では多数傷病者や特殊外傷などが発生する可能性を秘めたイベントが多く実施されている。特殊外傷は通常の外傷初期対応とは異なるアプローチ、蘇生方法がとられることあり、我々看護師はさらなるブラッシュアップが要求される。

今回、特殊外傷対応に向けて開発した教材を、デモンストレーションを通して皆様へ伝達しつつ、プレゼンテーションにより極意をお伝えしたいと考え、企画しました。華麗なるデモンストレーションを目にする機会は一度だけ。ぜひご参加ください。お待ちしております。

ワークショップ

[WS2] ワークショップ2

「我が国の救急電話相談トリアージの現状と課題」

救急電話相談トリアージ委員会

[WS5-01] 我が国の救急電話相談トリアージの現状と課題

○赤尾 いづみ¹、○船木 淳¹、○伊藤 雪絵¹、○平柳 和奈¹、○印東 真奈美¹ (1. 救急電話相談トリアージ委員会)

[WS5-01] 我が国の救急電話相談トリアージの現状と課題

○赤尾 いづみ¹、○船木 淳¹、○伊藤 雪絵¹、○平柳 和奈¹、○印東 真奈美¹ (1. 救急電話相談トリアージ 委員会)

キーワード：救急電話相談トリアージ

2019年中の救急自動車による救急出動件数は、約664万件（速報値）と過去最多となり、救急需要の増加への対応や救急業務の質の向上が求められている。高齢化の進展に伴い、65歳以上の高齢者の救急搬送に占める割合が今後も増えていくことは必然的であり、また救急搬送の約5割が軽症者であることから、病院前救急や病院における救急医療の適時利用を推進する必要性がある。

救急電話相談に関する取組みとして、増加する救急需要への対策と住民の不安解消を目的に、#7119（救急安心センター事業）や#8000（こども医療電話相談事業）などの行政主体の事業、また、生命保険商品の付加サービスとして、救急受診に関する相談窓口と救急受診に関する助言などを行う受診相談事業が展開されている。医療機関においても患者等からの電話を受けて受診の必要性や緊急性を助言する対応を独自に実施している。このように、救急電話相談によるトリアージは院内外問わず様々な現場で実践されており、対応する看護師の役割も大きいといえる。

救急電話相談によるトリアージでは、相談者からの電話を受けて緊急度を判断し、受診や応急処置に関するアドバイス、医療機関案内などを実施する。これは、相談者の不安軽減だけでなく、不必要な時間外受診の抑制や救急車の適時利用に繋がるなど、救急医療の質向上に効果が期待される。しかし、救急電話相談によるトリアージに携わる看護師に関する教育体制は、各施設や地域間で異なっており、看護師の経験則で緊急度の判断が行われていることに加え、対面による情報収集ができない「電話相談」という特性上、オーバートリアージを容認している状況がある。また、電話相談者の個人特定ができないこと、経過や転帰に関する情報を得られない場合が多いことなどから、事後検証の困難性がある。更に、救急電話相談によるトリアージの概念や、各施設における実践など明らかではない。

以上のことから、本学会では、2020年より行政等で実施されている救急電話相談事業なども含めて、救急電話相談に関する全国の現状、救急電話相談に従事する看護師の教育やコンピテンシーの明確化、トリアージの質の検証等に関して調査、検討することを目的に、「救急電話相談トリアージ委員会」を設置した。本委員会では、今後、「救急電話相談トリアージ」に関する現状把握と課題抽出を目的とした全国的な実態調査を実施していく予定である。調査結果から各施設における機能や地域性を活かした上で、「救急電話相談トリアージ」の質向上に向けた取組みの提案ならびに相談者が機を逃さずに安全な医療機関へのアクセスを支援できるような体制作りを推進していく。

参考： https://www.fdma.go.jp/pressrelease/houdou/items/200513_kyuuki_03.pdf

交流集会

[EM1] 交流集会1

「COVID-19に伴う感染スクリーニングの重要性とトリアージにおける課題」

トリアージ委員会

[EM1-01] COVID-19に伴う感染スクリーニングの重要性とトリアージにおける課題

吉田 栄里¹、黒田 啓子¹、西塔 依久美¹、佐藤 加代子¹、林 幸子¹、村上 香織¹、横田 由佳¹、吉川 英里¹、○芝田 里花¹、日本救急看護学会 トリアージ委員会 (1. トリアージ委員会)

[EM1-01] COVID-19に伴う感染スクリーニングの重要性とトリアージにおける課題

吉田 栄里¹、黒田 啓子¹、西塔 依久美¹、佐藤 加代子¹、林 幸子¹、村上 香織¹、横田 由佳¹、吉川 英里¹、○芝田 里花¹、日本救急看護学会 トリアージ委員会 (1. トリアージ委員会)

キーワード：COVID-19、トリアージ、感染スクリーニング

救急外来は受診時の情報が限られており、感染リスクの評価を十分に行えず必要な予防策を実施できないことがあり、2002年に発生した重症急性呼吸器症候群(SARS)や2015年の中東呼吸器症候群(MERS)のアウトブレイクは感染リスクを認識せず、適切な感染対策をとられなかった救急医療施設で多く報告された。SARSの経験から米国疾病予防管理センターは「外来では患者が受診した最初の時点で、感染症患者の早期発見と処置のためのシステムを作成して実施する」ことを勧告した。

今回 COVID-19対応では、多くの施設では施設全体が一丸となり、来院時の発熱者や COVID-19の症状をチェックし、感染スクリーニングを実施している。救急外来においても、入室前にスクリーニングを行うことで、院内感染防止、適切なレベルでの PPE使用につなげることができている。また、ゾーニングすることで COVID-19と診断されている患者、疑い患者を他の患者と接触しないようすることも重要である。

実際の現場では施設により、医療体制、看護師の体制、診察室の配置等が異なる。そのなかで COVID-19に伴う感染スクリーニング、トリアージをそれぞれの施設が工夫、試行錯誤をしながら実践している。その内容を共有することで、今後の COVID-19への対応に示唆を得られるのではないかと考える。

以下に救急外来の看護師によるトリアージにおける COVID19対応の一例を示す。

1.防護具

ゴーグル、サージカルマスク、ガウンを着用し、手洗いを徹底している。ゴーグルがくもる場合はシールドを使用する場合もある。患者にもマスクを装着してもらう。

2.問診票

発熱患者以外のトリアージを実施することもあるため、問診票は従来使用しているものを使用し、学会や厚生労働省ら出ている症状で COVID-19をピックアップしている施設、従来の問診票に COVID-19対応の問診票を追加している施設などがある。感染が疑われる場合は必要以上の接触を避けるため、詳細な身体初見の観察よりも問診や指針が重要であり、症状の経過、接触歴、発熱や呼吸器系の症状などから感染スクリーニングと緊急度判断を迅速を行うことが必要である。

3.患者対応

限られたスペースでもゾーニングを行い、医療者と患者の動線を明確にしておく。トリアージを行い、重症者への早期対応、疑い症例など、陰圧室を含む適切な診察室へ患者を誘導することも大きな役割である。また、患者の多くは大きな不安を持っているため、不安の軽減もトリアージナースの大きな役割である。医療者が安全にかつ落ち着いて対応できるよう、COVID19の知識や運用を周知する必要がある。

交流集会

[EM2] 交流集会2

「救急看護師の危機的場面とその対応」

日本救急看護認定看護師会

[EM4-01] 救急看護師の危機的場面とその対応

○笠原 真弓¹、丹羽 由美子¹、小池 伸享¹（1. 日本救急看護認定看護師会）

[EM4-01] 救急看護師の危機的場面とその対応

○笠原 真弓¹、丹羽 由美子¹、小池 伸享¹（1. 日本救急看護認定看護師会）

キーワード：救急看護認定看護師、危機的場面への対応

少子高齢化と医療の高度化が進む中、生活スタイルの多様化も加わり、救急医療を取り巻く環境も様々な変遷を遂げている。医師・看護師をはじめとする医療者は、対象者の健康問題のみならず複雑かつ困難な社会的問題の対応に迫られるなど、対応に難渋する場面に遭遇することは少なくない。我々救急看護認定看護師を取り巻く環境もまた、大きな節目を迎えている。

1997年から認定が開始された救急看護認定看護師においては、2019年12月時点で1,329名の登録者を数えるまでに育成された。しかし、認定看護師制度の再構築が実施されたことにより分野統合が行われ、2021年4月より集中ケア認定看護分野とともにクリティカルケア分野として新たな道を歩むこととなった。さらには看護師特定行為研修が開始となり様々な局面に遭遇しているが、改めて救急看護の現場を見つめ直す必要性（重要性）、役割の再認識を行う機会（転機）を得たととらえるほかない。

今回は、救急看護認定看護師が臨床や教育場面で経験した様々な困難事例を危機的場面ととらえ、それらを話題提供していただき、報告事例の困難な場면을共有したい。また、その対応や組織的な取り組みについてディスカッションを進め、今後の困難事例の対応に活用できる指南を得たいと考える。

交流集会

[EM3] 交流集会3

「救急看護クリニカルラダー ～これからの活用性～」

教育委員会

[EM6-01] 救急看護クリニカルラダー ～これからの活用性～

日本救急看護学会 教育委員会¹、○浅香 えみ子¹、○坂田 久美子¹、○有澤 文孝¹、○川原 千香子¹
、○久間 朝子¹、○平尾 明美¹、○源本 尚美¹ (1. 教育委員会)

[EM6-01] 救急看護クリニカルラダー ～これからの活用性～

日本救急看護学会 教育委員会¹、○浅香 えみ子¹、○坂田 久美子¹、○有澤 文孝¹、○川原 千香子¹、○久間 朝子¹、○平尾 明美¹、○源本 尚美¹ (1. 教育委員会)

キーワード：救急看護 クリニカルラダー

【背景】

救急看護クリニカルラダーを改訂して約2年が経過した。セミナー受講歴や取得資格によって実践レベル(ラダーレベル)を区分していた構成から、看護実践能力を構成する要素ごとにその複雑性によってレベルを示す構成に変更した。

改訂には、日本看護協会による看護師のクリニカルラダーをベースに置き、救急領域に局限した活用範囲からあらゆる看護場面との整合性を図った。改訂の際には、クリニカルラダーレベルと看護実践力が整合性を持つものになるようにすること。また、クリニカルラダーのレベルがアップすることで看護師としての基礎力が身につくとともに、救急看護の専門性をもってケア構成を示すことに注意を払いながら行った。

このように作成された救急看護クリニカルラダーは、救急看護の専門性のみを示したものではないため、一見すると救急看護師のレベルアップが感じにくいかもしれない。しかし、救急診療の場で看護師となっていく成長の方向性を示し、看護師が自らの成長を把握する上で有用性が高まったと考えられる。

本ラダーが有効に活用され、救急看護の実践力が効果的に育成されることを目的に、教育委員会では今後も救急看護クリニカルラダー活用を普及させていく。

次にその方向性を示す。

【活動方針】

1. クリティカルケア認定看護師の誕生に伴うラダーの運用に関する検討
 - ・ 救急看護のラダー、集中ケアのラダーが存在しているなかで、実践者の活動に合致したラダー運用
2. 実践力を示すクリニカルラダーと看護師としての成長を示すキャリアラダーとしての検討
3. 年度単位の運用と、個人にあった運用期間を加味したラダー運用
 - ・ 中途入職者・院内異動者・COVID-19対応による教育計画が変更になった看護師等の活用など
4. 救急診療部門以外における救急看護クリニカルラダーの活用
 - ・ 救急看護はあらゆる場での実践であり、一般病棟における救急看護の実践を支援するツールとしての活用を検討

【まとめ】

救急看護の実践場面は広く存在している。様々な場面で実践する看護師の学習目標を提示し、その成長を支援する指針となる活用に向けてラダーの運用方法を提示するとともに、救急診療の場面においても看護師としての基礎力の育成を重視し、専門性の育成をより豊かなものにすることを目指して活動していく。

交流集会

[EM4] 交流集会4

「ドクターカーナースの教育プログラムの策定に向けた検討」

プレホスピタルケア委員会

[EM9-01] ドクターカーナースの教育プログラムの策定に向けた検討

○日本救急看護学会 プレホスピタルケア委員会¹、伊藤 敬介²、佐藤 憲明³、大山 太⁴、大瀧 友紀⁵、神谷 弥生⁶、佐々智 宏⁷、城田 智之⁸、福士 博之⁹、福田 ひろみ¹⁰（1. プレホスピタルケア委員会、2. 委員長／高知医療センター、3. 担当理事／日本医科大学付属病院、4. 東海大学、5. 聖隷三方原病院、6. 半田市立半田病院、7. 広島大学病院、8. 前橋赤十字病院、9. 中津川市民病院、10. 徳島赤十字病院）

[EM9-01] ドクターカーナースの教育プログラムの策定に向けた検討

○日本救急看護学会 プレホスピタルケア委員会¹、伊藤 敬介²、佐藤 憲明³、大山 太⁴、大瀧 友紀⁵、神谷 弥生⁶、佐々智 宏⁷、城田 智之⁸、福土 博之⁹、福田 ひろみ¹⁰ (1. プレホスピタルケア委員会、2. 委員長/高知医療センター、3. 担当理事/日本医科大学付属病院、4. 東海大学、5. 聖隷三方原病院、6. 半田市立半田病院、7. 広島大学病院、8. 前橋赤十字病院、9. 中津川市民病院、10. 徳島赤十字病院)

キーワード：プレホスピタル

プレホスピタルケアの現場は、医師、看護師が救急現場に出向き、より早期の治療を実施することで、死亡者数の減少や後遺症の軽減、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。

ドクターカーは、運行様式や運行時間、活動の頻度、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の実態や教育体制が確立されていない現状にある。

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・調整を行うなど、早期に治療開始にむけた診療の補助や、心理的危機状態にある患者と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。

以上の現状を踏まえプレホスピタルケア委員会では、ドクターカーナースの活動の実態に関する全国調査を2018年に実施した。ドクターカーナースの活動の現状を明らかにするとともにドクターカーナースの役割や、教育指針を分析している。今後、ドクターカーに乗務する看護師のためのガイドラインの策定を目指すところである。

この度の集会では、ドクターカーナースの役割に基づいた教育指針をもとに、ドクターカーナースが習得すべき学習課題を明確とした学習プログラムを策定することが急務として、広く会員の皆様より意見を集い、ドクターカーナースの育成に向けた教育を開始していくことを計画する。

交流集会

[EM5] 交流集会5

「救急看護認定看護師の活動実態と今後の救急看護実践の展望」

医療政策委員会

[EM11-01] 救急看護認定看護師の活動実態と今後の救急看護実践の展望

○日本救急看護学会 医療政策委員会¹、伊藤 雪絵¹、木澤 晃代¹、城丸 瑞恵¹、菅原 美樹¹、松月
みどり¹、山口 真有美¹、箱崎 恵理、長谷川 正志（1. 医療政策委員会）

[EM11-01] 救急看護認定看護師の活動実態と今後の救急看護実践の展望

○日本救急看護学会 医療政策委員会¹、伊藤 雪絵¹、木澤 晃代¹、城丸 瑞恵¹、菅原 美樹¹、松月 みどり¹、山口 真有美¹、箱崎 恵理、長谷川 正志（1. 医療政策委員会）

キーワード：救急看護認定看護師、活動実態調査、救急看護実践

交流集会テーマ：救急看護認定看護師の活動実態と今後の救急看護実践の展望

委員：伊藤雪絵（奈良県立医科大学附属病院）

木澤晃代（日本大学病院）

城丸瑞恵（札幌医科大学保健医療学部看護学科）

菅原美樹（札幌市立大学看護学部）

松月みどり（東京医療保健大学和歌山看護学部）

山口真有美（関西医科大学看護学部）

前委員：箱崎恵理（看護協会ちば訪問看護ステーション）

長谷川正志（社会医療法人青洲会グループ本部）

在宅から施設の多様な場において、軽症から重症までの多彩な病態にある患者の救急医療の一翼を担っているのが救急看護認定看護師であり、2020年5月現在約1,300名が登録されている。救急医療において重要な役割を担う救急看護認定看護師も今後の活動について再考する時期にあると考える。例えば2025年を目途にした地域包括ケアシステム、医療の地域格差や高齢社会への対応や救急救命士の活用拡大なども救急看護認定看護師が取り組むべき課題になると推察する。こうした状況を鑑みて今後の救急看護認定看護師の方向性を検討する基礎資料とする目的で、医療政策委員会では、「初期・二次・三次救急医療施設に勤務する救急看護認定看護師の活動実態」を明らかにするために、日本救急看護認定看護師会の会員に対する質問紙調査を実施した。

調査期間は2020年1月25日～2020年3月25日で Webにより80名の方から回答を得た。1.認定看護師の活動について複数回答で回答を求めた結果、多い順に上位3項目は以下の通りである。認定看護師として救急外来でどのような活動をしているかの質問に対して、「看護職への指導（教育支援）（75名）」、「患者・家族に対する実践（73名）」、「看護職からの相談対応（66名）」であった。認定看護師として期待される役割に関する質問に対して、「看護職への指導/教育支援（70名）」、「患者・家族に対する支援（65名）」、「地域における活動（62名）」であった。2. 認定看護師の教育的役割について「必ずする」～「全くしない」の4段階で回答を求め、「必ずする」「時々する」を合算した結果、多かった項目は「救急看護実践を通して対象の成長を考慮した指導をしている（72名）」、「教育・指導対象者のニーズや要望に沿った勉強会を企画し実施している（72名）」、「病院内において根拠に基づく BLS、ICLS、ACLS教育を実施している（71名）」であった。他にも地域住民や地域社会への活動内容などについて自由記述で回答を得た。

本交流集会では上記の結果を提示して、救急看護認定看護師の活動実態の共有と今後の救急看護実践の方向性

を検討する機会としたいと考えています。皆様の参加をお待ちしています。

なお、COVID-19への対応で厳しい仕事環境の中、時間をさいて回答してくださった皆様に心よりお礼申し上げます。

共催セミナー

[CS1] 二次救急外来での IPエコーの活用について～診療看護師としての働きと活用法～

演者：若月優子（板橋中央総合病院 救急外来 診療看護師）

共催：ニプロ株式会社

[CS1] ニプロ株式会社

[CS1] ニプロ株式会社

[O1] 一般演題1

- [O1-01] 救急看護経験が少ない看護師に対する外傷初期看護に関する部署内教育
○小高 貴直¹、小池 加容¹、須田 貴之¹、中井 紘平² (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター、2. 日本赤十字社 大阪赤十字病院 集中治療部)
- [O1-02] ACS患者の Door to Balloon Timeに影響する要因についての文献検討
○若松 友香¹、皆吉 探香¹、平林 幸恵¹、肥後 昌代¹ (1. 鹿児島大学病院)
- [O1-03] 自動心肺蘇生器により有害事象が発生した患者の家族に対する救急外来看護師の思いと看護の実際
○藤田 正美¹、伊藤 美穂¹、加藤 孝明¹ (1. 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院)
- [O1-04] 救急搬送後に帰宅支援が必要な患者の特徴
○大麻 康之¹、岡崎 啓¹、西浦 明菜¹、山口 雅子¹、坂本 美紀¹ (1. 高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター)
- [O1-05] 体系的アプローチを取り入れた救急外来看護記録の取り組みとその効果
○後小路 隆¹、小川 奈奈¹、弓掛 良一¹、九十九 俊充¹ (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)
- [O1-06] 救急入院の病床決定における National early warning score (NEWS) の有用性の検証
○石川 郁代¹ (1. 姫路聖マリア病院)
- [O1-07] 休日・夜間救急外来業務に携わる看護師の思いと必要とされる支援
○渡邊 浩子¹、立原 美穂¹ (1. 水戸赤十字病院)
- [O1-08] Door to balloon timeの現状と課題
○鏡 顕¹、加藤 朋子¹、佐藤 真実¹ (1. 山形県立中央病院 救急室)
- [O1-09] 急性期脳梗塞治療における時間短縮へ向けた体制整備～ Hybrid ERでの初期診療～
○高橋 龍矢¹、久家 典子¹、日向 千尋¹、豊田 美月¹、岡田 美紀¹、山本 裕梨子¹ (1. 兵庫県災害医療センター)
- [O1-10] 救命救急センター看護師のエンゼルケアに関する問題点
○別役 祐弥¹、三本 彩可¹、宮川 佑紀¹、池澤 友朗¹、酒井 由夏¹、町田 清史¹ (1. 医療法人近森会近森病院救命救急センター)
- [O1-11] 救急外来における終末期ケアの初動－終末期であると告知された場面の一考察－
○新聞 月乃¹、下山 佳奈子¹、中村 祥英² (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)
- [O1-12] 胸痛・頭痛・けいれん症状に対する救急外来看護師の自信の変化
○三宅 眞由美¹、丸島 久美¹ (1. 東京都立大塚病院)
- [O1-13] Door to Puncture Time短縮を目指した取り組み～急性期血行再建フローチャートの開発～
○滝沢 拓也¹、関山 裕一¹、城田 智之¹、小池 伸享¹ (1. 前橋赤十字病院 高度救命救急センター)
- [O1-14] 救急外来を受診した高齢者が帰宅に不安を訴える内容調査
○西浦 亮介¹、馬場 友子¹ (1. 市立岸和田市民病院 救急センター)
- [O1-15] 患者家族支援を目的としたカンファレンスから見えた、救急外来看護師と病棟看護師の視点の相違
○星野 正裕¹、江上 千晶¹ (1. 北里大学病院救命救急病棟)

- [O1-16] 脳梗塞血栓回収術の来院から治療室搬入までの時間短縮にむけて
～看護師が介入できることは～
○権田 海代子¹、住吉 さやか¹、道端 育子¹、渡邊 岳人¹ (1. 福岡和白病院 総合診療救急科)
- [O1-18] 救急外来の看護師に対する患者満足度の現状
○藤本 幸子¹、上野 裕美子¹、浦部 涼子¹ (1. 島根県立中央病院救命救急外来看護科)
- [O1-19] 救急外来での帰宅指導内容の充実を目指して
～帰宅パンフレットの作成を通して～
○大倉 郁¹、阪口 会里¹ (1. 医療法人 明和病院 看護部)
- [O1-20] 感染性心内膜炎による20代の感染性脳動脈瘤破裂症例の初期対応を経験して
○吉野 暁子¹ (1. 埼玉医科大学国際医療センター)
- [O1-21] わが国の救急外来における救急電話相談対応に関する文献検討
○今井 亮¹ (1. 文京学院大学保健医療技術学部看護学科)
- [O1-22] 救急外来での Rapid Response System起動における既存基準と NEWS2の有
用性の検討
○門田 清孝¹、牛尾 哲平¹、恒松 美輪子³、梯 正之³、中村 歩未¹、二宮 彩乃¹、真砂 美咲²、佐々邊 や
よい¹ (1. 広島大学病院、2. 公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センター、3.
広島大学大学院 医系科学研究科 健康情報学)
- [O1-23] A病院の救急外来で勤務する病院内救急救命士の思い
○弓掛 良一¹、後小路 隆¹、九十九 俊充¹ (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)
- [O1-24] ガイドラインに準じた心不全患者の救急対応
○杉本 とも子¹、宇高 幸¹、舛谷 元丸¹ (1. 医療法人伯鳳会 はくほう会 セントラル病院)
- [O1-25] 救急外来を受診後に帰宅する患者への支援策についての文献検討
○寺本 千恵¹ (1. 広島大学大学院 医系科学研究科 成人健康学)

[O1-01] 救急看護経験が少ない看護師に対する外傷初期看護に関する部署内教育

○小高 貴直¹、小池 加容¹、須田 貴之¹、中井 紘平² (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター、2. 日本赤十字社 大阪赤十字病院 集中治療部)

キーワード：教育、外傷看護

【はじめに】当院救命救急センターでは、内因性疾患による受診が大半を占めており、外傷症例は稀である。一方で災害拠点病院に指定されており、大規模災害の際には外傷患者の診療を担う可能性がある。しかし、当院救命救急センターのスタッフは、救急看護経験年数が5年未満のスタッフが全体の60%を占めており、外傷症例の経験が少ないスタッフが多い。そこで、救急看護経験が少ないスタッフに対して、勉強会を実施した。その方法と効果について報告する。

【目的】救急看護経験が少ない看護師に対する有効な外傷初期看護に関する教育方法を考察する。

【方法】救急看護経験5年未満のスタッフを対象とし、外傷初期看護に関して「苦手だ」と感じる事に関してアンケート調査を行った。アンケートの回答をもとに、勉強会の資料を作成し、座学形式の勉強会を実施した。勉強会の参加者には、勉強会後に、事後アンケートを実施し、内容の理解度を評価した。評価項目は対象者の救急看護経験年数を鑑み、知識レベルとした。また、勉強会の質の保証のため、救急看護認定看護師3名の支援を得た。

【倫理的配慮】事前アンケートを行う際に、調査への参加は自由であること、調査結果を院外で発表する可能性がある事を説明し、アンケートの回答をもって同意したこととする旨を説明した。回収したデータは本調査以外に使用せず、分析後は裁断処分した。本調査は A病院看護部教育委員会の承認を得た。

【結果】対象者35名のうち、本調査に同意し、勉強会に参加した人数は14名であった。外傷初期看護に関する研修の受講歴がある者は0名であった。14名のうち、「外傷初期診療のアルゴリズムを知らない」と答えた者は、6名であった。また、「受け入れ準備と第一印象」に関して苦手だと回答した者は10名(71%)、「気道と呼吸の評価及びその蘇生処置」に関して苦手だと回答した者は11名(79%)、「循環の評価及びその蘇生処置」に関して苦手だと回答した者は8名(57%)、「意識障害に対する評価及びその蘇生処置」に関して苦手だと回答した者は10名(71%)、「体温評価と環境調整」に関して苦手だと回答した者は6名(43%)、「脊椎保護と体位管理」に関して苦手だと回答した者は9名(62%)であった。事前アンケートの結果より、「外傷初期診療のアルゴリズムの要点が説明できる」事を目標に勉強会の資料を作成した。事後アンケートでは「MISTの情報から病態を予測し、受け入れ準備ができる」と答えた者は12名(86%)、「致命的胸部外傷を列挙し、観察項目が言える」と答えた者は10名(71%)、「循環動態の評価に関する観察項目が言え、ショックの原因検索に必要な検査及び、ショックに対する対応が言える」と答えた者は11名(79%)、「切迫する Dの要件が言え、切迫する Dを認めた場合の対処が言える」と答えた者は11名(79%)、「外傷患者における脊椎保護と体位管理の方法が言える」と答えた者は8名(57%)、「体温管理の必要性が言える」と答えた者は10名(71%)であった。

【考察】事前アンケートと事後アンケート結果より、勉強会を通して、外傷初期診療アルゴリズムの要点を説明できるスタッフが増加した。事前アンケートの結果から、対象者にとって適切な目標を設定し、勉強会を実施した事で、有効な学習効果が得られたと考える。一方で、今回の勉強会では、知識を修得する事を目標としたため、臨床で行動が取れるか否かは不明である。今後、シミュレーションや症例検討を通し、実際に適切な行動が取れるように、継続した支援が必要であると考えます。

[O1-02] ACS患者の Door to Balloon Timeに影響する要因についての文献検討

○若松 友香¹、皆吉 採香¹、平林 幸恵¹、肥後 昌代¹ (1. 鹿児島大学病院)

キーワード：Door to Balloon Time、ACS、救急外来

【目的】

急性冠症候群（ACS）は、冠動脈プラークの破綻により急速に冠動脈の閉塞や高度狭窄が起こることで心筋虚血が引き起こされる病態の総称である。心電図でST上昇のある心筋梗塞患者のPCIでは、最初の医療従事者との接触から少なくとも90分以内に初回バルーンを拡張し、再灌流を得ることが目標とされている。本研究の目的は、急性冠症候群（以下ACS）で緊急搬送された患者のDoor to Balloon Time（以下DTBT）についての先行文献から、DTBT延長に係る看護側要因、患者側要因、患者を取り巻く環境的要因を分析し、DTBTの短縮につながる方法は何かを明らかにすることである。

【方法】

医中誌 Web・PubMedでデータベース検索を実施した。具体的には、「ACS」「Door to Balloon Time」「緊急」「心筋梗塞」「カテーテル」「PCI」「時間」「初期対応」で検索、文献を収集、文献レビューを作成、考察した。

【倫理的配慮】

文献研究のため、倫理的配慮には該当しない。

【結果】

医中誌 Web・PubMedに掲載された原著論文を対象に文献検索を行った。「ACS」「緊急」「心筋梗塞」「カテーテル」では25件、「Door to Balloon Time」では59件、「急性心筋梗塞」「PCI」「緊急」「時間」では210件、「急性冠症候群」「初期対応」では3件の論文が該当した。重複したもの、テーマの趣旨に該当しないものを吟味し、16件の論文を検討した。分析の結果、「リーダー看護師が中心となった役割分担」「看護師の能力向上に向けた取り組み」「他職種と連携し、チームワークの構築を図る」「当直体制の変更によるマンパワー強化」「施設・設備に関する利点」「来院からPCIまでのプロセスに関わる医療者側要因」「チェックリストの改訂による処置のマニュアル化」「発症から病院到着までの時間短縮に関わるプロセス」「適切なトリアージの実施による診断時間の短縮」「患者指導の充実による来院時間の短縮」「DTBTを延長させる患者側要因」のサブカテゴリーが抽出された。そこから「時間延長に関する患者側要因」「チームワーク・マンパワー強化」「看護師の能力向上」「環境・医療者側要因」「適切なトリアージ」「患者指導の重要性」のカテゴリーを抽出した。

【考察】

文献検討により、体制の確立ができていないことによるマンパワー不足、他職種間の連携やコミュニケーション不足、知識の不足などの医療者側要因、設備に関する環境的要因、患者や家族側要因がDTBTを延長させる要因となっていることが分かった。DTBT短縮に向け、フィジカルアセスメント能力を高めるための学習会の開催やチームワークの強化、処置のマニュアル化などの必要性が明らかとなった。また、救急隊と綿密に連絡を取り合い、患者の状況を早期に確認することで検査や処置の準備が円滑に実施することが重要であることが示唆された。

現在、当院では医師や放射線技師、臨床検査技師とカンファレンスを開催するなどの取り組みは行われていない。また、病院の構造上、救急外来からカテーテル室までは250mであり、移動に時間を要している。さらに、救急外来経験年数の浅いスタッフが対応することもあり、円滑に準備が行われていない現状がある。今回文献研究で得た結果を、スタッフヘフィードバックすることで、目標の共有が図れ、今後、シームレスなチームワークの構築につながることを期待される。

[O1-03] 自動心肺蘇生器により有害事象が発生した患者の家族に対する救急外来看護師の思いと看護の実際

○藤田 正美¹、伊藤 美穂¹、加藤 孝明¹ (1. 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院)

キーワード：救急外来、自動心肺蘇生器、有害事象、グリーフケア

【目的】

A病院救急外来では、年間約70名の心肺停止患者を受け入れている。その身体には自動心肺蘇生器による表皮剥離、水疱形成、皮膚発赤等の有害事象を発生していることが多い。有害事象は家族にとって思いがけない事柄であり、目の当たりにした家族の動揺は計り知れない。これまでの症例を振り返ると、有害事象の内容やそれに対する処置および家族の反応などの詳細な看護記録がなかった。また、家族への説明や対応などの記録がなく、看護の実践が具現化されていないため、看護の振り返りや共有が十分にできていなかった。そこで、自動心肺蘇生器により有害事象が発生した患者の家族に対する救急外来看護師の思いと看護の実践を明らかにすることを目的とした。

【方法】

期間：2019年2月～2019年7月。

対象：A病院救急外来において、心肺停止患者の家族対応経験のある看護師25名。

データ収集方法：臨床経験・救急外来経験年数を考慮した4～5名のグループに対し、インタビューガイドを用いて、半構造的面接を行った。

分析方法：対象者の述べたありのままの言葉から逐語録を作成し、類似する言葉をサブカテゴリにまとめ、カテゴリ化した。

【倫理的な配慮】

A病院の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

看護師の思いは71のコードから、15のサブカテゴリが抽出された。さらに5つのカテゴリとして《救命処置と有害事象を経験した家族の気持ちを知りたい》《家族が有害事象を受容できるよう関わりたい》《有害事象で更に家族を傷つけない》《有害事象に対する看護師独自の役割を果たしたい》《救急隊や看護師間で情報を共有し、より良い家族看護を行いたい》に分類された。看護の実際は37のコードから、12のサブカテゴリが抽出され、更に4つのカテゴリとして《家族に寄り添い、死の受容を支援する》《有害事象について、家族が受容できるように説明する》《有害事象により、家族の心理的ストレスが増大しないように関わる》《患者と家族のために、有害事象の処置を考え工夫する》に分類された。

【考察】

看護師はまず、家族に寄り添い、死の受容を支援するという家族看護を実践していた。潜在化している思いに対して、傾聴と共感により信頼関係を形成し、その思いや気持ちの表出を促すように関わり、家族の精神状態をアセスメントしていくことが必要である。また、有害事象は目に見える侵襲の痕として痛々しく残るため、悲嘆を増強させる要因となり得る。看護師は有害事象を目の当たりにしないように配慮するなど、家族の心理的ストレスが増大しないように関わっていた。救命処置とともに早期から有害事象を受容できるよう関わり、悲嘆を増強させないケアが求められる。そして、有害事象が家族の喪失感や悲嘆を助長させないよう、有害事象を受容できるよう説明することは重要なケアの一つと考えられる。

看護師は救急隊と情報を共有し、搬送時からの情報をもとに継続看護を行い、より良い家族看護を行いたいと考えていた。カンファレンスなどでケアを振り返り、看護師の経験知を上げ、スキルアップしていくことが必要だと感じていた。家族の反応を共有し、家族の捉え方を学習して、患者家族を尊重したより良い関わりを検討していく必要がある。

【まとめ】

危機的状況にある家族に対するより良い家族看護を行いたいという思いと、グリーフケアの実践を可視化することができた。

[O1-04] 救急搬送後に帰宅支援が必要な患者の特徴

○大麻 康之¹、岡崎 啓¹、西浦 明菜¹、山口 雅子¹、坂本 美紀¹ (1. 高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター)

キーワード：帰宅支援

【はじめに】救急搬送後に帰宅する患者は、「帰宅後のADL低下」「救急外来への再受診リスク」などが高く、救急外来における帰宅時の患者支援のニーズが高まっている。そこで、救急外来看護師が院内外の多職種と連携し統一した支援を行うことができるためのフローチャートを作成し、救急搬送された患者の帰宅支援を開始した。本フローチャートの統計をもとに、救急搬送後に地域での支援が必要となる患者の特徴を報告する。【目的】救急搬送後に帰宅支援が必要となる患者の特徴を報告する。【倫理的配慮】本研究は対象施設臨床研究審査委員会の承認を得た。【方法】期間：2019年7月1日～2020年2月29日 対象者：平日時間内に帰宅となった20歳以上の救急搬送患者 フローチャートの内容：ADL、認知機能、生活支援者の存在、支援者の生活支援力・地域の担当ケアマネージャーの有無の5項目の質問によって支援レベルを決定する。支援レベル1は地域包括支援センターに情報提供を行う。支援レベル2は地域の担当ケアマネージャーに情報提供を行う。支援レベル3・4では救急外来看護師のみの介入となる運用である。 分析方法：フローチャートを活用して、帰宅支援患者の年齢・性別、フローチャートの各項目の情報について、帰宅後に生活困難が予測される支援レベル1・2のみ分析を行った。【結果】全帰宅支援対象患者数は163名であった。そのうち支援レベル1は10名(6.1%)、支援レベル2は11名(6.7%)であった。全帰宅支援対象患者の平均年齢は67.3歳で、支援レベル1は73.2歳、支援レベル2は85.8歳であった。全帰宅支援対象患者の性別の割合は男性50.9%、女性49.1%で、支援レベル1は男性100%(10/10)、女性0%、支援レベル2は男性45.4%(5/11)、女性54.6%(6/11)であった。フローチャートの各項目の情報では、支援レベル1ではADLに問題あり20%(2/10)、認知症の診断あり10%(1/10)、認知機能に看護師の懸念があり80%(8/10)、生活支援者がいない70%(7/10)であった。支援レベル2では、ADLに問題があり81.8%(9/11)、認知症の診断あり63.6%(7/11)、認知機能に看護師の懸念があり36.3%(4/11)、生活支援者がいない9%(1/11)、生活支援力がない100%(10/10)、であった。【考察】支援レベル2は「後期高齢者」「ADL低下あり」「認知症の診断あり」「生活支援者がいる」患者が多いことから早期に社会的支援が開始されている可能性が高い。一方で、支援レベル1は「認知機能に看護師の懸念」がありながらも、「前期高齢者」「ADL自立」「認知症の診断がされていない」「生活支援者がいない」患者が多いことから周囲に気づかれにくく社会的支援につなげられていない可能性が考えられる。支援レベル1は「認知機能に看護師の懸念」が問題となった症例が多いことから、看護師の懸念によって帰宅後の生活困難を予測し何らかの地域での支援の調整が必要な対象者という事が考えられる。【結論】帰宅後に地域での支援が入っていない支援レベル1は、前期高齢者が多く全て男性で、「ADL自立」しており「認知症の診断はされていないが認知機能に看護師の懸念があり」「生活支援者がいない」患者が多かった。既に地域の支援が入っている支援レベル2は、後期高齢者が多く男女差はなく、「ADL低下あり」「認知症の診断を受けている」患者が多い一方で、「生活支援者がいる」が「生活支援力に問題がある」患者が多かった。

[O1-05] 体系的アプローチを取り入れた救急外来看護記録の取り組みとその効果

○後小路 隆¹、小川 奈奈¹、弓掛 良一¹、九十九 俊充¹ (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)

キーワード：救急外来、看護記録、体系的アプローチ

【はじめに】日本看護協会は、2005年に「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」を作成した。この指針では、「診療情報の提供の目的と看護者の役割を明確にする」ことや、「診療記録開示の目的に合う看護記録のあり方」を示している。看護師は最良の看護を継続して提供しなければならない。救急外来においても看護の継続性・一貫性の担保のために、その重要性は高い。近年、救急看護では救急車及び自主来院患者に対して「第一印象」、「生理学的評価」、「解剖学的評価」を用いて観察し、看護を必要とする人の情報を網羅的に収集することが求められている。A病院においても2020年1月より体系的アプローチを取り入れた看護記録を導入し実施している。その取り組みと効果についてここに報告する。【目的】体系的アプローチを取り入れた看護記録の効果을明らかにする【方法】1.体系的アプローチを用いた看護記録のフォーマットを作成し新しい看護記録を導入する前に記録内容についての研修会を3回実施した。2.導入開始後、各勤務毎に救急外来看護師が記載した看護記録を確認し、その都度本人へ記録内容のフィードバックを実施した。3.3ヶ月後に救急外来で勤務する看護師10名へ対し、質問紙調査票を用いてアンケートを実施した。【倫理的配慮】研究の趣旨を口頭と書面で説明し同意を得て匿名性に配慮した。また、A病院の看護部の承認を得て実施した。【結果】「看護記録の使いやすさについて」の問いに対して62.5%が「使いやすい」と回答し、「看護実践を証明する記録内容だと思うか」の問いに対しても50%が「大変そう思う」との回答であった。しかし、「この記録内容が、看護職の間で、看護記録を通じて看護実践の内容を共有することができ、継続性と一貫性のある看護実践が提供できると思うか」の問いでは、半数が「どちらでもない」、「あまり思わない」と回答がみられた。また、「個別性を踏まえた症状・検査結果のアセスメントに活かせる記録内容だと思うか」の問いについても同様の回答が認められた。自由記載では、「頭から、つま先まで大事な事を抜けなく観察できるようになったから」や「全身の観察項目がどのスタッフが行ってもできるところがいいと思った」など意見も認められたが、その一方で、「全てを理解し網羅するのは難しい」、「フォーマットが予めあることにより、アセスメント能力の低下は懸念される」などの意見も認められた。【考察】看護実践を証明する記録であると多くの意見が見られたことから、体系的アプローチを用いた看護記録は救急外来で働く看護師にとって有用な記録であると認識されていると考えられ、フォーマットにしたことで利便性も高いと考えられる。しかしそれぞれの診察所見の意味を十分に理解できていないなどの不安面や、フォーマットにしたことによってアセスメント能力の低下を危惧する意見などもあるため、これらの意見に対して、フィジカルイグザミネーションを深める取り組みやフォーマットの改定などまだまだ課題が多いことが示唆される。【結語】体系的アプローチを取り入れた救急外来看護記録の取り組みは、看護実践の証明や利便性の良さなどの効果が認められたが、記録の充実に向けたさらなる取り組みが必要である。

[O1-06] 救急入院の病床決定における National early warning score (NEWS) の有用性の検証

○石川 郁代¹ (1. 姫路聖マリア病院)

キーワード：NEWS、急変リスク

【はじめに】

入院後に起こりうる問題点を予測し、緊急度・重症度を評価し病床決定が行われるよう情報提供することが求められる。重症感を感じながら病棟に入院させ、数時間後に急変する現状がある。重症度の評価指標として早期警告スコア (National early warning score以下 NEWSとする) を使用することを考えた。NEWSが入院病床決定時の判断指標になり得るか、また High risk【7or more】群(以下 High risk群とする)で、病棟入院した時の急変リスクについて検証したので報告する。

【目的】

救急入院病床決定の判断指標として NEWSを使用することの有用性を検証する。

【研究方法】

救急入院患者100名の救急外来退室時と入院後24時間以内のスコアの変化を後ろ向き調査。特に病棟入院患者の High risk群の急変リスクを2群の比率の差検定で検討した。

【倫理的配慮】

所属部署管理者の許可を得て、収集した情報は本研究目的以外に使用しない、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

1) 対象者の属性：救急入院患者100名、男性53名（年齢, median【IQR】：76歳【69-86】）女性47名（年齢, median【IQR】：82歳【73.5-84】）。病棟入院88名、疾患は呼吸器系41%、消化器系22%、腎尿路系11%、循環器系10%、その他16%であった。ICU入院は12名で呼吸器系33.3%、消化器系16.7%、循環器系8.3%、その他41.7%であった。

2) 病棟入院患者の NEWSクリニカルリスク群の分布：Low risk (0-4) 群（以下 Low risk群とする）48名（54.5%）、Medium risk(5-6)リスク群（以下 Medium risk群とする）17名（19.3%）、High risk群23名（26.1%）

3) 24時間以内の High risk群に急変した病棟患者の転帰：88名のうち16名（18%）が High risk群となり、ICU入室3名、非 ICU入室13名であった。非 ICU入室13名は、Low risk群4名で退院2名、死亡2名。High risk群9名は退院5名、死亡4名であった。Medium risk群は0名。一般病棟患者での High risk群の急変リスクを統計処理し P値=0.0049であった。結果は、High risk群は急変するリスクが高いと示唆された。

【考察】

自院では、High risk群7点であっても代償反応が維持され外観において呼吸、循環、意識状態に大きな異常がみられない場合、一般病棟入院になるケースが多い。しかし、7点以上で病棟入院した呼吸器系疾患の77%が急変した。NEWSは、一般病棟における24時間以内の心停止、計画外のICU入室、死亡を鑑別できる早期警告スコアであり、High risk群7点以上での感度と特異度の高さが報告されている。研究結果でも High risk群は、他のクリニカルリスク群と比較し急変リスクが高いことが明確になった。7点以上の一般病棟入院時は、継続したモニタリングの必要性を強調し、急変リスクが高いことを共通認する必要性がある。

【結論】

病床決定時に NEWSを利用することは、共通の指標で重症度を認識し、急変前兆を早期に捉えることができると考える。

[O1-07] 休日・夜間救急外来業務に携わる看護師の思いと必要とされる支援

○渡邊 浩子¹、立原 美穂¹（1. 水戸赤十字病院）

キーワード：救急外来業務、不安、やりがい、支援

【目的】 A病院の休日・夜間救急外来に携わる看護師の業務に対する思いを明らかにし、必要とされる支援を検討する。

【方法】 1. 調査期間：2019年8月～9月。2. 調査対象者：A病院の休日・夜間救急外来業務（以下、救急外来業務）に携わる看護師29名中、救急外来業務経験が1年以上。かつ、同意が得られた中から一元化看護師と一元化看護師以外に分け、乱数表により無作為に各3名を抽出した計6名の看護師。3. 用語の定義：思いとは休日・夜間救急外来業務に対する感情、考え、望みとする。4. 調査方法：半構成的面接を行い、質的分析によって分析。インタビューガイドを用いて、①救急外来業務での困難と感じた状況はあるか②その困難はどのように乗り越えたのか③困難を乗り越えられなかった場合にどのような思いが残ったのか④どのような支援があれば乗り越えられたのか⑤成功体験と成功につながった理由は何か、救急外来業務について自由に語ってもらい、語りの状況に応じて追加、展開する。対象者の属性は、インタビュー時に看護師経験年数、救急外来経験年数を含め質問する。インタビュー時間は30分程度とする。5. 分析方法：インタビューで得られたデータから逐語録を作成し、ポジティブな要素、ネガティブな要素、必要とされる支援について抽出。その後、共通性や類似性で分類し、サブカテゴリ、カテゴリ化し分析した。分析過程は研究者間で協議を重ね、スーパーバイザーの指導の下で妥当性の確保に努めた。

【倫理的配慮】 A病院看護部看護研究倫理審査委員会の承認を得た。研究対象者には個人情報保護の徹底、協力の有無によって不利益が生ないことを説明し、同意書の記載をもって同意を得た。

【結果】 インタビューは6名に実施し、インタビュー平均時間は27.5分だった。看護師経験平均年数は19年、救急外来業務経験平均年数は3年だった。ポジティブな要素は、《経験による業務への自信》《業務のやりがい・達成感》などから【知識・技術の向上に伴った自信】、《自己学習・事前学習に備える》から【業務遂行のための努力】が得られた。ネガティブな要素は、《未経験による不安・戸惑い》《知識不足による喪失感》《トリアージに対する不安》などから【知識・技術に対する不安】、《看護の理想とのギャップによるジレンマ》《看護師として適切な行動を期待されることでのプレッシャー》から【理想と現実の相違】、《1人で業務を行うことへの不安》から【勤務体制に対する不安】が得られた。必要とされる支援は、《マニュアル充実の必要性》《連携体制の充実》《勤務体制の整備》《教育体制の整備》などから【働きやすい環境の整備】が得られた。

【考察】 中井ら（2014）は、「独立型救命救急センターに勤務する看護師は、救急医療を必要とする患者の看護ケアを通して患者を救命し回復の兆しを確認することや自身の役割発揮や知識の獲得などの体験を通してやりがいを実感していた」と述べており、対象者も臨床看護師経験と救急外来業務経験から【知識・技術に伴った自信】を獲得でき、ポジティブな思いを感じていることが明らかになった。また対象者は、ネガティブ要素を語っているが、救急外来業務に対して、多くのやりがいや達成感を感じており、【業務遂行のための努力】を行い、ポジティブな思いとネガティブな思いのバランスを保っていることが、モチベーションを維持する要因となっていた。必要とされる支援として、【働きやすい環境の整備】が見出されたが、特に、実際の状況をイメージできる場や体験できる場の必要性を感じていた。

[O1-08] Door to balloon timeの現状と課題

○鏡 顕¹、加藤 朋子¹、佐藤 真実¹（1. 山形県立中央病院 救急室）

キーワード：DTBT、STEMI、自己来院

目的

A病院は三次医療機関に位置づけられており、2018年度の救急室受診人数は約14000人であり、その中には急性心筋梗塞も含まれ、緊急経皮的冠動脈インターベンション(以下 PCI)を行っている。日本循環器学会では、急性心筋梗塞患者に対し病院到着から初回バルーン拡張までの時間(以下 DTBT)を90分以内、12誘導心電図を病院到着後10分以内に施行することを推奨しており、DTBTは院内予後に相関する。そこでA病院のDTBTの現状を把握し今後の早期根本治療につなげたいと考え、救急室を受診し緊急PCIを行ったSTEMI症例のDTBT短縮に向けた課題を明らかにする。

方法

対象は2018年4月～2019年3月に緊急 PCIを施行した STEMI症例とした。データ収集は電子カルテから行い、受付時間、心電図施行時間、医師診察時間、心臓カテーテル室への入室時間、バルーン拡張時間を抽出した。自己来院は事前連絡や紹介の有無、トリアージの内容を参照した。収集したデータを来院方法や勤務別、トリアージ(JTASを採用)内容で比較検討した。

倫理的配慮

所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結果

DTBT90分以内にできたのは全症例72件中38件であり、DTBT中央値は87.5分だった。心電図は96%が10分以内に施行できていた。DTBT90分以上の多くは重症例で気管挿管やIABPの挿入などの処置が必要だったこと、別疾患との鑑別に時間を要していた。来院方法別で比較すると、救急車が中央値で83.5分、自己来院が115分で自己来院の70%の症例で90分以上の時間を要していた。救急室滞在時間は、救急車来院が中央値で41分、自己来院が60.5分であり、19.5分の差があった。自己来院では、「事前連絡あり」のDTBT中央値が「連絡なし」より9分早かった。トリアージについては、すべて緊急を要するレベルと判断しており適切であったが、主訴が嘔気嘔吐など胸痛以外の症例は心電図までに時間を要していた。心電図施行時間が10分以上を要している症例のDTBTは90分を超過していた。勤務別では、DTBTは平日日勤帯、休日日勤帯、準夜帯では60%以上で90分以内であったが、深夜帯は14.2%と低かった。心電図施行時間は勤務に関わらず10分以内であった。

考察

DTBT90分以内に達成できたのは全体の52.9%であり、DTBTには患者の病態や来院方法、勤務帯などの要因が関連していることが明らかになった。来院方法では、救急車ではDTBT90分以内が56.4%、自己来院では30%であった。救急室滞在時間は、救急車が中央値で41分、自己来院が60.5分であり、約20分程度の差があったことからDTBTに影響していると考えられる。心電図は、病院到着後10分以内に心電図施行できたのは全体の96%であった。救急車来院では救急隊の情報を来院前に得ることができ、ACSの可能性を考え優先的に検査できたと考えられる。自己来院でも、事前連絡がある場合は来院時の看護師コールを活用し、すぐに看護師が患者と接触できるよう取り組んでいる。また、トリアージの際にACSが疑われるときは、看護師判断で心電図施行していることも有効であると考えられる。来院方法では、救急車来院のDTBTが速く、救急車を促すためにもACSに特化した電話相談プロトコルの作成が必要である。勤務別では、深夜帯でDTBTの遅延が見られた。勤務帯により診療体制やマンパワーが異なるため、多職種で連携しDTBT90分以内という目標に向かい取り組んでいく必要がある。

[O1-09] 急性期脳梗塞治療における時間短縮へ向けた体制整備～ Hybrid ERでの初期診療～

○高橋 龍矢¹、久家 典子¹、日向 千尋¹、豊田 美月¹、岡田 美紀¹、山本 裕梨子¹ (1. 兵庫県災害医療センター)
キーワード：Hybrid ER、脳梗塞

【はじめに】A病院は独立型高度救命救急センターであり、初療看護師はプレホスピタルや初療室での初期治療対応だけでなく、手術や血管内治療など多岐にわたる看護業務を担っている。そのため、搬入から治療まで一貫した看護を実践できることが特徴である。急性期脳梗塞に対する従来までの治療の流れは、A病院と隣接するB病院に脳梗塞患者が搬送され、血管内治療が必要となった場合、A病院の血管撮影室へ移動し治療を行う診療体制であった。しかし、搬入から治療開始までに時間を要する為、2019年3月より脳卒中を疑う全症例をA病院で受け入れる診療体制へ変更となった。急性期脳梗塞では、機能的予後改善のためにもより迅速な治療介入が望まれる。そこで、早期診断を行うため、自走式CTと血管撮影装置を備えた救急初療室であるHybrid Emergency Room (以下、Hybrid ER)で初期診療を行った。今回、脳卒中プロトコル導入後の搬入から治療までの時間経過をまとめたので報告する。

【目的】脳卒中プロトコル導入後の搬入から治療に至るまでの時間経過と各目標時間を比較・検討し、急性期

脳梗塞治療の質の向上に繋げる。

【方法】各目標時間を Door to CT<10分、Door to Needle<30分、Door to Puncture<60分と設定した。整備のソフト面では、アクションカードの作成及び多職種への周知と専門医による講習会を行った。ハード面では、多職種と協働して、物品配置や血管内治療で用いるカテーテル物品のセット化を行った。2019年3月～2020年2月の期間で、急性期脳梗塞患者に対して血管内治療を施行した15症例を対象とし、院内発症や転院症例については対象外とした。

【倫理的配慮】 A病院の倫理審査を受け承諾を得た。本研究記録は、個人が特定されるようなデータは含まないように配慮した。

【結果】搬入から検査及び治療開始までの各平均時間は、Door to CT：8±2.6分（中央値9分）、Door to Needle：37.9±9.2分（中央値38.5分）、Door to Puncture：56.8±17.2分（中央値52分）であった。各目標時間の達成率は、Door to CT：86.6%、Door to Needle：28.5%、Door to Puncture：73.3%であった。

【考察】 Door to CT/Punctureでは、70%以上の症例で目標時間を上回ることができた。目標時間の達成に至った要因として、大きく二つ考えられる。一つ目は、Hybrid ERシステムの最大の利点である搬入から早期診断に至るまでの迅速性を急性期脳梗塞における診断に応用したことである。早期診断により、その後の治療方針決定や治療準備が円滑に進行し、延いては治療開始までの時間短縮に大きく関与したと考える。二つ目は、ソフト・ハード面を整備したことである。ソフト面では、アクションカードの作成により多職種が共通認識を持ち、診療の流れや役割行動を明確化することができた。また、専門医による講習会や症例の積み重ねが、スタッフの意識や行動変容に寄与した可能性がある。ハード面では、Hybrid ERと血管撮影室内の動線を考慮した物品配置により、無駄のない効率的な診療に繋がったと考える。一方で、Door to Needleについては目標時間の達成に至っていない。今後、多職種でのシミュレーション研修やカンファレンスを通じて、問題点を明らかにする必要がある。更なるチーム連携と体制整備の強化を図り、多職種と協働してより質の高い医療を提供することが今後の課題である。

[O1-10] 救命救急センター看護師のエンゼルケアに関する問題点

○別役 祐弥¹、三本 彩可¹、宮川 佑紀¹、池澤 友朗¹、酒井 由夏¹、町田 清史¹（1. 医療法人近森会近森病院救命救急センター）

キーワード：エンゼルケア、グリーフケア、救急看護

【研究の背景】救命救急センターで亡くなる患者のほとんどが突然死であり、家族の悲しみは計り知れない。エンゼルケアはその人らしい最期を支える重要なケアであり、患者の容姿を整えるだけでなく、残された家族の喪失感や悲しみを支え寄り添うための重要な役割を担っている。救急看護師として救急外来での看取りを考えることは重要な課題であり、A病院では心肺停止で搬入された家族への支援などの取り組みを行ってきた。しかし警察の介入や、次々に搬入される救急患者の対応などによりエンゼルケアに十分な時間を取るのが困難なことも多く、グリーフケアに繋がるケアが提供できているか、さらに自宅に帰ってから体に起こる変化まで考えたケアが行っていないのではないかと感じることもある。今回エンゼルケアに関する実態調査を行うことで、救命救急センターにおける問題点を抽出しエンゼルケアの質向上につなげたいと考えた。

【目的】エンゼルケアに関する実態調査を行い、A病院救命救急センターの問題点を明らかにする。

【研究方法】1.期間：2019年11月1日～2020年4月30日、2.対象者：A病院救命救急センター看護師69名、3.方法：院内マニュアルに沿った独自のアンケート用紙を使用し、エンゼルケアについての知識面・技術面・家族看護に関する実態調査を行った

【倫理的配慮】 A病院看護部倫理審査の承認を得た

【結果】アンケート回収率85%、有効回答率89%であった。院内マニュアルを見たことがないと回答したものが55%であった。知識について不安があると回答したものが57%、技術について不安があると回答したものが51%であった。その内容は「ケアの手順がわからない」「家族ケアに不安がある」「ケアが統一されていない」であった。「洗髪を行っているか」の問いにERは86%が行っていない、病棟は81%が行っていると回答した。死後

の変化について家族に必ず説明しているものが16%、行ったケアについて家族に必ず説明しているものが30%であった。

【考察】エンゼルケアの知識・技術に対して不安があるものが50%を超えており、その内容は院内マニュアルを参照することで解決できる内容がほとんどである。これは「院内マニュアルを見たことがない」ものが55%であることに関連し、マニュアルがうまく活用されていないことが明らかとなった。「洗髪を行っているか」では86%が行っていないと回答しており病棟とERでは「洗髪」の実施項目で著明に有意差を認めている。ERでは常に救急患者を受け入れることを優先しており、エンゼルケアに十分な時間を設けることが難しい。しかし、エンゼルケアがグリーンケアに繋がることを理解し家族に接していれば、洗髪ができなかったとしてもグリーンケアに繋がる支援ができるのではないかと考える。

死後の変化について家族に説明することが重要であるが、実施率は16%と少数である。これは看護師自身が死後の変化について知識がないことや、死後の変化を家族に説明することで、からだの変化を目の当たりにする家族のショックを和らげることができることが理解できていないのではないかと考える。

救急救命センターのエンゼルケアは代々受け継がれてきた方法など伝統に頼った手順で実践しているため、既存のマニュアルの手順を確認して実施することが必要である。さらにエンゼルケアに関する研修を行うなど、院内マニュアルに沿った教育を行っていく必要がある。

[O1-11] 救急外来における終末期ケアの初動－終末期であると告知された場面の一考察－

○新聞 月乃¹、下山 佳奈子¹、中村 祥英² (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)

キーワード：終末期ケア、救急外来看護、告知

【はじめに】

救急外来では、突然の病状説明や治療への決断を迫られることが多く、医師からの説明後に患者および家族に看護介入を必要とする場面が多くある。しかし、介入できる時間は限られ、初対面で信頼関係も構築されていない。今回、患者の意向で家族への病状説明を行っていなかった患者と、患者が末期癌の終末期であることを初めて知った家族と関わることになった。介入が必要であると感じながらも、患者と家族からの反応が想像できず、どのように関わればよいのか分からなかったため、積極的な関わりを避けてしまった。本事例を振り返ることにより、救急外来から開始する終末期の患者および家族対応について検討した。

【倫理的配慮】

所属施設管理者の許可を得て、プライバシーの保護に配慮し、事例検討を行った。

【事例】

患者紹介：A氏は、これまで尿管がんとして外来に定期受診していたが、家族への病状説明を希望せず、本人のみへのインフォームドコンセントのもと、BSCの方針となっていた。今回、A氏は著明な全身状態の悪化のため救急搬送され、初めて家族への病状説明を納得された。そして、救急外来にて本人・妻・長男へA氏が末期がんであると同時に終末期であるとの病状説明が行われた。息子はその場で特に発言はなく、DNAR、BSCの方針に同意された。妻は患者の手を握り涙を流す姿が見られたが、救急外来滞在中に家族同士で会話をする様子はみられなかった。

看護師の対応：医師から患者と家族への説明の際、看護師としてどうしたらよいかわからず、患者や家族から

は見えないカーテン越しに話を聞いていた。また病状説明後、十分なケアができるか不安に思い、積極的な関わりを避け、末期がんであることやこれまで家族への病状説明を希望していなかったことには触れることなく、入院先の病棟へ引き継いだ。

【考察】

本事例において、救急外来での関わりは、その後の医療者と患者・家族との関係を形成するうえで重要な局面であり、終末期ケアの初動といえる場面であったと考える。医療者が患者に悪いことを知らせる時のコミュニケーションスキルの1つとして「SPIKES」モデルがある。今回の事例では説明後の看護介入を見越し、家族への説明を希望してこなかった患者の思いと、家族が患者の病状をどのように捉えていたのかを聴取し、お互いがどのような思いで病状説明に臨もうとしているかを「S: Setting and listening skills」に含めて明らかにしておくことが、看護介入として必要であったと考える。また、救急外来で家族同士の会話がなかったことは、患者と家族がお互いの思いを推測して気遣っていたために発生したコミュニケーションの停滞として捉えることができる。必要に応じて患者と家族の感情を尋ね、共感することが、救急外来で行える「E: Emotion」の視点での看護介入であったと考える。また、入院後もその介入が引き継がれるために、救急外来で得た情報や介入の結果を入院病棟へ送り、院内のスタッフと継続的にサポートできる体制を構築していくことが望ましいと考えられた。そして、これらを実践することで、患者・家族と医療者との信頼関係を構築できるとともに患者も家族も納得のいく終末期を過ごす初動になると考える。

【結語】

救急外来という限られた時間のなかで、患者と家族を理解し、全てを完結するということは困難である。だからこそ、終末期の患者および家族へのケアを開始する重要な局面であることを認識して関わり、病棟看護師への情報提供を確実にを行い、継続した終末期看護を行える糸口を見つけることが救急看護に求められることである。

[O1-12] 胸痛・頭痛・けいれん症状に対する救急外来看護師の自信の変化

○三宅 眞由美¹、丸島 久美¹ (1. 東京都立大塚病院)

キーワード：トリアージ

胸痛頭痛けいれん症状に対する救急外来看護師の自信の変化

—トリアージ研修の効果—

東京都立大塚病院 三宅眞由美 丸島久美

【目的】救急外来看護師(以下看護師)は、少ない情報から患者の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が必要である。その為看護師は豊富な知識や経験が求められる。A病院の看護師からは、トリアージをする上で判断に迷う事があり、適切にトリアージができていないか自信がないとの意見が聞かれた。そのため本研究では、苦手意識が強かった胸痛・頭痛・けいれん症状について勉強会とシミュレーションを行い、看護師の自信がどのように変化するかを明らかにすることを目的とする。

【方法】救急外来看護師13名を対象に、①医師による勉強会(胸痛・頭痛・けいれん)を講義形式で各1回(講義に参加できなかったスタッフは録画したビデオを視聴)実施、②集中ケア認定看護師(以下認定看護師)による実際の症例を用いたシミュレーション(胸痛・頭痛・けいれん)を全員が1回は参加できるように複数回実施、③勉強会・シミュレーションの実施前後にアンケート調査し結果をt検定(P<0.05)で分析する。

【倫理的配慮】A病院倫理委員会にて承認を得て行った。

【結果】勉強会とシミュレーション実施後に胸痛トリアージ、けいれんトリアージの自信の肯定的回答には有意差があった。特に、胸痛トリアージに関しては、机上学習よりシミュレーションの方が自信に繋がったという回答が多かった。

【考察】胸痛・頭痛・けいれん症状を苦手とする背景には、患者が急変する可能性がありトリアージレベルの判定が難しく、またアセスメント力の不足から身体症状を見落とせば患者の生命に関わる可能性があるという救急看護の特徴がうかがえる。

渡邊¹⁾は、「トリアージナースに必要な能力として重症度・緊急度の判定ができ治療の優先順位を決定できる能力、フィジカルアセスメント能力が必要」と述べている。認定看護師によるシミュレーションでフィジカルアセスメントの演習を行った事により、トリアージレベルを明確に区別していくためにとっても重要であるという認識が自信をつける上で役立ったと考える。知識や技術を経験と合わせ定期的な勉強会・シミュレーションによりフィジカルアセスメント能力を向上させていく事でさらにトリアージに自信を持つ事ができると考える。また講義形式や講義ビデオの視聴などではなく、実際の演習による直接指導を受けたことも効果に影響を与えた要因になったと推測される。

【結論】トリアージ研修は机上学習よりシミュレーションの方が効果的であり、救急外来看護師のトリアージの自信に繋がることが示唆された。

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)

[O1-13] Door to Puncture Time短縮を目指した取り組み～急性期血行再建フローチャートの開発～

○滝沢 拓也¹、関山 裕一¹、城田 智之¹、小池 伸享¹ (1. 前橋赤十字病院 高度救命救急センター)

キーワード：Door to Puncture Time、急性期血行再建フローチャート

【はじめに】

脳梗塞急性期治療における脳血管内治療予後規定因子として、発症から再灌流までの時間が重要とされている。理想的な治療関連時間として、来院から画像検査開始(Door to CT:D2C、CT to MRI:C2M)まで30分以内、来院から動脈穿刺(Door to Puncture:D2P)まで60分以内、来院から再灌流まで90分以内が提唱されている。しかし、当院でのD2Pは平均158.3分という現状であった。これは、脳神経外科医へのon callのタイミングの不明確さ、放射線科などの他職種との連携のマネージメントに時間がかかっていることが原因であると考えられた。それらを踏まえ、脳梗塞急性期治療による脳血管内治療の発症から再灌流までの時間短縮を目的に、当院救急外来では2017年4月より、急性期血行再建フローチャートを開発し、運用を開始した。急性期血行再建フローチャートの導入におけるdoor to puncture time短縮を目指した効果を検証したので報告する。

【方法】

当院に脳卒中疑いで搬送され、急性期血行再建を行った2017年3月以前の6名を介入前、2017年4月以降の32名を介入後として D2C、C2M、MRIから t-PA投与開始までの時間（MRI to needle: M2N）、MRIから動脈穿刺までの時間（MRI to Puncture: M2P）、D2Pまでの時間をそれぞれ測定し、中央値（Me）【四分位範囲（IQR）】と共に比較検討した。時間の差は Mann-Whitney の U 検定（ $P < 0.05$ ）を用い検定した。統計処理は Excel を用いた。

【倫理的配慮】

本研究は、当院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

D2C Me 17.5【IQR11.25–23】 vs13.5【8–15】 P=0.118
 C2M 31.0【14.25–54.5】 vs20.0【13.5–29.25】 P=0.469
 M2N 56.5【43.5–68.75】 vs38.0【30.5–40.25】 P=0.145
 M2P 113.0【63.75–127】 vs54.0【44.25–60.75】 P=0.097
 D2P 145.0【118.75–196】 vs80.0【65.75–99】 P=0.002

D2Pにおいて導入後に有意に短縮を認めた。

【考察】

D2P以外の項目では有意差は得られなかったが、M2Pにおいて短縮の傾向を認める。Meの比較ではすべての項目で時間が短縮していた。導入後で IQR が狭まった要因としては、対象人数が導入後において多く、精度が向上したと推察される。フローチャートにて発症3時間以内かつ CPSS2項目陽性の時点で脳神経外科医へ on call を行うこと、放射線科などの他職種との連携のマネージメント、基準の時間（来院後10分以内に CT、30分以内に MRI、50分以内に t-PA 開始、60分以内に脳血管造影開始）が統一できたこと、急性期血行再建決定のタイミングが明確になり、放射線科看護師の呼び出しや準備時間が総じて短縮したことが、D2P短縮の要因であると考えられた。今後、D2Pまでのどこに時間がかかっているのかを明らかにし、フローチャートの問題点を抽出することが課題である。

[O1-14] 救急外来を受診した高齢者が帰宅に不安を訴える内容調査

○西浦 亮介¹、馬場 友子¹（1. 市立岸和田市民病院 救急センター）

キーワード：救急外来、高齢者、不安

【目的】

高齢者が救急外来受診後に帰宅可能と診断された際に病状や生活への不安を訴えることがある。今回 A 病院の救急外来を受診し帰宅の診断を受けた後に不安を訴えた高齢者の背景とその内容、看護師の関わりについて調査し救急外来受診後の不安を訴える高齢者の今後のケアについて考察する。

【方法】

2019年7月～12月に救急外来を受診し帰宅の方針となった75歳以上の患者カルテより来院方法、年齢、帰宅時の不安と内容、家族構成、認知症の有無、帰宅時の介入と内容を抽出した。

【定義】

帰宅時の不安：救急外来を受診し帰宅可能と診断した後に、患者や家族が入院希望や帰宅に対し不安を訴えること。

【倫理的配慮】

所属施設の管理者の許可を得て実施しデータはパスワード管理とし倫理的配慮に努めた。

【結果】

75歳以上の救急外来受診患者は1876名で全体の28%を占め、うち帰宅可能の診断を受けた患者が1263名だった。帰宅可能の診断を受けた患者1263名のカルテから帰宅時の不安の記録があったのは30名であった。年齢の内訳は75～79歳7名、80～84歳9名、85～90歳12名、90歳以上2名であった。帰宅時の不安の内容は病状に関するものが15名、在宅生活に関するものが15名であった。病状に関する不安の内訳は症状の進行、症状によるADLの低下、術後の再出血のリスクであった。在宅への不安を訴えていた患者の家族構成は独居5名、夫婦世帯4名、2世帯以上5名、不明1名であり、認知症あり3名、なし5名、不明1名であった。在宅への不安の理由はサポート不足、介護の負担、独居、ADL低下であった。

病状に関する不安を訴えた患者に対して看護師は全患者に介入をしていた。内容は医師への説明や症状の緩和への依頼、病状悪化時の対応の説明や専門医の診療を勧めていた。在宅の不安に対して看護師は帰宅後生活が可能かアセスメントし、他職種と連携や調整し地域へ繋ぐようにしていた。

【考察】

帰宅患者時の不安の内容は、病状の不安と在宅への不安が同様の割合であった。

病状の不安に対しては、医師が帰宅可能と診断した後も救急看護師は安心して帰宅できるように不安を傾聴し、医師へ説明の依頼や症状の緩和、症状悪化時の対応の説明、専門医の診療を勧めていた。山口¹⁾は救急看護認定看護師の実践について「短い時間で患者－医療者間の認識のズレや不安・緊張といった救急患者特有の心理をつかみ、患者の不安を減らしながら入院するほどでもないことを納得してもらえるコミュニケーションや調整をしている」と示しておりA病院看護師もコミュニケーションや調整を行い救急看護認定看護師の看護と同様のことを行っていた。よって患者－医療者間の認識のズレを理解し、患者の不安の原因に対して介入することは重要であり今後深めていきたい。在宅の不安を訴えた患者の半数以上が独居や日中独居でありADL低下は生活を行う上で支障になると訴える患者もいた。看護師は独居やADLの低下などを理由に生活が難しいと判断した際には他職種と連携し調整をしていた。野々上²⁾は帰宅時の支援において「医学的には入院適応ではないが、今まで何とか自立していた患者が急にADLが低下し、何らかの援助が必要になった場合に安全に帰宅させるためには、帰宅後の生活をイメージし、一時的に低下した能力を見守り・支援する必要がある」と述べており、A病院看護師は帰宅後の生活をイメージし、そこから社会資源を活用できるように調整していた。今回は後ろ向き調査の為、介入した内容が記録に残っていない可能性があり、今後は行った看護実践を可視化しつつ検証していきたい。

[O1-15] 患者家族支援を目的としたカンファレンスから見えた、救急外来看護師と病棟看護師の視点の相違

○星野 正裕¹、江上 千晶¹ (1. 北里大学病院救命救急病棟)

キーワード：グリーフ、救急外来看護、患者家族支援

【目的】 A病院三次救命救急・災害医療センターでは患者・家族支援のため多職種によるカンファレンスを行っており、救急外来では独自のフォーマットを作成した(日本救急看護学会雑誌第21回 supplement2019,O15-2参照)。救急外来では対象となる症例をフォーマットに入力しカンファレンスを行っている。カンファレンスに参加する中で救急外来看護師(以下外来看護師とする)と救急ICU、救急病棟看護師(以下病棟看護師とする)が患者・家族に介入する視点を振り返ることで今後の患者・家族看護につながると考え、過去のカンファレンス症例からその傾向をまとめたため報告する。

【方法】 2019/4/1から2020/3/31までに搬送された患者のうちカンファレンスの対象となった患者・家族を集

計し、内容を分析する。集計は入院後1ヶ月間のカンファレンスを調査した。

【倫理的配慮】本研究は A病院医学部倫理審査委員会の承認を受けて実施した(承認番号:B20-038)

【結果】週1回おこなっているカンファレンスで外来看護師が対象とした症例は210件であった。外来看護師がカンファレンスの症例を選定する理由は「小児・若年者の死亡や自死89件(42%)」、「身体機能喪失46件(22%)」、「家族の強い動揺や家族との連絡調整34件(16%)」、「自傷行為16件(7%)」、「外来で DNARの方針決定15件(7%)」であった。病棟は273件の症例があり「身体機能喪失への受容支援56件(20%)」、「家族の動揺や自責などへのサポート55件(19%)」、「金銭面の問題や転院・退院等に関する MSWとの調整48件(17%)」、「代理意思決定支援30件(10%)」であった。救急外来からの選定はなかったが病棟から選定された症例は127件あり、脳卒中(脳出血、脳梗塞)41件(33%)、蘇生後脳症14件(11%)、外傷12件(9%)が多く、その中に外来のカンファレンス必須対象である脊髄損傷、ストマ増設となる患者16件が病棟のみからカンファレンスの対象としてあがった。外来、病棟共にカンファレンス内容が同じ症例は31件あり、「家族の動揺や自責などへのサポート」、「身体機能喪失への受容支援」、「スティグマとなるような自傷行為、事件性症例」であった。

【考察】救急外来は救命が大きな役割であり、救急搬送となった患者・家族は短時間で告知を受け、意思決定を迫られる。外来がカンファレンスの対象となる症例を選択する中で死亡症例が多い理由として、死亡した患者家族へ唯一介入ができるのが外来看護師であり、死亡症例や DNARを選択する家族へ支援していくことが外来看護師の役割と認識している結果と考えられる。また、外来受診時に明らかに身体機能喪失による複雑性悲嘆のリスクが高いと判断される症例に対して介入がされているが、外来で脊髄損傷やストマなどカンファレンス必須対象としている症例が選定されていないことがあり、再度必要性について共有を図ることが重要と考える。外来と病棟では治療段階の違いや患者・家族が問題を受け止めるだけの時間的猶予の違いから視点の違いが生じることは自然な事と考える。外来治療の特殊性である外来でしか関われない症例への介入を今後も継続し、救命できた症例の中で多かった脳卒中等の患者に対して、外来から着目していく必要性を考えていきたい。

[O1-16] 脳梗塞血栓回収術の来院から治療室搬入までの時間短縮にむけて ～看護師が介入できることは～

○権田 海代子¹、住吉 さやか¹、道端 育子¹、渡邊 岳人¹ (1. 福岡和白病院 総合診療救急科)

キーワード：時間短縮、脳卒中スイッチ

【はじめに】

超急性期脳梗塞に対する t-PA治療や血管内治療は、治療開始時間が早いほど良好の転機が期待される。過去3年間の当院での血管内治療は114件であり、離島からのヘリ搬送や、walk in受診、救急搬送からの治療室搬入までの時間を抽出し、問題点が明らかになった為ここに報告する。

【方法】

当院救急外来を受診し緊急血管内治療適応となった患者のうち、院内発症、血栓回収目的での転院搬送は除外した。

2017年2月～2019年12月

各年度での時間（中央値）を算出し、問題と課題の抽出と対策を検討する。

【倫理的配慮】

本調査で得た情報は個人が特定されないように処理し、本研究以外では使用しない
所属施設の管理者の許可を得て実施した

【結果】

時間（中央値）2017年 72分 2018年 65分 2019年 106分

【考察】

2017年度は血管内治療について周知出来ておらず、治療に対し意識が低かった。2018年度は脳卒中チーム立ち上げと共に、各種システムが稼働と同時に実態調査を行い意識を高め介入し時間短縮ができたが2019年度は延びた。理由として、治療意識の低下と、JTASにて脳卒中の治療スイッチが入らず、検査等行うまでに時間がかった。そこで、脳卒中スイッチを発動させる為には、看護師がCPSSの意識を持ちバイタルサインと症状を加味し、スムーズな治療室搬入までの検査を遂行するようにマネジメントする必要がある。

近年、血管内治療の治療適応範囲が広くなり、治療適応に判断が迷う場合や、t-PA投与し症状の改善を見て血管内治療の有無を決定する症例も多い。平均時間が延びたのも一つの要因であるが、今回、脳卒中スイッチをどの様に入れるか、マネジメント行うかは看護師のスイッチに最も左右されることが分かった。

今年度新たな試みとして、プロトコール導入し Door to Doorの目標時間を60分以内に挑戦している最中である。

[O1-18] 救急外来の看護師に対する患者満足度の現状

○藤本 幸子¹、上野 裕美子¹、浦部 涼子¹（1. 島根県立中央病院救命救急外来看護科）

キーワード：救急外来受診患者、看護師の関わり、患者満足度

【目的】救急外来受診患者の看護師に対する満足度の現状を明らかにし、看護の質や患者の満足度の向上を図る。

【研究方法】2019年7月29日～2019年8月11日にA病院の救急外来を受診した患者を対象とし（20歳以下、生命の危機的な状況がある場合、基礎疾患や病状により正常な判断や自筆が困難な状況にある患者を対象から除く）、自施設の患者満足度アンケートと日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8項目をもとに作成した無記名自記式調査用紙による調査を行った。各項目は、4段階リッカート尺度（よくない・不満：1点、あまりよくない・あまり満足しない：2点、少しよい・少し満足：3点、とてもよい・満足：4点）で評価し数値化した。対象者を18の属性（性別、A病院受診歴の有無、救急外来受診歴の有無、20歳～90歳までの年齢別、研究期間中最多受診者数の日、最少受診者数の日、受診後入院した患者・帰宅した患者）に分け、課題項目の抽出と改善の優先度を視覚化する目的でCSポートフォリオ分析を用いた。記述統計は単純集計を行った。

【倫理的配慮】本研究は、A病院臨床研究・治験審査委員会の承認を得て実施した（中臨R19-020）。

【結果】アンケートは432名に配布し、284名から回答を得（回答率65.7%）、そのうち軽症者が7割を占めた。統計的解析では、全ての設問に於いて「とても良い・満足」と答えた患者は7割を超え、「少し良い・少し満足」と答えた患者と合わせると9割の患者が看護師の関わりに満足であった。CSポートフォリオ分析で、各エリアに最も該当した項目は【最優先改善エリア】に「あなたが困ったことに対して十分に時間をかけた救急外来看護師の関わりを受けたと満足していますか」、【改善エリア】に「救急外来看護師は話しかけやすい雰囲気を持っていましたか」、【現状維持エリア】に「救急外来看護師の言葉づかいは丁寧でしたか」、【重点維持エリア】には「救急外来看護師の身だしなみは常に清潔で、看護師としてふさわしかったですか（白衣、髪型、装飾品など）」が該当した。【最優先改善エリア】に「救急外来看護師は訴えたことや頼んだことに対して、必ず対応してくれましたか」「もし知人が同じ援助を必要としていたら救急外来看護師の関わりを推薦しますか」「あ

あなたが望んでいた救急外来看護師の関わりは受けられましたか」「あなたが困ったことに対して十分に時間をかけた救急外来看護師の関わりを受けたと満足していますか」「あなたが受けた救急外来看護師の関わりはいかがでしたか」の5項目が該当し、【改善エリア】には「救急外来看護師は話しかけやすい雰囲気を持っていましたか」等の3項目が該当した。【重点維持エリア】に「救急外来看護師の身だしなみは常に清潔で、看護師としてふさわしかったですか（白衣、髪型、装飾品など）」等の3項目が該当し、【現状維持エリア】には「救急外来看護師の言葉づかいは丁寧でしたか」等の3項目が該当した。

【考察】救急外来看護師の接遇に関する項目は【現状維持エリア】【重点維持エリア】に位置付けられており今後も継続して取り組む必要がある。また、「十分に時間をかけた対応」は【最優先改善エリア】に位置しているのは、軽症患者が7割を占めていたためと考える。今後、救命救急センターの役割を知ってもらうことや、短時間でも満足の得られる関わりが課題である。

[O1-19] 救急外来での帰宅指導内容の充実を目指して

～帰宅パンフレットの作成を通して～

○大倉 郁¹、阪口 会里¹（1. 医療法人 明和病院 看護部）

キーワード：帰宅指導、帰宅パンフレット

【目的】当院の救急外来（以下 ER）は初期・二次救急医療を担っており、専任の看護師7名と一般外来の常勤看護師23名で対応している。ER受診者数は年間約8,000名で、2018年度の帰宅患者数は5,483名（69.5%）であった。患者の年齢層は幅広く、帰宅患者の診断名は多岐にわたっている。帰宅患者にはパンフレットを使用し、短時間で患者が必要とする情報を有効に伝達する必要があり（山口ら, 2019）、当院では頭部打撲・外傷・感染性腸炎の患者には帰宅パンフレットを使用していた。しかし、看護師から「繁忙なときは帰宅指導をしないまま帰宅させている。」との意見があり、口頭での説明が出来ていないことがあった。また、非緊急の再受診や重症化するまで自宅療養するという事例もあった。そのため、ER受診後の患者が安全に自宅療養できることを目的として疾患別帰宅パンフレットを作成し、帰宅指導の充実を図った。

【方法】期間:2019年8月～2020年3月

方法: ①2018年度の帰宅患者の診断名143疾患のうち、帰宅後の生活指導が必要であると考えられる8疾患と既存の3疾患、計11疾患の帰宅パンフレットを作成した。項目は「疾患についての説明」「帰宅後の生活指導」「重症化した場合の対処方法」とした。「帰宅後の生活指導」では、食事や入浴など具体的な行動レベルの説明を入れた。また、症状が増悪した場合の早期再受診について明記した。2020年1月から使用を開始した。

②2019年10～11月と2020年2～3月に ER受診後の帰宅患者が、30日以内の再受診者数と理由を調査し、比較した。

③ ERで勤務する看護師30名に対し、帰宅パンフレットを用いた帰宅指導時の患者や家族の反応について、取り組み3か月後にアンケート調査を行った。

【倫理的配慮】この調査において、患者個人が第三者に特定されないことがないよう配慮した。また、当院の看護部長承認を得た。

【結果】 ER受診後の帰宅で、該当する患者には全件帰宅パンフレットを配布して帰宅指導をおこなった。帰宅パンフレット使用前2か月間は非緊急で再受診した者が2名、重症化による再受診が2名であったが、使用后2か

月間では、非緊急や重症化による再受診は0名だった。帰宅パンフレット使用開始後でも、高齢の患者で自宅での創傷処置が正しく実施されず、治癒遅延に至った事例があった。取り組み後のアンケートでは、「患者や家族から『家に帰ったら注意点を忘れてしまうため助かる。』、『大きな文字で見やすいし、分かりやすい。』と言われた」との意見があった。

【考察】 ER受診患者は帰宅時の指示を理解することに困難感を抱えていることが多い（山口ら，2018）が、非緊急や重症化による再受診者がいなかったことは、自宅での過ごし方や再受診の目安など、パンフレットによる指導が充足できていたと考える。しかし、パンフレットを用いた指導でも創傷治癒遅延がみられた事例があり、創傷処置のような技術を伴う紙媒体のみの帰宅指導では、自宅での実践に繋げることが難しいことがわかった。そのため、患者の年齢や生活環境をより考慮し、説明方法に工夫が必要であると考え。今後は、患者の生活背景などをふまえた個別性のある帰宅指導ができるよう、スタッフを教育することが課題である。

[O1-20] 感染性心内膜炎による20代の感染性脳動脈瘤破裂症例の初期対応を経験して

○吉野 暁子¹（1. 埼玉医科大学国際医療センター）

キーワード：感染性心内膜炎、感染性脳動脈瘤、初期対応

【はじめに】

当院における、救急隊員から病院への収容依頼のホットラインは、複数回線である。初期二次専用、三次専用、心臓疾患専用ダイヤルは、救命救急科の医師が対応し、脳卒中を疑う症例に対しては「脳卒中専用ダイヤル：脳卒中ホットライン」がある。今年度より特定看護師による「脳卒中ホットライン」の対応および医師と協働した初期診療の問診を開始した。当院は脳卒中基幹病院であり、急性期脳梗塞の rt-PA や機械的血栓回収術、出血性病変に対する開頭術などを24時間提供している。そのため、救急隊員には、脳卒中を疑った場合、脳卒中を強く疑う症状、「意識障害」「片麻痺」「失語」「共同偏視」「発症時刻（最終未発症）」等に絞り、脳卒中ホットラインで伝えるように依頼している。今回、左上肢の感覚異常および左顔面麻痺、発熱を主訴とした、キーワード以外の症状を呈する症例を応需したところ、感染性心内膜炎に合併した感染性脳動脈瘤破裂症例であった。これまでに経験しない症例であったため報告する。

【目的】

本症例を振り返り、今後の臨床推論や脳卒中ホットライン応需に役立てる。

【倫理的配慮】

倫理的配慮として、所属施設の管理者の許可を得て実施した。

【症例】

20代男性。既往歴はなし。現病歴：20xx年4月ころより微熱、体調不良を自覚し、近隣医療機関を受診したが、感冒と診断され投薬治療を受けていた。5月某日、左口腔内の違和感を訴え脳神経クリニックを受診しMRIを撮影したが、確定診断にいたらず帰宅。翌日、頭痛、左上肢の感覚異常と左顔面麻痺、発熱を発症し家族が救急車を要請、当院に搬送となった。搬入時、第一印象は虚脱感があったが、発熱以外、生理的異常はなく、重症感は感じられなかった。意識レベル：清明、頭痛：NRS 3、体温：38.3℃、血圧：112/59mmHg、心拍数：102回/分、呼吸：22回/分、SpO₂：99%（室内空気）、肺音は左右差なく副雑音なし、心雑音：なし、瞳孔は両側3.5mm、対光反射は迅速、構音障害なし、額の皺寄せは正常、左鼻唇溝形成障害ははっきりせず、左口角の下垂を認め、ハレー徴候、ミンガッチーニ徴候は陰性であった。発熱があったため、胸部CTでCOVID19を否定。頭部CTを撮影したところ、右前頭葉に皮質下出血があり緊急入院となった。入院歴：入院数時間後に左片麻痺と意識障害が出現し、頭部CTを撮影したところ、出血の拡大を認め、出血源精査目的の血管造影では左中大脳動脈末梢部（M4区：中心前溝動脈）に紡錘状の動脈瘤が確認され、緊急トラッピング術に至った。術後精査にて、感染性心内膜炎に合併した感染性脳動脈瘤に矛盾しないことが確認され抗菌薬を投与し循環器内科で加療を

継続している。

【考察】

脳卒中ホットラインの情報、来院時の所見から、左口角を中心とする顔面麻痺は、上位運動ニューロン型の顔面神経麻痺で、左上肢の感覚異常とあわせた症状は、中大脳動脈の皮質枝の障害として説明が付き、感染性脳動脈瘤に関する先行文献での好発部位と類似する。感染性心内膜炎に脳動脈瘤を合併する頻度は約10%とされ、破裂症例においては死亡率が80%と予後不良で重篤な合併症のひとつとされるため、緊急度の高い病態である。本症例でも発症24時間以内にダイナミックな容態変化をきたしていた。皮質下の出血には発熱を伴うことがあるため、今回の症例では、軽症の脳血管障害の可能性との先入観から、感染性心内膜炎に合併した脳動脈瘤破裂を視野にいれることができなかった。「特殊な原因による脳血管障害ではまず疑ってみる」ことを念頭に置き、今後の応需や問診に活かしたいと考える。

[O1-21] わが国の救急外来における救急電話相談対応に関する文献検討

○今井 亮¹ (1. 文京学院大学保健医療技術学部看護学科)

キーワード：救急看護師、救急外来、救急電話相談

【目的】本研究は、わが国の救急外来における救急電話相談に関する研究動向と課題を明らかにした上で、救急看護師の救急電話相談能力の強化を支援するシミュレーション教育プログラムの示唆を得ることを目的とする。

【方法】国によって救急医療体制や看護師の裁量権が異なるため、救急外来における救急電話相談の対応に影響を与えていると考え、対象文献は国内文献のみとした。文献検索は、医学中央雑誌 Web版および CiNiiを用いて、原著論文に限定せず事例報告や実践報告を含め、キーワードは、「救急看護師」「シミュレーション」「救急外来」「救急電話相談」「電話トリアージ」「電話」「実践」「相談」「役割」として、各キーワードをAND検索した。掲載誌発行年については、シミュレーション教育の実践や研究が国際的に支持されている米国の Society for Simulation in Healthcareが設立された2005年以降から2019年で検索を実施した。そのうち、救急外来における救急看護師の救急電話相談の対応を検討する文献として内容を確認し、21件を分析対象とした。

【結果】研究対象施設の救急医療体制別では、第二次救急医療機関が4件、第三次救急医療機関が2件、初期救急医療から第三次救急医療までを受け入れる全次型救急医療機関が3件、多施設が1件で、不明が11件であった。対象別では、看護師13件、医師と看護師1件、救急外来責任者1件、保護者1件、受診後の転帰1件、電話相談用紙4件であった。研究デザイン別では、質的研究デザインが4件、量的研究デザインが17件うち6件が介入前後を比較したものであった。課題として、勉強会や研修会などの教育機会の確保が14件、トリアージマニュアルの作成や改良が10件、医師からのサポート体制が2件、救急電話相談専任看護師の配置が1件挙げられていた。

【考察】わが国における病院前緊急度判断システムが機能するためには、救急電話相談の対応に頻繁にかかわる救急看護師が、救急医療システムの始まりにおいて、患者の緊急度・重症度を判断し、個々の状況に応じたケアや治療を受けられる適切なアドバイスを提供することが求められる。大半の救急患者の対応を担っている初期・二次救急外来には医師が常在しないことも多く、救急外来における患者や家族からの救急電話相談の対応は、看護師の判断や実践力に委ねられている部分が多い。救急電話相談に対応するのは一般スタッフの看護師が最も多く、救急電話相談に対応することに不安やストレスを感じ、看護師が緊急性を判断することに疑問を抱いていることも少なくない。救急外来における救急電話相談に対応する能力獲得の支援や教育の機会が不十分であることを鑑み、救急電話相談対応能力を効率よく効果的に獲得できるだけでなく、救急電話相談対応の基盤となる能力を獲得する標準的教育プログラムとして、救急看護師の救急電話相談対応能力の強化を支援するシミュレーション教育プログラムの開発が喫緊の課題であると考えられた。

本研究は、文部科学省科学研究費補助金基盤研究（C）助成研究（課題番号19K10883）の一部である。

[O1-22] 救急外来での Rapid Response System 起動における既存基準と NEWS2 の有用性の検討

○門田 清孝¹、牛尾 哲平¹、恒松 美輪子³、梯 正之³、中村 歩未¹、二宮 彩乃¹、真砂 美咲²、佐々邊 やよい¹ (1. 広島大学病院、2. 公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センター、3. 広島大学大学院 医系科学研究科 健康情報学)

キーワード：Rapid Response System(RRS)、National Early Warning Score2 (NEWS2)、救急外来

目的

当院救急外来での RRS 起動において、既存基準と NEWS2(表1)の有用性の比較を行い、当院においてどの様な起動基準を用いることが適切かを示唆すること。

方法

対象:2015/9/1~2019/8/31に当院救急外来に救急搬送後、緊急入院した患者。18歳未満、救急外来受診時に心停止、DNAR、入院の契機となった傷病名がアナフィラキシーショックやけいれんである患者、必要なバイタルサインに欠損がある症例は除外した。

分析方法:入院から24時間以内の重篤有害事象(以下有害事象:死亡、心停止、予定外 ICU入室)の有無で2群分けし、ロジスティック回帰分析を行った。また、NEWS2点数と既存基準該当数の24時間以内の有害事象の予測能を比較するため、単変量 ROC 曲線を用いてカットオフ値、AUCを算出した。なお、24時間以内とした理由は、急変前の徴候は6~8時間前に現れるとされていることと、RRS 起動の遅延時間分を考慮して決定した。いずれも統計学的有意水準は5%とした。

倫理的配慮

A病院疫学研究倫理審査委員会の承認を得た(承認番号:第 E-1759号)。

結果

対象患者730名(平均値±SD:68.5±14.6歳、女性:35.2%、男性:64.7%)のうち、39例に有害事象を認めた。当院救急外来での RRS 起動件数は1000入院あたり221.6件であった。また、既存基準と NEWS2(7点以上)を遵守し RRS を起動した場合、1000入院あたり前者は530件、後者は314.9件となった。また、既存の起動基準に該当しているが、RRS が起動されなかった例は312件(60.1%)であった。

目的変数を24時間以内の有害事象の有無とし、説明変数を年齢、性別、NEWS2点数、既存基準該当数としてロジスティック回帰分析を行ったところ、NEWS2点数のみ有意差を認めた($p=0.0064$, オッズ比:1.17, 95%信頼区間:1.04-1.31)。既存基準該当数と NEWS2点数の単変量 ROC 曲線の比較においては後者の AUC が高かったが、統計学的な有意差は認めなかった(0.652vs0.719, $p=0.0476$)。また、それぞれのカットオフ値は既存基準:1.0点、NEWS2:5.0点であった。

考察

成熟した病院での RRS 起動件数は1000入院当たり25.8~56.4件であるとされており、既存基準を遵守した場合は過剰起動となる。また、既存の起動基準を満たしているが RRS 起動がされなかった件数が多いことから、看護師は起動基準に加えて臨床判断に基づいて RRS を起動していることが示唆された。

本研究では、既存基準と NEWS2 の診断精度に有意差を認めなかった。NEWS2 のカットオフ値が、本来推奨されている7点と異なり、サンプル数不足などの影響が考えられる。NEWS2 は既存基準よりも測定が複雑である点で劣る。一方、詳細に有害事象のリスクを階層化することが可能で、点数に応じた対応も示されており、RRS 起動の遅延を防止する可能性があると考えられる。既存基準、NEWS2 それぞれの特徴を踏まえ当院での RRS 起動基準を検討する必要があると考える。

結論

24時間以内の有害事象の有無において、救急外来受診時の NEWS2点数は、ロジスティック回帰分析で年齢、性別、既存基準該当数で補正しても統計学的に有意な差を認められた。

NEWS2点数と既存基準該当数の24時間以内の有害事象の予測精度は統計学的に有意差を認めなかった。

[O1-23] A病院の救急外来で勤務する病院内救急救命士の思い

○弓掛 良一¹、後小路 隆¹、九十九 俊充¹ (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)

キーワード：救急外来、病院内救急救命士

【はじめに】救急救命士（以下、救命士と略す）は、救急患者の救命率向上を目的に、自治1991年に救急隊員に医療行為ができるように定めた国家資格であり、救命士法第四十四条二項により救命士の業務場所が救急車内に制限されているため、法律上、その活躍の場は医療機関ではなく病院前救護に限られている。全国救急救命士養成施設から卒業する学生は、年間1200名前後で、40%は救急救命士として警備会社・病院などに就職している。A病院には、2018年より救命士が入職し、現在6名の救命士が在籍している。業務内容は、患者搬送や検体提出などの医療業務や Drカー・転院搬送などの緊急車両業務、救急外来受付や会計事務などの事務業務を担っている。しかし、本来に責務である救急患者の救命率向上を目的とした業務内容とは考えにくい。今回、病院内で働く救命士に、病院内で働く思いを明確にすることで、病院内救急救命士の今後取り組む内容の示唆が得られるのではないかと考えた。【目的】病院内で働く救命士が、抱えている思いを明らかにする。【倫理的配慮】研究の趣旨を口頭で説明し同意を得て匿名性に配慮した。また、A病院の看護部の承認を得て実施した。【方法】質問のテーマを「やりがい」「役割」「救命士がいることの効果」とし個別に30分のフォーカスインタビューを実施した。【結果】「やりがい」については、「病院前しか知らなかったことが救急外来内での処置や治療、入院などその後の経過を知ることができる」や「患者さんとの接する時間、期間が持てることが良い」などの意見が見られたが、一方で「正直わからない」などの意見もあった。「役割」では「診療・処置介助の準備」などが聞かれ、「救命士がいることの効果」では「質の高い転院搬送が行えること」などが聞かれたが、多くの救命士がわからないと答えていた。【考察】病院内の治療や経過を知ることがやりがいと感じる一方、やりがいを見出せないでいる救命士もあり、その理由としては、緊急搬送という役割はあるものの、病院内における役割、効果が明確にされていないことが考えられる。これら役割の明確化、それを行うために取り組みが病院内に働く救命士自身の満足度の向上と救急外来を主とした病院内の質率向上につながるのではないかと考える。【結語】病院内における救命士の役割を明確にし、そのための取り組みを行うことが必要である。

[O1-24] ガイドラインに準じた心不全患者の救急対応

○杉本 とも子¹、宇高 幸¹、舩谷 元丸¹ (1. 医療法人伯鳳会くほう会セントラル病院)

キーワード：心不全

（はじめに）

日本は超高齢社会になり、救急搬入される患者も高齢者が多くなっている。また、心不全パンデミックという言葉も耳にするようになり、実際に心不全患者を救急で対応する機会も増えてきている。

心不全ガイドライン2017では、急性心不全に対する初期対応から急性期対応のフローチャートに準じて早期に治療介入し、循環動態と呼吸状態の安定を図る必要があるとされている。急性心不全の初期対応から急性期対応のフローチャートでは、トリアージ10分以内、次の60分で迅速評価、次の60分以内で再評価となっている。

そこで、私たちは、心不全ガイドラインのフローチャートに従って急性心不全患者の初期評価、治療開始を迅速

に行い、急性心不全に取り組んで行く必要があると考えた。

今回、早朝に救急搬入された、急性心不全患者に対して、ガイドラインのフローチャートに準じた対応ができた症例を報告する。

(症例)

78歳 男性 独居 当院は初診で他院での通院歴もなし

呼吸苦のため自分で救急要請し、当院に搬入となる。

既往症：脳梗塞 内服なし。

8:10救急搬入。呼吸苦あり、発汗し皮膚は湿潤状態。下肢浮腫あり。バイタル測定。モニター装着。152bpm心房細動。血圧：188/114mmHg

酸素：カヌラ2 L投与92%

8:12医師が搬入直後に簡易心エコー・肺エコーを行い、うっ血性心不全と診断。

8:13看護師は、指示の採血、血管確保をおこなう。

8:15ポータブルで胸部レントゲン撮影にて肺水腫を認める

8:22 検査技師により心電図施行。

8:25フロセミド20mg静注。

8:27ミオコールスプレー1プッシュ。

8:34ハンプ持続点滴開始。

9:10心エコー再検・搬入後初排尿。

9:45 入院

入院後より心臓大血管リハビリ介入

酸素投与3日間、ハンプ持続点滴終了までの期間は2日。安静度はアップし病状安定と判断され、モニター解除までの期間は5日。心臓リハビリを行い入院期間は13日である。

退院前の心配運動負荷試験の結果は嫌気性代謝閾値 3.67METs、Peak VO₂/W 13.4ml/mim/kgと健常人の61%であった

以後は外来での心臓リハビリ、心不全サポートチーム介入を行うこととなる。

(結果)

救急搬入時にトリアージを行い、搬入から2分後には医師が簡易エコーで、迅速評価を行い、うっ血性心不全と診断。治療開始の利尿剤投与までの所要時間は、救急搬入から15分、再評価は迅速評価後58分で、心不全急性期対応のフローチャートの時間内に判断、処置が行えた。入院2日後には、ハンプ持続点滴も終了し、5日後には病状も安定した。

(考察)

心不全患者の救急搬送時には、早期の鑑別診断及びガイドラインに基づいた適切な治療を行う事で、入院期間を短縮し再発を防げる可能性がある。そのために、当院のような2次救急病院では夜間帯や早朝では十分な人員確保は困難である。しかしトリアージ、初期評価、初期治療の対応は心不全患者のその後を大きく左右すると考えられ、医師・看護師によるチームワークによって弱点をカバーし、来院時早期からの介入は可能であると考えられる。

今回の事例をもとに、さらに心不全患者の救急対応をフローチャートに沿って、トリアージ、迅速評価、再評価を行い質の高い医療を目指していきたいと考える。

また、救急担当看護師だけでなく、外来看護師にも、教育、指導を行っていく必要があると考える。

また急性期治療後の心不全患者の殆どは完治するわけではなく、外来でのサポートも重要であり、当院では救急、入院、外来とシームレスな連携を目指して心不全サポートチームを立ち上げている。

(倫理配慮は所属施設の許可あり)

[O1-25] 救急外来を受診後に帰宅する患者への支援策についての文献検討

○寺本 千恵¹ (1. 広島大学大学院医系科学研究科成人健康学)

キーワード：救急外来、帰宅時支援、介入、文献検討

【目的】近年、国内外では救急外来を受診する患者は増加傾向であり、その半数は受診後に帰宅することができる患者（以下、救急帰宅患者とする）とされている。それらの救急帰宅患者の中には、帰宅後に、救急外来への再受診や予定外の入院/施設入所、死亡をする者もいる。そこで本研究は、救急外来を受診後に帰宅する患者に対する支援に関する介入策について、国内外の研究結果を整理し、今後の実践・研究上の示唆を得ることを目的とした。

【方法】2015年～2020年6月までに発表された文献を対象に医学中央雑誌、MEDLINEを用いて検索した。MEDLINEでは"Emergency Service, Hospital", "Transitional Care"/"Patients Discharge", "Nursing", "intervention"のMeSHを含むものをAND検索した。医学中央雑誌では、「病院救急医療サービス/TH」、「看護/TH」、「介入/AL」と、「退院支援/TH」もしくは「帰宅/AL」を含むものをAND検索した。文献の包含基準は、①救急外来を受診後に帰宅する患者を対象として含んでいるもの、②救急外来受診時もしくはその後に介入が実施されているもの、③介入に看護職がかかわるもの、④原著論文かつ抄録のあるもの、⑤（海外文献のみ）英語で記述されたもの、とした。

【倫理的配慮】文献検討のため、該当しない。

【結果】医学中央雑誌では5本、MEDLINEでは151本が検索され、タイトルと抄録を読み、包含基準を満たす和文0本、英文15本、とを分析対象とした。研究のデザインは、RCT、準実験研究、事前-事後研究があった。出版年は2018年が7本と最も多く、国は、アメリカ8本、オーストラリア2本のほか、カナダ、アイルランド、スペイン、ベルギー、シンガポールであった。

研究対象者は、救急外来を受診した患者であり、患者の条件があるものとしては、高血圧・喘息・うっ血性心不全・糖尿病・心房粗動・頭部外傷の者、胸痛を主訴に受診した者、65歳以上/70歳以上の者、小児患者とその保護者、オピオイドが処方された者を対象に実施されていた。

介入を実施する者としては、救急スタッフの他に、老年領域での勤務経験のある看護師/チーム、Transitional Careの看護師、循環器領域専門のナースプラクティショナー、精神保健領域の看護師/チーム、喘息を専門とする看護師、オピオイドについての研修や教育法の訓練を経た看護師などが介入を実施しているものもあった。

介入内容は、救急外来受診時のスクリーニング/アセスメント、帰宅時での教育（Videoや説明書きの書面の手渡し）、帰宅後のフォローアップ（電話/SMS/自動音声応答システム/看護外来への受診）などがなされていた。帰宅時の教育内容は、疾患の説明、薬剤の知識（用法・副作用）、症状の対処法、帰宅後のプライマリケア医への予定の確認などであった。介入のアウトカムとして、救急外来への再受診、入院率、死亡率、機能低下、の他に、救急外来での滞在時間、入院期間、医療費、プライマリケア医への受診状況、疾患/症状のコントロール状況、患者の知識、満足度などが測定されていた。

【考察】日本国内では、救急帰宅患者に対する介入研究は実施されていない。海外で実施されている様々な介入方法について検討を重ね、日本の患者や医療制度に適した支援策を検討する必要がある。それらの支援内容としては、救急帰宅患者への救急受診時から、帰宅時、さらには帰宅後まで視野を広げた支援策を検討する必要があると考えられる。

[O2] 一般演題2

- [O2-01] 大学生を対象とした救命行動実施の有無別による倒れた人に遭遇した後の救助意欲の実態
○馬場 小百合¹、佐藤 隆平²、西山 知佳² (1. 京都大学医学部人間健康科学科、2. 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 クリティカルケア看護学分野)
- [O2-02] ドクターカー同乗看護師が持つストレス対処能力に関する調査
○永堀 望美¹ (1. 済生会山口総合病院)
- [O2-03] A病院ドクターカーナースにおける現場活動の現状と課題 ～現場活動調査から見えた役割～
○福土 博之¹、比嘉 徹¹、鈴木 晴敬¹ (1. 中津川市民病院 病院前救急診療科)
- [O2-04] ドクターカー看護師の惨事ストレスの現状と対策の検討
○吉原 紫織¹、岩村 真理¹、片岡 由美¹ (1. 大阪市立大学医学部附属病院救命救急センター)
- [O2-05] 地域の三次救急医療施設に救急搬送された65歳以上の患者の実態調査
○大庭 桂子¹、井堀 綾希¹、宮本 悠加¹、佐藤 眞亜子¹、堀内 奈美¹、斉藤 伊都子¹ (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院救命救急センター)

[O2-01] 大学生を対象とした救命行動実施の有無別による倒れた人に遭遇した後の救助意欲の実態

○馬場 小百合¹、佐藤 隆平²、西山 知佳² (1. 京都大学医学部人間健康科学科、2. 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 クリティカルケア看護学分野)

キーワード：救助意欲、バイスタンダー、心肺蘇生、AED

【目的】蘇生行為の経験はその後の救助意欲に影響を与えていると言われている。本研究は、心停止患者に限らず倒れている人に遭遇した大学生を対象に、何らかの救命行動を実施した人または実施できなかった人におけるその後の救助意欲を明らかにする。

【方法】対象：2017年4月に行った学生健康診断を受診した A大学の2、3年生であった。質問紙内容と配布回収：人が倒れた場面への遭遇経験の有無、救命行動実施の有無、今後の救助意欲を含んだ質問紙を健診会場で配布しその場で回収した。解析：胸骨圧迫、AEDの使用、その他の救命行動(119番通報等)のうち少なくとも1つを行った人を救命行動あり群(あり群)、それ以外を救命行動なし群(なし群)とした。主要評価項目：心肺蘇生の救助意欲(もし見知らぬ人が目の前で倒れていたら自ら心肺蘇生を試みると思うか)とした。5段階の選択肢のうち、「思う」、「どちらかと言えば思う」を選択したものを救助意欲ありとした。倫理的配慮：回答は自由意志であり回答を行わないことで不利益がないことを口頭説明および掲示で周知した(倫理委員会承認番号：R0706)。

【結果】健康診断を受診した5933人のうち、2616人(44.1%)から質問紙を回収し、人が倒れている現場に遭遇した156人(救命行動あり群77人(49.4%))を解析対象とした。心肺蘇生の救助意欲の割合は、あり群47人(61.0%)、なし群39人(49.4%)で、2群間で有意な差はなかった($p=0.143$) (図)。AED使用の救助意欲は、あり群53人(68.8%)、なし群50人(63.3%)であった($p=0.465$)。救命行動あり群における心肺蘇生の救助意欲ありの内訳は「思う」21人(27.3%)、「どちらかと言えば思う」26人(33.8%)であったが、AED使用の救助意欲ありの内訳は「思う」32人(41.6%)、「どちらかと言えば思う」21人(27.3%)であった。

【考察】人が倒れた現場に遭遇した人を対象にその後の救助意欲を調べたところ、救命行動実施の有無に関係なく救助意欲に違いはなかった。AED使用の救助意欲で「思う」を回答した人が多かったのは、胸骨圧迫よりAEDの方が手技の難易度が低いと感じたのかもしれない。今後、個人の性格、救助行動ごとのストレスレベルなど救助意欲に影響する要因をさらに明らかにする必要がある。なお本研究は京都大学救命救急講習 Project TEAMメンバーにて実施した。

[O2-02] ドクターカー同乗看護師が持つストレス対処能力に関する調査

○永堀 望美¹ (1. 済生会山口総合病院)

キーワード：ドクターカー同乗看護師、働きがい、ストレス対処能力

目的

プレホスピタルで働く看護師はメンタルヘルスを維持しがたい様々な要因が明らかにされており、そのストレス度は高いとされている。A病院においてもドクターカー同乗看護師が抱える精神的ストレスの存在が明らかになった。今回、ドクターカー同乗看護師の働きがい構成要素・要因から活動に対する肯定的感情を明らかにし、個人が持つストレス対処能力との関連を調査する目的で研究を行った。

方法 質的実態調査研究

1. 対象 A病院ドクターカー同乗看護師5名

2. 研究期間 令和 1年10月～令和 2年1月

3. データ収集内容・方法

①半構造的面接法②面接は1人約30分程度とする③面接内容の録音する④インタビューガイドを作成

4. データ分析方法

①逐語録作成②逐語録から類似した文脈をまとめサブカテゴリー分類する③サブカテゴリー内容から KJ法を用いてカテゴリー化④カテゴリー間の構成要素を構造化

倫理的配慮

A病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得た。

結果

全コード198個、サブカテゴリー17個、カテゴリー7個が分類された。

働きがいに関するカテゴリーは、①活動上の経験②心理的実感③職場環境の3つに分類された。《活動上の経験》は、〈自己評価〉〈他者評価〉〈困難な状況の改善〉〈質の高い看護技術の提供〉〈患者家族とのコミュニケーション〉の5つのサブカテゴリーに分類された。《心理的実感》は、〈自己達成感〉〈自己効力感〉〈自己成長感〉〈コントロール感〉〈自己存在感〉〈活動における環境整備〉の6つのサブカテゴリーに分類された。《職場環境》は、〈良好な人間関係〉の1つのサブカテゴリーに分類された。

ストレス対処能力に関するカテゴリーは、①信念②構え・考え方③役割認識④自己成長の4つに分類された。《信念》では、〈救急看護が好き〉〈誇りを持つ〉の5つのサブカテゴリーに分類された。《構え・考え方》では、〈割りきる〉〈限界を知る〉の4つのサブカテゴリーに分類された。〈役割認識〉では、〈患者の状態変化に貢献したい〉〈役割を果たしたい〉など4つのサブカテゴリーに分類され、《自己成長》では、〈もっと上を目指したい〉など5つのサブカテゴリーが分類された。

考察

働きがいに関する《活動上の経験》のカテゴリーでは、提供した看護実践に対する〈他者評価〉が抽出されると推測したが、調査の結果看護実践に対する〈自己評価〉が多く抽出された。これらは、プレホスピタルでは患者家族との関りが近隣の病院への搬送までという短時間であることが関連すると考えた。これによりドクターカー同乗看護師は《活動上の経験》からの《心理的実感》が得にくい労働環境にあることが推察された。一方で、〈患者の状態変化に貢献したい〉〈役割を果たしたい〉といった活動に対する肯定的感情が明らかになった。これらは、〈救急看護が好き〉〈誇りを持つ〉といった《信念》を持ち、〈割りきる〉〈限界を知る〉といった《構え・考え方》の中で活動における自分の役割を認識していることが考えられた。役割認識をする中で自己成長への内省を繰り返し自ら〈自己効力感〉を得ていることが関連すると考えた。自己効力感は働きがいを感じる《心理的実感》の構成要素であり、A病院のドクターカー同乗看護師が持つストレス対処能力に《信念》《自己成長》《役割認識》《構え・考え方》の関連が示唆された。

[O2-03] A病院ドクターカーナースにおける現場活動の現状と課題 ～現場活動調査から見えた役割～

○福士 博之¹、比嘉 徹¹、鈴木 晴敬¹ (1. 中津川市民病院 病院前救急診療科)

キーワード：ドクターカーナース、現場活動、役割

【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、医師1名・看護師1～2名同乗の出場体制で、年間約500件、月平均40件（出場キャンセル含む）現場出場している。平成26年1月から本格運用し、令和元年12月までで現場出場件数は2300件であり、過去2年間での現場出場件数は675件、そのうち435件は看護師同乗の現場出動件数であった。病院前救急診療におけるドクターカーナースに関して、関連学会で報告されてきているが、ドクターカーナースの現場活動の現状や役割についての報告はまだ多

くない。A病院では過去に「病院前救急診療に関わる看護師のストレス」や「現場看取りにおける看護師の役割」に関して報告してきた。先行研究で、救命センターや救急初療室での救急看護師の活動・役割については報告されているが、ドクターカーナースにおける現場活動の役割は明らかにされていない。【目的】A病院ドクターカーナースにおける現場活動の実態を調査し、ドクターカーナースの現場活動の役割を明らかにすることを目的とする。【倫理的配慮】A病院倫理審査委員会の承認(承認番号2020-0062)を受け実施した。【方法】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、ドクターカーで現場活動中に実施した処置の酸素投与・12誘導心電図・除細動・人工呼吸・気管内挿管・末梢静脈路確保・骨髄針・中心静脈路確保・薬剤投与・胸腔ドレーン挿入・尿道留置カテーテル挿入・胃管挿入・血液ガス分析検査・超音波検査・血糖測定・乳酸測定・一酸化炭素測定・自動胸骨圧迫装置(以下LUCAS)の18項目の実施件数を、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)とし、 χ^2 検定法で分析し、有意水準は $P<0.05$ とした。【結果】対象期間の2年間で、総出場件数は675件、そのうちD群は240件(36%)、D・N群は435件(64%)であった。D群とD・N群の現場処置件数比較で、D群に有意に多かった処置は、骨髄針41件、LUCAS 52件であった。一方D・N群に有意に多かった処置は、末梢静脈路確保279件、尿道留置カテーテル挿入12件、血液ガス分析検査213件、超音波検査110件、血糖測定257件、乳酸測定252件であった。【考察】D群とD・N群の処置件数比較で、D群で骨髄針、LUCASが有意に多かったことは、医師1名での出場では、人間的、物品準備の時間的な要因、簡便さから使用が多かったと推察できる。これは以前本学会で発表した、病院前看取りにおける処置件数比較でも、骨髄針に関しては同様の結果が得られている。D・N群で末梢静脈路確保が有意に多かった事は、ドクターカーナースの現場活動における役割の一つとして、末梢静脈路確保の重要性が明確になった。D・N群で、病院前救急診療に重要なPOCT(臨床現場即時検査)の各血液検査、超音波検査が有意に多かったことは、看護師がいることで検査実施件数が増え、診断の一助に影響を与えた結果と判断でき、A病院ドクターカーナースの現場活動における看護師の役割の一つを証明した結果と考える。しかし、本研究は全出場症例での実施件数比較であり、疾患別・要請形態別での実施件数比較ではないため、看護師の役割を証明するには限界がある。また処置件数のみに特化した調査であり、今後はドクターカーナースの役割として、現場での看護師の臨床推論・判断、家族・関係者との関わり等、処置件数では表せない役割も追及し研究していく必要がある。

[O2-04] ドクターカー看護師の惨事ストレスの現状と対策の検討

○吉原 紫織¹、岩村 真理¹、片岡 由美¹ (1. 大阪市立大学医学部附属病院救命救急センター)

キーワード：惨事ストレス、ドクターカー、病院前救護、プレホスピタル

<目的>

ドクターカー運用開始2年半の当院ドクターカーに乗車する看護師(以後ドクターカー看護師)が直面した衝撃的体験や惨事ストレスの現状を明らかにし、今後のストレスマネジメントを検討する。

<方法>

対象：2017年5月の運行開始から2019年12月までに半年以上ドクターカー乗車経験のある22人

期間：2019年12月1日から12月31日

プレホスピタルを行っている医療機関を対象に行った心的外傷ストレスに関する増野らの質問紙表を用い、部署内の回収ボックスへの提出を依頼した。

<結果>

精神的に衝撃を受ける事案があったと答えた者は22名中9名(40.9%)、心的外傷性ストレス症状を測定する出来事インパクト尺度 IES-Rによる PTSDハイリスク者は1人(4.5%)だった。ドクターカー看護師の活動前の心理状態としては「状況が自分の能力を超えているかもしれない」(77.3%)「患者の状態がわからない」(63.6%)「どんな現場か気になる」(54.5%)などの不安を抱え、活動中は「焦り」(40.9%)「動揺」(31.8%)を感じていたが、一方で「使命感」(40.9%)を感じて業務にあたっていた。また、ドクターカーについて「身体的に負担である」(50%)「精神的に負担である」(54.5%)という思いを持ちつつも「出勤にやりがいがある」(45.6%)と感じていた。活動後の行動として「共に出勤した人と活動内容を共有した」(86.4%)「同僚に活動内容を話

す」(81.8%)が多かった。必要なシステムや教育体制として「体系だった事前教育」(72.7%)や「初期治療に関する知識」(86.3%)が多く、「出勤によるメンタル面への影響」(31.8%)や「活動後の高リスク者へのフォローアップ」(22.7%)「活動後の高リスク者のリスクスクリーニング」(31.8%)は3割程度にとどまった。

<考察>

ドクターカー看護師は活動前に現場の状況や自分の能力に対する不安を抱き、活動中は「焦り」「動揺」を感じているが、同時に「使命感」や「出勤はやりがいがある」という思いを抱えていた。先行研究においても「病院前救急診療活動に従事する看護師は様々な不安を抱えつつも使命感を持って職務にあたっており、働きがいや高いモチベーションをもっている」とあり、当院の看護師においても相反する複雑な思いを抱えつつも、やりがいや使命感に支えられ活動を行っていることがわかった。

活動後は共に出勤した人や同僚に活動内容を話すことによって自ら情動的コーピングをとっていた。「惨事ストレス症状が寛解した消防隊員がとった対処行動の60%は同じ職場の人への相談である」という報告もあり、当院の看護師も出勤で被ったストレスを人に話すことで発散しようとする行動がとれていた。必要なケアシステム・支援では、教育や業務に関する内容のものが多くメンタルフォローへの需要は低い。その理由として、惨事ストレスへの認知が低く、自身の感情をストレスととらえていないことが考えられる。惨事ストレスの知識や対処法・セルフケアについての学習や、出勤前・中・後の感情のストレスチェックリストを作成し、自身のストレス状況をモニターできる制度の確立が必要である。そしてお互いが惨事ストレスを知ったうえで、意図的に敬意やねぎらい、労りの言葉をかけられるような環境作りが求められる。

<倫理的配慮>

質問紙は無記名とし、質問紙冒頭に研究参加への理解と同意を得たうえで回答してもらうように記載した。本研究はA病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

[O2-05] 地域の三次救急医療施設に救急搬送された65歳以上の患者の実態調査

○大庭 桂子¹、井堀 綾希¹、宮本 悠加¹、佐藤 眞亜子¹、堀内 奈美¹、斉藤 伊都子¹ (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院救命救急センター)

キーワード：高齢者救急、三次救急、救急要請、地域連携、プレホスピタル

【目的】

救急搬送された65歳以上の実態を把握し、傾向と問題点を抽出して地域包括ケアシステムの役割を意識した取り組みへ繋げることができる。

【方法】

1. 対象：2019年4月～9月に当救命救急センター外来に救急搬送された65歳以上の患者。
2. 調査方法：カルテから要請内容・要請地域・居住地域・年齢・性別・病名・転帰・紹介の有無・付き添いの有無・施設からの救急要請か・往診医の介入の有無・かかりつけであるか・5件ルールであるか（他の5施設で搬送を断られた患者の受け入れ）について情報を収集し、単純集計した。

【倫理的配慮】

所属施設の倫理委員会で承認を得てホームページ上に研究の主旨と方法、個人情報保護について公開し、拒否できるようにした。

【結果】

全搬送数3783件のうち65歳以上は1212名（32%）、75歳以上は784名（21%）であり、要請地区は、浦安・市川953件（79%）、東京158件（13%）、船橋51件（4%）、その他50件（4%）であった。

転帰は入院701件（58%）、帰宅434件（36%）、転送27件（2%）（転送内容はかかりつけ病院への転送12件、救急病院適応外5件、診断・処置後に元の病院へ戻る4件など）、死亡が50件（4%）であった。

高齢者施設からの要請は135件（11%）で、要請内容は三次要請25件（19%）発熱23件（17%）意識障害20件（15%）、往診医の介入がある要請は83名（7%）で、要請内容は呼吸困難17件（20%）発熱15件（18%）3次要請12件（14%）であった。

かかりつけ以外の一次二次要請患者は301件（25%）あり、75歳以上での初診、紹介や三次要請ではないのは175件（14%）、5件ルールを受け入れは2件であった。

来院までにキーパーソンと連絡がとれなかったのは帰宅者の場合106件（24%）、来院後死亡の場合9件（18%）であった。

【考察】

65歳以上の救急搬送数は全体の32%であり、要請地域は管轄する浦安市と市川市が79%を占めており、地域の救急病院としての役割を担えていることが分かった。救急搬送後の帰宅者は36%であり、厚生労働省は8割が帰宅していると報告していることから、近隣の医療圏では全国と比較し適正な選択ができていたことが分かった。しかし、初診で他院からの紹介や三次要請ではない患者と5件ルールに該当した症例も多く、他の一次二次病院への病院選択もできたと考えられる。

高齢者施設からの要請は三次要請が最も多いのに対し、往診医の介入では三次要請が少ない。これは往診医が介入していれば医師に相談でき、急変時であっても本人や家族の望む場所で治療を選択できることにに対し、施設では本人の意思が治療や延命処置を望まない場合であっても救急車を要請しなくてはならない状況であることが推測できる。そのため、かかりつけ医を持つことや往診医の介入があることの重要性を患者本人が認識して病状の悪化時にはかかりつけ医に相談し、必要に応じて大学病院を紹介受診する、というサイクルを作ることが地域全体で患者の状況にあった病院を選択していく為に必要であると考えられる。

キーパーソンと連絡が取れずに搬送される場合には、地域の支援を受けるために体制を整えるまでの間、社会的入院が必要となる。急変時では、患者本人の意思と無関係に延命治療を開始せざるを得ず、救命処置や治療の選択を医療者が行うなどの問題が生じやすい。医療現場の窓口である救急外来で、患者の社会的要因を早期にアセスメントし、専門職や地域連携を図ることが課題となる。

[O3] 一般演題3

- [O3-01] 再トリアージに焦点した A病院救急センターの院内トリアージの現状と課題
○林 恵美¹、草刈 陽子¹、直原 麻由¹、矢部 美香¹ (1. 岡山済生会総合病院)
- [O3-02] 電話対応プロトコールの使用向上への試み
○大竹 優子¹、坂田 美穂¹ (1. 沼津市立病院)
- [O3-03] A病院におけるトリアージの実態と課題
○河村 恵子¹、俵積田 慶子¹、山西 正巳¹、萱野 恭代美¹、福井 優¹ (1. 社会医療法人清恵会 清恵会病院救急医療センター)
- [O3-04] トリアージにおける呼吸観察率の実態調査
～呼吸数測定率向上にむけて～
○押野 麻琴¹、鈴木 由美¹ (1. 公立長生病院)
- [O3-05] A病院におけるトリアージナースが感じる困難な状況を明らかにする～救急看護の質向上を目指して～
○蓮見 駿¹、石上 八重子¹、大川 あさ子¹ (1. 地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院)
- [O3-06] 事例検討会から考える院内トリアージのピットフォール
○酒井 由夏¹、近森 秀生¹、上總 麻里子¹、櫃尾 幸聖¹、町田 清史¹ (1. 社会医療法人近森会 近森病院 救命救急センター)
- [O3-07] ERでのトリアージにおける呼吸回数測定に影響する要因
○濱田 祐奈¹、大垣 由美¹、福田 ひろみ¹ (1. 徳島赤十字病院)
- [O3-08] 院内トリアージの質の向上に向けた取り組み
－院内トリアージに対するアンケートより－
○日浦 拓哉¹、大場 雄太¹、大泉 恵未¹ (1. 大阪府済生会中津病院)
- [O3-09] 発熱高齢者の JTASレベル3または4を判定する補足因子に食欲低下の有無を適応させる有用性の検証
○黒木 真二¹、村上 貴子¹、福島 由衣¹、上野 葵¹ (1. 独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 特殊外来(救急センター))
- [O3-10] 年齢を補足因子として発熱患者のトリアージを行ったことによる影響
○飯田 京介¹、竹下 諒¹、中島 真寿美¹、宮下 恵理子¹、富山 絢子¹ (1. 横浜労災病院救命救急センター)
- [O3-11] 救急外来におけるキャリア開発ラダーレベルに応じたトリアージ教育の導入
○佐藤 幸子¹、曾根 和美¹、佐藤 智之¹ (1. 大崎市民病院 救命救急センター 救急外来)
- [O3-12] トリアージ訓練を取り入れた院内トリアージ質の向上への取り組み
○星川 美穂¹、板橋 智也¹、石川 智子¹、星 智美¹、小田 博子¹ (1. 仙台市立病院)
- [O3-13] A病院における2018年度院内トリアージ検証結果に対して行った取り組み後の成果
○北川 誠也¹、井上 真弓¹、田中 由美¹ (1. 地方独立行政法人 佐賀県医療センター 好生館)
- [O3-14] トリアージの質の向上に向けて
～補足因子とフィジカルアセスメントを強化した取り組み～
○高橋 優美¹、木村 典子¹、阿部 徳子¹、後藤 郁子¹、神原 智美¹、篠崎 克洋¹、久下 淳史¹、屋代 祥典¹ (1. 山形市立病院済生館)
- [O3-15] トリアージ看護ケアモデルの開発に関する研究 第1報 －緊急度判断に至る思考とプロセスの分析－
○西塔 依久美¹、大川 宣容²、菅原 美樹³、中村 恵子⁴ (1. 東京医科大学医学部看護学科、2. 高知県

立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学部、4. 札幌市立大学大学院)

[O3-16] トリアージ看護ケアモデルの開発に関する研究 第2報 - 院内トリアージにおける看護ケアとは何か? -

○西塔 依久美¹、大川 宣容²、菅原 美樹³、中村 恵子⁴ (1. 東京医科大学医学部看護学科、2. 高知県立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学部、4. 札幌市立大学大学院)

[O3-01] 再トリアージに焦点した A病院救急センターの院内トリアージの現状と課題

○林 恵美¹、草刈 陽子¹、直原 麻由¹、矢部 美香¹ (1. 岡山済生会総合病院)

キーワード：再トリアージ、院内トリアージ、トリアージ検証

<目的>

A病院では2012年より walkinで ERを受診した患者に対して JTASを用いて院内トリアージを実施している。初期トリアージは約80%と概ね実施できている。しかしA病院では再トリアージが1%未満と実施できていない。そこで今回再トリアージが実施できていない原因を調査するため、検証を行った。

<方法>

1) 対象：2018年4月から2019年3月に再トリアージ未実施で ICUと HCUに入院した重症患者の walkin患者 24名

2) データ分析

①初期トリアージ妥当性の検証

救急医1名とトリアージナース2名で電子カルテを用いて行い勤務帯(日勤、準夜、深夜)と妥当性の関係について調査

初期トリアージに要する時間に影響を与える因子について検証

対象患者の来院から初期トリアージまでの時間と初期トリアージから診察までの時間を算出、患者来院時の勤務帯との関係を箱ひげ図を用いて評価、患者来院時の勤務帯における救急車受け入れ状況・walkin患者数・重症者数の相関関係を重回帰分析により評価(有意水準は5%)

3) 倫理的配慮：本研究はA病院倫理審査委員会による倫理審査を受け承認されている

<結果>

初期トリアージの検証で妥当性はトリアージレベル2の患者は90%、トリアージレベル3の患者は46%であった。勤務帯と初期トリアージの妥当性は準夜においてわずか50%であった。

対象患者の来院から初期トリアージまでの時間および初期トリアージから診察までの時間と勤務帯との関係は初期トリアージまでの時間は日勤において最も長かった。

重回帰分析の結果は初期トリアージまでの時間は重症患者数に最も影響を受け、偏相関係数は0.344を示したが有意差は認められなかった($p=0.149$)。初期トリアージから診察までの時間はwalkin患者数が少なくなるに従い増加する傾向を示し、偏相関係数は-0.391であったが有意差は認められなかった($p=0.098$)。

<考察>

再トリアージが出来ていない要因として準夜では患者数は多いがスタッフは少なく、重症患者には多数のスタッフで対応するためトリアージに専念出来ない。またトリアージレベル3はトリアージナースが「待てる」と判断してしまう傾向にありトリアージの適正度が低下することがわかった。以上のことを踏まえ準夜帯・トリアージレベル3に焦点を当て、再トリアージが出来るようトリアージ教育を行っていくことが今後の課題であ

る。

[O3-02] 電話対応プロトコールの使用向上への試み

○大竹 優子¹、坂田 美穂¹ (1. 沼津市立病院)

キーワード：電話トリアージ

I はじめに

当院救命救急センターは、様々な電話相談が寄せられ、救急業務を行いながら対応にあたっている。その為、平成28年度には9項目の電話対応プロトコール（以下プロトコールとする）を作成、導入した。導入当初は、使用する意識が薄く、定着・使用率向上に繋がらなかった。そこで30年度には救命センターの目標の一つに掲げ、係を設置し使用率向上に努めた。また、導入後に入職・異動した看護師に対し、教育的な観点からコールトリアージシステムや、統一した対応・適切な病院選定の重要性を説明した。さらに事後検証を繰り返し行ってきた結果、使用率の上昇がみられたため報告する。

II 研究目的

電話対応プロトコールの構築と浸透率向上への取り組みに対する実態調査

III 研究方法

1 研究対象者：救命センター看護師 18名

2 研究期間：平成30年4月～令和2年2月

調査期間：令和元年8月～7ヶ月

3 方法

1) 先行研究で行ったアンケートにより新項目の選定

2) 4項目のプロトコール追加

(1) 救急受診ガイド2014年度版を参照

(2) 各診療部長に確認、修正を依頼

(3) プロトコールを救急運営委員会で承認依頼

(4) 承認されたプロトコールをスタッフに説明

3) プロトコールを使用

4) プロトコール実施後の事後検証

5) アンダートリアージの評価

6) プロトコールの集計

(1) 電話相談記録用紙の精査

(2) 使用状況を集計

(3) 当院受診歴がある場合は診療記録と照合

7) プロトコールに対する意見と、意識に関するアンケート調査

8) データの分析

IV 倫理的配慮

研究の趣旨・目的について書面で説明し同意を得た。また A病院の倫理委員会にも承認を得た。

V 結果

プロトコール13項目の使用率の調査を行った。調査期間の電話件数は839件、プロトコールに該当する件数は386件だった。その内、使用しているのは266件、使用率69%だった。救命救急センター看護師にアンケート調査、有効回答率100%。「プロトコールを活用していますか」に対しては、「はい」が89%、「ときどき」が11%、「いいえ」は0%。「プロトコール表の使用は面倒だと感じたことはありますか」の問いに「はい」が33%、「いいえ」が67%だった。

IV考察

平成28年度から導入したが、使用率が上がらず維持・継続も危ぶまれた。アンケートでは、プロトコールの使用が面倒だと感じたスタッフのほとんどが看護師経験年数15年以上だった。伊藤氏によると「過去の成功体験が多ければ多いほど、それが足かせとなり、変化を拒むこととなります」と述べているように、看護師経験年数が長く知識も豊富になると、自分の考えで対応できるため面倒に感じるのではないかと考察する。

平成30年度に救命救急センターの目標の1つとし、また係を設け事後検証や振り返りを繰り返し行ってきた結果、平均使用率は69%まで上昇した。これは係の活動の成果が現れた結果と示唆される。アンケートで「プロトコルを活用していますか」の問いに、「はい」が前回23%だったのに対し、今回89%だった。ハーバード大学のジョン・コッター氏が「新しいやり方を変えることもエネルギーが必要だが、新しい仕組みやプロセスを回す人の意識と行動を変えるのは、もっともっとエネルギーが必要だ」と述べているように4年の経過の中で、係として引き続き介入し、志気を高めてきたからではないかと思われる。また、コッター氏の言う、成果を生かして変革を推進する事として、スタッフの意見を取り入れ、プロトコルの追加や教育に力を入れた事が、定着に繋がったと考察する。新しいものを導入・定着させるには、常に介入や変革が必要であると分かった。

[O3-03] A病院におけるトリアージの実際と課題

○河村 恵子¹、俵積田 慶子¹、山西 正巳¹、萱野 恭代美¹、福井 優¹ (1. 社会医療法人清恵会 清恵会病院救急医療センター)

キーワード：トリアージ、オーバートリアージ、アンダートリアージ

【はじめに】

A病院では救急医療センターを受診する全患者にトリアージを実施しているが、JTASではなく独自の4段階評価を用い救急医療センター全看護師が行っている。その為、トリアージ実施者によって観察方法や判定結果等に差があるのではないかと考え、今回調査をすることでトリアージの実際を分析・問題点を見出し今後の課題が明らかとなったので報告する。

【目的】

救急医療センター受診患者に対するトリアージ判定を分析し問題点を見出すことで今後の課題が明らかとなる

【方法】

期間：2019年4月1日～9月30日

対象：救急医療センター看護師32名

方法：患者のカルテから状態を把握し、トリアージ実施率・判定結果との比較 OT・UTについて原因と看護師の経験年数を分析 問題点・改善点を考察

【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、研究の趣旨を文章で提示し同意を得た。

【結果】

2019年4月～9月までの救急医療センター受診総数は9947名、トリアージ対象者は9478名であった。トリアージ実施率は98%、最少は4月(96.4%)、最多は7月(98.3%)であり、OTは3%、UTは7%であった。経験年数3年以上からリーダー業務が開始となり、トリアージ実施者の経験年数は1.1～2年目2292件、2.3～5年目3405件、3.6～10年目1347件、4.11～20年目1403件、5.21年目以上793件であった。

経験年数別のOTは1.106件(5%)、2.100件(3%)、3.82件(6%)、4.11件(1%)、5.12件(2%)であり、UTは1.186件(8%)、2.213件(6%)、3.71件(5%)、4.115件(8%)、5.79件(10%)であった。

OTの原因は、疼痛評価が欠落69件、慢性症状を過大評価29件、疼痛の強さを測定したが不適切評価28件、バイタルサインは正常だが症状や訴えのみで評価27件、病名による評価17件等であった。

UTの原因は、疼痛評価が欠落108件、疼痛の強さを測定したが不適切評価57件、高齢者の発熱46件、創部の観察不足46件、SpO₂過小評価23件等であった。

今回、命に関わるOT・UTは無かった。

【考察】

A病院のOT・UTの割合はOT=3%、UT=7%であり、各経験年数の結果と比較すると2.の割合とほぼ一致する。2.4ではOTは平均より少ないがUTにおいてはほぼ同率であったが5.ではUTが10%と高値であった。1.2が全トリアージの62%実施しており、勉強会はメンバー業務をおこなっている看護師が主に参加している。21年目以上ではメンバーの機会や勉強会への参加が少ない事から、トリアージ判定基準となる数値や観察内容の認識不足もありUTが高値になったのではないかと考える。

OT・UTの原因では「疼痛の強さの評価」である「観察不足」と「不適切評価」が共通しており、UTにおける特徴では高齢者の発熱やSpO₂値の過小評価を認めトリアージ判定に重要な1次補足因子の認識が不足していると考えられる。また慢性症状や予め明らかとなっている病名により「現在の症状を評価し緊急度を決定する」際に過大評価となりやすくOTに繋がっている事が明らかとなった。

トリアージを行う看護師になるには3年以上の救急領域の看護経験が望ましいと言われているが、A病院では救急医療センター全看護師で患者のトリアージを行っている。その為、精度の高いトリアージを実施する為に必要な共通の知識や指標について経験年数を問わず定期的に教育をおこなうことが必要であると考えられる。

[O3-04] トリアージにおける呼吸観察率の実態調査

～呼吸数測定率向上にむけて～

○押野 麻琴¹、鈴木 由美¹（1. 公立長生病院）

キーワード：呼吸、トリアージ、救急外来

【目的】 A病院は2次救急としての役割を担い、2013年より緊急度判定支援システム（JTAS）を用いたトリアージを行っている。

昨年の研究において、準緊急であるレベル3と判定した発熱患者のうち血圧、脈拍、SpO₂の測定率は97%だったのに対して、呼吸測定率が45%と低かった。呼吸数は循環動態や呼吸状態の変化に伴う血圧低下やSpO₂低下よりも早期に変化が現れる重要なバイタルサインである。呼吸数測定率向上を今後の課題の1つとしてあげた。呼吸測定率が向上することでより精度の高いトリアージを実施することができると考える。今回トリアージの際における呼吸観察の実態調査と分析を行なった。

【方法】 ①2020年2月1日から3月31日までの2ヶ月間、救急車で来院した患者154名を担当した看護師25名（常勤看護師16名 臨時看護師4名 パート看護師5名）の呼吸観察実態調査を行なった。②①の調査期間の開始前・終了後に担当した看護師に対して呼吸数を記録すること、全身性炎症反応症候群（SIRS）の診断基準やqSOFAなどについての意識調査をアンケート形式で行なった。

【倫理的配慮】 A病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】 ①体温・脈拍・血圧・SpO₂の測定率は96～98%だったことに対して、呼吸数測定の必要性を理解していたのは86%、測定率は74%と低かった。

②アンケートの結果、JTAS全項目を毎回トリアージ記録に記載することを実施前64%、実施後60%の看護師が必要ないと考えていた。理由として、a軽症の外傷患者、b医師の診察が始まってしまった時、c症状に対して必要性の低い項目などの回答があった。呼吸様式と呼吸回数共に必要だと64%の看護師は思っているが実際には両方記載された患者は54%（83名）呼吸回数のみ20%（31名）呼吸様式のみ14%（21名）両方記載されなかった患者は12%（19名）であった。また意識レベルの確認はしていても記載できていないことが分かった。理由として意識清明で受け答えがしっかり出来ている場合は記載を省略していることが分かった。調査開始前はSIRSの診

断基準を知っている看護師は40%、q SOFAは32%であったが、終了後はSIRSの診断基準を知っている看護師は60%、q SOFAは52%と改善した。しかし診断基準を用いた判断に活用できていない状態が判明した。

[考察] Scheinらによると、心停止した患者の84%は心停止前の8時間以内に症状の悪化や新たな訴えがあったとしており、急変した患者の半数以上が急変前に呼吸数24回/分以上を示していた。呼吸数は患者の重症度を評価する上で重要な指標の1つである。呼吸は意識的に変化させることが可能であり、意識的に変化させられない体温・脈拍・血圧・SpO₂に比べて測定が難しいことから他のバイタルサインの異常がなければ、呼吸数の測定は必要ないと判断してしまったのではないかと考えられた。呼吸数はSIRSの診断基準の4項目の1つであり、q SOFAの観察項目の1つでもある。重症化への移行を早期認知するためにも呼吸数の測定は重要であり、経験的判斷だけでなく、根拠を持って総合的に判断できるような継続的教育が必要と思われた。

[O3-05] A病院におけるトリアージナースが感じる困難な状況を明らかにする～救急看護の質向上を目指して～

○蓮見 駿¹、石上 八重子¹、大川 あさ子¹ (1. 地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院)

キーワード：院内トリアージ、救急外来

【はじめに】

A病院は24時間全次救急患者を受け入れており、2018年度の年間受診者数は46741名である。A病院では院内トリアージを行っており、待合室にいる患者までおもむきトリアージを行う方式をとっているが、待合室に出向くとトリアージ業務以外にも対応を求められることが多く、ストレスなど感じているのではないかとと思われる。既存の研究ではトリアージナースのストレスに関する研究の中に困難な内容に触れられているが、A病院での困難な状況は明らかにされていない。今回、A病院におけるトリアージナースが感じる困難な状況を明らかにする

【研究目的】

A病院におけるトリアージナースが感じる困難な状況を明らかにし、今後の看護の方向性を見い出す

【方法】

対象：当院における院内トリアージに従事する救急外来看護師3～5年目7名、6～10年目3名、10年目以降15名、計25名

救急外来看護師3～5年目 A群、6～10年目 B群、10年目以降 C群とした

方法：半構造化インタビュー

- 1、対象者に向けて研究の説明を実施
- 2、アンケート調査。項目はトリアージナースの求められる役割を8項目と自由記載、回答は5段階とした
- 3、アンケート調査の結果をもとにインタビュー（個人面接）を実施
- 4、アンケートとインタビューをもとにデータ分析

【倫理的配慮】

アンケートの回答により同意とし、研究終了後書類は速やかに破棄する。プライバシーの保護に努め、病院内看護局倫理審査委員会の承諾を得た

【結果】

アンケート回収率は95.6%。内訳は困難に「感じる」、「やや感じる」回答では、

- 1、「受診患者の緊急度判定」20件（A群：4件、B群3件、C群13件）
- 2、「患者・付きそい人とのコミュニケーション」9件（A群3件、B群3件、C群3件）
- 3、「適切な場所への誘導」1件（A群：0件、B群0件、C群1件）
- 4、「治療プロトコールに則った初期介入・応急処置を開始」5件（A群：2件、B群2件、C群1件）
- 5、「患者の観察および再評価」6件（A群：2件 B群：1件 C群：3件）
- 6、「患者の流れの調整」5件（A群：1件 B群：3件 C群：1件）

7、「トリアージ記録」2件（A群：0件 B群：0件 C群：2件）

8、「チーム医療の調整」2件（A群：1件 B群：1件 C群：0件）

インタビューでは、トリアージ判断基準の内容が多く「アンダートリアージの指摘がないためトリアージ能力が上がらない」患者・付きそい人とのコミュニケーションは「訴えが多く受診理由等を把握しきれない」「待ち時間へのクレーム」など。適切な場所への誘導は「ベッド不足」など。治療プロトコルに則った初期介入・応急処置を開始は「眼科、耳鼻科など少ない症例の対応」「患者数が多いと処置まで手が回らない」など。患者の観察および再評価は来院者数が多く再トリアージできないなどの内容が多かった。患者の流れの調整は「待合いの患者の診察までが2.3時間待ちになるとき」など。トリアージ記録は「電子化移行により入力時間を要する」「記載内容に迷う」など。チーム医療は「マンパワー不足」「上級医とのコミュニケーション不足」など回答が得られた。

【考察】

トリアージナースが困難な状況の要因として、1つの因子ではなく複数の因子が重なっていた。トリアージの判断に対して困難を感じていることや、来院数が多くさらに初期対応が必要な場合があり、1人で抱えなければいけない現状のシステムが原因と考えられる。今後の課題として、検証後のフィードバックなど、トリアージナースの教育や支援方法の見直しが必要と考える。さらに負担に感じないようなシステム作りの構築が求められる。

[O3-06] 事例検討会から考える院内トリアージのピットフォール

○酒井 由夏¹、近森 秀生¹、上總 麻里子¹、櫃尾 幸聖¹、町田 清史¹（1. 社会医療法人近森会 近森病院 救命救急センター）

キーワード：トリアージ、ピットフォール、JTAS

【研究背景】 A病院は院内トリアージを2012年に導入し、同時に事後検証を行ってきた。その結果、アンダートリアージは導入当初4.8%であったものが、2018年度は0.8%まで低下することができた。院内トリアージの質の向上には、事後検証が有用であることは様々な先行研究により証明されている。当院の事後検証はアンダートリアージ症例に関するフィードバックのみであったため、さらなるトリアージの質の向上を目的に、2018年度よりトリアージナース自身によりトリアージ症例を選んで事例検討会を開催している。事例検討会で発表された症例を再検証し、A病院における院内トリアージのピットフォールを抽出することで、トリアージナースの今後の教育に活かせるのではないかと考えた。

【研究目的】 院内トリアージのピットフォールを明らかにする

【研究方法】 1.期間：2018年5月20日～2020年5月30日、2.対象：院内トリアージ検証会で発表された13症例、3.方法：院内トリアージ症例検討会で発表されたトリアージ症例を項目毎に集計し、その傾向を分析した

【倫理的配慮】 A病院看護部倫理審査の承認を得た

【結果】 症例をstep毎に分析した。Step1では第一印象・重症感の決定因子が不明なものが46%、情報の統合が不十分なものが46%であった。Step2では自覚症状の評価として問診が不十分なものが53%、他覚症状の評価として「意識レベルの評価が不適格」15%、「表在性疼痛と深在性疼痛の区別ができていない」15%「ショックの評価ができていない」15%であった。他覚所見の評価では、66%の症例で身体所見が十分に評価できていなかった。Step3では情報の統合が不十分であり69%の症例で疾患の絞りこみができていなかった。

【考察】 Step1では重症感の決定因子が不明なものが46%あり、バイタルサインの値を根拠に sickと判断している症例があった。トリアージは患者と接触する前に患者の姿を観察し、重症感の評価を行う必要がある。これらのできていない要因として、第一印象の基礎知識がない、または定義の理解不足が考えられる。情報の統合では、1つの疾患しか考えられていない症例が38%あり、医学的知識不足や先入観、経験値による疾患の決めつけがあるのではないかと考えられる。

Step2では問診が不十分なものが53%であり、考えられた疾患と問診の相違がみられた。これは疾患の知識が乏しいため問診につながらないことや、問診スキル不足などが考えられる。他覚症状の評価では「意識レベルの評価が不適切」「ショックの評価ができていない」が15%と数は少ないが、重症化の可能性を見逃しているもの

があり、患者訴えなどを軽視した結果起こっているのではないかと考える。他覚所見では身体所見が十分に評価できていない症例が66%あった。これはハード面の問題も関係しているが、step1.2での観察不足などにより必要な身体所見の観察ができていないことが考えられる。

Step3では疾患の絞り込みができていないものが69%であり、step2での観察不足によりアセスメントが十分に行われていない結果と考える。

トリアージは、幅広い疾患の知識や少ない情報から患者の状況を素早くアセスメントすることが必要であるが、思い込みや先入観などがピットフォールとなっていることが明らかとなった。

[O3-07] ERでのトリアージにおける呼吸回数測定に影響する要因

○濱田 祐奈¹、大垣 由美¹、福田 ひろみ¹ (1. 徳島赤十字病院)

キーワード：トリアージ、呼吸回数測定

【はじめに】近年、呼吸回数と患者の急変には関係性がある事が明らかにされている。しかし、トリアージ問診票の記載状況を確認すると他のバイタルサインに比べて呼吸回数の記載漏れが多い事がわかった。呼吸回数と患者の急変徴候との関連は強く、トリアージレベルを決定するために重要な項目の一つである。呼吸回数測定には看護師個々の技術以外にも影響する要因があると考え本研究に取り組む事とした。【目的】ERでのトリアージにおける呼吸回数測定に影響する要因を明らかにする。【方法】A病院に勤務しERでトリアージに携わる看護師50名に質問用紙を配布し、呼吸回数測定に関して独自に作成したアンケート調査を行った。収集期間は2019年10月1日～10月31日とし、質問用紙の内容は、属性、成人のトリアージにおける呼吸回数測定について、小児のトリアージにおける呼吸回数測定について、トリアージ全般について、日常の呼吸回数測定についての5項目とした。アンケートの結果を項目毎に集計し、 χ^2 検定を行い有意確率を $p < 0.05$ とした。また、2018年4月1日～2019年3月31日までに実施された成人・小児トリアージ問診票から呼吸回数記入率を集計した。【倫理的配慮】A病院倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】2018年度トリアージ問診票の呼吸回数記入率は、成人91%、小児77%であった。アンケート回収率は88% (44名)であった。トリアージで呼吸回数を測定しているかの質問は、成人は「全例している」15名 (34%) 「ほとんどしている」17名 (39%)、小児は「全例している」10名 (23%) 「ほとんどしている」25名 (57%)であった。日常の呼吸回数測定は、ER専属では「全例している、ほとんどしている」11名 (100%)、ER以外は11名 (33%)であり有意差をみとめた。【考察】アンケートの呼吸回数を測定しているかの質問に対して、「全例している」、「ほとんどしている」と答えた人を合わせると、成人では73%、小児では80%とほとんどできているが、「全例している」のは成人では34%、小児では23%であった。呼吸回数を重要と答えている人が98%と高いことから、重要性を理解し実践しているため、今後は全例行うことを目標にすることが重要となる。ER専属の看護師の実施率が高いことは日頃から呼吸回数測定が習慣となっていると考えられる。また、ERではトリアージ以外でも救急医と直接かかわることが多いため呼吸回数を問われる機会が多く、そのことが呼吸回数測定への認識の高さに影響していると考えられる。呼吸回数測定を困難にさせる要因として、「第一印象で頻呼吸になっていないとわかるから」と答えた人が多いことから第一印象では呼吸の評価をしているが、実際の回数測定の実施までは行っていないことが考えられる。呼吸回数測定の実施と記録までをゴールと決めて行う必要がある。小児の呼吸回数測定においては「測定するのが難しいから」と答えた人が成人より多く、トリアージにおける小児の観察の難しさもあげられる。トリアージブースが必要と答えた人が73%いることから、呼吸回数測定がゆっくりできるような環境を整えるためトリアージブースの更なる整備が今後も必要になってくると考える。【結論】トリアージにおける呼吸回数測定は成人73%、小児80%ができていた。全体的に呼吸回数測定を重要とらえている人が多かった。できていない理由としては、第一印象で頻呼吸になっていないとわかる、小児においては呼吸観察が難しいことがあげられた。

[O3-08] 院内トリアージの質の向上に向けた取り組み

一院内トリアージに対するアンケートより一

○日浦 拓哉¹、大場 雄太¹、大泉 恵未¹ (1. 大阪府済生会中津病院)

キーワード：トリアージ、JTAS、現状調査

【背景】

当院では、2015年から夜間・休日のウォークイン患者に対し JTAS を用いた院内トリアージを導入したが、全ウォークイン患者の 10%程度に留まっている。本研究では、現在の問題点を明らかにすることで実施率の向上と正確性を目指したい。

【目的】

アンケート調査を行い現状を明らかにし、改善方法を検討する。

【方法】

2019年10月に全看護師15名にトリアージの必要性、判断基準及び問題点に関してアンケートを行い、14名から回答を得た(内トリアージナース4名)。得られた結果を集計・分析し、考察を行った。

【倫理的配慮】

目的外使用禁止、匿名性確保など書面で説明し、回答をもって同意を得られたものとした。看護部倫理委員会の承認を得た。

【結果】

「院内トリアージを継続するにあたり、トリアージを全患者に実施することが困難と感じていることはありますか?」について「はい」が100%であった。困難に感じる点として「人的環境」では、複数業務(6名・42.9%)、「施設関連」では、待合室でプライバシーが守れない(6名・42.9%)、「患者関連」で患者の多様化とウォークイン患者の増加(4名・28.6%)、「認識」では患者・家族からのご意見や質問につながる(6名・42.9%)などがあった。またトリアージナースのみを対象とした「院内トリアージを実施せずに診察の順番を変更することはありますか?」では(3名・75%)が「はい」と回答し、主な理由としては、問診表の「主訴や症状を聞いてすぐに診察が必要だと思ったから」や「診察のため呼び出しにいくが待合室にいない」があった。

【考察】

院内トリアージの必要性を認識しているが、実施率は10%程度に留まっている。原因としては、複数業務であることや、待機スペースの問題、患者の多様化がアンケート結果の上位に挙げられた。複数業務は、リーダー業務(受診相談や救急搬送の電話対応、コスト管理、スタッフ采配)とトリアージ業務であり、これを改善するにはリーダーの業務整理が必要である。そして、リーダー以外にトリアージ担当ナースを配置し、トリアージ業務に専念できる環境を作ることである。患者の多様化では、相談や問い合わせ件数の増加がトリアージに行けないことに繋がっており、業務整理による改善が期待できる。また他患者がいる待合室でのトリアージはプライバシー保持が困難であり、ハード面での改善要素もあるとわかった。さらに、トリアージ後の待ち時間や受付順変更が、「患者・家族からのご意見や質問につながる」とトリアージを躊躇する要因になっていた。そして問診表のみで診察順番を変更するトリアージナースが多いことも明らかとなった。まずは患者に接触して第一印象を観察することは必要であり、今後は個人差を減らす取り組みや教育機会を増やし、トリアージの質向上につなげたい。また待合室の構造上の問題、患者へのトリアージの説明など当院の救急受け入れ体制を検討していく要素も多いと感じた。

【結論】

トリアージの実施率が低い原因として、複数業務であることに加え、患者の多様化や待機スペースの要因が明らかになった。複数業務に関してトリアージ専従ナースを設け、業務分担をしていく。またトリアージの質については、標準化を図るために JTAS アプリを導入・使用し、教育機会を増やす必要を感じた。夜間・休日勤務の終了時に実施件数をスタッフ間で報告することが意識変容を生み、実施率の増加も期待したい。

[O3-09] 発熱高齢者の JTASレベル3または4を判定する補足因子に食欲低

下の有無を適応させる有用性の検証

○黒木 真二¹、村上 貴子¹、福島 由衣¹、上野 葵¹ (1. 独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 特殊外来 (救急センター))

キーワード：院内トリアージ、発熱、高齢者、食欲低下

【はじめに】

A病院を受診した高齢者は約4割を占めており、受診理由として発熱は2番目に多い症候であった。2017年4月にA病院を発熱のため受診して、JTASレベル4と判定された高齢者の入院率は30.4%であった。これはCTASレベル4の入院予測率(0~10%)を大きく上回るため、アンダートリアージ(以下UT)が示唆された。しかし、qSOFA 2項目未満の場合は、JTASレベル3または4となるが、それらを判定する補足因子に明確な指標はない。さらに、高齢者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。UTの場合には、適切な時間での再評価ができないため、敗血症に移行するような何らかの感染症が潜在する場合は急変の可能性がある。MINGYI CHENらは、食欲抑制に影響するレプチンは早期敗血症の有用な指標であるとしている。そこで、食欲低下は発熱高齢者のトリアージの補足因子として適応できると考えた。

【目的】

発熱を主訴とした高齢者に対して、JTASレベル3または4と判定する補足因子に食欲低下が有用であるかを検証する。

【方法】

1. 対象：2020年3月16日~4月13日に、A病院の救急センターに発熱を主訴に自力来院した高齢者。
2. 方法
 - 1) 研究デザイン：前方視的観察研究
 - 2) トリアージ方法：qSOFA 2項目未満で食欲低下を認める場合はJTASレベル3、認めない場合はJTASレベル4と判定する。
 - 3) データ収集方法：年齢、食欲低下の有無、qSOFA、転帰、入院時のSOFAスコアを問診表、トリアージ票、電子カルテより収集する。
 - 4) データ分析方法：JTASレベル3、4の入院率とqSOFA 1項目以上の該当者数と入院患者数を食欲低下の有無によって比較。統計処理はMicrosoft Excelを使用してカイ二乗検定を行い、有意水準を $p < 0.01$ とした。
3. 用語の定義
 - 1) 高齢者：WHOの定義に基づき65歳以上とする。
 - 2) 食欲低下：患者が食欲低下を自覚または第三者が患者の食欲低下を認識している場合とする。食事量で規定せず、消化管の器質的異常を認める場合は除外する。
 - 3) 入院：社会的要因で入院した患者は除外する。
4. 倫理的配慮

所属施設の管理者の許可を得て実施した。個人が特定できないようにデータ管理はロック機能付きUSBメモリを使用する。

【結果】

対象患者数は36名、年齢の中央値は78歳であった。JTASレベル別の患者数(入院率)は、レベル3は20名(30%)、レベル4では10名(0%)であった。食欲低下を認めた患者(入院患者数)は25名(10名)、認めない患者は11名(1名)であり、入院患者数においては有意差を認めた($p < 0.01$)。また、食欲低下を認めた患者でqSOFA 1項目以上の該当者とその割合は11名(44%)、食欲低下を認めない患者では該当者はおらず、有意差を認めた($p < 0.001$)。転帰として、食欲低下を認めた患者で入院となりSOFAスコア2点以上は5名、そのうち2名は死亡退院した。

【考察】

発熱高齢者に対して、食欲低下を補足因子にしてトリアージを行った結果、JTASレベル別の入院率ではCTASの入院予測率と合致しており、精度の高いトリアージが実施できた。また、入院とqSOFAの項目で有意差を認めたことや、入院患者のなかには敗血症と診断され重症化した事例もあったことから、発熱高齢者の食欲低下は潜在する敗血症を早期に示唆する要因として捉えることができる。食欲低下は、日常生活行動の変化である

ため、非典型的な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。

[O3-10] 年齢を補足因子として発熱患者のトリアージを行ったことによる影響

○飯田 京介¹、竹下 諒¹、中島 真寿美¹、宮下 恵理子¹、富山 絢子¹ (1. 横浜労災病院救命救急センター)

キーワード：トリアージ、JTAS、発熱

【目的】

緊急度判定支援システム(JTAS)による発熱患者の緊急度判定では、来院時 SIRS2項目以上又は qSOFA2点以上でレベル2 (緊急) としている。しかし、冬季におけるインフルエンザなどの流行期には敗血症でない多数の軽症者が SIRS2項目以上となり、同様の対応が求められてきた。当院では、2014年10月～2015年3月に発熱患者の年齢による適切なトリアージレベルについての研究を行なった。その結果、発熱を主訴に独歩で来院し、SIRS2項目以上を満たす患者において、65歳未満ではその入院率が低く、Canadian Triage and Acuity Scale(CTAS)の定めるレベル3 (準緊急) の予測入院率に相当した。研究以降、当院では SIRS2項目以上を満たす65歳未満の発熱患者は、他の因子が要因とならない限りレベル3としている。発熱患者のトリアージに年齢を補足因子とする有用性を述べている先行研究はあるが、実用例の報告はほとんどされていない。今回、発熱患者のトリアージにおいて年齢を補足因子としたことによる影響を検証した。

【研究方法】

研究期間：2019年10月～2020年3月

研究対象：上記期間中に発熱 (>38℃) を主訴に当院救急外来を独歩受診し、SIRS2項目以上を満たした15歳以上の患者

調査方法：診療録・トリアージ問診票を基に検証した後ろ向き観察研究

Primary outcome：65歳未満 (若年群) をレベル3、65歳以上 (高齢群) をレベル2とし、その入院率を CTASの定めるトリアージレベルごとの予測入院率と比較

Secondary outcome：トリアージレベルの変更に伴う影響を検証

分析方法：統計解析ソフト EZRを用い、 $p<0.05$ を統計学的有意とした。

【倫理的配慮】

本研究は、当院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

対象症例数350件 (若年群291例、高齢群59例) であり、基本情報は先行研究の結果を含め表の通りであった。今回の研究における入院率は若年群4.1%に対し、高齢群39.0%であった。これらはそれぞれ CTASレベル5 (0～10%) と CTASレベル3 (20～40%) の予測入院率に相当していた。性別・SpO₂・血圧・診察開始時間を説明変数として行ったロジスティック回帰分析では高齢群に対する若年群の入院オッズ比は0.059 ($p<0.001$) と低値であった。

【考察】

本研究でも若年群と高齢群の入院率に明らかな差が認められ、それぞれ CTASの予測入院率より低値であった。若年群と高齢群を65歳で分けたが、今後はより適切な年齢についての検証も必要と考えられる。

若年群の入院例のうち ICU入院はなく、緊急手術例も急性虫垂炎で保存的加療も検討されうる症例のみであった。更に、診察待機中に容体変化した患者は存在せず、レベル3へ下げたことによる患者への影響はなかったと考えられる。また、先行研究と比較し、適切でない可能性のあるトリアージを減らすことで、レベル2のトリアージから診察開始までの待機時間の短縮が期待されたが、中央値に変化はなかった。一方で、両群で15分以内の診察開始の達成率は有意に改善していた。これはレベル2の高齢群を適切に診察できるようになった可能性がある。若年群に関しては、インフルエンザや上気道炎などの軽症例が大幅に増加しており、インフルエンザ検査目的の受診が増えた影響が考えられる。

今回の研究は冬季に限定したものであり、新型コロナウイルス感染症の影響もある。今後は、年間を通しての

前方視的研究や、適切な年齢に関しての研究を行っていく必要があるだろう。

[O3-11] 救急外来におけるキャリア開発ラダーレベルに応じたトリアージ教育の導入

○佐藤 幸子¹、曾根 和美¹、佐藤 智之¹ (1. 大崎市民病院 救命救急センター 救急外来)

キーワード：院内トリアージ、段階的教育、救急外来

【はじめに】

A病院救急外来は、緊急度・重症度の判断において標準化された指標や客観視可能な教育体制が整備されておらず、問診を行う看護師の経験値や知識など個人の差異があり、判断に統一性がない現状があった。そこで院内トリアージを導入するにあたり、実践能力に応じた段階的な教育が必要であると感じ、院内教育として採用しているキャリア開発ラダー（以下キャリアラダー）毎に独自の到達目標を設定し教育を開始した。そこで教育導入後の変化を報告する。

【目的】

A病院救急外来看護師が、キャリアラダーに応じた知識・技術の習得を目的としたトリアージに関する教育を受けたことによる習得度の変化と今後の課題を抽出する。

【方法】

救急外来看護師28名の院内キャリアラダーレベルから1・2・3の3段階に区分し到達目標を設定。令和元年7月1日～12月31日まで6ヶ月間に救急外来を受診したウォークイン患者2258名に対し、救急外来看護師が独自のトリアージ用紙（第1印象での緊急・低緊急2段階評価）を使用し緊急度判定を実施。トリアージ用紙の記載内容を適切・不適切に分類後、単純集計し目標達成率と記載内容の変化について検証した。

【倫理的配慮】

対象者へ研究の主旨や方法を強制力が働かないよう十分配慮した上で書面と口頭で説明し、同意書への署名・提出をもって承諾を得た。また、データは個人が特定されないよう留意した。A病院看護部倫理委員会の承認を得ている。

【結果】

各トリアージレベルの記載内容における到達目標達成値はレベル1で100%、レベル2で97.5%、レベル3で98.3%となり概ね達成していた。またトリアージレベル毎でも記載内容に変化が認められた。レベル1は観察項目が複数記載から焦点化した観察となり判定理由も文章表現から簡素化していた。レベル2で第1印象と主訴から緊急度判定に関する内容の記載が増加した。レベル3は第1印象・自覚症状や他覚所見から仮説も含めた総合的な評価ができていた。

【考察】

各トリアージレベルで教育開始後6ヶ月での目標達成度の差は認められず記載内容も概ね適切であった。これはキャリアラダーに応じた個々の実践能力が教育前より習得できており、現状の実践能力に対し目標設定が低く、また常に救急看護を遂行するという環境的要因も目標達成の一因であると推察する。レベル1は助言を受けながら第1印象評価をすることで、的確に患者を観察するスキルが習得できたと考える。レベル2は2段階でのトリアージプロセス教育を実施したことで、第1印象と主訴から緊急度を捉える能力の向上が図られた。レベル3はこれまでの経験値や多角的に情報収集する能力や臨床推論・予測的判断能力に加え、思考過程を可視化したことでトリアージを意識した記載内容へと変化が認められた。今回はトリアージ教育の構築過程において緊急度判定を第1印象での2段階評価と設定し検証したため、十分なデータが得ることが困難な症例もあり客観的な判定や評価に限界があった。今後は緊急度判定支援システム（JTAS）を導入した場合の変化についても検証し、トリアージ体制の整備と実践能力の向上に向けた教育体制の再考が課題である。

【結論】

キャリアラダーレベルに応じたトリアージ教育は各レベルで到達目標が達成し、記載内容の変化から有効性が

示唆された。

[O3-12] トリアージ訓練を取り入れた院内トリアージ質の向上への取り組み

○星川 美穂¹、板橋 智也¹、石川 智子¹、星 智美¹、小田 博子¹ (1. 仙台市立病院)

キーワード：トリアージ、机上訓練、シミュレーション

【はじめに】A病院救命救急センター（以下救急外来）は1次救急から3次救急の救急車・ウオークインの患者と合わせて、2019年度で14719人を受け入れている。緊急性の高い患者が混在している状況にあり、平成24年より緊急度判定支援システム（以下JTAS）を取り入れ院内トリアージを実施してきたが、質の向上への取り組みが必要だった。今回トリアージ訓練を実施することでトリアージの質の向上につながるのではないかと考え取り組んだ。【目的】トリアージ訓練を行い、トリアージの質の向上につなげる。トリアージ訓練の成果を検証・評価しさらなる質向上のための教育を考察する。【倫理的配慮】看護部の承諾のもと実施し、研究で得られたデータは個人が特定できないように配慮した。トリアージテストの提出をもって研究に同意が得られたものとした。【研究方法】研究期間：2019年3月～2020年1月 方法：①訓練前に院内トリアージを実施している看護師24名を対象に、トリアージについて独自に作成したテストを実施した。②救急外来看護師を対象に、トリアージ訓練として、机上訓練とシミュレーションを各4回・合計8回実施した。③トリアージ訓練実施後に、訓練前と同じ内容のテストを再度実施した。④事後検証期間として訓練前の2019年4月～5月、訓練後の2019年12月～2020年1月とした。⑤事後検証はトリアージナースの認定を受けた看護師を中心にJTASを用いて実施した。【結果】トリアージ訓練の参加回数は1人あたり1～6回で平均2.7回だった。テストの回収率は訓練前100%の回収

（24名）、訓練後73%の回収（16名）だった。①トリアージテスト結果：訓練前のテストの中央値（四分位範囲）は15点満点中9点（6.5点～11点）であり、訓練後は11.5点（8.25点～13点）だった。訓練前後のテストについてマンホイットニーのU検定を実施したところ $p < 0.222$ で有意差はなかった。②トリアージ事後検証：訓練前後でアンダートリアージ（以下UT）率が低下したが、オーバートリアージ（以下OT）率は増加した。UT件数について χ^2 検定を実施したところ、 $p > 0.007$ で有意差が見られた。【考察】訓練の前後でテストの平均点の上昇とUT率の低下が見られた。このことは、訓練の中でトリアージの基礎知識を講義形式で行い、トリアージ判定のプロセスやJTASの使用方法を学習できたことが一因と考える。またシミュレーションにおいては、実際にあった症例をもとに実施できたことで、訓練の内容が身近なものとして捉えられ体験が知識とつなげて深めることができたのではないかと考える。一方でOTの増加につながってしまった。これはトリアージの講義の中で、患者の状態で判断に迷うときは安全を優先して、UTよりはOTを容認する説明をしたことや、アセスメントに対する自信のなさから患者の安全を担保するためにOT判定傾向になったと考える。しかしOTの判断は、トリアージの精度としては望ましいものではなく、適正にトリアージするための一つの過程として捉えることができる。今回の訓練を通して、トリアージについての認識が高まり、トリアージに対する基礎知識の理解は得られたが、アセスメント能力向上のためには訓練のみではなく、個々の学習が必要になる。今後の課題として、トリアージ精度向上のためのアセスメント能力を養う訓練の検討や、事後検証のフィードバック体制の確立を行い、継続した訓練の取り組みによりさらなる質の向上につながると考える。

[O3-13] A病院における2018年度院内トリアージ検証結果に対して行った取り組み後の成果

○北川 誠也¹、井上 真弓¹、田中 由美¹ (1. 地方独立行政法人 佐賀県医療センター 好生館)

キーワード：院内トリアージ、JTAS

【はじめに】

当院は、2010年より休日・夜間に救急外来を受診した患者（以下 walk in患者）に対し、緊急度判定システム（JTAS）を用いて、院内トリアージを行い、実施率は現在100%である。

2018年7月～12月において、院内トリアージを実施した walk in患者5,018名に対し、トリアージ検証を行い、アンダートリアージ（以下 UT）は44名（UT率0.87%）、オーバートリアージ（以下 OT）は45名（OT率0.89%）であった。年齢別で区分すると、0～10歳未満の乳幼児～小児の患児が全体の35.47%を占め、特に3か月～3歳未満の呼吸器系の症候で来院した患児で UTが約半数発生していた。そのため、小児の UT減少に向け、①小児科医師による解剖学的特徴に焦点をおいた勉強会、②救急看護認定看護師による小児トリアージの勉強会を開催した。また、全体の UT減少に向け、③トリアージシートの変更、④検証会をトリアージナース主体の事後検証会へ変更した。

今回、UT減少に向け取り組んだ後、6か月間の院内トリアージを JTAS基準に沿い再評価し、その結果から取り組みの成果を報告する。

【目的】

A病院における2018年度の院内トリアージ検証結果に対して行った取り組み後の成果を明らかにする。

【方法】

期間：2019年10月～2020年3月

対象：院内トリアージを実施した walk in患者4,873名。

データの収集方法：当院の救急外来一覧表の入力画面より、「トリアージレベル」「選別理由」「主病名」「医師の診察記録」を参照し、救急看護認定看護師2名により JTASの緊急度判定の基準に基づき相互評価し、UT・OTを抽出。

倫理的配慮：当院の倫理委員会の承認を得て、個人が特定されないことがないように配慮。

【結果】

全体の検証結果は、トリアージレベルⅢが1,860人（38.17%）、トリアージレベルⅣが2,382人（48.88%）であり、Ⅲ、Ⅳが約90%を占め、患者4,873人中、UTは32名（UT率0.66%）、OTは22名（OT率0.5%）であった。年齢別で区分すると、0～10歳未満の乳幼児～小児の患者が全体の約30%を占め、UT率の内訳として3か月～3歳未満、3～10歳未満がそれぞれ12.50%であった。OT率の内訳は3か月～3歳未満で36.36%と最も高い割合となっていた。選別理由で分類を行うと、呼吸器系のカテゴリーの UT率の割合が全体が高く、小児の UT率も呼吸器系で高い値を示したが、3歳未満の UT発生はなかった。

【考察】

当院の来院患者の傾向として、トリアージレベルⅢ(準緊急)・Ⅳ(低緊急)の患者が全体の約90%を占め、JTASⅢに該当する30分以内に診療を開始すべき患者が存在していることが示唆された。前回の検証では、UT率0.87%、OT率0.89%とトリアージ検証に関する先行研究と比較し、高い割合であった。今回の検証では、UT率、OT率ともに減少を認め、呼吸器系の症候で来院された3か月～3歳未満の患児では UTの発生はない。これは、前回の検証後に行った小児に関連した2つの勉強会により、小児の解剖学的特徴を理解し、疾患の季節性や流行期などを考慮した上で、呼吸数や呼吸状態の評価に重点をおいたトリアージがなされた結果と考える。また、検証会の方法をトリアージナース主体の形式へ変更したことで、自身のトリアージを客観的に捉え、内省することでトリアージの経験を学びの機会とできたことも要因として考えられた。今回の研究結果より、小児に重点をおいた勉強会、検証会の形式変更は効果的であったと考える。

[O3-14] トリアージの質の向上に向けて

～補足因子とフィジカルアセスメントを強化した取り組み～

○高橋 優美¹、木村 典子¹、阿部 徳子¹、後藤 郁子¹、神原 智美¹、篠崎 克洋¹、久下 淳史¹、屋代 祥典¹（1. 山形市立病院済生館）

キーワード：トリアージ

【目的】救急外来での患者トリアージは、2018年度の院内トリアージ実施料の改定にも反映されている通りその必要性がさらに高まってきており、トリアージの質の向上が求められている。当施設の救急外来では2014年度から緊急度判定システム(以下 JTAS)を基本とした患者トリアージを行っているが、事後検証や質の評価について明確になされていない現状がある。そこで、JTASとフィジカルアセスメントの学習会がトリアージ精度の改善につながったか腹部症状を主訴に救急外来受診患者について検討したので報告する。【対象】救急外来を受診し、救急外来看護師によるトリアージを実施し得た、救急外来受診患者2018年度1037症例、2019年度1216症例を検討した。【方法】2019年度の学習会内容1.腹痛を主訴とした患者の症例で症状解析ツールであるOPQRST.SANPLERを活用し、フィジカルアセスメントを含めた学習会の実施2.JTASの補足因子(呼吸.循環.体温.意識レベル.痛み)について読み合わせを10回/月5分程度実施3.救急認定看護師とトリアージ認定看護師と救急外来看護師1名が低緊急で入院になった15症例の問診入力内容の事後検証を実施し、救急外来看護師にフィードバックを行った4.2018年度と2019年度を比較検討した①救急問診票入力率②準緊急、低緊急のトリアージ判断割合③アンダートリアージ率【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諾を得た【結果】①救急問診票入力率の平均値64%から91%へ上昇②トリアージ判断割合は準緊急44%から53%上昇、低緊急48%から34%低下③アンダートリアージ率は準緊急16%から9%低下、低緊急19%から14%低下であった。【考察】院内トリアージは治療を受ける必要がある傷病者の緊急度や重症度を判定し、適切な治療介入のタイミングを決定するうえで必要な診療前評価である。腹痛は、自然に症状が治まる状態から、緊急手術を要する状態まで重症度の幅が広い。フィジカルアセスメントにおいてはまず痛みの部位を特定すること、痛みの程度、持続時間等が重要になってくる。今回の検討で、腹部症状を主訴に救急外来受診患者の救急問診票入力率、トリアージレベル判断、アンダートリアージ率を評価したが、いずれも改善が認められた。その要因として、学習会での、具体的評価方法の獲得とその意義の周知による救急外来看護師の行動変容が示唆されたと考えられる。今回の結果からは、救急問診票の入力がまだ低い項目もあり、全項目入力できていない問題もある。バイタルサインのみの評価、看護師独自の判断、情報不足によるトリアージ判断では重症患者を見逃してしまう可能性がある。トリアージ過程には重症感から緊急度判定に至るまで問診によって得られた情報をもとに、アセスメントを繰り返さなければならない。今後もトリアージの質の向上にむけて、事後検証を行い、救急外来看護師にフィードバックを繰り返していくことが必要である。【まとめ】事前学習での具体的評価方法の獲得とその意義の周知による救急外来看護師の行動変容が示唆された。トリアージの質の向上には学習会や事後検証とフィードバックの継続が必要である。今後も救急外来受診患者に対して迅速に緊急度、重症度判定しなければならないため、的確かつ効率的にフィジカルアセスメントを行う能力を高めていく。

[O3-15] トリアージ看護ケアモデルの開発に関する研究 第1報 ー緊急度判断に至る思考とプロセスの分析ー

○西塔 依久美¹、大川 宣容²、菅原 美樹³、中村 恵子⁴ (1. 東京医科大学医学部看護学科、2. 高知県立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学部、4. 札幌市立大学大学院)

キーワード：トリアージ、救急外来、緊急度判断、思考過程

【はじめに】わが国の救急外来トリアージシステムとして、緊急度判定支援システム（以下、JTAS）が標準化されたツールの一つとして普及している。JTASには緊急度判断に至るプロセスは明記されているものの、トリアージナーズがどのような思考で緊急度判断を行い、トリアージの限られた場面でどのような看護ケアを提供するのかについては明らかになっていない。

【目的】わが国のトリアージナーズが緊急度判断に至る思考やプロセスを明らかにすることである。

【方法】調査期間：2018年7月～2019年3月。調査対象：全国の救急告示医療機関で年間12000人以上を診療

し、かつ、J-TASを使用し、各病院のホームページ上に「院内トリアージ実施料」の掲載がある病院に勤務するトリアージナースで、救急外来経験が3年以上の看護師 6名。調査方法：受動的参与観察によるフィールド調査。分析方法：JTASのトリアージプロセスをベースとし、参与観察法で得たデータをプロセスの中に追加していきながら、トリアージナースの思考と緊急度判断のプロセスを模式化した。倫理的配慮：研究代表者が所属する大学の医学倫理審査委員会の承認を得て実施した。（承認番号：NS2909）

【結果】調査施設のトリアージ体制は、まず最初に受付事務が聞いた患者の主訴がトリアージナースに情報提供され、その後トリアージナースが患者と接触していた。トリアージのプロセスとして、緊急度に大きく影響する生理学的評価を第一印象として評価し、ひとまずの緊急性を考えたのち、問診や身体診察、詳細なバイタルサインの測定によりその結果を総合的に判断していることが分かった。また、緊急度判断の思考は、患者から得た情報（表情・主訴・言動・身体所見）をもとに、常に致死的な病態の可能性を肯定する、あるいは否定する作業が繰り返されていた。また、緊急度判断の思考の基盤として、疫学的な情報や疾患特有の症状や所見といった知識だけでなく、看護師自身の経験から見出されたものがあつた。

【考察】上記の結果から、わが国で提供されるトリアージ体制ではJTASのトリアージプロセスの「第一印象」の前に受付事務員などによる情報提供があり、その事前情報から仮の緊急度判断を行うプロセスが入っていることが明らかとなった。また、緊急度判断はJTASのプロセスのように最後に行うのではなく、トリアージプロセスの各場面で緊急度に影響する情報が入るたびに緊急度判断を行っていることが分かった。緊急度判断の思考は、対象者の症候から病態を想起する仮設演繹法やパターン認識を中心とした臨床推論が用いられていた。トリアージナースが緊急度判断に至る思考は、座学で習得した単なる知識だけで成り立つのではなく、トリアージの経験から学習し、緊急度判断の思考が醸成されていくことが明らかとなった。

本研究は JSPS 科研費 16K12038 の助成を受けた研究の一部である。

[O3-16] トリアージ看護ケアモデルの開発に関する研究 第2報 ー院内トリアージにおける看護ケアとは何か？ー

○西塔 依久美¹、大川 宣容²、菅原 美樹³、中村 恵子⁴（1. 東京医科大学医学部看護学科、2. 高知県立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学部、4. 札幌市立大学大学院）

キーワード：トリアージ、救急外来、看護ケア、トリアージ看護ケアモデル

【はじめに】わが国の救急外来にトリアージシステムを取り入れようと社会全体が動き出してから約15年が経過した。そして現在、本邦では緊急度判定支援システム（以下、JTAS）が標準化されたツールの一つとして普及している。しかし、JTASがトリアージシステムとして普及してはいるものの、トリアージ場面での看護ケアを明らかにしたものはない。

【目的】緊急度判定支援システム(以下、JTAS)普及後の救急外来トリアージにおける看護ケアをトリアージ実践の観察とインタビュー調査から明らかにすることである。

【方法】調査期間：2018年7月～2019年3月。調査対象：院内トリアージ実施料を算定している全国の救急告示医療機関に勤務するトリアージナースで、救急外来経験が3年以上の看護師 6名。調査方法：インタビューガイドを用い、半構造化面接を行った。分析方法：インタビュー調査の逐語録をテキストファイル化した。記述内容を熟読して概要をつかみ、コーディングファイルを作成した。分析には、NVivo12を使用しテキストマイニングによる分析を行った。倫理的配慮：研究代表者が所属する大学の医学倫理審査委員会の承認を得て実施した。（承認番号：NS2909）

【結果】インタビューデータから看護ケアに関連する頻出語は「患者」、「ケア」、「家族」、「訴え・言う」、「聞く」、「意識」、「看護」、であった。また共起する重要なキーワードとして、「印象」、「表情」、「判断」、「思い・不安」、「知る」、「見る」、「配慮」、「症状」、「緩和」、「汲み取る」、「待つ」、「安心」、「安全」などが抽出された。頻出語から素データに戻り文脈を読み解くと、「患者や家族の訴えや話そうとしていることを聞くこと」が優先されていた。また、すべてのトリアージナースが大切にしている実践として「不安の緩和」を挙げており、頻出語と一致する結果であった。

【考察】トリアージにおける看護ケアとして、トリアージプロセスのすべての場面の中で常に対象者の不安の緩和を念頭に対応していることが明らかとなった。まずは〈患者や家族の訴えを聞くこと〉で〈思いを汲み取り〉〈安心〉を提供していると考えられる。また、対象の症状に応じた待機場所の提供やファーストエイドの実践、患者指導などから、それぞれの場面に応じた【生命を守るケア】【症状緩和のためのケア】【症状の進行を予防するケア】【苦痛や不安緩和のためのケア】を実践していることが示唆された。これらの看護ケアが患者・家族への信頼を生み、診察待ち時間に対する苦情の減少といった効果も生み出していた。トリアージナースが看護ケアに至る思考の基盤となるものは「患者や家族が体験しているであろう不安や苦痛を緩和したい」という思いであり、その思いが対象に応じたケアの提供につながっていることが示唆された。

本研究は JSPS 科研費 16K12038 の助成を受けた研究の一部である。

[O4] 一般演題4

[O4-01] 新百合ヶ丘総合病院で経験した災害実例報告

今後のシステム構築にむけて

○齊藤 裕己¹、布施 友里恵 (1. 新百合ヶ丘総合病院)

[O4-02] 演題取り下げ

[O4-03] 災害拠点病院における看護師の災害初期対応に対する意識調査

○石本 誠二¹、川由 京子¹、佐々木 智恵子¹、平井 由佳² (1. 島根県済生会江津総合病院、2. 島根県立大学看護栄養学部)

[O4-04] 救難訓練に参加した消防学校学生の傷病者体験による気づき

○平井 由佳¹、渡邊 克俊¹ (1. 島根県立大学看護栄養学部)

[O4-05] A病院で勤務する看護職員の災害対応に関する実態調査

○中野 英代¹、今泉 香織¹、松尾 照美¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

[O4-06] 高齢者施設に対する DMATの活動報告ーリロケーションケアに繋ぐ視点ー

○小岩井 千夏¹、山崎 友香子¹ (1. 信州大学医学部附属病院高度救命救急センター)

[O4-01] 新百合ヶ丘総合病院で経験した災害実例報告

今後のシステム構築にむけて

○齊藤 裕己¹、布施 友里恵（1. 新百合ヶ丘総合病院）

キーワード：心のケア、災害、病院

<はじめに>

災害コードも確立されていない状態で、登戸通り魔殺人事件の患児や患児家族の対応をおこなった。

災害時には他部署と協力し、災害に合わせて細かい配慮と、チームビルディングを発揮し、円滑な活動を行わなければならない。これらを達成させるためには課題も多い。今回は当日の動きを俯瞰し検証していきたい。

<目的>

災害時に家族のケアも十分に行えるようなコード作成のための検証

<研究方法>

1) 5/28後方視的観察研究

2) 研究で得られた情報は個人が特定できないように配慮し、研究データは研究以外に用いることはない。当院の倫理委員会にて承認を得た。

<結果>

8時04分 第1報 10数名が通り魔に刺された

8時10分 コントロール 各部署の課長を招集、クロノロジー・記録写真、必要物品指示

8時15分 第2報 頸部切傷小学生ショック、輸血などの受け入れ準備

8時23分 ①7歳女児 頸部刺傷搬送

8時25分 ②7歳女児右頸部鎖骨刺傷搬送

心療内科・リエゾン看護師が到着

8時40分 ①②の患児が同時に初療室1.2入室

9時09分 十数人の傷病者が現場で待機、受け入れ要請③の搬送予定者は他院へ

9時10分 4名の患児受け入れ要請、承諾

9時33分 ④6歳女児顔面の切創、初療室3入室

9時55分 ⑤8歳女児右上肢切創、初療室1入室

⑥6歳女児顔面の切創、リカバリー7入室

10時05分 全て搬送は終了

<考察>

1.現場にロジが参加し情報収集

提供される情報は断片的である。ロジが現場に行き情報収集をする必要がある。

2.現場の混乱は必ずある

看護師と医師、ロジがタッグを組み資源管理を行う必要がある。

3.作戦会議は早々に追加情報は正確に

初動前に災害宣言「災害スイッチ」を入れる。正確な情報を積極的に収集し活動に生かす。

4.災害に備える

災害初でもノロク口記録ができるように見本を作り正確に記録する。非常時の物品管理を行う必要がある。

5.心のケアは救外到着時から介入が必須

杉本は「救外外来看護師は災害発生時、初動体制の立ち上げや多くの傷病者の受け入れ等初動対応に関わり、医療チームの中心的な役割を担うことが期待される」¹⁾と述べるように、今回の事例でも患児や患児家族と最も長く関わっていたのは看護師である。

救急外来の看護師と入院病棟の看護師が1人の患児を受け持った。患児から出た言葉を聴き、できるだけ子どもの求めに応じた。率直な気持ちを聴き病棟の看護師に伝えた。当院では、全員入院をさせ24時間絶え間なく観察し心療内科医の介入ができる環境を作ったことが重要であると考えた。

「災害時にストレスを受けるには被災者だけでなく、救護にあたる援助者もストレスを受ける。援助者は隠れた被災者と呼ばれている」²⁾当院では、労働安全衛生委員会がスタッフに対し、10日目に心のトリアージを

行った。今回搬送された患児は全員命を落とさずに退院できたが、死亡事例にあたった場合のスタッフの精神的な負担は測りしれない。病院としてスタッフの心のケアも重要であるとする。

< 結論 >

災害が発生した場合に備えての病院づくりが求められている

心のケアは救急外来の初動から開始していく必要がある

引用文献

- 1) 救急外来看護師の災害初動時に関する知識・技術習得に向けた取り組み-災害研修会の導入を試みて 杉本寿代 京都府立医科大学病院 看護研究論文集2016
- 7) 災害時のこころのケア 日本赤十字社 平成20年第5刷発行第4章 p4

[O4-02] 演題取り下げ

[O4-03] 災害拠点病院における看護師の災害初期対応に対する意識調査

○石本 誠二¹、川由 京子¹、佐々木 智恵子¹、平井 由佳² (1. 島根県済生会江津総合病院、2. 島根県立大学看護栄養学部)

キーワード：災害、災害マニュアル、アクションカード

【目的】 A病院は B県における災害拠点病院の指定を受けた DMAT指定医療機関である。近年、日本では大規模な震災や豪雨災害が多発している。そのため災害拠点病院に勤務する看護師として災害発生時、迅速かつ的確な初期対応が求められることから研究者らにより A病院看護師に、災害対策マニュアルとアクションカードに関する周知を図った。本研究ではその取り組み後の看護師の災害初期対応における意識の変化と災害拠点病院に勤務する看護師としての心構えや能力についての考えを明らかにすることを目的とする。

【方法】 調査期間：令和元年9月～11月。対象：A病院に勤務する看護師131名。調査方法：無記名自記式質問用紙法。調査内容：災害初期対応における意識、災害拠点病院に勤務する看護師としての心構えや能力等。データ収集方法：回収箱を設置し任意で提出してもらった。分析方法：記述統計及び自由記述は文章の意味の類似性に基づきカテゴリー化し内容分析をおこなった。

【倫理的配慮】 対象者には研究の目的、プライバシーの保護について文章で説明し、調査用紙の自由意志での提出をもって同意を得られたと判断した。本研究は研究者の所属病院の倫理審査会の承認を得て実施した（承認番号：1-2-②）。

【結果】 131名に配布し115名から回答を得た（回収率88%）。そのうち記入漏れを除く109名（有効回答率95%）を分析対象とした。「看護師として意識の変化があったか」の問いに対し、75名（69%）が「意識の変化があった、少しあった」と回答し、28名（26%）が「あまりなかった、全く変わらなかった」と回答があった。「意識の変化」の内容として「災害が身近に起こるものだと感じた」、「役割を認識できた」、「行動のイメージができた」との回答があった。「アクションカードを用いて行動できるか」について23名（21%）が「自信がある、少し自信がある」と答え、86名（79%）が「あまり自信がない」と答えていた。自信のない理由として「実際に使用したことがない」、「実際の災害をイメージできない」と答えていた。「災害拠点病院に勤務する看護師としてどのような心構えや能力」の問いに対して、<災害時に備えた知識や技術の習得>、<日常から災害拠点病院で働くものとして自覚を持った行動>、<日々の業務からの訓練>の3つのカテゴリー、10のサ

ブカテゴリーが抽出された。また、災害拠点病院で勤務する看護師として質の向上のために必要なこととして<災害研修に参加し知識・技術の習得>、<各部署の役割を理解した多職種との連携>、<次世代の人材育成>の3つのカテゴリー、7つのサブカテゴリーが抽出された。

【考察】今回、災害対策マニュアルとアクションカードに関する周知を図ったことで災害拠点病院に務める看護師としての意識の変化が約70%に見られた。しかしながら、災害は予測不可能に起こり、実際に災害時の対応を経験することは少ない。そのため「アクションカードを用いての行動」には、80%近くに自信のなさが現れていた。「災害拠点病院で勤務する看護師として質の向上」のためには、日頃から災害に対して意識や関心を高く持つことと、災害を想定した研修やシミュレーションを繰り返し行い知識・技術を習得するとともに、各部署の役割を理解した多職種との連携を図り、人材育成にもつなげていく必要性が明らかとなった。

[O4-04] 救難訓練に参加した消防学校学生の傷病者体験による気づき

○平井 由佳¹、渡邊 克俊¹（1. 島根県立大学看護栄養学部）

キーワード：救難訓練、消防学生、傷病者体験

【目的】

A空港では、被災現場での初動対応をはじめ、各種緊急活動やその手順を習熟し、航空機火災の防御・人命救助・医療救護等の体制を確立することを目的に、空港機関、警察や消防、医療機関に所属するDMATや救護班などが合同で傷病者の救難救護訓練を実施している。今回、我々は訓練に携わる傷病者役を担う消防学生に着目した。本研究では青年期にある男性消防学生が模擬傷病者を演じたことによる気づきの様相を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】

対象：本研究の参加に同意が得られた、A空港航空機事故消火救難訓練に参加した消防学生40名。方法：令和元年9月26日の訓練実施日翌日に、「救難訓練に傷病者役として参加した気づき」をA4用紙1枚に自由に記述してもらい、無記名で任意で提出してもらった。分析方法：提出されたレポートの記述内容を研究者間で精読し、学びや気づきに関する記述を抽出した。次に、抽出したデータ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。客観性の確保には、研究者間で討議を行った後、研究者以外の教員と災害看護に精通した研究者にスーパーバイズを求めた。

【倫理的配慮】

調査対象者がレポートに記述するにあたり、授業や学校行事等の支障がないよう、あらかじめ消防学校責任者と相談し、時間を調整した。調査対象者に本調査の主旨と目的、個人情報保護および倫理的配慮について説明した。レポートは任意で提出してもらい、提出をもって本研究への同意とみなした。本研究の実施にあたり研究者所属機関の研究倫理審査委員会の承認を得た（審査番号298）。本研究における利益相反は存在しない。

【結果】

39名の学生からレポートの提出があった。そのうち無記入の1名を除いた38名を分析対象とした。学生の平均年齢は20.64±1.91歳、そのうち救命救急士の資格保有者は9名であった。レポートの文章を意味内容の類似性に基づきグループ化し分類したところ、<連携と情報伝達>、<傷病者集積技術>、<医療者の心構え>、<傷病者対応への不満>、<救護所のありよう>の4つのカテゴリーと16のサブ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。

【考察】

今回、訓練に参加した消防学生達は、災害現場での消防やDMATの指揮本部、関係諸機関との密なく連携と情報伝達<の重要性に気づいていた。また、医療者らが「的確なトリアージ」や「迅速な処置」を行っている姿から<傷病者集積技術>とともに、「緊張感の中で冷静さを保つ」といった<医療者の心構え>を学んでいた。また、傷病者が次々と集積所に運ばれ、傷病者でスタックが生じた現状から「救護所スペースの狭さ」や導線の確保などの問題が浮き彫りになるにつれ、<救護所のありよう>に問題意識を感じていた。一方で、傷病者のトリアージカテゴリーによっては、治療や搬送の優先順位が低くなり、対応が後回しにならざるを得ない。そのため、治療待機群に篩い分けられた者は「待たされることによる不安」から、「適切な処置を受けられていない不満」や「対応の遅さ」など、不満感が出現することに気づいた者もいた。災害現場では迅速に救える命を救うことが最優先とされるため、親和的な対応や接遇面がどうしても見過ごされやすい状況となる。今回も訓練の現場であっても怒号が飛び交い、傷病者役の者に対して「無配慮な心ない言葉」が寄せられていた現状を体験したことから、傷病者に対する配慮や声かけ、「安心感を与える関わりの必要性」について傷病者役を通した気づきが得られていたことが明らかとなった。

[O4-05] A病院で勤務する看護職員の災害対応に関する実態調査

○中野 英代¹、今泉 香織¹、松尾 照美¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

キーワード：基幹災害拠点病院、災害対応、BCP

【はじめに】

A病院は基幹災害拠点病院であり、災害が発生した際は被災地からの重篤な傷病者の受け入れ、広域搬送への対応、医療救護班の派遣など、災害時の医療救護活動の中核を担う役割がある。私たち看護師は院内において24時間365日勤務する職員数の最も多い職種であり、災害時においても第一線での対応が必須となる。そこで、A病院に勤務する看護職員に対して災害対応についての実態調査を行い、今後の課題を明らかにする。

【方法】

A病院に勤務する看護職員518名（管理室、新採用者、パート職員、看護助手は除く）に対し、独自で作成した自記式質問紙による実態調査を行った。調査項目は①基本属性、②災害訓練・勉強会への参加の有無、③各部署における災害教育の実施状況、④BCP（事業継続計画）に関することについてであり、得られた結果を単純集計した。

【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。また、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】

回収率は95%で、そのうち有効回答率は92%であった。

災害医療や災害教育に興味はあるかでは、ある25%、少しある59%、あまりない13%、ない1%、どちらでもない2%であった。災害医療や災害教育に興味がある、またはすこしある人の中で、今までの研修参加率は、エマルゴ29%、実動訓練33%、スキルアップ研修39%であった。

BCPの存在を知っているかでは、知っている46%、知らない54%であった。また、BCPの存在を知っている人の中で、部署内の行動内容を理解できているかでは、理解している8%、少し理解している45%、あまり理解していない39%、理解していない7%、どちらでもない1%であり、BCPに沿って行動することができるかでは、できる3%、少しできる27%、あまりできない44%、できない21%、どちらでもない5%であった。

【考察】

災害医療や災害教育に対して84%の看護職員が興味を持っているにもかかわらず、災害に関する研修の参加率

は30～40%であったことから、通常業務を行いながらでの研修参加は難しく、学ぶ機会が少ないことが伺える。そのため、今後はこれらの研修の開催時期を考慮したり、e-learning（ナースングスキル）の活用を行い時間場所を問わず学べる環境を調整していく必要がある。また、BCPの周知率が46%とやや低値であった。これはBCPの管理を各部署に任せていたため、保管できていない部署もあったことが原因であると考えられる。昨年度末に災害対策ワーキングにおいて、再度BCPを全部署に配布しているため、今後は当該師長に保管管理と看護職員への周知を依頼することでBCPの意識づけにつながると考える。

今回の結果をもとに、今後はBCPの周知を徹底するとともに、それぞれの内容の理解を促し、行動につなげていく必要があるため、全体研修や各部署においてBCPについての研修を計画していく必要がある。

[O4-06] 高齢者施設に対するDMATの活動報告ーリロケーションケアに繋ぐ視点ー

○小岩井 千夏¹、山崎 友香子¹（1. 信州大学医学部附属病院高度救命救急センター）

キーワード：災害、高齢者、リロケーション、高齢者施設

【はじめに】

令和元年10月12日、台風19号が上陸し、日本各地で甚大な被害をもたらした。翌日、長野市では千曲川の堤防が決壊し、広域にわたり住宅街が冠水した。同日から3日間、A病院第1隊目の災害派遣医療チーム(以下DMAT)が出動し、主に高齢者施設の災害支援を行った。施設避難による搬送先の選定や、移動を余儀なくされる高齢者の思い、それを取り巻く周囲の反応等から学んだことを報告する。

【倫理的配慮】

報告内容を発表することについて所属部署の管理者の許可を得た。また、報告内容は個人が特定されないよう表記し、活動時に収集した情報は活動報告の目的以外で使用しないよう管理した。

【活動概要】

活動1日目はDMAT活動拠点本部の指示に従い、介護老人保健施設と特別養護老人ホームBへ行き、医療ニーズを確認した。B施設職員からは「利用者のことを思うと、なるべくここで頑張りたい。」という言葉があった。

活動2日目は、施設避難が必要な特別養護老人ホームCからトリアージで「赤」と判断された約90名と「黄」と判断された約30名を近隣の急性期病院へ搬送するミッションであった。1階が水没したC施設の被害は深刻であり、長期間使用できない状況であると推測できたが、搬送される施設利用者に対しC施設職員が手を握りながら「ここに帰って来るんだよ。」と声を掛けている姿が印象的であった。また、急性期病院への搬送を拒否する利用者・家族があり、再度搬送先をマッチングする事態が発生していた。

活動3日目のミーティングでは、DMATが行っている搬送に対し同意が得られず、勝手に連れていかれたと感じる施設利用者・家族が多く存在することが問題に挙がった。そのためDMATのみで行っていたマッチングに行政が介入し、療養型施設や介護施設を中心に搬送することになった。活動終了時刻となり、後方隊へ引き継いだ。

【考察】

DMATとは、災害直後から被災地に向け、急性期（おおむね48時間以内）に救命治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームである。今回の活動では高齢者施設の利用者を対象としており、重度者のトリアージレベルは高くなるものの、急性期病院で新たな医療介入の必要はなく、違和感を覚えた活動であった。対象者のトリアージレベルを「赤」としたとき、医療では高度な治療介入が必要であると予測される一方で、福祉では高度なケア介入が必要であると認識されているため、そのギャップを埋める必要があると考えた。

また、ライフラインの確保が難しく、施設避難を要する状況であっても、その場に留まりたい、帰りたいという利用者・家族、施設職員の思いを目の当たりにした。高齢者は防御力・予備力・適応力・回復力の低下により生活環境の変化を受けやすい。それゆえに、災害時のリロケーションによる身体的負担のみならず喪失感、混乱が深刻であると指摘されている。施設避難を要するような災害急性期においても、高齢者のリロケーションケアに繋ぐ視点を持ちながら、高齢者の時間軸と移り変わる状況を意識し、困難を体験している高齢者の自然な感情を打ち明ける機会を設け、その人なりに災害の受け入れができるよう促すことが必要であると考えられる。

【結語】

災害急性期においても、高齢者のリロケーションによって引き起こされる身体・心理的特徴を理解するとともに、生活という長期的な視点を持ち活動する必要がある。

[O5] 一般演題5

- [O5-01] 成人におけるポジショニング枕と新生児用ウレタンフォームの体圧比較～下肢褥瘡予防を目指して～
○野澤 菜也¹、計良 絢香¹、水戸 のぞみ²、熊倉 寿希¹、岩本 満美¹ (1. 北海道大学病院 ICUナースセンター、2. 北海道大学病院 2-2ナースステーション)
- [O5-02] 救命救急センターのせん妄発症高リスク患者に回想法を実施することの効果
○上田 卓矢¹ (1. 徳島赤十字病院救命救急センター)
- [O5-03] 人工呼吸器管理中の気管内吸引方法による吸引効率の検討ー閉鎖式吸引と開放式吸引の違いー
○竹本 洋輔¹、勝手 淳一¹、西川 和彦 (1. 四国こどもとおとなの医療センター)
- [O5-04] A病院の救命救急病棟で緊急気管挿管された患者32例の特徴～挿管8時間前からの状態変化の傾向～
○吉田 友梨恵¹、能登谷 葉月¹、坂本 舞¹、桐澤 成美¹、井下田 恵¹ (1. 市立函館病院救命救急センター)
- [O5-05] 経口気管挿管に対するカテーテル固定用パッチの有用性
○大林 将人¹、譜久村 翔¹ (1. 東京医科大学病院救命救急センター)
- [O5-06] ICUにおけるせん妄予防の有用性
○元川 直哉¹、濱田 悦子¹、藤田 真侑子¹、山田 晃子² (1. 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院 看護部、2. 広島文化学園大学 看護学部)
- [O5-07] 重症患者に対するホットパックを用いた下肢保温による睡眠障害の予防効果
○小泉 由香子¹、馬川 未紀¹、小泉 満希子¹、天谷 愛¹ (1. 都立広尾病院救命救急センター)
- [O5-08] 救命救急センターに入院となった患者における不眠原因の経時的変化と患者・看護師評価の差
○濱田 有紀¹、古畑 亮¹、津田 雅美¹、須賀 将文¹、井上 明彦¹ (1. 兵庫県災害医療センター)
- [O5-09] A病院高度救命救急センターにおける褥瘡・MDRPU予防ケアへの看護師の意識と今後の課題
○吉丸 佳成¹、緒方 優¹、今泉 香織¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター)
- [O5-10] 情報共有と継続看護の重要性ー気管チューブの再挿入を回避した一例ー
○新里 恵¹、峯山 幸子¹ (1. 東海大学医学部付属病院高度救命救急センター)
- [O5-11] 敗血症患者に対するノルアドレナリン投与とMDRPU発生の関連性
○赤塚 真友¹、武田 成美¹、岩下 幸佑¹、阪口 理恵¹、下池田 百合¹ (1. 大阪急性期・総合医療センター 高度救命救急センター)
- [O5-12] Emergency PCI後にICUへ入室した、急性心筋梗塞患者の主訴に関する考察
○松本 剛^{1,2}、伊藤 晶子¹、高橋 千枝¹、渡邊 一也³ (1. 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 集中治療室、2. 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 クリニカルパス委員会、3. 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 看護部)
- [O5-13] ARDS患者への人工呼吸器離脱からADL拡大への援助
○飯村 友貴¹、鴻巣 有加¹、福井 美和子¹ (1. 公益財団法人筑波メディカルセンター病院)

[O5-01] 成人におけるポジショニング枕と新生児用ウレタンフォームの体圧比較～下肢褥瘡予防を目指して～

○野澤 菜也¹、計良 絢香¹、水戸 のぞみ²、熊倉 寿希¹、岩本 満美¹ (1. 北海道大学病院 ICUナースセンター、2. 北海道大学病院 2-2ナースステーション)

キーワード：褥瘡、下肢褥瘡、体圧分散

【目的と背景】 A病院 ICUでは、病状や鎮静により自力で動くことが困難な患者に対し、エアマットレスを使用するほか、下腿の下にポジショニング枕を使用し踵部の除圧を実施している。しかし、2016年度は9例、2017年度は12例に踵部やアキレス腱部などに褥瘡が発生した。そこで、踵部やアキレス腱部に褥瘡が発生した事例や、ECMO使用患者や末梢循環不全患者など褥瘡リスクの高い成人患者に、新生児用ウレタンフォームを使用し踵部の除圧を行ったところ、褥瘡が改善する事例があった。今回使用した、新生児用ウレタンフォームが成人の下肢褥瘡予防に効果があることは検証されていない。そこで、ポジショニング枕と新生児用ウレタンフォーム使用時のアキレス腱部にかかる体圧値を測定し、比較検討を行うことで成人の下肢褥瘡予防における新生児用ウレタンフォームの有効性を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は、2018年11月～2019年3月に A病院 ICUに在籍する医療スタッフのうち同意を得られた31名。ポジショニング枕と新生児用ウレタンフォームを使用し、仰臥位となった対象者の脛脛の下に踵部が浮くように各々を設置した。体圧測定器を使用しアキレス腱部の体圧を各々3回ずつ測定し、測定値を t検定にて解析した。また、対象者の下腿の長さ、脛脛の周囲径、その積と測定値を無相関検定にて解析した。

【倫理的配慮】本研究は A病院看護部自主臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象者31名中、男性23名、女性8名であった。下腿の長さは38～52cm (平均45.8cm)、脛脛の周囲径は31～39cm (平均35.5cm)であった。ポジショニング枕と新生児用ウレタンフォームの体圧値を比較すると、ポジショニング枕群(7.51±3.06mmHg)と新生児用ウレタンフォーム群(9.43±3.17mmHg)の間に有意差を認め(t=3.49, p<0.01)、ポジショニング枕の方が新生児用ウレタンフォームよりアキレス腱部の体圧は有意に低かった。また、下腿の長さ、脛脛の周囲径、その積と測定値との間に明らかな相関関係は認めなかった。

【考察】末梢血管が虚血を引き起こす可能性があると言われる32mmHgと比べ、どの測定においても体圧値が20mmHgを下回る低値であり、また下腿の長さ、太さとも強い正の相関を認めなかったことから、どちらを選択しても成人下肢の除圧ができると判断できる。A病院 ICUでポジショニング枕を使用し褥瘡予防を実施しているにも関わらず、下肢に褥瘡が発生した原因は、末梢循環不全などの患者要因に加え、体位変換によるずれ力や弾性ストッキングの皺、不適切なポジショニング枕選択などの外的要因で生じたことが考えられた。そのため、適切な体圧分散寝具を選択し十分な圧抜きをすることで、下肢褥瘡を予防していくことができると考える。

【結論】ポジショニング枕の方が、新生児用ウレタンフォームよりアキレス腱部にかかる体圧は有意に低かった。しかし、両者ともにアキレス腱部の体圧は低く、どちらを選択しても十分な除圧を行うことができる。現在ポジショニング枕としてさまざまな製品があり、看護師の枕選択が、褥瘡発生の要因の1つとなり得るため、適切な選択ができるようさらなるデータ分析を行っていく。

[O5-02] 救命救急センターのせん妄発症高リスク患者に回想法を実施することの効果

○上田 卓矢¹ (1. 徳島赤十字病院救命救急センター)

キーワード：亜症候性せん妄、せん妄予防、回想法

【はじめに】 A病院の救命救急センターは「断らない医療」の理念を基に、昼夜を問わず救急外来や一般外来からの緊急入院を受け入れている。また患者の在棟日数は2.8日(2019年度)と患者の入れ替わりが多い病棟であり、入院患者は短期間に環境が変化するため、その過程でせん妄を発症することも多い。また、亜症候性せん妄の状態がせん妄へと進展するリスクを高めることも報告されている。せん妄予防として回想法などがあるが、超

急性期領域においてせん妄の予防を目的とした回想法の研究は少数であり、その効果は十分に検証されていない。そこで重症候性せん妄患者に回想法を行うことで、せん妄発症の予防になるのかどうかを検証した。

【目的】せん妄発症高リスク患者に対して回想法を実施し、せん妄発症との関連性について明らかにする。

【方法】1.入院時に感染症と診断され、ICDSC1~3点と評価された重症候性せん妄の患者に対して看護師が患者の病室で日勤帯に1日1回10分~15分回想法を実施する。各勤務帯でICDSCによるせん妄評価を実施する。2.回想法を行なう前のICDSCスコアの平均点と行なった後のICDSCのスコア平均点を算出し、対応のあるt検定を用いて回想法の効果を判定する。

【倫理的配慮】A病院倫理委員会の承認を得て行なった。収集したデータは研究の目的以外には使用せず、研究後得られたデータは責任を持って破棄した。また、本研究に関しては開示すべき、利益相反にあたる企業はない。

【結果】対象者は10名となった。対象者の内訳は平均年齢79.0歳であった。救命救急センター平均滞在日数は5.4日、全員緊急入院であった。対応のあるt検定で分析をした結果、有意差はなかった。対象者のうち回想後にICDSCの数値が改善した人は7名、回想法後にICDSCの数値が悪化した人は3名であった。そのうち回想法後にせん妄発症した人は1名であった。回想法を行なう事で「患者の背景を知り、個々の患者に合わせた看護を行なう事ができた」「ベッドサイドのできるので、普段のケアに容易に取り入れることができる」など実施した看護師から肯定的な意見を聞くことができた。対象患者の反応としては、回想法中は表情が明るくなり、穏やかに話すことが多かったとの意見も聞かれた。

【考察】有意差はみられなかったが、回想法後にせん妄を発症した患者は1名のみであった。入院後早期に回想法を行い、精神的な介入を行ったことがせん妄発症を減少させたと考えられる。対象とのコミュニケーションの際に、看護師1人1人が意識して個別の人生背景を尊重する会話をを行い、ベッドサイドで短時間の回想法を実施することにより、心理面の安寧を促すことができれば、現時点ではエビデンスは不十分であるが、急性期病棟でせん妄予防ケアの一つとして取り入れられることができる。また、早期対応でせん妄発症の予防が可能になれば、患者の認知機能の改善や日常生活動作の拡大に繋がることが期待される。

【結論】本研究では単一でせん妄を起し得る直接要因である感染症に対しての回想法を実施したが、有意差はみられなかった。重症候性せん妄の患者に回想法を実施した後にせん妄を発症した患者は10名のうち1名のみであった。せん妄発症因子は多数あり、他の因子に対しても回想法の効果を検証していく必要がある。

[O5-03] 人工呼吸器管理中の気管内吸引方法による吸引効率の検討—閉鎖式吸引と開放式吸引の違い—

○竹本 洋輔¹、勝手 淳一¹、西川 和彦（1. 四国こどもとおとなの医療センター）

キーワード：閉鎖式吸引、開放式吸引、気管内分泌物

人工呼吸器管理中の気管内吸引方法による吸引効率の検討

—閉鎖式吸引と開放式吸引の違い—

四国こどもとおとなの医療センター 救命救急センター

○竹本洋輔，勝手淳一，西川和彦

キーワード：閉鎖式吸引，開放式吸引，気管内分泌物

【研究目的】

閉鎖式吸引と開放式吸引とで吸引効率に差があるのか検証することにより、実際の吸引量と自己で感じている吸引量の相違がわかる。その結果をもとに、患者の状態にあった気管内吸引手技を選択に活かし、より質の高い呼吸ケアの一助とする。

【研究方法】

1. 研究デザイン：実験研究，比較研究
2. データ収集期間：2019年6月～2019年9月

3. データ収集方法：人工呼吸器を使用し、模擬気管に作成した模擬痰を注入する。閉鎖式吸引と開放式吸引を行い、吸引量を測定する。

4. データ分析方法：人工呼吸器の設定と模擬痰の粘稠度と吸引方法別の全8群に分けてデータ分析を行う。測定して得られた値に対し、各 CPAP群で模擬痰の粘稠度別に2群間での t検定を行い、平均値の比較と、吸引効率の比較を行い、分析する。

【倫理的配慮】

人工呼吸器を用いた研究で、A病院倫理審査委員会の承認を得た。（倫理審査番号 H31-16.）
国立病院機構四国こどもとおとなの医療センターにおける利益相反に関する開示事項はない。

【結果】

各 CPAP群で模擬痰の粘稠度別に t検定を実施。高 CPAP群の粘稠度中程度痰の閉鎖式吸引と開放式吸引、低 CPAP群の粘稠度低い痰の閉鎖式吸引と開放式吸引、低 CPAP群の粘稠度中程度痰の閉鎖式吸引と開放式吸引の組み合わせで（ $p < 0.05$ ）有意差を認めた。高 CPAP群の粘稠度低い痰の閉鎖式吸引と開放式吸引の組み合わせは（ $p > 0.05$ ）と有意差を認めなかった。

【考察】

有意差を認めた3つの組み合わせで、開放式吸引の方が模擬痰を多く吸引することができた。生体肺との違いもあり、高 CPAP群においては開放式吸引の吸引効率は高くなったと考える。気管吸引の合併症等、呼吸を総合的にみた場合閉鎖式吸引を第一選択とし、各施設における閉鎖式吸引手技の熟練度やコストなども含め気管吸引方法を検討していく必要があると考える。

【結論】

1. 低 CPAP群では吸引効率が閉鎖式吸引よりも開放式吸引のほうが良く、高 CPAP群の低い粘稠度の場合は、開放式吸引よりも閉鎖式吸引の吸引効率が良い。
2. 高 CPAP群では、模擬痰の粘稠度により、閉鎖式吸引よりも開放式吸引の吸引効率が良い。
3. 閉鎖式吸引と開放式吸引のメリットやデメリットを考慮し、患者の疾患やフィジカルアセスメントに基づいた吸引方法の選択と看護師の吸引手技の向上が重要である。

[O5-04] A病院の救命救急病棟で緊急気管挿管された患者32例の特徴～挿管8時間前からの状態変化の傾向～

○吉田 友梨恵¹、能登谷 葉月¹、坂本 舞¹、桐澤 成美¹、井下田 恵¹（1. 市立函館病院救命救急センター）

キーワード：緊急気管挿管、急変、RRS起動基準

【はじめに】

A病院（救命救急センター併設、648床、ICU8床、救命救急病棟26床）は、年間約8000名の救急患者を受け入れる地域の基幹病院である。2019年度、救命救急病棟（以下 ECU）への入院は2354名で、平均在室日数は4.5日であった。入院後35名が緊急気管挿管（以下挿管）されたが、本邦においては、入院後の挿管に関する先行研究が見当たらなかった。そこで、挿管患者に共通する症状や兆候を見出すことで挿管を予測し、迅速な急変対応につなげるための調査を行った。

【目的】

挿管前の患者状況を調査し、緊急挿管となる患者の傾向を明らかにする。

【方法】

2019年度に挿管された35名のうち3例（翌日の手術に備え予め挿管することが決定していた例、病状進行時に挿管する方針であった例、抜管直後の再挿管例）を除く32例を対象とした。聖マリアンナ医科大学での RRS起動基準に沿って、挿管前8時間のバイタルサイン変化と自覚症状・他覚症状を電子診療録より抽出し、患者背景や挿管理由など分析を行った。

【倫理的配慮】

本研究は A病院倫理委員会にて承認を得た。

【結果】

入院時の診断名は脳神経系7名、感染症系6名、呼吸器系5名、外傷・循環器系各4名、その他6名。30例から何らかの異常所見が抽出され、2例は起動基準に該当せず、複数項目に合致したのは19例

(59.4%)であった。‹1›呼吸器系、5分以上にわたる新たな SpO₂85%以下16名(50%)、呼吸数8回未満・36回以上10名(31.2%)、新たな呼吸苦の出現5名(15.6%)。‹2›循環器系、収縮期血圧90mmHg未満、200以上15名(46.8%)、新たな症状を伴った脈拍40回/分以下・130以上、160以上8名(25%)、新たな異常な脈8名(25%)、新たな胸痛1名(3.1%)。‹3›尿路系、新たに発生した尿量50ml/4h以下6名(18.8%)。‹4›神経系、急激な意識消失2名(6.3%)、新たな脳卒中、痙攣2名(6.3%)、‹5›その他、10分以上の異常な興奮7名(21.9%)、チアノーゼなどの皮膚色の急激な変化5名(15.6%)、制御不能な出血1名(3.1%)、制御不能な疼痛1名(3.1%)、これ以外の項目は0名であった。挿管の直接的原因は、Aの異常が3名(9.4%)、B23名(71.9%)、C・D各3名(9.4%)であった。院内急変時の緊急コールは2件起動されており、1件は吸引中に急変、痰による低酸素からの心肺停止、もう1件も痰が原因と思われる。その他、痰が影響していると思われる症例は4例あり、脊髄損傷や骨盤骨折など全て外傷系疾患だった。脳神経系疾患7名のうち3例が痙攣や意識レベルの低下を機に挿管され、他4例はBの異常から挿管となっていた。感染症系疾患の原因はB、C、Dと様々であった。

【考察】

緊急気管挿管に至る患者は、1項目ではなく複数の項目が絡んで急変することが示唆された。脊髄損傷など外傷系疾患では、安静を強いられることで効果的な痰の喀出が行えず、排痰困難に陥り挿管となることが分かった。循環器系の兆候と挿管の関連性は不明だが、興奮などは呼吸や循環の異常から派生したものと思われ、挿管を予測するには興奮などの変調も見逃すことなく気付くことが重要であると考え。医師への報告基準に達していない状況であっても、これらの兆候を複数認めた場合は、改めてABCDEアプローチに沿って観察し、医師へ早めに相談することを考慮すべきと思われる。今後、さらに分析を進め挿管の傾向を明らかにし、ECU看護師に周知することで迅速な急変対応を目指したい。

[O5-05] 経口気管挿管に対するカテーテル固定用パッチの有用性

○大林 将人¹、譜久村 翔¹ (1. 東京医科大学病院救命救急センター)

キーワード：経口気管挿管、アンカーファスト、皮膚障害、口腔障害、口腔ケア

【はじめに】

経口気管挿管は固定による皮膚障害や口腔障害、口腔内の汚染が生じやすい。人工呼吸器を装着している場合では、人工呼吸器関連肺炎を合併する可能性があり、それらの予防は看護師の重要な役割である。経口気管挿管の固定方法には、テープまたは固定具を用いる方法がある。固定具の一つにアンカーファスト[®]という製品があり、それによる固定法は皮膚障害や口腔障害の合併を予防すると報告されているが、我が国での報告は少ない。またアンカーファスト[®]の合併症予防効果以外の有用性についての報告も少ない。

【目的】

本研究の目的は布テープ、アンカーファスト[®]での固定方法を比較し、アンカーファスト[®]の合併症予防効果やその他の有用性を明らかにすることであった。

【方法】

A大学病院救命救急センターにて24時間以上経口気管挿管を実施した入院患者を対象とした。布テープ固定群(以降 TF群)とアンカーファスト[®]固定群(以降 AF群)の皮膚障害発生率、口腔障害発生率、1日当たりの口腔ケア回数、OAGスコアを後方視的に調査・比較し、有意水準1.3%にて有意差判定を行った。

【倫理的配慮】

本研究はA大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施し研究対象は個人が特定できないよう配慮した。

【結果】

対象はTF群35名、AF群43名であった。皮膚障害発生率はTF群42.8%(15名)、AF群7.0%(3名)であり、AF群が有意に低かった($p<0.001$)。口腔障害発生率はTF群31.4%(11名)、AF群7.0%(3名)であり、AF群が有意に低かった($p=0.007$)。1日あたりの口腔ケア回数はTF群平均値3.2回/日、AF群平均値4.1回/日であり、AF群が有意に多かった($p=0.002$)。OAGスコアはTF群AF群ともに中央値12.8点であり、有意差は認めなかった($p=0.671$)。

【考察】

口腔ケアは人工呼吸器関連肺炎の予防だけでなく、口腔内汚染や口臭の予防につながる。アンカーファスト[®]では、チューブストリップを使用し気管挿管チューブを左右にスライドすることで固定位置の変更が可能であり、口腔内の観察や口腔ケアは簡易になる。また布テープ固定ではテープの張替えやチューブ保持などにより、口腔ケアや観察の所要時間延長や人員確保が必要である。さらに布テープを張り替える際には、予定外抜管や気管挿管チューブ先端位置変動の可能性が生じるが、アンカーファスト[®]であれば、頻回な固定交換の必要性がないためそのリスクを抑制できる。したがって、口腔ケアや口腔観察の簡易化、計画外抜管・気管挿管チューブ先端位置変動の可能性低下、業務負担の軽減などの複数の要因により、口腔ケア回数が増加したものと考えられた。また布テープによる固定は、気管挿管チューブによる同一部位への圧迫が継続し、布テープ自体の粘着性・テープの張替えによる皮膚への外力が伴う。それに比べてアンカーファスト[®]であれば、適宜気管挿管チューブ位置の変更が可能であり、圧迫部位や圧迫時間の調整が可能であるため、同一部位への長時間の圧迫継続は避けられる。また頻回な間隔でのテープ張替えの必要性がなく、テープの粘着性やテープ張替え時に発生する外力を抑制できる。その結果皮膚障害や口腔障害発生率が減少したものとする。

【結語】

アンカーファスト[®]を使用することは、人工呼吸器管理中における口腔ケア回数の増加につながる。また皮膚障害・口腔障害発生率は減少し先行研究を支持する結果となった。上記からアンカーファスト[®]での固定は、経口气管挿管患者において有用であるとする。

[O5-06] ICUにおけるせん妄予防の有用性

○元川 直哉¹、濱田 悦子¹、藤田 真侑子¹、山田 晃子² (1. 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院 看護部、2. 広島文化学園大学 看護学部)

キーワード：せん妄予防、ICU

【目的】

近年、患者の高齢化が進み、A病院 ICUでもせん妄発症のリスク因子の多い患者の入室が多い現状がある。その中には非挿管患者の入室も多く、身体抑制やICUの環境、治療上の制限により、せん妄状態を誘発し、ICU入室期間の延長や患者の安全を妨げている可能性がある。せん妄を予防することは重要であるが、ICUにおけるせん妄予防ケア（以下、予防ケアとする）の有用性についての研究は少ない。患者の安全と安楽を確保し、QOLの維持するためにICUでの予防ケアの有用性を明らかにすることを目的とした。

【方法】

期間：令和元年8月1日～12月15日

対象：A病院 ICUに入室した65歳以上の非挿管および意識障害のない患者（認知症患者を含まない）

方法：

1) 対象者に患者データおよびせん妄の状況について情報収集

- 2) 先行研究を基に「背景・準備因子」「身体・治療因子」「患者因子」「周辺因子」の4領域102項目と薬剤104種類のせん妄因子から、6項目31因子のせん妄発症のスクリーニング用紙及びせん妄予防ケアセットを作成
- 3) せん妄発症スクリーニング、ICDSC、予防ケアの説明会を実施
- 4) 対象者の入室時にリスク因子のスクリーニングを実施
- 5) 実施可能な予防ケアをセット内から選択し実施し、各勤務帯で ICDSCを用いてせん妄を評価

【倫理的配慮】

A病院倫理委員会承認後、対象者に研究の旨について同意書を用いて説明を行った。また、収集したデータは本研究以外には使用しないこと、厳重に個人情報の管理を行うこと、一度同意しても撤回が出来ることを説明し同意を得た。

【結果】

介入群は16名、非介入群は32名であった。介入群では、せん妄発症者は1名、ICUの平均入室期間は2.9日であった。せん妄発症者1名に実施した予防ケアは、「疼痛コントロール」「日時・現状の把握」「家族の面会」「睡眠-覚醒リズムの構築」「個室管理」「日用品の持参」であった。また、せん妄発症者と未発症者では、各ケアとの有意差はなかった。非介入群では、せん妄発症者は8名であり、せん妄発症者と未発症者では、「背景因子」「準備因子」「身体因子」「治療因子」「患者因子」「周辺因子」「せん妄の有無と発症日」「予防ケアの実施内容」「認知症」のうち、「認知症がある患者」が χ^2 検定で有意差を認めた。周辺因子の「入室期間」では「入室期間が長い患者」、背景因子の「年齢」では「高齢者」がU検定で有意差を認めた。また、「無職」「脳血管障害の既往がある」「うつの既往がある」「高血糖」「電解質異常がある」「せん妄を発症しやすい薬剤を使用している」「侵襲の大きい処置の実施」でせん妄を発症しやすい傾向にあった。

【考察】

ICUの重症患者では「身体因子」「治療因子」のリスク因子を多数有する患者が多く、せん妄発症に影響する可能性が考えられる。75歳以上、入室期間が3日目以降、認知症を有している患者は、せん妄発症のハイリスク患者であると認識できる。さらに、介入群のせん妄発症者1名は、せん妄予防ケア8項目のうち、7項目を実施していた。また、31項目のリスク因子のうち20項目が該当しており、対象者16名のうち、一番多くリスク因子が該当していた。このことから、予防ケアの実施に関わらず、ICUの重症患者でリスク因子が多く該当する患者は、せん妄発症のリスクとなることが考えられる。ケア介入群、ケア非介入群ともにリスク因子を共通して有するが、介入群ではせん妄の発症率が抑えられており、予防ケアが有用であった可能性がある。

[O5-07] 重症患者に対するホットパックを用いた下肢保温による睡眠障害の予防効果

○小泉 由香子¹、馬川 未紀¹、小泉 満希子¹、天谷 愛¹ (1. 都立広尾病院救命救急センター)

キーワード：重症患者、睡眠、睡眠障害、体温管理、ホットパック

<目的>就寝前の入浴や足浴は睡眠障害の改善に効果があるとされているが、救命救急センターでは患者の重症度、緊急入院などにより容易に就寝前の足浴を実施できないことが多い。ホットパックによる下肢保温効果を重症患者に対し検討した研究はなく、ICU・救命救急センターにおける睡眠障害の予防に有効であるかは明らかとなっていない。就寝前にホットパックを使用し下肢を保温することで、睡眠障害の予防に効果が得られるか明らかにしたいと考えた。

<方法>1.研究対象者：オープンスペースの大部屋に入院した15歳以上の患者、重症度スコアの APACHEIIIにて11点以上60点未満の患者、SOAD score S項目¹⁾にて評価でき、JCSII-10以上の患者とした。2.データ収集内容：21時から翌日6時の間、SOAD score S項目を参考に睡眠状況を観察した際のスコア、患者の基本属

性、下肢保温日・通常のケアを実施する日の2日間の疼痛の訴えや体位変換の回数など睡眠・覚醒に影響を及ぼす項目、病室の照度・騒音値など環境条件についてデータを収集した。3.介入方法: 1人の対象者に、下肢保温日（以下ホットパック日）と通常のケアを実施する日（以下コントロール日）を設け、ホットパック日とコントロール日を交互に設定した。また、対象者を A群（1日目ホットパック日、2日目コントロール日）、B群（1日目コントロール日、2日目ホットパック日）に無作為に割り付けた。4.介入方法: ホットパック日は20時から30分間、ホットパックを使用し下肢の保温を実施した。また、病棟消灯時には照度を0-1lx以下、騒音値を47dB以下になるよう睡眠環境を整えた。睡眠状況は SOAD score S項目を使用し、21時から翌日6時の間1時間毎に1分間、4段階評価を行った。5. 分析方法: SOAD score S項目の平均値を比較した。本研究はA病院の倫理委員会から承認を得た上で実施した。

<結果>対象者20名（男性15名、女性5名）からデータ収集を行った。疾患は、循環器疾患が13名と最も多かった。介入前・中の環境条件は共に「30度以上のベッドアップ」の項目において、ホットパック日にベッドアップが多く実施され有意差が認められた。p値は介入前 $p=0.01$ 、介入中 $p=0.04$ であった。SOAD score S項目の平均値は、ホットパック日、コントロール日で有意差は認められなかった（ $p=0.11$ ）。（表1）

<考察>今回の検証では、ホットパックの有効性は確認できなかった。その原因として、以下の2点が考えられた。1点目は、ホットパック日の夜間に30度以上のベッドアップを多く実施していたことである。ベッドの背角度は、20度を超えると睡眠に悪影響を及ぼすとされている。30度以上のベッドアップが睡眠の妨げとなり、ホットパックの効果を弱めた可能性が考えられる。2点目は、ホットパックの実施期間が短かったことである。睡眠は末梢の熱放散により、深部体温が低下することで促進される。末梢血管の血流が増加し熱放散が起きれば、ホットパックの使用が1日でも睡眠に対し効果を発揮すると考えたが、期待した効果は得られなかった。先行研究では、足浴は2日目以降に効果が現れるとされており、ホットパックも同様に、2日目以降に効果が発揮されると考えられる。今後の課題として、環境条件を揃え、ホットパックによる下肢保温が連日実施できるように、介入日数を増やしていく必要がある。

1) SOAD score S項目は良く眠っている状態が0、完全に不眠の状態が3であり、平均値が0に近いほど良眠できている状態を表す。

[O5-08] 救命救急センターに入院となった患者における不眠原因の経時的変化と患者・看護師評価の差

○濱田 有紀¹、古畑 亮¹、津田 雅美¹、須賀 将文¹、井上 明彦¹（1. 兵庫県災害医療センター）

キーワード：睡眠

【目的】

入院中にはモニターの光や音、疼痛など患者の睡眠を阻害する要因が多く存在する。当救命救急センターでは Richards-Campbell Sleep Questionnaire（以下 RCSQ）を基にスコアと不眠原因を主観的（患者）評価と客観的（看護師）評価による2つの方法で評価している。そこで今回、不眠原因に経時的変化はあるのか、主観的評価と客観的評価に差があるのか、について検討を行った。

【方法】

2018年10月～2019年1月の期間に当救命救急センターに入院した成人患者を対象とし、意識障害、退院した患者は除外した。入院日、入院4日目・7日目・14日目における不眠の原因を、環境（音・光・温度含む）、看護ケア、疼痛、排尿・排泄、その他、に分類して後方視的に検討した。

【倫理的配慮】

当救命救急センターの倫理審査を受け承諾を得た。本研究の記録は完全匿名化とし、個人が特定されるようなデータは含まないように配慮した。

【結果】

期間中入院となった患者は205名であり、そのうち評価対象となったのは入院日で82名、4日目は78名、7日目は53名、14日目は33名であった。主観的評価の不眠原因として、入院時に最多は「環境」（34%）であった。入院後経過とともに「排泄」は増加傾向にあった。一方で、主観的評価と客観的評価の差については、「看護ケア」で最も差があった。

【考察】

I. 環境

環境は一貫して高い値を示している。当センターは、すべての患者が緊急入院であり、緊急度・重症度の高い外傷患者が多い。入院当初はアラームや光などの環境が原因として考えられる。

II. 看護ケア

不眠の原因である「看護ケア」に関しては主観的評価と客観的評価の差が最も多かった。看護師が気にするほど患者は不眠の原因として気にしていないと考える。

III. 疼痛

疼痛は比較的患者と看護師で一致していた。これは、当センターでは複数の疼痛評価を（NRS、PHPS、BPS、FS）使用しているためと考えられる。また当院は外傷患者が半数を占めており、状態が安定し手術を行うため7日目頃に疼痛が増強していると考えられる。

IV. 排尿・排泄

入院が長期になるにつれて上昇しているが、ADLが向上し膀胱留置カテーテル抜去に至っていることが原因として考えられる。

全体を通して、不眠の原因は入院経過とともに変化していた。また、患者と看護師で不眠の原因の認識に差が生じていた。看護師は不眠の原因を看護ケアであると考えていたが、不眠の原因としては少なかったことが分かった。

[O5-09] A病院高度救命救急センターにおける褥瘡・MDRPU予防ケアへの 看護師の意識と今後の課題

○吉丸 佳成¹、緒方 優¹、今泉 香織¹（1. 佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター）

キーワード：褥瘡、MDRPU、意識調査

【研究背景】

褥瘡の発生には、病的骨突出、栄養状態の低下、浮腫、多汗・失禁などの「個体要因」と、体位変換、スキンケア、栄養補給、リハビリテーションなどの「環境・ケア要因」があり、医療関連機器圧迫創傷（以下、MDRPU）は、さらに「機器要因」が重なり、これらが関連し、褥瘡やMDRPUの発生に繋がる。A病院高度救命救急センター（以下、ECU）には、外傷や脳卒中、心疾患など様々な診療科の患者が入院しており、全例緊急入院である。全身状態が変化しやすい患者が多く、「個体要因」「機器要因」が多くあてはまり、早い段階からの予防ケアが重要である。予防ケアを実施するためには、看護師の意識と関心は「環境・ケア要因」に影響し、褥瘡やMDRPU発生要因の一つとして重要であると考え、予防的スキンケアについての学習会や日々の実践でのケア指導などを行った。

そこで今回、看護師の予防ケアに対する意識調査を行ったので報告する。

【目的】

ECUに勤務する看護師の褥瘡やMDRPU予防ケアに関する意識と関心を明らかにする。また、得られた結果より、今後の褥瘡やMDRPU予防対策や看護ケア、教育に繋げる。

【方法】

調査対象：ECUの看護師36名

調査方法：独自で作成した無記名の自記式質問紙調査。

調査項目：看護師経験年数、他部署経験の有無、ECUでの役割、予防ケアの重要性・関心について、予防ケアに対する知識・考え15項目、予防ケア実施状況22項目。分析には IBM SPSS ver22. を使用し統計を行った。

倫理的配慮：A病院の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

32名から回答を得た。予防ケアに関して【重要】と回答した看護師は100%、【関心】がある看護師は96.9%であった。理由について「褥瘡は看護師の責任」「褥瘡リスクが高い患者が多く予防ケアは重要」との回答があった一方で、「迷うことが多い」「関心はあるが難しい」など苦手意識の回答も認められた。また、予防ケアについての理解度は【ポジショニング】93.8%【失禁ケア】84.4%【予防的スキンケア】68.6%【被覆材】65.6%【外用薬】65.6%で、経験年数や他部署経験の有無による有意差はなかった。

予防ケア実施状況は、【皮膚の観察】100%、【2時間毎の体位変換】93.8%と出来ていた。しかし、【皮膚状態アセスメント】【ケア変更】の実施率は93%と低下し、【栄養】への介入は59%とより低下した。さらに、予防ケアを実施する【環境】であると答えた看護師は75%、【タイムリー】にしていると答えた看護師は59%であり、「手を差し込み除圧するなどできることから行う」「褥瘡対策係へ相談後の対応となっている」「実際は後回しになりがち」などの回答があった。

【考察】

予防ケアに対する看護師の意識や関心は高まっており、知識獲得や皮膚の観察、体位変換などは出来ている。これは、今までに学習会の機会を設け、知識を提供した結果であると考えられる。しかし、患者の病棟滞在日数が5.0日と短く入退室が多いことにより、ケア後の一連の皮膚の変化を見られず、栄養状態への介入を含めた全身的な予防ケアや皮膚状態のアセスメント・ケア評価・ケア変更という継続的な予防ケアが行えていない現状にあると考える。

ECUには状態変化しやすい急性期の患者が入室し、使用する医療関連機器も様々であり、全身状態に応じた予防ケアが必要である。今後は、病棟滞在中の患者の症例検討に取り組み、皮膚状態のアセスメント・予防ケア計画の検討をカンファレンス内で行うことで、実践能力向上に繋げていく必要があると考える。

[O5-10] 情報共有と継続看護の重要性－気管チューブの再挿入を回避した一例－

○新里 恵¹、峯山 幸子¹（1. 東海大学医学部付属病院高度救命救急センター）

キーワード：情報共有、継続看護、気管チューブ

【はじめに】

今回、患者の情報共有が継続看護に繋がり、気管チューブの再挿入を回避した症例を経験した。ケアを継続するため、患者の生活背景・性格・適切な呼吸ケアについて情報を可視化し、共有を図った。これにより、患者の意思を尊重し、呼吸ケアを継続することで、困難だと考えられていた気管チューブの抜去・人工呼吸器の離脱・気管チューブの再挿入を回避することができたため、報告する。

【目的】

既往に脊髄腫瘍を持つ青年期の患者に対し、生活背景・性格、患者に適した呼吸ケアについての情報共有から継続看護を実践し、気管チューブの再挿入を回避した症例を経験したため報告する。

【方法】

対象者に関する看護記録・診療録・体温表からデータを収集し、看護実践を振り返り考察した。

【倫理的配慮】

対象者の匿名性保護に配慮し、発表に関して患者及び保護者に紙面にて同意を得た。また、A施設臨床看護研究審査委員会の承認を得た。

【結果】

1.患者紹介：

年齢：10代 性別：男性 既往歴：脊髄腫瘍、2歳以降入院歴なし 診断名：細菌性肺炎

経過：通所施設で SpO₂の低下を認め救急搬送となった。肺炎による低酸素血症を認め気管挿管・人工呼吸器管理となった。痰により 容易に無気肺を生じ、気管支鏡による喀痰除去や体位ドレナージ、陽・陰圧体外式人工呼吸器を用いた呼吸ケアを実施した。入院24日目に気管チューブを抜去し、NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）で呼吸管理を継続した。上記の呼吸ケアに加えて車椅子乗車を実施し、32日目より人工呼吸器の離脱時間を徐々に延長し、35日目に人工呼吸器を離脱した。41日目に一般病棟へ転棟し、55日目にリハビリ病院へ転院となった。

2.情報共有：

目標、ADL(入院前・後)、家族、学歴、趣味、性格、呼吸ケアの経過を、交代勤務の看護師が共有できるように可視化した。また、患者・家族とも共有した。

3.継続看護ケア

情報共有の結果をもとに、患者へケアの見通しを説明し呼吸ケアを実践した。実践した呼吸ケアは体位ドレナージと陽・陰圧体外式人工呼吸器の併用、腹臥位療法、車椅子へ移乗、深呼吸や咳嗽を定期的に促進した。

4.患者の反応

繰り返される呼吸ケアが行われる中で、自ら目標を達成するためにケアに参加した。家族は「本人・私たちも成長できました」と思いを表出していた。

【考察】

可視化した紙面での情報共有を行ったことで、患者とのコミュニケーションが増加し、看護師が患者の意思を支援したいという思いが高まり、患者－看護師間の信頼関係が構築された。また、日常生活へ戻る為に支援しようという看護師の認識が一致し、目標に向けてケアを継続することができたのではないかと考える。さらに、患者が目標達成に向けて積極的に参加する姿に、共に目標を達成したいという意識変容へ繋がり、継続看護を実践できたのではないかと考える。患者の情報を共有することで継続看護が実践され、気管チューブの再挿入を回避することに繋がったのではないかと考える。患者と目標を達成できたことは看護師の達成感やケアの充実感に繋がり、患者自身の成長にも繋がる結果になったのではないかと考える。

[O5-11] 敗血症患者に対するノルアドレナリン投与と MDRPU発生の関連性

○赤塚 真友¹、武田 成美¹、岩下 幸佑¹、阪口 理恵¹、下池田 百合¹（1. 大阪急性期・総合医療センター 高度救命救急センター）

キーワード：敗血症、ノルアドレナリン、医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)、高度救命救急センター、予防ケア

[目的]

近年、医療の高度化により医療機器の使用頻度は増加している。それに伴い、医療関連機器圧迫創傷(以下 MDRPUとする)の発生件数も上昇している。救急領域では循環不全、浮腫など褥瘡ハイリスクに該当する患者が多いことに加え、治療に関連した医療機器の使用により MDRPUを生じる割合が高いと言われている。当院高度救命救急センター(以下 Aセンターとする)においても、2019年度に75件の MDRPU発生が認められ、敗血症に伴う循環障害によりノルアドレナリン(noradrenaline:以下 NAdとする)を投与していた患者に発生頻度が多い傾向である。NAd投与に伴う末梢循環不全がスキントラブルを起こしやすいと言われているが、具体的な発生頻度や発生に関与した医療機器、NAdとの関連性については示されていない。そこで、NAd投与とMDRPU発生の関連性、発生に関与した医療機器について明らかにする。

[方法]

2019年1月から2020年3月にAセンターに入院した敗血症患者328名を対象に、NAd投与、MDRPU発生の有無、発生に関与した医療機器についてカルテからデータを収集した。A群(NAd投与、MDRPU発生)、B群(NAd非投与、MDRPU発生)、C群(NAd投与、MDRPU未発生)、D群(NAd非投与、MDRPU未発生)の4群に分け X^2 検定にかけた。

[倫理的配慮]

院内の倫理審査委員会の承認を得た。

[結果]

敗血症患者328名のうち、NAdを投与した患者は137名、MDRPUが発生した患者は38名であった。これをA群30名、B群8名、C群107名、D群183名の4群に分け X^2 検定にかけた結果、NAd投与群と非投与群でMDRPU発生に優位差が認められた。また、MDRPU発生に関与した医療機器は、気管内チューブ9件、尿道留置カテーテル6件、経鼻胃チューブ5件、医療用弾性ストッキング4件であった。

[考察]

NAdは末梢血管、細胞収縮作用があり、皮膚や粘膜血管収縮、筋、内臓血管収縮作用による臓器還流の低下に伴って皮膚障害が発生しやすいと言われている。検定結果で優位差が認められたことから、NAd投与に伴う末梢循環不全がMDRPU発生に関連していることが示唆された。日本褥瘡学会は、MDRPU発生に関連する要因に循環不全を挙げており、NAdの作用と今回の結果から、NAd投与がMDRPU発生に関連する同様の要因であると考えられる。NAdを投与していない患者にもMDRPUが発生した点については、浮腫や低栄養などNAd投与以外のハイリスク要因があったと考えられる。また、日本褥瘡学会が一般病院に対して実施した調査では、ギプス・シーネや医療用弾性ストッキングが関与したMDRPUが多い傾向にあったが、Aセンターでは気管内チューブでのMDRPU発生が多かった。これは、気管内挿管の実施率が高いことや管理が長期に及ぶことなど防ぎえない理由もあるが、挿管チューブの固定方法や日々の観察が不十分であることも原因であると考えられる。

近年MDRPUに関する研究や文献は増えており、Aセンターでもスキンケア委員会が中心となって注意喚起を行なっているが、MDRPUの発生報告は増えている。今回の研究を踏まえ、NAdとMDRPU発生の関連性について周知するとともに、具体的な予防ケアの導入、導入前後の結果の比較から新たな原因検索、対策検討等の取り組みを行っていきたい。

[O5-12] Emergency PCI後にICUへ入室した、急性心筋梗塞患者の主訴に関する考察

○松本 剛^{1,2}、伊藤 晶子¹、高橋 千枝¹、渡邊 一也³ (1. 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 集中治療室、2. 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 クリニカルパス委員会、3. 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合病院 看護部)

キーワード：急性心筋梗塞、主訴

【はじめに】 Emergency PCI (以下、PCI) 後、ICUに入室する急性心筋梗塞患者 (以下、AMI患者) の主訴には傾向があると感じた。主訴を調査し検証すると、AMI患者に於ける新たな看護介入や知見を得た。【目的】 PCI後にICUへ入室したAMI患者の主訴を調査し検証する。【用語の定義】 「主訴」とは、身体的・精神的苦痛を発言する事を意味する。「寒気」とは身体が寒いと感じることを意味する。【倫理的配慮】 本研究は倫理委員会の承認を得た。【方法】 (1) 対象者：救急搬入されPCI後、ICUに入室したAMI患者 (2) 除外条件：人工呼吸器、非侵襲的陽圧換気、大動脈バルーンポンピング、経皮的心肺補助装置を装着した者 (3) 期間：2018年4月1日～2019年3月31日 (4) 場所：A病院ICU (5) 調査方法：電子カルテを用いて、後ろ向きに調査した。主訴は意味内容を損なわないように端的に修正した (6) 測定項目：主訴、年齢、性別、ICU滞在日数、救急搬入してからICUに入室した時間、救急搬入時体温、ICU入室時体温 (7) 分析：記述統計法、連続数値はスチューデント t検定、独立数値は χ^2 乗検定による単変量解析を実施した。有意水準は $P < 0.05$ とする。【結果】 対象者36名。男23：女13。平均年齢67.2歳 (± 12.3)。平均ICU滞在日数2.8日/人。主訴として28個を抽出した。出現率20%以上の主訴 (出現率) は、腰痛 (56%)、Numerical Rating Scale 3点以下の胸痛 (47%)、不眠 (36%)、吐気 (33%)、寒気 (31%)、排泄の苦痛 (28%)、安静の苦痛 (25%) である。AMIの非特異的な主訴である「腰痛」と「寒気」に着目した。腰痛有群と無群に分類して、救急搬入してからICUに入室した時間を比較したが有意差はなかった。「寒気」は主訴の有無に関連なく、救急搬入時体温とICU入室時体温で、後者に有意な体温低下が見られた。【考察】 「腰痛」は、本研究で最も頻度が高い主訴となった。要因として、絶対安静の長時間化が主に考えられる。調査施設の場合、救急搬入されAMIを疑った時点から、心筋逸脱酵素が極期を過ぎるまで絶対安静が強いられる。腰痛有無群の比較では救急搬入時間からICU入室時間の有意差はない。よって、ICU入室後から心筋逸脱酵素の極期の時間が関係している可能性が高く、継続調査が必要である。看護としてICU入室後、腰痛に有効な体位変換や鎮痛薬、湿布の対応が必要であると考え。「胸痛」はAMIに代表的な主訴と言える。注目すべきは胸痛の程度であり、NRS3点以下が大半である。入院経過に伴い自然消失していた一方、程度が増した症例もあり、胸痛の変化には注意して観察が必要である。「不眠」「吐気」は、AMIの病態的要素や生体侵襲、造影剤の影響、入院による環境変化など複合的要素が考えられる。よって、短絡的な対処療法は危険であり、総合的な判断と対応が必要である。「寒気」は主訴の有無に関連なく、救急時搬入体温からICU入室時体温が低下していた為、主訴が無い患者も潜在的に寒気を感じていたと推察する。調査施設で使用している造影剤の副作用で、体温低下は0.01%以下の頻度であり、薬剤性とは考えにくい。冷汗の気化や皮膚の露出、外気温が影響している可能性があり、初療室～カテーテル室～ICUで一貫した体温管理の見直しが要求される。「排泄の苦痛」「安静の苦痛」は基本的欲求の阻害が要因と考える。入院2日目から増加傾向にあり、説明の反復や制限解除の指標を含めた情報提供を行い、苦痛軽減に努めたい。

[O5-13] ARDS患者への人工呼吸器離脱から ADL拡大への援助

○飯村 友貴¹、鴻巣 有加¹、福井 美和子¹ (1. 公益財団法人筑波メディカルセンター病院)

キーワード：腹臥位、ARDS、早期離床

<はじめに>

近年、人工呼吸器管理期間の長期化を防ぎ、できるかぎり早期に人工呼吸器からの離脱をすることが重要視されている。さらに、人工呼吸器離脱だけに視点を置くのではなく、安静臥床の弊害を減らし、人工呼吸器装着の段階からリハビリテーションを実施することが、有用であるとされている。今回、重症 ARDS患者を担当した。人工呼吸器離脱困難と判断されていたが、理学療法士 (以下 PT) と協働し、適切なタイミングで早期離床や合併症予防に努めたところ、人工呼吸器離脱し、ADL拡大することができたため報告する。

<倫理的配慮>

本研究にあたって当院の倫理委員会に承諾を得た。

<患者紹介>

患者：A氏、60歳代男性、ADL自立、多飲歴あり

現病歴：発熱、食欲低下、歩行困難が出現しレジオネラ肺炎と診断され入院。同日、呼吸状態が悪化し、NIV、NHFC実施も改善認めないため、挿管人工呼吸器管理となり、ICUへ転棟となった。

<実施と経過>

病日2日、P/F比64と呼吸状態悪化し、挿管人工呼吸管理となり、循環動態も不安定なため、体位制限を行っていた。病日4日、循環動態安定。左肺野透過性低下に対して体位ドレナージを開始。右90度側臥位、左30度側臥位で管理した。病日5日、P/F194、循環動態安定しカテコールアミン中止した。肺泡換気の促進と人工呼吸器早期離脱を目的に、医師、PTと話し合い、約18時間腹臥位を実施した。実施するにあたり、スタッフに対し、栄養投与、皮膚障害予防、鎮痛鎮静評価など統一したケアができるよう情報共有を行った。病日6～7日、胃残増加を認めため、6時間の短時間腹臥位で管理。病日9～10日、意識レベルが改善し腹臥位への拒否が見られ継続は困難となった。胸部X-Pでは、左上葉の透過性低下が残存していたため、A氏に、リハビリテーションの必要性の説明と理解を求め、顔拭きや口腔ケアなどのセルフケア動作や端座位を看護計画に取り入れ、治療的体位管理が安楽に行えるようにPTと共に調整した。また、挿管に伴う疼痛や、口渴の訴えが多く聞かれたことや、多飲歴があることからせん妄のリスクが高いと考え、疼痛コントロールを行い、氷水での口腔ケアを行った。環境調整として、ベッドから窓が見えるようにし、昼夜のリズムをつけたところ、ICDSCはICU退出時まで3点で経過し、抑制せずに経過できた。病日11日に人工呼吸器を離脱し、自力で端座位を取れるようになった。病日12日にICU退出。ICU退出時MRC44/60点、車椅子への離床は両下肢の筋力低下ありふらつきが著明であった。

<考察>

A氏は、入院時、人工呼吸器離脱は困難と判断されていたが、肺炎への治療を開始後、循環動態も安定しはじめ、呼吸管理について主治医に相談し、PTと共にケア介入を決定した。特に、重症ARDS患者への長時間腹臥位管理が有益であることが示されており、管理については、患者の状態に合わせて実現可能性を考えて行えたことが、人工呼吸器離脱への一因であったと考える。また、苦痛やせん妄発症は、人工呼吸器離脱を遅延する可能性があるため、ADLへの支援として、環境調整やセルフケアへの介入を行ったことも、人工呼吸器離脱が成功した要因と考える。

課題として、今回、ICUで管理された重症患者に生じる全身的な筋力低下（以下、ICU-AW）を予防する必要があったが、A氏のICU退出時のMRCは44点であった。ICU-AWは、リスクファクターの予防が重要である。PTの筋力評価を参考に、情報共有しながら、患者状態に合わせた具体的なリハビリテーションプログラムを検討していきたい。

[O6] 一般演題6

- [O6-01] A病院 HCUにおける終末期医療への方針転換の看護師の参画の現状と課題
○阿部 哲郎¹ (1. 地方独立行政法人 明石市立市民病院)
- [O6-02] 国内の救命救急領域における患者の治療方針に関する代理意思決定の実態と課題
○青木 友梨花¹、白矢 梨紗¹、矢野 愛美²、作田 裕美³ (1. 大阪市立大学医学部附属病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 大阪市立大学看護学研究科)
- [O6-03] 文献にみる DNARの決定場面と医療者の苦悩
○矢野 愛美¹、青木 友梨花²、白矢 梨紗²、作田 裕美³ (1. 関西医科大学付属病院、2. 大阪市立大学医学部附属病院、3. 大阪市立大学看護学研究科)
- [O6-04] 臓器・組織提供の意思確認に対する看護師の役割
○熊沢 真弓¹、藤後 秀輔^{1,2}、椿 美智博² (1. 昭和大学藤が丘病院 救急外来、2. 昭和大学大学院保健医療学研究科)
- [O6-05] 救命救急センターで死別した家族に対する死別サポート後の事例研究
○原田 竜三¹、山勢 博彰² (1. 東京医療保健大学医療保健学部看護学科、2. 山口大学大学院医学系研究科)
- [O6-06] 三次救急病院での「人生の最終段階における医療・ケア」を医療チームで考える
○垣内 寛子¹、坂尻 沙苗¹ (1. 北海道大学病院 HCU・救急部ナースセンター)
- [O6-07] クリティカルケア領域における終末期ケアの質評価—患者・家族の視点に着目した文献検討—
○加藤 茜^{1,2}、田中 雄太²、宮下 光令² (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科)
- [O6-08] 海外のクリティカルケア領域における終末期ケアの質評価—患者・家族に視点に着目した文献検討—
○加藤 茜^{1,2}、田中 雄太²、宮下 光令² (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科)

[O6-01] A病院 HCUにおける終末期医療への方針転換の看護師の参画の現状と課題

○阿部 哲郎¹ (1. 地方独立行政法人 明石市立市民病院)

キーワード：終末期医療 意思決定 ジレンマ

【はじめに】救急や集中治療領域では、急性重症患者の救命を目的とした医療を提供することが使命である。しかし、高度な治療を行っても救命不可能な状態に陥る場合があり、1998年に起きた生命維持装置取り外し事件や臓器移植法案の改定を契機に、救急・集中治療領域における終末期医療について議論されるようになった。救急・集中治療領域の終末期の特徴として、短期間の間に突発的に患者の死が切迫した状況に至ることがあり、その意思決定は、患者家族が代理で行うことが多い。そこで、A病院HCUで勤務する看護師が終末期医療に方針転換する場面での参画の状況と、どのようなジレンマや課題を抱えているのかを明らかにしたいと考えた。

【方法】A病院HCUに勤務する看護師(管理職・研究者を除く対象者19名)を対象に、無記名自記式質問紙調査を用いた実態調査を行った。質問内容は5段階尺度と自由記載として、内容の分析を行った。

【倫理的配慮】対象者へ本研究の趣旨と内容を文書と口頭で説明し、研究の同意について質問紙での同意の回答が得られたものについて調査した。A病院看護部倫理委員会の審査を受け、承認を得た上で行った。

【結果】アンケート回収率は94.7%であった。終末期医療に方針転換する場面での医師から患者家族への説明の場に78%の看護師は同席したことがあると回答しており、その理由として、「患者家族の理解や反応の確認」、「医師の治療方針の把握のため」であった。終末期医療への方針転換の場面で見聞する場があるかの質問には、どちらともいえない・あまり思わないとの回答が65%、看護師の意見が反映されているかの質問には、どちらともいえない・あまり思わないとの回答が94%となった。発言の場がない・意見が反映されていないと考える理由に「医師とのカンファレンスができていない」という意見が散見された。

【考察】看護師の関わりや支援が不十分だと感じたときにジレンマを抱えやすく、医師を含めた多職種間の情報共有の場が少ないことが、医師との価値観の違いを生み出していると考えられる。看護師は患者家族の特徴を経験的に理解しているが、意思決定支援に関する教育が不足していることや積極的に支援した場合であっても、デブリーフィングの機会が不十分なこと意思決定支援に対する消極的な考えに至ったと考える。

【結論】看護師は、患者の生死に直結する重大な決断を行う患者家族の負担や立場を理解しようと考えているが、具体的な支援の方法が見いだせずジレンマを抱いていた。

[O6-02] 国内の救命救急領域における患者の治療方針に関する代理意思決定の実態と課題

○青木 友梨花¹、白矢 梨紗¹、矢野 愛美²、作田 裕美³ (1. 大阪市立大学医学部附属病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 大阪市立大学看護学研究科)

キーワード：代理意思決定、救急看護

【目的】

本研究の目的は、文献を通して救命救急領域における患者の治療方針に関する家族の代理意思決定の実態を知り、今後の代理意思決定支援の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～2019年)」を用いてキーワードを「意思決定」「代理意思決定」「救急看護」「病院救急医療サービス」として検索し、救命救急領域における代理意思決定に関連した文献19件を分析対象とした。データ分析方法/文献を主要テーマ別に分類し、分析した。倫理的配慮として、引用は原文を用いると共に、引用・参考文献名および引用・参考文献箇所を明確に記述する。

【結果】

19件の文献を主要テーマ別に分類すると「事例」「医療者の体験や省察」「家族の心理」の3テーマであった。

【考察】

看護師は患者の治療方針の決定に関する代理意思決定を行う（行った）家族支援について、時間や情報の少なさ、自身の技術や知識の不足から困難を感じており、代理意思決定支援時の家族との関わり方や倫理観について救急領域の実情に合わせた具体的なガイドラインの充実や代理意思決定支援に必要な技術の向上の必要性が示唆された。また、代理意思決定を行った家族だけでなく、家族の支援者であった看護師も決断後に自身の関わり方の是非について悩みを抱えており、看護師自身のメンタルケアが必要であると示唆された。一方、代理意思決定を行った家族の意思決定の根拠や、意思決定後の心理的反応についての文献は少なかった。代理意思決定に際しての家族ニードをより細かく捉えること、および代理意思決定後の家族の心理的反応に関する研究の必要性が示唆された。

[O6-03] 文献にみる DNARの決定場面と医療者の苦悩

○矢野 愛実¹、青木 友梨花²、白矢 梨紗²、作田 裕美³（1. 関西医科大学付属病院、2. 大阪市立大学医学部附属病院、3. 大阪市立大学看護学研究科）

キーワード：DNAR、蘇生措置決定

【目的】本研究の目的は、わが国の臨床現場において、DNAR指示はどのように決定され運用されているのか、関わる医療者はどのような思いを抱えているのかを明らかにすることである。【方法】文献は「医学中央雑誌 web版」を用い、キーワードを「蘇生措置決定」「DNAR」「保健医療従事者」とし、国内文献を収集した。収集した文献を、DNAR指示の決定場面の5 W 1 H、DNARに関する「医療者の苦悩」「看護師の誤った運用」「医師の誤った運用」で整理し文献カードを作成した。倫理的配慮として、引用は原文を用いるとともに、引用文献名および引用文献箇所を明確に記述した。【結果と考察】DNARまたはDNR指示の決定場面、医療者の苦悩の詳細な記述があった31件を分析対象とした。決定場面の「When:いつ」では、患者本人の意識が低下した状況で決定されていた。しかし、意識調査の結果によると、医療者はより早い段階で行うことが望ましいと考えていた。「Where:どこで」と「Who:だれが」では、医師と家族の面談時の決定が大半であり、患者による事前申告は希少であった。医療者は患者本人からの意思を確認すべきと考えているが、実際は家族への確認にとどまっていた。「Why:なぜ」では、患者家族が治療の限界や患者への負担を考えた、であった。「What:何を」「How:どのようにして」では、昇圧剤や侵襲の高い医療行為を望まないことを伝えるであった。また、医療チームがDNRを提案した事例のうち、家族も希望する一致率は76%であった。DNARの誤った運用に関しては、在宅療養者に関わる医師、および訪問看護師が急変時に119番通報の実施や指示している現状があった。こうしたことから、DNARに関する「医療者の苦悩」は深いことが分かった。看護師はアドボケーターとしての苦悩を抱え、その役割を果たせていないのが実情であると考えられた。救急救命士は、傷病者のDNARと救急隊の責務との間でジレンマを抱いていた。これを解決するためには対応方法の検討と、市民・医療者による救急車の適正利用が必要と考えられた。また、医療者、患者・家族ともDNARと終末期医療とを混同している状況もうかがえ、DNARの正しい運用に向け、医療者が知識を獲得するとともに、他職種の役割や苦悩について理解を示すことが必要である。

[O6-04] 臓器・組織提供の意思確認に対する看護師の役割

○熊沢 真弓¹、藤後 秀輔^{1,2}、椿 美智博² (1. 昭和大学藤が丘病院 救急外来、2. 昭和大学大学院保健医療学研究科)

キーワード：臓器提供、意思確認、終末期

【背景】臓器提供の対象となりうる原疾患の多くは突然の脳血管障害や重症頭部外傷、また外因性の低酸素脳症によるものであり全体の90%以上を占めている。つまり急性期医療の中で終末期医療へと移行することから、クリティカル領域に従事する医療者が臓器提供に対応する機会が多い。先行文献において、臓器提供に対する医療者の負担が大きいことは明らかになっており、特に医師においては、それまで全力で治療にあたっていたにもかかわらず、脳死とされうる状態と判断されると、治療方針が真逆へ方向転換することや臓器提供の説明が家族に不信感を与えることを懸念するストレスも少なくない。そのため、終末期であることを家族へ説明しても、臓器提供の意思確認がされないまま最期を迎えることも多いと言われている。

【目的】“臓器・組織提供の意思に対するアンケート”への回答から「提供に関する話を聞きたい」という家族の意向を尊重し、看護師と患者家族とのコミュニケーションにおいて、臓器・組織提供に対する思いを聴取し、実際に提供となった症例報告を振り返り、臓器・組織提供の意思確認のあり方を検討する。

【倫理的配慮】個人が特定できる情報が一切ない記述形式による症例報告を参照し、発表においても個人の特定ができないよう配慮した。また“臓器・組織提供の意思に対するアンケート”の配布については A大学倫理委員会により承認された。

【方法】医師によって終末期と判断されたが臓器・組織提供の意思確認がされなかった対象、かつ“臓器・組織提供の意思に対するアンケート”で提供に関する話を希望した対象3症例の報告書を後方視的に調査した。検討されたすべての症例において、患者の状態が終末期に値するというIC後、医師とカンファレンスをおこない、看護師より提供に対する家族の希望を改めて聴取することを共有した。家族に対し患者へのケアに対する希望を聞かせてほしいことを伝達し、意思確認の場をセッティングした。話を聞きたくないときはいつでも拒否や退室の自由があることを看護師より説明したうえでコミュニケーションをはかった。

【結果】患者状態から臓器の提供が困難であり、組織の提供に対する家族の思いについて看護師より聴取したところ、提供の希望がきかれた。家族の希望を医師へ報告。その後、移植コーディネーターへ連絡し、組織提供の実施となった。

【考察】臓器・組織提供の対象となりうる患者は、急激な発症によって急性期の状態となることから、家族が突然の出来事に対して戸惑い、さらに終末期という診断によってさらなるダメージを受けることは必然である。しかし、医療者側の確認不足によって、患者家族がおこなえる最期の選択の幅を狭めることがあってはならない。ICは医師の役割であるが、チーム医療において、医師がすべてを負担するのではなく、カンファレンスを通じて役割分担をおこなうことは有用であると考えられる。ケアを提供する看護師が家族の思いを知る機会は多く、ICという場に限局せず、家族の言葉をきくことができるのは、家族に寄り添う立場にある看護師だからこそできる業と考えられた。

【結語】臓器・組織提供の意思確認は、多くの場合、医師によっておこなわれている。しかし、医師の心理的負担も大きいことから、看護師が家族ケアとして患者家族の思いを聴取し、それを医療チームへつなぐことが、ひいては最期の希望の実現に寄与すると検討された。

[O6-05] 救命救急センターで死別した家族に対する死別サポート後の事例研究

○原田 竜三¹、山勢 博彰² (1. 東京医療保健大学医療保健学部看護学科、2. 山口大学大学院医学系研究科)

キーワード：死別、死別サポート、複雑性悲嘆

目的：ICUで死別した家族は、不安、抑うつ、PTSD、複雑性悲嘆に陥る可能性があり、欧米では死別サポートの研究がされて

いる。我が国では、死別サポートに関する報告は少ない。救命救急センターで死別サポートを含めた看護介入を

実施

し、面接で得られた事例を分析することとした。

方法：1) 研究デザイン：事例研究

2) 対象：死別サポートを実施した家族2事例

3) 調査方法：救命救急センターに搬送された患者の家族に対して、危機・悲嘆理論を用いた看護介入を実施した。看

護介入は、救命救急センターでのケアと死別後2か月後までに2回の電話フォローアップを行った。その後、面接調

査の承諾が得られた。面接は40分程度の半構成的面接を実施した。

4) 分析方法：質的記述的研究

5) 倫理的配慮：研究者の所属する大学および研究を実施する施設での倫理委員会での承認が得られた上で、実施し

た。

結果：2名の男性から面接調査の許可が得られた。2名とも配偶者を失った男性であった。1名の男性は50代、もう1名は70代

の男性である。死別から2か月までの間の電話フォローアップ時は、「眠れない」「いろいろと思い出してしま

う」「うつかもしれない」といったことが聞かれ、面接時には、“亡くなった日の出来事”、“救命救急センターでの体験”、“2か月間の出来事”などについて、悲しみと後悔が語られた。時間を経て気持ちは整理されてきた。医師や看護師

にはよくやってもらったという思いを持っていた。

考察：死別の悲しみは、長期的なものである。死別サポートを行うことで、その後の生活の様子や精神状態、ケアの評価が確

認できた。欧米の死別サポート研究では、死別後のサポートとして、お悔やみのカード、パンフレットの配布、電話に

よるフォローアップがある。今回の死別後サポートもお悔やみの手紙と電話によるフォローアップを行った。欧米の文

献では、死別後のサポートを13か月に渡って行った調査で、家族の長期的な悲しみ、PTSDのリスクを減らす可能性が

あることを示した文献が見られた。今回の調査は、長期的な関わりが難しいことが考えられ2か月までと設定をした。

悲嘆が複雑化しそうな場合には、専門家の介入につなげる、もしくは初めから専門家の介入を依頼するなど死別サポー

トの取り組みの検討が必要である。

[O6-06] 三次救急病院での「人生の最終段階における医療・ケア」を医療チームで考える

○垣内 寛子¹、坂尻 沙苗¹ (1. 北海道大学病院 HCU・救急部ナースセンター)

キーワード：終末期医療、チーム医療

【目的】平成30年度に厚労省より ACP (アドバンスケアプランニング) に「人生会議」との愛称が決定され、人生の最終段階における医療・ケアを積極的に考える意識が高まっている。その中で、三次救急で搬送された直後より患者の家族から、延命治療を望まない旨を表出される場面も増加した。A病院救急科では、終末期医療に関する治療方針の検討を、201X年 Y月より、厚労省の「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」に基づく院内の指針 (以下院内指針) に則り行うこととした。それ以降に医療チームとして、人

生の最終段階やそれに近い状況での医療・ケアの提供に関して直面している現状と課題を明らかにする。

【方法】201X年Y月～2020年2月までの期間にA病院救急科で診療を行った患者のうち、終末期医療の提供がなされたケース全体に関して、診療録より患者および家族の意思表示、院内指針に則った医療チームでの方針検討の状況を抽出する。医療チームで行ってきた対応の傾向を振り返り、課題と考えられることを考察する。

【倫理的配慮】今回は個別のケースに関する細部の分析ではなく、部署で対応したケース全体に関する分析を行う。所属施設の自主臨床研究審查看護部委員会の承認を得た。

【結果】A病院救急科では、集中治療と救急医療を「先進急性期医療センター」として実践し、センター独自の終末期医療のあり方に関する指針を用いてきたが、診療体制変更に伴い201X年Y月より、一般病棟、HCUにおいて診療を行う救急科入院患者に対しては院内指針に則り対応することとした。それ以降、院外心停止で搬入され自己心拍再開となった患者のうち、遷延性意識障害や脳死とされ得る状態に陥った患者は54%であり、家族が病状説明の場で延命治療を希望しないと表出した事例は37%であった。また、搬入前の病歴、年齢、家族からの推定（代理）意思表示を踏まえ、DNARの承諾や治療内容の縮小等に関するチームカンファレンスが45%に実施されていた。遷延性意識障害であるとの説明時、意識が戻らないのであれば、と「延命治療の中止」を希望するケースもあるが、厚労省のガイドラインは、生命を短縮させる意図を持つ積極的安楽死を対象外としており、必ずしも意向に沿えない現状がある。加えて、A病院救急科においては、搬入後、ICUまたはHCUへ入院となり、病状に応じて院内指針に則った医療チームでのカンファレンスが行われる。しかし、終末期医療の導入を医師・看護師を合わせた医療チームで決定した後一般病棟へ転棟すると、看護チームが異なるため、転棟先で再度カンファレンスが開催されるケースがあった。

【考察】意識状態の回復が困難な場合に家族より「延命治療は希望しない」との表出を受けることが多いが、医療者側としては、生命を短縮させる意図を持つ積極的安楽死につながる行為は不可能との考え方から、遷延性意識障害で人工呼吸器管理を要する患者に対する医療を「延命治療」とは位置づけにくい現状がある。3次救急病院として高度医療を提供可能な環境においても、それまでの疾病プロセスや価値観を知り、どこからが「延命治療」かを共に考える必要がある。また、終末期医療の導入が決定され、実施に向けて家族と合意形成がなされた後に、転棟を理由に再検討が行われることは患者家族に対して負担となり得るため、予め転棟先となる一般病棟のスタッフもまじえた話し合いを行う必要がある。

[O6-07] クリティカルケア領域における終末期ケアの質評価—患者・家族の視点に着目した文献検討—

○加藤 茜^{1,2}、田中 雄太²、宮下 光令²（1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科）

キーワード：終末期ケア、質評価、患者、家族

【背景】近年、終末期ケアの質の評価には医療者の視点だけでなく、患者や家族などの当事者による評価(Patient Reported Outcome : PRO)を含めた包括的な質評価が重要視され、米国の Food and Drug Administrationや英国の National Health Serviceなどの政府機関は医学的介入の評価項目の一つに位置付けている。しかしながら、現在、集中治療室(以下、ICU)や救命救急センター(以下、ER)などのクリティカルケア領域において、患者および家族の視点から終末期ケアの質を評価する日本語の尺度は存在しない。日本のクリティカルケア領域の終末期ケアを向上させていくためには、患者および家族が自ら終末期ケアの質評価を行える尺度作成が必要であり、そのためにもまずは、現在の日本のクリティカルケア領域における終末期ケアに対する患者・家族の視点を整理する必要がある。

【目的】国内外の文献をもとに、日本のクリティカルケア領域における終末期ケアの質に対する患者・家族の視点を記述すること

【方法】オンラインデータベースを用いた文献レビュー

■データベース：PubMed、Web of Science、Science Direct、医中誌

■検索式：

[英語]((Critical Care) OR (ICU) OR (Intensive Care Unit) OR (ER) OR (Emergency Department)) AND ((Dying and Death) OR (End of Life)) AND (Quality) AND ((Japan) OR (Japanese))

[日本語](クリティカルケア or 集中治療) and (ターミナルケア or 終末期) and (質) and (評価)、および (救急) and (ターミナルケア or 終末期) and (質) and (評価)

■検索期間：2015年～2019年の5年間

■選択基準：原著論文・オープンアクセス

■除外基準：以下の5つの基準に1つでも該当した場合は除外した。

- ①患者および家族の視点が含まれていない
- ②ICUおよび/またはERにおける医療・看護が含まれていない
- ③終末期に関する報告ではない
- ④小児・未成年を対象としている
- ⑤会議録などの論文以外の著作物

【倫理的配慮】本研究はヒトを対象としておらず、倫理審査の適応外である。しかしながら、研究倫理に則り、著作権等の研究者が有する権利に十分配慮し、文献整理を行った。

【結果】上記の検索式により、PubMed 6本、Web of Science 21本、Science Direct 2本、医中誌 14本、合計43本が抽出された。抽出された著作すべてを選択基準および除外基準に照らし合わせたところ(表1)、基準を満たすものは0本であった。

【考察】クリティカルケア領域における終末期ケアの質の評価について、患者や家族の視点から言及した報告は見られなかった。このことは、クリティカルケア領域における遺族調査が進んでいないことを示唆し、今後取り組まなければならない課題である。終末期や死別に関する遺族調査はさまざまな倫理的配慮を要するため、今後の取り組み方法を十分検討していく必要がある。

[O6-08] 海外のクリティカルケア領域における終末期ケアの質評価—患者・家族に視点に着目した文献検討—

○加藤 茜^{1,2}、田中 雄太²、宮下 光令² (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科)

キーワード：終末期ケア、質評価、患者、家族

【背景】海外では医療の質を評価するうえで、入院期間や医療費などの客観的な数値だけでなく、患者や家族などの当事者の主観的な側面も含む包括的な評価を行っていくことを推奨している。実際に海外のクリティカルケア領域では、終末期ケアの質評価尺度として Quality of Dying and Death(QODD)が開発され、複数の国において信頼性及び妥当性が検証されている。一方で、本邦では患者や家族などの当事者が終末期ケアの質評価を行う尺度は存在しない。今後本邦においても当事者による終末期ケアの質評価尺度を作成していくことは有用であると考えられるが、そのためにもまずは、現在海外ではどのように当事者による終末期ケアの質評価がなされているのかを整理する必要がある。

【目的】海外の文献をもとに、クリティカルケア領域における終末期ケアの質に対する患者・家族の視点を記述すること

【方法】オンラインデータベースを用いた文献レビュー

■データベース：PubMed、Web of Science、Science Direct

■検索式：((Critical Care) OR (ICU) OR (Intensive Care Unit) OR (ER) OR (Emergency Department)) AND ((Dying and Death) OR (End of Life)) AND (Quality)

■検索範囲：検索の第一段階として、検索範囲は「タイトル・アブストラクト・キーワード・本文」とする。抽出された論文本数が100本以上となった場合は、「本文」、「キーワード」、「アブストラクト」の順に検索範囲から除外していく。

■検索期間：2015年～2019年の5年間

■選択基準：原著論文・オープンアクセス

■除外基準：以下の6つの基準に一つでも該当した場合は除外した。

- ①患者および家族の視点が含まれていない
- ②クリティカルケア領域以外が対象となっている
- ③終末期に関する報告ではない
- ④小児・未成年を対象としている
- ⑤会議録などの論文以外の著作物
- ⑥英語で記述されていないもの

【倫理的配慮】本研究はヒトを対象としておらず、倫理審査の適応外である。しかしながら、研究倫理に則り、著作権等の研究者が有する権利に十分配慮し、文献整理を行った。

【結果】上記の検索式および検索範囲により、PubMed 19本、Web of Science 8本、Science Direct 24本の合計51本が抽出された。抽出された著作すべてを選択基準および除外基準に照らし合わせ、重複する文献を除外したところ、基準を満たすものは5本であった。5本の文献概要を【表1】に示す。

【考察】患者および家族の終末期ケアに対する視点と医療者が捉える終末期ケアには差異があるだけでなく、患者および家族の人種や地域によっても終末期ケアは異なる様相となる。独特な文化的基盤を有する本邦においても終末期ケアの様相は、諸外国と一律に論ずることは困難である。本邦におけるクリティカルケア領域の患者および家族が捉える終末期ケアの現状を明らかにするためには、早急に終末期ケアの評価尺度の作成がなされ、全国規模での調査が行われる必要がある。

[O7] 一般演題7

[O7-01] 救急外来における家族への悲嘆ケアの現状と課題

○白矢 梨紗¹、青木 友梨花¹、矢野 愛美²、作田 裕美³ (1. 大阪市立大学医学部附属病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 大阪市立大学 看護学研究科)

[O7-02] 救命救急センターに入院する患者の家族ニーズの変化－転帰による相違－

○佐藤 正雄¹ (1. 東京都立墨東病院 高度救命救急センター)

[O7-03] ICUダイアリーを通して感じた遺族の思い

○伊藤 礼香¹、筒井 徹也¹、竹本 有香¹ (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)

[O7-04] 緊急入院した高齢者の家族に対する退院支援

～家族の心理的变化に合わせた退院支援計画書の開示～

○吉村 朋枝¹、松井 里幸¹、高橋 朱里¹、棚橋 智都江¹ (1. 千葉医療センター)

[O7-05] 検視を受ける患者の家族ケア 現状報告

○杉浦 公有子¹、石野 恵子¹、立澤 宏真¹ (1. 春日井市民病院)

[O7-06] クリティカルケア領域における代理意思決定とその支援

～インフォームド・コンセントに同席した一事例～

○新部 愛海¹、渡邊 直貴¹ (1. 東海大学医学部附属病院救命救急センター)

[O7-07] 倫理的問題の解決に至った面談場面における看護実践－医療者と家族の合意形成を図ることができた事例－

○片岡 真哉¹、園川 雄二¹、渡邊 直貴¹ (1. 東海大学医学部附属病院救命救急センター)

[O7-08] 三次救命センターの初療搬入時における家族の心理と対応の現状

～家族へのインタビューを通して～

○竹原 亜美¹、富岡 小百合¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

[O7-09] 救急外来における家族看護チームの活動評価と今後の課題

○鎌田 絵里¹、横山 保江¹、山崎 朋子¹ (1. 千葉市立青葉病院)

[O7-10] 救急外来における患者家族が初療待機中に抱く心情の検討

○江原 寛士¹、山崎 友香子¹、戸部 理絵² (1. 信州大学医学部附属病院 高度救命救急センター、2. 信州大学医学部附属病院 看護部)

[O7-11] ペリネイタル・ロスを経験した自死遺族に対して救急看護師が実践する悲嘆ケアの検討

○長岡 孝典¹、松尾 直樹¹ (1. 独立行政法人国立病院機構呉医療センター)

[O7-12] HCU入室患者家族の経時的ニーズの実態調査

○小清水 彩¹ (1. 荒尾市民病院南B1病棟)

[O7-13] 心肺停止患者の初療における家族看護実践の実態と課題

○角屋 香苗¹、藤田 大樹¹ (1. 湘南鎌倉総合病院)

[O7-14] ICUダイアリーを活用した家族への看護実践報告

○粟野 利枝¹、福井 美和子¹ (1. 筑波メディカルセンター)

[O7-15] 救急外来で積極的家族介入を行うための取り組み～症例検討会がもたらした行動変容～

○向井 和樹¹、田畑 剛²、畑 良典²、植田 美幸² (1. 介護医療院 細谷、2. 松戸市立総合医療センター)

[O7-01] 救急外来における家族への悲嘆ケアの現状と課題

○白矢 梨紗¹、青木 友梨花¹、矢野 愛実²、作田 裕美³ (1. 大阪市立大学医学部附属病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 大阪市立大学 看護学研究科)

キーワード：救急看護、家族看護、悲嘆ケア

【目的】本研究の目的は救急外来における家族への悲嘆ケアの現状と課題を文献を通して明らかにすることである。

【方法】文献収集は以下のとおり実施した。国内文献は「医学中央雑誌 web版」において、キーワードを「救急医療サービス」と「家族」、「グリーフケア」または「悲嘆」で検索し収集した。国外文献は「MEDLINE」と「CINAHL」を用い、キーワードは「family」と「Emergency Medical Services」、「grief」で検索し収集した。次に収集した文献を整理し文献カードを作成した。その後文献を精読し研究内容から「家族の悲嘆」、「悲嘆ケアの実施」、「悲嘆ケアに対する医療者の認識」の3つのカテゴリーに分類し、カテゴリーごとに救急外来における家族の悲嘆の実際と看護師による悲嘆ケアの現状と課題を見出した。倫理的配慮として文献の著作権の侵害にあたらぬよう本研究で扱う文献は公表されているものとし、引用・参考文献名および引用・参考箇所を明確に記述した。

【結果・考察】国内文献は25件、国外文献は4件を分析対象とした。「家族の悲嘆」についての国内文献は14件だった。救急医療の場で家族は、目の前で起きている現実を受け止めかね、動揺・混乱し自責の言葉を口走るなど悲嘆の前兆の症状を示していた。「悲嘆ケアの実施」についての国内文献は17件、国外文献は2件だった。現在十分な悲嘆ケアを実施しているとする報告は少なかった。救急外来という場所の特徴、滞在時間の短さ等が看護師による十分な悲嘆ケアが実施できていない背景要因と考えられた。「悲嘆ケアに対する医療者の認識」についての国内文献は3件、国外文献は2件だった。国内外ともに家族への悲嘆ケアの必要性は認識しているものの、救急患者の死は医師・看護師にとってもストレスになっていると多く報告されていた。医師・看護師にとっては患者の死は日常的であり、自己防衛的にストレス対処を行っているのが現状である。これらより、家族への悲嘆ケアの充実のために、救急部スタッフはさらに家族の悲嘆についての知識を向上させ、家族に対する悲嘆ケアを充実させていくことが今後の課題であると考えられた。

[O7-02] 救命救急センターに入院する患者の家族ニーズの変化－転帰による相違－

○佐藤 正雄¹ (1. 東京都立墨東病院 高度救命救急センター)

キーワード：家族看護、転帰、CNS-FACEII、救命救急センター、クリティカルケア

1 はじめに

近年、クリティカルケア領域で最期を迎える患者の家族への支援のあり方についての課題が指摘されている。重症・救急患者の家族支援においては、家族のアセスメントツールとしてCNS-FASEIIが用いられているが、先行研究では患者の転帰による違いについては報告されていない。そこで本研究では救命救急センターに入室した患者の転帰により、家族のニーズ及びコーピングの変化に違いがあるのかを明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 研究デザイン：量的研究（群間比較）

2. 研究対象

2019年7～12月に A病院救命救急センターに入室した患者のキーパーソンに実施した CNS-FACEIIの評価データ

3. データ収集方法及び内容

カルテより患者・家族の情報を得た。看護師が実施した CNS-FACEIIの評価結果を回収し、一定の計算式によって下位尺度の得点を算出した。

4. データ分析方法

得られたデータを救命救急センター退室時の転帰によって4群（I群：入院当初から回復が見込まれ実際に軽快、II群：当初「回復の見込みがない」と説明されたが生命が存続、III群：当初回復が見込まれたが死亡退院、IV群：当初「回復の見込みがない」と説明され死亡退院）に分け、入室時・検査時・4：1加算移動時・退室時の4時点での下位尺度の得点の平均値を比較した。また転帰について軽快（I・II群）死亡（III・IV群）の2群に分け、各時点での下位尺度の平均値を比較した。検定には SPSS Ver.25 を使用し、有意水準は5%未満とした。

III 倫理的配慮

本研究は A病院倫理・個人情報保護委員会看護部会の承認を得て実施した。

IV 結果

1. 転帰4群による下位尺度の得点の比較

入室時・検査時・4:1加算移動時は群により差は見られなかった。退室時の評価件数42件の「情緒的サポート」の平均値は、I群1.42、IV群2.05で有意差が認められた。「情報」の平均値は、I群2.83、IV群2.10で有意差が認められた。「接近」の平均値はI群2.87、II群2.87、IV群1.90で、I群とIV群およびII群とIV群で有意差が認められた（一元配置分散分析、多重比較）。

退室時に有意差が認められた下位尺度の推移をみると、「情緒的サポート」ではI群はほぼ変化がなくIV群は高い状態が持続。「情報」は、I群は徐々に上昇しIV群は一時上昇するが退室時には低下。「接近」は、I群とII群が徐々に上昇しIV群は一時的上昇するが退室時には低下していた。

2. 軽快・死亡の転帰による下位尺度の得点比較

入室時・検査時・4：1加算移動時の得点に差は見られなかった。退室時の二ードのうち「情緒的サポート」の平均値は、軽快群1.41、死亡群1.90、「情報」の平均値は、軽快群2.83、死亡群2.20、「接近」の平均値は、軽快群2.87、死亡群2.10、「保証」の平均値は軽快群2.99、死亡群2.27で、有意差が認められた（t検定）。

コーピングは「問題志向型」の平均値は軽快群2.36、死亡群2.04で有意差が認められた（t検定）。

V 考察

退室時はIV群が情緒的サポート、I群が情報提供を必要とし、I群・II群が接近のニーズをもっていた。これは患者が軽快し退室していく時点において、家族は情報を得たり、接近したいと思うようになるからではないかと考える。死を迎える患者の家族は、患者の死に対する苦悩、治療断念の決断に対する自責の念、患者と過ごすことが許されるような環境や雰囲気ではないという様々な要因により、患者に接近できなかったのではないかと考える。入室後の患者の状態変化に伴う家族のニーズを把握して援助を実施することの必要性が示された。

[O7-03] ICUダイアリーを通して感じた遺族の思い

○伊藤 礼香¹、筒井 徹也¹、竹本 有香¹ (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)

キーワード：ICUダイアリー、遺族の思い

I. はじめに

ICUダイアリーは、患者がICU滞在中もしくは退室後に読むことで、記憶の穴埋めによるPTSDの予防、せん妄からの早期離脱効果があるとされている。A病院救命救急センターにおいては、治療の甲斐なく結果的に亡くなってしまった場合も、故人の記録として希望された遺族へ後日郵送という形で提供を行ってきた。これまで看護師はICUダイアリーを受け取った遺族の反応を知る機会がなく、どのように感じているのか疑問に感じた。

II. 目的

ICUダイアリーを通して感じた遺族の思いを明らかにする。

III. 方法

A病院救命救急センターにて、2016年6月～2018年6月の期間にICUダイアリーを受け取った遺族2名にインタビューを実施し質的分析を行った。

IV. 倫理的配慮

A病院の臨床研究審査委員会の承認を得た後に、遺族へ研究協力に関する文書を郵送し、アクセスのあった対象に再度主旨を文書を用いて口頭で説明し同意を得た。インタビューは遺族1名に対し研究者1名が実施し、遺族の精神的フォローの目的で急性・重症患者看護専門看護師が同席した。

V. 結果

異なる2事例より、それぞれ遺族1名（以下A・Bと表記する）に対して30分程度のインタビューを1回ずつ実施した。遺族は故人のキーパーソンであり、どちらも関係性は息子であった。遺族がICUダイアリーを受け取り、初めて読んでから現在までに感じた思いとして<故人の闘病生活を振り返ることができた>、<故人を思い出すきっかけとなった>、<辛い思いの再燃>、<遺品としての存在>、<故人と一緒に振り返りたかった>、<医療者への感謝の思い>の6つのテーマが明らかになった。

VI. 考察

原田は、患者の死を認識・受容するためには、患者にまつわる情報提供が重要であると述べている。<故人の闘病生活を振り返ることができた>、<故人を思い出すきっかけとなった>という思いから、ICUダイアリーは日記という形で過去の情報を保存し、回顧に繋がるツールとなっていた。またAは、「その頃は、すぐく記憶にあるか

ら皆が集まれば話ができるけど、しばらく経つと、そういう話をするのが少なくなったから、届いた時は家族と話す機会になってよかった」と語っていた。ウォーデンは、残された人が喪失を受容するには、喪失について語れるように援助することが重要であると述べており、ICUダイアリーが、遺族間で故人の話をするきっかけになり、グリーンワークを促進する一助となっている可能性が考えられる。一方で、ICUダイアリーを読むことで故人の配偶者が辛い思いをするのではないかと危惧した発言が聞かれた。ホームズとレイによると、人生の出来事で最もストレスとを感じるものは配偶者の死と述べられているように、故人との関係性によってはICUダイアリーの存在が、＜辛い思いの再燃＞に繋がる可能性が考えられる。Bは、ICUダイアリーが届いた直後は「辛い思いから1度簡単に読むことしかできなかった」と話したが、3年が経過した現在では、「もう1度読んでみたい」という思いに変化していた。これらのことから、悲嘆のプロセスの段階によってICUダイアリーへの思いも変化すると考えられる。保管方法の違いとして、Aは故人の配偶者の意向で、ICUダイアリーを1年ほどで故人の荷物を整理する際に焼却した。Bは、故人の遺品と共に持ち歩いており、今後も「大切に保管していく」と話した。一見、正反対な対応をしているが、ICUダイアリーは、＜遺品としての存在＞として捉えられていると考えられる。

[O7-04] 緊急入院した高齢者の家族に対する退院支援

～家族の心理的变化に合わせた退院支援計画書の開示～

○吉村 朋枝¹、松井 里幸¹、高橋 朱里¹、棚橋 智都江¹ (1. 千葉医療センター)

キーワード：退院支援、退院支援計画書、家族

【目的】

緊急入院した患者の家族が入院時から退院するまでにどのような思いの変化が起きるのか分析し、効果的な退院支援計画書の開示時期と看護師の役割を明らかにする。

【研究方法】

1. 研究対象：平成30年12月から令和元年2月までに緊急入院し、回復の兆しがみられ退院支援が必要な65歳以上の患者の家族10名及びA病棟に勤務する看護師24名。

2. 研究方法・分析方法

1) 患者家族には、半構成的面接法を用いて、『入院期』『回復期』『退院期』の思いについて、インタビューを行った。逐語録の内容をコード化、カテゴリー化した。コード化、カテゴリー化にあたっては、研究者間で合意が得られるまで検討を重ねた。カテゴリーを【】で示す。

2) 看護師には、介入前の退院支援計画書を開示する際の家族の反応を調査した。

倫理的配慮：対象者に研究の趣旨・研究以外でデータを使用しないこと、研究参加の辞退はいつでも可能であること等を説明し、同意を得た。調査施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。

【結果】

患者家族の背景は、女性8名、男性2名。患者との関係は、配偶者2名、子8名。インタビューで「退院支援計画書についての記憶がある」と述べた家族が10名中9名であった。

13のカテゴリーが導きだされ、『入院期』は【入院と言われた喜びと安心】【自由がない介護から解放されて助かった】【お任せしたい】【入院経験があるから不安はない】【知識がなくて病気に気付かなかった】【経験のないことに対する驚き】【重症な患者への不安と覚悟】【病状の受け入れによる悲しみと回復への期待】、『回復期』には【医師から退院出来ると言われた時期が早い】『退院期』では【視覚的情報で患者の回復を感じた】【医師のICで退院を意識した】【病棟看護師が退院支援をしてくれて安心した】【退院支援に専門職が介入してくれて助かった】が抽出された。

次に、看護師の結果から、研究前の計画書開示の際に「具体的な質問が出ない」「支援内容まで目を向けず、入院中にサインをしなければならない書類と認識していそう」等の家族の反応をとらえていた。

【考察】

入院期の家族は入院したことへの安心や、想定外の病状を知った時の不安や驚きが入り混じる様々な思いを抱いていた。医師から、患者が回復傾向で、退院可能な状態に近づいていることを説明された段階で退院を意識し始

めていた。家族は、患者の回復を視覚的にとらえた上で、医師から退院を見据えた病状説明を受けることで、患者の回復を実感し、不安や驚きの感情を抱いていた入院期から徐々に退院に向けて思いが変化していったと考えられる。視覚的情報を重要視している家族にとって、病棟看護師が入院生活の様子を具体的に伝えることは、家族の思いが退院へ前向きに変化していく大きな要因になると考える。また、リハビリテーション部門や、地域連携部門等で専門職が介入することが効果的であることがわかった。

看護師は、患者の病状に合わせ医師からの病状説明の時期を調整したり、疾患や患者の状況に合わせ専門職の介入を調整したりすることで、退院後の生活に抱いていた不安を軽減させることにつながると考える。

【結論】

1. 緊急入院した患者の家族は、回復期に医療者から患者の情報提供を行うことで退院に対する思いの変化が起こり、さらに退院期には前向きに変化する。
2. 看護師の退院支援に関する役割として、患者家族に回復している視覚的变化を情報提供、患者の回復期に医師からの病状説明の調整、適切な専門職が介入できるように調整することである。

[O7-05] 検視を受ける患者の家族ケア 現状報告

○杉浦 公有子¹、石野 恵子¹、立澤 宏真¹ (1. 春日井市民病院)

キーワード：検視、家族看護、救急救命センター

倫理審査承認 演題発表に関連し、開示すべき COI関係にある企業、組織及び団体等はありません。

【目的】 A市民病院救急センターの検視を受ける患者の家族ケアの評価

【方法】 記述的研究：2019. 1.1~12.31までの看護記録より記述の有無を調査 アクションリサーチ3局面

【結果1】 ①2019年度救急搬送後死亡件数 198件のうち検視件数53件 ②対象件数 N=49 検視理由 目撃なし死因不明65% 死因不明8% 自殺 23% 交通事故4% ③検視時間 平均2時間23分 ④家族の滞在時間 平均6時間15分

【結果2】 ①家族への家族担当の説明 記述有6% ②家族への家族対応の説明 記述有3% ③待機スペースの確保 記述有51% ④院内オリエンテーション 記述有2% ⑤検視官との連携 記述有4% ⑥勤務時の申し送り 記述有2% ⑦家族の情緒的支援 記述有75% ⑧家族の精神状態に応じた付き添い 記述有20% ⑨検視のIC時の同席、意思確認 23.5% ⑩検視開始からお見送りまでの流れについての説明 6%

【考察1】 患者の部屋に担当看護師の表示により、医師や検視官との連携が円滑になり、業務がスムーズに行えるようになった。患者の搬送からお見送りまでの時間は6時間以上あり、家族の疲労や悲嘆をケアする必要がある。

【考察2】 ①②担当看護師であることの家族への説明し対応はしているが、記録に繋がっていないケースが多いのではないかと。状況においては、家族担当の配置ができていないことも考えられる。③以前と比べて、個室や他の患者と離れた場所の確保ができるようになった。勉強会による効果ではないか。④家族の長時間滞在時間を考慮すると、施設内のトイレ、コンビニ、自動販売機の場所、携帯使用可能なエリア、出入口の情報提供は不可欠であると考えられるが、不十分である。⑤患者の病室に看護師、医師、検視官を記名したプレートは掲示されているが、記録にないだけか。⑥勤務時間内にお見送りするケースは半数あり、勤務交代があっても申し送りはあるが記録に繋がっていない。⑦家族の状況を判断し、適時情緒的支援ができるようになった。家族によっては、感情表出しない家族も存在する。⑧家族の状況を判断し、必要があれば付き添うことができている ⑨医師からの説明時は状況をみて同席している ⑩検視官が看護師よりも先に検視についての説明をしていたり、事情聴取や現場検証に家族を連れて行ってしまいうため説明ができなケースが多い。

【今後の課題】 帰宅後の家族が正常な悲嘆作業を行う一助となるために、患者が亡くなってからお見送りまでの家族看護の重要性の理解と家族ケアの向上が課題である。所属部署の管理者の許可を得て実施しました。

[O7-06] クリティカルケア領域における代理意思決定とその支援 ～インフォームド・コンセントに同席した一事例～

○新部 愛海¹、渡邊 直貴¹（1. 東海大学医学部付属病院救命救急センター）

キーワード：代理意思決定、家族

【目的】クリティカルケア領域における代理意思決定とその支援のプロセスを振り返り、代理意思決定者を支援する看護師のあり方を明らかにする。

【方法】対象者に関する診療記録、4回に渡るインフォームド・コンセントの内容を、プロセスレコードを用いて振り返り、看護実践の整理・分析を行った。

【倫理的配慮】研究による対象患者の匿名性の保護に配慮し、個人が特定されないようにデータ化を行った。研究者の所属施設の臨床看護研究審査委員会の承認を得た。（承認番号20N-003）

【結果】

患者情報：患者 A氏、80歳代女性

現病歴：蘇生後脳症

家族情報：長男（キーパーソン）

インフォームド・コンセントまでの経過：長男が倒れている患者を発見した。入院後も自発呼吸の出現なく、呼吸器からの離脱は困難であった。原因探索のために MRI検査の実施も考慮されたが、A氏の全身状態では耐えられないだろうと思われた。家族への病状説明と今後の治療方針を決めるためにインフォームド・コンセントが行われた。場面は以下である。

1) 家族の戸惑い

1回目のインフォームド・コンセントにて長男より「今まで本人は何も言ってなかったですし、入院後も家族でそのようなことを考えたり、話し合ったりしたことがなかったので、（中略）状況を整理できていなくて・・・。」との発言が聞かれた。筆者は、家族の表情が見える席に座り、発言だけではなく表情の変化を注意深く観察した。家族を病室まで案内し、ベッドから少し離れて立つ家族をベッドサイドに入るよう促した。またカーテンを閉めて、何かあればいつでも声をかけてほしいと伝えた。

2) 家族の揺れ動く心情

3回目のインフォームド・コンセントにて長男より「奇跡が起きて良くなることはないのですか。先生が説明してくださったことはよくわかりました。ただいざ決めるとなるとなかなか・・・。」との発言が聞かれた。筆者は頷きながら傾聴した。

【考察】

上記の場面にて最も印象深かったことは、限られた時間と情報量を頼りに大切な人の生命に関する決断を下さなければならない代理意思決定者の精神的・身体的負担が大きいということだった。家族は突然の出来事に戸惑い、迷いやもどかしさ、自分が決断しなければいけない責任感など消化しきれない感情を抱えて苦しんでいたのだろうと考える。

クリティカルケア領域のように患者の容態が刻一刻と変化し、時間が切迫している状況では、医療者のサポートなくして家族が代理意思決定を行うことは難しいと考える。意思決定支援のプロセスの1つに Shared Decision Making(以下 SDM)がある。患者・家族主体であることは代理意思決定の大前提であるが、意思決定を家族のみに委ねるのではなく、医療者も含め皆で共に考えることができれば、迷いを抱く家族の精神的負担の軽減に繋がると考える。

代理意思決定の過程で家族の思いが揺れ動くこともある。家族と医療者が思いを共有できる関係を築くことができれば、家族がありのままの感情を表出でき、看護師が家族の気持ちの移り変わりに寄り添うことができると考える。そして、気持ちが揺れ動くことは決して間違っていないということを家族に伝え、思いを受け止めることが、納得した代理意思決定のプロセスを辿るために重要であると考えられる。

【結論】

1. 代理意思決定のプロセスにおいて、家族と価値観や目標、苦悩を共有し決断に向けて共に考えていく。
2. 家族が納得した代理意思決定のプロセスを迎えることができよう、家族の気持ちの移り変わりに寄り添い、ありのままの思いを受け止める。

[O7-07] 倫理的問題の解決に至った面談場面における看護実践 – 医療者と家族の合意形成を図ることができた事例 –

○片岡 真哉¹、園川 雄二¹、渡邊 直貴¹ (1. 東海大学医学部付属病院救命救急センター)

キーワード：家族、倫理、意思決定

【目的】医療者と家族の合意形成を図り、倫理的問題の解決に至った面談場面のプロセスを振り返り、その看護実践について明らかにする。

【方法】実践報告。対象者に関する診療記録、看護記録、カンファレンス記録からデータを収集し、面談場面における看護実践を研究者間で振り返り、実践内容を整理し記述した。

【倫理的配慮】対象者の匿名性の保護に配慮し、個人が特定されないようにした。また、発表に際し、臨床看護研究審査会の承認を得た。

【結果】患者は80歳代女性。家族は90歳代の夫、60歳代の長男夫婦、60歳代の長女。キーパーソンは長男であるが、医師からの病状説明や方針を相談する際には夫以外の3名が揃って出席している。

経過：患者は施設で食事中に窒息し、心停止となり救急要請となった。蘇生に成功し、集中治療の結果、生命の危機は脱して全身状態は安定した。しかし、気管挿管および人工呼吸器管理の継続が必要な状態である。主治医が気管切開の必要性について説明するが、家族は人工呼吸器離脱と抜管を希望し、気管切開はしないという意向を示している。院内の倫理コンサルテーションを依頼したが、「抜管は可能とも不可能とも判断できない」という結論に至っていた。そこで改めて主治医から家族へ気管切開の説明がされることになった。

合意形成に至った面談における看護実践内容：

①主治医-家族システムの相互作用を読み取る

主治医より倫理コンサルテーションの結論と併せて気管切開のメリットを説明した。家族は倫理コンサルテーションの結論に理解は示しつつも、抜管について模索している様子であった。主治医はさらに説明を重ね、徐々に家族が抜管を諦め、気管切開の同意書に渋々サインをするような雰囲気が出始めた。

② Jump in：家族が秘めている思いや願いを知るために、家族の懐に飛び込む

看護師が「そもそも最初に管を抜いてあげたいと思ったきっかけはどういう思いだったのか、もう一度改めて伺いたい」と質問を投げかけ、家族の発言や反応を確認した。さらに家族の発言や反応から家族の思いを推察して代弁したところ、「安楽死という選択肢がとれるかとれないか」ということが家族の真意であることが明らかとなった。そこで「安楽死という選択肢がとれない場合、患者の苦痛を取る処置を最大限するということには納得できるか？」と質問し、家族は一様に頷く様子が見られた。

③医師-家族システムに戻して合意形成を図る

主治医からも現在の医療においては安楽死を前提とした抜管は実施できないこと、気管切開を実施するのが妥当であることを説明したところ、家族は一様に納得した様子で気管切開の同意書に署名をした。

【考察】今回の事例におけるターニングポイントとなった看護実践は【Jump in】であった。医師と家族間にはく説得するー同意を渋る>という悪循環があったが、看護師の【Jump in】：家族が秘めている思いや願いを知るために、家族の懐に飛び込むことによって、医師-家族システムに変化をもたらすことができた。また、家族の真のニーズを知るきっかけになる重要な看護実践だったと考えられる。一方で【Jump in】は、看護師が医師ー家族間の相互作用に入り込んで重大な決断に関わることであり、うまく飛び込めるのか、飛び込んだ先にどのような景色が広がっているのか、うまく着地できるのかというニュアンスも含まれており、看護師にとってエネルギーや覚悟が必要な看護実践でもあると思われた。

[07-08] 三次救命センターの初療搬入時における家族の心理と対応の現状 ～家族へのインタビューを通して～

○竹原 亜美¹、富岡 小百合¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

キーワード：家族の心理、三次救命センター

I. 目的

救命センターに搬送される重症患者は、突然の急性疾患の発症や慢性疾患の増悪、偶発的な事故や災害などによって生命の危機的状態に陥っている。そのような状況にある患者の家族は予期せぬ急激な出来事により大きな衝撃を受け、精神的な危機状態に陥りやすい。当センターに初療搬入された患者の家族が実際に感じた心情を調査し、その実態を明らかにすることで、家族のニーズと当センターの初療搬入時に求められる家族介入について考察することを目的とした。

II. 方法

当センターに搬送され入院している患者の家族を対象とし、無作為に本研究への調査協力を家族へ依頼し、年齢、性別、生活背景などにおけるバラエティを考慮した上で、研究者が本研究の趣旨を説明し同意が得られた家族に対し調査した。半構造化インタビューをもとに、①待機時間②待機中の心情（どのような気持ちで待機されていたか）③待機中に医療者からどのような対応を受けることができたか④待機中にどのような対応があると良いと思われるかを聴取し、得られたデータはKJ法を用いて分析した。

III. 倫理的配慮

本研究は当センター師長会の審査・承認を得て実施した。研究協力は自由意思であり、断っても不利益にはならないこと、またインタビューの途中で中断が可能であること、これらを記載した用紙をもとに口頭にて説明し同意の署名を頂きインタビュー形式での調査を行った。得られたデータの管理、および個人情報の保護を厳重に行った。

IV. 結果

インタビューは10名の家族に行った。対象者の性別や年齢、患者の受傷機転や重症度などにより解答に大き

な偏りを生じることはなく、最終表札は【突然の出来事によるさまざまな心配感情の表出】【長く感じる待機時間】【医療者からの介入が無い事で起こる不安の助長】【搬入後に得られた安心感と希望】の4つのカテゴリーに分けることができた。

44枚のラベルのうち、最もラベル数が多かった最終表札は【突然の出来事によるさまざまな心配感情の表出】であり26枚のラベルには「今、何がどうなっているのか一言教えてもらえたらよかったのに」「一言あればそれだけで安心できたと思う」「途中経過でも状況を教えて欲しかった」「待ち時間がとても長く感じました」などの発言が聞かれた。このことから家族が救急搬送という突発的な状況に陥った初期には「情報のニード」と「保証のニード」が高いことが理解できた。また、「混乱して、感情が抑えきれず泣いてしまいました」「頭が真っ白で、状況を思い出せない」「急なことで状況を飲み込めませんでした」「焦っていたのか、漢字を間違えました」というように、情緒的混乱により客観的な情報処理能力にも問題を生じていることがわかった。一方では2枚のラベルに留まった少数意見であったが「先生が説明しに来てくれたので安心できました」と搬入後に担当医師が家族のものへ病状説明に足を運んでいることにより得られた心情も語られていた。

V. 考察

早期の情報提供が「安心」を与えるということが本研究によって明らかになった。

限られた時間内で家族の心理的特徴を理解した介入は家族と医療者との信頼関係の構築に繋がる。

当センターは緊急的な治療を最優先としつつも、医師のみを主導とするのではなく看護師が自ら家族の元へ行き可能な範囲で情報を提供できるよう、スタッフ個々が家族対応の方法を学び、早期から家族介入を行うことができるよう整備していくことが必要である。

[O7-09] 救急外来における家族看護チームの活動評価と今後の課題

○鎌田 絵里¹、横山 保江¹、山崎 朋子¹ (1. 千葉市立青葉病院)

キーワード：救急外来、家族看護、CNS-FACE

【はじめに】家族看護は患者に対する救命治療や看護と同様に重要な位置づけにあり、早期から家族と関わる必要があるが、家族への十分な関わりが出来ていない現状があった。そこで家族看護の質を高めるため、H29年度より家族看護チームを立ち上げ、救急看護認定看護師によるクリティカル領域における家族看護勉強会の開催やCNS-FACE家族アセスメントツール（以下、CNS-FACEとする）の導入と活用方法を周知する取り組みを行ってきた。今回家族看護チームの活動評価と今後の課題について検討した。

【目的】当院救急外来における家族看護チームの活動評価と今後の課題を明らかにする。

【方法】1. 質問紙調査 対象：救急外来看護師13名。データ収集期間：R2年2月 質問紙内容：①勉強会に対する評価②CNS-FACE導入に対する思いと活用度③初療室内に掲示したCNS-FACE表の活用度④家族看護に対して難しいと感じていること。2. CPA家族看護記録実施率を調査 対象：来院時心肺停止患者（以下CPA患者とする）の家族看護記録。CPA患者家族は突然の受傷や時間的制約等の理由から心理的な危機状況に陥りやすく、最も看護を必要としている対象であるため研究対象とした。データ収集期間：H28～31年、各年12～2月の3ヶ月間。【倫理的配慮】看護部倫理委員会の承認を得た。質問紙調査への参加は自由意志とし得られたデータは個人の匿名化を図る。看護記録調査では記録の有無のみを調査対象とし患者、看護師は特定されない。【結果】1. 質問紙調査：回収率100%。①勉強会について「分かりやすい」100%であった。②CNS-FACE導入に対し「とても良い」15%、「良い」85%だった。また活用度は「いつも活用している」0%、「時々活用している」85%、「あまり活用していない」15%だった。③初療室内に掲示したCNS-FACE表の活用は「時々活用している」85%、「あまり活用していない」15%だった。④家族看護に対して難しいと感じている事は「忙しい」「短時間で関わるには限界がある」「すぐに患者家族と接触できない」などがあがった。2. CPA家族看護記録実施率：家族看護チーム立ち上げ以前のH28年度は0%であった。チーム立ち上げ後は、H29年度69%、H30年度58%、H31年度63%であった。そのうちSOAP記録で各項目全て記載したものは、H29年度59%、H30年度38%、H31年度75%であった。【考察】勉強会はCNS-FACE項目のニードを意識した家族看護の必要性や家族看護記録の重要性につい

ての内容であり全員が理解出来、CNS-FACE導入に向けて効果的であったと考える。またCNS-FACE表を初療室内に掲示した事は、CNS-FACEの活用を促進したと考える。さらにCPA家族看護記録率がチーム立ち上げ前後で0%から50~60%台まで上昇した事からもチームの活動は有効であったと考える。H31年度の看護記録からは家族の言葉や表情・行動の詳細な観察と熟考したアセスメントの記録が散見され、家族看護に対する意識の高まりが感じられた。しかしCPA家族看護記録率は横ばいで推移しており看護師全員が家族看護の分析から介入までの記録を習慣化出来るようなアプローチが必要である。また、CNS-FACEをあまり活用していないとの評価もあり家族看護チームの取り組みを再検討する必要がある。今後は、家族看護の中で難しいと感じている時間確保への対策を検討すること、家族看護記録を用いて事例検討を行うなど、家族看護の質そのものを評価する事が課題である。

[O7-10] 救急外来における患者家族が初療待機中に抱く心情の検討

○江原 寛士¹、山崎 友香子¹、戸部 理絵² (1. 信州大学医学部附属病院 高度救命救急センター、2. 信州大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：救急外来、初療、心情

<目的>

救急外来に搬送される患者の家族は、初療待機中に精神的な危機的状況に陥りやすい。精神的な危機的状況を回避するためには、患者家族が訴えるニードだけでなく、表出されにくい潜在的な心情にも着目する必要がある。しかしながら、患者家族の初療待機中における潜在的な心情に焦点をあてた研究は少ない。そのため、本研究では、初療待機中における患者家族の具体的な心情を明らかにすることを目的とし、患者家族の精神的な危機的状況を回避するための介入の一助となることを期待して行う。

<方法>

デザイン：半構造的面接による質的記述的研究

研究期間：2019年7月から2020年2月 対象：研究期間内に当施設に搬送された患者家族

分析方法：半構造的面接から得られた口頭データからコードを抽出し、サブカテゴリー、カテゴリー化した。分析はアドバイザー、スーパーバイザーの助言を得て信頼性と妥当性を検討した。

<倫理的配慮>

A病院医学部医倫理委員会の承認を得て実施した。対象の患者家族には研究の趣旨を文書と口頭にて説明し、研究参加の同意を得た。

<結果>

同意が得られた家族は4例。患者との関係は妻2名（40代、70代）、母親1名（30代）、嫁1名（60代）であった。逐語録から142のコード、51のサブカテゴリー、10のカテゴリーが抽出された。

抽出されたカテゴリーは、患者の状態がわからず【患者の情報を知りたいという欲求】と、医療機関への搬送により【医療者への信頼と生命の保証を確信することによる安心】を感じる一方で、多忙そうな医療者の姿や不確実で少ない情報の説明により【医療者の言動による不安や緊迫感の増強】が示された。患者家族は、患者の生命を助けるための治療を優先してほしいという気持ちから【治療優先による面会や説明に対する遠慮】があり、身近な家族との繋がりから【支えとなる家族との繋がりによる安心感の獲得と不安の軽減】を得ることが出来ていた。また、【結びつきのある家族への配慮】を行い、【患者の状態及び自身の状況と現状把握の困難さによる恐怖心と不安感の増大】、【今後の生活環境の変化や行動について思案】、【置かれた状況における役割認識と使命感】、【コーピング行動を伴う患者生存への願い】の思いに至っていた。

<考察>

初療待機中の患者家族は、救急・重症患者家族のニーズに関する先行研究と同様に「情報」と「保証」に関連するニーズが挙げられ、これらは初療待機中から持っているニーズであることが分かった。一方で、患者の不安定な状態を目の当たりにしている状況から、患者の生命を助けるための治療を優先してほしいとの考えから面会への遠慮があり、初療待機中の心情として特徴的であると考えられる。また多忙な医療者の姿を見せたり、不確実で少ない情報を伝えたりすることにより、患者家族の不安を増強させることが示された。患者家族は情報を望むが、伝える内容やその際の医療者の態度が危機を回避するために重要な要素であると示唆された。

待機する患者家族は、置かれた状況や患者に対する不安から現状把握の困難さを感じているが、支えとなる家族との繋がりにより安心感を得ていた。同時に自身の役割を認識し、今後の生活環境の変化に対して多様な不安を持つことも示された。不安軽減のため、待機する患者家族を支える存在の招致や連絡を促し、待機する家族の役割に応じた介入の必要性が示唆された。

患者家族は様々な心情の中で待機をしているが、実際の現場ではこれらの心情を積極的に表出することは少ないと実感している。初療に関わる看護師が、これらの心情や役割を踏まえて介入することが大切である。

[O7-11] ペリネイタル・ロスを経験した自死遺族に対して救急看護師が実践する悲嘆ケアの検討

○長岡 孝典¹、松尾 直樹¹ (1. 独立行政法人国立病院機構呉医療センター)

キーワード：ペリネイタル・ロス、自死遺族、悲嘆ケア

【目的】

妊産婦の自殺は妊産婦死亡例全体の7%と少なく、救急看護領域において、その家族支援について考察している文献も少ない。今回、縊頸で搬送された妊婦 CPA症例の看護を実践したが、家族看護が十分にできたとは言い難い状態であった。そこで、自死遺族、ペリネイタル・ロスを経験した夫に対する悲嘆ケアについて振り返り、考慮すべき必要性があったため報告する。

【事例紹介】

A氏、30歳代女性(妊娠36週)

既往歴:うつ病

家族構成:夫、子ども2人

経過:最終目撃から8時間後、自宅で縊頸の状態ですぐに発見され、B病院へ救急搬送された。来院後、自己心拍は再開せず、A氏と胎児の死亡確認を行った。

【用語の定義】

ペリネイタル・ロス:流産、死産、新生児死亡、人工妊娠中絶などによる児の喪失。

【倫理的配慮】

本研究は、B病院看護部の承諾を得ており、個人が特定されないよう十分配慮した。

【家族の反応】

夫:来院時より家族控え室で待機し、医師の説明時も思いつめた様子で俯き、時折頷く程度の反応であった。蘇生処置を中止した際も、特に発言はなく、子ども達の来院後も涙を流す様子はなかった。

子ども2人:検死後にA氏と面会し、泣いていた。

両家の両親:家族全員で医師から説明を受けた。A氏の母親はその場に泣き崩れた。

【看護の実際】

①来院時から、夫の側へ付き添った。夫自ら話をするのではなく、夫の思いや今後の事についてなどを話す機会はなかった。

②面会前に首元を寝具で隠すなど、最大限での整容を行った。

③死後硬直や縊頸により、様相の変化を起こしたA氏と対面する子ども達への影響を考慮し、まず面会希望を確認し、家族

全員でA氏を囲み一緒に過ごせる時間を確保した。

④本症例について、看護師間でのデスカンファレンスを実施した。

【考察】

周産期喪失後の父親は、ショック、不信、混乱などの様々な感情を抱く(Murphy,1998)。さらに、A氏、胎児という2つの命を同時に失ったことで、夫は自死遺族となり、複雑性悲嘆を起しやすい状態であった。実際に他の家族と比較しても、夫の思いつめた様子や口数の少なさから、夫自身が大きな喪失を感じていることが伺えた。加えて、ペリネイタル・ロスを経験した夫は、さらなる喪失を感じていたと推測できる。そのため、自死遺族に対するケアとして、様々な複雑性悲嘆への可能性を踏まえ関わりを持つことが重要となる。しかし、今回、夫の側に寄り添ったが、夫の悲嘆反応は表面化されず、関わりの難しさを実感した。ペリネイタル・ロスを経験した父親は、自ら感情を表出することは少ないが、共感的な声掛けなど『感情の表出ができるような配慮』によって自分の感情に気づき、感情を表出することができる(河本,2018)。そのため、救急看護師として初療室という短い時間の関わりの中で、告知の瞬間を側で支えることや夫の思いを落ち着いて聞ける環境を調整するなど、夫の心理的側面を理解し、感情表出ができる場を作ることが重要である。また、今回の第一発見者は夫であり、今後 PTSDなどの重篤な精神症状が起こることが予測できる。そのため、第一発見者の夫に対し、注意を向け、今後のフォローアップを行うことが必要であり、他の家族へ夫の今後の精神症状に配慮するよう情報提供を行う必要があった。

今回のような類例に乏しい症例について、今後産科医師や精神的ケアを専門とする看護師、臨床心理士などの多職種を交えてカンファレンスを行い、複雑性悲嘆やペリネイタル・ロスに対する家族への悲嘆ケアについて検討し、実践していくことが課題である。

[O7-12] HCU入室患者家族の経時的ニードの実態調査

○小清水 彩¹ (1. 荒尾市民病院南B1病棟)

キーワード：CNS-FACEII

I. はじめに

A病院のクリティカルケアに携わる看護師は家族の思いに応えられているのか不安を抱えており、家族看護の重要性は認識しているが治療や処置、ケアなどを優先せざるを得ない現状にあった。A病院救急外来における重症・救急患者家族アセスメントのためのニードとコーピングスケール(CNS-FACE)を用いた先行研究では、救急外来からHCUに緊急入院となった患者家族は情報、接近、保証のニードが高い事が分かった。しかし追跡調査はできておらず、HCU入室患者家族のニードを明らかにするため、改訂版 CNS-FACEを用いて本研究に取り組んだ。

II. 目的

CNS-FACEIIを用いてHCU入室患者家族の経時的ニードの変化を明らかにする

III. 方法

1. 研究デザイン：実態調査研究
2. 研究期間：平成31年4月1日～令和2年3月31日
3. 研究対象：HCU入室患者家族61名
4. データ収集方法

1)入院時は救急外来看護師や入院を担当したHCU看護師がCNS-FACEII行動評定チェック用紙31項目を4段階で評定

2) CNS-FACEII測定概念を利用したデータ収集

3) 3つのカテゴリーで分類・分析

(1)診療ガイドライン別の病態による分類

蘇生後、外傷、循環器、呼吸器、神経系、その他

(2)患者の年齢による分類

中年期(40～64歳)、老年期(65歳以上)

(3)家族の続柄による分類

配偶者、子、その他

IV. 倫理的配慮

本研究は A病院の倫理委員会の承認を得て実施した。また電子カルテから得た情報は個人が特定できないよう配慮し、記録した用紙類は研究目的以外では使用せず、研究終了後は速やかにシュレッダーにかけて廃棄処分する。

V. 結果

全対象者では、1～14日目まで常に情報、接近、保証が他に比べて高かった。8日目に社会的サポート、情緒的サポート、接近、保証が上昇し、9日目に情報、11日目に接近と保証が最大となった。

病態別では、特異的な結果が出た神経系を報告する。神経系では、8日目に社会的サポート、情緒的サポート、保証が、11日目に情報、接近が最大となった。その一例を報告する。

A氏は80代女性、脳梗塞でHCUに入院し在室日数は8日間。A氏家族は、全対象者平均に比べて全てのニードが高かった。1～2日目に情緒的サポートが最も高く、3日目からは情報、接近、保証が高かった。8日目に社会サポートが上昇した。

V. 考察

先行文献同様、情報・接近・保証のニードが高い結果となった。重症患者家族は突然の出来事に驚き、家族を失うかもしれない恐怖や、今後起こりうる事態に想像ができず、危機的状況に陥る、そのため情報のニードが高い。私たち看護師は患者の現状や治療について細かく家族に伝え、情報のニードを満たす事が重要だと考える。

A氏家族については、受け持ち看護師として、感情を表出できるような雰囲気作りや言葉かけを行った事で「早く病院に連れていけばよかった」という情緒的サポートのニードを早期に引き出す事ができ、3日目に情緒的サポートが下降に転じ、ニードの充足に繋がったと考える。さらに他人には言いにくい医療費について尋ねられ社会的サポートのニードを引き出す事が出来たのも、8日目までの受け持ち看護師の関わりによってよりよい関係性が構築できていたからだと考える。

本研究に取り組む際、私たちは家族のニードを把握できる事で家族対応が標準化できるのではないかと考えていた。しかし患者家族のニードは様々な要因で変化し、個別性が高い事がわかった。患者が中心となりがちだが、限られた時間の中で少しでも家族が安心できるよう、看護師は意図的に関わり、ニードを充足させる事が重要である。

[O7-13] 心肺停止患者の初療における家族看護実践の実態と課題

○角屋 香苗¹、藤田 大樹¹ (1. 湘南鎌倉総合病院)

キーワード：初療室、家族看護実践、家族ニード、心肺停止患者

【目的】 当院救急外来における家族看護実践の現状と課題を明らかにし導入すべき取り組みについて検討する。

【方法】 当院救急外来に心肺停止状態で搬送された患者家族の対応を行なった救急看護師を対象に、看護師個人特性、家族看護実践、家族ニード、家族看護における課題等について自由記載及び選択肢式質問紙により調査した。

【倫理的配慮】 依頼書で研究について説明し研究参加の同意を得た。所属部署の管理者の許可を得て実施した。

【結果】対象の当院救急看護師38名中31名(81.6%)より回答が得られ、有効回答は100%。実際の家族看護実践は、環境調整12件(37.5%)、信頼関係構築10件(31.3%)、情緒支援10件(31.3%)。看護師自身が考える家族ニードは、情緒支援15件(48.4%)、信頼関係構築6件(19.4%)、環境調整5件(16.1%)、情報提供4件(12.9%)、意思決定支援1件(3.2%)。看護師自身が考える家族ニードを満たす看護実践ができていないかについて、できている17名(54.8%)、できていない14名(45.2%)。できていると回答した17名の看護師個人特性として、看護師経験年数1～3年目4名(28.5%)、4～5年目0名(0%)、6～10年目9名(52.9%)、11～15年目3名(17.6%)、16～20年目1名(5.9%)。できていると回答した17名の看護師が実践している看護は、情緒支援17件(53.1%)、環境調整8件(25.0%)、信頼関係構築4件(12.5%)、情報提供3件(9.4%)。家族看護に課題があるが31名(100%)で、理由として、多忙17件(42.5%)が最も多く、導入すべき取り組みは、専属看護師の配置10件(43.5%)、学習会の開催8件(34.8%)であった。看護実践における看護師経験年数の違いに有意差はなかった。

【考察】当院救急看護師の家族看護実践は環境調整が最も多かったが、看護師自身が考える家族ニードは情緒支援が多く、実際の看護実践と認識に差があった。救急外来は救急処置を優先するため、家族に接する時間が限られ、人的・物理的環境に左右される。そのような環境で、突然の死を迎えた患者と家族が可能な限り最期の時間を共有できるよう配慮することは、家族の安全や安寧を整えようとしていると解釈できる。また、場を整え家族に直接関わるという過程から、信頼関係を促進させようとしていると考えられ、環境調整の看護実践が高くなったのではないかと考える。看護師は家族の悲嘆反応に対し、情緒支援が必要であると認識しているが、具体的な実践方法や自身が行う援助の効果が分からず、情緒支援に戸惑いや困難を抱いているのではないかと考える。そのため実践と認識に差があったと考える。家族看護実践において多忙が課題とされ、時間的制限が家族看護実践へ影響している可能性はあるが、同様の環境下でも、家族ニードを満たす看護実践ができていない看護師は約半数で、全員が情緒支援を実践しており、忙しさが家族との関わりに必ずしも影響するとは言いえない。また、看護師経験年数が高い方が、複数の家族ニードを満たす看護実践をしている。これまでの自己の看護経験から、家族の様々なニードを察知し、初療時に家族を意識した看護実践をしているのではないかと考える。ニードを理解した家族看護実践が必要であり、必ずしも専属看護師の配置がニードを満たす看護実践に繋がるとは言いきれない。家族看護を学ぶ環境を提供し、実践の中で指導・教育する機会を設け、知識と経験の共有ができる体制を構築していく必要があると考える。

[O7-14] ICUダイアリーを活用した家族への看護実践報告

○栗野 利枝¹、福井 美和子¹ (1. 筑波メディカルセンター)

キーワード：ICU家族看護、ICUダイアリー、救命ICU

<はじめに>

ICUに入室した患者は、侵襲的な処置による苦痛や深い鎮静によって、ICUでの出来事の記憶が一部欠落し、不快な記憶として残る。不快な記憶は患者の精神的苦痛の要因となり社会復帰の妨げになると言われている。このような不快な記憶に対するケアとして、医療者や家族が日記をつける試みをICUダイアリーといい、記憶の再構築やQOLの向上、患者だけでなく家族への心理的ケアになるという報告がある。今回、多発外傷で入室した患者の母親に対しICUダイアリーを導入し、母親の心のケアに繋げることができたため報告する。

<方法>

期間：2020年3月～5月

患者紹介：A氏20代女性。先天性の聴覚障害

現病歴：バイクで転倒し救急搬送された。診断名：外傷性肝損傷・気胸・肺挫傷

入室後、椎骨動脈解離による脳梗塞を併発

術式：開頭減圧術

倫理的配慮：本研究にあたって当院の倫理委員会に承諾を得た。

<結果>

入院日～入院9日目

患者は挿管チューブによる苦痛・不眠を訴えていた。その様子を見て母親は、「私には何もできない。つらい思いをさせてしまった。」という言葉が聞かれた。母親は、涙を流す事も多く、ストレスレベルが高く支援が必要な状況であった。母親が、A氏に対し何かすることができたと感じられるように、手話の方法を教えていただくなど、母親がケア参画できるように介入した。さらに、母親の思いなどを共有できるようにICUダイアリーについて説明したところ「私にできるなら」と承諾を得られ、導入することになった。

入院9日目～15日目（HCU転棟）

疼痛と不眠の調整が難しく、面会時間の調整や個室への移動を行い患者ができるだけ不安にならないよう、母親の協力も得ながら環境調整を行った。母親からは当初不安や悲しみといった言葉が聞かれていたが、時間経過とともに「ママも頑張るよ」とケア参加を実感する言葉がICUダイアリーに記されるようになった。導入時、ダイアリーは、医療者と母親とのやりとりであったが、転棟後には患者がダイアリーを記載し継続していた。

一般病棟転出後

入院36日目に患者訪問した。ICUでの記憶について聞くと、患者からは「ICUへの不快な記憶はなかった。時々入院生活が嫌になるけど、ICUの時の日記を見返すとこの時より良くなっている。頑張ろうって思えるから今は助かっています。」と話される。母親からは「ダイアリーがあるから、病院での様子もわかるし娘が書いた内容を読むのが楽しみです。それにICUでの様子も面会に来られない家族に伝えられてよかった。」と話される。

<考察>

何をしたいかわからないと感じる母親に対し、A氏とのコミュニケーション方法に母親を巻き込むことで、ケアへの参加を実感させることができたのではないかと考える。ICUダイアリーは、本来患者がICUでの記憶と体験を補填するために発祥したものだが、一方、患者・家族にとっては、辛い出来事や気持ちを思い出すことにつながる恐れもあると言われており、導入は慎重にすべきである。今回、母親は、ダイアリーを通して気持ちの整理ができ、A氏や医療者とのコミュニケーションの手段となった。さらに、A氏自身も、ダイアリーを通して、記憶を修正し希望を持つことにも繋がっていたため、この家族にとっては効果的なケアであったと考える。一事例ではあるが、ICUダイアリーは、患者と家族のコミュニケーションの手段となり、気持ちを出出することでストレス緩和に繋がる可能性がある。また、医療者との関係性も良好に保つことができるのではないかと考える。

[O7-15] 救急外来で積極的家族介入を行うための取り組み～症例検討会がもたらした行動変容～

○向井 和樹¹、田畑 剛²、畑 良典²、植田 美幸² (1. 介護医療院 細谷、2. 松戸市立総合医療センター)

キーワード：救急外来、家族看護、症例検討会

【目的】 A病院の救急外来では1次から3次までの患者受け入れをしているが、救急外来看護師が介入すべき家族看護が積極的に行われていない現状があった。救急外来のカンファレンスでは、家族看護の必要性は理解しているが、実践できない背景には救命処置が優先される、家族に十分に関われる時間が取れない、介入方法がわからないといった問題があることがわかった。最良の家族看護のために症例検討に取り組み、積極的家族介入が行えることを目指した。その取り組み前後の行動変容から症例検討会の有用性を明らかにする。また、今後の課題も明らかとなったため報告する。

【方法】 対象は救急外来看護師10名。救急外来やドクターカー出動時に介入した症例を基に、救急看護認定看護師を中心に症例検討会を実施。月1回の開催を目標とした。実際の症例を提示し、看護問題とその対応方法をディスカッションし、その後に実際の介入を提示。1年間の取り組み後に、記述式アンケートを行い、取り組み前後の行動変容について比較した。

【倫理的配慮】 所属部署の管理者の許可を得て実施した。アンケートは自由意志であることを伝え、また、個人が特定できないよう無記名とした。

【結果】 アンケート回収率は100%である。取り組み前に家族看護を実践していた看護師は2名(20%)で、どちらとも言えない・していないと答えた看護師は8名(80%)であった。「声かけの方法がわからない」「どう接して良いかわからない」など具体的介入方法の把握不足や不安から実践に至らないことが理由に挙げられた。取り組み前のカンファレンスでも同様の意見があり、症例検討会を実施した。症例は救急外来看護師が実際に経験した中から「妊婦の心肺停止」「成人の心肺停止」「小児の心肺停止」「ターミナル期のショック状態」「心肺停止患者の家族が小学生」が挙げられた。症例検討後に毎回、救急看護認定看護師による家族の心理状態、タッチングなどの技法、危機理論など家族看護に関する講義を実施した。取り組み後では、家族看護を実践している看護師は8名(80%)、どちらでもない・いいえと答えた看護師は2名(20%)であった。家族看護を実践するようになった理由として「他の看護師から学ぶことが多くあり、対応を意識するようになった。」「必ず声をかけるように心がけ、言葉が見つからない時にはタッチングを行っている。」「声掛け方法やタッチングなどの技法を学んだ。」「家族介入の必要性や介入方法を教えてもらったから。」と回答があった。また取り組み後に家族への対応に変化はあるかの質問では、10人の救急外来看護師が「はい」と回答を得られ、行動変容もみられた。

【考察】 症例検討会を行う取り組み前後では、救急外来において家族看護を実践する看護師は取り組み前に比べ、60%増加していることが明らかとなった。実際に経験した症例について他の看護師とディスカッションを行ったことは、多角的に自身の看護実践を捉える機会となった。また、他者が経験したことを情報共有し、自身に置き換えて考えることで経験を得ることが出来た。これらの経験が、必要性を理解しつつも行えていなかった家族介入に対しての意識の変容につながり、引いては行動変容につながったのではないかと考える。今後の課題は症例検討会を継続し、すべての救急外来看護師が最良の家族看護が提供できるよう実践していくことである。

一般演題 | 精神的ケア

[O8] 一般演題8

[O8-01] 三次救急医療に従事する看護師の精神健康度が共感性に与える影響

○瓜崎 貴雄¹ (1. 大阪医科大学看護学部看護学科)

[O8-01] 三次救急医療に従事する看護師の精神健康度が共感性に与える影響

○瓜崎 貴雄¹ (1. 大阪医科大学看護学部看護学科)

キーワード：精神健康度、共感性、三次救急

【目的】 研究目的は、三次救急医療に従事する看護師の精神健康度が共感性に与える影響を明らかにすることである。

【方法】 1. 対象者：本邦の救命救急センター全289施設のうち、協力の受諾を得た73施設の看護師2,122名を対象とした。2. 調査方法：郵送法にて無記名自記式質問紙調査を2018年11月～2019年3月に実施した。3. 調査内容：質問紙は、(1) 看護師の個人特性 (2) 自殺未遂患者をケアすることへの不安 (3) 看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度 (瓜崎, 2017) (4) 一般健康調査票12項目版 (GHQ12項目版) (中川, 大坊, 2013) (5) 多次元共感性測定尺度 (MES: Multidimensional Empathy Scale) (鈴木他, 2008) (6) 看護実践環境 (緒方他, 2010) (7) 自由記述から構成した。GHQ12項目版は1因子12項目からなり、信頼性と妥当性が確認されている。回答形式は4件法であり、採点にはGHQ法を用いた。得点範囲は0～12点であり、得点が高いほど精神健康度が不良であることを表す。MESは、他者の感情や意見に影響されやすい傾向を表す【被影響性】(5項目)、他者に焦点づけられた情緒反応を示す【他者指向的反応】(5項目)、自己を架空の人物に投影させる認知傾向を表す【想像性】(5項目)、相手の立場からその他者を理解しようとする認知傾向を表す【視点取得】(5項目)、他者の心理状態について自己に焦点づけられた情緒反応を示す【自己指向的反応】(4項目)といった5因子24項目からなり、信頼性と妥当性が確認されている。回答形式は5件法である。本研究では、逆転項目の処理をした後、下位尺度毎に平均得点を算出した。得点範囲は1～5点であり、得点が高いほど各特性が強いことを表す。本研究では、GHQ12項目版とMESについて分析を行った。4. 分析方法：GHQ12項目版は区分(臨界)点に従って3点以下を良好群、4点以上を不良群に分類し、MESの各下位尺度の得点を比較するために対応のないt検定を行った。有意水準は5%とし、分析には統計解析ソフト (IBM SPSS Statistics 26) を用いた。5. 倫理的配慮：A大学研究倫理委員会の承認を得た。GHQ12項目版は配布数分を代理店から購入し、MESは開発者に使用の許可を得た。なお、本研究では、質問紙の回収をもって、研究参加の承諾が得られたと判断した。

【結果】 質問紙は829名から回収し(回収率39.1%)、419名の有効回答を得た。精神健康良好群は225名(53.7%)、精神健康不良群は194名(46.3%)であった。対応のないt検定の結果を表1に示した。【被影響性】は精神健康不良群が精神健康良好群に比べて有意に得点が高かった ($t=3.79_{(417)}$, $p<0.001$)。【自己指向的反応】は、精神健康不良群が精神健康良好群に比べて有意に得点が高かった ($t=3.16_{(417)}$, $p=0.002$)。

【考察】 本研究の結果は、精神健康が不良である看護師は、患者の言動や感情に影響されやすい傾向、患者の心理状態を自己に焦点づける傾向が強いということを示している。このような状態にある看護師は、自他の区別がつきにくいために、患者との間に適切な心理的距離をとることができず、患者を共感的に理解することが困難になると考えられる。さらに、このような状態が続けば、看護師が疲弊し、精神状態がますます悪化するという悪循環に陥ることも懸念される。

[O9] 一般演題9

- [O9-01] ゴールベースシナリオ(GBS)理論を用いた MET看護師のソーシャルスキルの変化に関する研究
○池辺 諒^{1,2} (1. 星槎大学、2. 大阪母子医療センター)
- [O9-02] 救急看護を志望した看護師のモチベーション維持に与える要因
○石橋 美幸¹、城丸 瑞恵² (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター、2. 札幌医科大学保健医療学部看護学科)
- [O9-03] 院内の一次救命処置技術の向上に向けた取り組み
○吉井 優子¹ (1. 厚生連高岡病院)
- [O9-04] 初療における看護師の予測性と不安ーホットライン情報から作成したチャートの効果ー
○清水 翔平¹ (1. 東京都立多摩総合医療センター)
- [O9-05] 院内心停止記録の検証 ー事後検証から見えてきた心停止の認識と今後の課題ー
○新地 実花子¹、相馬 香理¹、前田 晃史¹ (1. 市立ひらかた病院)
- [O9-06] Tannerの臨床判断モデルを用いた教育における ER看護師の Reflection場面の検討
○米嶋 美晴¹、井川 洋子¹、上澤 弘美¹、柴崎 直美¹ (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)
- [O9-07] 超急性期脳梗塞に対する早期脳血管内治療開始を目指して
山西 正巳¹、○福井 優¹、萱野 恭代美¹、俵積田 慶子¹ (1. 社会医療法人 清恵会 清恵会病院)
- [O9-08] 救急外来における教育体制の構築を目指して
～評価表の作成と教育ミーティングの開催～
○上村 亜紀¹、曾我 かおり¹、土谷 美樹¹、白井 耕志¹、深梅 圭二¹ (1. 福岡徳洲会病院救急センター)
- [O9-09] 院内看護師研修にシミュレーション研修を導入して
○保脇 佳奈恵¹ (1. 済生会和歌山病院)
- [O9-10] 三次救急外来における重篤小児救急患者の看護に関する実態調査 (第2報) ー看護師教育の現状ー
○高田 大樹¹、江川 幸二¹ (1. 神戸市看護大学 療養生活看護学領域 急性看護学分野)
- [O9-11] 関連病院間の院内急変時対応研修における効果ー研修修了1年後の質問紙調査結果からー
○吉田 美恵子¹、野澤 陽子²、杉山 希²、石田 桃子²、森島 克明²、鈴木 めぐみ²、藤井 満貴³、渡邊 亜矢子⁴、青木 梢⁵ (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院、2. 順天堂大学医学部附属静岡病院、3. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、4. 順天堂大学医学部附属浦安病院、5. 元順天堂大学医学部附属練馬病院)
- [O9-12] 効果的なシミュレーション訓練を導入して
権田 海代子¹、○住吉 さやか¹、道端 育子¹、渡邊 岳人¹ (1. 福岡和白病院 総合診療救急科)
- [O9-13] 三次救急外来における重篤小児救急患者の看護に関する実態調査 (第1報) ー看護師の学習ニーズー
○高田 大樹¹、江川 幸二¹ (1. 神戸市看護大学 療養生活看護学領域 急性看護学分野)
- [O9-14] 救急外来に配置転換した救急看護師の成長
○坂野 真美¹、大川 宣容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研究科)

- [O9-15] 新人看護職員が経験した急変事例の検証と今後の急変時対応研修への課題
○村上 貴子¹、黒木 真二¹ (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院 看護部)
- [O9-16] 救命病棟新人教育の指導方法の検討
○山内 綾女¹、金城 裕介¹ (1. 浦添総合病院救命救急センター)
- [O9-17] A病院救急病棟看護師の教育ニードと学習ニードの現状と課題
○稲垣 美希¹、橋口 智美¹ (1. 大分市医師会立アルメイダ病院)
- [O9-18] 急変振り返りシート使用後の実態調査
○堀 栄里¹、高山 僚¹、中 恵美¹、寿井 貴美¹、坂本 三枝¹、城本 佳子¹ (1. 大阪市立大学医学部附属病院)
- [O9-19] 看護師向け臨床推論基礎コース (BPVS) の開発と変遷～学習効率化を図る取り組み～
○嘉陽 宗司¹ (1. 医療法人おもと会 大浜第一病院)
- [O9-20] 一般病棟におけるICU予定外入室患者に対する急変前予兆察知の現状と課題
○惣田 隆之亮¹、佐土根 岳¹、金浜 英介² (1. 医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院 集中治療室、2. 医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院 心臓血管センター)
- [O9-21] A病院における救急センターでの新人看護師院内留学制度の実態～指導の標準化を目指して～
○堀井 愛美¹、豊田 麻衣¹、山端 泰代¹ (1. 富山市立富山市民病院)
- [O9-22] 演題取り下げ
- [O9-23] 救急領域における看護師への倫理教育の取り組み：質問紙調査による評価と教育支援の検討
○菊池 亜季子¹ (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)
- [O9-24] 急変時の看護記録記載トレーニングの取り組みと評価～自主制作した視聴覚教材による記録トレーニング～
○細井 麻美¹、佐々木 美香¹、西尾 友子¹、太田 文子¹、大塚 操¹ (1. 旭川赤十字病院 救命救急センター HCU・救急外来)
- [O9-25] 救急看護学分野の倫理に関する研究の動向と課題
○新井 龍¹、新井 直子²、作田 裕美³ (1. 湘南鎌倉医療大学、2. 帝京大学、3. 大阪市立大学)
- [O9-26] 救急看護における研究と教育に関する検討-テキストの目次内容と研究論文の内容の比較から-
○新井 直子¹、新井 龍²、作田 裕美³ (1. 帝京大学、2. 湘南鎌倉医療大学、3. 大阪市立大学)

[O9-01] ゴールベースシナリオ(GBS)理論を用いた MET看護師の ソーシャルスキルの変化に関する研究

○池辺 諒^{1,2} (1. 星槎大学、2. 大阪母子医療センター)

キーワード：Medical Emergency Team、Goal Based scenario、Social Skill

【背景】

院内迅速対応システムは、入院患者に発生する重篤有害事象を減少させることを目的とした医療安全管理システムであり、そのシステムの中で機能するチームとして、集中治療のトレーニングを受けた医師と看護師を中心とした「Medical Emergency Team：MET」が存在する。METは、他部署での医療活動がベースにあり、一元的な医学的知識の活用などだけではシステムが機能しないという背景があり、課題を解決するために必要な思考力や協働が必須となる。そこで、今回、MET看護師のソーシャルスキルに注目し、課題解決能力を養うために「ゴールベースシナリオ：GBS理論」に注目した。

【目的】

MET看護師教育における GBS理論を用いた効果的なシミュレーション教育の在り方を明らかにすること、ループブリックにより MET看護師に求められるソーシャルスキル獲得を真正評価するための適切な手続きを明らかにすること。また、MET看護師に対するシミュレーション研修を通し、効果的なファシリテーションを明らかにすること。

【研究の方法】

図参照

【倫理的配慮】

研究協力は自由意思によって決定できること、断ることによる不利益が生じることは一切ないこと、また、一度同意した後でも、不利益を受けることなく同意を撤回できることについて、対象となる全ての方に説明を行った。本研究は A病院倫理委員会承認済（受付番号：1184）である。

【結果】

GBSを意識せず開発された教材におけるシミュレーション教育（X教材）、GBSに基づき開発された教材におけるシミュレーション教育（Y教材）を実施したところ、GBSに基づき開発された Y教材は、85.1%の GBS理論適応度であった一方、X教材は35.0%の適応度であった。

ソーシャルスキルループブリック評価表は、「コミュニケーション」「状況モニタリング」「相互支援」の項目において、Y教材は X教材に比べ点数は上昇していたが統計学的に有意ではなかった。総得点の比較においては、X教材6点、Y教材11点であり、点数の差は生じていたが統計学的に有意ではなかった ($p=0.22$)。

また、本研究の共起ネットワークに基づくと、効果的なファシリテーションとは、チームにおける役割を明確にし、参加者主導で進行できるよう場を整えることであった。

【結語】

本研究の結果からは、GBS理論に準じた教材の効果、ソーシャルスキルの真正評価、効果的なファシリテーション技法についての示唆が得られた。

[O9-02] 救急看護を志望した看護師のモチベーション維持に与える要因

○石橋 美幸¹、城丸 瑞恵² (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター、2. 札幌医科大学保健医療学部看護学科)

キーワード：志望動機、モチベーション、救急看護

救急看護を志望した看護師のモチベーション維持に与える要因

石橋 美幸, 城丸 瑞恵

【目的】救急看護師の職務継続の支援を検討するために、本研究では、救急看護を志望した看護師のモチベーション維持の要因について明らかにする。

【方法】救急看護を志望して A 高度救命救急センターに新卒で配属され、まだ初期診療を経験していない看護師 3 名を対象とした。インタビューガイドを用いて、救急領域に志望した動機、勤務している中でモチベーションが向上した時期・状況などについて、半構成的面接を実施し、データ収集を行った。分析方法は、データを逐語録に起こしてコード化し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。分析の信頼性・妥当性を確保するために逐語録を何度も読み、カテゴリー化までのプロセスを質的研究の経験者である共同研究者間で検討を行った。

【倫理的配慮】 A 病院看護研究倫理審査専門委員会による承認を得て実施した。

【結果】分析の結果、モチベーションに関して、25コード、7サブカテゴリー、4カテゴリーを抽出した。カテゴリーは、志望した部署に配属されたことで感じる意欲を表す<救急配属志望の実現>、思い描いていた救急看護を実践できたという実感がモチベーションに与える影響を表す<救急看護実践の実感>、自身のキャリア開発のため次のステップアップの方法が明確化されていることによる意欲を表す<キャリア開発へのステップアップの明確化>、入職後から様々な学びと成長を感じていたが慣れてきた頃を感じる停滞感を表す<ステップアップへの停滞感>で構成された。

【考察】救急看護を志望している人は、配属希望が叶ったこともモチベーションに繋がっていたことが明らかになった。これは、希望していた救急看護を実感し、専門性を獲得したいという気持ちが高まるからであると考えられる。そのため、早期から初期診療看護に携わるなどの、救急看護実践の実感を持てるような支援が必要と考える。また、対象者は自身のキャリア開発を思い描いており、キャリアアップの方法を明確に提示することで、短期目標ができモチベーションに繋がっていた。中にはステップアップが進まず停滞感を感じることはあったが、次のステップへの課題を自らが見出し、それを乗り越えることで、結果的にモチベーションの維持に繋がっていた。そのため、ステップアップを明確化したカリキュラムでの指導を継続していくことが重要であると考えられる。

[O9-03] 院内の一次救命処置技術の向上に向けた取り組み

○吉井 優子¹ (1. 厚生連高岡病院)

キーワード：一次救命処置、看護師

【はじめに】

院内急変は時間・場所を問わず発生する。看護師は第一発見者となる事が多く、適切な一次救命処置（以下 BLS）の技術を習得しておく必要がある。当院の急変発生件数は年間約70件であるが、いくつかの事例で BLS に関する技術の不足を救急医から指摘されることがあった。そこで全看護師を対象とした BLS 技術の研修を実施することとした。

【目的】

BLS 技術に関する現状を把握し、急変対応研修について考察する

【方法】

期間：2019年5月～2020年2月 第4水曜日

対象：看護師 533名

内容

1回あたり5人1グループでの30分のBLS技術研修を1日に6回実施 事前にBLS動画を視聴し受講 BLS人形とAEDトレーナーを各2個使用しインストラクター3名が参加 BLS技術はチェックリストを使用して、胸骨圧迫の正しい手の位置・速度・深さ・リコイル・AEDの正しい使用ができるかを確認した 研修後アンケートの実施 評価 チェックリストとアンケート結果の単純集計から研修内容を振り返る

【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】

看護師533名中499名が参加し参加率は84.2%であった。BLS技術のチェックリストの結果から、胸骨圧迫の手技では位置が不適切であったものが14%、速度が不適切であったものが12.4%、深さの不足が30.1%、リコイルが出来ていないものが13.3%であった。AEDの使用については、正しく使用出来ていないものが4.7%、安全確認の不足が10.9%であった。また絶え間ない胸骨圧迫を実施出来なかったものが6%であった。

研修後のアンケートでは、動画で学習したことは実践できたか、現場で実施できそうか、の問いに対して90%以上が可能であると回答した。自由記載では「勉強になった」「定期的な訓練が必要と感じた」との意見もあった。

【考察】

研修は動画視聴後に参加することとしたので、急変対応に不慣れ、あるいは手技に不安のある看護師もイメージを付けやすかったのではないかと考えられる。深さの不足30.1%と最も多い結果となった。ガイドラインでは「5cm以上6cmを超えない」とされているが実践してみないと体感はできない。参加者は実際に圧迫をすることで、思ったより深さが必要であったことに気がつくことができたのではないかと考えられる。一方で胸骨圧迫の深さやリコイルは、インストラクターの目視による主観的な評価となり評価者によりばらつきが生じやすい状況にあった。今後はフィードバック機能のついたシミュレーター等による客観的な評価ができる体制を整えるなど、組織への働きかけも必要となる。また看護師のBLS受講経験の有無や急変対応経験の有無は確認していないため、参加者の経験に応じた研修の企画が必要である。

AEDの安全な使用や胸骨圧迫の中断時間が長くなることに関しては、基本的な知識を習得していないことが要因の一つと考えられる。認知領域と行動領域へ働きかけることで研修効果が高まると言われており、プレテストを行い知識の確認と整理を行った上で研修に参加してもらう必要があった。

2019年の急変事例では、救急医からのフィードバック内容は技術に関する事柄は減少しチームワークや役割分担に関することや挿管介助に関する事柄がみられるようになっている。今後の課題としては、BLS技術の維持のための定期的な研修の開催すること、部署の特徴を考慮した研修内容とすること、さらに挿管介助や薬剤投与などACLSの要素を取り入れた研修を企画・開催していくことが挙げられる。

[O9-04] 初療における看護師の予測性と不安ーホットライン情報から作成したチャートの効果ー

○清水 翔平¹ (1. 東京都立多摩総合医療センター)

キーワード：初療室

I. 背景：本研究の目的は、ホットラインの主訴及び付随情報から疾患を判別するチャートを作成し、チャートを使用して予測を立てていくことで初療室看護師の予測性が向上し、看護師の不安軽減に関与するかどうかを明らかにする。

II. 方法

1. 研究デザイン：介入研究

2. 調査内容

①対象者の背景：看護師歴、初療看護の経験歴、初療認定看護師の有無、(学習会実施後のアンケート)初療における看護の実施回数

②予測性：自作の予測性のテスト。

③不安：状態-特性不安尺度 (STAI-fromJYZ)。

3. 介入方法

①チャートの作成：A病院初療室に搬送される患者で件数の多い呼吸困難、意識障害、交通(転落)外傷、ショック、胸痛の5つの主訴に関するものとした。

②チャートの使用：チャートの使用については、1人あたり2回の学習会において指導を行った。また、初療室にチャートを掲示した。

4. 倫理的配慮：本研究はA病院の倫理委員会の承認を得て実施した。研究対象者には研究の目的と方法、研究への参加は自由意思によるものであること、得られたデータは本研究以外には使用しないこと、プライバシーの保護、結果を学会で発表することについて書面で説明し、同意書に署名を得た。

なお、演題発表に関連し開示すべきCOI関係にある企業・組織及び団体等はない。

III. 結果：回収された質問紙は介入前後ともに33件(回収率100%)で全てが有効回答であった。

1.対象者の背景：看護師経験年数は4~32年(平均14.76年±7.84年)であった。初療看護師経験年数は0~14年(平均4.48年±3.45年)であった。学習会後の初療看護件数は0~15回(平均3.39年±2.98年)であった。

2.予測性：介入前の予測性のテストの平均値は13.70点±2.47点、介入後の予測性テストの平均値は15.03点±2.59点と介入後の方が高く、有意差が認められた($t(32)=-3.645$, $p<0.05$)。介入後に予測性が向上していることが分かった。

3.不安：STAI(状態不安)の得点の平均値は、介入前が58.27±10.34点、介入後が54.21±11.23点と介入後の方が低く、有意差が認められた($t(32)=2.245$, $p<0.05$)。介入後に状態不安が減少したことが示された。

4.予測性と不安の関連：介入前の予測性と介入後の予測性との間で比較的強い正の相関が認められた($r=0.656$)。また、介入前の予測性と介入前の状態不安($r=0.626$)及び介入後の状態不安($r=0.503$)との間に、比較的強い負の相関が認められた。

VI. 考察

1. 予測性：チャートを用いた介入後の方が高く、有意差が認められた。今回、ホットライン情報から疾患や病態を推測していくといったトレーニングを実施したが、このトレーニングは経験不足や苦手な部分を補うことができ、予測性の向上に効果があったと考える。

2. 状態不安：チャートの使用により不安が軽減した。理由として、ホットライン情報からいくつかの疾患を予測することで、漠然としていた患者像をより具体的に捉えてそれに引き続く処置をイメージすることができるようになったのではないかと考える。

3. 予測性と状態不安の相関関係：予測性が高いほど状態不安が低いということが明らかとなった。これは、初療看護において予測性をもつということが検査・治療の準備や迅速なケアの秀逸性にもつながり不安が少ない状態で業務に当たることができたためではないかと考える。

[O9-05] 院内心停止記録の検証 ー 事後検証から見えてきた心停止の認識と今後の課題ー

○新地 実花子¹、相馬 香理¹、前田 晃史¹ (1. 市立ひらかた病院)

キーワード：院内心停止、CPR

<背景>

院内急変、特に心停止対応は初動が最も重要であり、対応の遅れは患者の生命予後を左右する。A病院では、2013年より、院内心肺蘇生経過記録票を作成し、ガイドラインに沿った対応と統一した記録を行うよう努めており、心肺蘇生経過記録を統一し、データを集積・検証することによって、心停止対応の課題を明確にできると考えられる。

<目的>

心肺蘇生経過記録票の検証により今後の蘇生教育の内容、方法について検討し、心停止患者への対応能力の向上に寄与する。

<方法>

研究デザイン：後方視的観察研究。調査期間：2015年1月～2019年12月。研究対象：心肺蘇生を行った患者（DNAR除く）。データ収集方法：心停止発見からの経過および転帰を心肺蘇生経過記録票および電子カルテより収集し、データ・クリーニングした。

<倫理的配慮>

患者データを暗号化し、USBによる保管およびパスワード管理により個人情報保護した。また A病院倫理委員会の承認を得た。

<結果>

対象患者71例（男性47例、女性24例）、年齢中央値77（68-82）歳であった。以下に年ごとの症例数と初期調律、生存退院率、①心停止から CPRコール②心停止から CPR開始③心停止から初期調律確認までに要した時間を中央値（四分位範囲）で示す。

2015年5例（PEA5例）生存なし、①4（3-4）分②4（2-4）分③4（2-5）分。

2016年6例（VF/VT1例、PEA2例、心静止1例、不明2例）生存退院率17%（1例）、①3（3-4.5）分、②

1 (0.25-1.75) 分③1.5 (0-3.25) 分。

2017年24例 (VF/VT2例、PEA18例、心静止2例、不明2例) 生存退院率21% (5例)、①3 (1-4) 分②1 (0-2.25) 分③3 (1-5) 分。

2018年24例 (VF/VT6例、PEA13例、心静止4例、不明1例) 生存退院率17% (4例) ①2 (0.5-2) 分②0.5 (0-2) 分③2 (0-5.5) 分。

2019年12例 (VF/VT4例、PEA5例、心静止2例、不明1例) 生存退院率33% (4例) ①1 (0-3) 分②0 (0-2) 分③3.5 (0-1.25) 分であった。

心停止から CPRコールまでの時間は有意に減少しつつあった ($p<0.001$)。生存退院率は改善傾向にあった。

<考察>

心停止から CPRコール、心停止から CPR開始に要した時間は減少しており、心停止の認識をすれば即座に CPRを開始することができていると言える。しかし、心停止から初期調律確認までの時間短縮は達成できておらず、その要因について検討した。

初期調律確認まで3分以上を要した例は16件、これらのうち心停止の認識の遅延例が6件あり、うち5件は心停止前からモニタリングされていた。遅延例は全て PEAで、徐拍性 PEAを徐脈と誤った理解をしているために、心停止の判断が遅延しているものと考えられた。臨床現場では徐々に状態悪化の経過をたどる例も少なくなく、徐拍性 PEA例に対応した研修を強化する必要がある。

<結論>

心停止の認識と同時に CPRを開始する能力は改善してきており、転帰は改善している。しかし、QRS波形を見て「脈がある」と思い込むことで心停止の判断と対応に遅れが生じており、改善の余地がある。

[O9-06] Tannerの臨床判断モデルを用いた教育における ER看護師の Reflection場面の検討

○米嶋 美晴¹、井川 洋子¹、上澤 弘美¹、柴崎 直美¹ (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)

キーワード：臨床判断、教育、Reflection

【はじめに】

自施設 ERでは、2019年5月より実践の中での Reflectionによる On The Job Training (以下、OJT) が主軸である Tannerの臨床判断モデルを取り入れた教育を開始した。また、Reflection時間を設け、1日1場面を目安に OJTを通した指導や症例の振り返りをシートに記録している。

今回、Reflection時間に記録されたシートから、行為中の省察である Reflection in actionに視点をおき、指導側の看護師が臨床判断を促すために行った思考発話の内容を明確にした。その思考発話の内容から実践場面での OJTの傾向を把握し、今後の教育計画への示唆を得たため報告する。

【目的】

Tannerの臨床判断モデルを用いた教育における Reflection in actionの場面において、指導内容の傾向を明確にし今後の教育計画への示唆を得ることである。

【方法】

2019年7月～2020年3月の期間に ER看護師13名に対して実施した Reflection in actionの内容を、Reflectionシートから後方視的に調査した。Reflection in actionの内容から意味・特徴が類似するものを記述した。

【倫理的配慮】

本報告は自施設の倫理委員会の審査を受け承認を得た上で実施した (承認番号：933)。対象者に主旨、匿名性の確保や個人情報の保護、情報の公表および情報の管理方法について文面を提示した上で口頭により説明し、文書による同意署名を得た。

【結果】

調査期間内にシートに記録された Reflectionは128場面であった。指導側の看護師が臨床判断を促すために行った思考発話の内容で最も多かったものは「合併症を最小限にするためのケア」であり、39場面であった。これらは、脳卒中患者の二次的脳損傷を最小限にするためのケアや、循環血液量減少性ショック患者に対する輸液管理についての臨床判断の内容が主であった。次いで、「症状から疾患を予測した観察」が21場面であった。これらは、意識障害の鑑別や胸痛症状に対して、心筋梗塞や大血管疾患などの緊急性が高い疾患を疑うための観察方法についての臨床判断であった。また、「緊急性の判断」は20場面あり、第一印象や生理学的評価より気道閉塞のリスクや呼吸不全を迅速に察知し、気道確保などの緊急に対応しなければならない処置の必要性についての臨床判断であった。その他、「診療を円滑に進めるためのマネジメント能力」16場面、「限られた情報からの搬入準備」10場面、「診療ガイドラインの知識」9場面、「看護技術の選択」8場面などであった。

【考察】

結果から、指導側の看護師が、患者の合併症や予測される病態悪化を考慮した看護ケアの提供と根拠における臨床判断や、患者の緊急度の判断に必要な観察手法について、技術的な側面に対する思考発話をしていた。そのことから、指導を受けた看護師は主に上述する2つに対して臨床判断が不足していると考えられた。そのため、看護師の臨床判断スキルを高めるためにERでの教育として、初療での患者の経過を系統立てて考え、意図的な看護実践を提供するに至る思考過程を強化する必要があると考える。江口らは、ある事例・場面を特定のものとして解釈し、語ることで臨床判断の内容を言語化し、検討することが臨床判断能力を育むうえで重要と述べている。そのため、教育計画において講義形式の座学に限らず、事例展開や観察手法などのシミュレーションにより経験した事例を想起し、患者が示す反応や結果に至る思考過程をトレーニングする機会を設ける必要性が示唆された。

[O9-07] 超急性期脳梗塞に対する早期脳血管内治療開始を目指して

山西 正巳¹、○福井 優¹、萱野 恭代美¹、依積田 慶子¹ (1. 社会医療法人 清恵会 清恵会病院)

キーワード：看護教育、脳卒中、時間短縮、血管内治療

はじめに

A病院は2016年8月からストロークコールを導入した。

一昨年本学会で、プロトコル表に沿った受け入れ準備、準備物品のセット化を行い救急医療センター看護師全員が、脳血管内治療開始60分以内に治療開始ができること目標に、システムの構築について述べた。今回、血管撮影室入室から治療開始までの時間を段階的に短縮し、さらなる早期治療開始を目標に、救急医療センター看護師への教育に重点をおいた取り組みに対する結果を発表する。

目的

早期治療開始を目指した取り組みと、今後の課題を明らかにする

方法

期間：2018年4月から2020年3月

対象：救急医療センター正看護師27名

准看護師1名

方法：2018年4月から2019年3月

1. チェック表の見直しと勉強会実施
2. 血管撮影室から治療開始介助までの勉強会実施

2019年4月から2020年3月

3. 血管撮影室準備見学と準備の実践
4. 早期治療に対する取り組みに対し、評価、改善をカンファレンスで共有

5. 血管撮影室準備までの動画撮影実施
6. 実際の治療介助の振り返り、改善をカンファレンスで共有
7. 結果と分析

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、研究の趣旨を文章で提示し同意を得た。

結果

2018年度、脳血管内治療までの患者受け入れ時から画像検査までの流れは、救急医療センター看護師全員が対応出来るようになった。脳血管内治療開始までの時間は最短39分、最長106分、平均62.6分であった。次に治療開始までの時間短縮に焦点を当て、2019年3月から一連の流れが把握できる救急医療センター看護師1名を立ち上げ検査介助に従事した。結果、従事した看護師が中心となり、患者受け入れから脳血管内治療開始までの手順を①血管内治療キットの展開と準備 ②患者の体位固定 ③還流セットの準備など細分化し、救急医療センター看護師全員が行えるよう教育、デモンストレーションを行った。教育後はアンケートを取り、看護師の理解度を確認し、個々に合わせた個別的な教育を実施した。看護師から具体的な意見として、物品、薬剤の配置や覆布の操作が分からない等が挙がり、それらを全員で共有し、再度デモンストレーションを行い解決するという方法を行った。また、脳血管内治療に関わる頻度が個々に違う為、治療開始までの一連の流れの動画を作成し、常時視聴ができるようにしたことで流れの把握が理解出来るようになった。視聴は25名(89.3%)であった。各介助の教育の取り組みの結果、実際の治療場面では、準備が出来るようになった。2019年4月から2020年3月までの脳血管内治療開始までの時間は最短23分、最長95分、平均54.8分と短縮に繋がった。

考察

今回、介助の一連の流れを具体的に可視化する等、教育の工夫をすることで、統一した介助が出来るようになり、脳血管撮影室入室準備から患者入室、治療開始までの時間短縮に繋がったと考える。また治療開始までの介助を細分化することで段階的な教育ができた。さらに、アンケートを実施することで、疑問点が具体的にになり、個別的な教育も実施することができ、脳血管内治療開始時間を7.8分短縮できたと考える。今後継続的にカンファレンスで共有することにより更なる時間短縮が目指せると考える。また今後の取り組みとして、救急医療センター看護師全員が、脳血管内治療介助まで担当できるように育成することが課題である。

[O9-08] 救急外来における教育体制の構築を目指して

～評価表の作成と教育ミーティングの開催～

○上村 亜紀¹、曾我 かおり¹、土谷 美樹¹、白井 耕志¹、深梅 圭二¹ (1. 福岡徳洲会病院救急センター)

キーワード：教育体制構築

【目的】

当救急外来（以下、E R）では、毎年新卒者とE R経験を持つ中途入職者を受け入れている。その入職者に対し、プリセプター制度を導入し、プリセプターを中心に教育を行っている。しかし、当E Rの教育体制の問題点として、明確な指導方針や評価基準が存在せず、全てプリセプター、アソシエイトに一任されていた。また指導者の評価に一貫性がなく、スタッフ間の教育に対する積極性にも差があった。結果、教育対象者の夜勤業務開始の遅れや、1年を経過してもE Rの全ての業務を遂行するために必要な知識、技術の習得ができていないという問題が発生していた。

よって、E Rにおける教育体制の構築を図ることが急務であり、全ての指導看護師が教育対象者の目標を共有し、計画的且つ継続的に関わることができるよう、業務開始基準評価表（以下、評価表）の作成と、それを基に指導者間で意見交換をする情報共有の場（以下、教育ミーティング）の設定と実施に取り組んだ。

【方法】

期間：2019年4月～2020年3月

対象：E Rに勤務する指導者21名

実施方法：毎月1回、評価表を基に教育ミーティングを開催

評価方法：2020年3月 指導者21名に対し教育ミーティングに関するアンケートを実施

評価表に関するインタビューを実施

無記名、多肢選択式、自由記載方式、単純集計

【倫理的配慮】

収集した情報は個人が特定されないようにすると共に、本研究以外に用いないこととし、対象者に不利益を生じないように配慮した。また、所属施設長に承認を得て実施した。

【結果】

達成すべき業務内容、患者ケアについての3段階で評価する当E R独自の評価表を作成し、教育対象者による自主評価、プリセプターによる他者評価を実施したのち、教育ミーティングで意見交換を行い、指導統一を図るために用いた。教育ミーティング開催率100%、参加率78%、平均実施時間1時間15分であった。

教育ミーティングを1年間実施したのちのアンケートでは、「他のスタッフの意見が聞けて参考になる(76.4%)」「教育方針や進捗状況が分かりやすい(47.0%)」「私情を伴わず客観的評価が可能」との回答を得た。一方で、「実施時間が長い(70.5%)」「時間の無駄(11.7%)」「部署全体で教育しているという感覚が弱い」「参加したい人だけで集まる」「指導する側の教育が必要」「再評価が難しい」「現場教育に活かされていない」「目標達成に向けた対象者の自発的な取り組みが見られない」という回答を得た。

【考察】

教育係がファシリテーターとしてミーティングを実施したことは、一方的な指示ではなくスタッフと対等なスタンスで相手の強みを活かし、同意を得ながら教育への参画を促すことができたと考える。教育体制構築の一助になるように、評価表を作成し、またそれを用いて教育ミーティングを実施したことは、「私情を伴わず客観的評価が可能」「他のスタッフの意見が聞けて参考になる」「教育方針や進捗状況が分かりやすい内容である」「悩みを共有し解決策を見つけることができる」との回答から、一貫性のある指導につなげることができ、有意義な場を設けることができたと考える。

しかし、課題として指導者側の継続的な教育支援と行動変容へのアプローチを行うこと、評価表については、指導者のみならず教育対象者に焦点を当て、レディネスに適した内容であるかの検討や、実践に見合ったものとなるよう修正を行っていくことが必要であると考え。

今後も内省と実践を繰り返すなかで、有効な情報共有の場となるよう教育ミーティングを開催していき、教育体制の充実を図りたい。

[O9-09] 院内看護師研修にシミュレーション研修を導入して

○保脇 佳奈恵¹ (1. 済生会和歌山病院)

キーワード：シミュレーション、看護教育

当院の急変事例の検証から急変の数時間前から起こる何らかの徴候に気づいているにも関わらず、アセスメントや情報共有の不十分さから医師やチームで共有できていないことがあった。そこでフィジカルアセスメント、全人的アセスメント能力の向上が必要と考え、これまでの講義式教育だけでなくシミュレーション研修（以後演習研修という）を導入した。今回、研修評価とその後の実践についての効果や問題点を抽出した。

【倫理的配慮】本研究は院内倫理委員会の承認を得て行った。アンケートは無記名とし、対象者の合意のもと行い、拒否したことによって不利益は生じない。

【方法】1.H30年4月から R2年3月まで毎月1回演習研修を実施

2.研修直後に理解度に関するアンケート①を実施（62名）

3.R2年4月に前年度受講者（57名）にアンケート②を実施した。①②ともに独自に作成、アンケート結果は1から5までの5段階とし、エクセルでの単純集計を行った。

【結果】研修直後のアンケート①では回収率100%であり、「研修内容を理解できた」と答えたのは全体の69.3%、「今後の実践で活用できる」と答えたのは88.7%であった。研修の感想では演習研修を機に自己のアセスメント力の不足を実感していた。アンケート②の回収率は84.2%、有効回答率は97.9%、回答者の平均年齢は34.0歳、平均看護師経験年数は10.3年。研修内容が看護実践において活用できたかは平均3.5であった。活用できた内容は「フィジカルイグザミネーションなどの観察スキル」や「系統的、先入観のない問診」などが多かったが「医師・看護師とのアセスメント内容の協議」は少なかった。活用できなかった理由として「急変事例がない」「業務を優先してしまう」とあった。研修参加後の行動として、以前と比較して自己学習や同僚・上司への相談を積極的に行うようになったという回答を得た。

【考察】日頃起こりうる状況を用いた演習研修を行ったことで、普段は意識していなかった患者への接触場面から観察点や問診方法・最終報告まで、意図的に行う意識が向上したと考える。また、研修を契機に学習の自己効力感の向上が示唆された結果も多く得られた。これらは、ノールズが示す「成人教育に関する5つの特徴」にある自己概念・経験・レディネス・方向付け・動機付けの全てにおいて影響を与えたとも考えられる。研修後に臨床でのアセスメントの共有やディスカッションがあまり実施されていないという結果からは、自身のアセスメントに対する自信のなさや根拠不足があると考えられ、座学での知識拡充も必要である。また、シミュレーション教育の利点でもある失敗が許される環境では学習者間で積極的な協議ができるようファシリテートすることが指導者に求められるスキルである。

スキルを活用できなかった人は手術室勤務や整形外科病棟勤務者が多く、日頃急変事例が少ない部署であった。今回の研修では、急変の有無に関わらず広い視野で患者を捉えることを伝えなかったが、研修と似た状況がないため活用できなかったという回答につながってしまった。このような学習者にはデブリーフィング時に物事の認知の仕方（スキーマ）の変容を目指し、可視的な対応や行動ではなく、状況を捉えられるよう、思考過程に焦点をあてるように支援を行う必要がある。

【結語】演習研修を導入したことにより、習得したスキルを活用し、看護に活かす効果が認められた。また、学習の動機付けから自己効力感の向上という学習の一連の流れを構築できた。座学と演習のバランスのとれた教育環境が今後の課題である。

[O9-10] 三次救急外来における重篤小児救急患者の看護に関する実態調査 (第2報) - 看護師教育の現状 -

○高田 大樹¹、江川 幸二¹ (1. 神戸市看護大学 療養生活看護学領域 急性看護学分野)

キーワード：小児救急看護、看護師教育、三次救急外来、救命救急センター、小児救命救急センター

【はじめに】少子化となった現在も一定の割合で発生している重篤小児救急患者の対応は、小児救命救急センター（Pediatric Emergency Departments：以下、PED）のみでなく既存の救命救急センター（General Emergency Departments：以下、GED）でも求められている。GEDは主に成人患者を対象としており、重篤小児救急患者に関する救急外来看護師への教育は、施設状況によって差があることが予測される。現在その看護師教育について調査した研究は見当たらない。

【目的】三次救急外来における重篤小児救急患者に関する看護師教育の現状を明らかにする。

【方法】研究デザイン：自記式質問紙調査法による横断的実態調査研究。

対象者：全国のGEDおよびPEDを有する301施設のうち、研究協力の同意が得られた46施設の救急外来看護管理者（以下、管理者）。

調査方法：対象施設の看護部長に研究協力を依頼し、同意の得られた施設の管理者へ質問紙を郵送した。質問紙は無記名で個別郵送法にて回収し、返送により本研究への協力・同意が得られたこととした。

質問紙の概要：先行文献を参考に、重篤小児救急患者受入れに関する施設状況、管理者の認識、看護師教育の現状について独自の質問紙を作成した。

分析方法：質問項目毎に単純集計を行い、変数間の関連を χ^2 検定または Fisher の正確検定で分析した。

【倫理的配慮】所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した。対象者へは文書にて説明を行った。

【結果】33施設から回答を得た（回収率71.7%）。有効回答数は32施設（有効回答率96.9%）であった。

施設の種類の、GEDが24施設（75.0%）、GEDとPED併設が6施設（18.8%）、PEDが2施設（6.2%）であった。小児患者優先病床がある施設は15施設（46.9%）であった。救急車来院患者に占める小児患者割合は中央値8.9% [4.0-14.3] であった。救急外来に小児看護経験者がいる施設は19施設（59.4%）、その人数は中央値2.0名 [2.0-4.0] であった。

管理者の認識として、重篤小児救急患者に関する教育は重要と回答した施設は31施設（96.9%）、優先度は高いと回答した施設は24施設（75.0%）であった。

重篤小児救急患者の看護教育プログラムがあると回答した施設は12施設（37.5%）であった。プログラムの内容は、「トリアージ」「虐待」が10施設（83.3%）、次いで「バイタルサイン」が9施設（75.0%）であった。小児患者を対象とした心肺蘇生教育として、BLSは16施設（50.0%）、ALSは9施設（28.1%）で実施されていた。小児看護経験のある教育担当者がある施設は7施設（21.9%）であった。

教育プログラムがある施設は、小児患者優先病床がある施設（ $p=.047$ ）、救急車来院患者における小児患者割合が高い施設（ $p=.026$ ）、小児看護経験のある教育担当者のいる施設（ $p=.002$ ）で有意に多かった。小児看護経験のある教育担当者がある施設は、救急外来に小児看護経験者がいる施設（ $p=.043$ ）で有意に多かった。

【考察】管理者は教育の重要性は高いと感じている一方、実際に教育プログラムのある施設は約4割に留まった。これは救急外来における重篤小児救急患者の割合が少ないこと、小児看護経験のある教育担当者が少ないことに関連していることが明らかとなった。積極的に重篤小児救急患者の受け入れを行っている施設との施設間連携や院外研修の活用による教育体制の充実に向けた取り組みが必要であると考えられる。

[O9-11] 関連病院間の院内急変時対応研修における効果－研修修了1年後の質問紙調査結果から－

○吉田 美恵子¹、野澤 陽子²、杉山 希²、石田 桃子²、森島 克明²、鈴木 めぐみ²、藤井 満貴³、渡邊 亜矢子⁴、青木 梢⁵（1. 順天堂大学医学部附属練馬病院、2. 順天堂大学医学部附属静岡病院、3. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、4. 順天堂大学医学部附属浦安病院、5. 元順天堂大学医学部附属練馬病院）

キーワード：院内急変時対応、質問紙調査

【目的】2009年度から2018年度までの10年間において、関連病院に所属する救急看護認定看護師と診療看護師が中心となり、実務経験3年以上の看護師を対象に院内急変時及び急変の前兆を捉えるために必要な知識・技術の習得と向上を目指した研修を行い、87名の修了者を輩出してきた。2012年度からは、研修を修了した1年後に修了者と修了者の所属する責任者に対し、活動状況を把握するために質問紙調査を行っている。

今回、研修修了者が研修の内容を実践の場でどのように活用しているのか、研修修了1年後の教育効果を明らかにし、救急領域の看護の質向上のために必要な教育支援について示唆を得ることを目的とした。

【方法】研修プログラムは、講義、演習、実習で構成し、研修時間は48時間、研修修了時には研修者間で指導案を企画した。研修修了1年後に研修参加者および所属部署責任者に対し質問紙調査を実施した。質問紙調査の中で、「研修受講後どのような変化があったか(修了者)」「研修受講後スタッフにどのような変化があったか(責任者)」という問いの回答を分析の対象とした。得られた回答は共通する意味内容でコード化を行い、類似する内容はカテゴリー化した。また、内容の分析は研修担当者間で実施した。

【倫理的配慮】個人情報保護に充分留意し質問紙の回答をもって同意を得たものとした。また、各附属病院看護部責任者の承諾を得た。

【結果】期間中の研修修了者は67名であり、関連病院すべての施設で修了者を輩出した。そのうち58名から回答

を得られ、有効回答率は86.5%であった。また、修了者が所属する責任者からは、57部の回答を得られ、有効回答率は85.0%であった。なお、責任者においては、複数の修了者が所属している場合もあるため、部数での表現とした。

修了者からの回答で最も多かった記述のカテゴリーは【意識や視点の変化】であった。次いで、【急変時対応能力の向上】が抽出され、いずれも個人の看護実践のスキルに関連する内容が成果として挙げられた。また、研修を受講したことによる【役割拡大】も多数の意見が上がった。責任者からの回答で最も多かったカテゴリーは【意欲・自主性の向上】であり、次いで、【指導の実施】【アセスメント意識や視点の変化】が抽出された。

【考察】研修修了者は【意識や視点の変化】を成果としてあげており、研修を受講することで急変時対応に対する意識変容につながったと考える。そして、【急変時対応能力の向上】を実感しており、実践力の向上により自己効力感が高まり、部署における【役割拡大】を意識した行動が身についた可能性が示唆された。責任者においては、【意欲・自主性の向上】【アセスメント意識や視点の変化】といった実践力の評価につながる成果をあげていた。さらにその行動の現れが、【指導の実施】といった教育的要素を含んだ実践力の向上に対する役割期待として現れていたと推察する。

臨床場面において、研修直後から現場で活用できるように、シミュレーションを中心に研修を設計した。関連病院の救急看護の専門性が高い看護師が指導をしたことに加え、救急集中治療科の医師によるディスカッションを中心とした講義や、他病院のスタッフとともに学ぶことにより、実践力の向上、部署の指導者としての役割意識の向上に関して効果が得られたと考える。

[O9-12] 効果的なシミュレーション訓練を導入して

権田 海代子¹、○住吉 さやか¹、道端 育子¹、渡邊 岳人¹ (1. 福岡和白病院 総合診療救急科)

キーワード：患者観察

はじめに

A病院は2006年よりドクターカー運用開始2008年に民間ヘリ、2019年よりラピットレスポンスカーが運用開始となり、地域の診療所や病院、県内外の離島や遠方の施設と連携を図り、地域の中核病院として救急医療および高度医療を担っている。

これらを運用する上で、同乗する看護師の明確な選考基準はなく、総合診療救急科（以下救急科）はスタッフが経験値や救急配属年数、各種の研修、受講数などに関わらず同乗し患者搬送を行っている。

救急科では、各導入年度よりシミュレーション訓練（以下訓練）を実施しており、訓練後の振り返りも行っていた。しかし、スタッフより以前の訓練は、シナリオ作成側の到達目標や期待とチャレンジャー側の結果や得られた効果に相違があった。今回、新たな試みとして患者観察を重点においたシナリオを作成し、院外活動の実践に適応する評価方法や判断、それに基づいた技術・看護・家族ケア・多職種とのコミュニケーションスキルの習得、調整、安全な搬送の目的と訓練、評価・考察し、訓練で得た学びや教育方法を報告する。

対象

ドクターカー、ヘリに乗車する救急科看護師18名

（うち救急専門医1名、救急看護認定看護師1名）

倫理的配慮

アンケートは無記名とし個人が特定されないよう配慮し、承諾は自由とし断っても不利益を被らないことを説明し承諾を得た

所属施設の管理者の許可を得て実施した

方法 以下の点について評価を行った

- 1.訓練中チェック表を用い受講者の動きを確認し、得た知識と技術の習得度
- 2.訓練出動時の必要物品と連絡手段の方法
- 3.機内・車内における適切な物品配置
- 4.ABCDアプローチにおける初期評価と早期対応
- 5.院外活動という特殊な環境下における他職種とのコミュニケーションスキル

なお、訓練を実施した看護師にアンケート調査・デブリーフィングを用いて振り返りを行った。

期間

2019年4月～2020年3月 ヘリ、ドクターカー 訓練 計7回

結果考察

今回、シミュレーション訓練後に振り返りとアンケート調査を行った結果、前向きな意見が多く、訓練実施した看護師全員が1.2.3.5の項目において習得できた。

また、「訓練で緊張等のストレスを感じた」という意見もあった。船木らは、シミュレーション訓練を行う上で、過ちを犯しても患者のリスクを与えず、安全な環境でできること、失敗が許される学習環境下で思考方法や判断・問題解決を学ぶことができ、安全な看護の提供をするにあたり、現実に近い状況でシミュレーション訓練を行うことは実践力を身につけることができると報告がある。訓練後実際に活動した看護師に聞き取り調査を行った意見として、訓練と同様の症例で出動経験ができ、落ち着いて対応できたという前向きな意見もあった。

項目4に対するアンケート結果は、患者観察が必要と答えた看護師は一人であった。この原因として分析した結果、

- 1.出動経験に差があり、さらに、資機材の把握や処置介入、連絡などの調整役としての行動が先行し、患者観察や異常兆候の優先度が低くなった可能性。

2.急変に対応する力、臨機応変に対応する力が必要との意見が、急変前の患者観察、急変兆候を発見できない事により行動変容と結びついていないことが考えられる。

今後の課題として、個人の自己啓発を含めた患者観察の必要性に対する知識の提供、ABCDアプローチを基本としたシナリオ作成を継続すること。また、病態安定化をはかり各専門職と円滑な共働体制を築き、医師と一緒にチームの中心となり、マネージメントを行うことが安全な患者の搬送に繋がる。それを踏まえた訓練を継続していく事が次年度の課題となった。

[O9-13] 三次救急外来における重篤小児救急患者の看護に関する実態調査 (第1報) - 看護師の学習ニーズ -

○高田 大樹¹、江川 幸二¹ (1. 神戸市看護大学 療養生活看護学領域 急性看護学分野)

キーワード：小児救急看護、学習ニーズ、三次救急外来、救命救急センター、小児救命救急センター

【はじめに】重篤小児救急患者は、2010年より開設された小児救命救急センター（Pediatric Emergency Departments：以下、PED）だけでなく既存の救命救急センター（General Emergency Departments：以下、GED）でも診療を受けている現状がある。GEDで勤務する看護師は主に成人患者を対象としており、重篤小児救急患者の来院頻度も少ないことから、学習への不安感を抱えていることが考えられる。しかし、救急外来看護師（以下、スタッフ）の学習ニーズについて調査した研究は見当たらない。

【目的】三次救急外来における重篤小児救急患者に関する看護師の学習ニーズを明らかにし、教育プログラム考案の一助とする。

【方法】研究デザイン：自記式質問紙調査法による横断的実態調査研究。

対象者：全国のGEDおよびPEDを有する301施設のうち、研究協力の同意が得られた46施設のスタッフ863名。調査方法：対象施設の看護部長に研究協力を依頼し、同意の得られた施設の救急外来看護管理者へ質問紙を郵送し、配布を依頼した。質問紙は無記名で個別郵送法にて回収し、返送により本研究への協力・同意が得られたこととした。

質問紙の概要：先行文献を参考に、重篤小児救急患者の看護に関する教育内容（13分類59項目）や教育方法のニーズについて4件法を用いた独自の質問紙を作成した。

分析方法：質問項目毎に単純集計を行い、変数間の関連を χ^2 検定またはFisherの正確検定で分析した。

【倫理的配慮】所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した。対象者へは文書にて説明を行った。

【結果】44施設320名から回答を得た（回収率37.1%）。有効回答数は314名（有効回答率98.1%）であった。

参加者の属性について、年齢は中央値38歳 [32-44]、看護師経験年数は中央値15年 [10-20]、救急外来経験年数は中央値5年 [2-8] であった。小児看護経験は、「なし」が225名（71.7%）であった。施設の種類の、「PEDなし」が253名（80.6%）であった。

学習の優先度が高かった教育内容は、13分類のうち、小児二次救命処置や小児一次救命処置の知識や実技等の「救命救急処置」91名（38.2%）、小児患者を対象とした「トリアージ」47名（19.8%）、アセスメントの実技等の「小児の呼吸」35名（14.7%）であった。

スタッフが求める教育の実施方法は、「シミュレーション」109名（35.7%）、「スキルステーション」70名（23.0%）、「講義」53名（17.4%）であった。救急看護経験年数5年以下では、「講義」が良いと回答した者が有意に多かった（ $p=0.001$ ）。

【考察】学習の優先度が高かった3つの教育内容は、生命に直接的に関連する項目であることがその理由と考えられる。これらの内容を優先的に教育することで、スタッフの学習ニーズを満たし、重篤で生命の危機的状況にある小児救急患者への看護を実践する上で必要な知識と技術の基盤を整えることが可能になると考える。また教育の実施方法として、より実践に即した体験型学習を求めている一方で、救急外来経験の少ないスタッフは「講義」による教育を望んでいた。これはスタッフの半数が救急外来経験年数5年以下であり、約7割に小児看護の経

験がないことから、救急外来配属後に初めて小児患者看護を実践するスタッフが多く、基本的知識の学習を求めているためと考えられる。以上のことから、救急外来経験年数に応じた教育内容や教育方法を検討し、教育プログラムを作成することが必要であると考えられる。

[O9-14] 救急外来に配置転換した救急看護師の成長

○坂野 真美¹、大川 宣容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研究科)

キーワード：救急看護師、成長、配置転換

1.目的

本研究は、救急外来に配置転換した救急看護師の成長とはどのようなものかを明らかにすることにより、救急看護師の育成支援についての示唆を得ることを目的とした。本研究では、成長を「救急患者に対する看護経験を振り返り、気づきや意味づけから看護師としての自分に変化が生じること」とした。

2.方法

研究協力の同意を得た、急性期病院の救命救急センターを有する三次救急医療施設の救急外来に勤務する看護師4名を対象に、半構成的インタビューガイドを用いた面接を行った。分析方法は、面接内容の逐語録からケースごとに内容を熟読し、救急看護師の成長の内容をコード化した。その後、意味内容から類似するコードをカテゴリとしてまとめた。本研究は、所属大学の研究倫理委員会の承認を得て行った。

3.結果

研究協力者は、看護師4名（男性1名、女性3名）で、看護師経験年数6年6か月～23年、救急外来勤務経験年数3年6か月～6年6か月であった。分析の結果、114のコードから、30のサブカテゴリ、そして最終的に9つのカテゴリが抽出された。

救急外来に配置転換した救急看護師の成長として、【今までにない自分と対峙し自己肯定できる】【救命チームの一員として使命を果たす力が備わる】【確信をもって対象の先を見通す力が備わる】【対象の捉えや視点が変わることによってケアが変わる】【病棟経験を織り交ぜて試行錯誤し実践が洗練される】【価値判断の基準が変わるからこそ迷いが生じる】【自分にしかできない役割が見えてくる】【配置転換を通して心から大切にしたい看護を再確認する】【今後のビジョンや看護師としての理想像が見えてくる】の9つのカテゴリが抽出された。

4.考察

救急看護師の成長の特徴として、[自分と向き合う][救う力が備わる][ケアが洗練される][自らの看護のコアを再認識する]の4つを見出した。救急外来に配置転換となった看護師は、これまでに経験のないストレスや、苦悩を感じる[自分と向き合う]。救命チームの一員としての使命を果たすために努力し、救命の[力が備わり(る)]、実践力が向上した[自分と向き合う]中で、[見え方や基準が変わりケアが洗練する]。看護師が持つ基準が変化すると、病棟からの看護経験を現在の実践に織り交ぜて、対象への看護を試行錯誤してケアを洗練させることができるようになる。ケアの成果を感じることや、他者からの承認を得て、さらに[自分と向き合い(う)]、自己肯定をしていく。そして、今の自分に培われた力や思考、視点の広がりから、看護観や今後の方向性が明確になり、[看護のコアとなるものが見えてくる]と考えられた。また、[看護のコアとなるものが見えてくる]ことで、さらに救急看護師の見え方や基準に変化を生じさせ、より洗練された看護実践が可能になると考えられた。

[O9-15] 新人看護職員が経験した急変事例の検証と今後の急変時対応研修への課題

○村上 貴子¹、黒木 真二¹ (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院 看護部)

キーワード：急変時対応、新人看護職員、院内教育

【はじめに】

A病院では、2014年度から新人看護職員を対象に、急変時対応研修を1日コースで実施している。A病院の新人看護職員の急変時対応の現状について、先行研究では「急変を発見した場合に、急変のサインに気づき何らかのアクションを示し報告できている」ことが確認できている。しかし、「急変のサインに気づき、その内容を言語化できているか」「急変を認知するために必要な知識と技術が習得できているか」を確認することはできなかった。そこで、2019年度から入職後1年の間に経験した急変事例をもとに、事例を共有する場を設けた。今回は、その事例をもとに研修の目的に到達できているかを確認し、今後の急変時対応研修の課題を明確にしたいと考えた。

【研究目的】

新人看護職員が対応した急変事例の現状を検証し、今後の課題を明らかにすることができる。

【研究方法】

対象は2018年度の新人看護職員57名。入職後1年の臨床経験のなかで体験した急変事例を所定の書式に記載してもらった。急変事例については「いつもと何か違う状態変化」と「心肺蘇生が必要な状態変化」に大別した。「急変を言語化できているか」「急変を認知するために必要な知識・技術が習得できているか」を検証するために、報告時のSBARの内容『状況』『背景』『評価』『提言』ごとに分析した。検証にあたり、妥当性の評価は救急看護認定看護師2名で行った。また、妥当でない理由については、類似性・相違性に基づいて分析した。

【倫理的配慮】

対象者へは、今回の研究の目的や事例の検証にあたり個人が特定される情報を除外すること、研究目的以外にデータを使用しないことを口頭・書面で説明した。同意の署名をもって参加の意思を確認した。また、所属部署の管理者の許可を得て研究を行った。

【結果】

同意が得られた新人看護職員は51名(89.5%)であった。急変事例の内訳は「いつもと何か違う状態の変化」が47名、「心肺蘇生が必要な状態変化」が4名であった。報告の内容が妥当であった者は、『状況』48名(94.1%)、『背景』31名(60.8%)、『評価』27名(52.9%)、『提言』35名(68.6%)であった。『提言』のなかで、必要な看護技術を提供した後で報告できていたのは29名(56.9%)であった。具体的には、循環管理15名、体位管理8名、呼吸管理7名、安全管理5名、褥瘡2名であった。報告の内容が不十分であったものは、情報が不足していたり、該当しない情報を脈絡なく羅列していた。『提言』については、『評価』ができていないため『提言』ができていなかった事例と、必要な看護技術が提供できたことで患者の状態が安定し『提言』の必要のない事例があった。

【考察】

急変を言語化できているかについては、『状況』で患者の変化をほぼ全員が伝えることができていた。今回の事例からは、約半数は妥当な報告ができており、看護技術の提供もできていた。このことから「急変を認知するために必要な知識・技術が習得できているか」については、十分達成できているとは言えないが、研修後のOn-the-job Training(以下OJT)の効果は得られていると考えられた。OJTでの効果の影響としては、パートナーシップ制を導入したことも大きな要因であると言える。研修後の意見から、多くの新人看護職員が即座に『背景』『評価』を言語化する難しさや知識不足を感じており、その意見は今回の検証の結果と一致していた。今後は、OJTの継続が図れる体制作りとクリニカルラダー別の教育計画を検討していく必要がある。

[O9-16] 救命病棟新人教育の指導方法の検討

○山内 綾女¹、金城 裕介¹ (1. 浦添総合病院救命救急センター)

キーワード：指導内容

【目的】

当院の救命病棟は超急性期の患者を受け入れており、1日の患者の出入りが多いことが特徴である。その中でプリセプター制度に基づいた新人教育を1対1で行ってきた。今年度は新人看護師の増員と、病床数の増加があったなかでの教育を行った。新人看護師の身体的精神的な疲労がみえたことから指導方法になんらかの要因があるのではないかと考え、分析したのでここで報告する。

【方法】

調査期間：2019年7月1日～2019年7月31日 対象：プリセプター6人（看護師経験年数3, 4, 6年/プリセプター経験年数1, 2年目）プリセプティ4人

データ収集方法：新谷らの『プリセプターシップにおける指導方法の検討』に基づき、当病棟に合わせたアンケートを作成した。回答の選択肢を「行っていた」「ほとんど行っていた」「ほとんど行っていなかった」「行っていなかった」の4つとした。質問内容を誘導しないよう自由記載も取り入れた。

プリセプターへの質問項目

- ・他の指導者とプリセプティの共有はできていたか、どのようなツールで情報共有したか
- ・その日のフィードバックは行ったか、フィードバックの中で重視した点、目標設定で重視した点
- ・仕事以外でプリセプティと関わる機会があったか、仕事以外の話もしたか などとした。

プリセプティへの質問項目

・日々フォロー看護師が異なるが指導内容（新人が自分で理解する指導と理解するまで教える）については差があるか

- ・毎月の目標は確認しているか、内容は適切であったか、改善点はあるか
- ・新人に対しての病棟勉強会の内容は適切であったか
- ・プリセプターの指導の態度は適切であったか
- ・プリセプターとは業務内容以外で話す機会があったか、仕事以外の話もしたか、何か困った時に相談しやすい環境であったかなどとした。

倫理的配慮；研究は当病院看護部長、所属部署の管理者の許可を得て実施した。アンケート用紙、口頭にてプライバシーの保護の説明を行い本研究への参加の同意を得た。

【結果】

①プリセプターは指導内容に差を感じていると回答した人が2人、まあまあ感じていると回答した人が4人だったが、プリセプティは全員が差を感じていると回答した。②振り返りの方法に関してプリセプター・プリセプティともに差はないと回答したが、プリセプティより「できていないことばかりの振り返りばかりしていた」「指導者によっては指導内容が異なっていたため戸惑った」との意見が多かった。③プリセプターは業務以外での関わりを持っていたと回答した人が3人、全くしていなかったが3人となったが、プリセプティは業務以外での関わりを持っていなかったと全員が回答した。④何か困った際に相談しやすい環境であったかの質問に対して全員が全くないとのこ回答をし、「忙しくて相談しにくい」「勤務が合わずあまり話す機会がなかった」との意見があった。

【考察】

①新人教育をそれぞれの経験で指導した結果、指導の統一がないことが明らかになった。②振り返りの内容がネガティブフィードバックだったといえる。それが仕事へのモチベーションの低下につながっている可能性がある。③④プリセプティと信頼関係を築く上でコミュニケーション不足があったとわかった。相談しにくい環境が出来ている。プリセプターがプリセプティの現状を把握できない。

【結論】

新人教育を行う上で指導方法、指導環境に要因があることが明らかになった。中でも振り返りの内容が大きな要因となっていたことが明らかになった。

[O9-17] A病院救急病棟看護師の教育ニードと学習ニードの現状と課題

○稲垣 美希¹、橋口 智美¹ (1. 大分市医師会立アルメイダ病院)

キーワード：教育ニードと学習ニード

I. 目的

A病院救急病棟看護師の学習と教育のニードを把握し、教育プログラムの立案に役立てる。

II. 研究方法

1. 研究対象

A病院救急病棟看護師27名

2. 調査機関

平成29年10月15日～11月9日

3. 調査方法

無記名自記式質問紙

4. 調査内容

1) 対象者の属性

年齢、看護師経験年数、A病院救急病棟での看護師経験年数、勉強会参加数

2) 学習ニード・教育ニードについての質問紙

看護実践・教育のための測定用具ファイル「学習ニード・教育ニードアセスメントツール-臨床看護師用-」の使用許諾手続き後質問紙として使用

5. 分析方法

対象者の属性と学習・教育ニードについて記述的統計を行い、学習ニード28項目についての総得点と項目得点の平均点と標準偏差を算出し、高得点、中得点、低得点の3領域を設定した。また教育ニード7下位尺度35項目についても学習ニードと同様に分析を行った。

6. 倫理的配慮

調査は所属施設管理者の許可を得て実施し、無記名で質問紙の返却をもって研究への同意を得たとした。

III. 結果

1. 対象の属性

対象者の年齢は30～34歳で、看護師経験年数は平均5～9年目で、A病院救急病棟の経験年数の平均は1～4年目で勉強会参加回数は平均2回であった。

2. 学習ニードアセスメントツールによる測定結果と得点領域

学習ニードの総得点の平均は134.2点で、質問項目の平均得点の平均値は4.8点で、高得点領域に3名、低得点領域に3名位置した。高得点領域の質問は学習の要望が高いことを意味し、質問1【所属部署で日々の看護を実践するために必要な基本的な知識・技術・態度】、質問2【所属部署の特殊性や患者の個別状況にあった看護過程を展開するために必要な知識・技術】、質問3【所属部署の特殊性や患者の個別状況にあった急変時の対応方法】があり、質問3が最も高い得点であった。低得点領域の質問は学習の要望が低いことを意味し、質問23【多様化する患者の価値観を理解していくために必要な宗教的信条に関わる知識】であった。

3. 教育ニードアセスメントツールによる測定結果と得点領域

教育ニードの総得点の平均は95.5点で、平均得点の平均値は2.7点で、高得点領域に3名、低得点領域に5名位置した。高得点領域の3名は、教育の必要性が高く、低得点領域の5名は、教育の必要性が低い状態で、高得点領域の3名のうち1名が30～34歳、2名が35～39歳で、看護師経験年数は1名が5～9年目、2名は10～14年目、A病院救急病棟勤務年数が3名とも1～4年目であった。

総得点の平均値が高得点領域にあったのは質問33（研究成果を実践に活用している）と質問34（一貫したテーマをもって研究に取り組んでいる）であり、低得点領域にあったのは質問5（誰に対しても公平な態度で接している）と質問14（優先順位や効率を考慮しながら複数の役割を同時に果たしている）という結果であった。

IV. 考察

1、対象の属性

救急病棟には中堅と言われる年代の看護師が多く、キャリア形成に対して個別的な支援が必要である。

2、学習ニーズアセスメントツールによる測定結果と得点領域

年齢や経験年数は関係なく、急変時対応や重症患者看護に関しての学習内容の要望が高く、クリティカル領域に関する教育や学習機会の提供は必要で、計画的に教育プログラムを作成し実施することで、クリティカル領域の成熟した看護師の育成ができる。

3、教育ニーズアセスメントツールによる測定結果と得点領域

中堅看護師の配置転換でも、クリティカル領域の教育は必須で、看護研究に対する主体的な取り組みは低く支援が必要である。

[O9-18] 急変振り返りシート使用後の実態調査

○堀 栄里¹、高山 僚¹、中 恵美¹、寿井 貴美¹、坂本 三枝¹、城本 佳子¹ (1. 大阪市立大学医学部附属病院)

キーワード：急変、消化器外科

はじめに

当院は32診療科、980床を有した特定機能病院である。消化器外科病棟では年間約400件の周術期患者を受け入れている。配属している看護師は平均年齢29歳であり、JNAラダーII、IIIが多い。当病棟の特色として、入院患者の急変は多く、発見時の対応や処置に個人差が左右されている状況がある。そこで、急変時対応の均一化を目的と、患者の状態が変化した際の情報共有も兼ね、「急変振り返りシート」を作成した。シートの使用開始から3年が過ぎ、使用後の実態を調査したため報告する。

方法

急変振り返りシート使用期間：2017年6月～2019年11月

対象症例：27件

急変振り返りシート使用後の聞き取り：看護スタッフ、医師

倫理的配慮：今回の学会報告に関し、当院看護部より許可を得ている

実施および評価

振り返りシートに記入する急変の定義は敢えて決めず、まずはスタッフの了見で使用の開始を行った。CPRが必要な症例から、急激な血圧低下のうえ、昇圧剤の投与など処置を要した症例、低ナトリウム血症から意識障害を来した症例、ドレーンからの出血など取り上げる内容は様々であった。また、ラダーに関わらずどの症例を急変ととらえるのかといった考えも多岐に渡ることが、このシートを活用することで把握することができた。急変時シート使用開始後の看護スタッフ・医師への調査、結果については当日報告する。

[O9-19] 看護師向け臨床推論基礎コース（BPVS）の開発と変遷～学習効率化を図る取り組み～

○嘉陽 宗司¹ (1. 医療法人おもと会 大浜第一病院)

キーワード：臨床推論

【背景】

看護師による適切な病態把握は、患者急変の回避及び急性病態への迅速な対処につながるため、必要な能力で

ある。しかし、看護師が臨床推論を実施するためには疾患・病態に対する多くの知識を必要とするため、苦手意識を持っている看護師が多い。

臨床推論に対する苦手意識解消のために、バイタルサインからの臨床推論基礎コース（以下 BPVS）を開発・開催してきた。BPVSを効率的・効果的な学習を得られる教材として、コースのフィードバックを繰り返し、受講者からのアンケートを参考にプログラムの修正・変更を行ってきた結果、高い学習効果の維持とコース運営の効率化を実現できたので報告する。

【コースの概要】

バイタルサインと身体所見を中心に患者の病態を鑑別する臨床推論の思考を学び、シミュレーションで体験するコース。カテコラミンリリース・SHOCK・頻呼吸の3つの病態を学ぶ構成で、レクチャー→シミュレーション→振り返りを1クールとし5症例の臨床推論をチームで体験する。

【方法】

- ・対象者：コースを受講した242名
- ・データ収集方法：コース終了後にアンケートを実施

コースの満足度について「全く満足できない」～「とても満足」まで6段階の評価と自由記載を求めた。

【倫理的配慮】

院内倫理委員会の審査を受け承認を得た。

【結果】

1期ではコース評価において、受講者全員が満足～とても満足と答えた。「とても勉強になったが、自分の理解が追いつかず大変だった」との意見があった。

2期では受講者全員が満足～とても満足と答えた。ポストテスト平均9.7/10点であった。

3期では受講者全員が満足～とても満足と答えた。ポストテスト平均9.3/10点であった。「頻呼吸が難しかった」「敗血症に対するqSOFAの考え方が十分に理解できていない」といった意見が聞かれた。病態別の評価では頻呼吸にて「どちらかと言えば不満」の評価があった。

4期：受講者全員が満足～とても満足と答えた。プレテスト平均10/10点。ポストテスト9.7/10点であった。

【考察】

BPVSコースを運用開始した1期では、学習内容を詰め込んでしまっていた。受講者の満足度は高かったが、コース終盤では受講生の疲労が見られた、アンケートの自由記載でも、知識の定着が不十分であることが推察された。

2期では、研修の内容を見直し、受講者へ知識の獲得を目的に基礎クールだけを実施し、コースのスリム化を図り、また3期では1シミュレーションあたりの症例数を4つに変更し、更なる効率化を測った、受講後の満足度は高く、ポストテストでも高い平均点を獲得していた。しかし、自由記載にて敗血症におけるqSOFAや頻呼吸の病態への理解が十分でなかった。臨床における呼吸回数・パターンを観察することの重要性が定着していないことが背景にあると推測され、頻呼吸やパターン異常の病態に対する学習を強化した。

4期ではSHOCKの病態を廃止し、頻呼吸の病態レクチャーを充実させ、プレテストを導入したことで、頻呼吸における満足度も高く、自由記載でのネガティブな意見は聞かれなかった。ポストテストでの平均点も高く、SHOCK病態を省略したことによる学習への影響はなかったと推察される。プレテスト導入による事前学習の強化と難易度の高い頻呼吸の病態に重点をおいたプログラムの修正は良い結果を導けた。

受講者のニーズを細かく分析し、効率性も重要視することで、学習効果の維持と効率的なコース運営が実現できた。今後はコースを広め、多くの看護職者が受講・運営が行えるようにコース内容の標準化を目指し取り組んでいく。

[O9-20] 一般病棟におけるICU予定外入室患者に対する急変前予兆察知の現状と課題

○惣田 隆之亮¹、佐土根 岳¹、金浜 英介² (1. 医療法人 湊仁会 手稲湊仁会病院 集中治療室、2. 医療法人 湊仁会 手稲湊仁会病院 心臓血管センター)

キーワード：一般病棟、ICU予定外入室、急変前予兆、急変察知、MEWS

【背景と目的】 院内で心肺停止に至った患者の70%は心肺停止前の8時間以内に呼吸器症状の悪化を呈するなど、事前に何らかの予兆を示す。急変予兆を察知し、早期の専門チームによる介入を可能とする Rapid Response System (以下 RRS)は、急変や重篤化を防ぐ可能性が示唆されている。そこで、RRS非導入施設の一般病棟で行われている急変前予兆の察知の現状を把握し、課題抽出を目的として本調査を実施した。

【方法】 2018年4月1日から2019年3月31日の期間に、ICUに予定外入室した成人患者を対象とし、心停止患者、一般病棟以外から入室した患者は除外した。患者の基本情報、急変察知前・察知時に看護師が捉えたバイタルサインを診療録から後方視的に抽出した。RRSの起動基準の一つである、修正早期警戒スコア(Modified early warning score:MEWS)の全項目のバイタルサインの記載があった患者を対象に、察知前・察知時のMEWSを算出した。さらに、察知時のMEWSの合計点を Warning Zone(以下、WZ)である7点を基準に WZ群と非 WZ群に分類し、2群間で察知前に測定されたバイタルサインごとに MEWSとの関連を統計分析した。統計分析は SPSS Statics ver.21を用い、Mann-Whitney-U検定(有意確率 $p < 0.05$)を行った。尚、連続変数は、中央値(IQR)の形式で表記した。

【倫理的配慮】 当院の倫理審査の承認を得た。

【結果】 ICU予定外入室患者のうち、除外基準に該当した患者を除いた62名を対象とした。対象者の概要は、年齢70(63-78)歳、男性が48.5%、APACHEIIIは20(15-42)点であった。診療録へのバイタルサインの記載率(察知前、察知時)は、心拍数(100%、93.1%)、収縮期血圧(98.3%、98.3%)、意識レベル(98.3%、98.3%)、体温(96.5%、74.1%)、呼吸数(18.9%、36.2%)であった。察知時に MEWS全項目の記載があった患者は、17名(WZ群7名、非 WZ群10名)で、MEWS合計は5(4-9)点であった。察知前の心拍数の MEWSにおいて WZ群;1(1-2)vs非 WZ群;0(0-0.75)、 $p=0.043$ 、 $r=0.54$ で有意差を認めた。しかし、WZ群の患者は、察知前から心拍数に異常を来していたが、診療録を後方視的に観察した限り、異常な数値への対応は行われていなかった。

【考察】 診療録の記載率について、心拍数、収縮期血圧、体温は、持続モニタリングや医療機器により測定が可能である。しかし呼吸数は、一定時間患者を観察し、看護師が自らの目や耳で測定する必要があり、測定に手間がかかることから定量的な観察が行われず、記載率の低下につながったと考える。しかし、本調査は診療録を後方視的に観察したものであり、呼吸数の異常として捉えられていないものの、患者の様子の変化を定性的に捉えていることや、記録の記載漏れであった可能性も否定できない。計測されたバイタルサインと急変対応については、急変察知前から心拍数に有意な異常を来していたが、具体的な対応に至っていない。観察が対応に結びつかなかった原因として、慢性的に異常を来していたことやアセスメントが不足していたことが考えられた。

【結論】 呼吸数の記載率が極めて低く、観察したバイタルサインのアセスメントも十分とは言えない現状があった。呼吸数の観察を含めたバイタルサインの測定、アセスメント力の向上により、急変前予兆を早期に察知し、迅速な対応に繋げることが課題である。

[O9-21] A病院における救急センターでの新人看護師院内留学制度の実態 ～指導の標準化を目指して～

○堀井 愛美¹、豊田 麻衣¹、山端 泰代¹ (1. 富山市立富山市民病院)

キーワード：指導要綱、院内留学、臨床研修

目的

A病院は新人看護師に対し“自分の部署では経験できない臨床看護能力の向上を図る”を目的に、救急センターでの院内留学研修を設けている。指導内容はスタッフ個々の考えや技量に委ねられる現状があり、また明らかな指導指針は設けていない。そこで院内留学研修における指導の標準化を図るため、今後の指導教育内容の示唆を得ることを目的に実態を調査した。

方法

厚生労働省発行の“新人看護職員研修ガイドライン表4 技術的側面:看護技術についての到達目標”より一部抜粋した独自の質問紙を作成し、令和1年7月～8月に10年以内に救急センターに所属した看護師に調査用紙を配布し、同意・回収を得た19名のデータを元に単純集計を行った。

倫理的配慮

自施設の看護研究倫理審査委員会の承認を得た。研究対象者には個人情報保護、研究参加への自由意思、不利益は発生しないことを明記し、回収BOXに投函された時点で同意を得たこととした。この研究によるCOIはない。

結果

看護師の経験年数は5年以上が94.74%で、救急センター所属年数は4年以上が84.21%であった。<<救命救急処置技術>>、<<症状・生体機能管理技術>>の<パルスオキシメーターによる測定><バイタルサインの観察・解釈><心電図モニター・12誘導心電図の装着・管理>で指導実施数が高値であった。また自由記載より“一次救命処置や挿管介助の方法”、“救急カート内に準備されている器具の使い方”、“除細動器の使い方”の指導は、実際にトレーニング人形を用いたり、器材を作動し体験させる方法を取り入れているとの意見があった。指導前の<事前に1日の指導計画を立案>を行っていない看護師が78.95%、<学びたい内容の確認>を行っている看護師が94.73%であった。自由記載から“本人の病棟の特徴や経験、興味を聞きながら決めている”“知識量や把握状況によって指導方法を変えている”との回答があった。また“1日を振り返り、学べた内容を確認する”“その都度、理解度を確認”“率直に感想を聞いている”との意見があった。

考察

<<救命救急処置技術>>、<<症状・生体機能管理技術>>の項目は、救急患者の異常徴候を早期発見するために重要であり、重症度を見極めるために必ず実施していることから高値になったと考える。またシミュレーション研修を取り入れており、救命処置技術を要する実症例が少ない中で、新人看護師が急変対応の技術を習得できるよう工夫されている。これらは指導看護師の多くが臨床指導者レベルであり、目的の臨床看護能力の向上を理解し指導していると考えられる。指導者は個々に合わせた計画を立て、学習スタイルを工夫し、新人看護師が主体性をもって参加できるように学びを支援していると考えられる。また、指導後は内容の理解や捉え方を確認し、フィードバックしている。A病院では看護師経験年数6年以上の者を臨床指導者としているが、実際には看護師経験年数、救急センター所属経験年数が浅い看護師も指導を担当する現状がある。研修受け入れ部署として、経験年数や各々の主観に左右されない一貫した指導を提供できるよう構築していく必要がある。

結論

- 1 救急センターにおいて実施すべき技術内容は満たされており、院内留学研修の目的は達成されていた。
- 2 急変時の対応力や病態をアセスメントする力を高める技術に重点をおいている。
- 3 指導の標準化を図るため、指導要綱を作成する必要がある。

[O9-22] 演題取り下げ

[O9-23] 救急領域における看護師への倫理教育の取り組み：質問紙調査による評価と教育支援の検討

○菊池 亜季子¹ (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

キーワード：倫理教育、救急領域、教育

【はじめに】

医療技術の進歩や価値観の多様化などにより、看護師は多くの倫理的課題に直面する。看護師が専門職としてより質の高い看護を提供するためには、深い知識と確実な看護技術だけでなく、高い倫理性が不可欠と言われている（日本看護協会, 2003）。特に救急領域の看護師は、患者・家族とのかかわりが十分にできず葛藤を抱くこと、倫理的課題を感じても多忙な業務で感情や思いを押し殺す場面も少なくない現状がある（木下, 2013）。また時間的制約の中で倫理的問題の認識、実践的対策立案が求められている。そこで、救急病棟において倫理分析方法について伝達講習を実施した。その取り組みの評価と今後の倫理教育における支援の検討を目的に質問紙を用いて分析することとした。

【目的と意義】

本研究では倫理分析方法の伝達講習の評価から、倫理における教育支援の検討を目的とする。

これにより、救急領域の看護師に対する倫理教育の示唆を得ることができ、倫理的感受性の醸成、倫理的行動の増幅が期待出来る。

【研究方法と倫理的配慮】

研究デザインは、質問紙を用いた質的記述的研究である。救急病棟に配属している看護師を対象に、質問紙を配布し、提出をもって同意とした。得られた順序尺度の回答は単純集計を行い、自由記述においては看護師への倫理教育支援について質的記述的に分析した。A施設の倫理審査の承認（2020-02）を得た上で行った。

【結果】

研究参加者は25名であった。倫理分析の活用について、「とても活用したい」56%、「少し活用したい」44%であった。倫理的課題について「よく感じていた」8%、「たまに感じていた」68%であった。伝達講習後に変化したかについて、「とても変化した」16%、「少し変化した」72%、「あまり変化しなかった」12%と示された。

また自由記述の結果より、《患者や家族との関わりを意識する》《日常のモヤモヤを倫理的問題として考える》《多職種の思いを認める》の3つの変化の様相が抽出された。一方で、倫理を考える時に障壁となることについて、「時間が無い」80%、「知識不足」60%、「支援がない」4%であった。サポートしてほしいことの自由記述には、《倫理カンファレンスに参加する》《継続的な倫理講習の必要性》の2つの提案が抽出された。

【考察】

救急看護を実践する看護師は、ケア倫理を理解し倫理的感受性を大切にして看護を展開するために、倫理的問題を認識し実践的対策を立てることができるよう倫理的意思決定能力を養う（日本救急看護学会, 2007）ことを求めている。倫理に関する伝達講習以降、変化を感じたスタッフは88%を示しており、倫理的感受性の醸成に関連していることが考えられる。目の前の患者や家族との関わりを意識し、モヤモヤを機会として捉え倫理的問題につなげていく様相は倫理的感受性の醸成に関連している。

語ることは、看護師自身の情緒的反応や価値を理解し問題状況を捉えなおすことでケアの方向性を見出し倫理的

感受性が高められる（飯田, 2008）。語りを通して、医師や他職種の思いを聞き、価値を認め合う風土作りにも影響していたと考えられる。Choe(2015)らもまた、クリティカルケア看護師の倫理的葛藤について、倫理教育を増やすことや同僚と倫理的葛藤について話し合う場が必要であることを述べている。倫理に関する伝達講習の定期的な開催とともに、スタッフのモヤモヤを拾い上げられるような倫理カンファレンスの積極的な開催を行っていく必要がある。

[O9-24] 急変時の看護記録記載トレーニングの取り組みと評価～自主制作した視聴覚教材による記録トレーニング～

○細井 麻美¹、佐々木 美香¹、西尾 友子¹、太田 文子¹、大塚 操¹（1. 旭川赤十字病院 救命救急センター HCU・救急外来）

キーワード：急変時、経時記録、視聴覚教材、トレーニング

【背景】

A病院では、2013年から救急ケア推進チームが中心となり急変時看護記録の充実を図る取り組みを行っている。その結果、急変時の適切な看護記録内容は向上した。しかし、救命処置講習（BLS、ALS）では、時間的制約があるため急変時看護記録の実践練習に至らない現状があった。このため、急変時看護記録に特化した教育が必要であると考えた。A病院では、看護教育の一環として e-Learningを導入しているが、救命処置の動画では、使用物品や医療機器、緊急コールシステムなどが異なるため、A病院での急変対応、特に看護記録に関してはイメージしにくいのではないかと考えた。そこで今回、A病院で発生する急変と対応がイメージしやすく、且つ、反復学習が可能となる視聴覚教材を用いた急変時看護記録記載トレーニング（以下、記録トレーニング）について検討した。

【目的】

病棟看護師が急変時に正確な看護記録を記載するため、自主制作した視聴覚教材による記録トレーニングの効果と今後の課題を明確にする。

【方法】

研究デザイン：量的記述研究デザイン

対象：記録トレーニングに参加した病棟看護師 計55名

期間：2018年1月

内容：（1）記録トレーニング用の視聴覚教材として、A病院で発生した急変対応の動画を作成

（2）1研修の中で動画を用いた記録トレーニングを2回実施

- ① 動画を視聴しながら記録の実践練習1回目
- ② ①を「急変時看護記録監査表（以下、監査表）」で自己評価
- ③ 急変時看護記録についての講義（10分）
- ④ 動画を視聴しながら記録の実践練習2回目
- ⑤ ④を監査表で他者評価

（3）記録トレーニング前後で、急変時看護記録の理解度について自作のアンケートを実施

（4）実践練習に用いた記録は研修終了後、講師が監査

データ分析方法：Wilcoxon検定、 $p < 0.05$ を有意水準とした

単純集計

【倫理的配慮】

A病院の倫理委員会の承諾を得て実施した。

【結果】

看護師経験年数は1～24年目で、急変経験回数は平均3.23回であった。記録トレーニングでは監査表の基準を満たす急変時看護記録の正答率が66%から94%に上昇した（ $P < 0.001$ ）。また、急変時看護記録のアンケート結果では、理解度が向上する回答が増加した。

【考察】

記録トレーニングの中で、急変時看護記録の正答率は上昇した。先行研究では、動画は知識向上につながり、普段よくある風景で注意点がわかりやすいなどの有用性が明らかにされている（是村,2018）。このような動画の有用性を活かし、急変時看護記録に特化した研修を独自に考案した。1研修内で2回の記録トレーニングを実施したことにより、反復学習の効果が見られたと考える。対象施設の急変を想定した動画にしたことで、緊張感や臨場感のある研修につながったと考える。また、動画内にデジタル時計を表示したことで、経時記録に対する意識付けができた。さらに、監査表を用いて記録を評価したことで、記載項目と基準が明確になったと考える。今回、幅広い経験年数の参加者に対し、急変時看護記録の理解を高めることができた。今後は、継続的な記録トレーニングが必要であると共に、キャリア開発ラダーレベルの役割に合わせた教育を計画していくことも重要である。

[O9-25] 救急看護学分野の倫理に関する研究の動向と課題

○新井 龍¹、新井 直子²、作田 裕美³（1. 湘南鎌倉医療大学、2. 帝京大学、3. 大阪市立大学）

キーワード：倫理、救急看護

【研究目的】

救急看護は、様々な場面で急激な状態変化を生じている対象者への関わりが必要となる。救急看護の対象者は、意識がなく自己にて意思決定ができないことが多く、その家族もまた、突然の事態に戸惑うなかで、様々な意思決定を迫られる。そのような救急の場面では、倫理的な課題も多くあり、看護師は常に中立的な立場をとりつつ、対象者やその家族の意思決定を支援する役割や、アドボケイターとしての役割を担う。2017年の救急看護に携わる看護師への教育内容に関する研究では、技術の習得や向上に関する研究が多く、多職種協働に必要な調整能力や家族への対応、倫理的問題の教育介入に関する研究はごく少数であったと報告されてものの、救急看護学分野における倫理に関する研究に焦点を当て、動向を把握した報告はなされていない。

よって、本研究では、我が国で報告された救急看護の倫理に関する研究の動向を明らかにし、今後の救急看護学分野の倫理に関する研究課題の示唆を得る。

【研究方法】

医学中央雑誌 Web版 ver.5を用い、キーワード「救急・看護・倫理」、「救命・看護・倫理」かつ原著論文を対象とした。除外基準として、研究対象者が海外の文献、研究目的・結果・考察に倫理とは関係がない文献は除外した。得られた文献の年次推移と研究方法の特徴を明らかにするとともに、研究対象、目的に対して質的内容分析を行い、研究の動向を明らかにした。

【倫理的配慮】

本研究は公開されている情報を対象にしており個人情報とは取り扱っていないが、研究の進行は研究職に従事している研究者と相談しながらヘルシンキ宣言に則り進めた。

【結果】

キーワードにより63文献が得られた。年次推移をみると、2001年に初めて報告され、2008年以降は毎年2～10件が報告されていた。2013年以降は増加傾向にあった。63件の文献は、「救急場面で求められる看護師の倫理的役割・遂行能力」「看護師が感じる倫理的課題」「専門看護師に求められる能力」「現任教育における倫理教育の評価、項目の検討」「患者が感じる倫理的課題」「家族が感じる倫理的課題」「尺度開発」「事例検討」「文献検討」「看護学生の倫理教育の検討」の10カテゴリーに整理することができた。また、63の文献は、病棟単位や小集団の症例や看護師を対象とした横断的調査であり、多施設への大規模調査は6件、縦断的調査はなされていない。

【考察】

救急看護学分野の倫理に関する研究は、2001年より蓄積されており、事例検討を行うとともに、患者・家族・看護師が感じ取る倫理的課題を抽出し、その問題点や課題を明らかにしてきた。抽出された課題に対し、倫理研修や講習会の評価や、現任教育と基礎教育の考察がなされたことにより、看護師や専門看護師に求められる具体的な倫理的役割や遂行能力の明確化や尺度開発が報告されるに至っている。これらから、救急看護学分野の倫理に関する研究は、症例集積研究が多数を占めている段階であり、今後、ランダム比較研究やコホート研究など、高いエビデンスレベルを生み出す研究や、大規模調査の実施が期待される。

[O9-26] 救急看護における研究と教育に関する検討-テキストの目次内容と研究論文の内容の比較から-

○新井 直子¹、新井 龍²、作田 裕美³ (1. 帝京大学、2. 湘南鎌倉医療大学、3. 大阪市立大学)

キーワード：看護基礎教育、文献検討、テキスト

【目的】救急看護は、様々な要因によって突発的に救急処置が必要となる対象に実施される看護活動であり、救命救急センターなどの救急医療に特化した場で提供されるだけでなく、様々な場で突如必要となる。そのため、救急看護に関する知識・技術は看護基礎教育から現任教育まで一連の過程での教育が必要になる。教育をするためには根拠に基づいた知識の提供が重要となる。仮に教育と研究の乖離がある場合、その溝を埋めていくことが実践の科学である看護学には必要となる。以上のことから、教育ツールの主流であるテキストで取り上げられている項目と救急看護分野での研究内容を比較し、両者の乖離の有無・内容について検討する。

【方法】医学中央雑誌 Web版を用い、キーワードを「救急看護」とし、2000年から2019年に絞り込み、原著論文に限定して検索を行った。該当した文献のうち抄録があった1078件を分析対象とした。抄録内容を読み込み、研究の概要及び目的を整理し、2000年から2019年までに発行された救急看護に関するテキストのうち、救急看護全般を取り扱っていると判断した15冊の目次から抽出した内容に沿って、量的内容分析を行った。テキストからの内容にない項目に該当する文献は、その内容を質的にカテゴリー化したうえで、文献数を確認した。なお、分析の際に、症例検討・ケアの実態調査・それ以外に分けて、整理した。

【倫理的配慮】本研究は公開されている情報を対象にしており個人情報には取り扱っていないが、研究の進行は研究職に従事している研究者と相談しながらヘルシンキ宣言に則り進めた。

【結果・考察】症例検討（88件）・ケアの実態調査（174件）以外の研究（816件）では、テキストの目次分類に相当する研究で最も多いものは「現任教育・教育評価」であり「家族看護」「看護管理」と続いた。これらは、年次推移としてもコンスタントに研究が蓄積されており、救急看護の場では常に重要視されている内容であると考えられる。そのうち、「現任教育・教育評価」は過去5年間の研究数が多くなっており、最近の臨床での関心の高さがうかがえる。

テキストの目次分類に相当しない研究内容は、研究数が多い順から「看護師のメンタルヘルス」「基礎教育」「施設ノ地域特性」「文献検討」「フライトナースの役割・実践」「海外の看護」「ドクターカー」「退院調整・退院支援」「多職種への教育」「放射線看護」の10項目であった。このうち、「基礎教育」「文献検討」「施設ノ地域特性」は、救急看護の知識・技術の習得に直接関連しない内容であるが、他の7項目については、実践の場での関心事となっている可能性があり、特に「フライトナースの役割・実践」「ドクターカー」「退院調整・退院支援」については、過去10年以内の研究数が中心であるため、新しく注目されてきた内容であると考えられる。症例検討・ケアの実態調査の研究では、「産科」「DV」「抑制」「健康教育」「高齢者虐待」「がん看護」「透析」が、テキストの目次分類に相当しない研究内容であった。いずれも研究数は少ないため、関心が高い内容であるとは結論付けることはできないが、「健康教育」「抑制」以外は過去5年以内の研究

がほとんどであり、救急看護にとって今後新たな視点となる可能性が考えられる。テキスト内容と研究内容の検討から、救急看護における教育と研究に大きな乖離はないが、新たに着目する視点が出てきていると考える。

[O10] 一般演題10

- [O10-01] ERでの接触者外来患者の受け入れ体制の検討～対策集積シートを用いた取り組み
 ○中村 恵子¹ (1. 社会医療法人財団慈泉会相澤病院救命救急センター)
- [O10-02] 所属を超えた応援体制で運営する救急医療センターでの安全管理～患者、スタッフを守るためにできること～
 ○上杉 如子¹、石本 佳美¹ (1. 国民健康保険小松市民病院)
- [O10-03] 新型コロナウイルス感染症に対する群馬県保健予防課病院間調整センター活動報告
 ○小池 伸享¹、城田 智之¹、萩原 ひろみ¹、伊藤 恵美子¹、城田 麻紀² (1. 日本赤十字社 前橋赤十字病院、2. 群馬大学医学部付属病院)
- [O10-04] 面会禁止時に患者と家族をつなぐ ～ビデオ通話システムを利用して～
 ○武藤 恵¹、石田 智彦¹、志賀 一美¹、伊藤 和恵¹、阿久津 功¹ (1. 医療法人辰星会 柘記念病院 看護部)
- [O10-05] COVID-19患者エアロゾル回避のための頭位被覆 BOX作成
 ○生田 正美¹、濱田 幸一¹ (1. 神奈川県立足柄上病院)
- [O10-06] 重症 COVID-19症例を ICU経験のないスタッフと闘うために～ V-VECMO導入動画～
 ○小川 奈奈¹、後小路 隆¹、九十九 俊充¹ (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)
- [O10-07] Covit-19を受け入れた A病院高度救命救急センター病棟の対応
 ○町田 真弓¹ (1. 前橋赤十字病院)
- [O10-08] COVID-19感染症に対応した救急看護師の体験 -心理負担の実態-
 ○前田 晃史¹、八田 圭司¹ (1. 市立ひらかた病院)
- [O10-09] 救急・集中治療領域における重症 COVID-19患者に対する家族看護について
 ○池条 咲希¹、松本 昌子¹、神谷 真帆¹、崎 夢子¹、丸尾 汐里¹、近藤 可奈¹、西田 岳史¹、西谷 亜希子¹、小中 俊江¹ (1. 大阪急性期総合医療センター)
- [O10-10] クラスタ発生後の ER再開に向けての取り組み
 ○山田 清也¹、田畑 智輝¹、渡壁 忍¹、井藤 裕之¹ (1. 福岡記念病院)
- [O10-11] A病院救命救急センターにおける COVID-19対応の現状— CBRNE災害対応からみた—考察—
 ○宇野 翔吾¹ (1. 株式会社日立製作所 日立総合病院 救命救急センター)
- [O10-12] 緊急事態宣言下にあった急性期看護学実習の一試み
 ○寒川 友起子¹、川井 美緒¹、池田 敬子¹ (1. 和歌山県立医科大学保健看護学部)
- [O10-13] 演題取り下げ

[O10-01] ERでの接触者外来患者の受け入れ体制の検討～対策集積シートを用いた取り組み

○中村 恵子¹ (1. 社会医療法人財団慈泉会相澤病院救命救急センター)

キーワード：新型コロナウイルス、接触者外来

1. はじめに

A病院は、感染症指定医療機関ではない。が、この度の新型コロナウイルス（以下コロナ）のパンデミックで、帰国者・接触者外来を開設した。真弓らは、救急外来を担う者は、感染への対処に精通している必要があると述べている。A病院救命救急センター（以下 ER）にも、SARS発生当時に外部換気室を2部屋整備してはあった。しかし、受け入れは訓練でしか行っておらず、今回、実際に受け入れ始めてから、様々な問題点が出現した。不慣れな ERメンバーが、接触者外来での患者受け入れに取り組んだ経過を報告する。

2. 目的

不慣れな受け入れに持ち上がる様々な問題に対し、役立ったのがコロナ対策集積シートであった。その取り組みを報告する。

3. 倫理的配慮

本内容は当院倫理委員会の承認を得た。

4. 方法

実際に受け入れを開始したものの、疾患そのものの病態が分からないままで、日々様々な問題が持ち上がった。もしかしたら空気感染か等々の、情報が錯綜する中、画像検査に案内する時の PPEは？どの時点で脱着？使用後のリネン類、使用した機械類の処理方法は？検体はどう運ぶ？物品は何を置く？などの細々とした問題点に、ER看護科長、同主任、感染対策員、医師らがそれぞれに対応し、収集が付かない状況に落ちかねなかった。そこで、毎日、専任の看護師を配置し、「コロナ対策集積シート」を当 ER主任が発案作成し、困った点や良かった点、こうした方がいいといった何でも記入するよう周知した。

5. 結果

受診者数は2/27～5/20現在218名。1例目の受け入れは、接触者外来開設前に突発的に発生し、夜間でもあったこともあり、大変な混乱を来した。ゾーニングの徹底や個人防護具（以下 PPE）の着脱方法、物品の取り扱い等全てにおいて、今振り返ると杜撰すぎる方法で対応していた。翌日、取り急ぎ、直接外部との交通ができる1室を軽症用として、入退室ゾーニング、患者動線、画像検査動線を考慮した経路を決定した。

集積したシートを基に、4日目、7日目、15日目の受け入れを実施したところで、ERセンター長、看護科長、看護科主任、集中ケア病棟主任、感染対策室室長等で、それらの対策について話し合いの場を持った。感染曝露がなく、且つ現場のスタッフが一番対応しやすいように、ER全体で、接触者外来の対応手順を構築していった。1か月後、その手順を更にブラッシュアップする場を設け、細部まで全スタッフに周知し運営を軌道に乗せていった。

6. 考察

抗酸菌検査を扱うことは多々ある。が、それとは全くレベルの違う感染予防策を講じなくてはならないと痛感した。救急現場は重症患者が多く受診し、そこでの感染曝露はその後の予後を左右し得ることから救急部門での感

染管理は大きな課題である。救急外来を担う者は感染に精通していなければならないとはいえ、不慣れな当 ERにとってこういった機会は貴重な経験で財産となった。混乱した背景には、情報の錯綜、集積の仕方、指示命令システムの煩雑化等様々な理由が考えられる。しかし、統一した見解や指示を待っていても、現場の危機回避には間に合わない。そんな中、模索しながらも、現場のスタッフが日々困る点を自己の持つ感染対策の知識をフル活用し、その時点で出来る限りの対策を講じていった経過がこの集積シートから読み取れる。混乱する現場では、いいチーム医療は提供できず、最終的に患者が不利益を被る。現在もこのシートは日々活用され、この感染症に向き合っている。

[O10-02] 所属を超えた応援体制で運営する救急医療センターでの安全管理 ～患者、スタッフを守るためにできること～

○上杉 如子¹、石本 佳美¹ (1. 国民健康保険小松市民病院)

キーワード：新型コロナウイルス肺炎、リスク分析

【背景】

A病院は重症例や緊急性のある患者を受け入れる拠点病院であると同時に、感染症指定医療機関としての役割も担っている。

救急医療を提供する A病院の救急医療センター（以下救急外来）は重症病棟に所属し救急外来と兼務する看護師15名と他病棟等から応援体制で勤務する看護師約150名で運営されている。このような背景の中、対応方法や治療方法が不明確な Coronavirus Disease2019（以下 COVID-19）が全国的に発生した。いつ収束するのか不確実な状況下の中で、救急医療に従事する看護師から対応方法や感染に対する不安の声が聞かれるようになった。

医療従事者の安全を担保しつつ、地域の患者に安心と安全、質の高い医療の提供を続けていかなければならない。そこで、患者と医療従事者を COVID-19から守れる救急外来の環境の整備が必要となった。

【目的】

患者と医療従事者を COVID-19から守れる救急外来の環境を整備する。

【倫理的配慮】

本研究は、所属施設倫理委員会の承認を得て実施した。

【方法】

実施した安全対策を振り返り、それぞれの対策からリスクを抽出した。分析は縦軸に頻度、横軸に危害をとったリスクマトリクスを活用した。マトリクスを4分割し頻度と危害の積が大きい部分を高リスク、小さい部分を低リスクとした。中リスク以上に対し、再対策を立てた。

まず、適切な個人用防護具（以下 PPE）を選択できるように、感染管理認定看護師が作成した PPE選択方法のポスターを掲示し、装着状況を確認できるよう姿見を設置した。抽出したリスク（以下リスク）は、医師の PPE選択ミスによる感染や PPE脱時の感染で中レベルであった。対策として、医師への選択アドバイス、着脱方法の再確認を徹底した。

並行して次のような対策を行った。

①救急外来のゾーニングを行いイエローゾーンとグリーンゾーンの間には開閉可能な透明ビニールシートを設置した。ゾーニングにより減った処置室は、仮設処置室の増設により医療体制を維持できるようにした。リスクはビニールシートの汚染による感染拡大、繁忙時にゾーニングが遵守できなくなることによるグリーンゾーンの汚染で中レベルであった。対策として、ビニールシートの定期的な消毒、患者移送時の補助、可視化によるゾーニングの意識付けをした。

②救急搬送、ウォークイン全ての患者に対し COVID-19専用問診票でスクリーニングを実施した。感染を疑う患者、心肺停止患者はすべてレッドゾーンへ搬入した。他患と交差しない搬入動線とした。リスクは無症状感染者へのスクリーニングの限界と、一部動線が交差してしまう構造上の問題で中レベルであった。対策として、スタッフの最低限の PPE（マスクとフェイスシールド）の徹底と、定期的な換気とアルコール消毒による環境整備を徹底した。

③ COVID-19情報を一つのファイルに集約し、救急外来用対応マニュアルを作成した。救急外来における対応方法を可視化した。リスクは全スタッフ間の情報共有の限界で中レベルであった。対策として、シミュレーション教育、動画視聴など可視化教材を活用した。

【結果】

A病院救急外来において院内感染の発生はなかった。

【結論】

患者と医療従事者を COVID-19から守る救急外来を作ることができた。現時点で医療圏内において新規の COVID-19患者は発生しておらず、対策の効果を評価することはできないが、過去の事例において救急外来を経由した感染は認めていない。

リスク分析を繰り返していくことで、臨機応変な対応が要求される救急外来の安全管理の強化につながると示唆された。

[O10-03] 新型コロナウイルス感染症に対する群馬県保健予防課病院間調整センター活動報告

○小池 伸享¹、城田 智之¹、萩原 ひろみ¹、伊藤 恵美子¹、城田 麻紀²（1. 日本赤十字社 前橋赤十字病院、2. 群馬大学医学部付属病院）

キーワード：新型コロナウイルス感染症、COVID-19、感染症災害対策、災害ロジスティクス、病院間調整センター

3月7日、群馬県内で初めて、新型コロナウイルス感染症患者の発生が確認された。これを受けて、行政は感染経路や濃厚接触者の把握など調査を進め、濃厚接触者には、2週間の自宅待機（外出自粛）を要請し、毎日の体温測定や発熱又は呼吸器症状が現れた場合は、速やかに保健所へ連絡するなど対策を進めた。有症者が出た場合は、衛生環境研究所でPCR検査を実施した。さらに群馬県では、疫学調査等の結果を踏まえ、専門外来やベッドの確保など、検査・医療体制の整備を進めていた。しかし、講じた対策が功を得ることなく陽性患者が徐々に増加し30例を超えた。さらに4月上旬にはいり64名に及ぶ大規模な集団感染が発生した。これに伴い、群馬県保健予防課主導での病院間調整センターが組織された。病院間調整センターは群馬県内において発症した新

型コロナウイルス感染症患者、新型コロナウイルス感染症疑似症患者を群馬県が保有する感染症指定病床へ振り分けることが最大の課題であった。その課題を達成するには多数の問題点が浮上し、その都度、現状を分析し、問題解決を図っていった。

本発表では今回の活動にあたり、看護師が本部機能を担ううえで必要とされる能力が示唆された点に加え、活動内容とともに報告する。

倫理的配慮として所属施設に報告の許可を得ている。

[O10-04] 面会禁止時に患者と家族をつなぐ ～ビデオ通話システムを利用して～

○武藤 恵¹、石田 智彦¹、志賀 一美¹、伊藤 和恵¹、阿久津 功¹ (1. 医療法人辰星会 柘記念病院 看護部)

キーワード：コロナウイルス感染拡大防止、面会禁止、オンライン面会、家族看護、精神的サポート

【はじめに】

A病院は、二次救急告示病院である。脳卒中に関しては3次救急患者の受け入れを行っており、自身は、脳神経外科病棟の急性期患者に関わっている。脳血管障害は発症が急で生命の危機に迫る可能性が高いことや、運動神経障害や言語障害など機能障害を後遺症として残存することが多い。発症直後から回復期にかけて患者もとより家族も不安と混乱の状態に至りやすい。今回、新型コロナウイルスによる院内感染リスクを考慮し、入院中の患者の家族も、原則として面会禁止になった。面会できなくても病院に来院する家族の心理的、精神的サポートに着眼した。

【目的】

患者ケアを優先する看護師が、面会禁止後に入院患者を抱え、不安の強い家族を支援するための方法を検討する。

【方法】

対象：対応した各病棟及び事務スタッフ

研究期間：令和2年4月28日～

データ収集法：質問紙調査法 対応部署にアンケート配布し回収し分析

【倫理的配慮】

守秘義務の厳守を宣言し、当院の倫理審査委員会において承認を得た。

【結果】 4月28日～5月18日まで113件（進行中）

タブレット端末を利用したビデオ通話システムを使用し、研究期間内に113件実施した。

各部署のアンケートの結果、顔が見られたことで本人や患者家族の安心感を得られたという意見が多かった。また看護師も、家族とコミュニケーションを取る手段として活用することができた。しかし、当初ナースステーション付近での利用を想定していたため、遠い病室だとシステムの使用が出来ず、ナースステーションまで

患者を案内しなくてはならず、病棟スタッフの負担になったという意見があった。

【考察】

患者と家族の面会が困難な場合には、看護師が患者の思いを代弁することで患者と家族の橋渡しをしていた。面会出来る見通しが立たない状況では、さらに患者と患者家族の不安を募らせてしまっていたため、直接顔を見ながら会話出来るオンライン面会は有効であった。看護師も、家族の顔を見ながらコミュニケーションがとれることで、お互いの信頼関係にも繋がったと考える。しかし、オンライン面会の実施するためには、病棟の看護師やクラークが介助する必要があるため、業務の負担が増えてしまう。今回のようなケースでは、院内感染予防や、患者、家族の精神的サポートを考えれば、業務負担となったとしても実施する必要があると考えられる。

【結語】 オンライン面会システムは、面会禁止時には有効であった。

[O10-05] COVID-19患者エアロゾル回避のための頭位被覆 BOX作成

○生田 正美¹、濱田 幸一¹ (1. 神奈川県立足柄上病院)

キーワード：COVID-19、頭位被覆BOX、口鼻腔吸引

I 目的

世界各地で COVID-19感染が猛威を振るい、本邦においてもその対策が必要とされている。神奈川県は COVID-19患者の治療に対応できる病床を確実に確保する神奈川モデルを打ち出し、A病院は重点医療機関に指定された。重点医療機関の使命は、COVID-19患者の中等症患者を受け入れ治療することである。

COVID-19患者の感染は、飛沫感染、接触感染であり、特にエアロゾルの発生によって感染が伝播すると言われている。そこで、医療従事者への感染を防止する目的に、吸引操作が必要な場合に、感染リスク軽減のため、身近にある段ボール箱やラミネートパウチ、ビニール袋を使用した患者の頭部を被覆可能な防護具を考案し作製した。

II 倫理的配慮

A病院倫理審査会の承認を得て実施した。

III 研究方法

2020年5月1日～5月23日の期間、COVID-19感染にて中等症で入院し、口鼻腔吸引処置が必要になった患者9名に対し使用した。

頭位被覆 BOXは、頭部被覆が可能な程度の段ボール箱1つを用い、患者体側を開窓し、ビニール袋で二重カーテンを作成した。被覆した時、患者の顔前面に当たる部分を透明ラミネートパウチで覆い、患者を観察可能にした。

この頭部被覆 BOXを COVID-19患者に口鼻腔吸引処置が必要になった際に用いた様子を検証した。

IV 結果

口鼻腔吸引が必要な COVID-19患者に口鼻腔吸引用頭位被覆 BOXを装着し、患者体側のビニールカーテンから医療者が手を挿入し、看護師 Aが患者の顔が動かないように固定、看護師 Bが吸引を実施した。頭位被覆 BOXを装着しての口鼻腔吸引処置は、医療従事者にとって手順が増え、操作が複雑になるが、吸引時に患者が咳嗽を誘発されても、頭位被覆 BOXでエアロゾルの飛沫飛散を予防できた。

V 考察

COVID-19患者のエアロゾルが大量に飛散散布する可能性がある処置に対して、感染から医療従事者を守る目的で作成した。頭位被覆 BOXはアクリル板のものがすでに販売されているが、本研究で作成した頭位被覆 BOXは、段ボール箱やラミネートパウチ、ビニール袋等、日ごろから身近にある材料で作成でき、手軽に、短時間で作成可能で安価である。さらに使用後の廃棄が簡便であることが利点として挙げられる。

この頭位被覆 BOXは、新規購入せず手軽に調達可能な資機材を用いることが可能であり、ライフライン停止を伴うような多重災害時にも応用可能と思われる。

患者体側から看護師二名が手を挿入し、患者の顔を固定し、吸引操作を行っているが、患者の両側に吸引操作をする手の挿入口があると操作しやすいとの意見も得られ、今後はより操作しやすい高さや幅、手の挿入口などを再検討し、さらに使用しやすく、かつ感染防止に役立つものに改良していきたいと考える。

さらに、吸引処置にとどまらず、心肺蘇生時の胸骨圧迫、気管挿管時などエアロゾルが大量に飛散散布する可能性がある処置に対して活用できると考える。

VI 結語

患者頭部を覆う形の防護具を装着し、生じたエアロゾルへの曝露を物理的に防ぐことができた。

[O10-06] 重症 COVID-19症例を ICU経験のないスタッフと闘うために～ V-VECMO導入動画～

○小川 奈奈¹、後小路 隆¹、九十九 俊充¹ (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)

キーワード：動画マニュアル、看護教育、重症COVID-19

【はじめに】 A病院は福岡県にあり医療圏内に3次救急医療施設のない2次救急医療施設である。今回新型コロナウイルス感染拡大に伴い、4/7の初回緊急事態宣言から A病院でも早急に COVID-19患者対応準備が進められ4/1から ICUを COVID-19患者対応病棟と編成しなおし、対応スタッフを院内看護部から希望者を募り、体制を整えていた。しかし、中には ICU経験のないスタッフや ICU経験はあるものの、異動になって年月が経っているスタッフもあり、ECMO管理をすることに懸念と不安があった。そこで今回 A病院では、実患者受け入れ前の準備期間に V-VECMO導入マニュアルを動画で作成した。動画学習で手技や流れを共有することとシミュレーションを併用し、患者対応の教育を行い、その教育効果について検討したので報告する。

【目的】 V-VECMO導入マニュアルを動画作成し視覚的效果を得ることで、ECMO管理をしたことのないスタッフの処置介助への不安を軽減する。

【方法】 COVID-19担当看護師に動画での自己学習後、シミュレーションを実施し、①動画を見た感想②介助を行える自信が付いたか③動画教育の課題、を中心にインタビューを行った。

【倫理的配慮】 A病院看護部の承認を得て実施した。

【結果】 現役 ICUスタッフ：8名、ERスタッフ：2名、一般病棟スタッフ：5名（内 ICU経験者2名）、OPRスタッフ：1名に動画で自己学習を行ってもらった。以後日勤帯で、業務の合間を利用しその日の勤務者でシ

ミュレーションを行った。シミュレーションを行いながらの確認で、現役ICUスタッフからも「改めて勉強になった」や「知識、手技の整理ができた」という声が聴かれ、一般病棟スタッフからも「動画で見れたことで流れが分かったので、初めてでもイメージが沸いた」や「何回も見れるので確認しやすい」などの意見が聞かれた。またシミュレーションも行ったことで「動画で見て学んでも、実際にしてみないと分からないのでシミュレーションをしたことでより深まった」との声が聴かれた。ICUスタッフからは、「コロナ対応のために作った動画だが、今後のICUスタッフ教育や新人教育にも有用である」との意見があった。動画教育の課題については「イメージはついたが、実際の介助については不安がある」との意見があった。

【考察】近年、文部科学省が「ITを活用した教育の効果の明確化」を掲げている。また技術の習得に、映像を用いた学習が有効であることはよく知られ、看護学領域でも多くの教材が利用されている。今回、初めてECMO管理をするスタッフの教育も含めて動画教材を作成したが、動画にすることでよりリアルに現場が想像でき、また実際の手技の流れが見れることで初めてのスタッフにも理解が深かったと考えられる。また動画であるため何度も繰り返し見れることで、復習に役立った。見るだけでは理解できているつもりでも、実際にできないことも多いが、動画学習の後にシミュレーションを実施したことで、現実の介助方法への理解につながったと考える。世界が驚愕した未曾有の事態に、過疎地の2次救急施設で実患者を受け入れるために火急に取り組んだ内容ではあったが、ある程度の学習効果は得られたと考える。

【結語】動画作成を行い、視覚効果を得た事は一定の学習効果につながった。実症例が入院する事はなかったため、有意義な学習ツールになったかは今後の検討課題である。

[O10-07] Covit-19を受け入れた A病院高度救命救急センター病棟の対応

○町田 真弓¹ (1. 前橋赤十字病院)

キーワード：COVID-19、業務マニュアル

I.はじめに

A病院は第二種感染症指定医療機関であり、6床の陰圧病床を有している。また感染病床の他、高度救命救急センターの集中治療室に2床、病棟に2床の陰圧室がある。今回の新型コロナウイルス COVID-19陽性患者を受け入れることにあたり、業務やケア方法の構築が急務となった。看護部・感染管理室の対応マニュアルをもとに、救命救急センターでの受け入れ準備・救急外来や感染症病床との連携方法、患者対応のシステムを構築した結果を振り返る。

II. 倫理的配慮：A病院看護部にまとめと発表について許可を得た。

III. 対象施設

基幹災害拠点病院、高度救命救急センター、地域医療支援病院等機能を有する。

A病院高度救命救急センター病棟

病床数24床の病棟2棟計48床、うち1病棟に陰圧室2床を有している。20時からオーバーナイトを含めた救急外来からの入院患者を受け入れている。

救命救急センター病棟へ入院する COVID-19関連での陰圧室管理となる対象

1) COVID-19偽陽性患者

2)15時入院以降の PCR陽性患者

IV.結果

1. 看護部の対応

1月より感染管理室と協働で COVID-19受け入れ手順の作製と患者対応と入院部署とのミーティングの調整、受け入れシミュレーションの実施を行う。随時最新の情報を基に、対応手順の刷新と各病棟への提示、看護部門が対応に必要な情報集約と共有ファイルの整備を行う。

2. 救命救急センター病棟での対応

看護部・感染管理室からの情報を基に、環境調整（前室や廃偽物の導線確認）や必要物品を準備する。室内と病棟内の連絡用のデバイスの準備と作動確認を実施する。防護用品の準備と着離脱シミュレーションなどスタッフ教育と実際の動作確認をする。COVID-19対応の入院時は入院対応数を2ベッドの減床によるスタッフへ業務負担減少を図る。減床時にはもうひとつの救命救急センター病棟への情報提供、入院可能ベッド数を共有と協力体制の確認を行う。救命救急センター病棟における業務マニュアル作成、別センター病棟へも同様に配置する。死亡退院時の救命救急センター全体でのシミュレーションの実施と2病棟での協力体制の確認を行う。院内のメンタルケアの対策と相談可能な体制について提示する。

3. 院内体制の変化

「新型コロナウイルス感染症対策室」の開設と院内ポータルでの情報発信、院内ホームページの専用ページでの情報が集約化される。困り事などの問い合わせ先の一元化により、問題の明確化と早期に対応されるようになる。

V. まとめ

看護部と感染管理室との連携で受け入れ部署での準備や対応を行い、より分かりやすいように病棟業務マニュアルを作成した。マニュアルを基に対応することができたが、今後の第2波や3波の患者数の増加や重症度により対応に困難を生じることが考えられる。通常の救命救急センターとしての役割を果たしながら、COVID-19関連に柔軟に対応できるよう検討していく必要がある。

[O10-08] COVID-19感染症に対応した救急看護師の体験 -心理負担の実態-

○前田 晃史¹、八田 圭司¹（1. 市立ひらかた病院）

キーワード：COVID-19、救急看護師、心理負担

【目的】世界保健機構（以下 WHO）は、医療従事者はコロナウイルス（corona virus disease 2019：以下 COVID-19）の対応の最前線におり、病原体による感染の危険やさまざまなリスクに曝されている。リスクには、病原体への曝露、長時間労働、疲労、業務による燃え尽き、スティグマ、肉体的および心理的暴力などがあると述べている。本調査の目的は、COVID-19に対応した救急看護師を対象として、心理負担などを知ることである。【方法】本調査は症例検討であり、研究参加者は、二次救急医療施設の救急外来に勤務し、COVID-19に対応した看護師 A1名とした。研究方法は、インタビューガイドを用いた半構成的面接法で行った。インタビュー内容は、救急外来で COVID-19に対応したことによる心理負担などの経験とした。インタビュー終了後は、録音した内容を基に逐語録を作成し、逐語録から COVID-19に対応した心理負担などが語られたデータを抽出した。【倫理的配慮】本研究は B施設倫理委員会の審査を受けて実施した。研究参加者へは研究の目的・方法、個人情報保

護、研究結果の公表について口頭と文書で説明し、文書で同意を得た。【結果】患者への対応では「こころ院内の対応が変わって何が本当なのか」など〈目まぐるしく変わる感染対策への対応〉や「マニュアルなんかも後手後手で、患者には臨機応変に対応している」など〈遅れて作成される感染対策方法やマニュアル〉が語られた。自らの感染では「ガイドラインも変わってサージカルマスクだけでいいとか、ガウンはいらないとか最初の対応はなんだっただろう」など〈簡素化していく个人防护具〉や「潜伏期間中、あと何日か指折り数えました」など〈陽性患者対応後の感染の怖さ〉などが語られた。この状況でも「救急外来の一員としてやらないといけない」など〈救急外来の一員としての責任感〉を持ち、時に「感染しても仕方ないと腹をくくった」など〈感染への覚悟〉を持って患者に対応していた。しかしながら、他者から「お金のために（COVID-19に）対応したんじゃないの」など〈給付金を受け取ることへの避難〉や咳をした A に対して「感染してないでしょうね」など〈周りの過度な反応〉などの経験していた。【考察】 COVID-19 はこれまで人類が経験したことのない感染症であり、対応初期は、医療者はタイベックと N95 マスクを装着して対応していた。しかしながら、時間が経つにつれて COVID-19 の感染力や経路が明らかとなり、个人防护具や感染対策などが非常に短い期間で変わっていった。そのため、〈目まぐるしく変わる感染対策への対応〉に正しい感染対策を理解しないまま実践する不安があったと考える。COVID-19 陽性者への対応により、自らが感染する恐怖を抱きながらも医療者として責任感を持って患者に対応していた。しかしながら、他者からの心無い〈給付金を受け取ることへの避難〉や〈周りの過度な反応〉にやるせない気持ちであったと考える。WHO は、医療従事者の権利、役割、責任として、被害者への支援を含む即時のフォローアップのための対策を講じるなど職員が非難されることのない環境を提供する必要性と述べている。〈給付金を受け取ることへの避難〉や〈周りの過度な反応〉は、医療者以外からも発せられており、院内の環境を整えるだけでは防げないことであると考え。本調査は一名の経験であるため、今後は対象者を増やし、心身の負担の内容とその支援を明らかにする必要があると考える。

[O10-09] 救急・集中治療領域における重症 COVID-19 患者に対する家族看護について

○池条 咲希¹、松本 昌子¹、神谷 真帆¹、崎 夢子¹、丸尾 汐里¹、近藤 可奈¹、西田 岳史¹、西谷 亜希子¹、小中 俊江¹ (1. 大阪急性期総合医療センター)

キーワード：重症 COVID-19、集中治療、家族看護、ニード、コーピング

【背景】

救急・集中治療領域における家族は、突然の受傷や疾患の重症化に直面し、その病状の複雑さや外観の変化、家族自身の生活の変化等により多くの衝撃や不安を経験する。このような状況下における家族のニードとコーピングに対する看護介入を実践する場として、面会時間が活用されていた。

しかし、重症 COVID-19 患者家族においては、感染拡大防止のために面会を許されておらず、家族に対する看護介入の実践をいかに工夫して行うかが求められていた。

【目的】

当センターの重症 COVID-19 患者家族に対して、最適な家族看護を行うために医師とともに実施した取り組みを報告する。

【方法】

研究デザイン「実践報告」

2020年3月以降に、当センターにて COVID-19 により入院加療を行った挿管患者27名の家族を対象に電子カルテ

より情報を収集した。

【倫理的配慮】

本研究は、個人が特定されないように配慮し、当センターにおける看護部看護研究委員会にて倫理的配慮の承認を得た。写真撮影の対象者は患者、家族に口頭で承諾を得ており、写真のデータは削除し不利益を被ることはない。

【結果】

I. スマートフォンを利用したビデオ通話の実施：14名

ビデオ通話を実施した患者は、人工呼吸器管理、鎮静による管理、意識障害のある者がほとんどであり、看護師は患者の顔を映し、やり取りのサポートをした。家族は患者の改善している様子に喜び、涙を流しながら励ましの言葉をかけたり、厳しい病態の際も一生懸命名前を呼びかける反応があった。

II. 看護師による電話での精神的サポートや療養に関する疑問点の対応：3名

ビデオ通話を行えない家族には、看護師からの電話でより詳細な患者情報の伝達、不明点の確認を行い、家族より「医師や看護師からの連絡が心の支えになっています。」や「電話すると安心して眠れます。」などの反応があった。

III. 写真付き ICU日記作成：11名

患者の写真のみでなく、診療の様子や患者周囲の医療機器、実際にケアを行っている様子や看護師からのメッセージを添えた。4名の患者家族より「大変嬉しいです。ありがとうございます。」などの返事があった。

IV. エンゼルケア後の写真撮影：2名

エンゼルケア後の顔写真を見た家族からは「思っていたよりきれいな顔をしていてよかったです」などの反応があった。

【考察】

I. ビデオ通話は、家族が接近できなくとも患者の顔を見ることができたり、声掛けを行う場として活用できた。また、患者の現在の様子やケアの実施についての情報提供を行う場としても利用できたと考えられる。

II. 患者と接する機会が一番多い看護師との通話は、病状説明のみの場合と比べて、患者の現在の様子やケアの実施について情報提供をより詳細に行うことができ、傾聴することで不安の軽減に繋がったと考えられる。

III. 診察・ケアの様子や患者周囲の医療機器等を撮影し、スタッフがコメントを記載することで患者に提供された医療・ケア、療養環境を知らせることができた。また、軽快退院する患者にとっては、集中治療中の記憶の整理になり得たと考えられる。

上記の取り組みにより、情緒的サポート、情報、接近、保証といった家族のニーズを充足する一助となることができたと考えられる。

IV. 死亡後の写真作成は、死亡確認後は治療をすべて終えた患者の安らかな顔を残すことで、大切な家族の死を受け入れる受容過程の支援となることが期待できる。

今後の課題は、本取り組みに対する実際の家族のニーズとコーピングについて検討し、家族看護の質の向上に繋げることである。

[O10-10] クラスタ発生後の ER再開に向けての取り組み

○山田 清也¹、田畑 智輝¹、渡壁 忍¹、井藤 裕之¹ (1. 福岡記念病院)

キーワード：COVID-19

はじめに

A病院は、2020年4月4日職員より新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）が発生。その後、保健所指導のもと外来休止、救急搬送受入れ休止となる。COVID-19の対応、他施設からの COVID-19受入れ対応、クラスタ発生など初めての経験をした。5月18日より通常外来の再開、救急診療及び入院受入れ等の再開の方針が打ち出された。再開に向け ERでは、院内感染を起こさないことを目標にマニュアル作成、シミュレーションを実施した。救急搬送休止から ER再開に向けた取り組みについて、ERスタッフに対して質問紙調査を実施し、現状と今後の課題について検討する。

研究目的

ER再開後スタッフへ質問紙調査を行い、現状と今後の課題を見出す。

方法

1. ER再開に向けたシミュレーションの実施
2. ER再開後スタッフに対しての質問紙調査

対象

ERスタッフ14名

期間

1. シミュレーション期間：5月11日～15日
2. 質問紙調査期間：6月23日～27日

倫理的配慮

質問紙調査は、回答にて同意を得たものとし、本研究のみで使用、個人が特定されないよう配慮し、院内倫理委員会で承認を得られた。

結果

質問紙調査は14名に配布、10名より回答があった。シミュレーションは5日間で8回実施した。スタッフ含め ER当直をする医師、研修医をはじめ入院先となる病棟、検査部門の放射線科、受付対応の医事課など様々な部署からの参加があった。

手指消毒や PPE 選択、着脱方法、チェックリスト活用について、出来ていないと回答する者はいなかった。患者受け入れ後の清掃チェックリスト活用が出来ていない者は4名であった。マニュアルの活用が出来ていないと回答した者が多かった。シミュレーションについては良かったと回答した者が多かった。しかし、少数意見だが「やり方に疑問を持った」「休日、時間外での参加はきつかった」等の記載もあった。ERスタッフから COVID-19 は認めず、ER再開後、クラスタ発生はない。

考察

手指消毒については、質問紙の「意識するようになった」「心がけている」等の記載からも COVID-19 対応を経験し、感染に対する意識が変わってきたのではないかと考えられる。PPE に関しては、シミュレーションで実際に PPE の着脱を行い、意見のもとチェックリストを作成した。これらのこともチェックリスト活用に繋がっていると思われる。今回、COVID-19 の対応を行い、感染の知識や技術を再学習する機会が増えた。PPE 着脱を実際に行うシミュレーションの実施もスタッフの意識を変える一助になったのではないかと考える。しかし、質問紙の「Wチェックが出来ていない」「忙しい時に出来ていない」等の意見もあり、救急車同時搬入や多数患者対応の際に PPE 着脱方法のチェックリスト活用が出来ていないことがある。これは PPE 着脱不備により罹患率上昇も懸念されるため、PPE 着脱の時間短縮、人員補充など多忙に対する対策について院内全体で検討していく必要があると思われる。

結論

今回のクラスター発生、取り組みで感染に対して意識は変わったが、多忙の際にチェックリスト活用が出来ていない。

シミュレーションは実施して良かったが、内容や実施時間など検討が必要である。

今後の課題

感染に対する意識を継続していくためにも引き続き取り組みしていく必要があり、多忙の際の対策を院内全体で検討していく。

シミュレーション方法や内容について検討し、継続した開催を行っていく。

以上のことを検討していく事が今後の課題である。

[O10-11] A病院救命救急センターにおける COVID-19対応の現状— CBRNE災害対応からみた一考察—

○宇野 翔吾¹ (1. 株式会社日立製作所 日立総合病院 救命救急センター)

キーワード：COVID-19、CBRNE

【目的】

A病院救命救急センター（以下、救命センター）における、COVID-19患者（以下、COVID）受入れ準備を行う過程で生じた問題やCOVID疑い対応時に生じた問題を明らかにし、課題解決のための取り組みについて報告する。

【方法】

- 1) 2020年2～4月中のCOVIDに関する国内情勢と地域情勢、A病院内の対応状況を比較し、救命センター内で生じた問題を抽出。
- 2) 抽出した問題点を踏まえ、救急外来において課題解決のために実践した取り組みについて CBRNE災害対応からみた視点を元に、救急看護認定看護師として取り組んだことを報告する。

【倫理的配慮】

A病院所属上長及び対象者の承認を得て実施した。

【結果】

2020/2/1に厚生労働省より「帰国者・接触者外来」の設置について通達があった。これを受け、院内の感染管理部門では屋外に最も近い救命センター内の汚染除去室に「帰国者・接触者外来」を設置した。幸い受診する者はほとんどいなかったが、救急外来における具体的な感染防護策やゾーニングの実施は不十分であった。3/22頃より週5名を超える保健所紹介患者が来院してきたこともあり、当救命センターに所属する救急看護認定看護師と院内 CBRNE災害即応チーム（以下、CBRNEチーム）、一部救命センター看護師とともに救急外来 WGを立ち上げた。感染症専門医の協力のもと、救急外来での感染管理、ゾーニング設定、防護服の選定、検査・入院時の導線、受付時の対応など COVID対応について検討した。院内の感染症専門医より、COVIDに最も接触する可能性の高い救急外来看護師向けに、救急外来で行うべき行動フローチャート（以下、行動フロー）が4/1に周知・展開された。また、感染症専門医が作成した行動フローの原案をもとに改編版を作成した。同日中には、CBRNEチームから資機材の貸出や B（Biological）災害に対応するための情報共有を行った。病院中枢部への組織的な対応については、災害対策の明確化（本部設置など）や対応について提案をし、同時に COVID疑いを拾い上げるためにレッドゾーンも設置した。4/16には行動フロー Ver.2を作成し、感染症専門医と各学会のガイドライン、県内情勢や救急外来看護師からの意見をもとに、救急外来看護師が安全に救急医療・看護が提供できるようにするための環境を整備した。

【考察】

COVID-19は、どの医療機関においても手探りでの対応を迫られている状況にある。また、世界規模で急速に起きていることを考慮すると、明らかに“災害級”であることを念頭に置いて対応する必要がある。2002年に重症急性呼吸器症候群（SARS）が発生した際は、日本医師会感染症危機管理対策室等が対応指針を発表し、B災害としての対応の必要性が示唆された。今回のCOVID対応に関しては、CBRNE災害という共通認識のもとで、具体的な準備の提案や運用の検討を考慮する必要があると考えた。災害対応にした場合は災害対策本部が設置され、全体像の把握を行うことで救援需要の把握ができ、包括的な管理下のもとで対応を行うことができる。また、院内だけでなく周辺地域や医師会、医療圏内の各施設との調整や連携など多くの役割を担うことができる。原因不明の感染症が発生し、蔓延が危惧された時点での早期対応策の検討が重要といえる。救急外来のような、感冒症状等で来院する可能性の高い患者を受け入れる部署では、組織的な体制作りを行うべきであったと考える。災害というスイッチをより早期に入れ、CBRNE災害対応としての体制整備を今後も続けていく必要がある。

[O10-12] 緊急事態宣言下にあった急性期看護学実習の一試み

○寒川 友起子¹、川井 美緒¹、池田 敬子¹（1. 和歌山県立医科大学保健看護学部）

キーワード：急性期看護実習、遠隔実習、学習効果

【目的】

2020年に入り、新型コロナウイルス感染症が国内外に急速に蔓延し、4月には我国は緊急事態宣言を表明される事態となった。そのことに伴い本学においても休校措置が取られ、看護系大学の臨地実習においても実施困難な状況となった。この現状の中、文科省・厚生省より実習内容についての対応が示され、各校はこれまでの臨地実習に変わる実習内容や方法について検討を重ね、現在も感染拡大防止を徹底し実施している状況にある。我々が行っている急性期看護学実習（以下急性期実習）も臨地実習の変更となった遠隔実習を5月から取り組んできた。今回、遠隔実習について学生の学びを踏まえた学習効果について検討したので、その内容を報告する。

【対象・方法】

本演題は所属長の承認を得たものである。遠隔実習対象学生は、A大学4年次の13名（1グループ6～7名）で、実習期間は3週間である。実習方法は、実習初日に全学生を対象に情報通信技術「Microsoft Teams（以下Teamsとする）」を活用し、各学生の自宅のパソコンと大学側をつなぎ、事前に配信していたガイダンス資料を用いて、教員から遠隔実習の詳細説明を実施した。3週間の実習期間のうち、前半2週間は、①事例患者の看護過程の展開（病棟実習の診療科の特徴をふまえた周手術期の経過を辿る患者の事例を提示（教員作成）、②視覚教材2種類（周手術期の映像教材・看護教材を動画とEラーニングで確認・習得するオンラインツール）を、スケジュールと併せて学生に説明した。実習記録は自己の学習内容を記載し、翌日に提出してもらい学習内容を評価した。後半1週間は、実習目標に関するレポート課題を2つ提示した。1つはこれまでの実習で学生が取り上げてきた複数の「周手術期看護を実施するために学習を深めたいテーマ」の中からグループで1つ選択し、そのテーマについて文献を用いて学習し、Teamsを用いてカンファレンスを実施した。その後レポートにまとめることとした。2つ目は事例患者を通して急性期実習でのリスクマネジメントの視点を考えることとした。実習期間中の報告及び指導は、時間を定め（2回/日）、報告時間以外にも記録の記載方法、看護過程の展開などの個人指導、およびグループ指導を実施した。

【結果・考察】

前半の2週間は、提示した事例患者の看護過程を期間中に展開できていた。全体像の作成ではTeamsを用いて指導した後、作成途中のものを提出してもらい、教員で内容を確認し指導を数回繰り返しながら、全員が全体像を完成することができていた。看護計画の立案は、注意点を説明し、学生の進捗状況に応じてより丁寧な個人指導が

必要であった。遠隔による指導は、学生によっては教員からの指導内容が理解できにくいこと、教員側の伝達内容の不明確さなどが原因で、結果として看護過程の理解は教員側としては十分と感じられない学生もいた。事例患者の展開では、遠隔実習という面に加え、教員側、学生側の要因も相まって、十分な理解につながった部分とそうでない部分があったと考えられる。視聴覚教材での学習では、学生からは「自分のペースでじっくり内容を学習することができた」「臨床とは違い、丁寧な説明や解説があることで、理解につながった」などの意見があった。

今回の遠隔実習では実際に体験することができず学習効果の低下をもたらした可能性も考えられるが、事例患者の学習を机上学習、レポート課題を実施し、視聴覚教材では自己ペースで十分な説明を聞きながら学習することで、学生個々の学習面での学びはあったと考えられた。

[O10-13] 演題取り下げ

[O11] 一般演題11

- [O11-01] 特定機能病院に勤務する看護師のRRS要請を躊躇してしまう原因とその特徴
○宮崎 博之¹ (1. 福島県立医科大学附属病院)
- [O11-02] A病院における窒息事例の現状分析～院内教育体制の構築を目指して
○中井 紘平¹、新名 朋美¹ (1. 日本赤十字社大阪赤十字病院救命救急センター)
- [O11-03] 報告する文化の醸成を目指した業務実践報告
○松山 尚子¹ (1. 札幌東徳洲会病院 看護部)
- [O11-04] A病院におけるRRS導入の現状と課題
○松本 康代¹ (1. 徳島県立中央病院)
- [O11-05] A病院における院内緊急コール検証と検証委員会始動後の課題
○北村 鮎美¹、山口 富士美¹、中野 克哉¹ (1. 岐阜市民病院)
- [O11-06] Critical care outreach team導入後6カ月の実績と今後の展望
○山田 香織¹、平間 陽子¹ (1. 千葉大学医学部附属病院)
- [O11-07] A病院のインシデント・アクシデントレポート作成における看護師のメンタルヘルスへの影響
○黒澤 彩絵¹、加藤 美沙¹、田中 眞里子² (1. 祐生会みどりヶ丘病院、2. 花園大学)
- [O11-08] 自動カフ圧コントローラでの管理中にパイロットバルーン内の結露とカフリークトラブルが発生した3症例
○米倉 修司¹、三宅 千鶴子¹ (1. 大阪府三島救命救急センター看護部)

[O11-01] 特定機能病院に勤務する看護師の RRS要請を躊躇してしまう原因とその特徴

○宮崎 博之¹ (1. 福島県立医科大学附属病院)

キーワード：RRS、看護師の認識

【はじめに】

A病院は39診療科778床を有する特定機能病院であり、2015年6月から院内急変対応システム(Rapid Response System：RRSと略す)の運用が開始された。先行研究において、A病院における起動要請になった患者の急性患者重症度判定 National Early Warning Score (NEWS、0-20点)は平均9.5点とハイリスク群に属しており、63%の症例でRRS起動前にバイタルサインの観察頻度を意図的に増やしていた。つまり看護師は患者の状態変化に気づきながらもRRS起動が何らかの要因により遅れている可能性が高いことが示唆された。RRSの構築において、患者の傍で常に観察している看護師が状態変化に早期に気づき、如何に早くシステムを起動できるかが重要である。また目前の患者が要請基準に該当した場合に要請するかどうかは、RRSの存在、意義、起動方法を知っているかどうかに関係するとされている。

【目的】

特定機能病院における看護師のRRSに対する認識、意義、起動方法について明らかにし、さらに起動を妨げている原因を分析することでその特徴を把握し、RRSの啓発ならびに教育手法に活用する。

【方法】

研究期間：2019年4月～2020年3月

研究対象：A病院で勤務する看護師(非常勤務含む)とし全数調査とした。但し、該当年度の新規採用者ならびに長期休職者は除く。

研究方法：無記名自記式質問紙調査票を用いた実態調査研究

倫理的配慮：本研究は、A大学倫理審査委員会の承認(承認番号30294)を受け実施した。

【結果&考察】

調査対象者へ質問紙調査票を728部配布し、512部回収(回収率68.68%)した。調査結果からはA病院看護師のRRSに対する認識は高まりつつあるものの、“RRSへの電話要請を躊躇してしまう”傾向があり、さらに“コードブルー(Code Blue：CBと略す)とRRSのシステムの違いが不明瞭”であることが明らかになった。RRS要請を躊躇してしまう最も多い理由としては、看護師自身の臨床判断への不安であり、患者の異変に気づき、判断(アセスメント)し、行動(報告・連絡・相談)に移すという一連の看護実践能力の向上が課題であることがわかった。本来、CBは心停止や意識障害、アナフィラキシーを含むショックなどの状態が切迫している状態で急に悪化した場合の対応である。しかしCBとRRSの認識不足により、切迫している状況下にも関わらずRRS要請となる事例が発生していた。これらの調査結果を踏まえ、現任教育の中に急変させないための気づきコースやフィジカルアセスメント実践コース、急変対応シミュレーション出前講座などを取り入れ、教育手法を見直した。

【結論】

- 1.本研究により特定機能病院における看護師のRRSに対する認識、意義、起動方法について明らかにすることができた。
- 2.起動を妨げている原因を分析することでその特徴を把握し、RRSの啓発ならびに教育手法に活用することができた。
- 3.今後、RRS啓発に向けた教育手法について評価・分析していくことが課題である。

[O11-02] A病院における窒息事例の現状分析～院内教育体制の構築を目指して

○中井 紘平¹、新名 朋美¹ (1. 日本赤十字社大阪赤十字病院救命救急センター)

キーワード：院内急変、窒息

【背景】窒息は極めて緊急度が高い病態であり迅速かつ適切な対処が求められる。A病院の院内急変において窒息が誘因の事例は少なからず発生している。【目的】窒息が誘因となった院内急変事例を分析し、窒息の初期対処について考察する。【方法】2013年4月～2020年3月に発生した窒息による急変事例を医療安全レポートシステムから抽出し、対象事例を診療録から患者属性、意識レベル（以下、JCS）、せん妄の有無、誤嚥リスク、終末期の有無、窒息の原因、患者転帰等の16項目のデータを後ろ向きに調査し基礎統計を行った。また、窒息の原因から異物誤嚥群、喀痰の喀出困難群、その他に分類し、発見時の状況と初期対処について内容分析した。【倫理的配慮】収集するデータは個人が特定されないように配慮し、データはパスワードをかけて管理し調査終了後に破棄した。尚、本調査は看護部の承認を得ている。【結果】過去7年間の窒息による急変事例は9件であり、CPAに至ったのは7件で死亡したのは5件であった。対象者は平均年齢75(中央値77)歳、男性8件であった。JCSはI群6件、II群3件であり、せん妄を有したのは2件であった。48時間以上の絶食を有していたのは7件で、期間は平均33.1(中央値11)日であった。すべての事例において誤嚥リスクはあったが摂食嚥下チームの介入はなかった。また、終末期にあったのは3件でいずれもDNARの取得はなかった。窒息の原因による分類は、食事や薬の異物誤嚥群が5件、喀痰の喀出困難群が3件であり、その他は喀血1件であった。発見時の状況については、異物誤嚥群ではいずれも看護師の見守り下の食事中に発生しており、詰所内の発見事例が2件含まれた。これらの初期対処はすべて吸引が実施されていたが、背部叩打法や指拭法を実施していたのは1件であった。喀痰の喀出困難群では、全例モニターアラームにより発見され、初期対処で吸引を試みたが窒息を解除できずCPAとなっていた。これらには体位変換実施の数分後に呼吸状態が悪化した事例が2件含まれた。その他の事例では、看護師が喀血を発見し当直医が気管挿管を試みたが視界不良で難渋し、院内急変の応援要請後の二次救命処置の過程でCPAとなっていた。【考察】本調査では、9件の窒息事例のうち患者転帰が死亡となったのは5件であった。一次救命処置の気道異物除去では、発見時に患者の反応がある場合、患者による咳嗽や、救助者により患者の気道内圧を上昇させ強制的に呼気を排出させ異物を除去することが必要であり、腹部突き上げ法や背部叩打法が推奨されている。また、気道閉塞の初期対処は、複数の手段を組み合わせることで異物除去を試みるのが効果的であるといわれている。本調査では吸引以外の方法で窒息解除を試みたのは1件であり現場に居合わせた医療者のみでは窒息解除ができない現状が明らかになった。今後は、窒息発見時の適切な異物除去法と迅速な応援要請を普及に努め、窒息発見時の初期対処ガイドラインの策定や、ケースシナリオに応じた一次救命処置を研修に組み込むなどの教育体制を整えていきたい。また、窒息事例の多くは医療者の見守り下で発生していたことから、摂食嚥下チームと連携し、誤嚥リスクのある患者のケア指針を策定するなど院内体制を整えていきたい。【結語】窒息は医療者が発見しても死亡に至る危険性が高い。窒息対処のガイドラインの策定や誤嚥リスクを考慮した看護ケア指針などの院内教育体制を構築することが必要である。

[O11-03] 報告する文化の醸成を目指した業務実践報告

○松山 尚子¹ (1. 札幌東徳洲会病院 看護部)

キーワード：インシデント報告、報告する文化

<はじめに>

安全文化の確立には報告する文化の醸成が重要である。医療現場は複雑なシステムの中で多職種が関わる場であり、安全とは言い難い環境である。少しでも安全な環境にするためには、インシデントに気づき報告すること、報告を対策に繋げていくことが必要であると考え。A病院は、B市の二次救急指定機関として日々多くの患者を受け入れている。年間救急搬送数は約9,000件、時間外外来は約10,000名の患者が受診する。患者の重症

度・緊急度を判断し、急な状態変化への臨機応変な対応が求められており、スタッフの緊張度は高い。多数の患者の診療が同時進行で行われる救急の現場は多職種が関連する場所であり、コミュニケーションエラーが生じやすく、ヒヤリとする場面が多い。A病院の救急センターの看護職員の2018年度のインシデント報告総数は103件、月平均8.6件と少ない状況だった。少しでもヒヤリとしたことに気づき、報告を行い、皆で共有することが重大事故を防止に繋がると考えた。事故へのリスク感性を高めていくことを目的に、「毎月一人一インシデント以上報告する」ことを2019年度の目標とした。1年間の取り組みを報告する。

<目的>

毎月一人一事例以上のインシデント報告を行い、報告する文化を築く。

<方法>

対象：A病院救急センター所属看護職員

調査方法：1ヶ月間に報告されたインシデント報告件数、報告人数を集計した。報告率は月80%以上を目標とした。実施にあたり、病棟会議で報告を行う意義、報告者は責任を問われないことを説明した。四半期ごとに分析を行い結果を掲示した。

調査期間：2019年4月1日～2020年3月31日

<倫理的配慮>

本研究は所属施設の倫理機関での承認を受けて実施した。

<結果>

インシデント報告率は目標値80%に対して年間平均値65.3%であった。9月と11月は単月で目標を達成した。インシデント報告数は前年度の103件から267件に増加した。

<考察>

インシデント報告数は前年度に比べ2.6倍増加した。4ヶ月に3回以上報告した職員は41%であり、報告する必要性を理解し行動していると考え。1年間のうち一度も報告しなかった職員はいなかったが、4ヶ月に一度以下の報告頻度の職員は14%であった。これは、インシデント報告に否定的なイメージを持っていること、インシデントに気づいていないことが要因と考える。否定的なイメージを持つ理由として、報告しても状況が改善されない、責任追及されているように感じる、面倒、時間がない、恥ずかしい、などが推測される。報告したことを労い感謝すること、自分の報告が業務改善に繋がったという達成感を得ることで、報告しやすい組織を作っていくことができると考える。そのためには、報告を受ける側が目に見える形で有用なフィードバックを行う必要がある。安全文化は「報告する文化、正義の文化、柔軟な文化、学習する文化」の4つの文化から成る。2019年度は「報告する文化」を築いてきた。報告数が増加したことは、不安全なものに気づくことができる職員が増えたことであると考え。遠山は「報告文化の醸成を職員に周知し、根づかせるためのキーワードは、「継続性」「持続性」「ぶれない方針」であり、たとえ嫌がられたとしても、あきらめずに続けることが重要である」と述べている。安全文化の醸成は1年間で築き完結できるものではない。長期間かけて活動を継続していくものである。次年度は、ヒヤリとする場面に気づき自ら報告することができる「報告の文化」を根付かせていきたい。

[O11-04] A病院における RRS導入の現状と課題

○松本 康代¹ (1. 徳島県立中央病院)

キーワード：RRS、急変対応

【背景】

A病院は460床の救命救急センターを有する急性期病院である。急変対応システムは導入されており、急変対応後、ICU入室という流れをとることが多かった。しかしその中で、ICU入室が早い段階で行われていれば重症化が防げたと思われる事例がみられていた。そこで急変の覚知を早め、患者が重症化しないよう Rapid Response System (以下 RRS) の導入を2019年10月より開始した。その導入経過と結果から今後の課題を考察したため、ここに報告する。

【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配慮し、学会発表に対しては所属施設看護局の承認を得た。

【導入までの経過】

2019年9月、医療安全センターが中心となり、集中治療/救急/総合診療科医師、ICU/一般病棟看護師、事務が参加したワーキンググループが行われた。急変予兆の気づきにはトレーニングが必要であるとされているが、RRS導入は早期に必要であると判断したため、要請基準は「呼吸数24回/分以上・呼吸異常、何かおかしい」のみとした。システム導入と要請基準の説明を医師、看護師等に対し研修会や院内 webシステム等で周知を図った。要請は平日日中のみとし、集中治療/総合診療科医師とICU看護師が出勤するシステムとした。

【結果】

カルテから情報を収集した。2019年10月～2020年4月で16件（月平均2.3件）の要請があった。要請職種別では医師からの要請が8件（50.0%）、看護師7件（43.85%）、理学療法士1件（6.25%）であった。要請内容の内訳では、要請基準において「呼吸数24回/分以上・呼吸異常13件」（81.25%）、「何かおかしい」1件（6.25%）、「その両方」2件（12.5%）であった。その他、すべての事例で要請者が要請基準以外の要請理由をあげており、「頻脈>130回/分」、「意識レベル低下」が多かった。覚知から要請までの時間は平均51分であった。処置内容としては「血液ガス採取」が7件と最も多く、「CT」5件、「レントゲン」「NHF・NPPV導入」各4件の順で多い状況となった。RRS介入後の療養場所は、「病室移動なし」12件（75.0%）、「病棟内病室移動」3件（18.75%）、「ICU転棟」1件（6.25%）となった。介入した患者の転帰は「自宅退院」3件（18.75%）、「転院」7件（43.75%）、「死亡」5件（31.25%）、「入院中」1件であった（2020年5月時点）。また期間内でのブルーコール（A病院急変対応システム）件数は8件であった。

【考察】

救命救急センターを有する急性期病院において、重症化は避けられない事態である。重症化を防ぐためRRS導入を行った結果、介入事例においてICU転棟に至らない事例が9割という結果となった。早期介入が行えていることが示唆された。今後ブルーコールの発生件数との推移を含め、評価していく必要がある。覚知から要請までの時間を要しているため短縮化することは課題であり、そのためには早期コールの重要性、危険なバイタルサインを的確に捉えていくための教育を行っていく必要がある。今回、要請基準項目を焦点化したため、呼吸に関する処置を要する事例が多かったことから、段階的に要請基準項目を増やす等の対策をとることでより覚知、早期対応へとつながる可能性はあると考える。すべての事例において要請基準以外の理由が挙げられていることから、介入は困難ではなく、取り組みが行える可能性が示唆されたと考える。フィードバックも含め、今後も体制を整えていくことが必要である。

[O11-05] A病院における院内緊急コール検証と検証委員会始動後の課題

○北村 鮎美¹、山口 富士美¹、中野 克哉¹（1. 岐阜市民病院）

キーワード：院内緊急コール、検証委員会、フィードバック

【はじめに】A病院において患者が予期せぬ重篤な病態悪化を呈した場合、院内緊急コール（以下コール）がかけられ、対応している。救急ではかけつけた看護師が対応についてフィードバックする。しかし、処置についてフィードバックするのみでコール前の状態、対応の検証は行なわれていない。そのためコールがあった過去2年間

の全症例を6～8時間前より検証した。スタッフの急変時対応、患者の特性、急変前兆の有無がみえてきた。検証をフィードバックすることで、心停止、予期せぬ死亡を減少することにつながると考えた。

【目的】過去2年間のコール検証の実態と、委員会を始動後、アンケート調査を行い活動内容や検証結果からの課題を明らかにする。

【方法】研究デザイン：説明的順次的デザイン 対象：コール検証委員（医師3名、研修医2名、看護師3名）合計8名 期間：2019年4月～2020年5月 データ収集方法：1、2017年～2019年のコール報告書、及びカルテ記事から後ろ向きに情報収集し分析した結果を検証委員で確認。2、2019年4月からの5症例検証。3、検証後、アンケート調査（多項選択法・自由回答）実施。4、集計は単純計算しデータに関して検証。自由回答の内容は回答毎に分析。

【倫理的配慮】A病院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

過去2年間では、出血性ショック、呼吸不全、意識障害が上位を占めた。また呼吸回数が測定されていないことが分かった。検証後、アンケートの回収率は100%①委員会の目的に沿って行えているか。「はい」100%②開催頻度は適正か。「はい」63% 「どちらでもない」37%③全症例検証が必要か。「はい」63% 「いいえ」12% 「どちらでもない」25%。全症例検証することで、軽症の中にも、重症例や、重大な反省点が隠れている例があり、複数で検証することは重要といった意見が多かった。④フィードバック方法は適切か。「はい」63% 「いいえ」12% 「どちらでもない」25%。医師への情報共有が不明瞭。看護師はフィードバックしているが、周知方法を考慮したほうがよい。⑤検証するために急変前の情報が必要か。「はい」100% 急変前の情報から、病態の把握をすることで、急変前兆サインに気づくことができる。RRSへつながる情報である。⑥今後の活動の重点について。医師へのフィードバック 75%、該当部署へのフィードバック63%、急変前からの状態、バイタルサインの変動63%であった。

【考察】

検証は目的に沿っていると全員が回答した。これは目的を理解した上で検証し、原因、改善点をフィードバックできていると考える。開催頻度は、不定期で2～3症例毎のため、時期、業務に支障がなく適正と半数が回答したが、運営方法の検討が必要と意見もあり定期開催も視野にいれていきたい。全症例検証の必要性では、軽症の中には重症疾患が存在した例や、重大な反省点が隠れている可能性があり、必要性が強いと考える。しかし、時間内で検討できるよう委員会前に情報提示を準備するなど運用を考慮する必要もある。フィードバック方法では、医師へのフィードバックが徹底しておらず、方法を考慮した方が良いという意見が多かった。原因として、医師へ直接、結果が伝わっていない現状がある。医師への直接伝達と、情報共有の場としてスタッフへの活動報告会やシステムの構築が必要となる。検証のために急変前の情報が必要と全員が捉えていた。これは検証の実際で、バイタルサインや発言、行動から、前兆のサインが存在し、気づき早期対応、RRSへつながる情報となり得るからと考える。

[O11-06] Critical care outreach team導入後6ヵ月の実績と今後の展望

○山田 香織¹、平間 陽子¹（1. 千葉大学医学部附属病院）

キーワード：CCOT、NEWS

【目的】

Critical care outreach team(CCOT)は、急変リスクのある患者を認知し、急変する前に介入する事で転帰の改善を図るためのチームである。当院では2012年から院内急変時に活動する medical emergency team (MET) を運用してきた。1000入院あたりの予期せぬ心停止、予期せぬ死亡の発生率を評価すると、2015年以降の解析では予期せぬ心停止は4.2件から3.0件、予期せぬ死亡は1.8件から1.6件であった。予期せぬ心停止/死亡の発生率に統計学的に有意な変化はなかった。

活動件数が増加している一方で、重症化してからの要請が多いという課題があり、そこで院内急変にさらに早期に対応するべく CCOTを導入した。CCOTを運用することで、病棟スタッフへの教育とレベルアップを進めな

がら、警告スコアが自動算出されるモニターの整備や急変を予防するシステムの構築を目標とした。

【倫理的配慮】

倫理的配慮として、所属部署の管理者の許可を得て実施しデータは個人が特定されないように留意した。

【方法】

CCOTを導入するにあたり、段階的にラウンドの対象患者を拡大し、ラウンド回数を増やすことにより、最終的には院内全体をカバーする活動を目標とし計画を立てた。救急看護認定看護師が週1回、ICU退室患者を対象にラウンドする活動から開始し、最終的には週5日ラウンドし対象患者もICU退室患者のみから、全病棟の入院患者を対象としていけるように計画した。活動内容はNEWS(national early warning score)で評価のうえ点数に応じてモニタリング強化の指示や、救急科医師との情報共有などのアクションをとる。対象患者はICU退室後患者のうち、48時間以上入室していた患者、挿管管理されていた患者、CHDFを施行していた患者、ICU再入室した患者とした。導入後6カ月間のCCOTの実績と対象患者の転帰を後方視的に調査した。

【結果】

2019年9月～2020年2月の6カ月間で、計20回、80名の患者のラウンドを行った。モニタリング強化指示を行ったのはNEWS1～2点14人、3～4点23人で、救急科医師と情報共有を行ったのはNEWS5～6点19人、7点以上は12人であった。CCOTラウンド後1週間以内にICU再入室となった患者は7人で、ラウンド時の平均NEWSは6.4点であった。再入室7人のNEWSは 6.4 ± 2.9 であり、非再入室37人のNEWSは 3.7 ± 0.6 で有意差が認められた。($p=0.0063$)

そしていずれの症例とも28日転帰は生存であった。

【考察】

CCOTによるNEWSの評価は、患者重症度を評価しうるための有意義な方法であり、その後の状態悪化を予測しうる。

しかし、現状のCCOTラウンドでは患者評価方法がNEWSに依存していることや、アクションがモニタリング強化指示と情報共有が主体となっているため、改善が必要である。

今後は、より精度の高いリスク評価方法や、ツールの開発、リスクに応じた細分化されたアクションプランを策定し、さらに対象患者を増やしなが院内患者の転帰の改善に役立てたい。

[O11-07] A病院のインシデント・アクシデントレポート作成における看護師のメンタルヘルスへの影響

○黒澤 彩絵¹、加藤 美沙¹、田中 眞里子² (1. 祐生会みどりヶ丘病院、2. 花園大学)

キーワード：インシデント、アクシデント、メンタルヘルス

I. 目的

インシデント・アクシデント報告は再発防止のために重要である。しかし、ミスという意識を抱きがちである。そこで本研究は、インシデント・アクシデントを報告の際に看護師自身のメンタルヘルスにどれほど影響を与えるかを調査し、またその要因は何かを明らかにする。

II. 研究方法（倫理的配慮含む）

1. 対象：本研究の参加に同意を得られた、A病院の看護職員

2. 時期：令和元年11月～12月

3. データ収集：調査対象となる職員に、調査用紙を配布し、同意のもと記入してもらった。

4.分析方法：質問項目ごとに集計。ストレスの有無と質問項目について対応のないステューデント t検定を行った。統計ソフトに Microsoft Excel 2010を使用した。有意水準は5%未満とした。

5.倫理的配慮：本研究の目的と内容，データの保管などについて文書と口頭にて説明した。また，調査への協力を強制せず，自由意志で回答できるよう，封筒で回収した。調査への同意は，アンケートの投函によって得られたものとした。本研究は A病院の倫理委員会を通し，承認を得た。

III. 結果

216名に配布し，180名から回収（回収率83.3%）。そのうち記入漏れがある者30名を除いた150名を本研究の分析対象とした（有効回答率69.4%）。

インシデント・アクシデントをストレスと感じているものは78.0%いた（以降あると答えた群を A群，それ以外を B群とする）。A群と B群で質問内容にて t検定を実施。上司からの圧力を感じる（項目イ），ミスとして追及された（項目ロ），朝礼時にレポートを読まれるたびに罪の意識を感じた（項目ハ），次の出勤は気が重い（項目ニ）の4項目で有意差（ $p<0.01$ ）が見られた。（図.1）周囲の対応や精神的援助の面では有意差はみられなかった。

インシデント・アクシデント減少に必要なことという項目で，7割程度の職員が人員の確保，個人による確認の徹底と回答した。

IV. 考察

インシデント・アクシデントにストレスを伴う看護職員が約8割程度存在していた。それぞれの経験を次のエラーを防ぐという意味で共有することは大切であるが，その際に周囲のフォローや指導が適切なタイミングで行われなければ，当事者のポジティブな経験として昇華することは難しい。しかし，福田(2009)は，医療事故後の看護師のメンタルヘルスの安定が患者のケアの質向上へ繋がることを示唆している。今後そういった取り組みを強化するには，当事者への周囲の対応についての研究が不可欠であると考える。

引用文献 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する文献レビュー(2009) 福田紀子

[O11-08] 自動カフ圧コントローラでの管理中にパイロットバルーン内の結露とカフリークトラブルが発生した3症例

○米倉 修司¹、三宅 千鶴子¹（1. 大阪府三島救命救急センター看護部）

キーワード：カフ圧管理、自動カフ圧コントローラ、気道管理

【背景】 A救命救急センターは2015年7月より VAP予防の一環として全症例に自動カフ圧コントローラによる人工気道のカフ圧管理を行っている。当初カフの素材はポリ塩化ビニル（PVC）製の気管チューブを使用していたが，シーリング効果の高さから，カフの素材をポリウレタン（PU）製の気管チューブへ変更した。変更後の人工呼吸管理において，パイロットバルーンとカフ圧ライン内に結露貯留を3症例に続けて認め，症例によってはカフリークも発生した。【倫理的配慮】本報告は A救命救急センターの倫理委員会の承認を得て実施した。【臨床経過】症例1 78歳男性。CPAの ROSC後の人工呼吸管理で，低体温療法を行っていた。2病日目よりパイロットバルーンとカフ圧ライン内に結露が確認され，同時に体位によってカフリーク所見を認めた。首のポジショニングによりカフリークは改善された。症例2 57歳男性。急性心筋梗塞による CPAの ROSC後で，低体温療法を

行っていた。3病日目より結露が確認され、一回換気量のモニタリングから100~150mlのカフリークが認められた。カフ圧設定の変更を実施したが、カフリークの改善は認めなかった。症例3 72歳男性。出血性脳梗塞で開頭血腫除去術後に、人工呼吸管理が行われた。2病日目より結露が確認されたが、カフリークの所見は認めなかった。PU製の気管チューブに変更後、パイロットバルーン内の結露発生と、2症例においてはカフリークトラブルも発生したため、同気管チューブの使用は中止し、PVC製の気管チューブに再度変更した。PVC製に変更後は、結露や原因不明のカフリークトラブルの発生は認めていない。一連のトラブルに関しては取り扱いメーカーで調査を行ったが、明らかな原因は不明という報告であった。【結論】自動カフ圧コントローラでの管理については、パイロットバルーンとカフ圧ラインの結露発生の有無とカフリーク所見の有無を評価しながら使用することが必要である。

[O12] 一般演題12

[O12-01] せん妄アセスメントシート導入による看護師の意識変化

○西崙 奈穂¹、芝 奈津子¹、鹿股 志穂¹、長野 未来¹ (1. 宝塚市立病院)

[O12-02] 救命救急センター看護師の初療対応に対するアサーションによる振り返りの効果

○小池 千恵美¹ (1. 都立広尾病院)

[O12-03] 語りの場“ねぎらいタイム”を導入したことによる認識の変化

○伊東 めぐみ¹、山崎 朋子¹ (1. 千葉市立青葉病院)

[O12-04] 要支援家庭発見時の医療者の初期対応について 一救急外来における実態調査一

○長谷川 舞¹、本多 亜理沙¹、村松 武明¹ (1. 聖隷三方原病院)

[O12-05] 呼吸不全患者に対する高流量鼻カニューラ（ネーザルハイフロー）装着が呼吸困難の軽減に及ぼす影響

○難波 さおり¹ (1. 市立池田病院 救急総合診療科)

[O12-06] 人工呼吸器早期離脱プロトコル導入による挿管期間の短縮の効果の確認

○種子 和也¹、齋藤 栞¹、松浦 誠史¹ (1. 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター)

[O12-07] 倫理カンファレンス後の情報共有に対する看護師の意識調査

○木村 美沙季¹ (1. JA広島総合病院地域救命救急センター病棟)

[O12-08] 救急センターにおける入院決定患者の長時間滞在の要因検討

○市村 安佑梨¹、後藤 理沙¹、藪下 愛¹、藤原 望美¹ (1. 済生会吹田病院救急センター)

[O12-09] 救命救急センターにおける摂食機能療法への取り組み

○増田 和美¹、笠井 有希¹ (1. 広島市立広島市民病院救命救急センター)

[O12-10] RRT(Rapid Response Team)要請に至るまでの病棟看護師の対応 ～一症例からの考察～

○大川 玲子¹、大野 直子¹、横野 知江¹ (1. 新潟大学大学院保健学研究科看護学分野)

[O12-11] 三次救急初療における看護師のリーダーシップと自己効力感の関連 菅 彩乃¹、○三浦 和代¹、窪田 紀子¹ (1. 東京都立広尾病院)

[O12-01] せん妄アセスメントシート導入による看護師の意識変化

○西寺 奈穂¹、芝 奈津子¹、鹿股 志穂¹、長野 未来¹ (1. 宝塚市立病院)

キーワード：せん妄

1, 背景と目的

我が国における高齢者の救急搬送割合は増加傾向にあり、65歳以上の高齢患者では入院症例の10~42%がせん妄に至るとの報告がある。今後高齢化や認知症患者の増加が見込まれ、高齢患者に応じた質の高いケアを提供する体制を整える事は不可欠である。当病棟は救急病棟で、その大半は高齢者の入院である。救急病棟での在院日数は4.4日/月(令和1年度)であり、せん妄の発症をしても早期介入が出来ずに転床し継続した看護ケアを引き継ぐことが困難であった。その原因として、せん妄のツールを用いて経時的に評価を行っておらず、またスタッフのせん妄に関する認識も曖昧である事が考えられた。その為看護師にせん妄に関する教育的介入を行ない、デルタプログラムを元にせん妄アセスメントシートを導入し、看護師の意識変化として強み、弱みを明らかにする事とした。

2, 方法

対象：救急医療センターに所属する看護師12名。

調査方法：対象者にICレコーダーを用いてフォーカスグループインタビューを実施。

インタビューで得られた結果から逐語録を作成し類似項をカテゴリー化し分析を行なった。

3, 倫理的配慮

所属部署の管理者に研究に対する同意を得た。又、対象者に目的・方法を説明し、拒否・辞退した場合も不利益を被らない事を説明した。分析過程では内容分析の経験を有する研究者のスーパーバイズを受けた。

4, 結果

インタビュー内容より逐語録を作成し、13のカテゴリーを抽出した。

強みとして、「リスク因子がわかった」、「せん妄アセスメントシートを知る事ができた」、「継続的な観察を意識づけられるようになった」、「せん妄を意識するようになった」、「可能性の発見」、「せん妄アセスメントシートを活用し早期発見出来た」、「せん妄を明確に判断」、「経験値にかかわらず同じ視点でせん妄ケアが出来た」、「せん妄に対する知識が向上した」が上がった。弱みとしては、「ケアに活かしているか実感できない」、「基質的疾患を優先する」、「業務的負担になっている」、「記録に対する混乱」が上がった。

5, 考察

宮本らは、せん妄評価尺度のひとつであるDST(Delirium Screening Tool)の評価を通してせん妄を漠然と判断していた状態から、同じ視点でせん妄を判断するようになった。さらにせん妄に対する意識向上がみられ、チームでせん妄対処に取り組むという変化がみられたと報告している。今回病棟でもせん妄アセスメントシートを使用し、せん妄に対する意識向上と関心を高めることに繋がったといえる。結果にある様に、「せん妄を意識するようになった」「せん妄を明確に判断」「せん妄に対する知識が向上した」「せん妄アセスメントシートを活用し早期発見出来た」とあり、せん妄への意識を高め早期に適切な判断が出来るようになった。また、せん妄アセスメントシートを使用した事で、「経験値にかかわらず同じ視点でせん妄ケアが出来た」とあり、臨床経験などの違いに左右されず統一したアセスメントからケアに繋がったのではないかと考える。しかしスタッフの中には「業務負担量が多い」との意見もあり、今後の活用方法について検討の余地があると言える。又「基質的疾患を優先する」との意見もあるが、当病棟は救急病棟であり普段から重症患者も多かった結果であると考えられる。

6, 結論

今回の分析を通してせん妄ケアの難しさ、重要性について改めて認識する事が出来た。また病棟全体でせん妄に対する意識の向上が見られている事が明らかとなり統一した看護ができるよう今後も引き続き働きかけていきたい。

[O12-02] 救命救急センター看護師の初療対応に対するアサーションによる 振り返りの効果

○小池 千恵美¹ (1. 都立広尾病院)

キーワード：救命救急センター、看護師、自己効力感、アサーション

I 研究背景

A病院救命救急センターでは、3部署の看護師が1名ずつ初療対応に参加しており初療対応の質向上を図るために「初療クリニカルラダー」（以下初療ラダーとする）を作成し、運用してきた。初療ラダーⅠは基本的な初療対応が理解できる、Ⅱは初療対応が実践できる、Ⅲは主体的に初療対応が実践し、リーダーシップを発揮することができるとしている。B病棟看護師らは、初療ラダーⅠ～Ⅱ取得者が多く、初療対応に不安の声が多くあった。Bandura¹⁾ は自己効力感が高いと、ストレスフルな状況に遭遇しても身体的・精神的な健康を損なわず、適切な対処行動や問題解決行動をしていけると述べている。その自己効力感を向上させるには、他者から見た自分の行動を振り返り、行動に対する意味づけを理解することで、成功体験や次はできるといった自己効力感の向上が期待できると言われている。そこで、ラダーⅡ取得中の看護師に対してラダーⅢ取得者がアサーションを用いて振り返りを行うことで初療に対する姿勢に変化があるのではないかと考えた。初療対応の振り返り方法においてアサーションを用いることで自己効力感が向上するのかを明らかにすることを目的に研究を行う。

II 研究目的

初療ラダーⅡの看護師に対して、初療対応の振り返りにアサーションを用いることで自己効力感向上に効果があるのかを明らかにする。

III 研究方法

研究デザインは質問紙調査で、研究対象者8名に対して GSES調査用紙を計2回実施。一度目のアンケート回収後よりアサーションを用いた振り返りを実施。ラダーⅢ取得者に対して研究者からアサーションを用いた振り返り方法を伝達した。2ヵ月間を介入期間とした。

IV 倫理的配慮

A病院看護部倫理委員会及び院の倫理委員会における審査の承認を受けて実施した。対象者には研究の目的と方法、倫理的配慮について文書を用いて説明した。GSESの提出を以って、研究に同意したものとみなした。

V 結果

看護師8名に対してアンケートを配布し、回収率は100%であった。8名のうち、介入後 GSESの点数が上昇したのは6名、低下した者は2名であり、平均+1.66であった。最高得点は+6点で、最低得点は-3点だった。介入回数の平均値は5.714回であった。介入前後で t検定を行った結果、有意差がみられなかった。また、介入回数と尺度の増減値の値を相関分析した結果、有意差は認められなかった。

VI 考察

ピアソンの積率相関係数、t 検定では有意差は認められず今回の介入と自己効力感の向上に効果があったのかは明らかではない。しかし、8名中6名の自己効力感が向上しており、アサーションによる振り返りは効果があったと考えられる。Bandura¹⁾ は、自己効力感の認識に与える4つの影響を示しており、そのなかでも、「代理体験」、「言語的説得」は今回の介入に当てはめることが出来る。看護に対する他者からの良好な評価は看護師の働きがいを構成する心理的実感だと船越ら³⁾ は述べており、他者からのフィードバックは効果的だったと考えられる。8名のうち2名は介入後に点数の低下がみられた。点数が低下したスタッフに関しては、ラダーⅢ取得者から初療記録や初療対応に対する評価をされることで、改善点の部分を反省点として捉え自己採点が厳しくなったのではないかと考える。

VIII 結論

初療ラダーII取得中の看護師に対して、初療対応の振り返りに、アサーションを用いることで有意差はみられなかったが、自己効力感向上に効果があった。

[O12-03] 語りの場“ねぎらいタイム”を導入したことによる認識の変化

○伊東 めぐみ¹、山崎 朋子¹ (1. 千葉市立青葉病院)

キーワード：職場風土、チームワーク、救急外来

【背景】

救急医療現場では刻々と変化する患者の状態をタイムリーに把握し、高度な技術と適切な看護ケアが求められる。しかし重症患者対応の場面では自分の行った看護が良い結果につながらないこともある。そこで、緊張やストレスを感じることの多い現場において、職場風土やチーム力の維持・向上を図るため、毎日日勤終業時に10分程設け、日勤看護師全員が集まり自分の頑張ったと思うことを語り合う時間“ねぎらいタイム”を平成29年度より導入した。今回、この取り組みを行うことによるスタッフの認識の変化について検討したので報告する。

【目的】

A病院救急外来における語りの場“ねぎらいタイム”を導入したことによるスタッフの認識の変化を明らかにする。

【方法】

対象：A病院救急外来看護師14名

期間：令和2年3月

方法：質問用紙調査を実施し、単純集計・分析を行った。

【倫理的配慮】

A病院看護部倫理委員会の承認を得た。対象者に書面で本研究の目的や個人情報保護等の説明を行い、研究参加は自由意思とした。データは匿名化を図り個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

アンケート回収率は86%だった。“ねぎらいタイム”の取り組みについて、「同僚の良いところを見つけるようになった」非常にそう思う・そう思う75%、「同僚と話す機会となった」そう思う67%、「一日の体験を振り返る機会となった」非常にそう思う・そう思う92%だった。“ねぎらいタイム”中に感じたことは、「同僚看護師が褒めてくれていると感じた」非常にそう思う・そう思う75%、「プラスの空気感を感じた」非常にそう思う・そう思う83%、「同僚から頼りにされていると感じた」どちらとも思わない67%・そう思わない8%、「チームに貢献できていると感じた」どちらとも思わない42%・そう思わない17%だった。さらに、“ねぎらいタイム”導入前からA病院救急外来に所属している看護師にのみ問う項目では、「チームの雰囲気が悪くなった」非常にそう思う・そう思う75%、「チームワークが悪くなった」非常にそう思う・そう思う63%だった。

【考察】

語りの場“ねぎらいタイム”は同僚同士で褒め合え、プラスの空気感を感じられる場となった。一方で、同僚から頼りにされ、チームに貢献できているとまでは感じられない結果となり、今回の語りの場の限界であると考えられる。しかし、チームの雰囲気とチームワークは良くなったと感じているスタッフもあり、1日の体験を共有し、コミュニケーションの場となったことが良い影響を及ぼしたのだと考える。

[O12-04] 要支援家庭発見時の医療者の初期対応について 一救急外来における実態調査一

○長谷川 舞¹、本多 亜理沙¹、村松 武明¹ (1. 聖隷三方原病院)

キーワード：チーム医療、児童虐待

目的

A病院の救急外来で対応する要支援家庭の児童は、平日の日中に院内の児童虐待防止委員会(以下、委員会)へ報告・相談される。しかし、夜間・休日は委員会へ円滑に相談されない現状がある。その中で、要支援家庭の児童の対応として、緊急性の判断と、家族や他の診療科と再受診の日程を調整する必要があり、医療者は要支援家庭に対する一定の知識、対応力を持って、組織的に介入する事が重要である。今回、医師と看護師がどのように初期対応しているか実態を明らかにしたいと考えた。

用語の定義

要支援家庭とは、養育者の状況、児童の状況、養育環境に何等かの問題を抱え、それを放置する事で養育が困難な状況に陥る可能性がある家庭の事とする。

初期対応とは、要支援家庭と判断された児童を小児科医と委員会へ報告、支援の必要性を家族へ説明する事とする。

方法

期間：2015年4月～2019年3月

対象：救急外来を受診した0歳以上18歳未満の要支援家庭の児童で、委員会に報告された20症例

調査方法：診療録を用いる後方視的調査。以下の情報を抽出・分析する。患者情報(年齢、来院手段、来院時間)、診療録(診療科、内因・外因分類、家族への説明の有無とその内容)、報告・情報共有(小児科医への相談の有無、小児科医へ報告した職種、委員会へ報告した職種、児童虐待早期発見チェックリストの使用の件数と使用した職種)。

倫理的配慮

所属施設の倫理委員会の承認を得た(19-15)。

結果

年齢は0、1歳が7例、12～15歳が5例、他2～10歳でそれぞれ1～2例であった。来院手段はウォークイン13例、救急車6例、ドクターヘリ1例で、受診時間は8時～17時が4例、17時～8時が16例、特に20時～24時に12例受診していた。診療科は救急科14例、小児科4例、その他2例で、診断名を内因・外因で分類すると、内因3例、外因14例、家庭内暴力を目撃していた児童が家族の付き添いとして来院した症例は2例、不詳1例であった。家族への説明内容が診療録に記載されているものは11例で、医師が家族に要支援家庭であると説明した内容が記載されている症例は2例で、他9例は病状説明のみ記載されていた。看護師が看護記録を記載している症例は8例であった。小児科医へ相談、または介入があった症例は12例であった。職種毎の委員会への報告件数は小児科医7例、救急科医1例、看護師10例、その他であった。児童虐待早期発見チェックリストを使用して報告した職種は、救急科医と看護師で2例であった。

考察

症例の8割が夜間帯に受診しており、委員会へ報告や相談が円滑に行いにくい現状があった。ウォークイン受診を中心に10例を研修医が対応していたが、児童虐待早期発見チェックリストは使用していなかった。A病院のチェックリストは院内ホームページから誰でも使用出来るが、使用方法やタイミングは明記されていない。医療者に対する虐待対応の研修はされておらず、周知出来ない事が要因の一つと考えられ、効果的に活用できるものに検討する必要がある。また、委員会への報告が最も多い職種が看護師であったことから、看護師が要支援家庭を委員会へ繋ぐ重要な役割を担っていると考える。しかし、看護記録を記載している症例が半数以下で、受診時の様子や家族の言動が要支援家庭と判断した根拠として重要である事の知識が乏しい。さらに、小児科医に相談した症例は12例で、救急科医や他の診療科の医師が対応していた。診療録や看護記録に記載する内容や相談経路の統一など、画一的な対応が必要な部分は院内マニュアルへ追加するなど、支援体制を整備する必要がある。

[O12-05] 呼吸不全患者に対する高流量鼻カニューラ（ネーザルハイフロー）装着が呼吸困難の軽減に及ぼす影響

○難波 さおり¹（1. 市立池田病院 救急総合診療科）

キーワード：高流量鼻カニューラ、呼吸困難

【目的】呼吸不全患者に対する酸素療法として高流量鼻カニューラ（ネーザルハイフロー）が開発され、より高い濃度・流量・湿度の酸素吸入が可能となっている。実臨床において、ネーザルハイフロー装着後に客観的指標である酸素化の改善は確認しているが、主観的指標としての呼吸困難が軽減するかは十分に評価されていない。そこで、ネーザルハイフローを装着することにより主観的指標としての呼吸困難や様々な評価指標が改善されるのかについて明らかにする。

【倫理的配慮】院内倫理委員会の承認を得られた後に、対象者には文書で研究目的と意義、観察内容、研究協力への自由意志の保証、匿名性を保証すること、不参加・中止などによる不利益は生じないことを配慮した。得られた結果は学会で発表することについて説明した。

【方法】研究デザインは前向き観察研究でネーザルハイフローを装着する成人患者を対象とした。主要評価項目として呼吸困難（NRS）、SpO₂、呼吸数、心拍数を装着前、装着30分後、翌日の3点で評価した。副次評価項目は食事、睡眠、会話を装着前と翌日に評価。口渇、鼻痛、不快感、熱感、鼻出血は翌日のみ評価した。挿管下人工呼吸器抜管後、意識障害事例は除外とした。患者の臨床的背景は診療録から後方視的に検討した。統計処理はIBM Statistics ver.21を用い、分析方法は主要評価項目が反復測定一要因分散分析（r-ANOVA）、多重比較（Tukey HSD）、副次評価項目は単純集計とした。

【結果】合計31例のデータを収集した。男性22人、女性9人。年齢43歳～96歳、担当科は呼吸器内科25例、循環器内科3例、総合内科2例、血液内科1例、呼吸不全の原疾患として感染症15例、間質性肺炎6例、悪性腫瘍4例、心不全2例、その他4例であった。主要評価項目の呼吸困難は軽減し、SpO₂・呼吸数は改善したが、心拍数のみ装着30分後に改善しなかった。（図表1）副次評価項目としての睡眠、経口摂取、会話については翌日改善傾向がみられた。ネーザルハイフローに関連した有害事象としては口渇が15例と約半数に認められた。ネーザルハイフロー装着後の呼吸困難の軽減が乏しかった症例（NRSの改善が3以下）の臨床的背景を検討したところ13人の有熱者を認め、その内12人は心拍数の改善は認めなかった。

【考察】ネーザルハイフローの装着により呼吸困難は軽減、SpO₂、呼吸数は改善した。睡眠、経口摂取、会話も改善しておりQOLの向上につながっていることがわかった。しかし、呼吸困難の軽減が乏しい症例が存在し、有熱者に多かった。呼吸困難は患者の主観によって決定するものであり、発熱などの様々な因子に影響されると思われる。呼吸不全患者の症状緩和を図るには、酸素化や呼吸数だけではなく主観的指標である呼吸困難を評価する必要があると考える。

[O12-06] 人工呼吸器早期離脱プロトコル導入による挿管期間の短縮の効果の確認

○種子 和也¹、齋藤 栞¹、松浦 誠史¹（1. 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター）

キーワード：人工呼吸器早期離脱プロトコル、ウィーニング、パートナーシップ、PNS

【はじめに】人工呼吸器使用期間の長期化は人工呼吸器関連肺炎のリスク因子であり、人工呼吸器からの早期離脱は患者のADL・QOLを改善することも明らかになっている。そのため、原疾患の治療と併行して、いかに早期に人工呼吸器から離脱させるかが重要となる。昨年度、仙台医療センター救命救急センター（以下、A救命救急セ

ンター)では人工呼吸器早期離脱プロトコルにおけるパートナーシップの効果について調査を行った。その研究結果により、パートナーシップ・ナーシング・システム(以下、PNS)のもと、人工呼吸器プロトコル評価(以下、プロトコル評価)を行うことで救命救急センター経験年数3年目までの看護師がプロトコル評価を安心して行えるとの結果が得られた。そこで、人工呼吸器プロトコルにのっとり、適正にウィーニングを進め抜管することで、挿管日数期間の短縮の効果を検討した。【目的】人工呼吸器早期離脱プロトコル導入により、人工呼吸器管理の患者のウィーニングが適正に進み挿管期間が減少したかを明らかにする。【方法】研究期間：令和元年7月～10月、研究対象：A救命救急センターに入室し、挿管管理となった患者のうち、人工呼吸器プロトコル評価が可能であると判断された患者。データ分析方法：プロトコル評価を実施できた症例に対して事例検討。【倫理的配慮】救命救急センターに入室し人工呼吸器管理となった患者のうち、人工呼吸器早期離脱プロトコル評価が可能であると判断された患者に研究の趣旨や方法、研究の参加は自由意志であり不利益が生じないことを説明し、同意を得たもののみ研究対象とした。また、当院の倫理審査委員会の承認を得て対象者個人が特定されないよう実施した。【結果】7月～10月の3か月間でのA救命救急センターにおける気管挿管患者総数は58名(心臓血管外科の術後患者を除く)おり、そのうちプロトコル適応患者数は8名、否適応患者数50名であった。プロトコル適応患者8名のうち、実施できたのは4名であった。結果として、プロトコル評価を実施できた症例は2例のみとなってしまった。症例数は目標数に届かず、挿管日数の短縮への効果確認とまでは至っていない。プロトコル評価の方法や定着、医師との連携についてなど課題が残る結果となってしまった。【考察】エキスパートナースが中心となって他職種や各科の医師とも協力しプロトコルが定着するように活動を続けていく必要がある。プロトコル評価を適正に実施し早期抜管に繋げることは、肺合併症予防だけでなく患者のADLやQOLの改善にもつながるため、全スタッフが1日1回は「SATを実施する」など鎮静に対する意識を変化させ積極的にプロトコル評価を実施し日々の覚醒時の状況から鎮静量を調節し、SBTの評価へと移れるような関わりを実践できるように活動していく必要があると感じた。【研究の限界と今後の展望】今回の研究では症例数が少なく、挿管日数の短縮への効果確認までは至ることが出来なかった。プロトコル評価の方法や定着方法、医師との連携についてなど今後、再検討していく必要がある【結論】プロトコルを導入することで挿管日数期間の短縮へ効果があるか有意性のある結果を得られなかったため、今後の課題である。プロトコル評価を実施した18名のスタッフの感想、評価から少ない事例ではあったが正しくプロトコル評価を実施することができた。

[O12-07] 倫理カンファレンス後の情報共有に対する看護師の意識調査

○木村 美沙季¹ (1. JA広島総合病院地域救命救急センター病棟)

キーワード：倫理カンファレンス、情報共有、意識調査

<はじめに>当院地域救命救急センター病棟(以下救命病棟とする)には、様々な倫理的問題を抱える患者、家族が多く入室する。その患者、家族に対して、医師または看護師の提案で Jonsen4分割表を使用し、倫理カンファレンスを実施している。しかし、Jonsen4分割表とカルテより得たカンファレンスの内容が分かりにくいとスタッフより聞かれており、倫理カンファレンス後にスタッフが共通認識のもとに、看護が展開できているのか疑問に感じている。

<目的>当院救命病棟看護師が倫理カンファレンス後、どのように情報共有しているのか現状を明らかにする。

<方法>量的研究とし、研究者、共同研究者を除く23名を対象に、独自に作成した選択・自記式のアンケート用紙を用い実施した。アンケートを通して得られた結果を単純統計し、分析を行った。

<倫理的配慮>所属部署の管理者の許可を得て実施した。アンケートへの協力は自由意志であり、アンケート用紙提出により同意を得たものとする。アンケートは無記名とし、個人は特定されないことを書面で説明した。アンケート調査に協力しなかったことで不利益を被ることはないこと、個人情報・プライバシーの保護について書面で説明した。研究データは5年間保存し、研究データは鍵のついた引き出しに保管する。保存期間終了後はシュレッダーで破棄を行い、他研究へ流用しない。

<結果>救命病棟経験年数1～2年目が61%を占めている。Jonsen4分割表が「理解できている」22%、「少しはわかるが詳しくはわからない」69%、「全くわからない」9%。倫理カンファレンスの内容を「毎回確認してい

る」39%、「受け持ちだとしている」30%、「出来ている時と出来ていない時がある」30%。そのうち、救命病棟6年目以上は「毎回している」100%。救命病棟1-2年目は、「毎回している」14%。「一般病棟へ申し送りを行っている」が91%、無回答9%。活用方法は、受け持ち時、家族対応時が多く、看護計画立案は少なかった。

<考察>8割が Jonsen4分割表を理解できていなかったため、運用方法がわからず、情報共有するのが難しかったと考える。病棟経験年数で意識の違いが出てしまったが、ほとんどのスタッフが倫理カンファレンス実施後は内容を確認し、一般病棟へ申し送るようにしており、情報を共有しようとする意識は高いと考えられる。

<結論> Jonsen4分割表を理解できているスタッフが少なかった。救命病棟経験年数によって情報共有に対する意識の違いがあったが、情報を共有するという意識は高いことが分かった。

[O12-08] 救急センターにおける入院決定患者の長時間滞在の要因検討

○市村 安佑梨¹、後藤 理沙¹、藪下 愛¹、藤原 望美¹ (1. 済生会吹田病院救急センター)

キーワード：救急滞在時間、緊急入院、救急看護

【目的】

当院の救急センターでは患者接触から退室するまで長時間滞在となることがある。長時間滞在による救急センター内満床は、新規患者受け入れ困難の一因となる。長時間滞在が及ぼす影響によって患者が急変した事例もあり、長時間滞在は患者・家族の安全安楽に影響を与えていると考える。川野らは、救急センターの混雑は患者の予後を悪化させる重要な原因であると述べている。そのため、救急センターにおける入院決定患者の長時間滞在について調査し、結果をここに報告する。廣田らは、長時間滞滞在を3時間以上の滞在と定義しているため、本研究では3時間以上の滞在を長時間滞在とする。

【対象および方法】

- 1.期間：2019年8月13日～10月31日
- 2.研究対象：当院救急センター経由後の入院患者138名
- 3.研究デザイン：記述統計法（後ろ向き研究）
- 4.方法：患者接触の定義をトリアージ開始時と救急車搬入時とする。データ収集前に長時間滞在の要因と考えられる項目についてアンケート調査を実施、先行文献を参考に独自で調査票を作成し、平日日勤帯に入院患者を担当した看護師が調査票を記入した。
- 5.年齢、男女、来院方法をカテゴリー別に分類し、それぞれ χ^2 検定を用いて分析する。

【倫理的配慮】

記録用紙は患者番号で記載し、看護師には本研究に協力することで不利益にならないことを説明し、参加の同意を得た。

所属部署の管理者の許可を得て実施した。

【結果】

有効回答数は138例、長時間滞在となった例は37例であった。

患者背景について、年齢は全入院例で平均67歳、滞在時間が3時間未満で65歳、3時間以上で77歳であり有意差を認められた ($P < 0.03$)。

来院方法は、全入院例のうち救急車来院は78件 (56.52%)、3時間未満は58件 (57.42%)、3時間以上では20件 (54.05%) ($P = 0.69$)。

入院先について、集中治療室 (以下 ICU) 入院は全入院例で3例 (2.17%)、3時間未満で3件 (2.29%)、3時間以上で0件 (0%) である。

【考察】

先行文献より、平均時間の上位3つを最も長時間滞りに影響した要因と定義する。

「入院待ち」に関して、ICU入室する患者は全て3時間未満に入室している。救急搬送依頼の時点で呼吸状態不良であると判断されたため挿管や呼吸器管理の可能性を踏まえた上で患者の処置や看護を行っていた。これに対して、入院に3時間以上要した患者は、緊急度の低い患者も多く一般外来からの入院と救急センターからの入院が重なった際に滞在時間が長くなる傾向がある。

「IVR・内視鏡治療待ち」の2件の例は内視鏡検査やIVR検査等の予約検査と当日緊急患者が重なり長時間滞りに繋がっていた。また、最短25分でIVR治療へ出棟できた事例もあり、他部署と連携を図ることで迅速に対応することができている。

「血液検査結果待ち」について、当院では結果が出るまでに最低でも約45分の時間を要する。3時間以上では平均年齢が有意に高く複合的な疾患をもつ患者が多いため、追加検査が必要となり平均時間が長くなっていると考えられる。

今後の課題として先行文献より、長時間滞りの方策として「繁忙期を考慮した流動的な人員配置」「実施検査の適否検証」「救急科入院の推進」などが挙げられている。そのため、当院でも看護師同士の協力だけでなく医師をはじめとした他職種と協力し病院全体で滞在時間の短縮に取り組む必要があると考える。

また、滞在時間が3時間以上となる患者は高齢患者が多い要因を今後明らかにする。

【結論】

「IVR・内視鏡治療待ち」「入院待ち」「血液検査結果待ち」が最も長時間滞りに影響した。

[O12-09] 救命救急センターにおける摂食機能療法への取り組み

○増田 和美¹、笠井 有希¹ (1. 広島市立広島市民病院救命救急センター)

キーワード：摂食機能療法、摂食機能障害、救命救急センター

【目的】クリティカルケアを行う救命救急センターでは、患者の生命維持を目標に全身管理が行われる。同時に感染管理、廃用症候群予防の観点から早期の栄養管理が重要である。脳卒中治療ガイドラインでは脳卒中患者の

約70%が摂食機能障害を有しており、早期に摂食機能療法を開始することは、誤嚥性肺炎の予防やADL向上に役立つとされている。A病院救命救急センターでは年間約280名の脳卒中患者を受け入れている。そのうち摂食機能療法が算定されている患者数は年間約40名、延べ算定件数は約200件と、脳卒中患者数に比べて算定件数が少ない。このことから、必要な患者に摂食機能療法が十分に行われていないのではないかと考えた。そこで現状を調査し必要な摂食機能療法への取り組みを行い、その有効性を明らかにする。【方法】期間は2019年4月から2020年3月とした。救命救急センター看護師（45名）を対象に質問紙を用いて摂食機能療法の意識調査を実施した。取り組みとして①スタッフを対象とした摂食機能療法の研修会の開催、②救命救急センターの摂食嚥下支援チーム6名が中心になり対象患者の抽出、③摂食機能療法開始時に必要な訓練実施計画書の作成、看護計画立案、摂食機能療法実施テンプレート入力などの個別指導を行う。その後、再度意識調査を実施する。【倫理的配慮】質問紙調査は無記名とし、質問紙の提出をもって研究参加の同意とした。得られた情報は個人が特定されないようにデータ化、分析を行った。またA病院倫理審査委員会の承認を得た。【結果】取り組み後、摂食機能療法の対象患者がわかるスタッフは75%から85%へ、摂食機能療法の算定基準を知っているスタッフは41%から59%へ、実施計画書作成など必要な事が分かるスタッフは68%から95%へ増加した。摂食機能療法算定患者数は59名、延べ算定件数は346件に増加した。【考察】研修会を開催することにより、知識の確認ができ、摂食機能療法に対する動機づけが出来た。また摂食嚥下支援チームが対象患者を抽出したことで、摂食機能療法が必要な患者に早期から開始され、継続が出来た。スタッフに個別指導を行うことは、個々の実践能力や理解度に応じた内容であり、訓練開始時に必要なことの理解につながった。しかし取り組み後も算定開始基準を知っているスタッフが59%にとどまっていることは、摂食機能療法の経験が浅く、開始判断に迷ったことが考えられる。今回の取り組みは摂食機能療法の増加につながった。しかし、実際の訓練の内容や質についての検証は出来ておらず今後の課題である。摂食機能療法の知識を広め、実技指導等によるスキルの向上、既存のフローチャートの活用など継続した取り組みが必要である。急性期医療においても機能障害の評価、安全な経口摂取の開始、食事内容の検討、能力向上へ向けた訓練指導など発症早期からの介入は重要である。

[O12-10] RRT(Rapid Response Team)要請に至るまでの病棟看護師の対応 ～一症例からの考察～

○大川 玲子¹、大野 直子¹、横野 知江¹ (1.新潟大学大学院保健学研究科看護学分野)

キーワード：RRT(Rapid Response Team)、急変対応、行動特性

【目的】院内急変に対応するRRT（Rapid Response Team；以下RRT）は、日常的に患者と接する機会が多い看護師からの要請がほとんどであるが、実際は要請基準に当てはまる症例において、必ずしもRRTが要請されていない現状がある。そこで、一症例を通して患者の異常発生からRRT要請に至るまでの間の病棟看護師の患者対応の特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは質的記述的研究である。対象は、2018年度にA病院の内科系一般病棟においてにRRT対応後にICUへ入室となった症例のうち、異常発生からRRT要請までに最も時間を要した一症例であった。患者の異常発生からRRT接触までの間の看護師の介介入行動について、診療記録・看護記録・経過表から収集した。

【分析方法】看護師の行動に関するデータをコード化し、SOAPで分類した。分類したコードを類似性に基づき集約し、[サブカテゴリー]化し、さらに【カテゴリー】化を行った。次に、【カテゴリー】から各勤務帯で関わった看護師の行動特性を要約し、患者に対する対応の実態を明らかにした。なお、本研究はA病院倫理審査委員会およびB大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

1) 症例は、60歳代女性で胆石胆嚢炎・膵炎・敗血症で入院した患者である。入院翌日に異常発生し、頻呼吸、頻脈を認め経過を見ていたが、酸素化不良、心不全兆候が著明となり、異常発生から4日目にRRT要請、

ICU入室となった。本症例に関わった看護師8名（看護師経験1～5年：5名 6～10年：2名 11～15：0名 16年以上：1名）であった。なお、看護体制は3交代制チームナーシングであった。

2) 本症例に関わった看護師の行動特性の要約

看護師の行動に関するデータは684コード、行動特性を表す〔サブカテゴリー〕は132個、【カテゴリー】は28個抽出された。

看護師は、異常発生時より、Sとして〔呼吸苦の有無を聴く〕など【自覚症状を捉える】、Oとして〔前日のHRデータと比較する〕など【数値データを捉える】ことで患者の頻呼吸、心拍数の異常を捉えていた。Oで最も多かったのが〔酸素化を観察する〕〔6時間尿量が予測指示範囲内にあるか確認する〕など、【予測指示範囲内であるか確認する】ことであった。Pでは、A看護師（看護師経験16年以上）が、3日目に〔輸液量をアセスメントする〕〔尿量不足の原因をアセスメントする〕など【病状をアセスメントする】ことで予測指示に従うことが適切でないと判断し〔輸液過剰に対する指示を受ける〕といった【医師へ現状報告し具体的指示を受ける】行動をとっていたが、それ以外は〔予測指示により鎮痛剤を投与する〕といった【指示範囲を保つ医療対応を行う】という記載のみであった。

【考察】看護師の行動特性として、異常発生時より、何等かの異常に気づき、主治医に報告して予測指示に従い対応していた。特に看護師経験年数16年未満の看護師は、予測指示範囲内か否かについてアセスメントにとどまっていた。十分なアセスメントが不足し、医師へ適切なリコメンデーションが行われていなかった可能性が考えられる。適切なリコメンデーションを行うためには、適切な観察とアセスメントの結果を、医師へプレゼンテーションすることが重要である。今後、RRTを有効に活用するためには、病棟看護師の適切な観察とアセスメントの教育を強化すると共に、患者が重篤な状態に陥る前に、RRT早期要請も含めたリコメンデーションを主治医へ行うトレーニングを行う必要がある。

[O12-11] 三次救急初療における看護師のリーダーシップと自己効力感の関連

菅 彩乃¹、○三浦 和代¹、窪田 紀子¹ (1. 東京都立広尾病院)

キーワード：初療、リーダーシップ、自己効力感

【はじめに】A病院では、三次救急における初期診療（以下初療とする）は、医師の他にリーダーを担うB病棟、メンバーを担うC病棟、D外来の3部署の看護師が協働し対応している。初療対応を行う看護師は、リーダー的役割を担うことへの不安や初療に対し消極的な発言が見受けられる。McCallらは「リーダーシップと自己効力感は関連している。」と述べている。そこで、初療においてもリーダーシップと自己効力感は何らかの関連があるのではないかと考えた。【目的】初療で求められる看護師のリーダーシップと自己効力感の関連を明らかにする。【方法】初療リーダー経験がある看護師65名を対象。調査期間は、令和元年10月～11月。自己効力感を測定する一般性セルフ・エフィカシー尺度を用いたGSES Test質問紙とリーダーシップの測定のためPM理論の観点からA病院初療のリーダーに必要な要素の内容を含む独自に作成した質問紙を使用し調査を実施した。基本統計量を算出し、Spearmanの順位相関係数により、リーダーシップと自己効力感の関連性を分析し、有意水準は5%未満とした。自己効力感とは、ある状況において必要な行動を効果的に遂行できるという自信である。PM理論とは、課題達成機能のP機能と集団維持機能のM機能の2つの要素から成るリーダーシップ論である。【倫理的配慮】A病院倫理委員会の承認を得た。【結果】質問紙を配布した65名中、54名を有効回答とし分析した（回収率83%）。自己効力感とリーダーシップP・M項目の相関関係をみた結果を表1に示す。自己効力感とリーダーシップは正の相関があった。P機能では11項目中8項目、M機能では8項目中5項目が自己効力感と強い相関があった。自己効力感が高いとP機能の〔HOTライン情報から適切にアセスメントでき、必要な看護ケアが決定できる・初療中、状況状態に応じて業務の再調整ができ適材適所に采配が出来る〕の能力が特に高い傾向にあった。M機能では、〔メンバーからの意見に真摯に対応している・スタッフが困っている場合援助している・他部署他部門とも気軽に話せる雰囲気を作っている〕の能力が特に高い傾向に

あった。これは、自己効力感が高い看護師ほどリーダーシップP・M機能が高い傾向があることを示した。**【考察】**特に強い相関関係にあった結果について考察する。P機能では、自己効力感の高い看護師は、限られた情報から意図的な情報収集と適切なアセスメントを行い、必要な看護ケアの決定ができていると考える。さらに、初療メンバーが変わっても、円滑な診療のため、能力に応じた役割分担やマネジメントを日常的に実施でき初療に対する取り組み姿勢が高いと言える。成功体験が自信に繋がっていると考える。そのため、緊急性が高く、予測・準備・即応性の救急医療看護の特性を重視したチーム医療が展開される初療でも、同様に思考・行動ができると推察する。また、初療という専門的な領域で責任ある役割を担い、他者から認められた能力が自信に繋がり自己効力感を高め、リーダーシップを高める要因と考えられる。M機能では、メンバーに真摯に対応をする姿勢や主体的に関わる行動が、良好な人間関係を保ちソーシャルサポートを得ることで自己効力感の向上に繋がっていると考える。初療ではメンバーが流動的なためリーダーが主体となり、メンバーと良好な人間関係を構築していく必要がある。また、メンバーの葛藤や緊張を緩和し個々の自主性を重んじ、メンバー間の相互関係を促進することが重要である。**【結論】**自己効力感が高いと初療のリーダーシップも高い傾向があると分かった。

[O13] 一般演題13

[O13-01] 身元不明者・家族機能不全患者の退院支援に関する文献検討

○取違 美幸¹、内匠 美貴²、加覧 妙子¹、肥後 昌代¹ (1. 鹿児島大学病院 救命救急センター、2. 鹿児島大学病院 キャリア開発室)

[O13-02] 救命救急センター外来看護師の退院支援に関する意識調査

○星 智美¹ (1. 仙台市立病院 救命救急センター)

[O13-03] 心肺蘇生を望まない介護老人福祉施設入所者が心肺停止時に救急搬送に至る要因

○能任 純一^{1,2}、前田 修子²、森山 学² (1. 金沢医科大学病院、2. 金沢医科大学看護大学院 地域支援看護学)

[O13-04] A市広報誌の内容分析からみた感染症に関する地方自治体自主防災活動の今後の課題

○原 華代¹、作田 裕美² (1. 常葉大学 健康科学部 看護学科、2. 大阪市立大学、大学院看護学研究科)

[O13-01] 身元不明者・家族機能不全患者の退院支援に関する文献検討

○取違 美幸¹、内匠 美貴²、加覧 妙子¹、肥後 昌代¹ (1. 鹿児島大学病院 救命救急センター、2. 鹿児島大学病院 キャリア開発室)

キーワード：退院支援、身元不明、救急、家族機能不全

【はじめに】

今後、我が国での少子高齢化の進展が予想される中、患者の意思決定への支援に支障をきたす状況でも、個人としての意思が尊重され、必要な医療サポートが受けられることが重要である。これまで多くの医療機関では、家族がいることを前提として、判断能力が不十分な人の同意取得や、入院費等の支払い、緊急時の連絡、待機などの役割を果たす、「身元保証・身元引き受け等」を求めてきた現状がある。今回、家族機能不全の患者を受入れた際に介入が遅れ、退院調整に難渋した症例を経験した。今後の社会動向を考慮し、患者に最初に接する救急外来看護師として、患者の行く末を見つめた初動の重要性を感じ、家族機能不全患者に対する救急外来看護師の退院支援に関する文献検討を行った。

【目的】

家族機能不全患者に対する救急外来看護師の退院支援に関する文献検討を行い、今後の課題を明らかにする。

【方法】

医学中央雑誌 Webを用いて、キーワードを身元不明、家族機能不全、救急、退院支援で74件が抽出された。抽出した文献の中から救急外来看護師の退院支援に関するものは9件であった。より多くの文献を検討する為に、急性期、退院支援のキーワードを用いて同様に検索し、最終的に研究の趣旨に沿った21件を分析対象とした。

【倫理的配慮】

文献検討のため、倫理的配慮には該当しない。

【結果】

身元不明、家族機能不全、救急、退院支援、急性期で抽出した21件の文献の結果、看護師の意識に関するものは15件、情報収集に関するものが2件、本人・家族に関するものが1件、連携に関するものが3件であった。そこから、内容ごとに分類し、48個のコードを抽出した。分析の結果、7つのカテゴリーと、13のサブカテゴリーに分類された。7つのカテゴリーは〔看護師の意識〕〔多職種連携〕〔情報収集〕〔社会背景〕〔介入〕〔困難〕〔教育〕であった。

【考察】

急性期病院の退院支援に関する研究では、看護師の意識や情報収集に関するものは多く存在した。しかし、身寄りのない人、身元不明では東日本大震災時の身元確認の報告はあったが、看護師の介入に関する文献や、身寄りのない患者への退院支援についての文献は少なかった。退院支援プロセスについて第1段階は、入院時から48時間以内にスクリーニングとアセスメントを行われることが推奨されている。また、急性期病院の平均在院日数が短縮される中で、救急外来における退院支援に向けての看護の充実や、必要性がますます高まっていると考える。そのため、救急の場であっても、患者個人の意思決定を尊重した上で、必要な医療サポートは何かを初療段階から考え、情報収集をしていくことが必要である。その中で、身寄りのない人や意識不明で搬送され、家族の確認ができない人へのマニュアル作成や体制整備を行うことが有効である。夜間や週末の緊急入院など、退院支援看護師の介入までに時間を要することもあり、互いに連携し、初療時に必要な情報収集の内容を検討していく必要があると考える。さらに、家族機能不全に陥った患者に対するシームレスケアの推進に向け、施設内の関係部門の連携や、施設外においては、行政・地域などの社会資源を活用し、役割を担った介入をしていく必要がある。

[O13-02] 救命救急センター外来看護師の退院支援に関する意識調査

○星 智美¹ (1. 仙台市立病院 救命救急センター)

キーワード：退院支援

【はじめに】 A病院は高度急性期病院で救命救急センターを有し2008年から退院支援を開始しているが、夜間・休日に緊急入院となった場合は介入されず病棟入院となっている。現在、救急外来では退院支援スクリーニングシートの活用はされておらず、医療ソーシャルワーカー（以下：MSW）が医師から直接依頼を受けて介入しているため、看護師が直接退院支援に介入する機会は少ない。そこで退院支援導入後に病棟勤務経験のある看護師は、救急外来においても退院支援を意識した介入を行っているのではないかと考え、救急外来看護師の退院支援に関する意識が退院支援経験の有無に影響されるのか調査した。【目的】救急外来看護師の退院支援に関する意識を明らかにする。【方法】A病院に勤務する救急外来看護師を対象に、「属性」「退院支援に関する用語と退院システムの理解」「救急外来からの退院支援の可能性」「救急外来からの退院支援を阻害する因子」「退院支援に関係する情報共有手段」について17項目のアンケート調査を実施した。分析方法はアンケート調査結果を項目別に得点を合計した後、平均値を算出しA病院で退院支援導入後に、病棟勤務経験有無の2群で比較した。【倫理的配慮】本研究はA病院看護部の承諾を得て実施した。【結果】「退院支援に関する用語と退院システムの理解」の項目で退院支援導入後に病棟勤務経験のある看護師は病棟経験のない看護師と比較すると有意差を認めた。「救急外来からの退院支援の可能性」「救急外来からの退院支援を阻害する因子」「退院支援に関係する情報共有手段」の項目では有意差は認められなかった。救急外来からの退院支援の可能性に関する質問では、看護師全体が退院支援に対する関心は高く、救急外来で退院支援に必要な情報の収集とアセスメントは可能で、救急外来から退院支援を考えるのは可能だと考えていた。【考察】退院支援経験のある看護師は、病棟で定期的に退院支援に関わり、退院支援に関する事例カンファレンスに参加する機会があった。その中で退院支援の概念とプロセスを理解できたのではないかと考える。退院支援の経験がない看護師は知識と経験不足から退院支援を行うには困難であり、サポートが必要であると考えている。A病院では救急外来からMSWへ介入依頼を行う件数が年々増加傾向にある。受診時から社会資源が必要な状況の患者に携わる機会や、MSWへ情報提供を行うことが増え、退院支援の必要性を理解することが出来たのではないかと考える。一方で、退院支援経験の有無に関わらず救急外来では処置・治療優先に行うべきだと考えており、日々の業務の中で救命治療が最優先され、救命を意識した状況下では診療の介助を優先に行い情報収集の時間も限られるため退院支援の優先度は低くなると考える。また、A病院の平均在院日数は9.9日で早期から患者の社会背景を把握し、必要な社会資源を考え退院支援を開始することが求められている。救急外来看護師は来院時から退院支援を行うために受診時に得られた情報を病棟へつなげる必要があると考える。救急外来から退院支援を行うためには、退院支援に対する理解を深めるための勉強会や事例検討会を定期的で開催するとともに、重傷者が来院し短時間の関わりであっても記載できる退院支援スクリーニングシートの検討が必要だと考えた。【結論】1.経験がある看護師と経験がない看護師では退院支援についての退院支援についての理解で有意差があった。2.退院支援の経験の有無に関わらず、救急外来で得られる情報は退院支援に活用でき、救急外来から退院支援を行うのは可能だと考えていた。

[O13-03] 心肺蘇生を望まない介護老人福祉施設入所者が心肺停止時に救急搬送に至る要因

○能任 純一^{1,2}、前田 修子²、森山 学²（1. 金沢医科大学病院、2. 金沢医科大学看護大学院 地域支援看護学）

キーワード：DNAR、心肺停止、救急

序論

高齢者の救急搬送は年々増加し、特に心肺停止状態の救急搬送は介護老人福祉施設からの搬送が多く、心肺停止時の蘇生や病院への救急搬送の希望の事前意思確認が行っている施設、蘇生拒否権を把握していても急変時には救急搬送している施設は半数程度であることが報告されている。しかし、介護老人福祉施設からの救急搬送に至るプロセス、施設の方針、対応方法の実態など明らかになっていないことが課題として残っている。

研究目的

心肺蘇生を望んでいない入所者の心肺機能停止時における救急搬送の有無と介護老人福祉施設の特性（属性、施設での対応）との関連を明らかにすることである。

研究方法

全国老人福祉施設協議会の会員施設である介護老人福祉施設4353施設のうち、都道府県ごとに系統抽出した2500箇所を対象に郵送調査を行った。調査内容は、施設の特性（施設の属性、施設での対応）と、心肺蘇生を望んでいない入所者が心肺停止となった場合の「施設の方針での救急搬送の要請有無」、救急搬送を行わない方針であった場合の「救急搬送の要請経験の有無」とした。分析方法は、単純集計と「施設の方針で救急搬送の要請有無」「救急搬送の要請経験の有無」との関連をみた。なお、本研究の実施にあたり、金沢医科大学の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 I473）。

結果

回収数（率）は、698箇所（27.9%）であった。

施設の属性は、入所者定員は平均71.11人±28.95、常勤の看護師人数4.03人±1.73、常勤の介護士人数28.71人±1.73、配置医の人数1.47人±0.89などであった。

施設での対応は、心肺蘇生の事前意思確認を行っている施設は82.7%あり、その対象者は本人と家族としている施設は51.8%、意思確認を行う時期は入所後複数回74.3%、意思確認を行う職種は医師66.7%、ケアマネジャー38.8%、生活相談員23.9%、看護師23.7%であった。心肺蘇生を望まないという意思確認のある入所者が心肺停止となった時のマニュアルがある施設は51.8%だった。

心肺蘇生を望んでいない入所者が心肺停止となった場合に「施設の方針で救急搬送の要請有無」は、救急搬送を行うと答えた施設は28.6%であった。また、救急搬送を行わない方針であっても「救急搬送の要請経験の有無」は、経験があると答えた施設は48.1%であった。

「施設の方針で救急搬送の要請有無」と施設の特性で関連をみた結果、医師呼び出し体制有り、意思確認に医師・看護師・ケアマネジャーが同席している、心肺停止時のマニュアルの有る介護老人福祉施設は、「施設の方針で救急搬送の要請無」の割合が統計的に有意に高かった（ χ^2 検定、 $p<0.05$ ）。「救急搬送の要請経験の有無」との関連では、家族への最終確認有りの介護老人福祉施設は、施設の方針で救急搬送の要請をしていないが、「救急搬送の要請経験の有」の割合が高かった。

考察・結論

本研究では、施設での事前意思確認の方法と心肺停止時の対応が、施設の方針として救急搬送を要請している関連結果を認めた。これらは介護老人福祉施設の方針が救急搬送に影響し、その対応は多様であることが明らかになった。今回は、施設を対象として調査だったが、家族への最終確認の有無が関連していたように、入所者

個々の特性も影響していることが予測される。

[O13-04] A市広報誌の内容分析からみた感染症に関する地方自治体自主防災活動の今後の課題

○原 華代¹、作田 裕美² (1. 常葉大学 健康科学部 看護学科、2. 大阪市立大学、大学院看護学研究科)

キーワード：防災活動、感染症、自治体

はじめに：グローバル化の発展は人々の国境を越えた大移動を可能にし、その中で2003年には新興感染症である重症呼吸器症候群（SARS）の発生があり、感染症をとりまく新たな対応が必要とされていた。一方、A市は太平洋に面した人口約70万人の市であり、南海トラフ地震防災対策推進地域指定市町村に指定されている。これまで市や自治体における災害対策は、2011年の東日本大震災を受け、地震・津波に関するものが多く取り上げられていた。2019年からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的大流行に伴い、感染症対策は全ての住民にとって命を守る目前の重要課題となった。月間発行されているA市の広報誌における災害対策関連記事を内容分析し、地域防災の傾向を量的に把握することにより今後の課題を導き出すことは、災害から自身で身を守るコミュニティ構築に向けた意義ある資料となる。

目的: A市広報誌の災害対策関連記事の検討から防災の傾向並びに自治体における自主防災活動の課題を明らかにすることである。

方法: データ収集は、A市広報誌（電子ブック版）を用い、分析対象期間を、直近3年間の2017年7月～2020年6月とした。近年、都や自治体などの行政機関が保有するオープンデータの活用が進められている。オープンデータとは二次利用可能な利用ルールかつ機械判読に適した形式で民間へ開放された公共データのことを指す（総務省、2014）。A市広報誌のオープンデータを活用し、市民へ向けた広報誌内のメッセージを数量的に収集した。A市ホームページ内『危機管理・防災』のサイトでは、災害対策を「地震」「津波」「風水害」に分類しているためこの3つのキーワードに、直面している問題である「感染症」を加え、4つのキーワードを分析単位とした。分析は、Microsoft Excelを用いて得られた単純集計を基に内容分析を行った。倫理的配慮として所属施設管理者の許可を得て実施した。また記事の内容分析にあたり検索件数を繰り返し正確に数え、記事文面は意味内容を変えないよう配慮した。

結果: 広報誌は分析対象期間の3年間で36回発行されていた。キーワードの収集数は、「地震」が最も多く117個（43.6%）、次いで「津波」112個（41.8%）、「感染症」31個（11.6%）、「風水害」8個（3.0%）であった。2017年7月から2020年3月の2年9か月の間に「感染症」は10個収集され、その内容は小児の予防接種やペットに関するものであった。COVID-19の拡大に伴い2020年4月以降の3か月では「感染症」のキーワードは21個収集された。

考察: 2020年3月以前の2年9か月間において広報誌内に「感染症」という言葉が出現したのは10回に留まり、記事内容も感染症対策ではなかったという状況から、A市広報誌における感染症災害対策はほとんど市民に伝達されてこなかったと言わざるを得ない。A市広報誌は、各自治会を通して各家庭へ手渡しで配布され、地域交流の一端を担っている。今後、「感染症」を予防する・備えることは「地震」「津波」「風水害」に加え重要な地域防災のテーマである。COVID-19の世界的流行は、市や自治体における防災対策を根本から見直す機会と捉え、日頃から地域ぐるみの検討会が喫緊の課題である。

一般演題 | 看護管理

[O14] 一般演題14

[O14-01] 高度救命救急センターにおける面会拡大の効果 ー看護師の視点からー

○池田 真奈美¹、右近 清子¹ (1. 広島大学病院)

[O14-02] A病院 ICU/CCUから病棟へ転出する患者の申し送り内容の検討

○阿由葉 久美子¹、山鹿 亜由美¹、大島 晴美¹ (1. SUBARU健康保険組合太田記念病院)

[O14-01] 高度救命救急センターにおける面会拡大の効果 一看護師の視点から

○池田 真奈美¹、右近 清子¹ (1. 広島大学病院)

キーワード：面会拡大、意識、行動

I. 研究目的

A病院高度救命救急センター（以下、救命センター）における面会拡大の効果を明らかにする。

II. 研究方法

救命センター看護師42名を対象に、自作の無記名自記式質問紙による留め置き質問紙調査を行なった。質問内容は、1) 対象者の属性、2) 面会拡大後の看護師の変化の有無について①看護師の意識②看護師の行動③その他④変化なしから多肢選択形で回答、3) 2) の変化の内容を自由記述で回答とした。調査期間は2019年11月14日～11月28日とした。質問内容1)、2) については単純集計、3) については1記述文を1コードとし、意味内容の類似性に従い分類後、カテゴリー化を行なった。当院看護部倫理委員会で承認を得た。

III. 結果

42名中33名から回答を得た。

1. 対象者の属性

回答者の看護師経験年数は平均8.2年、救命センターでの経験年数は平均4.8年であった。

2. 面会拡大後の看護師の変化の有無

面会拡大後の看護師の変化は、あり91%、なし9%であった。変化ありの回答の内訳は、意識の変化42%、行動の変化12%、意識と行動両方の変化36%、その他0%であった。

3. 面会拡大後の看護師の変化の具体的内容分析

「意識」の変化については、【家族との関係性の構築】【退院後の生活への意識】【業務調整】【環境調整】【接遇】の5カテゴリーが抽出された。

「行動」の変化については、【家族の情緒支援】【情報収集】【家族との関係性の構築】【意思決定支援】【業務調整】【環境調整】【患者の尊厳の維持】【家族の患者ケアへの参加】【家族への情報提供】の9カテゴリーが抽出された。

IV. 考察

以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを「」で示す。

救命センターに搬送される患者の家族は、身内の危機的状況を目の当たりにし、心理的な不安定状態となり精神的危機状態に陥ることも多い。クリティカルケア領域の家族看護は、そのような家族の特徴を踏まえ、【家族との関係性の構築】を行い、看護師の【業務調整】や【環境調整】により家族の周囲の環境を整えること、心理的危機状態にある家族に対し、【家族への情報提供】や【家族の情緒支援】を行うこと、十分な時間的猶予が無い中で【意思決定支援】を行うことが必要である。このことから、これらのカテゴリーは、家族看護に対する意識の向上や行動の変化であると考えられる。また、【患者の尊厳の維持】では、「行動制限の最小化」を図るとい

う行動の変化を認めており、患者だけではなく家族の心理面にも配慮した行動であると考えられる。

【退院後の生活への意識】は、患者を入院患者という現在の姿だけでなく、地域での生活者という視点で捉えようとしている変化の表れであり、患者の家族背景や入院前の生活状況に関する【情報収集】という行動の変化としても表れていた。

【接遇】に関する変化は、面会拡大で家族の在院時間が増加したことで、常に見られているという意識の変化が看護師自身の行動を振り返るきっかけになったと考える。

V. 結論

1. 意識に関する変化として【家族との関係性の構築】【退院後の生活への意識】【業務調整】【環境調整】【接遇】の5カテゴリーが見出された。

2. 行動に関する変化として【家族との関係性の構築】【情報収集】【家族の情緒支援】【意思決定支援】【業務調整】【環境調整】【患者の尊厳の維持】【家族の患者ケアへの参加】【家族への情報提供】の9カテゴリーが見出された。

3. 面会拡大は、家族看護、患者の捉え方、接遇に対する意識と行動に影響があることが示唆された。

[O14-02] A病院 ICU/CCUから病棟へ転出する患者の申し送り内容の検討

○阿由葉 久美子¹、山鹿 亜由美¹、大島 晴美¹ (1. SUBARU健康保険組合太田記念病院)

キーワード：ICU/CCU、継続看護、申し送り

【目的】

患者がICU/CCU（以下ICUとする）から他病棟へ転出する際の申し送りは口頭のみであり、転出先の看護師から確認や質問など問い合わせが多く、必要な患者情報を申し送ることができていない可能性がある。そこで、ICU看護師の申し送り内容と病棟看護師が必要と知覚する申し送り内容に相違がないかを明らかにし、継続看護に繋がる申し送りの改善に向けた課題を考察した。

【方法】

対象はA病院ICUの看護師30名、HCUと一般床7病棟の看護師199名。データ収集には選択回答式質問と自由回答式質問からなる質問紙を用いた。自由回答式質問への回答の分析にはBerelson,B.の方法論を参考にした看護教育学における内容分析を用いた。

【倫理的配慮】

A病院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

質問紙の回収はICU看護師26名(回収率:86.7%)、ICU以外の病棟看護師117名(回収率:58.8%)であり、その割合はHCU13名(11.1%)、救急科15名(12.8%)、脳神経系25名(21.4%)、内科系27名(23.1%)、外科系37名

(31.6%)であった。ICU看護師の申し送り内容は、160記録単位から22カテゴリが形成された。病棟看護師がICU看護師から申し送りを受けの中で役立った情報は、355記録単位から28カテゴリが形成された。病棟看護師が申し送りの中でもっと欲しいと思った情報は、166記録単位から27カテゴリが形成された。

【考察】

ICU看護師の申し送り内容と病棟看護師が役立った情報を比較すると19カテゴリが共通しており、ICU看護師の申し送り内容と病棟看護師が必要と考える情報に相違はないことが明らかになった。また、ICU看護師の申し送り内容と病棟看護師がもっと欲しいと思った情報は13カテゴリが共通していた。それら13カテゴリは、1. 家族構成や患者、家族の特徴、家族の面会頻度など社会背景に関すること、2. ADL状況、安静度、継続が必要な看護など、継続の必要があるリハビリや看護に関すること、3. 患者の全身状態に関する3つに分類された。ICU看護師は患者の全身状態に視点が偏る傾向にあり、一方病棟看護師は社会背景や継続の必要がある看護に視点を置く傾向にある。社会背景と継続の必要がある看護の情報については、ICU看護師の申し送り内容では具体性に欠け、病棟看護師が求める情報を十分に提供できていない可能性が推察される。そのため、病棟看護師がもっと欲しいと思った情報のカテゴリに関する内容をより詳細に知ることが課題である。

病棟看護師のみがもっと欲しいと思った情報は14カテゴリであった。これらは、退院支援に関することや継続が必要な処置、認知機能についてであり、病棟看護師が患者の退院後の生活に向けたケアを行うために必要な情報であることが推察された。このことから、病棟看護師がもっと欲しい情報をICU看護師に周知していくことが課題として挙げられた。また、病棟看護師への申し送り内容は看護師個々に委ねられており、統一されていない。さらに、申し送りを行うICU看護師の経験年数や理解の違いにより、病棟看護師にとって必要な情報を十分に申し送ることができない可能性もある。そのため、ICU看護師が統一して申し送りができるよう、カテゴリの詳細な内容を明らかにした上で項目をリストアップし、ICU看護師が活用できる形で周知していくことが課題である。

一般演題 | その他

[O15] 一般演題15

[O15-01] 救急病棟における病棟看護師が新配属者へ影響を与えた関わり

○田島 慈美¹、濱田 佑美¹ (1. 深谷赤十字病院)

[O15-02] 緊急手術により人工肛門造設となった患者の退院支援における看護師の役割の明確化

○青柳 麻美¹、工藤 利香¹、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研究学科 附属看護実践研究指導センター)

[O15-03] 病棟入院患者急変時における看護師の臨床推論 ～スクリプト理論を用いた認知プロセスの仮説モデル構築～

○園田 拓也^{1,3}、山勢 博彰²、田戸 朝美²、立野 淳子¹ (1. 小倉記念病院、2. 山口大学大学院医学系研究科、3. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程)

[O15-04] 救急看護師のワーク・モチベーションと良いストレスの関係

○田根 綾香¹、高橋 望¹ (1. 島根県立中央病院)

[O15-06] 救急病棟における身体抑制減少へのとりくみ

～看護師に対して講義を行うことでの意識に変化はあるか～

○佐久間 愛弓¹、山本 萌衣¹ (1. 独立行政法人国立病院機構千葉医療センター)

[O15-07] A病院で勤務する救急救命士のモチベーション維持に関する報告

○金山 飛鳥¹、松田 名津子¹ (1. ベリタス病院 看護部外来)

[O15-08] 看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度の構成概念妥当性の検討

○瓜崎 貴雄¹ (1. 大阪医科大学看護学部看護学科)

[O15-01] 救急病棟における病棟看護師が新配属者へ影響を与えた関わり

○田島 慈美¹、濱田 佑美¹ (1. 深谷赤十字病院)

キーワード：救急病棟、異動、病棟看護師、新配属者

<目的>

A病院の救急病棟は小児科・産科を除く全ての診療科の患者に対応し、そこで働く看護師は、幅広い知識と技術を持ち、緊急度・重症度の判断を迅速に行う事が求められる。先行研究では、救急病棟看護師は、一般病棟看護師に比べストレス値が高いことが明らかにされている。異動により救急病棟に新たに配属された看護師（以下、新配属者）は、厚生労働省が行った職場環境の強いストレス上位3項目である①仕事の質・量②仕事の失敗・責任の発生③対人関係に同時に直面する。元々救急病棟に勤務している看護師（以下、病棟看護師）は、煩雑化する業務の中、新配属者が直面しているストレスに対し、配慮や支援が十分に行えていないと感じていた。そこで、病棟看護師が新配属者へ影響を与えた関わりを明らかにし、職場風土の改善の一助とする。

<方法>

1.研究デザイン：質的記述的研究

2.データ収集期間：2019年9月～10月

3.対象者：初めて救急領域に携わる、救急病棟配属年数が3年未満且つ研究の同意が得られた看護師12名

4.データ収集方法：対象者を無作為に3～4名ずつ4グループに分け、非構造化インタビューを実施。配属後1年以内に病棟看護師との関わりで感じた事を自由に発言してもらった。インタビューは同意を得てICレコーダーに録音した。

5.データ分析方法：録音したインタビューから逐語録を作成。コード化したものを、院内の研究指導者の指導の下、カテゴリー分類を行った。

<倫理的配慮>

A病院看護研究倫理審査会で承認を得た後、研究対象者に研究の目的・方法・意義について口頭と書面で説明し署名、捺印を以て同意とした。

<結果>

対象者の概要：平均年齢は33.8歳、平均看護師経験年数は12～13年であり、前勤務場所ではリーダーシップ役割を果たし、後輩指導にも従事していた。

27のコード、10のサブカテゴリーより、「目標と現実との葛藤を感じさせる関わり」、「萎縮してしまう指導・指摘」、「努力や考えを受け入れてもらえないと感じさせる関わり」の3つの負のカテゴリーと、「病棟の一員であるという意識を高める関わり」、「救急病棟看護師としての成長の手助けとなる関わり」の2つの正のカテゴリーに分類できた。

<考察>

経験を積んできた看護師でも、未経験の診療科患者に携わる際、実践レベルは初心者の段階であると言われていた。経験年数だけでできるだろうと判断する声掛けや対応は、能力以上の評価をされていると感じさせ、重圧に繋がる事が考えられる。更に、異動により不慣れであるが故に、自分にだけ強い口調だと感じる指導や、病棟独自のルールの押し付け、結果のみを重視した指導・指摘は、新配属者を萎縮させ、努力や考えを受け入れてもらえないと感じさせる。その関わりは自尊心の低下や自信喪失を招き、新配属者のストレスを増長させることに繋がる。病棟看護師は、自己の指導について振り返ると共に、相手を理解し受容しようと努力する事が大切であると考えられる。

また、多くの診療科に携わる救急病棟で、病棟看護師の知識・経験に基づいた指導や、新配属者の新たな人間関係構築の仲介役となる関わりは、より良い看護に繋げる為の学びとして受け入れられ、成長の一助となる。病棟看護師が自分の考えや行動に対し理解しようとしてくれる姿勢や、「ありがとう」などのたった一言であっても、感謝や承認を表す声掛けは、病棟の一員であるという意識を高め、自己効力感の向上と、ストレスの軽減に繋がると考える。

今後、救急病棟という、これまでと大きく異なった環境で働く新配属者に寄り添えるよう、病棟看護師の意識改善を行っていく必要がある。

[O15-02] 緊急手術により人工肛門造設となった患者の退院支援における看護師の役割の明確化

○青柳 麻美¹、工藤 利香¹、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研究学科 附属看護実践研究指導センター)

キーワード：救急、退院支援

I. 研究目的

救急医療センターにおいても、退院支援に向けた看護師の早期介入は重要である。A病院の外科病棟では、平成27年度以降、緊急的人工肛門造設患者が増加し、感染症による全身状態の悪化やストーマ合併症等からストーマ指導が中断され、ストーマ指導が滞ったことにより、退院が延期となった事例を複数経験した。先行研究においても、緊急的な人工肛門造設患者は全身状態が安定してからセルフケア指導が開始されるため指導時期が遅れ、セルフケア習得に時間を要する（小池ら、2016）ことが報告されている。そこで、緊急手術により人工肛門造設となった患者に行われた看護を振り返り、退院支援における看護師の役割を明らかにすることにした。

II. 研究方法

対象患者：緊急的人工肛門造設術を施行、医師が退院を決定した時点でストーマ指導が滞り退院が延期、術後1年以上が経過、の3条件を満たす患者2名。

研究方法：1.退院支援の3つのプロセス（宇都宮、2011）から退院支援情報収集フォーマットを作成し、診療録から情報を収集。2.退院支援の3つのプロセスとストーマ患者に対するクリティカルパスの効用（金川、2001）の文献から看護実践の分析の指標を作成。3.1, 2のフォーマットを使用し、実際に行った看護を指標に沿って分析し、看護師の役割を考察した。

III. 倫理的配慮

本研究は、A病院の倫理審査委員会の承認後、患者家族へ説明し同意を得て実施した。

IV. 結果

B氏の分析：70歳代男性。肛門周囲膿瘍の治療のためストーマ造設術を施行。患者は入院早期より退院を願う発言をしていたが、肛門周囲膿瘍の感染を繰り返し、治療が難渋。創が臀部のため座位保持ができず、退院が決定するまで面板貼付の自立ができなかった。ストーマは、皮膚障害等のトラブルがあったが、トラブル対処指導の看護介入は行われていなかった。感染の再燃を繰り返したため、看護師主体でストーマ管理が行われ、退院許可が出てからストーマ指導を開始し、2回の指導で交換が実施でき退院となった。

C氏の分析：70歳代女性。下部消化管穿孔のため人工肛門造設。早期指導介入を行いストーマ管理は、病日28日目に自立。しかし、便漏れの経験から面板貼付に不安があり患者から家族への指導介入の希望が表出されたが、家族への指導介入に難渋した。すると、自ら訪問看護の情報を得て希望したため、訪問看護を導入し退院調整を図った。患者自身への便漏れへの対処能力を高める看護介入は実施していなかった。

V. 考察

入院期間が短くなっている現在、生活の場に帰すことを早期から意識した上で適切な医療を行うことが大切である(宇都宮, 2011)。2事例の分析より、全身状態の不安定さや創治癒の遅延、患者自身の退院に向けての不安が、早期退院に向けた看護介入の遅れに繋がっていることがわかった。B氏は、入院早期から退院への願いを表出していたが、看護師はこのようなB氏自身の退院に向かう力を活かすことができていなかった。また、C氏は便漏れの不安から、退院後にサポートしてくれる存在を求めているが、看護師はC氏自身の便漏れへの対処能力を高めるような看護介入ができていなかった。このことから、全身状態や、患者自身の退院に向けての不安だけに着目するのではなく、入院当初から患者自身のもつ力を見極め、それを活用する方向で退院調整することが、看護師の役割であることが示唆された。

[O15-03] 病棟入院患者急変時における看護師の臨床推論 ～スクリプト理論を用いた認知プロセスの仮説モデル構築～

○園田 拓也^{1,3}、山勢 博彰²、田戸 朝美²、立野 淳子¹ (1. 小倉記念病院、2. 山口大学大学院医学系研究科、3. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程)

キーワード：臨床推論、患者急変、スクリプト理論

【はじめに】近年、臨床推論というキーワードが看護師の世界で注目されている。臨床推論とは、患者情報を収集および分析し、情報の重要性を評価し、代替行動を比較検討するために、形式および非形式的な思考方略を使用する複雑な認知プロセスと定義される。看護師が臨床推論を活用できる代表的な場面に、入院患者の急変対応があるが、患者急変というペースの速い複雑な臨床状況で問題解決するために、看護師がどのような認知プロセスを使用するかを特定する研究は行われていない。

そこで、病棟入院患者急変時における看護師の臨床推論の実態を明らかにするために、場面想定法と質問紙調査法を用いた観察的研究を計画した。今回は、この観察研究に必要な臨床推論の概念構造として、患者急変時の看護師の認知プロセスについて仮説モデルを構築した。

【目的】病棟入院患者急変時の看護師の認知プロセスについて仮説モデルを構築する。

【方法】①臨床推論の理論的な概念枠組みとして認知心理学におけるスクリプト理論を用いた。②このスクリプトモデルを、問題解決における一般的認知プロセスと患者急変時の基本的なアセスメントフローチャートに組み込んだ。

【倫理的配慮】本モデル作成は、A大学倫理審査委員会の承認を得た観察研究の一連のものとして実施した。

【結果】スクリプト理論に基づいた患者急変時における看護師の認知プロセスの仮説モデルは、〈第一印象〉〈初期予測〉〈情報収集〉〈仮説形成〉〈仮説検証〉〈意思決定〉の6つの側面で構成した(図)。

〈第一印象〉患者の部屋を訪れ、実際に患者と遭遇した看護師は、数秒で患者の最初の視覚的情報を収集する。
 〈初期予測〉患者が急変していると認識することで、「患者急変スクリプト」を活性化させ、緊急コールや救命処置の必要性、緊急度や初期対応など、急変に関するさまざまな行動を予測する。

〈情報収集〉実際に患者に接触し、問診やバイタルサイン測定、身体診察などから患者の自覚症状や生理学的状態、他覚的所見を得る。

〈仮説形成〉得られた情報は、それらの特徴を結び付ける関係についての知識を含む、単数から複数の「疾患スクリプト」を活性化させ、疾患における仮説を形成する。

〈仮説検証〉この仮説について直感的あるいは分析的または両方の推論方略を用いて、追加情報を収集しながらスクリプトを強めたり弱めたり消去したりする。情報収集と仮説(再)形成、検証はスクリプトが適合するまでループする場合がある。

〈意思決定〉いずれの推論の場合も、疾患スクリプトが適合した場合に、初期対応という行動に出る。

【考察】以上の認知プロセスは、状況の複雑さや問題の不確実性に加えて、個人のケア基準や価値観などが影響していると仮定した。この仮説モデルから《急変患者の第一印象から初期予測する認知プロセス》《患者の情報収集から仮説形成に至る認知プロセス》《追加情報から仮説検証を行う認知プロセス》の3つの場面で看護師の臨床推論を測定できると考える。

【結論】病棟入院患者急変時における看護師の臨床推論の実態を明らかにするために、スクリプト理論を基盤とした6つの認知プロセスを仮説モデル化した。この仮説モデルに基づいて場面想定法を用いた患者急変シナリオ動画を作成し、それを対象者が視聴し、そのアセスメントや対応について質問紙調査法を用いた観察的研究を行う予定である。

[O15-04] 救急看護師のワーク・モチベーションと良いストレスの関係

○田根 綾香¹、高橋 望¹ (1. 島根県立中央病院)

キーワード：救急看護師、ワーク・モチベーション、良いストレス

【目的】看護師は他の職業に比べてストレスが高く、中でも重症患者の多い救急部門の病棟看護師（以下、救急看護師）は最もストレスが高いとされる。救急のストレスフルな環境下でも仕事に対して意欲をもって働く看護師のモチベーションには、成功体験や承認などの良いストレスが関係しているのではないかと考え、救急看護師のワーク・モチベーションと良いストレスとの関連を明らかにすることとした。

【方法】A病院の救急看護師71名を対象に無記名自記式質問紙を用い、基本属性（救急経験年数など）、ワーク・モチベーション、良いストレスを調査した。ワーク・モチベーションは、西村らが開発した『看護師のワーク・モチベーション測定尺度』12項目4件法を、良いストレスは独自に作成した8項目7件法を使用した。基本属性等は記述統計を行った。『ワーク・モチベーション』は「関心がある」「とても関心がある」を、『良いストレス』は「しばしば感じる」「常に感じる」を1点として集計した。『ワーク・モチベーション』が10点以上を高ワーク・モチベーション該当者とし分析した。該当者に対する単変量解析において二値変数はFisherの直接確率法、連続変数はWilcoxonの順位和検定を用いた。さらに基本属性および『良いストレス』に関する多変量解析はロジスティック解析を、関連する因子の抽出にはステップワイズ法を用い $p < 0.05$ を有意とした。統計解析はStata15、SPSS Ver.21を利用した。

【倫理的配慮】本研究は、A病院臨床研究・治験審査委員会の承認を得て実施した（中臨 R19-016）。

【結果】アンケートは61名（回答率85.9%）から回答があり、有効回答61名（有効回答率100%）だった。看護師経験年数の中央値[四分位範囲]は10 [5, 14] 年、救急経験年数の中央値[四分位範囲]は4 [2, 7] 年だった。高ワーク・モチベーション該当者は20名（32.8%）で、該当者と非該当者の2集団について分析した結果、看護師経験年数、救急経験年数に差はなかったが、『良いストレス』の③信頼関係が築けたと感じた時（ $p = 0.009$ ）、④チームワークの良さが発揮された時（ $p = 0.012$ ）、⑤良い評価が得られた時（ $p = 0.001$ ）、⑦達成感を感じた時（ $p = 0.003$ ）、⑧学習意欲が湧いた時（ $p = 0.000$ ）で、有意差がみられた。該当者と良いストレスとの関係の分析では、⑤良い評価が得られた時、オッズ比6.4（95%信頼区間：1.2-34.4）、⑧学習意欲が湧いた時、オッズ比5.1（95%信頼区間：1.4-19.1）が有意だった。

【考察】救急看護師のワーク・モチベーションは、良い評価が得られることや学習意欲が湧くことに関連があった。救急部門配属後は、早く一人前になると知識や技術の習得に努めるが、そのような時に良い評価が得られると、さらに良い看護を提供しようと学習意欲が湧き、成長に繋がる。また、周囲から認められると後輩から頼られる存在にもなり、自分の成長を感じられることが意欲を持って働く原動力になっていると考えた。救急部門は患者の重症度が高く、緊張感を常に感じるストレスフルな環境であるからこそ、互いの成長を承認し合う環境が必要である。ワーク・モチベーション非該当者の割合が全体の7割近くを占めていたことから、救急のストレスフルな環境下でモチベーションを維持することは難しいといえる。そのため、成果を意識的に言語化して伝えるなど、互いの成長を認め合い、チームワークを発揮し、補完し合える関係作りに取り組むことが求められる。

[O15-06] 救急病棟における身体抑制減少へのとりくみ

～看護師に対して講義を行うことでの意識に変化はあるか～

○佐久間 愛弓¹、山本 萌衣¹ (1. 独立行政法人国立病院機構千葉医療センター)

キーワード：抑制、講義、意識

【目的】

救急病棟において、身体抑制を減少させるための講義を開催することにより看護師の身体抑制に対する意識変化があるかを検証する。

【研究方法】

- 1.研究デザイン：介入研究
- 2.研究期間：令和元年9月～令和2年2月
- 3.研究対象：A病棟看護師2年目以上 23名
- 4.調査方法：面談法、質問紙
- 5.調査内容：
 - 1) 対象者に対して、研究開始時に身体抑制に関する思い・考えについて質問紙調査をする。
 - 2) 講義を開催する。内容は、患者の権利、身体抑制をされた時の患者の状況、看護師の身体抑制に対する考え方の傾向、身体抑制に代わる代替品とする。
 - 3) 講義で出た抑制帯の代わりになる物（こと）を実施する。
 - 4) 講義1ヶ月後に対象スタッフに質問紙調査をする。内容は、講義前と同様。
 - 5) 講義後の質問紙調査後、取り組んだ結果について、フォーカスグループでインタビューを行う。
 - 6) 倫理的配慮 対象者に、研究の主旨・方法、プライバシーの保護、研究の撤回の自由、研究参加を撤回した場合に不利益を生じないことについて書面で説明し、同意を得た。所属病院の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

対象者は23名で、講義前23名、講義後22名の回答を得た。内訳は、2～4年目11名、5～9年目4名、10年目以上8名であった。

- 1.身体抑制に対する講義前後での看護師の意識

身体抑制について、講義後「必要」と答えた人の割合が減少し、特に2～4年目は講義前「必要」から講義後「どちらともいえない」「必要ない」の割合が増えた。次に、身体抑制は患者の権利や倫理に影響するかについては、講義後「かなり影響する」と答えた割合が多く、2～4年目と10年目以上で「かなり影響する」が増加した。

2. インタビューの結果、アームカバー等の代替品については、『患者・家族の目線』『看護師の目線』で語られ、「抑制帯を使うという選択肢が減っている」と語られた。次に、抑制率の減少については、『患者とのかかわり』で「抑制前の看護師の行動の変化」「適切な病床」「日中の離床の促進」、『多職種との連携』で「せん妄予防」「必要な点滴方法を医師と検討する」、『講義の影響』では「倫理について考える」が語られた。また、抑制率を下げている方策は、『患者とのかかわり』で「離床」「適切な病床」、『看護師に対してのアプローチ』で「視覚的な情報」「継続するための話し合い」、『多職種との連携』では「薬剤の調整」「リエゾンチームとの連携」が語られた。

3. 1ヶ月あたりのルート類計画外抜去件数、転倒転落件数は、それぞれ講義前5件1.3件、講義後3件、1件であった。抑制率は、講義前33.1%、講義後4.7%であった。

【考察】

講義で、身体抑制について看護師が考える機会や代替案を示すことで抑制率を減少させたことが示唆された。また、抑制の有無が点滴の計画外抜去件数や転倒転落の件数には影響していないことも示唆された。

講義時には、身体抑制をしないことは不可能と思っていた人も講義後から病棟全体で抑制を行わない方向に進んでいるのを見て考えに少し変化がみられた。看護師が協力し、お互いに声を掛け合ったことが抑制率減少の結果に繋がったと考える。今回の結果を一時的なものとしないうちに、定期的に倫理について考えたり、話し合う機会を設ける必要があると考える。

【結論】

1. 講義後、患者の権利について考えるスタッフが増え、抑制率も減少したことから、身体抑制に対する意識の変化はあった。
2. 代替品などの提案をすることで、身体抑制率を減らすことができた。
3. 抑制率が下がっても、点滴の計画外・転倒転落の件数は大きく増加していない。

[O15-07] A病院で勤務する救急救命士のモチベーション維持に関する報告

○金山 飛鳥¹、松田 名津子¹ (1. ベリタス病院 看護部外来)

キーワード：救急救命士、モチベーション

1. 目的

A病院は2018年度より外来の人員として、3名の救急救命士（以下救命士とする）を採用している。しかし、救命士は現在の救急救命士法により、病院で働く上で資格の有効活用に限界がある。このような状況下において、救命士が病院で働くためには、モチベーションの維持は必要である。先行文献でも救急救命士のモチベーション維持に関する報告はみられなかった。よって、当病院の救命士のモチベーションを維持する要因を検

証、現在の活動内容を評価し、今後の一助としたい。

2. 実施方法

期間：2019年9月～11月

対象者：A病院所属の救命士3名

方法：半構造化インタビュー

分析方法：インタビュー内容から逐語録を作成、質的統合法に基づきコードを整理し帰納的に分類しカテゴリー化した。

3. 倫理的配慮

院内倫理委員会の承認を得て、協力は対象者の自由参加とし、得たデータは本研究以外に使用しないことを文章で説明した。また個人が特定できないよう配慮した。

4. 結果

対象者のインタビューから3つのカテゴリー【】と9つのサブカテゴリー<>が抽出された。

①【新たな学びがある時】<外来の診療補助を行うことで医療知識が増え細かいところまで学べるのがモチベーションのアップに繋がる><消防では分からないインホスピタルの転機を追えるのが勉強になる><院内で患者の処置方法を学べることは、勉強になり今後役に立つ><スキルアップできること><救急外来での学びは実際に現場へ行った時に役立つ>

②【責任ある仕事を任せられた時】<転送業務は自分一人で実践でき、仕事を任せられたと感じる><BLS教育に関わり、他職種への指導を任せられたと感じる>

③【学んだことが活かされている時】<自分の学んだ知識や技術が活かせると感じる><指導したことで相手が知識を習得してもらえたと思った時にやりがいを感じる>

5. 考察

インタビュー結果より抽出された3つのカテゴリー別に考察する。

①【新たな学びがある時】は、救命士をインホスピタルで採用する上でまずは、看護師資格がなくても救命士が実践できる業務一覧表を作成した。そして、それらの業務内容を明確にしてマニュアルも作り上げた。入職後は救急外来の業務を主として指導し徐々に受け持ちも行えるようにした。その事は消防では経験できない救急搬送後院内での観察・検査・治療・入院までの流れを把握することに繋がった。その後、全科の診療補助業務の業務範囲の拡大も行った。これらの業務の到達値を可視化するためのチェックリストも作成し活用した。このことが結果、新たな学びに繋がったと考察する。

②【責任ある仕事を任せられた時】に関しては、救命士の知識・技術を活用できる院内BLS研修のリーダーの役割を担わせ、現在企画・運営・評価まで実践させている。また救命士本来の業務である当病院救急車の搬送業務を任せたと、そのことが結果責任ある仕事を任せられたに至ったと考えられる。このことは、マズローの自己実現5段階の欲求に繋がったと考察する。

③【学んだことが活かされている時】については、新人救命士の育成としてプリセプター制度を導入した。救命士自らが教育計画を立案し、チェックリストを用いて進捗状況を確認していった。また、リアリティショックを回避するために頻回に面談も行った。そして、新人の成長を自ら評価することが、学んだことが活かされたことに繋がったと考察する。

[O15-08] 看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度の構成概念妥当性の検討

○瓜崎 貴雄¹ (1. 大阪医科大学看護学部看護学科)

キーワード：自殺未遂、態度、尺度

【目的】 研究目的は、看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度（NASSA：The Nurse's Attitude Scale for Suicide Attempters）の構成概念妥当性を検討することである。

【方法】 1. 対象者：本邦の救命救急センター全289施設のうち、協力の受諾を得た73施設の看護師2,122名を対象とした。2. 調査方法：郵送法にて無記名自記式質問紙調査を2018年11月～2019年3月に実施した。3. 調査内容：質問紙は、（1）看護師の個人特性（2）自殺未遂患者をケアすることへの不安（3）NASSA（瓜崎，2017）（4）一般健康調査票12項目版（GHQ12項目版）（中川，大坊，2013）（5）多次元共感性測定尺度（MES：Multidimensional Empathy Scale）（鈴木他，2008）（6）看護実践環境（緒方他，2010）（7）自由記述から構成した。本研究では（3）（5）について分析を行った。NASSAは【行く末への気がかり】（3項目）、【自殺行動の否定】（3項目）、【危機への関わり】（5項目）の3因子11項目からなり、信頼性と妥当性が確認されている。回答形式は7件法である。得点範囲は1～7点であり、得点が高いほど各傾向が強いことを表す。MESは他者の感情や意見に影響されやすい傾向を表す【被影響性】（5項目）、他者に焦点づけられた情緒反応を示す【他者指向的反応】（5項目）、自己を架空の人物に投影させる認知傾向を表す【想像性】（5項目）、相手の立場からその他者を理解しようとする認知傾向を表す【視点取得】（5項目）、他者の心理状態について自己に焦点づけられた情緒反応を示す【自己指向的反応】（4項目）といった5因子24項目からなり、信頼性と妥当性が確認されている。回答形式は5件法である。得点範囲は1～5点であり、得点が高いほど各特性が強いことを表す。4. 分析方法：1）NASSAは確認的因子分析によって因子構造を検証する。2）NASSAとMESの関連については、次の仮説を検証する。（1）【危機への関わり】は看護師としての責務を果たそうとする態度であるため、【他者指向的反応】【視点取得】と正の相関があり、【被影響性】【想像性】【自己指向的反応】とは相関がない。（2）【行く末への気がかり】は、患者の今後の生活への関心や懸念を表す態度であるため、【被影響性】【他者指向的反応】【視点取得】と正の相関がある。（3）【自殺行動の否定】は、患者の立場に立つことが困難で、患者に対する憤りを表す態度であるため、【被影響性】【自己指向的反応】【想像性】と正の相関がある。有意水準は5%とし、分析には統計解析ソフト（IBM SPSS Statistics 26、IBM SPSS Amos 26）を用いた。5. 倫理的配慮：A大学研究倫理委員会の承認を得た。MESは開発者に使用の許可を得た。質問紙の回収をもって、研究参加の承諾が得られたと判断した。

【結果】 質問紙は829名から回収し（回収率39.1%）、419名の有効回答を得た。NASSAの確認的因子分析の結果、モデルは棄却された（ $\chi^2(41)=106.848$, $p<0.001$ ）。適合度指標は GFI=0.955、AGFI=0.928、CFI=0.963、RMSEA=0.062であった。相関分析の結果を表1に示した。

【考察】 確認的因子分析の結果、モデルは棄却されたが、適合度指標の値は許容できるレベルであった。相関分析の結果、3つの仮説は概ね実証された。したがって、NASSAの構成概念妥当性が示されたと考えられる。